

Praha 16. 8. 2012

# 32

## Poskytování a financování dlouhodobé péče v zemích OECD (II)

- uživatelé dlouhodobé péče a vývoj poptávky po dlouhodobé péči

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

### Souhrn

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

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

### Summary

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

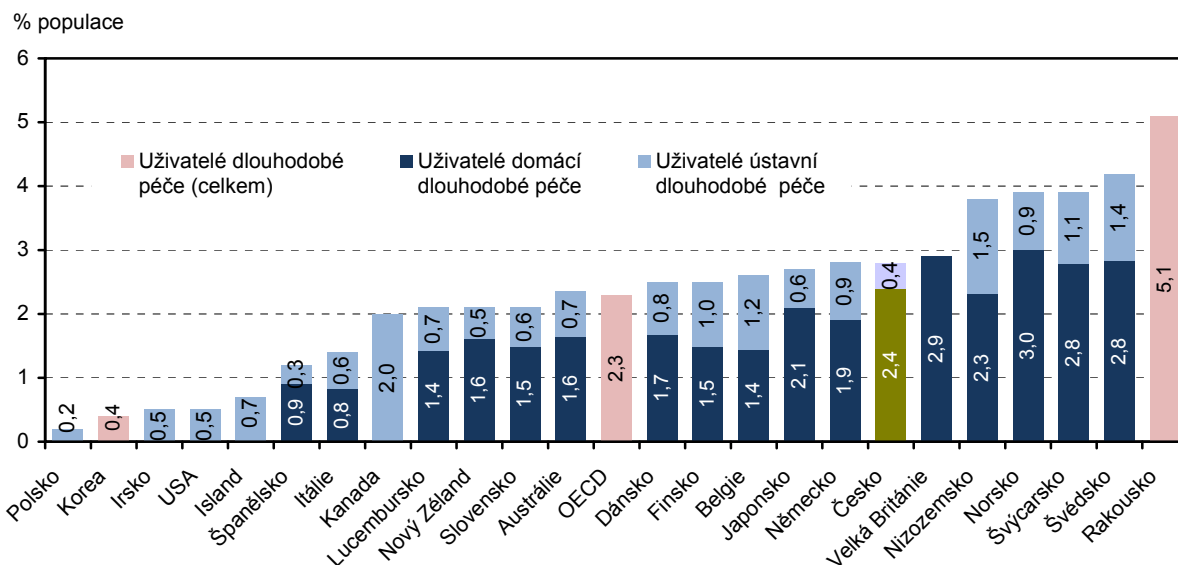
*Keywords: long-term care, demographic development, financing of long-term care, long-term care workers, informal care*

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

## Kdo jsou uživatelé dlouhodobé péče?

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

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



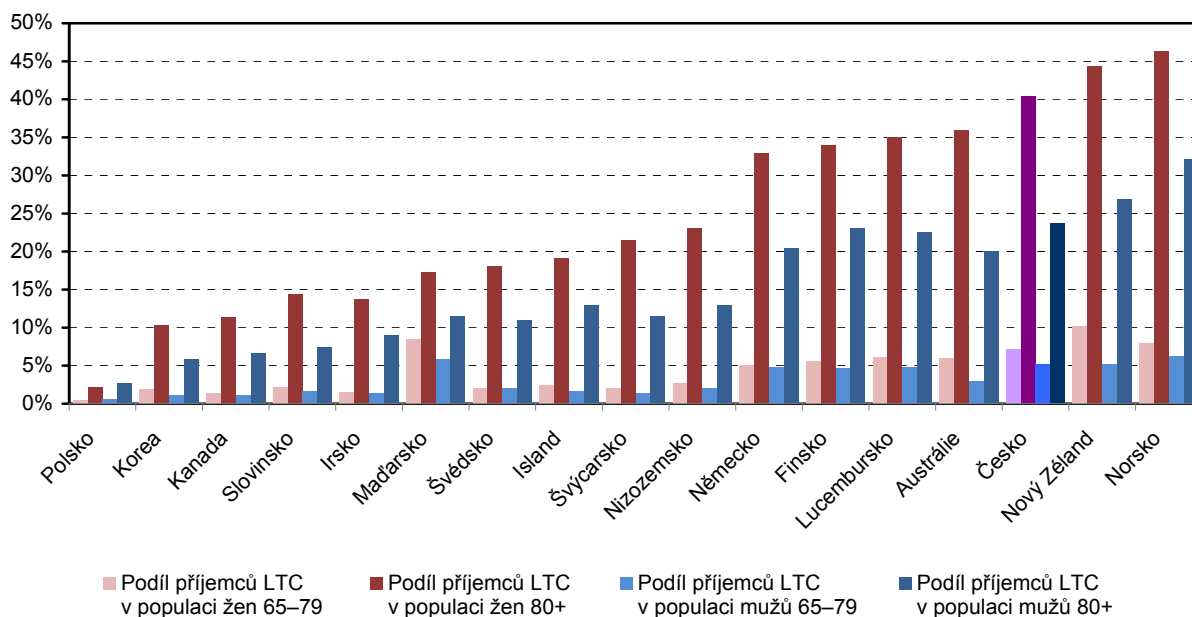
Pozn.: Data pro Kanadu, Lucembursko, Dánsko, Belgie a Nizozemsko jsou pro rok 2007; data pro Španělsko pro rok 2009; pro Japonsko pro rok 2006. Data pro Japonsko podhodnocují počet uživatelů ústavní péče, protože mnoho seniorů dostává dlouhodobou péči v nemocnicích. Podle Campbell et al (2009), Japonsko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

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

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

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

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



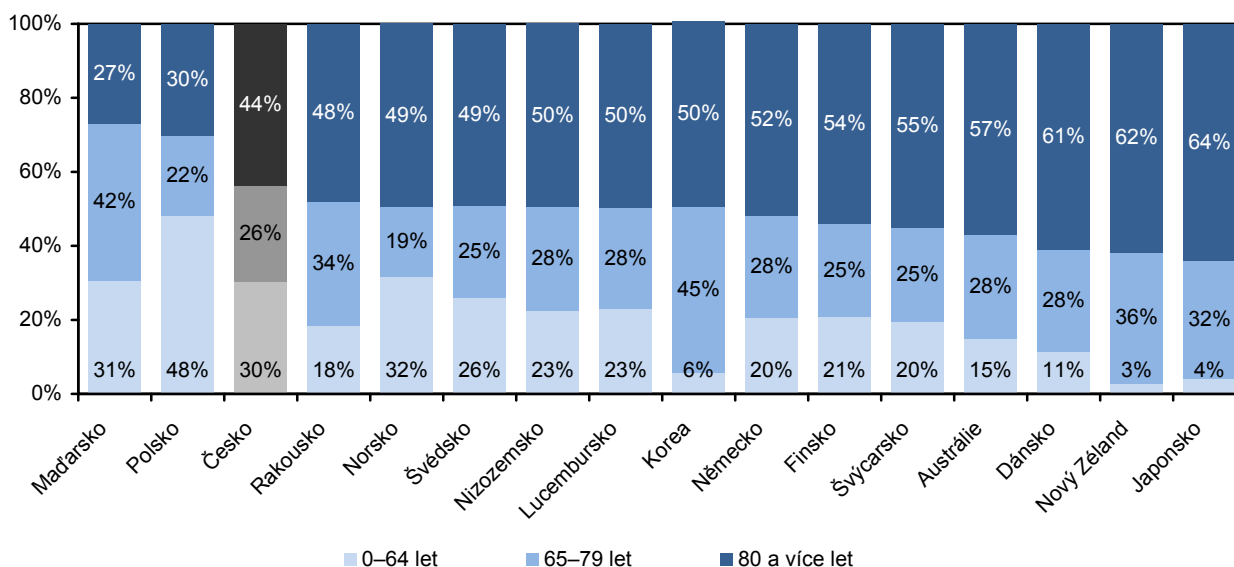
Pozn.: Data pro Belgii, Francii a Polsko se vztahují k věku 60 místo 65 let; data pro Slovinsko se vztahují k osobám ve věku 62 a více let; data pro Norsko se vztahují k věku 67 a více let. Pro uživatele domácí péče v Polsku je použito věkové rozdělení 60–74 a 75 a více let místo kategorií 65–79 a 80+.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

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

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

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

Podíl uživatelů LTC podle věku

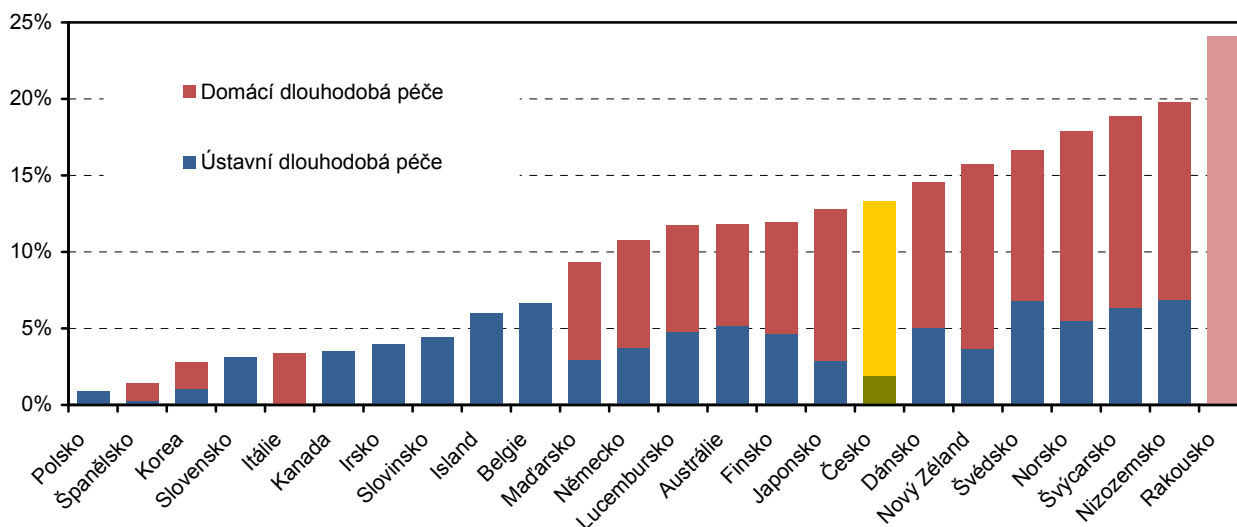


Pozn.: Data pro některé země se vztahují k odlišným věkovým skupinám. Místo věkové skupiny 65–80 byla použita data pro osoby ve věku 60 a více let v Rakousku, Belgii a v Polsku; v Norsku příjemci dlouhodobé péče zahrnovaly osoby starší 67 let. Pro Polsko byly pro uživatele domácí péče použity věkové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

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

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

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

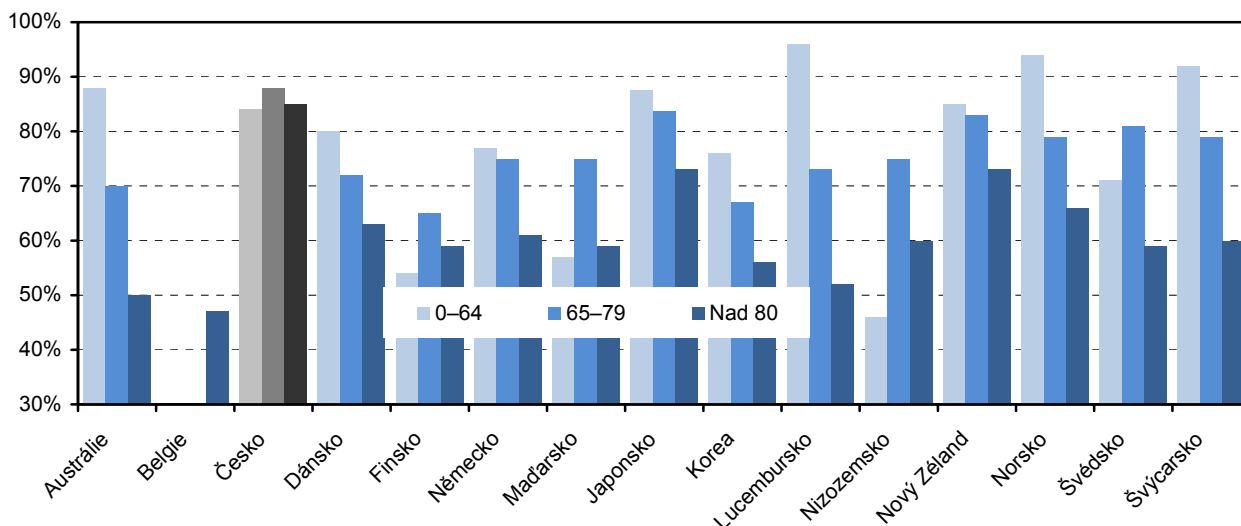


Pozn.: Příjemci dlouhodobé péče ve věku 65 a více let v domácí a ústavní péči. Data pro Austrálii, Belgii, Kanadu, Dánsko, Lucembursko a Nizozemsko jsou pro rok 2007; data pro Španělsko jsou pro rok 2009; data pro Švédsko a Japonsko jsou pro rok 2006. Data pro Japonsko podhodnocují počet uživatelů dlouhodobé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

Zdroj: OECD Health Data 2010

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

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

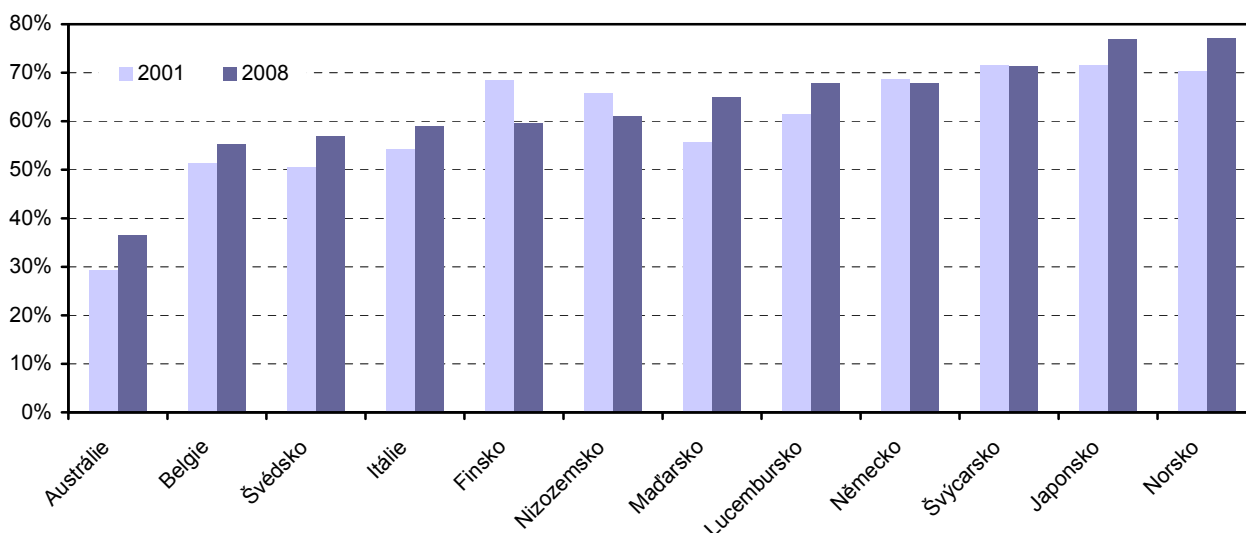


Pozn.: V případě některých zemí byla použita data pro odlišné věkové skupiny. Namísto kategorie 65–80 let byli pro Belgii použiti příjemci ve věku 60 a více let; Norsko 67 a více let. V případě Norska může být skupina uživatelů 80 a více let podhodnocena. Data pro uživatele domácí péče v České republice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

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

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

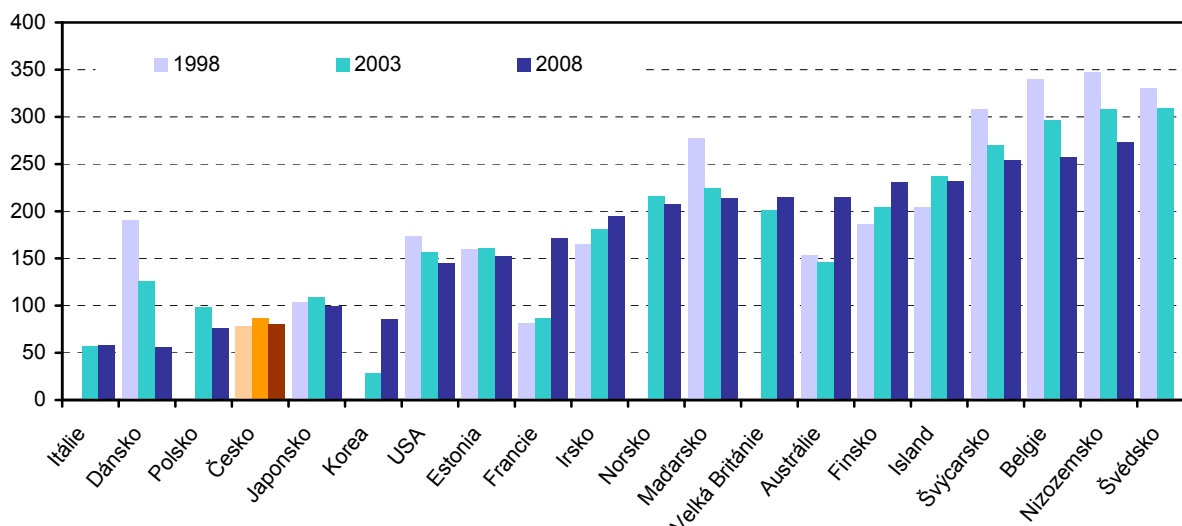
**Obr. č. 6 Vývoj podílu příjemců domácí péče na všech uživatelích dlouhodobé péče, 2001–2008**



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

Zdroj: OECD Health Data 2010

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



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

Zdroj: OECD Health Data 2010

Podle OECD značný podíl příjemců dlouhodobé péče trpí demencí a přidruženými problémy. Podle analýzy Alzheimer Europe z roku 2006 přibližně 12 % osob ve věku 80–84 let a téměř jedna čtvrtina osob starších 85 let trpí demencí<sup>2</sup>. Demence je úzce svázaná s věkem, riziko onemocnění je vyšší u seniorů nad 80 let, jejichž počet se má v budoucích letech zvyšovat relativně nejrychleji. Se stárnutím populace lze očekávat celosvětový nárůst prevalence demence, přičemž náklady spojené s tímto onemocněním tvoří v celosvětovém kontextu 1 % HDP a v nejvyspělejších zemích pak 1,24 % HDP. Lepší a včasnější diagnostika demence může vést ke zvýšení kvality života, ale také k růstu potřeby dlouhodobé péče, nebude-li stanovení diagnózy doprovázeno účinnými možnostmi prevence a léčby.

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

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

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

<sup>2</sup> V roce 2004 OECD publikovala zprávu [Dementia Care in 9 OECD Countries: A Comparative Analysis](#). Podle této zprávy je Alzheimerova nemoc (AD) nejběžnější formou demence (tvoří zhruba tři čtvrtiny všech demencí v Severní Americe a Evropě). Problémy při stanovení přesné diagnózy AD a její rozlišení od vaskulární demence značně omezuje mezinárodní srovnání epidemiologie AD. Řada případů, zejména mírnějších stádiích nemoci, navíc není zachycena v rámci zdravotnictví. Prevalence demence se zvyšuje téměř exponenciálně s věkem bez ohledu na pohlaví (přibližně dvojnásobně každých pět let). Za hlavní charakteristiky prevalence demence zpráva uvádí: (1) výskyt demence u mladších seniorů (65–75 let) je velmi nízký, (2) prevalence demence se zvyšuje exponenciálně s věkem, zejména o osob ve věku 80 a více let, (3) demence je mnohem častější u žen, zejm. pro nejstarší věkové skupiny (90 a více let) a (4) mezi zeměmi existují rozdíly v prevalenci demence, zejména pro nejstarší věkové skupiny, i když tyto rozdíly mohou být částečně způsobeny rozdílnými metodologickými postupy použitými v jednotlivých studiích.

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

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

V České republice v letech 2006–2010 vzrostl celkový počet hospitalizací pro demence o více než pětinu (z 6 549 na 7 981). K největšímu nárůstu došlo u Alzheimerovy nemoci (o více než 41 %). Téměř polovina hospitalizací (40 %) byla uskutečněna v psychiatrických léčebnách. Ženy tvořily více než dvě třetiny případů hospitalizace pro demenci (u Alzheimerovy nemoci téměř 74 %, s pozdním začátkem téměř 80 % hospitalizací). Ve věkové skupině 65–69 let byly počty hospitalizací u mužů a žen zhruba stejné, ve věkové skupině starších 80 let bylo žen téměř 2,4krát více (1 338 hospitalizací u mužů, 3 115 u žen; při přepočtu na 100 tis. obyvatel byl počet žen vyšší o necelých 8 %).

V roce 2011 bylo v České republice pro Alzheimerovu demenci (dg. G30, F00) hospitalizováno celkem 1 318 osob v nemocnicích akutní péče (včetně fakultních nemocnic) s průměrnou ošetrovací dobou 20,1 dní, 475 osob v léčebnách dlouhodobě nemocných s průměrnou ošetrovací dobou 94,2 dní a 1 332 osob v psychiatrických léčebnách s průměrnou ošetrovací dobou 159,1 dní. Celkem bylo v roce 2011 v lůžkových zdravotnických zařízeních hospitalizováno 3 517 osob s Alzheimerovou demencí s průměrnou ošetrovací dobou 86,35 dní<sup>5</sup>.

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

---

3 Pozn.: Česká republika se zařadila mezi země, které mají zájem věnovat této problematice zvýšenou pozornost. Na základě doporučení Rady vlády pro seniory a stárnutí populace přijala vláda dne 6. října 2010 [usnesení č. 711](#), které ukládá ministrům zdravotnictví, práce a sociálních věcí, školství, mládeže a tělovýchovy a spravedlnosti zpracovat koncepci řešení problematiky Alzheimerovy choroby a obdobných onemocnění v České republice. Cílem koncepce je řešit klíčové oblasti spojené s uvedenou problematikou, jakými jsou např. dostupnost zdravotních a sociálních služeb pro lidi s demencí a osoby pečující o tyto osoby (zejm. rodiny), problematika výzkumu a vzdělávání v dané oblasti, ochrana práv osob s demencí, vč. problematiky opatrovnictví atd.

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

<sup>5</sup> Zdroj: Národní registr hospitalizovaných

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

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

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

<sup>1)</sup> Data pro rok 2008 jsou za rok 2007.

<sup>2)</sup> Data pro rok 2008 jsou za rok 2006.

<sup>3)</sup> Nevážený průměr pro země, které poskytly data pro daný rok.

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

Zdroj: OECD Health Data 2010

V roce 2011 bylo v ČR celkem 189 domovů se zvláštním režimem, tj. zařízení sociálních služeb, která se zaměřují na poskytování dlouhodobé péče osobám s demencí. Mezi roky 2010 a 2011 počet osob v těchto zařízeních stoupl o 9 % z 8 622 na 9 415 (z toho 4415 na ošetrovatelských odděleních). Během roku 2011 bylo do těchto zařízení přijato celkem 3 834 osob, 584 osob bylo propuštěno a 2 457 osob v nich zemřelo



(28,5 %, tj. více než čtvrtina počátečního stavu). Další osoby s demencí žijí v běžných domovech pro seniory, kterých bylo v ČR v roce 2011 celkem 471 a žilo v nich 37 616 osob (z toho 8 794, tj. 23 % na ošetřovatelských odděleních). Podle výběrového šetření z let 2004–2006 na vzorku 12 domovů pro seniory (zahrnuta byla běžná oddělení, nikoliv ošetřovatelská oddělení poskytující náročnější péči) trpělo kognitivní poruchou 56 % obyvatel domovů pro seniory. U 42 % se jednalo o demenci, z toho ve 2 % o těžkou demenci. U 16 % se jednalo o mírnou kognitivní poruchu. Normální kognitivní funkce byly zjištěny pouze u 38 % respondentů.<sup>6</sup>

---

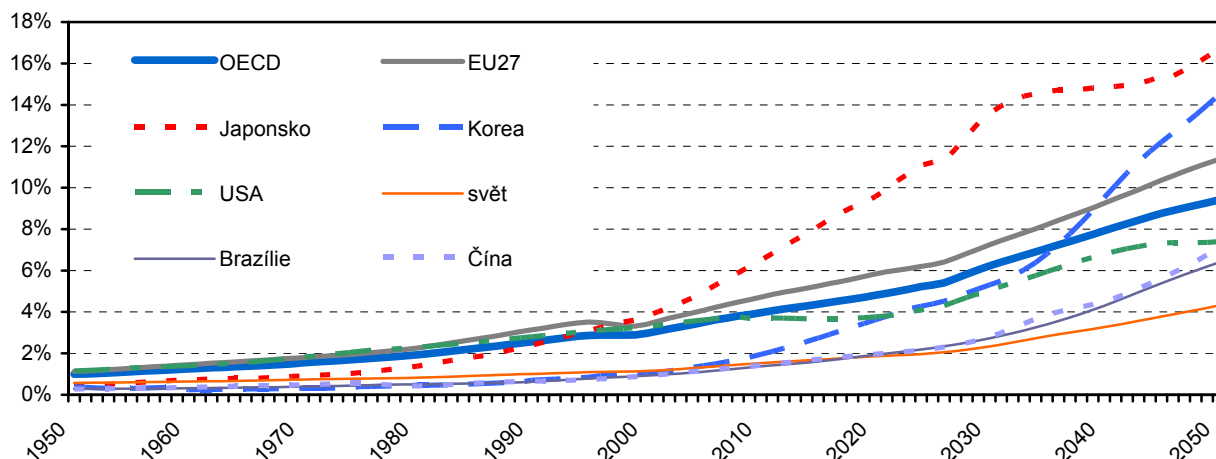
<sup>6</sup> [Diskusní materiál k východiskům dlouhodobé péče v ČR](#) (MPSV, 2010).

## Demografický vývoj a růst poptávky po dlouhodobé péči

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

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

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



Zdroj: OECD Labour Force and Demographic Database, 2010

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

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

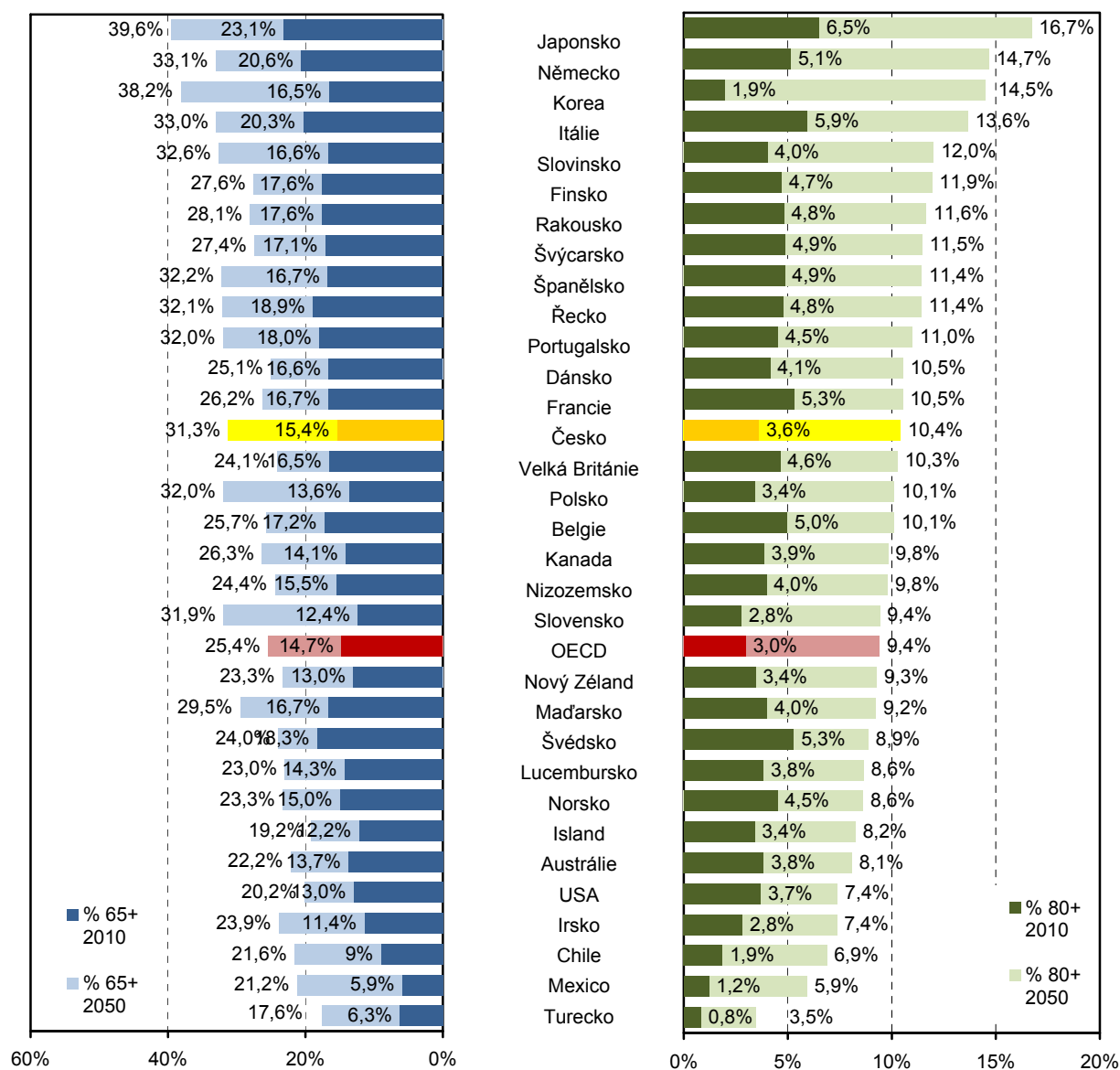
Země	1950	1960	1970	1980	1990	2000	2010	2020	2030	2040	2050
USA	1,1	1,4	1,8	2,3	2,8	3,3	3,7	3,8	5,1	6,8	7,4
Korea	0,4	0,2	0,3	0,5	0,7	1,0	1,9	3,6	5,3	9,5	14,5
Japonsko	0,4	0,7	0,9	1,4	2,4	3,8	6,5	9,6	13,6	14,9	16,7
EU27	1,1	1,5	1,8	2,3	3,1	3,4	4,7	5,8	7,2	9,2	11,4
OECD	1,0	1,2	1,5	1,9	2,6	3,0	4,0	4,8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

Zdroj: OECD Labour Force and Demographic Database, 2010

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

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

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



Zdroj: OECD Labour Force and Demographic Database, 2010

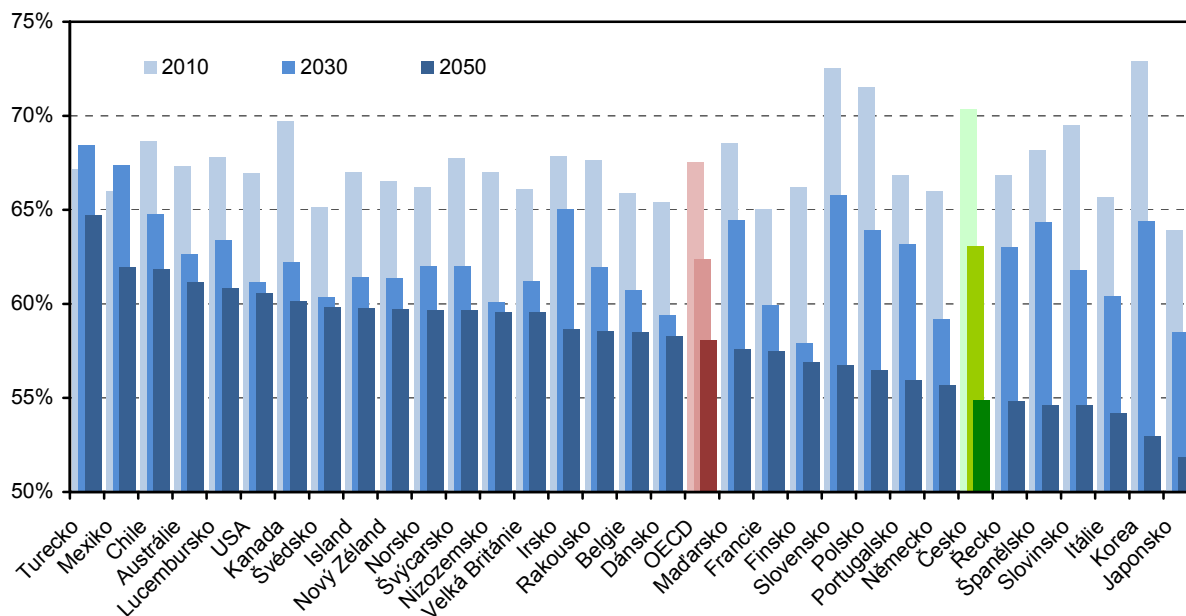
Teorie i data o vývoji disability v souvislosti se stárnutím populace přináší rozporuplné a protichůdné výsledky a názory. Podle analýz OECD během posledních deseti let úroveň disability seniorů v Dánsku, Finsku, Itálii, Holandsku a USA poklesla, v Austrálii a Kanadě zůstala na stejné úrovni a v Belgii,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

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

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

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

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



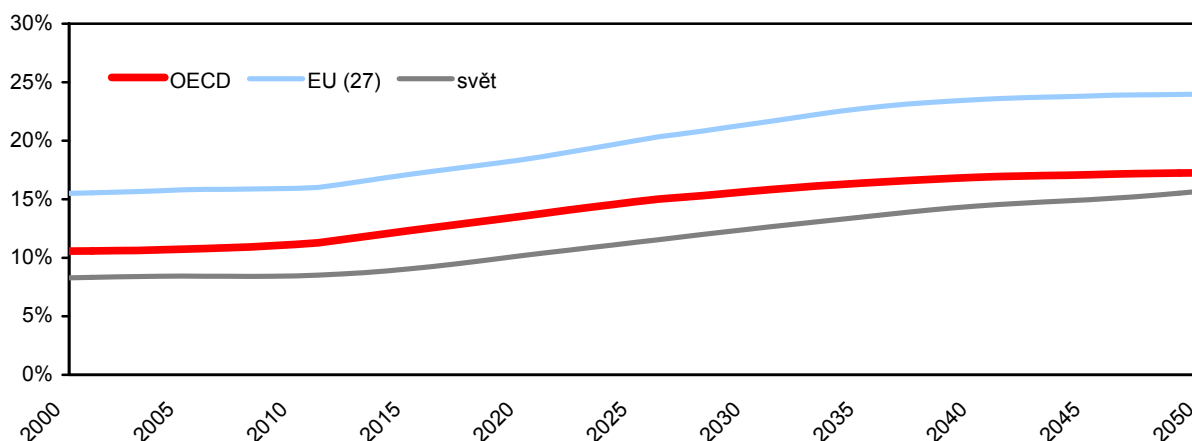
Zdroj: OECD Labour Force and Demographic Database, 2010

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

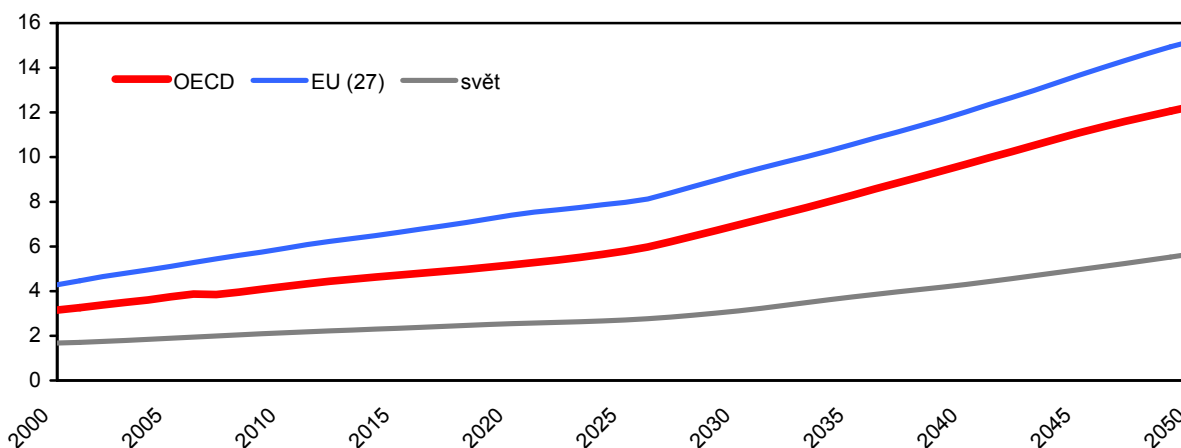
Počet potencionálních neformálních pečovatелů se rovněž sníží. Podíl starších rodinných pečovatелů (ve věku 65–79 let) sice mezi roky 2010–2050 vzroste z přibližně 10 % na 15 % populace, avšak tento nárůst bude menší než relativní úbytek populace v produktivním věku. Celkový podíl osob ve věku 80 a více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

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

**A. Vývoj podílu populace ve věku 65–79 let**



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



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

Podle OECD přispějí ke snížení dostupnosti neformálních pečovatелů, zejm. dospělých dětí v produktivním věku poskytujících péči svým rodičům, další trendy, jako např. klesající velikost rodiny, rostoucí bezdětnost nebo snižující se podíl seniorů bydlících ve společné domácnosti s dalšími členy rodiny. Vyšší rozvodovost, rostoucí účast žen na trhu práce a klesající ochota poskytovat neformální péči zřejmě rovněž přispějí ke snížení dostupnosti neformální péče.

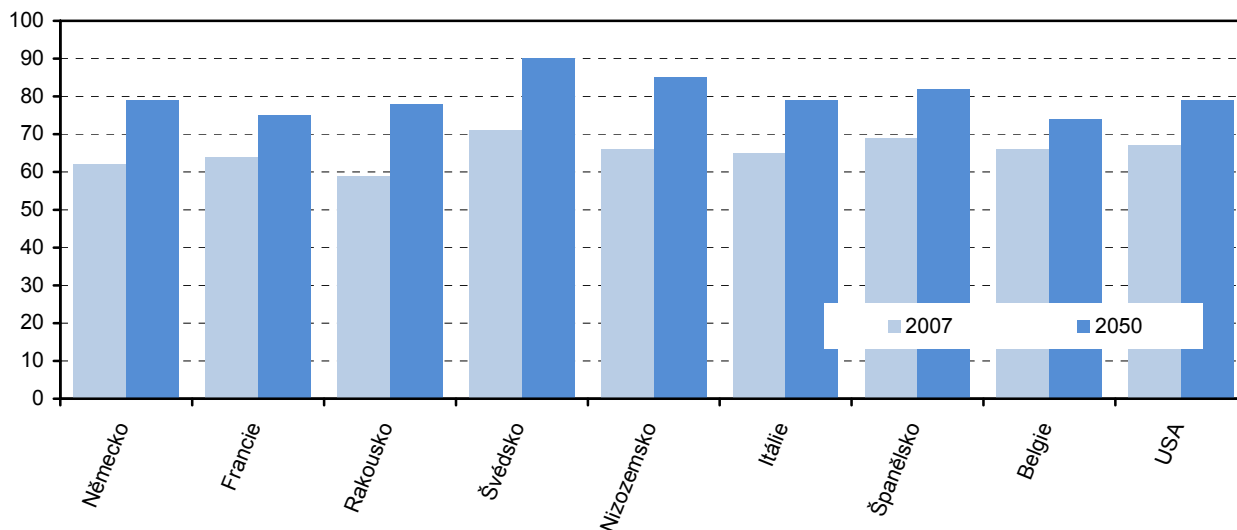
Tento pokles bude částečně kompenzován zlepšením přežívání mužů, což povede ke zvýšení podílu seniorů žijících v partnerském vztahu. Seniori se sníženou soběstačností žijící s manželem/druhem mají navíc menší pravděpodobnost, že budou potřebovat formální či ústavní péči.

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

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

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

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



Zdroj: Výpočty OECD založené na populačních projekcích

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

Zpracoval: Mgr. Petr Wija, Ph.D.