

Praha 16. 8. 2012

32

Poskytování a financování dlouhodobé péče v zemích OECD (II)

- uživatelé dlouhodobé péče a vývoj poptávky po dlouhodobé péči

Providing and Paying for Long-Term Care in OECD (II)

Souhrn

Tato Aktuální informace přináší souhrn vybraných výstupů publikace OECD s názvem „Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care“ se zaměřením na uživatele dlouhodobé péče a vývoj poptávky po dlouhodobé péči v kontextu budoucího demografického vývoje. V zemích OECD příjemci dlouhodobé péče tvoří cca 2,3 % populace. Přibližně polovina z nich je ve věku 80 a více let. Podíl seniorů, kteří jsou příjemci dlouhodobé péče se v jednotlivých zemích OECD velmi liší (např. od 2 % žen ve věku 80 a více let v Polsku do 46 % v Norsku). Osoby v nejvyšších věkových kategoriích jsou v průměru méně často příjemci péče v domácím prostředí než mladší uživatelé. Podíl osob v domácí dlouhodobé péči na všech uživatelích se v letech 1998–2008 zvýšil. Podle demografických projekcí by se do roku 2050 měl podíl osob ve věku 80 a více let v zemích OECD zvýšit ze 4 % (2010) na téměř 10 %. Současně poklesne podíl populace ve věku 15–64 let ze 67 % na 58 %. Poměr počtu osob ve věku 80 a více let na 100 osob ve věku 15–80 let by se měl do roku 2050 ztrojnásobit ze 4 na 12. Poměr přežívajících mužů na 100 žen ve věku 70 a více let by se měl zvýšit z 65 na 80 (tj. 0,8 mužů na každou ženu).

Klíčová slova: dlouhodobá péče, demografický vývoj, financování dlouhodobé péče, pracovníci dlouhodobé péče, neformální péče

Summary

This Topical Information provides a brief summary of selected data on users of long-term care in OECD countries, future demographic development and its impact on availability of long-term care from the OECD publication „Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care“ (OECD, 2011).

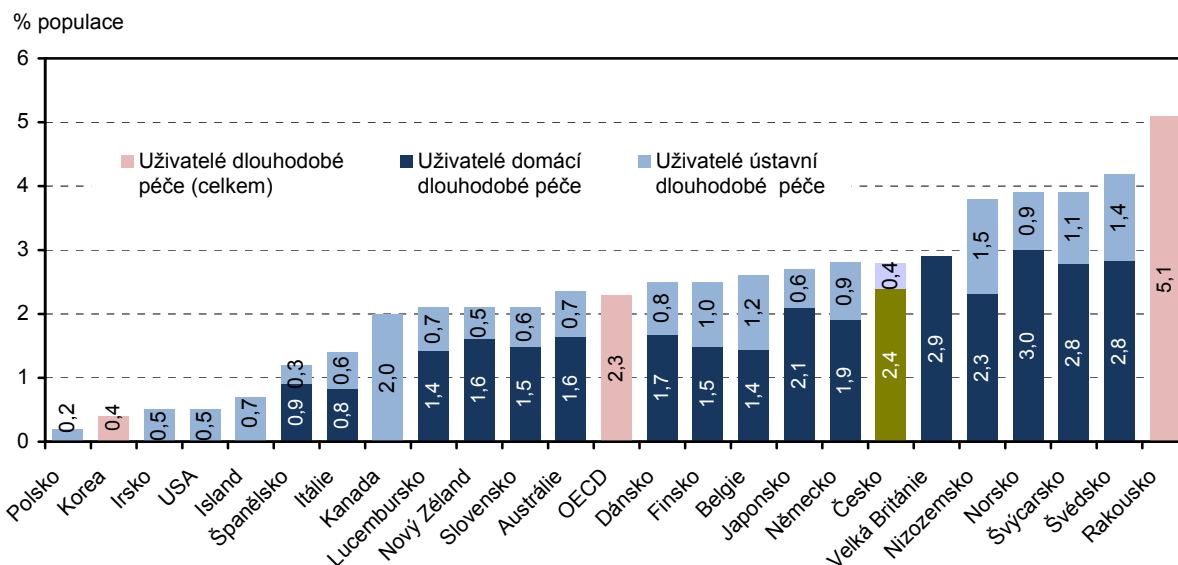
Keywords: long-term care, demographic development, financing of long-term care, long-term care workers, informal care

Tato aktuální informace navazuje na první díl čtyřdílné řady, ve které představujeme vybrané výstupy publikace OECD „Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care“. První díl této řady se zaměřil na vymezení základních pojmů v oblasti dlouhodobé péče a na informace o formálních pracovnících dlouhodobé péče. V tomto díle představujeme data a informace o uživatelích dlouhodobé péče a o předpokládaném vývoji poptávky a nabídky dlouhodobé péče. Třetí díl se zaměřuje na neformální péči a její dopad na pečovatele. Čtvrtý a poslední díl je věnován financování dlouhodobé péče a obsahuje také závěrečné shrnutí doporučení na opatření v oblasti dlouhodobé péče, včetně překladu souhrnné zprávy v příloze. Celou publikaci, včetně závěrečného shrnutí a informací o aktivitách OECD v souvisejících oblastech lze nalézt na stránkách OECD.

Kdo jsou uživatelé dlouhodobé péče?

V zemích OECD představují příjemci formální dlouhodobé péče v průměru 2,3 % populace (viz obr. č. 1). Příjemci dlouhodobé péče v České republice tvoří zhruba 2,8 % celkové populace (uživatelé dlouhodobé péče v domácím prostředí 2,4 %¹ a uživatelé dlouhodobé institucionální péče 0,4 % celkové populace). Ve 23 zemích, pro které jsou data k dispozici, je přibližně 70 % uživatelů dlouhodobá péče poskytována v jejich domácích prostředích. Tento podíl se pohybuje od 55 % v Belgii do více než 80 % v České republice (viz pozn. 3).

Obr. č. 1 Podíl uživatelů ústavní a domácí dlouhodobé péče v populaci v zemích OECD, 2008



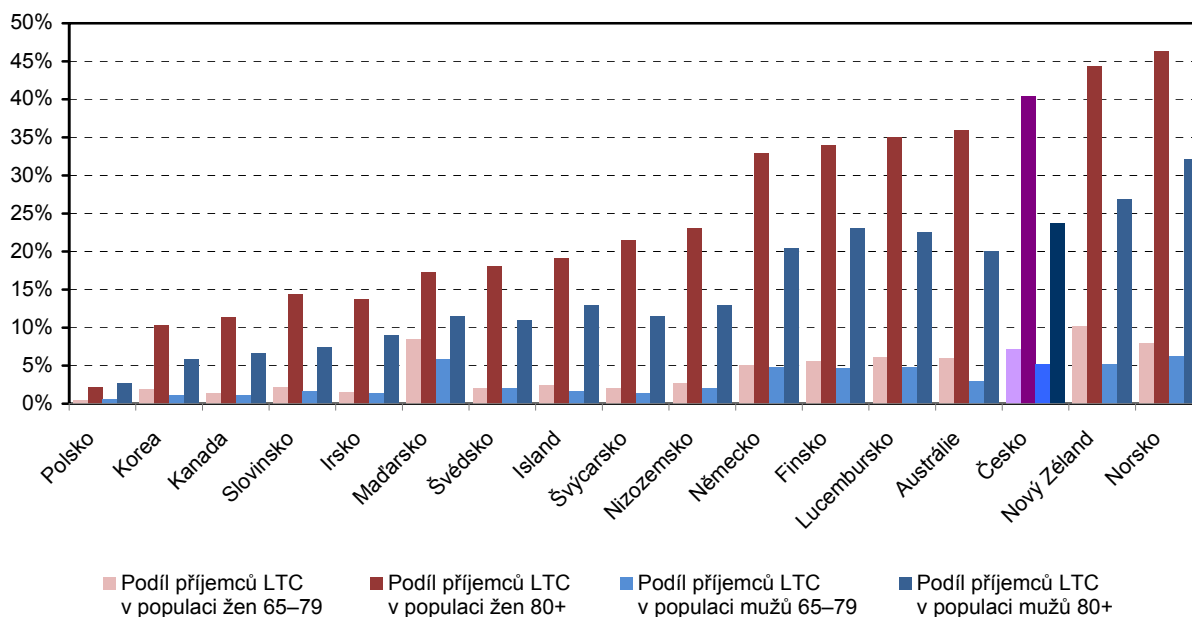
Pozn.: Data pro Kanadu, Lucembursko, Dánsko, Belgie a Nizozemsko jsou pro rok 2007; data pro Španělsko pro rok 2009; pro Japonsko pro rok 2006. Data pro Japonsko podhodnocují počet uživatelů ústavní péče, protože mnoho seniorů dostává dlouhodobou péči v nemocnicích. Podle Campbell et al (2009), Japonsko poskytuje služby a dávky 13,5 % populace 65+. Uživatelé domácí péče v České republice zahrnují 300 000 příjemců příspěvku na péči. Data pro Rakousko představují příjemce dávek. Data pro Polsko podhodnocují celkový počet uživatelů dlouhodobé péče.

Zdroj: OECD Health Data 2010, Korejský digitalizovaný administrativní systém a dodatečná data pro Austrálii a Švédsko

Poptávka po dlouhodobé péči je úzce spojena s věkem (viz obr. č. 2), ačkoliv senioři nejsou jedinou cílovou skupinou dlouhodobé péče. Ve věkové skupině osob mladších 65 let tvoří příjemci dlouhodobé péče méně než 1 % populace, avšak po dosažení věku 65 let se pravděpodobnost užívání dlouhodobé péče rychle zvyšuje. Podíl žen ve věku 80 a více let, které jsou příjemkyněmi dlouhodobé péče, se podle publikace OECD pohybuje od 2 % v Polsku do 46 % v Norsku. V České republice je to 40 % žen (24 % mužů) ve věku 80 a více let, ve věkové kategorii 65–79 let pak 7 % žen a 5 % mužů (viz pozn. pod čarou).

¹ Pozn.: Podle definice OECD Health Data uživatelé domácí péče zahrnují a) osoby, které dostávají dlouhodobou péči prostřednictvím placených poskytovatelů dlouhodobé péče, včetně neprofesionálních pečovatелů, kteří dostávají peněžní dávky ze sociálního systému; b) příjemce dávek pro osoby s potřebou dlouhodobé péče, např. příspěvku na péči, a obecně dávek, jejichž hlavním účelem je podpora osob s potřebou dlouhodobé péče. Naopak zahrnuti nejsou a) osoby se zdravotním postižením v produktivním věku, kteří jsou příjemci dávek nahrazujících příjem nebo podporujících integraci na trh práce (ne dlouhodobou péči) a b) osoby, které potřebují jen pomoc IADL, tj. jsou příjemci pouze sociální péče, jak je definována pro účely zdravotních účtů (typ služby HC.R.6). V ČR byly jako data o příjemcích dlouhodobé péče v domácím prostředí pro databázi OECD Health Data použity údaje o počtu osob s příspěvkem na péči, kteří podle žádosti o příspěvek nejsou příjemci pobytové služby (domova pro osoby se zdravotním postižením, domova seniorů, či stacionáře s týdenním pobytem). Tento údaj může sloužit pouze jako přibližný odhad příjemců dlouhodobé péče v domácím prostředí. Služeb domácí zdravotní péče v roce 2011 využilo více než 147 tisíc pacientů, z toho 79 % jich bylo ve věku 65 a více let a necelé dvě třetiny (64%) tvořily ženy. V průměru připadalo na 1 000 obyvatel ve věku 65 let 70 pacientů DZP ve stejném věku, tzn. příjemcem DZP bylo v průměru 7% populace ve věku 65 a více let. Domácí hospicová péče byla poskytnuta 8 705 osobám (tj. v cca 6 % případů).

Obr. č. 2 Podíl uživatelů dlouhodobé péče v populaci daného věku a pohlaví, 2008



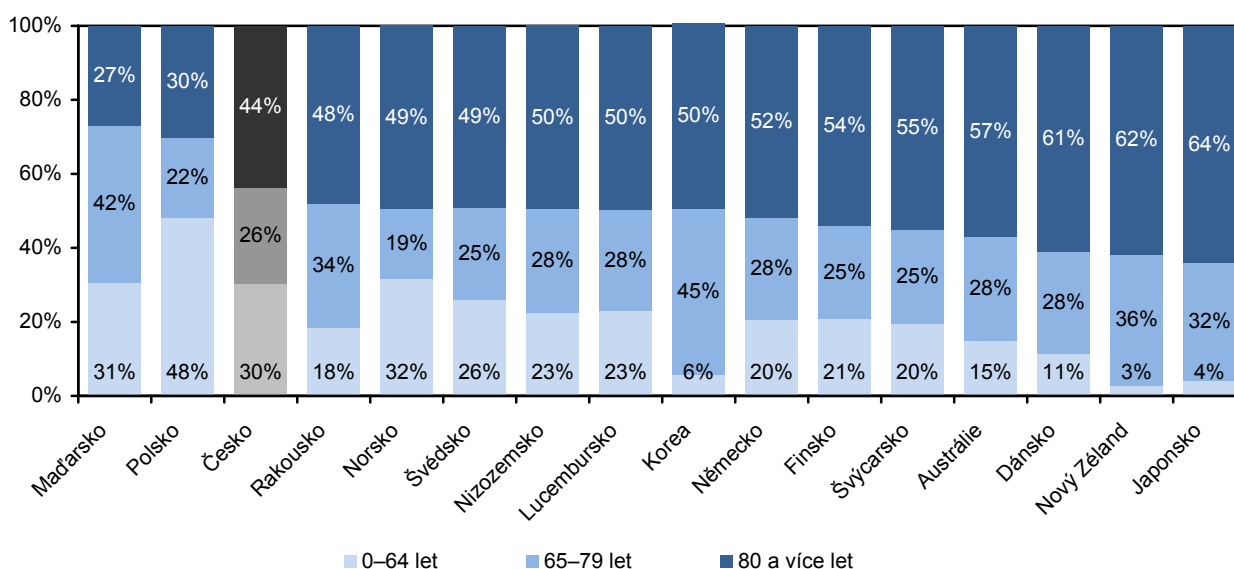
Pozn.: Data pro Belgii, Francii a Polsko se vztahují k věku 60 místo 65 let; data pro Slovinsko se vztahují k osobám ve věku 62 a více let; data pro Norsko se vztahují k věku 67 a více let. Pro uživatele domácí péče v Polsku je použito věkové rozdělení 60–74 a 75 a více let místo kategorií 65–79 a 80+. Data pro Švédsko se vztahují pouze na ústavní péči. Data pro Kanadu, Nizozemsko, Austrálii a Lucembursko jsou pro rok 2007.

Zdroj: OECD Health Data 2010 a dodatečná data pro Austrálii a Švédsko

Ve většině zemí je jeden z pěti uživatelů dlouhodobé péče mladší 65 let, přibližně polovinu všech uživatelů dlouhodobé péče tvoří osoby ve věku 80 a více let (viz obr. č. 3).

Obr. č. 3 Struktura uživatelů dlouhodobé péče podle věku, 2008

Podíl uživatelů LTC podle věku

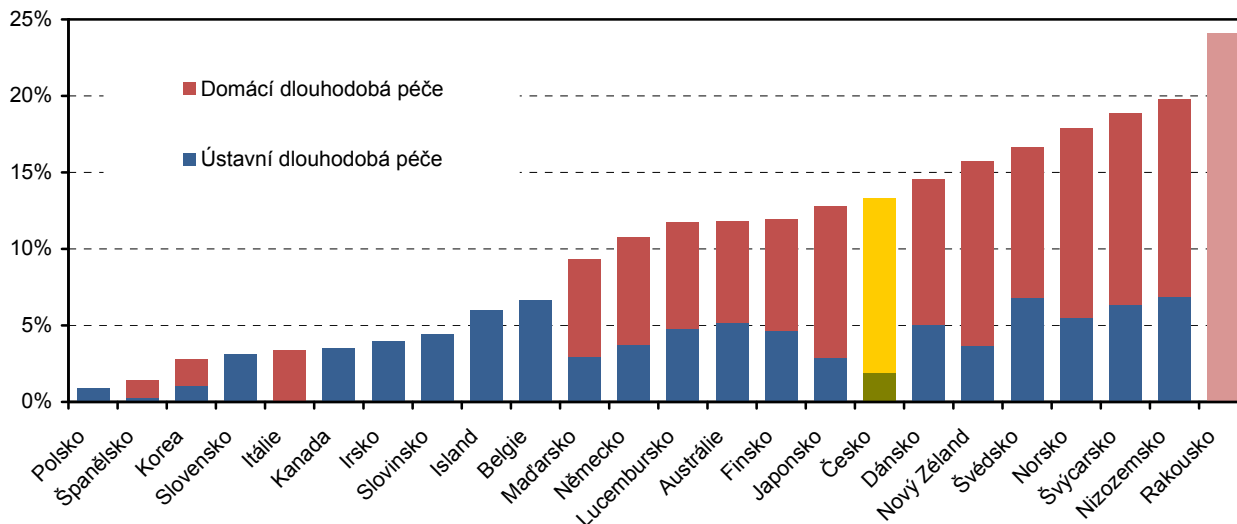


Pozn.: Data pro některé země se vztahují k odlišným věkovým skupinám. Místo věkové skupiny 65–80 byla použita data pro osoby ve věku 60 a více let v Rakousku, Belgii a v Polsku; v Norsku příjemci dlouhodobé péče zahrnovaly osoby starší 67 let. Pro Polsko byly pro uživatele domácí péče použity věkové 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 pro rok 2007. Data pro Japonsko jsou pro rok 2006. Data pro Rakousko udávají počet příjemců dávek.

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

Jak ukazuje obrázek č. 4, podíl příjemců ústavní a domácí dlouhodobé péče v populaci ve věku 65 a více let se v zemích OECD velmi liší. Tyto rozdíly ve využívání formální dlouhodobé péče seniory jsou dány zejména již zmíněnými rozdíly v rozvinutosti systémů dlouhodobé péče, jejich přístupností a kulturními odlišnostmi pokud jde o roli rodiny v poskytování péče.

Obr. č. 4 Příjemci ústavní a domácí dlouhodobé péče ve věku 65+ v populaci téhož věku, 2008

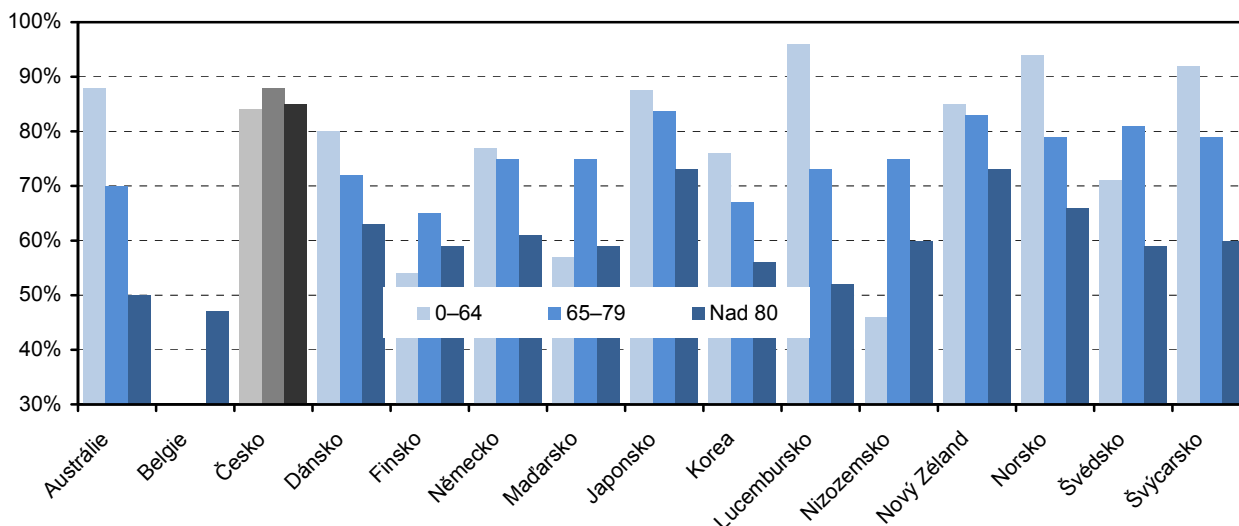


Pozn.: Příjemci dlouhodobé péče ve věku 65 a více let v domácí a ústavní péči. Data pro Austrálii, Belgii, Kanadu, Dánsko, Lucembursko a Nizozemsko jsou pro rok 2007; data pro Španělsko jsou pro rok 2009; data pro Švédsko a Japonsko jsou pro rok 2006. Data pro Japonsko podhodnocují počet uživatelů dlouhodobé péče v ústavních zařízeních, protože mnoho seniorů je příjemcem dlouhodobé péče v nemocnicích. Podle Campbell et al. (2009) je v Japonsku příjemcem služeb 13,5 % populace ve věku 65 a více let. Data pro Rakousko se vztahují na příjemce dávek na péči.

Zdroj: OECD Health Data 2010

Téměř ve všech zemích OECD polovina až tři čtvrtiny příjemců formální dlouhodobé péče dostává péči v domácím prostředí. Uživatelé v nejvyšších věkových kategoriích mají menší šanci než mladší uživatelé, že budou dostávat péči v domácím prostředí (viz obr. č. 5). Přesto více než polovina uživatelů ve věku 80 a více let je příjemcem péče v domácím prostředí. V České republice je podíl osob, které jsou příjemci péče v domácím prostředí 84 % pro uživatele ve věkové kategorii 0–64 let, resp. 85 % pro kategorii 80 a více let. (Pozn.: Mezi příjemce domácí péče byli zahrnuti všichni příjemci příspěvku na péči. Většina z nich je příjemcem neformální péče ze strany rodiny a blízkých v domácím prostředí.)

Obr. č. 5 Podíl příjemců domácí péče na všech uživatelích dlouhodobé péče podle věku, 2008

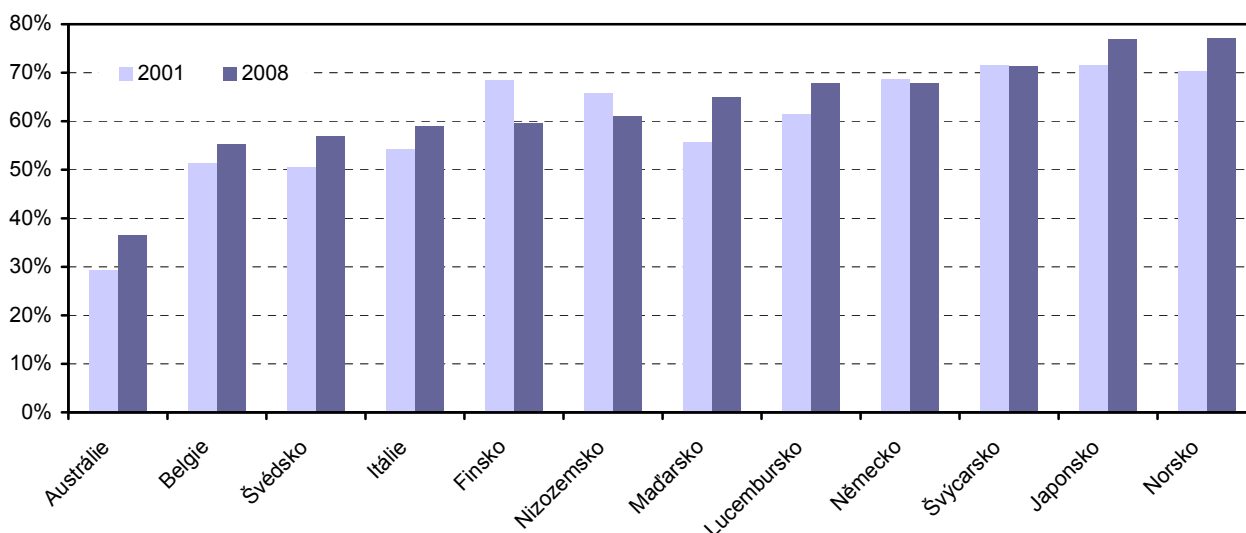


Pozn.: V případě některých zemí byla použita data pro odlišné věkové skupiny. Namísto kategorie 65–80 let byli pro Belgii použiti příjemci ve věku 60 a více let; Norsko 67 a více let. V případě Norska může být skupina uživatelů 80 a více let podhodnocena. Data pro uživatele domácí péče v České republice zahrnují 300 000 příjemců příspěvku na péči. Data pro Japonsko se vztahují k roku 2006.

Zdroj: OECD Health Data 2010, dodatečná data pro Austrálii, Japonsko a Švédsko

Podíl příjemců domácí péče se v zemích OECD v letech 1998-2008 zvýšil (viz obr. č. 6). Za nárůstem podílu příjemců domácí péče na všech uživatelích dlouhodobé péče může být podle OECD snaha o větší podporu užívání domácí péče. Důležitou roli může hrát také snaha o snižování nákladů, zkracování délky hospitalizace a redukce počtu lůžek akutní péče. Současně se podle údajů OECD ve většině zemí OECD snížila hustota lůžek dlouhodobé péče, tj. počet lůžek na tisíc osob ve věku 80 a více let (viz obr. 7).

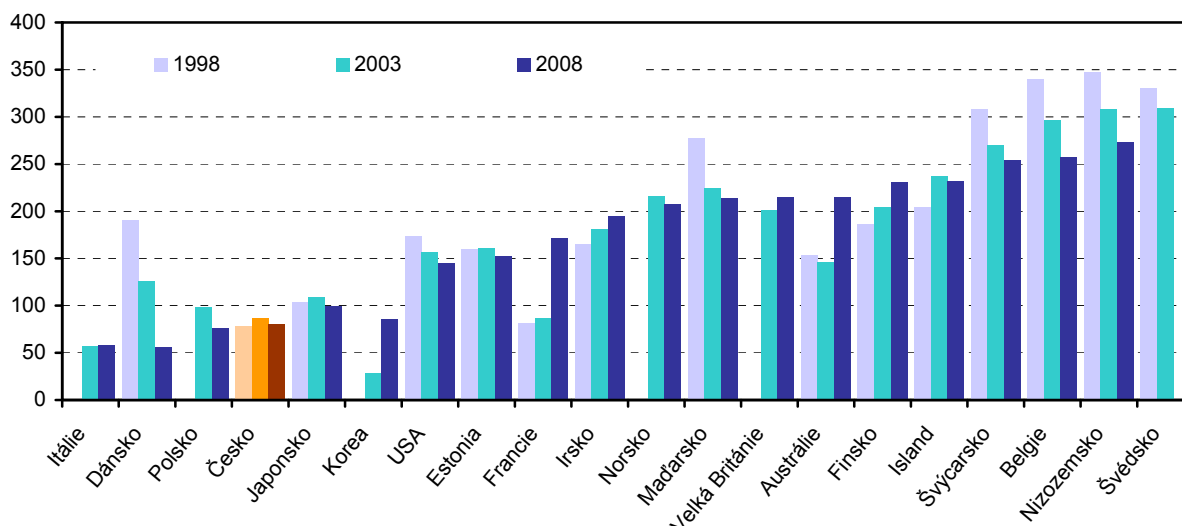
Obr. č. 6 Vývoj podílu příjemců domácí péče na všech uživatelích dlouhodobé péče, 2001–2008



Pozn.: Data pro Belgii jsou pro rok 2007 a rok 2001. Data pro Švédsko jsou pro rok 2006. Data pro Nizozemsko jsou pro rok 2007 a rok 2004. Data pro Lucembursko jsou pro rok 2007. Data pro Japonsko jsou pro rok 2006 a rok 2001.

Zdroj: OECD Health Data 2010

Obr. č. 7 Lůžka dlouhodobé péče na 1 000 osob ve věku 80 a více let v letech 1998–2008



Pozn.: Data u sloupce 1998 jsou v případě ČR pro rok 2000. Data za rok 2003 jsou za rok 2004 pro Norsko. V případě Belgie jsou místo roku 2008 použita data za rok 2006, a v případě Austrálie pro rok 2007.

Zdroj: OECD Health Data 2010

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 demencí². Demence je úzce svázaná 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 včasnější 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.

Gerontopsychiatrické nemoci vedou ke snížení kognitivních funkcí a vyžadují nejen zvýšenou podporu v základních a instrumentálních aktivitách denního života (ADL a IADL), ale také kontrolu nad dalšími aspekty života, včetně každodenního dohledu, rozhodování, omezení způsobilosti k právním úkonům a ustanovení opatrovníka.

Očekávaný pokles v dostupnosti rodinné péče a zvýšení problémů spojených s demencí (v mnoha případech v kombinaci s dalšími zdravotními problémy) může představovat pro systémy dlouhodobé péče výzvy z hlediska financování a lidských zdrojů. Tlaky v důsledku rostoucí prevalence demence budou zvláště vysoké ve venkovských oblastech a zejména pro starší rodinné (neformální) pečovatele, protože mladší a vzdělanější lidé mají tendenci z těchto oblastí odcházet. Přístup ke zdravotním a sociálním službám je přitom ve venkovských oblastech často horší než ve městech.

Některé země proto věnují v dlouhodobé péči zvláštní pozornost problémům souvisejícím s demencí, např. přijetím komplexního plánu pro Alzheimerovu nemoc

² 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 stádiích 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 o 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.

(Francie, Velká Británie)³ nebo vytvořením speciálních dávek a služeb pro osoby s demencí, které často potřebují více než pomoc s aktivitami denního života (Německo, Austrálie, Rakousko, Finsko)⁴. Například Německo do nabídky služeb dlouhodobé péče zahrnuje navýšení příspěvku na péči pro lidi s kognitivními poruchami. Finanční dávka tak umožňuje respektovat individuální okolnosti uživatele.

Z důvodu hospodárnosti a kvality péče je důležité zajistit, aby pacienti s potřebou dlouhodobé péče nebyli hospitalizováni na lůžkách akutní péče. Tabulka č. 1 ukazuje pozitivní trend poklesu průměrné doby hospitalizace osob s demencí a Alzheimerovou chorobou na lůžkách akutní péče v zemích OECD.

V České republice v letech 2006–2010 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 dní, 475 osob v léčebnách dlouhodobě nemocných s průměrnou ošetrovací dobou 94,2 dní a 1 332 osob v psychiatrických léčebnách s průměrnou ošetrovací dobou 159,1 dní. Celkem bylo v roce 2011 v lůžkových zdravotnických zařízeních hospitalizováno 3 517 osob s Alzheimerovou demencí s průměrnou ošetrovací dobou 86,35 dní⁵.

Pro ostatní typy demence (F01–F03) bylo v roce 2011 v nemocnicích akutní péče hospitalizováno celkem 2 131 osob, z toho 1 364 žen a 767 mužů. Průměrná ošetrovací doba činila 18,8 dní. V léčebnách dlouhodobě nemocných bylo hospitalizováno celkem 736 osob (průměrná ošetrovací doba činila 90,3 dní) a v psychiatrických léčebnách celkem 1 863 osob (průměrná ošetrovací doba činila 126,3 dní). Celkem bylo v lůžkových zdravotnických zařízeních hospitalizováno 4 976 osob s demencí s průměrnou ošetrovací dobou 73,0 dní. Pro všechny typy demence tak bylo v roce 2011 ve všech lůžkových zdravotnických zařízeních hospitalizováno celkem 8 493 osob (tj. o 6% více oproti roku 2010).

3 Pozn.: 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.

⁴ Zdroj: OECD 2009–10 Questionnaire on Long-term Care Workforce and Financing.

⁵ Zdroj: Národní registr hospitalizovaných

Tab. č. 1 Průměrná délka pobytu pacientů s demencí a Alzheimer. chorobou v akutní péči (ve dnech)

| Země | Demence | | | | Alzheimerova choroba | | | |
|----------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|----------------------|-------------|-------------|-------------|
| | 1994 | 1999 | 2004 | 2008 | 1994 | 1999 | 2004 | 2008 |
| Austrálie ¹⁾ | 44,8 | 42,3 | 27,8 | 24,4 | 51,4 | 48,2 | 30,5 | 27,4 |
| Rakousko | 48,4 | 17,2 | 15,5 | 14,9 | 27,4 | 11,5 | 13,5 | 12,8 |
| Belgie ¹⁾ | | | 27,7 | 29,2 | | | 29,0 | 28,8 |
| Kanada ¹⁾ | 48,6 | 33,2 | 36,5 | 41,2 | 47,8 | 33,5 | 34,6 | 42,3 |
| Česko | | | | 27,7 | | | | 29,8 |
| Dánsko | | | 14,2 | 10,3 | | | 11,3 | 8,8 |
| Finsko | | 121,9 | 116,3 | 118,7 | | 89,7 | 68,0 | 83,9 |
| Francie | | 12,9 | 14,0 | 13,1 | | 11,0 | 12,7 | 12,2 |
| Německo | | | 17,7 | 16,1 | | | 18,7 | 17,5 |
| Řecko ²⁾ | | 60,0 | 76,0 | 77,0 | | | | |
| Maďarsko | | | 13,0 | 11,6 | | | 9,1 | 10,0 |
| Island | | 17,1 | 26,2 | 28,6 | | 16,0 | 24,4 | 22,1 |
| Irsko | | 50,1 | 43,1 | 39,9 | | 22,1 | 37,0 | 51,6 |
| Itálie ¹⁾ | | | 11,2 | 10,7 | | | 8,6 | 8,7 |
| Korea | | 58,1 | | 128,0 | | 55,8 | | 101,3 |
| Lucembursko ¹⁾ | | 20,5 | 17,4 | 21,2 | | 19,7 | 15,7 | 19,0 |
| Mexico | | 34,9 | 16,3 | 34,6 | | 9,1 | 14,1 | 7,5 |
| Nizozemsko | 44,3 | 48,0 | 27,0 | 21,7 | 31,6 | 22,0 | 17,0 | 22,8 |
| Nový Zéland | | | 310,0 | | | | 309,8 | |
| Norsko | | | 8,6 | 7,0 | | | 7,6 | 5,3 |
| Polsko | | | 19,6 | 17,9 | | | 17,0 | 10,4 |
| Portugalsko | | | 13,0 | 17,8 | | | 10,5 | 14,3 |
| Slovensko | 27,7 | 33,8 | 28,4 | 28,0 | 14,0 | 12,4 | 31,3 | 15,9 |
| Španělsko | 90,1 | 104,5 | 63,7 | 66,3 | | | 38,1 | 37,1 |
| Švédsko ¹⁾ | | 19,8 | 16,4 | 14,6 | | 27,7 | 23,7 | 21,8 |
| Švýcarsko | | | 54,3 | 42,6 | | | 99,8 | 72,6 |
| Turecko | | | | 8,5 | | | | 7,9 |
| Velká Británie | | | 74,3 | 62,2 | | | 77,5 | 66,9 |
| USA ²⁾ | 13,4 | 11,3 | 10,5 | 9,0 | | 8,2 | 8,4 | 8,0 |
| OECD Average³⁾ | 29,1 | 26,8 | 19,2 | 16,7 | 51,4 | 28,2 | 19,5 | 17,7 |
| <i>OECD Average⁴⁾</i> | <i>29,1</i> | <i>31,0</i> | <i>24,3</i> | <i>23,2</i> | <i>34,4</i> | <i>25,5</i> | <i>25,4</i> | <i>24,2</i> |

Pozn.: V případě Kanady chybějící data v časové řadě pro rok 2006 vedly k prodloužení průměrné délky pobytu.

¹⁾ Data pro rok 2008 jsou za rok 2007.

²⁾ Data pro rok 2008 jsou za rok 2006.

³⁾ Nevážený průměr pro země, které poskytly data pro daný rok.

⁴⁾ Nevážený průměr pro všechny země, které uvedly data za rok 1994 (6 pro demenci; 5 pro Alzheimerovu chorobu).

Zdroj: OECD Health Data 2010

V roce 2011 bylo v ČR celkem 189 domovů se zvláštním režimem, tj. zařízení sociálních služeb, která se zaměřují na poskytování dlouhodobé péče osobám s demencí. Mezi roky 2010 a 2011 počet osob v těchto zařízeních stoupl o 9 % z 8 622 na 9 415 (z toho 4415 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 ošetřovatelských odděleních). Podle výběrového šetření z let 2004–2006 na vzorku 12 domovů pro seniory (zahrnuta byla běžná oddělení, nikoliv ošetřovatelská oddělení poskytující náročnější 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.⁶

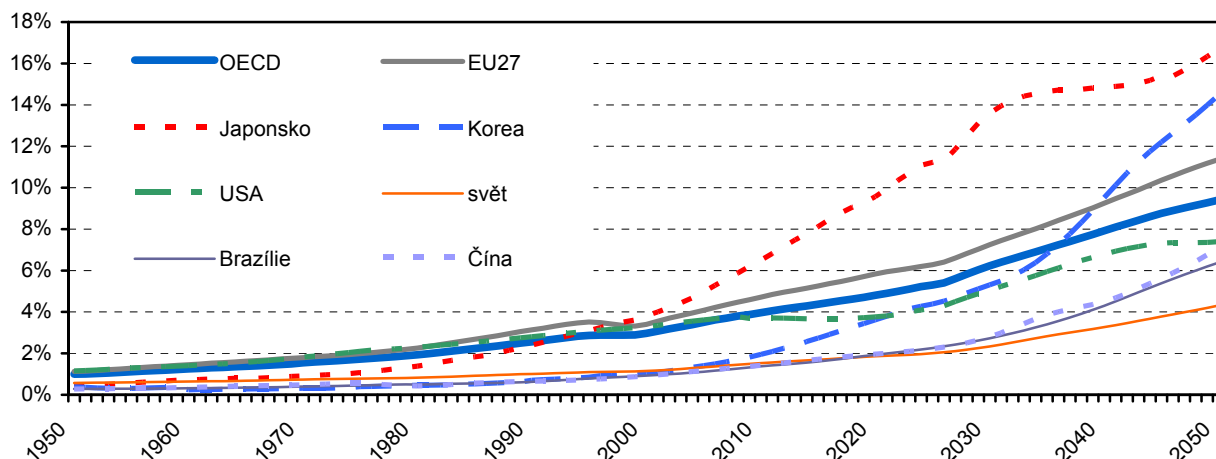
⁶ [Diskusní materiál k východiskům dlouhodobé péče v ČR](#) (MPSV, 2010).

Demografický vývoj a růst poptávky po dlouhodobé péči

Podle zprávy OECD se stárnutím populace, rozvolňováním rodinných vztahů a rostoucí účastí žen na trhu práce bude poptávka po dlouhodobé péči dále růst. Vzhledem k tomu, že přetrvává nejistota ohledně budoucího vývoje soběstačnosti a disability u starší populace, bude stát za růstem potřeby dlouhodobé péče hlavně očekávaný nárůst počtu seniorů, zejména osob ve věku 80 a více let.

V roce 1950 tvořily osoby starší 80 let méně než 1 % světové populace. Jejich podíl v zemích OECD by se měl zvýšit ze 4 % v roce 2010 na téměř 10 % v roce 2050.

Obr. č. 8 Projekce růstu podílu populace 80+ v OECD, EU-27 a vybraných zemích



Zdroj: OECD Labour Force and Demographic Database, 2010

Jak ukazuje obr. č. 8, do roku 2050 by měl podíl osob ve věku 80 a více let v populaci dosáhnout nejvyšších hodnot v Japonsku (16,7 %) a Jižní Koreji (14,5 %). Podíl osob ve věku 80 a více let v EU-27 by měl dosáhnout hodnoty 11,4 % ve srovnání s 9,4 % v OECD. Údaje v tabulce č. 2 ukazují, že podíl osob ve věku 80 a více let v populaci se bude poměrně rychle zvyšovat.

Tab. č. 2 Projekce vývoje podílu populace 80+ v OECD, EU27 a vybraných zemích, 1950–2050

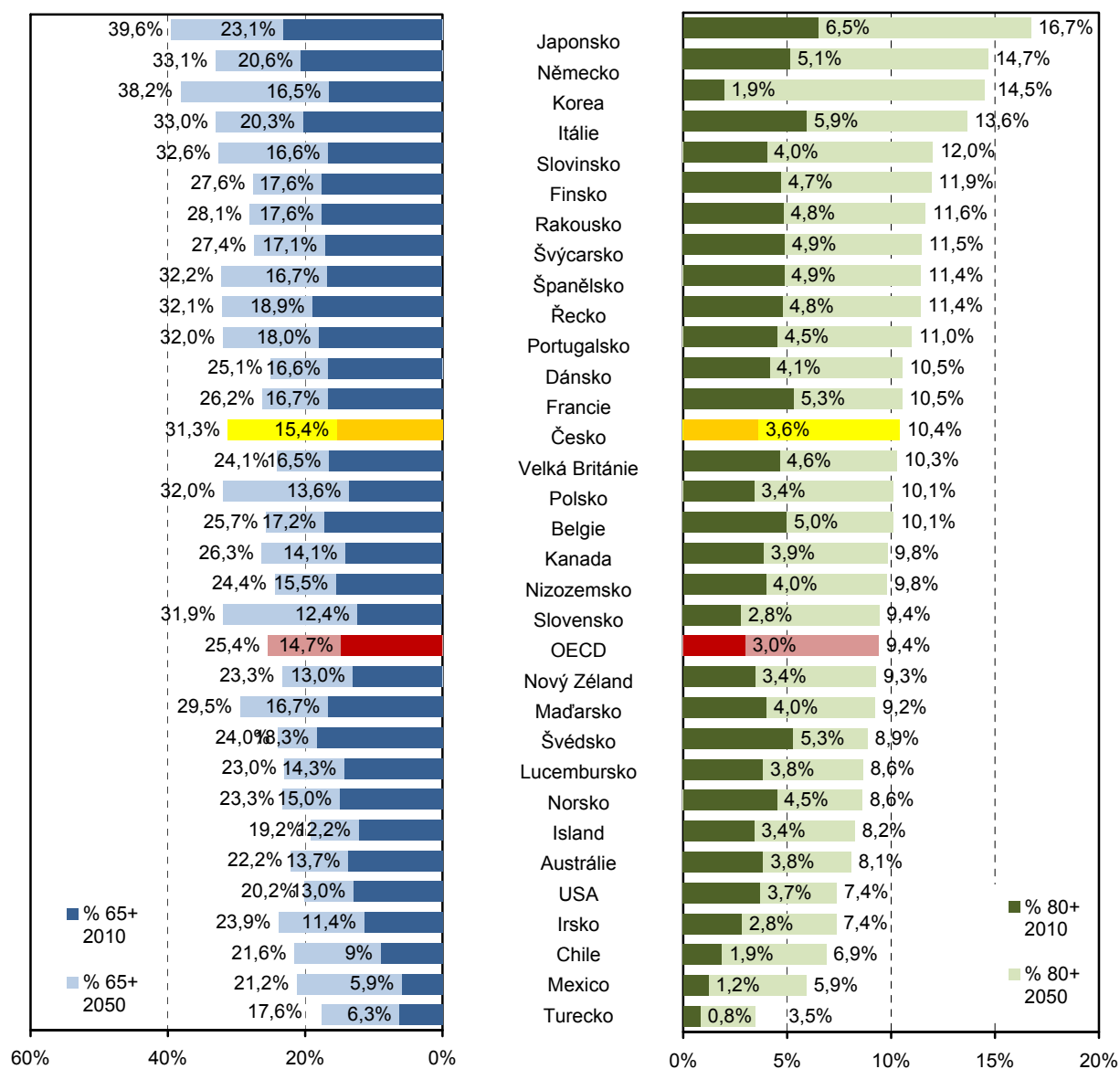
| Země | 1950 | 1960 | 1970 | 1980 | 1990 | 2000 | 2010 | 2020 | 2030 | 2040 | 2050 |
|----------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| USA | 1,1 | 1,4 | 1,8 | 2,3 | 2,8 | 3,3 | 3,7 | 3,8 | 5,1 | 6,8 | 7,4 |
| Korea | 0,4 | 0,2 | 0,3 | 0,5 | 0,7 | 1,0 | 1,9 | 3,6 | 5,3 | 9,5 | 14,5 |
| Japonsko | 0,4 | 0,7 | 0,9 | 1,4 | 2,4 | 3,8 | 6,5 | 9,6 | 13,6 | 14,9 | 16,7 |
| EU27 | 1,1 | 1,5 | 1,8 | 2,3 | 3,1 | 3,4 | 4,7 | 5,8 | 7,2 | 9,2 | 11,4 |
| OECD | 1,0 | 1,2 | 1,5 | 1,9 | 2,6 | 3,0 | 4,0 | 4,8 | 6,2 | 7,9 | 9,4 |
| Brazílie | 0,3 | 0,3 | 0,4 | 0,5 | 0,6 | 0,9 | 1,4 | 1,9 | 2,7 | 4,3 | 6,4 |
| Čína | 0,3 | 0,4 | 0,5 | 0,4 | 0,7 | 0,9 | 1,4 | 2,0 | 2,8 | 4,5 | 7,2 |
| Svět | 0,6 | 0,6 | 0,7 | 0,8 | 1,0 | 1,1 | 1,5 | 1,9 | 2,3 | 3,3 | 4,3 |

Zdroj: OECD Labour Force and Demographic Database, 2010

Situace v zemích OECD, pokud jde o dynamiku a tempo stárnutí, je velmi odlišná. Jak ukazuje obr. č. 9, například v Německu a v Itálii by se měl podíl osob starších 80 let zvýšit na zhruba 15 % (podíl osob ve věku 65 a více let na cca 33 %). V České republice by měl podíl osob starších 80 let dosáhnout podle OECD 10,4 % (oproti 3,6 % v roce 2010) a podíl osob starších 65 let cca 31 % (oproti 15,4 % v roce 2010), tedy obdobných hodnot jako v případě Francie nebo Velké Británie. V některých zemích bude nárůst podílu osob ve věku 80 a více let pozvolnější a dosáhne nižších hodnot. Jedná se např. o Austrálii,

Island, Irsko, Lucembursko, Norsko a Švédsko, ve kterých by se podíl nejstarších osob (80+) měl mezi roky 2010 a 2050 zvýšit o méně než 5 % a měl by dosáhnout hodnoty méně než 9 %.

Obr. č. 9 Předpokládaný vývoj podílu populace 65+ a 80+ v zemích OECD v letech 2010–2050



Zdroj: OECD Labour Force and Demographic Database, 2010

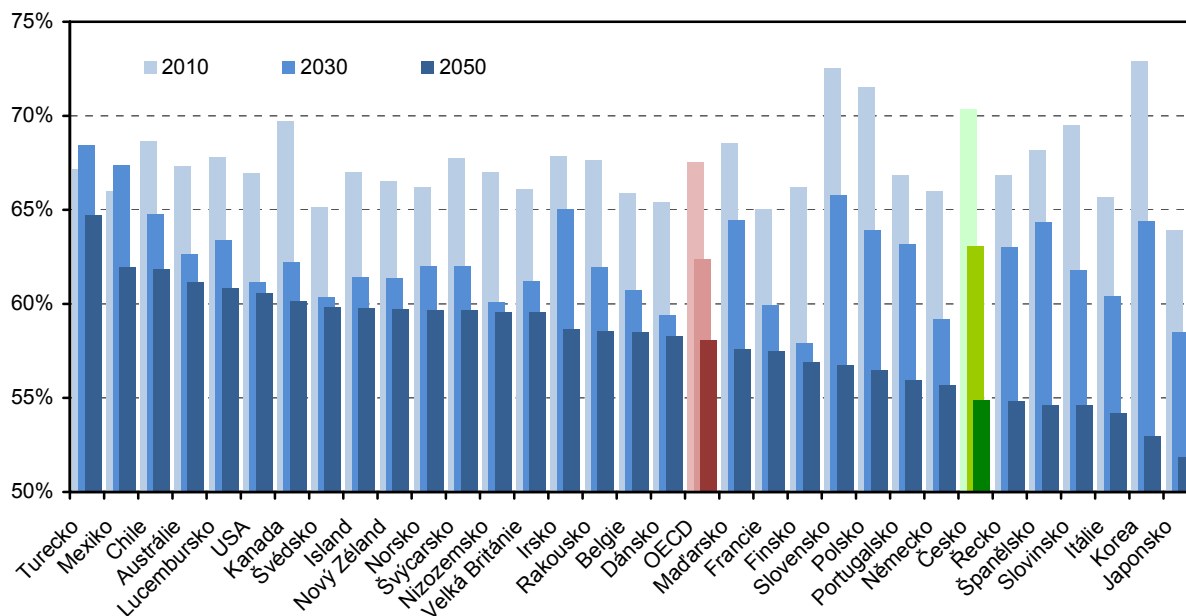
Teorie i data o vývoji disability v souvislosti se stárnutím populace přináší rozporuplné a protichůdné výsledky a názory. Podle analýz OECD během posledních deseti let úroveň disability seniorů v Dánsku, Finsku, Itálii, Holandsku a USA poklesla, v Austrálii a Kanadě zůstala na stejné úrovni a v Belgii, Japonsku a Švédsku se zvýšila. I když pokles výskytu některých rizikových faktorů jako např. kouření mohl přispět ke snížení některých funkčních omezení ve stáří, rostoucí prevalence obezity u dospělých ve všech věkových skupinách v zemích OECD v průběhu posledních dvaceti let měla zřejmě opačný efekt. Nejistota přetrvává také pokud jde o odhad budoucího vývoje prevalence neurologických a kognitivních nemocí (např. demence), mimo jiné z důvodu lepší diagnostiky tohoto onemocnění.

Nicméně pokud jde o nárůst potřeby dlouhodobé péče, podle zprávy OECD k němu nepochybně dojde. Podle autorů publikace ke zvýšení potřeby dlouhodobé péče přispívá

také včasější a kvalitnější diagnostika a lékařská péče, které zvyšují šanci na přežití a prodlužují délku života s chronickým onemocněním či disabilitou. Rozdíly se týkají také názorů na míru a intenzitu nárůstu potřeby dlouhodobé péče a jeho načasování.

Stárnutí populace povede také ke snížení počtu a dostupnosti potenciálních neformálních i formálních pečovatелů. V zemích OECD se velikost populace v produktivním věku a její podíl na celkové populaci zmenší o přibližně 9 procentních bodů (ze 67 % v roce 2010 na 58 % v roce 2050). Mezi jednotlivými zeměmi existují přitom značné rozdíly, pokud jde o podíl populace v produktivním věku (viz obr. č. 10).

Obr. č. 10 Projekce vývoje podílu populace ve věku 15–64 let do roku 2050



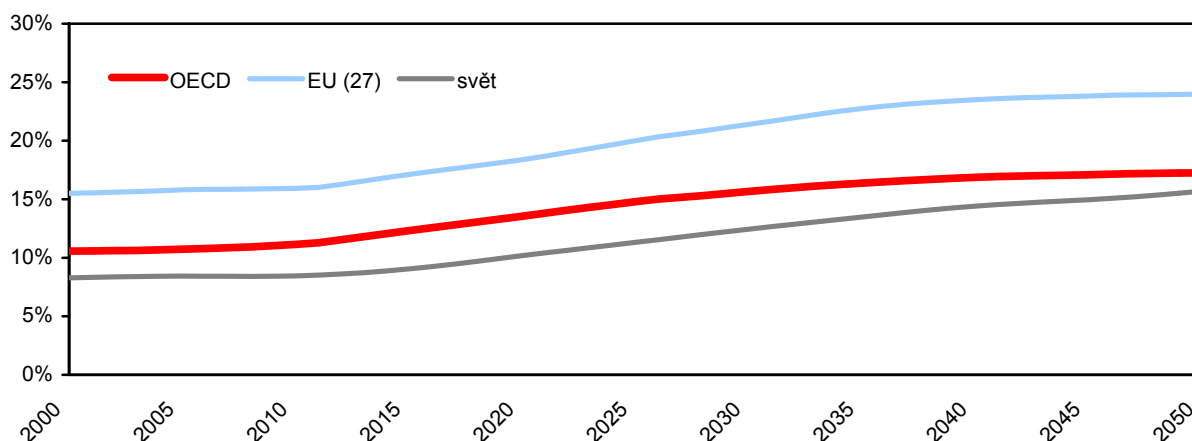
Zdroj: OECD Labour Force and Demographic Database, 2010

Podíl populace v produktivním věku na celkové populaci poklesne o méně než 6 procentních bodů v Turecku, Mexiku, Lucembursku, Austrálii a USA a Švédsku a o více než 15 procentních bodů v České Republice, Slovensku, Polsku, Slovinsku a Koreji. V České republice by se měl podle OECD podíl populace ve věku 15–64 let snížit ze 70 % v roce 2010 na 55 % v roce 2050.

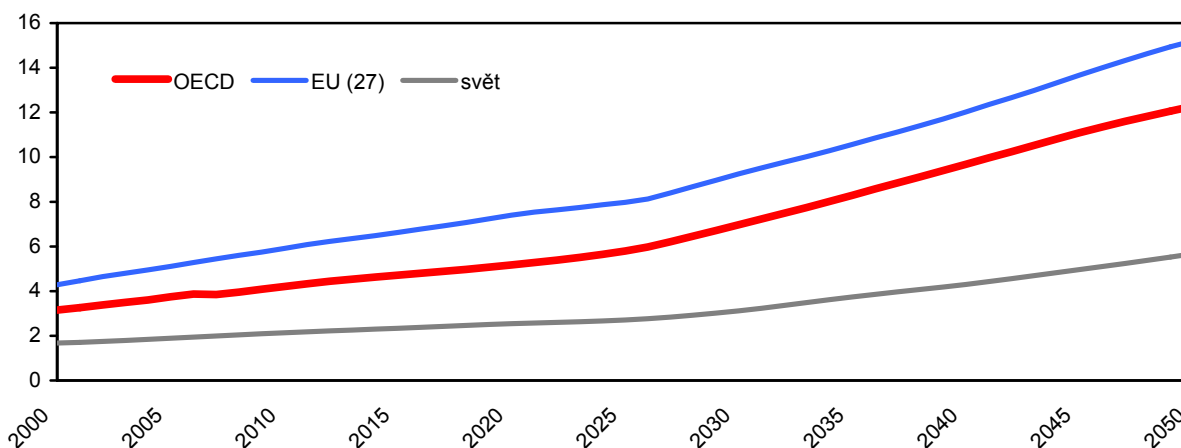
Počet potencionálních neformálních pečovatелů se rovněž sníží. Podíl starších rodinných pečovatелů (ve věku 65–79 let) sice mezi roky 2010–2050 vzroste z přibližně 10 % na 15 % populace, avšak tento nárůst bude menší než relativní úbytek populace v produktivním věku. Celkový podíl osob ve věku 80 a více let na 100 osob ve věku 15–80 let se tak ztrojnásobí ze 4 v roce 2010 na 12 v roce 2050 (viz obr. č. 11).

Obr. č. 11 Vývoj podílu osob 65–79 v populaci a populace 80+ na 100 osob ve věku 15–80 v OECD a EU 27 v letech 2000–2050

A. Vývoj podílu populace ve věku 65–79 let



B. Populace ve věku 80 a více let na 100 osob ve věku 15–80 (index závislosti velmi starých osob)



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

Podle OECD přispějí ke snížení dostupnosti neformálních pečovatелů, zejm. dospělých dětí v produktivním věku poskytujících péči svým rodičům, další trendy, jako např. klesající velikost rodiny, rostoucí bezdětnost nebo 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 zřejmě rovněž přispějí ke snížení dostupnosti neformální péče.

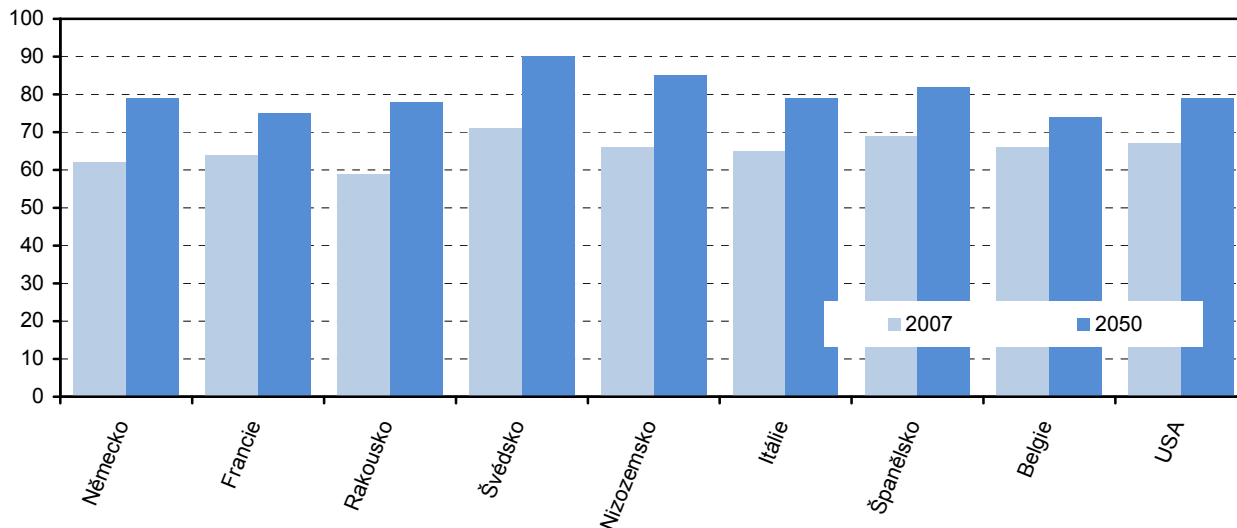
Tento pokles bude částečně kompenzován zlepšením přežívání mužů, což povede ke zvýšení podílu seniorů žijících v partnerském vztahu. Seniori se sníženou soběstačností žijící s manželem/druhem mají navíc menší pravděpodobnost, že budou potřebovat formální či ústavní péči.

Přírůstky ve střední délce života, zejména u mužů, povedou k tomu, že se sníží podíl starších žen bez partnera. Jak ukazuje obr. č. 12, s rostoucím počtem přežívajících mužů se poměr mužů na 100 žen ve věku 70 a více let zvýší o více než 15 % z 65 na 80 (tj. 0,8 mužů na každou ženu). Optimistický výhled je podporován také tím, že do roku 2030 se sníží podíl starších žen bez přežívajícího dítěte. Důvodem této skutečnosti je fakt, že i když se průměrná velikost rodiny snížila, ve 30tých a 40tých letech 20. století bylo méně

trvale svobodných a bezdětných žen. Dlouhodobější výhled v evropských zemích však zůstává nejistý vzhledem k tomu, že kohorty narozené po roce 1950 mají méně dětí, vyšší rozvodovost a nižší sňatečnost.

Obr. č. 12 Projekce vývoje podílu přežívajících mužů na 100 žen ve věku 70 a více let ve vybraných zemích OECD do roku 2050

Počet mužů na 100 žen ve věku 70 a více let v roce 2007 a 2050



Zdroj: Výpočty OECD založené na populačních projekcích

Tato Aktuální informace představuje souhrn vybraných výstupů publikace OECD „*Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*“ se zaměřením na statistická data o uživateli dlouhodobé péče a vývoji poptávky po dlouhodobé péči v kontextu budoucího demografického vývoje. Třetí díl této řady přináší vybrané informace o neformálních pečovateli a o dopadech poskytování neformální péče na zaměstnanost a zdraví pečovateli. Čtvrtý díl obsahuje údaje o financování dlouhodobé péče v zemích OECD a závěrečné shrnutí. Celá [publikace](#) v angličtině a další informace o aktivitách OECD v souvisejících oblastech jsou dostupné [na stránkách OECD](#).

Zpracoval: Mgr. Petr Wija, Ph.D.