

Modely financování dlouhodobé péče

Jaroslav Vostatek

Abstrakt

Príspevek analyzuje systémy financování dlouhodobé péče ve vybraných zemích OECD a zabývá se propojením dlouhodobé péče zejména se systémy zdravotní péče. Autor dochází k závěru, že zvláště kvůli zřetelné tendenci k poskytování univerzální zdravotní péče není perspektivním konzervativní (křesťansko-demokratický) sociální model. Zkušenosti ukazují, že problematický je i liberální sociální model, usilující o financování dlouhodobé péče na bázi vyhraněné sociální pomoci. Neoliberální sociální model deklaruje maximum liberalismu a současně i výrazné státní zásahy, které v praxi vedou k vyššímu růstu nákladů na zdravotní a dlouhodobou péči. Jako nejlepší základ daného systému se autorovi jeví sociálně-demokratický model; veřejné politiky zde deklarují občanské právo na kvalitní dlouhodobou péči, to zcela nevyklučuje ekonomizaci či dokonce dílčí privatizaci.

Klíčová slova: dlouhodobá péče, zdravotní péče, sociální modely, veřejné politiky

Abstract

The study analyses long-term care (LTC) financing systems in selected OECD countries and addresses the connection thereof with LTC, especially with respect to health care systems. The author concludes that the conservative (Christian-Democratic) social model is not a promising model in this respect due, particularly, to the clear tendency towards the provision of universal health care. Experience shows that the liberal social model also presents problems due to trying to finance the LTC on the basis of a distinctive social assistance. The neoliberal social model declares a maximum liberalism and concurrently substantial state interventions, leading to a comparatively higher growth of health care and LTC care costs. Hence, the social democratic model seems to the author to provide the best foundation of the various systems available; the public politics declare here the civic right to a quality LTC, these politics do not fully exclude an economisation or even a partial privatization.

Keywords: long-term care, health care, welfare regimes, public policies

Cílem tohoto příspěvku je analyzovat stávající systémy financování dlouhodobé péče ve vybraných zemích OECD a ukázat propojení dlouhodobé péče zejména se systémy zdravotní péče. Vyjdeme přitom ze začlenění dlouhodobé péče do obecných sociálních modelů (welfare regimes), tak jak byly koncipovány zejména Espingem-Andersenem (1990). Rozlišíme tak tři základní sociální modely: liberální, konzervativní (křesťansko-demokratický) a sociálně-demokratický; k nim přidáme neoliberalní model.

Liberální model

Klasický liberalismus minimalizuje zásahy státu do hospodářství a dnešní sociální politiku vůbec neuznává. V tomto modelu v zásadě platí, že každý se má o sebe postarat sám. V době, kdy i v dnešních vyspělých zemích toto platilo v maximálním možném rozsahu, existovaly ze zmíněného tohoto liberálního pravidla výjimky, toto pravidlo v zásadě potvrzující. Pokud jde o dlouhodobou péči, tak ze středověku přetrvala ústavní péče v chudobincích, starobincích, sirotčincích a ústavech pro choromyslné, přiřadit sem lze i obecní pastoušky.

Chicagská ekonomická škola je charakterizována bezmeznou vírou ve svobodné trhy, v jejich schopnost efektivně alokovat zdroje a rozdělovat příjmy. Friedman

proto mj. navrhol i zrušení státních programů zdravotní a dlouhodobé péče Medicare a Medicaid. Argumentace byla modelově jednoduchá – stát nemusí vytvářet žádný systém zdravotního zabezpečení, protože každý se může zabezpečit sám podle svých představ a možností. A naopak: hlavními viníky vysokých nákladů na zdravotní péči v USA jsou poskytování zdravotního pojištění zaměstnavateli a programy Medicare a Medicaid (Friedman, 2001).

Standardní soukromé zdravotní pojištění či pojištění dlouhodobé péče má své charakteristické konstrukční prvky, odvozené ze zásady ekvivalence a z její realizace v tržním prostředí. Soukromá pojišťovna si před sjednáním pojistné smlouvy zjišťuje zdravotní stav klienta a snaží se zjištěné skutečnosti promítnout do výše pojistného. Při špatném „riziku“ smlouvu ani neuzavře. Soukromé pojištění dlouhodobé péče hraje významnější úlohu pouze v několika zemích světa (USA, Francie).

Typická soukromá pojištění bývají koncipována i se zřetelem na prodejnost příslušných produktů. U dlouhodobé péče je to zvlášť významné, protože riziko dlouhodobé péče je sice potenciálními klienty obecně uznáváno jako významné, nicméně jeho pojištění je finančně náročné. Pro velkou většinu osob jsou náklady dlouhodobé péče v případě vážné nesoběstačnosti vysoké, ne-li prohibitivní. Částečně

to ovlivňuje i režie pojišťoven, která v USA u osoby sjednávající pojištění dlouhodobé péče ve věku 65 let činí 18 % z pojistného. Tuto vysokou režii lze vysvětlit čtyřmi příčinami: správnými náklady, nedokonalou konkurencí, asymetrickými informacemi a celkovým rizikem růstu nákladů (Cremer a kol., 2012).

Modernímu liberálnímu modelu nejvíce vyhovuje sociální pomoc jako metoda sociálního zabezpečení. V rozporu s ním není charita a v praxi příslušných zemí hraje rozhodující roli poskytování dlouhodobé péče ze strany rodiny, přátel a známých.

I když osobami potřebujícími dlouhodobou péči jsou lidé všech věkových skupin, rozhodující podíl mají senioři vyššího věku. Pokud tyto osoby jsou poživateli starobního či jiného důchodu, tak tento důchod může sloužit k částečné a v jednotlivých případech i k plné úhradě nákladů dlouhodobé péče. Koncepce dlouhodobé péče tak může vzít na zřetel i koncepci sociálního zabezpečení ve stáří. Stejně tak je rozumné, aby koncepce financování dlouhodobé péče navázala na koncepci financování zdravotní péče. V tomto smyslu je koncepce financování dlouhodobé péče jakousi nadstavbou nad koncepcí zdravotní péče a starobních (a invalidních) důchodů. Nejen teorie dlouhodobé péče upozorňuje na širší souvislosti domácí péče o neso- běstačné osoby ze strany rodiny a dalších osob, mezi něž patří i význam dědictví

(bequest motif) a – obecněji – využití majetku potřebných osob k přímé i nepřímé úhradě nákladů dlouhodobé péče. K finančním nástrojům tohoto druhu patří tzv. reverzní (zpětná) hypotéka, z níž je možno ve stáří čerpat prostředky v podstatě na cokoli, tedy i na úhradu nákladů dlouhodobé péče. Klient musí dál bydlet v domě zatíženém touto hypotékou a dům nemůže prodat; ledaže by hypotéku splatil. Hypotéka standardně končí smrtí klienta. Reverzní hypotéka je známá především v USA. Pro české finanční domy je zřejmě nezajímavá. Reverzní hypotéku u nás prodává pouze nebankovní poskytovatel spotřebitelského úvěru FINEMO.CZ (pod názvem Renta z nemovitosti).

Americké programy veřejně financované zdravotní péče Medicare a Medicaid již v zásadě nezapadají do moderního liberálního modelu. Medicare je federální pojistný program pro zaměstnance a jejich manželky (manžele), s plněním po dosažení věku 65 let. Pokud dlouhodobou péčí vymezíme minimální délkou trvání 6 měsíců, pak tato péče není součástí Medicare. Medicaid jsou federálně-státní programy nakupování soukromého pojištění zdravotní a dlouhodobé péče pro sociálně slabé a nízkopříjmové občany, s většími rozdíly mezi jednotlivými státy – pokud jde o konkrétní parametry produktu. To platí i pro testování příjmu a majetku zájemců o tuto péči. Do programu je zahrnuta domácí (ambulantní) péče a ústavní ošetrovatelská péče. Na financování ústavní péče se podílejí klienti (share of cost), což se odůvodňuje mj. poskytováním bydlení a stravy – tyto náklady by klienti měli, i kdyby nebyli umístěni v ústavu. Někteří klienti k tomu využívají i obecného programu sociální pomoci (Supplemental Security Income).

Britský systém financování dlouhodobé péče je považován za liberální. Tato klasifikace vychází z konstrukce nejvýznamnější dávky v tomto systému: jde o dávku sociální pomoci; testuje se příjem i majetek. Poválečná Beveridgeova koncepce sociální politiky se přitom opírá o svéráznou variantu národního (státního) pojištění, jehož peněžité dávky jsou univerzální a jsou financovány (jedním) příspěvkem na národní pojištění, který je také univerzální, tj. nezávislý na výdělku (omezme se zde na tento model, jak byl zaveden po druhé světové válce – ponechme stranou modifikace, k nimž došlo při nesčetných poválečných reformách). Univerzální pojištění, vybírané v pevné částce týdně, by teoretici – zabývající se dnes zdravotní péčí – označili jako paušální pojistné (Německo) nebo nominální pojistné (Nizozemsko). Daňoví experti by to charakterizovali jako daň z hlavy. Při modelování sociální politiky se obvykle tento příspěvek na národní pojištění ignoruje a jednoduše se předpokládá, že univerzální dávky jsou

financovány ze státního rozpočtu, resp. z (obecných) daní (tax-financed). Při nízké úrovni univerzálních dávek lze tento systém považovat za modifikovanou moderní variantu liberalismu. Nízké univerzální dávky modelově vyjdou draze než dávka či dávky sociální pomoci, nejsou s nimi ale spojeny antimotivační účinky (moral hazard, morální riziko).

Britský Beveridgeův model zdravotní péče byl koncipován jinak než uvedené peněžité dávky „národního pojištění“. Beveridge byl sice liberál, v 50. letech byl dokonce předsedou Liberální strany, nastolil ale požadavek poskytování bezplatné zdravotní péče pro všechny občany – s tím, že má jít o nejlepší a nejmodernější zdravotní péči (britská Bílá kniha z roku 1944). Britská Labour Party, která tuto koncepci uvedla do praxe, vycházela ze závěrů Beveridgeovy komise. Systém velkorysé univerzální zdravotní péče pro všechny rozhodně nezapadá do liberalismu, ani moderního. Jde o ukázkové uplatnění sociálně-demokratického modelu.

Finální složkou poválečného britského sociálního systému byla a je dodnes sociální pomoc, i její podoba prošla několika reformami, které její základní koncepci neovlivnily. Sociální pomoc je finální složkou každého současného sociálního modelu v zemích OECD. I podstatné odlišnosti jsou přitom „pouze“ v tom, jak významnou roli hraje testovaná sociální pomoc v těchto modelech i v praktických systémech. V liberálních systémech je obecně role sociální pomoci podstatně větší než v ostatních systémech. Součástí těchto systémů je i zdravotní péče a její univerzalita a kvalita mají vliv i na (možnou) úlohu sociální pomoci v celém sociálním systému.

Dlouhodobá péče neměla samostatnou úlohu v sociálních systémech v poválečném období; resortně je ukotvena především na ministerstvu zdravotnictví. Některé její prvky tak byly součástí zdravotní péče, vše ostatní z této oblasti mohlo být či bylo, v té či oné podobě, zahrnuto v jiných odvětvích sociální politiky, přičemž finální složkou vždy systémově byla sociální pomoc – minimálně z finančního hlediska, z pohledu jednotlivce. V relativně liberálních systémech je úloha sociální pomoci podstatně vyšší než v ostatních zemích, s konzervativním (křesťansko-demokratickým) či sociálně-demokratickým systémem. Sociální pomoc přitom obvykle představuje celé systémy dávek sociální pomoci, s rozličnou mírou testování a s různým účelem.

Od roku 1971 existuje ve Velké Británii příspěvek na úhradu pečovatelské služby (attendance allowance, AA) pro osoby od věku 65 let. Tato dávka má dnes dvě sazby, ve fiskálním roce 2020/21 ve výši 59,70 £ (nutné ošetřování jen ve dne, nebo jen v noci) a 89,15 £ (ve dne i v noci)

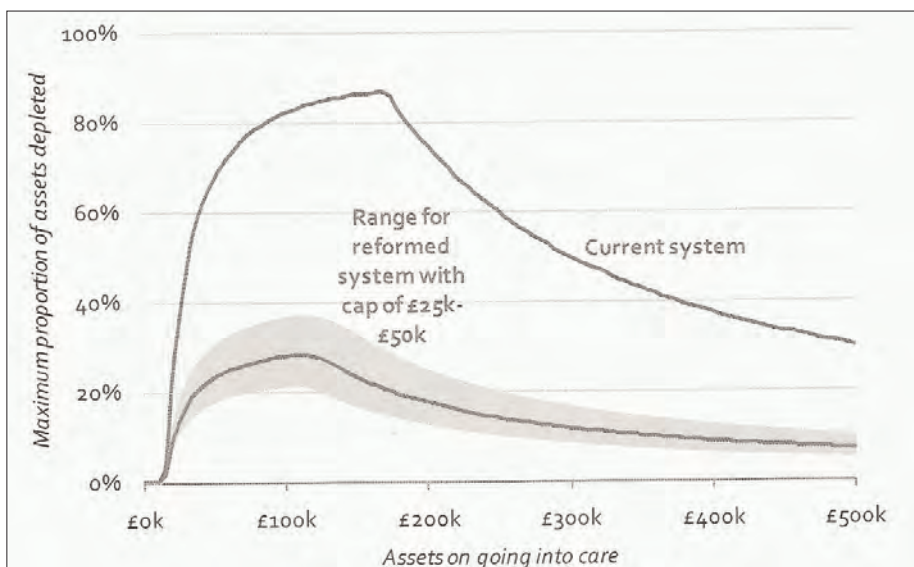
týdně. Jde tedy o velmi jednoduchý příspěvek na péči, s nízkými sazbami, který zapadá do britského systému univerzálních dávek. Podstatná odlišnost je ale v tom, že náklady intenzivní dlouhodobé péče jsou (ve světě) mnohonásobkem uvedených sazeb – takže účel této dávky se ve Velké Británii obtížně vysvětluje. Pro osoby ve věku 16–64 let existuje jiná univerzální dávka, od roku 2013/14 pod názvem personal independence payment (PIP). Sazby základní složky PIP (daily living part) jsou stejné jako sazby AA, vedle toho je součástí PIP též příspěvek na mobilitu (mobility part), který má v tomto fiskálním roce sazbu 23,60 £ a při očekávané délce života do 6 měsíců 62,25 £. Jsou ještě další doplňkové dávky.

Britská dlouhodobá péče je obsažena v systému označovaném jako sociální péče a podpora dospělých. Sem patří i regulace dávek sociální pomoci poskytovaných osobám v ústavní péči. Při stanovení plateb za poskytované služby se testují příjmy i majetek žadatele, hodnotí se přiměřenost základních poskytovaných služeb a jejich cen (na lokální úrovni). Vychází se přitom mj. z toho, že bydlení a stravování a další „hotelové služby“ si má každý uhradit sám. Podstatným zdrojem úhrady trvalé ústavní péče je či může být i kapitál klienta, jehož součástí je i prodejní cena domu klienta. Pozornost se soustřeďuje na fungování institucí jako celku a na individualizované příspěvky jednotlivým klientům. Soukromý sektor v poskytování ústavní péče zcela převažuje (78 % lůžek), 14 % lůžek mají neziskové organizace, 3 % Národní zdravotní správa a 5 % místní samospráva (Humphries, 2013). To lze označit jako moderní liberální systém; jeho praktická účinnost – jako vždy – podstatnou měrou závisí na parametrech systému.

Zefektivněním sociální péče a podpory se zabývala vládní Komise pro péči a podporu pod vedením Dilnota. Komise předložila svou Zprávu o financování péče a podpory v červenci 2011. Zpráva charakterizuje stávající systém jako zmatený, nespravedlivý a neudržitelný. Hned v další větě se uvádí, že lidé nemohou napláňovat své budoucí potřeby péče – tím se dává najevo, že je třeba vytvořit prostor pro soukromé zabezpečení případné dlouhodobé péče. Velkým problémem je podle zprávy to, že se lidé nemohou ochránit proti velmi vysokým nákladům péče. Nabídka finančních produktů na úhradu nákladů péče je velmi omezená. Panuje velká nejistota a lidé mají obavu o budoucnost (Dilnot a kol., 2011).

První dvě doporučení Dilnotovy komise představují návrh na dvě zásadní parametrické změny systému sociální pomoci při poskytování sociální (dlouhodobé) péče. Doporučuje se stanovit celoživotní strop pro příspěvky dospělého jednotlivce

Obrázek 1: Maximální možné odčerpání aktiv podle návrhu Dilnotovy komise pro osoby vstupující do ústavní péče a mající celoživotní náklady péče 150 000 £ (2011)



Pramen: Dilnot a kol. (2011)

na náklady jeho sociální péče – aby tak lidé byli chráněni před extrémními náklady péče. Komise doporučila tento strop stanovit v rozpětí 25–50 tisíc £ s tím, že částku ve výši 35 000 £ považuje za odpovídající a spravedlivou. Druhé doporučení pak spočívá ve zvýšení horního limitu při testování výše majetku pro účel získání nároku na sociální pomoc při ústavní péči – z tehdejších 23 250 £ na 100 000 £. Dopad těchto parametrických změn na majetek (aktiva) klientů komise ilustrovala na obrázku 1. Na ose x jsou zde „aktiva vstupující do péče“ a na ose y maximální podíl touto cestou „odčerpaných aktiv“. Horní křivka ukazuje tehdejší stav, dolní křivka návrh komise, s limitem v intervalu 25–50 tisíc £. Graf předpokládá náklady ústavní péče ve výši 28 600 £ ročně a příjmy jednotlivce v takové výši, aby z nich mohly být uhrazeny „obecné životní náklady“ ve výši 10 000 £ (Dilnot a kol., 2011). Pod těmito obecnými životními náklady se myslí náklady na ubytování a stravování, označované lidověji jako hotelové náklady (hotel bill).

Pro větší názornost k uvedeným parametrům dodejme, že v Británii existuje také dolní limit pro testování aktiv pro účely poskytnutí uvedené dávky sociální pomoci, a to v Anglii ve výši 14 250 £. Do tohoto limitu se výše majetku klienta nezohledňuje. Pokud aktiva převyšují výše uvedený horní limit, tak klient nárok na dávku nemá. Při komisi navrhovaném zvýšení horního limitu na 100 000 £ by došlo k tomu, že klient s aktivy ve výši tohoto limitu by platil za péči 343 £ týdně, resp. 17 836 £ ročně (Fairer, 2011). Pokud klient má v Anglii aktiva pod 14 250 £, tak za dlouhodobou péči neplatí, a navíc má nárok na to, aby mu z jeho příjmu zůstala

částka 24,90 £ týdně k volné dispozici (personal expenses allowance). Při aktivech v Anglii v rozmezí 14 250–23 250 £ určí místní samospráva výši poplatku za péči.

Britská vláda závěry Dilnotovy komise v zásadě akceptovala, nejprve formou Bílé knihy a pak předložením návrhu zákona o péči a podpoře (Care and Support Bill) do parlamentu. Podstatně ovšem upravila jeden parametr: celoživotní strop pro příspěvky klienta na náklady sociální péče měl být v roce 2016 72 000 £ (v cenách roku 2010 cca 60 000 £), zatímco komise navrhovala 35 000 £, resp. 25 000–50 000 £. Dlužno ovšem dodat, že původním zadáním pro komisi bylo snížit veřejné výdaje na sociální péči – a komise dospěla k závěru o nutnosti tyto náklady zvýšit. I tak vládní návrh zákona počítal se zvýšením výdajů na tuto péči. Návrh zákona měl přinést zlepšení pro vyšší příjmové a majetkové skupiny klientů, nejnižšímu kvintilu nic navíc nedával (Humphries, 2013). To je ovšem logické, ti nejchudší za dlouhodobou péči již tehdy nic neplatili. Reforma měla být plně účinná v roce 2017. Mělo při ní dojít také ke snížení počtu dávek a k jejich systematictějšímu propojení. Veřejné výdaje na dlouhodobou péči se ve Velké Británii odhadovaly na 1,3 % HDP (Appleby, 2013).

Návrh britského zákona o péči a podpoře (Crown, 2012) formuloval jeho cíle – ve zkratce – takto:

- modernizovat péči a podporu tak, aby systém byl postaven „okolo“ jednotlivce,
- vyjasnit nároky tak, aby si lidé byli lépe vědomi, co se jim nabízí a aby byli schopni plánovat svou budoucnost,
- podpořit širší potřeby místních komunit zlepšením přístupu k informacím a podporou prevence,

- zjednodušit systém péče a podpory,
- konsolidovat stávající legislativu do jednoho, jasného předpisu.

Cameronova vláda v roce 2016 odložila zavedení zákona o péči a podpoře na duben 2020, navíc neupřesnila výši celoživotního stropu. V prosinci 2017 pak vláda Mayové odložila účinnost zákona na neurčito.

Financování dlouhodobé péče v moderním liberálním modelu individualizovanou dávkou sociální pomoci je systémovým řešením. Problém je v tom, že náklady této péče bývají i velmi vysoké. Moderní liberální systém se z tohoto hlediska umí postarat o nejchudší vrstvu nesoběstačných osob, s předpokládaným zapojením jiných, v zásadě univerzálních dávek – jako je např. starobní důchod. Výhodou také je to, že britský systém zdravotní péče je postaven na jiném sociálním modelu – díky překrývání zdravotní a dlouhodobé péče. Problémy však nastávají ve vztahu k ostatním nízkopříjmovým skupinám obyvatelstva a také v relaci ke střední třídě, kde liberální britské přístupy vyžadují prioritní využití aktiv klientů k financování dlouhodobé péče. Proti rychlému a potenciálně nevýhodnému prodeji rodinných domků ve Velké Británii se konala řada demonstrací, řada lidí má s těmito důsledky liberalismu problém. Je zde významné riziko i v tom, že potenciální příjemci sociální pomoci mají (mohou mít) snahu se rychle a včas zbavit aktiv, aby nedošlo ke snížení jejich dávek. Tyto tendence jsou známy např. z Austrálie, kde veřejný důchod (age pension) je dávkou sociální pomoci. Systémově dobře míněná liberální politika – snažit se využít aktiv klientů k financování ústavní péče – se tak může do značné míry minout účinkem.

Dostupné britské a mezinárodní přehledy dlouhodobé péče neumožňují porovnávat kvalitu a celkovou efektivnost poskytování dlouhodobé péče. I tak by ve finále úvah o uplatnění toho či onoho sociálního modelu měla vždy poslední slovo politika – veřejná volba.

Konzervativní (křesťansko-demokratický) model

Typickým rysem konzervativního (křesťansko-demokratického, kontinentálního) modelu je velká diverzita zabezpečení jednotlivých sociálních skupin. Každá sociální skupina má modelově „svůj“ systém sociálního zabezpečení. Tyto systémy odrážejí jak specifika dané sociální skupiny, pokud jde o rizika krytá zabezpečením, tak i její vlivové postavení. To se výrazně projevilo již při vzniku těchto systémů.

Typickou, v tomto modelu nejvíce používanou metodou sociálního zabezpečení zaměstnanců je sociální pojištění. Dvěma základními zásadami sociálního pojištění jsou zásada ekvivalence a zásada sociální

solidarity. Zásada ekvivalence se aplikuje na úrovni jednotlivých systémů, a to samostatně v jednotlivých odvětvích a institucích těchto systémů – v dělnickém sociálním pojištění pak v odvětvích nemocenského a úrazového pojištění; zdravotní péče je zde věcnou dávkou pojištění. Celkově se musí rovnat příjmy a výdaje těchto jednotlivých institucí. Dále se zásada ekvivalence uplatňuje u peněžitých dávek sociálního pojištění tak, že samotná dávka je proporcionální, přímo úměrná zaplacenému pojistnému, a to jednotně pro všechny účastníky daného systému. Zásada sociální solidarity se především uplatňuje v rámci daného souboru rizik a jejich nositelů (účastníků), kdy účastníky se povinně stávají všichni příslušní zaměstnanci, do značné míry bez ohledu na svůj zdravotní stav. Zdravotní stav se sice může zkoumat při nástupu do zaměstnání, rozhodující však je „pouze“ to, zda je uchazeč do zaměstnání přijat, či nikoliv. Pokud je přijat, tak platí (on a jeho zaměstnavatel) pojistné, diferencované podle mzdy (procento ze mzdy do výše výdělkového stropu) – a nikoliv tedy podle zjištěného zdravotního stavu, jako je tomu v soukromém pojištění.

Systémy sociálního pojištění byly původně určeny pro jednotlivé sociální skupiny zaměstnanců, resp. pro jejich odvětvové anebo teritoriální, popř. i podnikové kolektivy. Takový „kolektiv“ byl klientem příslušné sociální nemocenské pojišťovny. V Německu původně existovalo na 23 000 nositelů sociálního nemocenského pojištění. Řízení těchto sociálních pojišťoven vycházelo ze samosprávy jednotlivých institucí, na základě paritního zastoupení zaměstnavatelů a pojištěnců. Pojistné určovaly jednotlivé pojišťovny. Sociální pojištění je povinné jen pro zaměstnance s výdělkem do stanoveného výdělkového stropu.

Modelově je zdravotní péče – v konzervativním modelu – věcnou dávkou sociálního nemocenského pojištění. Původně byl význam zdravotní péče v rámci sociálního nemocenského pojištění vedlejší, po druhé světové válce však došlo k zásadní změně a zdravotní péče nabyla klíčového významu, na úkor peněžitých nemocenských dávek. Svou roli zde sehrálo zavedení dlouhých karenčních dob (např. 6 týdnů) u nemocenského, kdy zaměstnanci jsou v prvních týdnech své pracovní neschopnosti zabezpečeni přímo z prostředků svých zaměstnavatelů. Zásadní význam mělo a má zvyšování rozsahu a kvality zdravotní péče, které se projevuje v růstu nákladů ve všech systémech zdravotní péče.

Ve veřejně poskytované zdravotní péči dominuje zásada sociální solidarity; zdravotní péči nelze poskytovat úměrně pojistnému zaplacenému procentem ze mzdy. To nemálo modifikuje i celý moderní

model sociálního pojištění – a to tím spíše, že po druhé světové válce se v Evropě zásadním způsobem rozšířila veřejná zdravotní péče na téměř všechno obyvatelstvo. I v systémech sociálního pojištění se zdravotní péče již neposkytuje pouze zaměstnancům, ale i důchodcům jakožto bývalým zaměstnancům, příslušníkům rodiny pojištěnců (pokud nejsou pojištění sami přímo), samostatně výdělečným osobám atd. V posledních letech se výrazně modifikuje – tímto směrem – i sociální nemocenské pojištění v Německu, přičemž v tomto ohledu jde již vlastně o jedinou zemi ze souboru zemí pevně zakotvených v systému sociálního pojištění, kde nedošlo k růstu univerzality poskytování zdravotní péče na hodnotu řádu 99 %, ale „jen“ na 85–90 %. Stalo se tak díky jednak zvláštnímu systému financování zdravotní péče veřejných zaměstnanců (a to nejen v ozbrojených silách) a také díky tomu, že některé sociální skupiny neprojevovaly zájem o účast v nemocenském sociálním pojištění.

Podstatný nárůst univerzality zdravotní péče a podstatný nárůst významu zdravotní péče v rámci sociálního nemocenského pojištění znamenaly výraznou modifikaci tohoto odvětví sociálního pojištění: značné posílení sociální solidarity na úkor ekvivalence. Z pohledu čistě teoretického, modelového, je zásadním problémem financování univerzální zdravotní péče pojištění, které je proporcionální výdělkům zaměstnanců. „Zdravotní daň“ by neměli platit pouze zaměstnanci a jejich zaměstnavatelé – pokud je zdravotní péče poskytována univerzálně všem občanům či rezidentům. To je teorie, v praxi rozhoduje „veřejná volba“, a ta neřídka vede k řešení, která nejsou jednoduše vysvětlitelná, resp. je možno je považovat nikoliv za koncepční. To platí o financování zdravotní péče obecně, v Německu ale s určitou výhradou, protože univerzalita zdravotní péče ze systému sociálního pojištění je přeci jenom citelně nižší než 100 %. Přesto se diskuse o této otázce v uplynulém desetiletí vedly; pravice přitom směřovala k neoliberalnímu modelu a levice k sociálně-demokratickému modelu čili se vlastně oba politické směry nechtěně „shodly“ na účelnosti opuštění konzervativního modelu financování zdravotní péče. Ke zcela zásadní reformě však nedošlo.

Krátkou zmínku si zaslouží i konzervativní (křesťansko-demokratický) systém veřejných důchodů. V době vzniku systému sociálního pojištění zde existovaly diametrální rozdíly mezi jednotlivými systémy tohoto pojištění a alternativního zabezpečení v jednotlivých zemích. Na jedné straně „odpočivné platy“ státních zaměstnanců ve výši předchozího platu, na druhé straně dělnické důchody na úrovni sociální pomoci. A „mezi nimi“ důchody soukromých zaměstnanců (úřední-

ků) „ve vyšších službách“. A kromě toho ještě celá řada dalších systémů. Po druhé světové válce došlo k významné integraci těchto systémů, nicméně třeba asi v polovině vyspělých zemí přetrvávají výsadní systémy starobního zabezpečení veřejných zaměstnanců. K významné diverzifikaci penzijních systémů však souběžně došlo formou rozvoje podnikových penzí. V několika zemích jsou tyto systémy podnikových penzí podstatným způsobem koordinovány na základě celostátních či celoodvětvových kolektivních smluv, většínou se však jedná o výrazně diverzifikované systémy odpovídající konzervativnímu sociálnímu modelu.

V původních systémech dělnického sociálního pojištění se často používala jednotná „základní částka“ důchodu, k níž se přidávala „zvyšovací částka“ zohledňující výdělek a dobu pojištění. Tak tomu bylo již v původním Bismarckově systému, kde navíc ještě existoval jednotný říšský příspěvek (hrazený z rozpočtu říše). Jednotné částky zde jako celek původně dominovaly. Byť se jednalo o systém sociálního pojištění, starobní důchody měly charakter příspěvku na živobytí – rozhodně nepřipomínaly náhradu mzdy. Ostatně není bez zajímavosti, že Bismarck původně navrhoval zavést rovný důchod financovaný ze státního rozpočtu. K zásadní změně v celkové koncepci starobního důchodu v (západním) Německu došlo až v roce 1957, při tzv. Adenauerově důchodové reformě, kdy byl starobní důchod pojat jako náhrada mzdy – za předpokladu celoživotního pojištění („plná penze“) a se zohledněním nižších běžných životních nákladů ve stáří (Schmähl, 2012). Oddělený solidární penzijní pilíř („základní zabezpečení ve stáří a při snížení výdělečné schopnosti“) má v Německu relativně malý význam, od roku 2005 byla dávka začleněna do systému sociální pomoci. Také proto, že od dob Adenauera se relativní výše plné penze významně snížila: na cca 60 % předchozí čisté mzdy. Německý základní systém sociálního pojištění již dávno nevyužívá institutu „základní částky“, nicméně je nosičem solidárních prvků typu náhradních dob – stát tyto solidární prvky financuje ze státního rozpočtu.

Konzervativní sociální model tedy prošel četnými proměnami na úseku zdravotní péče i na úseku zabezpečení ve stáří. Jednak to byla tendence k univerzalizaci – zvláště u zdravotní péče, kde skoro ve všech vyspělých zemích „hrozil“ definitivní odchod k sociálně-demokratickému modelu. A vedle tendence k růstu dávek a nákladů, která byla v posledních desetiletích „posílena“ nepříznivým demografickým vývojem a aktuálním tématem, se staly klíčovými zdravotní a důchodové reformy s cílem snížení růstu veřejných výdajů, nebo i relativního či dokonce absolutního snížení těchto výdajů. Při zmíněných

tendencích došlo v Německu od roku 1995 k zavedení pojištění (dlouhodobé) péče jako „pátého pilíře“ německého sociálního pojištění. Základní otázkou zde je, zda tato reforma zapadá do konzervativního (křesťansko-demokratického) modelu financování dlouhodobé péče.

Zavedení sociálního pojištění dlouhodobé péče předcházela odborná a politická diskuse po dobu 20 let, při níž byly probírány všechny možné varianty zabezpečení narůstajících potřeb dlouhodobé péče, včetně fondového systému. Významným argumentem pro průběžně financované sociální pojištění byla možnost okamžitého spuštění výplaty dávek a snaha převést organizaci a financování příslušné ústavní péče od obcí na jiné instituce. Z tohoto hlediska sociální pojištění dlouhodobé péče „nahradilo“ sociální pomoc. Významnou roli v těchto diskusích měla Zpráva nadace KDA z roku 1974 s názvem Zpráva o ústavním ošetřování nemocí ve stáří a o převzetí nákladů zákonnými nemocenskými pokladnami (Anger, 1974). Zpráva začíná příkladem: sedmdesátiletý důchodce prodělá mrtvici, je léčen v nemocnici a vše platí nemocenská pokladna; pak dojde k jeho doživotnímu přemístění do domova pro seniory ... a pokladna již neplatí nic, jeho důchod nestačí na úhradu pobytu v ústavu a důchodce se stane příjemcem sociální pomoci. V reálu byly tehdy na sociální pomoc odkázány dvě třetiny obyvatel těchto ústavů. Účelem od roku 1995 zavedeného sociálního pojištění dlouhodobé péče je částečná úhrada nákladů ústavní dlouhodobé péče. Náklady nepřebírají nemocenské pokladny, ale relativně samostatné pokladny dlouhodobé péče (Pflegekassen), spravované nemocenskými pokladnami. Po reformě 1995 bylo na sociální pomoc odkázáno asi 20 % obyvatel uvedených ústavů; v dnešní době již asi třetina – nárůst je dán nedostatečnou valorizací dávek. Dlouhodobá péče patří do resortu ministerstva zdravotnictví. Hlavním článkem veřejné správy na úseku dlouhodobé péče jsou spolkové země (Německo má 83 mil. obyvatel v 16 spolkových zemích). Německý systém dlouhodobé péče

počítá se silnou podporou potřebných osob ze strany rodiny. Pojištění (dlouhodobé) péče je považováno za centrální prvek německého systému dlouhodobé péče (Riedel a kol., 2019).

Měsíční dávky sociálního pojištění dlouhodobé péče byly původně diferencovány do tří základních skupin podle rozsahu potřeby péče a dále podle druhu péče na domácí (poskytovaná rodinou apod.), ambulantní a ústavní. Základní tarif, platný od roku 2017, uvádí tabulka 1. Pozoruhodná je výrazná diference základní dávky podle typu poskytovatele, zvláště u druhého stupně nesoběstačnosti. Domácí a ambulantní péči lze přitom kombinovat – pokud se např. využijí ambulantní služby ve výši 60 % uvedeného limitu, tak je nárok na výplatu uvedené peněžité dávky za domácí péči v rozsahu 40 %. V Německu bylo koncem roku 2010 2,4 mil. osob potřebujících dlouhodobou péči, z nich 46 % bylo ošetřováno výhradně rodinnými příslušníky a 31 % bylo trvale v ústavní péči; 23 % kombinovalo ambulantní služby s domácí péčí (Ratgeber, 2013). Koncem roku 2018 pobíralo dávky sociálního pojištění dlouhodobé péče 3,94 mil. lidí; 2,9 mil. využívalo ambulantní péči a 780 tisíc lidí ústavní péči (Ratgeber, 2020). Pro srovnání: průměrný starobní důchod ze základního systému sociálního pojištění činí po zdanění zhruba 950–1000 € měsíčně.

Míru úhrady nákladů dlouhodobé ústavní péče lze ilustrovat na průměrných údajích ze statistického zjišťování koncem roku 2011. Průměrná sazba za tuto péči ve třetí, nejvyšší pečovatelské třídě činila asi 75 € denně, což v přepočtu na měsíc představuje cca 2280 €. Vedle toho náklady na ubytování a stravování 21 € denně čili cca 638 € měsíčně. Sociální pojištění dlouhodobé péče poskytlo úhradu 1550 € měsíčně. To znamená, že tato dávka hradí náklady dlouhodobé péče z 68 % a kompletní ústavní péče z 53 %. Dodejme ještě, že klienti jsou v těchto ústavech většinou (60 %) umístěni v jednolůžkových pokojích; ve dvoulůžkových pokojích žije 39 % klientů. Ústavů s příslušnou licencí bylo cca 12 400; 54 % z nich bylo provozováno veřejně pro-

spěšnými institucemi typu Diakonie či Caritas, 40 % ústavů bylo soukromých a 5 % ústavů bylo veřejnými institucemi (Destatis, 2013).

Pojištění dlouhodobé péče poskytuje i dávky neformálním poskytovatelům této péče, pokud onemocní (až 6 týdnů ročně) a po dobu dovolené (až 6 týdnů krátkodobé rezidenční péče, obojí do výše 1612 € ročně (European Commission, 2019). Vedle běžně poskytovaných dávek je ze sociálního pojištění dlouhodobé péče nárok i na některá jednorázová plnění, např. na adaptaci bytu. Zavedeny byly mj. také příplatky k dávkám při vytváření bytových skupin klientů. Součástí dlouhodobé péče je i např. prevence a vzdělávání pečovatелů.

Základní pojistné na sociální pojištění dlouhodobé péče od roku 2019 činí 3,05 %, z toho platí zaměstnanec polovic. Bezdětní zaměstnanci ve věku od 23 let platí přírůžku 0,25 %. Zvláštní sazby platí v Sasku, protože Sasko u příležitosti zavedení tohoto pojištění odmítlo paralelní zrušení jednoho státního (církevního) svátku; zaměstnanci s dětmi tam platí 2,025 % a zaměstnavatelé 1,025 %. Důchody podléhají sazbě 3,05 %.

Německé sociální pojištění dlouhodobé péče se vztahuje jen na osoby podléhající sociálnímu nemocenskému (zdravotnímu) pojištění čili na řádově 85 % obyvatelstva. I zde tedy platí pravidla tamního, nikoliv univerzálního sociálního pojištění. Páté odvětví sociálního pojištění v Německu tak respektuje tamní sociální systém a svou koncepcí je svázáno s tamním sociálním zdravotním pojištěním. Stejně jako tamní sociální zdravotní pojištění, tak i německé sociální pojištění dlouhodobé péče má výrazně solidární charakter, zatímco v ostatních odvětvích sociálního pojištění dominuje zásada ekvivalence. Systémovým řešením tohoto problému je vyčlenění zdravotní a dlouhodobé péče mimo rámec sociálního pojištění, uplatnění jiného sociálního modelu v této oblasti.

Konzervativní (křesťansko-demokratický) sociální model se obecně vzato opírá o princip subsidiarity a dlouhodobá péče je primárně odpovědností rodiny; stát zasahuje, jen pokud rodina už požadavky, resp. potřeby již nemůže uspokojit. To se odráží i ve skutečnosti, že pojištění dlouhodobé péče explicitně nesměřuje k plné úhradě všech nákladů, ale předpokládá i určité soukromé platby. K odstranění sociálních tvrdostí je k dispozici sociální pomoc. Veřejná dlouhodobá péče byla v Německu v roce 2016 ze zhruba 67 % financována sociálním pojištěním dlouhodobé péče, z 9 % z obecných daní a z asi 20 % domácnostmi (Riedel a kol., 2019).

Rothgang (2009) charakterizuje německé sociální pojištění dlouhodobé péče jako „Bismarckův typ“ konzervativního sociálního modelu. Rothgang však do stejné

Tabulka 1: Sazby základních dávek sociálního pojištění dlouhodobé péče v Německu od roku 2017 (€ měsíčně)

Stupeň	Domácí péče	Ambulantní péče	Ústavní péče
1	125	-	125
2	306	689	770
3	545	1298	1262
4	728	1612	1775
5	901	1995	2005

Pramen: Ratgeber (2020)

skupiny řadí i Rakousko, kde sice existuje podobný dávkový systém, systém je však univerzální – platí pro veškeré obyvatelstvo a je financován z veřejných rozpočtů bez jakékoliv asistence pojistného či účelové daně. Poslední systémové změny v německém pojištění dlouhodobé péče jsme zařadili do oddílu o neoliberálním modelu.

Ke konzervativnímu modelu lze přiřadit některé další státy: Belgie, Francie, Lucembursko, Japonsko a Koreu (Colombo, 2011). Sociální pojištění dlouhodobé péče existuje pouze v Německu, navíc vzniklo nikoliv z modelových konzervativních (křesťansko-demokratických) důvodů, ale z čistě fiskálních důvodů. Konzervativní model ve financování dlouhodobé péče v zemích OECD rozhodně nepřevažuje, totéž platí o zdravotní péči.

Rothgang, stejně jako řada jiných autorů, rozlišuje také tzv. rudimentální sociální model, charakterizující sociální systémy jižní Evropy. Pokud jde o zabezpečení dlouhodobé péče, tak podle Rothganga se ve Španělsku, Portugalsku a Řecku uplatňuje „jihoevropský pojišťovací stát“, resp. Bismarckův typ rudimentárního sociálního modelu. „Bismarckův typ“ se podle Rothgangovy typologie dlouhodobé péče člení na „samostatné“ (eigenständig) a „nesamostatné“ systémy. Samostatným systémem se rozumí vyčlenění dlouhodobé péče jako odvětví. Studie OECD o dlouhodobé péči i informace o systémech dlouhodobé péče v jednotlivých státech však ukazují, že vyčlenění rudimentárního sociálního modelu nám v charakteristice systémů dlouhodobé péče nic nepřinese, spíše naopak. Z těchto pramenů např. vyplývá, že španělský systém dlouhodobé péče je „smíšený“; konkrétně je kombinací univerzálních dávek a dávek sociální pomoci (Colombo, 2011). Zdravotní péče je univerzální, podobně jako ve Velké Británii. Obojí tak ve Španělsku nemá nic společného s bismarckovským modelem. Na rozdíl od španělského penzijního systému.

Dlouhodobá péče má svá specifika, v zemích s konzervativním (křesťansko-demokratickým) modelem financování zdravotní péče je viditelná návaznost dlouhodobé péče na zdravotní péči – pokud jde o institucionální uspořádání i financování. Vyčlenění dlouhodobé péče do samostatného odvětví sociálního pojištění má svou logiku, ale jen velmi podmíněnou – pokud lze do budoucna považovat za odůvodněné začlenění (v zásadě) univerzální zdravotní péče do segmentovaného systému sociálního pojištění. Z čistě teoretického hlediska není důvod využívat konzervativní model u univerzální zdravotní péče, ani u univerzální dlouhodobé péče.

Rakousko patřilo ke „klasice“ křesťansko-demokratického sociálního modelu, zejména v uplynulém desetiletí tam však došlo k výraznému uplatnění principu uni-

verzality. Od roku 2020 bylo téměř zcela sjednoceno poskytování zdravotní péče do Rakouské zdravotní pokladny. Již od roku 1993 byla zavedena nepojistná veřejná dávka příspěvek na péči (Pflegegeld, pečovné), která je letos odstupňovaná od 160,10 do 1719,30 € měsíčně (7 stupňů – podle míry bezmocnosti). Příspěvek na péči je koncipován jako paušální, částečná úhrada vícenákladů dlouhodobé péče. Dále existuje Podpora 24hodinové péče (Förderung der 24-Stunden-Betreuung) pro osoby s nízkým příjmem, pokud je nezbytná celodenní péče; dávka je určena pro pečovatele. Rakouské ministerstvo pro sociální věci, zdraví, péči a ochranu spotřebitele (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz) spravuje od roku 2011 Fond péče (Pflegefonds), který slouží k poskytování dlouhodobé péče spolkovými zeměmi a obcemi ve spolupráci s neziskovými organizacemi, (zatím) do roku 2021 (BMASGK, 2019). Příspěvky zemím z Fondu péče jsou přidělovány podle počtu obyvatelstva. K úhradě nákladů dlouhodobé péče může občanům posloužit také obecná dávka sociální pomoci.

Sociálně-demokratický model

Sociálně-demokratický sociální model klade důraz na poskytování univerzálních dávek a služeb. Univerzálně poskytovaná zdravotní péče pro všechny občany či rezidenty je součástí tohoto modelu, stejně jako její rozpočtové financování z obecných daní. Pojistné v tomto modelu odpadá. Systém jednoho veřejného poskytovatele zdravotní péče dosahuje „úspor z rozsahu“ produkce (Palmer, 2006).

Jedním ze zásadních důsledků rychlého rozvoje možností zdravotní péče a prodloužení lidského věku je zásadní tlak na zvyšování nákladů na zdravotní péči, který se ve světě promítl i v celkovém pojetí univerzalismu zdravotní péče. Zatímco dříve se vycházelo z toho, že zdravotní péče má být poskytována každému v plném rozsahu a kvalitě („veškerá zdravotní péče pro každého“), dnes již dominuje „nový univerzalismus“, podle něhož je možno všem poskytovat jen základní péči, nikoliv tedy péči veškerou. Jinými slovy: má-li být dnes poskytována zdravotní péče všem, nemůže být poskytována veškerá možná péče. To platí pro všechny sociální modely, v každé zemi musí být – již z praktických důvodů – tak či onak – definován „balík základní péče“.

Sociálně-demokratický sociální model je ve své základní, výchozí koncepci spojen s výhradním poskytováním veřejných služeb, zde zdravotní péče a také dlouhodobé péče. V praxi příslušných zemí byla koncepce s různou intenzitou modifikována, prosadilo se využívání tržních nástrojů a do systému začali být zapojováni sou-

kromí podnikatelé (zejména praktičtí lékaři), soukromé společnosti a neziskové organizace. To poněkud modifikuje sociálně-demokratický model v pojetí Esping-Andersena (1990). My se tu však omezujeme na základní složku financování zdravotní péče a dlouhodobé péče v příslušných zemích. V nich nedošlo k podstatným změnám, i nadále se zde vychází z přímého financování univerzální veřejné zdravotní a dlouhodobé péče z veřejných prostředků bez využití veřejné pojišťovny.

Zvláště v americké literatuře bývají rozlišovány dva submodely veřejně financované zdravotní péče podle toho, zda poskytovateli zdravotní péče jsou (převážně) veřejné instituce, či soukromé podniky. Veřejně financované poskytování zdravotní péče v jinak soukromém zdravotnictví bývá charakterizováno jako „single-payer system“ čili systém s jedním plátcem; příkladem je Kanada. Naproti tomu veřejně financované veřejné zdravotnictví bývá v USA a Kanadě často označováno jako socializované zdravotnictví (socialized medicine) a jako typická země se zde uvádí Velká Británie.

V Evropě je single-payer systém chápán obecněji: jako každý systém financování zdravotní péče s jedním veřejným financielem. Bez zřetele na to, zda tímto financielem je přímo stát (či regiony), nebo monopolní veřejná zdravotní pojišťovna.

Jako single-payer systém lze označit i systémy veřejného zdravotního pojištění ve většině postkomunistických zemí, kdy toto pojištění je provozováno jednou – veřejnou – zdravotní pojišťovnou. Vzorem zde většinou byl systém sociálního zdravotního pojištění, nikoliv však již bismarckovský, segmentovaný, ale univerzální s tím, že neplatí konstrukce zahrnutí dětí a jiných závislých osob do pojištění zaměstnance. Od konceptu jedné veřejné zdravotní pojišťovny se očekávalo potlačení jisté fragmentace předchozího zdravotnického systému a případně také zabezpečení stability financování zdravotnictví využitím institutu pojistného na veřejné zdravotní pojištění. Využití účelového zdanění ve prospěch zdravotnictví však obecně neznamená zajištění více zdrojů pro zdravotnictví. Účelová daň sama o sobě nezajistí optimální úroveň výdajů na zdravotní péči (Jönsson, 1997). Spíše generuje dodatečné problémy a vícenáklady. Přiměřenost nákladů na veřejně placenou zdravotní péči by měl zajistit celostátní zdravotní fond, integrovaný či neintegrováný do jedné celostátní veřejné zdravotní pojišťovny.

Evropský parlament schválil koncem roku 2008 rezoluci o budoucnosti systémů sociálního zabezpečení a penzí ohledně jejich financování a trendů k individualizaci. Poslední část této rezoluce je věnována zdravotní péči a dlouhodobé péči, závěrečný 57. bod této části rezoluce doporučuje

členským zemím přispět k efektivnosti a rovnosti v jejich systémech zdravotní péče snížením počtu rizikových společenství (pools), nebo – ještě lépe – vytvořením jednoho (single) národního poolu, který může usnadnit strategické řízení a koordinaci v celém zdravotnickém systému. Pozoruhodný je i bod 49, který zní: „(Evropský parlament) uznává rostoucí popularitu tržně orientovaných řešení a privatizace financování zdravotnictví jako všeléků na nesmírný nárůst nákladů, neúčinnost a problémy týkající se kvality poskytované péče, zejména v nových členských státech; konstatuje, že se stále více potvrzuje poznatek, že funkční privatizace sociálních systémů zdravotního pojištění, orientace finančních makléřů na zisk a konkurence mezi nimi zpravidla správě systémů zdravotní péče prodražuje, zatímco jejich přínos prezentovaný potlačením rostoucích nákladů, účinností a kvalitou péče je sporný; doporučuje proto, aby členské státy, v nichž existuje model jediného plátce, u tohoto modelu zůstaly“ (European parliament, 2010). Vyjadřování je dosti „diplomatické“, nicméně preference single-payer systému je evidentní. Pozoruhodný je i následující bod, který v systémech s příspěvkem na sociální pojištění vybíranými ze mzdy doporučuje rozšířit tento vyměřovací základ o příjmy nevýdělečného charakteru. Čili je zde doporučení směřující k aplikaci koncepce „občanského pojištění“, resp. k financování zdravotní péče daní z příjmů (European parliament, 2010).

Sociálně-demokratický sociální model byl na úseku zdravotní péče v mnoha směrech modifikován „infiltrací“ tržních prvků. To se však netýká financování ve-

řejné zdravotní péče jako celku – ta je pojímána jako veřejný výdajový program financovaný z veřejného rozpočtu bez využití institutu pojistného. Tento systém lze považovat za efektivnější než západní systémy sociálního zdravotního pojištění. Srovnávací analýzy systémů sociálního zdravotního pojištění a systémů zdravotní péče financovaných z veřejných rozpočtů totiž obvykle docházejí k závěru, že sociální zdravotní pojištění je nákladnější, aniž by představovalo větší kvalitu (Wagstaff, 2009).

V zemích OECD a EU má převažující podporu single-payer systém; za jeho základní verzi lze považovat financování veřejné zdravotní péče z veřejných rozpočtů vycházející ze sociálně-demokratického modelu, který je charakterizován univerzálnou poskytováním této péče – pro všechny rezidenty. V této základní verzi jsou rezidenti zahrnuti do veřejně financovaného systému zdravotní péče automaticky, bez podmínky sjednání např. pracovního poměru či pojistné smlouvy.

Nejtypičtější sociálně-demokratický systém poskytování dlouhodobé péče v zásadě kopíruje tentýž systém poskytování zdravotní péče. To platí počínaje již oficiální politikou, kdy je deklarováno občanské právo na kvalitní dlouhodobou péči (je-li potřebná). Při posuzování potřebnosti potenciálních konzumentů dlouhodobé péče se nebere zřetel na majetek či jiná aktiva občanů. Ve Švédsku je oficiálním cílem dlouhodobé péče o seniory zabezpečení vysoké kvality a nezávislosti života, pokud možno co nejdéle, aby se mohli účastnit občanského a osobního života; musí být s nimi zacházeno s respektem a musejí mít přístup k dobré péči.

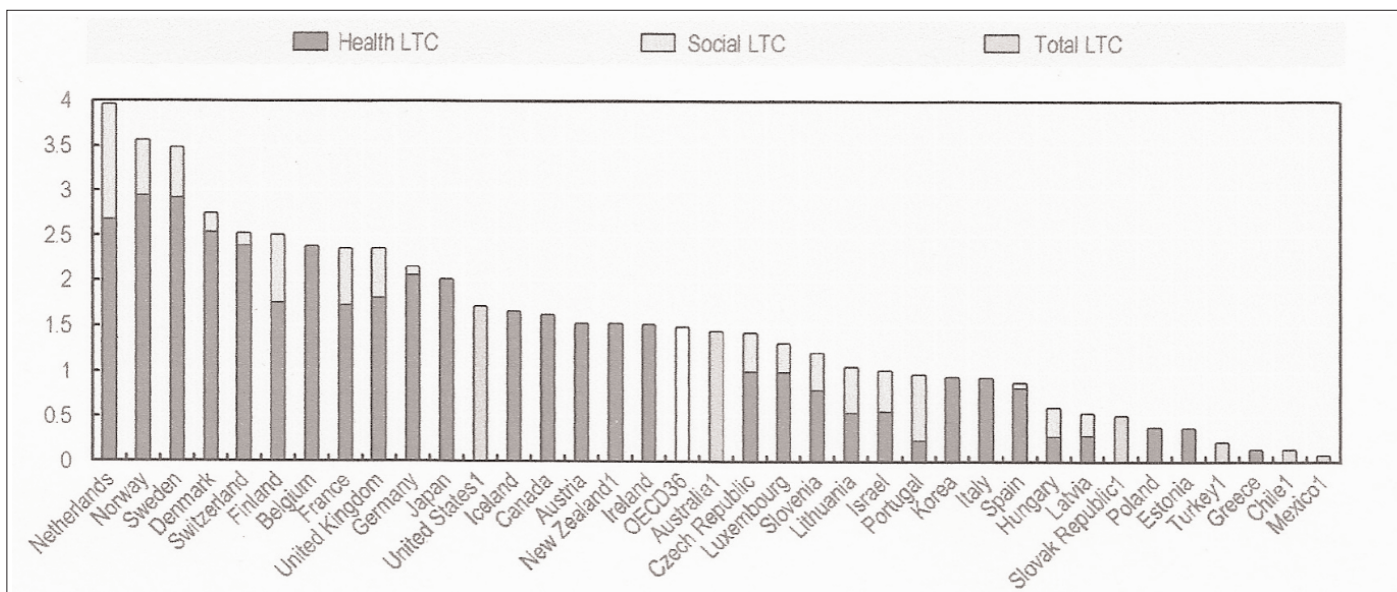
Podle vládní směrnice (z roku 2009) jde o zajištění důvěry příjemců péče a jejich příbuzných v důstojnou a vysoce kvalitní péči ve Švédsku (Fukushima, 2010).

Řízení a plánování dlouhodobé péče ve Švédsku je třístupňové: celostátní, regionální a obecní. Základní parametry určuje centrum, stát také poskytuje globální dotace regionům na tuto péči podle počtu a struktury obyvatelstva. Finanční spoluúčast klientů je celkově velmi nízká (pod 4 %), její konkrétní výši stanoví obce. Resortně patří dlouhodobá péče na ministerstvo zdravotnictví a sociálních věcí.

V 90. letech proběhly ve Švédsku některé reformy dlouhodobé péče. Spočívaly však především v jejich (další) decentralizaci na obce. Snad největší reformou s politickým obsahem bylo povolení soukromého podnikání v sociálních službách, včetně využívání outsourcingu, za pravicové vlády. Obecně lze tyto reformy charakterizovat jako ekonomizaci, informalizaci (ve smyslu většího využití neformální péče) a privatizaci (Auth, 2013). Základ sociálně-demokratického modelu, resp. jeho aplikace v dlouhodobé péči, tím však zásadně narušen nebyl. Lze se setkat s modelovou námitkou, že některé švédské obce začaly využívat konstrukce poplatků, při níž se berou na zřetel příjmy klientů (Karlsson a kol., 2010).

Sociálně-demokratický sociální model se v zásadní podobě aplikuje ve všech skandinávských zemích. Obrázek 2 uvádí veřejné (a povinné soukromé) výdaje na dlouhodobou péči v relaci k HDP za země OECD i s využitím kvalifikovaných odhadů – vzhledem k nedostatku srovnatelných údajů za některé země. Relativně nejvyšší výdaje na dlouhodobou péči má Nizozemí

Obrázek 2: Veřejné a povinné soukromé výdaje na dlouhodobou péči (zdravotní a sociální složky, popř. celkem) v % HDP (2017)



Pramen: Mueller a kol. (2020)

(viz dále). Na dalších předních místech na obrázku jsou skandinávské země, což je dáno uplatňováním sociálně-demokratického modelu dlouhodobé péče v těchto zemích.

Zajímavé je srovnání s relacemi výdajů na zdravotní péči k HDP. Obrázek 3 obsahuje 19 zemí OECD seřazených do skupin podle míry uplatnění „trhu“ (vlevo) a „veřejného zaopatření“ (vpravo). Ve skupině zemí od Velké Británie po Island se výrazně uplatňuje sociálně-demokratický model; ve skupině zemí od Německa po Japonsko výrazně převažuje konzervativní model. Kanada a Austrálie mají single-payer systém s velmi výraznými tržními prvky. Dánsko, Nový Zéland a Irsko zase uplatňují sociálně-demokratický model s velmi výraznými tržními doplňky. Obrázek lze interpretovat jako potvrzení vyšší efektivity sociálně-demokratického modelu financování zdravotní péče. Kdybychom tyto údaje o zdravotní péči „sečetli“ s údaji o dlouhodobé péči, tak se celkové relace výdajů na zdravotní péči a na dlouhodobou péči za skandinávské země posunou na úroveň jiných západoevropských zemí. Obecně vzato bychom při hodnocení modelů dlouhodobé péče měli zohledňovat mj. i kvalitu poskytované péče – tak se to už dělá u zdravotní péče. Zohledňovat by se měla i různá věková struktura obyvatelstva v jednotlivých zemích, o to se zřejmě zatím nikdo nepokusil.

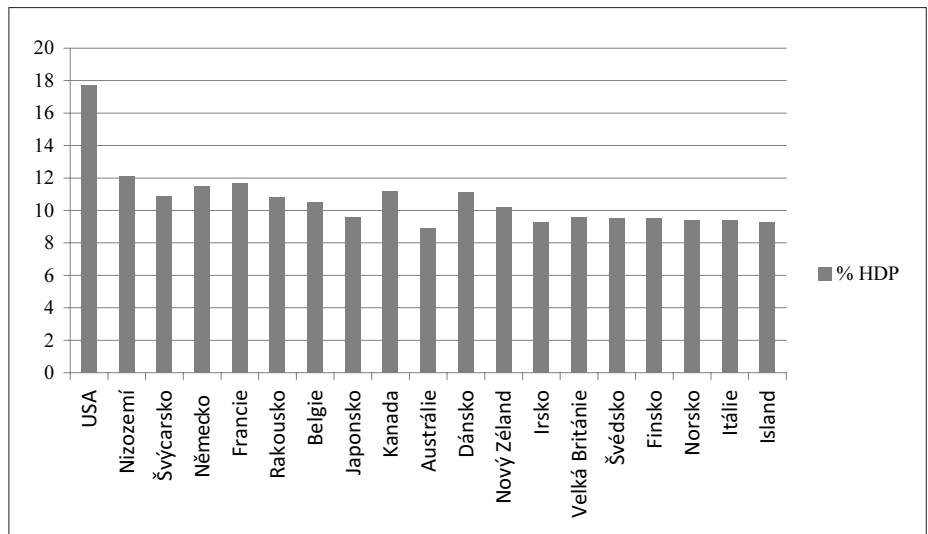
Teoreticky vzato by sociálně-demokratický model dlouhodobé péče, pokud bychom jej definovali extenzivně, jen jako veřejné financování soukromě poskytovaných služeb, mohl být realizován zmíněným single-payer systémem, jako je tomu v několika zemích u zdravotní péče. Praktický příklad ze světa však nemáme.

Souhrnně vzato nemá sociálně-demokratický model financování dlouhodobé péče žádné zásadní problémy, které by ho handicapovaly ve srovnání s jinými modely. Při jeho rozvíjení je ovšem třeba vždy brát zřetel na navazující sociální systémy, aby nedocházelo k plýtvání veřejnými i soukromými zdroji.

Neoliberální model

Neoliberální sociální model deklaruje maximum liberalismu a současně i výrazné státní zásahy, které mají umožnit či dokonce vytvořit obsáhlé konkurenční prostředí včetně potřebného sociálního zabezpečení. Je možné sem zařadit systém poskytování zdravotní péče v USA. Zásadní modifikací tržního systému v USA jsou dva největší veřejné zdravotní programy Medicare a Medicaid a dále daňová podpora poskytování zdravotního pojištění či přímo zdravotní péče ze strany zaměstnavatelů. Při zmínce o financování zdravotní péče nemůžeme opominout nizozemskou zdravotní reformu, která byla inspirována

Obrázek 3: Výdaje na zdravotní péči ve vybraných zemích OECD v % HDP v roce 2011, popř. 2010



Pramen: OECD (2013), vlastní zpracování

teoretickými přístupy amerického profesora pro podmínky USA a která byla vzorem pro několik českých politiků a jejich odborných poradců. Čistý model jimi doporučeného paušálního pojistného se uplatňuje ve Švýcarsku a v segmentu povinného soukromého zdravotního pojištění i v Německu.

Medicaid je největším americkým vládním (federálním a státním) výdajovým programem pro osoby s nízkými příjmy, je určen pro příjemce peněžitých dávek sociální pomoci. Medicaid je systémem nákupu soukromého zdravotního pojištění pro sociálně potřebné a nízkopříjmové skupiny osob, které projeví o toto zdravotní pojištění zájem. Součástí tohoto pojištění je i úhrada většiny nákladů dlouhodobé péče. Rozsah pojištění je rozdílný podle jednotlivých států USA, federace pouze poskytuje dotace, a to v závislosti na průměrných příjmech v jednotlivých státech. V únoru 2020 byla cestou Medicaid pojištěna téměř jedna pětina Američanů (63,8 mil.). Další 6,8 mil. účastníků má program pro děti z chudých rodin (Children's Health Insurance Program, CHIP), které nesplňují podmínky Medicaid (Medicaid.gov., 2020). 51 % dětí je pokryto těmito zdravotnickými programy. Ve výdajích programu Medicaid převažuje pojištění dlouhodobé péče.

Americký systém zdravotního zabezpečení se opírá o soukromé zdravotní pojištění. Přímoou pojistnou smlouvou s některou ze soukromých zdravotních pojišťoven má však pouze poměrně malá část Američanů; většina má zdravotní pojištění zakoupené zaměstnavatelem – více jak 50 % obyvatelstva; jedná se o skupinové pojištění, které je podstatně levnější než individuální zdravotní pojištění. Charakteristickým rysem amerického tržního modelu zdravotního zabezpečení jsou vysoké

náklady na zdravotní péči nejen v přepočtu na obyvatele, ale i v relaci k HDP. USA věnovaly na zdravotní péči (včetně dlouhodobé péče) 20 % HDP ve fiskálním roce 2020 (Mikulic, 2020). Celková úroveň poskytované zdravotní péče přitom významně zaostává za jinými vyspělými zeměmi. Pro americký tržní model poskytování zdravotní péče je typická vysoká správní reálie, ta činí asi 31 % celkových nákladů. Vysoká reálie je jak v segmentu poskytovatelů zdravotní péče, tak i u pojišťoven, resp. plátců za tuto péči. Přitom je podstatný rozdíl např. mezi reálií „pojišťovny“ Medicare (3 %) a komerčními pojišťovnami (plátcí), kde se jedná o 20–27 % výdajů (Settgast, 2012).

Obamova reforma zavedla v USA povinnost mít zdravotní pojištění od roku 2014 a státní regulaci usilovala o vytvoření (ještě více) konkurenčního prostředí s cílem snížit ceny zdravotního pojištění. Součástí reformy je i zavedení systému community rating, kdy pojišťovny nemohou diferencovat pojistné podle dosavadního zdravotního stavu klienta. Součástí regulace je i definice balíku základní péče, jehož se povinné zdravotní pojištění týká. Součástí reformy byl také CLASS Act, kterým se mělo zavést dobrovolné veřejné pojištění dlouhodobé péče jako opce pro zaměstnance; již v říjnu 2011 však Obamova administrativa oznámila, že tento program není praktický a že by měl být ukončen. Fakticky se tak stalo již tím, že ministerstvo zdravotnictví nevyhlásilo podmínky pro jeho fungování. K oficiálnímu zrušení došlo k počátku roku 2013. OECD uvádí zavedení tohoto pojištění jako výraz jednoho z konvergenčních trendů v oblasti financování dlouhodobé péče (Colombo, 2011).

Prezident Trump usiloval o zrušení Obamovy reformy zdravotní péče, aniž by měl

vlastní konkrétní řešení. V dávne minulosti vyjádřil podporu i britskému systému zdravotní péče. Trumpovým „finálním řešením“ se nakonec stal přílepek k zákonu o snížení daní a pracovních místech, který mění výši pokuty za nesjednání povinného zdravotního pojištění od roku 2019 na 0 \$. Obamova reforma (zákon o dostupné péči) snížila procento nepojištěných Američanů ve věku do 65 let ze 17 % na historické minimum 10 % v roce 2016. Trumpova politika vede k nárůstu tohoto procenta, v roce 2019 na 11 % populace ve věku do 65 let (30 mil.) a očekává se další růst na 13 % (35 mil. Američanů) v roce 2029 (CBO, 2019).

Povinné soukromé zdravotní pojištění lze považovat za základní verzi neoliberálního modelu. K tomuto modelu patří univerzální pojištění, nezávislé na výši výdělku účastníka. Předpokládá se přitom poskytování dotace k univerzálnímu pojištění podstatné části pojištěnců. Soukromá zdravotní pojišťovna nemůže odmítnout žádného klienta, nesmí zohlednit individuální zdravotní riziko. V této verzi nesou pojišťovny kumulativní riziko spojené s velkými individuálními rozdíly v potřebě zdravotní péče – ať již jsou dány jak věkem a pohlavím, tak i zcela individuálním zdravotním rizikem, odrážejícím se zejména v dosavadním zdravotním stavu. Zmínka o povinném soukromém zdravotním pojištění je relevantní i z toho důvodu, že tento systém funguje ve Švýcarsku a v extrémní podobě i v USA – a v obou zemích je významná část dlouhodobé péče začleněna do zdravotní péče.

Neoliberální systém zdravotního pojištění je v mnoha směrech praktikován ve Švýcarsku, byť je v tamní praxi často označován jako sociální nemocenské pojištění. Zavedením povinného zdravotního pojištění od roku 1996 byly sledovány tři cíle: kvalitní zdravotní péče pro všechny, sociální solidarita v podmínkách univerzálního pojištění a tlak na nezvyšování nákladů. Odchylkou od neoliberálního modelu je poměrně vysoké přímé financování nemocnic z kantonálních rozpočtů a povinná neziskovost pojišťoven. Pojištění za balík základní péče je u jednotlivých pojišťoven jednotné v rámci jednotlivých kantonů, a to diferencovaně pro tři věkové skupiny (děti do 18 let, mladí dospělí do 26 let, dospělí). Návazně jsou do těchto tří skupin řazeni pojištěnci s nárokem na „slevu“ z pojištění; tyto kantonální dotace pojištění představují samostatný systém sociální pomoci, s dávkou testovanou na příjem a majetek pojištěnce. Součástí balíku základní zdravotní péče není mj. zubolékařská péče.

Typickým jevem pro švýcarské povinné zdravotní pojištění jsou poměrně velmi vysoké spoluúčasti pojištěnců včetně využívání „franšíz“ (roční odčtené spoluúčasti). Používají se i další typické konstrukce

soukromého pojištění, zejména možnost zúžení rozsahu poskytované péče za slevu na pojištění (vyšší franšízy, omezení volby lékaře a zdravotního zařízení, telefonické konzultace před návštěvou lékaře). Od zavedení tohoto systému v roce 1996 proběhlo několik dílčích reforem sledujících lepší naplnění výše uvedených cílů. Nedaří se plnit třetí cíl: účinný systémový tlak proti růstu nákladů. Celkově se soudí, že úroveň zdravotní péče ve Švýcarsku je velmi vysoká, ale za cenu podstatně vyšších nákladů oproti jiným vyspělým zemím (OECD/WHO, 2011).

Dlouhodobá péče je ve Švýcarsku financována převážně (ze 60 %) soukromě, její poskytování je většinou považováno za osobní či rodinný problém. Veřejnou dlouhodobou péči mají podle ústavy na starosti obce a v menší míře i kantony. V rámci povinného soukromého zdravotního pojištění jsou poskytovány věcné dávky v ústavech a při péči v domácnosti a příspěvky na dlouhodobou péči v ústavech. I zde se uplatňují spoluúčasti. Uvedený vysoký podíl domácností na financování dlouhodobé péče je však nutno snížit o doplňkové dávky, poskytované ke starobním a invalidním penzím; výsledná hodnota je asi 36 % (Colombo, 2011).

Podle zákona z roku 1996 měly zdravotní pojišťovny převzít celé financování dlouhodobé péče. Úspěšně však lobbowały a nikdy k tomu v plném rozsahu nedošlo. Švýcarský parlament přijal dnes platný zákon o financování péče v roce 2008; zákon je uplatňován od roku 2011. Významnou úlohu v tomto systému mají kantony a obce. K úhradě samotných nákladů dlouhodobé péče v ústavech slouží (Züninga a kol., 2018):

- příspěvek zdravotní pojišťovny podle míry péče (12 stupňů) – až 108 Fr. denně (vysoké spoluúčasti a franšízy!);
- příspěvek klienta až 20 % z předchozí částky, tj. až 21,60 Fr. denně;
- příspěvek obce – pokrývá zbytek nákladů.

Podobně je tomu u ambulantní péče v domácnostech (Spitex). Náklady hotelových služeb u ústavní péče nesou klienti; v roce 2011 se tyto náklady v případě jednolůžkového pokoje v Lucernu pohybovaly v rozmezí 5 000–5 700 Fr. měsíčně. Je zřejmé, že tato schémata financování samotné dlouhodobé péče umožňují individualizaci nesení nákladů jednotlivci. K úhradě výdajů klientů dále slouží dávky z jiných sociálních systémů, zejména doplňková dávka (EL) ze solidárně orientovaného veřejného penzijního pilíře. Doplňková dávka v podstatě představuje speciální dávku sociální pomoci testovanou na příjem i majetek.

Financování dlouhodobé péče ve Švýcarsku nese neoliberální prvky především díky napojení na povinné soukromé zdravotní pojištění s jeho velkými spoluúčast-

mi klientů a díky paušálnímu pojistnému. Údaje o jeho nákladnosti se rozcházejí – od údajů (v relaci k HDP) nižšího než průměr zemí OECD až po nejvyšší údaj v tomto směru. Je to ovlivněno i relativní složitostí systému. O většině parametrů rozhodují kantony, včetně delegace jejich pravomoci na obce. Mezi jednotlivými kantony tak existují i velké rozdíly.

Od roku 2006 došlo k rozsáhlé reformě sociálního zdravotního pojištění v Nizozemí: byl zaveden třípilířový systém: sociální pojištění dlouhodobé péče zůstalo (sociální péče byla přesunuta na obce) a „zbytek“ byl rozčleněn na dva pilíře provozované konkurenčními zdravotními pojišťovnami: jedná se předně o systém povinného soukromého pojištění, s velmi silnou státní regulací včetně výrazných sociálních prvků a dále o pilíř doplňkového dobrovolného pojištění. V Nizozemí bývá systém charakterizován jako soukromé pojištění s veřejnými garancemi či jako hybridní systém (kombinace sociálního a soukromého pojištění). Pojistné smlouvy se ujednávají podle soukromého práva a pojišťovny jsou soukromými pojišťovnami (zvláštního druhu); mohou přitom být i neziskovými organizacemi. Materiál nizozemského ministerstva veřejného zdraví, sociální péče a sportu podotýká, že v podstatě všechny tamní zdravotní pojišťovny jsou nezisková društva, která povinně alokují případné zisky do rezerv nebo do snížení pojistného (Zorginstituut, 2016). Soukromý pojišťovací koncern Achmea (Zilveren Kruis) má ale podíl na trhu 30 % (Best, 2019). Odchylkou od neoliberálního modelu je dvojí systém financování povinného soukromého zdravotního pojištění v Nizozemí. Vedle univerzálního pojištění, které se tam označuje jako „nominální pojištění“ a které vybírají jednotlivé pojišťovny, existuje též systém „pojištění závislého na příjmu“ – jako v univerzálním sociálním pojištění; toto pojištění platí zaměstnavatelé (sazba 6,95 % ze mzdy). Toto druhé pojištění plyne do Centrálního zdravotního fondu, kde je zdrojem pro výplatu kapitačních plateb za jednotlivé klienty jednotlivým zdravotním pojišťovnám. Kapitační platby jsou diferencovány obdobně jako v Německu.

„Nominální pojištění“ za státní pojištění (děti do 18 let) platí stát. Je možno získat skupinovou slevu, od roku 2020 až 5 % (hlavně jde o skupinové slevy pro zaměstnance). Průměrné nominální pojištění se v roce 2020 očekává ve výši 1 415 £ ročně. Potřební mají nárok na státní příspěvek k nominálnímu pojistnému; tento státní příspěvek dostává asi 40 % pojištěnců. Nominální pojištění představuje asi 45 % celkového zdravotního pojištění. Je možno sjednat vyšší než povinnou (roční) spoluúčast pojištěnce (385 £) a bonusy při bezeškodním průběhu pojištění. Od roku 2006 došlo k rychlé koncentraci trhu

povinného zdravotního pojištění; 4 pojišťovací skupiny již v roce 2011 ovládaly 91 % trhu.

K financování dlouhodobé péče v Nizozemí slouží především samostatné odvětví „národního pojištění“, již od roku 1968. Od samého počátku bylo chápáno jako jeden z pilířů zdravotního pojištění; jeho specifickým rysem je úhrada „výjimečných zdravotních výdajů“ (AWBZ). Právě tím, že dlouhodobá péče je finančně náročná čili že riziko vzniku velmi vysokých výdajů je velké, lze vysvětlit, proč toto pojištění nebylo zahrnuto do povinného soukromého zdravotního pojištění. Od roku 2015 bylo pojištění AWBZ transformováno na podstatně užší zdravotní pojištění dlouhodobé péče v rozsahu 24 hodin denně zákonem o dlouhodobé péči (Wlz); pojistné činí 9,65 % z příjmů, jeho správa je v zásadě integrována do daně z příjmů. Pojistné Wlz je příjem Fondu dlouhodobé péče, spravovaného Ústavem národního zdraví (National Healthcare Institute); státní dotace Fondu jsou možné. Systém Wlz má 31 regionálních kanceláří, zabezpečujících příslušnou dlouhodobou péči; kanceláře jsou napojeny na dominantní zdravotní pojišťovnu v regionu. Maximální ceny za služby dlouhodobé péče reguluje Úřad zdravotní péče (NZa). Dospělí klienti Wlz platí spoluúčast závisající na příjmech a rodinných poměrech. Klienti si místo služeb mohou zvolit i peněžitou dávku („osobní rozpočet“); její výše zhruba odpovídá nákladům na přímo poskytované služby (European Commission, 2019). Poskytování „ostatní“ dlouhodobé péče v rámci ABWZ bylo od roku 2015 přesunuto na obce (je jich 380): zákonem o sociální podpoře a zákonem o mládeži (preventivní a mentální péče o děti). Komplexní sociální pojištění dlouhodobé péče tak bylo rozděleno do tří systémů. Cílem reformy bylo zvýšení efektivnosti poskytování dlouhodobé péče, posílení koordinace dlouhodobé péče, zdravotní péče a sociální péče, zejména snížení nákladů dlouhodobé péče a posílení domácí péče (podíl ústavní péče byl 90 %).

Veřejné a povinné soukromé výdaje na dlouhodobou péči v relaci k HDP jsou v Nizozemí největší na světě. Po reformě dlouhodobé péče od roku 2017 došlo v Nizozemí ke zpomalení růstu výdajů na tuto péči a odstup před ostatními zeměmi se snížil. Fragmentace financování dlouhodobé péče v Nizozemí vyvolává či může vyvolávat nezáměr na koordinaci péče mezi akterými tří systémů financování a šetření na úkor kvality péče (Alders a Schut, 2019). Nicméně dlouhodobými cíli nizozemského systému dlouhodobé péče jsou univerzální přístup a štedré pokrytí potřeb (Duell a kol., 2017). Nizozemský fragmentovaný systém dlouhodobé péče má patrně nejbliže k sociálně-demokratickému modelu, na rozdíl od celého systému

zdravotní péče, do něhož je dlouhodobá péče v Nizozemí tradičně řazena.

Německý posun k neoliberalnímu modelu

Německo bylo kolébkou konzervativního (křesťansko-demokratického) systému sociálního nemocenského pojištění, v uplynulých letech však došlo k jeho výrazné modifikaci směrem k neoliberalismu, a je proto účelné se věnovat těmto reformám podrobněji. Poslední nejvýraznější německá zdravotní reforma byla realizována od roku 2007. Poprvé v historii Německa se zavedla – od roku 2009 – povinnost mít či uzavřít nemocenské/zdravotní pojištění (z této povinnosti jsou vyňati státní zaměstnanci!). Došlo i k dalším podstatným změnám, které se dotýkají celé koncepce dosavadního sociálního nemocenského pojištění. Byl zaveden princip svobodné volby pojišťovny a konkurence pojišťoven. To vedlo ke snižování počtu nositelů sociálního nemocenského pojištění; počátkem roku 2020 počet nemocenských pokladen klesl na 105. Dalším podstatným odklonem od modelu původního sociálního nemocenského pojištění bylo výrazné sjednocení sazeb pojistného; byla zavedena všeobecná celostátní sazba; od roku 2015 činí 14,6 %. Pojistné od roku 2009 již nevybírají nemocenské pojišťovny, ale je příjem nově vytvořeného federálního Zdravotního fondu. Pojišťovny ze zdravotního fondu dostávají „základní paušál“ (kapitační platbu) na každého pojištěnce, s přírůžkami a sračkami podle věku, pohlaví a zdraví jednotlivého pojištěnce. Pokud prostředky získané od Zdravotního fondu jednotlivé pojišťovně nestačí, může vybrat dodatečné pojistné (průměrná sazba dodatečného pojistného 2019: 1 %). A naopak, při vzniku přebytku lze klientům vyplatit „prémii“.

Od roku 2009 musí všechny soukromé nemocenské pojišťovny povinné nabízet „základní pojištění“ s plněními, která jsou srovnatelná se sociálním nemocenským pojištěním, pokud jde o balík základní zdravotní péče. Nikoho nemohou odmítnout, platí zákaz rizikových přírůžek a individuálních výluk z pojistné ochrany. Pojistné „základního tarifu“ soukromého zdravotního pojištění určují soukromé pojišťovny absolutní částkou, nikoliv tedy procentem ze mzdy. Maximální výše pojistného je regulována vzorcem: strop je dán vynásobením průměrného pojistného a maximálním vyměřovacím základem v sociálním nemocenském pojištění. Platí každý pojištěnec, na rozdíl od sociálního pojištění, kde jsou spolupojištění všichni nevýdělečně činní členové rodiny. Již z konstrukce vyplývá, že pojistné za základní tarif může být podstatně dražší pro většinu klientů, to jako skutečnost potvrzuje i Stiftung Warentest (2009). To nepře-

kvapuje: soukromé zdravotní pojišťovny mívají ve světě podstatně vyšší náklady. V německé praxi je tarif určen především pro nové klienty soukromých pojišťoven. Základní tarif se zatím v praxi téměř nevyužívá.

Zdravotní reformy jsou v Německu předmětem politického boje mezi politickými stranami. Dřívější minoritní vládní strana FDP („liberálové“) prosazovala v sociálním nemocenském pojištění zavedení jednotného „paušálního“ pojistného placeného zaměstnanci. Zaměstnavatelé by přitom dál měli platit pojistné procentem z výdělku. Velká část populace by návazně měla dostávat dotace k tomuto univerzálnímu pojistnému – podle sociálních hledisek. Tentýž reformní krok před léty navrhovala CDU/CSU – a vedlo to ke ztrátě části voličů. Naopak sociální demokraté, zelení a Levice (Die Linke) požadují zavedení „občanského pojištění“ – rozšířit placení pojistného i na ostatní příjmy obyvatelstva.

Poslední německá zdravotní reforma vedla k výrazné modifikaci dosavadního německého systému sociálního nemocenského/zdravotního pojištění. Některé její prvky – např. dovršení procesu k univerzální zdravotnímu zabezpečení (povinné pojištění pro všechny) – odpovídají všeobecným trendům ve světě. Naproti tomu důraz na konkurenci sociálních nemocenských pojišťoven lze považovat za nesystémový prvek, neboť vybočuje z obvyklého pojetí sociálního pojištění. Německé zdravotní reformy jsou výrazem snah podstatně reformovat sociální nemocenské pojištění, které se sami jejich autoři bojí dotáhnout do systémové, modelové podoby – s ohledem na politické dopady těchto reforem.

Pokud by německé pravicové i levicové strany důsledně realizovaly koncepcce, které se snaží prosadit jen v omezeném rozsahu, tak by to znamenalo zánik konzervativního (křesťansko-demokratického) modelu. Pravice by transformovala sociální nemocenské pojištění na povinné soukromé zdravotní pojištění, zatímco levice by přes „občanské pojištění“ dospěla k financování balíku základní péče ze státního rozpočtu a asi i k jedné či dokonce žádné zdravotní pojišťovně. Věcným důvodem pro tyto transformace sociálního zdravotního pojištění je univerzalizace poskytování zdravotní péče (včetně jejího financování), která je v rozporu se segmentovaným sociálním pojištěním i s alternativní metodou zabezpečení veřejných zaměstnanců, obojí v rámci konzervativního modelu. Z toho vyplývá, že je racionální vyčlenit zdravotní péči ze sociálního pojištění. Při provedené zásadní univerzalizaci samotného systému sociálního pojištění to znamená i konec konzervativního modelu na úseku zdravotní péče. Univerzální zdravotní péče je v rozporu se segmentovaným

konzervativním (křesťansko-demokratickým) sociálním modelem.

V teorii trvají snahy o privatizaci sociálního zdravotního pojištění. Výzkumná publikace Deutsche Bank už v první větě říká, že reforma zákonného nemocenského pojištění je nevyhnutelná: pokud by zůstal zachován stávající finanční model, tak sazby pojistného mohou v roce 2040 činit 25 % a více. Další závěry jen tezovitě: vysoké sazby pojistného by měly negativní dopady na zaměstnanost. Vysoké výdaje tohoto systému jsou ovlivněny i nadměrným a chybným zabezpečením. Způsob financování musí přispět k větší konkurenci. Financování nemocenského pojištění je třeba oddělit od nákladů práce; paušální pojistné odpovídá ekvivalenci. Solidaritu je třeba financovat daněmi. Tržní model je politicky neprosaditelný, proto je třeba postupovat dílčími kroky (Bräuninger, 2010). Tak tomu také bylo a jeden z komentářů na toto téma z úst předsedy představenstva jedné nemocenské pokladny zněl: „Jsme velmistři v četnosti suboptimálních zdravotních reforem“. K uvedené argumentaci o potřebě privatizace zdravotního pojištění dodává, že chybí jakýkoliv důkaz, že vše bude fungovat tak, jak se předpokládá.

Se zavedením povinného zdravotního/nemocenského pojištění v Německu od roku 2009 se změnilo i pojištění dlouhodobé péče – plně následuje osud zdravotního pojištění, včetně organizace. Kdo musí povinně sjednat soukromé zdravotní pojištění, musí povinně sjednat i soukromé pojištění dlouhodobé péče. V analytických a koncepčních materiálech je tomuto novému pojištění dlouhodobé péče věnována malá pozornost. Pokračovaly však diskuse o účelnosti reformy sociálního pojištění dlouhodobé péče. Na přetřes tak opět přišla otázka průběžného kontra-fondového systému pojištění dlouhodobé péče a otázka, zda má být toto pojištění sociální či soukromé, včetně toho, zda je účelné či spravedlivé „občanské pojištění“ čili financování veřejných výdajů na dlouhodobou péči účelovou daní z příjmů. Teoretické úvahy se – nikoliv překvapivě – obvykle odvíjejí od demografických tendencí v nejbližších desetiletích, z nichž vyplývá, že potřeba dlouhodobé péče vzroste násobně, daleko více než výdaje na starobní důchody. Podobným tendencím bude nutno čelit i v oblasti zdravotní péče, i zde se předpokládá větší dynamika výdajů na dlouhodobou péči než na zdravotní péči.

V koaliční smlouvě německé konzervativně-liberální vlády z roku 2009 se věnovala pozornost pojištění dlouhodobé péče: toto pojištění prý ve formě rozvrhového (průběžného) financování natrvalo nemůže splnit svou úlohu, garantovat všem občanům spolehlivé dílčí zabezpečení nákladů péče. A vláda hned uvádí ře-

šení tohoto problému: „Potřebujeme tudíž mít, vedle stávajícího průběžného financování, doplněk s kapitálovým financováním, který musí být závazný, individualizovaný a generačně spravedlivý“ (Koalitionsvertrag, 2009).

Bräuninger (2011) se věnoval i reformě pojištění dlouhodobé péče. Na základě v podstatě stejné argumentace jako ve studii o privatizaci zdravotního pojištění dospěl k závěru, že privatizace sociálního pojištění dlouhodobé péče je běh na dlouhou trať a že je třeba jednat tak, aby se co nejlépe dosáhlo cíle určeného ve vládní koaliční smlouvě. Stejně jako jiní němečtí autoři označil stávající povinné pojištění dlouhodobé péče jako pojištění částečného kasko, protože – na rozdíl od zdravotního pojištění – kryje jen menší část rizika. A doporučil nejen povinné doplňkové soukromé pojištění dlouhodobé péče, ale i – a to zejména – dobrovolné doplňkové soukromé pojištění této péče s výrazným státním příspěvkem, podle vzoru Riesterova důchodu. Hlavním jeho argumentem proti povinnosti tohoto „druhého pilíře“ pojištění péče byla nutnost doplnění povinného soukromého pojištění péče sociální dávkou, která by sociálně slabším umožnila zaplatit povinné pojistné. Je to zcela stejná argumentace jako v případě nutnosti stejným způsobem korigovat zavedení paušálního (nominálního) pojistného v povinném soukromém zdravotním pojištění. Zavést státní dotace je prý prakticky i politicky jednodušší. Stejně jako jiní autoři, se ani Bräuninger nezabýval otázkou, kdo a z čeho zaplatí zvýšené státní výdaje (na státní příspěvky) – a jaké to bude mít redistribuční a makroekonomické dopady. Jakoby to nebylo důležité. Postup jeho výkladu byl následující: privatizace je nutná, a když bude povinná, tak musí být doprovázena sociální kompenzací. Takže je jednodušší zavést – místo sociální kompenzace – státní příspěvek. Jinak Bräuninger neargumentoval investičními výnosy z rezerv pojistného – tak by zastánci privatizace argumentovat mohli, stejně jako v důchodovém pojištění. To platí také o zdravotním pojištění – i tam se v typickém soukromém pojištění vytvářejí velké rezervy na stárnutí.

Reforma pojištění dlouhodobé péče byla v Německu realizována s účinností od roku 2013. Vláda nakonec místo povinného soukromého pojištění zavedla dobrovolné soukromé doplňkové pojištění dlouhodobé péče se státním příspěvkem, podle vzoru Riester-Rente. Podle téhož vzoru se pro nový produkt běžně užívá slangové označení Bahrova péče (Pflege-Bahr; Pflege = péče, Bahr = ministr zdravotnictví, FDP). Základní doporučení (ex)ministra Bahra bylo: Občanky a občané se musí zabezpečit pro případ potřeby dlouhodobé péče na vlastní zodpovědnost a s kapitálovým krytím (kapitalgedeckt).

Bahrovo pojištění péče podle Bahra již není částečné kasko, protože podíl státního příspěvku na celkovém pojistném u mladých činí 33,3 %! Další jeho hesla: ti, co vstoupí do nového pilíře ve věku 35–49 let, jsou mladí, kteří si jsou vědomi potřeby zabezpečení a nechtějí státu nic darovat. Ti ve věku 50–64 let jsou starší, pro něž je důležité zajištění majetku.

Některé parametry Bahrova pojištění péče: minimální příspěvek účastníka je 10 € měsíčně. Státní příspěvek činí 5 € měsíčně, bez ohledu na výši příspěvku účastníka (sociálně orientovaná podpora, leč podstatně menší a jednodušší než u Riesterova důchodu). Pojišťovny musí přijmout do pojištění každého, kdo (aktuálně) nepotřebuje dlouhodobou péči (povinná kontraktace), bez zkoumání zdravotního stavu. Čekací doba je maximálně 5 let; pokud by vznikla škodní událost před uplynutím sjednané čekací doby, tak se plní až od jejího uplynutí. Technická úroková míra činí 2,75 %. Pokrytí všech stupňů nesoběstačnosti, minimální plnění ve třetím stupni 600 € měsíčně. Zastropování režijních nákladů: 10 % z pojistného.

Bahrovo dobrovolné (při)pojištění dlouhodobé péče lze považovat za neúspěšný produkt. Koncem roku 2019 bylo v platnosti 0,9 mil. smluv tohoto pojištění, přitom všech připojištění péče bylo 3,5 mil. V německých podmínkách to představuje zanedbatelnou pojištěnost. Bahrův produkt je nezávislými experty doporučován pouze pro nemocné a osoby s vysokým rizikem péče, které již nemožou uzavřít normální pojištění denního odškodného pro případ dlouhodobé péče (BdV, 2020). Tarify těchto produktů s touto „antiselekcí rizik“ počítají – Bahrova pojistka je pro „normální rizika“ drahá. Jde o odborné selhání vlády a Bahra, resp. FDP zejména. Neoliberální politika byla/je prostě špatně nastavena/realizována. Neoliberální konstrukcí je povinnost přijmout do pojištění každého zájemce (bez zkoumání zdravotního stavu), k tomu však patří také povinnost pojištění pro zaměstnance či občany, nebo alespoň „jemná povinnost“ (soft compulsion) např. formou auto-enrolmentu (automatické zahrnutí do pojištění s možností opt-outu). Riziko dlouhodobé péče je relativně těžkým rizikem, takže by z pohledu neoliberální politiky mělo být zahrnuto do (povinného) zdravotního pojištění či důchodového spoření. Státní příspěvek je sám o sobě nedostatečným nástrojem neoliberální politiky. Trhy pojištění dlouhodobé péče jsou podstatně méně rozvinuté a samotné riziko dlouhodobé péče je podstatně horším pojistným rizikem z pohledu pojišťoven. Jeho pokrytí je v podmínkách zvýšeného tlaku na solventnost pojišťoven ještě obtížnější. Neoliberální politika je spojena se zcela zásadní modifikací příslušného trhu, s vysokou úlohou státního dohledu, lobby a dalších

aktérů daného systému. Neoliberální model je obvykle spojen s tendencí ke zvyšování nákladů poskytovaných služeb, s vysokými režijními náklady a případně i se státními výdaji na podporu finančních produktů.

Závěry

Dlouhodobá péče je relativně novým úsekem sociálního zabezpečení, který se všeobecně neprosadil jako samostatné odvětví tohoto systému. Je to dáno i tím, že tato oblast je v různých zemích a systémech a také různou měrou propojena se souvisejícími odvětvími – především se zdravotní péčí a také se sociální pomocí. V žádné zemi se neuplatňuje nějaký zcela čistý sociální model v celém sociálním systému. Naopak se dokonce již více než 50 let setkává např. ve Velké Británii moderní liberální systém univerzálních peněžitých dávek sociálního zabezpečení s univerzální zdravotní péčí, která zapadá do sociálně-demokratického sociálního modelu.

Neexistuje žádný ideální sociální systém či subsystém. Žádný systém nikdy nevyhovoval a ani nemůže vyhovovat všem občanům či rezidentům v dané zemi. Nicméně lze v mezinárodním průměru zemí OECD pozorovat typické rozdíly mezi zeměmi aplikujícími v převážné míře některý ze čtyř sociálních modelů, které jsme zde podrobně charakterizovali. Zvláště s ohledem na zřetelnou tendenci k poskytování univerzální zdravotní péče lze dojít k závěru, že klasický konzervativní (křesťansko-demokratický) sociální model není perspektivní. Také zejména na úseku zdravotní péče a soukromého zdravotního pojištění se ve světě ukazuje, že liberální sociální model není nejlepší; neoliberální reformy sice mohou odstranit většinově pociťovanou nedostatečnou univerzalitu zdravotní péče, vedou však k vyššímu růstu nákladů na tuto péči, oproti jiným systémům či modelům. V podstatě tak zbývá jako nejlepší základ systému sociálně-demokratický model (názvy modelů nelze ztotožňovat s názvy konkrétních politických stran; řídíme se zde uznávanou klasifikací Espinga-Andersena, 1990). Všechny sociální systémy při-

tom prodělaly řadu proměn, které reflektují např. zapojení soukromého sektoru do poskytování služeb všeho druhu. Ke změnám došlo i v řízení státní správy. O úspěšnosti toho či onoho systému by měla rozhodovat jeho efektivnost, v praxi ovšem mají různou váhu i zájmy, lobbying, korupce apod.

Modely financování dlouhodobé péče se odvíjejí od čtyř základních sociálních modelů dlouhodobé péče, které lze šachovnicově uspořádat jednak podle důrazu na selektivitu kontra univerzalitu v poskytování dlouhodobé péče a jednak podle úlohy povinnosti kontra individuální volby tohoto zabezpečení – viz obrázek 4. V moderním liberálním modelu je systémovým řešením financování dlouhodobé péče individualizovanou dávkou sociální pomocí. V zemích s konzervativním (křesťansko-demokratickým) modelem zdravotní péče je viditelná návaznost dlouhodobé péče na zdravotní péči v institucionálním uspořádání i ve financování. Sociálně-demokratický model poskytování dlouhodobé péče kopíruje tentýž (single-payer) model poskytování zdravotní péče; veřejná politika zde deklaruje občanské právo na kvalitní dlouhodobou péči. Neoliberální sociální model požaduje maximum liberalismu a současně i výrazné státní finanční zásahy s cílem podstatně regulovat trh zdravotní a dlouhodobé péče.

Literatura

Alders, P., Schut, F. T. (2019). The 2015 long-term care reform in the Netherlands: Getting the financial incentives right? *Health Policy*, vol. 123, Issue 3, pp. 312–316. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.10.010>

Anger, H. et al. (1974). *Gutachten über die stationäre Behandlung von Krankheiten im Alter und über die Kostenübernahme durch die gesetzlichen Krankenkassen*. Kuratorium Deutsche Altershilfe. Köln: Wilhelmine-Lübke-Stiftung e. V. http://www.kda.de/tl_files/kda/Jubilaeum1962%20-%202012/PDFs/Gutachten.pdf

Appleby, J. (2013). Spending on health and social care over the next 50 years. Why think long term? London: The King's Fund. http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/publication_file/Spending%20on%20health%20...%2050%20years%2010%20res%20for%20web.pdf

Auth, D. (2013). Economization and (in-)formalization of long-term care in Great Britain, Sweden and Germany. 3rd European Conference on Politics and Gender (ECPG). Barcelona. [\[barcelona.com/sites/default/files/Paper%20Auth%20ECPG%20Barcelona%202013-final.pdf\]\(http://barcelona.com/sites/default/files/Paper%20Auth%20ECPG%20Barcelona%202013-final.pdf\)

BdV \(2020\). Infoblatt – Pflege-Bahr. Hamburg: Bund der Versicherten. <https://www.bunderversicherten.de/files/merkblatt/80-pflege-bahr-nmg.pdf>

Best, de R. \(2019\). Market share of health insurance concerns in the Netherlands 2007-2019. <https://www.statista.com/statistics/579188/market-share-of-health-insurance-concerns-in-the-netherlands/>

BMASGK \(2019\). Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2018. Wien: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. <https://broschuerenservice.sozialministerium.at/Home/Download?publicationId=719>

Braüninger, D. \(2010\). Reform der GKV-Finanzierung – Kompromiss weiterentwickeln. Deutsche Bank Research. Aktuelle Themen 499. Frankfurt am Main: Deutsche Bank. \[http://www.dbresearch.de/PROD/DBR_INTERNET_DE-PROD/PROD000000000264607/Reform+der+GKV-Finanzierung+-+Kompromiss+weiterentwickeln.pdf\]\(http://www.dbresearch.de/PROD/DBR_INTERNET_DE-PROD/PROD000000000264607/Reform+der+GKV-Finanzierung+-+Kompromiss+weiterentwickeln.pdf\)

Braüninger, D. \(2011\). Pflegeversicherung – Aufbau von Vorsorgekapital geboten. Deutsche Bank Research. Aktuelle Themen 510. Frankfurt am Main: Deutsche Bank. \[http://www.dbresearch.de/PROD/DBR_INTERNET_DE-PROD/PROD000000000270658/Pflegeversicherung+-+Aufbau+von+Vorsorgekapital+geboten.pdf\]\(http://www.dbresearch.de/PROD/DBR_INTERNET_DE-PROD/PROD000000000270658/Pflegeversicherung+-+Aufbau+von+Vorsorgekapital+geboten.pdf\)

CBO \(2019\). Federal Subsidies for Health Insurance Coverage for People Under Age 65: 2019 to 2029. Washington: Congressional Budget Office. \[https://www.cbo.gov/system/files/2019-05/55085-HealthCoverageSubsidies_0.pdf\]\(https://www.cbo.gov/system/files/2019-05/55085-HealthCoverageSubsidies_0.pdf\)

Colombo, F. et al. \(2011\). *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*. OECD Health Policy Studies. Paris: OECD Publishing. \[www.oecd.org/health/longtermcare/helpwanted\]\(http://www.oecd.org/health/longtermcare/helpwanted\)

Cremer, H., Pestieau, P., Ponthière, G. \(2012\). The economics of long-term care: a survey. *ECORE Discussion Paper 2012/30*. Louvain-la-Neuve: Center for Operations Research and Econometrics. \[http://www.ecore.be/DPs/dp_1343209359.pdf\]\(http://www.ecore.be/DPs/dp_1343209359.pdf\)

Crown \(2012\). Draft Care and Support Bill. Presented to Parliament by the Secretary of State for Health by Command of Her Majesty. <http://www.officialdocuments.gov.uk/document/cm83/8386/8386.pdf>

Destatis \(2013\). *Pflegestatistik 2011. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt. \[https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001119004.pdf?__blob=publicationFile\]\(https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001119004.pdf?__blob=publicationFile\)

Dilnot, A., Warner, N., Williams, D. J. \(2011\). *Fairer Care Funding: The Report of the Commission on Funding of Care and Support*. \[http://www.ilis.co.uk/uploaded_files/dilnott_report_the_future_of_funding_social_care_july_2011.pdf\]\(http://www.ilis.co.uk/uploaded_files/dilnott_report_the_future_of_funding_social_care_july_2011.pdf\)

Duell, D., Koolman, X., Portrait, F. \(2017\). Practice variation in the Dutch long-term care and the role of supply-sensitive care: Is access to the Dutch long-term care equitable? *Health Economics*, sv. 26, č. 12. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/hec.3494>

Esping-Andersen, G. \(1990\). *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Cambridge: Polity Press & Princeton: Princeton University Press.

European Commission \(2019\). Joint Report on Health Care and Long-Term Care Systems & Fiscal Sustainability. Country Documents. 2019 Update. European Economy, Institutional Paper 105.

European parliament \(2010\). *Social Security Systems and Pensions*. European Parliament Resolution of 20 November 2008 on the future of social security systems and pensions: their financing and the trend towards individualisation \(207/2290\(INI\)\). <https://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P6-TA-2008-0556+0+DOC+XML+V0//CS>

Fairer Care Funding \(2011\). A critical summary of the report „Fairer Care Funding“ and how it may affect](http://www.ecpg-</p>
</div>
<div data-bbox=)

Obrázek 4: Základní sociální modely dlouhodobé péče

	<i>Individuální volba</i>		
<i>Selektivita</i>	Liberální model	Neoliberální model	<i>Univerzita</i>
	Křesťansko-demokratický model (konzervativní)	Sociálně-demokratický model	
	<i>Povinnost</i>		

Pramen: Autor; inspirace: Esping-Andersen (1990)

- your older clients. *Worthing: The Care Fees Advice Agency*. <http://www.carefeesadvice.com/resources/110706%20Fairer%20Care%20Funding%20Public.pdf>
- Friedman, M. (2001). How to Cure Health Care. *Hoover Digest*. No. 3. <http://www.hoover.org/publications/digest/3459466.html#>
- Fukushima, N., Adami, J., Palme, M. (2010). The Long-Term Care System For the Elderly in Sweden. *ENEPRI Research Report No. 89*. http://www.ancien-longtermcare.eu/sites/default/files/ENEPRI%20_ANCIEN_%20RR%20No%2089%20Sweden.pdf
- Hashiguchi, T.C.O. a Liena-Nozal, A. (2020). The effectiveness of social protection for long-term care in old age: Is social protection reducing the risk of poverty associated with care needs? *OECD Health Working Paper No. 117*. Paris: OECD. https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/the-effectiveness-of-social-protection-for-long-term-care-in-old-age_2592f06e-en#page61
- Humphries, R. (2013). Paying for social care: Beyond Dilnot. London: The King's Fund. http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/publication_summary/social-care-funding-paper-may13.pdf
- Jönsson, B., Musgrove, P. (1997). Government Financing of Health Care. In: Schieber, G. J. (ed.) 1997, *Innovations in Health Care Financing*. Proceedings of a World Bank Conference. Washington: The World Bank, 1997, pp. 1–252. ISBN 0-8213-3964-8-252. http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/1W3P/IB/1997/07/01/000009265_3971113151206/Rendered/PDF/multi_page.pdf
- Karlsson, M., Iversen, T., Oien, H. (2010). *Scandinavian long-term care financing*. Working Paper 2010:2. University of Oslo. http://www.med.uio.no/helsam/forskning/nettverk/hero/publikasjoner/skriftserie/2010/2010_2.pdf
- Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP (2009). Wachstum, Bildung, Zusammenhang. 17. Legislaturperiode. <https://www.fdp.de/files/565/091024-koalitionsvertrag.pdf>
- Medicaid.gov (2020). February 2020 Medicaid & CHIP Enrollment Data Highlights. <https://www.medicare.gov/medicaid/program-information/medicaid-and-chip-enrollment-data/report-highlights/index.html>
- Mikulic, M. (2020). U.S. Health Spending as share of GDP 1960–2020. Statista. <https://www.statista.com/statistics/184968/us-health-expenditure-as-percent-of-gdp-since-1960/>
- Mueller, M., Bourke, E. a Morgan, D. (2020). Assessing the comparability of Long-Term Care spending estimates under the Joint Health Accounts Questionnaire. OECD.
- Muir, T. (2017). Coordinating health and social care. Care coordination problems in OECD countries and how health system financing can make things better or worse. Paris: OECD. <https://www.slideshare.net/OECD-GOV/longterm-care-integrating-health-and-social-care-tim-muir-oecd>
- OECD/WHO (2011). *OECD Health Reviews: Switzerland*. Paris: OECD Publishing, 2011. ISBN 978-92-64-12090-7. <http://www.oecd.org/els/health-systems/oecd-reviews-of-health-systems-switzerland.htm>
- OECD (2013). *Health at a Glance: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing. https://doi.org/10.1787/health_glance-2013-en
- Palmer, E. (2006). *Public Policy for Pensions, Health and Sickness Insurance. Potential Lessons from Sweden for Latin America*. Santiago de Chile: United Nations.
- Ratgeber zur Pflege (2013). *Alles, was Sie zur Pflege wissen müssen*. 10. vydání. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Pflege/Broschueren/RatgeberPflege_A5_screen_Juni2013.pdf
- Ratgeber Pflege (2020). *Alles, was Sie zum Thema Pflege wissen sollten*. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/5_Publikationen/Pflege/Broschueren/200310_BMG_RG_Pflege_barr.pdf
- Riedel, M., Förlleitner, S., Kraus, M. (2019). *Zukünftige Finanzierung der Langzeitpflege. Ansatzpunkte für Reformen*. Research Report. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentschutz. <https://broschuerenservice.sozialministerium.at/Home/Download?publicationId=727>
- Rothgang, H. (2009). *Theorie und Empirie der Pflegeversicherung*. LIT Verlag. <http://books.google.cz/books?id=BCSiGfiazgC&pg=PA479&lpg=PA479&q=1974+Gutachten+des+Kuratoriums+Deutsche+Altershilfe&source=bl&ots=RqgPTWHNWp&sig=YVvP2e-vUkhV00FMMzr7HREXg&hl=cs&sa=X&ei=qAjpUf9PllbbswbZgYHQDw&ved=0CE0Q6AEwBQ#v=onepage&q=1974%20Gutachten%20des%20Kuratoriums%20Deutsche%20Altershilfe&f=false>
- Schmähl, W. (2012). Von der Rente als Zuschuss zum Lebensunterhalt zur „Zuschuss-Rente“. Weichenstellungen in 120 Jahren „Gesetzliche Rentenversicherung“. *Wirtschaftsdienst. Zeitschrift für Sozialpolitik*, ročník 92, č. 2. <http://www.wirtschaftsdienst.eu/archiv/jahr/2012/5/2780/>
- Settgast, A. (2012). *Achieving Universal Health Care for Kids (& Adults): The Minnesota Health Plan*. Presentation. National Children's Study Speakers' Series. Saint Paul, Minnesota, 2012. [http://elibrary.worldbank.org/docserver/download/4821.pdf?expires=1363456399&id=id&accname=guest&checksum=34ED75216811CA6EE41020B1D0BA41CF](http://www.google.cz/search?source=ig&rlz=1G1L END_CSCZ518&q=Achieving+Universal+Health+Care+for+Kids+%28%26+Adults%29%3A+The+Minnesota+Health+Plan&dq=&gs_l=Stiftung Warentest (2009). Hausmannskost für viel Geld. <i>Stiftung Warentest</i>, Finanztest 3/2009</p>
<p>Wagstaff, A. (2009). <i>Social Health Insurance vs. Tax-Financed Health Systems – Evidence from the OECD</i>. Policy Research Working Paper 4821. Washington: The World Bank, 2009, pp. 1–37. <a href=)
- Zorginstituut Nederland (2016). *Healthcare in the Netherlands*. The Hague: Ministry of Public Health, Welfare and Sport, 2016. <https://english.zorginstituutnederland.nl/about-us/publications/publications/2016/01/31/healthcare-in-the-netherlands>
- Zúniga, F. et al. (2018). Die Pflege älterer Personen in der Schweiz. In: *Die Pflege älterer Personen in Deutschland, Frankreich und der Schweiz*. Kehl: TRISAN / Euro-Institut. https://www.trisan.org/fileadmin/user_upload/Themenheft_TRISAN_Die_Pflege_älterer_Personen.pdf

Prof. Ing. Jaroslav Vostatek, CSc. (jaroslav.vostatek@vsfs.cz) vyučuje zejména sociální politiku a veřejnou ekonomii na katedře financí Fakulty ekonomických studií Vysoké školy finanční a správní (Department of Finance, Faculty of Law and Administration of the University of Finance and Administration), Estonská 500, 101 00 Praha 10, Česká republika.

**Obdobný měsíčník Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR
SOCIÁLNÍ SLUŽBY
www.socialnisluzby.eu**

Z obsahu prosincového čísla

- Aktuality APSS ČR 5
- Institut vzdělávání APSS ČR: Nabídka otevřených kurzů 6
- Terapie: Využití biosyntetické psychoterapie v sociálních službách 8
- Statistika: Aktuální zpráva o stárnutí populace v Evropě 10
- Terapie: Loutky a animace ve specifické divadelní skupině 14
- Aktuality IVA: Posadte se, jedeme dál 17
- Terapie: Což takhle dát si hudbu aneb Muzikoterapie v praxi, 3. díl 18
- Zdravotnictví: Výživová doporučení pro seniory 19
- Psychosociální intervence v domácím prostředí klienta z pohledu psychologa, 1. díl 20
- Dobrá praxe: Sdílené bydlení pomůže mladým i seniorům 25
- Zdravotnictví: Duševní poruchy ve stáří s důrazem na potřebu sociální interakce 26
- Právo: Příspěvek k důchodu 2020 30
- Právo: Náborový příspěvek 32
- Veřejný ochránce práv: Úskalí spojená s podáváním žádostí o dávky pomoci v hmotné nouzi 33