



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



Komparativní analýza systému pojištění Pflegeversicherung v Německu

*v rámci projektu „Implementace politiky stárnutí na
krajskou úroveň“, reg. č.
CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006207*

ACCENDO – Centrum pro vědu a výzkum, z.ú.

2022

Analýza je zpracována v rámci veřejné zakázky zadané Ministerstvem práce a sociálních věcí v rámci projektu „Implementace politiky stárnutí na krajskou úroveň“, reg. č. CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006207, který je financován z ESF v rámci OPZ a ze státního rozpočtu ČR.

Objednatel:

Česká republika – Ministerstvo práce a sociálních věcí (dále jen MPSV)
Na Poříčním právu 1/376, 128 01 Praha 2, IČ: 00551023

Zpracovatel:

ACCENDO – Centrum pro vědu a výzkum, z.ú.
Moravská 758/95, 700 30 Ostrava – Hrabůvka, IČ: 28614950
tel.: +420 595 136 023, web: <http://accendo.cz>, e-mail: info@accendo.cz

Realizační tým:

Doc. Ing. Lubor Hruška, Ph.D. – odborný garant, vedoucí realizačního týmu
PhDr. Andrea Hrušková
Ing. Ivana Foldynová, Ph.D.
Ing. Eva Poledníková, Ph.D.
RNDr. Jan Bitta, Ph.D.
Ing. Aneta Svozilíková Krakovská, Ph.D. a kol.

Oponování a průběžné připomínkování výstupu:

Mgr. Bohumila Anna Eisenhammer, DiS.
Mgr. Jana Fröhlichová
Mgr. Antonín Shejbal

Citační vzor:

HRUŠKA, L. a kol. Komparativní analýza systému pojištění Pflegeversicherung v Německu.
Ostrava: ACCENDO, 2022.

Obsah

Seznam zkratk	6
Slovníček pojmů	9
Manažerské shrnutí	12
1 Úvod a východiska	21
1.1 Výzkumný design	22
1.2 Harmonogram	23
1.3 Obecná východiska komparativní analýzy.....	23
1.3.1 Demografická struktura.....	23
1.3.2 Systém sociální politiky a státního zřízení	25
1.3.3 Ekonomická úroveň a výše výdajů na sociální politiku.....	27
2 Vývoj zavedení pojištění péče v Německu a sociálního pojištění v ČR.....	32
2.1 Popis vývoje a důvody zavedení pojištění péče v Německu	32
2.1.1 Historický exkurz sociálního pojištění a vývoj zavedení pojištění dlouhodobé péče	34
2.1.2 Zavedení sociálního pojištění dlouhodobé péče a jeho vývoj	46
2.2 Popis vývoje systému sociálního zabezpečení v České republice	47
3 Komparativní analýza českého a německého systému financování zdravotně-sociálních služeb ve vztahu k sociální, politické a ekonomické realitě	57
3.1 Analýza systému financování na úrovni Německa	57
3.1.1 Legislativní ukotvení německého systému financování zdravotně-sociálních služeb ve vztahu k sociální, politické a ekonomické realitě	57
3.1.2 Definování klíčových účastníků a jejich role v zapojení se do systému financování sociálních služeb v Německu.....	62
3.1.3 Podrobná charakteristika stávajícího systému financování a poskytování dlouhodobé péče v Německu	65

3.1.4	Udržitelnost financování systému pojištění dlouhodobé péče	83
3.1.5	Aktuální témata v systému dlouhodobé péče v Německu.....	88
3.1.6	SWOT analýza pro systém financování zdravotně-sociálních služeb v Německu	94
3.1.7	Souhrnná zjištění	96
3.2	Analýza systému financování na úrovni České republiky	98
3.2.1	Legislativa poskytování a financování dlouhodobé péče v ČR	98
3.2.2	Definování klíčových účastníků a jejich role v zapojení se do systému financování sociálních služeb v ČR.....	104
3.2.3	Podrobná charakteristika stávajícího systému poskytování a financování dlouhodobé péče v ČR.....	112
3.2.4	Aktuální témata v systému dlouhodobé péče v ČR.....	128
3.2.5	SWOT analýza pro systém financování zdravotně-sociálních služeb v ČR	133
4	Komparace českého a německého systému z hlediska podmínek nároku na příspěvek na péči a jeho výplatu a způsobu hodnocení potřeby péče.....	134
4.1	Analýza podmínek příspěvku na péči v Německu	134
4.2	Analýza podmínek příspěvku na péči v ČR	145
4.3	Komparace Německa a ČR v oblasti poskytování příspěvku na péči a způsobu hodnocení potřeby péče	153
5	Návrh na změnu financování sociálních služeb v ČR	158
5.1	Shrnutí klíčových zjištění v Německu v komparaci s ČR.....	158
5.2	Prognóza nákladů a zdrojů financování systému sociálních služeb v České republice	162
5.2.1	Prognóza nákladů systému financování sociálních služeb v ČR	163
5.2.2	Prognóza zdrojů financování současného systému sociálních služeb v ČR	167
5.3	Návrhy na zavedení systému financování sociálních služeb v ČR.....	168

5.3.1	Model 1 – Implementace financování služeb sociální péče a neformální péče, založený na německém modelu pojištění dlouhodobé péče.....	170
5.3.2	Model 2 – Implementace financování příspěvku na péči, založený na německém modelu	175
5.3.3	Model 3 – Implementace financování příspěvku na péči, založený na německém modelu s možností dobrovolného připojištění péče	179
5.3.4	Změna financování služeb sociálního poradenství a prevence.....	184
5.4	Legislativní implementace navržených variant	188
5.4.1	Důvody pro legislativní změnu	188
5.4.2	Vztahy a vazby k dalším právním předpisům.....	189
6	Závěr.....	191
	Seznam odborné literatury a informačních zdrojů	194
	Legislativa	201
	Seznamy.....	203
7	Přílohy.....	206
7.1	Příloha 1 - Poskytované sociální služby	206
7.2	Příloha 2 – Srovnávací alternativní modely financování sociálních služeb	207
7.2.1	Model 1A.....	207
7.2.2	Model 2A.....	208
7.3	Příloha 3 – Evaluace přínosu služeb sociálního poradenství a sociální prevence	211
7.3.1	Teoretická východiska evaluace	211
7.3.2	Zahraniční zkušenosti	212
7.3.3	Hodnocení služeb sociální prevence a poradenství v ČR.....	215
7.3.4	Shrnutí	217

Seznam zkratek

ADL	Aktivity každodenního života (z ang. „Activity of daily living“)
ALV	Pojištění pro případ nezaměstnanosti (z něm. „Arbeitslosenversicherung“)
AWO	Dělnický podpůrný spolek (z něm. Arbeiterwohlfahrt)
BAS	Spolkový úřad sociálního zabezpečení (z něm. Bundesamt für Soziale Sicherung)
BBG	Hranice odvodového výměru (z něm. Beitragsbemessungsgrenze)
CDU	Křesťanskodemokratická unie Německa (z něm. Christlich Demokratische Union Deutschlands)
CSU	Křesťansko-sociální unie Bavorska (z něm. Christlich-Soziale Union in Bayern)
ČAP	Česká asociace pojišťoven
ČR	Česká republika
ČSFR	Česká a Slovenská Federativní Republika
ČSSZ	Česká správa sociálního zabezpečení
ČSÚ	Český statistický úřad
ESSPROS	Evropský systém jednotných statistik sociální ochrany (z ang. „The European System of integrated Social PROtection Statistics,“)
EU	Evropská unie
FDP	Svobodná demokratická strana (z něm. Freie Demokratische Partei)
FPSP	Fond pojištění sociální péče
GDPR	Obecné nařízení o ochraně osobních údajů (z ang. General Data Protection Regulation)
GG	Ústavy (z něm. Grundgesetz)
GKV	Zákonné zdravotní pojištění (z něm. „Gesetzliche Krankenversicherung“)
GPPLN	German-Polish Centre for Public Law and Environmental Network
HDP	Hrubý domácí produkt
IADL	Instrumentální aktivity každodenního života (z ang. „Instrumental activity of daily living“).
KSČ	Komunistická strana Československa
KÚNZ	Krajský ústav národního zdraví
LPS	Lékařská posudková služba

LTC	Dlouhodobá péče (z ang. Long-term care)
LTCI	Pojištění dlouhodobé péče (z ang. „Long-term care insurance,“)
MD	Lékařská služba (z něm. „Medizinischen Dienst“)
MDK	Lékařské služby zdravotního pojištění
MKN – 10	Mezinárodní klasifikace nemocí verze 10
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
MV	Ministerstvo vnitra
MZ	Ministerstvo zdravotnictví
NBA	Nové hodnocení potřebnosti dlouhodobé péče (z něm. Neuen Begutachtungsassessment)
OECD	Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (z ang. „Organisation for Economic Co-operation and Development“)
ORP	Obec s rozšířenou působností
OSN	Organizace spojených národů
OSSZ	Okresní správa sociálního zabezpečení
OSVČ	Osoby samostatně výdělečně činné
OÚNZ	Okresní ústavy národního zdraví
OZP	Osoby se zdravotním postižením
PnP	Příspěvek na péči
POÚ	Pověřený obecní úřad
PPS	Standard kupní síly (z ang. „Purchasing Power Standard,“)
PV	Sociální pojištění dlouhodobé péče (z něm. „Pflegeversicherung“)
RV	Důchodové pojištění (z něm. „Rentenversicherung“)
SGB	Sociální zákoník (z něm. „Sozialgesetzbuch“)
SPD	Sociálnědemokratická strana Německa (z něm. Sozialdemokratische Partei Deutschlands)
SRN	Spolková republika Německo
SW	Software
ÚP ČR	Úřad práce České republiky
UV	Úrazové pojištění (z něm. „Unfallversicherung“)
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky

VZ	Vyměřovací základ
WHO	Světová zdravotnická organizace (z ang. „World Health Organization“)
ZP	Zdravotní postižení
ZPD_OZP	Zákon č. 329/2011 Sb. o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů, v platném znění
ZSS	Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění
ZTP	Zvlášť těžké postižení
ZTP/P	Zvlášť těžké postižení s průvodcem

Slovníček pojmů

Aktivity každodenního života (Activity of daily living)	Základní úkony sebeobsluhy – osobní hygiena, mobilita (např. vstávání z postele), stravování, oblékání, toaleta apod., a další aktivity.
Instrumentální aktivity každodenního života (Instrumental activity of daily living)	Činnosti, které nemusí být vykonávány každý den, ale jsou nezbytné pro to, aby osoba mohla žít nezávisle, např. nakupování, domácí práce, příprava jídla a léků, doprava, správa osobních financí a komunikační dovednosti.
Péče v domácím prostředí (Pflege zu Hause/häusliche Pflege)	Poskytována v domácím prostředí prostřednictvím: příbuzných osob (manžel/manželka, děti); nebo prostřednictvím ambulantních zařízení (profesionálních ambulantních služeb) nebo samostatných (individuálních) pečovatелů; nebo jejich kombinací.
Ambulantní služby (Ambulante Dienste)	Oproti terénním službám v ČR jsou ambulantní služby v Německu vymezeny širěji. Poskytují podporu v soukromých bytech nebo sdílených bytech a nabízejí služby spojené s úklidem domácnosti, činnosti i základní péči o vlastní osobu a lékařskou péči. Zahrnují ambulantní obslužné služby (ambulante Serviceleistungen) a ambulantní pečovatelské služby (ambulante Pflegedienste).
Ambulantní pečovatelské služby (Ambulante Pflegedienste)	Jsou poskytovány pod stálou odpovědností vyškolené zdravotní sestry v domácím prostředí. Jedná se o tyto služby: zdravotní péči (podání léků); hygienická péče, podávání stravy, pomoc s mobilitou; domácí činnosti (nákup, vaření, úklid), ošetřovatelská péče (doprovod), pravidelné konzultační návštěvy při pobírání dávky na péči.
Individuální pečovatelé (Einzelpflegekräfte)	Ošetřovatelé (například vyškolená geriatrická sestra), kteří se stali osobami samostatně výdělečně činnými.
24hodinová péče (24-Stunden-Pflege)	Ošetřovatel bydlí s osobou, o kterou má být pečováno, a zajišťuje nepřetržitou intenzivní péči.
Pobytová péče (Stationäre Pflege)	Poskytována v zařízení pobytové péče (stationäre Pflegeeinrichtungen – Pflegeheime).

Plná pobytová péče (Vollstationäre Pflege)	O osobu je pečováno 24 hodin/7dnů v týdnu pod stálou odpovědností vyškoleného ošetřovatele. Nárok mají osoby se stupněm potřeby péče 2 až 5.
Částečně pobytová péče (Teilstationäre Pflege)	Zahrnuje denní péči (Tagespflege), noční péči (Nachtpflege) či krátkodobou péči (Kurzeitpflege).
Denní péče (Tagespflege)	Osoba potřebující nepřetržitou denní péči se po denní péči v zařízení navrací zpět do svého přirozeného prostředí (v podmínkách ČR můžeme hovořit o denních stacionářích).
Noční péče (Nachtpflege)	Noční péči vyžadují například pacienti s demencí, pacienti intenzivní péče nebo pacienti v paliativní péči.
Krátkodobá péče (Kurzeitpflege)	Osoby s minimálním stupněm potřeby péče 2 mohou pobývat několik dní nebo týdnů (max. 8 kalendářních týdnů za rok) v plně pobytovém zařízení. Slouží k odlehčení pečujících příbuzných, když denní a noční péče nedostačuje. Může sloužit i jako přechodné období po akutní léčbě v nemocnicích, a tedy jako následná péče.
Preventivní péče (Verhinderungspflege)	Preventivní neboli respitní (odlehčovací) péče slouží k odlehčení péče (max. 6 kalendářních týdnů za rok), kdy pečující rodinní příslušníci potřebují dovolenou nebo jsou nemocní.
Pečující příbuzní (Pflegernde Angehörige)	Manželé a životní partneři, rodiče, sourozenci, děti, vnoučata, strýcové a tety atd. ale mohou zde být zahrnuti i sousedé, přátelé nebo známí. Péče musí být poskytována bezplatně, v domácím prostředí a minimálně 10 hodin týdně (rozložených do nejméně dvou dnů v týdnu).
Ambulantní asistované bytové skupiny (Ambulant betreute Wohngruppen)	Jsou alternativou k pečovatelskému domu pro lidi, kteří již nemohou nebo nechtějí žít sami ve své vlastní domácnosti. Senioři žijí společně jako komunita ve skupinách různých velikostí tří až dvanácti lidí.
Peněžitá dávka (Pflegegeld)	Dávka se poskytuje za péči v domácím prostředí poskytovanou příbuznými či jinou soukromou osobou. Příspěvek náleží osobě, která péči potřebuje a nikoli jejímu poskytovateli. Výše plnění se odvíjí od stupně potřeby péče.
Věcné dávky (Pflegesachleistung)	Dávky se poskytují za domácí péči poskytovanou ambulantní pečovatelskou službou. Poskytují se také za částečnou pobytovou péči. Věcnou dávku představují

	také dávky (paušální částka) na péči v pobytovém zařízení. Výše plnění se odvíjí od stupně potřeby péče. Úhrada plyne přímo poskytovateli služby.
--	---

Manažerské shrnutí

Realizovaná analýza (dále také „Analýza“) je výstupem zadané veřejné zakázky s názvem „Komparativní analýza systému pojištění Pflegeversicherung v Německu“. Zpracovatelem Analýzy je ACCENDO – Centrum pro vědu a výzkum, z.ú. (dále také „Zpracovatel“), a to na základě smlouvy uzavřené dne 17. 2. 2022 s Ministerstvem práce a sociálních věcí (dále také „Zadavatel“). Analýza vznikla v rámci projektu Implementace politiky stárnutí na krajskou úroveň (registrační číslo projektu CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006207) financovaného Evropskou unií z Evropského sociálního fondu v rámci Operačního programu Zaměstnanost a ze státního rozpočtu České republiky.

Motivace

Projekt „Komparativní analýza systému pojištění Pflegeversicherung v Německu“ byl zpracován v reakci na současné demografické trendy ukazující stárnutí populace a s tím související nárůst výdajů na sociální služby zejména v oblasti dlouhodobé péče.

Od roku 1995 se v ČR střední délka života při narození prodloužila o 4,4 let u mužů a 3,8 let u žen. V ČR žilo 1,356 milionů obyvatel ve věku 65 let a více, což bylo 13 % z celkového počtu obyvatel. V roce 2050 to bude 3 miliony, což bude téměř 30 % ze všech osob žijících v ČR¹. Stárnutí obyvatelstva je nevyhnutelným důsledkem toho, že se méně lidí rodí a stále více se jich dožívá vyššího věku. Stárnutí populace je charakteristickým rysem demografického vývoje nejen v ČR, ale i v Německu.

Stárnutí populace se projeví významným nárůstem počtu osob pobírajících příspěvek na péči (dále jen PnP) a vyvolá další růst poptávky po oficiálních a neformálních službách dlouhodobé péče. Veřejné rozpočty nebudou schopny tento nárůst² adekvátně uspokojit, s ohledem na tlaky, které stárnutí populace vyvolá v jiných,

¹ Střední varianta demografické prognózy

² V roce 2021 pobíralo PnP celkově 356 627 osob, podle prognózy dojde v roce 2026 k nárůstu počtu pobíratelů na 394 500 a do roku 2051 se počet pobíratelů zvýší na 560 901. Značný nárůst osob s PnP je zřetelný u III. a IV. stupně závislosti, kde mezi lety 2021 a 2051 dojde ke zvýšení osob téměř o dvojnásobek. (více kapitola 5.2.1).

objemově významnějších oblastech státního rozpočtu. Do systému je třeba dostat další finanční prostředky.

Ministerstvo práce a sociálních věcí vnímá potřebu realizace úprav systému financování sociálních služeb a výstupy dílčích analýz budou využity pro přípravu systémového přístupu státu k zajištění dlouhodobě udržitelného financování sociálních služeb v ČR se zaměřením na dlouhodobou péči pro jednotlivce a způsob financování. Cílem Analýzy bylo získání podkladů pro možnost posouzení alternativního systému dlouhodobě udržitelného financování sociálních služeb a získání příkladů dobré praxe na základě komparativní analýzy modelu financování sociálních služeb v Německu.

Metodologie

Pro tvorbu Analýzy byla na základě desk-research a analýzy sekundárních zdrojů (odborných, strategických a legislativních)³ provedena deskripce německého systému a následně také českého systému financování sociálních služeb. Rovněž primární průzkum, založen na polostrukturovaných expertních rozhovorech s experty doplnil analýzu udržitelnosti českého systému. Vzájemná komparace obou států umožnila identifikovat parametry německého systému implementovatelné do systému českého. Na základě komparativní analýzy bylo provedeno matematické modelování návrhů změn financování českého systému sociálních služeb s vybranými prvky německého systému a byly vypracovány návrhy doporučení pro ČR.

Současné nastavení systému sociálních služeb v ČR

Podle Zákona o sociálních službách (dále také ZSS) mohou být poskytovány sociální služby **formou pobytových, ambulantních anebo terénních služeb**. Druhy sociálních služeb dle ZSS jsou:

- a) Sociální poradenství,**
- b) Služby sociální péče,**
- c) Služby sociální prevence.**

³ Klíčovými informačními zdroji byly zákonné a podzákonné normy, dostupná statistická data, informace zveřejňované orgány veřejné správy, realizované evaluace a analýzy, vědecké publikace a také komunikace s relevantními aktéry.

System sociálního zabezpečení má v ČR 3 pilíře, a to první pilíř Sociální pojištění, druhý pilíř Státní sociální podpora a třetí pilíř Sociální pomoc / sociální péče.

Klíčovými účastníky systému pojištění péče jsou: stát (příslušná ministerstva a úřady), regionální úroveň (kraje), lokální úroveň (obce), poskytovatelé sociálních služeb a samotní pojištěnci.

Na úrovni státu spadá systém pojištění péče pod Ministerstvo práce a sociálních věcí (MPSV) a pod Ministerstvo zdravotnictví (MZ).

- MPSV
 - **Úřad práce České republiky (ÚP ČR)**
 - **Česká správa sociálního zabezpečení (ČSSZ)**
- MZ
 - **Zdravotní pojišťovny**

Obce a kraje dbají na vytváření vhodných podmínek pro rozvoj sociálních služeb, zejména zjišťováním skutečných potřeb lidí a zdrojů k jejich uspokojení; kromě toho samy zřizují organizace poskytující sociální služby. Kraj určuje **síť sociálních služeb**. Poskytování sociálních služeb v ČR je zajišťováno **registrovanými poskytovateli sociálních služeb**, poskytovateli sociálních služeb, kteří získali registraci v jiném členském státě EU a rodinnými příslušníky a blízkými osobami, kteří poskytují péči v přirozeném prostředí.

Financování sociálních služeb v ČR je vícezdrojové a je zajišťováno z těchto zdrojů:

- **Dotace od MPSV**
- **Příspěvek na péči**
- **Úhrady uživatelů**
- **Zdravotní pojištění**
- **Dodatečným zdrojem financování jsou dary fyzických a právnických osob nebo církví, prostředky z fondů EU, případně ad hoc granty na národní úrovni, příjmy z prodeje vlastních služeb, výrobků a zboží, prostředky na podporu aktivní politiky zaměstnanosti a ostatní nezařazené příjmy.**

V rámci zpracování detailní analýzy současného systému financování a poskytování sociálních služeb v České republice byly identifikovány silné a slabé stránky stávajícího systému, z nichž vychází návrh na změnu systému.

Vybrané silné stránky:

- **Zaměstnanci a zaměstnavatelé se spolupodílejí na odvodech na sociální a zdravotní pojištění.**
- **Podpora pečujících příbuzných a péče v domácím prostředí.**
- **Poskytování dávek ze systému sociálního zabezpečení dle stupně závislosti/potřebnosti (ne podle věku či příjmu).**

Vybrané slabé stránky:

- **Oddělený pojistný systém na sociální zabezpečení a zdravotní pojištění.**
- **Zpoždění v úpravě výše dávek, které by odpovídalo růstu životních nákladů.**
- **Dobrovolný podíl na nákladech dlouhodobé péče, není stanovena vyživovací povinnost příbuzných v přímé linii (odpovědnost tak zůstává především na státu).**
- **Nejistota poskytovatelů sociálních služeb ohledně výše státní dotace.**

Charakteristika německého systému financování sociálních služeb v Německu:

V německém systému financování sociálních služeb se pojistné dlouhodobé péče (LTCI) platí ze zákona povinně. LTCI je nadstavbou systému zdravotního pojištění. Od roku 2005 existuje přírážka pro bezdětné osoby. Systém je cenově dostupný a výhodný. Pojistné plnění je nezávislé na věku osoby, která potřebuje péči, ale odvíjí se od stupně potřebnosti péče. Cílem LTCI není pokrýt veškeré náklady na péči. Vlastní podíl nákladů na péči je součástí vyživovací povinnosti příbuzných. Systém podporuje péči v domácím prostředí prostřednictvím pečujících příbuzných či ambulantních služeb. Pojistný systém také zajišťuje plynulost financování poskytovatelům péče z pojistného plnění.

Také německý systém čelí finanční udržitelnosti z důvodu stárnutí populace. Přirozeně se zvyšuje počet příjemců pomoci a výdaje systému. Výše sazeb příspěvků LTCI a také výše dávek se zvyšuje pomalu a neodpovídá zvýšeným nákladům, které musí

osoby za péči hradit. Pro mnoho klientů pečovatelských domů je problém v tom, že investiční náklady, stejně jako náklady na stravu a ubytování, jsou vyšší než náklady, které by museli zaplatit, kdyby zůstali ve svých domovech. Zvyšování vlastního podílu hrazení nákladů péče může do budoucna zvyšovat závislost na doplňkové sociální pomoci.

Byly zjištěny silné stránky mechanismu v Německu pro docílení dlouhodobé udržitelnosti financování a slabé stránky.

Vybrané silné stránky:

- **Dlouhodobá udržitelnost, kontinuita a solidarita systému financování.**
- **Pojistné se platí povinně a vztahuje se na všechny obyvatele, kteří jsou pojištěni v rámci standardního povinného zdravotního pojištění.**
- **Existuje přírážka pro bezdětné osoby.**
- **Jelikož je systém pojištění dlouhodobé péče povinný, je nastaven tak, aby byl cenově dostupný.**
- **Pojistné plnění se odvíjí od stupně potřeby péče.**
- **Vlastní podíl nákladů na péči spočívá ve vyživovací povinnosti příbuzných v přímé linii a systém tak podporuje péči v domácím prostředí prostřednictvím pečujících příbuzných či ambulantních služeb.**

Vybrané slabé stránky:

- **Klienti pečovatelských domů musí řešit problém, že investiční náklady, stejně jako náklady na stravu a ubytování, jsou vyšší než náklady, které by museli zaplatit, kdyby zůstali ve svých domovech.**
- **Systém se potýká také s nerovnoměrnou dostupností služeb ve spolkových zemích a nedostatkem personálu a jeho kvalitních pracovních podmínkách.**

Návrh na optimalizaci financování systému sociálních služeb v ČR

V návaznosti na provedenou detailní analýzu současného systému financování, prognózu výdajů na financování osob vyžadujících dlouhodobou péči a příjemců sociálních služeb do roku 2051 a na základě provedené komparativní analýzy systému financování dlouhodobé péče v Německu s cílem zajištění dlouhodobě udržitelného

systemu financování sociálních služeb byly navrženy 3 varianty financování služeb sociální péče.

V Modelu 1, který je ze všech variant nejvíce progresivním, je navrženo založení pojištění z příjmu zaměstnanců (4 %), pojištění z příjmu pro bezdětné osoby (4 % + 1 %) a pojištění z příjmu osob samostatně výdělečně činných (4 %). Tyto příjmy nahradí současné zdroje (PnP, dotace MPSV a dalších orgánů ústřední státní správy, prostředky EU, příjmy od krajů i obcí). Počítá se i nadále s platbami od zdravotních pojišťoven a úhradami uživatelů. Pro výběr pojištění je navrhováno vytvoření Fondu pojištění sociální péče, obdobně jako Fondy péče (Pflegekasse) v Německu, který by spravovala ČSSZ. Fond pojištění sociální péče by financoval také služby sociální péče v krajských/městských příspěvkových organizacích, čímž by došlo k výrazné úspoře dotací z krajských a obecních rozpočtů.

První navrhovaná varianta nabízí udržitelný zdroj financování bez zvyšování nároků na veřejné rozpočty a zajistí předvídatelnost financování služeb sociální péče na víceleté období. Převedení schvalování příspěvků na péči pod jeden úřad dojde k zjednodušení a zrychlení procesu schvalování PnP, zároveň bude minimalizována ztráta informací ze sociálního šetření, navrhovaný proces tak bude transparentnější pro veřejnost. Na druhou stranu vyvstává nutnost zavedení Fondu pojištění sociální péče a nastavení nových regulačních mechanismů. Od roku 2040 budou náklady nad příjmy převyšovat (následující bilanční tabulka), rozdíl mezi náklady a příjmy by byl pokryt z Fondu, který by hromadil přebytky do roku 2040 a následně by dorovnával potřebné zdroje pro financování služeb sociální péče. Model svým nastavením znevýhodňuje bezdětné rodiny.

Tabulka 0.1: Bilanční tabulka příjmů z Modelu 1 a nákladů (mld. Kč/rok)

Rok	2021	2026	2031	2036	2041	2046	2051
Příjmy	111,9	112,5	113,7	114,8	112,9	110,0	108,7
Náklady	78,0	86,2	95,4	105,7	114,8	121,4	127,2
Rozdíl	33,9	26,3	18,3	9,1	-1,9	-11,4	-18,6
Kumulativní rozdíl*	33,9	180,6	288,1	352,0	364,6	326,7	248,2

Zdroj: ACCENDO, 2022 Model 1 a Model nákladů.

Pozn.: * Kumulativní rozdíl představuje odhadovanou velikost Fondu pojištění sociální péče v cenách roku 2021.

Ve variantě **Modelu 2** všechny zdroje financování služeb sociální péče zůstanou zachovány, pouze příspěvek na péči bude hrazen z dlouhodobého pojištění

zaměstnanců (tzn., že bude zavedeno pojištění z příjmu zaměstnanců (2 %), pojištění z příjmu pro bezdětné osoby (2 % + 2 %) a pojištění z příjmu osob samostatně výdělečně činných (2 %)).

Tato varianta modelu nabízí udržitelný zdroj financování příspěvku na péči, při zachování současného modelu financování sociálních služeb s výraznou rolí krajů při stanovování potřebnosti. Z důvodů zachování téměř všech zdrojů financování (kromě příspěvku na péči) a zároveň zavedení pojištění z příjmu zaměstnaných, jsou predikované příjmy v Modelu 2 vyšší než v Modelu 1. Podobně jako u Modelu 1 je navrhováno založení Fondu pojištění sociální péče (FPSP), který by spravovala ČSSZ. Z přebytků fondu by bylo možné financovat další rozvoj a zkvalitňování služeb sociální péče. Založení fondu je u Modelu 2 nutností, jelikož mezi lety 2046 a 2051 budou náklady v systému financování sociálních služeb převyšovat příjmy. V tomto období bude rozdíl financován z FPSP, kde v roce 2051 bude naspořeno 398,5 mld. Kč (následující tabulka).

Tabulka 0.2: Bilanční tabulka příjmů z Modelu 2 a nákladů (mld. Kč/rok)

Rok	2021	2026	2031	2036	2041	2046	2051
Příjmy	106,6	109,4	113,6	118,4	121,9	123,8	125,5
Náklady	78,0	86,2	95,4	105,7	114,8	121,4	127,2
Rozdíl	28,6	23,2	18,2	12,7	7,1	2,4	-1,7
Kumulativní rozdíl*	28,6	155,3	256,2	330,8	377,6	398,9	398,5

Zdroj: ACCENDO, 2022 Model 2 a Model nákladů.

Pozn.: * Kumulativní rozdíl představuje odhadovanou velikost Fondu pojištění sociální péče v cenách roku 2021.

V navrhovaném **Modelu 3**, stejně jako v Modelu 2, zůstanou téměř všechny zdroje financování zachovány, pouze příspěvek na péči se bude hradit z dlouhodobého pojištění zaměstnanců. Navíc oproti Modelu 2 je uvažováno s možností zavedení dobrovolného připojištění péče, které by umožňovalo pojištěným osobám v případě změny zdravotního stavu a ztráty soběstačnosti využít větší finanční částky z dobrovolného připojištění k úhradě poskytování služeb, ať už budou v domácím prostředí, nebo v pobytovém zařízení. Jedná se o zavedení nového soukromoprávního pilíře. Pojišťovací produkty dlouhodobé péče budou určeny k získání dodatečných finančních zdrojů osob pobírajících PnP. Pojistné plnění z dobrovolného připojištění péče zvýší finanční možnosti domácností. Dlouhodobá péče bude moci být méně závislá na rodinných příslušnících, kteří nebudou muset tak často přerušovat svou

ekonomickou aktivitu a budou i nadále přispívat do veřejných rozpočtů platbou daní a budou méně čerpat sociální dávky. Zvýšené příjmy domácností z pojistných plnění budou použity primárně na financování služeb dlouhodobé péče (terénní či lůžkové). Z následující bilanční tabulky je zřejmé, že v roce 2051 dojde k naspoření 646,3 mld. Kč ve Fondech pojištění sociální péče. Z přebytků Fondů by bylo vhodné financovat další rozvoj a zkvalitňování služeb sociální péče.

Tabulka 0.3: Bilanční tabulka Modelu 3 (mld. Kč/rok)

Rok	2021	2026	2031	2036	2041	2046	2051
Příjmy	110,3	113,1	117,3	122,1	125,5	127,3	128,8
Náklady	78,0	86,2	95,4	105,7	114,8	121,4	127,2
Rozdíl	34,5	29,7	25,5	20,9	15,9	11,6	8,0
Kumulativní rozdíl	34,5	192,6	328,7	442,6	532,2	599,0	646,3

Zdroj: ACCENDO, 2022 Model 3.

Návrh doporučení pro ČR

- Zavést pojištění z příjmů zaměstnanců.
- Vytvořit Fond pojištění sociální péče, pod správou ČSSZ.
- Pověřit MPSV povinností vytvářet 1x ročně zprávu o kapacitě a financování služeb sociální péče, vydávat metodické pokyny a organizovat pravidelná jednání s koordinátory krajských střednědobých plánů rozvoje sociálních služeb.
- Pověřit MPSV dlouhodobým sledováním efektivity všech sociálních služeb v síti vytvořením systému pro jednoznačnou evidenci uživatelů sociálních služeb, respektující pravidla GDPR, který umožní sledovat cestu uživatele jednotlivými službami.
- Stanovit povinnosti obcím v samostatné působnosti v oblasti služeb sociální péče úpravou zákona.
- Sjednotit posouzení přidělování a výplatu PnP pod jednu instituci.
- Zajistit předvídatelnost financování sociálních služeb na víceleté období.
- Sjednotit pravidla pro poskytování dotací poskytovatelům služeb sociální péče napříč kraji.
- Zavést dobrovolné připojištění na dlouhodobou péči formou soukromoprávního pilíře existujícího mimo rámec veřejně financovaných modelů služeb sociální péče.

1 Úvod a východiska

Cílem komparativní analýzy je získání podkladů pro možnost posouzení alternativního systému dlouhodobě udržitelného financování sociálních služeb a získání dobré praxe na základě analýzy modelu financování sociálních služeb v Německu.

Výstupy budou využity pro přípravu systémového přístupu státu k zajištění dlouhodobě udržitelného financování sociálních služeb v ČR se zaměřením na dlouhodobou péči jednotlivce a způsob financování. Zároveň budou využity pro přípravu systémového přístupu státu k zajištění základních potřeb seniorů, kteří potřebují souvislou a dlouhodobou péči a podporu osob v roli pečujících. Příklad dobré praxe využije MPSV pro následnou tvorbu modelu financování dlouhodobé péče a sociálních služeb.

Německo představuje korporátní a konzervativní model sociální politiky (tzn. zastoupení státu v distribuci sociální podpory a pomoci je poměrně silné, nicméně okruh poskytované podpory nemá být příliš široký, poskytované dávky jsou převážně testované a role veřejného sektoru je malá, naopak role soukromého sektoru je velká). Z ekonomického hlediska je vysoce rozvinutou zemí se silným sociálním a právním zajištěním. Ačkoli je Německo v porovnání s ČR velmi rozdílné v charakteristikách jako je rozloha země, počet obyvatel, systém veřejné správy, ekonomická výkonnost, vyspělost a systém pojištění péče, lze najít prvky (např. společné kořeny právního systému, působnost systému se u obou zemí vztahuje na úroveň celé republiky), které dovolují provést komparaci, a především implementaci prvků SRN do systému ČR (Geissler a kol., 2015).

Prvky německého systému financování sociálních služeb, které mohou být pro ČR inspirací, jsou např. systém pojištění dlouhodobé péče (Pflegeversicherung), opatření podporující rodinnou politiku promítající se například do vyšších odvodů bezdětných občanů nebo existence fondu dlouhodobé péče pro udržitelnost systému financování.

Pflegeversicherung neboli systém pojištění dlouhodobé péče ve Spolkové republice Německo je nezávislá součást systému sociálního zabezpečení⁴ vedle zdravotního pojištění, penzijního pojištění, pojištění pro případ nezaměstnanosti a pojištění pracovního úrazu. Stěžejním cílem systému Pflegeversicherung je zabezpečit finanční zdroje pro potřebu dlouhodobé péče, ať už v domácím či ústavním prostředí, a napomoci tak pojištěncům ke zvýšení kvality života a nezávislosti⁵.

1.1 Výzkumný design

Analýza je provedena smíšeným výzkumným designem – desk-research (analýza materiálů a právních předpisů), analýza dat a rozhovory se zástupci organizací poskytujících služby v oblasti dlouhodobé péče. V rámci realizace projektu byly využity především následující výzkumné metody:

A/ Desk-research a analýza sekundárních zdrojů dat. Podkladovou a průběžnou činností byla analýza odborných, strategických a legislativních dokumentů i studií.

B/ Primární průzkum v ČR a SRN, který byl založen na polostrukturovaných expertních rozhovorech s experty v daných zemích zaměřených na vymezené oblasti.

C/ Skupinové diskuze. Relevantním informačním zdrojem byli i účastníci kulatých stolů, kteří diskutovali nad výsledky studie pro jejich využití v praktické aplikaci v ČR dle připraveného scénáře pod vedením zkušeného moderátora. Kulatý stůl byl tvořen odborníky se zkušenostmi z různých oblastí a s různými pohledy na zkoumanou problematiku (poskytovatelé sociálních služeb, zástupci obcí a krajů, odborná veřejnost apod.), tím byla zajištěna zvýšená validita předkládaných výstupů.

D/ Metoda komparativní analýzy. Komparativní analýza je druh analýzy, ve které jsou dodržovány dvě podmínky. Za prvé, sběr dat musí být prováděn pro dvě a více entit. Entitami jsou zde myšleny země. Druhou podmínkou je interpretace zkoumaného děje, kdy se nejedná pouze o popis.

⁴ V Německu je význam sociálního zabezpečení chápán širěji, kde je zahrnuto i zdravotní pojištění. Ve studii je pojem brán v tomto pojetí.

⁵ Plné znění XI. knihy sociálního zákoníku, SGB XI Soziale Pflegeversicherung, je dostupné na: <https://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbxi/1.html>

E/ Matematické modely. Matematické modely byly využity pro tvorbu funkčního pojistně-matematického modelu navrženého systému financování.

1.2 Harmonogram

Dne 17. února 2022 byla uzavřena smlouva k veřejné zakázce s názvem „Smlouva o zpracování Komparativní analýzy“ mezi MPSV a společností ACCENDO (dále jen SMLOUVA). Účinnost smlouvy je od 18. února 2022, kdy byla zveřejněna v Registru smluv. Komunikace dle potřeby probíhala prostřednictvím e-mailové komunikace, on-line videokonferencí, případně telefonické komunikace.

Termíny:

- 18. února 2022 – účinnost SMLOUVY
- Veřejná prezentace stěžejních výstupů v rámci realizace kulatých stolů pro odbornou veřejnost konaných od 9:00 do 11:00 online formou v níže uvedených termínech (v závorce jsou uvedeny jednotlivé kraje)
 - 11. 10. 2022 (Moravskoslezský; Olomoucký; Zlínský; Jihomoravský)
 - 12. 10. 2022 (Hl. m. Praha; Středočeský; Kraj Vysočina; Jihočeský)
 - 22. 11. 2022 (Liberecký; Královehradecký; Pardubický)
 - 23. 11. 2022 (Ústecký; Karlovarský; Plzeňský)
- 17. listopadu 2022 – Finální verze analýzy (finální studie) a ppt. prezentace (do 9 měsíců po nabytí účinnosti SMLOUVY)

1.3 Obecná východiska komparativní analýzy

Pro komparativní analýzu systému financování dlouhodobé péče je nutno zohlednit především následující východiska:

- Demografickou strukturu
- Systém sociální politiky a státního zřízení
- Ekonomickou úroveň a výši výdajů na sociální politiku

1.3.1 Demografická struktura

Od roku 1995 se v ČR střední délka života při narození prodloužila o 4,4 let u mužů a 3,8 let u žen. Z důvodu pandemie COVID-19 došlo ke zkrácení o 2,2 let u mužů a u žen se střední délka života zkrátila o 1,6 let od roku 2019. Stárnutí populace je

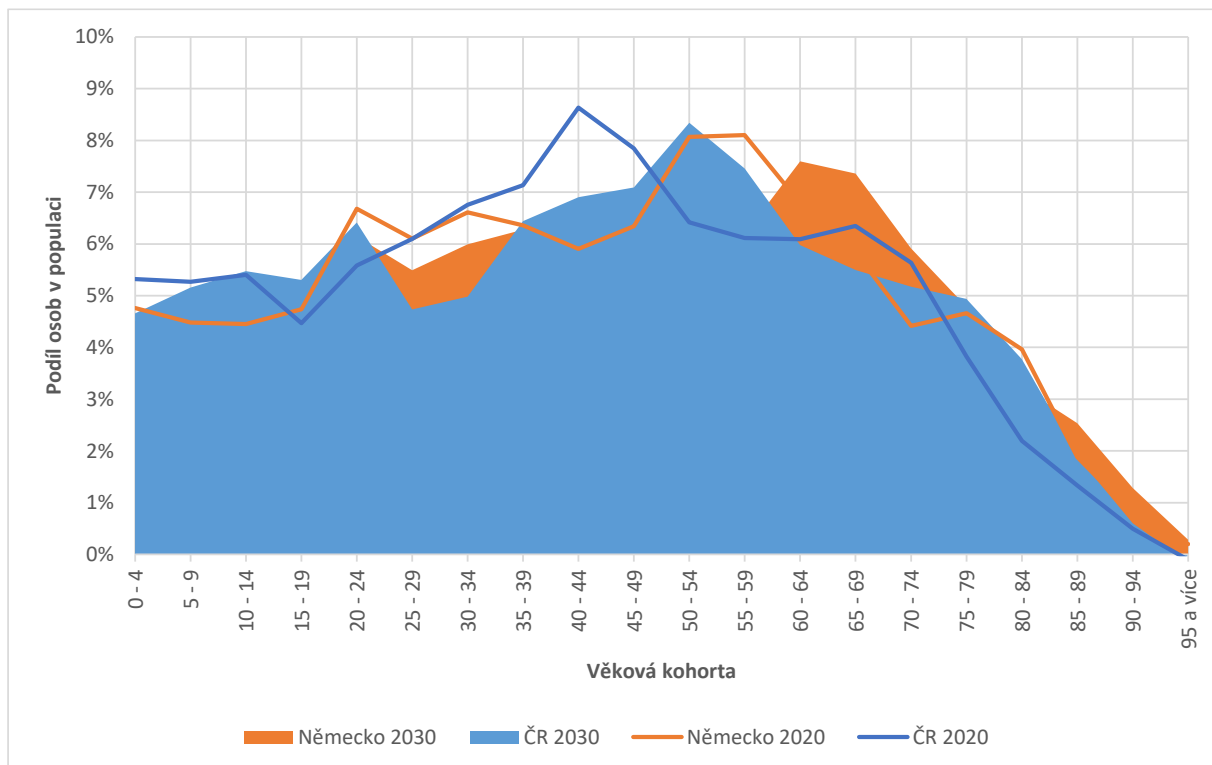
charakteristickým rysem demografického vývoje nejen v ČR, ale i v Německu. Projevuje se růstem podílu i počtu lidí ve věku 65 let a starších a je nevyhnutelným důsledkem toho, že se méně lidí rodí a stále více se jich dožívá vyššího věku. V roce 1995 žilo v ČR 1,356 milionů obyvatel ve věku 65 let a více, což je 13 % z celkového počtu obyvatel. V roce 2020 to bylo již 2,185 milionů seniorů nad 65 let věku, což je 20,2 % populace (tedy přibližně pětina). **V roce 2030 to bude již 2,4 milionu obyvatel, což je téměř čtvrtina, a v roce 2050 dokonce 3 miliony, což bude téměř 30 % ze všech osob žijících v ČR.** Současně se do roku 2050 ztrojnásobí počet osob 85letých a starších na téměř 0,5 milionu, tedy na téměř 2,5násobek aktuálního stavu, což bude představovat přibližně 5 % populace (ČSÚ, 2018)⁶.

V Německu žilo v roce 1995 12,5 milionů obyvatel ve věku 65 let a více, což je 15 % z celkového počtu obyvatel v tomtéž roce. V roce 2020 to bylo již 18 milionů seniorů starších 64 let, což je 21,8 % populace. **V roce 2030 to bude již více než 21 milionů obyvatel, což je čtvrtina všech obyvatel Německa** (Eurostat European comission, 2022).

Pro komparativní analýzu je nutné zohlednit rozdílnou věkovou strukturu populace v ČR a v Německu, která je znázorněna v následujícím grafu. Německá populace (v grafu znázorněna oranžovou barvou) je výrazně starší. Nejsilnější věková kohorta v Česku jsou osoby ve věku 40 až 44 let a 45 až 49 let, jedná se o kombinaci dopadu populační politiky po roce 1970 a vysoké porodnosti silných poválečných ročníků v tomto období (Eurostat European comission, 2022). V Německu jsou dvě nejsilnější věkové kohorty o 10 let starší, tzn. dopad vyšší porodnosti ve válečném období. Dle predikcí bude populace ČR stárnout a dostane se do obdobné situace jako Německo. V grafu je predikce do roku 2030 znázorněna modrou a oranžovou plochou.

⁶ Střední varianta demografické prognózy

Obrázek 1.1: Porovnání věkové struktury populace v Německu a Česku rok 2020 a prognóza do roku 2030



Zdroj: Eurostat (2022); vlastní úprava (2022).

1.3.2 Systém sociální politiky a státního zřízení

Klasická typologie sociální politiky od Richarda Titmuse z 50. let minulého století vymezuje tři modely: reziduální, institucionální a výkonový. Dále existuje obecně rozšířená typologie Esping-Andersena (1990, s. 26–27), který vymezil: **liberální model** (Velká Británie), **korporátní model** označovaný taky jako konzervativní (Německo, Rakousko, Francie, Itálie) a **sociálně-demokratický model** (Skandinávské země). Je potřeba zohlednit, že ČR nelze jednoznačně zařadit k jednomu z výše uvedených vymezení typu sociální politiky, neboť v systémech sociální ochrany nalezneme prvky jak institucionálního systému pomoci, tak očekávání participace rodiny na zajištění sociálních potřeb osob. Rovněž je možné vysledovat v systémech sociální politiky ČR jak principy zásluhovosti, tak principy sociální pomoci. Také míra přerozdělování zdrojů pro realizaci sociální politiky je v ČR poměrně velmi rozsáhlá s nízkou mírou apelu na rodinnou politiku a nástroje její podpory (např. míra účasti širší rodiny na řešení nepříznivých sociálních situací), neboť ČR je po roce 1989 výrazně méně zaměřena na paternalistický model sociálních systémů, ale nenabízí náhradu

v podobě podpory rodinného systému, na rozdíl od Německa, kde je již tradičně kladen důraz na princip subsidiarity a roli rodiny.

Německo představuje korporátní a konzervativní model sociální politiky; země s velmi silnou ekonomickou, sociální a právní stabilitou, kdy pravidla v systémech sociální ochrany jak z legislativního, tak z institucionálního pohledu mají své místo ve společnosti i v politickém systému. Poskytování příspěvku na péči se v Německu, stejně jako v ČR, odvíjí od stupňů závislosti péče.

Spolková republika Německo je federálně uspořádaná republika s parlamentní demokracií, kterou tvoří 16 spolkových zemí, z nichž tři jsou samostatná města se zvláštním statutem (tzv. Stadtstaat – Brémy, Hamburk a Berlín). Spolkové země spolu se Spolkem (Bund) tvoří stát, který má podle mezinárodního práva právní subjektivitu (Gesamtstaat).

Státní uspořádání Spolkové republiky Německo (dále SRN) vychází z ústavy (v němčině Grundgesetz, dále také jen jako „GG“) z 23. května 1949. Z ústavy vyplývá, že státní správa SRN vychází ze tří základních principů:

- dělba moci,
- princip spolkového státu,
- garance místní samosprávy.

Dělba moci je jeden ze základů GG. Moc zákonodárnou v SRN zastupuje Spolkový sněm (Bundestag) a Spolková rada (Bundesrat). Spolkový sněm je legislativním orgánem Spolku jako celku, oproti tomu Spolková rada zastupuje zájmy zemí v legislativním procesu (ve kterých případech je k přijetí spolkového zákona nutný souhlas Spolkové rady, určuje GG). Moc výkonnou v SRN zastupuje Spolková vláda (Bundesregierung). Moc soudní reprezentuje systém spolkových soudů a Spolkový ústavní soud (Bundesverfassungsgericht).

Princip spolkového státu vycházející z GG znamená, že SRN je tvořena spolkovým státem (Bund) a členskými státy (Länder), přičemž jednotlivé státy mají vlastní práva a pravomoci, které jsou stanoveny přímo v GG. Některé činnosti jsou vykonávány spolkovým státem, některé členskými státy, přičemž v praxi vykonává převažující část zákonodárných úkolů spolkový stát a převažující část úkonů spojených se státní správou vykonávají jednotlivé spolkové státy.

V Německu je stejně jako v ČR uplatňován smíšený model veřejné správy, tzn. že územní samosprávy vykonávají také činnosti spadající do působnosti státní správy. Správní uspořádání jednotlivých spolkových zemí Německé spolkové republiky se však mezi sebou značně liší, což je často dáno především historickými důvody (Knigge, 2014).

Česká republika je zastupitelská demokracie, parlamentní republika. Ústava České republiky (č. 1/1993 Sb.) jmenuje v článku 99 základní územní samosprávné celky, jimiž jsou obce, a vyšší územní samosprávné celky, jimiž jsou kraje.

Právní úpravu krajského zřízení obsahuje zákon č. 129/2000 Sb., o krajích (krajské zřízení), ve znění pozdějších předpisů (dále jen zákon o krajích). Kraj je územním společenstvím občanů, má právo na samosprávu. Kraje vykonávají **dvojí působnost, a to samostatnou a přenesenou**, obdobně jako obce, tj. smíšený model veřejné správy. **Rozsah samostatné a přenesené působnosti kraje je dán zákonem**, který stanoví, že pokud upravuje zvláštní zákon působnost krajů a **neustanoví-li, že jde o samostatnou či přenesenou působnost, platí, že jde vždy o činnosti patřící do samostatné působnosti krajů** (Sciskalová, 2015). Obdobný systém je i u obcí.

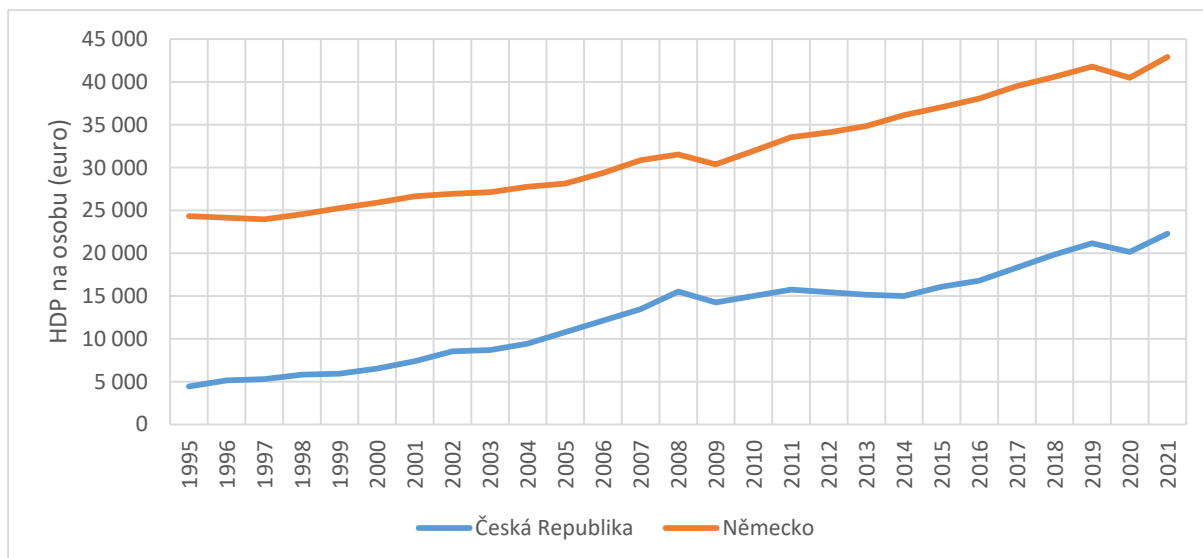
Přes rozdílnosti obou zemí, které spočívají v politickém systému, administrativním dělení a historickém vývoji systému sociálního zabezpečení Německa a České republiky, je komparace německého a českého systému zajištění péče a převzetí dobrých příkladů praxe legitimní, jelikož působnost systému se, jak v případě federativního Německa, tak unitárního Česka, vztahuje na úroveň celé republiky.

1.3.3 Ekonomická úroveň a výše výdajů na sociální politiku

Dále je nutno zohlednit i rozdílnou ekonomickou úroveň obou zemí, kterou lze měřit vývojem hrubého domácího produktu (HDP) na osobu, který je znázorněn na grafu níže. Do roku 2009 lze identifikovat mírně pozitivní trend přibližování ČR k Německu, v roce 2009 dochází i vzhledem k celosvětové ekonomické situaci k propadu, ale po tomto propadu dochází k mírnému rozevírání nůžek v neprospěch ČR. V ČR je HDP na osobu dlouhodobě cca o 20 000 eur nižší než v Německu. Kopírování vývoje linky Německa v ČR, které je z grafu níže patrné, může být znakem i silné ekonomické

provázanosti a do jisté míry i závislosti české ekonomiky na té německé (Eurostat, 2022).

Obrázek 1.2: Vývoj HDP v eurech na osobu v tržních cenách



Zdroj: Eurostat (2022), hrubý domácí produkt /gross domestic product; vlastní úprava (2022).

Pokud srovnáme výdaje na systémy sociálního zabezpečení (*social protection expenditure*)⁷ na osobu v standardu kupní síly (PPS), jež nejlépe odpovídá srovnatelným nákladům, lze rovněž identifikovat, že mezi zeměmi přetrvává dvojnásobný rozdíl, neboť od roku 2008 se u obou zemí postupně navyšuje jak celková výše výdajů na systémy sociálního zabezpečení na osobu, tak celkový rozdíl mezi

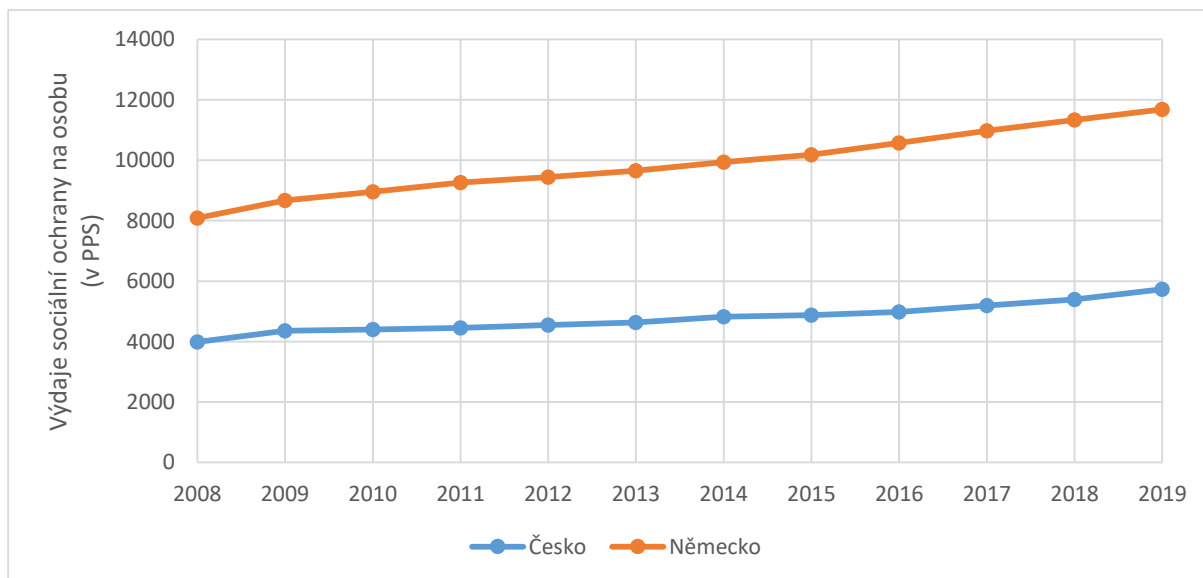
⁷ **Sociální zabezpečení** (kapitola 2.2, odst. 16 – Eurostat, 2019, Eurostat 2021) dle znázorněných dat Eurostatu zahrnuje všechny zásahy ze strany veřejných nebo soukromých subjektů, jejichž cílem je zbavit domácnosti a jednotlivce břemene definovaného souboru rizik nebo potřeb. Seznam rizik nebo potřeb je následující: 1. Nemoc/Zdravotní péče; 2. Zdravotní postižení; 3. Starobní důchodci; 4. Pozůstalí; 5. Rodina/děti; 6. Nezaměstnanost; 7. Bydlení; 8. Sociální vyloučení.

Výdaje na systémy sociálního zabezpečení (kap. 6.2 – Eurostat 2019, Eurostat 2021) jsou pro potřeby sběru dat Eurostatu členěny na tyto skupiny dle typů výdajů: **I. sociální dávky** („social benefits“: Sociální dávky se skládají z peněžních nebo naturálních transferů prostřednictvím programů sociální ochrany domácnostem a jednotlivcům s cílem zbavit je břemene z definovaného souboru celkem 8 rizik nebo potřeb vyjmenovaných výše.); **II. administrativní náklady** („administration costs“: představují náklady za řízení a správu); **III. převody do jiných schémat** („transfers to other schemes“: představují platby uskutečněné do jiných programů sociální ochrany); **IV. jiné výdaje** („other expenditure“: představují různé výdaje v rámci systémů sociální ochrany).

V datech ČR nejsou žádné výdaje na III. převody do jiných schémat ani na IV. jiné výdaje, pouze na I. sociální dávky a II. administrativní náklady. Německo uvádí výdaje v oblastech I., II. a IV.

těmito zeměmi. V roce 2019 byly výdaje na systémy sociálního zabezpečení v Německu 11 678,99 PPS/osobu, v ČR 5 729,91 PPS/osobu (Eurostat, 2022).

Obrázek 1.3: Výdaje na systémy sociálního zabezpečení na osobu v standardu kupní síly (PPS)

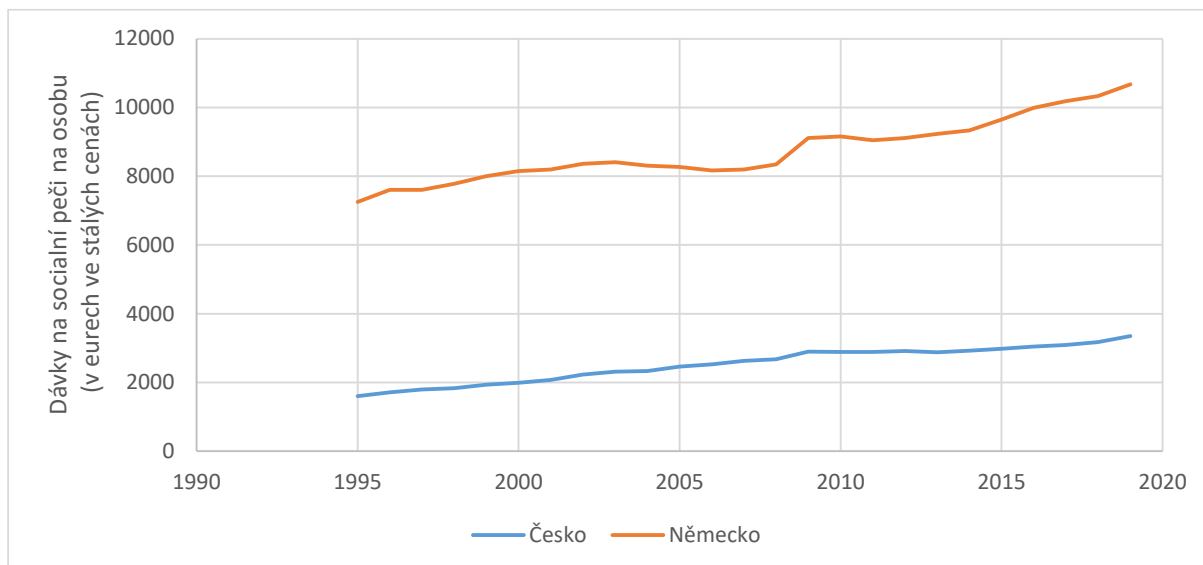


Zdroj: Eurostat (2022), Výdaje na systém sociálního zabezpečení na osobu / Expenditure on social protection per inhabitant [TPS00100]; vlastní úprava (2022).

Pozn.: Standard kupní síly (PPS) je odvozen od tzv. parity kupní síly (anglicky Purchasing Power Parity - PPP), která zachycuje rozdílnost cenových hladin mezi zeměmi. PPS vyjadřuje takový kurz mezi dvěma měnami, při kterém si lze v obou zemích nakoupit stejné množství zboží.

Výdaje na systémy sociálního zabezpečení (*social protection expenditure*) jsou klasifikovány podle typu, který označuje povahu výdajů nebo důvod. Zásadní položku tvoří sociální dávky (v Česku je to 97 % výdajů na sociální zabezpečení a v Německu je to 96 %), které zahrnují jak sociální transfery poskytované vládními institucemi neziskovým organizacím, tak i peněžité sociální dávky pro jednotlivce nebo domácnosti. Výše sociálních dávek v přepočtu na jednu osobu je uvedena v následujícím grafu, a to v eurech ve stálých cenách roku 2010. V Německu je celková výše těchto dávek 10 680,20 eur/osobu v roce 2019, v ČR celkem 3 356,00 eur/osobu. V grafu je dále vidět od roku 1995 postupné zvyšování dávek na osobu v Německu i v ČR (Eurostat, 2022a).

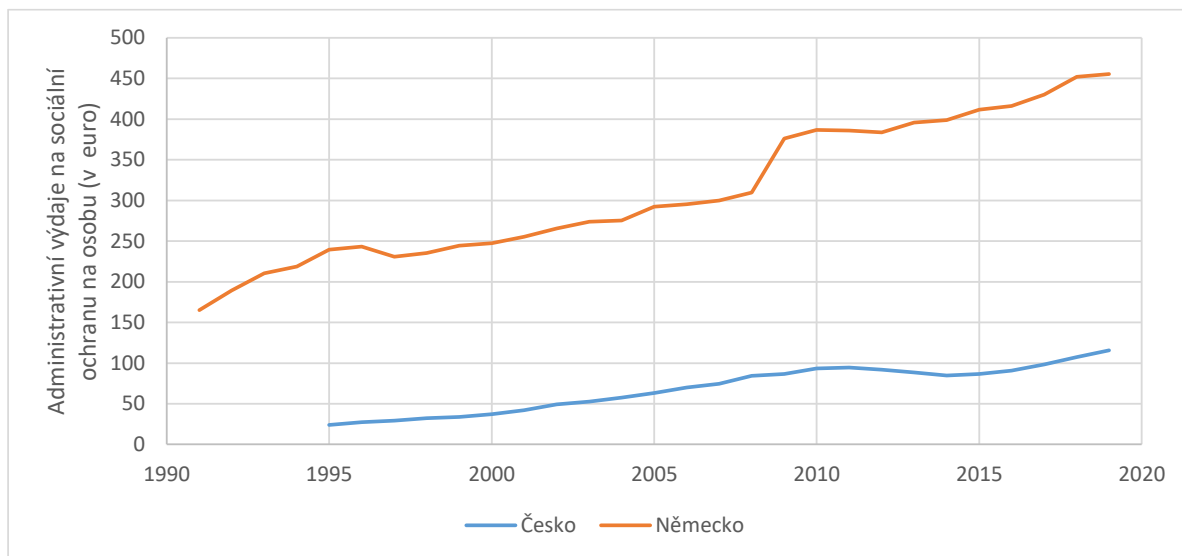
Obrázek 1.4: Dávky na sociální péči na osobu v eurech ve stálých cenách roku 2010



Zdroj: Eurostat (2022a), „social protection benefits“, přepočteno dle počtu obyvatel; vlastní úprava (2022).

Další aspekt je nákladnost obou systémů, kterou lze znázornit prostřednictvím administrativních nákladů daného systému sociálního zabezpečení, tj. náklady na jeho řízení a správu, které zahrnují výdaje na registraci příjemců, výběr příspěvků, správu dávek, kontrolu, zajištění, finanční řízení a všeobecnou režii. Administrativní náklady na osobu jsou v Německu, stejně jako dávky na sociální péči na osobu, několikanásobně vyšší než v ČR. V ČR se postupně od roku 1995 navyšovaly, s výjimkou v letech 2012–2014, na hodnotu 115,6 eur/osobu v roce 2019. V Německu byla počáteční hodnota roku 1995 vyšší, a to 239,4 eur/osobu, a hodnota v roce 2019 je téměř čtyřnásobná než v ČR, 455,6 eur/osobu (Eurostat, 2022a).

Obrázek 1.5: Administrativní výdaje na sociální ochranu na osobu v eurech



Zdroj: Eurostat (2022a); „administration costs“, přepočet dle počtu obyvatel; vlastní úprava (2022).

2 Vývoj zavedení pojištění péče v Německu a sociálního pojištění v ČR

Kapitola přináší vhled do historického vývoje sociálního pojištění péče v Německu a systému sociálního pojištění v České republice. První část kapitoly 2.1 je věnována historickému vývoji systému pojištění v Německu (zdravotní pojištění, úrazové pojištění, důchodové pojištění a pojištění pro případ nezaměstnanosti) a důvodům reformy systému, tzn. zavedení pojištění dlouhodobé péče (Soziale Pflegeversicherung) do druhé poloviny 90. let 20. století. Druhá část kapitoly 2.1 stručně přibližuje systém pojištění dlouhodobé péče, který nabyl účinnosti v roce 1995 prostřednictvím Sociálního zákoníku XI – Jedenáctá kniha (Sozialgesetzbuch SGB XI – Elftes Buch – Soziale Pflegeversicherung) a s několika reformami je uplatňován do současnosti. Kapitola 2.2 se věnuje vývoji sociálního pojištění v České republice.

2.1 Popis vývoje a důvody zavedení pojištění péče v Německu

Sociální stát a sociální tržní hospodářství mají v Německu velmi silnou tradici. Sociální stát je v Německu zakotven v *Ústavě* a dodržování této ústavní povinnosti je kontrolovatelné Spolkovým ústavním soudem. Celý systém sociálního zabezpečení v současnosti zahrnuje v Německu tři pilíře/oblasti⁸, jimiž jsou *sociální pojištění*, *sociální zaopatření* a *sociální pomoc*, viz obrázek 2.1. Pojištění dlouhodobé péče je dnes součástí prvního pilíře (sociální pojištění), jehož vývoj je předmětem této podkapitoly a je popsán dále. Druhý a třetí pilíř je založen na nepojistném systému (financovaný z daní), přičemž s financováním dlouhodobé péče se pojí třetí pilíř (sociální pomoc), a to v podobě možnosti nároku na dávku tzv. pomoc při péči (viz blíže podkapitola 3.1.5).

⁸ Obdobně jako v České republice.

Obrázek 2.1: Systém sociálního zabezpečení v Německu



Zdroj: Dietze (2022); vlastní úprava (2022)

Německo patří mezi jeden z prvních evropských států, v němž byly **v 19. století přijaty průkopnické zákony o sociálním pojištění**. Sociální pojištění se od té doby rozvíjelo a posilovalo a stalo se jedním ze základních nástrojů podpory obyvatel v nepříznivé sociální situaci. Princip sociálního státu tak zakazuje, aby historicky vytvořený *systém sociálního pojištění* byl zcela zrušen a nahrazen státním pečovatelským systémem (ten je na rozdíl od systému sociálního pojištění založený na financování z daňových prostředků, tj. z prostředků daňových poplatníků a jejich úhrad a za zajištění potřeb je odpovědný stát) (Knigge, 2014; Marska-Dzioba, 2015).

Jak dokládá obrázek 2.1, povinné sociální pojištění je v současnosti tvořeno 5 druhy pojištění:

- Zdravotní pojištění („Krankenversicherung“ – KV, 1883),
- Úrazové pojištění („Unfallversicherung“ – UV, 1884),
- Důchodové pojištění („Rentenversicherung“ – RV, 1889),
- Pojištění pro případ nezaměstnanosti („Arbeitslosenversicherung“ – ALV, 1927),
- Pojištění dlouhodobé péče („Pflegeversicherung“ – PV, 1995).

Základním principem, který vychází z německé tradice a historie, je **princip subsidiarity, který klade důraz zejména na vzájemnou solidaritu, ale také na odpovědnost občanů za sebe i za svou rodinu**. Cílem je, aby byl osobám odkázaným na pomoc druhých umožněn v maximální míře samostatný život a aby péče v domácím prostředí vždy předcházela péči institucionální (Geissler a kol., 2015; Mrázková, 2013; Knigge, 2014).

Z právního hlediska se „potřeba“ dlouhodobé péče (závislost) tradičně vztahovala na ty, kteří potřebují pomoc s aktivitami každodenního života (Activity of daily living, ADL) jako jsou základní úkony sebeobsluhy – osobní hygiena, mobilita (např. vstávání z postele), stravování, oblékání, toaleta apod. a s dalšími aktivitami (Instrumental activity of daily living, IADL) – činnosti, které nemusí být vykonávány každý den, ale jsou nezbytné pro to, aby osoba mohla žít nezávisle, např. nakupování, domácí práce, příprava jídla a léků, doprava, správa osobních financí a komunikační dovednosti (Götze, Heinz, 2014).

2.1.1 Historický exkurz sociálního pojištění a vývoj zavedení pojištění dlouhodobé péče

Potřebu vzniku systémů sociálního zabezpečení ve světě přinesly narůstající změny ve společnosti, přispěl k ní rozvoj průmyslu, růst počtu obyvatelstva, změny struktury společnosti, vznik jednotlivých národních států apod. Za prvními návrhy sociální legislativy nebyla pouze snaha řešit sociální problémy, ale také hlediska politická a ekonomická. Pojem „*social security*“ byl poprvé oficiálně použit v USA pro označení federálního zákona o důchodovém pojištění (1935). Po druhé světové válce se pojem rozšířil v celé Evropě zejména po přijetí *Úmluvy Mezinárodní organizace práce č. 102/1952 o sociálním zabezpečení (minimální normy)* (Social Security/Minimum Standards/Convention). Ve stejném významu byl použit i v *Evropské chartě sociálního zabezpečení* (European Social Security Charter). Od druhé světové války je sociální zabezpečení všeobecně považováno za právní zásadu (Zajacová, 2014, s. 77).

2.1.1.1 Zavedení sociálního pojištění (zdravotní, úrazové, invalidní a důchodové, pro případ nezaměstnanosti)

Za hlavního protagonistu sociálního pojištění v Německu je považován *Otto von Bismarck* (1815–1898)⁹, který se zasloužil o přijetí prvních pojišťovacích zákonů. Literární zdroje z minulého století používaly v souvislosti s Bismarckovou reformou (1883–1887) nejprve pojem *povinné pojištění* nebo *dělnické pojištění*, které odrážely podstatu prvních úprav sociálního zabezpečení. **Pojem sociální pojištění (*Sozialversicherung*) byl použit poprvé v Německu v 80. letech 19. století.** Po první světové válce se pojem sociální pojištění v Evropě rychle rozšířil díky úmluvám *Mezinárodní organizace práce o sociálním pojištění* (Zajacová, 2014, s. 78).

Hlavní Bismarckovou zásluhou bylo zavedení sociálního pojištění pro široké vrstvy zaměstnanců. Sociálně tak kompenzoval současně přijatý *Zákon o zákazu sociální demokracie* (Bismarckova politika v sociální oblasti tak bývá označována za politiku biče a cukru). Jeho politika vyústila do tří sociálně pojišťovacích zákonů: *pro případ nemoci* (1883), *pracovního úrazu* (1884) a *invalidity a stáří* (1889). Bismarck se musel vypořádat zejména s tím, že se v 60. letech výrazně aktivizovalo dělnické hnutí a v roce 1869 vznikla *Sociálně demokratická dělnická strana* (ohrožující stabilitu pruského státu). Cílem sociálních opatření tedy bylo zejména udržet moc v rukou státu, snížit vliv církve, odcizit dělníky sociálně demokratické straně a zvýšit produktivitu práce. Zásadní tedy je, že Bismarckovi nešlo především o vytvoření nových občanských práv, ale o zachování tradičního (nerovného) vztahu jedince ke státu. Jeho snahou bylo, mít prostřednictvím pojišťovacích zákonů kontrolu nad dělnickými spolky a zároveň ovládat stále se zvětšující obnosy peněz, které měly tyto spolky k dispozici (Knigge, 2014; Zajacová, 2014, s. 78). V důsledku rostoucího počtu dělníků v průmyslu a širšího využívání strojů se významně zvyšovalo nebezpečí úrazů. Stávající legislativa dělníky příliš nechránila, navíc realizace a financování opatření (včetně chudinské péče) ležely na místní správě. Účelem navrhovaných zákonů bylo zlepšit ekonomickou situaci dělníků a **převedením zodpovědnosti za chudé na stát**

⁹ V období 1862–1873 byl pruským ministerským předsedou a ministrem zahraničí, 1867–1871 byl současně kancléřem Severoněmeckého spolku a 1873–1890 německým říšským kancléřem a ministrem zahraničí (Zajacová, 2014, s. 78).

ulevit obcím. Legislativa sociálního pojištění tak zavedla opatření pro případy úrazu, nemoci, stáří a invalidity, která měla zabránit sociálnímu skluzu ke zbídačení, jež tehdy vyvolávalo v lidech závislých na chudinské podpoře značný pocit hanby (Zajacová, 2014, s. 79).

Zákon o zdravotním pojištění zaměstnanců navazoval na již existující strukturu zdravotních pojišťoven a počítal se zachováním stávajících továrních, stavebních a cechovních zdravotních pojišťoven. Vedle těchto pojišťoven mohly být obcemi zřizovány místní zdravotní pojišťovny pro určitá hospodářská odvětví. Tyto pojišťovny pak měly povahu samosprávné veřejnoprávní korporace. Část těchto místních zdravotních pojišťoven vznikla z již existujících místních pomocných pojišťoven. Pro osoby, které nebyly pojištěny u žádné z odvětvových pojišťoven, byly vytvořeny jako subsidiární instituce obecní zdravotní pojišťovny bez právní subjektivity. Pro většinu zaměstnanců bylo pojištění povinné, což vyplývalo přímo ze zákona, nebo ze statutárních předpisů obcí. Osoby, pro které nebylo pojištění povinné, se mohly pojištění účastnit dobrovolně. U pomocných pojišťoven platili pojištěnci celé pojistné, u ostatních pojišťoven platili zaměstnanci dvě třetiny a zaměstnavatelé jednu třetinu pojistného. Pojištěnci měli nárok na bezplatné lékařské ošetření a léky. V případě pracovní neschopnosti měli pobírat pojistné plnění ve výši 50 % příjmu rozhodného pro stanovení výše pojistného. Pojištěnci měli dále nárok na náhradu nákladů pobytu v nemocnici, na podporu v šestinedělí a na výplatu příspěvku pozůstalým v případě úmrtí pojištěnce (Janoušek, 2017, s. 104–105).

Zákon o úrazovém pojištění byl během legislativního procesu předmětem dlouhých politických debat, které se týkaly především toho, zda má říše zřídit říšskou pojišťovnu a hradit část pojistného, s čímž původně Bismarck počítal. Nakonec přijatý zákon stanovil povinnost platit pojistné příspěvky pouze podnikatelům, jejichž podniky byly pro účely stanovení výše pojistného příspěvku rozděleny do vícero tříd podle intenzity nebezpečí vzniku úrazu¹⁰. Říšská pojišťovna zřízena nebyla. Místo toho fungoval větší počet tzv. odvětvových nebo profesních družstev, která byla příslušná pro více podniků

¹⁰ Všechna průmyslová odvětví byla rozdělena do 10 tříd nebezpečnosti a každá třída nebezpečnosti obsahovala větší počet odvětví či provozních režimů. Odvětví, která byla méně náchylná k nehodám, odváděla do pojistného fondu nižší příspěvky. Cílem bylo povzbudit společnosti, aby investovaly do bezpečnosti práce (Akademie der Wissenschaften und der Literatur, 2022).

v určitém regionu a byla založena jako veřejnoprávní korporace s vlastní samosprávou. Pojištění byli povinně všichni dělníci a zaměstnanci pracující v určitých nebezpečných hospodářských odvětvích. Zaměstnanci nevykonávající dělnickou profesi byli pojištěni pouze, pokud jejich příjem nepřesáhl 2000 marek ročně. Pojistné plnění bylo poskytováno v případě usmrcení nebo pracovních úrazů, která si poškozený nezpůsobil úmyslně, a která měla svou příčinu v nebezpečí, které bylo spojené s výkonem dané profese. Pojistné plnění bylo poskytováno po uplynutí podpůrní doby zdravotního pojištění. Poskytována byla náhrada nákladů léčení a peněžní renta, jejíž výše byla závislá na míře snížení pracovní schopnosti. V případě usmrcení obdrželi pozůstalí rentu a příspěvek na pohřeb (Janoušek, 2017, s. 105).

V rámci *zákona o invalidním a starobním důchodovém pojištění* byli pojištění povinně všichni dělníci, pomocníci, služební poslové, učni a tovaryši, jakož i ostatní zaměstnanci, pokud jejich roční příjem nepřesáhl 2000 marek ročně. V případě skončení povinného pojištění se mohli pojištěnci účastnit pojištění dobrovolně. Pojištěny mohly být dobrovolně i jiné osoby. Pojistné plnění mělo podobu peněžního důchodu pro případ pracovní neschopnosti způsobené invaliditou nebo stářím. Trvale práce neschopní pojištěnci měli nárok na důchod bez ohledu na svůj věk, pokud alespoň 5 let platili pojistné. Na starobní důchod měli nárok pojištěnci po dosažení 70 let, pokud platili pojistné alespoň 30 let. Vdovy a sirotci na důchod nárok neměli. Pokud ale pojištěnec zemřel dříve, než mu vznikl nárok na důchod, obdrželi vdovy a sirotci polovinu uhrazeného pojistného. Důchodové pojištění bylo financováno z příspěvků zaměstnanců a zaměstnavatelů a říšským příspěvkem, který činil 50 marek ročně. Pojištění spravovaly samosprávné veřejnoprávní pojišťovny, které působily na zemské úrovni (Janoušek, 2017, s. 106).

Bismarckovy zákony o sociálním pojištění nepochybně přispěly ke stabilizaci německé společnosti a posílení loajality dělníků a dalších zaměstnanců vůči říši. Namísto milodarů měli pojištěnci nově nezpochybnitelný právní nárok na pojistné plnění. Bylo-li ovšem účelem tohoto zákonodárství oslabit podporu sociální demokracie, pak tento účel splněn nebyl, neboť volební výsledky sociální demokracie se ve všech následujících volbách do říšského sněmu stále zlepšovaly (Janoušek, 2017, s. 106).

System sociálního zabezpečení byl rozvíjen mezi dvěma světovými válkami a modernizován v post-nacistickém Německu. V roce 1927 k již zavedeným pojistným

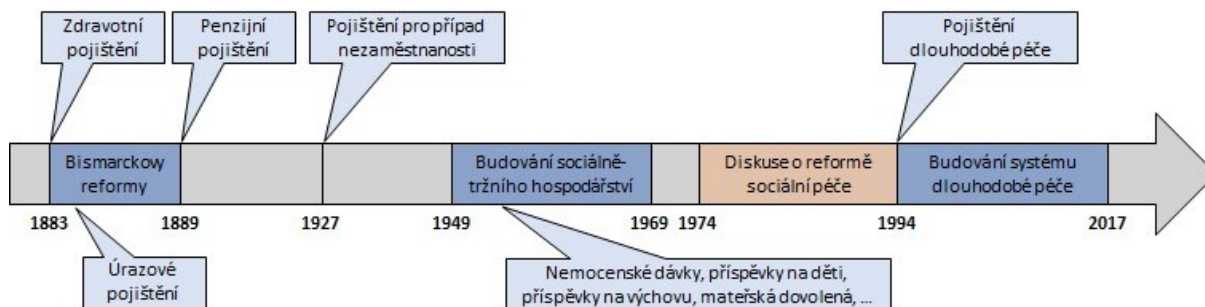
oblastem důchodového, nemocenského a úrazového pojištění přibýlo *pojištění proti nezaměstnanosti* (Knigge, 2014).

Zvlášť důležitou roli hraje v sociální politice Německa druhá polovina 20. století. V druhé polovině padesátých let zavedl spolkový ministr hospodářství Ludwig Erhard *sociální tržní hospodářství*. Jeho cílem bylo zajistit pro všechny vysokou životní úroveň a sociální spravedlnost. Tento hospodářský systém, který je nazývaný jako „německý model“, byl tak úspěšný, že se stal vzorem pro řadu dalších zemí. Jedním ze základních pilířů tohoto úspěchu je obsáhlý sociální systém¹¹. Rozsáhlý systém sociálního zabezpečení a pomoci tvořily nemocenské dávky, příspěvky v nezaměstnanosti, invalidní důchody, příspěvky na děti – *povinné rodinné přídatky byly zavedeny v roce 1954*, příspěvky na výchovu a roční mateřská dovolená, vyrovnání válečných následků, výstavba sociálních bytů, „dynamická renta“ a důchodová politika ve prospěch rolníků. **Stále se rozšiřující „sociální síť“ přestala však být finančně únosnou v 70. letech 20. století, kdy se zpomalil hospodářský růst.** V důsledku nižších mezd se snižovaly i příspěvky na sociální zabezpečení placené do státního rozpočtu, zatímco sociální výdaje se zvyšovaly. Reforma sociální sítě začala až v roce 1982, kdy vládu SPD/FDP vystřídala koalice CDU/CSU a FDP v čele s Helmutem Kohlem. Reforma však byla prováděna pomalu a váhavě. Náklady sociálního státu se během 20 let ztrojnásobily (ze 180 mld. DEM v roce 1970 stouply na více než 630 mld. DEM v roce 1990) (Pišková, 1995).

Vývoj systému sociálního pojištění v Německu shrnuje obrázek 2.2.

¹¹ Z hlediska sociální politiky se po skončení 2. světové války ubíraly oba německé státy rozdílnými cestami: Spolková republika zakotvila ve své ústavě princip sociálního státu, vybudovala systém sociálního zabezpečení ve stáří, nemoci a nezaměstnanosti a postavila svět práce na sociálním partnerství. NDR se definovala jako dělnicko-rolnický stát s komplexním státním základním pojištěním a péčí a postavila svět práce na kolektivním a státem řízeném systému a jeho strukturách (Knigge, 2014).

Obrázek 2.2: Vývoj systému sociálního pojištění v Německu



Zdroj: vlastní zpracování (2022)

2.1.1.2 Zavádění pojištění dlouhodobé péče

Návrh zákona zavádějící dvoustupňový povinný systém *pojištění dlouhodobé péče* (*long-term care insurance, LTCI*) prakticky pro celou populaci schválil německý parlament v roce 1994. Tento *Zákon o pojištění péče – Pflege-Versicherungsgesetz* byl chápán jako **komplexní řešení rostoucího problému dlouhodobé péče**.

Dle literatury zabývající se sociálním státem se tradičně nekladl velký důraz na sociální služby, ať už v obecném pojetí či v kontextu dlouhodobé péče. Sociální služby, jako je dětská, zdravotní nebo dlouhodobá péče, zůstávaly okrajovým až zanedbávaným tématem až do počátku 21. století. Rostoucí zájem o nová sociální rizika (stárnutí populace a s tím narůstající náklady na péči, měnící se role žen pečovatelek ve společnosti) však podnítil diskuzi o řešení oblasti politiky dlouhodobé péče. Počet studií zabývajících se německou politikou dlouhodobé péče je omezený. Nejobsáhlejším dílem je disertační práce „*Der Weg zur Pflegeversicherung*“ (Na cestě k pojištění péče) od Jörga A. Meyera (1996), ve které zachycuje vývoj německé debaty o dlouhodobé péči během 20 let, a to z politologického pohledu. Cestu Německa k uzákonění pojištění dlouhodobé péče během rané fáze vysvětluje jako souhru socioekonomických tlaků a silných zájmových skupin. V rozhodující fázi procesu se Meyerovo vysvětlení více opírá o politicko-institucionální rámec a stranickou politiku. Tato kombinace socioekonomických a na aktéry zaměřených vysvětlujících faktorů při různých fázích debaty o dlouhodobé péči lze nalézt také v několika dalších studiích. Na rozdíl od toho, Ulrike Götting a kol. (1994) nepřikládá velkou váhu sociálně-demografickým faktorům, ale kladl větší důraz na nepřetržitě neformální velké koalice mezi křesťanskými a sociálními demokraty v klíčových otázkách sociální

politiky (jako jsou důchodová a zdravotní reforma a reforma politiky nezaměstnanosti). Tato silná tendence k mezistranickému konsenzu je podporována právem veta (zejména díky silnému bikameralismu¹²) a vysvětluje tak path-dependent návrhu nového schématu dlouhodobé péče (Götze, Heinz, 2014).

Systém dlouhodobé péče prošel do roku 1994 značným vývojem, kdy byl přijat samotný zákon, byl dělen do *několika fází*. Dokonce i na vrcholu zlatého věku sociálního státu (od roku 1945 do roku 1974) západoněmečtí politici považovali dlouhodobou péči o seniory za riziko, které nese jedinec/rodina. **Neexistoval žádný komplexní veřejný systém na pokrytí zajištění dlouhodobé péče.** Kromě sociální pomoci, jako záchranné sociální sítě poslední instance, měli pouze menšinové skupiny obyvatel, např. státní zaměstnanci, váleční invalidé nebo oběti nehod, nárok na krytí dlouhodobé péče prostřednictvím zvláštních veřejných systémů. Struktura zdanění a systém sociálního zabezpečení upřednostňoval muže jako živitele rodiny, a tak se v souladu s konzervativní tradicí Bismarckova modelu sociálního státu očekávalo, že manželky, dcery a snachy budou ty, které budou dětem a seniorům doma poskytovat neplacenou dlouhodobou péči. Tento koncept silně podporovali Křesťanští demokraté, kteří vedli vládní kabinet v letech 1949 až 1969 (Götze, Heinz, 2014).

Rétorika se změnila s příchodem sociálně demokratického kancléře *Willy Brandta* (1969–1974), jehož vláda chtěla podporovat ženy v plnění jejich rovné role v rodině, povolání, politice a společnosti. Prakticky se ale koalici prosazovat změny nedařilo (Götze, Heinz, 2014).

Pokud rodiny nezvládaly poskytování péče, převzaly ji příslušné *obce* (což odráželo hluboce zakořeněný princip subsidiarity v německé sociální politice). Vzhledem k „podmíněné prioritě“ neziskového sektoru, musely samosprávy nejprve uzavřít

¹² Bikameralismus, neboli dvoukomorovost, označuje typ parlamentu strukturovaného do dvou komor (sněmoven). Německo je příklad asymetrického bikameralismu (první komora má převahu v pravomocích, druhá není přímo volená a má tak menší demokratickou legitimitu). Dolní komora – Spolkový sněm (Bundestag), přímo volí spolkového kancléře, hlasuje o zákonech společně s horní komorou – Spolkovou radou (Bundesrat), která je tvořena zástupci 16 zemských vlád (každá zemská vláda má podle počtu obyvatel tři až šest hlasů), kteří jsou při hlasování vázáni imperativním mandátem. Význam Spolkové rady tkví zejména v obhajobě zájmů jednotlivých zemí vůči spolku (nejedná se o volený orgán). Spolková rada disponuje právem zákonodárné iniciativy a může také aktivně zasáhnout do legislativního procesu (buď formou vyjádření souhlasu či nesouhlasu nebo formou námitek u zákonů, které nevyžadují souhlas horní komory). V případě odlišného stanoviska obou komor hraje klíčovou roli dohodovací výbor paritně složený ze zástupců obou komor (CEVRO, 2005).

smlouvu s charitativními organizacemi. Pouze v případě, že neziskové organizace nebyly schopny tento úkol splnit, mohly obce provozovat vlastní zařízení dlouhodobé péče nebo uzavírat smlouvy se soukromými poskytovateli. Z tohoto důvodu byly domy s pečovatelskou službou většinou ve vlastnictví charitativních organizací pod šesti zastřešujícími asociacemi. Tyto asociace odrážely různé ideologické směry německé společnosti a zahrnovaly katolickou *Charitu (Caritas)*, protestantskou *Diakonii (Diakonie)*, židovský *Ústřední sociální úřad Židů v Německu (Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland, ZWST)*, sociálně demokratický *Dělnický podpůrný spolek (Arbeiterwohlfahrt, AWO)*, konzervativní *Německý červený kříž (Deutsches Rotes Kreuz, DRK)* a neutrální *Rovnoprávní (Der Paritätische)*. Jelikož náklady na pobyt v zařízeních dlouhodobé péče většinou převyšovaly vlastní příjmy osob, které péči potřebovaly, museli tito lidé v největší nouzi žádat sociální pomoc – *pomoc při péči (Hilfe zur Pflege)*¹³ podle *Federálního zákona o sociální pomoci (Bundessozialhilfegesetz)*, který byl financován obcemi¹⁴. Toto opatření bylo silně stigmatizováno, protože dávky byly testovány na finanční příjmy a zahrnovaly i vzdání se veškerého majetku a využití pomoci členů rodiny (Götze, Heinz, 2014).

Koncept LTC jako odpovědnosti žen – pečovatelek, obcí a charitativních organizací jako poskytovatelů poslední instance, byl stále více zpochybňován socioekonomickými okolnostmi. Schopnost rodin zajistit dostatečnou péči o seniory v kontextu tradiční role žen začala erodovat již v 60. letech 20. století. Tato kapacita byla často měřena poměrem žen ve věku 45 až 69 let na celkovou populaci ve věku 70 a více let. Tento ukazatel však zanedbával prodlužování průměrné délky života i vývoj ve složení domácností. Německo mělo ve srovnání s ostatními zeměmi OECD tradičně vysokou kapacitu poskytovat dlouhodobou péči o seniory v rámci rodiny z důvodu nízké účasti vdaných žen na trhu práce. Mezi lety 1960 a 1980 se však poměr kapacity snížil na polovinu, tzn. potenciální zátěž pro pečovatelky se zdvojnásobila. Navíc porodnost od poloviny 60. let dramaticky poklesla (další vliv mělo také zavedení antikoncepčních pilulek a plánování otěhotnění). Volání po návratu žen na trh práce bylo rovněž

¹³ Financováno z daní. **Bliže viz kapitola 3.1.5.**

¹⁴ Finanční odpovědnost za pomoc při péči se mezi spolkovými zeměmi lišila. Obce buď musely nést náklady za platby sociální pomoci přímo nebo financovat pověřené regionální orgány sociální pomoci.

ovlivněno ekonomickými riziky díky hospodářské krizi v roce 1974. Rostoucí poptávka po dlouhodobé péči byla konfrontována s poklesem počtu žen, které se výhradně věnují neformální péči, přičemž počet ošetřovatelek v pečovatelských domech rostl, stejně jako platby sociální pomoci od obcí. Pro místní rozpočty to znamenalo rostoucí zátěž, která byla zcela mimo vliv obce (nároky na pomoc byly uzákoněny na federální úrovni). Z hlediska sociální politiky byl výsledek pro obyvatele pečovatelských domů ekonomicky neúnosný (Götze, Heinz, 2014).

K dalšímu rozpoznání problému LTC došlo v letech 1974–1983. *Peter Galperin*, státní tajemník Brém, poprvé upozornil na zvětšující se propast mezi mírným růstem důchodů a prudce rostoucími náklady na sociální služby – zejména v zařízeních dlouhodobé péče. Galperin navrhl, že rostoucí počet starších lidí musí využívat sociální pomoc zavedením všeobecného sociálního pojištění pečovatelských služeb. Rovněž bylo kritizováno svévolné rozlišování mezi „lčením“ a „péčí“. Hranice mezi zdravotní péčí a dlouhodobou péčí (zahrnující sociální aspekt) byla pouze založena na jiných institucionálních parametrech než na objektivních kritériích. Uvedené skutečnosti, vedly k závěru, že pečovatelská činnost v domovech pro seniory *spadá do oblasti působnosti sociálního zdravotního pojištění*, pokud je personál pod dohledem lékařů (Götze, Heinz, 2014).

Tabulka 2.1: Příjemci péče a výdaje na péči v Západním Německu v letech 1970–1989

	1970	1975	1980	1985	1989
Pobytová péče					
Počet příjemců	166 050	213 542	236 738	251 875	271 000
Podíl příjemců ve věku 65+ (v %)	48,2	61,2	68,7	72,4	63,8
Výdaje na péči (v mil. eur)	501	1 308	2 197	3 219	4 041
Péče v domácím prostředí					
Počet příjemců	96 614	189 775	227 135	214 578	265 000
Podíl příjemců ve věku 65+ (v %)	53,4	56,2	53,8	49,7	55,9
Výdaje na péči (v mil. eur)	65	203	361	434	636

Zdroj: Götze, Heinz (2014); vlastní úprava (2022)

Rovněž obce a charitativní organizace lobbovaly za řešení tohoto problému, a to z finančních důvodů. Obce byly prudce ohroženy vysokými náklady na sociální pomoc. Jak ukazuje tabulka 2.1, mezi lety 1970 a 1975 se výdaje téměř ztrojnásobily z 566 na

1 511 milionů eur. V roce 1970 byla necelá polovina všech příjemců sociálních dávek v zařízeních dlouhodobé péče starší 65 let (48,2 %). Během následujících pěti let se tento poměr zvýšil na 61,2 %. Rychlý nárůst příjemců sociální pomoci pokračoval i v následujících letech, což obcím ztěžovalo hospodaření s penězi a měly tak silný zájem přesunout tuto finanční zátěž na sociální pojištění nebo federální úroveň. Charitativní organizace také upřednostňovaly přesun finanční zátěže na větší fond pojištění. Zprvce se obávaly, že by na ně místní samosprávy mohly vyvinout tlak, aby snižovaly náklady služeb dlouhodobé péče. Zadruhé, obce mohly lobbovat proti zásadě podmíněné priority, která chránila kvazimonopolní sílu neziskových organizací¹⁵ v poskytování pobytové péče. Obce a charitativní organizace maskovaly své protichůdné vlastní zájmy ve veřejné debatě argumentem sociální politiky, který obhajoval přesun rizika dlouhodobé péče do většího fondu pojištění (Götze, Heinz, 2014).

V souladu s touto obavou předložilo AWO v roce 1976 další návrh charitativní organizace, který upozorňuje na zásadní nevýhodu původního konceptu. Pokud se zdravotní pojištění vztahuje na veškeré náklady pečovatelského domu, tak by starší obyvatelé zařízení dlouhodobé péče měli výhodu nad zdravými seniory, kteří si nájem a stravu museli platit sami. **AWO proto navrhlo rozdělit náklady na pečovatelské domy do tří kategorií: 1. stravování a ubytování, které hradí klient (tzn. vyživovaná osoba), nebo prostřednictvím sociální pomoci, 2. pečovatelská činnost hrazená ze sociálního zdravotního pojištění a 3. sociální činnosti, které hradí orgány sociální pomoci (Götze, Heinz, 2014).**

Z dlouhodobého hlediska AWO navrhlo rozšířit balíček dávek zdravotního pojištění na financování ambulantní a institucionalizované dlouhodobé péče. **Charitativní organizace v této souvislosti zdůraznily výhodu jediného finančního zdroje pro léčbu a péči, aby se zajistilo, že senioři dostanou ty správné/potřebné služby**

¹⁵ Sociální služby jsou v Německu poskytovány tradičně především neveřejnými neziskovými (nevládními) organizacemi. Postavení neziskových organizací vychází ze zásady „subsidiarity“, která sahá až do sociální nauky katolické církve v 19. století. Právní ustanovení založená na principu subsidiarity mají tendenci chránit neziskové organizace před soutěží soukromého i veřejného sektoru, což vede ke kvazi-monopolním dodavatelským strukturám. Tento kvazimonopol na poskytování služeb byl omezen federální legislativou z roku 1994, která otevřela trh služeb všem poskytovatelům a nastartovala rychlý vzestup soukromého sektoru (Anheier, Seibel, 1993).

(domácí, denní, nemocniční nebo pobytovou péči) podle jejich potřeb. Tato myšlenka byla v následujících letech přijata se značným zájmem. V únoru 1979 se *Německá asociace měst (Deutscher Städtetag)* rozhodla návrh AWO podpořit (Götze, Heinz, 2014).

Téhož roku federální vláda a spolkové země vypracovaly 3 koncepce řešení: 1. rozšíření balíčku dávek zdravotního pojištění o služby dlouhodobé péče; 2. zavedení LTCl spravovaného zdravotními pojišťovnami a 3. implementace zákona o LTCl financovaného státem a spolkovými zeměmi. Ostatní aktéři volali po vyjasnění jednoho návrhu řešení, a naopak podporovali myšlenku jasného návrhu. V roce 1983 tento proces vyvrcholil *Společným návrhem* tří federálních sdružení zastupujících obce, regionální úřady sociální pomoci a charitativní organizace. Memorandum podporovalo řešení za předpokladu, že by investiční náklady pokryly také obce. Kromě toho, návrh obsahoval také *zavedení LTCl pod záštitou zdravotního pojištění*. Tento Společný návrh tedy představoval přesně to řešení, které bylo zvoleno o jedenáct let později při přijetí zákona o sociálním pojištění péče, tzn. **vznik sociálního pojištění navázaného na systém pojištění zdravotního**, blíže viz podkapitola 2.1.2 (Götze, Heinz, 2014).

V letech 1984–1989 však probíhaly na federální úrovni diskuze o fiskální stránce LTCl. V roce 1984 byl návrh zamítnut a třemi spolkovými zeměmi byl navržen nový systém¹⁶. V roce 1988 prošel parlamentem zákon o reformě zdravotnictví včetně rozšíření dávek zdravotního pojištění na závažné služby dlouhodobé péče poskytované doma. Ačkoli *Zákon o reformě zdravotnictví* oslovil pouze menší cílovou skupinu, toto opatření znamenalo první finanční podporu starších lidí, kteří potřebují dlouhodobou péči, a jejich rodiny na federální úrovni (Götze, Heinz, 2014).

Období let 1990–1994 lze označit jako nalézání konsenzu v rozhodující fázi řešení problému pojištění péče. Výchozím bodem rozhodující fáze byl projev *Norberta Blüma*, ministra práce a sociálních věcí, který uvedl: „*Dalším tématem agendy sociální politiky*

¹⁶ Hesensko navrhlo zavést sociální pojištění dlouhodobé péče pro celou populaci financované příspěvky a federální dotaci ve výši 30 %. Spolková země Porýní-Falc obhajovala obecný příspěvek dlouhodobé péče vyplácený spolkovou vládou. Bavorsko navrhlo příspěvek na dlouhodobou péči pro závažné případy jako součást dávek zdravotního pojištění financovaný z příspěvků a federální dotace.

je dlouhodobá péče. V budoucnu už nebudeme potřebovat jen čtyři, ale pět druhů pojištění v systému sociálního zabezpečení. Kromě stávajícího sociálního pojištění pro případ úrazu, nemoci, důchodu a nezaměstnanosti, páté musí pojistit riziko závislosti na dlouhodobé péči“ (Götze, Heinz, 2014). Ve svém projevu dále představil osmibodový plán komplexního řešení problému LTC.

1. Podpora pro lidi, kteří potřebují dlouhodobou péči, bez ohledu na jejich postavení nebo věk,
2. domácí péče musí mít nejvyšší prioritu,
3. rovnováha mezi peněžitými a věcnými dávkami,
4. příjemci musí sami zaplatit přiměřený podíl na nákladech péče,
5. jeden orgán musí mít jasnou odpovědnost za organizaci finanční pomoci,
6. pro plnění tohoto úkolu jsou přednostním orgánem zdravotní pojišťovny,
7. organizátor neznamená finančník; finanční zátěž by měla být sdílena mezi federální úrovní, systémem sociálního zabezpečení a obcemi,
8. navrhované nároky a jejich finanční krytí se musí vzájemně doplňovat.

Návrh zákona pokrývající dlouhodobou péči měl být předložen do roku 1992. Krátce po jmenování čtvrtého kabinetu kancléře *Helmuta Kohla* v lednu 1991, ukončil výsledek hesenských zemských voleb koaliční většinu v Radě. Vláda nyní potřebovala podporu spolkových zemí vedených SPD, aby zákon uspěl. Na pozadí jejich nově získaného vlivu na federální politiku, sociální demokraté, kteří si koncem 80. let pohrávali s myšlenkou systému dlouhodobé péče financovaného z daní, změnilí názor ve prospěch všeobecného sociálního pojištění. FDP oznámilo odmítnutí LTCI ve prospěch soukromého pojištění. Tento přístup si již získal podporu podnikatelského křídla křesťanských demokratů (Götze, Heinz, 2014).

Nakonec 30. června 1992 se koaliční strany dohodly na zavedení dlouhodobého sociálního pojištění péče. Sazba příspěvku byla stanovena na maximálně 1,0 % příjmu, rozděleného rovným dílem mezi zaměstnavatele a zaměstnance. Jako kompenzaci za podíl zaměstnavatele se koalice dohodla, že podniky nebudou dále muset platit za první den pracovní neschopnosti. To však vyvolalo nevoli mezi SPD a odbory. Musel být tudíž nalezen jiný způsob odškodnění zaměstnavatelů. Druhým slibným návrhem bylo využít státní svátky jako kompenzaci, a to buď přímo jejich zrušením, nebo nepřímo snížením jejich náhradního poměru. Federální úroveň mohla

rozhodovat pouze o jednom celostátním státním svátku, a sice o Dnu znovusjednocení. To bylo rovněž nemyslitelné. Dne 27. září 1993 kabinet definitivně souhlasil se snížením náhrady poměru za deset běžných státních svátků na 80 %. Koalice tak nakonec dosáhla konsensu. O čtyři týdny později prošel parlamentem první návrh zákona za podpory CDU/CSU a FDP. V listopadu však byl legislativní proces pozastaven. Konečná verze zákona o pojištění péče prošla parlamentem s podporou CDU/CSU, FDP a SPD dne 22. dubna 1994 (Götze, Heinz, 2014).

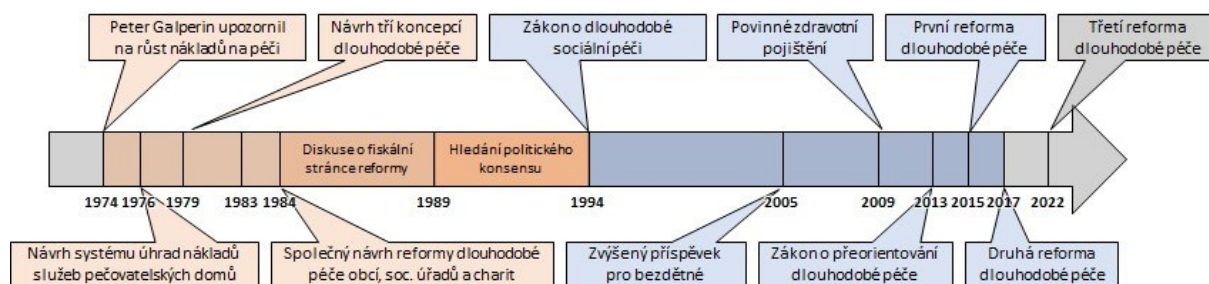
2.1.2 Zavedení sociálního pojištění dlouhodobé péče a jeho vývoj

Zákonné (sociální) pojištění dlouhodobé péče (LTCl) tak bylo zavedeno v roce 1995. Jak bylo uvedeno výše, až do 90. let 20. století byla dlouhodobá péče především považována za roli rodiny, sociální pomoc (testována a financovaná z daní) byla až poslední možností, zejména v případech poskytování péče pečovatelskými domy. *Zákon o sociálním pojištění dlouhodobé péče* tak byl souhrnným návrhem zákona, který stanovil obsah nového *Sociálního zákoníku XI – Jedenáctá kniha (Sozialgesetzbuch SGB XI – Elftes Buch – Soziale Pflegeversicherung)*, která vstoupila v platnost 1. ledna 1995 a přinesla regulační rámec pro dvoustupňové pojištění. V souladu se zásadou připojení LTCl se **zákonným zdravotním pojištěním, členové zdravotní pojišťovny byli automaticky zapsáni do zákonného sociálního pojištění dlouhodobé péče (§ 20 SGB XI).** Ti, kteří měli **soukromé zdravotní pojištění, byli povinni si zřídit soukromé pojištění péče (§ 23 SGB XI).** Hned od začátku pokrývala obě schémata dohromady téměř celou populaci. Od reformy zdravotnictví v roce 2009 musí každý občan ze zákona mít zdravotní pojištění, a tím i pojištění dlouhodobé péče. Na rozdíl od zdravotní péče bylo sociální pojištění péče navrženo jako částečné krytí, protože všechny dávky jsou zastropovány. Soukromá spoluúčasť proto zůstává důležitá a testovaná sociální pomoc stále hraje zásadní roli, zejména v pobytové péči. Nakonec služby pro těžce nemocné pacienty s dlouhodobou domácí péčí byly z balíčku financování zdravotního pojištění odstraněny, protože takové případy byly i nadále kryté z pojištění dlouhodobé péče (Götze, Rothgang, 2014).

Od zavedení zákona o pojištění péče prošel systém několika reformami, jak přibližuje obrázek 2.3. V roce **2013** bylo *Zákonem o změně orientace péče (Zákon*

o přeorientování dlouhodobé péče) v rámci reformy pojištění LTC z roku 2011 zavedeno **soukromé připojištění dlouhodobé péče**. Záměrem státu bylo podpořit občany v soukromém financování dlouhodobé péče (private Pflegevorsorge) a tím zároveň doplnit pojištění dlouhodobé péče jako dílčí systém zabezpečení. Další dvě významné reformy proběhly v letech 2015 a 2017, přičemž poslední vstoupila v platnost v roce 2022, **podrobněji viz podkapitoly 3.1.1 a 3.1.3**.

Obrázek 2.3: Hlavní milníky vývoje sociálního pojištění péče v Německu



Zdroj: vlastní zpracování (2022)

2.2 Popis vývoje systému sociálního zabezpečení v České republice

Za hlavního protagonistu sociálního pojištění je považován *Otto von Bismarck* (1815–1898)¹⁷, který se zasloužil o přijetí prvních pojišťovacích zákonů (podrobněji viz kap. 2.1.1.1). Přibližně ve stejném období, kdy v Německu vstupovalo pod vedením kancléře Bismarcka na scénu sociální zákonodárství, se v Rakousku-Uhersku dostal do křesla ministerského předsedy hrabě Eduard Taaffe (1833-1895). Jeho působení mezi lety 1879 a 1895 bylo v oblasti sociální politiky silně ovlivněno a dá se říci, že i navazovalo na výše popsané praktiky Bismarckovy, které se často stručně shrnují jako politika „cukru a biče“.

Pozitivní složku zastupovalo především sociální pojištění, a to v povinně zřízovaných pokladnách, jež mělo být financováno samotnými dělníky a zaměstnavateli. Vzhledem k vnitropolitickým problémům (odpor celé řady zájmových skupin včetně sociálních demokratů) a na rozdíl od Německa diametrálně odlišné síle vlády, postupovalo

¹⁷ V období 1862–1873 byl pruským ministerským předsedou a ministrem zahraničí, 1867–1871 byl současně kancléřem Severoněmeckého spolku a 1873–1890 německým říšským kancléřem a ministrem zahraničí (Zajacová, 2014, s. 78).

přijímání zákonů pomalejším tempem. Stejně jako v německém císařství se sociálně pojišťovací reforma (Taafeho reforma) skládala ze tří a posléze čtyř stěžejních zákonů. Struktura byla ovšem poněkud odlišná a čtvrtý důležitý zákon byl přijat s velkým zpožděním mimo funkční období Eduarda Taafeho. Mezi tyto předpisy tedy řadíme:

- I. zákon o nemocenském pojištění (zák. č. 33/1888 ř.z.),
- II. zákon o úrazovém pojištění (zák. č. 1/1888 ř.z.),
- III. zákon o bratrských pokladnách (zák. č. 127/1889 ř.z.),
- IV. zákon o penzijním pojištění (zák. č. 1/1907 ř.z.).

Zákon o nemocenském pojištění, který se však vztahoval pouze na živnostenské dělnictvo, poskytoval jednak peněžitou podporu v období dvacet týdnů ve výši 60% obvyklé denní mzdy. Dále pak pojištěncům náležely věcné dávky (léky a léčebné pomůcky) a ambulantní či nemocniční ošetření. Zákon pamatoval i na těhotné ženy, když jim přiznával nárok na pomoc porodní asistentky nebo lékaře při porodu a podporu odpovídající nemocenskému po dobu 4 týdnů. Příspěvky do systému byly povinné a činily kolem 16 korun za rok (Malý a kol., 1997, s. 145). Správu pojištění zajišťovaly nemocenské pokladny (např. spolkové, závodní, okresní).

Zákon o úrazovém pojištění nahradil předcházející řešení, které stálo na pojištění dělníků u soukromých pojišťoven. V roce 1888 přijatý zákon pak zvýhodňoval hlavně zaměstnavatele. Pojištění byli pouze na dělníky velkých továren, ti zemědělství, a ti v menších živnostech stále úrazové pojištění neměli (Leyer, 2011).

Taafé stejně jako v Německu Bismarck cílil pojišťovacím zákonodárstvím proti socialistickým tendencím. Nezavedl však starobní důchodové pojištění, takže tlak ze strany sociální demokracie a dělníků i úředníků na sebe nenechal dlouho čekat. V roce 1901 se objevil vládní návrh zákona o penzijním pojištění pro úředníky, který byl v prosinci 1906 schválen. V účinnost vstoupil v roce 1909 pod číslem 1/1907. Starobní důchod byl přiznán mužům v 60 letech věku (po 40 letech pojištění), pro ženy v 60 letech věku (ale už po 35 letech pojištění) (Leyer, 2011).

V podvečer dvacátého osmého října 1918 schválil Národní výbor jako nejvyšší zákonodárný orgán Zákon o zřízení samostatného československého státu (č. 11/1918 Sb.). V jeho druhém článku bylo uvedeno, že „*veškeré dosavadní zemské*

a říšské zákony a nařízení zůstávají prozatím v platnosti“ a dále následovalo, že *„veškeré úřady samosprávné, státní i obecní jsou podřízeny Národnímu výboru a prozatím úřadují a jednají dle dosavadních platných zákonů a nařízení“*. Vznikl tak stav právního dualismu, kdy v Čechách, na Moravě a ve Slezsku platilo právo rakouské a na Slovensku právo uherské.

Tato „recepční norma“ se vztahovala i na celou soustavu sociálního zákonodárství. Československý právní řád tedy v sociální oblasti převzal zákon o nemocenském pojištění (1888), zákon úrazovém pojištění (1888), zákon upravující pojištění horníků (1889) a zákon o penzijním pojištění soukromých zaměstnanců (1907). V roce 1924 byl přijat zákon o pojištění zaměstnanců pro případ nemoci, invalidity a stáří, který byl uveřejněn pod číslem 221/1924 Sb. z. a n. a obsahoval především následující zásady:

I. Invalidní a starobní pojištění se soustředilo v jeden celek v ohledech rizika a financí. Nemocenské pojištění fungovalo odděleně. Oba subsystémy spojovala pouze organizace.

II. Z invalidního a starobního pojištění se vyplácely dávky jednorázové a opakující se, obligatorní i fakultativní.

III. Vyjma peněžitých dávek se poskytovalo i plnění naturální ve formě léčebné péče k odvrácení invalidity.

IV. U nemocenské části zákon zavedl třídenní absolutní karenční dobu.

Veřejní zaměstnanci, mezi které patřili zejména četníci, učitelé a další zaměstnanci státu, státních fondů, obcí, žup nebo zemí, podléhali úpravě zákona č. 221/1925 Sb. z. a n., o nemocenském pojištění veřejných zaměstnanců. Podmínkou bylo bydliště na území ČSR. Léčebný fond veřejných zaměstnanců, který pojištění spravoval, byl známkou jistého zvýhodnění veřejných zaměstnanců. Pojištění osob samostatně hospodařících pro případ invalidity a stáří mělo být zavedeno zákonem č. 148/1925 Sb. z. a n.

Základem zdravotní péče byl praktický lékař. Lékaři byli honorováni několika způsoby, a to platbou za výkon, za případ onemocnění, platbou na hlavu a rok a paušálem. Již tehdy si byly pojišťovny vědomy vyššího tlaku na výdaje při použití plateb za výkon i nebezpečí odesílání pacientů do nemocnic a jiným lékařům v případě paušálních

plateb na hlavu a rok. Síť zdravotnických zařízení tvořily soukromé ordinace, které zabezpečovaly ambulantní péči, léčebné ústavy s lůžkovou péčí, sociálně zdravotní zařízení a soukromé léčebné ústavy. Prvorepublikový zdravotní systém tak byl založen na principu povinného zdravotního pojištění. Zdravotní pojištění se však týkalo pouze námezdně pracujících. V tehdejší době u nás existovalo asi tři sta zdravotních pojišťoven. Z pojištění byla hrazena základní zdravotní péče, kterou poskytovali praktičtí lékaři a veřejné nemocnice. Pojištění se vztahovalo i na rodinné příslušníky pojištěnců (Vurm, 2004).

Po druhé světové válce navázalo zákonodárství v oblasti sociálního zabezpečení na předpisy z doby první republiky a legislativa z doby okupace se nestala uznanou součástí právního řádu. Zmíněná kontinuita s sebou přinesla i problémy, které tížily sociální zabezpečení první republiky a následně se prohloubily válkou, což znamenalo zejména:

1. organizační a legislativní roztříštěnost sociálního pojištění,
2. diferenciaci nemocenské péče a vyplácených dávek dle stavovské příslušnosti (Tomeš a kol., 1998),
3. znehodnocení fondů sociálního pojištění válečnou ekonomikou nebo jejich konfiskací okupačními silami (Leyer, 2011).

V mezidobí se odehrály jen dílčí změny (mzdové zrovnoprávnění žen, zlepšení v oblasti dovolených). Za výraznější zásah je možné považovat zavedení přídavků na děti koncem roku 1945 (Leyer, 2011).

Po roce 1948 zaznamenala sociální oblast v Československu zásadní změny. Zákonodárství se inspirovalo zákonodárstvím sovětským, které se samozřejmě vyvíjelo zcela odlišně než zákonodárství československé (Tröster, 2013, s. 24). Podstatné principy byly formulovány v Košickém vládním programu, např. v popředí sociální péče bude stát péče o matku a dítě, výdaje na sociální pojištění všeho druhu budou hrazeny v rámci celkového státního rozpočtu. Jejich provedení dostala na starost po válce ustanovená komise Národní fronty (Leyer, 2011). Tato snaha nakonec vyústila roku 1948 v přijetí zákona č. 99/1948 Sb., o **národním** pojištění, který upravoval národní pojištění:

- a) pro případ nemoci a mateřství (nemocenské pojištění),

b) pro případ stáří, invalidity, ztráty živitele smrtí a pro případ úrazu (důchodové pojištění).

Národní pojištění v ČR připravované od druhé světové války, které bylo výrazně ovlivněné myšlenkami Williama Beveridge, schválilo Národní shromáždění zákonem z 15. dubna publikovaným pod číslem 99/1948 Sb. V roce 1951 došlo ke změně, jelikož byl vydán zákon č. 102/1951, Sb., o přebudování národního pojištění, který zaváděl několik výrazných změn:

1. Nemocenské pojištění řídilo Revoluční odborové hnutí (konkrétně Ústřední rada odborů jako vrcholný orgán), správa spadala pod ústřední výbory odborových svazů a později pod krajské odborové rady, vlastní provádění měly na starost závodní rady.
2. Správa důchodového zabezpečení přešla pod Státní úřad důchodového zabezpečení a působnost okresních národních pojišťoven převzaly okresní národní výbory.
3. Důchodové zabezpečení (tedy nikoliv již pojištění) a nemocenské pojištění se stalo součástí státního rozpočtu.
4. Zřízeno bylo Ministerstvo pracovních sil namísto Ministerstva práce a sociální péče (Leyer, 2011).

V roce 1951 byla převzata koncepce zdravotnictví z SSSR – Semaškův model. Systém povinného zdravotního pojištění byl zrušen a zdravotní péče se ocitla v rukou státu. V tomto období došlo k výraznému odklonu od vývoje sociálního zabezpečení v západním Německu. Úhrady zdravotních služeb začaly být financovány z daní prostřednictvím státního rozpočtu. Zdravotnické služby přešly pod Ministerstvo zdravotnictví. V roce 1951 byl přijat zákon č. 102/1951 Sb., o přebudování národního pojištění a č. 103/1951 Sb., o jednotné preventivní a léčebné péči. Ústřední národní pojišťovna byla zrušena. Finanční prostředky ze státního rozpočtu přidělovalo Ministerstvo zdravotnictví krajským a okresním národním výborům. Zdravotní péče se stala pro občana „bezplatnou“, bez přímé úhrady a byla financována pouze z daní prostřednictvím státního rozpočtu. Vznikly krajské ústavy národního zdraví (KÚNZ) a okresní ústavy národního zdraví (OÚNZ), které zabezpečovaly veškerou léčebně preventivní péči ambulantní, závodní a nemocniční (Gladkij, 2003).

Vedle zákona č. 54/1956 Sb., o nemocenském pojištění zaměstnanců, jímž se občanům garantovala bezplatná zdravotní péče, je stěžejní reformní zákon č. 55/1956 Sb., o sociálním zabezpečení, díky kterému byla převedena veškerá sociální péče na stát (Matoušek, 2007, s. 27). Byl prakticky zrušen systém sociálního pojištění a nemocenských dávek. Do sociálního zabezpečení spadalo důchodové zabezpečení a sociální péče. Všechny dávky včetně důchodů byly financovány ze státního rozpočtu (Koldinská, 2007, s. 17).

Zákony č. 54/1956 Sb. a č. 55/1956 Sb., spolu s vládními nařízeními č. 56/1956 Sb. a č. 57/1956 Sb., která upravovala nároky členů výrobních družstev, JZD a osob samostatně hospodařících, završily snahy o přebudování soustavy. Předpisy vytvořily tři kategorie zaměstnanců, z nichž první dvě byly výrazně preferované. Rozšířil se počet dávek (zaveden částečný invalidní důchod, podpora při ošetřování člena rodiny) a stoupla jejich výše, vzrostl však i počet zabezpečených osob, což znamenalo, že náklady dosáhly několikanásobku těch předválečných. Muži odcházeli do důchodu zpravidla v 60 a ženy v 55 letech. Zvýšenou úrazovost a tím ohrožení chodu hospodářství řešil stát přesunutím financování pracovních úrazů a nemocí z povolání přímo na podniky, což mělo vést mimo jiné i k lepší starosti o podmínky na pracovišti (Leyer, 2011).

Zákonem č. 16/1959 Sb. byly upraveny podmínky pro přiznání dávek. Především přídatků na děti. Jejich výše byla odstupňována podle příjmu, tedy i podmíněna účastí v pracovním procesu (Rákosník, 1992, s. 146). V roce 1964 byla uskutečněna další reforma sociálního zabezpečení. Jednalo se o zákony č. 101/1964 Sb., o sociálním zabezpečení a zákon č. 103/1964 Sb., o sociálním zabezpečení družstevních rolníků (Tröster, 2013, s. 24). Ústavy sociální péče byly na základě zákona č. 101/1964 Sb. vydány na milost a nemilost státu (Rákosník, 1992, s. 161).

Rok 1968 a krátké uvolnění poměrů (např. cenzury) umožňovalo artikulaci nutných opatření v sociálním zabezpečení. Akční program KSČ schválený na plenárním zasedání Ústředního výboru KSČ vyjádřil například požadavek denivelizace příjmů, prodloužení placené dovolené, přehodnocení zdanění důchodů a zabýval se i prognostickými myšlenkami zvýšení porodnosti (Potůček, 1995).

Zákon č. 121/1975 Sb., o sociálním zabezpečení zrušil zdanění důchodů a zvláštní postavení členů zemědělských družstev a zvýšil maximální hranice důchodů. Financování nemocenského pojištění nadále integroval státní rozpočet, fondový princip se neuplatnil. Značnou aktivitu je možné nalézt ve sféře propopulačních opatření. Postupně se rozšiřoval okruh žen, které měly nárok na mateřský příspěvek, a prodlužovala se i doba vyplácení. Navyšovala se podpora při narození dítěte i přídavek na dítě. Tento zákon byl nahrazen novým zákonem o sociálním zabezpečení č. 100/1988 Sb., který byl zrušen až v roce 2012 (Tröster, 2013). Krebs (2015) k tomu dodává, že dosavadní úprava sociálního zabezpečení nejen že již nevyhovovala vývoji, ale vůbec nebyla připravena řešit důsledky nastoupeného ekonomického vývoje (Krebs, 2015).

Do roku 1989 prošel nastavený systém několika úpravami především v oblasti nemocenského a důchodového systému.

Transformaci započatou po roce 1989 nutno vnímat především jako proces kontinuální, v němž vedle sebe koexistují staré i nové hodnoty. Přeměna původního systému s sebou nesla i dopady v sociální oblasti. Od 50. let režim prakticky nepotřeboval sociální politiku, jelikož se domníval, že socialismus vyřeší jakékoliv nedostatky z vlastní podstaty. Chudoba a nezaměstnanost oficiálně neexistovaly. Skutečný stav věcí, kdy zaměstnanost byla udržována uměle státní podniky, a většina důchodů zaznamenala pokles vůči mzdám, nebral nikdo dostatečně v úvahu nebo by jeho náprava šla proti komunistické doktríně. Ačkoliv některé oblasti sociálního zabezpečení byly zvládnuty relativně dobře, šlo hlavně o krátkodobé dávky nemocenské, rodinných přídaveků a úrazového odškodňování, problematika důchodů byla dlouhodobě neudržitelná. Varovné indikátory v podobě výše zmíněné nezaměstnanosti, viditelné chudoby a snižování reálných příjmů se ozvaly relativně záhy a předpovídaly neodkladnost zásadní reformy sociálního zabezpečení, které bylo nutné přizpůsobit tržní ekonomice (Tröster, 2013). V novém systému zdravotní péče po roce 1990 byl propagován tržní mechanismus pod hlavičkou Národního zdravotního pojištění. Základy tohoto systému byly položeny v letech 1990-1993. Došlo ke změně typu financování zdravotnictví (Tomeš, 2010).

Stěžejní procesy, které bylo potřeba uskutečnit, byly:

I. odbourání státního monopolu – liberalizace na poli subjektů (tzn. podpora aktivit jednotlivců i privátních organizací),

II. opuštění paternalizmu – zavedení občanské odpovědnosti a participace (tzn. přimět občany starat se o svoji budoucnost),

III. vytváření demokratické a decentralizované správy – přenesení rozhodování na adekvátní úroveň (tzn., aby ti, jichž se věc týká, měli svůj podíl na rozhodování).

První konkrétní opatření směřovala k odstranění nerovností v důchodové soustavě (zákon č. 110/1990 Sb. rušil osobní důchody) a diskriminace osob samostatně výdělečně činných. Dále šlo o přeorganizování nemocenského pojištění. Odbory ho nadále nespravovaly, zatímco Česká správa sociálního zabezpečení měla nyní na starost jak nemocenské, tak důchodové pojištění. Proběhla iniciace záchranné sítě, kdy se stát zavázal garantovat určitou minimální úroveň v určitých nouzových a uznávaných sociálních situacích. Což znamenalo zajistit:

I. aktivní působení v politice zaměstnanosti – vrácení pracovní síly k činnosti a její zajištění nezbytnými příjmy v době nezaměstnanosti,

II. garanci minimální výše příjmů pomocí minimální mzdy,

III. garanci nezbytně nutných příjmů sociálně potřebným skupinám občanů (rodiny s dětmi) pomocí životního minima,

IV. ochranu bydlení sociálně potřebným úhradou části nákladů.

Bylo zavedeno všeobecné zdravotní pojištění Bismarkovského typu, které je povinné a založené na solidaritě. V rámci příprav na zavedení zdravotního pojištění byly přijaty dva zákony, a to zákon č. 550/1991 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění (byl nahrazen zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů) a zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně, který platí po úpravách dosud. Tyto zákony vytvořily právní rámec pro nový systém financování zdravotnictví (Gladkij, 2003).

Výše popsané kroky vykreslují první etapu sociální reformy, která běžela do roku 1992. Následující etapu datující se od konce roku 1992 výrazně poznamenal rozpad ČSFR a vznik samostatné České a Slovenské republiky. 20. listopadu 1992 parlament schválil zákon č. 589/1992 Sb., o pojistném na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku

zaměstnanosti. Vláda prosazováním tohoto předpisu sledovala uskutečnění daňové reformy, což vyplývá z omezení jeho účinnosti od 31. prosince 1993. Pojistné sice bylo odděleno od platby daní, ale stále zůstávalo součástí státního rozpočtu (Leyer, 2011).

Sociální pojištění v ČR je od 1. 1. 1993 do současné doby v souladu se zákonem č. 589/1992 Sb., o pojistném na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů, založeno na pojistném principu, tj. na pravidelném placení příspěvku na nemocenské pojištění, důchodové pojištění a na státní politiku zaměstnanosti (podrobněji viz kapitola 3.2.3.2).

V roce 1995 schválil parlament dva přelomové zákony:

I. zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění,

II. zákon č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře.

Došlo tak k oddělení financování důchodů od státního rozpočtu a adresnosti dávek státní sociální podpory.

Penzijní připojištění zavedl už zákon č. 42/1994 Sb. jako doplňkový systém a jako prostředek akumulace kapitálu. Penzijních fondů však působilo na trhu příliš mnoho (několik desítek) a většina klientů patřila k několika největším. Fondy zároveň slibovaly příliš velké zhodnocení, takže s postupem času došlo k očekávanému omezení jejich počtu (Leyer, 2011).

Působení sociálně demokratických vlád od roku 1998 provázelo debaty o nutnosti důchodové reformy a časté úpravy státní sociální podpory. Po roce 2006 došlo k přijetí celé řady nových předpisů jak v oblasti sociálního zabezpečení, tak v oblastech souvisejících:

I. zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách,

II. zákon č. 110/2006 Sb., o životním a existenčním minimu,

III. zákon č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi,

IV. zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění,

V. zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce,

VI. zákon č. 266/2006 Sb., o úrazovém pojištění,

VII. zákon č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů,

VIII. zákon č. 362/2009 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s návrhem zákona o státním rozpočtu České republiky na rok 2010.

3 Komparativní analýza českého a německého systému financování zdravotně-sociálních služeb ve vztahu k sociální, politické a ekonomické realitě

Financování zdravotních a sociálních služeb v České republice a v Německu ve vztahu k sociální, politické a ekonomické skutečnosti je popsáno na úrovni legislativních ukotvení, definování klíčových účastníků a jejich role v zapojení se do systému financování sociálních služeb. Je podrobně charakterizován stávající systém, a to z pohledu financování, nároků na pojistné plnění, typů poskytování péče z pojištění dlouhodobé péče, vzniku nároku a typu dávek zákonného pojištění. Následně jsou popsána aktuální témata v systému dlouhodobé péče a provedena SWOT analýza. Všechny zmiňované charakteristiky jsou dopodrobna rozpracovány v první podkapitole pro Německo a v druhé podkapitole je charakterizován systém v České republice. V části věnující se Německu je navíc oddíl zaměřený na udržitelnost zavedeného systému financování dlouhodobé péče. V části zaměřené na ČR jsou jednotlivé kapitoly komparovány s realitou v Německu.

3.1 Analýza systému financování na úrovni Německa

Podkapitola se nejprve věnuje legislativnímu rámci, který upravuje systém dlouhodobé péče v Německu a vymezení klíčových aktérů systému dlouhodobé péče, což je nezbytné pro pochopení fungování stávajícího systému pojištění dlouhodobé péče.

3.1.1 Legislativní ukotvení německého systému financování zdravotně-sociálních služeb ve vztahu k sociální, politické a ekonomické realitě

Výchozím legislativním rámcem pro sociální zabezpečení je spolkový *Sociální zákoník (Sozialgesetzbuch)*. Tento zákon, spolu s dalšími normami, které na něj bezprostředně navazují, určuje základní schéma sociálního zabezpečení. Zákoník má celkem 12 knih a mimo jiné je v něm upraveno pojištění pro případ nezaměstnanosti, zdravotní, důchodové a úrazové pojištění či sociální pomoc. *Sociální služby samotné a sociální pojištění péče přímo řeší XI. kniha Sociálního zákoníku o pojištění péče (Sozialgesetzbuch SGB XI Elftes Buch – Soziale Pflegeversicherung)*.

Klíčovou politickou „arénou“ pro reformy související se sociálním rizikem dlouhodobé péče je federální úroveň zahrnující Parlament (Bundestag), Radu (Bundesrat) a vládu (Bundesregierung). Zatímco německé volební obvody volí členy Parlamentu přímo

a na základě principu poměrného zastoupení, Spolková rada zastupuje vlády spolkových zemí (Länder). Obecně má Parlament nadřazenou roli, protože volí kancléře, který je předsedou vlády, a má právo iniciovat a schvalovat legislativu. Rada může iniciovat návrhy, ale její schválení je nutné pouze tehdy, pokud se akty dotýkají práv spolkových zemí. Zavedení veřejného systému pojištění dlouhodobé péče patří k těm oblastem politiky, kde je potřeba schválení obou zákonodárných orgánů (Götze, Rothgang, 2014).

Mezi klíčové legislativní akty LTCl patří (Pflege.de, 2022a)¹⁸:

- *Zákon pro posílení péče I (Pflegerstärkungsgesetz I)* – v platnosti od roku 2015, zavedl navýšení a rozšíření příspěvků na péči, zvýhodnění příspěvků na rekonstrukci bydlení, posíleny byly výhody krátkodobé a preventivní péče (financováno zvýšením sazeb příspěvku na pojištění dlouhodobé péče).
- *Zákon pro posílení péče II (Pflegerstärkungsgesetz II)* – v platnosti od roku 2016, přináší největší restrukturalizaci LTCl od jeho zavedení. Od roku 2017 mají lidé s demencí poprvé stejný přístup ke všem dávkám z pojištění dlouhodobé péče. Bylo také zavedeno 5 stupňů potřebnosti péče a nový postup hodnocení potřebnosti péče pro příjemce dávek (nový koncept byl opět financován zvýšením sazeb příspěvku na pojištění dlouhodobé péče, cca 2,5 mld. eur). Podrobněji viz podkapitoly 3.1.3.2 a 4.1.
- *Zákon pro posílení péče III (Pflegerstärkungsgesetz III)* – v platnosti od roku 2017, obce nyní hrají ústřední roli v poradenství těm, kteří potřebují péči, lidem se zdravotním postižením a jejich příbuzným, dále kontrolují a koordinují poradenské služby ve svém městě či městské části a mají právo zřizovat nové

¹⁸ Odkazy na plná znění zákonů: BGBl. I S. 3191 - Drittes Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegerstärkungsgesetz - PSG III); BGBl. I S. 2424 - Zweites Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegerstärkungsgesetz - PSG II); BGBl. I S. 2222 - Erstes Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Erstes Pflegerstärkungsgesetz - PSG I); <https://dejure.org/cgi-bin/suche?Suchenach=Pflegerst%EA4rkungsgesetz#Verk%C3%BCndungsbl%C3%A4tter>; BGBl. I 2021 S. 2754 Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz-GVWG): <https://dejure.org/BGBl/2021/BGBl. I S. 2754>

pečovatelské základny pro ty, kdo hledají pomoc. Zdravotní pojišťovny mají také větší práva v kontrole poskytovatelů ambulantních služeb podezřelých z podvodu. Pečovatelské služby, které poskytují pouze ošetrovatelskou péči doma, podléhají také standardním kontrolám kvality a účtování ze strany Lékařské služby zdravotního pojištění (MDK).

- *Zákon o dalším rozvoji zdravotní péče (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz)* je právním základem Reformy péče z roku 2022. Ústřední novinkou reformy péče je placení pečovatelského a pomocného personálu podle kolektivních mezd. Dále navýšení některých dávek na péči, poskytnutí federálního grantu aj.

Mezi další důležité zákony v systému dlouhodobé péče se řadí¹⁹ (Pflege.de, 2022b):

- *Zákon o příplatcích za péči (Pflegeleistungsergänzungsgesetz)* – v platnosti od 1. dubna 2002, přinesl změnu v tom, že lidé trpící demencí, duševním onemocněním a mentálním postižením a tzv. podstupněm potřebnosti péče 0 (platné do 31. 12. 2016) poprvé získávají doplňkové pečovatelské služby (besedy, hry, procházky apod. od vyškolených dobrovolníků) k jejich aktivizaci

¹⁹ **Odkazy na plná znění zákonů:** BGBl. I 2001 S. 3728 Gesetz zur Ergänzung der Leistungen bei häuslicher Pflege von Pflegebedürftigen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf (Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz - PflEG): https://dejure.org/BGBl/2001/BGBl_I_S_3728; BGBl. I S. 2320 - Gesetz zur Qualitätssicherung und zur Stärkung des Verbraucherschutzes in der Pflege (Pflege-Qualitätssicherungsgesetz-PQsG): <https://dejure.org/cgi-bin/suche?Suchenach=Pflege-Qualit%E4tssicherungsgesetz>; BGBl. I S. 874 - Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz): <https://dejure.org/cgi-bin/suche?Suchenach=Pflege-Weiterentwicklungsgesetz>; BGBl. I S. 2564 Gesetz über die Familienpflegezeit (Familienpflegezeitgesetz - FPfZG): <https://www.buzer.de/gesetz/9984/index.htm>; BGBl. I S. 2246 - Gesetz zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (Pflege-Neuausrichtung-Gesetz-PNG): <https://dejure.org/cgi-bin/suche?Suchenach=Pflege-Neuausrichtung-Gesetz>; BGBl. I S. 874 Pflegezeitgesetz (Gesetz über die Pflegezeit): <https://dejure.org/gesetze/PflegeZG>; BGBl. I S. 1368 - Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz - PräVG): <https://dejure.org/cgi-bin/suche?Suchenach=Pr%E4ventionsgesetz>; BGBl. I S. 2114 - Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz - HPG): <https://dejure.org/cgi-bin/suche?Suchenach=Hospiz-+und+Palliativgesetz>; BGBl. I 2018 S. 2394 Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz-PpSG): https://dejure.org/BGBl/2018/BGBl_I_S_2394; BGBl. I S. 2581 Gesetz über die Pflegeberufe (Pflegeberufegesetz - PflBG): <https://www.buzer.de/gesetz/12710/index.htm>; BGBl. I S. 1309 - Gesetz zur digitalen Modernisierung von Versorgung und Pflege (Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz - DVPMG): https://dejure.org/BGBl/2021/BGBl_I_S_1309

ve skupinách nebo jako jednotlivci. Než zákon vstoupil v platnost, fondy péče zpočátku vyplácely jen příspěvek ve výši 460 eur ročně.

- *Zákon o kvalitě péče (Pflege-Qualitätssicherungsgesetz)* – v platnosti od roku 2002, upravuje základní standardy kvality a minimální požadavky na poskytování sociálních služeb.
- *Zákon o dalším rozvoji péče (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz)* – v platnosti od roku 2008. V letech 2010 a 2012 upravil postupné navyšování peněžitého a věcného plnění LTCl. Federální vláda navíc stanovila, že od roku 2015 se musí věcné plnění každé tři roky přizpůsobovat vývoji životních nákladů.
- *Zákon o rodinné pečovatelské dovolené (Familienpflegezeitgesetz)* – od roku 2012 umožňuje pracujícím lidem z důvodu péče o příbuzného pracovat na částečný úvazek až po dobu 2 let. Tuto možnost však nelze ze zákona nárokovat.
- *Zákon o změně orientace péče (Pflege-Neuausrichtungsgesetz)* – v roce 2013 zavedl některé nové dávky pojištění sociální péče pro osoby trpící demencí a také umožnil získat příspěvek (počáteční financování) na založení nových ambulantních asistovaných bytových skupin nebo sdílených bytů pro seniory.
- *Zákon o pečovatelské dovolené (Pflegezeitgesetz)* – od roku 2015 zákon umožňuje, za určitých podmínek, pracujícím příbuzným, kteří se starají o osobu závislou na péči, čerpat polovinu nebo část pracovní dovolené po dobu půl roku. Zákon tak doplňuje Zákon o rodinné pečovatelské dovolené.
- *Zákon o prevenci (Präventionsgesetz)* – od roku 2016 zákon upravuje posílení podpory zdraví a prevence nemocí zejména ve školkách, školách, v zaměstnání a v domovech seniorů. Pro tyto účely mohou fondy zdravotního a dlouhodobého pojištění péče vynaložit ročně minimálně 300 mil. eur a dalších 200 mil. eur je k dispozici na další preventivní opatření.
- *Zákon o hospicové a paliativní péči (Hospiz- und Palliativgesetz)* – od roku 2016 se zvyšuje financování péče o nevléčitelně nemocné osoby, v poslední fázi života, zejména v hospicích a pobytových zařízeních. Dále existují zvláštní ošetrovatelské služby, které jsou specializované na poskytování ambulantní paliativní péče v domácím prostředí, a na které mají zákonný nárok všichni pojištěnci zdravotního pojištění.

- *Zákon o posílení ošetrovatelského personálu (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz)* – od roku 2019 stanovuje minimální počty zaměstnanců a podporuje vznik 13 000 nových pracovních míst pro ošetrovatelský personál v lůžkových pečovatelských zařízeních (např. pečovatelské domy), navýšením nedostatečného počtu zaměstnanců v ošetrovatelství tak usnadňuje práci těm, kteří potřebují péči, a jejich příbuzným.
- *Zákon o ošetrovatelství (Krankenpflegegesetz) a Zákon o povoláních v péči o staré lidi (Altenpflegegesetz)* – od roku 2003 bylo vzdělání v péči o seniory poprvé regulováno celostátně. Spolková vláda jednala na základě své odpovědnosti za přijímání tzv. nelékařského zdravotnického personálu. Cílem zákona o geriatrické péči je zajistit jednotnou úroveň vzdělání v celostátním měřítku, zatraktivnit profesi a celkově dát profesi jasný profil. Minimální požadavky na odbornou přípravu jakož i podrobnosti o státní zkoušce jsou stanoveny ve školících a zkušebních předpisech pro povolání geriatrické sestry. Zákony byly v roce 2020 nahrazeny novým zákonem – *Zákon o ošetrovatelských povoláních (Pflegeberufegesetz)*, jenž má zásadně reformovat vzdělávání ošetrovatelů a má učinit ošetrovatelskou profesi flexibilnější a atraktivnější a přizpůsobit ji aktuálním výzvám. Odborná příprava v geriatrické péči, zdravotnictví a ošetrovatelské péči, jakož i v dětské zdravotní a ošetrovatelské péči byla sloučena do nové všeobecné ošetrovatelské přípravy s jednotnou odbornou kvalifikací jako „odborný ošetrovatel“. (Pflegefachfrau/Pflegefachmann) (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2018)
- *Zákon o digitální péči a modernizaci péče (Digitale Versorgung und Pflege-Modernisierungs-Gesetz)* – v platnosti od června 2021, jeho cílem je využít výhody a pokroky digitalizace také v oblasti péče a ošetrovatelství, a to prostřednictvím zavádění digitálních aplikací (DiPA), jež budou financovány z LTCl. Dalším důležitým stavebním kamenem je rozšiřování tzv. telemedicíny (např. lékařská pomoc po telefonu).

Německý legislativní systém tak prostřednictvím přijetí jednotlivých zákonů reaguje na potřebné reformy dlouhodobé péče, které stojí na třech pilířích – zajistit dlouhodobou péči a zlepšit situaci osob, kteří potřebují péči; zlepšit

situaci příbuzných, kteří o osoby závislé na péči pečují a zlepšit postavení ošetrovatelského personálu.

3.1.2 Definování klíčových účastníků a jejich role v zapojení se do systému financování sociálních služeb v Německu

Jak přibližuje obrázek 3.1, klíčovými účastníky systému pojištění péče je stát a spolkové země (příslušná ministerstva a úřady), lokální úroveň (obce) a neziskový sektor (poskytovatelé služeb) a samotní pojištěnci. Důležitými aktéry v systému pojištění jsou tzv. fondy péče (Pflegekassen, LTCI fondy).

Obrázek 3.1: Klíčoví účastníci systému pojištění dlouhodobé péče



Zdroj: vlastní zpracování (2022)

Rámec fungování LCTI zahrnuje roli federální úrovně vlády, spolkové i lokální. Na úrovni federální spadá oblast LTC a LTCI pod *Ministerstvo zdravotnictví (Bundesministeriums für Gesundheit)* – to je zodpovědné za tvorbu návrhů zákonů, vyhlášek a správních předpisů. Jedním z ústředních úkolů je udržovat, zabezpečovat a rozvíjet efektivnost zákonného zdravotního pojištění a pojištění dlouhodobé péče. Od roku 2014 funguje *Úřad vládního zmocněnce pro péči (Das Amt der Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung)*, který zastupuje zájmy osob, které potřebují péči, a jejich příbuzných, jakož i ošetrovatelského personálu v politické sféře a pracuje na tom, aby jejich zájmy byly v popředí zájmu systému péče a zdravotnictví. Federální ministerstva a úřady zapojují tento Úřad do všech legislativních, regulačních a dalších důležitých projektů souvisejících s péčí. Federální vláda hraje významnou roli při sledování přiměřenosti a solventnosti LTCI, protože jakékoli změny sazeb příspěvků a/nebo dávek musí být uzákoněno. V každém daném okamžiku tak existuje smluvní nárok, což umožňuje příjemcům vědět, jaké výhody jsou jim zaručeny a jaká je peněžní hodnota pomoci, která je stanovená na základě stupně potřebnosti péče. (Nadash, Doty, Schwanenflügel, 2017) V oblasti vzdělávání ošetrovatelů spolupracuje

Ministerstvo zdravotnictví s *Ministerstvem pro rodinu, seniory, ženy a mládež (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend)* a pracovní právní aspekty související s ošetrovatelským personálem spadají pod *Ministerstvo práce a sociálních věcí (Bundesministerium für Arbeit und Soziales)*. (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2018; Bundesministeriums für Gesundheit, 2018b).

Spolkové země jsou odpovědné za zajištění efektivních struktur dlouhodobé péče, financování investic do zařízení dlouhodobé péče, dohled nad správným prováděním SGB XI, případně poskytování dávek sociální pomoci (testované dávky). Každá spolková země si tak vytváří vlastní legislativu v oblasti péče, a tím stanovuje právní rámec (WHO. Regional Office for Europe, 2020).

Lokální úroveň – obce, neziskové organizace. Obce hrají důležitou roli v poskytování poradenství v oblasti péče²⁰. *Poskytování sociálních služeb* je v Německu téměř výhradně ponecháno na bedrech *nestátního neziskového sektoru*. Německý neziskový sektor je finančně na státu výrazně závislý a státně centralistický, za výhodu finanční podpory platí závislostí na státu (WHO. Regional Office for Europe, 2020).

Pojištěnci – ti, kteří poskytují vstupy do systému a zároveň „spotřebovávají výstupy“, tzn. *zaměstnanci, zaměstnavatelé, osoby samostatně výdělečně činné, senioři (pobírající starobní či invalidní důchod)* – odvádějí příspěvky do LTCI a hrají tak klíčovou roli ve financování LTCI, přičemž zpětně nárokují dávky na LTC (při splnění podmínek), blíže viz podkapitola 3.1.3.

Fondy péče (Pflegekassen, LTCI fondy) – byly zřízeny u všech zdravotních pojišťoven (Krankenkassen), spravují prostředky vybrané v rámci pojištění a přerozdělují je ve formě dávek LTCI. Fondy LTC jsou samosprávnými sdruženími a samosprávnými orgány zdravotních pojišťoven. Zastřešující organizací fondů LTC je GKV-Spitzenverband. Fondy LTCI jsou odpovědné za vybírání příspěvků, stanovení stupně potřeby péče a proplácení dávek LTCI příjemcům nebo poskytovatelům služeb

²⁰ Poradenství v péči je poskytováno přímo fondy péče nebo tzv. pečovatelskými základnami (Pflegestützpunkt), které zřizují zdravotní pojišťovny či fondy péče nebo obce či instituce sociální pomoci. Fondy péče a obce jsou při zajišťování poradenství povinny úzce spolupracovat (Patientenverfügung.digital, 2022b).

dlouhodobé péče. Regionální sdružení LTCl (a obce jako plátcí dávek sociální pomoci) každoročně vyjednávají se sdruženími daných organizací poskytujících odbornou ambulantní a pobytovou péči o smlouvách a cenách. Federální právo vyžaduje, aby soukromé a charitativní organizace měly při těchto jednáních přednost před veřejnými poskytovateli, aby se stimuloval rozvoj trhu a konkurenceschopnost (TRISAN, 2018). Právní dohled nad přímými federálními fondy péče²¹ (stejně jako nad zdravotními, důchodovými a úrazovými pojišťovnami) vykonává *Spolkový úřad sociálního zabezpečení* (Bundesamt für Soziale Sicherung, BAS)²². V rámci dohledu kontroluje, zda fondy péče²³ splňují zákonné požadavky, např. sleduje poskytování služeb institucemi sociálního pojištění. V případě problémů a nesrovnalostí s rozhodnutími fondů dlouhodobé péče, např. s ohledem na klasifikaci stupně potřebnosti péče, se mohou pojištěnci na BAS obrátit tzv. podáním stížnosti (a vyplněním online formuláře pro stížnosti). Poté přezkoumá rozhodnutí příslušného fondu dlouhodobé péče. BAS také provádí měsíční finanční vyrovnání mezi zákonnými fondy pojištění dlouhodobé péče a správou *kompenzačního fondu pojištění dlouhodobé péče (Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung, § 65)*, který k tomuto vyrovnání slouží. Fondy péče mají odlišnou strukturu pojištěnců, zejména s ohledem na věk a zdravotní stav pojištěnců. Z toho vyplývá, že náklady na služby poskytované fondy péče jsou různě vysoké, ale sazba příspěvku pojištění je jednotná. Převyšují-li výdaje fondu jeho příjmy, je rozdíl dorovnán z vyrovnávacího fondu. V opačném případě se kladný rozdíl vyplatí do kompenzačního fondu. Tímto způsobem je zajištěna likvidita všech fondů péče. Finanční vyrovnání poskytuje i speciální prostředky, například na financování dalšího ošetřovatelského personálu nebo na investice do digitalizace pečovatelských zařízení. Z prostředků vyrovnávacího fondu jsou také (spolu)financovány centrální instituce, (vědecké) projekty dalšího rozvoje pečovatelských struktur a školení v pojištění dlouhodobé péče. BAS rovněž určuje účastnické povinnosti vůči soukromým pojišťovnám a zákonnému zdravotnímu pojištění ve prospěch

²¹ Oblast odpovědnosti těchto fondů zasahuje do více než tří federálních států.

²² Spadá do působnosti Ministerstva práce a sociálních věcí.

²³ BAS vykonává také právní dohled nad Centrálním úřadem pro ošetřovatelskou péči (Zentrale Stelle für Pflegevorsorge, ZfP) při Německém svazu důchodového pojištění, který kontroluje a vyplácí příspěvky občanů na soukromé pojištění dlouhodobé péče.

kompenzačního fondu, pokud tyto povinnosti vyplývají ze zákona. BAS se tak podílí na všech procesech financování a správy služeb, které ovlivňují kompenzační fond. Z prostředků vyrovnávacího fondu jsou dále měsíčně odváděny příspěvky do *Fondu dlouhodobé péče (Pflegevorsorgefonds, § 131 SGB XI)* zřízeného za účelem dlouhodobé stabilizace systému pojištění péče (blíže viz podkapitola 3.1.4) (Bundesamt für Soziale Sicherung, 2022).

3.1.3 Podrobná charakteristika stávajícího systému financování a poskytování dlouhodobé péče v Německu

Podrobná charakteristika stávajícího systému pojištění dlouhodobé péče v Německu se zaměřuje na:

- I. financování systému zákonného pojištění dlouhodobé péče (sazby příspěvků na pojištění, pojištěnci a jejich postavení v systému);
- II. vznik nároku na pojistné plnění (dávky) z hlediska stupňů potřebnosti péče;
- III. typy péče, poskytované osobám s potřebou dlouhodobé péče (péče v domácím prostředí, pobytová péče);
- IV. typy dávek poskytovaných z pojištění péče (dle péče poskytované v domácím prostředí nebo pobytovém zařízení; peněžní vs. věcné plnění) (Götze, Rothgang, 2014).

3.1.3.1 Financování systému pojištění dlouhodobé péče

Povinné zákonné sociální pojištění dlouhodobé péče bylo založeno jako průběžné financování, což ze zákona vyžaduje, aby bylo samofinancovatelné. Udržení solventnosti veřejného programu LTCI bylo a je výzvou: jak roste v průběhu let poptávka a úroveň výhod se snižují v poměru k inflaci, musí dojít buď k omezení poptávky omezením způsobilosti či snížením dávek, nebo k zvýšení příjmu systému navýšením příspěvků (což závisí nejen na sazbách příspěvků, ale také na věkovém rozložení a postavení v zaměstnání populace jako celku). Takové změny vyžadují legislativní úpravu schválení, což ztěžuje jejich zavedení (Götze, Rothgang, 2014).

Jak uvádí tabulka 3.1, sazby příspěvků se od zavedení systému pojištění zvyšovaly v nepravidelných intervalech. Od 1. dubna 1995 bylo k dispozici pojistné plnění na péči v domácím prostředí a od 1. července 1996 pak na pobytovou péči. Zvýšení příspěvků LTCI v roce 2015 proběhlo v rámci reformy péče 2015 (Pflegereform 2015 –

Pflegestärkungsgesetz) a v roce 2017 v rámci reformy péče 2017 (Pflegereform 2017 – Pflegestärkungsgesetz). V roce 2005 došlo v systému k **zavedení přírážky k příspěvku pro bezdětné pojištěnce**, která v letech 2005 až 2021 činila 0,25 p.b. Poslední reforma péče vstoupila v platnost v lednu 2022, přičemž došlo k navýšení pouze příspěvku pro bezdětné (Köhler, 2020; Bundesministerium für Gesundheit, 2022a).

Tabulka 3.1: Vývoj sazeb příspěvku pojištění dlouhodobé péče od roku 1995 do roku 2022

Rok platnosti	Výše příspěvku	Výše příspěvku pro bezdětné
01.01.1995	1,00 %	-
01.07.1996	1,70 %	-
01.01.2005	1,70 %	1,95 %
01.07.2008	1,95 %	2,20 %
01.01.2013	2,05 %	2,30 %
01.01.2015	2,35 %	2,60 %
01.01.2017	2,55 %	2,80 %
01.01.2019	3,05 %	3,30 %
01.01.2022	3,05 %	3,40 %

Zdroj: Köhler (2020), Bundesministerium für Gesundheit (2022a); vlastní úprava (2022)

Vedle povinného zákonného pojištění péče **existuje povinné soukromé pojištění dlouhodobé péče** (die private Pflege-Pflichtversicherung), které zahrnuje osoby, které byly pojištěné u soukromé zdravotní pojišťovny, tím, že je uzavřena soukromá pojistná smlouva. Soukromé pojištění dlouhodobé péče funguje na základě tzv. procedury krytí nároku. To znamená, že musí být vytvořeny rezervy na stárnutí, aby se vyrovnal vývoj pojistného ve stáří. V soukromém pojištění dlouhodobé péče se *výše pojistné sazby* neodvíjí od příjmu nebo schopností pojištěnce, jako je tomu u sociálního pojištění dlouhodobé péče. Zaměstnanci, kteří jsou pojištěni v soukromém povinném pojištění dlouhodobé péče, dostávají od zaměstnavatele příspěvek ve výši poloviny svého pojistného a maximálně do nejvýše možné výše podílu zaměstnavatele na sociálním pojištění dlouhodobé péče. Výpočet pojistného v soukromém povinném LTCl závisí na individuálním zdravotním riziku při vstupu do pojištění dlouhodobé péče. Toto riziko je obvykle vyšší s vyšším vstupním věkem; v souladu s tím bude premie vyšší. V soukromém povinném pojištění dlouhodobé péče však zákonodárce dal všem

soukromým pojišťovnám rozsáhlé rámcové podmínky pro společensky přijatelnou strukturu pojistného ve prospěch pojištěnců (Bundesministerium für Gesundheit, 2022a).

Jak již bylo zmíněno v podkapitole 2.1.2, od roku 2013 existuje rovněž možnost **soukromého připojištění dlouhodobé péče**. *Soukromé doplňkové pojištění dlouhodobé péče (private Pflegezusatzversicherung)* umožňuje pokrýt náklady na péči, aniž by musela osoba potřebující péči použít na úhradu vlastní finanční rezervy nebo finančně zatěžovat členy rodiny. Nejčastěji vybranou soukromou doplňkovou ochranou je denní příspěvek na péči (Pflegetagegeld). Při podpisu smlouvy si pojištěnec stanoví denní sazbu, která mu bude vyplácena v případě potřeby péče a kterou může libovolně využívat. Nehodnotí se, jakou formu péče si konkrétní klient platí. Při stanovení denní sazby je nutné dbát na to, jak vysoká je dávka pro jednotlivé stupně potřeby péče (Pflegegeld). Některé tarify denních příspěvků na péči pracují s nejvyšší denní sazbou (stupeň potřeby péče 5), takže s nižším stupněm potřeby péče dostane pojištěnec zlomek této částky. Rozlišován je také nultý stupeň potřeby péče, který je přiznáván osobám, jež zatím nedosáhnou na stupeň jedna, u nichž je však lékařským posudkem potvrzeno psychické onemocnění, demence nebo takové omezení schopností (duševních, smyslových), které v důsledku časem povede k vyšší potřebě péče (Geissler a kol., 2015). Kromě klasických modelů soukromého připojištění si občan může uzavřít **státem dotované připojištění dlouhodobé péče**, tzv. *Bahrovo připojištění (Pflege-Bahr Versicherung*, pojmenované podle ministra zdravotnictví Bahra). Bez ohledu na osobní příjem pojištěnec získává státní příspěvek na denní sazbu ve výši 60 eur ročně. Touto variantou tak stát prosazuje za určitých podmínek uzavření soukromého připojištění (Allianz, 2022b). Státem dotované připojištění dlouhodobé péče si může uzavřít každý občan, pokud: 1. již dosáhl věku 18 let, 2. je pojištěn v zákonném nebo soukromém pojištění dlouhodobé péče, 3. dosud nepobírá, ani nepobíral žádné dávky z pojištění péče. (Bundesministerium für Gesundheit, 2022a). Pojištěnec platí minimální příspěvek 10 eur měsíčně. K soukromému připojištění dlouhodobé péče lze získat státní podporu, pokud pokrývá péči v domácím a pobytovém zařízení, jakož i pokrytí všech stupňů potřeby péče s minimálním měsíčním příspěvkem na péči ve výši 600 eur v případě stupně potřeby péče 5 (Allianz, 2022b). Příspěvek se poskytuje na

základě žádosti. Soukromá pojišťovna předkládá žádost *Centrálnímu úřadu pro ošetrovatelskou péči* (Zentrale Stelle für Pflegevorsorge, ZfP) jménem a s plnou mocí osoby s nárokem na příspěvek (Bundesministerium für Gesundheit, 2022a). Bahrovo dobrovolné připojištění dlouhodobé péče lze považovat za neúspěšný produkt. Koncem roku 2019 bylo v platnosti 0,9 mil. smluv tohoto pojištění, přitom všech připojištění péče bylo 3,5 mil. V německých podmínkách to představuje zanedbatelnou úroveň pojištěnosti. Bahrův produkt je nezávislymi experty doporučován pouze pro nemocné a osoby s vysokým rizikem péče, které již nemohou uzavřít normální pojištění denního odškodného pro případ dlouhodobé péče (Vostatek, 2020, s. 12).

Pojištění povinného zákonného LTCI a jejich postavení ve financování systému:

- **zaměstnanci, zaměstnavatelé** – výše pojistného pro zaměstnance se vypočítá procentuální sazbou z vyměřovacího základu (VZ), kterým je obvykle mzda nebo plat zaměstnance, VZ zaměstnavatele je úhrn VZ jeho zaměstnanců²⁴. Německo má stanoven maximální VZ, z něhož se pak vypočítá také maximální pojistné. Pro pojistné LTC platí stejná hranice odvodového výměru (Beitragsbemessungsgrenze, BBG) jako pro zákonné zdravotní pojištění. V roce 2022 (stejně jako v roce 2021) činí tato hranice příjmu 58 050 eur ročně (4 837,50 eur měsíčně)²⁵. Hranice pro odvodové výměry v zákonném důchodovém a zdravotním pojištění se každoročně přizpůsobují vývoji příjmů, aby bylo sociální zabezpečení stabilní²⁶. Zaměstnavatel a zaměstnanec platí každý polovinu příspěvku. Od 1. 1. 2022 činí sazby příspěvku LTCI 3,05 %, tedy

²⁴ Pokud zaměstnanec dosáhl důchodového věku a tím i hranice důchodového věku, zaměstnavatel stále platí polovinu pojistného. Pokud zaměstnavatel zaměstnává učně, jejichž měsíční příjem je nižší než 325 eur, nese zaměstnavatel celou částku příspěvků na sociální zabezpečení sám. V případě miniprací (minijobs) za 450 eur, které se počítají za marginální zaměstnání (Geringfügig Beschäftigte), nemusí platit žádné příspěvky na péči a pojištění pro případ nezaměstnanosti.

²⁵ Hranice odvodového výměru zastropuje výši hrubé mzdy, ze které se musí platit pojistné. Za část mzdy, která je nad hranicí odvodové výměry se již další pojistné na sociální zabezpečení neplatí, tzn. při hrubé částce podléhající odvodům na sociální pojištění ve výši např. 5 000 eur se pojistné počítá pouze z 4 837,5 eur (Barmer, 2022).

²⁶ Pro srovnání: důchodové pojištění činí v roce 2022 18,60 %, zdravotní pojištění 14,60 %, pojištění pro případ nezaměstnanosti 2,4 %.

každý odvádí 1,525 %²⁷. **Pojištěnci bez dětí platí k příspěvku přírážku**²⁸. Sazba pro bezdětné pojištěnce je v současnosti 3,40 %, přičemž bezdětní zaměstnanci, pak platí 1,875 % a zaměstnavatel 1,525 %. Ve spolkových zemích, ve kterých se počet celostátních státních svátků existujících k 31. prosinci 1993 nesnížil o jeden státní svátek, který vždy připadá na pracovní den (jako v Sasku), musí zaměstnanci obecně platit 1 % příspěvku sami, tzn. z příspěvku na pojištění dlouhodobé péče ve výši 3,05 % hradí 2,025 % zaměstnanec (plus 0,35 p.b. u bezdětných pojištěnců) a 1,025 % zaměstnavatel (Bundesministerium für Gesundheit, 2022a).

- **osoby samostatně výdělečně činné (OSVČ)** – VZ je daňový základ a OSVČ musí svůj příspěvek platit sami v plné výši. Na rozdíl od zaměstnanců je navíc stanoven tzv. *minimální příspěvek*. Jako základ pro výpočet slouží měsíční příjem, jehož minimální hranice od roku 2022 činí 1 096,67 eur (pokud OSVČ vydělává méně, tak se i přesto tato částka používá pro výpočet příspěvku na pojištění dlouhodobé péče). Z toho vyplývá minimální příspěvek na pojištění dlouhodobé péče ve výši 33,45 eur. Bezdětní (od 23 let věku) platí přírážku k příspěvku, a to ve výši minimálně 2,74 eur (CLARK, 2022a).
- **senioři** – ať jsou vedeni v povinném (či dobrovolném) zákonném i soukromém zdravotním pojištění, přispívají na pojištění péče samostatně v celé výši²⁹, a to

²⁷ Tuto sazbu platí rodiče jednoho nebo více dětí – vztahuje se také na děti v pěstounské péči a děti adoptované. Rodičovský status platí po celý život, i když jsou děti dospělé nebo zemrou. Dokládá se např. rodným listem.

²⁸ Výjimku tvoří pouze bezdětné osoby narozené do 1. ledna 1940, příslušníci do 23 let a příjemci podpory v nezaměstnanosti II (Arbeitslosengeld II, ALG II) a osoby vykonávající vojenskou a civilní službu. Zvýšený příspěvek z výplaty důchodu nemusí platit ani příjemci výplaty důchodů (např. podnikových důchodů), kteří se narodili před 1. lednem 1940. Důvody nemít děti jsou irelevantní. Příspěvková přírážka se platí v rámci standardního postupu vybírání příspěvků na pojištění dlouhodobé péče. Subjekt, který příspěvek vyplácí (např. zaměstnavatel ze mzdy nebo penzijní fondy z výplaty důchodu), si ponechá dodatečný podíl příspěvku ve výši 0,35 příspěvkového sazebního bodu a převede jej fondu spolu s celkovým příspěvkem na sociální zabezpečení. V dubnu 2022 Spolkový ústavní soud rozhodl, že se musí změnit sazby příspěvků na pojištění dlouhodobé péče, přičemž je třeba zohlednit, kolik má pojištěnec dětí. Výše příspěvku se zatím odvíjí pouze od toho, zda má někdo děti nebo nemá. To je podle soudu protiústavní. Zákonodárce nyní musí do 31. července 2023 předefinovat sazby příspěvku na pojištění dlouhodobé péče a rozložit je podle počtu dětí. Podle Spolkového ústavního soudu by to mělo kompenzovat námahu a náklady, které mají rodiče mnoha dětí (Finanztip, 2022a).

²⁹ Na rozdíl od příspěvků na zdravotní pojištění, z nichž polovinu hradí instituce důchodového pojištění (Finanztip, 2022b).

i v případě že, dostávají dávky z fondu péče (bez ohledu na stupeň potřebnosti péče), stále musí platit příspěvky na pojištění dlouhodobé péče. VZ, ze kterého se příspěvek na LTC vypočítává, zahrnuje veškeré příjmy seniora: zákonný důchod, příjmy dle § 229 SGB V (tzv. Versorgungsbezüge – příjmy bývalého státního zaměstnance nebo člena veřejné služby, které jsou srovnatelné s důchodem. Předpokladem je, že důchody slouží k zajištění seniorů, pozůstalých, jakož i osob se sníženou výdělečnou schopností, pokud existuje souvislost s (předchozím) zaměstnáním) a příjem ze zaměstnání (například ze samostatné výdělečné činnosti na částečný úvazek, která ještě nepodléhá odvodům na sociální zabezpečení)³⁰ (Sozialverband VdK Deutschland e.V., 2022). Bezdětní důchodci, kteří se narodili po 1. lednu 1940, rovněž odvádí přirážku k příspěvku (CLARK, 2022a; Finanztip, 2022b).

- **děti a manželé** – jsou spolupojištěni v zákonném pojištění dlouhodobé péče *zdarma*, pokud existuje nárok na *rodinné pojištění dle § 25 SGB XI – Familienversicherung* (mají bydliště nebo obvyklý pobyt v Německu, nepodléhají povinnému pojištění podle § 20 odst. 1 až 8 nebo 11 nebo § 20 odst. 3, nejsou osvobozeni od povinného pojištění podle § 22 nebo jsou povinně pojištěny v rámci soukromého pojištění dlouhodobé péče podle § 23, manželé a registrovaní životní partneři, kteří nejsou samostatně výdělečně činní a jejichž pravidelný měsíční celkový příjem nepřesahuje 470 eur). Na děti se obecně vztahuje rodinné pojištění v pojištění dlouhodobé péče do dovršení 18 let věku. Pokud děti nejsou zaměstnány, prodlužuje se tato doba až do dovršení 23 let věku. Pro děti ve škole nebo v odborném výcviku a studenty, kteří jsou zapsáni na státních nebo státem uznaných vysokých školách (a pokud nepracují více jak 20 hod. týdně), platí hranice 25 let. Pro děti se zdravotním postižením (neschopné se samy uživit) obecně není v rodinném pojištění věková hranice (Allianz, 2022a; Sozialrecht, 2020).
- **příjemci dávek Spolkového úřadu práce** – pro některé příjemce dávek od Spolkového úřadu práce, kteří podléhají příspěvkové přirážce, platí Spolkový

³⁰ U seniorů pojištěných v dobrovolném pojištění nebo u skupiny oprávněných osob se započítávají ještě další jiné příjmy, jako jsou příjmy z pronájmu, úroky, dividendy, důchody vyplácené ze soukromého důchodového nebo podnikového zabezpečení (Deutsche Rentenversicherung, 2022).

úřad práce paušální příplatek k příspěvku ve výši 20 milionů eur ročně do *Kompenzačního fondu sociálního pojištění dlouhodobé péče (Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung)*. Jde o administrativní zjednodušení. Toto nařízení se vztahuje na příjemce dávek v nezaměstnanosti, výživného, příspěvku na zkrácenou pracovní dobu, příspěvku na školení, přechodného příspěvku a – pokud je Spolkový úřad povinen platit příspěvky – na příjemce příspěvku na odborné vzdělávání (Bundesministerium für Gesundheit, 2022a).

- **bezdětné osoby se zdravotním postižením** – příspěvková přirážka se vztahuje pouze na OZP, které jsou samostatnými poplatníky sociálního pojištění dlouhodobé péče. Podle současného zákona jsou prostřednictvím svých rodičů pojištěni jak na zákonné zdravotní pojištění, tak na pojištění dlouhodobé péče nad 25 let, pokud se nemohou sami živit z důvodu tělesného či duševního znevýhodnění. Jsou tedy také bez příplatků, pokud jsou bezdětní. Pokud pracují v dílnách pro osoby se zdravotním postižením a jsou v sektoru odborného vzdělávání a pobírají příspěvek na školení nebo přechodný příspěvek od Spolkového úřadu práce, nemusí platit příplatek za příspěvky, pokud nemají děti. Příjemci těchto dávek jsou zahrnuti do paušální platby od Spolkového úřadu práce ve výši 20 milionů eur ročně do kompenzačního fondu pro sociální pojištění dlouhodobé péče (Bundesministerium für Gesundheit, 2022a; Nadash, Doty, Schwanenflügel, 2017).
- **státní zaměstnanci a osoby s nárokem na pomoc nebo zdravotní péči** (tzv. Beihilfeberechtigte) – zde můžou být zařazeni bývalí soudci, vojáci, zaměstnanci federální vlády nebo spolkové země, obce, veřejné instituce, které mají nárok na pomoc nebo zdravotní péči (Beihilfe oder Heilfürsorge) podle předpisů o státní službě, a jsou dobrovolně pojištěni v zákonném zdravotním pojištění, musí platit pouze polovinu příspěvku na pojištění dlouhodobé péče, tj. 1,525 % svého měsíčního příjmu (k roku 2022). Bezdětní lidé ve věku 23 a více let platí příplatek ve výši 0,35 %. Na rozdíl od zaměstnanců zaměstnavatel neplatí druhou polovinu příspěvku. Z tohoto důvodu pojištění dlouhodobé péče vyplácí státním zaměstnancům pouze polovinu dávek. Ostatní náklady nese instituce, která pomoc spravuje zcela nebo zčásti. V případě seniorů (například státní zaměstnanci v důchodu), platí pouze polovinu sazby příspěvku na

pojištění dlouhodobé péče. To odpovídá 1,525 % jejich měsíčního příjmu nebo 1,65 % u bezdětných. Pokud jsou klasifikovány v stupni potřebnosti péče, pojištění dlouhodobé péče jim vyplácí pouze polovinu příslušných dávek. Druhou polovinu nese příslušná instituce, která pomoc spravuje (CLARK, 2022a; CLARK, 2022b; DIE TECHNIKER, 2022).

- **osoby bez příjmu** – ten kdo nemá příjem, který podléhá sociálnímu pojištění, většinou neplatí žádné příspěvky na pojištění dlouhodobé péče. To je případ například *zaměstnanců na částečný úvazek*, jako jsou *minijobbeři nebo lidé, kteří jsou zaměstnání pouze krátkodobě* (maximálně tři měsíce nebo 70 pracovních dnů v kalendářním roce). *Každý, kdo pobírá podporu v nezaměstnanosti*, je povinně pojištěn v zákonném zdravotním a dlouhodobém pojištění. Příspěvky hradí v plné výši Úřad práce (Lohnsteuerkompakt, 2022).

3.1.3.2 Vznik nároku na pojistné plnění (dávky) ze systému pojištění dlouhodobé péče

Pro vznik nároku na dávky v rámci zákonného pojištění péče pro případ potřebnosti péče **je vyžadována minimální doba pojištění v délce dvou let**. Od zavedení pojištění je způsobilost pro příspěvky na domácí či pobytovou péči **nezávislá na věku osoby, která potřebuje dlouhodobou péči, ale odvíjí se od stupně potřebnosti péče**.

Do roku 2016 existovaly *3 stupně závislosti (Pflegestufe) s podstupněm 0 pro osoby trpící demencí*, až po nejvyšší stupeň „případ nouze“ (Härtefall)³¹, viz tabulka 3.2. Závislost na péči byla primárně hodnocena podle dvou základních kritérií: *1. Základní péče*: Na jaké pomoci každodenního života je postižený závislý. Základní péče zahrnuje veškerou pomoc při osobní hygieně, výživě a mobilitě v běžném životě. Hodnocena byla i pomoc s domácími pracemi. *2. Časová náročnost*: Kolik času denně zabere odpovídající pomoc. Do 1. stupně *značné potřeby* péče spadaly osoby, které

³¹ Případ nouze je, když je péče a podpora velmi komplexní nebo zvláště intenzivní. Možnými podmínkami pro takový případ nouze jsou například těžká tělesná onemocnění v konečném stadiu života nebo onemocnění spojená s mentálním postižením nebo psychickým postižením (Dr. Weigl & Partner, 2022).

potřebovaly péči v minimální délce trvání 1,5 hodiny, a to nejméně ve dvou oblastech základní péče alespoň 1x denně (po dobu delší než 45 minut) a pomoc v domácnosti několikrát týdně (zbývající čas). Pro 2. stupeň *závažné potřeby péče* potřebovaly osoby péči minimálně 3 hodiny denně ve všech třech úkonech základní péče (alespoň 120 minut), a to minimálně 3x denně a častější pomoc v domácnosti (zbývající čas). Do 3. stupně *nejzávažnější potřeby péče* patřily osoby, které potřebovaly péči i v noci, a to v minimální délce 5 hodin denně (z toho 240 minut základní péče) (Familiara, 2022; Pflege.de, 2022c). Tato koncepce (SGB XI, § 14) byla opakovaně kritizována.

1. ledna 2017 byla přijata nová koncepce hodnocení potřebnosti péče, která je upravena *Zákonem o ošetrovatelské péči II (Pflegestärkungsgesetz II)*. Nová potřeba LTC umožňuje další odlišení od předchozích tří stupňů péče až po *pět stupňů péče (Pflegegrad)*, viz tabulka 3.2 Díky nové koncepci mají lidé s demencí, kteří spadali dříve pod podstupeň závislosti péče 0, možnost získat „plnohodnotný“ stupeň potřebnosti péče a tím i získat nárok na plné pobytové služby. Do konce roku 2016 přezkoumávala *Lékařská služba zdravotních pojišťoven (MDK)*, co pacient již nemůže dělat a z toho vyvozovala potřebu podpory a zařazení do jednoho ze tří stupňů potřebnosti péče. **Podrobněji k systému hodnocení viz kapitola 4.1.**

Osoby, které měly stanovený stupeň potřebnosti péče před rokem 2017, musely v roce 2017 přejít na nový stupeň péče, přičemž převedení bylo automatické bez dalšího vyšetření. Tabulka 3.2 ukazuje převod stupňů potřebnosti péče (DMRZ.de, 2022).

Tabulka 3.2: Komparace stupňů potřebnosti péče do roku 2016 a od roku 2017

<i>Stupeň potřebnosti péče do roku 2016</i>	<i>Stupeň potřebnosti péče od roku 2017</i>
<i>(nepřiráženo před rokem 2017)</i>	<i>Stupeň 1 („drobné narušení nezávislosti“)</i>
<i>Stupeň 0 s omezenými každodenními dovednostmi (např. demence)</i>	<i>Stupeň 2 („značné narušení nezávislosti“)</i>
<i>Stupeň 1 („značná potřeba péče“)</i>	<i>Stupeň 2 („značné narušení nezávislosti“)</i>
<i>Stupeň 1 s omezenými každodenními dovednostmi (např. demence)</i>	<i>Stupeň 3 („závažné narušení nezávislosti“)</i>
<i>Stupeň 2 („závažná potřeba péče“)</i>	<i>Stupeň 3 („závažné narušení nezávislosti“)</i>
<i>Stupeň 2 s omezenými každodenními dovednostmi (např. demence)</i>	<i>Stupeň 4 („těžké narušení nezávislosti“)</i>
<i>Stupeň 3 („nejzávažnější potřeba péče“)</i>	<i>Stupeň 4 („těžké narušení nezávislosti“)</i>
<i>Stupeň 3 s omezenými každodenními dovednostmi (např. demence)</i>	<i>Stupeň 5 („těžké narušení nezávislosti se zvláštními požadavky na ošetrovatelskou péči“)</i>
<i>Stupeň 3 („případ nouze“)</i>	<i>Stupeň 5 („těžké narušení nezávislosti se zvláštními požadavky na ošetrovatelskou péči“)</i>

Zdroj: DMRZ.de (2022); Familiara (2022); VDEK (2022); vlastní úprava, 2022

Osoba se stupněm potřebnosti 1 nemá nárok na peněžitou dávku na péči tzv. *Pflegegeld* (péče v domácím prostředí vykonávána příbuznými), věcné dávky na péči tzv. *Pflegesachleistung* (péče poskytována v domácím prostředí pečovatelskou službou) nebo dávky na pobytovou péči, **blíže viz podkapitoly 3.1.3.3 a 3.1.3.4**. Je to proto, že lidé se stupněm potřebnosti péče 1 mohou stále vést svůj život z velké části bez podpory a pomoci. Ti, kteří potřebují péči, však dostávají příspěvek na pomoc ve výši 125 eur měsíčně na osobu. Toho lze využít k podpoře pečovatelských a pomocných služeb – jako je úklid a pomoc v domácnosti, každodenní společníci (např. na nákupy) nebo asistované skupiny na podporu duševní nebo fyzické aktivity. Lze to kompenzovat i formami péče, které si však musí dotyčný hradit sám ze svých příjmů. Například v případě ambulantní péče, částečné pobytové péče (denní/noční péče) nebo krátkodobé péče. Osoba, která potřebuje péči v 1. stupni, navíc získává tyto výhody: zdravotní pomůcky, ošetrovatelské pomůcky (40 eur měsíčně), bezplatné poradenství a bezplatné kurzy pro pečující příbuzné (blíže viz kapitola 4.1). Dále se jedná o jednorázovou platbu 4000 eur na úpravu bytu a další dotace v případě založení asistovaných bytových skupin nebo sdílených bytů pro seniory. Osoby se stupněm potřebnosti péče minimálně 2 a více již mají nárok na peněžitý příspěvek,

pokud se o něj starají doma příbuzní, na věcné dávky na ambulantní péči či na dávky na pobytovou péči. Kromě toho získávají další dávky, jako např. úlevový příspěvek (Entlastungsbetrag), příspěvek na denní/noční péči, příspěvek na krátkodobou péči a preventivní péči aj. (DMRZ.de, 2022). **Veškeré podmínky nároku na dávky a jejich výše uvádí podrobně kapitola 4.1.**

3.1.3.3 Typy poskytované péče z pojištění dlouhodobé péče

Osoba závislá na péči druhých se může sama rozhodnout, zda využije péči v domácím prostředí nebo ve specializovaných pobytových zařízeních, tzv. Heimen (Geissler a kol., 2015). Poskytování dávek na péči se tak diferencuje v závislosti na typu poskytované péče. Osobě, která je závislá na dlouhodobé péči je poskytována **1) péče v domácím prostředí** (převážně v nižších stupních potřeby péče) nebo **2) péče pobytová**.

1) Péče v domácím prostředí (Pflege zu Hause/häusliche Pflege)

Poskytována osobě v domácím prostředí ve formě:

- neformální péče – příbuznými osobami (manžel/manželka, děti, atd.);
- ambulantní zařízení – ambulantních služeb³² (Ambulante Pflegeeinrichtungen – Pflegedienste § 71 SGB XI) nebo samostatných (individuálních) pečovatelů (Einzelpflegekräfte);
- kombinovaná forma (výše popsaného)

Ambulantní služby – poskytují podporu v soukromých bytech nebo sdílených bytech a nabízejí služby spojené s úklidem domácnosti, činnosti i základní péči o vlastní osobu a lékařskou péči. Stejně jako zařízení pobytové péče i služby ambulantní péče (můžou být neziskové, veřejné či soukromé) musí mít smlouvu s fondy pojištění péče, aby mohly poskytovat péči. Lze identifikovat následující **struktury ambulantní péče** (TRISAN, 2018):

- *ambulantní obslužné služby* (ambulante Serviceleistungen) – senior zatím nemá určený stupeň potřeby péče, ale potřebuje nezbytnou podporu v různých oblastech každodenního života, může se obrátit na poskytovatele

³² Oproti terénním službám v ČR jsou ambulantní služby v Německu vymezeny šířeji.

ambulantních služeb. Ti zajišťují například nákupy, dovoz jídla, pomoc při úklidu v domácnosti i na zahradě, obstarání domácích zvířat.

- *ambulantní pečovatelské služby* (ambulante Pflegedienste) – jsou využívány, když senior již má určitý stupeň potřeby péče. Jsou poskytovány pod stálou odpovědností vyškolené zdravotní sestry s odbornými zkušenostmi. Jedná se o tyto služby: lékařskou péči (podání léků)³³; hygienická péče, podávání stravy, pomoc s mobilitou; domácí činnosti (nákup, vaření, úklid), ošetrovatelská péče (doprovod), pravidelné konzultační návštěvy při pobírání příspěvku na péči.

Lidé, kteří potřebují péči, mají možnost si najmout také pečovatele samostatně. Tito **individuální pečovatelé (Einzelpflegekräfte)** jsou obvykle ošetrovatelé (například vyškolená geriatrická sestra), kteří se stali osobami samostatně výdělečně činnými. Pokud je péče poskytována jednotlivými pečovateli, musí s osobou, která péči potřebuje, uzavřít smlouvu o péči, ve které musí být uveden druh, obsah a rozsah služeb včetně sjednané odměny. Vyúčtování probíhá přímo mezi schváleným individuálním pečovatelem a fondem péče (ošetrovatel musí mít s fondem péče uzavřenou smlouvu) (Bundesministeriums für Gesundheit, 2017a).

Osoby, které potřebují péči, mohou také **požádat o 24 hodinovou péči**. V tomto případě ošetrovatel bydlí s osobou, o kterou má být pečováno, a zajišťuje nepřetržitou intenzivní péči. Asistent většinou vykonává/přebírá domácí činnosti, ale také pečovatelské práce (včetně doprovodu osoby mimo domov).

2) Pobytová péče (stationäre Pflege)

Podle SGB XI je *zařízení pobytové péče (stationäre Pflegeeinrichtungen § 71 SGB XI – Pflegeheime)* samostatně řízené zařízení³⁴, ve kterém se osobě, která potřebuje

³³ V určitých případech může lékař v rámci pečovatelské služby předepsat výkon domácí lékařské péče (häusliche Krankenpflege), která často vzniká z důvodu nemoci nebo po pobytu v nemocnici. Tato péče předepsaná lékařem je pak hrazena zdravotní pojišťovnou (Verbund Pflegehilfe, 2022).

³⁴ Zařízení pobytové péče ve smyslu SGB XI nejsou: 1. lůžková zařízení, ve kterých jsou hlavním účelem zařízení služby lékařské péče, léčebné rehabilitace, účasti na pracovním životě, účasti na vzdělávání nebo společenské účasti, školním výcvik nebo vzdělávání nemocných nebo osob se zdravotním postižením; 2. nemocnice; 3. prostory: a) ve kterých je prvořadý účel ubytování osob se zdravotním postižením a poskytování asistenčních služeb při integraci, b) na jejichž provozování se vztahuje zákon o bydlení a péči, c) ve kterých rozsah celkové péče o osoby se zdravotním postižením ze strany poskytovatelů služeb pravidelně dosahuje rozsahu, který do značné míry odpovídá péči

péči, poskytuje *plně pobytová péče (vollstationär)* nebo *částečně pobytová péče (teilstationär)* pod stálou odpovědností vyškoleného ošetřovatele (musí se jednat o zdravotní nebo dětské sestry nebo geriatrické sestry). Částečná pobytová péče (denní péče, popř. noční a krátkodobá péče) nabízejí pečujícím příbuzným možnosti úlevy a umožňují jim kombinovat péči a práci. Tuto nabídku je možné využít i v krizových situacích. Cílem je umožnit lidem, kteří potřebují péči, žít co nejdéle doma. V rámci pobytové péče lze péči v zásadě rozlišovat na (TRISAN, 2018):

- *trvalou péči (Dauerpflege/vollstationäre Pflege/plná pobytová péče § 43 SGB XI)* – pokud již člověk není schopen žít sám, lze mu zajistit nepřetržitou péči v plném lůžkovém zařízení (nárok mají osoby se stupněm potřeby péče 2 až 5). Patří sem ošetřovatelské, sociální a domácí služby. Fondy péče hradí výdaje spojené s péčí včetně výdajů na péči a výdajů na lékařskou péči.
- *krátkodobou péči (Kurzzeitpflege, § 42 SGB XI)* – osoby s minimálním stupněm potřeby péče 2 mohou pobývat několik dní nebo týdnů (max. 8 kalendářních týdnů) v plně pobytovém zařízení (pokud po tuto dobu není možné zajistit domácí péči). Slouží k odlehčení pečujících příbuzných, když denní a noční péče nedostačuje. Krátkodobá péče může sloužit i jako přechodné období po akutní léčbě v nemocnicích, a tedy jako následná péče. V krizových situacích tak mohou být pečující příbuzní chráněni před přetěžováním.
- *denní péči (Tagespflege)* a *noční péči (Nachtpflege) (§ 41 SGB XI)* – tento způsob péče se volí, pokud *je nutné doplnit domácí péči*. Osoba potřebující nepřetržitou denní péči se po denní péči v zařízení navrací zpět do svého přirozeného prostředí. Tato možnost je zvláště zajímavá pro pacienty s demencí. S noční péčí je o ně pečováno v noci. **Denní péče** je nabízena v různých organizačních formách: ve speciálně vytvořených zařízeních (solitäre Tagespflege) nebo v domech s pečovatelskou službou. Ambulantní pečovatelské služby provozují také denní péči ve vhodných prostorách. Domovy s pečovatelskou službou mají dvě možnosti: buď umožní osobám, jež

v plnohodnotném lůžkovém zařízení; v případě péče o osoby se zdravotním postižením je třeba celkově posoudit, zda rozsah péče ze strany poskytovatelů služeb do značné míry odpovídá péči v plnohodnotném lůžkovém zařízení.

potřebují denní péči účastnit se lůžkového provozu v domě s pečovatelskou službou na hodinové či denní bázi, nebo mají vlastní prostory pro výkon denní péče, které jsou prostorově a organizačně odděleny od části zařízení, kde je poskytována pobytová lůžková péče. V rámci denní péče dostanou osoby jídlo a základní péči, kterou potřebují během pobytu. Péče by měla nejen ulevit pečujícím příbuzným, ale také udržovat a podporovat fyzické a kognitivní schopnosti těch, kteří péči potřebují. Většina denních stacionářů nabízí: hodinovou nebo denní péči ve skupinách po 10 až 12 osobách; zabezpečení stravy: snídaně, oběd, odpolední káva, někdy večeře; péči a podporu: služby základní péče jako je pomoc při jídle nebo chození na toaletu a často zvláštní péče o určité nemoci, jako je demence; program pro volný čas a aktivity: trénink paměti, společné čtení novin, vaření, hraní her, zpěv, procházky, výlety. Mnoho zařízení denní péče je zaměřeno na zvláštní potřeby lidí s demencí, kde jsou trénovány jejich kognitivní schopnosti vyškolenými pečovateli (Pflege.de, 2022d). **Noční péče** – zařízení s pečovatelskou službou nabízejí noční péči pro ty, kteří potřebují, aby základní péče a ošetřování pokračovaly také v noci. Noční péči vyžadují například pacienti s demencí, pacienti intenzivní péče nebo pacienti, kteří potřebují paliativní péči. Důležitá je zejména nabídka noční péče pro pečující příbuzné, jelikož čím dále nemoc postupuje, tím pečlivěji je třeba osobu sledovat a je náročnější o ni pečovat. U osob trpících demencí se můžou vyvinout sklony k útěku nebo mají natolik narušený denní a noční rytmus, že jsou v noci velmi aktivní. V rámci noční péče tráví osoby, které péči potřebují, noc v domově pro seniory a personál přebírá často zvláště obtížnou péči při uléhání, a vstávání a péči. Zařízení, která se specializovala na speciální noční potřeby lidí s demencí, nabízejí například noční kavárnu. Noční péče je důležitá nejen pro lidi s demencí, ale také pro osoby, které například nemohou sami na toaletu nebo trpí inkontinencí. Totéž platí například pro pacienty využívající paliativní péči. Ambulantní pečovatelské služby většinou nenabízejí noční péči v domácím prostředí. Alternativou je 24hodinová péče (Pflege.de, 2022d).

Vývoj počtu zařízení poskytující ambulantní služby či pobytovou péči v letech 2011–2019 uvádí tabulka 3.3.

Tabulka 3.3: Vývoj zařízení LTC schválených podle § 109 SGB XI

Rok	Ambulantní	Pobytové	Plná pobytová péče	Částečná pobytová péče	Krátkodobá péče
2011	12 349	12 354	10 706	2 767	1 673
2013	12 745	13 030	10 949	3 302	1 671
2015	13 323	13 596	11 164	3 880	1 674
2017	14 050	14 480	11 241	4 455	1 205
2019	14 688	15 380	11 317	5 352	1 336

Zdroj: Bundesministeriums für Gesundheit (2022b); vlastní úprava (2022)

Pokud se osoba rozhodne pro péči v pobytových zařízeních, tak podle § 2 SGB XI si sama může vybrat mezi zařízeními a službami různých poskytovatelů. Pro zabezpečení péče v zařízeních s pečovatelskou službou je nutné podat žádost u fondu péče (AWO, 2017). Při výběru pobytového zařízení nezáleží na trvalém bydlišti. Zařízení však musí být vhodné z hlediska potřeby péče, tj. přesun osoby do lůžkového zařízení musí být naléhavou potřebou. Orgán sociální péče může navrhnout jiné zařízení pouze tehdy, pokud je zařízení stejně vhodné jako požadované zařízení, nebo je levnější anebo jsou dodatečné náklady na pobyt v požadovaném zařízení nepřiměřené (BIVA-Pflegeschutzbund, 2022).

Požadavky vyššího stupně potřeby péče nadále stoupají jako kritérium pro přijetí do těchto zařízení. Kromě standardních pojmů pro pobytová zařízení pro seniory jako „Altenheim“ nebo „Pflegeheim“ se stále více používají různá označení jako pojmy ústav sociální péče (domov) pro starší lidi, domov s pečovatelskou službou, domov pro seniory, centra pro seniory, rezidence pro seniory, bydlení pro seniory, asistované bydlení (Altenpflegeheim, Seniorenpflegeheim, Seniorenheim, Seniorenzentrum, Seniorenresidenz, Seniorenwohnparr betreutes Wohnen).

Základní rozdíl mezi pojmy **Altenheim a Pflegeheim je definován potřebou péče.** Zatímco v zařízeních s pečovatelskou službou (Pflegeheimen, Seniorenpflegeheimen, Altenpflegeheimen) je poskytnutí nepřetržité pobytové péče prvořadým cílem a zařazení do určitého stupně péče je základním předpokladem pro přijetí do tohoto zařízení (většinou od stupně 2), v dalších typech seniorských zařízení (Altenheim, Altenwohnheim, Senioreheim) převládá samostatný život v rámci komunity s ostatními seniory nebo jen s minimálními potřebami péče (v případě Altenheim je potřeba péče na úrovni 1) (Patientenverfügung.digital, 2022a).

Alternativou k pečovatelskému domu pro lidi, kteří již nemohou nebo nechtějí žít sami ve své vlastní domácnosti, představují *ambulantní asistované bytové skupiny* (*Ambulant betreute Wohngruppen*, § 38a), kde senioři žijí společně jako komunita ve skupinách různých velikostí, a to např. dvou až jedenácti lidí. Jak přesně se komunita zorganizuje, například s péčí nebo ošetřovatelstvím, závisí na skupině. Sdílené byty jsou organizovány samostatně nebo pod odborným dohledem. V závislosti na typu bydlení a zdravotním stavu doprovází seniory každodenním životem pečovatelský a ošetřující personál (WPZ, 2020).

3.1.3.4 Typy dávek zákonného pojištění dlouhodobé péče

Poskytování dávek na péči se diferencuje na základě stupně potřebnosti na péči (viz text výše) a typu poskytované péče.

Rozlišují se dávky:

- na péči v domácím prostředí a na péči pobytovou,
- v podobě peněžité (Geldleistung), věcné (Sachleistung), nebo jejich kombinace dle § 36, 37, a 38 SGB XI,
- pro osobu potřebující péči a dávky pro osoby, které péči poskytují.

Peněžitá dávka (Pflegegeld) se poskytuje za domácí péči poskytovanou příbuznými či jinou soukromou osobou, podle rozhodnutí osoby, která péči potřebuje. Dávka tedy náleží fyzické osobě (žadateli o dávku), která péči potřebuje a nikoli jejímu poskytovateli. Výše plnění se odvíjí od stupně potřebnosti péče.

Věcné dávky (*Pflegesachleistung*³⁵) se poskytují za domácí péči poskytovanou ambulantní profesionální pečovatelskou službou (*Pflegedienst*). Úhrada plyne přímo poskytovateli služby (úhrada tabulkových nákladů určitých úkonů pečovatelské služby). Věcné plnění se poskytuje také za částečnou pobytovou péči (denní a noční péče). Věcnou dávku představují také dávky (paušální částka) na péči v pobytovém zařízení (*Pflegeheim*). Výše plnění se odvíjí od stupně potřebnosti péče (Pflege-Dschungel, 2022).

³⁵ Zde pojem „věcná dávka“ nezahrnuje hmotné služby v podobě hmotných předmětů.

Je nutné připomenout, že zákonný systém pojištění dlouhodobé péče pokrývá pouze **část nákladů** na dlouhodobou péči. Schodek, který se liší v závislosti na stupni potřebnosti péče a druhu poskytované dávky, musí být zaplacen osobou, která potřebuje péči, a to z vlastních úspor nebo majetku. Pokud požadovaná částka není k dispozici nebo není dostatečná, musí uhradit zbývající náklady děti. Pokud jsou děti finančně příliš přetíženy, může klient požádat o dávku sociální pomoci. **Blíže k nákladům v pobytových zařízeních viz podkapitola 3.1.5.**

Změny v rámci Reformy péče 2021 (2022)

V říjnu 2020 oznámil spolkový ministr zdravotnictví (Jens Spahn, Křesťanskodemokratická unie) zásadní reformu financování LTCl jako součást komplexní reformy LTC. *Reforma péče 2021 (Pflegerreform 2021)* byla plánována na 1. července 2021, ale byla odložena na 1. leden 2022. Cíle prvního návrhu reformy byly následující (Gerlinger, 2020):

- navýšení dávek + 5 % u peněžitého plnění (Pflegegeld), + 5 % u věcného plnění ambulantní či pobytové péče (Pfllegesachleistung), + 5 % u služeb denní péče;
- zavést horní hranici pro podíl, který by nesli ti, kteří dostávají LTC v pečovatelských domech. Osoba, která potřebuje péči, by neměla platit více než 700 eur měsíčně za pobytovou péči po dobu delší než 36 měsíců. Tento podíl nezahrnuje náklady na stravu a ubytování;
- zlepšit odměňování pečovatелů a finančně podpořit pečující příbuzné (přijmout opatření v oblasti pobytové a ambulantní péče i preventivní péče). Federální vláda měla v úmyslu zajistit, aby pouze ta zařízení ambulantní a pobytové péče, která platí svým zaměstnancům podle nebo na úrovni blízké kolektivně sjednaným sazbám, mohly poskytovat péči placenou LTCl. V roce 2018 pouze 40 % pečovatelských domů a pouze 26 % ambulantních služeb LTC platilo mzdové sazby stanovené v kolektivních smlouvách (Gerlinger, 2020).

Reakce na ohlášené zavedení horní hranice plateb pacientům se značně lišily. Zatímco zákonné zdravotní pojišťovny oznámení uvítaly, plán se setkal s jasnou kritikou mimo jiné ze strany soukromých zdravotních pojišťoven a sdružení zaměstnavatelů. Sociální spolky, spolky poskytovatelů péče, Německá nadace pro ochranu pacientů kritizovaly návrhy jako nedostatečné, stejně jako Sociálně

demokratická strana (SPD, koaliční partner ve federální vládě), Zelení a Levicová strana. Ta dokonce obhajovala komplexní reformu, která by pokryla náklady LTC v plné výši (Forum, 2021).

Spolkový kabinet však spolu s Bundestagem v červnu 2021 přijal **nový návrh zákona**, (ten zároveň neobsahoval většinu dříve definovaných opatření). Právním základem reformy péče z roku 2022 je *Zákon o zdravotní péči (Gesundheitsversorgungsgesetz, GWG)*. Reforma ustanovila tyto změny (Forum, 2021):

- příspěvková přirážka pro osoby bez dětí se zvyšuje o 0,1 bodu na 3,4 %;
- o 5 % se zvýší věcné dávky v ambulantní a částečně pobytové péči. Navýší se krátkodobá péče o 10 %;
- k osobnímu podílu na náklady péče (Eigenanteil) se zavádí *příplatek, který se zvyšuje s délkou pobytové péče*;
- změny pracovních podmínek pečovatелů:
 - tarifní mzdy pro ošetrovatelský personál – ambulantní či pobytová zařízení smějí poskytovat péči a mohou si s fondy péče vyřizovat proplácení služeb pouze v případě, že plat jejich zaměstnanců odpovídá platnému zákonu o kolektivním vyjednávání. Tento požadavek může vést ke změnám smluvního práva. Nařízení bude platit od 1. září 2022;
 - až 20 000 dalších pracovních míst pro ošetrovatele v geriatrické péči – právním základem tohoto rozhodnutí je *Zákon o zlepšování zdravotní péče a ošetrovatelství (Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz, GPVG)*. Zahrnuje program financování pro 20 000 dalších asistentů v zařízeních celodenní péče. Za tímto účelem zákonodárce stanoví celostátní personální klíč;
 - zvýšení odpovědnosti pro ošetrovatelské profese – pečovatелé získají větší rozhodovací pravomoci při výběru vhodných ošetrovatelských pomůcek ve prospěch těch, kteří potřebují péči. Rovněž by měli mít možnost samostatně rozhodovat o péči v domácím ošetrování (např. v případě léčby/ošetření proleženin tzv. dekubity, kompresivní bandáže atd.) (VINCENTZ, 2021).

- Reforma navíc umožní nově i model přechodné péče v nemocnicích³⁶.

Podrobněji o konkrétních částkách dávek platných od roku 2022 viz kapitola 4.1.

3.1.4 Udržitelnost financování systému pojištění dlouhodobé péče

V zákonném pojištění dlouhodobé péče je v současnosti pojištěno 73,51 mil. obyvatel (k 31. 12. 2021), v soukromém pojištění dlouhodobé péče pak 9,19 mil. obyvatel (k 31. 12. 2020).

Výdaje na dlouhodobou péči se v Německu zvýšily z 1,5 % HDP v roce 2005 na 2,1 % HDP v roce 2018 (průměr zemí OECD byl 1,5 %) (OECD, 2020). Zároveň se v posledních letech výrazně zvýšily *výdaje LTCI*³⁷ (viz tabulka 3.4). Zákonná LTCI pokrývala přibližně 68,1 % a soukromá LTCI 2,5 % celkových výdajů LTCI, zatímco zbývajících 8 % pocházelo z různých jiných zdrojů financování, jako jsou příspěvky pro úředníky (Gerlinger, 2020).

³⁶ Pokud po pobytu v nemocnici nemůže být zajištěna domácí ošetrovatelská péče, ošetrovatelské služby podle SGB XI, krátkodobá péče nebo léčebné rehabilitace, vzniká, podle § 39e SGB V, nárok na desetidenní přechodnou péči v nemocnici (Übergangspflege im Krankenhaus). To znamená, že ošetřující nemocnice pacienta nepropouští domů nebo do jiného zařízení, ale nadále pacienta léčí maximálně 10 dní v rámci pobytu v dané nemocnici. Nemocnice poskytne pacientovi všechny potřebné léky a pomůcky, aktivuje ho a převezme základní i léčebnou péči. Náklady na tuto přechodnou péči včetně ubytování, stravování a zdravotního ošetření hradí zdravotní pojišťovna (nikoli fondy péče) (Bundesministerium für Gesundheit, 2021c).

Aby bylo možné zajistit cílenou následnou péči po pobytu v nemocnici, jsou nemocnice povinny nabízet pacientům tzv. management propouštění (Entlassmanagement). Za tímto účelem je u jednotlivého pacienta co nejdříve zaznamenána potřeba následné péče a je sestaven plán propuštění. To má zajistit bezproblémový přechod z nemocniční léčby do ambulantní péče, rehabilitace nebo péče. Dotčení poskytovatelé služeb zajišťují, aby byla pojištěnci poskytnuta náležitá následná péče, a vzájemně si předávají potřebné informace. Při plnění tohoto úkolu je mají podporovat zdravotní pojišťovny. Pečovatelská zařízení tak mají být zahrnuta do tohoto řízení péče; má být zaručena úzká spolupráce s ošetrovatelskými poradci a ošetrovatelskými poradci podle § 7a SGB XI (Poradenství v oblasti péče). Řízení péče a nezbytné předávání údajů může probíhat pouze se souhlasem a po předchozím informování pojištěnce. (§ 11 odst. 4 SGB dostupné na <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/krankenhauslandschaft.html>)

³⁷ Od roku 2000 v některých letech výdaje v rámci LTCI převyšovaly příjmy na základě pojistného, což bylo v rozporu s cíli a předpisy v rámci pojistného schématu. Výsledné deficity odrážejí příjmový problém a nesouvisející s vývojem výdajů, tj. v letech 1997–2004 byl nárůst výdajů LTCI pod roční mírou inflace. Potíže související s vývojem na trhu práce – základ pro odvody určují úhrnné mzdy – a se změnami sociální politiky. Nízký nárůst úhrnných mezd od roku 2000, snížení standardní zaměstnanosti založené na sociálním zabezpečení a reformy politiky trhu práce se podepsaly na nízkém nárůstu příjmů. Naopak soukromé LTCI vykazovaly rezervy. Rozdílný vývoj nebyl způsoben vyšší pojistného, ale odlišnými výdaji plynoucí z rozdílné struktury rizik pojištěnců (Hildegard, 2011).

Tabulka 3.4: Roční finanční výsledek zákonného LTCI (v mld. eur)

Rok	Příjmy	Výdaje	Saldo	Rezerva (likvidní prostředky)
2016	32,03	31,00	1,03	9,2
2017	36,10	38,52	-2,42	6,9
2018	37,72	41,27	-3,55	3,4
2019	47,24	43,95	3,29	6,7
2020	50,62	49,08	1,54	8,2
2021	52,50	53,85	-1,35	6,9

Zdroj: Bundesministerium für Gesundheit (2022b); vlastní úprava (2022)

Od 1. ledna 2015 plyne 0,1 % příjmu z pojistného, v současnosti zhruba 1,6 mld. eur ročně, do *Fondu dlouhodobé péče (Pflegevorsorgefonds)*, speciálního fondu spravovaného Bundesbankou. Fond má do budoucna přispívat ke spolehlivému financování pojištění dlouhodobé péče a od roku 2035 přispívat ke stabilizaci příspěvkové sazby. To znamená, že péče bude moct být financovaná také v době, kdy silné ročníky, „baby boomers“, dosáhnou věku, kdy samy mohou potřebovat péči. Fond však řeší jen částečně budoucí potřeby financování (Bundesministerium für Gesundheit, 2022a; Nadash, Doty, Schwanenflügel, 2017).

Pojištění dlouhodobé péče uzavřelo rok 2021 s deficitem 1,35 mld. eur a z velké části tak vyčerpalo své rezervy. Zbývá pouze zákonná minimální rezerva ve výši zhruba 1,5 násobku měsíčních výdajů – zhruba 6,9 mld. eur. Podle odhadů se pro rok 2022 očekává schodek kolem 2,5 mld. až 3,3 mld. eur. Navýšení výdajů zahrnuje přijetí reformních opatření jako nečekaně vysoké příplatky, které jsou vypláceny klientům pobytové péče podle délky pobytu za účelem snížení jejich vlastních příspěvků na náklady –Eigenanteil (budou znamenat navýšení pravděpodobně minimálně o 700 mil. eur více, než původně ministerstvo zdravotnictví plánovalo³⁸), dále má dojít k navýšení mezd zdravotních sester (tento krok bude sám o sobě stát dalších 5 mld. eur ročně) a prodloužení záchranného balíčku COVID-19 pro dlouhodobou péči či nařízení o testování (od roku 2020 dosahují tyto výdaje více než 4 mld. eur). Vláda byla zástupci zákonných zdravotních pojišťoven vyzvána ke krokům pro stabilizaci finanční situace.

³⁸ Vláda je kritizována, že zahájila reformu péče bez existence relevantní databáze o tom, kolik obyvatel spadá do které kategorie. Ministerstvo ve svém výpočtu zřejmě předpokládalo, že ti, kteří potřebují péči, budou v domově trávit jen relativně krátkou dobu (Handelsblatt, 2022).

Pokud nebudou učiněny žádné kroky, bude pro zajištění financování v první polovině roku 2022 nutné navýšení sazby příspěvku o 0,2–0,3 p.b. Na základě průměrného měsíčního příjmu 3 000 eur by to činilo přibližně 108 eur navíc na osobu a rok (částka, která se rovným dílem opět rozdělí mezi zaměstnavatele a zaměstnance). Velmi vítán je záměr vládní koalice trvale převzít příspěvky na důchodové pojištění za pečující příbuzné³⁹ samotnou federální vládou, což by ulevilo fondům péče o 3,3 mld. eur. Dalším z návrhů je, aby spoluúcast na vlastních nákladech (Eigenanteil) byla omezena pevnou částkou a případné dodatečné náklady byly pokryty pojištěním dlouhodobé péče. Podle návrhů ministra financí Christiana Lindnera (FDP) a ministra zdravotnictví Karla Lauterbacha (SPD) by si mělo pojištění dlouhodobé péče vzít na pokrytí schodku úvěr a později jej splatit (Deutsches Ärzteblatt, 2022; Handelsblatt, 2022; lamExpat, 2022).

Počet příjemců dávek LTCl od roku 1995 nepřetržitě rostl (v roce 1995 činil cca 1,1 mil.) a v roce 2001 (o 13 let dříve, než se původně předpokládalo) již celkový počet příjemců překročil hranici 1,8 milionu. Z hlediska demografického složení byli tři ze čtyř příjemců v daném roce starší 65 let (Götze, Heinz, 2014). Jak ukazuje tabulka 3.5, počet příjemců dávek z pojištění dlouhodobé péče vzrostl v roce 2021 na 4,6 mil. osob. Většina příjemců služeb, přibližně 3,7 milionů využívá ambulantní služby a přibližně 702 000 lidí využívá pobytové služby (Bundesministerium für Gesundheit, 2022b).

Tabulka 3.5: Počet příjemců zákonného LTCl dle typu péče v letech 1996–2021 (v tis.)

Rok	Ambulantní péče	Pobytová péče	Počet příjemců pomoci celkem
1996	1 162	385	1 547
2001	1 262	578	1 840
2006	1 311	659	1 969
2011	1 600	715	2 315
2016	1 974	775	2 749
2021	3 763	702	4 606

Zdroj: Bundesministerium für Gesundheit (2022b); vlastní úprava (2022)

V roce 2021 byl v rámci zákonného LTCl počet příjemců v ambulantní péči 3 763 305, v pobytové péči 843 185, tj. 4 606 490 osob. V rámci soukromého pojištění byl počet

³⁹ Pečující příbuzní mají nárok na různé formy příspěvků na zákonná pojištění, blíže viz podkapitola 4.1.

příjemců v ambulantní péči v současnosti 218 332, v pobytové péči 54 358, tj. 272.689. Celkově byl za poslední dostupný rok 2021 počet příjemců LTC cca 4,9 mil. osob. Počet příjemců sociálního pojištění dlouhodobé péče podle stupně péče: ambulantní – byl v roce 2021 nejvyšší ve stupni 2 (cca 1,7 mil. osob, 44,8 %), následovaného stupněm 3 (1 mil. osob, 26,7 %). Počet příjemců sociálního pojištění dlouhodobé péče podle stupně péče: pobytová – byl v roce 2021 nejvyšší ve stupni 3 (cca 254 tis. osob, 36,2 %), následovaného stupněm 4 (214 tis. osob, 30,4 %). Výdaje na plnění sociálního pojištění dlouhodobé péče pro ambulantní a pobytovou péči uvádí tabulka 3.6.

Tabulka 3.6: Výdaje na dávky zákonného LTCl (v mld. eur)

Rok	Ambulantní péče	Pobytová péče	Celkem
2016	15,8	12,4	28,3
2017	20,8	14,7	35,5
2018	23,5	14,8	38,2
2019	25,8	14,9	40,7
2020	30,6	15,0	45,6
2021	35,5	14,7	50,2

Zdroj: Bundesministerium für Gesundheit (2022b); vlastní úprava (2022)

Orientační pravidla pro sociální pojištění dlouhodobé péče v roce 2022 uvádí tabulka 3.7. Pokud by se příspěvková sazba na pojištění dlouhodobé péče zvýšila o jeden procentní bod, pak by to podle orientačního pravidla spolkového ministerstva zdravotnictví v současnosti přineslo do systému příjem ve výši 16,9 miliardy eur. Dále 1% zvýšení mezd pak 0,34 mld. eur a 100 tis. příspěvateľů 0,09 mld. eur. V druhé části tabulky má vláda vypočteno, jak velké jsou výdaje na dávky na 10 000 příjemců dávek, kolik stojí ambulantní a lůžková péče.

Tabulka 3.7: Orientační pravidla pro pojištění dlouhodobé péče v roce 2022

	v mlrd. eur
1 bod sazby příspěvku (1,0 %)	16,9
1% zvýšení mezd	0,34
100 000 přispěvatelů	0,09
Výdaje na dávky na 10 000 příjemců dávek	v mil. eur
ambulantní péče	87
pobytová péče	247
v zařízeních pro handicapované	32

Zdroj: Bundesministerium für Gesundheit (2022b); vlastní úprava (2022)

Rovněž lze očekávat nárůst výdajů z hlediska stárnutí populace a prodlužování délky života. Počet starších obyvatel nad 80 let se očekává, že vzroste z 5,7 mil. v roce 2020 na 9,6 mil. osob v roce 2050, jak uvádí tabulka 3.8.

Tabulka 3.8: Vývoj počtu starších osob nad 80 let v letech 2020–2060

Rok	Celkový počet obyvatel (v mil.)	Počet obyvatel nad 80 let (v mil.)	Podíl obyvatel nad 80 let (v %)
2020	83,2	5,7	7,2
2030	83,4	6,1	7,7
2040	82,3	7,4	9,9
2050	80,4	9,6	13,0
2060	78,4	8,8	12,3

Zdroj: Bundesministerium für Gesundheit (2022b); vlastní úprava (2022)

Průměrná očekávaná délka života při narození představuje nyní u mužů 78,6 let a u žen 83,4 let. Riziko (pravděpodobnost) potřeby péče je přitom u osob nad 80 let významná a činí 41,6 %, ve srovnání s pravděpodobností u osob pod 60 let, která je 1,7 % a u osob ve věkové skupině 60-80 let je 8,4 %. Očekává se tedy, že počet osob vyžadujících péči v LTCL (bez soukromého LTC) vzroste v roce 2030 na 5,1 mil. (oproti 4,5 mil. v roce 2020), v roce 2040 na 5,7 mil. osob a v roce 2050 na 6,5 mil. osob.

V oblasti financování německého systému pojištění dlouhodobé péče a jejího poskytování lze nalézt jak pozitiva, tak negativa. Pozitivní aspekty (pojištění pokrývá téměř všechny občany, je univerzální, solidární, existence Fondu dlouhodobé péče podporuje finanční udržitelnost systému do budoucna, fungování systému vedle zdravotního pojištění podporuje efektivnost systému)

jsou legitimní inspirací pro zavedení systému v České republice, negativní aspekty (tzn. vzrůstající nákladovost systému z důvodů narůstajícího počtu příjemců plnění pojištění jako důsledek stárnutí obyvatelstva, některých výše zmíněných reformních kroků a celkovému hospodářskému vývoji) lze chápat jako výzvy, které by měla Česká republika brát v úvahu při zavedení systému pojištění dlouhodobé péče či určit jakým způsobem český systém přizpůsobit.

3.1.5 Aktuální témata v systému dlouhodobé péče v Německu

Ačkoliv Německo usiluje o komplexnost systému podpory, existují stále **výrazné rozdíly v dostupnosti potřebných služeb v jednotlivých spolkových zemích**. Podle SGB XI jsou za vytvoření, udržování a rozvíjení sítě zařízení poskytujících pečovatelské služby odpovědné jednotlivé spolkové země. Bližší způsoby plánování rozvoje sítě zařízení a poskytování státní finanční podpory jednotlivým zařízením jsou určeny tzv. zemským právem (Landesrecht) (Geissler a kol., 2015). Dle dostupných údajů z roku 2019 existovalo na území Německa celkem 14 688 zařízení ambulantní péče a 15 380 zařízení pobytových. Největší počet zařízení se nachází ve třech největších spolkových zemích Severní Porýní-Vestfálsko, Bavorsko a Bádensko-Württembersko, naopak nejnižší počet pak v Sársku, Brémách a Hamburku (Bundesministerium für Gesundheit, 2022b).

Náklady na poskytování domácí péče a pobytové pečovatelské služby se mezi spolkovými zeměmi taktéž výrazně liší. Soutěž o ceny a kvalitu nabídek péče byla založena s cílem vytvořit nákladově efektivní a vysoce kvalitní infrastrukturu péče. Konkurence na trhu péče však vedla ke značným cenovým rozdílům mezi regiony. Obecně platí, že jak s ohledem na domácí, tak i pobytové pečovatelské služby, jsou pečovatelské služby v „nových“ zemích mnohem levnější než ve „starých“ spolkových zemích. Cenové rozdíly lze vysvětlit nižšími mzdami pečovatelských pracovníků a kvalitativními rozdíly služeb, tedy především personální kvótou v pobytové pečovatelské službě a částečně odlišnou skladbou pečovatelských balíčků v rámci domácí pečovatelské služby. Navíc většinou soukromí, ziskoví poskytovatelé začali pečujícím vyplácet mzdy pod tarify, což bylo následováno částečným poklesem mezd i u neziskových poskytovatelů (Hildegard, 2011).

Náklady na péči, ubytování, stravu a investice se tak v každé z pečovatelských institucí v Německu velmi liší (AWO, 2018). **Náklady na pobyt (*Heimentgelt*) v pečovatelském domově se skládají ze čtyř podoblastí** (AWO, 2017; BAGSO, 2018):

- a) *Náklady na ošetřovatelství a péči* zahrnují náklady na ošetření, sociální péči a lékařskou péči. Náklady na vzdělání pracovníků poskytující odbornou péči.
- b) *Náklady na ubytování a stravování* zahrnují náklady na zajištění stravy, domácí služby, stejně jako náklady na spotřebu energií (např. vytápění).
- c) *Investiční náklady* zahrnují náklady na údržbu domu.
- d) *Dodatečné náklady* na další služby, jako je telefon, televize nebo speciální pohodlné pokoje apod.

V případě, že je žadatel o dávku LTCI zařazen do určitého stupně potřebnosti péče, **fondy péče pokrývají náklady na péči. Náklady na ubytování a stravování⁴⁰ a investiční náklady⁴¹ si musí hradit klient zpravidla sám.** Výše účasti fondu péče na nákladech péče (maximální strop) závisí na určeném stupni potřebnosti péče. Část nákladů na péči musí nést také klient, jedná se o tzv. *jednotný vlastní příspěvek na náklady pobytové péče* (einrichtungseinheitlichen Eigenanteil, dále jen EEZ). Od reformy zákona v roce 2017 není výše EEZ závislá na úrovni potřebnosti péče⁴². Nyní každý rezident platí EEZ ve stejné výši, bez ohledu na stupeň potřebnosti péče. To znamená, že osoba s úrovní stupně péče 2 má stejnou spoluúčasť na náklady na péči jako osoba s vyšším stupněm potřebnosti 5 (Wohnen im Alter, 2022b).

Jednotný vlastní příspěvek je tak součástí *celkového vlastního příspěvku (Eigenanteil)* na náklady na pobyt (stravné, ubytování a investiční náklady), tzn. náklady, které si

⁴⁰ Fond péče hradí výdaje na ubytování a stravu, pokud výše dávek převyšuje výdaje na péči.

⁴¹ Investiční náklady jsou podle § 82 SGB XI náklady na opatření týkající se budov a majetku pečovatelského zařízení, dále výdaje na pořízení pozemku, nájem, popř. pronájem mohou být financovány z veřejných státních či obecních zdrojů. Investiční náklady, které nejsou financovány z veřejných zdrojů, musí hradit klient (TRISAN, 2018).

⁴² Před rokem 2017 tak bylo pro pečující příbuzné důležité, aby osoba, která potřebuje péči v pečovatelském domově, nebyla zařazena do vyššího stupně potřebnosti péče, protože s vyšším stupněm potřebnosti péče se pojily vyšší náklady na péči. V důsledku toho se také zvýšily dodatečné náklady na péči.

musí hradit klient z vlastních zdrojů – z důchodu, z příjmu z pronájmu, ze stávajícího majetku nebo z příjmu příbuzných (partner, děti, v určitých případech vnoučata)⁴³. Pokud nemá klient k dispozici žádné vlastní příjmy, nebo když se nemůžou podílet na úhradě nákladů příbuzní, může požádat *Úřad sociálního zabezpečení (Sozialamt)* o *sociální pomoc (Sozial Hilfe)* SGB XII⁴⁴ dle § 61-66 SGB XII – *Pomoc při péči (Hilfe zur Pflege)*. Žádost o dávku přijímá a rozhoduje o ní příslušný Úřad sociálního zabezpečení. Úřad při podání žádosti ověřuje na základě dodaných dokumentů vlastní příjmy a finanční situaci ošetřovaného, stejně jako jeho rodinných příslušníků (zvažují se také neodděleně žijící partneři, rodiče, děti). Jak velkou část nákladů převezme Úřad sociálního zabezpečení, závisí na typu požadované péče (pobytová, ambulantní), rodinném stavu a určitém příjmovém limitu. Částky nad tento limit musí být zaplacený jako vlastní příspěvek na náklady na péči (Eigenanteil). Pro ambulantní péči, např. pro financování ošetřovatelské služby je stanovena individuální hranice příjmu (§ 85 SGB XII). Hranici příjmu tvoří základní částka tzv. Grundbetrag (rovnající se dvojnásobku úrovně standardní úrovně péče 1 podle § 28), náklady na ubytování a rodinný příspěvek ve výši 70 % standardní úrovně péče podle dodatku k § 28 pro manžela/manželku nebo partnera, který není samostatně žijící. Pokud příjem přesahuje tento limit, existuje povinnost přispívat na náklady související s péčí. U lůžkové péče musí být pro péči využívány také příjmy pod prahovou hodnotou příjmu. Jednotlivé osoby, které péči potřebují, musí obecně vynaložit veškerý svůj příjem na pokrytí nákladů na ošetřovatelskou péči. Pro splnění osobních potřeb

⁴³ S výjimkou kapesného 109,08 eur. Do jaké míry jsou příbuzní zodpovědní za úhradu nákladů je velmi odlišné a závisí na mnoha faktorech, jako je rodinný stav, příjem, výdaje na bydlení nebo odchod do důchodu atd., ale také na osobní životní úrovni. Zájem státu není, aby se manžel/manželka či děti dostaly z důvodu hrazení nákladů na péči příbuzných do existenčních problémů. Existuje tak mnoho způsobilých výdajů – položek, které jsou v tzv. ochraně majetku (tzv. Schonvermögen – majetek, který nesmí být použit k vypořádání domácích nákladů) a nesmí být dotčeny.

⁴⁴ Sociální pomoc (die Sozialhilfe), na kterou se nevztahuje pojištění dlouhodobé péče, tedy ne přímo sociální služby, upravuje od roku 2005 XII. Kniha sociálního zákoníku (SGB XII – Zwölftes Buch – Sozialhilfe). Úkolem sociální pomoci je umožnit příjemcům vést život, který odpovídá lidské důstojnosti. Za výkon sociální pomoci jsou odpovědné okresy a mimookresní města, pokud spolková země neurčí jinak. Sociální pomoc zahrnuje: 1. Pomoc na živobytí (§§ 27 až 40), 2. základní zabezpečení ve stáří a v případě snížené výdělečné schopnosti (§§41 až 46b), 3. Pomoc pro zdraví (§§ 47 až 52), 4. Pomoc při péči (§§ 61 až 66a), 5. Pomoc při překonávání zvláštních sociálních obtíží (§§ 67 až 69), 6. Pomoc v jiných situacích (§§ 70 až 74).

v zařízení se vyplácí pouze kapesné ve výši 109,08 eur za měsíc (27 % úrovně stupně potřeby). Navíc, pro těžce zdravotně postižené osoby (stupeň potřeby péče 4 nebo 5) a nevidomé (pomoc pro nevidomé) se započítává pouze maximálně 40 % příjmů nad tento příjmový limit (§ 87 SGB XII). Sociální pomoc může pokrýt náklady v celé šíři za osoby, na které se nevztahuje zákonné zdravotní pojištění. Zohlednění příjmů při sociální pomoci je upraveno § 82 SGB XII⁴⁵ (Wohnen im Alter, 2022a).

Podíl nákladů, který si musí klienti hradit sami (Eigenanteil) LTC se od založení LTCl v roce 1995 značně zvýšil. Vzhledem k tomu, že úroveň dávek zůstala v letech 1995 až 2008 nezměněna, zatímco ceny zboží a služeb rostly, kupní síla dávek se během tohoto období značně snížila. Zvýšení dávek tento pokles nevykompenzovalo. V roce 2017 byly vlastní náklady LTC odhadnuty na 11,2 mld. eur (21,4 % celkových výdajů na LTC, odhadovaných na 52,2 mld. eur) (Gerlinger, 2020). V lednu 2018, činil celkový měsíční průměrný vlastní příspěvek 1 772 eur, z toho 593 eur činily služby LTC (tzv. EEZ), 716 eur strava a ubytování a 463 eur investiční náklady. O dva roky později, v červenci 2020 činil celkový průměrný vlastní příspěvek v pečovatelských zařízeních pro osoby s úrovní potřeby péče 2 až 5 v průměru 2 015 eur měsíčně. Z této částky bylo 786 eur určeno na služby LTC, 774 eur strava a ubytování a 455 eur investiční náklady. To znamená, že vlastní příspěvek vzrostl o téměř 200 eur měsíčně (přibližně 30 % jen v tomto krátkém období). Tento nárůst je způsoben především nárůstem počtu příjemců dávek. V menší míře však také odráží snahu o zvýšení mezd pečovatelů a zlepšení jejich pracovních podmínek (což však bylo potřebné ke zvýšení atraktivity profese LTC a k vyrovnání nedostatku personálu LTC). Na druhou stranu tato opatření dále zvyšují výdaje, vlastní podíl financování se pravděpodobně dále zvýší, pokud nedojde k žádným změnám ve financování LTCl. V důsledku zavedení

⁴⁵ Zahrnují se veškeré příjmy v daňovém smyslu, např. z výdělečné činnosti, pronájmu a leasingu, podnikání, kapitálového majetku nebo údržby. Většina sociálních výhod, např. dávky sociálního pojištění (dávka v nezaměstnanosti, dávka v nezaměstnanosti II, důchod atd.), příspěvek na bydlení, příspěvek na mateřskou dovolenou, příspěvek na děti, příspěvek na děti pro dospělé děti (příspěvek na děti pro nezletilé děti se považuje za příjem dítěte), nemocenské, rodičovský příspěvek přesahující 300 eur a příspěvek na péči o dítě. Zohledňují se také všechny dostupné úspory a aktiva. Nedotčený zůstává majetek ve výši 5000 eur (Wohnen im Alter, 2022a; Verbraucherzentrale, 2022c).

zákona o příbuzenských úlevách musí od 1. ledna 2020 děti přispívat na výživu svých rodičů pouze s ročním hrubým příjmem 100 000 eur nebo více⁴⁶ (Gerlinger, 2020).

Jak bylo uvedeno výše, **dostupnost se liší v jednotlivých regionech** v závislosti na politice každé spolkové země (viz Landesrecht). Týká se to např. krátkodobé či denní pobytové péče, která je navíc vhodná jen pro mobilnější uživatele. Pro mnoho rodin tak tyto služby nepřipadají v úvahu anebo je musí zajistit samostatně a uhradit zcela z vlastních zdrojů. V důsledku uvedených problémů dochází např. **k nelegálnímu zaměstnávání osob se slabým postavením na trhu práce jako (levných) soukromých pečovatelů**. Obecně je pak systém sociálních služeb v Německu poměrně nepřehledný a nekonkrétní (na což upozorňuje například sdružení Wir pflegen). V důsledku toho se pečující mnohdy vzdají svého zaměstnání, aniž by využili jiné nabízející se možnosti, a začnou být ohroženi chudobou. Na uvedené problémy se vláda snažila reagovat. Bylo odsouhlaseno přijetí dvou nových *zákonů pro posílení péče* („*Pflegestärkungsgesetze*“). *Pflegestärkungsgesetz I* zavedl navýšení a rozšíření příspěvků na péči, zvýhodnění příspěvků na rekonstrukci bydlení, posíleny byly výhody krátkodobé a preventivní péče. *Pflegestärkungsgesetz II* – od roku 2017 zákon o ošetrovatelské péči poskytuje na oblast dlouhodobé péče o dalších 5 mld. eur ročně více (Bundesministeriums für Gesundheit 2016b; Geissler a kol., 2015).

Federální sdružení soukromých poskytovatelů sociálních služeb odhaduje, že v současné době není možné naplnit přibližně 50 000 pracovních míst v oblasti péče o staré osoby kvůli **nedostatku vyškolených odborníků**. Spolková vláda v Německu vynakládá soustředěné úsilí na přilákání zdravotnických pracovníků ze zahraničí a nedávno podepsala dohodu s Filipínami. Zdravotnické služby pro seniory stojí velké množství peněz a ošetrovatelské pojištění obecně pokrývá pouze část nákladů. To zanechává seniory a jejich rodiny v pozici, že musí platit za péči sami. V průběhu času může zákonně registrovaná péče v domácnosti stát 4 000 až 8 000 eur měsíčně, pokud budou pečovatelé zaměstnání na plný úvazek. To vysvětluje, proč se společně s tradičními charitními a soukromými organizacemi v Německu objevila třetí skupina

⁴⁶ Pokud tedy osobě potřebující péči na úhradu nákladů nestačí pojistné plnění, jeho vlastní příjmy a majetek, tak náklady jako první hradí stát a po té požaduje úhradu nákladů zpětně po dětech (pokud splňují podmínku výše příjmu). Výživné pro rodiče zpravidla neuplatňují sami rodiče, ale orgán sociálního zabezpečení. (Verbraucherzentrale, 2022d)

poskytovatelů péče. *Zahraniční pečovatelé*, primárně z východní Evropy, jsou posíláni zprostředkovatelskými kancelářemi do domácností německých seniorů. Oficiálně jsou však stále zaměstnání ve svých domovských zemích. V Německu vydělávají více než doma, ale vydělávají výrazně méně, než by bylo obvyklé u německých zaměstnanců (DW, 2018).

Nedostatečný právní rámec znamená, že trh s péčí zůstává extrémně neprůhledný. Jen asi 20 ze 103 poskytovatelů bylo ochotno nabídnout informace o průzkumu GPPLN, což otevřelo trh organizovanému zločinu. V uplynulých letech byly zaznamenány zprávy o masivních podvodech zdravotních pojišťoven v poskytované péči (DW, 2018).

3.1.6 SWOT analýza pro systém financování zdravotně-sociálních služeb v Německu

Silné stránky (Strengths)	Slabé stránky (Weaknesses)
Univerzální pojišťovací systém, finančně předvídatelný (finanční stabilita pro poskytovatele služeb, plynulost plateb), všichni občané jsou pojištěni, pozitivní vnímání obyvateli.	Na základě univerzálního principu LTCl se počet příjemců dávek v důsledku stárnutí populace zvyšuje.
Tento systém financování sociálního pojištění je více izolován od cílů v dané době vládnoucích politiků než systém založený na daních.	Zpoždění v úpravě výše dávek, které by odpovídalo růstu životních nákladů.
Od zavedení systém umožnil rodinám lépe uspokojovat potřeby, které dříve byly nuceny zajistit samy nebo díky sociální pomoci.	Růst vlastního podílu nákladů LTC.
Zaměstnanci a zaměstnavatelé se zpravidla podílejí rovným dílem na příspěvcích LTCl.	Rozdíly ve struktuře, počtu, kvalitě a ceně ambulantních a pobytových služeb mezi spolkovými zeměmi.
Přirážka k sazbě příspěvku LTCl pro osoby bez dětí.	Nedostatečný počet pečovatелů.
Poskytování dávek z LTCl dle stupně závislosti/potřebnosti (ne podle věku či příjmu).	Zdůvodnění financování založené na pojištění bylo úspěšné z kvantitativního hlediska zvýšením nabídky služeb domácí péče a pobytové péče, ale na úkor koordinace a integrace.
Existence Fondu dlouhodobé péče, který od roku 2035 bude přispívat ke stabilizaci příspěvkové sazby.	
System dává příjemcům značnou volnost při výběru typu pomoci/péče (ambulantní, pobytová, peněžité či věcné plnění), poskytovatele a nastavení.	
Podpora pečujících příbuzných a péče v domácím prostředí.	
Vlastní podíl na nákladech péče a vyživovací povinnost příbuzných v přímé linii (odpovědnost se tak dělí mezi jednotlivce, rodinu a stát).	
Příležitosti (Opportunities)	Hrozby (Threats)
Příznivý ekonomický vývoj-snížení veřejných deficitů.	Zvyšování deficitu LTCl z důvodu špatně nastavených reformních opatření.

Změna financování LTCI odvíjející se od mzdy – zohlednění i dalších zdrojů příjmů.	Stárnoucí populace a s tím vzrůstající procento osob potřebující dlouhodobou péči.
Důraz na preventivní opatření (udržení člověka co nejdéle ve zdraví a aktivním životě).	Rostoucí účast žen na trhu práce (snížení potenciálu neformální péče), pokles normy dlouhodobé péče jako rodinné povinnosti, nárůst počtu domácností jednotlivců, ---> nárůst poptávky po peč. službách.
Podpora ambulantní péče a snížení nadužívání ústavní péče.	Nepříznivá ekonomická situace – nárůst nízkopříjmových osob a s tím vzrůstající procento závislých osob na dávkách sociální pomoci.
Důraz na neformální rodinnou péči zakotvenou v tržně orientovaných, nákladově efektivních pečovatelských službách by měl snížit náklady na poskytování péče.	Nedostatečné příjmy LTCI z důvodu změn na trhu práce a vývoji mezd.
Růst a rozvoj sítě poskytovatelů a poskytovaných služeb v závislosti na poptávce, resp. potřebách klientů.	Nezájem o pečovatelskou profesi z důvodu nenavýšení mezd.
Větší podpora soukromého LTCI a dotovaného připojištění dlouhodobé péče.	Nepřízpůsobení sazeb příspěvků LTCI rostoucím výdajům LTC.
Zvýšený zájem o pečovatelskou profesi z důvodu navýšení mezd a zlepšení pracovních podmínek.	Etické problémy v pojištění z důvodu rozdílné rizikové a příjmové situace členů zákonného a soukromého LTCI.
Uspadnění přístupu mladých pracovníků z třetích zemí a zlepšit tak poměr přispěvatelů k příjemcům v LTCI.	Pomalé přizpůsobování výše dávek, které neodpovídá růstu nákladů na poskytování péče.
Rozšíření odborné přípravy pečovatelů zvýšením počtu hodin ve stávajících vzdělávacích programech, vytváření programů dalšího vzdělávání za účelem zvýšit kvalifikaci ošetřovatelů a snížit vysokou fluktuaci.	Nárůst nelegální a nekvalitní péče z důvodu zvyšujících se nákladů placených osobou, která péči potřebuje.
Větší rozhodovací pravomoce ošetřovatelů.	Neshoda mezi aktéry na provedení potřebných změn či reformy financování (obtížné hledání politického konsensu).
Vyšší míra digitalizace a rostoucí využívání technologií vedoucí ke zkrácení času a úspoře energie věnované vyplňování dokumentů.	

Zdroj: vlastní zpracování (2022)

3.1.7 Souhrnná zjištění

Následující text uvádí hlavní zjištění o fungování německého systému, a to z pohledu silných stránek mechanismu pro docílení dlouhodobé udržitelnosti financování a slabých stránek systému financování systému dlouhodobé péče.

Silné stránky systému

Německý systém LTCI je univerzální. Pojistné se platí povinně a vztahuje se na všechny obyvatele, kteří jsou pojištěni v rámci standardního povinného zdravotního pojištění. LTCI je jakousi nadstavbou systému zdravotního pojištění. Samotní obyvatelé vnímají systém jako povinné příspěvky pro pojištění spíše než jako daň podporující vládní program. Toto pozitivní vnímání systému může být způsobeno tím, že pro zdravotní i dlouhodobou péči si Němci mohou vybrat fond sami (pokud jsou ve veřejném zákonném programu) nebo pojistitele (pokud jsou v soukromém).

Účast v LTCI je povinná a probíhá buď prostřednictvím zákonného pojištění, které je financováno z fixního procenta z příjmu a odváděny do stejných fondů, které poskytují účastníkům zdravotní pojištění nebo pro menšinu (asi 11 % populace), je financováno soukromým příspěvkem podle věku a placené stejným soukromým pojistitelům, které poskytují soukromé zdravotní pojištění účastníků. Od roku 2005 existuje přírážka pro bezdětné osoby.

Systém lze chápat jako explicitní kompromis, pokud jde o cenovou dostupnost a výhody (program, který je „levný“, protože je povinný, ale také přijatelný jako povinný, protože je tak „levný“). Menší „výhody“ systému jsou vyváženy komplexností. Pojistné plnění (dávky) jsou nezávislé na věku osoby, která potřebuje péči, ale odvíjí se od stupně potřeby péče (od roku 2017 je zavedeno 5 stupňů potřeby péče). Cílem LTCI není pokrýt veškeré náklady na péči. Vlastní podíl nákladů na péči spočívající ve vyživovací povinnosti příbuzných v přímé linii tak rovněž přispívá v Německu k sociální jistotě. Systém podporuje péči v domácím prostředí prostřednictvím pečujících příbuzných či ambulantních služeb. Pojistný systém také zajišťuje plynulost financování poskytovatelům péče z pojistného plnění.

Reforma z roku 2022 přinesla v oblasti ošetřovatelství a zdravotnictví řadu změn:

- Pojištění dlouhodobé péče získá další částky prostřednictvím příspěvkové přirážky pro osoby bez dětí, která se zvyšuje o 0,1 bodu z 3,3 % na 3,4 % (tzn. navýšení o 400 mil. eur ročně).
- Posun od zastropování institucionálních výdajů k omezení výdajů příjemců péče. V ambulantní a pobytové péči se finančně uleví těm, kteří péči potřebují. Částky na věcné dávky se zvýšily o 5 %. Finanční úleva pro příjemce LTC v rámci příplatku, který se zvyšuje s délkou pobytové péče.
- Nová opatření mají podpořit pracovní sílu již zaměstnanou v pečovatelské profesi a zároveň přilákat do zdravotnictví další pečovatele.
- Navíc se federální vláda poprvé rozhodla kvůli zvýšeným nákladům na péči vyplatit *federální dotaci* ve výši 1 mld. eur na pojištění dlouhodobé péče z daňových zdrojů.

Slabé stránky

Také německý systém čelí a bude čelit finanční udržitelnosti z důvodu stárnutí populace – více než 80 % všech příjemců pomoci je ve věku 65 let nebo více. Obyvatelstvo se v Německu v posledních desetiletích dramaticky změnilo. Od poloviny 60. let 20. stol. se v Německu rodilo stále méně dětí (porodnost je nyní okolo 1,4 porodu na jednu ženu v plodném věku). Současně na základě pokroku medicíny a zdravější stravy stále stoupá průměrný věk dožití. Důsledkem je růst počtu a podílu starších lidí v obyvatelstvu a pokles počtu a podílu mladších lidí v obyvatelstvu. Méně dětí znamená časem méně zaměstnanců, a tím i méně plátců příspěvků na důchodové, nemocenské a další sociální pojištění. Více starších lidí znamená naproti tomu více příjemců důchodů, větší náklady ve zdravotnictví a vyšší potřebu sociální péče. Přirozeně se tak zvyšuje počet příjemců pomoci a výdajová stránka systému. Výše sazeb příspěvků LTCL a také výše dávek LCTI se zvyšuje pomalu a neodpovídá nákladům systému (např. peněžité plnění a dávky na denní péči či na preventivní péči nebyly od roku 2017 navýšeny) a zvýšeným nákladům, které musí osoby za péči hradit. Pro mnoho klientů pečovatelských domů je problém v tom, že investiční náklady, stejně jako náklady na stravu a ubytování, z nichž ani jedna není pokryta současnou reformou, jsou vyšší než náklady, které by museli zaplatit, kdyby zůstali ve svých domovech. Zvyšování vlastního podílu hrazení nákladů péče může do budoucna zvyšovat závislost na doplňkové sociální pomoci.

System se potýká také s nerovnoměrnou dostupností služeb ve spolkových zemích a nedostatkem personálu a jejich kvalitních pracovních podmínkách.

3.2 Analýza systému financování na úrovni České republiky

Kapitola se nejprve věnuje legislativnímu rámci, následně popisuje financování systému pojištění, sociálního a zdravotního pojištění. Další podkapitoly přibližují aktuální témata v systému dlouhodobé péče v ČR. SWOT analýza pak shrnuje silné, slabé stránky systému pojištění dlouhodobé péče a jeho příležitosti a hrozby. V průběhu celé kapitoly 3.2 je popsána komparace analýzy systému financování v ČR a Německu.

3.2.1 Legislativa poskytování a financování dlouhodobé péče v ČR

Mezi klíčové legislativní akty patří:

- *Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění (dále „ZSS“).* Sociální služba je podle § 3 písm. a) ZSS „činnost nebo soubor činností podle tohoto zákona zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začleňování nebo prevence sociálního vyloučení“. Úkolem zákona o sociálních službách je chránit práva a zájmy lidí, kterým v jejich prosazování brání zdravotní postižení, věk nebo nepříznivá životní situace.
- *Zákon č. 589/1992 Sb., o pojistném na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti, v platném znění* upravuje pojistné na sociální zabezpečení, které zahrnuje pojistné na důchodové pojištění a pojistné na nemocenské pojištění a příspěvek na státní politiku zaměstnanosti (dále jen "pojistné").
- *Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, v platném znění.* Tento zákon zapracovává příslušné předpisy Evropské unie, zároveň navazuje na přímo použitelné předpisy Evropské unie a upravuje veřejné zdravotní pojištění, rozsah a podmínky, za nichž jsou na základě tohoto zákona ze zdravotního pojištění hrazeny zdravotní služby, způsob stanovení cen a úhrad léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely hrazených ze zdravotního pojištění

a způsob stanovení úhrad zdravotnických prostředků předepsaných na poukaz hrazených ze zdravotního pojištění.

- *Zákonem č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně, v platném znění* se zřizuje Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky.
- *Zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, v platném znění* upravuje nemocenské pojištění (dále jen "pojištění") pro případ dočasné pracovní neschopnosti, nařízené karantény, těhotenství a mateřství, péče otce o dítě po jeho narození, ošetřování jiné fyzické osoby nebo péče o ni, poskytování dlouhodobé péče a organizaci a provádění pojištění. Prováděním pojištění se rozumí též posuzování zdravotního stavu pro účely pojištění.
- *Zákon č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře, v platném znění.*
- *Zákon č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi, v platném znění* upravuje poskytování pomoci k zajištění základních životních podmínek fyzickým osobám, které se nacházejí v hmotné nouzi, prostřednictvím dávek pomoci v hmotné nouzi.
- *Zákon č. 110/2006 Sb., o životním a existenčním minimu, v platném znění* stanovuje životní minimum jako minimální hranici peněžních příjmů fyzických osob k zajištění výživy a ostatních základních osobních potřeb a existenční minimum jako minimální hranici příjmů osob, která se považuje za nezbytnou k zajištění výživy a ostatních základních osobních potřeb na úrovni umožňující přežití.

Související vyhlášky:

- *Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, která stanovuje např. maximální výši úhrady uživatelů za ubytování a stravu v zařízeních pobytové péče či stanovuje způsob hodnocení schopnosti zvládat jednotlivé životní potřeby.*

3.2.1.1 Druhy sociálních služeb v ČR

ZSS popisuje především část k Příspěvků na péči, který se poskytuje osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby. Podle ZSS mohou být poskytovány sociální služby **formou pobytových, ambulantních anebo terénních služeb.**

- **Pobytovými službami** se rozumí služby spojené s ubytováním v zařízeních poskytujících sociální služby, jako jsou např. domovy pro osoby se zdravotním postižením nebo domovy pro seniory.
- **Ambulantními službami** se rozumí služby, za kterými uživatel dochází nebo je dopravován do zařízení poskytujícího sociální služby, jako jsou např. denní centra nebo nízkoprahová denní centra; součástí sociálních služeb poskytovaných konkrétním zařízením není ubytování.
- **Terénními službami** se rozumí služby, které jsou uživatelům poskytovány v jejich přirozeném prostředí, kterým je především myšlena domácnost, ale tyto služby mohou být poskytovány i komunitně. Jedná se např. o pečovatelskou službu, osobní asistenci nebo terénní programy.

Druhy sociálních služeb dle ZSS:

- d) **Sociální poradenství**, které zahrnuje základní a odborné poradenství (viz § 37 ZSS).
- **Základní sociální poradenství** je poskytováno osobám, které potřebují informace přispívající k řešení jejich nepříznivé sociální situace. Základní sociální poradenství je základní činností při poskytování všech druhů sociálních služeb. Poskytovatelé sociálních služeb jsou vždy povinni tuto činnost zajistit. Taktéž je sociální poradenství poskytováno na ORP v rámci sociálních odborů.
 - **Odborné sociální poradenství** je poskytováno se zaměřením na potřeby jednotlivých okruhů sociálních skupin osob v občanských poradnách, manželských a rodinných poradnách, poradnách pro seniory, poradnách pro osoby se zdravotním postižením, poradnách pro oběti trestných činů a domácího násilí a ve speciálních lůžkových zdravotnických zařízeních hospicového typu. Zahrnuje též sociální práci s osobami, jejichž způsob života může vést ke konfliktu se společností.⁴⁷

⁴⁷ Součástí odborného poradenství bylo do 1. 1. 2014 i půjčování kompenzačních pomůcek. Tato obligatorní činnost byla zákonem č. 316/1013 Sb. vypuštěna s odůvodněním, že tato úprava umožní poskytovatelům sociálních služeb zařadit půjčování kompenzačních pomůcek mezi fakultativní činnosti za úhradu s tím, že je žádoucí, aby půjčovny mohly být provozovány i poskytovateli jiných druhů služeb.

- e) **Služby sociální péče**, které napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost s cílem podpořit život v jejich přirozeném sociálním prostředí a umožnit jim nejvyšší možné zapojení do běžného života společnosti a v případech, kdy toto vylučuje jejich stav, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení. Každý má právo na poskytování sociální péče v nejméně omezujícím prostředí. V ZSS jsou upraveny v § 38 až § 52 od osobní asistence až po tzv. sociální hospitalizaci. V rámci dlouhodobé péče jde především o domovy⁴⁸.
- f) **Služby sociální prevence**, které „napomáhají zabránit sociálnímu vyloučení osob, které jsou tímto ohroženy pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí a ohrožení práv a oprávněných zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby. Cílem služeb sociální prevence je napomáhat osobám k překonání jejich nepříznivé sociální situace a chránit společnost před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů“ (§ 53 ZSS). Jde o služby upravené v § 53 až § 70 ZSS.

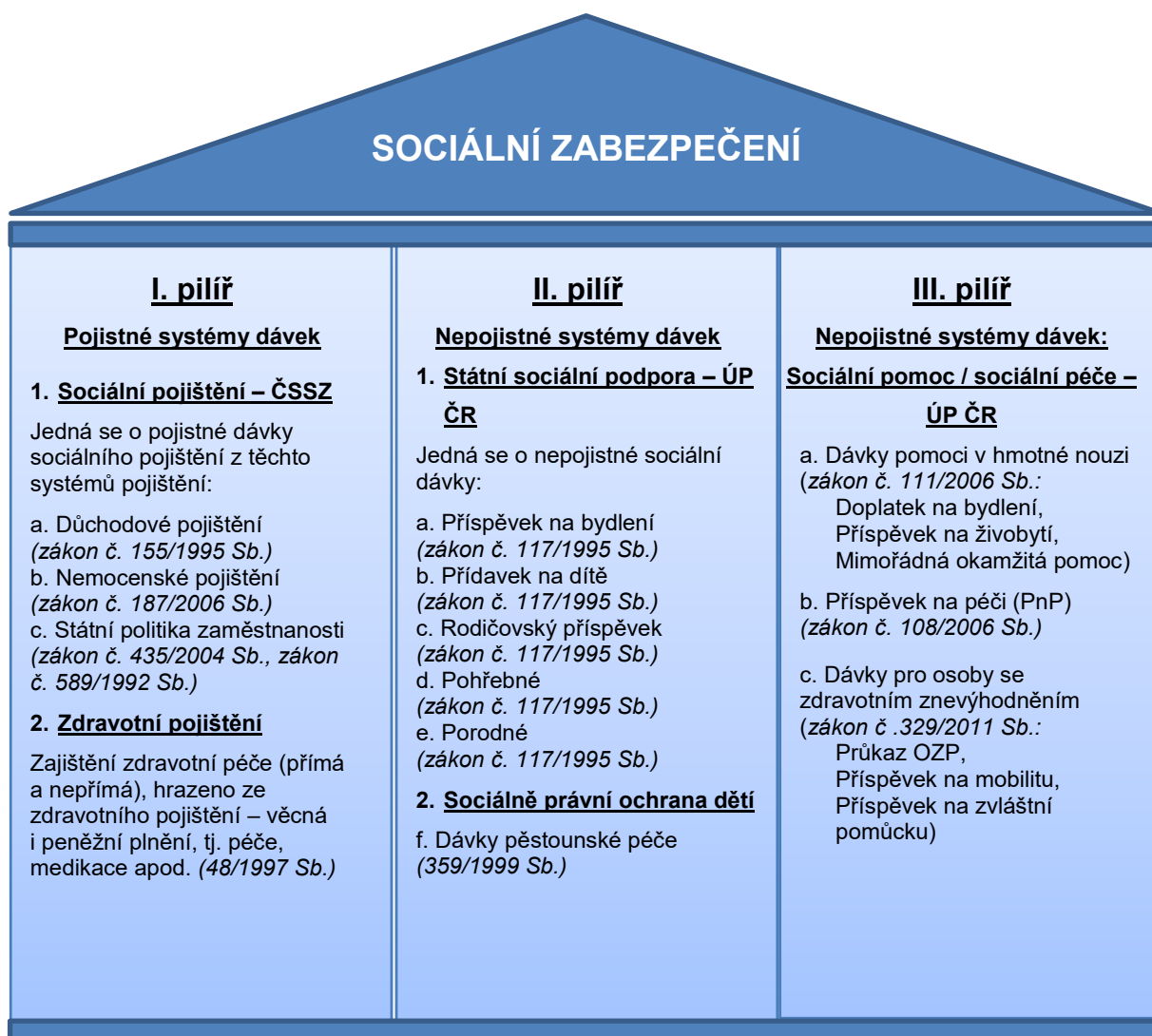
Důležité je si uvědomit, že ačkoliv jsou předmětem zájmu zejména pobytové sociální služby sociální péče, které se zaměřují především na podporu osob se sníženou soběstačností a schopností péče o vlastní osobu a své záležitosti, což je způsobeno věkem či zdravotním postižením, přesto i sociální služby sociální prevence jsou mnohdy podmíněny nepříznivým zdravotním stavem osoby / uživatele služby.

3.2.1.2 Přehled pilířů sociálního zabezpečení v ČR

System sociálního zabezpečení má v ČR 3 pilíře, a to první pilíř Sociální pojištění, druhý pilíř Sociální podpora a třetí pilíř Sociální pomoc/sociální péče.

⁴⁸ Pro úplnost je potřeba vnímat, že poskytovatelem soc. služeb jsou i dětské domovy a hospicová zařízení, která požádají o zápis do registru poskytovatelů sociálních služeb (viz § 7 a § 85 ZSS), nejsou však vyjmenovány mezi službami uvedenými v § 37 – § 70 ZSS.

Obrázek 3.2: Sociální zabezpečení a jeho pilíře



Zdroj: ACCENDO (2022) na základě zákonů (ve znění pozdějších úprav): 108/2006 Sb., 110/2006 Sb., 111/2006 Sb., 117/1995 Sb., 359/1999 Sb., 329/2011 Sb., 155/1995 Sb., 187/2006 Sb., 589/1992 Sb., 48/1997 Sb. a na základě publikace Krebs (2015).

I. Sociální pojištění – pojistné systémy dávek

1. Sociální pojištění (Česká správa sociálního zabezpečení)

- Jedná se o pojistné dávky sociálního pojištění z níže uvedených systémů pojištění:
 - a. Důchodové pojištění – zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, v platném znění
 - Důchody: starobní, invalidní, vdovský, vdovecký, sirotčí

- b. Nemocenské pojištění – zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, v platném znění
 - Peněžité dávky: nemocenská, peněžítá pomoc v mateřství, ošetřovné, vyrovnávací příspěvek v těhotenství a mateřství, otcovská, dlouhodobé ošetřovné
- c. Státní politika zaměstnanosti – zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, v platném znění a zákon č. 589/1992 Sb., o pojistném na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti, v platném znění
 - Příspěvek na státní politiku zaměstnanosti

2. Zdravotní pojištění

- Zajištění zdravotní péče (přímá a nepřímá), hrazeno ze zdravotního pojištění – věcná i peněžní plnění, tj. péče, medikace apod. (zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, v platném znění)

II. Sociální podpora (nepojistné systémy dávek)

1. Státní sociální podpora – ÚP ČR

- Jedná se o nepojistné sociální dávky
 - a. Příspěvek na bydlení – zákon č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře, v platném znění
 - b. Přídavek na dítě – zákon č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře, v platném znění
 - c. Rodičovský příspěvek – zákon č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře, v platném znění
 - d. Pohřebné – zákon č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře, v platném znění
 - e. Porodné – zákon č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře, v platném znění

2. Sociálně právní ochrana dětí

- a. Dávky pěstounské péče – zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, v platném znění

III. Sociální pomoc/sociální péče (nepojistné systémy dávek) – ÚP ČR

- a. Dávky pomoci v hmotné nouzi – zákon č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi, v platném znění
 - Doplatek na bydlení, příspěvek na živobytí, mimořádná okamžitá pomoc
- b. Příspěvek na péči (PnP) – zákon. č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění a upravující vyhláška č. 505/2006 Sb.
- c. Dávky pro osoby se zdravotním znevýhodněním (OZP) – zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů, v platném znění a upravující vyhláška č. 388/2011 Sb.
 - Průkaz OZP, příspěvek na mobilitu, příspěvek na zvláštní pomůcku

Pro systémy sociálního zabezpečení je důležitým zákonem zákon č. 110/2006 Sb., o životním a existenčním minimu, v platném znění.

Obdobný systém sociálního zabezpečení dělený na tři pilíře/oblasti (sociální pojištění, sociální zaopatření a sociální pomoc) je také v Německu, jak lze vidět na obrázku v kapitole 2.1.

3.2.2 Definování klíčových účastníků a jejich role v zapojení se do systému financování sociálních služeb v ČR

Klíčovými účastníky systému pojištění péče je stát (příslušná ministerstva a úřady), regionální úroveň (kraje), lokální úroveň (obce) a poskytovatelé sociálních služeb a samotní pojištěnci.

Úroveň státu

Na úrovni státu spadá systém pojištění péče pod Ministerstvo práce a sociálních věcí (MPSV) a pod Ministerstvo zdravotnictví (MZ).

- MPSV
 - Úřad práce České republiky (ÚP ČR)
 - Česká správa sociálního zabezpečení (ČSSZ)

- MZ
 - Zdravotní pojišťovny

Hlavním úkolem MPSV je příprava dlouhodobých systémových opatření a příslušných právních předpisů a podpora rozvoje kvality poskytovaných sociálních služeb. Jde například o podporu:

- plánování sítě sociálních služeb v krajích a obcích opírající se o zjištěné potřeby lidí,
- zvyšování odbornosti a kvality poskytovaných služeb s důrazem na ochranu práv uživatelů služeb,
- občanských a svépomocných aktivit, tj. neziskového sektoru.

MPSV je poskytovatelem dotací ze státního rozpočtu, vyhlašuje a určuje podmínky pro jejich poskytování a rozhoduje o účelu jejich vynakládání. V případě příspěvkových organizací, jejichž je MPSV zřizovatelem (Centrum sociálních služeb Hrabyně, Technická inspekce České republiky, Centrum sociálních služeb pro osoby se zrakovým postižením v Brně-Chrlicích, Centrum Kociánka, Centrum pobytových a terénních sociálních služeb Zbůch, Centrum sociálních služeb Tloskov), zajišťuje MPSV dostupnost sociálních služeb na celorepublikové úrovni (MPSV, 2022b).

Úřad práce České republiky je správním úřadem s celostátní působností a je organizační složkou státu. Úřad práce ČR byl zřízen dnem 1. 4. 2011 zákonem č. 73/2011 Sb., o Úřadu práce České republiky a o změně souvisejících zákonů. Ministerstvo práce a sociálních věcí řídí Úřad práce ČR a je jeho nadřízeným správním úřadem. Kontaktní pracoviště se zabývají oblastí zprostředkování zaměstnání, evidence uchazečů a zájemců o zaměstnání, podpory v nezaměstnanosti a plní v oblasti nepojistných sociálních dávek úkoly správního orgánu prvního stupně dle zákona o státní sociální podpoře, zákona o pomoci v hmotné nouzi, zákona o sociálních službách, zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením, zákona o sociálně-právní ochraně dětí a zákona o náhradním výživném pro nezaopatřené dítě. Na kontaktním pracovišti krajské pobočky Úřadu práce ČR si mohou osoby, které nejsou schopné svými silami zajistit péči o svou osobu, podat žádost o příspěvek na péči. Krajská pobočka Úřadu práce ČR (sociální pracovník) provádí pro účely rozhodování o příspěvku nejprve sociální šetření, při kterém se

zjišťuje schopnost samostatného života osoby v jejím přirozeném sociálním prostředí. Následně krajská pobočka Úřadu práce ČR zašle příslušné okresní správě sociálního zabezpečení žádost o posouzení stupně závislosti osoby. Na základě tohoto posudku pak krajská pobočka Úřadu práce ČR vydá rozhodnutí o tom, zda se příspěvek na péči přiznává či nikoliv (Úřad práce ČR, 2021). Podrobněji rozvedeno v kap. 4.2.

Česká správa sociálního zabezpečení je správní úřad České republiky, který je podřízen Ministerstvu práce a sociálních věcí. Je to největší finančně správní instituce v rámci celé státní správy České republiky. Má na starosti výplatu důchodů a nemocenských dávek (mezi které patří i dávka dlouhodobé ošetrovné). Peníze, které Česká správa sociálního zabezpečení (dále jen „ČSSZ“) na pojistném vybere, jsou příjmem státního rozpočtu. Pojistné vybírají okresní správy sociálního zabezpečení. Povinnost platit sociální pojištění mají zaměstnavatelé, zaměstnanci, kteří jsou účastní nemocenského pojištění, a lidé, kteří se dobrovolně důchodově pojistili. Za zaměstnance odvádí pojistné zaměstnavatel (ČSSZ, 2022b). Podrobněji rozvedeno v kap. 3.2.3.3.

Zdravotní pojišťovna je specializovaná zdravotní a finanční instituce, jejímž hlavním úkolem je provádět všeobecné zdravotní pojištění. Způsob a rozsah provádění zdravotního pojištění je dán platnými právními normami (Ministerstvo zdravotnictví, 2021). Zřízení zdravotních pojištění je upraveno zákonem č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně ČR, ve znění pozdějších předpisů a zákonem č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů.

Od roku 1993 na území České republiky působilo celkem 29 zdravotních pojišťoven. Tento počet se postupem času zredukoval na současných sedm. V České republice nyní působí Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky a dále 6 zaměstnaneckých pojišťoven:

- Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky,
- Česká průmyslová zdravotní pojišťovna,
- Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví,
- Zaměstnanecká pojišťovna Škoda,
- Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra České republiky,

- Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna.

Všeobecná zdravotní pojišťovna ze zákona provádí veřejné zdravotní pojištění (dále také kapitola 3.2.3.2), pokud toto pojištění neprovádějí resortní, oborové a podnikové zdravotní pojišťovny. Zdravotní pojišťovny hradí zdravotní péči v pobytových službách, tzn. poskytovatel (např. domov pro seniory) obdrží platbu na sociální službu a dále od pojišťovny za zdravotní úkony. V sociálních zařízeních jsou prováděny zdravotní úkony, které nespádají do výkonů soc. služeb, ale zdravotní péče, která je hrazena ze zdravotních pojišťoven, na rozdíl od Německa, kde je zdravotní pojištění jedním z pilířů sociálního pojištění (Ministerstvo zdravotnictví, 2018) (viz obrázek 2.1).

Obce a kraje

Obce a kraje dbají na vytváření vhodných podmínek pro rozvoj sociálních služeb, zejména zjišťováním skutečných potřeb lidí a zdrojů k jejich uspokojení; kromě toho samy zřizují organizace poskytující sociální služby. Obce a kraje se podílejí na financování sociálních služeb dvěma základními zdroji. Jedním je příspěvek zřizovatele pro sociální služby, který je určen pro služby zřizované samotnými obcemi či kraji. Druhým zdrojem jsou dotace a granty, které jsou primárně poskytovány nestátním neziskovým organizacím (MPSV, 2022).

Podle § 95 písm. h) zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů kraj určuje **sít' sociálních služeb** na území své působnosti; činí tak v rámci své povinnosti zajišťovat dostupnost poskytování sociálních služeb na svém území v souladu se střednědobým plánem rozvoje sociálních služeb. Zápis do registru poskytovatelů provádí místně příslušný krajský úřad, tzn. obce žádají o registraci jimi zřizovaných soc. služeb. Místní příslušnost se řídí podle § 85 odst. 1 a § 78 odst. 2 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. Určení krajské sítě sociálních služeb spadá do samostatné působnosti kraje ve smyslu § 14 zákona č. 129/2000 Sb., o krajích (krajské zřízení), ve znění pozdějších předpisů. Zařazení příslušné sociální služby do krajské sítě je spojeno s legitimním očekáváním jejího poskytovatele, že služba bude krajem pověřena zajištěním služby obecného hospodářského zájmu ve smyslu Rozhodnutí Komise ze dne 20. 12. 2011 o použití čl. 106 odst. 2 Smlouvy o fungování Evropské unie na státní podporu ve formě vyrovnávací platby za závazek veřejné služby udělené určitým podnikům pověřeným

poskytováním služeb obecného hospodářského zájmu. Sociální služba zařazená do krajské sítě tak získává oproti jiným registrovaným službám, které do sítě zařazeny nejsou, výhodu poskytování vyrovnávací platby z veřejných zdrojů. Mezi krajem a příslušnými poskytovateli sociálních služeb, kteří byli zařazeni do krajské sítě, resp. o zařazení žádají, existuje veřejnoprávní vztah, v rámci kterého používá kraj postavení silnější strany, neboť autoritativně rozhoduje o právech dotčených poskytovatelů sociálních služeb. Financování sociálních služeb formou dotace ze státního rozpočtu poskytuje MPSV na základě § 101a ZSS krajům, které pak následně tuto dotaci přerozdělují sociálním službám, které jsou zařazeny do krajské sítě sociálních služeb.

Krajské úřady a úřady obcí s přenesenou působností vykonávají v oblasti sociálních služeb přenesenou působnost podle § 92 a § 93 zákona o sociálních službách. Dalšími subjekty vystupujícími v systému sociálních služeb, konkrétně v oblasti poskytování příspěvku na péči, jsou okresní správy sociálního zabezpečení, jejichž posudkoví lékaři provádějí posuzování stupně závislosti, obecní úřady obcí s rozšířenou působností a kontaktní pobočky Úřadu práce ČR, které přijímají žádosti o PnP, vyplácení PnP a plní náležitosti v procesu posuzování a schvalování PnP. Obecní úřady zajišťují informovanost občanů o poskytovaných službách sociální péče, prevence a poradenství v dané obci. Poskytují informace krajům o poskytovaných službách a potřebách na úrovni obce. Řídí a zajišťují financování zařízení zřízených obcí (poskytování příspěvků zřizovatele) (MPSV, 2015). V případě chybějící sociální služby na úrovni obce by měl pomoc zajistit krajský úřad.

Poskytovatelé sociálních služeb

Poskytování sociálních služeb v ČR je zajišťováno registrovanými poskytovateli sociálních služeb, poskytovateli sociálních služeb, kteří získali registraci v jiném členském státě EU a rodinnými příslušníky a blízkými osobami, kteří poskytují péči v přirozeném prostředí. Registrovaným poskytovatelem sociálních služeb je subjekt, kterému příslušný orgán (krajský úřad v rámci přenesené působnosti) přidělil na základě žádosti o registraci k poskytování sociálních služeb. Registrovaní poskytovatelé sociálních služeb jsou pak uvedeni v seznamu registrovaných

poskytovatelů spravovaném MPSV ČR⁴⁹. Poskytovateli sociálních služeb mohou být soukromé nebo státní organizace. Sociální služby jsou poskytovány v zařízeních sociálních služeb nebo mimo tato zařízení (pečovatelská služba a osobní asistence) formou ambulantní a terénní sociální služby (MPSV, 2015).

Pro poskytování sociálních služeb, což je dle ZSS, §3 a) „*činnost nebo soubor činností zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení*“, se zřizují zařízení sociálních služeb, například domov pro seniory nebo azylový dům. Nejedná se tedy o právnickou osobu, ale o konkrétní druh sociální služby. V praxi se tedy často stává, že několik druhů sociálních služeb poskytuje jedna právnická osoba, např. Charita ČR, Diakonie ČCE nebo organizace zřízená krajem či obcí. Tomu, kdo poskytuje sociální službu, se pak dle zákona o sociálních službách říká poskytovatel sociálních služeb.

Zřizovatel je zodpovědný za zajištění sociálních služeb na daném území. Cílem zřizovatele je, aby svým občanům zajistil potřebné služby finančně i místně dostupné a v co největší kvalitě. Zřizovateli sociálních služeb v ČR mohou být obce, kraje a Ministerstvo práce a sociálních věcí. Zřizovatelé jsou za práci poskytovatelů sociálních služeb odpovědní. Obce a kraje mohou zřizovat v rámci své samostatné působnosti sociální služby buď jako vlastní organizační složky bez právní subjektivity, nebo jako příspěvkové organizace, které mají samostatnou právní subjektivitu. MPSV také může zřizovat zařízení sociální péče. V současné době je MPSV zřizovatelem specializovaných ústavů s celostátní působností (Matoušek, 2007).

Dle „*Analýzy financování sociálních služeb*“ zpracované MPSV v roce 2019 jsou největším zřizovatelem sociálních služeb v ČR obce a kraje, které dohromady zřizují více jak 1 500 sociálních služeb, dále církve a náboženské společnosti a obecně prospěšné společnosti. Nezanedbatelná část služeb je zajišťována územními samosprávnými celky. Počty služeb dle právní formy zřizovatele ukazuje následující tabulka.

⁴⁹ Seznam registrovaných poskytovatelů dostupný z:
http://iregistr.mpsv.cz/socreg/vitejte.fw.do?SUBSESSION_ID=1415287318446_5

Tabulka 3.9: Počty registrovaných sociálních služeb dle právní formy poskytovatele

Počty registrovaných sociálních služeb dle právní formy organizace	
Právní forma organizace	Počet registrovaných sociálních služeb
Círky a náboženské společnosti + Evidované církevní právnické osoby	1 052
Obecně prospěšná společnost	1 041
Spolek	802
Příspěvková organizace kraje	774
Příspěvková organizace obce	762
Ústav	462
Obec	320
Společnost s ručením omezeným	229
Pobočný spolek	80
Akciová společnost	76
Ostatní právní formy v součtu (se zastoupením nižším než 50 služeb na právní formu)	77
CELKEM	5 675

Zdroj: MPSV - Analýza financování sociálních služeb (2019).

Osoby využívající dlouhodobou péči (klienti)

Osoby využívající dlouhodobou péči jsou především pobíratelé příspěvku na péči. Tedy osoby, které z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebují pomoc jiné fyzické osoby při zvládnání základních životních potřeb v rozsahu stanoveném stupněm závislosti podle zákona o sociálních službách. V roce 2021 byl počet osob se schváleným stupněm závislosti 356 627, z toho v I. stupni závislosti přibližně 27 %, v II. stupni 32 %, ve III. stupni 26 % a ve IV. stupni 15 %, jak je uvedeno v následující tabulce.

Tabulka 3.10: Počet osob pobírajících PnP v roce 2021

	I. (lehká závislost)	II. (středně těžká závislost)	III. (těžká závislost)	IV. (úplná závislost)	Celkem
Počet osob	97 957 (27 %)	112 765 (32 %)	91 886 (26 %)	54 019 (15 %)	356 627

Zdroj: ACCENDO (2022).

Z poskytnutého příspěvku pak tyto osoby hradí pomoc, kterou jim může dle jejich rozhodnutí poskytovat osoba blízká, asistent sociální péče, registrovaný poskytovatel sociálních služeb, dětský domov, speciální lůžkové zdravotnické zařízení hospicového typu nebo zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc.

3.2.2.1 Komparace klíčových aktérů a jejich rolí

Důležitými aktéry v německém systému pojištění jsou tzv. fondy péče (Pflegekassen, LTCI fondy), které byly zřízeny u všech zdravotních pojišťoven, spravují prostředky vybrané v rámci pojištění a přerozdělují je ve formě dávek LTCI. V České republice jsou sociální služby financované z více zdrojů s cílem dorovnání nákladů na provoz. Hodnocení kvality poskytovaných služeb a splnění standardů se hodnotí pouze při žádosti o registraci a při dotačním řízení, které však může být ovlivňováno potřebností služby na regionální nebo celostátní úrovni (MPSV, 2015).

V sociálních zařízeních v ČR jsou prováděny zdravotní úkony, které nespádají do výkonů sociálních služeb, ale zdravotní péče, která je hrazena ze zdravotních pojišťoven, na rozdíl od Německa, kde je zdravotní pojištění jedním z pilířů sociálního pojištění (viz Obrázek 2.1).

V Německu na úrovni federální spadá oblast LTC (Dlouhodobé péče) a LTCI (Pojištění dlouhodobé péče) pod Ministerstvo zdravotnictví, jehož jedním z ústředních úkolů je udržovat, zabezpečovat a rozvíjet efektivnost zákonného zdravotního pojištění a pojištění dlouhodobé péče. V oblasti vzdělávání ošetřovatelů spolupracuje Ministerstvo zdravotnictví ještě s Ministerstvem pro rodinu, seniory, ženy a mládež a pracovní právní aspekty související s ošetřovatelským personálem spadají pod Ministerstvo práce a sociálních věcí. V ČR na úrovni státu spadá systém pojištění péče pod Ministerstvo práce a sociálních věcí (MPSV) a pod Ministerstvo zdravotnictví (MZ), přičemž MPSV zřizuje Úřad práce České republiky a Českou správu sociálního zabezpečení (ČSSZ) a MZ spravuje zdravotní pojišťovny a do jeho gesce spadá veřejné zdravotní pojištění.

V Německu hrají důležitou roli obce, a to poskytováním poradenství v oblasti sociální péče. V ČR krajské úřady a úřady obcí s rozšířenou působností (ORP) vykonávají v oblasti sociálních služeb přenesenou působnost podle § 92 a § 93 ZSS, kromě toho samy zřizují organizace poskytující sociální služby. Obce a kraje se podílejí na financování sociálních služeb dvěma základními zdroji, a to příspěvkem zřizovatele pro sociální služby, který je určen pro služby zřizované samotnými obcemi či kraji, či dotacemi a granty, které jsou primárně poskytovány nestátním neziskovým organizacím. Poskytování sociálních služeb je v Německu téměř výhradně ponecháno

na bedrech nestátního neziskového sektoru. Pojištěnci, kteří poskytují vstupy do systému, odvádějí příspěvky do LCTI, přičemž zpětně nárokují dávky na LTC. Pojištěnci v Německu jsou zaměstnanci, zaměstnavatelé, osoby samostatně výdělečně činné a senioři (pobírající starobní či invalidní důchod), tzn., v Německu jsou plátcí pojištění i senioři a invalidé, na rozdíl od ČR, kde mají povinnost platit sociální pojištění pouze zaměstnavatelé, zaměstnanci, kteří jsou účastní nemocenského pojištění a lidé, kteří se dobrovolně důchodově pojistili. V ČR jsou senioři (pobírající starobní či invalidní důchod) pouze uživatelé systému.

3.2.3 Podrobná charakteristika stávajícího systému poskytování a financování dlouhodobé péče v ČR

V rámci kapitoly jsou popsány zdroje financování sociálních služeb, výše finančních prostředků vynakládaných na financování sociálních služeb, dále jsou zde uvedeny informace o sociálním a zdravotním pojištění v ČR včetně výše odvodů do systému.

3.2.3.1 Charakteristika fungování systému poskytování dlouhodobé péče v ČR

Procesy vstupu do sociální služby jsou upraveny v rámci ZSS v § 88, 90 a 91 a ve standardu kvality sociálních služeb č. 3, v němž jsou stanovena kritéria týkající se jednání se zájemcem o službu, který je předmětem přílohy č. 2 vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení ZSS, ve znění pozdějších předpisů.

Podle ZSS může osoba požádat o poskytnutí sociální služby poskytovatele sociálních služeb, nebo může požádat obec, ve které má trvalý nebo hlášený pobyt, o zprostředkování možnosti poskytnutí sociální služby anebo o zprostředkování kontaktu s poskytovatelem sociálních služeb.

Poskytovatelé sociálních služeb jsou dle § 88 ZSS povinni zejména „*zajišťovat dostupnost informací o druhu, místě, okruhu osob, jimž poskytují sociální služby, o kapacitě poskytovaných sociálních služeb a o způsobu poskytování sociálních služeb, a to způsobem srozumitelným pro všechny osoby*“. Dále jsou povinni „*informovat zájemce o sociální službu o všech povinnostech, které by pro něho vyplývaly ze smlouvy o poskytování sociálních služeb, o způsobu poskytování sociálních služeb a o úhradách za tyto služby, a to způsobem pro něj srozumitelným*“.

Poskytovatel dále dle Standardů kvality sociálních služeb⁵⁰ „projednává se zájemcem o sociální službu jeho požadavky, očekávání a osobní cíle, které by vzhledem k jeho možnostem a schopnostem bylo možné realizovat prostřednictvím sociální služby. Poskytovatel musí mít písemně zpracována vnitřní pravidla pro postup při odmítnutí zájemce o sociální službu z důvodů stanovených zákonem a musí podle těchto pravidel postupovat.“

Subjektem, který má odpovědnost za dostupnost konkrétní sociální služby, je kraj, v rámci samosprávy jako vyšší územní samosprávný celek (VÚSC) dle § 95 písm. g) a h) ZSS. Na základě bodu g) „zajišťuje dostupnost poskytování sociálních služeb na svém území v souladu se střednědobým plánem rozvoje sociálních služeb“, a na základě bodu h) „určuje síť sociálních služeb na území kraje“.

V § 91 ZSS je specifikováno, že „o poskytnutí sociální služby uzavírá osoba smlouvu s poskytovatelem sociálních služeb“. Zákon dále taxativně vymezuje, u kterých sociálních služeb musí být smlouva uzavřena v písemné formě, příp. kdy musí být uzavřena v písemné formě, pokud alespoň jedna smluvní strana při jednání o uzavření smlouvy tuto formu navrhne. Pobytové sociální služby jsou poskytovány zpravidla (až na výjimky) vždy na základě písemné smlouvy.

Dle § 91 odst. 6 a § 91a až § 91c ZSS osobu, která podle lékařského posudku vydaného poskytovatelem zdravotních služeb není schopna sama jednat a nemá zákonného zástupce nebo opatrovníka, zastupuje při uzavírání smlouvy obecní úřad obce s rozšířenou působností podle místa trvalého nebo hlášeného pobytu osoby, nebo jde-li o poskytnutí pobytových sociálních služeb v zařízení sociálních služeb nebo ve zdravotnickém zařízení lůžkové péče podle § 52 ZSS, obecní úřad obce s rozšířenou působností podle sídla tohoto zařízení. Opatrovník může dle stanovení soudu nakládat v rámci zájmu klienta s financemi, které je nutné uhradit v rámci čerpání/využívání sociálních služeb.

Poskytovatel musí mít písemně zpracována vnitřní pravidla pro uzavírání smlouvy o poskytování sociální služby s ohledem na druh poskytované sociální služby a okruh

⁵⁰ Příloha č. 2 vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení ZSS, ve znění pozdějších předpisů.

osob, kterým je určena a je povinen podle těchto pravidel postupovat. Smlouvu o poskytnutí sociální služby uzavírá statutární orgán poskytovatele nebo jím pověřená osoba (většinou sociální pracovník). Jako podklad k uzavření smlouvy má sociální pracovník poskytovatele sociálních služeb lékařské vyjádření, kdy dle § 91 odst. 4 ZSS platí, že: „Osoba je povinna před uzavřením smlouvy o poskytnutí pobytové služby předložit poskytovateli sociálních služeb posudek registrujícího poskytovatele zdravotních služeb v oboru všeobecné praktické lékařství o zdravotním stavu, nejde-li o poskytování sociálních služeb ve zdravotnickém zařízení podle § 52“.

Posouzení se tak účastní jak sociální pracovník zařízení, tak úvodem (pokud osoba nemá již posouzení – zda je osobou závislou na pomoci jiné osoby dle ZSS v konkrétně uvedených potřebách označených a posouzených ze strany Lékařské posudkové služby okresní správy sociálního zabezpečení (dále jen LPS OSSZ) pro účely správního řízení u příspěvku na péči dle § 9 ZSS) praktický lékař.

Úhradou nákladů za sociální služby se zabývá díl 5 ZSS (§ 71 až 77), kde je taxativně vymezeno, které sociální služby jsou poskytovány bez úhrady nákladů a které za částečnou či plnou úhradu nákladů. Mimo tato ustanovení je upraveno částečné financování dle ustanovení § 7 ZSS. Úhradu nákladů za poskytování sociálních služeb hradí osoba ve výši sjednané ve smlouvě uzavřené s poskytovatelem služby podle § 91 zákona. Každý druh sociální služby má pevně stanovenou maximální výši ceny za péči, stravu a ubytování, a to ve vyhlášce MPSV č. 505/2006 Sb. **Poskytovatel sociální služby se může** písemně dohodnout na spoluúčasti úhrady nákladů s osobou blízkou osobě, které je sociální služba poskytována, popřípadě s jinou fyzickou osobou nebo s právnickou osobou, pokud osoba, které je sociální služba poskytována, nemá vlastní příjem nebo její příjem nepostačuje na úhradu nákladů. Příjmem osoby se pro účely úhrady rozumí příjmy podle zákona č. 110/2006 Sb., o životním a existenčním minimu zákona, s výjimkou příspěvku na péči. Příspěvek na péči je určen právě na náklady spojené se zajištěním péče o tyto osoby a nelze z něj hradit výdaje za stravu a ubytování. Obdobně v SRN zákonný systém pojištění dlouhodobé péče pokrývá pouze **část nákladů** na dlouhodobou péči. Rozdíl musí být zaplacen osobou, která potřebuje péči, a to z vlastních úspor nebo majetku. Pokud požadovaná částka není k dispozici nebo není dostatečná, musí uhradit zbývající náklady děti. Pokud jsou děti finančně příliš přetíženy, může klient požádat o dávku

sociální pomoci (viz kap. 3.1.3.3). V ČR existuje vzájemná vyživovací povinnost mezi předky a potomky, tedy rodičů vůči dětem, a pokud výživu potřebují rodiče, mají k nim jejich děti, které jsou schopny se samy žít, vyživovací povinnost (zákon č. 89/2012 Sb., § 910), úhrady v sociálních službách však nejsou v ČR děti za své rodiče povinny platit, tzn., není to právně vymahatelné.

Sociální služby jsou buď poskytovány bez úhrady, anebo za úhradu. Pobytové sociální služby patří mezi placené sociální služby, jak vyplývá z výčtu sociálních služeb níže.

Sociální služby poskytované bez úhrady (§ 72 ZSS):

- a) sociální poradenství (§ 37),
- b) raná péče (§ 54),
- c) telefonická krizová pomoc (§ 55),
- d) tlumočnické služby (§ 56),
- e) krizová pomoc (§ 60),
- f) služby následné péče (§ 64), s výjimkou základních činností poskytovaných podle § 64 odst. 3,
- g) sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi (§ 65),
- h) sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením (§ 66),
- i) terénní programy (§ 69),
- j) sociální rehabilitace (§ 70), s výjimkou základních činností poskytovaných podle § 70 odst. 3,
- k) sociální služby v kontaktních centrech (§ 59) a nízkoprahových zařízeních pro děti a mládež (§ 62),
- l) služby sociálně terapeutických dílen (§ 67), s výjimkou základní činnosti poskytované podle § 67 odst. 2 písm. b),
- m) sociální služby intervenčních center (§ 60a),
- n) sociální služby center duševního zdraví (§ 70a).

Sociální služby poskytované za úhradu (§ 73 ZSS):

pobytové služby poskytované v:

- a) týdenních stacionářích (§ 47),
- b) domovech pro osoby se zdravotním postižením (§ 48),
- c) domovech pro seniory (§ 49),
- d) domovech se zvláštním režimem (§ 50),
- e) zdravotnických zařízeních lůžkové péče (§ 52).

Osoba hradí úhradu za ubytování, stravu a za péči poskytovanou ve sjednaném rozsahu.

Maximální výše úhrady za vybrané sociální služby jsou uvedeny v druhé části vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení ZSS, ve znění pozdějších předpisů. Po úhradě za ubytování a stravu při poskytování pobytových služeb v týdenních stacionářích musí osobě zůstat alespoň 25 % jejího příjmu a při poskytování pobytových služeb, které jsou poskytovány za úhradu, musí osobě zůstat alespoň 15 % jejího příjmu. Pokud je za uživatele sociální služby uzavírána smlouva o poskytování sociální služby ze strany OÚ ORP dle § 91 odst. 6 ZSS, pak tento úřad je odpovědný za nastavení podmínek ve smlouvě a za opatření vedoucí k jejich plnění i reálnosti (v souladu se zákonnou úpravou i s odpovědností úřadu za výkon státní správy) a za ochranu oprávněných zájmů zastupovaného uživatele sociální služby.

ZSS mimo sociální služby upravuje také nárok, přiznání, výši a vymezuje potřebnost příspěvku na péči, který se poskytuje osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby

a stát se jím podílí na zajištění sociálních služeb nebo jiných forem pomoci při zvládání základních životních potřeb osob (§ 7 ZSS). **Podrobnější informace o PnP jsou uvedeny v kapitole 4.2.**

V posledních dvaceti letech dochází v oblasti dlouhodobé (sociální a zdravotní) péče k výrazné snaze přesunout péči o závislé osoby do jejich domácího prostředí (Colombo a kol., 2011). Proto narůstá i pozornost věnovaná rodinným pečovatelům, kteří tuto péči poskytují. Již v současnosti pečovatelé z řady nejbližších rodinných příslušníků poskytují v zemích Evropské unie více než 80 % celkové péče (Triantafillou a kol., 2010). Neformální pečovatelé nejsou primárně odborně vyškoleni k poskytování péče, i když někteří absolvovali speciální odborný výcvik. Za poskytnutou péči nepobírají mzdu a z jejich péče jim vyplývají jenom minimální sociální práva. Neformální péči můžeme dělit na poskytování každodenních sebeobslužných aktivit (ADL „Activities of Daily Living“) a instrumentálních činností zaměřených na širší soběstačnost (IADL „Instrumental Activities of Daily Living“). ADL zahrnují osobní hygienu (např. mytí, čištění zubů, holení, úprava vlasů), pomoc s oblékáním, přesuny z vozíku či na vozík, do postele, přípravu jídla a krmení, pomoc s užíváním léků nebo toaletou. Do IADL řadíme pomoc s manipulací s penězi, péči o domácnost, nakupování, zařizování potřebných věcí atd. (Hoffmann, Rodrigues 2010).

V ČR byl nejvyšší počet klientů v letech 2019–2021 u služeb sociální péče, což je znázorněno v následující tabulce. Těchto služeb využívalo průměrně 227 634 klientů, což představuje 91,9 % veškerých klientů využívajících sociální služby. Klientů využívajících služby sociální péče ve sledovaném období ubývá, meziroční pokles je v průměru 5 396 klientů. Služby sociální prevence využívá průměrně 19 429 klientů, což je 7,9 %, a služby sociálního poradenství využívá 0,2 % klientů (MPSV, 2022).

Tabulka 3.11: Počet a podíl klientů dle skupin služeb v letech 2019–2021

Skupina služeb	Počet klientů			Podíl klientů		
	2019	2020	2021	2019	2020	2021
Sociální poradenství (§ 37)	531	530	528	0,2 %	0,2 %	0,2 %
Služby sociální péče (§ 38 – § 52)	233 153	227 388	222 361	91,7 %	92,1 %	91,9 %
Služby sociální prevence (§ 53 – § 70a)	20 453	18 871	18 964	8,1 %	7,7 %	7,9 %
CELKEM	254 137	246 789	241 853	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Zdroj: MPSV (2022).

Při porovnání počtu klientů, kteří využívají jednotlivé druhy služeb, je vidět, že nejvíce klientů využívá pečovatelské služby (§ 40 ZSS). Jejich počet sice od roku 2019 poklesl, ale i přes tento pokles pečovatelskou službu v roce 2021 využívalo 92 333 klientů. Druhý nejvyšší počet klientů je u domovů pro seniory (§ 49 ZSS) a poté u domovů se zvláštním režimem (§50 ZSS).

Tabulka 3.12: Přehled počtu klientů dle typu a druhu sociální služby v letech 2019–2021

§	Popis	Typ služby	Počet klientů		
			2019	2020	2021
37	Sociální poradenství	Sociální poradenství	531	530	528
39	Osobní asistence	Služby sociální péče	9 527	9 696	9 712
40	Pečovatelská služba	Služby sociální péče	101 216	98 240	92 333
41	Tísňová péče	Služby sociální péče	3 875	4 419	4 405
42	Průvodcovské a předčitatelské služby	Služby sociální péče	626	604	615
43	Podpora samostatného bydlení	Služby sociální péče	1 043	988	1 060
44	Odlehčovací služby	Služby sociální péče	13 907	11 776	12 580
45	Centra denních služeb	Služby sociální péče	2 611	2 134	1 795
46	Denní stacionáře	Služby sociální péče	7 095	6 620	6 746
47	Týdenní stacionáře	Služby sociální péče	892	824	819
48	Domovy pro osoby se ZP	Služby sociální péče	12 491	12 152	11 878
49	Domovy pro seniory	Služby sociální péče	45 259	45 211	45 420
50	Domovy se zvláštním režimem	Služby sociální péče	27 237	27 684	28 046
51	Chráněné bydlení	Služby sociální péče	4 556	4 596	4 625
52	SS poskytované ve zdrav. zařízeních úst. péče	Služby sociální péče	2 818	2 444	2 327
54	Raná péče	Služby soc. prevence	47	47	48
55	Telefonická krizová pomoc	Služby soc. prevence	35	32	32
56	Tlumočnické služby	Služby soc. prevence	28	28	27
57	Azylové domy	Služby soc. prevence	10 634	9 457	9 624
58	Domy na půl cesty	Služby soc. prevence	639	536	509
59	Kontaktní centra	Služby soc. prevence	61	60	61
60	Krizová pomoc	Služby soc. prevence	45	43	44
60a	Intervenční centra	Služby soc. prevence	18	17	17
61	Nízkoprahová denní centra	Služby soc. prevence	66	69	71
62	Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež	Služby soc. prevence	255	247	234
63	Noclehárny	Služby soc. prevence	78	78	78
64	Služby následné péče	Služby soc. prevence	2 169	2 068	2 146
65	Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi	Služby soc. prevence	256	251	246
66	Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se ZP	Služby soc. prevence	135	123	120
67	Sociálně terapeutické dílny	Služby soc. prevence	4 882	4 706	4 619
68	Terapeutické komunity	Služby soc. prevence	585	579	572
69	Terénní programy	Služby soc. prevence	220	221	209
70	Sociální rehabilitace	Služby soc. prevence	300	309	307

Zdroj: MPSV (2022).

3.2.3.2 Financování sociálních služeb v ČR

Výčet legislativy k financování dlouhodobé péče

- Financování sociálních služeb formou dotace ze státního rozpočtu poskytuje MPSV na základě § 101a ZSS krajům, které pak následně tuto dotaci přerozdělují sociálním službám, které jsou zařazeny do krajské sítě sociálních služeb.
- Sociální péče je hrazena příspěvkem na péči (PnP) dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění a vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách (podrobněji rozvedeno v kap. 4.2).
- Zdravotní péče v pobytových sociálních službách je hrazena dle zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů.
- Úhrady uživatelů za ubytování a stravu v zařízeních pobytové péče, jejichž maximální výše úhrady je stanovena vyhláškou č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.

Dotace ze státního rozpočtu se poskytovateli sociální služby poskytuje jen na úhradu nezbytně nutných nákladů provozované sociální služby. Dotaci ze státního rozpočtu poskytuje MPSV na základě § 101a ZSS krajům, které pak následně tuto dotaci přerozdělují sociálním službám, které jsou zařazeny do krajské sítě sociálních služeb. Jedná se o sociální služby, které kraj v rámci své samostatné působnosti vybral na základě zjištěné potřeby dle § 95 ZSS. Z dotace na sociální služby, kterou poskytuje MPSV, lze hradit pouze uznatelné náklady, kterými jsou osobní náklady, náklady na energie, nájmy, náklady na povinné školení pracovníků v přímé péči apod. Jelikož proces přerozdělení dotace probíhá v samostatné působnosti krajů, nemůže MPSV dle současného legislativního prostředí do tohoto procesu nijak zasahovat. Vyúčtování dotace od koncových příjemců (sociálních služeb) není zasíláno MPSV, ale krajům, které dotaci poskytly (MPSV, 2019).

V ČR jsou v rámci krajů různě vysoké dotace na lůžko v rámci pobytových služeb. Důvodem pro rozdílnou výši přidělené dotace v mezikrajovém porovnání mohou být primárně další zdroje sociálních služeb. Například tím, kolik finančních prostředků

(vyjma dotace, kterou získává kraj od MPSV) přerozděluje kraj ze svého rozpočtu a jakým způsobem vypočítává příspěvek zřizovatele, který významně ovlivňuje výši průměrné dotace z MPSV (MPSV, 2019). V SRN jsou popisovány také regionální rozdílnosti nákladů na sociální péči napříč spolkovými zeměmi v SRN (podrobněji viz kap. 3.1.5.).

Současný způsob financování sociálních služeb však způsobuje pro poskytovatele sociálních služeb značnou nejistotu ohledně výše dotace, kterou obdrží, a také časového horizontu obdržení dotace, jelikož z důvodu stanoveného postupu převodu dotace z MPSV na kraje a jejího následného rozdělení mezi poskytovatele sociálních služeb v krajské síti mohou poskytovatelé sociálních služeb dotaci obdržet až v druhé polovině kalendářního roku, na který je dotace určena. Naopak v SRN je zajištěna kontinuita systému pojištění a úhrad z pojištění služeb, což poskytuje zapojeným subjektům finanční jistotu.

Financování sociálních služeb v ČR je vícezdrojové a je zajišťováno z těchto zdrojů (MPSV, 2019):

1/ Dotace od MPSV přidělované registrovaným poskytovatelům sociálních služeb na základě žádosti, příspěvek zřizovatele u poskytovatelů, jejichž zřizovatelem jsou samosprávy (kraje, obce), dotace od krajů nebo obcí a případně další veřejné výdaje, jejichž příjemci jsou poskytovatelé sociálních služeb.

2/ Příspěvek na péči (dále „PnP“), který je přidělován osobám na základě posouzení míry závislosti. Jedná se o dávku, která by měla osobě, jejíž zdravotní stav vyžaduje péči jiných osob, umožnit zajištění potřebné pomoci, a to především prostřednictvím poskytování potřebných sociálních služeb (podrobněji viz kapitola 4.2).

3/ Úhrady uživatelů za ubytování a stravu v zařízeních pobytové péče, přičemž je na národní úrovni stanovena maximální výše úhrady (viz vyhláška č. 505/2006 Sb.).

4/ Zdravotní pojištění za zdravotnické úkony poskytované v zařízeních sociálních služeb.

5/ Dodatečným zdrojem financování jsou dary fyzických a právnických osob nebo církví, prostředky z fondů EU, případně ad hoc granty na národní úrovni, příjmy

z prodeje vlastních služeb, výrobků a zboží, prostředky na podporu aktivní politiky zaměstnanosti a ostatní nezařazené příjmy.

Financování sociálních služeb v roce 2021 dle dat poskytnutých MPSV:

- dotace MPSV na sociální služby: 35,4 mld. Kč
- příspěvek na péči: 8,2 mld. Kč
- úhrady uživatelů: 9,1 mld. Kč
- příspěvky a dotace krajů: 6,8 mld. Kč
- příspěvky a dotace obcí: 3,8 mld. Kč
- úhrady Úřadu vlády a ostatních resortů: 0,4 mld. Kč
- zdravotní pojištění: 3,7 mld. Kč
- evropské dotace: 0,9 mld. Kč
- ostatní zdroje: 6,4 mld. Kč

Financování sociálních služeb je v rámci následujících tabulek děleno také na náklady na služby sociální péče (§ 38 – § 52 ZSS), sociální poradenství (§ 37 ZSS) a služby sociální prevence (§ 53 – § 70a ZSS). Podíl nákladů na služby sociální péče je nejvyšší, v letech 2019 až 2021 průměrně 84,8 %. Druhý nejvyšší je podíl nákladů na služby sociální prevence, průměrně 13,3 %. Podíl nákladů na sociální poradenství byl ve všech třech letech 1,9 %. Tyto skupiny služeb jsou blíže popsány v kapitole 3.2.1.

Tabulka 3.13: Podíl skupiny služeb na celkových nákladech v letech 2019–2021

Skupina služeb	2019	2020	2021
Sociální poradenství (§ 37)	1,9 %	1,9 %	1,9 %
Služby sociální péče (§ 38 – § 52)	84,5 %	85,2 %	84,7 %
Služby sociální prevence (§ 53 – § 70a)	13,6 %	12,9 %	13,3 %
CELKEM	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Zdroj: MPSV, výkazy (2022).

Pozn.: Data za rok 2021 jsou předběžná.

V rámci financování sociálních služeb dochází k navyšování celkových nákladů na sociální služby. Průměrně se jedná v období 2019–2021 o 6,0 mld. Kč za rok, mezi roky 2019 a 2020 však došlo k navýšení nákladů o 7,6 mld. Kč dle dat poskytnutých MPSV. Největší podíl v celkových nákladech tvoří osobní náklady zaměstnanců, které v roce 2021 byly 75 % celkových nákladů, v roce 2013 byl podíl osobních nákladů jen 65,1 %.

Tabulka 3.14: Struktura zdrojů financování sociálních služeb (v Kč) v letech 2019–2021

Skupina služeb	Rok	Celkové náklady	Struktura příjmů na pokrytí celkových nákladů									
			Příspěvek na péči	Úhrady uživatelů	Zdravotní pojišťovny	Dotace MPSV	Kraje	Obce	Úřad vlády, ostatní resorty	Prostředky EU	Ostatní *	
Celkové náklady na soc. služby	2019	49 322 025 003	8 228 298 644	9 046 876 385	2 697 261 559	16 805 611 712	5 133 382 706	3 466 683 114	271 287 446	1 035 896 684	2 636 726 753	
	2020	56 928 437 259	8 338 362 058	9 260 025 579	3 321 344 343	18 595 611 712	6 510 028 789	3 670 207 303	543 911 840	1 102 613 790	5 586 331 845	
	2021	61 317 749 594	8 229 575 234	9 067 108 995	3 676 252 907	22 151 797 456	6 770 487 979	3 758 542 374	408 269 678	888 441 992	6 367 272 979	
z toho	Náklady na služby soc. péče	2019	41 675 577 886	8 084 359 947	8 792 697 919	2 681 239 399	13 697 867 290	3 843 788 804	2 819 679 199	21 258 638	77 661 588	1 657 025 102
		2020	48 520 110 853	8 226 424 136	9 026 848 194	3 309 020 603	15 063 943 585	4 915 077 425	3 015 907 047	242 045 755	132 399 020	4 588 445 088
		2021	51 963 820 800	8 091 382 063	8 818 976 611	3 651 089 268	17 717 688 014	5 127 522 790	3 072 279 208	102 789 557	73 951 837	5 308 141 452
	Náklady na soc. poradenství	2019	948 798 405	362 011	0	2 063 357	526 129 087	154 494 485	72 418 362	62 033 868	57 853 776	73 443 459
		2020	1 070 884 920	617 368	0	1 271 137	597 917 114	187 727 929	74 097 021	74 483 633	58 515 435	76 255 283
		2021	1 193 631 400	646 847	0	1 293 450	744 544 171	184 980 916	75 808 257	79 161 901	37 557 149	69 638 710
	Náklady na služby soc. prevence	2019	6 697 648 712	143 576 686	254 178 466	13 958 803	2 581 615 335	1 135 099 417	574 585 553	187 994 940	900 381 320	906 258 192
		2020	7 337 441 486	111 320 554	233 177 385	11 052 603	2 933 751 013	1 407 223 435	580 203 235	227 382 452	911 699 335	921 631 475
		2021	8 160 297 394	137 546 324	248 132 384	23 870 189	3 689 565 271	1 457 984 273	610 454 909	226 318 220	776 933 006	989 492 818

Zdroj: MPSV, výkazy (2022).

Pozn.: Data za rok 2021 jsou předběžná. * V položce "Ostatní" jsou za roky 2020 a 2021 zahrnuty i prostředky na mimořádné dotační tituly MPSV v souvislosti s podporou sektoru při pandemii COVID-19. Dělení dle skupin služeb je blíže popsáno v kapitole 3.2.1.

Poměr příjmů sociálních služeb na celkových nákladech v roce 2021 ukazuje, že se MPSV svou dotací podílelo 57,7 % a příspěvkem na péči 13,4 % na financování sociálních služeb. Celkem se MPSV v tomto období podílel 71,2 % na celkových nákladech sociálních služeb. Obce a kraje se podílely na celkových příjmech sociálních služeb 17,2 %. V členění dle skupin služeb je vidět vysoký podíl financování z dotace MPSV u nákladů na sociální poradenství (v roce 2021 celkem 62,4 %), na financování této skupiny služeb se zároveň jen velmi malým podílem podílejí finance zdravotních pojišťoven, úhrady uživatelů a příspěvky na péči.

Tabulka 3.15: Podíl zdrojů na financování sociálních služeb dle skupiny služeb v letech 2019–2021

Skupina služeb	Rok	Celkové náklady	z toho									
			Příspěvek na péči	Úhrady uživatelů	Zdravotní pojišťovny	Dotace MPSV	Kraje	Obce	Úřad vlády, ostatní resorty	Prostředky EU	Ostatní	
Celkové náklady na soc. služby	2019	100%	16,7%	18,3%	5,5%	34,1%	10,4%	7,0%	0,6%	2,1%	5,3%	
	2020	100%	14,6%	16,3%	5,8%	32,7%	11,4%	6,4%	1,0%	1,9%	9,8%	
	2021	100%	13,4%	14,8%	6,0%	36,1%	11,0%	6,1%	0,7%	1,4%	10,4%	
z toho	Náklady na služby soc. péče	2019	100%	19,4%	21,1%	6,4%	32,9%	9,2%	6,8%	0,1%	0,2%	4,0%
		2020	100%	17,0%	18,6%	6,8%	31,0%	10,1%	6,2%	0,5%	0,3%	9,5%
		2021	100%	15,6%	17,0%	7,0%	34,1%	9,9%	5,9%	0,2%	0,1%	10,2%
	Náklady na soc. poradenství	2019	100%	0,0%	0,0%	0,2%	55,5%	16,3%	7,6%	6,5%	6,1%	7,7%
		2020	100%	0,1%	0,0%	0,1%	55,8%	17,5%	6,9%	7,0%	5,5%	7,1%
		2021	100%	0,1%	0,0%	0,1%	62,4%	15,5%	6,4%	6,6%	3,1%	5,8%
	Náklady na služby soc. prevence	2019	100%	2,1%	3,8%	0,2%	38,5%	16,9%	8,6%	2,8%	13,4%	13,5%
		2020	100%	1,5%	3,2%	0,2%	40,0%	19,2%	7,9%	3,1%	12,4%	12,6%
		2021	100%	1,7%	3,0%	0,3%	45,2%	17,9%	7,5%	2,8%	9,5%	12,1%

Zdroj: MPSV, výkazy (2022).

Pozn.: Data za rok 2021 jsou předběžná. * V položce "Ostatní" jsou za roky 2020 a 2021 zahrnuty i prostředky na mimořádné dotační tituly MPSV v souvislosti s podporou sektoru při pandemii COVID-19. Dělení dle skupin služeb je blíže popsáno v kapitole 3.2.1.

Kromě MPSV se na příjmech sociálních služeb významnou měrou podílejí samotní klienti formou tzv. úhrad. V roce 2021 činily celkové příjmy z úhrad klientů 9,1 mld. Kč, což je po státu druhý největší zdroj financování sociálních služeb.

Mezi další zdroje financování služeb sociální péče patří příjmy ze zdravotního pojištění, které v roce 2021 dosáhly hodnotu 3,7 mld. Kč. Tyto příjmy mohou být určeny pouze na zdravotní výkony (ZSS, § 36). Dle „Analýzy financování sociálních služeb“ je zdravotní péče hrazena z veřejného zdravotního pojištění pouze ve výši 15 % z lékařsky indikované a skutečně provedené zdravotní péče. V sociálních službách není hrazena zdravotní péče cca ve výši 5 mld. Kč ročně. Náklady na zdravotní personál nelze hradit z dotace MPSV, jelikož mají být dle platných zákonů hrazeny z veřejného zdravotního pojištění. Náklady na zdravotní péči tak hradí sociální služby z jiných příjmů nebo z příspěvků zřizovatele.

V následující tabulce je uveden přehled celkových nákladů dle druhů sociálních služeb v ČR. Nejvyšší náklady mají domovy pro seniory, v roce 2021 celkem 19,2 mld. Kč. Druhé nejvyšší náklady jsou u domovů se zvláštním režimem (12,7 mld. Kč) a třetí nejvyšší u domovů pro osoby se zdravotním postižením (8,6 mld. Kč).

Tabulka 3.16: Přehled celkových nákladů dle druhu sociální služby

§	Popis	Typ služby	Celkové náklady (mil. Kč/rok)		
			2019	2020	2021
37	Sociální poradenství	Sociální poradenství	876,03	1 010,76	1 127,86
39	Osobní asistence	Služby sociální péče	1 056,06	1 237,54	1 420,49
40	Pečovatelská služba	Služby sociální péče	3 829,25	4 495,80	4 907,72
41	Tísňová péče	Služby sociální péče	90,23	118,17	134,57
42	Průvodcovské a předčitatelské služby	Služby sociální péče	19,26	18,31	21,32
43	Podpora samostatného bydlení	Služby sociální péče	118,68	140,83	153,38
44	Odlehčovací služby	Služby sociální péče	1 084,20	1 305,20	1 476,94
45	Centra denních služeb	Služby sociální péče	249,42	258,70	269,44
46	Denní stacionáře	Služby sociální péče	1 104,90	1 157,21	1 360,42
47	Týdenní stacionáře	Služby sociální péče	408,42	424,05	476,39
48	Domovy pro osoby se ZP	Služby sociální péče	6 956,55	7 951,14	8 582,00
49	Domovy pro seniory	Služby sociální péče	15 746,91	18 186,88	19 168,31
50	Domovy se zvláštním režimem	Služby sociální péče	10 017,07	11 997,54	12 692,17
51	Chráněné bydlení	Služby sociální péče	1 480,41	1 728,37	1 996,98
52	SS poskytované ve zdrav. zařízeních úst. péče	Služby sociální péče	558,79	583,97	573,63
54	Raná péče	Služby soc. prevence	201,28	217,27	251,07
55	Telefonická krizová pomoc	Služby soc. prevence	109,79	122,25	142,24

§	Popis	Typ služby	Celkové náklady (mil. Kč/rok)		
			2019	2020	2021
56	Tlumočnické služby	Služby soc. prevence	60,34	73,61	90,49
57	Azylové domy	Služby soc. prevence	1 045,50	1 197,18	1 264,89
58	Domy na půl cesty	Služby soc. prevence	72,76	60,12	65,77
59	Kontaktní centra	Služby soc. prevence	218,18	240,46	263,28
60	Krizová pomoc	Služby soc. prevence	101,27	111,30	120,64
60 a	Intervenční centra	Služby soc. prevence	52,42	57,38	58,51
61	Nízkoprahová denní centra	Služby soc. prevence	149,92	177,07	198,77
62	Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež	Služby soc. prevence	541,91	558,83	591,01
63	Noclehárny	Služby soc. prevence	160,06	177,66	187,60
64	Služby následné péče	Služby soc. prevence	115,56	127,56	138,26
65	Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi	Služby soc. prevence	611,86	614,53	692,41
66	Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se ZP	Služby soc. prevence	202,01	205,98	229,39
67	Sociálně terapeutické dílny	Služby soc. prevence	497,38	519,24	574,39
68	Terapeutické komunity	Služby soc. prevence	122,62	137,48	151,77
69	Terénní programy	Služby soc. prevence	530,22	590,58	607,24
70	Sociální rehabilitace	Služby soc. prevence	932,76	1 125,45	1 328,40

Zdroj: MPSV (2022).

3.2.3.3 Sociální pojištění v ČR

Sociální pojištění v ČR je od 1. 1. 1993 do současné doby v souladu se zákonem č. 589/1992 Sb., o pojistném na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů založeno na pojistném principu, tj. na pravidelném placení příspěvku na nemocenské pojištění, důchodové pojištění a na státní politiku zaměstnanosti.

System sociálního pojištění je financován průběžným způsobem. To znamená, že výdaje na dávky v daném období jsou hrazeny z příjmů z pojistného vybraného v tomto období. Právní úpravu financování obsahuje zákon č. 589/1992 Sb., o pojistném na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů, který nabyt účinnosti dnem 1. ledna 1993. Stanoví zejména:

- okruh poplatníků pojistného (včetně příspěvku na státní politiku zaměstnanosti),

- způsob stanovení výše pojistného, odvod pojistného a povinnosti plátců pojistného.

Podle tohoto zákona se vybírá pojistné na sociální zabezpečení (na nemocenské pojištění a důchodové pojištění) a příspěvek na státní politiku zaměstnanosti. Důvodem zřízení je pomoc obyvatelům, plátcům sociálního pojištění, v možné budoucí sociální situaci, např. v nemoci, mateřství, odchodu do starobního či invalidního důchodu, v nezaměstnanosti apod.

Sazby v rámci sociálního pojištění z vyměřovacího základu činí:

- u zaměstnavatelů 24,8 %, z toho 2,1 % na nemocenské pojištění, 21,5 % na důchodové pojištění, 1,2 % na státní politiku zaměstnanosti,
- u zaměstnanců 6,5 %,
- u osob samostatně výdělečně činných (OSVČ) 29,2 %, z toho 28 % na důchodové pojištění, 1,2 % na státní politiku zaměstnanosti,
- u OSVČ, které jsou dobrovolně účastny nemocenského pojištění 2,1 % z vyměřovacího základu,
- u osob dobrovolně účastných důchodového pojištění 28 %,
- u zahraničních zaměstnanců, kteří se dobrovolně přihlásí k účasti na nemocenském pojištění, 2,1 % z vyměřovacího základu (ČSSZ, 2022a).

V ČR není zdravotní pojištění součástí sociálního pojištění. Netvoří samostatný pilíř, ale je součástí prvního pilíře systému Sociálního zabezpečení, kterým je sociální pojištění. Na rozdíl od systému v SRN, kde je zdravotní pojištění součástí povinného sociálního pojištění (viz obrázek 2.1).

3.2.3.4 Zdravotní pojištění v ČR

Veřejné zdravotní pojištění spadá kompetenčně pod Ministerstvo zdravotnictví a slouží k úhradě zdravotní péče, která má za cíl prostřednictvím zdravotních služeb zlepšit nebo zachovat zdravotní stav či zmírnit utrpení pojištěnce. Podmínky zdravotního pojištění se řídí zejména zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů. V České republice je systém poskytování zdravotní péče založen na principu solidarity, kdy je podle Bismarckovského modelu zdravotnictví pro všechny občany povinné tedy odvádět platbu za zdravotní pojištění do fondů zdravotních pojišťoven. Všichni pojištěnci odvádí platbu 13,5 % z vyměřovacího základu. Týká se to jak zaměstnanců (1/3 hradí

zaměstnanec a 2/3 zaměstnavatel), tak osob samostatně výdělečně činných (OSVČ) a osob bez zdanitelných příjmů. Za zákonem vymezené skupiny občanů (např. seniory, studenty, nezaopatřené děti atd.) je plátcem pojistného stát (Ministerstvo zdravotnictví, 2018).

Odvody na zdravotní pojištění jsou přerozdělovány jednotlivým nestátním zdravotním pojišťovnám, které tyto finanční prostředky shromažďují v pojišťovacích fondech. Zdravotní péče (zdravotní služby) je hrazena z veřejného zdravotního pojištění a případná přímá finanční spoluúčast občanů nepřesahuje 15 %. Nejčastěji se jedná o finanční spoluúčast ve formě příplatků za léky, stomatologické služby a zdravotní pomůcky. Zdravotní prostředky a léčivé látky jsou rozděleny do skupin, přičemž v každé skupině je nejméně jeden, který je zdravotní pojišťovnou plně hrazen (Ministerstvo zdravotnictví, 2018).

V České republice tvoří systém zdravotní péče pojištěnec (příjemce zdravotní péče), poskytovatel zdravotních služeb (zprostředkovatel zdravotní péče) a zdravotní pojišťovna (plátce zdravotní péče). V rámci zdravotního pojištění má pojištěnec právo si vybrat jednu ze sedmi zdravotních pojišťoven. Změnu zdravotní pojišťovny je možné provést jednou za 12 měsíců, a to vždy jen k 1. dni kalendářního pololetí (Ministerstvo zdravotnictví, 2018).

Důležitou součástí systému veřejného zdravotního pojištění je rovněž tzv. úhradová vyhláška, která pro každý rok stanoví principy regulace všech segmentů zdravotní péče. Vyhláška tedy stanoví pravidla pro výpočet různých limitů úhrady ze zdravotního pojištění pro jednotlivé odbornosti, např. pro praktické lékaře, ambulantní specialisty a stomatology, ale rovněž i pro nemocniční péči nebo pro laboratoře (Národní zdravotnický informační portál, 2022). V lékové oblasti tato vyhláška stanoví způsob výpočtu limitů pro léčivé přípravky předepisované jednotlivými lékaři na recept nebo vykazované při poskytování péče. Rovněž jsou v ní uvedeny limity nákladů na centrové⁵¹ léčivé přípravky, a to pro jednotlivé diagnostické skupiny. V případě, že lékař, nemocnice nebo specializované centrum překročí limit stanovený vyhláškou, tak

⁵¹ Speciální kategorií jsou nákladné léky, které mohou používat jen vybraná centra s uzavřenou zvláštní smlouvou se zdravotními pojišťovnami. Do těchto center je koncentrováno používání léčiv z důvodu potřeby vysoké specializace péče nebo proto, aby bylo možné lépe kontrolovat náklady. Těmto lékům se říká „léky centrové“, protože je může předepsat jen lékař pracující v centru. Jedná se většinou o nové inovativní léky, které mají velmi často strukturu monoklonálních protilátek a někdy se nazývají také léky biologické (SÚKL, 2021).

mu takovou péči nebo léky zdravotní pojišťovna neuhradí, anebo uhradí pouze zčásti. Zároveň ale platí, že pokud se zdravotnické zařízení dokáže se zdravotní pojišťovnou dohodnout na pravidlech úhrady péče a uzavřou spolu smlouvu, tak taková dohoda má před pravidly úhradové vyhlášky přednost, aby bylo možné individuálně zohlednit specifickou situaci, na kterou nejsou pravidla daná vyhláškou aplikovatelná (Ministerstvo zdravotnictví, 2018).

3.2.3.5 Komparace podrobné charakteristiky stávajícího systému financování

V německém systému LTCl se pojistné platí povinně a vztahuje se na všechny obyvatele, kteří jsou pojištěni v rámci standardního povinného zdravotního pojištění. LTCl je nadstavbou systému zdravotního pojištění. Samotní klienti si mohou vybrat fond (pokud jsou ve veřejném programu) nebo pojistitele (pokud jsou v soukromém) pro zdravotní i dlouhodobou péči. Hrazení LTCl je povinné a probíhá buď prostřednictvím zákonného pojištění, které je financováno z fixního procenta z příjmu, nebo je financování soukromým příspěvkem podle věku a placené soukromým pojistitelům. Od roku 2005 existuje přírážka pro bezdětné osoby. V ČR neexistuje povinné zákonné sociální pojištění dlouhodobé péče jako v SRN (podrobněji viz kap. 3.1.3.1) či nějaký fond/pojišťovna, kde by bylo možné tento typ pojištění uzavřít. Peníze, které Česká správa sociálního zabezpečení (dále jen „ČSSZ“) na sociálním pojištění vybere, jsou příjmem státního rozpočtu. Pojistné vybírají okresní správy sociálního zabezpečení. Povinnost platit sociální pojištění mají zaměstnavatelé, zaměstnanci, kteří jsou účastni nemocenského pojištění, a lidé, kteří se dobrovolně důchodově pojistili. Za zaměstnance odvádí pojistné zaměstnavatel (ČSSZ, 2022b).

V ČR není zdravotní pojištění součástí sociálního pojištění, jako je tomu v SRN, kde je zdravotní pojištění součástí povinného sociálního pojištění. Systém poskytování zdravotní péče je založen na principu solidarity, tzn. povinnost pro všechny občany odvádět platbu za zdravotní pojištění do fondů zdravotních pojišťoven. Pojištěnci odvádí platbu 13,5 % z vyměřovacího základu, a to jak zaměstnanci (1/3 hradí zaměstnanec a 2/3 zaměstnavatel), tak osoby samostatně výdělečně činné (OSVČ) a osoby bez zdanitelných příjmů. Pouze za zákonem vymezené skupiny občanů (např. seniory, studenty, nezaopatřené děti atd.) je plátcem pojistného stát (Ministerstvo zdravotnictví, 2018).

Financování sociálních služeb v ČR probíhá formou dotace ze státního rozpočtu, kterou přerozděluje MPSV krajům, které pak následně tuto dotaci přerozdělují

sociálním službám, jež jsou zařazeny do krajské sítě sociálních služeb. Sociální péče je hrazena příspěvkem na péči (MPSV, 2019).

Poskytovatel sociální služby v ČR se může písemně dohodnout na spoluúčasti na úhradě nákladů s osobou blízkou osobě, které je sociální služba poskytována, popřípadě s jinou fyzickou osobou nebo s právnickou osobou, pokud osoba, které je sociální služba poskytována, nemá vlastní příjem nebo její příjem nepostačuje na úhradu nákladů. Příjmem osoby se pro účely úhrady rozumí příjmy podle zákona č. 110/2006 Sb., o životním a existenčním minimu zákona, s výjimkou příspěvku na péči. Příspěvek na péči je určen právě na náklady spojené se zajištěním péče o tyto osoby a nelze z něj hradit výdaje za stravu a ubytování. V SRN zákonný systém pojištění dlouhodobé péče pokrývá pouze **část nákladů** na dlouhodobou péči. Rozdíl musí být zaplacen osobou, která potřebuje péči, a to z vlastních úspor nebo majetku. Pokud požadovaná částka není k dispozici nebo není dostatečná, musí uhradit zbývající náklady děti. Pokud jsou děti finančně příliš přetíženy, může klient požádat o nepojistnou sociální dávku ze systému sociální pomoci, tzv. Dávky pomoci v hmotné nouzi (viz kap. 3.1.3.3).

3.2.4 Aktuální témata v systému dlouhodobé péče v ČR

1/ Sociálně zdravotní pomezí

Vzrůstající trend stárnutí populace v celé ČR a EU přináší celou řadu problémů, na které nebyly a nejsou struktury sociální a zdravotní péče v ČR dostatečně připraveny. Roztříštěnost, nesourodost a nepropojenost sociálního systému, který spadá do gesce MPSV, a zdravotního sektoru, který spadá do gesce Ministerstva zdravotnictví, způsobuje problémy při přechodu klientů mezi těmito dvěma systémy. Chybí koordinace služeb a pracovníci obou sektorů nejsou vzájemně dostatečně informováni. Výsledkem tak jsou mimořádná sociální i zdravotní rizika osob, které jsou na tyto dva systémy poskytování péče odkázány (Kraj Vysočina, 2020).

Mezi zdravotní a sociální sférou je velmi úzká provázanost a nelze je od sebe striktně oddělovat. Poskytování zdravotní a sociální péče však probíhá v českém prostředí odděleně. Zdravotní péči může vykonávat pouze kvalifikovaný zdravotnický personál (např. lékař, všeobecná sestra, fyzioterapeut), sociální péči pracovníci v sociálních službách, příp. další pracovníci nebo pečující osoby. Sociální péče je řešena zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění a zdravotní péče zákonem

č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, v platném znění (Hruška, Jarošová a kol., 2015). Zdravotní péče v ČR je hrazena z veřejného zdravotního pojištění, na rozdíl od SRN, kde je zdravotní pojištění součástí sociálního pojištění.

2/ Podpora rodinných/neformálních pečujících

Neformální péče je péče poskytovaná osobě závislé na podpoře, pomoci a péči jejími blízkými rodinnými příslušníky, příbuznými nebo známými. Počet neformálních pečovatelů v České republice je možné pouze odhadnout, jelikož nejsou nikde registrovány. V rámci „Národní strategie rozvoje sociálních služeb 2016–2025“ (Institut pro sociální politiku a výzkum, 2017) se odhaduje počet neformálních pečovatelů v rozmezí 250 až 300 tis. osob.

Základním principem, který vychází z německé tradice a historie, je **princip subsidiarity, který klade důraz zejména na vzájemnou solidaritu, ale také na odpovědnost občanů za sebe i za svou rodinu**. Cílem je, aby byl v SRN osobám odkázaným na pomoc druhých umožněn v maximální míře samostatný život a aby péče v domácím prostředí vždy předcházela péči institucionální (podrobněji uvedeno v kap. 2.1). V ČR není tento princip tak silně uplatňován. V SRN systém pojištění dlouhodobé péče pokrývá pouze **část nákladů** na dlouhodobou péči. Rozdíl musí být zaplacen osobou, která péči potřebuje, a to z vlastních úspor nebo majetku, příp. jej musí uhradit její potomci. V ČR je dosud doplácení rozdílu mezi náklady a úhradou ze strany osoby, která potřebuje péči, pro osoby blízké dobrovolné.

V rámci podpory rodinných/neformálních pečujících je poskytováno ze systému nemocenského pojištění dlouhodobé ošetřovné (podrobněji rozvedeno v kap. 4.2), které je možné pobírat po dobu max. 90 dnů. V SRN za účelem umožnění rodinným příslušníkům zorganizovat si péči o své blízké v domácím prostředí povoluje zákon krátkodobé přerušení práce (kurzzeitige Arbeitsverhinderung), a to do 10 dnů. Dále z důvodu péče o blízké příbuzné v domácím prostředí mohou být zaměstnanci osvobozeni od práce až na 6 měsíců (osvobození může být úplné nebo částečné), tzv. pečovatelská dovolená (Pflegezeit). (Podrobněji uvedeno v kap. 4.2.)

3/ Majetková a příjmová charakteristika zájemců o vstup do sociálních služeb:

Právní úprava ZSS neupravuje pro přístup osoby do sociálních služeb žádné mechanismy testování příjmů ani majetku. Sociální služby jsou poskytovány za shodné

ceny jak osobám s nižšími příjmy (či bez příjmů), tak osobám s příjmy vysokými či dostatečným majetkem (Hruška, Foldynová, Hrušková a kol., 2019). V praxi některá zařízení, např. některé domovy pro seniory, stanovují vlastní pravidla pro výběr uživatelů, kdy zařízení žádá po uchazeči o službu kromě lékařského posudku také potvrzení, že má uchazeč vyplácen důchod nebo pobírá PnP. Tato kritéria jsou poté zohledňována při výběru uchazečů při uvolnění volného místa, aby bylo možné službu uhradit a nevznikal tak dluh za požadovanou službu⁵².

Nedostatek příjmů k úhradě sociální služby není důvodem pro zamezení vstupu do systému pomoci prostřednictvím sociálních služeb, neboť poskytovatelé mají přístup ke zdrojům z veřejných rozpočtů. Rovněž poskytování příspěvku na péči v jeho základní výši není ovlivněno výší příjmů ani rozsahem majetku, jeho výše je stanovena v § 11 ZSS.

Úhrada ceny služby se v ČR děje tak, že poskytovatel pobytové sociální služby **za péči** může vyúčtovat pouze příspěvek na péči, pokud je přiznán. Tzn., úhrada za péči „*se stanoví při poskytování pobytových služeb, s výjimkou týdenních stacionářů, ve výši přiznaného příspěvku na péči*“ a u pobytové služby týdenní stacionář „*maximálně ve výši 75 % přiznaného příspěvku na péči*“. Tzn., úhrada za péči u poskytovatele pobytové sociální služby je maximálně ve výši příspěvku na péči a nelze požadovat úhradu za péči u osob, které nemají příspěvek na péči (§ 73, odst. 4 ZSS).

Další služby dle § 75 a § 76 ZSS jsou pak nastaveny při vyúčtování úhrady speciálním přístupem. Proto je zpravidla u sociálních služeb dle § 73 ZSS pouze úhrada ceny **za stravu a ubytování** v rozsahu (jak již je uvedeno výše) cca 11 000 Kč měsíčně. Po úhradě ceny stravy a ubytování za celý měsíc musí osobě uživatele definované pobytové sociální služby dle § 73 ZSS zbývat z jeho příjmů 15 %, a to bez ohledu na to, zda nebude cena služby (ubytování a strava) poskytovateli uhrazena. Pokud má osoba své úspory, pak může hradit o své vůli zbývající rozdíl v úhradě z těchto úspor, popř. může přistoupit k závazku za úhradu sociální služby dobrovolně osoba blízká.

⁵² Příkladem této běžné praxe mohou být např. požadované přílohy žádosti o přijetí Domov pro seniory Mikuláškovo nám., p.o. (dostupné z: <https://www.mik.brnods.cz/jak-pozadat-o-prijeti/jak-pozadat-o-prijeti-do-domova-pro-senioru>) nebo požadované informace o výši a existenci důchodu či PnP v žádosti o přijetí do Domova důchodců Velké Hamry (dostupné z: <https://dd-velkehamry.cz/dokumenty/zadost-o-prijeti-do-domova-pro-senioru.pdf>).

Pokud osoba není schopna samostatně uvědoměle rozhodovat ve svých záležitostech, pak o úhradě rozdílu v ceně za službu z jeho úspor rozhoduje soud a přidělí této osobě opatrovníka na základě omezení právní způsobilosti v oblasti rozhodování o jejích financích. Opatrovníkem může být soudem ustanovena obec s rozšířenou působností (§91, odst. 6 ZSS)⁵³.

V praxi není výjimkou, že senior celý svůj rozsáhlý majetek daruje svým příbuzným (popř. jiným osobám) a následně stát ze státního rozpočtu doplácí na pobyt seniora např. v domově pro seniory (Hruška, Foldynová, Hrušková a kol., 2019).

Narůstá počet osob, které nemají nárok na výplatu důchodu (např. z důvodu neodpracovaných let) nebo osoby pobírají nízký důchod, např. u osob samostatně výdělečně činných (OSVČ), jejichž úhrady na sociální (tj. důchodové a nemocenské) pojistné byly ve výši cca 10 % oproti pracovníkům při výkonu závislé výdělečné činnosti. Tímto se jejich dávka důchodu vypočítává z takto sníženého vyměřovacího základu. Tyto osoby dnes zpravidla z těchto důvodů pobírají minimální důchod, který ani zdaleka nestačí na úhradu sociální služby za stravu a bydlení, i když osoby pobírají i dávky pomoci v hmotné nouzi dle zákona č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi, v platném znění (jedná se o doplatek na bydlení, příspěvek na živobytí, mimořádnou okamžitou pomoc) (Hruška, Foldynová, Hrušková a kol., 2019).

3.2.4.1 Komparace aktuálních témat dlouhodobé péče

Aktuální témata v systému dlouhodobé péče v SRN se soustřeďují k problematice rozdílné úrovně v jednotlivých spolkových zemích, a to v oblasti dostupnosti sociálních služeb, ale také v rozdílných nákladech na sociální služby, v těchto oblastech jsou rozdíly i v rámci krajů v ČR. Náklady na pobyt v pečovatelském domově se skládají z nákladů na ošetřovatelskou, sociální a lékařskou péči, nákladů na ubytování a stravu, investičních a dodatečných nákladů, přičemž fondy péče pokrývají pouze náklady na péči. Náklady na ubytování a stravování hradí fondy péče, pokud výše dávek převyšuje výdaje na péči. Ostatní náklady si klient hradí z vlastních zdrojů.

⁵³ §91, odst. 6 ZSS: „Osobu, která podle lékařského posudku vydaného poskytovatelem zdravotních služeb není schopna sama jednat a nemá zákonného zástupce nebo opatrovníka, zastupuje při uzavírání smlouvy obecní úřad obce s rozšířenou působností podle místa trvalého nebo hlášeného pobytu osoby, nebo jde-li o poskytnutí pobytových sociálních služeb v zařízení sociálních služeb nebo ve zdravotnickém zařízení lůžkové péče podle § 52, obecní úřad obce s rozšířenou působností podle sídla tohoto zařízení.“

Pokud nemá klient k dispozici žádné vlastní příjmy, nebo když se nemůžou podílet na úhradě nákladů příbuzní, může požádat *Úřad sociálního zabezpečení (Sozialamt)* o *sociální pomoc*. Zde se ověřují vlastní příjmy a finanční situace ošetřovaného, stejně jako jeho rodinných příslušníků (Wohnen im Alter, 2022a). V ČR může osoba s nedostatečnými příjmy pobírat dávky pomoci v hmotné nouzi dle zákona č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi, v platném znění (jedná se o doplatek na bydlení, příspěvek na živobytí, mimořádnou okamžitou pomoc). Dávky jsou vypláceny z ÚP ČR. Výše dávek však v součtu nestačí na úhradu požadovaných nákladů za ubytování a stravu v sociální službě, proto je nucen poskytovatel sociální služby pobyt těchto osob doplácet z jiných zdrojů (Hruška, Foldynová, Hrušková a kol., 2019).

Dávky na péči z LTCI, které jsou poskytovány v Německu na základě žádosti příslušnému Fondu péče (Pflegekasse) (Verbraucherzentrale, 2022a), je možné získat (obdobně jako v ČR příspěvek na péči) po zhodnocení zdravotního stavu lékařskou službou (MD), v ČR posudkovým lékařem OSSZ. V SRN hodnotitel nehodnotí příjem ani majetek žadatele. Hodnotí však, jaké aktivity je žadatel schopen stále vykonávat, a to v šesti oblastech života. V Německu je na základě tohoto hodnocení rozlišováno 5 stupňů potřebnosti péče (Spitzenverband, 2018; Bundesministeriums für Gesundheit, 2018a; DMRZ.de, 2022). V ČR jsou rozlišovány celkem 4 stupně závislosti, rozdělení je na základě počtu základních potřeb, které osoba není schopna zvládat z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu (dle § 8 ZSS), přičemž posuzovaných základních potřeb je celkem 10 (viz § 9 ZSS). Dávky na pobytovou péči v Německu dle stupně potřebnosti péče (1 až 5) jsou napříč všemi spolkovými zeměmi a regiony stejné, ale celkové náklady na pobytovou péči jsou odlišené (v západních zemích většinou vyšší než ve východních), obecně ale podíl vlastních nákladů klienta na pobytovou péči roste.

V ČR je aktuálním tématem problematika sociálně zdravotního pomezí, což způsobuje roztržitost a špatnou propojenost systému sektoru sociálního, který spadá do gesce MPSV, a sektoru zdravotního spadajícího pod gesce Ministerstva zdravotnictví. Zdravotní péče je v ČR hrazena z veřejného zdravotního pojištění, na rozdíl od SRN, kde je zdravotní pojištění součástí sociálního pojištění.

3.2.5 SWOT analýza pro systém financování zdravotně-sociálních služeb v ČR

Silné stránky (Strengths)	Slabé stránky (Weaknesses)
Zaměstnanci a zaměstnavatelé se spolupodílejí na odvodech na sociální a zdravotní pojištění.	Oddělený pojistný systém na sociální zabezpečení a zdravotní pojištění.
Podpora pečujících příbuzných a péče v domácím prostředí.	Zpoždění v úpravě výše dávek, které by odpovídalo růstu životních nákladů.
Poskytování dávek ze systému sociálního zabezpečení dle stupně závislosti/potřebnosti (ne podle věku či příjmu).	Dobrovolný podíl na nákladech dlouhodobé péče, není stanovena vyživovací povinnost příbuzných v přímé linii (odpovědnost tak zůstává především na státu).
	Nejistota poskytovatelů sociálních služeb ohledně výše státní dotace.

Příležitosti (Opportunities)	Hrozby (Threats)
Příznivý ekonomický vývoj – snížení veřejných deficitů.	Stárnoucí populace a s tím vzrůstající procento osob potřebujících dlouhodobou péči.
Důraz na preventivní opatření (udržení člověka co nejdéle v dobrém zdravotním stavu a aktivním životě).	Rostoucí účast žen na trhu práce (snížení potenciálu neformální péče), pokles normy dlouhodobé péče jako rodinné povinnosti, nárůst počtu domácností jednotlivců ---> nárůst poptávky po peč. službách.
Podpora ambulantní péče a snížení nadužívání ústavní péče.	Nepříznivá ekonomická situace – nárůst nízkopříjmových osob a s tím vzrůstající procento závislých osob na dávkách sociální pomoci.
Důraz na neformální rodinnou péči zakotvenou v tržně orientovaných, nákladově efektivních pečovatelských službách by měl snížit náklady na poskytování péče.	Nezájem o pečovatelskou profesi z důvodu špatného finančního ohodnocení.
Růst a rozvoj sítě poskytovatelů a poskytovaných služeb v závislosti na poptávce, resp. potřebách klientů.	Pomalé přizpůsobování výše dávek, které neodpovídá růstu nákladů na poskytování péče.
Zvýšený zájem o pečovatelskou profesi z důvodu navýšení mezd a zlepšení pracovních podmínek.	Nárůst nelegální a nekvalitní péče z důvodu zvyšujících se nákladů placených osobou, která péči potřebuje.
Vyšší míra digitalizace a rostoucí využívání technologií vedoucí ke zkrácení času a úspoře energie věnované vyplňování dokumentů.	Neshoda mezi aktéry na provedení potřebných změn či reformy financování (obtížné hledání politického konsensu).

Zdroj: vlastní zpracování (2022).

4 Komparace českého a německého systému z hlediska podmínek nároku na příspěvek na péči a jeho výplatu a způsobu hodnocení potřeby péče

Cílem kapitoly je komparace německého a českého systému příspěvku na péči z hlediska podmínek nároku na příspěvek na péči, způsobu hodnocení potřeby péče a výplatu příspěvku na péči. Součástí této části je v rámci kap. 4.3 komparace způsobu zabezpečení potřeb osoby se zdravotním postižením, tzn. osob s potřebou dlouhodobé péče a zabezpečení pečující osoby v ČR a Německu.

4.1 Analýza podmínek příspěvku na péči v Německu

Za *osoby odkázané na péči* jsou podle SGB považovány osoby, které na základě tělesného, duševního nebo smyslového onemocnění či postižení vyžadují ve vyšší míře pomoc s běžnými každodenními úkony a u nichž se předpokládá, že tuto pomoc budou potřebovat nejméně po dobu 6 měsíců (§ 14 SGB XI) (Geissler a kol., 2015). **Pro vznik nároku** na dávky v rámci zákonného pojištění dlouhodobé péče je **vyžadována minimální doba pojištění v délce dvou let**, a to v posledních deseti letech před podáním žádosti (DMRZ.de, 2022).

Z LTCI jsou poskytovány dávky na péči na základě podané žádosti příslušnému Fondu péče (Pflegekasse). Po podání žádosti Fond péče pověří *Lékařskou službu* (Medizinischen Dienst, MD)⁵⁴ nebo jiného nezávislého znalce, aby osobní prohlídkou stanovili stupeň potřebnosti péče. Prohlídka se uskutečňuje v přirozeném prostředí osoby. Hodnotitel MD musí oznámit domácí návštěvu včas, aby mohl být při hodnocení přítomen příbuzný nebo pečovatel, který o osobu pečuje. Hodnotitelem je zkušený ošetřovatel nebo lékař Lékařské služby nebo určený Fondem péče. Hodnotitelé by

⁵⁴ Do roku 2019 označována jako Lékařská služba zákonných zdravotních pojišťoven (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung, MDK). V případě, že je osoba pojištěna v soukromém pojištění péče, se obvykle jedná o odbornou službu Medicproof. Dle § 278 SGB V (Zákonné zdravotní pojištění) je Lékařská služba (MD) veřejnoprávní korporací. Odborné úkoly MD plní lékaři, ošetřovatelský personál a příslušníci jiných adekvátních profesí ve zdravotnictví. Lékařské služby zajišťují, že pokud jsou zapojeny různé profesní skupiny, celková odpovědnost za posouzení lékařských problémů leží na lékařských expertech a za čistě ošetřovatelské záležitosti na ošetřovatelských profesionálech (odst. 2, § 278 SGB V). Peněžní prostředky potřebné k financování úkolů lékařské služby obstarávají zdravotní pojišťovny (§280 SGB V).

měli, pokud s tím pojištěnec souhlasí, zahrnout do posouzení ošetřujícího lékaře, zejména praktického lékaře (§ 18 SGB XI) (Verbraucherzentrale, 2022a).

MD nehodnotí příjem ani majetek žadatele, ale hodnotí, jaké aktivity/činnosti je schopen stále vykonávat (tzv. Nové hodnocení potřebnosti dlouhodobé péče, Neuen Begutachtungsassessment, NBA). Tento nástroj hodnocení také bere v úvahu zvláštní potřebu pomoci a péče o osoby s kognitivní nebo duševní poruchou, které v dřívějším konceptu hodnocení (před rokem 2017) nebylo možné. MD hodnotí činnosti v *šesti oblastech života*: *Mobilita* (zkoumá se, jak samostatně se může osoba pohybovat a měnit držení těla); *Kognitivní a komunikační schopnosti* (ověřuje se, jak dobře se umí osoba orientovat v prostoru a čase. Ověřuje se, zda se osoba dokáže samostatně rozhodovat a adekvátně komunikovat o svých potřebách); *Chování a duševní problémy* (kontroluje se duševní stav osoby, jeho změny a jak často je nutná odborná pomoc); *Soběstačnost* (zkoumá se, jak samostatně může osoba provádět osobní hygienu a péči); *Zvládnutí onemocnění a léčebných podmínek* (oblast se zabývá tím, jak osoba zvládá zátěž způsobenou nemocí a zda opatření předepsaná lékařem může dotyčná osoba provádět sama nezávisle bez pomoci druhé osoby, a pokud ne, jak často je vyžadována podpora, např. zda si je osoba schopna sama vyměnit obvaz); *Každodenní život a společenské kontakty* (zde se ověřuje, jak dobře si osoba umí samostatně plánovat denní režim a jak je osoba schopna udržovat kontakty). Těmto oblastem jsou přiděleny *váhy*, přičemž největší váhu má oblast „Soběstačnost“ (viz obrázek 4.1). Kromě šesti oblastí jsou zde ještě dvě, které nejsou podstatné pro klasifikaci stupně potřebnosti péče. Dvě oblasti *Aktivity mimo domov a Údržba domácnosti* slouží pouze k plánování potřeby péče – např. pokud má být ambulantní péče poskytována pečovatelskou službou (Spitzenverband, 2018; Bundesministeriums für Gesundheit, 2018a; DMRZ.de, 2022).

V rámci domácí návštěvy hodnotitel MD přiděluje ve výše uvedených šesti oblastech body, na základě kterých hodnotitel navrhne zařazení osoby do jednoho z *pěti stupňů potřebnosti péče*. Pokud bylo dosaženo minimálně 12,5 bodů, postižení mohou získat stupeň péče 1, stupeň péče 2 nastává od min. 27 bodů, stupeň 3 od 47,5 bodů, stupeň 4 od 70 bodů a stupeň 5 od 90 bodů (100 bodů je maximum) (DMRZ.de, 2022).

Hodnotitel navrhuje vhodná opatření pro prevenci a rehabilitaci, dává doporučení k typu a rozsahu pečovatelské služby a navrhuje pokyny pro *individuální plán péče*

(např. včetně toho, zda by používání některých pomůcek usnadnilo každodenní péči) (Pflege.de, 2022e).

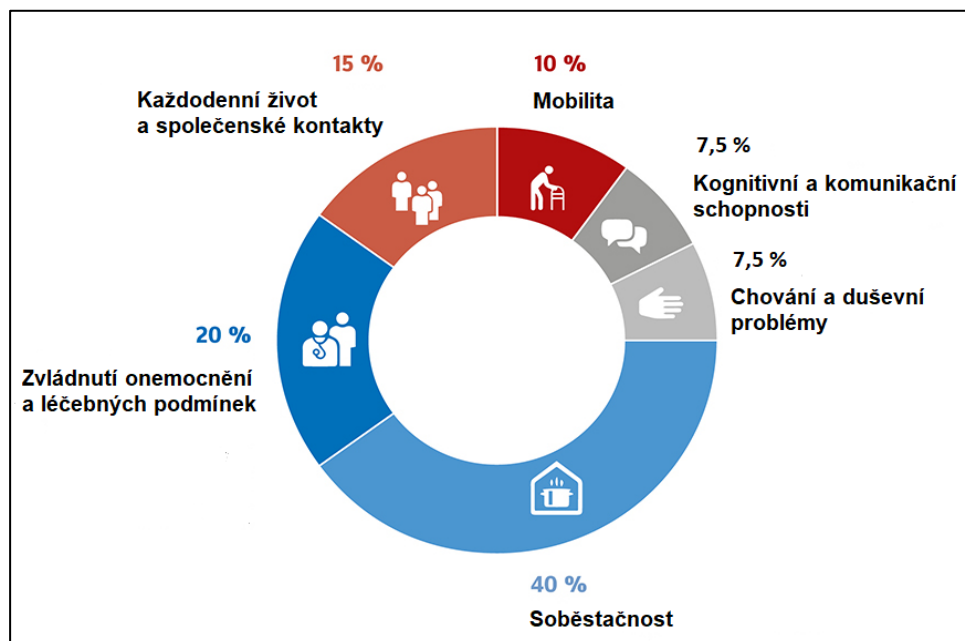
V rámci prohlídky je také nutné MD poskytnout kopie následujících dokumentů: aktuální zprávy lékařů a specialistů, aktuální propouštěcí zprávy z nemocnice nebo rehabilitačního zařízení, plán podávaných léků, průkaz pro těžce postižené osoby (pokud je k dispozici), seznam používaných pomůcek (brýle, naslouchátko, hůlka, chodítko aj.), ošetřovatelská dokumentace (pokud je již poskytována ambulantní péče), vlastní poznámky o průběhu péče a potížích (Verbraucherzentrale, 2022a).

Hodnotitel MD předá závěry hodnocení Fondu péče, který vydá konečné rozhodnutí, o kterém žadatele informuje pomocí písemné zprávy. Když Fond péče navrhovaný stupeň péče uzná⁵⁵, dochází k výplatě dávek, zpravidla zpětně od měsíce, ve kterém byla žádost podána (Verbraucherzentrale, 2022b). Součástí zprávy je také tzv. *individuální plán péče*⁵⁶. V něm je uveden předpokládaný vývoj potřeb poskytované péče (zdravotní, sociální, preventivní, rehabilitační) a případný opakovaný přezkum, přičemž je také specifikováno, kdy se má toto přezkoumání uskutečnit. Z toho vyplývá, že rozhodnutí Fondu péče, zda má být MD provedeno další hodnocení, je vždy individuální a závisí na konkrétním případě (dle právního základu má být přezkoumání „ve vhodných intervalech“) (Dr. Weigl & Partner, 2019). Žádost o zpětné přidělení jakéhokoli stupně péče není možné, ale je možné podat žádost o zvýšení stupně závislosti péče, jakmile se změní zdravotní stav osoby (Pflege durch Angehörige, 2019).

⁵⁵ Pokud fond péče žádost zamítne nebo žadatel nesouhlasí se stanoveným stupněm péče, může k Fondu péče podat námitky.

⁵⁶ Dle § 7a odst. 4SGBXI v rámci poradenských služeb Fondu péče.

Obrázek 4.1: Šest oblastí hodnocení potřebnosti péče a jejich váhy



Zdroj: Spitzenverband (2018); vlastní úprava (2022).

Osoba zařazená do jednoho z 5 stupňů potřebnosti péče má tak nárok na přidělení dávek LTC, jejichž výše závisí na daném stupni potřeby péče.⁵⁷

Výši plnění pojištění na péči v letech 2017–2021 zobrazuje tabulka 4.1.

Tabulka 4.1: Výše pojistného plnění dle stupňů potřebnosti péče (od roku 2017 do roku 2021)

Typ dávky dle služby	Stupeň potřebnosti péče				
	1	2	3	4	5
Péče v domácím prostředí (Pflegegeld) (v eurech/měsíc) ¹⁾	0	316	545	728	901
Péče v domácím prostředí poskytovaná ambulantními službami (Pfleagesachleistung) (v eurech/měsíc) ^{1), 2)}	0	689	1 298	1 612	1 995
Pobytová péče (Vollstationäre Pflege) (v eurech/měsíc)	125	770	1 262	1 775	2 005
Částečně pobytová péče (Teillstationäre Pflege) – denní a noční péče – až do výše eur/měsíc	0	686	1 298	1 612	1 995
Krátkodobá péče (Kurzzeitpflege) po dobu až 8 týdnů v kalendářním roce (v eurech/rok) ^{3), 6)}	0	1 612	1 612	1 612	1 612
Preventivní péče (Verhinderungspflege) ³⁾ po dobu až 6 týdnů v kalendářním roce až do výše eur/ročně (vykonávána příbuznými) ⁴⁾	0	474	817,5	1 092	1 351,5
Preventivní péče (Verhinderungspflege) po dobu až 6 týdnů v kalendářním roce až do výše eur/ročně (vykonávána jinou osobou) ⁵⁾	0	1 612	1 612	1 612	1 612

⁵⁷ Plnění pojistného bylo postupně rozšiřováno o příplatky a takto vznikl dodatečně i stupeň 0, fakticky určený pro klienty s diagnózou demence apod. Zároveň existovala výrazná diferenciací příspěvku podle typu poskytovatele, zvláště u nejllehčího stupně závislosti (Geissler a kol., 2015).

Typ dávky dle služby	Stupeň potřebnosti péče				
	1	2	3	4	5
Úlevový příspěvek (Entlastungsbetrag) na ambulantní péči až do výše eur/měsíc	125	125	125	125	125
Doplňkové služby v ambulantních asistovaných bytových skupinách až do eur/měsíc	214	214	214	214	214
Péče v pobytovém zařízení pro zdravotně postižené osoby	0	Fond péče hradí za zařízení pobytové péče paušální sazbu 15 % z celkových nákladů na pobyt (Heimentgelt), maximálně však 266 eur/měsíc.			

Zdroj: Bundesministerium für Gesundheit (2021a); vlastní úprava (2022).

1) Osoba, která potřebuje péči, ale nevyužívá ambulantní ošetrovatelské služby, se sama může rozhodnout, jak peněžitý příspěvek využije. Peněžitý příspěvek lze kombinovat s věcnými dávkami. Pak se peněžitý příspěvek snižuje o poměrnou část (procentuální) ve vztahu k hodnotě věcných dávek.

2) Osoby s minimální úrovní péče 2, které plně nebo zcela nevyužívají nárok na dávky na ambulantní péči v příslušném měsíci, mohou získat až 40 % příslušné částky příspěvku na ambulantní péči na úhradu nákladů na služby uznané podle státního práva k podpoře každodenních životních potřeb (převodní nárok).

3) Při preventivní (respitní) péči (péče slouží k odlehčení péče, kdy rodinní příslušníci, kteří pečují o závislou osobu, potřebují dovolenou nebo jsou nemocní) a při krátkodobé péči je nadále vyplácena polovina dosud pobíraného (poměrného) příspěvku na péči (Pflegegeld).

4) S doložením lze také blízkým příbuzným nebo členům domácnosti proplatit nezbytné výdaje (ztráta na výdělku, cestovní výdaje atd.) až do celkové výše dávek 1 612 eur za kalendářní rok. V případě využití prostředků krátkodobé péče (viz poznámka 5) lze tuto částku navýšit až na 2 418 eur za kalendářní rok.

5) Příspěvek na preventivní péči může být navýšen až o 806 eur z dosud nevyčerpaných prostředků krátkodobé péče, celkem až 2 418 eur za kalendářní rok.

6) Příspěvek na krátkodobou péči může být navýšen až o 1 612 eur z dosud nevyčerpaných prostředků na preventivní péči, tzn. až na celkovou částku 3 224 eur za kalendářní rok.

Aktuální výše jednotlivých dávek plnění pojištění péče, jež zobrazuje tabulka 4.2, odráží Reformu péče 2021, která vstoupila v platnost 1. ledna 2022. S přijetím reformy došlo k úpravě některých příspěvků, jejichž výše se v období 2017–2021 neměnila, a došlo také k dalším úpravám (Pflege durch Angehörige, 2022a):

- *Věcné dávky na péči v domácím prostředí poskytované ambulantní profesionální pečovatelskou službou (Pfleagesachleistung)* – měsíční výše dávek podle § 36 SGB XI se oproti roku 2021 zvyšuje o cca 5 %. Zvýšení věcných dávek v praxi znamená, že při využití kombinované péče bude osobě závislé na péči na konci měsíce vyplácen větší obnos peněžitého příspěvku na péči (Pflegegeld). Ošetrovatelům ambulantních služeb by se měly od roku 2023 zvýšit mzdy, což zvýší ceny těchto služeb. Zda zvýšení výše věcných dávek skutečně povede k tomu, že si ti, kteří péči potřebují, budou moci buď zaplatit větší množství služeb ambulantních center, anebo na konci měsíce (v případě

kombinované péče) jim zůstane větší obnos peněžitého příspěvku na dávky, se teprve uvidí posléze.

- Dávka na plnou pobytovou péči (Vollstationäre Pflege) zůstává nezměněna, ale k vlastnímu příspěvku na náklady péče (Eigenanteil) se zavádí *příplatek, který se zvyšuje s délkou pobytové péče*⁵⁸. Do 12 měsíců představuje 5 % výše vlastního příspěvku na náklady péče, více jak 12 měsíců 25 %, více jak 24 měsíců 45 % a více jak 36 měsíců 70 %.
- Na *krátkodobou péči* (Kurzeitpflege) je vyčleněno o 10 % více prostředků, tedy 1 774 eur za kalendářní rok. Výše krátkodobé péče může být zvýšena až na 3 386 eur za kalendářní rok prostřednictvím nevyužité preventivní péče (1 612 eur), přičemž není nutné k tomuto podávat samostatnou žádost.
- Stanovením *celostátních personálních limitů* by mělo být možné přijmout další zaměstnance od 1. července 2023. Potřeba personálu je vypočítána pomocí nové metody hodnocení zaměstnanců na základě struktury obyvatel.
- Nárok na *poradenství v oblasti pečovatelsví* – existuje na straně pojištění péče i po podání žádosti o určitý stupeň péče. Fondy péče musí poskytnout kontaktní osobu, která poradenství poskytne, a to do dvou týdnů od podání žádosti. To platí i pro další dávky z fondu péče, například opatření ke zlepšení životního prostředí osoby závislé na péči a věcné dávky dlouhodobé péče. V případě, že fond péče nebude schopen tuto službu zajistit, bude ustanoveno poradenské centrum (Pflegemittelbox, 2022).
- *Předepisování pomůcek profesionálními ošetřovateli* – dosud mohli předpis na zdravotní či ošetřovatelské pomůcky vystavovat MD, nemocniční nebo ošetřující lékař. Nyní má ošetřující personál větší rozhodovací pravomoci při výběru vhodných zdravotních a ošetřovatelských pomůcek a lékařský předpis tak není již nutný. Pokud žadatel žádá fond péče o pomůcku nebo ošetřovatelskou pomůcku, doporučení ošetřujícího personálu nesmí být starší 14 dnů.
- *Nárok na náhradu nákladů po smrti žadatele* – v minulosti některé nároky na úhradu nákladů úmrtím pojištěnce zanikaly, přestože se jednalo o předfinancované služby jako preventivní péče, opatření v oblasti zlepšení

⁵⁸ Průměrná délka pobytu v pečovatelském domě se pohybuje kolem 30 měsíců.

životního prostředí, poskytnutí pomůcek. Nyní lze nároky na náhradu výdajů uplatnit do jednoho roku od úmrtí pojištěnce, pokud byly služby uplatněny za jeho života.

- *Covid-příplatek* – v období od 1. ledna 2022 do 31. prosince 2022 budou soukromé zdravotní pojišťovny vybírat příplatek k měsíčnímu příspěvku na pojištění dlouhodobé péče (netýká se pojištěnců v zákonném veřejném pojištění péče, u kterých se příplatek platí z daňových příjmů). Dodatečná částka pro pojištěnce činí 3,40 eur a 7,30 eur pro osoby s nárokem na dávky. Příplatky slouží ke kompenzaci dodatečných nákladů, které vznikly v souvislosti se zákonným záchranným balíčkem péče v důsledku pandemie Covid-19 v roce 2021 (KVoptimal.de, 2021).

Naopak reforma oproti předpokladům **nenavýšila** peněžité plnění péče (Pflegegeld) ani preventivní péči. Rovněž nevstoupil v platnost návrh zákona, že pečovatelky v rámci 24hodinové péče z východní Evropy mohou být financovány až do 40 % věcných dávek péče (ačkoli by to byla velká finanční úleva pro ty, kteří potřebují péči).

Tabulka 4.2: Výše pojistného plnění dle stupňů potřebnosti péče platné od roku 2022

Typ dávky dle služby	Stupeň potřebnosti péče				
	1	2	3	4	5
Péče v domácím prostředí (Pflegegeld) (v eur/měsíc) ¹⁾	0	316	545	728	901
Péče v domácím prostředí poskytovaná ambulantními službami (Pfleagesachleistung) (v eur/měsíc) ^{1), 2)}	0	724	1 363	1 693	2 095
Pobytová péče (Vollstationäre Pflege) (v eur/měsíc) ³⁾	125	770	1 262	1 775	2 005
Částečně pobytová péče (Teillstationäre Pflege) – denní a noční péče – až do výše eur/měsíc	0	686	1 298	1 612	1 995
Krátkodobá péče (Kurzzeitpflege) po dobu až 8 týdnů v kalendářním roce (v eur/rok) ^{4), 7)}	0	1 774	1 774	1 774	1 774
Preventivní péče (Verhinderungspflege) ⁴⁾ po dobu až 6 týdnů v kalendářním roce až do výše eur/ročně (vykonávána příbuznými) ⁵⁾	0	474	817,50	1 092	1 351,50
Preventivní péče (Verhinderungspflege) po dobu až 6 týdnů v kalendářním roce až do výše eur/ročně (vykonávána jinou osobou) ⁶⁾	0	1 612	1 612	1 612	1 612
Úlevový příspěvek (Entlastungsbetrag) na ambulantní péči až do výše eur/měsíc ⁸⁾	125	125	125	125	125
Doplňkové služby v ambulantních asistovaných bytových skupinách až do eur/měsíc	214	214	214	214	214
Péče v pobytovém zařízení pro zdravotně postižené osoby	0	Fond péče hradí za zařízení pobytové péče paušální sazbu 15 % z celkových nákladů na pobyt (Heimentgelt), maximálně však 266 eur/měsíc.			

Zdroj: Bundesministerium für Gesundheit (2022b); Pflege durch Angehörige (2022a); Pflegemittelbox (2022); Pflegehelden (2021); vlastní úprava (2022)

1) Osoba, která potřebuje péči, ale nevyužívá ambulantní ošetrovatelské služby, se sama může rozhodnout, jak peněžitý příspěvek využije. Peněžitý příspěvek lze kombinovat s věcnými dávkami. Pak se peněžitý příspěvek snižuje o poměrnou část (procentuální) ve vztahu k hodnotě věcných dávek.

2) Osoby s minimální úrovní péče 2, které plně nebo zcela nevyužívají nárok na dávky na ambulantní péči v příslušném měsíci, mohou získat až 40 % příslušné částky příspěvku na ambulantní péči na úhradu nákladů na služby uznané podle státního práva k podpoře každodenních životních potřeb (převodní nárok).

3) Kromě toho pojištění dlouhodobé péče poskytuje v závislosti na délce pobytu příplatky k dávkám: od prvního měsíce ve výši 5 % osobního příspěvku (Eigenanteil) na náklady spojené s péčí, po 12 měsících 25 %, po 24 měsících 45 % a po 36 měsících 70 %.

4) Při preventivní (respitivní) péči (péče slouží k odlehčení péče, kdy rodinní příslušníci, kteří pečují o závislou osobu, potřebují dovolenou nebo jsou nemocní) a při krátkodobé péči je nadále vyplácena polovina dosud pobíraného (poměrného) příspěvku na péči (Pflegegeld).

5) S doložením lze také blízkým příbuzným nebo členům domácnosti proplatit nezbytné výdaje (ztráta na výděleku, cestovní výdaje atd.) až do celkové výše dávek 1 612 eur za kalendářní rok. V případě využití prostředků krátkodobé péče (viz poznámka 6) lze tuto částku navýšit až na 2 418 eur za kalendářní rok.

6) Příspěvek na preventivní péči může být navýšen až o 806 eur z dosud nevyčerpaných prostředků krátkodobé péče, celkem až 2 418 eur za kalendářní rok.

7) Příspěvek na krátkodobou péči může být navýšen až o 1 612 eur z dosud nevyčerpaných prostředků na preventivní péči, tzn. až na celkovou částku 3 386 eur za kalendářní rok.

8) Částku lze použít na denní nebo noční péči, krátkodobou péči, ambulantní pečovatelské služby § 36 SGB XI ve stupních potřebnosti péče 2 až 5, nikoli však ze služeb v oblasti soběstačnosti a služeb uznaných státem pro podporu v každodenním životě.

Kromě výše uvedených příspěvků ve 3 spolkových zemích mohou klienti pečovatelských domů s nízkými příjmy žádat o dávky na bydlení v pečovatelském domě, tzv. *příspěvek na bydlení (Pflegewohngeld)*. Příspěvky jsou dostupné v těchto zemích: Severní Porýní-Vestfálsko dle § 14 zákona o péči o starší a seniory v Severním Porýní-Vestfálsku; Šlesvicko-Holštýnsko dle § 6 odst. 4 zákona o státním výživném ve Šlesvicku-Holštýnsku; Meklenbursko-Přední Pomořansko dle § 9 zákona o státní péči Meklenbursko-Přední Pomořansko. Dávka závisí na příjmech a majetku osoby, která potřebuje péči. Žádost může podat pečovatelský dům nebo přímo samotný klient (pokud tak zařízení neučiní) a podává se u Úřadu sociálního zabezpečení (Sozialamt). Částka se vyplácí instituci, nikoli žadateli. Každý má nárok, pokud měl bydliště v jednom z odpovídajících federálních států. Dům s pečovatelskou službou dostává příspěvek na bydlení jako dotaci na investiční náklady přímo z fondu péče a následně o tuto částku snižuje náklady, které jsou účtovány osobě, která péči potřebuje. Zařízení dostávají dotace na investiční náklady na částečnou pobytovou a plně pobytovou péči pouze v případě, že náklady nese orgán sociální péče ve spolkové zemi (Beta Institut gemeinnützige GmbH, 2022; Pflege.de, 2022f).

Od června 2018 uvolňuje *Svobodný stát Bavorsko*, jako jediná spolková země, dodatečný státní sociální příspěvek na péči, tzv. „*Landespflegegeld Bayern*“, kdy lidé, kteří potřebují péči, obdrží navíc k dávkám pravidelné péče 1 000 eur ročně. Pro jeho získání musí existovat alespoň stupeň potřebnosti péče 2 (nebo vyšší) a bydliště musí být v době podání žádosti v Bavorsku (Pflege durch Angehörige, 2019).

Zabezpečení pečujících příbuzných

Mezi pečující příbuzné (pflegende Angehörige) se ve smyslu pojištění dlouhodobé péče (§ 19 SGB XI) počítají nejen manželé a životní partneři, rodiče, sourozenci, děti, vnoučata, strýcové a tety atd., ale mohou zde být zahrnuti i sousedé, přátelé nebo známí. Péče musí být poskytována bezplatně, v domácím prostředí a minimálně 10 hodin týdně (rozložených do nejméně dvou dnů v týdnu) (Pflege durch Angehörige, 2022b).

Z tabulky 4.1 vyplývá, že výše příspěvku na péči v domácím prostředí vykonávanou příbuznými (Pflegegeld) je nižší než věcné plnění, tzn. dávky na profesionální ošetrovatelskou službu, ačkoli příbuzní musí osobě, která dlouhodobou péči potřebuje, věnovat mnohem vyšší péči a čas, než je možné uhradit reálnou výší příspěvku. Soudci federálního ústavního soudu rozhodli, že rodinní příbuzní nemusí mít stejnou mzdu jako profesionální opatrovníci. Profesionální ošetrovatelé (například z ambulantní služby) pracují za odměnu.⁵⁹ Na druhé straně mají rodinní příslušníci povinnost vzájemné pomoci, a proto nedostávají žádnou odměnu, ale pouze menší finanční částku jako uznání za péči. Soud je toho názoru, že péče poskytovaná rodinou, sousedy nebo dobrovolníky nevyžaduje finanční náhradu (Pflege durch Angehörige, 2019).

⁵⁹ V roce 2019 bylo v ambulantních službách zaměstnáno přibližně 422 tisíc osob a v pobytových službách 796 tisíc osob. Patří mezi ně geriatrické sestry (Altenpflegekräfte), (dětské) zdravotní sestry ((Kinder)Krankenpflegekräfte), další pečovatelky, pomocnice v domácnosti, administrativní pracovníci a příslušníci jiných sociálních profesí. K 1. lednu 2020 bylo vzdělávání v ošetrovatelství kompletně reformováno a vedlo k zavedení nové profese „odborný/á ošetrovatel/ka“ (Pflegefachmann/Pflegefachfrau). Průměrná hrubá mzda (medián) odborných ošetrovatelů (podle skupiny povolání 821 „Péče o seniory“ klasifikace povolání (KldB) 2010, bližší specifikace viz: <https://www.klassifikationsserver.de/klassService/jsp/common/url.jsf?item=821&variant=kldb2010&detail=true>) činila v 2020 v průměru 3 176 eur/měsíc. Výše mzdy se liší dle spolkové země a velikosti (síle kolektivního vyjednávání) a typu zaměstnavatele (soukromé, veřejné, neziskové) (Bundesministerium für Gesundheit, 2021b).

Za účelem umožnit rodinným příslušníkům zorganizovat si péči o své blízké v domácím prostředí umožňuje zákon *krátkodobé přerušování práce (kurzzeitige Arbeitsverhinderung)*, a to do 10 dnů⁶⁰. Dále z důvodu péče o blízké příbuzné v domácím prostředí mohou být zaměstnanci *osvobozeni od práce až na 6 měsíců* (osvobození může být úplné nebo částečné)⁶¹, tzv. *pečovatelská dovolená (Pflegezeit)*. Během *rodinné pečovatelské dovolené (Familienpflegezeit)* mají zaměstnanci možnost pracovat po dobu max. 24 měsíců na zkrácený úvazek s minimální týdenní pracovní dobou 15 hodin.⁶² V případě *péče o blízké nacházející se v poslední fázi života* mají zaměstnanci možnost úplného nebo částečného osvobození od práce po dobu nejvýše tří měsíců (během této doby nevzniká nárok na náhradu mzdy)⁶³ (Pflege.de, 2022b).

Rodinní příslušníci poskytující svému příbuznému péči mají nárok na různé další podpůrné programy, jako jsou (Pflege durch Angehörige, 2019; Bundesministerium für Gesundheit, 2022b):

- příspěvky na penzijní pojištění (v roce 2022 od 110,74 až do 611,94 eur/měsíc)⁶⁴,
- příspěvek na pojištění pro případ nezaměstnanosti během pečovatelské dovolené (až do výše 39,48 eur/měsíc pro západní země, 37,80 eur/měsíc pro východní země)⁶⁵,

⁶⁰ Od 1. ledna 2015 může být na toto volno přiznán příspěvek na péči, přičemž hrubý příspěvek činí 90 % ušlé čisté mzdy (Bundesministerium für Gesundheit, 2017b).

⁶¹ Jedná se o neplacené pracovní volno (se sociálním pojištěním). Nárok se vztahuje pouze na zaměstnavatele s více než 15 zaměstnanci (Bundesministerium für Gesundheit, 2022d).

⁶² Z důvodu péče o příbuzné si osoby mohou zkrátit pracovní dobu o 50 % maximálně na dva roky, přičemž od zaměstnavatele obdrží 75 % měsíční mzdy. Po skončení této doby musí znovu pracovat na plný úvazek po dva roky za 75 % mzdy (až do zaplacení předchozí „zálohy“).

⁶³ Pokud však během této doby neplaceného volna potřebuje zaměstnanec finanční zajištění, má nárok na bezúročnou půjčku (Zákon o rodinné pečovatelské dovolené, §3).

⁶⁴ Z pojištění dlouhodobé péče jsou hrazeny příspěvky na penzijní připojištění za pečující osoby, které pravidelně pečují o jednu nebo více osob vyžadující péči po dobu nejméně deseti hodin rozložených alespoň do dvou dnů, pokud pečující pravidelně nepracuje déle než 30 hodin týdně. Příspěvky se platí do doby čerpání plné penze z důvodu věku a dosažení zákonného důchodového věku v systému zákonného důchodového pojištění (Bundesministerium für Gesundheit, 2022c). Výše částky je odstupňována podle stupně závislosti péče, typu péče (péče v domácím prostředí prostřednictvím příbuzných, ambulantních služeb nebo kombinovaná) a pro východní a západní spolkové země.

⁶⁵ V případě péče o jednu nebo více osob v domácím prostředí, s min. stupněm potřeby péče 2 a v rozsahu alespoň deseti hodin týdně, pravidelně rozložených po dobu alespoň dvou dnů v týdnu,

- příspěvek na zdravotní pojištění během pečovatelské dovolené (až do výše 174,37 eur/měsíc),
- příspěvek na pojištění dlouhodobé péče během pečovatelské dovolené (až do výše 33,45 eur/měsíc),
- příspěvek na úrazové pojištění⁶⁶,
- poradenství – pečující osoba má právo na poskytnutí potřebných informací od fondu péče (např. se může informovat, na jaké dávky pomoci má nárok), a to během prvních několika týdnů po podání žádosti o přiznání stupně potřebnosti (viz oddíl 7 SGB XI); poradenství v oblasti péče podle § 7a SGB XI; povinná konzultace/poradenské sezení (Verpflichtender Beratungseinsatz, podle § 37 SGB XI), které je povinné, pokud péči o osoby se stupněm potřebnosti péče 2 až 5 vykonávají „pouze“ příbuzní a do péče není zapojena žádná pečovatelská služba. Pečovatel si musí pravidelnou konzultaci vyžádat sám, provádí ji schválené poradenské místo či pečovatelské zařízení, např. ambulantní služba, náklady hradí fond péče (Pflege durch Angehörige, 2022b). Ošetřovatelské kurzy – pečující příbuzní můžou také zdarma absolvovat bezplatné ošetřovatelské kurzy dle §45 SGB XI. Fond péče může kurzy uskutečňovat buď sám, nebo společně s jinými fondy péče, nebo pověřit jejich provedením jiné vhodné instituce (Pflege durch Angehörige, 2022b).

K usnadnění domácí péče můžou pečující osoby nebo samotné osoby, které péči potřebují, dle § 40 SGB XI zažádat o příspěvek na (Pflege durch Angehörige, 2019; Bundesministerium für Gesundheit, 2022b; Pflege durch Angehörige, 2022a):

- ošetřovatelské pomůcky (určené ke spotřebě, např. jednorázové rukavice, ochranné absorpční podložky apod.) až do výše 40 eur měsíčně,
- technické pomůcky (např. pečovatelské lůžko, polohovací pomůcky, systém tísňového volání) – osoba potřebující péči musí zaplatit spoluúcast ve výši 10 %, nejvýše 25 eur na každou pomůcku; větší technické ošetřovatelské

pokud byla pečující osoba bezprostředně před pečovatelskou činností povinně pojištěna nebo měla nárok na průběžné kompenzační platby.

⁶⁶ Pojistné krytí zákonného úrazového pojištění (zdarma) vzniká automaticky se zahájením pečovatelské činnosti o osobu v alespoň 2. stupni potřebnosti péče. Příspěvky na úrazové pojištění dlouhodobé péče platí obce.

pomůcky jsou často poskytovány zapůjčením, takže nedochází k spoluúčasti hrazení nákladů⁶⁷ (Bundesministerium für Gesundheit, 2022e),

- zlepšování a adaptaci bytového prostředí až do výše 4 000 eur na každé opatření,
- aplikace pro digitální péči (Digitale Pflegeanwendungen, DiPA⁶⁸) a další podpůrné služby až do výše 50 eur/měsíc.

4.2 Analýza podmínek příspěvku na péči v ČR

Důležitým systémovým prvkem v oblasti poskytování sociálních služeb je **příspěvek na péči**, který je upraven zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, (dále jen „ZSS“) a jeho prováděcí vyhláškou MPSV č. 505/2006 Sb. PnP ve svém důsledku výrazně posiluje kompetence osob (neznamena však plnou nezávislost osob při výběru poskytovatele služby). Poskytování PnP sice nezavazuje pobírající osoby, které jsou závislé na pomoci jiné osoby, pouze k využívání sociálních služeb, ale napomáhá rozvoji trhu sociálních služeb a umožňuje to osobám zajistit si pomoc a péči.

O příspěvek na péči se žádá u ÚP ČR, žádost se podává na kontaktním pracovišti ÚP ČR v místě trvalého bydliště žadatele. Žádost musí obsahovat označení fyzické nebo právnické osoby, která bude osobě poskytovat péči/pomoc. Podáním žádosti je zahájeno správní řízení, ve kterém sociální pracovník ÚP ČR provádí sociální šetření, při kterém zjišťuje schopnost samostatného života žadatele v přirozeném sociálním prostředí. Pokud je žadatel hospitalizován ve zdravotnickém zařízení lůžkové péče pro tutéž nemoc po dobu delší než 60 dnů, provede sociální pracovník sociální šetření v daném zdravotnickém zařízení lůžkové péče. O provedeném sociálním šetření vyhotoví sociální pracovník písemný záznam, který na požádání předloží žadateli. Spolu se záznamem ze sociálního šetření zašle ÚP ČR příslušné okresní správě sociálního zabezpečení (dále jen „OSSZ“) žádost o posouzení zdravotního stavu pro účel posouzení stupně závislosti osoby na pomoci jiné osoby. OSSZ (konkrétně lékař lékařské posudkové služby, dále jen „lékař LPS OSSZ“) pro stanovení stupně

⁶⁷ Pokud invalidní vozíky nebo pomůcky pro chůzi předepíše lékař, nesou náklady zdravotní pojišťovny.

⁶⁸ Mobilní či PC aplikace pro organizování a zvládání každodenní péče zahrnují nové požadavky pro zvládání speciálních pečovatelských situací, jako je udržení mobility nebo dopady demence.

závislosti vychází dle § 25 ZSS z doložených lékařských zpráv poskytovatele zdravotních služeb (zejména ošetřujícího lékaře a lékařů specialistů), popř. z vlastního vyšetření lékaře LPS, a z výsledků sociálního šetření provedeného sociálním pracovníkem ÚP ČR, popř. z dalších podkladů ke zdravotnímu stavu. Lékař LPS OSSZ zašle ÚP ČR vyhotovený posudek o zdravotním stavu. ÚP ČR informuje účastníka správního řízení. Žadatel či jeho zástupce mají možnost se s posudkem seznámit a případně se k němu vyjádřit dle § 36 správního řádu nebo doložit doplňující dokumenty, např. nové lékařské zprávy, které lékař LPS OSSZ opět posoudí ve vztahu k žádosti. Po posouzení všech rozhodných skutečností ÚP ČR vydá rozhodnutí o přiznání/zamítnutí příspěvku na péči. Rozhodnutí je oznámeno žadateli, který v případě, že s vydaným rozhodnutím nesouhlasí, má právo podat odvolání k Ministerstvu práce a sociálních věcí. A to prostřednictvím kontaktního pracoviště ÚP ČR, které rozhodnutí vydalo. ÚP ČR prvotně po podání odvolání sám posoudí, zda při jeho rozhodování nedošlo k nesprávnému postupu či posouzení žádosti a podkladů pro vydání rozhodnutí o PnP a pokud nelze postupovat dle § 87 správního řádu, ÚP ČR vydá na základě přezkoumání rozhodnutí, které předá MPSV spolu se spisovou dokumentací. MPSV posoudí přezkumný proces a rozhodne, zda je odvolání relevantní či nikoliv.

V případě přiznání PnP dochází k výplatě dávek zpětně od měsíce, ve kterém byla žádost podána, nebo bylo řízení o PnP zahájeno z moci úřední.

Správní řízení o přiznání příspěvku na péči je možné zahájit na základě žádosti osoby, která není schopna svými silami zajistit péči o svou osobu (jejího zástupce či opatrovníka) nebo z moci úřední, kdy příslušné kontaktní pracoviště ÚP ČR rozhoduje o příspěvku na základě podnětu kohokoliv. Řízení se zahajuje z moci úřední, pokud není osoba schopná jednat samostatně a nemá zástupce, viz § 23 ZSS, řízení o změně již přiznaného příspěvku nebo o zastavení jeho výplaty nebo o jeho odnětí se zahajuje na návrh příjemce příspěvku (popř. jeho zástupce nebo opatrovníka) nebo z moci úřední. Z § 25 ZSS vyplývá, že řízení může být zahájeno také v průběhu hospitalizace osoby ve zdravotnickém zařízení lůžkové péče, jestliže je této osobě poskytována u jednoho nebo postupně u více poskytovatelů zdravotních služeb následná nebo dlouhodobá lůžková péče pro tutéž nemoc nebo úraz trvající nepřetržitě déle než 60 dnů. Krajská pobočka ÚP ČR provádí sociální šetření také, pokud o to okresní správa sociálního zabezpečení požádá v případech, kdy provádí

kontrolu původního posouzení zdravotního stavu osoby. Krajská pobočka ÚP ČR provádí také kontrolu péče a jejího rozsahu dle § 29 ZSS.

Dle § 9 ZSS se při posuzování stupně závislosti hodnotí schopnost zvládat 10 základních životních potřeb: Mobilita; Orientace; Komunikace; Stravování; Oblékání a obouvání; Tělesná hygiena; Výkon fyziologické potřeby; Péče o zdraví; Osobní aktivity; Péče o domácnost.

Příspěvek na péči je přiznáván dle výše závislosti na pomoci jiné fyzické osoby ve 4 stupních (dle § 8 ZSS), odlišně je nastaveno stanovení stupně závislosti na pomoci jiné fyzické osoby u osob do 18 let věku a osob starších 18 let, jelikož se u stejných stupňů závislosti liší počet základních životních potřeb, které posuzovaná osoba z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat, jak je uvedeno v tabulce 4.3, kde je také uvedena výše příspěvku na péči v ČR (dle § 11 ZSS).

Tabulka 4.3: Přehledová tabulka určení stupně závislosti osob a výše PnP v ČR

Stupeň závislosti	Počet základních životních potřeb, které osoba není schopna zvládat (§ 9 ZSS)		Výše PnP za kalendářní měsíc (§ 11 ZSS)	
	do 18 let	od 18 let	do 18 let	od 18 let
I. (lehká závislost)	3	3-4	3 300 Kč	880 Kč
II. (středně těžká závislost)	4-5	5-6	6 600 Kč	4 400 Kč
III. (těžká závislost)	6-7	7-8	13 900 Kč	12 800 Kč
IV. (úplná závislost)	8-9	9-10	19 200 Kč	19 200 Kč

Zdroj: ZSS, § 9 a § 11, vlastní úprava (2022).

Nárok na příspěvek má osoba uvedená v ZSS v § 4 odst. 1, která dle § 7 ZSS z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje pomoc jiné fyzické osoby při zvládání základních životních potřeb v rozsahu stanoveném stupněm závislosti podle § 8, pokud jí tuto pomoc poskytuje osoba blízká nebo asistent sociální péče uvedený v § 83 nebo poskytovatel sociálních služeb, který je zapsán v registru poskytovatelů sociálních služeb podle § 85 odst. 1 nebo speciální lůžkové zdravotnické zařízení hospicového typu. Nárok na příspěvek má tato osoba i po dobu, po kterou je jí podle zvláštního právního předpisu poskytována zdravotní péče v průběhu hospitalizace (hospitalizací je myšlen pobyt v nemocnici; v tomto případě platí omezení dle podmínek dle § 14a ZSS, kdy se příspěvek nevyplácí „jestliže je

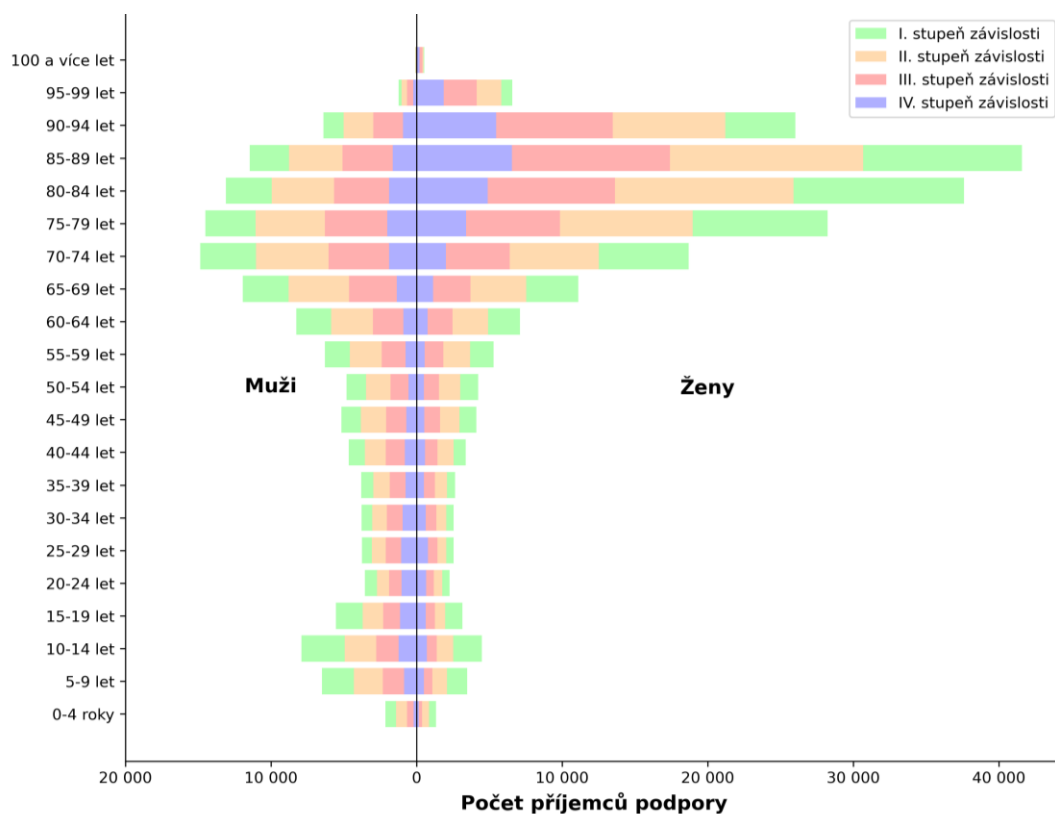
oprávněné osobě po celý kalendářní měsíc poskytována zdravotní péče v průběhu hospitalizace“).

Osoby pobírající PnP mají možnost využít různé pomůcky, které jsou buď hrazené ze zdravotního pojištění (na základě poukazu vystaveného lékařem), anebo mohou získat příspěvek na zvláštní pomůcku či příspěvek na mobilitu spadající do gesce MPSV (v rámci zvýšení sociální integrace ze sociálního systému) dle zákona č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů v platném znění, a upravující vyhlášky č. 388/2011 Sb. Dle tohoto zákona je možné získat i průkaz osoby se zdravotním postižením, z jehož držení vyplývají držitelům určité výhody. Žádost o příspěvek na zvláštní pomůcku, příspěvek na mobilitu a přiznání průkazu osoby se zdravotním postižením se podává na místně příslušné krajské pobočce ÚP ČR.

V níže uvedených grafech je celková věková struktura osob s příspěvkem na péči dle 5letých věkových kohort, a to jak dle stupně závislosti, tak dle typu poskytovatele.

V grafu níže je znázorněna věková pyramida osob, které měly příspěvek na péči v roce 2021. Celkově lze vidět, že ve starších věkových kategoriích od 70 let, je více žen s PnP než mužů. Toto souvisí s vyšším věkem, kterého se v ČR ženy dožívají. U nižších věkových kategorií není rozdíl mezi muži a ženami tak výrazný, ale je zde opačný trend, jelikož je více mužů s PnP. Toto je nejvíce patrné zejména ve věkových kategoriích 5–19 let, u kterých je celkově více uživatelů PnP, a obrací se až u věkové kategorie 70 a více let. Z grafu je jasně patrná přibývajícím věkem rostoucí závislost osob, tzn. u seniorů ji lze předpokládat.

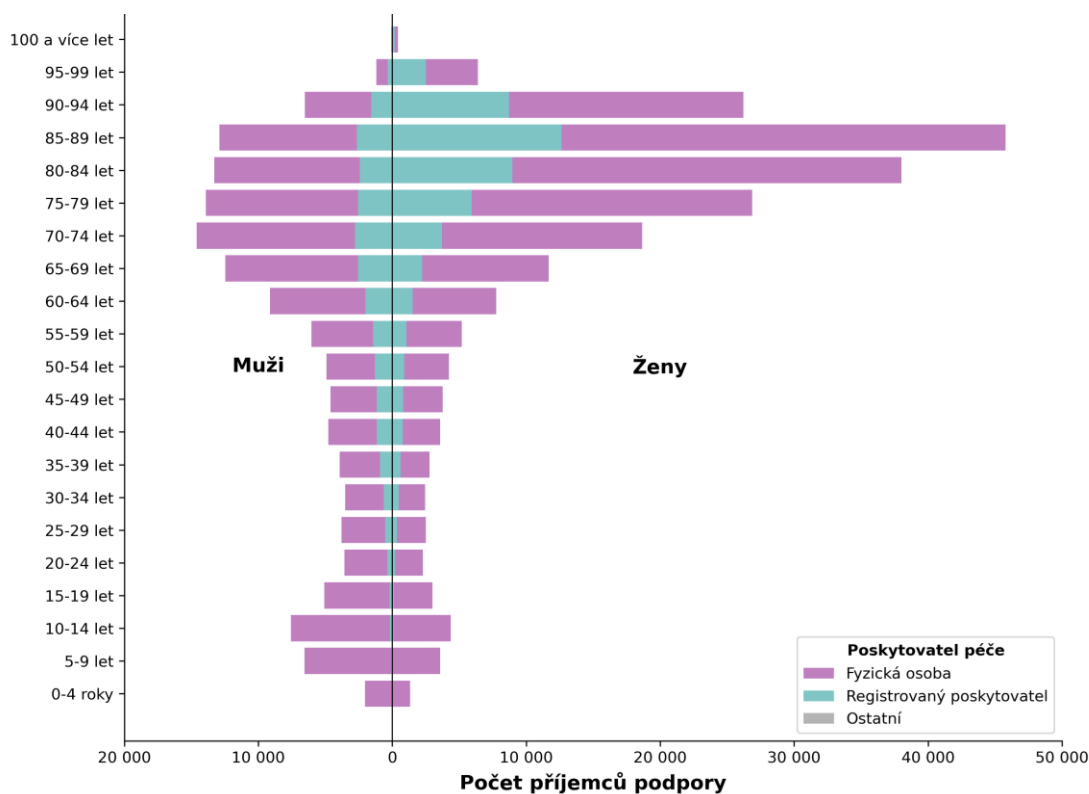
Obrázek 4.2: Rozložení PnP dle stupně závislosti a věkové kohorty v roce 2021



Zdroj: MPSV (2022).

V následujícím grafu jsou příjemci PnP členěni dle věku, pohlaví a druhu poskytovatele péče. U mladších občanů je poskytovatelem péče zpravidla fyzická osoba (příbuzný), služeb registrovaných poskytovatelů je postupně více využíváno s narůstajícím věkem osob. Nejvíce je využívají ženy v seniorském věku, i když i zde je vidět vysoký podíl fyzických osob jako poskytovatelů péče. To může být ovlivněno také nedostatečnými kapacitami u registrovaných poskytovatelů.

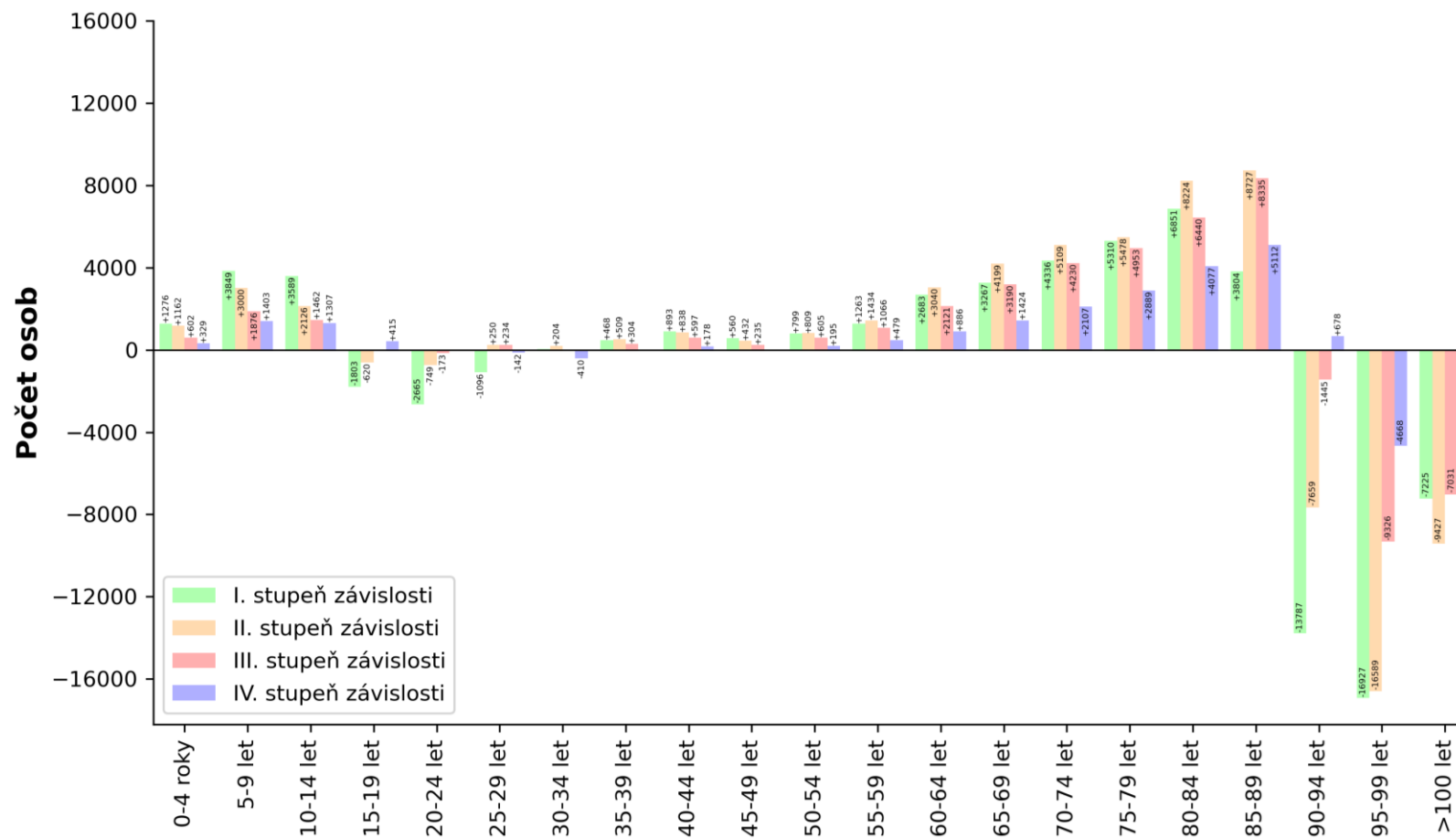
Obrázek 4.3: Rozložení PnP dle poskytovatele péče a věkové kohorty v roce 2021



Zdroj: MPSV (2022).

Tokový model, který je zobrazen v následujícím grafu, srovnává vstup a výstup ze systému PnP pro roky 2014 a 2019, a to dle věkových kategorií uživatelů a stupně závislosti. Je-li počet osob kladný (nad černou vodorovnou čarou), pak se počet osob s PnP zvýšil, je-li záporný (pod černou čarou), pak se snížil. V grafu je většina hodnot kladná, tedy došlo ke zvýšení počtu osob s PnP ve většině věkových kategorií. Výjimkou jsou věkové kategorie mladších dospělých mezi 15 a 34 lety, kde nedošlo k výrazným změnám nebo došlo k poklesu počtu osob s nižším stupněm závislosti I a II. Druhou výjimkou jsou starší senioři od 90 let, kde výrazně klesl počet osob s PnP.

Obrázek 4.4: Tokový model Vstup a výstup ze systému PnP



Zdroj: MPSV (2022).

Pozn.: Změna stavu v dané věkové kohortě dle stupně závislosti mezi roky 2014 a 2019.

Zabezpečení pečujících příbuzných

V případě nevyužití sociálních služeb ze strany osoby pobírající PnP, je PnP využíván na pokrytí potřebné péče poskytované pečující osobou, kterou je buď osoba blízká anebo asistent sociální péče (dle § 7 ZSS). Příjem pečující osoby od opečovávané osoby za péči je osvobozen od daně z příjmu, pokud pečující je osobou blízkou⁶⁹. U asistenta sociální péče je osvobození příjmu za péči do výše příspěvku na péči ve IV. stupni závislosti osoby. Stát za pečující osobu hradí zdravotní pojištění, pokud pečuje o osobu závislou na pomoci jiné osoby ve stupni závislosti II. – IV., nebo o dítě do 10 let věku také v případě jeho závislosti u stupně I. (Moravskoslezský kraj, 2021). ÚP ČR má právo kontrolovat, zda skutečně dochází k využívání příspěvku na péči, a to k tomu určeným účelům. Kontrola může proběhnout i přímo v domácnosti příjemce příspěvku a může být ohlášená i neohlášená. Kontroly poskytování péče pečující osobou (v souvislosti s poskytováním PnP) však ze strany ÚP ČR probíhají jen u některých příjemců příspěvku na péči (Úřad práce, 2022).

V případě splnění podmínky hospitalizace osoby, o kterou je pečováno ve zdravotnickém zařízení, která trvala minimálně 4 po sobě jdoucí kalendářní dny, má pečující osoba o osobu blízkou nárok na dlouhodobé ošetřovné (ČSSZ, 2022c), jež je jednou z šesti dávek českého systému nemocenského pojištění (vedle nemocenského, ošetřovného, peněžité pomoci v mateřství, otcovské a vyrovnávacího příspěvku v těhotenství a mateřství). Dlouhodobé ošetřovné umožňuje pečujícím zůstat doma a pečovat o svého blízkého, u kterého ošetřující lékař zdravotnického zařízení rozhodl, že jeho zdravotní stav potřebuje po propuštění z hospitalizace celodenní péči. Získání dlouhodobého ošetřovného však vyžaduje celou řadu splněných podmínek (ČSSZ, 2022c), které jsou uvedeny v textu níže, a je možné je čerpat maximálně po dobu 90 dnů.

Okruh osob, kterým může za splnění podmínek vzniknout nárok na dlouhodobé ošetřovné z důvodu poskytování dlouhodobé péče, je poměrně široký. Mohou jimi být příbuzní (např. manželka, dospělý potomek, tchyně, švagr, neteř nebo snacha apod.) osoby vyžadující dlouhodobou péči. Dále to také může být druh nebo družka

⁶⁹ Dle § 22 odst. 1 zákona č. 89/2012 Sb., občanského zákoníku, se za osobu blízkou považují přímí příbuzní, manželé a registrovaní partneři, sourozenci, ale i jiné osoby, které by důvodně pocitovaly újmu druhého za újmu vlastní.

ošetřované osoby anebo osoba žijící s ošetřovanou osobou v domácnosti. U osob bez přímého příbuzenského vztahu je zákonem stanovena podmínka společného místa trvalého pobytu s osobou, které je poskytována celodenní péče (ČSSZ, 2022c).

U ošetřované osoby musí být splněny níže uvedené podmínky (ČSSZ, 2022c):

- podmínka hospitalizace ve zdravotnickém zařízení, která trvala minimálně 4 po sobě jdoucí kalendářní dny (počítá se první a poslední den hospitalizace),
- zdravotní stav po propuštění z hospitalizace vyžaduje poskytování dlouhodobé péče po dobu dalších alespoň 30 kalendářních dnů,
- ošetřující lékař zdravotnického zařízení poskytujícího lůžkovou péči vydá rozhodnutí o potřebě dlouhodobé péče, a to v den propuštění z hospitalizace nebo nejpozději do 3 pracovních dnů ode dne podání žádosti.

Ošetřovaná osoba musí udělit souhlas s poskytováním dlouhodobé péče ošetřující osobě, je to nutné pro podání žádosti o dávku (ČSSZ, 2022c).

Podmínky nároku na dlouhodobé ošetřovné:

- U zaměstnanců se jedná o dobu 90 kalendářních dnů v posledních 4 měsících (trvání zaměstnání).
- U OSVČ musí být splněna podmínka dobrovolné účasti na nemocenském pojištění po dobu 3 měsíců bezprostředně předcházejících dní nástupu na dlouhodobé ošetřovné a OSVČ nesmí v době pobírání této dávky vykonávat výdělečnou činnost.
- Nárok se nevztahuje na dohodu o provedení práce (DPP) nebo dohodu o pracovní činnosti (DPČ).
- V posledních 12 měsících nepobíral žadatel dlouhodobé ošetřovné.

Výše dlouhodobého ošetřovného činí od prvního kalendářního dne 60 % redukovaného denního vyměřovacího základu za kalendářní den (ČSSZ, 2022c).

4.3 Komparace Německa a ČR v oblasti poskytování příspěvku na péči a způsobu hodnocení potřeby péče

V ČR se o příspěvek na péči žádá na kontaktním pracovišti ÚP ČR v místě trvalého bydliště žadatele. Žádost musí obsahovat označení fyzické nebo právnické osoby, která bude osobě poskytovat pomoc. Pracovník ÚP ČR následně provádí sociální šetření, při kterém zjišťuje schopnost samostatného života žadatele v přirozeném

sociálním prostředí. Spolu se záznamem ze sociálního šetření zašle ÚP ČR příslušné OSSZ žádost o posouzení zdravotního stavu pro účel posouzení stupně závislosti osoby na pomoci jiné osoby. OSSZ pro stanovení stupně závislosti vychází z doložených lékařských zpráv poskytovatele zdravotních služeb, popř. z vlastního vyšetření lékaře LPS, a z výsledků sociálního šetření provedeného sociálním pracovníkem ÚP ČR, popř. z dalších podkladů ke zdravotnímu stavu. Lékař LPS OSSZ zašle ÚP ČR vyhotovený posudek o zdravotním stavu. ÚP ČR informuje účastníka správního řízení. Žadatel či jeho zástupce mají možnost se s posudkem seznámit a případně se k němu vyjádřit nebo doložit doplňující dokumenty, např. nové lékařské zprávy, které lékař LPS OSSZ opět posoudí ve vztahu k žádosti. V Německu je systém získání příspěvku na péči obdobný, dávky na péči jsou poskytovány z LTCI na základě podané žádosti příslušnému Fondu péče (Pflegekasse). Po podání žádosti Fond péče pověří *Lékařskou službu* (Medizinischen Dienst, MD)⁷⁰ nebo jiného nezávislého znalce, aby osobní prohlídkou stanovili stupeň potřeby péče. Prohlídka se uskutečňuje v přirozeném prostředí osoby, kde zdravotní stav hodnotí zkušený ošetřovatel nebo lékař. V rámci prohlídky je také nutné MD poskytnout kopie aktuálních zpráv lékařů a specialistů, aktuální propouštěcí zprávy z nemocnice nebo rehabilitačního zařízení, plánu podávaných léků, průkazu pro těžce postižené osoby (pokud je k dispozici), seznamu používaných pomůcek (brýle, naslouchátko, hůlka, chodítka aj.), ošetřovatelské dokumentace. Hodnotitel MD předá závěry hodnocení Fondu péče, který vydá konečné rozhodnutí, o kterém žadatele informuje pomocí písemné zprávy. Když Fond péče navrhaný stupeň péče uzná⁷¹, dochází k výplatě dávek, zpravidla zpětně od měsíce, ve kterém byla žádost podána. V Německu i ČR je možné podat žádost o zvýšení stupně závislosti péče, jakmile se změní zdravotní stav dané osoby.

V ČR se dle § 9 ZSS při posuzování stupně závislosti hodnotí schopnost zvládat 10 základních životních potřeb: Mobilita; Orientace; Komunikace; Stravování; Oblékání a obouvání; Tělesná hygiena; Výkon fyziologické potřeby; Péče o zdraví;

⁷⁰ Do roku 2019 označována jako Lékařská služba zákonných zdravotních pojišťoven (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung, MDK). V případě, že je osoba pojištěna v soukromém pojištění péče, se obvykle jedná o odbornou službu Medicproof.

⁷¹ Pokud fond péče žádost zamítne nebo žadatel nesouhlasí se stanoveným stupněm péče, může k Fondu péče podat námitky.

Osobní aktivity; Péče o domácnost. V Německu je systém hodnocení obdobný, ale hodnotí se, jaké aktivity je žadatel schopen stále vykonávat v šesti oblastech života: Mobilita; Kognitivní a komunikační schopnosti; Chování a duševní poruchy; Soběstačnost; Zvládnutí onemocnění a léčebných podmínek; Každodenní život a společenské kontakty. Tyto oblasti mají na rozdíl od českého systému při hodnocení různé váhy, nejvyšší váhu má „soběstačnost“ (Spitzenverband, 2018; Bundesministeriums für Gesundheit, 2018a; DMRZ.de, 2022). V Německu je dále od roku 2017 rozlišováno 5 stupňů potřebnosti péče, ne 4 jako v ČR, žadatelé jsou rozděleni dle udělených bodů po převážení na škále 0–100 (DMRZ.de, 2022). Podrobněji viz kapitola 4.1.

V ČR mají osoby pobírající PnP možnost využít různé pomůcky, které jsou buď hrazené ze zdravotního pojištění (na základě poukazu vystaveného lékařem), anebo mohou získat příspěvek na zvláštní pomůcku či příspěvek na mobilitu spadající do gesce MPSV (v rámci zvýšení sociální integrace ze sociálního systému) dle zákona č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů, v platném znění a upravující vyhlášky č. 388/2011 Sb. Dle tohoto zákona je možné získat i průkaz osoby se zdravotním postižením, z jehož držení vyplývají držiteli určité výhody. Žádost o příspěvek na zvláštní pomůcku, příspěvek na mobilitu a přiznání průkazu osoby se zdravotním postižením se podává na místně příslušné krajské pobočce ÚP ČR. V Německu mohou předepisovat pomůcky profesionální ošetřovatelé, i když donedávna mohla předpis na zdravotní či ošetřovatelské pomůcky vystavovat lékařská služba (MD), tzn. nemocniční nebo ošetřující lékař. Nyní má ošetřující personál větší rozhodovací pravomoci při výběru vhodných zdravotních a ošetřovatelských pomůcek a lékařský předpis tak není již nutný. Pokud žadatel žádá Fond péče o pomůcku nebo ošetřovatelskou pomůcku, doporučení ošetřujícího personálu nesmí být starší 14 dnů.

V ČR dle zákona č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi, ve znění pozdějších předpisů má uživatel sociální služby právo požádat o poskytování dávek pomoci v hmotné nouzi (jedná se o doplatek na bydlení, příspěvek na živobytí, mimořádnou okamžitou pomoc), o které se žádá na ÚP ČR. Podrobněji uvedeno v kap. 3.2.4. V Německu ve 3 spolkových zemích mohou klienti pečovatelských domů s nízkými příjmy žádat o dávky na bydlení v pečovatelském domě, tzv. *příspěvek na bydlení (Pflegewohngeld)*. Dávka závisí na příjmech a majetku osoby, která potřebuje péči.

Žádost může podat pečovatelský dům nebo přímo samotný klient (pokud tak zařízení neučiní) a podává se u Úřadu sociálního zabezpečení (Sozialamt). Částka se vyplácí instituci, nikoli žadateli.

V ČR má pečující osoba o osobu blízkou nárok na dlouhodobé ošetřovné, jež je jednou z šesti dávek českého systému nemocenského pojištění a je vypláceno z OSSZ. Výše dlouhodobého ošetřovného činí od prvního kalendářního dne 60 % redukováného denního vyměřovacího základu za kalendářní den. Maximálně lze ošetřovné čerpat 90 dnů (ČSSZ, 2022c). V Německu je k dispozici více typů dávek pro pečující osoby než v ČR. Za účelem umožnit rodinným příslušníkům zorganizovat si péči o své blízké v domácím prostředí umožňuje zákon *krátkodobé přerušování práce (kurzzeitige Arbeitsverhinderung)*, přerušování pracovní činnosti do 10 dnů⁷². Dále z důvodu péče o blízké příbuzné v domácím prostředí mohou být zaměstnanci *osvobozeni od práce až na 6 měsíců* (osvobození může být úplné nebo částečné)⁷³, tzv. *pečovatelská dovolená (Pflegezeit)*. Během *rodinné pečovatelské dovolené (Familienpflegezeit)* mají zaměstnanci možnost pracovat po dobu max. 24 měsíců na zkrácený úvazek s minimální týdenní pracovní dobou 15 hodin⁷⁴. V případě *péče o blízké nacházející se v poslední fázi života* mají zaměstnanci možnost úplného nebo částečného osvobození od práce po dobu nejvýše tří měsíců (během této doby nevzniká nárok na náhradu mzdy)⁷⁵ (Pflege.de, 2022b).

Porovnání německého a českého systému v oblasti poskytování příspěvku na péči a způsobu hodnocení potřebnosti péče je shrnuto v následující tabulce.

⁷² Od 1. ledna 2015 může být na toto volno přiznán příspěvek na péči, přičemž hrubý příspěvek činí 90 % ušlé čisté mzdy (Bundesministerium für Gesundheit, 2017b).

⁷³ Jedná se o neplacené pracovní volno (se sociálním pojištěním). Nárok se vztahuje pouze na zaměstnavatele s více než 15 zaměstnanci (Bundesministerium für Gesundheit, 2022d).

⁷⁴ Z důvodu péče o příbuzné si osoby mohou zkrátit pracovní dobu o 50 % maximálně na dva roky, přičemž od zaměstnavatele obdrží 75 % měsíční mzdy. Po skončení této doby musí znovu pracovat na plný úvazek po dva roky za 75 % mzdy (až do zaplacení předchozí „zálohy“).

⁷⁵ Pokud však během této doby neplaceného volna potřebuje zaměstnanec finanční zajištění, má nárok na bezúročnou půjčku (Zákon o rodinné pečovatelské dovolené, §3).

Tabulka 4.4: Porovnání německého a českého systému v oblasti poskytování PnP

	Německo	ČR
Pojetí potřebnosti	Dle § 14 SGB XI, ods. 1) se za osoby odkázané na péči považují osoby, které na základě tělesného, duševního nebo smyslového onemocnění či postižení vyžadují ve vyšší míře pomoc s běžnými každodenními úkony a u nichž se předpokládá, že tuto pomoc budou potřebovat nejméně po dobu 6 měsíců.	Osoby, které jsou závislé na pomoci jiné osoby.
Žádost o pojistné plnění	Podává se příslušnému Fondu péče (Pflegekasse).	V ČR neexistuje zákonné pojištění dlouhodobé péče.
Hodnotitel	Lékařská služba (MD) nebo jiný nezávislý odborník pověřený fondem péče, dle 18 SGB XI, většinou zkušený ošetřovatel nebo lékař.	Sociální pracovník ÚP ČR, který splňuje vzdělání podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, provádí sociální šetření. Poté posudkový lékař na OSSZ vyhotoví posudek o zdravotním stavu.
Průběh hodnocení potřebnosti péče	Šetření se uskutečňuje v přirozeném prostředí osoby. MD hodnotí činnosti osoby v šesti oblastech života dle § 14 SGB XI, odst. 2): Mobilita, Kognitivní a komunikační schopnosti, Chování a duševní problémy, Soběstačnost, Zvládnutí onemocnění a léčebných podmínek, Každodenní život a společenské kontakty. Těmto oblastem jsou přiděleny váhy a body, na základě kterých, hodnotitel navrhne zařazení osoby do jednoho ze stupňů potřebnosti péče. Hodnotící MD předá závěry hodnocení Fondu péče, který přijme konečné rozhodnutí.	Dle § 9 ZSS se při posuzování stupně závislosti v přirozeném prostředí osoby hodnotí schopnost zvládat 10 základních životních potřeb: Mobilita; Orientace; Komunikace; Stravování; Oblékání a obouvání; Tělesná hygiena; Výkon fyziologické potřeby; Péče o zdraví; Osobní aktivity; Péče o domácnost. PnP je přiznán v případě, že osoba nevládá min. 3 výše uvedené základní životní potřeby. Posudkový lékař z OSSZ předá závěry ÚP ČR, jež udělá konečné rozhodnutí.
Počet stupňů potřebnosti péče	Stupeň 1–5, dle § 15 SGB XI.	Stupeň 1–4 (dle § 8 ZSS).
Vznik nároku na zákonné pojistné plnění v rámci zákonného pojištění dlouhodobé péče	Minimální doba pojištění v délce dvou let, a to v posledních deseti letech před podáním žádosti; přiznání určitého stupně potřebnosti péče – pro peněžitě a věcně dávky za péči v domácím prostředí a za plnou pobytovou péči od stupně potřebnosti 2. (osoba se stupněm potřebnosti 1, která se rozhodne pro plnou pobytovou péči, má rovněž nárok na příspěvek).	V ČR neexistuje zákonné pojištění dlouhodobé péče.

5 Návrh na změnu financování sociálních služeb v ČR

Cílem kapitoly je na základě zjištěných výsledků (např. kapitola 3.2.3.5 a 3.2.4.1) z komparativní analýzy systému pojištění sociální péče v Německu a ČR zpracovat modelové výpočty pro návrhy na zavedení udržitelného systému financování sociálních služeb v ČR.

5.1 Shrnutí klíčových zjištění v Německu v komparaci s ČR

Pojištění dlouhodobé péče

V Německu existuje systém zákonného (sociálního) pojištění dlouhodobé péče (LTCl), který vstoupil v Německu v platnost v roce 1995. Zákon o sociálním pojištění dlouhodobé péče tak stanovil obsah nového Sociálního zákoníku, respektive jeho Jedenácté knihy (Sozialgesetzbuch SGB XI – Elftes Buch – Soziale Pflegeversicherung), která je hlavním legislativním rámcem systému. Do zákonného pojištění dlouhodobé péče (§ 20 SGB XI) jsou automaticky zapsáni všichni pojištěnci zákonných zdravotních pojišťoven. Osoby, které mají uzavřené soukromé zdravotní pojištění, jsou povinny si zřídit soukromé pojištění péče (§ 23 SGB XI). V zákonném pojištění dlouhodobé péče je v současnosti pojištěno 73,51 mil. obyvatel, v soukromém pojištění dlouhodobé péče je 9,19 mil. obyvatel. Tento systém i přes jeho dílčí úpravy zajišťuje kontinuitu, předvídatelnost, transparentnost a lze jej považovat za udržitelný.

V ČR systém pojištění dlouhodobé péče není v současnosti zaveden, péče je hrazena ze státního rozpočtu.

Plátcí systému pojištění dlouhodobé péče

Systém pojištění dlouhodobé péče v Německu prošel několika reformami, přičemž poslední reforma vstoupila v platnost v lednu 2022. Do systému přispívají všechny osoby, které vykazují příjem – zaměstnanci a zaměstnavatelé (každý zpravidla platí polovinu příspěvku), OSVČ a senioři (ti platí celou sazbu příspěvku sami). Sazby příspěvku LTCl se vypočítávají z příjmu a v roce 2022 činí sazba 3,05 %, přičemž sazba pro bezdětné pojištěnce je vyšší, a to 3,40 %. Z pohledu plátců je tento systém akceptovatelný, je považován za univerzalistický, motivační a solidární. I přesto, že výdaje vedly ke zvýšení sazeb pojistného.

System financování služeb sociální péče v ČR je založen na hrazení příspěvku na péči, dotacích MPSV a dalších státních resortů, případně prostředků EU a příjmů na úrovních krajů / obcí. Není tedy hrazen pouze ze sociálního pojištění. V ČR nejsou zavedeny odvody ze starobních a invalidních důchodů. Také platby zdravotního pojištění za státní pojištěnce odvádí stát. Nárok na platbu zdravotního pojištění od státu mají nezaopatřené děti, poživatelé důchodů, osoby starší 26 let studující prvně v doktorském studijním programu, příjemci rodičovského příspěvku, ženy na mateřské dovolené, uchazeči o zaměstnání a další. V českém systému financování sociálních služeb tedy osoby stojí převážně na straně nákladů systému.

Nárok na příspěvek na dlouhodobou péči

V německém systému se rozlišuje také typ dávek v podobě peněžité, věcné či jejich kombinace. Různé příspěvky jsou také určeny přímo pro pečující příbuzné. Pro vznik nároku na dávky v rámci zákonného pojištění je vyžadována minimální doba pojištění v délce dvou let a určitý stupeň potřeby péče. Nárok na pojistné plnění se zkoumá na základě podané žádosti příslušnému fondu péče. Ten pověří hodnotitele z Lékařské služby zdravotní pojišťovny (lékař, ošetřovatel) provedením hodnocení potřeby péče. Hodnocení se uskutečňuje v domácím prostředí osoby, která o dávku žádá. Hodnocení potřeby péče osoby probíhá v šesti oblastech a bodové hodnocení pak vede k zařazení osoby do jednoho z pěti stupňů potřeby péče. V českém systému se při posuzování stupně závislosti hodnotí schopnost zvládat základní životní potřeby, jako jsou a) mobilita, b) orientace, c) komunikace, d) stravování, e) oblékání a obouvání, f) tělesná hygiena, g) výkon fyziologické potřeby, h) péče o zdraví, i) osobní aktivity, j) péče o domácnost, viz §9, ZSS.

V ČR vzniká nárok na příspěvek na péči osobě, která z důvodu nepříznivého zdravotního stavu již nezvládá péči o sebe a je závislá na pomoci jiné osoby při zvládání základních životních potřeb v rozsahu stanoveném stupněm závislosti. Tyto stupně závislosti se hodnotí podle počtu základních životních potřeb, které tato osoba není schopna bez cizí pomoci zvládat. Z poskytnutého příspěvku pak tyto osoby hradí pomoc, kterou jim může dle jejich rozhodnutí poskytovat osoba blízká, asistent sociální péče, registrovaný poskytovatel sociálních služeb, dětský domov, speciální lůžkové zdravotnické zařízení hospicového typu nebo zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc. Tímto příspěvkem se stát podílí na zajištění pomoci, která může být

poskytována prostřednictvím sociálních služeb nebo jiných forem pomoci při zvládnání základních životních potřeb osob. Náklady na příspěvek se hradí ze státního rozpočtu. Žádost o příspěvek na péči si osoba podává na kontaktním pracovišti krajské pobočky Úřadu práce ČR. Krajská pobočka Úřadu práce ČR (sociální pracovník) provádí pro účely rozhodování o příspěvku nejprve sociální šetření, při kterém se zjišťuje schopnost samostatného života osoby v jejím přirozeném sociálním prostředí. Následně krajská pobočka Úřadu práce ČR zašle příslušné okresní správě sociálního zabezpečení žádost o posouzení zdravotního stavu žadatele o příspěvek na péči a tím tak stanoví stupně závislosti osoby. Při posuzování stupně závislosti osoby vychází okresní správa sociálního zabezpečení ze zdravotního stavu osoby doloženého nálezem vydaným poskytovatelem zdravotních služeb, z výsledku sociálního šetření a zjištění potřeb osoby, popřípadě z výsledků funkčních vyšetření. Na základě tohoto posudku pak krajská pobočka Úřadu práce ČR vydá rozhodnutí o tom, zda se příspěvek na péči přiznává či nikoliv. V Německu je komunikace zejména s Fondy péče, kde probíhá schvalovací řízení. Žádost se podává příslušnému Fondu péče. Po podání žádosti Fond péče pověří Lékařskou službu nebo jiného nezávislého znalce, aby osobní prohlídkou stanovila stupeň potřebnosti péče. Hodnotitel Lékařské služby předá závěry hodnocení Fondu péče, který vydá konečné rozhodnutí, o kterém žadatele informuje pomocí písemné zprávy. Vhodné řešení pro ČR by bylo sjednotit kompetence pod jeden úřad, a to v rámci ČSSZ, kde by bylo založeno oddělení s kompetentními sociálními pracovníky podle ZSS.

Zákonný systém pojištění dlouhodobé péče v Německu pokrývá pouze část nákladů na péči, zbylou část nákladů si hradí osoba, která péči potřebuje, sama z vlastních příjmů, nebo ji hradí příbuzní, případně je hrazena z příspěvku s názvem „pomoc při péči“ hrazeného ze systému sociální pomoci v rámci třetího pilíře sociálního zabezpečení. Obdobně v ČR v případě nákladů na sociální služby vyšších, než je schválená výše příspěvku na péči, si osoba, která péči potřebuje, doplácí z vlastních zdrojů. Při snaze o nastavení udržitelného systému financování sociálních služeb bude doplácení nákladů na sociální služby ze strany příjemce sociální služby i nadále nevyhnutelné. Z toho důvodu bude vhodné zavedení dobrovolného připojištění, ze kterého by byly některé náklady na sociální služby hrazeny.

Výdaje na dlouhodobou péči

Výdaje na dlouhodobou péči v Německu se v posledních letech výrazně zvýšily, z 31 mld. eur v roce 2016 na téměř 54 mld. eur v roce 2021, a z důvodu stárnutí populace a tím navýšení příjemců dávek se očekává další nárůst. Pro spolehlivější zajištění financování systému od roku 2035 byl v roce 2015 založen Fond dlouhodobé péče, do něhož plyne 0,1 % příjmu z pojistného, v současnosti zhruba 1,6 mld. eur ročně.

V rámci financování služeb sociální péče v ČR dochází k navyšování celkových nákladů na sociální služby. Mezi roky 2019–2021 došlo k navýšení o 10,3 mld. Kč dle dat poskytnutých MPSV. U všech sociálních služeb tvoří největší podíl osobní náklady zaměstnanců, které v roce 2021 byly 75 % z celkových nákladů.

Silné stránky německého systému zákonného pojištění dlouhodobé péče jako vzorový model pro ČR:

- **Univerzální systém** – pojistné se platí povinně a vztahuje se na všechny obyvatele, kteří jsou pojištěni v rámci zákonného zdravotního pojištění, čímž je finančně předvídatelný.
- **Důvěryhodný systém** – systém financování sociálního pojištění je více izolován od cílů v dané době vládnoucích politiků než systém založený na daních, čímž je pro obyvatele akceptovatelnější a je pozitivněji vnímán.
- **Kompromisní systém** – systém je „levný“, protože je povinný, ale také je přijatelný jako povinný, protože je tak „levný“. Menší „výhody“ systému jsou vyváženy komplexností.
- **Motivační systém** – osoba je podporována žít co nejdéle samostatný život. Pojistné plnění nekryje veškeré náklady na péči, odpovědnost se tak dělí mezi jednotlivce, rodinu (existuje vyživovací povinnost příbuzných v přímé linii) a stát, což přispívá k sociální jistotě a smíru.
- **Integrovanost systému** – dlouhodobá péče obsahuje jak zdravotní péči, tak sociální služby a přispívá k efektivnosti systému (financování z jediného fondu).
- **Flexibilní systém** – dává příjemcům značnou volnost při výběru zdravotní pojišťovny a tím fondu péče, typu péče a tím pojistného plnění (péče v domácím prostředí prostřednictvím příbuzných či ambulantních služeb, pobytová péče, přičemž osoba si může vybrat pobytové zařízení bez ohledu na trvalé bydliště).

- **Solidární systém** – do systému přispívají všichni, kteří mají příjem (s výjimkami) – zaměstnanci a zaměstnavatelé (zpravidla se podílejí rovným dílem na příspěvcích), senioři pobírající důchod (starobní i invalidní⁷⁶) a OSVČ hradí celý příspěvek. Zároveň existuje rodinné pojištění (děti a manželé s příjmem nižším než 450 eur/měsíc jsou spolupojištěni zdarma) a přírážka k sazbě příspěvku pro bezdětné osoby.
- Stupeň potřebnosti péče se odvíjí od míry činností v šesti oblastech, které je schopna osoba vykonávat samostatně, nezávisle, přičemž nezávisí na věku či příjmu osoby. Klasifikace potřebnosti péče do 5 stupňů umožňuje „jemnější“ rozlišení pojistného plnění dle potřebnosti péče (zejména pro lidi trpící demencí představovalo zavedení pěti stupňů zásadní zlepšení v přístupu k LTC).
- Peněžité a věcné pojistné plnění, včetně jejich možné kombinace, a povinné poradenství či bezplatné dobrovolné školení v oblasti péče pro pečující příbuzné podporuje péči v domácím prostředí a omezuje nadužívání péče v pobytových zařízeních.
- Existence Fondu dlouhodobé péče, do kterého plyne 0,1 % příjmu z pojistného, funguje jako zdroj pro spolehlivější zajištění financování systému od roku 2035.

5.2 Prognóza nákladů a zdrojů financování systému sociálních služeb v České republice

Návrhy na změnu systému sociálních služeb v České republice byly vypracovány na základě modelu nákladů a prognózy zdrojů financování sociálních služeb v ČR, které jsou popsány v následující podkapitole.

⁷⁶ V německém systému se rozlišuje plný invalidní důchod (nárok na něj má osoba, která je schopna pracovat pouze méně než tři hodiny denně) nebo částečný (pokud je osoba schopna pracovat více než tři a méně než šest hodin). Skutečná výše invalidního důchodu závisí na mnoha různých faktorech. Patří mezi ně mimo jiné výše odvodů (jak vysoké byly předchozí odvody na zákonné důchodové pojištění, věk nástupu do důchodu, předchozí mzda a druh důchodu. Obecně lze říci, že plný invalidní důchod může činit zhruba polovinu a částečný invalidní důchod čtvrtinu čisté mzdy (Einfachrente, 2022).

5.2.1 Prognóza nákladů systému financování sociálních služeb v ČR

Model nákladů (Model N) vychází ze známých údajů o počtech příjemců sociální péče. Na základě těchto údajů předpokládaného dalšího vývoje populace a známých nákladů sociálních služeb na jednoho klienta je odhadován budoucí vývoj nákladů.

Vstupními údaji pro model jsou:

- Údaje o příjemcích příspěvku na péči (zdroj MPSV).
- Údaje o počtech klientů využívajících jednotlivé sociální služby (zdroj MPSV)
- Demografická prognóza (zdroj ČSÚ⁷⁷)
- Údaje o nákladech na jednotlivé sociální služby (zdroj MPSV)
- Výše příspěvků na péči (ČSSZ)

Pro účely modelování je populace České republiky kategorizována podle tří kritérií: pohlaví, věková kategorie v 5letých intervalech a stupeň závislosti péče (1–4) dle kategorizace PnP, dle zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách.

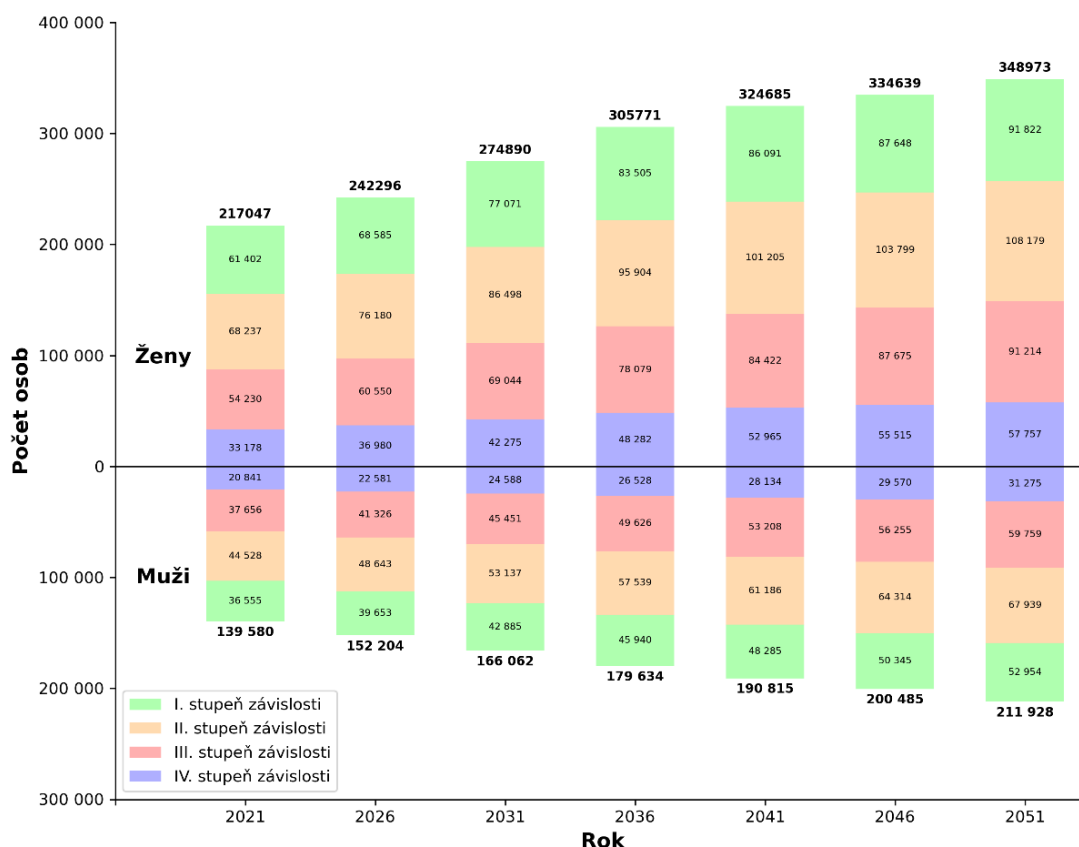
Prognóza osob pobírajících příspěvek na péči dle stupně závislosti do roku 2051

Na základě prognózy vývoje počtu obyvatel v ČR byl odhadnut vývoj počtu osob, které budou mít nárok na příspěvek na péči v budoucnosti. V modelu se předpokládá, že v každé skupině určené pohlavím a věkem zůstane zachován poměr osob s I., II., III. a IV. stupněm závislosti k celkové populaci. Prognóza vývoje počtu osob s příspěvkem na péči dle pohlaví a stupně závislosti za jinak nezměněných podmínek je zobrazena v následujícím grafu. Do prognózy jsou zahrnuty všechny věkové kategorie.

Mezi faktory, které zvyšují nárůst počtu osob s PnP, patří incidence populace civilizačními chorobami. Na druhou stranu faktory, které mohou způsobit pokles, je rozvoj nových medicínských postupů a rozvoj kompenzačních pomůcek, které budou zvyšovat soběstačnost. Nicméně v dlouhodobém časovém horizontu vliv těchto faktorů se predikuje s vysokou mírou nejistoty. Proto byl zvolený statistický postup, který tyto vlivy nezohledňuje. V dlouhodobém období se jedná se o střední variantu vývoje.

⁷⁷ Střední varianta demografické prognózy: Projekce obyvatelstva České republiky do roku 2100 (ČSÚ, 2018)

Obrázek 5.1: Prognóza počtu osob s příspěvkem na péči do roku 2051



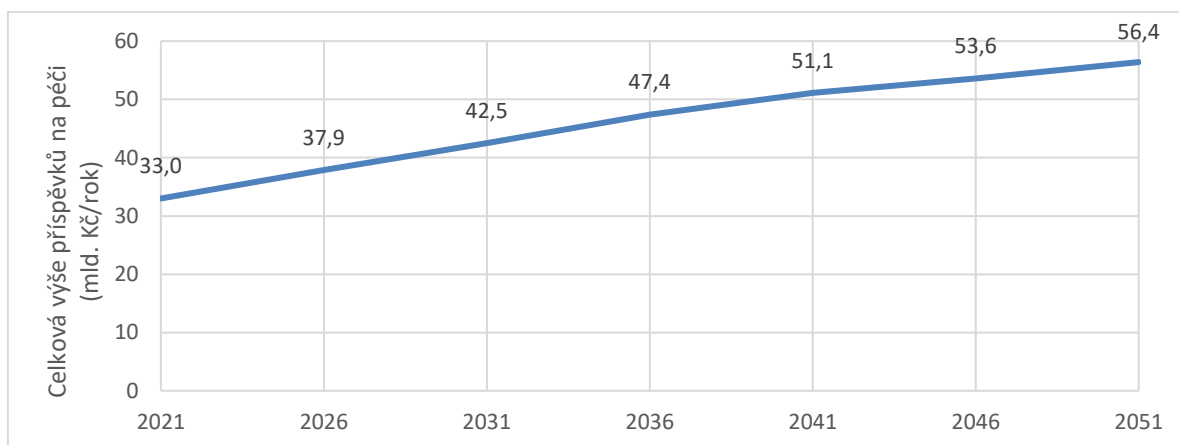
Zdroj: ACCENDO, 2022.

V roce 2021 pobíralo PnP celkově 356 627 osob, podle prognózy dojde v roce 2026 k nárůstu počtu pobíratelů na 394 500 a do roku 2051 se počet pobíratelů zvýší na 560 901. Značný nárůst osob s PnP je zřetelný u III. a IV. stupně závislosti, kde mezi lety 2021 a 2051 dojde ke zvýšení počtu osob téměř o dvojnásobek.

Na základě těchto údajů a na základě známé výše příspěvků na péči (model vychází ze stálých cen roku 2021, proto předpokládá, že příspěvky nebudou navyšovány, tzn. při inflaci a růstu mzdové hladiny poměry mezi příspěvkem na péči a mzdou zůstanou stejné) lze následně vyčíslit celkový objem příspěvků na péči v jednotlivých letech.

V níže uvedeném grafu jsou náklady na výplatu příspěvku na péči. Nejsou zohledněny náklady spojené s výplatou příspěvku na péči, například poštovní služby, které v roce 2021 činily 60 mil. Kč. Z grafu je patrné, že od roku 2021, kdy byla výše vyplacených příspěvků na péči 33 mld. Kč, celková výše vyplacených příspěvků naroste do roku 2051 o 23,4 mld. Kč.

Obrázek 5.2: Odhadnutá výše vyplacených příspěvků na péči do roku 2051 na základě modelu

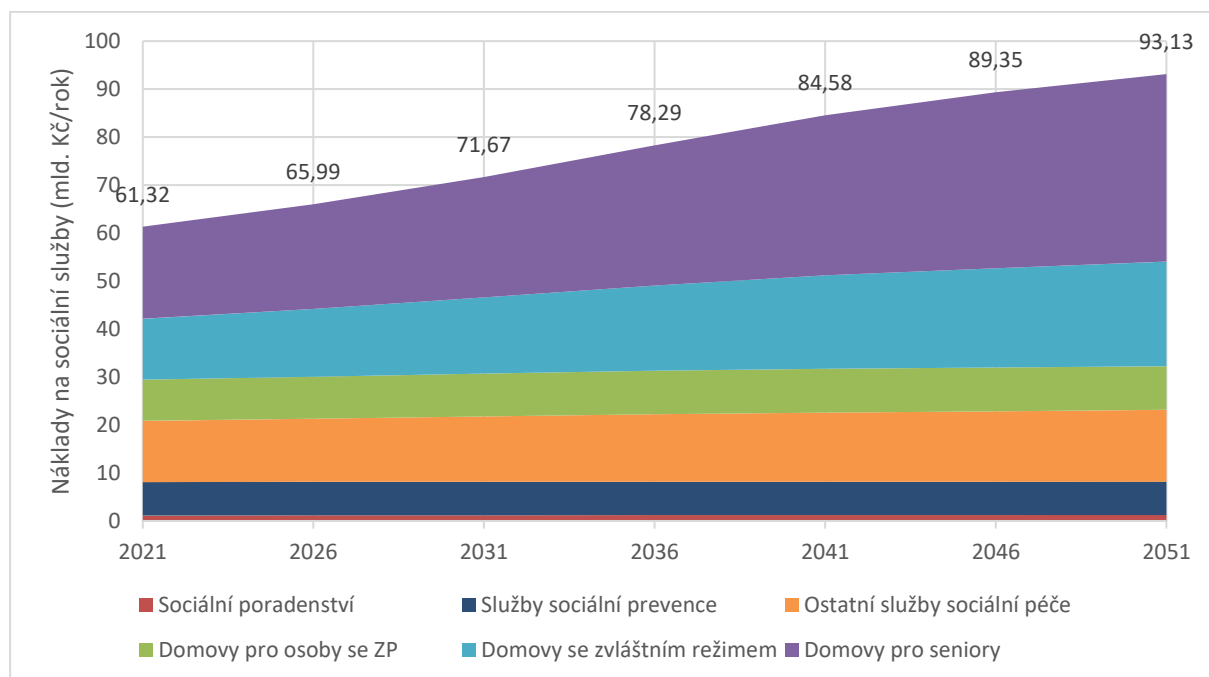


Zdroj: ACCENDO, 2022.

Náklady na sociální služby

Odhad vývoje nákladů vychází z dat poskytnutých MPSV o počtech klientů využívajících sociální služby tak, jak jsou definovány v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v aktuálním znění dle § 37–56 (viz příloha č. 1). Počet klientů využívajících tyto služby v kategorizaci podle věkové kategorie a stupně závislosti byly vstupními daty pro modelování. Model předpokládá, že v každé skupině určené věkem zůstane zachováno pravděpodobnostní rozložení dle věkových kohort osob využívajících jednotlivé sociální služby k celkové populaci v roce 2021. Celkové roční náklady jednotlivých sociálních služeb byly přepočítány na jednoho klienta. Kombinací obou výše zmíněných údajů lze na základě modelu odhadnout budoucí náklady na sociální služby, při jinak nezměněných podmínkách ve stálých cenách roku 2021.

Obrázek 5.3: Náklady na sociální služby



Zdroj: ACCENDO, 2022.

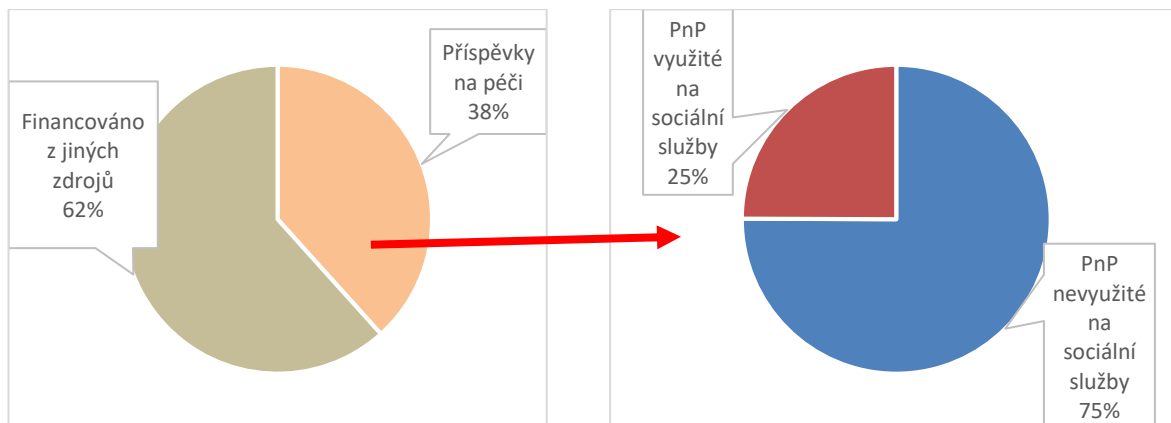
Dle modelu se současné náklady za 30 let zvýší o 50 %, jelikož v roce 2021 byly 61,32 mld. Kč a v roce 2051 se zvýšily na 93,13 mld. Kč. Nejvyšší nárůst bude u služeb sociální péče, a to zejména u služeb domovů pro seniory a domovů se zvláštním režimem. Výše uvedené dvě sociální služby jsou nejvíce ovlivněné procesem stárnutí.

Celkové náklady systému sociálních služeb jsou tvořeny vyplacenými příspěvky na péči a dalšími náklady/výnosy, které získávají poskytovatelé sociálních služeb z různých zdrojů (klienti, obce, kraje, státní organizace, zdravotní pojišťovny apod.). Klíčovou informací je, že pouze 25,1 % příspěvků na péči bylo využito na financování sociálních služeb. Zbýlá část peněz z příspěvků na péči byla využita na neformální péči nebo na jiný účel.

Obrázek 5.4: Rozdělení nákladů systému sociálních služeb v roce 2021

Celkové náklady soc. služeb a neformální péče

Vyplácené příspěvky na péči

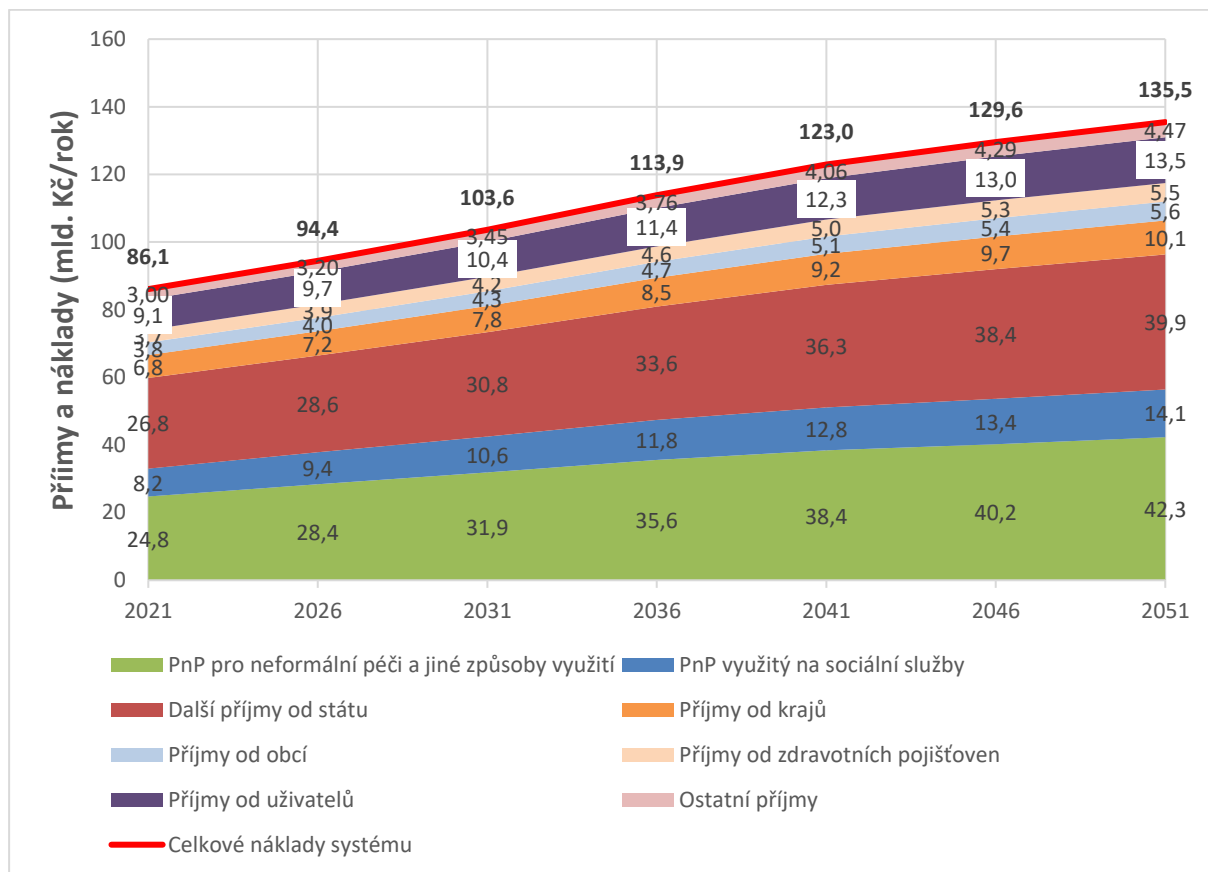


Zdroj: ACCENDO, 2022.

5.2.2 Prognóza zdrojů financování současného systému sociálních služeb v ČR

Model prognózy zdrojů financování systému sociálních služeb předpokládá zachování současného modelu financování. Veškeré náklady systému jsou v tomto případě hrazeny ze stejných zdrojů jako v roce 2021. Předpokládá se zachování stejných vzájemných poměrů plateb, jako tomu bylo v roce 2021.

Obrázek 5.5: Výstupy modelu prognózy zdrojů financování



Zdroj: ACCENDO, 2022.

Z modelu prognózy zdrojů financování je zřejmé, že příjmy od obcí se od roku 2021, kdy byly 3,8 mld. Kč, zvýší do roku 2051 na 5,6 mld. Kč. Financování od krajů se zvýší z 6,8 mld. Kč v roce 2021 na 10,1 mld. Kč v roce 2051. Potřeba doplatků od uživatelů sociálních služeb vzroste z 9,1 mld. Kč z roku 2021 na 13,5 mld. Kč v roce 2051.

5.3 Návrhy na zavedení systému financování sociálních služeb v ČR

Na základě zjištěných skutečností o funkčním systému Německa bylo navrženo zavést pojistný systém v ČR, který bude vycházet z předpokladu zavedení pojistné sazby a řešit, jaká péče by z něj byla hrazena. Dále na to navazuje úvaha o změnách určitých kompetencí jednotlivých aktérů, včetně návrhu na uchopení sociálního poradenství a sociální prevence výhradně samosprávami. Pro návrh na zavedení systému financování služeb sociální péče byly vytvořeny pojistně-matematické modely ve třech variantách.

Modely vycházejí z historických dat a snaží se postihnout dlouhodobý vývoj příjmů a nákladů systému sociálních služeb. Výpočtovými roky modelů jsou roky 2021, 2026,

2031, 2041, 2046 a 2051. Modely financování sociálních služeb jsou zpracovány ve třech variantách:

- Model 1 – Implementace financování služeb sociální péče a neformální péče, založený na německém modelu pojištění dlouhodobé péče,
- Model 2 – Implementace financování příspěvku na péči, založený na německém modelu,
- Model 3 – Implementace financování příspěvku na péči, založený na německém modelu s možností dobrovolného připojištění péče.

Výsledky výše zmíněných modelů jsou srovnávány s prognózou vývoje nákladů na systém služeb sociální péče a neformální péče. Všechny tři variantní modely příjmů i prognóza vývoje nákladů jsou modely bilanční vyčísující finanční bilanci vztahující se k výpočtovým rokům v celkovém souhrnu za celé území České republiky.

Všechny modely předpokládají, že podíl klientů sociálních služeb kategorizovaných dle věku a pohlaví zůstane stejný na věkové kohortě populace ČR. Promítne se zde proces stárnutí. Jedná se o „nulový“ scénář předpokládající, že nedojde k významné změně v kvalitě zdravotní péče, zdravotního stavu populace nebo cen sociálních služeb (viz použité stálé ceny roku 2021). Modely nepředpokládají možnost existence důležité neočekávané události, která má významný dopad na společnost („black swan event“)⁷⁸.

Pro stanovení kompetencí v systému služeb sociální péče je vhodné rozlišovat níže uvedené úrovně veřejné správy, které je nutné členit na státní správu a územní samosprávu.

Tabulka 5.1: Úrovně veřejné správy v systému sociální péče včetně schvalování PnP

	Státní správa	Samospráva
Národní	MPSV, ČSSZ, ÚP ČR	
Regionální	Krajská pobočka ÚP ČR - Oddělení nepojistných sociálních dávek OSSZ Krajský úřad v přenesené působnosti	Kraj
Lokální/Obecní	Kontaktní pracoviště ÚP ČR ORP	Obce

Zdroj: ACCENDO, 2022.

⁷⁸ Všechny modely jsou vytvořeny v prostředí SW Microsoft Excel. Pro tvorbu dalších modelů byla vytvořena také interaktivní aplikace s uživatelsky nastavitelnými parametry, která umožňuje sledování efektu změn parametrů na příjmovou, resp. nákladovou stranu systému sociálních služeb.

5.3.1 Model 1 – Implementace financování služeb sociální péče a neformální péče, založený na německém modelu pojištění dlouhodobé péče

V Modelu 1 je predikce příjmů v systému služeb sociální péče založená na německém modelu financování služeb. Je navrženo založení pojištění z příjmu zaměstnanců (4 %), pojištění z příjmu pro bezdětné osoby (4 + 1 %) a pojištění z příjmu osob samostatně výdělečně činných (4 %), aby byla zajištěna dlouhodobá udržitelnost systému. Na rozdíl od německého modelu není uvažováno v českém prostředí o odvodech pojistného z příjmu seniorů. Tyto příjmy nahradí současné zdroje (PnP, dotace MPSV a dalších orgánů ústřední státní správy, prostředky EU, příjmy od krajů i obcí). Počítá se i nadále s platbami od zdravotních pojišťoven a úhradami uživatelů, jak ukazuje následující tabulka. Pro výběr pojištění bude vytvořen Fond pojištění sociální péče, obdobně jako Fondy péče (Pflegekasse) v Německu, který bude spravován ČSSZ. ČSSZ bude PnP zároveň i vyplácet sociálním službám. Z výše uvedeného vyplývá, že Fond pojištění sociální péče by financoval také služby sociální péče v krajských/městských příspěvkových organizacích, čímž by došlo k výrazné úspoře dotací z krajských a obecních rozpočtů. Na základě aplikace Modelu 1 se předpokládá, že sociální poradenství a sociální prevence budou hrazeny z prostředků krajů a obcí (více v kapitole 5.3.4)⁷⁹.

Tabulka 5.2: Základní charakteristika Modelu 1

Současné zdroje	Nové zdroje financování	Financované služby
Příspěvky na péči Dotace MPSV Úřad vlády a další resorty Prostředky EU Příjmy od krajů Příjmy od obcí	Pojištění z příjmu zaměstnanců (4 %) Pojištění z příjmu bezdětných osob (4 % + 1 %) Pojištění z příjmu OSVČ (4 %)	<ul style="list-style-type: none"> Náklady na síť služeb soc. péče (včetně PnP, který se vrací do soc. služeb) Náklady na neformální péči (tj. PnP, který se nevrací do soc. služeb)
Zdravotní pojišťovny Úhrady uživatelů		

Zdroj: ACCENDO, 2022.

Projekce příjmů z Modelu 1 do roku 2051 a jejich porovnání s predikovanými náklady na služby sociální péče (náklady na služby, které se vrací do systému a náklady na neformální péči, které se do systému financování sociálních služeb nevrací), vykreslené v následujícím grafu (Obrázek 5.6) červenou křivkou, ukazují dlouhodobě

⁷⁹ Náklady na sociální poradenství a na služby sociální prevence se v celém hodnoceném období pohybují v intervalu 8–8,2 mld. Kč/rok, kraje a obce v roce 2021 financovaly sociální služby částkami 6,8 a 3,8 mld. Kč.

neudržitelný systém, který přibližně od roku 2040 bude opět v deficitu. Rozdíl mezi náklady a příjmy v nadcházejících letech by však byl pokryt z Fondu pojištění sociální péče. Fond by hromadil přebytky do roku 2040 a následně by dorovnával potřebné zdroje pro financování služeb sociální péče. Vývoj velikosti fondu zobrazuje kumulativní rozdíl v následující bilanční tabulce. Stále se pohybujeme ve stálých cenách roku 2021, nicméně je předpokládáno, že zdroje Fondu budou využity pro bezpečné zhodnocení, které ochrání Fond před inflací (tj. vložené prostředky budou úročeny minimálně ve výši inflace).

Tabulka 5.3: Bilanční tabulka příjmů z Modelu 1 a nákladů (mld. Kč/rok)

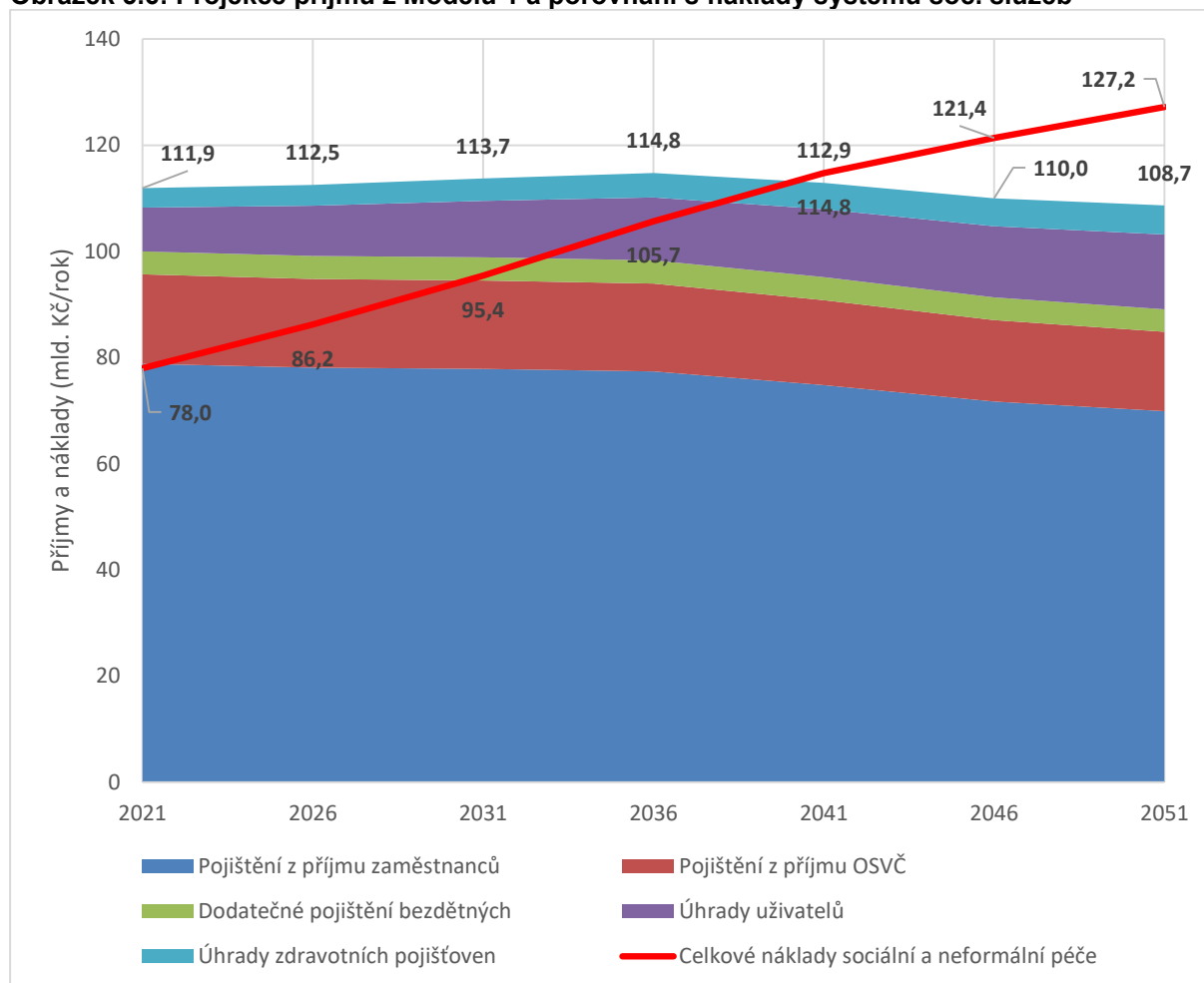
Rok	2021	2026	2031	2036	2041	2046	2051
Příjmy	111,9	112,5	113,7	114,8	112,9	110,0	108,7
Náklady	78,0	86,2	95,4	105,7	114,8	121,4	127,2
Rozdíl	33,9	26,3	18,3	9,1	-1,9	-11,4	-18,6
Kumulativní rozdíl*	33,9	180,6	288,1	352,0	364,6	326,7	248,2

Zdroj: ACCENDO, 2022 Model 1 a Model nákladů.

Pozn.: Kumulativní rozdíl představuje odhadovanou velikost Fondu pojištění sociální péče v cenách roku 2021.*

Modeluje se na základě stálých cen roku 2021. Výsledky modelu jsou zobrazeny v následujícím grafu, červená křivka zahrnuje celkové náklady systému financování sociálních služeb včetně výplaty příspěvku na péči osobám, které je používají na úhradu neformální péče nebo k jiným účelům.

Obrázek 5.6: Projekce příjmů z Modelu 1 a porovnání s náklady systému soc. služeb



Zdroj: ACCENDO, 2022.

Vývoj příjmů z Modelu 1 ve stálých cenách roku 2021 je uveden v následující tabulce.

Tabulka 5.4: Projekce příjmů z modelu 1 (mld. Kč/rok)

Rok	2021	2026	2031	2036	2041	2046	2051
Pojištění z příjmu zaměstnanců	78,8	78,1	77,9	77,4	74,8	71,7	69,9
Pojištění z příjmu OSVČ	16,9	16,7	16,7	16,6	16,0	15,3	15,0
Dodatečné pojištění bezdětných	4,3	4,3	4,4	4,4	4,3	4,3	4,2
Úhrady uživatelů	8,3	9,5	10,6	11,8	12,8	13,4	14,1
Úhrady zdravotních pojišťoven	3,7	3,9	4,2	4,6	5,0	5,3	5,5
Celkový příjem	111,9	112,5	113,7	114,8	112,9	110,0	108,7

Zdroj: ACCENDO, 2022 Model 1.

Hodnoty počtů osob a průměrná výše jejich hrubých příjmů, resp. důchodů, které byly využity pro modelování, jsou vztaženy ke čtvrtému čtvrtletí roku 2021. Z těchto údajů byly vypočítané Modelem 1 předpokládané příjmy financování sociální péče.

Tabulka 5.5: Vstupní parametry modelu

Proměnná	Hodnota	Jednotka
Počet zaměstnanců	4 091	tisíc osob
Průměrná hrubá mzda	40 135	Kč/měsíc
Počet OSVČ	1 071	tisíc osob
Průměrný hrubý příjem OSVČ	32 819	Kč/měsíc
Počet osob pobírajících starobní důchod	2 377 820	osob
Průměrný důchod	15 425	Kč/měsíc
Počet osob pobírajících invalidní důchod	414 646	osob
Průměrný důchod invalidních důchodců	10 154	Kč/měsíc
Podíl bezdětných osob v populaci starších 18 let	15 %	

Zdroj: ČSSZ, 2021; ČSÚ 2021.

Na základě prognózy nákladů celého systému sociálních služeb se v Modelu 1 zaměřujeme pouze na služby sociální péče. Vývoj nákladů ve stálých cenách roku 2021 je uveden v následující tabulce.

Tabulka 5.6: Projekce nákladů sociální péče a neformální péče (mld. Kč/rok)

Rok	2021	2026	2031	2036	2041	2046	2051
Celková výše PnP	33,0	37,9	42,5	47,4	51,1	53,6	56,4
Celkové náklady na služby sociální péče	53,2	57,8	63,5	70,1	76,4	81,2	84,9
PnP využité na neformální péči	24,8	28,4	31,9	35,5	38,3	40,2	42,3
Celkové náklady sociální a neformální péče	78,0	86,2	95,4	105,7	114,8	121,4	127,2

Zdroj: ACCENDO, 2022 Model nákladů.

Kompetence veřejné správy v navrženém systému dle jednotlivých úrovní⁸⁰

- Národní úroveň
 - MPSV – na základě výkaznictví vytváří 1x ročně zprávu o kapacitě a financování sociálních služeb na úrovni krajů, pokud je to možné, zveřejňuje údaje na úrovni SO ORP. Jedná se o klíčový podklad pro plánování kapacit sítě sociálních služeb.
 - MPSV – má za úkol dlouhodobé sledování efektivity všech sociálních služeb v síti a z toho důvodu je nutné vytvořit systém pro jednoznačnou evidenci uživatelů sociálních služeb, respektující pravidla GDPR, který umožní sledovat cestu uživatele jednotlivými službami.
 - MPSV – podílí se na vyjednávání mezi kraji a ČSSZ ohledně kapacit sítě sociálních služeb a vydává metodické pokyny a organizuje pravidelná

⁸⁰ vlastní zpracování návrhu

jednání s koordinátory krajských střednědobých plánů rozvoje sociálních služeb (minimálně 2x ročně).

- ČSSZ – vymezení role a kompetencí v rámci výběru, výplaty a správy pojistného na služby sociální péče, správa Fondu pojištění sociální péče.
- ČSSZ – schvalování financování požadovaných kapacit sítě služeb sociální péče v jednotlivých krajích na základě dohodnutých koeficientů, které budou vycházet z jednoznačně identifikovaných potřeb, nákladů jednotlivých druhů služeb v jednotlivých krajích. Schvalování koeficientů bude spadat pod kompetenci MPSV.
- Regionální
 - Kraj – bude mít podstatnou roli při stanovování potřebnosti kapacit sítě služeb sociální péče v územním obvodu kraje na základě střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb kraje.
 - OSSZ – bude zřízeno nové oddělení, kde budou zaměstnání sociální pracovníci podle ZSS převedení z krajské pobočky ÚP ČR, ti provedou sociální šetření. Výsledky sociálního šetření jsou v rámci příslušné OSSZ předány posudkovému lékaři.
 - OSSZ – posudkový lékař vydá posudek o zdravotním stavu, který předá sociálnímu pracovníku k vydání rozhodnutí o přiznání či nepřiznání stupně závislosti.
 - OSSZ – sociální pracovník vydá konečné rozhodnutí o přiznání či nepřiznání dávky.
- Lokální
 - Obec bude komunikovat s krajem ohledně potřebnosti kapacit sítě sociálních služeb.
 - Obec bude provádět depistážní činnost.
 - ORP – pověřený sociální pracovník pomůže v případě potřeby občanovi nebo pověřené osobě s plnou mocí připravit elektronickou verzi žádosti o PnP.

Argumenty pro a proti zavedení Modelu 1

V níže uvedené tabulce jsou uvedeny klíčové argumenty pro implementaci navrženého Modelu 1, včetně protiargumentů.

Tabulka 5.7: Pozitiva a negativa Modelu 1

Pro	Proti
Udržitelný zdroj financování bez zvyšování nároků na veřejné rozpočty (státní, krajské i obecní).	Model méně zohledňuje regionální rozdíly v potřebnosti služeb sociální péče.
Sjednocení pravidel pro poskytování dotací poskytovatelům služeb sociální péče.	Nutnost zavedení Fondu pojištění sociální péče a nastavení nových regulačních mechanismů.
Předvídatelnost financování služeb sociální péče na víceleté období.	Systém znevýhodňuje bezdětné rodiny.
Zavedení principu solidarity při financování služeb sociální péče na celou společnost.	
Při převedení schvalování příspěvku na péči na OSSZ bude celé správní řízení spojeno s PnP (tj. schvalování, výběr a výplata) v kompetencích ČSSZ, tím dojde k zjednodušení a zrychlení procesu schvalování PnP. Bude minimalizována ztráta informací ze sociálního šetření z důvodu sjednocení procesu na jeden úřad, navrhovaný proces bude transparentnější pro veřejnost.	Zvýšené náklady a vybudování personálních kapacit (sociálních pracovníků dle ZSS) na OSSZ (převedení z kapacit ÚP ČR).

Zdroj: ACCENDO, 2022 Model 1 a Model nákladů.

5.3.2 Model 2 – Implementace financování příspěvku na péči, založený na německém modelu

Parametry nastavení Modelu 2 zohledňují současný systém financování sociálních služeb, který mění jen dílčím způsobem. Z tohoto důvodu zavedení Modelu 2 bude lépe akceptovatelné, nicméně nevyřeší celkově změnu financování. Důvod změny financování PnP je výrazný vliv stárnutí na jeho zvyšování. Zavedením Modelu 2 a vytvořením Fondu pojištění sociální péče by docházelo ke kumulaci přebytků v současnosti, které by hradily ztrátu v budoucnosti. Fond by stejně jako u Modelu 1 spravovala ČSSZ, včetně výběru pojištění a rozdělování prostředků na PnP.

Vzhledem ke skutečnosti, že u Modelu 2 zůstávají všechny zdroje financování zachovány, pouze příspěvek na péči bude hrazen z dlouhodobého pojištění zaměstnanců, je možné navrhnout nižší procentuální sazbu než u Modelu 1, a tedy pojištění zaměstnanců (2 %), pojištění z příjmu pro bezdětné osoby (2 + 2 %) a pojištění z příjmu osob samostatně výdělečně činných (2 %). Počítá se i nadále s dotacemi MPSV a dalších orgánů ústřední státní správy, prostředky EU, příjmy od krajů i obcí, platbami od zdravotních pojišťoven a úhradami uživatelů, jak ukazuje následující tabulka.

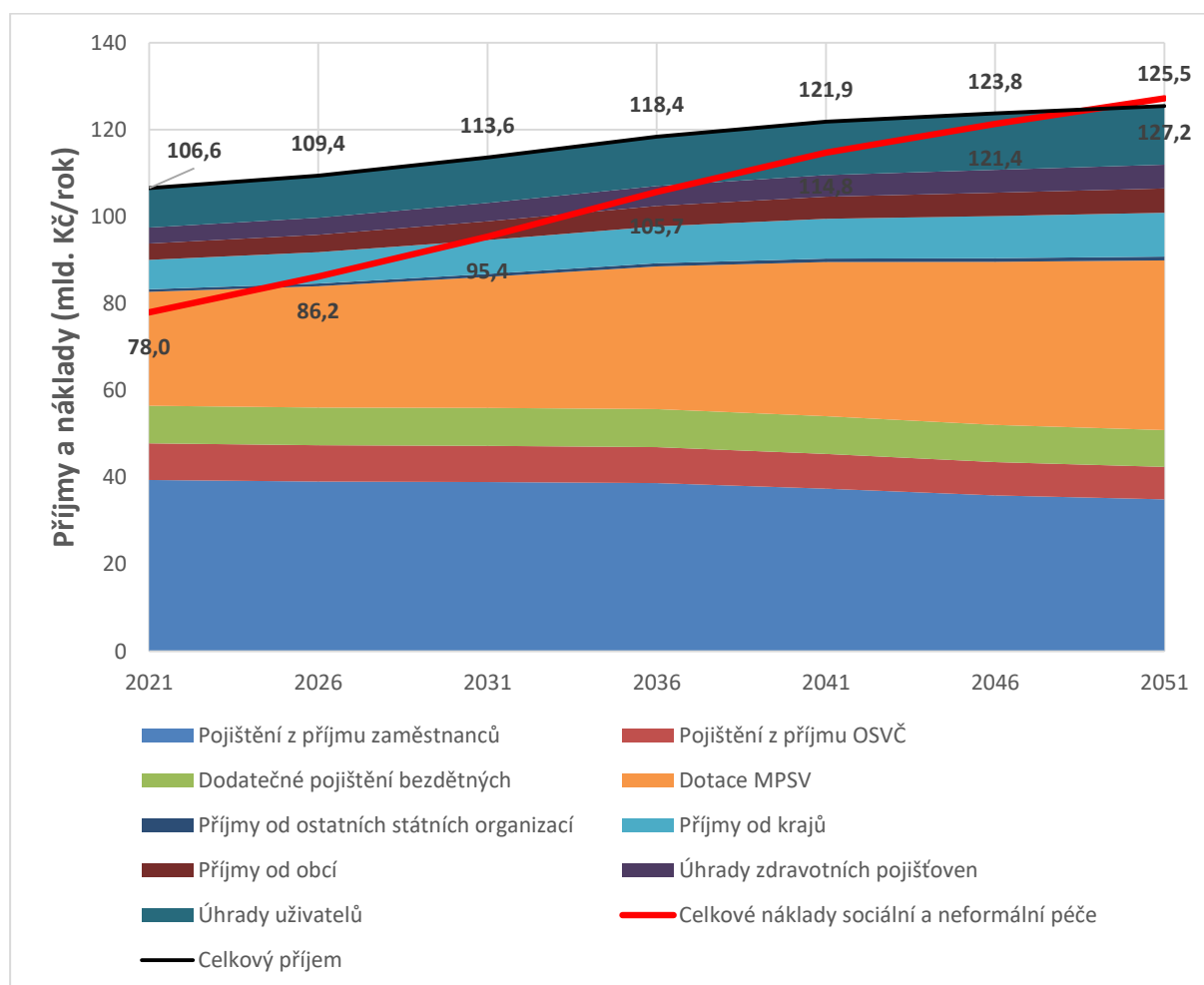
Tabulka 5.8: Základní charakteristika Modelu 2

Současné zdroje	Nové zdroje financování	Financované služby
Příspěvky na péči	Pojištění z příjmu zaměstnanců (2 %) Pojištění z příjmu bezdětných osob (2 % + 2 %) Pojištění z příjmu OSVČ (2 %)	<ul style="list-style-type: none"> Náklady na síť služeb soc. péče (včetně PnP, který se vrací do soc. služeb) Náklady na neformální péči (tj. PnP, který se nevrací do soc. služeb)
	Dotace MPSV Úřad vlády a další resorty Prostředky EU Příjmy od krajů Příjmy od obcí Zdravotní pojišťovny Úhrady uživatelů	

Zdroj: ACCENDO, 2022.

Modeluje se na základě stálých cen roku 2021. Výsledky modelu jsou zobrazeny v následujícím grafu, červená křivka zahrnuje celkové náklady systému financování služeb sociální péče a výplaty příspěvku na péči osobám, které je používají na úhradu neformální péče nebo k jiným účelům.

Obrázek 5.7: Projekce příjmů z Modelu 2 a porovnání s náklady systému soc. služeb



Zdroj: ACCENDO, 2022.

Predikce nákladů je u Modelu 2 shodná s Modelem 1 (Obrázek 5.3). Na základě prognózy nákladů celého systému sociálních služeb se také v Modelu 2 zaměřujeme pouze na služby sociální péče. Zavedení pojištění z příjmu zaměstnanců přidá do systému sociálních služeb v roce 2021 39,4 mld. Kč a v roce 2051 34,9 mld. Kč. Pojištění z příjmu OSVČ v roce 2021 přinese 8,4 mld. Kč a předpokládaná výše v roce 2051 je 7,5 mld. Kč. Navíc zavedení dodatečného pojištění bezdětných přidá v roce 2021 částku ve výši 8,6 mld. Kč a v predikovaném roce 2051 8,5 mld. Kč. Vývoj příjmů z Modelu 2 ve stálých cenách roku 2021 je uveden v následující tabulce.

Tabulka 5.9: Projekce příjmů z modelu 2 (mld. Kč/rok)

Rok	2021	2026	2031	2036	2041	2046	2051
Pojištění z příjmu zaměstnanců	39,4	39,0	38,9	38,7	37,4	35,9	34,9
Pojištění z příjmu OSVČ	8,4	8,4	8,3	8,3	8,0	7,7	7,5
Dodatečné pojištění bezdětných	8,6	8,7	8,7	8,8	8,7	8,6	8,5
Dotace MPSV	26,2	27,9	30,2	32,8	35,5	37,5	39,0
Příjmy od ostatních státních organizací	0,6	0,6	0,7	0,7	0,8	0,8	0,9
Příjmy od krajů	6,8	7,2	7,8	8,5	9,2	9,7	10,1
Příjmy od obcí	3,8	4,0	4,3	4,7	5,1	5,4	5,6
Úhrady zdravotních pojišťoven	3,7	3,9	4,2	4,6	5,0	5,3	5,5
Úhrady uživatelů	9,1	9,7	10,4	11,4	12,3	13,0	13,5
Celkový příjem (mld. Kč)	106,6	109,4	113,6	118,4	121,9	123,8	125,5

Zdroj: ACCENDO, 2022 Model 2.

Z důvodů zachování téměř všech zdrojů financování (kromě Příspěvků na péči) a zároveň zavedení pojištění z příjmů zaměstnaných jsou predikované příjmy v Modelu 2 vyšší než v Modelu 1. Podobně jako u Modelu 1 je navrhováno založení Fondu pojištění sociální péče (FPSP), který by spravovala ČSSZ. Z přebytků fondu by bylo možné financovat další rozvoj a zkvalitňování služeb sociální péče. Založení fondu je u Modelu 2 nutností, jelikož, jak ukazuje následující bilanční tabulka, mezi lety 2046 a 2051 budou náklady v systému financování sociálních služeb převyšovat příjmy. V tomto období bude rozdíl financován z FPSP, kde v roce 2051 bude naspořeno 398,5 mld. Kč.

Tabulka 5.10: Bilanční tabulka Modelu 2 (mld. Kč/rok)

Rok	2021	2026	2031	2036	2041	2046	2051
Příjmy	106,6	109,4	113,6	118,4	121,9	123,8	125,5
Náklady	78,0	86,2	95,4	105,7	114,8	121,4	127,2
Rozdíl	28,6	23,2	18,2	12,7	7,1	2,4	-1,7
Kumulativní rozdíl*	28,6	155,3	256,2	330,8	377,6	398,9	398,5

Zdroj: ACCENDO, 2022 Model 2 a Model nákladů.

Pozn.:* Kumulativní rozdíl představuje odhadovanou velikost Fondu pojištění sociální péče v cenách roku 2021.

Kompetence veřejné správy v navrženém systému dle jednotlivých úrovní

- Národní úroveň
 - MPSV – na základě výkaznictví vytváří 1x ročně zprávu o kapacitě a financování sociálních služeb na úrovni krajů, pokud je to možné, zveřejňuje údaje na úrovni SO ORP. Jedná se o klíčový podklad pro plánování kapacit sítě sociálních služeb.
 - MPSV – vydává metodické pokyny a organizuje pravidelná jednání s koordinátory krajských střednědobých plánů rozvoje sociálních služeb (minimálně 2x ročně).
 - ČSSZ – vymezení role a kompetencí v rámci výběru, výplaty a správy pojistného na příspěvek na péči, správa Fondu pojištění sociální péče.
 - MV – v rámci legislativní úpravy zákona č. 128/2000 Sb. Zákon o obcích (obecní zřízení) v platném znění stanovit povinnosti obcí v samostatné působnosti v oblasti služeb sociální péče, případně tuto povinnost rozvést v prováděcí vyhlášce.
- Regionální
 - Kraj – bude mít podstatnou roli při stanovování potřebnosti kapacit sítě služeb sociální péče v územním obvodu kraje na základě střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb kraje.
 - OSSZ – bude zřízeno nové oddělení, kde budou zaměstnáni sociální pracovníci podle ZSS převedení z krajské pobočky ÚP ČR, ti provedou sociální šetření. Výsledky sociálního šetření jsou v rámci příslušné OSSZ předány posudkovému lékaři.
 - OSSZ – posudkový lékař vydá posudek o zdravotním stavu, který předá sociálnímu pracovníku k vydání rozhodnutí o přiznání či nepřiznání stupně závislosti.
 - OSSZ – sociální pracovník vydá konečné rozhodnutí o přiznání či nepřiznání dávky.
- Lokální
 - Obec bude komunikovat s krajem ohledně potřebnosti kapacit sítě sociálních služeb.
 - Obec bude provádět depistážní činnost.

- o ORP – pověřený sociální pracovník pomůže v případě potřeby občanovi nebo pověřené osobě které byla udělena plná moc připravit elektronickou verzi žádosti o PnP.

Argumenty pro a proti zavedení Modelu 2

V níže uvedené tabulce jsou uvedeny klíčové argumenty pro implementaci navrženého Modelu 2, včetně protiargumentů.

Tabulka 5.11: Pozitiva a negativa Modelu 2

Pro	Proti
Udržitelný zdroj financování příspěvku na péči.	Zavedení Fondu pojištění sociální péče.
Zachování současného modelu financování sociálních služeb s výraznou rolí krajů při stanovování potřebnosti.	Systém znevýhodňuje bezdětné rodiny.
Z přebytků fondů sociální péče možnost financovat další rozvoj služeb sociální péče.	Přetrvávající potřeba výdajů z veřejných rozpočtů.
Posílení principu solidarity ve společnosti.	Menší předvídatelnost financování, protože zůstává vícezdrojové financování.
Při převedení schvalování příspěvku na péči na OSSZ bude celé správní řízení spojeno s PnP (tj. schvalování, výběr a výplata) v kompetencích ČSSZ, tím dojde k zjednodušení a zrychlení procesu schvalování PnP. Bude minimalizována ztráta informací ze sociálního šetření z důvodu sjednocení procesu na jeden úřad, navrhovaný proces bude transparentnější pro veřejnost.	Zvýšené náklady a vybudování personálních kapacit (sociálních pracovníků dle ZSS) na OSSZ (převedení z kapacit ÚP ČR).
Model podporuje výrazně rodiny s dětmi a přispívá k propopulační politice.	

Zdroj: ACCENDO, 2022 Model 2 a Model nákladů.

5.3.3 Model 3 – Implementace financování příspěvku na péči, založený na německém modelu s možností dobrovolného připojištění péče

V Modelu 3, stejně jako v Modelu 2, zůstanou téměř všechny zdroje financování zachovány, pouze příspěvek na péči se bude hradit z dlouhodobého pojištění zaměstnanců. Navíc oproti Modelu 2 je uvažováno s možností zavedení dobrovolného připojištění péče, které by umožňovalo pojištěným osobám v případě změny zdravotního stavu a ztráty soběstačnosti, která se projeví přiznáním PnP, využít větší finanční částky z dobrovolného pojištění k úhradě poskytování služeb, ať už budou v domácím prostředí, nebo v pobytovém zařízení. Jedná se o zavedení nového soukromoprávního pilíře, který je aplikovatelný k libovolnému modelu financování sociálních služeb. Ačkoliv je s úhradami klientů počítáno u obou výše zmiňovaných modelů, pro potřeby analýzy je dobrovolné připojištění péče implementováno u Modelu 2, kde je pojištění z příjmů zaměstnaných osob navrhováno ve výši 2 %, na

rozdíl od Modelu 1, kde je pojištění z příjmu ve výši 4 %, a je tak u Modelu 2 očekávána větší ochota osob se dobrovolně připojistit. Pojišťovací produkty dlouhodobé péče jsou určeny k získání dodatečných finančních zdrojů osob pobírajících PnP. Návrh Modelu 3 vychází především z výzkumných dat České asociace pojišťoven, jelikož se jedná o nejpodrobnější a nejaktuálnější výzkumy na toto téma. V rámci soukromoprávního pilíře dobrovolného rizikového připojištění⁸¹ dlouhodobé péče jsou v rámci Modelu 3 dva základní produkty:

1/ Skupinové pojištění ekonomicky aktivních osob - pojištění by krylo dlouhodobou péči nejen pro danou osobu do 65 let věku (tj. po dobu její ekonomické aktivity), ale také riziko dlouhodobé péče pro její rodiče. Skupinovým pojištěním (nabízeným pomocí zaměstnavatele) budou administrativní náklady produktu na nízké úrovni a současně relativně rychle se získá dostatečně počet klientů (podrobněji ČAP, 2020a, str. 3). Na základě průzkumu pro ČAP provedeného SC&C z jara 2022 zaměřeného na vnímání pojišťovnictví (N = 1 023, online, kvótní průzkum, celá ČR 18–71 let) bylo zjištěno, že pokud by pojištění dlouhodobé péče bylo jako zaměstnanecký benefit, pak by zájem o tuto službu projevil více než 80 % populace do 65 let (ekonomicky aktivní).

2/ Individuální rizikové pojištění dlouhodobé péče – základem je přirozené roční rizikové pojistné pokrývající pro každý konkrétní věk očekávanou výši nákladů spojenou se vznikem dlouhodobé péče klienta v této věkové kategorii po celou dobu jejího budoucího trvání (viz ČAP, 2020b, strana 66 až 72).

Výpočty jsou vztahovány ke krytí rizika dlouhodobé péče za situace, kdy vznik pojistné události představuje dosažení stupně závislosti a odráží pravděpodobnost přechodu zdravého jedince do stavu dlouhodobé péče i očekávanou dobu čerpání dlouhodobé péče po jejím vzniku. Kalkulovaná měsíční výše vyplácené renty se progresivně navyšuje v souvislosti s dosaženým stupněm závislosti následujícím způsobem⁸²:

- 1 000 Kč po dobu trvání 1. stupně,
- 3 000 Kč po dobu trvání 2. stupně,

⁸¹ Tím je myšleno rizikové připojištění, tj. v případě životní situace pro čerpání pojištění, má pojištěnec nárok na výplatu měsíční renty bez ohledu na to, jak dlouho si to pojištění platí. Nejedná se tedy o spoření.

⁸² Při nastavování výše renty v produktu bylo vycházeno z varianty ČAP (2020b) str. 44, která byla upravena, dle očekávané výplaty ročního pojistného při 10 % nasycenosti trhu. Jedná se o navýšení příspěvku na péči o 30-47 % dle stupně závislosti.

- 6 000 Kč po dobu trvání 3. stupně,
- 9 000 Kč po dobu trvání 4. stupně.

Výpočty jsou provedeny ve stálých cenách roku 2021.

Stručný souhrn předpokladů pro zavedení soukromoprávního pilíře dobrovolného připojištění dlouhodobé péče vycházejícího z analýz ČAP (2020b):

- Na základě historických zkušeností s podobnými pojistnými produkty lze reálně očekávat, že zavedení LTCL produktu povede k 10% míře propojištěnosti populace v horizontu cca 10 let. U skupinového pojištění bude rychlejší propojištění populace produktem než v případě individuálního pojištění. Krytí dalších osob (rodiče, děti apod.) bude zavedeno jak ve variantě individuální, tak i skupinové.
- Předpokládaná průměrná výše pojistného 1 000 Kč/měsíčně.
- Předpokládaný škodní poměr je ve výši 60 %.
- Výplata pojistných plnění z pojistných kontraktů na bázi hromadné pojistné smlouvy s prvky rodinné solidarity bude bez výrazných časových zpoždění hned od počátku zavedení takového produktu. U individuálních pojistných smluv lze předpokládat určitou prodlevu mezi výběrem pojistného a výraznějším objemem vyplácení pojistných plnění.

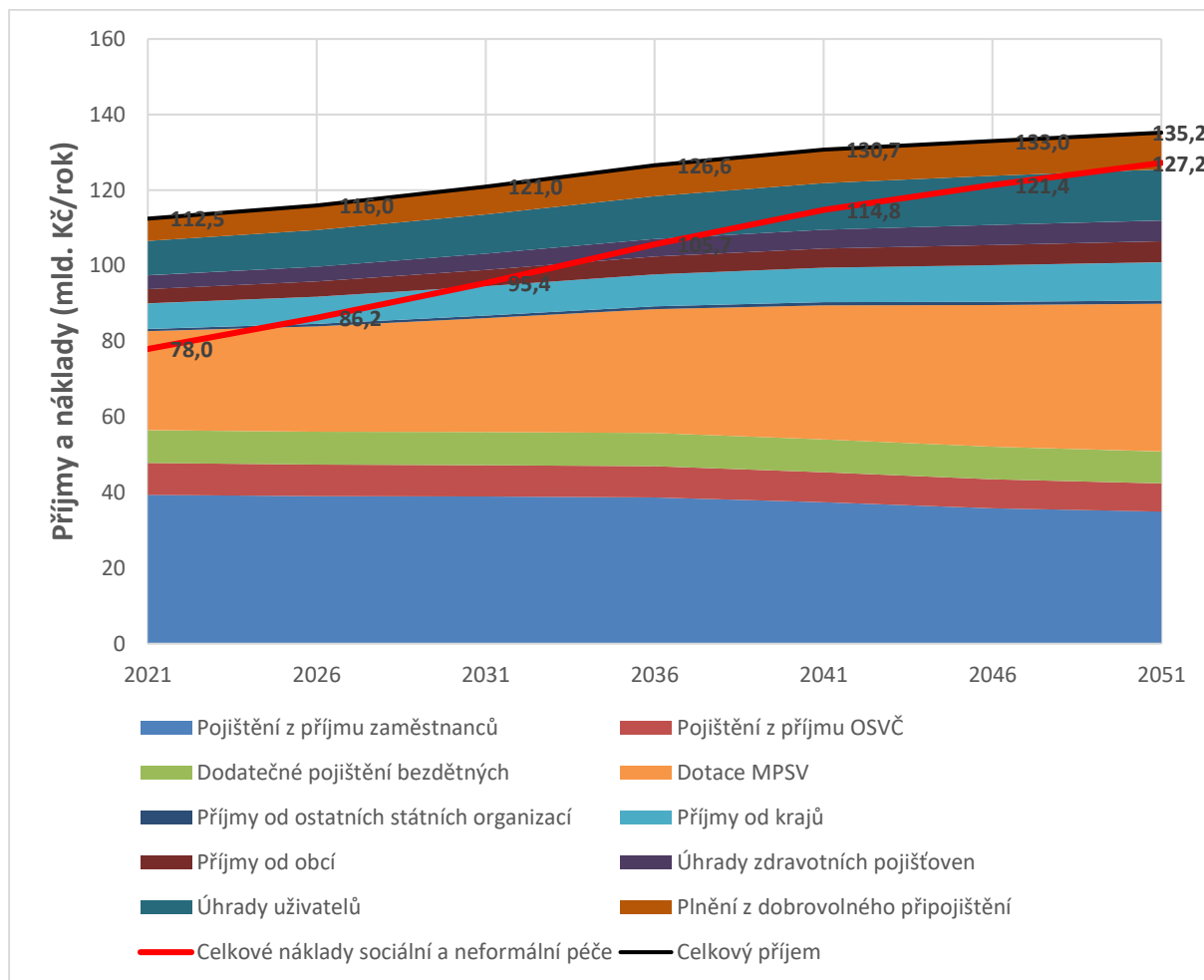
Na základě dat z výše uvedeného bylo v Modelu 3 počítáno se skutečností, že 10 % osob bude dobrovolně připojištěno částkou 1 000 Kč měsíčně na budoucí čerpání sociální péče vlastní osobou, ať pro vlastní potřebu nebo pro péči o osobu blízkou.

Tabulka 5.12: Základní charakteristika Modelu 3

Současné zdroje	Nové zdroje financování	Financované služby
Příspěvky na péči	Pojištění z příjmu zaměstnanců (2 %) Pojištění z příjmu bezdětných osob (2 % + 2 %) Pojištění z příjmu OSVČ (2 %) Dobrovolné připojištění péče (10 % osob hradí průměrně 1 000 Kč/měsíc)	<ul style="list-style-type: none"> • Náklady na síť služeb soc. péče (včetně PnP, který se vrací do soc. služeb) • Náklady na neformální péči (tj. PnP, který se nevrací do soc. služeb)
	Dotace MPSV Úřad vlády a další resorty Prostředky EU Příjmy od krajů Příjmy od obcí Zdravotní pojišťovny Úhrady uživatelů	

Zdroj: ACCENDO, 2022.

Obrázek 5.8: Projekce příjmů z Modelu 3 a porovnání s náklady systému soc. služeb



Zdroj: ACCENDO, 2022.

Vývoj příjmů z Modelu 3 ve stálých cenách roku 2021 je uveden v následující tabulce. Predikované příjmy jsou z důvodů příjmu z dobrovolného připojištění navýšeny průměrně o 8 mld. Kč ročně, které budou vypláceny uživatelům PnP, oproti Modelu 2.

Tabulka 5.13: Projekce příjmu z Modelu 3 (mld. Kč/rok)

Rok	2021	2026	2031	2036	2041	2046	2051
Pojištění z příjmu zaměstnanců	39,4	39,0	38,9	38,7	37,4	35,9	34,9
Pojištění z příjmu OSVČ	8,4	8,4	8,3	8,3	8,0	7,7	7,5
Dodatečné pojištění bezdětných	8,6	8,7	8,7	8,8	8,7	8,6	8,5
Dotace MPSV	26,2	27,9	30,2	32,8	35,5	37,5	39,0
Příjmy od ostatních státních organizací	0,6	0,6	0,7	0,7	0,8	0,8	0,9
Příjmy od krajů	6,8	7,2	7,8	8,5	9,2	9,7	10,1
Příjmy od obcí	3,8	4,0	4,3	4,7	5,1	5,4	5,6
Úhrady zdravotních pojišťoven	3,7	3,9	4,2	4,6	5,0	5,3	5,5
Úhrady uživatelů	9,1	9,7	10,4	11,4	12,3	13,0	13,5
Příjem z dobrovolného připojištění	5,9	6,5	7,4	8,2	8,8	9,3	9,7
Celkový příjem	112,5	116,0	121,0	126,6	130,7	133,0	135,2

Zdroj: ACCENDO, 2022 Model 3

Podobně jako u předchozích modelů je vhodné založení Fondu pojištění sociální péče, který by spravovala ČSSZ. Z následující bilanční tabulky je zřejmé, že v roce 2051 by ve Fondu bylo naspořeno 646,3 mld. Kč. Z přebytků Fondu pojištění sociální péče by bylo možné financovat další rozvoj a zkvalitňování služeb sociální péče.

Tabulka 5.14: Bilanční tabulka Modelu 3 (mld. Kč/rok)

Rok	2021	2026	2031	2036	2041	2046	2051
Příjmy	110,3	113,1	117,3	122,1	125,5	127,3	128,8
Náklady	78,0	86,2	95,4	105,7	114,8	121,4	127,2
Rozdíl	34,5	29,7	25,5	20,9	15,9	11,6	8,0
Kumulativní rozdíl	34,5	192,6	328,7	442,6	532,2	599,0	646,3

Zdroj: ACCENDO, 2022 Model 3.

Kompetence veřejné správy v navrženém systému dle jednotlivých úrovní

Kompetence veřejné správy je v navrhovaném Modelu 3 shodná s navrhovanými rolmi jednotlivých aktérů v Modelu 2. Navíc budou hrát důležitou úlohu komerční pojišťovny, které budou produkt dobrovolného připojištění péče nabízet.

Argumenty pro a proti zavedení Modelu 3

V níže uvedené tabulce jsou uvedeny klíčové argumenty pro implementaci navrženého Modelu 3, včetně protiargumentů.

Tabulka 5.15: Pozitiva a negativa Modelu 3

Pro	Proti
Výplata pojistných plnění z pojistných kontraktů na bázi hromadné pojistné smlouvy s prvky rodinné solidarity bude bez výrazných časových zpoždění hned od počátku zavedení takového produktu.	U individuálních pojistných smluv lze předpokládat určitou prodlevu mezi výběrem pojistného a výraznějším objemem vyplacení pojistných plnění.
Dobrovolné připojišťovací produkty dlouhodobé péče budou určeny k získání dodatečných finančních zdrojů osob pobírajících PnP. Pojistné plnění z dobrovolného připojištění péče zvýší finanční možnosti domácností. Dlouhodobá péče bude moci být méně závislá na rodinných příslušnících, kteří nebudou muset tak často přerušovat svou ekonomickou aktivitu a budou i nadále přispívat do veřejných rozpočtů platbou daní a budou méně čerpat sociální dávky.	
Zvýšené příjmy domácností z pojistných plnění dobrovolného připojištění budou použity primárně na financování služeb dlouhodobé péče (terénní či lůžkové).	
Další argumenty jsou shodné s argumenty v Modelu 2.	

Zdroj: ACCENDO, 2022 Model 3 a Model nákladů.

5.3.4 Změna financování služeb sociálního poradenství a prevence

Financování služeb sociální péče a s tím související náklady na příspěvek na péči jsou z hlediska demografického trendu vyznačujícího se stárnutím populace, současného nárůstu výdajů na sociální služby a zaměření komparativní analýzy považovány za nejdůležitější, nicméně je predikován také nárůst nákladů na sociální poradenství a sociální prevenci, kterým je věnována následující část a příloha 7.3, která se věnuje evaluaci přínosu těchto služeb.

5.3.4.1 Sociální poradenství

Sociální poradenství se poskytuje bez úhrady (MPSV, 2022) a zahrnuje dle ZSS, § 37:

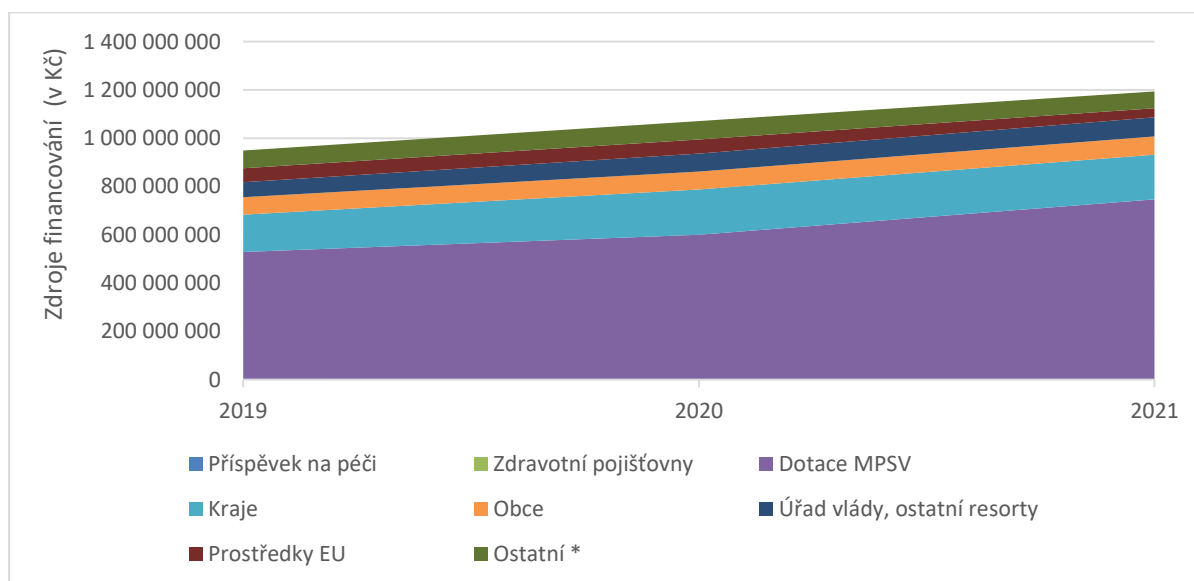
- Základní sociální poradenství se poskytuje osobám potřebujícím informace přispívající k řešení jejich nepříznivé sociální situace. Základní sociální poradenství je základní činností při poskytování všech druhů sociálních služeb; **poskytovatelé sociálních služeb jsou vždy povinni tuto činnost zajistit.**
- Odborné sociální poradenství je poskytováno se zaměřením na potřeby jednotlivých okruhů sociálních skupin osob **v občanských poradnách, manželských a rodinných poradnách, poradnách pro seniory, poradnách pro osoby se zdravotním postižením, poradnách pro oběti trestných činů a domácího násilí a ve speciálních lůžkových zdravotnických zařízeních**

hospicového typu; zahrnuje též sociální práci s osobami, jejichž způsob života může vést ke konfliktu se společností. Služba obsahuje tyto základní činnosti:

- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- sociálně terapeutické činnosti,
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Služby sociálního poradenství nejsou primárně ovlivněny procesem stárnutí, od roku 2019 do roku 2021 došlo k nárůstu nákladů o 25,8 %, tzn., z 0,949 mld. Kč v roce 2019 na 1,194 mld. Kč v roce 2021. Nejvyšší podíl v roce 2021 na financování těchto nákladů jsou dotace MPSV (62,4 %) a následují kraje (15,5%). Příspěvek na péči tvoří jen 0,1 % zdrojů financování.

Obrázek 5.9: Vývoj nákladů a zdrojů financování služeb sociálního poradenství



*Pozn.: Data za rok 2021 jsou předběžná. * V položce "Ostatní" jsou za roky 2020 a 2021 zahrnuty i prostředky na mimořádné dotační tituly MPSV v souvislosti s podporou sektoru při pandemii COVID-19.*

Zdroj: MPSV, výkazy, 2022.

V případě aplikace Modelu 1 dojde k výrazné úspoře nákladů do služeb sociální péče u krajů (5,127 mld. Kč) a obcí (3,072 mld. Kč). Tím se vytváří možnost k efektivnímu rozvoji služeb sociálního poradenství a k posílení role krajů i obcí při jejich poskytování v systémové propojení oblastí plánování a financování služeb sociálního poradenství. Z hlediska charakteru poskytovaných služeb je zde možnost přenést z větší části

financování na kraje a obce, které z hlediska principu subsidiarity nejlépe znají potřebnost těchto služeb pro obyvatele.

Základní poradenství by mělo být dostupné na obcích v rámci samostatné působnosti, v případě neschopnosti ho zajistit by obce zajistily poradenství (např. formou on-line chatu) občana se sociálním pracovníkem na POÚ nebo ORP, tím bude zajištěna dobrá dostupnost základního sociálního poradenství, rovněž veřejnoprávní smlouvou tuto povinnost může přenést na jinou obec. Odborné poradenství na SO ORP by mělo být zejména zaměřené na dluhové poradny, poradny pro lidi se závislostmi, poradenská centra pro děti a mládež, příp. poradny zaměřené na celkovou sanaci rodin. Na úrovni kraje specializované odborné poradny např. poradna viktimologická. Na úrovni státu po skončení uprchlické krize způsobené válkou na Ukrajině by měla být zajištěna včetně financí především odborná poradna pro azylanty⁸³.

5.3.4.2 Sociální prevence

Dle ZSS § 53 služby sociální prevence napomáhají zabránit sociálnímu vyloučení osob, které jsou tímto ohroženy pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí a ohrožení práv a oprávněných zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby. Cílem služeb sociální prevence je napomáhat osobám k překonání jejich nepříznivé sociální situace a chránit společnost před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů.

⁸³ Ověřeno prostřednictvím kulatých stolů. Zpracováno na základě inspirace Víšek, P. Průša, L. (2012) Optimalizace sociálních služeb Národní centrum sociálních studií, o.p.s. Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, v.v.i., Praha, 2012.

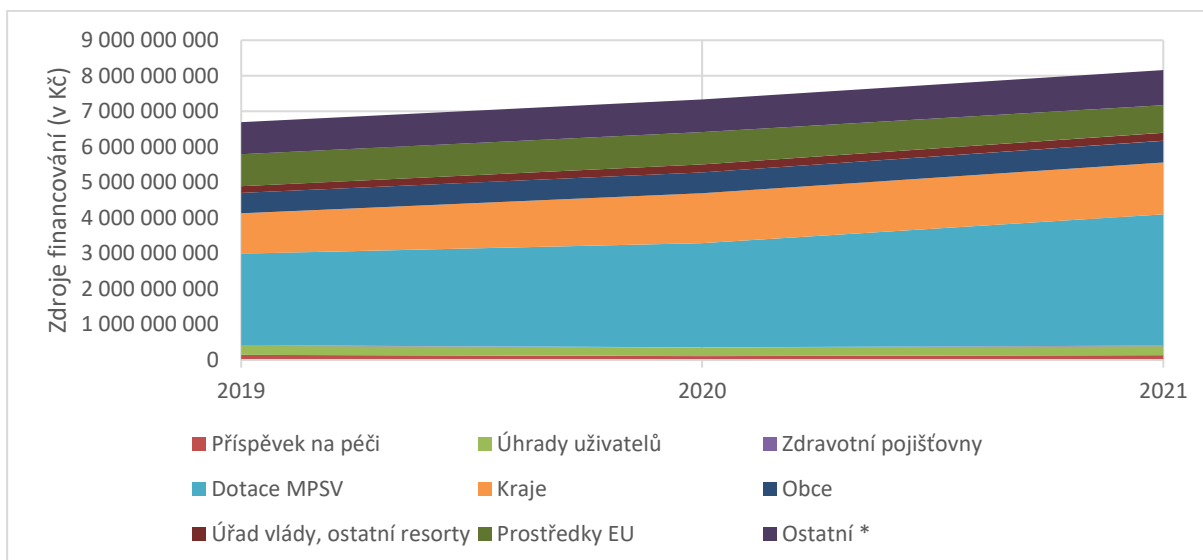
Tabulka 5.16: Služby sociální prevence

Služby se poskytují bez úhrady	Služby se poskytují za úhradu
<ul style="list-style-type: none"> • Raná péče • Telefonická krizová pomoc • Tlumočnické služby • Kontaktní centra • Krizová pomoc • Intervenční centra • Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež • Služby následné péče • Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi • Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením • Terénní programy 	<ul style="list-style-type: none"> • Azylové domy • Domy na půl cesty • Nízkoprahová denní centra – osoby hradí úhradu za stravu ve výši stanovené poskytovatelem • Noclehárny – služba se poskytuje za úhradu ve výši stanovené poskytovatelem • Sociálně terapeutické dílny • Terapeutické komunity • Sociální rehabilitace

Zdroj: ACCENDO podle ZSS, 2022.

Služby sociální prevence nejsou primárně ovlivněny procesem stárnutí, od roku 2019 do roku 2021 došlo k nárůstu nákladů o 21,8 %, tzn., z 6,698 mld. Kč v roce 2019 na 8,160 mld. Kč v roce 2021. Nejvyšší podíl v roce 2021 na financování těchto nákladů jsou dotace MPSV (45,2 %) a následují kraje (17,9 %). Příspěvek na péči tvoří jen 1,7 % zdrojů financování.

Obrázek 5.10: Vývoj nákladů a zdrojů financování služeb sociální prevence



Pozn.: Data za rok 2021 jsou předběžná. * V položce "Ostatní" jsou za roky 2020 a 2021 zahrnuty i prostředky na mimořádné dotační tituly MPSV v souvislosti s podporou sektoru při pandemii COVID 19.

Zdroj: MPSV, výkazy, 2022.

V případě aplikace Modelu 1 dojde k výrazné úspoře nákladů do služeb sociální péče u krajů (5,127 mld. Kč). Tím se vytváří možnost k efektivnímu rozvoji služeb sociální

prevence a k posílení role krajů při jejich poskytování v systémové propojení oblastí plánování a financování těchto služeb. Z hlediska charakteru poskytovaných služeb je zde možnost přenést financování na kraje⁸⁴, které z hlediska principu subsidiarity nejlépe znají potřebnost těchto služeb pro obyvatele. V některých službách, např. Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi, Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením, Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež, je vhodné zajistit spolufinancování obecných rozpočtů, jelikož služby se poskytují bez úhrady a klienti jsou občané dané obce.

5.4 Legislativní implementace navržených variant

Následující kapitola obsahuje shrnutí tezí pro změnu současného zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů včetně vymezení důvodů pro nutnost legislativních změn a cílů zákonných úprav nezbytných pro zavedení takového systému.

5.4.1 Důvody pro legislativní změnu

Pro zavedení nového systému financování sociálních služeb umožňujícího zajištění udržitelnosti systému, je nutná realizace souvisejících legislativních úprav, a to jak ve formě **zavedení nového zákona** (Zákon o pojistném na sociální služby⁸⁵), tak ve formě **novelizace stávajících právních předpisů**, na které budou mít zavedení nového pojištění a úpravy stávajícího systému financování sociálních služeb dopad.

V souvislosti se zavedením nového typu pojištění, které doposud v České republice nebylo aplikované, tudíž ani právně ukotvené, je nutné upravit právní předpisy na úrovni zákona. Nový zákon bude vymezovat způsob výběru pojistného a stanovovat jeho výši. Zákon musí dále definovat kompetence hlavních aktérů v pojistném systému včetně způsobu přechodu kompetencí v současné době zajišťovaných státem.

⁸⁴ V případě volby jiného modelu je nutné zajistit dodatečné finance kraje na služby sociální prevence ze státního rozpočtu.

⁸⁵ V souvislosti se zavedením systému pojištění je nezbytné definovat okruh subjektů povinných hradit pojistné. Okruh povinných osob musí být odvozený od okruhu osob majících nárok na péči (definovaných v rámci § 4 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách). Vzhledem k uvedenému je možné, že okruh účastníků pojištění na sociální služby bude jiný než okruh účastníků zdravotního pojištění.

Současné znění zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů by mělo být upraveno zejména v následujících částech:

- Úprava způsobu stanovení PnP (§ 7 – § 31);
- Úprava systému přidělování dotací;
- Smlouva o poskytnutí sociální služby (§ 90–91 zákona);
- Vymezení působnosti při zajišťování sociálních služeb, revize kompetencí jednotlivých zapojených subjektů, doplnění odkazů na detailnější úpravu v rámci metodických pokynů (Díl 4 Působnost při zajišťování sociálních služeb, § 92–96 zákona);
- Financování sociálních služeb (§ 101a – § 104 zákona) – úprava v souladu se změnou zdrojů financování sociálních služeb (pojistné na sociální služby), popis způsobu výběru pojistného a stanovení kompetencí v rámci výběru a výplaty pojistného;
- Jasně vymezení kompetencí v oblasti poskytování informací o dostupnosti sociálních služeb.

5.4.2 Vztahy a vazby k dalším právním předpisům

Změny systému financování sociálních služeb, včetně zavedení dobrovolného připojištění péče, může ovlivnit následující právní předpisy:

- **Zákon č. 48/1997 Sb., o zdravotním pojištění** – v zájmu zlepšení koordinace mezi zdravotními a sociálními službami.
- **Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění.**
- **Zákon č. 589/1992 Sb., o pojistném na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti.**
- **Zákon č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení** – vymezení role a kompetencí ČSSZ v rámci výběru, výplaty a správy pojistného na sociální služby.
- **Zákon č. 243/2000 Sb., o rozpočtovém určení daní** – financování sociálních služeb z rozpočtu krajů a obcí je významným zdrojem příjmů poskytovatelů, a proto je nutné po odluce financování ze strany MPSV a jeho přenesení na ČSSZ ponechat jisté kompetence při rozhodování o veřejných zdrojích také na samosprávy.
- **Zákon č. 218/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech a o změně některých souvisejících zákonů.**

- **Zákon č. 250/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech územních rozpočtů, ve znění pozdějších předpisů.**
- **Zákon č. 129/2000 Sb., o krajích (krajské zřízení), zákon č. 128/2000 Sb., o obcích (obecné zřízení) – vymezení povinností krajů/obcí v poskytování sociálního poradenství a sociální prevence občanům.**
- **Vyhláška č. 505/2006 Sb. Vyhláška, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.**

6 Závěr

Základní potřebou, kterou řeší všechny evropské země, je nastavení udržitelného financování systému sociálních služeb. V rámci těchto úvah MPSV zvolilo jeden ze směrů inspirace německý model financování sociálních služeb, prostřednictvím pojištění dlouhodobé péče, který reaguje na očekávaný nárůst počtu uživatelů sociálních služeb. Pro toto rozhodování je klíčové vycházet z Evidence-based Policy, což racionálně zhodnotí vývoj potřeb v systému sociálních služeb, včetně jejich nákladovosti.

Vzhledem k současným demografickým trendům, které se projevují v poklesu porodnosti, stárnutí populace a zvyšování očekávané délky dožití, lze v nadcházejících letech očekávat zvýšení počtu uživatelů sociálních služeb. Demografický vývoj bude mít nejvýraznější dopad na zvýšení počtu uživatelů služeb sociální péče dlouhodobého charakteru, které jsou zároveň nejnákladnější skupinou sociálních služeb. Poskytování sociálních služeb je v současné době z velké části hrazené z veřejných prostředků. S cílem zamezení nutnosti navyšování úhrad uživatelů a zvyšování podílu veřejných výdajů na sociální služby na HDP je nezbytné hledat alternativní zdroje financování sociálních služeb. Jedno z řešení je zavedení zákonného pojištění dlouhodobé péče, po vzoru německého modelu, které bylo po dvacetileté diskuzi přijato občany Německa jako univerzální, důvěryhodné, motivační, kompromisní, flexibilní a solidární řešení.

V Německu se pojištění dlouhodobé péče ze zákona platí povinně a vztahuje se tak na všechny obyvatele pojištěné v rámci povinného zdravotního pojištění. Z tohoto důvodu je systém cenově dostupný, avšak za cenu menších výhod. Pojistné plnění se odvíjí od stupně potřeby péče, nepokrývá veškeré náklady na péči a vlastní podíl nákladů hradí v rámci vyživovací povinnosti příbuzní v přímé linii. Systém tak podporuje péči v domácím prostředí. Pro posílení prorodinné politiky je v německém systému zavedena přírážka pro bezdětné osoby.

Slabou stránkou se v systému financování sociálních služeb v ČR ukazuje oddělený pojistný systém mezi sférou sociální a zdravotní. Problémem je roztržitost, nesourodost a nepropojenost sociálního systému, který spadá do gesce MPSV, a zdravotního sektoru, který spadá do gesce Ministerstva zdravotnictví, což způsobuje problémy při přechodu klientů mezi těmito dvěma systémy. Růst výše dávek neodpovídá růstu životních nákladů. Na rozdíl od německého systému vlastní podíl na

nákladech za dlouhodobou péči je pouze dobrovolný, není stanovena vyživovací povinnost příbuzných a odpovědnost tak zůstává především na státu.

Vytvoření kumulativního Fondu pojištění sociální péče by pro ČR umožnilo dlouhodobější plánování rozvoje systému služeb sociální péče spojené se zvýšením příjmů s minimálními investičními a provozními náklady. Nutno ale podotknout, že pokud se nezvýší počet narozených dětí v populaci, žádný systém nebude dlouhodobě udržitelný. Z tohoto důvodu je jedno ze zásadních obecných doporučení podpora propopulační a rodinné politiky.

Mezi další vhodná související doporučení je nutné zahrnout sjednocení mapování potřeb napříč kraji při plánování sociálních služeb. Při rozhodování je nutné vycházet z analýz potřeb/potřebnosti a z analýz nákladovosti celého systému. Velkou pozornost je třeba věnovat vyhodnocování efektivity jednotlivých druhů sociálních služeb a tuto informaci poskytovat všem aktérům v ČR, včetně odůvodněných rozdílů v jednotlivých krajích z důvodu mzdových rozdílů. Cílem je nastavit transparentní financování a rozdělování prostředků mezi jednotlivými kraji. Z důvodu subsidiarity je nutné, aby kraje měly současně kompetence při tvorbě kapacity sítě sociálních služeb a při zjišťování potřebnosti. Pro změření efektivity služeb sociální péče je nutné zavést v souladu s GDPR registraci unikátního klienta (s výjimkou anonymních uživatelů některých služeb sociální prevence) podle rodného čísla nebo jiného identifikátoru (např. u cizinců, kteří nemají rodné číslo), který umožní jednoznačná vykazování jak v rámci jednoho poskytovatele (tj. klient čerpá více služeb a poskytovatel jej v předávaných datech a údajích nerozlišuje) nebo čerpá více služeb u více poskytovatelů. Tato evidence umožní vytvářet mapy/cesty uživatelů službami. Na základě těchto dlouhodobých dat lze provádět analýzy profilů typů klientů, na základě kterých lze provádět optimalizaci nabídky a zvýšit i uživatelskou přívětivost sociálních služeb. Rovněž by se zamezilo evidování a vykazování duplicitních zájemců či pobíratelů sociálních služeb u více poskytovatelů (tzv. pořadníky).

V současném systému je nevyjasněná role obcí v samostatné působnosti v systému sociálních služeb, proto obce v této problematice přistupují rozdílně a nesystematicky. Podle zvoleného modelu by se měly stanovit povinnosti a kompetence v oblasti sociálních služeb, včetně případné potřeby spolufinancování sociálních služeb pro své obyvatele.

V obecné rovině se tato studie snaží nestranně přispět k diskuzi o dalším udržitelném financování sociálních služeb na základě Evidence-based Policy bez vlivu lobbistických skupin. Navrhovaná řešení byla prezentována formou diskuze na online kulatých stolech s relevantními subjekty k získání vhodných poznatků pro tuto analýzu. Všechna navrhovaná řešení musí projít odbornou diskuzí i diskuzí se zájmovými skupinami, ale i s veřejností. Zásadní pro zavedení jakéhokoliv modelu financování sociálních služeb je dlouhodobá komunikační kampaň, která vhodnou formou seznámí veřejnost s fakty při zavádění jednotlivých variant.

Seznam odborné literatury a informačních zdrojů

- Akademie der Wissenschaften und der Literatur (2022). Quellensammlung zur Geschichte der deutschen Sozialpolitik 1867 bis 1914. [online] 2022 [cit. 22.8.2022]. Dostupné z: https://quellen-sozialpolitik-kaiserreich.de/baende/02/0201.html?tx_chfbook_volumes%5Bvolume%5D=2&tx_chfbook_volumes%5Bsection%5D=s.02.02.01.0076&tx_chfbook_volumes%5Baction%5D=show&tx_chfbook_volumes%5Bcontroller%5D=Volumes&cHash=52ea43192480eb27214a7694c72690e9
- Allianz (2022). Wie die Pflegeversicherung Kinder absichert. [online] 2022 [cit. 5.6.2022]. Dostupné z: <https://www.allianz.de/gesundheit/pflegeversicherung/fuer-kinder/>
- Allianz (2022a). Wie die Pflegeversicherung Kinder absichert. [online] 2022 [cit. 5.6.2022]. Dostupné z: <https://www.allianz.de/gesundheit/pflegeversicherung/fuer-kinder/>
- Allianz (2022b). Warum ist eine private Pflegezusatzversicherung sinnvoll? [online] 2022 [cit. 22.8.2022]. Dostupné z: <https://www.allianz.de/gesundheit/pflegezusatzversicherung/sinnvoll/>
- Anheier, H. K., Seibel, W. (1993). Defining the Nonprofit Sector: Germany. Working Papers of the Johns Hopkins Comparative Nonprofit Sector Project, no. 6. Baltimore: The Johns Hopkins Institute for Policy Studies, 1993. ISBN 1-886333-01-7.
- AWO (2017). Sie suchen eine Pflegeeinrichtung, weil die häusliche Pflege nicht mehr ausreicht? [online] 2017 [cit. 29.11.2018]. Dostupné z: https://www.awo-pflegeberatung.de/fileadmin/files/Pflegeratgeber_und_Infobroschuere/Handouts/Stationaere_Pflege.pdf
- AWO (2018). Pflegeberatung. Fragen und Antworten. [online] 2018 [cit. 29.11.2018]. Dostupné z: <https://www.awo-pflegeberatung.de/pflegeratgeber/fragen-und-antworten/#c392>
- BAGSO (2018). Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen. Pflege. [online] 2018 [cit. 29.11.2018]. Dostupné z: <http://www.bagso.de/pflege.html>
- Barmer (2022). Sozialversicherungsbeiträge berechnen. [online]. 2022 [cit. 12.8.2022]. Dostupné z: <https://www.barmer.de/formClient/barmer-firmenkunden/tools-und-downloads/1004500/sozialversicherungsrechner,step=taetigkeit.html>
- Beta Institut gemeinnützige GmbH (2022). Vollstationäre Pflege. [online] 2022 [cit. 5.6.2022]. Dostupné z: <https://www.betanet.de/vollstationaere-pflege.html>
- BIVA-Pflegeschatzbund (2022). Wunschrecht von Sozialhilfeempfängern bei der Heimauswahl [online]. 2022 [cit. 12.8.2022]. Dostupné z: <https://www.biva.de/pflege-im-heim/typische-probleme/wunschrecht-von-sozialhilfeempfaengern-bei-der-heimauswahl/>
- Bundesamt für Soziale Sicherung (2022). Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung. [online] 2022 [cit. 5.6.2022]. Dostupné z: <https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/ausgleichsfonds/ueberblick/>
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2018). Altenpflegegesetz. [online] 2018 [cit. 29.11.2018]. Dostupné z: <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/themen/aeltere-menschen/hilfe-und-pflege/altenpflegegesetz/77744>
- Bundesministerium für Gesundheit (2017b). Kurzzeitige Arbeitsverhinderung. [online] 2022 [cit. 12.8.2022]. Dostupné z: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/k/kurzzeitige-arbeitsverhinderung.html>
- Bundesministerium für Gesundheit (2021a). Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung [online] 2022 [cit. 12.8.2022]. Dostupné z: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Zahlen_und_Fakten/Zahlen_und_Fakten_der_SPV_Juni_2021_bf.pdf
- Bundesministerium für Gesundheit (2021b). Beschäftigte in der Pflege. [online] 2022 [cit. 12.8.2022]. Dostupné z: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegekraefte/beschaeftigte.html>
- Bundesministerium für Gesundheit (2021c). Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung. [online] 2021 [cit. 22.8.2022]. Dostupné z: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/gesundheitsversorgung/weiterentwicklungsgesetz.html>
- Bundesministerium für Gesundheit (2022a). Finanzierung der Pflegeversicherung. [online] 2022 [cit. 5.6.2022]. Dostupné z: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/online-ratgeber-pflege/die-pflegeversicherung/finanzierung.html>
- Bundesministerium für Gesundheit (2022b). Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung.. [online] 2022 [cit. 5.6.2022]. Dostupné z:

- https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Zahlen_und_Fakten/Zahlen_und_Fakten_Stand_April_2022_bf.pdf
- Bundesministerium für Gesundheit (2022c). Soziale Absicherung der Pflegeperson. [online] 2022 [cit. 12.8.2022]. Dostupné z: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/soziale-absicherung-der-pflegeperson.html>
- Bundesministerium für Gesundheit (2022d). Ratgeber Pflege. Alles, was Sie zum Thema Pflege wissen sollten. [online] 2022 [cit. 12.8.2022]. Dostupné z: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/user_upload/BMG_Ratgeber_Pflege_bf_neu.pdf
- Bundesministerium für Gesundheit (2022e). Pflegehilfsmittel. [online] 2022 [cit. 22.8.2022]. Dostupné z: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/leistungen-der-pflege/pflegehilfsmittel.html>
- Bundesministeriums für Gesundheit (2016a). Ratgeber zur Pflege. [online] 2016 [cit. 29.11.2018]. Dostupné z: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/Publikationen/Pflege/Broschueren/BMG_RatgeberPflege.pdf
- Bundesministeriums für Gesundheit (2016b). Die Pflegestärkungsgesetze Das Wichtigste im Überblick. [online] 2016 [cit. 29.11.2018]. Dostupné z: http://www.bagso.de/fileadmin/Aktuell/Themen/Pflege/Pflegestaerkungsgesetze_wichtigste_im_Ueberblick.pdf
- Bundesministeriums für Gesundheit (2017a). Einzelpflegekräfte. [online] 2017 [cit. 5.6.2022]. Dostupné z: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/e/einzelpflegekraefte.html>
- Bundesministeriums für Gesundheit (2018a). Pflegebedürftigkeit. [online] 2018 [cit. 29.11.2018]. Dostupné z: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/online-ratgeber-pflege/pflegebeduerftigkeit.html>
- Bundesministeriums für Gesundheit (2018b). Informationen zur Pflege. [online] 2018 [cit. 29.11.2018]. Dostupné z: <https://www.pflegestaerkungsgesetz.de/>
- Bynner J. (2001). Risks and Outcomes of Social Exclusion Insights From Longitudinal Data. [online] University of London 2001 [cit. 6.9.2022]. Dostupné z: <https://www.oecd.org/education/school/1855785.pdf>
- CEVRO (2005). Dvoukomorové parlamenty v Evropě a ve světě. [online] 2005 [cit. 3.8.2022]. Dostupné z: <http://www.cevro.cz/cs/42203-dvoukomorove-parlamenty-evrope-svete>
- CLARK (2022a). Der Beitrag zur Pflegeversicherung: So hoch ist er. [online] 2022 [cit. 12.8.2022]. Dostupné z: <https://www.clark.de/pflegeversicherung/beitrag/#wer-muss-beitrag-zur-gesetzlichen-pflegeversicherung-zahlen>
- CLARK (2022b). Pflegeversicherung bei Rentnern: Das gilt es zu beachten. [online] 2022 [cit. 12.8.2022]. Dostupné z: <https://www.clark.de/pflegeversicherung/rentner/#wie-viel-muessen-rentner-zahlen-die-beihilfeberechtigt-sind>
- Colombo, F. a kol. (2011) Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care. [online] OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, 2011. ISBN 978-92-64-09775-9 (PDF) [cit. 20.8.2013] Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264097759-en>.
- Curry N. (2006). Preventive Social Care, Is It Cost Effective? [online] King's Fund, 2006 [cit 6.9.2022]. Dostupné online z: <https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/preventive-social-care-wanless-background-paper-natasha-curry2006.pdf>
- ČAP (2020a): Dlouhodobá péče na rozcestí: Jak mohou pojišťovny pomoci; červen 2020; Dostupné z: <https://cap.cz/statistiky-prognozy-analyzy/analyzy/104781-dlouhodob-pece-na-rozcesti-jak-mohou-komerčni-pojistovny-pomoci>
- ČAP (2020b): Výzvy systému dlouhodobé péče pohledem komerčních pojišťoven; červen 2020; Dostupné z: <https://cap.cz/statistiky-prognozy-analyzy/analyzy/104780-vyzvy-systemu-dlouhodob-pece-pohledem-komerčních-pojistoven>
- ČSSZ (2022a). Výše a sazba pojistného. [online] 2022 [cit. 15.8.2022]. Dostupné z: <https://www.cssz.cz/vyse-a-sazba>
- ČSSZ (2022b). Obecné informace o platbě pojistného. [online] 2022 [cit. 15.8.2022]. Dostupné z: <https://www.cssz.cz/platba-pojistneho-obecne-informace>
- ČSSZ (2022c). Dlouhodobé ošetrovné. [online] 2022 [cit. 15.8.2022]. Dostupné z: <https://www.cssz.cz/web/cz/dlouhodob-pece>
- ČSÚ (2018). Projekce obyvatelstva České republiky do roku 2100 [online] Praha: Český statistický úřad, 2018 [cit. 5.7.2022]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/projekce-obyvatelstva-ceske-republiky-do-roku-2100-n-fu4s64b8h4>

- Deloitte (2015). Studie proveditelnosti: Vývěř a zdůvodnění optimálních variant financování sociálních služeb v ČR, 2015.
- Deloitte (2019). Evaluace nastavení indikátorové soustavy, prověření intervenční logiky a vyhodnocení informačních zdrojů a datové báze IROP: Závěrečná zpráva projektu. 2019. Dostupné také z: https://irop.mmr.cz/getmedia/5d287ec2-c094-41d9-9692-d3155afa9017/MMR_Evaluace-Indikatory-IROP_Zaverecna-zprava.pdf.aspx?ext=.pdf
- Department for International Development (2005). Reducing poverty by tackling social exclusion. [online] 2015 [cit. 5.9.2022]. Dostupné z: <https://www2.ohchr.org/english/issues/development/docs/socialexclusion.pdf>
- Deutsche Rentenversicherung (2022). Die drei Säulen der Altersvorsorge. [online] 2022 [cit. 12.8.2022]. Dostupné z: <https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Rente/Moeglichkeiten-der-Altersvorsorge/Drei-Saeulen-der-AV/DS-Die-drei-Saeulen-der-Altersvorsorge.html>
- Deutscher Bundestag - Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland. Deutscher Bundestag [online]. [cit. 2022-07-04]. Dostupné z: <https://www.bundestag.de/gg>
- Deutsches Ärzteblatt (2022). Pflegeversicherung verbucht Defizit von 1,35 Milliarden Euro. [online] 2022 [cit. 5.6.2022]. Dostupné z: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/132033/Pflegeversicherung-verbucht-Defizit-von-1-35-Milliarden-Euro>
- Dietze, Ch. (2022). Sozialversicherung. Studententext der Deutschen Rentenversicherung, Nr. 01. [online] 2022 [cit. 5.8.2022]. Dostupné z: https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Fachliteratur_Kommentare_Gesetzestexte/Studientexte/Versicherungsrecht/01_sozialversicherung.html
- DMRZ.de (2022). Alles zu den Pflegegraden. [online] 2022 [cit. 5.6.2022]. Dostupné z: <https://www.dmrz.de/wissen/ratgeber/pflegegrad#c5212>
- Domov důchodců Velké Hamry (2022). Žádost o přijetí do domova důchodců. [online] 2022 [cit. 22.8.2022]. Dostupné z: <https://dd-velkehamry.cz/dokumenty/zadost-o-prijeti-do-domova-pro-seniory.pdf>
- Domov pro seniory Mikuláškovo nám., p.o. (2022). Jak požádat o přijetí do domova pro seniory a domova se zvláštním režimem. [online] 2022 [cit. 22.8.2022]. Dostupné z: <https://www.mik.brnodz.cz/jak-pozadat-o-prijeti/jak-pozadat-o-prijeti-do-domova-pro-seniory>
- Dr. Weigl & Partner (2019). Die Pflegegrad Experten. Wiederholungsbegutachtung nach der Einstufung in einen Pflegegrad. [online] 2019 [cit. 5.7.2022]. Dostupné z: <https://drweiglundpartner.de/wiederholungsbegutachtung/>
- Dr. Weigl & Partner (2022). Härtefallregelung in der Pflege. [online] 2022 [cit. 5.6.2022]. Dostupné z: <https://pflegegradantrag.com/haertefall-pflege/>
- DW (2018). Foreign workers meet elder care needs in Germany. [online] 2018 [cit. 5.6.2022]. Dostupné z: <https://www.dw.com/en/foreign-workers-meet-elder-care-needs-in-germany/a-16915979>
- Einfachrente (2022). Invalidenrente: Voraussetzungen, Anspruch & Höhe. [online] 2022 [cit. 22.8.2022]. Dostupné z: <https://www.einfach-rente.de/invalidenrente>
- Esping-Andersen, G. (1990). The Three Worlds of Welfare Capitalism. Princeton: Princeton University Press, 1990. ISBN: 0-691-09457-8. str. 26-27.
- Eurostat (2019). European system of integrated social protection statistics — ESSPROS, MANUAL AND USER GUIDELINES 2019 edition. [online] 2019 [cit. 30.8.2022]. Dostupné z: <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/3859598/10295301/KS-GQ-19-014-EN-N.pdf/e7c8c019-944c-1c71-ae5-1ffc8ce45200?t=1575969094000>
- Eurostat (2021). Links and differences between Social Protection statistics (ESSPROS) and National Accounts METHODOLOGICAL ASPECTS AND CONCEPTUAL BRIDGE TABLES. [online] 2021 [cit. 30.8.2022]. Dostupné z: <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/3888793/13613281/KS-TC-21-006-EN-N.pdf/a77a4955-9e0c-e993-7587-a4c7dd8c88e9?t=1634884730673>
- Eurostat (2022) Eurostat database. [online] 2022 [cit. 16.8.2022]. Dostupné z: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/main/data/database>
- Eurostat (2022a), Social protection expenditure. [online] 2022 [cit. 16.8.2022] Dostupné z: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/spr_exp_sum/default/table?lang=en
- Familiara (2022). Überleitung von Pflegestufen zu Pflegegraden. [online] 2022 [cit. 5.6.2022]. Dostupné z: <https://www.familiara.de/ratgeber/pflegegrad/pflegestufen-ueberleitung/>
- Finanztip (2022a). Gesetzliche Pflegeversicherung. So bist Du im Pflegefall abgesichert. [online] 2022 [cit. 5.6.2022]. Dostupné z: <https://www.finanztip.de/gesetzliche-pflegeversicherung/>
- Finanztip (2022b). Senioren zahlen volle Beiträge in die Pflegekasse ein. [online] 2022 [cit. 12.8.2022]. Dostupné z: <https://www.finanztip.de/pflegeversicherung-rentner/>

- FORUM (2021). Was ändert sich mit der geplanten Pflegereform 2022? Aktuelle Neuerungen für Pflegekräfte und pflegende Angehörig. [online] 2021 [cit. 5.6.2022]. Dostupné z: <https://www.forum-verlag.com/blog-gp/pflegereform-2022>
- Geissler, H. a kol. (2015). Neformální péče ve vybraných státech Evropské unie – Komparativní rešerše a identifikace příkladů dobré praxe. Projekt „Podpora neformálních pečovatелů“, CZ.1.04/3.1.00/C6.00002.
- Gerlinger, T. (2020). Long-term care insurance in Germany: Facing a paradigm shift in financing?, ESPN Flash Report 2020/63, European Social Policy Network (ESPN), Brussels: European Commission [online] 2020 [cit. 24.8.2022]. Dostupné z: <https://socialcanada.org/2021/01/15/long-term-care-insurance-in-germany-facing-a-paradigm-shift-in-financing/>
- Gladkij, I. (2003). Management ve zdravotnictví. Brno: Nakladatelství Computer Press, 2003.
- Götting, U. a kol. (1994). The Long Road to Long-term Care Insurance in Germany. Journal of Public Policy, 1994:14(3), str. 285-309.
- Götze, R., Heinz, R. (2014). Fiscal and Social Policy: Financing Long-Term Care in Germany. Comanje, Karel-Peter (ed.): Financing High Medical Risks. Amsterdam: AUP, 2014. Dostupné z <https://ssrn.com/abstract=2191995>
- Handelsblatt (2022). Drei Milliarden Euro Defizit: Fehlbetrag der Pflegeversicherung steigt überraschend stark. [online] 2022 [cit. 5.6.2022]. Dostupné z: <https://www.handelsblatt.com/politik/deutschland/dak-berechnungen-drei-milliarden-euro-defizit-fehlbetrag-der-pflegeversicherung-steigt-ueberraschend-stark/28445034.html>
- Hendrych, D. a kol. (2018). Správní věda. Teorie veřejné správy, 4. aktualizované a doplněné vydání Praha: ASPI, stav k 4. 4. 2018. MN5709CZ.
- Hildegard, T (2011). Long-term Care Insurance in Germany. Assessments, benefits, care arrangements and funding. Institutet för Framtidsstudier/Institute for Futures Studies Arbetsrapport/Working Paper, 2011:13. ISBN 978-91-85619-91-7.
- Hoffmann, F. - Rodrigues, R. (2010). Informal carers. Who takes care of them? Policy brief, European Centre for Social Welfare Policy and Research, 2010. [cit. 2022-06-30] Dostupné z: http://www.euro.centre.org/data/1274190382_99603.pdf
- Hruška L., Jarošová D. a kol. (2015). Míra potřeby zdravotně sociálních služeb pro zvládání základních životních potřeb v rozsahu stanoveném stupněm závislosti u osob starších 50 let a její časová a finanční náročnost. Ostrava: ACCENDO a Ostravská univerzita, 2015.
- Hruška, L., Foldynová, I., Hrušková, A.; a kol. (2019). Komparativní studie systémů posouzení oprávněnosti nároku zájemce pro vstup do sociální služby. Ostrava: ACCENDO, 2019.
- IamExpat (2022). Are long-term care insurance contributions going to rise in Germany? [online] 2022 [cit. 5.6.2022]. Dostupné z: <https://www.iamexpat.de/expat-info/german-expat-news/are-long-term-care-insurance-contributions-going-rise-germany>
- Institut pro sociální politiku a výzkum (2017). Pečující osoby a neformální péče (Národní strategie rozvoje sociálních služeb 2016–2025) - Revue pro sociální politiku a výzkum. [online] 2017 [cit. 26.8.2022] Dostupné z: <https://socialnipolitika.eu/2017/04/pecujici-osoby-a-neformalni-pecenarodni-strategie-rozvoje-socialnich-sluzeb-2016-2025/>
- Janoušek, M. (2017). Německý ústavní vývoj v 19. století. Diplomová práce. Praha: Univerzita Karlova, 2017.
- Kahovcová, S. (2014). Sociální služby – Komparace ve vybraných zemích. Diplomová práce. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, 2014. Dostupné z: https://dspace5.zcu.cz/bitstream/11025/14626/1/KAHOVCOVA_DP_2014.pdf
- Kalousek, P. (2016). Sociální služby pro seniory v Jihočeském kraji, případová studie domova pro seniory v Bechyni. Diplomová práce. Praha: Vysoká škola ekonomická v Praze, 2016. Dostupné z: <https://vskp.vse.cz/eid/52378>
- Knigge, A. (2014). Sociální stát Německo – světlo a stíny. Sociálně tržní hospodářství – Sborník příspěvků na mezinárodním semináři – Lidice, 2014.
- Köhler, M. (2020). Pfl egetagegeldversicherung. Pfl egetagegeld-versicherung. [online] 2020 [cit. 5.6.2022]. Dostupné z: <https://www.pflegeversicherung-infoportal.de/pflegeversicherung-lexikon/beitragssatz-pflegeversicherung.html>
- Koldinská, K. (2007). Sociální právo. 1. vyd. Praha: C.H. Beck, 2017. ISBN 978-80-7179-620-6.s.17.
- Kraj Vysočina (2020). Tvorba systému sociálně zdravotního pomezí v Kraji Vysočina. [online] 2020 [cit. 24.8.2022]. Dostupné z: <https://www.kr-vysocina.cz/socialne-zdravotni-pomezí/ds-304286>
- Krebs, V. (2015). Sociální politika. 6., přepracované a aktualizované vydání Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2015. ISBN 978-80-7478-921-2

- Křepelka, M. (2011). Komparace systémů sociální péče v České republice a Spolkové republice Německo v kontextu stárnutí populace. Diplomová práce. Brno, 2011. Dostupné z: <https://is.muni.cz/th/x1scm/dipl.nova.doc>
- KVoptimal.de (2021). Corona Zuschlag 2022: Beitragserhöhung für alle PKV Kunden. [online]. 2022 [cit. 12.8.2022]. Dostupné z: <https://kvoptimal.de/blog/beitragsanpassung/corona-zuschlag-2022-beitragserhoehung-fuer-alle>
- Leyer, P. (2011). Historický vývoj sociálního zabezpečení a jeho modelů. Diplomová práce. Univerzita Karlova, Právnická fakulta, Katedra pracovního práva a práva sociálního zabezpečení, 2011. Dostupné z: <https://dspace.cuni.cz/handle/20.500.11956/48892>
- Lohnsteuerkompakt (2022). Lohnsteuer kompakt FAQs. [online] 2022 [cit. 12.8.2022]. Dostupné z: https://www.lohnsteuer-kompakt.de/fag/0/680/wer_zahlt_die_sozialversicherungsbeitraege_in_der_arbeitslosigkeit
- Malý, K., a kol. (1997). Dějiny českého a česko-slovenského práva do roku 1945. Praha : Linde, 1997.
- Marska-Dzioba, N. (2015). Financing long term care in Europe. Social Policy Issues, 29, s. 47-66. ISSN 1640-1808.
- Matoušek, O. (2007). Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení. 1. vyd. Praha: Portál, 2007, ISBN 978-80- 7367-310-9.
- Miller T.R., Hendrie D. (2009). Substance Abuse Prevention Dollars and Cents: A Cost-Benefit Analysis. [online] U.S, Department of Justice, 2009 [cit. 13.9.2022]. Dostupné z: <https://www.ojp.gov/ncjrs/virtual-library/abstracts/substance-abuse-prevention-dollars-and-cents-cost-benefit-analysis>
- Ministerstvo zdravotnictví (2018). Veřejné zdravotní pojištění. [online] 2018 [cit. 18.8.2022] Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/verejne-zdravotni-pojisteni-2/>
- Ministerstvo zdravotnictví (2021). Národní zdravotnický informační portál [online] 2021 [cit. 2022-11-04]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/>
- Moravskoslezský kraj (2020). Modely sociálních služeb. [online] 2020 [cit. 5.9.2022]. Dostupné z: <https://www.msk.cz/cs/temata/socialni/modely-socialnich-sluzeb-1590/>
- Moravskoslezský kraj (2021). Informace pro osoby pečující o své blízké zdravotně postižené osoby a o seniory. [online] 2021 [cit. 3.8.2022]. Dostupné z: <https://www.msk.cz/assets/temata/socialni/letak-pecovatel-digi.pdf>
- MPSV (2015). Studie proveditelnosti: Výběr a zdůvodnění optimální varianty financování sociálních služeb v ČR. Praha, 2015. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/953091/Studie_financovani_soc_sl.pdf/5121cf30-ea72-2c02-fd1b-681dda1d4e81
- MPSV (2019). Analýza financování sociálních služeb. Praha, 2019. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/Anal%C3%BDza+financov%C3%A1n%C3%AD+soci%C3%A1ln%C3%ADch+slu%C5%BEeb_2019.pdf/3c8c3bf8-c747-09b0-9308-3838a646c465
- MPSV (2022). Sociální služby. [online] 2022 [cit. 5.9.2022]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/socialni-sluzby-1>
- MPSV. Seznam organizací MPSV [online]. 2022b [cit. 2022-11-04]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/seznam-organizaci-mpsv>
- Mrázková, K. (2013). Vybrané aspekty českého a německého sociálního systému. Bakalářská práce. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013.
- Nadash, P., Doty, P., Schwanenflügel von, M. (2017). The German Long-Term Care Insurance Program: Evolution and Recent Developments. Gerontologist, 2018, Vol. 58, No. 3, p. 588–597. doi:10.1093/geront/gnx018
- Národní zdravotnický informační portál (2022). Úhradová vyhláška. [online] 2022 [cit. 30.8.2022]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/802-uhradova-vyhlaska>
- Patientenverfügung.digital (2022a). Altenwohnheim, Altenheim und Pflegeheim: So unterscheiden sich die Pflegeeinrichtungen. [online] 2022 [cit. 5.6.2022]. Dostupné z: <https://www.patientenveruegung.digital/blog/altenwohnheim-altenheim-pflegeheim-pflegeeinrichtungen>
- Patientenverfügung.digital (2022b). So funktioniert eine Pflegeberatung. [online] 2022 [cit. 22.8.2022]. Dostupné z: <https://www.patientenveruegung.digital/blog/so-funktioniert-eine-pflegeberatung>
- Pflege durch Angehörige (2019). Kombinationspflege: Pflegegeld und Pflegesachleistung als Kombinationsleistung beantragen. [online] 2019 [cit. 2.1.2019]. Dostupné z: <https://www.pflege-durch-angehoerige.de/pflegegrade-pflegeleistungen/kombinationspflege/>
- Pflege durch Angehörige (2022a). Die neue Pflegereform 2022 – Jetzt alle Änderungen auf einen Blick. [online] 2022 [cit. 5.6.2022]. Dostupné z: <https://www.pflege-durch-angehoerige.de/pflegegrade-pflegeleistungen/pflegereform/>

- Pflege durch Angehörige (2022b). Pflegende Angehörige: Wie organisiere ich die häusliche Pflege? [online] 2022 [cit. 12.8.2022]. Dostupné z: https://www.pflege-durch-angehoerige.de/pflegende-angehoerige/#Wer_ist_per_Definition_ein_pflegender_Angehoeriger
- Pflege.de (2022a). Die Pflegestärkungsgesetze (PSG) I, II und III. [online] 2022 [cit. 5.6.2022]. Dostupné z: <https://www.pflege.de/pflegegesetz-pflegerecht/pflegestaerkungsgesetze/>
- Pflege.de (2022b). Pflegegesetz & Pflegerecht. [online] 2022 [cit. 5.6.2022]. Dostupné z: <https://www.pflege.de/pflegegesetz-pflegerecht/>
- Pflege.de (2022c). Themenwelt Pflegestufen. [online] 2022 [cit. 5.6.2022]. Dostupné z: <https://www.pflege.de/pflegekasse-pflegerecht/pflegestufen/>
- Pflege.de (2022d). Tagespflege und Nachtpflege: Entlastung für pflegende Angehörige [online] 2022 [cit. 12.8.2022]. Dostupné z: <https://www.pflege.de/altenpflege/tagespflege-nachtpflege/>
- Pflege.de (2022e). MDK – Der medizinische Dienst der Krankenversicherung [online] 2022 [cit. 12.8.2022]. Dostupné z: <https://www.pflege.de/pflegekasse-pflegefinanzierung/pflegeversicherung/mdk/>
- Pflege.de (2022f). Pflegeheim-Kosten – Was kostet ein Platz im Pflegeheim? [online] 2022 [cit. 12.8.2022]. Dostupné z: <https://www.pflege.de/altenpflege/pflegeheim-altenheim/kosten/>
- Pflege.de (2022g). Palliativpflege: Lebensqualität am Ende des Lebens. [online] 2022 [cit. 12.8.2022]. Dostupné z: <https://www.pflege.de/altenpflege/palliativpflege/>
- Pflege-Dschungel (2022). 6a. Vollstationäre Pflege § 43 SGB XI. [online] 2022 [cit. 12.8.2022]. Dostupné z: <https://pflege-dschungel.de/a-leistungen-der-pflegeversicherung/6a-vollstationaere-pflege/>
- Pflegehelden (2021). Pflegegeld. [online] 2022 [cit. 12.8.2022]. Dostupné z: <https://www.pflegehelden.de/pflegekasse-pflegefinanzierung/pflegegeld/#table-of-content-4>
- Pflegemittelbox (2022). Pflegegeld 2022 Tabelle (update). [online] 2022 [cit. 5.6.2022]. Dostupné z: <https://pflegemittelbox.de/pflegekosten/pflegegeld-2021-tabelle/#:~:text=Ab%20Januar%202022%20gibt%20es%20f%C3%BCr%20den%20zweiten,Pflegegrad%20von%20bisher%201.995%20Euro%20auf%202.095%20Euro>
- Plšková, J. (1995). Sociální tržní hospodářství ve Spolkové republice Německo. Koncepce a její uplatnění v praxi. Czech Journal of International Relations, Vol 30 No 4, 1995. Dostupné z: <https://mv.iir.cz/article/download/990/1041>
- Potůček, M. (1995). Sociální politika. Praha : Sociologické nakladatelství, 1995.
- Rákosník, J. a Tomeš I. (1992). Sociální stát v Československu: právně-institucionální vývoj v letech 1918-1992. Praha: Auditorium, 1992. ISBN 978-80-87284-30-8.s.146
- Sciskalová, M. (2015). Právo obcí a krajů v České republice. Studijní opora. Opava: Slezská univerzita v Opavě, Fakulta veřejných politik v Opavě, Ústav veřejné správy a regionální politiky, 2015
- Sozialgesetzbuch (SGB XI) (2017). Elftes Buch Soziale Pflegeversicherung [online] 2018 [cit. 29.11.2018]. Dostupné z: <https://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbxi/1.html>
- Sozialrecht (2020). Versicherter Personenkreis - Wer ist in der gesetzlichen Pflegeversicherung versichert? [online] 2022 [cit. 5.6.2022]. Dostupné z: http://www.sozialrecht-ratgeber.de/sozialrecht/pflegeversicherung/gesetzliche_pflegeversicherung.html
- Sozialverband VdK Deutschland e.V. (2022). Was sind Versorgungsbezüge? [online]. 2022 [cit. 12.8.2022]. Dostupné z: https://www.vdk.de/deutschland/pages/themen/sozialrecht/musterklagen/6273/was_sind_versorgungsbeuege?dscc=ok
- Spitzenverband (2018). Pflegeversicherung. [online] 2018 [cit. 29.11.2018]. Dostupné z: https://www.gkv-spitzenverband.de/pflegeversicherung/pv_grundprinzipien/pflege_beitragssatz/beitragssatz.jsp
- Středočeský kraj (2022). Metodický pokyn č. 1/SOC/2022, Metodika měření efektivity sociálních služeb v Síti sociálních služeb Středočeského kraje. [online] 2022 [cit. 5.9.2022]. dostupné z: https://www.kr-stredocesky.cz/documents/20688/18727421/Metodika+vyhodnocov%C3%A1n%C3%AD%20efektivit%C3%AD%20FIN_vv%2C.pdf/736528c4-153a-4bae-b8f4-d826d001e2dd
- SÚKL. Inovace v léčbě. [online] 2021 [cit. 5.6.2022]. Dostupné také z: https://www.sukl.cz/file/88444_1_1
- TK. DIE TECHNIKER (2022). Wie hoch ist mein Beitrag zur Pflegeversicherung? [online]. 2022 [cit. 12.8.2022]. Dostupné z: <https://www.tk.de/techniker/leistungen-und-mitgliedschaft/informationen-versicherte/leistungen/weitere-leistungen/pflege/ueber-die-tk-pflegeversicherung/wie-hoch-beitrag-pflegeversicherung-2008660?tkcm=aaus>
- Tomeš, I. (2010) Úvod do teorie a metodologie sociální politiky. 1. vyd. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-680-3.
- Tomeš, I. a kol. (1998), Právo sociálního zabezpečení. Praha: Vyšehrad, 1998. ISBN 80-85305-39-9.

- Triantafyllou, J. a kol. (2010). Informal care in the long-term care system. European Overview Paper. Project Interlinks. Athesn/Vienna, 2010. [cit. 23.7.2013] Dostupné na: http://interlinks.euro.centre.org/sites/default/files/WP5_Overview_FINAL_04_11.pdf.
- TRISAN (2018). Die Pflege älterer Personen in Deutschland, Frankreich und der Schweiz. Oktober 2018. [online] 2018 [cit. 5.6.2022]. Dostupné z: https://www.trisan.org/fileadmin/PDFs_Dokumente/2018-05-Themenheft_Pflege-a%CC%88lterer-Personen_DE.pdf
- Trlifajová, L., Hábl, R. (2020). Co je nutné změnit v systému exekucí? [online] 2020 [cit. 5.6.2022]. Dostupné z: https://centrumspot.cz/wp-content/uploads/2020/06/analyza_exekuce.pdf
- Tröster, P. (2013). Právo sociálního zabezpečení. 6., podstatně přeprac. a aktualiz. vyd. Praha: C.H. Beck, 2013. ISBN 978-80-7400-473-5.
- Úřad práce ČR (2022). Příspěvek na péči. [online] 2022 [cit. 15.8.2022] Dostupné z: <https://www.uradprace.cz/prispevek-na-peci1>
- Úřad práce ČR. O Úřadu práce České republiky [online]. 2021 [cit. 2022-11-09]. Dostupné z: <https://www.uradprace.cz/o-uradu-prace>
- Ústecký kraj (2022). Portál sociálních služeb Ústeckého kraje. [online] 2022 [cit. 5.9.2022]. Dostupné z: <https://socialnisluzby.kr-ustecky.cz/>
- VDEK (2022). Pflegegrade. [online] 2022 [cit. 5.6.2022]. Dostupné z: https://www.vdek.com/presse/glossar_gesundheitswesen/pflegegrade.html
- Verbraucherzentrale (2022a). Begutachtung durch Medizinischen Dienst: So können Sie sich vorbereiten. [online] 2022 [cit. 12.8.2022]. Dostupné z: <https://www.verbraucherzentrale.de/wissen/gesundheit-pflege/pflegeantrag-und-leistungen/begutachtung-durch-medizinischen-dienst-so-koennen-sie-sich-vorbereiten-13414>
- Verbraucherzentrale (2022b). Der Weg zum Pflegegrad. [online] 2022 [cit. 12.8.2022]. Dostupné z: <https://www.verbraucherzentrale.de/wissen/gesundheit-pflege/pflegeantrag-und-leistungen/der-weg-zum-pflegegrad-35491>
- Verbraucherzentrale (2022c). Sozialhilfe: Wann sich das Sozialamt an Pflegekosten beteiligt. [online] 2022 [cit. 12.8.2022]. Dostupné z: <https://www.verbraucherzentrale.de/wissen/gesundheit-pflege/pflegeantrag-und-leistungen/sozialhilfe-wann-sich-das-sozialamt-an-pflegekosten-beteiligt-55159>
- Verbraucherzentrale (2022d). Elternunterhalt: Kinder zahlen erst ab 100.000 Euro Jahreseinkommen. [online] 2022 [cit. 22.8.2022]. Dostupné z: <https://www.verbraucherzentrale.de/wissen/gesundheit-pflege/pflegeantrag-und-leistungen/elternunterhalt-kinder-zahlen-erst-ab-100000-euro-jahreseinkommen-28892>
- Verbund Pflegehilfe (2022). Ambulante Pflegedienste. [online] 2022 [cit. 12.8.2022]. Dostupné z: <https://www.pflegehilfe.org/ambulante-pflegedienste>
- VINCENTZ (2021). Kabinett winkt Pflegereform durch. [online]. 2021 [cit. 22.8.2022]. Dostupné z: <https://www.kai-intensiv.de/kabinett-winkt-pflegereform-durch/>
- Víšek, P. Průša, L. (2012) Optimalizace sociálních služeb. Národní centrum sociálních studií, o.p.s. Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, v.v.i., Praha, 2012
- Vostatek, J. (2020). Modely financování dlouhodobé péče. FÓRUM sociální politiky, 6/2020.
- Vurm, V. (2004). Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví. Praha : MANUS, 2004.
- Washington State Institute for Public Policy (2019). Benefit-Cost Results. [online] 2019 [cit. 5.9.2022] Dostupné online: <https://www.wsipp.wa.gov/BenefitCost>
- WHO. Regional Office for Europe (2020). GERMANY Country case study on the integrated delivery of long-term care, 2020. Dostupné z: https://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0011/426386/05_DEU-LTC_web.pdf
- Wohnen im Alter (2022a). Pflegeheim Finanzierung: Wer zahlt die Kosten? [online] 2022 [cit. 5.6.2022]. Dostupné z: <https://www.wohnen-im-alter.de/einrichtung/pflegeheim/ratgeber/kosten-finanzierung>
- Wohnen im Alter (2022b). Pflegeheim Kosten: Was kostet ein Pflegeheim? [online] 2022 [cit. 12.8.2022]. Dostupné z: <https://www.wohnen-im-alter.de/einrichtung/pflegeheim/ratgeber/kosten#Kassenzuschuss>
- WPZ (2020). Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen. [online] 2022 [cit. 22.8.2022]. Dostupné z: <https://www.wohnundpflegezentrum.de/ratgeber/zusaetzliche-leistungen-fuer-pflegebeduerftige-in-ambulant-betreuten-wohngruppen/>
- Zajacová, M. (2014). Ohlédnutí za počátky sociálního zabezpečení. Fórum sociální práce, 2/2014, s. 77-81.

Legislativa

Zákon č. 33/1888 ř.z., o nemocenském pojištění

Zákon č. 1/1888 ř.z., o úrazovém pojištění

Zákon č. 127/1889 ř.z., o bratrských pokladnách

Zákon č. 1/1907 ř.z., o penzijním pojištění

Zákon č. 11/1918 Sb., o zřízení samostatného státu československého

Zákon č. 221/1924 Sb., o pojištění zaměstnanců pro případ nemoci, invalidity a stáří

Zákon č. 221/1925 Sb., o nemocenském pojištění veřejných zaměstnanců

Zákon č. 148/1925 Sb., o pojištění osob samostatně hospodařících pro případ invalidity a stáří

Zákon č. 99/1948 Sb., o národním pojištění

Zákon č. 102/1951, Sb., o přebudování národního pojištění

Zákon č. 103/1951 Sb., o jednotné preventivní a léčebné péči

Zákon č. 54/1956 Sb., o nemocenském pojištění zaměstnanců

Zákon č. 55/1956 Sb., o sociálním zabezpečení

Nařízení vlády č. 56/1956 Sb., o nemocenském a důchodovém pojištění členů jednotných zemědělských družstev a o důchodovém pojištění jednotlivě hospodařících rolníků a jiných osob samostatně hospodařících

Nařízení vlády č. 57/1956 Sb., o nemocenském pojištění a důchodovém zabezpečení členů výrobních družstev

Zákon č. 16/1959 Sb., kterým se mění a doplňuje zákon o nemocenském pojištění zaměstnanců

Zákon č. 101/1964 Sb., o sociálním zabezpečení

Zákon č. 103/1964 Sb., o sociálním zabezpečení družstevních rolníků

Zákon č. 121/1975 Sb., o sociálním zabezpečení

Zákon č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení

Zákon č. 110/1990 Sb., kterým se mění a doplňuje zákon č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení, a zákon č. 54/1956 Sb., o nemocenském pojištění zaměstnanců

Zákon č. 550/1991 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění

Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně

Zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách

Zákon č. 589/1992 Sb., o pojistném na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti

Zákon č. 1/1993 Sb., Ústava České republiky

Zákon č. 42/1994 Sb., o penzijním připojištění se státním příspěvkem a o změnách některých zákonů souvisejících s jeho zavedením

Zákon č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře

Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění

Zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí

Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů

Zákon č. 129/2000 Sb., o krajích (krajské zřízení)

Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

Zákon č. 110/2006 Sb., o životním a existenčním minimu

Zákon č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi

Zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění

Zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce

Zákon č. 266/2006 Sb., o úrazovém pojištění

Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách

Zákon č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů

Zákon č. 62/2009 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s návrhem zákona o státním rozpočtu České republiky na rok 2010

Zákon č. 73/2011 Sb., o Úřadu práce České republiky a o změně souvisejících zákonů

Zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování

Vyhláška č. 388/2011 Sb., o provedení některých ustanovení zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením

Seznamy

Seznam obrázků

Obrázek 1.1: Porovnání věkové struktury populace v Německu a Česku rok 2020 a prognóza do roku 2030.....	25
Obrázek 1.2: Vývoj HDP v eurech na osobu v tržních cenách	28
Obrázek 1.3: Výdaje na systémy sociálního zabezpečení na osobu v standardu kupní síly (PPS).....	29
Obrázek 1.4: Dávky na sociální péči na osobu v eurech ve stálých cenách roku 2010	30
Obrázek 1.5: Administrativní výdaje na sociální ochranu na osobu v eurech.....	31
Obrázek 2.1: Systém sociálního zabezpečení v Německu	33
Obrázek 2.2: Vývoj systému sociálního pojištění v Německu.....	39
Obrázek 2.3: Hlavní milníky vývoje sociálního pojištění péče v Německu.....	47
Obrázek 3.1: Klíčoví účastníci systému pojištění dlouhodobé péče	62
Obrázek 3.2: Sociální zabezpečení a jeho pilíře.....	102
Obrázek 4.1: Šest oblastí hodnocení potřeby péče a jejich váhy.....	137
Obrázek 4.2: Rozložení PnP dle stupně závislosti a věkové kohorty v roce 2021..	149
Obrázek 4.3: Rozložení PnP dle poskytovatele péče a věkové kohorty v roce 2021	150
Obrázek 4.4: Tokový model Vstup a výstup ze systému PnP.....	151
Obrázek 5.1: Prognóza počtu osob s příspěvkem na péči do roku 2051.....	164
Obrázek 5.2: Odhadnutá výše vyplacených příspěvků na péči do roku 2051 na základě modelu.....	165
Obrázek 5.3: Náklady na sociální služby	166
Obrázek 5.4: Rozdělení nákladů systému sociálních služeb v roce 2021	167
Obrázek 5.5: Výstupy modelu prognózy zdrojů financování	168
Obrázek 5.6: Projekce příjmů z Modelu 1 a porovnání s náklady systému soc. služeb	172
Obrázek 5.7: Projekce příjmů z Modelu 2 a porovnání s náklady systému soc. služeb	176
Obrázek 5.8: Projekce příjmů z Modelu 3 a porovnání s náklady systému soc. služeb	182
Obrázek 5.9: Vývoj nákladů a zdrojů financování služeb sociálního poradenství ...	185

Obrázek 5.10: Vývoj nákladů a zdrojů financování služeb sociální prevence.....	187
Obrázek 7.1: Projekce příjmů z Modelu 1A a porovnání s náklady systému soc. služeb a PnP.....	208
Obrázek 7.2: Projekce příjmů z Modelu 2A.....	210
Obrázek 7.3: Evaluační kritéria.....	212

Seznam tabulek

Tabulka 0.1: Bilanční tabulka příjmů z Modelu 1 a nákladů (mld. Kč/rok).....	17
Tabulka 0.2: Bilanční tabulka příjmů z Modelu 2 a nákladů (mld. Kč/rok).....	18
Tabulka 0.3: Bilanční tabulka Modelu 3 (mld. Kč/rok).....	19
Tabulka 2.1: Příjemci péče a výdaje na péči v Západním Německu v letech 1970–1989.....	42
Tabulka 3.1: Vývoj sazeb příspěvku pojištění dlouhodobé péče od roku 1995 do roku 2022.....	66
Tabulka 3.2: Komparace stupňů potřebnosti péče do roku 2016 a od roku 2017.....	74
Tabulka 3.3: Vývoj zařízení LTC schválených podle § 109 SGB XI.....	79
Tabulka 3.4: Roční finanční výsledek zákonného LTCl (v mld. eur).....	84
Tabulka 3.5: Počet příjemců zákonného LTCl dle typu péče v letech 1996–2021 (v tis.).....	85
Tabulka 3.6: Výdaje na dávky zákonného LTCl (v mld. eur).....	86
Tabulka 3.7: Orientační pravidla pro pojištění dlouhodobé péče v roce 2022.....	87
Tabulka 3.8: Vývoj počtu starších osob nad 80 let v letech 2020–2060.....	87
Tabulka 3.9: Počty registrovaných sociálních služeb dle právní formy poskytovatele.....	110
Tabulka 3.10: Počet osob pobírajících PnP v roce 2021.....	110
Tabulka 3.11: Počet a podíl klientů dle skupin služeb v letech 2019–2021.....	116
Tabulka 3.12: Přehled počtu klientů dle typu a druhu sociální služby v letech 2019–2021.....	117
Tabulka 3.13: Podíl skupiny služeb na celkových nákladech v letech 2019–2021.....	120
Tabulka 3.14: Struktura zdrojů financování sociálních služeb (v Kč) v letech 2019–2021.....	121
Tabulka 3.15: Podíl zdrojů na financování sociálních služeb dle skupiny služeb v letech 2019–2021.....	122

Tabulka 3.16: Přehled celkových nákladů dle druhu sociální služby	123
Tabulka 4.1: Výše pojistného plnění dle stupňů potřebnosti péče (od roku 2017 do roku 2021)	137
Tabulka 4.2: Výše pojistného plnění dle stupňů potřebnosti péče platné od roku 2022	140
Tabulka 4.3: Přehledová tabulka určení stupně závislosti osob a výše PnP v ČR .	147
Tabulka 4.4: Porovnání německého a českého systému v oblasti poskytování PnP	157
Tabulka 5.1: Úrovně veřejné správy v systému sociální péče včetně schvalování PnP	169
Tabulka 5.2: Základní charakteristika Modelu 1	170
Tabulka 5.3: Bilanční tabulka příjmů z Modelu 1 a nákladů (mld. Kč/rok)	171
Tabulka 5.4: Projekce příjmů z modelu 1 (mld. Kč/rok)	172
Tabulka 5.5: Vstupní parametry modelu	173
Tabulka 5.6: Projekce nákladů sociální péče a neformální péče (mld. Kč/rok).....	173
Tabulka 5.7: Pozitiva a negativa Modelu 1	175
Tabulka 5.8: Základní charakteristika Modelu 2	176
Tabulka 5.9: Projekce příjmů z modelu 2 (mld. Kč/rok)	177
Tabulka 5.10: Bilanční tabulka Modelu 2 (mld. Kč/rok).....	177
Tabulka 5.11: Pozitiva a negativa Modelu 2	179
Tabulka 5.12: Základní charakteristika Modelu 3	181
Tabulka 5.13: Projekce příjmu z Modelu 3 (mld. Kč/rok)	183
Tabulka 5.14: Bilanční tabulka Modelu 3 (mld. Kč/rok).....	183
Tabulka 5.15: Pozitiva a negativa Modelu 3	184
Tabulka 5.16: Služby sociální prevence	187
Tabulka 7.1: Poskytované sociální služby	206
Tabulka 7.2: Základní charakteristika modelu 1A	207
Tabulka 7.3: Základní charakteristika modelu 2A	209

7 Přílohy

7.1 Příloha 1 - Poskytované sociální služby

Tabulka 7.1: Poskytované sociální služby

Paragraf zákona	Popis služby	Typ služby
37	Sociální poradenství	Sociální poradenství
39	Osobní asistence	Služba sociální péče
40	Pečovatelská služba	Služba sociální péče
41	Tísňová péče	Služba sociální péče
42	Průvodcovské a předčitatelské služby	Služba sociální péče
43	Podpora samostatného bydlení	Služba sociální péče
44	Odlehčovací služby	Služba sociální péče
45	Centra denních služeb	Služba sociální péče
46	Denní stacionáře	Služba sociální péče
47	Týdenní stacionáře	Služba sociální péče
48	Domovy pro osoby se ZP	Služba sociální péče
49	Domovy pro seniory	Služba sociální péče
50	Domovy se zvláštním režimem	Služba sociální péče
51	Chráněné bydlení	Služba sociální péče
52	SS poskytované ve zdrav. zařízeních úst. péče	Služba sociální péče
54	Raná péče	Služba sociální prevence
55	Telefonická krizová pomoc	Služba sociální prevence
56	Tlumočnické služby	Služba sociální prevence
57	Azylové domy	Služba sociální prevence
58	Domy na půl cesty	Služba sociální prevence
59	Kontaktní centra	Služba sociální prevence
60	Krizová pomoc	Služba sociální prevence
60a	Intervenční centra	Služba sociální prevence
61	Nízkoprahová denní centra	Služba sociální prevence
62	Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež	Služba sociální prevence
63	Noclehárny	Služba sociální prevence
64	Služby následné péče	Služba sociální prevence
65	Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi	Služba sociální prevence
66	Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se ZP	Služba sociální prevence

Zdroj: Zákon č. 108/2006 Sb. Zákon o sociálních službách

7.2 Příloha 2 – Srovnávací alternativní modely financování sociálních služeb

Modely v příloze 2 jsou určeny jen pro komparaci vývoje při nastavování systému. Nepředpokládá se aplikace těchto modelů.

7.2.1 Model 1A

Model 1A je alternativní model 1, který vychází ze zajištění zdrojů stejným způsobem jako v Německu. Je využit pro financování veškerých nákladů na systém soc. služeb a PnP. Je navrženo založení pojištění z příjmu zaměstnanců (3 %), pojištění z příjmu pro bezdětné osoby (3 + 1 %) a pojištění z příjmu osob samostatně výdělečně činných (3 %), pojištění ze starobních důchodů (3 %), pojištění z invalidních důchodů (3 %). Tyto příjmy nahradí současné zdroje (PnP, dotace MPSV a dalších orgánů ústřední státní správy, příjmy od krajů i obcí a příjmy od zdravotních pojišťoven). I nadále je počítáno s úhradami uživatelů. Financované budou všechny sociální služby, včetně PnP, který se nevrací do systému sociálních služeb a je určen na neformální péči.

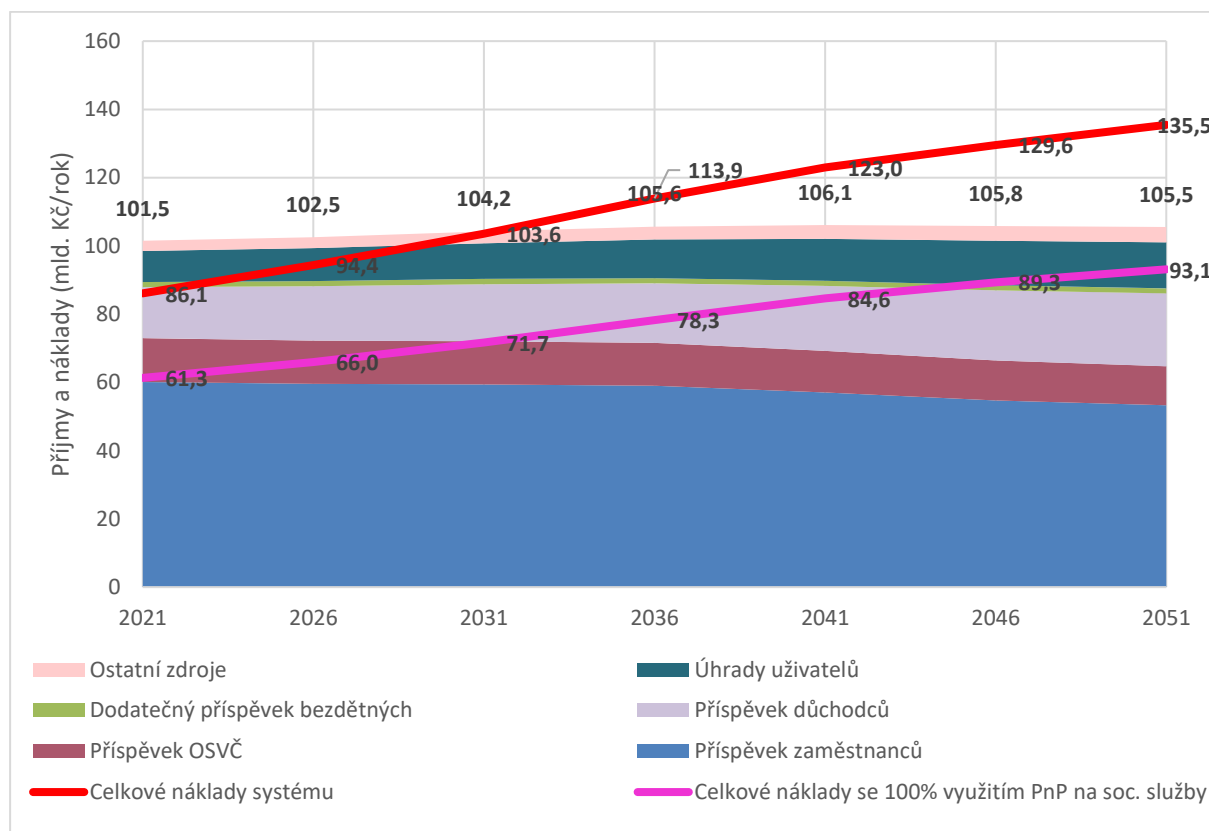
Tabulka 7.2: Základní charakteristika modelu 1A

Současné zdroje	Nové zdroje financování	Financované služby
Příspěvky na péči Příjmy od státu Příjmy od krajů Příjmy od obcí Příjmy od zdravotních pojišťoven	Pojištění z příjmu zaměstnanců (3 %) Pojištění z příjmu OSVČ (3 %) Dodatečný příspěvek bezdětných (3 % + 1 %) Pojištění ze starobních důchodů (3 %) Pojištění z invalidních důchodů (3 %)	Náklady na soc. poradenství Náklady na služby soc. péče Náklady na služby soc. prevence Náklady na PnP, který se nevrací do systému soc. služeb a je určen na neformální péči
Úhrady uživatelů		

Zdroj: ACCENDO, 2022.

Modeluje se na základě stálých cen roku 2021. Výsledky modelu jsou zobrazeny v následujícím grafu, červená křivka zahrnuje celkové náklady systému financování sociálních služeb včetně výplaty příspěvku na péči osobám, které ho používají na úhradu neformální péče nebo k jiným účelům.

Obrázek 7.1: Projekce příjmů z Modelu 1A a porovnání s náklady systému soc. služeb a PnP



Zdroj: ACCENDO, 2022.

V případě financování všech sociálních služeb by náklady systému již od roku 2031 převyšovaly příjmy a systém by tak byl dlouhodobě neudržitelný. Udržitelnost systému by zajistila 100% návratnost příspěvku na péči do systému (růžová křivka). Návratností je myšleno využití PnP pouze na formální péči. Jedná se však o specifickou variantu. Reálná situace by měla být mezi těmito dvěma křivkami, jelikož v německém modelu financování je nastavená určitá základní finanční částka pro osobu pobírající příspěvek na péči žijící v domácím prostředí a dále dvojnásobná částka věcného plnění pro nákup registrovaných sociálních služeb. V návrzích modelů 1 a 2 v kapitole 5.3 je vycházeno z podmínek českého prostředí a není tak uvažováno o pojištění ze starobních a invalidních důchodů.

7.2.2 Model 2A

Model 2A – alternativní model 2, který je využit pro financování služeb sociální péče, včetně PnP, který se nevrací do systému sociálních služeb a je určen na neformální péči.

Je navrženo založení pojištění z příjmu zaměstnanců (3 %), pojištění z příjmu pro bezdětné osoby (3 + 1 %) a pojištění z příjmu osob samostatně výdělečně činných (3 %), pojištění ze starobních důchodů (3 %), pojištění z invalidních důchodů (3 %). Tyto příjmy nahradí současné zdroje (PnP, dotace MPSV a dalších orgánů ústřední státní správy a příjmy od zdravotních pojišťoven). I nadále je počítáno s úhradami uživatelů sociálních služeb.

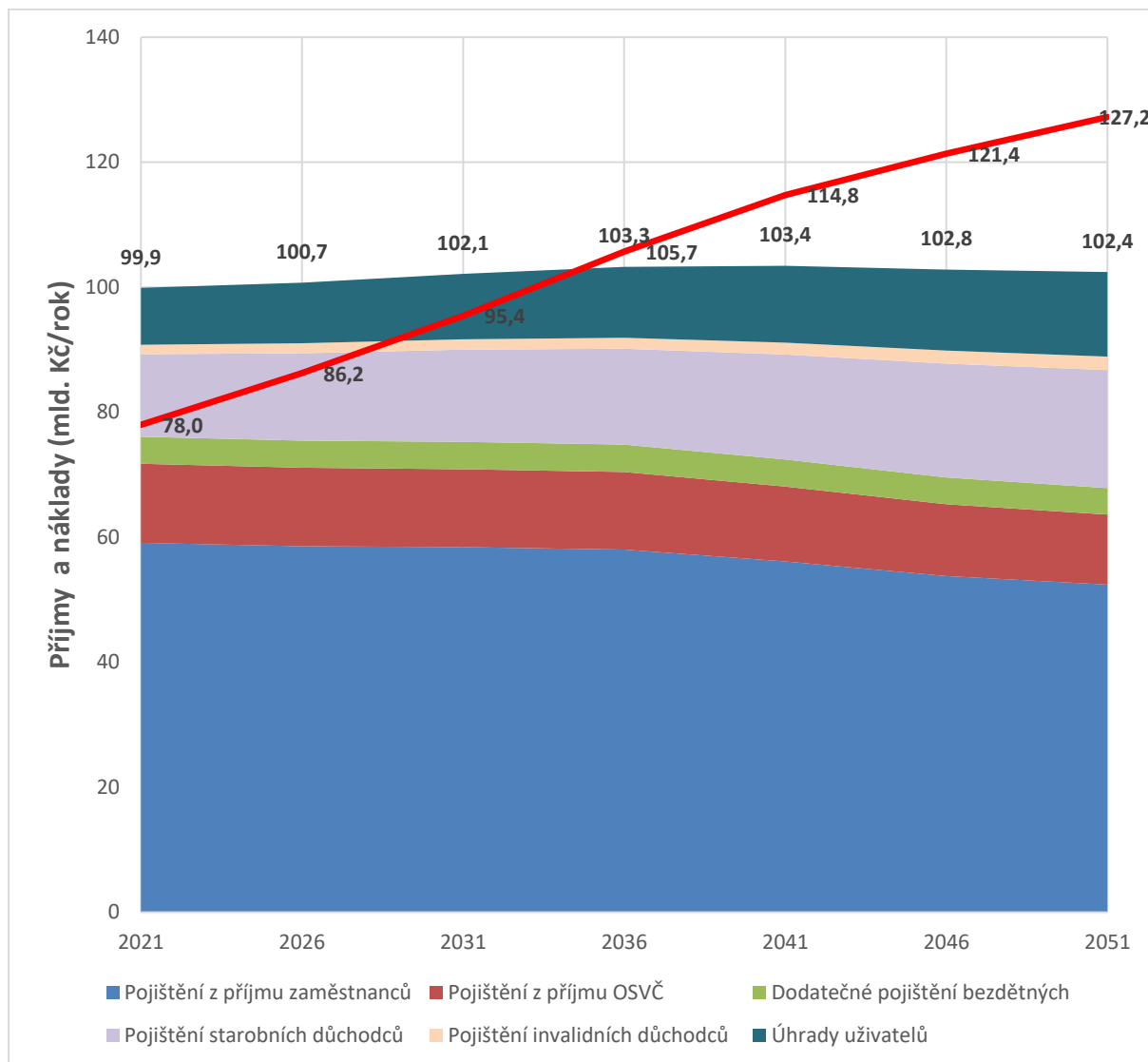
Tabulka 7.3: Základní charakteristika modelu 2A

Současné zdroje	Nové zdroje financování	Financované služby
Příspěvky na péči Příjmy od státu Příjmy od zdravotních pojišťoven	Pojištění z příjmu zaměstnanců (3 %) Pojištění z příjmu OSVČ (3 %) Dodatečný příspěvek bezdětných (3 % + 1 %) Pojištění ze starobních důchodů (3 %) Pojištění z invalidních důchodů (3 %)	Náklady na služby soc. péče Náklady na PnP, který se nevrací do systému soc. služeb a je určen na neformální péči
Úhrady uživatelů		

Zdroj: ACCENDO, 2022.

Modeluje se na základě stálých cen roku 2021. Výsledky modelu jsou zobrazeny v následujícím grafu, červená křivka zahrnuje náklady systému financování služeb sociální péče, včetně výplaty příspěvku na péči osobám, které ho používají na úhradu neformální péče nebo k jiným účelům.

Obrázek 7.2: Projekce příjmů z Modelu 2A



Zdroj: ACCENDO, 2022.

Model 2A počítá s financováním pouze služeb sociální péče, a to včetně úhrady neformální péče. Při současném nastavení výše pojištění z příjmu zaměstnanců a pojištění ze starobních a invalidních důchodů by náklady systému začaly převyšovat příjmy v roce 2035. Při tomto nastavení by bylo nutné zavedení Fondů péče, podobně jako v Německu Pflegekasse.

7.3 Příloha 3 – Evaluace přínosu služeb sociálního poradenství a sociální prevence

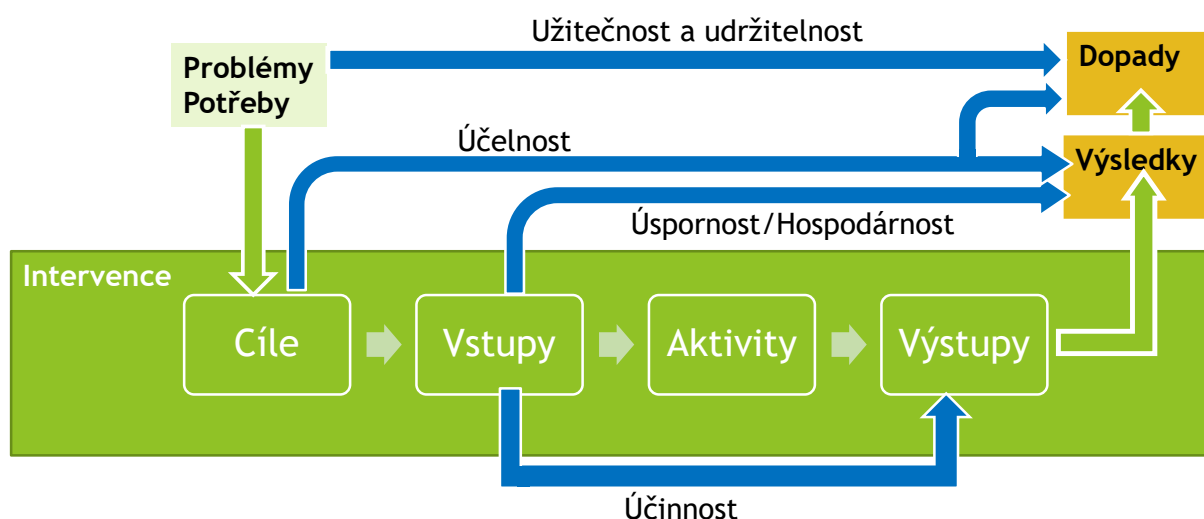
Návrh na změnu financování služeb sociální prevence a poradenství, který je popsán v kapitole 5.3.4, poukazuje na potřebu zavedení hodnocení efektivity těchto služeb. V rámci přílohy 3 bylo snahou vytvořit přehled základních existujících přístupů ke zhodnocení sociálně-ekonomického přínosu těchto služeb v zahraničí a ČR a popsat situaci pro vynaložení prostředků na zajištění služby a dopady jejího případného nezajištění.

7.3.1 Teoretická východiska evaluace

Obecná komplexní kritéria pro hodnocení veřejných služeb včetně sociálních služeb jsou účelnost, účinnost, úspornost/hospodárnost, užitečnost a udržitelnost. Efektivnost (Hendrych, D. a kol., 2018) je měřítkem nejrůznějších činností a je spojena především s ekonomickou stránkou hodnocení určitého jevu. V sociálních službách ale ztrácí svůj výlučně ekonomický obsah. V české terminologii dochází k časté záměně pojmu efektivita „*Efficiency*“, tj. účinnost vložených zdrojů a užitek jimi získaný na výstupu, s podobným pojmem účelnost „*Effectiveness*“⁸⁶.

⁸⁶ Pro posouzení efektivity/výkonnosti služeb sociální prevence a sociálního poradenství je podstatné vymezit následující pojmy, které se standardně používají v rámci evaluace: 1. Účelnost (*Effectiveness*) – tj., zda realizovaná intervence celkově splnila svůj účel. Přináší posouzení, co realizace intervence přinesla pro praxi a jaký užitek z ní měli příjemci, zda bylo dosaženo specifických cílů nebo se zrealizoval jejich přínos. 2. Účinnost (*Efficiency*) – zhodnocení dosažených výstupů při daných vstupech – tzn., zda bylo možné při daných vstupech dosáhnout vyšších výstupů, resp. možnost zjistit, zda očekávané výstupy byly dosaženy použitými nástroji a intervencemi, nebo zda by použití jiných nástrojů přineslo lepší výstupy. Dává odpověď na otázku, zda by bylo možné dosáhnout podobných výstupů jinými prostředky a nástroji, za nižší cenu a v kratším čase. 3. Úspornost/hospodárnost (*Economy*) – zhodnocení dosažených výsledků intervence vůči vynaloženým prostředkům/zdrojům. 4. Užitečnost – zhodnocení prospěšnosti (přínosů a dopadů) intervence pro cílové skupiny – tj., zda jim intervence pomohla smysluplně (vy)řešit problémy. 5. Udržitelnost – zda a do jaké míry přínosy intervence budou přetrvávat i po ukončení realizace intervence.

Obrázek 7.3: Evaluační kritéria



Zdroj: ACCENDO, 2022.

Měření a řízení efektivity služeb sociální prevence a sociálního poradenství navazuje na evaluační systém, který vymezuje cíle, výstupy (např. u poradenství délka a počet intervencí za časový interval), výsledky (např. optimální výsledek práce služby směrem k uživatelům) a dopady, tzn., že je nutné na základě intervenční logiky pro hodnocení využít modely pro jednotlivé služby sociální prevence⁸⁷. Evaluační systém (model) pro jednotlivé služby umožní nastavení indikátorové soustavy, prostřednictvím které lze:

- Hodnotit služby sociální prevence a sociálního poradenství z hlediska jejich účelnosti, účinnosti a kvality. Lze využít metody benchmarkingu dle druhů služeb.
- Lze sledovat vývojové trendy prostřednictvím indikátorů/indexů výkonnosti.
- Získat výstupy podstatné jak pro poskytovatele služeb, tak i pro MPSV, kraje (Deloitte, 2019).

7.3.2 Zahraniční zkušenosti

Preventivní a poradenské sociální služby jsou důležitou součástí nástrojů, jak předcházet sociálnímu vyloučení a také na toto vyloučení navazujícím jevům. Sociální

⁸⁷ Viz například Modely sociálních služeb zahrnující služby sociální prevence s vymezením výsledků práce služby směrem k uživatelům, které byly zpracovány v rámci projektu „Efektivní naplňování střednědobého plánu v podmínkách MSK“, který realizoval Moravskoslezský kraj v letech 2016–2018. Dostupné z: <https://www.msk.cz/cs/temata/socialni/modely-socialnich-sluzeb-1590/>

vyločení je poměrně složitý proces, ke kterému přispívá celá řada faktorů. Většinou se jedná o postupný vývoj faktorů, jak je uvedeno v následujícím příkladu (Bynner, 2001):

- a) Nedostatečné získání základních dovedností a návyků.
- b) Nedostatečná úroveň získaného vzdělání či nedokončené základní vzdělání.
- c) Problémy se vstupem na pracovní trh, častá nezaměstnanost.
- d) Kriminalita a problémy se zákonem.
- e) Vybudování závislostí (např. alkohol, hazard apod.).
- f) Problémy s mentálním a/nebo fyzickým zdravím.
- g) Nečekané/neplánované životní události (úmrtí v rodině, neplánované těhotenství apod.).

Sociální exkluze, která může být důsledkem výše uvedených faktorů, s sebou nese negativní dopady, které ovlivňují jak konkrétního vyloučeného jedince, tak i jeho okolí, ale může mít negativní vliv i na společnost obecně, včetně ekonomických dopadů na veřejné instituce a jejich rozpočty v rámci řešení vzniklých situací. Mezi dopady sociálního vyloučení patří zejména (Department for International Development, 2005):

- a) zvyšující se chudoba,
- b) nárůst nezaměstnanosti,
- c) nárůst kriminality,
- d) negativní dopady na zdraví,
- e) zatížení veřejných rozpočtů na řešení příčin a dopadů sociálního vyloučení.

Z výše uvedených informací vyplývá, že služby sociální prevence a poradenství mohou přispět k částečné eliminaci příčin sociálního vyloučení. Co se týče měření efektivnosti sociální prevence a poradenství, existuje řada bariér, které limitují provedení evaluace s dostatečnou kvantifikací a důkazy pro jednoznačné závěry. Problémem je zejména fakt, že v rámci provedených výzkumů či praxe nelze nalézt výraznější konsensus na tom, jak měřit efektivitu těchto služeb.

V současné zahraniční praxi se nepodařilo identifikovat konkrétní příklady systematického hodnocení efektivity preventivních a poradenských sociálních služeb (což je do určité míry způsobeno také existujícími rozdíly v přístupu k sociálním službám mezi jednotlivými zeměmi). Objevují se pouze příklady hodnocení konkrétních služeb, či jejich konkrétních opatření na nejnižší úrovni. Velmi často se

jedná o interní, nepublikované analýzy. Ve většině případů je využívána klasická metoda **Cost-Benefit Analysis**⁸⁸. Jedná se o srovnání nákladů na realizaci preventivních/poradenských služeb a jejich ekonomických přínosů v podobě úspory nákladů na řešení potenciálních negativních dopadů sociální inkluze. Například podle studie provedené v USA agenturou North Carolina Association of School Administrators byl spočten s předpokládanou úspěšností prevence 25 % dopad drogové prevence na školách pomocí výukových materiálů a lektorů. Náklady na prevenci na jednoho žáka byly vyčísleny na 220 dolarů, úspory za zdravotní péči a další úspory v důsledku závislosti byly vyhodnoceny 3 960 dolarů/osobu (Miler, Hendrie, 2009).

Z dalších příkladů ze zahraničí lze uvést například strategií ve státě Washington. Zákonodárny sbor státu Washington zajišťuje na národní úrovni seznam strategií, které vedou k lepším výsledkům spolu s efektivnějším využíváním prostředků od daňových poplatníků. Existuje třístupňový proces k vyvození závěrů o tom, co funguje a co ne, aby bylo dosaženo konkrétních výsledků:

- I. Systematicky se posoudí studie, aby bylo možné identifikovat vhodné strategie, které budou testovány, zda vedou ke zlepšení systému.
- II. Vypočítají se náklady, tj., kolik stojí dosažení lepšího výsledku nalezeného v kroku 1. To znamená, že se porovnají přínosy a náklady každé uvažované strategie.
- III. V odhadech se zhodnotí riziko, aby se určila pravděpodobnost, že se konkrétní varianta strategie vyplatí (Washington State Institute for Public Policy, 2019).

Společnost StepChange Dept Charity ve Spojeném Království se zaměřuje na bezplatné dluhové poradenství. Na základě jejich studie existuje dluh „problémových“ dlužníků ve výši 8,3 miliardy liber. Problémoví dlužníci významně odčerpávají zdroje státu: ztrátou pracovních míst a produktivity práce, zvýšenou poptávkou po pečovatelských a podpůrných službách a tlakem na záchrannou sociální síť. Dluh domácností ovlivňuje duševní a fyzické zdraví, poškozují produktivitu a vyhlídky na zaměstnání, namáhá vztahy a ohrožuje rodiny. Řešení důsledků dluhů znamená

⁸⁸ Blíže například viz Miler, Hendrie (2009).

sekundární náklady pro zaměstnavatele⁸⁹, místní samosprávu, pečovatele a sociální rozpočet. Za jeden rok fungování společnost StepChange Debt Charity ušetřila svou činností 241 milionů liber na sociálních nákladech pro problémové dlužníky. Pokud by všech 2,9 milionů lidí, kteří mají problémy s dluhy ve Spojeném království, dostalo efektivní poradenství ohledně dluhu, vypočítali, že na sociálních nákladech by bylo možné ušetřit 3,1 miliardy liber.

Ačkoliv se přístup hodnocení efektivity prostřednictvím vyčíslení eliminace potenciálních negativních dopadů jeví z výše uvedeného jako nejvhodnější, má také řadu nedostatků, respektive překážek, které mohou hodnocení znemožnit, či případně ovlivnit jeho výsledek, zejména sem patří:

- případná neexistence potřebných dat jakožto vstupu do analýz, možná anonymita těchto dat;
- propojenost mezi vstupy a výstupy (náklady a přínosy) je často identifikována na úrovni teorie a nelze prokázat exaktními metodami vazbu mezi vstupy a výsledky.

7.3.3 Hodnocení služeb sociální prevence a poradenství v ČR

V České republice byly identifikovány možnosti měření efektivity na příkladech v Středočeském a Ústeckém kraji:

- Ve Středočeském kraji jsou vybrané parametry měřené na výstupu sociální služby, na základě kterých se daří naplňovat jejich cíle v kontextu § 53 ZSS, tedy napomáhat osobám nebo rodinám k překonání jejich nepříznivé sociální situace. Efektivita služeb sociální prevence a poradenství je, zjednodušeně řečeno, poměr počtu včasných vyřešených případů v kontextu druhu služby a jeho průměrných hodnot za danou službu zařazenou do sítě sociálních služeb. V širším kontextu je efektivita hodnocena jako poměr jednotlivých druhů případů⁹⁰ ve vztahu k průměrným hodnotám jednotlivých případů druhu služeb.

⁸⁹ Pro zaměstnavatele je často velmi rizikové a nákladné člověka v exekuci zaměstnávat, zejména pokud čelí vícero exekucím. Náročnost zpracování a nejasnosti v postupech úzce souvisí s povinností součinnosti s více exekutory ve vztahu k jednomu zaměstnanci a s přenášením odpovědnosti na zaměstnavatele, k němuž v tomto procesu dochází (Trlifajová, 2020).

⁹⁰ Případ je ucelený soubor kontaktů vztahených k osobě nebo k rodině. Pokud vnitřní předpisy poskytovatele určují, že smlouva s rodinou se neuzavírá, ale uzavírá se s každou osobou zvlášť, vykazuje se zde rovněž jako jeden případ (Středočeský kraj, 2022).

Dle Metodiky měření efektivity sociálních služeb v Síti sociálních služeb Středočeského kraje (Středočeský kraj, 2022) jsou hodnoceny následující parametry – Anonymní kontakty za dané období, Celkový počet případů osoby za dané období, Krátký případ osoby za dané období, Včasný vyřešený případ osoby za dané období, Včasný nevyřešený případ osoby za dané období, Dlouhodobý případ osoby za dané období, Celkový počet případů rodin za dané období, Krátký případ rodiny za dané období, Včasný vyřešený případ rodiny za dané období, Včasný nevyřešený/nedořešený případ rodiny za dané období, Dlouhodobý případ rodiny za dané období, Počet lůžkodnů a Maximální počet lůžkodnů. Dopočteným parametrem je potom Efektivita služby sociální prevence a odborného sociálního poradenství při práci s osobami nebo Efektivita služby sociální prevence a odborného sociálního poradenství při práci s rodinami. Efektivita služby sociální prevence nebo poradenství při práci s osobami je vypočítána jako podíl mezi poměry včasných vyřešených případů osob za dané období a celkového počtu případů osob a součtu včasných vyřešených případů osob za dané období a součtu případů osob dle druhu služby. Efektivita služby sociální prevence nebo poradenství při práci s rodinami je vypočítána jako podíl mezi poměry včasných vyřešených případů rodin za dané období a celkového počtu případů rodin a součtu včasných vyřešených případů rodin za dané období a součtu případů rodin dle druhu služby.

- Na území Ústeckého kraje je metodika měření a hodnocení sociálních služeb a jejich sledování realizována prostřednictvím aplikace (Ústecký kraj, 2022). Benchmarking přináší možnost kontinuálního a systematického porovnávání sociálních služeb s cílem maximalizovat efekty těchto služeb v souladu s hospodářskými, sociálně-demografickými a dalšími specifickými potřebami a podmínkami Ústeckého kraje. Ke zhodnocení sociálně-ekonomického přínosu sociální prevence a poradenství přispívají také regionální karty⁹¹ sociálních služeb, či analýzy potřebnosti sociálních služeb, které slouží

⁹¹ Regionální karty sociálních služeb podrobně definují obsah všech realizovaných sociálních služeb skrze potřeby uživatelů. Sociální služby, které jsou takto podrobně popsány a vymezeny prostřednictvím těchto konkrétních potřeb uživatelů, s kterými jim sociální služba svými činnostmi pomůže, mohou lépe informovat o své činnosti potenciální zájemce, ale i stávající uživatele (Ústecký kraj, 2022).

například jako podklad pro tvorbu Střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb.

Na základě rešerše mezinárodních dokumentů a studií je pro identifikaci a měření dopadů služeb sociální prevence a poradenství v ČR potenciálně využitelná zejména (Curry, 2006):

- 1/ identifikace zaměřená na eliminaci důsledků, kterým lze intervencí předcházet,
- 2/ dopady na změnu naděje dožití,
- 3/ dopady na kvalitu života.

Prvně uvedený přístup je v souladu s tezí, že služby sociální prevence a sociálního poradenství vedou obecně ke snižování sociální exkluze, čímž dochází k eliminaci důsledků této exkluze, například v oblasti zdravotní péče (nižší náklady na zdravotní péči jako pozitivní dopad prevence) nebo v oblasti bezpečnosti. Ekonomické ukazatele lze rovněž využít jako ukazatele efektivity těchto služeb na samotné sociální vyloučení (tzn. lze předpokládat, že zlepšení sociální situace lze sledovat prostřednictvím změň ve finanční náročnosti řešení sociálního vyloučení). **Aktivní opatření sociální prevence jsou zpravidla v rukách samosprávných obcí/měst. Hlavní tíží ekonomických důsledků, když je obec nečinná, nese stát, popř. veřejnoprávní systémy** (zdravotnictví, sociální služby, ústavní péče o děti, bezpečnostní politika apod.). Z toho vyplývá doporučení stanovit povinnosti a kompetence obcím v samostatné působnosti v oblasti sociálních služeb a převedení financování prevence a poradenství na samosprávy. Pro změřením efektivity prevence v ČR je nutné zavést v souladu s GDPR registraci unikátního klienta (s výjimkou anonymních uživatelů některých služeb sociální prevence) jak je blíže popisováno v obecných doporučeních pro všechny služby sociální péče (kapitola 6).

7.3.4 Shrnutí

Vzhledem k existujícím rozdílům v přístupu k sociálním službám mezi jednotlivými zeměmi a skutečnosti, že jednotlivé služby nemusí mít v zahraniční plně odpovídající ekvivalenty, nelze v současné zahraniční praxi nalézt konkrétní příklady systematického hodnocení efektivity preventivních a poradenských sociálních služeb. Objevují se pouze příklady hodnocení konkrétních služeb, či jejich konkrétních opatření na nejnižší úrovni. V českém prostředí (Středočeský kraj, 2022) je definován

pojem Efektivita služeb sociální prevence a poradenství jako poměr počtu včasných vyřešených případů druhu služby a jeho průměrných hodnot za danou službu zařazenou do sítě sociálních služeb. V širším kontextu je efektivita hodnocena jako poměr jednotlivých druhů případů ve vztahu k průměrným hodnotám jednotlivých případů druhu služeb.

Významným dopadem nezajištění služeb sociální prevence a poradenství je rozšiřující se sociální vyloučení a navazující jevy. Většinou se jedná o postupný vývoj, ke kterému vede nedostatečná úroveň vzdělání a s tím související chybějící základní dovednosti a návyky. Nízká vzdělanost ústí v problémy se vstupem na pracovní trh, následnou kriminalitou a vybudováním závislostí, které často končí problémy s mentálním nebo fyzickým zdravím (Bynner, 2001). Sociální vyloučení poté negativně ovlivňuje nejen konkrétního jedince, ale společnost obecně, a to včetně ekonomických dopadů na veřejné instituce a rozpočty. Nevítanými následky je pak (Department for International Development, 2005) zvyšující se chudoba, nárůst nezaměstnanosti, nárůst kriminality, eskalující zdravotní problémy a s tím související zatížení veřejných rozpočtů na řešení jednotlivých příčin a dopadů sociálního vyloučení.

Možnost vyhodnocení efektivity služeb sociálního poradenství a prevence umožní indikovat metodickou a koncepční činnost kraje a obcí ve vztahu k sociálním službám. Na základě zjištění jednotlivých parametrů a výpočtů může být provedena kontrola nebo metodické vedení v dané službě s cílem ověřit způsoby poskytování služby. Kontrola/metodická podpora vede ke zjištěním a případně navržením takových opatření nebo doporučení, která poskytovatel má nebo musí učinit, aby bylo dosaženo účinnějšího nebo hospodárnějšího využívání sociální služby.