

# POSKYTOVÁNÍ A FINANCOVÁNÍ DLOUHODOBÉ PÉČE V ZEMÍCH OECD

Libuše Čeledová<sup>1</sup>, Rostislav Čevela<sup>1</sup>, Petr Wija<sup>2</sup>, Iva Holmerová<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky, odbor posudkové služby, Praha

<sup>2</sup>Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy v Praze, Centrum pro studium dlouhodobosti a dlouhodobé péče

Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (OECD) v roce 2011 publikovala analýzu systémů dlouhodobé péče s názvem „Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care“. Analýza se zaměřuje na financování a pracovníky dlouhodobé péče. Tento článek přináší vybrané informace z uvedené publikace doplněné o údaje z dalších zdrojů.

## ÚVOD

Systémy dlouhodobé péče se v jednotlivých zemích velmi liší, stejně jako vymezení zdravotní a sociální složky dlouhodobé péče. To snižuje srovnatelnost údajů o dlouhodobé péči. Důvodem této situace je odlišný historický vývoj systémů zdravotnictví a sociálních služeb v zemích OECD. Jednotlivé země často pro účel analýzy poskytly údaje jen za ústavní nebo domácí část dlouhodobé péče nebo jen za zdravotní či sociální část systému. Zavádění společných ukazatelů a metodiky v této různorodé a rychle se měnící oblasti přirozeně naráží na omezení. Prezentované výstupy by proto měly sloužit pro základní orientaci a srovnání mezi zeměmi či skupinami zemí OECD.

## Definice dlouhodobé péče

Dlouhodobá péče zahrnuje škálu služeb pro osoby, které v důsledku zhoršeného zdravotního stavu, disability nebo nemoci vyžadují po delší dobu pomoc při vykonávání základních aktivit denního života (ADL). Její součástí je obvykle zdravotní a ošetrovatelská péče. Služby dlouhodobé péče zahrnují rovněž pomoc s instrumentálními aktivitami denního života (IADL), jako jsou např. péče o domácnost, nakupování, doprava atd. „Formální péče“ označuje služby poskytované v rámci zaměstnaneckého vztahu. Za ne-

formální péči se považuje péče poskytovaná rodinnými příslušníky, přáteli apod. Podle OECD lze nicméně do „neformální péče“ zahrnout také péči, která je poskytována za úplatu, avšak v rámci šedé ekonomiky, kdy tyto osoby sice pracují za finanční odměnu, ale není za ně placeno pojistné na sociální pojištění a tyto osoby vykonávají tuto činnost mimo rámec formálních zaměstnaneckých vztahů. Vzhledem k tomu, že neformální péči nejčastěji poskytují rodinní příslušníci, hovoří se také o rodinné péči a o rodinných pečovateli.

## Kdo jsou uživatelé dlouhodobé péče?

Příjemci dlouhodobé péče tvoří v zemích OECD cca 2,3 % celkové populace. V České republice jejich podíl činí zhruba 2,8 %. (Pozn.: Mezi uživatele dlouhodobé péče bylo zahrnuto zhruba 300 tis. příjemců příspěvku na péči, kteří využívají zejména neformální péči v rámci rodiny.) Podíl příjemců formální péči v rámci rodiny.) Podíl příjemců formální péči v rámci rodiny.) Podíl příjemců formální péči v rámci rodiny.) Podíl příjemců formální péči v rámci rodiny.) Podíl příjemců formální péči v rámci rodiny.)

Ve 23 zemích, pro které jsou data k dispozici, přibližně 70 % uživatelů dostává péči doma. Podíl příjemců domácí péče se v zemích OECD v minulých deseti letech zvýšil. Důvodem může být větší podpora domácí

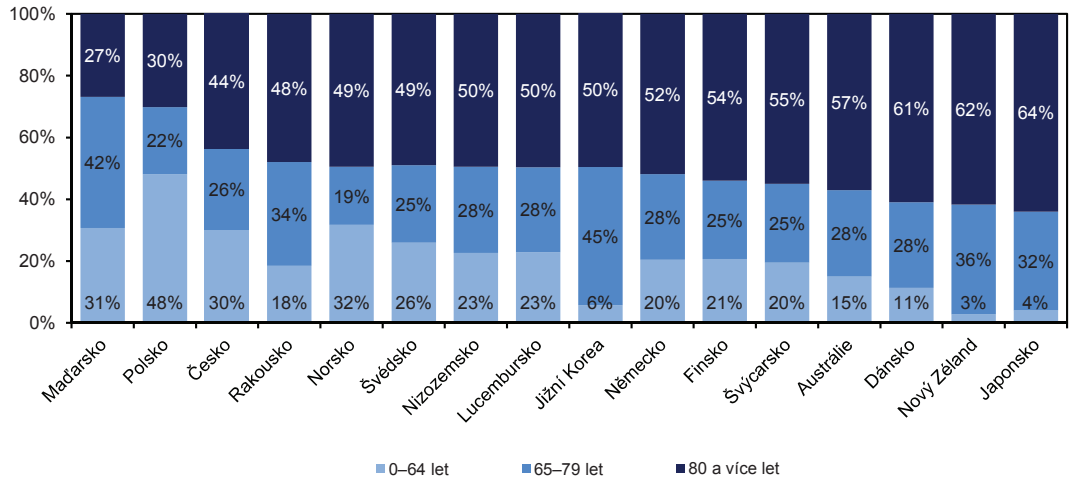
Submitted: 2013-02-15 • Accepted: 2013-04-05 • Published online: 2013-06-18

KONTAKT: XV/2: 209–216 • ISSN 1212-4117 (Print) • ISSN 1804-7122 (Online)

péče, ale také snaha o snižování nákladů, zkracování délky hospitalizace a redukce počtu lidí akutní péče.

Poptávka po dlouhodobé péči je úzce spojena s věkem. Přibližně polovinu všech uživatelů dlouhodobé péče tvoří osoby ve věku 80 a více let (graf 1).

Podíl uživatelů LTC podle věku



Zdroj: OECD Health Data 2010, doplněno o data z Austrálie a Švédska

Graf 1 Struktura uživatelů dlouhodobé péče podle věku

**Pozn.:** Data pro některé země se vztahují k odlišným věkovým skupinám. Místo věkové skupiny 65–80 let byla v Rakousku, Belgii a Polsku použita data pro osoby ve věku 60 a více let; příjemci dlouhodobé péče v Norsku zahrnují osoby starší 67 let. Uživatelé domácí péče v Polsku zahrnují věkové kategorie 60–74 let a 75 a více let místo 65–79 a 80 a více let. Data pro Polsko podhodnocují užívání dlouhodobé péče. Data pro Kanadu, Nizozemsko, Austrálii a Lucembursko jsou za rok 2007 a data pro Japonsko za rok 2006. Data pro Rakousko udávají počet příjemců dávek.

Podle OECD značný podíl příjemců dlouhodobé péče trpí demencí a přidruženými problémy. Podle analýzy Alzheimer Europe z roku 2006 přibližně 12 % osob ve věku 80–84 let a téměř jedna čtvrtina osob starších 85 let trpí demencí. Demence je úzce spojená s věkem, riziko onemocnění je vyšší u seniorů nad 80 let, jejichž počet se má v budoucích letech zvyšovat relativně nejrychleji. Se stárnutím populace lze očekávat celosvětový nárůst prevalence demence, přičemž náklady spojené s tímto onemocněním tvoří v celosvětovém kontextu 1 % HDP a v nejvyspělejších zemích pak 1,24 % HDP. Lepší a včasější diagnostika demence může vést ke zvýšení kvality života, ale také k růstu potřeby dlouhodobé péče, nebude-li stanovení diagnózy doprovázeno účinnými možnostmi prevence a léčby.

V roce 2004 OECD publikovala zprávu Dementia Care in 9 OECD Countries: A Comparative Analysis. Podle této zprávy je Alzheimerova nemoc (AD) nejběžnější formou demence (tvoří zhruba tři čtvrtiny všech demencí v Severní Americe a Evropě). Problémy při stanovení přesné diagnózy AD a její rozlišení od vaskulární demence značně omezuje mezinárodní srovnání epidemiologie AD. Řada případů, zejména mírnějších stadií nemoci, navíc není zachycena v rámci zdravotnictví. Prevalence demence se zvyšuje téměř exponenciálně s věkem bez ohledu na pohlaví (přibližně dvojnásobně každých pět let). Za hlavní charakteristiky prevalence demence zpráva uvádí: (1) výskyt demence u mladších seniorů (65–75 let) je velmi nízký, (2) prevalence demence se zvyšuje exponenciálně s věkem, zejména u osob ve věku 80 a více let,

(3) demence je mnohem častější u žen, zejm. pro nejstarší věkové skupiny (90 a více let) a (4) mezi zeměmi existují rozdíly v prevalenci demence, zejména pro nejstarší věkové skupiny, i když tyto rozdíly mohou být částečně způsobeny rozdílnými metodologickými postupy použitými v jednotlivých studiích.

V České republice v letech 2006–10 vzrostl celkový počet hospitalizací pro demence o více než pětinu (z 6 549 na 7 981). K největšímu nárůstu došlo u Alzheimerovy nemoci (o více než 41 %). Téměř polovina hospitalizací (40 %) byla uskutečněna v psychiatrických léčebnách. Ženy tvořily více než dvě třetiny případů hospitalizace pro demenci (u Alzheimerovy nemoci téměř 74 %, s pozdním začátkem téměř 80 % hospitalizací). Ve věkové skupině 65–69 let byly počty hospitalizací u mužů a žen zhruba stejné, ve věkové skupině starších 80 let bylo žen téměř 2,4krát více (1 338 hospitalizací u mužů, 3 115 u žen; při přepočtu na 100 tis. obyvatel byl počet žen vyšší o necelých 8 %).

V roce 2011 bylo v České republice pro Alzheimerovu demenci (dg. G30, F00) hospitalizováno celkem 1 318 osob v nemocnicích akutní péče (včetně fakultních nemocnic) s průměrnou ošetrovací dobou 20,1 dne, 475 osob v léčebnách dlouhodobě nemocných s průměrnou ošetrovací dobou 94,2 dne a 1 332 osob v psychiatrických léčebnách s průměrnou ošetrovací dobou 159,1 dne. Celkem bylo v roce 2011 v lůžkových zdravotnických zařízeních hospitalizováno 3 517 osob s Alzheimerovou demencí s průměrnou ošetrovací dobou 86,35 dne (Národní registr hospitalizovaných).

V roce 2011 bylo v ČR celkem 189 domovů se zvláštním režimem, které se zaměřují na péči o osoby s demencí. Počet osob v těchto zařízeních stoupl mezi roky 2010 a 2011 o 9 % na 9 415, z toho téměř polovina byla na ošetrovatelských odděleních. Během roku 2011 bylo do těchto zařízení přijato celkem 3 834 osob, 584 osob bylo propuštěno a 2 457 osob v nich zemřelo (28,5 %, tj. více než čtvrtina počátečního stavu). Další osoby s demencí žijí v běžných domovech pro seniory, kterých bylo v ČR v roce 2011 celkem 471 a žilo v nich 37 616 osob (z toho 8 794, tj. 23 % na ošetrovatelských odděleních). Podle výběrového šetření z let 2004–06 na vzorku 12 domovů pro seniory (zahrnuta byla běžná oddělení, nikoliv ošetrovatelská oddělení poskytující ná-

ročnější péči) trpělo kognitivní poruchou 56 % obyvatel domovů pro seniory. U 42 % se jednalo o demenci, z toho ve 2 % o těžkou demenci. U 16 % se jednalo o mírnou kognitivní poruchu. Normální kognitivní funkce byly zjištěny pouze u 38 % respondentů (Diskusní materiál k výcho- diskům dlouhodobé péče v ČR – MPSV, 2010).

Některé země proto věnují této problematice zvláštní pozornost. Francie a Velká Británie přijaly ucelený plán pro Alzheimerovu nemoc. Německo, Austrálie, Rakousko či Finsko vytvořily speciální dávky a služby pro osoby s demencí. Německo do nabídky služeb dlouhodobé péče zahrnuje navýšení příspěvku na péči pro lidi s kognitivními poruchami. Česká republika se zařadila mezi země, které mají zájem věnovat této problematice zvýšenou pozornost. Na základě doporučení Rady vlády pro seniory a stárnutí populace přijala vláda dne 6. října 2010 usnesení č. 711, které ukládá ministrům zdravotnictví, práce a sociálních věcí, školství, mládeže a tělovýchovy a spravedlnosti zpracovat koncepci řešení problematiky Alzheimerovy choroby a obdobných onemocnění v České republice. Cílem koncepce je řešit klíčové oblasti spojené s uvedenou problematikou, jakými jsou např. dostupnost zdravotních a sociálních služeb pro lidi s demencí a osoby pečující o tyto osoby (zejm. rodiny), problematika výzkumu a vzdělávání v dané oblasti, ochrana práv osob s demencí, vč. problematiky opatrovnictví atd.

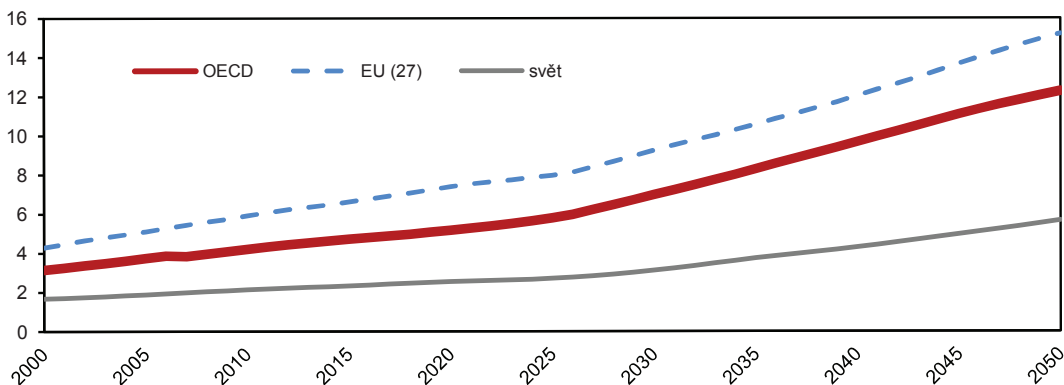
### **Vývoj poptávky po dlouhodobé péči**

Teorie i data o vývoji disability ve spojení se stárnutím populace přinášejí rozporuplné výsledky a názory. Nejistota přetrvává rovněž ohledně vývoje prevalence neurologických a kognitivních nemocí, mimo jiné z důvodu lepší diagnostiky tohoto onemocnění. K délce přežívání v nemoci a zvýšení potřeby dlouhodobé péče přispívá také včasnější a kvalitnější diagnostika a lékařská péče.

Stárnutí populace povede rovněž ke snížení dostupnosti potenciálních neformálních i formálních pečovateli. V zemích OECD se podle demografických projekcí podíl populace v produktivním věku (15–64 let) sníží z 67 % v roce 2010 na 58 % do roku 2050. Podíl osob ve věku 80 a více let se zvýší ze 4 % na téměř 10 %. Poměr osob ve věku 80 a více let na 100 osob ve

věku 15–80 let by se měl ztrojnásobit ze 4 na 12 (graf 2). Poměr mužů na 100 žen ve věku

70 a více let by se měl zvýšit z 65 na 80 (tj. 0,8 muže na jednu ženu).



Zdroj: OECD Labour and Demographic Database 2010. World population projection estimates based on UN World Population Prospects, 1950–2050 (2006 Revision)

**Graf 2 Populace ve věku 80 a více let na 100 osob ve věku 15–80 let (index závislosti velmi starých osob)**

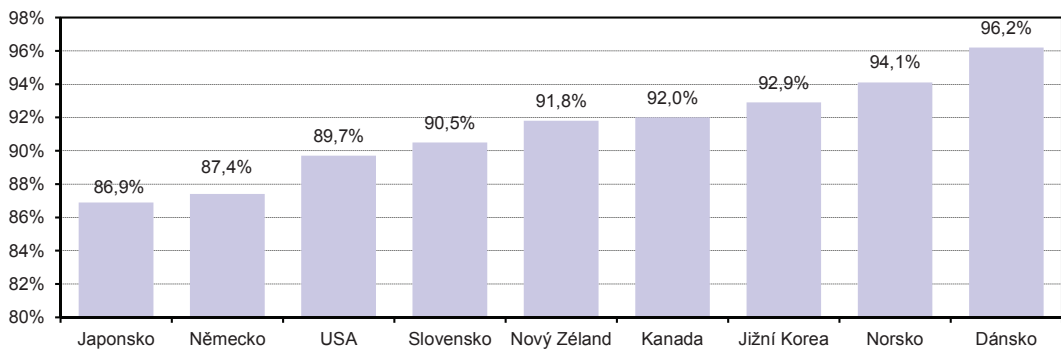
Podle OECD ke snížení dostupnosti neformálních pečovatелů, zejm. dospělých dětí v produktivním věku, přispějí také další trendy jako např. klesající velikost rodiny, rostoucí bezdětnost či snižující se podíl seniorů bydlících ve společné domácnosti s dalšími členy rodiny. Vyšší rozvodovost, rostoucí účast žen na trhu práce a klesající ochota poskytovat neformální péči rovněž zřejmě přispějí ke snížení dostupnosti neformální péče. Tento pokles bude částečně kompenzován snižováním úmrtnosti mužů, což povede ke zvýšení podílu seniorů žijících v partnerském vztahu. Seniori se sníženou soběstačností žijící s manželem/druhem mají navíc menší pravděpodobnost, že budou potřebovat formální či ústavní péči.

### **Kdo jsou pracovníci v sektoru dlouhodobé péče?**

Pracovníci dlouhodobé péče tvoří v průměru cca 1,5 % populace v pracovním věku. Jejich podíl je nejnižší v zemích s relativně málo rozvinutým sektorem formální dlouhodobé péče. Naopak nejvyšší podíl pracovníků dlouhodobé péče je ve Švédsku (3,6 %), Norsku a Dánsku (2,9 %). Profesionální struktura pracovníků dlouhodobé péče je v jednotlivých zemích OECD velmi rozdílná. Např. zdravotní sestry ve většině zemí tvoří méně než polovinu pracovníků.

Pracovníky v sektoru dlouhodobé péče jsou převážně ženy, např. v Německu a Japonsku tvoří ženy kolem 87 % pracovníků dlouhodobé péče, v Dánsku dokonce 96 % (graf 3). Ženy pracující v sektoru dlouhodobé péče jsou často vyššího věku, např. v Japonsku je 60 % pracovníků dlouhodobé péče starších 50 let. Podle některých studií je např. ve Velké Británii vysoký podíl žen v sektoru přímé péče, tj. v rámci méně kvalifikovaných pozic, zatímco vedoucí pozice jsou častěji obsazovány muži.

Pokud jde o počet uživatelů na jednoho pracovníka dlouhodobé péče, není překvapující, že tento poměr je nižší v ústavní péči než v péči domácí, což odráží zejména rozdíly v soběstačnosti a náročnosti péče mezi uživateli domácí a ústavní péče. Z poměru přepočtených úvazků na počet pracovníků vyplývá, že v zemích OECD mnoho pracovníků dlouhodobé péče pracuje na částečný úvazek. Částečné úvazky jsou časté např. v Nizozemsku a Švýcarsku (1,61 pracovníka na 1 úvazek) a jsou využívány častěji u pracovníků domácí než ústavní péče. Naproti tomu v České republice je využívání částečných úvazků minimální. V České republice připadalo na jeden pracovní úvazek 1,05 pracovníka ve srovnání s 1,43 v Norsku nebo 1,61 ve Švýcarsku, Nizozemsku a dalších zemích.



Zdroj: OECD Health Data 2010

**Graf 3 Podíl žen na pracovních dlouhodobé péče**

**Pozn.:** Data pro Japonsko vycházejí z roku 2003, pro USA, Nový Zéland a Kanadu z roku 2006, pro Dánsko z roku 2007, pro Slovensko a Norsko z roku 2008, pro Jižní Koreu z roku 2009. Data pro Německo nezahrnují geriatrické sestry (cca 170 000 v roce 2007).

V mnoha zemích hraje důležitou roli z důvodu nedostatku pracovníků a dalších faktorů zaměstnávání migrantů. Zatímco v Japonsku pracuje v sektoru dlouhodobé péče velmi málo pracovníků narozených v jiné zemi, ve Spojených státech je to téměř každý čtvrtý pracovník. Itálie a Izrael mají v porovnání s jinými nízkou kvalifikovanými sektory ekonomiky v sektoru péče nadprůměrný podíl pracovníků narozených v jiné zemi. V Itálii v roce 2005 podle některých odhadů podíl pracovníků poskytujících péči v rodinách narozených v jiné zemi dosahoval až 72 %. Při migraci v sektoru dlouhodobé péče hraje roli geografická, jazyková a kulturní blízkost, ekonomická úroveň přijímající země a přeshraniční rozdíly v platových podmínkách (např. země jižní a východní Evropy, Rakousko nebo Německo). Migrující pracovníci v sektoru dlouhodobé péče často obsazují nižší pozice, které neodpovídají úrovni jejich kvalifikace v zemi původu (tzv. de-skilling). Např. podle některých studií má až 70 % osob z Moldavska poskytujících pomoc v italských rodinách univerzitní vzdělání.

#### **Kdo jsou neformální pečovatelé?**

Zhruba 70 až 90 % všech poskytovatelů dlouhodobé péče tvoří neformální pečovatelé, z nichž

téměř dvě třetiny jsou ženy. Podle OECD odhadovaná ekonomická hodnota neformální péče dalece převyšuje hodnotu formální péče. Podle některých odhadů činil ekonomický přínos neformálních pečovatelů v roce 2007 v USA celkem 375 miliard USD (tj. 2,7 % HDP). Neformální pečovatelé, zejména ženy, přitom čelí vyššímu riziku chudoby v důsledku nižších mezd a přerušované pracovní kariéry. Podle OECD jsou např. ve Velké Británii mzdy osob poskytujících neformální péči o 5–7 % nižší než u osob, které neformální péči neposkytují. Poskytování neformální péče také častěji než k práci na částečný úvazek vede k přerušování zaměstnání.

Účast neformálních pečovatelů na trhu práce je však v zemích Evropy různá. Ve skandinávských zemích není poskytování neformální péče spojeno s výrazným poklesem účasti na trhu práce na rozdíl od zemí jižní Evropy, kde je dopad poskytování neformální péče na zaměstnanost nejvyšší. Tyto rozdíly lze vysvětlovat lepšími možnostmi sladění péče a zaměstnání v severských zemích, ale také odlišnostmi v intenzitě poskytované neformální péče.

Rozvinutý systém služeb dlouhodobé péče nevede ke snížení či ochotě poskytování neformální péče, jak ukazuje zkušenost severských zemí, které sice mají nejrozvinutější systém for-

mální dlouhodobé péče, ale současně také nejvyšší podíl osob, které poskytují neformální péči a pomoc.

Většina neformální péče je poskytována blízkým příbuzným. Přesto téměř pětina pečovateli poskytuje péči příteli nebo sousedovi. Muži častěji než ženy poskytují péči své partnerce (manželce) než jiným příbuzným. Podíl osob poskytujících neformální péči se s věkem snižuje.

Poskytování neformální péče má rovněž dopad na duševní zdraví. Výskyt problémů s duševním zdravím u neformálních pečovateli poskytujících péči 20 hodin a více týdně je přibližně o 20 % vyšší než u osob, které neformální péči neposkytují (v případech Jižní Koreje, Austrálie, USA dokonce 70 až 80 %). Dopad poskytování péče na duševní zdraví roste s mírou zátěže a náročnosti péče, zejména pokud je pečovatel v sociální izolaci a nemá dostatečnou sociální a psychickou oporu. Současné problémy souvisí s předchozím duševním stavem.

Definice neformálního pečovatele se liší v závislosti na zvolených kritériích, např. na minimálním týdenním počtu hodin poskytované péče, minimální délce období poskytování péče atd. Vzhledem ke kulturním faktorům a odlišnému vnímání neformální péče je hodnocení a srovnání tohoto jevu mezi různými zeměmi obtížné.

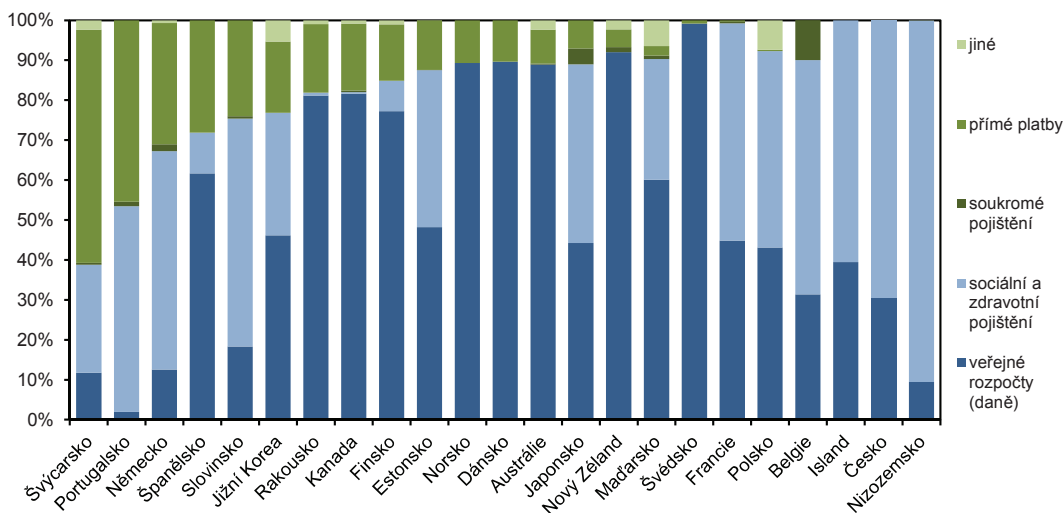
### **Financování dlouhodobé péče**

Celkové výdaje na dlouhodobou péči (bez zahrnutí ekonomické hodnoty a dopadů neformální péče) představují ve 25 zemích OECD v průměru 1,5 % HDP. Mezi zeměmi OECD však existují velké rozdíly. Nejvyšší podíl výdajů na dlouhodobou péči na celkovém HDP dosahují Švédsko a Nizozemsko (kolem 3,5 %). V dalších skandinávských zemích (Norsko, Finsko, Dánsko) a ve Švýcarsku je výše výdajů obdobná, a to více než 2 % HDP. Francie, Island a Japonsko vydávají na dlouhodobou péči zhruba 1,6–1,7 % HDP. Na

opačné straně stojí země jižní a východní Evropy spolu s ekonomicky méně vyspělými zeměmi OECD, jako jsou Mexiko a Jižní Korea, které na dlouhodobou péči vydávají relativně nejméně. V České republice podíl výdajů na dlouhodobou péči bez zahrnutí sociálních výdajů a výdajů na domácí péči činil 0,2 % HDP. Sociální výdaje na dlouhodobou péči jsou odhadovány na 1 % HDP. Přestože uživatelé obecně preferují péči v domácím prostředí, větší podíl výdajů na dlouhodobou péči ve většině analyzovaných zemí OECD stále směřuje do oblasti ústavní péče mimo jiné v důsledku většího počtu pracovníků a nákladnější péče v tomto sektoru. Například v Norsku je to 1,4 % HDP na institucionální péči oproti 0,8 na péči v domácím prostředí. Nejvyšší je tento rozdíl ve Švýcarsku, kde 1,8 % HDP směřuje na pobytovou dlouhodobou péči a 0,3 % HDP na péči v domácím prostředí. Naopak v Dánsku, Rakousku či na Novém Zélandu vyšší podíl finančních prostředků na dlouhodobou péči směřuje do sektoru domácí péče.

Dlouhodobá péče v zemích OECD je financována převážně z veřejných zdrojů. Trh se soukromým pojištěním na dlouhodobou péči je ve většině zemí OECD minimální. Největší podíl dosahuje soukromé pojištění v USA a Japonsku, kde tvoří zhruba 5–7 % celkových výdajů na dlouhodobou péči (graf 4).

Ve většině zemí OECD tvoří výdaje ze soukromého pojištění méně než 2 % celkových výdajů na dlouhodobou péči. Dokonce i v USA a Francii, kde je pokrytí nejširší, má soukromé pojištění na dlouhodobou péči méně než 10 % populace starší 40 let. Soukromé pojištění na dlouhodobou péči je často doplňkem veřejného systému dlouhodobé péče, např. v případě Německa pro ty osoby, které se vyvázaly (opt-out) z veřejného pojištění na dlouhodobou péči, nebo v USA pro vyšší příjmové skupiny, které nemají nárok na úhradu péče v rámci programu Medicaid.



Zdroj: Systém zdravotních účtů OECD, 2010

Graf 4 Výdaje na dlouhodobou péči podle zdroje financování

**Pozn.:** Pořadí zemí podle klesajícího podílu přímých plateb uživatelů v roce 2007. Údaje o přímých soukromých výdajích jsou u některých zemí podhodnoceny. Např. v Nizozemsku je spoluúčast při úhradě nákladů odhadována na 8 % celkových výdajů na dlouhodobou péči. Podíl přímých plateb ve Švýcarsku je nadhodnocen, protože nejsou zahrnuty dávky na péči poskytované osobám v zařízeních dlouhodobé péče.

## ZÁVĚR

Přestože rodinní pečovatelé tvoří páteř systému dlouhodobé péče, žádná země OECD se neobejde bez dobře fungujícího formálního systému dlouhodobé péče. Řada zemí již nyní pociťuje nedostatek pracovníků dlouhodobé péče. Dosud však byla věnována minimální pozornost produktivitě práce v sektoru dlouhodobé péče.

Zvýšení profesionalizace a odbornosti práce v oblasti dlouhodobé péče vede ke zvýšení prestiže dlouhodobé péče, zvyšuje spokojenost zaměstnanců, snižuje fluktuaci a zvyšuje retenci pracovníků v tomto sektoru. V rámci vzdělávání zdravotních pracovníků je žádoucí věnovat více pozornosti přípravě na kariéru v sektoru dlouhodobé péče.

Podpora neformálních pečovatelů, kteří jsou klíčovou částí systému, je výhodná pro všechny strany (stát, neformální pečovatele i příjemce péče). Neformální pečovatelé mají ve srovnání s rodiči pečujícími o děti menší přístup k flexibilní pracovní době a dovolené na péči (tj. neexistuje zákonem upravené právo na dovolenou či na úpravu pracovní doby v případě poskytování

neformální péče). Podpora neformálních pečovatelů je často nesystematická. Řešení problematiky dlouhodobé péče a zajištění dostupnosti kvalifikovaných pracovníků a neformálních pečovatelů proto vyžaduje zapojení všech státních i nestátních organizací do hledání nejpříjemnější formy systému dlouhodobé péče s důrazem na kvalitu života příjemců i poskytovatelů péče.

Řešení problematiky dlouhodobé péče a zajištění dostupnosti kvalifikovaných pracovníků vyžaduje dlouhodobé plánování a jasnou strategii dlouhodobé péče. Univerzální systémy dlouhodobé péče financované na základě pojištění nebo daní přitom zajišťují široký a spravedlivý přístup k péči pro všechny osoby podle jejich potřeby bez ohledu na jejich příjem a finanční situaci.

Soukromé pojištění na dlouhodobou péči hraje dosud ve financování dlouhodobé péče v zemích OECD okrajovou roli. Vlády by měly hledat další cesty k zajištění finančních prostředků na financování dlouhodobé péče, včetně motivace obyvatel k přípravě a zajištění se na budoucí potřebu dlouhodobé péče.

Doklady o budoucím vývoji disability a zdravotního stavu zůstávají nejednoznačné. Na potřebě dlouhodobé péče se bude podílet zejména růst nejstarší populace ve věku nad 80 let. Zdravé stárnutí a prevence mohou snížit růst nákladů na dlouhodobou péči a prodloužit dobu soběstačnosti a nezávislosti, dosud však chybí žádoucí poznatky o dopadech a efektivitě jednotlivých intervencí podporujících zdravé stárnutí.

Celou zprávu a další informace o aktivitách OECD v souvisejících oblastech lze nalézt na stránkách OECD, viz <http://www.oecd.org/health/longtermcare>.

---

*Práce vznikla v rámci řešení projektu NT11325 IGA MZ ČR „Dlouhodobá péče pro seniory: problematika kvality péče v institucích, kultury organizace a podpory důstojnosti starých křehkých pacientů“.*

---

## ZDROJE

1. Colombo F et al. (2011). Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing (<http://dx.doi.org/10.1787/9789264097759-en>).
2. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR ([www.uzis.cz](http://www.uzis.cz)).

---

### ✉ Kontakt:

Doc. MUDr. Libuše Čeledová, Ph.D., Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky, odbor posudkové služby, Podskalská 19, 120 00 Praha 2  
E-mail: [libuse.celedova@mpsv.cz](mailto:libuse.celedova@mpsv.cz)