



Ekonomická
fakulta
Faculty
of Economics

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Ekonomická fakulta

Katedra aplikované matematiky a informatiky

Bakalářská práce

Dostupnost zdravotnických a sociálních služeb
v kontextu demografického stárnutí – Jihočeský kraj

Vypracovala: Kristýna Mátlová

Vedoucí práce: doc. RNDr. Renata Klufová, Ph.D.

České Budějovice 2021

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH

Ekonomická fakulta

Akademický rok: 2020/2021

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: Kristýna MÁTLOVÁ
Osobní číslo: E19088
Studijní program: B6208 Ekonomika a management
Studijní obor: Obchodní podnikání
Téma práce: Dostupnost zdravotnických a sociálních služeb v kontextu demografického stárnutí – Jihočeský kraj
Zadávací katedra: Katedra aplikované matematiky a informatiky

Zásady pro vypracování

Cílem práce je hodnocení dostupnosti zdravotnických a sociálních služeb v kontextu demografického stárnutí na území Jihočeského kraje. Hodnocena je nejen dostupnost služeb z hlediska kapacitního, ale i prostorového při využití nástrojů prostorové analýzy dat.

Metodický postup:

1. Studium teoretických východisek.
2. Analýza demografického stárnutí v Jihočeském kraji.
3. Analýza dostupnosti zdravotnických a sociálních služeb.
4. Syntéza zjištěných výsledků a návrhy změn.

Rozsah pracovní zprávy: 40 – 50 stran
Rozsah grafických prací: dle potřeby
Forma zpracování bakalářské práce: tištěná

Seznam doporučené literatury:

1. Senioři a zdraví – 2018. (2018). Dostupné také z: <<https://www.czso.cz/csu/czso/senioři-v-cr-v-datech-2018>>.
2. Senioři v Jihočeském kraji – 2015. (2015). Dostupné také z: <<https://www.czso.cz/csu/czso/senioři-v-jihoceskem-kraji>>.
3. Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb Jihočeského kraje na období 2019-2021. (2018). Dostupné také z: <<https://socialniportal.kraj-jihocesky.cz/strednedoby-planrozvoje-sociálních-sluzeb-v-jihoceskem-kraji-na-obdobi-2019-2021>>.
4. Šídlo, L., & Křesťanová, J. (2018). Kdo se postará? Domovy pro seniory v Česku v kontextu demografického stárnutí. *Demografie*. Roč. 60, č. 3, s. 248-261.
5. Šídlová Kunstová, N., & Šídlo, L. (2016). Perspektivy vývoje kapacit v domovech pro seniory v Jihočeském kraji. *Kontakt*. Roč. XVIII, č. 2, s. 113-122. Dostupné také z: <<https://kont.zsf.jcu.cz/pdfs/knt/2016/02/09.pdf>>.
6. Waite, L. (2004). *Aging, Health and Public Policy: Demographic and Economic Perspectives*. New York: Population and Development Review.

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že svou bakalářskou práci na téma „Dostupnost zdravotnických a sociálních služeb v kontextu demografického stárnutí – Jihočeský kraj“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 11/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne

Kristýna Mátlová

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych poděkovala vedoucí mé bakalářské práce, paní doc. RNDr. Renatě Klufové, PhD. za cenné rady, připomínky a celkové vedení práce. Také za její ochotu, optimistický přístup a věnovaný čas.

Dále bych také ráda poděkovala mé rodině za podporu a oporu během studia.

Obsah

1. Úvod	3
2. Dostupnost služeb	4
2.1. Definice dostupnosti	4
2.2. Dostupnost zdravotnických služeb.....	5
2.3. Dostupnost sociálních služeb	5
3. Dlouhodobá péče	8
4. Zdravotní služby	11
4.1. Druhy zdravotní péče	11
4.1.1. Zdravotní péče dle časové naléhavosti	11
4.1.2. Zdravotní péče dle účelu jejího poskytnutí	12
4.2. Formy zdravotní péče	13
4.3. Primární zdravotní péče	14
5. Sociální služby	15
5.1. Sociální poradenství.....	15
5.2. Služby sociální péče	15
5.2.1. Osobní asistence	16
5.2.2. Pečovatelská služba.....	16
5.2.3. Odlehčovací služby	16
5.2.4. Denní a týdenní stacionáře	16
5.2.5. Domovy pro seniory	17
5.2.6. Domovy pro osoby se zdravotním postižením	17
5.2.7. Domovy se zvláštním režimem.....	17
5.3. Služby sociální prevence	17
5.3.1. Azylové domy	17
5.3.2. Intervenční centra	17
5.3.3. Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotní postižením	18
5.3.4. Krizová pomoc.....	18
5.3.5. Sociální rehabilitace	18
6. Demografický vývoj v České republice	19

6.1.	Vliv demografického stárnutí na sociální a zdravotnické služby	20
6.2.	Důsledky demografického stárnutí	21
7.	Vnímání dostupnosti služeb zainteresovanými stranami	26
8.	Stav obyvatelstva a přehled služeb v Jihočeském kraji pro rok 2015	30
8.1.	Přehled stavu obyvatel.....	30
8.2.	Přehled stavu sociálních a zdravotnických služeb.....	43
9.	Kapacitní dostupnost služeb	51
10.	Výhled do roku 2025	55
11.	Výhled do roku 2035	65
12.	Prostorová dostupnost služeb	74
13.	Závěr	77
I.	Summary and key words.....	80
II.	Zdroje	81
III.	Seznam tabulek	
IV.	Seznam obrázků	

1. Úvod

Tato bakalářská práce se zabývá dostupností sociálních a zdravotních služeb v kontextu demografického stárnutí na území Jihočeského kraje.

Práce je rozdělena do dvou hlavních částí, a to teoretické a praktické.

Teoretickou část tvoří pět menších kapitol, které poskytují přehled o daném tématu. Tato část je obecnější a dá se vztáhnout k celé České republice. První kapitola je zaměřena na samostatné vymezení pojmu „dostupnost“, a to včetně jeho čtyř základních rozměrů. Druhá kapitola je zaměřena na dlouhodobou zdravotní péči, která spojuje dohromady sociální a zdravotní péči. Další dvě kapitoly se poté věnují rozdělení zdravotních a sociálních služeb podle několika rozdílných faktorů. U zdravotních služeb je to zejména rozdělení dle časové naléhavosti a dle způsobu poskytnutí služby. Služby sociální jsou děleny na služby sociální péče a sociální prevence. Poslední kapitola se věnuje demografickému vývoji na území ČR. Popisuje, jaké události měly vliv na dnešní věkovou strukturu obyvatelstva, jaké dopady má demografické stárnutí na služby i jaký vliv má přímo na seniory z ekonomické a sociální stránky.

Praktická část je rozdělena také do několika kapitol. Nejprve je na problém dostupnosti služeb nahlíženo pohledem zainteresovaných stran. Poté už je práce věnována pouze Jihočeskému kraji. Nejdříve je popsán stav obyvatelstva v kraji a jeho jednotlivé složky, následně je sledován jejich vývoj s výhledem nejprve do roku 2025 a poté do roku 2035. Text je doplněn přehlednými mapami. Se stárnutím obyvatel kraje je sledována také dostupnost služeb. Nejprve je zobrazen stav vybraných služeb v kraji. Poté je prostřednictvím počtu lůžek či počtu lékařů sledována kapacita v jednotlivých správních oblastech obcí s rozšířenou působností, která je následně vyjádřena i pro rok 2025 a 2035. Nakonec je zkoumána také prostorová dostupnost služeb.

1.1. Cíle práce

Hlavním cílem této práce je provést analýzu demografického stárnutí v Jihočeském kraji. Následně také provést analýzu dostupnosti sociálních a zdravotnických služeb, a to jak z hlediska kapacitního, tak prostorového.

2. Dostupnost služeb

2.1. Definice dostupnosti

Pojem dostupnost je nutné vymezit hned na začátku. Dle Ministerstva práce a sociálních věcí (MPSV) je dostupná služba charakterizována jako ta, která je dostupná z hlediska typu pomoci, územní a informační dostupnosti a také ekonomických možností případných uživatelů. Světová zdravotnická organizace (WHO) poté dodává, že by služba měla být dostupná v okamžiku, kdy ji člověk potřebuje a měla by být dostatečně kvalitní, efektivní a také finančně dostupná. Dostupná služba by tedy měla zaručit pomoc člověku ve chvíli, kdy se dostane do nějaké nepříznivé situace, ať už sociální či zdravotní.

V současnosti chybí jednoznačná definice dostupnosti, která by zahrnovala celou šíři faktorů, kterými je ovlivňována. Obecně má dostupnost služeb čtyři základní rozměry.

- Prvním z nich je samotná existence, tedy předpoklad, že se daná služba na území vůbec nachází.
- Druhým rozměrem je územní dostupnost. Ta říká, že by služba měla být na takovém místě, kde jsou její cíloví spotřebitelé, anebo alespoň v přijatelné vzdálenosti od nich. U územní dostupnosti by se měla brát v úvahu další kritéria jako je dopravní dostupnost služby nebo charakter daného území. Dopravní dostupnost zjišťuje, zda existuje spojení pro klienty pomocí veřejné hromadné dopravy či v jakém stavu jsou pozemní komunikace pro případ, kdy se klient přepravuje vlastním dopravním prostředkem. Nejedná se tedy pouze o čistou vzdálenost mezi klientem a službou, ale zohledňuje se i způsob jakým se lze ke službě dostat. Co se týče charakteru území, je třeba přihlédnout k tomu, zda se jedná o jádrovou či periferní oblast, zjednodušeně řečeno město či venkov.
- Dalším rozměrem je finanční dosažitelnost, která je zásadní. Určuje nám, zda si klient bude moci danou službu dovolit z finančního hlediska.
- Posledním rozměrem je pak dostupnost v širším sociokulturním kontextu, kam spadá dostupnost časová, kapacitní, informační, částečně psychosociální, odborná a organizační (O'Donnell, 2007). Dostupnost časová se týká jak otevírací doby zařízení, kde je služba poskytována, tak času, ve kterém může být služba klientovi reálně poskytnuta. Kapacitní dostupnost je dále ovlivněna několika faktory jako

je počet lůžek, celková velikost prostoru, personální kapacita a časová náročnost jednotlivých služeb pro klienty. Díky těmto faktorům pak lze určit okamžitou kapacitu služby, která určuje kolika klientům najednou může být služba poskytována a také kapacitu v určitém časovém horizontu, která říká kolik klientů může službu čerpat v určitém čase (například za jeden měsíc). Informační dostupnost by měla odpovídat možnostem a schopnostem své cílové skupiny tak, aby se k ní informace o dané službě mohly dostat. Musí se brát v úvahu v jaké lokalitě se klienti nacházejí, jaké mají sociální vazby, zda mají přístup k internetu a umějí ho užívat atd. Psychosociální dostupnost souvisí pak zejména s motivací klientů službu vyhledat a vložit jejich důvěru v poskytovatele služeb. Určité skupiny klientů mohou mít problém s překonáním bariéry, která jim brání vyhledat pomocnou službu. Služby by proto měly s touto bariérou pracovat a utvářet pro klienty prostředí, kde mohou cítit bezpečí a důvěru. Do odborné dostupnosti potom řadíme schopnost zajistit cílové skupině odpovídající technické zázemí, vyhovění standardům kvality odborné péče ale také kvalifikovaný personál. Organizační dostupnost pak odkazuje k provázanosti různých druhů péče (Hanzlík, 2018).

Dostupnost pro zdravotnické služby se může v několika faktorech lišit od dostupnosti služeb sociálních. Obecně platí pravidla zmíněná výše pro obě oblasti, přesto pro každé existují některá specifika.

2.2. Dostupnost zdravotnických služeb

V České republice je dostupná zdravotní péče jedním ze základních cílů zdravotní politiky, která je založena na principu solidarity (Ivanová, 2003).

U dostupnosti zdravotnických služeb hraje důležitou roli hlavně úvazková kapacita lékařů. Pokud je přepočtena na počet obyvatel daného území, jedná se poté o ukazatel, který je běžně využíván právě k celkovému hodnocení dostupnosti zdravotnických služeb. Jeho nevýhodou je však jeho obecnost. Nezohledňuje totiž povahu jednotlivých území (Burcin et al., 2017).

2.3. Dostupnost sociálních služeb

Při hodnocení rozsahu poskytovaných služeb v jednotlivých regionech a jejich dostupnosti nelze na celém území České republiky uplatňovat stejná kritéria z hlediska

hodnocení vybavenosti. Je třeba přihlédnout k několika objektivním charakteristikám, které podmiňují jednotlivé rozdíly mezi zařízeními poskytujícími služby.

Patří sem

- míra urbanizace,
- věková a sociální struktura obyvatelstva na daném území,
- náboženská specifika jednotlivých oblastí,
- struktura osídlení, velikost obcí,
- hustota obyvatelstva,
- míra realizace tradiční funkce rodiny v péči o starší občany
- ale i například historie daného území a s ním spojené minulé financování služeb (Pruša, 2020).

Z faktorů je zřejmé, že při hodnocení dostupnosti sociálních služeb musíme přistupovat rozdílně k městům s velkým počtem obyvatel a k vesnicím nacházejícím se v periferních oblastech. Je tedy nutné zahrnout do hodnocení znalosti širších souvislostí.

Ze zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách vyplývá povinnost o zajištění dostupných sociálních služeb. Konkrétně § 94 udává obci povinnost zajistit dostupné informace o možnostech a způsobech poskytování sociálních služeb na svém území. Zároveň by obec měla zjišťovat potřeby svých obyvatel a tyto informace poté dále zprostředkovávat kraji. S krajem obec také spolupracuje na utváření sítě sociálních služeb na území kraje. v § 95 nalezneme povinnosti pro kraj. Hlavní povinností je zajistit dostupnost sociálních služeb, a to v souladu se střednědobým plánem rozvoje sociálních služeb. O plnění tohoto plánu musí kraj následně informovat Ministerstvo práce a sociálních věcí (MPSV).

§ 96 pak definuje ministerstvo (MPSV) jako orgán, který řídí a kontroluje výkon státní správy v oblasti sociálních služeb. Ministerstvo je povinno určit parametry v dostupnosti sociálních služeb společně s kraji.

U sociálních služeb je tedy nutné zohlednit:

- samotnou existenci, včetně kapacity,
- územní, časovou, finanční dostupnost,
- návaznost služeb,
- informovanost občanů,

- kvalitu služeb,
- ekonomickou efektivnost (Průša & Víšek, 2013).

3. Dlouhodobá péče

Zdravotní a sociální služby se v mnohém prolínají. Jejich potřeba zároveň roste se zvyšujícím se věkem lidí. Obě zmíněné lze sjednotit pod jeden název a to „dlouhodobá péče“

Dlouhodobá péče má za cíl „...zachování co nejvyšší možné kvality života v souladu s individuálními preferencemi a co nejvyšší míry nezávislosti, autonomie, participace, osobního naplnění a důstojnosti“ (WHO, 2012).

Tuto péči lze definovat jako souhrn činností, které jsou určené pro osoby se sníženou mírou funkční, fyzické nebo kognitivní schopnosti, což tyto osoby dělá závislými na každodenní pomoci. Tato pomoc, která má sociální povahu, je úzce spjata se zdravotními službami, které zahrnují např. ošetrovatelskou péči nebo rehabilitační a paliativní péči. Přehled forem péče a služeb ukazuje následující tabulka.

Tabulka 1: Přehled forem péče a služeb

Forma / Systém	Terénní	Ambulantní	Pobytové
Sociální	Pečovatelská služba Osobní asistence Odlehčovací služby Tísňová péče Sociálně aktivizační služby	Denní stacionář Odlehčovací služby Sociálně aktivizační služby	Týdenní stacionáře Domovy pro seniory Odlehčovací služby Chráněné bydlení Domovy se zvláštním režimem Domovy pro osoby se ZP
Zdravotní	Domácí péče	Ambulantní péče (psychiatrie, chirurgie, geriatric apod.)	LDN, psychiatrické léčebny, hospice

Zdroj: Bareš et al. (2019) – Analýza sociálních a zdravotních služeb dlouhodobé péče v ČR

Dlouhodobá péče tedy musí zahrnovat jak pobytové služby, sociální pomoc tak i zdravotní péči. Tento soubor služeb je pak čerpán nejvíce právě seniory. S přihlédnutím k demografickému stárnutí je zřejmé, že tyto služby budou v budoucnu čerpány ještě ve větší míře.

Dlouhodobá péče má široké pojetí a je implementována do mnoha zdravotních i sociálních služeb. Podle definice WHO „*dlouhodobá péče zahrnuje širokou škálu komunitních služeb – podporu a ochranu zdraví, primární péči, domácí péči, rehabilitační služby a paliativní péči a také pobytovou (residenční) péči v ošetrovatelských domovech a hospicích. Vztahuje se také k terapii, která zahrnuje vznik nemoci a disability nebo vede k navrácení zdraví*“ (WHO, 2002).

Dlouhodobou péči můžeme rozdělit na dvě skupiny – formální a neformální.

- Formální péče může být poskytována buď ve speciálních zařízeních či u klienta doma. Jedná se o odbornou péči, která je spojena s nakupováním služeb čili je zpoplatněná. Formální péči je prováděna vždy kvalifikovanou osobou.
- Na druhou stranu neformální péče je zajišťována členy rodiny případně blízkými osobami. Specializovaná zařízení zde nehrají žádnou roli. Tato péče je zadarmo a osoba pečující má navíc nárok čerpat peníze formou státních příspěvků pro poskytovatele neformálních služeb. Při možnosti neformální péče navíc dochází k odlehčení systému zdravotnictví i sociálních služeb. Další výhodou pro uživatele je, že má možnost setrvat ve svém přirozeném prostředí.

Toto rozdělení není striktní. Klient může čerpat jak formální, tak neformální péči či jejich kombinaci.

Základním faktorem, pomocí kterého lze předpovídat potřebu dlouhodobé péče je zdravotní stav obyvatelstva. Zhoršení zdravotního stavu u populace vede ke zvýšení čerpání dlouhodobé sociální i zdravotní péče. Naopak při zlepšení celkového zdraví obyvatel dochází ke kompletnímu zlepšení kvality života, a tedy i k jeho prodloužení. Čímž následně roste počet nejstarších občanů, kteří mají zároveň také nejvyšší poptávku po službách zdravotní a sociální péče. Tato situace by se tedy dala nazvat bludným kruhem, jelikož potřeba dlouhodobých služeb bude růst jak se zlepšením (pozitivní směr růstu), tak se zhoršením (negativní směr růstu) zdravotního stavu obyvatel. Celkové snahy jsou samozřejmě o co nejlepší stav zdraví populace. Prodloužení délky života na základě zdravého životního stylu stát provádí také pomocí prevence, kdy jsou základní návyky zdravého života prezentovány již dětem ve školách. Tato široká podpora zdraví a s ním spojené i zdravého stárnutí může posunout průměrný věk vzniku invalidity i snížení soběstačnosti do vyšších let věku (Bareš et al., 2019).

Celkové zdraví člověka je ovlivněno několika činiteli, které si každý může do jisté míry ovlivnit sám. Největší podíl na celkovém zdraví představuje životní styl a životní prostředí člověka. Méně zastoupenými, ale přesto důležitými činnostmi jsou pak péče o zdraví a genetický základ jedince (Holčík, 2010).

Největší význam se přikládá aktivnímu zdravému stárnutí. Díky zdravému stárnutí dochází k oddálení disability, nemoci i potřeby zdravotnické a sociální péče. Dalším pozitivem zdravého stárnutí je také zapojení seniorů do ekonomických a sociálních aktivit díky schopnosti déle pracovat. OECD uvádí výhody zdravého stárnutí jako „*schopnost lidí, jak stárnou, vést produktivní život ve společnosti a v ekonomice, což znamená, že jsou schopni činit pružná rozhodnutí o tom, jakým způsobem budou trávit čas v průběhu svého života – ve vzdělávání, v práci, ve volném čase a v péči o druhé*“ (OECD, 1998).

WHO představuje zdravé stárnutí jako „*proces optimalizace příležitostí pro zdraví, participaci a bezpečí s cílem zvýšení kvality života v procesu stárnutí*“ (WHO, 2002).

Základní předpoklady zdravého stárnutí lze shrnout do tzv. pyramidy zdravého stárnutí.

Obrázek 1: Pyramida zdravého stárnutí



Zdroj: Bareš et al. (2019)

4. Zdravotní služby

Zdravotní služby jednoznačně patří mezi nejdůležitější veřejné služby každé společnosti.

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování říká, že zdravotními službami se rozumí: „*poskytování zdravotní péče dle tohoto zákona zdravotnickými pracovníky, zdravotnická záchranná služba, zdravotnická dopravní služba, nakládání s tělem zemřelého v rozsahu stanoveném tímto zákonem, zdravotní služby v rozsahu činnosti odběrových zařízení nebo tkáňových zařízení, zdravotní služby v rozsahu činnosti zařízení transfuzní služby, záchytná služba a také specifické zdravotní služby dle zákona o specifických zdravotních službách*“.

Zdravotní péče je poté soubor činností a opatření, která se provádí u fyzických osob za účelem předcházení, odhalení nebo odstranění nemoci, udržení nebo zlepšení zdravotního stavu, zmírnění utrpení, pomoc při reprodukci a porodu a posuzování zdravotního stavu. Pacientem je tedy fyzická osoba, které jsou poskytovány zdravotní služby. Poskytovatelem zdravotních služeb může být jak fyzická, tak právnická osoba, která je oprávněna k poskytování zdravotních služeb dle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách.

Dle WHO je zdraví definováno jako „*komplexní stav bio-psycho-sociální pohody*“. Jedním z nástrojů, jak udržet zdraví v populaci je právě kvalitní zdravotní péče.

4.1. Druhy zdravotní péče

Zdravotní péči můžeme rozdělit do dvou skupin, a to dle časové naléhavosti a dle účelu jejího poskytnutí. Není výjimkou, že zdravotní péče úzce souvisí s péčí sociální.

4.1.1. Zdravotní péče dle časové naléhavosti

Dle časové naléhavosti rozlišujeme čtyři druhy zdravotní péče – neodkladná, akutní, nezbytná a plánovaná.

- Účelem neodkladné péče je zamezit nebo omezit vznik náhlých stavů, které bezprostředně ohrožují život nebo by mohly vést k náhlé smrti. Lze říct, že pokud by nebyla pacientovi poskytnuta neodkladná péče hrozila by mu smrt nebo trvalé poškození zdraví. Tuto péči zajišťuje například zdravotnická záchranná služba, nebo pracovníci na urgentních příjmech zdravotnických zařízení.

- U akutní péče je hlavním úkolem odvrácení nebo snížení rizika vážného zhoršení zdravotního stavu tak, aby bylo možné zajistit včasnou změnu léčebného postupu. Jedná se o pacienty, u kterých se vyskytuje riziko selhání nebo ohrožení základních životních funkcí jako je ztráta vědomí, zástava srdeční činnosti. Často se jedná o pacienty, kteří v nedávné době utrpěli infarkt, cévní mozkovou příhodu nebo zhoršení chronického onemocnění. Akutní péči zajišťují hlavně nemocnice, tedy lůžkoví poskytovatelé zdravotních služeb.
- Nezbytná péče je určena zahraničním pojištěncům, u kterých to vyžaduje zdravotní stav. Zde se přihlíží k povaze dávek a k délce pobytu cizince na území České republiky.
- Do plánované péče se pak řadí vše, co nepatří do výše zmíněných. Jde zejména o operační zákroky a různá vyšetření, která si pacient domlouvá předem s lékařem. Tuto péči můžeme považovat za tzv. odložitelnou, přičemž odložení péče nesmí být pacientovi újmou (MZČR, Zákon č. 373/2011 Sb., MZČR).

4.1.2. Zdravotní péče dle účelu jejího poskytnutí

Z hlediska poskytnutí zdravotní péče zákon stanovuje devět kategorií.

- **Preventivní zdravotní péče** je základním druhem péče, jejímž účelem je včas nalézt faktory, které by mohly vést k nemoci nebo zhoršení zdravotního stavu pacienta. Jejím úkolem je také provádět taková opatření, která povedou k předcházení vzniku těchto faktorů.
- **Diagnostická péče** se snaží o zjištění zdravotního stavu pacienta a okolností, které na něj mají vliv, dále o zajištění informací, které jsou třeba ke zjištění případné nemoci jako je její závažnost a stav.
- **Dispenzární péče** se stará o pacienty, kteří jsou ohroženi nemocí, u které se předpokládá taková změna zdravotního stavu, jejíž včasné odhalení bude mít vážné důsledky na další vývoj nemoci a celkový stav pacienta. Pacienti jsou tak pod dlouhodobým dohledem lékaře, který pečlivě sleduje postup nemoci a je připraven změnit léčbu kdykoli dle potřeby.
- **Léčebná péče** pracuje s individuálním léčebným postupem, který příznivě ovlivňuje zdravotní stav a přispívá tak k vyléčení nebo zmírnění nemoci. Primární snahou léčebné péče je zabránit vzniku nesoběstačnosti pacienta.

- **Posudková péče** má za úkol zjistit, zda nebude zdravotní stav pacienta negativně ovlivněn nároky, které na něj klade výkon jeho povolání, práce nebo jiných činností nebo zjistit, zda je zdravotní stav pacienta v souladu s požadavky pro výkon povolání, práce nebo jiných činností. Neboli zjistit, zda je pacient (pracovník) způsobilý k výkonu dané práce.
- **Léčebná rehabilitační péče** má jako svůj hlavní cíl obnovení všech funkcí pacienta (fyzické, smyslové, poznávací či psychické), odstranění poruch těchto funkcí, zpomalení nemoci nebo alespoň stabilizování zdravotního stavu pacienta. Řadí se sem i lázeňská léčebná péče.
- **Ošetrovatelská péče** klade důraz na podporu, opětovné navrácení zdraví a uspokojení potřeb, které vznikly z porušení zdravotního stavu jednotlivců. Také se zaměřuje na rozvoj a navrácení soběstačnosti pacientů.
- **Paliativní péče** se stará o pacienty s diagnostikovanou nevléčitelnou nemocí. Jejím účelem je zmírnění utrpení, zachování kvality života pacienta a také zajištění klidného umírání a důstojné přirozené smrti.
- **Lékárenská péče a klinicko-farmaceutická péče** má na starost zajišťování, přípravu a výdej léčiv a také prodej zdravotnických prostředků (dle zákona o zdravotnických prostředcích). Dále poskytuje poradenské a konzultační služby, které pomáhají k bezpečnému užívání léčebných přípravků a také v oblasti prevence pacientů (Zákon č. 372/2011 Sb., MZČR).

4.2. Formy zdravotní péče

Do forem zdravotní péče patří péče ambulantní, jednodenní, lůžková a zdravotní péče poskytovaná ve vlastním prostředí pacienta.

Při **ambulantní péči** není vyžadována hospitalizace pacienta ani jeho přijetí do jednodenní péče. Rozlišujeme primární ambulantní péči, jejímž hlavním úkolem je poskytnutí preventivní, diagnostické, léčebné a posudkové péče, potom specializovanou ambulantní péči, která je poskytována v jednotlivých oborech zdravotní péče a stacionární péči, u které je vyžadována opakovaná denní ambulantní péče.

Pokud poskytnutí péče vyžaduje pobyt pacienta po dobu kratší jak 24 hodin, jedná se o **jednodenní zdravotní péči**.

Lůžková péče musí být poskytována v nepřetržitém provozu. Jedná se o takovou péči, kterou nejde provozovat ambulantně, tudíž je nutná hospitalizace pacienta. Akutní lůžková péče může být intenzivní, v případě náhlého selhávání životních funkcí či jejich předpokladu u pacienta, nebo standardní, v případě onemocnění či zhoršení chronické nemoci. Po stabilizaci zdravotního stavu přichází následná lůžková péče, kde dochází k doléčení a případné rehabilitaci pacienta. Lůžková péče může být i dlouhodobá, která je vyžadována u pacientů odkázaných na soustavnou ošetrovatelskou péči.

Domácí péče čili návštěvní služba, to jsou formy zdravotní péče poskytované ve vlastním prostředí pacienta. Patří sem ošetrovatelská péče, rehabilitační péče ale i paliativní péče. Tento druh péče úzce souvisí se sociálními službami, kdy často hovoříme o tzv. zdravotně sociální péči. Zde jednotlivá péče, ať už zdravotní či sociální převažuje vždy dle potřeb pacienta, resp. klienta (Zákon č. 372/2011, Sb., MZČR).

4.3. Primární zdravotní péče

V České republice je dostupná zdravotní péče jedním ze základních cílů zdravotní politiky, přičemž základním stupněm zdravotní péče je primární zdravotní péče. Ta se týká poskytování preventivní, diagnostické, posudkové a léčebné péče a měla by fungovat jako první místo kontaktu pacienta se zdravotníky.

Primární péče je u nás poskytována čtyřmi různými lékaři – všeobecný praktický lékař, praktický lékař pro děti a dorost, zubní lékař a ambulantní gynekolog. Všechny tyto služby by měly být pro pacienta dostupné bez většího omezení, když je právě potřebuje (Hnilicová & Janečková, 2009).

Zdravotní služby jsou využívány pacienty velmi nerovnoměrně. Jejich využití se liší např. mezi různými sociálními skupinami. K dalším významným faktorům patří věk, pohlaví, rodinný stav, vzdělání, životní styl, znalosti ohledně nemocí nebo třeba postoj ke zdraví a zdravotní péči (Andersen & Newman, 2005).

5. Sociální služby

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách definuje službu jako „*činnost nebo soubor činností podle tohoto zákona zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení.*“

Základními druhy sociálních služeb jsou sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. Poskytují se ve třech formách, a to jako služby pobytové, ambulantní nebo terénní. Za pobytové služby se dle § 33 tohoto zákona považují služby spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb, kde člověk celodenně, resp. celoročně žije. Patří sem především domovy pro seniory či domovy pro lidi se zdravotním postižením. Ambulantní služby nemají ubytování jako svou součást. Jedná se o služby, za kterými musí klient docházet, případně je doprovázen či dopravován do zařízení sociálních služeb. Za ambulantní službu lze považovat poradny, kontaktní centra nebo denní stacionáře. Terénní služby jsou poskytovány klientům v jejich přirozeném sociálním prostředí, tedy především v domácnosti, v místě, kde člověk pracuje nebo kde tráví volný čas. Jedná se hlavně o pečovatelskou službu, nebo osobní asistenci (MPSV,2006; Zákon č. 108/2006 Sb.).

5.1. Sociální poradenství

Sociální poradenství můžeme rozdělit na základní a odborné. Základní sociální poradenství je primární činnost a uplatňuje se při poskytování všech druhů sociálních služeb. Jedná se o poskytnutí informací osobám, které se nacházejí v nepříznivé sociální situaci. Poskytovatelé sociálních služeb mají vždy povinnosti tuto činnost zajistit. Odborné sociální poradenství disponuje již určitým zaměřením na konkrétní okruhy sociálních skupin osob. Patří sem občanské poradny, poradny pro seniory, poradny pro osoby se zdravotním postižením, poradny pro oběti trestných činů a domácího násilí. v tomto případě zahrnuje sociální služba základní činnosti jako je zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně-terapeutické činnosti a také pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů (Kalvoda, 2015).

5.2. Služby sociální péče

Účelem služeb sociální péče je zajistit osobám fyzickou i psychickou soběstačnost. Snaží se zároveň o podporu života v jejich přirozeném sociálním prostředí a umožnit jim se zapojit plnohodnotně do společenského života. V případě, že to osobám jejich stav

nedovoluje, se služby sociální péče snaží zajistit jim důstojné prostředí a zacházení. Většina z uvedených služeb je určena osobám se sníženou soběstačností, většinou z důvodu věku nebo zdravotního omezení, přičemž tyto osoby potřebují pomoc jiné fyzické osoby.

5.2.1. Osobní asistence

Do služeb sociální péče spadá celá řada podkategorií. První z nich je například osobní asistence, která se klasifikuje jako terénní služba. Je určena osobám se sníženou soběstačností, a to buď z důvodu věku, chronického onemocnění či zdravotního postižení, které potřebují pomoc jiné osoby. Poskytovatelé služeb pomáhají zejména při zvládnutí běžných činností jako je péče o vlastní osobu, osobní hygiena, zajištění stravy a chod domácnosti. Tato služba není časově omezená a poskytuje se v přirozeném sociálním prostředí klientů.

5.2.2. Pečovatelská služba

Pečovatelská služba může být jak terénní, tak ambulantní. A stejně jako osobní asistence je poskytována osobám se sníženou soběstačností, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby. Poskytovatelé služeb pomáhají stejným způsobem jako u osobní asistence jen s tím rozdílem, že pečovatelská služba se poskytuje pouze ve vymezeném čase, vždy po domluvě s klientem. K pomoci dochází buď v domácnostech osob nebo v sociálních zařízeních.

5.2.3. Odlehčovací služby

Odléhčovací služby mohou být všech typů – terénní, ambulantní i pobytové. Cílem odlehčovací služby je umožnit pečující osobě, která se stará např. o postiženého, potřebný odpočinek. Může se jednat o pomoc v domácnosti postiženého či jeho dočasné umístění v pobytovém zařízení.

5.2.4. Denní a týdenní stacionáře

Denní a týdenní stacionáře jsou určeny pro osoby se sníženou soběstačností, které vyžadují pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Denní stacionář je ambulantní službou, vhodnou například pro seniory, kteří přes den nemají zajištěnou potřebnou péči. Týdenní stacionář je pak spojen s pobytovou službou.

5.2.5. Domovy pro seniory

Domovy pro seniory jsou pro osoby, u kterých je snižená soběstačnost způsobena především věkem. Vedle pomoci při běžných úkonech péče o vlastní osobu poskytují i ubytování, stravu, aktivizační činnosti a zprostředkovávají kontakt se společenským prostředím. Představují základní pobytovou službou pro seniory.

5.2.6. Domovy pro osoby se zdravotním postižením

Domovy pro osoby se zdravotním postižením jsou určeny pro osoby se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení.

5.2.7. Domovy se zvláštním režimem

V domovech se zvláštním režimem se ubytovávají osoby s chronickými duševními onemocněními nebo se závislostí na návykových látkách, ale také osoby se stařeckou Alzheimerovou demencí a ostatními typy demence. Režim v těchto domovech je přizpůsoben zvláštním potřebám jednotlivých klientů (MPSV, 2020).

5.3. Služby sociální prevence

Služby sociální prevence mají napomáhat sociálnímu vyloučení osob. Tyto osoby jsou nejčastěji vyloučeny z důvodu své krizové sociální situace, životních návyků a způsobu života, který vede ke konfliktu se společností, nebo mohou tyto osoby pocházet ze sociálně znevýhodněného prostředí. Hlavní snahou je, aby tyto osoby překonaly nepříznivé sociální situace a zároveň ochránit společnost před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů.

Do služeb sociální prevence, která pomáhá seniorům, patří azylové domy, intervenční centra, sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením, krizová pomoc a sociální rehabilitace.

5.3.1. Azylové domy

Azylové domy nabízejí ubytování na přechodnou dobu osobám, které se nacházejí v nepříznivé sociální situaci spojené se ztrátou bydlení.

5.3.2. Intervenční centra

Intervenční centra jsou jak terénní, ambulantní tak pobytová. Tyto služby jsou určeny především pro osoby ohrožené násilným chováním, a to jak ze strany spolubydlící osoby,

tak i bez takového podnětu. Pomoc je ohroženým osobám poskytnuta maximálně do 48 hodin od doručení kopie žádosti intervenčnímu centru.

5.3.3. Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotní postižením

Jedná se především o ambulantní či terénní služby poskytované seniorům, nebo osobám zdravotně postiženým, které jsou ohroženy sociálním vyloučením. Služby jsou zaměřeny především na znovu začlenění klientů do společnosti pomocí zprostředkování kontaktu s lidmi.

5.3.4. Krizová pomoc

Krizová pomoc funguje vždy pouze na přechodnou dobu pro osoby, které mohou být ohroženy na zdraví či životě a zároveň nevládnou řešit tuto situaci samy. Krizová pomoc zajistí ubytování, v případě pobytové služby, nebo stravu a terapeutickou činnost v případě ambulantní či terénní služby.

5.3.5. Sociální rehabilitace

Sociální rehabilitace pomáhá lidem, aby se stali samostatnými, nezávislými a soběstačnými. Provádí to především prostřednictvím rozvoje jejich schopností a dovedností, a to tak, aby klienty připravila pro samostatný život. Jedná se tedy hlavně o nacvičení péče o vlastní osobu buď v centrech sociálně rehabilitačních služeb, anebo formou terénních a ambulantních služeb (MPSV, 2020).

6. Demografický vývoj v České republice

Demografický vývoj se projevuje jak na straně poptávky po dlouhodobé péči, tak i na straně nabídky neboli uspokojení potřeb po dlouhodobé péči, a to buď prostřednictvím formální profesionální péče, nebo prostřednictvím neformální péče (rodiny).

Demografické stárnutí může být ovlivněno dvěma směry. Zdola věkové pyramidy, kde je hlavní příčinou pokles plodnosti pod úroveň prosté reprodukce. Důležitou roli hraje také změna v časování, tedy odkládání rození dětí do vyššího věku matky. Oba tyto faktory mají za následek pokles dětské složky v populaci, změnu ve věkovém rozložení obyvatelstva a do budoucna také snížení počtu ekonomicky aktivních osob. U ovlivnění demografického stárnutí zdola tedy dochází ke snižování počtu osob v předproduktivním věku. Jak uvádí J. R. Goldstein, snižování plodnosti vždy vede ke stárnutí populace, nehledě na to, jaká je úroveň úmrtnosti.

Druhý směr ovlivnění demografického stárnutí probíhá shora věkové pyramidy, což je spojeno s prodlužováním střední délky života a s tím spojeným vyšším zastoupením starších obyvatel na celkovém složení populace. Konkrétně se jedná o obyvatele starší 65 let, tedy v poproduktivním věku. Nejrychlejší tempo růstu podílu na celkovém počtu obyvatel lze sledovat u osob ve věku 80+, nazývanými také „oldest-old“ nebo „čtvrtý věk“. Demografické stárnutí v České republice je tedy výsledkem obou směrů stárnutí (Šídlová & Šídlo, 2016).

Prodlužující se délku života vnímáme jako velmi pozitivní jev, obzvlášť, když se zároveň prodlužuje i tzv. zdravá délka života, tedy období, kdy lidé trpí minimem zdravotních obtíží a jsou plně soběstační. Nicméně je třeba zmínit i negativní dopady, které prodlužující se délka života spolu s věkovou strukturou obyvatelstva přináší.

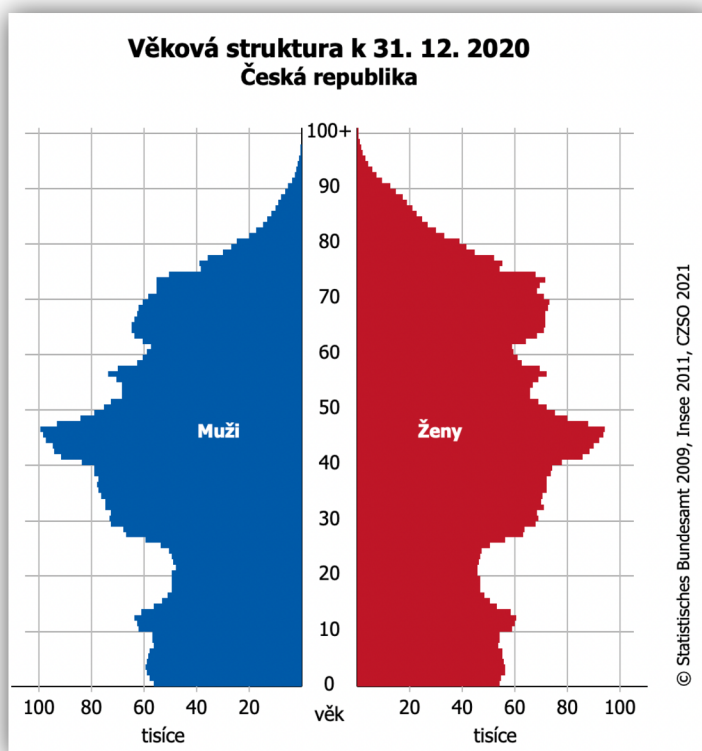
Složení věkové struktury české populace bylo v minulosti ovlivněno několika událostmi, proto je i dnes značně nerovnoměrné. Způsobeno je to jednak velkým populačním boomem, který přišel po skončení druhé světové války. Další nerovnosti přinesla různá politická opatření minulého režimu s cílem podpoření porodnosti zejména v 70. letech dvacátého století. Děti narozené v těchto letech se často označují jako tzv. „Husákovy děti“, což odkazuje na bývalého prezidenta ČSSR Gustáva Husáka a jeho pronatalitní opatření. Nicméně odborníci se příliš neshodují, zda byl babyboom výsledkem Husákových opatření či zda jen lidé odkládali rodičovství z nejistoty a obav

o budoucnost, zvláště po invazi vojsk Varšavské smlouvy do tehdejšího Československa v roce 1968.

Tato dvě období každopádně přinesla dvě početné skupiny generací. První skupina narozená po válce již v seniorském věku je, druhá skupina bude do dvaceti let také (Křesťanová & Šídlo, 2018).

Jelikož je demografické stárnutí ovlivněno jak zdola, tak shora, můžeme v budoucnu očekávat značné komplikace hned v několika oblastech. Jedná se hlavně o potřebu zajištění kvalitní a dostupné péče pro seniory, kteří ji budou potřebovat. A s přihlédnutím k věkové pyramidě je zřejmé, že jich bude přibývat.

Obrázek 2: Věková pyramida ČR



Zdroj: ČSÚ (2020)

6.1. Vliv demografického stárnutí na sociální a zdravotnické služby

Je obecně známo, že starší lidé využívají mnohonásobně více zdravotnické a sociální služby, jak mladí lidé. Od určitého věku je potřeba této péče téměř nevyhnutelná a měla by být k dispozici všem, kteří ji potřebují. S rostoucím věkem pacientů se také zároveň zvyšují náklady vynaložené na zdravotní a sociální péči.

Vzhledem ke změnám dnešní společnosti, kdy se snižuje role tradiční rodiny je třeba, aby zařízení byla připravena na vyšší poptávku po jejich službách, zapříčiněnou zvyšujícím se počtem seniorů, o které se nemá kdo postarat.

Demografické stárnutí nepostihuje pouze klienty sociálních a zdravotnických služeb, ale také jejich poskytovatele. Velikým problémem se stává nedostatek kvalifikovaných pracovníků a stárnutí těch současných. Ve zdravotnických službách je problémem především stárnutí lékařů, a to hlavně těch, kteří působí ve venkovských, periferních, oblastech České republiky. Mladí lékaři volí jako svá pracoviště raději větší města. Tím pádem se spolu s odcházejícími lékaři prodlužuje vzdálenost dostupnosti zdravotní péče pro venkovské obyvatele.

Se zvyšujícím se věkem lékařů roste také pravděpodobnost ukončení jejich pracovní činnosti a odchodu do důchodu. Po dosažení důchodového věku se navíc zkracuje průměrný úvazek lékařů a dochází ke snížení jejich výkonnosti (Šídlo, 2011).

V sociálních službách jde spíše o nedostatečné finanční ohodnocení pracovníků a s tím spojenou neochotu v oboru pracovat. Práce v sociálních službách se tak stává neatraktivní pro nové mladé potenciální pečovatele. Tím pádem se zvyšuje i celkový průměrný věk pracovníků a není nikdo, kdo by je po odchodu do důchodu nahradil. Nízké finanční ohodnocení tedy postupně povede k ještě většímu nedostatku personálu, což bude mít špatný dopad i na kvalitu poskytovaných služeb (Křest'ánová & Šídlo, 2018).

6.2. Důsledky demografického stárnutí

Vedle zvyšujících se požadavků na sociální a zdravotnické služby přináší demografické stárnutí řadu dalších problémů, a to hned z několika oblastí. Ty nejvýznamnější problémy se dají rozdělit do dvou vzájemně se doplňujících skupin – ekonomické a sociální.

Důsledky ekonomického charakteru se týkají především nutnosti uspokojení potřeb seniorů prostřednictvím správně nastavených ekonomických podmínek. S rostoucím podílem seniorů na celkovém obyvatelstvu je stále složitější hledat zdroje financování jejich příjmů (důchodů). Lze sem také zařadit důležitost vytváření podmínek pro práci seniorů a také možnosti využití jejich schopností a vědomostí (Adamová et al., 2021).

Ekonomické důsledky demografického stárnutí jsou ovlivňovány hlavně proměnlivou velikostí produktivní složky obyvatel, kam se řadí osoby ve věku 15-64 let.

S tím, jak populace stárne se lidé z produktivní skupiny přesouvají do skupiny poproduktivní.

Problém spočívá v tom, že produktivní složka, která zajišťuje financování té poproduktivní mj. i předproduktivní složky obyvatel, se zmenšuje právě na úkor poproduktivní složky obyvatelstva. Postupně tedy ubývá těch, kteří na důchody přispívají a přibývá těch, kteří důchody pobírají (Adamová et al., 2021).

Do budoucna je nutné zajistit, aby všichni senioři, kteří mají na pobírání důchodu nárok, ho dostali v takové výši, která jim náleží. Toho lze docílit pouze správnou důchodovou politikou, která je v naší zemi současně nedostatečně vyřešena. Jako první krok je tedy nutné zajistit důchodovou reformu, která bere v potaz rostoucí počet seniorů a zvyšující se nároky na důchody. Velkou roli bude hrát několik faktorů mezi které lze zařadit výši důchodového pojištění, věk odchodu do důchodu, výši vyplácených důchodů a jeho způsob výpočtu, různé příspěvky a podpory stárnutí a mnoho dalšího.

Věk odchodu do důchodu se v České republice každým rokem prodlužuje, pro muže je to přibližně o dva měsíce ročně, pro ženy čtyři měsíce ročně. Tento rozdíl je dán především tím, že se ženy dožívají vyššího věku jak muži. Do roku 2030 by měla hranice věku odchodu do důchodu dosáhnout 65 let, jak rozhodla vláda ČR při poslední důchodové reformě. Dle odborníků by se ale hranice měla pomalu dále posouvat spolu s tím, jak se prodlužuje střední délka života, pokud chceme zachovat stávající úroveň důchodového systému (Čaja & Švihel, 2022).

Momentálně je v České republice přibližně 2,13 milionu důchodců, což tvoří téměř 20 % obyvatel celé České republiky. V roce 2050 se předpokládá, že senioři budou tvořit téměř 30 % české populace. Z produktivní složky obyvatelstva, která dnes tvoří 65 %, bude pouhých 56 %. Z toho tedy lze snadno usoudit, že v budoucnu bude méně pracujících na více důchodců (ČSÚ, 2018).

Přesvědčit se o tom lze i prostřednictvím dvou ukazatelů. Prvním je index stáří, který vyjadřuje počet osob ve věku 65 a více let na 100 dětí ve věku 0-14 let. Index stáří v současné době dosahuje hodnoty kolem 125, což představuje 125 seniorů na 100 dětí ve věku 0–14 let. V roce 2050 má podle ČSÚ tento ukazatel dosáhnout hodnoty 193, což znamená, že bude téměř dvakrát více seniorů jak dětí. Dětská složka tedy do budoucna převažovat nebude, což jen potvrzuje trend demografického stárnutí.

Druhým ukazatelem, který vypovídá o očekávaném věkovém složení obyvatel je index ekonomické závislosti. Ten vyjadřuje, kolik osob ve věku 0–19 let a osob starších 65 let připadá na 100 osob ve věku 20–64 let, tedy na produktivní osoby. Momentálně se tato hodnota pohybuje kolem 70. Na začátku roku 2050 tento index dosáhne hodnoty téměř 93. Znamená to, že se počet osob v neproduktivním věku bude pomalu rovnat počtu osob v produktivním věku. Hlavním důvodem zvyšování tohoto indexu bude růst seniorské složky, u dětské složky nedojde k výraznému rozdílu (ČSÚ, 2018).

Tabulka 2: Ukazatele očekávaného věkového složení obyvatelstva

Ukazatel	2018	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
Index stáří	122	125	137	150	164	181	193	193
Index ekonom. závislosti	65	68	73	74	75	79	87	93
65+ let / 20-64 let	32	34	37	39	41	45	52	55
0-19 let / 20-64 let	33	34	36	35	34	34	36	37

Zdroj: ČSÚ (2018)

Chudoba důchodců je dalším ekonomickým problémem spojeným s demografickým stárnutím. Pro získání starobního důchodu musí být splněny dvě podmínky, a to potřebná doba pojištění klienta (35 let) a dosažení důchodového věku. Výše starobního důchodu se poté počítá ze dvou částí. První je základní výměra, která je pro všechny stejná, neovlivňuje ji tedy ani délka pojištění či výše mzdy. V roce 2021 činila 3 550 Kč. Druhá část se nazývá procentní výměra. Ta už je ovlivněna právě počtem odpracovaných let a výdělků, takže u každého tvoří jinou částku. Průměrný důchod v roce 2021 činil 15 411 Kč. Ačkoliv se starobní důchod každý rok zvyšuje díky valorizaci, ne všichni senioři si můžou dovolit bezstarostné stáří (ČSSZ; Vokřál, 2021).

Z dokumentu zpracovaného ČSÚ „Senioři v ČR v datech“ lze vyčíst zdroje příjmů lidí starších 65 let. Starobní důchody tvoří téměř 87 % celkového příjmu seniorů. Je tedy zřejmé, že většina z nich se spoléhá pouze na tento zdroj příjmů a jsou na něm závislí. 8 % pak tvoří příjmy ze zaměstnání či podnikání, to se ale týká ve většině případů mladších

seniorů. Z dokumentu dále vyplývá, že celkem jedna pětina důchodců považuje za velmi obtížné vyjit se svými příjmy. Co se týká domácností ohrožených příjmovou chudobou, tak mezi jednotlivci nad 65 let jich bylo k roku 2019 ohroženo celkem 41,2 %. Nejvíce ohroženou skupinou jsou právě senioři žijící sami, ve většině případech ženy.

Aby se předešlo chudobě a zároveň alespoň částečně ulevilo finančnímu zatížení státu důchody, je výhodné vytvářet pro seniory pracovní příležitosti. Díky zaměstnání jsou senioři stále zapojeni do veřejného života, což má pozitivní vliv i na jejich psychické zdraví. Vedle možnosti výdělku si pracující lidé nad 65 let také můžou zvýšit budoucí důchod, ten se právě navyšuje s počtem let, které jedinec pracuje nad povinný rámec. Státem je tedy tato práce podporována a vítána. Nicméně ne vždy je tento čin zcela dobrovolný ze strany seniorů, často v práci musí pokračovat, protože se obávají že nebudou mít dostatek peněz v pozdějším věku (Adamová et al., 2021).

Mezi sociální důsledky demografického stárnutí pak lze zařadit strukturu domácnosti a bydlení seniorů, osamělost seniorů a změny role rodiny.

Bydlení seniorů se stává stále větším problémem. S přibývajícím věkem se často pojí události, které velmi ovlivňují život seniorů – odchod dětí z domova, smrt partnera, horší zdravotní stav, neschopnost zvládat péči o domácnost, zhoršující se schopnost samostatnosti, následné stěhování zpět k dětem či do některé z pobytových služeb pro seniory. Tyto faktory se nejvíce podílejí na formování struktury domácností. V dnešní době ale zároveň přibývá těch, kteří se ve vyšším věku rozvádějí a navazují nová partnerství, což má samozřejmě na strukturu bydlení vliv také. Největším problémem nicméně stále zůstává bydlení samostatně žijících žen. Ty jsou zároveň nejohroženější skupinou, co se rizika chudoby týče (Adamová et al., 2021).

Se zajištěním bydlení pomáhají i pobytová zařízení jako jsou domovy pro seniory či domovy se zvláštním režimem. Ty jsou především určeny pro seniory, kteří potřebují péči další osoby a kteří se o sebe již plně nedokáží postarat. Kapacita těchto služeb však není dostatečná a zájemci musí mnohdy dlouho čekat, dokud se pro ně neuvolní místo. Velikou roli zde také hraje péče od rodinných příslušníků, která napomáhá v mnoha ohledech. Díky rodině může senior prožívat stáří v pohodlí domova, což má pozitivní dopad na jeho celkový zdravotní stav, a to jak fyzický, tak psychický. Zároveň pomoc rodiny vždy vede ke snížení zatížení zdravotnických a sociálních služeb (Juna, 2022).

Se změnou role rodiny, kdy stále více lidí žije samo, případně v páru bez dětí nebo pouze s jedním dítětem se bude měnit i život ve stáří. Jedním z negativních dopadů, který bude narůstat právě i se změnou role rodiny, je osamělost a izolovanost seniorů. Samota má velmi špatný vliv na psychické zdraví seniorů, což následně vede i ke zdravotním problémům. Potřeba socializace je v důchodovém věku velmi důležitá a nemělo by se na ní zapomínat.

7. Vnímání dostupnosti služeb zainteresovanými stranami

První oblast praktické části této bakalářské práce se zaměřuje na vnímání dostupnosti zdravotnických a sociálních služeb zainteresovanými stranami. Jako podklad posloužila studie s názvem „Jsou země Visegrádské čtyřky (V4) připraveny na následky demografického stárnutí?“. Autoři se zde zabývají celkově demografickým stárnutím zaměřeným na oblast zemí V4. Pro potřeby této práce byl využit dotazník, který je součástí zmíněné studie. Dotazník vyplňovali respondenti ze všech států Visegrádské čtyřky, s tím, že pro účely této práce byla použita pouze data od respondentů z České republiky.

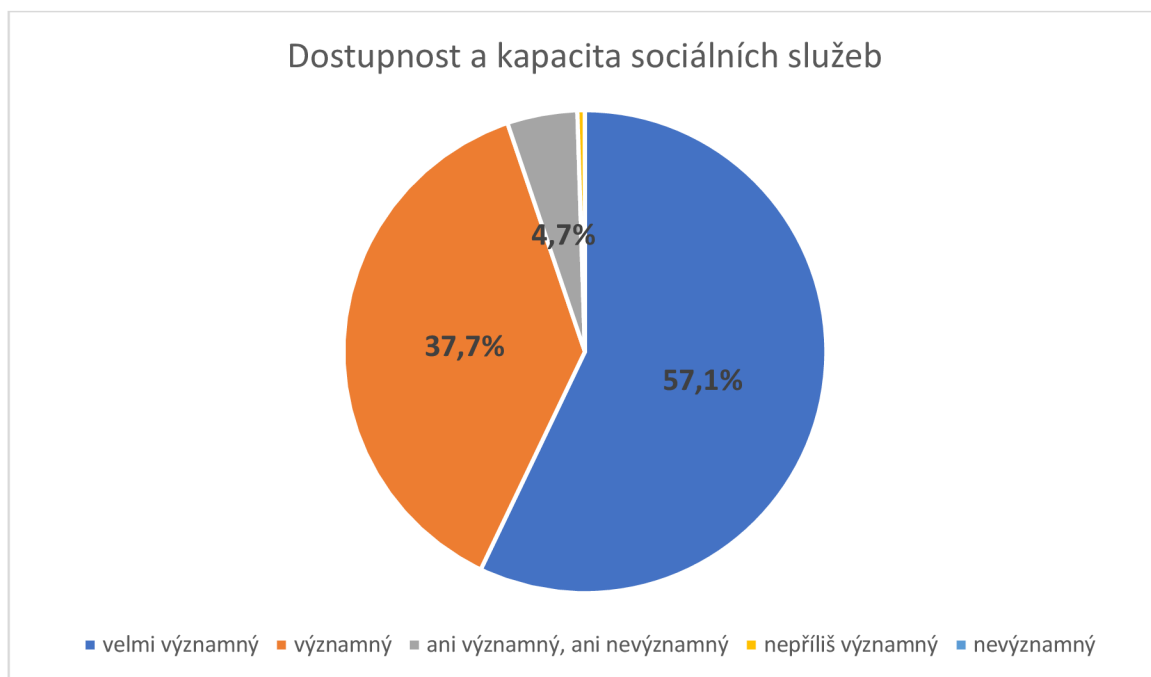
Dotazník vyplnilo celkem 195 respondentů z České republiky. Jedná se o respondenty, kteří jsou nějakým způsobem zapojeni do struktury sociálních služeb, ať už jako pracovníci sociálních služeb, pracovníci ve veřejné sféře nebo akademičtí pracovníci. Mezi respondenty bylo více žen než mužů, což jen odpovídá genderové struktuře zaměstnanosti v tomto oboru. Většina respondentů (téměř 80 %) se řadí do věkové skupiny 40+ a téměř 60 % dotazovaných má magisterské a vyšší vzdělání.

Z dotazníku byly vybrány otázky zaměřující se na dostupnost sociálních a zdravotnických služeb. Byla zde snaha o popsání pohledu na tuto problematiku zainteresovanými stranami.

První kombinace otázek zjišťuje, jak významně dotazovaní vnímají problém dostupnosti sociálních a zdravotnických služeb. Jedná se tedy o individuální vnímání závažnosti daného problému. Nejprve byla posuzována současná dostupnost, v další otázce pak bylo zjišťováno, jak je podle respondentů stát připravený do budoucna na rostoucí počet seniorů a zda zvládne zvyšující se nápor na služby.

Respondenti byly nejdříve dotazováni na dostupnost sociálních služeb. Graf zobrazuje současný význam dostupnosti a kapacity sociálních služeb. Odpovědi jsou zaznamenány procentuálně. Lze vidět, že problematiku dostupnosti sociální péče vnímají respondenti jako významnou, a to už v dnešní době, kdy ještě není tak veliký tlak na tyto služby.

Obrázek 3: Vnímání dostupnosti a kapacity sociálních služeb respondenty

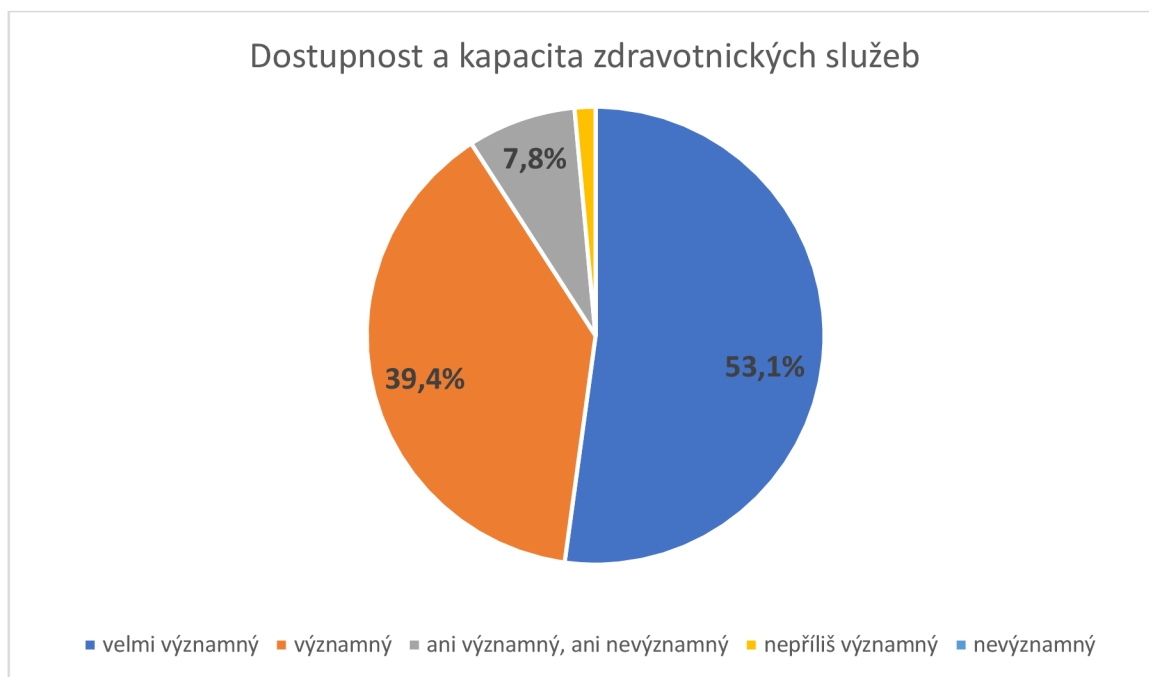


Zdroj: Adamová et al. (2021)

Respondenti se dále vyjadřovali k připravenosti státu na narůstající počet seniorů, a tedy také na budoucí větší nároky na sociální služby. Téměř všichni dotazovaní uvedli, že Česká republika je „nedostatečně“ připravená na demografické stárnutí v oblasti dostupnosti sociálních služeb.

Dostupnost zdravotnických služeb vnímají respondenti méně významněji oproti dostupnosti sociálních služeb. Z grafu je patrné, že respondenti přikládají současné dostupnosti zdravotních služeb o něco menší význam než sociálním službám. Přesto je pro respondenty stále velmi důležitá a rozhodně není zanedbatelná.

Obrázek 4: Vnímání dostupnosti a kapacity zdravotnických služeb respondenty



Zdroj: Adamová et al. (2021)

Názor dotazovaných na připravenost státu týkající se dostupnosti a kapacity zdravotnických služeb je kladnější oproti sociálním službám. Více respondentů označilo připravenost dostupnosti a kapacit zdravotnických služeb jako „částečnou“ a někteří dokonce jako „velmi dobrou“.

Ve studii jsou následně respondenti rozděleni do dvou skupin na „skeptiky“ a „umírněné“ dle vícerozměrné klasifikace jejich postojů k problematice demografického stárnutí.

Další otázky ze studie byly také věnovány dostupnosti sociálních a zdravotnických služeb.

Tentokrát se však neptaly na míru významnosti problému, ale na to, jak dostatečně je v České republice řešena otázka přístupu ke zdravotní péči pro seniory, a to jak z kapacitního hlediska, tak i prostorové dostupnosti. Nejdříve byla otázka mířena na současnou situaci a poté bylo zjišťováno, jak respondenti nahlíží na budoucí dostupnost v následujících desetiletích.

První skupina označena jako „skeptici“, vnímá současnou dostupnost služeb jako „spíše nedostatečnou“ a k budoucí dostupnosti služeb se vyjadřuje negativně. Věří tedy, že Česká republika není dostatečně připravena na budoucí poptávku po sociálních a zdravotnických službách. Druhá skupina označena jako „umírnění“ má na budoucí

situaci dostupnosti služeb stejný názor. Současnou situaci však vnímají oproti „skeptikům“ pozitivněji a uvádějí, že jsou služby „dostupné s určitými problémy“. Celkově tedy nelze považovat názory dotazovaných na současný stav ani budoucí vizi služeb jako uspokojivou.

Závěr je takový, že většina respondentů vnímá dostupnost sociálních a zdravotnických služeb jako problém, který je nedostatečně řešen ze strany státu. Dostupnost je v současné době respondenty považována za spíše nedostatečnou. Dále zainteresované strany predikují, že v následujících desetiletích nebude sociální ani zdravotní péče dostatečně dostupná.

8. Stav obyvatelstva a přehled služeb v Jihočeském kraji pro rok 2015

Další oblast praktické části zkoumá stav obyvatelstva k roku 2015 v Jihočeském kraji a také stav vybraných sociálních a zdravotnických zařízení na tomto území. Jihočeský kraj je rozdělen do menších celků, konkrétně na správní oblasti obcí s rozšířenou působností (dále jen SO ORP či ORP), kterých je celkem 17. Konkrétně je to Blatná, České Budějovice, Český Krumlov, Dačice, Jindřichův Hradec, Kaplice, Milevsko, Písek, Prachatice, Soběslav, Strakonice, Tábor, Trhové Sviny, Třeboň, Týn nad Vltavou, Vimperk a Vodňany.

8.1. Přehled stavu obyvatel

Tabulka 3 přehledně zobrazuje počet obyvatel v jednotlivých ORP za rok 2015 a slouží pro lepší interpretaci následujících map.

Tabulka 3: Počet obyvatel v Jihočeském kraji v roce 2015

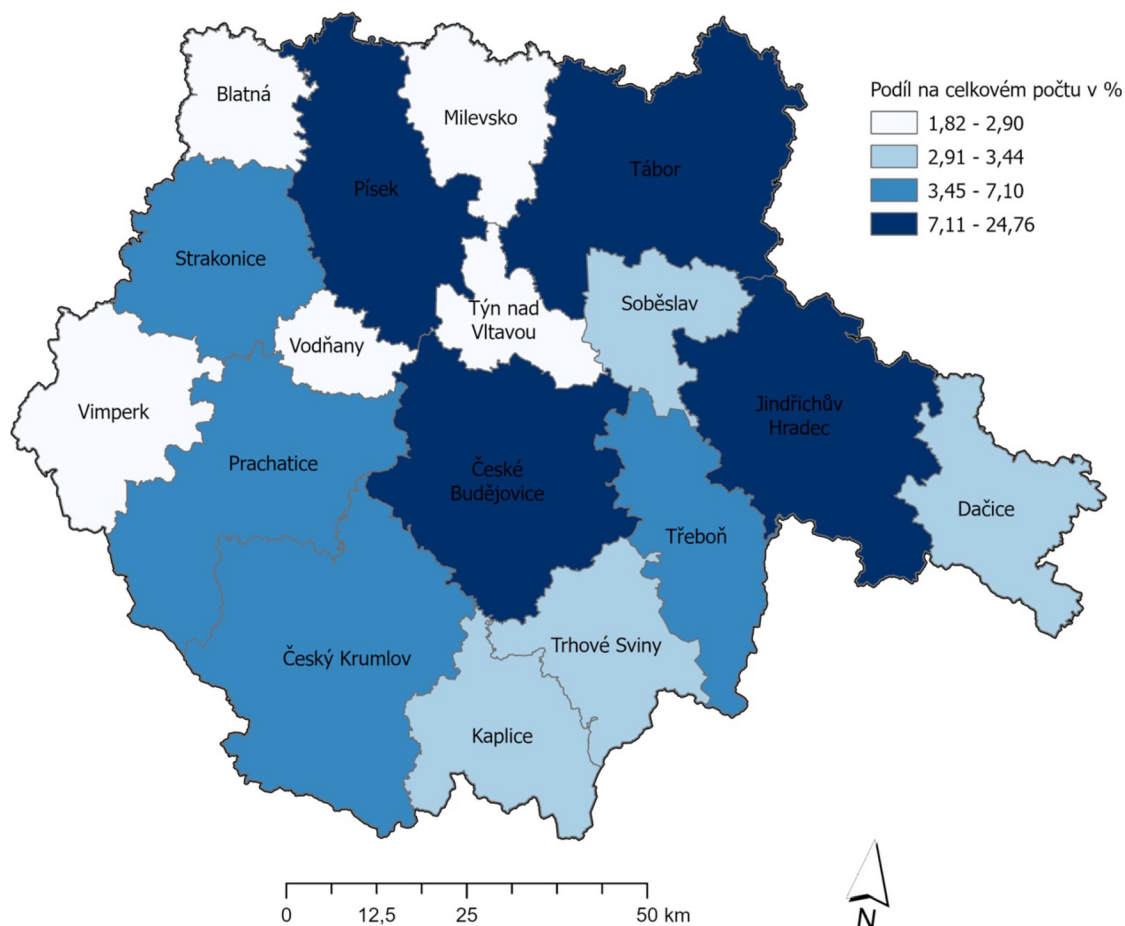
SO ORP	počet obyvatel v roce 2015						
	celkem	0-14 let	15-64 let	65+	ženy 65+	muži 65+	80+
Blatná	13787	1984	9015	2788	1596	1192	577
České Budějovice	157925	25053	104456	28416	16484	11932	6367
Český Krumlov	41700	6839	27853	7008	3924	3084	1313
Dačice	19210	2814	12784	3612	2072	1540	780
Jindřichův Hradec	47377	7122	31278	8977	5140	3837	1901
Kaplice	19426	3146	13312	2968	1650	1318	538
Milevsko	18476	2490	11962	4024	2298	1726	915
Písek	52265	7937	34087	10241	5895	4346	2371
Prachatice	33292	5175	22424	5693	3241	2452	1100
Soběslav	21957	3212	14316	4429	2569	1860	1058
Strakonice	45271	6957	29816	8498	4933	3565	1805
Tábor	80412	12124	52677	15611	8983	6628	3716
Trhové Sviny	18815	2972	12688	3155	1767	1388	637
Třeboň	24772	3569	16202	5001	2904	2097	1121
Týn nad Vltavou	14104	2169	9604	2331	1323	1008	540
Vimperk	17420	2648	11577	3195	1812	1383	691
Vodňany	11625	1756	7818	2051	1190	861	464
celkem	637834	97967	421869	117998	67781	50217	25894
podíl na obyvatelstvu		15,36 %	66,14 %	18,50 %	10,63 %	7,87 %	4,06 %

Zdroj: ČSÚ (2016), vlastní zpracování

V roce 2015 žilo na území Jihočeského kraje 637 834 obyvatel. První mapa znázorňuje rozmístění obyvatel v jednotlivých SO ORP. Nejvíce lidí, téměř jedna čtvrtina kraje, žije v ORP České Budějovice, kde se také nachází krajské město.

Obrázek 5: Podíl počtu obyvatel v Jihočeském kraji

Podíl počtu obyvatel v jednotlivých SO ORP



Zdroj: ČSÚ (2016), vlastní zpracování v programu ArcGIS Pro

Druhým nejlidnatějším regionem je Tábor, ve kterém žije přibližně 12,5 % obyvatel. ORP České Budějovice, Tábor, Písek a Jindřichův Hradec obývá dohromady přes 50 % obyvatel kraje. Ve zbylých 13 ORP žije druhá polovina obyvatel. Nejméně lidnatým regionem jsou potom Vodňany, kde žijí necelá 2 % obyvatel.

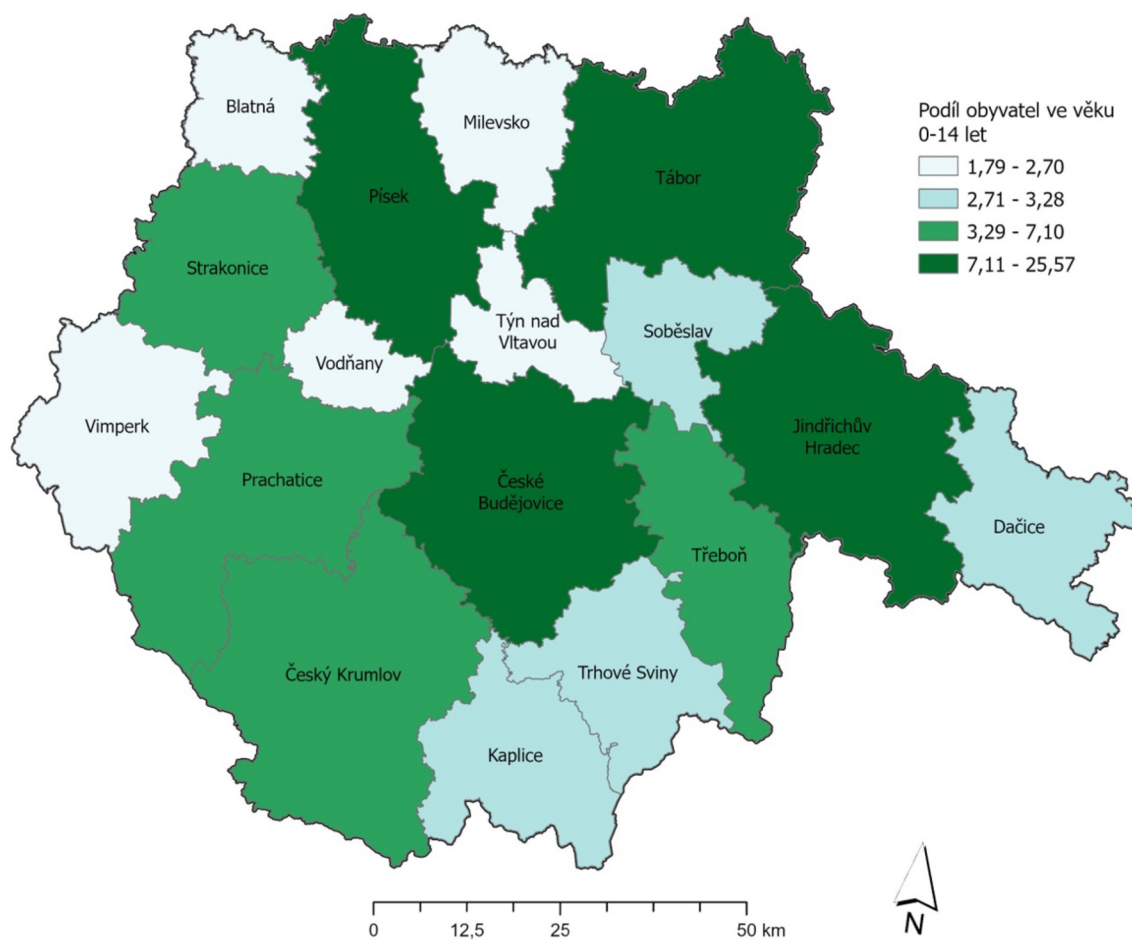
Obyvatelstvo Jihočeského kraje je tedy nerovnoměrně rozmístěné. Z mapy lze vypozařovat tendenci obyvatel žít v okolí větších měst, jako jsou právě České Budějovice, Tábor a Písek.

Druhá mapa znázorňuje rozmístění předproduktivní složky obyvatelstva. Jedná se o obyvatele, děti, ve věku 0-14 let. Stav k roku 2015 je 97 967 obyvatel. Děti tedy představují 15,36 % z celkového počtu.

Nejvíce dětí, skoro 26 %, žije v SO ORP České Budějovice. Naopak nejméně dětí žije v nejméně zalidněném regionu – Vodňanech.

Obrázek 6: Rozmístění předproduktivní složky obyvatelstva v Jihočeském kraji

Rozmístění předproduktivní složky obyvatelstva v Jihočeském kraji

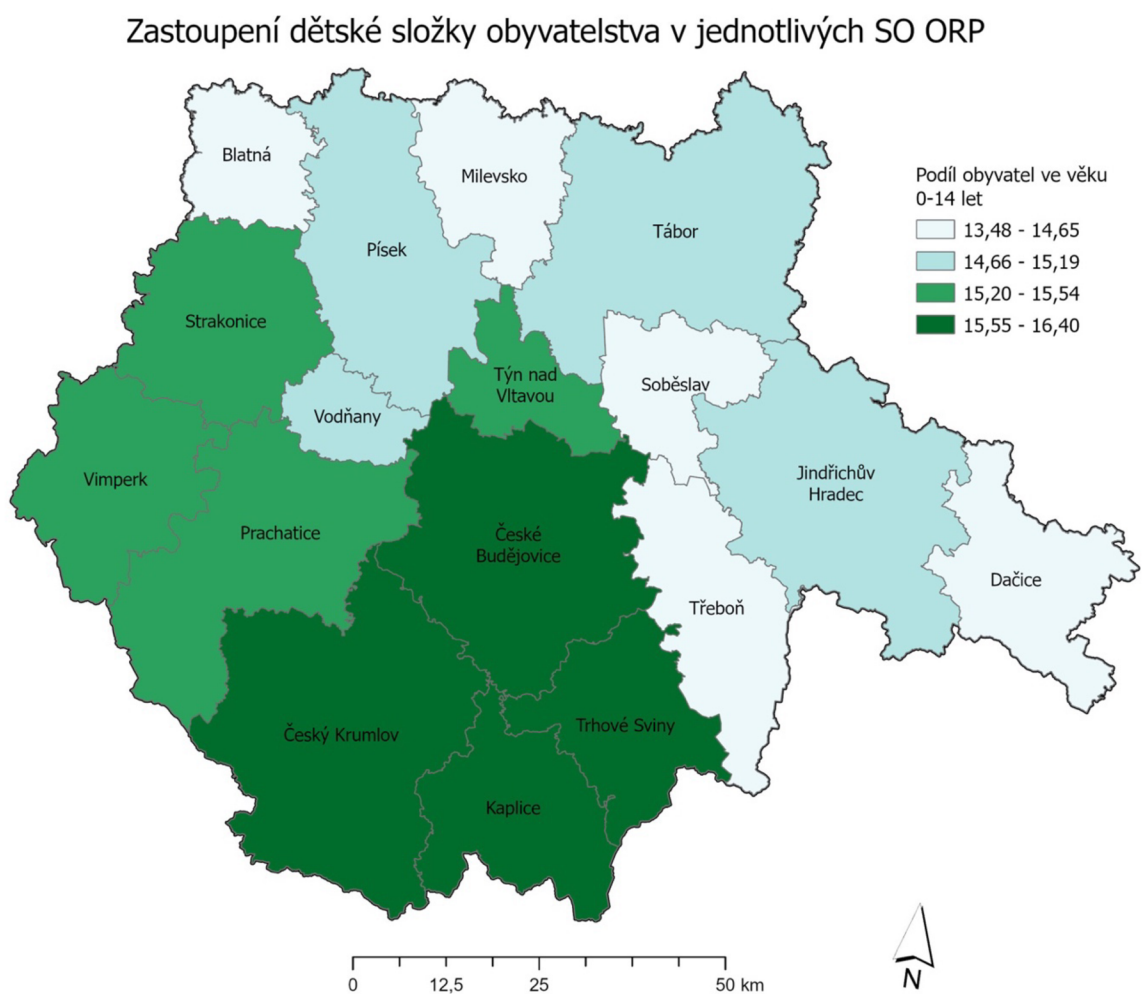


Zdroj: ČSÚ (2016), vlastní zpracování v programu ArcGIS Pro

Na rozdíl od první mapy věnující se rozmístění dětí v kraji, následující mapa ukazuje, jaké je zastoupení dětí vzhledem k obyvatelstvu v daném regionu. Ukazuje tedy, kolik procent obyvatel z daného SO ORP tvoří právě děti.

Lze vidět, že největší podíl dětské složky je na jihu kraje. Konkrétně v SO ORP Český Krumlov tvoří předproduktivní složka obyvatelstva 16,4 %. Následuje Kaplice (16,2 %) a hned za ní České Budějovice (15,9 %) a Trhové Sviny (15,8 %). Naopak děti jsou nejméně zastoupeny v Milevsku, kde z celého počtu obyvatel regionu tvoří 13,48 %.

Obrázek 7: Zastoupení dětské složky v SO ORP

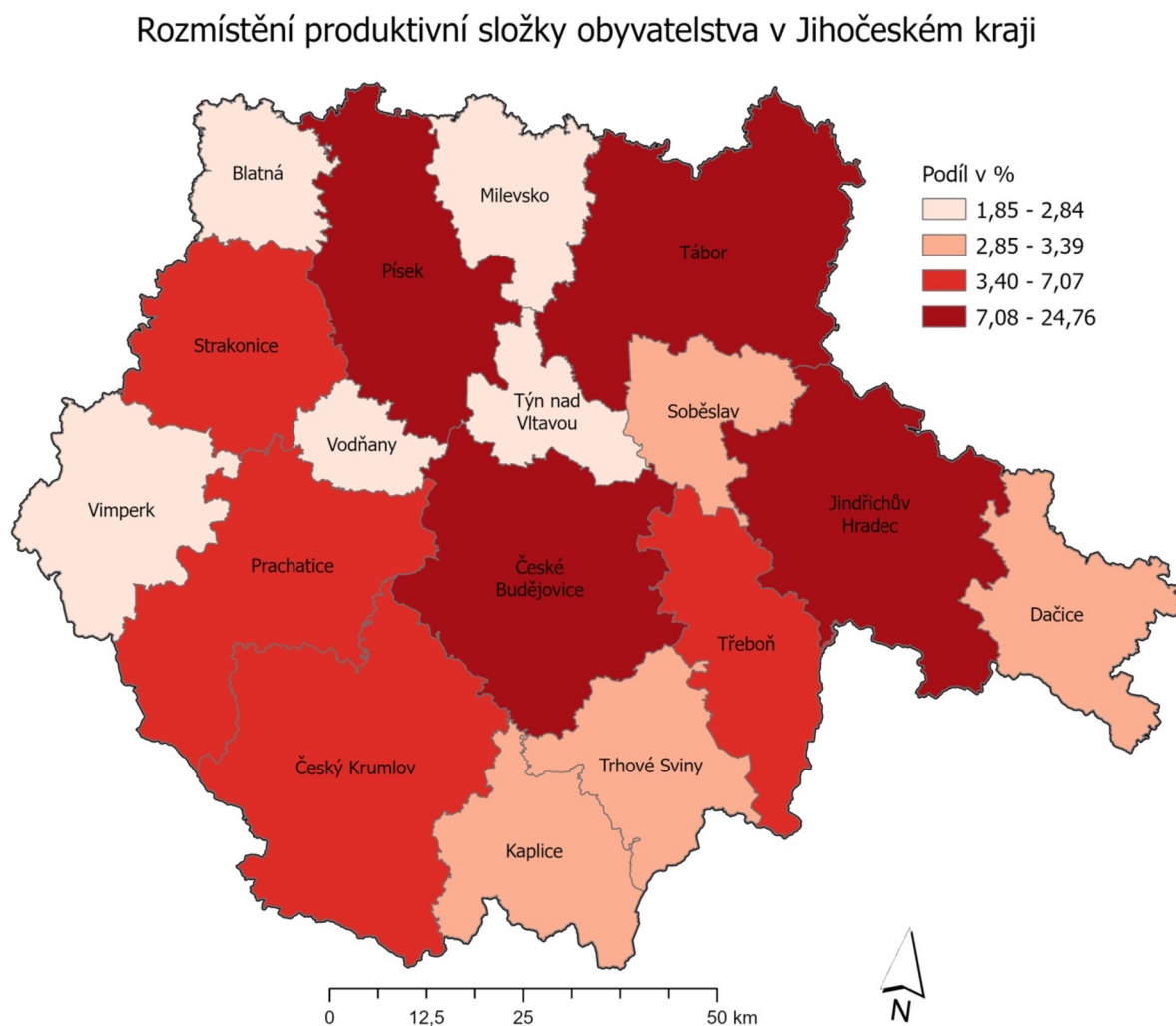


Zdroj: ČSÚ (2016), vlastní zpracování v programu ArcGIS Pro

Produktivní část obyvatel tvoří největší skupinu. V Jihočeském kraji je to k roku 2015 421 869 lidí, což představuje 66,14 % všech obyvatel. Řadí se sem lidé ve věku od 15 do 64 let.

Toto rozdělení téměř kopíruje celkové zastoupení obyvatel. Nejvíce lidí z produktivní složky opět žije v SO ORP České Budějovice. Následují Tábor a Písek. Nejméně lidí ve věku 15-64 let žije ve Vodňanech.

Obrázek 8: Rozmístění produktivní složky obyvatelstva v Jihočeském kraji



Zdroj: ČSÚ (2016), vlastní zpracování v programu ArcGIS Pro

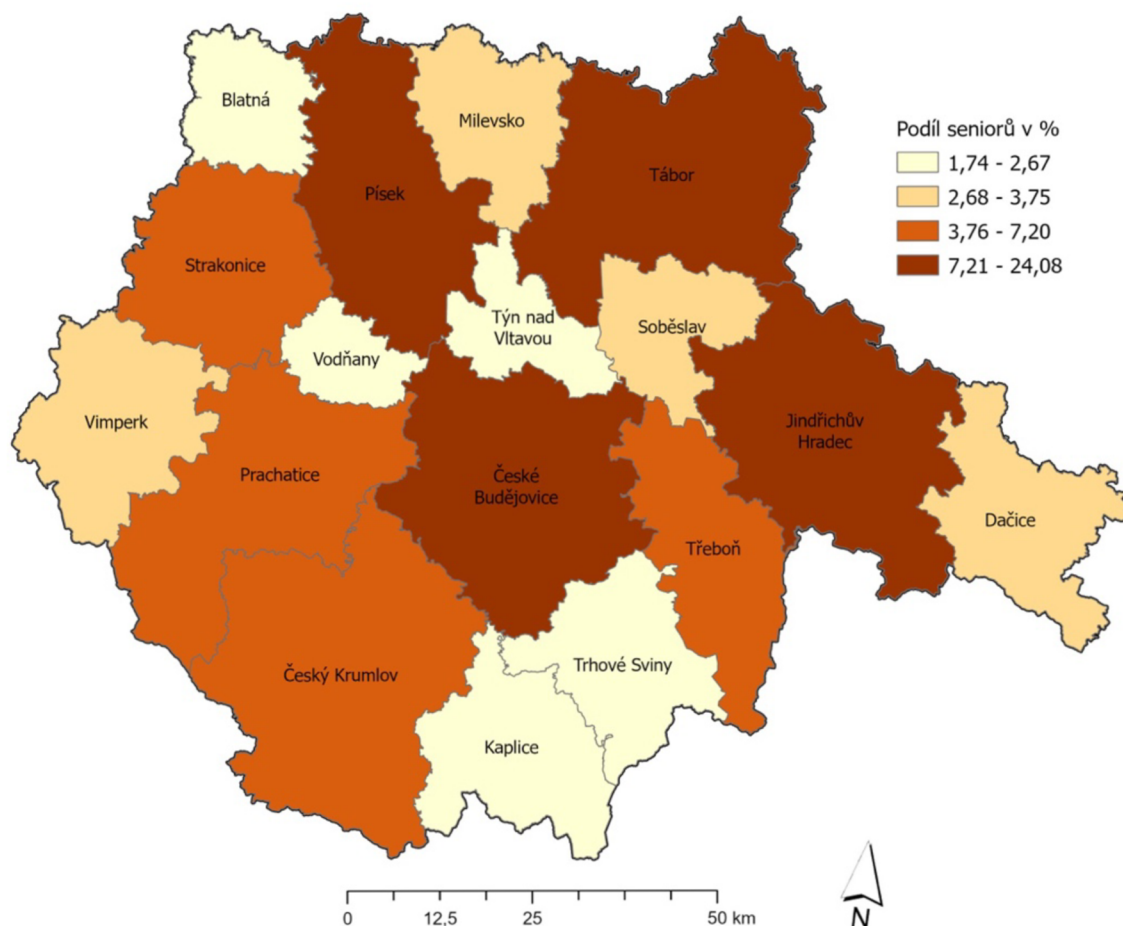
Na následující mapě je zobrazeno rozmístění poslední skupiny obyvatelstva, a tou je poproduktivní složka. Do této skupiny se řadí lidé starší 65 let, tedy senioři. K roku 2015 je jejich stav 117 998 a tvoří 18,5 % z celkového počtu obyvatel. Představují tedy větší část než děti.

Z celkového počtu seniorů se jich nejvíce nachází v ORP České Budějovice, Tábor, Písek a Jindřichův Hradec.

Nejméně seniorů potom žije ve Vodňanech, Blatné, Týně nad Vltavou, ale také v Trhových Svinech a Kaplici.

Obrázek 9: Rozmístění poproduktivní složky obyvatelstva v Jihočeském kraji

Rozmístění poproduktivní složky obyvatelstva v Jihočeském kraji



Zdroj: ČSÚ (2016), vlastní zpracování v programu ArcGIS Pro

Pro lepší přehled o stavu počtu seniorů v Jihočeském kraji slouží mapa znázorňující zastoupení seniorů v jednotlivých SO ORP. Vyjadřuje, jaký podíl tvoří senioři na celkovém obyvatelstvu daného regionu.

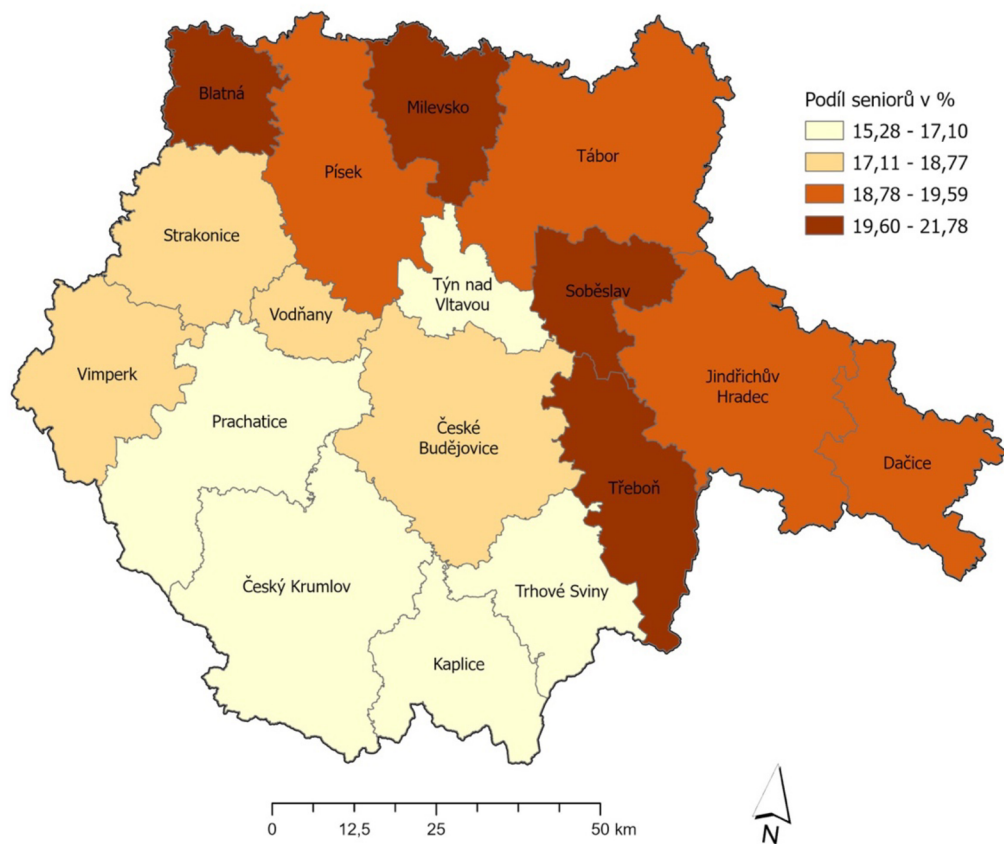
Největší podíl seniorů je v SO ORP Milevsko, kde senioři představují téměř 22 % všech obyvatel regionu. V SO ORP Blatná, Soběslav a Třeboň pak tvoří senioři kolem jedné pětiny obyvatel.

Nejmenším podílem seniorů disponuje Kaplice, a to s hodnotou 15,28 %. S porovnáním s třetí mapou, která vyjadřovala zastoupení dětské složky v jednotlivých ORP lze vidět u některých ORP obrácené zastoupení. Kdy v regionech, kde jsou senioři zastoupeni nejvíce jsou děti zastoupeny nejméně a naopak. Nejlépe to lze sledovat právě na jihu kraje, který má vysoké zastoupení dětské složky poměrově k obyvatelstvu v daném regionu, ale podíl seniorů je jedním z nejnižších v kraji.

To však neznamena, že by počet dětí v ORP převyšoval počet seniorů.

Obrázek 10: Podíl seniorů v SO ORP

Podíl obyvatel ve věku 65+ na celkovém počtu obyvatel v daném SO ORP

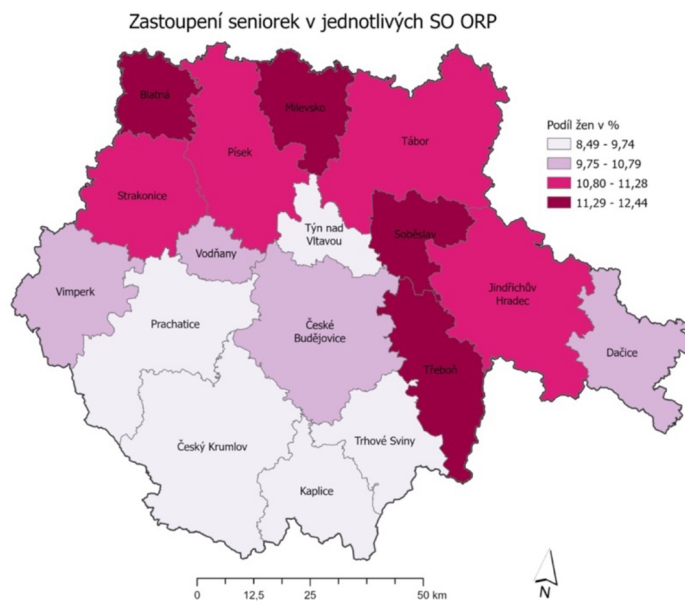


Zdroj: ČSÚ (2016), vlastní zpracování v programu ArcGIS Pro

Na obrázku č. 11 a 12 je zobrazeno zastoupení senierek a seniorů v jednotlivých ORP. Ženy nad 65 let tvoří 57 % a muži 43 % ze všech seniorů. Seniorky potom tvoří 10,63 % z celkového počtu obyvatel a senioři 7,87 %.

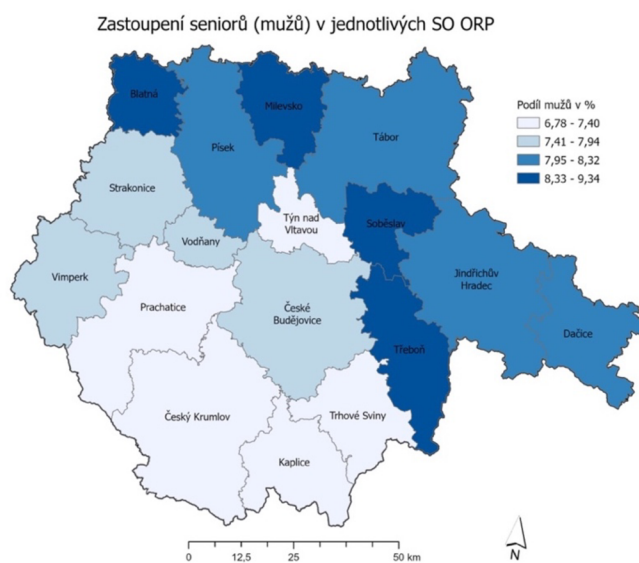
Ve všech regionech jsou seniorky zastoupeny více jak senioři (muži). Největší podíl senierek i seniorů vzhledem k počtu obyvatel ORP je v Milevsku, nejmenší pak v Kaplici.

Obrázek 11: Zastoupení senierek v SO ORP



Zdroj: ČSÚ (2016), vlastní zpracování v programu ArcGIS Pro

Obrázek 12: Zastoupení seniorů v SO ORP



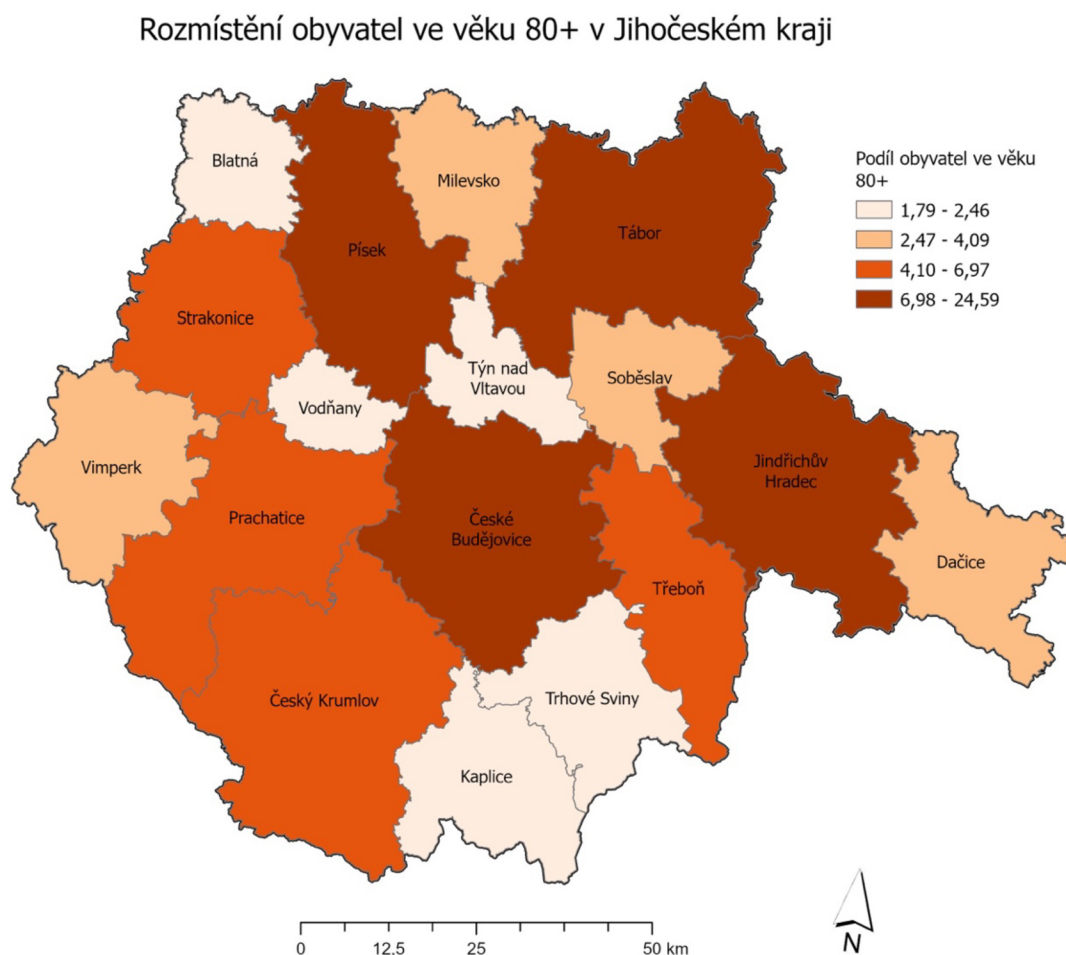
Zdroj: ČSÚ (2016), vlastní zpracování v programu ArcGIS Pro

Následující tři mapy se zaměřují na nejstarší skupinu obyvatel, kterým se také někdy říká „oldest-old“. Patří sem lidé ve věku 80+. Jedná se o část seniorů, jejichž počet stoupá nejrychleji.

V roce 2015 žilo v Jihočeském kraji 25 894 lidí starších 80 let. To představuje 4 % všech obyvatel a 22 % všech seniorů v kraji.

První mapa je věnována rozmístění obyvatel v kraji. Opět největší část, téměř čtvrtina, žije v Českých Budějovicích. V Táboře pak žije 14,35 % obyvatel starších 80 let. Nejméně nejstarších seniorů pak žije ve Vodňanech, pouze 464 obyvatel představující 1,79 % z celkového počtu.

Obrázek 13: Rozmístění obyvatel ve věku 80+ v Jihočeském kraji



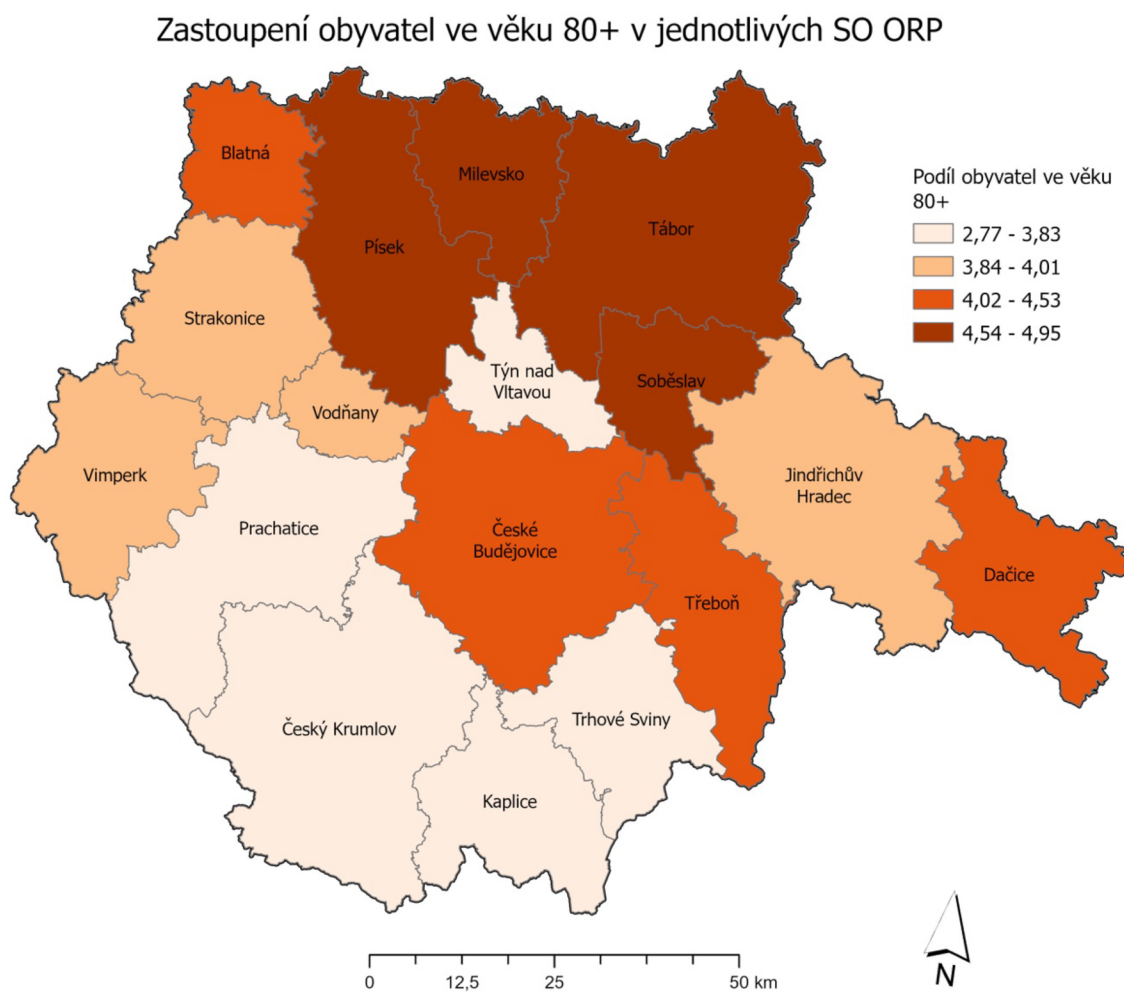
Zdroj: ČSÚ (2016), vlastní zpracování v programu ArcGIS Pro

Druhá mapa věnovaná nejstarším obyvatelům kraje ukazuje podíl nejstarších na obyvatelstvu jednotlivých SO ORP. Říká tedy, kolik procent obyvatel z daného regionu představují právě lidé starší 80 let.

K roku 2015 dosahuje podíl nejstarších hodnot od 2,77 % do 4,95 %.

Sever kraje má největší podíl nejstarších na celkovém počtu obyvatel. V ORP Milevsko tvoří lidé nad 80 let téměř 5 %. Naopak nejmenší podíl 2,77 % je v Kaplici.

Obrázek 14: Podíl obyvatel ve věku 80+ v SO ORP



Zdroj: ČSÚ (2016), vlastní zpracování v programu ArcGIS Pro

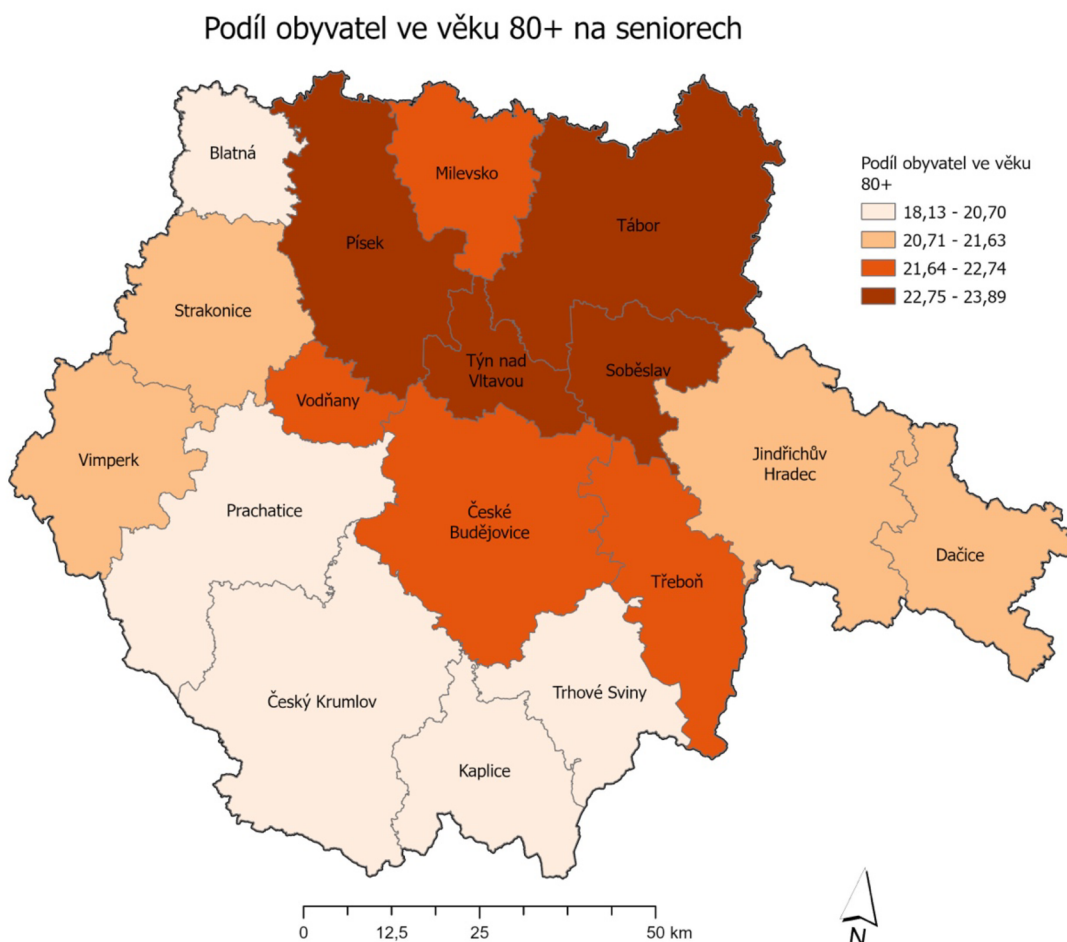
Poslední mapa věnující se nejstarší části obyvatel ukazuje, jaký podíl má tato část na seniorech. Tedy jakou část seniorů tvoří právě lidé starší 80 let.

Hodnoty se pro rok 2015 pohybují v rozmezí od 18,13 % do 23,89 %.

V nejtmařších regionech – Písek, Tábor, Týn nad Vltavou a Soběslav – tvoří lidé starší 80 let více jak pětinu všech seniorů. To znamená, že každý pátý senior je starší 80 let. Nejvyšší hodnoty dosahují nejstarší senioři v Soběslavi, tam tvoří 23,89 % ze všech seniorů.

Naopak nejnižší hodnoty 18,13 % dosahuje ORP Kaplice. Žije zde tedy více mladších seniorů, stejně jako v dalších regionech zobrazených světlou barvou.

Obrázek 15: Podíl obyvatel ve věku 80+ na seniorech



Zdroj: ČSÚ (2016), vlastní zpracování v programu ArcGIS Pro

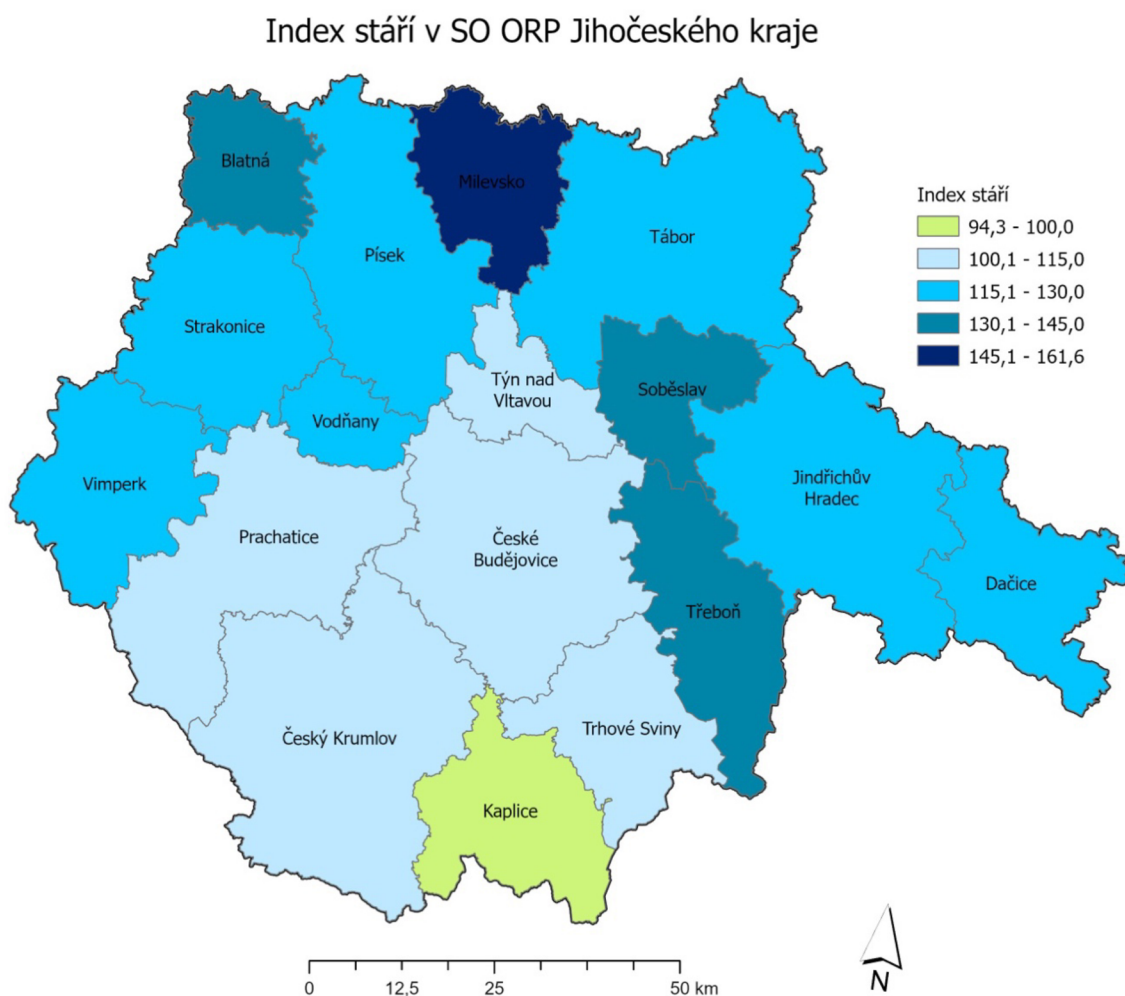
Index stáří zobrazuje poměr mezi poproduktivní a předproduktivní složkou obyvatelstva. Tedy vztah mezi obyvateli nad 65 let a obyvateli ve věku 0-14 let. Počítá se jako počet seniorů na 100 dětí.

Mapa znázorňuje index stáří v Jihočeském kraji pro rok 2015. Index dosahuje hodnot v rozmezí od 94,3 do 161,1. Najdeme zde tedy oblasti jak s převažující dětskou, tak seniorskou složkou.

Jediný region dosahuje hodnoty pod 100 a tím je Kaplice. V Kaplici tedy převažuje dětská složka nad seniorskou. Ve všech dalších regionech už převažují senioři nad dětmi, což znamená, že je dětí pod 14 let méně než seniorů nad 65 let.

Nejvyšší hodnoty dosahuje ORP Milevsko a to 161,6. Znamená to tedy, že zde na každých sto dětí připadá 161,6 seniorů.

Obrázek 16: Index stáří v Jihočeském kraji



Zdroj: ČSÚ (2016), vlastní zpracování v programu ArcGIS Pro

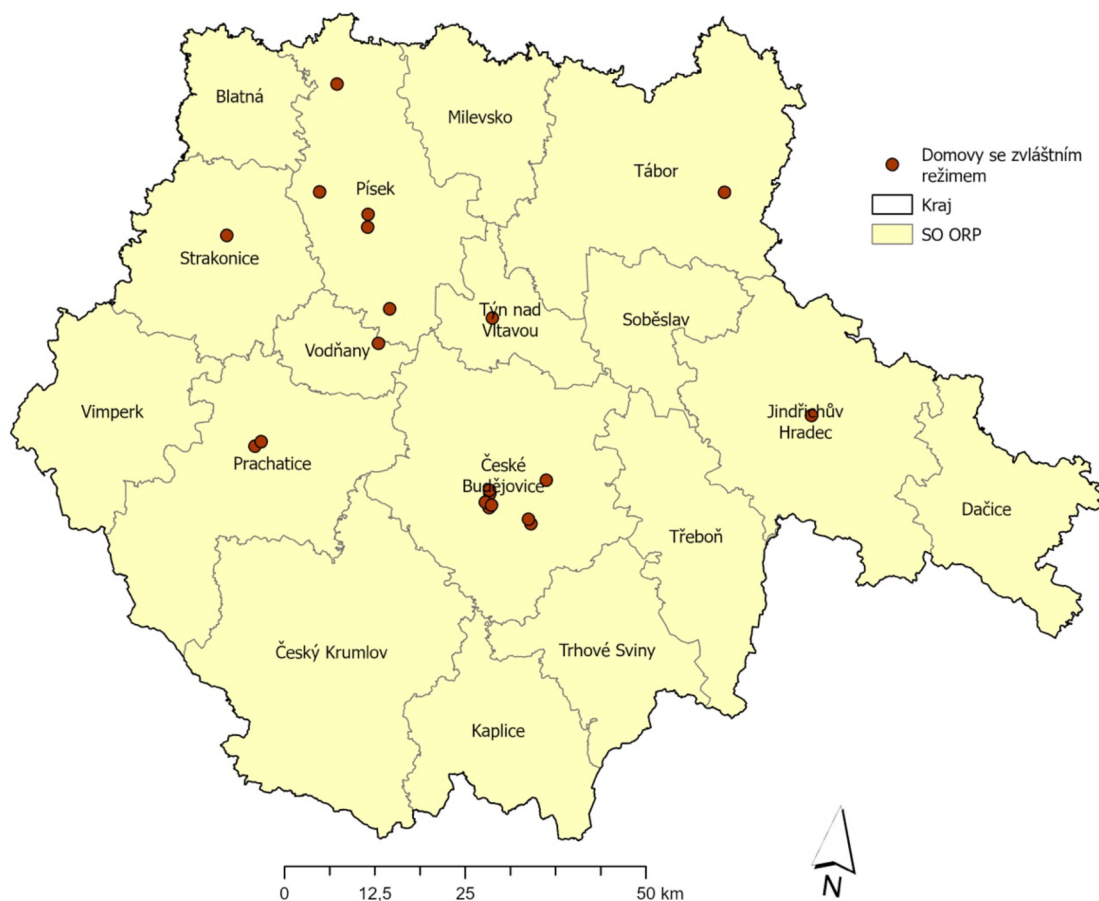
Po jednom domově jsou rozmístěny v ORP Blatná, Milevsko, Jindřichův Hradec, Vodňany a Kaplice.

V jediném Týně nad Vltavou se žádný domov pro seniory nenachází.

Další mapa ukazuje stav domovů se zvláštním režimem v Jihočeském kraji. Těch na rozdíl od domovů pro seniory není tolik. V kraji se jich nachází pouze 20. Nejvíce opět v Českých Budějovicích, konkrétně osm. V Písku jich pak nalezneme pět.

Celkově se domovy se zvláštním režimem nachází pouze v osmi ze sedmnácti SO ORP, a to v Českých Budějovicích, Prachaticích, Vodňanech, Strakonících, Písku, Táboře, Týně nad Vltavou a v Jindřichově Hradci. Ve zbylých devíti regionech domovy se zvláštním režimem úplně chybí.

Obrázek 19: Domovy se zvláštním režimem v Jihočeském kraji
Domovy se zvláštním režimem v Jihočeském kraji



Zdroj: vlastní zpracování v programu ArcGIS Pro

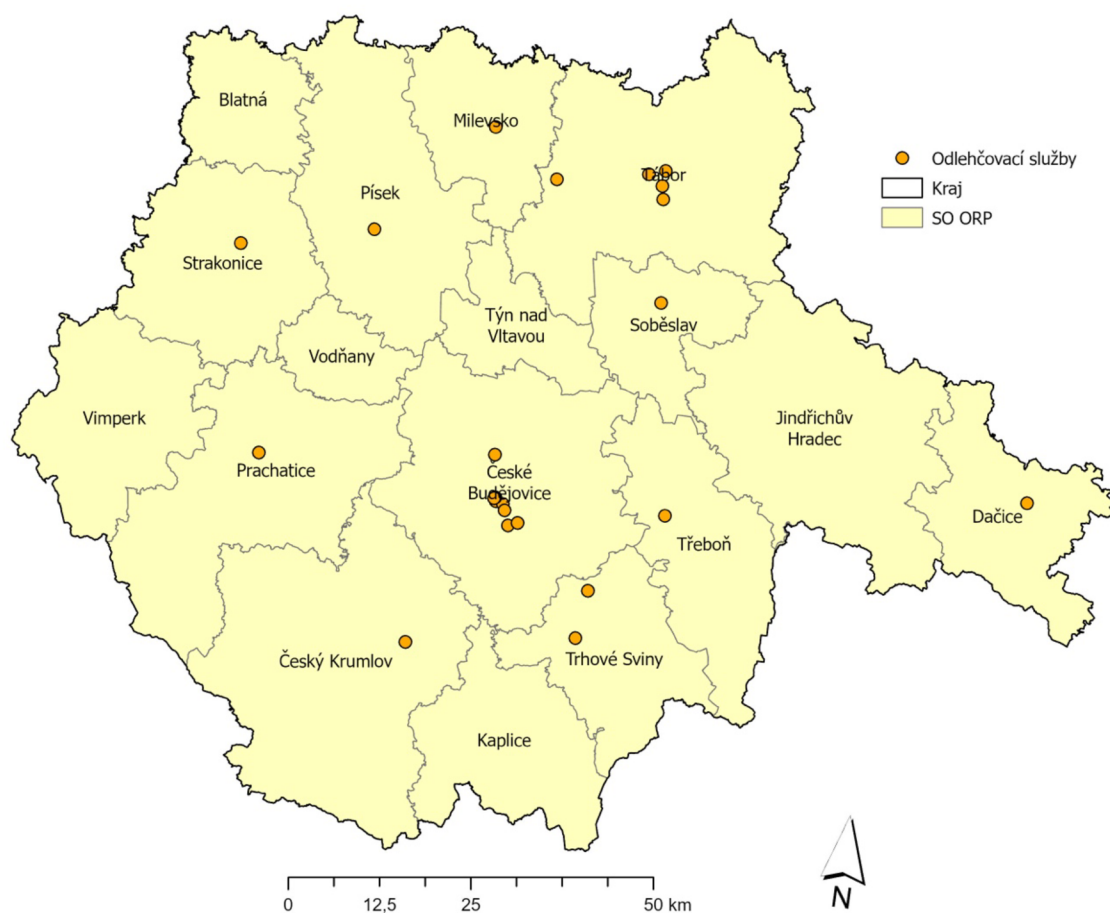
U odlehčovacích služeb jsou znázorněny jak zařízení poskytující terénní služby, tak pobytová zařízení, přičemž nejsou barevně odlišeny, protože zařízení mohou nabízet obě služby současně.

V Jihočeském kraji se nachází celkem 26 zařízení odlehčovacích služeb. V ORP České Budějovice sídlí většina, celkem 10 zařízení, následuje Tábor se šesti odlehčovacími službami. Alespoň jedno zařízení se poté nachází v regionech Trhové Sviny, Třeboň, Český Krumlov, Prachatice, Strakonice, Písek, Milevsko a Dačice.

Naopak menší regiony jako Vodňany, Vimperk, Blatná, Týn nad Vltavou a Soběslav nemají žádné zařízení tohoto druhu. Z velkých regionů je pak Jindřichův Hradec jediný, ve kterém se odlehčovací služby také nenachází.

Obrázek 20: Odlehčovací služby v Jihočeském kraji

Odlehčovací služby v Jihočeském kraji



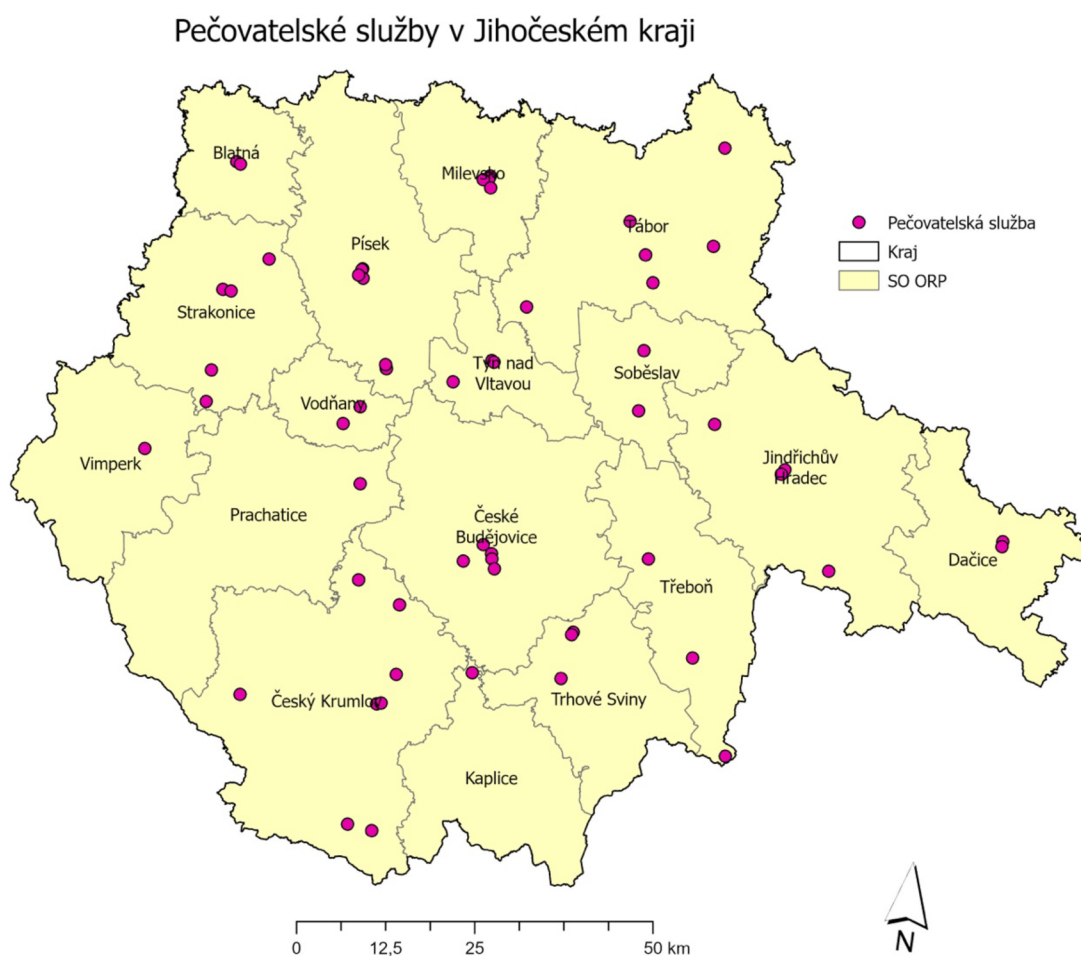
Zdroj: vlastní zpracování v programu ArcGIS Pro

Poslední z vybraných sociálních služeb jsou pečovatelské služby. Ty jsou čistě terénní a jejich zastoupení v kraji je bohatší.

V žádném regionu nechybí pečovatelská služba, což se dá považovat za pozitivní jev. Celkem se na území kraje nachází 62 zařízení poskytující tento druh sociálních služeb.

Pečovatelské služby nejsou tentokrát nejvíce zastoupeny v regionu České Budějovice, jak by se dalo očekávat, ale v Českém Krumlově, kde se nachází celkem devět pracovišť.

Obrázek 21: Pečovatelské služby v Jihočeském kraji



Zdroj: vlastní zpracování v programu ArcGIS Pro

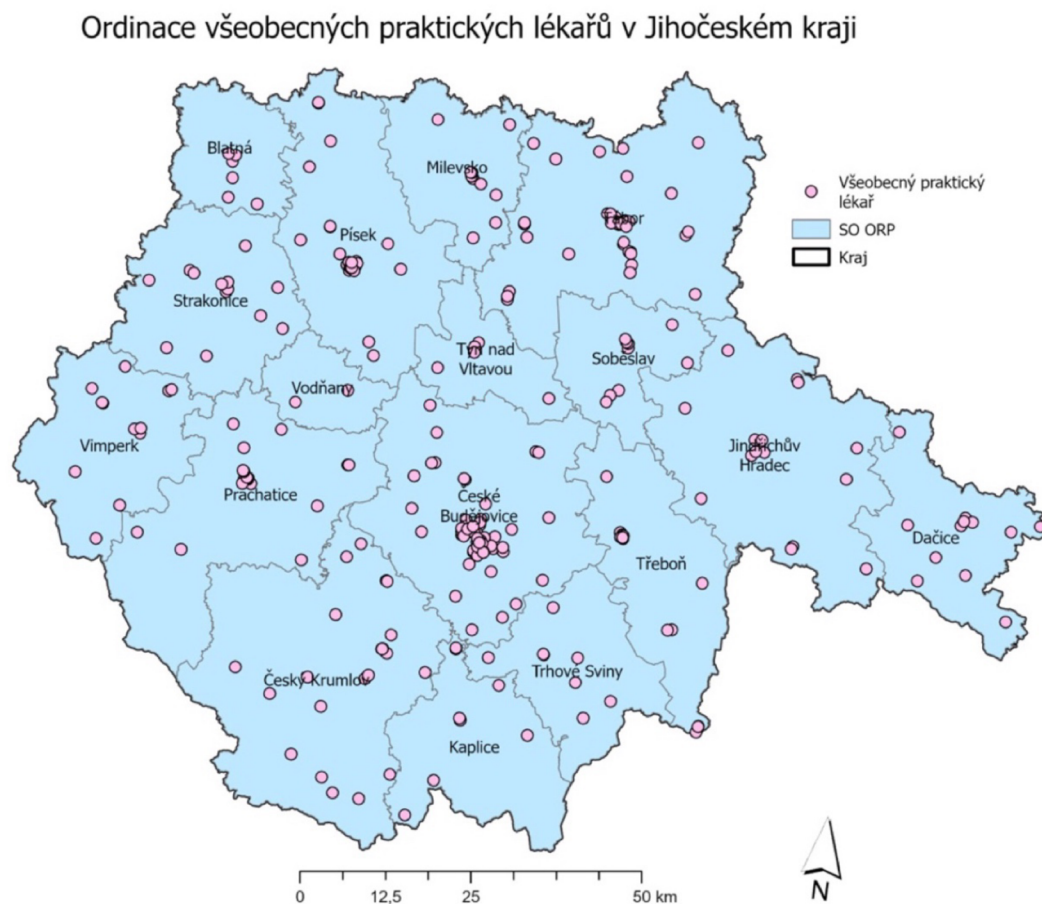
Ze zdravotnických služeb byly vybrány také čtyři druhy zařízení, a to opět s přihlédnutím k potřebám seniorů. Vybranými obory péče jsou ordinace všeobecných praktických lékařů, endokrinologie a diabetologie, kardiologie a fyzioterapie. V mapách jsou zobrazovány přímo ordinace jednotlivých lékařů.

Stav všeobecných praktických lékařů je pochopitelně ze všech lékařů nejvyšší. Jedná se ve většině případů o první kontakt pacienta se zdravotnickým systémem. Jihočeský kraj má poměrně dobře pokrytou síť praktických lékařů. V kraji se nalézá celkem 386 ordinací.

Větší koncentrace lékařů je spojena s velkými městy Jihočeského kraje jako jsou České Budějovice, Tábor, Písek a Jindřichův Hradec.

Největší počet ordinací se nachází v ORP České Budějovice a to celkem 98. Nejméně lékařů potom sídlí v nejméně osídleném regionu Vodňany, kde je pouze sedm ordinací praktických lékařů.

Obrázek 22: Ordinace všeobecných praktických lékařů v Jihočeském kraji



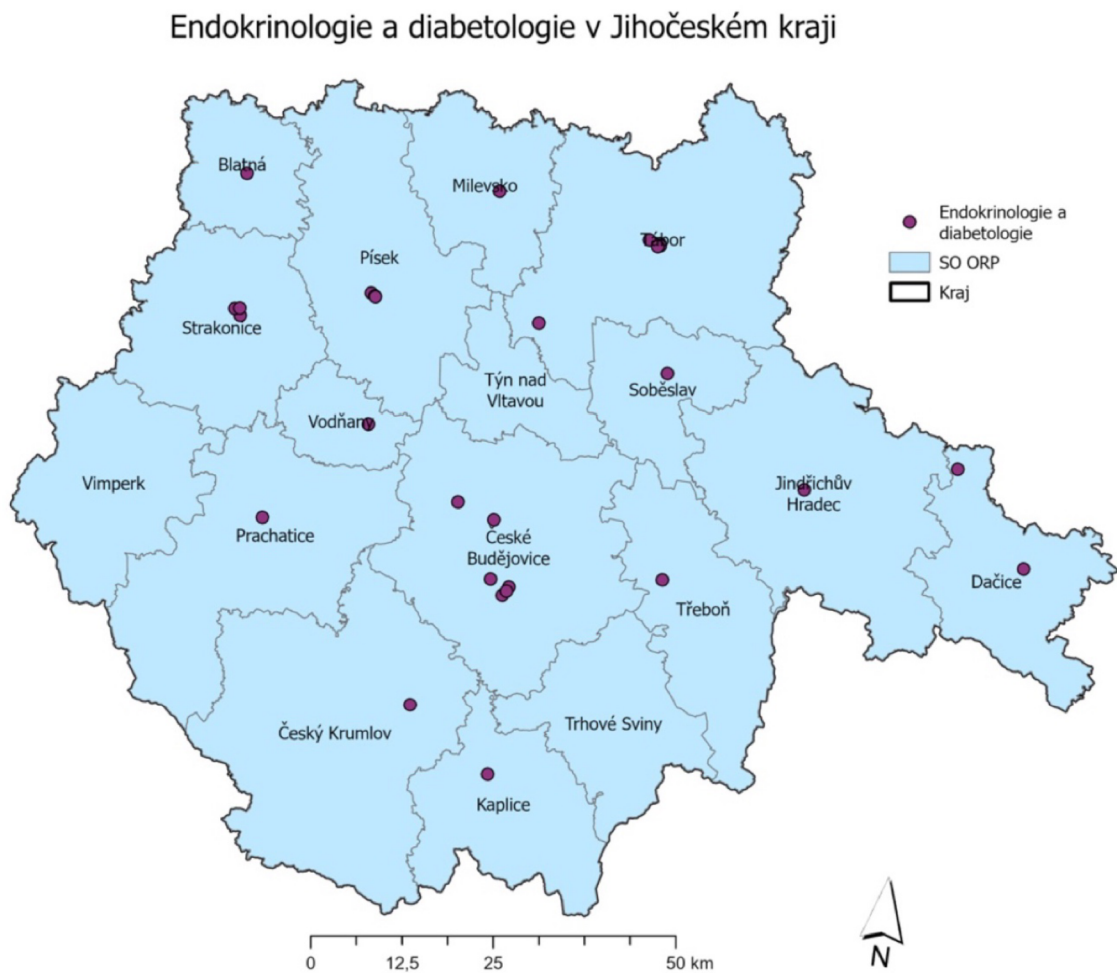
Zdroj: vlastní zpracování v programu ArcGIS Pro

Jako druhá zdravotnická služba byl vybrán obor endokrinologie a diabetologie zabývající se především diagnózou a léčbou cukrovky a také poruchami štítné žlázy.

Těchto ordinací už se v Jihočeském kraji nenachází tolik, pouze 40. Většina ordinací je pak soustředěna do oblasti kolem hlavního města Jihočeského kraje – Českých Budějovic, kde je třináct ordinací.

Alespoň jednu ordinaci nalezneme téměř v každém regionu, avšak Trhové Sviny, Vimperk a Týn nad Vltavou nedisponují žádnou ordinací endokrinologie a diabetologie.

Obrázek 23: Endokrinologie a diabetologie v Jihočeském kraji

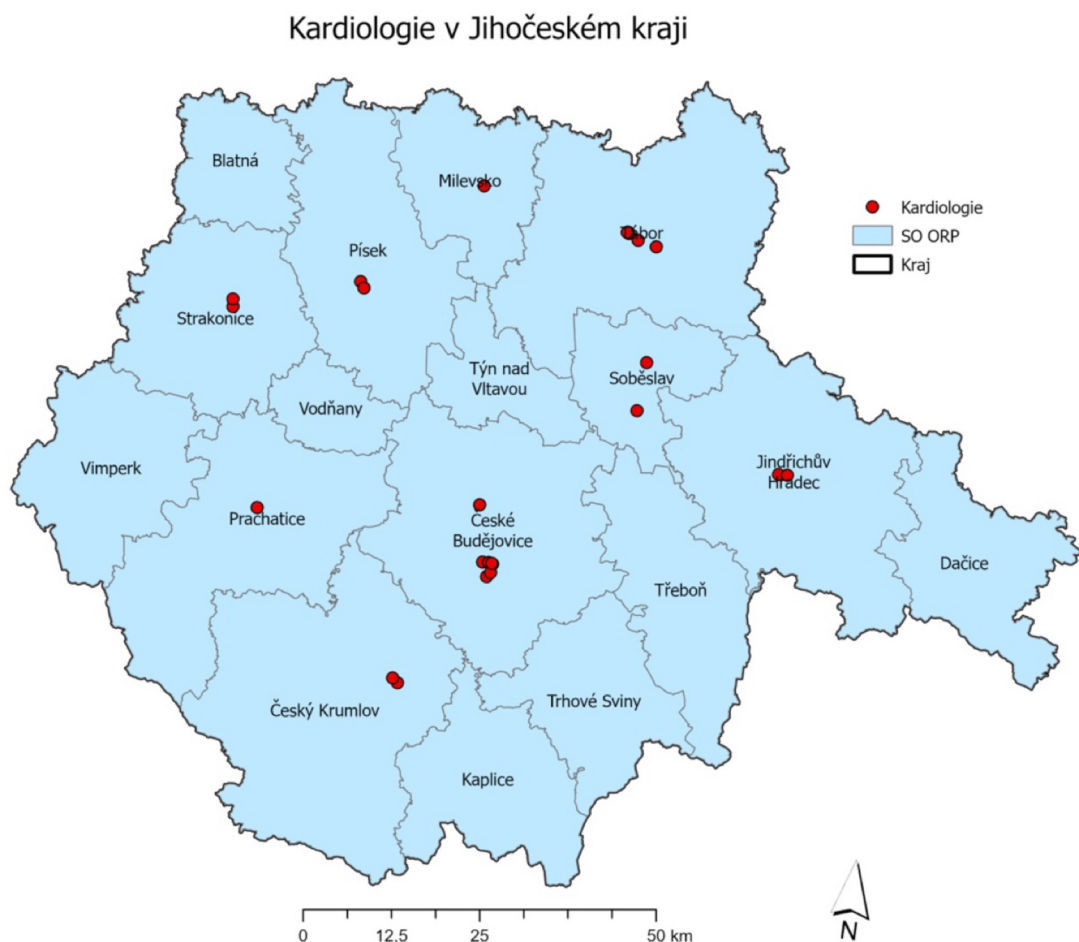


Zdroj: vlastní zpracování v programu ArcGIS Pro

Dalším zdravotnickým zařízením, které senioři často využívají je obor kardiologie. Stav kardiologů v kraji je 36, přičemž třetina sídlí v regionu České Budějovice. Dalších šest jich je v Táboře a čtyři v Jindřichově Hradci. Ve zbytku regionů jsou maximálně tři ordinace na celou oblast.

Z mapy lze vidět, že je více regionů, kde se žádná ordinace kardiologa nenachází oproti např. ordinacím endokrinologů a diabetologů. Z celkového počtu sedmnácti správních oblastí obcí s rozšířenou působností jich osm nemá v oblasti žádného kardiologa. Jde spíše o menší, méně obydlené regiony jako Týn nad Vltavou, Blatná, Vodňany a Vimperk. Ale i větší Třeboň, kde žije téměř 25 000 obyvatel nedisponuje žádným lékařem tohoto zaměření.

Obrázek 24: Kardiologie v Jihočeském kraji

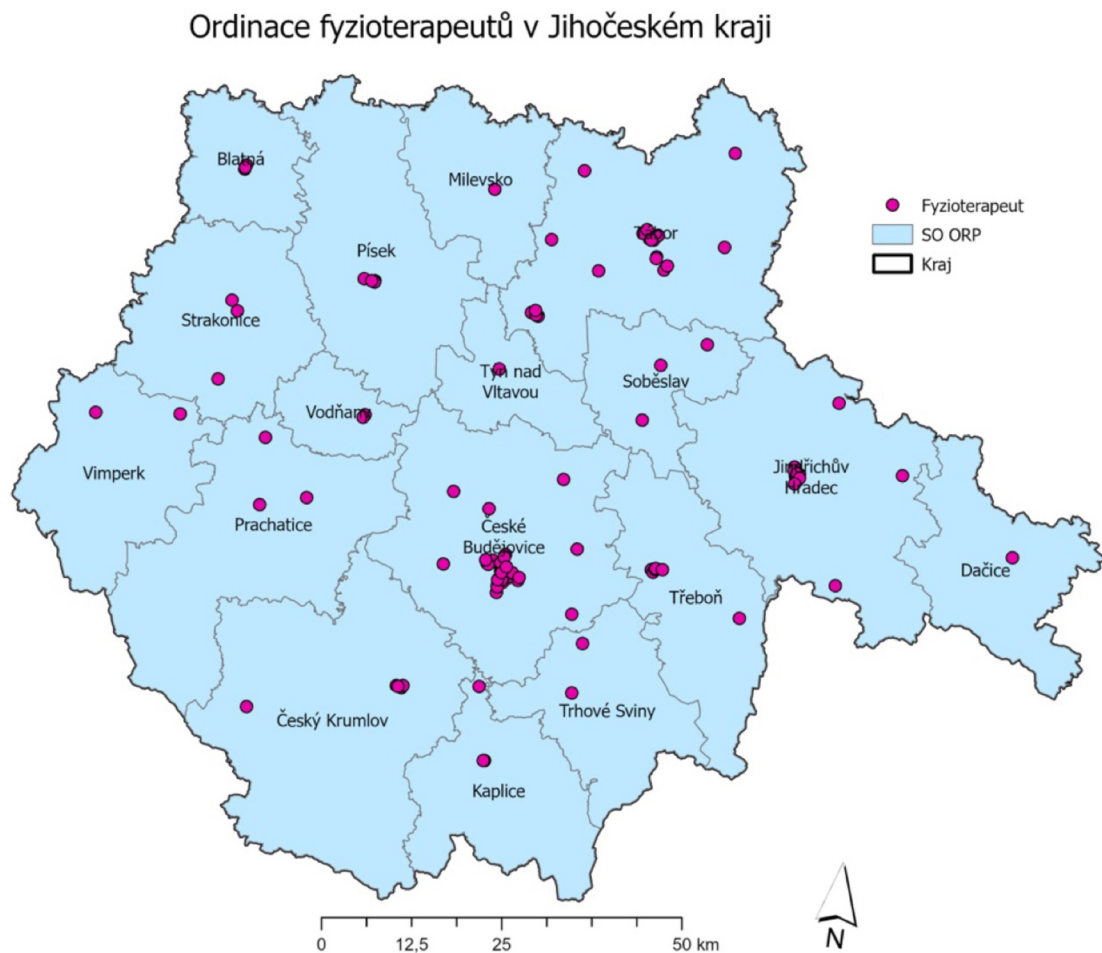


Zdroj: vlastní zpracování v programu ArcGIS Pro

Poslední z výběru zdravotnických služeb jsou ordinace fyzioterapeutů. Tento obor péče je v kraji zastoupen bohatěji oproti dvěma předcházejícím. Na území Jihočeského kraje ordinuje 150 fyzioterapeutů, kdy opět nejvíce, konkrétně více jak jedna třetina, sídlí v ORP České Budějovice.

Druhé největší zastoupení lékařů tohoto zaměření je v ORP Tábor, zde jich sídlí 31. Jak je z mapy patrné, v každém regionu se nachází alespoň jeden fyzioterapeut.

Obrázek 25: Fyzioterapie v Jihočeském kraji



Zdroj: vlastní zpracování v programu ArcGIS Pro

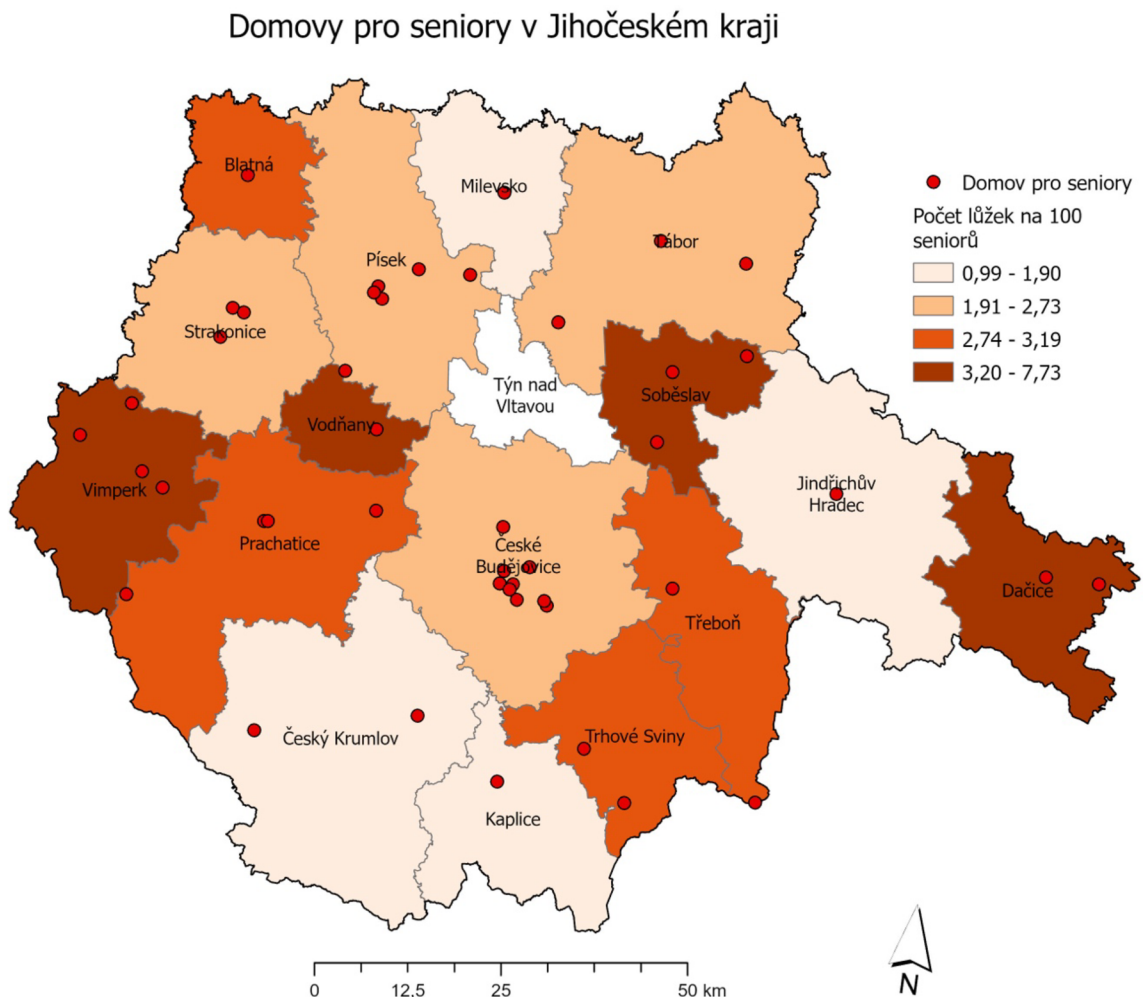
9. Kapacitní dostupnost služeb

V předchozí kapitole je představen stav vybraných sociálních a zdravotnických služeb. Tato kapitola na ní navazuje a rozšiřuje stav služeb o jejich kapacitní dostupnost. Výběr byl zúžen na dvě služby ze sociální a dvě ze zdravotnické sféry.

U služeb sociálních je počítána kapacitní dostupnost jako počet lůžek přepočítaných na sto seniorů (ve věku 65+) v daném SO ORP.

První mapa znázorňuje kapacitní dostupnost domovů pro seniory. Týn nad Vltavou je zobrazen bílou barvou, protože se zde žádný z domovů nenachází. V Jihočeském kraji je průměrná kapacitní hodnota tři lůžka na sto seniorů.

Obrázek 26: Kapacita domovů pro seniory v Jihočeském kraji



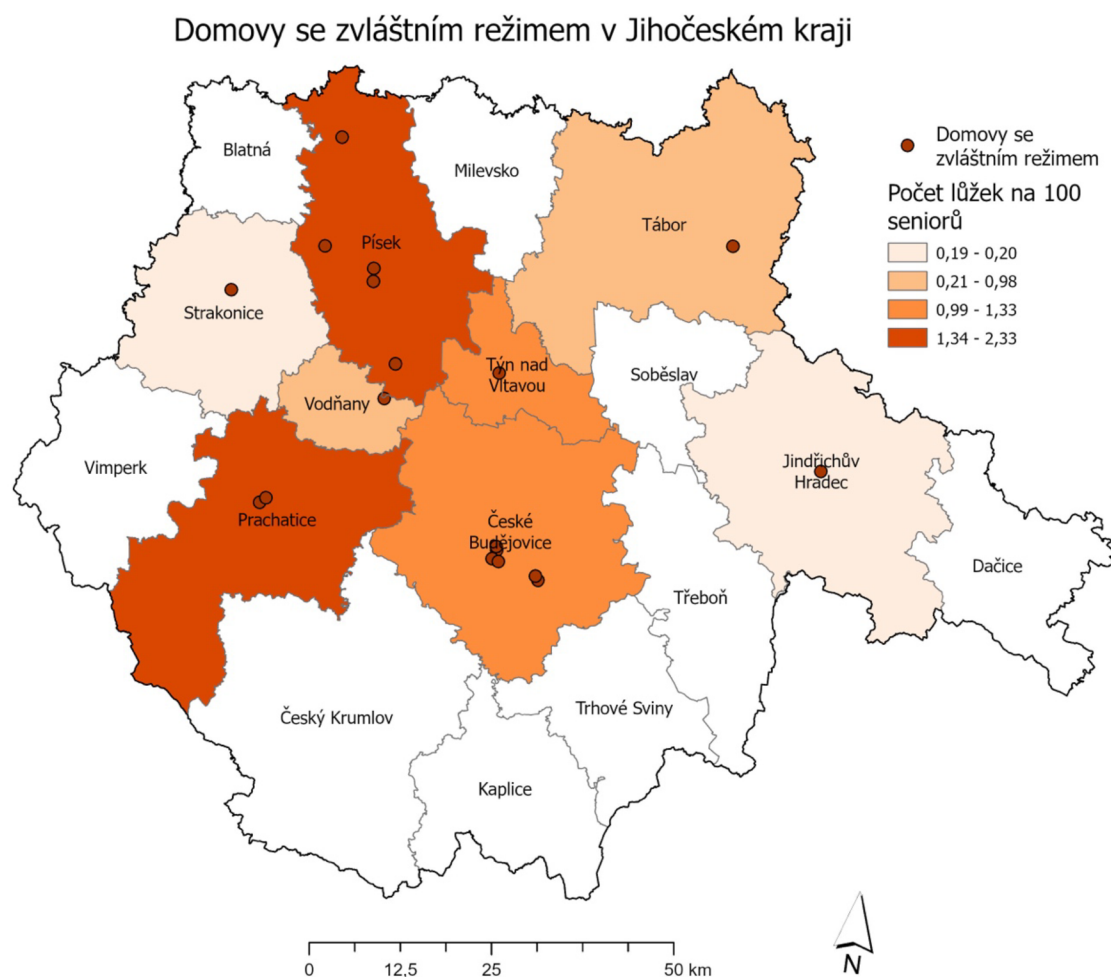
Zdroj: vlastní zpracování v programu ArcGIS Pro

Nejlepší stav počtu lůžek je ve Vimperku, kde dosahuje hodnoty 7,73, tedy téměř osm lůžek na sto seniorů. Naopak nejnižší kapacitní dostupnost je v ORP Milevsko, kde počet lůžek na sto seniorů nedosahuje ani hodnoty 1, což je velmi nízká hodnota vzhledem k tomu, že je Milevsko regionem, kde senioři tvoří přes pětinu obyvatel.

Druhá mapa zobrazuje kapacitní dostupnost domovů se zvláštním režimem v Jihočeském kraji. Průměrná hodnota je jedno lůžko na sto seniorů, s tím že se vychází pouze z těch regionů, kde se nachází alespoň jeden domov se zvláštním režimem.

Nejlepších hodnot dosahuje ORP Písek s 2,33 lůžky na sto seniorů, následují Prachatice s 1,69 lůžky na sto seniorů. Hodnoty nad jedno lůžko na sto seniorů dosahují už jen regiony České Budějovice a Týn nad Vltavou. Zbylé regiony už mají pouze necelé jedno lůžko připadající na sto seniorů.

Obrázek 27: Kapacita domovů se zvláštním režimem v Jihočeském kraji



Zdroj: vlastní zpracování v programu ArcGIS Pro

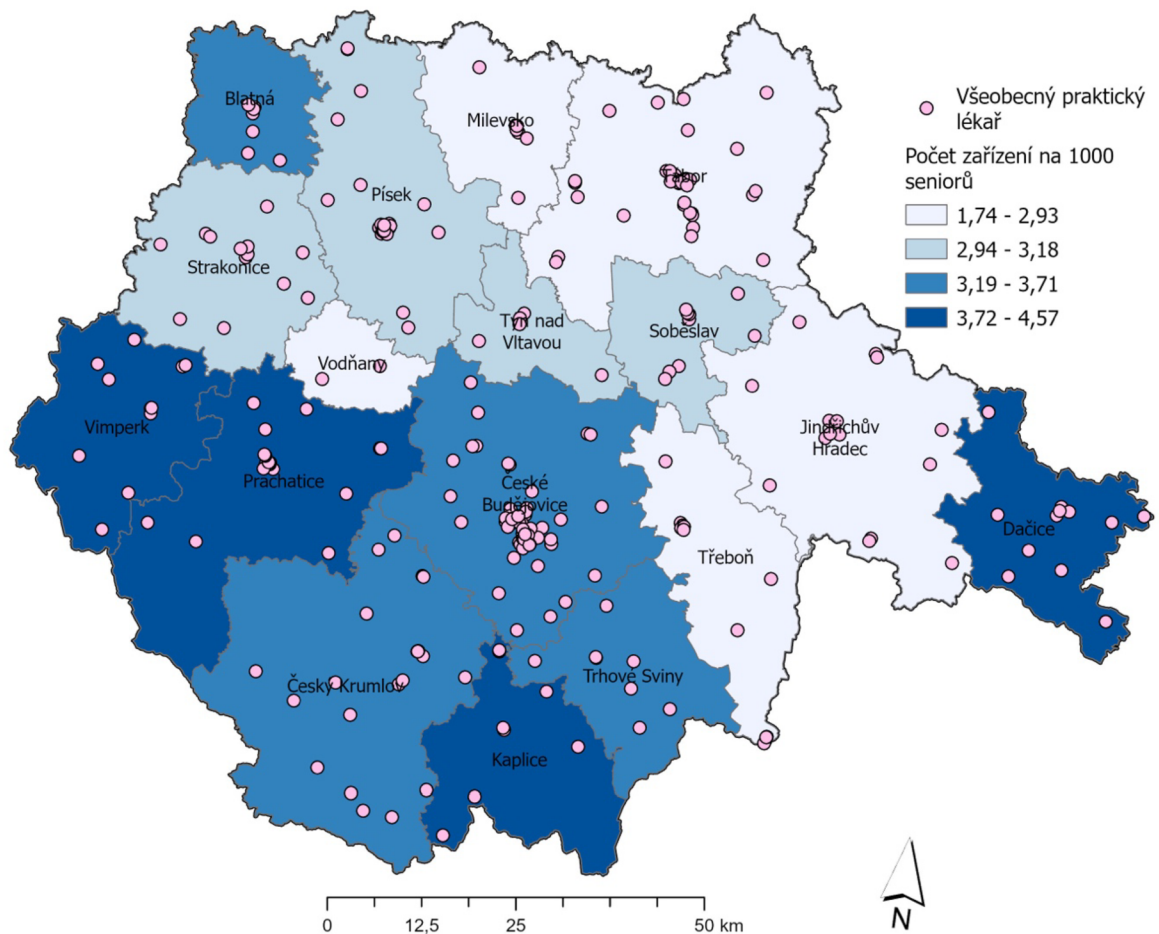
Zdravotnické služby mají kapacitní dostupnost vyjádřenou rozdílně od sociálních služeb. Protože se jedná o ambulantní služby a nikoliv lůžkové, je kapacitní dostupnost počítána jako počet zařízení, tedy ordinace jednoho lékaře, na tisíc seniorů. Pro kapacitní dostupnost byly vybrány ordinace všeobecných praktických lékařů a ordinace fyzioterapeutů.

První mapa zobrazuje počet ordinací všeobecných praktických lékařů přepočtených na tisíc seniorů. Průměrná hodnota v kraji je 3,3 lékaře na tisíc seniorů.

Nejvyšší hodnoty dosahuje region Prachatice, kde na tisíc seniorů připadá 4,57 lékaře. Regiony Dačice, Vimperk a Kaplice se drží hodnoty kolem čtyř lékařů na tisíc seniorů. Nejhůře je na tom Milevsko s necelými dvěma lékaři všeobecné péče na tisíc lidí ve věku 65+.

Obrázek 28: Kapacita všeobecných lékařů v Jihočeském kraji

Ordinace všeobecných praktických lékařů v Jihočeském kraji



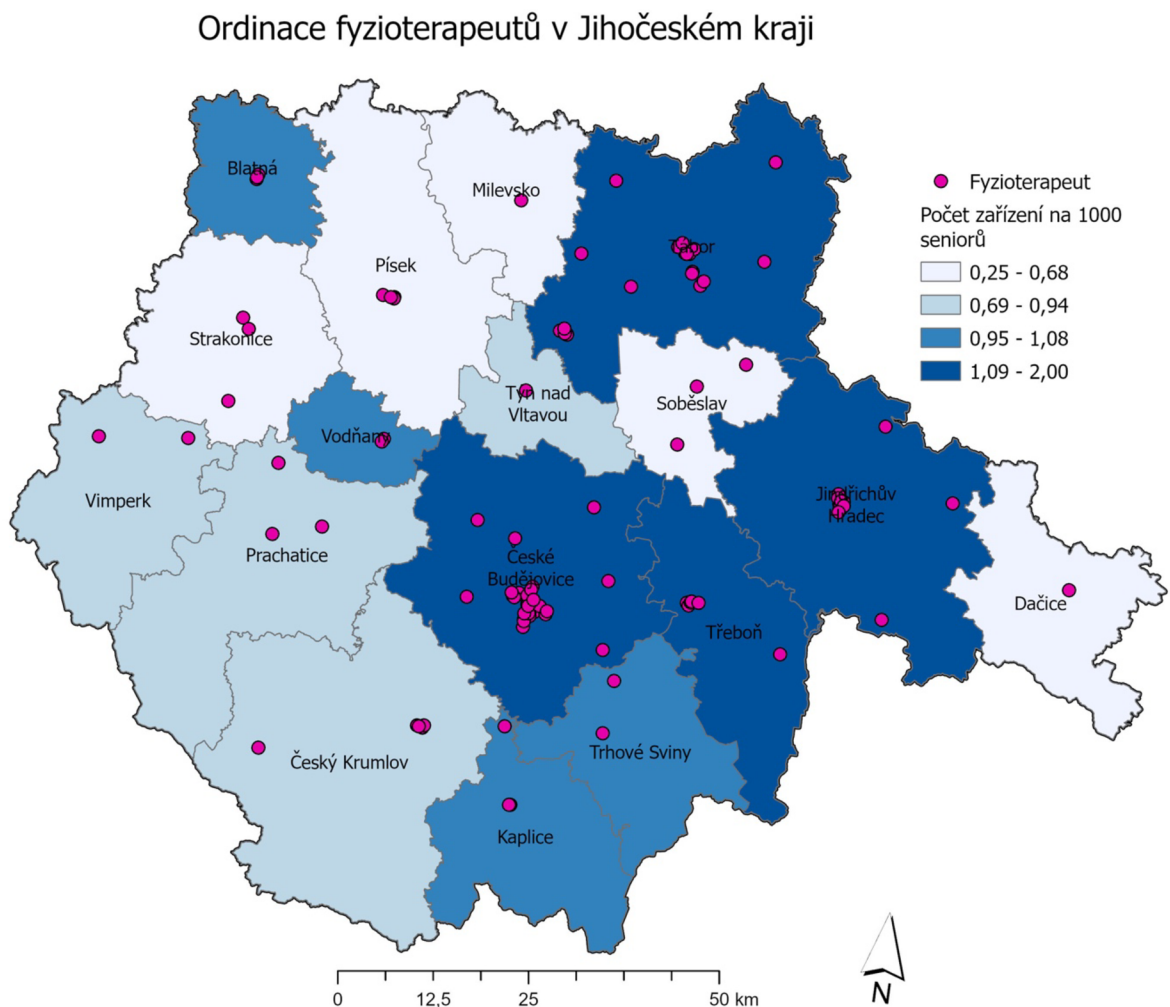
Zdroj: vlastní zpracování v programu ArcGIS Pro

Ordinace fyzioterapeutů byly jako poslední podrobeny kapacitní analýze. Stejně jako u praktických lékařů je zde volen přepočítaný počet ordinací na tisíc seniorů. Hodnoty se pohybují v rozmezí od 0,25 do 2 fyzioterapeutů na tisíc seniorů. Průměrná hodnota kraje je necelý jeden lékař na tisíc seniorů.

ORP Třeboň dosahuje nejvyšší hodnoty 2, následuje Tábor s hodnotou 1,99. Nad hodnotou jeden lékař na tisíc seniorů se drží už jen regiony Jindřichův Hradec (1,78), České Budějovice (1,08) a těsně Kaplice (1,01).

Nejmenší počet fyzioterapeutů na tisíc seniorů je pak v ORP Milevsko, kde dosahuje hodnoty 0,25. O moc lépe na tom nejsou ani Dačice s hodnotou 0,28, které se v přepočtu všeobecných praktických lékařů umístily na druhém místě.

Obrázek 29: Kapacita fyzioterapeutů v Jihočeském kraji



Zdroj: vlastní zpracování v programu ArcGIS Pro

10. Výhled do roku 2025

Následující dvě kapitoly jsou věnovány budoucím výhledům na situaci demografického stárnutí v Jihočeském kraji a s ním spojenou dostupnost sociálních a zdravotnických služeb. První výhled je do roku 2025. Porovnává hodnoty s výchozím rokem 2015.

Předpokládané budoucí počty obyvatel jsou čerpány ze studie „Socio-demografická analýza Jihočeského kraje“.

Tabulka 4 ukazuje předpokládaný počet obyvatel v jednotlivých SO ORP Jihočeského kraje v roce 2025 a porovnává ho ke stavu z roku 2015. Ačkoliv jsou regiony, ve kterých bude počet obyvatel přibývat, jako jsou např. České Budějovice, Kaplice a Vodňany, tak celkový počet obyvatel v roce 2025 bude nižší proti roku 2015. Budoucí stav obyvatel by se měl podle prognózy snížit o 1 335 jedinců.

Tabulka 4: Předpokládaný vývoj počtu obyvatel v roce 2025

ORP	počet obyvatel			
	2015	2025	ROZDÍL +	ROZDÍL v %
Blatná	13787	13359	-428	-3,10
České Budějovice	157925	162796	4871	3,08
Český Krumlov	41700	41440	-260	-0,62
Dačice	19210	18122	-1088	-5,66
Jindřichův Hradec	47377	46034	-1343	-2,83
Kaplice	19426	19722	296	1,52
Milevsko	18476	17699	-777	-4,21
Písek	52265	52651	386	0,74
Prachatice	33292	33000	-292	-0,88
Soběslav	21957	21470	-487	-2,22
Strakonice	45271	44885	-386	-0,85
Tábor	80412	79088	-1324	-1,65
Trhové Sviny	18815	19213	398	2,12
Třeboň	24772	24257	-515	-2,08
Týn nad Vltavou	14104	14101	-3	-0,02
Vimperk	17420	16817	-603	-3,46
Vodňany	11625	11845	220	1,89
celkem	637834	636499	-1335	-0,21

Zdroj: Klufová (2020), vlastní zpracování

Tabulka 5 ukazuje podrobnější schéma zaměřené na změnu stavu počtu seniorů a počtu nejstarších osob ve věku 80 a více let.

Tabulka 5: Předpokládaný vývoj počtu seniorů v roce 2025

ORP	ROZDÍL				ROZDÍL			
	65+ _2015	65+ _2025	+	v %	80+ _2015	80+ _2025	+	v %
Blatná	2788	3227	439	15,75	577	751	174	30,16
Č. Budějovice	28416	33782	5366	18,88	6367	8176	1809	28,41
Č. Krumlov	7008	8467	1459	20,82	1313	1670	357	27,19
Dačice	3612	4353	741	20,51	780	894	114	14,62
Jindřichův Hradec	8977	10771	1794	19,98	1901	2216	315	16,57
Kaplice	2968	3881	913	30,76	538	692	154	28,62
Milevsko	4024	4495	471	11,70	915	1154	239	26,12
Písek	10241	11903	1662	16,23	2371	2820	449	18,94
Prachatice	5693	7040	1347	23,66	1100	1471	371	33,73
Soběslav	4429	5180	751	16,96	1058	1162	104	9,83
Strakonice	8498	10071	1573	18,51	1805	2328	523	28,98
Tábor	15611	18095	2484	15,91	3716	4306	590	15,88
Trhové Sviny	3155	4071	916	29,03	637	762	125	19,62
Třeboň	5001	5817	816	16,32	1121	1331	210	18,73
Týn nad Vltavou	2331	2856	525	22,52	540	604	64	11,85
Vimperk	3195	3809	614	19,22	691	766	75	10,85
Vodňany	2051	2391	340	16,58	464	549	85	18,32
celkem	117998	140209	22211	18,82	25894	31652	5758	22,24

Zdroj: Klufová (2020), vlastní zpracování

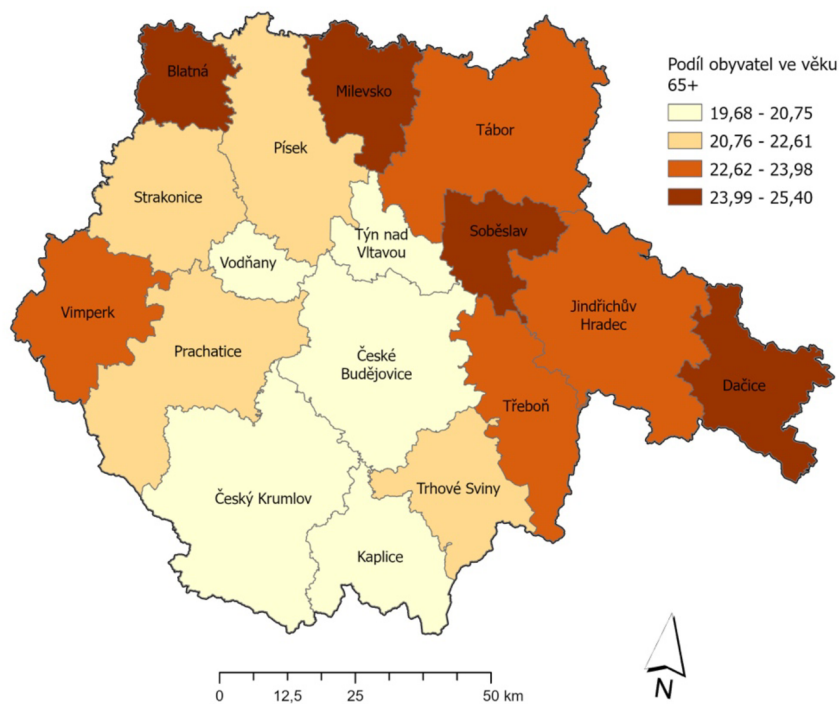
Přestože se celkový počet obyvatel v roce 2025 má snížit, počet seniorů naroste o 22 211 jedinců, tedy o 18,82 %. A počet nejstarších v populaci stoupne dokonce o 22,24 %.

Následující mapy zobrazují předpokládaný vývoj počtu seniorů v roce 2025. Na první mapě je zobrazen podíl seniorů v jednotlivých SO ORP. Oproti hodnotám z roku 2015, které se pohybovaly v rozmezí od 15,28 % do 21,78 % se nyní pohybují od 19,68 % po 25,4 %. V každém regionu Jihočeského kraje tedy budou tvořit senioři minimálně jednu pětinu obyvatel, v ORP Milevsko to bude dokonce jedna čtvrtina.

Na druhé mapě je zobrazena změna podílu zastoupení seniorů na obyvatelstvu oproti roku 2015. Ukazuje tedy o kolik procent seniorů přibylo v jednotlivých SO ORP. Největší nárůst lze pozorovat v Dačicích, kde seniorská složka stoupne o 5,22 %. Nejnižší nárůst naproti tomu lze sledovat ve Vodňanech, kde podíl seniorů vzroste pouze o 2,55 %.

Obrázek 30: Podíl seniorů v SO ORP v roce 2025

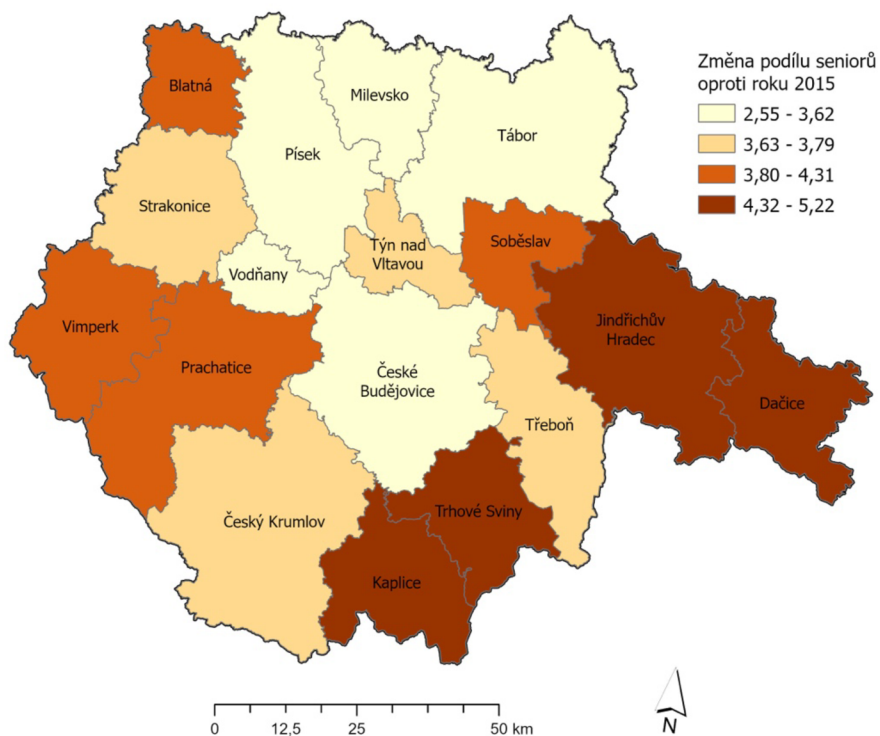
Podíl seniorů v jednotlivých SO ORP v Jihočeském kraji v roce 2025



Zdroj: Klufová (2020), vlastní zpracování v programu ArcGIS Pro

Obrázek 31: Změna podílu seniorů mezi roky 2015 a 2025

Změna podílu seniorů 2015 - 2025

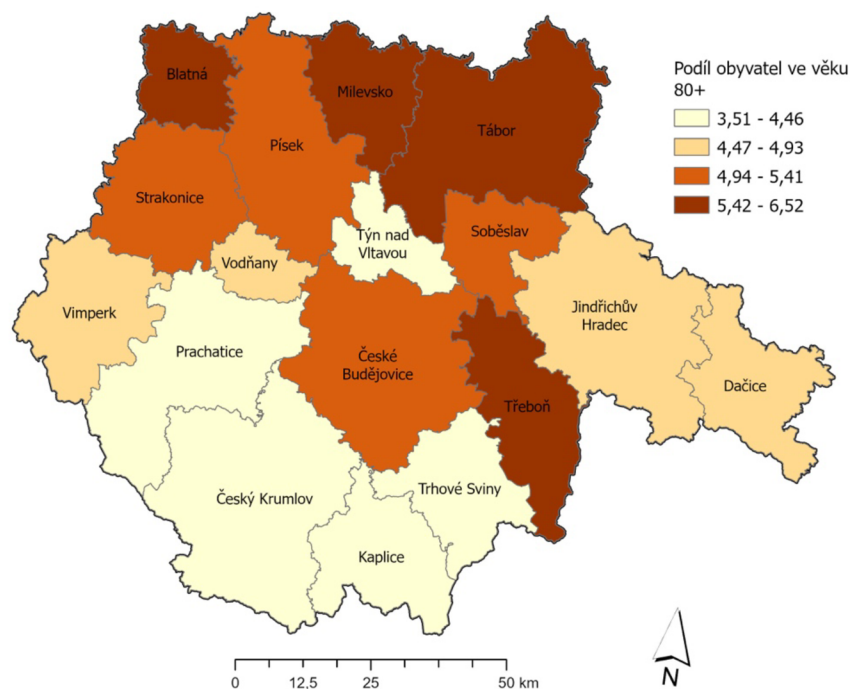


Zdroj: Klufová (2020), vlastní zpracování v programu ArcGIS Pro

Pozornost je třeba věnovat také nárůstu nejstarších, tedy skupiny seniorů ve věku nad 80 let. Na následující mapě je znázorněn podíl této skupiny lidí v jednotlivých správních oblastech. Na jihu kraje je nejmenší zastoupení obyvatel ve věku 80+, pohybuje se v rozmezí od 3,51 % (Kaplice) do 4,46 % (Prachatice). Nejvyšší podíl je v ORP Milevsko, konkrétně 6,52 % všech obyvatel regionu zde tvoří lidé starší osmdesáti let.

Obrázek 32: Podíl obyvatel ve věku 80+ v SO ORP v roce 2025

Podíl obyvatel ve věku 80+ v jednotlivých SO ORP v Jihočeském kraji v roce 2025

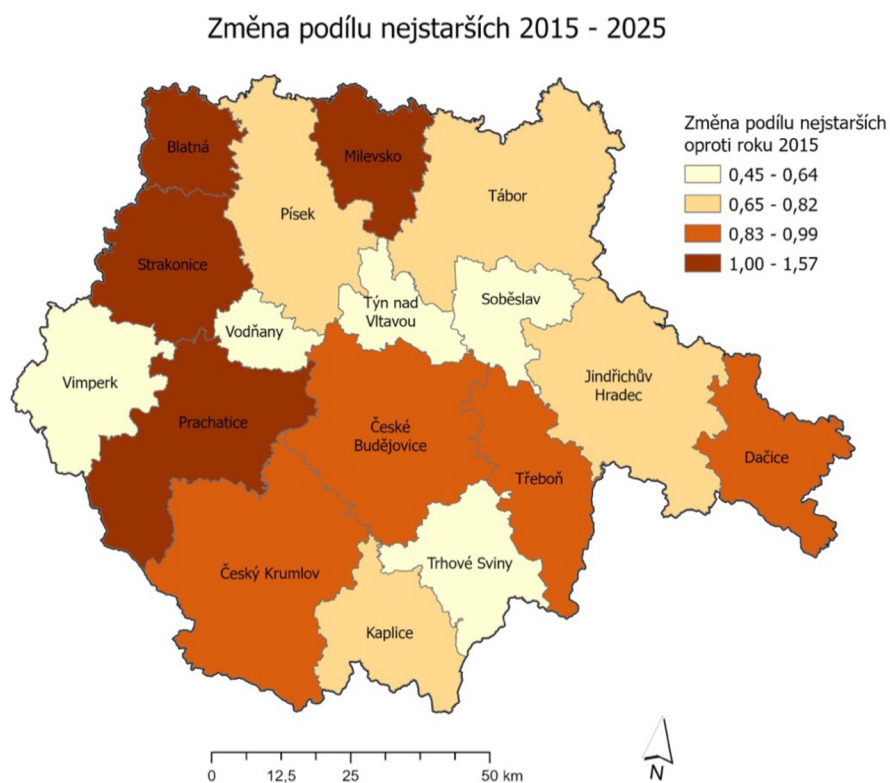


Zdroj: Klufová (2020), vlastní zpracování v programu ArcGIS Pro

Pro přesnější hodnocení nárůstu obyvatel ve věku 80+ je na další mapě zobrazena změna podílu této složky oproti roku 2015. Právě v Milevsku, kde je největší zastoupení nejstarších, došlo k největšímu procentnímu nárůstu od roku 2015. V Prachaticích, Strakonících a Blatné byl nárůst okolo jednoho procentního bodu.

Naopak podíl nejstarších na obyvatelích regionu se téměř nezměnil v Týně nad Vltavou, kde došlo ke změně pouze 0,45 %. Nízké hodnoty si drží také Soběslav, Vimperk a Trhové Sviny.

Obrázek 33: Změna podílu obyvatel ve věku 80+ mezi roky 2015 a 2025



Zdroj: Klufová (2020), vlastní zpracování v programu ArcGIS Pro

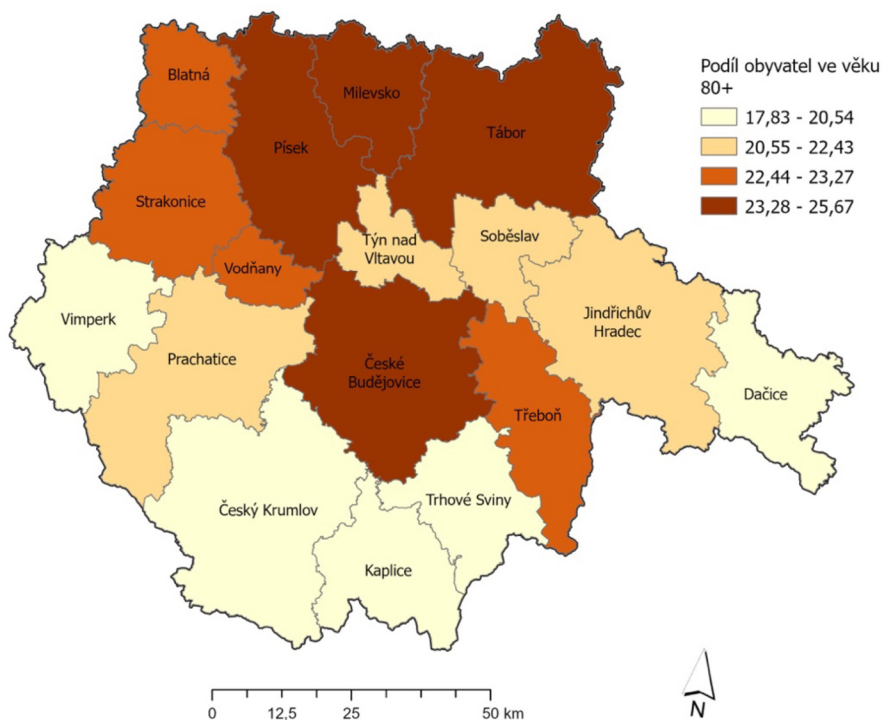
Poslední porovnání obyvatel roku 2015 a 2025 patří také nejstarší skupině seniorů. První mapa ukazuje zastoupení obyvatel ve věku 80+ na seniorech. Hodnoty z roku 2015 se pohybovaly v rozmezí 18,13 – 23,89 %. V roce 2025 začínají hodnoty na 17,83 % a končí na 25,67 %. Z toho lze snadno usoudit, že v některých regionech muselo dojít k poklesu zastoupení nejstarších na seniorech, což bylo nejspíše způsobeno tím, že přišla velká skupina mladších seniorů a tím snížila podíl těch starších.

Nejnižší zastoupení na seniorech mají nejstarší v Kaplici, kde došlo k mírnému poklesu podílu oproti roku 2015. Naopak největší část seniorů tvoří lidé ve věku 80+ v Milevsku, každý čtvrtý senior je zde starší 80 let. Také zde došlo k největšímu nárůstu podílu k roku 2015.

Záporné hodnoty, tedy snížení podílu nejstarších na seniorech, dosáhl Týn nad Vltavou s propadem 2,02 %, dále Vimperk, Trhové Sviny a Soběslav. u Jindřichova Hradce, Kaplice a Tábora došlo k minimálnímu, zanedbatelnému poklesu. Lze říci, že se u nich podíl nejstarších na seniorech nezměnil.

Obrázek 34: Podíl obyvatel ve věku 80+ na seniorech v roce 2025

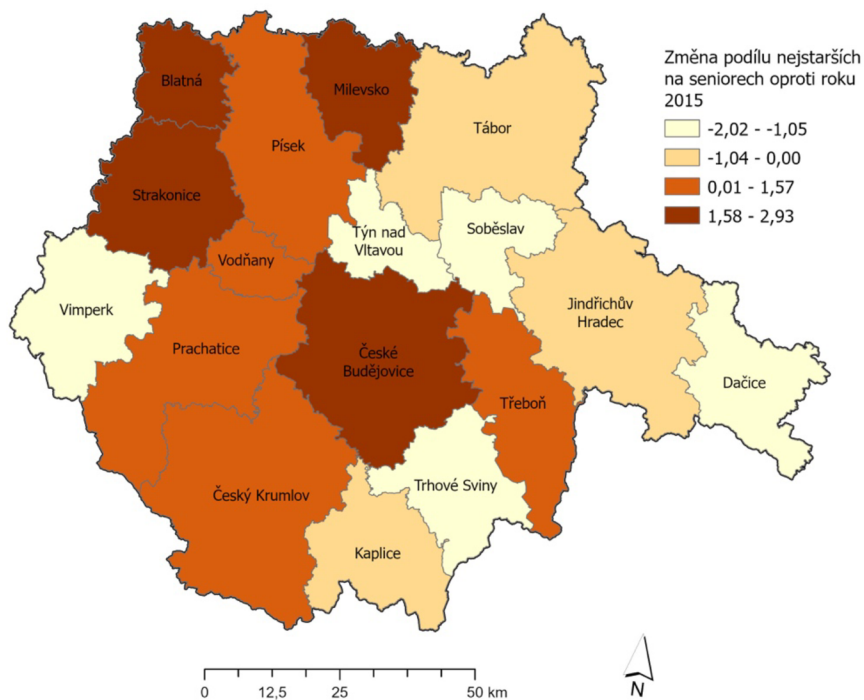
Podíl obyvatel ve věku 80+ na seniorech v roce 2025



Zdroj: Klufová (2020), vlastní zpracování v programu ArcGIS Pro

Obrázek 35: Změna podílu obyvatel ve věku 80+ na seniorech mezi roky 2015 a 2025

Změna podílu nejstarších na seniorech 2015 - 2025



Zdroj: Klufová (2020), vlastní zpracování v programu ArcGIS Pro

Na základě provedené kapacitní analýzy vybraných zdravotnických a sociálních služeb byl proveden odhad budoucího potřebného počtu lékařů a lůžek. Předpoklad pro budoucí potřebný počet je počítán z procentní změny stavu seniorů k danému roku tak, aby počet lékařů na tisíc seniorů u zdravotnických služeb a počet lůžek na sto seniorů u sociálních služeb zůstal stejný i v roce 2025. Stav v roce 2015 je brán tedy jako ideální a je vstupní hodnotou pro předpokládaný stav v roce 2025.

Byly vybrány stejné služby jako v kapitole zabývající se kapacitou služeb, tedy domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem za sociální služby a praktičtí lékaři s fyzioterapeuty za zdravotnické služby.

První tabulka ukazuje počet lůžek v domovech pro seniory. Stav pro rok 2015 je 3 098 lůžek. S rostoucím počtem seniorů se potřeba lůžek bude zvyšovat. Předpokládaný počet pro rok 2025, při zachování poměru počtu lůžek na sto seniorů, je zaokrouhleně 3 683 lůžek. To znamená o 585 víc, nárůst o 18,9 %.

Tabulka 6: Předpokládaný vývoj počtu lůžek v domovech pro seniory v roce 2025

ORP	DOMOVY PRO SENIORY		
	POČET LŮŽEK 2015	POČET LŮŽEK NA 100 SENIORŮ	PŘEDPOKLÁDANÝ POČET LŮŽEK 2025
Blatná	89	3,19	103,01
České Budějovice	722	2,54	858,34
Český Krumlov	133	1,90	160,69
Dačice	211	5,84	254,29
Jindřichův Hradec	104	1,16	124,78
Kaplice	54	1,82	70,61
Milevsko	40	0,99	44,68
Písek	280	2,73	325,44
Prachatice	179	3,14	221,35
Soběslav	181	4,09	211,69
Strakonice	204	2,40	241,76
Tábor	311	1,99	360,49
Trhové Sviny	94	2,98	121,29
Třeboň	138	2,76	160,52
Týn nad Vltavou	0	0	0
Vimperk	247	7,73	294,47
Vodňany	111	5,41	129,40
celkem	3098	-	3682,82

Zdroj: Klufová (2020), vlastní zpracování

Nicméně toto číslo by mělo být vyšší, vezme-li se v úvahu, že je třeba vybudovat zcela nový domov pro seniory v ORP Týn nad Vltavou, kde by při průměrném počtu 3 lůžka na sto seniorů mělo vzniknout k roku 2025 přibližně 85 nových lůžek.

Druhá tabulka je věnována domovům se zvláštním režimem, které v roce 2015 měly kapacitu 773 lůžek. Zde je počítáno pouze s regiony, kde se už nějaké zařízení nachází. Předpokládaný počet lůžek pro rok 2025 je 917, což znamená nárůst o 144 lůžek, tedy 18,6 %.

Pokud se bude počítat i s regiony, ve kterých se zatím žádný domov se zvláštním režimem nenachází, bylo by potřeba zajistit ještě dalších 433 lůžek v těchto nepokrytých oblastech, aby počet odpovídal průměrnému počtu jedno lůžko na sto seniorů.

Tabulka 7: Předpokládaný vývoj počtu lůžek v domovech se zvláštním režimem v roce 2025

ORP	DOMOVY SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM		
	POČET LŮŽEK 2015	POČET LŮŽEK NA 100 SENIORŮ	PŘEDPOKLÁDANÝ POČET LŮŽEK 2025
Blatná			
České Budějovice	317	1,12	376,86
Český Krumlov			
Dačice			
Jindřichův Hradec	18	0,20	21,60
Kaplice			
Milevsko			
Písek	239	2,33	277,79
Prachatice	96	1,69	118,71
Soběslav			
Strakonice	16	0,19	18,96
Tábor	36	0,23	41,73
Trhové Sviny			
Třeboň			
Týn nad Vltavou	31	1,33	37,98
Vimperk			
Vodňany	20	0,98	23,32
celkem	773	-	916,95

Zdroj: Klufová (2020), vlastní zpracování

Výsledky lze porovnat s dokumentem „Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb v Jihočeském kraji na období 2022–2024“. Zde je v plánu výstavba celkem 212 nových lůžek v domovech pro seniory. To představuje o polovinu méně, než odpovídá předpokládanému vývoji počtu lůžek na základě pohybu počtu seniorů v kraji.

Pro Týn nad Vltavou je zde uveden jako optimální stav zřízení 60 lůžek, což je o dvacet pět lůžek méně, než odpovídá předpokládanému počtu vycházejícího z průměrného počtu v kraji - 3 lůžka na sto seniorů.

V případě domovů se zvláštním režimem je v dokumentu uveden jako optimální stav navýšení o 116 lůžek pro celý Jihočeský kraj. Tento výsledek je poměrně blízko předpokládanému počtu, který vyšel jen o 28 lůžek vyšší.

Další dvě tabulky se věnují předpokládanému počtu lékařů ve zdravotnických službách.

Stav všeobecných praktických lékařů byl 386 v roce 2015. Při zachování poměru počtu lékařů na tisíc seniorů vychází předpokládaný počet pro rok 2025 o 74 lékařů vyšší, tedy celkem 460 lékařů. Procentuální rozdíl činí 19,25 %.

Tabulka 8: Předpokládaný vývoj počtu všeobecných praktických lékařů v roce 2025

ORP	POČET LÉKAŘŮ 2015	POČET LÉKAŘŮ NA 1000 SENIORŮ	PŘEDPOKLÁDANÝ POČET LÉKAŘŮ 2025
Blatná	9	3,23	10,42
České Budějovice	98	3,45	116,51
Český Krumlov	26	3,71	31,41
Dačice	16	4,43	19,28
Jindřichův Hradec	26	2,90	31,20
Kaplice	12	4,04	15,69
Milevsko	7	1,74	7,82
Písek	32	3,12	37,19
Prachatice	26	4,57	32,15
Soběslav	14	3,16	16,37
Strakonice	27	3,18	32,00
Tábor	43	2,75	49,84
Trhové Sviny	11	3,49	14,19
Třeboň	12	2,40	13,96
Týn nad Vltavou	7	3,00	8,58
Vimperk	14	4,38	16,69
Vodňany	6	2,93	6,99
celkem	386	-	460,30

Zdroj: Klufová (2020), vlastní zpracování

Poslední tabulka se zabývá počtem fyzioterapeutů, jejichž optimální počet by se měl v roce 2025 navýšit o 28 lékařů. Nejvíce nových lékařů je potřeba v Českých Budějovicích, Jindřichově Hradci a v Táboře.

Tabulka 9: Předpokládaný vývoj počtu fyzioterapeutů v roce 2025

ORP	POČET FYZIOTERAPEUTŮ 2015	POČET FYZIOTERAPEUTŮ NA 1000 SENIORŮ	PŘEDPOKLÁDANÝ POČET FYZIOTERAPEUTŮ 2025
Blatná	3	1,08	3,47
České Budějovice	55	1,94	65,39
Český Krumlov	5	0,71	6,04
Dačice	1	0,28	1,21
Jindřichův Hradec	16	1,78	19,20
Kaplice	3	1,01	3,92
Milevsko	1	0,25	1,12
Písek	5	0,49	5,81
Prachatice	4	0,70	4,95
Soběslav	3	0,68	3,51
Strakonice	3	0,35	3,56
Tábor	31	1,99	35,93
Trhové Sviny	3	0,95	3,87
Třeboň	10	2,00	11,63
Týn nad Vltavou	2	0,86	2,45
Vimperk	3	0,94	3,58
Vodňany	2	0,98	2,33
celkem	150	-	177,96

Zdroj: Klufová (2020), vlastní zpracování

11. Výhled do roku 2035

Pro lepší porovnání byl proveden ještě jeden budoucí výhled, tentokrát do roku 2035. V tomto roce dojde k většímu poklesu celkového počtu obyvatelstva Jihočeského kraje, ale zároveň k velikému nárůstu seniorů, a to o téměř 21 % vzhledem k roku 2015. Největší nárůst zaznamená obyvatelstvo ve věku 80+, jehož počet vzroste o 66,2 %.

Z tabulky lze vyčíst, že dojde k poklesu počtu obyvatel o 3,07 %. Nejvíce lidí ubude v Táboře, kde počet obyvatel poklesne o 4 627 obyvatel. Procentuálně ale dojde k největšímu poklesu v Dačicích, a to o celých 14,4 %.

Lze vidět, že jsou výkyvy daleko větší, než tomu bylo v předchozím výhledu do roku 2025.

Tabulka 10: Předpokládaný vývoj počtu obyvatel v roce 2035

ORP	počet obyvatel			
	2015	2035	ROZDÍL +	ROZDÍL v %
Blatná	13787	12565	-1222	-8,86
České Budějovice	157925	162751	4826	3,06
Český Krumlov	41700	40215	-1485	-3,56
Dačice	19210	16444	-2766	-14,40
Jindřichův Hradec	47377	43483	-3894	-8,22
Kaplice	19426	19409	-17	-0,09
Milevsko	18476	16450	-2026	-10,97
Písek	52265	51778	-487	-0,93
Prachatice	33292	31783	-1509	-4,53
Soběslav	21957	20503	-1454	-6,62
Strakonice	45271	43297	-1974	-4,36
Tábor	80412	75785	-4627	-5,75
Trhové Sviny	18815	19047	232	1,23
Třeboň	24772	23161	-1611	-6,50
Týn nad Vltavou	14104	13752	-352	-2,50
Vimperk	17420	15897	-1523	-8,74
Vodňany	11625	11908	283	2,43
celkem	637834	618228	-19606	-3,07

Zdroj: Klufová (2020), vlastní zpracování

Z tabulky věnující se seniorské složce obyvatel v roce 2035 lze zjistit, že k největšímu nárůstu obyvatel ve věku nad 65 let dojde v Kaplici, kde přibude 30,76 % seniorů. Následují Trhové Sviny, kde bude nárůst o 29,03 %. Nejpomaleji poroste počet seniorů v ORP Blatná.

Tabulka 11: Předpokládaný vývoj počtu seniorů v roce 2035

ORP	ROZDÍL				ROZDÍL			
	65+ 2015	65+ 2035	+	v %	80+ 2015	80+ 2035	+	v %
Blatná	2788	3148	439	15,75	577	975	398	68,98
České								
Budějovice	28416	34912	5366	18,88	6367	10761	4394	69,01
Český Krumlov	7008	8574	1459	20,82	1313	2455	1142	86,98
Dačice	3612	4293	741	20,51	780	1239	459	58,85
Jindřichův								
Hradec	8977	10611	1794	19,98	1901	3364	1463	76,96
Kaplice	2968	4082	913	30,76	538	1083	545	101,30
Milevsko	4024	4533	471	11,70	915	1427	512	55,96
Písek	10241	11943	1662	16,23	2371	3789	1418	59,81
Prachatice	5693	7316	1347	23,66	1100	2144	1044	94,91
Soběslav	4429	5143	751	16,96	1058	1551	493	46,60
Strakonice	8498	10177	1573	18,51	1805	3013	1208	66,93
Tábor	15611	18158	2484	15,91	3716	5700	1984	53,39
Trhové Sviny	3155	4189	916	29,03	637	1166	529	83,05
Třeboň	5001	5828	816	16,32	1121	1784	663	59,14
Týn nad								
Vltavou	2331	3171	525	22,52	540	845	305	56,48
Vimperk	3195	3751	614	19,22	691	1035	344	49,78
Vodňany	2051	2466	340	16,58	464	706	242	52,16
celkem	117998	142295	22211	20,59	25894	43037	17143	66,20

Zdroj: Klufová (2020), vlastní zpracování

Počet nejstarších obyvatel vzroste k roku 2035 o 17 143 jedinců. Největší nárůst zaznamená Kaplice, kde bude nárůst více než 100%. Jako druhý region s nejrychlejších nárůstem nejstarší složky obyvatel budou Prachatice, kde dojde k nárůstu o 94,91 %. Nejpomalejší nárůst počtu obyvatel ve věku 80+ proběhne v Soběslavi, kde se za dvacet let zvedne počet nejstarších „jen“ o 46,6 %.

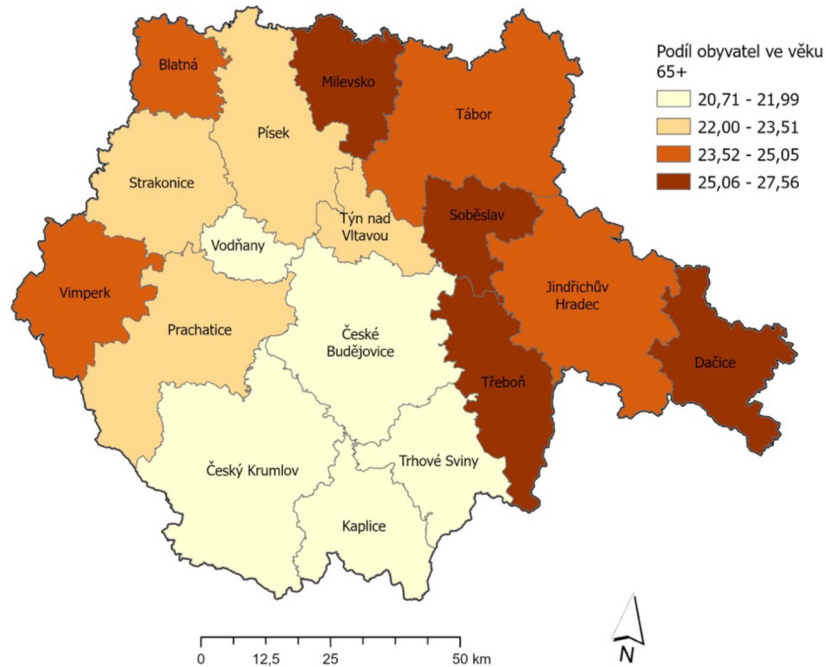
Následující mapy zobrazují stav obyvatelstva, stejně jako v předchozí kapitole. Lze sledovat drobné změny oproti výhledu do roku 2025. Z první mapy lze sledovat zvyšující se procentní zastoupení seniorů na obyvatelích v regionech. Největší zastoupení seniorské složky má stále, jako tomu bylo v roce 2025, Milevsko s hodnotou 27,56 %. Oproti roku 2015 došlo k nárůstu o téměř 6 %. Největší nárůst seniorské populace zaznamenaly Dačice, kde se podíl seniorů změnil o 7,3 %. V roce 2035 tak budou seniři tvořit více jak čtvrtinu všech obyvatel daného regionu.

S porovnáním s mapou z roku 2025 lze zaznamenat oblasti, kde lidé stárnou rychleji oproti ostatním. Je to např. Týn nad Vltavou, kde došlo mezi roky 2025 a 2035 k nárůstu o 2,8 % na celkovém zastoupení seniorů v tomto regionu. K nejmenším výkyvům mezi

roky 2025 a 2035 došlo v regionech Písek a Vodňany, kde se podíl seniorů na obyvatelích změnil o 0,5 %.

Obrázek 36: Podíl seniorů v SO ORP v roce 2035

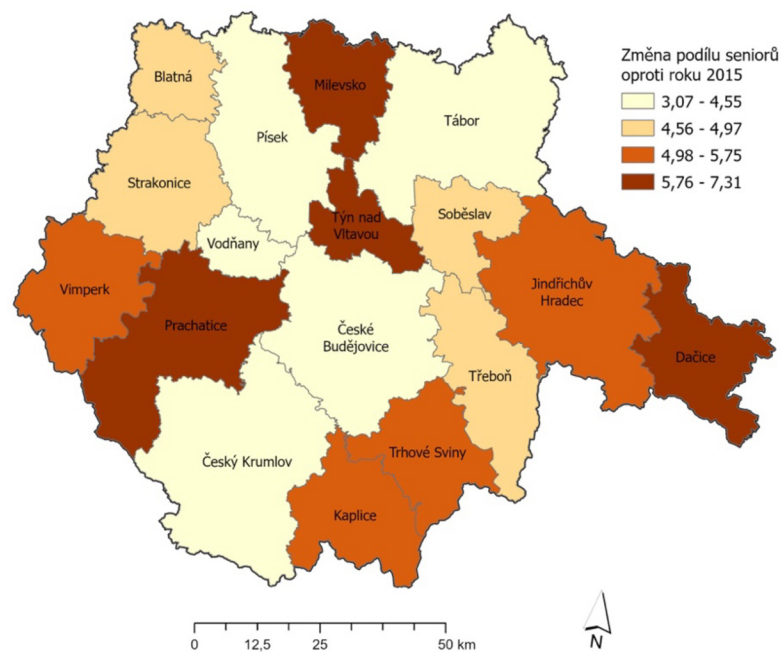
Podíl seniorů v jednotlivých SO ORP v Jihočeském kraji v roce 2035



Zdroj: Klufová (2020), vlastní zpracování v programu ArcGIS Pro

Obrázek 37: Změna podílu seniorů mezi roky 2015 a 2035

Změna podílu seniorů 2015 - 2035



Zdroj: Klufová (2020), vlastní zpracování v programu ArcGIS Pro

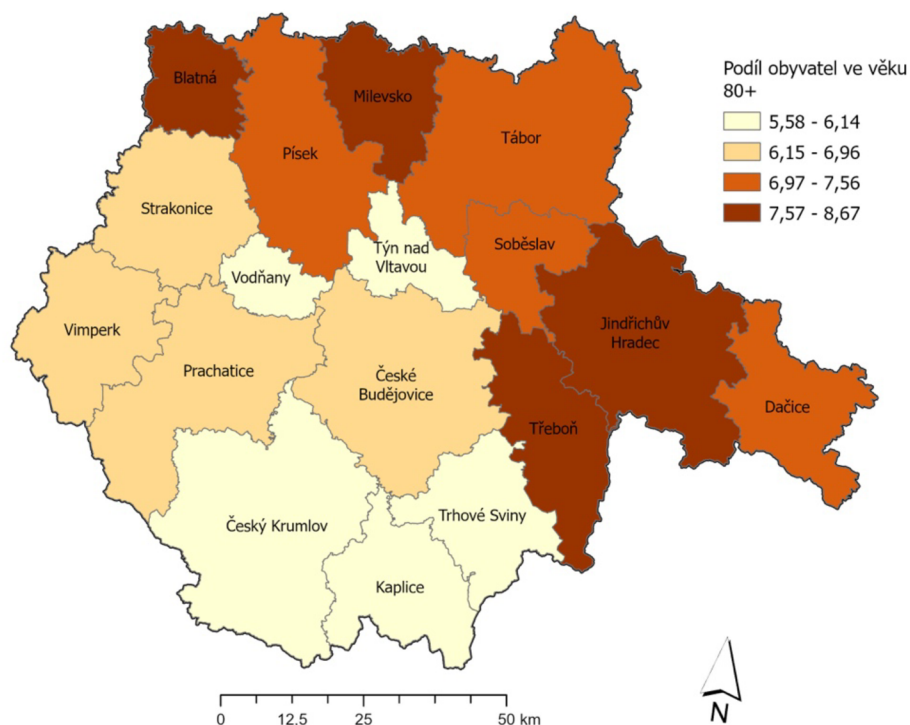
Nejvyšší podíl obyvatel ve věku 80+ bude v Milevsku (8,67 %), Blatné (7,76 %), Třeboni (7,74 %) a Jindřichově Hradci (7,7 %).

Nejmenší část obyvatel budou tvořit lidé ve věku nad 80 let v Kaplici, kde budou představovat 5,58 %

S porovnáním s rokem 2025 se změna zastoupení nejstarších zvýšila v průměru o 2 %. U zastoupení seniorů to bylo 1,2 %. Z toho lze potvrdit trend, kdy nejstarší složka obyvatel narůstá rychleji než seniorská složka.

Obrázek 38: Podíl obyvatel ve věku 80+ v SO ORP v roce 2035

Podíl obyvatel ve věku 80+ v jednotlivých SO ORP v Jihočeském kraji v roce 2035

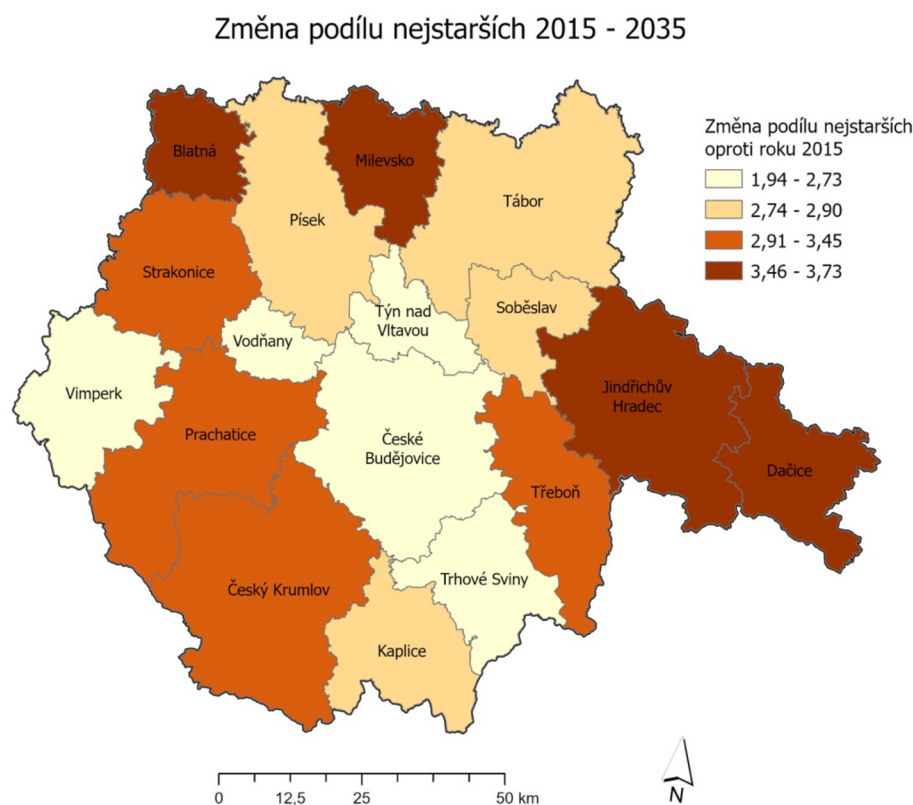


Zdroj: Klufová (2020), vlastní zpracování v programu ArcGIS Pro

Změna podílu nejstarších se nejvíce projeví v regionech Dačice, Milevsko, Blatná a Jindřichův Hradec. V těchto regionech se poměr zastoupení nejstarších zvýší v průměru o 3,6 %.

Nejmenší změna se odehraje v SO ORP Vodňany (1,94 %), dále v regionu Vimperk, Týn nad Vltavou a České Budějovice, kde se hodnota pohybuje do 2,6 %.

Obrázek 39: Změna podílu obyvatel ve věku 80+ mezi roky 2015 a 2035



Zdroj: Klufová (2020), vlastní zpracování v programu ArcGIS Pro

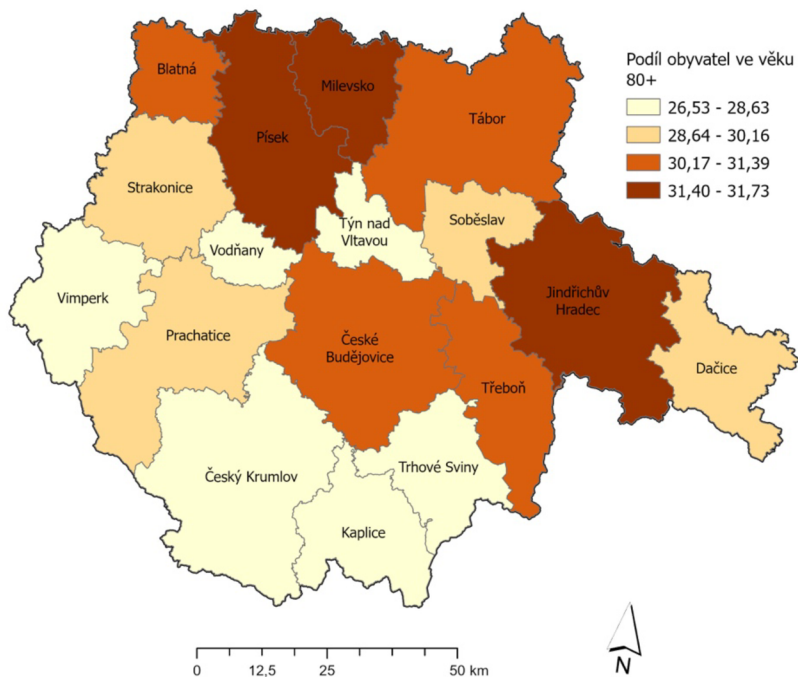
Poslední dvojice map se opět věnuje podílu zastoupení nejstarších na seniorech v jednotlivých ORP v Jihočeském kraji a její změně oproti roku 2015.

V roce 2015 se hodnoty podílu obyvatel ve věku 80+ pohybovaly v rozmezí od 18,13 % do 23,89 %, v roce 2035 je to od 26,53 % do 31,73 %. To znamená, že v roce 2035 už bude každý čtvrtý senior starší 80 let, v některých regionech (Písek, Jindřichův Hradec a Milevsko) dokonce téměř každý třetí. Pro srovnání oproti roku 2025 se hodnoty zvýšily v průměru o 7,7 %. Mezi průměrnými hodnotami zastoupení seniorů v kraji je tedy daleko významnější rozdíl mezi roky 2015 a 2035 než mezi 2015 a 2025, kde to bylo pouze 0,3 %.

Průměrně se změna podílu zastoupení nejstarších na seniorech v kraji zvýší o 8 % oproti stavu z roku 2015. Nejmenší změna proběhne v Týně nad Vltavou, kde se podíl změní jen o 3,48 %. Největší změna ve složení seniorů proběhne v regionech Jindřichův Hradec, Blatná, Prachatice a Český Krumlov, kde podíl nejstarších vzroste v průměru o 10 %.

Obrázek 40: Podíl obyvatel ve věku 80+ na seniorech v roce 2035

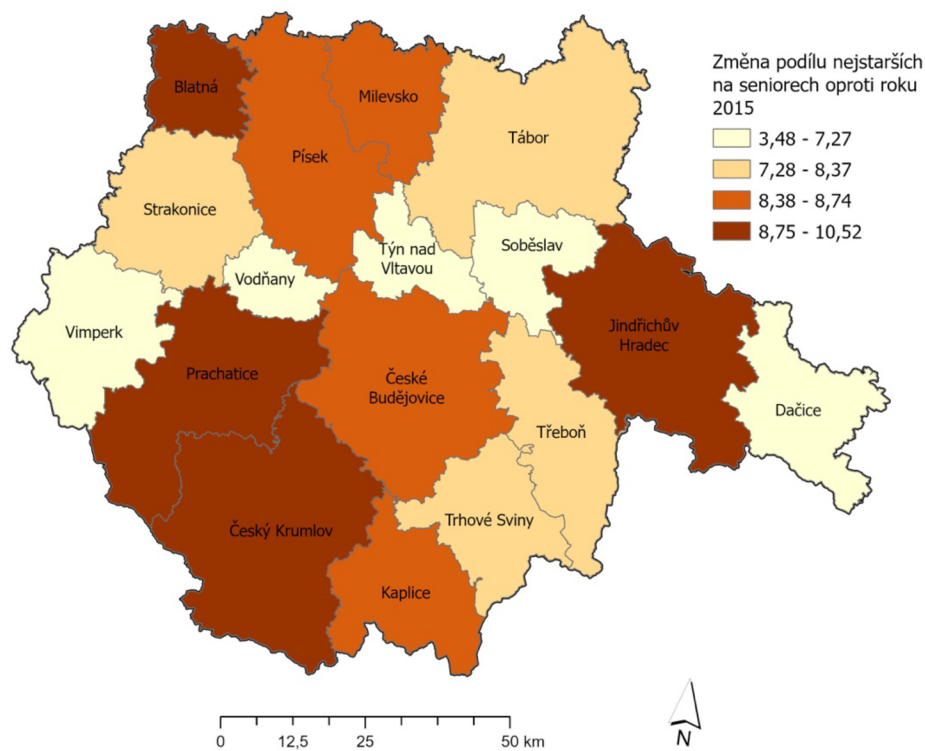
Podíl obyvatel ve věku 80+ na seniorech v roce 2035



Zdroj: Klufová (2020), vlastní zpracování v programu ArcGIS Pro

Obrázek 41: Změna podílu obyvatel ve věku 80+ na seniorech mezi roky 2015 a 2035

Změna podílu nejstarších na seniorech 2015 - 2035



Zdroj: Klufová (2020), vlastní zpracování v programu ArcGIS Pro

Stejně jako v předchozí kapitole i pro rok 2035 byl proveden odhad budoucího potřebného počtu lůžek a lékařů.

K roku 2035 bude potřeba lůžek v domovech pro seniory o 627 vyšší. Oproti roku 2025 je to rozdíl už jen 42 lůžek.

Ideální stav lůžek v ORP Týn nad Vltavou by byl k roku 2035 95 lůžek, tedy o deset více než v roce 2025, což jen potvrzuje potřebu vybudovat zde domov pro seniory, protože seniorů bude přibývat, i když už pomalejším tempem.

Tabulka 12: Předpokládaný vývoj počtu lůžek v domovech pro seniory v roce 2035

ORP	DOMOVY PRO SENIORY		
	POČET LŮŽEK 2015	POČET LŮŽEK NA 100 SENIORŮ	PŘEDPOKLÁDANÝ POČET LŮŽEK 2035
Blatná	89	3,19	100,49
České Budějovice	722	2,54	887,05
Český Krumlov	133	1,90	162,72
Dačice	211	5,84	250,78
Jindřichův Hradec	104	1,16	122,93
Kaplice	54	1,82	74,27
Milevsko	40	0,99	45,06
Písek	280	2,73	326,53
Prachatice	179	3,14	230,03
Soběslav	181	4,09	210,18
Strakonice	204	2,40	244,31
Tábor	311	1,99	361,74
Trhové Sviny	94	2,98	124,81
Třeboň	138	2,76	160,82
Týn nad Vltavou	0	0	0,00
Vimperk	247	7,73	289,98
Vodňany	111	5,41	133,46
celkem	3098	-	3725,16

Zdroj: Klufová (2020), vlastní zpracování

Domovy se zvláštním režimem by měly v roce 2035 nabídnout o 167 lůžek více. K roku 2025 je rozdíl 23 lůžek.

Pro regiony, kde se žádný domov se zvláštním režimem nenachází je ideální hodnota pro rok 2035 435 lůžek. V roce 2025 to bylo jen o dvě lůžka méně. To je dáno tím, že se mezi lety 2025 a 2035 celkový počet seniorů bude zvyšovat pomaleji. V některých regionech dokonce bude klesat, konkrétně v oblastech, kde nejsou žádné domovy se zvláštním režimem se stav seniorů zvýší jen o 241 jedinců.

Tabulka 13: Předpokládaný vývoj počtu lůžek v domovech se zvláštním režimem v roce 2035

ORP	DOMOVY SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM		
	POČET LŮŽEK 2015	POČET LŮŽEK NA 100 SENIORŮ	PŘEDPOKLÁDANÝ POČET LŮŽEK 2035
Blatná			
České Budějovice	317	1,12	389,47
Český Krumlov			
Dačice			
Jindřichův Hradec	18	0,20	21,28
Kaplice			
Milevsko			
Písek	239	2,33	278,72
Prachatice	96	1,69	123,37
Soběslav			
Strakonice	16	0,19	19,16
Tábor	36	0,23	41,87
Trhové Sviny			
Třeboň			
Týn nad Vltavou	31	1,33	42,17
Vimperk			
Vodňany	20	0,98	24,05
celkem	773	-	940,09

Zdroj: Klufová (2020), vlastní zpracování

U zdravotnických služeb se počítá potřebný počet lékařů na tisíc seniorů pro rok 2035.

V roce 2035 bude potřebný počet lékařů roven 467. S porovnáním výhledu do roku 2025 lze nalézt pouze minimální rozdíl, což je způsobeno především tím, že je počítáno s podílem lékařů na tisíc seniorů a mezi roky nedojde k tak velikým výkyvům počtu seniorů, aby se tyto hodnoty rapidně změnily. Rozdíl mezi roky je pouhých sedm lékařů.

Proto i předpokládaný potřebný počet fyzioterapeutů je podobný výhledu do roku 2025. V roce 2035 bude potřeba jen o tři lékaře více oproti roku 2025, tedy celkem 181 fyzioterapeutů. Vzhledem k roku 2015 je potřeba o 31 lékařů více.

Tabulka 14: Předpokládaný vývoj počtu všeobecných praktických lékařů v roce 2035

ORP	POČET LÉKAŘŮ 2015	POČET LÉKAŘŮ NA 1000 SENIORŮ	PŘEDPOKLÁDANÝ POČET LÉKAŘŮ 2035
Blatná	9	3,23	10,16
České Budějovice	98	3,45	120,40
Český Krumlov	26	3,71	31,81
Dačice	16	4,43	19,02
Jindřichův Hradec	26	2,90	30,73
Kaplice	12	4,04	16,50
Milevsko	7	1,74	7,89
Písek	32	3,12	37,32
Prachatice	26	4,57	33,41
Soběslav	14	3,16	16,26
Strakonice	27	3,18	32,33
Tábor	43	2,75	50,02
Trhové Sviny	11	3,49	14,61
Třeboň	12	2,40	13,98
Týn nad Vltavou	7	3,00	9,52
Vimperk	14	4,38	16,44
Vodňany	6	2,93	7,21
celkem	386	-	467,61

Zdroj: Klufová (2020), vlastní zpracování

Tabulka 15: Předpokládaný vývoj počtu fyzioterapeutů v roce 2035

ORP	POČET FYZIOTERAPEUTŮ 2015	POČET FYZIOTERAPEUTŮ NA 1000 SENIORŮ	PŘEDPOKLÁDANÝ POČET FYZIOTERAPEUTŮ 2035
Blatná	3	1,08	3,39
České Budějovice	55	1,94	67,57
Český Krumlov	5	0,71	6,12
Dačice	1	0,28	1,19
Jindřichův Hradec	16	1,78	18,91
Kaplice	3	1,01	4,13
Milevsko	1	0,25	1,13
Písek	5	0,49	5,83
Prachatice	4	0,70	5,14
Soběslav	3	0,68	3,48
Strakonice	3	0,35	3,59
Tábor	31	1,99	36,06
Trhové Sviny	3	0,95	3,98
Třeboň	10	2,00	11,65
Týn nad Vltavou	2	0,86	2,72
Vimperk	3	0,94	3,52
Vodňany	2	0,98	2,40
celkem	150	-	180,82

Zdroj: Klufová (2020), vlastní zpracování

12. Prostorová dostupnost služeb

Poslední část této práce se věnuje prostorové dostupnosti služeb, nebo také jinak řečeno dopravní obslužnosti Jihočeského kraje. Byly vybrány už pouze dva druhy služeb, a to všeobecní praktičtí lékaři jako zástupci zdravotnických služeb a pečovatelské služby za sociální služby.

Prostorová analýza ukazuje vzdálenost vyjádřenou v časových jednotkách, konkrétně v minutách. Je to doba potřebná pro dosažení služby. Pro znázornění časové vzdálenosti byly použity tři úrovně, a to vzdálenost 10, 20 a 30 minut od/do služby. Počítá se zde s použitím silniční dopravy, proto jsou na mapách znázorněny také silnice.

Mapy jsou zjednodušené, protože nezahrnují všechny faktory, které mohou ovlivňovat dopravu, jako například semaforey či kruhové objezdy, které dopravu zpomalují.

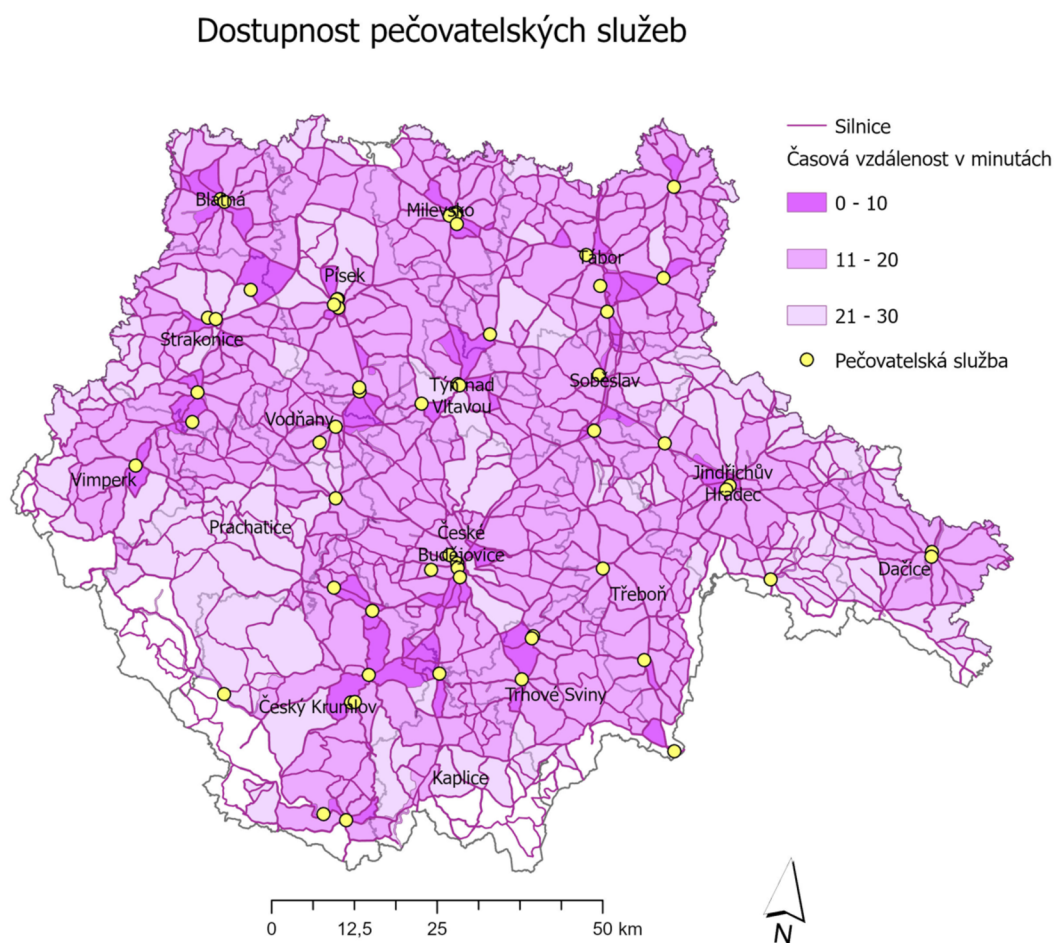
První mapa zobrazuje dopravní obslužnost pečovatelských služeb.

Pečovatelská služba byla vybrána z toho důvodu, že se jedná o terénní sociální službu. V mapě je znázorněna dostupnost ve vztahu pečovatel-klient. Pečovatelé tedy dojíždí za klienty. Ukazuje, jakou oblast jsou pečovatelské služby schopny obsloužit nejrychleji, do deseti minut, poté do dvaceti minut a nejdéle do třiceti minut od jejich sídla.

Z mapy jsou patrná bílá místa, která představují špatně dostupné oblasti pro pečovatelské služby. Jedná se o místa, kam by pečovatelské službě trvalo dojet déle jak třicet minut. Jak je vidět jedná se zejména o pohraničí v oblasti Šumavy a Novohradských hor. Horší dostupnost lze také sledovat ve světlých částech mapy, jako je ORP Prachatice a částečně Český Krumlov.

Ačkoliv by se někdy mohlo zdát, že je stav pečovatelských služeb pro daný region dostatečný, nemusí tomu tak být. Můžeme vidět i oblasti v blízkosti služby, které jsou přesto špatně dosažitelné. To je vina především silniční sítě, která nemusí být dokonale rozvinutá všude. Na nějaká místa je tedy třeba jet objížděnou, protože přímá cesta zkrátka není možná. To samozřejmě pak prodlužuje dojezdovou vzdálenost ke klientovi a také si žádá více pracovního času pečovatelů, což může představovat problém.

Obrázek 42: Prostorová dostupnost pečovatelské služby



Zdroj: vlastní zpracování v programu ArcGIS Pro

Druhá mapa znázorňuje časovou dostupnost praktických lékařů v Jihočeském kraji.

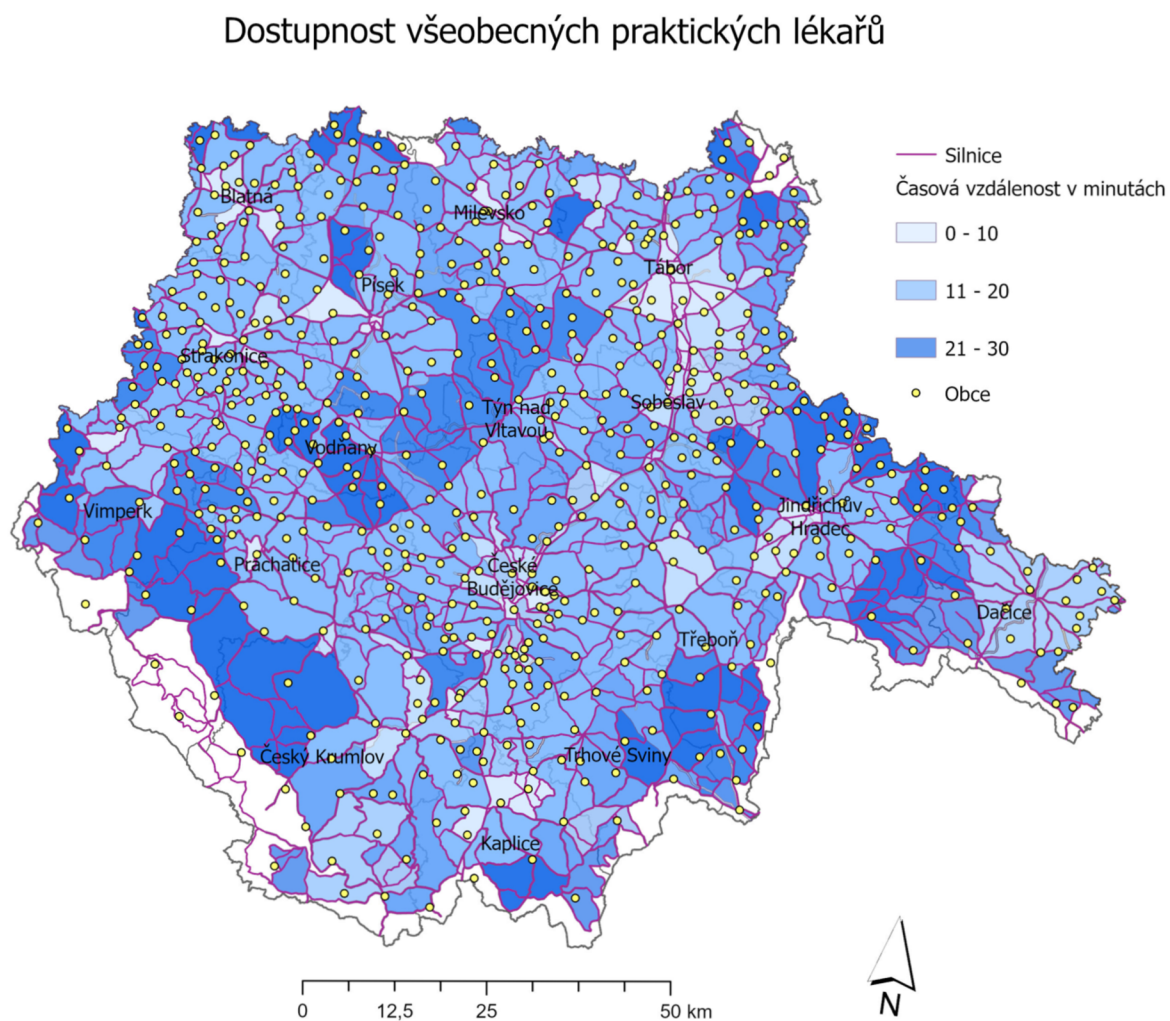
U všeobecných praktických lékařů se řeší dojezdová vzdálenost pacientů do ordinace. Je zde zobrazena časová vzdálenost z obcí, představující výchozí bod pro pacienty, k lékaři, a to opět ve třech časových rozestupech po deseti minutách.

Z mapy je patrné, že většina kraje spadá do oblasti mezi 11 a 20 minutami. To znamená, že se velká část obyvatel kraje dostane k lékaři do dvaceti minut. Problémovější jsou pak tmavě zobrazené oblasti. Ty jsou patrné nejvíce v oblasti Prácheň, Vimperka, Vodňan, na pomezí Jindřichova Hradce a Dačic a na pomezí Trhových Svinů a Třeboňska.

Dostupnost lékařů je pak nejhorší opět v pohraničních oblastech na jihozápadě kraje. Tedy hlavně oblast Šumavy, kde můžeme vidět několik obcí nespádajících ani do jedné kategorie doby dojezdu. V těchto oblastech je tedy doba dojezdu k lékaři delší než třicet

minut. Kromě Šumavy jsou to i další místa, kopírující dolní hranici kraje táhnoucí se od Dačic až po Český Krumlov.

Obrázek 43: Prostorová dostupnost všeobecných praktických lékařů



Zdroj: vlastní zpracování v programu ArcGIS Pro

13. Závěr

Z celé práce je patrné, že obyvatelstvo stárne. Seniorů přibývá a poptávka po službách roste spolu s nimi. Problém demografického stárnutí je velmi komplikované téma a zasahuje do mnoha oblastí. Tato bakalářská práce se zabývá především dopadem na dostupnost sociálních a zdravotnických služeb. Nicméně demografické stárnutí se také výrazně promítne do ekonomiky a vlastně do života každého z nás.

Teoretická část přinesla základní informace o oblasti služeb a významu demografického stárnutí.

V praktické části byl nejprve zjišťován názor na dostupnost a kapacitu služeb zainteresovanými stranami. Z jejich odpovědí v dotazníku jasně vyplynulo, že jsou oba druhy služeb nedostatečně dostupné a v budoucnu budou dostupné ještě méně.

Následně se práce věnovala zmapování stavu obyvatelstva vzhledem k jeho věkové struktuře. Bylo zobrazeno jednotlivé rozmístění všech složek obyvatel v kraji – jak předproduktivní, produktivní tak poproduktivní. Ze seniorské části populace byla ještě navíc vyčleněna část obyvatel starší 80 let, protože její podíl stoupá nejrychleji a také se jedná o obyvatele nejvíce čerpající služby ať už sociální či zdravotní.

Byl také zjišťován stav vybraných služeb. Ze sociálních služeb to byly domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, pečovatelská služba a odlehčovací služba. Ze zdravotnických služeb potom všeobecní praktičtí lékaři, fyzioterapeuti, endokrinologové a diabetologové a poslední kardiologové. Díky mapám byl přehledně zobrazen stav těchto zařízení v Jihočeském kraji a také byla odhalena místa, kde se žádná zařízení či lékaři nenachází.

Současný stav sociálních a zdravotnických služeb mnohdy není dostačující a rozhodně nebude dostačující v následujících letech, pokud se jeho stav nezvýší. Nejstarší část populace, lidé ve věku nad 80 let, přibývá daleko rychlejším tempem než mladší senioři. Jejich podíl na populaci jednotlivých regionů stoupá. V roce 2035 by mohli nejstarší obyvatelé tvořit až 8,5 % obyvatel některých regionů. Předpokládaný podíl na seniorech ukazuje, že každý pátý senior bude starší osmdesátí let. To je číslo, na které by měly být služby připravené.

Určitě je třeba navýšit kapacitu u sociálních služeb, a to zejména domovů pro seniory a domovů se zvláštním režimem, protože ty jsou seniory nejvíce využívány. V regionu

Týn nad Vltavou by se měl vybudovat domov pro seniory s minimálně šedesáti lůžky, aby se alespoň částečně pokrylo území této správní oblasti.

Nicméně pozornost by se měla zaměřit také na rozvoj terénních pečovatelských služeb, které mohou svým způsobem ulevit pobytovým sociálním službám. Pokud bude kladen důraz na kvalitu služeb, které mohou pečovatelky a pečovatelé poskytovat u klientů v jejich domově, může to znamenat, že nebude potřeba tolik nových lůžek. V kraji se sice nachází pečovatelské služby v každém SO ORP, ale není jich dost aby pokryly budoucí poptávku. Z prostorové analýzy je také patrné, že současné pečovatelské služby nejsou schopny pokrýt dostatečně celý Jihočeský kraj.

Po zjištění stavu lůžek a lékařů byla provedena kapacitní analýza. U sociálních služeb byl výběr zúžen pouze na domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem, protože se jedná o pobytové sociální služby. Zjišťoval se počet lůžek na sto seniorů. U zdravotnických služeb byli vybráni praktičtí lékaři a fyzioterapeuti. Tady se zjišťovala kapacitní dostupnost poměrem počtu lékařů na tisíc seniorů.

Poté byly provedeny dva výhledy na budoucí situaci, a to v roce 2025 a 2035.

Ačkoliv celkového obyvatelstva bude v kraji ubývat, podíl seniorské složky poroste. Z map je také patrný veliký nárůst nejstarší složky, tedy obyvatel ve věku 80+. Vedle map zobrazující podílové zastoupení seniorů a nejstarší složky obyvatel jsou zde i výhledy na budoucí předpokládanou potřebu lůžek a lékařů ve vybraných službách. Byly vybrány stejné služby jako u kapacitní analýzy. Stav lůžek a lékařů z roku 2015 se bral jako výchozí, tedy jako ideální stav a posloužil pro poměrový výpočet pro další roky vzhledem k počtu lůžek na sto seniorů nebo lékařů na tisíc seniorů, v závislosti na druhu služby.

Ve výhledu do roku 2025 byly hodnoty porovnány s dokumentem vydaným Jihočeským krajem, kde se ideální hodnoty domovů pro seniory lišily o velké procento, naopak domovy se zvláštním režimem poměrně odpovídaly propočtu na základě zachování poměru počtu lůžek na sto seniorů.

Průměrně by se měl počet lůžek a počet lékařů navýšit do roku 2035 o 21 % oproti roku 2015.

Také byly navrženy počty, které by měly splňovat oblasti, ve kterých se žádné zařízení služeb nenacházelo. To se týkalo zejména Týna nad Vltavou, který nedisponuje žádným

domovem pro seniory. Dále také celkem třinácti SO ORP, kde se nenachází ani jediný domov se zvláštním režimem. Ideální počet byl stanoven na základě přepočtu průměrného stavu lůžek na sto seniorů v kraji.

Na závěr byla provedena prostorová analýza, která už zkoumala dostupnost pouze dvou druhů služeb, a to pečovatelské služby za sociální oblast a všeobecné praktické lékaře za oblast zdravotnickou. U pečovatelské služby byla zkoumána dostupnost ve stylu dojezd „pečovatel-klient“, kdežto u lékařů to byl dojezd „pacient-lékař“. Díky této analýze se odhalila místa, která jsou špatně dostupná pro pečovatele jedoucí ke klientovi a místa, ve kterých žijí obyvatelé, kteří mají špatnou dostupnost k praktickému lékaři. Jednalo se především o pohraniční oblasti kraje.

I. Summary and keywords

This bachelor's thesis focuses on the evaluation of health and social care availability according to the demographic aging in the South Bohemia region.

Theoretical part of this work defines basic information such as how services are divided, what is their purpose, for whom they are intended, what are their forms, or what impact demographic aging has on services but also on seniors themselves.

The first thing that was examined in the practical part was the opinion of involved parties. They evaluated the current and the future state of services.

The work also deals with the situation in the South Bohemia specifically in individual administrative areas of municipalities with extended powers. Two perspectives were carried out, namely in 2025 and 2035. They analyzed how the number and age composition of the population in the South Bohemia will change as well as the need for services. The data are based on the base year 2015.

It also describes the capacity and space availability of services. In capacity availability is examined the number of beds or the number of doctors converted to seniors. In spatial analysis is examined the distance between client/patient and the service/doctor.

The conclusion is dedicated to summary of findings and proposals for changes especially in terms of service capacity.

Keywords: demographic ageing, social services, health services, South Bohemia, spatial analysis, capacity analysis

II. Zdroje

- Adamová, M., Dvořáková Líšková, Z., Káčerová, M., Kiss, V. Á., Klufová, R., Matejková, E., ... Szenderák, J. (2021). *Jsou země Visegrádské čtyřky (V4) připraveny na následky demografického stárnutí?* Dostupné z: <https://www.visegrad-population-aging.eu/activities/>
- Andersen, R., & Newman, J. F. (2005). Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States. *The Milbank Quarterly*, 83(4), 1-28.
- Bareš P., Wija, P., & Žofka, J. (2019). *Analýza sociálních a zdravotních služeb dlouhodobé péče v ČR*. Praha: Institut pro sociální politiku a výzkum, z. s.
- Bělobrádek, J., Maláková, K., & Šídlo, L. (2020). Region, věk a dostupnost zdravotních služeb: případ všeobecného praktického lékařství v Česku. *Demografie*, 62(1), 14-23.
- Burcin, B., Novák, M., Šídlo, L., & Štych, P. (2017). *Hodnocení a modelování dostupnosti primární zdravotní péče*. Praha.
- Čaja, J., & Švihel, P. (2022). Klesá počet lidí pobírajících důchody. Vliv na to měla i pandemie. *Seznam zprávy*. Dostupné z: <https://www.seznamzpravy.cz/clanek/domaci-zivot-v-cesku-klesa-pocet-lidi-pobirajici- Duchody-vliv-na-to-mela-i-pandemie-189232>
- ČSÚ (2016). *Statistická ročenka Jihočeského kraje*. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/32803988/33010516.pdf/1e3e3056-d802-4953-8c52-a51f876e60f4?version=1.15>
- ČSÚ (2018). *Věková struktura ČR s výhledem do roku 2050*. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/92011146/13015819a4.pdf/11e3bc8b-69b5-4ee6-8f41-db854825b055?version=1.2>
- ČSÚ (2020). *Věková struktura*. [obrázek]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/staticke/animgraf/cz/index.html?lang=cz>
- ČSÚ (2021). *Senioři v ČR v datech*. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/120583272/31003420.pdf/5272aa65-7abc-4262-94a4-fb91e60600e3?version=1.3>
- ČSSZ. *Důchodová kalkulačka*. Dostupné z: <https://www.cssz.cz/duchodova-kalkulacka>

- Goldstein, J.R. (2009). *International Handbook of Population Aging. How Populations Age*.
- Hanzlík, K. (2018). *Analýza systémů zajištění dostupnosti adiktologických služeb v České republice*. Praha: Úřad vlády České republiky. Dostupné z: <https://www.rozvojadiktologickyhsluzeb.cz/wp-content/uploads/2019/02/analyza-dostupnosti-adi-sluzeb.pdf>
- Hnilicová, H., & Janečková, H. (2009). *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Praha: Portál.
- Holčík, J. (2010). *Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost*. Brno: Masarykova univerzita ve spolupráci s MSD.
- Ivanová, K. (2003). *Dostupnost zdravotní péče v Olomouckém kraji (Atestační práce)*. Olomouc-Praha: Institut post-graduálního vzdělávání ve zdravotnictví, Škola veřejného zdravotnictví.
- Juna, P. (2022, únor). Stárnoucímu Česku nestačí kapacity domovů pro seniory. Čekací doba je až rok. *Seznam zprávy*. Dostupné z: <https://www.seznamzpravy.cz/clanek/fakta-starnoucim-cesku-nestaci-kapacity-domovu-pro-seniory-cekaci-doba-je-az-rok-188756>
- Kalvoda, H. (2015). *Sociální poradenství v ČR*. Praha: Asociace sociálního poradenství.
- Klufová, R. (2020). Socio-demografická analýza Jihočeského kraje.
- Křesťanová, J., & Šídlo, L. (2018). Kdo se postará? Domovy pro seniory v Česku v kontextu demografického stárnutí. *Demografie*, 60 (3), 248-261.
- MPSV (2006). *Stručný průvodce zákonem o sociálních službách*. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/zlom170x170web.pdf/b4c1e796-9edf-d283-c46f-9516858e5dc6>
- MPSV (2020). *Sociální služby*. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/socialni-sluzby-1>
- MZČR. *Druhy a formy zdravotní péče*. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/1080-druhy-a-formy-zdravotni-pece>
- MZČR (2012). *Druhy zdravotní péče*. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/druhy-zdravotni-pece/>
- OECD (1998). *Maintaining prosperity in an Ageing Society*. Paris: OECD.

O'Donnell, O. (2007). Access to health care in developing countries: breaking down demand side barriers. *Cadernos de Saude Publica*, 23(12), 2820-2834. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/5692544_Access_to_health_care_in_developing_countries_Breaking_down_demand_side_barriers

Průša, L. (2020). Přispěl zákon o sociálních službách ke zvýšení jejich dostupnosti? *Demografie*, 62(2), 102-114.

Průša, L., & Višek, P. (2012). *Optimalizace sociálních služeb*. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, v.v.i.

Šídlo, L. (2011). Stárnutí lékařů primární zdravotní péče v České republice. *Demografie*, 53(3), 203-213.

Šídllová Kunstová, N., & Šídlo L. (2016). The future development of elderly care home capacity in South Bohemia. *Kontakt*, 18(2), 103-111.

Vokřál, J. (2021, prosinec). Důchody v roce 2022 porostou. Podívejte se o kolik. *Seznam zprávy*. Dostupné z: <https://www.seznamzpravy.cz/clanek/ekonomika-finance-duchody-pojisteni-duchody-2022-rust-valorizace-183402>

WHO (2002). *Active Ageing: A Policy Framework*. Dostupné z: <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/wp-content/uploads/2014/06/WHO-Active-Ageing-Framework.pdf>

WHO (2000). *A life Course Approach to Health*. Dostupné z: https://www.who.int/ageing/publications/lifecourse/alc_lifecourse_training_en.pdf

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

III. Seznam tabulek

Tabulka 1: Přehled forem péče a služeb	8
Tabulka 2: Ukazatele očekávaného věkového složení obyvatelstva	23
Tabulka 3: Počet obyvatel v Jihočeském kraji v roce 2015	30
Tabulka 4: Předpokládaný vývoj počtu obyvatel v roce 2025	55
Tabulka 5: Předpokládaný vývoj počtu seniorů v roce 2025	56
Tabulka 6: Předpokládaný vývoj počtu lůžek v domovech pro seniory v roce 2025	61
Tabulka 7: Předpokládaný vývoj počtu lůžek v domovech se zvláštním režimem v roce 2025	62
Tabulka 8: Předpokládaný vývoj počtu všeobecných praktických lékařů v roce 2025	63
Tabulka 9: Předpokládaný vývoj počtu fyzioterapeutů v roce 2025	64
Tabulka 10: Předpokládaný vývoj počtu obyvatel v roce 2035	65
Tabulka 11: Předpokládaný vývoj počtu seniorů v roce 2035	66
Tabulka 12: Předpokládaný vývoj počtu lůžek v domovech pro seniory v roce 2035	71
Tabulka 13: Předpokládaný vývoj počtu lůžek v domovech se zvláštním režimem v roce 2035	72
Tabulka 14: Předpokládaný vývoj počtu všeobecných praktických lékařů v roce 2035	73
Tabulka 15: Předpokládaný vývoj počtu fyzioterapeutů v roce 2035	73

IV. Seznam obrázků

Obrázek 1: Pyramida zdravého stárnutí	10
Obrázek 2: Věková pyramida ČR	20
Obrázek 3: Vnímání dostupnosti a kapacity sociálních služeb respondenty	27
Obrázek 4: Vnímání dostupnosti a kapacity zdravotnických služeb respondenty	28
Obrázek 5: Podíl počtu obyvatel v Jihočeském kraji	31
Obrázek 6: Rozmístění předproduktivní složky obyvatelstva v Jihočeském kraji	32
Obrázek 7: Zastoupení dětské složky v SO ORP	33
Obrázek 8: Rozmístění produktivní složky obyvatelstva v Jihočeském kraji	34
Obrázek 9: Rozmístění poproduktivní složky obyvatelstva v Jihočeském kraji	35
Obrázek 10: Podíl seniorů v SO ORP	36
Obrázek 11: Zastoupení senierek v SO ORP	37
Obrázek 12: Zastoupení seniorů v SO ORP	37
Obrázek 13: Rozmístění obyvatel ve věku 80+ v Jihočeském kraji	38
Obrázek 14: Podíl obyvatel ve věku 80+ v SO ORP	39
Obrázek 15: Podíl obyvatel ve věku 80+ na seniorech	40
Obrázek 16: Index stáří v Jihočeském kraji	41
Obrázek 17: Index ekonomické závislosti v Jihočeském kraji	42
Obrázek 18: Domovy pro seniory v Jihočeském kraji	43
Obrázek 19: Domovy se zvláštním režimem v Jihočeském kraji	44
Obrázek 20: Odlehčovací služby v Jihočeském kraji	45
Obrázek 21: Pečovatelské služby v Jihočeském kraji	46
Obrázek 22: Ordinance všeobecných praktických lékařů v Jihočeském kraji	47
Obrázek 23: Endokrinologie a diabetologie v Jihočeském kraji	48
Obrázek 24: Kardiologie v Jihočeském kraji	49
Obrázek 25: Fyzioterapie v Jihočeském kraji	50
Obrázek 26: Kapacita domovů pro seniory v Jihočeském kraji	51
Obrázek 27: Kapacita domovů se zvláštním režimem v Jihočeském kraji	52
Obrázek 28: Kapacita všeobecných lékařů v Jihočeském kraji	53
Obrázek 29: Kapacita fyzioterapeutů v Jihočeském kraji	54
Obrázek 30: Podíl seniorů v SO ORP v roce 2025	57
Obrázek 31: Změna podílu seniorů mezi roky 2015 a 2025	57
Obrázek 32: Podíl obyvatel ve věku 80+ v SO ORP v roce 2025	58

Obrázek 33: Změna podílu obyvatel ve věku 80+ mezi roky 2015 a 2025.....	59
Obrázek 34: Podíl obyvatel ve věku 80+ na seniorech v roce 2025.....	60
Obrázek 35: Změna podílu obyvatel ve věku 80+ na seniorech mezi roky 2015 a 2025	60
Obrázek 36: Podíl seniorů v SO ORP v roce 2035	67
Obrázek 37: Změna podílu seniorů mezi roky 2015 a 2035.....	67
Obrázek 38: Podíl obyvatel ve věku 80+ v SO ORP v roce 2035	68
Obrázek 39: Změna podílu obyvatel ve věku 80+ mezi roky 2015 a 2035.....	69
Obrázek 40: Podíl obyvatel ve věku 80+ na seniorech v roce 2035.....	70
Obrázek 41: Změna podílu obyvatel ve věku 80+ na seniorech mezi roky 2015 a 2035	70
Obrázek 42: Prostorová dostupnost pečovatelské služby	75
Obrázek 43: Prostorová dostupnost všeobecných praktických lékařů	76