

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
FAKULTA SOCIÁLNÍCH VĚD
INSTITUT EKONOMICKÝCH STUDIÍ

Bakalářská práce

červen 2006

Zdeňka Myslíková

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
FAKULTA SOCIÁLNÍCH VĚD
INSTITUT EKONOMICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Dlouhodobá zdravotně sociální péče

červen 2006

vypracovala: Zdeňka Myslíková
konzultant: PhDr. Lucie Antošová

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jsem jen uvedených pramenů a literatury.

V Praze dne 31.5.2006

Děkuji své konzultantce PhDr. Lucii Antošové za její cenné rady a připomínky v průběhu zpracování této práce.

TEZE BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

TERMÍN BAKALÁŘSKÉ ZKOUŠKY:	letní semestr 2005/2006
AUTOR PRÁCE:	Zdeňka Myslíková
KONZULTANT:	PhDr. Lucie Antošová
PŘEDPOKLÁDANÝ NÁZEV:	Dlouhodobá zdravotně sociální péče

STRUČNÁ CHARAKTERISTIKA TÉMATU (Cíl práce):

Zvyšují se výdaje na léčbu dlouhodobě nemocných pacientů, jejichž problém je spíše sociálního než zdravotního charakteru. Zároveň bude podíl starších občanů, kteří jsou k čerpání dlouhodobé péče více náchylní, vůči zbytku české populace narůstat. Prostředky na řešení této situace jsou ale čerpány převážně ze zdravotního pojištění. Neexistuje totiž jasná hranice, kde v dlouhodobé péči lze mluvit ještě o sociální (ošetřovatelské) péči a kde už o zdravotní. Jak velké jsou výdaje na dlouhodobou péči? Jak velké ztráty z toho plynou pro zdravotní sektor? Jak je situace řešena nyní a jaké možné vyhlídky má toto řešení do budoucna? Způsob řešení této situace v zahraničí a diskuse o možném řešení pro ČR.

PŘEDPOKLÁDANÁ OSNOVA PRÁCE:

1. Úvod do tématu (seznámení se strukturou práce), problémy systému dlouhodobé péče
2. Kdo platí náklady na ošetřování nemocných, výpočet nákladů
3. Řešení v zahraničí
4. Možná řešení pro ČR
5. Shrnutí práce, závěr, možná řešení

ZÁKLADNÍ LITERATURA:

Wilbers, Joachim, Dr, *Long-term care insurance in Germany*; International longevity center

Kazuhiro, Ihara, *Japan's policies on long term care for aged*; International longevity center

Friedland, Robert B., *Caregivers and long-term-care needs in the 21st century: Will public policy meet the challenge?*; Issue brief, Georgetown University financing longterm care project, 2004

Norton, Edward C., Long-term care, Culler, A.J., J.P. Newhouse; *Handbook of Health Economics*, Elsevier Science B.V., 2000

Miskoniová, B., I. Merhautová, L. Průša; *Podmínky poskytování ošetrovatelské péče v rezidenčních zařízeních včetně návrhu propojení systémů zdravotní a sociální péče*, VÚPS Praha, 2003

Pavlík, Z., M. Kučera; *Populační vývoj české republiky 1994, 1995, 1996, 1997, 1998, 1999, 2000*, Katedra demografie a demogeografie, Přírodovědecká fakulta, Univerzita Karlova v Praze, Praha 1995, 1996, 1997, 1998, 1999, 2000

OECD Statistical Compendium; database

OECD Health Data 2004

Databáze ÚZIS ČR

V Praze dne 23.10. 2005

.....
Zdeňka Myslíková
autor práce

.....
PhDr. Lucie Antošová
konzultant

ABSTRAKT

Tato práce se zabývá otázkou dlouhodobé péče a jejího vymezení v rámci systému zdravotní a sociální péče spolu s analýzou faktorů, které budou poptávku a výdaje na tyto služby do budoucna zvyšovat. Na základě vymezení doporučených opatření, která by měla pomoci udržet růst nákladů na dlouhodobou péči v mezích, zjišťuje, že principy organizace dlouhodobé péče v České republice tato kritéria nesplňují a navíc již v současné době kvůli nepřehledně vymezeným kompetencím a pravidlům jsou generovány zvýšené náklady. Práce zjišťuje, že tyto náklady vznikají zejména protože racionální klienti mají prostor pro přenášení finančního břemene na veřejný sektor.

Vzhledem k podmínkám nesystematického a neúplného vymezení dlouhodobé péče jako samostatného oboru se práce dále zabývá výpočtem skutečných celkových nákladů na formální dlouhodobou péči v České republice a též výpočtem tzv. ‚nákladů neefektivity‘. Zabývá se též otázkou, nakolik mohou náklady na dlouhodobou péči růst s tím, jak budou stále více působit vlivy, jež mají na růst poptávky vliv. V poslední části práce je navržen možný způsob řešení financování dlouhodobé péče v České republice tak, aby byl transparentnější a spravedlivější.

ABSTRACT

This paper deals with a question about the long-term care and its definition within the health and social care systems as well as it analyzes factors which cause a rise of the demand and spendings on the long-term care. Based on the recommendations which should help to maintain the increase of the public spendings on the long-term care in the limits, it is found out that the principles of the Czech organizing of the long-term care do not meet these recommendations. Moreover, because of an unclear setting of the rules of providing the long-term care, higher costs for the public budget are already generated in the Czech Republic. It is found out, that the higher costs are generated mainly because the rational clients of the long-term care have space for shifting their costs to the public sector.

Regarding the unsystematic definition of the long-term care as a clearly defined individual system, the thesis deals with the empirical findings of the total undistorted costs of the formal long-term care in the Czech republic as well as tries to compute ‚the costs of inefficiency‘. Finally the thesis tries to compute how much could grow the future costs while the part of the population which demands this care most frequently is going to grow. In the last part of the paper there is a suggestion of a possible solution for the system of financing the long-term care in the Czech Republic to make it more transparent and fair.

OBSAH

1. ÚVOD.....	9
2. VYMEZENÍ DLOUHODOBÉ PÉČE	11
2.1. Specifika a základní charakteristiky dlouhodobé péče	13
2.1.1. Dlouhodobá péče ve srovnání s čistě léčebnou péčí.....	14
2.2. Typologie dlouhodobé péče	16
3. POPTÁVKA PO DLOUHODOBÉ PÉČI.....	19
3.1. Faktory ovlivňující počet potenciálních klientů dlouhodobé péče	19
3.1.1. Demografické změny a vzrůstající kvalita zdravotní péče	20
3.1.2. Sociální trendy vyspělé společnosti	23
3.1.3. Ostatní faktory	24
3.2. Vývoj v České republice v kontextu společenských trendů	25
3.2.1. Demografická struktura obyvatelstva České republiky	25
3.2.2. Sociální trendy v české společnosti	27
4. VÝVOJ NÁKLADŮ NA DLOUHODOBOU PÉČI VE VYSPĚLÝCH ZEMÍCH.....	29
4.1. Hlavní faktory ovlivňující výdaje na dlouhodobou péči – empirická studie	30
4.2. Hlavní prvky zahraničních systémů dlouhodobé péče.....	37
4.2.1. Rozložení rizika a způsob financování	40
4.2.2. Podíl formální a neformální péče.....	42
5. ORGANIZACE POSKYTOVÁNÍ DLOUHODOBÉ (FORMÁLNÍ) PÉČE V ČESKÉ	
REPUBLICCE	46
5.1. Poskytování dlouhodobé formální (zvláště ústavní) péče	46
5.1.1. Systém úhrad nákladů v zařízeních ústavní dlouhodobé péče.....	48
5.1.2. Snahy o řešení omezující neefektivní nastavení	50
5.2. Neefektivita systému.....	53
6. NÁKLADY NA DLOUHODOBOU PÉČI V ČESKÉ REPUBLICCE	59
6.1. Popis dostupných dat	59
6.2. Výše výdajů za dlouhodobou péči podle Systému zdravotnických účtů.....	60
6.2.1. Náklady na ústavní péči podle Systému zdravotnických účtů.....	63
6.2.2. Náklady na domácí péči podle Systému zdravotnických účtů.....	64
6.3. Náklady neefektivity	64
6.4. Podhodnocenost nákladů	67
6.5. Náklady na dlouhodobou péči ve světle demografických prognóz	72
6.6. Možný způsob financování dlouhodobé péče v České republice	73
7. ZÁVĚR.....	79

1. ÚVOD

Velká část vyspělých zemí se nachází svým způsobem v převratné etapě. Obyvatelstvo jejich zemí stárne a začínají se projevovat také ne vždy zcela pozitivní prvky spojené s vývojem a pokrokem moderní společnosti. I přesto, že tento vývoj znamenající například prodlužování délky života nelze sám o sobě označit za „špatný“, některé z jeho prvků jsou z hlediska vývoje veřejných financí považovány za nepříznivé. Nepříznivé převážně z toho důvodu, že systémy sociálního zabezpečení na příchod takových trendů nejsou připraveny. Většina systémů, kterých se toto týká, byla totiž konstruována pro jiné podmínky. K fiskálním tlakům tak dochází hlavně na poli penzijních systémů, systémů zdravotní péče, systému sociální péče, tedy celkově systémů veřejného zabezpečení.

V solidárních společnostech, za které lze v současné době považovat velkou část evropských zemí, tvoří výdaje na tyto systémy jednu z největších položek veřejných financí. Z prognóz týkajících se budoucnosti navíc vyplývá, že nároky na dané položky budou mít tendenci se neustále zvyšovat a není přesně dořešeno, jak tento růst zmírnit či regulovat. Pokud se mluví o problémech sociálně-solidárních systémů, většinou se poukazuje na systémy jako celky, přitom ne vždy je nutné měnit od základu celý systém, ale spíše je potřeba zaměřit se na jeho jednotlivé složky, které tvoří v rámci celku menší subsystémy – jejich dopad může několikanásobně přesahovat jejich zdánlivě malou vážnost. Jedním z takových subsystémů je organizace poskytování dlouhodobé péče a jejího financování.

A právě dlouhodobou péčí, tedy péčí, v rámci níž se mísí zdravotní a sociální služby, jejichž přesný podíl je z podstaty této péče obtížně vymezitelný, se zabývá tato práce, neboť se předpokládá, že společenské změny budou tento systém tvarovat markantněji a ovlivní ho významněji než systém zdravotní péče (Norton, 2000). I přesto, že v současné době v rámci zemí OECD plyne na financování dlouhodobé péče v porovnání s jinými „obry“ v průměru „pouhé“ 1-2 % HDP (Gibson, Gregory, Pandya, 2003), náklady na ni již nyní ve většině zemích rostou rychle a do budoucna lze očekávat, že tento růst bude ještě umocňován. Tento růst je v rámci zemí OECD považován za jeden z hlavních zdrojů budoucích fiskálních tlaků (Lundsgaard, 2005). Nevhodné vymezení a nastavení parametrů financování subsystému dlouhodobé péče by tak mohlo mít v solidárních systémech fatální důsledky.

Cílem této práce je přispět k lepšímu pochopení a orientaci v problematice dlouhodobé péče, stejně tak jako se práce snaží poskytnout analýzu faktorů, jež mají vliv

na objem a strukturu poptávky po této péči a dále se zabývá otázkou, nakolik mohou ve spojitosti se zvyšující a měnící se poptávkou náklady na dlouhodobou péči růst a jaké vhodné nastavení některých proměnných může tento růst nákladů mírnit či držet v určitých mezích. Práce se takto vymezené problematice dlouhodobé péče věnuje v šesti kapitolách:

Ve druhé kapitole začneme definováním oblasti dlouhodobé péče jako samostatné disciplíny s jejími charakteristickými prvky, které do jisté míry naznačují, s jakými problémy se obor dlouhodobé péče díky podstatě spojení zdravotních a sociálních služeb potýká.

Předmětem třetí kapitoly bude analýza struktury poptávky po dlouhodobé péči a faktorů, které mají na její velikost vliv. Velikost a struktura poptávky po dlouhodobé péči totiž do značné míry ovlivňují též výši a budoucí růst nákladů na dlouhodobou péči pro veřejné finance.

Čtvrtá kapitola se na téma nákladnosti dlouhodobé péče zaměřuje detailněji a s pomocí prognózy OECD konkrétněji analyzuje faktory, jež výši nákladů na dlouhodobou péči ovlivňují. V první části kapitoly je pozornost dále soustředěna na prognózu vývoje nákladů na dlouhodobou péči do budoucna. Ve druhé části čtvrté kapitoly se zamysleme nad kritérii, která by mělo splňovat efektivní nastavení systému dlouhodobé péče, a přejdeme k vymezení některých opatření implementovaných do organizace poskytování dlouhodobé péče tak, aby nárůst nákladů indikovaný působením faktorů popisovaných ve třetí a první části čtvrté kapitoly mohl být do budoucna tlumen.

Pátá kapitola se zaměřuje na postavení dlouhodobé péče v České republice, kde poskytování těchto služeb není vymezeno jako samostatný systém. S poskytováním a čerpáním dlouhodobé péče je tak spojena jistá neefektivita plynoucí pro veřejné finance. Organizaci poskytování dlouhodobé péče v České republice zhodnoťme též z pohledu ve čtvrté kapitole vymezených kritérií efektivity poskytování dlouhodobé péče. Tato kapitola je teoretickým podkladem pro empirické vyčíslení celkových nákladů na dlouhodobou péči v České republice.

V šesté kapitole jsou počítány celkové skutečné výdaje na dlouhodobou péči a kapitola též empiricky dokumentuje neefektivitu nastavení poskytování dlouhodobé péče v České republice. Vypočteny jsou zde tzv. náklady neefektivity spojené s nevhodným nastavením poskytování dlouhodobé péče. V poslední části jsou pak načrtnuta možná řešení pro systém financování tak, aby byl transparentnější a spravedlivější.

2. VYMEZENÍ DLOUHODOBÉ PÉČE

Mezinárodně přijímaná definice dlouhodobé péče chybí. V této práci pojem ‚dlouhodobá péče‘ vymezuje speciální druh péče, který v sobě kombinuje ošetrovatelskou zdravotní a sociální péči, přičemž není striktně určeno, nakolik převažuje ošetrovatelská péče zdravotní a nakolik péče sociální. Oba typy služeb se v případě ošetřování klienta dlouhodobé péče tak úzce prolínají, že přesné vymezení a rozlišení není často ani prakticky možné. Jednou z charakteristik dlouhodobé péče totiž je, že bývá poskytována většinou jedincům v důchodovém věku, kteří se o sebe nedokáží postarat částečně ze zdravotních důvodů a částečně z důvodů spojených se ztrátou schopností ve stáří, péče o ně tedy zpravidla vyžaduje úzké propojení sociálních i zdravotních služeb.

I přesto, že dlouhodobou péčí čerpá především populace seniorského věku, není tato péče určena striktně pouze starým lidem. Její čerpání je určeno všem, kteří se ocitli v situaci, kdy jejich stav vyžaduje jak péči zdravotní, tak péči sociálně-ošetrovatelskou a zahrnuje tedy například i péči o chronicky nemocné pacienty či pacienty dlouhodobé rekonvalescence, kteří nejsou schopni se ani po ukončení akutní léčby o sebe postarat a samostatně si zajistit základní denní potřeby. Stejně tak může zahrnovat částečně i péči o lidi mentálně postižené či občany s jiným handicapem.

Vzhledem k tomu, že ujednocená definice dlouhodobé péče chybí¹, vhodný, komplexně definovaný ekvivalent dlouhodobé péče je uveden například v Ikegami, Hirdes, Carpenter (2002), kde je definována jako „spektrum zdravotních a sociálních služeb poskytovaných jedincům, kteří z důvodů psychických nebo fyzických obtíží potřebují trvalou asistenci. Služby mohou být poskytovány v institucích, doma nebo v rámci komunity a zahrnují neformální služby poskytované rodinnými příslušníky nebo přáteli stejně tak jako formální péči poskytovanou odborníky či agenturami zajišťující tuto péči“ (Ikegami, Hirdes, Carpenter, 2002, str. 278). Podobným způsobem je tento druh péče nadefinován i Lundsgaardem (2005), který vymezuje dlouhodobou péči nepřímo tak, že uvádí problémy klientů, kteří tuto péči čerpají: „jedinci potřebují dlouhodobou péči, pokud jsou nesoběstační kvůli určité závislosti dané chronickými stavy, trauma či nemocí, jež omezují schopnost obstarat si základní vlastní péči či osobní záležitosti, jež musejí být vykonávány každý den“ (Lundsgaard, 2005, str. 9). Z obou těchto definic je možné vytušit obtíže, které budou z takto ne zcela jasně definované oblasti zdravotně-sociální péče

¹ V rámci jednotlivých zemí se může mírně lišit většinou v tom, jaké konkrétní služby jsou pod dlouhodobou péčí zahrnovány.

vyplývat pro solidární systém financování. Protože se dlouhodobá péče dotýká zdravotní a sociální oblasti a protože často není vymezena jako zcela samostatný a na systému zdravotní a sociální péče nezávislý útvar, způsob jejího financování se dotýká a zasahuje i do obou těchto systémů; je-li tedy systém dlouhodobé péče finančně neudržitelný, ovlivňuje tím do jisté míry i fiskální udržitelnost systému zdravotní péče a systému sociální péče.

Ikegami, Hirdes, Carpenter (2002) i Lundsgaard (2005) pak zmiňují, že skupina lidí, která dlouhodobou péčí poptává, je ve velké míře starší generace, ve většině zemí vymezena věkovou hranicí 65 let a výše. Větší potřeba dlouhodobé péče mezi staršími lidmi oproti mladším je dle Veselého (2003) dána také obecně tím, že senioři obtížněji překonávají i takové nemoci, které jsou pro jedince v nižším věku banální. Nemoci klientů dlouhodobé péče jsou většinou provázeny množstvím specifických komplikací, poruchami soběstačnosti a zvýšenou chronicitou. I přesto, že dle Lundsgaarda (2005) potřeba této péče roste exponenciálně až od věku okolo 75 let, OECD (2006) uvádí, že v kontrastu se zdravotní péčí jsou nákladové křivky dlouhodobé péče až do věku 60-65 let blízké nule a poté strmě monotonicky vzrůstají s odlišnými sklony napříč jednotlivými zeměmi (OECD, 2006, str. 18). V této práci tedy pracujeme převážně se skupinou klientů vymezených věkovou hranicí 65 let, neboť obyvatelstvo ve věku 65 let a výše je v České republice nejpočetnější skupinou klientů, na něž též plyne největší část veřejných finančních prostředků určených na dlouhodobou péči – na klienty ve věku 65 let a výše jen ze zdravotních pojišťoven v roce 2004 plynulo 85,5%² jejich veškerých prostředků vydaných na dlouhodobou péči (dále viz kapitola 6). Mimo jiné je věková hranice 65 let též ustálenou hranicí používanou v mezinárodních srovnáních týkajících se dlouhodobé péče poskytované seniorům.

V následující podkapitole budou rozebrány charakteristiky a specifika dlouhodobé péče. Definovat je vyčerpávajícím způsobem je důležité zejména proto, aby celková problematika poskytování dlouhodobé péče a zvláště pak nastavení jejího financování mohla být dále komplexně rozpracována.

² Systém zdravotnických účtů ČR (2000 – 2004); dále viz. kapitola 6

2.1. Specifika a základní charakteristiky dlouhodobé péče

Debaty dotýkající se tématiky vhodného nastavení a organizace poskytování dlouhodobé péče pojednávají zejména o míře státní angažovanosti v zajišťování péče a finanční kooperaci za úhradu nákladů. Úvahy se týkají převážně těchto témat:

a) Míra solidarity s (nejchudšími) čerpateli dlouhodobé péče a angažovanost státu v jejich podpoře

Jak ve společnosti rozložit riziko, že jedinec bude někdy v životě potřebovat dlouhodobou péči? Jak vymezit přesné rozhraní mezi odpovědností veřejnou a soukromou, mezi tím, zda odpovědnost za financování péče má být samostatnou odpovědností každého člověka anebo věcí veřejnou? V jak velké míře se má angažovat stát se svými programy podpory dlouhodobé péče?

V tomto ohledu v rámci světových systémů neexistuje univerzální přístup. Rozložení finanční zátěže mezi jedince a společnost se může stát od státu výrazně lišit. Prakticky každá země se k rozložení odpovědnosti za financování nákladů spojených s poskytováním dlouhodobé péče staví osobitým způsobem a každý systém dlouhodobé péče je jedinečný. Například v Německu (stejně tak jako třeba v Japonsku) je míra solidarity v tomto směru tradičně nejvyšší, oproti tomu ve Spojených státech je míra solidarity jedna z nejnižších³. Míra společenské účasti na financování je ale důležitá pro veřejné finance a proto otázka, jak bude v tomto směru systém dlouhodobé péče nastaven, je klíčová.

b) Vymezení rozhraní mezi zdravotní a sociální péčí poskytovanou v rámci dlouhodobé péče

Dlouhodobá péče zahrnuje velmi širokou škálu kombinací obou typů péče (tj. zdravotní i sociální), neboť přesně to je její podstatou. Velmi důležité je úspěšné propojení obou typů péče ve směru nejen profesním, ale i organizačním a hlavně pak v otázce financování z jednotlivých rozpočtů. Protože je těžké či často nemožné určit, do jaké míry se jednotlivá péče angažuje, v tomto směru pak může být problematické (zároveň ale potřebné) nastavit systém financování vhodně tak, aby toto specifikum dokázal zohlednit⁴.

³ V Japonsku bylo z veřejných financí v roce 2000 hrazeno téměř 90% veškerých nákladů na dlouhodobou péči, oproti tomu ve Spojených státech méně než 58% veškerých nákladů na dlouhodobou péči (Gibson, Gregory, Pandya, 2003).

Jak tyto dva typy péče efektivně propojit i přesto, že každý z nich se řídí jiným stylem práce, dbá na odlišné ukazatele, je jinak organizován, jinak přistupuje ke klientům (pacientům), a zároveň je sladit v rovině profesní, organizační a též způsobu financování, je aktuální otázkou. Spolupráce mezi těmito dvěma odlišnými systémy a snaha o nalezení shody na poli dlouhodobé péče je obtížná, ale velmi důležitá, neboť na ní závisí celý systém a jeho kvalita.

c) Náklady

Zvyšující se podíl stárnoucího obyvatelstva přináší obavy ze stále se zvyšujícího finančního zatížení týkajícího se penzijního a zdravotního systému. Stejně tak dlouhodobá péče vystupuje jako další z těch, které bude potřeba finančně řešit a zabezpečit. I přesto, že v současné době je podíl výdajů na dlouhodobou péči ve srovnání s péčí zdravotní relativně malý⁵, z důvodů společenských a demografických změn (viz kapitola 3) je nutno počítat s tím, že absolutní výdaje (a stejně tak i podíl výdajů jako procento HDP) na dlouhodobou péči se budou zvyšovat (viz prognóza vývoje nákladů na dlouhodobou péči ve 4. kapitole).

Na základě přístupu k těmto třem hlavním charakteristikám a otázkám týkajících se dlouhodobé péče funguje v každé zemi konkrétní nastavení poskytování dlouhodobé péče. V každém případě je dlouhodobá péče velmi specifickou kategorií služeb, ke které je potřeba přistupovat velmi citlivě. Vzhledem k existenci a prohlubování celosvětových společenských a demografických trendů se ukazuje, že tento citlivý přístup k tvorbě „politiky dlouhodobé péče“ by měl být zároveň dostatečně rychlý. Současné systémy totiž na tlaky zvedající poptávku po dlouhodobé péči nejsou vždy dobře připraveny a s postupem času by tak zvyšující se poptávku nemusely stačit pokrýt ani „ufinancovat“.

2.1.1. Dlouhodobá péče ve srovnání s čistě léčebnou péčí

Další možností, jak vymezit některé důležité rysy dlouhodobé péče a zároveň ukázat, že není čistě péčí zdravotní ani sociální, ale skutečně je kombinací obou typů, je její srovnání s léčebnou zdravotní péčí. Dva zásadní rozdíly pak spočívají v:

⁴ Určitý problém systémů dlouhodobé péče v některých zemích spočívá v tom, že oficiálně existují jen striktně zdravotní anebo striktně sociální zařízení i přesto, že péče v nich je ve skutečnosti rozložena mezi oba tyto sektory. Od tohoto se odvíjí řada konkrétních problémů při financování dlouhodobé péče (viz. konkrétněji – nastavení financování dlouhodobé péče v České republice – kapitola 5, 6).

⁵ V zemích OECD připadne na financování dlouhodobé péče průměrně 1-2% HDP zatímco u výdajů na péči zdravotní je to průměrně okolo 8% HDP (Gibson, Gregory, Pandya, 2003).

a) rozdílů v obsahu úkonů péče

První vymezení dlouhodobé péče oproti čistě léčebné zdravotní péči spočívá v tom, že dlouhodobá péče na rozdíl od akutní zdravotní péče neposkytuje řešení s cílem změnit klientův zdravotní stav. Jde u ní spíše o to, aby klientovi bylo poskytnuto určité potřebné pohodlí a péče, která by kompenzovala nedostatečné fyzické či psychické síly vedoucí k nesamostatnosti při běžných denních úkonech a aktivitách. Cílem je poskytnout klientovi péči, která by jeho stav učinila snesitelnějším (OECD, 2006). Podle Nortona (2000) je tato péče poskytována většinou chronicky nemocným anebo jinak nemohoucím lidem a její čerpání u starých lidí trvá od počátku čerpání již většinou doživotně.

Lundsgaard (2005) uvádí vhodný konkrétní příklad, na kterém demonstruje rozdíl mezi léčebnou a rehabilitační péčí oproti péči dlouhodobé: sestra, která přijde starému člověku domů převázat obvaz a například píchnout injekci, vykonává zdravotní léčebnou péči. To samé pokud fyzioterapeut přijde ke staršímu člověku na domácí (lékařskou) návštěvu, aby mu pomohl rozcvičit dolní končetinu po výměně kyčelního kloubu – pokud mu pomůže opravdu jen s tímto úkonem, vykonává rehabilitační péči, ne dlouhodobou. Oproti tomu pokud by při té samé návštěvě sestra pomohla tomuto člověku umýt se, vykonává podle Lundsgaarda (2005) kombinaci péče zdravotní a sociální. V takovém případě lze ale dle mého názoru tuto péči (i přesto, že obsahuje prvky péče léčebné) díky své kombinaci považovat za dlouhodobou i přesto, že Lundsgaard (2005) toto explicitně nepíše. Myslím si, že za dlouhodobou lze tuto péči považovat v momentě, kdy potřeba ošetření zahrnujícího píchnutí injekce není důvodem jen dočasného akutního onemocnění spojeného s tím, že pacient by měl zůstat doma, aby se jeho zdravotní stav nezhoršil. Nelze ale vyloučit, že v některých případech (v závislosti jednak na délce poskytování této péče, vyhlídek na doléčení a také konkrétním nastavení systému poskytování dlouhodobé péče) by bylo i takový případ možné považovat za dočasné poskytování dlouhodobé péče či péče, která by se díky problematice s doléčením, chronicitou typickou u seniorů atd. v dlouhodobou mohla zvrátit tím, že aplikace injekcí by se stala již ne prostředkem ke změně zdravotního stavu v lepší, ale nutností k udržení alespoň daného stavu.

b) rostoucí finanční náročnost léčebné a dlouhodobé péče je „tažena“ odlišnými faktory

Zatímco nemalý podíl na rostoucích výlohách na zdravotní léčebnou péči mají nové finančně náročné technologie a přístroje, které jsou dostupnější čím dál většímu počtu pacientů (OECD, 2006), dlouhodobá péče je v tomto směru finančně nenáročná. Z její povahy vyplývá, že cílem je hlavně zajistit pohodlí a soustavnou péči, nemá za cíl výrazně zasahovat a měnit klientův stav. Zatímco výrazný faktor vedoucí k nárůstu výdajů u akutní péče je „kvalitativního“ charakteru – spočívá v masovějším rozšíření drahých moderních technologií – příčiny růstu nákladů na dlouhodobou péči jsou dány spíše „kvantitativně“. Příčina růstu nákladů je viděna spíše v rostoucím počtu klientů, tedy v tom, že dlouhodobé péče bude potřeba čím dál tím více (viz. kapitola 3).

2.2. Typologie dlouhodobé péče

Důležité rozlišování v rámci dlouhodobé péče je mezi péčí formální a neformální.

Formální péče je odbornou dlouhodobou ošetrovatelskou péčí zajišťovanou jako celodenní péče ústavní či jako péče domácí zajišťovaná formou poskytování profesionálních služeb dlouhodobé péče přímo do domácností klientů. Který z těchto dvou druhů péče – zda ústavní či domácí – je volen, by mělo záležet na intenzitě obtíží a stupni soběstačnosti každého jedince. Stupeň obtíží je klasifikován na základě škály tzv. „aktivit denního žití“ (v angličtině ‚Activities of Daily Living‘ – ‚ADLs‘). Dle této škály se poměřuje schopnost jedince postarat se o sebe při běžných denních úkonech. Potřeba dlouhodobé péče se poměřuje na základě nutnosti pomoci s některými z těchto základních denních úkonů: pomoc s koupáním, krmením, toaletou, přenos z a na lůžko, oblékáním. Čím větší je počet úkonů, se kterými člověk potřebuje pomoci, tím stoupá potřeba dlouhodobé zdravotně-sociální ošetrovatelské služby (OECD, 2006).

Pomocí škály ‚IADLs‘ tzv. ‚instrumentálních aktivit denního žití‘ (v angličtině ‚Instrumental Activities of Daily Living‘ – ‚IADLs‘) se měří, zda je osoba schopna zvládnout praktické úkony jako je příprava jídel, úklid, praní prádla, braní léků, nákup, používání telefonu, dopravit se do míst dále vzdálených, zvládnout peněžní záležitosti

a celkově aktivity potřebné k tomu, aby mohla žít samostatně doma. Na základě těchto škál se opět poměřuje intenzita potřebné pomoci.

Velká pravděpodobnost alespoň dočasné potřeby pomoci při aktivitách ADLs či IADLs jde ruku v ruce s tím, jak je zdravotní stav pacienta akutní péče z věkové kategorie 65 let a výše vážnější, neboť roste pravděpodobnost pomalejší rekonvalescence a tak i možné potřeby dlouhodobé péče.

Neformální péče je poskytována v rámci rodinného kruhu péči členů rodiny, příbuzných anebo dobrovolnou péčí okolí (např. sousedská pomoc). Aby byla péče považována za neformální, její poskytování nemůže být placené jako když je kupována služba dlouhodobé péče u profesionálního ošetřovatele (Lundsgaard, 2005). Neznamena to ale, že neformální pečovatel nemůže dostávat na základě poskytování neformální péče peníze – většinou od osoby, které péči poskytuje⁶.

Hlavní rozdíl mezi formální a neformální péčí tedy není v typu služeb, které jsou poskytovány, ale v tom, kým jsou tyto služby poskytovány.

Důležitost počtu klientů čerpajících formální a neformální péči – a tedy struktury poptávky po formální a neformální péči – spočívá zejména v tom, že na každý z těchto dvou „typů“ péče je přispíváno z veřejných financí jinou částkou. Náklady na formální péči jsou z hlediska veřejných financí explicitně vyšší než na péči neformální, která je pečovatelem poskytována bezúplatně.

Velký rozdíl ve finanční náročnosti spočívá též v rámci formální péče – výdaje na formální péči ústavní jsou pro veřejné finance obecně vyšší než výdaje na formální péči neústavní – domácí. V České republice na jedno lůžko ústavní péče plyne z veřejných financí přibližně 361 000 Kč/lůžko/rok⁷, přitom na klienta domácí péče přibližně dvacetkrát méně⁸!

I přesto, že v současné době je v zemích OECD podíl neformální péče odhadován na 80% z celkově poskytované dlouhodobé péče (Jacobzone, 1998) a tedy nejen tradičně v méně vyspělých zemích, ale i ve vyspělých státech převažuje poskytování dlouhodobé péče formou neformální, některé společenské změny (viz. více v kapitole 3) naznačují, že podíl poptávky po formální péči bude mít tendenci růst a naopak podíl neformální péče

⁶ Též může existovat systém státních finančních či jiných podpor určených neformálním poskytovatelům.

⁷ Viz. 6. kapitola – výpočty na základě vlastních kalkulací celkových nákladů na dlouhodobou péči v ČR

⁸ Výpočet nákladů na dlouhodobou domácí péči podle Systému zdravotnických účtů za rok 2004 (viz. výpočty v 6. kapitole).

tendenci se snižovat. Tato změna by s sebou nesla výrazné změny ve finanční náročnosti dlouhodobé péče pro veřejné finance (viz kapitola 4). V následující kapitole se proto zaměříme na faktory, které formují velikost a strukturu poptávky po dlouhodobé péči, čímž dále spoluurčí celkovou finanční náročnost poskytování dlouhodobé péče pro veřejné finance.

3. POPTÁVKA PO DLOUHODOBÉ PÉČI

Důležitost otázky vhodného nastavení dlouhodobé péče se stává čím dál tím více aktuální s tím, jak stále větší část vyspělých zemí čelí určitým socio-demografickým faktorům, které nyní (a do budoucna stále více) silně ovlivňují množství klientů vyžadujících dlouhodobou péči. Faktory, které ovlivňují poptávku po dlouhodobé péči, působí na množství klientů potenciálně poptávajících dané služby stejně tak jako ovlivňují strukturu společenské poptávky po dlouhodobé péči formální i neformální (a v rámci péče formální pak poměr mezi péčí ústavní a domácí), čímž dále ovlivňují finanční náročnost dlouhodobé péče plynoucí pro veřejné finance.

Začněme faktory, které ovlivňují velikost poptávky po dlouhodobé péči jako takové. Dále vymeze faktory ovlivňující poptávku po péči formální a faktory ovlivňující poptávku po péči formální ústavní. Nakonec se podíváme na vývoj těchto faktorů v České republice. Tato analýza poptávky po dlouhodobé péči nám bude sloužit k pozdějšímu vymezení opatření, která by mohla pomoci k finanční únosnosti dlouhodobé péče.

3.1. Faktory ovlivňující počet potenciálních klientů dlouhodobé péče

Celkovou poptávku po dlouhodobé péči ovlivňuje škála determinant. Za nejdůležitější jsou v literatuře⁹ považovány demografické změny (populační stárnutí) ve většině vyspělých zemích a vyspělejší medicína (díky které přežije větší počet lidí s určitým handicapem či vrozenou vadou, na základě nichž se s vysokou pravděpodobností stávají ihned či do budoucna čerpateli dlouhodobé péče).

Za faktory, které jsou nyní a do budoucna hlavní determinantou výše poptávky po péči formální, lze považovat určité sociologické trendy vyspělé společnosti (odklon od poskytování péče rodinou) a dále pak („ostatní“) faktory jako je pohlaví, (vyšší) životní úroveň a s tím spojené (vyšší) požadavky na kvalitu dlouhodobé péče atd. Faktory zahrnující trendy vyspělé společnosti a „ostatní“ jsou směrodatné při zkoumání determinant poptávky po formální ústavní péči. Nyní se na jednotlivé faktory podíváme blíže.

⁹ Viz. Lundsgaard (2005), OECD (1998), Norton (2000)

3.1.1. Demografické změny a vzrůstající kvalita zdravotní péče

Protože velká část klientů dlouhodobé péče převažuje ze skupiny lidí ve věku 65 let a výše, lze předpokládat, že věková struktura populace hraje v poptávce po dlouhodobé péči důležitou roli. Podle OECD (2006) má potřeba dlouhodobé péče (respektive závislost ve smyslu potřeby pomoci s úkony ADLs a IADLs, viz. oddíl 2.2 ve 2. kapitole) tendenci růst s tím, jak v populaci roste podíl starých lidí.

Proto demografické změny v rámci populace vyspělých zemí jsou stále aktuálnější a velká část vyspělých zemí se potýká s demografickou transicí svého obyvatelstva, stává se tak i otázka dlouhodobé péče stále více aktuální. Demografické změny se přitom týkají konkrétně populačního stárnutí. Je to strukturální proces, během něhož se mění složení populace - mění se poměr mezi občany seniorského věku a lidmi v ekonomicky aktivním věku, přičemž poměr stárnoucích obyvatel se zvětšuje. Tato transice obyvatelstva má podle Nortona (2000) v zásadě tři příčiny. První příčinou je to, že generace poválečného „baby boomu“ se pomalu přesouvá do důchodového věku. Dalším faktem je to, že roste očekávaná doba dožití (čímž se zvyšuje absolutní počet starých lidí) a třetí skutečností je klesající míra porodnosti. Z těchto tří faktorů plyne, že jak absolutní počet nejstarší populace ve věku 75 let a výše tak i jejich procentuální zastoupení v rámci celé populace se rychle zvyšuje. Na základě těchto faktorů se formuje společnost s malými podíly mladé populace a vyššími podíly populace seniorské. Populační stárnutí je tedy jevem, který je ve většině společnostech vyspělých zemí již prokazatelně zabudován.

Evropa se v žebříčku stáří populace dostala bezkonkurenčně na první místo, s výjimkou Japonska se v Evropě nachází všech 25 nejstarších zemí světa (Gibson, Gregory, Pandya, 2003). Tento vývoj zvyšuje obavy z toho, jak se společnost dokáže k „problému“ stárnutí postavit. Jedním z nejdůležitějších směrů, ve kterém populační transice zasáhne, bude poskytování dlouhodobé péče. Jaké důsledky s sebou tento proces přináší pro systém dlouhodobé péče?

S rostoucím počtem stárnoucích a starých lidí v populaci se zvyšuje potenciální množství lidí, kteří budou čerpat dlouhodobou péči (ať už doživotně anebo jen dočasně). V kontextu dlouhodobé péče je pak nejžhavější otázkou, zda nabídka dlouhodobé péče dokáže uspokojit poptávku a zda tato skutečnost bude finančně udržitelná. Obavy proto směřují k odpovědi na otázku, jak se s touto vzrůstající zátěží dokáže vyrovnat veřejný rozpočet. Demografická transice totiž mimo jiné znamená, že poklesne procento ekonomicky aktivní populace. Poklesne tedy i počet plátců do veřejných rozpočtů a tím

i do systémů financujících výdaje na zdravotně-sociální služby (zdravotní a sociální pojištění). Přitom větší část nákladů na dlouhodobou péči je ale ve většině zemích hrazena z veřejných rozpočtů¹⁰. Navíc zvyšující poptávka bude zvyšovat cenu dlouhodobé péče (OECD, 2006).

Ve velké části zemí by v případě zachování stávajícího financování dlouhodobé péče mohly tyto skutečnosti přinést zvýšení daňové zátěže obyvatelstva a současně by nejspíš byly kladeny i vyšší nároky na úhradu této péče z vlastních zdrojů.

I přesto, že ve spojitosti se stárnoucí populací převažují u mnoha autorů spíše obavy a pesimistické scénáře (viz. Ikegami, Hirdes, Carpenter (2002); Lundsgaard (2005); OECD (1998); Bruthansová, Červenková (2004)) objevují se i studie, ve kterých převažuje názor, že zátěž způsobená demografickou transicí nebude tak velká, jak se odborníci obávají. Jacobzone et al. (1998) například píše, že poptávka po dlouhodobé péči se ‚drasticky‘ sníží a argumentuje tím, že se tak stane díky kvalitní medicíně a zdravému životnímu stylu. Podle Mantona a Gu (2001) ale ve většině zemí efekt snižování počtu nemocných lidí díky kvalitní medicíně ovšem nárůst počtu starých občanů (ve spojitosti s demografickou transicí), jejichž stav vyžaduje dlouhodobou péči, nepřeváží. Prodlužující se délka života totiž potenciálně znamená delší dobu čerpání dlouhodobé péče, neboť velká část dlouhodobé péče je od okamžiku počátku čerpání poskytována danému jedinci doživotně¹¹. Tato obava je ale mírněna konceptem, který v určité míře navazuje na Jacobzona (1998). Je to koncept nazývaný jako tzv. „koncept aktivního (zdravého) stárnutí“ (v anglické literatuře ‚healthy ageing‘). Pracuje s tím, že v současné společnosti, kde se stále zvyšuje kvalita života ve stáří, nemusí totiž nutně platit, že stárnoucí člověk je automatickým klientem dlouhodobé péče. Tento koncept je důležitým faktorem, který by mohl i přes stárnutí populace pomoci zachovat poptávku po dlouhodobou péči v určitých ‚rozumných‘ mezích.

I přesto, že zůstaneme zastánci spíše pesimističtější varianty tj. přijmeme-li spíše tvrzení většiny (Mantona a Gu, 2001; OECD, 1998; atd.), lze dle mého názoru v tomto smyslu populační stárnutí chápat i jako trend, který s sebou nese určité výzvy a možnosti. Je nutné si uvědomit, že stárnoucí populace disponuje totiž velkým potenciálem v podobě dlouholetých zkušeností, které by bylo možné využít prakticky ve všech oblastech ekonomiky, stejně tak možnostmi být poskytovatelem dlouhodobé neformální péče.

¹⁰ Plyne z: Lundsgaard (2005)

¹¹ OECD (1998)

Podobný názor zastává například Rabušic (2002), který pracuje přímo s konceptem aktivního stárnutí a podle něhož by stárnoucí generace lidí v dobré duševní i fyzické kondici neměla být automaticky řazena do ekonomicky neaktivní populace. Tento koncept se vždy alespoň do určité míry objevuje ve studiích, které nějakým způsobem pojednávají o budoucím počtu klientů dlouhodobé péče (viz. OECD (1998), OECD (2006)). I přesto, že je těžké přesně určit a namodelovat, jak intenzivní dopad tento faktor v jednotlivých společnostech bude mít, v prognóze OECD (2006) je zohledněn při odhadování počtu klientů poptávajících dlouhodobou péči v zemích OECD do roku 2050 (viz. kapitola 4).

Nejdůležitější myšlenka konceptu aktivního stárnutí dle mého názoru spočívá v tom, že ke stárnoucím lidem je nutné přistupovat tak, aby poté, co dovrší konvenčně nastavenou hranici důchodového věku, nebyli ihned (a bezdůvodně) řazeni mezi staré neaktivní obyvatelstvo. Je totiž obecně známé, že stáří není jen otázkou biologického věku, ale také vlastního pocitu stáří každého jedince, na který má podle Rabušice a Vohralíkové (2004) do jisté míry vliv i chování okolí. Společnost by se (dle mého názoru krátkozrakým) přístupem automatické asociace stárnutí s úpadkem intelektu mohla ochudit o stále se zvětšující skupinu lidí, kteří jsou nositeli nejen zkušeností, ale ve spojitosti s dlouhodobou péčí i skupinou, která do budoucna může – tak jak píše i Rabušic (2002) – poskytovat neformální péči.

Druhým z faktorů, který ovlivňuje celkový objem poptávky po dlouhodobé péči, je vysoká kvalita zdravotní péče. V tomto směru zde působí dva protichůdné vlivy – nejenže vyspělejší medicína může pomáhat v boji proti nemocem, které by dříve vedly k invaliditě a potřebě dlouhodobé péče, na druhou stranu díky kvalitní lékařské péči a technologii přežijí lidé, kteří by bez lékařských přístrojů a kvalitní techniky šanci na přežití neměli (Bruthansová, Červenková, 2004). Pokrok v lékařské péči vede k poklesu mortality u vrozených vad i úrazů, tj. k tomu, že stále větší množství případů vrozených vad a těžkých úrazů nekončí smrtí, ale pacienti přežívají ať již za cenu doživotního handicapu anebo se po doléčení úplně uzdraví (Bruthansová, Červenková, 2004). Část této populace, u které obtíže dlouhodobě přetrvávají, je pak čerpatelem dlouhodobé péče. Zvyšuje-li se tedy počet lidí v této skupině obyvatelstva, zvyšuje se i počet potenciálních čerpatelů dlouhodobé péče.

Tyto dva faktory zapříčiňují, že spolu s tím, jak se prodlužuje délka života a vzrůstá počet lidí s chronickými obtížemi či trvalým postižením, vzrůstá nejen počet lidí s potřebou dlouhodobé péče, vzrůstá stejně tak i délka čerpání této péče.

3.1.2. Sociální trendy vyspělé společnosti

V kontextu dlouhodobé péče je v rámci trendů vyspělé společnosti důležité podívat se na vývoj rodiny a její vztah k odpovědnosti za péči o nemohoucí příbuzenstvo. Rodinné vztahy a pocit odpovědnosti vůči členům rodiny, kteří se ocitnou v situace potřeby dlouhodobé péče, totiž určují do značné míry poptávku po formální péči.

S vývojem společnosti se mění také sociální chování aktérů – tradiční model rodiny je nahrazován novodobým (moderním) typem rodiny, v němž se ženy emancipují a odpoutávají od své tradiční role pečovatelky nejen o rodinný krb. Tento trend ve společnosti je podle Veselé (2001) a Bruthansové, Červenkové (2004) dán změnou rodinného vzorce, emancipací žen, které svou roli tradiční pečovatelky o rodinu přenechávají ve stále větší míře trhu, celkovou modernizací společnosti, ve které se vytrácí nejužší mezigenerační komunikace, která byla dříve samozřejmostí. Tato změna má ve svém důsledku dopad i na strukturu dlouhodobé péče. Konkrétně převážně v moderní společnosti narůstá poptávka po formální péči a dochází k odklonu od poskytování péče v rámci rodinného kruhu tedy péče neformální.

Tento odklon je v současné době snad nejvíce zřetelný a nejsilněji pocíťován v zemích, které byly tradičně postavené na pevné rodinné soudržnosti a vzájemné odpovědnosti členů rodiny. Prototypem takového rodinného uspořádání je Japonsko, kde je tradicí postarat se o rodiče jedním z pilířů tamější kultury. Podobná situace je například i v Řecku, Španělsku či Itálii (OECD, 1998). Země s tímto dříve tradičním uspořádáním musejí počítat s tím, že dlouhodobá péče dříve poskytovaná neformální bude stále častěji poptávána formou péče formální. Oproti tomu země s kulturou, která nestaví na rodinné solidaritě v takové míře, odklon od poskytování neformální péče již zažily či ho v současné době zažívají¹² (hlavně Německo, severské státy).

Gibson, Gregory, Pandya (2003) uvádějí vhodný příklad, na kterém lze demonstrovat rozdílný přístup k tomu, co pod pojmem ‚rodinná solidarita‘ a tedy odpovědnost spojenou s poskytováním této péče cítí dcera německého občana a naopak dcera řeckých rodičů. Na rozdíl od ‚řecké dcery‘, která cítí povinnost se postarat o své rodiče a zároveň je za péči o své rodiče odpovědná i legálně, vidí ‚německá dcera‘ svou odpovědnost za péči o rodiče v docela jiném světle. Její odpovědnost a péče se omezují na návštěvy, popovídání

¹² Zda země akcentuje spíše formální či neformální poskytování péče odráží do jisté míry kulturní zvyky a na toto uspořádání – tedy do jaké míry akcentuje společnost poskytování formální a neformální péči – lze podle Rostgaard (2004) (in Lundsgaard, 2005) pohlížet také jako na odlišné rodinné modely.

si a občasné zajištění nákupu, zatímco uspokojení potřeby ošetrovatelské péče a domácí pomoci je považováno za služby, které mají být poskytnuty veřejným sektorem (Gibson, Gregory, Pandya, 2003, str.5).

Konkrétní data o podílu neformální a formální péče v dostupné literatuře uváděna nejsou, podíl formální a neformální péče ve vyspělých zemích je ale v Gibson, Gregory, Pandya (2003) i Lundsgaard (2005) odhadován. Pro rok 2000 je podíl neformální péče jako průměru u zemí OECD odhadován na 80% z celkové poskytované péče a podíl celkové formální péče se pak liší od 11% (v případě Belgie) až po 27 % (v případě Austrálie) všech lidí ze stejné věkové kategorie Gibson, Gregory, Pandya (2003). Je proto nutné počítat s tím, že struktura poptávaných služeb se mění a nadále bude měnit.

3.1.3. Ostatní faktory

Sturkuta formální péče závisí ještě na dalších ukazatelích. Podle Nortona (2000) mají nejdůležitější vliv na společenskou poptávku po ústavní dlouhodobé péči zdravotní stav jedince a cena dlouhodobé ústavní péče v porovnání s cenou jejich blízkých substitutů.

Mezi zdravotním stavem a spotřebou dlouhodobé péče existuje nesporná negativní závislost. Se zhoršujícím se zdravotním stavem člověka v seniorském věku roste pravděpodobnost, že se stane nesamostatným a bude potřebovat některou ze služeb poskytovaných v rámci dlouhodobé péče (viz škála ADL's). Ti, kteří mají větší zdravotní problémy, poptávají dlouhodobou péči zpravidla ve vyšší intenzitě.

Druhým faktorem, který výrazně působí na poptávané množství po ústavní péči, je výše soukromých nákladů spojených s čerpáním této péče a cena a dostupnost blízkých substitutů ústavní péče. Za blízké substituty je považována neformální péče či například umístění ve střediscích denní péče pro dospělé či formální péče poskytovaná do domácnosti. Ti, kteří mají méně dostupných substitutů ústavní péče anebo je jejich cena vyšší než soukromé náklady na ústavní péči, mají tendenci poptávat větší množství ústavní péče. Znamená to, že konkrétní nastavení systému (respektive nastavení výše benefitů a peněžních podpor pro jedince, kteří jsou čerpateli ústavní či neústavní péče) tedy přímo ovlivňuje strukturu poptávky.

Dalšími přidruženými faktory, které ovlivňují strukturu poptávky po formální péči, jsou podle Nortona (2000) dále bohatství, kdy majetnější jedinci mají menší tendenci čerpat péči ústavní a jsou schopni si zajistit třeba i nákladnější péči ale tak, aby jim byla poskytována v prostředí domova. Z empirického výzkumu vyplývá, že dalším faktorem

je i pohlaví, kdy ženy jsou žadatelkami o umístění v ústavní péči častěji než muži (Norton, 2000).

Faktorem, který ovlivňuje, zda bude jedinec čerpat péči formální či neformální, je počet členů domácnosti, kdy jedinci z vícečlenných domácností mají tendenci čerpat péči formální méně. Svým způsobem tak počet členů domácnosti ovlivňuje i strukturu poptávky po péči formální, protože ve vícečlenných domácnostech je větší pravděpodobnost, že některý člen rodiny bude schopen zajistit péči alespoň částečně a ta pak v případě potřeby může být dále doplněna o péči formální poskytovanou do domova.

3.2. Vývoj v České republice v kontextu společenských trendů

Nyní se podívejme, jaké faktory a trendy jsou zabudované i v naší společnosti a do jaké míry budou mít tendenci se prohlubovat a zvyšovat tak poptávku po dlouhodobé péči stejně tak jako její strukturu. V rámci těchto faktorů se opět zaměříme na vlivy zvyšující potřebu formální dlouhodobé péče, která má silnější dopad na veřejné finance. Začneme ve stejném pořadí jako ve druhé kapitole, tedy nejprve demografickou prognózou vyčísľující pravděpodobný vývoj ve věkové skladbě obyvatelstva a poté pokračujeme sociálními trendy.

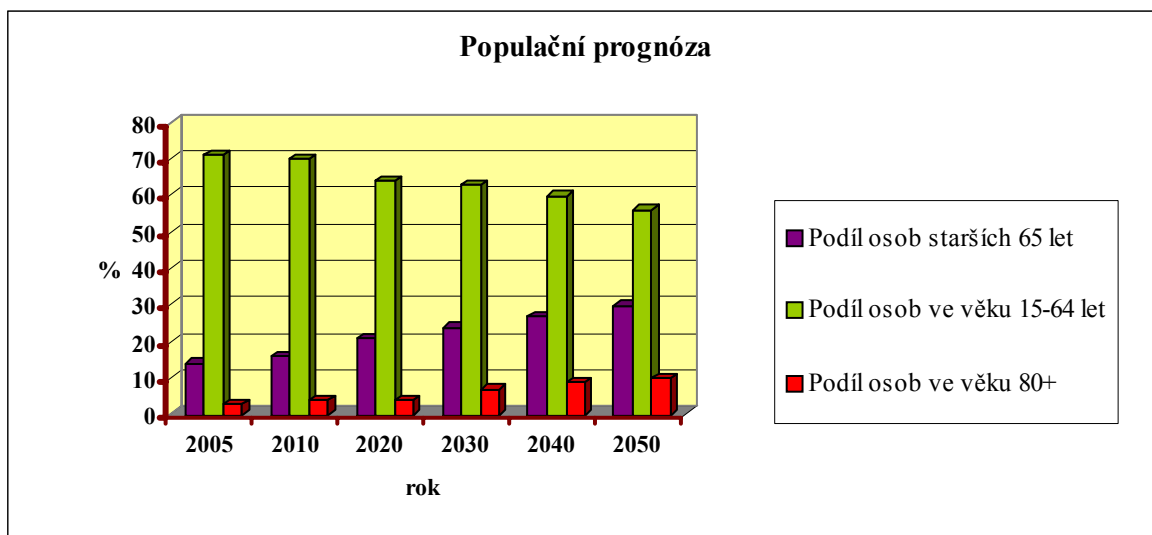
3.2.1. Demografická struktura obyvatelstva České republiky

V následujícím grafu je zachycena část Burcinovy a Kučerovy (2003) populační prognózy. Zachycuje očekávaný vývoj počtu obyvatelstva ČR od roku 2005 přes rok 2010 a dále po desetiletích až do roku 2050.

TABULKA 3.1. A GRAF 3.1.: POPULAČNÍ PROGNÓZA

	2005	2010	2020	2030	2040	2050
Počet obyvatel (v tis.)	10 239	10 305	10 404	10 376	10 231	10 065
Podíl dětí 0-14 let (v %)	15	14	15	13	13	14
Podíl osob starších 65 let (v %)	14	16	21	24	27	30
Podíl osob ve věku 15-64 let (v%)	71	70	64	63	60	56
Podíl osob ve věku 80+	3	4	4	7	9	10
index stárnutí	96,41	111,26	141,66	171,26	200,1	214,85

Zdroj: Burcin, Kučera (2003)



Zdroj: Burcin, Kučera (2003)

V grafu je zobrazena střední varianta prognózy, která vyjadřuje nejpravděpodobnější směr vývoje a je střední cestou mezi skeptickou prognózou o stárnutí české populace a naopak prognózou, která nahlíží na proces stárnutí optimističtěji. Z prognózy je zřejmé, že česká společnost stárnout skutečně bude. Vyplývá z ní, že zastoupení populace ve věkové kategorii 65 let a více by se mělo ze 14 % v roce 2005 zvýšit na 30 % v roce 2050! Pokud se zaměříme samostatně na procento zastoupení populace ve věku 80-ti let a výše na celkové populaci, mělo by se toto zastoupení zvýšit z 3 % v roce 2005 na 10 % v roce 2050! Přitom po 75. roce života stoupá potřeba dlouhodobé péče exponenciálně (Ikegami, Hirdes, Carpenter, 2002).

V posledním oddíle tabulky je spočítán ukazatel stáří populace - tzv. „index stárnutí“ či „index stáří“. Ten je počítán jako podíl populace ve věku 65 let a výše a počtu dětí ve věku 0-14 let ($\times 100$). Zatímco v roce 2005 tento index dosáhl přibližně 96,4 %, v roce 2010 by měl již překročit hranici 110 % a v roce 2050 by jeho hodnota měla přesáhnout dokonce 210 %. Znamená to, že v roce 2050 by na 3 013 000 seniorů ve věku nad 65 let připadlo pouze 1 402 000 dětí ve věku 0-14 let, tj. na jedno dítě ve věku 0-14 let by připadly zhruba dva senioři, přičemž v roce 2005 na jedno dítě ve věku 0-14 let nepřipadá ani jeden senior!

Zvážíme-li, že v současné době je v ČR přibližně 23 119 lůžek¹³, na kterých je poskytována dlouhodobá péče, a přijmeme-li předpoklad, že toto poměrné zastoupení počtu lůžek vůči počtu lidí ve věku 65 let a více by se s dalšími roky neměnilo, počet přibližně

¹³ Viz. kapitola 6

23 119 lůžek dlouhodobé ústavní péče v roce 2004 by se tak zvýšil více než dvakrát na počet 48 406 v roce 2050!

Na základě demografických prognóz pro Českou republiku lze počítat s tím, že s postupující demografickou transicí obyvatelstva se bude výrazně zvyšovat i počet jedinců, kteří budou potenciálními klienty dlouhodobé péče¹⁴.

V návaznosti na tyto prognózy odhaduje Přehnal (1999)¹⁵, že v české populaci starší 65 let zůstává přibližně 80 % občanů soběstačných s pomocí rodiny a nejbližší komunity. Potřebu pomoci při úkonech IADL's (viz kapitola 2, část 2.2.) tj. pomoci v domácnosti, má podle něj přibližně 12-13 % všech lidí ve věku 65 let a výše, potřebu domácí péče pak 7-8 % a potřebu ústavní péče přibližně 2-3 %. Přehnal (1999)¹⁶ používá tyto odhady také v kontextu demografické prognózy pro roky 2010 a 2020: při počtu 1 639 000 seniorů v roce 2010 bude podle něj domácí péči potřebovat téměř 113 000 občanů a v roce 2020 až 136 000 občanů. Potřebu ústavní péče autor odhaduje na 42 300 občanů pro rok 2010 a na 51 000 občanů v roce 2020 (Přehnal; 1999 In: Bruthansová, Červenková, Holmerová; 2000).

Dalším trendem, díky kterému poptávka po dlouhodobé péči roste a do budoucna by měla růst ještě více i v České republice, je rozvoj medicíny. Ilustrativně Bruthansová, Červenková (2004) uvádí změny v počtech těžkých úrazů na 100 000 obyvatel, kdy z méně než 12 000 případů v roce 1995 tento počet vzrostl na téměř 18 000 v roce 2002. Lidé po těžkých úrazech jsou pak podle Bruthansové, Červenkové (2004) též potenciálními čerpateli zdravotně-sociální péče; stejně tak roste počet osob s handicapem (Bruthansová, Červenková; 2004) žádajících si intenzivnější zdravotně-sociální péči.

3.2.2. Sociální trendy v české společnosti

Faktorem, který má vliv na počet klientů formální dlouhodobé péče je posun v poskytování dlouhodobé péče od neformálních ošetřovatelů v rámci rodiny k formálním ošetřovatelům. Podle Veselého (2003) se tento odklon v české společnosti projevuje a bude projevovat stále více, neboť stále méně dětí je ochotných se postarat o své stárnoucí rodiče a zajišťovat jim tak dlouhodobou péči neformálně. Pokud se v minulosti člen domácnosti ocitl v situaci, kdy jeho stav vyžadoval péči jiné osoby, jeden ze členů rodiny (většinou

¹⁴ Opět je ale nutné zamýšlet se i nad tím, jaký vliv bude mít v tomto případě zmiňovaný koncept aktivního stárnutí a nakolik může nárůst poptávky po dlouhodobé péči mizet. Více o konceptu aktivního stárnutí a jeho vlivu – viz. kapitola 4.

¹⁵ Přehnal; 1999 In: Bruthansová, Červenková, Holmerová; 2000

¹⁶ Přehnal; 1999 In: Bruthansová, Červenková, Holmerová; 2000

žena) zůstal doma a o příbuzného se postaral. Takový postup je ale v souvislosti s pokračujícími společenskými změnami a měnící se ekonomickou situací rodin nadále neudržitelný. Nelze již spoléhat na mezigenerační pomoc členů rodiny. Místo toho volí raději alternativu zajišťování dlouhodobé péče formou formálních služeb do domácnosti anebo ústavní péči. V jiných případech sami nesoběstační senioři nechtějí být svým dětem „na obtíž“ a volí raději ústavní péči. Navíc s tím, jak klesá porodnost a počet dětí v rodině, klesá i počet potenciálních neformálních ošetřovatelů v rámci rodiny.

Podle Veselé (2003) to nicméně nutně neznamená, že by rodiny přestaly považovat mezigenerační pomoc a péči o nemožícího příbuzného v rodinném prostředí za nejlepší. Jde spíše o to, že nová generace není na tak velkou míru rodinné solidarity připravena. Ať už kvůli problémům týkajících se bytové situace, zaměstnanosti či cestování za prací. Nezbyvá proto moc velká škála jiných možností – chybějící péče zajišťovaná dříve rodinou je a stále více bude zajišťována formou tzv. domácí ošetřovatelské péče, nebo ústavní péče, umístěním v některém z ústavů, kde je dlouhodobá péče poskytována (Veselá, 2003).

Ze změn, které prostupují současnou společností celkově vyplývá, že poroste nejen počet klientů dlouhodobé péče, ale zároveň se bude měnit struktura poptávky, což v důsledku bude ovlivňovat finanční náročnost (nejen pro veřejné finance) dlouhodobé péče. Jedna část faktorů (viz. demografická transice) bude zvyšovat počet lidí poptávajících dlouhodobou péči a další část faktorů (viz. odklon od poskytování neformální péče rodinou, ostatní faktory) přispěje k odklonu od poskytování neformální péče. Protože veřejné finance v solidárních zemích hradí velkou část výdajů na dlouhodobou péči a protože je nutné počítat s tím, že s odklonem od poskytování neformální péče a substitucí péčí formální jsou též výdaje pro veřejnou pokladnu vyšší, lze předpokládat, že poskytování dlouhodobé péče se bude stávat stále finančně náročnější (nejen pro veřejné finance). V další kapitole se proto podíváme, jak velkých změn a v jak dlouhém časovém horizontu se lze zvyšování finanční náročnosti obávat.

4. VÝVOJ NÁKLADŮ NA DLOUHODOBOU PÉČI VE VYSPĚLÝCH ZEMÍCH

Jak vyplývá z minulé kapitoly, existují odůvodněné obavy z růstu poptávky po dlouhodobé péči a v rámci struktury přesun k poptávce po formální péči. K růstu poptávky se tak váže i růst finanční zátěže pro veřejné rozpočty. I kdyby byla dlouhodobá péče plně financovaná z vlastních zdrojů každého jedince, určité dopady na veřejné finance by to v každém případě i tak mělo – minimálně by v současné společnosti, kde existují rozvinuté sociální vazby a garance, musel stát finančně pomáhat těm, kteří si péči nemohou dovolit financovat z vlastních zdrojů. Bude-li pak množství lidí potenciálně poptávajících dlouhodobou péči vyšší, bude i potenciálně vyšší množství těch, kteří se mohou ocitnout v situaci, kdy na financování péče potřebují určitou pomoc od státu. Ať již je tedy systém dlouhodobé péče nastaven jakkoli, s narůstající poptávkou po dlouhodobé péči musí každá solidární vláda zároveň počítat i s narůstajícím finančním břemenem pro veřejnou pokladnu. Lze předpokládat, že zvyšující se finanční náročnost si bude žádat určitá opatření, která by měla tomuto nárůstu bránit či ho alespoň umenšovat. V tomto směru se podívejme na některá opatření v zemích, kde je tato problematika řešena a ve druhé části této kapitoly se zamysleme nad kritérii, které by mělo nastavení systému splňovat proto, aby bylo efektivní.

Na financování formální dlouhodobé péče v zemích OECD připadají průměrně¹⁷ méně než 2% HDP (Gibson, Gregory, Pandya, 2003). V porovnání s výdaji na klasickou zdravotní péči, jež pro vyspělé země činí průměrně přibližně 8% HDP¹⁸, jsou náklady na dlouhodobou péči mírné a to i přesto, že stále rostou. Pokud by tedy v rámci budoucích 2-3 dekád vrostly výdaje na dlouhodobou péči až o 50%, zvedlo by to celkové náklady o přibližně 1% HDP – nejednalo by se tedy o tak velký nárůst, jaký by vyvolal 50 % nárůst výdajů v případě péče akutní.

Předpokládá se, že přibližně 40% lidí ve věku 65 let a výše bude v budoucnu možnými čerpateli dlouhodobé péče, přičemž náklady na každého čerpatele této péče tvoří přibližně 1 až 1,5 násobek průměrného ročního příjmu národního hospodářství (OECD, 2006). Přitom průměrný příjem nejstarší populace – ve věku 75 let a výše – která je k čerpání dlouhodobé péče nejnáchylnější (a kde je péče většinou i nejdražší vzhledem k vyšším stupňům závislosti), je nižší než příjem lidí ve věku 65-74 let (OECD, 2006).

¹⁷ s výjimkou Skandinávských zemí, kde náklady na dlouhodobou formální péči činí okolo 3% HDP

¹⁸ Gibson, Gregory, Pandya (2003)

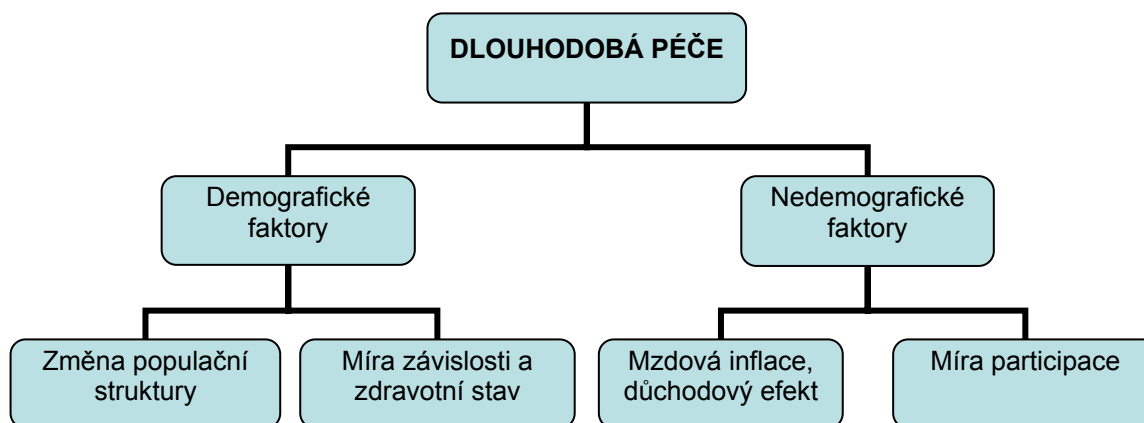
Mohou tedy mimo jiné nastat problémy s tím, nakolik budou všichni klienti schopni podílet se na úhradách nákladů za čerpanou péči.

V rámci zemí Evropské unie Gibson, Gregory, Pandya (2003, str. 18) tvrdí, že v závislosti na změně demografických faktorů by výdaje jako procento HDP v průběhu let 2000 až 2050 mohly vzrůst v průměru o 60-70%. I zde je nutné podotknout, že tyto průzkumy neberou v potaz možné okolnosti, které by zmírnily nárůst výdajů (již zmiňovaný koncept aktivního stárnutí), stejně jako autoři těchto prognóz zdůrazňují nejistotu ohledně prognóz budoucí výše poptávky po dlouhodobé péči. V tomto směru komplexnější analýzu provádí OECD (2006), kde je zohledněna širší škála faktorů, v nichž jsou zahrnuty i ty, které by nárůst nákladů na dlouhodobou péči měly zmírňovat.

4.1. Hlavní faktory ovlivňující výdaje na dlouhodobou péči – empirická studie

Ve studiích¹⁹ zabývajících se faktory ovlivňujícími náklady na dlouhodobou péči jsou zohledňovány některé z proměnných, jež jsou zachyceny v následujícím schématu. Faktory jsou rozděleny na demografické a nedemografické, přičemž nelze říci, který faktor má obecně největší vliv, neboť v každé zemi jsou faktory kombinovány individuálně a mají jinou intenzitu. Ve studii OECD (2006) jsou pak tyto faktory při tvorbě prognóz ohledně výše budoucích nákladů na dlouhodobou péči zohledněny všechny.

Graf 4.1.: Schéma klíčových faktorů ovlivňujících vývoj nákladů na dlouhodobou péči



Zdroj: OECD (2006)

¹⁹ Viz. např. OECD (1998); Gibson, Gregory, Pandya (2003); Lundsgaard (2005); OECD (2005); Bruthansová, Červenková (2004); Rabušic (2002) atd.

Demografické faktory zahrnující změnu populační struktury obyvatelstva a dále změnu míry závislosti obyvatelstva v souvislosti se zdravotním stavem populace jsou analogií efektů popisovaných ve třetí kapitole. Nedemografické faktory zahrnují míru participace na pracovním trhu a její vliv na poskytování dlouhodobé neformální péče jako jeden faktor, druhým faktorem je mzdová inflace poskytovatelů péče a důchodový efekt²⁰.

Komplexní analýza vlivu všech zmiňovaných faktorů je součástí (OECD, 2006) – prognózy vývoje nákladů na dlouhodobou péči do roku 2050 v zemích OECD. Modelování vlivu jednotlivých faktorů analýzy OECD (2006) rozeberme podrobněji:

- Míra závislosti („dependency ratio“) – odpovídá podílu lidí s potřebou pomoci při úkonech ADL's či IADL's (viz kapitola 2) vůči celkovému počtu lidí dané věkové skupiny. V OECD (2006) stojí v modelování této proměnné proti sobě dva hlavní faktory. První z nich souvisí s tím, že jak populace stárne a má větší zastoupení mezi lidmi ve vyšší věkové kategorii, tak by míra závislosti měla spíše růst (tzn. každý další rok s tím, jak se zvyšuje očekávaný věk dožití, se nemění automaticky v rok dobrého zdravotního stavu). Oproti tomuto vývoji stojí faktor aktivního stárnutí (viz. kapitola 3), podle něhož se míra závislosti s nárůstem průměrného věku dožití nezvyšuje, neboť každý rok „navíc“ je rokem dobrého zdravotního stavu. Na základě toho, který z daných pohledů převažuje, jsou pak modelovány jednotlivé projekce (viz dále – „cost-pressure“ a „cost-containment“ projekce).
- Další faktor, který se v debatě o míře závislosti projevuje, je faktor zohledňující, že s tím, jak se vyvíjí technika a medicína, se počet závislých lidí ve smyslu škály ADL's a IADL's snižuje. Přesto ale nelze mluvit o tom, že by toto bylo doprovázeno snižováním celkových nákladů, neboť pomoci osobě čerpající dlouhodobou péči k tomu, aby byla méně závislou, je vykoupeno používáním drahé techniky či drahých léků (OECD, 2006).
- Míra participace na pracovním trhu je dalším faktorem v ovlivňování růstu nákladů, který zastupuje rozdělení relativního poměru formální a neformální péče, přičemž vliv na nárůst nákladů je dán tímto mechanismem: s tím, jak míra pracovní participace roste a předpokládá se, že v budoucnosti dále poroste, bude neformální

²⁰ Důchodová elasticita: Očekává se, že růst důchodu může zvyšovat náklady na dlouhodobou péči. I přesto, že empirická data o důchodové elasticitě výdajů na dlouhodobou péči nejsou zjištěna, předpokládá se, že jelikož lze dlouhodobou péči považovat za nezbytné zboží, důchodová elasticita bude velmi nízká či blízká nule. S vývojem služeb dlouhodobé péče se tedy očekává rozvoj poptávky po službách dlouhodobé péče vyšší kvality (a ceny).

péče nahrazována (pro veřejné finance)²¹ dražší péčí formální, čímž se pro veřejné finance zvýší fiskální zátěž.

- Mzdy formálních ošetřovatelů („mzdová inflace“) – mzdy ošetřovatelů poskytujících dlouhodobou péči jsou považovány za jeden z významných faktorů, který bude do budoucna náklady na dlouhodobou péči výrazně zvyšovat. Na základě zkoumání vlivu mzdových nákladů na výdaje za dlouhodobou péči bylo na datech Velké Británie prokázáno, že mzdové náklady zaměstnanců státních zařízení dlouhodobé péče činily 85 % celkových jednotkových nákladů na zde poskytovanou formální péči (Netten *et al.*, 1998 in: OECD, 2006)²². K tomuto faktoru se přidává ještě tzv. Baumolův efekt („cost disease effect“), podle kterého jsou výnosy z rozsahu v odvětvích jako je pečovatelsví omezeny. Výnosy z rozsahu v oboru pečovatelsví by mohly být vytvářeny jen v případě snížení kvality péče²³. V prognózách je tedy zachyceno i to, jak bude růst průměrné produktivity práce v národním hospodářství ovlivňovat růst nákladů na dlouhodobou péči²⁴. S cenově neelastickou poptávkou po dlouhodobé péči bude tak mít podíl výdajů na dlouhodobou péči jako podíl HDP tendenci růst. V predikci je tento efekt zachycen tak, že jednotkové náklady dlouhodobé péče porostou lineárně s růstem průměrné mzdy formálních pečovatelů či mírou inflace v ekonomice.

Všechny tyto faktory byly ve studii OECD (2006) dány do vztahu v ekonometrickém modelu, na základě něhož byly vytvořeny tři typy prognóz nárůstu nákladů na dlouhodobou péči do roku 2050 pro země zachycené v tabulce 4.1. V každé z nich se liší některý z předpokladů o intenzitě působnosti určitých faktorů²⁵. Jedná se o následující typy prognóz:

1. První typ projektuje vliv demografických efektů na výdaje za dlouhodobou péči – v tomto případě je model nastaven způsobem, ve kterém je míra konceptu aktivního (zdravého) stárnutí zahrnuta tak, že nárůst závislosti v každé věkové kategorii

²¹ Podle (OECD, 2006, str. 20) je formální péče považována za dražší než neformální péče a to nejen pro veřejné finance.

²² Podobně tomu bylo v Německu, kde tento podíl znamenal 70 – 90 % celkových jednotkových nákladů (Reinhold, 2001 in: OECD, 2006).

²³ Například: v pečovatelsví jednotlivé úkony zaberou stanovenou dobu, jejíž snížení není možné aniž by se nesnížila kvalita, s jakou by byly úkony prováděny.

²⁴ Podle OECD (2006) tyto skutečnosti implikují i to, že relativní ceny dlouhodobé péče vůči ostatnímu zboží a službám v ekonomice budou mít tendenci růst²⁴.

²⁵ Nutné je podotknout, že míry závislosti byly pro všechny do studie zahrnuté země uvažovány jako shodné a to na základě převzatých výpočtů měř závislosti ve Velké Británii, Německu, Francii, Spojených státech a Japonsku.

je posunut o půl roku s každými deseti lety; Baumolův efekt působí jen částečně (náklady na dlouhodobou péči/klienta rostou o polovinu průměrné produktivity práce v hospodářství), míra participace lidí ve věku 50-64 let není zohledňována, důchodová elasticita je rovna nule,

2. projekce s mírnějšími vlivy na celkové náklady („cost-containment“) – stejný předpoklad o působnosti konceptu aktivního (zdravého) stárnutí jako v předchozím případě, míra participace lidí ve věku 50-64 let roste lineárně s tím jak rostou projekce týkající se pracovní síly, Baumolův efekt působí stejně jako v předchozím případě, důchodová elasticita je rovna nule. Zároveň se v této projekci předpokládá, že politika dlouhodobé péče bude nastavena tak, aby dokázala mírnit tlaky Baumolova efektu (viz. závěry studie).
3. projekce s výraznějším vlivem na celkové náklady („cost-pressure“) – na rozdíl od předchozí projekce je v tomto případě Baumolův efekt plně účinný – náklady na dlouhodobou péči na klienta dlouhodobé péče rostou lineárně s růstem průměrné produktivity práce v národním hospodářství

Ve studii OECD (2006) vzhledem k tomu, že tvar křivky zachycující náklady na dlouhodobou péči je blízký exponenciální funkci (viz. křivka nákladů na dlouhodobou péči do věku 60-65 blízká nule, dále pak rychle monotónně rostoucí – (OECD (2006), str.18)), byl pro tvorbu modelu zvolen typ log-level – vysvětlovaná proměnná je logaritmicou (rostoucí) transformací námi sledované vysvětlované proměnné zatímco vysvětlující proměnné jsou ponechány v nelogaritmicém tvaru. Jinými slovy toto znamená, že odhadnuté koeficienty budou v takovémto vztahu k hodnotě vysvětlované proměnné: $\% \Delta y = (100 * \beta) * \Delta x$; kde symbol y je označením pro vysvětlovanou proměnnou a symbol β zastupuje jednotlivé odhadnuté parametry (tzn. parametry u jednotlivých vysvětlujících proměnných).

Regresní rovnice měla tvar:

$$\log\left(\frac{LTC}{ND}\right) = \beta_0 + \beta_1 * Age + \beta_2 * Z + \beta_3 * W + u;$$

kde:

- LTC značí celkové náklady na dlouhodobou péči, ND značí počet klientů dlouhodobé péče a tedy proměnná $\frac{LTC}{ND}$ značí náklady na jednoho klienta dlouhodobé péče.

- „age“ tato proměnná má tak v modelu zastupovat každou věkovou skupinu (kde může být dlouhodobá péče čerpána), přičemž věkové skupiny byly vytvořeny po pěti letech – od narození až po 99. rok věku
- „Z“ zastupuje proxy proměnnou, která zachycuje poskytování neformální péče tzn. je aproximována mírou pracovní participace populace ve věku 50-64 na trhu práce²⁶
- „W“ je proxy proměnná ve finále zastupující HDP/hlava

Model byl odhadnut s použitím panelových dat za 11 zemí Evropské unie za 20 věkových skupin za období 2000-2003. S odhadnutými koeficienty za použití výše popsaných dat má rovnice takovýto tvar:

$$\log\left(\frac{LTC}{ND}\right) = 4,217 + 0,0348*Age + 0,0394*Z ;$$

Míra shody modelu je vyjádřena koeficientem determinace R^2 , který je roven 62 %. Tato míra shody je považována za uspokojivou, přičemž do modelu byla zahrnuta i výše HDP na hlavu, která měla zastupovat růst životní úrovně, ukázala se však být nesignifikantní²⁷. Odhady byly získány pomocí robustní metody nejmenších čtverců.

Vzhledem k redukovanému počtu průřezových dat za jednotlivé země a problémy s kolinearitou nebylo možné model testovat na signifikanci efektů relativních cen. Stejně tak je vzhledem k problémům s kolinearitou nemožné vyděleně interpretovat znaménka před jednotlivými parametry. Na základě informace o problémech s multikolinearitou můžeme tedy posuzovat vliv jednotlivých proměnných pouze u proměnné „věk“ (age), u něhož autoři explicitně píší, že jeho vliv je kladný.

V rámci zemí existují v predikcích nárůstu vcelku významné rozdíly. Zajímavé je zaměřit se na státy, které mají určité hodnoty ukazatelů ovlivňujících růst výdajů na dlouhodobou péči extrémní. První skupina jsou země, které mají již nyní rychle stárnoucí obyvatelstvo jako je tomu v Itálii, Španělsku a Japonsku. Další skupinou jsou země, kde dojde oproti současnosti k velmi výrazné změně struktury obyvatelstva směrem

²⁶ Důvod aproximace touto proměnnou zastupující míru participace právě ve věkové skupině 50-64 let vyplynulo již z předchozích kapitol. Tato část populace, je považována za potenciální poskytovatele neformální péče respektive část populace, která neformální péči poskytuje v největší míře.

²⁷ Respektive signifikantní až na hladině významnosti 10% přičemž všechny ostatní proměnné byly signifikantní na hladině významnosti 1%. V tomto případě rovnice vypadala: $\log\left(\frac{LTC}{ND}\right) = 2,356 + 0,0345*Age + 0,0378*Z + 0,0748*W$. Nesignifikance této proměnné ukazovala na to, že důchodová elasticita je skutečně velmi nízká.

k staré a nejstarší populaci. Takovými zeměmi jsou Korea, Mexiko, Slovensko. Poslední skupinou jsou země, kde je vysoká pravděpodobnost prudkého nárůstu poptávky po formální dlouhodobé péči, neboť v současné době je většina péče zajišťována neformálním způsobem a to se na základě zvyšující se míry participace lidí ve věku 50-64 let na pracovním trhu změní. Zeměmi, kde k tomuto bude docházet nejvýrazněji jsou Itálie, Irsko a Španělsko. Přitom v Itálii a Španělsku tak bude působit několik nepříznivých faktorů najednou. To se odráží v očekávání nadprůměrně vysokého nárůstu nákladů. Nárůst by se tak pohyboval okolo „rekordních“ 2,5 až 4 procentních bodů.

Opačným extrémem jsou pak země, kde již nyní mají v porovnání s ostatními zeměmi ve své populaci vysoké procento staré populace. Takové země jsou na vrcholku fáze, ve které mají nejvyšší zastoupení staré populace, a již v současné době vydávají na dlouhodobou péči vysoké částky. Zmíněná situace platí hlavně pro Švédsko, kde je predikce nárůstu výdajů pro tuto zemi pak velmi mírná. Nárůst v nejnepříznivějším případě by měl oproti průměru za země OECD (který je v případě nejméně příznivém 3,3 procentních bodů) představovat přibližně 1 procentní bod.

Česká republika se v tomto srovnání pohybuje spíše na nižších příčkách žebříčku, i v případě pesimistického scénáře vývoje nákladů na dlouhodobou péči by veřejné výdaje jako podíl HDP stouply jen o 1 procentní bod oproti odhadovanému podílu výdajů na dlouhodobou péči za rok 2005, který je podle OECD 0,4 % HDP²⁸.

Závěry studie OECD²⁹:

²⁸ Viz. 6. kapitola

²⁹ OECD (2006) dále poskytuje diskusi nad faktory, které by náklady na dlouhodobou péči zvedly oproti projekci „cost-containment“ o 0,5 – 1,5 procentního bodu. Jímí jsou:

1. Zahrnutí i důchodového efektu – uvažovat jeho velikost jako jednotkovou by znamenalo, že náklady na dlouhodobou péči jako procento HDP by vzrostly ještě o polovinu procentního bodu.
2. Další – senzitivní analýza týkající se vývoje míry závislosti, která je obtížně predikovatelná. Pokud se předpokládá, že míra závislosti je nízká, náklady na dlouhodobou péči jsou sníženy přibližně o polovinu procentního bodu. V případě nárůstu závislosti by s nárůstem očekávaného věku dožití míry závislosti zůstaly stejné.
3. Předpoklad autonomního nárůstu míry závislosti o 0,5% ročně. Tato možnost je zvažována na základě obav spojených s narůstajícími problémy spojenými s obezitou – nárůst počtu obézních lidí má obecně vliv na míru závislosti, která určuje čerpání dlouhodobé péče. Náklady na dlouhodobou péči by tak do roku 2050 dosáhly v průměru 3,5% HDP tzn. náklady by navíc narostly ještě o 1,5 procentního bodu.
4. Další silný vliv může mít výrazný pokles dostupnosti neformální péče s tím, jak roste míra participace na pracovním trhu i ve vysokém věku (tzn. míra participace by v každé zemi přesáhla současnou míru). Toto by mohlo znamenat nárůst až o 1,5 procentního bodu. Náklady by představovaly až 4% HDP (nejvyšší vliv samozřejmě v zemích, kde jsou nyní míry participace ve vyšší věkové skupině nízké).

Snaha snižovat náklady na dlouhodobou péči se tak dostane do rozporu s politikou zvyšování míry participace lidí i ve vysokém věku, která je například i v České republice stále více propagována (zvyšující se hranice do odchodu do důchodu).

1. První typ prognózy odpovídající modelování demografických efektů

V průměru zemí OECD by náklady na dlouhodobou péči dosáhly 2,3 % HDP v roce 2050. Pro Českou republiku konkrétně by tento nárůst byl oproti průměru všech zahrnutých zemí mírně nižší – z 0,4 % HDP odhadnutého na rok 2005 na 2,0 % HDP v roce 2050. Tento vysoký nárůst je dán hlavně zvyšujícími se mírami závislosti s rostoucím věkem obyvatelstva. Česká republika se jako jedna z rychle stárnoucích zemí (spolu s Koreou, Slovenskem, Polskem, Tureckem a Japonskem) řadí mezi země, kde je vliv demografického faktoru na náklady velmi silný. Dopad Baumolova efektu a důchodového efektu má tendenci se vzájemně kompenzovat a tedy v konečném důsledku je v průměru jejich dopad na náklady jako podíl na HPD neutrální.

2. Příklad „cost containment“ projekce

V tomto případě je předpokládáno, že politiky dlouhodobé péče jsou nasatveny tak, aby zvládly tlaky ze strany Baumolova efektu. Politika, která by měla toto zaručit není ve studii blíže specifikována, autoři se zmiňují pouze o tom, že taková politika by byla nastavena směrem tak, aby tlaky na zvyšování mzdy zaměstnanců ošetrovatelství dlouhodobé péče dokázala držet v „rozumných“ mezích růstu. V této projekci se stejně tak počítá s tím, že se nebude nijak výrazně zvyšovat nabídka neformální péče, neboť s tím, jak se zvýší počet lidí ve věkové kategorii 50-64 let (tradiční poskytovatelé neformální péče) ale stále dochází i k mírnému růstu míry participace na pracovním trhu. I přesto se ukazuje, že náklady na dlouhodobou péči jako podíl na HDP by se i v tomto případě více než zdvojnásobily a do roku 2050 by tak dosáhly v průměru 2,4% HDP. Pro Českou republiku by náklady v případě „cost-containment“ projekce dosáhly 1,3% HDP.

3. Příklad „cost-pressure“ projekce

Náklady na dlouhodobou péči na klienta rostou lineárně s produktivitou práce díky nerostoucím relativním cenám by dosáhly do roku 2050 v průměru 3,3 % HDP tzn. nárůstu v průměru o 2,2 procentního bodu. U České republiky je nárůst nákladů jako podíl HDP odhadovaný na stejnou výši jako u prognózy odpovídající demografickým efektům.

Na následující straně je uvedena tabulka, která zachycuje všechny tři verze predikce růstu nákladů pro země OECD.

Tabulka 4.1.: Projekce nákladů na dlouhodobou péči v zemích OECD (v % HDP)

Země	2005	2050			
		Demografický efekt	Pesimistický scénář*	Optimistický scénář**	Nárůst***
Austrálie	0,9	2,2	2,9	2	2
Rakousko	1,3	2,5	3,3	2,5	2
Belgie	1,5	2,4	3,4	2,6	1,9
Kanada	1,2	2,3	3,2	2,4	2
Česká republika	0,4	2	2	1,3	1,6
Dánsko	2,6	3,3	4,1	3,3	1,5
Finsko	2,9	4,3	5,2	4,2	2,3
Francie	1,1	2,3	2,8	2	1,7
Německo	1	1,9	2,9	2,2	1,9
Řecko	0,2	1	2,8	2	2,6
Maďarsko	0,3	1,5	2,4	1	2,1
Island	2,9	3,5	4,4	3,4	1,5
Irsko	0,7	1,7	4,6	3,2	3,9
Itálie	0,6	2,0	3,5	2,8	2,9
Japonsko	0,9	2,3	3,1	2,4	2,2
Korea	0,3	4,1	4,1	3,1	3,8
Lucembursko	0,7	1,6	3,8	2,6	3,1
Mexiko	0,1	2	4,2	3	4,1
Holandsko	1,7	2,4	3,7	2,9	2
Nový Zéland	0,5	2	2,4	1,7	1,9
Norsko	2,6	3,3	4,3	3,5	1,7
Polsko	0,5	2,6	3,7	1,8	3,2
Portugalsko	0,2	1,3	2,2	1,3	2
Slovensko	0,3	2,6	2,6	1,5	2,3
Španělsko	0,2	1	2,6	1,9	2,4
Švédsko	3,3	3,6	4,3	3,4	1
Švýcarsko	1,2	1,7	2,6	1,9	1,4
Turecko	0,1	1,8	1,8	0,8	1,7
Velká Británie	1,1	2,1	3	2,1	1,9
USA	0,9	1,8	2,7	1,8	1,8
průměr	1,1	2,3	3,3	2,4	2,2

Zdroj: OECD (2006)

* - „cost-pressure“

** - „cost-containment“

*** - „cost-pressure“ projekce oproti odhadům pro rok 2005

4.2. Hlavní prvky zahraničních systémů dlouhodobé péče

V návaznosti na prognózy a modelování týkající se růstu poptávky a růstu nákladů na dlouhodobou péči vznikaly v různých zemích různé přístupy k nastavení systému tak, aby náklady rostly co nejmírněji. Známe-li mechanismus působení faktorů zvyšujících náklady (viz první část kapitoly), podívejme se, která základní opatření mohou nákladnost poskytování dlouhodobé péče snižovat. Existuje několik schémat, podle kterých může být

system financování péče navržen a také určitá doporučení týkající se prvků systému dlouhodobé péče tak, aby byl zaštitěný proti destruktivním vlivům na veřejné finance (plynoucím z růstu nákladů v závislosti na faktorech popisovaných v této a předchozí kapitole). V této části se proto podíváme na některé důležité prvky organizace poskytování dlouhodobé péče, která jako samostatně vyčleněný obor nemá dlouhou tradici. Dříve totiž bylo ošetření typologicky spadající pod dlouhodobou péči poskytováno kombinací sociální a zdravotní péče v ústavech zaměřených jednostranně pouze na zdravotní či sociální služby a dlouhodobá péče tak byla většinou považována a zahrnována do péče čistě zdravotní anebo čistě sociální a to podle ústavu, v němž byla poskytována. Až v poslední době se pod tíhou tlaků na růst poptávky po tomto typu péče a zvyšující se (finanční) náročnosti pro veřejné finance uvažuje o samostatném systému dlouhodobé péče a na světové scéně se intenzivně debatuje o jeho možné podobě. S rostoucí poptávkou se totiž začaly zřetelně projevovat nevýhody jasně nevymezeného systému, kterým dlouhodobá péče byla. Smíšení a nepřesná specifikace participace zdravotní a sociální péče a z toho plynoucí často nepřesně definovaný způsob financování s sebou nesly zvýšené riziko (1) morálního hazardu ze strany poptávky po dlouhodobé péči (vyhýbání se plateb za služby dlouhodobé péče), stejně jako (2) morálního hazardu ze strany nabídky dlouhodobé péče (některým zdravotnickým zařízením se nevyplácelo vést klienta dlouhodobé péče jako klienta dlouhodobé péče, ale jako pacienta klasické čistě léčebné péče).

Vzhledem k existenci prostoru pro morální hazard a poněvadž dosavadní systémy nebyly konstruovány na potřebu dlouhodobé péče v takové míře, jak tomu bude do budoucna, je zřejmé, že bude nutné pozměnit vzorec poskytování dlouhodobé péče tak, aby na toto dokázal vhodně reagovat. Znamená to například, že vysoké míry institucionalizace, které byly trendem v 80. letech se snižují a jsou podporovány více komunitní, domácí a respitní péče. Každá země se musí v rámci svých možností zamyslet nad tím, nakolik si může dovolit péči dále nechat zajišťovat způsobem, který může být zbytečně drahý. Bude se muset zamyslet také nad tím, nakolik si může dovolit dotovat péči z veřejných financí. Jisté je, že potřeba dlouhodobé péče se pomalu začíná považovat za normální životní riziko stejně tak jako potřeba zdravotní péče.

Jak tedy v dlouhodobé péči úspěšně propojit služby zdravotní a sociální, zabezpečit systém proti morálnímu hazardu jeho účastníků, zajistit aby náklady na dlouhodobou péči rostly v určitých mezích a tedy celkově nenarůstala systémová neefektivita?

Vytyčila jsem si některé klíčové prvky, podle nichž si myslím, že je dobré efektivitu systému posuzovat a jejichž vhodné nastavení by dle mého názoru k efektivnímu fungování systému mělo dopomoci. Těmito prvky jsou:

1) Způsob financování péče a to konkrétně

- zda je systém transparentní a vymezen dostatečně přesně a tak, aby nedocházelo k problémům s neustále se měnícím systémem financování matoucím všechny zúčastněné a generování zbytečných nákladů
- v rámci parametrů systému financování je důležité rozložení rizika čerpání dlouhodobé péče ve společnosti, které určuje, nakolik zatěžuje financování dlouhodobé péče veřejnou pokladnu

2) Podíl formální a neformální péče

- z tohoto hlediska v návaznosti na první část této kapitoly bych efektivnost systému posuzovala podle toho, do jaké míry systém implementuje opatření, která by vedla k preferování komunitní a domácí péče namísto aby byla zvyšována poptávka po ústavní péči (peníze ušetřené na snižování podílu formální péče investovat do rozvoje domácí a komunitní péče); v tomto směru též míra podpory respitní péče

3) „Odolnost“ vůči demografickým prognózám

- jsou-li systémy „věku odolné“, tedy počítají-li s narůstající poptávkou a budou-li schopné ji uspokojit;

4) Propojení se systémem zdravotní péče

- toto kritérium má posoudit, do jaké míry organizace poskytování péče odstraňuje morální hazard ze strany poskytovatelů – v jaké míře spolupracuje systém dlouhodobé péče se systémem zdravotní péči tak, aby docházelo k plynulému přechodu z jedné péče do druhé ve smyslu eliminace zbytečných prodlev na lůžku v nemocnici; zavádění opatření, která by odstraňovala morální hazard nemocnic (nastavení určitých stimulů k tomu, aby nemocnice neměly tendenci proces přechodu z jednoho typu péče (např. akutní zdravotní péče) k druhému (např. dlouhodobé péči či popř. jen k sociálně-ošetrovatelské péči) zdržovat a tedy prodražovat)

5) Kvalita poskytovaných služeb dlouhodobé péče

- kritérium, které zohledňuje je-li například nízká finanční náročnost služeb důsledkem vhodného nastavení systému a ne snížené kvality péče; též nakolik jsou

v nastavení zabudována opatření, která klientovi umožňují vybrat si typ a způsob čerpání péče tak, aby byla v jistých mezích podporována klientova nezávislost v možnosti výběru typu péče a rozhodování o sobě samém

Uspořádání systémů dlouhodobé péče v jednotlivých zemích se může i výrazně lišit, obecně jsou podle OECD (1998) různorodější než systémy akutní péče. Jejich různorodost je závislá například na konkrétních zvycích a kulturním prostředí (tzn. celkově na postoji k poskytování péče ať už zdravotní anebo sociální) a dále také například na již nabytých zkušenostech s organizací systému dlouhodobé péče. Největší rozdíly spočívají v nastavení způsobu financování a podpoře poskytování této péče formální nebo neformální formou. Z teoretického hlediska se blížeji podíváme právě na tato dvě kritéria a jejich vztah k veřejným financím. Dále všechna výše vymezená kritéria slouží pro podrobnější posouzení již konkrétní organizace poskytování dlouhodobé péče v České republice v páté kapitole.

4.2.1. Rozložení rizika a způsob financování

Klíčovým ukazatelem, který dále rozhoduje o celé podobě systému a podle něhož se řídí určitý systém financování, je postoj k sdílení rizika v rámci společnosti a ochoty být solidární. Z tohoto hlediska existují přístupy, které jsou vytyčeny na jedné straně přístupem společnosti solidární, v níž je individuální odpovědnost jedince ve velké míře přenesena (a rozprostřena) na celou společnost, která sdílí riziko (čerpání dlouhodobé péče). Na druhé straně stojí společnost, v níž největší míra odpovědnosti spočívá na každém jedinci. Na základě těchto přístupů jsou formovány možné způsoby financování systému. Na jedné straně systém financování, v němž jsou platby za péči hrazeny ze společných fondů, na druhé straně systém financování péče z vlastních zdrojů každého jedince. Možné typy financování můžeme rozdělit na dva základní:

- a) každý jedinec se svou rodinou nese celé riziko potřeby dlouhodobé péče samostatně (z hlediska financování to znamená, že péči si hradí každý sám ze soukromých zdrojů; může být tedy financována například i ze soukromého pojištění)
- b) sdílení rizika společností
 - část rizika je přenesena na veřejný sektor (pak financování péče může probíhat přes soukromé pojištění s podporou veřejného sektoru, kdy podpora od státu může být poskytována ve formě např. daňových úlev či jiných finančních podpor)

- riziko přeneseno na ekonomicky aktivní jedince (financování péče je zajišťováno přes sociální pojištění, které je tak vedle zdravotního pojištění, pojištění v nezaměstnanosti, důchodového a úrazového pojištění dalším z pilířů sociální politiky)
- všichni daňoví poplatníci nesou veškeré riziko (péče je veřejně financovaná z fondů, do kterých jsou prostředky vybrány daní, jež pokrývá všechny občany)

Konkrétní nastavení parametrů určuje míru solidarity systému a do jaké míry se na poskytování dlouhodobé péče a úhrady nákladů spojených s touto péčí budou podílet veřejné finance (jaká míra zátěže je s daným nastavením spojena pro veřejnou pokladnu).

Evropské země jsou tradičně více nakloněny řešením přes veřejné financování a rozkládání rizika čerpání péče rovnoměrně mezi společnost. I přesto, že v těchto zemích se na úhradě nákladů podílejí i soukromé zdroje, jsou systémy v těchto zemích obecně v daleko větší míře sociálně solidární, než systémy v anglicky mluvících zemích – převážně pak ve Spojených státech či na Novém Zélandě³⁰. Soukromé pojištění vystupuje stále většinou jen v pozadí a hraje daleko menší roli. Podle Gibson, Gregory, Pandya (2003) je sociálně-zdravotní pojištění stejně tak jako daňové financování založené na dani z příjmu více progresivní a zaručuje větší rovnost v přístupu k péči než jak je tomu v případě financování ze soukromých zdrojů (soukromého pojištění). V tomto směru platí stejné uspořádání i pro dlouhodobou péči.

Způsob financování dlouhodobé péče většinou kopíruje určité daňové tradice každé země - Německo a Rakousko se systémem financovaným přes sociální pojištění; Švédsko s univerzálním daňově financovaným systémem. Soukromé financování nákladů spojených s čerpáním dlouhodobé péče je pak nejvíce rozšířeno ve Spojených státech; podobně je na tom Nový Zéland³¹ (většina plateb probíhá přímo z úspor každého jedince, protože soukromé pojištění, ze kterého by byly výlohy hrazeny, je zde poměrně málo rozšířené).

Míra společenské solidarity (která souvisí už s konkrétním uspořádáním) je dána i způsobem, jakým jsou peníze z fondů rozdělovány – tedy komu v rámci celé společnosti jsou peníze z veřejných fondů na dlouhodobou péči poskytovány. Zda je krytí výloh nastaveno jako univerzální, anebo je podpora poskytována jen vybraným sociálně slabším skupinám, které nejsou schopny si náklady hradit ze svých zdrojů.

³⁰ Gibson, Gregory, Pandya (2003)

³¹ Gibson, Gregory, Pandya (2003)

I přesto, že existují významné námitky proti univerzálnímu krytí, neboť hradí péči všem, tedy i těm, kteří mají dostatek svých vlastních prostředků, aby si péči financovali sami, a na základě toho se v konečném důsledku financování péče prodražuje a nedostává se dost peněz na zajištění dostatečné kvality péče lidem, kteří pomoc skutečně potřebují, v tomto směru je část evropských zemí (konkrétně např. Německo, Rakousko, Švédsko, Norsko) začíná přiklánět k systému univerzálního krytí.

Hrají zde roli nejspíš nejen určité představy o tom, co je spravedlivé, ale i některé špatné zkušenosti ze zemí, kde je dlouhodobá péče hrazena z veřejných fondů jen sociálně slabším. Takový systém totiž poskytuje prostor pro černé pasažerství ze strany klientů. Tato „vada“ se významně projevila konkrétně ve Spojených státech – v jejich systému financování dlouhodobé péče založeném na „neuniverzálním“ krytí. Movitější jedinci, kteří nesplňovali požadavky (dostatečně nízkého bohatství, příjmu, důchodu) pro čerpání státní podpory v případě dlouhodobé péče (neboť žádný univerzální program podpory zde neexistuje³²), převedli majetek na své příbuzné a tím si zaručili přístup k čerpání zdrojů z veřejných fondů určených na krytí výloh za dlouhodobou péči pro sociálně slabé jedince. Myšlenka co největšího snížení nákladů tím, že finance na dlouhodobou péči budou rozděleny mezi nejchudší, se tak obrátila v netransparentní systém s prostorem pro zneužitelnost.

Parametry systému financování se liší a nelze říci, které prvky jsou obecně zárukou správného a efektivního fungování. Jako nejvhodnější doporučení se jeví nastavení systému s ohledem na tradice ve způsobu financování péče a zohledněním ochoty společnosti přebírat riziko, přičemž ponechání jisté části zodpovědnosti na každém jedinci jako záruka toho, že nebude docházet k plýtvání s čerpáním dané péče. V případě neuniverzálního krytí výloh je pak potřeba nastavit financování způsobem, který by potíral možnost zneužití.

4.2.2. Podíl formální a neformální péče

Další důležitou proměnnou celého systému (která byla již zmíněna v předchozích kapitolách) je podíl formální a neformální péče. Podpora poskytování péče do domácnosti

³² Ve Spojených státech funguje systém zdravotního pojištění tzv. „**Medicare**“, což je federální program pro lidi ve věku 65 let a výše a skupiny lidí s určitými vymezenými zdravotními problémy, těm pak hradí péči v tzv. „nursing homes“ a domácí lékařskou péči. Tuto péči ovšem nehradí dlouhodobě. Druhým pilířem doplňujícím Medicare je „**Medicaid**“, což je program na federální a státní úrovni, který hradí domácí i institucionální péči lidem s nízkým příjmy.

klienta se rozrůstá teprve v posledních deseti letech, kdy v některých zemích³³ byla zavedena vcelku rozsáhlá opatření, která poskytují více možností než pouhou volbu mezi nepodporovanou (žádným způsobem nezvýhodňovanou) neformální (či domácí) péčí a podporovanou formální ústavní péčí. Zůstává ale zachován fakt, že země s nadprůměrným financováním dlouhodobé péče z veřejných financí obecně spoléhají více na formální péči než ostatní země (Lundsgaard, 2005).

Jako vhodná politika proto, aby se minimalizovaly náklady pro veřejné rozpočty plynoucí z nárůstu podílu formální (zvláštěpak ústavní) péče a aby se zároveň zamezilo odlivu neformálních ošetřovatelů z pracovního trhu, se jeví podpora kombinované tzv. respitní péče (většina vyspělých zemí klade na tento typ péče stále větší důraz³⁴). Orientuje se na nastavování podmínek, při kterých neformální ošetřovatelé mají možnost využívat kombinace poskytování neformální péče a formální péče, kdy část dne se o člověka stará neformální ošetřovatel – většinou rodinný příbuzný – a část dne je svěřen do péče formální (ať už umístěním v některém ze zařízení denní péče anebo v komunitě). Prakticky jakýkoli druh kombinované formální a neformální péče je vítaný a podporovaný. Vláda se tak snaží zamezit snižování míry participace na pracovním trhu převážně u lidí, kteří poskytují neformální péči. Poskytování péče touto cestou může být podporováno vládními úlevami na daních či například finanční podporou v rámci penzijního spoření vztahující se na neformální ošetřovatele, kteří poskytují péči a zároveň jsou pracujícími alespoň na určitou část pracovního úvazku.

Švédsko a Norsko, kde je tradičně vysoký podíl institucionalizace, v posledních letech zavádějí politiku co největšího přesměrování ústavní péče na péči komunitní a hojně podporují služby v denních ošetřovatelských domech a residenčních zařízeních. Wilbers (1999) píše o tom, že v Německu bylo částečně docíleno snížení finančně náročné institucionalizace tím, že orgány, které rozhodovaly o tom, zda bude podporována nová výstavba ústavních zařízení, výstavby neschválily a to i přesto, že poptávka po institucionalizaci se nesnižovala. Tento způsob řešení fungoval a na určitou dobu snížil v Německu vysoké náklady na v 80. letech hojně rozšířenou institucionalizaci.

³³ konkrétně Austrálii, Rakousku, Kanadě, Německu, Irsku, Japonsku, Lucembursku, Nizozemí, Norsku, Švédsku, Velké Británii, Spojených státech (Lundsgaard, 2005)

³⁴ Míry institucionalizace díky politice snižování ústavní péče například tím, že byla zastavena výstavba nových ústavů „nursing homes“ a místo toho se tyto peníze investují do rozvoje domácí a komunitní péče. Od roku 1980 v členských zemích OECD výdaje na institucionální péči klesaly (Gibson, Gregory, Pandya, 2003).

V následující tabulce jsou uvedeny údaje o rozdělení podílu ústavní péče a péče formální neústavní v rámci několika zemí. U vyspělých zemí se podíl těchto dvou typů čerpání péče různí od 5% do 7% z celkové skupiny populace ve věku 65 let a výše. V tabulce je zachyceno srovnání některých zemí OECD³⁵. Je zde uveden i podíl populace z věkové skupiny 65 let a výše, která čerpá péči poskytovanou přímo do domácností klientů. V této kategorii je rozptyl hodnot ještě větší než u péče ústavní³⁶.

Tabulka 4.2.: Podíl populace ve věku 65 let a výše, která čerpá ústavní péči nebo formální péči domácí

Země	Podíl populace 65+ v ústavní péči (% celku)	Podíl populace 65+ v domácí formální péči (% celku)
Austrálie	5,7	21
Japonsko	2,9/6,0*	8
Nizozemí	8,8	15,6
Dánsko	9,1	25
Norsko	11,8	15,6
Švédsko	8,2	7,9
Spojené státy	4,2	8,7
Rakousko	4,9	24
Belgie	6,4	4,5
Finsko	5,3	14
Francie	6,5	6,1

Zdroj: Gibson, Gregory, Pandya (2003)

* *odhady se u jednotlivých zemí liší podle toho, co přesně je zahrnováno v jednotlivé zemi do definice dlouhodobé péče (viz. kapitola 2 – neexistence mezinárodně uznávané definice dlouhodobé péče); např. u Japonska se v případě odhadů u dlouhodobé ústavní péče hodnoty liší podle toho, je-li do ústavní péče počítána i dlouhodobá péče v nemocnicích (pak je hodnota 6,0% celku) či pouze péče poskytovaná v tzv. “nursing homes” (2,9% celku)*

Vzhledem k tomu, že posuzování kvality poskytování dlouhodobé péče je rozsáhlou tématikou, jež by svým rozsahem poskytovala možnost pro samostatnou práci a navíc též přípravu v oboru zdravotní a sociální péče, zmiňme v rámci posuzování kvality pouze nový

³⁵ Je nutné počítat s tím, že definice ústavní péče se může stát od státu mírně lišit a tedy údaje v následující tabulce mohou být v tomto směru ne 100% korespondující. Výstižnější a přesnější srovnání ovšem není v rámci mezinárodního srovnání dostupné.

³⁶ Zdroj – Gibson, Gregory, Pandya (2003) – který tuto tabulku vypracoval uvádí, že není jasné, nakolik jsou tyto rozdíly dány mírně odlišnou definicí v rámci zemí – tedy tím, co se do této péče zahrnují – a nakolik je toto dáno skutečným rozdílem v čerpání této péče stát od státu.

fenomén vyspělých zemí: klientům je dána možnost samostatně se rozhodovat o tom, jaký typ péče a jaké konkrétní služby bude každý jedinec čerpat. Tato možnost je dána díky vytvoření programů (např. program tzv. “Osobních účtů” v Nizozemí), kdy jedinci disponují z veřejných financí přiděleným rozpočtem ve výši stanovené na základě intenzity konkrétních obtíží a z těchto rozpočtů si sami rozhodují o tom, jaký typ péče budou požadovat a též si žádané typy služeb zajišťují³⁷. Je zřejmé, že takový způsob řešení může být praktikován v systémech, kde je postavení dlouhodobé péče v rámci systému zdravotní a sociální péče náležitě důsledně vyřešeno, též zde existuje dostatečně rozvinutý aparát kontrol čerpání služeb tak, aby v případě, že jedinec není schopen o sobě rozhodovat, nebylo jednáno na jeho úkor při výběru služeb (tj. zneužitelnost ze strany příbuzenstva, které rozhoduje o nakládání s klientovi přidělenými penězi a má pomoci nich zajistit péči) atd. V rámci kvality poskytování dlouhodobé péče je krok tímto směrem v porovnání se situací již popisovanou výše (viz. 80. léta, kdy bylo nutné spokojit se pouze s hrubým rozdělením na neformální nepodporovanou anebo ústavní podporovanou péči) významným krokem vpřed.

Tato druhá část kapitoly s vymezením stupnice, na základě níž můžeme hodnotit systém dlouhodobé péče napříč zemí, je půdou proto, abychom v následující kapitole mohli rozebrat a posoudit efektivitu nastavení poskytování dlouhodobé péče v České republice.

³⁷ Existuje i síť veřejně poskytovaných služeb, klient má ale možnost vybírat si na základě svých preferencí.

5. ORGANIZACE POSKYTOVÁNÍ DLOUHODOBÉ (FORMÁLNÍ) PÉČE V ČESKÉ REPUBLICE

V této kapitole se zaměříme na organizaci poskytování dlouhodobé péče v České republice – v rámci dlouhodobé péče pak převážně na poskytování péče formální. Zásadní charakteristikou České republiky je v tomto směru skutečnost, že dlouhodobá péče zde není vymezena jako samostatný segment služeb s ucelenými kritérii poskytování některých druhů služeb dlouhodobé péče a logicky a jasně nadefinovanou strukturou financování. Z takto vymezeného pole působnosti dlouhodobé péče, stejně tak jako z ne zcela vhodně vymezeného způsobu financování, tak plynou určité neefektivní.

Vzhledem k tomu, že financování ústavní dlouhodobé péče v České republice je pro veřejné finance nákladnější než financování péče domácí³⁸, zabývejme se v této kapitole otázkou, zda pravidla poskytování péče zaručují efektivní využití peněz plynoucích z veřejných fondů na dlouhodobou péči, existují-li pravidla a politiky eliminující morální hazard a plýtvání prostředky atd. V této kapitole posudíme „systém“ v ČR z hlediska hodnotících kritérií vymezených v předchozí kapitole, z teoretického hlediska se zaměříme na organizaci poskytování dlouhodobé péče a s tím spojené neefektivní, abychom v 6. kapitole vypočítali jejich dopad na celkovou výši výdajů za dlouhodobou péči.

5.1. Poskytování dlouhodobé formální (zvláště ústavní) péče

Neformální péče je v České republice poskytována v převážné většině případů čerpání dlouhodobé péče. Podle Přehnal (1999)³⁹ zůstává v populaci starší 65 let cca 80 % spoluobčanů soběstačných s pomocí rodiny a nejbližší komunity⁴⁰. Formální péče je pak poskytována jako ústavní péče či péče domácí a podle Přehnalových (1999) odhadů je v populaci starší 65 let potřeba téměř v 9-11 %. Stejně tak odhaduje, že z v rámci těchto 9-11 % budou připadat přibližně 2-3 % na péči ústavní⁴¹.

³⁸ Viz. kapitola 6

³⁹ Přehnal (1999) In: Bruthansová, Červenková (2004)

⁴⁰ Je nutné upozornit, že v tomto ohledu nelze Přehnalův (1999) (in: Bruthansová, Červenková, 2004) odhad srovnávat s odhady Jacobzona (1998) – viz. 3. kapitola – i přesto, že jejich odhady se číselně shodují. Zatímco Přehnal (1999) odhaduje podíl 80% z celkové populace lidí ve věku 65 let a více, Jacobzone (1998) odhaduje 80% pouze z populace lidí, která dlouhodobou péči čerpá.

⁴¹ Pro stávající populaci ve věku 65 let a více by to v roce 2005 znamenalo, že přibližný počet lidí čerpající formální péči v roce 2005 se pohybuje v rozmezí 132 000 až 161 000 lidí, z toho ústavní péči v rozmezí 29 000 až 44 000 klientů (počítáno podle Burcinových a Kučerových (2003) odhadů počtu obyvatel ČR v roce 2005).

Z hlediska nákladnosti dlouhodobé péče pro veřejné finance by mělo platit, že pokud klient může čerpat dlouhodobou péčí domácí, neměl by být umístěn do ústavu, kde jsou náklady na poskytování péče mnohonásobně vyšší⁴². Okolnosti, které vedou k oprávněné nutnosti čerpat dlouhodobou péčí v ústavním zařízení, bych vymezila jako následující:

- a) Ústavní péče je nutná v případě, kdy u pacienta původně zdravotní léčebné péče po léčbě na akutním lůžku (a po určité doléčovací fázi) přetrvává potřeba kombinované péče zdravotně-sociální, a tato péče nemůže být zajišťována ambulantně či formou domácí péče (Bruthansová, Červenková, Holmerová, 2000).
- b) Klientem ústavní péče se stejně tak může stát jedinec již čerpající dlouhodobou péčí domácí, jehož zdravotní stav se zhorší a nedovoluje nadále setrvávat ve své domácnosti, neboť jeho stav vyžaduje intenzivnější péči než tu, která je poskytována v rámci dlouhodobé péče domácí.
- c) Třetí okolností, na základě které se jedinec může stát čerpatelem ústavní dlouhodobé péče, je případ, kdy zdravotní stav klienta sociálního ústavu čerpajícího čistě sociálně-ošetrovatelskou péčí se zhorší a péče o klienta se mění z čistě sociální na dlouhodobou zdravotně-sociální péči.

Dlouhodobou ústavní péčí pak klient v České republice většinou čerpá v jednom z následujících zařízení:

- a) **v některém ze zdravotnických zařízení na lůžku dlouhodobé péče** (v léčebně pro dlouhodobě nemocné (tzv. LDN), v nemocnici s oddělením poskytujícím dlouhodobou lůžkovou ošetrovatelskou péčí, v hospicu⁴³)
- b) **v ústavu sociální péče, ve kterém je poskytována též dlouhodobá péče** (v domově pro důchodce či v domě s pečovatelskou službou⁴⁴)

V těchto ústavech – podle současné úpravy registrovaných buď jako ústavy čistě sociální péče anebo jako ústavy čistě zdravotní péče – by se pak klientovi měla na lůžku dlouhodobé péče dostávat kombinovaná zdravotně-sociální ošetrovatelská péče. Zda bude klient umístěn do ústavu, který se zaměřuje na péči spíše zdravotní či spíše sociální, by mělo z hlediska logiky záviset na typu a intenzitě klientových konkrétních obtíží. V České republice tomu tak ale vždy není – ve kterém ústavu bude klient umístěn totiž

⁴² A to nejen pro veřejné finance, ale podle Lundsgaarda (2005) i celkově.

⁴³ Zde je poskytována paliativní péče, která spadá pod péči dlouhodobou.

⁴⁴ Tento typ sociálního ústavu je specifický v tom, že klienty (dlouhodobé péče) v tomto ústavu lze do jisté míry považovat za čerpatelé domácí péče (viz. dále), přeto je dům s pečovatelskou službou klasifikován jako ústav sociální péče a jeho klienti tedy jako klienti ústavní péče.

často záleží spíše než na intenzitě a typu klientových obtíží na kapacitě daného zařízení a také na tom, v jakém zařízení klient preferuje péči čerpat (viz. „klientova racionalita“ dále v této kapitole). V závislosti na těchto ukazatelích je potom klientovi poskytován druh dlouhodobé péče zaměřený směrem charakteristickým pro dané zařízení. V rámci zařízení se také liší úhrada dlouhodobé péče, neboť na základě typu ústavu, kde je poskytována, je hrazena z různých zdrojů a v různé míře. Stejně tak se liší i nákladnost využívání lůžka v rámci různých typů zařízení (ať už sociálních či zdravotnických).

Je-li tomu tak, je opět nutné připomenout hlavní záměr této kapitoly, kterým je zamyšlení se nad tím, zda je klientovo čerpání dlouhodobé péče oprávněné (či oprávněné v té formě, v jaké ji čerpá) a zda je za klientovu péči hrazena vždy odpovídající částka – tedy částka, která by měla odpovídat nákladům příslušících péči na základě klientových obtíží – anebo klient může čerpat péči zbytečně nákladnějším způsobem, či naopak úhrady za potřebnou péči nepokrývají skutečné náklady.

5.1.1. Systém úhrad nákladů v zařízeních ústavní dlouhodobé péče

Obecně je v podvědomí široké veřejnosti zafixováno, že v léčebnách dlouhodobě nemocných (LDN) je klientovi poskytována péče pouze zdravotní a v ústavech sociálních péče pak péče sociální. Přesvědčení, že LDN poskytuje čistě zdravotní péči, je vyvoláno nejspíš i tím, že veškeré náklady na péči o „pacienta-klienta“⁴⁵ LDN jsou hrazeny ze zdravotního pojištění. Za klienta LDN tedy plynou ze zdravotního pojištění úhrady nejen za péči zdravotní, ale i péči sociální.

Obdobným iluzím je podléháno i v případě klasifikace klienta dlouhodobé péče v ústavu sociální péče pro seniory – domově důchodců. Domov důchodců je klasifikován jako zařízení čistě sociálního typu a tak klienti jsou (často) považováni za čerpatele pouze péče sociální. Na rozdíl od LDN jsou ale v případě klienta dlouhodobé péče čerpajícího tuto péči v domově důchodců náklady na dlouhodobou péči hrazeny vícezdrojově. Podílí se na nich jak zdravotní pojištění, ze kterého jsou hrazeny náklady jen za zdravotní část péče o daného klienta, tak rozpočty sociálních zařízení⁴⁶ a navíc určitou částkou na čerpání péče v ústavu sociální péče přispívá i sám klient.

⁴⁵ Označení „pacient-klient“ je zde užito právě proto, že úhrada nákladů na jeho péči plyne pouze jednozdrojově ze zdravotního pojištění – klient dlouhodobé péče v LDN je tedy často považován spíše než za klienta dlouhodobé péče za pacienta zdravotní péče.

⁴⁶ Do rozpočtů těchto zařízení (nejsou-li čistě soukromé) plynou peníze hlavně z krajských a obecních rozpočtů.

V případě klientů dlouhodobé péče v domově důchodců existuje ještě jedna nesrovnalost – za klienty dlouhodobé péče jsou z hlediska spoluplácní péče ze zdravotních pojišťoven uznáni jen ti, kteří čerpají péči striktně na lůžku dlouhodobé péče. Podle Bruthansové, Červenkové (2004) zde ale existuje část klientů, kteří se potýkají s vážnějšími zdravotními problémy a jsou prokazatelně čerpateli zdravotně-sociální ošetrovatelské péče, ale protože jsou umístěni v domově důchodců, tak část úkonů v rámci této péče, která by u klientů lůžkové dlouhodobé péče proplácena byla, není u těchto klientů v příslušné výši hrazena ze zdravotního pojištění (neboť na péči o tyto klienty zdravotní pojišťovna nemá povinnost s ústavními zařízeními uzavírat smlouvy), ale z jiných, vlastních rozpočtů daného zařízení.

Protože z charakteru dlouhodobé péče vyplývá, že není péčí jen čistě zdravotní, lze její financování pouze z veřejného zdravotního pojištění (tak jak je tomu například v LDN) považovat za důsledek nevhodného nastavení systému financování, jež je částečně důsledkem nesprávně nastaveného způsobu posuzování dlouhodobé péče a nesystematičnosti v umisťování klientů do různých typů ústavních zařízení. Plynou-li úhrady za část dlouhodobé sociální péče z všeobecného zdravotního pojištění, pak je to dáno tím, že poskytování péče zdravotní a sociální je v daných případech tak silně provázáno, že typy péčí nelze klasifikovat samostatně. Z organizace poskytování služeb dlouhodobé péče, kde takováto možnost není dostatečně zohledněna i přesto, že je jedním ze specifíků dlouhodobé péče, pak nutně vyplývá, že poskytování této péče se v takovém prostředí stává nespravedlivé: klient dlouhodobé péče v některém ze zařízení hradí část nákladů z vlastních zdrojů jen proto, že v rámci typu dlouhodobé péče, kterou čerpá, nejsou sociální a zdravotní péče provázány tak úzce, aby je nebylo možné oddělit.

Ještě jiný typ financování dlouhodobé péče je nastaven v tzv. domech s pečovatelskou službou, které jsou klasifikovány jako zařízení sociální péče, ale část klientely čerpá péči zdravotně-sociální, jež by podle nastavených kritérií popsaných ve druhé kapitole bylo možné označit za péči dlouhodobou. Tento typ zařízení je organizovaný tak, že si senioři⁴⁷ pronajímají byt situovaný v objektu, kde jsou poskytovány sociální pečovatelské služby. Tyto sociální ošetrovatelské služby si klient hradí v celé výši z vlastních prostředků. Pokud klienti čerpají i zdravotní péči, ta je poskytována agenturami domácí zdravotně-ošetrovatelské péče a je proplácena

⁴⁷ Senioři, jimž byla na základě jejich sociálně-zdravotního stavu přiznána možnost užívat byt v objektu domu s pečovatelskou službou.

ze zdravotního pojištění zdravotními pojišťovny. Znamená to, že klienti domů s pečovatelskou službou, kteří zde čerpají zdravotně-sociální péči, si zde tak ze svých prostředků hradí náklady na sociálně-ošetrovatelské služby, které jsou v jiných ústavních zařízeních hrazeny z prostředků veřejných rozpočtů. Za obdobnou péči klient domova důchodců hradí jen částku částečně pokrývající náklady na bydlení a stravu a klient LDN (díky tomu, že je umístěn ve zdravotním zařízení) neplatí vůbec nic.

Z organizace poskytování dlouhodobé péče v České republice jasně vyplývá, že disponuje podněty, které podporují generování neefektivity vytvářením vhodné půdy pro klientovu snahu čerpat péči v ústavech, kde jsou služby v plné výši financovány z jiných (většinou veřejných) než klientových zdrojů. Poskytování dlouhodobé péče se tak stává nespravedlivé, neboť za obdobné typy služeb část klientů hradí alespoň část nákladů, zatímco druhá část klientů čerpá ústavní péči zcela bezplatně. Jedná se zejména o ústavní péči ve zdravotnických zařízeních, kde je dlouhodobá péče určena pro nejvážnější případy a je zde poskytována péče průměrně finančně náročnější. Čerpání péče v těchto zařízeních klienty, kteří služby daného rozsahu nepotřebují a přesto mají možnost je využívat, činí poskytování dlouhodobé péče tak, jak je nastaveno v ČR, příliš drahé a neefektivní. Nejenže tito klienti čerpají péči, kterou nepotřebují, zároveň tím bezdůvodně odčerpávají finance z veřejných fondů a navíc blokují místa klientům, kteří by péči poskytovanou v těchto ústavech skutečně potřebovali. Není-li dodržováno, aby klient čerpal pouze péči, která přísluší jeho skutečnému (zdravotně-sociálnímu) stavu (tj. klient může vcelku bezproblémově čerpat drahou péči, kterou ve skutečnosti v mnohých případech ani nepotřebuje, viz. dále v této kapitole), dochází k neefektivitě, která provází čerpání dlouhodobé péče v České republice.

5.1.2. Snahy o řešení omezující neefektivní nastavení

Většina zpráv zástupců sociální péče poukazuje na nedostatek lůžek následné ošetrovatelské péče pro přestárlé, chronicky nemocné a nesoběstačné občany⁴⁸ a vidí to jako příčinu umístování mnohých klientů do ústavů sociální péče, které jsou z hlediska služeb, jež poskytují, pro dané klienty nevhodné. Navíc jsou pak tyto ústavy přeplněné a skuteční klienti, kteří by potřebovali a měli čerpat zde poskytovanou péči, jsou v konečném důsledku umístování v ústavech, kde čerpají péči pro ně nevhodnou (Bruthansová, Červenková, 2004; Veselá, 2001) a nutno dodat, že pro veřejné finance také často dražší.

⁴⁸Viz. Bruthansová, Červenková (2004) ale např. i ÚZIS (2004); ÚZIS (2005)

Zástupci zdravotní péče (zvláště pak zástupci zdravotních pojišťoven) naopak domněnku o malém počtu lůžek následné péče berou za mylnou. Argumentují tím, že těchto lůžek je dostatek, ale jsou zabrány klienty, kteří by měli být na základě charakteru svých problémů umístěni v ústavu sociální péče. Blokují nepřiznanými více sociálními než zdravotními hospitalizacemi místa těm, kteří je opravdu potřebují, a dochází tak k mylným závěrům o potřebnosti většího počtu lůžek následné ošetrovatelské péče a také jsou ve vyšší míře čerpány peníze z fondů určených na zdravotní péči. Problém tedy spatřují ne v neexistenci dostatečného množství lůžek dlouhodobé (a následné) péče ve zdravotnických zařízeních, ale v neexistenci dostatečného množství lůžek v ústavech sociální péče. Dle nich spočívá problém v tom, že některé zdravotnické ústavy – zvláště pak LDN – přibližně polovinou svojí kapacity suplují péči ústavní sociální nebo domácí péči (Zpráva VZP, 2003).

Snaha řešit tuto situaci vedla k ustanovení institutu tzv. sociální hospitalizace. Institut sociální hospitalizace byl zaveden jako reakce na vzrůstající počet jedinců, kteří poté, co přestali čerpat zdravotní péči na nemocničním lůžku, nebyli již pacienti, kteří by z důvodu zdravotního stavu měli být nadále ponecháni na lůžku akutní péče, na druhou stranu nebyli ještě ani v takové kondici, aby bez zajištění následné péče mohli být propuštěni domů (Bruthansová, Červenková, Holmerová, 2000). Podmínkou pro čerpání sociální hospitalizace je skutečnost, že danému jedinci (i přesto, že splňuje podmínky pro poskytování této služby) nemůže být z kapacitních anebo odborných důvodů poskytnuta potřebná péče v ústavech sociální péče anebo pečovatelská služba a tedy by měl zůstat dočasně na lůžku v nemocnici. Péče, kterou by zde čerpal, byla klasifikována jako sociální péče poskytovaná ve zdravotnických zařízeních a řešená je proto zákony o sociálních službách. Úhrady za tuto péči neplynou ani částečně ze zdravotního pojištění. Péče je financována z veřejných rozpočtů (z rozpočtů obce) a částečně se na jejím financování podílí i sám klient. Problém úhrad za tuto péči tkví v tom, že vyhláška, jež stanovuje úhrady za sociální hospitalizaci, je stará 13 let a částky, které stanovuje jako adekvátní úhradu za péči, nebyly za celou dobu valorizovány (Bruthansová, Červenková, Holmerová, 2000). Částka je tak od roku 1993, kdy byla přijata příslušnou vyhláškou⁴⁹, stanovena na 300 Kč/lůžko/den (přičemž hospitalizovaný klient hradí 55 Kč/den a obce ze svých rozpočtů 245 Kč/den), čímž v současné době již nepokrývá skutečné náklady na potřebnou péči/den. Institut sociální hospitalizace měl původně stimulovat nemocnice, aby neřešili

⁴⁹ MPSV č. 310/1993 Sb.

případy pacientů, jejichž stav již nevyžaduje akutní péči, cestou „nejmenšího odporu“ – tedy tím, že pacienta budou dále vést jako pacienta jiné než sociální péče⁵⁰ a čerpat za jeho péči prostředky v jiné výši, než jaké by příslušely klientovým skutečným potřebám.

Vzhledem k tomu, že náklady nemocnic na den hospitalizace se pohybují v rozmezí od 1100 Kč/den⁵¹, nemocnici se tak absolutně nevyplatí, aby pacienty sociální hospitalizace měla na svých lůžkách. Navíc protože částka 245 Kč/den plyne z obecních rozpočtů v rámci nichž ovšem není částka na sociální hospitalizaci určována adresně, ani obce tuto formu hospitalizace příliš nepodporují. Nechtějí totiž ze svých rozpočtů vynakládat peníze na péči, která by mohla být hrazena i z jiných zdrojů (tj. pokud by klient byl veden jinak než jako klient sociální hospitalizace), či o možnosti sociální hospitalizace někdy ani nevědí⁵². Lze říci, že institut sociální hospitalizace se stal jen jakousi formální možností, která není v praxi skoro vůbec využívána a kvůli okolnostem nedostatečného financování nemocnicím za poskytování péče na sociálním lůžku a neadresnosti dávek na sociální hospitalizaci v rámci obecních rozpočtů, podporuje nepřiznané poskytování sociální hospitalizace hrazené jako klasická zdravotní hospitalizace – tedy zbytečně drahé a plynoucí plně ze zdravotního pojištění.

V roce 2004 bylo oficiálně přiznaných sociálních hospitalizací za celou Českou republiku pouze 60 (ÚZIS, 2005). Poté, co proběhly revize oprávněnosti čerpání péče ve zdravotnických zařízeních⁵³, bylo ovšem zjištěno, že takových hospitalizací nejen v nemocničních zařízeních, ale i v LDN, jsou až tisíce! Vzhledem k tomu, že institut sociální hospitalizace není využíván, na řešení problému poskytování sociální péče ve zdravotnických zařízeních byla ustanovena speciální meziresortní komise Ministerstva práce a sociálních věcí a Ministerstva zdravotnictví⁵⁴, která navrhla institut tzv. „sociálně-zdravotní lůžko“. Komise dospěla k závěru, že většina těchto pacient-klientů sociální hospitalizace, čerpá spíše péči kombinovanou, tj. částečně sociální i zdravotní. Náklady na sociálně-zdravotní lůžko byly proto komisí stanoveny na 800 Kč/den/(sociálně-zdravotní) lůžko. Náklady měly být hrazeny vícezdrojově⁵⁵. Meziresortní komise

⁵⁰ Sociální hospitalizace je jako čistě sociální péče klasifikována.

⁵¹ Bruthansová, Červenková (2004)

⁵² Vyplývá z: Bruthansová, Červenková, Holmerová (2000)

⁵³ Tyto revize provedla VZP v roce 2003.

⁵⁴ Tzv. Meziresortní komise integrované péče

⁵⁵ 20% z celé částky 800Kč/den měla být platba klienta, 20% z veřejného zdravotního pojištění (úhrada za indikované výkony se pohybuje mezi 40-350 Kč/den/osoba), 20% ze státního rozpočtu, 40% z rozpočtů krajů a obcí

Ministerstva práce a sociálních věcí a Ministerstva zdravotnictví byla ale zrušena a problém zůstal nevyřešen.

Způsob řešení situace cestou nepřiznané sociální hospitalizace ve zdravotnických zařízeních tak zůstal zachován a s ním i přílišná nákladnost a zdroj neefektivity pro veřejné finance. Platby za druh péče, který by měl být financován vícezdrojově, tak plně spadají na veřejné rozpočty, v největší míře pak na zdravotní pojišťovny, z jejichž rozpočtů by tato péče ale v plné výši hrazena být neměla, neboť primárně nespadá pouze pod péči zdravotní. Navíc existuje prostor proto, aby byly za klienta hrazeny vyšší částky než příslušné jeho potřebám, neboť v konečném důsledku se nemocnice musí snažit vést pacienta ne podle skutečné potřeby péče, ale tak, aby jí byly uhrazeny adekvátní denní náklady na nemocniční lůžko. Pojišťovny hradí náklady, které – pokud by byl klient umístěn v adekvátním zařízení či mu byla poskytnuta péče do domácnosti – by nevznikaly a tak na základě neuceleného a nelogického systému poskytování péče, která spadá pod péči dlouhodobou, jsou generovány vysoké náklady neefektivity, jež by v případě logického uspořádání poskytování dlouhodobé péče v rámci celistvého systému generovány nebyly.

5.2. Neefektivita systému

Z podstaty racionálního člověka vyplývá, že poměřuje své celkové náklady a volí možnosti, které pro něj tyto náklady minimalizují. Systém, který náklady pro klienta při čerpání totožné péče nechá významně fluktuovat, se vystavuje riziku, že bude zneužitelný a nebude fungovat efektivně.

V případě dlouhodobé péče v České republice jsou řešení nejméně nákladná pro samotného klienta v zásadě vysoce nákladná pro stranu (jakéhosi externího plátce), která tyto náklady hradí. Tímto externím plátcem jsou veřejné finance. Podívejme se tedy na „systém“ dlouhodobé péče z hlediska nákladů plynoucích v jednotlivých stupních celého „systému“ pro klienta. Sestavme hierarchii, která pokryje veškeré možnosti čerpání dlouhodobé péče v České republice. Stupně budou symbolizovat typ ústavu, ve kterém je dlouhodobá péče poskytována. Jinými slovy bude tato pyramida sestavena tak, že na nejnižším stupni bude typ zařízení, ve kterém je dlouhodobá péče poskytována z hlediska výdajů pro veřejné finance nejlevněji, na nejvyšším stupni bude stát typ ústavu, kde poskytování dlouhodobé péče vychází pro veřejné finance nejnákladněji.

Oproti této pyramidě postavme racionálního klienta dlouhodobé péče, který se rozhoduje na základě svých nákladů, které se snaží minimalizovat. Tento jedinec

hodnotí své možnosti a posuzuje, na kterém stupni pyramidy se mu vyplatí dlouhodobou péčí čerpat nejvíce a na kterém nejméně.

Hierarchie poskytování péče:

- a) neformální péče doma poskytovaná příbuzným,
- b) formální péče poskytovaná do domácnosti, péče v domě s pečovatelskou službou
- c) formální péče poskytovaná v domově důchodců
- d) formální péče poskytovaná v léčebně pro dlouhodobě nemocné
- e) formální péče poskytovaná na lůžku v nemocnici – sociální hospitalizace
- f) nepřiznaná sociální (sociálně-zdravotní) hospitalizace

Jednotlivé stupně budou nyní porovnány z hlediska nákladů pro klienta a nákladů pro veřejné finance plynoucích z poskytování péče na jednotlivých stupních tohoto uspořádání.

a) Neformální péče doma poskytovaná příbuzným

Na tomto stupni plynou největší náklady poskytovateli neformální péče. Ten se vzdává nejen části svého volného času, ale v případě, že během období poskytování neformální péče opustí pracovní trh, stává se ekonomicky neaktivním jedincem a přichází tak o část svého příjmu. Náklady (které jsou v přídatě neformálního ošetřovatele tzv. náklady příležitosti) jsou v některých případech neformálnímu pečovateli do určité míry kompenzovány státními příspěvky.

Mimo jiné si klient hradí veškeré náklady na ubytování, stravu a náklady spojené s provozem domácnosti.

b) Formální péče poskytovaná do domácnosti klienta

Čerpá-li klient domácí péči, zůstává ve své domácnosti a péče je mu zajišťována přes agentury domácí péče. Klient si hradí ubytování a stravu, zdravotní péče je agenturám proplácena ze zdravotního pojištění. Klient platí za čerpání určitých sociálních služeb – čerpání pečovatelské služby.

Do této kategorie péče zařadíme i formální péči poskytovanou v domě s pečovatelskou službou, neboť tím, že si klient pronajímá byt a služby jsou mu tak doručovány do domácnosti, lze péči svým způsobem považovat za domácí. Klient si hradí náklady na ubytování a stravu (zdravotní péče je hrazena ze zdravotního pojištění (opět cestou přes agentury poskytující zdravotní péči do domácností)). Za sociální péči klient obecně platí v rozsahu, ve kterém tuto péči čerpá a hradí ji v plné výši ze svých zdrojů. Výše těchto nákladů se liší podle potřeby jednotlivců a obecně u klientů domů

s pečovatelskou službou nelze určit průměrnou výši, neboť sazby různých typů služeb se v jednotlivých domech mohou mírně lišit, ale hlavně je výše čerpání natolik individuální, že nelze obecně mluvit o průměrné částce. V každém případě je jisté, že klient hradí vyšší částky, než pokud by čerpal péči v ústavním zařízení, neboť tam by přispíval pouze na úhradu ubytování a stravy.

c) Formální péče poskytovaná v domově důchodců

Klient přispívá na ubytování a stravu (platby 190 Kč/den⁵⁶, jež hradí ze svých zdrojů, kompenzují přibližně náklady spojené s ubytováním a stravou), vše ostatní je hrazeno z veřejných financí. Klient čerpající péči v domově důchodců tím, že ze svých zdrojů neplatí za čerpání sociálních služeb, hradí nižší náklady, než pokud by péči čerpal do domácnosti.

d) Formální péče poskytovaná v léčebně pro dlouhodobě nemocné

V LDN nehradí klient náklady ani na ubytování (a stravu), ani na poskytovanou zdravotně-sociální péči. Veškeré náklady jsou v LDN hrazeny ze zdravotního pojištění a klient tak čerpá dlouhodobou péči pro něj nejlevnějším možným způsobem.

e) Formální péče poskytovaná jako sociální hospitalizace v nemocnici

Klient v tomto případě ze svých zdrojů hradí 55 Kč/den, částka 245 Kč/den je placena z obecních rozpočtů. Náklady stanovené na 300 Kč/den ale nepokrývají skutečné náklady na poskytování péče na nemocničním lůžku a tak určitou částku musí na klienta doplácet i nemocnice ze svých rozpočtů⁵⁷. Náklady pro klienta jsou v tomto případě nižší než v domově důchodců a stejně tak jsou nižší i ve srovnání s klientovými náklady při čerpání péče domácí. Nižší náklady by klientovi plynuly už jen při čerpání péče v LDN.

f) Dočasné poskytování dlouhodobé péče na lůžku dlouhodobé péče v nemocnicích; nepřiznaná sociální hospitalizace

Klient ze svých zdrojů nehradí nic, náklady jsou jako v případě LDN hrazeny z veřejných financí, ze zdravotního pojištění.

Z tohoto přehledu je vidět, že nejvyšší náklady plynou klientovi při čerpání neformální péče (v tomto případě spíše pro poskytovatele neformální péče) či péče domácí. Klientům dlouhodobé péče čerpající služby v domově důchodců plynou náklady nižší

⁵⁶ Tato částka odpovídá úhradám z klientových zdrojů v roce 2004.

⁵⁷ Viz. Bruthansová, Červenková, Holmerová (2000)

a úplně nejnižší náklady – respektive náklady nulové – vyplývají klientovi, pokud je umístěn v některém ze zdravotnických zařízení. Protože náklady plynoucí pro klienta dlouhodobé péče nezávisí na intenzitě poskytované péče, ale na typu zařízení, ve kterém je umístěn, navíc se stupeň od stupně mohou i významně lišit, znamená to, že pokud by měl racionální klient možnost volit mezi zařízeními, kde by péči čerpal, volil by umístění ve zdravotnickém zařízení. Znamená to mimo jiné, že klient je stimulován k tomu, aby vybíral možnosti, které jsou vysoce nákladné, ale placené z veřejných financí. Z šetření Bruthansové a Červenkové (Bruthansová, Červenková, 2004) plyne, že vzhledem k tomu, že klienti a jejich příbuzní si jsou vědomi odlišnosti ve výši nákladů plynoucích z čerpání dlouhodobé péče napříč jednotlivých ústavních zařízeních, se rozvinul trh s méně či více oficiálními a legálními „příspěvky“ vyžadovanými od klientů (či jejich rodinných příslušníků) za to, aby byli do některého z ústavů přijati. To, že systém dává příležitost k takovému jednání, ve svém důsledku negativně dopadá na ty, kteří danou péči skutečně potřebují a byli by za ni ochotni i zaplatit, ale protože jsou lůžka zaplněna, potřebné péče se jim nemusí dostat. Pokud by náklady plynoucí pro klienta byly ve všech stupních pyramidy stejné, lze předpokládat, že by se snížilo množství čerpatelů ústavní péče, jež daný typ služeb nepotřebují. Klienti by dle mého názoru preferovali umístění v prostředí, kde se cítí nejkomfortněji – tj. ve většině případů v prostředí domácím – a teprve pokud by skutečně potřebovali zvýšenou péči, volili by péči v ústavním zařízení. Pokud by toto bylo podpořeno ještě vhodnou stimulační politikou podporující čerpání domácí péče, pak vzhledem k tomu, že domácí péče je pro veřejné finance v České republice levnější (viz kapitola 6), by se snížily náklady, které v současné době musí být hrazeny z veřejných rozpočtů.

Systém by mohl být nastaven ještě efektivněji, pokud by náklady pro klienta kopírovaly skutečnou výši výdajů za péči čerpanou v určitém zařízení. Takové nastavení by sice bylo na úkor solidarity, neboť by znamenalo, že nejvíce nemohoucí klient by musel platit nejvyšší částku, na druhou stranu by eliminoval iracionalitu současného systému ještě ve větší míře než v případě stejných nákladů pro všechny klienty ústavní péče. Myslím si, že tímto opatřením by prostor pro využívání čerpání zbytečně dražší péče (jak pro veřejné finance, tak celkově) z velké části vymizel, neboť péči nejdražší (tj. péči poskytovanou ve zdravotnických zařízeních) by využívali opravdu jen ti, jejichž stav by vyžadoval v rámci dlouhodobé péče zvýšenou potřebu péče zdravotní. V určité míře by mohlo být toto řešení podpořeno i argumentem, který by vyvracel domněnky, že takový systém

je nespravedlivý a pouze by ztěžoval přístup k péči některým jedincům, kteří by danou péčí skutečně potřebovali, ale neměli by na její platbu prostředky. Tímto argumentem může být fakt, že nejvíce nemohoucí jedinci určitou kompenzací získávají v podobě zvýšených důchodů pro bezmocnost (částka se liší podle stupně bezmocnosti) a tedy jedinec, který by zvýšenou péčí potřeboval, by nejspíš spadl do kategorie, ve které by získal dostatečné množství finančních prostředků proto, aby si nejintenzivnější péči hradit mohl.

V systému tak, jak je nastaven nyní, mi připadá nelogické, aby „klientovi-pacientovi“ (viz. oddíl 5.1.1.) byla v LDN hrazena z veřejných rozpočtů celková péče i s péčí sociální a zároveň i veškeré náklady na stravu a ubytování a on přesto čerpal celou výši svého důchodu. Tento důchod navíc může odevzdávat příbuzným, kteří tak nebudou mít žádný motiv k tomu, aby vůči svému příbuznému pocíťovali jakoukoli míru zodpovědnosti za poskytování péče. Naopak – nejvýhodnější pro ně bude udržet svého nemohoucího příbuzného v LDN a pokud nebude místo zde, pak v některém z jiných ústavních zařízení.

Dle mého názoru je iracionalita při poskytování dlouhodobé péče zapříčiněna převážně neujednocením a nelogikou v určování výše nákladů plynoucích pro klienta při čerpání dlouhodobé péče, které tak klientovo racionální jednání převádí na neefektivitu generující zvýšené náklady. Politika stimulace k čerpání domácí a komunitní péče by v takovémto prostředí byla problematická. Nastavení systému poskytování dlouhodobé péče v České republice implikuje, že celková suma nákladů za dlouhodobou péči je vyšší o částku, kterou lze označit jako „náklady neefektivity iracionálního systému“. Příčina existence těchto nákladů spočívá v tom, že systém není nastaven tak, aby při čerpání určitého druhu péče vznikaly klientovi stejné náklady, ať čerpá tuto péči jakoukoli formou. Racionální klient se snaží minimalizovat své náklady a přenáší svou finanční odpovědnost na veřejné finance. Pro veřejné finance jsou tak generovány vyšší náklady na základě toho, že klient čerpá nákladnější péči, aniž by tuto péči skutečně potřeboval. Důsledkem jsou pak také nedostatečné kapacity v zařízeních sociální péče i kapacity lůžek následně a ošetrovatelské péče v nemocnicích. Za chybné tedy považuji celkové nastavení politiky poskytování dlouhodobé péče, které ovšem pojišťovny, na které padá největší finanční břímě neefektivity systému, nemají ve své moci změnit.

Shrneme-li porovnání systému v České republice z hlediska kritérií nastavených ve čtvrté kapitole (oddíl 4.2.), zjistíme, že první kritérium – transparentní a přehledný způsob financování dlouhodobé péče – v ČR splněno není. Způsob, jakým je rozhodováno o tom, kde bude klient čerpat péči, není vymezen přehledně a generuje zbytečné výdaje

(viz. náklady neefektivity), neboť stimuluje k tomu, aby lidé čerpali spíše péči ústavní (která je nákladnější pro veřejné finance, ale v zásadě bez žádných (či pouze minimálních) nákladů pro ně samotné). Toto je pak v rozporu s druhým námi vymezeným kritériem – snahou o upřednostňování péče domácí a komunitní oproti péči ústavní.

Pokud by takto nastavený systém fungoval i do budoucna, musel by čelit ještě vyšším problémům s umístováním klientů na lůžka dlouhodobé péče, jejichž kapacita je již v současné době podle některých odborníků⁵⁸ nedostatečná. Ani třetí kritérium – odolnost vůči demografickým prognózám a nárůstu poptávky – tedy není splněno. Nákladnost péče s tím, jak by díky současnému nastavení neúměrně rostl počet klientů ústavní péče, by tak prudce vzrůstala.

Čtvrté kritérium – propojení se systémem zdravotní péče tak, aby v případě potřeby docházelo k plynulým přechodům z čistě zdravotní péči na dlouhodobou péči bez prodlev, které by zbytečně zvyšovaly náklady, je v návaznosti na nedodržení prvního a druhého kritéria porušeno taktéž.

Lze říci, že „systém“ poskytování dlouhodobé péče v České republice je z hlediska posouzení dle námi nastavených kritérií nevyhovující a lze očekávat, že v porovnání se systémy v jiných vyspělých zemích (viz kapitola 4), by neobstál. Je zřejmé, že bez kvalitnější a důslednější organizace poskytování dlouhodobé péče se Česká republika do budoucna neobejde.

⁵⁸ Viz. ÚZIS (2005)

6. NÁKLADY NA DLOUHODOBOU PÉČI V ČESKÉ REPUBLICE

Vzhledem k určitým nesrovnalostem ve způsobu financování, poskytování a klasifikaci dlouhodobé péče v České republice, se v této kapitole pokusme vyčíslit a strukturovat celkové náklady tak, abychom dostali obraz skutečných nákladů na služby dlouhodobé péče. Při vyčíslování celkových nákladů bude potřeba zohlednit určitá „specifika“ poskytování dlouhodobé péče popisovaná v předchozí kapitole, která se nutně promítají do výše celkových nákladů. Vyčíslíme též náklady, které vznikají na základě neefektivit poskytování dlouhodobé péče (tzv. „náklady neefektivit“) a též spočítáme náklady neefektivit konkrétně plynoucí pro veřejný rozpočet.

Součástí této kapitoly bude i pohled na možný vývoj nákladů na dlouhodobou péči v České republice ve světle demografických prognóz. V poslední části se zaměříme na to, jak alternativně by mohl být systém financován tak, aby se financování dlouhodobé péče stalo spravedlivější a transparentnější a aby zohledňoval specifikum, které je podstatou celé dlouhodobé péče a o kterém lze tvrdit, že v „systém“ České republiky doposud nebylo dostatečně zohledněno – týká se úzké propojenosti ošetrovatelské zdravotní a sociální péče, jejichž oddělení a samostatná klasifikace není vždy možná.

6.1. Popis dostupných dat

Na základě charakteru poskytování dlouhodobé péče, statistického zpracování dat a faktu, že se v České republice v roce na konci roku 2002 měnilo územní uspořádání a kompetence za některé složky financování dlouhodobé péče se přenášely z některých územních celků na jiné, jsou skutečné náklady na dlouhodobou péči v ČR velmi těžko kalkulovatelné. To se ukazuje i při snahách získat jakékoli oficiální statistiky a údaje související s výdaji veřejnými i soukromými. Přesto se v této části zaměříme na empirické zkoumání vývoje těchto výdajů, neboť určitá množina dat dostupná je. V jistém směru ucelená data jsou dostupná od roku 2000. Za období do roku 2000 jsou o dlouhodobé péči dostupné jen útržkovité segmenty dat, navíc v té době dlouhodobá péče nebyla ve statistikách členěna ani částečně samostatně a přestože není samostatně celistvě členěna ani dnes, práce s daty zahrnující údaje před rokem 2000 by byla téměř nemožná, neboť data ani za sociální, ani za zdravotní dlouhodobou péči dostupná zkrátka nejsou⁵⁹. Od roku 2000 již existují přehledné zdravotnické statistiky, neboť všechna zdravotnická data byla

⁵⁹ Již z tohoto je vidět, že poskytování dlouhodobé péče v České republice nelze považovat za samostatně vymezený systém a že dlouhodobá péče jako samostatně vyčleněný obor se začíná v České republice teprve pomalu formovat.

k tomuto roku zpětně přepočítána a utříděna do statistik standardizovaných podle Systému zdravotnických účtů⁶⁰ Evropské unie. Tyto statistiky obsahují přehled veškerých dat spojených s náklady ve zdravotnickém sektoru, obsahují tedy i část celkových nákladů na dlouhodobou péči. Z našeho pohledu spočívá jejich určitá vada v tom, že zahrnují pouze část nákladů za péči, kterou bylo možné jednoznačně oddělit a klasifikovat jako zdravotnickou dlouhodobou péči a pak část nákladů za příslušnou péči sociálně ošetrovatelskou poskytovanou ve zdravotnických zařízeních. V těchto statistikách proto určitá část výdajů chybí a bude nutné k datům za dlouhodobou péči tak, jak jsou uváděny v Systému zdravotnických účtů, nutné nezahrnuté náklady připočítat. Data ze Systému zdravotnických účtů budou základním podkladem pro kalkulaci nákladů na dlouhodobou péči v této kapitole.

I přesto, že se tato práce věnuje problematice dlouhodobé péče převážně o klienty ve věku 65 let a více, ve statistikách SHA jsou zahrnuty náklady na dlouhodobou nejen skupiny obyvatel nad 65 let, ale i osob mentálně postižených či osob s jiným handicapem, kteří mohou být částečně čerpateli dlouhodobé péče taktéž. To ovšem není v rozporu se snahou vyčíslit skutečné celkové náklady na dlouhodobou péči⁶¹.

V této kapitole až do té doby, kdy bude explicitně uvedeno, budou výpočty vždy vycházet z dat, které jsou vyčíslené ve statistikách Systému zdravotnických účtů.

6.2. Výše výdajů za dlouhodobou péči podle Systému zdravotnických účtů

Podle klasifikace v Systému zdravotnických účtů (2000-2004) údaje o nákladech za dlouhodobou péči zahrnují náklady na dlouhodobou lůžkovou péči a dlouhodobou domácí péči. Náklady na dlouhodobou lůžkovou péči zahrnují náklady na poskytování této péče ve všech (ať už zdravotních anebo sociálních) ústavních zařízeních, kde je poskytovaná péče klasifikována jako dlouhodobá. Spadají sem náklady na dlouhodobou péči v léčebnách dlouhodobě nemocných, hospicích, nemocnicích s odděleními poskytujícími dlouhodobou lůžkovou ošetrovatelskou péči a náklady ústavů sociální péče s odděleními poskytujícími dlouhodobou lůžkovou ošetrovatelskou péči⁶².

⁶⁰ databáze Systém zdravotnických účtů (2000 – 2004); z anglického „System of Health Accounts“, v textu používána i zkratka „SHA“

⁶¹ Také ve většině publikací a dostupných statistikách, které byly použity i v této práci, jsou uváděna data zahrnující celkové náklady na dlouhodobou péči a tedy nejen náklady za dlouhodobou péči pro seniory i přesto, že tato převažuje.

⁶² U posledních dvou vždy jen za příslušnou část, tedy tam, kde je dlouhodobá péče poskytována. V některých ústavech pak částky zahrnují pouze určitou část celkových nákladů – viz. dále v této kapitole.

Veřejnými výdaji budou v celé kapitole nazývány výdaje, které podle značení Systému zdravotnických účtů plynou z veřejných rozpočtů (státních, krajských, místních) a ze zdravotních pojišťoven.

Na základě dat ze Systému zdravotnických účtů lze spočítat, že v roce 2004 v České republice dosahovaly samostatné náklady na dlouhodobou zdravotní a částečně sociální péči 0,28% HDP a celkové náklady na zdravotní péči 7,2% HDP⁶³. V tomto porovnání se náklady na dlouhodobou péči zdají být zanedbatelné přičemž zanedbatelné se zdá být i samo procentuální zastoupení výdajů na dlouhodobou péči na HDP. V absolutních číslech a v porovnání s výší veřejných rozpočtů vyčleněných na financování zdravotní péče ovšem tato částka zanedbatelná není, neboť 0,28% HDP za rok 2004 představuje 7 708 milionů Kč, přičemž část, která na dlouhodobou péči plynula z veřejných rozpočtů (tj. 2 183 milionů Kč) představovala podle SHA 10,2% veškerých financí, které plynou z veřejných rozpočtů na péči související s péčí zdravotní⁶⁴. Zbytek z celkové částky 7 708 milionů Kč byl hrazen ze zdravotního pojištění a částečně též ze soukromých zdrojů.

Výdaje můžeme dále rozčlenit na výdaje za domácí péči a výdaje za lůžkovou (ústavní) péči. Jejich poměr a vývoj v čase zachycuje následující tabulka. Stejně tak zachycuje vývoj celkových nákladů na dlouhodobou péči, jejichž průměrné roční tempo růstu představovalo 11,20%.

Tabulka 6.1: Výdaje na dlouhodobou lůžkovou péči a domácí péči podle Systému zdravotnických účtů (2000-2004); (v mil. Kč)

Rok	2000	2001	2002	2003	2004
Lůžková péče	3 826	4 541	5 226	5 038	6 187
Domácí péče	1 215	1 446	1 493	1 703	1 521
Výdaje celkem (v mil. Kč)	5 041	5 987	6 720	6 741	7 708

Zdroj: SHA (2000-2004)

Z dat v tabulce je možné vyčíst zřejmý nárůst výdajů na lůžkovou péči. Náklady na lůžkovou péči jako procentní část celkových nákladů představují v roce 2004 přibližně 80,2%. Oproti tomu u výdajů na domácí péči ke strmému růstu nedochází – v roce 2004 vůči předchozímu roku náklady klesly o 182 mil. Kč. Data jsou zajímavá tím, že v jejich

⁶³ V tomto údaji (7,2% HDP) již nejsou zahrnuty příslušné výdaje za dlouhodobou péči.

⁶⁴ V roce 2004 plynulo z veřejných rozpočtů na financování péče související s péčí zdravotní celkem 21 494 mil. Kč (Systém zdravotnických účtů (2000-2004)).

vývoji dochází v průběhu roku 2003 a 2004 k nemalým zvratům. V roce 2003 klesají náklady na lůžkovou péči a zvyšují se náklady na péči domácí, další rok je tento skok vyrovnáván růstem nákladů na péči lůžkovou a poklesem na péči domácí, přičemž pokles výdajů na péči domácí se neshoduje s politikou většiny vyspělých zemí, která je zaměřena na co největší podporu domácí a komunitní péče namísto péče ústavní.

Celkové výdaje za dlouhodobou péči lze rozdělit též podle subjektu, který náklady na péči hradil. Hlavní úhrada nákladů plyne ze zdravotního pojištění a z dat v tabulce 6.2 lze vyčíst, že původně nevelký rozdíl mezi platbami od zdravotních pojišťoven a veřejných rozpočtů se v průběhu pěti let změnil v rozdíl, kdy úhrady od zdravotních pojišťoven byly v roce 2004 více než dvakrát vyšší než z ostatních veřejných rozpočtů.

Tabulka 6.2: Vývoj veřejných výdajů na dlouhodobou péči (v mil. Kč)

Rok	2000	2001	2002	2003	2004
Zdravotní pojišťovny	2 626	3 235	3 848	4 283	4 415
Z toho:					
Lůžková péče	2196	2745	3247	3584	3624
Domácí péče	430	490	601	699	791
Ostatní veřejné rozpočty	2 415	2 752	2 872	2 458	2 183
Z toho:					
Lůžková péče	1630	1796	1979	1454	1453
Domácí péče	785	956	893	1 004	730
Veřejné výdaje celkem	5 041	5 987	6 720	6 741	6 598
Dlouhodobá péče celkem	5 041	5 987	6 720	6 741	7 708

Zdroj: SHA (2000-2004)

Výdaje zdravotních pojišťoven na dlouhodobou péči se v období od roku 2000 do roku 2003 zvyšovaly každý rok v průměru o 550 milionů Kč⁶⁵. Úhrady z ostatních veřejných rozpočtů měly od roku 2003 klesající charakter.

Pokud se podíváme na srovnání celkových výdajů na dlouhodobou péči za roky 2000 až 2004, zjistíme, že v roce 2004 se celkové výdaje na dlouhodobou péči poprvé (a navíc celkem výrazně) odlišují od výdajů veřejných. Vystává proto otázka, čím je tento rozdíl způsoben, když v metodologii výpočtů Systému zdravotnických účtů (2000-2004) ke změnám nedšlo a stejně tak Systém zdravotnických účtů žádné vysvětlení neposkytuje. Z podrobnějšího zkoumání nákladů vyplynulo jen to, že tyto “extra náklady” zahrnující

⁶⁵ Vyjímkou je období z roku 2003 na rok 2004, kdy toto zvýšení činilo jen 132 milionů – velký podíl má na tomto vývoji i menší nárůst nákladů na lůžkovou péči během let 2003 a 2004, kdy byl pouhých 40 mil. Kč i přesto, že v předchozích letech vždy průměrně 460 mil. Kč. Tento nižší nárůst může mít souvislosti s provedenou revizí VZP – viz. dále revize odůvodněnosti čerpání lůžkové péče.

1 110 mil. Kč jsou náklady na lůžkovou dlouhodobou péči a jsou hrazeny ze soukromých zdrojů. Po zkoumání celkové situace poskytování dlouhodobé péče v letech 2003 a 2004 můžeme navrhnout následující vysvětlení: na konci roku 2003 provedla VZP mezi svými pojištěnci, kteří čerpali dlouhodobou péči, revizi, jež měla odhalit opodstatněnost čerpání dlouhodobé péče v ústavním prostředí (ve zdravotnických zařízeních poskytujících následnou lůžkovou péči, zejména pak v léčebnách pro dlouhodobě nemocné). Revize měla identifikovat jedince, kteří čerpali péči „více sociální než zdravotní“⁶⁶ a tento druh hospitalizace byl v jejich případě nepřiznaný, tj. pacienti tak čerpali péči plně hrazenou z veřejných zdrojů. Lze tedy předpokládat, že po takovémto zjištění mohlo být od roku 2004 přistoupeno k opatřením, která by jedince čerpající péči tímto způsobem donutila k určité finanční kooperaci. Část těchto nákladů se pak mohla promítnout do položky zahrnující celkově 1 110 mil. Kč vystupující jako soukromé výdaje na lůžkovou péči v roce 2004 (viz. dále náklady neefektivity).

6.2.1. Náklady na ústavní péči podle Systému zdravotnických účtů

Nyní se blíže podívejme na vývoj nákladů na dlouhodobou ústavní péči. Vzhledem k tomu, že statistika SHA nezahrnuje informace o počtu lůžek, na kterých byla dlouhodobá péče čerpána, tato informace byla získána pomocí statistik ÚZIS týkajících se počtu lůžek, které byly vyčleněny na dlouhodobou péči v zařízeních, v nichž se náklady na dlouhodobou péči započítávají do celkových nákladů v Systému zdravotnických účtů (viz. oddíl 6.1.1. – informace o typech zařízení, které jsou ve výpočtech SHA zahrnuty). Počet těchto lůžek je uveden v následující tabulce, v jejímž posledním řádku je zachycen i údaj o průměrných nákladech na jedno lůžko získaný na základě údajů ze Systému zdravotnických účtů a vypočteného počtu lůžek.

Tabulka 6.3: Počet lůžek dlouhodobé ústavní péče a vývoj průměrných nákladů na dlouhodobou lůžkovou-ústavní péči

Rok	2001	2002	2003	2004
Počet lůžek dlouhod. péče	18 436	18 731	21 893	23 119
Výdaje na lůžkovou péči (mil. Kč)	4 541	5 226	5 038	6 187
Průměrné náklady na lůžko/rok (Kč)	246 000	279 000	230 000	268 000

Zdroj: SHA (2000-2004), ÚZIS (2004b), ÚZIS (2005), vlastní výpočty

⁶⁶ Viz. VZP (2003)

Průměrné náklady na jedno lůžko dlouhodobé ústavní péče činily v roce 2004 268 000 Kč/rok. Z této částky plynulo z veřejných výdajů v roce 2004 na jedno lůžko průměrně 237 000 Kč/rok a ze soukromých zdrojů průměrně 31 000 Kč/rok⁶⁷. Za předchozí roky byly náklady hrazeny v plné výši z veřejných rozpočtů.

6.2.2. Náklady na domácí péči podle Systému zdravotnických účtů

Výdaje za domácí dlouhodobou péči se podle SHA vyvíjely způsobem, který je zaznamenán již v tabulce 6.3. V této části se podíváme na to, jaké průměrné náklady na dlouhodobou péči připadaly na jednoho klienta. V tabulce jsou uvedeny počty klientů domácí dlouhodobé péče jen za roky 2002 a 2003 a to na základě údajů ÚZIS (Domácí zdravotní péče za rok 2003, (2004)) o počtu klientů domácí péče ve věku 65 let a výše. Za rok 2004 tyto informace nebyly dostupné stejně tak jako za roky předchozí.

Tabulka 6.4: Počet klientů a vývoj výdajů za dlouhodobou domácí péči

Rok ⁶⁸	2002	2003
Celkové výdaje	1 493	1 703
Počet klientů domácí péče (*)	90 373	97 004
Náklady na klienta/rok (Kč)	16 520	17 556

Zdroj: SHA (2000-2004); Domácí zdravotní péče za rok 2003, (2004)

(*) počet klientů dlouhodobé péče z ÚZIS (2004a), zahrnuti jsou všichni klienti ve věku 65 let a výše

Z doposud uvedených dat lze spolehlivě vyčíst, že na základě dat ze Systému zdravotnických účtů (2000-2004) v roce 2003 byly průměrné výdaje z veřejných výdajů na jedno lůžko dlouhodobé péče více než 13 krát vyšší než průměrné výdaje na jednoho klienta dlouhodobé péče domácí.

6.3. Náklady neefektivity

V tomto momentě, kdy známe přesná data o výdajích na jednotlivé typy dlouhodobé péče, se můžeme pokusit vypočítat náklady neefektivity, tedy náklady, které vznikají díky prostoru pro využívání (většinou dražšího) typu péče, který není z hlediska

⁶⁷ Toto rozdělení nákladů na veřejné a soukromé lze získat jednoduchým výpočtem na základě tabulky 6.1. (tj. částka 1 110 mil. Kč rozpočítána na počet klientů lůžkové dlouhodobé péče za rok 2004).

⁶⁸ V této tabulce jsou uvedena data pouze za roky 2002 a 2003, neboť data týkající se počtu klientů domácí péče za roky ostatní nebyla k dispozici. Vzhledem k tomu, že k našim dalším výpočtům nejsou potřeba, nebyla tato data ani předmětem odhadnutí.

klientova zdravotně-sociálního stavu potřebný⁶⁹. Klient tak čerpá péči téměř plně hrazenou z veřejných rozpočtů a svoji racionalitu tedy uplatňuje na vrub výdajů z veřejných rozpočtů (viz. kapitola 5).

O existenci nákladů neefektivity lze uvažovat jednak na základě znalosti nastavení podmínek pro čerpání různých typů dlouhodobé péče v ČR (viz. kapitola 5) a jednak na základě konkrétního šetření, které v roce 2003 provedla VZP (tzv. revize odůvodněnosti hospitalizací v léčebnách dlouhodobě nemocných (LDN) a dalších zdravotnických zařízeních poskytujících následnou lůžkovou péči – tj. na lůžkách následné ošetrovací péče). Podle revizního hlášení VZP (VZP, 2003) bylo zjištěno, že přibližně 10 000 klientů VZP ročně čerpá neodůvodněnou hospitalizaci ve zdravotnických zařízeních. Šetření se týkalo klientů ve věkové kategorii 65 let a výše, v níž VZP pojišťuje 79,8 % celkové populace (VZP, 2005). Můžeme se domnívat, že zbylá část populace v této věkové kategorii (tj. 21,2 % pojištěnců ostatních pojišťoven) čerpá více sociální než skutečně potřebnou hospitalizaci ve stejné míře jako pojištěnci VZP. Znamenalo by to, že počet 10 000 klientů, kteří jsou vedeni jako klienti dlouhodobé péče i přesto, že by tito klienti měli podle (VZP, 2003) čerpat péči v zařízeních sociální péče – v domově důchodců⁷⁰, by tak byl navýšen na přibližně 12 500 klientů ročně⁷¹.

Abychom náklady neefektivity systému přesně vyčíslili, počítejme pro rok 2003 (a podle stejného klíče pak i pro ostatní roky) takto: přijmeme předpoklad, že počet případů nepřiznané hospitalizace je vzhledem k počtu lůžek u obou typů zařízení (LDN i lůžka následné péče) stejná. Vzhledem k tomu, že průměrná délka ošetření na lůžku v léčebně dlouhodobě nemocných trvá průměrně 72 dní (ÚZIS, 2004) a na lůžku následné péče 44 dní (ÚZIS, 2004), rozdělme počet klientů, kterých se toto týká – tj. 12 500 případů za rok 2003 – poměrně na 2 skupiny. Jednu skupinu považujeme za ty, kteří čerpali péči na lůžkách následné péče v LDN a druhou skupinu na lůžkách následné péče v nemocnicích. Konkrétní počet klientů v těchto skupinách vypočteme podle poměru celkového počtu lůžek v LDN a lůžek následné péče v nemocnicích. Pro rok 2003 byl tento počet lůžek: 7 285 lůžek v LDN⁷² a 6 404 lůžek následné péče v nemocnicích⁷³ – tj. 53 % ze všech “neoprávněných” klientů čerpalo bezdůvodně průměrně 72 dní v roce péči

⁶⁹ Jedná se převážně o zbytečné čerpání ústavní dlouhodobé péče ve zdravotnických zařízeních i přesto, že by klient mohl čerpat péči v ústavech sociální péče či péči domácí nebo komunitní.

⁷⁰ Tito klienti tedy podle VZP (2003) i přesto, že dlouhodobou péči nepotřebují, danou péči čerpají. Většina z nich má pak podle VZP (2003) podanou žádost o umístění do domova důchodců.

⁷¹ Viz. vlastní výpočty v tomto oddělení

⁷² Viz. Bruthansová, Červenková (2004)

⁷³ Viz. ÚZIS (2005)

na lůžku LDN a zbytek (47%) "neoprávněných" klientů čerpal tuto péči průměrně 44 dní na lůžku následné ošetrovatelské péče v nemocnicích.

Přestože se náklady na jedince na lůžku následné péče v nemocnicích se liší případ od případu, klienti na těchto lůžkách čerpají obdobnou péči jako v LDN, jen s tím rozdílem, že časově kratší dobu. Považujeme tedy tyto náklady za shodné s průměrnými náklady na klienta/den v LDN. Pro další výpočty týkající se péče na obou typech lůžek tedy použijeme pouze průměrné náklady na lůžko v LDN. Ty pro rok 2003 činily v průměru 948 Kč/den⁷⁴. Dále pracujeme s průměrnými náklady na jeden den čerpání péče v ústavu, kde podle VZP měli tito klienti být umístěni (tj. v domově důchodců). Náklady v domově důchodců činily v roce 2003 průměrně 474 Kč/den/klient. S použitím těchto informací vypočteme náklady neefektivity jako: průměrná délka ošetření na lůžku v LDN vynásobená poměrným počtem nepřiznaných čerpatelů v LDN; výsledek pak sečteme s průměrnou délkou ošetření na lůžku následné ošetrovatelské péče vynásobenou poměrným počtem nepřiznaných čerpatelů na lůžkách následné péče. Abychom získali náklady neefektivity, tento součet (pro další počítání ho označme jako „suma“) vynásobíme náklady, které byly placeny „navíc“ (tzn. náklady, které vzniknou jako rozdíl mezi náklady hrazenými za péči na lůžkách LDN zmenšené o náklady na péči v domově důchodců). Náklady neefektivity tedy počítáme tak, že počet dnů čerpání neoprávněné péče vážíme počtem klientů čerpajících v daných zařízeních tuto péči a vzniklou „sumu“ vynásobíme náklady na čerpání této péče/den. V konkrétních číslech jsou pro rok 2003 (na kterých jsme v textu výše náklady neefektivity demonstrativně počítali) činí náklady neefektivity: $[(72 \text{ dní} * (53 \% \text{ z } 12\,500) = 6625) + (44 \text{ dní} * (47 \% \text{ z } 12\,500) = 5875)] * 474^{75} = 349 \text{ mil. Kč}$. Tento výpočet pak provedeme také pro všechny ostatní roky s tím, že pokaždé použijeme k výpočtu příslušná data za příslušné roky⁷⁶.

Zajímavé bude vypočítat ještě náklady neefektivity, které z nepřiznaných sociálních hospitalizací plynuly pro veřejné rozpočty. Tyto náklady budeme počítat obdobným způsobem jako již výše popsáno s tím, že zde jsou náklady zvýšené ještě o příslušnou částku, kterou by v případě čerpání péče na adekvátním místě (tj. v domově důchodců) býval hradil ze svých zdrojů klient. Změna oproti počítání výše bude pouze v tom,

⁷⁴ Viz. (Bruthansová, Červenková, 2004)

⁷⁵ Tato částka je získána jako rozdíl nákladů na péči/klient/den v LDN a v domově důchodců, tj. $(948-474)=474 \text{ Kč/klient/den}$.

⁷⁶ tj. s příslušnými počty lůžek, náklady za péči v LDN/den; počet nepřiznaných sociálních hospitalizací v jednotlivých letech vypočteme pak poměrně k celkovému počtu lůžek v LDN a lůžek následné ošetrovatelské péče a stejně tak pro každý rok přepočteme i váhy. Příslušná data k tomuto výpočtu byla čerpána z databáze ÚZIS a Bruthansové, Červenkové (2004).

že součet označený v předchozím textu jako „suma“ vynásobíme takto získaným číslem: od nákladů na lůžko v LDN/den (tj. 948 Kč/lůžko/den) odečteme náklady na péči v domově důchodců (tj. 474 Kč/den) snížené o náklady, které klient hradí v domově důchodců ze svých zdrojů (tj. 181 Kč/den)⁷⁷. Odtud získáme náklady neefektivity, které byly za dané klienty hrazeny v roce 2003 z veřejných financí. V následující tabulce jsou pak shrnuty výpočty nákladů neefektivity pro roky 2001-2004.

Tabulka 6.5: „Náklady neefektivity“

	2001	2002	2003	2004
Počet případů	11 720	12 150	12 500	12 680
Náklady neefektivity (v mil. Kč)	247	318	349	374
Náklady neefektivity pro veř. finance (v mil. Kč)	362	445	482	515

Zdroj: vlastní výpočty, ÚZIS (2006)

6.4. Podhodnocenost nákladů

Z principu nastavení a klasifikace dlouhodobé péče v ČR vyplývá, že do celkových nákladů na dlouhodobou péči (tak, jak je definována v této práci – viz. kapitola 2), není zahrnuta část péče, která typologicky pod dlouhodobou péči spadá a měla by tedy být v celkových nákladech zahrnuta. Náklady na formální dlouhodobou péči vyčíslené Systémem zdravotnických účtů (2000-2004) tak nezahrnují veškeré náklady, které jsou s poskytováním dlouhodobé péče skutečně spojeny, neboť do svých kalkulací nezohledňují určitou část klientů, kteří čerpají dlouhodobou péči ústavní. Lze tak soudit na základě Bruthansové, Červenkové (2004), kde je zdůrazněno, že část klientů domova důchodců počítána mezi čerpatele sociální péče se ve skutečnosti potýká se zdravotními potížemi a dalšími handicapy, jako je např. pohybová závislost, které si ve skutečnosti žádají intenzivnější a náročnější (sociální i zdravotní) ošetřovatelství. Myslím si, že péče o část klientů v seniorském věku, kteří se potýkají s různorodými problémy, jež svým charakterem přesahují pouze sociální péči, v sobě kombinuje jak péči sociální, tak do určité míry péči zdravotní a to i přesto, že část zdravotní péče nemusí být tak intenzivní jako například v případě klientů LDN. Z tohoto hlediska ji lze považovat za péči dlouhodobou (viz. kapitola 5 – mylné domněnky o tom, že v ústavech sociální péče jsou umístováni jen

⁷⁷ Opět počítáme s daty za rok 2004.

zdraví jedinci⁷⁸) i přesto, že tito klienti nejsou upoutáni na lůžko. Tito klienti jsou v současné době považováni za klasické klienty ústavu sociální péče a zdravotní pojišťovny proto nemají povinnost uzavírat pro tyto klienty smlouvu o úhradách dlouhodobé zdravotní ošetrovatelské péče. Výdaje za tuto péči (ani zdravotní, ani sociální část) tak nejsou promítnuty do celkových nákladů na dlouhodobou péči⁷⁹.

Tato situace se v roce 2004 týkala přibližně 41% všech klientů domova důchodců⁸⁰. Podle databáze ÚZIS je počet takto vymezené skupiny za roky 2000-2004 v průměru přibližně 16 000 klientů. Abychom dostali výslednou částku, která bude blíže odpovídat skutečným nákladům na dlouhodobou formální péči, zahrňme výdaje na péči o tuto část klientů do celkových nákladů na dlouhodobou péči ze Systému zdravotnických účtů (2000-2004). V tabulce 6.6 v prvním řádku je uveden počet klientů domova důchodců, kterých se výše popsaná situace týká, ve druhém řádku jsou uvedeny průměrné náklady na sociálně ošetrovatelskou péči/klient/den. Vzhledem k tomu, že klienti v domově důchodců žijí většinou celoročně, vypočteme výdaje na dlouhodobou péči pro klienta/rok. Dále budeme chtít vypočítat i celkové soukromé roční náklady na pobyt klienta v domově důchodců. K tomu poslouží údaj ve třetím řádku tabulky 6.6 týkající se částky, jež si klient z celkových průměrných denních nákladů hradí ze svých zdrojů.

Tabulka 6.6: V Systému zdravotnických účtů (2000-2004) nezapočítané náklady na péči o klienty dlouhodobé nelůžkové péče v domovech důchodců

	2000	2001	2002	2003	2004
počet klientů *	14 792	15 786	16 000	16 271	17 200
náklady klient/den (v Kč)	375	418	452	474	496
z toho úhrada z vl. zdrojů (v Kč)	152	165	176	181	190
celkové náklady klient/rok (v Kč)	137 000	153 000	165 000	173 000	181 000
celkové soukromé náklady klient/rok (v Kč)	55 500	60 000	64 000	66 000	69 000
celkové náklady/daní klienti/rok (v mil.Kč)	2 024,7	2 408,5	2 640	2 815	3 114
z toho: celkové náklady soukromé/rok (v mil. Kč)	820,6	950,7	1 027,8	1 075	1 192,8

Zdroj: ÚZIS; SHA (2000-2004); Bruthansová, Červenková (2004); vlastní výpočty

⁷⁸ Důvodem oficiálního nezapočítání této skupiny klientů mezi klienty dlouhodobé péče je pravděpodobně skutečnost, kdy se o klientech ústavů sociální péče předpokládá, že jsou vcelku zdraví jedinci, neboť to je i podmínka pro přijetí do ústavu domova důchodců.

⁷⁹ Neboť do celkových výdajů za dlouhodobou péči v ústavech sociální péče se zohledňují náklady spojené pouze s ošetřováním klientů dlouhodobé lůžkové části těchto zařízení.

⁸⁰ Databáze ÚZIS; Bruthansová, Červenková (2004)

(*) počet klientů dlouhodobé péče, kteří oficiálně nejsou počítáni mezi klienty dlouhodobé péče přestože do charakteristiky klientů dlouhodobé péče spadají – klienti domova důchodců, jejichž obtíže jsou i zdravotního charakteru, částečně imobilní

Vypočtené náklady na dlouhodobou péči o klienty oficiálně nezapočtené mezi čerpatelé dlouhodobé péče tak, jak jsou uvedené v předposledním řádku tabulky, zahrnují ovšem pouze náklady na část dlouhodobé sociálně-ošetrovatelské péče, neboť průměrné náklady na klienta domova důchodců počítají s tím, že klient ústavu sociální péče čerpá pouze péči ošetrovatelskou sociální (klienti dlouhodobé lůžkové péče jsou počítáni zvlášť a již zahrnuti do čerpatelů dlouhodobé péče). Pokusme se tedy vypočítat skutečnou výši nákladů na dlouhodobou péči pro tyto klienty a to tak, že k této sumě připočteme ještě náklady na příslušnou dlouhodobou péči zdravotní⁸¹. Určit tuto průměrnou částku je opět problematické, neboť se může lišit případ od případu podle konkrétních obtíží. Pokusme se tedy odhadem získat celkové náklady na dlouhodobou péči, které zahrnují jak složku sociálně tak zdravotně ošetrovatelské péče o tyto klienty⁸²:

Pro objektivní počítání a nenadhodnocení výdajů za péči o tyto klienty, by měl být do odhadu průměrných nákladů zabudován fakt, že tyto výdaje nebudou dosahovat takové výše jako průměrné výdaje u pacienta lůžkové péče v léčebně dlouhodobě nemocných, které jsou uvedeny jako oficiální průměrné náklady na klienta LDN⁸³. Tento fakt bych zohlednila do výpočtu nákladů tím, že náklady na péči bych spočítala jako průměr z nákladů na péči v LDN a domově důchodců a tedy ilustrativně pro rok 2004: $(1000+496)/2 = 748$ Kč/klient/den⁸⁴. Při počtu 17 200 daných klientů v roce 2004 tak tyto náklady činí 4 696 mil. Kč/rok. Z této částky opět vyčleňme tu část, kterou klient ze svých zdrojů přispívá na ubytování a stravu a která pro rok 2004 činila 190 Kč/klient/den (viz. tabulka 6.6), tedy pro všechny dané klienty dohromady 1 193 mil. Kč/rok. Stejným způsobem s použitím příslušných dat odhadněme výdaje na (dlouhodobou) péči o danou část klientů pro předchozí roky.

⁸¹ Ta je hrazena ze zdravotního pojištění, ale nezapočtena do nákladů na dlouhodobou péči, či podle Bruthansové, Červenkové (2004) v současné době do určité míry (hlavně pokud jde o některé potřebné zdravotnické pomůcky) spoluhrazena ze zdrojů domovů důchodců.

⁸² Výdaje na tyto dvě složky péče neoddělujme, neboť z principu dlouhodobé péče – jak již bylo mnohokrát zmiňováno – toto není možné a při odhadování bychom se tak mohli dopustit možných zkreslení.

⁸³ Je tomu proto, že klienti, u nichž chceme spočítat výdaje na dlouhodobou péči, nejsou klienty lůžkové péče a tak lze předpokládat, že jejich zdravotní stav je obecně lepší než klientů dlouhodobé péče lůžkové, jejichž stav by spíše bylo možné přibližně porovnávat se stavem klientů umístěných v LDN.

⁸⁴ Tento způsob vyčíslení nákladů je pouze ilustrativní, neboť pro ohodnocení nákladů na péči o dané klienty neexistují příslušná data, která by umožnila částku přesně vypočítat.

Tento způsob odhadu nákladů na klienty dlouhodobé péče v domovech důchodců, kdy náklady na péči o ně nejsou započteny do nákladů na dlouhodobou péči v Systému zdravotnických účtů (2000-2004), je shrnut v tabulce 6.7⁸⁵.

Tabulka 6.7: V Systému zdravotnických účtů (2000-2004) nezapočítané náklady na péči o klienty dlouhodobé nelůžkové péče v domovech důchodců – “tzv. extra náklady DD 2” – se zohledněním též nákladů na zdravotní péči

	2000	2001	2002	2003	2004
počet klientů	14 792	15 786	16 000	16 271	17 200
náklady v DD klient/den (v Kč)	375	418	452	474	496
náklady LDN klient/den ⁸⁶ (v Kč)	737	771	890	948	1000
celkové náklady za rok (v mil. Kč)	3 002	3 425	3 919	4 223	4 696
z toho: celkové náklady soukromé/rok ⁸⁷ (v mil. Kč)	820,6	950,7	1 027,8	1 075	1 192,8

Zdroj: ÚZIS; SHA (2000-2004); Bruthansová, Červenková (2004); vlastní výpočty

Abychom při výpočtech zůstali konzistentní v zahrnování určitých složek, navyšme celkové náklady (dále pracujeme již jen s “extra náklady DD2” tj. náklady, které zohledňují i zdravotní složku dlouhodobé péče) ještě o soukromé náklady klientů dlouhodobé péče v domovech důchodců, kteří jsou již primárně mezi klienty dlouhodobé péče počítáni a tedy v Systému zdravotnických účtů částečně výdaje na jimi čerpanou péči již zahrnuté jsou, v celkových nákladech za roky 2000-2003 ale přesto není zahrnuta částka, kterou ze svých zdrojů přispívají na pobyt v ústavu⁸⁸. Tuto částku získáme jako sumu soukromých nákladů na pobyt v domově důchodců za všechny klienty dlouhodobé lůžkové péče. Příslušné částky (soukromé náklady) pro jednotlivce/den jsou již uvedeny v tabulce 6.6. Vzhledem k tomu, že za rok 2004 figurují v Systému zdravotnických účtů již i soukromé náklady na lůžkovou dlouhodobou péči, lze předpokládat, že v roce 2004 byla zde popisovaná část nákladů již zohledněna⁸⁹, a proto budou celkové náklady na dlouhodobou

⁸⁵ Dále v souhrnné tabulce 6.9 jsou náklady získané tímto způsobem výpočtu značeny jako “extra náklady DD 2”

⁸⁶ Protože údaj o průměrných nákladech na lůžko v léčebně dlouhodobě nemocných za rok 2004 nebylo možné v dostupných pramenech nalézt, údaj 1000 Kč/lůžko/den byl odhadnut a to tak, že k nákladům na lůžko/den za rok 2003 byl přičten průměrný nárůst nákladů na lůžko/den v léčebně dlouhodobě nemocných za předchozí roky, který uvádí Bruthansová, Červenková (2004).

⁸⁷ Soukromé náklady vypočteny stejným způsobem jako v tabulce 6.6.

⁸⁸ Za roky 2000-2003 totiž v Systému zdravotnických účtů (2000-2004) chybí položka „soukromé výdaje“, která je přítomna až pro rok 2004.

⁸⁹ V Systému zdravotnických účtů (2000-2004) neexistuje podrobnější členění položky „soukromé výdaje“ za rok 2004. I přesto se autorka domnívá, že soukromé náklady jedinců čerpajících lůžkovou dlouhodobou péči

péči o tuto částku navýšeny jen za léta předcházející roku 2004. Tato částka bude za rok 2003 činit: počet klientů dlouhodobé lůžkové péče v domově důchodců (pro rok 2003: 8 315 klientů) vynásobena soukromými výdaji na jednoho klienta/rok (181 Kč/klient/den * 356 dnů) tj. za rok 2003 celkově 549 mil. Kč. V letech předchozích je částka vypočtena podle stejného pravidla s tím, že jsou použita data příslušná jednotlivým rokům.

Tabulka 6.8: V SHA nezapočítané soukromé náklady klientů dlouhodobé lůžkové péče v domově důchodců

	2000	2001	2002	2003
Úhrada z vlastních zdrojů klient/den/Kč	152	165	176	181
Počet daných klientů DD	7 995	7 986	7 900	7 888
Celk. soukromé nákl. klientů lůžkové péče v DD (v mil.Kč)	444	481	507	521

Zdroj: databáze ÚZIS; Bruthansová, Červenková (2004); vlastní výpočty

Při kalkulaci celkových nákladů je nutné ještě zohlednit způsob, jakým se do celkových nákladů za dlouhodobou péči promítají náklady za dlouhodobou péči pro klienty domů s pečovatelskou službou. Vzhledem k tomu, že klienti domů s pečovatelskou službou si hradí veškeré náklady na dlouhodobou sociálně-ošetrovatelskou péči ze svých zdrojů a tyto náklady se výrazně liší podle konkrétních obtíží daných klientů, nelze vykalkulovat souhrnnou částku, kterou by bylo možné k celkovým nákladům ještě přičíst tak, aby náklady byly nezkrácené. Na druhou stranu náklady za zdravotně-ošetrovatelskou část dlouhodobé péče jsou v kalkulacích již zahrnuty, neboť v domech s pečovatelskou službou provádějí zdravotně-ošetrovatelské služby agentury domácí zdravotní péče, jimž jsou náklady na péči o klienty domů s pečovatelskou službou hrazeny ze zdravotního pojištění. Tyto náklady jsou zahrnuty v položce nákladů na domácí dlouhodobou péči. Z tohoto vyplývá, že u celkových nákladů na dlouhodobou péči vykalkulovaných v této části bude nutné počítat s tím, že v nich daná část za sociálně-ošetrovatelskou péči není započtena a tedy i přes snahu vypočítat nepodhodnocené náklady, budou v tomto směru výpočty celkových nákladů nutně mírně zkrácené.

Celkové náklady na dlouhodobou péči za roky 2000-2004 (přičemž základem pro jejich výpočet jsou náklady na dlouhodobou péči vyčíslené v Systému zdravotnických účtů

v domovech důchodců již v této položce zahrnuty jsou, neboť daná část jedinců čerpající lůžkovou dlouhodobou péči v domovech důchodců již oficiálně uznána za čerpatele dlouhodobé péče je.

(2000-2004)) jsou uvedeny v tabulce 6.9, která shrnuje údaje ze všech příslušných předchozích výpočtů prováděných v této kapitole.

Tabulka 6.9: Celkové náklady na dlouhodobou péči v České republice; (v mil. Kč)

	2000	2001	2002	2003	2004
Výdaje z SHA (2000-2004)	5 041	5 987	6 720	6 741	7 708
“Extra náklady DD 2”	3 002	3 425	3 919	4 223	4 696
Soukromé nákl. části klientů DD⁹⁰	444	481	507	521	-
Celkové náklady	8 487	9 893	11 146	11 485	12 404
Z toho					
Soukromé náklady	1 264,6	1 431,7	1 534,8	1 596	2 302,8
Veřejné výdaje	7 222,4	8 561,3	9 611,2	9 889	10 101,2

Zdroj: databáze ÚZIS; SHA (2000-2004); Bruthansová, Červenková (2004); vlastní výpočty na základě tabulek 6.7, 6.8

Z těchto výpočtů vyplývá, že náklady na dlouhodobou péči jsou každoročně výrazně vyšší než údaje uváděné v jediném oficiálním měřítku nákladů na dlouhodobou péči v ČR – v Systému zdravotnických účtů (2000-2004). Náklady na dlouhodobou formální péči tak v roce 2004 činí ne 0,28% HDP, ale 0,45% HDP. Navíc je vhodné ještě jednou připomenout, že v těchto nákladech navíc stále nejsou započteny náklady na sociálně-ošetrovatelskou péči klientů domů s pečovatelskou službou, které by celkové náklady ještě navýšily.

6.5. Náklady na dlouhodobou péči ve světle demografických prognóz

Podle výpočtů doposud prováděných v této kapitole (a tedy odhlédnutí od částky uváděné v Systému zdravotnických účtů (2000-2004)) by v roce 2004 veřejné výdaje na dlouhodobou péči jako podíl HDP činily přibližně 0,37% HDP⁹¹. V porovnání s odhadem provedeným v rámci modelu OECD ve 4. kapitole není náš odhad od odhadu OECD tak vzdálený. Odhad OECD (výše veřejných výdajů na dlouhodobou formální péči v České republice pro rok 2005 odhadována na 0,4% HDP) převeden do absolutních čísel činil pro rok 2005: 11 724 mil. Kč⁹², přičemž námi vygenerovaný odhad celkových veřejných výdajů pro rok 2004 činí 10 101,2 mil. Kč. Znamená to, že pokud by vývoj nákladů skutečně kopíroval předpověď OECD, výdaje veřejných financí na dlouhodobou

⁹⁰ Viz. vlastní výpočty z tabulky 6.8

⁹¹ Viz. tabulka 6.9 na jejímž základě je tento podíl nákladů na HDP vypočítán

⁹² Na základě údaje o výši HDP za rok 2005 podle Databáze ČSÚ

pěči by meziročně (z roku 2004 na rok 2005) vzrostly o 0,03 procentního bodu z 0,37% HDP v roce 2004 na 0,4% HDP v roce 2005.

Oproti tomu podíváme-li se na možné porovnání a odhady vývoje nákladů na dlouhodobou péči delším časovém horizontu, pokud by dnes byla demografická struktura obyvatelstva České republiky taková, jaká je na základě výpočtů Burcina a Kučery (2003) odhadována pro rok 2050, pak by náklady na dlouhodobou péči činily souhrnně 32 142 mil. Kč⁹³, z nichž 26 785 mil. Kč by plynulo z veřejných financí a 5 357 mil. Kč ze soukromých zdrojů klientů. Tato celková částka by jako procentuální část HDP roku 2004 znamenala 1,16% HDP₂₀₀₄.

Pro porovnání s prognózou OECD pro ČR (viz. kapitola 4): veřejné výdaje na dlouhodobou péči by měly v případě mírnější – “cost-containment” varianty (viz. kapitola 4) – do roku 2050 vzrůst na 1,3% HDP a v případě pesimističtější varianty – “cost-pressure” – na 2% HDP. Tato prognóza je na rozdíl od prognózy na základě pouhého zohlednění demografické situace přesnější, neboť počítá nejen s demografickou transicí obyvatelstva České republiky, ale se všemi proměnnými zmiňovanými ve čtvrté kapitole.

Pokud bychom do prognóz týkajících se nárůstu nákladů na dlouhodobou péči zapojily odhady vytvořené v rámci zemí Evropské unie, které též zohledňují pouze demografický faktor stárnutí obyvatelstva, podle nich by celkové výdaje na dlouhodobou péči jako procento HDP měly v průběhu let 2000 – 2050 vzrůst v průměru o 60-70%⁹⁴. Pro Českou republiku by nárůst výdajů podle této prognózy znamenal zvýšení z 0,40%⁹⁵ HDP v roce 2000 na 0,64% HDP v roce 2050 (počítáme-li s nárůstem o 70%). Tato varianta je tedy v porovnání s prognózou OECD vcelku mírná, zahrnuje ovšem pouze jediný faktor – proces populačního stárnutí.

6.6. Možný způsob financování dlouhodobé péče v České republice

Otázka, zda systém poskytování dlouhodobé péče v ČR funguje efektivně a zda by nebylo vhodné uvažovat o přeorganizování politiky poskytování této péče, je zodpovězena v poslední části páté kapitoly. V šesté kapitole přibyl pro reorganizaci „systému” v ČR další důležitý důvod. Jeho příčina spočívá opět v tom, že způsob

⁹³ Náklady pokud by struktura obyvatelstva byla v současné době jako v roce 2050 jsou počítány vzhledem k roku 2004 a to poměrně na základě nákladů na dlouhodobou péči za jednotlivé věkové skupiny s tím, že jako celkové náklady v roce 2004 je považována částka 12 404 mil. Kč získaná vlastními výpočty výše v této kapitole. Rozdělení nákladů na dlouhodobou péči za jednotlivé skupiny péče – viz. Systém zdravotnických účtů (2000-2004), toto rozdělení nákladů je aplikováno poměrně k počtu obyvatel jednotlivých věkových skupin v roce 2004 vůči částce celkových nákladů za rok 2004 získaných vlastními výpočty.

⁹⁴ Gibson, Gregory, Pandya (2003)

⁹⁵ Vlastní výpočty s použitím informace z databáze ČSÚ o výši HDP v roce 2000.

financování opomíjí to, co je pro systém dlouhodobé péče zásadní – zohlednění, že dva typy úzce se prolínajících služeb nelze separovat a tedy vždy proplácet zvlášť z různých fondů (veřejných financí). Konečným důsledkem takového nastavení financování dlouhodobé péče a důvodem pro reorganizaci systému financování je, že celkové náklady jsou jen těžce vyčíslitelné a v současné době ucelené vyčíslení celkových skutečných nákladů na dlouhodobou péči neexistuje.

Současný systém financování dlouhodobé péče vede v zásadě ke dvěma způsobům proplácení dlouhodobé péče. První způsob je uplatňován, pokud je u poskytované péče možné alespoň částečně oddělit typ sociální a zdravotní ošetrovatelské dlouhodobé péče. V takovém případě probíhají platby za každý typ péče odděleně a služby jsou financovány z několika různých fondů (veřejných financí)⁹⁶. Při způsobu financování z několika různých fondů může v případě úžeji provázané zdravotní a sociální péče ale docházet⁹⁷ ke sporům o klasifikaci jednotlivých úkonů péče (a tedy zda má být daný úkon proplácen ze sociálních či zdravotnických fondů). Zároveň jsou do některých veřejných (krajských a okresních) rozpočtů, ze kterých pak plynou peníze na podporu dlouhodobé péče (např. v ústavech sociální péče či některých zdravotnických zařízeních), peníze na dlouhodobou péči přidělovány neadresně⁹⁸ (viz. financování např. „sociálně-zdravotního lůžka“), a tak vzniká problém, zda z některých fondů plyne na danou péči dostatečné množství peněz, zda jsou peníze přidělovány skutečně podle potřeby a spravedlivě atd.

Ve druhém případě, kdy jsou zdravotní a sociální ošetrovatelská péče již tak úzce provázány, že je nelze přímo rozlišit a oddělit, probíhají platby za péči jako celek a to většinou jen z fondů zdravotního pojištění⁹⁹. V současné organizaci, pokud je úhrada dlouhodobé péče uskutečňována z jediného (tedy zdravotního nebo sociálního) fondu, je takový postup naprosto nevhodný a jen ujišťuje v tom, že současné nastavení systému financování dlouhodobé péče je nevyhovující. Z daného fondu jsou totiž odčerpávány peníze i za úkony, na jejichž financování (z definice veřejného pojištění) není určen.

V organizaci dlouhodobé péče v ČR se tedy prolíná problém nevhodné organizace poskytování dlouhodobé péče (viz. 5. kapitola) spolu s nevhodně nastaveným systémem financování. Projevují se v něm prvky neracionality, která dává možnost využívání dražší

⁹⁶ Do této diskuze nezahnujeme platby ze soukromých zdrojů – ty budeme zohledňovat až v diskuzi dále v této kapitole.

⁹⁷ A v realitě též dochází – viz. např. Bruthansová, Čerenková (2004); Bruthansová, Červeková, Holmerová (2000); Veselá (2001).

⁹⁸ Viz. financování např. „sociálně-zdravotního lůžka“

⁹⁹ Klienti dlouhodobé péče, u nichž jsou tyto služby financovány z jediného fondu (ať už by byly financovány z fondu zdravotního pojištění anebo z fondu určeného na sociální péči), by ale na základě způsobu financování za klienty dlouhodobé péče neměli být považováni.

(často nepotřebné) péče a vzniku nákladů neefektivit¹⁰⁰. Neexistuje kontrola nad tím, jaké jsou skutečné náklady na dlouhodobou péči a vzhledem k tomu, že počet klientů dlouhodobé péče bude do budoucna narůstat (viz. 3. a 4. kapitola), je takto nastavený systém financování nekontrolovatelný a tudíž pro veřejné finance jen těžko udržitelný.

Dlouhodobou péči je tedy potřeba vymezit celistvě jako samostatný obor v rámci sociální a zdravotní péče a dalším z kroků pro zlepšení systému dlouhodobé péče je vytvoření vlastního, přesně definovaného systému financování. Takový systém by měl v první řadě respektovat specifikum sdílení sociálně a zdravotně ošetrovatelské péče a fakt, že tyto dva druhy služeb nelze vždy důsledně oddělit a financovat zvlášť. Aby nenastávaly problémy s výší úhrad nákladů z jednotlivých stran – tzn. kolik přesně má být hrazeno z fondů určených na úhrady sociální či zdravotní péče – úhrada za dlouhodobou péči by byla uplatňována z jednoho fondu, do kterého by plynuly peníze na úhradu veškeré poskytované dlouhodobé péče, která je v současné době hrazena z veřejných financí. Navíc je důležité, aby nový systém financování zároveň zohledňoval principy, které vedou k spravedlivější participaci všech klientů na úhradách za čerpanou péči a které by odrazovaly racionální klienty od čerpání nepotřebné ústavní péče, jen proto, že se v současné době v některých případech na úhradách sami podílet nemusí (viz. 5. kapitola o neracionalitě systému v ČR). Je tedy důležité, aby klient dlouhodobé péče hradil při čerpání všech typů ústavní péče ze svých zdrojů stejnou částku, či dokonce částku závislou na intenzitě typu péče – tj. klientovy náklady na čerpání péče v ústavním zařízení rostou s vážností jeho stavu a intenzitou čerpané péče (a tedy v závislosti na umístění v určitém typu zařízení). Znamená to, že do fondu by musela být vybrána částka, která v současné době plyne na financování dlouhodobé péče z veřejných financí, snížená o částku, kterou by přispívali na ústavní dlouhodobou péči z vlastních zdrojů též klienti ústavní péče, jež v současné době na financování vlastní péče nepřispívají žádnou částkou (tak, jako například klienti dlouhodobé péče v ústavu sociální péče (domově důchodců)). Do takového fondu by tedy musela být vybrána částka, která v současné době plyne z veřejných rozpočtů a pro rok 2004 byla vyčíslena na 10 101,2 mil. Kč, zmenšená o $[(190\text{Kč}/\text{klient}^{101} * \text{počet lůžek ústavní péče, kde jsou klienti, kteří na péči v současné$

¹⁰⁰ Dále, jak bylo již zmíněno, existuje prostor pro existenci nesrovnalostí v tom, kdo má zodpovědnost za úhradu výdajů za určitý typ péče, stejně tak jako existují případy nedostatečně proplácené péče či neadresnost vyhrazených příspěvků.

¹⁰¹ Tj. částka, kterou v roce 2004 přispíval klient v domově důchodců a která by měla pokrýt náklady na stravu a bydlení. Tato částka by byla pro všechny klienty ústavní péče stejná.

době nepřispívají = $(23\,119 - 8\,315 = 14\,804)^{102} * 365 \text{ dní} = 1\,027 \text{ mil. Kč.}] \text{ tj. } 9\,074 \text{ mil. Kč.}$

Princip výběru peněz do takového fondu by mohl být inspirován stejným principem, jaký je v současné době uplatňován například v Německu a Japonsku – tedy přes systém povinného veřejného pojištění, kdy částka, kterou by přispíval každý jednotlivec, by byla určena na stejném principu jako např. u příspěvků na zdravotní a sociální pojištění (tj. jako určité procento z hrubé mzdy). Spočítejme přesné parametry takového systému pro obyvatele České republiky a to na základě toho, jaká částka je vybrána na povinných odvodech z hrubé mzdy na veřejném zdravotním pojištění a jaké procento hrubé mzdy představuje. Počítejme s daty za rok 2004. Na veřejném zdravotním pojištění se sazbou 13,5% z hrubé mzdy bylo v roce 2004 vybráno¹⁰³ 123 484 mil. Kč¹⁰⁴. Aby byla částka 9 074 mil. Kč vybrána na stejném principu, jakým jsou vybírány prostředky veřejného zdravotního pojištění, procentuální sazba by musela být nastavena na 1% hrubé mzdy¹⁰⁵.

Je nutné uvážit, že pokud by bylo zavedeno nové povinné veřejné pojištění na úhradu nákladů za dlouhodobou péči, bylo by nutné zavést opatření, která by kompenzovala vznik povinnosti přispívat do nového fondu. Tato kompenzace by mohla být provedena například snížením sazby veřejného zdravotního pojištění tak, aby bylo do fondu veřejného pojištění vybráno méně o částku, která z veřejného pojištění plynula na úhradu dlouhodobé péče, spolu se snížením daňového zatížení prostřednictvím například snížení sazby daně z přidané hodnoty. Snížit příliv peněz plynoucích do veřejných rozpočtů tím, že bude snížena daň z přidané hodnoty, je možné učinit z důvodu, že částka, kterou je potřeba vybrat do společného fondu na úhradu dlouhodobé péče, plyne v současné době z různých jiných rozpočtů veřejných financí. Částka, o kterou by bylo na dani z přidané hodnoty do veřejných rozpočtů vybráno méně, by byla kompenzována penězi, které dříve plynuly do jiných veřejných rozpočtů na úhrady dlouhodobé péče. Navíc by ostatní veřejné rozpočty nemusely být rozptýleně zatíženy kontrolou správného přidělování prostředků na úhradu různých typů dlouhodobé péče.

¹⁰² Číslo $(23\,119 - 8\,315 = 14\,804)$ bylo získáno na základě tabulky 6.3 o celkovém počtu lůžek ústavní dlouhodobé péče, od kterého byl odečten počet lůžek dlouhodobé ústavní péče (domovy důchodců), na kterých klienti již v současné době hradí určitou část nákladů (190 Kč/klient/den). Počet klientů lůžkové péče v domovech důchodců (8 315) byl získán z databáze ÚZIS (viz. použitá literatura).

¹⁰³ Od zaměstnavatelů, osob samostatně výdělečně činných a od osob bez zdanitelných příjmů.

¹⁰⁴ Viz. databáze ČSÚ

¹⁰⁵ Pokud by do fondu bylo vybráno více peněz, pak by tyto peníze mohly být použity v pozdějších letech, kdy bude stále intenzivněji docházet k demografické transici a tedy do fondu bude přispívat méně lidí, zatímco více lidí z něj bude čerpat.

Nyní se tedy pokusme konkrétně vyčíslit, o jak velké snížení odvodů na zdravotní pojištění a výše daně z přidané hodnoty by se jednalo. V roce 2004 plynulo na dlouhodobou péči ze zdravotních pojišťoven částka 4 415 mil. Kč (viz. Systém zdravotnických účtů (2000-2004)) navýšena o částku, která z fondů zdravotních pojišťoven plynula na klienty dlouhodobé péče, kteří ovšem za klienty dlouhodobé péče považováni nebyli, tj. není zahrnuta v Systému zdravotnických účtů (2000-2004) – částka, která je vypočtena jako rozdíl nákladů na část klientů domova důchodců získaných jako rozdíl z výsledků v tabulce 6.6 a 6.7 (= 1 582 mil. Kč). Ze zdravotních pojišťoven tedy v roce 2004 plynulo na dlouhodobou péči dohromady 5 997 mil. Kč. Procentuální výše povinného zdravotního pojištění by byla snížena tak, aby absolutní vybraná částka do fondu zdravotního pojištění byla nižší o 5 997 mil. Kč. Znamená to, že z původní 13,5 % sazby veřejného zdravotního pojištění, by se výměr snížil o 0,65 procentního bodu na 12,85 %. O zbylou částku: 9 074 – 5 997 mil. Kč, tj. o 3 077 mil. Kč, by byla snížena částka, která je vybrána na dani z přidané hodnoty. Při sazbě 19% se v roce 2004 vybralo na dani z přidané hodnoty 164 388 mil. Kč¹⁰⁶ a tedy pokud by absolutní částka mohla být snížena o 3 077 mil. Kč, znamenalo by to, že sazba 19% by mohla být snížena o 0,35 procentního bodu na 18,65%. Pokud by byl vznik nového povinného veřejného pojištění na dlouhodobou péči kompenzován pouze snížením daně z přidané hodnoty, tj. kompenzace celkové částky 9 074 mil. Kč, sazba daně z přidané hodnoty by se snížila o 1,05 procentní bod na 17,95%. Částka 5 997 mil. Kč (která plynula z fondu zdravotních pojišťoven na dlouhodobou péči), by byla zdravotním pojišťovnám ubrána snížením příspěvků zdravotním pojišťovnám z veřejných rozpočtů.

I přesto, že výběr peněz na financování dlouhodobé péče způsobem vytvoření nového povinného veřejného pojištění vhodně zohledňuje specifika dlouhodobé péče a zároveň by pro ČR způsob financování přes povinné pojištění nebyl novinkou, v podmínkách demografické transice směrem ke staršímu obyvatelstvu není ideální. Nejenže (nezávisle na demografické transici) zvyšuje náklady práce, navíc by se tento typ financování péče v průběhu let mohl zákonitě začít potýkat s problémy, se kterými se v současné době potýkají všechny systémy založené na financování způsobem “PAYG”, kdy do společných fondů přispívá stále menší část lidí, neboť zastoupení populace v ekonomicky aktivním věku se snižuje (viz. kapitola 3). Pokud se tedy týká rozdělení podílu na financování dlouhodobé péče mezi veřejné a soukromé finance – žádný klient by

¹⁰⁶ Viz. databáze ČSÚ

neměl být zbaven povinnosti podílet se na financování dlouhodobé péče. Spíše naopak: vzhledem k tomu, že by do fondu na úhrady dlouhodobé péče přispívalo stále méně lidí a pro veřejné finance je neudržitelné, aby s demografickou transicí hradila veškeré náklady – je nutné, aby klienti byli připraveni na to, že se budou muset na úhradách za péči podílet, a byli motivováni k vytváření např. přípojištění na budoucí výlohy za dlouhodobou péči tak, aby byli schopni zajistit se na období ekonomicky neaktivního – důchodového – věku, ve kterém budou muset hradit alespoň část nákladů na čerpání dlouhodobé péče. Inspirací pro motivaci potenciálních budoucích klientů dlouhodobé péče k šetření na budoucí výlohy za dlouhodobou péči by mohly být např. programy penzijního přípojištění – řešení úhrad nákladů na dlouhodobou péči by do budoucna též mohlo být propojeno se systémem povinného a dobrovolného důchodového zabezpečení. Tato v každém případě velmi zajímavá otázka například propojení programů penzijního přípojištění a spoření na výlohy za dlouhodobou péči by ale již byla předmětem dalšího zkoumání a možným námětem pro práci navazující na tuto bakalářskou práci.

7. ZÁVĚR

Tato práce si vytyčila za cíl poskytnout komplexní obraz oboru, jehož vhodná koncepce a nastavení se stávají stále více aktuálními při navrhování vhodných politik zdravotně-sociální péče. Obor dlouhodobé péče je v této práci vymezen komplexně jakožto kombinace zdravotně a sociálně ošetrovatelské péče poskytované formální či neformální cestou převážně populaci starší 65 let, která je k čerpání těchto služeb nejnáchylnější. Pro lepší porozumění široké problematice dlouhodobé péče je v práci kladen důraz nejen na faktory ovlivňující velikost poptávky, ale též na faktory ovlivňující strukturu poptávky, jejichž vliv se následovně do velikosti poptávky významně promítá. Analýza těchto faktorů má pomoci porozumět tomu, jakým směrem se nastavení politiky poskytování dlouhodobé péče bude ubírat.

Jedním z nejdůležitějších faktorů působících na poptávku po dlouhodobé péči, jehož vývoj nelze sám o sobě přímo ovlivnit vhodně nastavenou politikou dlouhodobé péče, je stárnutí populace (demografická transice) a s tím spojený nárůst potenciálních čerpatelů dlouhodobé péče. Zvyšující se poptávka po dlouhodobé péči se stává nepříznivou především pro solidárně založené systémy, neboť tam, kde je péče ve velké míře hrazena z veřejných zdrojů, jsou vyšší tendence k čerpání ústavní dlouhodobé péče, jež je v rámci dlouhodobé péče finančně náročnější než služby poskytované formou péče neústavní (Lundsgaard, 2005). K působení demografických faktorů a s tím spojeným nárůstem čerpatelů se přidává další faktor ovlivňující celkovou finanční náročnost zejména pro veřejné finance – díky trendu modernizující se společnosti dochází k odklonu od poskytování pro veřejné finance nenáročné neformální péče, která je nahrazována péčí formální.

V práci je ukázáno, že na základě změny velikosti a struktury poptávky se růst nákladů na dlouhodobou péči může v některých zemích v horizontu příštích desetiletí zvýšit ze současných 1-2% HDP více než o 3 procentní body na téměř 5% HDP v roce 2050 (v případě prognózy, která nepočítá s opatřeními, jež by negativní vliv faktorů mírnila; viz. kapitola 4). Tento nárůst může být do určité míry zmírněn cestou vhodně nastavené politiky poskytování dlouhodobé péče – snižováním míry institucionalizace a podpory péče domácí a komunitní, která je (nejen pro veřejné finance) levnější a tedy při zvyšující se celkové poptávce po dlouhodobé péči pro veřejné finance přijatelnější. V rámci opatření, která by měla dokázat růst nákladů mírnit, se většina politik vyspělých zemí začíná zaměřovat na podporu poskytování tzv. respitní péče. Jistou nadějí v sobě skýtá též využití konceptu tzv. zdravého (aktivního) stárnutí, který by jednak mohl poskytování

formální péče zlevnit tím, že by relativně zdravá stárnoucí populace poskytovala péči populaci, která je na dlouhodobé péči závislá, a jednak tím, že u stárnoucí populace by se snižovala míra potřeby dlouhodobé péče díky schopnosti udržet si dlouhou dobu své duševní i fyzické zdraví.

Na základě vytyčení vhodných podmínek pro příznivý vývoj výdajů na dlouhodobou péči práce pohlíží na organizaci poskytování dlouhodobé péče v České republice. Prostřednictvím poukázání na nevhodné nastavení některých prvků poskytování dlouhodobé péče v České republice a vyčíslením tzv. nákladů neefektivity spojených s nedostatečnou organizací a nevhodným propojením financování za sociální a zdravotní část služeb dlouhodobé péče, stejně jako prostorem pro rozhodování racionálního klienta na úkor veřejné kasy, bylo jedním z cílů této práce též ukázat, že se zvyšující se poptávkou si poskytování dlouhodobé péče v České republice nutně žádá vyšší pozornost a vhodnější nastavení způsobu financování dlouhodobé péče. To je podmíněno přijetím dlouhodobé péče jako samostatného oboru, který je potřeba samostatně a přesně vymezit v rámci sociálních a zdravotních služeb, neboť pouze tak může být ve všech směrech zohledněna podstata dlouhodobé péče – tj. nemožnost oddělení sociálně a zdravotně ošetrovatelské péče. Návrh financování dlouhodobé péče v České republice byl inspirován systémem financování založeným na povinném veřejném (zdravotním) pojištění, který mimo jiné dokáže vhodně zohlednit to, že dlouhodobou péči by díky její podstatě bylo vhodné financovat z jednoho fondu. Pro ČR by toto nastavení představovalo 1% z hrubé mzdy. Na druhou stranu je nutné začít se soustředit též na podněty k tomu, aby si potenciální čerpatelé byli vědomi své vlastní zodpovědnosti při kooperaci na úhradě služeb dlouhodobé péče, neboť komplexní financování dlouhodobé péče z veřejných rozpočtů je v podmínkách demografické transice směrem ke stárnoucímu a ekonomicky neaktivnímu obyvatelstvu neudržitelné. V tomto směru poznamenejme, že další rozpracování návrhu nejvhodnějšího systému financování v návaznosti například na systém penzijního připojištění, může být zajímavým námětem pro volné pokračování této práce, která se snažila jasně ukázat, jak důležitým oborem se dlouhodobá péče v České republice stává a jak je nutné se tímto oborem intenzivně zabývat.

Použitá literatura:

Bruthansová, D., Červenková, A., Holmerová, I. (2000); *Sociální hospitalizace*; Praha, VÚPSV

Bruthansová, D., Červenková, A. (2004); *Zdravotně sociální služby v kontextu nového územního uspořádání*, Praha, VÚPSV

Burcin, B., Kučera, T. (2003); *Prognóza populačního vývoje České republiky na období 2003 – 2065*; Praha; DemoArt

Gibson, M.J., Gregory, S. R., Pandya, S. M. (2003); *Long-Term Care in Developed Nations: A Brief Overview*; Washington; AARP Public Policy Institute

Ikegami, N., Hirdes, J. P., Carpenter, I. (2002); Measuring the quality of long-term care in institutional and community settings; In: OECD (2002); *Measuring Up: Improving Health System Performance in OECD Countries*; Paris; OECD; p. 277-293

Jacobzone, S.E. et al. (1998); *Long Term Care Services to Older People, A Perspective on Future Needs: The Impact of An Improving Health of Older Persons*; Working Paper AWP 4.2; Paris; OECD

Lundsgaard, J. (2005); *Consumer Direction and Choice in Long-Term Care for Older Persons, Including Payments for Informal Care: How Can it Help Improve Care Outcomes, Employment and Fiscal Sustainability?*; OECD Health Working Papers No. 20, OECD

Manton, K.G., GU, X.L. (2001); *Changes in the prevalence of chronic disability in the United States black and nonblack population above 65 from 1982 to 1999*; PNAS Early Edition

Norton, E.C. (2000); Long term Care; In: Culyer, A., Newhouse, J.P. (eds.); *Handbook of Health Economics*; Amsterdam; North Holland; p. 956-994

OECD (1998); *Maintaining Prosperity In An Ageing Society: The OECD Study on the Policy Implications of Ageing*; Paris; OECD

OECD (2006); *Projecting OECD health and long-term care expenditures: What are the main drivers?*; Economics department working papers No.477; OECD; 28 February 2006

OECD (2004); *OECD Health Data 2004*; Paris, OECD

Přehnal, J. (1999); *Návrh konceptu geriatricie*, Praha, Gerontologické centrum

Přehnal, J. (1999); Péče o geriatrické a chronicky nemocné pacienty, Lék. listy, ZdN, č. 8, 1999 In: Bruthansová, D., Červenková, A., Holmerová, I. (2000); *Sociální hospitalizace*; Praha, VÚPSV

Rabušic, L. (2002); *Stárnutí populace jako pohroma nebo jako sociální výzva? (zamyšlení nad některými souvislostmi populačního stárnutí)*; Praha; VÚPSV

Rabušic, L., Vohralíková, L. (2004); *Čeští senioři včera, dnes a zítra*; Praha, VÚPSV

Systém zdravotnických účtů ČR (2000-2004) – (tzv. “SHA”; viz.: www.cszu.cz)

ÚZIS (2004a); *Domácí zdravotní péče v roce 2003*; Praha; ÚZIS

ÚZIS (2004b); *Ošetrovatelská následná lůžková péče v ČR v roce 2003*; Praha; ÚZIS

ÚZIS (2005); *Zdravotnická zařízení v roce 2004*; Praha; ÚZIS

Veselá, J. (2001); *Sociální služby a jejich poptávka*; Praha; VÚPSV

Veselá, J. (2003); *Sociální služby poskytované seniorům v domácnostech*; Praha, VÚPSV

VZP (2003); *Poskytování sociální péče ve zdravotnických zařízeních – tisková zpráva VZP; Praha, VZP*

(viz.: <http://www.vzp.cz/http://u->

por1p.op99.vzp.cz/NASApp/xqw/webdav/vzp_rs2/getPathFile/internet/klienti/aktuality/Z%2520pen%25C4%259Bz%2520ve%25C5%2599ejn%25C3%25A9ho%2520zdravotn%25C3%25ADho%2520poji%25C5%25A1t%25C4%259Bn%25C3%25AD%2520se%2520hrad%25C3%25AD%2520i%2520p%25C3%25A9%25C4%258De%2520soci%25C3%25A1ln%25C3%25AD/vhtml/LDN_kontrola_VZP.html

30.6.2006)

VZP (2005); *Výroční zpráva Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky za rok 2004*; Praha; VZP

Wilbers, J. (1999); *Long-term care insurance in Germany*; International longevity center; New York, NY 10028

Databáze ÚZIS – www.uzis.cz

Databáze ČSÚ – www.czso.cz

Seznam tabulek a grafů

Tabulka a graf 3.1. Schéma klíčových faktorů ovlivňujících vývoj nákladů na dlouhodobou péči.....	25
Graf 4.1. Schéma klíčových faktorů ovlivňujících vývoj nákladů na dlouhodobou péči.	30
Tabulka 4.1. Projekce nákladů na dlouhodobou péči v zemích OECD	37
Tabulka 4.2. Podíl populace ve věku 65 let a výše, která čerpá ústavní péči nebo formální péči domácí	44
Tabulka 6.1. Výdaje na dlouhodobou péči lůžkovou a domácí podle Systému zdravotnických účtů (2000-2004)	61
Tabulka 6.2. Vývoj veřejných výdajů na dlouhodobou péči	62
Tabulka 6.3. Počet lůžek dlouhodobé ústavní péče a vývoj průměrných nákladů na dlouhodobou ústavní lůžkovou péči	63
Tabulka 6.4. Počet klientů a vývoj výdajů za dlouhodobou domácí péči	64
Tabulka 6.5. „Náklady neefektivity“	67
Tabulka 6.6. V Systému zdravotnických účtů (2000-2004) nezapočítané náklady na péči o klienty dlouhodobé nelůžkové péče v domovech důchodů	68
Tabulka 6.7. V Systému zdravotnických účtů (2000-2004) nezapočítané náklady na péči o klienty dlouhodobé nelůžkové péče v domovech důchodů – “tzv. extra náklady DD 2” – se zohledněním též nákladů na zdravotní péči	70
Tabulka 6.8. V SHA nezapočítané soukromé náklady klientů dlouhodobé lůžkové péče v domově důchodců.....	71
Tabulka 6.9 Celkové náklady na dlouhodobou péči v České republice.....	72