Pojištění dlouhodobé péče v České republice

1. díl

Většina evropských zemí připouští, že je nutné provést systémové změny v oblasti financování a poskytování dlouhodobé péče. Současné systémy, disponibilní zdroje (finanční, lidské) a zvyšující se potřeba dlouhodobé péče v souvislosti s demografickými prognózami umožňují pouze několik možných scénářů budoucího vývoje, jako je zvýšení finanční participace ze soukromých zdrojů, snížení kvality péče, snížení dostupnosti péče, deskilling pracovníků v sociálních službách, zavedení nových systémů financování, změny principů solidarity či kombinace naznačených změn.

■ ***Text: Mgr. Václav Krása; Ing. Jiří Horecký, Ph.D., MBA; Ing. Vladimír Bezděk; prof. PhDr. Martin Potůček, CSc., MSc.***

Pojištění dlouhodobé péče, ať již veřejné, nebo soukromé, je možným směrem, kterým se při řešení těchto otázek vydat. To, zda je právě pojištění dlouhodobé péče pro Českou republiku tou správnou cestou, je zásadní otázkou, která by měla být diskutována v rámci odborné veřejnosti pro případná budoucí politická rozhodnutí. Alternativou pojištění by bylo financování dlouhodobé péče přímo z veřejných rozpočtů.

1. Pojištění dlouhodobé péče jako varianta jejího financování

Na začátku úvah o možném zavedení pojištění dlouhodobé péče je nutné definovat dlouhodobou péči.

OECD definice

Dlouhodobá péče zahrnuje škálu služeb, kterou potřebují osoby se sníženou funkční kapacitou (fyzickou, psychickou nebo smyslovou), v jejímž důsledku jsou po delší dobu závislé na pomoci při základních aktivitách každodenního života (ADL2 – koupání, používání toalety, oblékání, krmení, vstávání ze židle nebo postele, pohyb po místnosti apod.). Tato osobní komponenta péče je často poskytována společně se základními zdravotními službami (například ošetřování ran, řešení bolesti, podávání léků, monitorování, prevence, rehabilitace nebo paliativní péče). Poskytování pomoci při ADL a základních zdravotních službách může být kombinováno s pomocí při instrumentálních aktivitách denního života (například pomoc při péči o domácnost, přípravě jídla, nakupování, transportu).

WHO definice

Dlouhodobá péče je systém činností, které umožňují lidem, kteří nejsou plně schopni si sami zajistit péči o vlastní osobu, udržet maximální možnou kvalitu života podle jejich individuálních preferencí s co nejvyšším možným stupněm nezávislosti – autonomie, účasti na životě ve společnosti, osobního uspokojení a lidské důstojnosti. Dlouhodobá péče je poskytována neformálně (prostřednictvím rodiny, přátel nebo sousedů) a/nebo formálně (prostřednictvím zdravotních a sociálních služeb). Formální podpůrný systém v sobě zahrnuje široké spektrum komunitních služeb (veřejné zdravotnictví, primární péči, domácí péči, rehabilitaci a paliativní péči) i institucionální péči poskytovanou v ošetřovatelských domovech a v hospicích. V České republice je dlouhodobá péče poskytována jak v segmentu zdravotním, tak v segmentu sociálním. Ve zdravotnictví jde zejména o lůžka dlouhodobé péče v lůžkových zdravotnických zařízeních, o sociální lůžka v lůžkových zdravotnických zařízeních a o domácí péči. V sociálním segmentu jde zejména o pobytové, ambulantní a terénní služby, které poskytují služby sociální péče seniorům a osobám se zdravotním postižením.

Oba dva systémy jsou financovány rozdílným způsobem, včetně podmínek pro jejich poskytování.

Jakýkoliv systém financování služeb dlouhodobé péče by měl splňovat několik základních předpokladů:

- Měl by být dostupný pro uživatele těchto služeb, a to místně a finančně. Co se týče finanční dostupnosti, bude v budoucnu nutné změnit systém úhrad, zavést po vzoru většiny evropských zemí finanční participační povinnost ze svého finančního (příp. nemovitého) majetku, včetně povinné finanční participace rodin (tam, kde je to nutné vzhledem k příjmu klienta a stanovené úhradě, a tam, kde je to možné vzhledem k příjmové situaci dané rodiny). Přirozeným důsledkem těchto změn je pak umožnění více úrovní kvality poskytovaných služeb, a tím i lepší reakce na „poptávku" po službách dlouhodobé péče ze strany jejich příjemců.
- Klient služeb dlouhodobé péče má mít možnost svobodně se rozhodnout pro danou konkrétní službu a toto rozhodnutí má být respektováno (pokud není v rozporu s legislativními podmínkami využívání dané služby).
- K tomu, aby si klient mohl službu dlouhodobé péče vybrat, je nutné poskytnout mu širokou nabídku všech typů sociálních služeb, tj. zejména tzv. sociálních služeb komunitního typu (terénní, ambulantní či respitní sociální služby), včetně pobytových a semipobytových sociálních služeb. Při výběru vhodné sociální služby (či jejich kombinaci) se vždy musí brát v potaz přání a potřeby příjemce služby, jeho finanční situace, časové, finanční, fyzické a psychické možnosti a hranice neformálních pečujících. Absence vhodné komunitní služby nemá být důvodem k tomu, aby byly poskytovány služby pobytové.

2. Veřejné povinné pojištění dlouhodobé péče

Prof. Jaroslav Vostatek ve své práci „Sociální modely financování sociální péče" uvádí, že existují následující modely – liberální, sociálně-demokratický, konzervativní a neoliberální modely financování dlouhodobé péče. Každý model financování dlouhodobé péče musí brát na zřetel používaný model poskytování zdravotní péče. Anglie se dodnes pokouší kombinovat sociálně-demokratický zdravotnický systém a liberální systém dlouhodobé péče, což vyvolává řadu nesrovnalostí kvůli testování aktiv a nízkým univerzálním dávkám. USA se zase snaží o kombinaci neoliberálního zdravotnického systému s nekomplexním systémem dlouhodobé péče. Švédsko má systém univerzální zdravotní péče a služeb dlouhodobé péče. Německo spoléhá na konzervativní sociálně-zdravotní a pečovatelské pojištění s neoliberálními doplňky. Český univerzální příspěvek na dlouhodobou péči a dotování ústavů dlouhodobé péče ze státního rozpočtu vyžadují zásadní,

paradigmatickou reformu, máme-li dospět k racionálnímu modelu financování dlouhodobé péče.

Objem veřejných výdajů na dlouhodobou péči v relaci k HDP je v Česku ve srovnání s jinými zeměmi OECD přijatelný. Veřejné výdaje na dlouhodobou péči lze odhadnout na 50 mld. Kč ročně. To znamená něco málo přes 1 % HDP. I při větších nepřesnostech v mezinárodních statistikách, resp. přehledech financování dlouhodobé péče v zemích OECD lze říci, že české výdaje na tuto péči jsou řádově na průměrné úrovni vyspělých zemí, zejména zemí s konzervativním modelem.

Jako nejlepší model aplikovatelný pro Českou republiku lze považovat model rakouský, případně německý.

a) Rakouský model

Vzorem pro český příspěvek na péči by mohlo být rakouské tzv. pečovné (Pflegegeld), zavedené od roku 1993. Jedná se o univerzální státní dávku pro nesoběstačné rezidenty. Jejím účelem je paušální úhrada vícenákladů spojených s dlouhodobou péčí, příspěvek na úhradu nákladů osob potřebujících tuto péči.

Při pobytu v nemocnici nárok na příspěvek na péči není. Při ústavní péči na náklady země (kraje), obce nebo při poskytování sociální pomoci lze na úhradu nákladů zaopatření převést až 80 % příspěvku na péči. Klientovi přitom náleží měsíční kapesné ve výši 10 % příspěvku. Agendu příspěvku převzal od roku 2012 Penzijní pojišťovací ústav, který je nositelem sociálního důchodového pojištění. V roce 2007 byl v Rakousku navíc zaveden speciální testovaný příspěvek na 24hodinovou péči (Förderung der 24-Stunden-Betreuung) v rámci snahy o legalizaci této péče. Příspěvek má pokrýt asi 80 % těchto nákladů s tím, že jeho výše je diferencována podle druhu smluvního vztahu s pečovateli.

Modelově se předpokládají dva pečovatelé, kteří se střídají po dvou týdnech nepřetržité péče v domácnosti. Jde-li o dva pečovatele – zaměstnance, tak příspěvek od roku 2009 činí 1100 eur měsíčně (je-li jen jeden, tak polovic). Jde-li o dva pečovatele – OSVČ, tak se příspěvek poskytuje ve výši 550 eur měsíčně (je-li jen jeden, tak polovic). Rozdílné částky mezi závislou a nezávislou činností se vysvětlují různými náklady sociálního pojištění poskytovatelů. Na příspěvek mají ošetřované osoby nárok, pokud jejich měsíční čistý příjem (vedle sociálních dávek) nepřekročí 2500 eur.

Rakouský systém má poněkud blíže ke „středomořsko-katolickému" modelu s vysokým stupněm rodinné odpovědnosti než k „nordicko-protestantskému" modelu s vysokou úrovní individuální odpovědnosti a s výraznější rolí vlády v poskytování služeb. Dlouhodobá péče v Rakousku je též financována ze systému sociální pomoci. Nejvýznamnější je v tomto ohledu financování ústavní péče; zde jsou využívány věcné dávky. Sociální pomoc jako metoda financování je využívána u 80 % klientů těchto ústavů. Koncepčně vzato hradí tuto péči ústav; na úhradu péče přispívá klient především svým důchodem a příspěvkem na péči, případně i svými aktivy; v jisté míře přispívají i případní manželé klientů („regres"). Rozdíly mezi cenou ústavní péče jsou velké – od 1000 eur až po částky přes 6000 eur měsíčně. Velký celorakouský průměr zdrojů financování ústavní péče v roce 2006 byl: 48 % hrazeno ze sociální pomoci, 44 % z penzí a z příspěvku na péči, 7 % z aktiv klientů a z regresů vůči příbuzným. Klientům přitom zůstává kapesné ve výši 20 % penze a asi 10 % příspěvku na péči. Ambulantní služby v domácnosti jsou dotovány také podstatným způsobem; klienti hradí „nejméně 27 %" ceny. (Riedel, 2010)

b) Německý model

V Německu je pojištění na pokrytí potřeb vzniklých z důvodu vysokého věku, zdravotního postižení, nepříznivé sociální situace nebo kombinace všech faktorů povinné. Činí asi 3 % příjmu, bezdětní mohou mít zvýšenou sazbu o 0,25 %. U zaměstnanců hradí část této sazby zaměstnavatel. Pojistné je v případě, že je potřebná péče, vypláceno formou příspěvku na péči. Pojištění v Německu bylo po mnoha letech příprav zavedeno v roce 1995 a tvoří tzv. pátý pilíř vedle zákonného zdravotního, úrazového, důchodového pojištění a pojištění v nezaměstnanosti.

Každá osoba krytá zákonným či soukromým nemocenským pojištěním je automaticky a povinně kryta zákonným či soukromým pojištěním pro případ závislosti na dlouhodobé péči. Pro vznik nároku na dávky v rámci zákonného pojištění pro případ závislosti na dlouhodobé péči je vyžadována minimální doba pojištění v délce dvou let. Podle požadavků zákonného pojištění, pro případ závislosti na dlouhodobé péči v důsledku fyzické, smyslové či duševní nemoci, se předpokládá, že osoba bude pravděpodobně potřebovat dlouhodobou pomoc při provádění každodenních činností po dobu nejméně šesti měsíců. Příslušná potřeba péče zahrnuje oblasti osobní hygieny, stravování, mobility, jakož i všeobecnou péči a pomoc v domácnosti. Spíše než na věku či příjmu závisí dávky dlouhodobé péče na rozsahu potřeby péče, který stanoví lékařská služba zdravotní pojišťovny.

Osoby, které potřebují péči v menším rozsahu (méně než 90 minut denně), nebo osoby s částečným pojistným krytím („Teilkaskoversicherung"), jimž omezené dávky nepostačují k pokrytí skutečných nákladů, mohou ve zvláštních případech získat nárok na dávky v rámci systému sociální pomoci.

Kromě toho zákonný systém pojištění pro případ závislosti na dlouhodobé péči zajišťuje pro pečující rodinné příslušníky a jiné neformální pečovatele platbu příspěvků na důchodové zabezpečení, úrazové pojištění, platbu příspěvků v rámci pojištění pro případ nezaměstnanosti během období, po něž je poskytována péče, jakož i jiné podpůrné dávky, např. bezplatnou odbornou přípravu.

Kromě zákonného nároku na poradenství týkající se péče, který mají všechny osoby, zahrnují věcné dávky zejména:

- poskytování domácí péče a pomoci v domácnosti prostřednictvím ambulantních center nebo jednotlivých pečovatelů;
- paušální platbu nákladů na ústavní péči (včetně krátkodobé péče – Kurzzeitpflege).

Výše příspěvku na péči se odvíjí od stupně závislosti a je stanovena zákonem. Do roku 2016 byly 3 stupně závislosti s podstupněm pro osoby s Alzheimerovou chorobou. Od roku 2017 do současnosti je příspěvek rozdělen podle 5 stupňů závislosti, a to u ambulantních i pobytových sociálních služeb (viz tabulka).

Kromě toho existují doplňkové dávky k doplnění domácí péče, jako je odlehčovací péče („Verhinderungspflege"), krátkodobá péče („Kurzzeitpflege"), jakož i denní a noční péče („Tages- und Nachtpflege"). Dávky na domácí péči lze rovněž doplnit pomůckami a zařízeními usnadňujícími poskytování péče nebo domácí činnosti nebo opatřeními pro zlepšení životních podmínek. Dodatečné dávky na péči jsou k dispozici osobám s rozsáhlými všeobecnými potřebami péče (např. osobám s demencí, mentálně postiženým osobám a osobám s duševním onemocněním). Dávky mají neomezené trvání, dokud jsou plněny podmínky nároku.

Kompletní studii najdete na webových stránkách www.apsscr.cz.

(redakčně kráceno)

Zdroj:

- *KRÁSA, V., J. HORECKÝ, V. BEZDĚK a M. POTŮČEK: Pojištění dlouhodobé péče v ČR. Tábor: APSS ČR, 2020. ISBN: 978-80-88361-07-7.*
- *RIEDEL, M. a M. KRAUS.The Long-term care system for the elderly in Austria. ENETRI Research Report No. 69, 2010. 29 s. ISBN 978-94-6138-011-1.*