

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI
PEDAGOGICKÁ FAKULTA
Katedra antropologie a zdravovědy

Bakalářská práce

Tomáš Ulman

Sociálně zdravotní práce se zaměřením na vzdělávání

**Demografická analýza procesu stárnutí obyvatel z hlediska
zdravotní a sociální péče**

Olomouc 2015

vedoucí práce: Mgr. Petr Zemánek, Ph.D.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „Demografická analýza procesu stárnutí obyvatel z hlediska zdravotní a sociální péče“ vypracoval samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

V Olomouci dne 20. 4. 2015

Podpis

Děkuji Mgr. Petru Zemánkovi, Ph.D., za odborné vedení bakalářské (diplomové) práce, poskytování rad a materiálůvých podkladů k práci.

OBSAH

OBSAH	4
ÚVOD	6
1 CÍL PRÁCE	7
2 Úvod do problematiky	8
2.1 Charakteristika základních pojmů	8
2.2 Demografie jako věda.....	9
2.2.1 Historický vývoj demografie	10
2.3 Zdravotní péče v České republice	11
2.3.1 Druhy zdravotní péče	11
2.3.2 Hrazené zdravotní služby	13
2.3.3 Financování zdravotního systému ČR.....	14
2.4 Sociální zabezpečení v České republice.....	16
2.4.1 Charakteristika systému sociálního zabezpečení.....	16
2.4.1.1 Dávky sociálního pojištění	17
2.4.1.2 Dávky státní sociální podpory.....	18
2.4.1.3 Dávky sociální pomoci.....	19
2.4.2 Příspěvek na péči	20
2.4.3 Sociální služby.....	21
2.4.4 Úhrada za poskytnuté sociální služby.....	21
2.4.5 Financování sociálního systému ČR	22
2.5 Stáří.....	22
2.5.1 Zdraví a nemoc ve stáří.....	23
2.5.2 Nemoci ve stáří.....	24
2.5.3 Nemoci stáří	24
3 Česká republika v současnosti	26
3.1 Stáří v České republice k 31. 12. 2013	26

3.1.1	Zdravotní stav seniorů	26
3.1.2	Využívání sociálních služeb	27
3.2	Příjmy sociálního systému ČR v roce 2011, 2012 a 2013	28
3.3	Výdaje sociálního systému ČR v roce 2011, 2012 a 2013.....	29
3.4	Příjem systému zdravotního pojištění v roce 2012	30
3.5	Výdaje systému zdravotního pojištění v roce 2012.....	31
4	Vývoj stárnutí populace v ČR do roku 2100	32
4.1	Vývoj počtu obyvatel.....	32
4.2	Vývoj věkového složení obyvatelstva	34
4.2.1	Osoby v produktivním věku	36
4.3	Vývoj finančního zatížení důchodového systému.....	37
4.4	Vývoj finančního zatížení zdravotního systému	39
	ZÁVĚR.....	40
	Souhrn	42
	Summary	43
	REFERENČNÍ SEZNAM	44
	Seznam použité literatury	44
	Seznam tabulek	45
	Seznam grafů	46
	Seznam příloh	46
	PŘÍLOHY	

ÚVOD

Stárnutí populace se velmi rychle stává celosvětovým sociálním problémem. Tento problém je zmiňován hlavně v obavách o sociální a zdravotní systém.

Stárnutím populace trpí každá ekonomicky vyspělá společnost. Důvodem tohoto stárnutí je snižující se porodnost a zároveň prodlužující se doba života. To je zapříčiněno lepší lékařskou péčí s nízkou úmrtností.

V České republice se očekává rychlé tempo tohoto stárnutí hlavně v první polovině 21. století. Ve druhé polovině by se mělo stárnutí zpomalit a téměř stabilizovat. K ovlivnění rychlosti stárnutí používá Vláda České republiky hlavně postupné prodlužování důchodového věku.

Jedním z problémů, který s sebou proces stárnutí přináší, je zvyšující se zatížení sociálního a zdravotního systému. Počet seniorů ve věku 65 a více let se v České republice za posledních 20 let zvýšil o téměř půl milionu. V roce 2013 tato skupina obyvatel čítala 1 826 000 jedinců.

Společně s nízkou porodností toto vše zapříčiňuje ubývání jedinců v produktivním věku, což zatěžuje náš sociální a zdravotní systém.

1 CÍL PRÁCE

Tato práce má pomocí aktuálních dat a projekcí přiblížit změny ve společnosti, které s sebou postupně přináší proces stárnutí populace. Pomocí dat z Českého statistického úřadu by měla přiblížit fungování systému sociální a zdravotní péče. Pomocí vypočítaných a popsáných projevů stárnutí populace nastíní postupné změny ve složení populace až do roku 2100. A získané výsledky z projekce použijeme na systém fungování sociálních a zdravotních systémů.

Ekonomické fungování sociálního systému včetně jeho fungování v roce 2100 vyjádříme na poměru poproduktivní a produktivní složky obyvatel. Jedná se o složky, které nejvíce berou z tohoto systému a které nejvíce přispívají do tohoto systému. Pomocí tohoto poměru bude ukázán zvyšující se poměr zátěže.

Ekonomické fungování zdravotního systému bude založeno na výpočtech nákladů na zdravotní péči jedince podle věku. Budou popsány tyto výdaje podle demografického složení těchto věkových skupin a bude porovnán poměr příjmů a výdajů v roce 2012 a 2100.

To vše povede ke zjištění problémů, které vzniknou v těchto systémech, z důvodu procesu stárnutí populace.

2 ÚVOD DO PROBLEMATIKY

V této části jsou vysvětleny základní pojmy, demografické údaje a je popsáno fungování sociálního a zdravotního systému České republiky.

2.1 Charakteristika základních pojmů

Demografická reprodukce – je to přirozená obnova populace s vyloučením migrace. Je to tedy přirozená měna obyvatelstva v uzavřené populaci, kdy je v úvahu brán proces rození a vymírání.

Demografická analýza – je to rozbor jednotlivých složek demografické reprodukce. Například je to úmrtnost spojená s potratovostí, porodností, nemocností, sňatečností a rozvodovostí.

„Demografická analýza studuje demografické události jako hromadné jevy s cílem vymezit jejich charakteristické znaky a zkoumat jejich proměnlivost v průběhu času nebo na určitém území.“

(Kalibová, 2009) Rozlišujeme dva typy demografické analýzy podle přístupu ke studiu demografických událostí: kohortní analýza a transverzální analýza. Demografická analýza vychází ze základní datové dokumentace (evidence přirozené měny, výsledky sčítání lidu, a další).

Demografická událost – je to významná životní událost, která jako hromadný jev utváří průběh demografické reprodukce a v této podobě je předmětem demografické analýzy. Nejvýznamnějšími demografickými událostmi jsou porod a smrt (potrat je brán jako specifický druh úmrtí a odvozuje se z něho potratovost). Ostatní demografické události mají na demografickou reprodukci nepřímý vliv. Například sňatky a rozvody ovlivňují porodnost, zatímco nemoci ovlivňují úmrtnost.

Demografické chování – je chování, které vede ke vzniku demografické události.

Demografický výzkum – je to každý výzkum zaměřený na zjišťování početnosti, složení a rozmístění obyvatelstva. Poskytuje podklady pro demografickou analýzu.

Generace – je to velká věkově vymezená skupina osob spojených dobově podmíněným stylem myšlení a jednání a prožívající podstatná období své socializace ve shodných historických a kulturních podmínkách, pod vlivem stejných událostí. (Kalibová, 2009)

Migrace – je to prostorové přemísťování osob přes libovolné hranice, spojené se změnou bydliště.

Naděje dožití – je to ukazatel délky života, který se uvádí buď od narození (udává, jakého věku se v průměru dítě dožije) nebo od určitého přesného věku (udává průměrnou délku života jednotlivých osob od dosažení tohoto věku, tj. kolik let života mají ještě v průměru příslušníci této generace před sebou).

Nemocnost – je to výskyt a působení nemocí v populaci. Je propojená s úmrtností, nadějí dožití a dlouhověkostí.

Obyvatelstvo – je to soubor lidí žijících na určitém území. Někdy se překrývá s pojmem populace.

Populace – je to soubor jedinců určitého živočišného druhu žijících a reprodukcujících se na vymezeném území.

Populační projekce – jsou to odhady budoucího vývoje velikosti a demografické struktury určité sledované populace či její části, které vycházejí ze současných populačních trendů a odhadů vývoje budoucího.

Přirozená měna – je to pojem pro vyjádření procesů rození a vymírání lidských populací. Souvisí s přirozenou obnovou populace.

Sčítání lidu – (populační census, soupis obyvatelstva) je to souborná statická akce sběru, uspořádání, zhodnocení, analýzy a publikování vybraných demografických, ekonomických a sociálních údajů, zjišťovaných k určitému okamžiku a týkajících se všech osob v zemi nebo v její určité, přesně vymezené části.

Stárnutí – je to postupující opotřebování, negativní změny se projevují ubýváním energie, únavou, stagnací, funkčními výpadky až degenerací. Jde o biologický proces v živých organismech, jehož základem je pokračující odumírání tělesných buněk, jejich nahrazování buňkami horší kvality. Je to nevratný proces.

2.2 Demografie jako věda

Demografie je interdisciplinární vědní obor, který se zabývá studiem reprodukce lidských populací a podmíněnostmi tohoto procesu. Název je odvozen z řeckého démos = lid (původně územní jednotka, přeneseně obyvatelstvo) a grafein = psát.

Objektem demografie jsou lidské populace. Specifikem demografie je zaměření na proces jejich reprodukce. Demografie spolupracuje s geografí obyvatelstva při studiu populačního

vývoje. Ten je výsledkem přirozené měny obyvatelstva, tak i migrace. Význam migrace je větší u menších územních celků. Podle D. Valentěje je objektem demografie nejen demografická reprodukce jako výsledný proces, ale i podmíněnosti tohoto procesu a jeho důsledky. V tomto vymezení nejsou dané přesné hranice, proto přesahuje i do jiných oborů anebo tyto obory do svého objektu zahrnuje. To umožnilo vznik hraničním disciplínám, například lékařská demografie, sociologická demografie nebo sociální demografie.

Demografie musí studovat podmíněnosti demografické reprodukce, protože by se připravila o možnost vysvětlení tohoto procesu. Kalibová a kolektiv (2009) uvádí, že kritériem toho, které podmínky mají být zkoumány demografií, je jejich váha, kterou působí na demografickou reprodukci. Proto jsou za demografické jevy (události) považovány i sňatky, rozvody, ovdovění, nemoc, a další. Základními demografickými událostmi jsou narození, úmrtí a potrat.

Demografická analýza zaměřuje svou pozornost na poznávání částí jednotlivých procesů. Demografická syntéza objasňuje demografickou reprodukci celých populací.

„Teoretická demografie navazuje na filozofii, demografická metodologie na matematiku a statistiku, demografická analýza, respektive demografie populací i na ostatní empirické obory (ekonomii, sociologii, antropologii atd.) a přímo je propojena s populační politikou a praktickými aplikacemi v sociálním a ekonomickém životě. Demografie je v pravém smyslu slova historickým oborem, neboť se zabývá populačním vývojem v minulosti.“ (Kalibová, 2009)

2.2.1 Historický vývoj demografie

V polovině 17. Století byla publikována práce J. Graunta, kterou věnoval problémům úmrtnosti. Kniha byla založena na statistickém zpracování lístků o úmrtí v Londýně. Tuto dobu můžeme považovat za počátky demografie. Samotná věda je ale starší, i když nebyla definována, a byla používána jako praktická lidská činnost. První soupis obyvatel tvořili již v Babylóně okolo roku 3800 před naším letopočtem, v Číně okolo roku 3000 před naším letopočtem a v Egyptě okolo roku 2500 před naším letopočtem. Důslednější ve sčítání byli Řekové a Římané. Tyto soupisy se tvořily kvůli lepšímu přehledu ve výběru daní a kvůli vytvoření seznamu bojeschopných mužů.

Ve starověku se náznaky demografie objevily již u Konfucia (551–479 před naším letopočtem) a jeho škol. Srovnával počet obyvatelstva s polním hospodářstvím a tvrdil, že musí

být zachován vhodný poměr mezi výměrou půdy a počtem obyvatelstva, jinak bude docházet k chudobě. Dalším filozofem zabývajícím se demografií byl Platón. Platón ve svých úvahách tvrdí, že počet 60 tisíc obyvatel je nejvýhodnější pro každé město. Naproti tomu tvrdil Aristoteles (384–322 před naším letopočtem), že počet obyvatel by měl být limitovaný, jinak bude příčinou chudoby. Starověké křesťanství vytvářelo své teorie na bázi etiky a na bázi plnění příkazu ze Starého zákona o rozmnožování se a naplnění země.

Termín demografie poprvé použil A. Guillard v roce 1855. Samotný termín se prosazuje až na konci 19. století. Pojem demografie měl být nahrazen, ale nové pojmy se neujaly. Byla to například fenologie (doporučil E. Engel v roce 1871) nebo populacionistika (použit Ch. Bernoullim v roce 1841).

V Čechách byl prvním významným statistikem Josef Antonín Riegger, který vydal dvanáctisvazkové dílo o lidnatosti Čech. Koncem 19. století se problémem antropologie a demografie věnoval Jindřich Matiegka. Za zakladatele československé demografie je považován A. Boháč (1881–1950), který je autorem nejdůležitějších československých demografických výzkumů. Organizoval sčítání lidu v letech 1921 a 1930.

2.3 Zdravotní péče v České republice

V České republice je zdravotní péče poskytována na základě povinného veřejného zdravotního pojištění. Cizinec je účasten veřejného zdravotního pojištění, pokud má trvalý pobyt v ČR a nemá-li trvalý pobyt, pak je-li zaměstnancem zaměstnavatele se sídlem nebo trvalým pobytem ČR. Získává tím nároky na poskytování služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění jako ostatní pojištěnci.

V případě zaměstnaneckého poměru odvádí zaměstnavatel na zdravotní pojištění 13,5 % z vyměřovacího základu, z toho 1/3 hradí zaměstnanec a 2/3 zaměstnavatel. V některých případech je plátcem pojistného tohoto pojištění stát (například za neopatřené děti, důchodce a další).

2.3.1 Druhy zdravotní péče

Zdravotní péči můžeme rozdělit na 8 druhů:

- ambulantní péči,

- lůžkovou péči,
- zdravotnickou záchrannou službu a pohotovostní službu,
- pracovně-lékařské služby,
- dispenzární péči,
- lázeňskou léčebně rehabilitační péči,
- poskytování léčivých přípravků a zdravotnických prostředků
- preventivní péči.

Ambulantní péče je zdravotní péčí, při níž není nutná hospitalizace pacienta v zdravotnickém zařízení a je poskytována lékaři primární péče (praktický lékař pro dospělé, pro děti a dorost, zubní lékař a gynekolog) nebo odbornými specialisty.

Lůžková péče je zdravotní péče, která nelze poskytnout ambulantně a pro její poskytnutí je nezbytná hospitalizace pacienta. Léčba v zařízeních lůžkové péče je doporučena, popřípadě přímo domluvena lékaři a to vždy, vyžaduje-li to charakter onemocnění. Lůžkovou péči můžeme rozdělit na:

- akutní péči standardní,
- akutní péči intenzivní,
- péči následnou
- dlouhodobou.

Akutní lůžková péče standardní je poskytována pacientovi s náhlým onemocněním nebo náhlým zhoršením chronické nemoci, za účelem provedení zdravotních výkonů a za účelem včasné léčebné rehabilitace. Akutní lůžková péče intenzivní je poskytována pacientovi v případech náhlého selhávání nebo náhlého ohrožení základních životních funkcí. Následná lůžková péče je poskytována pacientovi, u kterého byla stanovena základní diagnóza, a došlo ke stabilizaci jeho zdravotního stavu, ke zvládnutí náhlé nemoci nebo zhoršení chronické nemoci, a jehož zdravotní stav vyžaduje doléčení nebo poskytnutí zejména léčebně rehabilitační péče. Dlouhodobá lůžková péče je poskytována pacientovi, jehož zdravotní stav nelze léčebnou péčí podstatně zlepšit a bez soustavného poskytování ošetrovatelské péče se zhoršuje.

Zdravotnická záchranná služba a pohotovostní služba je využívána v případě náhlých těžkých onemocnění nebo úrazech, kdy se pacient nemůže sám dopravit k lékaři, a kdy je

nezbytné rychlé ošetření na místě události a případně přeprava postiženého do zdravotnického zařízení za stálého poskytování neodkladné zdravotní péče. Tyto služby lze přivolat pomocí čísla 155 (národní číslo tísňového volání k řešení zdravotních problémů) a 112 (jednotné evropské číslo tísňového volání).

Pracovně-lékařské služby jsou preventivní zdravotní služby, v rámci kterých se hodnotí vliv pracovní činnosti, pracovního prostředí a pracovních podmínek, provádějí se preventivní prohlídky a hodnocení zdravotního stavu. Účelem je posuzovat zdravotní způsobilost k práci, poskytovat poradenství zaměřené na ochranu zdraví při práci a ochranu před pracovními úrazy a nemocemi. Tyto služby hradí zaměstnavatel.

Dispenzární péče je aktivní a dlouhodobé sledování zdravotního stavu pacienta ohroženého nebo trpícího nemocí nebo zhoršením zdravotního stavu, u kterého lze podle vývoje nemoci důvodně předpokládat takovou změnu zdravotního stavu, jejíž včasné zjištění může zásadním způsobem ovlivnit další léčbu a vývoj nemoci.

Lázeňská léčebně rehabilitační péče se někdy stává nezbytnou součástí léčby, kterou doporučuje ošetřující lékař a potvrzuje revizní lékař. Návrh na tuto péči podává registrující praktický lékař nebo ošetřující lékař při hospitalizaci.

Poskytování léčivých přípravků a zdravotnických prostředků je v České republice zajištěno rozsáhlou sítí zařízení lékárenské péče (lékáren), které zajišťují distribuci léků, léčivých přípravků a zdravotnických prostředků, a to na základě lékařského předpisu i bez něho ve volném prodeji.

Preventivní péče je prováděna lékařem primární péče a to pomocí preventivních prohlídek a očkováním proti infekčním nemocem.

2.3.2 Hrazené zdravotní služby

Jedná se o:

- 1) zdravotní péči preventivní, dispenzární, diagnostickou, léčebnou, léčebně rehabilitační, lázeňskou léčebně rehabilitační, posudkovou, ošetřovatelskou, paliativní a zdravotní péče o dárce krve, tkání a buněk nebo orgánů souvisejících s jejich odběrem, a to ve všech formách jejího poskytování podle zákona o zdravotních službách,
- 2) poskytování léčebných přípravků, potravin pro zvláštní lékařské účely, zdravotnických prostředků a stomatologických výrobků,

- 3) přepravu pojištěnců a náhradu cestovních nákladů,
- 4) odběr krve a odběr tkání, buněk a orgánů určených k transplantaci a nezbytné nakládání s nimi (uchování, skladování, zpracování a vyšetření),
- 5) přepravu žijícího dárce do místa odběru a z tohoto místa do místa poskytnutí zdravotní péče související s odběrem a z tohoto místa a náhradu cestovních nákladů,
- 6) přepravu zemřelého dárce do místa odběru a z tohoto místa,
- 7) přepravu odebraných tkání, buněk a orgánů,
- 8) prohlídku zemřelého pojištěnce a pitvu včetně přepravy,
- 9) pobyt průvodce pojištěnce ve zdravotnickém zařízení lůžkové péče,
- 10) zdravotní péči související s těhotenstvím a porodem dítěte, jehož matka požádala o utajení své osoby v souvislosti s porodem; tuto péči hradí zdravotní pojišťovna, kterou na základě identifikačních údajů pojištěnce o úhradu požádá příslušný poskytovatel.

Hrazené zdravotní služby jsou poskytovány zdravotnickými pracovníky, popřípadě jinými odbornými pracovníky ve zdravotnictví, a to v rozsahu jejich odborné způsobilosti.

Služby jsou poskytovány v zařízeních poskytovatelů zdravotnických služeb a na základě smlouvy mezi poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou pojištěnce. Pouze ve výjimečných případech lze služby poskytnout i na jiném místě nebo v zařízení, které nemá smlouvu se zdravotní pojišťovnou pojištěnce.

Pacient se finančně podílí určitou částí na úhradě některých léčivých přípravků. Ty jsou rozděleny do skupin, přičemž v každé skupině musí být nejméně jeden, který je zdravotní pojišťovnou zcela hrazen.

Po dobu hospitalizace nehradí pojištěnec náklady na léčivé přípravky a zdravotnické prostředky, ty jsou hrazeny v plné výši zdravotní pojišťovnou.

2.3.3 Financování zdravotního systému ČR

Financování zdravotního systému v České republice je zprostředkováno přes systém zdravotních pojišťoven. V ČR máme 7 zdravotních pojišťoven:

- 111 Všeobecná zdravotní pojišťovna,
- 201 Vojenská zdravotní pojišťovna ČR,
- 205 Česká průmyslová zdravotní pojišťovna,

- 207 Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví,
- 209 Zaměstnanecská pojišťovna Škoda,
- 211 Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR
- 213 Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna. (mzcr.cz, 2008)

Zdravotní pojišťovny od svých klientů vybírají pojistné, které je shromažďováno do společného fondu, který spravuje Všeobecná zdravotní pojišťovna. Z tohoto fondu jsou finanční prostředky přerozděleny zpět zdravotní pojišťovnám. Toto přerozdělování je prevencí diskriminace skupin obyvatelstva, které vyžaduje na svou zdravotní péči více finančních prostředků. Pojišťovny by si mohly vybírat méně finančně náročné klienty.

Plátcí pojistného jsou: pojištěnec (osoba zaměstnaná, osoba samostatně výdělečně činná, osoba s trvalým pobytem na území ČR a není to osoba zaměstnaná, případně osoba samostatně výdělečně činná), zaměstnavatelé (je plátcem části pojistného za své zaměstnance) a stát (prostřednictvím státního rozpočtu je plátcem pojistného za nezaopatřené děti, uživatele důchodu z důchodového pojištění, příjemce rodičovského příspěvku, ženy na mateřské, nezaměstnané, a další).

Výši pojistného určuje zákon č. 592/1992 Sb. O pojistném na všeobecné zdravotní pojištění. Tento zákon stanoví procentuální sazbu na 13,5 % z vyměřovacího základu. Vyměřovací základ je úhrn příjmů ze závislé činnosti a funkčních požitků, které jsou předmětem daně z příjmu fyzických osob a nejsou od daně osvobozeny. V případě minimální mzdy (8500 Kč) je to 1 148 Kč. U pojistného, které hradí stát je částka placená státem 723 Kč.

Zaměstnavatel je povinen za své zaměstnance hradit pojistné ve výši 9 %, zbylých 4,5 % si hradí zaměstnanec ze své mzdy. Tato částka je zaměstnanci stržena ze mzdy i bez jeho souhlasu. Osoby samostatně výdělečně činné si pojistné hradí samy formou záloh na účet příslušné zdravotní pojišťovny.

Úhrada zdravotní péče je tudíž financována z převážně pracující části obyvatelstva a částečně také státem. Šatera (2010) rozděluje výdaje spojené se zdravotním systémem do těchto skupin: úhrada z veřejného zdravotního pojištění, úhrada z ostatních veřejných rozpočtů, úhrada ze soukromých zdrojů, spoluúčast pacienta (přímé platby) a soukromé pojištění.

2.4 Sociální zabezpečení v České republice

Sociální zabezpečení je v České republice nejdůležitějším nástrojem sociální politiky. Pomáhá předcházet, zmírňovat a vyrovnávat se s nepříznivými událostmi.

2.4.1 Charakteristika systému sociálního zabezpečení

Základem systému sociálního zabezpečení v České republice je rozdělení do tří pilířů.

- sociální pojištění,
- státní sociální podpora
- sociální pomoc.

V praxi jde o systém sociálního a zdravotního pojištění a systém sociálních dávek.

První pilíř, sociální pojištění, můžeme rozdělit na důchodové pojištění, nemocenské pojištění a zdravotní pojištění. Pomocí sociálního pojištění jsou řešeny situace, na které se občan může předem připravit. Mezi takovéto situace patří například nemožnost vykonávat své povolání z důvodu nemoci, invalidity i při ošetřování člena rodiny. Dávky sociálního pojištění pomáhají nahradit výpadek stávajícího příjmu. Výše dávek je závislá na výši příjmu a délce pojištění.

Druhý pilíř, státní sociální podporu, upravuje zákon č. 117/1995 Sb. o státní sociální podpoře. Objektem státní sociální podpory jsou zejména rodiny s nezaopatřenými dětmi. Dávky jsou ve většině případů poskytovány rodičům nezaopatřených dětí, mohou to být i osoby, které se za rodiče pro tyto účely považují, nebo přímo samotné děti. Pouze příspěvek na bydlení a pohřebné může být přiznáno i jiným osobám. Dávky můžeme rozdělit na dávky závislé na příjmu a dávky nezávislé na příjmu.

Třetí pilíř, sociální pomoc, řeší situace osob ohrožených sociálním vyloučením, pomáhá uspokojovat základní osobní potřeby těchto osob. Třetí pilíř můžeme rozdělit na tři podsystemy. Je to pomoc v hmotné nouzi, sociální péče a sociální služby. Dávky sociální pomoci mohou být jednorázové, opakující se, peněžité, věcné, obligatorní popřípadě fakultativní.

2.4.1.1 Dávky sociálního pojištění

Dávky sociálního pojištění můžeme rozdělit na dávky důchodového pojištění a dávky nemocenského pojištění.

Mezi dávky důchodového pojištění patří starobní důchod, invalidní důchod a pozůstalostní důchody. Důchodové pojištění upravuje zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění. Tento zákon byl 1. 1. 2010 upraven. Zákon rozděluje důchodový věk do tří kategorií. Narození před rokem 1936 (příloha č. 1), narození v období 1936 až 1977 (příloha č. 2) a narození po roce 1977, u kterých se stanoví důchodový věk tak, že se k věku 67 let přičte takový počet kalendářních měsíců, který odpovídá dvojnásobku rozdílu mezi rokem narození pojištěnce a rokem 1977. Potřebná doba pojištění se postupně prodlužuje v závislosti na roku dosažení důchodového věku, viz tabulka č. 1. Zákon dále upravuje vyplácení dávek invalidních důchodů. Výše invalidního důchodu je rozdělena podle tří stupňů invalidity. Rozdíl mezi jednotlivými stupni spočívá v míře poklesu pracovní schopnosti pojištěnce. Mezi pozůstalostní důchody se řadí vdovský, vdovecký a sirotčí důchod.

Mezi dávky nemocenského pojištění patří:

- nemocenská,
- ošetřovné,
- peněžitá pomoc v mateřství
- vyrovnávací příspěvek v těhotenství a mateřství.

Nemocenské pojištění je upraveno zákonem 187/2006 Sb. Nemocenská náleží zaměstnanci, který je v dočasné pracovní neschopnosti z důvodu například nemoci nebo je v karanténě. První tři dny není nemocenská vyplácena, od 4 do 14 dne nemoci poskytuje náhradu mzdy zaměstnavatel, od 15. dne pracovní neschopnosti je nemocenská vyplácena Okresní správou sociálního zabezpečení. Na ošetřovné má nárok ten zaměstnanec, který nemůže pracovat z důvodu ošetřování člena domácnosti nebo musí pečovat o dítě mladší 10 let při uzavření školského zařízení, nebo dítěti byla nařízena karanténa, popřípadě onemocněla osoba, která se o dítě obvykle stará. Peněžitá pomoc v mateřství je dávka, která nahrazuje příjem a náleží tomu, kdo splní stanovené podmínky. Vyrovnávací příspěvek v mateřství je poskytován zaměstnankyni,

kteřou z důvodu těhotenství a mateřství dočasně převedli na jinou práci, a z ní má bez svého zavinění nižší výdělek.

2.4.1.2 Dávky státní sociální podpory

Dávky státní sociální podpory můžeme rozdělit na dávky poskytované v závislosti na výši příjmu a dávky poskytované nezávisle na výši příjmu.

Mezi dávky závislé na výši příjmu řadíme přídavek na dítě, sociální příplatek a příspěvek na bydlení. Nárok na přídavek na dítě má nezaopatřené dítě, nejdéle do dvaceti šesti let věku, pokud rozhodný příjem v rodině (u společně posuzovaných osob) nepřesahuje součin částky životního minima a koeficientu 2,4. U dětí do 6 let je to částka 500,- Kč, u dětí mezi 6 až 15 lety je to 610,- Kč a u dětí od 15 do 26 let je to 700,- Kč. Sociální příplatek je určen rodinám s nízkými příjmy, které mají alespoň jedno nezaopatřené dítě. Dávka je určena rodičům a měla by být použita na náklady spojené se zabezpečením nezaopatřených dětí. Účelem příspěvku na bydlení je přispět rodinám i jednotlivcům s nízkými příjmy na náklady spojené s bydlením.

Mezi dávky nezávislé na výši příjmu řadíme rodičovský příspěvek, dávky pěstounské péče, porodné a pohřebné. Rodičovský příspěvek je opakovanou dávkou, která je vyplácena rodiči, který se celodenně a celý kalendářní měsíc stará o dítě. Výše příspěvku se odvíjí od zvolené doby trvání nároku na rodičovský příspěvek. Je to 11 400,- Kč, nebo 7 600,- Kč, nebo 3800,- Kč anebo 3000,- Kč. Mezi dávky pěstounské péče řadíme příspěvek na úhradu potřeb dítěte, odměna pěstouna, příspěvek při převzetí dítěte a příspěvek na zakoupení motorového vozidla. Tyto dávky jsou určeny ke krytí nezbytných nákladů spojených s péčí o dítě v případech, kdy se rodiče nemohou nebo nechtějí starat o dítě. Dítě je svěřeno do péče pěstouna. Porodné patří mezi jednorázové dávky a poskytuje se matce v souvislosti s narozením dítěte. Účelem pohřebného je přispět na náklady spojené s pohřbem. Nárok na pohřebné má osoba, která vypravila pohřeb dítěti, které bylo ke dni smrti nezaopatřeným, nebo osobě, která byla ke dni smrti rodičem nezaopatřeného dítěte, jestliže dítě nebo osoba měly trvalý pobyt na území České republiky. Výše pohřebného je 5000,- Kč.

2.4.1.3 Dávky sociální pomoci

Forma sociální pomoci je dána dávkami, které jsou jednorázové nebo opakující se, peněžité nebo věcné, popřípadě obligatorní nebo fakultativní. Je zde kladen důraz, aby každý případ byl individuálně posuzován s maximálním příspěvním samotného klienta. Sociální pomoc můžeme rozdělit na tři menší systémy, a to na pomoc v hmotné nouzi, sociální péči a sociální služby.

Pomoc v hmotné nouzi je upravena zákonem č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi. Upravuje poskytování pomoci k zajištění základních životních podmínek fyzickým osobám, které se nacházejí v hmotné nouzi, prostřednictvím dávek pomoci v hmotné nouzi. Mezi tyto dávky se řadí příspěvek na živobytí, doplatek na bydlení a mimořádná okamžitá pomoc. Příspěvek na živobytí se poskytuje osobě v hmotné nouzi, jestliže její příjem a příjem společně posuzovaných osob nedosahuje částky živobytí posuzovaných osob. To znamená, že po odečtení přiměřených nákladů na bydlení nedosahuje příjem osoby a společně posuzovaných osob částky živobytí. Částku živobytí stanovuje zákon o životním a existenčním minimu. Úkolem doplatku na bydlení je řešit nedostatek příjmu k uhrazení nákladů spojených s bydlením v případě, že příjem rodiny či jednotlivce včetně příspěvku na bydlení není dostačující ke krytí těchto nákladů. Mimořádná okamžitá pomoc řeší poskytování pomoci v různých situacích, například z důvodu vážné mimořádné události, z důvodu ohrožení zdraví, z důvodu ohrožení sociálním vyloučením a je určena i k úhradě nezbytných nákladů, včetně jednorázových.

Sociální péče je upravena zákonem číslo 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení. Zákon je upraven vyhláškou číslo 182/1991 Sb. V zákoně jsou rozdělené dávky sociální péče a upravené jejich podmínky poskytování. Úkolem sociální péče je poskytování podpory občanů se zdravotním postižením a napomáhání k odstranění bariér, které toto postižení přináší. (Břeská, 2007)

Sociální péče poskytuje peněžité a věcné dávky, mimořádné výhody skupinám občanů s těžkým zdravotním postižením a bezúročné půjčky. Mimořádné výhody jsou poskytovány v I., II., a III. stupni podle posouzení zdravotního stavu. Toto posouzení zdravotního stavu se provádí na základě žádosti správního orgánu, který vede řízení o přiznání mimořádných výhod. Přiznání mimořádných výhod je spojeno se získáním průkazu. V průkazu je vyznačen stupeň přiznaných výhod, platnost průkazu a jejich vzory se nachází v příloze č. 8 vyhlášky 182/1991 Sb.

Dávky sociální péče jsou poskytovány obecními úřady s rozšířenou působností. Pouze dva příspěvky, příspěvek na úhradu užívání bezbariérového bytu a garáže a příspěvek úplně nebo prakticky nevidomým občanům, nejsou poskytovány těmito úřady, ale pověřenými obecními úřady. Mezi tyto příspěvky patří jednorázové příspěvky na opatření zvláštních pomůcek, příspěvek na úhradu bytu, příspěvek na zakoupení, celkovou opravu a zvláštní úpravu motorového vozidla, příspěvek na provoz motorového vozidla, příspěvek na individuální dopravu, příspěvek na úhradu užívání bezbariérového bytu a garáže a příspěvek úplně nebo prakticky nevidomým občanům.

Sociální služby jsou upraveny v zákoně číslo 108/2006 Sb., o sociálních službách. Zákon stanovuje zásady pro poskytování sociálních služeb a upravuje předpoklady pro výkon povolání sociálního pracovníka. Zákon upravuje příspěvek na péči, mění kategorizaci sociálních služeb a zavádí registraci poskytovatelů u krajských úřadů.

2.4.2 Příspěvek na péči

Příspěvek na péči je dávkou, která je poskytována osobám závislým na pomoci jiné osoby. Podle O. Matouška je účelem této dávky zajištění potřebné pomoci osobám, které vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nejsou schopny zvládnout běžné životní úkony. Příspěvek je vyplácen obecními úřady obcí s rozšířenou působností. Výše příspěvku je rozdělena do 4 skupin podle závislosti na pomoci – lehká, středně těžká, těžká a úplná. Stupeň závislosti je určen podle schopnosti zvládnout úkoly stanovené v zákoně. Výše příspěvku je různá u osob do 18 let věku a u osob starších 18 let.

	Do 18 let	Od 18 let
I. stupeň	3 000,- Kč	800,- Kč
II. stupeň	6 000,- Kč	4 000,- Kč
III. stupeň	9 000,- Kč	8 000,- Kč
IV. stupeň	12 000,- Kč	12 000,- Kč

Tabulka č. 1: Výše příspěvků na péči.

Zdroj: Zákon 108/2006 Sb.

2.4.3 Sociální služby

Zákon 108/2006 Sb. stanovuje základní činnosti, které jsou poskytovány. Výše úhrad za tyto služby jsou upraveny vyhláškou číslo 505/2006 Sb. Zákon také stanovuje smluvní princip. Na základě tohoto principu musí poskytovatel sociální služby s uživatelem uzavřít písemnou smlouvu.

Zákon rozděluje služby do 3 skupin:

- sociální poradenství,
- služby sociální péče,
- služby sociální prevence.

Tyto služby jsou pobytové (uživatelé jsou v zařízení ubytování), ambulantní (uživatel musí do zařízení docházet) nebo terénní (uživatelům je služba poskytována v jejich přirozeném prostředí).

Mezi sociální poradenství patří základní a odborné poradenství.

Mezi služby sociální péče patří osobní asistence, pečovatelská služba, tísňová péče, průvodcovské a předčitatelské služby, podpora samostatného bydlení, odlehčovací služby, centra denních služeb, denní stacionáře, týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, chráněné bydlení a sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče.

Mezi služby sociální prevence patří raná péče, telefonická krizová pomoc, tlumočnické služby, azylové domy, domy na půl cesty, kontaktní centra, krizová pomoc, intervenční centra, nízkoprahová zařízení pro děti a mládež, noclehárny, služby následné péče, sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi, sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením, sociálně terapeutické dílny, terapeutické komunity, terénní programy a sociální rehabilitace.

2.4.4 Úhrada za poskytnuté sociální služby

Sociální služby jsou poskytovány podle zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách, poskytovány osobám bez úhrady nákladů nebo za částečnou nebo plnou úhradu nákladů. Úhradu za poskytování sociálních služeb hradí osoba ve výši sjednané ve smlouvě uzavřené s poskytovatelem. Poskytovatel se může dohodnout na spoluúčasti na úhradě s osobou blízkou osobě, které je sociální služba poskytována, popřípadě s jinou fyzickou nebo právnickou osobou,

pokud uživatel sociální služby nemá vlastní příjem, nebo jeho příjem není dostatečný na úhradu nákladů.

Sociální služby bez úhrady nákladů poskytují sociální poradenství, ranou péči, telefonickou krizovou pomoc, tlumočnické služby, krizovou pomoc, služby následné péče, sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi, sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením, terénní programy, sociální rehabilitace, sociální služby v kontaktních centrech a nízkoprahových zařízeních pro děti a mládež, služby sociálně terapeutických dílen a sociální služby intervenčních center.

2.4.5 Financování sociálního systému ČR

Sociální systém ČR je finančně zabezpečen z těchto zdrojů:

- Příjmy z pojistného a příslušenství na důchodové pojištění za období leden až prosinec.
- Příjmy z pojistného a příslušenství na nemocenské pojištění za období leden až prosinec včetně tzv. dobrovolného pojistného.
- Příspěvek na státní politiku zaměstnanosti za období leden až prosinec.

Výdaje sociálního systému jsou:

- Výdaje na dávky důchodového pojištění vyplacené za období leden až prosinec včetně záloh na výplaty důchodů v lednu.
- Výdaje na dávky nemocenského pojištění vyplacené za období leden až prosinec.

2.5 Stáří

Stáří podle Stuarda-Hamiltona (1999) je poslední etapou života, fází, která bývá označována jako postvývojová, protože již byly realizovány všechny latentní schopnosti rozvoje. Člověk v této fázi života získává nadhled, moudrost a pocit naplnění, ale také mu ubývá energie a organismus provádí nezbytné změny směřující k jeho konci.

Stáří rozdělujeme na tři etapy:

- 60 až 74 let, toto období označujeme jako počínající stáří,
- 75 až 84 let, toto období označujeme jako vlastní stáří,

- 90 let a více označováno jako dlouhověkost.

Péči o pacienty starší 70 let se zabývá geriatric. Stará se o pacienty starší 70 let proto, že většina z nich již vykazuje změny typické pro stáří. Z pohledu prevence se ovšem geriatric i gerontologie zaměřují na mladé seniory, kteří mohou své zdraví zlepšit změnou životního stylu.

Geriatric se stará o pacienty zpravidla starší 70 let s komplikovanými onemocněními, které ovlivňují diagnostiku, terapii i rehabilitaci. Pacient je ohrožen zhoršením či ztrátou soběstačnosti. K tomu dochází kvalitativními poruchami vědomí spolu s dalšími geriatrickými komplikacemi (například imobilita, malnutrice, dehydratace a další). Pacient potřebuje specifický (geriatrický) přístup.

Lidský věk můžeme rozdělit na kalendářní a biologický. Biologický věk odpovídá stavu jednotlivých orgánových soustav.

2.5.1 Zdraví a nemoc ve stáří

R. Čevela (2012) uvádí zdraví jako jednu z rozhodujících determinant, která významně ovlivňuje osobní i společenskou roli jedince ve stáří, kvalitu jeho života, průčeschnost, využití volného času, sociálně ekonomický potenciál celé seniorské populace.

Většina seniorů dožije svůj život bez nezvladatelných problémů, tudíž se dožijí „úspěšného stáří“. Vedle těchto seniorů existují i senioři s velkou přítomností různých chorob a patologických nálezů. Nemocný senior může být postižen duševně, tělesně i sociálně. Tím ztrácí postupně svou soběstačnost a stává se závislým na jiných. Tito nemocní senioři potřebují nejvíce pomoci.

Zdraví není pouze stavem bez nemoci, ale patří k němu i soběstačnost a přiměřená psychická, fyzická a sociální aktivita seniora. Podle Světové zdravotnické organizace jde o více než o nepřítomnost choroby. Jde o celkové prospívání a spokojené „fungování“.

Na zdraví a jeho subjektivním vnímání se podílí několik faktorů. Zásah do každého z nich může přinést úlevu, stabilizaci a pokles potřeby péče a služeb. Mezi tyto faktory patří:

- zdravotní stav (přítomnost chorob a jejich projevů),
- funkční stav,
- náročnost prostředí,

- psychický stav (míra adaptace na chronické obtíže, subjektivní prožívání a na změny v prostředí).

Funkční stav nemusí být spjat s chorobou, ale může být jejím důsledkem. Může být důsledkem nevhodného stravování a neaktivity. Projevuje se svalovou slabostí, omezeným rozsahem pohybu, malnutricí apod.

2.5.2 Nemoci ve stáří

Pro nemoci ve stáří platí, že narůstá jejich závažnost. Stávají se závažnějším stresorem, přibývá komplikací, zhoršuje se prognóza, prodlužuje se ošetrovací doba a hrozí trvalá ztráta soběstačnosti.

Pro nemoci ve stáří platí, že často probíhají atypicky. Například diagnosticky cenné, příznačné projevy se oslabují či chybí (například chybí stenokardická bolest u srdečního infarktu) a klinický obraz je zakryt nespecifickými projevy dekompenzace zdravotního stavu (zmatenost, inkontinence, imobilita).

Pro nemoci ve stáří platí, že často se vzájemně kombinují, ovlivňují a potencují, často vyžadují změnu diagnostické, léčebné i rehabilitační strategie (například změna dávkování léků) a obvykle vyžadují aktivní ochranu důstojnosti, životní smysluplnosti a sociálních rolí. Také obvykle vyžadují specifický ošetrovatelský režim s důrazem na prevenci imobility, sarkopenie a dekonidice (ztráta svalové hmoty a síly během léčení), malnutrice, dehydratace, rezignace a dehonestace v souvislosti se zdravotnickými službami. (R. Čevela, 2012)

2.5.3 Nemoci stáří

Za nemoci stáří můžeme označit onemocnění, která se v mládí vyskytují oproti stáří vzácně, a která jsou ve stáří velmi častá a závažná.

K častým a závažným onemocněním patří úrazy, banální virózy, peptický vřed, obezita, hypertenze, záněty (například močových cest nebo dýchacích cest), peptický vřed, nádorová onemocnění a deprese. Věkově podmíněnými chorobami u seniorů jsou ateroskleróza, ischemická choroba srdeční, ischemická choroba dolních končetin, cévní mozkové příhody, diabetes mellitus 2. Typu, demence, katarakta, Alzheimerova nemoc a další. Velký a specifický problém představují nežádoucí účinky léků.

K poklesu nemocnosti velmi přispěla medicína ovlivněním některých klíčových chorob. Velmi ovlivnila prevenci a léčbu aterosklerózy, srdečního selhání, zlomenin stehenní kosti, katarakty, deprese, a arteriální hypertenze. Hlavní přínosy může mít medicína ještě v léčbě Alzheimerovi nemoci, osteoartrózy, degenerace sítnice a obezity.

3 ČESKÁ REPUBLIKA V SOUČASNOSTI

Na konci roku 2013 měla Česká republika 10 512 419 obyvatel. Z toho bylo ve věku 65 a více let cca 1 826 000 obyvatel. To představuje 17,4 % celkové populace.

3.1 Stáří v České republice k 31. 12. 2013

rok	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	
65 a více let	1 343	1 356	1 372	1 388	1 402	1 411	1 418	1 423	1 415	1 418	
rok	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
65 a více let	1 423	1 435	1 456	1 482	1 513	1 556	1 599	1 636	1 701	1 768	1 826

Tab. č. 2: Počet seniorů od roku 1993 v tisících.

Zdroj dat: ČSÚ

V roce 2013 bylo z celkového počtu obyvatel ve věku 65 a více let 20 % žen a 15 % mužů.

Index stáří má od roku 2006 v České republice stoupající tendenci, to znamená, že se zvyšuje počet seniorů nad 65+ let oproti dětem do 14 let. V roce 2006 byl index stáří 100,2, tudíž byl poměr seniorů a dětí téměř v rovnováze. V roce 2013 byl index stáří zhruba 119. Nejvyšší index stáří je tradičně na území Prahy.

Naděje dožití se rok od roku prodlužuje. V roce 2013 byla naděje dožití u mužů 75,2 let a u žen 81,1 let. V šedesáti letech mají muži naději dožití v průměru 19,2 let a ženy 23,3 let. V 85 letech mají muži naději dožití ještě 5,2 let a ženy 5,5 let. U starších osob se rozdíl v naději dožití mužů a žen stírají a obě pohlaví se mohou dožít téměř stejného věku.

3.1.1 Zdravotní stav seniorů

Střední délka zdravého života při narození je u mužů v České republice 62,3 let a u žen 64,1 let. Střední délka zdravého života ve věku 65 let je u mužů v České republice 8,3 let a u žen 8,9 let. Toto šetření je postaveno na subjektivních otázkách o zdravotním stavu.

Počet zemřelých na 100 tisíc obyvatel je v ČR 1038, z toho 258 na zhoubné novotvary, 492 na nemoci oběhové soustavy a 65 na nemoci dýchací soustavy. Nejvyšší četnost úmrtí v ČR na novotvary je v 65–69 letech, kdy na toto onemocnění v roce 2013 zemřelo 4 800 lidí. Po

sedmdesátce se četnost úmrtí na novotvary snižuje. Četnost úmrtí na nemoci oběhového systému stoupá až do věku 85–89 let, kdy dosahuje 11 570 úmrtí v roce 2013 a s vyšším věkem prudce klesá. V letech 65–69 je četnost úmrtí na nemoci oběhového systému nižší než četnost úmrtí na onemocnění zhoubnými novotvary.

V roce 2013 zemřelo v ČR 54 062 žen a 55 098 mužů. Ve věku 50 a více let to bylo 52 354 žen a 51 096 mužů, ve věku 80 a více let zemřelo 31 118 žen a 17 631 mužů. Na nemoci oběhové soustavy zemřelo 28 030 žen a 23 701 mužů. Ženy ovšem umírají později.

V roce 2013 bylo v ČR hospitalizováno celkem 1 321 815 žen a 1 053 862 mužů. Z toho bylo 105 415 žen a 120 207 mužů ve věku 65–69 let. Je to nejpočetnější skupina hospitalizovaných. Z nemocnice a LDN bylo z hospitalizace propuštěno 1 252 295 žen a 991 859 mužů.

Zdravotní pojišťovny v průměru v roce 2012 vynaložily na jednoho pojištěnce 20 539 Kč u mužů a 22 414 Kč u žen. Výdaje na ženy jsou v mladších věkových kategoriích vyšší než u mužů, ale nijak výrazně. Tyto vyšší výdaje souvisejí s mateřstvím. Průměrné výdaje zdravotních pojišťoven na jednoho pojištěnce jsou znázorněny v tabulce č.

V ČR bylo v roce 2013 na geriatrických odděleních hospitalizováno 5 589 žen a 3 355 mužů ve věku 50 a více let. Ženy byly celkem ošetřovány 87 166 dní, muži 46 309 dní.

Klientů domácí zdravotní péče, kteří dosáhli věku 65 let a vyšší, je v ČR 117 296, což představuje 80 % všech klientů. Počet agentur, které tyto služby poskytují je 428.

3.1.2 Využívání sociálních služeb

Ke konci roku 2013 se v ČR nacházelo 3 240 zařízení, která poskytují sociální služby, a jejich kapacita byla celkem 81 183 míst. Z tohoto počtu zařízení je 491 domovů pro seniory (15,2 %).

V České republice bylo v roce 2013 v domovech pro seniory umístěno 36 598 osob, nejvíce ve Středočeském a Moravskoslezském kraji.

V červnu roku 2013 se vyplatilo 316 819 příspěvků na péči. Z hlediska věku nejvíce příspěvků na péči pobírají lidé do 59 let (27 %) a lidé ve věku 85 a více let (26 %). S přibývajícím věkem počet vyplácených příspěvků na péči roste. Nejvyšší příspěvky na péči jsou poskytovány osobám se 4. stupněm závislosti. Ze všech vyplácených příspěvků byl podíl těchto osob 12,9 %.

Klienti využívající pečovatelskou službu jsou ze 71 % ženy, v celé České republice je to 31 509 mužů a 76 984 žen v roce 2013.

V roce 2013 bylo 60 809 žadatelů o umístění do domova pro seniory odmítnuto.

3.2 Příjmy sociálního systému ČR v roce 2011, 2012 a 2013

Z tabulky č. vidíme, že příjmy na důchodové pojištění za období leden až prosinec 2011 činí 319,5 mld. Kč. Je to téměř o 4 mld. Kč méně, než v roce 2012 a 2013. V těchto dvou letech se růst těchto příjmů zpomalil a pohybuje se kolem hranice 323,5 mld. Kč.

Příjmy z pojistného na nemocenské pojištění za období leden až prosinec se od roku 2011 do roku 2013 drží kolem hranice 25 mld. Kč. Tento příjem přitom každým rokem roste přibližně o 200 milionů.

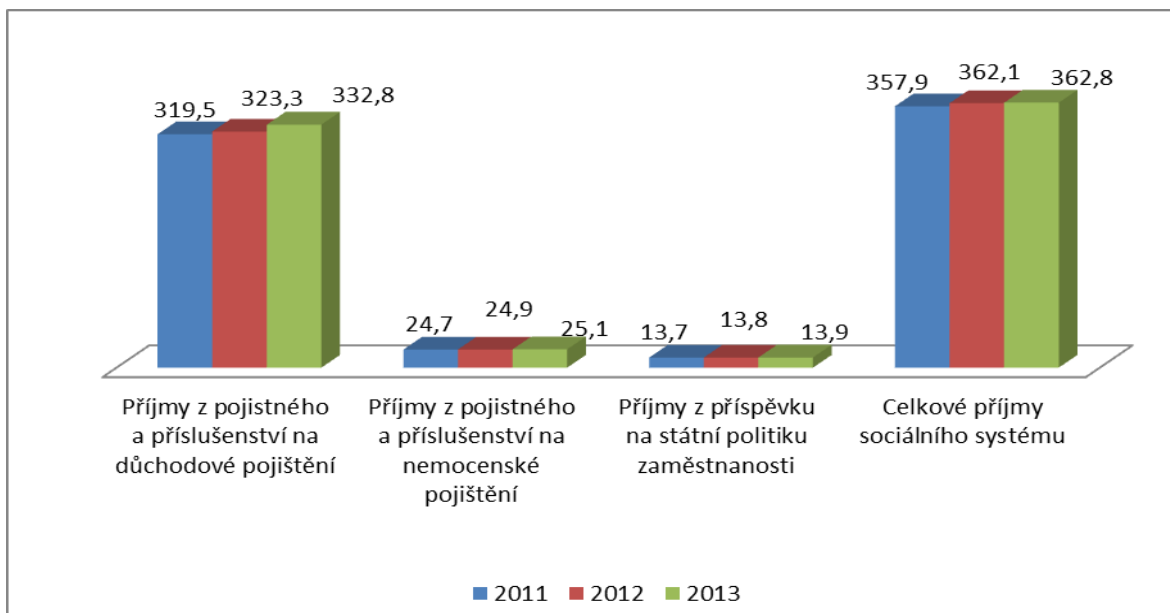
Příjmy z příspěvku na státní politiku zaměstnanosti za období leden až prosinec se během sledovaného období pohybují na téměř stejné hranici. Výše tohoto příjmu v roce 2013 činila 13,9 mld. Kč.

	2011	2012	2013
Příjmy z pojistného a příslušenství na důchodové pojištění	319,5	323,3	323,8
Příjmy z pojistného a příslušenství na nemocenské pojištění	24,7	24,9	25,1
Příjmy z příspěvku na státní politiku zaměstnanosti	13,7	13,8	13,9
Celkové příjmy sociálního systému	357,9	362,1	362,8

Tabulka č. 3: Příjmy sociálního systému v mld. Kč.

Zdroj: ČSSZ

Celkové příjmy systému sociálního zabezpečení přesáhly v roce hranici 362 mld. Kč. Je to o 4,2 mld. Kč více než v roce 2011. V dalším období rostli příjmy mírněji a dosáhly výše 362,8 mld. Kč v roce 2013.



Graf č. 1 Příjmy sociálního systému v mld. Kč

Zdroj: ČSSZ

3.3 Výdaje sociálního systému ČR v roce 2011, 2012 a 2013

Výdaje na dávky důchodového pojištění vyplacené za období leden až prosinec se v roce 2012 zvedli o 13,7 mld. Kč oproti roku 2011 na 372,8 mld. Kč. Růst výdajů v roce 2012 byl vyšší o 10 mld. než růst příjmů. V roce 2013 tyto výdaje vzrostly o 600 milionů do výše 373,4 mld. Kč.

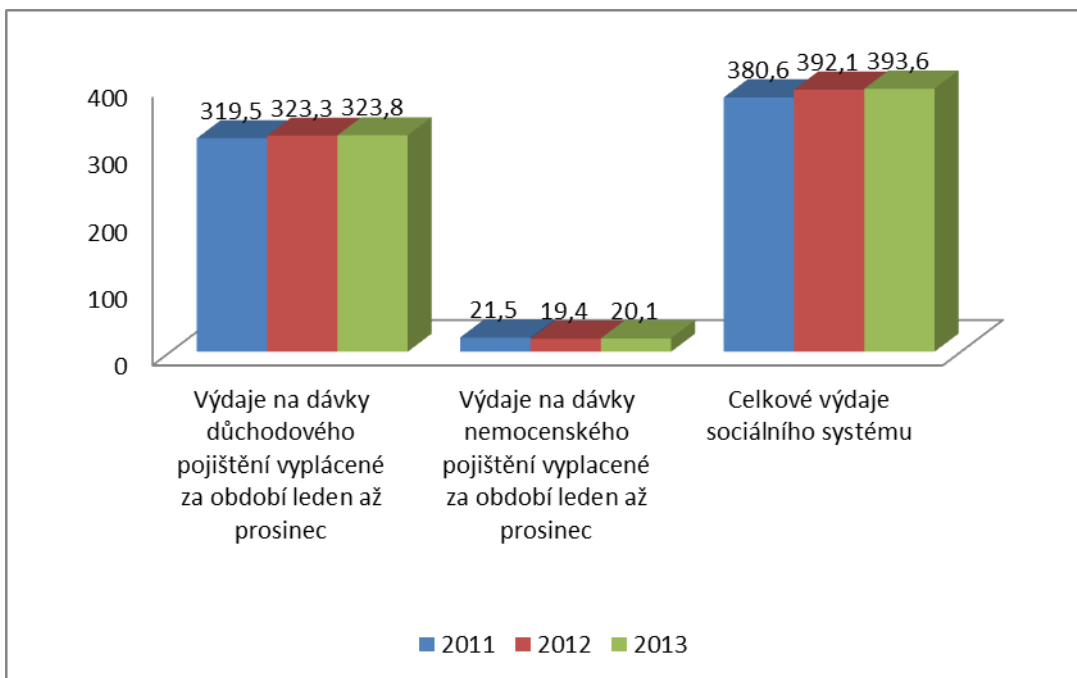
Výdaje na dávky nemocenského pojištění vyplacené za období leden až prosinec v roce 2012 klesly o 2,1 mld. Kč oproti roku 2011. V roce 2013 výdaje mírně vzrostly na úroveň 20,1 mld. Kč.

	2011	2012	2013
Výdaje na dávky důchodového pojištění vyplácené za období leden až prosinec včetně záloh na výplaty důchodů v lednu	319,5	323,3	323,8
Výdaje na dávky nemocenského pojištění vyplacené za období leden až prosinec	21,5	19,4	20,1
Celkové výdaje sociálního systému	380,6	392,1	393,6

Tabulka č. 4: Výdaje sociálního systému v mld. Kč.

Zdroj: ČSSZ

Výdaje v roce 2011 celkem činily 380,6 mld. Kč. V roce 2012 výdaje vzrostly o více jak 11 mld. Kč na úroveň 392 mld. Kč. Výdaje v roce 2013 dosahovaly výše 393,6 mld. Kč.



Graf č. 2: Výdaje sociálního systému v mld. Kč

Zdroj: ČSSZ

3.4 Příjem systému zdravotního pojištění v roce 2012

Podle ročenky Všeobecné zdravotní pojišťovny z roku 2013, byl v roce 2012 celkový počet pojištěnců 10 411 897. Podle VZP je z tohoto počtu 6,1 miliónů pojištěnců, za které pojištění hradí stát. Je to součet počtu osob ve věku 0–14 let, 65 a více let, osob nezaměstnaných a osob ekonomicky neaktivních. Když tento počet osob vynásobíme částkou 723 Kč měsíčně, kterou za tyto pojištěnce hradí stát, zjistíme příjem do systému zdravotního pojištění od státních pojištěnců. V roce 2012 tento příjem činil 52,9 mld. Kč.

Částku, kterou do systému přispívají zaměstnanci, zjistíme tak, že od celkové hodnoty příjmu zdravotního pojištění odečteme částku hrazenou státem za státní pojištěnce. Celkovou hodnotu příjmu zjistíme ze Zdravotnické ročenky České republiky a pro rok 2012 tato hodnota dosahovala výše 229,7 mld. Kč. Po odečtení 52,9 mld. Kč za státní pojištěnce od 229,7 mld. Kč, což je celková hodnota příjmu, dostaneme částku 176,8 mld. Kč, které zaplatili do tohoto systému zaměstnanci.

3.5 Výdaje systému zdravotního pojištění v roce 2012

Podle Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR se financování zdravotní péče skládá ze tří zdrojů: veřejné zdravotní pojištění, které financování tohoto systému v roce 2012 zajišťovalo v celkové části 78,8 % (231,3 mld. Kč), soukromé zdroje, které financování v roce 2012 zajišťovaly z necelých 16 % (nárůst tohoto zdroje byl zejména v roce 2008, kdy bylo zavedeno povinné hrazení regulačních poplatků) a zbylá část byla financována pomocí veřejných rozpočtů.

Celková částka výdajů činila 293,6 mld. Kč. V průměru tedy jeden pacient v roce 2012 spotřeboval zdravotní péči za zhruba 22 tisíc korun.

Pohlaví	Věk								
	0–4	5–9	10–14	15–19	20–24	25–29	30–34	35–39	40–44
muž	16 366	10 224	10 289	9 398	7 887	8 604	9 683	10 610	12 456
žena	14 737	8 623	10 949	11 528	11 021	13 880	15 431	14 718	15 364
Pohlaví	Věk								
	45–49	50–54	55–59	60–64	65–69	70–74	75–79	80–84	85+
muž	15 399	20 024	28 033	36 248	46 807	54 979	61 022	63 194	66 791
žena	17 868	21 709	24 874	29 183	36 747	43 739	50 649	54 724	60 721

Tabulka č. 5: Průměrná částka na jednoho pacienta, členěno podle pohlaví a věkové příslušnosti v Kč.

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky

4 VÝVOJ STÁRNUTÍ POPULACE V ČR DO ROKU 2100

V červnu roku 2013 Český statistický úřad vydal publikaci, ve které jsou zveřejněny výsledky nové demografické projekce České republiky. Tato projekce vychází z údajů o složení obyvatelstva k 1. 1. 2013 a byla vypočtena do roku 2100. Projekce byla rozdělena do tří částí (nízká, střední a vysoká) podle variant vývoje jednotlivých složek, které byly při vytváření projekce brány v potaz. Střední varianta by měly být tou nejpřesnější, nízká a vysoká varianta možnosti, kterými by se mohla, ale neměla, populace České republiky ubírat.

Projekce vychází z předpokladu dalšího snižování úmrtnosti, zvyšování plodnosti a přírůstku obyvatelstva zahraniční migrací. Nízká varianta předpokládá stabilizaci plodnosti na současné nízké úrovni po celé období, naopak střední a vysoká varianta předpokládají v budoucnu jen velmi mírný růst plodnosti do roku 2050 a ve druhé polovině století by se měla plodnost stabilizovat na úrovni plodnosti z roku 2050. Ve všech variantách se předpokládá trvalý růst střední délky života po celé období. V nízké variantě se v několika prvních letech předpokládá záporný migrační přírůstek. (Fiala, 2013)

4.1 Vývoj počtu obyvatel

Všechny tři varianty vývoje počtu obyvatel počítají s úbytkem populace. Tento úbytek je způsoben nízkou plodností, migrací a zvyšováním střední délky života.

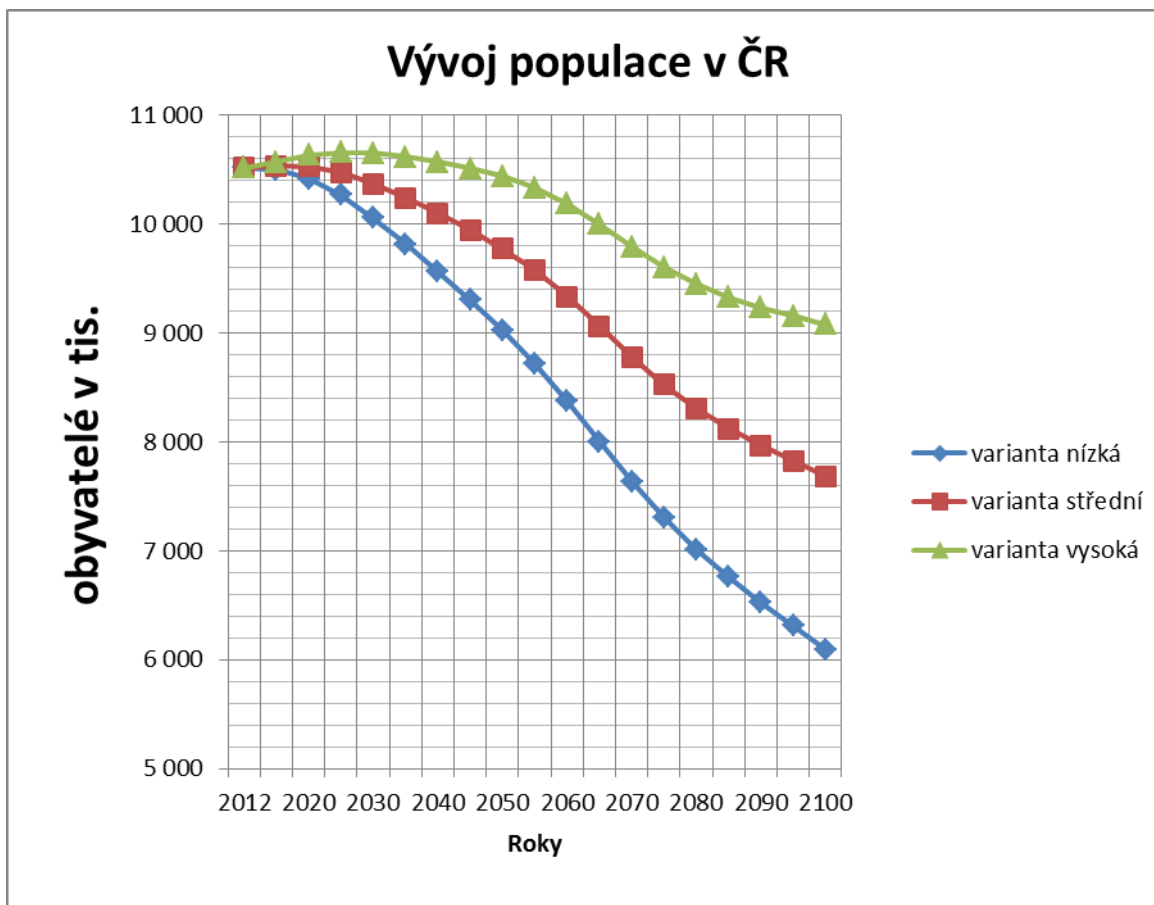
rok	varianta		
	nízká	střední	vysoká
2012	10 516	10 516	10 516
2015	10 499	10 534	10 569
2020	10 418	10 528	10 634
2025	10 271	10 475	10 663
2030	10 062	10 374	10 654
2035	9 819	10 240	10 617
2040	9 567	10 098	10 571
2045	9 307	9 946	10 514
2050	9 030	9 778	10 442
2055	8 721	9 579	10 336
2060	8 374	9 337	10 186
2065	8 004	9 062	9 998
2070	7 639	8 781	9 793
2075	7 307	8 525	9 604
2080	7 016	8 308	9 450
2085	6 758	8 123	9 328
2090	6 527	7 965	9 234
2095	6 311	7 824	9 158
2100	6 095	7 684	9 083

Tabulka č. 6: Vývoj počtu obyvatel do roku 2100 ve třech variantách

Zdroj:

ČSÚ

Nízká varianta počítá s úbytkem populace již od roku 2015 a v roce 2100 by počet obyvatel měl být na hranici 6 milionů. Střední varianta počítá s úbytkem populace od roku 2020 a oproti nízké variantě je pokles mírnější. V roce 2100 střední varianta předpokládá počet obyvatel okolo hranice 7,5 milionu. Nejoptimističtější je vysoká varianta, která předpokládá růst populace až do roku 2025. Od tohoto roku by měl počet obyvatel klesat až k hranici 9 milionů v roce 2100.



Graf č. 3: Vývoj počtu obyvatel podle 3 variant.
Zdroj: ČSÚ

4.2 Vývoj věkového složení obyvatelstva

V první polovině 21. století se předpokládá poměrně rychlé tempo stárnutí populace. Ve druhé polovině tohoto století by měl být nízký počet živě narozených a růst délky života vyvážen vymíráním silných populačních ročníků narozených v 70. letech dvacátého století. Proto by se věkové složení v roce 2100 nemělo výrazně lišit od věkového složení v roce 2050. Rozdíly mezi jednotlivými variantami jsou minimální. V nízké variantě jsou nízká plodnost a migrační přírůstek kompenzovány pomalejším růstem střední délky života. Ve vysoké variantě je vyšší plodnost a vyšší migrace kompenzována rychlejším růstem střední délky života.

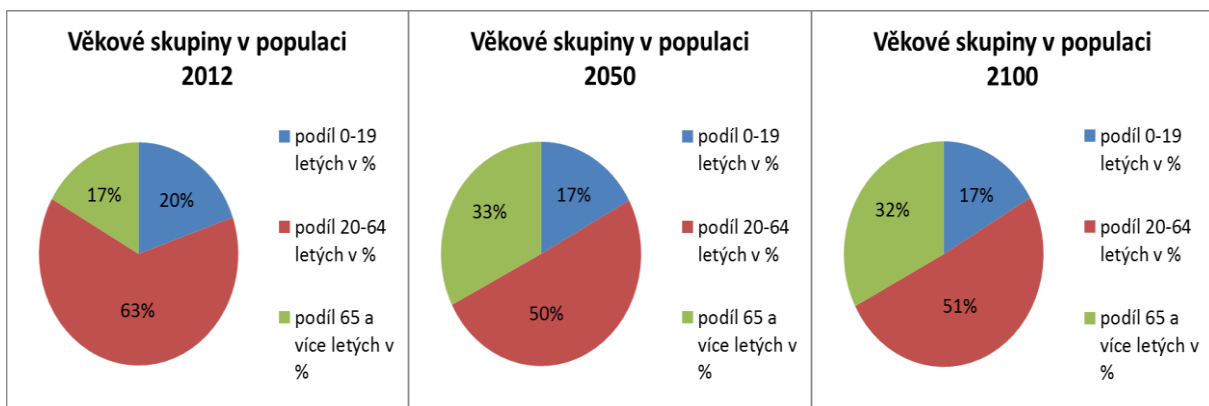
Z 20 % v roce 2012 podíl osob do 20 let poklesne na úroveň zhruba 17 % v roce 2050. Do roku 2100 se tento podíl bude držet na úrovni okolo 17 %. Podíl 20–64letých se od roku 2012 sníží na hranici 50 % v roce 2050 a kolem této hranice se bude držet až do roku 2100. Počet 65

a více letých se bude naopak zvyšovat ze 17 % v roce 2012 až na hranici 33 % v roce 2050 a na této hranici setrvá až do roku 2100.

rok	podíl 0–19letých v %			podíl 20–64letých v %			podíl 65 a více letých v %		
	nízká	střední	vysoká	nízká	střední	vysoká	nízká	střední	vysoká
2012	19,7	19,7	19,7	63,5	63,5	63,5	16,8	16,8	16,8
2015	19,6	19,6	19,6	62,0	62,0	62,0	18,4	18,4	18,4
2020	20,0	19,9	19,9	59,1	59,1	59,2	21,0	20,9	20,9
2025	19,7	19,7	19,6	57,8	57,8	57,8	22,6	22,6	22,5
2030	17,9	18,1	18,1	57,9	57,7	57,7	24,2	24,3	24,2
2035	16,8	17,0	17,1	57,6	57,2	57,1	25,6	25,8	25,8
2040	16,3	16,6	16,8	55,3	54,9	54,7	28,4	28,5	28,5
2045	16,4	16,8	17,0	52,5	52,2	52,1	31,1	31,1	31,0
2050	16,6	17,1	17,3	50,8	50,4	50,4	32,6	32,5	32,3
2055	16,6	17,2	17,4	49,6	49,2	49,2	33,8	33,6	33,4
2060	16,2	16,9	17,2	49,8	49,0	49,0	34,0	33,9	33,8
2065	15,8	16,6	16,9	51,3	50,1	50,1	33,0	32,9	33,0
2070	15,7	16,5	16,8	52,2	50,9	50,9	32,1	32,1	32,2
2075	15,8	16,7	17,0	51,4	50,5	50,5	32,7	32,4	32,5
2080	16,1	17,0	17,3	50,7	50,1	50,1	33,2	32,6	32,5
2085	16,2	17,2	17,5	50,3	49,9	49,9	33,6	32,7	32,6
2090	16,0	17,1	17,4	50,3	50,0	50,0	33,7	32,8	32,6
2095	15,7	16,8	17,2	50,7	50,3	50,3	33,6	32,6	32,5
2100	15,5	16,6	17,0	51,0	50,5	50,5	33,4	32,5	32,4

Tabulka č. 7: Věkové složení obyvatelstva.

Zdroj: ČSÚ



Graf č. 4, 5 a 6 (zleva): Věkové skupiny v populaci v letech 2012, 2050 a 2100

Zdroj: ČSÚ

V následující tabulce je uvedeno rozdělení populace podle věku a pohlaví v roce 2100 jak jej uvádí Český statistický úřad.

Pohlaví	Věk									
	0–4	5–9	10–14	15–19	20–24	25–29	30–34	35–39	40–44	
muž	157 219	160 492	166 505	176 650	192 304	205 810	212 803	217 200	224 938	
žena	148 063	151 145	156 804	166 414	180 642	191 693	195 993	198 393	205 127	
Pohlaví	Věk									
	45–49	50–54	55–59	60–64	65–69	70–74	75–79	80–84	85+	
muž	236 565	247 921	252 967	243 914	227 524	219 393	215 249	200 081	310 308	
žena	217 002	229 590	236 585	230 478	218 311	217 729	225 574	226 132	448 578	

Tabulka č. 8: Rozdělení populace podle věku v roce 2100

Zdroj: ČSÚ

4.2.1 Osoby v produktivním věku

Za osoby v produktivním věku považujeme osoby od 20 let do dosažení důchodového věku. Do konce roku 1995 byl věk pro odchod do důchodu pro muže 60 let a pro ženy, které vychovaly 2 děti, je to 55 let. V roce 1995 byl přijat Zákon 155/1995 Sb., podle kterého se věk pro odchod do důchodu má plynule a trvale zvyšovat. Na konci roku 2013 důchodový věk pro muže byl 62 let a 8 měsíců, pro ženy s 2 dětmi to bylo 59 let a 8 měsíců. Důchodový věk pro muže i ženy (nezáleží na počtu dětí) by měl být stejný v roce 2030 a měl by být na úrovni 65 let. Růst by měl poté dále pokračovat až na hranici 75 let v roce 2100.

Zvyšování důchodového věku zpomalí pokles podílu osob v produktivním věku a ve druhé polovině tohoto století by se měl pokles podílu lidí v produktivním věku a růst podílu lidí v poproduktivním věku zastavit. Proto zde uvedu i varianty podílu osob v produktivním věku při zastavení růstu důchodového věku na hranici 65 a 70 let. Z důvodu minimálního rozdílu mezi variantami projekce demografického vývoje stárnutí přiblížím výsledky pouze pro střední variantu.

Při současné právní úpravě, tj. postupné zvyšování důchodového věku až na hranici 75 let v roce 2100, se předpokládá, že počet osob v produktivním věku v roce 2100 bude kolem 62 % a počet osob v poproduktivním věku by měl být kolem hranice 21 %. Zvyšování důchodového věku v první polovině tohoto století výrazně zpomalí pokles podílu osob v produktivním věku, ve druhé polovině tohoto století bude docházet k postupnému nárůstu a stabilizaci podílu osob v produktivním věku na zmíněných hodnotách.

Zastavení růstu důchodového věku na hranici 65 let, by zapříčinilo pokles podílu osob v produktivním věku na hranici přibližně 50 % z celé populace a podíl osob v poproduktivním věku by dosáhl jedné třetiny populace. Zvýšením hranice důchodového věku na hranici 70 let by se podíl osob v produktivním věku snížil do roku 2050 k hranici 54% populace a podíl osob v poproduktivním věku by se zvýšil na více než 28 %. Ve druhé polovině tohoto století by docházelo ke stabilizaci a podíl osob v produktivním věku by se vrátil téměř k současným hodnotám. Podíl osob v poproduktivním věku by se mírně snížil z 28 na 26 %.

4.3 Vývoj finančního zatížení důchodového systému

Nejjednodušším ukazatelem finančního zatížení důchodového systému je podle T. Fialy (2013) poměr počtu osob v poproduktivním věku k počtu osob v produktivním věku. Je to tzv. index závislosti seniorů (IZS). K výpočtu se využívá vzorec $IZS = S_{III}/S_{II}$. Kdy S_{III} jsou osoby v poproduktivním věku a S_{II} jsou osoby v produktivním věku.

Po zohlednění růstu důchodového věku je počet osob v poproduktivním věku poměrně dobrým odhadem počtu starobních důchodců. Naproti tomu počet osob v produktivním věku není dobrým odhadem počtu plátců sociálního pojištění. Některé osoby v produktivním věku totiž mohou být nezaměstnané, jiné vůbec nejsou ekonomicky aktivní. Z tohoto důvodu je korektnější

porovnávat počet osob v poproduktivním věku nikoli s počtem osob v produktivním věku, ale s počtem zaměstnaných osob. (Fiala, 2013)

Počet zaměstnaných a budoucí vývoj tohoto počtu můžeme odhadnout z věkové a pohlavní struktury obyvatelstva a věkově a pohlavně specifických měr zaměstnanosti. Při výpočtu předpokládáme setrvání specifické míry zaměstnanosti na výchozí úrovni a ukončení ekonomické aktivity v okamžiku dosažení důchodového věku.

pohlaví	Věk											
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74
muž	4,2	48,9	83,6	92,7	93,6	93,7	91,4	89,0	80,8	75,0	70,0	65,0
žena	2,8	35,2	60,3	58,4	74,9	85,1	88,2	83,6	75,0	70,0	65,0	60,0

Tabulka č. 9: Specifické míry zaměstnanosti v % dle věku,

Zdroj: data ČSÚ, předpoklady podle T. Fialy

Podle výpočtů T. Fialy (2013) v současné době připadá zhruba na 100 zaměstnaných přibližně 50 osob v důchodovém věku. Zvyšování důchodového věku způsobí, že do první poloviny 30. let tohoto století bude růst tohoto poměru velmi mírný a neměl by překročit hodnotu 55 osob v důchodovém věku na 100 zaměstnaných. V druhé polovině 30. let dojde k poměrně rychlému nárůstu tohoto poměru, jelikož budou důchodového věku dosahovat silné populační ročníky ze 70. let dvacátého století. V polovině tohoto století by měl poměr zaměstnaných a osob v důchodovém věku dosáhnout hodnoty kolem 70 osob v důchodovém věku na 100 zaměstnaných. Od této doby by měl tento poměr klesat až k hranici 45 osob v důchodovém věku na 100 zaměstnaných, což je nižší poměr než nyní.

Při zastavení důchodového věku na hranici 70 let bychom z poměru zhruba 70 osob v důchodovém věku na 100 zaměstnaných v polovině století dosáhli v roce 2100 poměru okolo hranice 60 osob v důchodovém věku na 100 zaměstnaných.

Tyto odhady jsou ovšem spíše pesimistické, jelikož vycházejí z předpokladu zachování specifických měr zaměstnanosti na úrovni roku 2012, kdy stále nedošlo k výraznému ekonomickému oživení.

4.4 Vývoj finančního zatížení zdravotního systému

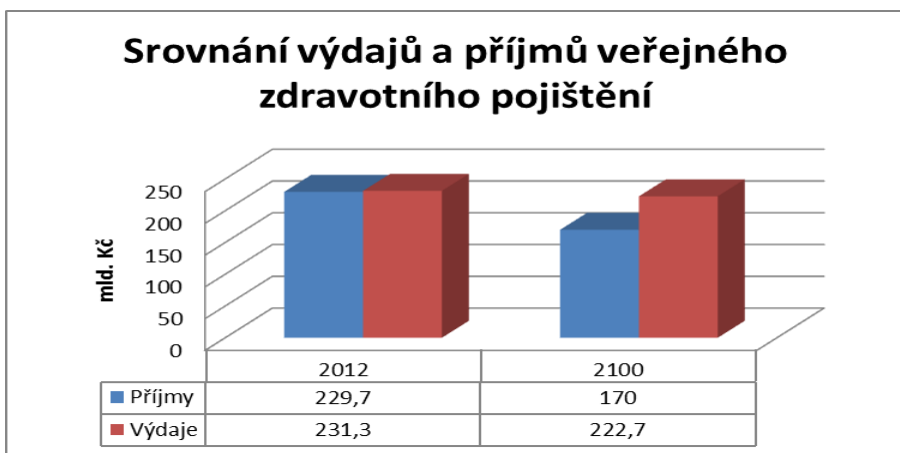
Pro odhad vývoje finančního zatížení použijeme metodu, kterou používá i Evropská komise. Hlavním principem této metody je použití výdajů na zdravotní péči na jedince podle věkové a pohlavní struktury obyvatel. Budeme vycházet z údajů pro rok 2012 a budeme předpokládat, že systém zdravotnictví v ČR se do roku 2100 nezmění a nezmění se ani náklady na léčbu v jednotlivých skupinách obyvatel.

V této metodě uplatníme model čistého stárnutí, kdy výdaje za jednotlivce v roce 2012 v dané kategorii vynásobíme počtem osob v dané kategorii v roce 2100.

Příklad: Kategorie mužů ve věku 25–29 let v roce 2100 čítá 205 810 jedinců. Náklady na léčbu jedince v této kategorii dosáhly v roce 2012 výše 8 604 Kč. Tuto částku vynásobíme počtem jedinců v dané kategorii (8 604 X 205 810) a tím zjistíme náklady vydané ze zdravotního pojištění v této kategorii (1 770 789 240 Kč).

Po sečtení všech kategorií dostaneme částku předpokládaných výdajů ze zdravotního systému v roce 2100. Podle mých výpočtů by výdaje na zdravotní péči v roce 2100 měly být přibližně 222,7 mld. Kč.

Pro výpočet odhadu příjmů použijeme podobnou metodu, jako při výpočtu výdajů. Musíme ovšem zohlednit prodlužující se věk dožití. Proto rozšíříme skupinu 15–64 let na 15–69 let. Údaje o zaměstnanosti, nezaměstnanosti a ekonomické aktivitě použijeme z roku 2012. Taktéž předpokládáme, že platba pojištění státem a průměrná platba pojištěnce zůstanou nezměněny. Díky tomu můžeme vypočítat, že příjmy do systému zdravotního pojištění budou v roce 2100 dosahovat výše okolo 170 mld. Kč.



Graf č. 7: Srovnání výdajů a příjmů veřejného zdravotního pojištění v roce 2012 a 2100 v mld. Kč

Zdroj: ČSÚ a vlastní výpočty

ZÁVĚR

Tato práce se zabývala procesem stárnutím populace v České republice a změnami ve společnosti, které tento proces přináší, se zaměřením na ekonomickou stránku sociálního a zdravotního systému.

Podle změn, které pozorujeme v populaci od roku 1993, byly prokázány trendy, které v tomto odvětví doprovázejí. Podle dat z Českého statistického úřadu jsme zjistili, že počet jedinců ve skupině 0–14 let se snížil z více jak 2 milionů v roce 1993 na počet okolo 1,5 milionu v roce 2013. Počet jedinců ve věkové kategorii 65 a více let se od roku 1993 zvýšil o 0,5 milionu na úroveň 1 milion 800 tisíc jedinců.

Toto snižování počtu jedinců v nejnižší věkové kategorii a zvyšování počtu jedinců v nejstarší věkové kategorii má za následek snižování počtu jedinců v produktivním (ekonomicky aktivním) věku. Počet jedinců v této kategorii se od roku 2009 neustále snižuje a bude se snižovat nadále během celé první poloviny 21. století.

Podle těchto údajů byla sestavena projekce obyvatel až do roku 2100. V tomto roce by měl být počet obyvatel České republiky pod hranicí 8 milionů. Skupina jedinců v produktivním věku by se měla snížit až na hranici 50 % celé populace. To s sebou přinese poměrnou zátěž v sociálním a zdravotním systému. Oba tyto systémy jsou závislé na aktuálním vybírání daní, z kterých jsou tyto systémy financovány.

V sociálním systému máme dnes poměr jedinců v poproduktivním a v produktivním věku zhruba 50:100. Na jednoho jedince v poproduktivním věku připadají dva jedinci v produktivním věku. Podle poměru vychází 50 osob v poproduktivním věku na 100 osob v produktivním věku. Pomocí postupného zvyšování důchodového věku se stát snaží regulovat zvyšování tohoto poměru. Podle projekce by měl poměr v polovině století dosahovat zhruba poměru 70:100, kdy bude zhruba 70 osob v nejstarší kategorii připadat na 100 osob v produktivní kategorii. Ve druhé polovině tohoto století se tento poměr bude snižovat až na hranici nižší, než je v současné době.

To pro sociální systém České republiky neznamená velkou zátěž. Ve druhé polovině století se díky snižujícímu poměru bude sociální systém stabilizovat a ekonomická stránka tohoto systému by měla být dostačující pro fungování systému.

S nárůstem osob v nejstarší kategorii bude docházet ke zvyšování výdajů na zdravotní péči hlavně v této nejstarší skupině. Výše výdajů na zdravotní péči by měla z tohoto důvodu

i přes snižování počtu obyvatel ČR zůstat na podobné úrovni jako dnes. Naopak z důvodu snižování osob v produktivním věku bude docházet k úbytku příjmů do tohoto systému. Předpokládá se, že v roce 2100 budou příjmy na zdravotní systém zhruba o 50 mld. nižší než výdaje, což je velký propad od roku 2012, kdy výdaje a příjmy zdravotního systému byly téměř stejné.

Ztráta příjmů způsobí v systému problém se soběstačností tohoto systému a bude muset být sponzorována z jiného zdroje. To vše pouze za předpokladu, že se tento systém nezmění a vše zůstane na úrovni z roku 2012. Jedním z možných řešení tohoto problému by mohlo být zvýšení příspěvku na zdravotní systém podle růstu mezd v České republice.

SOUHRN

Bakalářská práce se zabývá systémy sociální a zdravotní péče v České republice. Hlavní pozornost je věnována ekonomické stránce těchto systémů, které jsou závislé na složení obyvatelstva a příslušnosti jedinců k jednotlivým věkovým skupinám.

V teoretické části je popsán vznik a vývoj demografie jako vědy. Velká pozornost je věnována rozboru sociálního a zdravotního systému České republiky. Je vysvětleno fungování těchto systémů včetně jevů procesu stárnutí populace, které je ovlivňují.

V praktické části je pomocí demografické projekce nastíněn vývoj populace během 21. století včetně popisu změn v populaci. Údaje těchto projekcí jsou poté zasazeny do stávajícího systému zdravotní a sociální péče. Tímto je získán přehled o změnách v těchto systémech a o problémech, které s sebou proces stárnutí přináší.

Klíčová slova: sociální péče, zdravotní péče, stáří, demografie, demografická projekce

SUMMARY

The bachelor thesis is focused on the systems of social care and health care in the Czech Republic. Main attention is paid to the economic part of these systems. They depend upon the composition of the population and its age structure.

The theoretical part of the thesis describes the origin and development of demography as a field of science. It is focused mainly on the analysis of social and health system in the Czech Republic. It explains the functioning of these systems and the process of population ageing that influences them.

The practical part of the thesis uses demographical projection to outline population development during the 21th century together with the changes in the population. The outcomes of these projections are subsequently set into the current system of social and health care. This summarizes the changes in these systems and the problems connected with the process of ageing.

Keywords: social care, healthcare, old age, demography, demographic projection

REFERENČNÍ SEZNAM

Seznam použité literatury

ASPALTER, Christian, Yasuo UCHIDA a Robin GAULD. *Health care systems in Europe and Asia*. New York: Routledge, 2012, xiv, 200 p. ISBN 9780203157992.

BŘESKÁ, Naděžda, VRÁNOVÁ, Lucie. *Dávky pomoci v hmotné nouzi a dávky sociální péče pro zdravotně postižené osoby k 1.3.2007*. 1. vyd. Olomouc: Anag, spol. s r.o., 2007. ISBN 978-80-7263-378-4.

FIALA, Tomáš, LANGHAMROVÁ, Jitka. *Vývoj ekonomického zatížení důchodového systému ČR při různých variantách zvyšování důchodového věku*. In: RELIK *Reproduction of the Human Capital*. Praha, 09. 12. 2013 – 10. 12. 2013. Slaný: Melandrium, 2013, s. 1–13. ISBN 978-80-86175-89-8.

KALIBOVÁ, Květa. *Úvod do demografie*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 2002, 52 s. ISBN 80-246-0222-9.

KLUFOVÁ, Renata a Zuzana POLÁKOVÁ. *Demografické metody a analýzy: demografie české a slovenské populace*. Vyd. 1. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2010, 306 s. ISBN 978-80-7357-546-5.

MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Sociální služby*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978 – 80-7367-9.

MUŽÁKOVÁ, Karina. *Demografie: (úvod do problematiky)*. Vyd. 1. Brno: Vysoká škola Karla Engliše, 2010 [i.e. 2011], 91 s. ISBN 978-80-86710-24-2.

NĚMEC, Jiří. *Principy zdravotního pojištění*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 240 s. ISBN 978-80-247-2628-1.

PEKOVÁ, Jitka. *Veřejné finance: teorie a praxe v ČR*. Vyd. 1. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2011, 642 s. ISBN 978-80-7357-698-1.

ZEMÁNEK, Petr. *Demografie a populační politika*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012, 52 s. ISBN 978-802-4433-684.

ČESKO. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *MPSV: Ministerstvo Práce a sociálních věcí* [online]. MŠMT, ©2006 [cit. 2010-17-04]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/>

ČESKO. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. *MZ: Ministerstvo zdravotnictví* [online]. MZ, ©2006 [cit. 2010-17-04]. Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/>

ČESKO. ČESKÁ SPRÁVA SOCIÁLNÍHO ZABEZPEČENÍ. ČSSZ: Česká správa sociálního zabezpečení [online]. ČSSZ, ©2006 [cit. 2010-17-04]. Dostupné z: <http://www.cssz.cz/>

ČESKO. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. ČSÚ: Český statistický úřad [online]. MZ, ©2006 [cit. 2010-17-04]. Dostupné z: <http://www.czso.cz/>

ČESKO. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. ÚZIS: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [online]. ÚZIS, ©2006 [cit. 2010-17-04]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/>

VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ČESKÉ REPUBLIKY, *Ročenka Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky za rok 2012* [online]. 2013 [cit. 2010-17-04]. Dostupné z: <http://www.vzp.cz/uploads/document/vzp-rocenka-2012-pdf.pdf>

Seznam tabulek

Tabulka č. 1: Výše příspěvků na péči

Tabulka č. 2: Počet seniorů od roku 1993 v tisících

Tabulka č. 3: Příjmy sociálního systému v mld. Kč

Tabulka č. 4: Výdaje sociálního systému v mld. Kč

Tabulka č. 5: Průměrná částka na jednoho pacienta, členěno podle pohlaví a věkové příslušnosti v Kč

Tabulka č. 6: Vývoj počtu obyvatel do roku 2100 ve třech variantách

Tabulka č. 7: Věkové složení obyvatelstva

Tabulka č. 8: Rozdělení populace podle věku v roce 2100

Tabulka č. 9: Specifické míry zaměstnanosti v % dle věku

Seznam grafů

Graf č. 1: Příjmy sociálního systému v mld. Kč

Graf č. 2: Výdaje sociálního systému v mld. Kč

Graf č. 3: Vývoj počtu obyvatel podle tří variant

Graf č. 4: Věkové skupiny v populaci v roce 2012

Graf č. 5: Věkové skupiny v populaci v roce 2050

Graf č. 6: Věkové skupiny v populaci v roce 2100

Graf č. 7: Srovnání výdajů a příjmů veřejného zdravotního pojištění v roce 2012 a 2100 v mld. Kč

Seznam příloh

Příloha č. 1: tabulka důchodového věku u osob narozených před rokem 1936

Příloha č. 2: tabulka důchodového věku u osob narozených 1937–1977

Příloha č. 3: CD s bakalářskou prací

PŘÍLOHY

Příloha č. 1: tabulka důchodového věku u osob narozených před rokem 1936

Zdroj: Česká správa sociálního zabezpečení

Důchodový věk u narozených do roku 1936					
muži	Ženy podle počtu dětí				
	0 dětí	1 dítě	2 děti	3-4 děti	5 dětí
60 let	57 let	56 let	55 let	54 let	53 let

Příloha č. 2: tabulka důchodového věku u osob narozených v období 1936–1977

Zdroj: Česká zpráva sociálního zabezpečení

Rok narození	Důchodový věk činí u					
	mužů	žen s počtem vychovaných dětí				
		0	1	2	3 - 4	5 a více
1936	60r+ 2m	57r+0m	56r+0m	55r+0m	54r+0m	53r+0m
1937	60r+ 4m	57r+0m	56r+0m	55r+0m	54r+0m	53r+0m
1938	60r+ 6m	57r+0m	56r+0m	55r+0m	54r+0m	53r+0m
1939	60r+ 8m	57r+4m	56r+0m	55r+0m	54r+0m	53r+0m
1940	60r+10m	57r+8m	56r+4m	55r+0m	54r+0m	53r+0m
1941	61r+ 0m	58r+0m	56r+8m	55r+4m	54r+0m	53r+0m
1942	61r+ 2m	58r+4m	57r+0m	55r+8m	54r+4m	53r+0m
1943	61r+ 4m	58r+8m	57r+4m	56r+0m	54r+8m	53r+4m
1944	61r+ 6m	59r+0m	57r+8m	56r+4m	55r+0m	53r+8m
1945	61r+ 8m	59r+4m	58r+0m	56r+8m	55r+4m	54r+0m
1946	61r+10m	59r+8m	58r+4m	57r+0m	55r+8m	54r+4m
1947	62r+ 0m	60r+0m	58r+8m	57r+4m	56r+0m	54r+8m
1948	62r+ 2m	60r+4m	59r+0m	57r+8m	56r+4m	55r+0m
1949	62r+ 4m	60r+8m	59r+4m	58r+0m	56r+8m	55r+4m
1950	62r+ 6m	61r+0m	59r+8m	58r+4m	57r+0m	55r+8m
1951	62r+ 8m	61r+4m	60r+0m	58r+8m	57r+4m	56r+0m
1952	62r+10m	61r+8m	60r+4m	59r+0m	57r+8m	56r+4m
1953	63r+ 0m	62r+0m	60r+8m	59r+4m	58r+0m	56r+8m
1954	63r+ 2m	62r+4m	61r+0m	59r+8m	58r+4m	57r+0m
1955	63r+ 4m	62r+8m	61r+4m	60r+0m	58r+8m	57r+4m
1956	63r+ 6m	63r+2m	61r+8m	60r+4m	59r+0m	57r+8m

1957	63r+ 8m	63r+8m	62r+2m	60r+8m	59r+4m	58r+0m
1958	63r+10m	63r+10m	62r+ 8m	61r+ 2m	59r+ 8m	58r+ 4m
1959	64r+ 0m	64r+ 0m	63r+ 2m	61r+ 8m	60r+ 2m	58r+ 8m
1960	64r+ 2m	64r+ 2m	63r+ 8m	62r+ 2m	60r+ 8m	59r+ 2m
1961	64r+ 4m	64r+ 4m	64r+ 2m	62r+ 8m	61r+ 2m	59r+ 8m
1962	64r+ 6m	64r+ 6m	64r+ 6m	63r+ 2m	61r+ 8m	60r+ 2m
1963	64r+ 8m	64r+ 8m	64r+ 8m	63r+ 8m	62r+ 2m	60r+ 8m
1964	64r+10m	64r+10m	64r+10m	64r+ 2m	62r+ 8m	61r+ 2m
1965	65r+ 0m	65r+ 0m	65r+ 0m	64r+ 8m	63+ 2mr	61r+ 8m
1966	65r+ 2m	65r+ 2m	65r+ 2m	65r+ 2m	63r+ 8m	62r+ 2m
1967	65r+ 4m	65r+ 4m	65r+ 4m	65r+ 4m	64r+ 2m	62r+ 8m
1968	65r+ 6m	65r+ 6m	65r+ 6m	65r+ 6m	64r+ 8m	63r+ 2m
1969	65r+ 8m	65r+ 8m	65r+ 8m	65r+ 8m	65r+ 2m	63r+ 8m
1970	65r+10m	65r+10m	65r+10m	65r+10m	65r+ 8m	64r+ 2m
1971	66r+ 0m	66r+ 0m	66r+ 0m	66r+ 0m	66r+ 0m	64r+ 8m
1972	66r+ 2m	66r+ 2m	66r+ 2m	66r+ 2m	66r+ 2m	65r+ 2m
1973	66r+ 4m	66r+ 4m	66r+ 4m	66r+ 4m	66r+ 4m	65r+ 8m
1974	66r+ 6m	66r+ 6m	66r+ 6m	66r+ 6m	66r+ 6m	66r+ 2m
1975	66r+ 8m	66r+ 8m	66r+ 8m	66r+ 8m	66r+ 8m	66r+ 8m
1976	66r+10m	66r+10m	66r+10m	66r+10m	66r+10m	66r+10m
1977	67r+ 0m	67r+ 0m	67r+ 0m	67r+ 0m	67r+ 0m	67r+ 0m

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Tomáš Ulman
Katedra:	Antropologie a Zdravovědy
Vedoucí práce:	Mgr. Petr Zemánek, Ph.D.
Rok obhajoby:	2015

Název práce:	Demografická analýza procesu stárnutí populace z hlediska zdravotní a sociální péče
Název v angličtině:	Demographic analysis of the aging population process regarding health and social care
Anotace práce:	Bakalářská práce se zabývá systémy sociální a zdravotní péče v České republice. V teoretické části je popsán vznik a vývoj demografie jako vědy. Velká pozornost je věnována rozboru sociálního a zdravotního systému České republiky. V praktické části je pomocí demografické projekce nastíněn vývoj populace během 21. století včetně popisu změn v populaci.
Klíčová slova:	sociální péče, zdravotní péče, stáří, demografie, demografická projekce

Anotace v angličtině:	<p>The bachelor thesis is focused on the systems of social care and health care in the Czech Republic. The theoretical part of the thesis describes the origin and development of demography as a field of science. It is focused mainly on the analysis of social and health system in the Czech Republic. The practical part of the thesis uses demographical projection to outline population development during the 21th century together with the changes in the population.</p>
Klíčová slova v angličtině:	<p>social care, healthcare, old age, demography, demographic projection</p>
Přílohy vázané v práci:	<p>Příloha č. 1: tabulka důchodového věku u osob narozených před rokem 1936 Příloha č. 2: tabulka důchodového věku u osob narozených 1937–1977 Příloha č. 3: CD s bakalářskou prací</p>
Rozsah práce:	<p>52 stran</p>
Jazyk práce:	<p>Čeština</p>