

Praha 15. 8. 2012

31

Poskytování a financování dlouhodobé péče v zemích OECD (I)

- pracovníci dlouhodobé péče

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

Souhrn

V roce 2011 Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (OECD) zveřejnila analýzu systémů dlouhodobé péče s názvem „*Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*“. Analýza se zaměřuje na financování a dostupnost pracovníků dlouhodobé péče. Vybrané výstupy z této publikace představujeme ve čtyřech tematických aktuálních informacích. Tento první díl se zaměřuje na statistické údaje o pracovnících dlouhodobé péče a obsahuje rovněž vymezení pojmů použitých v této publikaci.

V zemích OECD je cca 70–90 % dlouhodobé péče poskytováno neformálními pečovateli. Pracovníci dlouhodobé péče tvoří v průměru cca 1,5 % populace v pracovním věku. Nejvyšší podíl na všech pracovnících dosahují pracovníci dlouhodobé péče v severských zemích, zejm. ve Švédsku (3,6 %). Počet uživatelů na jednoho pracovníka je vyšší v domácí péči než v péči ústavní, což odráží menší náročnost uživatelů domácí péče. Naprostou většinu pracovníků dlouhodobé péče tvoří ženy (až 96 % v Dánsku). Podíl sester na všech pracovnících dlouhodobé péče se pohybuje od 12 % na Novém Zélandu do 85 % v Maďarsku, ve většině zemí OECD však tvoří méně než polovinu pracovníků. Částečné úvazky jsou časté např. v Nizozemsku a Švýcarsku (1,61 pracovníků na 1 úvazek) a jsou využívány častěji u pracovníků domácí než ústavní péče. Podíl migrantů na pracovnících dlouhodobé péče je vysoký např. v USA (každý čtvrtý pracovník) a Itálii (až 72 % pečovatelů v rodinách). Migrující pracovníci přitom často obsazují nižší pozice než by odpovídalo jejich kvalifikaci.

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

Summary

In 2011, the Organization for Economic Development and Co-operation (OECD) published an analysis of long-term care systems in OECD countries titled „[Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care](#)“. The analyses focused on financing and labour force in the long-term care sector. The main results from this publication are presented in four thematic publications. The first part provides a brief summary of the selected data on workers in the long-term care sector. The second one presents selected data on future demographic development and its impact on availability of long-term care. The third part brings data on informal care and carers, and the fourth part provides selected data on LTC financing, including short summary of conclusions and recommendations.

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

Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (OECD) v roce 2011 zveřejnila analýzu systémů dlouhodobé péče v zemích OECD, která se zaměřila na financování a dostupnost pracovní síly v sektoru dlouhodobé péče. Výsledky prezentované v [publikaci „Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care“](#)¹ vychází z projektu OECD realizovaného v letech 2009 až 2010. Vybrané výstupy z uvedené publikace přinášíme v rámci čtyř tematických aktuálních informací. Tato první část představuje dílčí výstupy uvedené analýzy se zaměřením na statistická data o pracovnících dlouhodobé péče. Druhý díl se zaměřuje na uživatele dlouhodobé péče a vývoj poptávky po dlouhodobé péči v kontextu budoucího demografického vývoje. Třetí díl přináší informace o neformálních pečovateli a dopadech poskytování neformální péče. Čtvrtý díl obsahuje informace o financování dlouhodobé péče v zemích OECD a závěrečné shrnutí, včetně doporučení na opatření v oblasti dlouhodobé péče. [Celá publikace](#), [závěrečné shrnutí](#) a informace o aktivitách OECD v souvisejících oblastech jsou dostupné [na stránkách OECD](#).

V publikaci jsou použita [data](#) z databází „OECD Health Data“ a „System of Health Accounts“ a dalších zdrojů. Informace a údaje pro uvedenou analýzu, včetně informací o legislativě, systému financování a záměrech a prioritách v této oblasti, byly členskými zeměmi poskytnuty „ad hoc“ prostřednictvím rozsáhlého dotazníku OECD. „Systémy dlouhodobé péče“ se v jednotlivých zemích v důsledku odlišného historického vývoje systémů zdravotnictví a sociálních služeb velmi liší, stejně jako vymezení zdravotní a sociální složky dlouhodobé péče a hranice mezi nimi, což snižuje srovnatelnost údajů o dlouhodobé péči. Jednotlivé země OECD často k jednotlivým otázkám a oblastem poskytly neúplné údaje, například jen za ústavní nebo domácí část dlouhodobé péče nebo za zdravotní nebo sociální část systému, resp. poskytly údaje za odlišná období. Zavádění společných ukazatelů a metodiky v této různorodé a rychle se měnící oblasti přirozeně naráží na obtíže a omezení. Prezentované výstupy by proto měly sloužit pro základní orientaci a srovnání mezi zeměmi či skupinami zemí OECD. 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“*.

¹ Publikace navazuje na [předchozí studii](#) k tomuto tématu s názvem *„Long-Term Care for Older People: OECD study (2001–2004)“*

Co je to dlouhodobá péče?

Dlouhodobá péče („long-term care“, zkr. LTC) zahrnuje škálu služeb pro osoby se sníženou soběstačností (sníženou funkční kapacitou) v důsledku dlouhodobě zhoršeného zdravotního stavu, postižení (disability) nebo nemoci. Dlouhodobou péčí se podle OECD obvykle označuje péče o osoby, které po delší časové období vyžadují podporu ve vykonávání tzv. **základních aktivit denního života** („activities of daily living“, ADL)², jako je například koupání, oblékání, přijímání potravy, vstávání z postele a ulehání do postele a další aktivity spojené s péčí o vlastní osobu. Tato „osobní“ složka péče je často poskytována v kombinaci se základní zdravotní péčí, která zahrnuje „ošetřovatelskou péči“ (např. ošetřování ran, léčba bolesti, předepisování a podávání léků, monitorování zdravotního stavu) a také prevencí, rehabilitací nebo paliativní péčí. Vedle osobní péče služby dlouhodobé péče často zahrnují také pomoc s dalšími aktivitami nezbytnými pro zajištění soběstačnosti. Tzv. **instrumentální aktivity denního života** („instrumental activities of daily living“, IADL) zahrnují například péči o domácnost, přípravu jídla, užívání léků, nakupování, dopravu atd.

Služby dlouhodobé péče mohou zahrnovat péči zdravotních sester, psychologů, sociálních pracovníků a fyzioterapeutů, pomoc a podporu v domácnosti nebo poskytnutí speciální pomůcky. Mohou zahrnovat také pomoc rodinným pečovatelům, např. respitní (odlehčovací) péči.

Formální dlouhodobá péče zahrnuje všechny služby poskytované v rámci formálního (smluvního) zaměstnaneckého vztahu, v rámci kterého je placeno sociální pojištění. **Neformální dlouhodobá péče** většinou označuje péči poskytovanou rodinnými příslušníky, přáteli, sousedy, dobrovolníky, nicméně v přesném slova smyslu podle OECD tato kategorie zahrnuje také „placené“ pečovatele, kteří však nejsou účastní na sociálním pojištění a pohybují se v šedé ekonomice (tj. mimo rámec formálních zaměstnaneckých vztahů). Za **rodinné pečovatele**³ se obvykle považují osoby pravidelně poskytující dlouhodobou péči, často bez finanční kompenzace a smluvního vztahu, jako například manželé/partneři, rodiče, děti či jiní členové rodiny.

Dlouhodobá péče je nejčastěji poskytována v domácím prostředí nebo v pobytovém (ústavním, institucionálním) zařízení poskytujícím zdravotní nebo sociální služby. **Domácí dlouhodobá péče**⁴ je poskytována lidem s funkčními omezeními, kteří bydlí většinou ve vlastním bytě či domě. Pod domácí péčí lze zahrnout také krátkodobé a dočasné využití ústavní péče s cílem podpory dalšího setrvání v domácím prostředí, např. center denní péče nebo respitní péči. Domácí péče podle OECD zahrnuje také péči poskytovanou v rámci speciálního seniorského bydlení (asistovaného nebo adaptovaného bydlení) osobám, které vyžadují pravidelnou pomoc, při současném zajištění vysokého stupně autonomie a kontroly. **Institucionální dlouhodobá péče** označuje ústavní ošetřovatelská zdravotnická zařízení (*kromě nemocnic*) a pobytová (residenční) zařízení sociálních služeb, která poskytují ubytování a současně dlouhodobou péči lidem s potřebou trvalé zdravotní a ošetřovatelské péče v důsledku chronické nemoci a snížené soběstačnosti

² Příloha č. 1 k vyhlášce č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, obsahuje vymezení schopností zvládat základní životní potřeby v 10 oblastech: a) mobilita, b) orientace, c) komunikace, d) stravování, e) oblékání a obouvání, f) tělesná hygiena, g) výkon fyziologické potřeby, h) péče o zdraví, i) osobní aktivity a j) péče o domácnost. Podrobnou klasifikaci a definice „aktivit“ a „participací“ obsahuje [Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví](#) (viz str. 134-181).

³ Pojem „neformální péče“ je tedy širší než pojem „rodinná péče“. Vzhledem k tomu, že většinu neformálních pečujících tvoří rodinní pečující, jsou oba pojmy v publikaci OECD často volně zaměňovány. V textu se pokud možno přidružujeme varianty použité v originálu.

⁴ Pojem „home care“ (doslovně „domácí péče“) je v publikaci OECD na rozdíl od zvyklostí v České republice používán k označení veškeré péče poskytované v domácnosti a zahrnuje zdravotní i sociální služby poskytované osobám se sníženou soběstačností v jejich domácím (přirozeném) prostředí (ošetřovatelskou domácí péči, pečovatelskou službu atd.). Osobní péče a pomoc s vykonáváním základních aktivit denního života (ADL) je součástí zdravotní či ošetřovatelské péče poskytované ve zdravotnických zařízeních (v případě indikace zdravotní péče), resp. tzv. „přímé péče“ v rámci sociálních služeb. Pojmy „přímá péče“ a „osobní péče“ jsou používány jako synonyma. Pomoc s instrumentálními aktivitami (IADL) bývá označována také jako „home help“ (tj. pomoc s péčí o domácnost). Pomoc s péčí o domácnost je většinou poskytována jako sociální služba a je hrazena ze systému sociálních služeb. Pro bližší definici uživatele domácí péče dle „OECD Health Data“ viz pozn. č. 9, resp. 2. díl této aktuální informace.

v aktivitách denního života (ADL). Tato zařízení poskytují pobytové služby společně s ošetřováním a zdravotním dohledem nebo dalšími typy péče podle potřeb osob v těchto zařízeních. Instituce dlouhodobé péče zahrnují také specializovaná zařízení, která se zaměřují převážně na poskytování péče lidem s mírným až těžkým funkčním omezením.

Příjemci dlouhodobé péče jsou definováni jako lidé, kteří jsou uživateli dlouhodobé péče doma nebo v instituci, včetně příjemců finančních dávek poskytovaných na základě potřeby péče.

Pracovníci v sektoru dlouhodobé péče zahrnují osoby, které poskytují péči příjemcům dlouhodobé péče. Formální pracovníci v sektoru dlouhodobé péče zahrnují následující zaměstnání a podskupiny:

- 1) všeobecné sestry⁵, definované klasifikací ISCO-08 (CZ-ISCO kód 2221 pro všeobecné sestry se specializací a CZ-ISCO kód 3221 pro všeobecné sestry bez specializace), poskytující dlouhodobou péči doma nebo v zařízeních dlouhodobé péče (kromě nemocnic);
- 2) pracovníky osobní péče⁶, včetně formálních pracovníků poskytujících služby dlouhodobé péče doma nebo v instituci (jiné než nemocnici) a kteří nemají kvalifikaci nebo oprávnění k výkonu povolání sestry. Podle definice v klasifikaci ISCO-08 jsou pracovníci osobní péče⁷ doma nebo v instituci definováni jako osoby poskytující každodenní osobní péči seniorům, rekonvalescentům nebo postiženým osobám v činnostech jako je např. koupání, oblékání atd. v jejich vlastním domově nebo v institucích (jiných než nemocnice).

Pracovníci dlouhodobé péče mohou mít různou kvalifikaci v závislosti na zdravotním stavu příjemce péče a formě poskytované péče. Dlouhodobá péče může být poskytována veřejnými (státními), neziskovými nebo soukromými poskytovateli, jejichž služby se mohou pohybovat od poskytování dálkové tísňové péče (alarmovacích systémů) až po osobní přímou péči poskytovanou 24 hodin 7 dní v týdnu. Po uživateli je někdy požadována úhrada části nákladů těchto služeb.

Dlouhodobá péče může být poskytována všem uživatelům bez ohledu na jejich příjem (univerzální systém) nebo pouze nízkopříjmovým skupinám a může zahrnovat pomoc v podobě poskytování dávek a/nebo služeb v různém prostředí a formách (domácí, ambulantní, ústavní) v závislosti na zdravotním stavu příjemce a dalších okolnostech.

Podle OECD veřejné univerzální systémy dlouhodobé péče zajišťují široký přístup ke službám domácích a ústavních dlouhodobé péče, poskytují široké pokrytí finančních

⁵ Podle definice OECD Health Data tato kategorie zahrnuje: i) osoby, které mají dokončené vzdělání v oboru ošetřovatelství a mají oprávnění k výkonu povolání sestry (včetně všeobecných sester a pomocných/praktických sester); ii) zaměstnané a samostatně výdělečně činné sestry poskytující služby doma nebo v zařízení dlouhodobé péče (kromě nemocnic); iii) zahraniční sestry s oprávněním k výkonu povolání vykonávající toto povolání v dané zemi; iv) sestry poskytující dlouhodobou péči pacientům s demencí a/nebo Alzheimerovou chorobou.

Do této kategorie naopak nepatří: i) studenti, kteří ještě nedokončili vzdělání a nezískali kvalifikaci; ii) pomocní ošetřovatelé (sanitáři), zdravotní asistenti a pracovníci přímé péče, kteří nemají předepsanou kvalifikaci/oprávnění k výkonu (či registraci) povolání sestry; iii) sestry pracující v administrativě, výzkumu a dalších pozicích, které nezahrnují přímý kontakt s pacienty; iv) nezaměstnané sestry a penzionované sestry; v) sestry pracující v zahraničí; vi) sestry poskytující sociální služby; vii) sestry v oboru psychiatrie.

⁶ Podle definice OECD Health Data tato kategorie zahrnuje: i) asistenty a pomocné pracovníky, kteří poskytují dlouhodobou péči a nemají kvalifikaci nebo oprávnění k výkonu povolání sestry; ii) rodinní příslušníci, sousedé nebo přátelé zaměstnaní (na základě formální pracovní smlouvy a/nebo evidovaní příslušnými orgány sociálního zabezpečení jako pečovatelé) příjemcem péče nebo osobou/organizací zastupující příjemce péče a/nebo veřejným nebo soukromým poskytovatelem služeb za tím účelem, aby poskytovali služby osobě s potřebou dlouhodobé péče. Do této kategorie naopak nepatří: i) neformální pečovatelé, kteří jsou příjemci peněžní dávky či kompenzace ze systému dávek pro uživatele péče, ale nejsou formálně zaměstnaní nebo placeni příjemcem péče (nebo osobou/institucí zastupující příjemce péče, včetně veřejných nebo soukromých poskytovatelů služeb sociální péče); ii) nezaměstnaní a penzionovaní pečovatelé; iii) pečovatelé pracující v zahraničí; iv) pečovatelé, kteří jsou členy týmů, jejichž účelem je posuzování potřeby péče, a další osoby zaměstnané v administrativních pozicích; vi) sociální pracovníci/komunitní pracovníci.

⁷ Pojmy „pracovníci osobní péče“ („personal care workers“) a „pracovníci přímé péče“ („direct care workers“) jsou v publikaci OECD používány jako synonyma a označují pracovníky poskytující pomoc při vykonávání základních aktivit denního života (ADL). Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách vymezuje „pracovníky v sociálních službách“ (§ 116) jako pracovníky, kteří vykonávají „přímou obslužnou péči“. Popis typové pozice obsahuje [Národní soustava povolání](#) (viz kód 30197). V klasifikaci [CZ-ISCO](#) se uvádí označení „pracovníci v přímé obslužné péči“ (viz kód 53212).

nákladů na dlouhodobou péči a zahrnují široké spektrum služeb v ústavní i domácí péči. Vstup do těchto systémů není omezen na základě příjmu nebo majetku uživatelů (nebo jejich rodin), i když příjem a/nebo majetek mohou být zohledněny při stanovení horní hranice spoluúčasti (např. v Norsku, Švédsku a Nizozemsku).⁸

Odpovědnost za systémy dlouhodobé péče může být v kompetenci jednoho ministerstva nebo instituce, obvykle ministerstva zdravotnictví nebo sociálních věcí nebo může být v kompetenci více institucí. Úřady na nižší územní úrovni mají přitom často odpovědnost za poskytování a v některých případech za financování služeb.

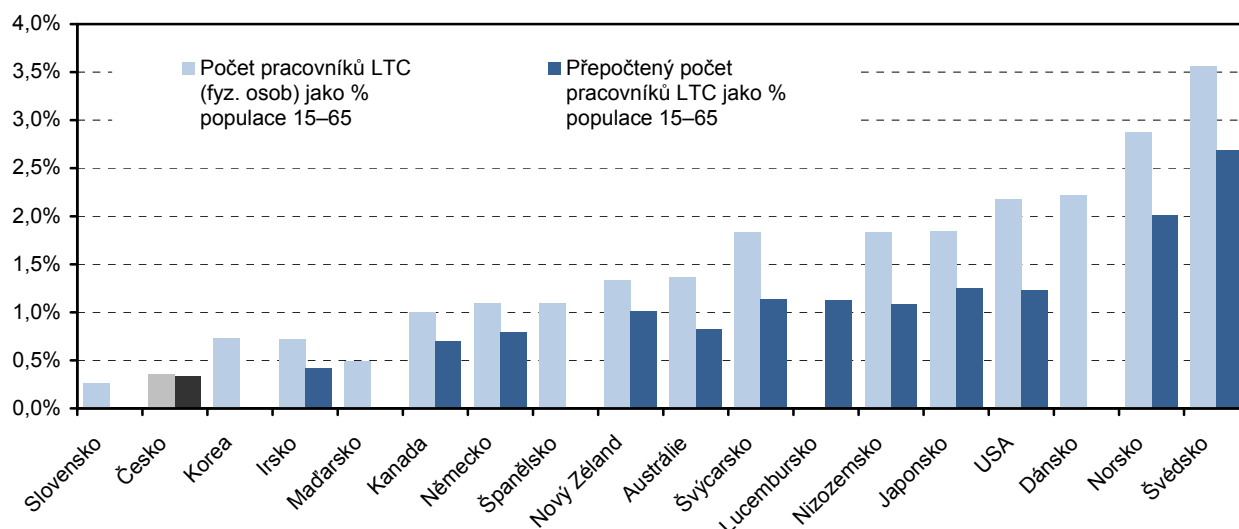
⁸ V České republice je dlouhodobá péče financována ze všeobecného veřejného zdravotního pojištění a z veřejných rozpočtů (zdravotní péče, sociální služby a příspěvek na péči). V rámci péče poskytované ve zdravotnických zařízeních a při poskytování sociálních služeb a příspěvku na péči je služba (resp. dávka) poskytnuta všem na základě hodnocení potřeby bez ohledu na jejich příjem a majetek. Systém v České republice lze v tomto kontextu označit za univerzální.

Kdo poskytuje formální dlouhodobou péči?

Počet pracovníků formální dlouhodobé péče (zdravotní sestry a pracovníci přímé osobní péče) tvoří v zemích OECD v průměru 1,5 % populace v produktivním věku (viz obr. č. 1). Podíl těchto pracovníků na všech pracovnících je nejnižší v zemích s relativně malým sektorem formální dlouhodobé péče, např. v České republice a na Slovensku, kde podíl pracovníků dlouhodobé péče dosahuje přibližně 0,3 % celkové pracovní síly. Nejvyšší podíl pracovníků dlouhodobé péče na celkové pracovní síle je naopak ve Švédsku (3,6 %), Norsku a Dánsku (2,9 %).

Obr. č. 1 Podíl pracovníků dlouhodobé péče na celkové pracovní síle

Rok 2008



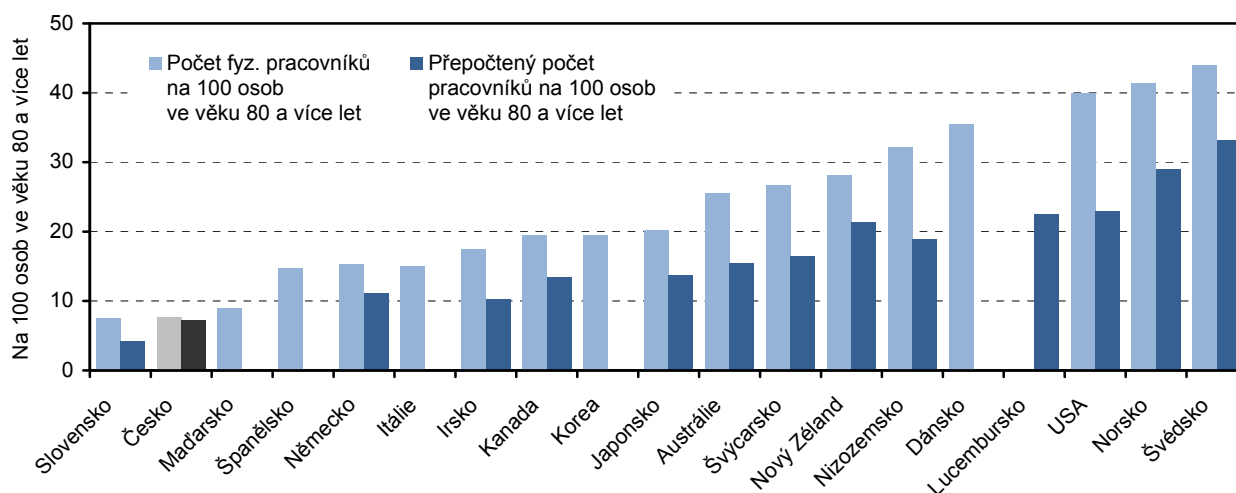
Pozn.: Definice přepočteného pracovního úvazku se v jednotlivých zemích liší. Pracovníci dlouhodobé péče zahrnují jak zdravotní sestry, tak pracovníky přímé péče. Data pro Maďarsko, Kanadu, Nový Zéland, Lucembursko a USA jsou pro rok 2006. Data pro Slovensko, Německo, Austrálii a Dánsko pro rok 2007. Data pro Nizozemsko, Španělsko a Švédsko jsou pro rok 2009. Data pro Koreu jsou pro rok 2010 (National Statistical Office). Data pro Německo nezahrnují 170 000 geriatrických sester (2007). Data pro Nizozemsko se týkají pouze pracovníků přímé péče (ADL) a zdravotních sester.

Zdroj: OECD Health Data 2010 a Statistický úřad Korea

Velikost pracovní síly v sektoru dlouhodobé péče nutně nekorresponduje s počtem osob s potencionální potřebou dlouhodobé péče v populaci. Ukazatel nabídky pracovní síly v tomto sektoru vyjádřený počtem pracovníků dlouhodobé péče (přepočtených pracovních úvazků) na 100 osob ve věku 80 a více let se v zemích OECD pohybuje od cca 7,3 v České republice (na Slovensku 4) k 29,0 v Norsku a 33,2 ve Švédsku (viz obr. č. 2).

Obr. č. 2 Počet pracovníků dlouhodobé péče na 100 osob ve věku 80 a více let v zemích OECD

Rok 2008 nebo poslední dostupný rok



Pozn.: Data pro Itálii jsou pro rok 2003; data pro Nový Zéland a USA pro rok 2006; pro Slovensko, Německo, Austrálii, Dánsko, Kanadu, Maďarsko a Lucembursko pro rok 2007; pro Španělsko, Koreu, Nizozemsko a Švédsko pro rok 2009. Data pro Německo nezahrnují geriatrické sestry (cca 170 000 v roce 2007); data pro Nizozemsko zahrnují pouze zaměstnané zdravotní sestry a pracovníky osobní péče (ADL).

Zdroj: OECD Health Data 2010 a Statistický úřad Korea

Pokud jde o dostatečnost nabídky a „vytíženost“ pracovníků v sektoru dlouhodobé péče vyjádřenou počtem uživatelů dlouhodobé péče na jednoho pracovníka dlouhodobé péče, není překvapující, že tento poměr je nižší v ústavní péči než v péči domácí (viz obr. č. 3), což odráží mimo jiné rozdíly v soběstačnosti a náročnosti péče mezi uživateli domácí a ústavní péče. Tento poměr se v pobytových zařízeních pohybuje od 0,1 plného přepočteného úvazku na jednoho příjemce na Slovensku, 0,45 v České republice k 0,8 v Norsku. Na jeden přepočtený úvazek připadalo v České republice 39,2 uživatelů v domácí péči a 2,2 uživatelů v ústavní péči.⁹

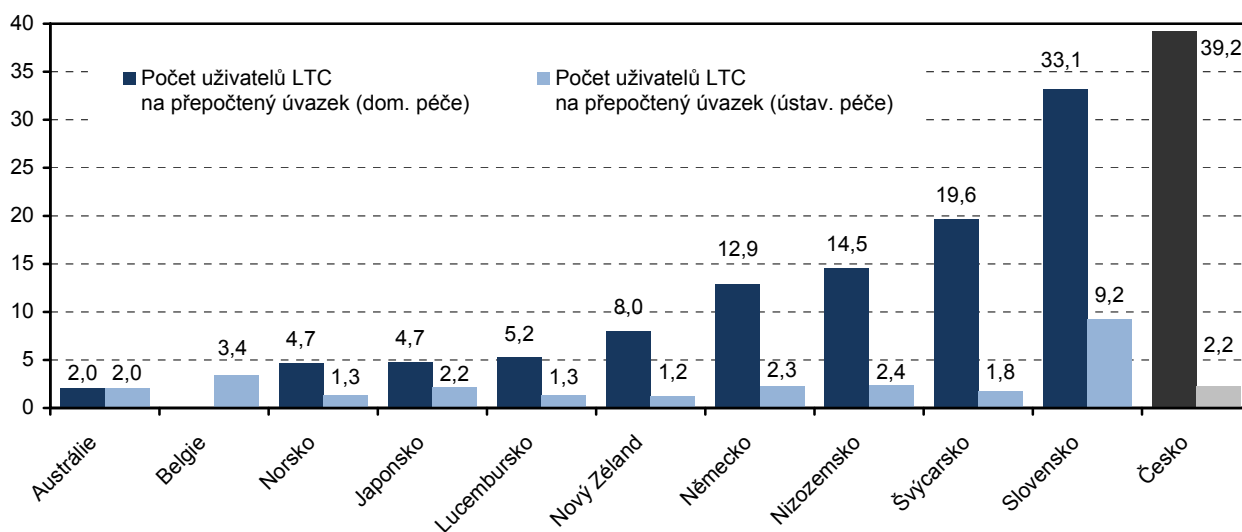
V rámci „domácí zdravotní péče“ (DZP) poskytované v České republice v systému zdravotních služeb připadalo v roce 2011 na jednoho zdravotnického pracovníka nelékaře bez odborného dohledu (ZPBD) v průměru 61 pacientů DZP. Pracovníci domácí zdravotní péče v roce 2011 uskutečnili celkem 5,9 milionů návštěv pacientů, z nichž v 88 % případů bylo provedeno pouze zdravotní ošetření.¹⁰ Na 1 ZPBD připadalo v průměru necelých 7 návštěv denně (v jednotlivých krajích činilo rozpětí od 5–10 návštěv; nejméně na Vysočině a v Praze, nejvíce v Ústeckém a Moravskoslezském kraji), na 1 pacienta pak v průměru 40 návštěv za rok (v jednotlivých krajích mezi 32–52 návštěvami). Celkem bylo v roce 2011 provedeno 11,6 milionu výkonů, z nichž 94 % bylo hrazených z veřejného zdravotního pojištění a 53 % bylo provedeno u imobilních pacientů.

⁹ Podle definice OECD Health Data uživatelé domácí péče zahrnují a) osoby, které jsou příjemci dlouhodobé péče 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 dalších dávek poskytovaných na základě hodnocení potřeb za účelem podpory osob s potřebou dlouhodobé péče. Naopak zahrnuti nejsou a) osoby se zdravotním postižením v produktivním věku, které jsou příjemci dávek nahrazujících příjem nebo podporujících integraci na trh práce (tj. ne za účelem zajištění dlouhodobé péče) a b) osoby, které potřebují jen pomoc s instrumentálními aktivitami denního života (IADL), tj. jsou příjemci pouze sociální péče, jak je definována pro potřeby statistiky 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, které v žádosti o příspěvek neuvedly, že jsou příjemci pobytové služby (v domově pro osoby se zdravotním postižením, domově seniorů, či stacionáři s týdenním pobytem). Tento údaj může sloužit pouze jako přibližný odhad příjemců dlouhodobé péče v domácím prostředí. V případě ústavní péče byly použity údaje o příjemcích v zařízeních sociálních služeb (domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem).

¹⁰ Značná část DZP tedy *in stricto sensu* nespadá do definice dlouhodobé péče v pojetí OECD, jejímž určujícím znakem je poskytování osobní přímé péče a pomoci s aktivitami denního života, ale jedná se spíše o *zdravotní péči* poskytovanou v domácím prostředí.

Obr. č. 3 Počet uživatelů dlouhodobé péče na jeden přepočtený úvazek v domácí a ústavní péči

Vybrané země OECD, 2008



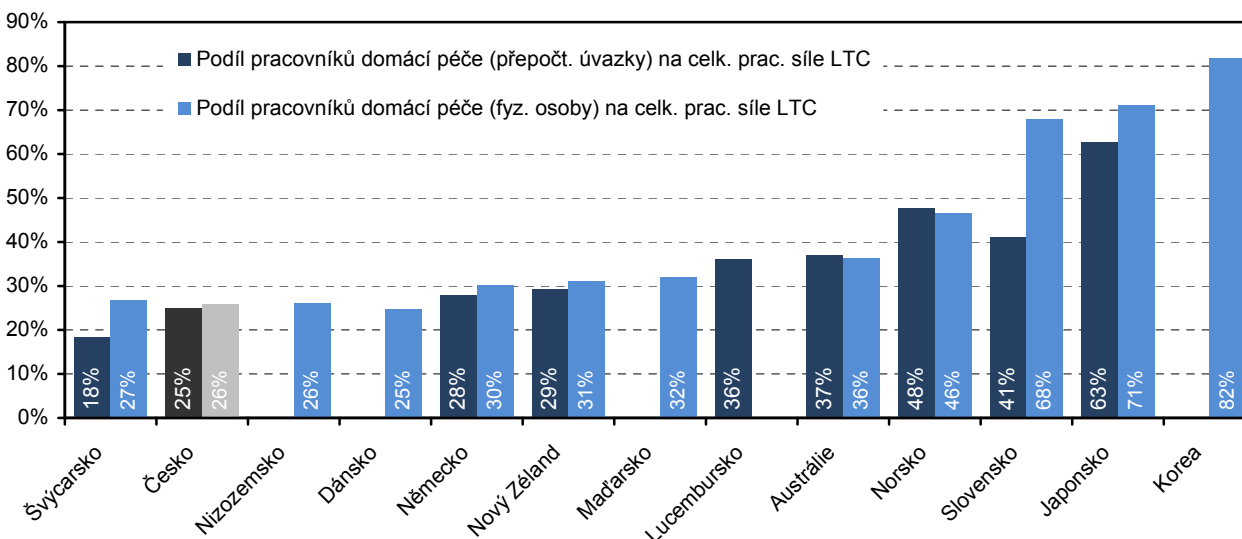
Pozn.: Definice přepočteného úvazku (full-time equivalent, FTE) se v různých zemích OECD liší. Pro domácí péči byly použity údaje za roky: pro Austrálii a Německo 2005, pro Lucembursko, Nový Zéland a Nizozemsko rok 2006, pro další země rok 2008. Pro ústavní péči: pro Lucembursko, Nový Zéland a Nizozemsko rok 2006, pro Austrálii, Belgii, Německo a Slovensko rok 2007. Data pro Nizozemsko zahrnují pouze sestry a pracovníky osobní péče (ADL). Data pro Austrálii nezahrnují zdravotnické pracovníky (domácí péče). Data pro Německo nezahrnují geriatrické sestry (odhadováno na 170 000 v roce 2007).

Zdroj: OECD Health data 2010

Podíl pracovníků domácí péče na celkovém počtu pracovníků dlouhodobé péče se pohybuje od 27 % ve Švýcarsku do 82 % v Jižní Koreji. V České republice pracovníci domácí péče tvoří zhruba čtvrtinu pracovníků dlouhodobé péče (viz obr. č. 4).

Obr. č. 4 Podíl pracovníků domácí péče na všech pracovnících dlouhodobé péče v zemích OECD

Vybrané země OECD, 2008



Pozn.: Data pro Lucembursko jsou pro rok 2005, data pro USA, Kanadu, Nový Zéland pro rok 2006, pro Dánsko, Německo, Austrálii a Slovensko pro rok 2007. Data pro domácí péči v Austrálii další přidružené zdravotnické pracovníky. Data pro Německo nezahrnují geriatrické sestry (170 000, odhad pro rok 2007). Data pro Nizozemsko zahrnují pouze sestry a pracovníky přímé péče (ADL).

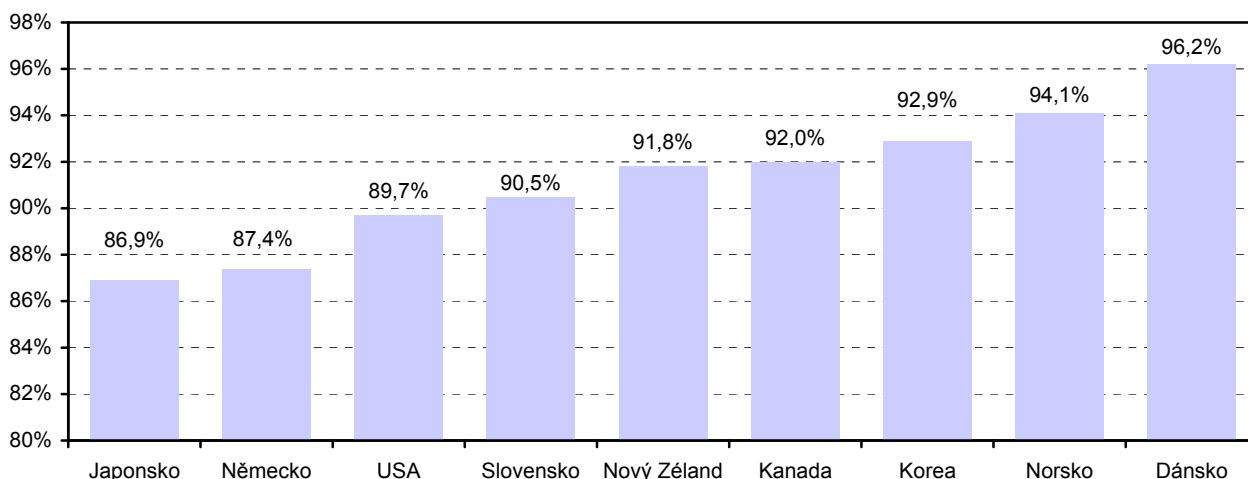
Zdroj: OECD Health data 2010

Pracovníci v sektoru dlouhodobé péče jsou převážně ženy. Např. v Německu a Japonsku tvoří ženy kolem 87 % pracovníků dlouhodobé péče, v Dánsku dokonce 96 % (viz obr. č. 5 s údaji pro vybrané země). Ženy pracující v sektoru dlouhodobé péče jsou

často vyššího věku, např. v Japonsku je 60 % pracovníků dlouhodobé péče starších 50 let. Podle některých studií je např. ve Velké Británii vysoký podíl žen pouze v sektoru přímé péče, nicméně řídicí pozice jsou obsazeny zejména muži.

Obr. č. 5 Podíl žen na všech pracovnících dlouhodobé péče

Vybrané země OECD, poslední dostupný rok



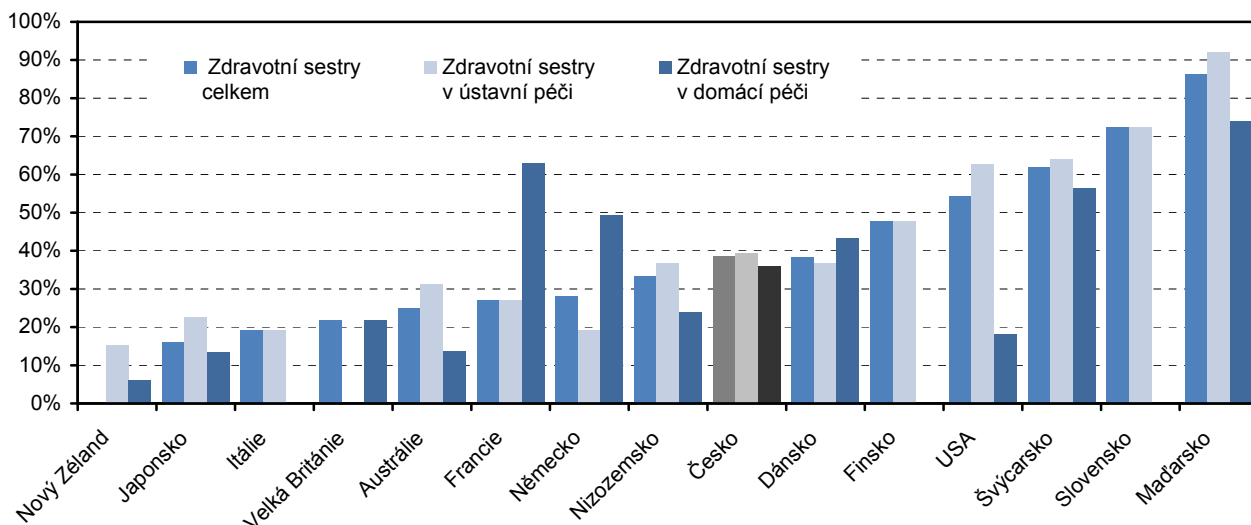
Pozn.: Data pro Japonsko jsou pro rok 2003, pro USA, Nový Zéland a Kanadu pro rok 2006, pro Dánsko rok 2007, pro Slovensko a Norsko pro rok 2008, pro Koreu 2009. Data pro Německo nezahrnují geriatrické sestry (cca 170 000 v roce 2007).

Zdroj: OECD Health Data 2010

Profesní struktura pracovníků dlouhodobé péče je v jednotlivých zemích OECD velmi různá. Například zdravotní sestry tvoří od 12 % na Novém Zélandu, resp. 16 % v Japonsku, do 85 % všech pracovníků dlouhodobé péče v Maďarsku. Ve většině zemí však zdravotní sestry tvoří méně než polovinu všech pracovníků dlouhodobé péče (viz obr. č. 6). Podíl zdravotních sester na pracovnících dlouhodobé péče se liší v rámci domácí a ústavní péče. Například ve Francii a v Německu je vysoký podíl sester v domácí péči a naopak nízký v péči ústavní. Naopak v USA je relativně málo sester v domácí péči oproti péči ústavní. Podle OECD je obecně podíl zdravotních sester vyšší v ústavních zařízeních než v domácí péči. V České republice tvořily zdravotní sestry přibližně 38,5 % pracovníků dlouhodobé péče (viz pozn. č. 5 a 6 na str. 4 pro vymezení pracovníků dlouhodobé péče).

Obr. č. 6 Podíl zdravotních sester na všech pracovnících sektoru dlouhodobé péče (počet fyz. osob)

Vybrané země OECD, 2008



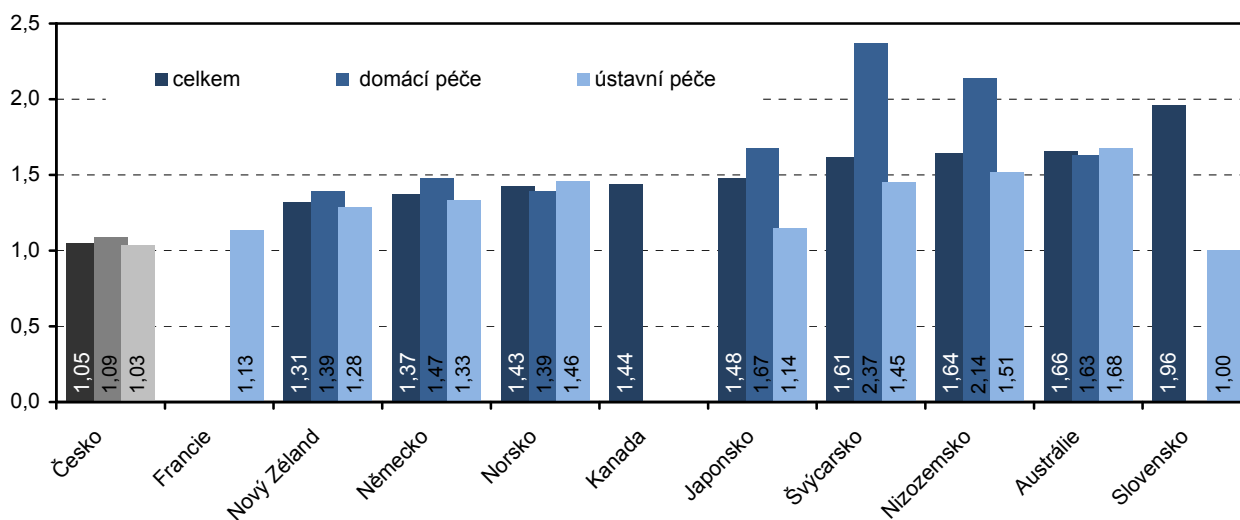
Pozn.: Data pro USA a Nový Zéland jsou pro rok 2006; pro Itálii a Finsko 2005; data pro Austrálii, Německo a Dánsko jsou pro rok 2007. Data pro Austrálii nezahrnují přidružené zdravotní pracovníky. Data pro Německo nezahrnují geriatrické sestry (170 000 odhad z roku 2007). Data pro Nizozemsko zahrnují sestry a pečovatele (ADL).

Zdroj: OECD Health Data 2010

Z poměru přepočtených úvazků na počet pracovníků vyplývá, že v zemích OECD mnoho pracovníků dlouhodobé péče pracuje na částečný úvazek, přičemž tento počet je o něco vyšší v domácí péči než v péči ústavní (viz obr. č. 7). Např. v Japonsku 84 % pracovníků domácí péče pracuje na částečný úvazek. Naproti tomu v České republice je využívání částečných úvazků minimální. V roce 2008 v České republice připadalo na jeden pracovní úvazek 1,05 pracovníka ve srovnání s 1,43 v Norsku nebo 1,61 ve Švýcarsku, Nizozemsku a dalších zemích. V USA v roce 2007 pracovalo celkem 43 % pracovníků přímé péče na méně než polovinu úvazku. Ke snížení počtu hodin na jeden týden došlo podle OECD v České republice (v letech 2005–2008), Německu (v letech 2003–2007) a Nizozemsku (v domácí péči v letech 2004–2007). Pokles počtu pracovních hodin podle OECD odráží obecný trend na trhu práce. Během let 2000–2009 došlo k nárůstu podílu částečných úvazků v zemích OECD z 12 % na 16 %. Využívání částečných úvazků je častější spíše u méně kvalifikovaných pracovníků dlouhodobé péče než u zdravotních sester.

Obr. č. 7 Počet pracovníků na jeden přepočtený úvazek ve vybraných zemích OECD

Rok 2008



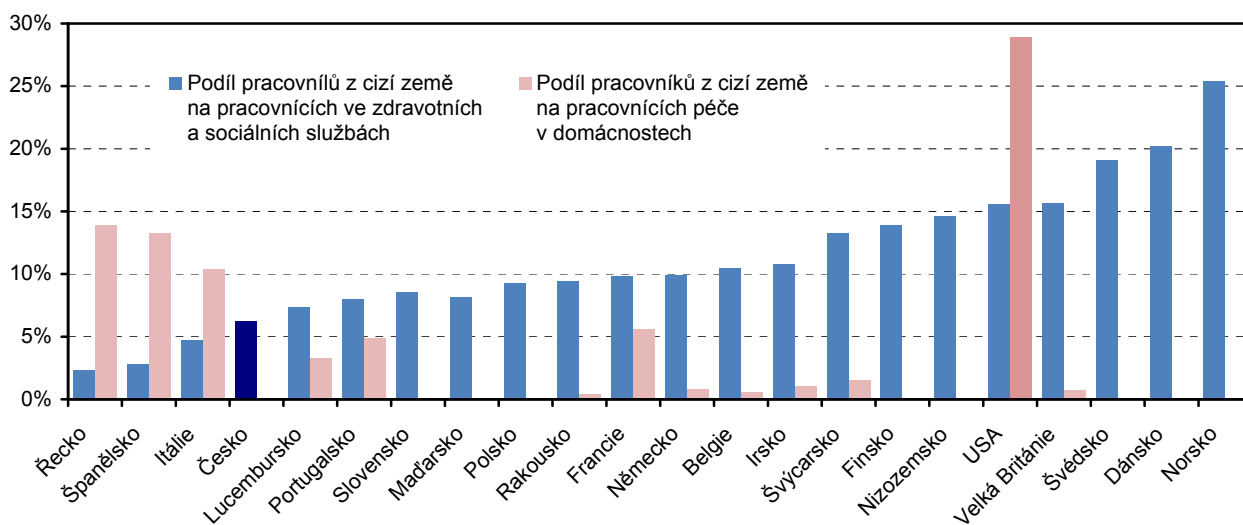
Pozn.: Definice přepočteného úvazku se v jednotlivých zemích liší. Data pro Nový Zéland, Kanadu a Nizozemsko jsou pro rok 2006; data pro Francii (jen ústavní péče), Německo, Austrálii a Slovensko pro rok 2007. Data pro Austrálii nezahnují přidružené zdravotnické profese. Data pro Německo nezahnují geriatrické sestry (170 000, odhad pro rok 2007). Data pro Nizozemsko zahrnují pouze sestry a pracovníky osobní péče (ADL).

Zdroj: Výpočty OECD na základě OECD Health data 2010

V mnoha zemích hraje důležitou roli z důvodu nedostatku pracovníků v sektoru dlouhodobé péče a dalších faktorů zaměstnávání migrantů. Podíl pracovníků narozených v jiné zemi pracujících v sektoru dlouhodobé péče se v zemích OECD liší (viz obr. č. 8). Zatímco v Japonsku pracuje v sektoru dlouhodobé péče velmi málo pracovníků narozených v jiné zemi, ve Spojených státech je to téměř každý čtvrtý pracovník. Itálie a Izrael mají nadprůměrný podíl pracovníků narozených v jiné zemi v sektoru péče ve srovnání s jinými nízkokvalifikovanými sektory ekonomiky. Mezi lety 2008 a 2009 více než polovinu z šestiprocentního nárůstu pracovníků v ústavních zařízeních v EU tvořili pracovníci narození v jiné zemi. V Itálii v roce 2005 podle některých odhadů podíl pracovníků narozených v jiné zemi poskytujících péči v domácnostech a rodinách dosahoval až 72 %. Ve Spojených státech v období 2007–2009 došlo v sektoru sociální pomoci ke čtvrtému nejvyššímu růstu počtu pracovníků narozených mimo USA. Při pracovní migraci v sektoru dlouhodobé péče hraje roli geografická, jazyková a kulturní blízkost, ekonomická úroveň přijímající země a přeshraniční rozdíly v platových podmínkách (např. země jižní a východní Evropy, Rakousko nebo Německo). Migrující pracovníci v sektoru dlouhodobé péče často obsazují nižší pozice, které neodpovídají úrovni jejich kvalifikace v zemi původu (tzv. de-skilling). Např. podle některých studií má až 70 % osob z Moldavska poskytujících pomoc v italských rodinách univerzitní vzdělání.

Obr. č. 8 Podíl pracovníků narozených v jiné zemi na všech pracovnících ve zdravotních a sociálních službách a v domácnostech

Průměr za období 2005–2006



Pozn.: Data pro Německo jsou pouze pro rok 2005 a pro Japonsko pouze pro rok 2006.

Zdroj: Pro Evropské země European Community Labour Force Survey (Eurostat), pro Japonsko Labour Force Survey; pro USA Current Foreigners Population Survey, March Supplement (z publikace OECD International Migration Outlook, 2008)

Tato Aktuální informace představuje souhrn vybraných výstupů publikace OECD „*Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*“ se zaměřením na statistická data o pracovnících dlouhodobé péče. Druhý díl této řady přináší údaje o uživateli dlouhodobé péče a o vývoji poptávky a nabídky dlouhodobé péče v kontextu demografického vývoje. Třetí díl obsahuje vybrané informace o neformálních pečovateli a dopadech poskytování neformální péče. Čtvrtý, poslední díl obsahuje informace o financování dlouhodobé péče v zemích OECD a shrnutí hlavních doporučení na opatření v oblasti dlouhodobé péče, včetně překladu souhrnné zprávy v příloze. [Celá publikace](#) v angličtině, její [shrnutí](#) a další informace o aktivitách OECD v souvisejících oblastech jsou dostupné [na stránkách OECD](#).

Zpracoval: Mgr. Petr Wija, Ph.D.