

KVALITATIVNÍ FAKTORY STÁRNUTÍ POPULACE

Martina Šímková¹⁾ – Jitka Langhamrová²⁾

THE QUALITATIVE FACTORS OF POPULATION AGEING

Abstract

Although the ageing of the population has become a much discussed issue in the Czech Republic, these discussions are often limited to the quantitative consequences of population ageing for the economy. However, the impacts of population ageing are also qualitative and concern ageing safely and with dignity and the appropriate living standards in old age. This article focuses on the qualitative aspects of population ageing.

Keywords: ageing of the population, living standards, retirement age, social and health care

Demografie, 2017, 59: 49–64

1. ÚVOD

Stárnutí populace má kromě často diskutovaných kvantitativních dopadů na hospodářství České republiky také určité kvalitativní aspekty. Vedle diskuse o udržitelnosti financování důchodového systému (Sivák a kol., 2011 či Krebs, 2011) a systému sociální a zdravotní péče jde zejména o problematiku týkající se kvality osobního života každého jednotlivce. Problematika potřeby sociálních služeb je zatím spíše okrajově řešena a nedostává se jí příliš prostoru (Průša a kol., 2009 či Průša, 2015). Kromě zajištění financování starobních důchodů a zdravotních a sociálních služeb je však také důležité zajistit, aby po odchodu do starobního důchodu nebyla dramaticky ohrožena dosavadní životní úroveň seniorů, aby žili ve zdraví, klidu, v bezpečí a měli odpovídající péči. Tento příspěvek přináší do diskuse o stárnutí vybrané kvalitativní aspekty související zejména s problematikou zdravotního stavu, rozdílné struktury spotřebních vý-

dajů starších osob a bezpečnostní a zdravotní problematikou. Detailní pohled na každý aspekt by vystačil na samostatnou studii a není smyslem tohoto příspěvku. Cílem příspěvku je prezentovat komplexnější přístup k problematice kvality života stárnoucí populace.

Reforma důchodového systému předpokládá zvyšování důchodového věku, které je založeno na předpokladu, že se střední délka života bude i nadále zvyšovat. Důležité je však neopomenout, že stárnutí není jen o přírůstku let života navíc, ale také o kvalitě života. Dobrý zdravotní stav je nejdůležitějším výsledkem zdravotní péče a očekávaná délka zdravého života je intuitivní a smysluplný ukazatel kombinující délku a kvalitu života³⁾, který se stal standardem ve světě pro měření zdraví populace (Stiefel, 2010). Zdravá délka života závisí samozřejmě na kvalitě dosavadního života každého jedince. Hubert a kol. (2002) zkoumali, do jaké míry může zdravý životní styl prodloužit strávenou dobu života v dobrém zdraví nebo zda roky navíc

1) Vysoká škola ekonomická v Praze, kontakt: martina.simkova@vse.cz.

2) Vysoká škola ekonomická v Praze, kontakt: jitka.langhamrova@vse.cz.

3) Definice kvality života (QOL = Quality of Life) existuje mnoho. Např. WHO definuje kvalitu života jako „vnímání vlastní pozice v životě subjektem v kontextu kulturního a hodnotového systému, ve kterém žije, ve vztahu k jeho vlastním cílům, očekáváním, normám a zájmům“ (WHO, 1997).

budou kompenzovány zvýšenou nemocností ve vyšším věku. Studovali příčiny úmrtí zemřelých osob v letech 1986–1998 a zkoumali rizikové faktory související se zdravým životním stylem (kouření, nedostatek fyzické aktivity, nadváha apod.). Došli k závěru, že zdravý životní styl jednoznačně redukuje nemocnost do kratší doby a lidé žijící zdravě prožijí statisticky významně větší část života ve zdraví (Hubert a kol., 2002). Stárnoucí populace bude ovšem potřebovat dostupnou a kvalitní lékařskou péči, která se dovede vyrovnat s rostoucím počtem starých osob.

Kromě kvalitní lékařské a sociální péče je také důležité zajištění dostatečných zdrojů pro osoby v důchodovém věku tak, aby nebyla výrazně ohrožena jejich životní úroveň. Vzhledem k současným změnám ve věkové struktuře nevyhnutelně nastane nepoměr mezi tím, co generace produktivních přenechá a co dostane, až dosáhne důchodového věku. Budoucí penzisté budou spotřebovávat reálné zboží a služby, nikoli finanční statky (Rutarová – Slavík, 2005). Mason a kol. (2006) uvádí, že systém mezigeneračních transferů přímo závisí nejen na aktuální demografické situaci, ale že důležitým faktorem je také vyspělost země. Větší problém nastane tehdy, když se stárnutí populace objeví v zemi s nízkou úrovní společenského a ekonomického rozvoje.

Neopomenutelné by také měly být sociální a etické aspekty stárnutí. Stárnutí bude vyžadovat vyšší potřebu ochrany seniorů. S věkem se mění myšlení lidí, mohou se cítit osamoceni a také se mohou častěji stávat obětmi trestných činů (Paulasová, 2010). Poslední výsledky Sčítání lidu, domů a bytů z roku 2011 dokazují, že převažujícím způsobem života seniorů je soužití v bytě s další domácností (nejčastěji rodinou dětí s vlastním hospodařením) a bydlení ve vlastním bytě. Vzhledem k tomu, že ochota pečovat v rámci rodiny o starší a nemocné osoby slábne (Kučera, 2002), bude patrně potřeba rozvoj bydlení s pečovatelskou službou (na náklady v nich žijících osob nebo dotovaných obcemi) a měla by se také zřejmě navýšit kapacita domovů pro seniory (zvláště pro

chronicky nemocné či ležící, bez rodinného zázemí a s nízkými důchody). Kučera (2002) uvádí, že hlavním problémem stárnutí ve vyspělých zemích nebude materiální nouze starých osob, nýbrž nemožnost zajištění přijatelné úrovně bydlení, spotřeby a snížení kvality osobních kontaktů a komunikace.

2. MOŽNOSTI ZVYŠOVÁNÍ DŮCHODOVÉHO VĚKU Z HLEDISKA ZDRAVÍ

V souvislosti se zvyšováním důchodového věku z hlediska zdravotního stavu vyvstává otázka, zda je tato změna efektivní pro zmírnění důsledků stárnutí populace. Je zřejmé, že s rostoucím věkem klesá vitalita a málokterý člověk si dnes dokáže představit, že bude pracovat do 70 či více let.

Z výsledků šetření příjmů a životních podmínek domácností (SILC) vyplývá, že bez ohledu na věk, se více než polovina populace České republiky cítí být v dobrém či velmi dobrém zdravotním stavu, čtvrtina populace v uspokojivém a zbytek ve špatném či velmi špatném zdravotním stavu. Pokud se ovšem zaměříme na subjektivní hodnocení zdravotního stavu podle věku, je vidět, že se s postupujícím věkem zhoršuje. A zároveň je ovlivněno ekonomickým statutem, tj. zda je osoba zaměstnaná či je ve starobním důchodu (Eurostat, 2014a). Ze zaměstnaných osob ve věku 55–64 let se 58,4 % cítí být v dobrém či velmi dobrém zdravotním stavu, ve věku 65–74 let je takových osob téměř stejný podíl, 56,5 %. U osob ve starobním důchodu je hodnocení jejich zdravotního stavu významně horší. Starobních důchodců ve věku 55–64 let se cítí být v dobrém či velmi dobrém zdravotním stavu 36,6 %, ve věku 65–74 let je to jen 26,5 % a ve věku vyšším než 75 let jen 15,3 %. Naopak 6,6 % starobních důchodců starších 75 let se cítí být ve velmi špatném zdravotním stavu (viz graf 1).

Srovnání lidského zdraví prostřednictvím střední délky lidského života⁴⁾, délky života ve zdraví⁵⁾ a zákonného důchodového věku umožňuje posoudit, zda zvyšování důchodového věku je z hlediska zdraví

4) Střední délka života (LE = Life Expectancy) vyjadřuje průměrný počet let, který připadá na jednotlivce v určitém věku ještě prožít za předpokladu zachování úmrtnostních poměrů z období, ke kterému se vztahují údaje použité k výpočtu (ÚZIS, 2010).

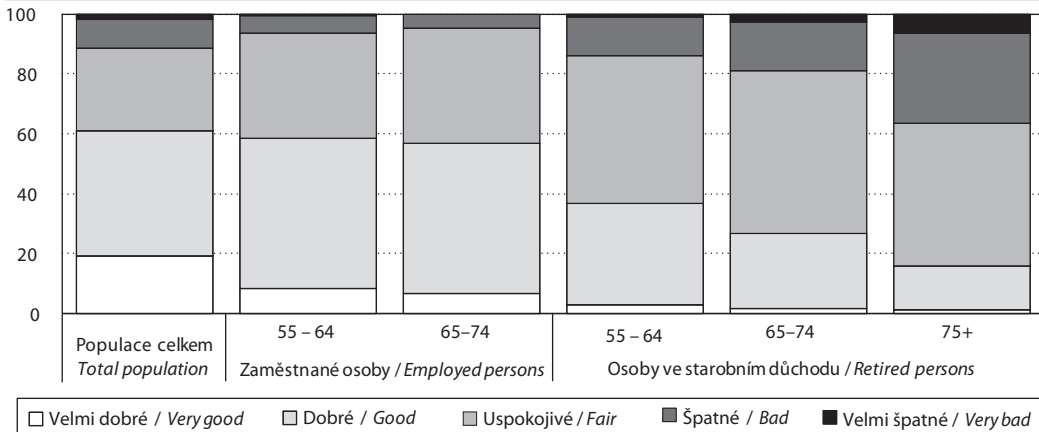
5) Délka života ve zdraví (HLY = Healthy Life Years) vyjadřuje počet let, který v průměru zbývá osobě v určitém věku k prožití bez omezení v běžných činnostech (ÚZIS, 2010).

efektivní. Prodloužení délky života může mít pozitivní vliv na produktivitu osob ve vyšším věku a jejich životní spokojenost v případě, že budou žít a pracovat v dobrém zdravotním stavu bez nemocí. Graf 2 ukazuje, že stejně jako roste střední délka života při narození, roste i délka života ve zdraví. Střední délka života mužů

narozených v roce 2005 byla 72,9 let a střední délka života žen narozených v témže roce byla 79,2 let. Do roku 2014 lze pozorovat zvýšení střední délky života narozených u obou pohlaví o 2,9 roku u mužů (o 4,0 %) a o 2,8 let u žen (o 3,5 %). Ovšem délka života ve zdraví narozených v roce 2004 byla 60,4 let u mužů

Graf 1: Subjektivní hodnocení zdravotního stavu dle věkových skupin v roce 2014⁶⁾ (%)

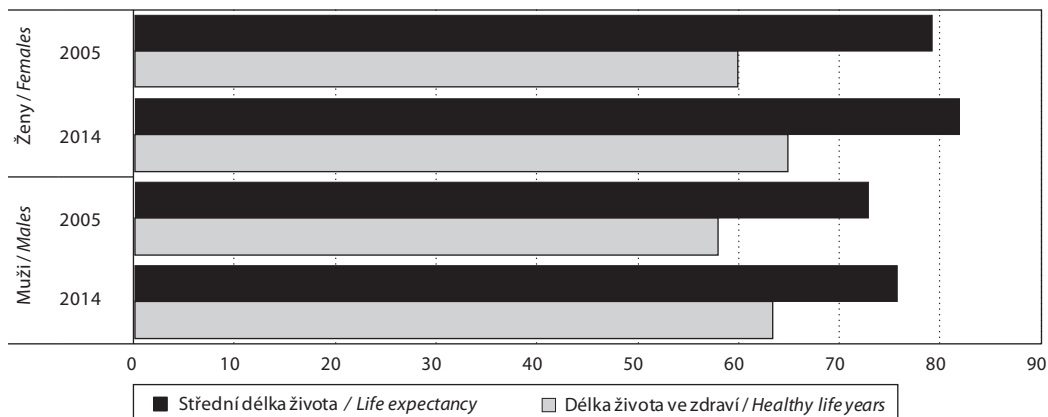
Subjective health status by age groups in 2014 (%)



Zdroj: Data Eurostat; vlastní zpracování.
Source: Data Eurostat; authors' calculations.

Graf 2: Střední délka života a délka života ve zdraví při narození podle pohlaví v roce 2005 a 2014⁶⁾

Life expectancy and healthy life years at birth by sex



Zdroj: Data Eurostat; vlastní zpracování.
Source: Data Eurostat; authors' calculations.

6) Nejnovější dostupná data.

a 61,6 let u žen. Do roku 2014 se mírně zvýšila (u mužů o 5,1 % a u žen o 5,5 %), v roce 2014 měli narození muži délku života ve zdraví 63,4 let a ženy 65 let.

Více vypovídající je srovnávat délky života ve vyšším věku, protože v případě, že osoba překoná rizika úmrtí v dosavadním věku, zvyšuje se její pravděpodobnost dožít se vyššího věku. Tabulka 1 ukazuje srovnání střední délky života v České republice ve věku zákonného odchodu do důchodu⁷⁾ v letech 2005 a 2014 a následně její rozdělení do skupin let podle stupně zdravotního omezení na základě relativní struktury zjištěné z databáze EUROHEX⁸⁾. V roce 2005 byl zákonný důchodový věk pro ženy (se dvěma dětmi) 57,3 let. Střední délka života v tomto věku byla 24,2 let, z čehož 45,8 % doby žena strávila v dobrém zdravotním stavu bez zdravotního omezení, 36,3 % doby s mírným zdravotním omezením a zbytek s vážným zdravotním omezením. V roce 2014 se zákonný důchodový věk žen se dvěma dětmi posunul do vyššího věku, do 59,8 let, přičemž střední délka života v tomto věku se téměř nezměnila. Nicméně se zvýšila doba strávená v dobrém zdravotním stavu bez

zdravotního omezení na 52,0 %. Zákonný důchodový věk mužů v roce 2005 byl 61,5 let a střední délka života v tomto věku 16,8 let. Z tohoto počtu let prožil polovinu v dobrém zdravotním stavu bez zdravotního omezení, 35,6 % s mírným zdravotním omezením a 13,5 % s vážným zdravotním omezením. V roce 2014 byl zákonný důchodový věk mužů 62,8 let, střední délka života v tomto věku 17,6 let a zvýšila se doba strávená v dobrém zdravotním stavu bez zdravotního omezení na 57,0 %.

Porovnání střední délky života a struktury let strávených v určitém stupni zdravotního omezení mezi roky 2005 a 2014 ukazuje, že se sice navyšuje zákonný důchodový věk, ale střední délka života v tomto věku se významně nezvyšuje. Mírně se však zvyšuje počet let strávených bez zdravotního omezení. Přestože srovnání střední délky života vypovídá o hypotetické průměrné úrovni úmrtnosti a subjektivním hodnocení zdravotního stavu osob v určitém věku, porovnání s důchodovým věkem však poskytuje důležitou informaci pro tvůrce důchodové reformy. V případě zvyšování důchodového věku je nutno si uvědomit, kolik osob bude skutečně

Tab. 1: Střední délka života ve věku zákonného věku odchodu do důchodu v roce 2005 a 2014⁹⁾

Life expectancy at statutory retirement age in 2005 and 2014

		Ženy / Females		Muži / Males	
		2005	2014	2005	2014
Zákonný důchodový věk / Statutory retirement age		57,3	59,8	61,5	62,8
Střední délka života ve věku zákonného odchodu do důchodu Life expectancy at statutory retirement age		24,2	24,3	16,8	17,6
Roky zbývajících života po odchodu do důchodu strávené The remaining years of life in retirement	bez zdravotního omezení without any health problems	11,1	12,6	8,5	10,0
		45,8 %	52,0 %	50,9 %	57,0 %
	se zdravotním omezením, ale ne vážným / with health problems but not severely	8,8	8,3	6,0	5,3
		36,3 %	34,0 %	35,6 %	30,3 %
	s vážným zdravotním omezením with serious health problems	4,3	3,4	2,3	2,3
		17,9 %	14,0 %	13,5 %	12,7 %

Zdroj: ČSSZ; EUROSTAT; EUROHEX; vlastní výpočty.

Source: ČSSA; EUROSTAT; EUROHEX; authors' calculations.

7) Databáze EUROSTATu publikuje střední délku života pro jednotky věku. Pro odhad střední délky života v přesném zákonném věku odchodu do důchodu jsme provedli jednoduchou interpolaci za předpokladu rovnoměrného rozdělení úmrtnosti v jednotlivých měsících roku.

8) Databáze EUROHEX publikuje střední délku života a strukturu let strávených v určitém stupni zdravotního omezení po pětiletých intervalech (např. 55, 60, 65 atd.). Proto jsme k odhadu let strávených bez a se zdravotním omezením využili pouze relativní strukturu, kterou jsme rozdělili střední délku života v přesném zákonném věku odchodu do důchodu.

9) Nejnovější dostupná data.

schopno pracovat i ve vysokém věku (Šimková, 2016). Opatření zaměřená na zvyšování důchodového věku kopírují jeho vývoj v západních zemích. Rozdíl je však v kvalitě a v kondici, ve které lidé jsou, když odcházejí do důchodu. Lidé v předdůchodovém věku mají méně fyzických i psychických sil než mladá pracovní síla a je otázkou, zda tato skupina bude schopna zvládat vysoké rostoucí požadavky zaměstnavatelů, či zda se budou jejich možnostem a schopnostem přizpůsobovat pracovní pozice.

3. USPOKOJENÍ SPOTŘEBNÍCH NÁROKŮ BUDOUCÍCH DŮCHODCŮ

Z diskusí o stárnutí populace a o důchodové reformě se často vytrácí jeden velmi důležitý bod, kterým je samotná životní úroveň osob ve starobním důchodu. Otázky důchodové reformy jsou v první řadě politické, jako je volba systému, a nikoli ekonomické, jako je dopad na vývoj národního hospodářství, dopady na hospodaření vládních institucí a ekonomické postavení jednotlivých sociálních skupin. Mikroekonomické aspekty spočívají ve změně struktury spotřeby domácností, makroekonomické pak v celkových závazcích k současným i budoucím důchodcům.¹⁰ Tyto závazky představují prostředky, které budou v budoucnu vypláceny lidem ve starobním důchodu, přičemž výše závazků je determinována pouze počtem oprávněných osob a výší vypláceného důchodu, nikoliv systémem penzijního pojištění. Z makroekonomického hlediska tedy volba důchodového systému nepředstavuje nejdůležitější otázku, neboť ta spočívá především v poměru mezi ekonomicky aktivním a neaktivním obyvatelstvem (Šimková – Sixta – Langhamrová, 2016). Jde především o uspokojení spotřebních nároků části nereproduktivní populace.

Důkladná diskuse nad budoucí životní úrovní důchodců na mikroekonomické úrovni z hlediska jejich možné spotřeby je v podmínkách České republiky vzácná. Zcela se vytrácí legitimní otázka zabezpečení osob, které to potřebují, což by mělo být cílem každého penzijního systému, a je nahrazována otázkou způsobu financování penzijního systému, což představuje pouze nástroj. Základní ekonomické funda-

menty tak ustupují do pozadí méně důležité debatě o preferenci fondového nebo průběžného systému. Vedle hodnocení sociálních dopadů by bylo vhodné pravidelně provádět hodnocení makroekonomických dopadů měnících se demografických charakteristik populace. Jde o oblast poměrně komplikovanou, a tak se bohužel podobné analýzy u nás téměř nevyskytují nebo jim je věnována minimální pozornost. Otázka je přitom jednoduchá. Bude ekonomicky aktivní populace schopna uspokojit potřeby většího počtu starších osob? Z důvodu stárnutí populace poroste nepoměr mezi tím, co generace produktivních přenechá a co sama dostane, až dosáhne důchodového věku. Zjednodušeně řečeno, aby lidé v poproduktivním věku mohli spotřebovávat, musí někdo jiný svou potenciální spotřebu oželeť (Rutarová – Slavík, 2005). Navíc je nutné si uvědomit, že staří lidé mají mírně odlišnou strukturu spotřeby, spotřebovávají jiné druhy zboží a služeb, než mladí. Struktura spotřebních výdajů se dále liší i podle regionů České republiky, jiná struktura spotřeby je v Praze a jiná na maloměstě, což souvisí i s rozdílnou cenovou úrovní (Musil a kol., 2014). Výše spotřeby domácností souvisí také s celkovou kvalitou života členů domácnosti. Vzhledem k tomu, že výše i struktura výdajů se mezi různými sociálními skupinami domácností liší, dostává tato spotřeba také významný sociální rozměr.

Pro analýzu spotřeby osob ve starobním důchodu jsou využita data ze šetření Statistiky rodinných účtů (SRÚ) a to z důvodu možnosti členění spotřebních výdajů podle sociálních skupin a podle účelu (dle klasifikace COICOP). Sociální skupina domácnosti se dělí na domácnosti zaměstnanců (osoba v čele je v pracovním nebo služebním poměru), domácnosti samostatně činných osob (osoba v čele se zabývá podnikáním nebo vykonává nezávislé povolání v jakémkoliv oboru), domácnosti důchodců (v čele je nepracující důchodce, dělí se na dva podtypy podle ekonomické aktivity dalších osob v domácnosti na domácnosti s pracujícími členy a domácnosti bez pracujících členů), domácnosti nezaměstnaných (osoba v čele je nezaměstnaná), ostatní domácnosti (osoba v čele není ekonomicky aktivní ani nepobírá důchod, např. osoba

10) Pro odhad závazků k současným i budoucím důchodcům lze využít metodu penzijních schémat, která je zářámována moderním standardem národního účetnictví ESA 2010, který zavádí povinnost publikovat penzijní závazky jako přílohu k rozvaze (více o problematice implementace nového standardu ESA 2010 v Sixta, 2014 či Sixta – Vltavská, 2016).

pobírající rodičovský příspěvek, studenti, osoby žijící z majetku) (ČSÚ, 2016a). To umožňuje porovnat spotřebu a její strukturu mezi domácnostmi s pracujícími členy a domácnostmi, které jsou ekonomicky neaktivní a jsou tedy závislé na nějakém systému.

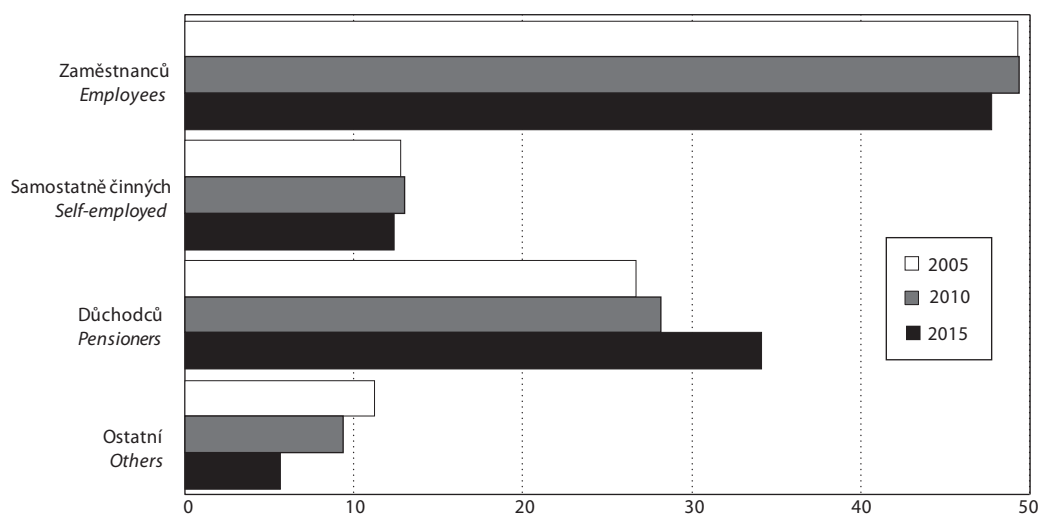
Změna ve struktuře domácností značně souvisí se změnami ve věkové struktuře obyvatel. Graf 3 ilustruje vývoj struktury domácností od roku 2005 do roku 2015. Podíl domácností zaměstnanců a samostatně výdělečně činných se ve sledovaném období významně nezměnil. Výrazná změna se však odehrála u domácností důchodců, jejichž počet absolutně vzrostl z 1 071 tisíc na 1 475 tisíc, v procentním vyjádření se jedná o nárůst o 7,4 p. b. (z 26,7 % na 34,1 %). Podíl ostatních domácností na celkovém počtu domácností klesl ve sledovaném období o 5,6 p. b. (z 11,3 % na 5,7 %).

Sociální skupiny domácností se liší také tím, kolik ze svých peněžních příjmů věnují na své výdaje. U domácností zaměstnanců výše čistých peněžních výdajů v žádném roce ve sledovaném období let 2005–2015 nepřevyšovala úroveň jejich čistých peněžních příjmů¹¹⁾,

u domácností důchodců v posledních letech také ne, jejich podíl výdajů na příjmu postupně klesá. V 90. letech byl však podíl výdajů na příjmu vyšší než 100,0 % (Šimková, 2016). V posledních pěti letech (2010–2015) měsíční spotřební výdaje domácností důchodců dosahují v průměru 93,9 % jejich příjmů, na rozdíl od domácností zaměstnanců, kde se tento podíl pohybuje kolem 85,2 % (viz graf 4).

Spotřební výdaje domácností lze členit dle účelu podle klasifikace CZ-COICOP (ČSÚ, 2016b), což umožňuje rozlišit strukturu výdajů různých typů domácností dle sociálních skupin a věku. S postupujícím věkem se mění struktura výdajů domácností, což dokazují výsledky šetření SRÚ. S rostoucím věkem se mění struktura výdajů domácností tak, že roste podíl výdajů na potraviny, bydlení a výdajů souvisejících se zdravím a se sociálními službami. Naopak klesají výdaje na odívání, dopravu a za rekreační, kulturní, stravovací, ubytovací a ostatní služby. Osoby 70leté a starší mají téměř třikrát vyšší podíl výdajů na zdraví než osoby do 29 let, naopak mají třikrát niž-

Graf 3: Struktura domácností podle sociálních skupin (v %)
Structure of households by social group (%)



Pozn.: Kategorie ostatní zahrnuje domácnosti nezaměstnaných a ostatní domácnosti.

Note: The category 'other' includes households of unemployed and other households.

Zdroj: Data ČSÚ; vlastní výpočty.

Source: Data CZSO; authors' calculations.

11) Čisté peněžní výdaje a příjmy se získají z hrubých výdajů a příjmů odečtením odvodů na zdravotní a sociální pojištění a daň z příjmů (ČSÚ, 2016b).

ší podíl výdajů za odívání nebo za dopravu. Graf 5 poukazuje na rozdílnosti ve struktuře výdajů domácností podle věku. Čím tmavší barva, tím vyšší výdaje oproti průměru, který představují výdaje domácností celkem bez ohledu na věk. Zatímco u domácností v čele s osobou mladší 29 let jsou významným a převažujícím výdajem ve struktuře výdajů výdaje na vzdělávání (COICOP 10), u domácností v čele s osobou starší 50 let jsou oproti průměru vyšší výdaje na zdraví (COICOP 06) či alkoholické nápoje a tabák (COICOP 02). Naopak výdaje na vzdělávání mají tyto domácnosti významně nižší než v průměru domácnosti v České republice.

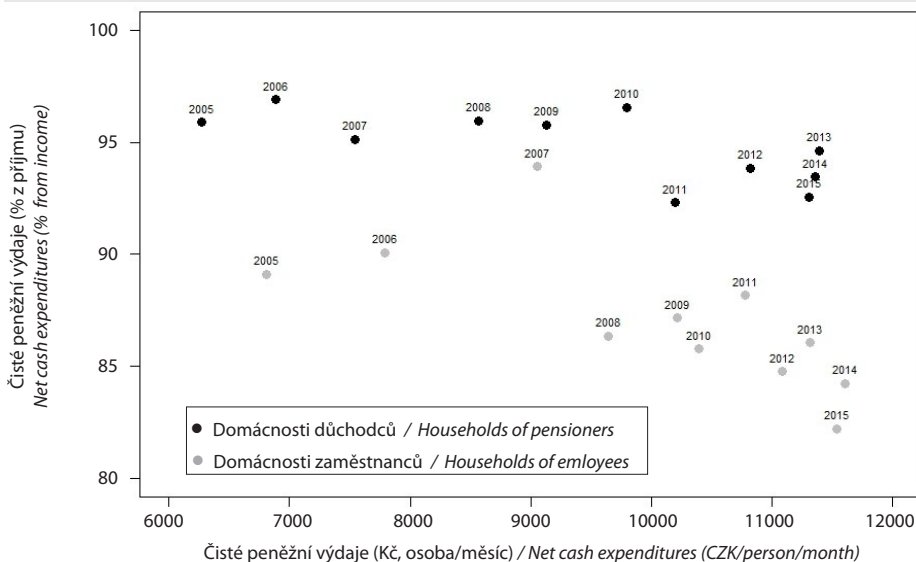
Z analýzy spotřebních výdajů vyplývá, že stávající změny v demografické struktuře nevyhnutelně povedou k růstu výdajů domácností důchodců, zejména za specifické statky a služby, především zdravotní a sociální. Těto skutečnosti nezabrání ani změna typu důchodového systému, neboť budoucí důchodci budou spotřebovávat reálné a ne finanční statky. Změna důchodového systému je pouze nástrojem přerozdělení

finančních prostředků, ale podstatu nepochybně mezi velikostí produktivní a neproduktivní populace nezmění.

4. ZAJIŠTĚNÍ KVALITNÍ PĚČE O STARÉ OBČANY

Stárnoucí pracovní síla a snižující se velikost produktivní populace je jedním z projevů demografického stárnutí. Populace České republiky se přirozeně neobnovuje, klesá tudíž podíl mladých lidí v populaci, některá odvětví mohou být v budoucnu ohrožena nedostatkem pracovních sil či odborníků v určité oblasti, což může negativně ovlivňovat výkonnost ekonomiky České republiky. Stárnutí populace představuje výzvu pro veřejnou politiku¹²⁾ zejména v oblasti zdravotnictví a sociální péče, neboť pracovní síly v těchto odvětvích také nezadržitelně stárnou. Počet osob, které budou v následujícím období odkázány na pomoc druhé osoby, se bude v následujícím období výrazně zvyšovat, protože s rostoucím věkem jednak přibývá nemocí a jednak se zvyšuje jejich závažnost a prodlužuje délka léčeni (Průša a kol., 2009). Bude

Graf 4: Čisté peněžní výdaje jako % čistých peněžních příjmů dle sociální skupiny
Net cash expenditures as a % of net cash incomes by social groups



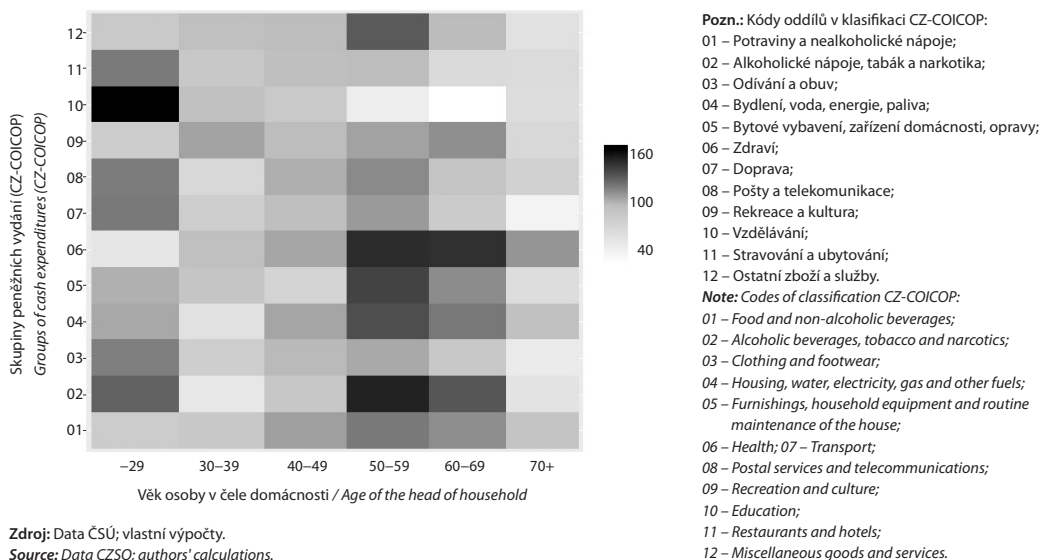
Zdroj: Data ČSÚ; vlastní výpočty.

Source: Data CZSO; authors' calculations.

12) Veřejná politika je disciplína propracovávající a aplikující výkladové rámce sociologie, ekonomie, politických věd, práva, teorie řízení a dalších oborů k analýze a prognóze procesů formování a uplatňování veřejných zájmů vážících se na řešení diferencovaných sociálních problémů (Potůček, 2005).

Graf 5: Peněžní vydání podle věku (průměr za rok na osobu v Kč, 2015, 100 = domácnosti celkem)

Cash expenditures by age (average per year per person in CZK, 2015, = 100 total households)



tak růst potřeba sociální péče, staré osoby budou potřebovat zásadní podporu celé řady služeb sociální péče, včetně domácí péče, asistovaného žití, asistenčních a dalších komunitních služeb (Buckner a kol., 2013). Bude tím pádem potřeba většího počtu sociálních služeb zaměřených na potřeby starých osob a zároveň většího počtu zdravotníků a sociálních pracovníků. Vybavenost jednotlivých regionů sociálními službami je v současnosti rozdílná, obecně je lepší ve větších městských aglomeracích. Obtížnější přístup ke službám dlouhodobé péče mají lidé žijící v méně zalidněných oblastech, a to zejména ke službám pro seniory a osoby se zdravotním postižením (Huning a kol., 2012). Pracovní síla v oblasti zdravotnictví a sociálních služeb rovněž stárne a ubývá v důsledku stárnutí populace. Mnoho pracovníků ve zdravotnictví se blíží věku odchodu do starobního důchodu, což snižuje počet odpracovaných hodin (Spitzer – Davison, 2013). Z analýzy L. Šidla (2011) vyplývá, že se stárnutím lékařů se budou primárně potýkat obory pro děti a dorost a všeobecného praktického lékařství, naopak nejvíce stabilním oborem co do

demografické struktury lékařů jsou v porovnání s ostatními obory gynekologové a porodníci. Věková struktura lékařů v grafu 6 to potvrzuje. Průměrný věk všeobecných lékařů mužů v roce 2005 byl 52,6 let a u žen 51,2 let. V roce 2013 vzrostl průměrný věk lékařů u mužů na 55,5 let, u žen na 53,8 let. Podíl všeobecných lékařů a lékařek ve věku 60 let a více představoval 32,4 %, podíl lékařů ve věkové skupině 50 až 59 let činil 37,5 %. Dalším lékařským oborem, kde stárnou odborníci, je geriatricke¹³⁾. Zde průměrný věk stoupl mezi roky 2005 a 2013 o 3,2 roku u mužů (na 52,4 let v roce 2013) a o 2,6 let u žen (46,8 let v roce 2013).

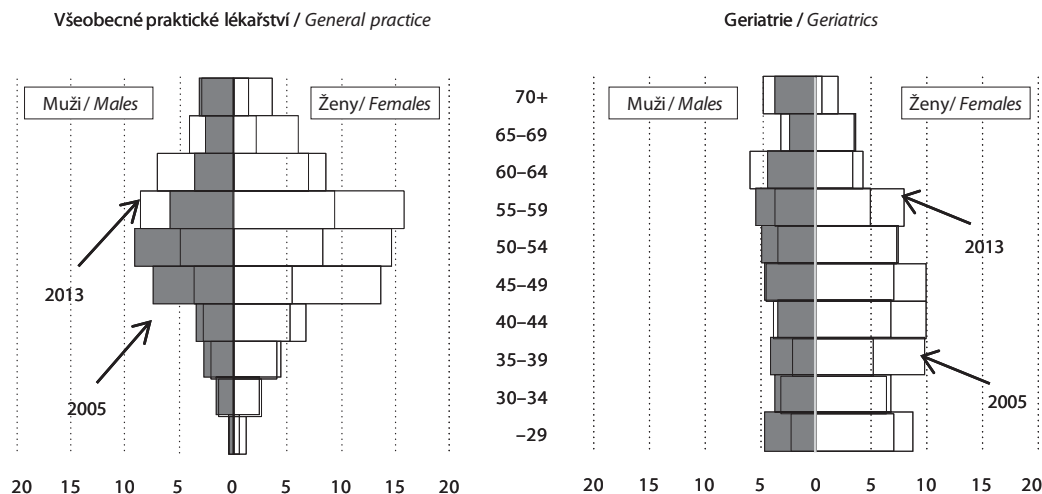
Pokud se obecně podíváme na celkovou zaměstnanost v odvětví zdravotní a sociální péče¹⁴⁾, v roce 2015 zde pracovalo 298 738 zaměstnanců (přepočtených na plné pracovní úvazky). Na celkovém počtu zaměstnanců v České republice se toto odvětví podílelo 6,8 %. Počet zaměstnanců v tomto odvětví je v čase poměrně stabilní. Za posledních deset let počet zaměstnanců vzrostl o 18,0 %, v roce 1993 mělo odvětví zdravotní a sociální péče 288 790 zaměstnanců. V posledních

13) Geriatricke zajiřuje pēči o nemocnē vyřřšího vĕku (zpravidla nad 60 let vĕku), specializuje se na prevenci, diagnostiku, lēčbu onemocnĕnĕi, zhodnoceni funkēni zdatnosti a sobēřtaēnosti, rehabilitaci.

14) Dle Klasifikace ekonomickĕch ēinnosti CZ-NACE, viz: https://www.czso.cz/csu/klasifikace_ekonomickĕch_ēinnosti_cz_nace.

Graf 6: Věková struktura lékařů vybraných oborů činnosti v roce 2005 a 2013¹⁵⁾ (%)

Age structure of physicians in selected types of activity (%)



Zdroj: Data ÚZIS; vlastní výpočty.

Source: Data IHS; authors' calculations.

pěti letech je průměrné meziroční tempo růstu počtu zaměstnanců v odvětví zdravotnictví a sociálních služeb 1,7 % (ČSÚ, 2016c).

Hlubší analýzu situace zaměstnanosti ve zdravotnictví a v oblasti sociální péče umožňuje pohled na údaje publikované ve Statistických ročnících MPSV. Absolutní počet zaměstnanců sociálních služeb stoupá. Zatímco v roce 2005 bylo v sociálních službách zaměstnáno 36 079 osob, v roce 2015 to bylo více, 43 759, což je nárůst o 21,3 % (tab. 2). Počet uživatelů sociálních služeb se v období let 2005–2015 mírně zvýšil. Celkový počet uživatelů připadajících na jednoho zaměstnance je v čase sice stabilní, ale při pohledu na jednotlivé typy funkcí a činností v zařízeních sociální péče tomu tak není. Zejména co se týče zdravotnických profesí. Počet uživatelů na jednoho sociálního pracovníka v přímé obslužné péči mírně klesá. Počet uživatelů na jednu zdravotní sestru se velmi mírně zvyšuje (tab. 3).

V současné době odvětví zdravotní a sociální péče nepatří v České republice mezi dobře ohodnocená odvětví. České zdravotnictví trápí časté odchody lékařů do zahraničí, zejména u čerstvých absolventů.

Hlavním důvodem odchodu lékařů do ciziny jsou lepší finanční, ale i pracovní podmínky (Týden, 2014).

Analýza mezd zaměstnanců vybraných typů činnosti v sociální a zdravotní oblasti ukazuje, že na některých pozicích, zejména posty sociálních pracovníků v oblasti péče o seniory, jsou o 10 000 Kč nižší (tab. 4). Průměrná mzda zaměstnanců zařízení sociálních služeb se pohybuje v 6. platové třídě (ISPV, 2016). Tyto posty jsou tak pro uchazeče o zaměstnání stále méně atraktivní. Nedostatek personálu se samozřejmě projeví ve kvalitě poskytovaných služeb, neboť se bude zvyšovat počet starých osob v populaci připadajících na jednoho zaměstnance.

Pokud by se měl zvyšovat počet zaměstnanců služeb sociální a zdravotní péče, měl by se také zvyšovat počet osob s potřebnou kvalifikací pro vykonávání tohoto povolání. Dle statistik Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy se počet studentů a absolventů lékařských, zdravotnických a sociálních oborů na středních a vysokých školách v posledních letech nezvyšuje. Narostl sice počet absolventů vysokých škol na úkor absolventů středních škol, ale počet absolventů celkem se za posledních 8 let dokonce snížil přibližně o 2 000.

15) Aktuálnější data nejsou k dispozici.

Tab. 2: Zaměstnanci zařízení sociální péče v roce 2005 a 2015 (průměrný počet zaměstnanců přepočtený na plnou pracovní dobu) | Employees in social services in 2005 and 2015 (average number of employees in full time equivalents)

	2005	2015
Přímá obslužná péče / Direct social care	4 698	14 959
Pečovatelská činnost / Care activity	2 851	2 865
Sociální pracovníci / Social workers	1 038	1 874
Všeobecné sestry / Nurses	6 115	4 722
Zdravotničtí asistenti / Medical assistants	48	122
Ošetřovatelé / Attendants	1066	87
Celkem / Total	36 079	43 759
Počet uživatelů sociálních služeb¹⁾ / The number of users of social services¹⁾	72 649	73 460

Pozn.: *) celoroční a týdenní pobyty.

Note: *) year-long and weekly stays.

Zdroj: MPSV (2016); vlastní výpočty.

Source: MLSA (2016); authors' calculations.

Tab. 3: Počet uživatelů sociálních služeb připadající na jednoho zaměstnance zařízení sociální péče v roce 2005 a 2015 | The number of users of social services per employee of social care facilities in 2005 and 2015

	2005	2015
Přímá obslužná péče / Direct social care	15,5	4,9
Pečovatelská činnost / Care activity	25,8	25,6
Sociální pracovníci / Social workers	70,7	39,2
Všeobecné sestry / Nurses	12,0	15,6
Zdravotničtí asistenti / Medical assistants	1 524,1	602,1
Ošetřovatelé / Attendants	68,9	844,4
Celkem / Total	2,0	1,7

Zdroj: MPSV (2016); vlastní výpočty.

Source: MLSA (2016); authors' calculations.

Tab. 4: Průměrné měsíční platy vybraných kategorií zaměstnání (dle CZ-ISCO) v roce 2015 (Kč)

Average monthly incomes of selected occupations (according to CZ-ISCO) in 2015 (CZK)

	Hrubý měsíční plat Gross monthly salary		Hrubá měsíční mzda Gross monthly wage	
	Medián Median	Průměr Average	Medián Median	Průměr Average
Celkem / Total	26 347	27 971	22 971	27 777
Lékaři specialisté / Physicians specialists	33 653	35 789	28 117	30 610
Praktičtí lékaři / General practitioners	47 442	51 065	23 041	30 590
Řídicí pracovníci v oblasti péče o seniory Managers in elderly care	63 303	67 132	44 102	47 788
Všeobecné sestry se specializací / Nurses specialists	33 329	34 203	28 348	28 783
Sociální pracovníci v oblasti péče o seniory Social workers in elderly care	20 979	22 117	20 485	21 406
Pracovníci přímé obslužné péče v oblasti pobytové péče / Workers of direct social care	19 127	19 230	17 098	17 452
Ošetřovatelé v oblasti pobytové péče Attendants in social residential care	19 981	20 480	16 881	17 413
Ošetřovatelé v oblasti terénních služeb a domácí péče / Attendants in field and home care	18 368	18 327	17 019	16 954

Zdroj: Data ISPV (2016); vlastní zpracování.

Source: AEIS (2016); authors' elaboration.

Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb. nastavil v roce 2006 podmínky pro výkon profese sociálního pracovníka tak, že v roce 2017 budou muset mít téměř všichni sociální pracovníci příslušnou kvalifikaci. Počet sociálních pracovníků tak může být ještě nižší, protože nelze s určitostí říci, že všichni stávající sociální pracovníci, kteří v tuto chvíli podmínku odborného vzdělání dle tohoto zákona nesplňují, si jej stihnou doplnit a bude dostatek absolventů, kteří do státní správy půjdou pracovat. Dle výzkumu o pracovním uplatnění absolventů Katedry sociální práce Filosofické fakulty Univerzity Karlovy do oblasti státního sektoru poskytujících sociální služby nastoupí po škole pouhých 25 % absolventů (*Radostová a kol., 2006*).

Jednou z možností, jak reformovat existující nabídku lékařských a sociálních služeb, může být snaha o redukci poptávky po těchto službách. Optimalizace struktury poskytované péče by dle *Průši a kol. (2009)* způsobila, že v domovech pro seniory budou z více než 95 % pouze osoby se střední a těžkou mírou závislosti a osobám s minimální a lehkou mírou závislosti budou poskytovány terénní a ambulantní formy péče. Nicméně, i pro tuto formu péče je potřeba mít dostatek kvalifikovaného personálu.

5. ZVYŠUJÍCÍ SE RIZIKO VIKTIMIZACE

Bezpečnostní politika je jednou z oblastí, která je také zasažena stárnutím populace. Jednak stárne personál bezpečnostního sektoru a jednak přibývá starých a osamocených osob, které jsou rizikovější skupinou viktimizace¹⁶⁾ (*Nováková, 2013*). K bezpečnostním rizikům, spojeným s rostoucím počtem starých osob a domácností jednotlivců, kromě rizika kriminality, patří také riziko chudoby, úrazů, izolovanosti apod.

Bezpečnostní sektor, který v České republice funguje na zaměstnaneckém principu¹⁷⁾, se v současné době potýká se stárnutím a nedostatkem personálu. Přestože probíhají jistá organizační opatření, jako je např. zvyšování věku odchodu do důchodu, bezpečnostní sektor je závislý na neustálém přílivu mladých lidí k obsazení juniorských pozic. Vojenský nábor dokonce představuje jeden z nejobtížnějších personálních problémů, protože vhodný personál musí splňovat celou řadu kvalitativních kritérií, jako jsou fyzické

a kognitivní schopnosti, vysoké morální standardy či požadavky na občanství, tato skupina lidí se ovšem na trhu práce bude v budoucnu stále rychleji vyčerpávat (*Balabán a kol., 2015*).

Stárnutí bude patrně vyžadovat vyšší potřebu ochrany seniorů. S věkem se mění povaha myšlení, staří lidé jsou důvěřivější, pomalejší, méně pohotoví, často nevyhodnotí rizika situace správně a dostatečně rychle, a proto se doma i na veřejnosti stávají snadno obětí násilníků a podvodníků (*DFTA, 2016*). Na druhou stranu si řada seniorů může vypěstovat zášť a nesaňšenlivost k ostatním lidem, což může zvyšovat riziko trestné činnosti i jich samotných.

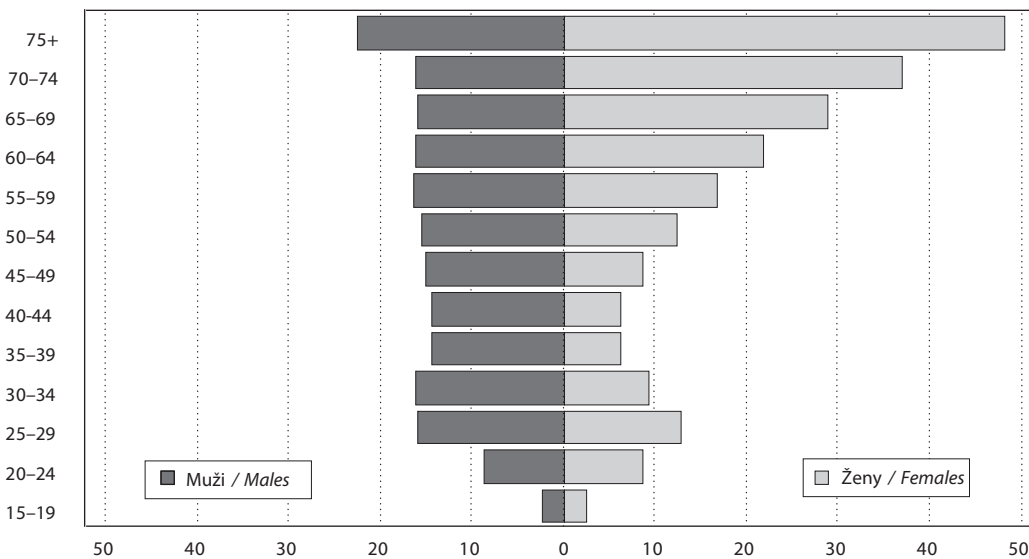
Bezpečnější pro staré osoby je soužití s rodinou v jedné domácnosti. Ovšem v moderní společnosti vazby širší rodiny slábnou a ztrácí se prostor pro rodinnou solidaritu. Významným rizikem stárnutí populace ve vyspělých zemích je dle *Kučery (2002)* zhoršení kvality osobních kontaktů a komunikace. V moderní společnosti jsou častější rozchody starších párů, což vede k potřebě bytů pro rozvedené seniory. V součtu s potřebou bytů pro jednotlivce, kteří zůstali sami po úmrtí partnera lze očekávat nárůst podílu domácností jednotlivců. Dle výsledků Sčítání lidu, domů a bytů roste podíl domácností seniorů, které se nacházejí v panelových bytových domech na sídlištích – senioři se postupně stávají jejich převládajícími obyvateli (*ČSÚ, 2011*). A takové domácnosti jsou právě cílem podvodníků či jiných osob páchajících trestnou činností. V budoucnu mohou vznikat různé skupiny či gangy, které se budou zaměřovat na oblasti s vysokou koncentrací seniorů. Tato situace vyžaduje jednak zvýšit informovanost a osvětu starých osob, jak se chovat v možné nouzi, a jednak zvýšit zabezpečení rizikových lokalit, posílení hlídek apod.

Dle výsledků Sčítání lidu, domů a bytů v roce 2001 tvořil podíl domácností jednotlivců starších 60 let 44,9 % ze všech domácností jednotlivců. V roce 2011 se tento podíl zvýšil na 49,6 %. Do budoucna lze očekávat stále vyšší podíl domácností jednotlivců starších osob. Každý šestý muž starší 60 let bydlí v domácnosti jednotlivců. U žen je tento typ bydlení častější, každá čtvrtá žena ve věku 60–70 let bydlí v domácnos-

16) Proces, ve kterém se člověk stává obětí trestného činu.

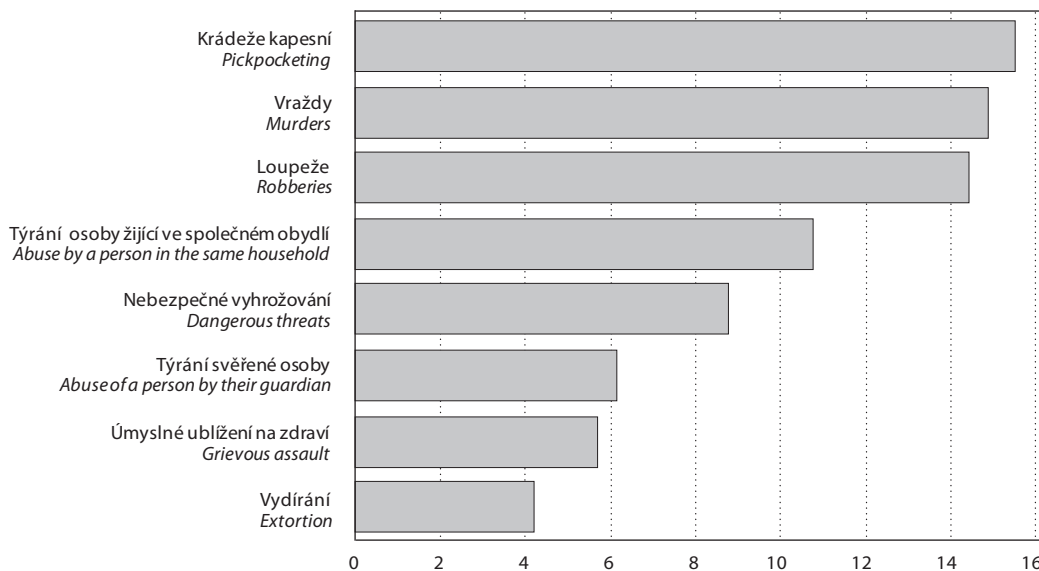
17) Většina zaměstnanců je dle zákona 361/2003 Sb., o služebním poměru příslušníků bezpečnostních sborů, ve služebním poměru.

Graf 7: Podíl osob žijících v domácnostech jednotlivců podle věku a pohlaví (2011, %)
 The proportion of people living in households of individuals by age and sex (2011, %)



Zdroj: Data ČSÚ; vlastní výpočty.
 Source: Data CZSO; authors' calculations.

Graf 8: Podíl 60letých a starších na celkovém počtu obětí trestné činnosti v ČR podle vybraných druhů kriminality v roce 2014 (%)
 The proportion of people aged 60 years and over in the total number of victims of crime in the Czech Republic by selected types of crime in 2014 (%)



Zdroj: Data MVČR; vlastní výpočty.
 Source: Data MICR; authors' elaboration.

ti jednotlivců, u žen starších 70 let je to každá třetí (viz graf 7).

Staré osoby obecně patří mezi významnou skupinu obětí trestné činnosti. Nejčastější trestné činy páchané na seniorech jsou kapesní krádeže, krádeže vloupáním do bytů, rodinných domů, sklepů, rekreačních objektů, krádeže vloupáním do zaparkovaných vozidel, loupeže, podvody, vydírání, úmyslné ublížení na zdraví (Čírtková, 2007). Výsledky výzkumu Paulasové (2010) v Jihomoravském kraji ukázaly, že 46 % osob starších 65 let se stalo obětí krádeže či podvodu. V roce 2014 bylo 15,5 % obětí krádeží a loupeží starších 60 let a necelých 15 % osob ve věku 60+ se stalo obětí vraždy (viz graf 8). Do budoucna se počet spáchaných trestných činů na seniorech může zvyšovat s očekávaným růstem počtu starých osob, podíl 60letých a starších osob v populaci se dle prognózy (ČSÚ, 2013) do roku 2050 zvýší na 39 %.

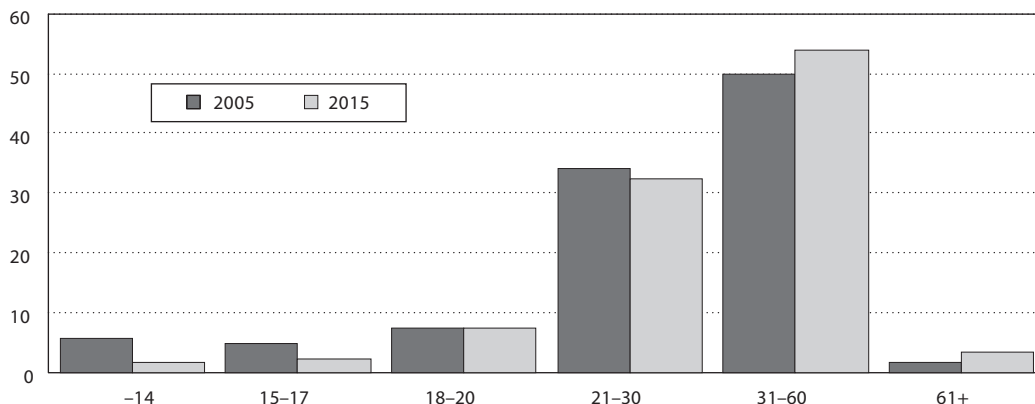
Ústav pro stárnutí populace v New Yorku uvádí několik způsobů, jak mohou být staří lidé zneužití (DFTA, 2016) – emocionálně, finančně, fyzicky či zanedbáním péče. Příkladem zneužití mohou být akční nabídky domovních a pouličních prodejců, oslovení cizími lidmi na ulici nebo přímo u bytu. Staří lidé se často nechají oklamat uniformou, titulem, důležitě se tvářící vizitkou, slušně vypadajícím zevnějškem a efektně prezentovanými sliby falešných agentů a nepravých obchodních zástupců (Nováková, 2013). Nechalným fenoménem poslední doby jsou podo-

mní prodejci, tzv. „šmejdí“, jež využívají důvěřivosti starých osob a nekale na těchto lidech profitují. Jejich praktiky jsou stále rafinovanější, a tudíž i boj proti této formě činnosti je stále obtížnější. Do budoucna lze tedy předpokládat vyšší tlak jak na obchodní inspekci, tak na bezpečnostní sbory, v případě, že by tato činnost byla vyhodnocena jako trestná. V dnešní době může hrozit také online nebezpečí. Seniori často chtějí využívat e-mail a mobilní telefony, aby byli dostupní pro své děti a ostatní blízké, ale neumí se v této oblasti příliš pohybovat. Pro zločince je i toto výborný zdroj informací, který pečlivě sledují.

Trestná činnost páchaná na seniorech bude pravděpodobně růst, vyskytují se však (a budou se vyskytovat častěji) i případy, kdy je osoba vyššího věku v pozici zločince. Mezi roky 2005 a 2015 se mírně zvýšil průměrný věk stíhaných a vyšetřovaných osob (viz graf 9). Podíl 60letých a starších osob mezi stíhanými a vyšetřovanými byl před deseti lety 1,7 %, dnes jsou to 3,2 %. Je možné, že s rostoucím absolutním počtem starých osob se tento podíl může zvyšovat. Tato skutečnost by měla být reflektována např. také v oblasti vybavení a obsluhy věznic, které by měly být uzpůsobeny těmto osobám a jejich potřebám. Příprava na stárnutí pachatelů bude tedy vyžadovat investice do úpravy zařízení věznic, ale hlavně do lidí, v podobě zvyšování kvalifikace příslušníků bezpečnostních sborů, vzdělávacích programů či do úpravy současných metodických pokynů.

Graf 9: Věková struktura stíhaných a vyšetřovaných osob (%)

Age structure of prosecuted and investigated persons (%)



Zdroj: Data MVCR; vlastní výpočty.

Source: Data MCR; authors' elaboration.

Do problematiky bezpečnosti seniorů lze zařadit také nebezpečí mezigeneračních problémů. V souvislosti s pokračujícími demografickými a společenskými změnami, stejně jako s měnící se socioekonomickou situací rodin, klesá počet rodin ochotných a schopných se o svého nesoběstačného člena rodiny postarat (Bruthansová – Červenková, 2004). Oslabením sociálních vazeb uvnitř rodiny se vytvořila propast, která způsobuje, že mladší generace nepociťují se starými lidmi sounáležitost, zařazují je do podřadnějších kategorií, se kterými nemají nic společného. Toto stanovisko často pociťují i ke svým vlastním předkům (Nováková, 2013). Jestliže v dnešní době ubývá vícegeneračních bytových domácností, pak děti mají poměrně málo příležitostí dostat se do kontaktu se seniorskou generací a ztrácí tak možnost učit se od nich. Z důvodů oslabení sociálních vazeb uvnitř rodiny mohou stále nabývat na významu sociální služby. V české společnosti se stáří bere spíše negativně, neúcta ke stáří, k jeho potřebám i omezením se pak projevuje i v násilí na seniorech, a to jak v domácnostech, tak v některých případech i v ústavech sociální péče, domovech pro seniory apod. To si také vyžádá lepší práci kontrolních orgánů, policie a justice, a především osvětu.

6. ZÁVĚR

Ačkoli je problematika stárnutí populace velmi široká a závažná, hlavním tématem veřejných diskusí je pouze volba důchodového systému, případně věk odchodu do důchodu. Ovlivněno stárnutím je ovšem mnoho oblastí lidského života, i ty, kde to možná není na první pohled zřejmé.

Poděkování

Tento příspěvek vznikl za podpory GA ČR 15-13283S Projektce populace České republiky podle úrovně vzdělání a rodinného stavu a za podpory prostředků institucionální podpory na dlouhodobý koncepční rozvoj vědy a výzkumu na FIS.

Literatura:

- Balabán M. a kolektiv. 2015. *Bezpečnostní systém ČR: problémy a výzvy*. Praha: Karolinum, 312 s. ISBN 97-880-246-3150-9.
- Bruthansová, D. – Červenková, A. 2004. *Zdravotně sociální služby v kontextu nového územního uspořádání*. Praha: VÚPSV, 2004.
- Buckner, L. – Croucher, K. – Fry, G. – Jasinka, M. 2013. The Impact of Demographic Change on the Infrastructure for Housing, Health and Social Care in the North of England. *Applied Spatial Analysis and Policy*, 2013, 6(2).
- Čírtková, L. 2007. Seniori jako oběti trestných činů. Příloha časopisu *Policista*, 13(6), s. 14–16.

Otázka sociálních služeb a následných sociálních dopadů zůstává téměř neřešená. V oblasti zdravotnictví a sociální péče je v současnosti diskutována hrozba nadměrné finanční zátěže státního rozpočtu a dostupnost a regionalizace sociálních služeb pro seniory. Velmi ojediněle je zmiňována problematika potřeby služeb sociální péče či personálního zabezpečení v této oblasti. Zdravotnických odborníků a zejména personálu ve službách sociální péče ubývá, resp. se jejich počet nezvyšuje tempem potřebným k zajištění odpovídající kvality péče.

Jádro problému stárnutí populace spočívá především v poměru ekonomicky aktivního a neaktivního obyvatelstva a možnosti ekonomiky v budoucnu zajistit dostatečné zdroje pro ekonomicky neaktivní část populace. Lidé ve starobním důchodu budou spotřebovávat skutečné zboží a služby a mají právo uspokojovat všechny své potřeby. Z makroekonomického hlediska není tak zásadní otázka, zdali budou potřeby starých osob uspokojovány prostřednictvím státních či soukromých fondů, nebo zdali je systém založený na příspěvcích nebo na dávkách. Parametry systému je vždy možné měnit podle postojů politické reprezentace, ale podstata problému zůstává stejná.

Demografické faktory jako je porodnost a úmrtnost mají velkou setrvačnost a lze je alespoň rámcově na nejbližší dekádu relativně slušně predikovat. Aby česká společnost byla schopna dlouhodobě čelit demografickým změnám, měly by být včas zohledněny všechny relevantní faktory, nejen ekonomické, ale i neekonomické. Mezi ty lze zařadit zdravotní stav starých osob, životní úroveň, bezpečnost či kvalitní péče o nemocující.

- ČSÚ. 2011. *Sčítání lidu, domů a bytů 2011* [online]. Praha: Český statistický úřad. Dostupné z: <<https://www.czso.cz/csu/czso/scitani-lidu-domu-a-bytu-2011>>.
- ČSÚ. 2013. *Projekce obyvatelstva České republiky do roku 2100* [online]. Praha: Český statistický úřad. Dostupné z: <<https://www.czso.cz/csu/czso/projekce-obyvatelstva-ceske-republiky-do-roku-2100-n-fu4s64b8h4>>.
- ČSÚ. 2016a. *Příjmy, výdaje a životní podmínky domácností 2015* [online]. Praha: Český statistický úřad. Dostupné z: <<https://www.czso.cz/csu/czso/prijmy-a-zivotni-podminky-domacnosti>>.
- ČSÚ. 2016b. *Vydání a spotřeba domácností statistiky rodinných účtů za rok 2015* [online]. Praha: Český statistický úřad. Dostupné z: <<https://www.czso.cz/csu/czso/vydani-a-spotreba-domacnosti-statistiky-rodinnych-uctu-domacnosti-podle-postaveni-osoby-v-cele-podle-velikosti-obce-prijmova-pasma-regiony-soudrznosti-2015>>.
- ČSÚ. 2016c. *Zaměstnanci (úvazky na plnou pracovní dobu)* [online]. Databáze národních účtů. Praha: Český statistický úřad. Dostupné z: <http://apl.czso.cz/pll/rocnka/rocnkavyber.makroek_pracov>.
- DFTA. 2016. *Elder abuse and crime victims services* [online]. Dostupné z: <<http://www.nyc.gov/html/dfta/html/services/crime-victims.shtml>>.
- Hubert, H. – Bloch, D. – Oehlert, J. – Fries, J. 2002. Lifestyle Habits and Compression of Morbidity. *Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 2002(57), s. 347–351.
- Huning, S. – Bens, O. – Huettl, R. F. 2012. *Demographic Change beyond the Urban-Rural Divide: Re-Framing Spatial Differentiation in the Context of Migration Flows and Social Networks*, ERDE 2012, 143(1–2).
- Krebs, V. 2011. *Důchodová reforma v České republice*. Praha, 5. 12. 2011–6. 12. 2011. In: RELIK 2011 – Reprodukce lidského kapitálu vzájemné vazby a souvislosti [CD-ROM], s. 1–6.
- Kučera, M. 2002. Sociální důsledky stárnutí obyvatelstva České republiky. *Demografie*, 2002, 44(1), s. 38–40. ISSN 0011-8265.
- Mason, A. – Lee, R. – Tung, A. – Lai, M. – Miller, T. 2006. *Population aging and intergenerational transfers: Introduction age into national accounts*. Cambridge: National Bureau Of Economic Research.
- Musil, P. – Kramulová, J. – Zeman, J. 2014. Regional consumption expenditures: an important starting point for regional input-output tables. In *Applications of mathematics and statistic in economics*. Wrocław: Wydawnictwo uniwersity ekonomicznego, 2014, s. 200–207. ISBN 978-83-7695-421-9.
- Nováková, M. 2013. Seniori v roli oběti a svědka trestného činu. *Bezpečnostní sbory.cz*, 2013/2. ISSN 1803-6856.
- Paulasová, J. 2010. *Senior jako oběť trestného činu*. Diplomová práce. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Potůček, M. 2005. *Veřejná politika*. Praha: Sociologické nakladatelství.
- Průša, L. a kolektiv. 2009. *Poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením*. Praha: VÚPSV, v.v.i., 2009.
- Průša, L. 2015. Důsledky stárnutí populace na potřebu služeb sociální péče do roku 2030. *Demografie* [online]. 2015, 57(3), s. 231–244. ISSN 0011-8265. Dostupné z: <<https://www.czso.cz/documents/10180/20555393/13005315q3.pdf/05492ae5-7188-4275-8372-c83b23f9821f?version=1.1.>>
- Radostová, Z. – Matoušek, O. – Holda, D. 2006. Absolventi katedry sociální práce FFUK Praha v praxi. *Sociální práce: Časopis pro teorii, praxi a vzdělávání v sociální práci*. 2006.
- Rutarová, R. – Slavík, M. 2005. Příspěvek do diskuse o reformě penzijního systému. *Politická ekonomie*, 2005, 53(3), s. 349–368. ISSN 0032-3233.
- Schwerdt, G. 2005. Why Does Consumption Fall at Retirement? Evidence From Germany. *Economics Letters*, 2005, 89, s. 300–305.
- Sívák, R. – Ochoťnický, P. – Čambalová, A. 2011. Fišální udržitelnost penzijních systémů. *Politická ekonomie*, 2011, 59(6), s. 723–742. ISSN 0032-3233.
- Sixta, J. 2014. Development of the Measurement of Product. *Statistika*, 2014, 94(4), s. 73–84. ISSN 0322-788X.
- Sixta, J. – Vltavská, K. 2016. Změny v měření ekonomiky a dopady odhadu produktivity. *Politická ekonomie*, 2016, 64(3), s. 351–368. ISSN 0032-3233.
- Spitzer, W. J. – Davidson, K. W. 2013. Future Trends in Health and Health Care: Implications for Social Work Practice in an Aging Society. *Social Work In Health Care*, 2013, 52(10).
- Stiefel, M. – Perla, R. J. – Zell, B. 2010. A Healthy Bottom Line: Healthy Life Expectancy as an Outcome Measure for Health Improvement Efforts. *The Milbank Quarterly*, 2010, 88(1), s. 30–53.

- Svoboda, R. 2014. *Věková hranice odchodu do starobního důchodu v zemích EU* [online]. Dostupné z: <<http://www.duchodova-komise.cz/wp-content/uploads/2015/03/R.-Svoboda-V%C4%9Bkov%C3%A1-hranice-odchodu-do-d%C5%AFchodu-v-zem%C3%ADch-EU-Svoboda-30.-%C4%8Dervence-2014.pdf>>.
- Šimková, M. 2016. *Sociální a ekonomické aspekty stárnutí populace ČR*. Disertační práce. Praha: Vysoká škola ekonomická.
- Šimková, M. – Sixta, J. – Langhamrová, J. 2016. Penzijní závazky stárnoucí populace České republiky. *Politická ekonomie*, 2016, 64(5), s. 591–607. ISSN 0032-3233.
- Šídlo, L. 2011. Stárnutí lékařů primární zdravotní péče v České republice. *Demografie*, 2011, 53(3), s. 203–213.
- Týden. 2014. ČLK: *Odchodů lékařů do ciziny letos znepokojivě přibývá* [online]. Portál Týden.cz. Dostupné z: <http://www.tyden.cz/rubriky/domaci/clk-odchodu-lekaru-do-ciziny-letos-znepokojive-pribyva_315301.html>.
- WHO. 1997. *WHOQOL – Measuring Quality of Life* [online]. World Health Organization. Dostupné z: <http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf>.

MARTINA ŠIMKOVÁ

je čerstvou absolventkou doktorského studijního programu Statistika na Fakultě informatiky a statistiky na Vysoké škole ekonomické v Praze. Od roku 2012 pracuje na Českém statistickém úřadě v Odboru národních účtů a nyní působí také na Katedře demografie Vysoké školy ekonomické v Praze jako externí akademická pracovnice. Zabývá se sociálně-ekonomickými souvislostmi stárnutí populace.

JITKA LANGHAMROVÁ

vystudovala Vysokou školu ekonomickou v Praze. V současnosti je vedoucí Katedry demografie na Fakultě informatiky a statistiky na Vysoké škole ekonomické v Praze. Specializuje se na výzkum v oblasti stárnutí populace, sociální a regionální demografii. Je autorkou řady odborných knih, výzkumných studií a učebních textů.

SUMMARY

Population ageing is a very large and serious issue. The efficiency of the pension system and extending the retirement age are prominent topics of public debate. However, many areas of human life are affected by population ageing, even some that are not obvious at first sight. All relevant factors – economic, but also not economic – should be considered so that the Czech population is able to face long-term demographic changes. Among the relevant factors that are not economic it is impossible to include the health of elderly people, their living standards, and the safety and quality of social and health care for infirm people. The question of social services remains more or less unaddressed. The financial burden on the state budget and the availability and regionalisation of social services for seniors are currently being discussed. However, the issue

of the need for staff in the area of social care services is very rarely mentioned.

This article introduces the less often explored qualitative aspects of population into the discussion. The authors' calculations show that life expectancy is increasing, but so are years spent in bad health, at the expense of years spent in good health. The analysis of consumption expenditures shows that changes in the age structure of the population are leading to an increase in the expenditures of pensioners, especially expenditures on specific goods and services (health and social expenditures). It follows that there is a need for medical experts and staff in health and social services. There is currently an insufficient number of such personnel, that is, the number of qualified persons is not increasing at the pace necessary to ensure adequate quality of care.