Available at http://hdl.handle.net/10195/69592

DLOUHODOBÁ PÉČE VE VYBRANÝCH ZEMÍCH OECD V KONTEXTU DEMOGRAFICKÝCH ZMĚN

LONG-TERM CARE IN SELECTED OECD COUNTRIES IN THE CONTEXT OF DEMOGRAPHIC CHANGES

Renáta Halásková, Martina Halásková

Abstract: *With respect to demographic changes and population ageing, all OECD countries will be tackling issues of long-term care (LTC) associated with the need for professional services, collaboration between the formal and informal long-term care systems, and the adjustment of the mix of public and private resources playing part in long-term care financing. The paper aims to evaluate the potential of long-term care in selected OECD countries in connection with population ageing. The majority of the selected countries have seen a rise in the number of long-term care recipients along with total expenditures on long-term care. Nevertheless, these countries differ fundamentally in total expenditures allocated on long-term care per recipient. Results of evaluation using selected indicators of long-term care, by use of two-step cluster analysis, in years 2008 and 2013 also showed a variety of approaches in the provision of long-term care among the analysed countries (mainly in terms of LTC recipients aged 65+ as percentage of total LTC recipients) and in financing of long-term care (mainly in terms of LTC expenditures on institutions as percentage of total LTC expenditures).*

Keywords: *Long-term care, long-term care expenditure, recipients of care, demographic changes, population ageing, OECD countries*

JEL Classification*: H41, H51, H75, J11.*

Úvod

Řešení dlouhodobé péče je vzhledem k demografickým změnám důležitou podmínkou udržitelnosti zdravotnických služeb a zdravotně sociálních služeb (Gavurová, Šoltés, 2016, Rowles, Teaster, 2016). „S rostoucím počtem starších osob všechny země Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (OECD) očekávají, že výrazněji budou narůstat náklady na formální a neformální dlouhodobou péči. S tím souvisí zvyšující se finanční břemeno, které vyžaduje již dnes co nejefektivnější využití disponibilních zdrojů, tj. snahu o co nejoptimálnější nastavení spektra služeb dlouhodobé péče pro jednotlivce a pro celé komunity tak, aby splňovaly tři základní atributy: byly geograficky dostupné, kvalitní a finančně únosné pro jednotlivce i pro společnost“ (Repková et al, 2010: 17-18). Otázkám dlouhodobé péče v souvislosti s rozvojem a demografickými trendy již byla věnována pozornost např. v pracích (Österle, 2010, Colombo et al., 2011, Brennan et al., 2012, Deusdad, Pace, Anttonen, 2016). Snahou článku je navázat na studie a výzkumy věnované dlouhodobé péči (Kraus et al., 2010, Colombo et al., 2011, Repková et al., 2011, Bettio, Verashchagina, 2012) a poskytnout širší pohled na dlouhodobou péči v kontextu demografických změn v zemích OECD. Článek si klade za cíl, na základě teoreticko-empirického přístupu, zhodnotit ve vybraných zemích OECD možnosti poskytování a financování

dlouhodobé péče ve vazbě na stárnutí populace. V souvislosti s cílem je definován předmět zkoumání, kterým je zdravotní a dlouhodobá péče v užším pohledu. Kvantitativní výzkum předpokládá selekci vybraných nástrojů dlouhodobé péče. V souvislosti s poskytováním a financováním dlouhodobé péče a stárnutím populace se blíže zaměřujeme na vybrané ukazatele (příjemce a výdaje dlouhodobé péče) v letech 2008 a 2013. Ve vybraných zemích OECD ověřujeme dvě výzkumné otázky: 1) Jaký je vztah mezi příjemci a výdaji na dlouhodobou péči ve vazbě na stárnutí populace? 2) Existují mezi zeměmi OECD výraznější rozdíly v poskytování i financování dlouhodobé péče?

1 Teoretická východiska řešené problematiky

Dlouhodobá péče (LTC) představuje komplex služeb, které potřebují lidé s dlouhodobě omezenou soběstačností. Dlouhodobá péče 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 označuje péče o osoby, které po delší časové období vyžadují podporu ve vykonávání základních aktivit denního života a další aktivity spojené s péčí o vlastní osobu. Služby dlouhodobé péče často zahrnují i pomoc s dalšími aktivitami nezbytnými pro zajištění soběstačnosti (OECD, 2005, Repková et al., 2011).

Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) je dlouhodobá péče poskytování zdravotních, sociálních a osobních služeb na opakované nebo průběžné bázi osobám s chronickými, tělesnými nebo duševními poruchami. Tato péče může být poskytovaná v institucionálním prostředí nebo v domácnosti dané osoby (Repková et al., 2011). Dlouhodobá péče je nejčastěji poskytována v domácím prostředí nebo v pobytovém (ústavním, institucionálním) zařízení poskytujícím zdravotní nebo sociální služby. Domácí dlouhodobá péče je poskytována lidem s funkčními omezeními, kteří bydlí většinou ve vlastním bytě či domě. Institucionální dlouhodobá péče představuje 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 v aktivitách denního života. Tato zařízení poskytují pobytové služby společně s ošetřováním a zdravotním dohledem nebo i dalšími typy péče (OECD, 2005, European Commission, 2009, Kraus et al., 2010, Colombo et al., 2011, Wija, 2012a).

OECD zdůrazňuje potřebu rozlišovat na jedné straně mezi zdravotní péčí a na druhé straně definovat dlouhodobou péči vůči ostatním službám (služby sociální). Definice zdravotní a sociální složky dlouhodobé péče se v zemích OECD liší. Rozdíly v definici dlouhodobé péče mohou ovlivnit mezinárodní srovnatelnost klíčového ukazatele, jakým je podíl výdajů na zdravotnictví na hrubém domácím produktu (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 (Colombo et al, 2011, Wija, 2012b). Definice dlouhodobé péče a metody stanovení výdajů na dlouhodobou péči jsou podrobněji rozebírány např. ve studii (OECD, 2007).

Služby dlouhodobé péče se podle systému klasifikace zdravotních účtů (SHA) skládají ze: 1) **Služeb dlouhodobé ošetřovatelské péče**, které lze považovat také za zdravotní komponentu dlouhodobé péče nebo za dlouhodobou zdravotní péči. Jedná se

o poskytování pomoci v tzv. základních aktivitách denního života (ADL) jako je jídlo, koupání, hygiena, základní mobilita. Tato péče je zpravidla poskytována společně s dalšími službami zdravotnického charakteru, které zahrnují „ošetřovatelskou péči“ (předepisování a podávání léků, monitorování zdravotního stavu), prevenci, rehabilitaci nebo paliativní péči. 2) **Sociálních služeb dlouhodobé péče**, které představují poskytování sociálních služeb lidem s onemocněním či disabilitou (tj. invalidita – nesoběstačnost). Jedná se zejména o tzv. instrumentální aktivity denního života (IADL), které zahrnují péči o domácnost, užívání léků, nakupování nebo dopravu (OECD, 2005, Repková et al., 2010, Colombo et al., 2011).

2 Metody

Při zpracování byla využita databáze OECD (2015, 2016). Vzhledem k omezené dostupnosti dat pro konkrétní ukazatele dlouhodobé péče ve statistice OECD, byl zvolen jako výchozí rok 2008 a rok 2013 (poslední dostupná data OECD v době zpracování). Objekt kvantitativní analýzy, výběrový soubor 13-ti zemí OECD představuje: AU-Austrálie, CZ-Česká republika, DK-Dánsko, EE-Estonsko, FI-Finsko, DE-Německo, HU-Maďarsko, KR-Korea, LU-Lucembursko NL-Nizozemí, NO–Norsko, SE-Švédsko, CH-Švýcarsko. Výběr zemí byl proveden na základě záměrného výběru s cílem zajistit jeho heterogenitu z pohledu sledovaných ukazatelů/proměnných, kde jsou zastoupeny země s rozdílnou úrovní poskytování a způsobem financování dlouhodobé péče. Kritériem pro výběr zemí byla i dostupnost srovnatelných dat z OECD databáze k problematice dlouhodobé péče v letech 2008 a 2013. Na základě studia odborné literatury využíváme obsahovou analýzu při tvorbě teoretického rámce řešené problematiky, v empirické části práce jsou využity analytické metody, principiální komponentní a dvoukroková shluková analýza, metoda komparace a při vyvozování závěrů metoda syntézy a částečné indukce.

Principiální komponentní analýza (PCA) byla zvolena vzhledem k odhalení závislostí sledovaných proměnných dlouhodobé péče v letech 2008 a 2013 za využití korelační analýzy při $p<0,05$. (Tab. 1).

Tab. 1: Matice interkorelací proměnných dlouhodobé péče ve vybraných zemích OECD pro rok 2008 a 2013

Proměnné/ukazatele dlouhodobé péče						
	I.	II.	III.	IV.	V.	VI.
I.	1					
II.	0,476*a	1				
III.	-0,714**	-0,314	1			
IV.	-0,254	0,172	0,253	1		
V.	0,039	0,309	-0,096	0,493*	1	
VI.	0,745**	-0,107	-0,442*	-0,509**	-0,331	1

Poznámka 1: I) celkové výdaje na dlouhodobou péče jako % z HDP, II) výdaje dlouhodobé péče (PLI, USD) na jednoho příjemce dlouhodobé péče, III) výdaje na dlouhodobou péči v institucích jako % z celkových výdajů dlouhodobé péče, IV) počet příjemců dlouhodobé péče ve věku 65+ jako % z celkových příjemců dlouhodobé péče, V) příjemci dlouhodobé péče v institucích jako % z celkových příjemců, VI) celkový počet příjemců dlouhodobé péče jako % z populace.

*Poznámka 2: *p<0.05, **p<0.01*

Zdroj: autorky podle OECD (2015), OECD (2016b)

Pro extrakci principiálních komponent bylo zvoleno Kaiserovo pravidlo, které doporučuje ponechat pouze ty komponenty dosahující vlastní hodnoty vyšší než 1. Zdrojem pro určení principiálních komponent byla korelační matice. Jako nejlepší se ukázal výstup se čtyřmi proměnnými (celková variabilita dosáhla 82,2 %), mezi které patřily: 1) celkové výdaje na dlouhodobou péče jako procento z HDP, 2) výdaje na dlouhodobou péči v institucích jako procento z celkových výdajů dlouhodobé péče, 3) počet příjemců dlouhodobé péče ve věku 65+ jako procento z celkových příjemců dlouhodobé péče, 4) příjemci dlouhodobé péče v institucích jako procento z celkových příjemců. Vysledek principiální komponentní analýzy pak sloužil jako nástroj pro další analýzu za využití shlukové analýzy. Pro lepší názornost výsledků byly pro shlukovou analýzu využity originální hodnoty výše uvedených proměnných v PCA.

Pro následné hodnocení podobností a rozdílů zemí OECD, dle vybraných ukazatelů dlouhodobé péče, byla použita dvoukroková shluková analýza. Jedná se o metodu hledání podobností a rozdílů, sdružování dat do smysluplných celků (shluků), kdy případy patřící do stejného shluku jsou si maximálně podobné, ale jsou minimálně podobné případům patřících do jiného shluku (Košťál, 2013). Dvoukroková shluková analýza je kombinací nehierarchické a hierarchické shlukové analýzy. V prvním kroku se vytvoří nehierarchické shluky a rozsáhlý výběrový soubor se tak zredukuje na menší sadu shluků. Ve druhém kroku pracuje metodou hierarchické analýzy, kdy tento postup byl využit i v tomto případě vzhledem k počtu třinácti zemí s panelovými daty za dva časové řezy, tj. celkem 26 případů. Shapiro-Wilkův test pak prokázal, že proměnné vstupující do shlukové analýzy splňují podmínky normality ($p<0,05$), až na proměnnou počet příjemců dlouhodobé péče ve věku 65+ jako procento z celkových příjemců dlouhodobé péče, u které odchylka od normálu není výrazná, jelikož jak u minimálních, tak maximálních pozorovaných hodnot dosahují absolutní maximální odchylky s hodnotou 0,70. Kvalita shluků podle dvoustupňové shlukové analýzy se měří tzv. obrysovým koeficientem (Košťál, 2013). Obrysový koeficient je stanoven jako průměrná hodnota z hodnot ψi , tj.

$$\psi = \frac{\sum_{i=1}^{n} \psi_i}{n} \tag{1}$$

Může nabýt hodnoty od -1 do 1. Pokud průměrná vzdálenost i-tého objektu od ostatních objektů nacházejících se ve stejném shluku je menší než průměrná vzdálenost s objekty z libovolného jiného shluku, pak obrysový koeficient nabývá kladných hodnot. Čím vyšší je jeho hodnota, tím jsou shluky kompaktnější. Pro hodnoty nižší než 0,2 je rozdělení objektů do shluků označováno jako chabé (poor), pro hodnoty od 0,2 do 0,5 jako uspokojivé (fair) a pro hodnoty vyšší než 0,5 jako dobré (good). Nejvyšší hodnota obrysového koeficientu ze zadaného intervalu může sloužit také pro určení optimálního počtu shluků (Řezanková, Löster, 2013:141-142).

3 Výsledky a diskuse

Ve vybraných zemích OECD se zaměřujeme v letech 2008 a 2013 na hodnocení příjemců dlouhodobé péče a celkových výdajů na dlouhodobou péči ve vazbě na demografický vývoj a stárnutí populace. Ve druhé části je provedeno hodnocení podobností a rozdílů zemí OECD dle vybraných ukazatelů dlouhodobé péče s využitím dvoukrokové shlukové analýzy.

3.1 Demografický vývoj a růst poptávky po dlouhodobé péči ve vybraných zemích OECD

Poptávka po dlouhodobé péči je úzce spojena s věkem, přesto 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 (Colombo et al., 2011). V důsledku stárnutí se bude v zemích OECD podíl osob ve věku 65+ a 80+ v populaci poměrně rychle zvyšovat (Tab. 2).

Tab. 2: Projekce vývoje podílu populace ve věku 65+ a 80+ ve vybraných zemích OECD

	Podíl osob ve věku 65 a více let (v %)					Podíl osob ve věku 80 a více let (v %)				
	2013	2030	2050	Změny v % 2013-2030	Změny v % 2013-2050	2013	2030	2050	Změny v % 2013-2030	Změny v % 2013-2050
AU	14,4	18,6	20,9	4,2	6,5	3,8	5,4	7,4	1,6	3,6
CZ	17,1	24,1	32,3	7,0	15,2	3,9	7,5	11,0	3,6	6,1
DE	20,8	27,8	31,8	7,0	11,0	5,4	7,8	13,6	2,4	8,2
DK	18,0	22,2	23,6	4,2	5,6	4,2	6,9	9,2	2,7	5,0
EE	18,0	24,2	28,6	6,2	10,6	4,7	7,1	10,3	2,4	5,6
FI	19,0	25,5	26,9	6,5	7,9	5,0	8,5	11,2	3,5	6,2
HU	17,3	21,9	28,2	4,6	10,9	4,1	5,7	8,0	1,6	3,9
CH	18,5	24,7	28,3	6,2	9,8	4,9	8,2	12,3	3,3	7,3
KR	12,2	24,3	37,4	12,1	25,2	2,4	7,4	14,3	5,0	11,9
LU	15,1	20,0	22,1	4,9	7,0	3,9	5,2	8,4	1,3	4,5
NL	17,1	24,3	26,9	7,2	9,8	4,2	7,2	11,3	3,0	7,1
NO	15,8	20,6	23,2	4,8	7,4	4,4	6,0	8,6	1,6	4,2
SE	19,9	22,1	24,1	2,2	4,2	5,5	7,5	9,2	2,0	3,7

Zdroj: OECD (2016a) + vlastní výpočty

Z Tab. 2 vyplývá, že do roku 2050 by měl podíl osob ve věku 65+ a 80+ v populaci dosáhnout nejvyšších hodnot v Jižní Koreji (37,4% osob ve věku 65+ a 14,3 % osob ve věku 80+). Pokud se zaměříme na dynamiku a tempo stárnutí v zemích OECD, situace je velmi odlišná. Konkrétně v Německu by se měl podíl osob ve věku 80+ zvýšit na zhruba 13,6 % a podíl osob ve věku 65+ na cca 32 %. V případě České republiky by měl podíl osob starších 80 let dosáhnout 11 % (oproti 3,9 % v roce 2013) a podíl osob ve věku 65+ 32,3 % (oproti 17,1 % v roce 2013). V některých zemích OECD bude ale nárůst podílu osob ve věku 80+ pozvolnější. Jedná se o Austrálii, Lucembursko, Norsko, Švédsko nebo Maďarsko, ve kterých by se podíl nejstarších osob (80+) měl mezi roky 2013 a 2050 zvýšit o méně než 5 % a měl by dosáhnout hodnoty méně než 9,5 %.

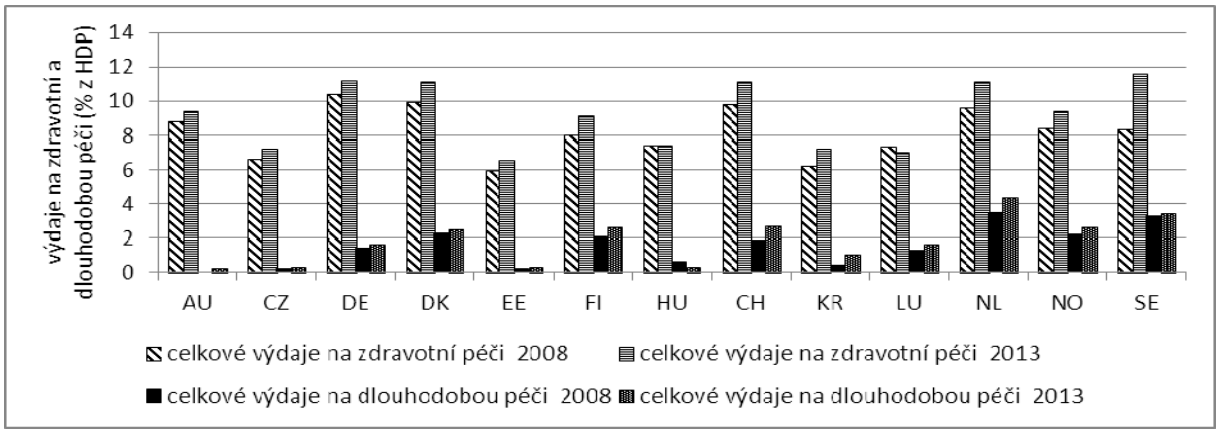
3.2 Hodnocení výdajů a příjemců dlouhodobé péče ve vybraných zemích OECD v kontextu stárnutí populace

V souvislosti s demografickým vývojem a stárnutím populace je v zemích OECD vyvíjen tlak na poskytování služeb dlouhodobé péče pro starší osoby a očekává se, že v budoucnu vzroste i poměr výdajů na dlouhodobou péči k HDP.

3.2.1 Celkové výdaje na zdravotní a dlouhodobou péči ve vybraných zemích OECD v letech 2008 a 2013

Podíl celkových výdajů na zdravotní a dlouhodobou péči ve vybraných zemích OECD v letech 2008 a 2013 zachycuje Obr. 1. V letech 2008 a 2013 země Nizozemí, Švýcarsko (zdravotní péče hrazena z veřejného povinného zdravotního pojištění) a Švédsko, Dánsko (zdravotní péče hrazena z daní) dosahovaly nejvyšší objem celkových výdajů na zdravotní péči. Tyto země vynakládaly i vyšší objem celkových výdajů na dlouhodobou péči. Naopak země s nižšími celkovými výdaji na zdravotní péči, vynakládaly i nižší objem celkových výdajů na dlouhodobou péči (Korea, Estonsko, Česká republika nebo Maďarsko).Výjimkou je zejména Austrálie (zdravotní péče hrazena z daní - Beveridgův model Národní zdravotní služby), která dosahovala nadprůměrný objem celkových výdajů na zdravotní péči (cca 9% z HDP), ale minimální výdaje na služby dlouhodobé péče. Také Německo, kde zdravotnický systém je založen na veřejném (povinném) zdravotním pojištění, se řadí mezi země s nejvyššími celkovými výdaji na zdravotní péči (cca 10,8 % z HDP), ale průměrnými celkovými výdaji na služby dlouhodobé péče (cca 1,5 % z HDP).

Obr. 1 : Srovnání celkových výdajů na zdravotní a dlouhodobou péči ve vybraných zemích OECD v letech 2008 a 2013



Zdroj: autorky s využitím OECD (2015)

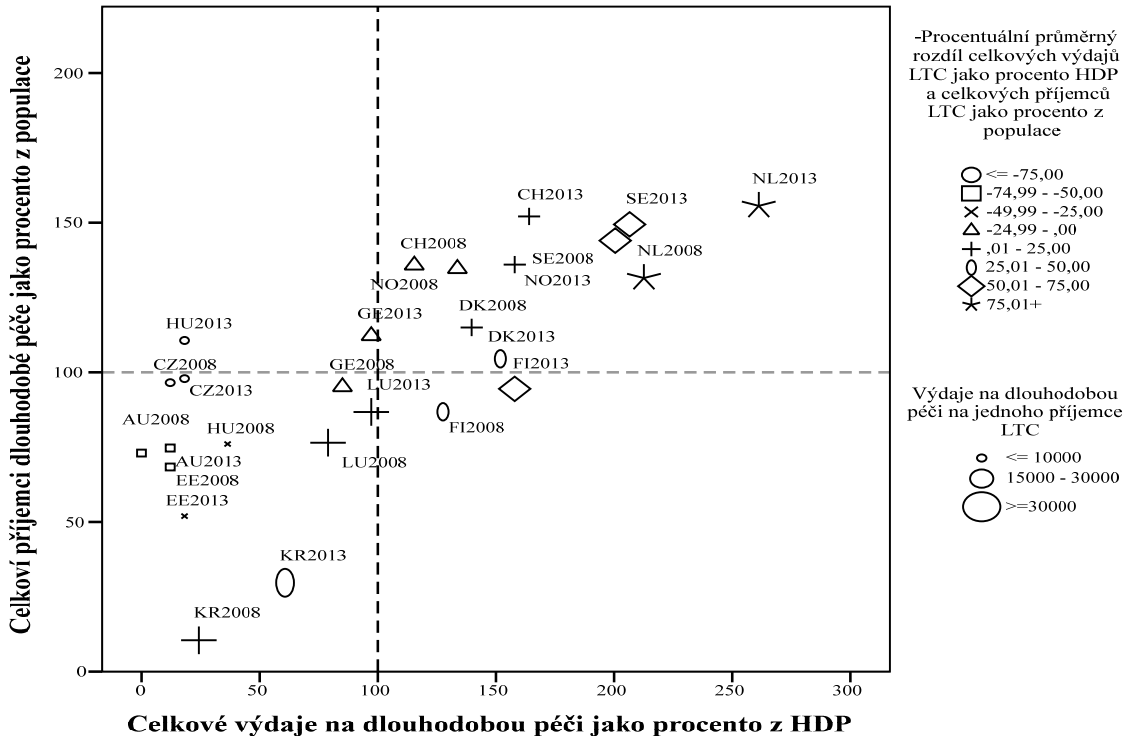
Z objemu vynakládaných výdajů na zdravotní a dlouhodobou péči je možné konstatovat, že země OECD přistupují k financování dlouhodobé péče s rozdílnými prioritami. Jak uvádí Colombo et al. (2011) nebo Wija (2012b) potřeby dlouhodobé péče jsou v některých zemích uspokojovány téměř výhradně prostřednictvím neformální péče, zejména rodinných pečujících a s rozvojem profesionálních služeb lze tedy v budoucnu předpokládat významný nárůst veřejných výdajů. Formální sektor dlouhodobé péče (jako podíl na HDP) v zemích OECD podle Colombo et al. (2011: 214) „je stále relativně malý, ve srovnání s výdaji na zdravotní péči nebo výdaji na penzijní systémy a to i přesto, že veřejné výdaje na dlouhodobou péči vykazují rychlejší vzestupnou tendenci než výdaje na zdravotní péči“. Veřejné výdaje na zdravotní a dlouhodobou péči podle Appleby (2013), De La Maisonneuve, Oliveira

Martins (2013) by se měly v zemích OECD zvýšit ze zhruba 6% HDP na téměř 9% HDP v roce 2030.

3.2.2 Příjemci a výdaje na dlouhodobou péči ve vybraných zemích OECD

Ke zvýšené poptávce po službách dlouhodobé péče (z pozice příjemců péče) bude docházet v zemích s rychlejším tempem stárnutí populace. Zároveň dojde i k růstu veřejných výdajů na profesionální služby dlouhodobé péče. Obr. 2 zachycuje podíl příjemců dlouhodobé péče z populace a podíl celkových výdajů na dlouhodobou péči z HDP v zemích OECD v letech 2008 a 2013.

Obr. 2: Příjemci a celkové výdaje na dlouhodobou péči ve vybraných zemích OECD v letech 2008 a 2013



Poznámka: země jsou rozděleny do čtyř kvadrantů: Kvadrant I = HH tj. nadprůměrné obě hodnoty x a y; kvadrant II = LH (hodnota x- nízká, y- vysoká)); kvadrant III = LL tj. obě hodnoty x a y podrůměrné; kvadrant IV = HL (hodnota x- vysoká, y- nízká).
Výdaje na LTC na jednoho příjemce LTC (výdaje při zohlednění parity kupní síly a cenové diferenciace z pohledu měnových kurzů)

Zdroj: autorky s využitím OECD (2015), OECD (2016b)

Ve většině zkoumaných zemí OECD v letech 2008 a 2013 je mezi celkovými výdaji na dlouhodobou péči jako % z HDP (na ose x) a příjemci dlouhodobé péče jako % z populace (na ose y) patrný pozitivní vztah, kdy s rostoucím podílem příjemců na dlouhodobou péči se zvyšuje i podíl celkových výdajů na dlouhodobou péči. V I. kvadrantu jsou zastoupeny země (Jižní Korea, Estonsko nebo Austrálie) s relativně malým podílem příjemců dlouhodobé péče a zároveň i s nejnižším podílem celkových výdajů na dlouhodobou péči. Naopak ve III. kvadrantu jsou země (Nizozemí, Švédsko, Švýcarsko), které se v letech 2008 a 2013 vyznačovaly nejvyšším podílem příjemců i nejvyšším podílem celkových výdajů na dlouhodobou péči.

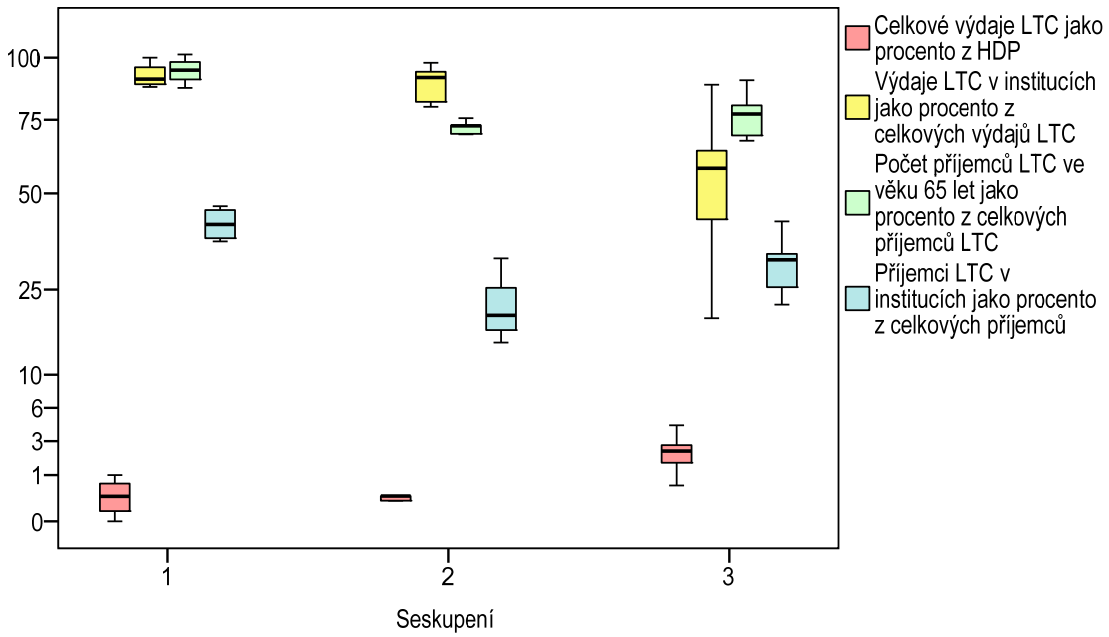
Z porovnání zkoumaných zemí OECD, dle objemu celkových výdajů na dlouhodobou péči na jednoho příjemce LTC v letech 2008 a 2013, pak vyplývá, že nejvíce nákladné služby na dlouhodobou péči má Lucembursko, Nizozemí a Jižní Korea (Obr. 2). Naopak v Austrálii, České republice, Maďarsku a Estonsku jsou

služby na dlouhodobou péči nejméně nákladné (dle celkových výdajů na jednoho příjemce LTC). To je dáno i podílem příjemců, kteří využívají služby formální dlouhodobé péče. Autoři Colombo et al. (2011) nebo Wija (2012a, 2012b) konstatují, že podíl příjemců institucionální a domácí dlouhodobé péče v populaci ve věku 65+ a 80+ se v zemích OECD výrazněji liší. Většina výdajů na dlouhodobou péči pak směřuje do sektoru ústavní péče, i přesto že uživatelé obecně preferují péči v domácím prostředí. V posledních letech ale řada zemí potvrzuje, že u nich došlo ke změnám postojů (Yeandle, Kroger, Cass, 2012, Anttonen, Karsio, 2016, Broese van Groenou, De Boer, 2016, Kubalčíková, Havlíková, 2016) a byly vytvořeny programy podpory péče v domácnosti nebo programy komunitních a terénních služeb.

3.3 Hodnocení podobností a rozdílů zemí OECD dle ukazatelů dlouhodobé péče s využitím dvoukrokové shlukové analýzy

S využitím dvoukrokové shlukové analýzy jsou ve výběrovém souboru zemí OECD následně hodnoceny v letech 2008 a 2013 čtyři ukazatele dlouhodobé péče: 1) celkové výdaje na dlouhodobou péči jako procento z HDP, 2) výdaje na dlouhodobou péči v institucích jako procento z celkových výdajů dlouhodobé péče, 3) příjemci dlouhodobé péče v institucích jako procento z celkového počtu příjemců, 4) počet příjemců dlouhodobé péče ve věku 65let jako procento z celkových příjemců dlouhodobé péče. Hodnocení kvality modelu pomocí obrysového koeficientu, pro 3 shluky se 4 proměnnými/ukazateli dlouhodobé péče, dosahuje hodnotu 0.6. Shluky získané pomocí dvoukrokové shlukové analýzy dokumentuje Obr. 3.

Obr. 3 : Krabicový diagram shluků vybraných zemí OECD podle ukazatelů dlouhodobé péče pro rok 2008 a 2013[a]



Poznámka: V krabicovém diagramu měřítko s exponentem 0,5 na ose y bylo použito pro správnou viditelnost hodnoty proměnné celkové výdaje LTC jako procento z HDP.

Zdroj: autorky s využitím OECD (2015), OECD (2016b)

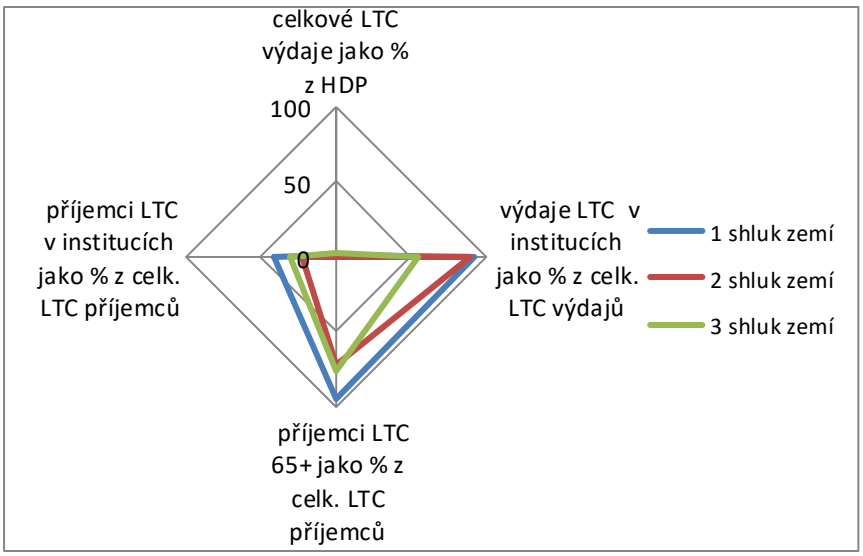
Shluk 1 (AU 2008, AU 2013, KR 2008, KR 2013) je nejmenší v zastoupení zemí OECD dle hodnocených ukazatelů dlouhodobé péče. Vyznačuje se nejnižšími celkovými výdaji LTC jako procento z HDP (hodnota mediánu 0,4), ale nejvyššími výdaji LTC v institucích jako procento z celkových výdajů LTC (hodnota mediánu

92,4) i nejvyšším celkovým počtem příjemců LTC ve věku 65+ jako procento z celkových příjemců LTC (hodnota mediánu 94,5) a příjemci LTC v institucích jako procento z celkových příjemců (hodnota mediánu 41,2).

Shluk 2 (CZ 2008, CZ 2013, EE 2008, EE 2013, HU 2013) představují země, které se, obdobně jako země v prvním shluku, vyznačují nejnižšími celkovými výdaji LTC jako procento z HDP (s hodnotou mediánu 0,2) a vyššími výdaji LTC v institucích jako procento z celkových výdajů LTC (s hodnotou mediánu 89). Země druhého shluku, ve srovnání se zeměmi prvního shluku, se vyznačují nižšími hodnotami s větší rozptýleností zejména u příjemců LTC v institucích jako procento z celkových příjemců (hodnota mediánu 21,8 a rozptýlenost hodnot od 14,86 CZ 2008 do 32,18 EE 2013). Země druhého shluku dosahují i nejnižší hodnoty počtu příjemců LTC ve věku 65+ jako procento z celkových příjemců LTC než země prvního a třetího shluku.

Shluk 3 představuje největší seskupení zemí (DK 2008, DK 2013, FI 2008, FI 2013, DE 2008, DE 2013, HU 2008, CH 2008, CH 2013, LU 2008, LU 2013, NL 2008, NL 2013, NO 2008, NO 2013, SE 2008, SE 2013). Třetí shluk zemí se vyznačuje vyšším celkovým počtem příjemců LTC ve věku 65+ jako procento z celkových příjemců LTC (s hodnotou mediánu 76,8 a rozptýleností hodnot od 67,38 pro NO 2013 do 90,48 pro DK 2013) a nejvyššími celkovými výdaji LTC jako procento z HDP (s hodnotou mediánu 2,35 a rozptýleností hodnot od 0,60 HU2008 do 4,30 NL 2013). Ve srovnání se zeměmi prvního a druhého shluku se třetí shluk zemí vyznačuje největší rozptýleností hodnot u všech sledovaných ukazatelů. V případě výdajů LTC v institucích jako procento z celkových výdajů LTC (s hodnotou mediánu 54,3 a rozptýleností hodnot od 19,19 pro SE 2008 do 88,67 pro CH 2008) a celkovým počtem příjemců LTC ve věku 65+ jako procento z celkových příjemců LTC (s hodnotou mediánu 30,96 a rozptýleností hodnot od 21,84 pro NO 2013 do 41,84 pro FI 2013).

Obr. 4 : Srovnání vybraných ukazatelů dlouhodobé péče ve shlucích zemí OECD



Zdroj: autorky s využitím OECD (2015), OECD (2016b)

Z celkového srovnání ukazatelů dlouhodobé péče (Obr.4) vyplývá, že největší podobnost vykazují země prvního a druhého shluku ve financování dlouhodobé péče (celkové výdaje na dlouhodobou péči jako procento z HDP, výdaje na dlouhodobou péči v institucích jako procento z celkových výdajů dlouhodobé péče) a země druhého

a třetího shluku v poskytování dlouhodobé péče dle příjemců (počet příjemců dlouhodobé péče ve věku 65+ jako procento z celkových příjemců dlouhodobé péče, příjemci dlouhodobé péče v institucích jako procento z celkového počtu příjemců). Naopak země prvního a druhého shluku vykazují největší rozdíly v poskytování dlouhodobé péče dle příjemců (počet příjemců LTC ve věku 65+ jako procento z celkových příjemců dlouhodobé péče, příjemci dlouhodobé péče v institucích jako procento z celkového počtu příjemců) a země prvního a třetího shluku největší rozdíly ve financování péče dle výdajů na dlouhodobou péči v institucích jako procento z celkových výdajů dlouhodobé péče.

Rozdíly v poskytování a financování dlouhodobé péče v zemích OECD je možné, podle Colombo et al. (2011), Fernandez, Gori, Wittenberg (2015), vysvětlit nejen odlišnými potřebami a využíváním formální dlouhodobé péče seniory, ale i rozdíly ve struktuře a komplexnosti formálního systému LTC, které jsou dány i rozvinutostí systémů dlouhodobé péče, jejich přístupností a kulturními odlišnostmi (role rodiny v poskytování péče). Rozdíly souvisí i s tím, že jednotlivé země OECD preferují odlišné přístupy pro financování systémů dlouhodobé péče tj. od podpory rodinné solidarity v péči o dlouhodobě nemocné až po poskytování veřejnoprávních služeb financovaných z veřejných rozpočtů. Jak uvádí De La Maisonneuve, Oliveira Martins (2013:25) „rozdíly ve výdajích na zdravotní a dlouhodobou péči mezi zeměmi OECD částečně odráží také odlišné demografické trendy (počet závislých lidí v populaci, vývoj průměrné délky života), jakož i počáteční úroveň příjmů, změny v poptávce po veřejně financovaných službách LTC a neformální dlouhodobé péči.“

Závěr

V důsledku stárnutí populace roste význam dlouhodobé péče a snahou je nastavení co nejoptimálnějšího spektra služeb z hlediska kvality a finanční únosnosti. Cílem článku bylo zhodnotit ve 13-ti vybraných zemích OECD možnosti poskytování a financování dlouhodobé péče ve vazbě na stárnutí populace. Ve většině zkoumaných zemí OECD v letech 2008 a 2013 s rostoucím podílem příjemců dlouhodobé péče vzrostl i podíl celkových výdajů na dlouhodobou péči jako procento z HDP. Podle vynakládaných celkových výdajů na zdravotní péči a celkových výdajů dlouhodobé péče na jednoho příjemce se ale země OECD výrazněji liší. Z výsledků hodnocení, dle vybraných ukazatelů dlouhodobé péče v letech 2008 a 2013 s využitím dvoukrokové shlukové analýzy, se mezi zkoumanými zeměmi potvrdily podobné, ale i rozdílné přístupy v poskytování a financování dlouhodobé péče. Největší rozdíly v poskytování dlouhodobé péče dle příjemců (počet příjemců dlouhodobé péče ve věku 65+ jako procento z celkových příjemců dlouhodobé péče) byly zjištěny v Austrálii a Jižní Korei s největším podílem příjemců LTC a v České republice, Estonsku a Maďarsku s nejmenším podílem příjemců LTC. Největší rozdíly ve financování dlouhodobé péče (dle výdajů na LTC v institucích jako procento z celkových výdajů na dlouhodobou péči) byly prokázány v Austrálii a Jižní Korei (země s nejvyšším podílem výdajů na LTC v institucích) a Skandinávských zemích s nejnižším podílem výdajů na LTC v institucích.

S demografickými změnami a stárnutím populace budou všechny země OECD řešit otázky dlouhodobé péče spojené s potřebou profesionálních služeb, včetně služeb institucionálních, domácích a komunitních, spolupráci mezi formálním a neformálním systémem LTC a nastavení mixu veřejných a soukromých zdrojů při financování

dlouhodobé péče. Zvýšená pozornost řešení otázek dlouhodobé péče by měla být věnována především v zemích s rychlejším tempem stárnutí populace a s nižší úrovní rozvinutostí systémů LTC, což může být námět pro další výzkum.

Poděkování

Tento článek byl zpracován s podporou výzkumného projektu č. CZ.1.07/2.3.00/20.0296 „ Operační program vzdělávání pro konkurenceschopnost“.

Reference

Anttonen, A., Karsio, O. (2016). Eldercare Service Redesingn in Finland: Deinstitutionalization of Long-Term care. *Journal of Social Service Research*, 42(2), s. 151-166. DOI:10.1080/01488376.2015.1129017

Appleby, J. (2013). *Spending on health and social care over the next 50 years.Why think long term?* London: The King's Fund,

Bettio, F., Verashchagina, A. (2012). *Long-Term Care for the elderly. Provisions and providers in 33 European countries*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

Brennan, D., Cass, B., Himmelweit, S., et al. (2012). The marketisation of care: Rationales and consequences in Nordic and liberal care regimes. *Journal of European Social Policy,* 22(4), s. 377–391. DOI: 10.1177/0958928712449772

Broese Van Groenou, M.I., DE Boer, A. (2016). Providing informal care in a changing society. *European Journal of Ageing,*13(3), s. 271–279. DOI: 10.1007/s10433-016-0370-7

Colombo, F., Llena-Nozal, A., Mercier, J. et al. (2011). *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*. OECD Health Policy Studies. Paris: OECD. DOI: 10.1787/9789264097759-en

DE LA Maisonneuve, C., Oliveira Martins, J. (2013). A Projection Method for Public Health and Long-term Care Expenditures. *OECD Economics Department Working Papers No. 1048.* Paris: OECD. DOI: 10.1787/5k44v53w5w47-en

Deusdad, B. A, Pace, CH., Anttonen A. (2016). Facing the Challenges in the Development of Long-Term Care for Older People in Europe in the Context of an Economic Crisis. *Journal of Social Service Research,* 42(2), s. 144–150. DOI: 10.1080/01488376.2015.1133147

European Commission (2009). *The 2009 Ageing Report: Economic and Budgetary projections for the EU-27 Member States (2008–2060).* Joint Report prepared by the European Commission (DG ECFIN) and the Economic Policy Committee (AWG). European Economy 2/2009. Brusels: European Commission. DOI: 10.2765/80301

Fernandez, J. L., Gori, C., Wittenberg, R. eds. (2015). *Long-Term Care Reforms in OECD Countries*. 1st ed. Bristol: Policy Press,

Gavurová, B., Šoltés, V. (2016). Economic aspects of social services development in Slovakia in the context of demographic changes. *Scientific Papers of the University of Pardubice,*23 (37(2/2016)), s.14-25.

KOŠTÁL, J. (2013). *Vybrané metody vícerozměrné statistiky (se zvláštním zaměřením na kriminologický výzkum)*. 1 vyd. Praha: Institut pro kriminologii a sociální prevenci.

Kraus, M., Riedel, M., Mot, E. et al. (2010). *A Typology of Long-Term Care Systems in Europe*. ENEPRI Research Report No. 91. Brussels: Centre for European Policy Studies.

Kubalčíková, K., Havlíková, J. (2016). Current Developments in Social Care Services for Older Adults in the Czech Republic: Trends Towards Deinstitutionalization and Marketization. *Journal of Social Service Research,* 42(2), s. 180-198. DOI: 10.1080/01488376.2015.1129014.

OECD (2005). *Long-term Care for Older People.* Paris: OECD.

OECD.(2007). *Conceptual framework and methods for analysis of data sources for long-term care expenditure. Final report*. [online]. Dostupné na:

https://www.oecd.org/els/healthsystems/Conceptual%20Framework%20and%20Methods%20for%20Analysis%20of%20Data%20Sources%20for%20Long-Term%20Care%20Expenditure.pdf. [cit.12.11.2016].

OECD (2015). *Health expenditure and financing*.[online] 10.12.2015. Dostupné na: http://stats.oecd.org/Index.aspx?DatasetCode=HEALTH_STAT# [cit.20.6.2016].

OECD (2016a). *Historical population data and projections (1950-2050*) [online] 27.1.2016. Dostupné na: http://stats.oecd.org/Index.aspx?DatasetCode=POP_FIVE_HIST. [cit. 15.9.2016].

OECD (2016b). *Long-Term Care Resources and Utilisation: Long-term care recipients* [online] 2016. Dostupné na: http://stats.oecd.org/Index.aspx?DatasetCode=HEALTH_STAT. [cit. 15.9.2016].

Österle, A. (2010). Long-term Care in Central and South-Eastern Europe: Challenges and Perspectives in Adressing a „New" Social Risk. *Social Policy & Administration,* 44(4), s. 461–480. DOI: 10.1111/j.1467-9515.2010.00723.x

Repková, K. et al. (2011). *Dlhodobá starostlivosť o starších ľudí na Slovensku a v Európe (3): Správa, riadenie a financovanie.* Bratislava: Inštitút pre výzkum práce a rodiny.

Rowles, G.D.,Teaster, P.B. eds. (2016). *Long-Term Care in an Aging Society:Theory and Practice.* 1st ed. New York: Springer.

Řezanková, H., Löster,T. (2013). Shluková analýza domácností charakterizovaných kategoriálními ukazateli. *E &M Economics and Management,* 6(3) s. 139-147.

Wija, P. (2012a). Poskytování a financování dlouhodobé péče v zemích OECD (I).[online]. ÚZIS Aktuální informace č.31. Dostupné na: http://www.uzis.cz/rychle-informace/poskytovani-financovani-dlouhodobe-pece-zemich-oecd-pracovnici-dlouhodobe-pece [cit.4.12.2016].

Wija, P. (2012b). Poskytování a financování dlouhodobé péče v zemích OECD (IV).[online]. Aktuální informace ÚZIS č.34. Dostupné na: http://www.uzis.cz/rychle-informace/poskytovani-financovani-dlouhodobe-pece-zemich-oecd-iv-vydaje-na-dlouhodobou-peci [cit.4.12.2016].

Yeandle, S., Kroger, T., Cass, B. (2012). Voice and choice for users and carers? Developments in patterns of care for older people in Australia, England and Finland. *Journal of European Social Policy,* 22(4), s.432–445. DOI: 10.1177/0958928712449775

Kontaktní adresa

doc. Ing. Renáta Halásková, Ph.D.
Ostravská univerzita v Ostravě, Pedagogická fakulta, Katedra technické a pracovní výchovy
Fr. Šrámka 3, 709 00 Ostrava, Česká republika
Email: halaskova.renata@gmail.com
Tel. číslo:+420 606 145 156

doc. Ing. Martina Halásková, Ph.D.
VŠB- Technická univerzita Ostrava, Ekonomická fakulta, Katedra veřejné ekonomiky
Sokolská třída 33, 701 21 Ostrava 1, Česká republika
Email: martina.halaskova@vsb.cz
Tel. číslo: +420 597 322 315

Received: 30. 12. 2016, reviewed: 13. 02. 2017, 13. 02. 2017
Approved for publication: 23. 10. 2017