Vysoká škola ekonomická v Praze

Fakulta informatiky a statistiky

Důsledky stárnutí obyvatelstva na sociální a zdravotní systém v Jihočeském kraji

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: Kvantitativní metody v ekonomice

Studijní obor: Sociálně ekonomická demografie

Autor: Veronika Skoblíková

Vedoucí bakalářské práce: doc. Ing. Ladislav Průša, CSc.

Praha, květen 2019

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci Důsledky stárnutí obyvatelstva na sociální a zdravotní systém v Jihočeském kraji vypracovala samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury.

V Praze dne 3. května 2019 .....

Veronika Skoblíková

Poděkování

V první řadě bych chtěla poděkovat doc. Ing. Ladislavovi Průšovi, CSc. za odborné vedení mé bakalářské práce a věcné náměty a připomínky, dále za poskytnutí interních dat z Výzkumného ústavu práce a sociálních věcí. V neposlední řadě děkuji svému partnerovi, rodině a přátelům za podporu při psaní této práce.

Abstrakt

Bakalářská práce je zaměřena na problematiku stárnutí obyvatelstva v Jihočeském kraji. Cílem práce je analyzovat a předpovědět demografické důsledky způsobené zvyšováním naděje dožití a zároveň snižováním porodnosti. Varovným signálem této práce je projekce obyvatelstva Jihočeského kraje do roku 2037, která souvisí s otázkou zajištění dostačující péče pro seniory v tomto kraji. V práci jsou vyjmenovány sociální služby pro seniory dostupné v České republice. Tyto služby a kapacity v jednotlivých zařízeních poskytujících sociální služby pro seniory jsou nadále analyzovány. Navazujícím tématem na sociální služby jsou vybrané služby zdravotní péče a hospice v Jihočeském kraji. Kromě demografické analýzy a analýzy kapacity v jednotlivých zařízeních poskytujících sociální služby pro seniory je v práci zkoumán předpokládaný vývoj počtu příjemců příspěvku na péči, který navazuje na projekci obyvatelstva Jihočeského kraje do roku 2037. Vývoj počtu příjemců je zpracován podle dvou scénářů – statického a dynamického. Závěr této práce shrnuje všechny dopady vzniklé vlivem stárnutí populace v Jihočeském kraji.

Klíčová slova

stárnutí populace, sociální služby, domov pro seniory, domov se zvláštním režimem, příspěvek na péči, demografická projekce, Jihočeský kraj

JEL klasifikace

J 11

Abstract

The bachelor thesis focuses on the issue of population ageing in the South Bohemian Region. The aim of the thesis is to analyse and predict the demographic consequences caused by the increasing life expectancy, concurrent with declining birth rate. The red flag of the thesis is the projection of the population of the South Bohemian Region until 2037 related to the matter of providing sufficient care to seniors in the region. The work lists social services for seniors available in the Czech Republic. These services and the capacities of the individual facilities providing social services to seniors are then analysed. The topic of social services is followed with selected medical services and hospices in the South Bohemian Region. Alongside with the demographic analysis and the analysis of the capacity in the individual facilities providing social services to seniors, the thesis also examines the anticipated development in the number of care allowance recipients, following the projection of the population of the South Bohemian Region until 2037. The development in the number of recipients is prepared based on two scenarios – static and dynamic. The conclusion of the thesis summarises all the impacts of population ageing in the South Bohemian Region.

Keywords

population ageing, social services, retirement home, home with a special plan, care allowance, demographic projection, South Bohemian Region

JEL Classification

J 11

Obsah

Úvod 10
1 Teoretická část 12
1.1 Demografický vývoj v České republice 12
1.1.1 Sundbärgovy populační typy 12
1.1.2 Populační prognózy a projekce 13
1.1.3 Hranice důchodového věku 13
1.1.4 Index hospodářského zatížení 14
1.2 Systém sociálního zabezpečení v České republice 15
1.2.1 Způsob financování sociálních služeb 16
1.2.2 Příspěvek na péči 17
1.3 Sociální služby pro seniory v České republice 18
1.3.1 Domov pro seniory 18
1.3.2 Domov se zvláštním režimem 18
1.3.3 Týdenní stacionář 18
1.3.4 Denní stacionář 18
1.3.5 Odlehčovací služba 19
1.3.6 Pečovatelská služba 19
1.3.7 Osobní asistence 19
1.4 Systém zdravotní péče v České republice 20
1.4.1 Pobyt ve zdravotnickém zařízení 20
1.4.2 Pobyt ve zdravotnicko-sociálním zařízení 21
1.4.3 Způsob financování zdravotních služeb 21
2 Analytická část 22
2.1 Demografická analýza Jihočeského kraje 22
2.1.1 Průměrný věk 23
2.1.2 Index hospodářského zatížení 24
2.2 Vývoj celkové kapacity v jednotlivých zařízeních pro seniory v Jihočeském kraji 26
2.2.1 Vývoj kapacity v domovech pro seniory 26
2.2.2 Vývoj kapacity v domovech se zvláštním režimem 28
2.2.3 Vývoj kapacity v týdenních stacionářích 30
2.2.4 Vývoj kapacity v denních stacionářích 30
2.2.5 Vývoj celkového počtu zařízení pro seniory a podílu zařízení poskytující odlehčovací služby 31

2.2.6 Počet bytů v domovech s pečovatelskou službou v Jihočeském kraji 32
2.3 Počet lůžek ve zdravotnických a zdravotnicko-sociálních zařízeních 33
2.3.1 Počet lůžek v léčebnách dlouhodobě nemocných v Jihočeském kraji 33
2.3.2 Hospice v Jihočeském kraji 34
3 Prognostická část 35
3.1 Projekce obyvatelstva Jihočeského kraje do roku 2037 35
3.2 Projekce počtu příjemců příspěvku na péči v Jihočeském kraji do roku 2037 36
3.2.1 Statický scénář 36
3.2.2 Dynamický scénář 37
Závěr 43
Použitá literatura 46

Seznam obrázků

Obr. 1.1 Sundbärgovy populační typy (zdroj: demografie.info) 13

Obr. 2.1 Demografická struktura Jihočeského kraje k 31.12.2017 (data ČSÚ, vlastní zpracování) 23

Obr. 2.2 Průměrný věk celkové populace v roce 2017 v České republice, v Jihočeském kraji a v okresech Jihočeského kraje (data ČSÚ, vlastní zpracování) 24

Obr. 2.3 Indexy hospodářského zatížení podle OSN v roce 2017 v České republice, v Jihočeském kraji a v okresech Jihočeského kraje (data ČSÚ, vlastní zpracování) 25

Obr. 2.4 Indexy hospodářského zatížení seniorů v roce 2017 v České republice, v Jihočeském kraji a v okresech Jihočeského kraje (data ČSÚ, vlastní zpracování) 26

Obr. 2.5 Vývoj počtu míst v domovech pro seniory a vývoj počtu míst v domovech pro seniory na 1000 osob starších 65 let (data ČSÚ, vlastní zpracování) 27

Obr. 2.6 Vývoj počtu míst v domovech pro seniory a vývoj počtu míst v domovech pro seniory na 1000 osob starších 80 let (data ČSÚ, vlastní zpracování) 28

Obr. 2.7 Vývoj počtu míst v domovech se zvláštním režimem a vývoj počtu míst v domovech se zvláštním režimem na 1000 osob starších 65 let (data ČSÚ, vlastní zpracování) 29

Obr. 2.8 Vývoj počtu míst v domovech se zvláštním režimem a vývoj počtu míst v domovech se zvláštním režimem na 1000 osob starších 80 let (data ČSÚ, vlastní zpracování) 29

Obr. 2.9 Vývoj počtu míst v týdenních stacionářích a vývoj počtu míst v týdenních stacionářích na 1000 osob starších 65 let (data ČSÚ, vlastní zpracování) 30

Obr. 2.10 Vývoj počtu míst v denních stacionářích a vývoj počtu míst v denních stacionářích na 1000 osob starších 65 let (data ČSÚ, vlastní zpracování) 31

Obr. 2.11 Vývoj celkového počtu zařízení pro seniory a podílu zařízení poskytující odlehčovací služby k 31.12. v letech 2007–2017 v Jihočeském kraji (data ČSÚ, Registr poskytovatelů sociálních služeb, vlastní zpracování) 32

Obr. 2.12 Počet bytů v domovech s pečovatelskou službou v Jihočeském kraji ve srovnání s ostatními kraji v roce 2016 (data ČSÚ, vlastní zpracování) 33

Obr. 3.1 Demografická struktura obyvatelstva v Jihočeském kraji v roce 2017 a 2037 (data ČSÚ, vlastní zpracování) 35

Obr. 3.2 Předpokládaný vývoj počtu příjemců příspěvku na péči starších 65 let v Jihočeském kraji v letech 2022–2037 podle statického scénáře (data ČSÚ, VÚPSV, vlastní zpracování) 37

Obr. 3.3 Podíl počtu příjemců příspěvku na péči na celkovém počtu obyvatel v jednotlivých věkových skupinách a stupních závislosti v Jihočeském kraji v roce 2014 - MUŽI (data ČSÚ, VÚPSV, vlastní zpracování) 39

Obr. 3.4 Podíl počtu příjemců příspěvku na péči na celkovém počtu obyvatel v jednotlivých věkových skupinách a stupních závislosti v Jihočeském kraji v roce 2017 - MUŽI (data ČSÚ, VÚPSV, vlastní zpracování) 39

Obr. 3.5 Podíl počtu příjemců příspěvku na péči na celkovém počtu obyvatel v jednotlivých věkových skupinách a stupních závislosti v Jihočeském kraji v roce 2014 – ŽENY (data ČSÚ, VÚPSV, vlastní zpracování) 40

Obr. 3.6 Podíl počtu příjemců příspěvku na péči na celkovém počtu obyvatel v jednotlivých věkových skupinách a stupních závislosti v Jihočeském kraji v roce 2017 – ŽENY (data ČSÚ, VÚPSV, vlastní zpracování) 40

Obr. 3.7 Předpokládaný vývoj počtu příjemců příspěvku na péči starších 65 let v Jihočeském kraji v letech 2022–2037 podle dynamického scénáře (data ČSÚ, VÚPSV, vlastní zpracování) 42

Úvod

Stárnutí populace patří nejen k otázkám demografů, ale jedná se o politicko-ekonomické téma, které je čím dál více aktuální a stále diskutovanější. Dopady demografického stárnutí obyvatelstva nepostihnou jen jedince, ale i jejich rodiny, blízké okolí a celý sociální i zdravotní systém v České republice. Může nastat situace, že se lidé vrátí zpátky k tradiční rodině a budou žít tři generace pod jednou střechou. V jaké situaci se nachází sociální a zdravotní systém v Jihočeském kraji dnes a do jaké situace bude směřovat v budoucnu, nastíní tato práce.

Demografické stárnutí obyvatelstva patří mezi aktuální témata. Jedním z důvodů, proč jsem si toto téma vybrala, byla právě aktuálnost tohoto tématu. Práce se zaměřuje na Jihočeský kraj. Toto místo je mi blízké, protože odtud pocházím. Kraj patří mezi rozlohou největší kraje České republiky a nachází se v něm hustotou zalidnění odlišné okresy. Dále mě zajímala aktuální demografická situace v Jihočeském kraji a jak se tato situace za 20 let vyvine.

Cílem této práce je provedení demografické analýzy a zanalyzování aktuální situace kapacity v jednotlivých zařízeních poskytujících sociální služby pro seniory v Jihočeském kraji, odhad budoucího vývoje populace projekcí obyvatelstva Jihočeského kraje do roku 2037 a vývoj počtu příjemců příspěvku na péči navazující na tuto populační projekci. Hlavním tématem práce je zaměření se na sociální systém a případné propojení se zdravotním systémem.

V práci je provedena demografická analýza současné situace Jihočeského kraje. Dále je sestavena projekce obyvatelstva Jihočeského kraje do roku 2037 kohortně-komponentní metodou. Do projekce není zahrnuta migrace. Z této projekce je odvozena projekce příjemců příspěvku na péči do roku 2037. Budoucí vývoj příjemců příspěvku na péči je zkoumán podle dvou scénářů – statického a dynamického.

Teoretická část začíná vymezením základních demografických pojmů, jako je stárnutí populace, index hospodářského zatížení, populační prognóza a projekce. Hlavním kritériem je definování pojmu senior, který se prolíná celou bakalářskou prací. Dále jsou charakterizovány systémy poskytující sociální služby a zdravotní péči v České republice. Oba dva systémy jsou diferencovány. Systém sociálního zabezpečení spadá pod Ministerstvo práce a sociálních věcí, naopak systém zdravotní péče je začleněn pod Ministerstvo zdravotnictví České republiky. V této části bakalářské práce jsou shrnuty jednotlivé sociální služby a vybrané zdravotní služby pro seniory dostupné v Jihočeském kraji.

V druhé kapitole je vyobrazena demografická struktura mužů a žen sledovaného kraje v roce 2017. Jednotlivé okresy v Jihočeském kraji jsou porovnávány podle průměrného věku a indexu hospodářského zatížení. Dále jsou analyzovány kapacity v jednotlivých zařízeních určených pro seniory – domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, denní a týdenní stacionáře. Ve vztahu s vývojem kapacity v sociálních zařízeních je zkoumán

počet míst v jednotlivých zařízeních na 1000 seniorů. Dále je analyzován počet bytů v domovech s pečovatelskou službou. Cílem je stanovit aktuální situaci v zařízeních, která poskytují sociální služby pro seniory a navrhnout možná řešení na zvyšování kapacity v těchto zařízeních do budoucna.

V systému zdravotní péče Jihočeského kraje jsou sledovány kapacity v léčebnách dlouhodobě nemocných v jednotlivých nemocnicích Jihočeského kraje. Dalším cílem je posoudit, jestli v Jihočeském kraji existují zařízení pro seniory poskytující hospicovou péči.

V poslední části bakalářské práce je provedena projekce obyvatelstva do roku 2037, která zobrazuje důsledky absolutního i relativního stárnutí populace v Jihočeském kraji. Projekce je sestavena kohortně-komponentní metodou a do projekce není začleněna migrace. Cílem je zaměřit se na dopady plynoucí ze stárnutí obyvatelstva na sledovaném území. Na projekci obyvatelstva do roku 2037 v Jihočeském kraji navazuje odhad budoucího vývoje počtu příjemců příspěvku na péči. Na vývoj je nahlíženo podle dvou scénářů – statického a dynamického. Na závěr jsou shrnuty výsledky obou projekcí a možné návrhy na zlepšení situace.

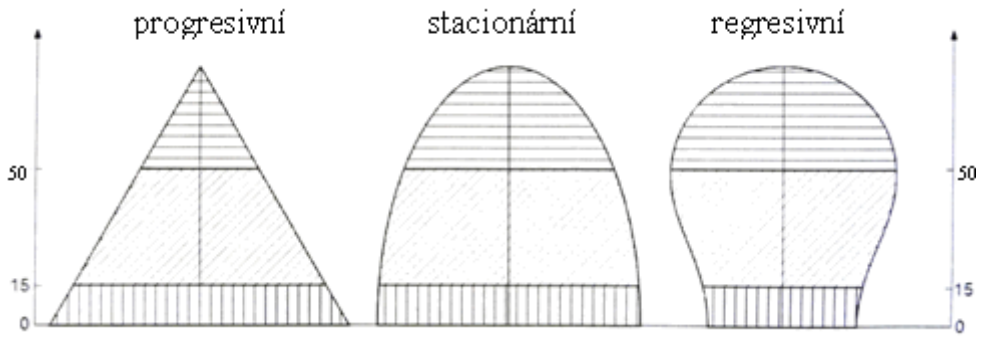
1 Teoretická část

1.1 Demografický vývoj v České republice

Podobně jako v jiných vyspělých zemích patří mezi hlavní rysy demografického vývoje v České republice **stárnutí populace**, někdy označováno jako demografické stárnutí. Je to proces, kde zároveň s klesající porodností roste naděje dožití, tím pádem ubývá potenciálně ekonomicky aktivních jedinců a narůstá počet seniorů, kteří se dožívají vyššího věku díky narůstající zdravé délce života, kdy lidé prožívají stále více let ve zdraví (Šídlo & Křesťanová, 2018). I přesto jsou mnohdy závislí na sociální péči či péči poskytované svými blízkými, tzv. **neformální péči**. *„Neformální péče je péče poskytovaná osobě závislé na podpoře, pomoci a péči jejími blízkými rodinnými příslušníky, příbuznými nebo známými“* (Pospíšil, 2016). Demografický vývoj se mnohdy také spojuje s pojmem **sendvičová generace**, kdy jde o generaci osob, které mají ještě nezaopatřené děti a zároveň rodiče v důchodovém věku, kteří vyžadují také péči. Tyto ekonomicky aktivní osoby se starají jak o své děti, tak zároveň o své rodiče (Katedra sociologie FF ZČU v Plzni, 2019).

1.1.1 Sundbärgovy populační typy

Přitom stárnutí populace není nový pojem. Již na počátku 20. století se švédský demograf Sundbärg zabýval touto problematikou a vytyčil 3 základní populační typy, dnes známé pod pojmem **Sundbärgovy populační typy** – progresivní, stacionární a regresivní. Zobrazují se pomocí věkových pyramid a osoby jsou rozděleny do 3 biologických generací – dětská, rodičovská a prarodičovská. Dětská generace je brána od narození dítěte do 14. dokončeného roku dítěte. Rodičovská generace se pohybuje v dokončených letech 15–49. Do prarodičovské generace patří osoby starší 50 dokončených let (Koschin et al, 2004). Progresivní typ převažuje hlavně v rozvojových zemích, kde je široká dětská základna a postupně se pyramida zužuje. Jde tu spíše o mladou populaci s nízkým průměrným věkem a nízkou nadějí života. Druhým typem je typ stacionární. Jak napovídá název, stav obyvatelstva se rapidně nemění, zemřelé osoby nahrazují živě narození. Jde spíše o hypotetický typ. Posledním typem je regresivní, ve kterém populace stárne, jak absolutně, tak i relativně. Relativní stárnutí populace se týká základny věkové pyramidy, kdy se rodí méně dětí a tím pádem ubývá předproduktivní složka. Absolutní stárnutí populace naopak znamená, že se zvětšuje postproduktivní složka tím, že narůstá naděje dožití a zároveň se snižuje úmrtnost. Lidé se tedy dožívají vyššího věku. Relativní a absolutní stárnutí populace probíhá většinou současně (Koschin, 2005).



Obr. 1.1 Sundbärgovy populační typy (zdroj: demografie.info)

1.1.2 Populační prognózy a projekce

Jak rychle populace stárne a jak se tedy bude vyvíjet plodnost, úmrtnost a migrace, lze odhadnout populačními prognózami a projekcemi. Prognóza vychází ze současné velikosti a struktury populace daného územního celku, zároveň bere v potaz, jak se vyvíjela populace v minulosti na daném území. Z tohoto poznatku se pak dále usuzuje, jak se bude populace na tomto místě vyvíjet. S délkou prognózy narůstá riziko nastání prognózy. Proto se vždy sestavují 3 varianty – nízká, střední a vysoká (Poláková & Klufová, 2010). V České republice sestavování všech tří variant spadá pod Český statistický úřad, katedru demografie Přírodovědecké fakulty Univerzity Karlovy a Fakulty informatiky a statistiky Vysoké školy ekonomické v Praze (Burcin & Kučera & Šídlo, 2007). S nejpravděpodobnějším nastáním prognózy se shoduje nejvíce střední varianta. Nízká a vysoká tvoří krajní varianty možného rozpětí populačního vývoje. Nízká je spíše více pesimistická, naopak vysoká varianta nabírá optimistický směr (Štyglerová & Němečková & Šimek, 2014). Prognózy se sestavují na určité období, podle toho se rozdělují na krátkodobé, střednědobé a dlouhodobé. Krátkodobé jsou sestavovány na 10 let. Střednědobé jsou nejvíce využívány a jsou na 10–25 let. Dlouhodobými projekcemi jsou označovány projekce na 25 let a více. Dalším dělením prognóz je rozdělení z hlediska administrativních celků – regionální, národní a nadnárodní. Mezi základní metody patří extrapolace a komponentní metoda s migrací či bez migrace (Poláková & Klufová, 2010). Na základě prognózy se sestavuje projekce, která je v určitém smyslu vždy „správná, pravdivá, podle skutečnosti“. V projekci lze udělat chybu pouze v matematickém výpočtu, jelikož projekce obyvatelstva je pouze předpověď do budoucnosti, jelikož nelze dopředu určit jakým směrem povede ekonomický a politický vývoj, tedy není schopna odhadnout nastání a dopady vnějších vlivů – hospodářské krize, epidemie, války, přírodní katastrofy a podobně (Štyglerová & Němečková & Šimek, 2014).

Mezi **základní pojmy** populační projekce patří práh, krok a horizont projekce. Prahem se rozumí okamžik věkové struktury, ze které projekce vychází. Krok projekce je časový interval o délce h. Může být jednoletý či pětiletý. Horizont projekce je nejvzdálenějším okamžikem odhadované věkové struktury (Štědron et al, 2012).

1.1.3 Hranice důchodového věku

V České republice není definována jednotná hranice odchodu do důchodu až do roku 2030. V této práci je seniorem myšlena osoba starší 65 let (zkráceně 65+). Vychází

se z ekonomických generací, kdy poproduktivní skupinu tvoří právě osoby starší 65 let (Koschin, 2005). Právě změnou zákona č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění došlo k zastropování věku odchodu do důchodu na 65 let a s tím související sjednocení důchodového věku pro muže i ženy. Toto ustanovení se týká lidí, kteří půjdou do penze po roce 2030. O statutárním důchodovém věku se zmiňuje i profesor Ing. Jaroslav Vostatek, CSc.: *„Vedoucí příslušného týmu Kučera přitom očekává, že v roce 2030 bude střední očekávaná délka života osob ve věku 65 let na úrovni 20 let,“* což se rovná čtvrtině podílu doby strávené v průměru v důchodu na celkové době života těchto osob (Vostatek, 2016).

1.1.4 Index hospodářského zatížení

Index hospodářského zatížení je ukazatelem, který je ve vztahu s ekonomickými generacemi. Ekonomické generace se rozdělují do 3 skupin – předproduktivní, produktivní a postproduktivní. Předproduktivními jsou osoby ve věku 0–19. Produktivní generaci tvoří 20–64leté osoby. Poproduktivní generací jsou nazývány osoby starší 65 let.

Index hospodářského zatížení udává, kolik osob musí 1 člověk v produktivním věku včetně sebe zabezpečit. Index je podíl součtu všech ekonomických generací na produktivní generaci. Předproduktivní a poproduktivní generace je vynásobena koeficientem 0,7, jelikož se předpokládá, že osoby v předproduktivním a poproduktivním věku mají nižší spotřebu (Koschin, 2005). Váhy jsou stanovené podle Organizace spojených národů (OSN)[1]

$$IHZ = \frac{I_{eg} \cdot 0,7 + II_{eg} + III_{eg} \cdot 0,7}{II_{eg}}. \tag{1.1}$$

Index hospodářské zatížení podle OSN nerozlišuje, která ze zbylých dvou generací je více závislá na produktivní generaci. Existují dva typy indexů hospodářského zatížení, které tuto závislost rozlišují. První typ indexu se nazývá index hospodářské závislosti mladých, mnohdy označován jako tzv. index zeleného zatížení. Druhým typem je index hospodářské závislosti seniorů, tzv. index šedého zatížení.

Index hospodářské závislosti mladých je podíl osob v předproduktivním věku na produktivní generaci

$$IHZ_M = \frac{I_{eg}}{II_{eg}}. \tag{1.2}$$

[1] Dostupné z: https://nb.vse.cz/kdem/EKODEM6.pdf

Index hospodářské závislosti seniorů je podíl osob poproduktivní generace na produktivní generaci (Koschin, 2005)

$$IHZ_S = \frac{III_{eg}}{II_{eg}}. \tag{1.3}$$

1.2 Systém sociálního zabezpečení v České republice

Systém se rozděluje na 3 hlavní oblasti – sociální pojištění, sociální podporu a sociální pomoc. **Sociální pojištění** řeší situace ex-ante, tedy takové situace, na které se lze připravit. Systém sociálního pojištění zahrnuje důchodové a nemocenské pojištění a příspěvek na státní politiku zaměstnanosti. Mezi základní dávky důchodového pojištění patří důchody starobní, invalidní a pozůstalostní – vdovský, vdovecký a sirotčí. Do nemocenského pojištění se řadí nemocenská, peněžitá pomoc v mateřství, dávka otcovské poporodní péče, ošetřovné, dlouhodobé ošetřovné a vyrovnávací příspěvek v těhotenství a mateřství. **Sociální podpora** tvoří systém finančních dávek určených především pro rodiny s nezaopatřenými dětmi. Dávky se dělí na testované, které závisí na příjmu, a netestované. **Sociální pomoc** je určená osobám, které se nachází v sociální nouzi či v hmotné nouzi a svou situaci nejsou schopny řešit samy ani s pomocí rodiny (Arnoldová, 2012).

Práce se opírá o Národní strategii rozvoje sociálních služeb na období 2016–2025 (dále jen NSRSS). **Služby sociální péče** jsou takové služby, které pomáhají osobám zajistit, aby byly jak po fyzické, tak po psychické stránce soběstačné, aby se mohly znovu zapojit do svého běžného života a v případech, kdy toto jejich stav neumožňuje, zajistit jim důstojné zacházení a prostředí. Každý má právo na poskytování služeb sociální péče (Pospíšil, 2016).

Sociálním zabezpečením je brána finanční či věcná podpora od státu občanům daného státu při nastalých sociálních událostech. **Sociální událostí** je myšlena nepříznivá životní situace, kterou člověk není schopen sám svými vlastními prostředky vyřešit. Nepříznivou životní situací se rozumí událost spojená se zdravím či zdravotním stavem člena domácnosti (nemoc, ošetřování), rodinou (těhotenství, narození dítěte, mateřství, ztráta živitele rodiny), věkem (stáří, ztráta partnera, invalidita), nezaměstnaností (ztráta zaměstnání), chudobou (nízký příjem) či nepřizpůsobením se společnosti (bezdomovectví) (Nečadová, 2015). Systém sociálního zabezpečení je definován jako systém institucí, zařízení a opatření, které pomáhají předcházet, zmírňovat a odstraňovat následky sociálních událostí občanů (Krebs, 2010). Je součástí sociální politiky státu, kterou nelze jednoduše definovat, ale jde o soubor opatření státu a dalších subjektů směřující ke zlepšení základních životních podmínek obyvatelstva.

Cílem NSRSS, který je úzce spjat s její vizí, je myšleno: „*V ČR existuje flexibilní síť sociálních služeb, která pomáhá řešit potřeby osob nacházejících se v nepříznivé sociální situaci a je financována transparentním, efektivním a spravedlivým systémem*“ (Pospíšil, 2016). **Síť sociálních služeb** je myšlena jako soubor sociálních služeb a je zahrnována do střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb kraje. Správci sítě sociálních služeb jsou především instituce státní správy či samosprávy. ***„Sociální službou*** *se rozumí činnost*

nebo soubor činností zajišťující pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence," podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění (dále jen zákon o sociálních službách). Sociální služby napomáhají řešit nepříznivou sociální situaci občanů na území kraje, a to s dostačující kvalitou a na základě dostupnosti těchto služeb v daném kraji. Člověk se ocitne v nepříznivé sociální situaci, když přijde o schopnost řešit situace tak, aby jejich řešení byla v souladu sociálního začlenění a pod ochranou před sociálním vyloučením. O tuto schopnost může přijít z důvodu vyššího věku, nepříznivého zdravotního stavu, špatných životních návyků a nedbalého způsobu života (více v zákoně o sociálních službách). Na základě toho jsou zjišťovány potřeby a dostupné finanční zdroje osob v nepříznivé sociální situaci (Pospíšil, 2016).

Zadavateli sociálních služeb jsou především kraje a obce, v národním pojetí stát, který poskytuje dotace krajům a obcím k financování základních sociálních služeb. **Poskytovatelé sociálních služeb** jsou právnické nebo fyzické osoby, které mají k této činnosti oprávnění dle zákona o sociálních službách. Mezi poskytovatele se neřadí rodinní příslušníci, kteří poskytují již zmíněnou neformální péči, a taktéž takové subjekty, které nejsou zavedeny v Registru poskytovatelů sociálních služeb. Poskytovateli jsou především neziskové organizace či organizace zřízené státem, krajem nebo obcí. Kraje také dofinancovávají rozdíly, tzv. **vyrovnávacími platbami**, které poskytovatel sociálních služeb potřebuje k dokrytí nákladů spojených s poskytováním sociálních služeb klientům. **Uživatelé neboli klienti sociálních služeb** jsou osoby s trvalým pobytem v České republice, osoby, kterým byl umožněn azyl na území našeho státu, dále se mezi klienty sociálních služeb řadí občané a rodinní příslušníci občana členského státu Evropské unie, a též cizinci, kteří mají povolení k dlouhodobému pobytu po dobu delší než 3 měsíce (MPSV, 2017).

V dnešní době Česká republika usiluje o **deinstitucionalizaci** sociálních služeb, která je brána z národního pohledu jako dlouhodobý a postupný proces transformace institucionální péče v péči komunitní (Pospíšil, 2016). **Transformace sociálních služeb** zahrnuje všechny změny vzniklé v řízení, financování, vzdělávání, místě a formě poskytování sociálních služeb (Pospíšil, 2016).

1.2.1 Způsob financování sociálních služeb

V paragrafu §101a až §105 zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, lze nalézt základní parametry financování sociálních služeb. Mezi hlavní způsoby financování sociálních služeb patří dotace poskytované státem, příspěvek na péči, příspěvky krajů, měst, obcí, úhrady klientů sociálních služeb, úhrady za poskytovanou péči v pobytových zařízeních sociálních služeb, evropské zdroje a sponzorské dary.

Po novelizaci zákona o sociálních službách v roce 2014 přešlo poskytování dotací na sociální služby z úrovně Ministerstva práce a sociálních věcí na kraje. Toto ustanovení se netýká nadregionálních sociálních služeb. Ministerstvo práce a sociálních věcí poskytuje krajům účelovou dotaci ze státního rozpočtu k financování základních sociálních služeb. Dotace plynou od státu i přímo poskytovatelům sociálních služeb. Evropská unie a Evropské hospodářské společenství poskytuje dotace na rozvoj vzdělávání sociálních pracovníků, na podporu kvality sociálních služeb a zpracování střednědobých plánů rozvoje sociálních

služeb jednotlivých krajů. Finanční prostředky na sociální služby se uvolňují i z rozpočtu územních samospráv. Jedná-li se o pobytové služby, tak zde dochází ke spolufinancování ze zdrojů veřejného zdravotního pojištění (Pospíšil, 2016). Dalším způsobem financování sociálních služeb může být příspěvek na péči.

1.2.2 Příspěvek na péči

Příspěvek na péči se řadí mezi relativně nové sociální dávky. Byl začleněn jako jeden z možných způsobů financování sociálních služeb v roce 2007 po vstoupení platnosti zákona o sociálních službách. Jak uvádí Průša: „*Příspěvek na péči je v současné době podle platné právní úpravy poskytován ve čtyřech stupních závislosti osobám, které z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebují pomoc jiné fyzické osoby při péči o sebe a při zajištění vlastní soběstačnosti*“ (Průša, 2018). Stupeň závislosti se posuzuje podle schopnosti zvládání základních životních potřeb, jako je mobilita, orientace, stravování, tělesná hygiena, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví, oblékání a obouvání, komunikace, péče o domácnost a osobní aktivity. **Dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav** znamená takový zdravotní stav, který podle lékařů trvá déle než jeden rok a omezuje funkční schopnosti nutné pro zvládání základních životních potřeb (Pospíšil, 2016).

Osoba, která je starší 18 let, se považuje za závislou na pomoci jiné fyzické osoby

- ve stupni I neboli při lehké závislosti, jestliže není schopna zvládat 3 nebo 4 základní životní potřeby z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu,
- ve stupni II neboli při středně těžké závislosti, jestliže není schopna zvládat 5 nebo 6 základních životních potřeb z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu,
- ve stupni III neboli při těžké závislosti, jestliže není schopna zvládat 7 nebo 8 základních životních potřeb z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu,
- ve stupni IV neboli při úplné závislosti, jestliže není schopna zvládat 9 nebo 10 základních životních potřeb z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu,

a vyžaduje každodenní pomoc, dohled nebo péči jiné fyzické osoby (Průša, 2018).

Cílem zavedení příspěvku na péči jako dalšího způsobu financování sociálních služeb je především zajistit svobodnou volbu způsobu zabezpečení služeb a spoluúčast na financování těchto služeb formou již zmíněného příspěvku. Mezi další cíle patří nastavení stejných podmínek pro získání peněžních prostředků všemi subjekty a zahájení procesu deinstitucionalizace a individualizace péče (Průša, 2007).

1.3 Sociální služby pro seniory v České republice

Mezi sociální služby pro seniory v České republice patří domov pro seniory, domov se zvláštním režimem, týdenní stacionář, denní stacionář, odlehčovací služba, pečovatelská služba a osobní asistence. Tyto služby jsou poskytovány za úhradu, není-li uvedeno jinak (MPSV, 2017). Mezi základní činnosti sociální služeb pro seniory jsou podle zákona o sociálních službách garantovány tyto činnosti: *„pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování, popřípadě přenocování, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.“*

1.3.1 Domov pro seniory

Domov pro seniory je druh sociální služby poskytující pobyt dlouhodobě osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu vyššího věku. Tyto senioři se neobejdou bez pravidelné pomoci jiné osoby. Služba zahrnuje především ubytování a stravování, poskytování pomoci při zvládání každodenních činností a pomoci při osobní hygieně, navázání kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti, pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů (MPSV, 2017).

1.3.2 Domov se zvláštním režimem

Domov se zvláštním režimem nabízí dlouhodobé pobytové služby osobám, které mají sníženou samostatnost na péči o vlastní osobu z důvodu chronického duševního onemocnění či jsou závislí na návykových látkách, dále domov se zvláštním režimem je určen osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a s ostatními typy demence. Jejich životní situace nárokuje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Režim a vybavení v těchto zařízeních při poskytování sociálních služeb jsou přizpůsobeny specifickým nárokům těchto osob. Dále jsou jim garantovány všechny základní činnosti sociálních služeb (MPSV, 2017).

1.3.3 Týdenní stacionář

Týdenní stacionář je zařízení, které poskytuje pobytové služby osobám, kteří jsou méně soběstační a nedokáží samostatně fungovat z důvodu vyššího věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení. Tyto osoby jsou v takové situaci, ve které jsou odkázány na pomoc jiné fyzické osoby. Osoby nejsou schopny do zařízení docházet či dojíždět, proto jim je umožněna pobytová služba a ostatní základní činnosti sociálních služeb (MPSV, 2017).

1.3.4 Denní stacionář

Na rozdíl od týdenního stacionáře je denní stacionář takové zařízení, které nabízí pouze ambulantní služby osobám, které z určitých důvodů (vyšší věk, forma demence či zdravotní postižení) mají sníženou schopnost pohybu a soběstačnosti. Tyto osoby jsou závislé

na pravidelné pomoci jiné fyzické osoby. Do stacionáře osoby docházejí denně či je jim poskytnuta doprava do/ze zařízení. Jsou jim garantovány všechny základní činnosti sociálních služeb kromě poskytnutí ubytování (MPSV, 2017).

1.3.5 Odlehčovací služba

Odlehčovací služby poskytují všechny vyjmenované základní činnosti. Odlehčovací služby jsou určeny osobám se sníženou schopností pohybu a soběstačností z důvodu vyššího věku, chronického onemocnění (např. osoby s různou formou demence) či zdravotního postižení. Tyto osoby jsou závislé na pomoci jiné fyzické osoby, většinou se o ně stará blízká osoba v domácnosti, jde o tzv. neformální péči. Cílem této služby je usnadnit práci pečující osobě. Formou poskytování odlehčovacích služeb jsou služby v terénu, ambulantní a pobytové služby. Těmito službami je osobě poskytnuta především pomoc při osobní hygieně, dochází zde i k zajištění stravy a zprostředkování kontaktu s blízkým okolím a vrstevníky (MPSV, 2017). Terénní služby jsou poskytovány v rámci domácí péče. K ošetřovanému dojíždí sociální pracovník. Naopak do zařízení s ambulantními službami se ošetřovaný dopravuje sám či mu je doprava zprostředkována. Zařízení s pobytovými službami, jak název napovídá, poskytuje pobyt ošetřovanému.

1.3.6 Pečovatelská služba

Pečovatelská služba je taková služba, která je poskytována v terénu či ambulantně osobám se sníženou samostatností a sníženou schopností pohybu ve většině případů je důvodem vyšší věk, chronické onemocnění či zdravotní postižení. Služba není poskytována jen seniorům a nemohoucím, ale také rodinám s dětmi, které se nacházejí v situaci, ve které potřebují pomoc jiné fyzické osoby. Poskytování služby je ve vyhrazeném čase umožněno v domácnosti osob či v zařízeních sociálních služeb. V rámci pečovatelské služby je poskytovaná pomoc při každodenních činnostech, především při osobní hygieně, zajištění stravy a fungování celkového chodu domácnosti. Tato služba jako většina sociálních služeb pro seniory v České republice je poskytována za úhradu. Za pečovatelskou službu neplatí rodiny s trojčaty či vícerčaty, účastníci odboje a pozůstalí manželé a manželky po účastnících odboje, kteří jsou starší 70 let. (MPSV, 2017)

1.3.7 Osobní asistence

Tato služba je prováděna v rámci přirozeného sociálního prostředí seniorům a zdravotně postiženým osobám, kteří jsou v situaci, kdy potřebují pomoc jiné fyzické osoby. Rozsah služby a čas výkonu osobní asistence jsou předem dohodnuty. Osobní asistence je nabídnuta osobám, aby s pomocí této služby zvládaly každodenní základní činnosti (MPSV, 2017).

1.4 Systém zdravotní péče v České republice

Systém je založen na povinném veřejném zdravotním pojištění, které odvádí jak zaměstnavatelé, tak zaměstnanci i sebezaměstnaní. Stát platí zdravotní pojištění za nezaopatřené děti, studenty, ženy na mateřské dovolené, osoby na rodičovské dovolené, poživatele důchodů a další. Tato celá skupina osob se nazývá státní pojištěnci. Ten, kdo platí zdravotní pojištění, je pojištěncem u zdravotní pojišťovny a zároveň příjemcem zdravotních služeb. V České republice se nachází 7 pojišťoven (MZČR, 2016). **Zdravotní pojišťovna** je instituce, které platí pojištěnec zdravotní pojištění (MZČR, 2012). Zdravotní péče je poskytovaná všem občanům i cizincům na území České republiky. Péče se rozděluje na ambulantní a lůžkovou péči, zdravotnickou záchrannou službu a pohotovostní službu, lázeňskou péči a lékárenskou péči (MZČR, 2012). **Poskytovatelem zdravotních služeb** se rozumí fyzická nebo právnická osoba, která má oprávnění k poskytování zdravotních služeb podle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, v platném znění (dále jen zákon o zdravotních službách)

1.4.1 Pobyt ve zdravotnickém zařízení

Práce se zabývá důsledky stárnutí obyvatelstva, tedy především se orientuje na starší osoby, které mnohdy díky nedostatku kapacit v domech pro seniory pobývají dlouhodobě na lůžku v nemocnici. Vyžaduje-li to charakter onemocnění, tak je pacientovi obvodním lékařem či specialistou doporučena léčba s pobytem na lůžku v zdravotnickém zařízení nebo mu ji sám lékař v tomto zařízení domluví (MZČR, 2012). Paragraf 9 v zákoně o zdravotních službách přímo definuje lůžkovou péči jako: *„zdravotní péči, kterou nelze poskytnout ambulantně a pro její poskytnutí je nezbytná hospitalizace pacienta.“* Lůžková péče musí být poskytována nepřetržitě.

Podle zákona o zdravotních službách se **lůžková péče** rozděluje na:

a) **akutní lůžkovou péči standardní**, která je poskytována pacientovi,

- který náhle onemocněl nebo se mu náhle zhoršila chronická nemoc, ohrožující jeho zdraví, ale nevedla bezprostředně k selhávání životních funkcí, nebo

- za účelem provedení zdravotních výkonů (např. operace), které nelze provést ambulantně či za účelem pooperační rehabilitace,

b) **akutní lůžkovou péči intenzivní**, jež je poskytována pacientovi v případech náhlého selhání nebo náhlého ohrožení základních životních funkcí či v případech, kdy lze tyto stavy předpokládat,

c) **následnou lůžkovou péči**, která je poskytována pacientovi, u kterého byla stanovena základní diagnóza a došlo ke stabilizaci jeho zdravotního stavu, ke zvládnutí náhlé nemoci nebo náhlého zhoršení chronické nemoci, a jehož zdravotní stav vyžaduje doléčení nebo poskytnutí zejména léčebně rehabilitační péče; dále pacientovi, který je částečně nebo úplně závislý na podpoře základních životních funkcí,

d) **dlouhodobou lůžkovou péči**, která je poskytována pacientovi, jehož zdravotní stav nelze léčebnou péčí podstatně zlepšit a bez soustavného poskytování ošetřovatelské péče se zhoršuje; dále též pacientovi s poruchou základních životních funkcí.

1.4.2 Pobyt ve zdravotnicko-sociálním zařízení

Lidé čím dál více vyhledávají zařízení, kde dbají jak na úctu k životu, tak na úctu k člověku samotnému. Tento typ ošetřování a opečovávání se nazývá hospic. Hospic nemocnému zaručuje, že: *„nebude trpět nesnesitelnou bolestí, v každé situaci bude respektována jeho lidská důstojnost a v posledních chvílích života nezůstane osamocen“* (Svatošová, 1995). Lidem je tu nabídnuta pomoc, kterou v nemocnici ani v domově pro seniory nenaleznou. Odborníci, ale i dobrovolníci se snaží pomoci člověku ať už po fyzické stránce, tak hlavně po psychické stránce. Doprovázejí nemocného obklopeného svými nejbližšími až na sklonek života (Svatošová, 1995).

Rozdělují se tři formy hospicové péče:

- **Domácí hospicová péče**
- **Stacionární hospicová péče (denní pobyty)**
- **Lůžková hospicová péče**

Forma domácí péče je pro všechny výhodná a ideální volba, ale ne vždy ta nejlepší. Omezujících faktorů je spousty, například jaké má rodina podmínky k bydlení, jaké jsou vztahy v rodině a také chybí proškolené sestry, které by mohly k nemocnému docházet. Proto existují ještě dva typy hospicové péče – denní stacionáře a lůžková péče v hospici. Denní pobyty jsou určeny pro pacienty, kteří v okolí svého bydliště mají takovéto zařízení, které hospicovou péči umožňuje. Nemocný denně dojíždí do stacionáře z důvodu diagnostického, léčebného, psychoterapeutického či azylového. Poslední možností je lůžkový hospic, kde nemocný pobývá 24 hodin denně. Může to býti z důvodu, že už není schopný dojíždět do zařízení každý den anebo on sám z vlastní vůle nechce být přítěží rodiny. Hospicová péče na lůžku je podobná jako lůžková péče v nemocnici s výjimkou, že nemocného může jeho okolí, odborný personál či dobrovolníci navštěvovat, kdykoliv on chce. Velkou předností hospice je důraz na spiritualitu seniorů. Proškolený personál podává pomocnou ruku na poslední cestě nemocnému (Svatošová, 1995).

1.4.3 Způsob financování zdravotních služeb

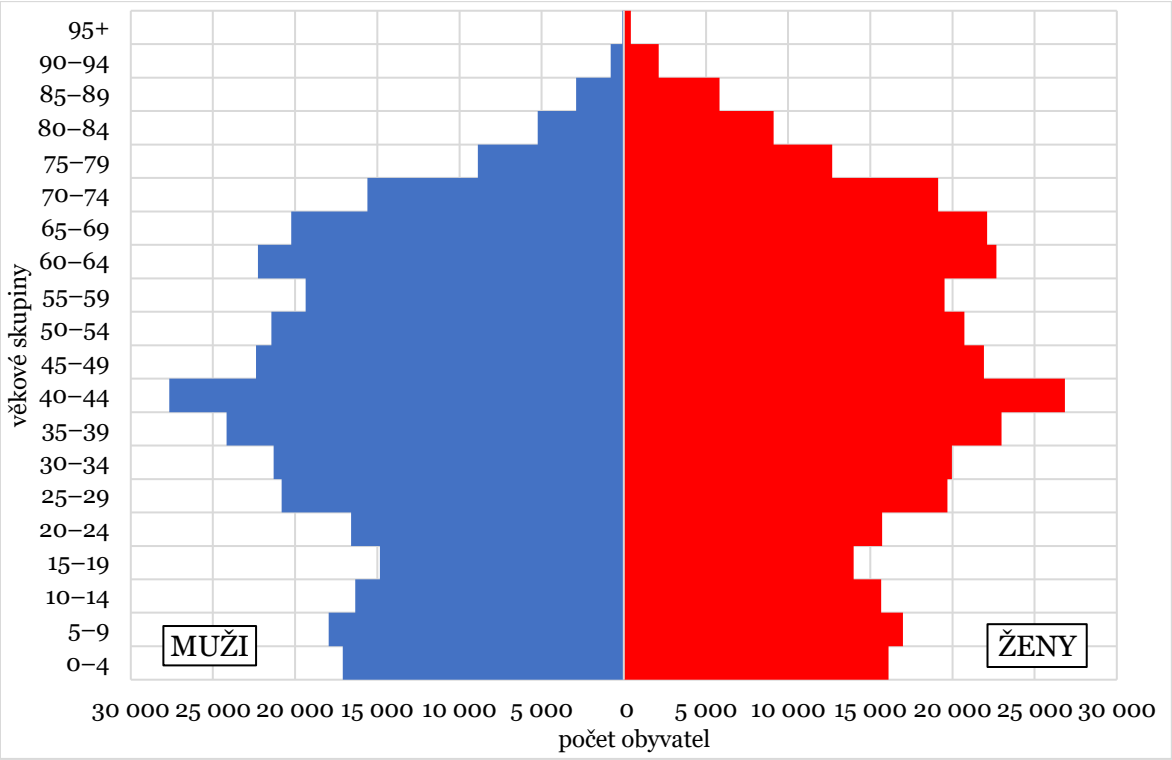
Veřejné výdaje na zdravotnictví jsou značně citlivé na demografický vývoj. Zdravotní péče je především hrazena z veřejných zdrojů. Hlavním zdrojem se bere veřejné zdravotní pojištění. Příjmy ze zdravotního pojištění plynou z pojistného placeného zaměstnanci, zaměstnavateli, sebezaměstnanými osobami a také státem za tzv. státní pojištěnce. Mezi další zdroje patří prostředky ze státního rozpočtu nebo z rozpočtů územně samosprávných celků (Národní rozpočtová rada, 2018).

2 Analytická část

Jihočeský kraj patří mezi rozlohou největší kraje České republiky. Po Středočeském zaujímá druhé místo s rozlohou 10 058 km². S počtem obyvatel se kraj nachází na sedmém místě ve srovnání s ostatními kraji. V tomto kraji žije podle nejnovějších údajů Českého statistického úřadu 642 133 obyvatel. Jihočeský kraj je rozdělen na 7 okresů – okres České Budějovice, okres Český Krumlov, okres Jindřichův Hradec, okres Tábor, okres Písek, okres Strakonice a okres Prachatice. Krajským městem jsou České Budějovice. Nejvíce obyvatel má okres České Budějovice, okres Tábor a okres Jindřichův Hradec. Naopak mezi okresy s nízkou hustotou osídlení patří okres Prachatice a okres Český Krumlov. Okres Jindřichův Hradec má více obyvatel než ostatní zbývající okresy, ale naopak hustotu osídlení má celkem nízkou díky jeho větší rozloze (Regionální informační servis, 2019).

2.1 Demografická analýza Jihočeského kraje

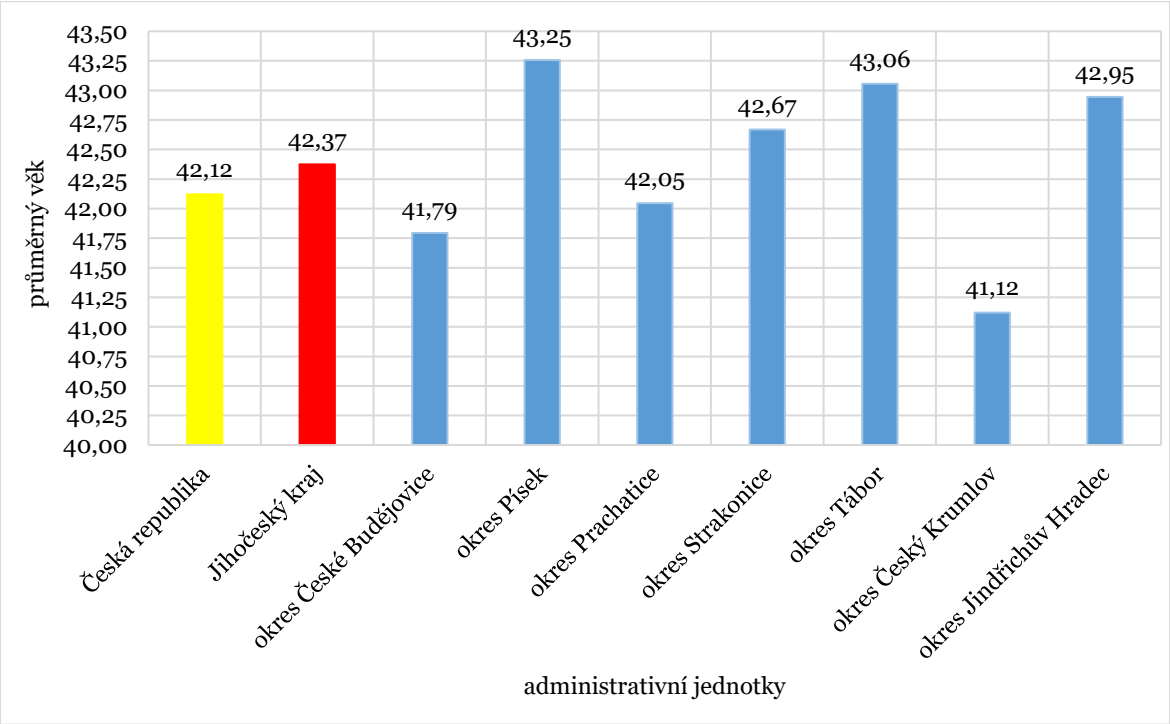
Demografická analýza Jihočeského kraje začíná zkoumáním demografické struktury k 31.12.2017 vyobrazené na obr. 2.1. Jde o tzv. strom života či věkovou pyramidu. Podle Sundbärga se jedná spíše o regresivní populační typ, kdy populace stárne od základny pyramidy, a zároveň i na vrcholu pyramidy (Koschin et al, 2004). Lze tedy na tomto obrázku sledovat, jak relativní stárnutí populace, tak absolutní stárnutí obyvatelstva Jihočeského kraje. Červenou barvou jsou vyznačeny ženy, modrou barvou muži. Na ose x jsou počty žen a mužů a na ose y je obyvatelstvo rozděleno do 5letých věkových skupin. Z grafu lze vyčíst, že se rodí čím dál tím méně dětí, než tomu bylo například v 70. letech minulého století, kdy se rodily tzv. Husákovy děti. Tento název vznikl díky propopulační politice za tehdejšího generálního tajemníka Gustáva Husáka. Rodilo se více dětí nejenom v Jihočeském kraji, ale v celé České republice. Husákovým dětem je k 31.12.2017 přes 40 let. Tato početná generace je výstražným signálem pro důchodovou reformu v následujících letech (Strašilová, 2013). V dnešní době jdou do důchodu nebo v důchodovém věku už jsou lidé, kteří se narodili po 2. světové válce. Tyto ročníky jsou poměrně silné a otázkou je, jestli jsou kapacity v domovech pro seniory na tyto ročníky připraveny. Na obrázku 2.1 je možné vidět ještě mužskou nadúmrtnost. Od věkové skupiny 55-59 je více žen než mužů. Je to způsobeno tím, že ženy se dožívají vyššího věku, z hlediska demografie střední délka žen neboli naděje dožití je rapidně vyšší než u mužů.



Obr. 2.1 Demografická struktura Jihočeského kraje k 31.12.2017 (data ČSÚ, vlastní zpracování)

2.1.1 Průměrný věk

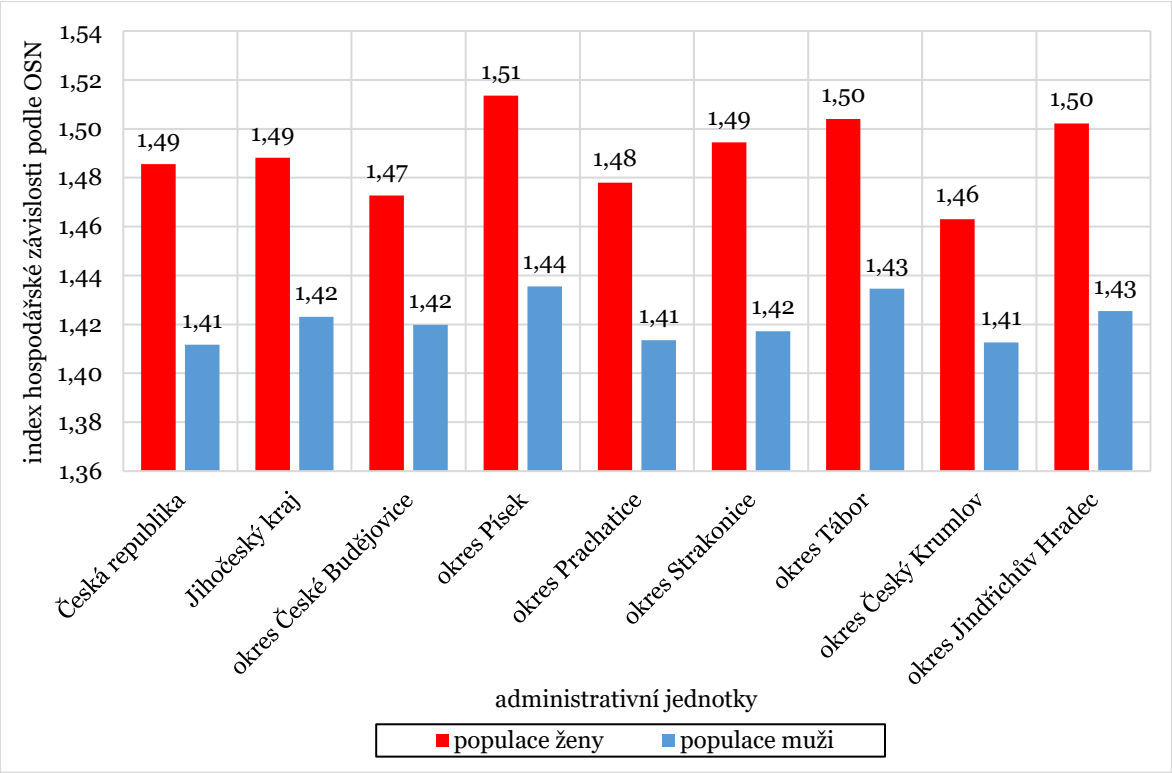
Průměrný věk patří mezi základní demografické charakteristiky, které nám určují, jak je populace na daném území stará (Koschin, 2005). V této práci je průměrný věk vypočítán jako vážený průměr všech věkových skupin a vahami tohoto průměru jsou středy věkového intervalu. Na obrázku 2.2 demografické analýzy Jihočeského kraje lze sledovat průměrné věky celkové populace v jednotlivých okresech Jihočeského kraje, v tomto kraji a v České republice. Okresy jsou stejnou barvou a Jihočeský kraj s Českou republikou jsou vyznačeny odlišnou barvou pro lepší přehlednost v grafu. Okresy Český Krumlov, České Budějovice a Prachatice mají nižší průměrný věk, než je v České republice a v kraji, ve kterém se nacházejí. V okrese České Budějovice se nachází krajské město, kde je více pracovních příležitostí než v jiných okresech, tím pádem je tu i nižší průměrný věk, jelikož se do tohoto okresu stěhují většinou lidé v produktivním věku a zakládají zde rodiny. Naopak v okresech Strakonice, Jindřichův Hradec, Tábor a Písek je průměrný věk vyšší než v České republice a v Jihočeském kraji. Na grafu lze pozorovat, že populace v Jihočeském kraji má vyšší průměrný věk, než je průměr České republiky.



Obr. 2.2 Průměrný věk celkové populace v roce 2017 v České republice, v Jihočeském kraji a v okresech Jihočeského kraje (data ČSÚ, vlastní zpracování)

2.1.2 Index hospodářského zatížení

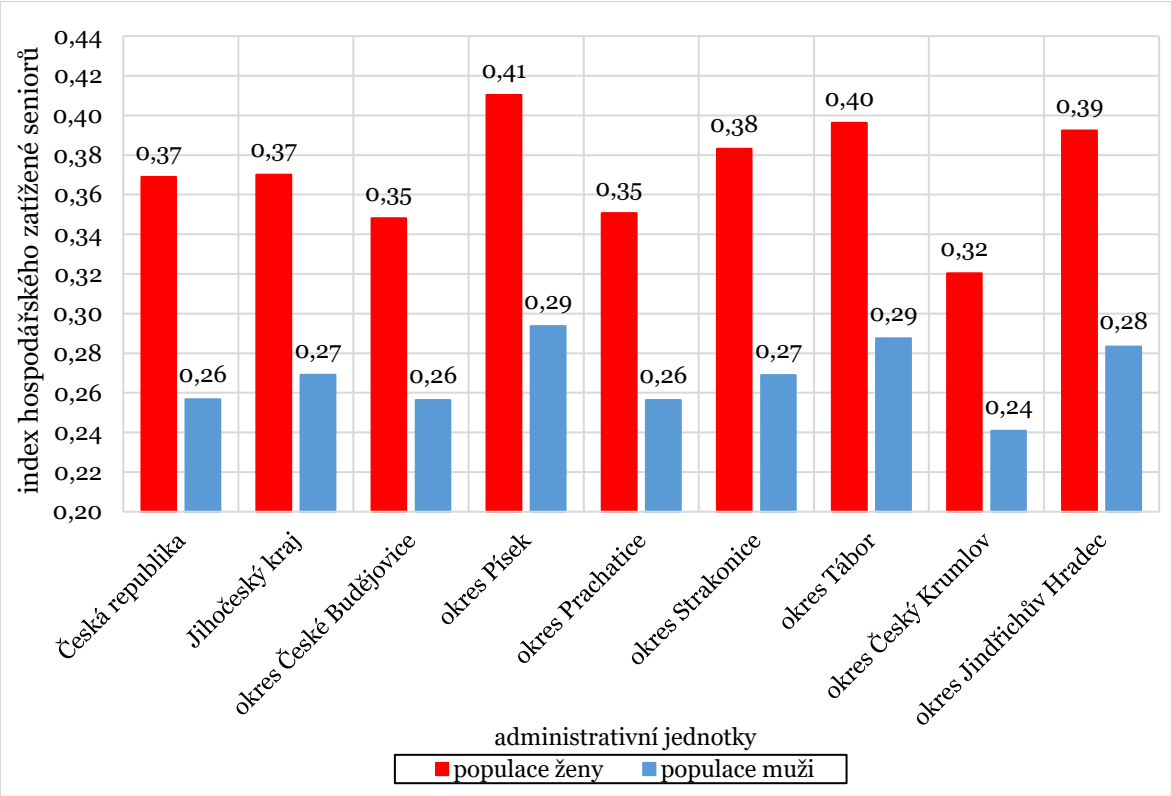
Na obrázku 2.3 jsou vyobrazeny indexy hospodářského zatížení podle OSN v roce 2017 v České republice, v Jihočeském kraji a v okresech Jihočeského kraje. Indexy jsou zvlášť pro ženy a muže. V dané administrativní jednotce je vyznačena vždy červeně populace žen a modře populace mužů. Nejvyšší index hospodářského zatížení je pro obě populace v okrese Písek. Naopak nejnižší index se nachází v okrese Český Krumlov. Jihočeský kraj je s indexem hospodářské závislosti podle OSN dohromady za muže i ženy lehce nad průměrem České republiky. Podle údajů Českého statistického úřadu nabývá index hodnoty 1,46 pro celkovou populaci v Jihočeském kraji. Znamená to, že 1 osoba v produktivní generaci musí včetně sebe zabezpečit více než jednu osobu.



Obr. 2.3 Indexy hospodářského zatížení podle OSN v roce 2017 v České republice, v Jihočeském kraji a v okresech Jihočeského kraje (data ČSÚ, vlastní zpracování)

Dále je index hospodářského zatížení neboli hospodářské závislosti seniorů znázorněn na obrázku 2.4. Barevné uspořádání na tomto grafu je stejné jako na obrázku 2.3. Vyšší hodnoty indexu závislosti seniorů nejsou zcela optimistické, jelikož generace poproduktivních je závislá na generaci produktivních. Stejně jako na obrázku 2.3 má nejvyšší hodnotu indexů okres Písek, podobné hodnoty má i okres Tábor. Je to způsobeno tím, že v těchto okresech se nachází vyšší procento osob z poproduktivní generace. Naopak nejnižší indexy jsou opět v okrese Český Krumlov, jelikož je zde menší procentuální zastoupení seniorů pravděpodobně díky cestovnímu ruchu nebo příhraniční poloze. Stejně jako u předchozího indexu je tento index závislosti seniorů za obě pohlaví v Jihočeském kraji lehce nad průměrem České republiky. Lze tedy z tohoto obrázku usoudit, že závislost starších osob 65 let za předpokladu nulové migrace nebude rapidně klesat, naopak se bude s větší pravděpodobností zvyšovat. V roce 2017 musely více než 2 osoby v produktivní generaci zabezpečit včetně sebe 1 osobu v poproduktivní generaci. Otázkou je, kdy nastane, že 1 osoba v produktivním věku bude muset zabezpečit včetně sebe více než 2 osoby v poproduktivní generaci.

Na obrázcích 2.3 a 2.4 lze pozorovat mužskou nadúmrtnost ve všech sledovaných okresech, v Jihočeském kraji i v České republice. U indexu hospodářské závislosti seniorů je větší rozdíl mezi muži a ženami, jelikož ženy se dožívají vyššího věku než muži a tvoří pak větší skupinu osob v poproduktivním věku. Z toho vyplývá, že v důchodovém věku jsou na produktivní generaci více závislé ženy než muži.

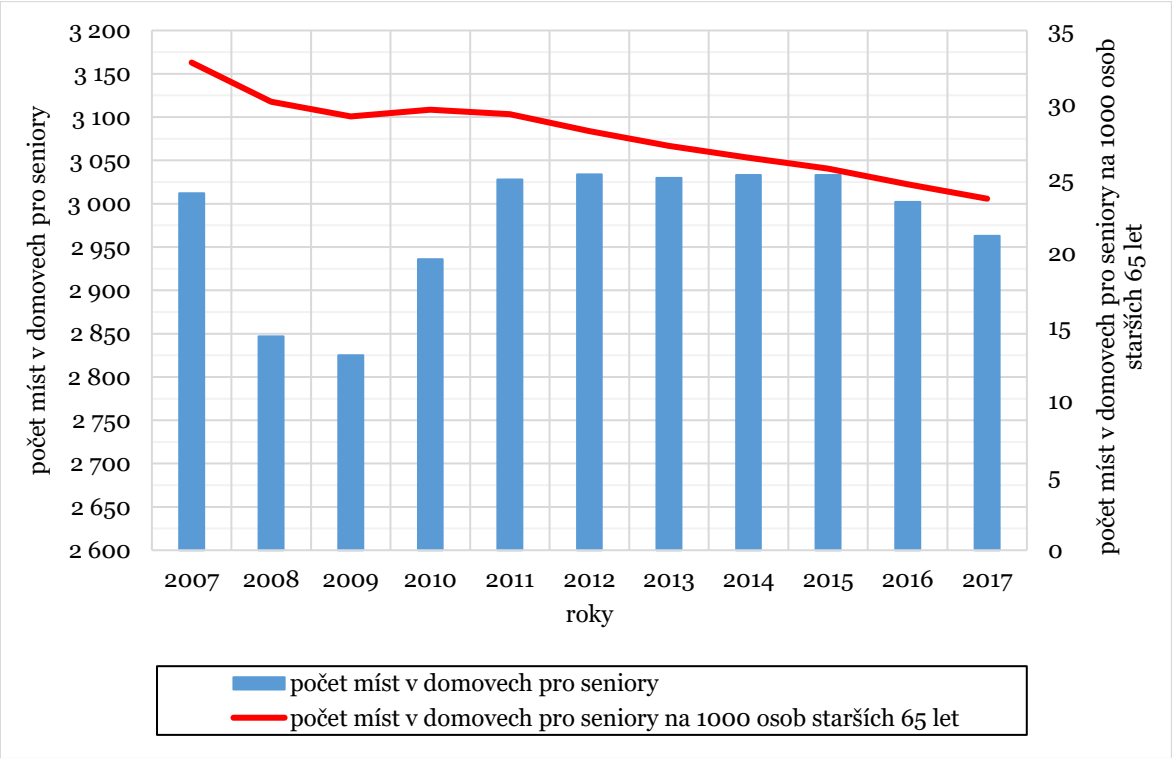


Obr. 2.4 Indexy hospodářského zatížení seniorů v roce 2017 v České republice, v Jihočeském kraji a v okresech Jihočeského kraje (data ČSÚ, vlastní zpracování)

2.2 Vývoj celkové kapacity v jednotlivých zařízeních pro seniory v Jihočeském kraji

2.2.1 Vývoj kapacity v domovech pro seniory

V letech 2007–2017 se zvýšil počet domovů pro seniory v Jihočeském kraji o 4 nová zařízení. Na začátku sledovaného období se nacházelo 33 těchto zařízení ve sledovaném kraji. Od roku 2007 přibylo nových domovů důchodců. Největší zvrat nastal během roku 2008, kdy status seniorského domova mělo dalších 5 zařízení ve srovnání s rokem 2007 a v Jihočeském kraji bylo k 31.12.2008 registrováno 38 domovů pro seniory. K rychlému nárůstu došlo díky změně zákona o sociálních službách, ve které byly upraveny či případně zrušeny určité typy zařízení. Instituce na to reagovaly transformací na domovy pro seniory (Šídlo & Křesťanová, 2018). Podle údajů Českého statistického úřadu se počet během dále sledovaného období výrazně nezvyšoval, jelikož na konci roku 2017 bylo o jedno zařízení méně, než tomu tak bylo na konci roku 2008.

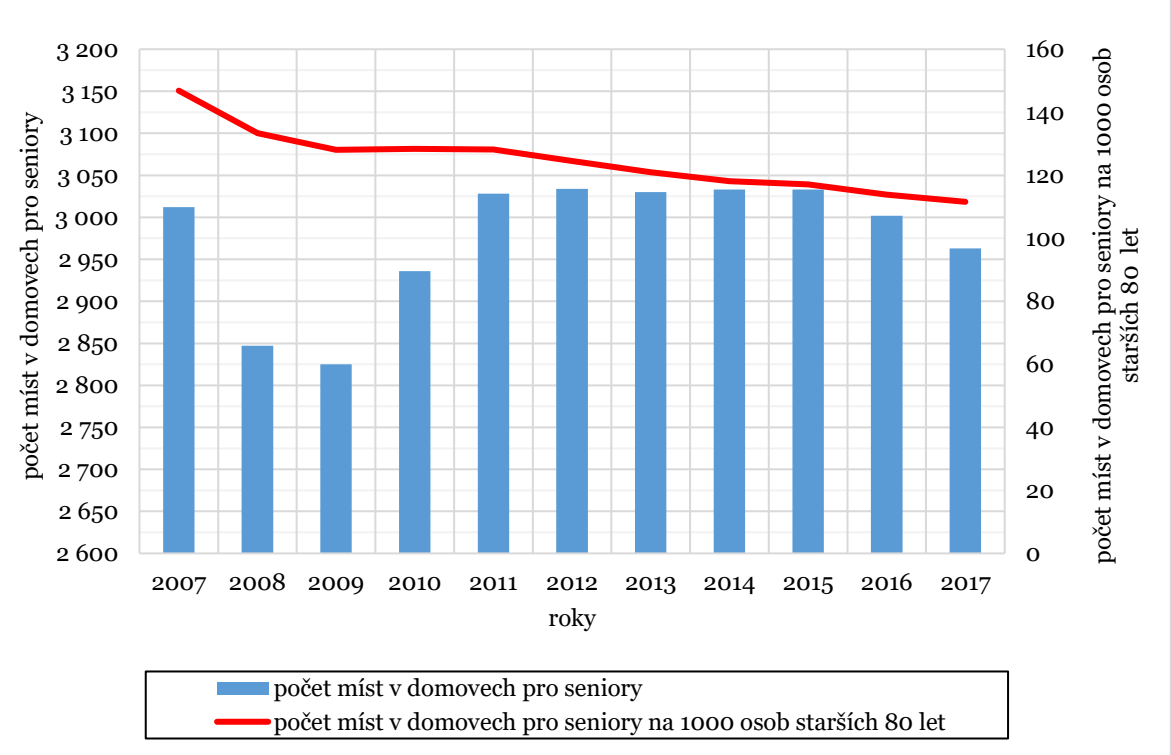


Obr. 2.5 Vývoj počtu míst v domovech pro seniory a vývoj počtu míst v domovech pro seniory na 1000 osob starších 65 let (data ČSÚ, vlastní zpracování)

Na obrázku výše je znázorněn vývoj počtu míst v domovech pro seniory a vývoj počtu míst v domovech pro seniory na 1000 osob starších 65 let. Vývoj kapacity v těchto zařízení měl odlišný trend, než tomu bylo u vývoje počtu zařízení. V roce 2008 a 2009 byla kapacita naopak nejnižší za celé sledované období 2007–2017. Možným důvodem vzniku tohoto poklesu byla reakce na změnu zákona o sociálních službách, kdy naopak došlo k nárůstu kapacit v jiných typech sociálních zařízení (Šídlo & Křesťanová, 2018). Od roku 2010 začal počet míst v domovech pro seniory narůstat, na druhou stranu od roku 2016 mírně klesá. Vývoj počtu míst v domovech pro seniory na 1000 osob starších 65 let ve sledovaném období spíše klesal. V roce 2007 připadalo skoro 33 míst na 1000 seniorů, naopak v roce 2017 už to bylo pouhých necelých 24 míst na 1000 osob starších 65 let. Pokles počtu míst na 1000 osob 65+ byl způsoben přibytkem počtu seniorů. V roce 2007 bylo v Jihočeském kraji 91 720 seniorů, o deset let později se počet seniorů zvýšil na 125 171. Za celé sledované období se počet seniorů zvýšil o více než 30 000 osob, ale počet míst v domovech pro seniory se téměř nezměnil podle údajů Českého statistického úřadu.

V dotazovaných domovech pro seniory v Jihočeském kraji se průměrný věk uživatelů nejčastěji pohybuje okolo 82–85 let (Šídlová & Šídlo, 2016). Z tohoto důvodu byl vytvořen pro porovnání obrázek 2.6, ve kterém byl použit počet seniorů starších 80 let někdy označovaný jako tzv. „čtvrtý věk“, kdy tyto osoby vytvářejí stále se zvyšující podíl na celkovém počtu obyvatel v Jihočeském kraji, ale také v České republice (Weeks, 2008). 80letých stále přibývá, zvyšuje se naděje dožití, zdravá délka života a poválečná generace se pomalu dostává do této věkové skupiny (Kačerová, 2014). Podle údajů Českého statistického úřadu bylo v roce 2007 v Jihočeském kraji 20 510 osob starších 80 let, o deset let později se tento počet zvýšil o více než 6 000 osob. Na obrázcích 2.5 a 2.6 lze pozorovat, že kapacita v domovech pro seniory v Jihočeském kraji kolísá okolo 3 000 míst za celé

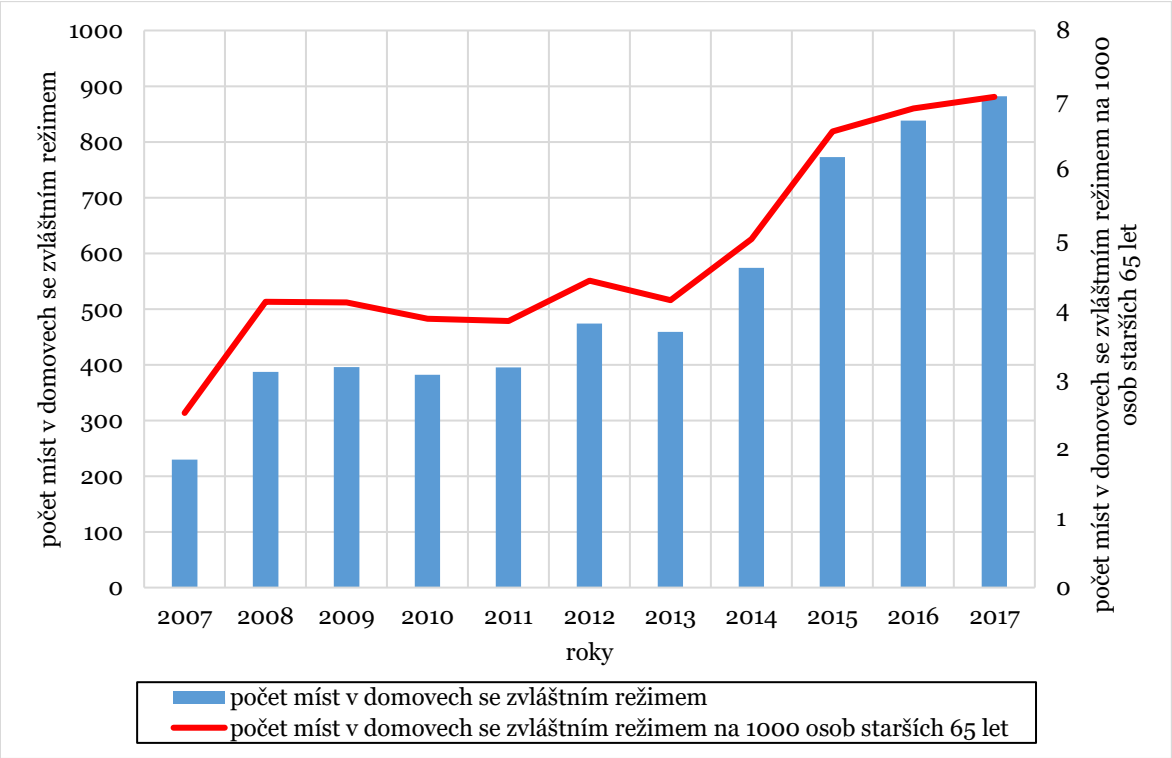
sledované období. Počet míst v domovech pro seniory na 1000 osob starších 65+ a 80+ v letech 2007–2017 klesal. Je zřejmé, že poptávka po místech v těchto zařízení se bude v budoucnu jen zvyšovat. Otázkou je, jestli nabídka kapacit v domovech pro seniory bude uspokojovat její poptávku, když v roce 2017 připadalo okolo 111 míst v domovech pro seniory na 1000 osob starších 80 let.



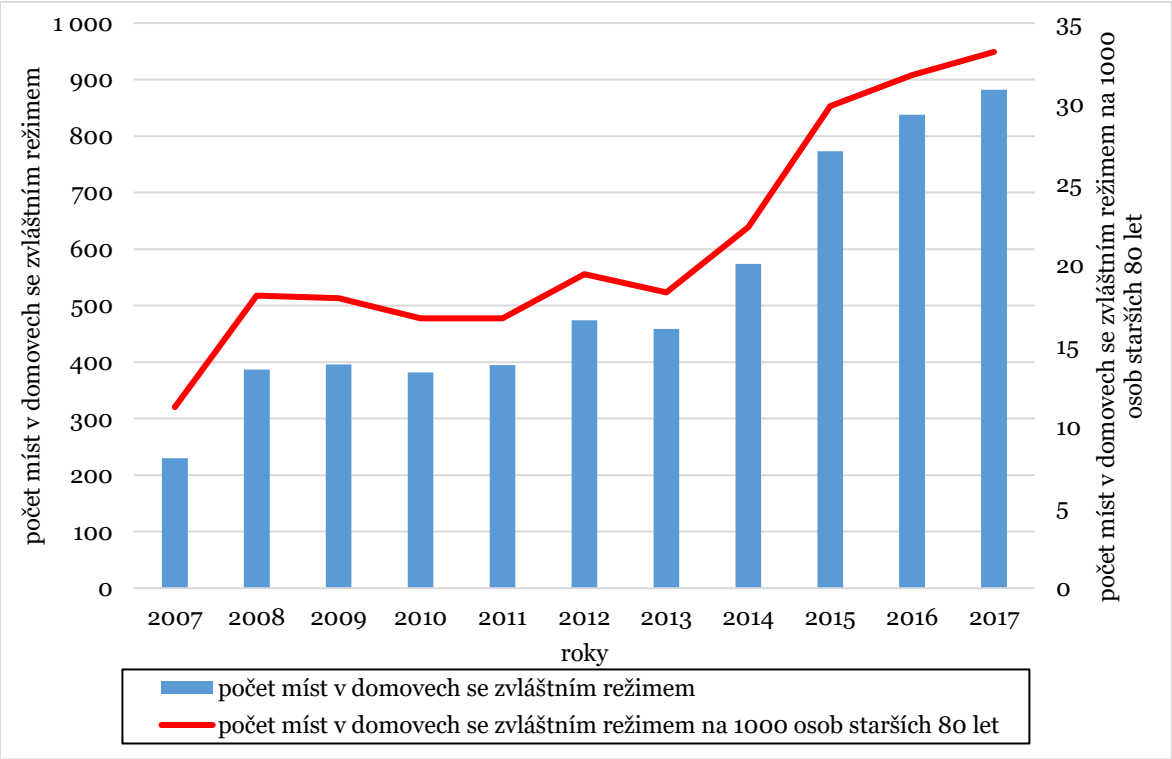
Obr. 2.6 Vývoj počtu míst v domovech pro seniory a vývoj počtu míst v domovech pro seniory na 1000 osob starších 80 let (data ČSÚ, vlastní zpracování)

2.2.2 Vývoj kapacity v domovech se zvláštním režimem

Naopak počet domovů se zvláštním režimem ve sledovaném období 2007–2017 v Jihočeském kraji výrazně vzrostl. Ze všech zmíněných typů zařízení pro seniory v této práci byl nárůst domovů se zvláštním režimem největší, za sledované období se počet v Jihočeském kraji zvýšil z 5 na 19 zařízení podle údajů Českého statistického úřadu. Kapacita v domovech se zvláštním režimem vzrostla za období 2007–2017 stejně rapidně jako počet těchto zařízení. S nárůstem kapacity v domovech se zvláštním režimem klesá kapacita v domovech pro seniory, jelikož na domovy se zvláštním režimem jsou poskytovány vyšší dotace od kraje podle statistických ročenek Ministerstva práce a sociálních věcí. Ve většině případů fungují tyto domovy zároveň s domovy pro seniory spadající pod jednoho poskytovatele sociálních služeb (viz Průvodce sociálními službami 2018 v Jihočeském kraji). Tyto instituce jsou určeny hlavně pro starší osoby trpící jakoukoliv formou demence. Podle Zprávy o stavu demence 2016 lidí trpící demencí stále přibývá a nelze určit přesný počet, jelikož u spousty lidí mající určitou formu demence nebyla zatím určena diagnóza (Mátl & Mátlová & Holmerová, 2016). Z toho vyplývá, že poptávka po domovech se zvláštním režimem bude v budoucnu narůstat.



Obr. 2.7 Vývoj počtu míst v domovech se zvláštním režimem a vývoj počtu míst v domovech se zvláštním režimem na 1000 osob starších 65 let (data ČSÚ, vlastní zpracování)

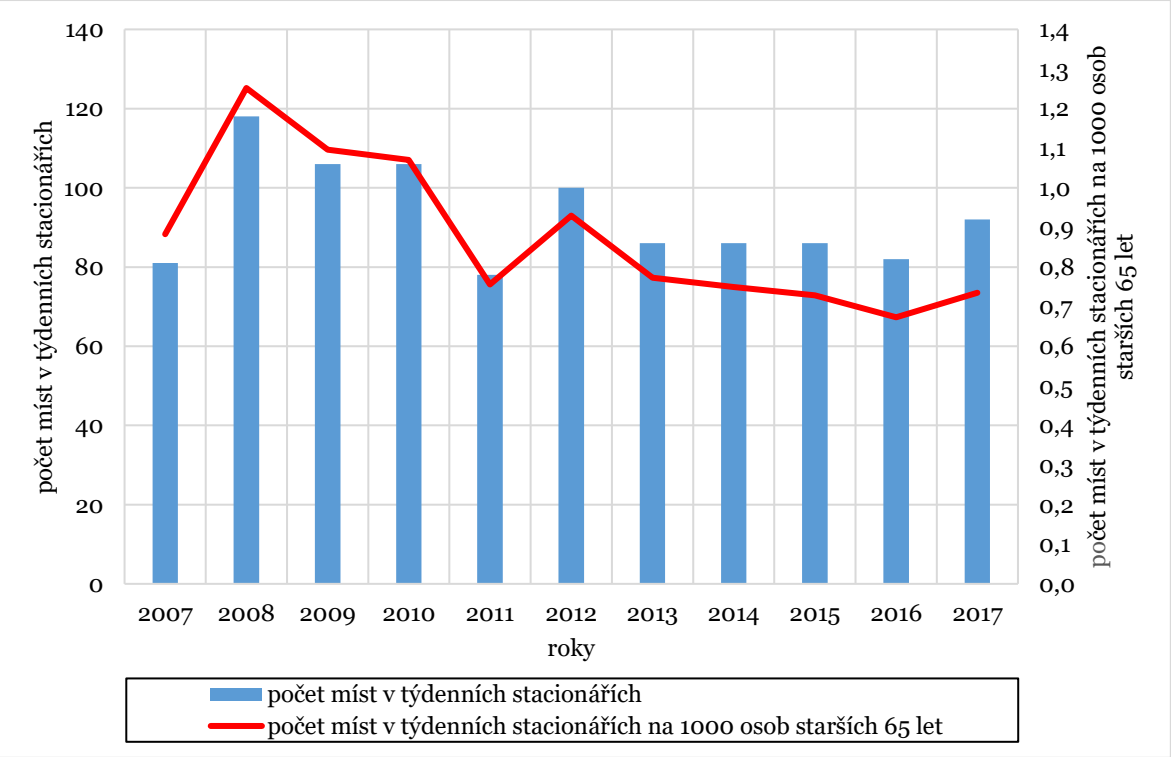


Obr. 2.8 Vývoj počtu míst v domovech se zvláštním režimem a vývoj počtu míst v domovech se zvláštním režimem na 1000 osob starších 80 let (data ČSÚ, vlastní zpracování)

Stejně jako pro kapacitu v domovech pro seniory byly vytvořeny dva grafy pro domovy se zvláštním režimem, na obrázku 2.7 je vyobrazen počet míst v domovech se zvláštním režimem na 1000 osob starších 65 let a na obrázku 2.8 je počet míst v těchto zařízení brán pouze na 1000 osob starších 80 let. V roce 2007 bylo v Jihočeském kraji dostupných více než 11 míst na 1000 osob 80+. V roce 2017 už počet míst na 1000 osob starších 80 let přesáhl 33 míst. Tento nárůst je způsoben zvýšením kapacity v domovech se zvláštním režimem v Jihočeském kraji za celé sledované období.

2.2.3 Vývoj kapacity v týdenních stacionářích

Týdenních stacionářů je v Jihočeském kraji méně než denních stacionářů, jelikož jsou více náročnější na prostor a vyškolený personál. Podle údajů Českého statistického úřadu počet týdenních stacionářů v Jihočeském kraji se od roku 2007 zvýšil ze 4 na 6 zařízení k roku 2017. Bohužel ani jeden z těchto stacionářů se neorientuje na cílovou skupinu seniorů (viz Průvodce sociálními službami 2018 v Jihočeském kraji). Pro tuto práci bylo bráno, že všechny týdenní stacionáře v Jihočeském kraji nabízejí služby pro seniory. Kapacita v týdenních stacionářích v Jihočeském kraji je za celé sledované období zanedbatelná (viz obr. 2.9). V roce 2017 nepřipadalo ani 1 celé místo na 1000 osob starších 65 let. Počet míst v těchto zařízení spíše klesal, než aby narůstal.

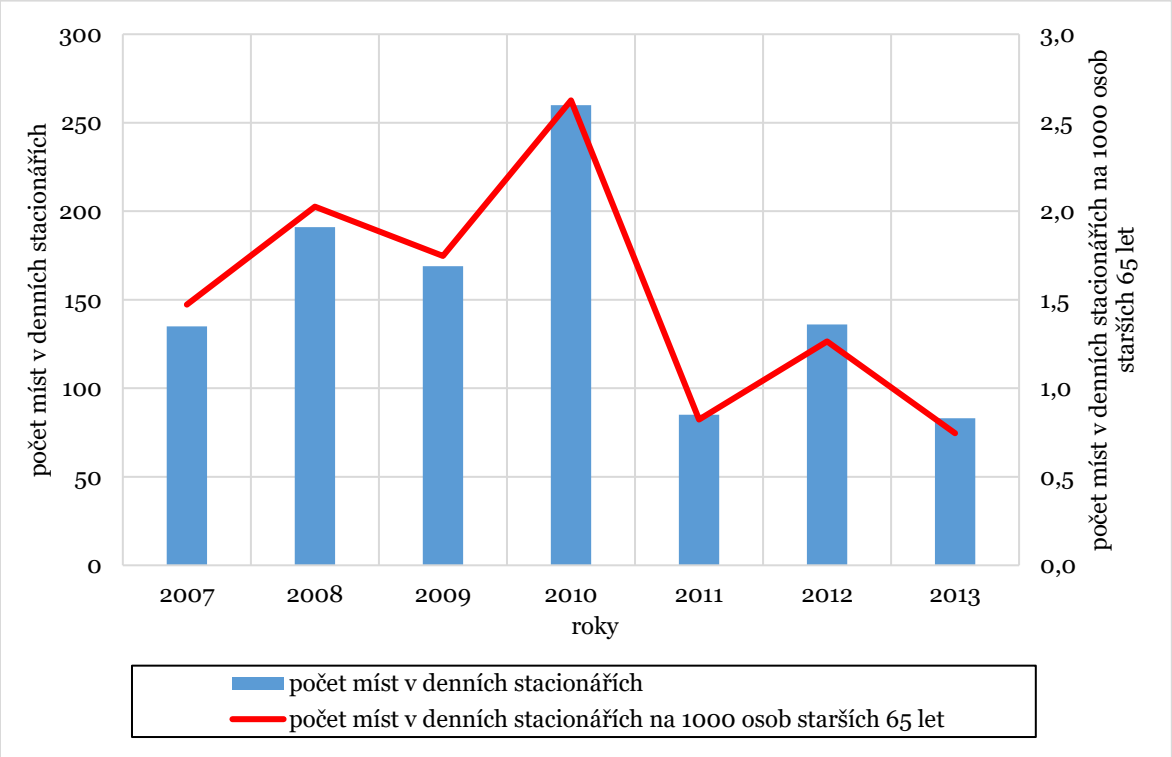


Obr. 2.9 Vývoj počtu míst v týdenních stacionářích a vývoj počtu míst v týdenních stacionářích na 1000 osob starších 65 let (data ČSÚ, vlastní zpracování)

2.2.4 Vývoj kapacity v denních stacionářích

Vývoj kapacity denních stacionářů v období 2007–2017 lze sledovat na obrázku 2.10. Podle údajů Českého statistického úřadu počet denních stacionářů v Jihočeském kraji se od roku

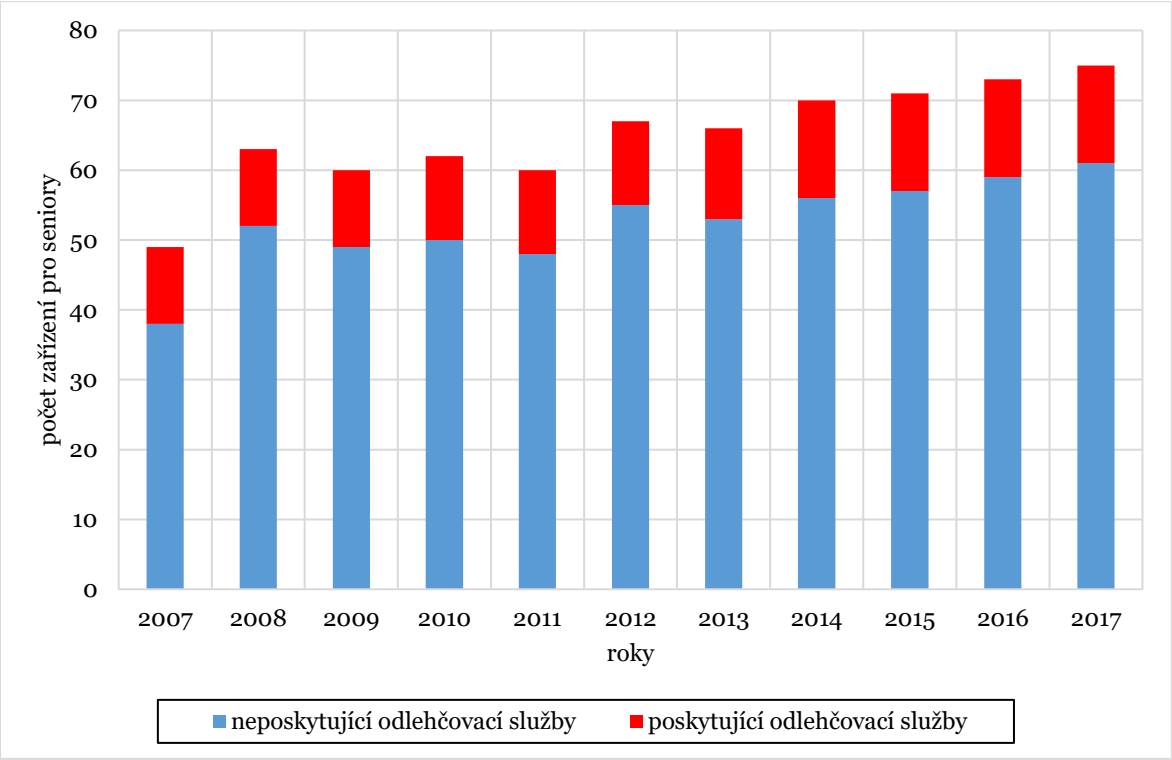
2007 zvýšil ze 7 na 13 zařízení k roku 2017. Ne všechna tato zařízení nabízejí služby pro seniory. Podle Průvodce sociálními službami 2018 v Jihočeském kraji patřilo v roce 2018 5 denních stacionářů, které se zabývaly cílovou skupinou osob starších 65 let. Mezi tyto zařízení se řadí Domov pro seniory Máj České Budějovice, Domov seniorů Dačice, Alzheimercentrum Prácheň v Písku a ve Vodňanech a Denní stacionář v Táboře. V okrese Písek s nejvyšším indexem hospodářské závislosti seniorů se nachází 2 zařízení. Pro tuto práci bylo bráno, že všechny denní stacionáře v Jihočeském kraji nabízejí služby pro seniory. Data ohledně kapacity v těchto zařízení byla dostupná pouze do roku 2013. V tomto roce nepřipadalo v žádném denním stacionáři v Jihočeském kraji ani 1 celé místo na 1000 osob starších 65 let. Stejně jako v týdenních stacionářích je kapacita v denních stacionářích zanedbatelná. Počet míst v denních stacionářích také spíše klesal.



Obr. 2.10 Vývoj počtu míst v denních stacionářích a vývoj počtu míst v denních stacionářích na 1000 osob starších 65 let (data ČSÚ, vlastní zpracování)

2.2.5 Vývoj celkového počtu zařízení pro seniory a podílu zařízení poskytující odlehčovací služby

Na obrázku 2.11 je shrnut celkový vývoj všech zařízení pro seniory a podílu zařízení poskytující odlehčovací služby v Jihočeském kraji za období 2007–2017. Těmito zařízeními jsou myšleny všechny domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, denní a týdenní stacionáře. V letech 2007–2017 počet zařízení pro seniory ve sledovaném kraji spíše narůstal, nejvíce se zvýšil u domovů se zvláštním režimem. Co se týká podílu zařízení poskytující odlehčovací služby, tak ten se výrazně neměnil. Přibližně pětina ze všech zařízení pro seniory v daném kraji poskytuje odlehčovací služby dle informací Průvodce sociálními službami 2018 v Jihočeském kraji a webových stránek jednotlivých zařízení.



Obr. 2.11 Vývoj celkového počtu zařízení pro seniory a podílu zařízení poskytující odlehčovací služby k 31.12. v letech 2007–2017 v Jihočeském kraji (data ČSÚ, Registr poskytovatelů sociálních služeb, vlastní zpracování)

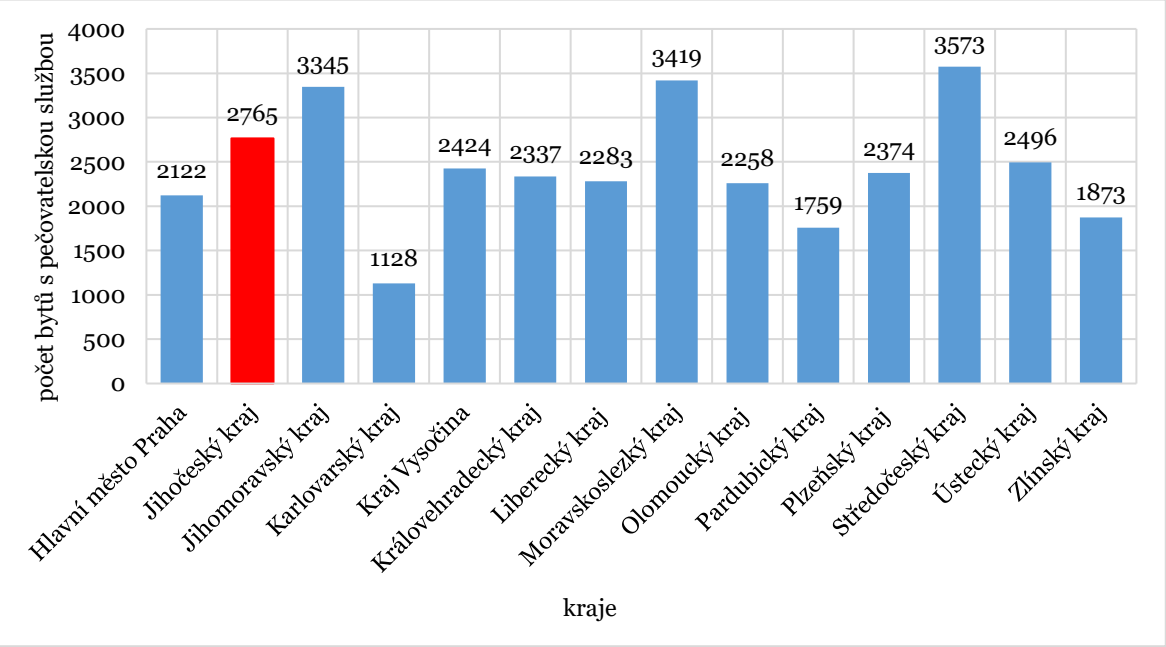
2.2.6 Počet bytů v domovech s pečovatelskou službou v Jihočeském kraji

V tabulce 2.1 je znázorněn počet bytů domovech s pečovatelskou službou v jednotlivých okresech Jihočeského kraje v roce 2016. V okrese České Budějovice je nejvyšší počet těchto bytů, jelikož v tomto okrese se nachází krajské město a tím pádem je tu více obyvatel než v ostatních okresech. Po okrese České Budějovice se nachází na druhém místě v počtu bytů v domovech s pečovatelskou službou okres Písek, který má i vysoké zastoupení poproduktivní generace. V okrese Tábor, kde je index hospodářské závislosti seniorů také docela vysoký, je skoro o 200 bytů méně, než je tomu v okrese Písek. Poměrně dostatečný počet bytů ve srovnání s ostatními okresy má okres Jindřichův Hradec, který se řadí mezi rozlohou větší okresy v Jihočeském kraji. V okresech Prachatice a Český Krumlov je okolo 200 bytů v domovech s pečovatelskou službou, ale v těchto okresech je nižší index hospodářské závislosti seniorů. Naopak v okrese Strakonice, který je s počtem těchto bytů na posledním místě, je vyšší index hospodářské závislosti seniorů, než je tomu v Jihočeském kraji.

Tab. 2.1 Počet bytů v domovech s pečovatelskou službou v jednotlivých okresech Jihočeského kraje v roce 2016 (data ČSÚ, vlastní zpracování)

okres České Budějovice	okres Písek	okres Prachatice	okres Strakonice	okres Tábor	okres Český Krumlov	okres Jindřichův Hradec
672	604	173	146	431	216	523

Na obrázku 2.12 je vyobrazeno srovnání Jihočeského kraje s ostatními kraji v počtu bytů v domovech s pečovatelskou službou. Nejvíc těchto bytů mají kraje Jihomoravský, Moravskoslezský a Středočeský, které mají také poměrně větší počet obyvatel než ostatní kraje s výjimkou Hlavního města Prahy, kde je pravděpodobně méně bytů z důvodu vyššího nájmu. Jihočeský kraj ve srovnání s ostatními kraji je s počtem bytů v domovech s pečovatelskou službou na docela dobré úrovni. V tomto kraji se nachází dohromady 2 765 bytů v domovech s pečovatelskou službou, což je nad průměrem všech krajů České republiky.



Obr. 2.12 Počet bytů v domovech s pečovatelskou službou v Jihočeském kraji ve srovnání s ostatními kraji v roce 2016 (data ČSÚ, vlastní zpracování)

2.3 Počet lůžek ve zdravotnických a zdravotnicko-sociálních zařízeních

2.3.1 Počet lůžek v léčebnách dlouhodobě nemocných v Jihočeském kraji

Dále byl sledován počet lůžek v léčebnách dlouhodobě nemocných (zkráceně LDN) v jednotlivých nemocnicích v Jihočeském kraji (viz tabulka 2.2). V tomto kraji se nachází 8 nemocnic – České Budějovice, Písek, Prachatice, Strakonice, Tábor, Český Krumlov, Jindřichův Hradec a Dačice. V každém okresu se nachází 1 nemocnice, výjimkou je okres Jindřichův Hradec, kde se nacházejí dvě nemocnice – v Jindřichově Hradci a v Dačicích. Nejvyšší počet lůžek v léčebně dlouhodobě nemocných měla v roce 2017 krajská nemocnice České Budějovice. Naopak nejnižší počet lůžek v LDN se nacházelo v nemocnici Prachatice. V okrese Písek a Tábor, kde se nachází větší zastoupení poproduktivní generace, je méně lůžek v léčebnách dlouhodobě nemocných, než je tomu v okrese Český Krumlov, kde naopak je index hospodářské závislosti seniorů nejnižší z celého Jihočeského kraje.

Tab. 2.2 Počet lůžek v LDN v nemocnicích v jednotlivých okresech v Jihočeském kraji v roce 2017 (data Koncepce zdravotnictví Jihočeského kraje, vlastní zpracování)

okres České Budějovice	okres Písek	okres Prachatice	okres Strakonice	okres Tábor	okres Český Krumlov	okres Jindřichův Hradec
287	41	25	41	69	88	115

2.3.2 Hospice v Jihočeském kraji

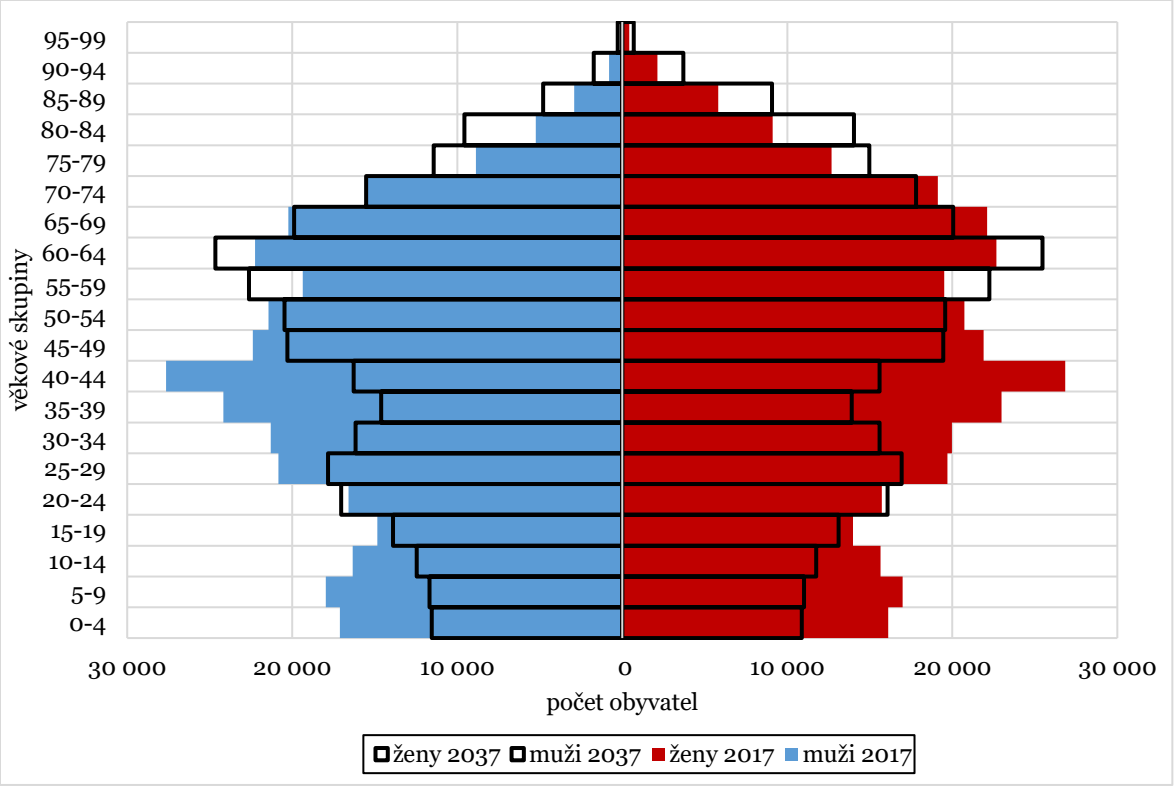
Podle Ústavu zdravotnických informací a statistiky v České republice a Statistické ročenky Ministerstva práce a sociálních věcí se v Jihočeském kraji nachází pouze 1 hospic. Jedná se o Hospic sv. Jana Nepomuka Neumanna v Prachaticích. Tento hospic nabízí 30 lůžek. Z dalších podkladových materiálů Jihočeského kraje však vyplývá, že v tomto kraji se nacházejí ještě další zařízení s hospicovou péčí, která však nejsou ve statistických podkladech zahrnuty. Jedná se o Domácí hospic Athelas v Písku, Domácí hospic Jordán o.p.s. v Táboře, Domácí hospic sv. Veroniky v Českých Budějovicích, který spadá pod Hospic sv. Jana N. Neumanna, a Hospicová péče sv. Kleofáše v Třeboni. Tyto hospice poskytují pouze péči v domácím prostředí. Formou terénních odlehčovacích služeb se snaží poskytnout pomoc každé rodině, která má místo bydliště v blízkém okolí tohoto zařízení. Terénní odlehčovací služby a domácí hospicovou péči poskytují tyto instituce většinou do 25–35 km od místa daného hospice.

3 Prognostická část

3.1 Projekce obyvatelstva Jihočeského kraje do roku 2037

Projekce obyvatelstva Jihočeského kraje do roku 2037 byla sestavena kohortně - komponentní metodou bez migrace. Kohortně–komponentní metoda slouží k odhadu budoucí věkové struktury. Vychází z aktuální věkové struktury, která je známá stejně jako parametry plodnosti a úmrtnosti. V práci nebyla uvažována migrace. V této metodě se postupně posouvají kohorty – jednotlivé věkové skupiny nebo lze také říci generace. Zároveň dochází k doplňování intenzity porodnosti a úmrtnosti (Kalibová & Pavlík & Vodáková, 2009). Dále z této projekce byla odvozena projekce počtu příjemců příspěvku na péči v Jihočeském kraji do roku 2037.

Rok 2017 je považován za výchozí rok, ze kterého projekce vychází a je brán jako skutečnost, rok 2037 je horizontem projekce.



Obr. 3.1 Demografická struktura obyvatelstva v Jihočeském kraji v roce 2017 a 2037 (data ČSÚ, vlastní zpracování)

Na základě projekce obyvatelstva Jihočeského kraje do roku 2037 je znázorněna na obrázku 3.1 demografická struktura obyvatelstva v tomto kraji výchozí z roku 2017 a předpokládaná v roce 2037. O demografické struktuře v roce 2017 se dá těžko říci, o jaký populační typ podle Sundbärga se jedná, u předpokládané demografické struktury v roce 2037 by se dalo říci, že je podobná regresivnímu populačnímu typu. Na obrázku 3.1

je struktura rozdělena na muže a ženy a do pětiletých věkových intervalů. Lze sledovat, jak například početná generace 40-44letá z roku 2017 vytvoří za 20 let početnou věkovou skupinu 60-64 let. Dále je vidět, že bude ubývat počet obyvatel od základny věkové pyramidy, tento jev se nazývá již zmíněné relativní stárnutí. Naopak u vrcholu bude počet obyvatel přibývat a populace bude absolutně stárnout. Za 20 let v Jihočeském kraji se silné ročníky (například věková skupina 40–44 let) z období vlády Gustáva Husáka přesunou do poproduktivní generace. Nejslabšími ročníky předproduktivní generace byla v roce 2017 věková skupina 15-19 let. Méně osob se nacházelo i ve skupině 55-59 let, jelikož v 50.letech minulého století se rodilo méně dětí z důvodu ekonomického růstu, kdy se zvýšila zaměstnanost žen a dále byl přijat zákon č. 68/1957 Sb., o umělém přerušení těhotenství, který také snížil počet živě narozených dětí (Čermáková, 1997).

Podle projekce obyvatelstva České republiky 2018–2100, která byla sestavena autorským týmem Českého statistického úřadu a vedena odborníky z katedry demografie Fakulty informatiky a statistiky Vysoké školy ekonomické, jmenovitě RNDr. Tomášem Fialou, CSc. a RNDr. Markétou Pechholdovou, Ph.D., lze porovnat výsledky projekce obyvatelstva Jihočeského kraje 2017–2037. V obou projekcí se vyskytují demografické jevy – absolutní a relativní stárnutí populace, tedy nejen v Jihočeském kraji, ale v celé České republice bude obyvatelstvo stárnout od základny věkové pyramidy a na vrcholu věkové pyramidy. Bude se rodit méně dětí, výjimku může tvořit generace, která se narodila Husákovým dětem. Počty živě narozených dětí už ale nebudou tak enormní z důvodu orientace na západní styl života, kdy lidé dávají přednost kariéře před rodinou. K absolutnímu stárnutí dochází v celé České republice. Přesun silných ročníků Husákových dětí do poproduktivní generace proběhne také v celé zemi, v roce 2037 se budou tyto ročníky přesouvat do poproduktivní generace. Podle odhadované demografické struktury v roce 2037 bude vysoký podíl poproduktivní složky, naopak v produktivní složce se bude nacházet méně osob, než tomu bylo v roce 2017. Od roku 2030 bude platit zastropování odchodu do důchodu v 65 letech pro muže i ženy. Ženy podle obrázku 3.1 stráví v důchodu více času než muži z důvodu mužské nadúmrtnosti. Lidé stráví v důchodu více let, než tomu tak bylo dříve.

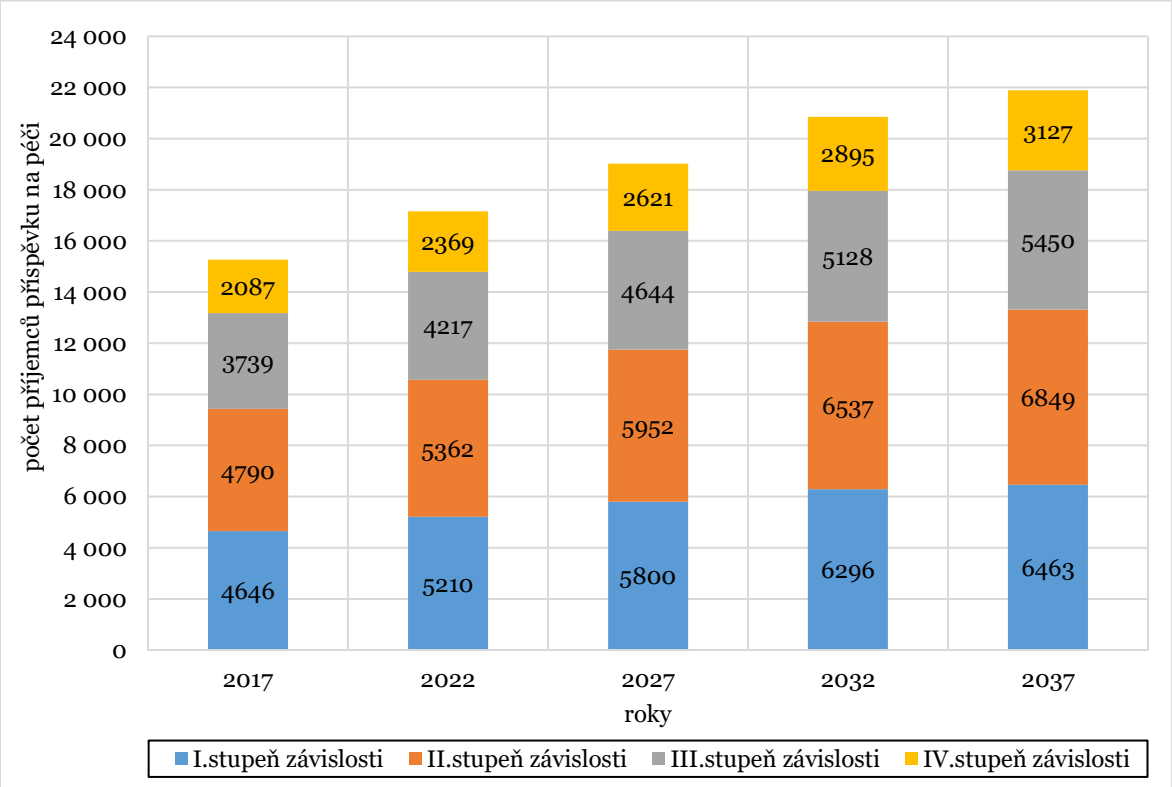
3.2 Projekce počtu příjemců příspěvku na péči v Jihočeském kraji do roku 2037

Projekce počtu příjemců příspěvku na péči navazuje na projekci obyvatelstva Jihočeského kraje do roku 2037 a byla zpracována podle dvou scénářů – statického a dynamického (Průša, 2018). Práce se orientuje na seniory, z tohoto důvodu byla projekce sestavena pouze pro osoby starší 65 let. Osoby byly rozděleny do 5letých věkových skupin, posledním intervalem je věková skupina osob starších 90 let.

3.2.1 Statický scénář

Statický scénář vychází z předpokladu, že podíl počtu příjemců příspěvku na péči na celkovém počtu obyvatel v dané věkové a genderové skupině z roku 2017 ve všech stupních závislosti zůstane v následujících letech neměnný (Průša, 2018). V tomto scénáři se podílem počtu příjemců příspěvku na péči násobí počet obyvatel v jednotlivých věkových

a genderových skupinách, který byl odhadnut projekcí obyvatelstva Jihočeského kraje do roku 2037.



Obr. 3.2 Předpokládaný vývoj počtu příjemců příspěvku na péči starších 65 let v Jihočeském kraji v letech 2022–2037 podle statického scénáře (data ČSÚ, VÚPSV, vlastní zpracování)

Ze statického scénáře projekce počtu příjemců příspěvku na péči v Jihočeském kraji do roku 2037 je na obrázku 3.2 možné sledovat nárůst počtů příjemců příspěvku na péči o více než 6 000 osob dohromady ve všech stupních závislosti a věkových i genderových skupinách mezi lety 2017 a 2037. Tento nárůst je způsoben, že populace v Jihočeském kraji stárne a v roce 2037 bude početná Husákova generace v důchodovém věku. V každém stupni závislosti vzroste počet příjemců, ale jelikož se vychází z podílu počtu příjemců příspěvku na péči na celkovém počtu obyvatel z roku 2017, tak nárůst může být v následujících letech ještě o něco vyšší. Kvůli této skutečnosti byla sestavena projekce počtu příjemců příspěvku na péči podle dynamického scénáře, který vychází z vývoje počtu příjemců příspěvku na péči v letech 2014–2017.

3.2.2 Dynamický scénář

Dynamický scénář navazuje na statický scénář projekce příjemců příspěvku na péči, ale bere v potaz větší nárůst počtu příjemců na péči, jelikož vychází z vývoje tohoto počtu z předchozích let 2014–2017 a nepředpokládá konstantní podíl jako statický scénář.

Základním principem tohoto scénáře je, že vychází taktéž z relativního počtu příjemců příspěvku na péči podle stupně závislosti, genderové a věkové skupiny. Z těchto relativních počtů byla vypočtena průměrná meziroční změna mezi roky 2014 až 2017. Vycházelo se tedy z podílů příjemců příspěvku na péči v roce 2014 a 2017.

Průměrná meziroční změna byla vypočtena podle následujícího vzorce:

$$z_i = (p_{2017,i} - p_{2014,i}) / 4. \tag{3.1}$$

Označení p_i přísluší podílu příjemců příspěvku na péči v daném roce, věkové a genderové skupině a v jednotlivých stupních závislosti. Výslednou průměrnou meziroční změnou byly vynásobeny počty obyvatel v jednotlivých věkových a genderových skupinách v letech, pro které byla sestavena projekce obyvatelstva Jihočeského kraje do roku 2037. Vyšla tedy absolutní změna počtu příjemců příspěvku na péči (Průša, 2018).

Jednotlivé absolutní počty byly určeny následovně:

pro rok 2022: $$a_i = p_{2017,i} \cdot x_{2022,i} + z_i \cdot x_{2022,i} \cdot 5, \tag{3.2}$$

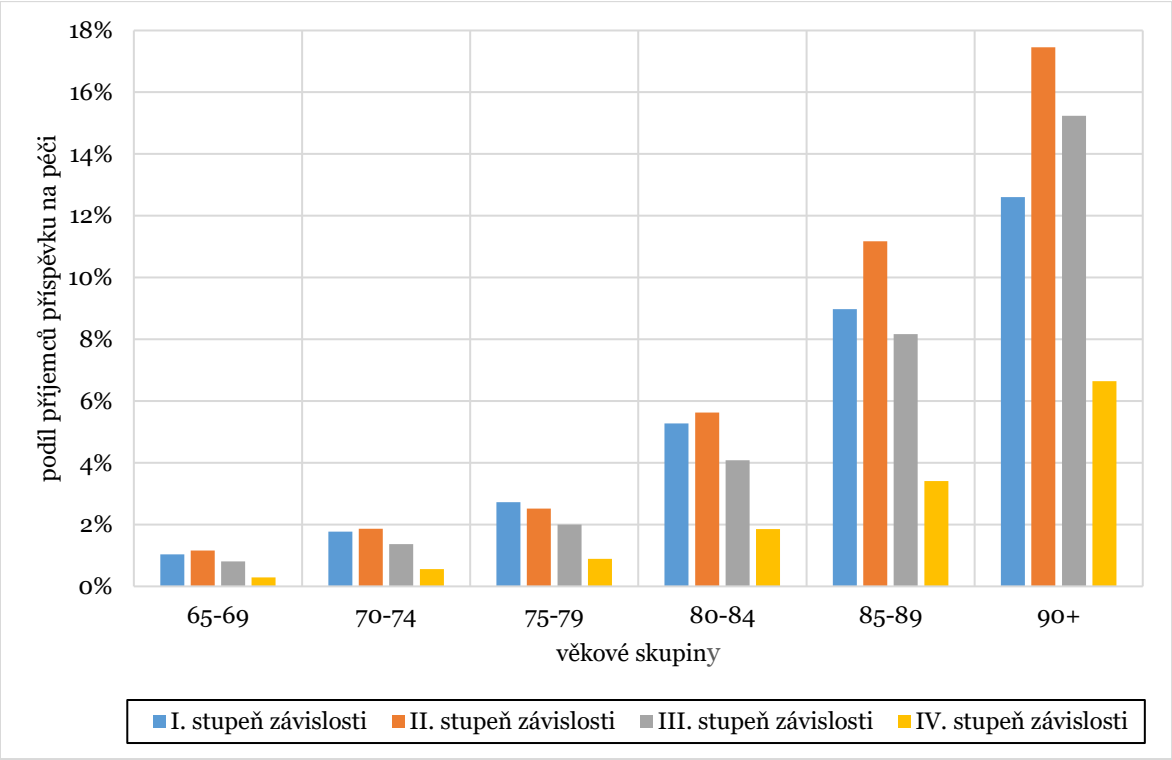
pro rok 2027: $$a_i = p_{2017,i} \cdot x_{2027,i} + z_i \cdot x_{2027,i} \cdot 5, \tag{3.3}$$

pro rok 2032: $$a_i = p_{2017,i} \cdot x_{2032,i} + z_i \cdot x_{2032,i} \cdot 5, \tag{3.4}$$

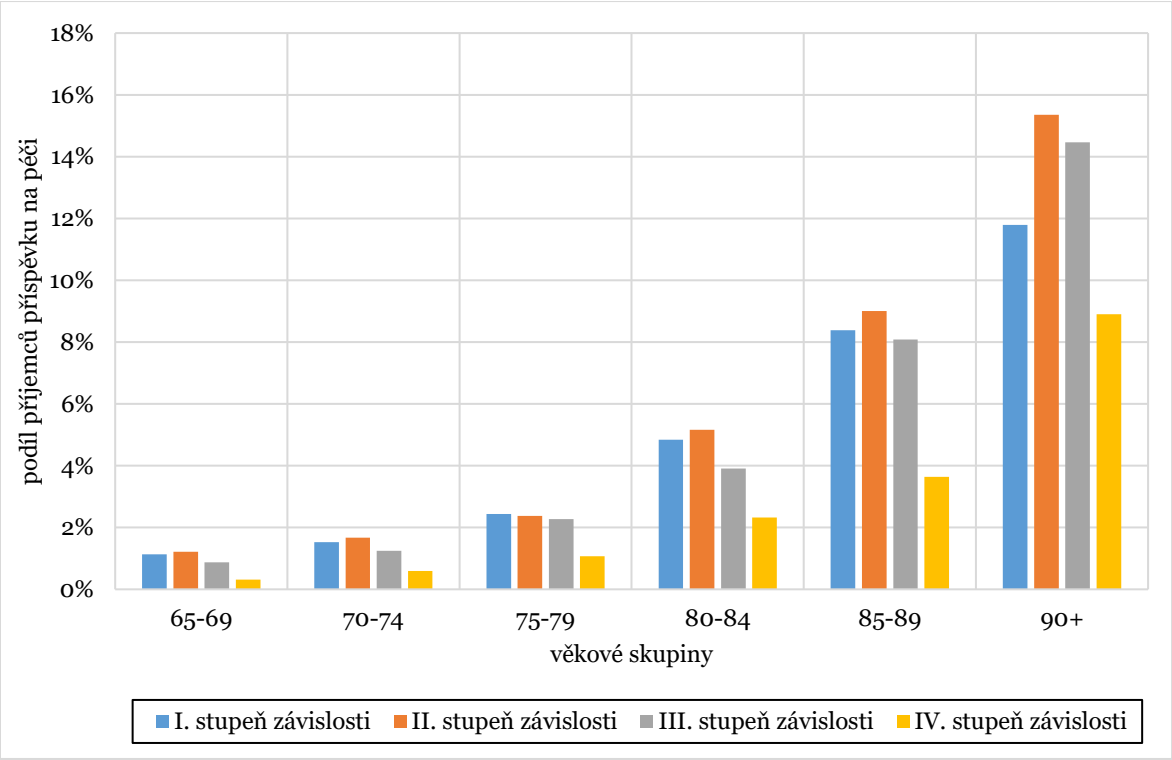
pro rok 2037: $$a_i = p_{2017,i} \cdot x_{2037,i} + z_i \cdot x_{2037,i} \cdot 5, \tag{3.5}$$

kde x_i reprezentuje počet obyvatel v dané genderové a věkové skupině. Vzhledem k tomu, že v některých věkových skupinách vychází záporná průměrná meziroční změna, takže by docházelo k úbytku obyvatel, proto v této práci za tyto záporné hodnoty byla dosazena hodnota 0 jako minimum (Průša, 2018).

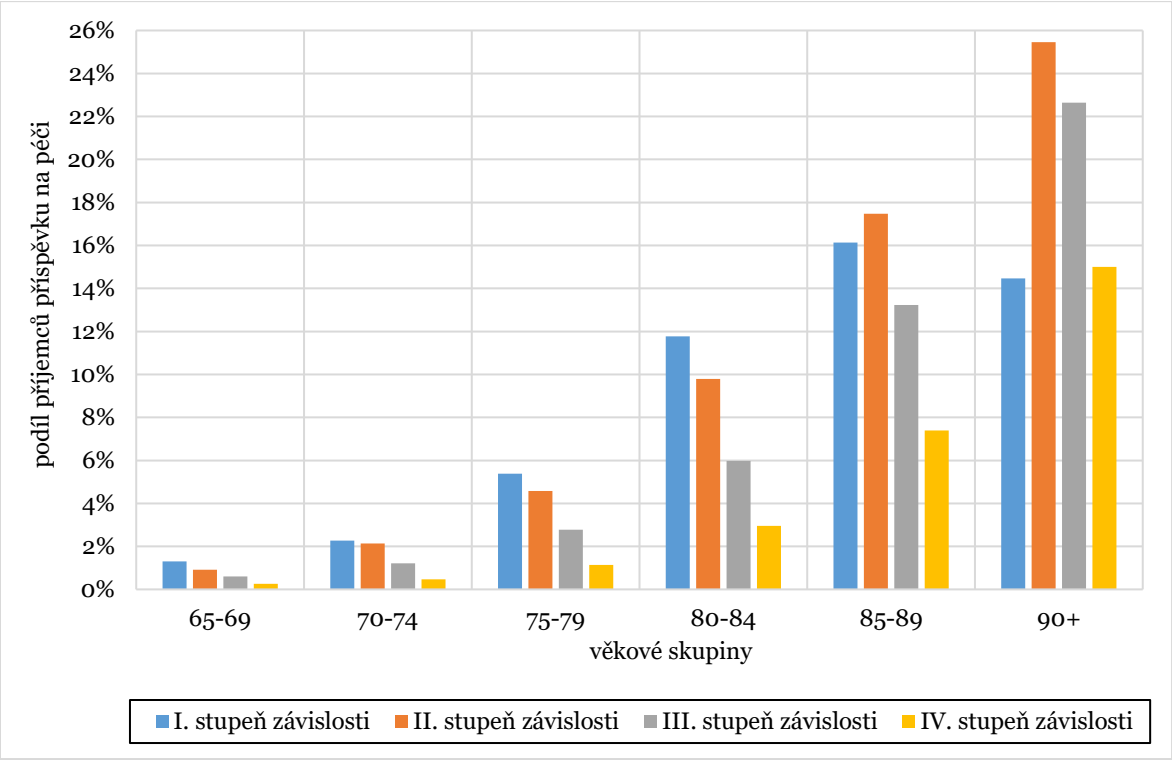
Na následujících obrázcích jsou uvedeny podíly příjemců příspěvku na péči v procentech v jednotlivých věkových skupinách v roce 2014 a 2017 zvlášť pro muže a ženy. Na obrázku 3.3 jsou zobrazeny podíly pro genderovou skupinu mužů v roce 2014 a na obrázku 3.4 pro tu samou skupinu v roce 2017. Na obou obrázcích lze pozorovat, že největší počet příjemců příspěvku na péči tvoří věková skupina 90+. Při porovnání roku 2014 (obr. 3.3) a 2017 (obr. 3.4) je znatelně vidět, že skoro ve všech věkových skupinách byl větší podíl příjemců příspěvku na péči v roce 2014. Podíly příjemců této dávky se s rostoucím věkem mění v jednotlivých stupních. Největší relativní počty jsou ve druhém stupni závislosti skoro ve všech věkových skupinách.



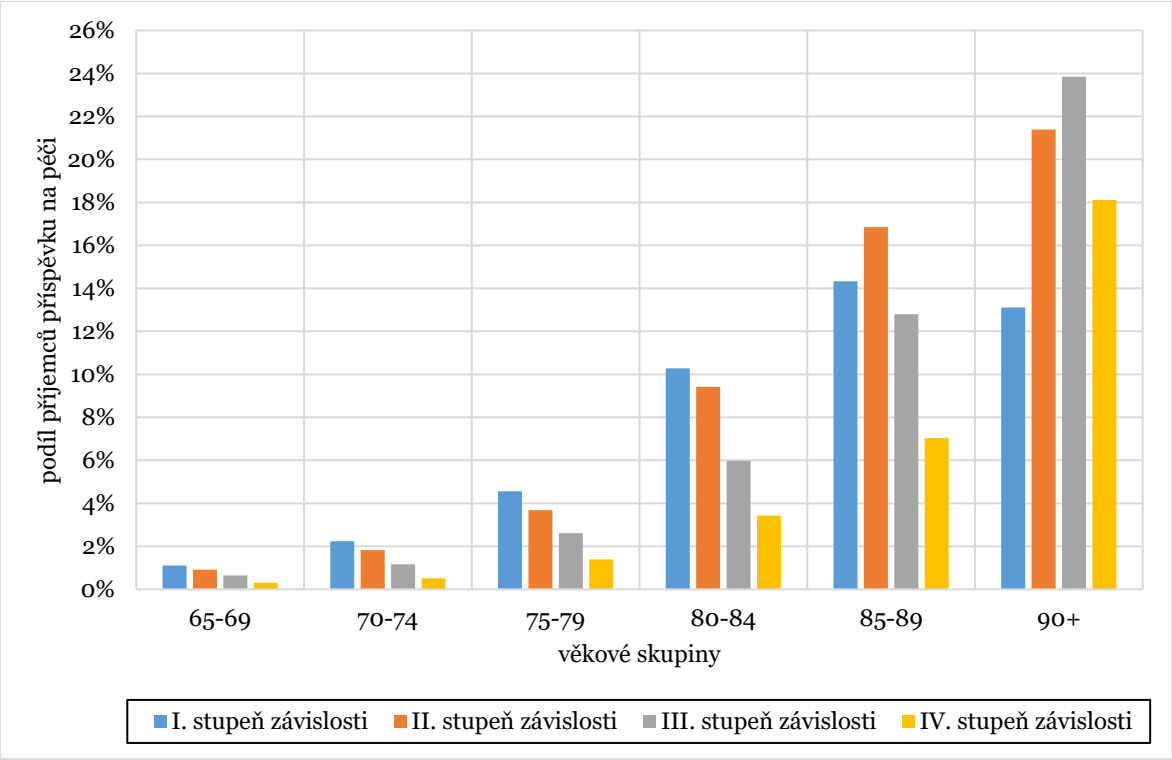
Obr. 3.3 Podíl počtu příjemců příspěvku na péči na celkovém počtu obyvatel v jednotlivých věkových skupinách a stupních závislosti v Jihočeském kraji v roce 2014 - MUŽI (data ČSÚ, VÚPSV, vlastní zpracování)



Obr. 3.4 Podíl počtu příjemců příspěvku na péči na celkovém počtu obyvatel v jednotlivých věkových skupinách a stupních závislosti v Jihočeském kraji v roce 2017 - MUŽI (data ČSÚ, VÚPSV, vlastní zpracování)



Obr. 3.5 Podíl počtu příjemců příspěvku na péči na celkovém počtu obyvatel v jednotlivých věkových skupinách a stupních závislosti v Jihočeském kraji v roce 2014 – ŽENY (data ČSÚ, VÚPSV, vlastní zpracování)



Obr. 3.6 Podíl počtu příjemců příspěvku na péči na celkovém počtu obyvatel v jednotlivých věkových skupinách a stupních závislosti v Jihočeském kraji v roce 2017 – ŽENY (data ČSÚ, VÚPSV, vlastní zpracování)

Podíly příjemců příspěvku na péči pro genderovou skupinu žen jsou uvedeny na obrázcích 3.5 (rok 2014) a 3.6 (rok 2017). V porovnání s předchozími obrázky, kde jsou podíly u mužů, lze sledovat mužskou nadúmrtnost. Jelikož podíly příjemců příspěvku na péči u žen jsou vyšší skoro ve všech věkových skupinách oproti podílům u mužů. Je to způsobeno tím, že ženy se dožívají vyššího věku. Zároveň také platí, že podíly byly vyšší v roce 2014 oproti roku 2017. Počet příjemců příspěvku na péči dominuje také ve věkové skupině 90+. V této věkové skupině také převažují příjemci příspěvku na péči druhého a třetího stupně.

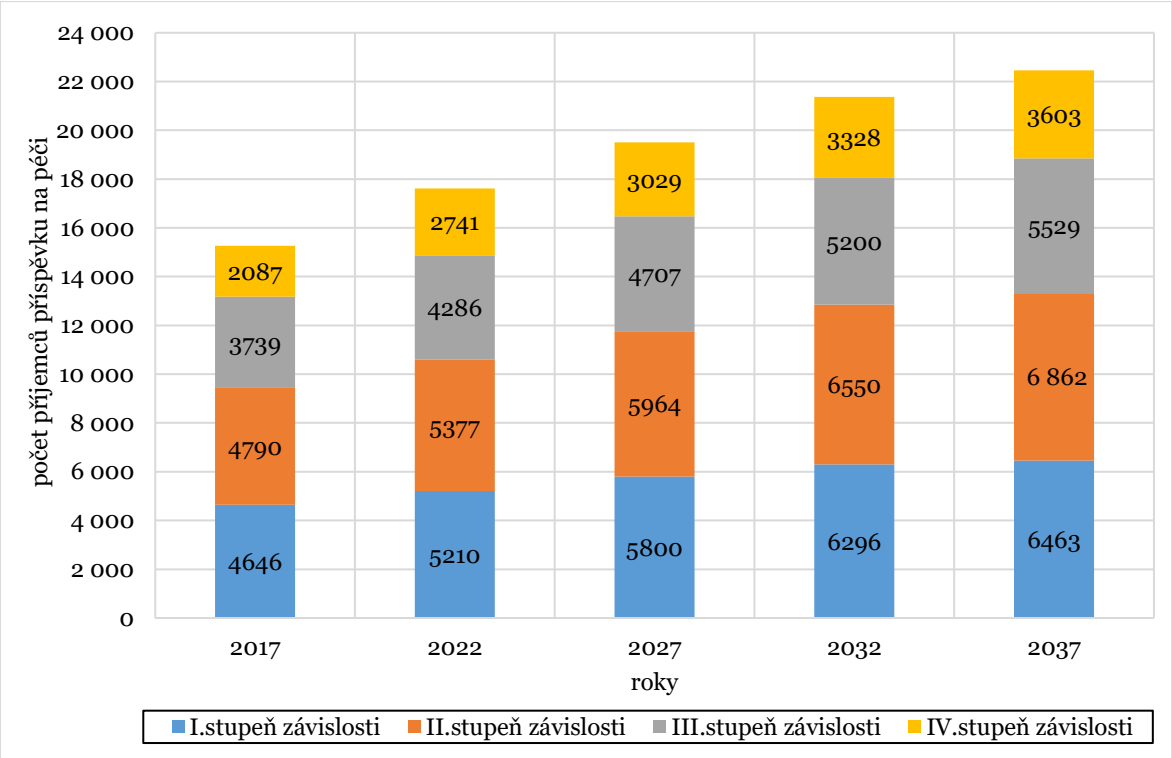
V obou genderových skupinách byl zaznamenán pokles relativního počtů příjemců příspěvku na péči v některých věkových skupinách mezi lety 2014–2017. K tomuto poklesu došlo pravděpodobně z důvodu, že od 1. ledna 2011 se s přijetím zákona č. 347/2010 Sb. snížil příspěvek na péči v prvním stupni závislosti z 2 000 Kč na 800 Kč. Od té doby potenciální příjemci prvního stupně o tuto nízkou dávku ani nežádají (Průša et al, 2015). Naopak se zvýšil počet příjemců příspěvku na péči ve třetím a čtvrtém stupni závislosti. Tyto dva stupně závislosti většinou pobírají starší lidé 80 let a ve většině případů jsou příjemci příspěvku na péči ženy z důvodu mužské nadúmrtnosti.

Rozdíly mezi statickým a dynamickým scénářem projekce počtu příjemců příspěvku na péči jsou uvedeny v tabulce 3.1. Rozdíly v tabulce rostou, čím více se tato projekce blíží ke svému horizontu. V roce 2022 byl rozdíl 455 příjemců příspěvku na péči, v roce 2037 vzrostl rozdíl na 569 příjemců. V I. stupni závislosti v celém předpovídaném období nebyly žádné rozdíly z důvodu, že všude byly záporné průměrné meziroční změny, tím pádem ve všech věkových a genderových skupinách vyšly hodnoty 0. Se zvyšujícím se stupněm závislosti se zvyšovaly i rozdíly mezi statickým a dynamickým scénářem projekce počtu příspěvku na péči.

Tab. 3.1 Výsledné rozdíly mezi statickým a dynamickým scénářem projekce počtu příjemců příspěvku na péči do roku 2037 (data ČSÚ, VÚPSV, vlastní zpracování)

	2022	2027	2032	2037
I.stupeň závislosti	0	0	0	0
II.stupeň závislosti	15	12	13	13
III.stupeň závislosti	69	62	72	80
IV.stupeň závislosti	371	409	434	476
Celkem	455	483	518	569

Z dynamického scénáře projekce počtu příjemců příspěvku na péči v Jihočeském kraji do roku 2037 je na obrázku 3.7 možné sledovat nárůst počtů příjemců příspěvku na péči o více než 7 000 osob dohromady ve všech stupních závislosti a věkových i genderových skupinách mezi lety 2017 a 2037. V prvním a druhém stupni závislosti vyšly počty příjemců příspěvku na péči skoro stejně jako ve statickém scénáři. Jelikož v těchto stupních byl podíl příjemců vyšší v roce 2014 než 2017, tím pádem vyšla záporná průměrná meziroční změna, která znamená pro tyto absolutní počty hodnotu 0. Ve třetím a čtvrtém stupni počty příjemců příspěvku na péči narůstaly oproti statickému scénáři.



Obr. 3.7 Předpokládaný vývoj počtu příjemců příspěvku na péči starších 65 let v Jihočeském kraji v letech 2022–2037 podle dynamického scénáře (data ČSÚ, VÚPSV, vlastní zpracování)

Výsledky projekce počtu příjemců příspěvku na péči podle obou scénářů – statického a dynamického – jsou dosti podobné. V obou případech předpokládaný vývoj počtu příjemců příspěvku na péči v Jihočeském kraji v letech 2022–2037 vzroste o více než 6000 osob starších 65 let. Podle dynamického scénáře budou počty příjemců příspěvku na péči vyšší než podle statického scénáře, důvodem odlišných výsledků jsou rozdílné metody v obou scénářích této projekce. Se zvyšujícím se počtem příjemců příspěvku na péči v Jihočeském kraji by měla být zvyšována pozornost na kapacity v jednotlivých zařízeních pro seniory. Nejvíce tyto zařízení využívají osoby starší 80 let, které tvoří i podstatně vyšší podíl příjemců příspěvku na péči a podle projekce obyvatelstva Jihočeského kraje do roku 2037 bude osob starších 80 let stále přibývat. Z těchto důvodů je potřeba navýšit kapacity v domovech pro seniory, v domovech se zvláštním režimem a ve stacionářích. Navýšení kapacity v jednotlivých zařízeních či výstavba nových zařízení by měly být součástí dlouhodobých regionálních plánů nejen na úrovni kraje, ale i jednotlivých správních obvodů obcí s rozšířenou působností. Dále by měla být věnována pozornost důsledkům stárnutí obyvatelstva v Jihočeském kraji zavedením dlouhodobé strategie rozvoje sociálních služeb, nejen zvyšováním kapacity v jednotlivých zařízeních pro seniory, ale také zajišťováním dostupnosti odlehčovací, pečovatelské služby a osobní asistence.

Závěr

Stárnutí populace je v dnešní době fenomén. I přes aktuálnost tématu chybí dlouhodobá strategie rozvoje sociálních služeb a zařazení této problematiky do stávajících regionálních plánů. Ve většině vyspělých zemích Evropy tento demografický jev nabývá stále více na velikosti – osob starších 65 let přibývá, dožívají se vyššího věku, ale osob, které se o ně budou starat, stále ubývá, jelikož se rodí méně a méně dětí. V České republice obyvatelstvo stárne stejně jako v jiných vyspělých evropských zemích. Na jednu stranu je stárnutí populace často diskutované téma, na druhou stranu jedním z mála politických řešení v České republice bylo zastropování věku odchodu do důchodu na 65 let vztahující se na seniory od roku 2030.

Cílem této práce bylo provedení demografické analýzy a zanalyzování aktuální situace kapacit v jednotlivých zařízeních poskytujících sociální služby pro seniory v Jihočeském kraji, odhad budoucího vývoje populace projekcí obyvatelstva Jihočeského kraje do roku 2037 a vývoj počtu příjemců příspěvku na péči navazující na tuto populační projekci. Jsem přesvědčena, že uvedený cíl se podařilo naplnit. Hlavním tématem práce bylo se zaměřit na sociální systém a práce pouze nastínila zdravotní systém, jelikož nejsou veřejně dostupná data v aktuálních zdravotnických ročenkách Jihočeského kraje.

V teoretické části bylo zjištěno, že sociální systém není zcela propojen se zdravotním systémem. Služby těchto dvou systému na sebe nenavazují. Systém sociálního zabezpečení v České republice nabízí tyto sociální služby pro seniory: domov pro seniory, domov se zvláštním režimem, denní a týdenní stacionář, odlehčovací služby, pečovatelskou službu a osobní asistenci. Na pomezí obou systému stojí hospic jako kombinace zdravotně-sociálního zařízení. Ve zdravotním systému se práce zaměřila na následnou lůžkovou péči poskytovanou v léčebnách dlouhodobě nemocných, ve kterých byl zkoumán dále v analytické části počet lůžek v jednotlivých nemocnicích. Mezi další druhy lůžkové péče patří akutní lůžková péče standardní, akutní lůžková péče intenzivní a dlouhodobá lůžková péče. Oba dva systémy jsou také odlišně financovány. Mezi základní složky financování sociálního systému České republiky patří dotace poskytované státem, příspěvky krajů, měst, obcí, evropské zdroje a příspěvek na péči. Naopak zdravotní systém je financován na základě veřejného zdravotního pojištění.

V analytické části byla provedena demografická analýza. Aktuální demografická struktura obyvatelstva sledovaného kraje zachycuje, že populace stárne absolutně a relativně. Mezi nejsilnější ročníky patří poválečná generace a generace Husákových dětí. Jednotlivé okresy v Jihočeském kraji byly porovnávány na základě průměrného věku a indexu hospodářského zatížení. Nejvyšší průměrný věk byl zaznamenán v okrese Písek, naopak nejnižší v okrese Český Krumlov. Celkově průměrný věk v Jihočeském kraji je nad průměrem České republiky. Dále pomocí indexu hospodářské závislosti seniorů bylo zjištěno, že v okresech Písek a Tábor je větší zastoupení seniorů než v ostatních okresech Jihočeského kraje. Pomocí tohoto indexu se došlo k závěru, že na produktivní generaci jsou více závislé ženy v důchodovém věku než muži. Je to způsobeno tím, že se ženy dožívají

vyššího věku než muži, jde tedy o takzvanou mužskou nadúmrtnost. Dále se práce zaměřovala na vývoj kapacity v jednotlivých zařízeních pro seniory v Jihočeském kraji.

Vývoj kapacity v jednotlivých zařízeních pro seniory je vzhledem k stárnutí populace tristní. Byly zjištěny nedostatečné kapacity v domovech pro seniory, prakticky kapacita ve všech těchto zařízeních v Jihočeském kraji se vůbec nezvyšovala, naopak lehce poklesla v období 2007–2017. Je zajímavé, že kapacita zůstala téměř konstantní a pohybovala se okolo 3 000 míst v domovech pro seniory v celém sledovaném kraji, ale počet těchto domovů vzrostl o 4 zařízení. V domovech pro seniory v Jihočeském kraji převažoval průměrný věk klientů okolo 80 let, z tohoto důvodu byl spočítán počet míst na 1000 osob starších 80 let. V roce 2017 připadalo 111 míst v domovech pro seniory na 1000 osob starších 80 let. Dále byla zjištěna skutečnost, že ve většině případů spadá pod jednu instituci domov pro seniory s domovem se zvláštním režimem. V domovech se zvláštním režimem v Jihočeském kraji kapacita naopak narůstala díky vyšším dotacím, než jsou poskytovány na domovy pro seniory. I přesto připadalo v roce 2017 v domovech se zvláštním režimem 33 míst na 1000 osob starších 80 let. V denních a týdenních stacionářích v Jihočeském kraji byla kapacita zanedbatelná. Navzdory tomu kapacita v těchto zařízení ve sledovaném období spíše klesala. Počty míst v jednotlivých zařízení pro seniory v Jihočeském kraji jsou nedostatečné a je potřeba zařadit tyto nedostatky do dlouhodobých územních plánů. Dále bylo zkoumáno, kolik zařízení poskytuje odlehčovací služby, které jsou v dnešní době pro rodiny starající se o seniora velice cenné. Analýzou bylo zjištěno, že za celé sledované období poskytovala zhruba pětina všech zařízení pro seniory odlehčovací služby. Jihočeský kraj byl dále porovnáván s ostatními kraji z hlediska počtu bytů v domovech s pečovatelskou službou. Bylo zjištěno, že se kraj nachází s počtem těchto bytů nad průměrem všech sledovaných krajů.

V analýze zdravotního systému v Jihočeském kraji byl zkoumán počet lůžek v léčebnách dlouhodobě nemocných. V každé okresní nemocnici se nachází léčebna pro dlouhodobě nemocné. Počet lůžek je potřeba taktéž navýšit z důvodu stárnutí populace a tedy stále se zvyšujícího počtu potenciálních pacientů. Dále se v Jihočeském kraji nachází 1 hospic, který poskytuje lůžkovou péči a nabízí 30 lůžek. Z ostatních podkladových materiálů byla zjištěna ještě 4 zařízení, která poskytují hospicovou péči pouze v domácím prostředí v blízkém okolí hospice.

V poslední části bakalářské práce byla sestavena projekce obyvatelstva Jihočeského kraje do roku 2037. Projekce byla vytvořena kohortně-komponentní metodou, do které nebyla započítaná migrace. Z projekce je zřejmé, že populace bude stárnout absolutně i relativně. Lidé v Jihočeském kraji, ale i v celé České republice se budou dožívat stále vyššího věku díky zvyšující se naději dožití a zdravé délce života, naopak se bude rodit čím dál méně dětí a tím pádem bude ubývat potenciálně produktivních jedinců, kteří by mohli ekonomicky zabezpečit budoucí seniory. Pokud se neposune hranice odchodu do důchodu, budou senioři trávit více času v důchodu. Otázkou je, jestli se nezhroutí dnešní penzijní systém fungující v České republice. Dále dojde k přesunu silných ročníků generace Husákových dětí, tím přibyde ještě více seniorů. Nabízí se otázka, kdo tolik seniorů bude zabezpečovat a kdo se o ně postará? Jelikož se zvýší index hospodářské závislosti seniorů, bude tedy připadat více seniorů na osoby z produktivní generace.

Nakonec byla sestavena projekce počtů příjemců příspěvku na péči v Jihočeském kraji do roku 2037. V práci byly uvažovány dva scénáře – statický a dynamický. Počet příjemců příspěvku na péči v následujících 20 letech vzroste o více než 6 000 osob. Podle dynamického scénáře vyšel počet příjemců příspěvku o něco vyšší než ve statickém scénáři. Počty v prvním a druhém stupni závislosti by neměly rapidně růst, spíše se očekává pokles z důvodu snížení příspěvku na péči v prvním stupni z 2000 Kč na 800 Kč. Naopak pravděpodobně nastane rapidnější nárůst příjemců třetího a čtvrtého stupně závislosti příspěvku na péči. Počet příjemců v těchto stupních by se měl skoro zdvojnásobit podle dynamického scénáře. Bylo zjištěno, že nejvíce příjemců této dávky se nachází ve věkových skupinách 80 let a starší. Z projekce obyvatelstva Jihočeského kraje do roku 2037 vyplývá, že počet osob v těchto věkových skupinách bude čím dál více narůstat. Měla by se tedy věnovat pozornost nejen udržitelnosti důchodového systému, ale i udržitelnosti výplaty příspěvku na péči.

Domnívám se, že by se v tomto výzkumu mělo nadále pokračovat z důvodu velkých nedostatků v kapacitách jednotlivých zařízení pro seniory. Je potřeba, aby došlo k zavedení dlouhodobé strategie rozvoje sociálních služeb nejen v rámci Jihočeského kraje, ale na úrovni jednotlivých správních obvodů obcí s rozšířenou působností tohoto kraje.

Použitá literatura

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

BURCIN, Boris, KUČERA, Tomáš a ŠÍDLO, Luděk. Populační prognózy a projekce – demografické okno do budoucnosti. *Geografické rozhledy*. 2007, 17(1), 12-13. ISSN 1210-3004.

ČERMÁKOVÁ, Marie. Postavení žen na trhu práce. *Sociologický časopis* [online]. 1997, 33(4), 389-404 [vid. 2019-04-20]. ISSN 2336-128X. Dostupné z: http://sreview.soc.cas.cz/cs/issue/82-sociologicky-casopis-4-1997

ČESKO. Zákon č. 108/2006 Sb. ze dne 31. března 2006 o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2006, částka 37, s. 1257-1289. ISSN 1211-1244. Dostupné z: http://ftp.aspi.cz/opispdf/2006/037-2006.pdf

ČESKO. Zákon č. 372/2011 Sb. ze dne 8. prosince 2011 o zdravotních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, částka 131, s. 4730-4801. ISSN 1211-1244. Dostupné z: http://ftp.aspi.cz/opispdf/2011/131-2011.pdf

KAČEROVÁ, Eva. Žijeme déle a zdravěji. In: *Český statistický úřad* [online]. 20.12.2014 [vid. 2019-03-24]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/czso/6b004993a7

KALIBOVÁ, Květa, PAVLÍK, Zdeněk a VODÁKOVÁ, Alena. *Demografie (nejen) pro demografy*. 3. přepracované vydání. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2009. ISBN 978-80-7419-012-4.

KOSCHIN, Felix et al. Co s ekonomickými důsledky stárnutí naší populace?. In: *Spolek mladých statistiků* [online]. Prosinec 2004 [vid. 2018-12-21]. Dostupné z: http://kdem.borec.cz/co_populace.pdf

KOSCHIN, Felix. *Demografie poprvé*. 2. přepracované vydání. Praha: Oeconomica, 2005. ISBN 80-245-0859-1.

KREBS, Vojtěch. *Sociální politika*. 5. přepracované a aktualizované vydání. Praha: Wolters Kluwer, 2010. ISBN 978-80-7357-585-4.

MÁTL, Ondřej, MÁTLOVÁ, Martina a HOLMEROVÁ, Iva. Zpráva o stavu demence 2016. Praha: Česká alzheimerovská společnost, o.p.s., © 2016. ISBN 978-80-86541-50-1. Dostupné z: http://www.alzheimer.cz/res/archive/004/000480.pdf?seek=1492589048

NEČADOVÁ, Věra. *Sociální politika – Systém sociálního zabezpečení*. Jihlava: Vysoká škola polytechnická, © 2015. ISBN 978-80-88064-08-4. Dostupné z: http://www.vspj.cz/ISBN/Skripta%20-%20V%C5%A0PJ/Soci%C3%A1ln%C3%AD%20politika%20-%20Syst%C3%A9m%20soci%C3%A1ln%C3%ADho%20zabezpe%C4%8Den%C3%AD%20-%20V%C4%9Bra%20Ne%C4%8Dadov%C3%A1.pdf

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

POSPÍŠIL, David. *Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2016-2025*. Praha: MPSV, 2016 [online]. [vid. 2019-02-01]. ISBN 978-80-7421-126-3. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/files/clanky/29624/NSRSS.pdf

PRŮŠA, Ladislav. *Ekonomie sociálních služeb*. 2.vydání. Praha: ASPI, 2007. ISBN 978-80-7357-255-6.

PRŮŠA, Ladislav et al. *Vybrané aspekty péče o seniory z hlediska sociálního začleňování*. Praha: VÚPSV, 2015. ISBN 978-80-7416-234-3.

PRŮŠA, Ladislav. Nová projekce vývoje počtu příjemců příspěvků na péči v ČR do roku 2030. *Demografie*. 2018, 60 (1), 49-60. ISSN 0011-8265.

STRAŠILOVÁ, Gabriela. „Husákovy“ vs „Havlovy“ děti. *Statistika&my* [online]. 2013, roč. 3, č. 11-12 [vid. 2019-03-18]. ISSN 1804-7149. Dostupné z: http://www.statistikaamy.cz/wp-content/uploads/2014/01/statistika_a_my.pdf

SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. Praha: Ecce homo, 1995. ISBN 80-902049-0-2.

ŠÍDLO, Luděk a KŘESŤANOVÁ, Jana. Kdo se postará? Domovy pro seniory v Česku v kontextu demografického stárnutí. *Demografie*. 2018, 60(3), 248-249. ISSN 0011-8265.

ŠÍDLOVÁ KUNSTOVÁ, Natálie a ŠÍDLO, Luděk. Perspektivy vývoje kapacit v domovech pro seniory v Jihočeském kraji. *Kontakt* [online]. 2016, 18(2), 103–111 [vid. 2019-02-27]. ISSN 1804-7122. Dostupné z: https://kont.zsf.jcu.cz/artkey/knt-201602-0009_perspektivy-vyvoje-kapacit-v-domovech-pro-seniory-v-jihoceskem-kraji.php

ŠTĚDRON, Bohumír et al. *Prognostické metody a jejich aplikace*, Praha: C.H. Beck, 2012. ISBN 978-80-7179-174-4.

ŠTYGLEROVÁ, Terezie, NĚMEČKOVÁ, Michaela a ŠIMEK, Miroslav. Stárnutí se nevyhneme. In: *Český statistický úřad* [online]. 20.12.2014 [vid. 2019-01-29]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/czso/ea002b5947

VOSTATEK, Jaroslav. *Penzijní teorie a politika*. Praha: C.H. Beck, 2016. ISBN 978-80-7400-571-8.

WEEKS, John, R. *Population: An Introduction to Concepts and Issues*. 10. vydání. Belmont: Thomson Wadsworth, © 2008. ISBN 978-0-495-09637-5. Dostupné z: https://archive.org/stream/PopulationAnIntroductionToConceptsAndIssuesJohnR.WeeksUploadedByUniversityOfSargodha...TaimoorAli/Population+An+Introduction+to+Concepts+and+Issues+John+R.Weeks+Uploaded+by+University+of+Sargodha...Taimoor+Ali_djvu.txt

Jihočeský kraj. *Regionální informační servis* [online]. © 2012–2016 [vid. 2019-04-02]. Dostupné z: http://www.risy.cz/cs/krajske-ris/jihocesky-kraj

Průvodce sociálními službami v Jihočeském kraji. *Sociální portál Jihočeského kraje* [online]. Listopad 2018 [vid. 2019-03-03]. Dostupné z: https://socialniportal.kraj-jihocesky.cz/files/pruvodce_ss_(zverejnit)_01_02_2019.pdf

Sendvičová generace. *Katedra sociologie FF ZČU v Plzni* [online]. © 2016–2019 [vid. 2019-02-19]. Dostupné z: https://www.vyzkum-kss-zcu.cz/grafy/sendvicova-generace/

Sociální služby. *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. [vid. 2018-11-30]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/cs/18661

Veřejné zdravotní pojištění. *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. 31.10.2012 [vid. 2019-03-03]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Cizinci/obsah/verejne-zdravotni-pojisteni_2617_22.html

Veřejné zdravotní pojištění. *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. 06.01.2016 [vid. 2019-03-03]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpeci/obsah/verejne-zdravotni-pojisteni-v-cr_3347_29.html

Zpráva o dlouhodobé udržitelnosti veřejných financí. *Národní rozpočtová rada* [online]. Říjen 2018 [vid. 2019-03-03]. Dostupné z: https://unrr.cz/wp-content/uploads/2018/10/Zpr%C3%A1va-o-dlouhodob%C3%A9-udr%C5%BEitelnosti-ve%C5%99ejn%C3%BDch-financ%C3%AD.pdf

Zdroje statistických dat:

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD [ČSÚ]. Věkové složení obyvatelstva – 2017. In: *Český statistický úřad* [online]. 30.04.2018 [vid. 2019-02-17]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/czso/vekove-slozeni-obyvatelstva-2017

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD [ČSÚ]. *Demografická ročenka krajů – 2008 až 2017: Jihočeský kraj*. [online]. 31.08.2018 [vid. 2019-04-01]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/czso/demograficka-rocenka-kraju

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD [ČSÚ]. *Projekce obyvatelstva České republiky – 2018 – 2100* [online]. 28.11.2018 [vid. 2019-02-19]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/czso/projekce-obyvatelstva-ceske-republiky-2018-2100

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD [ČSÚ]. Zařízení sociálních služeb. In: ČSÚ. *Veřejná databáze* [online]. Vygenerováno 17.02.2019 10:26:29 [vid. 2019-02-17]. Dostupné z: https://vdb.czso.cz/vdbvo2/faces/index.jsf?page=vystup-objekt&pvo=SZB07&z=T&f=TABULKA&katalog=30850&str=v848&u=v825__VUZEMI__100__3034

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD [ČSÚ]. Byty v domech s pečovatelskou službou. In: ČSÚ. *Veřejná databáze* [online]. Vygenerováno 24.02.2019 17:52:27 [vid. 2019-02-24]. Dostupné z: https://vdb.czso.cz/vdbvo2/faces/cs/index.jsf?page=vystup-objekt&pvo=SZB17&z=T&f=TABULKA&katalog=30850&pvokc=100&pvoch=3034

KRAJSKÝ ÚŘAD JIHOČESKÉHO KRAJE. Koncepce zdravotnictví Jihočeského kraje 2015-2020. In: *Krajský úřad Jihočeského kraje* [online]. Únor 2017 [vid. 2019-03-09]. Dostupné z: https://www.kraj-jihocesky.cz/2093/koncepce_zdravotnictvi_jihoceskeho_kraje_na_obdobi_2015_8211_2020.htm

VÝZKUMNÝ ÚSTAV PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. Interní data.