

Praha 17. 8. 2012

34

Poskytování a financování dlouhodobé péče v zemích OECD (IV)

- výdaje na dlouhodobou péči

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

Souhrn

Tato Aktuální informace přináší vybrané údaje a informace o financování dlouhodobé péče z publikace OECD „*Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*“. Výdaje na dlouhodobou péči ve 25 zemích OECD představovaly v průměru 1,5 % HDP. Nejvyšší podíl na celkovém HDP dosahují výdaje na dlouhodobou péči ve Švédsku a v Nizozemsku (kolem 3,5 %), naopak nejnižší výdaje mají země jižní a východní Evropy. Soukromé pojištění ve většině zemí OECD tvoří méně než 2 % celkových výdajů na dlouhodobou péči (nejvyšší podíl dosahuje v USA a Japonsku, kde tvoří zhruba 5–7 % celkových výdajů). Dlouhodobá péče je v zemích OECD financována převážně z veřejných zdrojů. Podíl přímých plateb na celkových výdajích je nejvyšší ve Švýcarsku (60 %), Portugalsku (45 %), Německu a Španělsku (cca 30 %).

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

Summary

This Topical Information provides brief information and statistical data on long-term care financing in OECD countries from the [OECD publication](#) „Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care“(2011).

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

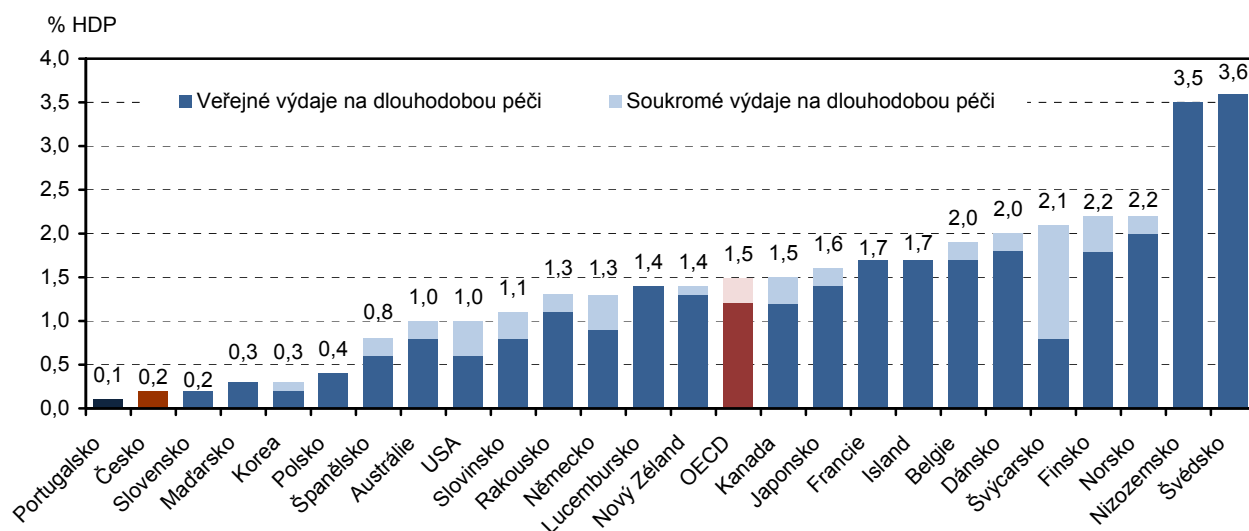
Tato aktuální informace je poslední částí čtyřdílné řady věnované prezentaci vybraných výstupů publikace OECD „[Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care](#)“. První část se zaměřila na vymezení základních pojmů v oblasti dlouhodobé péče a informace o formálních pracovnících dlouhodobé péče. Druhý díl obsahuje statistická data o uživatelích dlouhodobé péče a vývoji poptávky a nabídky dlouhodobé péče v kontextu demografického vývoje. Třetí díl přinesl vybrané informace o neformální péči.

V této poslední čtvrté části představujeme vybrané údaje o financování dlouhodobé péče v zemích OECD a závěrečné shrnutí, včetně pracovního překladu souhrnné zprávy obsahující doporučení na opatření v oblasti dlouhodobé péče. Celá publikace a další informace o aktivitách OECD v této oblasti lze nalézt [na stránkách OECD](#).

Výdaje na dlouhodobou péči¹

Celkové výdaje na dlouhodobou péči (bez zahrnutí ekonomické hodnoty a dopadů neformální péče) představovaly ve 25 zemích OECD v průměru 1,5 % HDP (viz obr. č. 1). Mezi jednotlivými zeměmi OECD existují velké rozdíly, které odrážejí rozdílnou míru potřeby dlouhodobé péče, odlišnou strukturu a rozsah formálního systému dlouhodobé péče a také kulturní odlišnosti. Definice zdravotní a sociální složky dlouhodobé péče se v zemích OECD liší. Rozdíly v definici dlouhodobé péče mohou podle OECD ovlivnit mezinárodní srovnatelnost klíčového ukazatele, jakým je podíl výdajů na zdravotnictví na HDP země. Podle pojetí OECD by celkové výdaje na dlouhodobou péči měly zahrnovat jak výdaje na zdravotní služby dlouhodobé péče, tak výdaje na sociální služby poskytované v rámci dlouhodobé péče. Do zdravotní komponenty dlouhodobé péče OECD zahrnuje paliativní péči, dlouhodobou ošetrovatelskou péči, osobní přímou péči (ADL). Do sociální komponenty dlouhodobé péče pak zahrnuje pobytové a další sociální služby, ve kterých převažuje pomoc s instrumentálními aktivitami denního života (IADL).

Obr. č. 1 Podíl výdajů na dlouhodobou péči na celkovém HDP v zemích OECD v roce 2008



Pozn.: Data pro Rakousko, Belgii, Kanadu, Českou republiku, Dánsko, Maďarsko, Island, Norsko, Portugalsko, Švýcarsko a USA se vztahují pouze na zdravotnickou složku nákladů na dlouhodobou péči. V ostatních případech výdaje zahrnují výdaje z resortu zdravotnictví (ošetrovatelská péče) i sociální výdaje na dlouhodobou péči. Sociální výdaje na dlouhodobou péči v České republice jsou odhadovány na 1 % HDP (Zdroj: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2009). Data pro Island a USA se vztahují pouze na ošetrovatelskou dlouhodobou péči v institucích. Data pro USA podhodnocují výdaje v soukromých zařízeních dlouhodobé péče. Data pro Polsko nezahrnují výdaje na infrastrukturu, které v roce 2007 dosahovaly cca 0,25 % HDP. Data pro Nizozemsko pro rok 2007 nezahrnují přímé platby uživatelů, jejichž výše se odhaduje na 8 % celkových výdajů z AWBZ (pojištění na mimořádné výdaje, zahrnující dlouhodobou péči na rozdíl od léčebné péče). Data pro Austrálii jsou pro rok 2005; data pro Slovensko a Portugalsko pro rok 2006 a data pro Dánsko, Japonsko a Švýcarsko pro rok 2007.

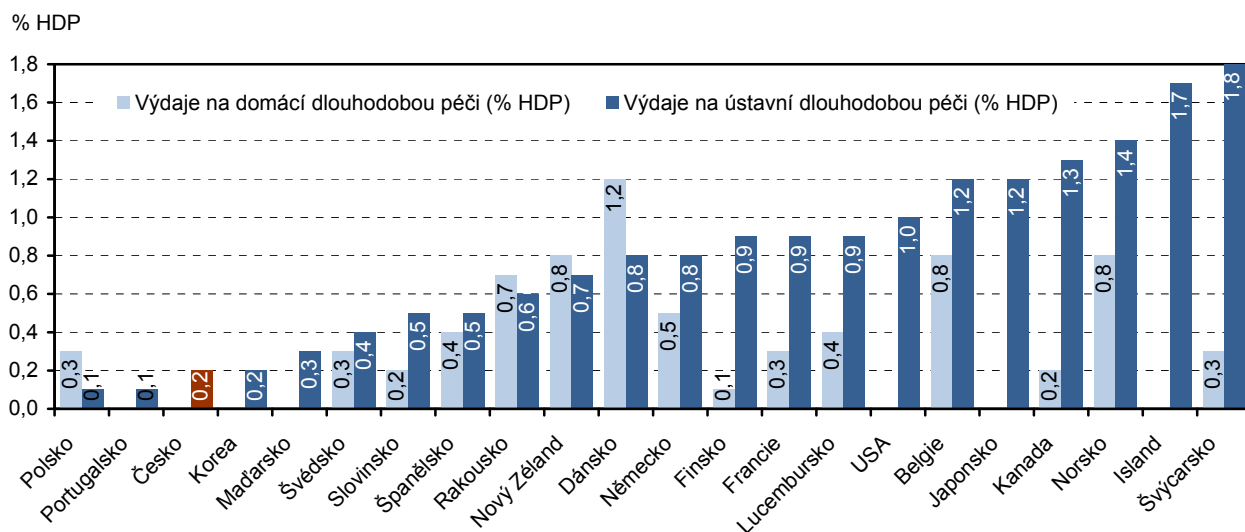
Zdroj: OECD Health Data 2010.

Nejvyšší podíl na celkovém HDP dosahují výdaje na dlouhodobou péči ve Švédsku a Nizozemsku (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 je Mexiko a Korea, které na dlouhodobou péči vydávají relativně málo. V České republice

¹ Údaje a informace pro uvedenou analýzu byly členskými zeměmi poskytnuty „ad hoc“ prostřednictvím dotazníku OECD. Zdravotní a sociální složka dlouhodobé péče, stejně jako hranice mezi nimi, jsou často v jednotlivých zemích OECD definovány odlišně, což snižuje mezinárodní srovnatelnost údajů o jednotlivých aspektech dlouhodobé péče, včetně dat o výdajích v této oblasti. Prezentované výstupy by proto měly sloužit pro základní orientaci a srovnání. Problematika definice dlouhodobé péče a metody stanovení výdajů na dlouhodobou péči je diskutována např. v dokumentu OECD „Conceptual Framework and Methods for Analysis of Data Sources for Long-Term Care Expenditure“.

podíl výdajů na dlouhodobou péči bez zahrnutí sociálních výdajů² a výdajů na domácí péči činil 0,2 % HDP. Přestože uživatelé obecně preferují péči v domácím prostředí, většina výdajů směřuje do sektoru ústavní péče (viz obr. č. 2).

Obr. č. 2 Podíl výdajů na ústavní a na domácí dlouhodobou péči na celkovém HDP v roce 2008



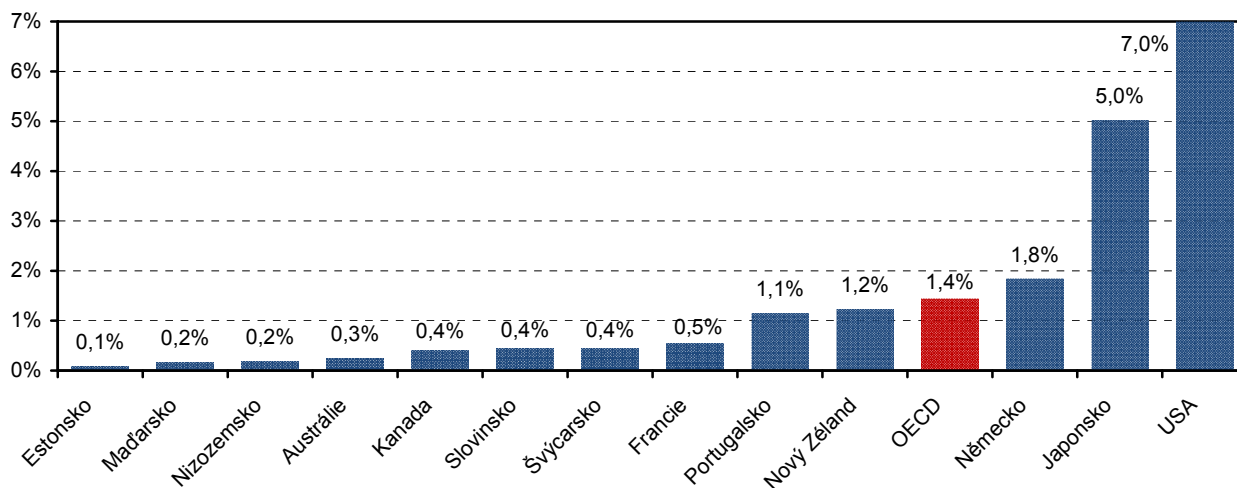
Pozn.: Domácí péče zahrnuje výdaje na denní péči. Data pro Dánsko, Japonsko a Švýcarsko jsou pro rok 2007; data pro Portugalsko pro rok 2006 a data pro Lucembursko pro rok 2005. Data pro Polsko nezahrnují výdaje na infrastrukturu, které činí 0,25 % HDP (2007). Data za Českou republiku zahrnují jen výdaje v rámci resortu zdravotnictví. Výdaje na dlouhodobou péči v resortu sociálních věcí jsou odhadovány na 1 % HDP (Zdroj: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2009).

Zdroj: OECD Health Data 2010.

Trh se soukromým pojištěním na dlouhodobou péči je ve většině zemí OECD malý. Jak ukazuje obr. č. 3, největší podíl dosahuje soukromé pojištění v USA a Japonsku, kde tvoří zhruba 5–7 % celkových výdajů na dlouhodobou péči. 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. V České republice je role soukromého pojištění v současnosti zanedbatelná, nicméně lze předpokládat, že nabídka soukromých produktů v této oblasti bude růst.

² V roce 2010 bylo podle údajů MPSV (viz [Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí](#)) na příspěvcích na péči vyplaceno celkem 19,6 mld. Kč (průměrný měsíční počet vyplacených dávek činil 310 tisíc), tj. téměř o 1 mld. více než v roce 2009 (průměrný měsíční počet dávek 308 tisíc), což odpovídalo cca 0,5 % HDP v roce 2010.

Obr. č. 3 Podíl soukromého pojištění na celkových výdajích na dlouhodobou péči



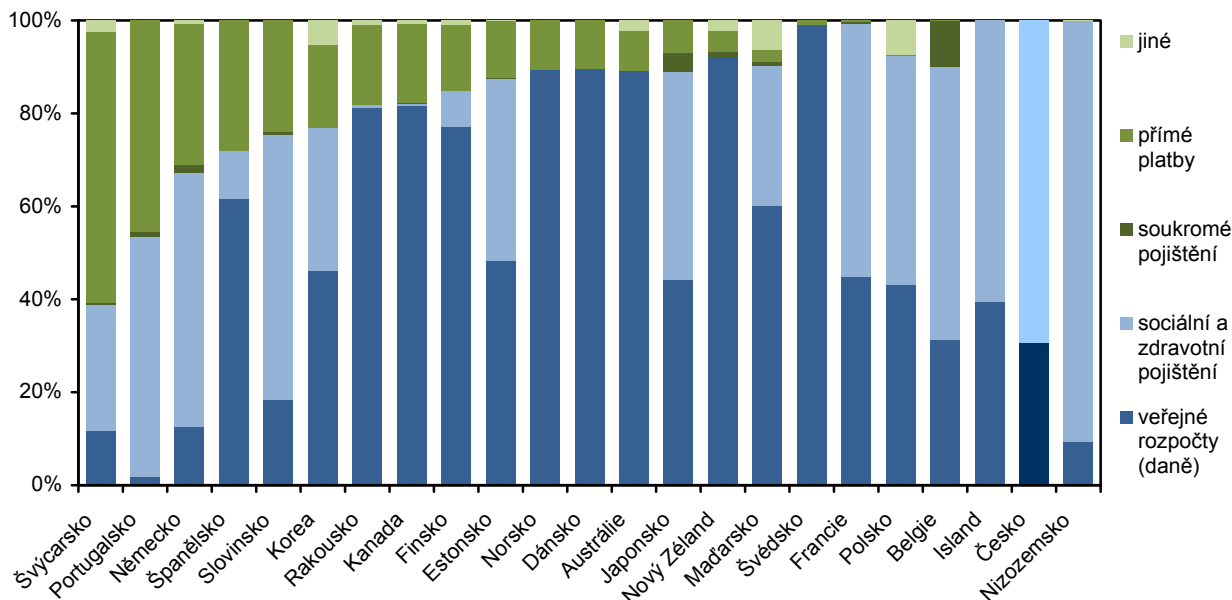
Pozn.: Data pro Kanadu, Estonsko, Francii, Maďarsko, Německo, Nový Zéland a Slovinsko jsou pro rok 2008; data pro Austrálii a Švýcarsko jsou pro rok 2007; pro Japonsko a Portugalsko pro rok 2006 a pro Nizozemsko pro rok 2005. S výjimkou Nizozemska, Nového Zélandu, Slovinska a Španělska se data vztahují pouze na dlouhodobou ošetrovatelskou péči.

Zdroj: Systém zdravotních účtů OECD, 2010 a US Department of Health and Human Services, 2010

Dlouhodobá péče v zemích OECD je financována převážně z veřejných zdrojů, výjimkou je Švýcarsko, kde soukromé výdaje tvoří 60 % všech výdajů (i když nebyly zahrnuty některé výdaje v rámci sociálního systému). V Portugalsku tvoří přímé platby 45 % celkových výdajů a v Německu a Španělsku zhruba 30 % všech výdajů na dlouhodobou péči (viz obr. č. 4).

Obr. č. 4 Výdaje na dlouhodobou péči podle zdroje financování v roce 2007

Pořadí zemí podle klesajícího podílu přímých plateb uživatelů v roce 2007



Pozn.: 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.

Zdroj: Systém zdravotních účtů OECD, 2010.

Závěry

Níže uvádíme výběr hlavních závěrů a doporučení vyplývajících z analýzy OECD uvedených v publikaci „*Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*“. Pracovní překlad celé souhrnné zprávy uvádíme v příloze této aktuální informace.

- Řešení problematiky dlouhodobé péče a zajištění dostupnosti kvalifikovaných pracovníků vyžaduje dlouhodobé plánování a ucelenou strategii dlouhodobé péče.
- Přestože rodinní pečovatelé tvoří páteř systému dlouhodobé péče, žádná země OECD se neobejde bez dobře fungujícího formálního systému dlouhodobé péče.
- Univerzální systémy dlouhodobé péče financované na základě pojištění nebo daní zajišťují široký a spravedlivý přístup k péči pro všechny osoby podle jejich potřeby bez ohledu na jejich příjem a finanční situaci.
- Doklady o budoucím vývoji disability³ a zdravotního stavu stárnoucí populace jsou nejednoznačné. Na potřebě dlouhodobé péče se bude podílet zejména růst nejstarší populace ve věku nad 80 let. Vzhledem k demografickému vývoji bude klesat dostupnost neformální, zejm. rodinné péče, i podíl pracovní síly v populaci.
- 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 této profese, zvyšuje spokojenost zaměstnanců, snižuje fluktuaci a zvyšuje retenci pracovníků v tomto sektoru.
- V rámci vzdělávání zdravotních pracovníků je žádoucí věnovat více pozornosti přípravě pracovníků na kariéru v sektoru dlouhodobé péče.
- Podpora neformálních pečovatелů, 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 horší přístup k flexibilní pracovní době a dovolené na péči. Podpora neformálních pečovatелů je často nesystematická.
- Výzkum by se měl zaměřit mimo jiné na analýzu dopadů a ekonomické efektivity různých forem dlouhodobé péče a podpory neformálních pečovatелů.
- Financování dlouhodobé péče je často řešeno krátkodobě prostřednictvím dílčích změn bez dlouhodobější strategie.
- Financování dlouhodobé péče by mělo být nastaveno tak, aby odměňovalo kvalitu a dopad péče, nikoliv objem a množství úkonů dlouhodobé péče.
- Jednotná vstupní brána ke službám a informacím a posílení kompetencí může zlepšit efektivitu a koordinaci služeb dlouhodobé péče.
- Náklady na dlouhodobou péči by měly být posuzovány v kontextu s dalšími sociálními a zdravotními výdaji, proto je důležité sdílet informace mezi těmito resorty a oblastmi.
- Soukromé pojištění na dlouhodobou péči hraje dosud ve financování dlouhodobé péče v zemích OECD okrajovou roli. V případě dobrovolnosti pojištění bude pravděpodobně účast na soukromém pojištění malá.

³ Viz např. analýza OECD „[Trends in Severe Disability Among Elderly People](#)“ (březen 2007), která se zaměřuje na situaci ve 12 zemích OECD (Austrálie, Belgie, Kanada, Dánsko, Finsko, Francie, Itálie, Japonsko, Nizozemsko, Švédsko, Velká Británie a USA).

- Vlády by měly hledat další cesty k zajištění finančních prostředků na financování dlouhodobé péče, včetně motivace obyvatel k tomu, aby se na budoucí potřebu dlouhodobé péče připravovali.
- Zdravé stárnutí a prevence mohou snížit růst nákladů na dlouhodobou péči, chybí však žádoucí poznatky o dopadech a efektivitě jednotlivých intervencí podporujících [zdravé stárnutí](#)⁴.

Tato aktuální informace je poslední ze čtyřdílné řady aktuálních informací věnovaných výstupům publikace OECD „*Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*“. Celou publikaci v angličtině, včetně [souhrnné zprávy](#) (viz český překlad v příloze) a dalších informací o aktivitách OECD v této oblasti lze nalézt [na stránkách OECD](#). Publikace OECD je dostupná také na stránkách [Evropské komise](#), která projekt finančně podpořila.

Zpracoval: Mgr. Petr Wija, Ph.D.

⁴ V roce 2009 OECD zveřejnila [analýzu politik](#) na podporu prevence a oddálení vzniku disability ve vyšším věku (zdravého stárnutí), která identifikuje čtyři oblasti politik: 1) prodloužení pracovního života a podporu sociální integrace 2) zlepšení životního stylu, 3) přizpůsobení systémů zdravotní péče potřebám seniorů a 4) ovlivnění základních sociálních a environmentálních determinant zdravého stárnutí.

PŘÍLOHA:

Souhrn a závěry

Poskytování a financování dlouhodobé péče v zemích OECD¹

1. Rostoucí potřeba dlouhodobé péče má významné dopady na její financování a na trh práce

Potřeba dlouhodobé péče roste se stárnutím populace ...

Není překvapením, že se stárnutím populace a nejednoznačnými důkazy o klesající míře disability u seniorů, rozvolňováním rodinných vztahů a rostoucí účastí žen na trhu práce roste potřeba dlouhodobé péče o nesoběstačné seniory. Za růstem potřeby dlouhodobé péče v zemích OECD stojí zejména růst počtu seniorů. Diskuse o dlouhodobé péči opravdu často probíhá v kontextu diskuse o finančních dopadech stárnutí populace. Číslo hovoří sama za sebe. Osoby starší 80 let v roce 1950 tvořily 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.

... což bude mít značný vliv jak na financování dlouhodobé péče, tak na potřeby trhu práce.

Rychlé stárnutí populace a společenské změny budou mít značný vliv na poskytování i na financování dlouhodobé péče. Na jedné straně tyto změny povedou ke snížení dostupnosti potenciálních neformálních (rodina, příbuzní, známí apod.) i formálních (profesionálních) pečovatелů. Počet potenciálních neformálních pečovatелů se pravděpodobně sníží v důsledku toho, že lidé budou pracovat déle a účast žen na trhu práce roste. V současnosti přepočtený počet zdravotních sester a pracovníků osobní péče v zemích OECD tvoří 1 až 2 % pracovní síly. V mnoha zemích se tento podíl může do roku 2050 více než zdvojnásobit.

Na druhé straně výdaje na dlouhodobou péči, které v současnosti dosahují v zemích OECD v průměru 1,5 % HDP (bez zahrnutí hodnoty péče poskytované rodinou a přáteli), mohou vzrůst do roku 2050 nejméně dvojnásobně. Tato projekce může být ještě velmi konzervativní, zohledníme-li možná rizika a nejistoty budoucího vývoje. Dostupnost rodinné péče pravděpodobně klesne, což může zvýšit očekávaný růst výdajů na dlouhodobou péči do roku 2050 o cca 5 až 20 %. Lidé s růstem reálných příjmů požadují vstřícnější a kvalitnější služby. V kontextu klesající velikosti pracovní síly vyšší poptávka po pracovnících dlouhodobé péče nespíš povede také k nárůstu reálných mezd v tomto sektoru a v důsledku toho k růstu výdajů nad rámec základní projekce. Zohledníme-li všechny faktory, výdaje na dlouhodobou péči se mohou do roku 2050 dokonce ztrojnásobit.

Vyrovnění se s těmito výzvami vyžaduje ucelenou vizi dlouhodobé péče.

Řešení těchto budoucích výzev bude obtížné, ale ne nemožné. Bude to vyžadovat komplexní přístup zahrnující jak politiky zaměřené na *neformální* pečovatele (rodina

¹ Pracovní překlad [shnutí a závěru](#) publikace OECD „[Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care](#)“ (OECD, 2011).

a přátelé), tak na poskytování *formálních* služeb dlouhodobé péče a jejich financování. Pozornost veřejné správy a politiky se často úzce zaměřuje na formální systémy péče, méně pozornosti je věnováno vztahům s neformálním a soukromým sektorem dlouhodobé péče.

2. Podpora neformálních pečovatелů je prospěšná pro všechny strany

Rodinní pečovatелé, zejména ženy, jsou páteří každého systému dlouhodobé péče.

Bez ohledu na to, jaký systém dlouhodobé péče v dané zemi existuje, většinu péče poskytují rodinní pečovatелé (a přátelé) v rámci pokračujícího sociálního vztahu. V zemích OECD více než jedna z deseti osob nad 50 let poskytuje neformální (obvykle neplacenou) pomoc s osobní péčí lidem s funkčními omezeními. Většina této péče je nižší intenzity: více než polovina pečovatелů se podílí na péči méně než 10 hodin týdně, což je obvyklé zejména v zemích severní Evropy a Švýcarsku. Naopak v jižní Evropě, České republice a v Polsku více než 30 % pečovatелů poskytuje intenzivní péči (tj. více než 20 hod. týdně), ve Španělsku pak 50 % a v Koreji 60 %. Tyto značné rozdíly jsou dány odlišnou politikou vůči rodině a rodinným závazkům, ale také kulturními a společenskými odlišnostmi.

Téměř 2/3 rodinných pečovatелů jsou ženy, většinou pečující o blízké příbuzné jako jsou rodiče nebo partneři, nicméně ve vyšším věku počet mužů poskytujících péči roste. Jedna z pěti dospělých osob ve věku 50 a více let, která má omezení alespoň v jedné aktivitě denního života, je příjemcem neformální péče. Tento podíl je dvojnásobný u osob se dvěma nebo třemi omezeními. Uvedená data ukazují, že poskytování dlouhodobé péče stojí převážně na neformální péči.

Věnovat více pozornosti neformálním pečovatелům je potenciálně ideálním řešením pro všechny.

Podpora poskytovaná pečovatелům je často výrazem uznání jejich sociálně užitečné a náročné role. Jsou však zapotřebí více než jen gesta. Přestože poskytování péče rodinami a dalšími příbuznými by nemělo být vynucováno, podpora pečovatелů je cesta, z níž mohou mít prospěch všichni. Přínos podpory pečovatелů je minimálně trojí:

- pro příjemce péče, kteří preferují neformální péči ze strany rodiny a přátel,
- pro pečovatele, kteří nesou ekonomické, zdravotní a sociální důsledky dobrovolně, tj. z náklonnosti nebo pocitu závazku, poskytované péče,
- pro veřejné finance, protože podpora neformální péče může pomoci zvýšit dostupnost formální dlouhodobé péče. Odhadovaná ekonomická hodnota neformální péče vysoce převyšuje hodnotu formální péče. Podle některých odhadů ekonomický přínos neformálních pečovatелů činil v USA v roce 2007 celkem 375 miliard USD (tj. 2,7 % HDP). Významnější snížení dostupnosti neformální rodinné péče by tak vedlo ke zvýšení finančního tlaku na veřejný systém dlouhodobé péče.

Data naznačují, že existuje prostor pro růst intenzity neformální péče. Nicméně poskytování náročnější a intenzivnější neformální péče je spojeno s poklesem účasti na trhu práce, vyšším rizikem chudoby a prevalence duševních problémů (o 20 % vyšší prevalence než pro nepečovatele), dosahující dokonce o 70 nebo 80 % vyšších hodnot v Austrálii, USA a Koreji. Všechny tyto skutečnosti ukazují na význam vlád v podpoře rodinných pečovatелů. To však vyvolává otázku, jak by tato podpora měla vypadat.

Finanční pomoc poskytovaná pečovateli je jedním z nástrojů jejich podpory, její správné nastavení je však obtížné.

Finanční podpora pečovateli - např. dávky vyplácené pečovateli a příjemcům péče - jsou výrazem uznání a odměnou, nicméně zacílení podpory na ty, kteří čelí největšímu zdravotnímu riziku a ohrožení na trhu práce a stanovení odpovídající výše podpory zůstává problematické.

Dávky poskytují neformálním pečovateli finanční podporu nahrazující ušlou mzdu nebo náklady způsobené poskytováním péče. Příspěvky poskytované neformálním pečovateli v severských zemích mají charakter mzdy, která je odměnou za poskytování péče, nicméně na relativně nízké úrovni. V některých anglicky mluvících zemích (Austrálie, Kanada - Nové Skotsko, Irsko, Nový Zéland a Velká Británie) jsou finanční příspěvky určeny osobám pod určitou příjmovou hranicí nebo poskytujícím určitý minimální počet hodin péče.

Příspěvky poskytované pečovateli jsou uznáním společenské hodnoty péče, ale přináší také složité otázky týkající se nastavení, např. určení adekvátní výše poskytující přiměřenou odměnu a současně neodrazující zaměstnané pečovatele od další účasti na trhu práce. Hodnocení příjmů a podmínky nároku na dávku mohou odrazovat od placeného zaměstnání. Podmínky nároku na dávku musí být jasně formulovány, nicméně stanovení osoby poskytující péči a měření míry péče vede k chybám. Striktní podmínky nároku pomáhají zabránit zneužití dávky, ale mohou také zvyšovat administrativní náklady a být považovány za subjektivní a neodůvodněné. Je třeba najít kompromis mezi rozsahem podpořených pečovateli a celkovou částkou dostupnou pro tento účel z veřejných zdrojů.

Vyplácení dávek přímo příjemci péče má určité výhody.

Dávky vyplácené příjemci péče nabízí podporu osobě, která se nachází v obtížné situaci, avšak tyto dávky nemusí být využívány nutně nebo výhradně k odměňování pečovateli. Obdobné dávky existují téměř ve všech zemích OECD, které mají veřejný systém dlouhodobé péče, pouze několik zemí spoléhá výhradně na poskytování věcných dávek *formou služeb* (Austrálie, Maďarsko, Japonsko, Mexiko). Mnoho provincií a teritorií v Kanadě má dobře fungující systém péče zaměřené na uživatele, který rozhoduje o poskytování péče.

Dávky vyplácené přímo příjemci péče mají některé výhody, není například nutné stanovovat primárního pečovatele, tj. osobu odpovědnou za poskytování péče. Navíc výše dávky poskytované příjemci péče může lépe odrážet míru potřeby péče. Na druhé straně tyto dávky činí příjem pečovatele závislým na příjemci péče a mohou proto negativně ovlivnit rodinné vztahy. Požadavek na uzavření formální smlouvy mezi příjemcem péče a rodinným pečovatelem je výhodný z toho důvodu, že je jasně stanovena osoba odpovědná za péči (Pozn.: Tak je tomu např. v Německu. Ve Francii tato povinnost platí pro příbuzné kromě partnera).

Oba typy finanční podpory mohou tím, že zvýší množství péče poskytované rodinnými příslušníky, podpořit zachování dostupnosti neformální péče. Na druhé straně ale tato podpora zahrnuje určitou umrtvenou ztrátu, což znamená, že stát vyplatí finanční prostředky i v těch případech, kdy by péče byla poskytována i bez finanční podpory či pobídky. Rozsah využívání dávek k odměňování rodinných pečovateli je ovlivněn nastavením podmínek využití dávky a jejich flexibilitou. Při stanovování těchto podmínek může být obtížné sladit požadavek na motivaci k rodinné péči s potřebou kontroly zneužívání dávek a zabránění práci načerno (např. Itálie, Rakousko).

Dalším rizikem je vytvoření sociální pastí ve formě dávky a setrvávání neformálních pečovateli v nízko placených pozicích s nedostatkem pobídek k další účasti na trhu práce. Motivování k účasti na trhu práce může být obtížnější, pokud se potřeba péče zvýší nebo

pro adekvátní podporu je zapotřebí relativně vysoká výše dávky. Vzhledem k tomu, že většina neformálních pečovatелů je ve věku 45 a více let, bude důležité minimalizovat pobídky pro předčasný odchod do důchodu v důsledku nadměrně vysokého náhradového poměru dávky vůči mzdě nebo garantovaného minimálního důchodu nebo podpory v nezaměstnanosti.

Ze všech uvedených důvodů by finanční podpora neměla být považována za jedinou možnost podpory. Potřebné jsou také služby. Peněžní dávka by měla být chápána jako součást širšího individuálního plánu péče, který může zahrnovat vzdělávání a výcvik, opatření k sladění péče a zaměstnání a další formy podpory, včetně respitní.

Podpora pečovatелů zahrnuje také řešení otázek rovnováhy mezi pracovním a soukromým životem prostřednictvím zvýšení možností volby a flexibility ...

Přestože v případě nízké intenzity péče nevede poskytování neformální péče ke snížení pracovního úvazku, dopad péče se zvyšuje s její intenzitou. Jednoprocentní nárůst v počtu hodin péče je spojen se snížením zaměstnanosti pečovatелů o přibližně 10 % a v průměru s o něco více než 1% snížením počtu hodin práce. Dovolena na péči a flexibilní pracovní podmínky pomáhají pečovatелům sladit pracovními závazky a poskytování péče a mohou tak zvýšit dostupnost a nabídku obojího.

Dvě třetiny zemí OECD, pro které jsou dostupné informace, mají zákonem stanovený nárok na dovolenou na péči o osoby s chronickým onemocněním nebo s potřebou dlouhodobé péče. V méně než polovině z nich existuje nárok na dovolenou placenou, její délka však bývá omezena na maximálně měsíc nebo na případy terminální péče. Výše dávky je přitom často nízká, takže dovolená na péči je využívána pouze v omezené míře. Nastavit vhodnou délku dovolené může být obtížné, obdobně jako je tomu u rodičovské dovolené. Dlouhá doba dovolené může poškodit pozici neformálního pečovatele na trhu práce a krátká dovolená naopak nemusí stačit na poskytnutí potřebné péče a může vést k odchodu z trhu práce.

V porovnání s rodičovskou dovolenou, která je běžně dostupná a téměř ve všech zemích OECD placená, jsou podmínky dovolené na péči obecně přísnější. V důsledku právní úpravy je pro zaměstnavatele snadnější odmítnout poskytnutí dovolené na péči a ošetřování než rodičovskou dovolenou. Pro tuto nerovnost existují důvody. Z důvodu větší předvídatelnosti ve smyslu načasování a délky je pro zaměstnavatele snadnější reagovat na potřebu rodičovské dovolené, která je využívána ve fázi pracovního života, kdy produktivita a kariéerní příležitosti rostou. Vzhledem k očekávanému růstu potřebnosti poskytování dlouhodobé péče a skutečnosti, že mnoho lidí bude muset pečovat současně o děti a své rodiče, může být pro zaměstnavatele předností, pokud dokáže lépe reagovat na potřeby pečovatele.

Dostupnost flexibilních pracovních podmínek může odrážet rozdíly v dostupnosti formální péče a v potřebnosti péče. Zdá se, že Velká Británie, Austrálie a USA nabízejí pracovní podmínky, které účinně snižují riziko poklesu počtu pracovních hodin při poskytování neformální péče. Zatímco v osmi z deseti zemí OECD mohou zaměstnanci pečující o dítě požádat o zkrácený úvazek, zaměstnanci pečující o nesoběstačného seniora mají právo na zkrácený úvazek v méně než dvou třetinách z 25 zemí OECD, pro které jsou informace k dispozici.

... a nabídky flexibilní podpory a služeb pečovatелům, která musí zahrnovat více než jen respitní péči.

Některé služby pro pečovatele, jako například respitní péče, vzdělávací a tréninkové kurzy nebo poradenství mohou přispět jak ke zlepšení kvality péče, tak ke zlepšení kvality života pečovatелů. Kromě toho opatření na podporu pečovatелů jsou velmi důležitá vzhledem

k tomu, že pečovatelé sami stárnou a jsou potenciálně zranitelnější. Přestože nemáme dostatek informací o ekonomické a nákladové efektivitě, mohou být tyto služby poskytovány za relativně nízké náklady, zejména s využitím zásadní a nedoceníitelné role neziskového a dobrovolnického sektoru, jak tomu již je v několika zemích.

Respitní péče umožňuje pečovatelům odpočinek a nabízí jim příležitost ke vzdělávání a zkvalitnění péče. Často je to jediný a nejrozšířenější druh podpory dostupný pečovatelům, i když jak ukazují čekací listiny v některých zemích, těchto služeb nemusí být dostatek. Ve většině zemí je krátkodobá respitní péče hrazena přímo rodinami, ale v některých zemích poskytují osobám s nižšími příjmy finanční podporu nebo je respitní péče plně hrazena jako např. v Dánsku. Některé země mají zákonem stanovený právní nárok na respitní péči v různé délce (např. ve Finsku několik dní v měsíci a v Německu a Rakousku čtyři týdny v roce). Respitní péče je zásadní pro snížení rizika syndromu vyhoření. Nejúčinnější je u pečovatелů, kteří poskytují intenzivní péči nebo pečovatелů s nejvyšší subjektivní zátěží, u zaměstnaných pečovatелů a v případě péče během noci. Flexibilní služby nebo jejich kombinace jsou lépe schopny reagovat na různé potřeby pečovatele. Mnoho pečovatелů krátkodobou respitní péči aktivně nevyhledává a proto může finanční podpora nebo geografická dostupnost usnadnit přístup a využívání této služby.

Pečovatelé si často stěžují na nedostatek psychologické podpory. Poskytnutí poradenství může být efektivním nástrojem snižování stresu pečovatелů. Švédsko nabízí komplexní a integrovaný systém poradenství. Irsko rodinným pečovatelům nabízí vzdělávání a Nizozemsko například poradenství zaměřené na prevenci a podpůrné služby. V Německu existuje zákonem upravené právo na osobního poradce při péči. V USA jsou v rámci federálního programu organizovány podpůrné svépomocné skupiny a individuální poradenství. Uvedené druhy služeb pro pečovatele jsou však často obtížně dostupné, mají nedostatečnou kapacitu nebo nejsou finančně podporované.

Jedno kontaktní místo pro pečovatele a jejich rodiny (one-stop shops) nebo služby, které propojují různé informace o veřejných, soukromých a neziskových organizacích, mohou usnadnit přístup ke zdravotní a sociální péči a její plánování. Koordinátor či manažer poskytování péče může pečovatelům velmi účinně poradit a pomoci koordinovat různé služby. Hodnocení potřeb neformálních pečovatелů, které je prováděno v Austrálii, Švédsku a Velké Británii, je prvním důležitým krokem k poskytnutí informací o vhodných službách. Výzkumní pracovníci v několika zemích vytvořili za tímto účelem různé hodnotící nástroje. Rovněž sestry a praktičtí lékaři mohou hrát klíčovou roli při včasné identifikaci stresu pečovatелů a navržení vhodné pomoci.

Chybí poznatky o ekonomické efektivitě jednotlivých způsobů podpory pečovatелů.

Přestože pečovatelé potřebují adretná opatření, pozornost při plánování podpory musí zůstat zaměřena na potřeby příjemce péče. Je to praktické, protože je snadnější identifikovat příjemce péče než pečovatele, a umožňuje to také kompetentním subjektům přizpůsobovat podporu potřebám příjemce péče. Skutečnost, že pečovatelé i příjemci péče jsou různorodé skupiny s odlišnými potřebami, vyžaduje flexibilní opatření na jejich podporu a průběžné přizpůsobování této podpory individuálním okolnostem příjemce péče a neformálních pečovatелů. Je žádoucí také koordinace mezi formálním a neformálním systémem péče. Hlavně však bude nezbytné získat více podkladů pro hodnocení nákladů a výnosů jednotlivých politik a opatření na podporu neformálních pečovatелů. Vzhledem k tomu, že náklady na tyto politiky pravděpodobně v budoucnosti porostou, hodnocení jejich účinnosti při snižování negativních dopadů poskytování péče na zdraví a účast na trhu práce bude velmi cenné.

3. Všechny země OECD potřebují formální systém dlouhodobé péče

Přestože rodinní pečovatelé tvoří páteř systému, všechny země OECD potřebují dobře fungující formální systém dlouhodobé péče.

Přestože rodinní pečovatelé poskytují značnou část dlouhodobé péče, jejich možnosti mají své meze, zejména v případě péče o osoby s vysokým stupněm závislosti na péči. Neúměrné spoléhání na rodinné pečovatele má nežádoucí dopady na jejich sociální situaci a zdravotní stav a na jejich postavení na trhu práce. Všechny země OECD proto potřebují profesionální služby dlouhodobé péče, včetně institucionálních, domácích a komunitních, a dobré partnerství mezi formálním a neformálním systémem péče. Budoucí poptávka po péči zvýší tlak na vlády a soukromý sektor, aby poskytovaly vysoce efektivní služby dlouhodobé péče. Nastavení mixu veřejných a soukromých zdrojů při financování dlouhodobé péče a zajištění dostatečné nabídky pracovníků jsou klíčové otázky, které budou muset řešit všechny země. Modely a přístupy se velmi různí.

4. Výzvy spojené s pracovní silou v oblasti dlouhodobé péče jsou zvládnutelné

Dlouhodobá péče je vysoce náročný sektor s často neuspokojivými pracovními podmínkami.

Některým pracovníkům přináší práce v oblasti dlouhodobé péče významné uspokojení. Nicméně mnoho dalších pracovníků odrazují nízké mzdy a náročné pracovní podmínky. Fluktuace je vysoká a retence zaměstnanců nízká. V důsledku toho mají některé země OECD problémy reagovat na rostoucí poptávku po pracovnících dlouhodobé péče a zajistit odpovídající nabídku těchto pracovníků. Nedostatek pracovníků v dlouhodobé péči přitom může ohrozit přístup ke službám a jejich kvalitu.

Dlouhodobá péče je vysoce zátěžový sektor, avšak hustota pracovníků dlouhodobé péče (tj. indikátor nabídky dlouhodobé péče, který měří počet pracovníků dlouhodobé péče na 100 osob ve věku 80 a více let) se v zemích OECD velmi liší. Nejnižší počet pracovníků na 100 osob 80 a více let má Slovensko (přes 0,5), naopak v Norsku, Švédsku nebo USA je tento poměr nejvyšší (přes 3,5). Podíl pracovníků v domácí péči na celkovém počtu pracovníků dlouhodobé péče se pohybuje mezi 27 % (Švýcarsko) a 82 % (Jižní Korea). Není překvapující, že poměr pracovníků na počet osob je vyšší v institucionální než v domácí péči. Tento poměr se v residenčních zařízeních pohybuje od 0,1 plného přepočteného úvazku na příjemce péče (Slovensko) k 0,8 (Nový Zéland).

Podíl kvalifikovaných zdravotních sester pracujících v tomto sektoru se v jednotlivých zemích značně liší. Pracovníci v oblasti dlouhodobé péče jsou převážně ženy (90 % všech pracovníků), mnoho z nich vyššího věku. Požadovaná kvalifikace je obvykle poměrně nízká, přičemž v domácí péči bývá nižší než v péči ústavní. Např. v Německu tvoří většinu pracovníků kvalifikovaný personál. V zemích OECD neexistuje jednotná profesní struktura pracovníků dlouhodobé péče. Zdravotní sestry tvoří 16 % (Japonsko) až 85 % (Maďarsko) pracovníků dlouhodobé péče, ve většině zemí avšak tvoří méně než polovinu všech pracovníků dlouhodobé péče. Průměrný věk pracovníků dlouhodobé péče je v mnoha zemích OECD relativně vysoký. Více než polovina pracovníků v Austrálii vstupuje do sektoru dlouhodobé péče po věku 40 let a jeden z deseti pracovníků po dosažení věku 50 let.

Získání zaměstnání na méně kvalifikovaných pozicích v sektoru dlouhodobé péče - zejména v oblasti péče poskytované v domácnosti - nevyžaduje vysoké kvalifikační požadavky, nicméně náročné pracovní podmínky a nízké mzdy často způsobují vysokou fluktuaci. Vysoká fluktuace přitom přispívá k negativnímu obrazu dlouhodobé péče a ohrožuje přístup k péči i její kvalitu.

Fluktuace a nedostatek sester v sektoru dlouhodobé péče jsou rovněž značné a mohou mít negativní dopady na zdraví a kvalitu života uživatelů dlouhodobé péče. Pracovní podmínky a benefity pro sestry v sektoru dlouhodobé péče jsou obecně horší než v oblasti akutní péče.

Zajištění dostatečné nabídky pracovníků dlouhodobé péče je zvládnutelná výzva.

I když dostupnost rodinných pečovatelů zůstává vysoká a ekonomické zpomalení v některých zemích snížilo počet volných míst na trhu práce, poptávka po pracovnících dlouhodobé péče v zemích OECD roste a mnoho zemí již pociťuje problémy s jejich zajištěním.

Předpokládaný pokles populace v pracovním věku v důsledku stárnutí populace tuto výzvu ještě zesílí. Dostatečná nabídka pracovníků dlouhodobé péče je však dosažitelný cíl. Vyžaduje to komplexní přístup a také lepší evaluaci a využití úspěšných strategií a povzbuzujících příkladů. Státy by měly využít následující strategie:

- zlepšení nábory pracovníků, v některých zemích včetně prostřednictvím migrace pracovníků dlouhodobé péče, a rozšíření zdrojů nových pracovníků,
- zvýšení retence nových pracovníků prostřednictvím lepších mzdových a pracovních podmínek v sektoru dlouhodobé péče a
- snaha o zvýšení produktivity pracovníků dlouhodobé péče.

Migranti pracující v oblasti dlouhodobé péče přicházejí do cílové země prostřednictvím různých kanálů. Je žádoucí zlepšit kvalitu pracovních míst pro tyto pracovníky.

Podíl pracovníků z jiných zemí v sektoru dlouhodobé péče je v jednotlivých zemích OECD různý. Zatímco Japonsko má v sektoru péče velmi málo pracovníků narozených v jiné zemi, ve Spojených státech je téměř každý čtvrtý pracovník v sektoru přímé péče z jiné země. Itálie a Izrael mají v sektoru péče nadprůměrný podíl pracovníků narozených v jiné zemi ve srovnání s jinými nízkokvalifikovanými sektory ekonomiky. Mezi lety 2008 a 2009 více než polovina z 6% nárůstu zaměstnanosti v institucionálních zařízeních byla tvořena pracovníky narozenými v jiné zemi. V období let 2007-2009 došlo ve Spojených státech v sektoru sociální pomoci ke čtvrtému nejvyššímu růstu počtu pracovníků narozených mimo USA.

Ve Švédsku, Španělsku, Portugalsku a Itálii se mohou někteří pracovníci dlouhodobé péče uplatnit v rámci univerzálního programu pro migranty (často jsou podrobeni hodnocení z hlediska požadavků trhu práce). Kanada, Izrael, Německo, Itálie, Velká Británie a Francie mají zvláštní programy pracovní migrace, víza, regulační opatření, výjimky nebo bilaterální dohody zaměřené na migrující pracovníky. Vedle migrace v rámci volného pohybu pracovních sil mezi členskými zeměmi EU migranti v některých zemích EU, jako např. v Itálii nebo Rakousku, vstupují do sektoru dlouhodobé péče v rámci neřízené migrace, např. překročením povolené doby pobytu nebo ilegálního překročení hranic. Někteří pečovatelé z řad migrantů přijíždějí také v rámci programu sjednocování rodin.

V důsledku rozdílnosti vstupních cest a podmínek pro migranty na trhu práce je vyvozování obecných závěrů týkajících se tohoto jevu obtížné. Lze však identifikovat několik specifických problémů. S ohledem na rostoucí příliv pracovníků dlouhodobé péče v některých zemích je například zarážející, že problematika potřeb pracovních sil v sektoru dlouhodobé péče není zahrnuta v programech pracovní migrace. Tam, kde je počet nedokumentovaných migrantů velký a rostoucí, vyvstává otázka dostatečnosti oficiálních migračních kanálů pro zajištění nabídky pracovníků dlouhodobé péče v souladu s poptávkou.

I když obecně mnoho pracovníků dlouhodobé péče má špatné pracovní podmínky, existují specifické otázky týkající se pracovních podmínek migrantů. Tam, kde jsou pracovní podmínky v obdobných pozicích horší pro migranty než pro rodilé pracovníky, je prioritou zlepšení podmínek pro migranty. Vzdělávací strategie, včetně jazykového vzdělávání, mohou zlepšit integraci a pozici migrantů na trhu práce. Z dlouhodobého hlediska však spoléhání na imigranty při řešení „nedostatku“ domácích pracovníků může ukazovat na nedostatečnou domácí politiku získávání a retence nových pracovníků a vyvolávat etické otázky ohledně dopadu na vysílající země.

Rozšíření nábora nových zaměstnanců může být úspěšnou strategií. Počet získaných pracovníků však bývá malý a důkazy o úspěšnosti strategie nedostatečné.

Opatření na rozšíření zdrojů pracovníků dlouhodobé péče, včetně stávající pracovní síly a nových potenciálních pracovníků, přináší smíšené výsledky. Německo a USA přijaly opatření na motivaci mladých lidí ke vzdělávání a zaměstnání v sektoru dlouhodobé péče. Několik zemí využilo ekonomické pobídky zaměřené na pracovníky dlouhodobé péče, jako např. finanční podporu při rekvalifikaci pro práci v dlouhodobé péči v Německu a bonusy pro sestry, které vstupují do sektoru dlouhodobé péče, v Austrálii. V Německu, Holandsku a Austrálii existuje snaha o opětovné uplatnění pracovníků, kteří opustili sektor dlouhodobé péče. Jiné země se zaměřují na „aktivizaci“ dlouhodobě nezaměstnaných a ekonomicky neaktivních osob (např. Japonsko, Nový Zéland, Finsko, Nizozemsko a Velká Británie).

Dobré ohodnocení pracovníků dlouhodobé péče bude mít pozitivní dopad také na retenci a nábor zaměstnanců; to vyžaduje důraz na zlepšení pracovních podmínek.

Žádná strategie získávání nových pracovníků nebo jejich lepšího využití nebude úspěšná, pokud bude nízká retence a kvalita pracovních podmínek. Hromadný odchod pracovníků dlouhodobé péče snižuje návratnost investic do jejich nábora a vzdělávání a snižuje kvalitu poskytované péče. Neatraktivní pracovní podmínky vedou k odchodu většího počtu pracovníků, což naopak dále zvyšuje pracovní zátěž a stres těch, kteří zůstávají, a vytváří tak bludný kruh. Ve Spojených státech byly náklady fluktuace odhadnuty na minimálně 2500,- USD na jedno uvolněné místo. Opatření na udržení pracovníků a snížení fluktuace jsou proto naprostou prioritou.

Investice do lepšího odměňování a benefitů pro zaměstnance, lepší pracovní podmínky, příležitosti pro vzdělávání, větší míra odpovědnosti, podpora a supervize jsou důležité součásti strategie udržení a získání pracovníků dlouhodobé péče. Zdraví a bezpečnost jsou další významné oblasti, pravděpodobně obtížněji řešitelné zejména v rámci domácí péče, což se týká také otázky snížení pracovní zátěže a zlepšení managementu.

Vzdělávání může být cestou ke zvýšení statusu dlouhodobé péče jako profese. Většina zemí OECD nemá povinné požadavky na vzdělání nebo kvalifikaci pro pracovníky péče, i když v mnoha zemích existují na místní úrovni pořádané vzdělávací programy nebo na národní úrovni formulované programy pro pracovníky dlouhodobé péče. Nedá se také konstatovat, že by v rámci vzdělávání byly sestry připravovány na potenciální kariéru v oblasti dlouhodobé péče (tj. byly vzdělávány v gerontologii a manažerských dovednostech a získaly praxi na konkrétním pracovním místě). Manažeři v sektoru dlouhodobé péče by měli být školeni v dovednostech vedení a řízení.

Ukazuje se, že opatření na zvýšení kvalifikovanosti a odbornosti práce v oblasti dlouhodobé péče mají pozitivní dopad. Např. v Holandsku a Německu je míra retence pracovníků vyšší než v USA nebo Velké Británii, přičemž pracovníci v prvně jmenovaných zemích jsou také více spokojeni s pracovními podmínkami a kompetencemi. Švédsko, Dánsko a Norsko jsou v této oblasti také úspěšné. Zavedení geriatrických sester v Německu vedlo ke změně

v obsahu a kompetencích s pozitivním dopadem na atraktivnost tohoto sektoru pro sestry. To ukazuje na důležitost opatření zaměřených na zlepšení pracovních a kariérních možností sester v dlouhodobé péči a možností růstu jejich kvalifikace a dovedností.

Na druhé straně může zvýšení kvalifikačních a profesních nároků (tj. zvýšení „profesionalizace“) tohoto dosud relativně dostupného sektoru v budoucnosti vytvořit bariéry pro vstup nových pracovníků a zvýšit rigiditu tohoto sektoru, který pracovníci obecně považují za vysoce flexibilní. Vyšší profesionalizace vyžaduje také vyšší výdaje. Státy, které pracovníkům dlouhodobé péče nabízí relativně dobré podmínky, jako např. Dánsko a Belgie, mají také relativně vysoké veřejné výdaje na dlouhodobou péči. Avšak posílení významu dlouhodobé péče jako „profese“ přináší viditelné výhody. Nizozemsko a Japonsko, které položily důraz na vytvoření dlouhodobé péče jako „profese“, mají také úspěchy při zajištění dostatečného počtu pracovníků. Iniciativy na zlepšování informovanosti veřejnosti a obrazu práce v oblasti dlouhodobé péče mohou přispět k lepšímu postavení pracovníků v tomto sektoru a v důsledku toho také k lepší retenci.

Stále však akutně chybí poznatky o úspěšných opatřeních v oblasti zvyšování produktivity.

Narozdíl od jiných sektorů služeb jsou informace a data o zvyšování produktivity práce v oblasti dlouhodobé péče nedostatečné. První otázkou je definování produktivity v sektoru dlouhodobé péče a zejména nalezení vhodného indikátoru, který by umožnil porovnání výstupů a dopadů dlouhodobé péče s indikátory na straně vstupu (práce). Pochybnosti týkající se vztahů mezi produktivitou a kvalitou služeb komplikovaly snahy o optimalizaci nabídky pracovních míst v tomto sektoru. Hlavní nástroje pro zlepšení produktivity v sektoru péče zahrnují reorganizaci pracovních procesů, využití ICT ke snížení byrokracie a nepřímé pracovní zátěže a delegování některých činností vykonávaných sestrami na nižší zdravotnické pracovníky.

5. Bez ohledu na model financování je žádoucí přechod k univerzálnímu systému dlouhodobé péče

Přechod na univerzální systém dávek a služeb je důležitý z hlediska ekvity a efektivity.

Většina zemí OECD z důvodu zajištění spravedlivého přístupu a ekonomické efektivity zavedla kolektivně financované systémy úhrady nákladů na osobní a ošetrovatelskou péči. Mnohé země směřují také k univerzálnímu systému financování nákladů na dlouhodobou péči.

Pouze několik ekonomicky slabších zemí OECD spoléhá při financování dlouhodobé péče plně na rodinu a neformální péči. V ostatních zemích mohou být veřejné systémy dlouhodobé péče rozděleny do tří modelů, vesměs podle použitých kritérií nároku. Třetina států má *univerzální pokrytí prostřednictvím jednoho programu*, buď jako součást z daní financovaného systému sociální péče jako v severských zemích (výdaje na dlouhodobou péči se pohybují v rozmezí 2-3,6 % HDP), nebo prostřednictvím zvláštního sociálního pojištění jako v Německu, Japonsku, Koreji, Holandsku a Lucembursku (výdaje na dlouhodobou péči se pohybují od 0,3 % HDP v Koreji do 3,5 % v Holandsku), nebo financováním nákladů na dlouhodobou péči převážně v rámci systému zdravotnictví (Belgie). Velký počet zemí sice nemá oddělený „systém dlouhodobé péče“, má ale *univerzální systém osobní péče* ať už ve formě peněžní dávky (např. Rakousko, Francie, Itálie) nebo v podobě služby (Austrálie, Nový Zéland).

Financování osobní péče v této druhé skupině zemí je fragmentováno do různých dávek a zdrojů financování. V některých zemích univerzální pokrytí zahrnuje pouze část nákladů na péči nebo pouze některé formy či druhy péče. Ve většině těchto zemí je úroveň pokrytí

(poskytnutí dávky nebo služby) úzce spojena s příjmovou situací. Dvě země mají systém úhrady nákladů na dlouhodobou péči v podobě *záchranné sítě pro nízkopříjmové uživatele* („*means-tested*“), jmenovitě Velká Británie (kromě Skotska) a USA.

Nejistota ohledně toho, zda, kdy a po jak dlouhou dobu může jedinec potřebovat služby dlouhodobé péče, ukazuje, že společné pokrytí rizika spojeného s dlouhodobou péčí je efektivnějším řešením než spoléhání výhradně na soukromé přímé platby. V opačném případě se služby dlouhodobé péče mohou rychle stát finančně nedostupnými, a to nejen pro nízkopříjmové seniory. Průměrné náklady na dlouhodobou péči mohou představovat až 60 % disponibilního příjmu pro všechny skupiny až na horní kvintil příjmové distribuce. Nejstarší senioři a osoby s největší potřebou péče jsou zvláště ohroženi. Proto jsou univerzální systémy dávek a služeb lépe schopny zajistit široký a spravedlivý přístup k péči, i když za cenu vyšších nákladů, než programy založené na testování příjmu nebo programy sociální pomoci určené pouze pro osoby s nízkým příjmem. Během posledních let skutečně mnoho zemí OECD směřovalo k poskytování takovéto „základní univerzální sítě“ (i když to, do jaké míry je tento „základní systém“ široký a komplexní, závisí na finanční situaci a prioritách každé země).

Přesto i v univerzálních systémech dlouhodobé péče je žádoucí, aby se dávky a pomoc zaměřovaly na osoby s nejvyšší potřebou péče.

Výdaje na dlouhodobou péči mohou u osob se středním a těžkým stupněm postižení vést k riziku chudoby, dokonce i u těch, kteří nebyli chudí před vznikem disability. Nicméně mnoho uživatelů s nižší potřebou péče čelí relativně přijatelným nákladům v souvislosti s užíváním dlouhodobé péče a někteří uživatelé mají dostatečný příjem a/nebo majetek. V kontextu očekávaného růstu výdajů spojených se stárnutím populace má ve skutečnosti univerzální a současně adresný systém potenciál poskytnout přiměřenou ochranu fiskálně udržitelným způsobem.

Řada zemí, jak se zdá, směřuje k „*adresnému universalismu*“, i když velmi odlišným tempem a z odlišné výchozí pozice. Takový přístup vyžaduje, aby státy pečlivě sladily tři prvky systému dlouhodobé péče:

- stanovení hranice potřeby, která bude opravňovat k nároku na službu či dávku,
- širší pokrytí, tj. nastavení míry finanční spoluúčasti a přímých plateb ze strany uživatelů,
- míru pokrytí, tj. stanovení typů služeb, které budou do systému zahrnuty.

Dokonce i v rámci univerzálních systémů dlouhodobé péče lze uplatňovat přísná hodnotící kritéria, jako je tomu například v Koreji a v Německu např. v porovnání s Japonskem. V minulých letech se země jako Švédsko nebo Nizozemsko zaměřovaly na osoby s nejvyšší potřebou péče, zatímco Japonsko do preventivně zaměřeného systému v roce 2006 zahrnuje uživatele s nižší mírou potřeby péče.

Univerzalita nároku neznamena, že veškerá dlouhodobá péče má být plně hrazená z veřejných zdrojů. Ve skutečnosti mají všechny země zavedenu určitou spoluúčast při úhradě nákladů na dlouhodobou péči, i když její míra se v jednotlivých státech OECD velmi liší. Např. ve Francii dávka na dlouhodobou péči pro lidi s vysokou potřebou a nízkým příjmem dosahuje 1 235 EUR/měs., zatímco pro lidi s vyšším příjmem 27 EUR, a např. ve Švédsku je strop pro spoluúčast 180 EUR/měs. Poskytování vyšších dávek nízkopříjmovým osobám, i když je to administrativně náročnější, jako je tomu ve Francii, Rakousku a Austrálii, je cestou, jak bez přílišných veřejných nákladů zajistit přístup k péči těm, kteří ji potřebují.

Vytvoření balíčku služeb nebo nastavení základního „košíku služeb“, které potřebují všichni uživatelé může být obtížnější. Z důvodu snižování nákladů mohou zaznít argumenty, že

podpora péče v domácnosti a pomoc s tzv. instrumentálními aktivitami denního života (IADL), jako např. s nakupováním, úklidem nebo osobními a úředními záležitostmi by neměla být do základního balíčku služeb zahrnuta. Služby v Koreji a na Novém Zélandu se opravdu zaměřují pouze na podporu v základní sebepěči (ADL). Nizozemsko v roce 2009 přesunulo pomoc s IADL pro lidi s mírně sníženou soběstačností z pojištění na dlouhodobou péči do odděleného systému financovaného z daní. V praxi je však oddělení osobní péče a pomoci s péčí o domácnost obtížně proveditelné, zejména u integrovaných služeb poskytovaných osobám s vysokou potřebou péče. Navíc omezení pokrytí na služby osobní péče (ADL) vybízí ke snaze předstírat vyšší potřebu péče s cílem získat přístup k podpoře pro osoby s vyšší potřebou péče. Zahrnutí pomoci s některými aktivitami IADL do služeb dlouhodobé péče ve Švédsku, Dánsku, Německu a Lucembursku pravděpodobně pomohlo zabránit přesunu lidí s větší potřebou péče do dražších, např. ústavních, forem péče.

Možnost flexibilně měnit nabídku služeb v závislosti na měnících se potřebách je důležitá jak z hlediska zachování přiměřenosti, tak kvality služeb. Např. Německo a některé další země OECD do nabídky služeb zahrnuly zvláštní dávku, resp. její navýšení, pro lidi s kognitivními poruchami. Finanční dávka poskytuje flexibilitu a respektuje individuální podmínky. Rostoucí počet zemí (Nizozemsko, Rakousko, Německo, Francie, Itálie a Velká Británie a také země střední a východní Evropy) poskytuje peněžní příspěvky na péči.

Je nerealistické, aby vlády financovaly veškeré náklady na hotelové služby spojené s institucionální péčí, mohou však občanům pomoci mobilizovat prostředky na jejich úhradu.

Náklady na ubytování a stravu mohou být velmi vysoké - dvakrát až třikrát větší než náklady na osobní a ošetrovatelskou péči dohromady. V některých severských zemích je úhrada nákladů na ubytování a stravu závislá na příjmu nebo majetku uživatele, zatímco v USA, Velké Británii, Belgii, Francii a Německu je pomoc osobám s nízkými příjmy poskytována prostřednictvím systému sociálních dávek nebo podpory bydlení. Japonsko má pro tuto část nákladů zaveden paušální poplatek, který je však pro nízkopříjmové skupiny nižší.

Důvodem pro spoluúčast při úhradě nákladů na stravu a ubytování není jen udržitelnost výdajů. Každý by měl na úhradu nákladů na stravu a ubytování přispívat alespoň minimální částkou bez ohledu na místo poskytování péče. Lze předpokládat, že část nákladů na ubytování a stravu bude uhrazena z osobních úspor a majetku uživatele bez ohledu na místo péče. Navíc plná úhrada nákladů na ubytování a stravu může vybízet uživatele k upřednostňování institucionální formy péče.

Zahrnutí osobního majetku a úspor do testování příjmů za účelem stanovení individuální spoluúčasti (nebo nároku na veřejnou podporu) při úhradě nákladů na stravu a ubytování lépe reflektuje rozdíly v ekonomické situaci jedinců, může ale být administrativně náročnější a snižovat motivaci k individuálním úsporám. Bez ohledu na výši plateb za ubytování a stravu je z důvodu spravedlnosti a souhlasu uživatele nezbytný transparentní způsob výpočtu poplatků.

Vlastnictví bytu nebo domu může uživatelům pomoci získat finanční prostředky na úhradu nákladů na stravu a ubytování v zařízení dlouhodobé péče. Způsoby financování již využívané v některých zemích OECD zahrnují:

- vydání dluhopisů/cenných papírů a podobných bezúročných půjček (např. Austrálie). Ty mohou posílit pocit identifikace s pobytem v zařízení dlouhodobé péče,

- nástroje k odložení úhrady nákladů spojených s pobytem v ošetřovatelském zařízení (např. Irsko, některé místní samosprávy ve Velké Británii) nebo vynětí hodnoty domu/bytu z testování příjmu a majetku (např. USA),
- produkty soukromého sektoru, jako je reverzní hypotéka nebo kombinace životního pojištění a pojištění na dlouhodobou péči. Tyto produkty umožňují rozhodnutí o nutnosti prodat dům či byt.

K zajištění financování dlouhodobé péče jsou možné různé přístupy. K tomu, aby bylo možné čelit budoucím finančním tlakům, je však žádoucí sada politik orientovaná na budoucnost a inovace v oblasti financování.

Země OECD využívají různé způsoby financování dlouhodobé péče. Tyto rozdíly často odrážejí rozdíly ve financování zdravotní péče. Země s financováním zdravotní péče z daní nebo na základě univerzálního veřejného zdravotního pojištění mají podobný systém financování nákladů na dlouhodobou péči.

Bez ohledu na preferovaný model, financování dlouhodobé péče je často příliš krátkodobé. Dávky a přímé platby reflektují spíše aktuální finanční rozpočtové možnosti než strategické rozhodnutí založené na rovnováze mezi odpovědností společnosti a jednotlivce.

Otázky, které by státy měly s ohledem na budoucí růst poptávky po pomoci při úhradě nákladů na dlouhodobou péči řešit, zahrnují:

- rozšíření zdanění, tzn. prostředky nejsou získávány jen zdaněním populace v produktivním věku. Japonsko, Nizozemsko, Belgie a Lucembursko doplňují daň z příjmu dalšími zdroji příjmů.
- lepší rozdělení zdrojů napříč generacemi, což vyžaduje předcházení nadměrnému zdanění stále menších kohort mladých lidí za účelem financování nákladů na dlouhodobou péči pro rostoucí kohortu starších osob. Např. v Japonsku je pojistné na dlouhodobou péči vybíráno od populace 40 a více let. V Německu pojistné platí nejen osoby v produktivním věku, ale platit pojistné na sociální pojištění na dlouhodobou péči musí také důchodci.
- předfinancování (vytvoření rezerv), tedy vyčlenění části prostředků pro úhradu budoucích závazků. Každé sociální pojištění na dlouhodobou péči je financováno formou průběžného systému (PAYG). I když plně fondový systém nemusí být obhájitelný vzhledem k nejistotě budoucích potřeb dlouhodobé péče, demografické prognózy ukazují na význam vytvoření rezerv (předfinancování). Soukromé povinné pojištění na dlouhodobou péči v Německu zahrnuje určité prvky předfinancování. Singapurský program péče pro seniory je v principu plně fondový. V systémech dlouhodobé péče financovaných z daní to znamená vytvoření příznivé fiskální situace prostřednictvím snížení míry zadlužení a nižšího podílu dluhu na HDP.
- inovativní přístupy. Nové inovativní programy zahrnující partnerství veřejného a soukromého sektoru (PPP) nebo dobrovolné fondové programy s automatickou účastí a možností opt-outu jsou zaváděny v USA (tzv. Class Act) a byly zavedeny také v Singapuru. Tyto systémy přebírají prvky soukromého i veřejného pojištění, i když výzvou zůstává dobrovolnost účasti v těchto systémech.

V některých zemích může soukromé pojištění hrát významnější roli, ale pokud nebude povinné, zůstane pravděpodobně jen okrajové.

Ve většině zemí OECD je trh se soukromým pojištěním na dlouhodobou péči malý. Dokonce i v USA a Francii, kde pokrytí je nejširší, má soukromé pojištění na dlouhodobou péči méně než 10 % populace starší 40 let. Ve většině zemí OECD s výjimkou USA a Německa tvoří prostředky ze soukromého pojištění méně než 2 % celkových výdajů na dlouhodobou péči. Tento segment trhu je velký ve Francii, kde představuje téměř polovinu trhu, to je 30 % z celkového trhu v USA.

Dokonce i v zemích s relativně vysokým podílem financování dlouhodobé péče ze soukromého pojištění omezují roli soukromého pojištění v sektoru dlouhodobé péče selhání trhu v oblasti pojištění a nedostatečné dlouhodobé plánování ze strany spotřebitelů, bez ohledu na to, zda soukromé pojištění hraje v systému primární nebo doplňující roli. Veřejné podpora k zajištění širšího přístupu k dobrovolnému soukromému pojištění na dlouhodobou péči, jako např. daňové zvýhodnění, cílená regulace nebo PPP, se setkaly, jak ukazuje příklad USA, jen s malým úspěchem.

Soukromí poskytovatelé pojištění s cílem rozšíření přístupu zjednodušili pojistné produkty (tj. změnil je směrem k politikám poskytujícím fixní hotovostní dávky) a zavedly hybridní finanční produkty, jakým je např. kombinace životního pojištění a pojištění na dlouhodobou péči. Ve Francii např. přibližně 150 tis. osob (asi 5 % trhu) má pojištění na dlouhodobou péči v rámci životního pojištění.

6. V důsledku rostoucích finančních nákladů se prioritou stává efektivnější využití finančních prostředků

Růst poptávky po kvalitnější péči vyvolá tlak na zefektivnění využití finančních prostředků v oblasti dlouhodobé péče.

I když ve srovnání s jinými výdaji spojenými se stárnutím populace, jako jsou důchody a zdravotnictví, je podíl výdajů na dlouhodobou péči na HDP relativně nízký, výdaje na dlouhodobou péči mají podle projekcí růst rychleji.

Diskusi o hospodárnosti a efektivitě v oblasti dlouhodobé péče byla dosud věnována relativně malá pozornost ve srovnání například se zdravotnictvím. Nicméně v situaci, kdy se očekává nárůst výdajů také u velkých položek spojených se stárnutím populace (důchody a zdravotnictví), bude obtížné pokračovat ve zvyšování výdajů na služby dlouhodobé péče bez dokladů o tom, že jsou efektivně využívány.

Informací o tom, co funguje nejlépe, je velmi málo. Je velmi žádoucí, aby se pozornost politiky zaměřila na nedostatky v efektivitě v sektoru dlouhodobé péče. Prioritou by měl být mezinárodní výzkum a spolupráce zaměřená na zvýšení hospodárnosti a vytvoření indikátorů efektivity dlouhodobé péče.

Podpora domácí péče je žádoucí pro uživatele, avšak za určitých okolností je institucionální péče ekonomicky efektivnější.

Otázka, jak zajistit rovnováhu mezi institucionální a domácí péčí stojí v centru politiky dlouhodobé péče. V roce 2008 tvořila institucionální péče v zemích OECD 62 % celkových nákladů na dlouhodobou péči, přičemž v průměru pouze 33 % uživatelů bylo příjemci péče v institucích. Počet uživatelů i náklady na institucionální dlouhodobou péči se budou

zvyšovat s růstem počtu uživatelů a průměrné závažnosti disability. Uživatelé však často preferují péči v domácím prostředí.

Rozvoj alternativ k institucionální péči může částečně kompenzovat růst nákladů a reagovat na preference uživatelů, kteří si přejí zůstat doma. Země OECD za tímto účelem volí různé přístupy - od přímého navýšení nabídky domácí péče (např. Kanada, Irsko, Japonsko, Nový Zéland, Švédsko a Polsko) až po přijetí nové legislativy na podporu domácí péče (např. Austrálie, Švédsko) a regulaci a kontrolu přijímání nových klientů do ústavní péče (např. Finsko a Česká republika), nebo zavedení dodatečných poplatků, dávek a finančních pobídek na podporu domácí péče (např. Rakousko, Německo, Japonsko, Nizozemsko, Švédsko, Velká Británie a USA).

Podíl uživatelů dlouhodobé péče ve věku 65 a více let, kteří dostávají péči v domácím prostředí, se v mnoha zemích během posledních let zvýšil, avšak stále v této oblasti přetrvává několik výzev. Jedná se například o chybějící trh pro poskytovatele domácí péče nebo o nedostatečnou nabídku kapacity domácí péče. Organizace a koordinace péče může být ohrožena v případě, že různí poskytovatelé domácí péče navštěvují stejného uživatele. Poskytování informací a podpora možnosti výběru poskytovatele domácí péče je dobře rozvinuta například ve skandinávských zemích, avšak v jiných zemích již méně.

Přetrvávají otázky týkající se vhodnosti či ekonomické efektivity domácí péče v případě osob s potřebou vysoce náročné péče vyžadujících nepřetržitou 24 hodinovou péči a dohled a pro uživatele v odlehlých oblastech s omezenou dostupností podpory v domácím prostředí. Země mají možnost monitorovat a hodnotit alternativní služby, včetně pobídek k využívání alternativních forem péče. Uživatelé by měli být podporováni za účelem přijetí správného rozhodnutí a hodnocení individuálních potřeb v návaznosti na dostupné služby.

Jen málo zemí se snažilo najít cesty, jak zvýšit produktivitu v sektoru dlouhodobé péče.

Přes naděje na zvýšení produktivity, tj. zajištění více a lepší péče za dané prostředky, je značný nedostatek informací o tom, co a za jakých podmínek funguje. Podle projekcí OECD může zvýšení produktivity vést ke snížení výdajů na dlouhodobou péči přibližně o 10 % oproti čistě demografickému scénáři. V praxi se však produktivita měří výjimečně, částečně z důvodu obtížnosti měření dopadu dlouhodobé péče. Snahy o měření a zvýšení produktivity jsou teprve na počátku.

Platby poskytovatelům za dlouhodobou péči jsou často realizovány formou poplatku za službu, které jsou v některých zemích využívány na mzdy pracovníků v domácí péči. V některých programech řízené péče v USA jsou zase využívány kapitační platby. Je známo, že tyto úhradové mechanismy zohledňují *množství* místo *výsledků* péče. Veřejné systémy dlouhodobé péče obvykle financují poskytování péče formou plateb za *den*, někdy se zohledněním zdravotního stavu a prognózy daného uživatele. Avšak v případech, kdy je rozpočet dojednan ex-ante nebo je založen na stanoveném fixním podílu ošetrovatelsky náročných uživatelů, poskytovatelé upozorňují na rizika překročení rozpočtu, který není průběžně upravován v návaznosti na vývoj úrovně disability a stavu uživatelů v zařízeních dlouhodobé péče.

V oblasti zdravotní politiky je kladen důraz na změnu motivace poskytovatelů k tomu, aby byly odměňovány výsledky a efektivitu namísto počtu úkonů. Avšak iniciativy zaměřené na financování v závislosti na efektivitě je omezeno na několik málo příkladů v rámci programu Medicaid v USA. Evaluace těchto programů v některých státech USA naznačují slibné výsledky, například pokud jde o spokojenost klientů a míru retence zaměstnanců. Změna mechanismu úhrady je však obtížná, v neposlední řadě proto, že stále chybí hodnotící a srovnávací analýzy a poskytovatelé domácí a ústavní péče nezveřejňují informace o kvalitě.

Podpora konkurence mezi poskytovateli dlouhodobé péče může být cestou ke zvýšení produktivity. Nicméně konkurence může také ztěžovat koordinaci péče mezi různými poskytovateli, pokud není cíleně a záměrně podporována. V Japonsku vedlo zavedení sociálního pojištění na dlouhodobou péči v roce 2000 ke vstupu několika konkurujících poskytovatelů na trh s pozitivními dopady na možnost volby pro uživatele a motivaci ke snižování nákladů. Některé skandinávské státy (Švédsko, Dánsko a Finsko) používají poukazy na péči, které umožňují svobodně si zvolit mezi akreditovanými poskytovateli. Spokojenost uživatelů je celkově vysoká, ačkoliv chybí evaluace dopadu na kvalitu nebo ekonomickou efektivitu.

Zvýšená kapitálová náročnost v poskytování dlouhodobé péče by mohla zlepšit produktivitu práce. Například asistenční technologie a pomůcky usnadňují sebezpečí, zaměření na pacienta a koordinaci mezi zdravotními a sociálními službami. ICT mohou být důležitým zdrojem informací a emocionální podpory pro poskytovatele i příjemce péče a jejich rodiny. I když empirická data jsou stále nedostatečná, výsledky některých výzkumů ukazují pozitivní korelaci mezi využitím technologií, pracovní spokojeností a produktivitou, např. v Austrálii a Finsku. Nicméně technologie by neměly nahrazovat pracovníky, ale fungovat spíše jako vhodný doplněk, který umožňuje věnovat více času uživatelům s potřebou intenzivnější péče. Většina studií je zatím ve fázi pilotních programů s potřebou další systematického hodnocení, zejména toho, kteří uživatelé by mohli z využití technologií profitovat nejvíce.

Zdravé stárnutí a prevence mohou být velmi přínosné, musí však být doplněny poznatky o nákladech a přínosech jednotlivých intervencí.

Zdravé stárnutí a prevence zhoršení tělesného a duševního zdraví osob s potřebou dlouhodobé péče může být efektivní cestou ke zlepšení zdraví a snížení nákladů. Podle projekce OECD by zdravé stárnutí a nárůst produktivity mohly částečně kompenzovat budoucí růst nákladů na dlouhodobou péči a snížit odhadovaný růst zvýšení nákladů o přibližně 5–10 % do roku 2050.

Prevence a zaměření se na podporu zdraví mohou ovlivnit životní styl, identifikovat rizikové skupiny a dříve reagovat na vývoj nemocnosti. Podpora programů posilujících zájem a péči o vlastní zdraví podporuje orientaci na uživatele a je v souladu s postojem seniorů, kteří preferují aktivní a nezávislý život ve vlastním prostředí a komunitě. Japonsko v roce 2006 do systému pojištění na dlouhodobou péči zavedlo dávku pro seniory s nižší potřebou péče v komunitě zaměřenou na prevenci. Německo na základě zkušeností a úspěchu nemocenských fondů při řízení rehabilitace a přesunu uživatelů z ústavní péče do méně nákladných a náročných forem péče v roce 2008 zavedlo finanční pobídky a sankce. Takovéto inovace jsou však výjimečné a přetrvává značná nejistota a nedostatek dokladů o tom, které intervence vedou k lepším výsledkům a jsou ekonomicky efektivnější v řízení dlouhodobé péče a při prevenci závislosti. Doplnění věrohodných poznatků by představovalo velký přínos.

Pro efektivnější využití finančních prostředků v dlouhodobé péči je nutná optimalizace vztahů mezi zdravotní a sociální péčí.

Mezi zdravotní a dlouhodobou péčí je řada významných vazeb. Existuje prostor řízení těchto vazeb a zvýšení efektivity. Například v mnoha zemích OECD jsou uživatelé dlouhodobé péče přijímáni nebo léčeni v zařízeních akutní péče, která jsou nákladnější a pro osoby s potřebou dlouhodobé péče méně vhodná. Možná opatření k zajištění adekvátního využití zdravotní a dlouhodobé péče zahrnují:

- zajištění dostatečné *nabídky služeb a podpory* po hospitalizaci (např. Austrálie, Maďarsko, Velká Británie a Švédsko);
- změna *úhradových mechanismů a finančních pobídek*, které zabrání využívání akutní péče pro dlouhodobou péči (např. financování podle výkonnosti v programu Medicaid v USA);
- vytvoření lepších *pravidel, zlepšení (a zajištění) bezpečného pohybu* uživatele v systému a poskytnutí informací chronicky nemocným nebo osobám neúčelně se pohybujícím po systému, s cílem směřovat uživatele k vhodným službám a formám péče (např. Švédsko, Finsko).

Další důležitou oblastí je zlepšení koordinace služeb a kontinuity péče v systému. V několika zemích OECD je dlouhodobá péče fragmentována do epizod poskytování péče, poskytovatele, různé formy péče a služeb. Mnoho zemí vytvořilo pozice nebo kompetence za účelem provádění uživatelů procesem péče. Opatření v této oblasti jsou např.:

- *jednotná vstupní brána k informacím* (např. Kanada),
- přidělení *kompetencí za koordinaci péče* poskytovatelům (např. Austrálie, Francie, Švédsko) nebo manažerům péče (např. Japonsko, Německo, Dánsko a Velká Británie),
- *specializovaný systém řízení pro koordinaci péče* (např. Belgie, Francouzská národní pokladna solidarity pro autonomii, Japonsko),
- *integrace zdravotní a sociální péče* s cílem usnadnit koordinaci péče (např. některé příklady v USA, Kanadě a Švédsku).

Přes existenci všech těchto mechanismů problémy s koordinací péče přetrvávají. Koordinace služeb v systému dlouhodobé péče a mezi zdravotní a dlouhodobou péčí vyžaduje značnou pozornost. Komplexní vize zdravotní a dlouhodobé péče může vést ke lepšímu řízení v oblasti řízení.

Management a koordinace dlouhodobé péče jsou často obtížné.

Jak ukazuje diskuse o koordinaci péče, služby a formy dlouhodobé péče je obtížné řídit. Politika a opatření v oblasti dlouhodobé péče souvisí s dalšími oblastmi sociální politiky jako je zdraví, bydlení, důchody a sociální vybavenost. Výzvy v oblasti administrativní a institucionální efektivity jsou značné. Potencionální užitečné přístupy, které vyplývají z hodnocení praxe v jednotlivých zemích zahrnují:

- vybudování dobré informační základny pro poskytovatele a uživatele dlouhodobé péče,
- nastavení standardů pro řízení a rozhodování na místní úrovni nebo na úrovni konkrétních poskytovatelů,
- plánování péče založené na individuálním hodnocení potřeb s účastí poskytovatelů zdravotní a sociální péče a propojení hodnocení potřeb s přidělováním finančních prostředků,
- sdílení dat v rámci resortů a úrovní veřejné správy s cílem usnadnit řízení možných vazeb mezi financováním dlouhodobé péče, adresným nastavením daní a transfery (např. důchody) a existujícími programy sociální pomoci nebo programy podpory bydlení,
- odstranění pobídek k přesouvání nákladů mezi zdravotní, dlouhodobou a sociální péčí.