

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA EKONOMICKO-SPRÁVNÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2022

Bc. Nikol Donátová

Univerzita Pardubice
Fakulta ekonomicko-správní

Zhodnocení dopadů procesu stárnutí obyvatelstva v ČR
Diplomová práce

2022

Bc. Nikol Donátová

Univerzita Pardubice
Fakulta ekonomicko-správní
Akademický rok: 2021/2022

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Bc. Nikol Donátová**
Osobní číslo: **E19551**
Studijní program: **N0488A050001 Hospodářská politika a veřejná správa**
Specializace: **Ekonomika veřejného sektoru**
Téma práce: **Zhodnocení dopadů procesu stárnutí obyvatelstva v ČR**
Zadávací katedra: **Ústav ekonomických věd**

Zásady pro vypracování

Cílem práce je zhodnotit demografický proces stárnutí obyvatel v ČR v posledních dekádách, analyzovat dané vývojové tendence a zhodnotit dopady tohoto procesu na veřejné finance, případně vybrané oblasti sociální politiky na republikové, krajské či obecní úrovni.

Osnova:

- Charakteristika procesu stárnutí obyvatelstva.
- Sociální politika a její vztah k procesu stárnutí obyvatelstva.
- Analýza základních vývojových tendencí procesu stárnutí obyvatelstva v ČR.
- Analýza poskytovaných sociálních služeb zaměřených na seniory.
- Zhodnocení dopadů vybraných aktivit ve vztahu k veřejným financím.

Rozsah pracovní zprávy: **cca 50 stran**
Rozsah grafických prací: **–**
Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

EUROPEAN COMMISSION. The silver economy: Final report – Study. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2018. ISBN 978-92-79-76911-5.
HROZENSKÁ, M., DVOŘÁČKOVÁ, D. Sociální péče o seniory. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4139-0.
MALÍKOVÁ, E. Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3148-3.
OECD. OECD Economic Surveys: Czech Republic 2018. Paris: OECD Publishing, 2018.
PRUDKÁ, Š. Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních. Praha: Wolters Kluwer, 2015. ISBN 978-80-7478-839-0.

Vedoucí diplomové práce: **Ing. Martin Sobotka, Ph.D.**
Ústav ekonomických věd

Datum zadání diplomové práce: **1. září 2021**
Termín odevzdání diplomové práce: **30. dubna 2022**

prof. Ing. Jan Stejskal, Ph.D. v.r.
děkan

L.S.

doc. Ing. Jan Černohorský, Ph.D. v.r.
vedoucí ústavu

V Pardubicích dne 1. září 2021

Prohlašuji:

Práci s názvem *Zhodnocení dopadů procesu stárnutí obyvatelstva v ČR* jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využil, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 29. 4. 2022

Bc. Nikol Donátová, v. r.

PODĚKOVÁNÍ

Zde bych chtěla poděkovat a zmínit především Ing. Martina Sobotku, Ph.D., který jako vedoucí práce mi poskytl hodnotné rady a připomínky, a především měl trpělivost s mým zpracováním práce. Určitě také patří velké poděkování mé rodině a přátelům, kteří mě neustále ve studiu podporovali, poskytovali mi psychickou podporu, a hlavně ve mně věřili.

ANOTACE

Diplomová práce se zabývá problematikou stárnutí obyvatelstva a jeho dopadu na veřejné finance, konkrétně v oblasti sociálních služeb dlouhodobé péče. V práci je charakterizováno stárnutí, související základní demografické pojmy, sociální služby a je zhodnocen demografický vývoj České republiky a jejích krajů v posledních desetiletí a také je uveden jeho pravděpodobný budoucí vývoj. Dále je zhodnocen dopad stárnutí na dostupnost a budoucí potřebnost vybraných sociálních služeb dlouhodobé péče pro seniory v České republice a v krajích. V poslední kapitole je zhodnocen vliv stárnutí populace na výdaje na dlouhodobou péči, kdy významná část je věnována vývoji počtu poskytovaných příspěvků na péči a finančním výdajům potřebných na jejich zabezpečení včetně jejich budoucího odhadu.

KLÍČOVÁ SLOVA

stárnutí populace, senioři, sociální služby, výdaje na dlouhodobou péči, příspěvek na péči

TITLE

Evaluation of the impacts of the aging process of the population in the Czech Republic

ANNOTATION

The diploma thesis deals with the issue of population aging and its impact on public finances, specifically in the field of long-term care social services. The thesis characterizes aging, basic demographic concepts, social services and evaluates the demographic development of the Czech Republic and its regions in recent decades and also presents its likely future development. Furthermore is carried out an evaluation of the impact of aging on the availability and future need of selected social services of long-term care for seniors in the Czech Republic and in its regions. The last chapter evaluates the impact of population aging on long-term care expenditures, where a significant part pays attention to the development of the number of care allowances provided and the financial expenditures needed to provide them, including their future estimate.

KEYWORDS

population aging, seniors, social services, long-term care expenditures, care allowance

OBSAH

SEZNAM ILUSTRACÍ A TABULEK.....	9
SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK	11
ÚVOD.....	12
1 CHARAKTERISTIKA PROCESU STÁRNUTÍ OBYVATELSTVA.....	13
1.1 Stárnutí a stáří obyvatelstva.....	13
1.2 Demografické stárnutí obyvatelstva	14
1.3 Příčiny demografického stárnutí.....	16
1.4 Metody hodnotící demografické stárnutí.....	18
2 VZTAH SOCIÁLNÍ POLITIKY A STÁRNUTÍ OBYVATELSTVA	22
2.1 Sociální zabezpečení	22
2.2 Sociální služby.....	24
2.2.1 Klasifikace sociálních služeb.....	25
2.2.2 Financování sociálních služeb	28
3 ANALÝZA DEMOGRAFICKÉHO STÁRNUTÍ V ČR.....	33
3.1 Demografický vývoj v ČR.....	33
3.1.1 Vývoj věkového složení obyvatelstva krajů	37
3.1.2 Stárnutí obyvatelstva ČR v rámci států EU	41
3.2 Budoucí vývoj obyvatelstva ČR.....	42
3.2.1 Budoucí vývoj věkového složení obyvatelstva krajů	45
3.3 Důsledky a řešení stárnutí obyvatelstva	47
4 ANALÝZA POSKYTOVANÝCH SOCIÁLNÍCH SLUŽEB PRO SENIORY	52
4.1 Pobytové služby sociální péče.....	52
4.1.1 Vybavenost krajů pobytovými službami sociální péče.....	55
4.2 Terénní a ambulantní služby sociální péče.....	59
4.3 Důsledky stárnutí populace na budoucí potřebnost služeb sociální péče.....	62
4.4 Neformální sociální péče	63
5 ZHODNOCENÍ DOPADŮ STÁRNUTÍ VE VZTAHU K VEŘEJNÝM FINANČÍM.....	66
5.1 Výdaje na dlouhodobou péči	66
5.2 Příspěvek na péči.....	69
5.2.1 Odhad vývoje počtu příjemců příspěvku na péči do roku 2060	72
5.2.2 Odhad vývoje výdajů na příspěvek na péči do roku 2060	75
5.3 Budoucí růst nároků na finanční zdroje ve službách sociálních péče	76
5.4 Doporučení	78
ZÁVĚR	82
POUŽITÁ LITERATURA	87
PŘÍLOHY	93

SEZNAM ILUSTRACÍ A TABULEK

Obrázek 1: Typy věkových pyramid s procentuálním zastoupením věkových skupin v celkové populaci	19
Obrázek 2: Struktura zdrojů financování sociálních služeb	29
Obrázek 3: Podíl jednotlivých zdrojů na financování sociálních služeb v ČR v letech 2013 - 2019	31
Obrázek 4: Pohyb obyvatel v ČR v letech 1990 - 2020	34
Obrázek 5: Věková pyramida ČR v roce 2020	35
Obrázek 6: Podíl věkových skupin na populaci, index stáří a indexy závislosti v letech 1990 - 2020	36
Obrázek 7: Věkového složení seniorské složky v letech 2010 - 2020	37
Obrázek 8: Index stáří a průměrný věk v jednotlivých krajích ve vybraných letech (k 31.12.)	40
Obrázek 9: Podíl obyvatelstva ve věku 65+ let ve státech EU k 1.1.2010 a 2020	41
Obrázek 10: Předpokládaná věková pyramida v roce 2060	43
Obrázek 11: Předpokládaná věková struktura populace a index stáří do roku 2060	44
Obrázek 12: Předpokládaný vývoj věkového složení seniorské složky do roku 2060	44
Obrázek 13: Předpokládaný budoucí vývoj indexu stáří a průměrného věku v krajích	47
Obrázek 14: Vybrané případy s potenciálem pro růst tržního sektoru v rámci Silver economy	51
Obrázek 15: Struktura klientů DS a DZR podle věku k 31. 12. 2020	52
Obrázek 16: Počet lůžek DS a DZR v letech 2010 – 2020	53
Obrázek 17: Vývoj průměrných měsíčních výdajů na 1 lůžko v DS a DZR v letech 2010 - 2020	55
Obrázek 18: Poměr počtu lůžek na 100 osob 65+ v DS v krajích a ČR ve vybraných letech	56
Obrázek 19: Poměr počtu lůžek na 100 osob 65+ v DZR v krajích a ČR ve vybraných letech	57
Obrázek 20: Údaje o počtu lůžek a počtu neúspěšných žadatelů v DS dle krajů k 31. 12. 2020	58
Obrázek 21: Údaje o počtu lůžek a počtu neúspěšných žadatelů v DZR dle krajů k 31. 12. 2020	59
Obrázek 22: Počet uživatelů a průměrné měsíční náklady na PS v letech 2010 - 2020	60
Obrázek 23: Počet uživatelů PS a počet neuspokojených žádostí na kapacitu v krajích k 31.12.2020	61
Obrázek 24: Dostupnost PS na 100 osob 65+ v krajích ČR ve vybraných letech	61
Obrázek 25: Odhad potřebné kapacity a nové kapacity v DS, DZR a PS pro osoby nad 65 let	62
Obrázek 26: Výdaje na dlouhodobou zdravotní a sociální péči v letech 2010 – 2019	67
Obrázek 27: Výdaje na dlouhodobou péči podle typu poskytnuté péče v letech 2015 - 2019	68
Obrázek 28: Vývoj průměrného měsíčního počtu PnP dle stupňů závislosti v letech 2010 - 2020	70
Obrázek 29: Podíly věkových skupin na vyplácených PnP v roce 2020	70
Obrázek 30: Podíl příjemců PnP na 100 osob dle daných věkových skupin v krajích v roce 2020	71
Obrázek 31: Vývoj výdajů na PnP a jejich meziroční změna v letech 2010 - 2020	72
Obrázek 32: Odhad vývoje počtu příjemců PnP dle daných věkových skupin do roku 2060	73
Obrázek 33: Odhad výdajů na PnP dle věkových skupin a celkových výdajů na PnP do roku 2060	76
Obrázek 34: Zjednodušené schéma dopadů stárnutí na veřejné výdaje	77

Obrázek 35: Meziroční nárůsty odhadnutých provozních nákladů na potřebné kapacity u vybraných služeb sociální péče.....	78
Obrázek 36: Shrnutí doporučení	79
Tabulka 1: Přehled sociálních služeb pro seniory, formy služeb a úhrady	27
Tabulka 2: Výše měsíčního příspěvku na péči od roku 2022	30
Tabulka 3: Vývoj podílů základních věkových skupin v krajích ve vybraných letech.....	38
Tabulka 4: Přepokládaný budoucí vývoj podílů věkových skupin v krajích	45
Tabulka 5: Kapacity vybraných sociálních služeb a celkové neinvestiční výdaje v roce 2020	77

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

aj	a jiné
ČR	Česká republika
ČSÚ	Český statistický úřad
ČTK	Česká tisková kancelář
DS	domov pro seniory
DSP	dlouhodobá sociální péče
DZP	dlouhodobá zdravotní péče
DZR	domov se zvláštním režimem
EU	Evropská unie
EUROSTAT	Evropský statistický úřad
HDP	hrubý domácí produkt
JHC	Jihočeský kraj
JHM	Jihomoravský kraj
KAR	Karlovarský kraj
Kč	Korun českých
KVH	Královéhradecký kraj
LIB	Liberecký kraj
MF	Ministerstvo financí
mil.	milion
mld.	miliarda
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
MRS	Moravskoslezský kraj
např.	například
obr.	obrázek
OECD	Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj
OLM	Olomoucký kraj
PAR	Pardubický kraj
PHA	Hlavní město Praha
PLZ	Plzeňský kraj
PnP	příspěvek na péči
PS	pečovatelská služba
SAS	sociálně aktivizační služby
Sb.	Sbírky
SHA	System of Health Accounts/Systém zdravotnických účtů
STC	Středočeský kraj
tab.	tabulka
tj.	to je/jsou
tis.	tisíc
tzn.	to znamená
USA	Spojené státy americké
ÚST	Ústecký kraj
VYS	Vysočina kraj
WHO	World Health Organization
ZLN	Zlínský kraj
ZSS	zákon o sociálních službách

ÚVOD

Stárnutí populace je demografický trend, jenž mění strukturu obyvatelstva především přibývajícím počtem osob ve vyšším věku. S tímto trendem se potýká mnoho zemí ve světě a Česká republika není výjimkou. O stárnutí populace je třeba uvažovat jako o skutečnosti, která nelze být zastavena, a stane se tak nevyhnutelným problémem budoucího populačního vývoje.

Cílem práce bylo **zhodnotit demografický proces stárnutí obyvatel v ČR v posledních dekádách, analyzovat dané vývojové tendence a zhodnotit dopady tohoto procesu na veřejné finance, případně vybrané oblasti sociální politiky na republikové, krajské či obecní úrovni.**

Problematika stárnutí populace zasahuje mnoho oblastí sociální politiky. Vlivem klesající produktivní složky obyvatelstva a zvyšujícího se počtu závislých osob jako jsou senioři, je především zatěžován důchodový účet. Téma důchodů je proto nejčastěji diskutované téma v souvislosti s demografickým stárnutím. Tato práce se ovšem věnuje jiné oblasti, která je též zasažena zvyšujícím se počtem seniorů v populaci, a tou je oblast systému sociálních služeb.

Diplomová práce je rozdělena do pěti kapitol. První kapitola je věnována základnímu definování stárnutí, proč k němu dochází a jakými metodami jej lze hodnotit či měřit. V druhé kapitole je představena oblast sociálních služeb, jakožto sféra sociální politiky, která má velmi blízko ke stárnutí obyvatelstva a v práci jsou dále hodnoceny dopady právě na tuto sféru. Třetí kapitola je věnována demografickému vývoji České republiky po roce 1990. Provedena je i analýza diferenciací vývoje věkových skupin v jednotlivých krajích a postavení České republiky v rámci demografického stárnutí států Evropské unie. Součástí kapitoly je také nahlédnuto na budoucí vývoj obyvatelstva České republiky jako celku tak i v krajském členění. Čtvrtá kapitola se zabývá analýzou dopadů stárnutí na oblast sociálních služeb (dlouhodobé péče), kdy je nahlédnuto na vybavenost, poptávku a budoucí potřebnost vybraných služeb sociální péče pro seniory v krajském členění. Poslední kapitola se týká dopadů procesu stárnutí v souvislosti s veřejnými financemi, kde je brán důraz na vývoj veřejný výdajů na dlouhodobou péči v posledním desetiletí. Část se také věnuje příspěvku na péči a jeho budoucímu vývoji. V poslední části jsou uvedena některá doporučení, která by mohla napomoci proti nepříznivým dopadům stárnutí.

1 CHARAKTERISTIKA PROCESU STÁRNUTÍ OBYVATELSTVA

Na začátek je nutné si vymezit, co znamená stárnutí obyvatelstva, jeho souvislost s demografií a z jakých důvodů k němu dochází. V této kapitole je též uvedeno, jaké metody se používají k zjišťování a hodnocení struktury obyvatelstva vzhledem k jeho stárnutí.

1.1 Stárnutí a stáří obyvatelstva

Stárnutí je součástí života nás všech. Života, který probíhá od narození až do okamžiku smrti v určitých vývojových etapách. Z každé etapy vyplývají zákonitosti, které ovlivňují kvalitu, způsob a rozsah našeho života, a my se jim musíme relativně zásadním způsobem přizpůsobit a vzít je v úvahu. Každé vývojové období pro nás představuje možnosti ale i omezení. To se týká i období stárnutí a stáří. (Malíková, 2011, s. 13) Teoriemi o příčinách stárnutí se zabývá teoretická gerontologie. Jarošová (2006, s. 15) seskupuje teorie o stárnutí a sumarizuje je tvrzením, že stárnutí je multifaktoriálním jevem. Nejvýznamnější vliv na proces stárnutí mají genetický základ, procesy zevního prostředí a životní styl jedince. Z uvedeného tak lze tvrdit, že proces stárnutí lze z určité části ovlivnit.

Langmeier a Krejčířová (2006, s. 202) charakterizují **stárnutí** jako konspekt změn ve struktuře a funkcích organismu, které předpokládají jeho zvýšenou zranitelnost, pokles schopností a výkonnosti jedincem, které vyvrcholují v terminálním stádiu a ve smrti. Podle Zavázalové (2001, s. 11) lze dále zmínit, že se jedná o proces všeobecný, kdy stárne celá populace a zároveň proces individuální, kdy stárne konkrétní jedinec.

Rozlišujeme stárnutí fyziologické a patologické. Fyziologické stárnutí probíhá přirozeně, tvoří obvyklou součást života člověka a projevuje se viditelnými změnami zevnějšku jedince. Patologické stárnutí se může projevat několika různými způsoby jako např.: předčasné stárnutí nebo rozdíl mezi kalendářním a funkčním věkem. U patologického stárnutí je značný výskyt zdravotních problémů a projevuje se sníženou soběstačností. (Malíková, 2011, s. 14)

Změny, které provázejí proces stárnutí se odehrávají ve třech rovinách - fyzické, psychické a sociální. Do fyzických změn lze zařadit např. změnu vzhledu, úbytek svalové hmoty, změny činnosti smyslů, změny trávicího systému aj. Do psychických změn spadá např. zhoršení paměti obtížnější osvojování nového, nedůvěřivost, zhoršení úsudku, nižší sebedůvěra aj. Sociální změny ovlivňují především životní styl jako je např. odchod do penze, stěhování, ztráta blízkých lidí, finanční problémy, člověk žije osamoceně aj. Reakce stárnoucího člověka na tyto změny je ovlivněna hlavně jeho osobností, životními zkušenostmi, výchovou, vzděláním, prostředím, ve kterém žije, reakcemi okolí a jeho možnostmi. Problém psychologické adaptace

na stáří začíná v momentu, kdy si člověk uvědomí, že stárne. Může zaujmout postoj s konstruktivním přístupem, někteří si vytvoří závislost na okolí, ale může také vůči všemu zaujmout nepřátelský postoj. (Venglářová, 2007, s. 12 - 15)

Stáří považujeme za poslední vývojovou etapu v životě člověka. Je tedy na samotném konci procesu stárnutí. Často jej spojujeme se zvýšeným výskytem nemocí a zdravotních problémů. Hlavní hrozbou této etapy je ztráta soběstačnosti. Ta se s přibývajícím věkem snižuje, což omezuje schopnost starého člověka uspokojovat své základní potřeby úplně sám. Stává se tak více závislý na jiných lidech a někdy je nucen k životní změně. Nutno si však zapamatovat, že stáří není nemoc! (Mühlpachr, 2004, s. 39)

Hrozenská a Dvořáčková (2013, s. 13-14) uvádí, že věk představuje jednu z elementárních charakteristik člověka. Jedná se o podstatný ukazatel. Sám věkový údaj však nemá dostatečný význam, a to zejména ve stáří. Věkové kategorie členíme několika různými způsoby. Světová zdravotnická organizace (WHO) akceptovala v 60. letech 20. století patnáctileté věkové cykly a podle nich klasifikuje věk následovně:

- 0-14 let: dětský věk
- 15-29 let: mladý věk
- 30-45 let: dospělost
- 45-59 let: střední věk (zralý věk)
- 60–74 let: starší věk (presenium, rané stáří)
- 75–89 let: starý věk (senium, vlastní stáří)
- 90 a více let: dlouhověkost (patriarchum)

Z důvodu demografického vývoje a zlepšování funkčního stavu seniorů je v současné době velmi rozšířená a užívaná klasifikace stáří podle Mühlpachr (2004):

- 65–74 let: mladí senioři
- 75–84 let: staří senioři
- 85 a více let: velmi staří senioři, dlouhověcí.

1.2 Demografické stárnutí obyvatelstva

Zavázalová (2001, s. 11) definuje demografii jako vědu o obyvatelstvu, která zkoumá jeho složení a pohyb. Složení obyvatelstva vyplývá z jeho pohybu, dlouhodobých reprodukčních procesů a společenských podmínek. V demografickém stárnutí se nejčastěji používá členění lidského věku z hlediska ekonomické aktivity či biologických generací.

Z hlediska ekonomické aktivity se dělí lidský věk na **preproduktivní**, u kterého se předpokládá, že se osoby teprve připravují na ekonomickou aktivitu. Jedná se o věk 0–14 let. Dále je věk **produktivní**, kde je předpokladem, že lidé jsou ekonomicky aktivní. V tomto případě jde o věk 15–64 let. Poslední je věk **postproduktivní**, u kterého se domnívá, že osoby jsou již ekonomicky neaktivní a pobírají důchod. Jedná se o věk nad 65 let. Všechny tři ekonomické generace jsou nesporně stanoveny vymezením horní a dolní hranice produktivního věku. Za dolní hranici se sice označuje 15 let, ale v současné době se ekonomové přiklánějí k věku 20 let, neboť je realističtější předpokládat zahájení ekonomické aktivity později z toho důvodu, že většina mladých lidí po ukončení povinné školní docházky pokračuje v dalším studiu. O korektnosti této volby vypovídá i skutečnost, že míry ekonomické aktivity 15–19letých osob dosahují malých čísel, a navíc je v této skupině poměrně vysoká míra nezaměstnanosti. (Fiala a Langhamrová, 2013, s. 339)

Z hlediska biologické generace se člení populace na **prereprodukční** (dětskou) generaci, kdy jde o věk 0-14 let. Druhou je **reprodukční** (rodičovská) generace ve věku 15-49 let a poslední je **postreprodukční** (prarodičovská) generace vymezená věkem 50 let a více. (Langhamrová, 2007)

U demografického stárnutí se už neřeší individuální stárnutí nýbrž stárnutí všeobecné, kdy se hledí na společnost jako celek. Stárnutí v demografickém smyslu začíná nabývat na aktuálnosti přibližně v 60. letech 20. století zpočátku v oblasti severní a západní Evropy, ovšem dnes představuje problémem téměř všech vyspělých zemí. Definovat jej je možné jako růst absolutního i relativního počtu seniorů v dané populaci. V jiném případě lze též vyjádřit, že dochází k proměnám v zastoupení preproduktivní, produktivní a postproduktivní složky obyvatelstva. (Dimitrová, 2007, s. 25) Pro demografii stárnutí je zásadní zejména věková struktura obyvatelstva a poměr mužů a žen v populaci seniorů. Klíčové demografické procesy jsou porodnost a úmrtnost, ale v posledních desetiletí nabývá na významu i migrace. (Ondrušová, 2017, s. 23) Z toho důvodu je nutné si tyto pojmy vymežit.

Porodnost vyjadřuje proces rození. Měří se různými ukazateli, z nichž nejznámější je hrubá míra porodnosti, kterou definujeme jako počet živě narozených dětí za určitý kalendářní rok na 1000 obyvatel středního stavu (k 1.7. sledovaného roku). Uvádí se v promilích (%). Dalšími ukazateli porodnosti mohou být např. hrubá a čistá míra reprodukce, úhrnná plodnost, míra plodnosti podle věku aj. Jako synonymum porodnosti se používá termín plodnost, především pokud se odpovídající ukazatel vztahuje pouze k ženám. Tento termín je nutné odlišit od plodivosti, která znamená potenciální schopnost mít děti. (Kalvach, 2004, s. 50)

Úmrtnost je druhý elementární proces v demografické reprodukci. Intenzitu úmrtnosti lze měřit pomocí hrubé míry úmrtnosti, která vyjadřuje počet zemřelých v kalendářním roce na 1000 obyvatel středního stavu a uvádí se stejně jako porodnost v promilách. Dále se vyjadřuje mírami úmrtnosti podle věku, kvocientem kojenecké nebo dětské úmrtnosti aj. Proces úmrtnosti též zvaný řád vymírání nejlépe popisují umrtnostní tabulky, které poskytují velmi přesnou informaci o intenzitě úmrtnosti zkoumané populace. Hlavním výstupem úmrtnostní tabulky, je střední délka života (naděje dožití). Tu vystihujeme jako předpokládaný počet let, který má osoba ve věku x v průměru ještě před sebou za předpokladu, že intenzity úmrtnosti podle věku, ze kterých byla tabulka konsturována, budou zachovány. Naději dožití lze určit pro jakýkoli věk, ale nejčastěji je užíván věk pro narozené děti (věk 0). Z úmrtnostních tabulek dále můžeme zjistit pravděpodobnou délku života, které se dožívá právě polovina z tabulkového počtu narozených, a normální délka života, což je věk, ve kterém umírá v dospělosti největší počet osob. (Kalvach, 2004, s. 50-51)

Migrace znamená, na rozdíl od přirozeného pohybu v případě porodnosti a úmrtnosti, mechanický pohyb obyvatelstva. Rozumí se jí dočasnou nebo trvalou změnou místa pobytu. U migrace rozlišujeme imigraci, která vyjadřuje přistěhování obyvatel z jiných zemí či regionů a emigraci, která znamená vystěhování obyvatel ze země či regionu. Rozdíl mezi nimi se označuje jako migrační saldo (přírůstek č úbytek stěhováním), což je hodnota zahrnutá do celkového populačního přírůstku či úbytku. Z hlediska prostorového aspektu existuje migrace vnitřní (uvnitř státu), mezistátní a vnější (mezi kontinenty). Důvody migrace mohou být různé. Jedná se např. o migraci za prací, uprchnutí před válkou, politickým či náboženským pronásledováním, před přírodní katastrofou, touha zlepšit své materiální podmínky aj. (Brzóska, 2020, s. 135)

1.3 Příčiny demografického stárnutí

Demografické stárnutí je, jak již bylo řečeno proces, ve kterém dochází ke zvyšování podílu seniorů v populaci. Příčinou tohoto jevu je změna reprodukčních zvyklostí a demografie zná dva základní mezníky, které změny reprodukčního chování do jisté míry vysvětlují.

Prvním z nich je tzv. **demografická revoluce**, která byla pojmenována francouzským sociologem Landrym v roce 1934. Její podstata spočívá v poklesu úmrtnosti a v postupném převážení poklesu porodnosti. Celý proces demografické revoluce je popsán ve čtyřech fázích. Nutno podotknout, že ne všechny země si těmito fázemi prošly ve stejných letech.

První fáze se vyznačuje vyrovnaným počtem obyvatel při vysoké porodnosti i úmrtnosti. Střední délka života se pohybovala mezi 20 – 30 lety. Nedochozí k žádné kontrole porodnosti, kterou lze označit jako přirozená plodnost. Znamená to, že manželé plodí bez ohledu na to, kolik dětí již mají. Počet dětí v rodině byl zhruba 6 – 8. Za konec tohoto období se označuje průmyslová revoluce (druhá polovina 18. století). (Hrozenská a Dvořáčková, 2013, s. 15)

Ve druhé fázi dochází k rychlému poklesu úmrtnosti obzvláště v mladém věku. Porodnost zůstává zachována na vysoké úrovni a počet dětí v rodině stoupá. Začíná se prudce zvyšovat počet obyvatelstva (tzv. populační exploze) a celková populace tím mládne. (Mezřický, 2011, s. 83)

Navazuje třetí fáze, kterou lze rozdělit na dvě části. V první části se zpomaluje pokles úmrtnosti a porodnost klesá. Obyvatelstva stále přibývá, ale populace začíná stárnout v důsledku poklesu porodnosti. V druhé části porodnost stále klesá, ale pro stárnutí populace byl rozhodující pokles úmrtnosti ve vyšším věku. (Hrozenská a Dvořáčková, 2013, s. 15)

Druhá a třetí fáze se též označují jako tzv. *první demografický přechod*. Tímto přechodem si Evropa prošla od poloviny 18. století až do počátku první poloviny 20. století. (Mezřický, 2011, s. 84)

Čtvrtá fáze či také tzv. *druhý demografický přechod* se vyznačuje vyrovnaným počtem obyvatel při nízké úmrtnosti i porodnosti. Střední délka života se zvýšila a pohybuje mezi 80–85 lety. Počet dětí v rodině klesl na obvyklých 1–2 děti. (Hrozenská a Dvořáčková, 2013, s. 15) Časově lze počátky tohoto přechodu zařadit do poloviny 60. let do vyspělých evropských zemí (tzn. do západní Evropy a Skandinávie). V ostatních zemích nastoupil až později. V České republice, podobně jako u většiny postsocialistických zemí, se jednalo o začátek 90. let. (Dimitrová, 2007, s. 25)

U demografické revoluce dále ještě rozlišujeme tři základní zobecňující typy. Jedná se o francouzský, anglický a japonsko-mexický typ. V případě francouzského typu docházelo ke snižování porodnosti a úmrtnosti téměř současně. S ohledem na souběžné omezování těchto dvou procesů je relativně malý růst počtu obyvatel. K významnému nárůstu populace došlo v případě anglického typu. Zde proběhlo nejprve snižování úmrtnosti, ale porodnost stagnovala. Začala rychle klesat až v další fázi. Posledním je japonsko-mexický typ, pro který je typický největší početní přírůstek obyvatelstva. V tomto případě přichází demografická revoluce později než v předchozích dvou případech. Charakterizuje se snižováním úmrtnosti během

první fáze a zároveň růstem porodnosti v tomto období. K poklesu porodnosti dochází až v druhé fázi revoluce. (Dimitrová, 2007, s. 25)

Z předchozího vyplývá, že změny v reprodukčním chování tím příčinou demografického stárnutí jsou dva důležité komponenty – pokles plodnosti a pokles úmrtnosti. Ovšem v posledních desetiletích má značný vliv na stárnutí populace i migrace.

1.4 Metody hodnotící demografické stárnutí

Metodami hodnotícími demografické stárnutí jsou myšleny různé ukazatele, indexy, kvocienty, grafy aj. Hodnotí se především složení struktury obyvatelstva ze dvou základních charakteristik jedinců – pohlaví a věk. Věkové hodnocení struktury populace vychází z jejich kategorizace podle hlediska biologických generací a ekonomické aktivity, které byly zmíněny v podkapitole 1.2. a nápodobně byly také uvedeny i některé ukazatele jako jsou porodnost, úmrtnost a migrace. Následně jsou uvedeny další nejpoužívanější metody, kterými se hodnotí stav demografického složení struktury obyvatelstva. Jedná se o:

- věková pyramida,
- index maskulinity a femininity,
- věkový průměr a modus,
- index stáří, indexy závislosti a index hospodářského zatížení.

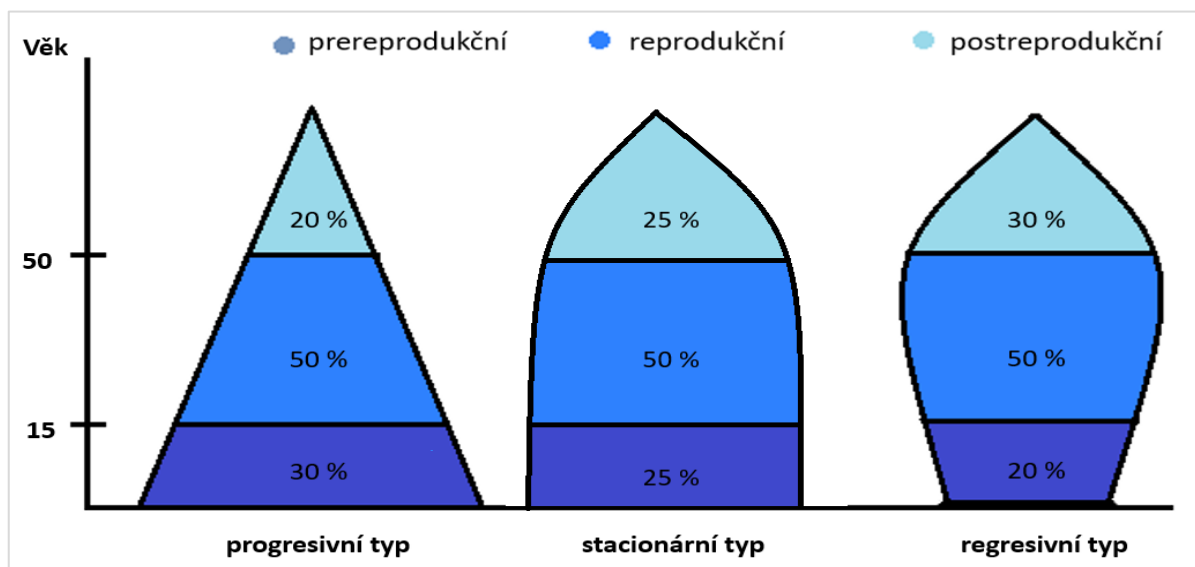
Věková pyramida

Struktura obyvatelstva členěná podle pohlaví a věkových skupin se zobrazuje pomocí grafu nazývaného tzv. **demografická (věková) pyramida** neboli strom života, která vypovídá o demografickém chování populace v minulosti, neboť zachycuje počty obyvatel v jednotlivých věkových kategoriích a informuje nás o dřívějším demografickém chování. Souběžně s tím lze především vyvozovat strukturu populace do budoucna, kdy současné děti znamenají budoucí ekonomicky aktivní a současní ekonomicky aktivní znamenají budoucí seniory. (Brzóska, 2020, s. 130)

Věková struktura se určuje na základě znalosti věku každého jedince spadajícího do dané populace. Pro přehlednější sestavení pyramidy se třídí obyvatelstvo do pětiletých nebo desetiletých či jinak účelově vymezených věkových skupin.

Langhamrová, (2007, s. 15) uvádí, že na základě zastoupení jednotlivých věkových skupin v populaci lze určit charakter a tvar demografické pyramidy. Na počátku 20. století identifikoval švédský demograf Sundbärg tři základní typy, ke kterým se prakticky dá jakoukoliv populaci přiřadit. Dále zmiňuje, že každá populace postupně prodělává přechod

mezi všemi těmito strukturami a že produktivní složka tvoří vždy 50 % celkové populace v každém typu. Jedná se o typy progresivní, stacionární a regresivní (viz obr. 1).



Obrázek 1: Typy věkových pyramid s procentuálním zastoupením věkových skupin v celkové populaci

Zdroj: (Klufová a Poláková, 2010, s. 127)

Progresivní typ má tvar pyramidy. V takovéto populaci převládá dětská složka v prereprodukčním věku, kdy mnohdy tvoří až 40 % populace. Populaci progresivního typu najdeme především v rozvojových zemích. Za předpokladu nezměněného vzorce reprodukčního chování (porodnost, úmrtnost) lze v těchto státech do budoucna očekávat ještě silnější nárůst počtu obyvatel, jakmile se čtá dětská skupina přesune do kategorie poprodukčního věku.

V případě **stacionárního typu** se populace vyznačuje přibližně stejným počtem dětí a prarodičů, ke kterému dochází díky rovnováze mezi počtem narozených a zemřelých. Počet obyvatel tak je stabilizován – neroste ani neklesá. Prereprodukční složka tvoří maximálně 30 % populace. Tento typ populace je poměrně vzácný, avšak v minulosti do ní spadala například populace většiny evropských zemí či USA.

Regresivní typ se vyznačuje převládající složkou postreprodukční nad prereprodukční, a to díky vysoké střední délce života. Jedná se o řadu vyspělých států, kde díky nízké porodnosti je dětská složka zastoupena až méně než 20 %. Problém tvoří především skupina lidí v produktivním či reprodukčním věku, kdy v budoucnu bude tvořit velkou skupinu seniorů a do produktivního věku se přesune velice slabá skupina současných dětí. (Brzóska, 2020, s. 130-131) V případě, kdy populace přechází od progresivního k regresivnímu typu, hovoří se pak z hlediska demografie o stárnutí obyvatelstva. (Langhamrová, 2007, s. 15)

V demografii dále podle Rabušice (1995) rozlišujeme dva základní typy stárnutí. První je demografické stárnutí od základny věkové pyramidy, kdy v důsledku poklesu úrovně natality dochází ke snižování podílu preprodukční složky v populaci. Druhé demografické stárnutí se děje od vrcholu věkové pyramidy, kdy v důsledku poklesu úmrtnosti a tím prodlužování střední délky života dochází k růstu počtu osob ve vyšším věku.

Demografické ukazatele

Demografických ukazatelů existuje celá řada. Následně jsou uvedeny pouze ty, které jsou v této práci využity pro vyhodnocení stárnutí populace a jaké ekonomické a sociální zatížení může být očekáváno se spojitostí s tímto procesem. Při jejich definování je vycházeno především z Langhamrová (2007, s. 10-12).

Prvním případem jsou ukazatele týkající se primárního znaku v demografickém třídění struktury obyvatel – *pohlaví*. Jendá se o **index maskulinity**, který udává počet mužů připadajících na 1000 žen v populaci a opakem k němu je **index femininity**, který udává počet žen připadajících na 1000 mužů. Hodnoty obou indexů ovšem závisí na věku, který je následujícím znakem uvedených ukazatelů.

V souvislosti s *věkem* jako druhým primárním znakem jedince jsou za základní ukazatele považovány věkový průměr a medián:

- **věkový průměr** je aritmetickým průměrem počtu let, které přežilo obyvatelstvo dané populace do určitého okamžiku; často dochází k jeho záměně se střední délkou života; je potřeba si uvědomit, že průměrný věk je průměrným věkem žijících osob a střední délka života je průměrným věkem zemřelých,
- **věkový medián** je střední hodnota, která rozděluje celou populaci podle věku na dvě stejně početné skupiny; jedna skupina je mladší a druhá starší; medián bývá nižší než průměrný věk, ale pokud je v populaci hodně starších osob, medián je vyšší než průměrný věk,

Z věkové struktury se odvozují i další poměrové ukazatele, které se týkají ekonomického a sociálního zatížení populace. Takové ukazatele jsou založeny na porovnávání poměrů počtu osob v jednotlivých ekonomických věkových skupinách. Jsou jimi index stáří, indexy závislosti a index hospodářského zatížení.

- **index stáří** (IS) lze definovat jako poměr postprodukční a preprodukční skupiny populace, pokud nahlížíme na obyvatelstvo z hlediska ekonomického; pokud nahlížíme na obyvatelstvo z biologického hlediska, vyjadřuje se index poměrem postreprodukční

a prerreprodukční skupiny populace; tento index se často používá při mezinárodním srovnání věkové struktury a stárnutí populace,

- **index závislosti I** (IZ_1) neboli index závislosti mladých vyjadřuje poměr mezi preproduktivní a produktivní skupinou populace; vyjadřuje, jaké množství osob v preproduktivním věku musí živit sto osob v produktivním věku; setkáváme se i s termínem zelené zatížení,
- **index závislosti II** (IZ_2) neboli index závislosti starých definovaného jako poměr poproduktivní a produktivní složky populace; lze jej interpretovat jako počet důchodců, které musí sto osob v produktivním věku živit; označuje se též jako šedé zatížení,
- **index hospodářského zatížení** (IEZ) je uváděn jako poměr počtu dětí v preproduktivní složce a počet obyvatel v poproduktivní na počet osob v produktivní složce; vyjadřuje tak kolik osob musí živit sto osob v produktivním věku celkově. (Fiala a Langhmarová, 2013, s. 340)

Všechny tyto indexy se vyjadřují v procentech, ačkoliv nebývá to pravidlem, někdy mohou být vyjádřeny počtem osob připadajících v dané věkové složce na jednu osobu v jiné věkové skupině.

2 VZTAH SOCIÁLNÍ POLITIKY A STÁRNUTÍ OBYVATELSTVA

Tato kapitola se zabývá vztahem mezi sociální politikou a stárnutím obyvatelstva. Konkrétně, jak se snaží stát zachovat určitou důstojnost a životní úroveň pro seniory.

Česká republika (dále ČR) je považována za sociální stát, který má funkci sociální, což znamená, že stát usiluje o blahobyt a slušný život občanů. Jeho cílem je ekonomické a sociální zabezpečení obyvatel, snížení příjmových rozdílů, ekonomický růst a rozvoj státu. Toho se snaží dosáhnout pomocí boje proti chudobě, rozvojem vzdělávání, systémem sociálního zabezpečení, kontrolou a regulací trhu a zajišťováním zaměstnanosti. (Duková, Duka a Kohoutová, 2013, s. 22) Stát se zaobírá touto oblastí především z toho důvodu, že trh v této části selhává a politika, která řeší tuto problematiku se nazývá sociální politikou.

Prudká (2015, s. 14) definuje sociální politiku jako politiku, která se orientuje na člověka, přispívá k jeho všeobecnému rozvoji, neustálému zlepšování jeho životních podmínek, kvality života, důstojnosti jedince, kultivaci jeho osobnosti a tím i blahobytu společnosti jako celku. V případě realizace sociální politiky se využívá široká škála nástrojů např. programy a plány, kolektivní vyjednávání, sociální příjmy, sociální služby, věcné dávky, úlevy a výhody pro různé skupiny obyvatel, státní regulace cen aj.

V oblasti stárnutí je využíván především systém sociálního zabezpečení, který je následně popsán. Důraz je kladen především na oblast sociálních služeb.

2.1 Sociální zabezpečení

Sociální zabezpečení vymezujeme jako soubor institucí, zařízení a opatření, jejichž pomocí se předchází, zmírňuje a odstraňuje sociální událost občana (př. nemoc, stáří, mateřství, nezaměstnanost aj). V užším pojetí jej chápeme pouze jako důchodové zabezpečení a sociální služby. V širším pojetí lze zahrnout preventivní a léčebnou péči o zdraví, zabezpečení dočasné neschopnosti pro nemoc a úraz, zabezpečení matek v těhotenství a mateřství, dávky pro pěstouny a pomoc při výchově dětí v náhradních rodinách, zabezpečení v invaliditě, ve stáří, rodinných příslušníků a pozůstalých po zesnulém a z důvodu nezaměstnanosti. V nejširším pojetí se jedná o všechny instituce, které poskytují občanům, a za určitých podmínek cizincům, poradenství, preventivní ochranu, materiální a finanční pomoc i sociální služby s účelem uspokojení jejich společensky uznaných potřeb. Sociální zabezpečení je založeno na principu solidarity, která může být příbuzenská, spontánní, dobrovolná nebo veřejnoprávní. (Buryová, 2019, s.71 - 73).

Celý systém sociálního zabezpečení v ČR stojí na třech základních pilířích:

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

Systém **sociálního pojištění** je určen k řešení sociální situace, na které je možné se předem připravit formou odložení části finančních prostředků k řešení budoucí nejisté sociální situaci. Sociální pojištění zahrnuje nemocenské pojištění, důchodové pojištění, pojištění v nezaměstnanosti a penzijní připojištění. (Buryová, 2019, s. 75) Tento systém je financován pojistným, které odvádí zaměstnanec i zaměstnavatel. Povinnost platit pojistné má také osoba samostatně výdělečně činná. Mezi dávky nemocenského pojištění patří nemocenské dávky, peněžité pomoci v mateřství, vyrovnávací příspěvek v těhotenství a mateřství, dávka otcovské poporodní péče, ošetřovné a dlouhodobé ošetřovné. Do důchodového pojištění se řadí starobní důchod, invalidní důchod, pozůstalostní důchod (vdovský, vdovecký, sirotčí) i dobrovolné pojištění.

Státní sociální podporou je státem řešena sociální situace, které uznává za potřebné k řešení. Jedná se o situace jako mateřství, výchova dítěte v rodině, péče o zdravotně postiženou osobu v rodině, sociálně právní ochrana rodiny a dítěte, sociální prevence před patologickými jevy. Dávky se člení do dvou skupin, a to na dávky podmíněné příjmem rodiny, kde je hlavním kritériem pro jejich stanovení životní minimum (přídavek na dítě, příspěvek na bydlení a porodné). Druhou skupinou jsou dávky nezávislé na příjmu rodiny (rodičovský příspěvek a pohřebné). Jedná se o systém financovaný ze státního rozpočtu, tedy nejširší sociální solidaritou, daněmi. (Arnoldová, 2012, s. 10)

Sociální pomoc je posledním pilířem, který řeší situace sociální nebo hmotné nouze. Sociální nouzi je myšlena taková situace, kdy se člověk o sebe nemůže nebo nedokáže postarat. Může to být z důvodu fyzické či duševní bezmoci nebo jejich kombinací. Za hmotnou nouzi se považuje situace, kdy člověk žije pod hranicí životního minima a sám si nemůže příjem zvýšit. (Buryová, 2019, s. 91) V tomto systému je požadováno dokázání, že je člověk skutečně chudý. Znamená to, že se testuje příjmová a majetková situace občana. Do sociální pomoci spadají poradenství, prevence sociálně patologických jevů, sociálně-právní ochrana, sociální dávky a sociální služby. Dávky jsou poskytovány jako dávky v hmotné nouzi nebo dávky sociální péče, přičemž dávky v hmotné nouzi zahrnují příspěvek na živobytí, doplatek na bydlení a mimořádnou okamžitou pomoc a dávky sociální péče zahrnují příspěvek

pro zdravotně postižené a příspěvek na péči. Systém je financován ze státního rozpočtu, rozpočtu obcí, dobrovolných organizací a nadací.

2.2 Sociální služby

Oblast sociálních služeb je upravena zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (dále ZSS) a prováděcí vyhláškou č. 505/2006 Sb., která je v sociálních sférách známá jako tzv. úhradová vyhláška, jejíž aktuální znění je platné nově od března roku 2022. Poprvé tak od roku 2014 došlo k navýšení nejvyšších možných cen v případě úhradových služeb.

Sociální služby spadají do třetího pilíře státní sociální pomoci. Podle ZSS je sociální služba činnost, která zajišťuje pomoc a podporu osobám nacházejících se v nepříznivé sociální situaci (př. nemoc, stáří, drogová závislost aj.), za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení. Jejich cílem je podporovat či zachovat stávající soběstačnost uživatele, jeho návrat do vlastního domácího prostředí, obnovení nebo zachování původního životního stylu a dále se snaží snížit sociální a zdravotní rizika, které souvisejí se způsobem života uživatelů. (Buryová, 2019, s. 97)

Důležité je v rámci sociálních služeb zmínit tzn. triádu, která je představována základními prvky pro systém poskytování sociálních služeb. Jedná se o **zadavatele**, který zodpovídá za zajištění sociálních služeb na daném území (zejména obce a kraje). Dále jsou to **poskytovatelé**, jenž poskytují a nabízejí sociální služby, bez ohledu na zřizovatele. Posledním prvkem jsou **uživatelé** či-li osoby, kterým jsou poskytovány sociální služby z důvodu nepříznivé sociální situace, v níž se ocitly. (Zatloukal, 2008, s. 28)

Organizace poskytující sociální služby Prudká (2015) popisuje s rozdělením na neziskové a ziskové organizace. Nezisková organizace je právnická osoba, která nebyla zřízena za účelem produkce zisku. Lze je členit na vládní (státní, veřejné) neziskové organizace, jejichž nejčastější právní formou jsou příspěvkové organizace obcí a krajů. Dále se jedná o nestátní neziskové organizace (dále NNO), kam řadíme nadace a nadační fondy, ústavy, obecně prospěšné společnosti, církevní organizace a církevní právnické osoby. V případě ziskových organizací jsou nejčastěji zřizovány společnosti s ručením omezeným, akciové společnosti a fyzické osoby podnikající dle živnostenského zákona č. 455/1991 Sb. Jinak lze poskytovatele sociálních služeb stanovit na územní samosprávné celky a jimi zřízené právnické osoby, další právnické osoby, fyzické osoby a ministerstvo a jimi zřízené organizační složky státu. Tito poskytovatelé mají povinnost zajistit takový rozsah činností, které jim stanoví zákon. Jedná se o tzv. základní činnosti při poskytování sociálních služeb, ale mohou nabízet i další činnosti (př. kulturní,

společenské, volnočasové aktivity či doprava). Smlouvou mezi uživatelem a poskytovatelem se stanoví konkrétní rozsah činností.

2.2.1 Klasifikace sociálních služeb

U sociálních služeb rozlišujeme formy poskytování na pobytové, ambulantní a terénní. Pobytové služby jsou spojeny s ubytováním v zařízeních sociálních služeb, u ambulantních služeb musí osoba docházet na místo poskytování a terénní služby jsou poskytovány v přirozením prostředí klienta (př. domov klienta aj.).

ZSS dělí poskytované sociální služby na následující základní typy:

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

ZSS dále vymezuje, jaké konkrétní služby jsou poskytovány v okruhu základních typů služeb a úhradová vyhláška blíže určuje činnosti v rámci konkrétní služby a její cenu. Pro seniory jsou nejužitečnější služby sociální péče, ačkoliv užívají všechny základní typy sociálních služeb.

Sociální poradenství

Sociální poradenství pro seniory zahrnuje **základní sociální poradenství**, které je součástí všech druhů sociálních služeb a jejich poskytovatelé mají povinnost jej zajišťovat. Dále zahrnuje **odborné sociální poradenství** představováno občanskými poradnami, manželskými a rodinnými poradnami, poradnami pro seniory a dalšími poradnami. Služba je poskytována bezúplatně.

Služby sociální péče

Úkolem služeb sociální péče je pomáhat osobám s omezenou soběstačností a jejich cílem je podpořit tyto osoby v zapojení do běžného života nebo jim alespoň zajistit život v důstojném prostředí. ZSS definuje 14 služeb sociální péče, dále jsou charakterizovány pouze ty služby, které mají za jednu z cílových skupin označeny seniory. Jedná se o následující:

- **osobní asistence** – je terénní služba poskytovaná bez časového omezení; poskytuje se v přirozeném sociálním prostředí osob; úkony této služby zahrnují např. pomoc a podpora při podávání jídla a pití, při přesunu na lůžko nebo vozík, při úkonech osobní hygieny atd.,

- **pečovatelská péče či služba (PS)** – je terénní či ambulantní služba poskytovaná ve vymezeném čase v domácnostech osob nebo v zařízeních sociálních služeb; do činností pečovatelské péče spadá např. pomoc a podpora při podávání jídla a pití, pomoc při oblékání a svlékání, pomoc při úkonech osobní hygieny, běžné nákupy a pochůzky atd.,
- **tísňová péče** – je terénní služba poskytovaná nepřetržitě distančně hlasovou a elektronickou komunikací; pro seniory je důležitá z důvodu jistoty např. v případě pádu aj.,
- **průvodcovské a předčitatelské služby** – jsou terénní či ambulantní služby, které napomáhají vyřídit si vlastní záležitosti osoby; jedná se např. o doprovázení k lékaři, na orgány veřejné moci a instituce poskytující veřejné služby, předčítání nebo jiný způsob zprostředkování informace atd.,
- **odlehčovací služby** – jsou terénní, ambulantní i pobytové služby; pomocí této služby má být umožněno pečující osobě, která o osobu pečuje v přirozeném sociálním prostředí, nezbytný odpočinek,
- **centra denních služeb, denní stacionáře pro seniory, týdenní stacionáře pro seniory** – jsou zařízení sociální péče pro osoby, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby; zřizují se většinou při domovech pro seniory,
- **domovy pro seniory (DS)** – jsou pobytová služba, kdy je seniorům poskytnuto ubytování, úklid, praní, žehlení, strava, pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně atd. v případě, že osoba už není schopna to vykonávat sama ani za pomoci člena rodiny,
- **domovy se zvláštním režimem (DZR)** – jsou služby pobytové poskytované pro osoby se stařeckou i ostatními typy demencí; úkony jsou poskytovány obdobně jako u domů pro seniory,
- **sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče** – jsou poskytovány jako pobytové služby určené pro osoby již nevyžadující zdravotní lůžkovou péči, ale vzhledem ke svému zdravotnímu stavu vyžadují pomoc jiné osoby a nemohou být proto propuštěny ze zdravotnického zařízení.

Služby sociální prevence

Cílem služeb sociální prevence je zabránit sociálnímu vyloučení osob ohrožených nepříznivou sociální situací, a aby je dokázali překonat a chránit společnost před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů. ZSS vymezuje 18 služeb, z nichž seniory využívají především **telefonickou krizovou pomoc, tlumočnické služby** (v případě smyslového postižení), **sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením** (např. zprostředkování kontaktu se společenským prostředím aj.) a **sociální rehabilitace** představující činnosti, které směřují k dosažení soběstačnosti.

Přehled a shrnutí vybraných sociálních služeb pro seniory uvádí tab. 1. Jsou zde uvedeny formy poskytování a zda je služba poskytována za úhradu nebo ne. Na základě tohoto lze také odhadnout, že nejvíce jsou služby poskytovány ambulantní a terénní služkou. Pobytové služby jsou v tomto případě představovány pouze šesti konkrétními službami.

Tabulka 1: Přehled sociálních služeb pro seniory, formy služeb a úhrady

Název služby	Formy služby			Úhrada
	Pobytové	Terénní	Ambulantní	
Sociální poradenství				
Základní sociální poradenství				NE
Odborné sociální poradenství			X	NE
Služby sociální péče				
Osobní asistence		X		ANO
Pečovatelská péče		X	X	ANO
Tísňová péče		X		ANO
Průvodcovské a předčitatelské služby		X	X	ANO
Odlehčovací služby	X	X	X	ANO
Centra denních služeb			X	ANO
Denní stacionáře pro seniory			X	ANO
Týdenní stacionáře pro seniory	X			ANO
Domovy pro seniory	X			ANO
Domovy se zvláštním režimem	X			ANO
Sociální služby poskytované ve zdrav. zařízeních lůžkové péče	X			ANO
Služby sociální prevence				
Telefonickou krizovou pomoc		X		NE
Tlumočnické služby		X	X	NE
SAS pro seniory a osoby se zdrav. post.		X	X	NE
Sociální rehabilitace		X	X	ANO

(pozn. SAS – sociálně aktivizační služby)

Zdroj: ZSS

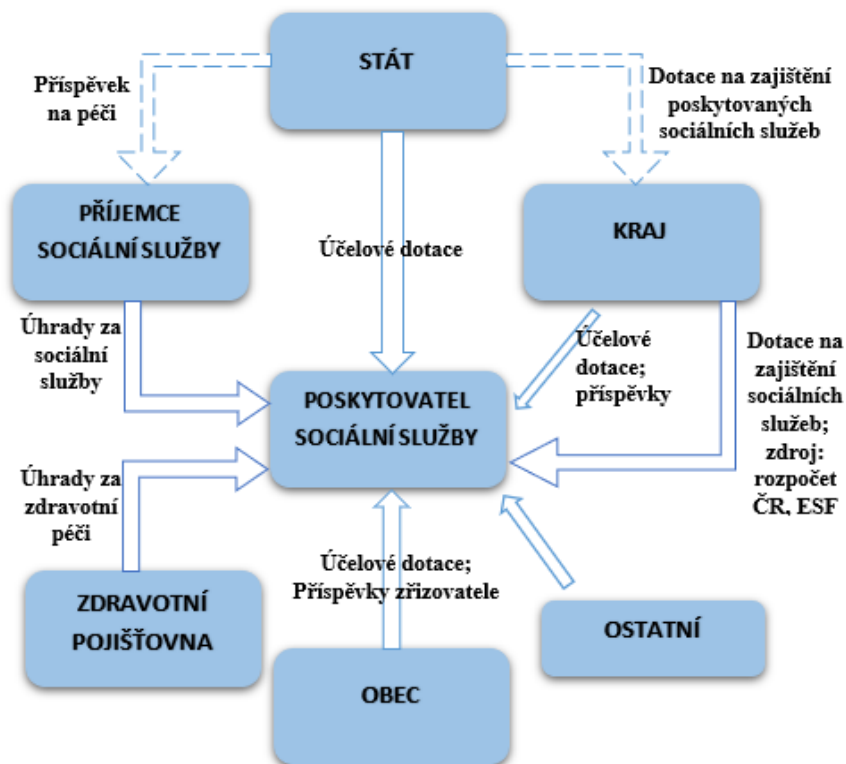
Služby sociální péče, které byly výše uvedeny spadají do **formální péče**. Důležitá je ale i **péče neformální**. Neformální sociální péče je poskytována stejně jako formální péče osobě závislé na podpoře, pomoci a péči. Rozdíl je v tom, kdo péči poskytuje. Neformální péče je poskytována rodinými příslušníky nebo přáteli, kteří většinou nejsou profesionálními pečovateli. Neformální péče může být krátkodobá (poskytována po dobu snížené soběstačnosti opečovávaného vlivem úrazu, či krátkodobého onemocnění) nebo dlouhodobá (pro osoby s postižením, či ztrátou soběstačnosti vlivem věku). Druh této péče přispívá k rodinné soudržnosti a mezigenerační solidaritě a v oblastech s vysokou nezaměstnaností může snižovat tlak na trhu práce a z toho důvodu má neformální péče významný přínos jak ekonomický, tak společenský. Neformální péče je jednak podpořena finančně ze státního rozpočtu např. příspěvkem na péči, příspěvkem na mobilitu nebo na zvláštní pomůcky, nebo také dlouhodobé ošetrovné, které bylo zavedeno v roce 2018, ale lze jej pobýrat maximálně 90 dnů v roce atd., tak i nefinančně, kam by spadalo možná úhrada zdravotního a sociálního pojištění pečující osoby a také započítání doby poskytování péče do doby důchodového pojištění nebo zkrácení pracovní doby. (ISPV, 2017)

Ve spojitosti se sociálními službami a stárnutím obyvatelstva často dochází k prolínání zdravotní a sociální péče, a proto je důležité také zmínit termín **dlouhodobá péče**, která je vykonávána na pomezí zdravotní a sociální péče. Podle definice WHO je cílem dlouhodobé sociálně-zdravotní péče „*zachování co nejvyšší možné kvality života v souladu s individuálními preferencemi a co nejvyšší míry nezávislosti, samostatnosti, participace, osobního naplnění a důstojnosti*“. Dlouhodobá sociálně-zdravotní péče pak představuje „*soubor služeb určený osobám se sníženou mírou funkční, fyzické nebo kognitivní kapacity, které jsou po delší časové období závislé na pomoci se základními činnostmi každodenního života*“. Případně OECD vymezuje tuto péči jako určité spektrum služeb určené lidem, kteří jsou závislí na pomoci jiné osoby při některých základních sebeobslužných aktivitách (jako je hygiena, oblékání, schopnost najít se samostatně, přesunout se z se z postele aj.). (Horecký, Potůček, Cabrnach a Kalvach, 2021, s. 17)

2.2.2 Financování sociálních služeb

Malíková (2011, s. 60) uvádí, že v ČR je financování sociálních služeb vícezdrojové. Finanční zdroje pocházejí z veřejného i soukromého sektoru. Zásadním poskytovatelem finančních prostředků však jsou stát a územně samosprávné celky. Do přehledu zdrojů příjmů pro poskytování sociálních služeb lze zařadit státní dotace a granty, dotace ze strukturálních

fondů EU, příspěvky zřizovatelů, příjmy od uživatelů, příspěvky na péči, příjmy z veřejného zdravotního pojištění, příspěvky samosprávných celků, dary a příjmy z vedlejší hospodářské a mimořádné činnosti. Struktura, z jakých a jaké zdroje poskytovatelé získávají, je uvedena na obr. 2.



Obrázek 2: Struktura zdrojů financování sociálních služeb

Zdroj: (MPSV, 2011, s.22)

Za nejdůležitější považují zmínit především dotace ze státního rozpočtu, úhrady od klientů a příspěvek na péči. **Dotace ze státního rozpočtu** jsou poskytovány Ministerstvem práce a sociálních věcí (MPSV) prostřednictvím rozpočtů krajů v jejich přenesené působnosti. Kraj rozhoduje o poskytnutí finančních prostředků z dotace poskytovatelům sociálních služeb, kteří jsou zapsáni v registru. Dle ZSS se jedná o účelovou dotaci na financování běžných výdajů, které souvisejí s poskytováním základních druhů a forem sociálních služeb v rozsahu základních činností. Tyto běžné výdaje jsou představovány osobními náklady na personál jednotlivých zařízení. (MPSV, 2020)

Poskytovatelé sociálních služeb mají různé právní formy, od kterých se odvíjí jejich právní nárok na finance z veřejných rozpočtů a tím i na množství financí, které organizace z veřejných rozpočtů na svůj provoz obdrží. Nestatní organizace právě tento nárok nemají a vzhledem k tomu, že veřejné prostředky ve formě dotací jsou poskytovány vždy pouze na jeden rok, existuje tak u nich nejistota, zda jim budou poskytnuty takové finanční prostředky, které jsou

nutné k udržení jejich činnosti. Hlavní podmínkou ovšem k získání dotace je povinnost být registrován v registru poskytovatelů, který je zaveden od roku 2006.

Příspěvek na péči je dle ZSS určen osobám, které jsou závislé na pomoci jiné fyzické osoby a jsou starší jednoho roku. Z tohoto příspěvku mohou osoby hradit sociální služby nebo jiné formy pomoci. Tato pomoc musí být poskytována osobou blízkou, asistentem sociální péče, poskytovatelem sociálních služeb, anebo speciálním lůžkovým zdravotnickým zařízením hospicového typu. Příspěvek je poskytován z rozpočtu MPSV a o jeho udělení osobě rozhoduje krajská pobočka Úřadu práce.

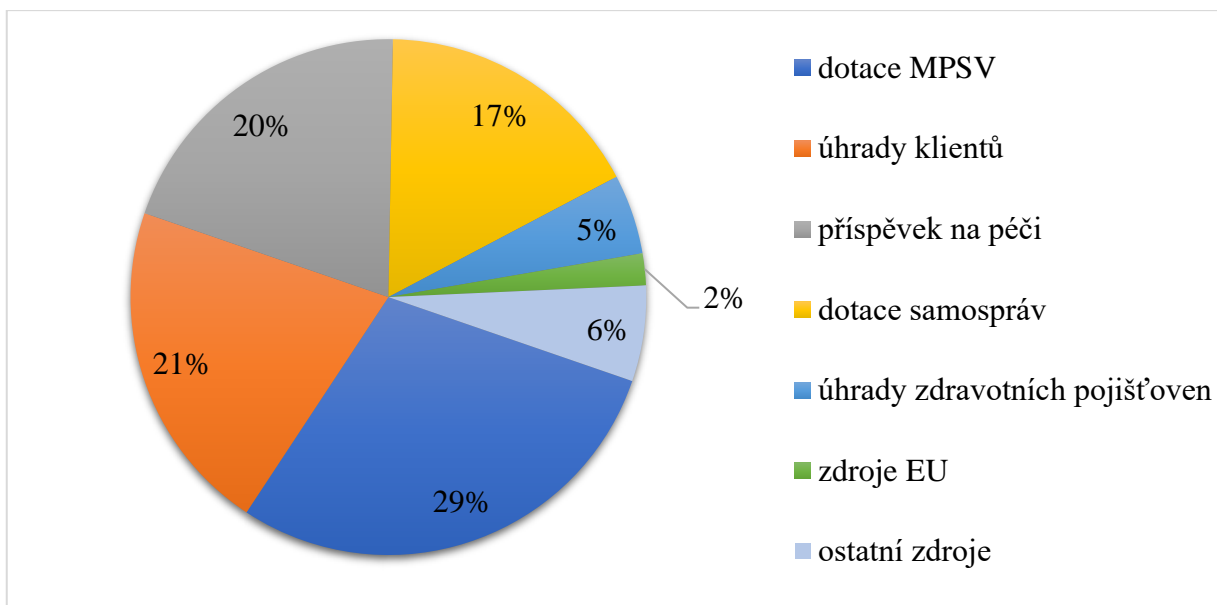
Nárok na určitou výši příspěvku se odvíjí od stupně závislosti, která se hodnotí ve čtyřech stupních a určuje se počtem úkonů vyjmenovaných v zákoně, které osoba nezvládá samostatně. Při posuzování závislosti se vychází z hodnocení schopnosti zvládat základní potřeby jako jsou mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, tělesná hygiena, výkon fyzické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity a péče o domácnost. Příspěvek se vyplácí jednou měsíčně přesněji v kalendářním měsíci, za který náleží. Jeho výše se liší pro osoby starší a mladší 18 let. Tab. 2 uvádí výši měsíčního příspěvku, která je poskytována od roku 2022.

Tabulka 2: Výše měsíčního příspěvku na péči od roku 2022

Stupeň závislosti	Do 18 let	Nad 18 let
I. stupeň - lehká závislost	3 300 Kč	880 Kč
II. stupeň - středně těžká závislost	6 600 Kč	4 400 Kč
III. stupeň - těžká závislost	13 900 Kč	12 800 Kč
IV. stupeň - úplná závislost	19 200 Kč	19 200 Kč

Zdroj: ZSS

Z hlediska složení zdrojů financování všech sociálních služeb dohromady, lze za nejdůležitější považovat dotace MPSV, které reprezentují cca 29 % všech zdrojů, dále úhrady od klientů (jedná se hlavně o důležitý zdroj pobytových služeb), které představují cca 21 %, příspěvek na péči (část, která plyne do sociálních služeb) tvoří cca 20 % všech zdrojů nebo jsou to dotace územních samospráv (kraje tvoří 10 % a obce 7 % zdrojů). Menší zdroje financování jsou s podílem 5 % úhrady od pojišťoven nebo zdroje od EU s podílem pouhých 2 %. Sociální služby jakožto prvek sociálního zabezpečení jsou financovány ze své podstatné části prostřednictvím přerozdělování veřejných zdrojů, kdy už jen z rozpočtu MPSV (dotace a příspěvek na péči) je hrazeno cca 49 % celkových nákladů. (viz obr. 3)



Obrázek 3: Podíl jednotlivých zdrojů na financování sociálních služeb v ČR v letech 2013 - 2019

Zdroj: (MPSV, 2019a, s. 2)

Pro lepší zpracování a vyhodnocení finančních dat je používána tzv. **metoda zdravotnických účtů** (SHA 2011– System of Health Accounts), kterou vypracovaly OECD, EUROSTAT a WHO. Zásadou zavedené mezinárodní klasifikace zdravotnických účtů, je možné provádět mezinárodní srovnání výdajů na sociální služby. Systém zdravotnických účtů je nástrojem, který slouží ke komplexnímu vyjádření veškerých běžných (neinvestičních) výdajů na zdravotní péči, u kterých jsou sledovány rozměry - druh poskytovatele zdravotní péče, typ poskytovatele a zdroj financování. Tato metodika rozlišuje dvě skupiny dlouhodobé péče – dlouhodobou péči zdravotní a sociální, a to z toho důvodu, že dochází k jejich častému prolínání a lze je jen složitě oddělit.

Dlouhodobá zdravotní péče (DZP) zahrnuje tři formy:

- lůžková dlouhodobá péče – představována službami poskytovaných v nemocnicích, pečovatelských ústavech, v DS, v DZR, domovy pro osoby se zdravotním postižením, týdenní stacionáře aj.,
- denní dlouhodobá péče – zahrnuje péči poskytovanou v denních stacionářích, v centrech denních služeb nebo také v odlehčovacích službách,
- domácí dlouhodobá péče – představuje služby poskytované v přirozeném prostředí domova klienta a jedná se o např. osobní asistenci nebo pečovatelskou službu.

Dlouhodobá sociální péče (DSP) se také dělí do dalších kategorií, které jsou:

- sociální služby - představují služby tzv. asistenčního charakteru jako např. dovážka nebo příprava oběda, pomoc při zajištění chodu domácnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů klienta atd.,
- peněžité dávky – jsou finanční prostředky, které obvykle pokrývají služby neformální péče nebo slouží jako odměna poskytovatelům formální sociální péče; v ČR se jedná o příspěvek na mobilitu a na zvláštní pomůcku, a dále se jedná také o část výdajů na příspěvek na péči.

Dále tato metoda hodnocení financování zdravotních a sociálních služeb definuje **tři základní zdroje financování**, kterými jsou:

- veřejné zdroje – představované finančními prostředky získaných v rámci povinného zdravotního pojištění, prostředky z veřejných rozpočtů především ze státního rozpočtu ve formě dotací nebo peněžitých dávek, z krajských a obecních rozpočtů (především jako dotace),
- přímé platby domácností – zahrnující především výdaje na léky, platby za nadstandardní výkony, materiál a služby, regulační poplatky aj.,
- ostatní soukromé zdroje – zahrnují dobrovolné platby na zdravotní péči neziskových organizací, soukromé zdravotní pojištění a závodní preventivní péči v podnicích. (ČSÚ, 2019a)

3 ANALÝZA DEMOGRAFICKÉHO STÁRNUTÍ V ČR

Jak již bylo uvedeno v první kapitole demografické stárnutí začalo v 19. století a je spojeno s průmyslovou revolucí a probíhá ve čtyřech fázích. Čtvrtá fáze v ČR započala na začátku 90. let, kdy došlo ke společensko-ekonomickým změnám. V této fázi dochází k poklesu porodnosti, poklesu úmrtnosti a růstu počtu obyvatel ve věku nad 65 let. Tato kapitola dále analyzuje vývoj demografického stárnutí v ČR po roce 1990 do současnosti s náhledem na budoucí vývoj složení populace. Provedena je také analýza vývoje demografického stárnutí v krajích a je charakterizována pozice ČR mezi státy EU s ohledem na stárnutí populace. Na závěr kapitoly jsou stručněji zmíněny dopady stárnutí a některé případy jeho řešení.

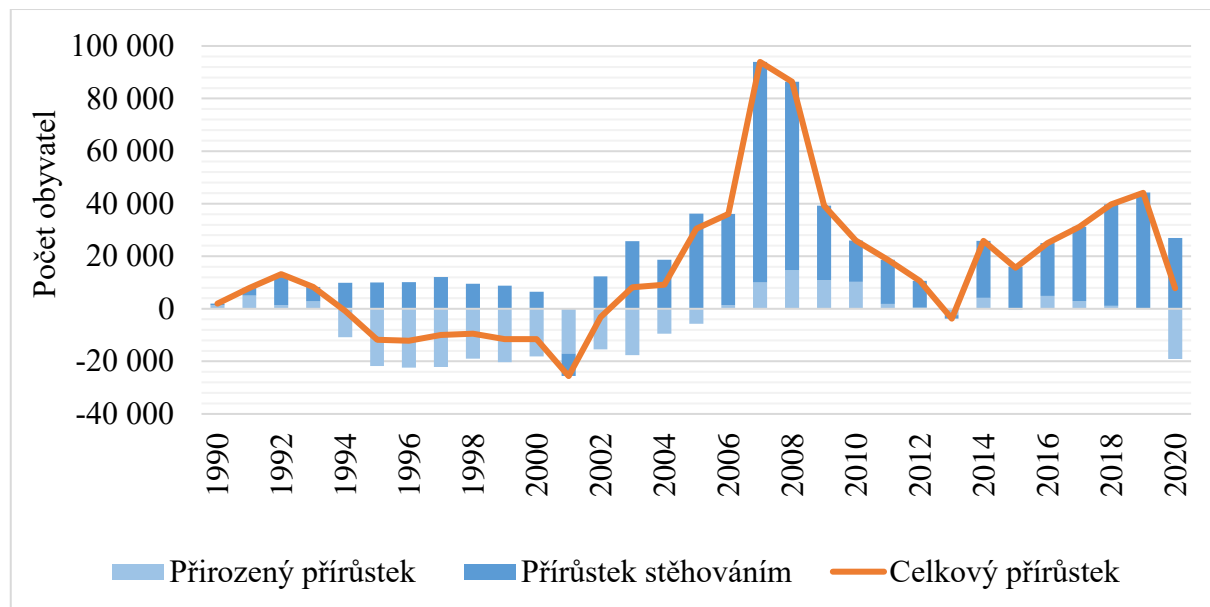
3.1 Demografický vývoj v ČR

Po roce 1990 došlo k poklesu počtu obyvatel, ale následně díky zahraniční imigraci počet obyvatel opět rostl. Tento růst byl narušen rokem 1994, od kterého docházelo k poklesu obyvatelstva. Od roku 2003 je počet obyvatelstva rostoucí. Výjimkou je pouze rok 2011, kdy byl zaznamenán mírný pokles. ČR měla v roce 2020 10,7 mil. obyvatel.

Průběh vývoje počtu obyvatel lze vysvětlit pomocí celkového přírůstku, na který poukazuje obr. 4. Celkový přírůstek se skládá z přirozeného přírůstku a přírůstku stěhováním. Přirozený přírůstek se získá srovnáním porodnosti a úmrtnosti. Od roku 1994 až do roku 2005 byl přirozený přírůstek značně záporný, protože porodnost během tohoto období klesala a v roce 1999 bylo dosaženo nejnižší hodnoty 8,7 ‰. Rabušic (2001) uvádí, že tento pokles byl způsoben přechodem do demokratického společenství, kdy lidé měly pocit větší svobody a kontroly nad svým rozhodováním. Promítlo se to např. ve snížení sňatečnosti, s nímž je spojeno založení rodiny nebo ve vzdělávání, kdy docházelo k zvyšování počtu studentů v terciálním vzdělávání a tím odkládání založení rodiny. Dále uvádí další přístup k důvodu snížení porodnosti a tím je faktor ekonomické krize neboli vysoká nezaměstnanost mladých, snížení úrovně sociálního zabezpečení a snížení úrovně životního standardu, čímž rostla nejistota, a proto došlo ke změně chování u lidí.

Společně s **poklesem porodnosti** docházelo i k **poklesu úmrtnosti**, kdy od roku 1990 měl ukazatel pozvolný klesající průběh s mírnými výkyvy. Pokles úmrtnosti lze spojit s kvalitnější zdravotní péčí či se změnou způsobu života v postkomunistické době. V letech 1994 až 2005 se pohyboval v průměru 10,8 ‰, proto byl přirozený přírůstek tak záporný. Po roce 1999 porodnost rostla až do maxima v roce 2008, odtud hodnoty opět klesaly. V období 2006 až 2011 tak porodnost byla vyšší než úmrtnost. Od roku 2012 hodnoty porodnosti i úmrtnosti jsou

značně podobné, kdy maximální rozdíl mezi nimi byl 0,5 ‰ v roce 2016. V roce 2020 byla porodnost a úmrtnost totožná 10,5 ‰. Dochází také k **růstu naděje na dožití** (při narození), která se v případě mužů mezi lety 1990 a 2020 zvýšila z 67,6 let na 75,3 let a u žen z 75,4 let na 81,4 let.



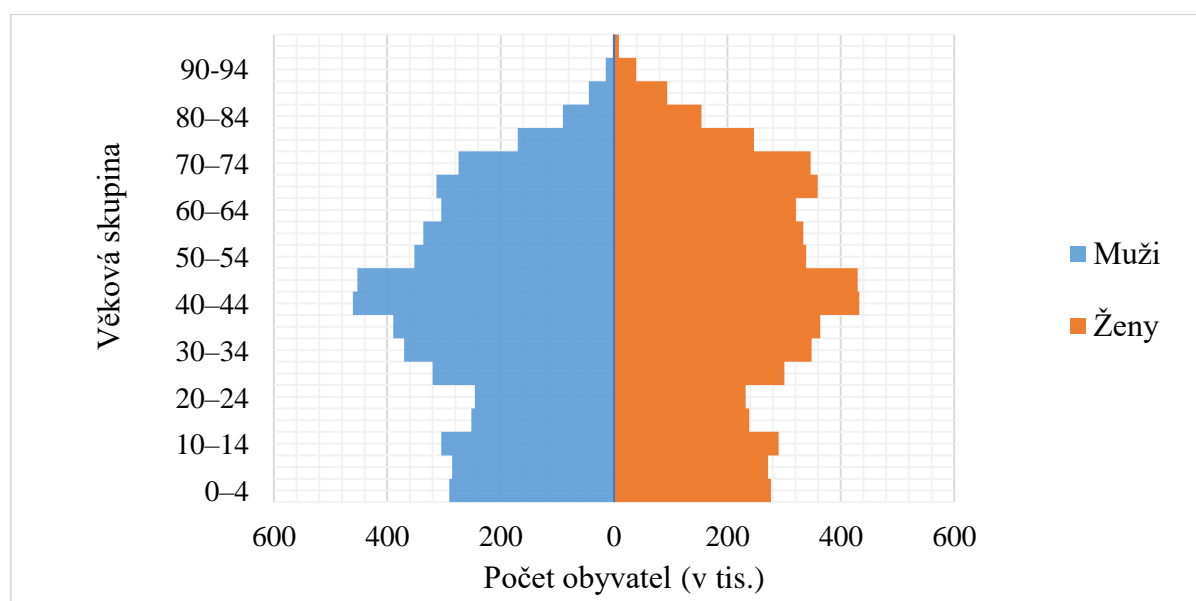
Obrázek 4: Pohyb obyvatel v ČR v letech 1990 - 2020

Zdroj: (ČSÚ, 2021a)

Z roku 2019 na rok 2020 ovšem byl registrován zvrát v případě ukazatelů úmrtnosti a naděje dožití ve spojitosti s tzv. *koronavirovou pandemií*, kdy došlo ke zvýšení úmrtnosti. V roce 2020 zemřelo asi o 14 % více lidí než v roce 2019, což je o 16 tis. více zemřelých. Od roku 1990 se meziroční změny pohybovaly mezi - 4 ‰ a 5 ‰. Strakatý (2021) uvádí, že v souvislosti s koronavirem je spojeno podle dat 70 % případů nadúmrtí, tedy ne všechny nadúmrtí jsou tvořeny lidmi pozitivními na koronavirus. Doba dožití klesla nejvíce od druhé světové války. Pro ženy klesla o 1,2 let a pro muže o 1 rok. Lze tak uvést, že jsme se s těmito údaji vrátili skoro o deset let zpět.

Populační vývoj a stárnutí populace jsou vždy ovlivňovány již zmíněnou mírou porodnosti a úmrtnosti a jejich nízkými hodnotami vzájemně. Velmi značný vliv na celkový přírůstek má i migrace, což obr. 4 potvrzuje. Po roce 1989 byly otevřeny hranice a bylo možné vycestovat i přicestovat. Přírůstek stěhování vykazoval s výjimkou let 2001 a 2013 neustále kladný výsledek. Především v letech 2007 a 2008 byl zaznamenán velký nárůst. Ovšem i v posledních letech je vidět značné zvýšení migrantů (především přistěhovalci ve věku v rozmezí 20–35 let). Právě díky migraci zůstal celkový přírůstek kladný i v roce 2020.

Současný stav populace v ČR (rok 2020) lze graficky znázornit uvedenou věkovou pyramidou. Na obr. 5 je vidět, že v populaci u obou pohlaví je nejpočetnější věková skupina 40-50 let, kteří společně představují 1,7 mil. obyvatel. V porovnání s věkovými pyramidami v minulosti (viz příloha A) došlo ke změně typu pyramidy, která nyní má spíše regresivní typ a lze tak uvést, že dochází ke stárnutí populace jednak od základny pyramidy z důvodu nízkého zastoupení mladé generace, tak z vrchu pyramidy v důsledku většího zastoupení generace nad 65 let. V této věkové skupině došlo od roku 1990 k nárůstu o cca 0,9 mil. osob (z 1,3 mil. na 2,2 mil. osob), přičemž nárůst 0,5 mil. osob připadá na období let 2010 a 2020. Věkový průměr tak od roku 1990 vzrostl o 6,1 let na věk 42,6 let a věkový medián se zvýšil z 35,6 let na 43 let.



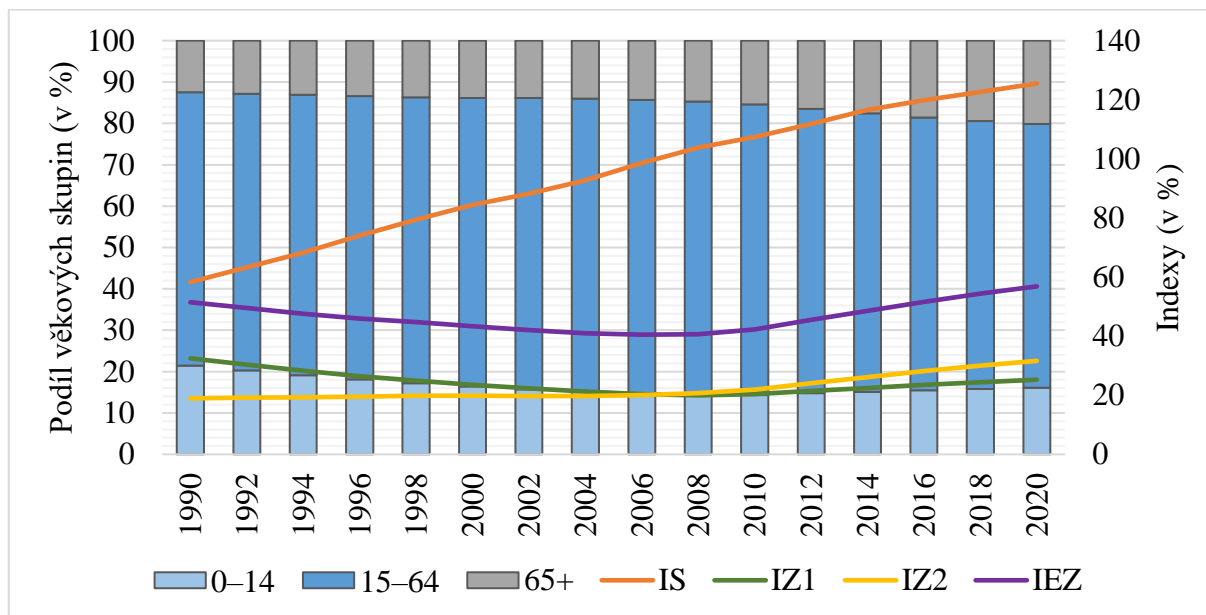
Obrázek 5: Věková pyramida ČR v roce 2020

Zdroj: (ČSÚ, 2021a)

Jednou ze zajímavostí je, že muži představují větší zastoupení než ženy až po věkovou skupinu 55-59 let, ve vyšších věkových skupinách pak převažují ženy. Pokud by se mluvilo o indexu maskulinity a feminity, tak v ČR v celém sledovaném období byl index feminity větší než index maskulinity.

Z obr. 6 je patrné, že od roku 1990 se podíl lidí ve věkové skupině nad 65 let zvyšuje. V roce 1990 bylo seniorů 12,5 %, v roce 2010 16,5 % a v roce 2020 činil podíl seniorů už 20,2 % z celkové populace. Podíl předproduktivní generace naopak od roku 1990 do roku 2008 klesl z 20 % na 14,2 %. Následně se tento podíl začal v mírném tempu zvyšovat a v roce 2020 představoval 16,1 % celkové populace. U postproduktivní generace došlo od roku 1990 ke zvýšení o 7,7 %, ovšem u předproduktivní generace došlo ke snížení o 5,4 %. Produktivní složka v roce 2020 tvořila 63,8 %. Přestože v posledních letech předproduktivní složka roste,

tak roste pomaleji než složka seniorů, o čemž vypovídá i rostoucí IS, který od roku 1990 z hodnoty 58 % vzrostl na hodnotu 126 % v roce 2020.



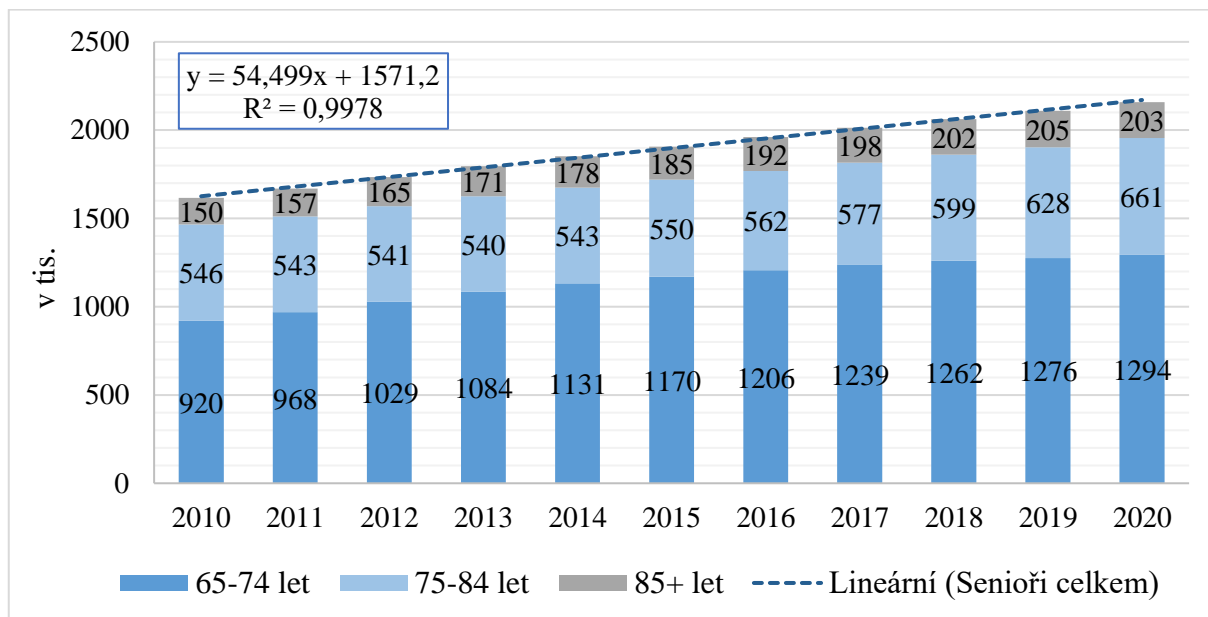
Obrázek 6: Podíl věkových skupin na populaci, index stáří a indexy závislosti v letech 1990 - 2020

Zdroj: (ČSÚ, 2021a)

Tak jak se měnily jednotlivé věkové složky populace, docházelo dále k odpovídajícím změnám u indexů závislosti. IZ_1 ukazuje, že v roce 1990 připadalo na 100 osob v produktivním věku 32 osob v předproduktivním věku. Do roku 2006 klesla hodnota indexu na 20 osob a do roku 2020 vzrostla na 25 osob v předproduktivním věku. Křivka IZ_2 má rostoucí tvar, kdy od roku 2008 začíná mít strmější průběh. Vyjadřuje, že v roce 1990 připadalo na 100 osob v produktivním věku 19 osob v postproduktivním věku. V následujících letech stoupla hodnota pouze o jednotku. Od roku 2008 podíl závislých seniorů na produktivní složce stoupl o 10 osob na hodnotu 32 osob. Poledním indexem je I_{EZ} , který od roku 1990 měl klesající průběh, a to až do roku 2007, kdy následující roky dochází k jeho nepřetržitému růstu. Index ukazuje, že v roce 1990 muselo 100 osob v produktivním věku „živit“ 51 osob. Do roku 2007 klesl tento počet až na 40 osob, následně rostl a v roce 2020 dosáhl počtu 57 osob. (viz obr. 6)

Při detailnějším pohledu na seniorskou složku populace mezi lety 2010 až 2020 (viz obr. 7), kdy došlo k největšímu nárůstu počtu seniorů, je vidět, že docházelo nejen k růstu všech seniorů ale i seniorů ve vyšším věku. U mladých seniorů došlo k růstu zhruba o 373 tis. (o 41 %), počet starších seniorů se zvýšil o 115 tis. seniorů (o 21 %) a u velmi starých seniorů došlo k nárůstu o 53 tis. seniorů (o 35 %). V roce 2020 je u počtu velmi starých seniorů

zaznamenán poprvé od roku 2010 pokles, což je výsledkem dopadů koronavirové pandemie, která zasáhla především skupinu obyvatel ve vyšším věku.



Obrázek 7: Věkového složení seniorské složky v letech 2010 - 2020

Zdroj: zpracováno dle (ČSÚ, 2021a)

V případě zhodnocení trendu vývoj celkového počtu seniorů mezi lety 2010 až 2020 lze nejlépe zvolit lineárně rostoucí trend, kdy tento trend lze vyjádřit rovnicí $y = 54,499x + 1571,2$, jejíž index determinace má hodnotu 0,9978, což znamená, že tento model vysvětluje 99,8 % zobrazených dat celkového počtu seniorů.

3.1.1 Vývoj věkového složení obyvatelstva krajů

ČR je rozdělena do 14 krajů, jejichž členění je zobrazeno v příloze B, kde jsou uvedeny i vysvětlivky ke zkratkám, které se následně budou objevovat v tabulkách či grafech. Stárnutí obyvatelstva z hlediska krajského členění na území ČR nelze v posledních dvou desetiletích považovat za sourodé, což vyplývá z komparace dat za jednotlivé kraje. Tab. 3 uvádí vývoj věkového složení v jednotlivých krajích a vývoj počtu osob ve věkových skupinách je dále uveden v příloze C.

Tabulka 3: Vývoj podílů základních věkových skupin v krajích ve vybraných letech

	0-14 let (%)			15-64 let (%)			65+ let (%)		
	2000	2010	2020	2000	2010	2020	2000	2010	2020
PHA	13,5	12,8	15,9	70,2	70,8	65,1	16,3	16,4	19,0
STC	16,0	15,6	17,8	69,6	69,7	63,6	14,4	14,7	18,6
JHC	16,6	14,5	15,9	69,7	70,0	63,2	13,6	15,5	20,8
PLZ	15,7	14,1	15,6	70,0	69,8	63,8	14,3	16,0	20,6
KAR	16,9	14,7	15,2	71,1	70,9	64,1	12,0	14,4	20,7
ÚST	17,0	15,3	16,1	70,9	70,7	64,0	12,2	14,0	19,9
LIB	16,9	15,1	16,4	70,2	70,3	63,0	12,9	14,6	20,5
KVH	16,4	14,5	15,6	69,1	69,0	62,4	14,5	16,5	22,0
PAR	16,8	14,7	16,0	69,1	69,6	63,4	14,1	15,7	20,6
VYS	17,3	14,5	15,7	68,9	69,6	63,6	13,8	15,9	20,8
JHM	16,0	14,1	16,2	69,7	69,8	63,6	14,3	16,2	20,2
OLM	16,5	14,3	15,7	69,9	69,9	63,2	13,6	15,8	21,0
ZLN	16,5	14,0	15,3	69,8	69,8	63,6	13,7	16,2	21,1
MRS	17,2	14,4	15,4	70,5	70,5	64,2	12,3	15,2	20,4
ČR	16,2	14,4	16,1	69,9	70,1	63,8	13,9	15,5	20,2

(pozn. modrá – nejnižší hodnota, oranžová – nejvyšší hodnota)

Zdroj: (ČSÚ, 2021a)

V případě podílu **předproduktivní složky** v prvním desetiletí byl stejně jako u celé ČR zaznamenán pokles ve všech krajích. Do roku 2010 došlo k nejvýznamnějšímu poklesu této složky u krajů Vysočina a Moravskoslezského, oproti tomu Středočeský kraj a Praha zaznamenaly pokles nejmenší. V jejich případě se také jednalo o jediné kraje, kde místo poklesu počtu dětí došlo k jeho růstu. Mezi lety 2010 a 2020 došlo k opačnému vývoji a všechny kraje zaznamenaly růst podílu dětské složky. V Praze a Středočeském kraji byl zaznamenán největší růst podílu této složky, kdy těmto krajům připadal i největší absolutní nárůst dětí. V Karlovarském kraji naopak došlo k nejmenšímu nárůstu podílu dětí, na což měl vliv i pokles absolutního počtu dětí jako v jediném z krajů.

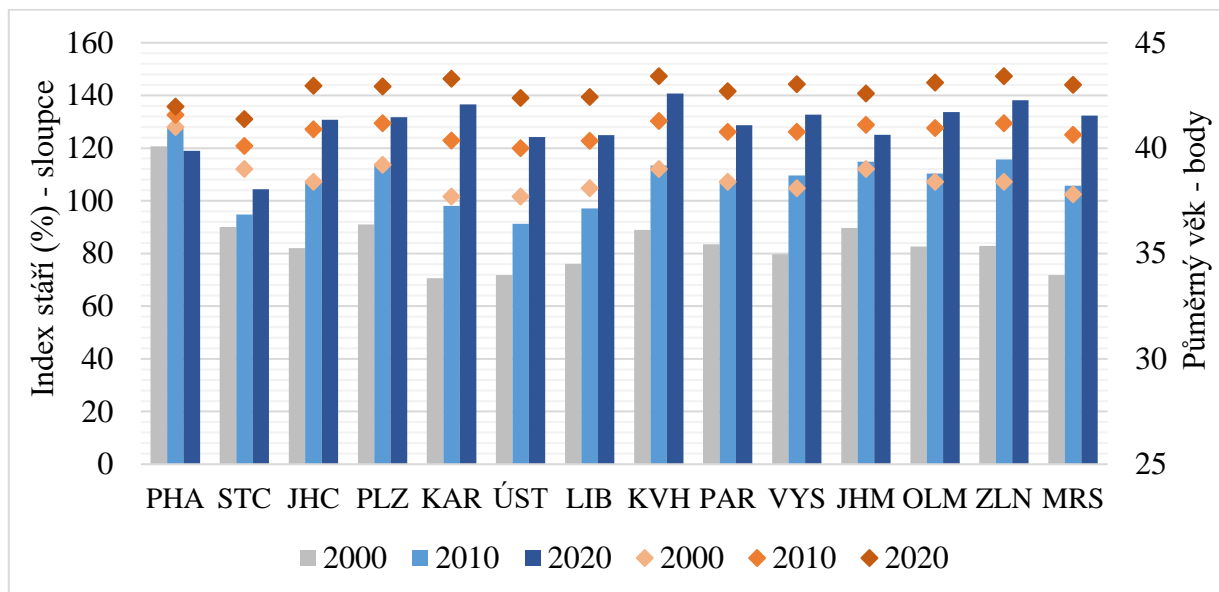
Změna podílů **produktivní složky** v krajích byla mezi lety 2000 a 2010 jen minimální. Absolutní přírůstky/úbytky produktivního obyvatelstva byly v téměř všech krajích též velmi nízké vyjma Středočeského kraje a Prahy, kam směřoval největší počet migrantů (především ve věku 15 – 64 let). V následujícím desetiletí mezi lety 2010 a 2020 podíl produktivní složky velmi výrazně klesl ve všech krajích. V absolutních počtech došlo k poklesu obyvatel v produktivním věku téměř ve všech krajích, kdy hlavním důvodem byl odchod silných poválečných ročníků do důchodového věku. Výjimku opět představuje Středočeský kraj, kde jako v jediném z krajů došlo k nárůstu počtu produktivního obyvatelstva.

Podíly obyvatel **poproduktivního obyvatelstva** se za celé sledované období postupně zvyšovaly ve všech krajích (nejvíce v kraji Karlovarském, Moravskoslezském, Ústeckém či Libereckém), pouze mezi lety 2000 a 2010 ve Středočeském kraji a v Praze docházelo téměř ke stagnaci tohoto ukazatele. Důvodem této stagnace je, že ačkoliv zde byl největší početní nárůst seniorů, tak došlo především k růstu produktivního obyvatelstva, v případě Středočeského kraje i počtu dětí. Největší nárůst podílu seniorů mezi lety 2000 a 2010 připadl krajům Moravskoslezskému, Zlínskému a Karlovarskému. Následně do roku 2020 je pozorovatelný u všech krajů nárůst podílu poproduktivního obyvatelstva mnohem výrazněji než v předchozím desetiletí, kdy začali dosahovat již zmíněné poválečné ročníky důchodového věku. Největší nárůst podílu seniorů mezi lety 2010 a 2020 připadl krajům Karlovarskému, Ústeckému a Libereckému, kde došlo i k jednomu z největších poklesů podílu produktivního obyvatelstva.

V absolutních číslech připadá největší počet seniorů krajům, kde žije největší počet obyvatel (kraje Středočeský, Praha, Moravskoslezský, Jihomoravský či Ústecký) a nejmenší počet seniorů zas krajům s nejmenším počtem obyvatel (Karlovarský a Liberecký). Nejvyšší nárůst počtu seniorů zaznamenaly mezi lety 2000 a 2020 právě kraje s největším počtem seniorů (vyjma Prahy) a nejnižší nárůst kraje s nejmenším počtem seniorů. Podobně tomu bylo i mezi lety 2010 a 2020, ale tentokrát se k největším nárůstům seniorů přidala i Praha.

Vhodnějším ukazatelem vývoje stárnutí je **index stáří**, u kterého lze na obr. 8 vidět růst indexu téměř u všech krajů vyjma Prahy, ale vyčnívá i kraj Středočeský, u kterého byl nárůst indexu nejpomalejší (z důvodu výše zmíněného vývoje dětské složky). Na počátku sledovaného období tedy roku 2000 byla Praha jediným krajem, který měl převahu seniorské složky nad dětskou neboli hodnotu indexu stáří nad 100. Hodnota indexu u ostatních krajů se pohybovala v rozmezí 71 - 91 %, kdy nejnižší hodnota připadala Karlovarskému kraji. Do roku 2010 se postupně zvyšovala převaha seniorů u dalších krajů a ke konci roku byl index stáří nižší než 100 pouze ve čtyřech krajích – Ústecký, Středočeský, Liberecký a Karlovarský. K nejvyšším nárůstům indexu došlo mezi lety 2000 a 2010 u krajů Zlínského a Moravskoslezského. Oproti tomu kraj Středočeský a Praha měly nárůsty nejmenší. Ke konci roku 2020 se hodnoty indexu stáří pohybovaly v jednotlivých krajích od 104 % (Středočeský kraj) do 141 % (Královéhradecký kraj). Počet seniorů nad dětskou složkou již tak převažuje ve všech krajích. Mezi lety 2010 a 2020 měly nejvýraznější nárůst indexu kraj Karlovarský a Ústecký. Za celé sledované období připadá největší nárůst indexu kraji Karlovarskému a Moravskoslezskému,

naopak nejmenší nárůst zůstává nadále Praze a Středočeskému kraji. Praha vybočuje z obecného směru vývoje indexu stáří oproti ostatním krajům.



Obrázek 8: Index stáří a průměrný věk v jednotlivých krajích ve vybraných letech (k 31.12.)

Zdroj: (ČSÚ, 2021a)

Ukazatel **průměrného věku** obyvatel je z důvodu zvyšujícího se počtu seniorů ve všech krajích rostoucí. Praha a Středočeský kraj ovšem vykazují nápadně jiné tempo růstu. Průměrný věk ukazuje, že nejmladší obyvatelstvo na počátku sledovaného období bylo v Karlovarském a Ústeckém kraji a nejstarší v Praze. V roce 2010 byla Praha stále krajem s nejvyšším průměrným věkem, ale nejnižší průměrný věk zůstal pouze Karlovarskému kraji. V roce 2020 se krajem s nejvyšším průměrným věkem stal Královéhradecký kraj a s nejnižším průměrným věkem kraj Středočeský. Mezi lety 2000 a 2020 byl nejvyšší přírůstek ukazatele v Karlovarském kraji a nejnižší přírůstek v Praze a Středočeském kraji.

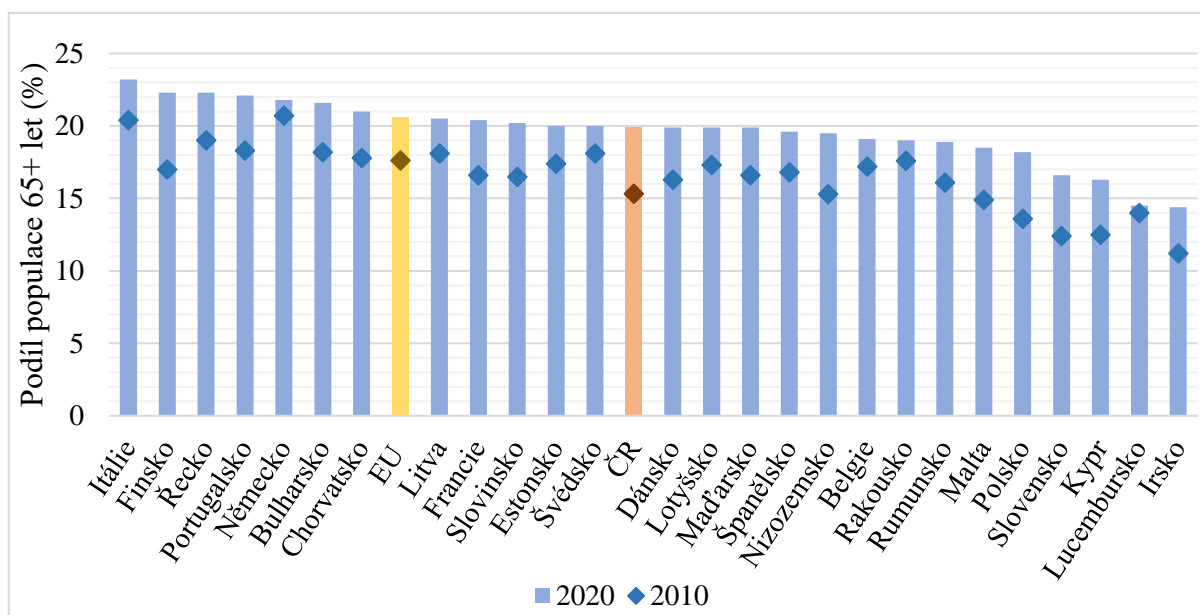
Na základě uvedených ukazatelů v tab. 3 a na obr. 8 (či v příloze C) lze vyhodnotit, že existují určité disparity v úrovni demografického stárnutí v krajích, ale nejedná se o rozdíly extrémní. Dále je možno dodat, že v průběhu posledních dvou desetiletí docházelo k proměnlivosti pořadí krajů z hlediska úrovně demografického stárnutí, přičemž v současnosti lze relativně označit za kraj s nejstarším obyvatelstvem Královéhradecký kraj a protějškem neboli krajem s nejmladším obyvatelstvem je Středočeský kraj. EU (2021, s. 26) uvádí, že důvodem této skutečnosti je okolnost, že se jedná o zázemí Prahy, kam se soustřeďují mladí a mladé rodiny s dětmi především za pracovními možnostmi nebo s účelem lepší dostupnosti vzdělávání. Uvádí také, že tento efekt není specifický pouze pro ČR ale téměř pro většinu

evropských států, kdy nejmladší obyvatelstvo se vyskytuje právě v hlavních městech nebo v jejich okolí. Za značně ovlivňující faktor úrovně stárnutí tak lze označit migraci.

3.1.2 Stárnutí obyvatelstva ČR v rámci států EU

Demografický vývoj států EU je daleko od jednotnosti. Stav demografického stárnutí obyvatelstva států EU je následně ohodnocen především pomocí ukazatele podílu seniorů na populaci porovnáním let 2010 a 2020. Z údajů uvedených na obr. 9 tak vyplývá, že největší podíl seniorů v populaci v roce 2020 měla Itálie (23,2 %), dále Finsko a Řecko (22,3 %) atd. Nejmenší podíl seniorů mělo naopak Irsko (14,4 %) a Lucembursko (14,5 %). ČR, v tomto případě s 19,9 %, se dle tohoto ukazatele nachází na třinácté pozici. Pokud by se porovnala hodnota ukazatele za celou EU (20,6 %) jako hranice mezi populačně staršími a mladšími státy, ČR by spadala mezi populačně mladší země v EU.

Při porovnání s rokem 2010 je poté vidět, že státy stárnou různým tempem. V roce 2010 mělo největší podíl 20,7 % seniorů v populaci Německo a Itálie byla až na druhém místě s 20,4 %. Řecko zůstalo na třetí pozici s 19 %, ale Finsko, které je v současnosti na druhé pozici bývalo až třinácté se 17 %. V případě Finska se tak jedná o největší nárůst podílu seniorů ze států EU, a to až o 5,3 %. Nejmenší podíl seniorů mělo i v roce 2010 Irsko s 11,2 %, ale po něm následovalo Slovensko s 12,4 %. ČR bývala s 15,3 % na dvacáté pozici, čímž se posunula až o 7 míst a je také druhou zemí EU po Finsku s největším nárůstem podílu seniorů v posledním desetiletí, a to až o 4,6 %.



Obrázek 9: Podíl obyvatelstva ve věku 65+ let ve státech EU k 1.1.2010 a 2020

Zdroj: Eurostat (2021)

Ve své studii EU (2021) dále uvádí i jiné ukazatele demografického stárnutí jako např. medián věku k roku 2020, u kterého jsou na prvních pozicích s nejvyššími hodnotami státy Itálie (47,2 let), Německo (44,2 let) a Portugalsko (45,5 let). Finsko (43,1 let) je překvapivě v tomto případě až na třinácté pozici a za ním následuje ČR s hodnotou 43 let. Nejnižší hodnoty pak měl Kypr (37,7 let), Irsko (38,1 let) a Lucembursko (39,5 let). Populace celé EU má medián věku o hodnotě 43,9 let, což stále řadí ČR k populačně mladším zemím.

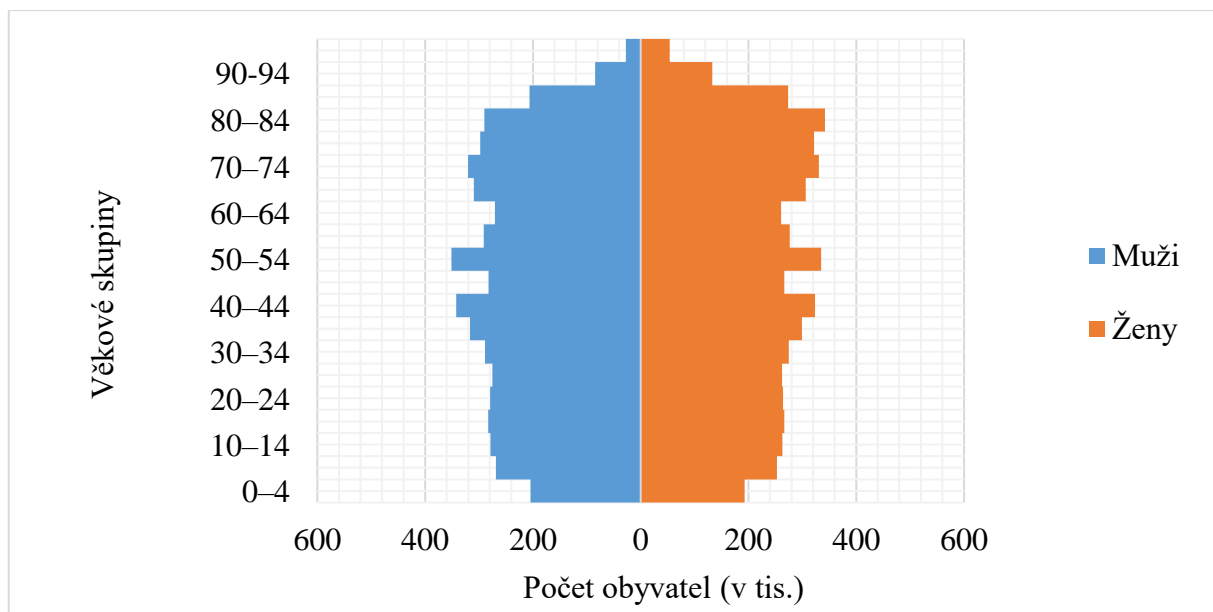
Dalším uváděným ukazatelem je IZ_2 , který řadí státy Itálie (36,4 %), Finsko (36 %) a Řecko (35,5 %) na první pozice, přičemž ČR byla na začátku roku 2020 na třinácté pozici s 31,1 %. Ve spodních pozicích by se jednalo o Lucembursko (21 %), Irsko (22 %) a Kypr (24 %). Hodnota indexu za obyvatelstvo celé EU byla 32 %, což znamená, že ČR se opět přiřadí k populačně mladším zemím.

Pomocí zmíněných ukazatelů lze vyhodnotit, že nejstarší populaci má stát Itálie a nejmladší populaci má Irsko či Lucembursko. ČR spadá z hlediska úrovně demografického stárnutí mezi středně populačně staré státy EU. Na druhou stranu lze uvést, že již výzkum OECD (2018) označil ČR jako zemi, jejíž populace stárne mnohem rapidněji než ve většině zemí EU.

3.2 Budoucí vývoj obyvatelstva ČR

Na základě projekce obyvatelstva ČSÚ (2018) se počet obyvatel přiblíží k hranici 10,8 mil. obyvatel v roce 2030 a v roce 2050 se sníží k 10,7 mil. Následně z projekce vyplývá, že dojde k pozvolnému poklesu počtu populace a po roce 2055 bude pokles ráznější, ale v roce 2080 by měl nastat opětovný růst.

Dle projekce ČSÚ (2018) lze očekávat nárůst úmrtnosti ve 30. letech (až 12 ‰), kdy bude docházet k úbytku osob z početnějších ročníků narozených mezi 40. a 50. lety 20. století. Následně v polovině 50. let dojde k již zmíněnému úbytku populace v důsledku zvýšeného růstu úmrtnosti (kolem 13 ‰) v případě nejpočetnější generace ze 70. let minulého století. Porodnost by měla klesnout během druhé poloviny 20. let až do první poloviny 30. let pod hranici 9 ‰ a následující roky bude pravděpodobně kolísat mezi 9 ‰ a 10 ‰. Přirozený přírůstek je předpokládán po celou dobu projekce záporný, a to z důvodu předpokládané značné mezery mezi porodností a úmrtností. Jediné, co by tak celkový přírůstek udrželo na kladné úrovni je migrace.

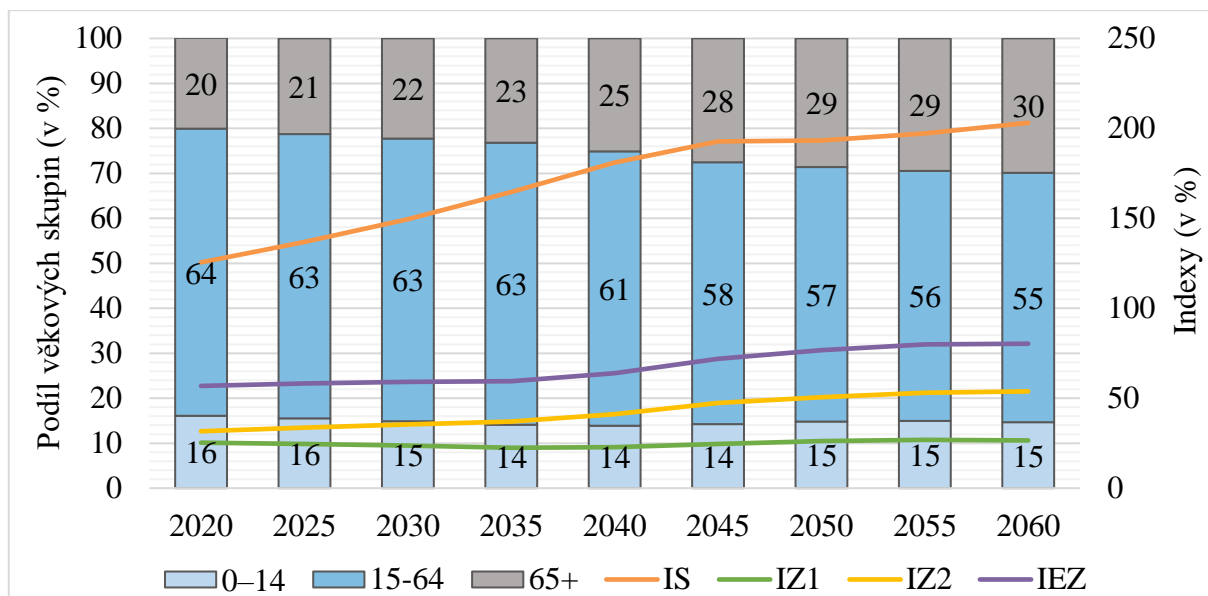


Obrázek 10: Předpokládaná věková pyramida v roce 2060

Zdroj: (ČSÚ, 2018)

Pro znázornění struktury populace v ČR ke konkrétnímu roku v budoucnosti byl zvolen rok 2060 (viz obr. 10), protože se jedná o dobu bližší a v těchto letech by měl dosahovat index stáří nejvyšších hodnot před svým poklesem. Na první pohled je vidět, že se jedná o regresivní typ, a že věkové skupiny mužů ani žen nedosahují hranice 400 tis. obyvatel. Dále je vidět, že věková skupina nad 65 let tvoří značně velký podíl na celkové populaci. Z této pyramidy vyplývá i rostoucí průměrný věk, který by tak mohl v roce 2060 dosahovat 46,8 let. Obdobně by tomu bylo s nadějí na dožití, protože je vidět, že ve věkové skupině nad 90 let bude početně více osob, než je v současnosti.

Pokud by se prognóza naplnila došlo by v průběhu let i ke změně složení věkové struktury, která je zobrazena na obr. 11. Během 30. let až do konce 50. let by mělo dojít k největšímu úbytku produktivní populace na 55 % a nárůstu poproduktivní složky na 30 %. V důsledku toho vzroste i index stáří až na hodnotu 203 %. Následně by mělo dojít k mírnému snížení poproduktivní složky. V případě předproduktivní složky se situace příliš ztlačně nemění a její podíl se bude pohybovat v rozmezí 14 – 16 %. V souvislosti s růstem poproduktivní složky, snižování produktivní složky a poklesem složky předproduktivní, lze předpokládat i růst I_{EZ} především tedy v 30. až 50. letech. Ten by mohl vzrůst až na 80 % v roce 2060 a podobný průběh by měly i ostatní indexy, kdy v tom roce by I_{Z1} byl 26 % a I_{Z2} 54 %.

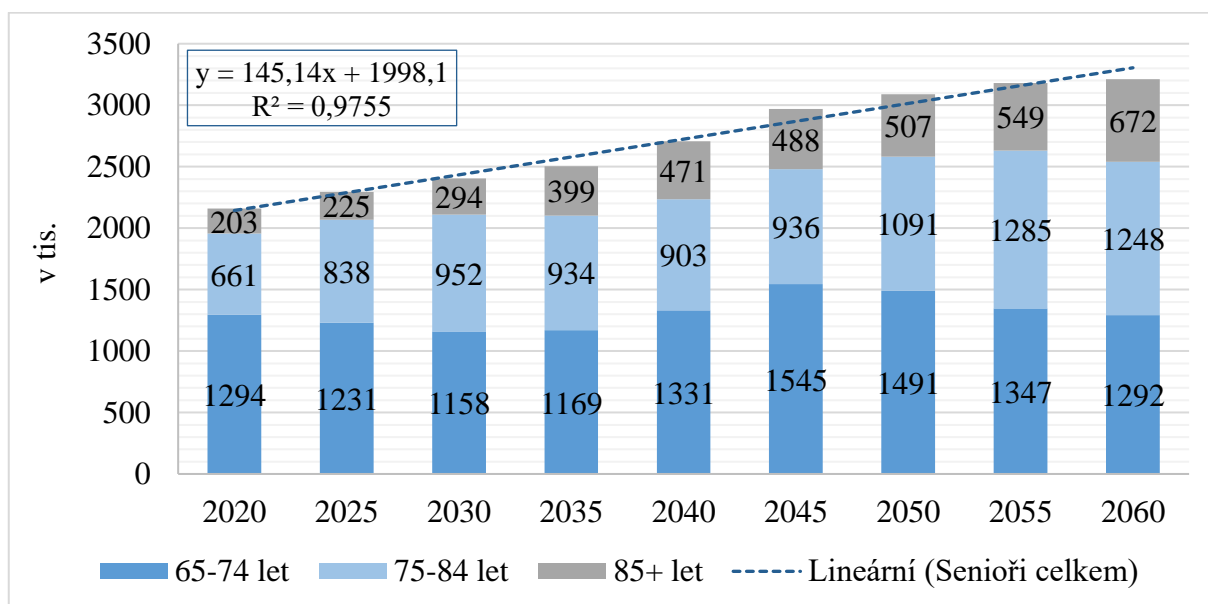


Obrázek 11: Předpokládaná věková struktura populace a index stáří do roku 2060

(pozn. rok 2020 – skutečná data)

Zdroj: (ČSÚ, 2018)

V rámci seniorské složky, jak ukazuje obr. 12, dojde ke zvýšení počtu mladých seniorů především po roce 2040 a ti se dále po roce 2050 začnou přesouvat do vyššího věku a vzroste tak počet starších seniorů. V roce 2060 se tito senioři dostanou do věku velmi starých seniorů a v tomto roce tak budou představovat až 21 % všech seniorů. Do roku 2060 celkově vzroste počet seniorů cca o 1 mil. a celkový počet by tak mohl dosahovat až 3,2 mil. seniorů.



Obrázek 12: Předpokládaný vývoj věkového složení seniorské složky do roku 2060

(pozn. rok 2020 – skutečná data)

Zdroj: zpracováno dle (ČSÚ, 2019b)

V případě zhodnocení trendu vývoje celkového počtu seniorů po roce 2020 lze za nejvhodnější tvar určit lineární trend, kdy rovnice tohoto trendu by měla tvar $y = 145,14x + 1998,1$ s indexem determinace 0,9755 a model tak by tak vysvětloval až 98 % variability celkového počtu seniorů. Důvodem užití této funkce je nejvyšší hodnota indexu determinace.

Překážkou této projekce se stává současná koronavirová pandemie a s ní příznačná zvýšená úmrtnost. Dle dat Ministerstva zdravotnictví ČR zvýšená úmrtnost postihuje především vyšší věkové kategorie, tedy osoby seniorského věku. Tento efekt by tak mohl zpomalit stárnutí populace ČR, ale tím že prozatím nejsou výrazně zasaženy osoby od 40 do 60 let a z toho důvodu je stále předpokládáno stárnutí populace do budoucnosti, ale lze říci v pomalejším tempu. Stále je však nutno brát tuto prognózu s rezervou.

3.2.1 Budoucí vývoj věkového složení obyvatelstva krajů

Podle projekce vytvořené ČSÚ v roce 2019 bude stejně tak jako v celorepublikovém případě docházet k demografickému stárnutí ve všech krajích, ačkoliv dynamika stárnutí se bude i nadále v krajích lišit. Vývoj budoucího věkového složení krajů uvádí tab. 4 a případně vývoj počtu osob ve věkových skupinách je uveden v příloze D.

Tabulka 4: Přepokládaný budoucí vývoj podílů věkových skupin v krajích

	0–14 let (%)			15–64 let (%)			65+ let (%)		
	2020	2030	2060	2020	2030	2060	2020	2030	2060
PHA	15,9	15,6	15,1	65,1	65,6	58,6	19,0	18,8	26,3
STC	17,8	16,1	16,1	63,6	63,9	56,6	18,6	20,0	27,3
JHC	15,9	14,7	14,4	63,2	61,6	54,5	20,8	23,7	31,1
PLZ	15,6	14,5	14,5	63,8	62,8	56,0	20,6	22,6	29,5
KAR	15,2	13,4	13,4	64,1	62,7	54,6	20,7	23,9	32,0
ÚST	16,1	14,3	13,8	64,0	63,4	55,8	19,9	22,3	30,4
LIB	16,4	15,0	14,7	63,0	62,6	55,4	20,5	22,5	29,9
KVH	15,6	14,3	14,1	62,4	61,3	53,9	22,0	24,4	32,1
PAR	16,0	14,9	14,7	63,4	62,2	54,7	20,6	22,9	30,6
VYS	15,7	14,7	14,3	63,6	61,0	52,8	20,8	24,3	32,9
JHM	16,2	15,3	15,3	63,6	62,3	54,7	20,2	22,3	29,9
OLM	15,7	14,4	13,9	63,2	61,7	53,4	21,0	23,9	32,7
ZLN	15,3	14,1	13,6	63,6	61,4	52,9	21,1	24,5	33,4
MRS	15,4	14,0	13,3	64,2	62,3	54,0	20,4	23,7	32,7
ČR	16,1	14,9	14,7	63,8	62,9	55,5	20,2	22,3	29,8

(pozn. rok 2020 – skutečná data)

Zdroj: (ČSÚ, 2019b)

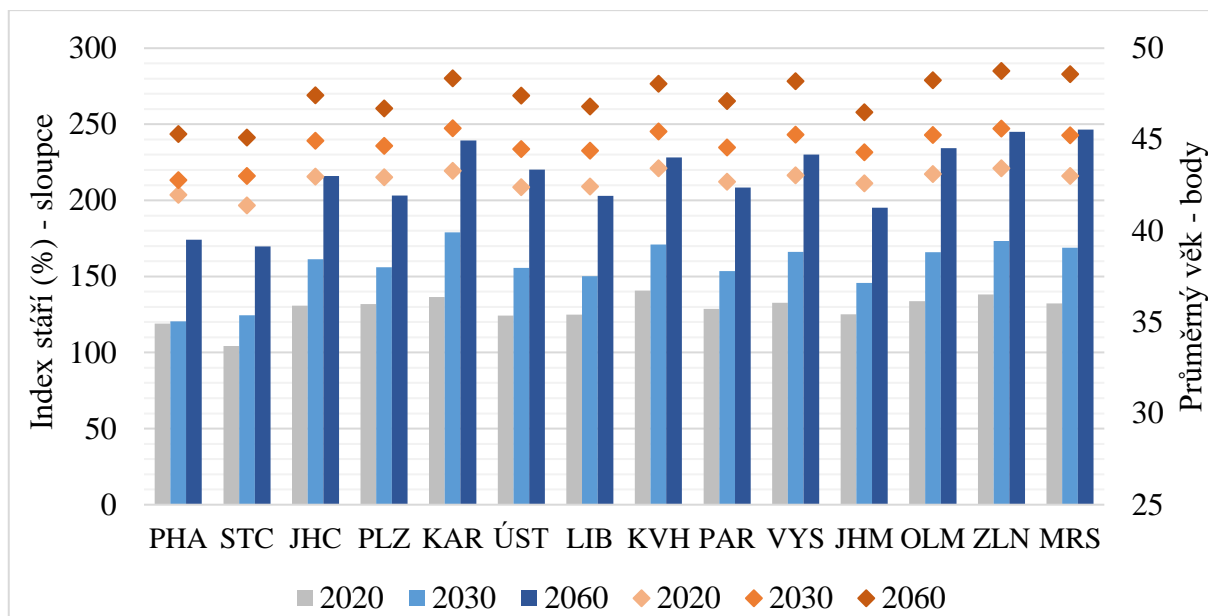
U podílu **předproduktivní složky** je předpokládán jako u celé ČR do roku 2030 pokles ve všech krajích, kdy největší pokles je očekáván ve Středočeském a Karlovarském kraji.

Následně do roku 2060 by mělo docházet opět ve všech krajích k poklesu, avšak značně mírnějšímu. Nejvíce bude pokles znatelný v Moravskoslezském kraji, který tak bude mít společně s Královéhradeckým krajem nejmenší podíl dětí v populaci, zatímco Středočeský kraj zůstane na své pozici s největším podílem dětí. V některých krajích by dokonce mohly podíly dětské složky mezi lety 2030 a 2060 zůstat konstantní.

Stejně tak lze očekávat snížení podílů **produktivní složky** obyvatelstva krajů. S rozdílem, že mezi lety 2020 a 2030 bude pokles značně mírný. Největší pokles zaznamená kraj Vysočina a stane se tak krajem s nejmenším podílem produktivní složky v populaci. Mezi lety 2030 a 2060 dojde k dalšímu poklesu, a to nejvýrazněji u krajů Zlínského, Olomouckého či Moravskoslezského. Zlínský kraj se tak stane společně s Vysočinou krajem s nejnižším podílem produktivní složky v populaci. Oproti tomu Hlavní město Praha si zachová pozici s největším podílem této složky.

Opačnou tendenci bude mít vývoj podílů **poproduktivní složky**, u které lze v případě všech krajů i nadále očekávat vzestup. Největší nárůst je mezi lety 2020 a 2030 předpokládán v kraji Vysočina, dále v krajích Zlínském, Moravskoslezském nebo Karlovarském. Kraje Vysočina a Zlínský se tak přidají ke Královéhradeckému kraji jako kraje s nejvyšším zastoupením seniorů. Následně mezi lety 2030 a 2060 bude růst podílu seniorů pokračovat, přičemž největší nárůst připadá krajům Moravskoslezskému, Zlínskému a Olomouckému, které budou společně se Zlínským krajem představovat kraje s nejvyšším zastoupením seniorů. Oproti tomu v Praze a Středočeském kraji lze očekávat nejmenší nárůst této složky, čímž zůstanou kraji s nejmenším podílem seniorů v populaci. V porovnání let 2020 a 2060 tak lze celkově očekávat nárůst podílu poproduktivní složky v krajích o 7–12 %.

Budoucí stárnutí populace dokazuje i rostoucí **index stáří** (viz obr. 13). Pomocí tohoto rostoucího indexu lze konstatovat, že senioři i nadále budou početně převyšovat děti ve všech krajích. Tato převaha se bude do roku 2030 zvyšovat v rozmezí o 20 – 42 %. Výjimku představuje pouze Praha, která má nárůst jen minimální, a to z toho důvodu, že je očekáván růst počtu dětí v tomto období. Mezi lety 2030 a 2060 je očekáván nárůst o dalších 45 – 78 % již včetně Prahy a je tak možno předpokládat, že hodnoty indexu se budou u téměř všech krajů pohybovat u hranice 200 % či budou vyšší než 200 % (opět vyjma Prahy a Středočeského kraje). V roce 2060 by měly kraje Moravskoslezský a Zlínský, u kterých dojde i k celkovému největšímu růstu indexu, mít největší hodnotu indexu, což je zhruba 246 %.



Obrázek 13: Předpokládaný budoucí vývoj indexu stáří a průměrného věku v krajích

Zdroj: (ČSÚ, 2019b)

V případě **průměrného věku**, jehož rozpětí v roce 2020 bylo 41,4 – 43,4 let (Středočeský kraj – Královéhradecký či Zlínský kraj), bude do roku 2030 vlivem růstu počtu seniorů ve vyšším věku také docházet k jeho růstu. V roce 2030 bude jeho rozpětí 42,8 – 45,6 let (Praha – Karlovarský či Zlínský kraj) a do roku 2060 vzroste na rozpětí 45,1 – 48,8 let (Středočeský kraj – Zlínský kraj). Nejpomaleji poroste průměrný věk stále v Praze a Středočeském kraji a nejrychleji v Moravskoslezském a Zlínském kraji.

Z hlediska absolutních přírůstků počtů seniorů lze očekávat nejvyšší nárůst v následujících letech především v kraji Středočeském, Praze, Moravskoslezském a Jihomoravském, což jsou opět kraje s nejvyšším počtem obyvatel a seniorů. Středočeský kraj a Praha představují až 40 % z celkového očekávaného nárůstu počtu seniorů.

3.3 Důsledky a řešení stárnutí obyvatelstva

Z předchozího je značně zdůrazněno stárnutí populace ČR, které jako takové s sebou přináší důsledky, které mají dopad jak na stárnoucího jedince, tak na celou společnost. Ondrušová (2017, s. 32) uvádí, že se může jednat např. o sociologické a psychosociální důsledky které jsou zapříčiněny změnami např. v charakteru rodiny, způsobu bydlení, vyšší vzdělanosti starších osob, potřebách a cílech seniorů, životní úrovni aj. Tyto důsledky zasahují do celé společnosti a mění ji. Do osobních důsledků se řadí zhoršení vlastního zdravotního stavu, smrt blízké osoby (partnera), finanční problémy, menší soběstačnost a další změny již zmíněny v první kapitole. Nutno také zmínit, že ne všechny důsledky musí být negativní. Za

pozitivum lze považovat, že s věkem přibývají zkušenosti, které mění hierarchii hodnot a člověk dokáže lépe určit, co je a není podstatné. Dále se ustalují potřeby a přibývá volný čas seniorům.

Za nejproblematičtější a nejřešenější důsledky stárnutí populace společnost především považuje ekonomické důsledky. Ve vztahu k veřejným financím je to z toho důvodu, že populace v postproduktivním věku redukuje daňovou základnu (snižuje se příjem státu) a zvyšuje daňovou zátěž ekonomicky aktivním osobám. Starší populace se stává závislou na ekonomicky aktivních osobách, protože tyto osoby svou produkcí neuspokojují pouze své potřeby ale i potřeby starší populace (a dalších ekonomicky neaktivních osob). (Ondrušová, 2017, s. 32)

Největší zátěž spojenou se stárnutím obyvatel představují pro veřejné finance **výdaje na starobní důchody**, které v současnosti tvoří přes 80 % všech důchodů vyplácených ze státního rozpočtu. V roce 2020 jejich podíl na státním rozpočtu představoval zhruba 27 % a s rostoucím počtem seniorů lze předpokládat v roce 2060 podíl až 40,2 % na celkových výdajích státního rozpočtu. Právě z toho důvodu je často řešena i otázka **důchodového věku**, který od roku 2017 byl stanoven na 65 let a s očekávaným vývojem se pravděpodobně bude i nadále zvyšovat. (OECD, 2018)

Další zasaženou oblastí jsou mimo starobní důchody výdaje **na zdravotní péči a dlouhodobou péči**, kdy kvůli vyšší nemocnosti seniorů bude i vyšší potřeba a spotřeba zdravotní a sociální péče. V posledních letech je upozorňováno především na růst počtu osob s Alzheimerovou chorobou, kdy za posledních 10 let se jejich počet zvýšil ze 30 tis. na 68. tis. osob s touto chorobou. (ČTK, 2021)

Stárnutí také zasahuje do **nezaměstnanosti**, protože právě lidé nad 50 let jsou významným způsobem ohroženi na trhu práce. Dle statistik MPSV (2021a) tvoří právě tato kategorie největší počet uchazečů o zaměstnání. Například v roce 2020 to byla více než třetina všech uchazečů (105 tis. z celkových 292 tis., 36 % z celku), jednalo se především o uchazeče ve věku mezi 55 a 59 let. Tyto statistiky se v posledních letech příliš neměnily. Z důvodu komplikovaného nalezení nové práce po ztrátě zaměstnání a dlouhé nezaměstnanosti osoby starší 50 let pak často odcházejí dříve do důchodu.

Z důvodu stárnutí populace států se začali objevovat různá řešení, která by mohla tento proces zvrátit či zpomalit a zmírnit jeho dopady. Následně jsou proto neznámější **řešení** uvedena.

Bylo již zmíněno, že demografický vývoj je ovlivněn dvěma přirozenými procesy – porodností a úmrtností. Často s těmito ukazateli se mluví o možnosti řešení stárnutí skrze ně. Ke stárnutí populace dochází snižováním **úmrtnosti**, ovšem nastolit taková opatření, která by zvyšovala úmrtnost jsou nejen nesprávné a neefektivní, ale především nemorální. Proto se nad otázkou řešením vyšší úmrtnosti nedá uvažovat.

Na rozdíl **porodnost** je faktorem, u kterého by jeho zvýšení mohlo znatelně ovlivnit demografické stárnutí obyvatelstva. Ovšem zvýšením podílu dětské složky a tím vyrovnání věkové struktury s sebou nese nemalé ekonomické zatížení. Byla by k tomu zapotřebí větší znalost zákonitostí porodnosti, což představuje velký problém, vzhledem k tomu, že je nelze jednoznačně uchopit. Porodnost dále doprovázejí i další jevy, které by mohly ovlivnit hospodářskou situaci země, což by se nemuselo shodovat s principy svobody ve vyspělých zemích. Populační politika nemůže přímo ovlivňovat porodnost, což znamená, že stát nemůže nařizovat zvýšení porodnosti, mohou být však využity nepřímé nástroje a odstraňování překážek ke zlepšení situace. (Rychtaříková, 2011) Takovými nástroji může být podpora rodin jako například jsou finanční podpora dostupného a sociálního nájemního bydlení pro rodiny s dětmi, zvýšení počtu míst v mateřských školách za účelem zlepšení dostupnosti služeb péče, dotace na pro-rodinné aktivity, částečné pracovní úvazky, přídavky na druhé dítě aj. (Kurzy.cz, 2019) Do porodnosti by tak lidé neměli být nuceni, volba by měla být založena na principu dobrovolnosti a stát by měl fungovat pouze jako podporovatel.

Dalším důležitým faktorem na ovlivnění struktury obyvatelstva je **migrace**. Migrace je často považována za pozitivní v případě, že dochází k imigraci produktivní (pracující) složky populace. Musíme si však uvědomit, že i imigranti stárnou. Můžeme přijímat více a více imigrantů každý rok, ale nakonec se opět dostaneme do bodu, kdy budeme mít více populace, která neustále stárne. Imigranti také vytváří tlak na „přijetí“ společností, kdy z důvodu vyššího počtu populace bude muset být rozšířena infrastruktura bydlení. Centra měst se budou expandovat a venkovy se budou šířit. Dále by bylo nutné rozšíření vzdělávacího systému k přizpůsobení kulturních a jazykových rozdílů. Můžeme mluvit i o případech akceptace ze strany společnosti. Lidé ve společnostech někdy nejsou příliš nakloněny imigrantů, což může vyvolat rozepře. (Integrated human studies, 2013) Z těchto důvodů lze říct, že imigrace je negativní jev hlavně s ohledem na budoucnost.

Další možnosti řešení dopadů může být **zajištění ekonomického růstu**, ovšem tato skutečnost vede k zvyšování věku odchodu do důchodu, protože musí být rozložena zátěž

ekonomiky aktivního obyvatelstva. Dále snížení **výdajů na sociální zabezpečení**, kdy by došlo k odlehčení pracujících v jejich výdajích a ti je budou moct využívat pro své jiné potřeby. (Žofka, 2014)

Ondrušová (2019) v souvislosti s důsledky stárnutí zmiňuje mimo jiné i rozvoj pojmů jako jsou **age management** a **silver economy**, které lze považovat za řešení dopadů stárnutí.

Age management např. Štorová (2015) popisuje jako způsob řízení, který bere ohled na věk zaměstnanců. Zohledňuje průběh životních fází člověka na pracovišti a v souvislosti s tím jeho měnící se zdroje (zdraví, kompetence, jeho hodnoty, postoje, motivace). Lze uvést, že centrem age managementu je člověk v průběhu svého pracovního života. Nabízí konkrétní opatření pro absolventy, pro příslušníky generace, kteří poskytují péči dalším členům rodiny i stárnoucím pracovníkům, kteří budou přecházet z pracovního života do důchodu. Řeší se otázky spojené s metodami udržování a podporou pracovní schopnosti a otázky hledání silných stránek jednotlivých generací, které by mohly představovat výhodu pro organizace. Touto metodou by tak mohlo dojít ke zvýšení zaměstnanosti osob starších 50 let.

Silver economy neboli stříbrná ekonomika zahrnuje všechny ty ekonomické aktivity, produkty a služby, které jsou určeny k uspokojení potřeb lidí starších 50 let. Tento koncept je odvozený od tzv. trhu se stříbrem, který se objevil v Japonsku (zemi s nejvyšším procentem lidí nad 65 let) v sedmdesátých letech a odkazoval na seniorský trh. Spočívá to v tom, že nárůst osob nad 50 let představuje řadu výzev, ale také důležité ekonomické příležitosti. Mezi hlavní příležitosti byly zařazeny tzv. silverizace sektorů, kdy se na trhu objeví nové produkty a služby přizpůsobené potřebám starších lidí (př. gerontechnologie – technologie určená seniorům). Dále je to podpora nových profesí, kdy stárnutí populace povede k vytváření pracovních míst a vzniku povolání souvisejících se stříbrnou ekonomikou např. v oblasti péče o seniory. Třetí příležitostí jsou investice do strategických plánů, kdy vzestup seniorské ekonomiky povzbudí vlády, aby investovaly např. do řešení, která zlepšují zdravotní péči a nezávislost starších osob. (Iberdrola, 2021)

Evropská komise (2018) ve svém výzkumu uvádí, že starší občané stále více utvářejí ekonomiky a představují velký a rostoucí segment v mnoha oblastech spotřeby. Očekává se, že expanze této demografické skupiny zvýší poptávku v mnoha odvětvích. Např. v ČR osoby nad 50 let tvoří zhruba 38 % celkové populace a na celkové soukromé spotřebě se podílí zhruba 41 % a na veřejné spotřebě se podílí zhruba 12 %. Po roce 2025 je předpokládán významný nárůst těchto podílů, a proto je důležité věnovat větší pozornost právě této skupině populace.

V tomtož výzkumu Evropská komise vybrala 10 případů, které mají potenciál pro růst tržního sektoru vzhledem k růstu počtu seniorů a zároveň mohou ulehčit a podpořit život seniorů.

Obr. 14 uvádí některé z těchto případů.

<p>Propojené zdraví (connected health)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • rozvoj trhu mHealth (mobilní a bezdrátová technologie) • rozvoj trhu služeb mHealth zaměřeného na prevenci, diagnostiku, monitorování a blahobyt, s cílem lepší diagnostiky, snižování nežádoucích účinků léků a jejich předpisování atd.
<p>Robotika a hry</p>	<ul style="list-style-type: none"> • rozvoj trhu robotiky k odlehčení práce pečovatелů a pomoci starší a křehčí populaci • integrace robotiky s herním sektorem a umožnění osobám 50+ komunikovat s robotikou zábavným a interaktivním způsobem
<p>Integrované pečovatelské služby a lepší konektivita</p>	<ul style="list-style-type: none"> • rozšířit a integrovat technologii ICT pro monitorování zdravotní péče v soukromých domovech, které jsou přívětivé pro starší uživatele - pomáhají překonat sociální izolaci a zlepšit účinnost v oblasti péče
<p>Rozvoj věkově vhodných staveb, včetně řešení tzv. chytrých domů</p>	<ul style="list-style-type: none"> • podporovat inovace a chytřejší nové stavby - umožnit stárnoucí populaci žít smysluplnější, nezávislejší a propojenější život s důstojností a autonomií
<p>Automobily bez řidiče</p>	<ul style="list-style-type: none"> • podpora akcí k uvedení automobilů bez řidiče a veřejné dopravy na trh, které mohou pomoci zvýšit mobilitu starších lidí, jenž mají tendenci cestovat méně často a jsou více sociálně izolovaní

Obrázek 14: Vybrané případy s potenciálem pro růst tržního sektoru v rámci Silver economy

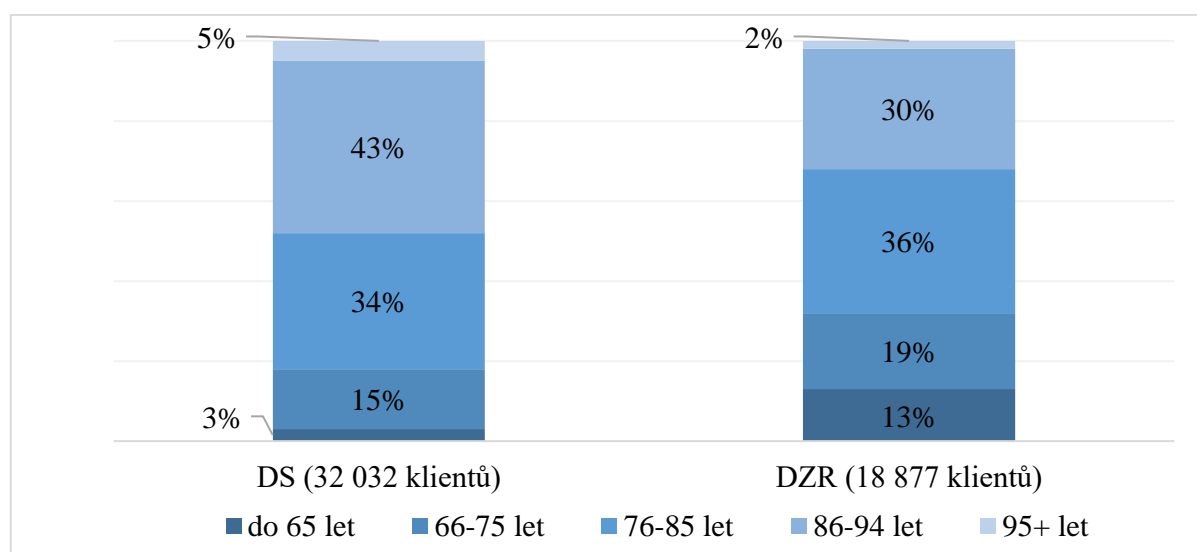
Zdroj: (Evropská komise, 2018)

4 ANALÝZA POSKYTOVANÝCH SOCIÁLNÍCH SLUŽEB PRO SENIORY

V této kapitole jsou analyzovány vybrané pobytové služby sociální péče poskytované seniorům, v tomto případě se jedná o domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem. Věnována je pozornost těmto službám v rámci úrovně celé ČR, ale i úrovně krajské v souvislosti s vývojem vybavenosti těmito službami ve vztahu ke stárnoucímu obyvatelstvu. U terénních a ambulantních služeb je v rámci analýzy vybrána pečovatelská služba. Dále je zhodnoceno, jaký by měl předpokládaný demografický vývoj vliv na potřebnost zmíněných služeb. V poslední části je zmíněna neformální péče.

4.1 Pobytové služby sociální péče

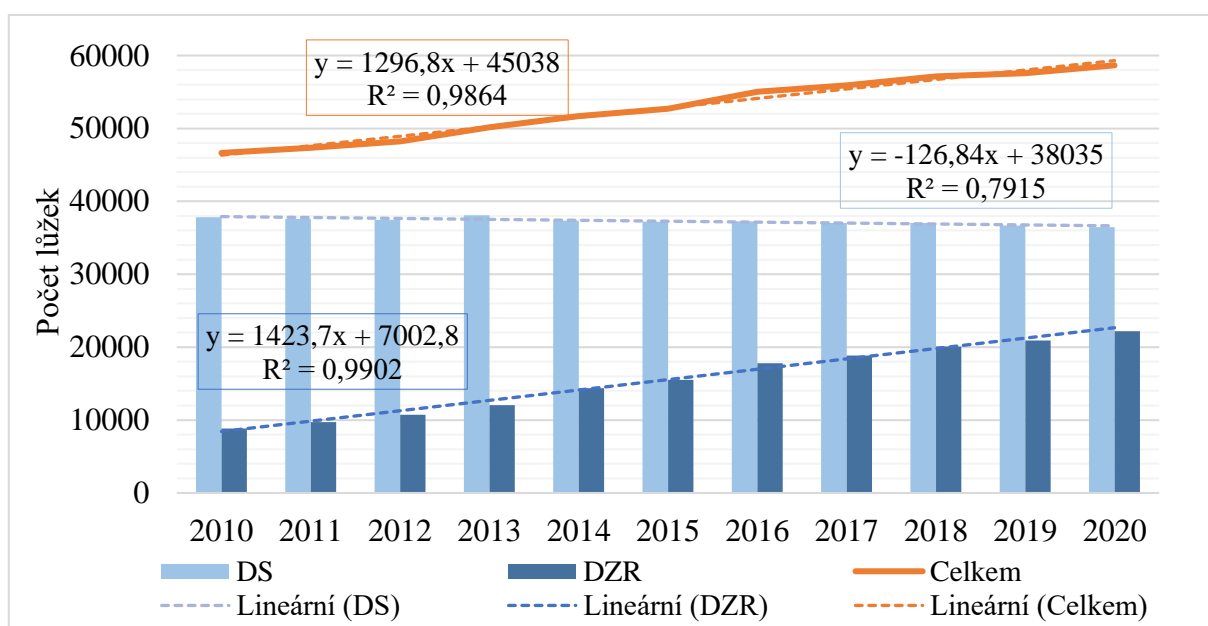
V analýze pobytových služeb sociální péče pro seniory jsou následně brány v potaz pouze služby DS a DZR, protože se jedná o služby, které jsou určeny zejména pro seniory nebo jsou seniory převážně užívány. Tuto skutečnost prokazuje **struktura klientů** těchto služeb, kdy na konci roku 2020 dohromady v obou těchto zařízeních žilo asi 51 tis. osob (32 tis. v DS a téměř 19 tis. v DZR). Z tohoto celkového počtu představovaly senioři asi 94 % klientů, což je v absolutním počtu téměř 48 tis. seniorů (2,2 % z celkového počtu osob nad 65 let v ČR). Na obr. 15 je vidět, že v DS převládají klienti ve věku 86 – 95 let, v DZR mírně převažovala věková skupina 76 – 85 let. Pro seniory méně typickou pobytovou sociální službou jsou domovy pro osoby se zdravotním postižením, ve kterých ke konci roku 2020 žilo 2,3 tisíce seniorů (z celkového počtu 11 tisíc klientů těchto domovů). (ČSÚ, 2021c, s. 67)



Obrázek 15: Struktura klientů DS a DZR podle věku k 31. 12. 2020

Zdroj: (ČSÚ, 2021c, s. 66)

Z důvodu stárnutí populace v ČR lze předpokládat, že se zvyšovala poptávka po službách DS a DZR, a tím rostla **kapacita** v obou typech zařízení. Skutečnost je ovšem odlišná v případě služby DS. Na obr. 16 je vidět, že kapacity DS v posledním desetiletí paradoxně mají mírně klesající trend. Za trend tohoto poklesu lze označit lineární funkci $y = -126,84x + 38\,035$, která má hodnotu indexu determinace 0,7915, tzn. že model je schopen vysvětlit 79 % variability počtu lůžek DS. Oproti tomu počet lůžek DZR rostl, kdy nejlépe tento růst vystihuje lineární rovnice $y = 1423,7x + 7002,8$ s hodnotou indexu determinace 0,9902 a model tak vystihuje až 99 % variability počtu lůžek DZR. Od roku 2010 do roku 2020 se snížil počet lůžek DS o 3,6 % z 37 818 na 36 465, což je o 1 353 lůžek méně. V případě DZR se počet lůžek zvýšil až o 152 % z 8 822 na 22 192, což je o 13 370 lůžek více. Celkový počet lůžek obou zařízení dohromady tak má stále rostoucí trend. Nejvhodněji se jeví lineární trend, který je vyjádřen rovnicí $y = 1296,8x + 45038$. Index determinace tohoto modelu je 0,9864 a model je tak schopen vysvětlit až 98 % variability celkového počtu lůžek.



Obrázek 16: Počet lůžek DS a DZR v letech 2010 – 2020

Zdroj: zpracováno dle (MPSV, 2021b)

Trend poklesu kapacit DS lze vysvětlit pomocí dvou faktorů, které je možno vnímat pozitivně (E&Y Valuations, 2021, s. 24):

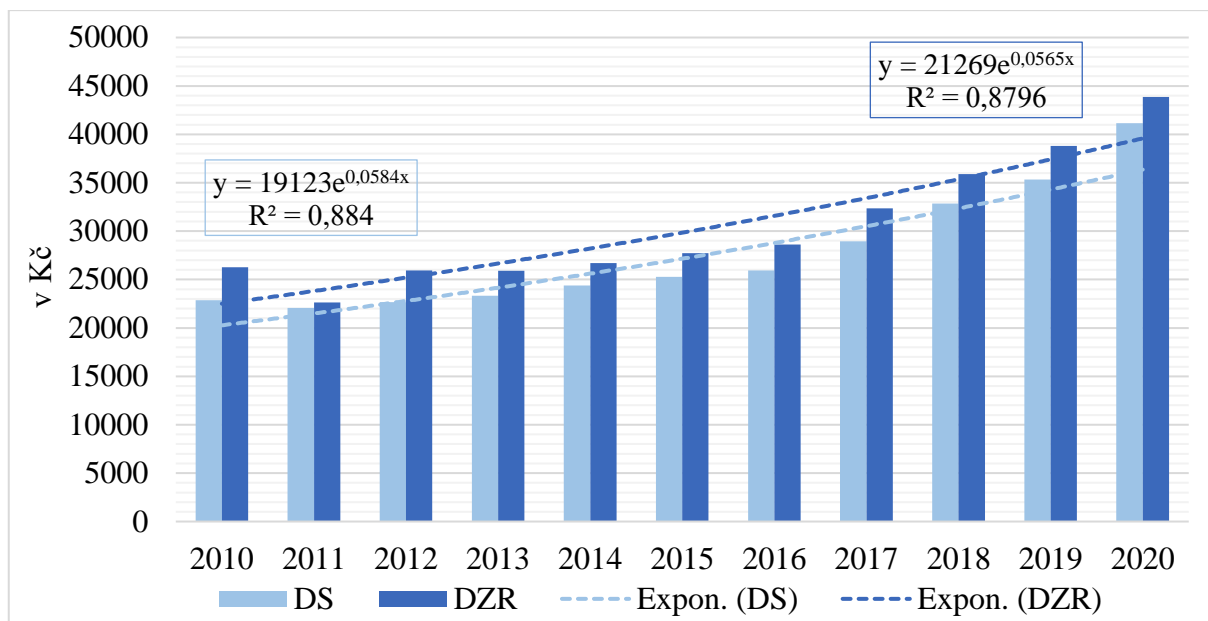
- z důvodu změn potřeb klientů (již zmíněného nárůstu počtu osob s Alzheimerovou chorobou) reagují poskytovatelé služeb DS přeměnou svých kapacit na kapacity služeb DZR,

- snížení počtu lůžek v DS z důsledku navyšování materiálně-technického standardu v sociálních službách, kdy se zastaralé vícelůžkové pokoje přeměňovaly na komfortnější jednolůžkové a dvoulůžkové pokoje.

Dle dat statistických ročenek MPSV bylo v ČR v roce 2010 evidováno 466 zařízení DS, z čehož 41 % bylo **zřizováno** kraji a 36 % obcemi. Podíl církví byl oproti nim malý s pouhými 15 %. Ostatní organizace, kterými jsou nestátní neziskové či ziskové organizace se podílely jen minimálně, a to 8 %. Podíl krajských a obecních zařízení následně klesal. Nevýrazně klesal i podíl církevních zařízení. Oproti tomu podíl ostatních zařízení rostl. Do roku 2020 počet zařízení DS vzrostl, ačkoliv počet lůžek se snížil. V roce 2020 bylo registrováno 524 zařízení DS a z toho bylo zřizováno/poskytováno 34 % obcemi, 31 % kraji, 23 % ostatními nestátními organizacemi (obecně prospěšné organizace, ústavy, spolky, občanská sdružení, obchodní společnosti) a církve zřizovaly pouhých 12 % zařízení DS. Obce sice mají největší zastoupení na zřízeních DS, ale nezajišťují největší počet lůžek, to zůstává krajům.

V případě DZR bylo v roce 2010 registrováno 176 zařízení z nichž 51 % bylo zřízeno kraji, 26 % obcemi, církvemi pouze 6 % a ostatní nestátní organizace se podílely 17 %. Do roku 2020 docházelo k přibývání těchto zařízení, a to s největší zásluhou ostatních organizací, které v roce 2020 z celkových registrovaných 367 DZR tvořily 38 % ze všech zařízení. Podíl krajů představoval 35 %, obce 21 % a církvím zůstal téměř stejný podíl 6 %. Ostatní organizace se tak staly největšími poskytovateli lůžek.

Z uvedených skutečností plyne, že i přes pokles počtu lůžek v DS ve veřejném sektoru je i nadále veřejný sektor klíčovým a největším poskytovatelem této služby a stejně je tomu u služby DZR.



Obrázek 17: Vývoj průměrných měsíčních výdajů na 1 lůžko v DS a DZR v letech 2010 -2020

Zdroj: vlastní výpočty dle (MPSV, 2021b)

Na obr. 17 je uveden vývoj průměrných **měsíčních výdajů na jedno lůžko** v DS a DZR. Jednak je očividné, že DS jsou méně nákladnou službou než DZR, a dále že ve sledovaném období mají tyto výdaje rostoucí trend. V obou případech se dle indexů determinace jeví za nejvhodnější tvar rovnice vyjadřující trend vývoje výdajů exponenciální rovnice. Trend vývoje uvedených výdajů pro DS tak lze vyjádřit rovnicí $y = 19123e^{0,0584x}$ s hodnotou indexu determinace 0,884 a schopnou pokrýt až 88 % variability uvedených výdajů. Rovnice nejlépe vyjadřující trend vývoje měsíčních výdajů na jedno lůžko v DZR má tvar $y = 21269e^{0,0565x}$ s hodnotou indexu determinace 0,8796, kdy rovnice též dokáže vysvětlit až 88 % zobrazených dat. Měsíční výdaje na lůžko v DS se zvýšily z 23 tis. Kč na 41 tis. Kč a v případě DZR se tyto výdaje zvýšily z 26 tis. Kč na 44 tis. Kč. Tím, že trend vývoje uvedených výdajů pro obě služby byl exponenciální, rostly měsíční výdaje na lůžko především mezi lety 2015 a 2020. Dle Horeckého (2020) lze uvést, že tento růst byl ovlivněn především růstem platů zaměstnanců v sociálních službách.

4.1.1 Vybavenost krajů pobytovými službami sociální péče

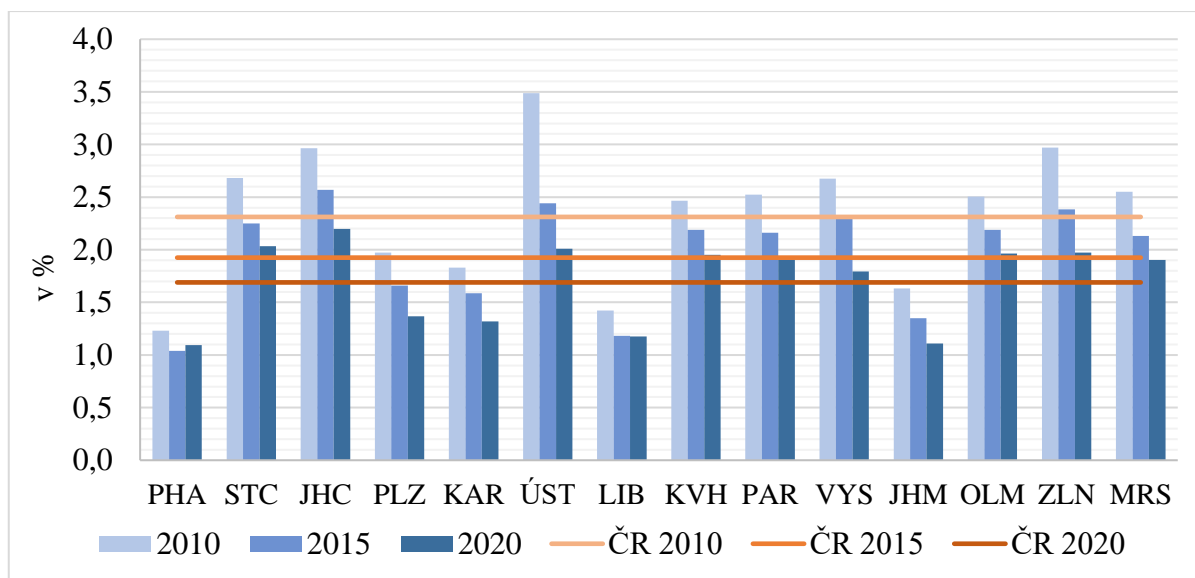
V souvislosti s problematikou procesu stárnutí a tím růstu počtu osob v seniorském věku je důležité ohodnotit vybavenost krajů pobytovými sociálními službami. Vybavenost krajů souvisí s **nabídkou**, která je představována absolutním počtem lůžek v DS a DZR.

Na celkové nabídce 36 465 lůžek v DS v roce 2020 se Středočeský kraj účastní podílem 15 % a Moravskoslezský 13 %. Nejmenší podíl na celé nabídce mají kraje Karlovarský s 2 %

a Liberecký s 3 %. Ostatní kraje se podílí na nabídce v rozmezí 5 – 9 %. Mezi lety 2010 a 2020 došlo k růstu počtu lůžek u šesti krajů a k poklesu u osmi krajů. Celkově se však současný stav podílů na celkové nabídce od minulosti víceméně neodlišuje.

Nabídka lůžek DZR je od situace DS značně rozdílná už jen v tom, že od roku 2010 docházelo ve všech krajích k růstu počtu lůžek. V jednotlivých krajích měl ale tento růst jiné tempo, což způsobilo, že v průběhu posledního desetiletí se podíl krajů na celkové nabídce lůžek měnil. V roce 2010 měl největší podíl na nabídce 8 822 lůžek Jihomoravský kraj s 22 %, a dále kraje Ústecký a Moravskoslezský s 13 %. Nejmenší podíly měli Praha a kraj Karlovarský oba s 2 %. V roce 2020 s největším podílem na nabídce 22 192 lůžek zůstal kraj Jihomoravský teď už s 15 %, ale za ním již následuje Středočeský kraj se 14 %. Ústecký a Moravskoslezský kraj každý představuje 11 %. Karlovarský kraj setrval s 3 % jako kraj s nejmenší nabídkou lůžek DZR. Konkrétní počty lůžek v DS a DZR dle krajů jsou uvedeny v příloze E.

Největší nabídla lůžek v kraji nutně ještě neznamená nejlepší **úroveň vybavenosti** kraje. Pro ohodnocení úrovně vybavenosti je důležité brát v potaz nejen počet lůžek v domovech ale i počet seniorů, kteří jsou potenciálními uchazeči o místa v domovech. Z toho důvodu je pro další ohodnocení situace vybavenosti krajů použit ukazatel počtu lůžek připadajících na 100 seniorů, který vyjadřuje, jak velké procento seniorské populace je pokryto službou DS a DZR (lze tak mluvit o dostupnosti těchto služeb).

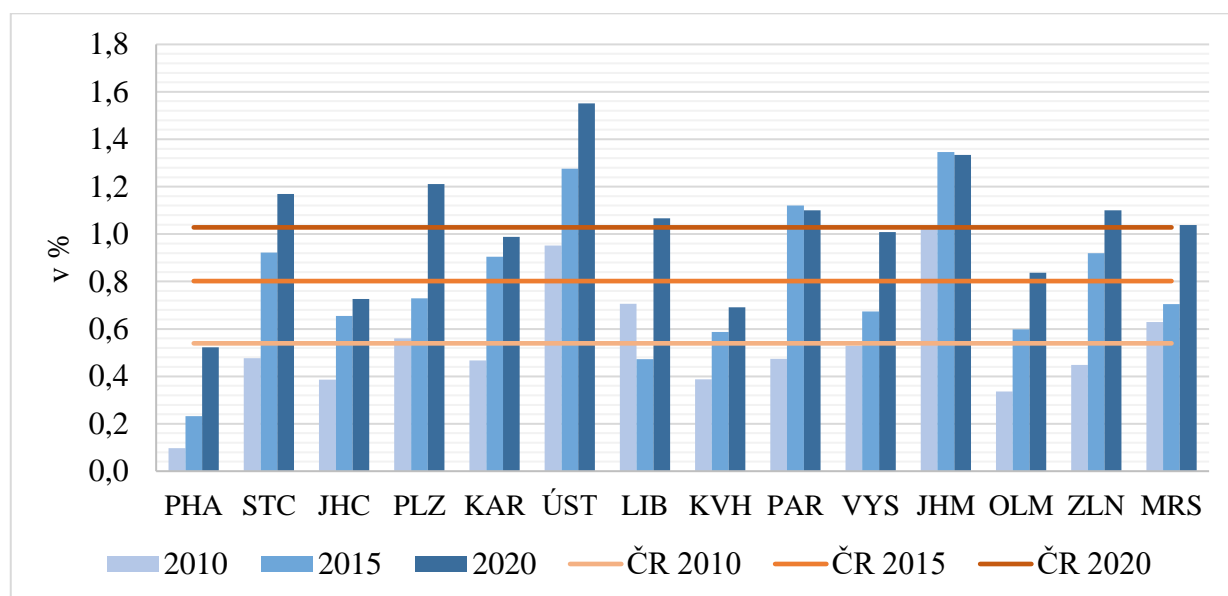


Obrázek 18: Poměr počtu lůžek na 100 osob 65+ v DS v krajích a ČR ve vybraných letech

Zdroj: vlastní výpočty z dat (ČSÚ, 2021a) a (MPSV, 2021b)

V celé ČR mezi lety 2010 a 2020 došlo k poklesu úrovně vybavenosti službou DS z 2,3 % na 1,7 % z důvodu růstu počtu seniorů a zároveň klesajícího počtu lůžek. Z obr. 18 vyplývá, že v roce 2020 nejlépe zabezpečený kraj službou DS byl Jihočeský kraj, kdy bylo pokryto touto službou 2,2 % seniorů v tomto kraji. Naopak nejnižší hodnotu ukazatele vykazuje Praha a Jihomoravský kraj s 1,1 % nebo Liberecký kraj s 1,2 %. Menší zajištění lůžek pro seniory mají také kraje Karlovarský s 1,3 % a Plzeňský s 1,4 %.

Nejvyšší pokles vybavenosti za sledované období připadá, především z důvodu poklesu počtu lůžek v DS, Ústeckému kraji, kde v roce 2010 bývala hodnota ukazatele až 3,5 %. Praha a Liberecký kraj, i přes rostoucí počet lůžek v těchto krajích, přetrvávají od roku 2010 jako jedny z krajů s nejnižší úrovní vybavenosti.



Obrázek 19: Poměr počtu lůžek na 100 osob 65+ v DZR v krajích a ČR ve vybraných letech

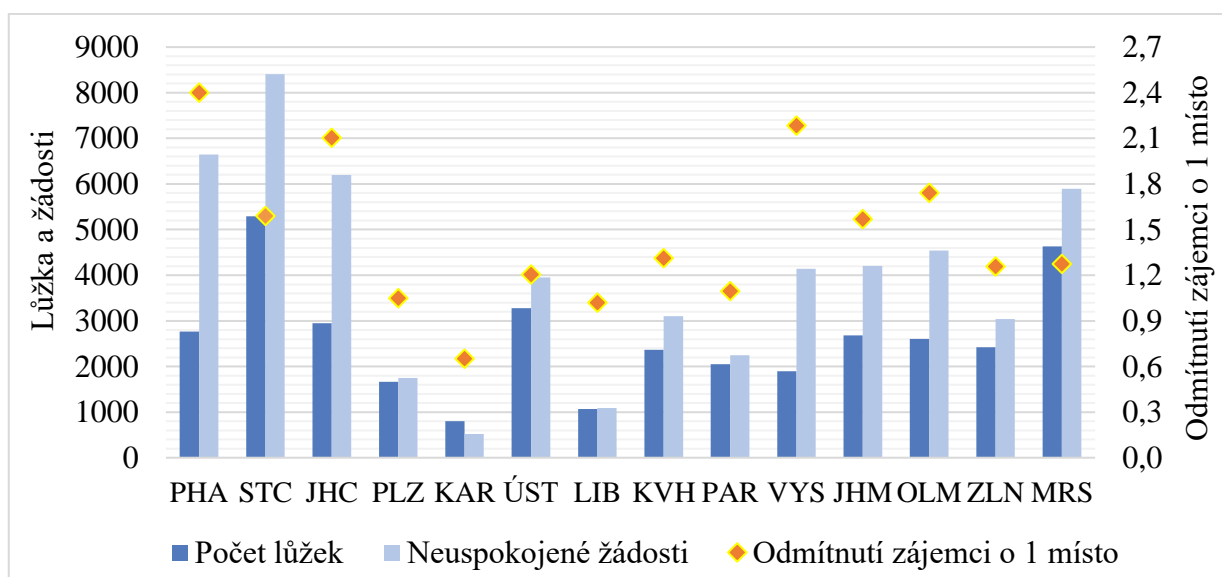
Zdroj: vlastní výpočty z dat (ČSÚ, 2021a) a (MPSV, 2021b)

V případě úrovně vybavenosti lůžky DZR došlo od roku 2010 do roku 2020 v ČR k růstu z 0,5 % na 1 % zabezpečení seniorů. Z obr. 19 vyplývá, že v roce 2020 byl nejlépe vybaven Ústecký kraj (ovšem na úkor vybavenosti DS), který zabezpečuje lůžka pro cca 1,6 % svých seniorů. Dalším lépe vybaveným krajem je Jihomoravský kraj se zabezpečením 1,3 % seniorů službou DS nebo pak kraje Plzeňský a Středočeský s hodnotou ukazatele 1,2 %. Naopak nejnižší úroveň vybavenosti má Praha, která zabezpečuje službu DZR pouze pro 0,5 % svých seniorů, dále jsou to kraje Jihočeský a Královéhradecký s hodnotou ukazatele 0,7 %.

Mezi lety 2010 a 2020 je vidět u převážné většiny krajů průběžný růst, kdy největší nárůst zaznamenal Středočeský kraj. Lze si ale také povšimnout, že Liberecký kraj zaznamenal růst

až v druhém sledovaném pětiletí. Dále jsou vyčnívajícími kraji také Pardubický či Jihomoravský kraj, kdy mezi lety 2015 a 2020 úroveň vybavenosti stagnovala.

V souvislosti s vybaveností neboli nabídkou lůžek v domovech lze také zmínit jejich tzv. naplněnost (také obložnost). E&Y Valuations (2021, s. 25) ve svém výzkumu uvádí, že průměrná denní naplněnost DS se pohybuje na úrovni 98 % a je tak téměř stoprocentní. Právě naplněnost je nejčastějším důvodem odmítnutí žádostí o umístění v domově. Pouze zhruba 12 % DS nemusí klienty z kapacitních důvodů odmítat. Počet odmítnutých žádostí u ostatních DS se ročně pohybuje v rozmezí 2 – 800 odmítnutých žádostí.

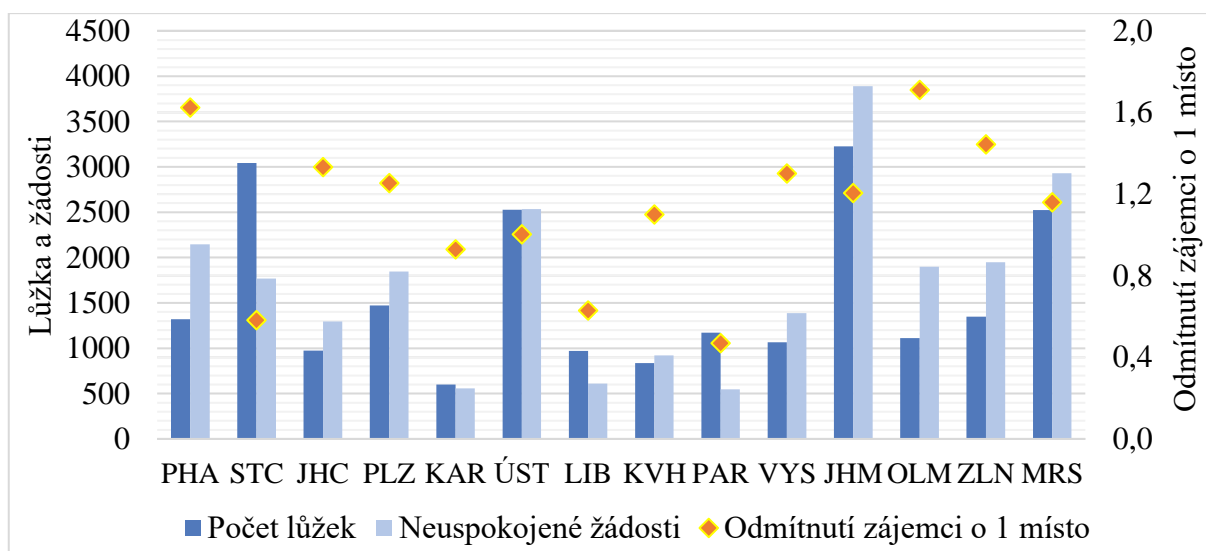


Obrázek 20: Údaje o počtu lůžek a počtu neúspěšných žadatelů v DS dle krajů k 31. 12. 2020

Zdroj: (ČSÚ (2021a), (MPSV, 2021b) a vlastní výpočty

Obr. 20 uvádí situaci odmítnutých žádostí v krajích za rok 2020. Počet odmítnutých žádostí vyjadřuje převis poptávky nad nabídkou služeb DS. Za celou ČR bylo hlášeno přes 55 tis. neuspokojených žádostí, kdy nejvíce jich bylo ze Středočeského kraje a z Prahy, které jsou i kraji s největším počtem seniorů. Nejméně bylo registrováno v Karlovarském kraji, jakožto kraji s nejmenším počtem seniorů. Pro lepší vyjádření je dopočten poměr neuspokojených žádostí na počet lůžek, který uvádí, že nejvíce zájemců bylo odmítnuto v Praze („2,4 zájemci o jedno místo“). Naopak nejmenší počet odmítnutých zájemců byl v Karlovarském kraji („0,6 zájemců o jedno místo“). Za celou ČR se jednalo o hodnotu „1,5 zájemců o jedno místo“.

Průměrná denní naplněnost v DZR je 93 % a je tak nižší než u DS. Z kapacitních důvodů neodmítá klienty kolem 16 % zařízení DZR. Ostatní v průměru ročně odmítnou v rozmezí 2 – 560 žádostí o umístění v domově. (E&Y Valuations, 2021, s. 25)



Obrázek 21: Údaje o počtu lůžek a počtu neúspěšných žadatelů v DZR dle krajů k 31. 12. 2020

Zdroj: (ČSÚ (2021a), (MPSV, 2021b) a vlastní výpočty

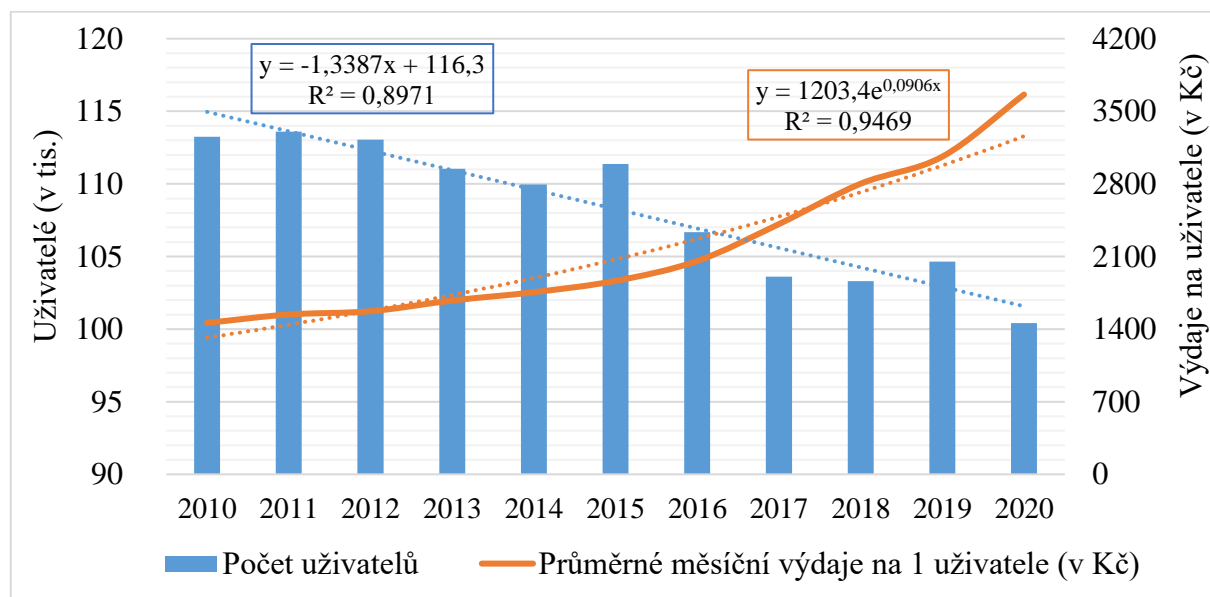
Na obr. 21 je opět vidět stav odmítnutých žádostí za rok 2020, ale tentokrát pro DZR. V celé ČR bylo v případě DZR registrováno přes 24 tis. odmítnutých žádostí. Největší počet hlásil Jihomoravský kraj a Moravskoslezský kraj a nejméně bylo hlášeno v Pardubickém a Karlovarském kraji. Při přepočtu odmítnutých žádostí na počet lůžek se zjistí, že nejvíce zájemců bylo odmítnuto v Olomouckém kraji („1,7 zájemců o jedno místo“) a naopak nejméně v kraji Pardubickém (0,5 zájemců o jedno místo“). Za celou ČR se jednalo o hodnotu „1,1 zájemců o jedno místo“.

V případě žádostí obzvláště u DS se často vyskytuje situace, kdy mnoho klientů podává přihlášky (poptávky klienta) do více zařízení naráz, aby měl vyšší pravděpodobnost, že bude umístěn. Zároveň také neexistuje systém, který by revidoval nerelevantní či neplatné žádosti, kdy byl klient umístěn do jiného zařízení nebo případně zemřel. (E&Y Valuations, 2021, s. 25) Z tohoto důvodu dochází ke zkreslení skutečné poptávky.

4.2 Terénní a ambulantní služby sociální péče

Pro analýzu terénních a ambulantních sociálních služeb byla vybrána pečovatelská služba (PS), která je z hlediska výdajů i počtu klientu považována za nejdůležitější. Na obr. 22 je vidět, že vývoj počtu uživatelů PS má dlouhodobě klesající tvar nejlépe vystihnutelný lineárním trendem vyjádřeným rovnicí $y = -1,3387x + 116,3$ schopnou pokrýt téměř 90 % variability počtu uživatelů a s indexem determinace 0,8971. Zatímco v roce 2010 bylo registrováno kolem 113 tis. uživatelů, v roce 2020 se jednalo asi o 100 tis. uživatelů, což bylo o zhruba 11 % méně. K většímu poklesu docházelo především po roce 2015 z důvodu snížení nabídky PS.

Výdaje na PS oproti klesajícímu počtu uživatelů v posledním desetiletí rostou, čímž jak bylo dopočteno dochází k výraznému zvyšování průměrných nákladů na jednoho uživatele. Průběh vývoje těchto výdajů v letech 2010 až 2020 má nejbližší k exponenciálnímu trendu, který lze zapsat rovnicí $y = 1203,4e^{0,0906x}$. Uvedený model je schopen vysvětlit téměř 95 % variability uvedených výdajů a má index determinace o hodnotě 0,9469. Od roku 2010 vzrostly zmíněné výdaje z cca 1,5 tis. Kč do roku 2020 na cca 3,7 tis. Kč. Opět se jednalo o nárůst hlavně po roce 2015, kdy docházelo i k nápadnějším poklesům počtu uživatelů.

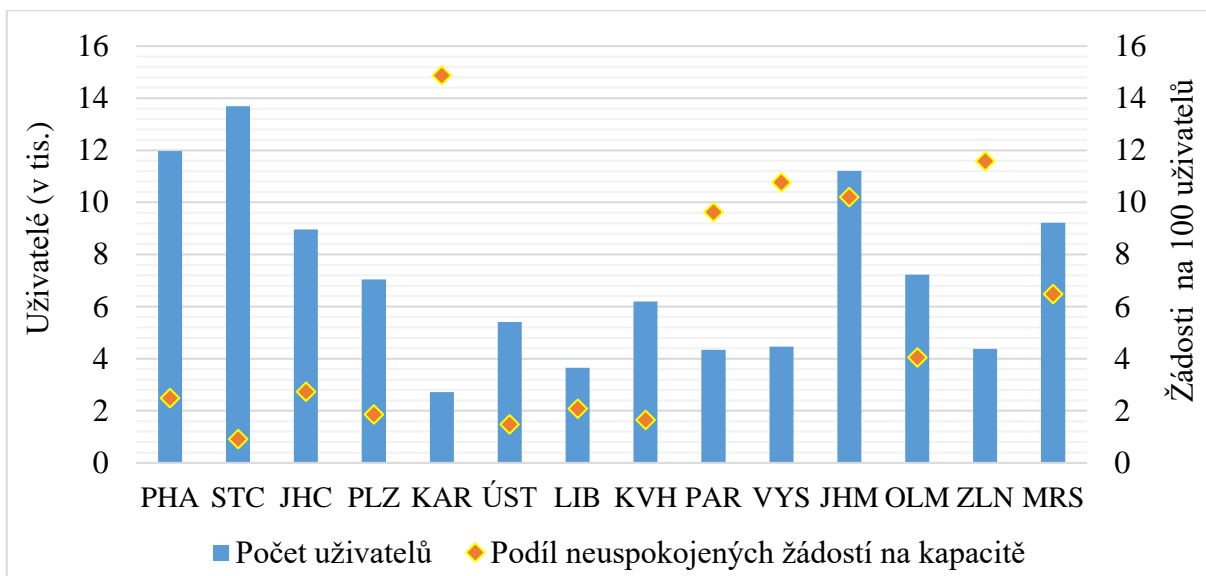


Obrázek 22: Počet uživatelů a průměrné měsíční náklady na PS v letech 2010 - 2020

Zdroj: (MPSV, 2021b) a vlastní výpočty

Počet uživatelů klesá, ale oproti tomu dle dat MPSV se zvyšují počty neuspokojených žádostí. V roce 2010 se za celou ČR jednalo o cca 1,5 tis. neuspokojených žádostí a v roce 2020 už se jednalo o téměř 5 tis. neuspokojených žádostí. K růstu těchto žádostí dochází opět především po roce 2015. Jihomoravský kraj zaznamenal největší absolutní počet neuspokojených žádostí (přes 1 tis. žádostí) v roce 2020, který je i jedním z krajů s největším počtem uživatelů PS. Ovšem v přepočtu odmítnutých žádostí na 100 uživatelům byly nejvíce odmítány žádosti v kraji Karlovarském. Vysokou úroveň neuspokojování žádostí, jak bylo zjištěno, mají i kraje Zlínský, Vysočina, Jihomoravský a Pardubický. Naopak nejmenší úroveň odmítání žádostí mají kraje Středočeský, který je i krajem s nejvyšším počtem uživatelů (největší kapacitou PS), a dále kraje Ústecký či Královéhradecký. (viz obr. 23)

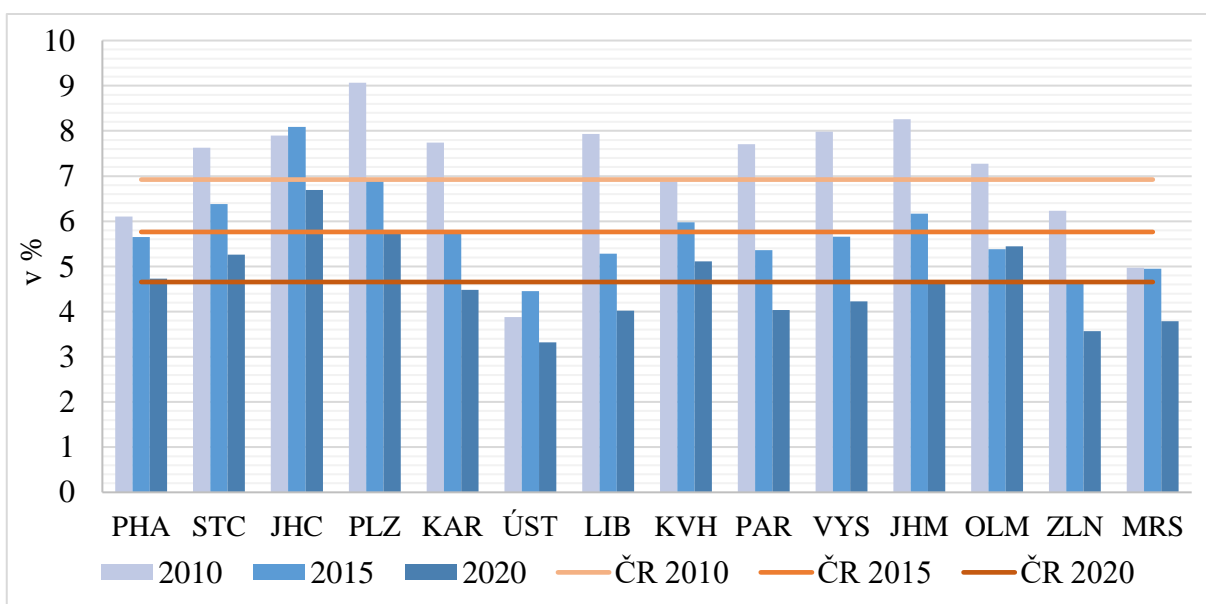
Je důležité si opět uvědomit, že počet žádostí nemusí odpovídat skutečnému počtu žadatelů, protože osoba může podávat více žádostí najednou.



Obrázek 23: Počet uživatelů PS a počet neuspokojených žádostí na kapacitu v krajích k 31.12.2020

Zdroj: (MPSV, 2021b) a vlastní výpočty

Vybavenost či dostupnost PS se v krajích liší stejně jako v případě DS a DZR. V roce 2020 měli největší absolutní počet uživatelů Středočeský kraj a Praha. Při přepočtu na procentuální podíl uživatelů ve věku 65+ let měl Jihočeský kraj nejlepší dostupnost PS pokrývající 6,7 % seniorů v kraji, dále se jednalo o kraje Plzeňský s 5,8 % a kraj Olomoucký s 5,4 %. Naopak nejnižší dostupnost PS vykazoval kraj Ústecký s 3,3 % pokrytí seniorské populace, dále kraj Zlínský s 3,6 % a kraj Moravskoslezský s 3,8 %. PS v celé ČR pokrývá 4,7 % seniorské populace a má tak lepší dostupnost, než mají DS a DZR. (viz obr. 24)



Obrázek 24: Dostupnost PS na 100 osob 65+ v krajích ČR ve vybraných letech

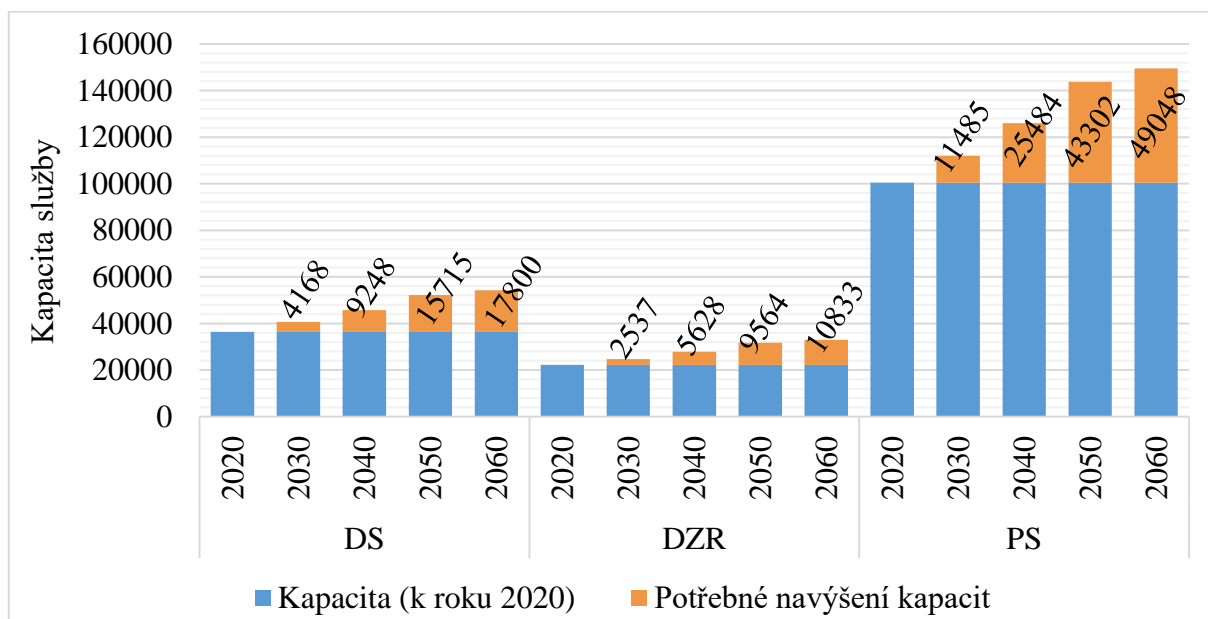
Zdroj: vlastní výpočty z dat (ČSÚ, 2021a) a (MPSV, 2021b)

Z obr. 24 dále vyplývá, že dostupnost PS zaznamenala od roku 2010 dlouhodobě pokles téměř u všech krajů. Od roku 2010 došlo k největšímu poklesu dostupnosti v kraji Libereckém, Vysočina, Pardubickém a Jihomoravském, a to v rozmezí 3,6 – 3,9 %. Za celou ČR došlo k poklesu dostupnosti PS pro seniory o 2,3 %.

Je nutno brát v úvahu, že ačkoliv senioři jsou nejvýznamnější složkou mezi uživateli PS, nejsou jejich jedinými klienty. Dalšími uživateli PS jsou také např. klienti azylových domů, domovů pro osoby se zdravotním postižením, chráněného bydlení nebo týdenních stacionářů.

4.3 Důsledky stárnutí populace na budoucí potřebnost služeb sociální péče

Změnou věkové struktury obyvatelstva se budou hodnoty ukazatelů vybavenosti či dostupnosti měnit. Růstem počtu seniorů bude růst poptávka po sociálních službách, což vyvolá potřebu vzniku nových kapacit. Pokud je znám současný stav věkové struktury, alespoň odhad budoucí věkové struktury a současné kapacity sociálních zařízení, lze odhadnout počet potřebných kapacit v budoucích letech.



Obrázek 25: Odhad potřebné kapacity a nové kapacity v DS, DZR a PS pro osoby nad 65 let

(pozn. *potřebná kapacita = počet seniorů_{rok} / počet seniorů₂₀₂₀ * kapacita služby₂₀₂₀*)

Zdroj: vlastní výpočty z dat (ČSÚ, 2021a), (ČSÚ, 2019b) a (MPSV, 2021b)

Odhad nových kapacit uvádí obr. 25. Pokud bude brán rok 2020 jako výchozí a stav vybavenosti s 36,5 tis. lůžky DS v něm bude považován za optimální bude se potřebnost s očekávaným růstem seniorů zvyšovat. Pro kapacity DS by to znamenalo v roce 2030 zvýšení o asi 4 tis. lůžek na téměř 41 tis. lůžek a v roce 2060 by byla potřebnost už o 17,8 tis. lůžek více, což je celkem přes 54 tis. lůžek. V příloze E v tab. 1 je dále uvedena budoucí potřebnost

lůžek v DS dle krajů, ze které vychází, že nejvíce nových lůžek bude zapotřebí vzniknout ve Středočeském kraji, jak do roku 2030 (přes 800 nových lůžek) tak do roku 2060 (téměř 4,8 tis. nových lůžek).

Pro kapacity DZR z roku 2020, kdy byla vybavenost 22,2 tis. lůžek, by bylo zapotřebí do roku 2030 navýšení o asi 2,5 tis. lůžek na téměř 25 tis. lůžek a v roce 2060 by byla potřeba už o 10,8 tis. lůžek více, což je celkem přes 33 tis. lůžek. V příloze E v tab. 2 je opět uvedena budoucí potřeba lůžek DZR dle krajů, a i u tohoto případu nejvíce nových lůžek bude zapotřebí vzniknout ve Středočeském kraji, kdy do roku 2030 by mělo vzniknout téměř 500 lůžek a do roku 2060 už by se jednalo přes 2,7 tis. nových lůžek k zachování současné vybavenosti.

Potřeba budoucích kapacit u terénních a ambulantních služeb jako je PS se vyjadřuje složitěji, jelikož nemá udané konkrétní maximální kapacity. Proto je uvažováno o počtu uživatelů, kterým byla poskytnuta tato služba jako o maximální možné kapacitě. Lze tak odhadnout, že s narůstajícím počtem seniorů bude potřeba do roku 2030 zajistit službu pro o zhruba 11 tis. osob v seniorském věku více a do roku 2060 se jedná už o zhruba 49 tis. osob více. V příloze E v tab. 3 je uvedeno, který kraj bude nejpotřebnější o tuto službu. Opět se bude jednat o kraj Středočeský, a to z důvodu jeho budoucího vývoje počtu seniorů, kdy do roku 2060 bude potřeba navýšit kapacity služby PS pro o více než 12 tis. osob v seniorském věku.

4.4 Neformální sociální péče

Podle výsledků výzkumu Fondu dalšího vzdělávání se v ČR odhaduje téměř 2 mil. neformálních pečovatelských, kdy se jedná o 70 - 90 % rodinných příslušníků, kteří se jakýmkoliv způsobem (kompletní péče, pomoc s domácností, okrajově tzv. „vnoučata na návštěvě“ aj.) podílejí na péči o potřebnou osobu. Až 83 % veškeré neformální péče je směřováno k osobám starším 60 let, a z 62 % se jedná o seniory odkázané na péči z důvodu vyššího věku, přičemž lidé pomáhají především svým rodičům (37 %), prarodičům (16 %), partnerům (14 %) a rodičům partnera (11 %). Dominantní postavení (62 %) pečovatelských tvoří ženy s průměrným věkem 52 let. Zajímavostí je, že až 57 % osob v péči svých blízkých nemá přiznan ani příspěvek na péči a značná část neformální péče se tak uskutečňuje mimo systém sociální podpory. Na druhou stranu nejvíce pečujících se stará o osoby, které mají přiznaný II. stupeň závislosti (asi 30 % pečujících). Pomoc osobě se III. stupněm závislosti představuje 26 % ze segmentu neformální péče, v případě I. stupně se jedná o 24 %. Nejméně pečujících (7 %) pak pečují o osobu ve IV. stupni závislosti. Do neformální péče spadá především starost o domácnost, dále

doprovázení či doprava blízké osoby, také a organizaci péče a vyhledávání služeb. Přímá péče je vykonávána více než polovinou pečujících. Pečující často spravují finance pečované osobě a až čtvrtina se podílí na finanční výpomoci pečované osobě.

Neformální péče je realizována rovnoměrně ve všech krajích, v různě velkých sídlech, dopadá stejnou měrou na obyvatele s různým vzděláním a příjmy. Výjimku ale představuje nejvyšší příjmová třída, která tvoří mezi pečujícími značně menší zastoupení. Výzkum také prokázal, že v průměru stráví pečující osoba péčí až 19 hodin týdně a má za sebou více než pět let péče. (Fryč, Chmelová a Adámková, 2021, s. 57-58)

Mutlová (2019) konstatuje, že „*v současné době, chtějí rodiny mnohem častěji pečovat o svého blízkého, ale nevědí, jak nebo nemají reálné možnosti.*“ Existující formy institucionální podpory (jak již bylo v 2. kapitole zmíněno) mezi které patří právní nárok na zkrácení pracovní doby nebo třeba příspěvek na péči jako určitá forma náhrady příjmu z placeného zaměstnání se jeví být nedostačující. Podpora ze strany obce a komunity je též minimální, chybí poskytování základních informací o způsobu potřebné péče, vzdělání pečovatелů či psychologické poradenství.

Neformální sociální péče je také velmi často prováděna ve spolupráci s formální sociální péčí, tedy s komplementaritou poskytovatelů sociálních služeb. V tomto případě se pak jedná o péči sdílenou. Ovšem i v těchto případech neformální pečovatel naráží na problémy z důvodu nedostatečně rozvinuté sítě podpůrných sociálních služeb (např. nedostatek odlehčovacích služeb, nedostupné poradenství aj).

Jiný problém pro neformální pečovatele představuje obtížná kombinace péče a zaměstnání, především z důvodu neochoty zaměstnavatelů nabírat pracovníky se zkrácenou pracovní dobou. S nárůstem vyšších potřeb a intenzity péče neformální pečovatelé často opouštějí zaměstnání a jsou tak odkázáni na odměnu, kterou jim poskytne osoba závislá z PnP. Z toho důvodu může dojít k propadu celkových příjmů pečujících. Pečující jsou tak ohroženi vyšším rizikem chudoby v produktivním i postproduktivním věku. Problémy se mohou vyskytnout i v následném návratu do zaměstnání. V případě péče o osoby s vysokým stupněm závislosti mají i vyšší riziko, že pro ně se v budoucnosti objeví zhoršení fyzického a psychického zdravotního stavu. (ISPV, 2017)

Napříč tomu v posledních letech se vyskytly některé snahy o podporu neformální péče v podobě podpůrných programů jako jsou projekty Podpora neformálních pečovatелů

uskutečňovaných v letech 2014 - 2015, 2017 - 2019 a 2018 – 2021, které byly financovány z ESF a částečně i ze státního rozpočtu. V rámci těchto projektů byly realizovány aktivity formou podpůrných služeb a specifického poradenství v oblasti kombinování formální a neformální péče s cílem zvýšit informovanost a dovednost pečujících a zmírnit jejich sociální znevýhodnění. Dále také bylo cílem vytvořit příručku pro neformální pečovatele nebo jiné strategické dokumenty týkající se podpory neformální péče. (MPSV, 2021d)

Za další projevený zájem o oblast neformální péče ze strany státu lze považovat skutečnost, že v rámci strategického dokumentu MPSV Strategie přípravy na stárnutí společnosti 2021 - 2025 byl uveden krok „*zahrnutí neformálních pečovatelů do cílových skupin sociálních služeb*“, posílení terénních a odlehčovacích služeb, a dále byla zahrnuta možnost vzniku center specializovaných na podporu neformálních pečujících. (MPSV, 2021c)

5 ZHODNOCENÍ DOPADŮ STÁRNUTÍ VE VZTAHU K VEŘEJNÝM FINANČÍM

Ve vztahu k veřejným financím je i nadále brána v potaz souvislost stárnutí a sociálních služeb, kdy je nejprve věnována pozornost výdajům na celou dlouhodobou péči především s ohledem na veřejné prostředky pomocí zpráv ČSÚ a výsledků Zdravotnických účtů ČR (metoda SHA 2011 zmíněna v podkapitole 2.2.2). Největší pozornost je věnována především příspěvku na péči, vývoji jeho příjemců a výdajů na něj. Dále je proveden odhad budoucího vývoje počtu příjemců i výdajů na příspěvek na péči. V závěru kapitoly jsou navrženy některá doporučení.

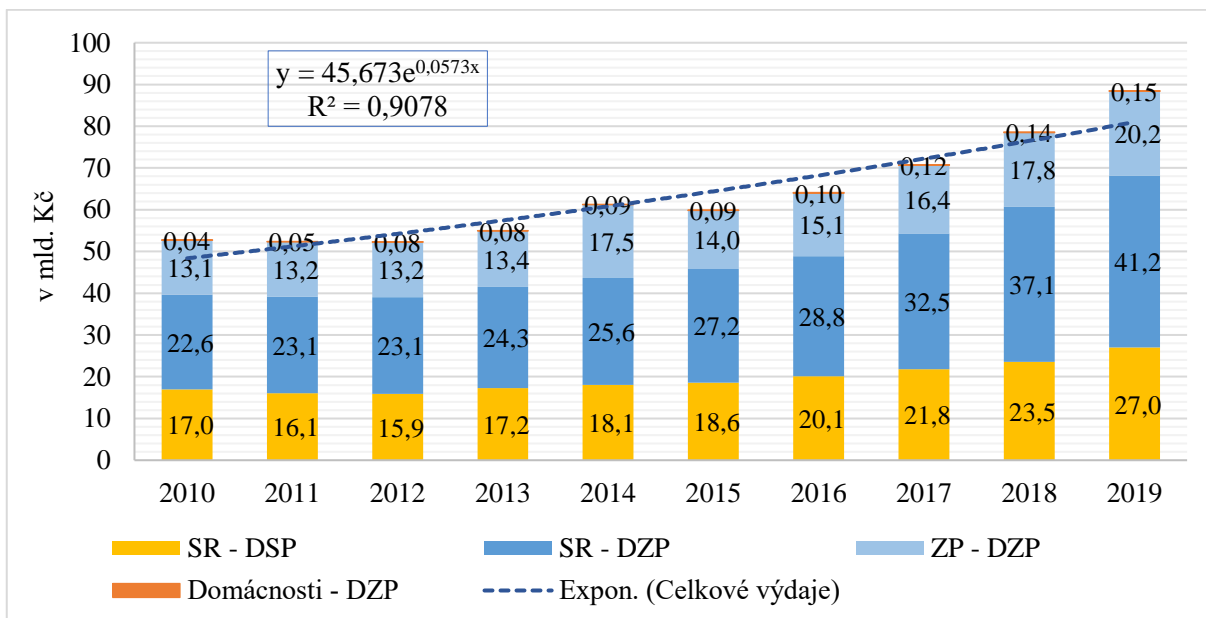
5.1 Výdaje na dlouhodobou péči

Data výdajů na sociální služby dlouhodobé péče jsou prozatím dostupná pouze za období let 2010 – 2019, ale pro zhodnocení dopadů stárnutí ve vztahu k těmto výdajům jsou tyto data i tak značně vypovídající.

Na obr. 26 je uveden vývoj neinvestičních výdajů na celou dlouhodobou péči, kdy nejvhodnějším trendem vývoje těchto výdajů je exponenciální trend, který lze vyjádřit rovnicí $y = 45,673e^{0,0573x}$ s hodnotou indexu determinace 0,9078, což znamená, že tento trend vystihuje až 91 % dat celkových výdajů. V roce 2010 činily celkové výdaje na dlouhodobou péči 52,7 mld. Kč a v roce 2019 již 88,5 mld. Kč, což znamená nárůst až o 68 %. Největší nárůst je ovšem zaznamenán mezi lety 2015 – 2019, kdy výdaje vzrostly o 48 %. Důležité je si uvědomit, že dlouhodobá péče není poskytována pouze seniorům, ale může se týkat i dětí či osob v produktivním věku. Ovšem pokud by se uvedené hodnoty rozdělily mezi obyvatele starší 65 let, kteří využívají a potřebují dlouhodobou péči více, činily by v roce 2010 průměrné roční náklady na jednoho seniora 32,3 tis. Kč a v roce 2019 už 41,5 tis. Kč, což je o cca 9 tis. Kč více. Do roku 2019 došlo k nárůstu počtu seniorů téměř o půl milionu od roku 2010. V poměru k HDP výdaje na dlouhodobou péči byly víceméně stabilní, jelikož došlo k růstu z 1,3 % pouze na 1,5 %.

Na dlouhodobou sociální péči (DSP) bylo celkem vynaloženo v roce 2010 17 mld. Kč a v roce 2019 se již jednalo o 27 mld. Kč, jde tak o nárůst až o 60 %. Na dlouhodobou zdravotní péči (DZP) bylo vynaloženo v roce 2010 35,7 mld. Kč a v roce 2019 došlo k růstu až na 61,5 mld. Kč, což znamená růst o 72 %. U výdajů na DZR ve sledovaném období došlo k přerušení nárůstu pouze po roce 2014, kdy dle ČSÚ (2021d,) v tomto roce došlo ke změnám úhradového systému zdravotních pojišťoven u ošetrovatelské péče. Od roku 2015 se ale klesání

již neprojevalo, ale naopak se v letech 2015 - 2019 výdaje zvýšily téměř o polovinu. Výdaje na dlouhodobou péči se skládají ze 70 % výdajů na DZP a z 30 % na DSP. Toto složení zůstává dlouhodobě stabilní.



Obrázek 26: Výdaje na dlouhodobou zdravotní a sociální péči v letech 2010 – 2019

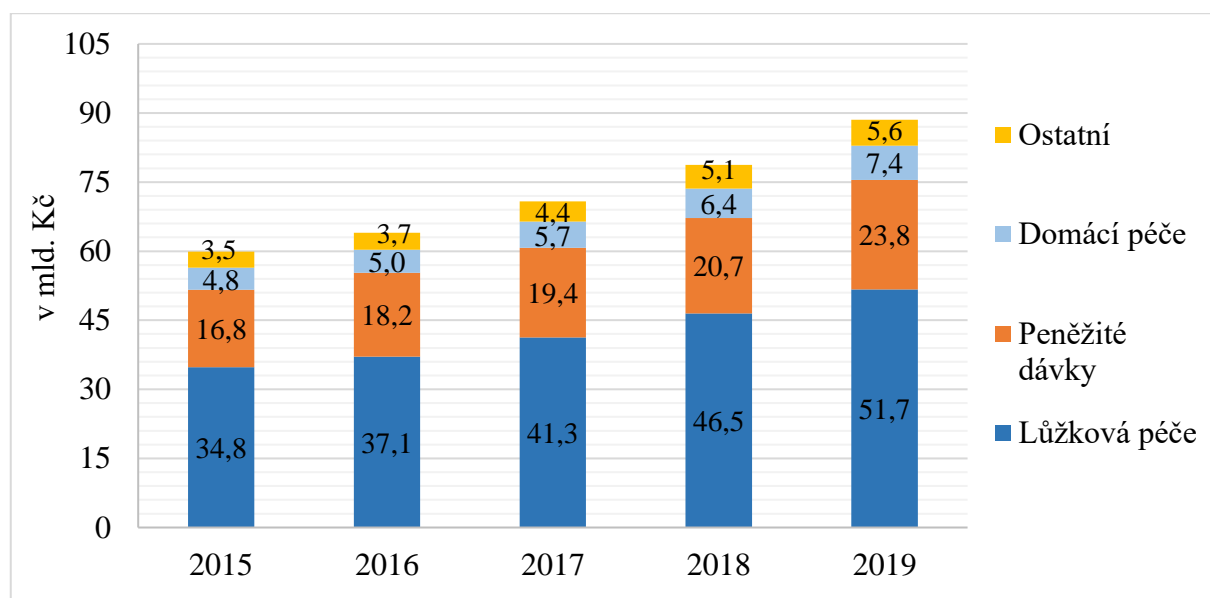
(pozn. SR – státní rozpočet, ZP – zdravotní pojišťovny)

Zdroj: zpracováno dle (ČSÚ, 2021e)

Obr. 26 také uvádí složení dle zdrojů financování dlouhodobé péče. Lze tak uvést, že DSP je financována hlavně ze státního rozpočtu. Výdaje na DZR jsou také z největší části (z cca 65 %) financovány finančními prostředky ze státního rozpočtu, u kterých ve sledovaném období došlo k nárůstu o 82 % (téměř 20 mld. Kč). Část výdajů na DZP je také financována zdravotními pojišťovnami, ale u těchto výdajů byl růst nižší, a to o 55 % (o cca 7 mld. Kč). Domácnosti se podílejí na výdajích na DZP značně malým podílem. Ovšem tyto výdaje zaznamenaly nejrychlejší tempo růstu, a to o 279 %, kdy ze 40 mil. Kč vzrostly na 150 mil. Kč.

Při pohledu na výdaje na dlouhodobou péči podle typu poskytnuté péče (viz obr. 27) lze uvést, že více než polovina je představována výdaji na lůžkovou péči (např. nemocnice, hospice a také DS a DZR atd.). V absolutním vyjádření výdaje na lůžkovou péči stále rostou, už jen v letech 2015 - 2019 vzrostly o cca 50 %, ale v relativním vyjádření je jejich podíl na celkových výdajích dlouhodobě stejný. Nejvíce finančních prostředků z veřejných rozpočtů jde každoročně na lůžkovou péči v DS. Výdaje na tuto službu v roce 2019 představovaly 15,7 mld. Kč a znamenalo to nárůst o 4,8 mld. Kč (o 44 %) od roku 2015, kdy se jednalo o 10,9 mld. Kč. Počet zařízení a lůžek v těchto letech, jak již bylo uvedeno, se značně neměnil,

proto výdaje nezaznamenávaly tak velké přírůstky. Oproti tomu dochází každoročně k růstu počtu zařízení a lůžek v DZR, což se pak odráží v růstu veřejných výdajů na provoz těchto zařízení. V roce 2019 připadlo z veřejných rozpočtů na DZR 10 mld. Kč, což je o 85 % (téměř dvojnásobek) více v porovnání s rokem 2015, kdy se jednalo o 5,1 mld. Kč. Výdaje na DZR tak tvoří druhou největší položku z lůžkové péče.



Obrázek 27: Výdaje na dlouhodobou péči podle typu poskytnuté péče v letech 2015 - 2019

Zdroj: (ČSÚ, 2021e)

Peněžité dávky představují druhý nejvýznamnější typ péče se stabilními cca 27 % na výdajích na dlouhodobou péči. Celkové peněžité dávky vzrostly od roku 2015 do roku 2019 o cca 7 mld. Kč, tedy zhruba o 71 %. V absolutních hodnotách se jednalo především o růst finančních prostředků na příspěvek na péči, který z těchto peněžitých dávek představuje téměř 90 % a na celkových výdajích na dlouhodobou péči se tak podílí cca 24 %. Domácí zdravotní péče se od roku 2015 podílí pouhými 8 % na výdajích na dlouhodobou péči. Domácí dlouhodobá péče zahrnuje služby poskytované pacientům s chronickým onemocněním, popřípadě hospicovou péči v domácím přirozeném prostředí. V roce 2019 bylo na domácí dlouhodobou péči vynaloženo 7,4 mld. Kč, což je o 65 % více než v roce 2015, kdy výdaje tvořily 4,8 mld. Kč. Výdaje na ošetrovné (dlouhodobé ošetrovné není zahrnuto), pečovatelskou službu a služby osobní asistence, které spadají pod domácí péči jsou hrazeny z až tří čtvrtin finančními prostředky ze státního rozpočtu. Do kategorie ostatní pak spadá denní dlouhodobá zdravotní péče (př. odlehčovací služby, denní stacionáře, centra denních služeb) a sociální služby (př. chráněné bydlení, sociální rehabilitace aj.), které společně představují cca 6 % celkových výdajů na dlouhodobou péči. U těchto výdajů dohromady došlo k růstu o 63 %.

K významné skutečnosti také došlo především u výdajů na odlehčovací služby, které v roce 2019 překročily poprvé 1 mld. Kč.

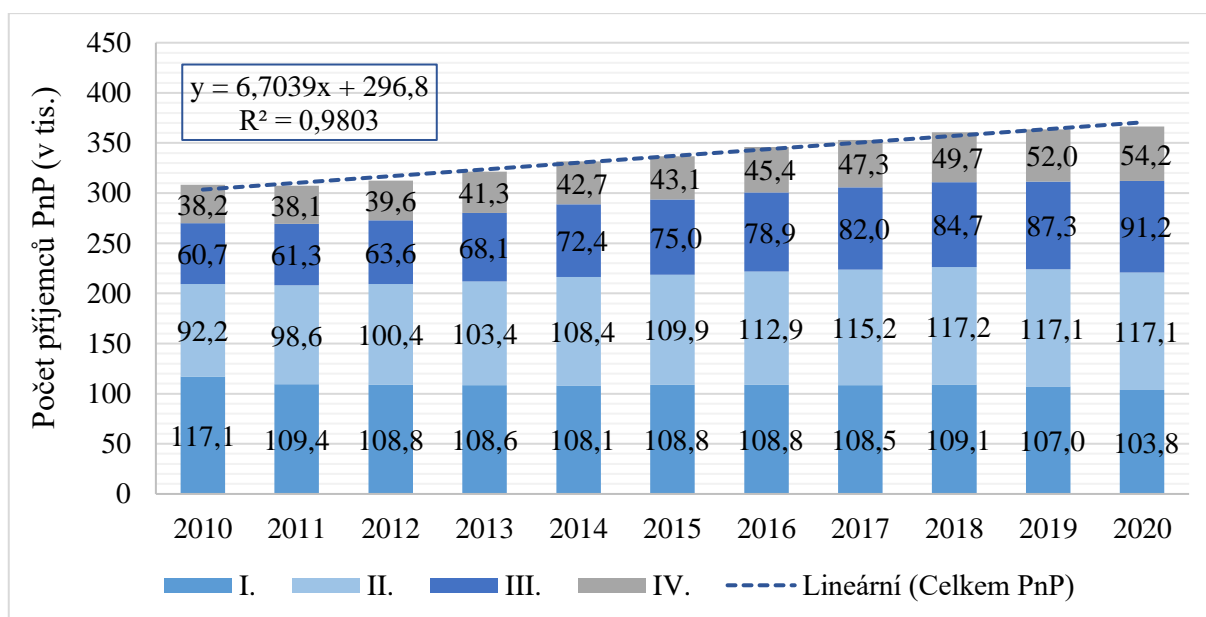
Jak uvádí ČSÚ (2021d, s. 46) „*Vzhledem k demografickému stárnutí populace a rostoucím nárokům na dlouhodobou péči není nárůst výdajů v této oblasti nikterak překvapivý.*“

5.2 Příspěvek na péči

Příspěvek na péči (dále PnP) již byl uveden jako zdroj financování sociálních služeb v podkapitole 2.2.2. Výdaje na něj se silně vážou na počet příjemců tohoto příspěvku neboli počtu osob závislých, případně vyžadujících sociální služby. Z toho důvodu má určitou vypovídací schopnost ohledně dopadů stárnutí obyvatelstva a je mu proto věnována samostatná podkapitola.

PnP není pouze důležitý výdaj na dlouhodobou péči či na sociální služby jako celkové, ale i důležitý výdaj ze státního rozpočtu. Dle údajů Ministerstva financí (2020) je PnP jedním z tzv. TOP 10 výdajů ze státního rozpočtu, kdy v roce 2020 samostatně reprezentoval 2,1 % celkových výdajů, čímž se jedná o devátý největší výdaj státního rozpočtu (první místo připadá důchodům). Tuto pozici si udržuje minimálně od roku 2015. V podílu k HDP v roce 2020 představoval PnP 0,6 %.

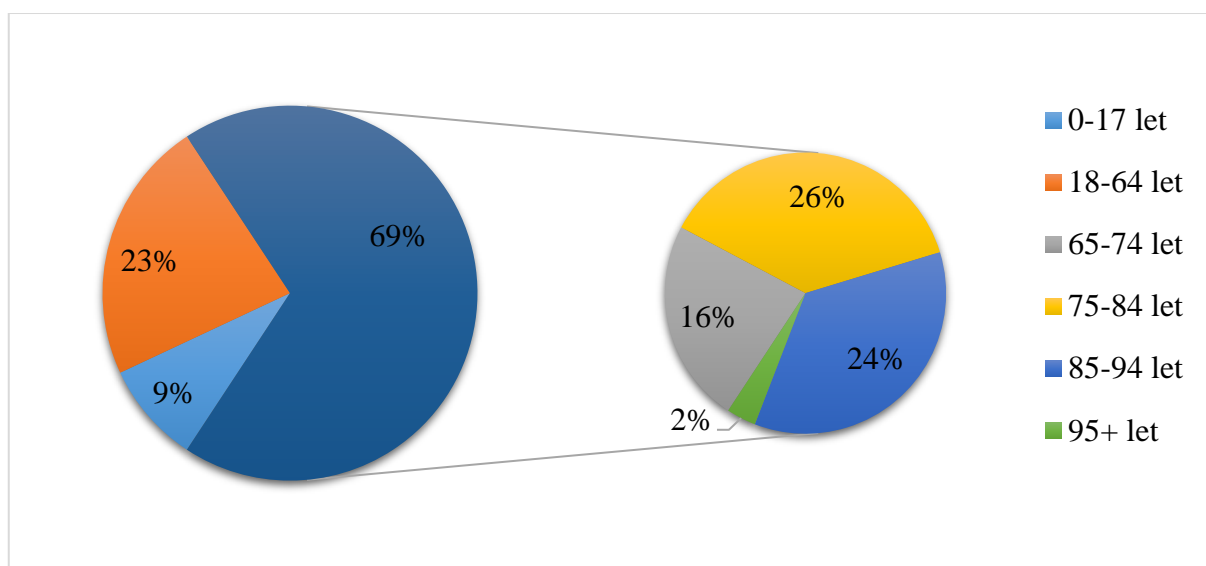
Údaje zobrazené na obr. 28 uvádí průměrný měsíční počet vyplácených PnP v letech 2010 - 2020 dle jednotlivých stupňů závislosti. Za sledované období je viditelný rostoucí trend celkového průměrného počtu vyplácených PnP, kdy nejvhodnější je lineárně rostoucí trend. Tento trend lze vyjádřit rovnicí $y = 6,7039x + 296,8$ s hodnotou indexu determinace 0,9803 a schopností tak vysvětlit až 98 % variability uvedených dat. Od roku 2010 se zvýšil počet průměrného počtu vyplácených PnP o cca 58 tis. Nejvíce osob pobírá od roku 2014 PnP v II. stupni závislosti a následně v I. stupni závislosti. III. stupeň a především IV. stupeň závislosti jsou pobírány nejméně. V případě celkového počtu osob, pobírajících PnP v I. stupni závislosti, došlo od roku 2010 do roku 2020 k poklesu o zhruba 11 %. Oproti tomu počet příjemců PnP II. stupně závislosti se zvýšil asi o 27 % a příjemci PnP se IV. stupněm závislosti vzrostli o 40 %. Největší nárůst připadá počtu osob pobírajících příspěvek ve III. stupni závislosti, kde je růst představován až 50 %, což znamená, že se jejich počet zvýšil o polovinu od roku 2010.



Obrázek 28: Vývoj průměrného měsíčního počtu PnP dle stupňů závislosti v letech 2010 - 2020

Zdroj: zpracováno dle ČSÚ (2021b)

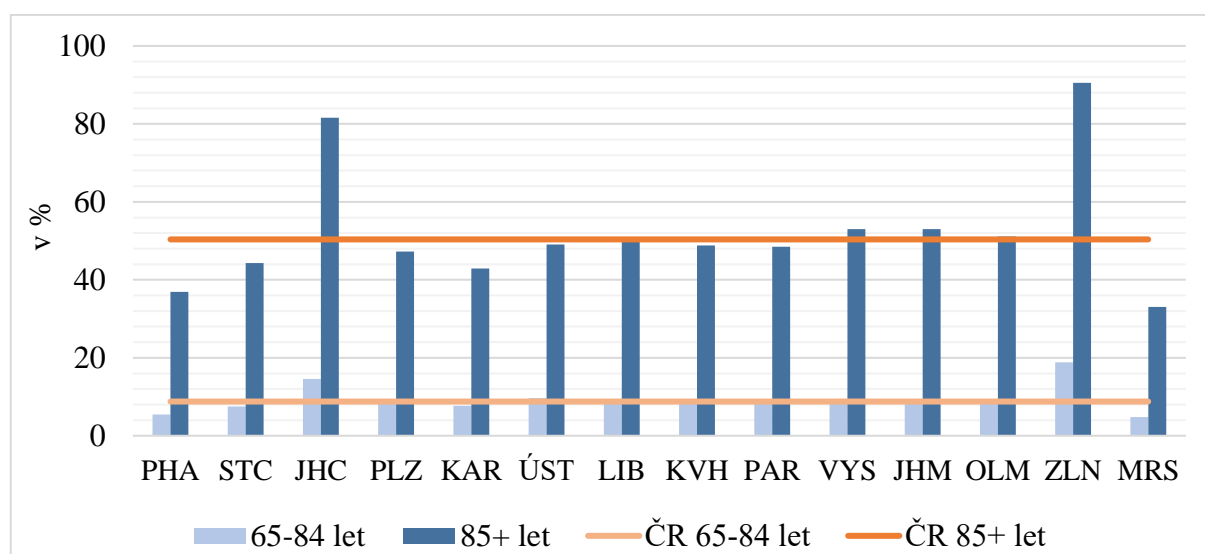
PnP je udělován v jakémkoliv věku (teoreticky od 1 roku), ale jak uvádí obr. 29 osoby ve věku 0 – 17 let pobírají pouhých 9 % z celkového počtu vyplácených PnP, osoby ve věku 18 – 64 let pobírají zhruba 23 %, ale největší počet vyplácených PnP připadá osobám nad 65 let, a to cca 69 %. Z těchto 69 % se dále jedná hlavně o osoby nad 75 let, kteří pobírají cca 53 % z celkových vyplácených PnP. V roce 2020 bylo vyplaceno přes 376 tis. PnP a seniorům z toho náleželo 258 tis. příspěvků. Z uvedeného tak lze konstatovat, že se jedná především o finanční prostředky pro seniory či až seniorskou dávku.



Obrázek 29: Podíly věkových skupin na vyplácených PnP v roce 2020

Zdroj: vlastní výpočty z dat MPSV (2021e)

Z hlediska celkového počtu vyplácených PnP podle věku v přepočtu na 100 obyvatel daného věku v krajském členění je poukázáno na obr. 30 na skutečnost, že obyvatelé skutečně ve vyšším věku tedy nad 85 let pobírají PnP mnohem častěji. Za celou ČR se jedná až o 50 % osob v této věkové skupině (tedy každá druhá osoba nad 85 let). Podíl osob pobírajících PnP ve věkové skupině 65-84 let je kolem 9 % z celé ČR. Značně nad těmito hodnotami se pohybují kraje Zlínský a Jihočeský, které mají výrazně relativně nejvíce vyplácených příspěvků pro seniory, a to především pro osoby ve věku nad 85 let. Relativně nejméně seniorů pobírajících PnP naopak má Praha a Moravskoslezský kraj.

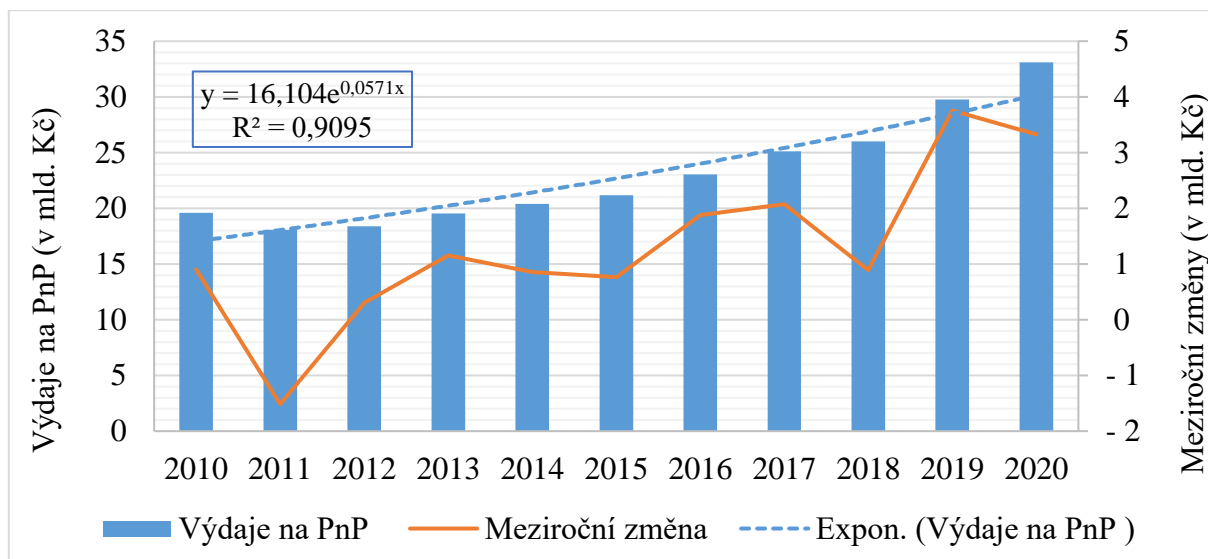


Obrázek 30: Podíl příjemců PnP na 100 osob dle daných věkových skupin v krajích v roce 2020

Zdroj: vlastní výpočty z dat (ČSÚ, 2021a) a (MPSV, 2021e)

PnP je jedna z dávek sociálního zabezpečení a jeho podíl na celkových výdajích na tyto dávky je představován kolem 4 – 5 %. Výdaje na PnP, uvedené na obr. 31, od roku 2010 do roku 2020 vzrostly z 19,6 mld. Kč na 33,1 mld. Kč, což znamená růst o 69 %. Nárůst výdajů na PnP ve sledovaném období lze nejlépe vyjádřit exponenciálním trendem a rovnicí $y = 16,104e^{0,0571x}$, která má index determinace o hodnotě 0,9095. To znamená, že tento model vysvětluje až 91 % zobrazených dat výdajů na PnP.

Průběžný růst byl narušen především rokem 2011, kdy došlo k poklesu výdajů z důvodu značného snížení částky PnP vyplácené osobám nad 18 let s I. stupněm závislosti, a to až o 1 200 Kč. Ke změnám výše příspěvku během sledovaného období docházelo vícekrát, jak je uvedeno v příloze F, což je jedním z důvodů, proč výdaje na PnP rostly (výrazněji v letech 2016 a 2019). Výdaje na PnP ale narůstaly i v období, kdy nedošlo ke změně výše příspěvku, což bylo vlivem růstu počtu vyplácených PnP.



Obrázek 31: Vývoj výdajů na PnP a jejich meziroční změna v letech 2010 - 2020

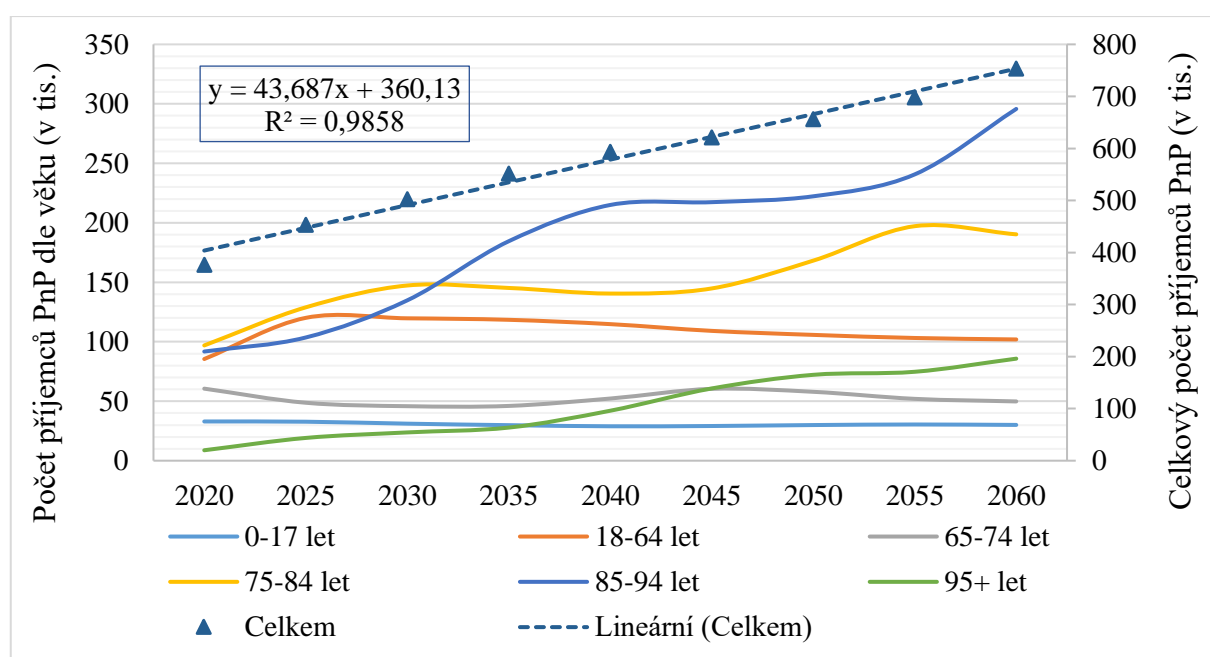
Zdroj: (ČSÚ, 2021b) a vlastní výpočty

Při zhodnocení vývoje PnP v krajích lze uvést, jak vyplývá z tabulky uvedené v příloze G, kde je uveden u jednotlivých krajů vývoj průměrných měsíčních počtů PnP a ročních výdajů na PnP, že nejvyšší počet měsíčně vyplácených PnP a tím i nejvyšší výdaje PnP jsou v krajích Moravskoslezský, Jihomoravský, Středočeský, které jsou i kraji s nejvyšším počtem seniorů. Opačně je tomu u krajů Královéhradeckého a Libereckého, které mají nejnižší počet seniorů. Nejrychlejší nárůst průměrného měsíčního počtu PnP mezi lety 2010 až 2020 byl zaznamenán u kraje Karlovarského (o 45 %), kde došlo i k poměrně vysokému růstu počtu seniorů (nejvyššímu nárůstu podílu seniorů) oproti ostatním krajům. Naopak nejpomalejší nárůst měsíčního počtu PnP zaznamenal kraj Zlínský (nárůst o 4 %). Relativně nejvyšší nárůst výdajů na PnP mezi lety 2010 a 2020 připadá kraji Karlovarskému s růstem výdajů o 91 %, dále Plzeňskému kraji s růstem o 89 % nebo Praze s růstem o 88 % . Nejpomaleji výdaje na PnP rostly v kraji Jihočeském, a to o 48 %.

5.2.1 Odhad vývoje počtu příjemců příspěvku na péči do roku 2060

Na základě dat z let 2016 až 2020 bylo dopočteno procento osob v populaci, které pobíralo PnP, a to v šesti věkových skupinách (0-17 let, 18-64 let, 65-74 let, 75-84 let, 85-95 let a 95+ let), v jednotlivých krajích a ve čtyřech stupních závislosti. Výslednými procenty byly následně vynásobeny předpokládanými počty obyvatel z projekce ČSÚ v jednotlivých věkových skupinách. Tímto postupem byly zjištěny předpokládané počty příjemců PnP do roku 2060.

V budoucnu lze očekávat změny v systému sociálních služeb z hlediska jeho právního stavu a určité způsobu financování a také zcela zřejmě proměny početního stavu obyvatelstva z důvodu coronavirové pandemie. Následující odhad však bude vycházet z projekce obyvatelstva krajů z roku 2019 (ještě nezasážené koronavirovou pandemií) a z předpokladu, že po celou dobu odhadu bude systém sociálních služeb nezměněn. Tyto předpoklady jsou velmi zjednodušující, ale odhadovat v současnosti možné změny právního stavu, a především dopady pandemie do budoucnosti jsou velmi obtížné. Cílem výsledného modelu příjemců PnP není získání přesné předpovědi na budoucí nároky v sociálních službách v jednotlivých krajích, ale spíše naznačení možného budoucího vývoje potřeb sociálních služeb.



Obrázek 32: Odhad vývoje počtu příjemců PnP dle daných věkových skupin do roku 2060 (pozn. 2020 - skutečná data)

Zdroj: vlastní výpočty z dat (MPSV, 2021e) a (ČSÚ, 2019b)

Z provedených výpočtů tak vyplývá, jak uvádí obr. 32, že počet příjemců PnP bude neustále do roku 2060 narůstat. Tento růst lze nejlépe vyjádřit lineárním trendem s rovnicí $y = 43,687x + 360,13$ a hodnotou indexu determinace 0,9856, přičemž tak trend vystihuje téměř 99 % uvedených dat budoucího počtu příjemců PnP. Důvodem na zvýšení počtu příjemců PnP bude především růst počtu osob nad 75 let, konkrétněji osob nad 85 let, kterých od 30. let začne přibývat. Příjemců PnP ve věku 65-74 let by mělo zprvu dlouhodobě mírně ubývat. Oproti tomu počet příjemců PnP ve věku 0-17 let bude spíše ustálený a u osob 18-64 let lze předpokládat v budoucnosti až mírně klesající trend. Celkově by mohl vzrůst počet příjemců

od roku 2020 do roku 2030 o 33 %, což je z 376 tis. PnP na 502 tis. PnP a v roce 2060 by se jednalo až o dvojnásobek tedy přes 742 tis. příjemců PnP od roku 2020.

Pokud by se měly ohodnotit budoucí změny příjemců PnP v seniorském věku v jednotlivých krajích, tak z tabulky uvedené v příloze H vyplývá, že i v budoucnosti bude rozložení počtu příjemců PnP stále nerovnoměrné jako doposud. V roce 2030 je očekáváno až 193 tis. příjemců PnP ve věkové skupině 65-74 let, kdy nejvíce příjemců by ještě bylo ve Zlínském kraji, ale v roce 2060 by první příčka náležela již Středočeskému kraji, u kterého mezi lety 2020 a 2060 dojde k nejvyššímu růstu počtu příjemců PnP, a to až o 89 %. Naopak nejnižší růst o pouhých 13 % lze očekávat v Karlovarském kraji. V roce 2060 je možno očekávat celkově ve věkové skupině 65-74 let až 244 tis příjemců PnP. Ve věkové skupině nad 85 let lze očekávat až 158 tis. příjemců PnP do roku 2030, přičemž nejvíce příjemců PnP má zde ještě Jihočeský kraj, ale do roku 2060 přebere tuto pozici opět kraj Středočeský, kde od roku 2020 by mohlo dojít k růstu až o 369 %. Nejnižší nárůst bude připadat Praze s růstem o 232 %. V roce 2060 celkový počet příjemců PnP ve věku nad 85 let by mohl dosahovat až 382 tis.

Jak již bylo zmíněno s vyšším věkem se zvyšuje počet PnP, ale také i závislost těchto osob na jiných osobách a podle toho bude docházet i k danému chování počtu příjemců PnP dělených dle stupňů závislosti. Grafy vývoje počtu příjemců PnP ve věku nad 65 let dle jednotlivých stupňů závislosti a jednotlivých krajů jsou uvedeny pro jejich obsáhlost v příloze I. Podle odhadu by u všech stupňů závislosti a všech krajů mělo docházet k růstu počtu příjemců PnP, ale jejich tempo růstu bude odlišné. Nejvyšší počet seniorů bude i jako doposud pobírat PnP II. stupně závislosti. Nejvýznamnější nárůst příjemců PnP II. stupně do roku 2060 lze předpovídat u Středočeského kraje (až o 204 %), Prahy (o 154 %) a Libereckého kraje (o 148 %). Nejnižší nárůst by připadal Královéhradeckému kraji, a to s růstem o 111 %.

PnP I. stupně závislosti by byl jako druhý nejvíce vyplácený. Stejně jako u závislosti II. stupně bude nejvyšší nárůst počtu příjemců PnP připadat Středočeskému kraji (o 224 %), Praze (o 160 %) a Libereckému kraji (o 148 %). V relativním vyjádření bude podíl žadatelů o PnP v I. a II. stupni závislosti z celkového počtu příjemců PnP nad 65 let dlouhodobě očekáván nejnižší v kraji Moravskoslezském nebo i v Praze a Plzeňském kraji. Nejvyšší podíl by měl být dlouhodobě v kraji Zlínském a Jihočeském, podle čehož lze naznačit, že do budoucnosti především v těchto krajích bude vyvíjen stále větší tlak na potřebnost péče a pomoci od jiné osoby, v tomto případě zejména rodiny např. pečovatelské péče.

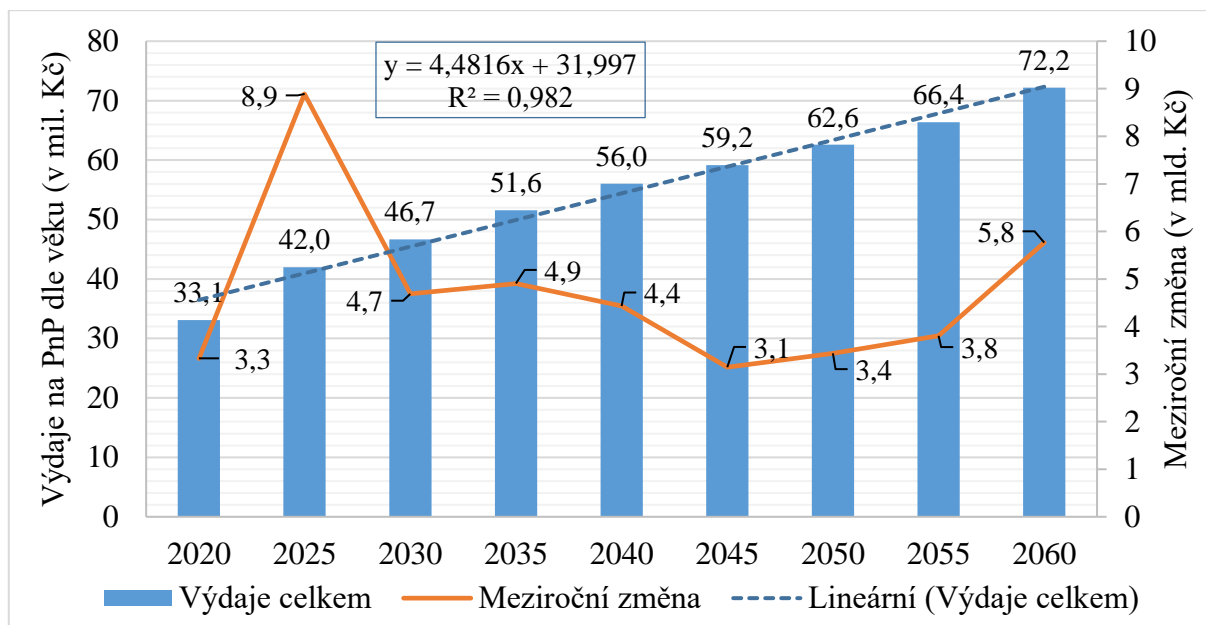
V souvislosti s nárůstem osob ve vyšším seniorském věku a tím i vyššího počtu celkového počtu příjemců PnP lze také očekávat největší početní nárůst příjemců PnP ve III. a IV. stupni závislosti. Do roku 2060 oproti roku 2020 by u všech krajů mělo PnP v těchto stupních závislosti pobírat 2,1 - 3,2krát více seniorů. V případě PnP III. stupně závislosti dojde k největšímu nárůstu příjemců v kraji Středočeském (o 194 %) a Libereckém (o 145 %). Nejméně pak v kraji Královéhradeckém (o 113 %). U PnP IV. stupně závislosti je i v tomto případě očekáván nejvyšší nárůst příjemců příspěvku ve Středočeském kraji (o 216 %) ale dále se jedná i o kraj Plzeňský s růstem o 191 %. Naopak nejmenší přírůstek příjemců PnP lze odhadovat tentokrát v Praze (o 134 %).

Nejvyšší podíl žadatelů o PnP ve věku nad 65 let v případě III. a IV. stupně závislosti dohromady lze opět odhadovat ve Zlínském a Jihočeském kraji, kde tak bude potřeba flexibilněji reagovat na vybavenost pobytových sociálních služeb, protože senioři s vyšším stupněm závislosti vyžadují i intenzivnější péči, a to právě především v pobytových sociálních zařízeních.

5.2.2 Odhad vývoje výdajů na příspěvek na péči do roku 2060

Na základě odhadnutého vývoje počtu příjemců PnP a od ledna roku 2022 zavedených výší PnP uvedených v podkapitole 2.2.2 v tab. 2, byl proveden i odhad budoucích výdajů na PnP pro celou ČR. Stejně tak jako u odhadu počtu příjemců PnP bude i u odhadu výdajů brán stálý právní stav a také stálost výše PnP.

Výsledky výpočtů jsou uvedeny na obr. 33, který zachycuje předpokládané výdaje na PnP v jednotlivých věkových skupinách a také celkové výdaje na PnP. V průběhu sledovaného období bude docházet samozřejmě společně s růstem počtu příjemců PnP i k růstu výdajů na něj. Jak bylo uvedeno zvyšovat se bude především seniorská věková skupina nad 85 let a s ní také uživatelé PnP s vyšším stupněm závislosti, což bude tlačit výdaje nahoru mnohem výrazněji. V roce 2060 by tak mohly výdaje na PnP dosáhnout až 72 mld. Kč, což znamená oproti roku 2020, kdy byly celkové výdaje na PnP 33 mld. Kč, nárůst o 118 % (více než dvounásobek od současnosti). Vývoj výdajů na PnP by v tomto případě měl nejbližší k lineárnímu trendu, který lze vyjádřit rovnicí $y = 4,4816x + 31,997$ s hodnotou indexu determinace 0,982, což by znamenalo, že model pokrývá až 98,2 % zobrazených dat.



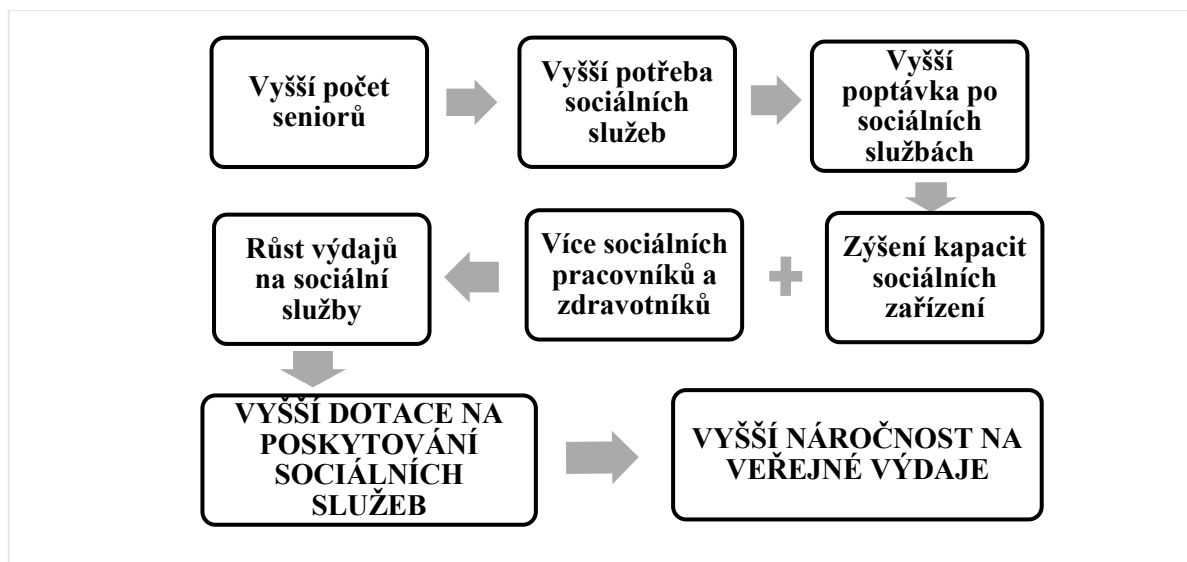
Obrázek 33: Odhad výdajů na PnP dle věkových skupin a celkových výdajů na PnP do roku 2060 (pozn. rok 2020 – skutečná data)

Zdroj: vlastní výpočty z dat (MPSV, 2021e) a (ČSÚ, 2019b) a ZSS

Zajímavější vývoj celkových výdajů na PnP je velmi dobře patrný z křivky meziroční změny uvedené v obr. 32. Lze pozorovat větší dynamiku meziročních přírůstků, které jsou ovlivněny především měnícím se počtem osob v seniorském věku. Mezi lety 2020 a 2025 je vidět nejvyšší nárůst výdajů o téměř 9 mld. Kč, což by v tomto případě mohla způsobit mimo jiné skutečnost změny sazeb PnP začátkem roku 2022. Následně až do konce 30. let jsou dále viditelné výraznější přírůstky přesahující 4 mld. Kč, a to z důvodu růstu osob ve věku 85-94 let. Mezi lety 2040 a 2045 dojde k nejmenšímu přírůstku výdajů cca o 3 mld. Kč vlivem ustálenějšího počtu seniorů ve věku 75-94 let. Ovšem do roku 2055 opětovně bude docházet k růstu počtu seniorů ve věku 75-84 let a nad 95 let a přírůstky výdajů se tak začnou zvyšovat ovšem méně výrazně než ve 30. letech. Do roku 2060 v důsledku prudkého nárůstu osob ve věku 75-84 let bude nárůst výdajů na PnP nejvýraznější.

5.3 Budoucí růst nároků na finanční zdroje ve službách sociálních péče

Vzhledem k růstu počtu seniorů a jejich vyšší potřebě sociálních služeb (zejména služeb dlouhodobé péče), lze očekávat i vyšší poptávku po sociálních službách, což bude vyvolávat tlak na zvýšení kapacit (nabídky) především sociálních zařízení a s tím bude potřeba více sociálních pracovníků a zdravotníků. Z těchto důvodů porostou výdaje na provozování sociálních služeb, které jsou financovány především dotacemi ze státního rozpočtu. (viz obr. 34)



Obrázek 34: Zjednodušené schéma dopadů stárnutí na veřejné výdaje

Zdroj: vlastní zpracování

Následně jsou v tab. 5 uvedeny běžné výdaje na služby DS, DZR a PS a jsou vyčísleny výdaje na jedno lůžko (případně jednoho klienta). Za rok 2020 činily průměrné běžné výdaje na jedno lůžko DS 494 tis. Kč, u DZR se jednalo o 526 tis. Kč na jedno lůžko za rok a v případě PS se jednalo o 44 tis. Kč na jednoho klienta za rok. Pomocí těchto průměrných výdajů na jednu kapacitu vybraných služeb a odhadnutých potřebných kapacit v podkapitole 4.3 lze zjednodušeně s opomenutím vlivu inflace odhadnout budoucí provozní náklady na tyto služby.

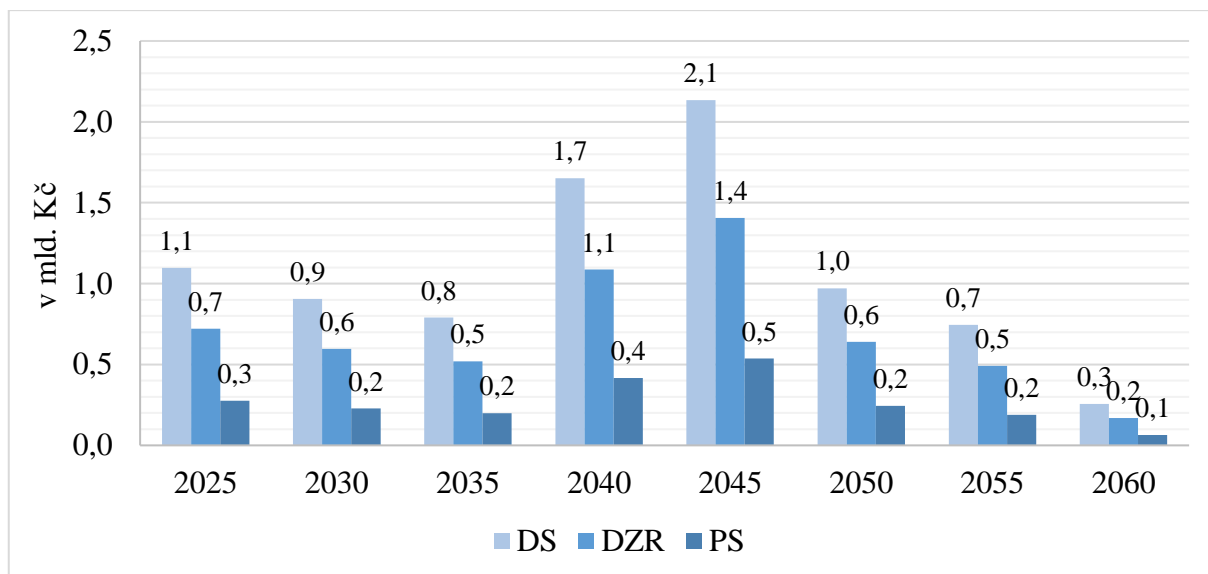
Tabulka 5: Kapacity vybraných sociálních služeb a celkové neinvestiční výdaje v roce 2020

	Kapacita služby	Běžné výdaje (v tis. Kč)	Výdaje/kapacita (v Kč)
DS	36 465	18 003 416	493 718
DZR	22 192	11 679 459	526 291
PS	100 480	4 412 241	43 912

(pozn. kapacity DS a DZR = počet lůžek, kapacita PS = počet uživatelů)

Zdroj: MPSV (2021b) a vlastní výpočty

S odhadnutou potřebností navýšení kapacit DS do roku 2060 o 17,8 tis. lůžek tak lze očekávat s na ně potřebnými běžnými výdaji 8,6 mld. Kč a u DZR s potřebností 10,8 tis. lůžek by se jednalo do roku 2060 s nárůstem běžných výdajů o 5,6 mld. Kč. Dohromady by tak na tyto služby lůžkové péče do roku 2060 vzrostly běžné výdaje o 14,2 mld. Kč. Oproti tomu výdaje na služby PS, které jsou méně nákladné by vzrostly o 2,2 mld. Kč.



Obrázek 35: Meziroční nárůsty odhadnutých provozních nákladů na potřebné kapacity u vybraných služeb sociální péče

Zdroj: vlastní výpočty z dat (ČSÚ, 2021a), (ČSÚ, 2019b) a (MPSV, 2021b)

Na obr. 35 je zobrazen meziroční nárůst dodatečných běžných výdajů, které by bylo nutno vynaložit v případě vzniku nových potřebných kapacit. Je tak vidět, že největší nárůsty jsou především z roku 2035 na rok 2040 a dále do roku 2045, kdy je očekáván růst počtu především velmi starých seniorů. V rámci této metody ovšem není počítáno s investičními náklady např. na vybudování nových zařízení, ty by se lišily už jen podle velikosti zařízení či způsobu vybudování, ale v rámci potřebného počtu kapacit lze mluvit o dalších desítkách miliardách Kč.

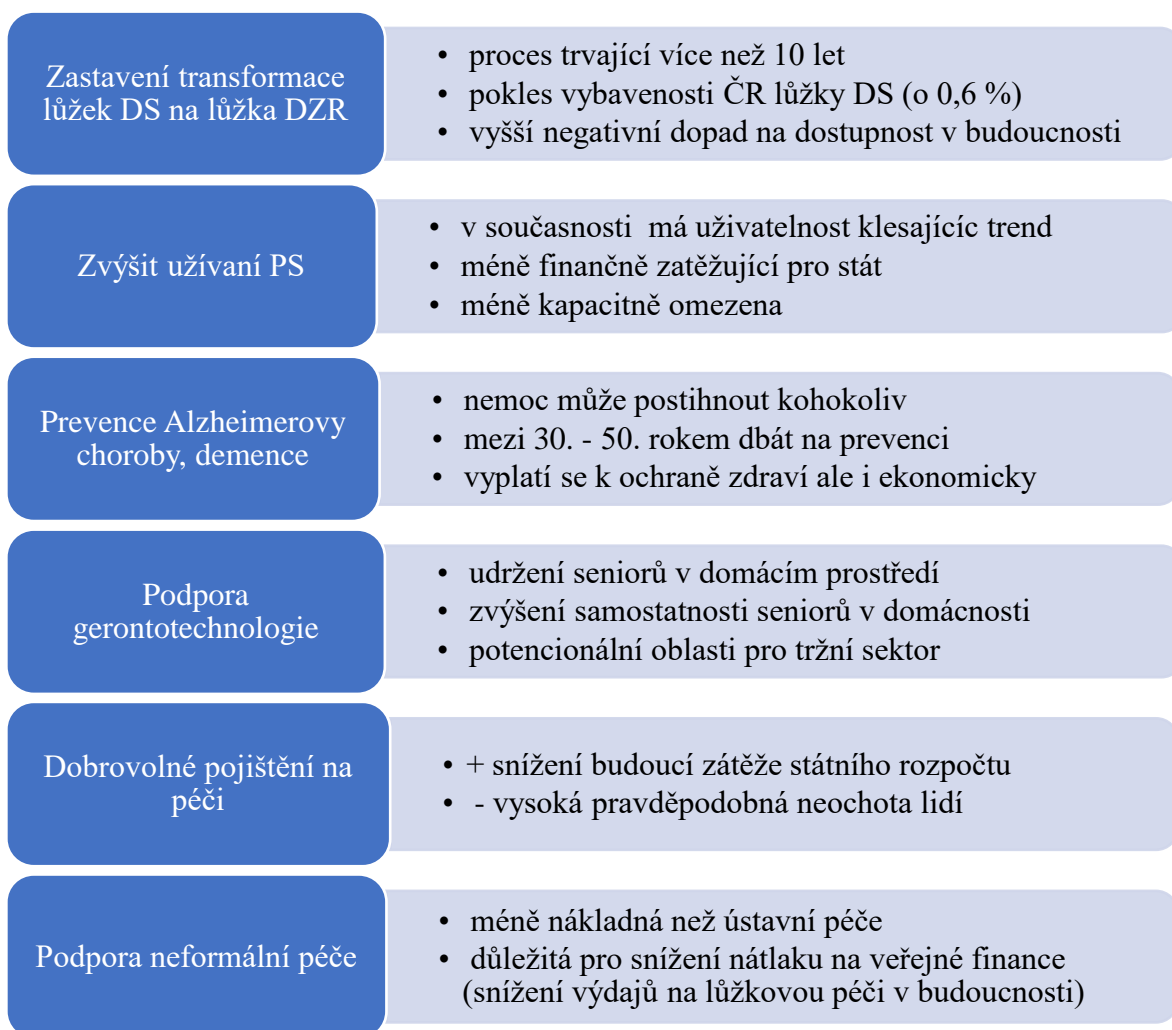
5.4 Doporučení

Vzhledem k vzrůstajícímu se počtu seniorů v celé ČR je důležité se zamyslet nad sociálními službami pro ně určených, a to ve spojitosti jak s jejich potřebnostmi, tak i jejich finanční zátěží. Rostoucí počet seniorů v budoucnosti, kterému se jen obtížně dá vyhnout, bude jistě i nadále zatěžovat veřejné finance. Téměř jistě bude i nadále pokračovat budování komplexů pobytových služeb pro seniory, které jsou značně finančně nákladné a samozřejmě porostou výdaje na PnP.

Na jednu stranu z výsledků analýz v souvislosti s vybaveností a potřebností služeb sociální péče provedených v práci lze doporučit zvyšování počtu lůžek v DS s DZR k zachování alespoň současné úrovně vybavenosti všech krajů, a to především v kraji Středočeském, který jak bylo zjištěno bude v budoucnosti nejvíce zatížen nárůstem počtu seniorů. Na druhou stranu ovšem

tyto nové kapacity představují budoucí finanční zátěž především pro veřejné finance, a je tak důležité hledat řešení i v jiných cestách než v budování či zřizování nových zařízení.

V následujícím obrázku jsou shrnuta některá doporučení, která považuji v oblasti sociálních služeb za přívětivá. Nejedná se ovšem o doporučení, která by měla být zavedena společně, ale jedná se spíše o individuální doporučení.



Obrázek 36: Shrnutí doporučení

Zdroj: vlastní zpracování

Jako první doporučení je uvedeno **zastavení transformace lůžek DS na lůžka DZR**. Tento proces započal již před více než deseti lety a stále k němu dochází. Jeho hlavním důvodem bylo, co nejrychleji zabezpečit službu DZR v krajích v reakci na nárůst počtu osob s Alzheimerem a demencí. Ovšem v důsledku dlouhodobosti tohoto procesu a nárůstu seniorů se úroveň vybavenosti službou DS snížila v ČR téměř o 0,6 %. Kraje se již teď potýkají s nedostatkem nabídky služby DS a ve výsledku procesu této transformace a nárůstu seniorů v budoucnosti lze očekávat mnohem silnější tlak na tuto službu.

Jak již bylo uvedeno pobytové sociální služby pro seniory jako jsou DS a DZR jsou značně finančně zátěžné. Oproti tomu služby terénní a ambulantní péče by byly mnohem výhodnější. Vhodné by tak bylo řešit rostoucí potřeby stárnoucího obyvatelstva na pobytové služby dlouhodobé péče prostřednictvím zabezpečování pomoci občanů těmito méně nákladnými službami. Tímto způsobem by mohl být snížen očekávaný nárůst nákladů na pobytové služby. Jako jedna z výhodnějších služeb se jeví právě **pečovatelská služba** terénní formy pro seniory, která je levnější a méně finančně zatěžující pro stát. Počet uživatelů má v posledních letech ovšem klesající trend, proto je důležité klást důraz na využití této služby než služeb pobytových.

Vzhledem k narůstajícímu počtu osob s Alzheimerovu chorobou, což způsobuje vyšší potřebnost počtu zařízení DZR, je důležité vznášet větší pozornost na její riziko a na prevenci před touto chorobou, především ze strany osobního lékaře. Mnoho lidí tuto tematiku vůbec neřeší, protože věří, že se jich to nebude a ani nemůže týkat, ale tuto chorobu si člověk nevybírá a může postihnout kohokoliv. Za některé případy **prevence před Alzheimerovou chorobou** Státní zdravotní ústav (2020) uvádí prospěšnou stravu, dostatečnou fyzickou, psychickou a sociální aktivitu, dostatečná doba spánku (optimálně 9 hod/den), dále intelektuální aktivity (četba, luštění křížovek, hra na hudební nástroj atd.) aj. Zvýšená mentální zátěž je vhodná dle výzkumů především mezi 30. – 50. rokem života. Na jednoho člověka s Alzheimerovou chorobou či demencí je v zařízení DZR průměrně měsíčně vynakládáno kolem 44 tis. Kč, z čehož je nad polovina hrazena ze státního rozpočtu ,což by znamenalo, že primární prevence se vyplatí nejen kvůli ochraně zdraví ale i ekonomicky.

Vzhledem k narůstajícímu počtu seniorů je podstatné vyhledávat další nové cesty pomoci stárnoucí populaci. Jedna z klíčových oblastí, která by mohla v budoucnu pomoci od narůstajících nákladů na pobytové služby je **technologie či gerontotechnologie**. Spojení technologického pokroku a stárnutí může poskytnout nástroje pomoci při společných problémech, které senioři mají. Je žádoucí udržovat seniory co nejdéle v domácím prostředí, proto by bylo vhodné uskutečnit některé změny v jejich domově, které jim napomohou k samostatnosti jako např. otevírání dveří pomocí mobilního zařízení, bezdotykové sensory u umyvadel na vypínání a zapínání vody nebo sporák by se mohl vypínat sám, pokud by byl dlouho zapnut, automatické osvětlení některých míst jako prevence před pády, hlasové připomínání pro užívání léků aj. Pokud senioři žijí sami v domácnosti, často se stává, že se cítí osaměle, proto je důležité jim pomoci s užíváním nových technologií a zjednodušovat aplikace v nich, případně vytvářet aplikace určené právě pro seniory. Mohou tak využívat videohovory

či sociální média a více se tak zapojovat do společenského života. (Bismart, 2020) Dále mimo jiné, jak již bylo dříve uvedeno v rámci Silver economy, gerontotechnologie je oblast tržního potenciálu a otevírá tak prostor pro tržní růst, především v budoucnosti díky rostoucí spotřebě ze strany starších osob. Za negativum lze v případě gerontotechnologie a jejího využívání v sociální péči označit, že ačkoliv tato technologie by byla značně nápomocná pro seniory i pro pečující osoby, nemůže nahradit lidskost vynaložené péče.

V posledních letech je často z důvodu rostoucích veřejných výdajů na dlouhodobou péči a s jejich očekávaným výrazným budoucím nárůstem zmiňováno **zavedení pojištění na péči**. MPSV se tak chce inspirovat situací v Německu, kde je toto pojištění již od roku 1995 povinné jako součást sociálního pojištění (představuje 3,05 % z příjmů). Z pojištění jsou pak vypláceny příspěvky na opatrování v pěti stupních. MPSV chce ovšem nejprve provést výzkum, zda by zavedení pojištění na péči bylo v ČR vůbec možné. (Zdravé zprávy, 2021) Toto pojištění by mohlo do budoucnosti přinést menší nátlak na finanční prostředky státního rozpočtu, především v případě budoucího zvyšování příjemců PnP. Pokud by bylo pojištění zavedeno jako dobrovolné lze očekávat problém vysoké míry neochoty lidí přispívat na pojištění na péči. Již výzkum MPSV z roku 2015 poukázal na 64 % neochotu placení tohoto pojištění. Na druhou stranu je možné věřit, že jsou lidé, kteří nemají nikoho, kdo by se o ně v případě nutnosti postaral a obávají se finanční nedostupnosti sociálních služeb a z toho důvodu by chtěli přispívat na pojištění na péči. Toto téma je z politického hlediska neustále odsouváno, ale vzhledem k budoucímu demografickému vývoji (a především růstu počtu příjemců PnP) předpokládám, že je jeho zavedení nevyhnutelné.

Z hlediska růstu počtu seniorů dále lze předpokládat, že význam neformální péče v oblasti dlouhodobé péče se bude i nadále zvyšovat a mohl by být i klíčový pro snížení nátlaku na veřejné finance. Konkrétně jsou myšleny výdaje na dotace určené poskytovatelům pobytových sociálních služeb (lůžková péče). Rodinní příslušníci chápou péči o své blízké jako práci z lásky, případně jako povinnost mezigenerační solidarity. Postavení těchto pečovatelů není dostatečně řešeno a mělo by dojít k lepší **podpoře neformální péče**. Podpora by mohla být jednak z oblasti dávek či jiné finanční podpory, tak případně v oblasti poskytnutí vzdělávání (bezplatné vzdělání), specifického poradenství nebo v podobě kombinace péče s odlehčovacími službami. (ISPV, 2017) Mohlo by tak sice dojít ke zvýšení výdajů na sociální dávky, ale domácí péče je i tak mnohonásobně levnější než péče ústavní.

ZÁVĚR

Cílem práce bylo zhodnotit demografický proces stárnutí obyvatel v ČR v posledních dekádách, analyzovat dané vývojové tendence a zhodnotit dopady tohoto procesu na veřejné finance, případně vybrané oblasti sociální politiky na republikové, krajské či obecní úrovni.

První kapitola byla věnována základnímu charakterizování stárnutí, příčinám demografického stárnutí a metodám, kterými lze hodnotit úroveň demografického stárnutí. Druhá kapitola se zabírala především oblastí sociálních služeb jako sférou sociální politiky, která má velmi blízko ke stárnutí obyvatelstva a v práci byly dále hodnoceny dopady právě ve spojitosti na tuto sféru. Tyto dvě kapitoly tvoří teoretickou část.

Třetí kapitola se věnovala již demografickému vývoji obyvatelstva České republiky, tak vývoji věkového složení obyvatelstva v krajích. Bylo poukázáno zejména na skutečnost, že populace České republiky stárne. Docházelo k prodlužování naděje na dožití (vyjma roku 2020 ve spojitosti s koronavirovou pandemií), zejména v letech 2010 až 2020 vzrostl počet seniorů v populaci až o 0,5 mil., podíl poproduktivní složky se od roku 2010 zvýšil o 5 % na podíl 20 % a index stáří vzrostl o 19 % na hodnotu 126 %. Společně s tím vzrostly i hodnoty indexů závislosti, kdy např. index ekonomického zatížení vzrostl o 15 % na hodnotu 57 %, což značí vyšší ekonomické zatížení produktivní složky. Společně s celou Českou republikou stárnou i všechny kraje, ale tempo jejich stárnutí se v jednotlivých krajích liší. Kraj s relativně nejstarším obyvatelstvem je Královéhradecký kraj, který má jednak nejvyšší podíl seniorů v populaci, tak i nejvyšší hodnotu indexu stáří nebo průměrného věku. V absolutních hodnotách by se za kraje s nejstarším obyvatelstvem, tedy s nejvyšším počtem seniorů, daly považovat kraje, které mají nejvyšší počet obyvatel (kraj Středočeským, Praha, Moravskoslezský, Jihomoravský či Ústecký) a došlo u nich i k nejvyššímu početnímu nárůstu seniorů. Karlovarský kraj lze označit za kraj s nejrychleji stárnoucím obyvatelstvem, kdy došlo k nejvyššímu nárůstu podílu seniorů v jeho populaci i indexu stáří nebo průměrného věku. Za kraj s relativně nejmladším obyvatelstvem lze považovat Středočeský kraj, ale lze k němu přidat i Prahu, kdy důvodem je soustředující se mladší obyvatelstvo v blízkosti hlavního města.

Česká republika se v současnosti řadí mezi populačně mladší země EU, ale je také druhým státem, u kterého došlo mezi lety 2010 a 2020 k nejrychlejšímu stárnutí obyvatelstva. Do roku 2060 je dále očekáván nárůst počtu seniorů až o 1 mil. a podíl poproduktivní složky na celkové populaci by mohl vzrůst až na 30 %, kdy tento nárůst je možno očekávat především od druhé poloviny 30. let do 50. let. Index stáří by vzrostl až na 203 % a vzrostly by i indexy závislosti,

kdy např. index ekonomického zatížení by mohl dosahovat hodnoty až 80 %. Do roku 2060 je možno očekávat nejvyšší růst podílu poproduktivního obyvatelstva, indexu stáří a průměrného věku v kraji Moravskoslezském a Zlínském. Nejnižší nárůst těchto ukazatelů zůstane Praze a Středočeskému kraji. Početně lze odhadovat největší nárůst seniorů ve Středočeském kraji, v Praze a v Moravskoslezském kraji (v rozmezí 120 – 230 tis. seniorů).

Čtvrtá kapitola se zabývala analýzou vybraných poskytovaných sociálních služeb pro seniory, kdy mezi tyto vybrané služby patřily domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem a pečovatelská služba. Mezi lety 2010 až 2020 navzdory růstu počtu seniorů došlo u domovů pro seniory k poklesu lůžek o cca 1,4 tis. na cca 36 tis. lůžek, oproti tomu v domovech se zvláštním režimem vzrost počet lůžek o cca 13 tis. na celkem 22 tis. lůžek. Růst počtu lůžek v domovech se zvláštním režimem byl způsoben především z důvodu rostoucího počtu osob s Alzheimerovou chorobou. Počet zařízení obou služeb mezi lety 2010 a 2020 vzrostl, kdy domovy pro seniory zaznamenaly nárůst zařízení z 466 na 524 a domovy se zvláštním režimem ze 176 na 367 (větší nárůst je tak zřejmý u domovů se zvláštním režimem). V případě obou typů domovů jsou zařízení zřizována z převážné většiny veřejným sektorem, který je tak i klíčovým poskytovatelem těchto služeb. Průměrné měsíční náklady na jedno lůžko v domovech rostly, a to především v letech 2015 až 2020 (vlivem růstu platů zaměstnanců v sociálních službách). U domovů pro seniory došlo k růstu průměrných měsíčních výdajů na jedno lůžko v letech 2010 až 2020 z cca 23 tis. Kč na cca 41 tis. Kč a u domovů se zvláštním režimem z cca 26 tis. na cca 44 tis. Kč. Vlivem počtu seniorů a klesajícího počtu lůžek dochází k poklesu úrovně vybavenosti (či dostupnosti) službou domovy pro seniory, kdy tato služba v roce 2010 v České republice pokrývala až 2,3 % seniorské populace a v roce 2020 se již jednalo o podíl 1,7 %. Nejvyšší úroveň vybavenosti měl v roce 2020 kraj Jihočeský, a naopak nejmenší měla Praha a kraje Jihomoravský či Liberecký. Největší pokles vybavenosti byl zjištěn u Ústeckého kraje, kde došlo i k největšímu poklesu počtu lůžek domovů pro seniory. Růstem počtu lůžek domovů se zvláštním režimem dochází k růstu úrovně vybavenosti, kdy v České republice v roce 2010 pokrývala služba pouze 0,5 % seniorské populace a v roce 2020 se již jednalo o 1 %. Nejlépe vybavený kraj touto službou byl v roce 2020 kraj Ústecký nebo i Jihomoravský, a naopak nejnižší vybavenost byla zjištěna u Prahy a krajů Jihočeského či Královéhradeckého. Největší nárůst úrovně vybavenosti je zaznamenán u Středočeského kraje. U služeb domovů pro seniory a domovů se zvláštním režimem dochází k značnému převisu poptávky nad nabídkou, kdy v roce 2020 bylo u domovů pro seniory registrováno až 55 tis. a u domovů se zvláštním režimem až 24 tis. odmítnutých žádostí. U domovů pro seniory je průměrně ročně

odmítáno „1,5 žadatelů o místo“ a u domovů se zvláštním režimem „1,1 žadatelů o místo“. Nejvíce žadatelů o místo v domovech pro seniory bylo odmítnuto v Praze („2,4 žadatelé o místo“) a v domovech se zvláštním režimem bylo nejvíce odmítnuto žadatelů v Olomouckém kraji („1,7 žadatelů o místo“). V případě pečovatelské služby má počet klientů klesající trend, kdy k poklesu dochází především po roce 2015. Průměrné měsíční náklady na klienta vzrostly z cca 1,5 tis. Kč na 3,7 tis. Kč. Počet odmítnutých žádostí vzrostl cca 1,5 tis. na cca 5 tis. od roku 2010. Nejvyšší úroveň odmítání žadatelů, jak bylo zjištěno, má Karlovarský kraj s hodnotou až 14 odmítnutých žadatelů ku celkovému počtu klientů. Dostupnost této služby klesá v celé České republice, kdy v roce 2010 byla služba dostupná pro 7 % seniorské populace a v roce 2020 to již bylo 4,7 %. Tento významnější pokles tak lze přiřadit současnému výraznému klesání nabídky pečovatelské služby a růstu počtu seniorů. Nejlepší dostupnost pečovatelské služby má kraj Jihočeský a nejnižší naopak kraj Ústecký. Nízkou dostupnost pečovatelské služby v Ústeckém kraji lze vysvětlit naopak vysokou úrovní vybavenosti bytovými službami, kdy pečovatelská služba není potřeba v tak velké úrovni jako náhrada za pobytové služby. Nejvyšší pokles dostupnosti od roku 2010 byl zaznamenán u kraje Libereckého, Vysočiny a Pardubického.

Do roku 2060 by s očekávaným růstem seniorů, a tím zvýšenou potřebou sociálních služeb jim poskytovaných, by byla potřeba vzniku nových 17,8 tis. lůžek v domovech pro seniory a u domovů se zvláštním režimem by byla potřeba vzniku 10,8 tis. lůžek. V případě pečovatelské služby by bylo nutno zabezpečit službu pro další až 49 tis. seniorů. U těchto tří služeb bude největší nárůst potřebnosti připadat Středočeskému kraji, kde je očekáván i největší nárůst počtu seniorů.

Mimo formální péči je důležitá i péče neformální, kdy v České republice se až 2 mil. osob podílí na neformální péči. Neformální pečovatelé jsou především rodinní příslušníci, a to ženy v průměrném věku 52 let. Pečováno je nejvíce o osoby v seniorském věku a o osoby s III. a II. stupněm závislosti. Často se stává, že pečovaná osoba nemá ani přiznaný příspěvek na péči. Pro neformální pečovatele existují určité podpory jako např. příspěvek pečovaného, příspěvek na zdravotní pomůcku, dlouhodobé ošetřovné (vypláceno max. 90 dní v roce), započítání doby péče do doby důchodového pojištění, nárok na zkrácení pracovní doby aj., ale i tak neformální pečovatelé považují tyto podpory za nedostačující.

Pátá kapitola pojednává o výdajích na dlouhodobou péči, kdy bylo zjištěno, že neinvestiční výdaje na dlouhodobou péči vzrostly od roku 2010 do roku 2019 o 68 %, a z toho o 48 % jen

v letech 2015 až 2019. V přepočtu na jednoho seniora vzrostly průměrné roční výdaje z cca 32 tis. na cca 41 tis. Kč. Výdaje na dlouhodobou sociální péči vzrostly o 60 % a na dlouhodobou zdravotní péči vzrostly o 72 %. Výdaje na dlouhodobou péči jsou tvořeny až z cca 77 % výdaji ze státního rozpočtu (dle metody SHA 2011). Státní výdaje na dlouhodobou zdravotní péči vzrostly mezi lety 2010 až 2019 o 82 %. Část výdajů financována zdravotními pojišťovnami vzrostla o 55 %, ale nejvyšším tempem, ačkoliv tvoří jen malý podíl celkových výdajů na dlouhodobou péči, vrostly výdaje domácností, a to o 279 %. Přes polovinu výdajů dlouhodobé péče jde na lůžkovou péči, kdy nejvíce finančních prostředků zde připadá domovům pro seniory. Tyto výdaje vzrostly už jen v letech 2015 až 2019 o 44 % a výdaje na domovy se zvláštním režimem, představující druhou největší položku lůžkové péče, vzrostly o 85 %. Vyšší nárůst výdajů na domovy se zvláštním režimem lze připsat značnému zvýšení počtu lůžek této služby. Výdaje na domácí péči (kam spadá pečovatelská péče) představují 8 % celkový výdajů na dlouhodobou péči a došlo u nich k růstu o 65 % mezi lety 2015 až 2019, kdy až tři čtvrtiny jsou hrazeny ze státního rozpočtu. Denní péče a ostatní sociální služby dohromady představují cca 6 % celkových výdajů na dlouhodobou péči a došlo u nich k růstu o 63 %. Peněžité dávky představující cca 27 % výdajů na dlouhodobou péči vzrostly až o 71 %, kdy v absolutních číslech se jednalo především o růst výdajů na příspěvek na péči.

Příspěvek a péči tvořil v roce 2020 cca 2,1 % výdajů státního rozpočtu. Mezi lety 2010 až 2020 došlo k nárůstu průměrného měsíčního počtu příjemců o 58 tis. Nejvíce je pobírán příspěvek v II. stupni závislosti a nejméně ve IV. stupni závislosti. Od roku 2010 vzrostl počet příjemců III. stupně závislosti o 50 % a IV. stupně závislosti o 40 %. Senioři pobírají až 69 % celkového počtu příspěvku na péči. Z věkové skupiny nad 85 let pobírá příspěvek až 50 % z nich a u skupiny 65-75 let pobírá příspěvek pouze 9 %. Relativně nejvíce seniorů pobírá příspěvek na péči ve Zlínském a Jihomoravském kraji. Celkové výdaje na příspěvek na péči vzrostly o 69 % (z cca 20 mld. Kč na cca 33 mld. Kč) mezi lety 2010 až 2020. Nejvyšší počet vyplácených výdajů mají kraje Moravskoslezský, Jihomoravský a Středočeský a současně tam plynou i nejvyšší výdaje na příspěvek na péči. Nejvyšší nárůst vyplácených příspěvků na péči měl kraj Karlovarský.

Do roku 2060 lze očekávat narůst počtu osob pobírajících příspěvek na péči až o dvounásobek, kdy bude růst především počet příjemců příspěvku ve věku nad 75 let (konkrétněji nad 85 let), a to hlavně od 30. let. Nejvyšší nárůst příjemců příspěvku v I. a II. stupni závislosti v seniorském věku lze očekávat v Praze, ve Středočeském a Libereckém kraji.

Největší podíl žadatelů o příspěvek na péči I. a II. stupně závislosti v seniorském věku bude ve Zlínském a Jihočeském kraji. Ve zmíněných krajích tak bude vyvíjen větší tlak na potřebnost a pomoc od jiné osoby např. rodina či pečovatelská péče. Nejvyšší nárůst příjemců příspěvku na péči III. stupně závislosti v seniorském věku lze opět očekávat v kraji Středočeském či Libereckém a příjemců příspěvku IV. stupně závislosti přibude nejvíce ve Středočeském či Plzeňském kraji. Největší podíl žadatelů o příspěvek na péči III. a IV. stupně závislosti v seniorském věku lze opět odhadovat v kraji Zlínském a Jihočeském. Zmíněné kraje tak budou muset více reagovat na svou vybavenost pobytovými sociálními službami. Celkové výdaje na příspěvek na péči by mohly do roku 2060 vzrůst o 118 % (o více než dvounásobek) na 72 mld. Kč.

V případě zajištění potřebných kapacit pro udržení úrovně vybavenosti a dostupnosti v domovech pro seniory a domovech se zvláštním režimem by byl očekáván růst běžných výdajů až o 14,2 mld. Kč a výdaje na pečovatelskou službu by vzrostly o 2,2 mld. Kč, a to bez zahrnutí investičních výdajů potřebných k zřízení daných služeb, které by mohly dosahovat dalších desítek miliard Kč.

Zajištění nových potřebných kapacit a vyplácení příspěvku na péči bude v budoucnosti především pro veřejné finance velmi zatěžující a se současným systémem financování lze říci až neúnosné. Proto je potřeba poohlížet se především po možnostech, které by mohly odlehčit budoucí zátěž veřejných financí. Za východiska z této situace považují především oblast gerontotechnologie, možnost zavedení dobrovolného pojištění na péči či zvýšení podpory neformálních pečovatелů, kteří jsou a budou velmi důležitým doplňkem systému poskytování sociálních služeb.

Z důvodu koronavirové pandemie bývá řešení problematiky sociálních služeb v souvislosti se stárnutím v současnosti často odkládána, ale i dle mého subjektivního názoru bylo obecně této problematice vždy věnována značně nižší pozornost, a to především oproti řešení starobních důchodů. Je však důležité uvědomovat si nevyhnutelnost tohoto jevu v budoucnosti a jeho dopadů na oblast sociálních služeb a sociální péče. Tato práce by jako jedna z mnoha, měla přinést přinejmenším upozornění a přinucení k řešení otázek budoucí potřebnosti a finanční zátěži dlouhodobé péče.

POUŽITÁ LITERATURA

ARNOLDOVÁ, Anna, 2012. *Sociální zabezpečení I: sociální zabezpečení v České republice, lékařská posudková služba, pojistné, systémy sociálního zabezpečení*. Praha: Grada. Aktuální legislativa. ISBN 978-80-247-3724-9.

BISMART, 2020. 6 Ways Technology Can Make a Big Difference for Aging Populations. In: *Bismart* [online]. 2020 [cit. 2022-03-08]. Dostupné z: <https://blog.bismart.com/en/how-technology-helps-aging-populations>

BURYOVÁ, Ivona, 2019. *Sociální politika: distanční studijní text*. Karviná: Slezská univerzita, Obchodně podnikatelská fakulta v Karviné. ISBN 978-80-7510-365-9.

BRZÓSKA, Martin, 2020. *Nový zeměpis I. v kostce pro SŠ*. Praha: Fragment. ISBN 978-80-253-4809-3.

ČESKO. Zákon č. 108/2006 Sb., Zákon o sociálních službách, In: *Sbírka zákonů České republiky*. 31. března 2006.

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD, 2018. Projekce obyvatelstva České republiky 2018-2100: Střední varianta. In: *ČSÚ* [online]. 28.11.2018 [cit. 2021-04-12]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/projekce-obyvatelstva-ceske-republiky-2018-2100>

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD, 2019a. Výsledky zdravotnických účtů ČR 2010–2016: Metodická příloha. In: *ČSÚ* [online]. [cit. 2022-01-01]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/61629742/26000518k5.pdf/a40c6b3a-c48c-40dd-90fc-5b3c80c800d4?version=1.1>

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD, 2019b. Projekce obyvatelstva v krajích ČR - do roku 2070. In: *ČSÚ* [online]. 28.11.2019 [cit. 2021-10-04]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/projekce-obyvatelstva-v-krajich-cr-do-roku-2070>

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD, 2021a. Veřejná databáze: Statistiky. In: *ČSÚ* [online]. [cit. 2021-10-04]. Dostupné z: <https://vdb.czso.cz/vdbvo2/faces/cs/index.jsf?page=vyhledavani&katalog=all&vyhltext=%C4%8Desk%C3%A1%20republika#katalog=30845>

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD, 2021b. Vybrané údaje o sociálním zabezpečení: *Průměrný měsíční počet vyplacených příspěvků na péči podle stupně závislosti a věku osoby*. In: *ČSÚ* [online]. [cit. 2022-03-03]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/vybrane-udaje-o-socialnim-zabezpeceni-2020>

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD, 2021c. Senioři v ČR v datech. In: *ČSÚ* [online]. Praha, 31. 12. 2021 [cit. 2022-02-01]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/142141241/31003421.pdf/9a7568fd-10f1-4e6e-bfb7-7a9001f6313c?version=1.11>

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD, 2021d. Výsledky zdravotnických účtů ČR - 2010–2019: Výdaje na dlouhodobou péči (textová část). In: *ČSÚ* [online]. [cit. 2022-03-08]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/142872080/26000521k4.pdf/91330d69-5d5c-4fc6-a517-8ba4a76c57d1?version=1.1>

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD, 2021e. Výsledky zdravotnických účtů ČR - 2010–2019: Výdaje na dlouhodobou péči (tabulková část). In: ČSÚ [online]. [cit. 2022-03-08]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/142872080/2600052104.pdf/30bef897-a174-4e2d-b81a-a1462ceee59a?version=1.2>

ČESKÁ TISKOVÁ KANCELÁŘ, 2021. Počet lidí léčených s Alzheimerovou nemocí se za deset let zdvojnásobil. In: *ČTK: České noviny* [online]. 20.09.2021 [cit. 2021-12-04]. Dostupné z: <https://www.ceskenoviny.cz/zpravy/pocet-lidi-lecenyh-s-alzheimerovou-nemoci-se-za-deset-let-zdvojnasil/2092215>

DIMITROVÁ, Michaela, 2007. Demografické souvislosti stárnutí. *Naše společnost* [online]. 2007, 5(č.1) [cit. 2020-12-08]. ISSN 2336-1646. Dostupné z: https://cvvm.soc.cas.cz/media/com_form2content/documents/c3/a1131/f28/Dimitrov%C3%A1%20Michaela.%20Demografick%C3%A9%20souvislosti%20st%C3%A1rnut%C3%AD.pdf

DUKOVÁ, Ivana, Martin DUKA a Ivanka KOHOUTOVÁ, 2013. *Sociální politika: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3880-2.

E & Y VALUATIONS, 2021. *Analýza segmentu sociálních služeb s akcentem na pobytové a ambulantní sociální služby pro seniory*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. ISBN 978-80-88361-11-4.

EUROPEAN COMMISSION, 2018. *The silver economy: Final report - Study*. Luxembourg: Publications Office of the European Union. ISBN 978-92-79-76911-5. Dostupné z: doi:10.2759/685036

EUROPEAN UNION, 2021. *Eurostat regional yearbook: 2021 edition*. Luxembourg: Publications Office of the European Union [cit. 2021-12-02]. ISBN 978-92-76-37762-7. Dostupné z: <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/3217494/13389103/KS-HA-21-001-EN-N.pdf/1358b0d3-a9fe-2869-53a0-37b59b413ddd?t=1631630029904>

EUROSTAT, 2021. Population structure and ageing: tables and figures. In: *Eurostat* [online]. červen 2021 [cit. 2021-12-28]. Dostupné z: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population_structure_and_ageing

FIALA Tomáš a Jitka LANGHAMROVÁ, 2013. *Vývoj ekonomického a sociálního zatížení a stárnutí populace*. Politická ekonomie. 61(č.3). ISSN 00323233. Dostupné z: doi:10.18267/j.polek.901

FRYČ, Vladislav, Martina CHMELOVÁ a Petra ADÁMKOVÁ, ed., 2021. *Neformální péče v teorii a praxi: sborník odborných statí*. V Praze: pro Alfa Human Service, z.s. vydala Pasparta Publishing. ISBN 978-80-88290-85-8.

HORECKÝ, Jiří, 2020. *Financování sociálních služeb v České republice* [online]. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 20. 2. 2020 [cit. 2021-11-23]. Dostupné z: https://www.apsscr.cz/files/files/Financov%C3%A1n%C3%AD%20soci%C3%A1ln%C3%A1Dch%20slu%C5%BEeb%20v%20C4%8Cesk%C3%A9%20republice_FACT%20SHEETS.pdf

HORECKÝ, Jiří, Martin POTŮČEK, Milan CABRNOCH a Zdeněk KALVACH, 2021. *Reforma dlouhodobé péče pro Českou republiku: jak vyřešit problémy sociálně-*

zdravotních služeb v ČR a jak nastavit udržitelný systém dlouhodobé péče. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. ISBN 978-80-88361-14-5.

HROZENSKÁ, Martina a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ, 2013. *Sociální péče o seniory.* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4139-0.

IBERDROLA, 2021. SILVER ECONOMY: Silver economy, older people will be the engine of the economy of the future. In: *Iberdrola.com* [online]. Iberdrola, S.A. [cit. 2021-5-8]. Dostupné z: <https://www.iberdrola.com/innovation/silver-economy>

INTEGRATED HUMAN STUDIES, 2013. Is immigration a solution to the aging population?. In: *Integrated human studies* [online]. [cit. 2021-5-8]. Dostupné z: <https://sites.google.com/site/ihst1110project10/project-report/solutions-to-the-aging-population#TOC-Is-immigration-a-solution-to-the-ageing-population/>

ISPV, 2017. Pečující osoby a neformální péče (Národní strategie rozvoje sociálních služeb 2016–2025). *Revue pro sociální politiku a výzkum* [online]. 11.4.2017 [cit. 2021-11-20]. ISSN 2570-8481. Dostupné z: https://socialnipolitika.eu/2017/04/pecujici-osoby-a-neformalni-pece-narodni-strategie-rozvoje-socialnich-sluzeb-2016-2025/#_ftn1

JAROŠOVÁ, Darja, 2006. *Péče o seniory.* 1. vydání. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta. ISBN 80-7368-110-2.

KALVACH, Zdeněk, 2004. *Geriatric a gerontologie.* 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 80-247-0548-6.

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

KURZY.CZ, 2019. Jak zlepšit život mladým rodinám a zvýšit porodnost? Ministryně Maláčová má plán. In: *Kurzy.cz* [online]. 6.9.2019 [cit. 2021-11-23]. Dostupné z: <https://www.kurzy.cz/zpravy/510216-jak-zlepsit-zivot-mladym-rodinam-a-zvysit-porodnost-ministryne-malacova-ma-plan/>

LANGHAMROVÁ, Jitka, 2007. *Demografie.* 1. vyd. Brno: Tribun EU. ISBN 978-80-7399-218-7

LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ, 2006. *Vývojová psychologie.* 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1284-0.

MALÍKOVÁ, Eva, 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních.* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3148-3.

MEŽŘICKÝ, Václav, ed, 2011. *Perspektivy globalizace.* Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-846-3.

MINISTERSTVO FINANČÍ, 2020. *Státní rozpočet 2020 v kostce: Kapesní příručka.* In: *MF ČR* [online]. Praha: Ministerstvo financí [cit. 2022-03-03]. ISBN 978-80-7586-039-2. Dostupné z: https://www.mfcr.cz/assets/cs/media/Informacni-letak_2020_Statni-rozpocet-v-kostce.pdf

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ, 2011. PRÁVNÍ ANALÝZA II: Rozbor právního systému České republiky v oblasti sociálních služeb a jejich financování ve vztahu k právu Společenství v oblasti sociálních služeb v obecném zájmu In: *MPSV* [online]. Praha, 14. července [cit. 2021-11-23]. Dostupné z: http://podporaprocesu.cz/wp-content/uploads/2013/01/Pravni_analyza_II.pdf

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ, 2015. Studie proveditelnosti: Výběr a zdůvodnění optimální varianty financování sociálních služeb v ČR. In: *MPSV* [online]. Květen 2015 [cit. 2022-03-08]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/953091/Studie_financovani_soc_sl.pdf/5121cf30-ea72-2c02-fd1b-681dda1d4e81

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ, 2019a. Analýza financování sociálních služeb. In: *MPSV* [online]. Praha [cit. 2021-11-23]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/Anal%C3%BDza+financov%C3%A1n%C3%AD+soci%C3%A1ln%C3%ADch+slu%C5%BEeb_2019.pdf/3c8c3bf8-c747-09b0-9308-3838a646c465

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ, 2020. Metodika Ministerstva práce a sociálních věcí pro poskytování příspěvku na výkon činností sociální práce. In: *MPSV* [online]. Praha [cit. 2021-11-14]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/documents/20142/1061549/Methodika+MPSV+pro+poskytov%C3%A1n%C3%AD+p%C5%99%C3%ADsp%C4%9Bvku+na+v%C3%BDkon+%C4%8Dinnost%C3%AD+soci%C3%A1ln%C3%AD+pr%C3%A1ce.pdf/39903ad1-0c22-48a6-a3e2-d9679a4f2c91>

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ, 2021a. Analýza vývoje zaměstnanosti a nezaměstnanosti v roce 2020. In: *MPSV* [online]. květen 2021 [cit. 2021-12-04]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/2419647/Anal%C3%BDza_text_2020.pdf/3052205e-07fb-99a3-fbac-e43d3138c7e1

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ, 2021b. Statistické ročenky z oblasti práce a sociálních věcí. In: *MPSV* [online]. [cit. 2021-11-23]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/statisticka-rocenka-z-oblasti-prace-a-socialnich-veci>

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ, 2021c. Strategický rámec přípravy na stárnutí společnosti 2021-2025. In: *MPSV* [online]. Praha, 13. 9. 2021 [cit. 2022-04-01]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/372809/Strategicky_ramec_pripavy_na_starnuti_spolecnosti_2021-2025.pdf/99bc6a48-abcfe555-c291-1005da36d02e

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ, 2021d. *Evropský sociální fond: Podpora neformálních pečovatелů*. In: *esfcr.cz* [online]. 16. 12. 2021 [cit. 2022-01-01]. Dostupné z: https://www.esfcr.cz/projekty-opz/-/asset_publisher/ODuZumtPTtTa/content/podpora-neformalnich-pecovate-1?inheritRedirect=false

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ, 2021e. Vybrané statistické údaje: Struktura příjemců příspěvku na péči 2014 - 2020. In: *MPSV* [online]. [cit. 2022-03-04]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/vybrane-statisticke-udaje>

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ, 2022. COVID-19: Přehled osob s laboratorně prokázaným onemocněním COVID-19 dle hlášení krajských hygienických stanic (validovaná data). In: *MZ ČR* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR [cit. 2022-02-30]. Dostupné z: <https://onemocneni-aktualne.mzcr.cz/covid-19/prehledy-khs>

MŮHLPACHR, Pavel, 2004. *Gerontopedagogika*. 1. vydání. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-5029-7.

MUTLOVÁ, Olga, 2019. Co je neformální péče. *Alfabet.cz* [online]. Praha, 2. 10. 2019 [cit. 2021-11-20]. ISSN 2336-7555. Dostupné z: <https://www.alfabet.cz/babicka-po-mrtvici/rodina-sdilena-pece-po-mrtvici/co-je-neformalni-pece/>

OECD, 2018. *OECD Economic Surveys: Czech Republic 2018*. Paris: OECD Publishing

ONDRUŠOVÁ, Jiřina, 2017. *Sociální gerontologie a geriatricie*. HTF UK.

ONDRUŠOVÁ, Jiřina a Beáta KRAHULCOVÁ, 2019. *Gerontologie pro sociální práci*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-4383-0

PRUDKÁ, Šárka, 2015. *Sociální služby pro seniory v kontextu sociální politiky*. Praha: Wolters Kluwer. ISBN 978-80-7478-839-0

RABUŠIC, Ladislav, 1995. *Česká společnost stárne*. 1. vyd. Brno: Georgetown, Masarykova univerzita. ISBN 80-210-1155-6

RABUŠIC, Ladislav, 2001. Value Change and Demographic Behaviour in the Czech Republic. *Czech Sociological Review* [online]. **37**(1), 99-122 [cit. 2021-04-12]. ISSN 00380288. Dostupné z: [doi:10.13060/00380288.2001.37.11.15](https://doi.org/10.13060/00380288.2001.37.11.15)

RYCHTAŘÍKOVÁ Jitka. *Demografické faktory stárnutí*. Demografie: revue pro výzkum populačního vývoje. 2011, 53(2), s. 97-106. ISSN 0011-8265.

STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV, 2020. Nevyléčitelná Alzheimerova choroba postihuje už čtyřicátníky. Nepodceňujte prevenci, může snížit riziko onemocnění až o polovinu. *Státní zdravotní ústav* [online]. 21. září 2020 [cit. 2022-03-08]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/nevylecitelna-alzheimerova-choroba-postihuje-uz-ctyricatniki>

STRAKATÝ, Čestmír, 2021. Úmrtnost v Česku roste nejvíc od 2. světové války, doba dožití rekordně klesla. In: *Reflex.cz* [online]. CZECH NEWS CENTER, 26. ledna 2021 [cit. 2021-4-15]. Dostupné z: <https://www.reflex.cz/clanek/prostor-x/105159/umrtnost-v-cesku-roste-nejvic-od-2-svetove-valky-doba-dozeni-rekordne-klesla-rika-demografka-hulikova.html>

ŠTOROVÁ, Ilona, 2015. Co je Age Management a proč je tak aktuální? In: *Edunews.cz* [online]. ©2020. [cit. 2021-03-02]. Dostupné z: <https://edunews.cz/co-je-age-management-a-proc-je-tak-aktualni/>

VENGLÁŘOVÁ, Martina, 2007. *Problematické situace v péči o seniory: Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2170-5.

ZATLOUKAL, Leoš, 2008. *Plánování rozvoje sociálních služeb metodou komunitního plánování*. Olomouc: Univerzita Palackého

ZAVÁZALOVÁ, Helena, 2001. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0326-8.

ZDRAVÉ ZPRÁVY, 2021. MPSV chce řešit finance na dlouhodobou péči o seniory. In: *Zdravé zprávy: Zprávy ve zdravotnictví* [online]. 21. 8. 2021 [cit. 2022-03-08]. Dostupné z: <https://www.zdravezpravy.cz/2021/08/21/mpsv-chce-resit-finance-na-dlouhodobou-peci-o-seniory/>

ŽOFKA Jan, 2006. Komentář: Socioekonomické dopady demografického stárnutí. In: *Portál Demografie*. 2004 – 2014. [online]. [cit. 2021-07-21]. Dostupné z: http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku&artclID=383

PŘÍLOHY

Příloha A: Věkové pyramidy v roce 1990 a 2010

Příloha B: Mapa krajů ČR a vysvětlivky zkratk používaných v grafech

Příloha C: Vývoj vybraných demografických ukazatelů v krajích k 31.12.

Příloha D: Projekce vývoje vybraných demografických ukazatelů v krajích

Příloha E: Kapacity DS, DZR, PS a jejich budoucí potřebnost

Příloha F: Vývoj výše PnP od roku 2010

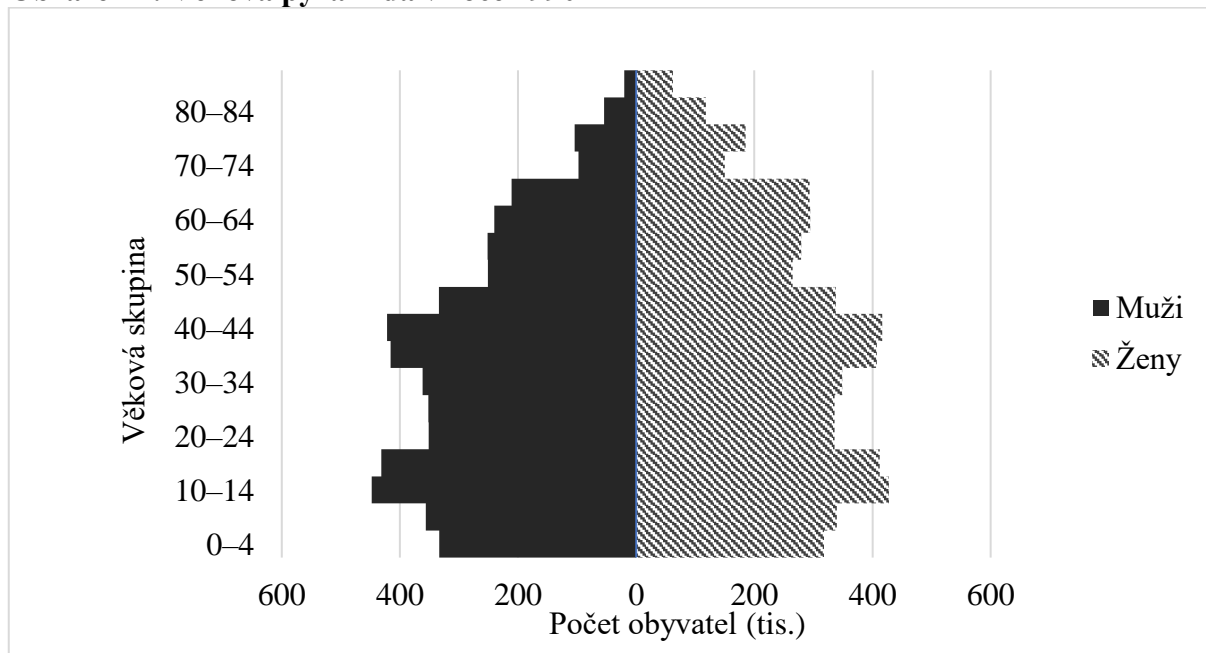
Příloha G: Vývoj průměrného měsíčního počtu vyplácených PnP a výdajů na PnP v jednotlivých krajích v letech 2010 - 2020

Příloha H: Odhad vývoje počtu příjemců PnP seniorského věku v jednotlivých krajích ve vybraných letech

Příloha I: Odhad vývoje počtu příjemců PnP seniorského věku dle stupňů závislosti v krajích v letech 2020 – 2060

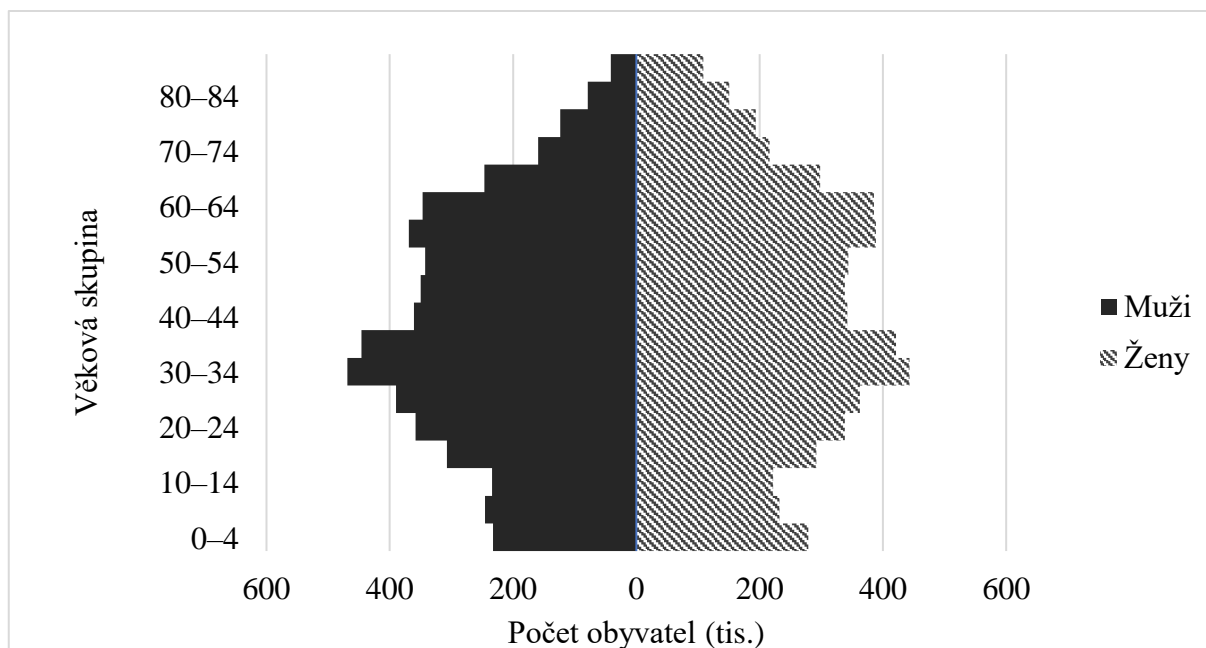
Příloha A: Věkové pyramidy v roce 1990 a 2010

Obrázek 1: Věková pyramida v roce 1990



Zdroj: (ČSÚ, 2021a)

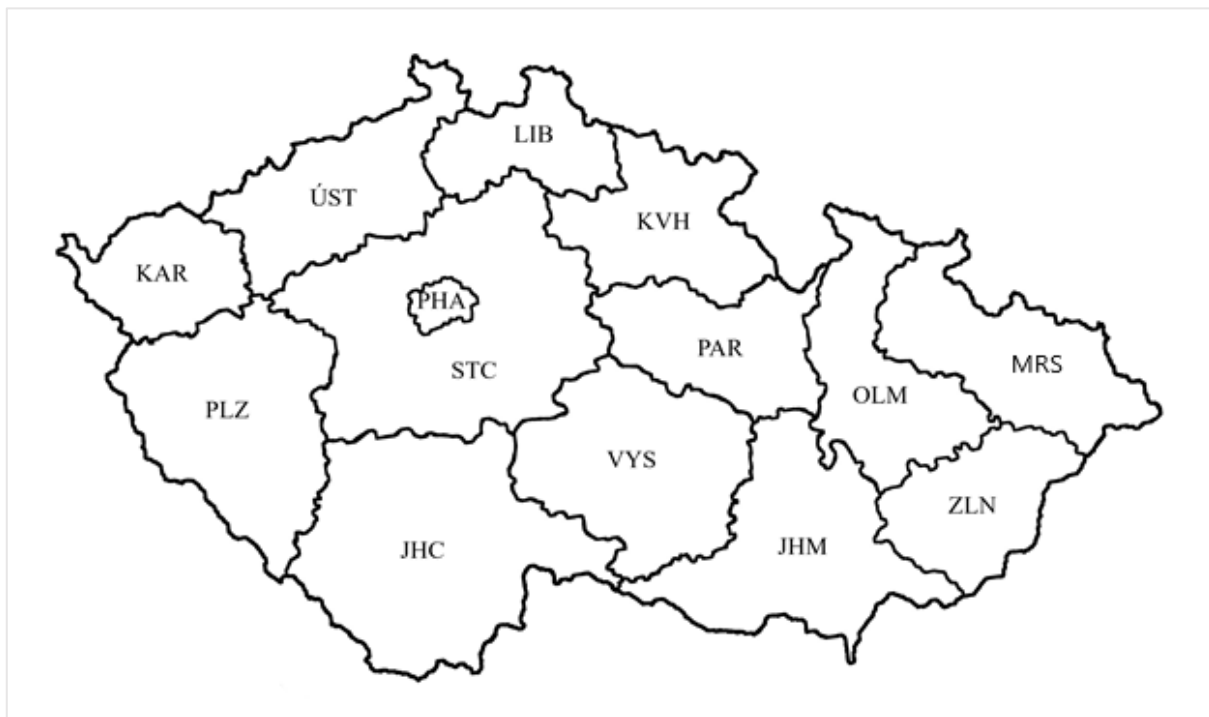
Obrázek 2: Věková pyramida v roce 2010



Zdroj: (ČSÚ, 2021a)

Příloha B: Mapa krajů ČR a vysvětlivky zkratk používaných v grafech

Obrázek 1: Mapa krajů ČR



Zdroj: ČSÚ

Tabulka 1: Vysvětlivky k obrázku 1

Název kraje	Zkratka	Název kraje	Zkratka
Hlavní město Praha	PHA	Královéhradecký	KVVH
Středočeský	STC	Pardubický	PAR
Jihočeský	JHC	Vysočina	VYS
Plzeňský	PLZ	Jihomoravský	JHM
Karlovarský	KAR	Olomoucký	OLM
Ústecký	ÚST	Zlínský	ZLN
Liberecký	LIB	Moravskoslezský	MRS

Zdroj: vlastní zpracování

Příloha C: Vývoj vybraných demografických ukazatelů v krajích k 31.12.

Tabulka 1: Vývoj počtu obyvatel v krajích dle základních věkových skupin

	0-14 let			15-64 let			65+ let		
	2000	2010	2020	2000	2010	2020	2000	2010	2020
PHA	159 725	161 294	212 824	828 716	889 974	869 149	192 685	205 890	253 111
STC	178 337	196 707	249 281	776 177	881 823	888 538	160 524	186 448	260 178
JHC	104 095	92 715	102 490	436 375	446 990	407 042	85 404	99 001	134 019
PLZ	86 686	80 836	92 300	385 663	399 505	377 106	78 932	91 704	121 635
KAR	<u>51 501</u>	<u>45 116</u>	<u>44 518</u>	<u>216 517</u>	<u>218 067</u>	<u>188 009</u>	<u>36 382</u>	<u>44 261</u>	<u>60 784</u>
ÚST	140 277	128 212	131 156	586 040	590 843	522 895	100 696	116 990	162 953
LIB	72 524	66 347	72 688	301 422	309 203	278 969	55 175	64 392	90 819
KVH	90 121	80 624	86 123	380 532	382 757	343 510	80 127	91 422	121 170
PAR	85 654	76 015	83 619	351 384	359 758	331 606	71 528	81 391	107 631
VYS	90 142	74 698	79 651	358 735	358 013	323 453	71 886	81 858	105 748
JHM	181 603	162 565	193 420	791 151	805 399	760 010	162 832	186 690	241 897
OLM	105 624	91 795	99 259	448 110	448 607	398 548	87 338	101 279	132 715
ZLN	98 808	82 751	88 643	417 132	411 904	368 944	81 950	95 706	122 532
MRS	219 337	178 467	183 769	901 155	875 959	765 935	157 544	188 794	243 130
ČR	1664434	1518142	1719741	7179109	7378802	6823714	1423003	1635826	2158322

Zdroj: (ČSÚ, 2021a)

Tabulka 2: Vývoj indexů závislosti v krajích

	Index závislosti I			Index závislosti II			Index ekonomické závislosti		
	2000	2010	2020	2000	2010	2020	2000	2010	2020
PHA	<u>19,3</u>	<u>18,1</u>	24,5	23,3	23,1	<u>29,1</u>	42,5	41,3	<u>53,6</u>
STC	23,0	22,3	28,1	20,7	21,1	29,3	43,7	43,5	57,3
JHC	23,9	20,7	25,2	19,6	22,1	32,9	43,4	42,9	58,1
PLZ	22,5	20,2	24,5	20,5	23,0	32,3	42,9	43,2	56,7
KAR	23,8	20,7	<u>23,7</u>	<u>16,8</u>	20,3	32,3	<u>40,6</u>	<u>41,0</u>	56,0
ÚST	23,9	21,7	25,1	17,2	<u>19,8</u>	31,2	41,1	41,5	56,2
LIB	24,1	21,5	26,1	18,3	20,8	32,6	42,4	42,3	58,6
KVH	23,7	21,1	25,1	21,1	23,9	35,3	44,7	44,9	60,3
PAR	24,4	21,1	25,2	20,4	22,6	32,5	44,7	43,8	57,7
VYS	25,1	20,9	24,6	20,0	22,9	32,7	45,2	43,7	57,3
JHM	23,0	20,2	25,4	20,6	23,2	31,8	43,5	43,4	57,3
OLM	23,6	20,5	24,9	19,5	22,6	33,3	43,1	43,0	58,2
ZLN	23,7	20,1	24,0	19,6	23,2	33,2	43,3	43,3	57,2
MRS	24,3	20,4	24,0	17,5	21,6	31,7	41,8	41,9	55,7
ČR	23,2	20,6	25,2	19,8	22,2	31,6	43,0	42,7	56,8

Zdroj: (ČSÚ, 2021a)

Příloha D: Projekce vývoje vybraných demografických ukazatelů v krajích

Tabulka 1: Budoucí vývoj počtu obyvatel v krajích dle základních věkových skupin

	0-14 let			15-64 let			65+ let		
	2020*	2030	2060	2020	2030	2060	2020	2030	2060
PHA	212 824	222 039	251 815	869 149	932 214	975 015	253 111	267 298	438 250
STC	249 281	241 914	290 850	888 538	962 883	1024 576	260 178	301 072	493 317
JHC	102 490	94 715	88 677	407 042	397 536	336 009	134 019	152 754	191 486
PLZ	92 300	87 056	90 120	377 106	377 051	347 235	121 635	135 821	183 003
KAR	<u>44 518</u>	<u>37 534</u>	<u>32 096</u>	<u>188 009</u>	<u>175 830</u>	<u>130 830</u>	<u>60 784</u>	<u>67 175</u>	<u>76 806</u>
ÚST	131 156	114 743	99 396	522 895	507 344	401 529	162 953	178 498	218 923
LIB	72 688	66 627	64 247	278 969	278 826	241 359	90 819	100 068	130 374
KVH	86 123	77 482	69 315	343 510	332 548	265 584	121 170	132 425	158 157
PAR	83 619	78 254	74 916	331 606	326 089	279 541	107 631	120 150	156 204
VYS	79 651	73 426	64 096	323 453	305 685	236 760	105 748	122 018	147 448
JHM	193 420	185 157	186 831	760 010	752 800	666 699	241 897	269 685	364 606
OLM	99 259	88 727	75 312	398 548	379 711	288 284	132 715	147 172	176 458
ZLN	88 643	80 149	67 075	368 944	348 036	260 461	122 532	138 946	164 412
MRS	183 769	161 104	126 797	765 935	715 173	515 381	243 130	271 937	312 443
ČR	1719741	1608928	1581543	6823714	6791726	5969263	2158322	2405019	3211887

(pozn. * skutečná data)

Zdroj: (ČSÚ, 2019b)

Tabulka 2: Budoucí vývoj indexů závislosti v krajích

	Index závislosti I			Index závislosti II			Index ekonomické závislosti		
	2020*	2030	2060	2020*	2030	2060	2020*	2030	2060
PHA	<u>19,3</u>	<u>18,1</u>	24,5	<u>29,1</u>	<u>28,7</u>	<u>44,9</u>	<u>53,6</u>	<u>52,5</u>	<u>70,8</u>
STC	23,0	22,3	28,1	29,3	31,3	48,1	57,3	56,4	76,5
JHC	23,9	20,7	25,2	32,9	38,4	57,0	58,1	62,3	83,4
PLZ	22,5	20,2	24,5	32,3	36,0	52,7	56,7	59,1	78,7
KAR	23,8	20,7	<u>23,7</u>	32,3	38,2	58,7	56,0	59,6	83,2
ÚST	23,9	21,7	25,1	31,2	35,2	54,5	56,2	57,8	79,3
LIB	24,1	21,5	26,1	32,6	35,9	54,0	58,6	59,8	80,6
KVH	23,7	21,1	25,1	35,3	39,8	59,6	60,3	63,1	85,6
PAR	24,4	21,1	25,2	32,5	36,8	55,9	57,7	60,8	82,7
VYS	25,1	20,9	24,6	32,7	39,9	62,3	57,3	63,9	89,3
JHM	23,0	20,2	25,4	31,8	35,8	54,7	57,3	60,4	82,7
OLM	23,6	20,5	24,9	33,3	38,8	61,2	58,2	62,1	87,3
ZLN	23,7	20,1	24,0	33,2	39,9	63,1	57,2	63,0	88,9
MRS	24,3	20,4	24,0	31,7	38,0	60,6	55,7	60,6	85,2
ČR	25,2	23,7	26,5	31,6	35,5	54,0	56,8	59,2	80,6

(pozn. * skutečná data)

Zdroj: (ČSÚ, 2019b)

Příloha E: Kapacity DS, DZR, PS a jejich budoucí potřeba

Tabulka 1: Kapacita DS a jejich budoucí potřeba

	Kapacita DS			Potřebná kapacita 2030	Navýšení kapacity	Potřebná kapacita 2060	Navýšení kapacity
	2010	2015	2020				
PHA	2531	2429	2768	2923	155	4793	2025
STC	4998	5113	5294	6126	832	10038	4744
JHC	2936	3033	2945	3357	412	4208	1263
PLZ	1808	1797	1665	1859	194	2505	840
KAR	<u>810</u>	<u>858</u>	<u>801</u>	<u>885</u>	<u>84</u>	<u>1012</u>	<u>211</u>
ÚST	4081	3553	3276	3589	313	4401	1125
LIB	916	950	1067	1176	109	1532	465
KVH	2253	2364	2366	2586	220	3088	722
PAR	2054	2067	2053	2292	239	2980	927
VYS	2189	2193	1896	2188	292	2644	748
JHM	3048	2946	2680	2988	308	4040	1360
OLM	2537	2600	2607	2891	284	3466	859
ZLN	2842	2625	2418	2742	324	3244	826
MRS	4815	4672	4629	5177	548	5949	1320
ČR	37818	37200	36465	40633	4168	54265	17800

Zdroj: vlastní výpočty z dat (ČSÚ, 2021a), (ČSÚ, 2019b) a (MPSV, 2021b)

Tabulka 2: Kapacita DZR a jejich budoucí potřeba

	Kapacita DZR			Potřebná kapacita 2030	Navýšení kapacity	Potřebná kapacita 2060	Navýšení kapacity
	2010	2015	2020				
PHA	199	544	1321	1395	74	2287	966
STC	889	2097	3042	3520	478	5768	2726
JHC	382	773	973	1109	136	1390	417
PLZ	514	789	1473	1645	172	2216	743
KAR	<u>207</u>	489	601	<u>664</u>	<u>63</u>	<u>759</u>	<u>158</u>
ÚST	1114	1855	2528	2769	241	3396	868
LIB	455	<u>380</u>	969	1068	99	1391	422
KVH	354	635	<u>837</u>	915	78	1092	255
PAR	386	1087	1170	1306	136	1698	528
VYS	433	642	1067	1231	164	1488	421
JHM	1931	2938	3227	3598	371	4864	1637
OLM	341	710	1110	1231	121	1476	366
ZLN	429	1012	1349	1530	181	1810	461
MRS	1188	1543	2525	2824	299	3245	720
ČR	8822	15494	22192	23582	2537	33025	10833

Zdroj: vlastní výpočty z dat (ČSÚ, 2021a), (ČSÚ, 2019b) a (MPSV, 2021b)

Tabulka 3: Kapacita (uživatelé) PS a jejich budoucí potřeba

	Počet uživatelů			Potřebná kapacita 2030	Navýšení kapacity	Potřebná kapacita 2060	Navýšení kapacity
	2010	2015	2020				
PHA	12575	13213	11977	12648	671	20738	8761
STC	14227	14504	13691	15843	2152	25959	12268
JHC	7815	9546	8966	10219	1253	12811	3845
PLZ	8316	7486	7040	7861	821	10592	3552
KAR	3426	3112	2723	3009	286	3441	718
ÚST	4538	6482	5411	5927	516	7270	1859
LIB	5106	4244	3653	4025	372	5244	1591
KVH	6292	6461	6194	6769	575	8085	1891
PAR	6270	5124	4345	4850	505	6306	1961
VYS	6536	5387	4466	5153	687	6227	1761
JHM	15420	13460	11204	12491	1287	16888	5684
OLM	7363	6396	7227	8014	787	9609	2382
ZLN	5967	5115	4370	4955	585	5864	1494
MRS	9387	10845	9213	10305	1092	11840	2627
ČR	113238	111375	100480	111965	11485	149528	49048

Zdroj: vlastní výpočty z dat (ČSÚ, 2021a), (ČSÚ, 2019b) a (MPSV, 2021b)

Příloha F: Vývoj výše PnP od roku 2010

Do 18 let Stupně závislosti	2010-2011	2012-2015	2016-2018	2019-2021	2022-
	I.	3000 Kč	3000 Kč	3300 Kč	3300 Kč
II.	5000 Kč	6000 Kč	6600 Kč	6600 Kč	6600 Kč
III.	9000 Kč	9000 Kč	9900 Kč	9900 Kč 13900 Kč*	13900 Kč
IV.	12000 Kč	12000 Kč	13200 Kč	13200 Kč 19200 Kč*	19200 Kč
Nad 18 let Stupně závislosti	2010	2011-2015	2016-2018	2019-2021	2022-
I.	2000 Kč	800 Kč	880 Kč	880 Kč	880
II.	4000 Kč	4000 Kč	4400 Kč	4400 Kč	4400
III.	8000 Kč	8000 Kč	8800 Kč	8800 Kč 12800 Kč*	12800 Kč
IV.	12000 Kč	12000 Kč	13200 Kč	13200 Kč 19200 Kč*	19200 Kč

(pozn. * osoby nevyužívající pobytová zařízení)

Zdroj: vlastní zpracování

Příloha G: Vývoj průměrného měsíčního počtu vyplácených PnP a výdajů na PnP v jednotlivých krajích v letech 2010 - 2020

Kraj	Průměrný měsíční počet PnP (v tis.)			Index změny 2020/2010	Výdaje na PnP (v tis. Kč)			Index změny 2020/2016
	2010	2015	2020		2010	2015	2020	
PHA	25,5	28,9	31,2	22 %	1 430	1 664	2 685	88 %
STC	30,6	34,7	39,7	30 %	1 914	2 102	3 549	85 %
JHC	19,7	21,2	22,1	13 %	1 361	1 335	2 009	48 %
PLZ	15,7	18,3	20,7	32 %	1 016	1 198	1 925	89 %
KAR	6,7	8,7	9,7	45 %	452	548	862	91 %
ÚST	25,6	29,1	31,9	25 %	1 587	1 800	2 643	67 %
LIB	13,8	14,5	15,8	15 %	828	897	1 446	75 %
KVH	17,5	18,6	20,7	18 %	1 073	1 135	1 835	71 %
PAR	17,1	18,5	19,6	15 %	1 094	1 170	1 787	63 %
VYS	17,0	18,0	19,0	12 %	1 143	1 157	1 805	58 %
JHM	37,5	40,5	44,5	19 %	2 397	2 608	4 135	72 %
OLM	21,2	22,1	23,2	10 %	1 310	1 360	2 053	57 %
ZLN	22,5	22,3	23,5	4 %	1 451	1 465	2 258	56 %
MRS	39,7	41,6	44,5	12 %	2 543	2 728	4 101	61 %
ČR	310,0	336,8	366,4	18 %	19 599	21 167	33 094	69 %

Zdroj: ČSÚ (2021b) a vlastní výpočty

Příloha H: Odhad vývoje počtu příjemců PnP seniorského věku v jednotlivých krajích ve vybraných letech

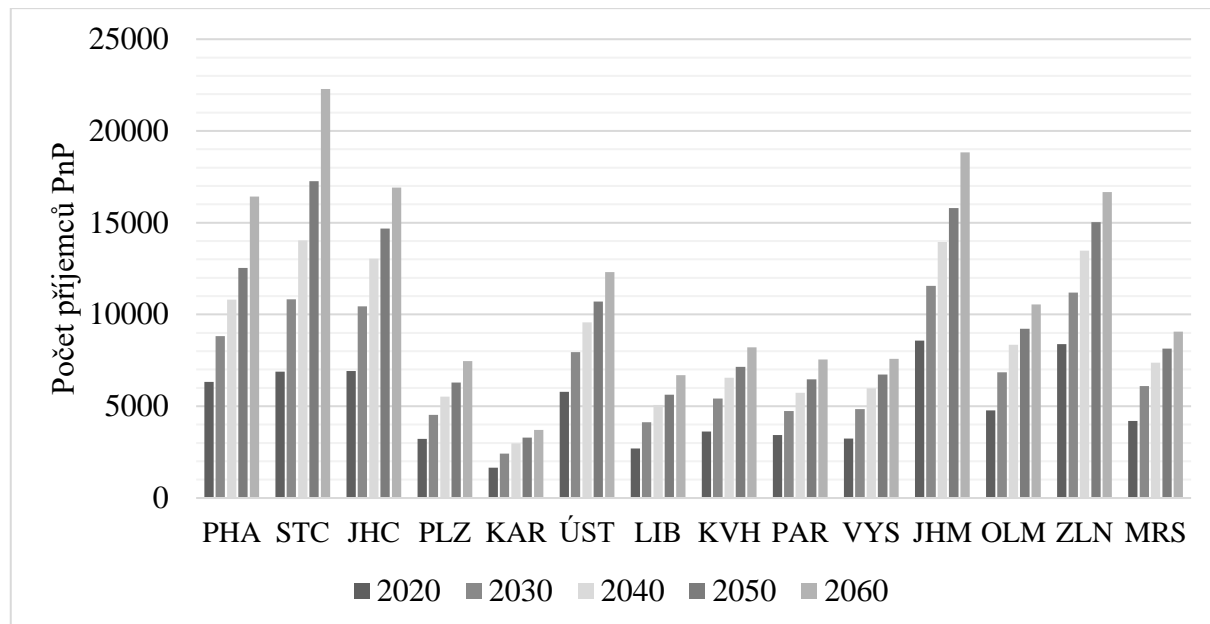
Kraj	65-84 let			Index 2060/2020	85+ let			Index 2060/2020
	2020*	2030	2060		2020*	2030	2060	
PHA	12 489	13 208	20 685	166 %	9 873	14 657	32 740	332 %
STC	17 462	20 974	33 088	189 %	10 120	15 947	47 474	469 %
JHC	17 525	20 154	23 781	136 %	10 182	15 644	38 480	378 %
PLZ	9 560	10 443	13 299	139 %	5 112	8 135	19 945	390 %
KAR	4 380	4 706	4 952	113 %	2 073	3 503	8 545	412 %
ÚST	14 544	16 079	18 126	125 %	5 901	9 943	25 641	435 %
LIB	6 975	8 125	9 631	138 %	3 836	6 217	15 896	414 %
KVH	9 001	10 147	11 146	124 %	5 704	8 834	20 024	351 %
PAR	8 903	10 259	12 502	140 %	5 090	7 926	18 942	372 %
VYS	8 621	9 958	11 528	134 %	5 445	8 755	20 615	379 %
JHM	19 966	22 159	28 837	144 %	12 877	19 994	45 162	351 %
OLM	10 611	11 780	13 374	126 %	6 377	10 163	23 025	361 %
ZLN	21 006	22 965	25 912	123 %	11 122	17 584	39 842	358 %
MRS	10 802	12 151	13 248	123 %	6 833	11 268	25 186	369 %
ČR	171 845	192 686	243 638	142 %	100 545	158 495	381 538	379 %

(pozn. * skutečná data)

Zdroj: vlastní výpočty z dat MPSV (2021e)

Příloha I: Odhad vývoje počtu příjemců PnP seniorského věku dle stupňů závislosti v krajích v letech 2020 – 2060

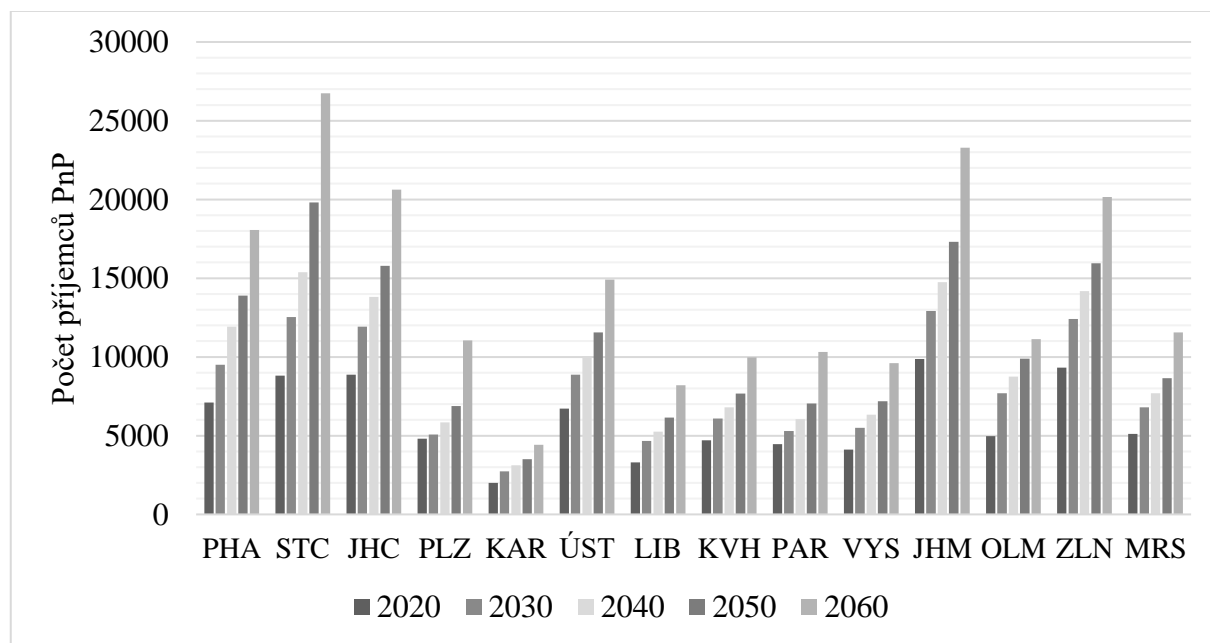
Obrázek 1: Odhad vývoje počtu příjemců PnP seniorského věku v I. stupni závislosti v krajích v letech 2020 – 2060



(pozn. rok 2020 vyjadřuje skutečnost)

Zdroj: vlastní výpočty z dat (MPSV, 2021e) a (ČSÚ, 2019b)

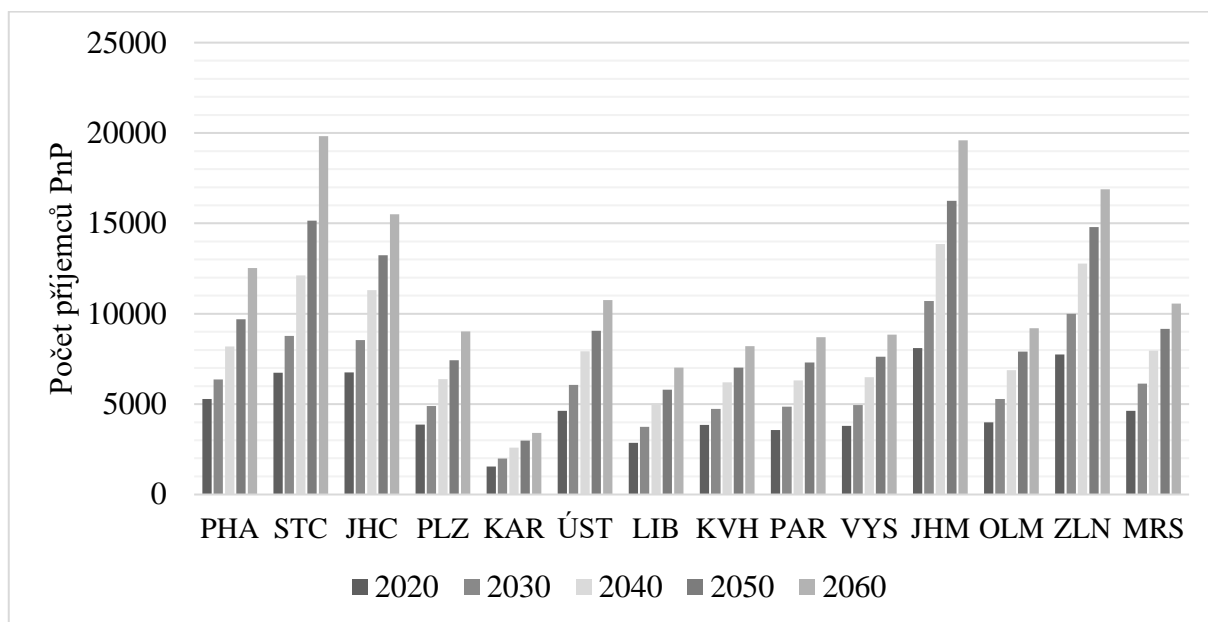
Obrázek 2: Odhad vývoje počtu příjemců PnP seniorského věku v II. stupni závislosti v krajích v letech 2020 – 2060



(pozn. rok 2020 vyjadřuje skutečnost)

Zdroj: vlastní výpočty z dat (MPSV, 2021e) a (ČSÚ, 2019b)

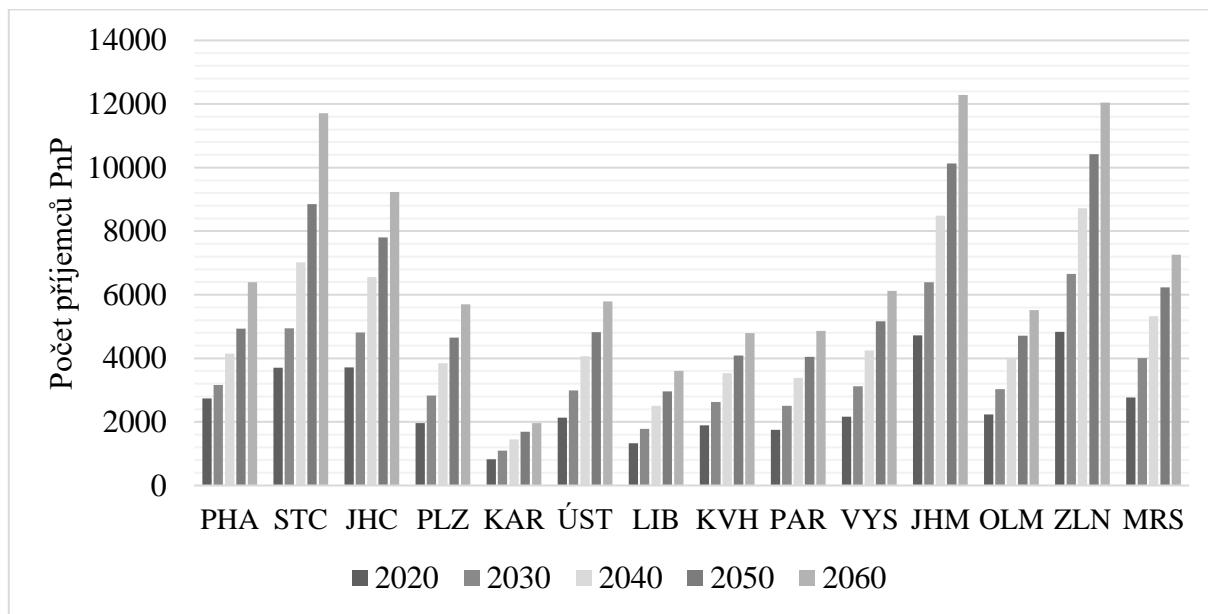
Obrázek 3: Odhad vývoje počtu příjemců PnP seniorského věku v III. stupni závislosti v krajích v letech 2020 – 2060



(pozn. rok 2020 vyjadřuje skutečnost)

Zdroj: vlastní výpočty z dat (MPSV, 2021e) a (ČSÚ, 2019b)

Obrázek 4: Odhad vývoje počtu příjemců PnP seniorského věku v IV. stupni závislosti v krajích v letech 2020 – 2060



(pozn. rok 2020 vyjadřuje skutečnost)

Zdroj: vlastní výpočty z dat (MPSV, 2021e) a (ČSÚ, 2019b)