

Výzvy systému dlouhodobé péče pohledem komerčních pojišťoven

**Jak mohou pojišťovny přispět k dlouhodobé udržitelnosti
systému a k posílení role klienta?**

Česká asociace pojišťoven
Praha 2020

Obsah

Shrnutí	3
Úvod	6
1. Systém sociálních služeb v ČR	8
1.1. Základní charakteristika.....	8
1.2. Výzvy systému sociálních služeb	12
1.2.1. Nedostatečné kapacity dlouhodobé péče.....	14
1.2.2. Kontraproduktivní, vícenásobná cenová regulace	17
1.2.3. Nedostatek informací o fungování systému dlouhodobé péče	18
2. Projekce poptávky po dlouhodobé péči.....	19
2.1. Vliv stárnutí populace.....	19
2.2. Komplexní pohled na náklady dlouhodobé péče	22
3. Zahraniční zkušenosti v oblasti dlouhodobé péče	25
3.1. Demografické tlaky.....	25
3.2. Systémy dlouhodobé péče v zahraničí	29
3.3. Německý systém dlouhodobé péče	31
4. Produkt komerčního pojištění dlouhodobé péče pro podmínky v ČR	35
4.1. Základní princip	35
4.2. Důchodové pojištění dlouhodobé péče	39
4.3. Individuální rizikové pojištění dlouhodobé péče.....	43
4.4. Skupinové pojištění dlouhodobé péče	46
5. Návrhy a doporučení	53
Přílohy.....	56
Příloha 1: LTC pojištění (časté otázky, mýty a omyly)	56
Příloha 2: Základní principy konstrukce produktu	58
Příloha 3: Názory potenciálních klientů na možné pojištění dlouhodobé péče.....	73
Seznam literatury	79

Shrnutí

Předmětem této studie je oblast nesoběstačnosti a dlouhodobé péče. Situace z hlediska kapacit systému a potřeb je již nyní ve značně neuspokojivém stavu. Tato nerovnováha se bude rychle zhoršovat vlivem stárnutí populace. Ačkoliv dopad demografického vývoje na oblast dlouhodobé péče bude (relativně) podstatně závažnější než u důchodového systému či zdravotnictví, je dlouhodobá péče v podstatě stranou pozornosti národohospodářských autorit. Ani veřejnost není o problematice dlouhodobé péče a svých nárocích dostatečně informována.

Analýza Výzvy systému dlouhodobé péče pohledem komerčních pojišťoven je příspěvkem ČAP do veřejné diskuze problematiky dlouhodobé péče. Ambicí dokumentu není uzurpovat prostor veřejným politikám, ať už budou prováděny dnešními nástroji, anebo na tomto poli dojde k systémovým úpravám. Cílem analýzy je zamyslet se nad tím, co může sektor komerčních pojišťoven učinit, aby napomohl zmírnit tlaky v segmentu dlouhodobé péče, jak by takový produkt příp. mohl vypadat a jaká je k jeho úspěchu potřeba podpora.

Na základě provedené analýzy se domníváme, že pro všechny aktéry (občany, stát, zaměstnavatele a pojišťovny) je prospěšné otevřít seriózní diskuzi dalšího vývoje sektoru dlouhodobé péče. Z pohledu ČAP vnímáme zejména tyto aspekty:

- Stárnutí populace se projeví výrazným nárůstem počtu osob pobírajících příspěvek na péči a vyvolá další růst poptávky po oficiálních i neformálních službách dlouhodobé péče.
- Veřejné rozpočty nebudou schopny tento nárůst adekvátně uspokojit, s ohledem na tlaky, které stárnutí populace vyvolá v jiných, objemově významnějších oblastech státního rozpočtu (důchody, zdravotnictví). Do systému je třeba dostat další prostředky.
- Cesta může spočívat v rozvoji dobrovolného soukromého pojištění na dlouhodobou péči existujícího vedle (či nad rámec) veřejně financovaných schémat a řešení.
- Je důležité správně nastavit rámec produktu (či produktů), zejména s ohledem na udržení jejich nízké nákladovosti a jednoduchosti (základní principy, podmínky krytí a výše plnění apod.).
- Základní doporučenou variantou je skupinové pojištění ekonomicky aktivních osob za organizační pomoci a případné finanční participace jejich zaměstnavatelů. Toto pojištění by krylo dlouhodobou péči nejen pro danou osobu do 65 let věku, ale také riziko dlouhodobé péče jejich rodičů. Finanční i organizační stres v rodině a komplikace na trhu práce totiž nejčastěji vznikají tak, že ekonomicky aktivní jedinec přerušuje své zaměstnání a odchází pečovat o svou osobu blízkou – rodiče.
- Pojištěnci tento produkt přinese úlevu v nákladech a možnost použít finanční prostředky pro formální péči o své blízké. Neztratí tak kontakt se svým profesním oborem ani zaměstnavatelem, lidsky nevyhoří v náročné situaci nepřetržité péče a současně se adekvátně postará o své nejbližší. Zaměstnavatel nebude muset složitě (na napjatém trhu práce) hledat náhradu za odešlého pracovníka a riskovat zhoršení kvality svých produktů či služeb. Stát získá na vyšším inkasu daní a pojistného (z pokračujícího pracovního kontraktu zaměstnance). Pokud stát uvolní některé zbytečné regulace, lze očekávat zvýšení zájmu investorů o služby dlouhodobé péče (stacionární i terénní) a zvýšení tolik potřebné kapacity v této oblasti. Stát by tak získal i v podobě zvýšení dostupnosti těchto služeb na území ČR a zlepšení kvality života svých občanů.

- Existovat může samozřejmě i plně individuální forma pojištění. Ta je vhodná zejména pro osoby, které nemají zaměstnavatele (např. OSVČ, pokud by skupinový produkt nebyl nabízen prostřednictvím jejich asociací, sdružení, komor atp.), anebo pro jedince, kteří si i ve vyšším věku chtějí zabezpečit krytí svého rizika nesoběstačnosti a nemohou se spolehnout na krytí prostřednictvím produktu svých dětí.
- K diskusi zůstává, má-li být produkt plně rizikovým pojištěním, anebo má-li obsahovat i akumulaci složku, která by např. kryla riziko nesoběstačnosti dané osoby (zaměstnanec) i po ukončení ekonomické aktivity. Produkt bez spořicí složky je samozřejmě levnější, avšak existuje riziko jeho nepříznivého vnímání veřejností („Léta jsem si platil, a nic z toho nemám...“) v případě, kdy u dané osoby ani jejich rodičů nesoběstačnost nenastane.
- Detailní cenová politika těchto produktů bude samozřejmě předmětem konkurenčního boje jednotlivých pojišťoven, jejich odborného know-how, rizikového apetitu, nároků regulace apod. Rámcové kalkulace provedené v tomto dokumentu naznačily, že lze připravit takové kombinace produktů, jejichž měsíční pojistné je v řádech stovek korun, resp. 1–3 % průměrné mzdy. Průzkumy ukazují, že takováto finanční úroveň je pro většinu občanů uvažujících o dlouhodobé péči (ať už pro sebe, nebo pro blízké rodinné příslušníky) únosná. Pokud by na produkt svému zaměstnanci přispíval i zaměstnavatel, finanční dostupnost produktu a řešení rizik nesoběstačnosti by se dále výrazně zvýšily.
- Role zaměstnavatelů je v tomto produktu klíčová. Jedině skupinovým pojištěním (nabízeným přes zaměstnavatele) lze držet administrativní náklady produktu na extrémně nízké úrovni a současně relativně rychle získat dostatečně početný kmen klientů. Zaměstnavatel se také produktem může diferencovat od své konkurence na trhu práce.
- Stát by v případě zavedení tohoto produktu měl zaměstnavatele motivovat uznáním daňové odečitatelnosti jejich příspěvku na pojistné svým zaměstnancům ze základu DPPO a na straně zaměstnanců tento příspěvek nezdaňovat povinným sociálním a zdravotním pojištěním ani DPFO. Významná část fiskálních nákladů takové podpory se státu vrátí v podobě vyššího inkasa daní a pojistného z nepřerušené fungujících kontraktů na trhu práce.
- Za důležitou nefinanční formu podpory veřejných činitelů pro tento produkt považujeme otevřenou veřejnou debatu nad oblastí dlouhodobé péče a jejím vývojem do budoucna a nalezení široké odborně-politické shody o přínosech dobrovolného pojištění pro širokou veřejnost.
- Ze studia praxe v oblasti dlouhodobé péče, analytických materiálů a řady rozhovorů s aktéry působícími v tomto sektoru jsme dospěli k přesvědčení, že – jakkoliv není naší ambicí zasahovat státu do řízení a nastavení veřejné politiky krytí potřeb dlouhodobé péče – je třeba přehodnotit některé regulace dnešního systému, a to konkrétně dvojí cenovou regulaci (vyhláškou stanovený limit nákladů na stravné a ubytovací služby v lůžkových zařízeních spolu s prvkem zachování 15% kapesného po úhradě těchto nákladů). Druhou oblastí, která zasluhuje přehodnocení, je zajištění rovného přístupu všech zařízení poskytujících sociální služby k možnosti získání provozních dotací. Dnes toto uspokojivě nefunguje a tato situace znemožňuje dlouhodobé finanční plánování na straně poskytovatelů služeb. Tato dvě „úzká hrdla“ dnešního systému do značné míry brání tomu, aby do sektoru registrované dlouhodobé péče výrazněji vstoupil investiční kapitál, rozšířil tolik potřebné kapacity pro uspokojení trvale vyšší poptávky a přirozeně zvýšil tlak na zlepšení kvality služeb a péče poskytované klientům.

- Významnou složkou dobrovolného LTC pojištění by měla být i informační asistenční služba, která klientovi pomůže zorientovat se v systému dlouhodobé péče ve chvíli, kdy to klient potřebuje, ať už se jedná o něj osobně, nebo jeho blízké, o nároky a o možnosti, které poskytuje jak veřejný systém, tak i jeho soukromé pojištění. Uvažovat lze i o tzv. „case management variantě“, kdy asistenční služba převezme řízení řešení klientovy potřeby a bude vhodně kombinovat služby a péči dlouhodobé asistence a možnosti veřejného systému i soukromého pojištění.
- ČAP v květnu 2020 zrealizovala soubor kvantitativního a kvalitativního průzkumu zaměřeného na dlouhodobou péči a její pojištění. Oba průzkumy potvrdily, že veřejnost vnímá tuto problematiku jako prioritní oblast, která se jich osobně dotýká, a jsou otevření novým cestám, jak tuto oblast řešit, a to včetně zapojení soukromých aktérů. Lidé jsou ochotni do takového zabezpečení pro sebe a/nebo své blízké rámcově investovat částku v rozmezí 500–1000 Kč měsíčně, což odpovídá v analýze modelované cenové hladině produktu. Zároveň veřejnost očekává přehledný a férový produkt a ve velké míře i zajištění dostupnosti kapacit, ať už terénních, nebo pobytových. Je proto důležité také vytvořit vhodné podmínky pro jejich rozvoj.

Úvod

Systém sociální a dlouhodobé péče je z hlediska pozornosti tvůrců hospodářské a sociální politiky i laické veřejnosti dlouhodobě poněkud ve stínu svých větších „bratříčků“ – důchodové oblasti a problematiky zdravotnictví. Přitom, podobně jako oblast zdravotnictví a důchodů, i sociální péče a zejména péče dlouhodobá čelí nepříznivým tlakům v podobě stárnutí populace, které se projeví dramatickým růstem počtu osob závislých na pomoci ze systému sociální péče v následujících dekadách.

Situaci v oblasti sociální péče zneřehledňuje komplexita nastavení systému a fragmentace jeho řízení. Z hlediska centrální vlády zasahuje systém dlouhodobé péče do dvou rezortů: MPSV a MZDR. Část služeb sociální péče se realizuje ve zdravotnických lůžkových zařízeních. Z hlediska poskytovatelů péče se jedná o tisíce organizací různé právní formy a různých zřizovatelů, včetně soukromých společností. Tyto žádají o přístup do registrované sítě poskytovatelů, kterou definuje a spravuje krajská úroveň vlády. *De facto* tak máme v ČR 14 dílčích systémů a pravidel, hodnocení kvality, finanční podpory apod. Systém sociální péče rozeznává 33 různých druhů sociálních služeb a mnoho typů institucí, které tyto služby nabízejí. Služby mohou mít podobu od terénní, ambulantní až po pobytovou. Z hlediska financování je příjmem systému sociální péče úhrada za vlastní výkony (hrazené částečně ze zdrojů svých klientů – zejména příspěvku na péči, důchodů apod. – a ze systému zdravotního pojištění v případě poskytnutí zdravotní péče). Tyto příjmy zdaleka nestačí na úhradu celkových nákladů, a proto jsou zařízení závislá na dotacích od svých zřizovatelů či dalších zdrojů (státním rozpočtu a fondech EU). V systému sociální péče existuje cenová regulace, klientům významně ztěžující možnost připlatit si za lepší stravu, pobyt či péči a posílit tak příjmy poskytovatelů a jejich finanční stabilitu. Již dnes je poptávka po řadě služeb sociální péče výrazně vyšší než dostupná nabídka, byť je v důsledku fragmentace systému a datových duplicit nemožné stanovit tento převis přesně. Mnoho zájemců je nespokojeno a musí čekat řadu měsíců, než jim systém dokáže pomoci. Cenová regulace, nemožnost finančně odměnit vyšší kvalitu skrze „nadstandard“, netransparentnost dotací a celková křehkost systému financování provozních nákladů omezují chuť soukromého sektoru investovat do posílení kapacit služeb. Veřejnoprávní organizace pak narážejí na omezené finanční zdroje rozpočtů svých zakladatelů. V neposlední řadě – v systému sociální péče pracuje několik desítek tisíc zaměstnanců, kteří za svou práci pobírají značně podprůměrné platy. Kapacity sektoru sociální péče jsou tak podvázány nejen z pohledu investičních a provozních prostředků, ale také nízkou atraktivitou sektoru v očích zaměstnanců. Zdá se, že oblastí k řešení v systému sociální péče je tolik, že na zájmy klientů a kroky k jejich zlepšení již mnohdy nezbývá energie ani čas.

Ambicí této studie není provést komplexní analýzu systému dlouhodobé péče, jeho silných a slabých stránek, a identifikovat řešení všech problémů. Tato práce byla již do značné míry vykonána; viz např. analýza MPSV a Deloitte (2015). Na některé problémy reaguje i novela zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách, kterou v závěru roku 2019 MPSV předložilo do vnějšího připomínkového řízení; viz MPSV (2019).

Cílem této analýzy je podívat se na systém sociálních služeb a dlouhodobé péče pohledem sektoru komerčních pojišťoven a pokusit se identifikovat, jak pojišťovny mohou přispět ke zmírnění některých potíží systému, posílit roli klienta a přispět k dlouhodobé udržitelnosti systému. Jsme přesvědčeni, že tyto návrhy najdou své uplatnění, ať už systém dlouhodobé péče služeb bude fungovat i nadále ve své dnešní podobě, nebo bude více či méně výrazně upraven.

Tento záměr získal v září 2019 podporu prezidia ČAP s cílem přispět tímto dokumentem do veřejné diskuze o systému sociálních služeb, jejíž akceleraci předpokládáme. Ambicí ČAP je zapojit se otevřeně do veřejné diskuze o problematice dlouhodobé péče, přispět svými návrhy ke zmírnění dnešních i budoucích problémů a nerovnováh, ukázat na tomto konkrétním příkladu, že je možná dlouhodobá a všeobecně prospěšná symbióza soukromého a veřejného sektoru při řešení otázek významného sociálně-hospodářského systému, a naplnit tak smysl a přínos pojišťoven jak pro klienty, tak společnost jako celek.

Analýza je strukturována do pěti kapitol. V 1. kapitole stručně popisujeme dnešní systém sociální péče a služeb v ČR. Ve 2. kapitole zkoumáme projekci trendů do budoucna. Třetí kapitola se zabývá inspirací ze zahraničí. Čtvrtá kapitola je hlavní částí celého dokumentu, s největší přidanou hodnotou. Nastihuje, jak může komerční pojištění pomoci řešit potíže systému dlouhodobé péče v ČR, za jakých podmínek a pomocí jakých produktů. V závěrečné, 5. kapitole shrnujeme návrhy a doporučení na úpravy v nastavení systému dlouhodobé péče. Součástí dokumentu jsou i tři přílohy. První příloha diskutuje časté otázky týkající se pojištění dlouhodobé péče. Druhá příloha je technicky orientovaná a poskytuje detailnější popis kalkulací představených ve 4. kapitole. Poslední, 3. příloha shrnuje hlavní závěry dostupných průzkumů názorů veřejnosti na téma dlouhodobé sociální péče.

Budeme rádi za veškeré připomínky a názory k této analýze, které dále pomohou zlepšit její kvalitu. Své podněty, prosím, směrujte na ČAP (e-mail: info@cap.cz; web: www.cap.cz; poštovní adresa: Česká asociace pojišťoven, Main Point Pankrác, Milevská 2095/5, Praha 4, 140 00).

1. Systém sociálních služeb v ČR

1.1. Základní charakteristika

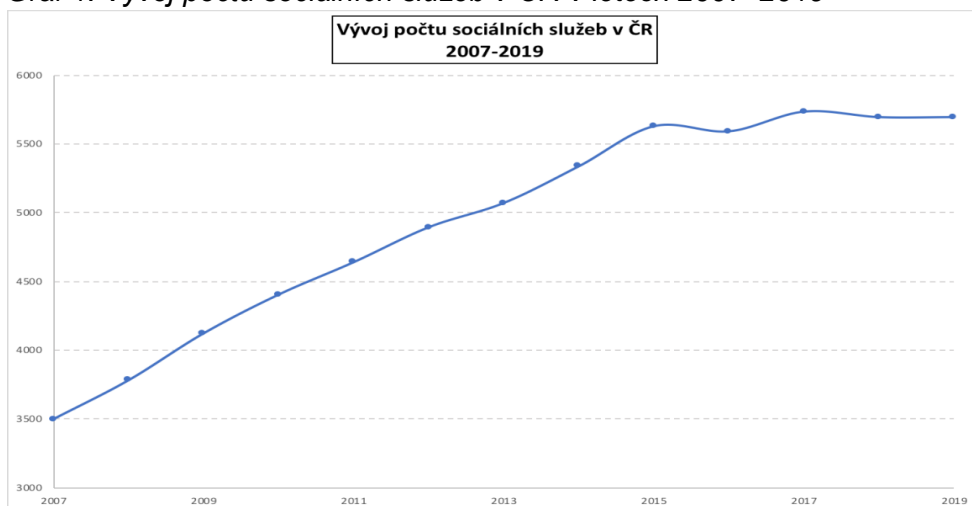
Systém sociálních služeb (SSS) je významnou komponentou sociální politiky státu. Ústředním orgánem státní správy v sociální politice je MPSV. Klíčovým zákonem pro nastavení systému sociálních služeb je zákon 108/2006 Sb.¹

Sociální službou se z hlediska zákona rozumí činnosti zajišťující pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení. Zákon definuje 33 druhů sociálních služeb, členěných na terénní, ambulantní a pobytové a poskytovaných ve 20 typech zařízení. Poskytovatelé sociálních služeb jsou ze zákona registrováni v síti, kterou spravují jednotlivé kraje. Financování sociálních služeb je vícezdrojové a podílejí se na něm stát, kraje, obce, zdravotní pojišťovny, samotní klienti i další subjekty (formou darů, rozpočtem EU apod.).

Schéma 1 (viz dále) přibližuje fungování SSS a všechny relevantní aktéry. Na první pohled je zřejmá značná komplexita celého systému. Nezanedbatelnou roli v zabezpečování sociálních služeb sehrává i sektor zdravotnictví, ať už v podobě úhrad ze systému veřejného zdravotního pojištění za zdravotní úkony, či poskytování části této péče ve zdravotnických zařízeních.

Z hlediska formálně poskytovaných sociálních služeb evidujeme v roce 2019 celkem 5675 registrovaných nabídek sociálních služeb. Co do právní formy poskytovatelů těchto služeb se nejčastěji jedná o církví organizované služby (1052), následované službami obecně prospěšných společností (1041) a spolků (802). Významnou roli hrají služby příspěvkových organizací krajů (774) a obcí (762); 320 služeb je nabízeno přímo obcemi, 462 služeb poskytují ústavy, 229 služeb má podobu společnosti s ručením omezeným a 76 služeb zajišťují akciové společnosti.

Graf 1: Vývoj počtu sociálních služeb v ČR v letech 2007–2019

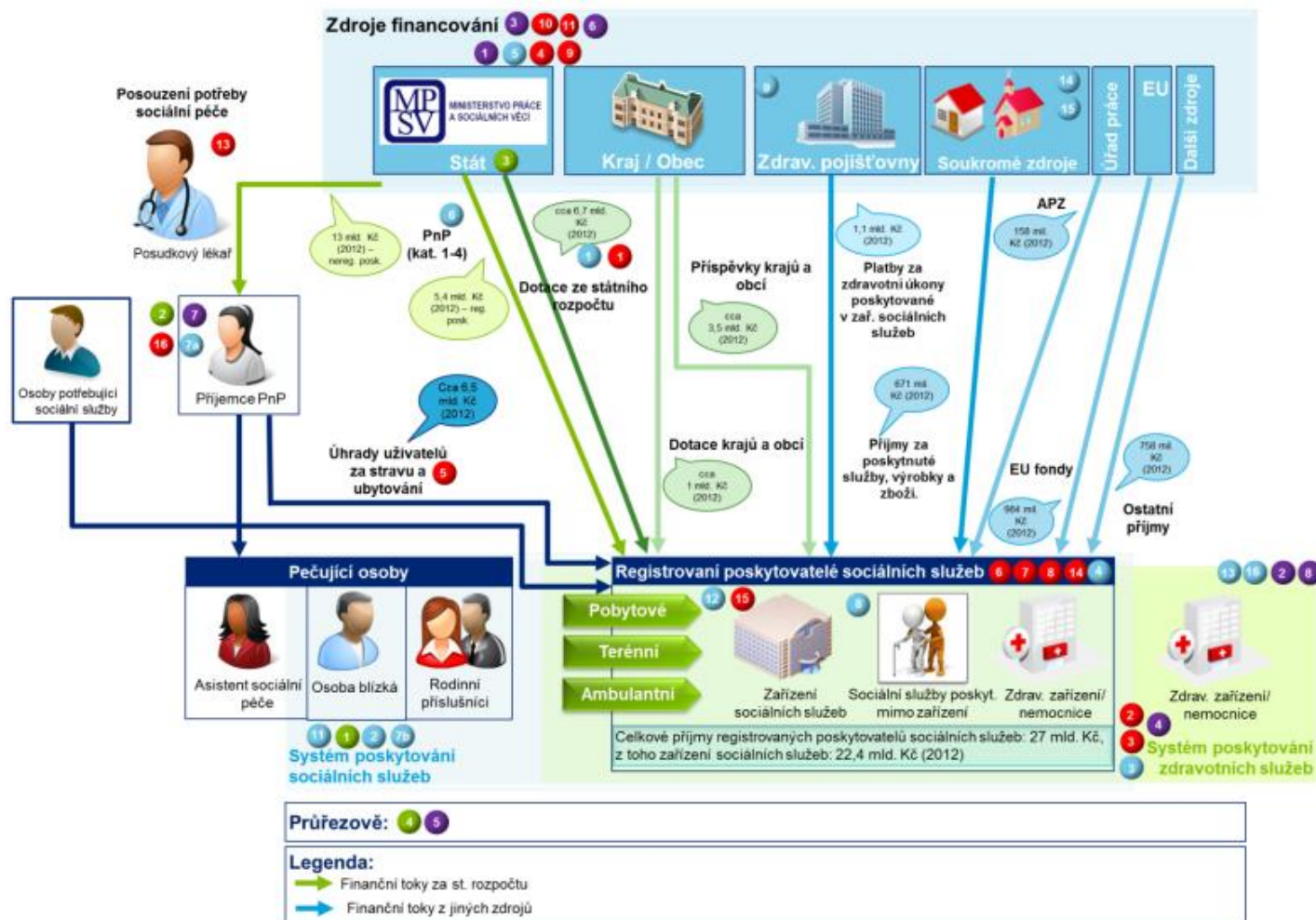


Zdroj: MPSV (2019)

V čase je zřetelný výrazný rozvoj počtu registrovaných sociálních služeb, jenž nastal v letech 2007–2015. Po roce 2015 počet nabízených služeb prakticky stagnuje.

¹ Zákon 108/2006 v průběhu roku 2020 prochází významnou novelizací.

Schéma 1: Fungování systému sociálních služeb v ČR

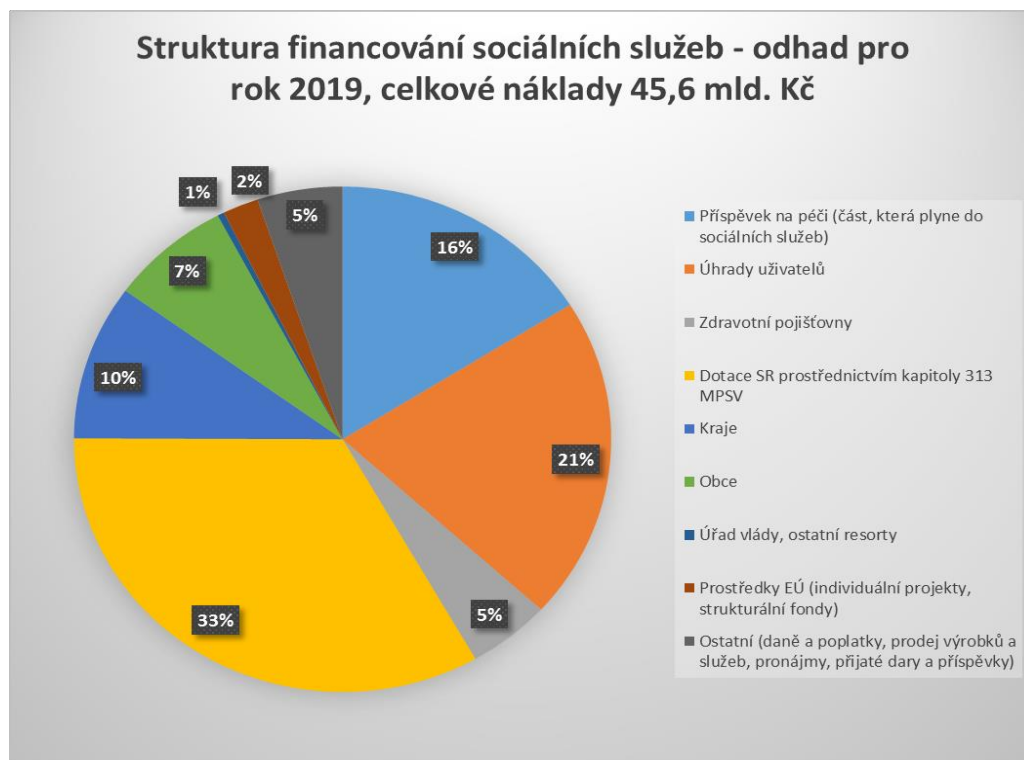


Zdroj: MPSV a Deloitte (2015)

Celková kapacita všech sociálních služeb v roce 2019 dosáhla cca 257 000 klientů. Početně nejvýznamnější je pečovatelská služba (cca 59 000 klientů), domovy pro seniory (36 000), domovy se zvláštním režimem (20 000), sociálně aktivizační služby (20 000) a domovy pro osoby se zdravotním postižením (11 500). Významnou roli tak sehrávají pobytová zařízení poskytující dlouhodobou péči. Dle NKÚ (2019) v roce 2017 využívalo služeb pobytových zařízení cca 77 000 klientů od zhruba 2000 registrovaných poskytovatelů. Dominantní z hlediska kapacity jsou domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, domovy pro osoby se zdravotním postižením a azylové domy, které dohromady reprezentují přes 92 % kapacity dostupných lůžek.

Strukturu financování registrovaných sociálních služeb v roce 2019 zobrazuje Graf 2. Více než polovina prostředků jde do systému formou dotací z veřejných rozpočtů (33 % z MPSV, 10 % z krajů, 7 % z obcí, dále pak prostředky EU, vlády a dalších resortů). Pětinu příjmů představují úhrady uživatelů a 16 % je financováno z příspěvku na péči.²

Graf 2: Struktura financování sociálních služeb v ČR v roce 2019

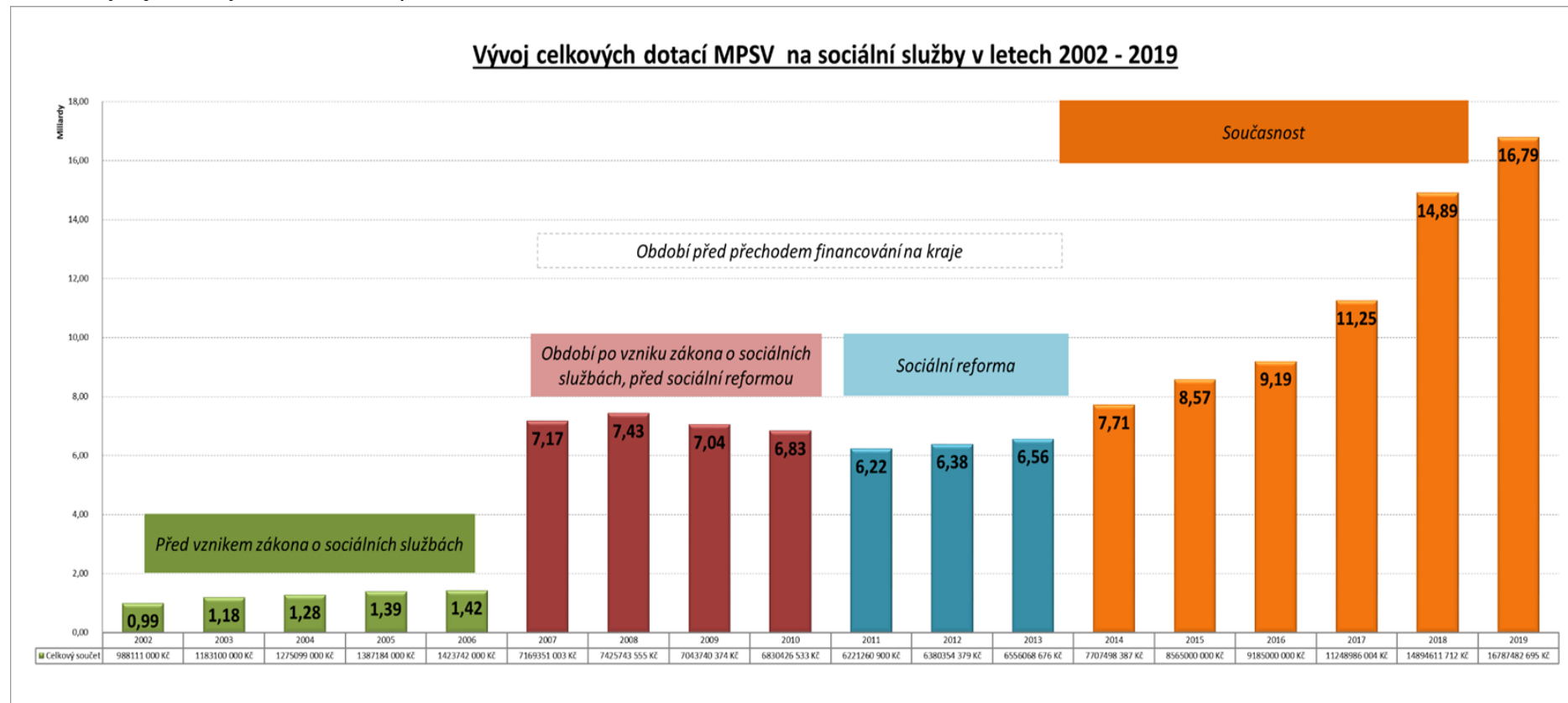


Zdroj: MPSV (2019)

Zajímavý je pohled na dynamiku dotací pro registrované poskytovatele sociálních služeb z rozpočtu MPSV z hlediska jejich vývoje v čase; viz Graf 3. Je evidentní, že po období stagnace v letech 2007–2013 se dotační potřeba, spolu s přechodem řízení sítě registrovaných poskytovatelů ze státu na kraje, začala výrazně zvyšovat. Mezi lety 2013 a 2019 se dotace z MPSV zvýšily na více než 2,5násobek. To představuje meziroční tempo růstu cca 17 %

² Jde o tu část příspěvku na péči, který pobírají klienti institucionalizované sociální péče. Nezahrnuje tak příspěvek na péči jdoucí klientům v neformální (většinou rodinné) péči. Celkově vyplacený příspěvek na péči v roce 2018 přesáhl 26 mld Kč.

Graf 3: Vývoj celkových dotací z rozpočtu MPSV

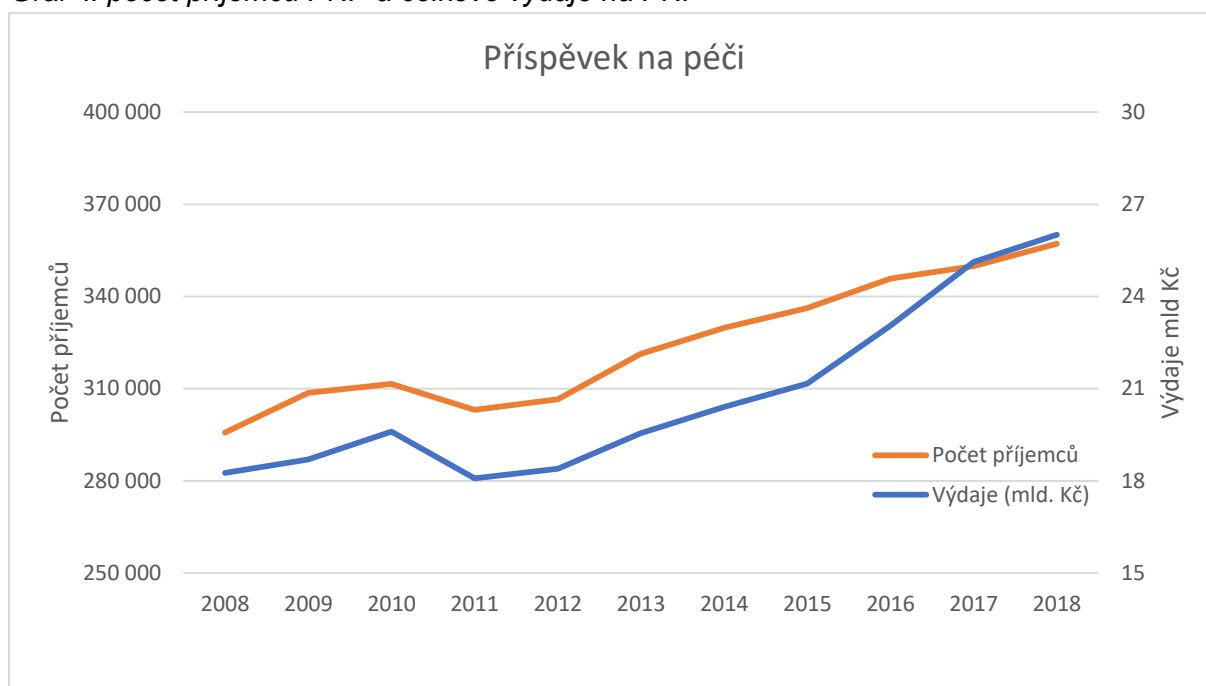


Zdroj: MPSV (2019)

Na straně nákladů registrovaných poskytovatelů sociální péče nepřekvapí, že nejvýznamnější položkou jsou personální náklady, reprezentující téměř dvě třetiny celkových nákladů. Dle odhadů pracuje v sociálních službách cca 100 000 zaměstnanců. I přes vysoký procentní podíl personálních nákladů na celkových nákladech poskytovatelů sociální péče však rozhodně nelze říci, že úroveň mezd v tomto sektoru je srovnatelná s průměrným platem či jinými sektory v ekonomice. Naopak – dle zjištění NKÚ (2019) dosahovala průměrná měsíční mzda pracovníků a ošetřovatelů u pobytové péče v roce 2016 pouze 18 873 Kč. Ve srovnání s průměrnou mzdou v celé ekonomice (27 764 Kč) tak představovala pouze 68 %.

Významná část sociální péče není poskytována institucionálně, resp. registrovanými poskytovateli, nýbrž neformálně, zejména v domácnostech rodinnými příslušníky. Přesné statistiky v oblasti neformální péče nejsou dostupné. Určitou aproximací nám mohou být údaje za příspěvek na péči. Graf 4 zachycuje objem výdajů na tento příspěvek od roku 2008 a počet příjemců této dávky. Zatímco v roce 2008 se vyplatilo 18,25 mld. Kč celkem 296 000 osob, v roce 2018 šlo o více než 26 mld. Kč směřujících k 357 000 osob. Lze odhadnout, že zhruba 70 % výdajů na příspěvek na péči směřuje ke klientům, kteří nevyužívají registrovaných pobytových sociálních služeb.

Graf 4: počet příjemců PNP a celkové výdaje na PNP



Zdroj: MPSV (2019), ČAP

1.2. Výzvy systému sociálních služeb

Komplexní analýzou systému sociálních služeb se zabývalo v posledních letech několik studií. Např. MPSV a Deloitte (2015) identifikovaly následující výstupy v rámci klasické SWOT analýzy; viz tabulka 1.³

³ Poněkud novější, avšak méně komplexní studii českého systému dlouhodobé péče viz např. in: Malý (2018).

Tabulka 1: SWOT analýza současného systému financování a poskytování sociálních služeb v ČR

<p>Silné stránky</p> <ul style="list-style-type: none"> • Důraz na poskytování sociálních služeb v přirozeném prostředí • Univerzálnost systému poskytování sociálních služeb v ČR • Finanční podpora poskytování sociálních služeb ze strany státu • Komplexní právní úprava oblastí sociálních služeb v zákoně o sociálních službách a souvisejících prováděcích předpisech
<p>Slabé stránky</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nedostatky spojené s poskytováním dotací ze státního rozpočtu registrovaným poskytovatelům sociálních služeb • Nedostatečná koordinace poskytování zdravotních a sociálních služeb • Nedostatečné financování ošetrovatelské a rehabilitační péče v pobytových zařízeních sociálních služeb ze strany zdravotních pojišťoven • Nedostatky strategického řízení a plánování sociálních služeb (nejsou stanovené dlouhodobé priority na národní úrovni, střednědobé plánování rozvoje sociálních služeb na krajské úrovni a plánování na obecní úrovni není metodicky řízené a koordinované ze strany MPSV) • Regulace maximální výše úhrady za sociální služby u registrovaných poskytovatelů sociálních služeb znemožňující poskytování nadstandardních služeb • Nedostatek kvalifikované pracovní síly mající zájem o zaměstnání v oblasti sociálních služeb z důvodu nízké atraktivity sektoru sociálních služeb kvůli nízkému mzdovému ohodnocení zaměstnanců
<p>Příležitosti</p> <ul style="list-style-type: none"> • Objektivizace systému poskytování dotací registrovaným poskytovatelům sociálních služeb • Podpora péče v domácím prostředí (adresné přidělování osobních pečovatелů, školení „domácích“ pečovatелů, podpora sdílené péče, podpora osob, které se kvůli domácí péči o rodinného příslušníka vzdají práce/sníží úvazek). • Zajištění většího propojení systému zdravotní péče a poskytování sociálních služeb včetně legislativního ukotvení • Zvýšení počtu poskytovaných terénních a ambulantních služeb na úkor pobytových služeb • Strategické řízení sítě sociálních služeb na národní úrovni. Koordinace strategického řízení mezi národní a regionální úrovní a mezi regiony navzájem • Změna struktury poskytování PnP a financování poskytovatelů sociálních služeb (diferenciace výše PnP podle způsobu poskytované péče) • Zvýšení podílu soukromých zdrojů (občanů) na financování sociálních služeb • Řízení služeb sociálního poradenství a sociální prevence • Zvýšení podílu financování sociální a zdravotní péče formou zdravotního pojištění. Vyčíslení nákladnosti „ošetrovatelských dnů“ • Propagace „společenské odpovědnosti“, např. formou CSR (Corporate Social Responsibility) • Optimalizace mzdových nákladů • Využití moderních technologií při poskytování sociálních služeb (asistivní a asistenční technologie) • Rozšíření „nadstandardních“ služeb cílících na „majetnější seniory“ • Zapojení soukromého sektoru do dílčích oblastí sociálních problémů přes tzv. Sociální dluhopisy • Využití potenciálu „Sektoru bílých pracovních míst“⁵ • Možnost využití finančních prostředků EU • Možnost zvýšení motivace pro zaměstnání v sektoru sociálních služeb prostřednictvím platového ohodnocení
<p>Hrozby</p> <ul style="list-style-type: none"> • Politická rizika ovlivňující nastavení systému poskytování a financování sociálních služeb • Zvyšující se poptávka po sociálních službách (zejména pobytového charakteru) z důvodu aktuálních demografických trendů a z důvodu neexistence alternativních řešení • Neudržitelný systém financování sociálních služeb v případě nezvyšující se porodnosti nebo výše odvodů (nebo nezajištění alternativního zdroje financování) • Rozdílný vývoj zdravotní péče a sociálních služeb • Propad (ztráta prestiže) sektoru sociálních služeb • Konflikt zájmů při přidělování registrace a zřizování poskytovatele sociálních služeb ze strany krajského úřadu a kraje • Dramaticky se zvyšující míra zadluženosti u sociálně ohrožených skupin či osob • Nárůst investičních nákladů, nutnost obnovy technologií.

Zdroj: MPSV a Deloitte (2015)

Není v možnostech tohoto dokumentu komplexně hodnotit efektivitu a správnost nastavení SSS. Nicméně je zřetelné, že zásadní potíže systému identifikované výše zmíněnou studií MPSV a Deloitte (2015) přetrvávají do dnešních dnů. Tento závěr – v oblasti pobytových zařízení – potvrzuje koneckonců i NKÚ (2019) ve svém kontrolním nálezu, když konstatuje: V kontrolovaném období se MPSV nedařilo plnit deklarované dlouhodobé vize, cíle ani opatření uvedené v základním rámcovém dokumentu Národní strategie rozvoje sociálních služeb 2016–2025, a to zejména vlivem nepřijetí novely zákona o sociálních službách. V případě 17 opatření s termínem plnění v letech 2016 a 2017 se 14 z nich nepodařilo MPSV splnit.

Lze proto přivítat, že koncem roku 2019 MPSV předložilo do vnějšího připomínkového řízení novelu zákona o sociálních službách. Tato novela reaguje na řadu identifikovaných obtíží – na centralizaci nastavení SSS, nastavení benchmarků kvality poskytovaných služeb, včetně minimálních personálních standardů, výrazné posílení kontrolních činností,⁴ větší předvídatelnost dotací pro registrované poskytovatele, postupné navyšování platové úrovně v sociálních službách apod.

1.2.1. Nedostatečné kapacity dlouhodobé péče

Jsme však toho názoru, že ani takto komplexní novela nevyřeší jeden ze základních problémů dnešního SSS, a to nedostatečnou kapacitu a dostupnost sociálních služeb. S ohledem na probíhající demografické změny ve věkovém složení populace je evidentní, že mezera mezi poptávkou po sociálních službách, zejména službách dlouhodobé péče, jejichž čerpání úzce koreluje s věkem klienta, a dostupnou nabídkou služeb se bude dále prohlubovat. Není reálné předpokládat, že stát bude prostřednictvím rozpočtových prostředků či jiných veřejných zdrojů schopen nabídku kapacit adekvátně posilovat.

Dlouhodobá péče je dnes poskytována třemi základními způsoby, jak konstatuje Hroboň (2019): Zaprvé v domácnosti, ať už neformálním způsobem (členové rodiny a blízké osoby), nebo formalizovaně (agentury domácí péče, pečovatelská služba, osobní asistence). Zadruhé u poskytovatelů pobytových sociálních služeb (domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, domovy pro osoby se zdravotním postižením). Zatřetí v lůžkových zdravotnických zařízeních ve formě ošetrovatelských lůžek, v léčebnách dlouhodobě nemocných, v odborně léčebných ústavech a na tzv. „sociálních lůžkách“ ve zdravotnických zařízeních.

Složitost systému a prolínání sociálních zařízení se zdravotnickými nejenže ztěžuje celkovou orientaci v systému, relevantnost statistik, měření kapacit apod., ale má i významný dopad na klienta/pacienta, např. ve finanční rovině. Pobyt ve zdravotnickém zařízení je (po zrušení regulačních poplatků) pro pacienty zcela zdarma. Při pobytu ve zdravotnickém zařízení však nelze čerpat příspěvek na péči ani o něj požádat. Naopak pobytové sociální služby jsou zpoplatněny – klienti odevzdávají příspěvek na péči, a navíc platí (vyhláškou regulovanou) cenu za stravu a ubytování.⁵

⁴ Včetně problematické kontroly v podobě „agenta“ se skrytou identitou.

⁵ Vyhláška č. 505/2006 Sb. stanovuje maximální úhradu za ubytování 210 Kč na den a za stravu 170 Kč na den. Tyto hranice nebyly od 1. ledna 2014 dodnes nijak valorizovány. Ze zákona však klientovi musí zůstat tzv. „kapesné“ minimálně ve výši 15 % jeho příjmů.

Změřit skutečný převis poptávky po dlouhodobé péči v pobytových zařízeních nad nabídkou dostupných kapacit je značný problém, neboť dnešní systém umožňuje vícenásobnou registraci zájemce o službu na více místech. Počet žádostí a počet neuspokojených žádostí bude tedy nadhodnocen. Skutečnost, že čelíme nedostatku kapacit, ovšem nelze zpochybnit. Téměř každý zná ze svého rodinného okolí konkrétní případ, kdy někdo danou službu potřeboval a jak bylo obtížné tuto službu v rozumném časovém horizontu v pobytovém zařízení zajistit.

Převis poptávky nad nabídkou tak lze jen odhadovat. O takový odhad se pokusil profesor Pafko (2019) ve svém diskuzním příspěvku na výroční konferenci ČAP. Na základě dat od poskytovatelů sociálních služeb s lůžkovou kapacitou z registru poskytovatelů těchto služeb identifikoval jejich kapacitu (86 253 lůžek) a počet odmítnutých žadatelů v roce 2018 (62 148 případů). Pokud by duplicity v počtech žádostí dosahovaly až tři čtvrtin celkového počtu, stále bychom měli více než 15 500 klientů, jejichž žádost nebyla v roce 2018 uspokojena. Mezera mezi poptávkou a nabídkou by tak činila téměř 20 %.

Tabulka 2: Kapacity, obloženost a počty odmítnutých žadatelů u sociálních služeb s lůžkovou kapacitou (pobytovou, příp. ambulantní)

Kapacity, obloženost a počty odmítnutých žadatelů u sociálních služeb s lůžkovou kapacitou (pobytovou, příp. ambulantní)

Druh služby	Celkový počet služeb	Celková kapacita - počet lůžek	Počet klientů (hypoteticky) při 100% obloženosti	Klientů za 2018	Obloženost 2018 (vytiženost)	* Počet odmítnutých klientů celkem v roce 2018
azylové domy	218	6951	2537115	1229700	48,47%	6569
denní stacionáře	275	58	21170	6841	32,31%	229
domovy pro osoby se zdravotním postižením	208	11580	4226700	4175709	98,79%	2529
domovy pro seniory	541	36250	13231250	12590347	95,16%	35818
domovy se zvláštním režimem	361	20625	7528125	6798182	90,30%	16565
domy na půl cesty	34	370	135050	85642	63,42%	122
chráněné bydlení	224	3760	1372400	1352607	98,56%	1656
krizová pomoc	44	62	22630	nejdou data	0	1338
noclehárny	78	1455	531075	nejdou data	0	2123
odlehčovací služby	326	1952	712480	557475	78,24%	3803
služby následné péče	44	301	109865	108219	98,50%	369
sociální rehabilitace	311	249	90885	nejdou data	0	803
sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče	128	1721	628165	322409	51,33%	372
terapeutické komunity	15	249	90885	66700	73,39%	44
týdenní stacionáře	50	769	280685	255390	90,99%	116

Zdroj:

- Registr poskytovatelů sociálních služeb (EXPORT KE DNI 9. 9. 2019)

- Výkazy sociálních služeb dle odst. 5 § 85 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

* Tento údaj je nutné brát s rezervou. Současný stav legislativy neumožňuje sledovat každého unikátního žadatele o službu. V praxi tak dochází nezářka k situaci, kdy je jeden žadatel v evidenci uveden třikrát až pětkrát, jeden žadatel totiž může podat žádost o službu ve více domovech pro seniory. Dle odborného odhadu je tak celkový počet neuspokojených žádostí 3-5krát nižší.

Zdroj: Pafko (2019)

K podobným závěrům dochází i Jedlička (2017): Dostupné statistiky ukazují, že aktuální počet míst v domovech pro seniory dosahuje cca 37 000 lůžek, přičemž za posledních 12 let nedošlo k jejich nárůstu. Problém stárnutí populace se tak v tomto ohledu nijak neodráží. Vedle domovů pro seniory existuje kapacita dalších 40 000 sociálních lůžek, ale i tak je dostupná kapacita naplněna prakticky ze 100 % již nyní a rozhodně platí, že celková poptávka převyšuje nabídku v této oblasti velmi výrazně. Konkrétně v roce 2015 dosáhl počet neuspokojených žádostí o místa s pečovatelskou službou cca 64 000. Přestože existují i duplicitní žádosti, je jasné, že poptávka po místech v domovech nabídku výrazně převyšuje a při existujících nákladech na výstavbu jedné jednotky v domově cca ve výši 1 mil. Kč by k uspokojení i stávající poptávky byly potřeba náklady ve výši desítek miliard Kč, které by se s dalším stárnutím populace a navyšováním počtu klientů příspěvku na péči ještě prohlubovaly.

Z hlediska veškeré dostupné evidence je zjevné, že kapacity pro poskytování dlouhodobé péče jsou již dnes výrazně nedostatečné. S ohledem na probíhající stárnutí české populace se bude tato situace nadále zhoršovat. Specificky se vlivu demografie na poptávku po dlouhodobé péči věnujeme ve 2. kapitole této studie.

1.2.2. Kontraproduktivní, vícenásobná cenová regulace

Z praxe provozovatelů zařízení poskytujících sociální péči je třeba upozornit na fakt, že největší překážkou bránící ve zvýšení kapacity těchto služeb není nedostatek investičních zdrojů. O tento problém by se soukromý sektor patrně uměl postarat. Zásadní bariérou je křehkost financování provozu těchto zařízení, zejména pak cenová regulace v podobě limitu nákladů na stravné a ubytovací služby. Nemožnost realizovat nadstandardní péči a získat za ni adekvátní úhradu limituje výrazně příjmy poskytovatelů péče a činí je zcela závislými na dotacích k udržení provozu v chodu. Soukromí provozovatelé zařízení poskytujících péči mnohdy nemají v praxi k těmto dotacím stejný přístup jako veřejnoprávní či neziskové instituce⁶. Důsledkem je vysoké riziko projekce příjmů a jejich stability v podnikatelských plánech, což ve výsledku omezuje investiční apetit soukromého sektoru na zvýšení kapacit zejména lůžkové sociální péče.

Absurdnost existujícího systému cenové regulace a jeho nezamýšlené důsledky trefně popisuje Průša (2019). [...] *platná právní úprava obsahuje dva „ochranné“ prvky klienta – jde o stanovení maximální výše úhrad za poskytování ubytování a stravy a o ustanovení, že po úhradě nákladů za ubytování a stravu musí klientovi zůstat alespoň 15 % jeho příjmu. Poskytovatel tedy musí vždy stanovit úhradu v takové výši, aby na ni uživatel měl dostatek finančních prostředků, přičemž rozdíl mezi takto stanovenou úhradou není vykazován jako dluh uživatele, ale jde k tíži provozovatele, který se snaží tuto ztrátu dofinancovat z jiných zdrojů, zejména se snaží dohodnout se na spoluúčasti při úhradě těchto nákladů s jinou fyzickou osobou nebo právnickou osobou. I v případě, že by klient měl stanovenou tzv. „sníženou úhradu“ a sám by chtěl (ze svého zůstatku nebo ze svých úspor) dobrovolně každý měsíc doplácet do plné úhrady, není tento postup ze zákona možný.*

Průša na detailním zkoumání příjmové situace a úspor téměř 10 000 klientů pobytových zařízení sociálních služeb (5500 klientů v domovech pro seniory, 2200 klientů v domovech se zvláštním režimem a 2000 klientů v domovech pro osoby se zdravotním postižením) a konkrétních stanovených výší úhrad v těchto zařízeních dospěl k závěru, že „stávající dvojitá ochrana klienta prostřednictvím stanovení maximálních výší sazeb za poskytování ubytování a stravování a zachování 15% příjmu po uhrazení těchto nákladů je nadbytečná. Na jedné straně poskytovatelé služeb nemají možnost diferencovat výši úhrad klientů podle kvality poskytovaných služeb (jednolůžkový nebo vícelůžkový pokoj, dietní stravování), na straně druhé je na účtech klientů pobytových zařízení k dispozici dostatek finančních prostředků, které by bylo možno k tomuto účelu použít. Proto se doporučuje nově výši maximálních sazeb za poskytování ubytování a stravování v pobytových zařízeních sociálních služeb z pozice státu neurčovat. [...] Stanovená 15% ochrana příjmu klienta je postačující z hlediska potřeby krytí dalších nákladů klienta týkajících se zajištění péče o vlastní osobu“.

⁶ V důsledku nejasně stanovených kritérií pro vstup mezi registrované poskytovatele péče. Tyto podmínky se mezi jednotlivými kraji mohou významně lišit. Jeden podnikatelský subjekt pak může v různých krajích čelit různě nastaveným požadavkům pro vstup mezi registrované poskytovatele sociální péče.

1.2.3. Nedostatek informací o fungování systému dlouhodobé péče

Většina občanů v průzkumech deklaruje, že se sociální a dlouhodobou péčí má nějakou zkušenost. Podíváme-li se na tyto výzkumy ve větším detailu, zjistíme, že se jedná převážně o zkušenost zprostředkovanou, ať už z médií, nebo z doslechu z rodiny, či od známých; viz průzkum uvedený in: MPSV a Deloitte (2015).

Obecné povědomí občanů o tom, na co mají nárok a kde o jakou službu či podporu (ať už finanční, nebo materiální) žádat, pokud u nich nebo jejich rodinných příslušníků nastala tíživá situace vyžadující intervenci systému dlouhodobé péče, je nízké. Tento závěr se potvrzuje v obecných průzkumech i v řešení konkrétních sociálních situací.

Aktuálně je k dispozici potvrzení těchto závěrů z průzkumu Institutu sociální práce, provedeného na vzorku 1000 respondentů. Jak se konstatuje v hlavním shrnutí výsledků, „značná část veřejnosti není o možnostech terénních sociálních služeb a pobytových zařízení správně informována [...] Povědomí o sociálních službách je v populaci velmi nízké a nepřesné a představy o podobě a fungování sociálních služeb mohou být naprosto odlišné. Výzkum rovněž potvrdil [...] nutnost širší informační kampaně o možnostech a fungování všech druhů sociálních služeb“; viz Institut sociální práce (2020).

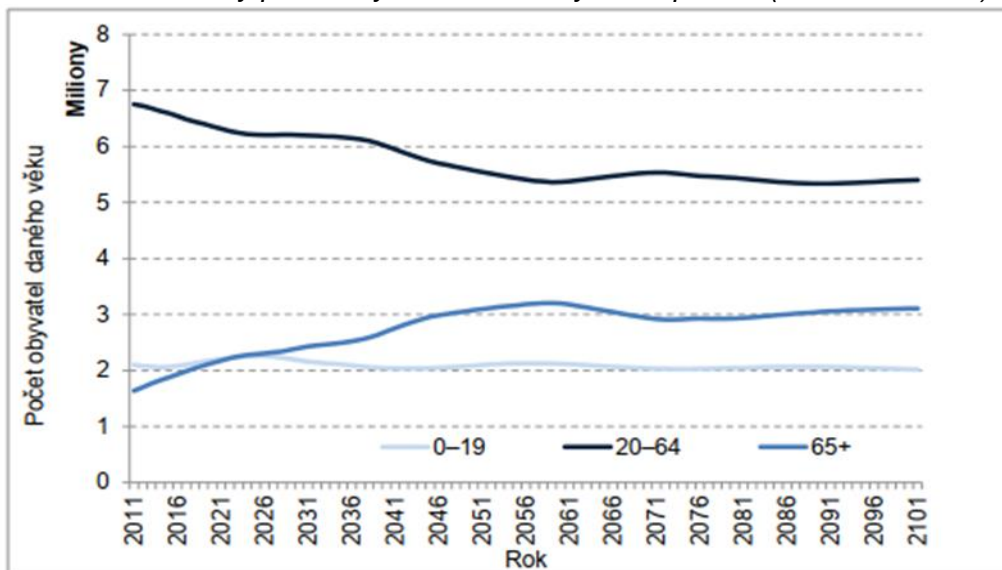
Adekvátní informovanost veřejnosti o systému sociálních služeb a dlouhodobé péče bývá – ve srovnání se zajištěním poskytování těchto služeb – výrazně podceňována. Pro správné fungování celého systému a skutečné ulehčení života občanům v tíživé situaci je ovšem tato role nezastupitelná.

2. Projekce poptávky po dlouhodobé péči

2.1. Vliv stárnutí populace

Česká populace stárne a tento proces bude v nadcházejících dekádách dále akcelerovat. grafy Graf 5 a Graf 6 ukazují demografickou prognózu pro ČR z roku 2018, zpracovanou ČSÚ v tzv. „střední variantě“.

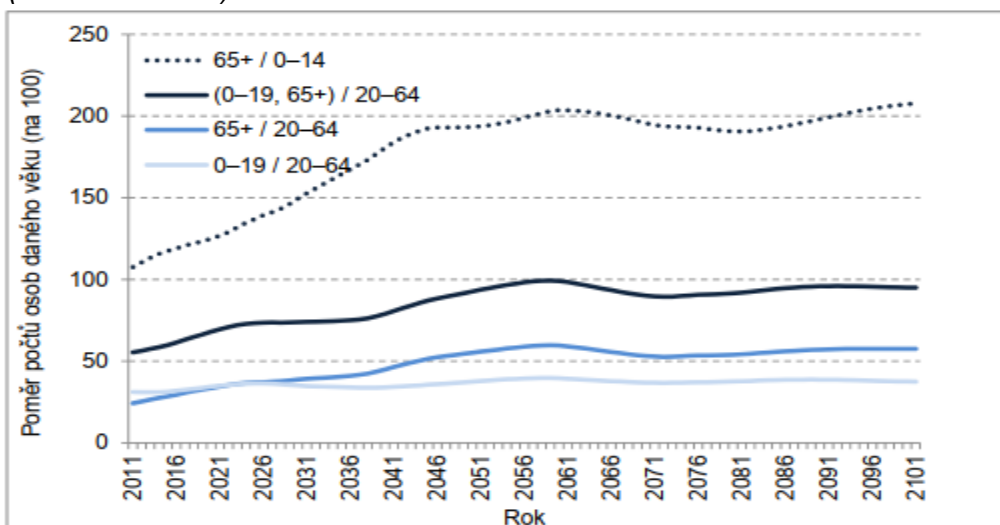
Graf 5: Očekávaný počet obyvatel ve věkových skupinách (střední varianta)



Zdroj: ČSÚ (2018)

Zatímco počet dětí (osoby mladší 20 let) bude přibližně stagnovat na úrovni dvou milionů, počet osob v ekonomicky aktivním věku (20–64) bude až do 60. let výrazně klesat a adekvátně tomu ve stejném období poroste počet seniorů (65+).

Graf 6: Poměrové ukazatele očekávaného věkového složení obyvatelstva (střední varianta)

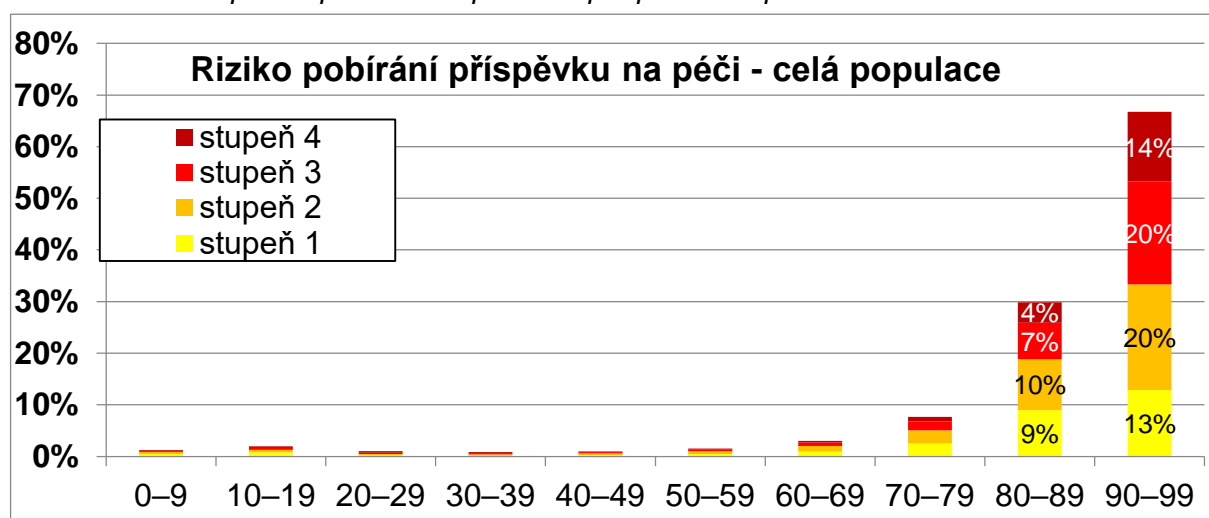


Zdroj: ČSÚ (2018)

Zatímco na počátku této dekády připadaly téměř dvě osoby v ekonomicky aktivním věku na osobu ve věku neaktivním (dětí a seniorů), kolem roku 2055 se tento poměr prakticky vyrovná – jedna osoba ve věku 20–64 let bude statisticky podporovat buď dítě, nebo seniora. Tento vývoj bude tažen zejména zvyšováním podílu seniorů na celkové populaci v ČR.

Takto výrazné tempo stárnutí populace, jedno z nejrychlejších v rámci EU, se nemůže neodrazit na počtu osob potřebujících sociální služby, zejména pak dlouhodobou péči. Pravděpodobnost jejího čerpání úzce koreluje s rostoucím věkem; viz Graf 7.

Graf 7: Závislost pravděpodobnosti pobírání příspěvku na péči na věku klienta



Zdroj: Výpočty ČAP z dat MPSV

Statistiku pobírání příspěvku na péči můžeme vnímat jako proxy distribuce potřeby dlouhodobé péče. Z Graf 7 je evidentní, jak toto riziko roste spolu s věkem. Ještě u osob mezi 60–69 lety věku není příliš významné, aby se u o dekádu starších spoluobčanů blížilo 10 % a následně rostlo již exponenciálním tempem – 30 % u osmdesátníků a téměř 70 % u osob v 10. dekáde svého života.

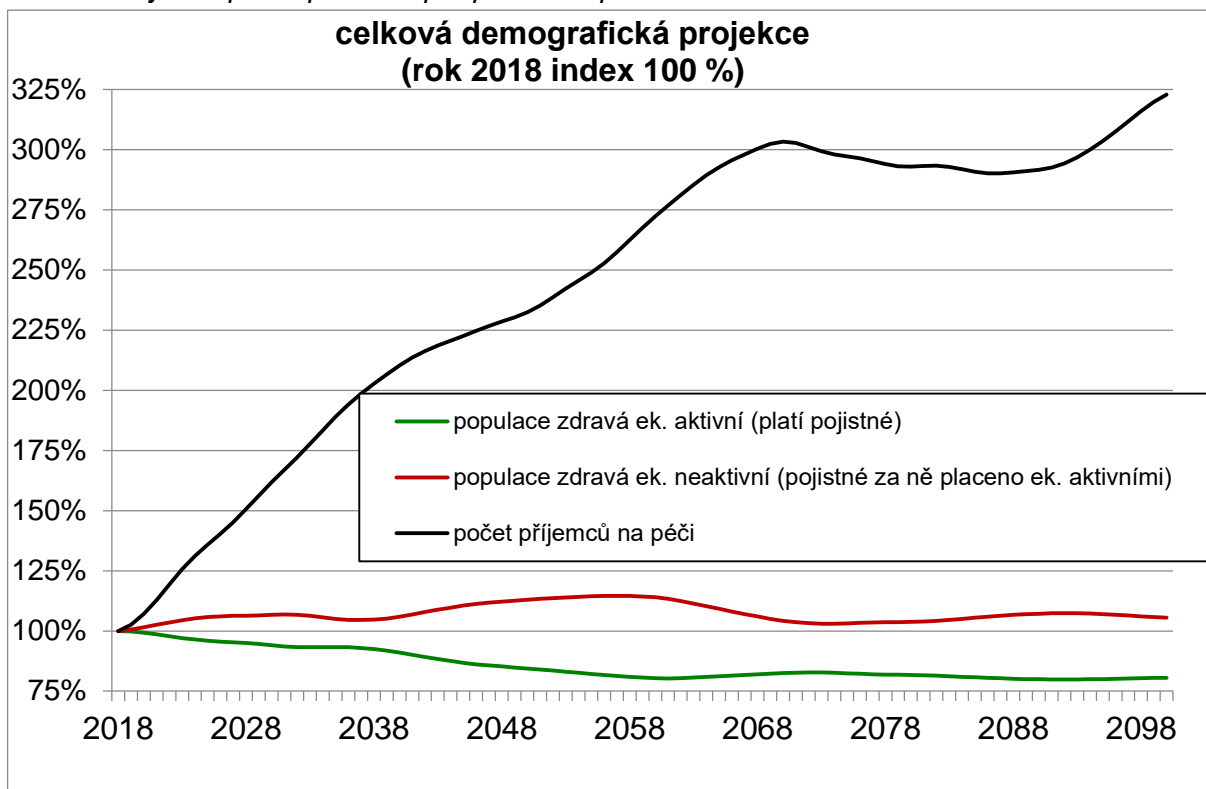
Zkombinujeme-li populační projekci ČSÚ s pravděpodobnostmi pobírání příspěvku na péči v příslušných věcích, dostaneme projekci počtu pobírání příspěvků na péči v české populaci do roku 2100; viz Graf 8. Na první pohled v něm upoutá pozornost ztrojnásobení (!) předpokládaného počtu osob s příspěvkem na péči za pouhých cca 50 let, konkrétně mezi roky 2018 a 2068. Nutno dodat, že ve stejném období lze očekávat, že se zhruba o jednu pětinu oproti roku 2018 sníží počet ekonomicky aktivních zdravých⁷ osob.

Pro účely projekce počtu osob s příspěvkem na péči pracujeme se statickou pravděpodobností v jednotlivých věcích, odpovídající dnešní realitě. Jinými slovy, abstrahujeme od možného poklesu rizika vzniku dlouhodobé péče pro konkrétní věk (argumentem pro je zlepšující se zdravotní péče apod.). Stejně tak nepočítáme ani s růstem této věkové incidence (argumentem pro je vyšší pasivita jedinců v budoucnu, horší životní

⁷ Tzn. nepobírajících příspěvek na péči.

styl, kdy lékařská věda sice zajistí prodloužení délky života, ale nezajistí již prodloužení kvalitní, soběstačné části života).⁸

Graf 8: Projekce počtu pobírání příspěvku na péči do roku 2100



Zdroj: Výpočty ČAP z dat MPSV

K podobným číselným výsledkům dospěla o pár let dříve na starších datech i studie MPSV a Deloitte (2015). V tzv. „nulové variantě“⁹, která se svým pojetím blíží nejvíce našim výše uvedeným předpokladům, i tato studie dochází k závěru o zhruba ztrojnásobení počtu příjemců příspěvku na péči v polovině 60. let tohoto století oproti nynějšímu stavu.

⁸ V odborné literatuře se vede dlouhá debata o tom, jak růst naděje na dožití ovlivní zdravotní stav člověka v daném věku. Dostupná empirická evidence se zatím spíše přiklání k názoru, že část prodloužení naděje na dožití se projeví zvýšením počtu let v dobrém zdravotním stavu a část se pak realizuje již ve zhoršené zdravotní kondici jedince. Poměr mezi první („dobrou“) a druhou („špatnou“) částí prodloužení naděje na dožití zatím přibližně odpovídá empiricky pozorovanému podílu těchto ukazatelů na celé délce lidského života. Růst naděje na dožití tak prozatím v průměru zvyšuje počet let v dobrém zdravotním stavu, ale podíl této části života na celkové délce života je víceméně konstantní. Pokud by se tento vývoj udržel i v následujících dekádách, může být projekce počtu osob s příspěvkem na péči poněkud nadhodnocená.

⁹ Nulová varianta v této studii vyjadřuje, že počet příjemců příspěvku na péči bude tažen pouze demografickými vlivy. Jinými slovy, uvažuje se s fixní pravděpodobností pobírání příspěvku na péči pro daný věk.

Tabulka 3: Projekce příjemců příspěvku na péči, registrovaných služeb a veřejných výdajů

	Počet příjemců PnP		Počet uživatelů registrovaných služeb		Celkové veřejné výdaje	
	2019	2064	2019	2064	2019	2064
V1: Nulová varianta	397 908	1 134 722	147 417	479 845	39,4	122,2
V2: Konzervativní varianta	400 301	1 194 064	148 304	504 939	44,6	353,0
V3: Varianta založená na historickém růstu	437 668	2 549 580	162 147	1 078 151	51,4	1 179,6

Zdroj: MPSV a Deloitte (2015)

2.2. Komplexní pohled na náklady dlouhodobé péče

Jak bylo řečeno v 1. kapitole této studie, systém sociálních služeb a dlouhodobé péče v dnešním stavu není příliš transparentní. Jedním z důvodů je také rozostřená hranice mezi sociální a zdravotní oblastí z hlediska poskytovatelů a různých forem úhrad (stejně či velmi podobné) péče a služeb. Z hlediska tvůrců sociální, zdravotní a fiskální politiky je naprosto nezbytné sledovat jevy, jako je např. stárnutí populace, a jejich dopady jak do sociálního, tak i zdravotního a příp. daňového systému ve vzájemné konjunkci.

Tento přístup bohužel není v české politické ani hospodářské debatě příliš rozšířen. Zajímavou výjimkou je studie Kanceláře zdravotního pojištění; viz KZP (2017). Tato studie se precizní datovou metodikou na šestiletém časovém horizontu (2010–2015) na vybraných dvou diagnózách¹⁰ pokusila vyčíslit celkové finanční dopady těchto nemocí na české veřejné rozpočty. Vyčísluje náklady plynoucí jak ze systému veřejného zdravotního pojištění, tak náklady na zdravotní pomůcky, příspěvek na péči, nemocenskou či invalidní důchody. V úvahu se berou dokonce i náklady obětovaných příležitostí v podobě výpadku daňových příjmů a sociálního pojištění u osob, které kvůli nepříznivé zdravotní diagnóze nemohou dále vykonávat ekonomickou aktivitu.

Stěží se najde výstižnější popis významu komplexního pohledu na celkové fiskální náklady dlouhodobých onemocnění, než jak uvádí sama KZP (2017): *V ČR je rozdělena administrace a financování věcných a peněžitých dávek v nemoci mezi řadu institucí a fondů. Financování zdravotních služeb je zajištěno zdravotními pojišťovnami, zatímco administrace a financování osobních nákladů a sociálních služeb v nemoci je dále fragmentováno na několik institucí (ČSSZ, ÚP aj.). Chronické nemoci, které již dnes tvoří převážnou část nákladů zdravotního systému a jsou častou příčinou ztráty průčeschnosti a vzniku invalidity, přitom v žádném ohledu nerespektují toto fondové, legislativní, organizační a procesně-administrativní oddělení finančních zdrojů. Pro jakékoliv budoucí politiky v oblasti prevence a léčby chronických onemocnění je nezbytné poznat nákladovou strukturu jednotlivých onemocnění ve zdravotním a sociálním systému. Toto analytické propojení umožní modelování dopadů strukturálních a investičních změn v jednom z těchto systémů na nákladovou složku v dalších systémech, popř. může sloužit jako podklad pro zvážení jiných koncepčních změn na úrovni celého sociálního zabezpečení.*

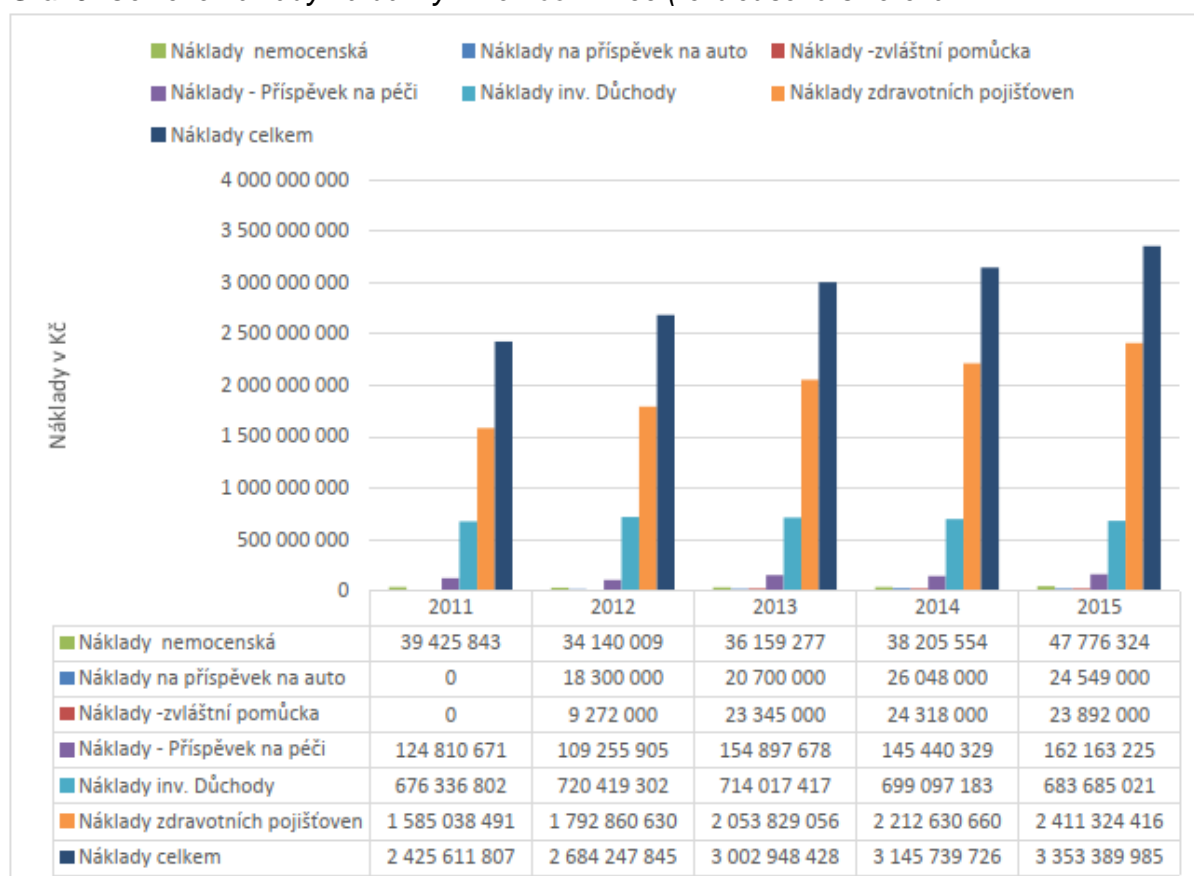
Výsledek zkoumání KZP je uveden v grafech. Graf 9 ukazuje celkové explicitní (viditelné) fiskální náklady na roztroušenou sklerózu. Ty v roce 2015 dosáhly 3,35 mld. Kč. Největší část (72 %) představovaly výdaje zdravotních pojišťoven, následované invalidními důchody

¹⁰ R35 – roztroušená skleróza, M45 – Bechtěrevova nemoc.

(20 %) a příspěvkem na péči (5 %). Pokud bychom vzali v úvahu i výpadek na dani z příjmů a povinném pojištění, náklady v roce 2015 by se zvýšily o dalších cca 815 mil. Kč.¹¹

Pohled na Bechtěrevovu nemoc a její fiskální náklady ukazuje Graf 10. I zde je patrné, že z celkových explicitních nákladů ve výši 905 mil. Kč v roce 2015 jde hlavní část (55 %) za zdravotními pojišťovnami, následovanými – opět – systémem invalidních důchodů (39 %). Příspěvek na péči je lehce nad 3% podílem, nemocenské dávky činí 2 %. Implicitní fiskální náklady v podobě ztrát na inkasu daně z příjmů a povinného sociálního a zdravotního pojistného jsou odhadovány v roce 2015 na 427 mil. Kč. Dosahují tedy v případě Bechtěrevovy nemoci téměř poloviny nákladů explicitních. Jejich váha je podstatně vyšší než v případě roztroušené sklerózy; zjevně jde o důsledek výrazně vyšší míry invalidity spojené s Bechtěrevovou nemocí.

Graf 9: Celkové náklady na dávky v nemoci – R35 (roztroušená skleróza)



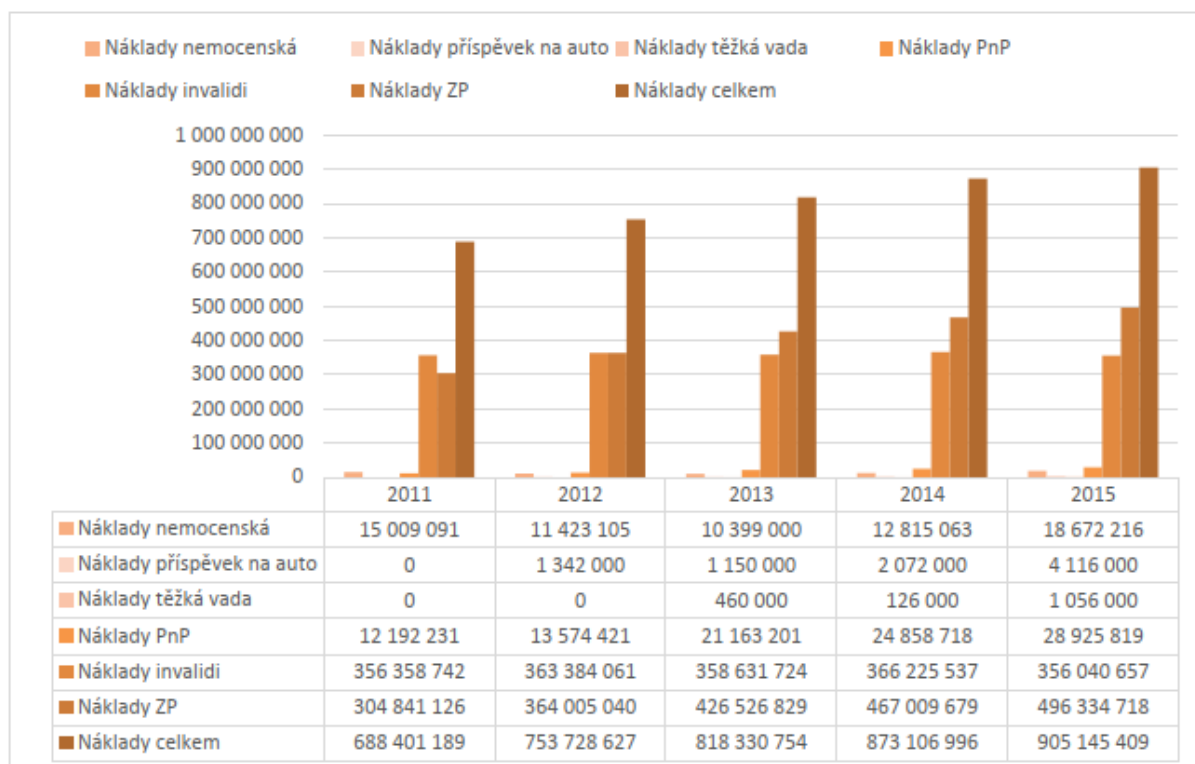
Zdroj: KZP (2017)

Tato experimentální studie v českých poměrech podtrhuje ekonomickou provázanost zdravotnictví se sociální oblastí a daňovou politikou státu. Tyto systémy se navíc vzájemně mohou značně ovlivňovat. Lze např. uvažovat o situaci, kdy inovativnější léčebná metoda určité diagnózy sice zvýší náklady systému zdravotního pojištění, ale může přinést úspory státu v oblasti invalidních důchodů, nemocenské či příspěvku na péči a v dalších dávkách, stejně jako může zvýšit inkaso daní a pojistného, neboť se pacient vrátí zpět do stavu

¹¹ Tyto implicitní fiskální náklady nejsou v grafu 9 zachyceny.

ekonomické aktivity. Ve výsledku tak může zvýšení fiskálních nákladů v jedné oblasti přinést i vyšší úspory (a příjmy) státu v oblastech ostatních. Dokud však bude ve veřejné sféře (zdravotnictví, sociální politika a daňová politika) převládat „rezortismus“ a úzký úhel pohledu na věc, nikdy se k optimálnímu nastavení sociální, zdravotní a hospodářské politiky nepřiblížíme.

Graf 10: Celkové náklady na dávky v nemoci – M45 (Bechtěrevova nemoc)



Zdroj: KZP (2017)

3. Zahraniční zkušenosti v oblasti dlouhodobé péče

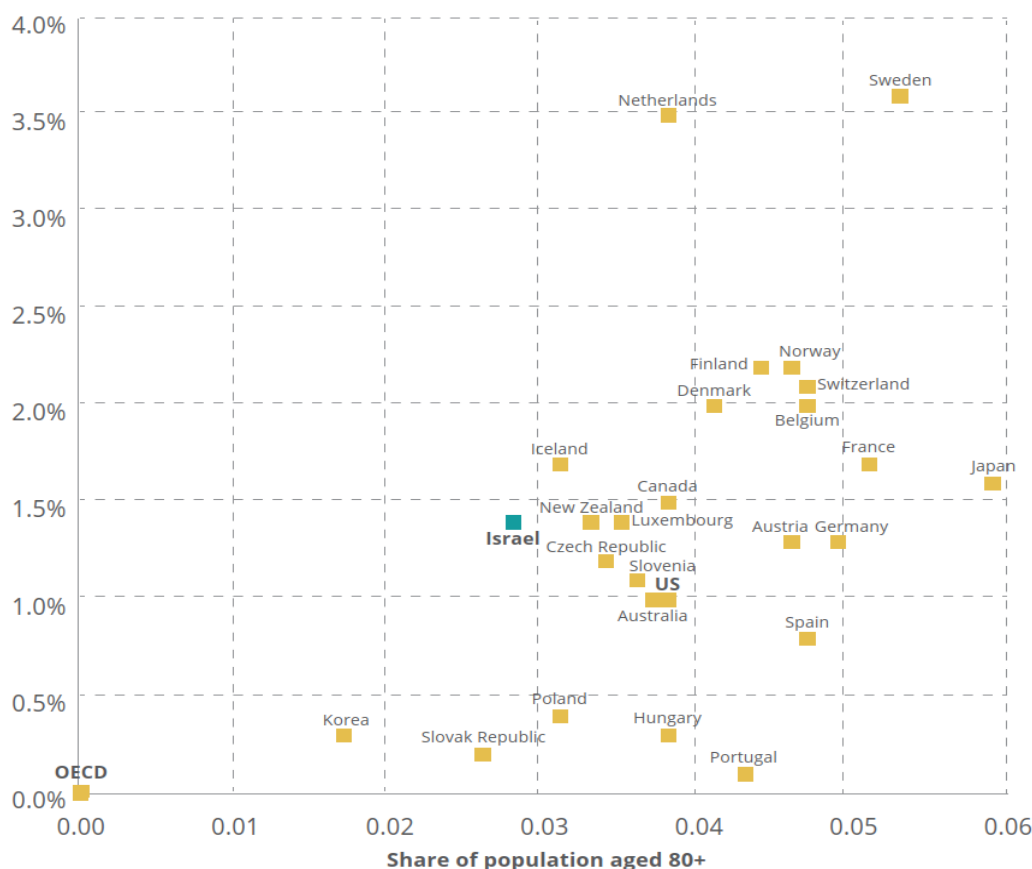
3.1. Demografické tlaky

Stárnutí populace a z něj plynoucí demografické tlaky na systémy sociálních služeb a dlouhodobé péče se projevují samozřejmě globálně. Pro účely naší studie se zaměříme zejména na země EU a OECD. V rámci Evropské komise dlouhodobě funguje pracovní skupina specializovaná na analýzy rozpočtových dopadů stárnutí evropské populace, tzv. „AWG“ (*Ageing Working Group*). Ta v několikaletých intervalech publikuje své analýzy. Poslední zpráva je z roku 2018 – viz EC (2018) – a hlavní výsledek ve vztahu k problematice dlouhodobé péče zobrazuje tabulka 6.

Veřejné výdaje na dlouhodobou péči dle této studie dosáhly v ČR v roce 2016 výše 1,3 % HDP. Jde o mírně podprůměrnou hodnotu ve vztahu k EU27 (1,6 %). Nicméně jak ukazuje analýza Chernichovsky et al. (2017), resp. Graf 11, český, mírně podprůměrný podíl výdajů na HDP je plně vysvětlitelný stále ještě menším podílem seniorů v populaci oproti vyspělým zemím. Z grafu je zřetelné, že české výdaje v relaci k podílu seniorů 80+ na populaci odpovídají průměru zemí OECD.

Graf 11: Výdaje na dlouhodobou péči (% HDP) ve vztahu k podílu osob starších 80 let na populaci

Expenditure on long-term care,
as a % of GDP



Zdroj: Chernichovsky et al. (2017)

Do roku 2070 se má situace obrátit. Zatímco za celou EU27 vzroste podíl veřejných výdajů na dlouhodobou péči o 1,1 procentního bodu, na 2,7 %, v případě ČR bude nárůst činit 1,6 procentního bodu, na úroveň 2,9 % HDP. Dynamika nárůstu těchto výdajů v ČR mezi lety 2016 a 2070 (116 %) bude sedmá nejvyšší ze všech zemí EU a výrazně překročí evropský průměr (71 %).

Tabulka 4: Projekce veřejných výdajů (% HDP) na dlouhodobou péči

AWG reference scenario, projected public expenditure on long-term care as % of GDP

	2016	2070	Change 2016-2070	
			pp.	In %
BE	2.3	4.0	1.7	73%
BG	0.4	0.5	0.1	37%
CZ	1.3	2.9	1.6	116%
DK	2.5	4.7	2.2	87%
DE	1.3	1.9	0.6	48%
EE	0.9	1.4	0.5	52%
IE	1.3	3.3	1.9	145%
EL	0.1	0.2	0.1	76%
ES	0.9	2.2	1.3	135%
FR	1.7	2.4	0.6	37%
HR	0.9	1.2	0.3	38%
IT	1.7	3.0	1.2	71%
CY	0.3	0.6	0.3	84%
LV	0.4	0.6	0.1	34%
LT	1.0	2.0	1.0	101%
LU	1.3	4.1	2.8	219%
HU	0.7	1.1	0.4	63%
MT	0.9	2.3	1.4	154%
NL	3.5	6.0	2.5	69%
AT	1.9	3.8	1.9	101%
PL	0.5	1.3	0.8	166%
PT	0.5	1.4	0.9	159%
RO	0.3	0.6	0.3	100%
SI	0.9	1.8	0.9	93%
SK	0.9	1.5	0.6	64%
FI	2.2	4.2	2.1	93%
SE	3.2	4.9	1.7	53%
UK	1.5	2.8	1.3	83%
NO	3.7	7.1	3.4	92%
EA	1.6	2.7	1.1	69%
EU*	1.6	2.7	1.2	73%
EU27	1.6	2.7	1.1	71%
EU* s	1.3	2.4	1.1	87%

Source: Commission services, EPC.

Zdroj: EC (2018)

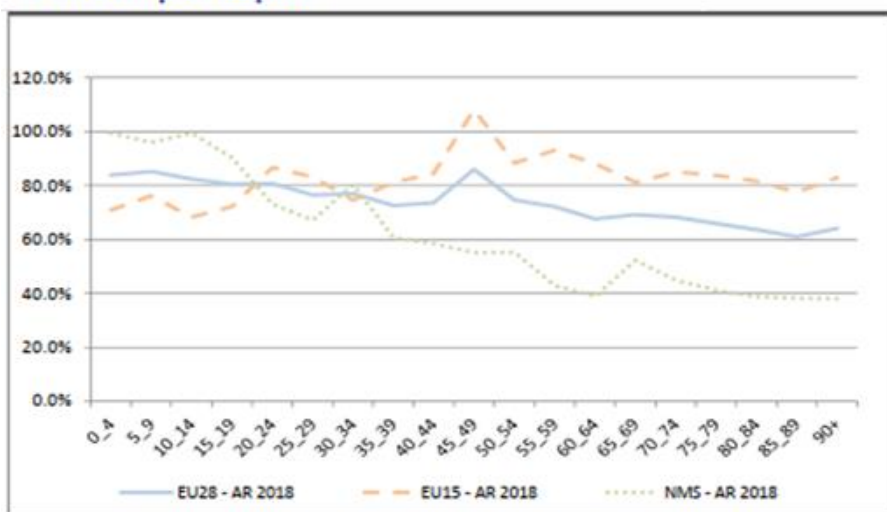
Zajímavý vhled do čísel a mezinárodního srovnání nabízejí následující grafy. Graf 12 naznačuje, že nové členské státy EU, kam se řadí i ČR, jsou v případě dětí a výdajů na dlouhodobou péči vyjádřených jako % z HDP na osobu v průměru štedřejší než starší členské země EU. Situace se ovšem s růstem věku příjemců dlouhodobé péče v institucionálních zařízeních mění a zejména u seniorů jsou výdaje podstatně nižší, než je zvykem v západní Evropě.

Nabízí se tak hypotéza, že výdaje (v relaci k ekonomické výkonnosti) na dlouhodobou péči poskytovanou institucionálními zařízeními jsou zejména u seniorů ve východní Evropě výrazně podfinancovány. Z předchozích kapitol víme, že v případě ČR je přes 60 % výdajů tvořeno personálními náklady. Zdroj relativního podfinancování tak musíme hledat v této kategorii. Je vysoce pravděpodobné, že tento mzdový gap bude dlouhodobě neudržitelný a bude, vedle výše popsaného a analyzovaného stárnutí populace, významným tahounem celkových veřejných výdajů na dlouhodobou péči směrem vzhůru v následujících letech.

Obdobnou logikou pak Graf 13 zachycuje veřejné výdaje na osobu dle věku v případě dlouhodobé péče poskytované v domácím prostředí. Zde je patrné zaostávání nových členských zemí vůči západní Evropě ve všech věkových skupinách, opět s tendencí umocňovat tuto nerovnováhu v seniorském věku. Lze očekávat tlak na růst výdajů na tento typ péče v budoucím období.

Graf 12: Institucionální péče – veřejné výdaje na dlouhodobou péči na jednoho příjemce v % HDP na osobu

Institutional care: Expenditure per recipient of long-term care services in institutional care, as a % of GDP per capita



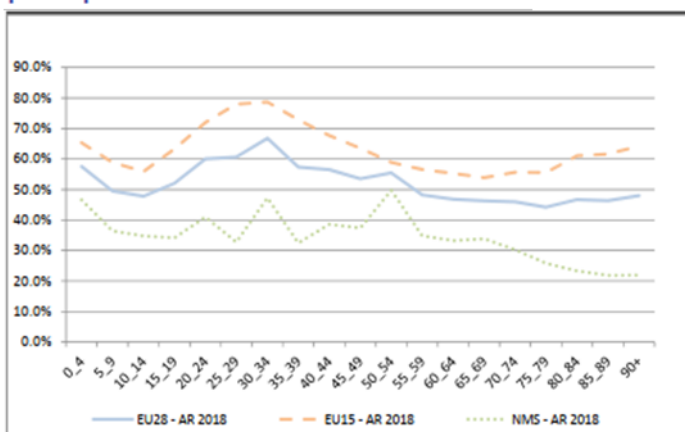
Notes: EU15: Belgium, Denmark, Germany, Ireland, Greece, Spain, France, Italy, Luxembourg, Netherlands, Austria, Portugal, Finland, Sweden, United Kingdom. NMS: New Member States: Bulgaria, Czech Republic, Estonia, Croatia, Cyprus, Latvia, Lithuania, Hungary, Malta, Poland, Romania, Slovenia and Slovakia.

Zdroj: EC (2018)

Graf 14 srovnává situaci v oblasti peněžních dávek spojených s dlouhodobou péčí. Zde jsou nové členské státy EU prakticky srovnatelné s historickým jádrem EU. Celkově lze konstatovat, že s ohledem na úroveň ekonomického rozvoje je ve východních členských zemích výrazně podfinancována dlouhodobá péče jak v institucionálním, tak i domácím prostředí. Tato finanční mezera posílí samotný demografický vývoj a bude spolu s ním působit na výrazně rychlejší tempo růstu výdajů spjatých s dlouhodobou péčí ve východní Evropě, a tedy i v ČR.

Graf 13 Domácí péče – veřejné výdaje na dlouhodobou péči na jednoho příjemce v % HDP na osobu

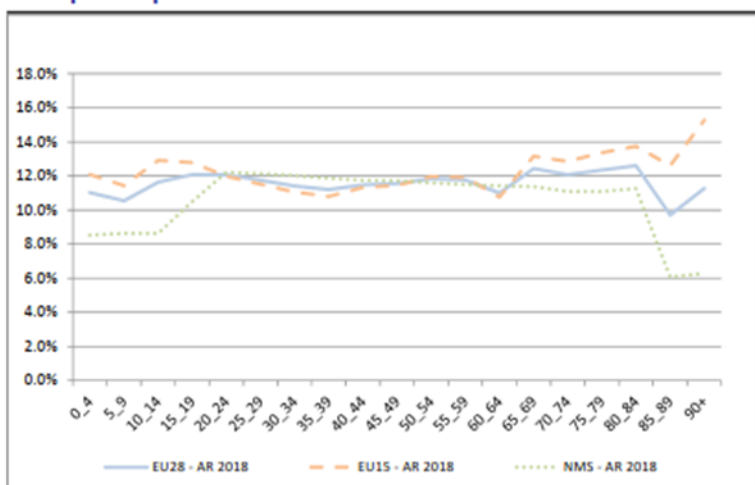
Home care: Expenditure per recipient of long-term care services in home care, as % of GDP, per capita



Zdroj: EC (2018)

Graf 14 Peněžní dávky – veřejné výdaje na dlouhodobou péči na jednoho příjemce v % HDP na osobu

Cash benefits: Expenditure per recipient of long-term care cash benefits care, as % of GDP per capita



Zdroj: EC (2018)

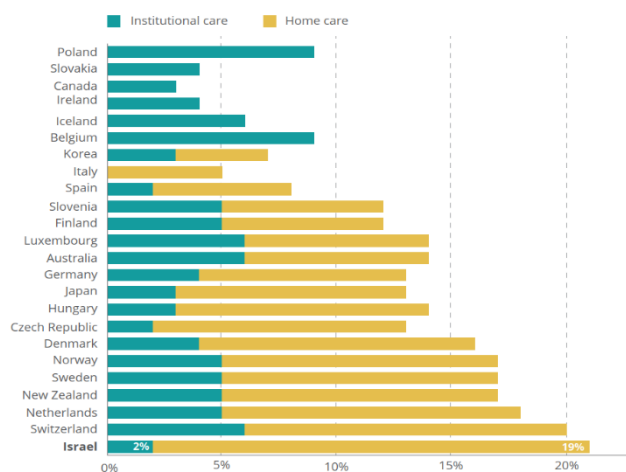
3.2. Systémy dlouhodobé péče v zahraničí

V oblasti organizace a nastavení systémů dlouhodobé péče ve vyspělých zemích neexistuje jednoznačně dominantní model.

Podívejme se na situaci nejprve z hlediska procentní míry konzumování dlouhodobé péče a způsobu jejího poskytování. Základní přehled, založený na datech OECD, nabízí Graf 15. Zatímco v některých zemích atakuje podíl příjemců dlouhodobé péče hranici 20 % občanů starších 65 let (Švýcarsko, Izrael), v jiných státech (Slovensko, Kanada, Irsko) to není ani 5 %. ČR, s cca 13 %, dosahuje v uvedeném vzorku zemí zhruba průměrnou pozici. Ve většině zemí (včetně ČR), je pak tato péče osobám starších 65 let poskytnuta zejména v jejich domácím prostředí. V některých státech jde však výhradně o institucionálně organizovanou péči (např. Belgie).

Graf 15: Podíl příjemců dlouhodobé péče v populaci starší 65 let

Figure 4. Long-term care service consumers as a percentage of the 65 and over population, 2014
OECD countries



Note: Countries for which comparable data are available. The data for Ireland are from 2015; for Slovenia — from 2013; for Canada and Denmark — from 2012; for the Czech Republic — from 2009; for Iceland — from 2010; for Japan — from 2006. The data for Japan underestimate the percentage of long-term care consumers who are cared for in institutions, as seniors in that country receive long-term care in hospitals. According to Campbell et al. (2009), Japan provides public benefits to 13.5 percent of those aged 65 and over. The data for Austria represent the percentage of financial allowances for the purchase of long-term care.

Source: OECD (2016).

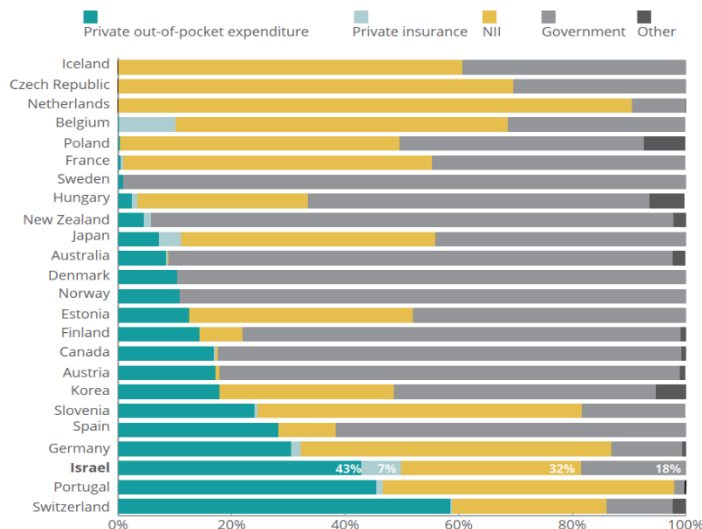
Zdroj: Chernichovsky et al. (2017)

Ještě pestřejší je v mezinárodním měřítku situace z hlediska zdrojů financování výdajů na dlouhodobou péči; viz Graf 16. Celkově je nejvýznamnějším zdrojem státní rozpočet a veřejné pojistné a zdravotní systémy. V řadě zemí ovšem významnou úlohu hrají i přímé finanční platby pacientů a v některých státech (Belgie, Izrael, Německo, Japonsko) vznikl i trh s privátním pojištěním dlouhodobé péče a má svůj podíl na financování individuálních potřeb.

Graf 16: Výdaje na dlouhodobou péči dle zdroje financování

Figure 3. Expenditure on long-term care by funding source, 2010-2011

OECD countries



Source: Chernichovsky, Kaptlan, Regev, and Stessman, Taub Center
Data: OECD; Bank of Israel

Zdroj: Chernichovsky et al. (2017)

Na model vícezdrojového financování narazíme, i pokud se zaměříme jen na veřejné výdaje spjaté s dlouhodobou péčí; viz tabulka 7. Nejčastějším zdrojem jsou dotace státu z rozpočtu. V řadě zemí existuje i veřejné příspěvkové schéma¹². V některých zemích, včetně ČR, se používají též daňové zdroje (např. v případě financování dlouhodobé péče obcemi a kraji, jež zase participují na celostátním daňovém inkasu).

Tabulka 5: Zdroje financování veřejných výdajů na dlouhodobou péči

Taxation	State budget allocation	Income-based contribution	Other
Belgium	Austria	Chile	Czech Rep
Czech Rep	Czech Rep	Costa Rica	Estonia
Estonia	Costa Rica	Czech Rep	Lithuania
Israel	Estonia	Estonia	
Japan	Hungary	Germany	
Luxembourg	Israel	Japan	
US	Japan	Korea	
	Luxembourg	Luxembourg	
	Russia	US	
	Turkey		
	US		

Note: In Austria there is no specific taxation for the financing of LTC. In Czech Republic, it is financed by state, regional and municipal governments. Lithuania uses central government budget, municipal budgets, EU structural funds, foreign foundations, sponsorship, social services organisation and family.

Source: OECD Questionnaire.

Zdroj: OECD (2020)

¹² V případě ČR se má tímto na mysli systém veřejného zdravotního pojištění a jeho částečná participace na nákladech sociálních služeb a péče, jak bylo diskutováno v 1. kapitole.

3.3. Německý systém dlouhodobé péče¹³

V rámci podrobnější sondy do systémů dlouhodobé péče jsme si vybrali německý model, jednak z důvodu geografické a kulturní blízkosti Německa k českým zemím a jednak i s ohledem na to, že se v ČR čas od času objevují návrhy změnit veřejně organizovaný systém financování dlouhodobé péče (dnes v zásadě daňově-dotační) na systém sociálního pojištění, který od roku 1995 funguje právě v Německu.

Veřejné pojištění dlouhodobé péče bylo zavedeno v roce 1995. Pojistné je hrazeno do zdravotních pojišťoven, které si vedou oddělený fond pro dlouhodobou péči mimo zdravotní pojištění. Téměř celá populace je pojištěna ve veřejných nebo soukromých fondech. Existuje 145 fondů (LTC), které jsou napojeny na sociální a zdravotní pojištění. Mimoto na trhu působí 45 soukromých pojišťoven spravujících soukromé LTC pojištění. Data z roku 2013 ukazují, že 69,9 mil. osob (87 %) bylo účastno veřejného LTC pojištění a přibližně 9,5 mil. lidí (11,5 %) mělo privátní LTC pojištění. Příspěvek je ve výši 1,95 % z hrubé mzdy (dělí se ve stejném poměru mezi zaměstnance a zaměstnavatele¹⁴). Osoby starší 23 let bez dětí platí o 0,25 procentního bodu více (2,2 %). Příspěvek se v čase navyšuje za účelem držet veřejný systém v přebytku. Pro placení LTC pojistného existuje strop na výši příjmů.

Doplňkové soukromé pojištění dlouhodobé péče má tři formy: pojištění na hmotnou dávku, pojištění na dorovnání nadbytečných nákladů a pojištění na příplatek k nákladům na dlouhodobou péči bez ohledu na náklady.

Veřejné pojištění slouží k pokrytí nákladů osob, kterým choroba nebo postižení brání ve výkonu běžných denních činností minimálně po dobu šesti měsíců. Výše podpory z LTC závisí na zhodnocení individuální potřeby péče ze strany Lékařské hodnotící rady¹⁵.

Německý systém rozlišuje tři stupně závislosti. Pojistné plnění se vyplácí ve formě hmotné dávky (pečovatelská služba) nebo jako finanční hotovost. Finanční platbu z pojistného systému mohou příjemci dát osobám blízkým nebo pečujícím známým. Finanční dávka je výrazně nižší než hmotná dávka.

Způsobilost pro vyplácení dávky není vázaná na věk pojištěnce, přesto je až 80 % osob, jimž jsou dávky vypláceny, starší než 65 let. V roce 2011 pobíralo ze systému dávku 2,5 mil. občanů (3,1 % populace); 70 % z nich čerpalo služby dlouhodobé péče doma a 30 % bylo v rezidenčních zařízeních. Rezidenční péče není plně hrazena z pojištění a je potřeba doplácet z důchodu nebo jiného soukromého připojištění, příp. využít finanční podporu ze strany rodiny nebo sociální pomoc.

¹³ Tato kapitola čerpá zejména z MPSV a Deloitte (2015) a Busse a Blümel (2014).

¹⁴ Za zajímavost lze považovat fakt, že zavedení povinného příspěvku bylo zaměstnavatelům částečně kompenzováno zrušením jednoho dne veřejného svátku v Německu.

¹⁵ Toho hodnocení rozhodně není formalita. V roce 2010 bylo např. v 31 % žádostí (cca 246 000 případů) stanovisko rady negativní.

Tabulka 6: Příjemci a poskytovatelé dlouhodobé péče v Německu v roce 2011

Recipients and providers of long-term care, 2011

	Home care by relatives	Home care supplied by ambulatory care services:	Inpatient care in nursing homes	People in need of care, total
Total	1 180 000 (47%)	576 000 (23%)	743 000 (30%)	2 500 000
<i>Recipients of long-term care (No. (% according to grade), maximum benefits in €)</i>				
Grade I	762 000 (65%), €235	324 000 (56%), €450	283 000 (38%), €1 023	1 370 000 (55%)
Grade II	330 000 (28%), €440	189 000 (33%), €1 100	299 000 (40%), €1 279	818 000 (33%)
Grade III	90 000 (7%), €700	63 000 (11%), €1 550	152 000 (22%), €1 550	305 000 (12%)
<i>Providers of long-term care</i>				
Number and ownership		12 349 ambulatory care services (63% private, 36% non-profit, 1% public)	12 354 nursing homes (40% private, 54% non-profit, 6% public)	
Employees		290 700 (73% part-time, 88% female)	661 200 (68% part-time, 85% female)	
People in need of care per provider (by ownership) ^a		47 (36/65/53)	64 (55/69/75)	

Source: Based on data in Statistisches Bundesamt, 2013f.

Notes: ^aNumber before the parentheses represents the average across the three types of provider, taking the different market shares into account; the numbers in parentheses are for private, non-profit-making, and public providers, respectively.

Zdroj: Busse a Blümel (2014)

Pojistný systém je odpovědný za kontrolu kvality ve všech cca 12 000 zařízeních institucionální péče a uživatelé mají možnost volného výběru poskytovatele služeb. V těchto zařízeních pracuje cca 661 000 zaměstnanců. Celkový počet pečovatelských služeb je více než 12 300 a zaměstnávají 291 000 osob. Většina poskytovatelů pečovatelské služby jsou soukromé neziskové organizace založené církevními nebo charitativními skupinami.

V roce 2012 činily příjmy z LTC pojištění 23 mld. EUR a výdaje na vyplacené dávky 21,9 mld. EUR a na administrativu další 1 mld. EUR. Aktuálně se výdaje na LTC pojištění pohybují ve výši cca 1,5 % na HDP; viz tabulka 9.

Tabulka 7: Příjmy a výdaje povinného pojištění dlouhodobé péče v letech 1997–2012

Expenditure and revenues of statutory long-term care insurance in 1997–2012

Indicator	1997	1999	2001	2003	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Total expenditure on benefits (€ billion)	14.3	15.6	16.0	16.6	17.0	17.1	17.5	18.2	19.3	20.4	20.9	21.9
Cash benefits	4.3	4.2	4.1	4.1	4.1	4.0	4.0	4.2	4.5	4.7	4.7	5.1
Social insurance contributions for caregivers	1.2	1.1	1.0	1.0	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9
Professional care during holidays of caregivers	0.1	0.1	0.1	0.2	0.2	0.2	0.2	0.3	0.3	0.4	0.4	0.5
Short-term care	0.1	0.1	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.3	0.3	0.3	0.4	0.4
Day/night care	0.0	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.2	0.2	0.2	0.3
Nursing aids and support technologies	0.3	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4	0.5	0.4	0.4	0.4	0.4
Ambulatory care benefits in-kind	1.8	2.1	2.3	2.4	2.4	2.4	2.5	2.6	2.8	2.9	3.0	3.1
Nursing care in homes	6.4	7.2	7.8	8.2	8.5	8.7	8.8	9.1	9.3	9.6	9.7	10.0
Nursing care in homes for disabled	0.1	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.3	0.3	0.3	0.3
Expenditure of medical review board (50%) ^a	0.2	0.2	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3
Administration	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.7	0.7	0.7	0.7	0.8
Total expenditure	15.1	16.4	16.9	17.6	17.9	18.0	18.3	19.1	20.3	21.5	21.9	22.9
Total revenues	15.9	16.3	16.8	16.9	17.5	18.5	18.0	19.8	21.3	21.8	22.2	23.0
Balance ^b	+0.8	0.0	-0.1	-0.7	-0.4	+0.5	0.3	+0.7	+1.0	+0.3	+0.3	+0.1

Source: Bundesministerium für Gesundheit, 2013c.

 Notes: ^aThe other 50% of medical review board costs are paid from SHI contributions; ^bStatutory reserves not included.

Zdroj: Busse a Blümel (2014)

Problémem systému pojištění dlouhodobé péče je výše odvodů z hrubé mzdy, což nekoresponduje s tlaky ze stárnutí německé populace. Zvažuje se proto vyplácení určitého procenta ze mzdy zaměstnanci, pokud se rozhodne dobrovolně pečovat o rodinného příslušníka a zároveň se vzdá pracovního úvazku. Výzvou systému financování sociálních služeb v Německu do budoucna je posílení soukromého pojištění, poskytování služeb dlouhodobé péče na komunitní bázi a adekvátní příspěvky speciálně pro osoby s demencí na základě jejich potřeb.

Ani Německo se ve veřejné debatě nedokáže vyhnout tzv. „rychlým řešením“, jak se ukázalo na podzim 2019, kdy koaliční SPD otevřela diskusi nad návrhem znárodnit rezervy soukromých LTC pojistných fondů ve snaze pomoci čelit tlakům na financování veřejného LTC pojištění. Tento návrh se setkal se širokou odbornou i politickou kritikou a nebyl dále realizován.¹⁶

¹⁶ Viz opojisteni.cz (2019).

Závěrem shrneme základní charakteristiky německého veřejného LTC systému:¹⁷

- Pojištění pečovatelské služby čili dlouhodobé péče platí rovnoměrně zaměstnanec a zaměstnavatel.
- Příspěvek 1,95 % z hrubé mzdy (maximální výše 4012,5 EUR), hrazeno přes zdravotní pojišťovnu do fondu dlouhodobé péče u stejné pojišťovny.
- Dávky jsou poskytovány formou finančního příspěvku, jako hmotná dávka nebo jejich kombinací.
- Výše dávky v závislosti na způsobu využívání služeb.
- Podpora domácí péče před institucionální vyšší hmotnou dávkou než finančním příspěvkem.
- Systém je přebytkový v důsledku průběžného zvyšování sazby pojistného na dlouhodobou péči (cca jednou za čtyři roky, v závislosti na růstu nákladovosti a demografickém vývoji).

¹⁷ Údaje odrážejí situaci v letech 2011–2012.

4. Produkt komerčního pojištění dlouhodobé péče pro podmínky v ČR

4.1. Základní princip

V této kapitole představíme na základě zahraničních zkušeností a s přihlédnutím ke specifickým pojistného trhu v ČR možné přístupy ke konstrukci produktu dlouhodobé péče. Detailnější rozbor principiálních variant jednotlivých kalkulací, určený jako inspirace pro tvorbu konkrétních přístupů, se nachází v příloze 2.

V základním principu by produkt pojištění dlouhodobé péče měl zajistit, aby došlo ke zmírnění důsledků nahodile vzniklé nesoběstačnosti klienta, spojené se zvýšenou potřebou finančních prostředků na zajištění péče, resp. přímé zajištění samotné potřebné služby pro klienta.

Existence pojištění a zmírnění nepříznivých následků při nesoběstačnosti klienta přináší benefity nejen pro člověka potřebujícího péči, ale i pro celou řadu ostatních osob, konkrétně pro:

- příbuzné a jiné blízké osoby se vztahem ke klientovi potřebujícímu dlouhodobou péči – v případě vzniku pojistné události, kdy pojišťovna pomůže s řešením celé události, bude snížen tlak na poskytování péče a řešení celé situace z jejich strany s obvyklými negativními dopady (nedostatek finančních prostředků, stres, nutnost opustit nebo přerušit zaměstnání apod.);
- zaměstnavatele – jestliže je spolehlivý zaměstnanec z důvodu poskytování péče nucen opustit zaměstnání nebo omezit svůj úvazek, dochází ke ztrátám pro zaměstnavatele (ztráta unikátního know-how od tohoto zaměstnance, nutnost získat náhradu, zaškolit ji atd.);
- veřejný sektor – v případě fungování pojištění dlouhodobé péče a investic do nových kapacit poskytování péče se sníží tlak na nedostatek kapacit veřejného sektoru. V případě, že zaměstnanec může zůstat v zaměstnání a neodchází pečovat na „plný úvazek“ o blízkého jedince, nevznikají navíc ztráty pro stát spojené s výpadkem příjmů z daní, sociálního a zdravotního pojištění.

Výše uvedené přínosy pro zaměstnavatele a veřejný sektor lze transparentně kvantifikovat. Průzkum provedený v jedné velké společnosti ukázal, že každoročně (data za roky 2017 až 2019) cca 0,6 % zaměstnanců odchází ze zaměstnání právě proto, že musí pečovat o člena rodiny. Průměrná ztráta pro zaměstnavatele na jeden takový případ vychází ve výši cca 300 000 Kč, což zahrnuje náklady spojené s náborem, zaškolením a udržením nového pracovníka. V případě společnosti o 1000 zaměstnancích se tak jedná o náklady ve výši 1,8 mil. Kč ročně a další ztráty pro zaměstnavatele (ročně ve výši 1,2 mil. Kč) vycházejí z absence ekonomické činnosti vytvářené tímto zaměstnavatelem po dobu tří měsíců výpadku původního zaměstnance, než se podaří plně získat a efektivně začlenit nového pracovníka. Za této situace je pro zaměstnavatele efektivní, jestliže by všem svým 1000 zaměstnancům přispíval částkou 250 Kč na pojistné dlouhodobé péče měsíčně, neboť tento související náklad (3 mil. Kč ročně) plně pokrývá celkové ztráty vznikající odchody zaměstnanců, navíc bez dalších rizik spojených s fluktuací.¹⁸

¹⁸ Za předpokladu, že by díky pojištění zaměstnanec byl schopen zajistit adekvátní péči osobě blízké a mohl i nadále zůstat v zaměstnání u svého zaměstnavatele.

Analogicky můžeme uvažovat ztráty pro stát plynoucí z absence plateb sociálního a zdravotního pojištění zaměstnance, který odchází ze zaměstnání pečovat o blízkou osobu. Za předpokladu průměrné doby trvání péče čtyři roky (odpovídá průměrné době pobírání příspěvku na péči, viz dále) při roční intenzitě odchodů všech zaměstnanců ve výši 0,3 % (tj. v celé ekonomice poloviční ve srovnání s výše popsanou modelovou situací jedné společnosti) představující ročních 12 000 odchodů zaměstnanců z důvodu dlouhodobé péče o blízkého jedince v celé ČR a za situace průměrné mzdy vychází související ročně vznikající ztráta pro stát ve výši 12 mld. Kč (fiskálně rozložená do čtyř let).

Uvedená ztráta pro stát vychází za předpokladu průměrné hrubé mzdy každého takového pracovníka (ve výši 33 000 Kč), která implikuje spolu s odvody zaměstnavatele i zaměstnance a se zaplacenými daněmi, že z celkové odhadované super hrubé mzdy 44 500 Kč je odpovídající čistý příjem zaměstnance kolem 24 500 Kč, což představuje výnos pro stát cca 20 000 Kč měsíčně. Jestliže ze 4 mil. zaměstnanců cca 0,3 % odchází ročně pečovat o blízkou osobu, vychází související ztráta pro stát po dobu čtyř let ve výši právě cca 12 mld. Kč (1 mil. Kč za každého odcházejícího zaměstnance).

Za účelem získání potřebných prostředků pro případ vzniku pojistné události se platí pojistné, nicméně pojistný zájem nemusí mít nutně jenom pojištěná osoba, v případě jejíž nesoběstačnosti se řeší pojistná událost, ale i výše zmíněné skupiny blízkých (ekonomicky aktivních) osob nebo zaměstnavatelů blízkých osob.

Na základě různých variant aktuárských kalkulací lze získat představu o dostupnosti produktu, související motivaci k jeho pořízení a o jeho dostupnosti pro všechny kategorie obyvatel. Klíčové hledisko představuje atraktivita pro mladou generaci nebo zaměstnavatele, což je demonstrováno na základě ukázky skupinové a individuální kalkulace pojistné smlouvy.

Pro možnost orientačního nacenění je nutné získat kvalifikovaný názor na následující kvantifikační parametry i metodické přístupy pro:

- definice stavu a vzniku dlouhodobé péče;
- riziko vzniku pojistné události (tj. že klient přejde buď kdykoliv během svého života, nebo specificky v konkrétním věku během jednoho roku ze soběstačného stavu do stavu vyžadujícího dlouhodobou péči) – analogie škodní frekvence;
- předpokládanou dobu čerpání nároku dlouhodobé péče;
- konkrétní hodnotu výše (např. měsíční) anuity v dnešních cenách, která pomáhá klientovi kompenzovat komplikovanou životní situaci spojenou s (částečným) pokrytím nákladů dlouhodobé péče;
- výši nákladů spojených s provozováním pojistného produktu.

V dalším textu se zaměříme na dostupné možnosti kvantifikace jednotlivých okruhů, včetně ukázky možného přístupu ke kvantifikaci orientační výše rizika na základě dostupných veřejných dat za celou českou populaci. Je ale třeba zdůraznit, že výsledné hodnoty orientační výše pojistného ukazují prvotní představu související úrovně rizika; nejedná se a ani se nemůže jednat o konkrétní závazné hodnoty pojistného zvažovaných pojistných produktů. Vždy totiž platí, že konkrétní produktový návrh, jeho cenové kalkulace, strategie

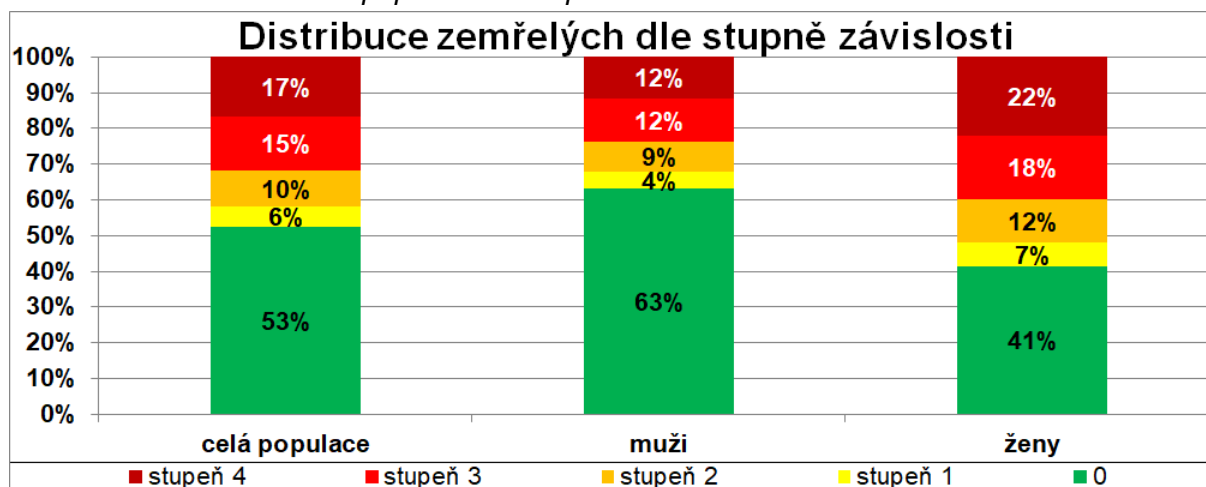
prodeje i konkrétní skupiny zákazníků, pro něž je produkt navržen, jsou vždy autonomním rozhodnutím každé pojišťovny.

Pro definici vzniku pojistné události se používá stávající systém stupňů závislosti u příspěvku na péči, kdy lze rozumně uvažovat, že pojistná událost a její následná (předem smluvně dohodnutá) kompenzace by nastaly, jestliže je pojištěnému klientovi přiznán příspěvek na péči určitého stupně. Výhodou tohoto přístupu je dostupnost dat o počtech příjemců příspěvků na péči, nicméně riziko pro stabilitu do budoucna představuje nejistota, zda ve stávající podobě bude tento systém (včetně definice konkrétních stupňů závislosti) fungovat i nadále a praxe k jejich přiznávání bude konzistentní a předvídatelná.

Pro modelaci rizika vzniku pojistné události jsou zásadní vedle standardních úmrtnostních tabulek také dostupná data o části populace, které je přiznán příspěvek na péči. Kombinace těchto dat umožňuje získat informace o pravděpodobnosti přechodu ze stavu soběstačného života do stavu pobírajícího příspěvek na péči pro každý konkrétní věk i o pravděpodobnosti přiznání příspěvku na péči a tím také o riziku vzniku pojistné události. Detaily souvisejícího modelování se nacházejí v příloze 2.

Jestliže by byl produkt dlouhodobé péče koncipován na krytí rizika stávajícího 3. a 4. stupně závislosti, vychází riziko vzniku pojistné události v celé populaci ve výši 32 %. Zatímco u mužů se jedná pouze o 24 %, u žen 40 % úmrtí předchází nesoběstačnost definovaná nejméně 3. stupněm závislosti.

Graf 17: Rozdělení úmrtí v populaci dle stupňů závislosti



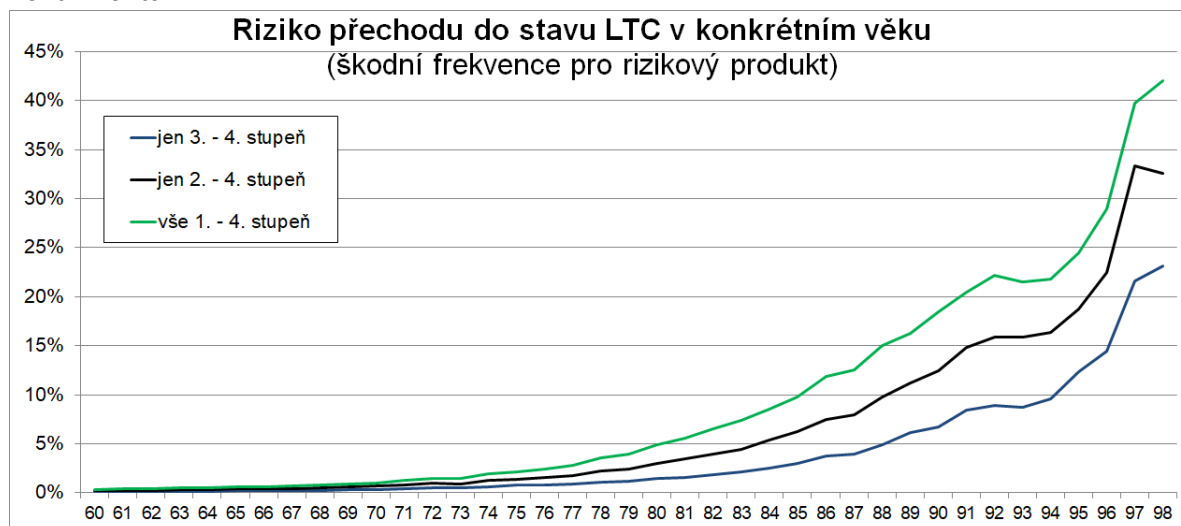
Zdroj: ČAP

Z výsledků úmrtnostních tabulek se dále dají získat (unisex) výsledky rizika, že soběstačný klient přejde do stavu LTC (definovaný rozsahem stupňů závislosti) v konkrétním věku. Tento odhad pravděpodobnosti je zásadní pro kvantifikaci vzniku pojistné události v případě rizikového jednoletého produktu chápaného tím způsobem, že pojistné klientů v konkrétním věku je použité na očekávanou výši pojistného plnění pro pojistné události plynoucí z těchto vzniklých nesoběstačností.

I v tomto případě konkrétní jednoleté riziko, že soběstačný klient přejde do jednotlivých stupňů závislosti, významně narůstá s věkem jedince. Pro další kalkulace je také zásadní si uvědomit, jak se celková „škodní frekvence“ změní, pokud se uvažují pouze vybrané stupně závislosti (logicky samozřejmě ty nejzávažnější). Jestliže za pojistnou událost považujeme

pouze vznik 3. nebo 4. stupně závislosti, vychází související škodní frekvence cca poloviční oproti situaci, kdy zahrnujeme všechny čtyři stupně závislosti.

Graf 18: Rozdíly v riziku vzniku dlouhodobé péče pro různé stupně příspěvku na péči dle věku klienta



Zdroj: ČAP

Za dnešní situace dostupnosti dat a údajů tak lze poměrně detailně kvantifikovat riziko vzniku pojistné události a délku trvání potřebné dlouhodobé péče. V dnešní situaci regulovaných cen za poskytování terénní i ústavní dlouhodobé péče je nicméně největší úskalí definice potřebné částky k pokrytí celkových nákladů dlouhodobé péče. Stávající právní prostředí totiž neumožňuje vyčíslit celkovou ekonomickou výši nákladů s tím, že by po využití prostředků klienta (důchod a příspěvek na péči) byl ze strany pojišťovny (v případě absence pojištění pak napřímo ze strany klienta nebo jeho příbuzných) doplácen rozdíl skutečných nákladů a dostupných veřejných zdrojů.

Zásadním problémem stávajícího systému jsou nedostatečné kapacity, způsobené existujícím prostředím regulovaných cen, které na jednu stranu mají zajistit „bezplatnou“ dlouhodobou péči, nicméně reálně způsobují, že nabídka služeb poptávce zcela neodpovídá a tento systém bývá obcházen různými skrytými platbami, sponzorskými dary atd., které v pojištění nelze uvažovat.

Za této situace nelze níže definovanou modelovou kalkulaci pro určitou výši měsíční anuity považovat za reálnou pojistnou událost ve stávajícím prostředí, ale tento princip přichází v úvahu až poté, kdy se (legálně) umožní narovnat ceny, jak odpovídají ekonomické realitě a skutečným nákladům.

Ve stávající situaci lze tak pro pokrytí nákladů péče uvažovat pouze konkrétní výši příspěvku na péči, na kterou má klient pro každý stupeň nesoběstačnosti nárok, a výši starobního důchodu, což jsou stávající zdroje, ze kterých klient může potřebnou péči (terénní, ambulantní, pobytovou) pořizovat. Systém regulovaných cen neumožňuje, aby se legálně doplácela rozdílová částka mezi celkovou výší skutečných ekonomických nákladů a dostupných zdrojů.

Pro případ, že by se uvedené doplatky mezi celkovou výší nákladů péče a dostupnými zdroji klienta (starobní důchod, příspěvek na péči) podařilo zlegalizovat, byly formulovány

následující scénáře výše anuity vyplácené v případě vzniku pojistné události spojené s dlouhodobou péčí. Finanční produkt (plnění) pomůže nejen v oficiálních zařízeních, ale i při poskytování péče v domácnosti osobami blízkými (sníží finanční stres v rodině) apod.

V dalším textu popíšeme tři základní přístupy možné konstrukce produktu, včetně rozboru reálných výhod a úskalí:

- produkt na bázi pojištění důchodu, kdy annuita je vyplácena v případě vzniku události dlouhodobé péče;
- individuální produkt kryjící riziko pojištěného jedince;
- skupinové pojištění rizika LTC.

4.2. Důchodové pojištění dlouhodobé péče

Produkty uvedeného typu jsou založeny na principu, že klient v produktivní fázi života, kdy je riziko vzniku potřeby dlouhodobé péče pro něj osobně velmi nízké, akumuluje prostředky (pomocí pojištění nebo i jiným způsobem), aby si za ně mohl ve věku, kdy riziko dlouhodobé péče se pro něj stává reálné, „koupit“ pojištění důchodu, které mu garantuje, že v případě budoucího vzniku pojistné události spojené s dlouhodobou péčí mu bude vyplácen dohodnutým způsobem (např. doživotně) důchod, jenž mu pomůže pokrýt vzniklé náklady spojené s dlouhodobou péčí poskytovanou v pobytovém zařízení, domácí péči apod.

V následujícím textu popíšeme orientační kalkulaci pro tři zvolené scénáře:

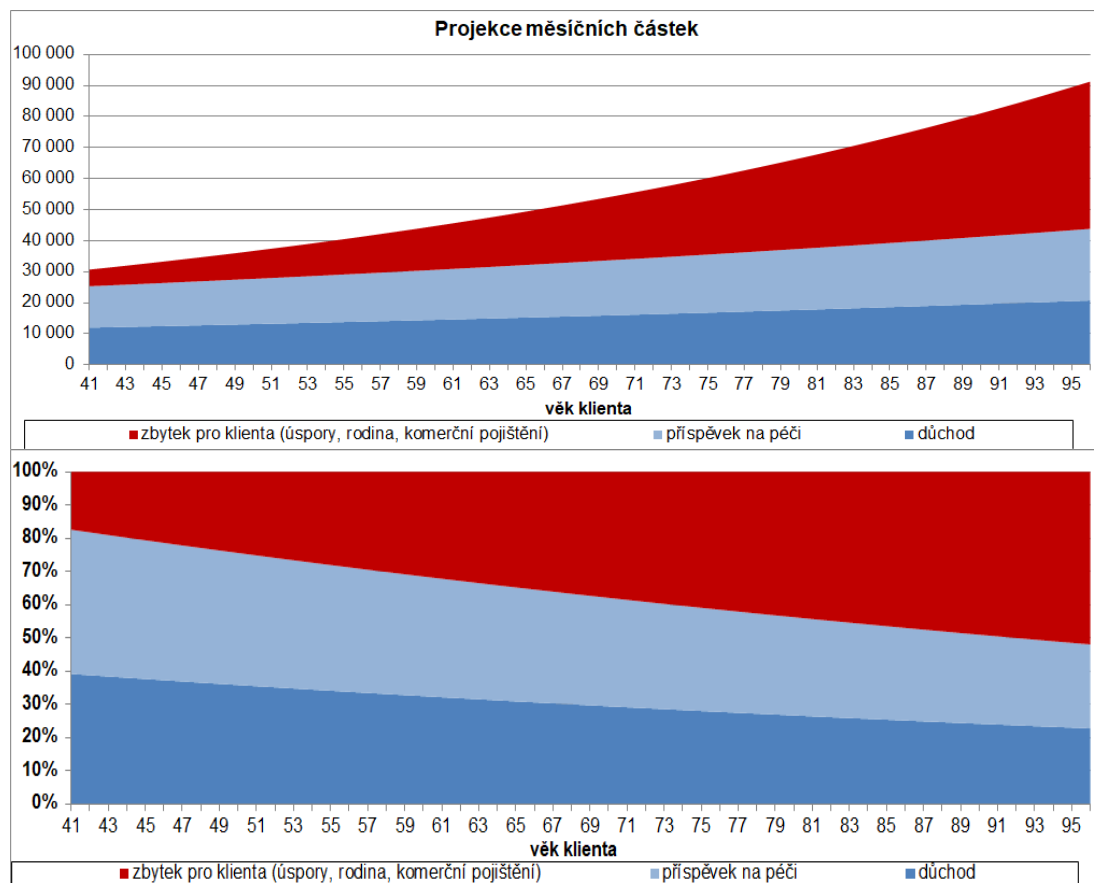
- dolní scénář – uvažuje se měsíční výše potřebné anuity (renty) ve výši 5000 Kč, která odpovídá situaci, kdy celková výše měsíčních nákladů na péči (v dnešních cenách) dosahuje cca 30 000 Kč, příspěvek na péči ve výši 13 200 Kč (aktuální hodnota pro 4. stupeň v případě pobytových služeb) a použitelná část starobního důchodu pro tuto úhradu (85 % jeho výše odpovídá 11 800 Kč);
- střední scénář – měsíční výše renty ve výši 10 000 Kč odpovídající situaci celkového nároku ve výši 33 000 Kč, příspěvku na péči ve výši 8800 Kč (3. stupeň příspěvku na péči v případě pobytových služeb) a odečitatelné výši důchodu cca 14 000 Kč;
- horní scénář – měsíční výše renty ve výši 25 000 Kč je spíše na nastávající cenovou úroveň excesivní, nicméně odráží situaci, pokud by se do budoucna „kupní síla“ stávajících veřejných zdrojů při celkovém růstu nákladů na dlouhodobou péči snižovala.

Riziko, že by se do budoucna nemuselo platit pokrytí např. 83 % celé výše nákladů péče z veřejných zdrojů (odpovídá situaci dolního scénáře, kdy vlastní zdroje klienta vycházejí 5000 Kč z celkové výše měsíčního nároku 30 000 Kč, což představuje zmíněných 17 % nákladů připadajících na klienta) dobře ilustruje následující situace.

Jestliže by roční nárůst celkové výše nákladů na péči dosahoval 2 %, zatímco z důvodu stárnutí populace a omezených zdrojů veřejných rozpočtů by roční valorizace starobního důchodu i příspěvku na péči dosahovala pouze 1 %, pak i v tomto případě (na první pohled takto velmi mírné divergence růstu skutečných nákladů a valorizace veřejných zdrojů) vychází v dlouhodobém horizontu (na který se důchodový produkt dlouhodobé péče má uvažovat) výrazný pokles této kupní síly veřejných zdrojů ze stávajícího pokrytí cca 87 %

nároku na cca 50 % i méně; viz následující grafy v absolutním i relativním vyjádření projekce částek.

Graf 19 a Graf 20: Absolutní a relativní projekce částek celkového nákladu na dlouhodobou péči při předpokladu divergence jejich reálného růstu



Zdroj: ČAP

Další zásadní předpoklad pro indikaci produktů představuje vnitřní výše celkové nákladovosti. V rámci pojistných produktů kryjících riziko dosahuje podíl provozní režie spojené se vznikem, správou a administrací pojistných smluv, likvidací pojistných událostí, s náklady na regulace atd. v průměru 30 % pojistného. V případě produktů dlouhodobé péče pro indikativní kalkulace se uvažuje předpoklad nižší hodnoty ve výši 20 % tzv. „nákladového poměru“.¹⁹

Základní kalkulace důchodového pojištění dlouhodobé péče vychází z následující úvahy:

- Během produktivního života, zpravidla ve věku do 65 let, je riziko vzniku situace dlouhodobé péče minimální a během něj by měla nastávat akumulace pojistného pro krytí rizika, např. po dosažení věku 65 let, odkdy riziko vzniku potřeby dlouhodobé péče výrazně stoupá.

¹⁹ Jde o předpoklad optimistický z hlediska vyznění konečné cenové úrovně produktu. Pro dosažení tohoto nízkého nákladového poměru je nutné výrazně uzpůsobit charakter produktu, jeho konstrukci, distribuci a další důležité aspekty.

- Jestliže uvažujeme nízký scénář výše měsíční renty 5000 Kč a předpokládanou dobu strávenou v dlouhodobé péči ve výši čtyř let, pak při předpokládané roční valorizaci nákladů na péči (spojené s růstem mzdových nákladů i další zdravotní *super imposed* inflací) ve výši 3 % dostáváme očekávanou výši závazku pro pojišťovnu ze vzniku jedné pojistné události ve výši cca 251 000 Kč.
- Pro výpočet výše netto pojistného, kterým by měl klient disponovat k datu počátku „výplatní fáze produktu“ (tj. při dosažení věku např. 65 let, odkdy již riziko, že dojde k potřebě dlouhodobé péče spojené s přiznáním příspěvku na péči, začne výrazně narůstat), je ale dále potřebné uvažovat celkovou pravděpodobnost, že klient opravdu od věku 65 let dlouhodobou péči bude čerpat.
- Předpoklad, že tato dlouhodobá škodní frekvence bude dosahovat 50 %, přibližně odpovídá průměrně rizikové selekci portfolia klientů, kdy u celé populace vychází 53% pravděpodobnost, že osoba ve věku 65 let a více zemře za situace pobírání příspěvku na péči jakéhokoliv stupně.
- Není bez zajímavosti, že u žen tato pravděpodobnost (63 %) vychází výrazně více než u mužů (42 %). Nicméně pokud bychom uvažovali riziko úmrtí klientů ve věku 65 let a výše pouze z 3. a 4. stupně závislosti (tj. z nejvyšší intenzity dlouhodobé péče), vychází riziko úmrtí z těchto stupňů v celé populaci starší 65 let cca 35 %. Specificky pouze u žen se jedná o 43 % a u mužů nastává „pouze“ cca 27 % úmrtí ze 3. nebo 4. stupně závislosti.
- Jestliže tedy výši očekávaného závazku 251 000 Kč vynásobíme (realistickou) pravděpodobností, že pojistná událost nastane (50 %), dostáváme hodnotu (jednorázového) netto pojistného cca 126 000 Kč a po navýšení o 20 % nákladovosti vychází odpovídající brutto jednorázové pojistné cca 157 000 Kč.
- Pro další úvahy není nutné uvažovat u jednorázového pojistného diskontování, přestože vznik pojistné události dlouhodobé péče by zpravidla nastal výrazně později po dosažení věku 65 let, např. v 80 letech, nicméně efekt praktického růstu nákladů (valorizace stávající renty 5000 Kč měsíčně) by měl být kompenzován souvisejícími výnosy natvořené rezervy z jednorázového pojistného.
- Protože ne všichni klienti jsou schopni a ochotni alokovat vyšší částku pojistného takto jednorázově, je proveden orientační přepočít, při jaké výši běžně placeného pojistného (např. měsíčně) by byla zajištěna stejná současná hodnota odpovídající této částce jednorázového pojistného. Za předpokladu 2 % diskontu a placení pojistného ve věku od 40 do 65 let klienta vychází odpovídající částka pojistného zajišťující současnou hodnotu 157 000 Kč ve výši 700 Kč pojistného měsíčně.
- Tato hodnota orientačního měsíčního pojistného vychází poměrně finančně dostupně (jedná se o 2,1 % průměrné hrubé mzdy, resp. 2,4 % mediánu mezd za 3. čtvrtletí 2019 dle ČSÚ), nicméně je potřeba si uvědomit, z jakých předpokladů tento orientační výpočet vychází:
 - o nízká výše měsíční annuity 5000 Kč v případě nesoběstačnosti, kdy není vůbec jisté, jestli by toto navýšení vedlo k pokrytí reálných existujících nákladů na péči nad rámec stávajících deformovaných regulovaných cen. V dalších konstrukcích produktu bude naznačena také tzv. „progresivní renta“;
 - o hodnota pravděpodobnosti uplatnění pojistné události 50 %, která je reálná pro průměrně rizikovou selekci portfolia při pokrytí všech stupňů závislosti;
 - o výsledná nákladovost ve výši 20 %, implikující výrazně nižší hodnotu provizí atd., než bývá obvyklé u ostatních produktů pojištění osob.

- Již v situaci, kdy by se z výše uvedených předpokladů navýšila měsíční výše renty z 5000 Kč na 10 000 Kč, došlo by k růstu nákladovosti z 20 % na 33 %, zůstala by očekávaná doba výplaty renty po dobu čtyř let a neměnila by se předpokládaná hodnota škodní frekvence ve výši 50 %, nevychází měsíční pojistné pro stejného klienta platícího pojistné od věku 40 do 65 let pro řešení své vlastní budoucí nesoběstačnosti ve výši 700 Kč měsíčně, ale jedná se už o 1700 Kč měsíčně.
- Uvedené scénáře nezohledňují budoucí reálný růst nákladů spojený s dlouhodobou péčí. Aktuální renta rozdílu mezi celkovými ekonomickými náklady a dostupnými zdroji ve výši 5000–10 000 Kč může být postačitelá, nicméně při logickém požadavku, aby tyto produkty dlouhodobé péče byly sjednávány na krytí rizika za desítky let, nelze očekávat, že i v budoucnu bude kupní síla veřejných zdrojů tak vysoká, že bude stačit takto relativně nízký „doplatek“.

Ke shrnutí důchodového pojištění dlouhodobé péče lze uvést následující:

- Tento koncept funguje v některých zemích západní Evropy, kde je ale velmi rozvinutá oblast pojištění důchodu obecně. Tento koncept spočívá v tom, že klient si před odchodem do důchodu za naakumulované prostředky pořizuje např. doživotní (nebo odložený doživotní) důchod, který mu zajistí garanci penze ve výši odpovídající zaplacené výši pojistného, tj. v případě dlouhověkosti dostane nakonec více prostředků, než na pojistném zaplatil. V ČR pojištění důchodu není rozvinuté z těchto důvodů:
 - Prostředky naakumulované např. z penzijních produktů při dosažení důchodového věku klienta jsou zpravidla natolik nízké, že pořízení významného doživotního důchodu vůbec neumožňují a většina klientů volí jednorázovou výplatu, kterou zpravidla použijí na okamžitou spotřebu.
 - Proti doživotním důchodům existuje psychologická bariéra. Klienti zde neakceptují sdílení rizika, když v případě předčasného úmrtí jsou jim zaplacené prostředky pojistného použity na úhradu plnění jiných klientů, což je ale základní princip pojištění.
- Proto nelze očekávat, že při absenci základního pojištění důchodů by se na českém pojistném trhu rozšířil specifický produkt, kde klient (resp. jeho pozůstalí) nedostává žádné prostředky z pojistné smlouvy, jestliže v pozdějším věku zemře bez nutnosti čerpat dlouhodobou péči. V tomto případě je klientem zaplacené pojistné na principu sdílení rizika a solidarity použito pro výplatu pojistných (LTC důchodů) událostí těch klientů, u nichž naopak potřeba dlouhodobé péče nastane.
- V tomto základním nastavení „minimálního produktu“ s dělením na fázi akumulace prostředků a fázi krytí rizika se neřeší situace, kdy pojistná událost dlouhodobé péče přece jenom nastane (byť s velmi nízkou pravděpodobností) v produktivní fázi života.

Z tohoto důvodu byla rozpracována kalkulace individuálního a skupinového modelu umožňující flexibilitu nastavení krytí rizika, placení pojistného a řešení výše uvedených námitek proti vhodnosti důchodového pojištění dlouhodobé péče.

4.3. Individuální rizikové pojištění dlouhodobé péče

Základem této kalkulace je přirozené roční rizikové pojistné pokrývající pro každý konkrétní věk očekávanou výši nákladů spojenou se vznikem dlouhodobé péče klienta v této věkové kategorii po celou dobu jejího budoucího trvání. Tyto výpočty jsou vztahovány např. nejprve na měsíční anuitu 5000 Kč a musí odrážet výše popsané pravděpodobnosti přechodu zdravého jedince do stavu dlouhodobé péče i očekávanou dobu čerpání dlouhodobé péče po jejím vzniku.

V tomto produktu platí, že pojistné konkrétního ročníku je použito na krytí pojistných událostí dlouhodobé péče vzniklých v uvedeném roce, přičemž předpoklady o úmrtnosti, střední době trvání anuity dlouhodobé péče i nákladovost (20 %) jsou nastaveny shodně s důchodovým pojištěním.

Detaily jednotlivých kalkulací, včetně hodnoty spočteného rizikového pojistného, jsou uvedeny v příloze 2. Zde se soustředíme na ukázkou kalkulací krytí rizika a možnosti akumulace prostředků nad rámec pojistného krytí.

Základní situace, pokud by byl pojištěn ekonomicky aktivní jedinec ve věku např. 40–65 let, vede v případě, že se mu kryje v každém roce pojištění riziko vzniku dlouhodobé péče rentou 5000 Kč, k průměrnému měsíčnímu pojistnému:

- pro variantu krytí pouze 3. a 4. stupně 22 Kč,
- pro variantu krytí všech stupňů závislosti 124 Kč.

Takto nízké pojistné ale vychází pouze díky faktu, že se krytí dlouhodobé péče omezuje na produktivní období 40.–65. věku jedince. V případě, že se individuální krytí rizika prodlouží až do 85. věku jedince (kdy riziko dlouhodobé péče výrazně narůstá), vychází průměr měsíčního pojistného placeného ve věku 40–65 let a zároveň s (prodlouženým) krytím rizika ve věku 40–85 let takto:

- pro variantu krytí pouze 3. a 4. stupně 149 Kč,
- pro variantu krytí všech stupňů závislosti 913 Kč.

V případě, že by pojistné krytí nebylo omezeno ani věkem 85 let, ale pro pojištěného platícího pojistné ve věku 40–65 let by se krytí dlouhodobé péče uplatňovalo doživotně, vychází orientační výše pojistného:

- pro variantu krytí pouze 3. a 4. stupně 564 Kč,
- pro variantu krytí všech stupňů závislosti 2340 Kč.

Pro atraktivitu produktu a omezení výlučného krytí rizika lze přidat i akumulační fázi, kdy dostane klient např. ve věku 85 let naakumulovanou částku rezervy, která:

- klientovi zajistí očekávané prostředky na dlouhodobou péči za horizont krytí rizika (85 let) ve výši anuity 5000 Kč po pevnou dobu čtyři roky;

- v případě úmrtí v soběstačném stavu bez výrazné potřeby dlouhodobé péče případně dědicům klienta.

Pro výše uvedený modelový případ průměru klienta ve věku 40–65 let s prolongací standardního krytí dlouhodobé péče na věky 40–85 let vychází průměrné měsíční pojistné, včetně akumulace dodatečné rezervy, ve výši:

- pro variantu krytí pouze 3. a 4. stupně 857 Kč,
- pro variantu krytí všech stupňů závislosti 1621 Kč.

Samotné pojistné vedoucí k akumulaci takto popsané dodatečné rezervy vychází ve výši 708 Kč měsíčně.

Dále uvažujeme situaci, kdy v produktu klient nedostává pevnou výši anuity 5000 Kč měsíčně v případě dosažení libovolného stupně závislosti a kdy je naopak výše anuity progresivně odstupňována dle dosaženého stupně nesoběstačnosti, což odráží vyšší finanční nároky v případě vyšší intenzity čerpání dlouhodobé péče. V progresivním modelu je výše renty předpokládána takto:

- stupeň ve výši 2000 Kč měsíčně,
- stupeň ve výši 5000 Kč měsíčně,
- stupeň ve výši 8000 Kč měsíčně,
- stupeň ve výši 10 000 Kč měsíčně.

Výše průměrného měsíčního pojistného klientů ve věku 40–65 let v této situaci prolongace krytí dlouhodobé péče do 85 let s progresivním pojistným plněním dle dosaženého stupně závislosti vychází následovně:

- samotné krytí rizika ve věku 40–85 let ve výši 772–1096 Kč,
- krytí rizika navýšené o akumulaci výše rezervy v rozmezí 1480–1803 Kč.

Detaily dolního a horního výsledku progresivní kalkulace jsou popsány v příloze 2. Pro další účely budeme uvažovat s tímto rozmezím progresivního pojistného jako s dolním a horním scénářem.

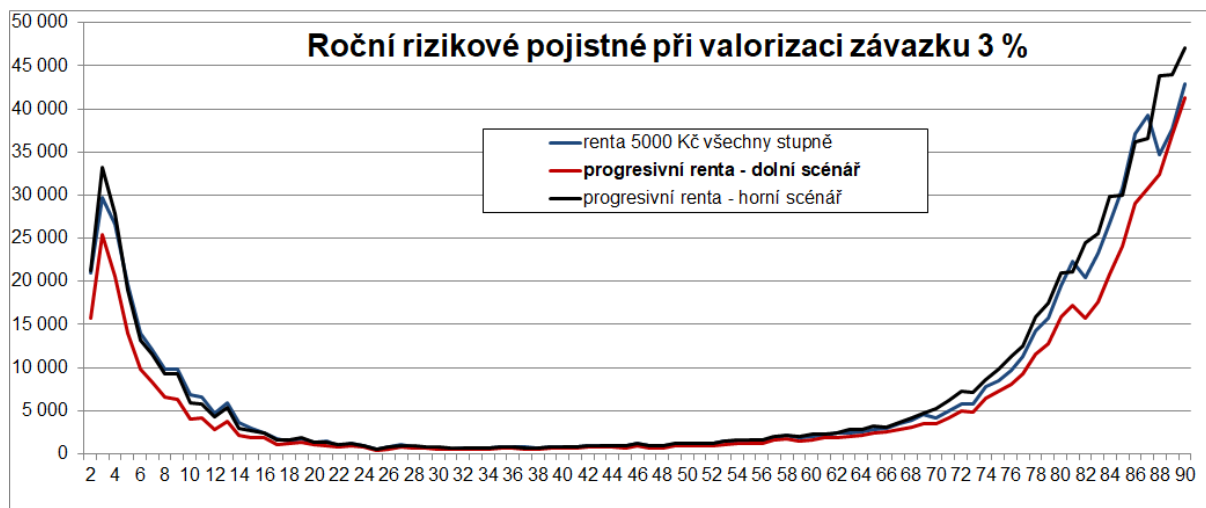
Konstrukci individuálního modelu lze aplikovat i na pojištění cizí nesoběstačnosti než osoby pojistníka; typicky se nabízí osoba rodiče, jehož riziko dlouhodobé péče představuje zásadní riziko pro ekonomicky aktivního pojistníka.

Jestliže uvažujeme průměrné pojistné pro klienta ve věku 40–65 let kryjící průměrné riziko blízké osobě ve věku 70–95 let (typicky jeden rodič starší o 30 let než pojistník), vychází průměrné měsíční pojistné:

- pro anuitu 5000 Kč pro všechny stupně závislosti ve výši 2003 Kč měsíčně pro všechny stupně závislosti (jestliže by se jednalo pouze o 3. a 4. stupeň, jde o 447 Kč; v případě 2.–4. stupně jde o průměrné měsíční pojistné 1153 Kč),
- v rozmezí 1852–2286 Kč pro progresivní anuitu.

Graf 21 ukazuje srovnání rizikového pojistného pro pokrytí (doživotní) anuity při vzniku dlouhodobé péče pro každý konkrétní věk. Z grafu je patrné, že hodnota rizikového pojistného se nijak zásadně neliší mezi pevnou anuitou 5000 Kč a progresivním přístupem (v dolním scénáři je progresivní pojistné dokonce nižší), který lépe odráží vyšší finanční potřeby při vyšší míře nesoběstačnosti.

Graf 21: Rizikové pojistné pro konkrétní věky ve variantě pevné a progresivní výše anuity



Zdroj: ČAP

Mezi klíčové závěry možnosti individuálního rizikového pojištění dlouhodobé péče patří:

- Přínos ročního rizikového produktu s následnou prolongací spočívá v možnosti flexibilní reakce v rámci aktuárského kontrolního cyklu na jakékoliv nastalé trendy (populační, legislativní, čerpání péče, nákladové inflace, incidence v portfoliu apod.), na rozdíl od fixace předpokladů u důchodového produktu na dobu desítek let.
- Klíčovým faktem pro tuto variantu je stejně dlouhé roční období placení pojistného a krytí rizika (možnost nacenit příslušné roční „přirozené“ rizikové pojistné a to během roku použít na úhradu škod).
- V případě rozšíření krytí za horizont placení pojistného (ilustrovaného na základě průměru ročního rizikového pojistného za všechny věky) je již nutné uvažovat dlouhodobou pojistnou smlouvu kryjící riziko a eventuálně generující dodatečnou akumulaci rezervy se všemi riziky stability počátečních předpokladů pro klienta i pojišťovnu, která je nutné ošetřit výrazně detailněji než v jednoletém rizikovém produktu, konkrétně např.:
 - o nákladová inflace dlouhodobé péče;
 - o demografie – stárnutí populace, změna délky trvání dlouhodobé péče, vývoj její incidence;
 - o legislativní stabilita přiznání příspěvku na péči;
 - o kupní síla veřejných zdrojů pro částečné krytí dlouhodobé péče;

- o dostupnost potřebných služeb pro klienta za desítky let.

Lze tak očekávat, že průměrné rizikové pojistné ze stávající cenové úrovně dává základní benchmark aktuální situaci, nicméně u víceletého produktu by se měly promítnout i výše uvedené vlivy a nejistoty.

- Individuální produkty však přes výše uvedená rizika mohou představovat řešení pro osoby, které se nemohou zapojit do skupinového pojištění, resp. považují za prioritní krytí vlastního rizika nesoběstačnosti před zajištěním podmínek pro dlouhodobou péči svým blízkým osobám.

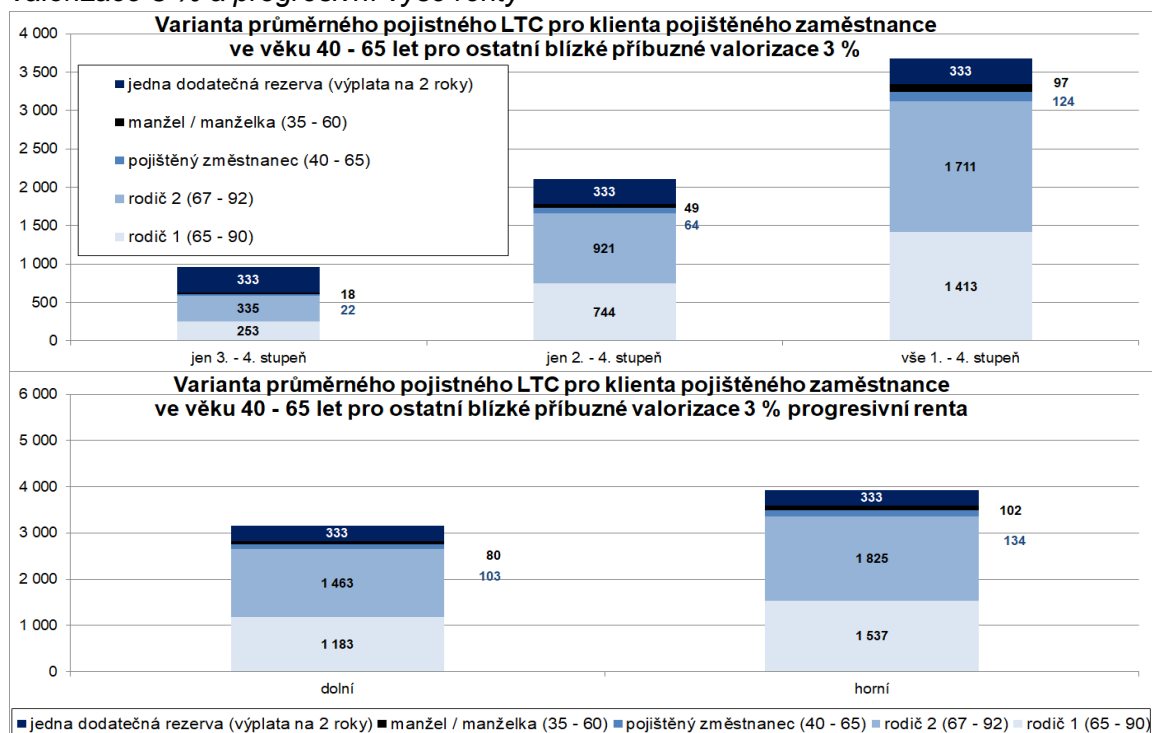
4.4. Skupinové pojištění dlouhodobé péče

S využitím výše naznačeného principu můžeme provést kalkulace pro více pojištěných osob na jedné pojistné smlouvě, odkud lze pak navázat rozšířením na model skupinového pojištění.

V případě, že bychom uvažovali situaci pojistníka ve věku 40–65 let, který si pojišťuje nesoběstačnost a dlouhodobou péči svoji vlastní, své manželky/manžela a svých dvou prarodičů, vychází pro modelované situace kalkulace průměrného rizikového pojistného a pro zvolené varianty průměru věků 40–65letého klienta v ročním horizontu krytí rizika pomocí pojištění v závislosti na rozsahu krytých stupňů závislosti dle grafu níže.

Následující grafy ukazují hodnoty pojistného, pokud uvažujeme při pojistné události valorizaci anuity ve výši 3 % ročně (nejprve pro pevnou anuitu 5000 Kč a následně pro progresivní rentu dle dosaženého stupně závislosti); viz následující grafy.

Graf 22 a Graf 23: Přehled průměrné výše rizikového pojistného pro různé osoby – valorizace 3 % a progresivní výše renty



Zdroj: ČAP

Technické vysvětlení variant dolního a horního scénáře pro progresivní rentu je uvedeno v příloze 3.

Pro následující skupinovou kalkulaci se uvažují hodnoty ročního rizikového pojistného pro všechny soběstačné jedince ve skupině, nicméně reálná možnost placení pojistného zůstává pouze na ekonomicky aktivních jedincích (např. ve věku 25–65 let). Za všechny ostatní soběstačné osoby (v mladším i starším věku proti uvedenému intervalu) by pojistné ve skupině solidárně platili ekonomicky aktivní jedinci.

Výše uvedené kalkulace (zde již jen pro situaci krytí pojistných událostí definovaných ze všech čtyř stupňů závislosti) jsou provedeny na hypotetické skupině představující celou populaci ČR. V případě skupinového pojištění skupiny osob, jejíž věkové rozložení poměrně přesně odráží rozložení věků v celé populaci a která čítá např. 0,1 % celé populace, stačí veškeré absolutní hodnoty vztahující se k celé populaci vydělit tisícem.

Ve výše uvedených kalkulacích individuálního krytí bylo vždy uvažováno netto pojistné pokrývající střední odhad rizika navýšeného o obvyklé náklady a stejné další předpoklady, které se používají také u skupinové kalkulace. Tzn. že v orientačních individuálních kalkulacích se neuvažují jakékoliv explicitní ani implicitní bezpečnostní přírážky spojené např. s rizikem antiselekce.

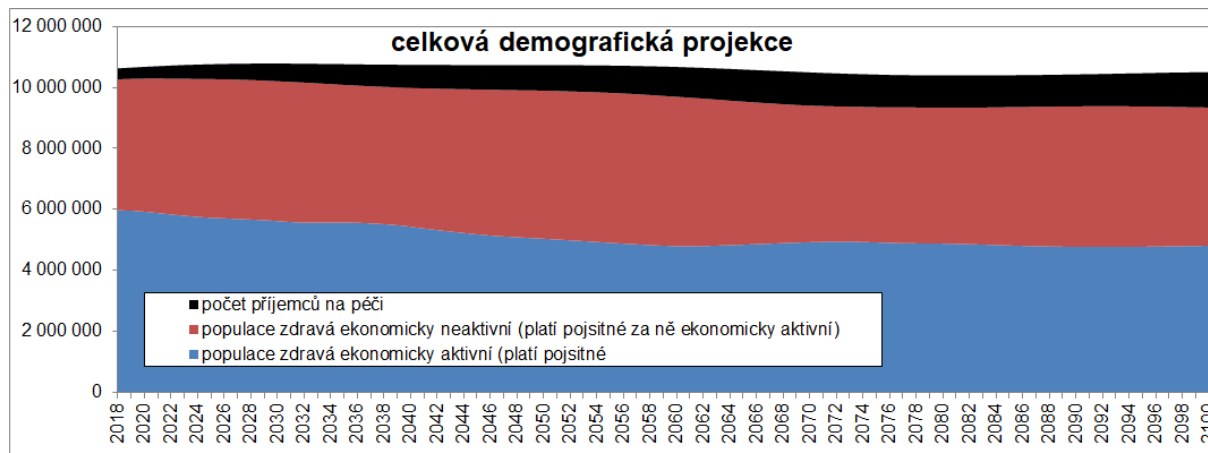
Pro vývoj skupinového modelu pojištění je nutné uvažovat rozdělení populace v rámci skupiny v rozsahu:

- kolik jedinců je soběstačných v ekonomicky aktivním věku, např. od 25 do 65 let (ti platí rizikové pojistné pokrývající závazky z nově vzniklých pojistných událostí dlouhodobé péče – pro jednoduchost jsou zahrnuty všechny čtyři stupně závislosti);
- kolik jedinců nemá potřebu dlouhodobé péče, ale nejsou v ekonomicky aktivním věku a tím pádem nemohou platit rizikové pojistné, které za ně musí platit první skupina;
- jedinci ve stavu dlouhodobé péče.

Následující graf ukazuje, jak se toto rozložení ve skupině může vyvíjet v závislosti na aktuální populační projekci ČSÚ ukazující střední scénář vývoje až do roku 2100, spojený s postupným stárnutím populace.

V tomto srovnání je zcela zásadní budoucí nárůst příjemců na péči (černá plocha), pokles ekonomicky aktivních jedinců (modrá plocha) a růst jedinců ekonomicky neaktivních, kteří nepotřebují čerpat dlouhodobou péči, ale zároveň neplatí pojistné (červená plocha).

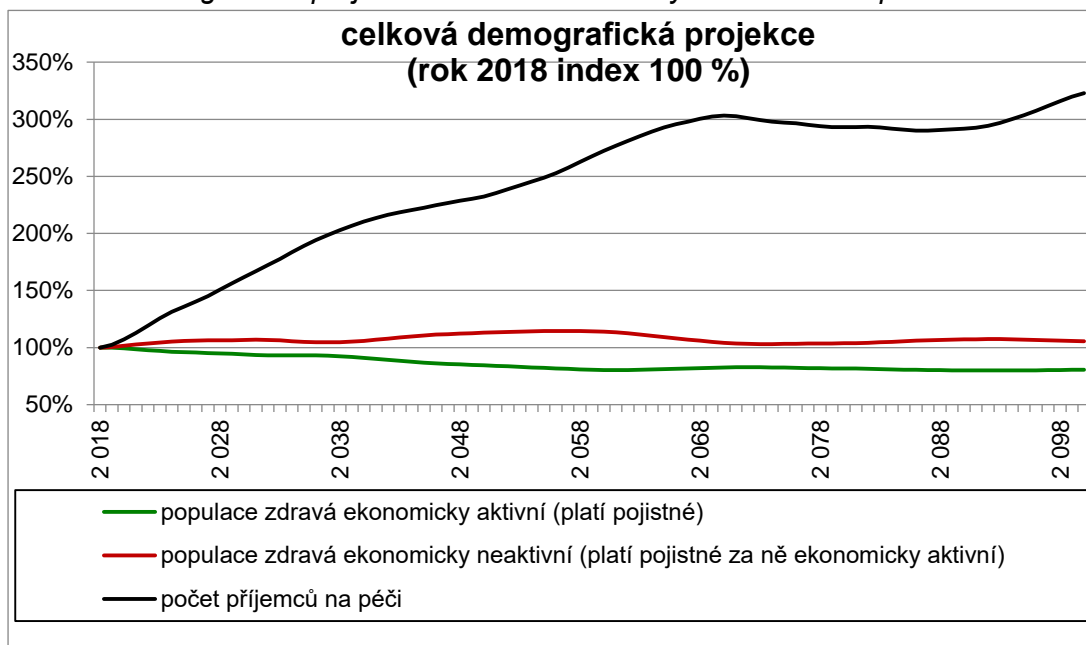
Graf 24: Demografická projekce ekonomické aktivity a dlouhodobé péče absolutně



Zdroj: ČSÚ

V relativním vyjádření v horizontu desítek let počet příjemců na péči naroste na cca trojnásobek aktuálního stavu, populace ekonomicky neaktivní naroste až o 15 % oproti stávající situaci, zatímco počet ekonomicky aktivních klesne o 20 %.

Graf 25: Demografická projekce ekonomické aktivity a dlouhodobé péče relativně



Kombinace těchto negativních trendů obecného stárnutí populace, ale i enormního růstu osob odkázaných na dlouhodobou péči pak představuje zásadní negativní vliv na udržitelnost financování příspěvku na péči a dlouhodobé péče obecně.

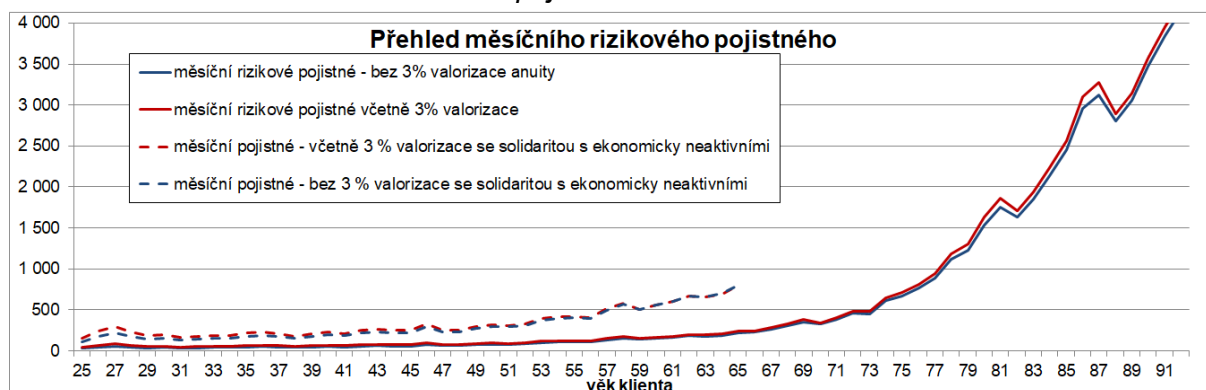
Uvedené přístupy tak nepočítají s tím, že do budoucna by riziko vzniku dlouhodobé péče pro konkrétní věk klesalo (argumentem pro je zlepšující se zdravotní péče apod.), ale ani že by stoupalo (argumentem pro je vyšší pasivita jedinců v budoucnu, horší životní styl, kdy lékařská věda sice zajistí prodlužování délky života, ale nezajistí již prodlužování kvalitní, soběstačné části života).

Dále naznačíme kalkulaci rizikového pojistného pro každý věk na principu solidarity s ekonomicky neaktivními členy skupiny (na celé populaci pro modelování „průměrné“ skupiny). Rizikové pojistné je koncipováno stejně jako při předchozích úvahách tak, aby pokrylo měsíční anuitu 5000 Kč po celou očekávanou dobu pobírání příspěvku na péči.

V následujícím grafu jsou pro obě varianty: červeně s 3% valorizací a modře bez valorizace, naznačena měsíční riziková pojistná pro skupinu vycházející z populace roku 2018 tak, jak vychází rizikové pojistné pro konkrétní věk za hypotetické situace, že by pojistné platili všichni jedinci (i ekonomicky neaktivní), a přerušovaně je pak naznačeno solidární rizikové pojistné, kdy všichni jedinci ve věku 25–65 let platí pojistné i za soběstačné ekonomicky neaktivní občany starší 65 let.

V dalším rozpracování pro populační projekci budeme uvažovat především „modrou“ variantu, bez valorizace, s tím, že pojistné zprůměrujeme pro všechny ekonomicky aktivní věky, čímž se v populaci roku 2018 dostaneme na průměrné měsíční rizikové pojistné, včetně solidárního krytí rizika s ekonomicky neaktivními, ve výši 301 Kč (v případě zahrnutí 3% valorizace by se jednalo o 328 Kč, což vychází jako průměr přerušované červené křivky rizikového pojistného po navýšení o „solidární přirážku“).

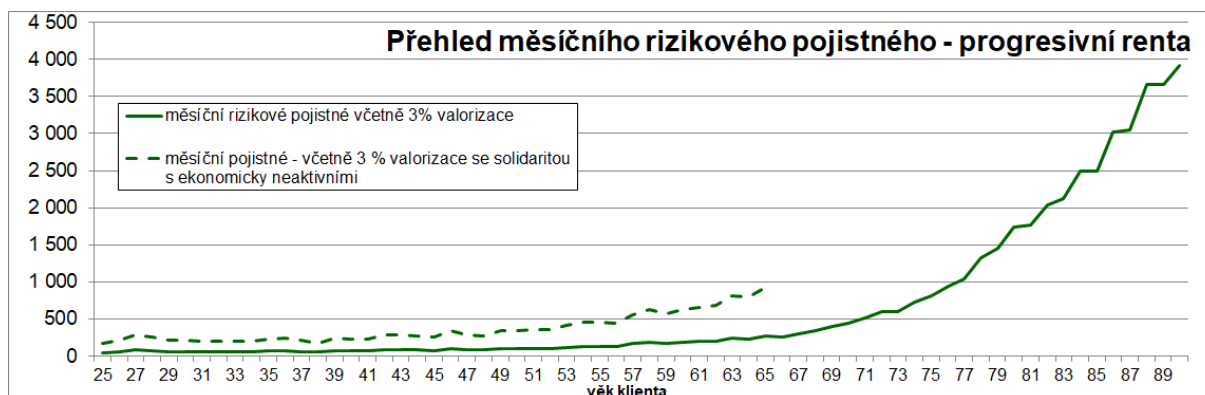
Graf 26: Přehled měsíčního rizikového pojistného



Zdroj: ČAP

Budeme dále uvažovat již jen kalkulaci rizikového pojistného na progresivní rentu (konkrétní hodnota měsíčního rizikového pojistného pro každý věk je uvedena plnou čarou) a jeho související navýšené pojistné o krytí rizika za ekonomicky neaktivní klienty ve věku přes 65 let placené ekonomicky aktivními lidmi ve věku 25–65 let (přerušovaná čára).

Graf 27: Přehled měsíčního rizikového pojistného – progresivní renta



Zdroj: ČAP

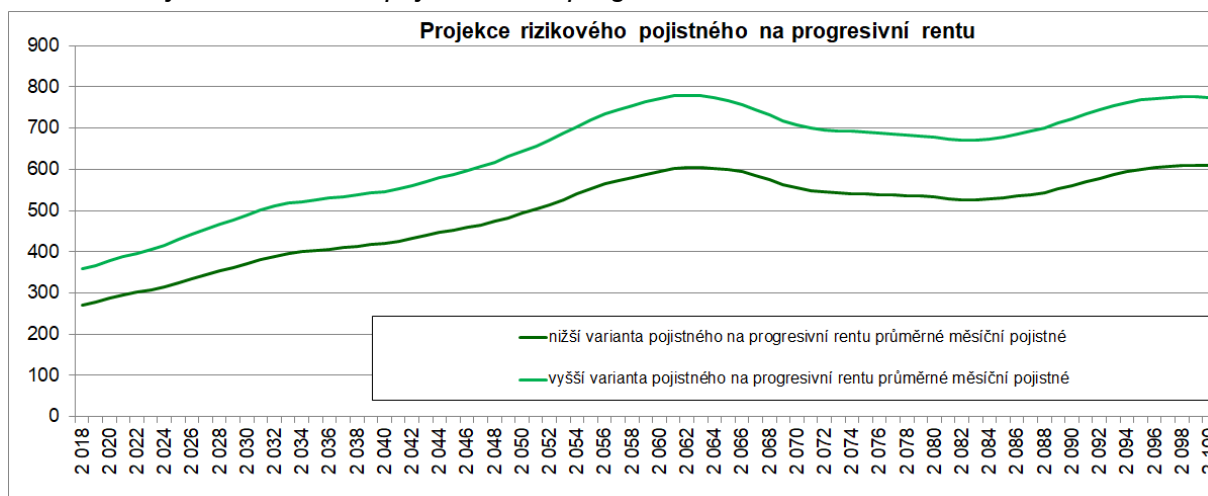
Na stejných principech jako výše uvedená skupinová kalkulace bylo spočítáno průměrné pojistné pro jednoho ekonomicky aktivního člena skupiny; viz následující tabulka, ukazující hodnoty pojistného ve skupinovém přístupu ve výši kolem 300 Kč měsíčně.

Tabulka 8: Skupinové rizikové pojistné

		Průměrné měsíční skupinové pojistné
Pevná renta	nové = valorizace 0 %, renta 5000 Kč	301
	nové = valorizace 3 %, renta 5000 Kč	328
Dolní scénář	nové = valorizace 0 %, progresivní renta	251
	nové = valorizace 3 %, progresivní renta	270
Horní scénář	nové = valorizace 0 %, progresivní renta	319
	nové = valorizace 3 %, progresivní renta	358

V závěru výpočtu se podíváme na to, jak by se kalkulace skupinového pojištění vyvíjela, jestliže by mix členů skupiny namísto aktuálního složení populace (rok 2018) odpovídal jejímu dalšímu stárnutí a v pojištěné skupině by bylo vyšší zastoupení ekonomicky neaktivních osob. Pak by se původní pojistné 270 Kč, resp. 358 Kč, postupně navyšovalo (viz zelené křivky v následujícím grafu), nicméně i tak se jedná v dnešních cenách o pojistné v řádu stovek korun měsíčně.

Graf 28: Projekce rizikového pojistného na progresivní rentu



Zdroj: ČAP

Závěry a shrnutí ke skupinovému modelu

- Základním přínosem pro klienta, proč si uzavřít takové pojištění, které primárně kryje riziko dlouhodobé péče blízkého jedince (např. rodiče), je zájem na tom, aby v případě naplnění rizika (rodič potřebuje dlouhodobou péči) nedošlo k výraznému narušení života pojištěného a jeho okolí a o blízkého jedince bylo postaráno.
- Neplatí tak tvrzení, že občan, který platí takovéto pojistné prakticky někomu jinému, „z toho nic nemá“. Jeho zásadní benefit spočívá v tom, že je kryto riziko dlouhodobé péče např. o své vlastní rodiče a nedojde tak ke zhoršení života platícího klienta, pokud např. rodiče událost dlouhodobé péče postihne.
- Až tento pojistník ve skupinovém modelu bude řešit své krytí rizika dlouhodobé péče, nejpřímochařejší cestu představuje, že si ho do „svého“ skupinového pojištění jako pojištěnou seniorní osobu zařadí některé z jeho dětí. Pokud situace pojistníka tento postup neumožňuje, má stále možnost individuálního pojištění, resp. akumulace prostředků dodatečné rezervy, a má možnost toto řešit již během produktivní fáze života.
- I provedená studie MPSV a Deloitte (2015) potvrzuje, že lidé jsou ochotni spíše přispívat na péči blízkým osobám než sami sobě, neboť riziko své dlouhodobé péče považují za velmi vzdálené.
- U skupinového modelu je výhoda stejná jako u jednoletého rizikového přístupu, tj. že pojistné za daný rok je alokováno na škody vzniklé ve stejném roce. Proto cyklus verifikace správnosti předpokladů a řízení rizik probíhá výrazně rychleji než u dlouhodobých důchodových produktů. Redukuje se tak dlouhodobé riziko inflace, dlouhověkosti, incidence apod., resp. existuje možnost postupně na něj reagovat.
- Na skupinovém pojištění může mít zájem zaměstnavatel (jestliže má zaměstnanec vyřešené pojištění dlouhodobé péče, pak se omezuje jeho riziko, že musí pečovat např. o nesoběstačného rodiče). Podle průzkumu MPSV a Deloitte (2015) vyplývá, že toto riziko (dlouhodobá péče o rodiče) si lidé uvědomují, zatímco riziko své dlouhodobé péče považují za velmi vzdálené a v aktuální fázi života nevýznamné.
- Roční rizikový skupinový produkt také nevede k žádným negativům, pokud zaměstnanec odchází k jinému zaměstnavateli, neboť v tom případě „vyčerpá“ rizikové pojistné u jednoho zaměstnavatele (riziko během pojištěného roku bylo

korektně kryté) a další rok eventuálně uzavře pojištění u nového zaměstnavatele (nové roční skupinové rizikové pojištění).

- U skupinového pojištění existuje také vyšší šance, že systém prodeje a distribuce produktu nepovede k nadměrným nákladům a systém bude fungovat spíše jako sjednávání pojištění velkých průmyslových rizik než jako distribuce individuálního životního pojištění v předchozí dekádě.
- Lze očekávat, že u skupinového pojištění se stabilnějšími výsledky velkého souboru rizik budou výrazně nižší bezpečnostní přírážky, ošetřování rizika (anti)selekce apod., což bude mít pozitivní dopad do výše přirozeného rizikového pojistného a celkové ceny produktu.
- Zřejmě ne všichni zaměstnavatelé by takové skupinové pojištění sjednávali a u některých skupin obyvatel (např. OSVČ) z principu charakteru činnosti taková skupina není definovaná. Lze ale uvažovat, že by takové skupinové pojištění pro své členy sjednávaly asociace, cechy, profesní spolky, komory apod. na podobném principu jako zaměstnavatelé pro své zaměstnance.
- Individuální klienti by stále mohli uzavřít individuální pojištění na své riziko dlouhodobé péče nebo na riziko blízké osoby, včetně možnosti akumulovat dodatečnou rezervu na pokrytí svého rizika dlouhodobé péče, nad rámec rizikového pojištění.
- Nelze vyloučit, že pro sdružování individuálních klientů by pojistitelé umožňovali, po případné dohodě s regulačními a dohledovými orgány, vznik otevřených flotil, kde by kalkulace pojistného probíhala dle složení této flotily na skupinovém principu.
- Je správné ošetřit, aby byla distribuce rizika v rámci skupiny spravedlivá, tj. že např. každý ekonomicky aktivní pojistník platí pojistné v takovém rozsahu, kolik ekonomicky neaktivních osob do skupiny přivedl.

5. Návrhy a doporučení

Předmětem této studie je oblast nesoběstačnosti a dlouhodobé péče. Situace z hlediska kapacit systému a potřeb je již nyní ve značně neuspokojivém stavu. Tato nerovnováha se bude rychle zhoršovat vlivem stárnutí populace. Ačkoliv dopad demografického vývoje na oblast dlouhodobé péče bude (relativně) podstatně závažnější než u důchodového systému či zdravotnictví, je dlouhodobá péče v podstatě stranou pozornosti národohospodářských autorit. Ani veřejnost není o problematice dlouhodobé péče a svých nárocích dostatečně informována.

Analýza Výzvy systému sociální péče pohledem komerčních pojišťoven je příspěvkem ČAP do veřejné diskuze problematiky dlouhodobé péče. Ambicí dokumentu není uzurpovat prostor veřejným politikám, ať už budou prováděny dnešními nástroji, anebo na tomto poli dojde k systémovým úpravám. Cílem analýzy je zamyslet se nad tím, co může sektor komerčních pojišťoven učinit, aby napomohl zmírnit tlaky v segmentu dlouhodobé péče, jak by takový produkt příp. mohl vypadat a jaká je k jeho úspěchu potřeba podpora.

Na základě provedené analýzy se domníváme, že pro všechny aktéry (občany, stát, zaměstnavatele a pojišťovny) je prospěšné otevřít seriózní diskusi dalšího vývoje sektoru dlouhodobé péče. Z pohledu ČAP vnímáme zejména tyto aspekty:

- Stárnutí populace se projeví výrazným nárůstem počtu osob pobírajících příspěvek na péči a vyvolá další růst poptávky po oficiálních i neformálních službách dlouhodobé péče.
- Veřejné rozpočty nebudou schopny tento nárůst adekvátně uspokojit, s ohledem na tlaky, které stárnutí populace vyvolá v jiných, objemově významnějších oblastech státního rozpočtu (důchody, zdravotnictví). Do systému je třeba dostat další prostředky.
- Cesta může spočívat v rozvoji dobrovolného soukromého pojištění na dlouhodobou péči existujícího vedle (či nad rámec) veřejně financovaných schémat a řešení.
- Je důležité správně nastavit rámec produktu (či produktů), zejména s ohledem na udržení jejich nízké nákladovosti a jednoduchosti (základní principy, podmínky krytí a výše plnění apod.).
- Základní doporučenou variantou je skupinové pojištění ekonomicky aktivních osob za organizační pomoci a případné finanční participace jejich zaměstnavatelů. Toto pojištění by krylo dlouhodobou péči nejen pro danou osobu do 65 let věku, ale také riziko dlouhodobé péče jejich rodičů. Finanční i organizační stres v rodině a komplikace na trhu práce totiž nejčastěji vznikají tak, že ekonomicky aktivní jedinec přerušuje své zaměstnání a odchází pečovat o svou osobu blízkou – rodiče.
- Pojištěnci tento produkt přinese úlevu v nákladech a možnost použít finanční prostředky pro formální péči o své blízké. Neztratí tak kontakt se svým profesním oborem ani zaměstnavatelem, lidsky nevyhoří v náročnou situaci nepřetržité péče a současně se adekvátně postará o své nejbližší. Zaměstnavatel nebude muset složitě (na napjatém trhu práce) hledat náhradu za odešlého pracovníka a riskovat zhoršení kvality svých produktů či služeb. Stát získá na vyšším inkasu daní a pojistného (z pokračujícího pracovního kontraktu zaměstnance). Pokud stát uvolní některé zbytečné regulace, lze očekávat zvýšení zájmu investorů o služby dlouhodobé péče (stacionární i terénní) a zvýšení tolik potřebné kapacity v této oblasti. Stát by tak získal i v podobě zvýšení dostupnosti těchto služeb na území ČR a zlepšení kvality života svých občanů.

- Existovat může samozřejmě i plně individuální forma pojištění. Ta je vhodná zejména pro osoby, které nemají zaměstnavatele (např. OSVČ, pokud by skupinový produkt nebyl nabízen prostřednictvím jejich asociací, sdružení, komor atp.), anebo pro jedince, kteří si i ve vyšším věku chtějí zabezpečit krytí svého rizika nesoběstačnosti a nemohou se spolehnout na krytí prostřednictvím produktu svých dětí.
- K diskusi zůstává, má-li být produkt plně rizikovým pojištěním, anebo má-li obsahovat i akumulaci složku, která by např. kryla riziko nesoběstačnosti dané osoby (zaměstnance) i po ukončení ekonomické aktivity. Produkt bez spořicí složky je samozřejmě levnější, avšak existuje riziko jeho nepříznivého vnímání veřejností („Léta jsem si platil, a nic z toho nemám...“) v případě, kdy u dané osoby ani jejich rodičů nesoběstačnost nenastane.
- Detailní cenová politika těchto produktů bude samozřejmě předmětem konkurenčního boje jednotlivých pojišťoven, jejich odborného know-how, rizikového apetitu, nároků regulace apod. Rámcové kalkulace provedené v tomto dokumentu naznačily, že lze připravit takové kombinace produktů, jejichž měsíční pojistné je v řádech stovek korun, resp. 1–3 % průměrné mzdy. Průzkumy ukazují, že takováto finanční úroveň je pro většinu občanů uvažujících o dlouhodobé péči (ať už pro sebe, nebo pro blízké rodinné příslušníky) únosná. Pokud by na produkt svému zaměstnanci přispíval i zaměstnavatel, finanční dostupnost produktu a řešení rizik nesoběstačnosti by se dále výrazně zvýšily.
- Role zaměstnavatelů je v tomto produktu klíčová. Jedině skupinovým pojištěním (nabízeným přes zaměstnavatele) lze držet administrativní náklady produktu na extrémně nízké úrovni a současně relativně rychle získat dostatečně početný kmen klientů. Zaměstnavatel se také produktem může diferencovat od své konkurence na trhu práce.
- Stát by v případě zavedení tohoto produktu měl zaměstnavatele motivovat uznáním daňové odečitatelnosti jejich příspěvku na pojistné svým zaměstnancům ze základu DPPO a na straně zaměstnanců tento příspěvek nezdaňovat povinným sociálním a zdravotním pojištěním ani DPFO. Významná část fiskálních nákladů takové podpory se státu vrátí v podobě vyššího inkasa daní a pojistného z nepřerušeně fungujících kontraktů na trhu práce.
- Za důležitou nefinanční formu podpory veřejných činitelů pro tento produkt považujeme otevřenou veřejnou debatu nad oblastí dlouhodobé péče a jejím vývojem do budoucna a nalezení široké odborně-politické shody o přínosech dobrovolného pojištění pro širokou veřejnost.
- Ze studia praxe v oblasti dlouhodobé péče, analytických materiálů a řady rozhovorů s aktéry působícími v tomto sektoru jsme dospěli k přesvědčení, že – jakkoliv není naší ambicí zasahovat státu do řízení a nastavení veřejné politiky krytí potřeb dlouhodobé péče – je třeba přehodnotit některé regulace dnešního systému, a to konkrétně dvojí cenovou regulaci (vyhláškou stanovený limit nákladů na stravné a ubytovací služby v lůžkových zařízeních spolu s prvkem zachování 15% kapesného po úhradě těchto nákladů). Druhou oblastí, která zasluhuje přehodnocení, je zajištění rovného přístupu všech zařízení poskytujících sociální služby k možnosti získání provozních dotací. Dnes toto uspokojivě nefunguje a tato situace znemožňuje dlouhodobé finanční plánování na straně poskytovatelů služeb. Tato dvě „úzká hrdla“ dnešního systému do značné míry brání tomu, aby do sektoru registrované dlouhodobé péče výrazněji vstoupil investiční kapitál, rozšířil tolik potřebné kapacity pro uspokojení trvale vyšší poptávky a přirozeně zvýšil tlak na zlepšení kvality služeb a péče poskytované klientům.

- Významnou složkou dobrovolného LTC pojištění by měla být i informační asistenční služba, která klientovi pomůže zorientovat se v systému dlouhodobé péče ve chvíli, kdy to klient potřebuje, ať už se jedná o něj osobně, nebo jeho blízké, o nároky a o možnosti, které poskytuje jak veřejný systém, tak i jeho soukromé pojištění. Uvažovat lze i o tzv. „case management variantě“, kdy asistenční služba převezme řízení řešení klientovy potřeby a bude vhodně kombinovat služby a péči dlouhodobé asistence a možnosti veřejného systému i soukromého pojištění.

Přílohy

Příloha 1: LTC pojištění (časté otázky, mýty a omyly)

Námítka: Jedná se o finančně velmi náročný produkt, který si většina populace nebude moci dovolit.

Odpověď: Kalkulace měsíčního pojistného kryjící potřeby nekryté veřejným systémem vycházejí už v dolním řádu ve stovkách korun měsíčně. Cena za pojištění dlouhodobé péče tak odpovídá jednotkám krabiček cigaret za měsíc a nelze hovořit o nedostupnosti takového produktu pro širokou klientelu.

Námítka: Pojišťovny chtějí jen privatizovat fungující veřejný systém dlouhodobé péče.

Odpověď: Není tomu tak. Uvedené návrhy na komerční pojištění nijak neruší stávající veřejnoprávní systém; naopak pro definici pojistné události z něj používají stupně příspěvku na péči. Jde tedy o doplněk k veřejnému systému. Cílem iniciativy pojištění dlouhodobé péče je získat do systému nové prostředky, které v něm objektivně chybějí a do budoucna budou chybět ještě výrazněji.

Námítka: Produkty uvedeného typu bývají nejasné, komplikované, netransparentní, existují výluky, klient se nemá šanci orientovat apod. Produkty uvedeného typu bývají natolik dlouhodobé a nákladné, že klient nemá žádnou jistotu, že vnější prostředí za desítky let bude odpovídat situaci při sjednání pojistné smlouvy a že dostane plnění, které pro něj bude reálně přínosné.

Odpověď: Aby tomu tak nebylo, navrhli jsme cestu skupinového pojištění, navázání vzniku pojistné události na přiznání příspěvku na péči a preferenci ročního horizontu krytí rizika, kdy ze zaplaceného rizikového pojistného budou plně kompenzovány všechny vzniklé pojistné události. Jak se bude vyvíjet v budoucnu vnější prostředí, bude se přizpůsobovat i jednoletý pojistný produkt. Navíc pozitivní dopad takto navrženého produktu se začne projevovat prakticky okamžitě, protože pojistné placené ekonomicky aktivními kryje i potřebu dlouhodobé péče u jejich rodičů.

Námítka: Princip, kdy si klient platí skupinové pojištění a nic z něj nemá v případě krytí svého rizika jen během ekonomické aktivity, je nepřijatelný.

Odpověď: Z tohoto pojištění klient platící pojistné „má“ hodně. Je kryto riziko dlouhodobé péče o pojištěné blízké osoby (typicky rodič v důchodovém věku). Zásadní benefit z pojištění pro klienta, přestože není kryta jeho dlouhodobá péče v důchodovém věku, spočívá v jistotě, že nedojde k narušení jeho života, jestliže rodiče postihne pojistná událost dlouhodobé péče. Pro řešení vlastního rizika nesoběstačnosti popisuje materiál možnosti, jak toto řešit pomocí skupinového i individuálního pojištění.

Námítka: Existuje riziko „cherry pickingu“ (tj. „vyzobávání“ méně rizikových klientů), riziko provizní spirály, vysoké nákladovosti i potencionálního konfliktu zájmu pojišťovny při pojistné události. Podstatné je, zda uvedené produkty postupně umožní zajistit plnění formou poskytnutí služby namísto finanční kompenzace.

Odpověď: Navržené principy konstrukce produktu na bázi kalkulace rizikového pojistného na ročním základě zejména ve skupinovém modelu celou řadu rizik a námitek odstraňuje. Souhlasíme, že je dále nutné věnovat zvýšenou pozornost těmto tématům:

- Pro odblokování situace stávajících nedostatečných kapacit a možnosti definovat při pojistné události konkrétní poskytnutí potřebné služby je nutná spolupráce veřejného

a komerčního sektoru při investicích do nových kapacit a řešení stávající situace podfinancování a nedostačujících regulovaných kapacit celého systému.

- Nutnost ze strany poskytovatelů zajistit garanci kvality služeb v rozumné cenové výši, která ale dokáže pokrýt ekonomické fungování služby.
- U pojistných produktů by se měly hledat takové cesty distribuce, které nepovedou k roztočení provizní spirály, a odpovídajícího růstu nákladů a ceny. A také celková výše nákladů by měla být nižší, než byla v minulosti u jiných produktů.
- K tomu, aby se pojistná událost ve vztahu k nesoběstačnosti dala i za desítky let (u individuálních rizikových nebo důchodových produktů) vztahovat k definici nemožnosti provádět definované úkony vedoucí k přiznání příspěvku na péči, je třeba, aby stávající systém příspěvku na péči zůstal po dobu dalších desítek let co do principů definice jednotlivých stupňů i co do kritérií jejich přiznávání co nejvíce stabilní a dal se tak provázat se vznikem pojistných událostí a nárokem na pojistná plnění z komerčního pojištění.

Příloha 2: Základní principy konstrukce produktu

Produkt pojištění dlouhodobé péče můžeme členit podle celé řady kritérií, např. z hlediska:

- způsobu placení pojistného,
- přístupu ke sdílení rizika a akumulace prostředků,
- typu likvidace pojistné události (výplata pojistného plnění vs. poskytnutí konkrétní služby potřebné v situaci dlouhodobé péče),
- charakteru produktu (individuální vs. skupinová pojistná smlouva) kryjícího vlastní nesoběstačnost pojištěné osoby, příp. blízkých osob (např. nejbližších příbuzných pojištěného).

Dále popíšeme, jaké možnosti pro jednotlivé okruhy existují, v jakých kombinacích je lze reálně předpokládat a jaké konkrétní kalkulace budou v další fázi rozpracovány.

Z hlediska způsobu placení pojistného (akumulační fáze produktu) v případě krytí rizika nesoběstačnosti pojištěného klienta se nabízí základní přístup, že v produktivní fázi života, během ekonomické aktivity (kdy je riziko vzniku potřeby dlouhodobé péče velmi nízké) by docházelo k akumulaci pojistného (a jeho zhodnocování). Potřebné prostředky pro výplatu plnění z budoucích pojistných událostí by pak byly k dispozici od věků po skončení ekonomické aktivity klienta (kdy jeho možnost platit pojistné by byla většinou již omezená a odkdy pak riziko vzniku nesoběstačnosti stoupá).

Alternativou k pravidelně placenému pojistnému po dobu desítek let může být i získání prostředků pojistného jednorázově bez dlouhodobé akumulace v rámci pojištění (z jiných naspořených investovaných prostředků klienta), nicméně vznik pojištění je vždy nutný do doby, než pojistná událost dlouhodobé péče nastane, resp. do doby, než je její vznik nezvratný. Jedině tak je splněn princip nahodilosti a lze zabránit jevu, aby si pojištění nesjednávali pouze ti klienti, u nichž ke vzniku pojistné události dochází nebo (téměř jistě) brzy dojde.

Výše uvedený základní princip kalkulace bude následně podrobněji popsán, nicméně z hlediska praktické použitelnosti produktu je dále zcela zásadní si uvědomit následující:

- Chybí zde jakékoliv krytí rizika vzniku dlouhodobé péče během ekonomicky aktivní produktivní fáze života. Přestože je toto riziko nízké, může být toto doplnění podstatné pro atraktivitu produktu.
- V případě, že klient během celého svého života pojistnou událost dlouhodobé péče neuplatní, bude jím naakumulované pojistné použito na výplatu pojistných událostí těch klientů, které pojistná událost naopak postihla. Přestože se jedná o základní princip pojištění, v praktickém fungování pojištění osob nejsou klienti na tento princip dostatečně připraveni a zpravidla nechtějí riziko v takto širokém rozsahu sdílet, aniž by nedostali plnění oni nebo jejich blízcí v případě dožití, resp. úmrtí bez dlouhodobé péče. Z tohoto důvodu se do dalších kalkulací přidává také akumulace takovéto částky, která v závislosti na její výši ovlivňuje potřebnou výši pojistného.

Ještě před naznačením výše uvedené kalkulace sdílení rizika (vycházející pro každý věk klienta z kvantifikace pravděpodobnosti, že soběstačná osoba se posune během ročního horizontu do stavu vyžadujícího dlouhodobou péči vynásobenou odhadem finanční

náročnosti likvidace pojistné události) spolu s částečnou akumulací prostředků „na dožití“ naznačíme varianty kalkulace, které by naopak žádné významné sdílení rizika nepřinášely, a v dalším textu se jimi tedy nebudeme zabývat.

Sdílení rizika proti krytí pouze z individuálních prostředků klienta

Výplatní fáze produktu dlouhodobé péče spojená s likvidací pojistné události nastává, pokud klienta postihne pojistná událost spojená s nesoběstačností (o možnosti posuzování její definice viz dále). Pro likvidaci pojistné události se v principu nabízí následující možnosti:

- Jednorázová výplata jen z naakumulovaných prostředků na konkrétní pojistné smlouvě (navýšených o výnosy a ponížených o náklady produktu) ze strany klienta. Zde se ale jedná, v případě, že investiční riziko nese pojistník, pouze o specifický případ investičního životního pojištění, kdy jednorázová výplata nastane při nesoběstačnosti pojištěného nebo v okamžiku smrti pro pozůstalé. V této variantě neexistuje sdílení rizika a jedná se tak o variantu analogickou s individuální akumulací/odkládáním prostředků klienta na případné pokrytí nákladů na dlouhodobou péči.
- Jednorázová výplata předem smluvně dohodnuté pojistné částky implikuje dvě následující subvarianty:
 - o bez sdílení rizika s ostatními klienty, u kterých pojistná událost nenastane, tj. pouze z naakumulovaných prostředků klienta s tím, že výši zhodnocení garantuje pojišťovna. Jestliže během života klienta nenastane nesoběstačnost, dostanou naakumulované prostředky dědicové (specifický případ kapitálového životního pojištění, kdy jednorázová výplata nastane při nesoběstačnosti nebo v okamžiku smrti pro pozůstalé). Rozdíl od předchozí varianty spočívá pouze v garanci výnosů;
 - o se sdílením rizika na solidárním principu, tj. klienti, u nichž definovaná pojistná událost nesoběstačnosti, resp. potřeby dlouhodobé péče nenastane, pojistné plnění nedostávají a prostředky jejich pojistného se použijí na úhradu pojistných událostí těm klientům, kde pojistná událost naopak vznikne (analogie k rizikovému životnímu pojištění).

Vedle jednorázové výplaty pojistného plnění po vzniku pojistné události představuje alternativu likvidace pravidelná (např. měsíční, roční) výplata určité částky (tzv. „anuita“), která postupně uspokojuje zvýšené finanční nároky klienta spojené s čerpáním dlouhodobé péče. Při výplatě pravidelné anuity přicházejí v úvahu následující možnosti:

- Výplata anuity (v předem smluvně definované výši pravidelné dávky, jestliže produkt obsahuje garanci zhodnocení, resp. v závislosti na výsledku naakumulované částky, jestliže investiční riziko nese pojistník) po pevně definovanou maximální dobu trvání nesoběstačnosti, resp. podmínek pojistné události v těchto variantách:
 - o bez sdílení rizika s ostatními klienty, u kterých pojistná událost nenastane, tj. pouze z naakumulovaných prostředků klienta. Pokud nenastane nesoběstačnost, dostanou naakumulované prostředky jednorázově dědicové;
 - o se sdílením rizika na solidárním principu, tj. pojistné klientů, u kterých pojistná událost nenastane, bude použito na výplatu pojistného plnění těm klientům, kde pojistná událost naopak vznikne.

- Výplata anuity (v předem smluvně definované výši pravidelné dávky, jestliže produkt obsahuje garanci zhodnocení, resp. v závislosti na výsledku naakumulované částky, jestliže investiční riziko nese pojistník) doživotně po celou dobu trvání nesoběstačnosti, resp. podmínek pojistné události v analogických variantách jako výše v případě výplaty anuity po pevně stanovenou dobu:
 - o bez sdílení rizika s ostatními klienty, u kterých pojistná událost nenastane, tj. pouze z naakumulovaných prostředků klienta. Pokud nenastane nesoběstačnost, dostanou naakumulované prostředky dědicové;
 - o se sdílením rizika na solidárním principu, tj. pojistné klientů, u kterých pojistná událost nenastane, bude použito na výplatu pojistného plnění těm klientům, kde pojistná událost naopak vznikne.

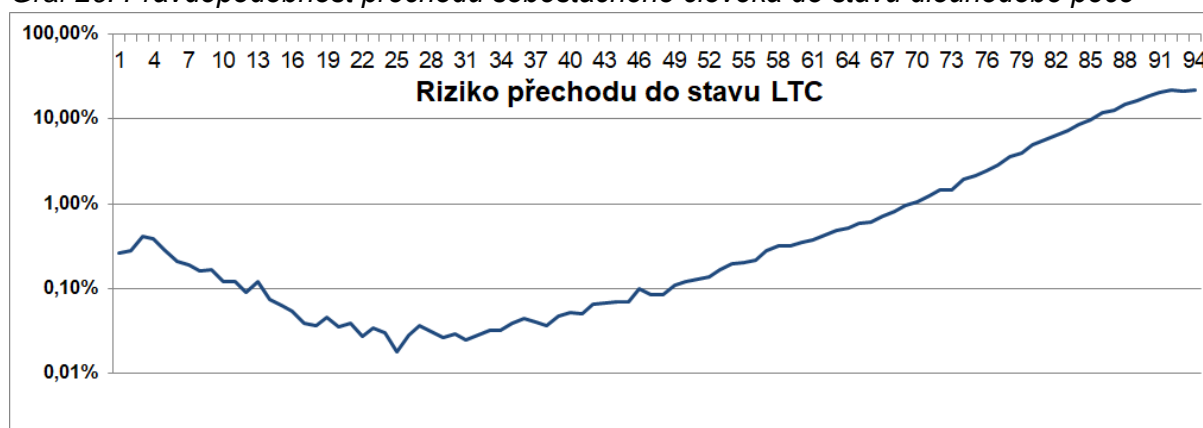
Pro další kalkulace je tak nezbytné zhodnotit informace o očekávané době výplaty anuity v rámci systému dlouhodobé péče pro možnost garance doživotní výplaty vzhledem k riziku dlouhověkosti a budoucímu prodloužení doby života stráveného v dlouhodobé péči.

- Garance naturálního plnění ze strany pojišťovny pro klienta jako cílový dlouhodobý žádoucí způsob likvidace pojistné události představuje jistotu poskytnutí služby (např. terénní pečovatelské služby, pobytové místo v domově pro seniory...) po dobu trvání nesoběstačnosti. Pro tuto možnost je ale zcela zásadní dostatečná kapacita a možnost jejího řízení ze strany pojišťovny a dlouhodobá stabilita takového systému, aby tento typ garance byl vůbec v principu možný.

Kvantifikace rizika nesoběstačnosti

Pravděpodobnost, že se jedinec stane nesoběstačným, pro každý konkrétní věk ukazuje (pro všechny čtyři stupně příspěvku na péči) následující graf v logaritmicím měřítku. U nejmladších dětí tato pravděpodobnost, že v ročním horizontu se jedinec stane nesoběstačným s přiznáním příspěvku na péči, vychází cca 0,5 %, následně klesá až do věku cca 25 let, odkdy postupně začíná toto riziko (exponenciálně) narůstat, když u (soběstačných) jedinců ve věku kolem 90 let vychází roční pravděpodobnost, že jim bude přiznán příspěvek na péči, ve výši přes 20 %:

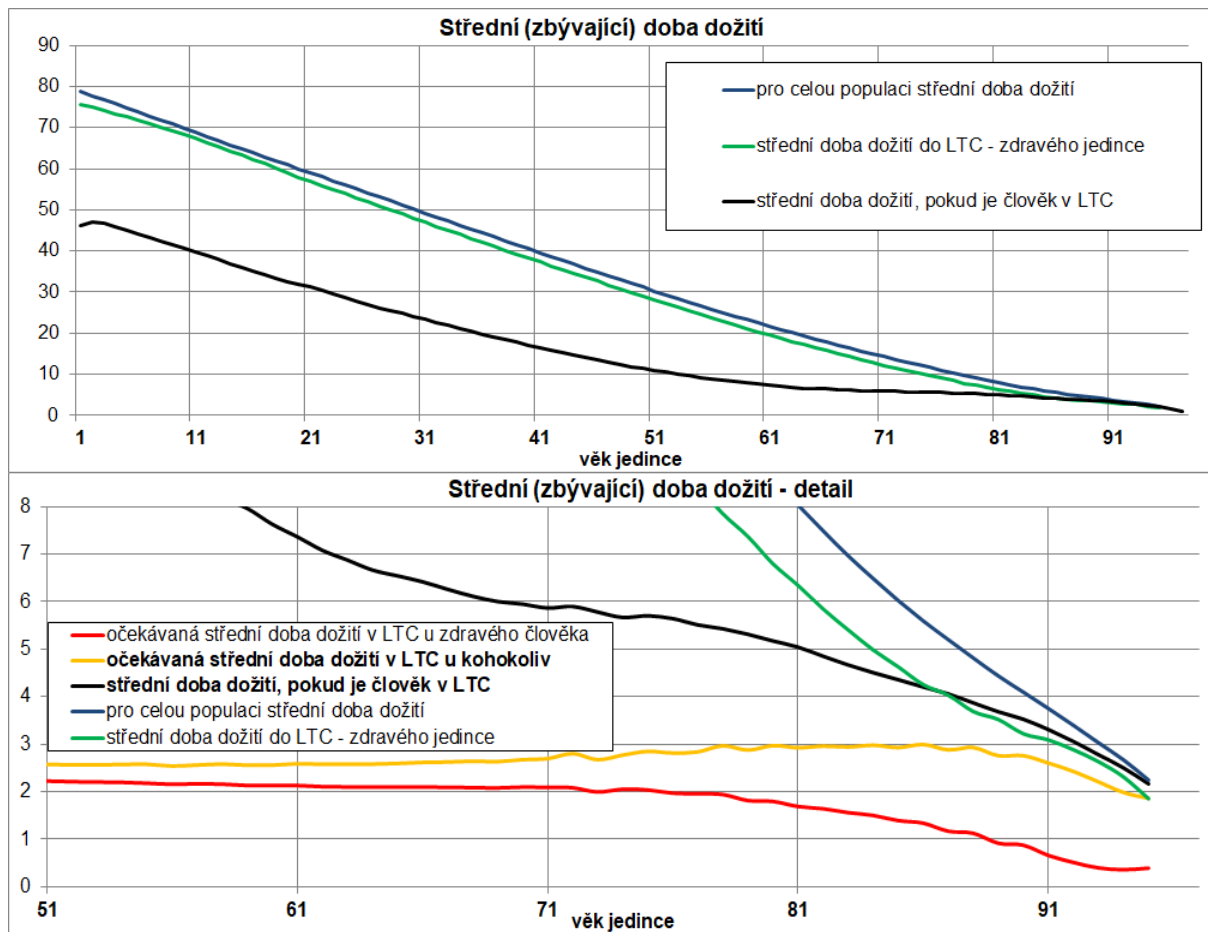
Graf 29: Pravděpodobnost přechodu soběstačného člověka do stavu dlouhodobé péče



Zdroj: ČAP

- střední (zbývající) dobu dožití klienta nejen pro celý život, ale i pro jeho soběstačnou část a střední dobu dožití ve stavu dlouhodobé péče, se kterou souvisí pravděpodobnost úmrtí za předpokladu, že osoba se již nachází ve stavu dlouhodobé péče. Tyto střední doby života se v následujících grafech uvažují v těchto všech variantách:
 - obvyklá střední doba dožití jedince v konkrétním věku (zohledňuje celou dobu života bez dalšího dělení na soběstačnou část a část, kdy jedinec pobírá příspěvek na péči). V následujících grafech se jedná o modrou křivku, která standardně se vzrůstajícím věkem jedince klesá;
 - střední doba dožití v soběstačném stavu, která zohledňuje průměrnou dobu dožití do dosažení stavu nesoběstačnosti spojenou s pobíráním příspěvku na péči. V grafech se jedná o zelenou křivku, přičemž její hodnoty bývají o cca tři roky nižší než hodnoty celé střední zbývající doby dožití;
 - rozdílem celkové střední doby a soběstačné doby dožití vychází pro většinu věků stabilní hodnota cca tří let očekávané střední doby dožití, která je naznačena v detailním grafu oranžovou křivkou a představuje základní představu o době pobírání anuity v případě nesoběstačnosti pro jakéhokoliv jedince;
 - specifickou hodnotu představuje dále střední očekávaná doba dožití pro konkrétní věk jedince, jestliže již víme, že jedinec se nachází ve stavu čerpání příspěvku na péči. Tuto hodnotu představuje černá křivka v níže uvedených grafech a platí, že pro produktivní věky vychází tato hodnota od 33 % do 60 % celkové střední doby dožití. U vyšších věků se tato hodnota postupně přibližuje celkové střední době dožití, neboť postupně narůstá podíl populace ve stavu pobírání příspěvku na péči;
 - poslední hodnota střední doby dožití ve stavu pobírání příspěvku na péči za předpokladu, že se jedná o soběstačného jedince, ukazuje (viz červená křivka na detailním grafu) pro věky ještě s nízkým rizikem pobírání příspěvku na péči cca 2,5 roku této doby, která s rostoucím věkem (zejména po dovršení 80. roku života) klesá, když i u soběstačných jedinců riziko úmrtí výrazně narůstá a prostor pro nesoběstačnou část života se snižuje;

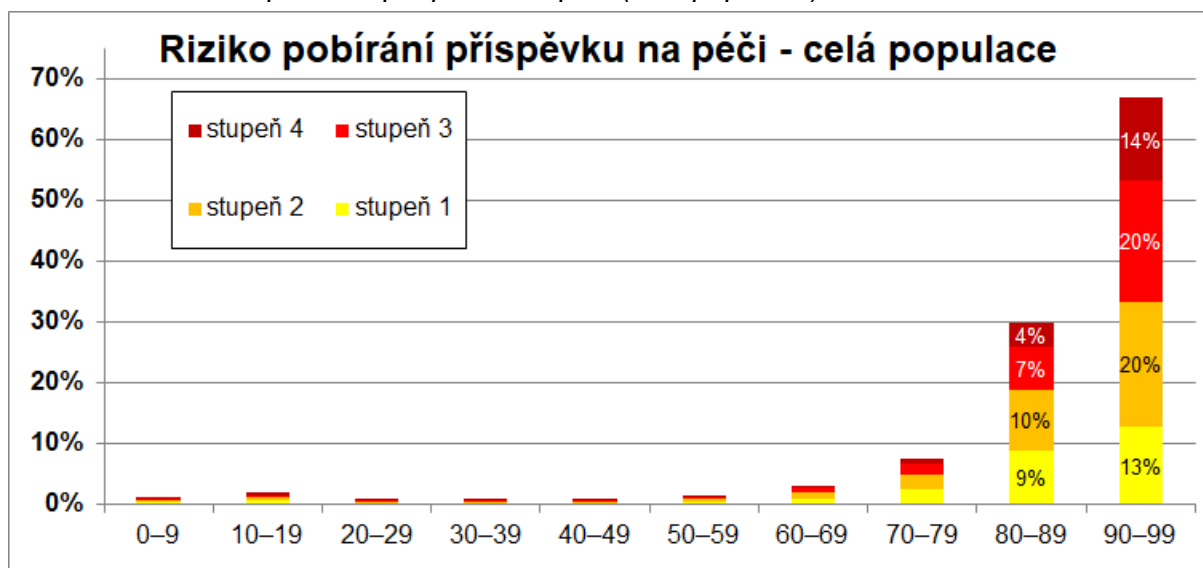
Graf 30 a Graf 31: Střední doby dožití pro dělení populace vzhledem k dlouhodobé péči



- podíl žijící populace ve stavu dlouhodobé péče (pro konkrétní stupně závislosti a příspěvku na péči) vůči celé žijící populaci ve věkových skupinách;
- podíl zemřelých osob v rámci jednotlivých stavů příspěvku na péči a zemřelých, kteří žádného stupně příspěvku na péči nedosáhli.

Základní představu o tom, jakého rozsahu nabývá riziko pobírání příspěvku na péči, přináší níže uvedený graf, který ukazuje očekávatelný výsledek, tj. že s rostoucím věkem riziko přiznání příspěvku dramaticky narůstá.

Graf 32: Frekvence pobírání příspěvku na péči (celá populace)

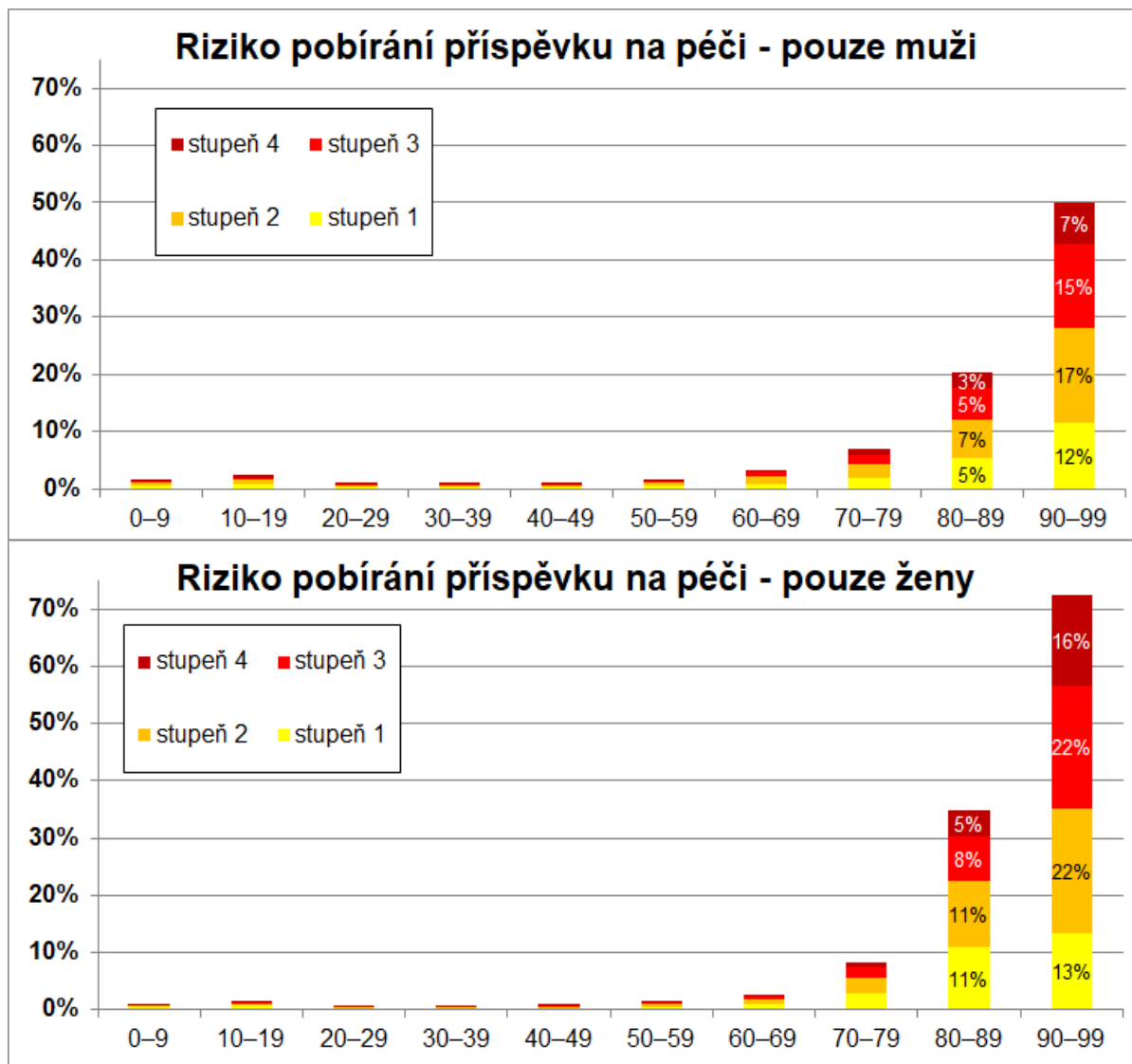


Zdroj: ČAP

Jestliže ve věkových kategoriích do 70 let pobírají jakoukoliv formu příspěvku na péči pouze jednotky procent jedinců celé populace, ve vyšších věkových kategoriích podíl dramaticky narůstá, kdy ve věkové kategorii 80–89 let pobírá jednu z forem příspěvku na péči již 30 % žijící populace v této věkové kategorii a ve skupině 90–99 let se jedná již téměř o 70 % populace.

Není bez zajímavosti, že riziko přiznání příspěvku na péči vychází výrazně nižší u mužů než u žen, neboť i pro stejnou věkovou kategorii je podíl populace s příspěvkem na péči u mužů výrazně nižší než u žen; viz dva následující grafy.

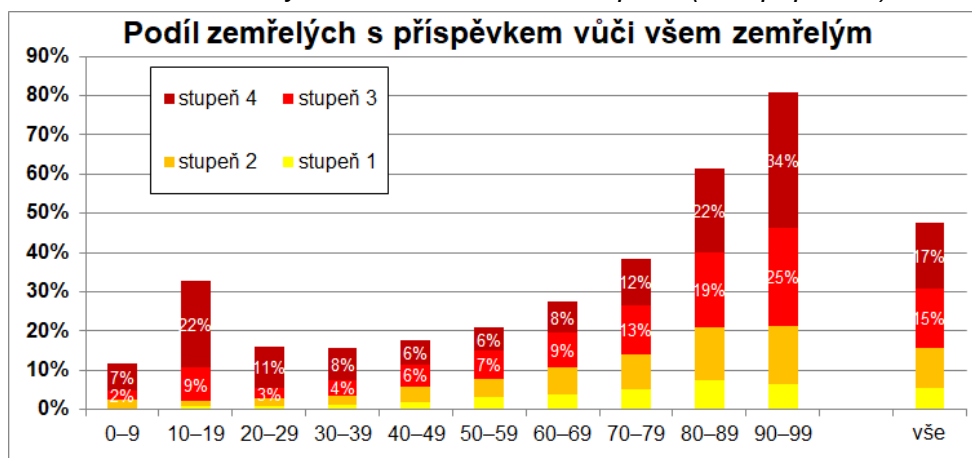
Graf 33 a Graf 34: Frekvence pobírání příspěvku na péči (populace mužů a žen)



Zdroj: ČAP

Základní představu o riziku dlouhodobé péče nám dává i graf podílu zemřelých ze stavu příspěvku na péči. Skutečnost, že v rámci celé populace umírá téměř 47 % lidí v některém stupni příspěvku na péči, také znamená, že více než 50 % populace dnes umírá v soběstačném stavu bez přiznaného příspěvku na péči.

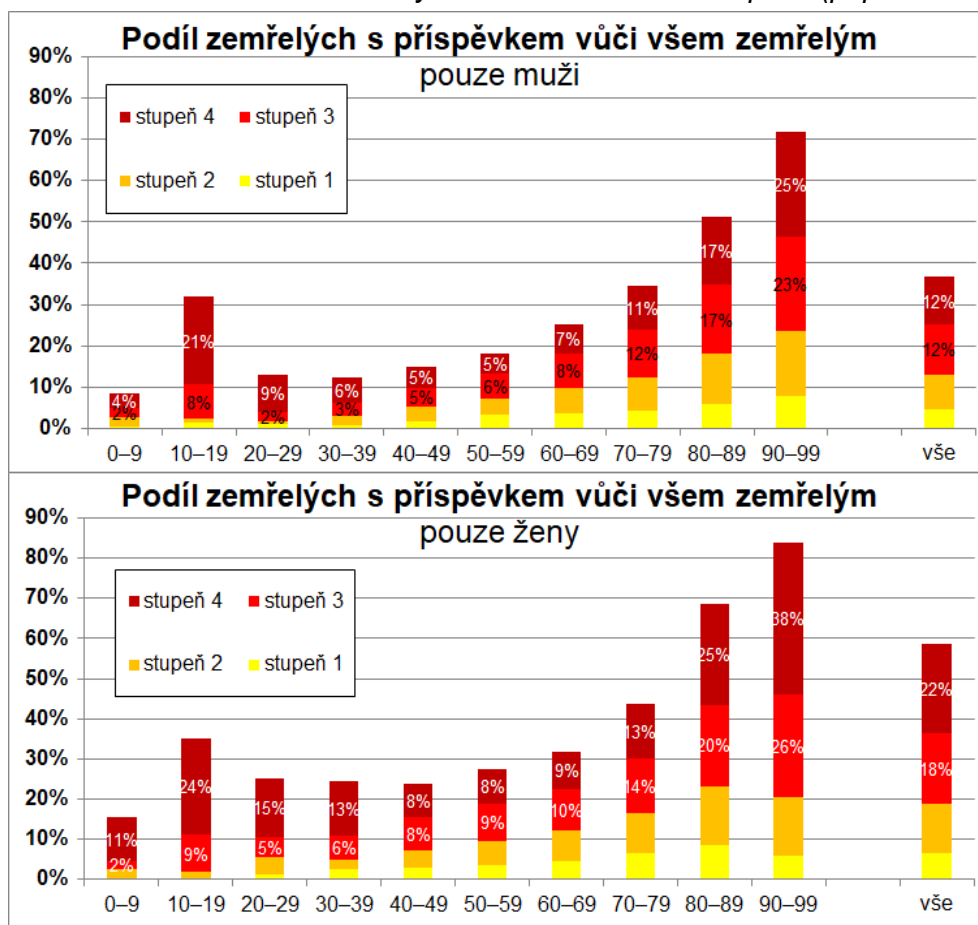
Graf 35: Podíl zemřelých ze stavu dlouhodobé péče (celá populace)



Zdroj: ČAP

Opět zásadní rozdíl v riziku úmrtí ve stavu dlouhodobé péče proti úmrtí v soběstačném stavu (úraz, náhlé úmrtí, krátkodobější nemoc) vychází mezi muži a ženami (viz následující dva grafy), kdy v celé populaci mužů 63 % úmrtí nastává v soběstačném stavu, zatímco u žen umírá bez přiznání příspěvku na péči pouze 41 % celé populace.

Graf 36 a Graf 37: Podíl zemřelých ze stavu dlouhodobé péče (populace mužů, resp. žen)



Zdroj: ČAP

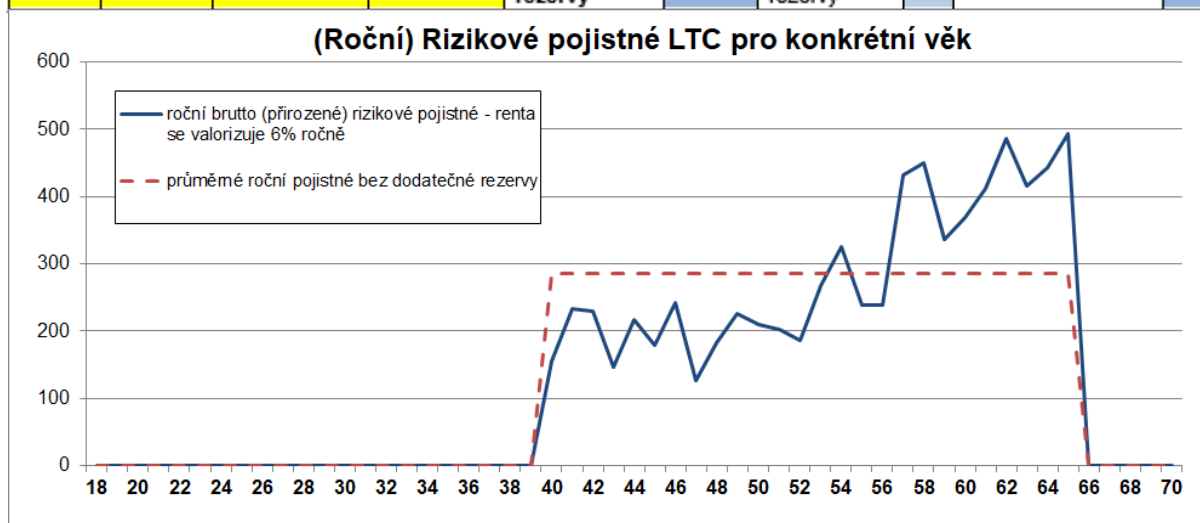
Interpretace uvedených výsledků, kdy riziko dlouhodobé péče u mužů je nižší nejen ve vazbě na nižší očekávanou dobu dožití u mužů než u žen, ale je nižší dokonce i pro stejné věkové kategorie, souvisí s faktem, že počet starých osamoceně žijících mužů je nižší než u žen a i v případě vysokých věků si dokážou staří manželé péči navzájem částečně poskytnout, což u samostatně žijících (většinou) starších žen již neplatí. Přestože uvedený závěr rozdílné rizikivosti je významný, pro kalkulace produktů dlouhodobé péče je nelze vzhledem k existující regulaci považující pohlaví pro kalkulaci pojistného (přes robustní dlouhodobá statistická data jasně prokazující nejen odlišnou úroveň rizika úmrtnosti, ale i čerpání dlouhodobé péče) jako nedovolenou diskriminaci. V dalších kalkulacích se proto důsledně zaměříme přes všechny související limity a rizika (anti)selekce na unisex kalkulace při kombinaci úmrtnostních tabulek a riziku příspěvku na péči.

Modelace individuálního rizikového pojištění

Základní představu kalkulací krytí rizika dlouhodobé péče za situace, kdy vznik pojistné události představuje dosažení 3. nebo 4. stupně příspěvku na péči, ukazuje následující tabulka. Základním výstupem je hodnota průměrného měsíčního rizikového pojistného pro takto nastavené věkové intervaly od 40 do 65 let ve výši 24 Kč měsíčně, resp. 286 Kč ročně (zde se uvažuje stejný věkový rozsah krytí rizika jako placení pojistného). Konkrétní hodnoty aktuálního rizikového pojistného ukazuje pak navazující graf.

Tabulka 9 a Graf 38: Modelace č. 1

Rizikový produkt po dobu placení pojistného i na delší období		Placení pojistného (věk min.–max.)	Krytí rizika (věk min.–max.)	Pouze 3. a 4. stupeň			
				Brutto částka krytí rizik a nákladů	Expense ratio	20 %	Předpokládaný věk výplaty dodatečné rezervy
				7444			85
Add on z netto na brutto pojistné	Měsíční výše renty	40	40	Počet let placení pojistného	Počet let výplaty dodatečné rezervy	0	Diskont rezervy (od předpokládaného věku výplaty do konce placení pojistného)
25 %	5000	65	65	Měsíční pojistné bez dodatečné rezervy	Výše potřebné dodatečné rezervy	0	Měsíční pojistné, včetně dodatečné rezervy
				26			2%
				24			24

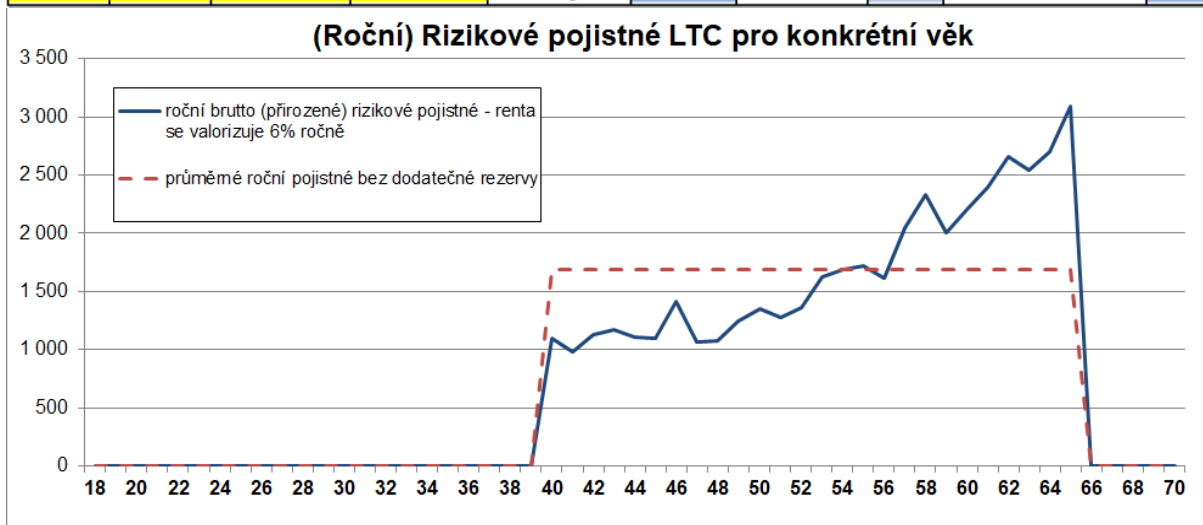


Zdroj: ČAP

Zdůrazněme ještě jednou, že takto nízká hodnota vychází pouze díky tomu faktu, že pojistná událost je definována pouze přiznáním 3. nebo 4. stupně příspěvku na péči. V případě vzniku pojistné události při dosažení libovolného stupně závislosti by se hodnoty výrazně navýšily (měsíční pojistné 141 Kč, resp. roční pojistné 1692 Kč); viz následující tabulka a graf. Nicméně i zde hraje podstatnou roli, že krytí rizika vzniku dlouhodobé péče je omezeno do 65 let věku klienta, kdy vzniká pouze minimum všech případů dlouhodobé péče.

Tabulka 10 a Graf 39: Modelace č. 2

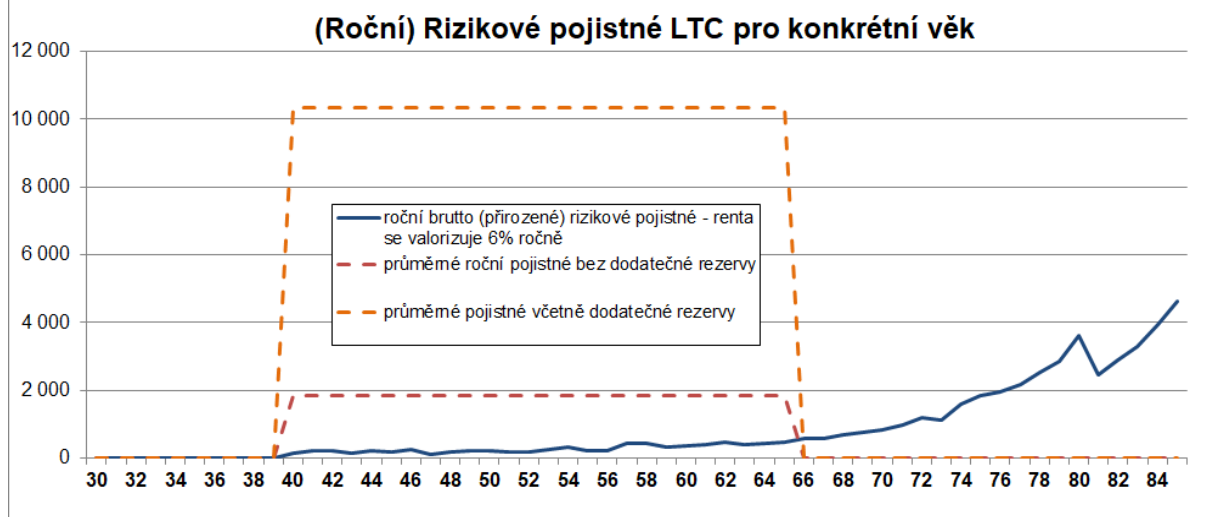
Rizikový produkt po dobu placení pojistného i na delší období		Placení pojistného (věk min.–max.)	Krytí rizika (věk min.–max.)	Všechny stupně					
				Brutto částka krytí rizik a nákladů	43 982	Expense ratio	20 %	Předpokládaný věk výplaty dodatečné rezervy	85
Add on z netto na brutto pojistné	Měsíční výše renty	40	40	Počet let placení pojistného	26	Počet let výplaty dodatečné rezervy	0	Diskont rezervy (od předpokládaného věku výplaty do konce placení pojistného)	2 %
25 %	5000	65	65	Měsíční pojistné bez dodatečné rezervy	141	Výše potřebné dodatečné rezervy	0	Měsíční pojistné, včetně dodatečné rezervy	141



Zdroj: ČAP

Tabulka 11 a Graf 40: Modelace č. 3

Rizikový produkt po dobu placení pojistného i na delší období		Placení pojistného (věk min.–max.)	Krytí rizika (věk min.–max.)	Pouze 3. a 4. stupeň					
				Brutto částka krytí rizik a nákladů	48 032	Expense ratio	20 %	Předpokládaný věk výplaty dodatečné rezervy	85
Add on z netto na brutto pojistné	Měsíční výše renty	40	40	Počet let placení pojistného	26	Počet let výplaty dodatečné rezervy	4	Diskont rezervy (od předpokládaného věku výplaty do konce placení pojistného)	2 %
25 %	5000	65	85	Měsíční pojistné bez dodatečné rezervy	154	Výše potřebné dodatečné rezervy	220 799	Měsíční pojistné, včetně dodatečné rezervy	862



Zdroj: ČAP

V další variantě naznačíme, jak se dá krytí rizika rozšířit i za horizont možnosti placení pojistného, odkdy riziko vzniku pojistné události dlouhodobé péče výrazně narůstá, kdy při krytí rizika do 85 let pro 3. a 4. stupeň měsíční rizikové pojistné dosahuje 154 Kč.

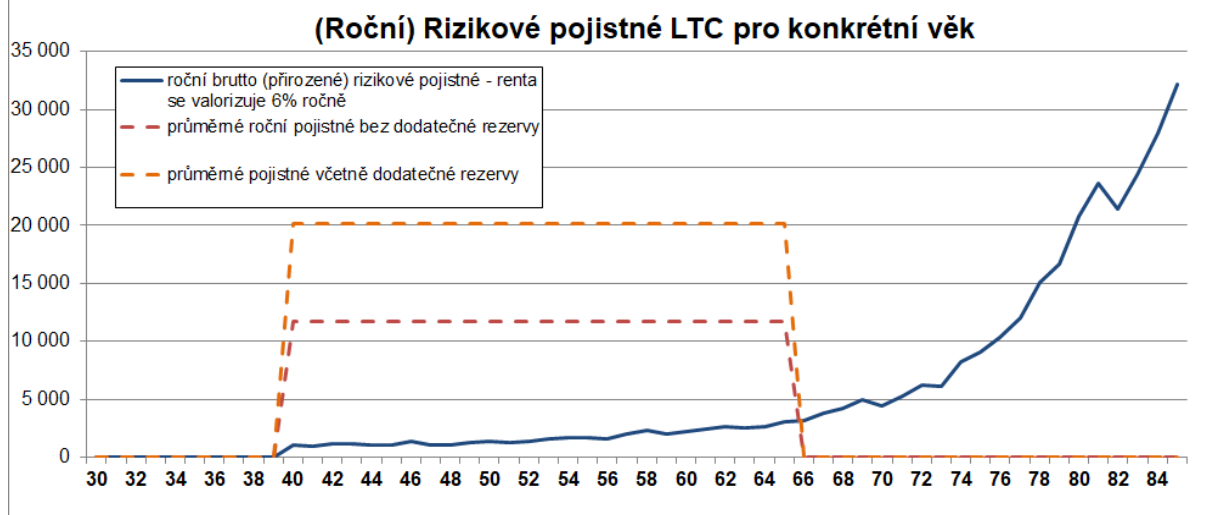
Rizikové pojistné 154 Kč za měsíc (1848 Kč ročně) představuje průměr hodnot přesného rizikového pojistného (modrá křivka na výše uvedeném grafu) s tím, že jeho placení je koncentrováno pouze pro osoby ve věku 40–65 let (kdy je ekonomicky možné placení pojistného).

Podstatné rozšíření produktu představuje také akumulace „dodatečné“ rezervy, která pomůže s úhradou dlouhodobé péče v situaci, kdy by dlouhodobá péče vznikla za horizontem standardního krytí v pojištěném období (zde do 85 let věku klienta), a také v situaci, kdy by klient zemřel bez potřeby dlouhodobé péče. Tehdy tuto částku v okamžiku jeho úmrtí dostanou dědicové. Pro jednoduchost předpokládáme, že kapitalizovaná výše jednorázového závazku odpovídající výplatě 5000 Kč po dobu čtyř let bude vyplacena po dosažení 85 let věku klienta (tj. na konci standardního krytí rizika). S tímto dodatečným navýšením akumulace rezervy vychází průměrné měsíční pojistné 862 Kč a celkové roční pojistné, včetně krytí rizika, dosahuje po zprůměrování přes uvažované věkové kategorie částky 10 340 Kč.

Uvažme ještě poslední situaci, kdy by za stejných předpokladů jako výše bylo krytí pojistné události dostupné při dosažení libovolného stupně příspěvku na péči.

Tabulka 12 a Graf 41: Modelace č. 4

Rizikový produkt po dobu placení pojistného i na delší období		Placení pojistného (věk min.–max.)	Krytí rizika (věk min.–max.)	Všechny stupně					
				Brutto částka krytí rizik a nákladů	303 986	Expense ratio	20 %	Předpokládaný věk výplaty dodatečné rezervy	85
Add on z netto na brutto pojistné	Měsíční výše renty	40	40	Počet let placení pojistného	26	Počet let výplaty dodatečné rezervy	4	Diskont rezervy (od předpokládaného věku výplaty do konce placení pojistného)	2 %
25 %	5000	65	85	Měsíční pojistné bez dodatečné rezervy	974	Výše potřebné dodatečné rezervy	220 799	Měsíční pojistné, včetně dodatečné rezervy	1682



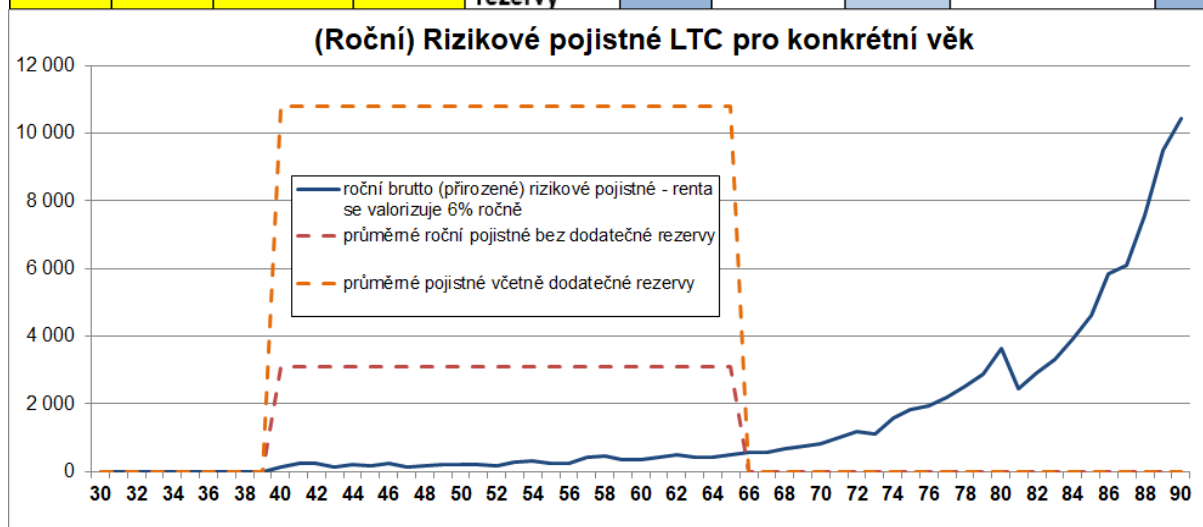
Zdroj: ČAP

V této situaci již průměrné rizikové měsíční pojištění dosahuje částky téměř 1000 Kč bez započítání dodatečné rezervy, nicméně tato hodnota by se snížila cca na polovinu (462 Kč), pokud bychom vyloučili z pojistných událostí samotný 1. stupeň.

Tento flexibilní kalkulátor je možné použít i pro nacenění situace, kdy pojistná smlouva slouží ke krytí rizika dlouhodobé péče nikoliv pro pojistníka, ale pro jeho blízkou osobu (typicky krytí rizika dlouhodobé péče pro jednoho z rodičů). V následující situaci je naznačeno, jak za jinak identických předpokladů vychází orientační úroveň průměrného pojistného, jestliže si klient ve věku od 40 do 65 let nepojišťuje riziko své dlouhodobé péče, ale riziko dlouhodobé péče pro blízkou osobu (např. rodič ve věku 65–90 let). Význam této kalkulace odráží ten fakt, že řada osob má tendenci považovat za přijatelnější přispívat na krytí nesoběstačnosti svým blízkým než sami sobě. V této situaci vychází orientační pojistné kryjící samotné riziko ve výši 258 Kč měsíčně a pojistné se zahrnutím dodatečné rezervy ve výši 899 Kč měsíčně pro variantu krytí pojistných událostí plynoucích ze 3. a 4. stupně závislosti.

Tabulka 13 a Graf 42: Modelace č. 5

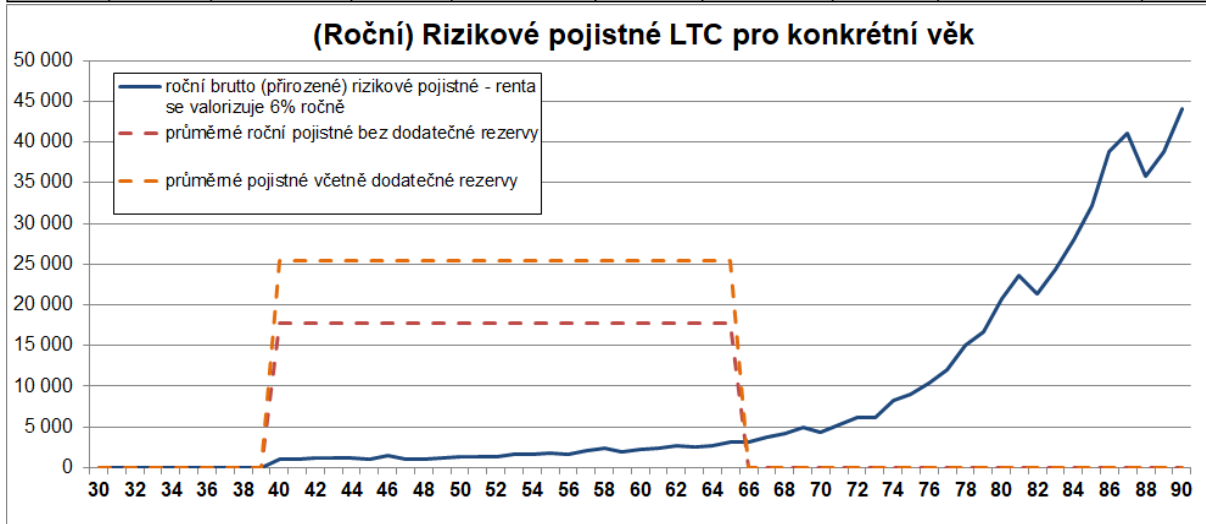
Rizikový produkt po dobu placení pojistného i na delší období		Placení pojistného (věk min.–max.)	Krytí rizika (věk min.–max.)	Pouze 3. a 4. stupeň					
				Brutto částka krytí rizik a nákladů	80 529	Expense ratio	20 %	Předpokládaný věk výplaty dodatečné rezervy	90
Add on z netto na brutto pojistné	Měsíční výše renty	40	65	Počet let placení pojistného	26	Počet let výplaty dodatečné rezervy	4	Diskont rezervy (od předpokládaného věku výplaty do konce placení pojistného)	2 %
25 %	5000	65	90	Měsíční pojistné bez dodatečné rezervy	258	Výše potřebné dodatečné rezervy	199 985	Měsíční pojistné, včetně dodatečné rezervy	899



Zdroj: ČAP

Tabulka 14 a Graf 43: Modelace č. 6:

Rizikový produkt po dobu placení pojistného i na delší období		Placení pojistného (věk min.–max.)	Krytí rizika (věk min.–max.)	Všechny stupně					
				Brutto částka krytí rizik a nákladů	Expense ratio	20 %	Předpokládaný věk výplaty dodatečné rezervy	90	
Add on z netto na brutto pojistné	Měsíční výše renty	40	65	Počet let placení pojistného	461 755	Počet let výplaty dodatečné rezervy	20 %	Diskont rezervy (od předpokládaného věku výplaty do konce placení pojistného)	2 %
25 %	5000	65	90	Měsíční pojistné bez dodatečné rezervy	1480	Výše potřebné dodatečné rezervy	199 985	Měsíční pojistné, včetně dodatečné rezervy	2121



Zdroj: ČAP

V případě zahrnutí všech stupňů závislosti průměrné rizikové pojistné, včetně akumulace rezervy, již dosahuje přes 2100 Kč měsíčně.

Progresivní výplata renty

V případě, že se výše renty progresivně navyšuje v závislosti na dosaženém stupni závislosti, je rozdíl, jestliže se výsledné pojistné počítá jako součet pojistného na anuitu:

- 2000 Kč po dobu trvání 1. stupně,
- 5000 Kč po dobu trvání 2. stupně,
- 8000 Kč po dobu trvání 3. stupně,
- 10 000 Kč po dobu trvání 4. stupně.

Oproti situaci, kdy uvažujeme součet pojistného z pojistného pro anuitu:

- 2000 Kč pro všechny stupně závislosti,
- 3000 Kč pouze pro 2.–4. stupeň,
- 3000 Kč pouze pro 3.–4. stupeň,
- 2000 Kč pouze pro 4. stupeň.

Důvodem tohoto rozdílu, kdy v modelovém případě vychází ve druhém přístupu průměrné pojistné 772 Kč a v prvním případě 1096 Kč, je skutečnost, že stavový model předpokládá vždy jen tři základní stavy: soběstačný jedinec, jedinec s potřebou dlouhodobé péče a zemřelý jedinec, přičemž přechody jsou možné pouze ze stavu soběstačného do zemřelého, ze soběstačného do dlouhodobé péče a z dlouhodobé péče do zemřelého stavu. Pro přehlednost se tak neuvažuje komplexní model, který by stav dlouhodobé péče rozdělil na všechny čtyři stupně závislosti a modeloval by všechny pravděpodobnosti přechodu mezi nimi a ostatními stavy. Vyšší hodnota pojistného z 1. přístupu tak bude částečně ovlivněna skutečností, že pokud trvá 1. stupeň a následně přejde jedinec do dalšího stupně, anuita se mu kumuluje (neuvažuje se přechod do jiného stupně a odchod z předchozího).

Příloha 3: Názory potenciálních klientů na možné pojištění dlouhodobé péče

V květnu 2020 ČAP provedla kvantitativní sociologický výzkum zaměřený na soukromé zdravotní připojištění a na pojištění dlouhodobé péče.²⁰ Paralelně byl proveden také rozsáhlý kvalitativní výzkum, který umožnil nahlédnout hlouběji do vnímání a motivací respondentů. Pro kvalitativní průzkum byla použita kombinace metod moderovaného online fóra s hlavní cílovou skupinou a individuálních rozhovorů s vedlejšími cílovými skupinami.²¹ Kombinace výsledků obou průzkumů nám poskytuje poměrně sofistikovaný vhled do úrovně znalostí a nálady ve společnosti a potenciál přijetí pojistných produktů zaměřených na dlouhodobou péči. Zároveň máme k dispozici některé výsledky průzkumů, jež byly provedeny v letech 2014 a 2015 a jsou převzaty ze studie MPSV a Deloitte (2015). Informace se netýkají přímo pojištění dlouhodobé péče, ale obecněji zajištění a způsobu financování dlouhodobé péče.

Jak ilustruje graf níže, pouhých 13 % dotazovaných by bylo připraveno se kvůli péči o rodinného příslušníka vzdát svého zaměstnání, podnikání či studia. Zároveň ale z kvalitativního průzkumu vyplývá, že lidé obecně vnímají jako žádoucí a správné postarat se o své blízké v případě nesoběstačnosti sami: „S péčí o nesoběstačného příbuzného prostřednictvím státu (ve státním zařízení) je spojená silně internalizovaná představa, že jde vlastně až o jakýsi druhý krok v péči o blízké. Nejprve by se měla postarat rodina. Jedním dechem lidé ale dodávají, že v mnoha případech je to vlastně nemožné (ať už z hlediska finančního, podmínek bydlení, ale i psychického). Pak nastupuje pomoc státu.“²² Pojištění dlouhodobé péče by proto mohlo lidem ulevit v oblasti financí a zároveň, pokud umožní zajistit kvalitní péči o jejich blízké, zmírnit pocity selhání.

Graf 44: Vzdání se zaměstnání/podnikání/studia

Dovedete si představit, že byste se kvůli péči o rodinného příslušníka vzdal/a svého zaměstnání/podnikání/studia?



Zdroj: MPSV a Deloitte (2015)

²⁰ Online výzkum, který probíhal ve dnech 7. – 12. května 2020

N = 1 023 respondentů

Délka dotazníku: 30–40 minut

Populace: celá ČR 18–79 let, kvótní výběr podle pohlaví, věku, vzdělání, ekonomické aktivity, kraje a velikosti obce
Cílová skupina: lidé, kteří mají v domácnosti alespoň jeden pojišťovací produkt

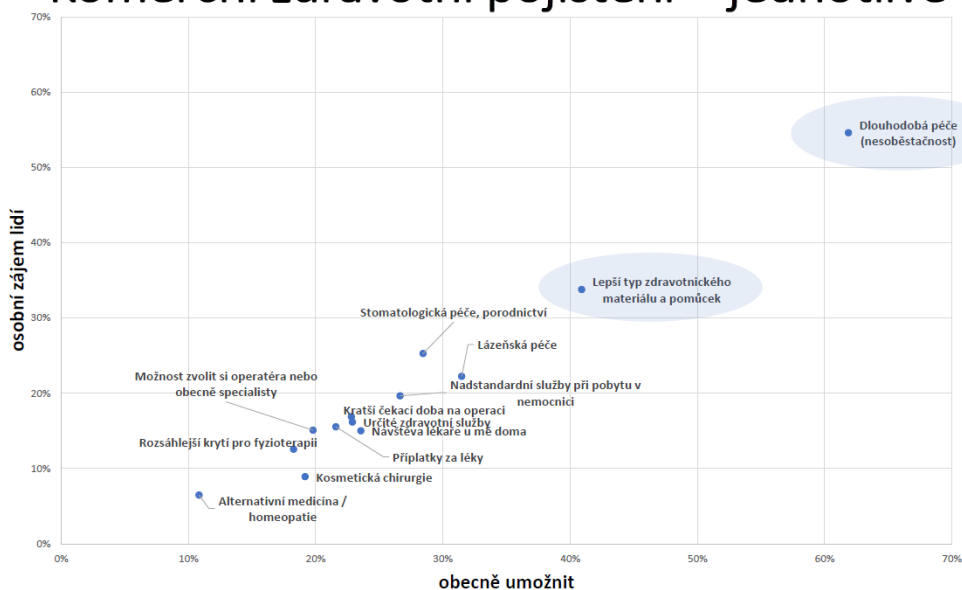
²¹ Kvalitativní průzkum k pojištění LTC, květen 2020, Wavemaker pro ČAP

²² Závěrečná zpráva kvalitativního výzkumu, viz výše

ČAP se v rámci průzkumu realizovaného v roce 2020 dotazovala, o jaký typ komerčního zdravotního připojištění by měli respondenti zájem. Z odpovědí vyšlo pojištění dlouhodobé péče jako jednoznačný favorit, kdy 62 % všech dotazovaných by si přálo takový produkt obecně umožnit a 55 % by si ho přálo využívat. Z vějíře možných služeb, které by mohly být předmětem pojištění, dlouhodobá péče v nesoběstačnosti vyčnívá jako jednoznačně preferovaná oblast. Je to patrně proto, že lidé vnímají nesoběstačnost jako skutečný strašák, zejména pokud nastane kombinace fyzické závislosti a finančních nesnází, které neumožní zajistit sobě nebo svým blízkým adekvátní péči.

Graf 45: Preferované komerční zdravotní připojištění

Komerční zdravotní pojištění – jednotlivé typy



Zdroj: SC&C pro ČAP (2020)

Z kvantitativního průzkumu 2020 nevyplývají důvody, proč by si tazatelé nebyli ochotni přispívat na financování dlouhodobé péče, můžeme si však vypomoci průzkumem Deloitte 2015. Až 59 % tazatelů²³, kteří nejsou ochotni přispívat na dlouhodobou péči, se domnívá, že tento typ péče má být financován, potažmo zajištěn státem. Zhruba pětina z nich pak na příspěvek nemá peníze. Necelá desetina osob nevěří státu a desetina považuje systém financování sociální péče za netransparentní.

²³ 26 % + 19 % + 14 %

Graf 46: Důvody neochoty přispívat si na vlastní dlouhodobou péči

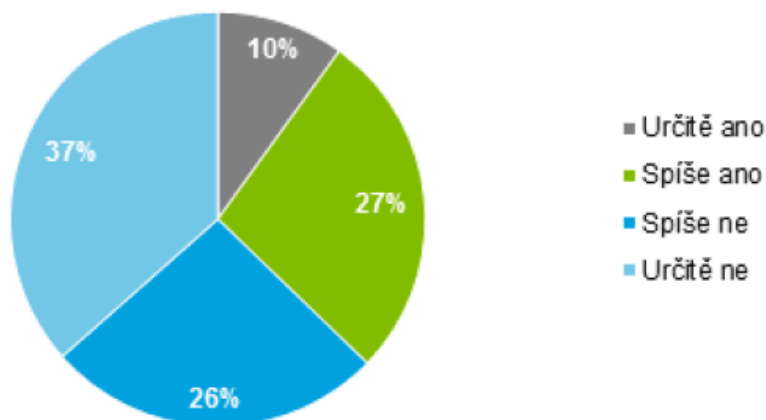


Zdroj: MPSV a Deloitte (2015)

Zde je však nutné zdůraznit, že dotaz zněl, zda by byli lidé ochotní platit speciální daň, nikoliv soukromé pojištění. Tento výsledek je tedy potřeba vnímat zejména tak, že respondenti nechtějí už platit další peníze za dlouhodobou péči státu.

Graf 47: Ochota platit speciální sociální daň 500 Kč měsíčně

Byl/a byste ochoten/a platit speciální sociální daň 500 Kč ze své hrubé mzdy, kdybyste věděl/a, že Vám bude v případě potřeby, když nebudete schopen/schopna se o sebe sám/a postarat poskytnuta odpovídající sociální péče?



Zdroj: MPSV a Deloitte (2015)

Z průzkumu ČAP 2020 dále vyplývá, že částky, které by byli tito lidé ochotni přispívat, se pohybují okolo 500 Kč měsíčně v případě základního pojištění a 600 Kč měsíčně za rozšířené pojištění zahrnující asistenční služby a zajištění umístění v zařízení, případně

terénních služeb (viz graf 48). Průměrné částky jsou sice o něco vyšší, nicméně medián i modus v obou případech vychází na 500 Kč. Vyšší částky tedy bylo ochotno platit menší množství respondentů. Za komplexnější pojištění je ochotna platit více také jen menší skupina tazatelů. Tento výsledek nebere v úvahu potenciální příspěvek zaměstnavatele, který by vytvořil větší prostor při tvorbě produktu.

Graf 48: Výše částky, kterou by lidé chtěli platit za pojištění LTC

Deklarovaná měsíční částka za DP

Odhad ceny se u klientů nejčastěji pohybuje kolem 500 Kč měsíčně, základní varianta je vnímána jako levnější o zhruba 100 Kč měsíčně.



Zdroj: SC&C pro ČAP (2020)

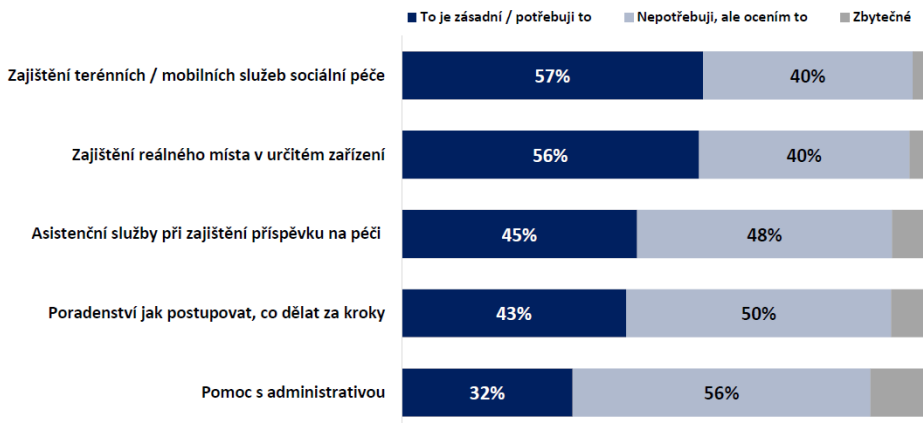
Mírně jiný obrázek dávají výstupy z kvalitativního průzkumu; tam se při podrobnějších rozhovorech dokonce často objevovala částka 1000 Kč, protože lidé pochybovali, že by za 500 Kč měsíčně mohli dostat nějakou slušnou doživotní rentu (5 – 10 000 Kč měsíčně). Je tedy jasné, že když se lidé blíže zamyslí, co všechno by mělo být obsahem takového pojištění, jsou spíše ochotní platit vyšší měsíční částku. Zároveň vyplynulo, že očekávají určitou naspořenou částku na konci období placení pojištění, pokud nenastane pojistná událost. V této diskusi se ukázalo mírné riziko toho, aby lidé nezaměňovali pojištění pro případ nesoběstačnosti se spořením na stáří, ale také to, aby správně vnímali podmínky výplaty pojistného plnění. V průzkumu se totiž objevovaly obavy, aby se pojišťovny nevyhýbaly výplatě pomocí různých „kliček“. Pojišťovny musí komunikovat jasně a férově. Respondenti také zmiňovali, že by tento typ služeb mohl být pokryt z pojištění trvalých následků v rámci životního pojištění. Z těchto asociací vyplývá, že bude skutečně důležité produkt jasně profilovat a odlišit od „klasického“ životního pojištění.

Kromě ceny se průzkumy snažily zjistit, co konkrétněji od pojištění LTC tazatelé očekávají. Samozřejmostí je výplata finančního plnění, ať už jednorázově, nebo formou pravidelné renty. Z obou průzkumů shodně vyplynulo, že lidé preferují výplatu doživotní renty, spíše než časově omezené výplaty. Vnímají, že nesoběstačnost, zejména ve stáří, je často již konečným stavem a chtějí krytí na dožití. Oba průzkumy shodně poukazují na to, že zajištění péče, ať už formou terénních služeb, nebo místa ve specializovaném zařízení, je vnímáno jako důležitá součást plnění (za zbytečné tyto služby považují pouze 3–4 % respondentů). Menší důraz je kladen na asistenční služby či právní a administrativní poradenství, patrně však zejména proto, že toto by měl lidem poskytnout lékař či správa sociálního zabezpečení. V oblasti zajištění kapacit je velký zájem o terénní služby.

Graf 49: Jaké plnění v rámci pojištění LTC lidé očekávají

Pojištění dlouhodobé péče

Lidé vnímají jako zásadní zajištění terénních služeb případně reálného místa v zařízení – záležitosti, které jsou už v současné době v mnohých regionech problematické. Jako nejméně potřebné se jeví administrativní pomoc.



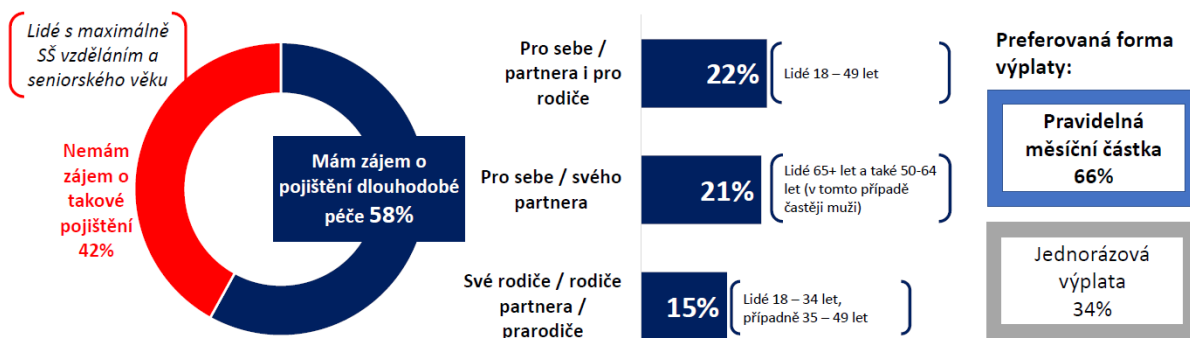
K4. Do jaké míry je pro Vás důležité, aby pojištění dlouhodobé péče obsahovalo: / N = 1023

Zdroj: SC&C pro ČAP (2020)

Graf 50: Koho pojistit a jaká forma výplaty je žádoucí

Pojištění dlouhodobé péče

Zhruba dvě pětiny klientů pojišťoven nejvíce zájem o pojištění dlouhodobé péče. Nicméně pokud by bylo sjednáno, tak je příznivěji vnímána možnost pravidelné měsíční částky (napříč všemi skupinami klientů).



K5. Měl/a byste zájem o pojištění dlouhodobé péče pro:

K6. Jakou formu výplaty pojištění dlouhodobé péče při vzniku nesoběstačnosti upřednostňujete? / N = 1023

Zdroj: SC&C pro ČAP (2020)

Závěr

Zdá se, že oproti letům 2014–2015, ze kterých pochází studie MPSV a Deloitte (2015), se vnímání rizika dlouhodobé péče veřejností mírně posunulo. Nyní (v roce 2020) je urgentnost

dlouhodobé péče v očích veřejnosti podstatně vyšší, dokonce výrazně nejvyšší ze všech obdobných rizik. Zajímavý a důležitý je fakt, že stejně vysoko skóruje nejen obecný pocit „umožnit“ vznik takového pojištění, ale i „osobní zájem“ respondentů takový produkt využívat.

Tuto hypotézu potvrzují i kvalitativní průzkumy, z nichž vyplývá, že dlouhodobá péče o nesoběstačné blízké je téma, s nímž se setkává drtivá většina osob ve své vlastní rodině. Vnímají, že stávající úroveň zajištění péče není optimální a uvažují proto o nových způsobech zajištění lepších služeb pro svou rodinu tak, aby se o nesoběstačné co nejlépe postarali, ale zároveň byli schopni fungovat v rámci své dosavadní rutiny. Jakkoliv mezi respondenty panuje přesvědčení, že je to úloha státu, zároveň cítí morální imperativ se o své blízké postarat co nejlépe, ideálně vlastními silami. Toto dilema je zesílené faktem, že služby státu jsou vnímané jako nedostačující, ale péče. Vhodné pojištění, které by pomohlo překlenout propast mezi potřebou se postarat a zároveň dostupnou finanční i časovou kapacitou zajištěním dodatečného příjmu a zároveň služby samotné, by mohlo být veřejností přijímáno veskrze pozitivně.

Seznam literatury

- Busse, R., a Blümel, M. (2014): Germany – Health System Review; Health Systems in Transitions; Vol. 16, No. 2; Technische Universität, Berlin;
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/130246/HiT%20Germany.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- ČSÚ (2018): Projekce obyvatelstva ČR 2018–2100; ČSÚ, Praha,
<https://www.czso.cz/csu/czso/projekce-obyvatelstva-ceske-republiky-2018-2100>.
- EC (2018): The 2018 Ageing Report – Economic and Budgetary Projections for the 28 EU Member States (2016–2070); Institutional Paper 079, European Commission; Brussels,
https://ec.europa.eu/info/publications/economic-and-financial-affairs-publications_en.
- Hroboň, P. (2019): Dlouhodobá péče v ČR – úvod a základní fakta; prezentace pro LTCI komisi ČAP, Praha, 15. října 2019.
- Chernichovsky, D., Kaplan, A., Regev, E., Stessman, J. (2017): Long-term Care in Israel – Funding and Organisation Issues; Taub Center for Social Policy Studies, Jerusalem;
http://taubcenter.org.il/wp-content/files_mf/longtermcare.pdf.
- Institut sociální práce (2020): Tisková zpráva – většina Čechů chce žít doma, i když se stane závislá na péči druhých; Praha, 5. února 2020; <https://zitdoma.cz/wp-content/uploads/sites/2/2020/02/TZunor8z10-1.pdf>.
- Jedlička, P. (2017): Odkrýváme potenciál pojištění dlouhodobé péče; Pojistný obzor 1/2017, s. 45–47; <https://www.pojistnyobzor.cz/archiv/76-2017-1>.
- KZP (2017): Pilotní projekt analýzy zdravotních a sociálních nákladů na vybraná onemocnění (G35 – roztroušená skleróza; M45 – Bechtěrevova nemoc); Kancelář zdravotního pojištění, Praha, https://www.kancelarzp.cz/images/cmu_documents/analyzy/starnuti_pilot.pdf.
- Malý, I. (2018): ESPN Thematic Report on Challenges in long-term care; Brussels, European Commission, Social Affairs Directorate.
- MPSV a Deloitte (2015): Studie proveditelnosti: Výběr a zdůvodnění optimální varianty financování sociálních služeb v ČR; květen 2015; http://podporaprocesu.cz/wp-content/uploads/2015/10/Studie-proveditelnosti_Vyber-a-zdovodneni-optimalni-varianty-financovani-sociálních-sluzeb-v-ČR.pdf.
- MPSV (2019): Novela zákona o sociálních službách (108/2006 Sb.) předložená do vnějšího připomínkového řízení; prosinec 2019; <https://apps.odok.cz/veklep-detail?pid=KORNBJZK6G9V>.
- NKÚ (2019): Kontrolní závěr z kontrolní akce 18/09 „Peněžní prostředky určené na podporu sociálních služeb“; <https://www.nku.cz/assets/kon-zavery/K18009.pdf>.
- OECD (2020): Long term care and health care insurance in OECD and other countries; Directorate for Financial and Enterprise Affairs – Insurance and Private Pensions Committee; Paris, mimeo.

Opojisteni.cz (2019): Kolem pojištění dlouhodobé péče v Německu je živo; 13. listopadu 2019; <https://www.opojisteni.cz/zahranici/kolem-pojisteni-dlouhodobpece-je-v-nemecko-zivo/c:17556/>.

Pafko, P. (2019): Prezentace na 4. konferenci pojistného trhu; Praha, 27. listopadu 2019, mimeo.

Průša, L. (2019): Úhrada klientů za poskytování ubytování a stravování v pobytových zařízeních sociálních služeb; VÚPSV.

Seznam grafů, schémat a tabulek

Graf 1: Vývoj počtu sociálních služeb v ČR v letech 2007–2019	8
Graf 2: Struktura financování sociálních služeb v ČR v roce 2019.....	10
Graf 3: Vývoj celkových dotací z rozpočtu MPSV	11
Graf 4: počet příjemců PNP a celkové výdaje na PNP	12
Graf 5: Očekávaný počet obyvatel ve věkových skupinách (střední varianta).....	19
Graf 6: Poměrové ukazatele očekávaného věkového složení obyvatelstva (střední varianta).....	19
Graf 7: Závislost pravděpodobnosti pobírání příspěvku na péči na věku klienta	20
Graf 8: Projekce počtu pobírání příspěvku na péči do roku 2100.....	21
Graf 9: Celkové náklady na dávky v nemoci – R35 (roztřesená skleróza	23
Graf 10: Celkové náklady na dávky v nemoci – M45 (Bechtěrevova nemoc)	24
Graf 11: Výdaje na dlouhodobou péči (% HDP) ve vztahu k podílu osob starších 80 let na populaci...	25
Graf 12: Institucionální péče – veřejné výdaje na dlouhodobou péči na jednoho příjemce v % HDP na osobu.....	27
Graf 13 Domácí péče – veřejné výdaje na dlouhodobou péči na jednoho příjemce v % HDP na osobu	28
Graf 14 Peněžní dávky – veřejné výdaje na dlouhodobou péči na jednoho příjemce v % HDP na osobu	28
Graf 15: Podíl příjemců dlouhodobé péče v populaci starší 65 let	29
Graf 16: Výdaje na dlouhodobou péči dle zdroje financování	30
Graf 17: Rozdělení úmrtí v populaci dle stupňů závislosti	37
Graf 18: Rozdíly v riziku vzniku dlouhodobé péče pro různé stupně příspěvku na péči dle věku klienta	38
Graf 19 a Graf 20: Absolutní a relativní projekce částek celkového nákladu na dlouhodobou péči při předpokladu divergence jejich reálného růstu	40
Graf 21: Rizikové pojistné pro konkrétní věky ve variantě pevné a progresivní výše anuity	45
Graf 22 a Graf 23: Přehled průměrné výše rizikového pojistného pro různé osoby – valorizace 3 % a progresivní výše renty	46
Graf 24: Demografická projekce ekonomické aktivity a dlouhodobé péče absolutně	48
Graf 25: Demografická projekce ekonomické aktivity a dlouhodobé péče relativně	48
Graf 26: Přehled měsíčního rizikového pojistného	49
Graf 27: Přehled měsíčního rizikového pojistného – progresivní renta.....	50
Graf 28: Projekce rizikového pojistného na progresivní rentu.....	51
Graf 29: Pravděpodobnost přechodu soběstačného člověka do stavu dlouhodobé péče	60
Graf 30 a Graf 31: Střední doby dožití pro dělení populace vzhledem k dlouhodobé péči	62
Graf 32: Frekvence pobírání příspěvku na péči (celá populace)	63
Graf 33 a Graf 34: Frekvence pobírání příspěvku na péči (populace mužů a žen).....	64
Graf 35: Podíl zemřelých ze stavu dlouhodobé péče (celá populace)	65
Graf 36 a Graf 37: Podíl zemřelých ze stavu dlouhodobé péče (populace mužů, resp. žen).....	65
Tabulka 9 a Graf 38: Modelace č.1	66
Tabulka 10 a Graf 39: Modelace č. 2	67
Tabulka 11 a Graf 40: Modelace č. 3	68
Tabulka 12 a Graf 41: Modelace č. 4	69
Tabulka 13 a Graf 42: Modelace č. 5	70

Tabulka 14 a Graf 43: Modelace č. 6:	71
Graf 44: Vzdání se zaměstnání/podnikání/studia	73
Graf 45: Preferované komerční zdravotní připojištění.....	74
Graf 46: Důvody neochoty přispívat si na vlastní dlouhodobou péči	75
Graf 47: Ochota platit speciální sociální daň 500 Kč měsíčně	75
Graf 48: Výše částky, kterou by lidé chtěli platit za pojištění LTC	76
Graf 49: Jaké plnění v rámci pojištění LTC lidé očekávají	77
Graf 50: Koho pojistit a jaká forma výplaty je žádoucí.....	77
Schéma 1: Fungování systému sociálních služeb v ČR	9
Tabulka 1: SWOT analýza současného systému financování a poskytování sociálních služeb v ČR	13
Tabulka 2: Kapacity, obloženost a počty odmítnutých žadatelů u sociálních služeb s lůžkovou kapacitou (pobytovou, příp. ambulantní)	15
Tabulka 3: Projekce příjemců příspěvku na péči, registrovaných služeb a veřejných výdajů	22
Tabulka 4: Projekce veřejných výdajů (% HDP) na dlouhodobou péči.....	26
Tabulka 5: Zdroje financování veřejných výdajů na dlouhodobou péči.....	30
Tabulka 6: Příjemci a poskytovatelé dlouhodobé péče v Německu v roce 2011	32
Tabulka 7: Příjmy a výdaje povinného pojištění dlouhodobé péče v letech 1997–2012.....	33
Tabulka 8: Skupinové rizikové pojistné	50
Tabulka 9 a Graf 38: Modelace č.1	66
Tabulka 10 a Graf 39: Modelace č. 2	67
Tabulka 11 a Graf 40: Modelace č. 3	68
Tabulka 12 a Graf 41: Modelace č. 4	69
Tabulka 13 a Graf 42: Modelace č. 5	70
Tabulka 14 a Graf 43: Modelace č. 6:	71

Seznam zkratk

AWG	Ageing Working Group při EU
ČAP	Česká asociace pojišťoven
ČR	Česká republika
ČSSZ	Česká správa sociálního zabezpečení
ČSÚ	Český statistický úřad
DPFO	daň z příjmu fyzických osob
DPPO	daň z příjmu právnických osob
EC	European Commission
EU	Evropská unie
KZP	Kancelář zdravotního pojištění
LTC	Long Term Care (dlouhodobá péče)
LTCI	Long Term Care Insurance (pojištění dlouhodobé péče)
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR
MZDR	Ministerstvo zdravotnictví ČR
NKÚ	Nejvyšší kontrolní úřad
OECD	Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj
SPD	Německá sociálnědemokratická strana
SSS	Systém sociálních služeb
SWOT	Silné stránky (<i>strengths</i>), slabiny (<i>weaknesses</i>), příležitosti (<i>opportunities</i>), hrozby (<i>threats</i>)
ÚP	Úřad práce