

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

FAKULTA FILOZOFICKÁ

Katedra sociální práce

RIGORÓZNÍ PRÁCE

Marcela Malá

Proces a míra invalidizace seniorů

The process and rate of disability among seniors

Praha 2015

Školitel: prof. JUDr. Igor Tomeš, CSc.

Poděkování

Ráda bych tímto poděkovala zejména mému školiteli prof. JUDr. Igoru Tomešovi, CSc., přednímu českému odborníkovi a světovému znalci působícího v oblasti sociální politiky, práva sociálního zabezpečení a sociální správy, za velmi cenné rady, připomínky a vstřícnou pomoc při zpracování rigorózní práce. Poděkování patří zároveň i mé rodině za trpělivost, pochopení a podporu.

P r o h l á š e n í

Prohlašuji, že jsem rigorózní práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne

Marcela Malá

Bibliografický záznam

MALÁ, Marcela. *Proces a míra invalidizace seniorů*, Praha: Univerzita Karlova, Filozofická fakulta, Katedra sociální práce, 2015, 185 s. Školitel rigorózní práce prof. JUDr. Igor Tomeš, Csc.

Abstrakt

Nejcharakterističtějším rysem demografického vývoje České republiky i dalších rozvinutých zemí Evropy je stárnutí populace. Cílem diplomové práce „Proces a míra invalidizace seniorů“ bylo především zjistit, do jaké míry zasahuje invalidita do života seniorů a zmapovat vývoj, průběh a podmínky důchodového systému. Po úvodním přehledu základních pojmů, je část práce věnována teoretickému rozboru evropského rámce společenského zabezpečení seniorů a reformě invalidních důchodů v České republice. Pozornost je dále zaměřena na formy péče právě o invalidní starobní důchodce. Poslední kapitola teoretické části se zabývá deinstitucionalizací.

Výzkumná část analyzuje oblasti týkající se vývoje struktury obyvatelstva, agendy žádostí, přehledu důchodů dle skupin diagnóz WHO, celkového přehledu vyplácených invalidních důchodů, vývoje struktury důchodců, financování důchodové agendy, průměrné délky a věku důchodců. Zařazena je ekonomická stránka, kde jsou porovnávány důchody s průměrnou mzdou a sledována je též pracovní aktivita seniorů, bydlení, zdravotní a sociální služby.

Výzkum je kvantitativní a potvrzuje současný globální jev stárnutí populace jako jeden z nejvýznamnějších aktuálních problémů vyspělých zemí. S tím samozřejmě nárůst starobních důchodců a zvyšování nákladů na financování důchodové agendy. Co se týče míry invalidity, je výzkum zaměřen na skupiny diagnóz WHO, týkající se duševních onemocnění, kde dochází k nejvyššímu nárůstu právě v předdůchodovém a důchodovém věku.

Průměrná výše invalidních i starobních důchodů se mírně zvyšuje, ovšem v porovnání s průměrnou mzdou, je tento nárůst spíše nedostačující. Zvyšování je zaznamenáno též u ekonomické aktivity pracujících důchodců, a to ve všech věkových kategoriích.

Závěr shrnuje poznatky ze statistických dat. Zejména lze podotknout, že ač se lidé dožívají vyššího věku, důchodový systém se spíše nemění. Jak vyplývá z dlouhodobých demografických prognóz vývoje obyvatelstva, především s ohledem na osoby poproduktivního věku, lze vyjádřit obavy z neudržitelnosti systému bez reformování.

Klíčová slova

Senior, stárnutí, stáří, invalidita, gerontologie, geriatrie, struktura obyvatelstva, prognóza, důchodový systém, důchodová agenda, reforma, financování, deinstitucionalizace

Abstract

The most characteristic feature of the demographic development in the Czech Republic and other developed countries is population ageing. The aim of the thesis "The process and rate of disability among seniors" was to determine the extent to which disability interferes with the lives of the seniors and to map the development, progress and conditions of the pension system. After an introductory overview of basic concepts, a part of the thesis deals with a theoretical analysis of the European framework of social security of seniors and another part is concerned with the reform of disability pensions in the Czech Republic. The focus is also on the forms of care for disabled pensioners. The last chapter of a theoretical part deals with deinstitutionalization.

The empirical part analyzes the areas related to the development of population structure, administrative agenda, overview of pensions according to the WHO diagnosis groups, total overview of disability pensions, the development of the structure of pensions, financing of pension administration, and the average age of retired people. The economic side is also included, where pensions are compared with average salary and also the economic activity of seniors, housing, health and social services.

The research is quantitative and confirms the current global phenomenon of population ageing as one of the most important problems of developed countries. With this, old-age pensioners and the cost of financing the pension agenda of course grow. About the rate of disability, the research focuses on a group of WHO diagnoses regarding mental illness where there is the highest increase in pre-retirement and retirement age.

The average amount of disability and old-age pensions has been slightly increasing, but compared to the average wage, this increase is rather insufficient. The increase is also observed in the economic activity of working retired people, and in all age categories.

The conclusion summarizes the findings of the empirical part of the thesis. In particular, it can be noted that life expectancy has been rising, the pension system remains rather unchanged. As follows from the long-term demographic prognoses of population growth, especially with regard to post-working-age people, concerns may be expressed about the sustainability of the system without reforming it.

Keywords

Senior, growing old, old age, disability, gerontology, geriatrics, structure of population, prognosis, retirement systém, retirement administrative, reform, financing, deinstitutionalization

Obsah

1. Úvod	10
2. Základní pojmy	14
2.1 Pojem stárnutí	15
2.2 Sociální gerontologie, geriatrie	17
2.3 Invalidita	20
2.4 Míra invalidizace	25
3. Pojetí invalidity	27
3.1 Stárnutí obyvatelstva, demografie	29
3.2 Potřeby seniorů, gerontologie a geriatrie	34
3.3. Stárnutí a nemocnost, invalidita	39
4. Evropský rámec společenského zabezpečení seniorů	43
4.1 Právní rámec EU	49
4.2 Evropské pojetí stáří	52
4.3 Hlavní sledované cíle	54
5. Reforma invalidních důchodů v ČR	57
5.1 Vývoj	60
5.2 Soudobý právní rámec	65
5.3 Hlavní soudobé trendy a problémy invalidních důchodců	67
5.4 Reformní alternativy	72
6. Formy péče o invalidní starobní důchodce	82
6.1 Dávky	83
6.2 Služby	89
7. Deinstitutionalizace	96
7. 1 Pojetí deinstitutionalizace	96
7.2 Tendence a problémy deinstitutionalizace	101
7.3 Bydlení seniorů	106
7.4 Profesní etika	111
8. Výzkum	116
8.1 Cíle a forma výzkumu	116
8.2 Vývoj struktury obyvatelstva České republiky	117
8.3 Vývoj agendy žádostí	122
8.4 Přehled dle skupin diagnóz WHO	125
8.5 Přehled vyplácených invalidních důchodů	137

8.6 Vývoj struktury důchodců	139
8.7 Financování důchodové agendy	141
8.8 Průměr délky pobírání důchodu a věku důchodců	142
8.9 Porovnání výše důchodů a průměrné mzdy.....	144
8.10 Ekonomická aktivita seniorů	147
8.11 Bydlení, zdravotní a sociální služby.....	152
8.11 Shrnutí poznatků ze statistických dat	156
9. Závěr.....	159
Zdroje	162
Seznam příloh.....	170

Seznam použitých zkratek

ČR - Česká republika

ČSSZ - Česká správa sociálního zabezpečení

EK - Evropská komise

ES - Evropské společenství

ESCH - Evropská sociální charta

EU - Evropská unie

IFSW - International Federation of Social Workers

ILO - International Labour Organization

KNV - Krajský národní výbor

LDN - Léčebna dlouhodobě nemocných

LPS - Lékařská posudková služba

MOP - Mezinárodní organizace práce

MPSV - Ministerstvo práce a sociálních věcí

OECD - Organisation for Economic Co-Operation and Development

OMC - Otevřená metoda koordinace

ONV - Okresní (obvodní) národní výbor

OSN - Organizace spojených národů

OSSZ - Okresní správa sociálního zabezpečení

OÚNZ - Okresní (obvodní) ústav národního zdraví

OZP - Osoba se zdravotním postižením

PSSZ - Pražská správa sociálního zabezpečení

RE - Rada Evropy

SLDB - Sčítání lidu, domů a bytů

USA - United States of America

VDLP - Všeobecná deklarace lidských práv

WHO - World Health Organization

1. Úvod

Tématem této práce je proces a míra invalidizace seniorů. Téma stále aktuálnější, a to zejména proto, že sociální rozvoj, lepší životní a pracovní podmínky, pokroky v medicíně a prosazování sociálních práv vedou k tomu, že méně lidí dnes umírá předčasně v dětství nebo během pracovního života. Získané roky jsou hodnotou samy o sobě. Více lidí má možnost prožít delší život než v minulosti a starší lidé tak tvoří významnější část populace než kdykoliv v minulosti. Stáří se stává přímou zkušeností většího počtu lidí.

Stárnutí populace je nejcharakterističtějším rysem demografického vývoje České republiky i dalších rozvinutých zemí Evropy. Tento demografický vývoj bude v dalších letech pokračovat. Přispěje k němu zestárnutí populačně silných poválečných ročníků a v dalším období zejména prodlužující se pravděpodobná doba dožití.

Podle střední varianty projekce demografického vývoje zpracované Českým statistickým úřadem by měli lidé starší 65 let v roce 2030 tvořit 22,8 % populace, v roce 2050 pak 31,3 %, což představuje přibližně 3 miliony osob. V roce 2007 tvořily osoby starší 65 let 14,6 % obyvatel České republiky. Relativně nejrychleji se přitom bude zvyšovat počet osob nejstarších. Podle demografické prognózy zpracované Českým statistickým úřadem bude v roce 2050 žít v České republice přibližně půl milionu občanů ve věku 85 a více let (ve srovnání se 124 937 v roce 2007). Naděje dožití bude v roce 2050 činit 78,9 let pro muže a 84,5 pro ženy (oproti 73,7 let pro muže a 79,9 let pro ženy v roce 2007).¹

S přihlédnutím k nerovnoměrné výchozí věkové struktuře a s ohledem na očekávané parametry reprodukce dojde v budoucnosti nepochybně k zásadním strukturálním změnám, které budou probíhat prakticky po celé období prognózy. V dlouhodobé perspektivě povede vývoj k redukci nebo zahlazení většiny nepravidelností počáteční věkové struktury. První zanikne dříve velmi výrazný zářez vzniklý jako odraz nízké plodnosti v období I. světové války a v relativně brzké době bude zarovnána také nepravidelností způsobená menší početní velikostí generací narozených ve druhé polovině 30. let 20. století. Na opačné straně věkové struktury se objeví menší populační vlna, která spíše než desetiletí očekávanou druhotnou vlnou k vlně ze 70. let bude společným odrazem časového souběhu realizace odkladů rodičovství z 90. let a celkového zotavení plodnosti po propadu její úrovně ve stejném období.

Populační velikost kategorie poproduktivního věku by podle střední varianty prognózy měla do roku 2020 vzrůst asi o 280 tis. osob, ze současných 2,24 mil. na 2,52 mil. obyvatel,

¹MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Příprava na stárnutí*. [online]. Praha: MPSV, 1.8.2008. [cit. 2012-12-10]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/2856>

aby v horizontu prognózy, při poněkud vyšším početním stavu obyvatelstva než ve výchozím roce, dosáhla přibližně 3,25 mil. osob. Kulminace absolutního počtu obyvatel v poproduktivním věku je přitom očekávána kolem roku 2060, a to na úrovni vyšší než 3,41 mil. osob. Jestliže v současné době tato kategorie vykazuje podíl na celkovém počtu obyvatel ve výši 21,4 %, pak v roce 2058, kdy by měla kulminovat, by tento podíl mohl dosáhnout 30,5 %. Je to významně méně (zhruba asi o 5 procentních bodů) než u prognózy z roku 2003. Hlavním důvodem snížení tohoto parciálního prognostického odhadu je nedávné prodloužení věku vzniku nároku na plný starobní důchod, a tedy poněkud užší vymezení poslední věkové kategorie obyvatel České republiky.

Doposud prezentované výsledky prognózy a z nich odvozené ukazatele popisující vývoj věkové struktury jednoznačně dokládají, že i v nadcházejících letech bude základním rysem vývoje obyvatelstva České republiky jeho progresivní stárnutí. Jak již bylo opakovaně zdůrazněno, bude tempo a rozsah dalšího stárnutí *de facto* v celém období prognózy poplatné základním nepravidelnostem vstupní věkové struktury. Například proces stárnutí měřený změnou podílu obyvatel ve věku nad 65 let na celku již pět let vykazuje a v nejbližších deseti až patnácti letech bude i nadále vykazovat značnou dynamiku v důsledku přechodu početně silných generací osob narozených ve 40. a 50. letech 20. století přes tuto věkovou hranici. V době, kdy začnou do seniorského věku vstupovat početně slabší generace narozených v 60. letech, tempo procesu stárnutí se sníží a znovu nabere na intenzitě až v okamžiku, kdy na řadu přijdou generace ze sedmdesátých let. V závěru prognózy se pak s největší pravděpodobností projeví propad porodnosti z 90. let a počátku tohoto století, a to tak, že podíl osob ve věku 65 let v populaci může mírně poklesnout.²

Přibývající počet starších lidí představuje v důsledku zvyšujícího se vzdělání a zlepšujícího se zdraví populace potenciál pro sociální a ekonomický rozvoj. Politika přípravy na stárnutí by měla reagovat na dvě základní výzvy: integrovat starší osoby do ekonomického a sociálního rozvoje a vytvořit věkově inkluzivní společnost. Důležité je přizpůsobit politiku zaměstnanosti, důchodovou politiku a další politiky a služby probíhajícím sociálním a demografickým změnám.

Mezi hlavní principy politiky přípravy na stárnutí z pohledu Ministerstva práce a sociálních věcí patří důraz na lidská práva, respektování genderového aspektu problematiky stárnutí, celoživotní přístup ke stárnutí a zdraví, důraz na rodinu a mezigenerační vztahy, tvorba opatření na výzkumem podložených poznacích a relevantních statistických datech,

²BURCIN, Boris a Tomáš KUČERA. *Prognóza populačního vývoje České republiky na období 2008-2070*. [online]. Praha: MPSV, duben 2010. [cit. 2013-10-25]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/8842/Prognoza_2010.pdf

zvláštní pozornost věnovaná menšinám (seniorům zdravotně postiženým, trpícím demencí, duševně nemocným, seniorům z etnických menšin atd.), respektování rozdílů mezi venkovem a městem.³

Lepší zdravý a delší život jsou významné hodnoty samy o sobě. Společnost, v níž jsou lidé zdravější, vzdělanější a žijí déle, představuje příležitost pro ekonomický a sociální rozvoj. Prodloužení střední délky života znamená, že v průměru máme všichni možnost prožít delší život, mít déle vztah se svými rodiči a být déle oporou pro své děti či vnuky.

Demografické stárnutí je většinou nesprávně považováno za negativní jev a problematika spojená s demografickým stárnutím je často redukována na problematiku reformy důchodového systému. K zajištění kvality života ve stáří a k využití zkušeností a potenciálu přibývajících počtu starších lidí je však třeba učinit více. Je nezbytné přijmout opatření v řadě oblastí a zejména změnit negativní přístup ke stárnutí populace a ke starším lidem, který je často spojen se stereotypním až ageistickým pohledem na stáří a starší lidi, vzbuzuje obavy narušující mezigenerační soudržnost a vytváří podhoubí věkové diskriminace.⁴

Starší generace jdou do důchodu zdraví. Když onemocní, jsou to zejména civilizační choroby, nejvíce krevní oběh a srdce nebo rakovina. Mnozí se stanou dementními, hlavní příčinou je Alzheimerova choroba (6 z 10 případů)⁵ či ateroskleróza. Tito pacienti nejsou zpravidla vyléčitelní, a proto nejsou klienty standardních nemocnic. Jelikož nezvládají ani výkon běžných aktivit, potřebují zvláštní nestandardní péči.

Tyto pacienty je potřeba zabezpečit zvláštní péčí trvalým poskytováním sociálních služeb. Sociální služby jsou mimořádně významnou součástí aktivit státu, samosprávy a nestátních subjektů.

Stárnutí obyvatelstva už desetiletí patří mezi výrazná témata sociální politiky, a v poslední době i mezi makroekonomy a politiky. O procesu stárnutí se ví od padesátých let minulého století, kdy OSN vydalo své první demografické prognózy. Všechny to nechalo klidnými. Jakmile však začal proces stárnutí ohrožovat veřejné finance, stal se v poslední době i tématem makroekonomů. Tento objektivní proces je však velmi složitý a má své výrazné a složité ekonomické, sociální a psychologické souvislosti, kterým se stát ani společnost dostatečně nevěnují.

³MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Příprava na stárnutí*. [online]. Praha: MPSV, 1.8.2008. [cit. 2013-01-18]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/2856>

⁴MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008-2012*. 1. vyd. Praha: Hartpress, 2008. s. 9-10. ISBN 978-80-86878-65-2.

⁵LEKÁRNA.CZ. *Demence*. [online]. Praha: MPSV, 2014. [cit. 2014-01-15]. Dostupné z: <http://www.lekarna.cz/text/demence/>

Stárnutí obyvatelstva je bezesporu sociální proces, který společnost musí kontinuálně řešit. Musí jej však vnímat jako metamorfózu životního cyklu a nikoliv jen jako „přibývání“ starých lidí. Musí reformovat procesy zaměstnávání, vzdělávání, zdravotní péče, rodinné politiky a nikoliv jen některé aspekty tohoto procesu... jen jeho demograficky viditelnou koncovku – starobní důchody.⁶

Bohužel naše společnost není svými službami na takovouto péči plně připravena. Je potřeba poskytovat sociální a zdravotní služby seniorům, kteří jsou závislí na pomoci druhé osoby a nemohou žít ve svém domácím prostředí, a tím jim umožnit prožívat plnohodnotné, důstojné a bezpečné stáří. Proto je toto téma důležité ke zkoumání a je nezbytné se zabývat výzkumnými otázkami, jakými jsou například reformování důchodového systému, návaznost na starobní a invalidní agendy, způsoby a výše financování, ale i například vývoji ekonomické aktivity právě u samotných seniorů.

Tato rigorózní práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V části teoretické se po úvodním přehledu základních pojmů konkretizuje evropský rámec společenského postavení seniorů a reforma invalidních důchodů. Dále je pozornost zaměřena na formy péče o invalidní starobní důchodce a deinstitucionalizaci.

Výzkumná část je věnována obsáhlé problematice důchodového pojištění, zejména agendám starobním a invalidním. Analyzovány jsou obecné okruhy vývoje, jakým je například struktura obyvatelstva, ale i konkrétní oblasti, např. agendy žádostí, skupiny diagnóz WHO, přehledy vyplácených důchodů, financování, vývoj průměrné délky a věku důchodců. Část výzkumu je soustředěna na ekonomickou aktivitu obyvatel v důchodovém věku, bydlení a zdravotním a sociálním službám. Poznatky ze statistických dat jsou v závěru výzkumu shrnuty.

⁶TOMEŠ, Igor. Širší sociální souvislosti stárnutí obyvatelstva – mýty a skutečnosti. In: *Fórum sociální práce*. 1. vyd. Praha: Vydavatelství Filozofické fakulty UK v Praze, 2012, č. 2, s. 63. ISSN 1804-3070.

2. Základní pojmy

Stárnutí a stáří jsou součástí života a období pokračujícího rozvoje lidské osobnosti. Stáří je neopominutelnou a neodmyslitelnou částí přirozeného životního cyklu, pokud člověk nezemře předčasně. Označuje se jím poslední fáze životního cyklu každého jedince. Jde o výsledek přirozeného biologického procesu. U každého člověka probíhá jinak - někteří lidé jsou staří poměrně záhy a jiní se dožívají vysokého věku. Kořeny této individuální různorodosti se zpravidla hledají v genetické dispozici, kvalitě života a v úspěšnosti zdravotní péče.

Makroekonomové a politici dramaturgizují skutečnost, že přibývá nákladů na stárnoucí obyvatelstvo. Stárnutí společnosti není jen o růstu počtu starých ve společenských strukturách, ale především o změnách životního cyklu. S rostoucí sofistikací výrobních procesů, s jejich automatizací a robotizací se práce stává náročnější a prodlužuje se příprava na ní; ubývá pracovních příležitostí pro nekvalifikované. Proces vzdělávání proto trvá déle a první vstup do zaměstnání se odehrává ve vyšším věku než dříve. I životní start se tím oddaluje a první děti se rodí ženám ve vyšším věku. Stále více osob se dožívá stáří při plném zdraví a jsou schopny práce. Průměrný věk lidí zdravotně postižených také roste. Jde tedy o proces základních změn ve společenských strukturách a zasahuje všechny fáze životního cyklu.⁷

Demografický vývoj je charakterizován stárnutím populace. Přibývá seniorů jako takových a velmi starých seniorů, osob dlouhověkých, zvláště. V ČR jsou tyto tendence, včetně geriatrice medicíny, zjevné již dnes. Vše je dále zvýrazněno zestárnutím silných poválečných ročníků po roce 2010.⁸

Výdaje na zdravotnictví přirozeně rok od roku rostou jak po celém světě, tak v České republice. Roste také objem poskytované péče, především v oblasti specializované péče. Zatímco v roce 2000 činily veřejné výdaje na zdravotnictví celkem 132 962 mil. Kč, v roce 2013 vystoupaly na 246 562 mil. Kč. S věkem se náklady na zdravotní péči zvyšují, osoby nad 60 let spotřebují až 60 % nákladů na zdravotnictví (viz příloha č. 1).

Pokud nemá vývoj vést k nízké kvalitě života seniorů a k závažnému napětí ve financování zdravotnictví, je třeba usilovat o lepší pochopení potřeb a problémů geriatrických pacientů, o udržení jejich zdraví a o maximální účinnost i účelnost jak

⁷TOMEŠ, Igor. *Obory sociální politiky*. 1. vyd. Praha: Portál, s.r.o., 2011. s. 170-171. ISBN 978-80-7367-8 68-5.

⁸KALVACH, Z., Z. ZADÁK, R. JIRÁK, H. ZAVÁZALOVÁ, P. SUCHARDA a kol. *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha 7: Grada Publishing, a.s., 2004. s. 45. ISBN 80-247-0548-6.

zdravotnických, tak sociálních služeb, což mnohdy nepůjde bez obměny historického stereotypu jejich chápání.⁹

2.1 Pojem stárnutí

Stárnutí je přirozený, nepřetržitý a nezvratný biologický proces, který trvá od vzniku zárodku až do smrti. Může probíhat přirozeně (fyziologický proces stárnutí, změny orgánů a jejich funkcí) nebo chorobně (patologický proces stárnutí vede ke ztrátě pracovní schopnosti).

Někteří vědečtí pracovníci se pokoušejí kategorizovat stáří. Dělí je do tří hlavních období – presenilní, vlastní stárnutí a období stařecké. Teprve ve třetím období, pro něž se klade věková hranice nad 70 let, shledávají, že zaniká schopnost k systematické práci. Ve druhém období, které se umísťuje mezi 60. a 70. rokem, dochází jen k pozvolným změnám, vyžadujícím jisté přizpůsobení v pracovním výkonu.¹⁰

Světová zdravotnická organizace (WHO) dělí období stáří takto:

- ☞ Rané stáří (senescence) – 60 – 74 let
- ☞ Vlastní stáří (senium) – 75 – 90 let
- ☞ Dlouhověkost – 90+

Podobné kategorizace mohou tendence procesů stárnutí odhalit jen velmi obecně a jejich časový průběh ohraničit jen velmi nepřesně. Praxe a zkušenosti ukazují, že jde o proces značně individuální, který není podmíněn jen vlastnickými vztahy, úrovní industrializace, stupněm urbanizace, rozvojem sanitárně hygienických a léčebných zařízení apod. (společenská činitel), ale i osobní fyziologickou podstatou jednotlivců, jejich individuálním zdravotně historickým profilem, jakož i obecnými přírodními činiteli, mezi něž patří podnebí, národní zvyklosti ve stravě atd.

Stárnutí člověka je tedy proces velmi individuální, složitý, probíhající u různých lidí různě. Jako biologický proces může probíhat přirozeně nebo chorobně. V prvním případě hovoříme o fyziologickém, v druhém případě o patologickém procesu stárnutí. Jak ukazují výzkumy, ztráta pracovní schopnosti je především důsledkem chorobného stavu a teprve

⁹KALVACH, Z., Z. ZADÁK, R. JIRÁK, H. ZAVÁZALOVÁ, P. SUCHARDA a kol. *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha 7: Grada Publishing, a.s., 2004. s. 45. ISBN 80-247-0548-6.

¹⁰TOMEŠ, Igor. *Sociální politika: teorie a mezinárodní zkušenost*. 2. přeprac. vyd. Praha: Socioklub, 2011. s. 145. ISBN 80-86484-00-9.

ve vysokém věku se může stát výsledkem přirozeného – fyziologického – procesu změn orgánů a jejich funkcí.¹¹

Proces stárnutí ovlivňuje pracovní schopnost. Starší lidé mnohdy vyrovnávají ztráty ve hbitosti, pružnosti a fyzické výkonnosti změnami pracovních metod, kdy využívají rozvahu a zkušenost, takže se stáří nemusí projevit na úrovni jejich pracovní výkonnosti. Pracovní trh zatím tuto změnu nevnímá, a proto stárnoucí lidé mají problémy se získáním a udržením zaměstnání.

Stáří není invalidita, i když stárnutím organismus chřadne a u starých lidí se s přibývajícím věkem častěji vyskytují zejména chronická civilizační onemocnění. Jde však o dvě odlišné sociální události, i když s chřadnutím organismu přibývá neschopnost podobající se neschopnosti způsobené úrazem a nemocí (invalidita).¹²

Stáří není ani nemoc. Oba stavy se však vzájemně ovlivňují. K tomu je třeba dodat:

- ☞ Je známo, že onemocnění, která předcházejí stáří, často urychlují jeho průběh.
- ☞ Nemocnost spojená s pracovní neschopností bývá zpravidla vyšší po 45. roce života. Se zvyšováním věku se však také mění povaha onemocnění. Onemocnění náhlá, epidemického charakteru, ustupují onemocněním zdlouhavým, která předpokládají delší působení záporných činitelů a vyvolávají chronické změny, jako např. onemocnění cévní a srdeční, revmatismus atd.
- ☞ S vyšším věkem se prodlužuje průměrné trvání pracovní neschopnosti, zatímco často klesá průměrný počet nových onemocnění.¹³

Proměnu sociálních rolí a potřeb, životního stylu i ekonomického zajištění postihuje stáří sociální. Pojem upozorňuje na společné zájmy i na rizika seniorů, k nimž patří např. maladaptace na penzionování, ztráta životního programu a společenské prestiže, osamělost, pokles životní úrovně, hrozba ztráty soběstačnosti, věková segregace a diskriminace (ageismus). Za počátek sociálního stáří je obvykle považován vznik nároku na starobní důchod či skutečné penzionování.

Sociální periodizace života často užívá označení první věk (předproduktivní, období dětství a mládí, profesní příprava, získávání sociálních zkušeností), druhý věk (produktivní, období dospělosti, produktivita biologická i ekonomicko-sociální), třetí věk (postproduktivní, stáří), případně čtvrtý věk (období závislosti). Soudobá společnost do značné míry sociální periodizaci prolamuje či alespoň významně posouvá. Proti tradičnímu pojetí penzionování

¹¹TOMEŠ, Igor. *Sociální politika: teorie a mezinárodní zkušenost*. 2. přeprac. vyd. Praha: Socioklub, 2011. s. 145. ISBN 80-86484-00-9.

¹²TOMEŠ, Igor. *Obory sociální politiky*. 1. vyd. Praha: Portál, s.r.o., 2011. s. 170. ISBN 978-80-7367-868-5.

¹³TOMEŠ, Igor. *Sociální politika: teorie a mezinárodní zkušenost*. 2. přeprac. vyd. Praha: Socioklub, 2011. s. 146. ISBN 80-86484-00-9.

a proti nebezpečným pojmům „produktivní - postproduktivní“, evokujícím představu stařecké neúčinnosti, staví koncept celoživotního osobnostního rozvoje, celoživotního vzdělávání, celoživotní seberealizace a společenské participace občanské s proměnlivými formami výdělečné činnosti a s podporou inkluzivně orientovaných sociálních služeb.¹⁴

2.2 Sociální gerontologie, geriatrie

Zrychlené tempo demografického stárnutí vyžaduje podrobnou analýzu sociálních, ekonomických, právních, sociologických, psychologických, etických, zdravotnických a dalších aspektů a důsledků tohoto procesu. Proto se v druhé polovině 20. století prohloubilo studium vzájemných vztahů mezi stárnutím obyvatelstva a společností, studium sociálně gerontologické problematiky. Začal se konstituovat nový vědní a výukový interdisciplinární obor - gerontologie a geriatrie. Jeho součástí se stává i sociální gerontologie.¹⁵

Gerontologie z řeckého gerōn (starý člověk) a logos (nauka) je souhrn poznatků o stárnutí a stáří. Poprvé tento pojem použil Ilja Ilji Mečnikov v roce 1903. K průkopníkům oboru patřili na počátku 20. století v USA M. Rubner, ve 30. letech 20. století R. Pearl v USA nebo A. A. Bogomolec v Sovětském svazu.

Gerontologie se tradičně dělí do tří hlavních proudů:

☞ Gerontologie experimentální (biogerontologie a psychogerontologie)

- zabývá se otázkami, proč a jak živé organismy stárnou

☞ Gerontologie sociální

- zabývá se vzájemným vztahem starého člověka a společnosti, tím, co staří lidé od společnosti potřebují, i tím, jak populační stárnutí ovlivňuje společnost a její rozvoj

- jde o širokou problematiku zahrnující výzkumně i uživatelsky demografii, sociologii, psychologii, antropologii, pedagogiku, politologii, právo, ekonomii, urbanistiku, architekturu i další oblasti

☞ Gerontologie klinická

- zabývá se zdravotním a funkčním stavem ve stáří, zdravím podmíněnou kvalitou života starých lidí, zvláštnostmi chorob, jejich diagnostikování a léčení ve stáří.

Geritarie je jednak synonymum pojmu klinická gerontologie, jednak označení specializačního lékařského oboru (v České republice od roku 1983). Etymologicky je pojem

¹⁴KALVACH, Z., Z. ZADÁK, R. JIRÁK, H. ZAVÁZALOVÁ, P. SUCHARDA a kol. *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha 7: Grada Publishing, a.s., 2004. s. 47. ISBN 80-247-0548-6.

¹⁵ZAVÁZALOVÁ, Helena a kol. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2001. s. 5. ISBN 80-246-0326-8.

odvozen od řeckého gerōn (starý člověk) a iatreiā (léčím). Obor vychází z vnitřního lékařství, které obohacuje především poznatky neurologie, psychiatrie, fyzioterapie, ergoterapie a ošetřovatelství.

Geriatrická medicína je diferencovaná – má svou problematiku akutní, chronickou i paliativní. Zvláštní pozornost je věnována stařecké multimorbiditě, disabilitě, křehkosti a geriatrickým syndromům (instability, mobility, hypomobility, anorexie, demence, inkontinence aj.) Součástí geriatricke je také tzv. dlouhodobá péče, komplexní zdravotně sociální péče o nemocné s funkčně závažným chronickým zdravotním postižením.

Za zakladatele oboru je považován L. Nascher (1863 - 1944), který je také autorem 1. monografie Geriatrics z roku 1914. Obor se nejprve rozvíjel v USA, kde byla roku 1942 založena Americká geriatrická společnost, a ve Velké Británii, kde je spojován se jménem M. Warrenové, která stála ve 40. letech 20. století u zrodu domácí ošetřovatelské péče (home care).

Česká geriatricke má důstojnou tradici. Již v roce 1843 přednášel na pražské lékařské fakultě o nemocech stáří J. Hammerník. Šlo o projev první vlny evropského zájmu o tuto problematiku, která se projevila ve 30. letech zakladatelskými monografiemi.¹⁶

Pro účely sociální politiky nás bude nejvíce zajímat obsah pojmu sociální gerontologie.

Gerontologie sociální studuje vzájemné vztahy mezi populací vyššího věku a společností. Obsah sociální gerontologie je velmi široký. Podle Zavázalové a kol., „Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie“ můžeme mezi její hlavní úseky zařadit:

- ☞ otázky **demografického stárnutí**, jeho kritéria, vývoj a důsledky;
- ☞ **sociálně ekonomickou situaci** starých lidí včetně možností pracovního uplatnění, hmotné zabezpečení a sociálně ekonomické aspekty péče o staré občany;
- ☞ **společenské prostředí**, bydlení, bytové poměry a péči o domácnost;
- ☞ **sociologickou a sociálně psychologickou problematiku stárnutí a stáří**, sociální kontakty, vztahy v rodině, generační problémy, problematiku osamělosti a sociální izolace v návaznosti na soběstačnost, postoje a chování starých lidí a postoje ostatní veřejnosti ke starší populaci, otázky aktivity ve stáří (pracovní, zájmové, veřejné apod.);
- ☞ **sociálně lékařské a sociálně psychologické aspekty poskytování komplexní péče o staré občany** (její formy a způsoby v ústavní a terénní péči, sociální služby a otázky

¹⁶KALVACH, Z., Z. ZADÁK, R. JIRÁK, H. ZAVÁZALOVÁ, P. SUCHARDA, a kol. *Geriatricke a gerontologie*. 1. vyd. Praha 7: Grada Publishing, a.s., 2004. s. 48-49. ISBN 80-247-0548-6.

sociální práce, sociální aspekty gerontologické prevence, výchova ke zdravému stárnutí a stáří apod.);

☞ **právní a etické aspekty péče o staré občany;**

☞ problematiku **přípravy na stáří.**

Hlavním cílem gerontologie je předcházet předčasnému, urychlenému a patologickému stárnutí, usilovat o zdravé stárnutí a stáří, prodlužovat plnou soběstačnost až do pozdního věku, zlepšovat kvalitu života lidí i ve vyšším věku, přidávat nejen léta životu, ale i aktivní život a zdravý létům.¹⁷

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

Nejvyšší počet takto hospitalizovaných byl v největších krajích Jihomoravském (1 396 žen a 950 mužů), Moravskoslezském kraji (1 286 žen a 876 mužů) a Praze (813 žen a 373 mužů). V Ústeckém kraji, přestože ten patří také k velkým krajům, byly tyto služby poskytnuty pouze osmi ženám a dvěma mužům s celkovou dobou ošetřování 172 a 60 dní. Vůbec nejméně těchto služeb bylo poskytnuto na Vysočině, kde bylo hospitalizováno v lůžkových zařízeních na geriatrických odděleních pouze šest lidí, z toho čtyři ženy a dva muži. Ženy zde byly ošetřovány po dobu 114 dnů a muži 25 dnů (viz příloha č. 2).¹⁸

V přepočtu na počet obyvatelstva v jednotlivých krajích bylo v roce 2013 na geriatrických odděleních na 100 000 osob hospitalizováno:

☞ Jihočeský kraj	- 7 osob
☞ Jihomoravský kraj	- 201 osob
☞ Karlovarský kraj	- 5 osob
☞ Kraj Vysočina	- 2 osoby
☞ Královéhradský kraj	- 185 osob
☞ Liberecký kraj	- 2 osoby
☞ Moravskoslezský kraj	- 177 osob
☞ Olomoucký kraj	- 110 osob
☞ Pardubický kraj	- 29 osob
☞ Plzeňský kraj	- 78 osob

¹⁷ZAVÁZALOVÁ, Helena. a kol. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. Praha: Karolinum, 2001. s. 8-9. ISBN 80-246-0326-8.

¹⁸ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Senioři v ČR 2014. Zdravotní služby. Geriatrické služby*. [online]. Praha: ČSÚ, 31.12.2014. [cit. 2014-10-15]. Dostupné z: [http://www.czso.cz/csu/2014edicniplan.nsf/t/B700265834/\\$File/310035144z.doc](http://www.czso.cz/csu/2014edicniplan.nsf/t/B700265834/$File/310035144z.doc)

☞ Středočeský kraj	- 20 osob
☞ Ústecký kraj	- 2 osoby
☞ Zlínský kraj	- 107 osob
☞ Praha	- 96 osob

Nejvíce obyvatel starších 65 let v roce 2013 žilo v Praze, Středočeském, Jihomoravském a Moravskoslezském kraji, naopak nejméně v kraji Karlovarském, Libereckém, Pardubickém a na Vysočině (viz příloha č. 2).

2.3 Invalidita

Invalidita je definována jako ztráta či dlouhodobé snížení pracovní schopnosti. Užívána ve smyslu medicínském (nelze ji vyléčit), ekonomickém (změna životní úrovně), právním (musí odpovídat definici v zákoně). Na rozdíl od nemoci lze měřit její dlouhodobé nebo trvalé důsledky. Jde tedy o ustálený stav. V moderním pojetí se invalidita měří mírou zbylé schopnosti k dalšímu životu a práci.

Invalidita je jiná společenská a životní situace než stáří. Obě sociální události však úzce souvisí: invalidita působí předčasné zestárnutí a zkrácení pracovní aktivity; stáří přispívá k invaliditě kumulací následků patologických procesů a fyziologických změn vlastního procesu stárnutí. Stáří nemusí znamenat invaliditu, i když koneckonců v poslední fázi života mohou mít stavy pokročilé senility podobné důsledky omezující pracovní aktivitu. Zdaleka ne všechny staré osoby jsou však invalidní, a proto mohou být v určitých společenskoekonomických podmínkách zdrojem pracovních sil. Při zvyšování životní úrovně a rozvoji zdravotnictví jsou rozdíly mezi invaliditou a stářím stále patrnější a ve vyšších skupinách přibývá zdravých osob.¹⁹

Nemoc, invalidita a stáří se začaly vnímat jako zvláštní a samostatné události až v 19. století. Toto rozlišení mělo svou logiku v tom, že (a) nemoc má dynamický průběh a je vyléčitelná a invalidita je statická fáze nevyléčitelné nemoci, a (b) určité věkové kohortě bylo už příliš mnoho invalidních a bylo levnější invaliditu presumovat, předpokládat, a tak vznikla koncepce samostatných starobních důchodů v bismarckovském pojetí; Německo jako první zavedlo obligatorní pojištění invalidity ve spojení se stářím v systému sociálního pojištění pro dělníky, ač zachovalo rozlišení obou sociálních událostí.

¹⁹TOMEŠ, Igor. *Zabezpečení starých osob v Evropě*. 1. vyd. Praha: Academia, 1971. s. 16. ISBN 7344-21-0 50-71.

Vnímání invalidity jako stabilizované fáze nemoci se v Evropě nevytratilo. Invalidita v západoevropské belgicko-francouzské koncepci byla přirozeně vnímána jako stabilizovaná fáze dlouhodobé nemoci či pracovní neschopnosti po úrazu. Proto ve Francii či Belgii se invalidita upravuje spolu s nemocí v jednom systému. V některých evropských státech tato koncepce vedla k vytvoření samostatného odvětví sociálního pojištění- invalidní pojištění.²⁰

Vývoj stále více ukazuje, že společenská pomoc zdravotně postiženým má mít povahu subsidiární, tedy má nastupovat až poté, kdy člověk sám a jeho rodina vyčerpali všechny své možnosti a další pomoc je nad jejich rámeček. Tak např. je-li rodina bohatá, není zapotřebí společenské pomoci při zajišťování živobytí. Společenská pomoc má nejen být subsidiární, ale i cílená na tu kterou potřebu zdravotně postižených.

Není sporu o tom, že zdravotně postižení byli v historii diskriminováni. Museli zpravidla vynaložit velké úsilí na zachování holého života. Společenská solidarita, přesahující rámeček rodiny, se v jejich prospěch vyvíjela velmi pozvolna a zpočátku spíše z náboženských, filantropických popudů. Dlouho byli negativně diskriminováni. To v nich a v jejich postojích vyvolalo někdy až agresivní úsilí o nejrůznější ohledy a výhody, které přetrvávají i v době, kdy společnost vyvíjí systémy sociální ochrany, někdy až hraničí s pozitivní diskriminací.

Změna zdravotního stavu znevýhodňuje postiženého:

- ☞ zdravotně, jako dlouhodobá nemoc s výraznější potřebou lékařské péče a léků;
- ☞ společensky, pokud se nemůže plnohodnotně účastnit rodinného nebo občanského života;
- ☞ ekonomicky, pokud jeden nebo více z prvních třech důvodů jej činí chudým, tedy jeho životní úroveň snižuje pod hranici společensky uznané sociální potřebnosti.

Uvedená znevýhodnění člověka omezují. Soudobá společnost proto vytváří mechanismy pro zmírnění nebo řešení jejich následků. Tím likviduje diskriminaci zdravotně postižených. Společnost každé z uvedených znevýhodnění může, ba musí, řešit jinými prostředky, cíleně, aniž by pozitivně diskriminovala zdravotně poškozené, tj. znevýhodňovala zdravé občany.²¹

Invalidita není handicap. Není také nemoc, protože se s ní musíme naučit žít. Je to něco jako předčasné stáří.

V teorii se v současné době mluví o čtyřech až pěti pojetích invalidity:

- a) fyzická – ztráta nebo snížení tělesné schopnosti či funkce;

²⁰BĚLINA, Miroslav a Marie KALENSKÁ. *Poceta Petru Trösterovi k 70. narozeninám*. 1. vyd. Praha 3: Aspi, 2009. a.s. s. 401. ISBN 978-80-7357-418-5.

²¹TOMEŠ, Igor. *Systémy zabezpečení občanů dávkami podmíněnými existencí dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu ve vybraných zemích*. Praha: Personnel Consulting, 2002. s. 99-100.

- b) profesní – ztráta nebo snížení schopnosti vykonávat určitou profesi;
- c) zaměstnanecká – ztráta nebo snížení schopnosti vykonávat určitý druh zaměstnání;
- d) všeobecná – ztráta nebo snížení schopnosti výdělečné činnosti;
- e) všeobecná zbytková – zachovaná schopnost výdělečné činnosti.

Z těchto systémů v podstatě žádný nepojímá invaliditu jako zbytkovou schopnost výdělečné činnosti. Zbytková schopnost se nicméně objevuje v souvislosti s výší, eventuálně druhem invalidní dávky, která se přiznává.

Definice fyzické invalidity se používá především v úrazovém pojištění a v sociální pomoci. Fyzická invalidita se posuzuje v sociální péči a v souvislosti s dávkami z tohoto systému. Toto pojetí je namístě tehdy, když je třeba o osobu s poškozeným zdravotním stavem pečovat a poskytovat jí určité služby. Kategorii, která vyjadřuje fyzickou invaliditu, je tedy rovněž bezmocnost. Definice profesní a zaměstnanecké invalidity se používá v odvětvových sociálních pojišt'ovnách jako např. pro ozbrojené sbory, státní zaměstnance, horníky. Nejčastějším typem definic invalidity je všeobecná invalidita, vyjádřená jako ztráta, nebo snížení schopnosti výdělečné činnosti. Skutečnost, že všeobecná invalidita je v současné době nejrozšířenějším pojetím invalidity, svědčí o vyspělosti států, protože dává v podstatě nejširší možnost prohlásit osobu s poškozeným zdravotním stavem za invalidní. Toto pojetí je však potom třeba doplnit dalšími možnostmi systému směřujícími především k účasti invalidy na trhu práce. Umožňuje identifikovat možnosti rehabilitace a pracovního uplatnění. Definice všeobecné invalidity využívají především systémy sociálního pojištění.²²

Podmínkou pro přiznání invalidního důchodu je uznání invalidity, tj. invalidizace, což ještě nemusí automaticky znamenat přiznání invalidního důchodu. Vzhledem k tomu, že jde o podmínku nutnou (i když nikoli postačující), je však vývoj invalidizace určující konstantou při sledování vývoje počtu a struktury invalidních důchodů.

U invalidních důchodů došlo k tomu, že se zrušily plné a částečné invalidní důchody a nově funguje tzv. třístupňová invalidita.

- ☞ Invalidita třetího stupně - pokud pracovní schopnost poklesla nejméně o 70%
- ☞ Invalidita druhého stupně - pokud pracovní schopnost poklesla nejméně o 50%
- ☞ Invalidita prvního stupně - pokud pracovní schopnost poklesla nejméně o 35%

Ve světě je tomu jinak. Například v Belgii je invaliditou období neschopnosti práce trvající déle než jeden rok. Neexistuje částečný invalidní důchod, s výjimkou práce na zkrácený úvazek v rámci rehabilitace. V Irsku je invalidita definována jako pracovní

²²TOMEŠ, Igor a Kristina KOLDINSKÁ. *Role pojistných systémů v sociální ochraně osob se zdravotním postižením*. Praha: Personnel Consulting, 2002. s. 99-100.

neschopnost trvající minimálně dva roky, maximálně do odchodu do starobního důchodu. Nemají částečný invalidní důchod, stupně invalidity jsou jen u nemocí z povolání. Ve Velké Británii se invalidní dávka vyplácí osobám, které pro nemoc či úraz nejsou schopny jakékoliv práce. Tato dávka se vyplácí, když pracovní neschopnost přesáhne obvykle 28 týdnů. Schopnost vykonávat jakoukoliv práci se hodnotí podle tzv. All Work testu. V Nizozemí je za invalidního považován ten, který si nemůže z důvodu nemoci vydělat tolik, kolik si na jeho dosavadním pracovišti vydělají občané se srovnatelnou kvalifikací a praxí. Mají sedm stupňů invalidity.²³

To, zda zdravotní stav odpovídá některému stupni invalidity, posuzuje lékař referátu lékařské posudkové služby pověřený posuzováním zdravotního stavu pro příslušnou okresní správu sociálního zabezpečení (podle místa trvalého pobytu) na základě žádosti o invalidní důchod. Eventuelní přezkum provádí Posudková komise Ministerstva práce a sociálních věcí.

O tom, zda osoba je či není invalidní, se správní rozhodnutí nevydává. Správní řízení rozhoduje o nároku na invalidní důchod – správní orgán musí odkázat také na posudek o zdravotním stavu. Správní rozhodnutí orgánu sociálního zabezpečení o invalidním důchodu uvádí:

- ☞ o jaký stupeň invalidity se jedná;
- ☞ den vzniku invalidity nebo den, od něhož došlo ke změně stupně invalidity;
- ☞ procentní míru poklesu pracovní schopnosti, u poklesu aspoň 70 % také údaj o tom, zda je schopnost výdělečné činnosti za zcela mimořádných podmínek;
- ☞ orgán, který posoudil náš zdravotní stav a pracovní schopnost a datum posouzení;
- ☞ u pracovního úrazu či nemoci z povolání také to, že invalidita vznikla následkem pracovního úrazu či nemoci z povolání.²⁴

Podle MPSV umožňuje nový způsob posuzování invalidity objektivně posoudit profil funkčních schopností jedince a důsledky zdravotních postižení na pracovní schopnost v souladu s aktuálními poznatky lékařské vědy a následně invalidním důchodem cíleně kompenzovat pokles jeho pracovní schopnost odpovídající příslušnému stupni invalidity.

Zákon č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení ve znění pozdějších předpisů, s účinností od 1. 1. 2010 posiluje zainteresovanost posuzovaného pojištěnce v procesu posouzení jeho zdravotního stavu, pracovního schopnosti a invalidity, tj. zejména podrobit se vyšetření zdravotního stavu, předložit orgánu sociálního zabezpečení

²³TOMEŠ, Igor. *Posuzování úrovně invalidity ve vybraných evropských zemích: názory na účinnost dávek pro osoby se zdravotním postižením*. Praha: Socioklub, 2000. s. 73-75.

²⁴KONEČNÁ, J. *Invalidní důchod – nárok*. [online]. Brno: 3.6.2013. [cit. 2013-02-02]. Dostupné z: <http://www.duchody- Duchodci.cz/narok-na-invalidni- Duchod.php>

lékařské nálezy ošetřujících lékařů, které má a sdělit údaje o dosaženém vzdělání, zkušenostech, znalostech a předchozích výdělečných činnostech.

Od 1. 1. 2010 se zavádí institut námitek s cílem umožnit přezkoumání rozhodnutí České správy sociálního zabezpečení (ČSSZ) ještě před soudním přezkumem podle soudního řádu správního. Současně se zavedením řízení o námitkách je v pravomoci ČSSZ posuzovat zdravotní stav pro účely tohoto řízení.

Pro účely přezkumného řízení soudního posuzují nadále ve věcech důchodového pojištění zdravotního stav, pracovní schopnost a invaliditu posudkové komise Ministerstva práce a sociálních věcí.²⁵

S účinností od 1. 1. 2010 došlo tedy k zásadním změnám v posuzování nároků na důchody podmíněné dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem a ve způsobu stanovení jejich výše.

Jedná se především o nové vymezení definice invalidity spočívající v zavedení tří stupňů invalidity namísto invalidity plné a částečné. V souvislosti s touto změnou došlo zároveň k nahrazení plného invalidního důchodu a částečného invalidního důchodu invalidním důchodem prvního až třetího stupně, jehož výše se stanoví v závislosti na zjištěném stupni invalidity.

O nárocích na částečný invalidní důchod a na plný invalidní důchod, které vznikly před 1. lednem 2010 a o nichž nebylo do tohoto dne pravomocně rozhodnuto, a o přiznání odnětí nebo změně výše těchto důchodů za dobu před 1. 1. 2010, i když o nich již bylo pravomocně rozhodnuto, se rozhodovalo podle právních předpisů účinných před 1. 1. 2010.²⁶

Nárok na vyplácený invalidní důchod zaniká dnem, kterým jeho poživatel dosáhl věku 65 let, a tímto dnem vzniká nárok na starobní důchod ve výši, v jaké náležel dosavadní invalidní důchod, tj. neprovádí se výpočet starobního důchodu. Poživatel takového starobního důchodu však může požádat i o výpočet starobního důchodu podle standardních pravidel, v takovém případě mu bude náležet starobní důchod, který bude vyšší.²⁷

Sama medicínská kritéria doznala rovněž změny, a to přijetím 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN – 10) s účinností od 1. 1. 1994. Další zlom nastal přijetím zákona č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění s účinností od 1. 1. 1996.

²⁵MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Posuzování invalidity od 1.1.2010*. [online]. Praha: MPSV, 20.11.2009. [cit. 2013-03-05]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/8032>

²⁶ČESKÁ SPRÁVA SOCIÁLNÍHO ZABEZPEČENÍ. *Invalidní důchody*. [online]. Praha: ČSSZ, prosinec 2012 [cit. 2013-03-06]. Dostupné z: <http://www.cssz.cz/cz/duchodove-pojisteni/davky/invalidni-duchody.htm>

²⁷Ministerstvo práce a sociálních věcí. *Invalidní důchody*. [online]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/619> [cit. 2013-03-06].

Dnešní pojetí invalidity sjednotilo kritéria posuzování občanů, kdy se v důchodovém pojištění neodškodňuje druh nebo stupeň zdravotního pojištění, ale pokles výdělečné činnosti, k němuž v důsledku zdravotního postižení dochází. Při posuzování je přihlíženo především k předchozím výdělečným činnostem občana, k jeho dosaženému vzdělání, zkušenostem, znalostem a v neposlední řadě k možnostem jeho rekvalifikace.²⁸

2.4 Míra invalidizace

Invalidizace je statisticky zjišťovaná míra invalidity ve společenské skupině. Měří se poměrem přiznávaných důchodů k počtu nemocných nebo poměrem přiznávaných invalidních důchodů ke všem lidem v dané měřené skupině.

Ve vývoji invalidizace v ČR lze v polovině 90. let 20. st. pozorovat zásadní zlomové období. Podle údajů ČSSZ byl vývoj po roce 1993 ovlivněn především vznikem ČSSZ (OSSZ), tj. zcela nového orgánu pro posuzování dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, čímž bylo převedeno posuzování pro účely sociálního zabezpečení v nejširším slova smyslu do rukou posudkových lékařů začleněných do OSSZ. Důsledky byly zcela zásadní. Změnil se také způsob posuzování – v dřívějších komisích měli hlavní slovo volení poslanci, nelékaři – laici a posudkoví lékaři byli v těchto komisích zcela osamoceni a měli pouze hlas poradní. Tento způsob prosazování zejména invalidit se odrazil v tom, že se přihlíželo k faktorům nemedicínským, nesouvisejícím se zdravotním stavem, a právě těmto faktorům (např. nemožnosti sehnat zaměstnání v místě bydliště) byla při uznání invalidity namnoze přikládána větší důležitost než kritériím medicínským.

Sama invalidizace (tj. uznání občana invalidním) není však statisticky podchycena. Sleduje se pouze ukazatel počtu vyplácených a nově přiznaných invalidních důchodů, jenž nemusí být (a ani není) zcela totožný s počtem osob uznaných invalidními.²⁹

Počet a průměrnou výši důchodů zveřejňuje každý rok Česká správa sociálního zabezpečení. Statistika je rozdělena na množství vyplácených důchodů starobních, invalidních a pozůstalostních. Umožněno je porovnat rozdíly v invalidizaci mezi muži a ženami.

V roce 2012 bylo vyplaceno celkem 47 510 starobních důchodů (jejichž trvalá výplata byla zahájena v roce 2012). Z toho 24 596 náleželo mužům, a to v průměrné výši 13 544,- Kč a 22 914 ženám, v průměrné výši 11 193,- Kč. Starobních důchodů, které vznikly

²⁸BRUTHANSOVÁ, D., M. Kolářová a A. Červenková. *Vývoj invalidity v České republice a ve vybraných zemích EU*. Praha: VÚPSV, 2002. s. 5. ISBN 978-80-2390-586-1.

²⁹BRUTHANSOVÁ, D., M. Kolářová a A. Červenková. *Vývoj invalidity v České republice a ve vybraných zemích EU*. Praha: VÚPSV, prosinec 2002. s. 6. ISBN 978-80-2390-586-1.

transformací invalidního důchodu v 65 letech věku dle § 61a zák. č. 155/1995 Sb. bylo vyplaceno celkem 10 576. Z toho 5 463 mužům v průměrné výši 11 371,- Kč a 5 113 ženám v průměrné výši 9.452,- Kč (viz příloha č. 3).³⁰

Prokazatelně existují rozdíly v invalidizaci dle pohlaví. Rozdíl je vyjádřen jednak v počtu a jednak v zastoupení jednotlivých skupin diagnóz, pro které byla invalidita přiznána. Početně jsou zastoupeni více muži – a to ve všech stupních invalidity. Vzhledem k tomu, že v celkovém počtu obyvatel se zastoupení mužů a žen zásadně neliší, otázkou zůstává důvod vyššího podílu invalidizace u mužů.

Stejně tak jsou rozdíly i v zastoupení diagnóz dle pohlaví – u obou pohlaví je nejčastější příčinou invalidizace onemocnění kosterní soustavy, ale druhou nejčastější příčinou u mužů tvoří nemoci oběhové soustavy, zatímco u žen novotvary. Třetí místo zaujímají u žen duševní nemoci, u mužů novotvary. Čtvrté místo u žen oběhová soustava, u mužů duševní nemoci. Zajímavé je páté místo, kdy u žen jsou nejčastější příčinou invalidit nervové nemoci, zatímco u mužů úrazy.

Z věkového hlediska muži převažují v kategorii do 29 let, od 30 do 54 let převažují ženy a nad 55 let převažují opět muži. Invalidizace dosahuje maxima u žen mezi 50-54 rokem věku, u mužů později, a to ve věku 55-59 let. Tento rozdíl snad lze vysvětlit pozdějším věkem odchodu do starobního důchodu u mužů.³¹

³⁰ČESKÁ SPRÁVA SOCIÁLNÍHO ZABEZPEČENÍ. *Počet a průměrná výše důchodů*. [online]. Praha: ČSSZ. [cit. 2013-03-23]. Dostupné z: <http://www.cssz.cz/NR/rdonlyres/7032BCB9-16BC-4EBC-8C47-3F734AF85E7D/0/rok2012novepriznane duchodydlezahajenitrvalevyplatyweb.pdf>

³¹MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Aktuality pro lékařskou posudkovou službu*. Praha: MPSV 2009. s. 58-59. ISBN 978-80-7421-008-2.

3. Pojetí invalidity

Stárnutí je proces, jehož výsledkem je různý stupeň stáří. Je to proces přirozený, biologický, není to sociální riziko. Sociálním rizikem je předčasná smrt, nedožítí se stáří.

Lidé nestárnou stejně rychle. Dokonce jednotlivé orgány nestárnou souběžně (synchronně). Proto se setkáváme s četnými individuálními odchylkami. Proto věk kalendářní nemusí odpovídat věku biologickému (fyziologickému). Rozeznáváme stáří kalendářní, biologické, psychické, sociální, demografické apod. Vysoký kalendářní věk nemusí ještě znamenat vysoký věk psychický či sociální.³²

Invalidita je poměrně novým právním pojmem; i když je obecně používán velmi dlouho, v právu u nás zaujal své místo v podstatě až na začátku 20. století. V Evropě v poslední třetině 19. století.

Právní předpisy začaly potřebovat definici invalidity v tom okamžiku, kdy zakotvily právní nárok na určité plnění ze sociálního zabezpečení, kde sociální událostí, která zakládala nárok na tato plnění, měla být právě invalidita. Bylo tedy nutné legislativně vymezit, co lze pod tímto pojmem rozumět.

První legislativní definici invalidity v ČSR ve 20. století najdeme v zákoně č. 1/1907 Sb., o penzijním pojišťování zřízců ve službách soukromých a některých zřízců ve službách veřejných. Definice invalidity vyplynula z potřeby vymezit okruh osob oprávněných z invalidní renty. Ustanovení § 7 přiznávalo nárok na invalidní rentu tomu pojištěnci, který *bez ohledu na věk je neschopen výdělků*. Invalidita tu tedy byla položena naroveň neschopnosti výdělků, která byla definována jako taková situace pojištěnce, kdy *„následkem tělesné nebo duševní vady nemůže dále vykonávat své dosavadní povinnosti z povolání“*. Nárok na invalidní rentu přitom nevznikal, pokud pojištěnec dosahoval určitého výdělků, jenž tuto invalidní rentu převyšoval, nebo si pracovní neschopnost způsobil *„zúmyslně nebo při spáchání zločinu trestním soudem zjištěného“*.

Již širší definici invalidity lze nalézt v zákoně č. 221/1924 z. a n., o pojištění zaměstnanců pro případ nemoci, invalidity a stáří. V ustanovení § 109 se praví, že se za invalidního považuje ten pojištěnec, který *„pro nemoc nebo jiné vady tělesné nebo duševní, nepřivoděné úmyslně, nemůže prací přiměřenou jeho silám, schopnostem, výcviku a dosavadnímu povolání vydělati ani třetinu toho, co tělesně a duševně zdravý zaměstnanec téhož druhu s podobným výcvikem v témže obvodu obyčejně vydělává“*. Tuto definici

³²ZAVÁZALOVÁ, Helena. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2001. s. 11. ISBN 80-246-0326-8.

invalidity lze považovat za na svou dobu poměrně zdařilou. Pozitivní je, že zohledňuje více kritérií a invaliditu určuje až v souhrnném posouzení těchto kritérií.

Významným počinem poválečné legislativy byl zákon č. 99/1948 Sb., o národním pojištění. Znamenal novou koncepci sociálního zabezpečení, v podobě moderně koncipovaného sociálního pojištění. V rámci tohoto nového systému byla i nově pojata invalidita v souvislosti s definicí nároku na invalidní důchod. Podle § 63 citovaného zákona se za invaliditu považoval takový stav, kdy *nastala ztráta nebo podstatný pokles výdělku jako následek nepříznivého zdravotního stavu*, je-li tento stav trvalý, tedy potrvá-li podle poznatků lékařské vědy déle než jeden rok.³³

Po přijetí zákona č. 99/1948 Sb., o národním pojištění, jemuž byla až do října 1948 stanovena několikaměsíční legisvakance, a po schválení nové ústavy, nastalo několikaměsíční mezidobí. Rychlý reformní proces z předchozích měsíců jako by se zastavil. V tomto mezidobí, než vešlo národní pojištění v účinnost, byla nejprve vybudována jeho organizační báze. Do té doby provádělo sociální pojištění množství nositelů (největšími byla Ústřední sociální pojišťovna pro běžné zaměstnance ve vyšších službách).

Národní pojištění bylo realizováno po částech – nebylo totiž jasné, zda univerzalistický systém bude skutečně finančně udržitelný. Proto k zahrnutí některých občanů docházelo až postupně. V roce 1950 došlo k důležité změně. Do jednotného pojistného systému byli zařazeni státní zaměstnanci, kteří tradičně měli vlastní systém veřejného zaopatření, jehož kořeny sahají až do 18. století k byrokratickým reformám Marie Terezie.

Dosud jednotné sociální pojištění rozdělil zákon č. 102/1951 Sb. pro příští na dvě větve. Důchodové pojištění, spojené od nynějška také s agendou zabezpečení válečných poškozců, bylo převedeno na stát a jeho správa svěřena Státnímu úřadu důchodového zabezpečení.

Období mezi rokem 1948 a 1956 můžeme z hlediska vývoje sociální politiky rozdělit do tří období. První období zahrnuje roky 1948 – 1951, v nichž bylo realizováno národní pojištění v původní podobě. Ve druhém období, zahrnujícím rok 1952 a první polovinu roku 1953, došlo jednak k zásadní legislativní změně, označované jako „přebudování národního pojištění“, jež nasměřovala příští vývoj sociálního práva k recepci sovětského modelu. Dále se v tomto období negativně projevila změna prvního pětiletého plánu z roku 1951. Začal být kladen zvýšený důraz na investice směřující do výstavby kapacit těžkého průmyslu, které již předtím nebyly ani zdaleka zanedbatelné, což se mimo jiné projevilo i poklesem životní

³³TOMEŠ, Igor a Kristina KOLDINSKÁ. *Role pojistných systémů v sociální ochraně osob se zdravotním postižením*. Praha: Personnel Consulting, 2002. s. 132-134.

úrovně obyvatelstva a radikální subordinací sociální politiky potřebám politiky hospodářské. Tehdy byl také dovršen proces převzetí sovětského modelu sociální správy novou legislativou z roku 1956.³⁴

V roce 1964 byl přijat další ze série zákonů o sociálním zabezpečení – zákon č. 101/1964 Sb., o sociálním zabezpečení. Tento zákon se opět navrátil k zákonné legislativní definici invalidity, aniž by ji ponechával na prováděcím předpise. Navíc se poprvé objevují právní pojmy – totiž plná a částečná invalidita.

V roce 1975 vstoupil v platnost zákon č. 121/1975 Sb., o sociálním zabezpečení, který invaliditu definoval v § 25. Definice *plné invalidity* byla v podstatě identická s definicí předchozího právního předpisu, pouze s tím rozdílem, že se *rozšířila* o situace, kdy *pracující může vykonávat soustavné zaměstnání jen za zcela mimořádných pracovních podmínek*.

Původní znění zákona č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení, který derogoval zákon č. 121/1975 Sb., se navrátilo k předchozímu jednotnému pojetí invalidity a nerozlišovalo plnou a částečnou invaliditu.

V současné době platnou právní úpravu invaliditu najdeme v zákoně č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, v platném znění.³⁵

Stáří bylo zpočátku vnímáno jako věk, v němž lze presumovat invaliditu (ILO, 1925), šlo o pojetí stáří jako presumované invalidity. V současnosti se obecně uznává, že stáří a zdravotní postižení jsou dvě samostatné události, a nevylučuje se ani se nepředpokládá jejich souběh.³⁶

3.1 Stárnutí obyvatelstva, demografie

Základní trend celkového počtu obyvatel České republiky, který byl do samého konce 20. století až na některé historické výjimky určován zejména přirozenou reprodukcí, je od roku 2003 jednoznačně poplatný migrační bilanci. Z hlediska celkového populačního vývoje je tak poměrně značně zredukován význam přirozené měny. To však v žádném případě neopravňuje k tvrzení, že by porodnost a úmrtnost zcela ztratily svůj reprodukční význam. Stačí si uvědomit, že v roce 2007 se přistěhovalo 104,4 tis. osob, což bylo méně, než živě narozených (114,6 tis.) a přibližně stejně jako zemřelých (104,6 tis.). Přitom narození tvoří

³⁴RÁKOSNÍK, Jakub a Igor TOMEŠ a kol. *Sociální stát v Československu – Právně institucionální vývoj v letech 1918 – 1992*. 1. vyd. Praha: Auditorium, 2012. s. 140, 141, 145, 147, 137. ISBN 978-80-87284-30-8.

³⁵TOMEŠ, Igor a Kristina KOLDINSKÁ. *Role pojistných systémů v sociální ochraně osob se zdravotním postižením*. Praha: Personnel Consulting, 2002. s. 132-138.

³⁶TOMEŠ, Igor. *Obory sociální politiky*. 1. vyd. Praha: Portál, s.r.o., 2011, s. 171. ISBN 978-80-7367-868-5.

svými počty trvalý základ budoucích generací, určují pohlavní a věkovou strukturu obyvatel zejména ve vyšším a vysokém věku, kde migrace již většinou hraje zanedbatelnou roli.

Pokud jde o příčinné souvislosti současného vývoje, je více než zřejmé, že pozitivní vývoj zdravotního stavu obyvatelstva a úrovně úmrtnosti v České republice po roce 1990 souvisí s probíhajícími procesy hluboké společenské transformace. Zaznamenané změny jsou přitom výslednicí působnosti mnoha dílčích faktorů. K těm s nejprůkaznějším vlivem můžeme zařadit:

- ☞ značný nárůst objemu vstupů, zejména finančních prostředků, do zdravotnictví prostředí demonopolizované a liberalizované ekonomiky;
- ☞ možnost svobodné volby lékaře, dostupnost vysoce účinných léčiv a moderní zdravotnické techniky, výrazné zlepšení mobility a technického vybavení teritoriální záchranné zdravotnické služby;
- ☞ vzestup výkonů zdravotnických služeb (např. počet kardiologických operací se mezi roky 1991 a 2005 zvýšil více jak šestinásobně);
- ☞ realizace různých preventivních programů se zaměřením na rizikové populační skupiny;
- ☞ posílení vědomí prospěšnosti individuální péče o zdraví, které je zčásti motivováno obavou z případného snížení prvotního příjmu či ztráty zaměstnání při závažnějším průběhu a trvání nemoci;
- ☞ pozitivní změny v životním stylu značné části populace a především v jeho výživové stránce, zlepšení kvality životního prostředí;
- ☞ změna struktury ekonomické aktivity obyvatelstva (pokles podílu zaměstnaných v průmyslu a v zemědělství, vzestup podílu zaměstnaných ve službách) a s ní související zlepšení kvality pracovního prostředí;
- ☞ sociální únosnost ekonomické transformace (nízká míra chudoby, nezaměstnanost pod 10 % ekonomicky aktivního obyvatelstva).

Od roku 1990 vzrostla do roku 2007 naděje dožití při narození mužů celkem o 6,1 roku a žen o 4,5 roku. V tomto období dosáhl u nás průměrný roční růst naděje dožití při narození 0,36 roku pro muže a 0,27 roku pro ženy. Tyto hodnoty řadí Českou republiku mezi země s nejrychlejším poklesem celkové intenzity úmrtnosti, neboť průměrná hodnota úhrnného vzestupu naděje dožití mužů a žen pro nejvyspělejší evropské země v období 1990 - 2005 činila „jen“ 4,0, resp. 3,1 roku, což v ročním vyjádření představuje průměrný růst o 0,27, resp. 0,20 roku. Uvedený vývoj nás tak významně přiblížil průměrné úrovni naděje dožití při narození vykazované souborem nejvyspělejších zemí – u mužů se naše zaostávání

za těmito zeměmi snížilo z 5,3 roku v roce 1990 na méně než 4,0 roky v roce 2005 a u žen z 3,0 roku na 2,3 roku (viz příloha č. 4). Přispěla k tomu samozřejmě i skutečnost, že část tohoto zlepšení měla kompenzační charakter odpovídající nahromaděnému potenciálu snižování úrovně úmrtnosti.³⁷

Prognózy očekávaného populačního vývoje byly sestaveny Borisem Burcinem a Tomášem Kučerou v kapitole Prognóza vývoje obyvatelstva České republiky do roku 2070 v publikaci Demografická situace České republiky, a to s použitím klasického, kohortně komponentního modelu populačního vývoje. Při aplikaci byla prognózovaná populace rozdělena do skupin podle pohlaví a jednotek věku. Výslednou, klasickým způsobem získanou deterministickou prognózu tvoří celkem tři varianty zachycující budoucí vývoj početního stavu a pohlavně věkové struktury obyvatelstva České republiky: střední, jež představuje v době sestavení prognózy nejpravděpodobnější perspektivu vývoje, a nízká, resp. vysoká varianta, pomyslně ohraničující pole, mimo které by budoucí změny neměly sledovanou populaci vyvést.

Zvláštní pozornost v rámci analýz i dílčích prognóz byla již tradičně věnována generacím žen narozených koncem 60. let a v průběhu 70. let, a nově také ženám narozeným v první polovině 80. let, u nichž první empirická pozorování potvrdila některá dílčí, na teoretickém poznání založená, očekávání týkající se pokračování transformace struktury plodnosti podle věku. Nová pozorování například ověřila původní zjištění, že přechodové generace jsou změnami reprodukčního chování zasaženy rozdílnou měrou, přičemž míra tohoto zasažení je přímo úměrná podílu žen, jejichž reprodukční chování již odpovídá novému, předpokládanému modelu.

V porovnání s plodností čeká úmrtnost patrně mnohem klidnější vývoj. Východiskem prognózy úmrtnosti byla podrobná analýza tohoto procesu podle pohlaví a věku. Pozornost byla soustředěna na nejvyšší věkové hladiny, přičemž nejvýznamnější inovací se stalo modelování vývoje dílčích intenzit úmrtnosti v nově zavedeném intervalu mezi sto a sto dvaceti lety věku. Hlavním opěrným bodem dílčí prognózy úmrtnosti byl jednoznačný a v čase značně stabilní trend snižování celkové intenzity tohoto procesu, založený ve druhé polovině 80. let. Významnou úlohu sehrála také představa o existujícím potenciálu redukce úmrtnosti, odvozená z výsledků detailních komparativních analýz podle jednotlivých příčin smrti a jejich účelových seskupení. Ty totiž dokládají, že přes značný pokrok ve vývoji úmrtnosti stále ještě výrazně zaostáváme za většinou vyspělých zemí. Ostatně toto zaostávání

³⁷BARTOŇOVÁ D., B. BURCIN, L. FIALOVÁ a kol. *Population development in the Czech Republic 2007*. Praha: Sociologické nakladatelství SLON, 2009. s. 57-59. ISBN 978-80-7419-021-6.

Lze vysledovat i z přetrvávajících rozdílů v naději dožití při narození u nás a ve vyspělých zemích Evropy (viz příloha č. 5).

V horizontu prognózy (2070) by u nás mělo podle střední varianty žít významně více obyvatel než v současnosti, a to přibližně 11,1 mil. osob. Pokud by se však naplnila očekávání založená ve vysoké variantě, žilo by v roce 2070 u nás téměř 13 mil. obyvatel. Na druhé straně nízká plodnost, pomalejší prodlužování délky lidského života a migrační zisky „pouze“ na úrovni 20 tis. osob ročně by v interakci s výchozí pohlavní a věkovou strukturou znamenaly nastartování depopulace již v horizontu příštích patnácti let. Počáteční nahromaděné populační zisky by postupně přešly do ztrát, které by v horizontu roku 2070 přivedly Českou republiku na dohled od hranice 9 mil. obyvatel (viz příloha č. 6 a příloha č. 7).³⁸

Reakcí na očekávané progresivní stárnutí i na skutečnost, že následující generace starších osob budou zdravější a vzdělanější, je nový koncept přístupu společnosti k populačnímu stárnutí – aktivní stárnutí – prosazovaný na půdě OSN a dalších mezinárodních organizací. Je založen na změně postoje společnosti ke starým lidem a vychází ze společenské podpory umožňující starším lidem, na základě jejich vlastního výběru a okolností, plně se zapojit do společenského života (pokračovat v ekonomické aktivitě, později odcházet do důchodu, zapojit se do jiných společenských prospěšných aktivit jako např. dobrovolnictví, pečovatelsví, kulturních aktivit atd.). Tento přístup se snaží reagovat na otázku, jak zmírňovat celospolečenské dopady měnících se relací ve věkové struktuře (zejména pro sociální zabezpečení a zdravotnictví) a zároveň zahrnuje humánní aspekty postavení seniorů v populaci s ohledem na zvyšování kvality jejich života. Vzhledem k tomu, že progresivní stárnutí lze očekávat i v České republice, je třeba věnovat pozornost praktickému prosazování tohoto konceptu také u nás.

Evropa je v současnosti demograficky nejstarším regionem světa a podle populačních prognóz OSN (revize z roku 2000, střední varianta) si tuto pozici udrží i nadále. Zejména po roce 2030 se její prvenství ještě podstatně zvýrazní.

V rámci mírného poklesu celkového počtu obyvatelstva budou seniori ve věku nad 65 let v příštích padesáti letech jedinou početně rostoucí věkovou skupinou. Počty dětí ve věku do 15 let i osob v produktivním věku (15 – 64 let) v tomto období v důsledku dlouhodobého setrvávání úhrnné plodnosti pod hranicí prosté reprodukce poklesnou o 30 %, resp. 24 %. Odrazí se to i v relativním zastoupení hlavních věkových skupin. Podíl seniorů

³⁸BARTOŇOVÁ D., B. BURCIN, L. FIALOVÁ a kol. *Demografická situace České republiky – Proměny a kontexty 1993 - 2008*, 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství SLON, 2010. s. 182-183, 187, 189, 197. ISBN 978-80-7419-024-7.

se zdvojnásobí ze 14 % na téměř 28 %, podíl dětí klesne o další 4 procentní body. Významné bude především snižování váhy obyvatelstva v produktivním věku (o 10 procentních bodů), které na celoevropské úrovni začne po roce 2015; absolutní a relativní úbytky obyvatelstva této věkové kategorie jsou vývojově novou fází v procesu demografického stárnutí a svědčí o jeho podstatném zintenzivnění. Již během příštích 15 let dojde k vyrovnání počtů dětí a seniorů a v roce 2050 lze očekávat, že v Evropě bude dvakrát více seniorů starších 65 let (viz příloha č. 8) než dětí ve věku do 15 let.

V období 2015 – 2030 bude intenzivní stárnutí probíhat již ve všech evropských zemích. Kromě efektu nízké úrovně plodnosti a rostoucí naděje dožití bude v řadě zemí ovlivňovat nárůst podílu seniorů i přesun početně silných poválečných ročníků přes hranici 65 let. Po roce 2030 se začnou plně projevovat důsledky rozdílů současných i očekávaných úrovní plodnosti a úmrtnosti. Zatímco v zemích severní a západní Evropy lze podle projekcí OSN očekávat mírné zpomalení procesu stárnutí, v ostatních zemích se bude podíl seniorů výrazně zvyšovat. V demograficky nejstarších evropských zemích jižní a střední Evropy bude podíl seniorů dosahovat více než 30 % z celkového počtu obyvatelstva. Česká republika s téměř 33 % osob ve věku nad 65 let bude podle prognózy zaujímat šestou pozici v Evropě.³⁹

Stárnutí obyvatelstva není katastrofou, ale výsledkem ekonomického rozvoje moderní společnosti po více než tři poslední století, který vedl k růstu kvality života a následně k prodloužení doby dožití. Je důsledkem rozvoje medicíny, je i jejím nesporným úspěchem. Je důsledkem vývoje myšlení v evropské civilizaci, které kulminuje v humanistickém pojetí lidských práv, včetně práva na solidaritu, s důrazem na právu každé lidské bytosti na důstojný život. *Suma summarum*, je vítězstvím rozvoje lidské civilizace, a nikoliv katastrofou.

Stárnutí obyvatelstva je pozvolný proces, který si demografové uvědomovali a sledovali už od konce druhé světové války. Jejich prognózy z poloviny minulého století předvídaly dnešní stav. Společnost je ale nevnímala a stát se včas nepřipravil na možné ekonomické a sociální souvislosti a důsledky takového vývoje. Soudobé ekonomické problémy stárnoucí společnosti jsou především důsledky selhání státu, selhání ekonomů a politiků, kteří podceňovali včasné varování demografů. A budou celosvětové a ještě rychlejší, až se podaří snížit nemocnost, úmrtnost a chudobu v nejhudších částech světa. Je pak logické, že hlavní zájem se chybně orientuje především na problematické nebo negativní stárnutí, a nikoliv na současně na nové perspektivy v životě lidí i společnosti, které se tím otevírají.

³⁹ČESKÁ DEMOGRAFICKÁ SPOLEČNOST. *Analýza: Perspektivy populačního stárnutí v Evropě*. [online]. Demografie, 8.11.2005. [cit. 2013-09-15]. ISSN 1801-2914. Dostupné z: http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku&artclID=201

Stárnutí nemá v podstatě lineární průběh, přesto je to proces, který společnost i stát mohly registrovat včas. Z údajů ČSÚ je patrné, že v období 1950 – 2009 se podíl osob přes 65 let v populaci ČR téměř zdvojnásobil a podíl mladších osob mladších 15 let klesl o 10 procentních bodů. Nedělo se tak rovnoměrně; důsledky světové války a Husákových pronatalitních opatření na porodnost jsou z časových řad patrné.

Prodlužuje se věk dožití, což je patrné z dalších údajů ČSÚ. I ten se neprodlužoval rovnoměrně a stabilně, ale ve výkyvech. V letech 1960 – 1990 byl věk dožití poměrně konstantní.

Dlouhověkost se netýká jen ČR, ale všeho lidstva (např. Japonsko se potýká s daleko výraznější dlouhověkostí než ČR).

Není to tedy katastrofou, ale vítězstvím lidského genia. Bude mít tedy hlubší sociálně ekonomické a kulturní souvislosti než pouhé demografické přibývání lidí v důchodovém věku. Na tomto místě je třeba upozornit, že tzv. důchodový věk není hranice stáří ale *tohoto* času dohodnutá jedna z podmínek pro vznik případných nároků. Je to (!) dnes platná hranice. Přičemž tohoto času znamená s pohledem na bilanci pracovních sil, produktivitu práce, mzdový vývoj, rozvoj výrobních sil a technologií a může se v budoucnu dramaticky vyvíjet například s ohledem na očekávaný vývoj v globální ekonomice, který může vést, resp. již vede, mohou vést k růstu „nedostatku práce“. Nedostatek výdělečné práce může v budoucnu vést až k přehodnocení evropského civilizačního vzorce, pokud jde o zaměstnanost, pojistné systémy apod.

Stárnutí probíhá zcela individuálně a odráží na situaci ve stáří jednotlivce popř. skupin široké spektrum vlivů, působících v průběhu celého života, jako je zdravotní stav, povolání, kvalifikace, životní prostředí a další. Proto je třeba se vyvarovat paušalizacím o sociálně ekonomické situaci seniorů, jejich celkovém statusu apod.⁴⁰

3.2 Potřeby seniorů, gerontologie a geriatrie

Potřebu lze definovat jako subjektivně pocíťovaný nedostatek něčeho nezbytného. Hierarchii potřeb například definoval americký psycholog Abraham Harold Maslow v roce 1943. Podle této teorie má člověk pět základních potřeb, a to od nejnižších po nejvyšší, které pak společně tvoří jakousi pomyslnou „pyramidu“ (viz příloha č. 9). Patří sem fyziologické

⁴⁰TOMEŠ, Igor. Širší souvislosti stárnutí obyvatelstva – mýty a skutečnosti. In: *Fórum sociální práce*, 1. vyd. Praha: Vydavatelství Filozofické fakulty UK v Praze, 2012, č. 1, s. 64-65. ISSN 1804-3070.

potřeby, potřeba bezpečí, jistoty, potřeba lásky, přijetí a sounáležitosti, potřeba uznání a úcty a potřeba seberealizace.

Všeobecně pak platí, že níže položené potřeby jsou významnější a jejich alespoň částečné uspokojení je podmínkou pro vznik méně naléhavých a vývojově vyšších potřeb. Platí tedy sice, že člověk v situaci, kdy je deprimován ve dvou potřebách, bude s větší pravděpodobností toužit nejdříve po naplnění potřeby „nižší“, ale např. pro některé osoby může být potřeba sebeúcty významnější než láska.

Jakási hierarchie se tak uplatňuje spíše mezi dvěma základními skupinami potřeb, a to skupinou alfa (potřeby nutné pro přežití) a skupinou beta. Když jsou potřeby alfa naplněny, jejich hodnotu skoro nevnímáme, chápeme ji jako samozřejmost a nepotřebujeme je rozšiřovat (po jídle jsme zasyčeni). Oproti tomu potřeba beta, potřeby rozvojové, se nikdy zcela nenaplní, a i když jsou uspokojeny, jejich potřeba stoupá, neboť náš život rozvíjejí a obohacují. Tyto druhotné potřeby se objevují a rozvíjejí až po naplnění těch základních. V případě seniorů v naší společnosti jsou potřeby alfa v zásadě uspokojeny (senioři neumírají hladem), ale strádají v potřebách rozvojových – tedy v potřebě sociální důstojnosti, mezilidských vztahů a lásky od bližních.

Potřeby se dle Maslowa uspořádávají do jisté míry hierarchicky a objevení se jedné potřeby je obvykle založeno na uspokojení potřeby v hierarchii předcházející. Hovoří se o hierarchii relativní nadvlády, protože aktuálně neuspokojená potřeba má tendenci v organismu „vládnout“ či dominovat. Chování je pak určováno potřebami neuspokojenými, i když jejich relativní síla slábne s tím, jak se pohybujeme od potřeb „nižších“ k potřebám „vyšším“. Žádná potřeba nemůže být chápána jako izolovaná nebo ohraničená, neboť se vyskytuje v relaci k (alespoň částečnému) uspokojení či neuspokojení ostatních potřeb. Celá motivační teorie přitom nesmí být ztotožňována s teorií chování, protože motivace jsou jen jednou z mnoha determinant chování. Chování je sice dle Maslowa téměř vždy motivované, ale zároveň i biologicky, kulturně a situačně determinované.⁴¹

Problematika potřeb ve vyšším věku je motivována dvěma otázkami: zaprvé, jaké potřeby má starší člověk a zdali se tyto liší od jeho potřeb v předchozích životních fázích, a zadruhé, jak, kdo a kdy dané potřeby ve vyšším věku uspokojuje.

Cíle, jednání i prostředky k uspokojování potřeb v Maslowově terminologii mohou s vyšším věkem mutovat. Stárnutí (tedy zvyšování věku) přitom chápeme jako proces, který v čase koinciduje se změnami funkčního a zdravotního stavu, změnami v rodinných

⁴¹NEŠPOROVÁ, O., K. SVOBODOVÁ a L. VIDOVIČOVÁ. *Zajištění potřeb seniorů s důrazem na roli nestátního sektoru*. 1. vyd. Praha: VÚPSV.v.v.i., 2008. s. 24, 23. ISBN 978-80-87007-96-9.

a partnerských vztazích apod., což může ovlivnit dostupné formy uspokojování potřeb. Formy uspokojení potřeb jsou ale také závislé na změnách v životním prostředí a dostupných službách. Otázka potřeb a možnosti jejich uspokojování ve vyšším věku se v důsledku těchto předpokladů stává velice komplexní. Konkrétní příklady zobecnitelných změn ve stáří:

- ☛ Zaprvé dříve dostatečně saturované potřeby mohou být ve stáří pocíťovány jako deficitní (např. bezpečí), zatímco u jiných se může projevit nadbytek (např. volný čas).
- ☛ Zadruhé dochází k akcentaci jiného rozměru dané potřeby (např. seberealizace je více spojena s koníčky).
- ☛ Zatřetí propojení určitých druhů potřeb zesiluje (např. bezpečí je více spojováno s fyzickou pohodou), u jiných naopak může oslabovat (ekonomické zajištění není spojeno se seberealizací v zaměstnání) nebo zajištění jedné z potřeb neguje potřebu jinou (přestěhování do domu s pečovatelskou službou může zvýšit pocit bezpečí, ale může narušit sociální vazby).⁴²

Hlavní psychosociální potřeby se týkají pocitu bezpečí a jistoty, které musí být zajištěny i v nemocnici nebo jiné instituci. Teprve pak přicházejí na řadu vyšší potřeby vztahové. Pocity sounáležitosti, důvěry a lásky potřebuje každý a není snadné je zachovat u osamělých seniorů. I tehdy, když má senior štěstí a má rodinu a přátele, může být při pobytu v nemocnici či jiné instituci frustrován, prostě proto, že byl z takové přátelské sítě „vytržen“. Na toto všechno by měli pamatovat členové ošetřujících týmů. I když panuje shoda v názoru, že uvedené potřeby mají být „zcela jistě“ naplňovány, faktem zůstává, že jsou fyziologické potřeby nejen prioritní, ale nezřídka jediné, které jsou saturovány. Speciálně u seniorů je často opomíjena potřeba informovanosti, a to nejen o jejich nemoci, ale i o vzdálené rodině, a nerespektována autonomie, tedy právo na seburčení a s tím právo rozhodovat o důležitých věcech, souvisejících s léčbou.⁴³

Stáří modifikuje potřeby lidí. Na jedné straně se poněkud mění skladba stravy, požadavky na odívání a bydlení, na druhé straně se zvyšují životní náklady o některé potřeby, vyvolané vyšší nemocností a degenerativními procesy. Odmyslíme-li si, že se požadavky na rodinný rozpočet mění s dovršením výchovy dětí v rodině, můžeme říci, že se potřeby lidí ve svém úhrnu nemění, mění se především jejich vnitřní skladba.⁴⁴

⁴²NEŠPOROVÁ, O., K. SVOBODOVÁ a L. VIDOVIČOVÁ. *Zajištění potřeb seniorů s důrazem na roli nestátního sektoru*. 1. vyd. Praha: VÚPSV.v.v.i., 2008. s. 26-27. ISBN 978-80-87007-96-9.

⁴³HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. 2. přeprac. vyd. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. s. 252-253. ISBN 978-80-87109-19-9.

⁴⁴TOMEŠ, Igor. *Sociální politika: teorie a mezinárodní zkušenost*. 2. přeprac. vyd. Praha: Socioklub, 2001. s. 147. ISBN 80-86484-00-9.

Potřeby starých lidí, jako ostatně všech lidí, souvisejí s biologickou existencí a reprodukcí člověka (materiální potřeby) a jeho postavením jako tvora společenského (imateriální potřeby, např. potřeba společenské komunikace). Materiální potřeby se dají uspokojit jen konzumací nebo užíváním užitných hodnot; imateriální i jinak.

Stáří má také mimořádný vliv na bydlení lidí. V mnoha případech byt, který zařizovali lidé v době plného rozkvětu plných sil, se pro ně stává nevhodným. Tato nevhodnost může pramenit z přirozených fyziologických nebo patologických změn v organismu (např. byt je po odchodu dětí příliš velký pro údržbu a provoz domácnosti nebo je příliš vysoko položený nebo je umístěn příliš daleko od nákupních středisek a služeb atd.). Dosavadní bydlení se může stát i příliš nákladné při přechodu do důchodu a s tím souvisejícím poklesem příjmů domácnosti nebo s růstem nájemného.⁴⁵

Věk sám o sobě není důvodem zvýšené potřeby péče. Potřeba sociální práce se starými lidmi se objevuje až v mimořádných situacích způsobených sociálními či zdravotními faktory. Sociální práce musí směřovat především k nejvíce ohroženým starým lidem, tedy osaměle žijícím, velmi starým, propuštěným z nemocnice, dlouhodobě nemocným léčeným doma, křehkým a zmateným, trpícím demencí či depresí, přijatým do institucí a žijícím v chudých čtvrtích nebo v studených a jinak nevyhovujících bytech, sociálně a geograficky izolovaným, vystaveným špatnému zacházení, ponižování a segregaci.

Sociální práce se tedy soustřeďuje do oblasti péče o ty seniory, jejichž zdravotní stav je spojen s poklesem funkčních schopností a soběstačností. Nelze ale vést ostrou hranici mezi zdravotní péčí a sociální prací, k jejich průniku by mělo docházet jak ve zdravotnických zařízeních, tak v sociálních službách. Zhoršení zdravotního stavu s sebou obvykle nese potřebu sociálních služeb; proto je žádoucí, aby byly oba typy služeb poskytovány souběžně.⁴⁶

Pozornost sociálních pracovníků a zdravotníků bývá mnohem více zaměřena na tělesné (fyziologické, biologické) potřeby člověka, na porušené tělesné zdraví a soběstačnost. S vysokým věkem u starého člověka nedochází jen k porušení biologické rovnováhy organismu, ale s věkem je narušena především psychosociální rovnováha a rovnováha s prostředím. Každý, kdo pečuje o starého člověka, by k němu měl přistupovat komplexně. Významným aspektem celkové koncepce zdravotní a sociální péče o seniory je otázka soběstačnosti a kvality života seniorů. Zlepšení a udržení míry soběstačnosti a tím

⁴⁵TOMEŠ, Igor. *Zabezpečení starých osob v Evropě*. 1. vyd. Praha: Academia, 1971. s. 22. ISBN 7344-21-0 50-71.

⁴⁶MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Sociální práce v praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, s.r.o., 2005. s. 163-164. ISBN 80-7376-002-10.

zvýšení kvality života této skupiny obyvatelstva je pozvolný proces. Důraz musí být kladen na individualitu, osobní cíle jednotlivce a aktivní zapojení do života v okolí seniora. Nabídka služeb by pak měla podporovat rozvoj péče, která nesměřuje k segregaci seniorů do ústavního zařízení a poskytuje cílové skupině vědomí vlastní hodnoty a potřebnosti pro společnost jako významného projevu důrazu kladeného na posílení lidské důstojnosti našich starších spoluobčanů.⁴⁷

Obecným pojmem pro nauku o stárnutí a stáří je gerontologie. Zkoumá je z pohledu biologického, demografického, sociálního a z mnoha dalších aspektů. Geriatrie (klinická gerontologie) je pak medicínou stáří, lékařským oborem, který se zabývá diagnostikou a managementem onemocnění ve stáří, ale také širšími souvislostmi z pohledu veřejného zdravotnictví. Cílem geriatrie je optimalizace zdravotního a funkčního stavu seniorů, zvláště snižování chronické disability, komprese nemocnosti v pokročilém stáří, zlepšování prognózy akutních dekompenzací zdravotního stavu, odvrácení ztráty soběstačnosti a vytváření podmínek pro zachování účinnosti a účelnosti kauzálních léčebných metod do nejvyššího věku. Cílevědomě rozvíjí koncept úspěšného stárnutí, prohlubuje poznání o zvláštnostech patogeneze a manifestace chorob ve stáří. Předmětem zájmu je stárnoucí a starý člověk ve zdraví a především v nemoci. Geriatrie aktivně usiluje o týmovou spolupráci včetně vytváření stálých geriatrických týmů s odborníky v ošetrovatelství, fyzioterapii, ergoterapii, sociální práci, eventuálně dalších souvisejících nelékařských oborech.⁴⁸

Komplexní gerontologická prevence má dvě hlavní složky: zdravotní a sociální. Obecným cílem gerontologické prevence je prodloužení aktivního, činného období lidského života. V užším slova smyslu jde o prevenci předčasného, urychleného stárnutí a neaktivního „bezmocného“ stáří. Důležité je vytvářet také životní prostředí a takový způsob života, které by působily na rozvoj a zdraví člověka biopozitivně ve smyslu prodlužování jeho mladšího období (středního věku), posunu stáří k vyšším věkovým skupinám, aktivizace stáří a co nejzazšího oddálení nesoběstačnosti. Je to právě kvalita života, na kterou se zaměřuje moderní medicína a geriatrická péče zvláště. V ní zvláštní postavení zaujímá právě prevence. Hlavním smyslem preventivní péče ve vyšším věku je předejít vzniku závislosti (nesoběstačnosti) nebo ji maximálně oddálit a předejít trvalému umístění v ústavním zařízení.⁴⁹

⁴⁷Změny potřeb ve stáří. [online]. Praha: Marcom. [cit. 2013-10-31]. Dostupné z: http://zpravodaj.marcom.praha.cz/zpr_0502/pdf/22-24.pdf

⁴⁸HOLMEROVÁ, I., B. JURAŠKOVÁ a K. ZIKMUNDOVÁ a kol. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 3. přeprac. vyd. Praha: EV public relations, spol. s r. o., 2007. s. 12-13. ISBN 978-80-254-0179-8.

⁴⁹ZAVÁZALOVÁ, Helena a kol. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2001. s. 67-68. ISBN 80-246-0326-8.

Toto vše souvisí také s problémem diskriminace lidí pro jejich stáří, tzv. ageismus. Neil Thompson se domnívá, že diskriminaci a opresi je nezbytné vidět jako ústřední charakteristiku všech životních situací klientů, se kterými sociální pracovník přichází do styku. Podle Thompsona je nebezpečné, pokud si sociální pracovník neuvědomuje diskriminace či opresi, jíž je klient vystaven. Antiopresivní přístup si klade za cíl upozorňovat zejména na opresi, která vzniká mezi různými kategoriemi lidí, např. právě mezi generacemi (ageismus). Jádrem každé dobré praxe tak má být podle něj antiopresivní vědomí. Sociální pracovník, jež nebere do úvahy *útlak a diskriminaci*, nemůže klientům poskytovat dobré služby, ačkoli by byl jinak vynikající profesionál.⁵⁰

3.3. Stárnutí a nemocnost, invalidita

Stáří a nemoci jsou pokládány za synonyma. Je to nesprávné, protože nemoci postihují lidi všech věkových kategorií. Starším lidem však hrozí příchod vážných a strasti přinášejících nemocí častěji, což je důvod, proč se bojí stáří.

Nemoc výrazně zasahuje do života člověka. Mění se oblast emotivity a reaktivity. Při dlouhodobé nemoci dochází nejen ke změnám v chování, ale i k defektu některých stránek osobnosti. Ne každý člověk je schopen vyrovnat se s obtížemi chorob ve stáří. Někteří k tomu potřebují pomoc druhých lidí, jiní ji odmítají a realizují maladaptivní, tj. částečně přizpůsobení. Na tom, jak člověk přijímá svou nemoc, závisí i kvalita jeho života nemoci.

U seniorů se obecně snižuje schopnost adaptace na nové nebo nečekané události. Vyrovnat se s jakoukoli nenadálou situací je náročné, přesto mezi lidmi existují rozdíly. Někteří senioři situaci zvládnou sami, jiní se s ní prostě neumějí vyrovnat. Hrozí pak, že onemocní nebo se jejich relativně stabilizovaný zdravotní stav výrazně zhorší. Takoví lidé reprezentují skupinu rizikových seniorů. Opakovaně bylo doloženo, že jsou to zejména lidé 80+, dále ti, kteří žijí osaměle, nebo ti, kteří ve svém vyšším věku dlouhodobě pečují o svého nemocného partnera. Dále ti, kteří pobírají minimální důchody a mají celkově slabé nebo problematické materiální zázemí. Ušetření zdravotního kolapsu nejsou ani ti, kteří se přestěhovali do domova pro seniory, a to ani tehdy, když se pro něj rozhodli zcela dobrovolně.⁵¹

⁵⁰MATOUŠEK, Oldřich. a kol. *Encyklopedie sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2013. s. 93. ISBN 978-80-262-0366-7.

⁵¹HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. 2. přeprac. vyd. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. s. 248, 250, 253. ISBN 978-80-87109-19-9.

Zvyšování nemocnosti chronickými chorobami a změna charakteru akutních onemocnění bylo charakteristickým jevem pro dvacáté století, zejména jeho druhou polovinu. Růst nemocnosti souvisí především se dvěma procesy, a to s nárůstem rizikových faktorů jako mnohočetných příčin vzniku nemocí a s postupujícím stárnutím obyvatelstva. Nemocnost chronickými chorobami roste s věkem. Ve vyšším věku je prevalence chronických nemocí již tak vysoká, že bez přítomnosti chronické nemoci je jen velmi malé procento obyvatelstva. 95 % mužů a 97 % žen ve věku nad 60 let trpí chronickými chorobami a chronickými chorobnými příznaky. Typická pro vyšší věk je multimorbidita, tj. současný výskyt více chorob u téhož jedince (příloha č. 10).⁵²

Nemoc přispívá k chřadnutí organismu a proces chřadnutí organismu naopak umožňuje vznik určitých onemocnění. Řada onemocnění je vyléčitelná, jiná však končí chronickými nevyléčitelnými změnami, které působí předčasné stárnutí a někdy i trvalé omezení pracovní schopnosti (invaliditu). Na druhé straně stáří přispívá ke vzniku trvalých chronických onemocnění pozvolnou celoživotní kumulací následků patologických a morbidních procesů. I když stáří nemusí nutně znamenat invaliditu, koneckonců v posledním období života mohou mít stavy pokročilé senility podobné důsledky omezující pracovní aktivitu. Proto převážnou část starých lidí lze zařadit v určitých historických podmínkách mezi dvě krajnosti:

- ☞ podstatné zhoršení zdravotního stavu rychle působící úplnou pracovní neschopnost;
- ☞ nepodstatně změněná, ale stále pozvolně klesající schopnost vykonávat dosavadní zaměstnání.

Ve společnosti však existuje důležitá skupina osob, které sice nedosahují stupně zdravotních změn vyžadovaných pro invaliditu, ale psychická únava životem, často spojená s pomalou psychickou reakcí na životní těžkosti vyvolané procesem stárnutí, je zbavuje schopnosti pokračovat v dosavadním zaměstnání a budí v nich nechuť hledat nová zaměstnání získávat nové kvalifikace. To je jeden z důvodů, proč při řešení problémů stáří nevystačí společnost jen s invalidním důchodem a musí vytvořit zvláštní systém institucí pro zabezpečení starých lidí.

Stárnutí jako přirozený proces postupných nepříznivých změn v organismu významným způsobem ovlivňuje pracovní schopnost člověka. S narůstajícím věkem se sice mění pracovní výkon, avšak nikoli všeobecně. Projevují se, popřípadě zvětšují, rozdíly mezi jednotlivými pracovníky. Starší lidé mnohdy vyrovnávají ztráty ve fyzické výkonnosti

⁵²KALVACH, Z., Z. ZADÁK, R. JIRÁK, H. ZAVÁZALOVÁ, P. SUCHARDA a kol. *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Příbram: Grada Publishing, a.s., 2004. s. 129-130. ISBN 80-247-0548-6.

způsobené věkem změnami pracovních metod, takže se nemusí projevit na úrovni jejich pracovní schopnosti.

Pracovní činnost starších lidí, je-li vhodně volena, nevyčerpává, ale naopak konzervuje jejich životní potenciál, brzdí proces stárnutí a přispívá k prodlužování aktivního života. Úplná pasivita a nečinnost působí neblaze na organismus, urychluje proces duševní i svalové degenerace. Aktivní stáří, práce přiměřená životnímu tempu a možnostem stárnoucího člověka, se stává požadavkem lékařů v boji proti degenerativním procesům.⁵³

Se zvyšováním věku se zvyšuje také míra invalidity. Ta se definuje různě podle toho, jakého etalonu se použije. Nejstarší definice se měřily ztrátami profesními (stavovská invalidita); tak se měřilo odškodné v hornictví (bratrské pokladny), kde bylo rozhodné, zda se dotyčný může vrátit k hornickému povolání. To ovlivnilo druhý, mladší, přístup, kdy se invalidita měřila ztrátou možností výkonu profese (např. hudebníků nebo výkonu dosavadního zaměstnání (profesní invalidita). Třetí přístup měřil invaliditu ztrátou možností jakékoli ekonomické činnosti, tj. mírou zaměstnatelnosti (ekonomická invalidita; MOP, 1933). Všem třem je společné to, že se měří, co člověk ztratil a kolik toho ztratil. Moderní přístup, jenž vychází z požadavku sociálního začleňování člověka, měří zbylé potence, tj. co ještě zbylo, s čím člověk může ještě počítat. S tímto řešením poprvé přišli Britové, u nás se tento přístup používá v soustavě sociálních služeb (zákon č. 108/2006 Sb.) při přiznaném příspěvku na péči.

Státy se liší ve volbě formy poskytnutí, tj. v otázce, zda se má pečovat o zdravotně postiženou osobu v ústavech, nebo v rodinách či přirozeném sociálním prostředí, tj. ambulantně (např. asistencí). Přibývá zastánců deinstitutionalizace, tj. zastánců podpory života v přirozeném sociálním prostředí (např. v rodině) a poskytování k tomu potřebných prostředků a ambulantních služeb. Doporučuje se ústavní péči ponechat jen pro ty, kteří již nejsou schopni samostatně žít v přirozeném prostředí nebo ztratili rodinnou podporu (např. osamělí jedinci).

Jakékoli společenské služby a projekty pro seniory, mají-li být úspěšné a účelné, vyžadují důslednou individualizaci a respekt k heterogenitě seniorské populace. Individualizace vychází z osobnosti, autonomie a potřeb konkrétního starého člověka, jehož adaptabilita může být snadno překročena a důstojnost otřesena. Zdravotnické služby by měly být včleněny do kontextu celospolečenských opatření reagujících na stárnutí populace. Obecný koncept nabízí Mezinárodní akční plán k problematice stárnutí přijatý Světovým

⁵³TOMEŠ, Igor. *Sociální politika: teorie a mezinárodní zkušenost*. 2. přeprac. vyd. Praha: Socioklub, 2001. s. 146-147. ISBN 80-86484-00-9.

shromážděním ve Vídni v roce 1982 a následně potvrzený v letech 1992 a především 2002 v Madridu. Z programu vycházejí i Zásady OSN pro seniory přijaté Valným shromážděním OSN v roce 1991. V 18 bodech je rozpracováno 5 zásad: zabezpečení, důstojnost, nezávislost, seberealizace, participace. Základními cíli jsou společenská integrace seniorů s odmítnutím projevů věkové segregace, mezigenerační solidarita a kvalita života ve stáří.⁵⁴

⁵⁴KALVACH, Z., Z. ZADÁK, R. JIRÁK, H. ZAVÁZALOVÁ a P. SUCHARDA a kol. *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Příbram: Grada Publishing, a.s., 2004. s. 465. ISBN 80-247-0548-6.

4. Evropský rámec společenského zabezpečení seniorů

V historii se o starých lidech nehovořilo jako o samostatné ohrožené kategorii občanů. Jednak o ně bylo postaráno při předávání majetku věcným břemenem v rámci občanskoprávních vztahů (např. výměnkem), jednak v nouzi, jako o chudé (např. Chudinské zákony Alžběty I. nebo zákony Rakousko-Uherska zavádějící institut domovského práva v 19. století).

Na mezinárodním poli se o práva starších osob poprvé hovoří v úmluvách MOP v roce 1933. V úmluvách č. 35 (průmysl) a č. 36 (zemědělství) z roku 1933 se stanoví, že členský stát bude provozovat systém povinného důchodového pojištění pro staré lidi. V těchto systémech mají staří lidé obdržet starobní důchod při dosažení věku definovaného národními zákony, ne však vyššího než 65 let. Mezinárodní organizace práce se k této otázce vrátila ještě několikrát. V roce 1944 přijala doporučení č. 67, ve kterém doporučuje členským zemím, aby zabezpečily lidem pro případ potřeby nezbytný příjem. V článku 2 se doporučuje, aby tyto systémy měly povahu povinného sociálního pojištění. Podle článku 12 tohoto doporučení se praví, že starobní důchod se má poskytovat ve věku, kdy se lidé obvykle stávají neschopnými efektivní výdělečné činnosti, jsou častěji nemocní, invalidní nebo nezaměstnaní. Přitom stanovení takého věku je ponecháno národní legislativě.

Všeobecně se právo starých lidí na zabezpečení deklarovalo v úmluvě MOP č. 102 z r. 1952. Od té doby se právo na starobní důchod všeobecně uznávalo jako lidské právo. Všechny zmíněné úmluvy MOP vznikly z podnětu evropských států, které po 1. světové válce vyvinuly systémy sociálního zabezpečení pro případ stáří.⁵⁵

V roce 1967 přijala Mezinárodní organizace práce Úmluvu o invalidních, starobních a pozůstalostních dávkách, jež ČR ratifikovala. Ta se věnuje starobním důchodům ve III. části, kde se také stanovuje věk pro nárok důchod, který nesmí stanovovat věk 65 let, s tím, že příslušné orgány mohou stanovit věk vyšší, a to s ohledem na demografická, ekonomická a sociální hlediska se snížením pro osoby, které pracovaly při pracích, které vnitrostátní zákonodárství považuje pro účely poskytování starobních dávek za těžké nebo zdraví škodlivé. Na starobní dávku má mít nárok každá osoba, která podle stanovených pravidel splnila čekací dobu 15 let příspěvkových nebo zaměstnání.⁵⁶

⁵⁵TOMEŠ, Igor a Kristina KOLDINSKÁ. *Sociální právo Evropské unie*. 1. vyd. Praha: C. H. Beck, 2003. s. 130-131. ISBN 80-7179-831-2.

⁵⁶Úmluva č. 128, o invalidních, starobních a pozůstalostních dávkách. In: *Úmluvy Mezinárodní organizace práce*. 1967. část III., čl. 15, čl. 18.

Mezistátní vztahy v sociálním zabezpečení byly řešeny Radou Evropy, a to zprvu systémem evropských mezitímních dohod o sociálním zabezpečení (1953), které nahrazovaly soustavu bilaterálních smluv mezi evropskými státy o sociálním zabezpečení. V roce 1956 byly nahrazeny Evropskou úmluvou sociálního zabezpečení; ČR ratifikovala v roce 2000.⁵⁷

Dne 18. října 1961 byla Radou Evropy vyhlášena v Turínu Evropská sociální charta, v jejímž článku 12 se smluvní státy zavazují:

- 1) vytvořit nebo udržovat systém sociálního zabezpečení;
- 2) udržovat systém sociálního zabezpečení na dostatečné úrovni, přinejmenším na úrovni stejné, jaká se vyžaduje pro ratifikaci Úmluvy Mezinárodní organizace práce (č. 102) o minimálních standardech sociálního zabezpečení;
- 3) usilovat o postupné zvýšení úrovně systému sociálního zabezpečení;
- 4) učinit uzavřením patřičných dvoustranných mnohostranných smluv nebo jinými vhodnými prostředky za podmínek stanovených v takových smlouvách opatření k zajištění:
 - a) rovného zacházení s vlastními státními příslušníky a státními příslušníky ostatních smluvních stran, pokud jde o práva sociálního zabezpečení,
 - b) uznání, zachování a znovunabytí práv sociálního zabezpečení prostřednictvím sčítání dob pojištění nebo zaměstnání završených podle právních předpisů každé ze smluvních stran.⁵⁸

V roce 1972 přijala Rada Evropy Zákoník sociálního zabezpečení; ČR jej ratifikovala v roce 2001. Vychází z podobných zásad jako úmluva z roku 1952 (č. 102). Stanoví však, důchodový věk může být vyšší než 65 let, pokud podíl důchodů na aktivním obyvatelstvu (starším než 15 let) bude vyšší než 10 %. V soustavách sociálního pojištění může být podmíněn určitou dobu placení pojistného. Úmluva stanoví pravidla pro výpočet dávky. Byla revidována v roce 1990.⁵⁹

V evropském regionu na takto pojaté právo starých osob navazuje Rada Evropy v Revidované Evropské sociální chartě (1996), která v čl. 23 již hovoří o právu starších osob na sociální ochranu. Toto právo má nové sociální dimenze. Nejde jen o poskytování dávek a služeb, ale jde především o to, umožnit starším osobám, aby zůstaly co možná nejdéle řádnými členy společnosti, aby si zvolily životní styl, který jim nejlépe vyhovuje, a mohly jej vést, jak dlouho chtějí a mohou. Pokud již nemohou samostatně žít a musí se svěřit péči

⁵⁷TOMEŠ, Igor. *Obory sociální politiky*. 1. vyd. Praha: Portál, s.r.o., 2011. s. 175. ISBN 978-80-7367-868-5.

⁵⁸Evropská sociální charta. In: *Mezinárodní smlouvy Rady Evropy*. 1961. čl. 12.

⁵⁹TOMEŠ, Igor. *Obory sociální politiky*. 1. vyd. Praha: Portál, s.r.o., 2011. s. 175-176. s. 175-176. ISBN 978-80-7367-868-5.

ústavům, pak mají mít v těchto ústavech zabezpečené soukromí a účast na rozhodování o podmínkách života v ústavu. Takto formulované právo starších osob znamená posun od pasivního sociálního zabezpečení k aktivní participaci na tvorbě životních podmínek a společenském dění.⁶⁰

V článku 23 Revidované Evropské sociální charty (přijata 3. května 1996 ve Štrasburku) se stanovuje:

S cílem zajistit účinné uplatnění práva starých osob na sociální ochranu se smluvní strany zavazují přijmout nebo podporovat přímo nebo ve spolupráci s veřejnými nebo soukromými organizacemi vhodná opatření zaměřená zejména k tomu:

- 1) umožnit starým osobám, aby zůstaly co možná nejdéle platnými členy společnosti prostřednictvím:
 - a) dostatečných prostředků, které jim umožní vést slušný život a hrát aktivní úlohu ve veřejném, společenském a kulturním životě;
 - b) poskytování informací o službách a zařízeních, které jsou starým osobám k dispozici, a o jejich možnostech využívat tyto služby a zařízení;
- 2) umožnit starým osobám, aby si svobodně zvolily životní styl a vedly, jak dlouho chtějí a mohou, nezávislý život v jim známém prostředí poskytnutím:
 - a) bydlení přiměřeného jejich potřebám a jejich zdravotnímu stavu nebo poskytnutím dostatečné podpory na přizpůsobení jejich bydlení;
 - b) zdravotní péče a služeb nezbytných s ohledem na jejich stav;
- 3) zaručit starým lidem žijícím v ústavech vhodnou podporu, respektujíc přitom jejich soukromí, a účast v rozhodování o podmínkách.⁶¹

Dne 25. června 1999 bylo Radou Evropy přijato Doporučení č. 1418/1999 „O ochraně lidských práv a důstojnosti nevléčitelně nemocných a umírajících“ („Charta práv umírajících“), které vychází z povinnosti respektovat a chránit důstojnost všech nevléčitelně nemocných a umírajících osob, která je odvozena z nedotknutelnosti lidské důstojnosti ve všech obdobích života. Respekt a ochrana nacházejí svůj výraz v poskytnutí přiměřeného prostředí, umožňujícího člověku důstojné umírání.⁶²

V roce 1966 vypracovala francouzská Národní nadace pro gerontologii ve spolupráci s Ministerstvem práce a sociálních věcí Francie Chartu práv a svobod starších občanů. Jejím

⁶⁰TOMEŠ, Igor a Kristina KOLDINSKÁ. *Sociální právo Evropské unie*. 1. vyd. Praha: C. H. Beck, 2003. s. 132. ISBN 80-7179-831-2.

⁶¹Revidovaná Evropská sociální charta. In: *Mezinárodní smlouvy Rady Evropy*. 1996. čl. 23.

⁶²Doporučení Rady Evropy č. 1418, o ochraně lidských práv a důstojnosti nevléčitelně nemocných a umírajících. In: *Doporučení Rady Evropy*. 1999. čl. 5.

účelem je připomenutí a uznání důstojnosti, kterou mají požívat starší občané se sníženou soběstačností, připomenutí a uznání jejich práv.

V roce 1981 byl vyhlášen mezinárodní rok postižených, na který navázala dekáda postižených osob (1983 – 1993). Nejdůležitějším výstupem roku postižených byl Světový akční program týkající se postižených osob, přijatý generálním shromážděním v roce 1992, který zdůraznil právo postižených osob na stejné příležitosti, jako mají jiní občané a na rovný přístup k zlepšování životních podmínek vyplývajícimu z ekonomického a sociálního rozvoje.

V roce 1986 přijala Rada doporučení o zaměstnávání postižených ve Společenství, které vyzývalo členské státy, aby přijaly příslušná opatření za účelem zabezpečení rovných příležitostí pro osoby s postižením v oblasti zaměstnávání a přípravy na povolání a zároveň zabraňující diskriminaci postižených. Rovněž byla stanovena pravidla pro pozitivní akci. V letech 1988 – 1996 byly zavedeny programy spolupráce mezi členskými státy HELIOS a HELIOS II., zahrnující výměnu informací o ekonomické a sociální integraci, rovných příležitostech a nezávislém životě postižených osob. Ve druhé polovině 90. let byly spuštěny další programy, jako např. Horizon, Heart, Inter, Scatis atd.⁶³

V roce 1993 pak Valné shromáždění Spojených národů přijalo rezoluci nazvanou Standardní pravidla pro vyrovnání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením. I když tato pravidla nejsou závazná, mají silný morální a politický dopad na politiku států, které byly rovněž vyzvány ke spolupráci v této oblasti.

V roce 1994 vydala Světová banka zprávu *Averting the old crisis*, kde se zabývá problémy se zabezpečením na stáří celého světa. Mimo jiné se zde věnuje otázkám nahrazení tradičních a neformálních pravidel životního minima opatřeními formálními a tržními. Proč tomu tak není i pro zabezpečení na stáří? Proč vlády průmyslového světa a stále více i ve státech rozvojových v této oblasti tak značně intervnují? V závislosti se zabezpečením na stáří vyvstává hned několik problémů:

- ☞ krátkozrakost - někteří lidé nemusí být natolik prozíraví a dostatečně šetřit na stáří a později mohou být společnosti na obtíž;
- ☞ nedostatečné spořicí nástroje - nerozvinuté kapitálové trhy a v mnoha zemích nestabilní makroekonomické podmínky;
- ☞ nedostatky pojistného trhu - nepříznivý výběr, morální riziko a vzájemné vztahy mezi jednotlivci činí pojištění proti rizikům (jako například riziko dlouhověkosti, zdravotního postižení, inflace) nedostupným;

⁶³TOMEŠ, Igor. *Systémy zabezpečení občanů dávkami podmíněnými existencí dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu ve vybraných zemích*. Praha: Personnel Consulting, 2002. s. 117-118.

- ☞ nedostatečné informace - lidé nemusí být schopni posoudit dlouhodobou solventnost soukromého spoření u pojistných společností nebo produktivitu alternativních investičních programů a zjistí-li později problém, již svou volbu nemohou vzít zpět;
- ☞ dlouhodobá chudoba - někteří lidé během svého aktivního života nevydělávají dostatečně tak, aby měli možnost na stáří si našetřit – pro zabránění chudoby je potřeba přerozdělování.

Takže státní intervence jsou obvykle zdůvodněné tím, že soukromý kapitál a pojistné trhy jsou nedostačující a je zapotřebí redistribuce.

Co zatím vlády udělaly? Přibližně 40 procent dělníků světa - a více než 30 procent z nich jsou starší - je chráněno formálními opatřeními na stáří podložené státní politikou. Veřejné výdaje v poměru k HDP vzrostly s příjmem na obyvatele a ještě více k podílu starší populace. Pokud budou minulé trendy pokračovat, veřejné výdaje na zabezpečení ve stáří během příštích padesáti let výrazně porostou na celém světě (viz příloha č. 11). Nejrychlejší nárůst pak nastane v zemích, které jej neočekávají, neboť dnes je jejich populace mladá.

Vlády mohou k formám daní a převodů přijímat mnoho dalších opatření. Mohou regulovat soukromé penzijní fondy, stanovené úspory zaručující benefity, daňové úlevy, vytváření právního systému pro spolehlivé finanční instituce, tlumení inflace k podpoře dobrovolného spoření atd. Důležitými politickými otázkami tedy nejsou: Měly by být výdaje na zabezpečení ve stáří navýšeny? Měl by být zapojen veřejný sektor? Ale jsou to: Jak by se měl veřejný sektor zapojit? Jsou veřejné daně a transfery nejlepší alternativou nebo jsou jiné lepší typy veřejných intervencí a opatření ohledně zabezpečení na stáří?

Formální dohody se liší ve způsobech, které jsou nad rámec typu a míry zapojení vlád. Důležité cíle penzijních fondů mají být buď redistribuce nebo spoření a pojištění. Měly by být předem specifikovány definované výhody příspěvků v porovnání s příspěvky stanovenými. Měly by být financovány průběžně (pay as you go), základ současných důchodů financován z daní aktivních zaměstnanců nebo základ z větší části financován předchozími úsporami a pasiva by neměla překračovat nahromaděné rezervy.⁶⁴

Od dob příprav Prvního světového shromáždění o problematice stárnutí, jež se konalo ve Vídni v roce 1982, se objevilo nesmírné množství různých rad a doporučení, jak se nejlépe přizpůsobit stárnutí světové populace. Snaha Spojených národů čelit problému demografických změn trvá již několik desetiletí a zdaleka se neomezuje jen na Mezinárodní plán pro otázky stárnutí z roku 1982, který se otázkou starších osob zabýval z hlediska

⁶⁴ *Averting the old age crisis – A World Bank policy research report*. 1. vyd. New York: Oxford University Press, 1994. s. 5-7. ISBN 0-19-520996-6.

zajištění zdravotní péče a výživy, ochrany spotřebitele, bydlení a životního prostředí, rodiny, sociálního zázemí, zabezpečení příjmů a především celoživotního vzdělávání. 16. prosince 1991 schválilo Valné shromáždění OSN svým rozhodnutím 46/91 Zásady OSN v otázkách starší populace s cílem zajistit starším lidem nezávislost, účast na dění, seberealizaci a důstojnost. Rok 1999 byl vyhlášen Mezinárodním rokem starších osob a od roku 1990 se každoročně 1. října slaví Mezinárodní den seniorů.⁶⁵

Podle všech členských států OSN by zapojení starších lidí do společnosti, zastoupení starších osob v politice, jejich ochrana před zneužíváním a násilím, rovnoprávnost obou pohlaví, uvědomění si stěžejního významu mezigenerační závislosti, solidarity a vzájemné pomoci, větší citlivost vůči starším lidem z venkovských oblastí a z menšinových etnických skupin a podpora celoživotního plánování s ohledem na dosažení lepšího zdraví a životní úrovně ve starším věku měly zohledňovat mezinárodní akční plány.⁶⁶

Problematikou stárnutí světové populace jako jednomu z určujících rysů 21. století se zabývalo i 2. světové shromáždění o stárnutí, které se uskutečnilo ve dnech 8. – 12. dubna 2002 v Madridu. Zúčastnilo se přibližně 1 500 delegátů z více než 160 zemí světa a dále na 600 zástupců národních i mezinárodních nevládních organizací a expertů na problematiku stárnutí. Toto shromáždění mělo zhodnotit novou demografickou situaci ve světě, stanovit priority v oblasti globálního stárnutí populace a přijmout nový programový dokument, nový mezinárodní akční plán pro problematiku stárnutí, který by odrážel novou realitu i budoucí očekávané problémy, jimž budou muset čelit vyspělé, rozvojové i transformující se ekonomiky. Před dvaceti lety, na 1. světovém shromáždění o stárnutí konaném ve Vídni v roce 1982, se jako nejzávažnější jevilo stárnutí populace ve vyspělých zemích. Tento problém nadále přetrvává, nicméně v roce 2002 se tento trend podle statistických přehledů projevoval i v rozvojových zemích. Z prognóz demografického vývoje vyplývá, že věková skladba populace v rozvojových zemích na tom bude v budoucnu hůře než v zemích rozvinutých. Zatímco v některých průmyslových zemích se starší populace zdvojnásobila v průběhu celého dvacátého století, v rozvojových zemích bude tento proces trvat pouze čtvrt století, a za padesát let by se v nich měla starší populace dokonce zečtyřnásobit. Takovéto prudké demografické změny spolu se znepokojivým růstem a rozsahem chudoby a tenčícími se finančními zdroji v rozvojových zemích vyžadují vypracování strategií zahrnujících

⁶⁵INFORMAČNÍ CENTRUM OSN V PRAZE. *Co by měla OSN dělat tváří v tvář stárnoucímu světu?* [online]. Praha: IC OSN. [cit. 2014.10.16]. Dostupné z <http://www.osn.cz/zpravodajstvi/zpravy/zprava.php?id=850>

⁶⁶INFORMAČNÍ CENTRUM OSN V PRAZE. *Výzvy demografické revoluce.* [online]. Praha: IC OSN. [cit. 2014.10.18]. Dostupné z <http://www.osn.cz/zpravodajstvi/zpravy/zprava.php?id=847>

přístupy zaměřené především na větší aktivitu a zapojení starších lidí do společnosti i přehodnocení politických postojů k využívání přínosu starších občanů pro společnost.

Hlavním úkolem 2. světového shromáždění o stárnutí bylo přijmout nový dokument celosvětové platnosti, který by nejen reagoval na aktuální problémy spojené s globálním stárnutím, ale s ohledem na očekávaný demografický vývoj předjímal i úkoly, které bude nutno řešit v blízkém i časově vzdálenějším horizontu. Na rozdíl od Mezinárodního akčního plánu z r. 1982 se nový Mezinárodní akční plán pro problematiku stárnutí orientoval více na země rozvojové a země s přechodovou ekonomikou. Obsahoval 117 konkrétních doporučení rozčleněných do tří prioritních směrů: senioři a rozvoj, uchování zdraví, tělesné a duševní pohody až do stáří, zajištění příznivého a podpůrného prostředí.⁶⁷

4.1 Právní rámec EU

V EU platí v otázkách podpory a péče ve stáří princip subsidiarity, tzn., že tato oblast je v pravomoci jednotlivých států. EU upravuje jen pravidla spojená s volným pohybem pracovníků mezi členskými státy. Normy upravují pravidla pro rovné zacházení a příležitosti, pro zápočet dob pojištění získaných v kterékoli zemi EU, výplatu důchodů do kterékoli země EU, pravidla pro poskytování služeb důchodcům ze států EU.⁶⁸

V devadesátých letech čelily stávající systémy zabezpečení invalidních osob některým zásadním problémům, jež vedly následně k zásadním změnám v sociální politice vůči této skupině osob. Pro celou koncepci sociálního státu znamenala nejdůležitější důvod ke změně skutečnost, že vlády byly nuceny krátit sociální výdaje jako takové a dávky poskytované invalidním osobám představovaly příliš velké zatížení reformujících se systémů, takže ohrožovaly jejich stabilitu. Začalo být na ně pohlíženo jako na příliš štědré a příliš snadno dostupné sociální příjmy, které zároveň vedly k nežádoucímu výstupu z pracovního procesu, zejména u seniorů a pracujících ve středních letech. Většina vlád proto zpřísnila pravidla pro vznik nároku na dávky v invaliditě a zároveň začala podporovat aktivační opatření, podporující zejména zaměstnávání osob s postižením.

Další problém souvisí s pojetím invalidity. Dosud se uplatňoval tzv. medicínský model, v jehož rámci se příliš zdůrazňovala individuální omezení funkčních schopností, zapříčiněná zhoršeným zdravotním stavem jedince. Pojetím, které se uplatňuje dnes, je

⁶⁷MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. 2. Světové shromáždění o stárnutí. [online]. Praha: MPSV, 17.7.2007. [cit. 2014.11.25]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/1215>

⁶⁸TOMEŠ, Igor. *Obory sociální politiky*. 1. vyd. Praha: Portál, s.r.o., 2011. s. 176. ISBN 978-80-7367-868-5.

tzv. sociální model. S tímto pojmem souvisí např. rovné příležitosti a nediskriminace. Jedná se o aktivující pohled na invaliditu, kdy se přestávají zdůrazňovat omezení, ale posuzuje se zbytek fyzických a psychických schopností účasti na normálním životě.

Důležitým stimulem ke změně nazírání na sociální politiku vůči osobám s postižením je rovněž velký rozvoj jejich vlastních sdružení a spolků, které nabývají stále na významu a nemálo z nich se přímo účastní politických rozhodování i tvorby legislativních opatření.⁶⁹

EU přijala otevřenou metodu koordinace (OMC) i pro otázky důchodového pojištění (2001), kterou lze považovat za dohodu členských zemí o důchodové politice a reformě. Důchodový systém a v zásadě celá oblast sociálního zabezpečení patří v EU k tzv. komunitární politice: zásadní rozhodnutí týkající se současného stavu i budoucího vývoje důchodového systému jsou plně v kompetenci jednotlivých národních států a EU nijak nepřikazuje členským zemím, jakou podobu sociálního zabezpečení si mají zvolit. Jejich doporučení mají nezávazný charakter.

Obsahem OMC jsou zejména:

- ☞ přiměřenost důchodů – členské státy by měly zajistit takovou kapacitu penzijních systémů, která umožní splnit jejich sociální cíle;
- ☞ finanční udržitelnost penzijních systémů – členské státy by měly zvolit mnohostrannou strategii pro položení penzijního systému na finančně solidní základy vč. vhodné kombinace politik;
- ☞ modernizace penzijních systémů v odezvě na měnící se potřeby ekonomiky společnosti a jednotlivců.⁷⁰

Právo starých lidí začalo být vnímáno širěji, tedy ne jen jako poskytování starobního důchodu, při tvorbě Komunitární charty (1989). Každému pracovníkovi Evropského společenství, pokud nemá nárok na důchod, musí být poskytovány prostředky postačující pro krytí jeho základních potřeb a na lékařskou pomoc. Podle této charty mezi základní práva pracovníků v EU patří:

- ☞ důchod, který zajišťuje slušnou úroveň;
- ☞ nárok na postačující prostředky, pokud starobní důchod nemá a pokud nemá jiné prostředky na živobytí;
- ☞ lékařská pomoc;
- ☞ sociální pomoc přizpůsobená potřebám starých lidí.

⁶⁹TOMEŠ, Igor. *Systémy zabezpečení občanů dávkami podmíněnými existencí dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu ve vybraných zemích*. Praha: Personnel Consulting, 2002. s. 118-119.

⁷⁰TOMEŠ, Igor. *Obory sociální politiky*. 1. vyd. Praha: Portál, s.r.o., 2011. s. 177. ISBN 978-80-7367-868-5.

Sociální pomoc je zde vnímána široce, tj. veřejnoprávní poskytování peněžních a věcných dávek a služeb.

Podle článku 24 musí být každému pracovníkovi Evropského společenství, v období, kdy odešel do důchodu, umožněno požívat prostředky, které mu zajistí slušnou životní úroveň.

Každá osoba, která dosáhla důchodového věku, ale nemá nárok na důchod, anebo která nemá jiné prostředky na živobytí, musí mít, podle článku 25, nárok na postačující prostředky a na lékařskou a sociální pomoc speciálně přizpůsobenou pro její potřeby.

Charta základních práv EU navázala na ustanovení Komunitární charty (1989) a především na revidovanou Evropskou sociální chartu (1996), jež práva starších osob pojala dosud nejobecněji a nejširěji. I Charta základních práv EU zdůrazňuje právo seniorů na nezávislost a na jejich podíl na společenském a kulturním životě, přičemž není opomenuta jejich důstojnost. Charta základních práv EU tak shrnuje moderní pohled na práva starších osob, jež vzhledem k demografickému vývoji v evropských zemích nabývají na významu.⁷¹

Podle článku 25 Charty základních práv EU uznává a respektuje práva starších osob vést důstojný a nezávislý život a podílet se na společenském a kulturním životě.⁷²

Přijetím Amsterodamské smlouvy v roce 1997 se otevřel kromě jiného prostor pro ovlivnění politiky členských států ze strany Evropské unie i v oblasti sociální politiky směřované k osobám s postižením. Rada ES využila svých nových kompetencí a v listopadu 2000 přijala směrnici č. 2000/78/EC ustanovující všeobecný rámec pro rovné zacházení v zaměstnání a povolání.

Komise ES v polovině 90. let formulovala všeobecnou strategii pro oblast postižení – The European Union Disability Strategy. Tato strategie si klade za cíl odstranit bariéry kladené postiženým lidem za účelem zabezpečení rovnosti příležitostí i pro ně. Třemi hlavními cíli této strategie je spolupráce mezi Komisí a členskými státy, plná účast osob s postižením na společenském životě a včlenění problematiky postižení do formulace politik EU.

V roce 1999 přijala Rada rezoluci o rovných příležitostech k zaměstnání pro osoby se zdravotním postižením. V této rezoluci Rada zdůraznila, že národní akční plány zaměstnanosti představují komplexní platformu pro vytváření rovných příležitostí zaměstnání pro osoby se zdravotním postižením. Proto jsou členské státy vyzývány, aby ve spolupráci se sociálními partnery a nevládními organizacemi položily zvláštní důraz na vytvoření

⁷¹TOMEŠ, Igor a Kristina KOLDINSKÁ. *Sociální právo Evropské unie*. 1. vyd. Praha: C. H. Beck, 2003. s. 133-134. ISBN 80-7179-831-2.

⁷²Listina základních práv Evropské unie. In: *Dokumenty Evropské unie*. 2000. hlava III, čl. 25.

příležitostí k zaměstnání pro osoby se zdravotním postižením a aby rozvíjely adekvátní preventivní a aktivní opatření za účelem zabezpečení integrace těchto osob do trhu práce, a to jak veřejném, tak soukromém sektoru, jakož i v oblasti samostatné výdělečné činnosti. Za tímto účelem mají být využívány prostředky Evropského strukturálního fondu a zejména Evropského sociálního fondu, stejně jako další relevantní iniciativy EU. Hlavním cílem politiky členských států Evropské unie je tedy zhodnocení společenské diverzity, aktivace osob s postižením a jejich zařazení do pracovního procesu.⁷³

V roce 2004 bylo přijato nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 883/2004, o koordinaci systémů sociálního zabezpečení, které mimo jiné reguluje práva seniorů při volném pohybu v Evropě, a nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 987/2009, kterým se stanoví prováděcí pravidla k nařízení (ES) č. 883/2004. Od 28. 6. 2012 je pak účinné nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) č. 465/2012 ze dne 22. května 2012, kterým se mění nařízení č. 883/2004 a prováděcí nařízení č. 987/2009.⁷⁴

Politika Evropské unie usiluje o sociální soudržnost regionů (anglicky *social coherence*), o sociální začleňování občanů (anglicky *social inclusion*) proti sociálnímu vyloučení občanů (anglicky *social exclusion*). Jde o politiku vyrovnávání ekonomických a sociálních rozdílů mezi regiony a odstraňování sociální vyloučenosti občanů. Sociální solidarita, povinně zajišťovaná sociálním státem, se stala neopominutelnou součástí evropských hodnot.⁷⁵

4.2 Evropské pojetí stáří

V nadcházejících desetiletích dojde v zemích EU k prudkému nárůstu podílu starších osob a k významnému poklesu mladých lidí a osob v produktivním věku. Prodloužení doby života je jedním z velkých úspěchů evropských zemí, avšak stárnutí obyvatelstva představuje

⁷³TOMEŠ, Igor a Kristina KOLDINSKÁ. *Role pojistných systémů v sociální ochraně osob se zdravotním postižením*. Praha: Personnel Consulting, 2002. s. 116-118.

⁷⁴ČESKÁ SPRÁVA SOCIÁLNÍHO ZABEZPEČENÍ. *Novela nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 883/2004 o koordinaci systémů sociálního zabezpečení a jeho prováděcího nařízení č. 987/2009*. [online]. Praha: ČSSZ. [cit. 2014.10.18]. Dostupné z: <http://www.cssz.cz/cz/evropska-unie/urceni-statu-pojisteni/urceni-statu-pojisteni-dle-novych-narizeni-883-2004-a-987-2009/novela-narizeni-evropskeho-parlamentu-a-rady-es-c-883-2004-a-jeho-provadeciho-narizeni-c-987-2009.htm>

⁷⁵TOMEŠ, Igor. Širší sociální souvislosti stárnutí obyvatelstva – mýty a skutečnosti. In: *Fórum sociální práce*. 1. vyd. Praha: Vydavatelství Filozofické fakulty UK v Praze, 2012, č. 1, s. 69. ISSN 1804-3070.

značné problémy pro jejich ekonomiky a systémy sociální péče. Demografické změny jsou považovány za jeden z největších budoucích problémů EU.⁷⁶

Podle zveřejněné zprávy EU o stárnutí populace se v příštích desetiletích očekává podstatná změna věkové skladby obyvatelstva Unie. Oproti dnešku se celkový počet obyvatel do roku 2060 nijak dramaticky nezvýší (ze současných 502 milionů má vzrůst pouze na 517 milionů), populace však bude mnohem starší – 30 % Evropanů bude patřit do věkové skupiny 65 let a více. I když prodloužení délky života můžeme považovat za velký úspěch, odvrácenou stranou mince jsou problémy, které dopadají na ekonomiky jednotlivých států a systémy sociálního zabezpečení. Jedná se především o snižování počtu ekonomicky aktivních obyvatel: podle odhadů se počet lidí ve věkové skupině od 15 do 64 let sníží z 67 % na 56 %. Dnes na jednoho důchodce připadají čtyři ekonomicky aktivní lidé, v budoucnosti se tento poměr sníží zhruba na dvě ekonomicky aktivní osoby.⁷⁷

Za provádění hospodářské analýzy a hodnocení na makro- i mikroúrovni s cílem přispět k pochopení skutečných a možných dopadů demografických změn a za tvorbu politických doporučení ohledně možných reakcí na tuto změnu odpovídá GŘ ECFIN (Generální ředitelství pro hospodářské a finanční záležitosti). V rámci této činnosti sleduje a analyzuje výkonnost evropských sociálních států se zvláštním zaměřením na analýzu a prognózu ekonomických a rozpočtových důsledků stárnutí obyvatelstva.

Prognózy výdajů souvisejících s věkem zahrnují důchody, dlouhodobou zdravotní péči, vzdělávání a dávky v nezaměstnanosti a jsou podkladem pro řadu politických diskusí na úrovni EU. Používají se zejména při každoročním posuzování udržitelnosti veřejných financí, které se provádí v rámci Paktu o stabilitě a růstu v návaznosti na otevřenou metodu koordinace důchodů, zdravotní péče a sociálního začlenění a při analýze dopadů stárnutí obyvatelstva na trh práce a potenciální růst, což je důležité pro lisabonskou strategii a hlavní směry hospodářské politiky. Výsledkem této činnosti jsou například sdělení pro Hospodářský a finanční výbor a Výbor pro hospodářskou politiku a jeho pracovní skupiny, analytické zprávy a publikace, informační souhrny, projevy a podklady pro práci Komise obecně.⁷⁸

⁷⁶EVROPSKÁ KOMISE. *Politiky týkající se stárnutí obyvatelstva a sociálního státu*. [online]. Hospodářské a finanční věci: 2013. [cit. 2013-10-20]. Dostupné z: http://ec.europa.eu/economy_finance/structural_reforms/ageing/index_cs.htm

⁷⁷EVROPSKÁ KOMISE. *Stárnoucí Evropa? Skutečnost, na kterou je třeba se připravit*. [online]. Hospodářské a finanční věci: 2013. [cit. 2013-10-20]. Dostupné z: http://ec.europa.eu/news/economy/120515_cs-htm

⁷⁸EVROPSKÁ KOMISE. *Politiky týkající se stárnutí obyvatelstva a sociálního státu*. [online]. Hospodářské a finanční věci: 2013. [cit. 2013-10-21]. Dostupné z: http://ec.europa.eu/economy_finance/structural_reforms/ageing/index_cs.htm

4.3 Hlavní sledované cíle

Důchodový systém a v zásadě celá oblast sociálního zabezpečení patří v Evropské unii mezi tzv. komunitární politiku. To znamená, že zásadní rozhodnutí týkající se současného stavu i budoucího vývoje důchodového systému jsou plně v kompetenci jednotlivých národních států, a EU nijak „nepřikazuje“ členským ani kandidátským zemím, jakou podobu sociálního zabezpečení si mají zvolit. Její doporučení mají nezávazný charakter. To však neznamená, že by problém stárnutí populace s jeho veškerými sociálními i ekonomickými souvislostmi byl v EU přehlížen. Naopak, diskuzím probíhajícím po celá devadesátá léta, se na začátku 21. století dostalo i hmatatelnější podoby.

Problémem stárnutí populace a jeho dopady na udržitelnost důchodových systémů se EU intenzivně zabývá od zasedání Evropské rady v Lisabonu v roce 2000. Význam modernizace důchodových systémů byl zdůrazněn zejména zasedáním Evropské rady ve Stockholmu v březnu 2001, kde byly položeny základy pro zavedení tzv. otevřené metody koordinace (OMC) v oblasti důchodů. Otevřená metoda koordinace byla skutečně zahájena v prosinci 2001 přijetím jedenácti společných cílů:⁷⁹

- ☞ Zamezit sociálnímu vyloučení: zajistit, aby starší osoby nebyly vystaveny ohrožení chudobou a mohly žít na slušné úrovni; aby se podílely na ekonomické prosperitě své země a mohly se tak aktivně účastnit veřejného, společenského a kulturního života.
- ☞ Zajistit všem osobám přístup k vhodným penzijním soustavám, ať již veřejným nebo soukromým, které jim umožní vybudovat si penzijní nároky v takové výši, aby si v přiměřené míře zachovaly svou životní svou životní úroveň i po odchodu do důchodu.
- ☞ Podpořit solidaritu: podporovat solidaritu v rámci jedné generace i mezi generacemi navzájem.
- ☞ Zvýšit míru zaměstnanosti: dosáhnout vysoké míry zaměstnanosti, a to v případě potřeby i prostřednictvím komplexních reforem trhu práce v souladu s Evropskou strategií zaměstnanosti a s Obecnými zásadami hospodářské politiky.
- ☞ Prodloužit profesní život: zajistit, aby vedle hospodářské politiky a politiky zaměstnanosti nabízely účinné pobídky pro účast starších pracovníků i všechny příslušné složky sociální ochrany, zvláště penzijní systémy; aby pracovníci nebyli povzbuzováni k předčasnému odchodu do důchodu a nebyli postihováni za setrvání

⁷⁹KREBS, Vojtěch. *Otevřená metoda koordinace a důchodové systémy v Evropě*. [online]. Praha: ČSSZ. [cit. 2013-11-16]. Dostupné z: <http://www.cssz.cz/cz/casopis-narodni-pojisteni/archiv-vydanych-cisel/clanky/casopis-narodni-pojisteni-c-3-2004-clanek-1.htm>

na trhu práce i po dosažení důchodového věku; aby penzijní systémy usnadňovaly postupný odchod do důchodu.

- ☞ Zajistit udržitelnost penzijních důchodů v kontextu zdravých veřejných financí: náležitě reformovat penzijní systémy se zřetelem na celkový cíl zachování trvalé udržitelnosti veřejných systémů. Trvalá udržitelnost penzijních systémů však musí být doprovázena zdravou rozpočtovou politikou, včetně snižování veřejného dluhu. Strategie ke splnění tohoto cíle mohou také zahrnovat tvorbu specializovaných fondů důchodových rezerv.
- ☞ Vyváženě upravovat výši dávek a příspěvků: zajistit, aby penzijní systémy a jejich reforma udržovaly spravedlivou rovnováhu mezi produktivním obyvatelstvem a důchodci, tj. aby nepřetěžovaly ty první a zachovaly přiměřené peníze těm druhým.
- ☞ Zajistit přiměřené a finančně silné penzijní zabezpečení ze soukromých zdrojů: zajistit prostřednictvím přiměřené regulace a zdravého hospodaření, aby ze soukromých a veřejných penzijních soustav mohly být vypláceny peníze s požadovaným stupněm efektivity, dostupnosti, přenositelnosti a bezpečnosti.
- ☞ Přizpůsobit se pružným modelům zaměstnání a profesního života: dosáhnout slučitelnosti penzijních systémů s potřebnou pružností a bezpečností na trhu práce; zajistit, aniž by byla dotčena celistvost daňových soustav členských států, aby lidé nebyli znevýhodněni v penzijních nárocích v souvislosti s mobilitou pracovníků mezi členskými státy i mimo rámec EU nebo nestandardními formami zaměstnávání a aby penzijní systémy neodrazovaly od samostatné výdělečné činnosti.
- ☞ Naplnit snahy o větší rovnoprávnost mezi muži a ženami: přezkoumat soustavy důchodového zabezpečení s ohledem na závazky vyplývající z práva EU s cílem realizovat zásady rovného zacházení s ženami a muži.
- ☞ Demonstrovat způsobilost penzijních systémů, reagovat na nové výzvy: zprůhlednit penzijní systémy a dát jim schopnost adaptace na měnící se okolnosti, aby si k nim občané zachovali důvěru; produkovat spolehlivé a srozumitelné informace o dlouhodobé perspektivě penzijních soustav, zejména pokud jde o pravděpodobný vývoj úrovně dávek a sazby příspěvků; usilovat o co nejširší dohodu o penzijní politice a reformách; zlepšit metodologii potřebnou pro účinné sledování penzijní politiky a reformem.

Tyto cíle otevřené koordinace v penzijním zabezpečení lze shrnout do tří základních oblastí zájmu:

- ☞ zachovat schopnost systémů zabezpečení plnit dohodnuté sociální cíle;

- ☞ zachovat finanční udržitelnost systémů sociálního zabezpečení;
- ☞ zachovat pružnost reakce na měnící se potřeby ve společnosti a podmínky ve světě.

Je to první krok k postupnému věcnému sblížení úrovní zabezpečení starých lidí při respektování principu subsidiarity a národních tradic v realizaci principu solidarity. Je tím otevřena cesta k formulaci principů otevřené koordinace i v jiných oblastech sociálního zabezpečení.⁸⁰

⁸⁰TOMEŠ, Igor a Kristina KOLDINSKÁ. *Sociální právo Evropské unie*. Praha: C. H. Beck, 2003. s. 234-236. ISBN 80-7179-831-2.

5. Reforma invalidních důchodů v ČR

Obecně řečeno, reforma, je úprava, změna, přeměna směřující ke zlepšení nějakého stavu, veřejného zařízení, apod. O reformě se např. hovoří v souvislosti se změnami ve vyučování, v lékařství, v pravopisu, v odívání atd. V politice je za reformu (na rozdíl od revoluce) považována plánovitá, zákonodárnou cestou prováděná přeměna státního zřízení nebo kterékoliv oblasti státního, společenského či církevního života. Jako reformismus v politice je označováno každé hnutí, které straní změnám stávajících systémů a struktur před jejich radikální (revoluční) náhradou jinými systémy a strukturami.

Za sociální považujeme reformy sociálních systémů, struktur, procedur a postupů změnou jejich pravidel či sociálních norem. Změna pravidel může mít formu změny právních předpisů nebo statutů či stanov.⁸¹

Invalidní důchod patří mezi základní prvky sociálního zabezpečení v České republice. Účelem poskytování invalidních je snížení rozdílu propadu příjmů u osob, které jsou z důvodu nemoci či úrazu vyřazeny z pracovního procesu. Invalidní důchod tedy slouží jako podpora státu těm, jež postihla nečekaná událost a nejsou schopni se sami o sebe postarat.⁸²

Cílem důchodové reformy je dosáhnout sociálně přiměřených a dlouhodobě finančně udržitelných důchodů prostřednictvím respektování principů:

1. vyšší diverzifikace důchodového systému;
2. fiskální udržitelnosti důchodového systému;
3. spravedlivější rozložení mezigeneračního břemene v čase;
4. zvýšení ekvivalence důchodového systému.

Předpokladem úspěšné důchodové reformy je:

1. sladění zájmů všech zainteresovaných subjektů (pojištěnec, stát, provozovatelé důchodového systému, zaměstnavatelé) a
2. dosažení výrazné společenské shody o
 - výsledné podobě důchodového systému;
 - druzích a výši finančních zdrojů zabezpečujících jeho dlouhodobou finanční udržitelnost.

⁸¹TOMEŠ, Igor. *Sociální politika: teorie a mezinárodní zkušenost*. Praha: Sociopress, spol. s r. o., 2001. s. 199. ISBN 80-86484-00-9.

⁸²Vše o sociálním zabezpečení. *Invalidní důchody v praxi*. [online]. 12.3.2013. [cit. 2013-11-18]. Dostupné z: <http://www.duchodstarobni.cz/socialni-zabezpeceni/invalidni-duchod-v-praxi/>

Důležité je zdůraznit, že klíčovým předpokladem pro úspěšnou důchodovou reformu je nalezení výrazné společensko-politické shody nad její podobou a následně stabilita zvoleného řešení a jeho parametrů v čase. Toto je zásadní úkol představitelů politické scény, nikoliv ekonomů či expertů.

Základní teze důchodové reformy:

☞ Diverzifikace

Uvedených cílů lze v České republice dosáhnout nejlépe prostřednictvím vícepilířové důchodové soustavy spojující přednosti a vyvažující rizika průběžně a fondově financovaných důchodových pilířů a umožňujících zajistit účelnou kombinaci solidárních a ekvivalentních prvků. Prioritním cílem spořicího důchodového pilíře je zvýšit zásluhovost důchodového systému a přispět k jeho diverzifikaci.

☞ Efektivní spolupráce soukromého a veřejného sektoru

Podmínkou efektivní spolupráce veřejného a soukromého sektoru v oblasti důchodového systému je dlouhodobě stabilní nastavení klíčových pravidel a parametrů. V opačném případě, jak ukazují příklady některých středoevropských zemí, může dojít k ohrožení naplnění základních cílů důchodové reformy.

☞ PAYG⁸³ bude i nadále základní stavební částí systému

Základ důchodového systému by měl i do budoucna tvořit současný solidární PAYG (viz příloha č. 12), jehož prioritní úlohou je zajistit ochranu pojištěnců před chudobou a přiměřenou úroveň důchodů především pro pojištěnce se středními a nízkými příjmy.

☞ Nutnost pokračování v úpravách parametrů PAYG

Dlouhodobá finanční udržitelnost důchodového systému bude zajištěna pokračováním parametrických úprav PAYG. Ke vzniku a rozvoji fondového pilíře je nezbytné alespoň částečně vyčlenit další zdroje veřejných financí.

☞ Bez spoření nepůjde držet životní úroveň ve stáří

Důvodem nízkých úspor české společnosti v mezinárodním srovnání je zejména přerušování tradice akumulace kapitálu, nízká úroveň příjmů části domácností, preference krátkodobé spotřeby, silný pocit jistoty státního zabezpečení a nedostatečné vědomí o nutnosti vytváření důchodových úspor. Kdo si nebude spořit dobrovolně, bude se muset smířit se snížením své životní úrovně ve stáří.

⁸³PAYG - pay as you go - průběžné financování - tzn. dávky v daném období se vyplácejí přímo z příspěvků v tomto období vybraných.

☞ Při diverzifikaci se opřít o existující infrastrukturu

Je účelné využít již vybudovanou institucionální infrastrukturu v soukromém sektoru (reformované penzijní fondy, pojišťovny, investiční společnosti spravující podílové fondy, případně další asset manažeři). Tyto subjekty podléhají standardnímu dohledu nad finančními institucemi. Od konce 90. let se kvalita regulace a dohledu v ČR výrazně zvýšila.

☞ Kvalitní řešení anuitní (výplatní) fáze

Správci penzijních úspor by se měli zaměřit pouze na investování důchodových úspor účastníků podle stanovených pravidel. Doživotní, jednoduché a maximálně standardizované anuity by měly poskytovat pouze životní pojišťovny. Je třeba zajistit snadno dostupné a srovnatelné informace o anuitních produktech, které umožní občanovi srovnání a správnou volbu. Klíčovým principem je jednoduchý standardní produkt.

☞ Garance, regulace a dohled v penzijním systému musí být vzájemně vyvážené

Ve spořicíh pilíři nebývá explicitní záruka státu. Stát však stanovením regulace a dohledem může významně minimalizovat riziko zneužití důchodových úspor; investiční riziko však nese účastník.⁸⁴

Z důvodu demografických změn prochází penzijní systémy ve všech vyspělých zemích v posledních letech výraznými změnami. Česko zatím provádělo pouze parametrické změny (prodlužoval se důchodový věk či potřebná doba pojištění). Důchodová reforma však přináší změnu celého systému.⁸⁵

Penzijní systémy ve vyspělých zemích světa se liší. Rozdíly v důchodovém věku, výpočtu státního důchodu či možnosti odchodu do předčasného důchodu však nejsou hlavním rozdílem. Největší rozdíl je v míře zapojení soukromého sektoru v povinném penzijním systému. Penze občanů může být buď zcela veřejná, zcela soukromá nebo kombinovaná. Tří-pilířový systém, o kterém se nejvíce mluví, je právě kombinací.⁸⁶

Důchodová reforma obsahuje několik zásadních změn. Přináší tzv. druhý pilíř, to znamená, že občané mohou z 28 % hrubé mzdy, kterou odvádějí na sociální pojištění, přesměrovat 3 % na svůj účet u soukromých penzijních ústavů. Ovšem za podmínky,

⁸⁴MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Závěrečná zpráva PES*. [online]. Praha: MPSV, červen 2010. [2013-11-15]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/8896/2010_06_03_Zaverecna_zprava_final_cistopis.pdf

⁸⁵FINANCE. *Důchodová reforma v Česku*. [online]. Finance media a.s. [cit. 2013-11-18]. Dostupné z: <http://www.finance.cz/duchody-a-davky/vse-o-duchodech/duchodova-reforma/>

⁸⁶FINANCE. *Tři pilíře důchodového systému*. [online]. Finance media a.s. [cit. 2013-11-15]. Dostupné z: <http://www.finance.cz/duchody-a-davky/vse-o-duchodech/duchodove-systemy/tri-pilire-duchodovehosystemu>

že 2 % na účet pošlou ze svého. Účast na druhém pilíři důchodové reformy je dobrovolný, ale nevratný. Přihlásit se mohou občané do 35 let věku a starší mohli do konce roku 2012. Současných penzistů se druhý pilíř netýká. Důchod z prvního státního průběžně financovaného pilíře penzistům zůstává.

Důchodová reforma počítá také se změnami v důchodovém připojištění. Do transformovaných fondů budou převedeni nynější účastníci penzijního připojištění. Noví zájemci budou moci vstoupit pouze do tzv. účastnických fondů, které ale nabízejí větší možnost investování, ovšem za cenu většího rizika ztráty naspořených peněz.⁸⁷

5.1 Vývoj

Pomoc zdravotně postiženým je stejně stará jako civilizovaná společnost. První známky jsou z období 5. století před n. l., kdy se za Perikla v Aténách poskytovala státní pomoc a pracovní příležitosti práce neschopným a nemajetným válečným postiženým (peisistraton). Řím své sociální problémy řešil zpočátku zpřístupněním zdrojů (příjmů z veřejných prací), nikoli podporami. Teprve v císařství se začaly rozdávat dávky („chléb a hry“). Za Konstantina Velikého (Edikt milánský, 313 n. l.) se zakládaly kláštery a fary, jež pečovaly o poutníky do Jeruzaléma a postupně o nemocné. Teprve s přijetím křesťanství v raném feudalismu se péče o práce neschopné stala součástí lenních vztahů. Karel Veliký v ediktech (806 – 808 n. l.) uložil lenním pánům, aby se starali o své nemocné poddané.⁸⁸

Péče o invalidní a staré občany vznikala zprvu jakou součástí křesťanské filantropické péče o dlouhodobě (trvale) práce neschopné a proto chudé občany. Ještě v 17. století, kdy tuto péči od církve přebíraly obce, společnost vnímala jen souvislost mezi chudobou a dlouhodobou (stabilizovanou) pracovní neschopností a nabízela ústavní sociální služby na fakultativním základě, jako např. *špitály* v Rakousku-Uhersku nebo *Hôtel de Dieu* či *hopital general* ve Francii, nebo podpory poskytované obcemi jako např. Armenkasse v Prusku. Naopak práceschopní, byť chudí, byli trestáni za potulku.⁸⁹

Invalidita v západoevropské (belgicko-francouzské) koncepci byla vnímána jako stabilizovaná fáze dlouhodobé nemoci či pracovní neschopnosti po úrazu. Na Balkáně

⁸⁷INVALIDNÍ DŮCHOD: informace o plných a částečných invalidních důchodech. *Důchodová reforma*. [online]. [cit. 2013-11-14]. Dostupné z: <http://www.invalidni-duchod.cz/duchodova-reforma/>

⁸⁸TOMEŠ, Igor. *Obory sociální politiky*. Praha: Portál, 2011, s. 149. ISBN 978-80-7367-868-5.

⁸⁹BĚLINA, Miroslav a Marie KALENSKÁ. *Poceta Petru Trösterovi k 70. narozeninám*. 1. vyd. Praha 3: Aspi, 2009. a.s. s. 400. ISBN 978-80-7357-418-5.

(býv. Federativní republika Jugoslávie) tato koncepce vedla až k vytvoření samostatného odvětví sociálního pojištění – invalidní pojištění.⁹⁰

Invalidita ve středoevropské (německé a rakousko-uherské) koncepci byla od počátku vnímána jako předčasné zestárnutí, protože v obou případech jde především o dlouhodobou (trvalou) neschopnost být výdělečně činným. Je to logické, protože samo pojištění či zabezpečení ve stáří bylo vnímáno jako dlouhodobá presumovaná pracovní neschopnost čili presumpce invalidity. Proto se upravovala ve stejných právních předpisech. Systémový rozdíl byl jen v tom, že v případě invalidity se tato neschopnost zjišťovala (prokazovala) a ve druhém případě (stáří) se presumovala. Šlo právnicky spíše o presumpci, protože důkaz opaku se nepřipouštěl. Dodnes se toto pojetí projevuje v některých soustavách sociálního pojištění v pravidle, že dosažením důchodového věku se invalidní důchod mění ve starobní důchod.⁹¹

Tento přístup měl své opodstatnění v obecně známé skutečnosti, že míra invalidizace v jednotlivých demografických kohortách roste s přibýváním věku. Je pak záležitostí společenské konvence, kdy se invalidita přestane reálně zjišťovat a tak důchodový věk není výsledkem pojistně matematických úvah, ale jejich východiskem. Stane-li se systém příliš nákladný, může se konvence změnit. Proto zákonitě zvyšováním důchodového věku přibývá osob, které se kvalifikují pro invalidní důchod.⁹²

Ve druhé polovině 19. století se šířily socialistické ideje opřené o kritiku tehdejšího stavu společnosti, ve vlivných politických a hospodářských kruzích však převládal názor, že příčinou sociálního selhání je ve většině případů osobní nedostačivost, neschopnost, ne-li přímo lenost lidí, ocitajících se „na dně“ společnosti. Tento názor byl podporován i aktuálně formulovanou Darwinovou teorií o původu druhů na principu přírodního výběru, tj. na principu vítězství silnějších nad slabšími v soutěži o přístup ke zdrojům. Darwinismus dokonale odpovídal dobové náladě dravě expandujícího kapitalismu.

Vznikající státní systémy sociálního zabezpečení nepočítaly s tím, že by jich využívalo mnoho lidí; služby a dávky byly zprvu adresovány jen nejnuznějším, tj. jen těm, jejichž postavení bylo bez všech pochyb zoufalé. Takováto politika, kterou se řídily orgány státu a která ovlivňovala také činnost nestátních charitativních spolků, měla odstrašovat potenciální příjemce dávek a uživatele služeb od jejich zneužívání. Nicméně již na přelomu

⁹⁰TOMEŠ, Igor a Kristina KOLDINSKÁ. *Role pojistných systémů v sociální ochraně osob se zdravotním postižením*. Praha: Personnel Consulting, 2002. s. 90.

⁹¹BĚLINA, Miroslav a Marie KALENSKÁ. *Pocťa Petru Trösterovi k 70. narozeninám*. 1. vyd. Praha 3: Aspi, 2009. a.s. s. 401. ISBN 978-80-7357-418-5.

⁹²BĚLINA, Miroslav a Marie KALENSKÁ. *Pocťa Petru Trösterovi k 70. narozeninám*. 1. vyd. Praha 3: Aspi, 2009. a.s. s. 401. ISBN 978-80-7357-418-5.

19. a 20. st. začaly některé politické strany a některé nevládní organizace prosazovat zavedení plošných podpor hendikepovaným. Tento trend se prakticky prosadil až v období mezi první a druhou světovou válkou a velmi zřetelně pak v době po druhé světové válce.⁹³

V prostoru pod vlivem německé sociální doktríny se sociální zabezpečení pro stáří a invaliditu vyvíjelo různě pro vojáky, státní (a veřejné) zaměstnance), soukromé úředníky, horníky a dělníky. Dvojí dualismus (jeden – manuální a nemanuální práce, a druhý – veřejnoprávní a soukromoprávní systémy) dodnes přežívá.

Vnímání stáří jako presumované invalidity je typické pro hornické a dělnické sociální pojištění. Dělníci byli zabezpečeni, až když nemohli pracovat. Jejich dávky byly vypočteny tak, aby mohli dožít. V těchto systémech bylo proto podmínkou nároku na starobní či invalidní důchod zanechání zaměstnání nebo výdělečné činnosti (např. výměnek), tedy ekonomická nečinnost. Zabezpečení mělo charakter pečovatelský.⁹⁴

Pro vojáky a státní zaměstnance vznikalo sociální zaopatření ve formě výsluhových platů po určité době služby pro vladaře. Výpočet penzí (důchodů) odrážel zásluhy vyjádřené dobou služby a dosaženým výdělkem (dosaženou funkcí), nikoliv potřebu vzniklou nečinností ze zdravotních důvodů. Důchod neměl zabezpečovat, ale odměňovat. Nepředpokládala se neschopnost dále pracovat, ale nezáměr vladaře na další práci. Zabezpečení mělo charakter zajišťující určitou (dosaženou) životní úroveň. Pokud se někdo v době služby stal invalidním, byl zabezpečen jinak. Systém nebyl založen na presumované souvislosti mezi dosažením věku a ztrátou (dlouhodobou nebo trvalou) schopnosti pracovat.

Soukromí úředníci měli zprvu (1908) systém pojištění obdobný ostatním úředníkům, protože vznikala z potřeby (tlaku) vyrovnávat sociální podmínky zaměstnání soukromých úředníků s podmínkami, které měli státní zaměstnanci. Obdobně se koncepce pro zaopatření státních zaměstnanců rozšířila i na veřejnoprávní zaměstnance (byli „pod penzí“).

Po roce 1918 zdělila ČSR systém pro státní a pro soukromé úředníky (1908) a v roce 1924 bylo zákonem zavedeno sociální pojištění pro dělníky, který v podstatě převzal stejnou koncepci spojení invalidních a starobních důchodů.

Po druhé světové válce byl zákonem o národním pojištění (1948) překonán dualismus (dělníci, úředníci) úprav. Ve stejném zákoně bylo upraveno i nemocenské pojištění. Tím byl vytvořen na tehdejší dobu nejmodernější systém univerzálního a komplexního národního sociálního pojištění.

⁹³MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Základy sociální práce*. Praha: Portál, s.r.o., 2001. s. 98. ISBN 80-7178-473-7.

⁹⁴TOMEŠ, Igor a Kristina KOLDINSKÁ. *Role pojistných systémů v sociální ochraně osob se zdravotním postižením*. Praha: Personnel Consulting, 2002. s. 91.

Komunisté deklarovali (1948) vládu (diktaturu) „dělnické třídy“. Totálním znárodněním statků pro výdělečnou činnost (zestátněním „výrobních prostředků“) se všichni obyvatelé státu stali zaměstnanci státu. V sociálním zabezpečení, které zavedli, proto logicky zavládli přístupy vzájemnostní, které se uplatňovaly v dělnickém pojištění. Předpokládalo se, že stáří je presumovaná invalidita, vyvolávající potřebu *dávek místo mzdy*, a zpočátku se požadoval reálný odchod do důchodu jako podmínka nároku. Závažnost invalidity se měřila ztrátou schopností pracovat a etalonem byla buď ztráta schopnosti pracovat v profesi (typické pro hornické systémy), v dosavadním zaměstnání (typické např. pro úřednické systémy) nebo pracovat vůbec, bez ohrožení vlastního zdraví (risk zhoršení zdravotního stavu) (typické např. pro dělnické systémy).

V reformách důchodového zabezpečení z let 1956 a 1964 navazovali na sociální zabezpečení podle vzoru SSSR. Koncepti založenou na sociálním pojištění, tedy na vzájemnosti a solidaritě, násilně konvergovali s principem zásluhovosti, který je typický pro zaopatřovací platy ve veřejné správě. Tím se do vcelku „čisté“ koncepce dělnické vzájemnosti, která svou povahou byla pojišťovací (tedy systém ochrany proti ekonomickým následkům sociálního rizika založený na tom, kdo si co zaplatil a jak dlouho platil), vloudil prvek zásluhovosti, kde dávky jsou výrazem odměny za odvedené služby (zpravidla stanovené za rok služby). Vznikl tak koncepční míšenec zásluhovosti a zabezpečení o práci dlouhodobě neschopné. Tento koncepční „guláš“, který v obšťastňovatelském systému „přidělování blaha“ je nejlépe patrný ze stanovených podmínek a dávkové formulí v důchodovém zabezpečení té doby.

Zděděný konceptuální míšenec je obtížné systémově uchopit a racionálně uspořádat. Tato obtížnost je v podmínkách tržní ekonomiky způsobená virtuálním pojišťovacím principem, kdy dávky mají být i v systémech průběžného financování závislé na míře individuálního přičinění, kterou se modifikuje solidarita ve prospěch nízkopříjmových skupin. Toho se dosahuje vazbou důchodů na placení pojistného.

V systému, kdy invalidita je vnímána jako předčasné stáří nebo stáří jako presumovaná invalidita, je snaha srovnávat a „zrovnoprávňovat“ výše invalidních a starobních důchodů. Tohoto „zrovnoprávnění“ typů důchodů se dosahuje různými opatřeními, např. „dopočetem“ let, které chybí do vzniku nároku na starobní důchod, používáním stejné dávkové formule apod. Je však založené na chybné premise, že stáří a invalidita má pro člověka stejné následky. Nerespektuje skutečnost, že invalidita je

pro člověka mnohem nákladnější a náročnější, zejména o zvýšené náklady na léky, diety, pomůcky a na náklady spojené s pomocí třetí osoby.⁹⁵

V moderní době se počínaje Bismarckovými reformami stala podpora a péče o osoby se zdravotním postižením součástí státní sociální politiky a od roku 1948, po přijetí Všeobecné deklarace lidských práv, nezadatelným občanským právem na rovné zacházení a sociální zabezpečení.⁹⁶

S ohledem na historický vývoj posuzování invalidity vycházely všechny právní úpravy posudkové činnosti na úseku posuzování invalidity až do 31. 12. 1996 pouze ze zákonem vymezené skutečnosti, kdy se pojištěnec považoval za invalidního (ve smyslu stávající plné nebo částečné invalidity), popř. jednotlivých typů plné či částečné invalidity. Právní předpisy rovněž definovaly dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav, dosavadní zaměstnání a zdravotní postižení značně ztěžující obecné životní podmínky. Vlastní posudkově medicínské přístupy ve vztahu k posuzování důsledků jednotlivých zdravotních postižení na schopnost soustavně pracovat byly ryze odbornou lékařskou záležitostí, sjednocovanou pouze metodikami a odborným vzděláváním. Stěžejní roli plnilo odborné metodické vedení posudkových komisí sociálního zabezpečení – tehdejších ONV a KNV, dále Institut krajských odborníků a hlavního odborníka a jednotný model vzdělávání, zejména po roce 1971, kdy vznikl samostatný specializační obor – posudkové lékařství. Tento model (de facto fungující v naší zemi bezmála 40 let) zajišťoval současně jednotné posuzování invalidity za poměrně složité situace, kdy převážný počet členů tehdejších komisí sociálního zabezpečení neměl lékařské vzdělání. Zpravidla v pětičlenných komisích byli pouze dva lékaři – posudkový lékař a lékař státní zdravotní správy. Způsob metodického řízení umožňoval poměrně rychle reagovat na novinky v medicíně a zohlednit je při výkonu posudkové činnosti a posuzování invalidity. Zároveň případná změnovost (tj. změny stupně invalidity či její případné neuznání) v jednotlivých letech byla poměrně malá, pozvolná a laickou veřejností akceptovatelná (viz příloha č. 13).

V souvislosti s celospolečenskými změnami po roce 1989 došlo ke změnám v organizaci sociálního zabezpečení a činnosti lékařské posudkové služby (zákon č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení). Se zrušením ONV a KNV byly zrušeny i posudkové komise sociálního zabezpečení ONV a KNV a byly nahrazeny posudkovými komisemi nově vzniklých okresních (Pražské) správ sociálního zabezpečení a posudkovými komisemi MPSV, s jiným složením. Tehdejší Úřad důchodového zabezpečení

⁹⁵BĚLINA, Miroslav a Marie KALENSKÁ. *Pocita Petru Trösterovi k 70. narozeninám*. 1. vyd. Praha: Aspi, a.s., 2009. s. 403-404. ISBN 978-80-7357-418-5.

⁹⁶TOMEŠ, Igor. *Obory sociální politiky*. Praha: Portál, 2011. s. 149. ISBN 978-80-7367-868-5.

se transformoval v Českou správu sociálního zabezpečení. S účinností od 1. 1. 1993 pak byly zrušeny prvoinstanční posudkové komise OSSZ/PSSZ a bylo zavedeno posuzování lékařem OSSZ/PSSZ. K 1. 1. 1993 došlo také ke sloučení lékařské posudkové služby bývalých OÚNZ (okresních, obvodních ústavů národního zdraví) s lékařskou posudkovou službou sociálního zabezpečení, přičemž však správy sociálního zabezpečení převzaly jen cca polovinu pracovních míst z LPS OÚNZ.

Změny ve zdravotnictví vedly ke zrušení institutu krajských odborníků a hlavního odborníka. V důsledku řady organizačních a věcných změn, jak v oblasti zdravotnictví, tak i v oblasti sociálního zabezpečení, došlo po roce 1990 k oslabení do té doby jednotného a intenzivního metodického řízení lékařské posudkové služby sociálního zabezpečení. Nebyly vydávány nové odborné metodické pokyny k usměrnění lékařské posudkové činnosti. V kontextu změn na trhu práce, zejména v důsledku rušení řady podniků a pracovních míst a vzniku nezaměstnanosti, byla postižena i řada osob se zdravotním postižením, které do té doby pracovaly a vznik nepříznivé sociální a pracovní situace řešily následně v rámci systému důchodového pojištění prostřednictvím přiznáním invalidního (plného nebo částečného) důchodu. To vše ve svých důsledcích vedlo k nárůstu invalidizace v letech 1990 – 1994. Vývoj invalidizace podle počtu nově přiznaných plných a částečných invalidních důchodů podle nejčastějších zdravotních příčin invalidity v období 1985 – 1994 uvádí graf, viz příloha č. 11.⁹⁷

5.2 Soudobý právní rámec

Občané mají dle článku 30 Listiny základních práv a svobod právo na přiměřené hmotné zabezpečení ve stáří a při nezpůsobilosti k práci. Podrobnosti schvaluje Parlament v zákonných úpravách.

Právní rámec invalidních důchodů je zakotven v zákoně č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, a to v části čtvrté, hlavě druhé. Obsahem jsou podmínky nároku na invalidní důchod a jeho výše.

Do 31. 12. 2009 platilo dělení invalidních důchodů na plný a částečný invalidní důchod. Částečný invalidní důchod náležel lidem, kterým například pro vážnou nemoc nebo úraz klesla schopnost pracovat minimálně o 33 procent. Plný invalidní důchod náležel

⁹⁷MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Aktuality pro lékařskou posudkovou službu*. [online]. 2. vyd. Praha: MPSV, 2009. s. 25, 27. ISBN 978-80-7421-008-2. [cit. 2013-11-16]. Dostupné z http://www.mpsv.cz/files/clanky/7943/04_aktuality-LPK.pdf

těm, jejichž průceschopnost klesla o 66 procent. Od 1. ledna 2010 se pravidla změnila a namísto dvoustupňové invalidity se zavedly stupně tři, a to podle procentního poklesu pracovní neschopnosti – invalidní důchod prvního, druhého a třetího stupně (viz kapitola 2.3). Plný invalidní důchod, na který vznikl nárok před 1. lednem 2010, se ve výši, v jaké náležel ke dni 31. prosince 2009, považuje od 1. ledna 2010 za invalidní důchod pro invaliditu třetího stupně. Částečný invalidní důchod, na který vznikl nárok před 1. lednem 2010, se ve výši, v jaké náležel ke dni 31. prosince 2009, považuje od 1. ledna 2010 za invalidní důchod pro invaliditu druhého stupně, pokud byl důvodem částečné invalidity pokles schopnosti soustavné výdělečné činnosti nejméně o 50 % a za invalidní důchod pro invaliditu prvního stupně ostatní případy.

Současné uspořádání českého důchodového systému začalo vznikat v devadesátých letech minulého století, kdy byly postupně přijímány dílčí reformní kroky, které byly završeny v roce 1995 přijetím zákona č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, který nabyl účinnosti dnem 1. ledna 1996. Nicméně i následně docházelo a dochází k přijímání řady dalších reformních kroků i za účinnosti tohoto zákona.

Od roku 1996 je základní důchodové pojištění založeno na těchto principech:

- ☞ sociální solidarita;
- ☞ průběžné financování;
- ☞ při splnění stanovených podmínek je systém povinný pro všechny ekonomicky aktivní osoby (je umožněna dobrovolná účast v systému);
- ☞ systém poskytuje náhradu příjmů v případě stáří (starobní důchod), invalidity (invalidní důchod) a úmrtí živitele (vdovský, vdovecký a sirotčí důchod);
- ☞ systém je dávkově definovaný – konstrukce výpočtu důchodů je dvousložková:
 - první složku tvoří základní výměra, která je jednotná (stejná) pro všechny druhy důchodů;
 - druhou složku tvoří procentní výměra, jejíž výše je rozdílná podle délky doby pojištění a výši příjmů dosažených v rozhodném období před přiznáním důchodu;
 - systém neobsahuje žádná omezení výše důchodu stanovená pevnou částkou nebo procenty (pokud nebereme v úvahu redukci „příjmů“ při výpočtu důchodu);
- ☞ systém je jednotný (s určitou odchylkou pro osoby samostatně výdělečně činné, která se týká způsobu stanovení vyměřovacího základu pro pojistné na sociální zabezpečení); to platí i pro cizince ze třetích zemí, kterým vzniknou stejné nároky ze základního důchodového pojištění jako ostatním pojištěncům, a to při splnění stejných podmínek;

- ☞ systém je dynamický (řada prvků konstrukce výpočtu důchodu se každoročně „automaticky“ upravuje s přihlédnutím k ekonomickému vývoji, a to včetně indexování vyměřovacích základů.

Prvky konstrukce výpočtu důchodu:

- ☞ rozhodné období, z něhož se zjišťují příjmy pro výpočet důchodu;
- ☞ vyměřovací základy;
- ☞ všeobecné vyměřovací základy;
- ☞ přepočítací koeficient pro úpravu naposledy stanoveného všeobecného vyměřovacího základu;
- ☞ koeficienty nárůstu všeobecných vyměřovacích základů;
- ☞ osobní vyměřovací základ a
- ☞ výpočtový základ.

Zvyšování vyplácených důchodů se řídí základními pravidly:

- ☞ vyplácené důchody se zvyšují pravidelně každý rok v lednu; odchýlný postup je stanoven při vysoké inflaci (alespoň 5 %);
- ☞ zvýšení důchodů zákon stanovuje tak, aby u průměrného starobního důchodu činilo 100 % nárůstu cen a dále též jednu třetinu růstu reálné mzdy; základní výměra důchodu (9 % průměrné mzdy) je zvyšována na základě růstu průměrné mzdy a procentní výměra na základě růstu spotřebitelských cen;
- ☞ růst úhrnného indexu spotřebitelských cen za domácnosti celkem je při pravidelném zvýšení od ledna zjišťován v období dvanácti měsíců, a to do srpna kalendářního roku předcházejícího roku zvýšení důchodů;
- ☞ v mimořádném termínu se důchody zvýší, pokud růst cen ve sledovaném období dosáhl alespoň 5 %; vyplácené důchody se v tomto případě zvyšují od splátky důchodu splatné v pátém kalendářním měsíci následujícím po kalendářním měsíci, v němž růst cen dosáhl alespoň 5 %.⁹⁸

5.3 Hlavní soudobé trendy a problémy invalidních důchodců

Nejvíce invalidů je v regionech s nejvyšší mírou nezaměstnanosti a mezi lidmi staršími padesáti let. Někteří odborníci upozorňují, že v některých případech slouží invalidní důchod jako únik před nezaměstnaností, protože se jedná o trvalý příjem, na rozdíl třeba

⁹⁸MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Obecná informace k zákonu o důchodovém pojištění*. [online]. Praha: MPSV, 31.8.2011. [cit. 2013-11-02]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/617>

od dávek v nezaměstnanosti, které jsou poskytovány pouze prvních pět měsíců. Odborníci se obávají, že tento trend, kdy invalidní důchod slouží jako náhrada předčasných důchodů či dávek v nezaměstnanosti, se do budoucna může prohlubovat. Starobní penze totiž mají postupně klesat, zatímco s výrazným poklesem invalidních důchodů žádná z politických stran nepočítá. V současné době je průměrná výše invalidního důchodu téměř stejná jako starobní penze, naproti tomu sociální dávky pro dlouhodobě nezaměstnané jsou zhruba poloviční. Tento problém tady je a bude se i nadále zvyšovat úměrně tomu, jak se bude prodlužovat oficiální věková hranice pro obdržení starobního důchodu. Problém je i ve stanovení zdravotního stavu posudkovými lékaři. Je evidentní, že posudkoví lékaři, kteří si po desetiletí zvykli rozhodovat o osudech jiných lidí, mají někdy velmi tvrdý přístup a projevuje se to nadřazeným chováním. Na druhé straně ke zneužívání dochází v případech, kdy dojde k určité korupci, kdy je posudkovým lékařem vydán nesprávný výrok o zdravotním stavu. Je potřeba změn vyhlášek, ze kterých se při posuzování invalidity vychází a přehodnocení systému.⁹⁹

Problémem invalidních důchodů je jeho přiznávání. Nemoc nezaručuje přiznání invalidního důchodu. Nemocný, kterému posudkový lékař přiznal invaliditu, se ještě nemusí dočkat invalidního důchodu. Kromě invalidity totiž musí občan splňovat také podmínku dostatečné doby důchodového pojištění. Problémem může být nezaměstnanost.

Pro příklad je možné uvést příklady některých států Evropské unie. Ty se starají o občany, jejichž schopnost pracovat poklesla z důvodu nepříznivého zdravotního stavu a nemohou tedy pracovat nebo mohou vykonávat díky svému zdravotnímu handicapu pouze některé činnosti. Ostatní vyspělé státy světa za členskými zeměmi v sociálních otázkách značně zaostávají.

☞ Francie

Nárok na invalidní důchod má občan, jestliže jeho schopnost pracovat poklesla z důvodu nepříznivého zdravotního stavu o 33 %. Při snížení pracovní schopnosti o 33 % dostává občan penzi ve výši 30 % předchozího průměrného výdělku. Při snížení pracovní schopnosti o 50 % dostává občan penzi ve výši 50 % předchozího průměrného výdělku a při snížení pracovní schopnosti o 66 % dostává občan 60 % průměrného předchozího výdělku. Nejméně však 1 096 euro.

☞ Švédsko

Nárok na invalidní důchod má občan, jestliže jeho schopnost pracovat poklesla z důvodu nepříznivého zdravotního stavu o 25 %. Výše penze závisí na zdravotním

⁹⁹BBC CZECH. *V Česku výrazně narůstá počet invalidních důchodců. Proč?* [online]. [2013-11-20]. Dostupné z: http://www.bbc.co.uk/czech/domesticnews/story/2005/07/050718_cz_invalid_pensions

stavu a výši odvedených příspěvků na sociální pojištění. Minimální výše však činí 995 euro měsíčně.

☞ Dánsko

Nárok na invalidní důchod má každý občan, který bydlí v Dánsku nejméně tři roky. Výše invalidního penze závisí na výši snížení schopnosti pracovat z důvodu zhoršeného zdravotního stavu. Výše penze se pohybuje od 1 480 euro měsíčně.¹⁰⁰

V roce 2011 se vybralo na důchodovém pojištění o 40 miliard korun méně, než kolik se vyplatilo na důchodech. Schodek se v posledních letech stále zvyšuje. Státní penze budou muset i nadále klesat.

Na konci roku 2011 bylo v Česku dle zprávy ČSSZ:

☞ Celkem 2 873 004 důchodců pobírající starobní, invalidní a pozůstalostní důchod, což je téměř o 200 tisíc více než před pěti lety. Počet pracujících připadajících na jednoho penzistu tak poklesl za pět let z 1,81 na 1,75.

☞ Počet starobních penzistů za pět let dokonce stoupl téměř o 350 tisíc. Z 1 995 350 na 2 340 147. Počet pracujících připadajících na jednoho starobního penzistu tak poklesl za pět let z 2,43 na 2,15. Počet starobních penzistů se zvýšil více než všech důchodců. Důvodem je především zpřísnění podmínek pro výplatu invalidních důchodů v posledních letech.

Možností, jak snížit schodek na důchodovém pojištění, je několik. Buď povedou kroky ke zvýšení pojistného či daní, nebo ke snížení důchodů. Nebo obojí.

☞ Zvýšení sociálního pojištění

V Česku je však již nyní sociální pojištění jedno z nejvyšších v Evropě. Další zvýšení sociálního pojištění placeného zaměstnavatelem nebo OSVČ by mělo negativní dopad na čistý příjem domácností. V případě zvýšení sociálního pojištění placeného zaměstnavatelem by se zvýšily mzdové náklady zaměstnavatelů, což by mělo negativní dopad na zaměstnanost.

☞ Zvýšení DPH

Schodek v důchodovém systému lze „zalepit“ opětovným zvýšením DPH. Zvýšení DPH ale rozhodně nemusí přinést tolik očekávaný daňový výnos. Realita by mohla být nižší, klesne totiž spotřeba.

¹⁰⁰GOLA, P. *Kdo má nárok na invalidní důchod?* [online]. Měsíc, 16.1.2008. [cit. 2013-11-08]. Dostupné z: <http://www.mesec.cz/clanky/kdo-ma-narok-na-invalidni- Duchod/>

☞ Snížení důchodů

Výdaje na důchody budou chtět nechtět muset klesat. Nejrychleji lze provést změny ve valorizaci důchodů. Každoroční zvyšování důchodů bude pravděpodobně nižší než pro rok 2012, kdy se základní výměra důchodu zvýšila o 40 Kč a procentní výměra o 1,6 %.

Dále bude pokračovat trend, kdy mnoho invalidních důchodců dosáhne na nižší invalidní důchod než v minulosti. V současné době se totiž mnohem více přiznává invalidita prvního nebo druhého stupně než třetího stupně. Invalidní důchodci musí chodit na pravidelné kontroly. Přecházení z invalidního důchodu II. stupně do invalidního důchodu I. stupně není ničím výjimečným. Legislativní podmínky pro přiznání invalidního důchodu se zpřísňují, zejména tedy při posuzování stupně invalidity. Čím nižší stupeň invalidity, tím nižší důchod. U invalidních důchodů se i zpřísnil výpočet dopočtené doby. Toto opatření zjednodušeně znamená, že většině invalidních důchodců se započte nižší doba pojištění při výpočtu důchodu. Výsledkem je opět nižší invalidní důchod.

V příštích letech bude tedy náročnější splnit podmínky pro přiznání invalidního důchodu. Bude přitom velký rozdíl, jakého stupně. Proto je potřeba přizpůsobit tomuto trendu vlastní investice a spoření.¹⁰¹

Nastavením posudkově medicínských hledisek pro posuzování zdravotního stavu a míry poklesu pracovní schopnosti se reguluje míra invalidizace a tím i počty pracovních a ekonomicky aktivních, částečně aktivních či neaktivních osob. Přiznáváním invalidních důchodů v těch případech, v kterých by zdravotní stav nepodmiňoval podstatný pokles pracovní schopnosti, by docházelo k odklonu od účelu, ke kterému mají invalidní důchody sloužit - tj. kompenzaci ekonomické újmy v důsledku dlouhodobě nepříznivého stavu a neschopnosti pracovat nebo pracovat v obvyklém rozsahu a intenzitě, jako osoby bez zdravotního postižení. Na druhou stranu nepřiznáváním invalidních důchodů, v těch případech, ve kterých by zdravotní stav podmiňoval podstatný pokles pracovní schopnosti a neschopnosti pracovat, by tito pojištěnci byli poškozeni.

Správné nastavení posuzování invalidity má dopad nejen na konkrétní pojištěnce a systém důchodového pojištění, ale také na zaměstnavatele. Případné opomíjení pokroků lékařské vědy vede k biologicky nedůvodné invalidizaci, vyřazuje z trhu práce pojištěnce, kteří by mohli pracovat, zhoršuje tím jejich míru sociálního začlenění a má i dopad na důchodový systém.

¹⁰¹GOLA, P. *Státní penze budou muset klesnout*. [online]. Investujeme, 1.3.2010. [cit. 2013-11-05]. Dostupné z: <http://www.investujeme.cz/statni-penze-budou-muset-klesnout/>

Posuzování invalidity nepřímo dopadá i na zaměstnavatele tím, že zaměstnavatelům, kteří zaměstnávají osoby se zdravotním postižením, za něž se považují o pojištění invalidní, poskytuje podle zákona o zaměstnanosti příslušným úřadem práce příspěvek na zaměstnávání těchto osob.¹⁰²

Dobrovolná pomoc a péče o zdravotně postižené byla zprvu filantropická a místní. Zaopatření zdravotně postižených se nejprve vyvinulo ve vztahu k veteránům válek a později ke státním zaměstnancům obecně. Nárok na důchod pro jiné kategorie byl poprvé uznán v hornickém pojištění a v úrazovém pojištění. Později se nárok na zabezpečení uznal jako dávky sociálního pojištění. Filosofie byla prostá: člověk se má povinně pojistit pro případ zdravotního postižení, pokud je sám výdělečně činný. Společnost ze svých zdrojů (z daní) projeví solidaritu subsidiárně, tedy až když jsou ostatní zdroje vyčerpány a potřeba zůstala neuspokojena (plně nebo zčásti). Tak se na našem území staly invalidní důchody součástí důchodového pojištění.

Zkušenosti ze sousedních zemí nás poučily, že vícepilířové vnímání starobního pojištění neřeší invalidní důchody, ani je řešit nemůže. Při vnímání zabezpečení ve stáří jako „zaslouženého“ výdělku či odložené spotřeby není místa pro pojištění rizika a zabezpečení zdravotně postižených osob. Invalidita nedává čas na nahromadění dostatečných úspor. Zatímco starobní důchody mohou být zabezpečeny technikou spořitelní, invalidní důchody musí být zabezpečeny technikou pojišťovací.¹⁰³

V současné době (leden 2015) podala důchodová komise vládě osm návrhů, jak změnit důchodový systém:

- 1) Pravidelné přehodnocování věku odchodu do důchodu
 - ☛ každých pět let by ho přehodnocovala vláda
- 2) Sdílení vyměřovacích základů pro výpočet penze mezi manželi
 - ☛ odvody a vyměřovací základy pro stanovení penze by se u manželů sečetly a rozdělily rovným dílem
- 3) Způsob zrušení druhého pilíře
 - ☛ část odvodů z veřejného systému by nemělo být možné převádět do vlastního spoření od ledna 2016, celou uloženou částku by lidé měli od fondů dostat zpět do konce roku 2016

¹⁰²MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Aktuality pro lékařskou posudkovou službu*. Praha: MPSV, 2009. s. 33. ISBN 978-80-7421-008-2.

¹⁰³TOMEŠ, Igor a Kristina KOLDINSKÁ. *Role pojistných systémů v sociální ochraně osob se zdravotním postižením*. Praha: Personnel Consulting, 2002. s. 98.

- 4) Zrušení věkové hranice pro založení spoření
 - ☛ spoření by mohly mít i děti, rodina by jim mohla začít spořit hned po jejich narození
- 5) Osвобоzení vyplácených důchodů ze spoření od daně z příjmu
 - ☛ pokud si střadatel nechá penzi vyplácet nejméně po dobu deseti let
- 6) Zvýšení limitu penzijních společností pro investování
 - ☛ do standardních fondů kolektivního investování z 35 na 45 procent hodnoty majetku v účastnickém fondu, do speciálních fondů z pěti na deset procent
- 7) Změna způsobu správy doplňkového kapitálu
 - ☛ penzijní společnosti by měly doplňkový kapitál před přidělením fondům držet na běžném účtu odděleně od ostatních prostředků, při úpadku společnosti by nespadal do majetkové podstaty
- 8) Úprava pravomocí České národní banky
 - ☛ Povinnost odejmout povolení kvůli neplnění požadavků by se mohla změnit na možnost podle posouzení situace fondu.¹⁰⁴

5.4 Reformní alternativy

Zákony o důchodovém pojištění a o státní sociální podpoře, přijatými v roce 1995, v podstatě skončily reformy podle scénáře sociální reformy (tedy první zásadní postkomunistické reformy). I když zejména zákon o důchodovém pojištění zachoval některé komunistické prvky (redukční hranice s neomezenou horní hranicí pro příspěvky, náhradní doby bez jakékoliv úhrady, diskriminační stanovení důchodového věku ve prospěch žen, předčasný odchod do důchodu, a další) lze reformu důchodů považovat za úspěch. Úspěchem byl i zákon o státní sociální podpoře. Podařilo se definovat demokratickou veřejnou sociální solidaritu a instituty sociální ochrany přizpůsobit potřebám tržní ekonomiky, vytvořit prostor pro liberalizaci a privatizaci bez nadměrného sociálního ohrožení obyvatelstva. Protože se reforma všech částí sociální ochrany prováděla najednou, v systémovém souladu, a řídila se jasnou střednědobou vizí, dohodnutou s tripartitou, vytvořila základ demokratické veřejné sociální solidarity v ČR, a to bez demonstrací, manifestací, stávek či jiných projevů sociálního napětí.

¹⁰⁴MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Důchodová komise dala vládě osm návrhů, jak změnit důchodový systém.* [online]. Praha: MPSV, 15.1.2015. [cit. 2015.01.18]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/20071>

Institucionalizované pojetí povinné sociální solidarity v zнову (již potřetí) osvobozené ČR zaručovalo lidem rovné příležitosti a dostupnost základní zdravotní péče, výdělečné činnosti a přiměřenou sociální ochranu v případech sociálního vyloučení. Bylo založeno na povinné redistribuci příjmů mezi skupinami obyvatel pomocí daňové soustavy, jednak účelovými daněmi (pojistné příspěvky), jednak obecnými daněmi (obligatorní a fakultativní sociální podpora).¹⁰⁵

ČR postupně reformuje právní rámec sociální bezpečnosti občanů od roku 1990. V tomto úsilí lze definovat tři významné změny v přístupu. V první etapě (1990 – 1998) šlo o renesanci demokratických principů a přizpůsobení systému sociální ochrany tržní ekonomice. V druhé etapě (1998 – 2006 sociálně demokratické vlády převážně „změkčovaly“ pravidla soustav sociální ochrany, a to často bez ohledu na ekonomickou udržitelnost jednotlivých kroků. Je také pravdou, že založily některé pozitivní trendy ve vývoji sociální ochrany. V současné třetí etapě (po roce 2006) pravicové vlády zpříšňovaly pravidla pro sociální ochranu, často jen s ohledem na šetření veřejných rozpočtů, bez náležitého ohledu na jejich sociální udržitelnost. Reformy třetí etapy se soustředily na šest základních oblastí sociální ochrany, a to na: zaměstnanost, zdravotnictví, nemocenské pojištění, důchodové pojištění a připojištění, sociální služby a podporu rodiny.¹⁰⁶

Problematickou otázkou je započítávání náhradních dob, za které nikdo neplatí pojistné do důchodového pojištění. Povinná solidarita by měla existovat mezi výdělečně činnými a nečinnými. Proto nelze spravedlivě požadovat, aby se od výdělečně nečinných nevyžadoval příspěvek na důchodové pojištění. Vzniká však legitimní otázka, zda tyto doby lze započítávat do dob rozhodných pro výměru výše důchodu, když za tyto doby nebyl zaplacen příspěvek na povinnou solidaritu. V řadě zemí, zejména tam, kde sociální pojišťovny mají postavení samosprávných veřejných fondů, se to řeší odvody do důchodového fondu na úrovni minimálních mezd za nezaměstnané, nemocné atd., které hradí samosprávné veřejné fondy pojištění v nezaměstnanosti či nemocenského pojištění. Taková praxe brání nesystémovým reformám populistické povahy, kterými politické strany před volbami získávají hlasy voličů.¹⁰⁷

Příliš nákladné, průběžně financované důchodové pojištění, které je citlivé na demografické změny, se musí změnit. Světová banka navrhla kombinovat povinné

¹⁰⁵TOMEŠ, Igor. Problémy s realizací povinné sociální solidarity v ČR (část 1). In: *Fórum sociální práce*. 1. vyd. Praha: Vydavatelství Filozofické fakulty UK v Praze, 2012, č. 1, s. 30. ISSN 1804-3070.

¹⁰⁶TOMEŠ, Igor. Otázky realizace povinné sociální solidarity sociálním státem. In: *Fórum sociální práce*. 1. vyd. Praha: 2012, Vydavatelství Filozofické fakulty UK v Praze, 2012, č. 2, s. 63-64. ISSN 1804-3070.

¹⁰⁷TOMEŠ, Igor. Otázky realizace povinné sociální solidarity sociálním státem. In: *Fórum sociální práce*. 1. vyd. Praha: 2012, Vydavatelství Filozofické fakulty UK v Praze, 2012, č. 2, s. 67. ISSN 1804-3070.

průběžné financování s financováním fondovým. Tento model odborníci Světové banky realizovali poprvé v roce 1982 v Chile, když po vojenském puči (provedeným generálem Pinochetem) veřejnoprávní sociální pojištění se stalo insolventním. Od roku 1990 tento model Světová banka nabízí jako řešení jednak latinsko-americkým zemím a evropským postkomunistickým zemím. Poslední světová finanční krize ukázala, že tento model je citlivý na ekonomické změny.

Zkušenost z Maďarska, Estonska, Lotyšska, Polska a v poslední době i Slovenska dotvrzují zkušenost, že vícepilířové vnímání starobního pojištění neřeší invalidní důchody. Při vnímání zabezpečení ve stáří jako „zasloužený“ výdělek či odložená spotřeba není místa pro zabezpečení zdravotně postižených osob. Proto se v diskusích znovu objevují myšlenky generované systémy, které nevnímají invaliditu jako předčasné zestárnutí, ale jako stabilizovanou fázi ve vývoji zdravotního postižení, které ve větší či menší míře vyvolává pracovní neschopnost či zdravotní překážky ve výdělečné činnosti. Výše důchodu by se měla odvíjet podle potřeby invalidní osoby, nikoliv od míry jejího příspěvku na starobní důchody v důchodovém pojištění.

I když starobní důchod je dnes vnímán jako zaopatření ve stáří, a nikoliv jako zabezpečení při presumované invaliditě, jeho dávková formule vychází buď z toho, že si pojištěnec reálně na důchod ušetřil (princip spoření), nebo z toho, že člověk dosažením určitého věku naplnil sociální událost či pojištěné riziko a má proto doživotní nárok na smlouvané zaopatření (princip pojištění). V obou případech se při stanovení cílové výše důchodu přihlíží k tomu, co člověk „ušetří“ tím, že nepracuje (dopravné, stravování mimo domov atp., což se odhaduje asi na třetinu z celkových čistých příjmů).¹⁰⁸

Člověk, který se stal invalidním, má zpravidla potřeby vyšší, než ti, kdo chodí do práce. Toto zvýšení je způsobené:

- ☞ vyšší potřebou léků;
- ☞ potřebou technické podpory, aby mohl žít a pohybovat se;
- ☞ úpravou stravy (dietou), která je zpravidla nákladná;
- ☞ vyššími nároky na prostředí a jeho údržbu, aby v něm mohl žít a pohybovat se.

Invalidní důchody jsou vždy jen důchody z naplněného sociálního rizika. Mají proto vždy povahu pojištění a solidarity mezi pojištěnci – mezi těmi, kdo se nestali invalidními s těmi, kdo se invalidními stali.

¹⁰⁸BĚLINA, Miroslav a Marie KALENSKÁ. *Pocta Petru Trösterovi k 70. narozeninám*. 1. vyd. Praha 3: Aspi, a.s., 2009. s. 404-405. ISBN 978-80-7357-418-5.

Cílem poskytování starobního důchodu je zabezpečit doživotně člověka, kterému systematicky v čase ubývá sil a přibývá problémů. Tento stav lze oddalovat a proces zpomalovat léčením, dietou, cvičením, prací (nikoliv nezbytně výdělečnou činností) a komunikací v komunitě, ale nelze jej zastavit.

Cílem poskytování invalidního důchodu je umožnit člověku život co nejbližší normalitě, tedy vyrovnávání handicapu umožnit normální rodinný, společenský a pracovní život. Samozřejmě s přibýváním věku, se tento smysl invalidního důchodu pozvolna vytrácí rychlostí, s jakou člověk pozbývá reintegrativní schopnosti. To však smysl invalidních důchodů nemění. Naopak, je to argument nahradit invalidní důchody starobními důchody v době, kdy invalidní osoba dosáhne důchodového věku, protože smysl invalidního důchodu v tomto věku již pominul.

Srovnávat invalidní důchody se starobními nemá logiku. V solidaritních systémech s průběžným financováním je podmínkou odchodu do důchodu racionálním důsledkem uplatnění solidarity, nikoliv výrazem ztráty schopnosti pracovat. Proč by na důchod měly platit výdělečně činné osoby, kterým důchodce (jež ještě nepotřebuje zabezpečení, protože pracuje) – na jehož důchod platí – ubírá pracovní místa. Tento proces je reálný, protože důchodci, kteří pobírají starobní důchod, jsou ochotni pracovat za nižší mzdy, za které rodiče se závislými dětmi pracovat nemohou – neuživily by své děti. Nedůslednost v architektuře jedné mezigenerační solidarity plodí potřeby další mezigenerační solidarity – bohatí přispívají chudým (mnohdy nezaměstnaným) rodičům na výchovu jejich dětí.

Spojení pojištění ve stáří a pojištění v invaliditě je tradiční ve střední Evropě (německý či rakousko-uherský model), avšak není racionální.

Oddělení invalidního pojištění od starobního otevírá cestu reformě důchodového pojištění, protože umožní přesnější a přiléhavější úpravu obou velmi rozdílných sociálních událostí.

Jsou v podstatě tři možnosti řešení:

1) Spojit nemocenské a invalidní pojištění v jeden systém (model francouzský)

☞ Výhody

- ☞ spojuje podobná sociální rizika, což zjednodušuje právní úpravu a umožňuje kontinuální sociální ochranu z důvodu změny zdravotního stavu a postižení;
- ☞ zjednodušuje posudkovou a revizní službu a zlepšuje její řízení těmi, kdo odpovídají za dávky a služby z důvodů změny zdravotního stavu;
- ☞ zjednodušuje správu;
- ☞ umožňuje plné využití principů pojištění rizika, což zprůhlední sociální pojištění;

- ☞ umožňuje účast sociální pojišťovny na prevenci invalidity a motivuje jí k tomu, aby prevenci rozvíjela nebo financovala.

- ☞ Nevýhody

- ☞ harmonizace se starobním pojištěním je složitější;

- ☞ systém nemůže pokrývat nemoc od prvního dne, jinak se stane příliš nákladným;

- ☞ změna v koncepci systému může být politicky neprůchodná.

2) Vytvořit samostatné invalidní pojištění (model nizozemský nebo britský)

- ☞ Výhody

- ☞ plně lze přihlídnout k potřebám osob se stabilizovanou nepříznivou změnou zdravotního stavu;

- ☞ harmonizace s nemocenským pojištěním je snadná a přitom plně respektuje zvláštnosti krátkodobého nemocenského pojištění;

- ☞ harmonizace se starobním pojištěním je snadná;

- ☞ umožňuje odděleně řešit invaliditu a stáří a uplatnit přitom různé systémové principy (např. fondovou techniku pro starobní pojištění při zachování solidarity pro invalidní pojištění);

- ☞ umožňuje účast sociální pojišťovny na prevenci invalidity a motivuje jí k tomu, aby rozvíjela nebo financovala.

- ☞ Nevýhody

- ☞ správní náklady jsou vyšší, protože jde o jeden systém řízení více;

- ☞ přechod mezi krátkodobou pracovní neschopností a invaliditou je složitější, protože je současně přechodem mezi dvěma systémy.

3) Spojit invalidní pojištění s pojištěním starobním (model středoevropský)

- ☞ Výhody

- ☞ politicky schůdné, protože nemění zaběhnutou praxi;

- ☞ nevyžaduje velké reformní úsilí;

- ☞ umožňuje řešit předčasný odchod do důchodu invalidními důchody.

- ☞ Nevýhody

- ☞ těžkosti při vícepilířovém řešení v důchodové reformě;

- ☞ invalidita přejímá číst úspor získaných zvýšením důchodového věku.¹⁰⁹

V rámci sociální reformy došlo od ledna 2012 k některým změnám v oblasti péče o osoby zdravotně postižené (OZP), a to například v dávkovém, pracovněprávním či systému

¹⁰⁹TOMEŠ, Igor a Kristina KOLDINSKÁ. *Role pojistných systémů v sociální ochraně osob se zdravotním postižením*. Praha: Personnel Consulting, 2002. s. 120-123.

posuzován zdravotního stavu. Zásadní změna se týkala jednotlivých dávek pro OZP. Ministerstvo práce a sociálních věcí přijalo změny ve struktuře dávek pro OZP, a to tak, aby z nepřehledného spektra mnoha dílčích dávek pro zdravotně postižené, které byly poskytovány samostatně u několika orgánů státní správy, resp. samosprávy, vznikly pouze dvě dávky:

☞ Příspěvek na mobilitu - nová dávka sloučila tyto dřívější dávky:

- příspěvek na individuální dopravu;
- příspěvek na provoz motorového vozidla.

☞ Příspěvek na zvláštní pomůcku - nová dávka sloučila tyto dřívější dávky:

- jednorázový příspěvek na opatření zvláštních pomůcek;
- příspěvek na úpravu bytu;
- příspěvek na zakoupení motorového vozidla;
- příspěvek na zvláštní úpravu motorového vozidla.

Jejich výplata byla zajištěna na jednom místě, a to v rámci Úřadu práce ČR. Cílem těchto opatření bylo zjednodušení celého systému, jeho zefektivnění pro samotné příjemce dávek a vytvoření tak komfortnějšího přístupu k jejich administraci.

Došlo také ke sjednocení institutu chráněné pracovní dílny s institutem chráněného pracovního místa, což od 1. 1. 2012 vede ke sloučení dvou téměř shodných nástrojů podpory zaměstnávání OZP.

Od ledna 2012 dochází také ke změnám ve způsobu posuzování nepříznivého zdravotního stavu, a to při stanovení stupně závislosti pro účely přiznání příspěvku na péči. Nově posudkoví lékaři popisují jen 10 ucelených oblastí každodenního života člověka namísto 36 úkonů ve 129 dílčích činnostech. Pro zdravotně postižené to znamená mnohem objektivnější a spravedlivější posuzování jejich zdravotního stavu. Zároveň se tak vyloučí činnosti posuzované duplicitně, což vede ke snížení administrativní zátěže posuzovaných osob.

Dochází také k navýšení příspěvku na péči u osob mladších 18 let ve II. stupni závislosti z 5 000 Kč na 6 000 Kč. Od ledna 2012 se zavádí institut „asistent sociální péče“, kterým může být zdravotně způsobilá osoba starší 18 let a jedná se o osobu jinou než blízkou, která pečuje o zdravotně znevýhodněnou osobu v případech, kdy v daném místě se například nenachází žádný registrovaný poskytovatel sociálních služeb anebo tato osoba nemá žádnou jinou možnost v zajištění individuální péče.

V rámci sociální reformy došlo v druhé polovině minulého roku 2012 k přechodu na zcela nový systém výplaty a administrace nepojistných sociálních dávek a dávek v oblasti

státní politiky zaměstnanosti prostřednictvím Karty sociálních systémů neboli tzv. sKarty. Jsou vydávány ve dvou variantách: základní a speciální, která slouží zároveň jako průkaz TP, ZTP či ZTP/P pro osoby se zdravotním postižením.¹¹⁰

V lednu 2010 byl založen ministry financí a práce a sociálních věcí poradní expertní sbor (PES) s cílem:

- ∞ aktualizovat projekci státního důchodového systému a
- ∞ doporučit změny v důchodovém systému, které by jej učinily středně a dlouhodobě odolnějším vůči rizikům.

Dnešní důchodový systém v ČR je velmi nediverzifikovaný a extrémně solidární, což jej činí dlouhodobě riskantním v konečném důsledku jak pro stát, tak i z pohledu jednotlivce.

Je nutné celospolečensky akceptovat, že pro zajištění finanční rovnováhy PAYG, a tudíž pro plné krytí jeho budoucích závazků zdroji, je nezbytné pokračovat v postupných parametrických úpravách. Je nutné tyto úpravy s dostatečným předstihem občanům nastínit, aby lidé měli čas se vhodným způsobem na novou situaci připravit a přizpůsobit. Toto poselství musí obdržet zejména generace dnešních třicátníků a mladší, kteří budou výrazně postiženi důsledky procesu stárnutí populace v ČR. Nedílnou součástí této zprávy mladším generacím musí být také fakt, že kdo si nebude dobrovolně spořit i nad rámec povinného reformovaného důchodového systému, bude riskovat značný pokles životní úrovně po odchodu do penze.¹¹¹

V Evropě se objevují různé tendence, a je proto obtížné dnes předpovídat, kam se vývoj posune. Nepochybné je, že se důraz již nyní přesouvá z pečovatelsví na odstraňování překážek pro rovné šance zdravotně postižených ve společnosti. Svědčí o tom jednak dokumenty EU, tak Rady Evropy a OSN. Přístupy, kdy péče byla cílem sociálního zabezpečení, budou v rámci sociální ochrany pozvolna zaměněny za přístupy, kdy péče se stane instrumentem boje proti sociálnímu vyloučení a za sociální integritu zdravotně znevýhodněných.

Tento trend je patrný z aktivit Evropského společenství, které na problém upozornilo v roce 1996 dvěma dokumenty¹¹². Jejich smyslem bylo podpořit rovné příležitosti pro lidi

¹¹⁰MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Dávky pro osoby zdravotně postižené*. [online]. Praha: MPSV, 2011. [cit. 2013-11-12]. Dostupné z: <http://socialnireforma.mpsv.cz/cs/>

¹¹¹MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Závěrečná zpráva PES*. [online]. Praha: MPSV, červen 2010. [cit. 2013-11-15]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/8896/2010_06_03_Zaverecna_zprava_final_cistopis.pdf

¹¹²1) Communication of the Commission of 30 July 1996 on equality of opportunity for people with disabilities: A New European Community Disability Strategy [final – Not published in the Official Journal], a 2) Resolution of the Council and of the Representatives of the Governments of the Member States meeting within the Council

se zdravotním znevýhodněním a jejich úpravu v Komunitárních politikách a konsolidovat spolupráci mezi členskými státy v odstraňování všech forem diskriminace osob se zdravotním znevýhodněním.

Instrumentální charakter péče se projeví ve volbě cílů, které bude sledovat. Místo „sociálního komfortu“ bude péče cílena především na odstraňování důvodů dezintegrace zdravotně postiženého. Tento posun v akcentu se pravděpodobně projeví v přesunu důrazu z peněžitých dávek na úpravu podmínek práce a života a na poskytování služeb, nezbytných pro reintegraci zdravotně postiženého. To byl také smysl Roku zdravotně znevýhodněného pořádaného Evropským společenstvím. Hlavním smyslem této akce bylo podpořit politickou agendu vyhlášenou v roce 2001 pod heslem Vstříc Evropě bez bariér pro zdravotně znevýhodněné lidi.

Se zesilujícím důrazem na nezadatelná lidská práva všech osob žijících na daném území se pravděpodobně projeví ve změně postavení zdravotně postiženého v procesu sociální ochrany. Z objektu péče se pozvolna stane subjekt, který by měl spolurozhodovat o nejvhodnějším způsobu sociální ochrany a sociálního zabezpečení pro uspokojování svých potřeb. To se projeví v rostoucí roli nestátních subjektů v poskytování sociální ochrany za finanční podpory státu. Místo „přidělování“ bude sociální ochrana poskytována podle přání žadatele a bude se ve zvýšené míře respektovat jeho volba mezi poskytovateli.

Aby se tyto procesy mohly plně uplatnit i v sociálním pojištění, bude se poskytování invalidních důchodů stále více přibližovat ostatním dávkám, poskytovaným v souvislosti s nepříznivými změnami ve zdravotním stavu. V systémech, kde invalidní důchody jsou zařazeny spolu se starobními důchody do systému důchodového pojištění, pozvolna bude sílit dezintegrační proces, který umožní lépe cílit invalidní důchody na rizika, která má kompenzovat.

Rozdělení systému starobního a invalidního pojištění do dvou systémů lépe umožní i v sociálním invalidním pojištění rozvíjet preventivní i rehabilitační péči a služby podporující reintegraci zdravotně postižených do ekonomického a sociálního života.

Tyto tendence už naznačuje vývoj ve Velké Británii, kde už předchází od posuzování změny zdravotního stavu jako „ztráty“ pracovní schopnosti a vnímání invalidního důchodu jako „kompenzace“ této ztráty, k vyjadřování „zbylých schopností“

sociálně se integrovat a vnímání invalidního důchodu jako nástroje, který takovou možnost má podporovat.¹¹³

Moderní Evropa bezvýhradně uznává nezadatelné právo člověka na přiměřenou a důstojnou životní úroveň, a to všech lidí bez výjimky. Uznává i právo na sociální ochranu. Usiluje o odstranění sociální vyloučenosti a dosažení sociální inkluze.

V evropském úsilí se péče o zdravotně znevýhodněné zřetelně přesouvá z pečovatelsví na jejich sociální integraci, příp. reintegraci. To bylo patrné z vyhlášení Roku zdravotně znevýhodněných (2003). V tomto roce Evropské společenství také navrhlo OSN, aby přijalo úmluvu o právech zdravotně postižených, která výrazně preferuje solidaritu ve prospěch jejich života v přirozeném sociálním prostředí před opečováváním v ústavech. Proto po vyhodnocení zkušeností z Roku zdravotně znevýhodněných Evropské společenství přijalo v roce akční plán „Stejně příležitosti pro lidi se zdravotním znevýhodněním“. Plán má tři cíle:

- 1) Plné uplatnění Nařízení ES o rovnosti v zaměstnání a povolání a boj proti diskriminaci zdravotně znevýhodněných v zaměstnání a povolání.
- 2) Úspěšné zvýraznění otázek zdravotního znevýhodnění v politikách Evropských společenství.
- 3) Větší dostupnost zboží, služeb a prostředí.

Aktivita Evropských společenství ve vztahu ke zdravotně znevýhodněným jsou plně v souladu s Úmluvou OSN o právech osob s postiženími. Mezi hlavní principy této úmluvy jsou i zásady plné participace zdravotně postižených na společenském a rodinném životě, stejné příležitosti, dostupnost zdrojů a služeb, a to se zvláštním zřetelem k invalidním dětem.

V Evropě sílí přesvědčení, že při řešení problémů zdravotně znevýhodněných (postižených) se má nejprve nabídnout terapie a rehabilitace, včetně profesní, pak sociálními službami vyrovnat znevýhodnění. Přitom se má respektovat přání zdravotně postiženého člověka při výběru vhodné sociální služby. Proto se v poslední době prosazují představy, že veřejné zdroje se mají spíše podílet na financování sociálních služeb, než je samy poskytovat.

Funkce veřejnoprávní finanční podpory zdravotně postižených se zřejmě bude štěpit na peníze potřebné na alimentaci a běžné nezbytné životní náklady a na finanční prostředky na služby pro zdravotně postižené. V této souvislosti budou důležitá systémová rozhodnutí, která každý stát bude muset učinit: (1) zda zaručí zdravotně postiženým, kteří pobírají

¹¹³BĚLINA, Miroslav a Marie KALENSKÁ. *Poceta Petru Trösterovi k 70. narozeninám*. 1. vyd. Praha 3: Aspi, a.s., 2009. s. 408-409. ISBN 978-80-7357-418-5.

invalidní důchod, příjem dostatečný k důstojnému životu, odstupňovaný podle potřeby, vyšší, než je životní minimum, nebo je nechá ucházet se o peněžité dávky životního minima a (2) jak uhradí náklady na to, aby zdravotní a rehabilitační služby byly pro zdravotně postižené dostupné.

V tomto úsilí budou invalidní důchody hrát důležitou úlohu, mají-li být nástrojem, který podporuje realizování uvedených nezadatelných práv. K tomu bude nezbytné uzpůsobit podmínky pro vznik a trvání nároku na jednotlivé typy invalidních důchodů i jejich výše a cílit úhrady nákladů na zdravotní péči, rehabilitaci a vytváření a údržbu podmínek pro „*rovné příležitosti*“ pro zdravotně znevýhodněné. Spojení se starobními důchody bude v tomto úsilí vážnou překážkou. Naopak oddělená právní úprava poskytne více prostoru pro cílenou solidaritu.¹¹⁴

¹¹⁴BĚLINA, Miroslav a Marie KALENSKÁ. *Pocta Petru Trösterovi k 70. narozeninám*. 1. vyd. Praha 3: Aspi, a.s., 2009. s. 409-411. ISBN 978-80-7357-418-5.

6. Formy péče o invalidní starobní důchodce

Nástroje realizace práva na zabezpečení seniorů jsou právní regulace, dávky a služby. Hlavním nástrojem jsou pravidelné periodické dávky ve formě veřejných starobních důchodů. Vedle poskytování dávek a služeb z veřejných rozpočtů jsou senioři v některých směrech chráněni soukromoprávními předpisy formou regulace. Základní právní regulace v ČR vychází:

- z rodinného zákona, podle něhož jsou občané povinni přispívat na své rodiče a nemocné (invalidní) členy; toto uplatnění se v praxi neuplatňuje;
- ze zákoníku práce a antidiskriminačního zákona, podle nichž nelze diskriminovat seniora z důvodu jeho věku.

V jiných zemích je více podobných ochranných právních předpisů. Jejich smyslem je odlehčení veřejných financí zapojováním občanů do podpory seniorů.¹¹⁵

Právní regulací se chrání zdravotně postižení proti diskriminaci a porušování pravidel rovného zacházení a rovných příležitostí.

Dávky jsou obligatorní nebo fakultativní. Obligatorní dávky se poskytují z důchodového pojištění, fakultativní ze zdrojů na podporu v hmotné nouzi. Tyto dávky jsou vypláceny periodicky, zpravidla jako invalidní důchod, nebo jako jednorázové ze zdrojů sociální péče podle zákonů o sociálním pojištění.

Sociální služby mají podobu podpory rodině v péči o zdravotně postiženého člena, nebo rehabilitace, aby byl stimulován návrat občana do jeho přirozeného sociálního prostředí – někdy je toto označováno za standardní podmínky života, aniž je přesvědčivě definováno ono standardní. Ústavní nebo jiná náhradní péče se zpravidla nabízí nezaměstnatelným, často osamělým občanům, bez péče rodiny nebo v případech, kdy rodina nemůže o postiženého pečovat. Rozvíjí se ambulantní a ústavní hospicová péče, která má zajistit důstojné umírání.

Těžce zdravotně postižení mají některé výhody, dodatkové podpory a některé doplňkové služby a věcné dávky, jež většinou souvisejí s kompenzací jejich nepohyblivosti a s umožněním jejich cestování – jde o výhody v hromadné dopravě, při nákupu a úpravě automobilu apod.¹¹⁶

¹¹⁵TOMEŠ, Igor. *Obory sociální politiky*. Praha: Portál, 2011. s. 179. ISBN 978-80-7367-868-5.

¹¹⁶TOMEŠ, Igor. *Obory sociální politiky*. Praha: Portál, 2011. s. 163. ISBN 978-80-7367-868-5.

6.1 Dávky

Základní dávkou v invaliditě je invalidní důchod, na který má pojištěnec nárok, jestliže nedosáhl věku 65 let nebo důchodového věku, je-li důchodový věk vyšší než 65 let, a stal se:

- a) invalidním a získal potřebnou dobu pojištění, pokud nesplnil ke dni vzniku invalidity podmínky nároku na řádný starobní důchod, popřípadě, byl-li přiznán předčasný trvale krácený starobní důchod, pokud nedosáhl důchodového věku, nebo
- b) invalidním následkem pracovního úrazu.¹¹⁷

Potřebná doba pojištění pro nárok na invalidní důchod činí u pojištěnce ve věku

- a) do 20 let méně než jeden rok;
- b) od 20 let do 22 let jeden rok;
- c) od 22 let do 24 let dva roky;
- d) od 24 let do 26 let tři roky;
- e) od 26 let do 28 let čtyři roky a
- f) nad 28 let pět roků.

Pojištěnec je invalidní, jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu nastal pokles jeho pracovní schopnosti nejméně o 35 %. Jestliže pracovní schopnost pojištěnce poklesla

- a) nejméně o 35 %, avšak nejvíce o 49 %, jedná se o invaliditu prvního stupně;
- b) nejméně o 50 %, avšak nejvíce o 69 %, jedná se o invaliditu druhého stupně;
- c) nejméně o 70 %, jedná se o invaliditu třetího stupně.¹¹⁸

Výše základní výměry invalidního důchodu činí 680,- Kč měsíčně. Výše procentní výměry invalidního důchodu činí za každý celý rok pojištění

- a) 0,5 % výpočtového základu měsíčně, jedná-li se o invalidní důchod pro invaliditu prvního stupně;
- b) 0,75 % výpočtového základu měsíčně, jedná-li se o invalidní důchod pro invaliditu druhého stupně;
- c) 1,5 % výpočtového základu měsíčně, jedná-li se o invalidní důchod pro invaliditu třetího stupně.¹¹⁹

¹¹⁷MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Invalidní důchody*. [online]. Praha: MPSV, 31.8.2011. [cit. 2013-11-06]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/619>

¹¹⁸Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1995, částka 41, s. 1986-2011, § 38, § 39, § 40

¹¹⁹Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1995, částka 41, s. 1986-2011, § 41.

Nárok na vyplácený invalidní důchod zaniká dnem, kterým jeho poživatel dosáhl věku 65 let, a tímto dnem zároveň vzniká nárok na starobní důchod ve výši, v jaké náležel dosavadní invalidní důchod, tj. neprovádí se výpočet starobního důchodu. Poživatel takového starobního důchodu však může požádat i o výpočet starobního důchodu podle standardních pravidel, v takovém případě mu bude náležet starobní důchod, který bude vyšší.¹²⁰

Na starobní důchod má nárok pojištěnec, jestliže získal dobu pojištění uvedenou v odst. 1 a odst. 2 a odst. 3 § 29 zákona č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění. V případě, že tyto podmínky nesplňuje, má nárok na starobní důchod též, jestliže dosáhl věku 65 let nebo důchodového věku, je-li důchodový věk vyšší než 65 let, a splnil podmínky nároku na invalidní důchod.¹²¹

Před dosažením důchodového věku má pojištěnec nárok na starobní důchod, jestliže získal potřebnou dobu pojištění a

- a) dosáhl alespoň věku 60 let, pokud jeho důchodový věk činí alespoň 63 let, nebo
- b) do dosažení důchodového věku mu ode dne, od něhož se starobní důchod přiznává, chybí nejvýše tři roky, pokud jeho důchodový věk je nižší než 63 let.¹²²

Částka starobního důchodu se skládá ze základní a procentní výměry. Výše základní výměry starobního důchodu činí 680,- Kč měsíčně.¹²³ Výše procentní výměry starobního důchodu se stanoví procentní sazbou z výpočtového základu podle doby pojištění získané do vzniku nároku na tento důchod a podle doby pojištění získané po vzniku nároku na tento důchod. Výše procentní výměry starobního důchodu činí nejméně 770,- Kč měsíčně.¹²⁴

Podle § 59 zákona o důchodovém pojištění se, v případě jsou-li současně splněny podmínky nároku na výplatu starobního nebo invalidního důchodu, vyplácí nejvyšší důchod v plné výši a z druhého důchodu se vyplácí polovina procentní výměry.

Žádosti o přiznání dávky důchodového pojištění sepisuje s občany příslušná okresní správa sociálního zabezpečení. Zákon č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, § 82 O dávkách důchodového pojištění (pokud není zákonem stanoveno, že o nich rozhoduje jiný orgán sociálního zabezpečení) rozhoduje Česká správa sociálního

¹²⁰MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Invalidní důchody*. [online]. Praha: MPSV, 31.8.2011. [cit. 2013-11-06]. Dostupné z <http://www.mpsv.cz/cs/619>

¹²¹Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1995, částka 41, s. 1986-2011, § 29, odst. 4.

¹²²Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1995, částka 41, s. 1986-2011, § 31.

¹²³Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1995, částka 41, s. 1986-2011, § 33 odst. 1.

¹²⁴Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1995, částka 41, s. 1986-2011, § 33, odst. 2.

zabezpečení, která také zařizuje výplaty těchto dávek.¹²⁵ Délka vyřízení žádosti závisí na tom, zda jsou v evidenci ČSSZ všechny podklady. Zákonná lhůta je sice 90 dnů ode dne zahájení řízení, ale může se prodloužit o dobu, po kterou se došetřují další potřební údaje. Proti rozhodnutí orgánů sociálního zabezpečení ve věcech důchodového pojištění lze jako řádný opravný prostředek podat písemné námitky do 30 dnů ode dne jeho oznámení účastníku řízení.¹²⁶

Při stanovení důchodového věku lze starobní důchod pojímat jako dávku výsluhovou nebo sociální podle toho, zda se důraz klade na předcházející činnost (presumpce výsluhy) nebo na zbývající pracovní schopnosti člověka (presumpce invalidity).

Presumpce výsluhy je založena na jakési pomyslné nebo skutečné (pojistné) relaci mezi celoživotním dílem člověka a jeho nárokem na starobní důchod. Starobní důchod v podstatě nahrazuje mzdu či příjem z výdělečné činnosti, a proto je přiměřený ztrátě, kterou občan utrpěl odchodem do důchodu. Za jejich výsluhy zaručuje společnost jednotlivým občanům předem určené právo, že jakmile dosáhnou určitého věku, dostane se jim přiměřeného zabezpečení.

Presumpce invalidity se projevuje tím, že starobní důchod se poskytuje ve věku, kdy lze z obecné zkušenosti dovodit, že změny ve zdravotním stavu způsobené stářím dosáhly takového stupně, že zpravidla působí invaliditu. Tato obecná zkušenost konfrontovaná s hospodářskými možnostmi společnosti, tradicí atd. ovlivňuje stanovení chronologického věku, kdy společnost invaliditu předpokládá a nezkoumá a ani nepřipouští důkaz opaku.

Zatímco praktické uplatňování obou pojetí může být na první pohled velmi podobné, vede jejich důsledné prosazení zejména k rozdílům v konstrukci podmínek pro nárok na starobní důchod. V prvním případě se důchod uvádí do souvislosti s předchozí činností. Základní podmínky pro vznik nároku musí být proto předem známy a nesmí se příliš často měnit. Důchod je především závislý na povaze předchozí činnosti. Ve druhém případě je důchod bezprostředně závislý na současných sociálních potřebách a možnostech společnosti (presumovaná invalidita starého občana).¹²⁷

Poskytování peněžitých dávek pro osoby se zdravotním postižením určených ke zmírnění sociálních důsledků jejich zdravotního postižení a k podpoře jejich sociálního

¹²⁵Zákon č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1991, částka 111, s. 2890-2919, § 5.

¹²⁶Zákon č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1991, částka 111, s. 2890-2919, § 87.

¹²⁷TOMEŠ, Igor. *Sociální politika: teorie a mezinárodní zkušenost*. Praha: Socioklub, 2001. s. 150. ISBN 80-86484-00-9.

začleňování upravuje zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením.

Zákon upravuje:

- ☞ příspěvek na mobilitu;
- ☞ příspěvek na zvláštní pomůcku;
- ☞ průkaz osoby se zdravotním postižením a některé benefity, které z něj vyplývají.

Příspěvek na mobilitu

Nárok na příspěvek na mobilitu má osoba starší 1 roku, která není schopna zvládat základní životní potřeby v oblasti mobility nebo orientace, opakovaně se v kalendářním měsíci dopravuje nebo je dopravována a nejsou jí poskytovány pobytové sociální služby podle zákona o sociálních službách.¹²⁸ Výše příspěvku na mobilitu činí 400,- Kč za kalendářní měsíc.¹²⁹

Schopnost osoby zvládat základní životní potřeby v oblasti mobility nebo orientace se pro nárok na příspěvek na mobilitu posuzuje podle zákona o sociálních službách stejným způsobem jako pro účely příspěvku na péči.¹³⁰

Příspěvek na zvláštní pomůcku

Nárok na příspěvek na zvláštní pomůcku má osoba, která má těžkou vadu nosného nebo pohybového ústrojí nebo těžké sluchové postižení anebo těžké zrakové postižení charakteru dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu.¹³¹ Za dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav se pro účely zákona č. 329/2011 Sb. (§ 9, odst. 3) považuje nepříznivý zdravotní stav, který podle poznatků lékařské vědy trvá nebo má trvat déle než jeden rok.

Zákon o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením rozlišuje, zda jde o pomůcku v ceně do nebo přes 24 000,- Kč a speciální úpravu má pro motorové vozidlo. Maximální výše příspěvku na zvláštní pomůcku činí 350 000,- Kč a součet vyplacených příspěvků na zvláštní pomůcku nesmí v 60 kalendářních měsících po sobě jdoucích přesáhnout částku 800 000,- Kč.

¹²⁸Zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, částka 115, s. 3970-4008, § 6, odst. 1.

¹²⁹Zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, částka 115, s. 3970-4008, § 7.

¹³⁰Zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, částka 115, s. 3970-4008, § 8, odst. 1.

¹³¹Zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, částka 115, s. 3970-4008, § 9, odst. 1.

Průkaz pro osoby se zdravotním postižením

Osobám, kterým byl podle zákona o sociálních službách přiznán příspěvek na péči, a osobám, kterým byl přiznán příspěvek na mobilitu nebo příspěvek na zvláštní pomůcku, vydává krajská pobočka Úřadu práce kartu sociálních systémů, která současně v zákonem stanovených případech slouží jako průkaz osoby s těžkým zdravotním postižením (průkaz TP) nebo průkaz osoby se zvlášť těžkým zdravotním postižením (průkaz ZTP) anebo průkaz osoby se zvlášť těžkým zdravotním postižením s potřebou průvodce (průkaz ZTP/P).¹³²

O dávkách a o průkazu osoby se zdravotním postižením rozhodují krajské pobočky Úřadu práce České republiky. Odvolacím orgánem je Ministerstvo práce a sociálních věcí. Důležitou dávkou, která byla upravena v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, je tzv. příspěvek na péči. Poskytuje se osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby za účelem zajištění potřebné pomoci. Náklady na příspěvek se hradí ze státního rozpočtu.¹³³

Nárok na příspěvek má osoba, která z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje pomoc jiné fyzické osoby při péči o vlastní osobu a při zajištění soběstačnosti v rozsahu stanoveném stupněm závislosti.¹³⁴

Závislost se rozděluje do čtyř stupňů:

- ☞ stupeň I – lehká závislost;
- ☞ stupeň II – středně těžká závislost;
- ☞ stupeň III – těžká závislost;
- ☞ stupeň IV – úplná závislost.

Při posuzování péče o vlastní osobu se pro účely stanovení stupně závislosti hodnotí schopnost zvládat úkony uvedené v § 9 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Výše příspěvku pro osoby do 18 let věku činí za kalendářní měsíc

- ☞ 3 000,- Kč, jde-li o stupeň I (lehká závislost);
- ☞ 5 000,- Kč, jde-li o stupeň II (středně těžká závislost);
- ☞ 9 000,- Kč, jde-li o stupeň III (těžká závislost);
- ☞ 12 000,- Kč, jde-li o stupeň IV (úplná závislost).

¹³²Zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, částka 115, s. 3970-4008, § 34, odst. 1.

¹³³Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2006, částka 37, s. 1257-1289, § 7, odst. 1.

¹³⁴Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2006, částka 37, s. 1257-1289, § 7, odst. 2.

Výše příspěvku pro osoby starší 18 let činí za kalendářní měsíc

- ☞ 2 000,- Kč, jde-li o stupeň I (lehká závislost);
- ☞ 4 000,- Kč, jde-li o stupeň II (středně těžká závislost);
- ☞ 8 000,- Kč, jde-li o stupeň III (těžká závislost);
- ☞ 12 000,- Kč, jde-li o stupeň IV (úplná závislost).¹³⁵

Žadatel je povinen podrobit se sociálnímu šetření a vyšetření zdravotního stavu k posouzení stanovení stupně závislosti. Pro tyto účely je určený lékař plnící úkoly okresní správy sociálního zabezpečení, popřípadě lékař určený Českou správou sociálního zabezpečení. Příspěvky vyplácí obecní úřad obce s rozšířenou působností, který je příslušný k rozhodnutí o příspěvku.

Příspěvek na péči v sobě skrývá několik motivačních prvků:

☞ Tato dávka se poskytuje výhradně na základě zjištění, že zdravotní stav klienta je natolik nepříznivý, že klient minimálně v některých aspektech nezvládá plně samostatně péči o svou osobu a svou domácnost. Nevyžaduje se splnění žádných dalších podmínek.

☞ Osobě, která péči potřebuje, se poskytnou finanční prostředky, takže se motivuje k tomu, aby si konkrétní sociální služby vybrala a obstarala sama, bez přispění orgánu veřejné správy. Pokud je v dané lokalitě dostatečně pestrá nabídka sociálních služeb, může si klient skutečně vybrat služby „šité jeho potřebám na míru“.

☞ Příspěvek na péči je rovněž koncipován s tím, že bude vytvářet zdravé konkurenční prostředí mezi poskytovateli sociálních služeb.

☞ Zároveň by měla koncepce příspěvku na péči přispět k tomu, že osoby, které potřebují péči, zůstanou ve svém domácím prostředí a ústavních služeb využijí pouze v krajních případech. Příspěvek činí z osoby potřebné péče „zákazníka“, který si služby jemu poskytované „kupuje“, a to jak ve vztahu k poskytovateli sociálních služeb, tak např. ve vztahu ke svým rodinným příslušníkům, kteří o něj doma pečují. (Mohlo by tak dojít ke zmírnění pocitu, jímž velmi často trpí senioři potřební péče, že jsou svým dětem a jiným příbuzným na obtíž.)¹³⁶

Dalšími dávkami jsou pomoc v hmotné nouzi a životní a existenční minimum. Hmotná nouze je stav, kdy osoba či rodina nemá dostatečné příjmy a její celkové sociální a majetkové poměry neumožňují uspokojení základních životních potřeb na úrovni ještě

¹³⁵Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2006, částka 37, s. 1257-1289, § 11, odst. 1, 2.

¹³⁶MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální služby*. 2. aktual. vyd. Praha: Portál, 2011. s 42. ISBN 978-80-262-0041-3.

přijatelné pro společnost. Současně si tyto příjmy nemůže z objektivních důvodů zvýšit a vyřešit tak nelehkou situaci vlastním přičiněním.¹³⁷

Dávky v systému hmotné nouze se řídí zákonem č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi a podle § 4 sem patří

- ☞ příspěvek na živobytí;
- ☞ doplatek na bydlení;
- ☞ mimořádná okamžitá pomoc.

Příspěvek na živobytí a doplatek na bydlení jsou dávky měsíčně se opakující. Mimořádná okamžitá pomoc je dávkou jednorázovou.

Životní a existenční minimum

☞ Životní minimum je minimální uznaná hranice peněžních příjmů k zajištění výživy a ostatních základních osobních potřeb.

☞ Existenční minimum je minimální hranicí peněžních příjmů, která se považuje za nezbytnou k zajištění výživy a ostatních základních osobních potřeb na úrovni umožňující přežití.¹³⁸

Částka životního minima jednotlivce činí 3 126,- Kč měsíčně a částka existenčního minima činí 2 020,- Kč měsíčně. Tyto částky může vláda zvýšit nařízením v pravidelném termínu od 1. ledna, a to za podmínky, že vzroste příslušný index spotřebitelských cen od počátku rozhodného období alespoň o 5 %.¹³⁹ Tyto částky může vláda nařízením zvýšit též v mimořádném termínu.¹⁴⁰

Orgány pomoci v hmotné nouzi jsou krajské pobočky Úřadu práce České republiky a Ministerstvo práce a sociálních věcí. Některé úkoly v této oblasti plní rovněž pověřené obecní úřady, obecní úřady obcí s rozšířenou působností a újezdní úřady.

6.2 Služby

Sociální služby jsou poskytovány lidem společensky znevýhodněným, a to s cílem zlepšit kvalitu jejich života, případně je v maximální možné míře do společnosti začlenit.

¹³⁷MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Pomoc v hmotné nouzi*. [online]. Praha: MPSV. [cit. 2013-11-06]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/5#ohn>

¹³⁸MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Životní a existenční minimum*. [online]. Praha: MPSV, 4.1.2013. [cit. 2013-11-06]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/11852>

¹³⁹Zákon č. 110/2006 Sb., o životním a existenčním minimu, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1995, částka 37, s. 1300-1304, § 9, odst. 1.

¹⁴⁰Zákon č. 110/2006 Sb., o životním a existenčním minimu, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1995, částka 37, s. 1300-1304, § 9, odst. 2.

Sociální služby proto zohledňují jak osobu uživatele, tak i jeho rodinu, skupiny, do nichž patří, případně zájmy širšího společenství.

Ve společnostech našeho civilizačního okruhu je pomoc znevýhodněnému bližnímu podporována obecným uznáním základních lidských práv. Tato práva byla deklarována ve velkých novověkých revolucích, jež změnily monarchie v národní státy. V těchto státech se postupně prosadila zastupitelská demokracie využívající tři nezávislých mocí: výkonné (vláda), zákonodárné (parlament) a soudní (justiční aparát). Známé heslo Francouzské revoluce „Volnost – Rovnost – Bratrství“ vyjadřuje mimo jiné představu, že všichni lidé si mají být rovni. Samozřejmě ve všem si rovni být nemohou; přicházejí na svět vybaveni nestejným nadáním, nestejným zdravím a nestejným sociálním kapitálem. Těm znevýhodněným je třeba jejich šance na společenské uplatnění vyrovnávat, protože každý člověk má jako jedinec hodnotu, kterou nelze odvodit z jeho postavení a zásluh.

Sociální služby chrání občana tím, že v jeho prospěch něco konají. Poskytují je instituce veřejnoprávní nebo soukromoprávní (nestátní organizace mají soukromoprávní povahu). I v druhém případě je však stát – jako garant dodržování základních lidských práv – povinen formou periodického prověřování činnosti těchto subjektů a přidělováním licencí zaručit občanům, že tyto instituce budou vykonávat to, k čemu se zavázaly.¹⁴¹

Podmínky poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci prostřednictvím sociálních služeb a příspěvku na péči upravuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, na jehož prvních návrzích se začalo pracovat již v roce 1994.

Mezi základní zásady tohoto zákona patří nárok každé osoby na bezplatné poskytnutí základního sociálního poradenství o možnostech řešení nepříznivé sociální situace nebo jejího předcházení.¹⁴²

Rozsah a forma pomoci a podpory poskytnuté prostřednictvím sociálních služeb musí zachovávat lidskou důstojnost osob. Pomoc musí vycházet z individuálně určených potřeb osob, musí působit na osoby aktivně, podporovat rozvoj jejich samostatnosti, motivovat je k takovým činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrvávání nebo prohlubování nepříznivé sociální situace, a posilovat jejich sociální začleňování. Sociální služby musí být poskytovány v zájmu osob a v náležitě kvalitě takovými způsoby, aby bylo vždy důsledně zajištěno dodržování lidských práv a základních svobod osob.¹⁴³

¹⁴¹MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální služby*. 2. aktual. vyd. Praha: Portál, 2011. s. 9-11. ISBN 978-80-262-0041-3.

¹⁴²Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2006, částka 37, s. 1257-1289, § 2, odst. 1.

¹⁴³Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2006, částka 37, s. 1257-1289, § 2, odst. 2.

Zákon o sociálních službách přináší novou kategorizaci sociálních služeb, do určité míry převzatou z německé právní úpravy. Sociální služby se dělí na:

- a) sociální poradenství;
- b) služby sociální péče;
- c) služby sociální prevence.

Zákon rovněž obsahuje dělení forem, v jakých se tyto služby mohou poskytovat. Jsou to služby:

1. pobytové - služby spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb;
2. ambulantní - služby, za kterými osoba dochází nebo je doprovázena nebo dopravována do zařízení sociálních služeb a součástí služby není ubytování;
3. terénní - služby, které jsou osobě poskytovány v jejím přirozeném prostředí.¹⁴⁴

Pro poskytování sociálních služeb invalidním důchodcům se zřizují tato zařízení sociálních služeb:

- ☞ odlehčovací služby;
- ☞ centra denních služeb;
- ☞ denní stacionáře;
- ☞ týdenní stacionáře;
- ☞ domovy pro osoby se zdravotním postižením;
- ☞ domovy pro seniory;
- ☞ sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče;
- ☞ sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením;
- ☞ zařízení pro krizovou pomoc;
- ☞ nízkoprahová denní centra;
- ☞ terapeutické komunity;
- ☞ sociální poradny.

Základními činnostmi při poskytování sociálních služeb invalidním důchodcům jsou:

- ☞ pomoc při zvládnání 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;
- ☞ pomoc při zajištění chodu domácnosti;
- ☞ výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti;
- ☞ sociální poradenství;

¹⁴⁴MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální služby*. 2. aktual. vyd. Praha: Portál, 2011. s. 43. ISBN 978-80-262-0041-3.

- ☞ zprostředkování kontaktu se společenským prostředím;
- ☞ sociálně terapeutické činnosti;
- ☞ pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí;
- ☞ telefonická krizová pomoc;
- ☞ nácvik dovedností pro zvládnání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění.

Dále u nás fungují nestátní zdravotnická zařízení na principu paliativní medicíny - hospice. Tvoří souhrn lékařských, ošetrovatelských a rehabilitačně-ošetrovatelských činností, poskytovaných preterminálně a terminálně nemocným, u kterých byly vyčerpány možnosti kauzální léčby, ale pokračuje léčba symptomatická s cílem minimalizovat bolest a zmírnit všechny potíže vyplývající ze základní diagnózy i jejich komplikací a zohledňující bio-psycho-spirito-sociální potřeby nemocného.¹⁴⁵

Volání po důstojném umírání a důstojné smrti je přiměřenou reakcí na neutěšenou situaci umírajících lidí. Důstojné umírání je podporované strategiemi rozvoje paliativní a hospicové péče v souladu s mezinárodními dokumenty zabývajícími se paliativní a hospicovou péčí a jejich doporučeními, které by měly všechny státy naplňovat. Mezi tyto dokumenty patří např. Charta práv umírajících, Doporučení Evropské asociace pro paliativní péči, Evropská sociální charta, atd.

Starostlivost o nevléčitelně nemocné a umírající v Čechách a na Slovensku není v některých aspektech na dobré úrovni. Právo důstojně zemřít, dostupnost paliativní a hospicové péče není ještě všeobecně dostupná, proto si nemůžeme zvolit město, kde chceme život končit. Je potřebné usilovat o zásadní zlepšení péče o umírající v celém systému zdravotní a sociální péče a zlepšovat informovanost odborné i laické veřejnosti o možnostech paliativní a hospicové péče.

Je potřebné rozlišovat pojem umírání a smrt. Umírání není smrt, je to přirozený proces fáze života organismu. K současným modelům umírání patří domácí model – kde se o umírajícího stará zejména jeho rodina a institucionalizovaný model, kam patří např. nemocnice – paliativní oddělení, jednotky intenzivní péče, zařízení sociálních služeb, léčebny dlouhodobě nemocných a hospice. Celá století umírali lidé především doma, v kruhu své rodiny, blízkých či přátel. Lidé umírali bez jakékoliv pomoci a podle Vorlíčka (2004) můžeme model domácího umírání považovat za určitou ideální normu.

¹⁴⁵*Slovník pojmů*. [online]. [cit. 2013-11-06]. Dostupné z: <http://www.hospice.cz/slovník-pojmu/>

Stupňovaný systém služeb paliativní péče (Radbuch, Payne 2009)

	Paliativní péče	Odborná podpora v rámci všeobecné paliativní péče		Specializovaná paliativní péče
Akutní péče	Nemocnice	Dobrovolnické hospicové služby	Nemocniční podpůrné týmy paliativní péče	Jednotka paliativní péče
Dlouhodobá péče	Léčebna dlouhodobé ošetrovatelské péče		Týmy domácí paliativní péče	Lůžkový hospic
Domácí péče	Praktičtí lékaři, komunitní ošetrovatelské týmy		Týmy domácí paliativní péče, denní centra	

Hospicová péče vykonávaná v hospici je jednou z forem paliativní péče. Znamená provázení člověka v terminálním stádiu jeho života. Bez ohledu na to, či je hospicová péče poskytována ve speciálním lůžkovém zařízení, v domácím prostředí anebo kdekoli jinde, je vždy ve svých důsledcích přínosem pro celou společnost. Myšlenka hospiců vychází z úcty k člověku ve všech fázích jeho života (kam patří i umírání, které končí smrtí), jako jedinečné a neopakovatelné bytosti. Cílem hospicové péče je zvyšovat kvalitu života umírajících pacientů.¹⁴⁶

Paliativní péče je hrubě zanedbávaná ač občan má právo i na důstojné umírání, protože je stále živým občanem. Praxe zdravotních pojišťoven, které hradí pobyt na lůžkách dlouhodobé péče v nemocnicích, a nehradí ve stejném rozsahu lůžka v hospicích, které plní stejný účel, je nepřijatelná. Výzkumy ukazují, že na odděleních dlouhodobé péče pracují zdravotníci, kteří jsou přísahou zavázáni lidi léčit, zatímco na lůžkách dlouhodobé péče leží často pacienti, kteří umírají. Zdravotníky je umírající člověk zpravidla považován za jejich neúspěch. V paliativní medicíně však nejde o léčbu, ale o pomoc občanovi a podporu jeho rodině v procesu umírání. Úspěchem je bezbolestné umírání v důstojných podmínkách rodiny nebo hospicu. Na to pracovníci oddělení lůžek dlouhodobě nemocných (LDN) nejsou

¹⁴⁶SEDLÁROVÁ, Katarína, Dôstojné zomieranie v hospicoch v Českej republike a na Slovensku. In: *Fórum sociální práce*. 1. vyd. Praha: Vydavatelství Filozofické fakulty UK v Praze, 2012, č. 2, s. 14, 16, 20. ISSN 1804-3070.

přípravení a tuto situaci psychicky nezvládají. Praxe ukazuje, že oddělení LDN jsou pro nemocnice jen zdrojem financí, nikoliv středem odborného zájmu o důstojné a bezbolestné umírání. Totéž platí o mobilní paliativní péči, kterou zdravotní pojišťovny často nechtějí hradit s poukazem, že postačuje „*home care*“, poskytovaná zdravotníky, kterou financují. I zde platí stejná argumentace, že zdravotnický „*home care*“ prokazatelně není schopen řádně poskytovat paliativní péči. V tomto směru je nutné usilovat o systémovou parametrickou změnu.¹⁴⁷

Dalšími specializovanými zdravotnickými zařízeními jsou tzv. léčebny dlouhodobě nemocných, které poskytují péči dlouhodobě nemocným. Díky nedostatečné kapacitě návazných ústavních služeb jsou zde hospitalizováni pacienti (většinou staří lidé), u nichž sociální problematika může převažovat nad zdravotní. Tito tzv. nepropustitelní pacienti představují pro nemocnice i zátěž finanční. Pro úhradu jejich pobytu se používá institut sociální hospitalizace, zdravotnické zařízení dostává finanční úhradu za jejich pobyt jako paušální dávku z rozpočtu MPSV, která však nekryje skutečné náklady na pobyt. Tato zdravotnická zařízení nejsou profilována na práci v oblasti sociální, nemají ani příslušně vyškolený personál.

V některých nemocnicích se zavádějí systémy tzv. návratné péče. Sociální pracovník je pak členem týmu, který hodnotí, do jakých podmínek se bude pacient z nemocnice vracet, a pokouší se jeho situaci komplexně řešit. Tím má zabránit tomu, aby se pacient musel kvůli zanedbanému doléčení, nedostatečné rehabilitaci, opomenutí tréninku sebeobsluhy či nevhodným podmínkám života znovu vracet do lůžkového zdravotnického zařízení.

Základní službou ambulantního typu pro staré lidi je u nás, stejně jako jinde v Evropě, pečovatelská služba. U nás je většinou zřizována obcemi, výjimečně i nestátními neziskovými organizacemi. Spočívá obvykle v dovážce jídla a v pomoci s obstaráváním domácnosti. Obecným problémem naší pečovatelské služby je zaměření na jednotlivé jednoduché úkony, přičemž chybí snaha o komplexní hodnocení klientovy situace a plánování péče. To souvisí i s kvalifikací pracovníků.

Po roce 1989 vznikly agentury domácí péče (nestátní zdravotnická zařízení), které by mohly kombinovat zdravotní a sociální péči o staré lidi – v takovém případě by šlo o komplexní domácí péči. Většina těchto agentur však poskytuje jen ošetrovatelskou péči, protože pro péči jiného typu nenachází finanční zdroje. V komplexním modelu domácí péče

¹⁴⁷TOMEŠ, Igor. Otázky realizace povinné sociální solidarity sociálním státem. In: *Fórum sociální práce*. 1. vyd. Praha: Vydavatelství Filozofické fakulty UK v Praze, 2012, č. 2, s. 65. ISSN 1804-3070.

poskytuje sociální pracovník sociální poradenství, provádí některé ošetrovatelské úkony, poskytuje krizovou intervenci, asistenční službu apod.

Po roce 1989 se také rozšířila síť denních center pro seniory, která se před tím označovala jako „domovinky“. Poskytují různé druhy aktivizačních programů. Některá z těchto center jsou schopna zajistit dovoz a rozvoz klientů, což představuje velkou úlevu pro pečující rodinu i pro samotné uživatele služby.

Několik neziskových organizací poskytuje služby úlevové (respitní) péče. Ta spočívá buď v tom, že do bytu, kde starý člověk bydlí s rodinou, přijde asistent, který několik hodin klienta hlídá, nebo v tom, že je o klienta postaráno v nějakém zařízení po část dne.

Některé neziskové organizace a také některé městské úřady mají služby tísňového volání. Poskytují starým lidem možnost jednoduše se dovolat pomoci v případech, kdy se přihodí něco, co klient nedokáže sám zvládnout.

Seniorům je také některými nestátními organizacemi poskytována osobní asistence. Ta poskytuje zhruba stejnou pomoc jako pečovatelská služba, ale rozšířenou o doprovázení klienta k úředním jednáním, na cestách apod.

V systému služeb pro staré lidi chybí depistáž, tj. cílené vyhledávání starých lidí, kterým hrozí sociální vyloučení (tuto činnost vykonávaly před rokem 1989 specializované geriatrické sestry). Chybějí terénní služby specializované na problematiku týrání, zanedbávání a špatného zacházení se seniory. Chybějí komunitní centra, v nichž by byly seniorům dostupné programy různého typu a příležitosti k tomu, aby si starší lidé aktivity mohli domlouvat a realizovat podle vlastní volby.¹⁴⁸

¹⁴⁸MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální služby*. 2. aktual. vyd. Praha: Portál, 2011. s. 91-92. ISBN 978-80-262 -0041-3.

7. Deinstitucionalizace

7.1 Pojetí deinstitucionalizace

Slovo *institute* pochází z latinského *instituere* (zařizovat, zřizovat). Označuje se jím udržovaný zákon, zvyklost, praxe a také organizace. Institucí je podle sociologů například církev, školství, právo, ekonomický systém a také rodina. V tomto významu se termín používá v některých evropských jazycích již od konce 16. století. Teprve o 200 let později dostává význam „zařízení pro veřejné, výchovné, církevní a jiné účely“, který se současně spojuje s budovou, v níž toto zařízení sídlí.

Ústav se vyznačuje tím, že v něm skupina profesionálních zaměstnanců pečuje o skupinu nějak hendikepovaných lidí v lůžkových zařízeních, která klientovi poskytují pět jistot: stravu, zdravotní péči, bydlení, sociální ochranu a jistotu a důstojnou kvalitu života. Ústav je zvláštní fenomén: personál je v něm zaměstnán jako v jakékoliv jiné organizaci, pro klienty je však ústav dočasnou nebo trvalou náhradou domova. Tento rozdíl v očekáváních a postojích je ústředním problémem ústavní péče. Personál považuje klienty za objekt své práce, klienti chtějí být individuálními subjekty.

Ústav je do jisté míry světem pro sebe, ostrovem soběstačného řádu, v němž je život omezenější a předvídatelnější než v okolním sociálním prostředí. Ústav je spjat s třemi archaickými lidskými zkušenostmi: zkušeností rodiny, zkušeností obce a zkušeností vyhoštění, vyobcování.

V odborné literatuře najdeme dělení modelů ústavní péče podle toho, na jak dlouho je klient hendikepován. Je-li hendikep krátkodobý, mluví se o „*klasickém*“ modelu péče, jímž je například nemocniční pobyt. Dlouhodobý hendikep přivádí lidi do ústavů pracujících podle „*rehabilitačního*“ modelu. Trvalý hendikep vyžaduje model „*pečovatelský*“. Zejména v tomto posledním typu péče hrozí naprosté podrobení klientů byrokratickým pravidlům ústavního řádu, jež z nich může učinit lidi ještě hendikepovanější, než jakými byli před vstupem do péče.

Hlavní funkce ústavů je možno shrnout do tří bodů:

- 1) Podpora a péče - zařízení poskytující náhradu za nefunkční nebo chybějící rodinu (např. kojenecké ústavy, dětské domovy, domovy důchodců)

- 2) Léčba, výchova a resocializace - společným jmenovatelem je úsilí o změnu stavu (např. nemocnice, léčebné a rehabilitační ústavy)
- 3) Omezení, vyloučení a represe - bez těchto zařízení by byla ohrožena společnost (např. věznice)¹⁴⁹

Doslovným překladem výrazu „deinstitucionalizace“ je odústavňování. Výraz se v současnosti objevuje ve vládních dokumentech týkajících se reformy systému péče o děti a reformy systému péče o lidi se zdravotním postižením. Méně doslovný překlad by mohl znít „redukce počtu ústavů a jejich transformace“.¹⁵⁰

Deinstitucionalizace je proces, v němž dochází k proměně instituce ve smyslu formalizované struktury pravidel, řádu a filozofie služby i ve smyslu sídla (umístění v objektu a komunitě) tak, aby výsledná struktura a provozování služby byly primárně orientovány na potřeby uživatelů, a ne na potřeby formalizované organizace/instituce. Je toho dosahováno proměnou institucionální péče v péči v komunitě.

Deinstitucionalizace sociálních služeb se dá definovat mnoha způsoby a lze ji spojovat s řadou důrazů. Christine Bigby a Chris Fyffe (2006) rozlišují tři konceptualizace deinstitucionalizace. Původně, v 60. letech, se deinstitucionalizací rozumělo především propouštění lidí obývajících velká kolektivní zařízení, v 70. letech šlo o rozvoj komunitních sociálních služeb a v 90. letech se pozornost přesunula k otázkám práv, občanství lidí s hendikepem, k otázkám jejich možností volby a kontroly nad vlastními životy. Proto bylo možné na konci 90. let definovat deinstitucionalizaci jako „způsob, jak rozvíjet práva lidí s mentálním postižením jakožto plnohodnotných členů komunity. Zároveň to ale není tak, že by dnes deinstitucionalizace znamenala pro všechny totéž. Co je deinstitucionalizace, v jakém rozsahu se má provádět, pro koho vlastně a jakým způsobem, jsou opakovaně kladené otázky a neexistuje na ně jednotná a pro všechny závazná odpověď. Přinejmenším nikoliv v českých sociálních službách a v české sociální politice.“¹⁵¹

Na institucionální péči se po dlouhou dobu pohlíželo jako na důkaz, že společnost se stará, nenechává zranitelné osoby bez pomoci a že těm, kteří to potřebují, poskytuje jídlo, přístřeší, oděv i ošetření. Nicméně společensky uznávané hodnoty se jak celosvětově, tak v naší společnosti za poslední desetiletí výrazně změnilly.

¹⁴⁹MATOUŠEK, Oldřich. *Ústavní péče*. 2. rozšíř. a přeprac. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství SLON, 1999. s. 17, 19, 22. ISBN 80-85850-76-1.

¹⁵⁰MATOUŠEK, Oldřich. Odústavňování. In: *Fórum sociální práce*. 1. vyd. 2012/2, Praha: Vydavatelství Filozofické fakulty UK v Praze, č. 2, s. 9. ISSN 1804-3070.

¹⁵¹KOCMAN, David a Jan PALEČEK. Deinstitucionalizace a kvalita života. Od expertních posudků k praktickým experimentům. In: *Fórum sociální práce*. 1. vyd. 2012/1, Praha: Vydavatelství Filozofické fakulty UK v Praze, 2012, č. 1, s. 15-16. ISSN 1804-3070.

Nemateriálními hodnotám, jako jsou lidská důstojnost, autonomie a zapojení do společnosti, je nyní přisuzována zásadní důležitost. Spojené národy svou Úmluvou o právech lidí se zdravotním postižením jednoznačně deklarují, že i lidé se zdravotním postižením mají stejné právo žít běžný život jako kdokoliv jiný a mají právo se rozhodnout, kde a s kým budou žít. Stát má povinnost jim tato práva pomoci naplnit.

Péče ve velkokapacitních zařízeních, často izolovaných od běžného života a ve své podstatě omezených v možnostech poskytování péče dle potřeb a vůle klienta, je rozpoznána jako jednoznačně diskriminující. Jedinou cestou, jak tuto diskriminaci odstranit, je deinstitucionalizace: transformace ústavních zařízení v péči poskytovanou v běžných životních podmínkách, tedy v péči komunitní.¹⁵²

Ústavní péče, která dosáhla největšího rozšíření v minulém století, odpovídala tehdejší společenské situaci a plnila ve své době důležité úkoly: zabezpečení základních životních potřeb a hmotných podmínek pro ty, kteří si je nebyli schopni zabezpečit sami. Jako takové byly ústavy výrazem solidarity. Lidé, kteří v nich žili, byli vnímáni jako objekt péče a neměli možnost ovlivnit chod instituce a tím ani svůj vlastní život.

Zásadní změnu v pohledu na vztahy a uspořádání společnosti přinesla již Všeobecná deklarace lidských práv (1948) se svým důrazem na lidská práva a jejich všeobecnou platnost bez ohledu na postavení jednotlivce ve společnosti.

Odklon od kolektivní péče byl spojen s důrazem na „nemateriální“ hodnoty, jako je lidská důstojnost a sebeurčení jednotlivce, a dále se zjištěním, že umístění do ústavní péče zásadně ohrožuje osobní i sociální vývoj člověka. Závěry ze studií o škodlivých účincích pobytu v ústavu v západní Evropě a v USA vedly nejen k rozvoji komunitních služeb a politice podpory rodiny, ale obrátily pozornost odborné veřejnosti a pečujících osob k negativním aspektům ústavů a ústavní péče.¹⁵³

Státy se liší ve volbě formy poskytnutí, tj. v otázce, zda se má pečovat o zdravotně postiženou osobu v ústavech, nebo v rodinách či přirozeném sociálním prostředí, tj. ambulantně (např. asistencí). Přibývá zastánců deinstitucionalizace, tj. zastánců podpory života v přirozeném sociálním prostředí (např. v rodině) a poskytování k tomu potřebných prostředků a ambulantních služeb. Doporučuje se ústavní péči ponechat jen pro ty, kteří nejsou schopni samostatně žít v přirozeném prostředí nebo ztratili rodinnou podporu (např. osamělí jedinci).

¹⁵²NÁRODNÍ CENTRUM PODPORY TRANSFORMACE SOCIÁLNÍCH SLUŽEB. *Transformace sociálních služeb pro lidi s postižením*. [online]. [cit. 2013-11-25]. Dostupné z: <http://www.trass.cz>

¹⁵³NÁRODNÍ CENTRUM PODPORY TRANSFORMACE SOCIÁLNÍCH SLUŽEB. *Manuál transformace ústavů: deinstitucionalizace sociálních služeb*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2013. s. 11. ISBN 978-80-7421-057-0.

Ústavní péče by se měla specializovat, aby lépe odpovídala skutečným specifickým potřebám, aby rozlišovala mezi lidmi fyzicky, duševně a mentálně chorými, mezi lidmi nemocnými a umírajícími apod. Ústavy se již zvolna specializují. Vznikají ústavy sdružující zdravotní a sociální služby (*nursing homes*).¹⁵⁴

Pro instituce začíná být výraz domov užíván až od poloviny 19. století. Zásadní otázkou je, zda může být instituce domovem. Institucionální domov vždy některé kvality přirozeného domova postrádá. Už sám fakt, že někdo je v institucionálním domově zaměstnancem, a někdo jiný uživatelem služby, není jednoduché sladit s potřebnou mírou soukromí pro obyvatele, ani požadavkem, aby obvyklé rozhodovali o všem, co se v domově děje. Fakt, že v jednom domově je soustředěno mnoho klientů podobného věku, s podobnými potřebami, je také nepřirozená situace vedoucí k racionalizaci provozu a přehlížení osobních potřeb.

U dospělých představuje ideální model podpůrné instituce hotel. Zajistí bydlení, stravování a jiné služby podle klientovy objednávky. U dětí je ideálním prostředím domov s rodinou, k níž se mohou „připojit“. U dospívajících s rizikovým chováním je to výchovný tábor. Tyto modely služeb nahrazujících domov by měla transformace podporovat. Velké, uzavřené ústavy patří do počátku 19. století.¹⁵⁵

V Evropě se setkáváme s různým pojetím podpory a péče o zdravotně postižené osoby. Pojetí se odlišují v míře veřejné podpory a ve formě veřejné péče.

Pokud jde o míru veřejné podpory, stát poskytuje komplexní podporu a pomoc potřebným občanům (severské země), veřejný sektor vstupuje do procesu s podporou a pomocí až poté, co jsou zdroje rodiny a nestátního sektoru vyčerpány (anglosaské země).

Pokud jde o formu veřejné podpory, většina odborníků v Evropě je zajedno, že poskytnutí peněžních dávek je vhodnější, protože respektuje svobodu člověka a jeho právo volit formu uspokojení.¹⁵⁶

V České republice stejně jako v jiných postkomunistických zemích se díky totalitní éře přikročilo k řešení otázek práv oproti ostatním zemím se zpožděním několika desetiletí. Vývoj humanizace společnosti a antidiskriminačních opatření začal v Evropě již v období po druhé světové válce. Náhled na práva lidí závislých na solidaritě a pomoci „zdravé“ většiny se simultánně vyvíjel ve svobodných demokraciích směrem k úctě ke každému jedinci a k vědomí spoluodpovědnosti společnosti za kvalitu života každého jejího člena.

¹⁵⁴TOMEŠ, Igor. *Obory sociální politiky*. 1. vyd. Praha: Portál, s.r.o., 2011. s 153. ISBN 978-80-7367-868-5.

¹⁵⁵MATOUŠEK, Oldřich. Odústavňování. In: *Fórum sociální práce*. 1. vyd. Praha: Vydavatelství Filozofické fakulty UK v Praze, 2012, č. 2, s. 9-10. ISSN 1804-3070.

¹⁵⁶TOMEŠ, Igor. *Obory sociální politiky*. 1. vyd. Praha: Portál, s.r.o., 2011. s 153. ISBN 978-80-7367-868-5.

Země dnešní Evropské unie se od 70. let minulého století zabývají realizací procesu deinstitucionalizace a podporou práva žít v přirozené komunitě pro všechny občany. Některé evropské státy implementovaly tyto myšlenky i do své legislativy. Česká republika jako členský stát EU se prostřednictvím tohoto dokumentu hlásí k této politice.

Cílem není transformace samotná, která je otázkou přirozeného vývoje, ale podpora těch poskytovatelů sociálních služeb, jejichž zájmem je nabízet vysoce kvalitní služby na odborné úrovni. Stanovené cíle a opatření pokládají za úkol podpořit již probíhající změny a usnadnit poskytovatelům, kteří se rozhodnou poskytovat sociální služby odpovídající individuálním potřebám uživatelů v jejich přirozeném prostředí, tyto změny provést.

Evropská unie používá pojem *deinstitucionalizace* pro manažerský proces změny systému. Pro sociální politiku je deinstitucionalizace používána ve smyslu přechodu směrem k poskytování sociálních služeb zaměřeném na individuální podporu života člověka v přirozeném prostředí. Tento pojem v sobě zahrnuje také obecný princip řízené změny systému a jeho směřování.

Pro realizaci procesu deinstitucionalizace je nezbytná společenská shoda završená politickým rozhodnutím a následný plán podpory tohoto procesu. Materiál koncepce podpory transformace deklaruje zájem státu na směřování vývoje sociálních služeb v České republice do podoby odpovídající vyspělým státům EU a definuje jednotlivé aktivity podpory transformačního procesu. Hlavním cílem aktivit v rámci podpory transformace je zajištění nástrojů, které pomohou zařízením sociálních služeb směřovat ve svém vývoji k poskytování takových typů služeb, které odpovídají individuálním potřebám každého uživatele a odborným trendům.

S cílem individualizace a zkvalitnění péče vznikly v roce 2002 na MPSV Standardy kvality sociálních služeb jako účinný nástroj k zavádění kvality do zařízení sociálních služeb. V pozdějších fázích procesu zavádění Standardů dochází k odklonu od poskytování sociální služby jako tzv. komplexní dlouhodobé péče v institucích směrem k poskytování služeb formou individualizované podpory života v komunitě. Je zřejmé, že umístěním značné části dnešních uživatelů do pobytových zařízení sociální péče se řeší jiné, nejen sociální, problémy, často eticky problematické. Příkladem mohou být odchody seniorů do péče pobytových zařízení, kdy řeší spíše špatnou bytovou situaci v rodině než potřebu sociální pomoci, respektive péče. Nevhodné umístění do ústavu sociální péče je často důsledkem nedostatečné nabídky sítě služeb, s jejichž podporou a pomocí by mohl člověk se specifickými potřebami setrvat ve svém přirozeném prostředí.

Snaha zajistit lidská práva pro všechny bez rozdílu se projevuje od 90. let v celé naší společnosti, od místních iniciativ v původně ústavních zařízeních až po vznik nové legislativy. Zákon o sociálních službách č. 208/2006 Sb., účinný od 1. ledna 2007, je prvním zákonem dodržujícím lidskoprávní princip svobodné volby formy pomoci a typu služby na základě specifických potřeb uživatele. Stát na financování těchto služeb nepřispívá pouze formou dotací, ale dává do rukou uživatele finanční prostředky na úhradu sociální služby v podobě příspěvku na péči.

Implementace zákona o sociálních službách nutně směřuje k tomu, aby sociální služby volili lidé, kteří je opravdu potřebují a v takové míře, ve které je potřebují a aby poskytované služby odpovídaly normám kvalitní služby podle mezinárodních trendů a vědeckých poznatků. Nástrojem k tomuto směřování, vyplývajícím ze zákona o sociálních službách, je příspěvek na péči a standardy kvality sociálních služeb.¹⁵⁷

7.2 Tendence a problémy deinstitucionalizace

Procesy deinstitucionalizace probíhají v jednotlivých státech EU, ale také například v USA a na Novém Zélandu již od 70. let minulého století. Vyspělé evropské země, zejména původní členské státy EU, nemají k procesu změn v oblasti sociálních služeb vždy stejný přístup.

Obecné trendy jsou konfrontovány s národními zvyklostmi, ekonomickou situací apod. Všechny evropské státy se také zabývají možnostmi podpory osob se zdravotním postižením, které vyrovnají jejich příležitosti žít život maximálně samostatně a účastnit se ekonomického, společenského a kulturního života společnosti, tedy zejména bydlet v přirozeném sociálním prostředí, vzdělávat se a pracovat. Reforma, jejímž cílem bylo podporovat nezávislý život osob se specifickými potřebami v komunitě a zajistit nabídku integrovaných služeb soustředěných na klienta, je realizována v působnosti jednotlivých států. Příklady dobré praxe reprezentují zejména příklady Švédska, USA, Nového Zélandu a Velké Británie. Například ve Švédsku a USA bylo politické rozhodnutí transformovat pobytové zařízení zapracováno do příslušných zákonů. Rozpouštění a transformace residenčních

¹⁵⁷ MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti.* [online]. Praha: MPSV. [cit. 2015.01.10]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/3858/Koncepce_podpory.pdf

zařízení v alternativní druhy služeb, které nejsou podpořeny jednoznačným národním politickým rozhodnutím, jsou realizovány např. v Německu nebo Chorvatsku.

Z jednání zasedání European Coalition for Community Living s názvem „Právo žít v komunitě“, konaného dne 17. 5. 2006 v Bruselu, kde se sešli přední evropští odborníci na proces transformace a zástupci zemí, kde je proces transformace již realizován, vyplynulo, že největší obavy a odpor ke změně jsou zaznamenávány ze strany rodin uživatelů a zaměstnanců zařízení. Dále je vnímám častý odpor ze strany zaměstnaneckých odborů a spolupracujících ekonomických subjektů, zejména pak dodavatelů, kteří jsou soustředěni v okolí ústavu.

Samotné zařízení nebo reprofílance ústavu je ale možné pouze v případě, je-li vytvořena dostatečná síť alternativních služeb v komunitě. Relativně nejsnazší cesta k tomuto cíli vede přes podporu stávajících poskytovatelů ústavní péče v transformaci poskytovaných služeb na služby chráněného bydlení nebo podporovaného bydlení, vždy však s možností využití běžné sociální infrastruktury. Takto pojatá transformace poskytne zaměstnancům ústavů nové pracovní příležitosti. Proces transformace musí také nabídnout možnosti dostatečného odborného vzdělávání.¹⁵⁸

Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením (13. prosince 2006) přichází s jasným vymezením nezávislého života osob se zdravotním postižením a jejich zapojením do společnosti. Ve svém článku 19 se stanovuje, aby státy, které jsou smluvní stranou této úmluvy, přijaly účinná a odpovídající opatření, aby osobám se zdravotním postižením usnadnily plné užívání práva žít v rámci společenství, s možnostmi volby na rovnoprávném základě s ostatními, a jejich plné začlenění a zapojení do společnosti, a to mimo jiné tím, aby:

- a) osoby se zdravotním postižením měly možnost si zvolit, na rovnoprávném základě s ostatními, místo pobytu, kde a s kým budou žít a nebyly nuceny žít ve specifickém prostředí;
- b) osoby se zdravotním postižením měly přístup ke službám poskytovaným v domácím prostředí, rezidenčním službám a dalším podpůrným komunitním službám, včetně osobní asistence, která je nezbytná pro nezávislý způsob života a začlenění do společnosti a zabraňuje izolaci nebo segregaci;

¹⁵⁸MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti.* [online]. Praha: MPSV. [cit. 2015.01.12]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/3858/Koncepce_podpory.pdf

- c) komunitní služby a zařízení určená široké veřejnosti byly přístupné, na rovnoprávném základě s ostatními, i osobám se zdravotním postižením a braly v úvahu jejich potřeby.¹⁵⁹

Zásady sociálních služeb by měly směřovat ke společenskému začleňování jejich uživatelů a jejich respektování pomůže ke zvyšování kvality a efektivity sociálních služeb. Sociální služby poskytované v souladu s principy deinstitucionalizace vycházejí z individuálně zjištěných potřeb člověka, působí aktivně, podporují rozvoj jeho samostatného rozhodování a motivují jej k činnostem, které vedou k začlenění do běžného života společnosti. Brání své uživatele před dlouhodobým setrváváním nebo prohlubováním nepříznivé sociální situace a před společenskou segregací.

Zásady poskytování sociálních služeb:

- ☞ Sociální služby zaručují každému člověku, který je využívá, možnost žít podle svého rozhodnutí a mít možnost volby na rovnoprávném základě s ostatními o tom, kde, s kým a jak bude žít. Podpora sociální služby vychází z individuálně určených osob a jimi projevené vůle. Podporuje uživatele k vlastním rozhodnutím a k vyjádření svých přání.
- ☞ Potřeby lidí jsou zabezpečovány v komunitě a v domácím prostředí. Podpora je zajištěna v přirozeném prostředí rodinou, členy komunity, případně s pomocí běžně dostupných veřejných služeb.
- ☞ Pobytová sociální služba není domov a neřeší bytovou otázku. Důvodem pro poskytnutí pobytové sociální služby není bytová potřeba uživatele nebo jeho blízkých. Pobytová služba je poskytována v běžném prostředí a jen tehdy, pokud uspokojení potřeb uživatele není možné zajistit v jeho současném bydlišti.
- ☞ Sociální služba je zaměřena na posilování kompetencí uživatele, rozvoj jeho samostatného rozhodování, a to za současného respektování práva na přiměřené riziko.
- ☞ Sociální služba usiluje o začlenění uživatele do běžného života společnosti. Cíle (obecné i individuální pro každého uživatele) služby směřují k sociálnímu začlenění uživatele. Sociální služba usiluje o využívání dostupných zdrojů v komunitě pro zajištění potřebné podpory. Nevytváří závislost uživatele na službě. Cíle sociální služby (včetně individuálních cílů pro uživatele jsou jasné, konkrétní a časově omezené.

¹⁵⁹Úmluva o právech osob se zdravotním postižením. In: *Úmluvy OSN*. čl. 19.

- ☞ Sociální služba umožňuje uživatelům žít takový život, jaký žijí jejich vrstevníci: mít běžný denní rytmus, netrávit celý den ve stejném místě, kde bydlí, oddělovat práci a volný čas, mít přátele a zájmy, žít partnerský život, být přiměřeně ekonomicky zabezpečen, žít ve standardních podmínkách.

Společenský vývoj v oblasti lidských práv, společenských hodnot a etiky v oblasti solidarity doznal po společenských a politických změnách rychlý postup, stále je ovšem znát krátká zkušenost s uplatňováním práv obecně v každodenním životě, s neformální solidaritou v rámci obce či komunity ve spojení s lidmi s postižením. Současně přetrvávají ve společnosti na všech úrovních přístupy a tendence paternalismu a direktivního pojetí solidarity (jež odpovídá zkušenostem z uspořádání společnosti v totalitním režimu).

Výsledkem je situace, kdy vedle sebe současně existují dva modely sociálních služeb: přetrvávající ústavní a nový komunitní. Je potřeba, aby deinstitucionalizace byla předmětem sociální politiky a jako taková byla plánovaným a řízeným procesem, který bude garantovat změnu k uplatnění práv lidí závislých na pomoci a k jejich společenskému začlenění. Vláda ČR k tomu učinila první krok, když schválila v roce 2007 *Koncepci podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti*. Vedle metodických materiálů přinesl projekt konkrétní životní změnu řadě lidí, zejména uživatelům sociálních služeb ústavního typu:

- ☞ z ústavního prostředí odešlo 544 lidí (130 lidí se přestěhovalo z ústavů do rodinného prostředí nebo odešlo do vlastního bydlení, 414 začalo využívat komunitní pobytové služby);
- ☞ zlepšilo se právní postavení uživatelů služeb: bylo podáno 139 žádostí o navrácení způsobilosti k právním úkonům; v 10 případech byla navrácena právní způsobilost zcela a ve 100 případech částečně.

Služby ústavního typu znamenají problém pro velké množství lidí i pro systém sociálních služeb jako takový. V České republice bylo na konci roku 2011 418 ústavních sociálních služeb pro lidi se zdravotním postižením, ve kterých žilo 16 017 lidí, z toho 1 045 dětí (viz příloha č. 14).¹⁶⁰

Základy života uživatelů sociálních služeb v běžné komunitě lze podle evropských zkušeností generalizovat v následujících charakteristikách:

¹⁶⁰NÁRODNÍ CENTRUM PODPORY TRANSFORMACE SOCIÁLNÍCH SLUŽEB. *Manuál transformace ústavů: deinstitucionalizace sociálních služeb*. Praha: MPSV, 2013. s. 25, 12-13. ISBN 978-80-7421-057-0.

- ☞ u chráněného bydlení nebo služby podpory samostatného bydlení je nutné udržovat nízký počet uživatelů v jednom bytě;
- ☞ uživatelé bydlí v běžné zástavbě;
- ☞ je podporována realizace běžných denních aktivit (práce, chráněná dílna, apod.);
- ☞ je podporována kvalita denního života uživatelů (respekt spoluobčanů, ekonomická nezávislost);
- ☞ je umožněno využívání dalších veřejných služeb.

Již od konce minulého století v České republice probíhá diskuse k tomuto tématu i ojedinělé počátky deinstitucionalizace. Bylo úspěšně realizováno „rozpuštění ÚSP v Horní Poustevně“ do alternativního komplexu služeb, církevní a nestátní organizace poskytují služby chráněného a podporovaného bydlení. U některých krajů, například Libereckého a Středočeského kraje, se setkáváme také s počátky systémového přístupu k transformaci ústavních zařízení. Vhodnou alternativou byl také vznik bydlení občanského sdružení Portus ve Slapech nad Vltavou pro obyvatele ústavu sociálních služeb Horní Maxov.¹⁶¹

Pečovatelská služba v zemích EU od konce 60. let postupně spěla k menším, individualizovanějším a humánnějším zařízením. Stále větší část péče se děje ambulantní formou v domácím prostředí, případně alespoň v prostředí tzv. Chráněných bytů. Tato péče je levnější, a přitom pro klienty i jejich příbuzné důstojnější. Dlouhodobější zkušenosti z takto pojímané pečovatelské v západní Evropě přesvědčují, že není aktuální pouze v ideové a etické rovině, ale i z důvodů pragmatických, ekonomických. Je šetrná nejen k lidem, ale i k finančním nárokům na své provozování.¹⁶²

Předpokladem úspěchu procesu transformace je osvěta u veřejnosti i samotných uživatelů, aktivní spolupráce účastníků procesu, uživatelů služeb zařízení ústavní péče, obcí, krajů a resortů a v neposlední řadě vzdělávání pracovníků sociálních služeb. Tyto aktivity musí být v potřebné míře doprovázeny metodickou a finanční podporou státu a dalších institucí veřejné správy.

Stávající poskytovatele ústavních služeb je nutné podporovat tak, aby sami transformovali svou činnost směrem ke službám poskytovaným v přirozeném prostředí, směřujícím k naplňování individuálních potřeb uživatelů a v případě, kdy toto není možné

¹⁶¹MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti.* [online]. Praha: MPSV. [cit. 2015.01.12]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/3858/Koncepce_podpory.pdf

¹⁶²GLOSOVÁ Dagmar a kol. *Bydlení pro seniory.* 1. vyd. Brno: ERA Group, 2006. s. 51. ISBN 80-7366-057-1.

s ohledem na situaci uživatelů, maximálně přiblížit pobyt uživatelů životu v domácím prostředí.¹⁶³

7.3 Bydlení seniorů

Byty obývají v menší míře mladí lidé a lidé 70 a víceletí. 95,0 – 95,1 % jich bydlí v bytech, zbylá procenta bydlí v ostatních typech bydlení, jako jsou ubytovací zařízení, rekreační chaty a chalupy, nouzová obydlí, jiná obydlí, nebo jsou tito lidé bez domova. Největší podíl bydlících v ubytovacích zařízeních je ve věkové skupině 70 a více let (4,1 %), největší podíl obyvatel, kteří bydlí v chatách a chalupách, je ve věkových skupinách 55-59 a 60-64 let. Nejstarší obyvatelstvo (70 a více let) pokud bydlí jinde než v bytě, využívá převážně ubytovacích zařízení. (viz příloha č. 15)¹⁶⁴

Podle výsledků sčítání lidu, bytů a domácností bylo v roce 2011 v Česku 2 667 867 hospodářických domácností tvořených jednou rodinou. Domácností seniorů bylo 1 069 505 a žilo v nich celkem 1 762 993 osob. Nejvyšší podíl domácností seniorů byl podle očekávání zjištěn mezi domácnostmi prarodičů s vnoučaty. Pouze jedna čtvrtina domácností prarodičů s vnoučaty je tvořena domácnostmi s osobou v čele mladší 65 let. Další významné zastoupení seniorů bylo zjištěno mezi jednotlivci. Více než třetina domácností jsou osoby ve věkové skupině 65 let a více. V úplných a neúplných rodinách jsou domácnosti seniorů zastoupeny cca ve 20 %, přičemž s rostoucím věkem osoby v čele ubývá podíl rodinných domácností a dochází ke zvyšování podílu domácností jednotlivců.

Závislost mezi věkem a typem domácnosti, ve které senioři žijí, potvrzují podíly osob podle postavení v domácnosti. Muži a ženy v nižší věkové kategorii seniorů (věk 65 – 74 let) byli v domácnosti mnohem častěji v postavení „manžel“ a „manželka“ (56%) než jako jednotlivci žijící samostatně v domácnosti. Pouze 11 tisíc (1 %) seniorů v této věkové kategorii žilo mimo domácnosti jako jednotlivá osoba v zařízení, zpravidla v domovech důchodců, domovech s pečovatelskou službou apod. Se stoupajícím věkem se struktura seniorů podle postavení v domácnosti mění. Se zvyšující se intenzitou úmrtnosti ve vyšším

¹⁶³MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti.* [online]. Praha: MPSV. [cit. 2015.01.12]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/3858/Koncepce_podpory.pdf

¹⁶⁴ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Seniori ze Sčítání lidu, domů a bytů 2011 – Bydlení.* [online] Praha: ČSÚ. [cit. 2014.12.20]. Dostupné z: [http://www.czso.cz/csu/2013edicniplan.nsf/t/9800310E94/\\$File/e-1417-13_by](http://www.czso.cz/csu/2013edicniplan.nsf/t/9800310E94/$File/e-1417-13_by)

věku se jako důsledek ztráty partnera zvyšuje počet domácností jednotlivců seniorů a naopak klesá podíl osob žijících v páru. Kromě toho také roste podíl osob, které využívají možnost spouližení s jinou domácností, nebo volí bydlení v zařízení. Osoby ve věku 85 a více let žilo ze 43 % nejčastěji samostatně, 13 % žilo jako další osoba v rodinné domácnosti (např. rodič, tchán/tchyně nebo prarodič osoby v čele domácnosti) a 12 % osob starších 85 let žilo v zařízení, buď jako jednatlivec, nebo v rodině v zařízení. Domácnosti seniorů bydlelo v 60 % ve vlastním domě nebo v bytě v osobním vlastnictví. Pouze pětina domácností starších osob bydlelo v nájmu, nejčastěji to jsou senioři jednotlivci. Pouze 3 639 domácností seniorů využívalo k bydlení rekreační objekt.

Domácnosti seniorů tvoří dvě nejvýraznější skupiny – domácnosti jednotlivců a úplné rodiny. Domácností jednotlivců seniorů žilo v roce 2011 na území Česka více než půl milionu a v naprosté většině případů se jedná o domácnosti nepracujících důchodců, především ovdovělých žen. Bydlí nejčastěji v bytových nebo rodinných domech postavených v letech 1920 – 1980. Pouze necelých 5 % seniorů jednotlivců má obvyklý pobyt v novostavbách postavených v roce 2000. Většina domácností jednatlivece staršího 65 let vznikla rozpadem úplné, resp. neúplné rodiny (tj. úmrtím partnera, resp. odchodem dětí a založením jejich vlastní domácnosti), proto také úroveň a způsob bydlení je velmi často pouze zachováním vzoru dosavadního způsobu bydlení předchozího typu domácnosti. Téměř dvě třetiny jednotlivců seniorů obývalo minimálně 3 pokojový byt (včetně kuchyně) a průměrná obytná plocha bytu na jednatlivec ve věku 65 let a více činí 49,3 m². Dalším, avšak méně čtým modelem bydlení domácnosti jednatlivece seniory, je bydlení v nájemním bytě, kterého v roce 2011 využívala více než čtvrtina seniorů jednotlivců.

Druhou velmi významnou skupinou domácností seniorů převažující spíše v mladších věkových skupinách seniorů jsou úplné rodiny. Ty jsou z 80 % manželským párem, se kterými zpravidla nežije žádná další osoba. Velkou většinu těchto rodin představují domácnosti, kde jsou obě osoby důchodci. Více než v 80 % se jedná o nepracující důchodce, pouze v minimu případů (1,5 %) jsou oba ekonomicky aktivní. Co se týče bydlení úplných rodin seniorů, téměř ve dvou třetinách případů žijí tyto rodiny ve vlastním domě nebo bytě. Podíl úplných rodin seniorů se pohybuje mezi 16 – 25 % z celkového počtu úplných rodin. Nejmenší zastoupení se vyskytuje v zázemí Prahy, kde převažují ve struktuře domácností spíše mladší rodiny s dětmi, nejvyšší je naopak v Praze, v Brně, Plzni a v okresech tzv. vnitřní periferie. Jedná se o území zejména podél jižních a východních hranic Středočeského kraje, s horší dopravní dostupností, nedostatkem pracovních příležitostí, vyšší mírou nezaměstnanosti, a proto i s výrazně nižším zastoupením obvykle bydlících osob mladších

věkových skupin. Podobné rozmístění platí také pro domácnosti jednotlivců seniorů s tím rozdílem, že nejnižší podíl seniorů jednotlivců žije ve velkoměstech (Praha, Brno aj.) a v zázemí Prahy z důvodu výrazného zastoupení jednotlivců mladších věkových skupin, tzv. singles.

Za posledních deset let počet hospodařících domácností seniorů vzrostl v průměru o 9 %, přičemž nejvýraznější nárůst je patrný u rodinných domácností seniorů, pokles byl zaznamenán pouze u prarodičů s vnoučaty. Vzhledem k očekávanému vývoji věkové struktury a stárnutí české populace lze předpokládat, že domácnosti seniorů budou mít i v příštích desetiletích stále silnější zastoupení a jejich vzrůstající počet bude významně ovlivňovat celkovou strukturu domácností.¹⁶⁵

K 31. 12. 2013 se na území České republiky nacházelo 3 240 zařízení, která poskytují sociální služby. Kapacita těchto zařízení byla celkem 81 183 míst. Ne všechna tato zařízení jsou primárně určena pro seniory, jsou přístupná populaci různého věku.

Stát je zřizovatelem pouze 0,5 % zařízení s kapacitou 1,1 % míst. Kraje poskytují 20,9 % zařízení s kapacitou 45,9 % míst. Obce zřizují 15,4 % těchto zařízení s celkovou kapacitou 28,2 % a církve jsou zřizovateli téměř pětiny zařízení (19,5 %), ale s kapacitou pouze 9,2 %. Ostatní subjekty zřizují 43,7 % těchto zařízení, ale s kapacitou pouze 15,5 %.

Z celkového počtu 3 240 zařízení je 491 domovů pro seniory, což je 15,2 %. Domovy pro seniory poskytují služby 38 091 klientům, což je 46,9 % všech klientů ze všech zařízení. Kraje a obce poskytují 85 % kapacity domovů pro seniory.

Pro potřeby seniorů jsou kromě domů pro seniory k dispozici např. denní stacionáře zejména pro rodiny, kterým pracovní povinnosti nedovolují postarat se o seniora během dne. K 31. 12. 2012 využívalo denních stacionářů 2 565 klientů, v roce 2013 bylo klientů 2 692.

Senioři nejčastěji využívají služeb domovů pro seniory. Zde je jim poskytována ošetrovatelská a obslužná péče, aktivizace, zdravotní péče a rehabilitace. V některých domovech pro seniory poskytují pobytové služby i lidem s Parkinsonovou chorobou. K 31. 12. 2012 bylo v domovech pro seniory 36 490 klientů, v roce 2013 o něco více, 36 598 klientů (*toto číslo není kapacita, jedná se o skutečný stav klientů*).

V domovech pro seniory se v roce 2013 nacházelo ve věku do 65 let 1 998 osob, ve věku 66-75 let to bylo již 5 497 osob. Nejpočetněji jsou zastoupené věkové kategorie 76-85 a 86-95 let. V tomto věku se v domovech pro seniory nachází 14 287 (79-85 let) a 14 056 (86-95 let) osob. Lidé ve věku 86 a více let jsou obyvateli domovů pro seniory

¹⁶⁵ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Statistika a my. Domácnosti seniorů*. [online] Praha: ČSÚ. [cit. 2014.11.25]. Dostupné z: <http://www.czso.cz/csu/2013edicniplan.nsf/c/6B004993AF>

v 10,55 % ze všech lidí této věkové kategorie. Nejvíce osob vzhledem k počtu 86 a víceletých obývá domovy pro seniory v Ústeckém (15,23 %) a Jihočeském (14,05 %) kraji. Nejmenší zastoupení má Hlavní město Praha (6,23 %) a Liberecký kraj (7,58 %). Lidé, kteří jsou ve věku 96 a více let, žili v domovech pro seniory v roce 2013 v počtu pouze 760 jedinců.

Další podporu poskytuje osobám se sníženou soběstačností pečovatelská služba. Jedná se zejména o pomoc při každodenních činnostech, např. pomoc s osobní hygienou, úklidem domácností, nakupováním, stravováním, kontaktem s lékaři apod.

Klienti, kteří využívají pečovatelskou službu, jsou ze 71 % ženy. Nejvíce jich v roce 2013 měla Praha a Středočeský kraj (15 542 a 14 356). Následoval Jihomoravský kraj a Moravskoslezský kraj (12 606 a 9 620). Kromě 2 011 klientů pečovatelské služby se v roce 2013 jednalo o dospělé, převážně seniory. V celé České republice to bylo 31 509 mužů a 76 984 žen.

Sociální služby neuspokojují v plné míře všechny žadatele. Velká část lidí, kteří o ně žádají, zůstává nevyslyšena. Nejvyšší počet odmítnutých žadatelů je o umístění do domova pro seniory. V roce 2013 to bylo 60 809 odmítnutí. Nejvíce neuspokojených žádostí o přijetí do domova pro seniory bylo v Jihomoravském kraji (11 573). S velkým odstupem následoval Středočeský kraj, kde bylo odmítnuto 7 418 žadatelů.

Vzhledem k podílu neuspokojených žádostí o umístění do domova pro seniory vzhledem k počtu 65 a víceletých obyvatel jednotlivých krajů má nejvíce neuspokojených žádostí Karlovarský kraj (12,8 %), následuje Liberecký kraj (8,7 %) a Pardubický kraj spolu s Vysočinou (7,1 %). O staré lidi je nejvíce postaráno v Praze, kde bylo odmítnuto 2,9 % lidí z 65 a víceletých a ve Středočeském kraji, kde bylo odmítnutých žádostí vzhledem k počtu 65 a víceletých 3,0 %. V této souvislosti se hodí připomenout, že k nejstarším krajům, ve smyslu zastoupení 65+ letých na celkové populaci v krajích, má kraj Královéhradecký (18,4 %) následovaný Prahou (18,1 % a dále jsou to kraje Plzeňský (17,9 %) a shodně Zlínský a Jihomoravský (17,8 %). Kraje, kde je naopak podíl nejstarší populace nejnižší, jsou Karlovarský (16,8 %), Liberecký (17,0 %) a Moravskoslezský (rovněž 17,0 %).

Dalším typem domovů, kde bývají umístěni senioři, jsou domovy se zvláštním režimem. Tyto domovy jsou přizpůsobeny zdravotním omezením klientů a zaměřují se zejména na poskytování služeb lidem se syndromem demence nebo např. s Alzheimerovou chorobou nebo chronickým psychiatrickým onemocněním.

Domovy se zvláštním režimem fungují velmi podobně jako Domovy pro seniory s tím, že jsou přizpůsobeny specifickým potřebám klientů. Na rozdíl od Domovů pro seniory, kde mají senioři naprosto volný pohyb, je za přesně definovaných okolností možné v Domově

se zvláštním režimem pohyb klientů omezit, aby byla zajištěna jejich bezpečnost. K 31. 12. 2013 těchto zařízení využívalo 11 564 klientů.¹⁶⁶

Co se týká pobytu v léčebnách pro dlouhodobě nemocné, většina pacientů zde pobývá méně než rok. Pobyt jeden rok až tři roky je v LDN čtenější pouze u nejstarších pacientů, v roce 2013 zde pobývalo po tuto dobu 245 žen a 76 mužů z celé České republiky. Pět let a více trávilo v LDN pouze pět pacientek v nejstarších věkových kategoriích.

V roce 2013 bylo v LDN 26 933 žen a 16 875 mužů. Z nich do věku 44 let pouze 0,92 % žen a 2,61 % mužů. S věkem pobyt v LDN stoupá, ve věku 85 a více let zde bylo celkem 9 260 žen a 3 050 mužů. Téměř všichni zde pobývali pouze do jednoho roku, pouze 96 žen a 12 mužů v nejstarší věkové kategorii zde pobývali mezi jedním a třemi lety.¹⁶⁷

Hlavním cílem v oblasti služeb pro seniory by měla být podpora humanizace stávajících ústavních zařízení, postupná restrukturalizace směřující k malým bytovým jednotkám v běžné zástavbě a podpora takových služeb, které umožní seniorům co nejdéle zůstat v jejich přirozeném prostředí. Přirozené prostředí je nezbytné chápat jako životní prostor, který představuje kromě bydlení samotného, zejména rodinné vazby a síť sociálních kontaktů vázaných na dané místní společenství. Díky podpoře sociální služby vycházející z individuálních potřeb uživatele tak může senior žít kvalitním a plnohodnotným životem ve vlastním domově, případně v zařízení sociálních služeb, jejíž forma poskytování odpovídá životu v přirozeném prostředí.

Bariérou pro život seniora v běžných podmínkách je nedostatečně dostupná síť terénních a ambulantních sociálních služeb. Uživatel, pečující osoby a rodina bývají nedostatečně informováni o vhodných alternativách řešení nepříznivé sociální a zdravotní situace. Prioritou politiky sociálních služeb pro seniory je zkvalitňování a integrace sociálních služeb, a to zejména v oblasti sociálně zdravotní.

Investice v sociálních službách pro seniory by měly být směřovány k zajišťování individuální péče a podpory domácími pečujícími, terénními a ambulantními sociálními službami a humanizovanými sociálními službami pobytového typu (nízkokapacitní pobytové zařízení, podpora samostatného bydlení), jejichž směřování je cestou k malým bytovým jednotkám.

Specifické podmínky je potřeba zohlednit u zvláště ohrožené a stále početnější skupině seniorů – lidí s omezenými rozumovými a vyjadřovacími schopnostmi, např. seniorů

¹⁶⁶ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Seniori v ČR 2014. Sociální služby*. [online] Praha: ČSÚ. [cit. 2014.11.25]. Dostupné z: [http://www.czso.cz/csu/2014edicniplan.nsf/t/B70026583D/\\$File/310035145s.doc](http://www.czso.cz/csu/2014edicniplan.nsf/t/B70026583D/$File/310035145s.doc)

¹⁶⁷ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Seniori v ČR 2014. Zdravotní služby*. [online] Praha: ČSÚ. [cit. 2014.11.25]. Dostupné z: [http://www.czso.cz/csu/2014edicniplan.nsf/t/B700265834/\\$File/310035144z.doc](http://www.czso.cz/csu/2014edicniplan.nsf/t/B700265834/$File/310035144z.doc)

trpících různými formami demence, u kterých je v pobytových zařízeních nejvyšší riziko nerespektování práv a nepochopení jejich individuálních potřeb.

Pro stávající residenční zařízení a jejich obyvatele v procesu deinstitucionalizace je klíčové zaměření na humanizaci služby, to znamená především přiblížení podmínek na péči, zkvalitňování poskytovaných služeb a vznik a rozvoj programů a projektů prevence institucionalizace.¹⁶⁸

7.4 Profesionální etika

Pro sociální práci s klienty je velice důležitý přístup ze strany pracovníků. Na prvním místě by měla být především úcta k člověku a respektování základních lidských práv.

Sociální práce by se měla soustřeďovat zejména na principy, kterými by se sociální pracovník měl řídit. Například principy amerického katolického kněze Felixe Biesteka jsou až doposud překvapivě vlivné, uvážíme-li, že je Biestek nezamýšlel primárně jako etické principy samy o sobě, ale jako principy pro efektivní práci. Dnešní sociální práce ovšem zahrnuje i nucenou intervenci v rámci zákona.

Principy podle F. Biesteka (1957):

- ☞ Individualizace - uznání vlastní jedinečné kvality osobnosti klienta a z toho vyplývající individuální přístup bez stereotypů a předsudků.
- ☞ Vyjadřování pocitů - uznání klientovy potřeby volně vyjádřit svoje pocity, včetně negativních.
- ☞ Empatie - snaha vcítit se do pocitů a situace klienta.
- ☞ Akceptace - vnímání klienta takového, jaký je, včetně jeho slabostí a silných stránek, podporovat u klienta vědomí jeho vnitřní důstojnosti a hodnoty.
- ☞ Nehodnotící postoj - nepřipisování své viny klientovi. Sociální pracovník však může hodnotit klientovy postoje nebo jeho jednání, pokud to považuje za vhodné z hlediska práce s klientem - tj. nehodnotí (nemoralizuje) osobnost klienta, ale jeho jednání, postoje, apod.
- ☞ Sebeurčení - respektování klientova práva a potřeby svobodně se rozhodovat a vybírat si mezi možnostmi. Biestek zdůrazňuje, že klientovo právo na sebeurčení je limitováno úrovní klientovy schopnosti se pozitivně a konstruktivně rozhodovat,

¹⁶⁸MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti.* [online]. Praha: MPSV. [cit. 2015.01.11]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/3858/Koncepce_podpory.pdf

právními předpisy, obecně platnou morálkou (příp. charakterem organizace, která poskytuje služby).

- ☞ Diskrétnost - zachování důvěrných informací o klientovi. Diskrétnost je nejen základním právem klienta a etickým závazkem sociálního pracovníka, ale i základem efektivní práce s klientem. Toto klientovo právo však není absolutní. Limitem je odpovědnost sociálního pracovníka k sobě, zaměstnavateli a společnosti a také práva ostatních klientů. Uvolnění diskrétních informací by však měl sociální pracovník s klientem vždy prodiskutovat.¹⁶⁹

Nutnou součástí odborné praxe sociálních pracovníků je etické uvědomění. Schopnost a oddanost etickému jednání je základním aspektem kvality služby, která je nabízena uživatelům služeb sociální práce. V dnech 29. 9. – 1. 10. 2004 byl v Adelaide (Austrálie) přijat valným shromážděním IFSW¹⁷⁰ návrh „Etika sociální práce – principy“. IFSW se věnují etice proto, aby podpořily diskuse a reflexi v oblasti etiky ve svých členských organizacích a u poskytovatelů péče, stejně jako ve školách sociální práce a mezi studenty sociální práce. Některé etické výzvy a problémy, se kterými se sociální pracovníci setkávají, jsou specifické pro určité země; jiné jsou obecné. IFSW chce tímto prohlášením, které se věnuje obecným principům, povzbudit sociální pracovníky na celém světě k tomu, aby refletovali výzvy a dilemata, se kterými se setkávají, a aby jejich rozhodnutí, jak jednat v konkrétních případech, byla fakticky podložená. Některé z těchto problémových oblastí zahrnují:

- ☞ Skutečnost, že loajalita sociálních pracovníků se často ocitá se střetu konfliktních zájmů
- ☞ Skutečnost, že sociální pracovníci působí zároveň jako pomocníci i kontroloři
- ☞ Konflikty mezi povinnostmi sociálních pracovníků chránit zájmy lidí, se kterými pracují, a požadavky společnosti na efektivitu a užitečnost
- ☞ Skutečnost, že zdroje ve společnosti jsou limitované.¹⁷¹

¹⁶⁹MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Metody a řízení sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. s. 37-38. ISBN 80-7178-548-2.

¹⁷⁰IFSW – International Federation of Social Workers / Mezinárodní federace sociálních pracovníků – organizace zasahující se o sociální spravedlnost, lidská práva a společenský rozvoj prostřednictvím rozvoje sociální práce, příkladů dobré praxe a mezinárodní spolupráce mezi sociálními pracovníky a jejich profesními společnostmi. Sídlo je ve švýcarském Bernu, Společnost sociálních pracovníků ČR je členem IFSW od roku 1995.

¹⁷¹*Etika sociální práce – principy. Návrh, přijatý valným shromážděním IFSW, Adelaide, Austrálie, 29. 9. – 1. 10. 2004.* [online]. [cit. 2014.11.10].

Mezi základní hodnoty pravidel pro tzv. dobrou praxi sociální práce patří:

- ☞ Respektování klienta (úcta).
- ☞ Upřímnost, otevřenost a důvěryhodnost ve vztahu ke klientovi – sem patří např. dobrá informovanost klienta o dosažitelných službách, práce v nejlepším zájmu klienta.
- ☞ Vzdělanost a dovednost pracovníka – vychází z pozice klienta, která je vždy slabší než pozice sociálního pracovníka, klient nemá dostatek schopností, znalostí, energie a prostředků, aby svůj problém samostatně řešil.
- ☞ Pečlivost a ochota (horlivost) pracovníka – např. ochota jít nad rámec svých základních povinností.
- ☞ Účinnost a užitečnost – ačkoli je obtížné garantovat, že se klientova situace zlepší, přesto by se měl sociální pracovník seznamovat s výsledky výzkumů a používat nové metody práce, které by v daném případě mohly být efektivnější, cílem působení sociálního pracovníka je zmocnění klienta, aby byl dále schopen svoje problémy řešit sám.
- ☞ Oprávněnost (legitimita) – intervence do klientových osobních vztahů, životních plánů a každodenních problémů je možná jen tehdy, když je legitimní, zaštitěná autoritou (státem, profesní organizací apod.).
- ☞ Spolupráce a odpovědnost – sociální pracovníci v rámci organizace i mimo ni sdílejí společnou odpovědnost vzhledem ke klientovi, a proto je spolupráce nezbytná.
- ☞ Autorita a váženost („dobré jméno“) – závisí na udržování vysoké kvality služby; sociální pracovníci by měli pro svou bezúhonnost, odbornost a spolehlivost požívat ve společnosti vážnost.¹⁷²

K pomáhajícím profesím, nevyhnutelně patří syndrom vyhoření, kdy prakticky každý pracovník po určité době má některé jeho projevy. Nespecifickou, obecnou příčinou jeho vzniku jsou zvláštní nároky, jež na pracovníka klade intenzivní kontakt s lidmi využívajícími sociální služby. Při běžném, neprofesionálním pomáhání mezi lidmi mívá jeden pomáhající na starosti obvykle jednoho člověka v tísní a má možnost kontakt s ním regulovat. Profesionální sociální práce přináší pracovníkům nepřetržitý kontakt se skupinami lidí, jejichž potřeby jsou akcentované, psychika je v nerovnováze a jejich představa o přiměřené pomoci není vždy realistická. Dlouhodobý kontakt potom vyžaduje ze strany pracovníka vysokou

¹⁷²MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Metody a řízení sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. s. 39. ISBN 80-7178-548-2.

míru nezdolnosti a schopnost průběžně a efektivně se vyrovnávat s pracovním stresem, ze strany organizace vyžaduje zajištění podmínek minimalizujících popsany specifický stres.¹⁷³

Problémem zajištění činnosti ústavních zařízení sociální péče v ČR je personální zajištění, které je v poměru přibližně 1:1,5 v počtu pracovníků na uživatele. Je nutné upozornit, že v tomto poměru jsou započítáni všichni pracovníci zařízení včetně například údržbářů, administrativních pracovníků, uklízeček a kuchařů, kteří se nezabývají přímou péčí o obyvatele. Jeden pracovník v přímé péči se věnuje přibližně 3 až 15 uživatelům. Nízký počet zaměstnanců vykonávající přímou péči je jedním z hlavních důvodů nízké kvality života obyvatel ústavů.

Existují odchylky oběma směry, nižší počty pracovníků jsou ovšem běžné. Podle zprávy Výzkumného ústavu práce a sociálních věcí Brno z roku 2005 „Kvalifikace pracovníků v sociálních službách“ je převládající pracovní pozicí „pečovatelka“, značný je však i výskyt pracovních zařazení, které by se mohly souhrnně označit jako „zdravotnická“, tj. zdravotní sestra, ošetřovatel – ošetřovatelka, sanitář – sanitářka. Dosažená kvalifikace u pracovníků v přímé péči, jejichž počet je v ústavních zařízeních sociální péče nejfrekventovanější, je v 69 % pečovatelek pouze základní vzdělání doplněné kurzy.

V domovech důchodců je značná heterogenita personálu – jsou zde významně zastoupena všechna pracovní zařazení a lze říci, že v případech některých z nich jako např. pozice „aktivizátora“, „zdravotní sestry“ a „fyzioterapeuta“ je výskyt zaznamenán převážně v tomto typu pobytového zařízení.

V přímé souvislosti s nízkou odbornou kvalifikací personálu v přímé péči hovoří autoři výzkumu právě o převažujícím „materiálním“ (hygiena, strava) způsobu péče. Lze říci, že tento druh péče probíhá na úkor uspokojování komplexu nemateriálních potřeb uživatelů. Podíl sociálních pracovníků je v ústavní péči silně poddimenzován a kvalifikovaní sociální pracovníci se v ústavech vyskytují jen ve velmi nízkém počtu. Často jsou zaměstnaní pouze v managementu zařízení a nikoli v přímé práci s uživatelem.¹⁷⁴

Práce ústavů je kontrolována na mnoha úrovních, mj. i klienty a jejich rodinami. Grantový systém podpor umožňuje rozdělovat peníze takovým způsobem, aby instituce poskytující lepší péči byly zvýhodněny.

¹⁷³MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Metody a řízení sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. s. 55. ISBN 80-7178-548-2.

¹⁷⁴MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti*. [online]. Praha: MPSV. [cit. 2015.01.10]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/3858/Koncepce_podpory.pdf

Ústavy se poldiřtují, ovšem ne všude a ne stejně rychle. Od negativního nálepkování klientů, tj. od jejich definování hendikepem, směruje moderní sociální práce k prioritě klienta jako osobnosti, která má jisté kompetence a jistou schopnost vývoje. Ústavních forem péče ubývá ve prospěch neústavních, tendencí je spíše jít za klientem do jeho prostředí. Nejlepším možným ústavem je takové zařízení, které se podřizuje potřebám svých klientů.¹⁷⁵

¹⁷⁵MATOUŠEK, Oldřich. *Ústavní péče*. 2. rozšířené a přepracované vyd. Praha: Sociologické nakladatelství SLON, 1999. s. 17, 14, 35. ISBN 80-85850-76-1.

8. Výzkum

Výzkumná část mé práce je věnována otázkám struktury obyvatel s ohledem na složení, kde se prolíná věková struktura, ekonomická aktivita, financování ze systému důchodového pojištění a vývoj dalších, pro srovnání důležitých, činitelů.

Z hlediska metodologie se jedná zejména o kvantitativní studii, která zjišťuje, do jaké míry zasahuje invalidita do života seniorů a mapuje vývoj, průběh a podmínky důchodového systému.

8.1 Cíle a forma výzkumu

Cílem výzkumu bylo především zjistit, v jakém měřítku je v České republice zastoupeno obyvatelstvo v postproduktivním věku v souvislosti s vývojem agendy důchodového pojištění. To vše v návaznosti na populaci v tomto věku invalidním.

Pro výzkum byl použit sběr dat z údajů Českého statistického úřadu, České správy sociálního zabezpečení, Výzkumného ústavu práce a sociálních věcí a Ministerstva práce a sociálních věcí. Dále probíhaly konzultace se zástupci výše zmíněných institucí. Výzkumné období je zaměřeno na roky 2004 – 2013.

Hlavní výzkumné téma:

☞ Míra a vývoj invalidizace seniorů

Výzkumné okruhy:

☞ Vývoj struktury obyvatelstva

☞ Vývoj agendy žádostí

☞ Přehled dle skupin diagnóz WHO

☞ Přehled vyplácených invalidních důchodů

☞ Vývoj struktury důchodců

☞ Financování důchodové agendy

☞ Průměr délky pobírání důchodu a věku důchodců

☞ Porovnání výše důchodů a průměrné mzdy

☞ Ekonomická aktivita seniorů

☞ Bydlení, zdravotní a sociální služby

Výzkumné okruhy jsou doprovázeny srovnávacími tabulkami.

8.2 Vývoj struktury obyvatelstva České republiky

K základním výstupům ze sčítání lidu patří zjištění věkové struktury obyvatelstva. Ta je výsledkem dlouhodobého demografického vývoje, změn v úrovni porodnosti, úmrtnosti a zahraniční migrace. Hlavním činitelem ovlivňujícím věkovou strukturu populace České republiky byla měnící se intenzita porodnosti v průběhu 20. století, která spolu s trvalým zlepšováním úmrtnostních poměrů vyústila v tzv. stárnutí populace. To potvrdily také výsledky ze sčítání v roce 2011.

Počet obyvatel celkem i v jednotlivých věkových skupinách měl v poválečné historii vývoj značně nepravidelný, přičemž pro kategorie produktivního (15 až 64 let) a poproduktivního věku (nad 65 let) platily trendy spíše růstové (s rozdílnou intenzitou). Dětská složka 0 až 14 let častěji vykazovala pokles; přírůstky byly pouze v poválečném období a v sedmdesátých letech (důsledek přijatých pronatalitních opatření).

Nás zajímá obyvatelstvo především ve věku nad 65 let. Na přelomu století byl relativně vysoký počet příslušníků starších věkových skupin ve věku ekonomické aktivity, osob ve věku mezi 40 – 64 lety. Jeho těžištěm jsou silné populační ročníky 1940 – 1957, zatímco příslušníci slabších ročníků z třicátých let již překračují dolní hranici důchodového věku.

Růst počtu osob ve věku mezi 65 a 79 lety (tj. osob s nárokem na starobní důchod, nicméně většinou schopných ekonomické aktivity) se po roce 1980 dočasně zastavil. Touto věkovou kategorií procházeli muži a ženy ze slabých populačních ročníků první světové války. Teprve ve druhé polovině devadesátých let, kdy se narození za první světové války postupně dožívali osmdesátky, se dlouhodobý růst této věkové skupiny obnovil.

Vývoj osob ve věku 65 a více let byl ovlivněn jednak úrovní úmrtností ve středním věku a jednak početností generací do daného věku vstupujících. Mezi lety 2001 a 2011 přešly do poproduktivní složky populačně silné generace osob narozených za druhé světové války. Procentuální nárůst je nejvýraznější v nejvyšších věkových skupinách, tj. 95 a více let, je potřeba ale přihlídnout k velmi malé početnosti této věkové skupiny v roce 2001. Souhrnně se populace 65 a víceletých od roku 2001 rozrostla o 17 % a populace 85 a víceletých o 37 %.

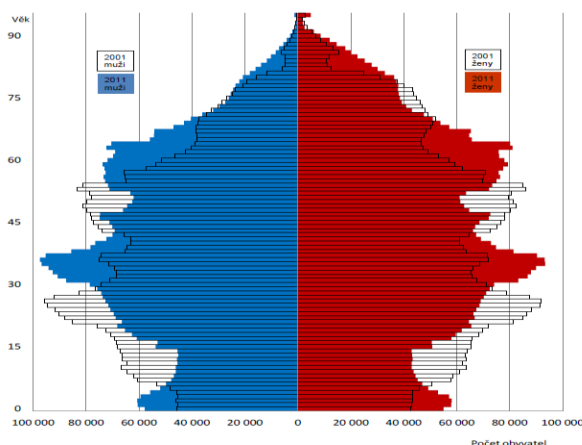
Typickým rysem starší populace je výrazná feminizace, která se s postupujícím věkem ještě prohlubuje. Zatímco ve věkové skupině 65 a více let tvoří ženy necelých 60 %, ve věkové skupině 85 a více let je to již 72 %. Zároveň však tím, jak se tyto věkové skupiny stávají početnější, hodnota indexu maskulinity v čase mírně stoupá. V roce 2001 připadalo na 100 žen ve věkové skupině 65 a více let 62 mužů, v roce 2011 to bylo 67 mužů.

Počet osob ve věku 65 a více let podle pohlaví ze sčítání lidu v letech 2001 a 2011

Věková skupina	2001		2011		Index změny	
	Muži	Ženy	Muži	Ženy	Muži	Ženy
65 a více let v tomto věku	543 114	867 457	664 125	980 711	122,3	113,1
65 - 69	190 976	243 585	254 313	306 356	133,2	125,8
70 - 74	163 890	242 230	165 376	221 401	100,9	91,4
75 - 79	115 207	209 135	121 381	189 215	105,4	90,5
80 - 84	42 777	89 990	80 131	151 982	187,3	168,9
85 - 89	23 394	59 816	35 027	86 702	149,7	144,9
90 - 94	6 271	20 025	6 674	20 255	106,4	101,1
95 - 99	579	2 510	1 123	4 386	194,0	174,7
100 a více	20	166	100	414	500,0	249,4

Během šedesáti let mezi sčítáním 1950 a 2011 vzrostl průměrný věk obyvatel i věkový medián o více než 7 let. S výjimkou sedmdesátých let rostl průměrný věk do devadesátých let v intercenzálním období vždy přibližně o jeden rok. Po sčítání 1991 se tempo růstu začíná zrychlovat a do roku 2001 se průměrný věk zvýšil už o 2,5 roku. V roce 2011 pak dosáhl průměrný věk, medián i index stáří historického maxima. Uvedený dlouhodobý vývoj se promítá do věkové struktury České republiky, která je výrazně nepravidelná.

Věková struktura obyvatelstva České republiky v letech 2001, 2011



Mezi lety 2001 a 2011 se zvýšila hodnota průměrného věku o 2,2 roku. Znamená to, že tempo růstu setrvalo zhruba na úrovni předchozího intercenzálního období. Z hlediska pohlaví byl o něco výraznější nárůst zaznamenán u mužů. Vzrostla také hodnota věkového

mediánu čili věku, který dělí populaci na dvě stejně velké části. Polovina mužů byla starší 38,5 let a polovina žen 41,6 let. Vzrůstající tendenci měly i indexy vyjadřující poměr tří základních věkových složek populace s výjimkou indexu závislosti I. Díky poklesu počtu osob ve věku 0 – 14 let připadl na 100 osob ve věku 15 – 64 let menší počet dětí, než v roce 2001. Index stáří překročil poprvé v historii sčítání lidu hodnotu 100, tzn., že poproduktivní složka převážila nad dětskou.

Ukazatele věkové struktury ze sčítání lidu v letech 2001 a 2011

Ukazatel	2001			2011		
	Muži	Ženy	Celkem	Muži	Ženy	Celkem
Průměrný věk	37,1	40,3	38,8	39,5	42,4	41,0
Věkový medián	35,0	38,6	36,6	38,5	41,6	39,9
Index stáří ¹	64,0	107,6	85,4	86,9	135,3	110,5
Index závislosti I ²	23,7	22,6	23,1	20,9	20,1	20,5
Index závislosti II ³	15,1	24,3	19,7	18,1	27,2	22,6
Index ekonom. zatížení ⁴	38,8	46,8	42,8	39,0	47,3	43,1

¹ Index stáří vyjadřuje, kolik je v populaci obyvatel ve věku 65 let a více na 100 dětí ve věku 0-14 let

² Index závislosti I vyjadřuje počet dětí ve věku 0-14 let na 100 osob ve věku 15-64 let

³ Index závislosti II udává počet osob ve věku 65 a více let na 100 osob ve věku 15-64 let

⁴ Index ekonomického zatížení udává počet dětí ve věku 0-14 let a počet obyvatel ve věku 65 a více let na 100 osob ve věku 15-64 let

V celkovém počtu obyvatel České republiky pak lze pozorovat mírný, ale stálý vzrůst počtu obyvatel až do roku 2013, ve kterém dochází k poklesu.

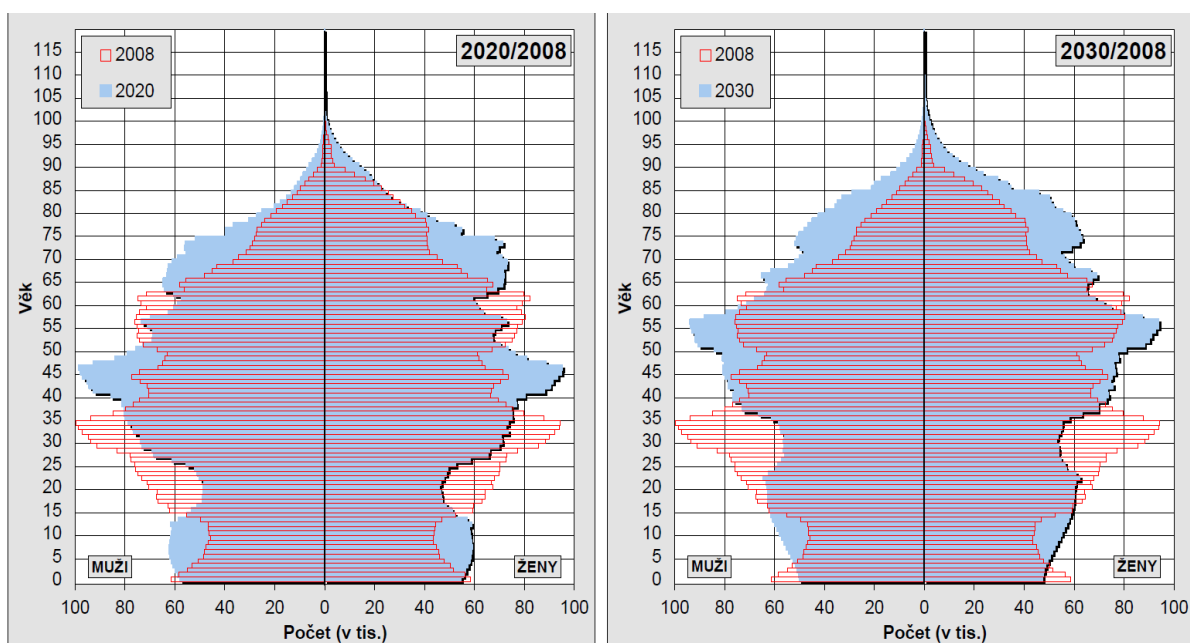
Celkový počet obyvatel České republiky

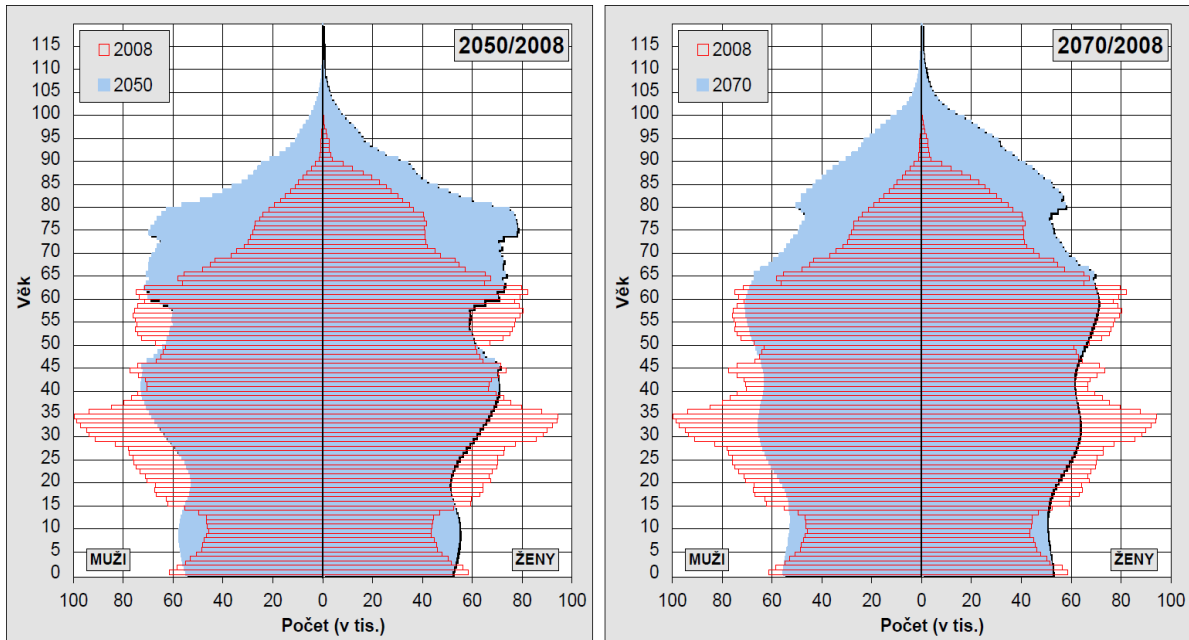
Rok	Muži	Ženy	Celkem
2004	4 980 913	5 239 664	10 220 577
2005	5 002 648	5 248 431	10 251 079
2006	5 026 184	5 261 005	10 287 189
2007	5 082 934	5 298 196	10 381 130
2008	5 136 377	5 331 165	10 467 542
2009	5 157 197	5 349 616	10 506 813
2010	5 168 799	5 363 971	10 532 770
2011	5 158 210	5 347 235	10 505 445
2012	5 164 349	5 351 776	10 516 125
2013	5 162 380	5 350 039	10 512 419

I když oficiální projekce byla zpracována a publikována s horizontem v roce 2030, není na škodu naznačit možné trendy a případné zvraty vývoje v dalším období. Při naplnění vstupních hypotéz a při mechanickém prodloužení scénáře prognózy y roku 2030 o dalších dvacet let lze očekávat, že pokles celkového počtu obyvatel České republiky by plynule pokračoval v řádu 60 až 70 tis. osob ročně až na 8,4 mil. obyvatel v roce 2050 (střední varianta). Podle nízké varianty projekce by počet obyvatel mohl činit pouhých 7,4 mil. obyvatel, tedy tolik, kolik žilo na území ČR kolem roku 1865, Příčinou budou mimořádně nízké přirozené přírůstky, a to i přes očekávané zvýšení realizované plodnosti žen.

Populační stárnutí se prohloubí. Podíl dětské složky se stabilizuje na úrovni 12 – 12,4 %, zatímco ve struktuře dospělého obyvatelstva bude pokračovat protisměrný pohyb. Podíl obyvatel ve věku 15 – 64 let může po roce 2030 dále klesnout o více než pět bodů na 57,2 % a podíl osob starších 65 let může vzrůst až nad 30 %. Průměrný věk populace české republiky by vzrostl z dnešních 38,5 roku na 48,2 roku v polovině příštího století. Jen za uplynulých 50 let se průměrný věk obyvatel zvýšil o 5 roků. Zrychlené stárnutí populace přinese nové otázky a problémy, s jejichž řešením zatím naše společnost nemá žádné zkušenosti.

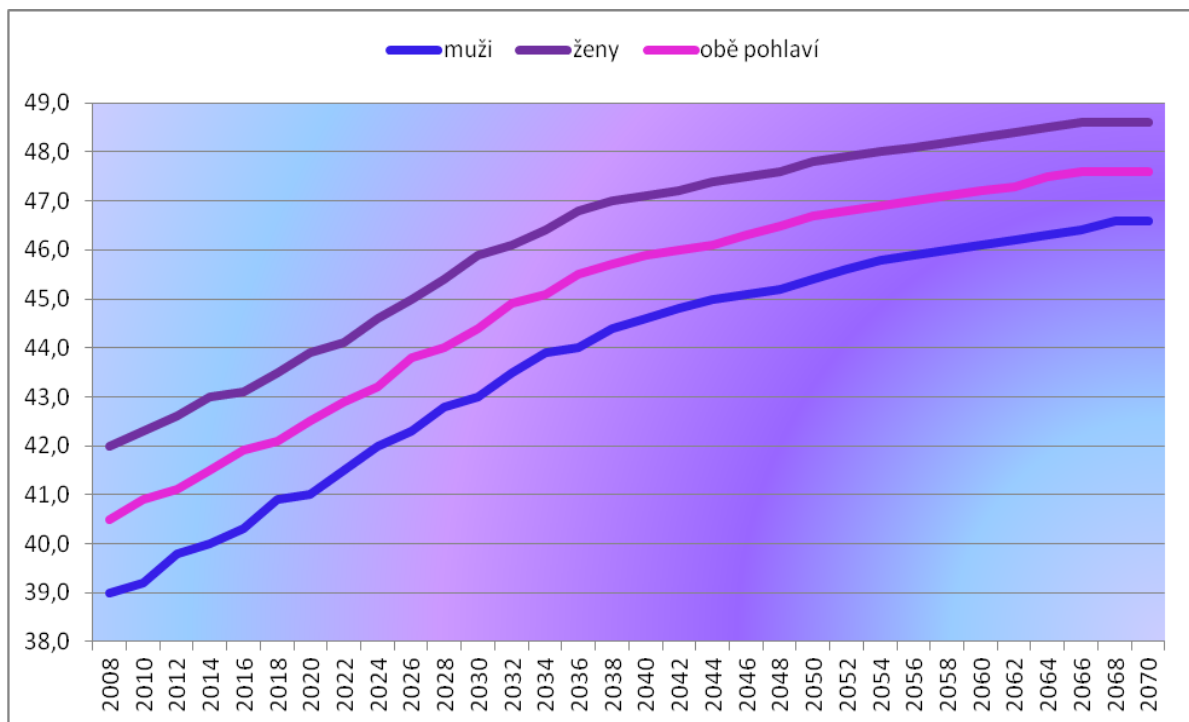
Očekávaná věková struktura obyvatelstva v porovnání s výchozí věkovou strukturou z roku 2008

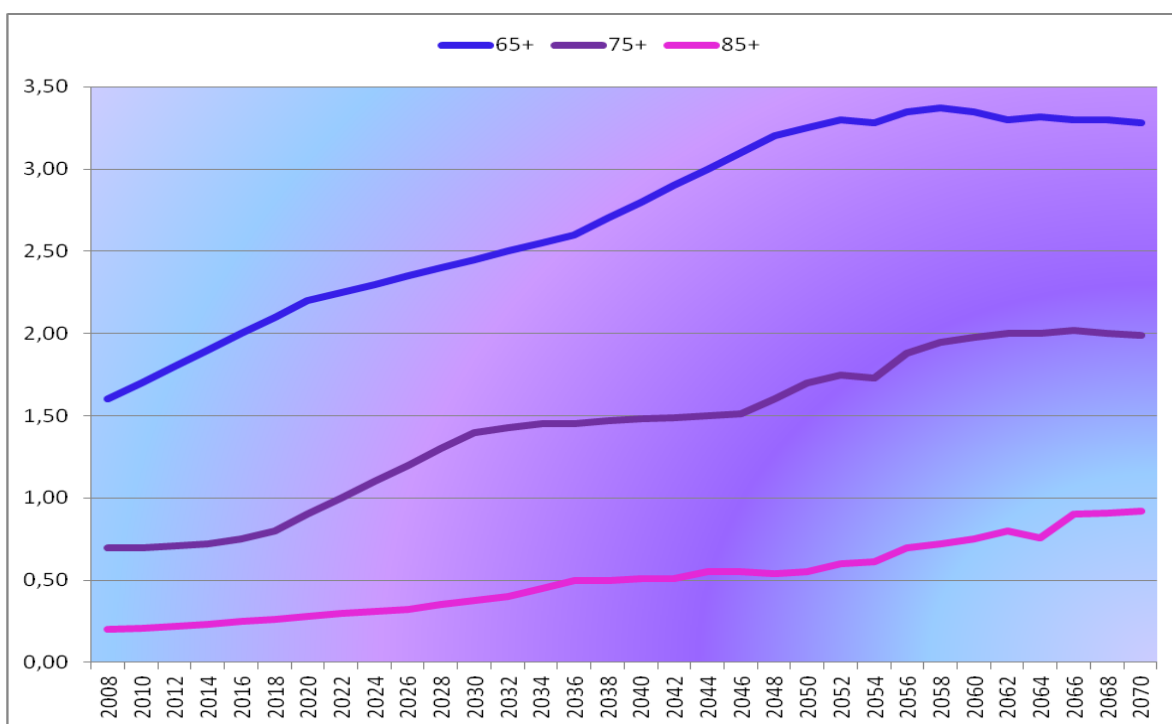




Zdroj: BURCIN, B., KUČERA, T. *Prognóza populačního vývoje České republiky na období 2008-2070*. [cit. 2013-10-25]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/8842/Prognoza_2010.pdf

Očekávaný vývoj průměrného věku v letech 2008 - 2070 (střední varianta)



Očekávané počty seniorů ve vybraných věkových skupinách v letech 2008 - 2070**(střední varianta)**

Grafy vytvořeny z údajů: BARTOŇOVÁ, D., B. BURCIN, L. FIALOVÁ a kol. *Demografická situace České republiky – Proměny a kontexty 1993 – 2008*. Praha: Sociologické nakladatelství SLON, 2010. s. 205, 209. ISBN 978-80-7419-024-7.

8.3 Vývoj agendy žádostí

V předcházející podkapitole je prakticky znázorněn vývoj věkového složení obyvatelstva. Nyní se postupně zaměříme na porovnávací přehledy výkonů souvisejících s důchodovou agendou. Sledované období zahrnuje roky 2004 až 2013 a nás bude zajímat vývoj došlých, zamítnutých a zároveň i nově přiznaných důchodů.

Podle zákona o důchodovém pojištění jsou osoby důchodového pojištění zabezpečení v životních situacích, jako je stáří, invalidita a úmrtí živitele. Tehdy mají plátcí pojistného nárok na vyplácení dávek důchodového zabezpečení.

Základní důchodové pojištění tvoří spolu s nemocenským pojištěním součást sociálního zabezpečení ve smyslu zákona č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení ve znění pozdějších předpisů.

Základním předpisem upravujícím nároky na důchody, způsob stanovení výše důchodů a podmínky pro jejich výplatu je zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, který nabyl účinnosti 1. ledna 1996.

Česká správa sociálního zabezpečení během období let 2004 až 2013 řešila v průměru za rok 122 827 žádostí o starobní důchod a 45 292 o invalidní důchod, kdy se jednalo do 31. 12. 2009 o žádosti o invalidní důchod částečný a invalidní důchod plný, a od 1. 1. 2010 nastala změna na invalidní důchody I., II. a III. stupně. V žádostech o starobní důchod došlo k nejpatrnějšímu poklesu v letech 2012 a 2013, a to téměř o polovinu oproti roku 2011, kdy byl počet žádostí za celou dobu sledování nejvyšší. Invalidních žádostí docházelo v letech 2004 až 2009 téměř vyrovnaně, v následujících letech, od změny posuzování invalidity, dochází k poklesu. Průměrně byla více než třetina žádostí o invalidní důchod zamítnuta, největší vzrůst byl zaznamenán v roce 2009 počtem 20 758.

**Počet došlých žádostí
o důchod**

Rok	Starobní	Invalidní*
2004	126 496	64 990
2005	119 923	64 478
2006	120 255	65 218
2007	119 308	66 790
2008	129 062	65 366
2009	141 774	64 902
2010	122 568	9 984
2011	168 611	11 319
2012	85 978	20 591
2013	94 303	19 284

**Zamítnuté žádosti o
invalidní důchod**

Rok	Celkem
2004	11 924
2005	11 960
2006	9 562
2007	14 897
2008	15 189
2009	20 758
2010	10 377
2011	12 091
2012	13 309
2013	12 423

*souhrnné označení pro invalidní důchody všech stupňů

Ve sledovaném období bylo nově přiznaných důchodů pro invaliditu nejvíce v roce 2004 (50 441), naopak k prudkému poklesu dochází opět v letech 2010 až 2012. Rok 2013 je v počtu nově přiznaných invalidních důchodů nejnižším. Faktem zůstává i vyšší počet přiznaných invalidních důchodů pro muže.

Nově přiznané invalidní důchody*

Rok	Muži	Ženy	Celkem
2004	28 421	22 020	50 441
2005	25 787	20 397	46 184
2006	27 673	21 252	48 925
2007	27 763	22 523	50 286
2008	25 928	21 699	47 627

2009	25 886	21 297	47 183
2010	15 871	12 244	28 115
2011	14 968	12 322	27 290
2012	15 135	13 480	28 615
2013	14 749	13 107	27 856

* jedná se o počet ve všech stupních invalidních důchodů

Starobních důchodů bylo nově přiznáno nejvíce v roce 2011 (147 614), naopak k prudkému poklesu dochází opět v roce 2012 (71 401). V roce 2013 je zaznamenán opět mírný nárůst (83 398). V průměru za celé sledované období bylo nově přiznáno 48 467 starobních důchodů mužům a 51 968 starobních důchodů ženám.

Nově přiznané starobní důchody

Rok	Muži	Ženy	Celkem
2004	40 717	53 403	94 120
2005	39 665	47 248	86 913
2006	44 848	52 736	97 584
2007	41 954	55 088	97 042
2008	49 898	50 113	100 011
2009	61 016	57 695	118 711
2010	54 768	52 785	107 553
2011	70 734	76 880	147 614
2012	36 804	34 597	71 401
2013	44 263	39 135	83 398

Poslední skupinou jsou nově přiznané důchody vzniklé transformací. Jde o záležitost poměrně novou, která nastala od 1. 1. 2010 změnou v posuzování invalidity, a to dle § 61a zákona č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění a jedná se o přeměnu invalidního důchodu na starobní důchod a zánik na invalidní důchod. Nárok na invalidní důchod pro invaliditu prvního nebo druhého stupně a nárok na invalidní důchod pro invaliditu třetího stupně pojištěnce, který nebyl účasten důchodového spoření, zaniká dnem, kterým jeho poživatel dosáhl věku 65 let nebo důchodového věku, je-li důchodový věk vyšší než 65 let; tímto dnem vzniká tomuto poživateli nárok na starobní důchod.

Nově přiznané důchody vzniklé transformací zaznamenávají od svého počátku nárůst, a to až do roku 2013, kdy počet nově přiznaných důchodů vzniklých transformací klesl na celkem 9 809 důchodů. Co se týče rozdělení dle pohlaví, těchto důchodů bylo více přiznáno mužům.

Nově přiznané důchody vzniklé transformací*

Rok	Muži	Ženy	Celkem
2010	4 427	3 227	7 654
2011	5 371	4 640	10 011
2012	5 540	5 206	10 746
2013	4 958	4 851	9 809

* jedná se o transformaci invalidního důchodu v 65 letech věku - dle § 61a z. č. 155/1995 Sb.

8.4 Přehled dle skupin diagnóz WHO

V rozdělení nově přiznaných invalidních důchodů podle skupin diagnóz WHO výzkum směřuje k nemocem, kterými jsou senioři postihováni nejčastěji. Jedná se o tyto skupiny dle Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (ve znění 10. Decenální revize):

- IV. skupina (E00-E99) - Nemoci endokrinní, výživy a přeměny látek (cukrovka – diabetes)
- V. skupina (F00-F99) - Duševní poruchy a poruchy chování
- VI. skupina (G00-G99) - Nemoci nervové soustavy
- IX. skupina (I00-I99) - Nemoci oběhové soustavy (srdce, mozkové infarkty)
- X. skupina (J00-J99) - Nemoci dýchací soustavy
- XI. skupina (K00-K99) - Nemoci trávicí soustavy
- XIII. skupina (M00-M99) - Nemoci svalové a kosterní soustavy

Pro další názorná data jsou skupiny V. a VI. vedeny společně jako duševní choroby. Počty nemocných jsou vyčísleny v tabulkách, rozdělené v přehledech do roku 2009, kdy byl invalidní důchod přiznáván v režimu částečné a plné invalidity a navazuje rok 2010, od kterého je důchod odstupňován do třech stupňů invalidity. Poté následuje grafické znázornění pro možnost porovnání vývoje invalidity v jednotlivých skupinách, zde konkrétně ve čtyřletých odstupech let 2005, 2009 a 2013. Zahrnuty jsou všechny stupně invalidity. Zajímavé je zejména porovnání invalidity dle pohlaví. U všech diagnóz je patrný strmý pokles invalidity po 60 roce, který je dán zejména možností „překlápění“ invalidního důchodu do starobního dosažením věkové hranice 65 let a též vyšší úmrtností.

**Přehled o počtu nově přiznaných invalidních důchodů podle věku a skupin
diagnóz WHO**

Přehled do 31.12.2009 – částečná a plná invalidita

Částečné invalidní důchody, které byly přiznány z důvodu nemocí přeměny látek, zejména cukrovky, mají v období let 2004 – 2009 stoupající křivku již ve věkové skupině 45 – 49 let, nejvyšší nárůst je pak zaznamenáván v rozmezí 50 – 54. Od 55 – 59 let nastává mírně klesající tendence.

U plného invalidního důchodu je stav přiznávání u této skupiny podobný, až do období 55 – 59, kdy naopak počet invalidních vzestupuje.

Částečná invalidita											
IV. skupina – nemoci endokrinní, výživy a přeměny látek (cukrovka – diabetes)											
Rok	0 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	50 - 54	55 - 59	60 +	Celkem
2004	12	28	30	40	57	87	208	345	266	19	1 092
2005	10	22	45	47	61	123	186	318	259	26	1 097
2006	7	19	39	70	66	105	187	365	345	41	1 244
2007	16	31	37	59	90	120	152	307	335	42	1 189
2008	9	21	32	60	65	129	149	290	310	45	1 110
2009	15	22	40	74	72	110	181	282	304	34	1 134

Plná invalidita											
IV. skupina – nemoci endokrinní, výživy a přeměny látek (cukrovka – diabetes)											
Rok	0 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	50 - 54	55 - 59	60 +	Celkem
2004	9	11	22	31	58	87	171	364	408	36	1 197
2005	3	14	27	34	50	76	129	313	377	51	1 074
2006	8	9	19	20	32	57	146	288	377	56	1 012
2007	5	9	22	33	41	67	109	230	355	70	941
2008	4	14	16	19	37	41	88	185	284	72	760
2009	6	11	14	23	28	52	81	197	314	69	795

U V. i VI. skupiny (souhrnně duševní choroby) je nejvyšším nárůstem invalidity věkové rozhraní 50 – 54 let. Poté dochází k poklesu. Více se přiznávají invalidní důchody pro diagnózu V. skupiny, tedy duševních chorob a poruch chování. U nemocí nervové soustavy je počet diagnóz přibližně o polovinu nižší.

Plná invalidita ve skupinách diagnóz zařazených souhrnně do duševních nemocí se od částečné invalidity liší. Po celkem vysokém počtu ve věku 0 – 19 let, následuje pokles, vzestup nastává od 45 – 49 let, kulminuje mezi 50 – 54 rokem, poté počet opět klesá.

Částečná invalidita											
V. skupina – duševní poruchy a poruchy chování											
Rok	0 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	50 - 54	55 - 59	60 +	Celkem
2004	73	139	158	172	190	266	400	515	284	11	2 208
2005	69	134	158	161	219	263	367	580	296	19	2 266
2006	63	125	141	159	201	278	403	564	368	32	2 334
2007	67	170	198	251	235	352	427	651	435	30	2 816
2008	61	124	156	223	222	355	413	579	402	39	2 574
2009	91	167	172	235	312	342	380	623	482	36	2 840
VI. skupina – nemoci nervové soustavy											
Rok	0 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	50 - 54	55 - 59	60 +	Celkem
2004	37	52	78	105	107	140	213	282	145	7	1 166
2005	21	51	95	109	102	156	172	269	195	11	1 181
2006	33	60	81	120	139	173	203	272	195	22	1 298
2007	53	70	73	142	127	164	219	296	200	28	1 372
2008	27	66	76	145	129	132	166	254	197	26	1 218
2009	48	83	101	159	164	168	166	298	249	21	1 457

Plná invalidita											
V. skupina – duševní poruchy a poruchy chování											
Rok	0 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	50 - 54	55 - 59	60 +	Celkem
2004	484	232	283	253	253	332	530	791	549	36	3 743
2005	466	220	273	242	244	301	414	659	515	60	3 394
2006	407	215	233	240	222	337	407	684	572	65	3 382
2007	437	235	225	233	180	267	374	665	539	71	3 226
2008	428	197	209	270	206	219	298	553	506	70	2 956
2009	444	208	205	210	231	248	298	449	478	66	2 837
VI. skupina – nemoci nervové soustavy											
Rok	0 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	50 - 54	55 - 59	60 +	Celkem
2004	154	53	70	72	85	98	180	296	205	19	1 232
2005	158	34	64	85	86	99	150	221	220	24	1 141
2006	146	38	57	86	69	115	149	223	235	27	1 145
2007	140	33	67	95	78	98	144	220	210	35	1 120
2008	184	31	50	76	88	86	114	209	216	40	1 094
2009	210	36	51	75	78	95	94	171	215	31	1 056

Onemocnění oběhové soustavy, tedy zejména nemoci srdce a mozkové infarkty, vysoce stoupá od věkové skupiny 50 – 59 a výše. V porovnání s věkovou skupinou 45 – 49 let, kde je počet postižených již poměrně vysoký, je nárůst více než dvojnásobný.

U plné invalidity, je počet stejně jako u částečné invalidity, prudce stoupající od 50 – 54 let a pokračuje dalším vzestupem, který je vyšší, než-li u invalidity částečné.

Částečná invalidita											
IX. skupina – nemoci oběhové soustavy (srdce, mozkové infarkty)											
Rok	0 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	50 - 54	55 - 59	60 +	Celkem
2004	4	17	45	62	105	219	492	1 071	1 075	111	3 201
2005	5	17	37	54	107	166	473	898	1 065	144	2 966
2006	6	20	35	55	71	160	386	781	1 104	173	2 791
2007	6	16	32	75	104	202	371	821	1 038	217	2 882
2008	5	25	26	69	100	190	306	686	926	201	2 534
2009	2	15	30	54	93	173	309	634	982	226	2 518
Plná invalidita											
IX. skupina – nemoci oběhové soustavy (srdce, mozkové infarkty)											
Rok	0 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	50 - 54	55 - 59	60 +	Celkem
2004	7	14	38	54	103	171	478	1 089	1 676	230	3 860
2005	18	26	40	50	82	152	373	995	1 488	302	3 526
2006	8	21	29	43	70	147	336	865	1 481	324	3 324
2007	6	13	31	53	80	138	251	683	1 207	344	2 806
2008	11	16	25	35	59	97	239	516	927	300	2 225
2009	20	14	13	44	49	120	195	471	913	281	2 120

Onemocnění soustavy dýchací bylo v rámci částečného důchodu v letech 2004 – 2009 poměrně nízkého počtu, v porovnání s ostatními skupinami je nejnižší. Vyšší výskyt je zaznamenán od věkové kategorie 50 – 54 let. Od období 55 – 59 let následuje pokles. Totéž se projevilo i u invalidních důchodů plných.

Částečná invalidita											
X. skupina – nemoci dýchací soustavy											
Rok	0 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	50 - 54	55 - 59	60 +	Celkem
2004	4	13	24	33	41	71	99	190	122	15	612
2005	0	15	21	40	47	52	85	169	116	12	557
2006	3	8	15	32	46	62	98	183	140	19	606
2007	7	10	23	33	53	57	106	163	139	10	601
2008	4	7	13	24	45	60	67	142	160	10	532
2009	2	8	15	32	40	50	83	120	124	24	498

Plná invalidita											
X. skupina – nemoci dýchací soustavy											
Rok	0 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	50 - 54	55 - 59	60 +	Celkem
2004	3	8	13	16	29	35	99	212	230	29	674
2005	2	3	8	15	20	29	75	183	229	32	596
2006	2	5	12	21	29	38	71	176	219	40	613
2007	0	5	8	17	29	31	55	145	211	37	538
2008	1	4	9	11	20	30	47	115	177	47	461
2009	2	4	5	8	19	30	43	101	168	45	425

Další, celkově nízká invalidita, spadá pod nemoci trávicí soustavy, kde více začíná stoupat počet již u věkové kategorie 45 – 49 let, pokračuje u roků 50 – 54 let, poté, stejně jako X. skupiny následuje pokles.

XI. skupina – nemoci trávicí soustavy											
Rok	0 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	50 - 54	55 - 59	60 +	Celkem
2004	6	33	61	58	77	95	154	196	116	3	798
2005	1	41	52	59	79	98	125	197	123	8	783
2006	7	25	50	84	74	90	126	173	132	7	768
2007	9	38	58	90	94	97	114	199	121	13	833
2008	3	45	55	98	97	80	130	174	138	17	837
2009	10	49	52	80	98	92	121	161	130	10	803

Plná invalidita											
XI. skupina – nemoci trávicí soustavy											
Rok	0 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	50 - 54	55 - 59	60 +	Celkem
2004	3	26	44	54	62	82	185	238	187	20	901
2005	7	32	33	45	64	84	132	237	163	19	816
2006	3	18	38	43	57	93	113	230	199	14	808
2007	6	30	34	42	70	78	129	179	169	27	764
2008	7	22	36	50	49	78	104	161	167	30	704
2009	6	27	29	56	52	67	74	148	139	27	625

Vůbec nejčastější diagnózou přiznávání částečných důchodů patří do XIII. skupiny, tedy nemocí svalové a kosterní soustavy. Patrnější zvyšování je již ve věkové skupině 30 – 34 let, poté následuje prudký vzestup, kdy nejvíce postiženou věkovou kategorií jsou roky 50 – 54.

Částečná invalidita											
XIII. skupina – nemoci svalové a kosterní soustavy											
Rok	0 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	50 - 54	55 - 59	60 +	Celkem
2004	29	103	251	499	748	1 162	2 096	3 500	2 396	140	10 924
2005	21	68	203	430	673	992	1 717	3 077	2 262	214	9 657
2006	12	81	198	482	725	1 097	1 731	3 290	2 755	314	10 685
2007	20	93	249	579	852	1 325	1 831	3 553	3 089	447	12 038
2008	35	133	232	571	854	1 229	1 839	3 415	3 126	467	11 901
2009	35	105	198	527	876	1 239	1 742	3 315	3 170	461	11 668

Plná invalidita											
XIII. skupina – nemoci svalové a kosterní soustavy											
Rok	0 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	50 - 54	55 - 59	60 +	Celkem
2004	18	86	182	327	462	625	1 143	2 058	2 043	241	7 185
2005	26	50	159	275	332	542	934	1 681	1 658	223	5 880
2006	24	62	136	304	411	589	891	1 752	1 946	289	6 404
2007	28	86	142	304	421	659	888	1 775	2 025	424	6 752
2008	27	76	150	329	435	629	852	1 783	1 999	473	6 753
2009	31	72	127	283	458	549	824	1 528	2 128	464	6 464

Přehled od 1. 1. 2010

Pro diagnózu IV. skupiny, zejména cukrovky, bylo od roku 1. 1. 2010 přiznáno nejvíce invalidních důchodů I. stupně. Nejvyšší nárůst je zaznamenán od věku 50 let. V porovnání s invalidními důchody přiznanými do 31. 12. 2009 je v této skupině těchto onemocnění výrazně méně.

Invalidita I. stupně											
IV. skupina – nemoci endokrinní, výživy a přeměny látek (cukrovka – diabetes)											
Rok	0 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	50 - 54	55 - 59	60 +	Celkem
2010	6	19	26	32	43	59	99	153	179	19	635
2011	14	19	13	32	55	58	84	152	194	20	641
2012	13	22	31	33	51	78	88	140	184	27	667
2013	11	27	23	36	54	76	81	134	184	24	650

Invalidita II. stupně											
IV. skupina – nemoci endokrinní, výživy a přeměny látek (cukrovka – diabetes)											
Rok	0 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	50 - 54	55 - 59	60 +	Celkem
2010	2	5	10	9	9	22	33	67	91	13	261
2011	4	6	7	9	20	20	28	67	95	18	274
2012	1	5	4	12	16	21	40	59	83	16	257
2013	5	4	2	6	10	13	35	60	94	10	239

Invalidita III. stupně											
IV. skupina – nemoci endokrinní, výživy a přeměny látek (cukrovka – diabetes)											
Rok	0 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	50 - 54	55 - 59	60 +	Celkem
2010	2	1	6	8	10	22	33	86	111	24	303
2011	6	5	6	13	17	13	33	52	99	24	268
2012	4	1	8	5	8	15	22	45	82	22	212
2013	7	4	6	4	14	23	30	42	71	31	232

U invalidity I. stupně docházelo k nejvyššímu nárůstu u V. i VI. skupiny diagnóz, podobně jako v minulých letech plně a částečné invalidity, v rozmezí 50 – 54 let. V letech 2010 a 2012 se nárůst u VI. skupiny vyrovnal pro roky 50 – 54 a 55 – 59.

Pro invaliditu II. stupně platil v V. skupině též nárůst pro roky 50 – 54 let, ovšem pro VI. skupinu vzrůst kulminoval až pro věkové rozhraní 55 – 59 let.

V invaliditě pro III. stupeň lze vysledovat pro V. i VI. stupeň diagnóz nejvyšší nárůst ve věkové hranici 55 – 59 let, kromě roku 2010, kdy bylo pro V. i VI. stupeň přiznáno téměř stejně důchodů.

Pro duševní choroby je v I. a II. stupni invalidity postupný nárůst případů, pro V. skupinu celkově vyšší. Ve třetím stupni invalidity je nejvíce postižených duševními chorobami již ve věkové skupině 0 – 19 let (vrozené vady), poté pokles s následujícím mírným nárůstem. Celkově bylo nejvíce přiznáno invalidních důchodů v I. stupni invalidity pro V. skupinu.

Invalidita I. stupně											
V. skupina – duševní choroby a poruchy chování											
Rok	0 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	50 - 54	55 - 59	60 +	Celkem
2010	55	128	115	163	202	234	269	430	313	16	1 925
2011	92	140	118	155	241	262	327	394	329	11	2 069
2012	122	161	181	204	308	328	397	476	398	22	2 597
2013	78	176	160	184	304	324	405	440	395	37	2 503
VI. skupina – nemoci nervové soustavy											
Rok	0 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	50 - 54	55 - 59	60 +	Celkem
2010	32	45	60	76	103	97	106	159	159	12	849
2011	26	48	67	79	131	113	123	147	131	12	877
2012	41	71	74	109	150	131	149	163	163	21	1 072
2013	26	60	69	86	123	136	115	143	155	23	936

Invalidita II. stupně											
V. skupina – duševní choroby a poruchy chování											
Rok	0 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	50 - 54	55 - 59	60 +	Celkem
2010	35	61	55	71	73	73	115	182	149	10	824
2011	42	66	61	68	93	84	115	156	146	13	844
2012	49	77	52	66	88	110	131	165	152	14	904
2013	44	65	60	59	89	67	121	140	177	15	837
VI. skupina – nemoci nervové soustavy											
Rok	0 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	50 - 54	55 - 59	60 +	Celkem
2010	18	24	10	34	30	33	46	62	68	9	334
2011	31	12	18	30	42	48	66	63	82	9	401
2012	24	10	24	30	51	41	44	58	101	13	396
2013	16	21	16	19	47	48	50	61	83	16	377

Invalidita III. stupně											
V. skupina – duševní choroby a poruchy chování											
Rok	0 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	50 - 54	55 - 59	60 +	Celkem
2010	407	131	144	141	158	148	200	233	232	25	1 819
2011	492	120	133	146	156	130	157	196	237	21	1 788
2012	437	169	135	141	172	149	158	167	212	31	1 771
2013	472	144	145	129	149	154	153	164	194	33	1 737
VI. skupina – nemoci nervové soustavy											
Rok	0 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	50 - 54	55 - 59	60 +	Celkem
2010	172	19	16	27	46	44	46	74	84	19	547
2011	178	14	16	36	33	41	48	74	103	19	562
2012	218	16	15	22	40	42	40	75	91	26	585
2013	196	19	21	26	32	30	40	50	94	34	542

Nemoci oběhové soustavy, zejména nemoci srdce a mozkové infarkty, postihují nejčastěji osoby v rozmezí 55 – 59 let. Nejméně invalidních důchodů se v pro tuto diagnózu přiznalo II. stupni invalidity. I. a III. stupeň jsou co do počtu téměř vyrovnané a mají téměř dvojnásobný počet případů v porovnání se stupněm II.

Invalidita I. stupně											
IX. skupina – nemoci oběhové soustavy (srdce, mozkové infarkty)											
Rok	0 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	50 - 54	55 - 59	60 +	Celkem
2010	4	7	15	34	39	84	157	364	529	115	1 348
2011	4	7	15	44	50	102	173	332	463	82	1 272
2012	5	10	19	28	62	108	207	327	512	90	1 368
2013	6	10	21	35	74	107	196	310	511	143	1 413

Invalidita II. stupně											
IX. skupina – nemoci oběhové soustavy (srdce, mozkové infarkty)											
Rok	0 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	50 - 54	55 - 59	60 +	Celkem
2010	0	3	7	11	30	55	82	196	312	82	778
2011	4	7	4	16	31	44	117	189	322	73	807
2012	2	1	9	8	35	36	100	162	340	81	774
2013	0	2	5	12	26	50	91	169	299	109	763

Invalidita III. stupně											
IX. skupina – nemoci oběhové soustavy (srdce, mozkové infarkty)											
Rok	0 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	50 - 54	55 - 59	60 +	Celkem
2010	7	8	18	34	46	74	170	344	502	127	1 330
2011	8	10	14	19	49	75	143	244	488	161	1 211
2012	6	12	10	23	41	82	141	250	453	163	1 181
2013	5	4	7	14	35	70	153	237	421	179	1 125

Stejně jako v minulých letech jsou počtem nejméně zastoupeny nemoci dýchací soustavy v X. skupině. Nejvíce osob onemocnělo a byla jim přiznána invalidita ve věkovém rozmezí 55 – 59 let v I. stupni invalidity.

Invalidita I. stupně											
X. skupina – nemoci dýchací soustavy											
Rok	0 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	50 - 54	55 - 59	60 +	Celkem
2010	1	1	4	9	22	32	51	74	101	13	308
2011	1	2	10	14	26	31	44	63	81	7	279
2012	1	3	6	15	21	32	40	63	86	11	278
2013	0	3	6	14	30	36	52	59	77	11	288

Invalidita II. stupně											
X. skupina – nemoci dýchací soustavy											
Rok	0 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	50 - 54	55 - 59	60 +	Celkem
2010	1	0	6	9	11	12	23	52	70	9	193
2011	1	2	2	7	6	14	24	40	49	9	154
2012	0	3	5	7	8	11	22	32	47	8	143
2013	0	1	5	6	11	12	19	29	57	18	158

Invalidita III. stupně											
X. skupina – nemoci dýchací soustavy											
Rok	0 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	50 - 54	55 - 59	60 +	Celkem
2010	3	1	5	3	13	10	20	45	79	19	198
2011	1	2	0	4	10	3	14	26	67	17	144
2012	0	0	2	5	7	7	19	31	60	26	157
2013	1	1	2	2	1	10	12	22	51	20	122

O něco málo více případů trpí chorobami trávicí soustavy, pro které bylo přiznáno nejvíce důchodů pro I. a III. stupeň invalidity.

Invalidita I. stupně											
XI. skupina – nemoci trávicí soustavy											
Rok	0 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	50 - 54	55 - 59	60 +	Celkem
2010	5	31	32	39	41	48	62	66	57	6	387
2011	10	34	34	32	41	43	45	61	56	10	366
2012	7	40	41	47	67	47	61	61	68	3	442
2013	10	28	32	42	60	62	60	52	62	8	416

Invalidita II. stupně											
XI. skupina – nemoci trávicí soustavy											
Rok	0 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	50 - 54	55 - 59	60 +	Celkem
2010	5	7	9	12	19	24	21	47	39	4	187
2011	2	10	7	14	22	20	25	47	45	6	198
2012	4	9	11	6	24	21	34	45	39	3	196
2013	1	13	12	10	16	24	24	34	47	7	188

Invalidita III. stupně											
XI. skupina – nemoci trávicí soustavy											
Rok	0 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	50 - 54	55 - 59	60 +	Celkem
2010	4	10	18	34	38	43	54	92	76	13	382
2011	3	24	15	31	34	47	62	53	70	22	361
2012	8	21	21	32	23	35	51	67	87	15	360
2013	3	12	18	28	39	34	43	60	81	18	336

A stejně tak jako do roku 2009 si udržuje nejvyšší počet nemocných skupina XIII. zahrnující nemoci svalové a kosterní soustavy. K téměř dvojnásobnému nárůstu dochází po 50. roce a nejvíce postižených je v I. stupni invalidity

Invalidita I. stupně											
XIII. skupina – nemoci svalové a kosterní soustavy											
Rok	0 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	50 - 54	55 - 59	60 +	Celkem
2010	8	35	78	221	407	527	747	1 418	1 542	228	5 211
2011	23	44	66	214	418	514	802	1 295	1 431	178	4 985
2012	9	51	104	210	484	591	887	1 278	1 518	179	5 311
2013	17	40	76	189	456	553	874	1 237	1 529	254	5 225

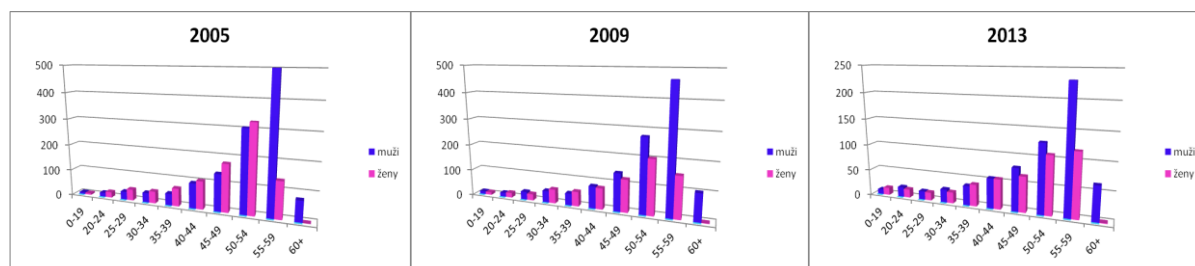
Invalidita II. stupně											
XIII. skupina – nemoci svalové a kosterní soustavy											
Rok	0 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	50 - 54	55 - 59	60 +	Celkem
2010	9	13	26	64	76	109	198	377	511	89	1 472
2011	8	9	21	34	96	108	170	315	441	77	1 279
2012	5	7	21	47	84	103	181	291	425	82	1 246
2013	5	8	16	30	88	108	157	250	400	102	1 164

Invalidita III. stupně											
XIII. skupina – nemoci svalové a kosterní soustavy											
Rok	0 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	50 - 54	55 - 59	60 +	Celkem
2010	16	16	32	80	104	122	170	277	420	103	1 340
2011	18	15	21	42	83	98	177	210	367	82	1 113
2012	10	10	23	49	83	103	149	206	299	84	1 016
2013	15	17	18	42	104	123	142	193	303	79	1 036

Porovnání diagnostických skupin ve čtyřletých intervalech (2005 – 2009 – 2013) grafické znázornění

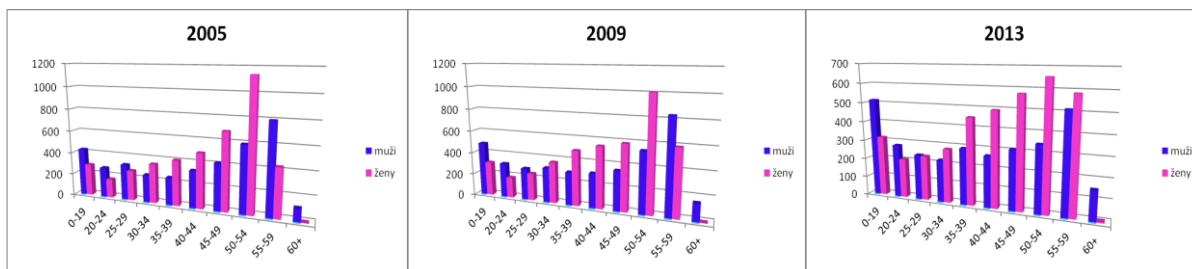
IV. skupina – nemoci endokrinní, přeměny látek (cukrovka – diabetes)

Ve IV. skupině nemocí přeměny látek došlo od roku 2005 k poklesu případů. V porovnání počtu výskytu mezi muži a ženami je ve všech obdobích nejprudší nárůst onemocnění mužů ve věku od 55 let. U žen je zajímavý jeden vyšší vrůst oproti mužům, a to v roce 2009 a věku od 35 – 54 let věku. Ostatní věkové kategorie jsou téměř vyrovnané.

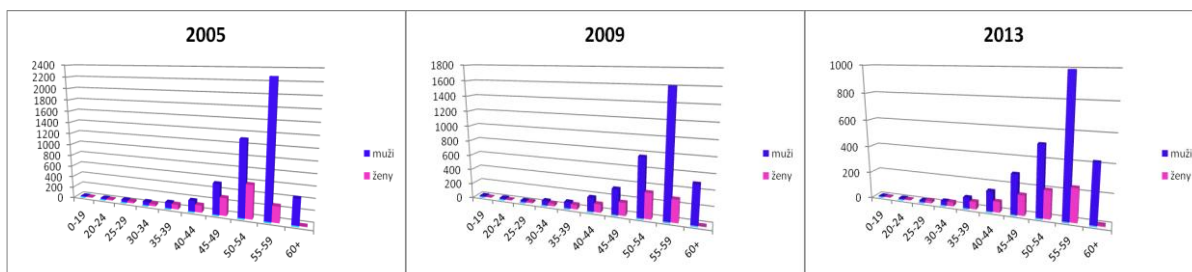


V. + VI. skupina – duševní choroby a nemoci nervové soustavy

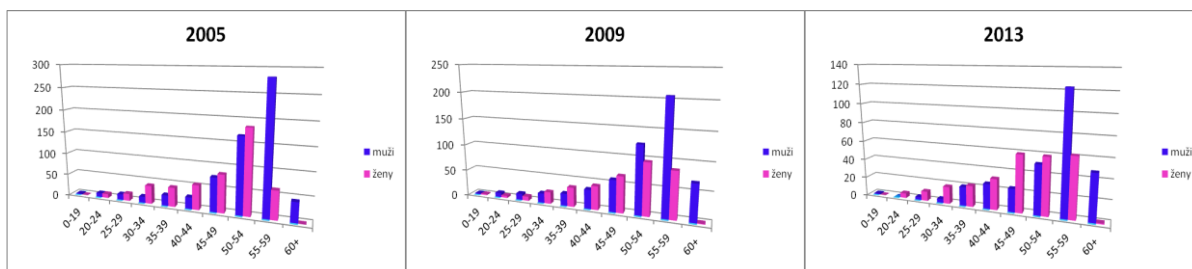
Duševními chorobami trpí daleko více ženy, u mužů tato diagnostika převládala v letech 2005 a 2009 u věkových kategorií nad 55 let.

**IX. skupina – nemoci oběhové soustavy (srdce, mozkové infarkty)**

V počtu postižení nemocemi oběhové soustavy jednoznačně dominují muži, a to ve všech letech i věkových rozmezí. Vůbec nejvyšší rozdíl v poměru mužů k ženám je od 55. roku věku.

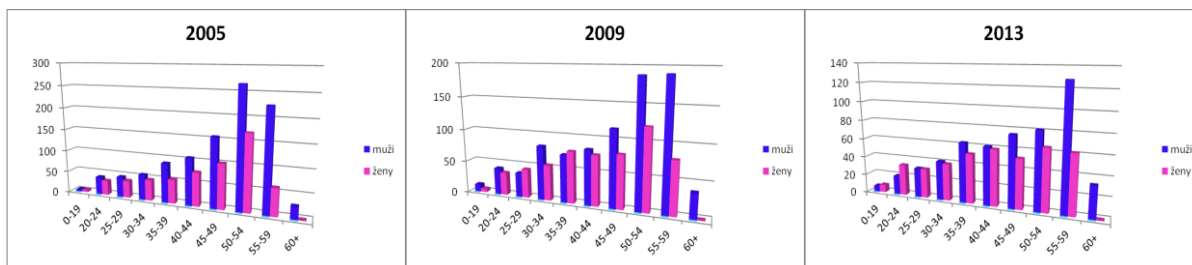
**X. skupina – nemoci dýchací soustavy**

Nemocemi dýchací soustavy byly ve všech sledovaných obdobích postiženy více ženy do věkové kategorie 45 – 49 let. Mezi 50 – 54 lety byla situace mezi pohlavími střídavá, od věku 55 let jsou výrazně více postiženi dýchacími potížemi muži.

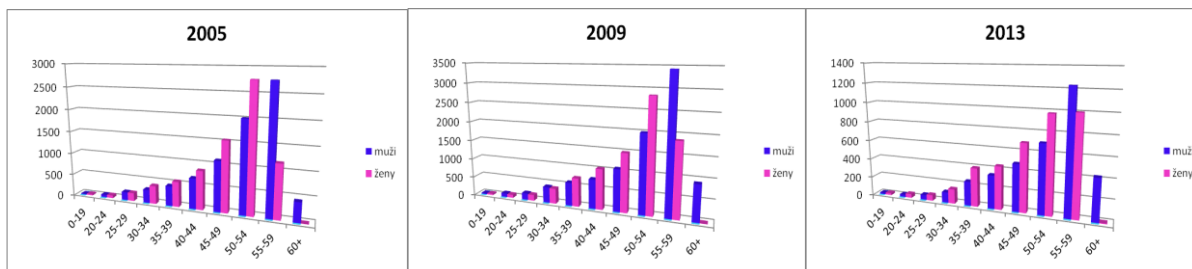


XI. skupina – nemoci trávicí soustavy

S trávicí soustavou má více problémů mužská populace, kdy je v letech 2005 i 2009 vysoký nárůst případů u mužů od 50 let výše. V roce 2013 se ale tato věková hranice posunula a prudký vzrůst těchto diagnóz nastává až po 55 roce života.

**XIII. skupina – nemoci svalové a kosterní soustavy**

Ženy trpí obecně nemocemi svalů a kostry více než muži do věku 54 let, poté se situace obrací a naopak převyšuje počet případů těchto onemocnění u mužů.

**8.5 Přehled vyplácených invalidních důchodů**

Nejvíce invalidních důchodů bylo vypláceno do 31.12.2009 pro částečný invalidní důchod ve věkovém rozhraní 50 – 54 let, s výjimkou roku 2009, kdy se zvýšil počet vyplácených invalidních důchodů pro věk 55 – 59 let. Pro plný invalidní důchod byl nejvyšším počtem vyplácených důchodů věk 55 – 59 let. Poté dochází, jak u částečné, tak plné invalidity, k poklesu, u částečné invalidity k poklesu prudkému.

Přehled o počtu vyplácených invalidních důchodů podle věku důchodce**Přehled do 31.12.2009**

IČ*	Rok					
	2004	2005	2006	2007	2008	2009
50 - 54	52 409	52 609	53 376	53 486	52 744	50 971
55 - 59	40 891	45 505	49 348	52 965	52 327	60 396
60 - 64	5 410	6 923	8 819	11 695	14 215	15 118
65 - 69	151	158	195	200	281	313
70 - 74	82	81	71	77	79	77
75 - 79	72	71	75	65	56	51
80 - 84	32	26	25	19	27	37
85 - 89	9	7	8	7	5	3
90+	1	2	1	2	2	2

I**	Rok					
	2004	2005	2006	2007	2008	2009
50 - 54	50 095	48 741	47 013	44 528	41 623	38 357
55 - 59	70 743	72 893	72 064	69 956	66 826	64 034
60 - 64	47 299	48 541	53 124	57 969	59 865	59 897
65 - 69	30 112	29 017	28 966	28 715	29 083	29 299
70 - 74	23 891	24 717	23 595	22 259	21 282	20 530
75 - 79	11 845	11 769	12 339	13 057	13 574	14 273
80 - 84	5 009	5 239	5 442	5 668	5 715	5 643
85 - 89	881	1 040	1 186	1 426	1 606	1 673
90+	358	314	284	251	242	286

* částečný invalidní důchod dle § 43 a § 44 z. č. 155/1995 Sb. ve znění do 31.12.2009 nebo příslušných ustanovení předchozích předpisů

** plný invalidní důchod dle § 38 a § 39 z. č. 155/1995 Sb. ve znění do 31.12.2009 nebo příslušných ustanovení předchozích předpisů

U invalidních důchodů po 1. 1. 2010 u I. i II. stupně invalidity došlo k nejvyššímu nárůstu vyplácených invalidních důchodů podle věku v rozhraní od 55 – 59 let. Poté dochází k poklesu. U invalidity III. stupně naopak dochází k postupnému zvyšování vyplácení invalidních důchodů, a to až do věku 65 let, kdy dochází k transformaci důchodu a invalidní důchod se mění na důchod starobní důchod a invalidní důchod zaniká.

Přehled od 1. 1. 2010

IP*	Rok			
Věk	2010	2011	2012	2013
50 - 54	36 833	34 032	31 437	30 409
55 - 59	47 919	45 261	46 303	46 640
60 - 65	12 839	11 469	13 647	15 996
ID**	Rok			
Věk	2010	2011	2012	2013
50 - 54	12 384	12 387	12 172	12 032
55 - 59	16 711	17 791	19 389	20 246
60 - 65	4 330	4 419	5 788	7 332
IT***	Rok			
Věk	2010	2011	2012	2013
50 - 54	32 639	28 510	25 909	24 644
55 - 59	57 960	52 480	48 062	44 325
60 - 65	59 266	56 045	53 595	51 397

*Invalidita prvního stupně **Invalidita druhého stupně ***Invalidita třetího stupně

8.6 Vývoj struktury důchodců

Dále se zaměříme na vývoj celkového počtu důchodců. Co se týká invalidních důchodců, nejvyšší počet je v roce 2008, roky 2010 až 2013 nám opět naznačují pokles, jak je již patrné z předchozí tabulek týkajících se žádostí o invalidní důchody. Ohledně srovnání mezi pohlavími pak převažuje počet invalidních důchodců - mužů.

Počet invalidních důchodců*

Rok	Muži	Ženy	Celkem
2004	283 078	224 556	507 634
2005	286 345	228 483	514 828
2006	291 324	233 706	525 030
2007	294 378	237 743	532 121
2008	293 433	241 145	534 578
2009	290 126	242 689	532 815
2010	243 627	207 526	451 153
2011	232 314	199 076	431 390
2012	227 742	197 976	425 718
2013	223 738	197 524	421 262

* jedná se o počet ve všech stupních invalidních důchodů

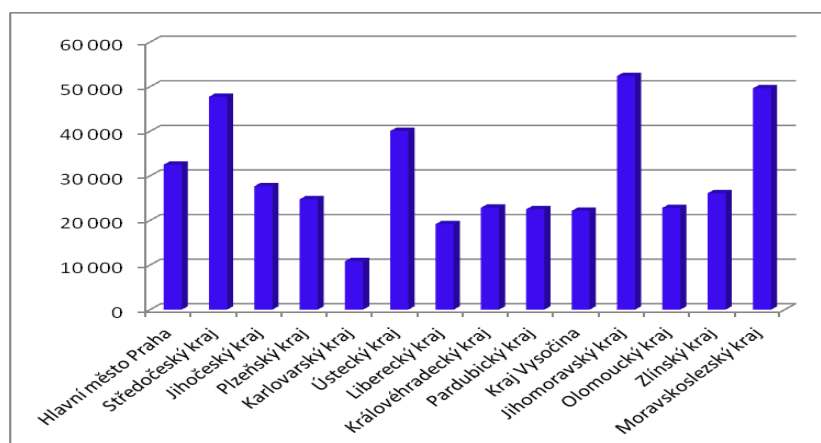
Počet starobních důchodců je provázen rostoucí křivkou, kdy v porovnání let 2004 a 2013 se zvýšil počet starobních důchodců o 351 456 a je jisté, že tento počet nadále poroste. Údaje v tabulce zahrnují od roku 2010 též starobní důchody vzniklé transformací invalidního důchodu v 65 letech věku dle § 61a zákona č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění.

Počet starobních důchodců

Rok	Muži	Ženy	Celkem
2004	599 970	776 666	1 376 636
2005	608 167	785 357	1 393 524
2006	622 406	801 579	1 423 985
2007	636 529	818 941	1 455 470
2008	658 442	832 695	1 491 137
2009	684 278	848 734	1 533 012
2010	749 291	898 243	1 647 534
2011	788 790	936 602	1 725 392
2012	793 481	933 042	1 726 523
2013	798 383	929 709	1 728 092

Invalidních důchodců je nejvíce v Jihomoravském, Moravskoslezském a Středočeském kraji, dále je vyšší koncentrace v Ústeckém kraji. Naopak nejméně v Karlovarském kraji. Zdravotní stav obyvatelstva je ovlivněn zejména ekonomickým rázem regionu a kvalitou životního prostředí a ovzduší. Hlavní roli zvýšeného výskytu duševních poruch hraje tlak uspěchanosti doby, nižší kvalita ovzduší a stresové faktory velkoměst. Naopak, obyvatelé regionů se zvýšenou koncentrací těžebního, chemického a těžkého průmyslu budou více postiženi nemocemi svalové a kosterní soustavy.

Invalidní důchodci podle kraje



8.7 Financování důchodové agendy

Sociální výdaje Ministerstva práce a sociálních věcí ČR byly v roce 2012 celkem 464 miliard korun. Stát poslal lidem o 12,1 miliardy korun více než v roce 2011. Více peněz putovalo právě na důchody, ale také občanům na pomoc v hmotné nouzi. Naopak nižší byly výdaje resortu na dávkách nemocenského pojištění a podpory v nezaměstnanosti.

Výdaje na důchody v roce 2012 meziročně vzrostly o 13,7 mld. Kč a dosáhly 372,8 mld. Kč (tj. 80,3 procenta všech prostředků na sociální výdaje MPSV v roce 2012, o rok dříve byl tento podíl 79,5 procenta). Nárůst způsobila především valorizace důchodů v lednu 2012 a meziročně vyšší zálohy poštám na výplatu důchodů na následující rok (v prosinci 2011 se jednalo o 2,0 mld. Kč, v prosinci 2012 šlo o 6,9 mld. Kč).

V porovnání od roku 2004 se zvýšily výdaje na starobní důchody o 137 547 610 tis. Kč, kdy v roce 2013 výdaje tvořily 300 573 517 tis. Kč. U invalidních důchodů byl vzestup výdajů od roku 2004 do roku 2013 celkem o 2 149 832 tis. Kč. V roce 2013 tvořily výdaje na invalidní důchody celkem 44 500 057 tis. Kč.

Výdaje na starobní důchody (v tis. Kč)

Rok	Celkem
2004	163 025 907
2005	175 668 780
2006	188 948 637
2007	203 932 710
2008	222 104 621
2009	243 636 373
2010	265 985 460
2011	284 614 254
2012	295 140 264
2013	300 573 517

Výdaje na invalidní důchody* (v tis. Kč)

Rok	Celkem
2004	42 350 225
2005	45 602 571
2006	49 040 984
2007	53 674 139
2008	57 398 143
2009	60 988 548
2010	47 681 513
2011	47 450 817
2012	45 476 012
2013	44 500 057

* jedná se o počet ve všech stupních invalidních důchodů

8.8 Průměr délky pobírání důchodu a věku důchodců

Průměrná délka pobírání řádného starobního důchodu se postupně zvyšuje podle doby zániku od 21,30 let (rok 2004) do 23,50 (rok 2013). Delší doba se projevuje u žen.

Vývoj průměrné délky doby pobírání řádného starobního důchodu (v letech)

Rok zániku	Muži	Ženy	Celkem
2004	17,68	24,20	21,30
2005	17,98	24,55	21,67
2006	18,03	24,64	21,72
2007	18,04	25,01	21,98
2008	18,28	25,33	22,25
2009	18,56	25,74	22,64
2010	18,57	25,99	22,79
2011	18,64	26,27	22,96
2012	18,80	26,64	23,26
2013	18,92	26,90	23,50

Průměrný věk starobních důchodců je v letech 2004 až 2008 67 let, od roku 2009 se zvyšuje na 67 let. Právě správné nastavení věkové hranice odchodu do důchodu je nezbytné pro dlouhodobou udržitelnost systému. Ta přímo ovlivňuje poměr mezi počtem ekonomicky aktivních a ekonomicky neaktivních lidí a lze tedy využít jako nástroj zmírňující dopady výrazných demografických disproporcí mezi jednotlivými generacemi na bilanci průběžně financovaného důchodového systému. V průběhu následujících let bude docházet k dalšímu zvyšování důchodového věku, a to jak u mužů (o 2 měsíce za rok), tak u žen (o 4 resp. 6 měsíců za rok), až do roku 2044, kdy dojde k jejich sjednocení na úrovni 67 let. Po roce 2044 bude věková hranice pro odchod do důchodu dále růst jednotným tempem o 2 měsíce za rok.

V porovnání s ostatními státy EU a OECD má Česká republika jeden z nejnižších důchodových věků pro ženy (o více než o tři roky oproti průměru OECD). Nižší důchodový věk mají už jen Řecko, Slovensko a Turecko. U mužů je důchodový věk nižší pouze o sedm měsíců oproti průměru OECD. Lze předpokládat, že rozdíly v důchodovém věku mezi Českou republikou a ostatními státy EU a OECD se budou vlivem zavedeného zvyšování neustále snižovat.

Průměrný věk starobních důchodců

Rok	Muži	Ženy	Celkem
2004	69	65	67
2005	69	65	67
2006	69	66	67
2007	69	66	67
2008	69	66	67
2009	69	66	68
2010	69	67	68
2011	69	67	68
2012	70	67	69
2013	70	68	69

Do 31. 12. 2009 se invalidní důchody dělily na částečné a plné. U částečných invalidních důchodů byl věk do roku 2007 průměrně 48 let, v letech 2008 a 2009 průměrně 49 let. U plných invalidních důchodů byl průměr do roku 2006 54 let a poté 55 let. U žen pobírající invalidní důchod je průměrný věk vždy nižší.

Průměrný věk invalidních důchodců do 31.12.2009

Částečná invalidita			
Rok	Muži	Ženy	Celkem
2004	49	47	48
2005	49	47	48
2006	49	47	48
2007	49	47	48
2008	50	47	49
2009	50	48	49
Plná invalidita			
Rok	Muži	Ženy	Celkem
2004	55	54	54
2005	55	54	54
2006	55	54	54
2007	55	54	55
2008	55	54	55
2009	55	54	55

Od 1. 1. 2010 dochází ke zrušení částečné a plné invalidity a nahrazení třemi stupni invalidity. Průměrný věk se pohybuje v rozmezí od 48 let do 50 let. U žen je opět průměrný věk nižší, než u mužů, kromě invalidity III. stupně, kde je průměrný věk stejný u obou pohlaví, a to 50 let.

Průměrný věk invalidních důchodců od 1. 1. 2010

Invalidita I. stupně			
Rok	Muži	Ženy	Celkem
2010	50	48	49
2011	49	47	48
2012	50	48	49
2013	50	49	49
Invalidita II. stupně			
Rok	Muži	Ženy	Celkem
2010	50	48	49
2011	50	48	49
2012	50	48	50
2013	51	49	50
Invalidita III. stupně			
Rok	Muži	Ženy	Celkem
2010	50	50	50
2011	50	50	50
2012	50	50	50
2013	50	50	50

8.9 Porovnání výše důchodů a průměrné mzdy

Průměrná výše starobních důchodů činila v roce 2013 10 970 Kč, tzn. nárůst oproti roku 2004 o 3 700 Kč. U žen je v celém sledovaném období průměrná výše starobních důchodů nižší.

Průměrná výše starobních důchodů

Rok	Muži	Ženy	Celkem
2004	8 133	6 600	7 270
2005	8 662	7 030	7 744
2006	9 157	7 431	8 187
2007	9 784	7 938	8 747
2008	10 715	8 784	9 638

2009	11 175	9 133	10 045
2010	11 240	9 189	10 123
2011	11 700	9 584	10 552
2012	11 948	9 782	10 778
2013	12 150	9 955	10 970

U důchodů invalidních se pohybovala průměrná výše u částečných důchodů od 4 315 Kč v roce 2004 a 6 076 Kč v roce 2009. Tzn. nárůst o 1 761 Kč. Výše plných invalidních důchodů činila v roce 2004 7 088 Kč a v roce 2009 9 681 Kč, tzn. nárůst o 2 593 Kč.

Průměrná výše invalidních důchodů do 31.12. 2009

Částečná invalidita			
Rok	Muži	Ženy	Celkem
2004	4 579	3 975	4 315
2005	4 861	4 235	4 584
2006	5 133	4 492	4 847
2007	5 457	4 800	5 161
2008	6 193	5 535	5 893
2009	6 384	5 718	6 076
Plná invalidita			
Rok	Muži	Ženy	Celkem
2004	7 628	6 415	7 088
2005	8 096	6 840	7 537
2006	8 538	7 243	7 962
2007	9 094	7 750	8 496
2008	9 943	8 588	9 337
2009	10 301	8 925	9 681

U odstupňované invalidity se u I. stupně od roku 2010 do roku 2013 výše invalidních důchodů dokonce snížila, a to o 151 Kč, u II. stupně je průměrná výše invalidních důchodů za rok 2013 v porovnání s rokem 2010 celkem stejná (rozdíl 4 Kč). U invalidity III. stupně průměrná výše mírně vzrůstala, kdy v roce 2013 činila 10 245 Kč.

Průměrná výše invalidních důchodů od 1. 1. 2010

Invalidita I. stupně			
Rok	Muži	Ženy	Celkem
2010	6 432	5 806	6 140
2011	6 399	5 752	6 094
2012	6 336	5 683	6 021
2013	6 305	5 659	5 989
Invalidita II. stupně			
Rok	Muži	Ženy	Celkem
2010	6 978	6 310	6 671
2011	7 036	6 405	6 748
2012	6 997	6 375	6 714
2013	6 961	6 338	6 675
Invalidita III. stupně			
Rok	Muži	Ženy	Celkem
2010	10 142	9 075	9 656
2011	10 482	9 435	10 004
2012	10 597	9 596	10 141
2013	10 676	9 730	10 245

Přehled o rozložení souboru důchodců podle výše důchodů v kvantilovém vyjádření (v Kč)**Důchod starobní sólo**

Rok	Q10	Q50 - medián	Q90
2004	5 949	7 442	9 058
2005	6 004	7 602	9 601
2006	6 360	8 081	10 265
2007	6 757	8 641	11 002
2008	7 521	9 528	12 057
2009	7 769	9 929	12 654
2010	7 783	9 996	12 801
2011	8 067	10 434	13 352
2012	8 192	10 657	13 667
2013	8 305	10 851	13 901

Důchod invalidní* sólo

Rok	Q10	Q50 - medián	Q90
2004	5 818	7 219	9 035
2005	6 002	7 219	9 206
2006	6 288	7 818	9 895
2007	6 692	8 348	10 570
2008	7 470	9 185	11 549
2009	7 694	9 520	12 069
2010	7 677	9 458	12 154
2011	7 952	9 735	12 698
2012	8 051	9 835	12 928
2013	8 169	9 912	13 101

*do roku 2009 se jedná o plné invalidní důchody, od roku 2010 o invalidní důchody 3. stupně

Q10 znamená, že 10% důchodců pobírajících důchod daného typu má důchod nižší, než je uvedená částka v Kč
Q90 znamená, že 90% důchodců pobírajících důchod daného typu má důchod nižší, než je uvedená částka v Kč

V porovnání s průměrnou hrubou měsíční mzdou je v roce 2013 invalidita I. stupně nižší o 19 139 Kč, invalidita II. stupně o 18 453 Kč a invalidita III. stupně nižší o 14 883 Kč.

Průměrná hrubá měsíční mzda

Rok	Prům. výše
2004	17 565
2005	18 283
2006	19 447
2007	20 927
2008	22 653
2009	23 425
2010	23 903
2011	24 466
2012	25 089
2013	25 128

8.10 Ekonomická aktivita seniorů

Co se týká struktury ekonomické aktivity obyvatel, zde se podstatně odrazily změněné politické a sociální podmínky v České republice poprvé při sčítání lidu v roce 2001. Potvrdilo se, že ekonomicky aktivní je naprostá většina obyvatel ve věku mezi 20 a 54 lety. Ekonomická aktivita mužů vrcholí mezi 35 a 39 roky věku, ekonomická aktivita žen

mezi 40 a 44 roky. Podstatný zlom zůstává ve věku 55 let u žen a 60 let u mužů, kdy se ekonomická aktivita pronikavě snižuje. Vžitá hranice důchodového věku je výrazně patrná.

Ve všech věkových skupinách mezi ekonomicky aktivními převažují muži. Nejnižší je převaha mužů ve věku mezi 40 a 49 lety, ve věku, kdy ekonomická aktivita žen není již tolik limitována mateřstvím, jako je tomu v mladším věku. Naproti tomu ve věku nad 55 let podíl žen mezi ekonomicky aktivními prudce klesá. V nejvyšším věku – nad 80 let – jsou ovšem i muži ekonomicky aktivní jen výjimečně, přitom však ekonomicky aktivních mužů v tomto věku je téměř čtyřnásobek proti ekonomicky aktivním ženám.

U mužů klesla míra ekonomické aktivity ve věku mezi 25 a 49 lety, která dříve dosahovala extrémních hodnot. Podle výsledků sčítání lidu v letech 1980 a 1991 byli v této věkové kategorii ekonomicky aktivní téměř všichni muži zřejmě s výjimkou invalidních důchodců, podle výsledků sčítání v roce 2001 byla míra ekonomické aktivity mužů v těchto skupinách přibližně 95 %. Nezaměstnaní, evidovaní na úřadech práce, přitom byli považováni za ekonomicky aktivní osoby. Pozoruhodný je pokles ekonomické aktivity mužů starších 55 let v období sčítání lidu od roku 1980 do 2001, nepochybně způsobený přibýváním předčasných odchodů do důchodu. Ve věkové skupině 60 – 64 let byla v roce 1980 ekonomicky aktivní téměř polovina mužů, v roce 2001 pouze čtvrtina; u starších věkových skupin byl pokles ještě hlubší. Na rozdíl od žen se u mužů nijak neprojevila změna hranice důchodového věku.

V poklesu údajů o ekonomické aktivitě žen se v roce 2001 odrazila i metodická změna v zařazení žen na mateřské dovolené, údaje nicméně vyjadřují především faktický úbytek ženské ekonomické aktivity ve všech věkových skupinách. V porovnání s rokem 1991 nedošlo téměř ke změně jen ve skupině 55 – 59 let, v níž se projevil probíhající posun hranice věku pro odchod do důchodů. U nejmladších žen je snížení ekonomické aktivity velmi výrazné.

Věková skupina	Podíl ekonomicky aktivních (%)					
	Ekonomická aktivita mužů			Ekonomická aktivita žen		
	1980	1991	2001	1980	1991	2001
15 - 19	27,5	35,4	16,1	30,0	33,9	12,7
20 - 24	86,4	88,3	81,7	84,7	87,5	70,0
25 - 29	98,1	98,0	94,9	91,4	94,5	75,2
30 - 34	98,7	98,4	95,9	93,1	95,1	82,1
35 - 39	98,5	98,0	95,6	94,2	95,4	88,8
40 - 44	97,8	97,2	94,8	93,9	95,1	91,6

45 - 49	96,3	95,5	93,2	91,2	93,4	90,8
50 - 54	92,9	91,5	89,4	83,8	85,7	81,4
55 - 59	84,3	80,0	74,0	42,8	31,1	30,1
60 - 64	45,3	28,4	25,0	23,4	16,2	12,7
65 - 69	29,9	18,6	14,1	13,8	9,7	5,9
70 - 74	13,9*	11,3	7,1	4,8*	5,0	2,1
75 - 79	x	7,6	1,3	x	1,6	0,3
80+	x	1,5	0,4	x	0,4	0,0

*70 a více let

Dle nejnovějšího sčítání lidu z roku 2011 můžeme porovnat podíl pracujících a nepracujících důchodců se sčítáním v letech 1991 a 2001. V roce 2011 je velice patrný nárůst pracujících důchodců, ve všech věkových kategoriích, zejména i v 80 a více letech. Naopak vyšší počet pracujících, než-li v roce 2011, byl ve věkovém rozhraní 65 – 69 let roku 1991.

Počet důchodců podle věku a ekonomické aktivity

Důchodci	1991						
	60 - 64	65 - 69	70 - 74	75 - 79	80 - 84	85 - 89	90+
Pracující	99 471	63 736	27 327*	x	x	x	x
Nepracující	413 234	432 990	758 718*	x	x	x	x
Důchodci	2001						
	60 - 64	65 - 69	70 - 74	75 - 79	80 - 84	85 - 89	90+
Pracující	57 738	38 830	15 843	1 970	363**	x	x
Nepracující	383 240	391 404	389 321	322 195	245 089**	x	x
Důchodci	2011						
	60 - 64	65 - 69	70 - 74	75 - 79	80 - 84	85 - 89	90+
Pracující	99 543	56 172	19 723	7 274	2 326	563	112
Nepracující	506 601	475 711	357 927	296 957	225 618	119 193	32 275

*70 a více let

**80 a více let

Dle sčítání lidu z roku 2011 tvoří domácnosti důchodců významný podíl z celkového počtu hospodařících domácností, již více než třetinu. Rodinných domácností v čele s důchodcem je přes 800 tis., domácností jednotlivců – důchodců – je téměř 668 tis. a tvoří 45,5 % domácností důchodců, úplné rodiny tvoří 44,2 % domácností důchodců a neúplné rodiny se podílí na celkovém počtu domácností důchodců více než deseti procenty. Domácností v čele s pracujícím důchodcem je zhruba jen desetina z celkového počtu.

Úplné rodiny v čele s důchodcem tvoří již téměř 31 % z celkového počtu úplných rodin. Lze zaznamenat určitý rozdíl v ekonomické aktivitě mezi důchodcem a jeho partnerkou. Zatímco téměř v 88 % těchto domácností je v čele nepracující důchodce, podíl ekonomicky neaktivních partnerek je pouze 79 % tzn., že ženy jsou v těchto domácnostech častěji ekonomicky aktivní. Téměř půl miliónu (470 tis.) úplných rodin pak bylo takových, kde oba partneři byli nepracující důchodci.

Podíl neúplných rodin v čele s důchodcem na celkovém počtu neúplných rodin je mírně nižší než u úplných rodin – 26,6 %. V podstatné většině těchto domácností je v čele žena, muž je v čele zhruba každé šesté této domácnosti. Tento podíl je mírně nižší než u všech neúplných rodin (tam je podíl mužů v čele 18,8 %).

Počet domácností důchodců podle věku osoby v čele domácnosti se logicky s rostoucím věkem zvyšuje. Zatímco podíl domácností s osobou v čele do 44 let dosahuje jen 1,2 % a podíl domácností s osobou v čele ve věku 45 – 49 let jen 7,6 %, tak ve věkových skupinách nad 60 let je tento podíl výrazně vyšší a domácnosti v čele s osobou starší 75 let tvoří téměř třetinu všech domácností.

V následujících tabulkách jsou pro srovnání uváděny data podílů hrubé měsíční mzdy dle pohlaví rozdělená do věkových skupin od 60 do 64 let a od 65 let a více.

Podíly hrubé měsíční mzdy u věkové skupiny od 60 do 64 let dle pohlaví

Rok	Průměrná mzda v Kč			Medián mezd v Kč			Var. koef.
	Muži	Ženy	Celkem	Muži	Ženy	Celkem	
2004	24 878	19 017	23 666	20 242	17 762	19 818	0,86
2005	25 983	20 031	24 833	21 041	18 575	20 581	0,84
2006	26 240	21 483	25 242	21 290	19 138	20 924	0,87
2007	27 530	22 684	26 467	22 438	19 786	21 932	0,89
2008	28 953	22 957	27 576	23 566	20 255	22 971	0,95
2009	29 864	24 828	28 618	23 632	22 035	23 306	1,08
2010	29 538	25 008	28 384	23 979	22 379	23 587	0,90
2011	28 653	25 232	27 743	23 602	22 087	23 219	0,86
2012	28 929	25 822	28 077	23 820	22 789	23 545	0,87

Podíly hrubé měsíční mzdy u věkové skupiny od 65 a více let dle pohlaví

Rok	Průměrná mzda v Kč			Medián mezd v Kč			Var. koef.
	Muži	Ženy	Celkem	Muži	Ženy	Celkem	
2004	20 144	13 539	18 202	14 216	10 499	12 895	1,21
2005	22 163	14 459	19 994	15 972	11 427	14 220	0,95
2006	23 317	16 753	21 475	16 210	12 880	14 761	0,98
2007	26 111	18 066	23 917	17 609	14 138	16 326	1,07
2008	28 156	19 461	25 729	20 634	14 907	18 758	1,09
2009	30 486	21 084	27 733	21 391	16 706	19 672	1,25
2010	31 488	21 961	28 473	22 394	17 658	20 646	1,19
2011	29 956	22 255	27 381	22 537	17 994	20 870	0,98
2012	30 611	21 932	27 623	23 575	17 595	21 359	1,00

Současná nejednoduchá situace na pracovním trhu pracovních sil je specifická tím, že postihuje více než kdy jindy osoby na vrcholu jejich produktivního věku, vzdělané a s praxí. Lze však předpokládat, že tento rys společně s hospodářskou recesí ustoupí. Naopak vážný problém se ukazuje právě u zaměstnávání osob v předdůchodovém a důchodovém věku a mezi nimi zejména že a osob se základním vzděláním.

Z mezinárodního srovnání (v rámci Evropské unie) vyplývá, že problém není formulován jen demografickým vývojem či společenskými zvyky nebo národní kulturou, ale do značné míry i regulací pracovního trhu, chováním zaměstnavatelů na něm a státní politikou zaměstnanosti. Česká republika eviduje mírně nadprůměrnou zaměstnanost lidí ve skupině 20 až 64 let (70,7 % oproti průměru EU 68,8 %). U nejstarší pětileté skupiny 60 – 64 let je tomu naopak; ČR vykazuje 25 % zaměstnanost těchto osob, zatímco průměr EU přesahuje 30 %. Toto srovnání do jisté míry rozvrací zažitý stereotyp, že důchodce ve vyspělé západoevropské zemi si užívá svůj zasloužený důchod, zatímco jeho vrstevník „u nás“ si musí přivydělávat.

Ještě více než muži jsou nedostatkem pracovních příležitostí postiženy ženy nad 55 let. Míra nezaměstnanosti žen v této věkové kategorii je v ČR hluboko pod průměrem zemí Evropské unie. U nejstarší pětileté skupiny 60 – 64 let činí míra zaměstnanosti žen v ČR 14,6 %, průměr EU dosahuje 22,5 %.

Na udržení, respektive získání pracovní příležitosti ve věkové kategorii 55 – 64 let se silněji, než v celé ekonomicky aktivní populaci, projevuje význam vzdělání. Početně nejsilnější skupinou jsou středoškoláci. Vzdělanostní struktura zaměstnaných lidí předdůchodového a důchodového věku se odráží ve struktuře odvětvové a regionální.

Nejvíce těchto osob, mužů i žen dohromady, je zaměstnáno ve zpracovatelském průmyslu, a to patrně tím, že toto odvětví zahrnuje velice pestrou škálu výrob a činností, a proto je schopné nabídnout i relativně mnoho vhodných pracovních příležitostí. Na druhém místě je poněkud překvapivě stavebnictví jako druhý největší zaměstnavatel osob ve věku 55 – 64 let.

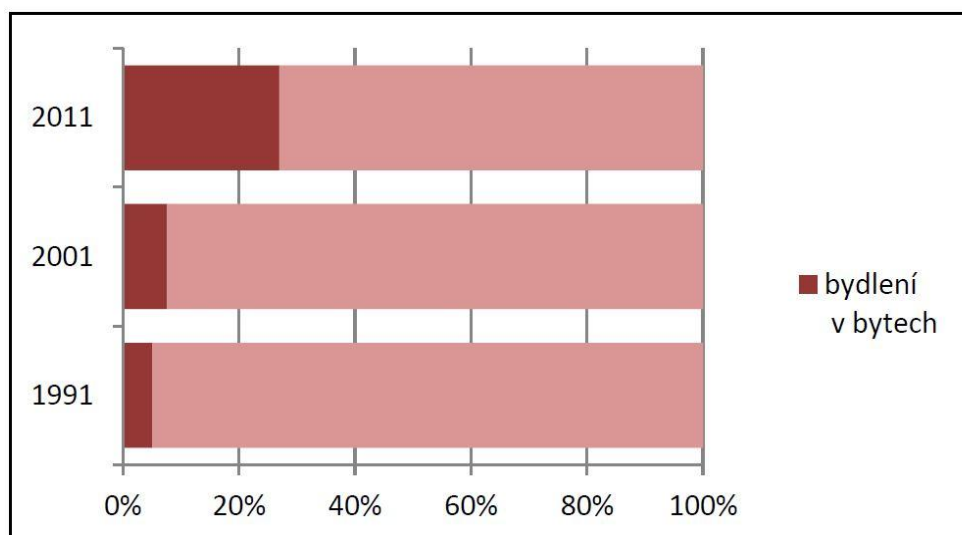
Pozornost zasluhuje také odvětví dopravy a skladování, zaměstnávající rovněž vyšší počty osob ve sledovaných věkových kategoriích. Zde mohou být důvodem vyšší nároky na kvalifikaci, praxi a zkušenosti. Pro větší soustředění starších pracovníků jsou ovšem typické odborné profese: veřejná správa, vědecké a technické činnosti, vzdělávání, zdravotní péče.

Při obecně nižší míře zaměstnanosti žen než mužů se výraznější rozdíly v profesní struktuře objevují u stavebnictví, dopravy a skladování (kde se ženy prosazují méně než stejně staří muži), naopak vyšší míru zaměstnanosti u žen nalezneme v oborech vzdělávání a zdravotní péče.

8.11 Bydlení, zdravotní a sociální služby

Mezi lety 1991 – 2011, kdy bylo provedeno sčítání lidu, celkově vzrostl počet bydlících osob v penzionicích a domovech důchodců o více než třetinu, růst počtu osob v bytech byl ale mnohonásobně rychlejší než růst počtu osob hromadně ubytovaných v těchto typech zařízení. Změnila se tak podstatným způsobem proporce bydlících osob ve prospěch osob v těchto bytech.

Osoby v zařízeních pro seniory v letech 1991 – 2011

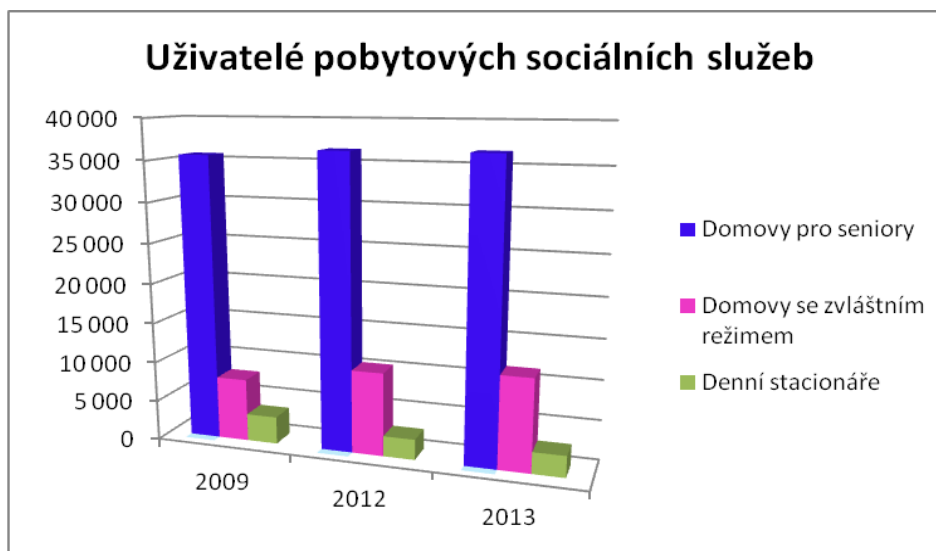


Výsledky sčítání potvrdily, že nároky na speciální zařízení pro seniory – vzhledem ke zvyšování jejich počtu v populaci – rostou, současně je ale zřejmý trend poptávky po vyšším komfortu bydlení a zvýšení počtu seniorů směřuje zejména do objektů s byty, které nabízejí v podstatě stejný životní styl, jaký měly osoby v předchozím bydlení, ale s přidanou hodnotou nabízených služeb.

Ve věkové struktuře hromadně bydlících osob v zařízeních pro seniory jednoznačně převažují osoby starší 80 let. Ve vztahu k celkovému počtu obyvatel příslušného věku je jednoznačná závislost: se zvyšujícím se věkem osoby roste i podíl osob, které opouští své byty a volí pro své bydlení zařízení. Z hlediska pohlaví je relace osob v zařízeních pro seniory zhruba 1:3 ve prospěch žen.

V absolutním vyjádření pak zařízení nejvíce seniorů obývá v Moravskoslezském, Středočeském a Jihomoravském kraji, naopak nejméně v Libereckém a Karlovarském kraji.

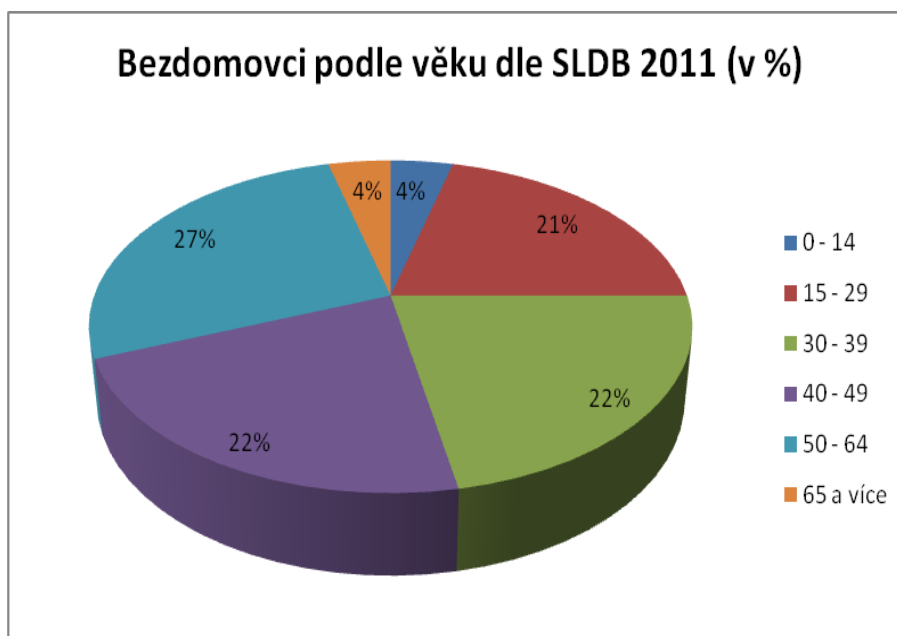
Porovnáme-li nejvíce využívané pobytové služby pro seniory, jednoznačně převažují domovy pro seniory, zájem postupně stoupá o domovy se zvláštním režimem. Naopak u služeb denních stacionářů je zaznamenán spíše mírný pokles.



Z hlediska způsobu bydlení obyvatel představují „doplňkovou“ kategorii skupiny bezdomovců, protože jako osoby bez přístřeší způsob bydlení fakticky nemají. Kvantifikace počtu bezdomovců byla poprvé v historii sčítání možná až při sčítání v roce 2011. Umožnilo to zpracování výstupů podle obvyklého pobytu, kdy osobám bez domova byla přiřazena jako adresa obvyklého pobytu adresa místa sečtení. Kvantifikovat počty bezdomovců předpokládalo i Nařízení Komise (EU) č. 519/2010 ze dne 16. června 2010, kterým se přijímá program statistických údajů a metadat pro sčítání lidu, domů a bytů stanovený

nařízením Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 763/2008, které definovalo tuto skupinu osob jako primárně bez domova, žijící na ulici, tedy primární bezdomovce.

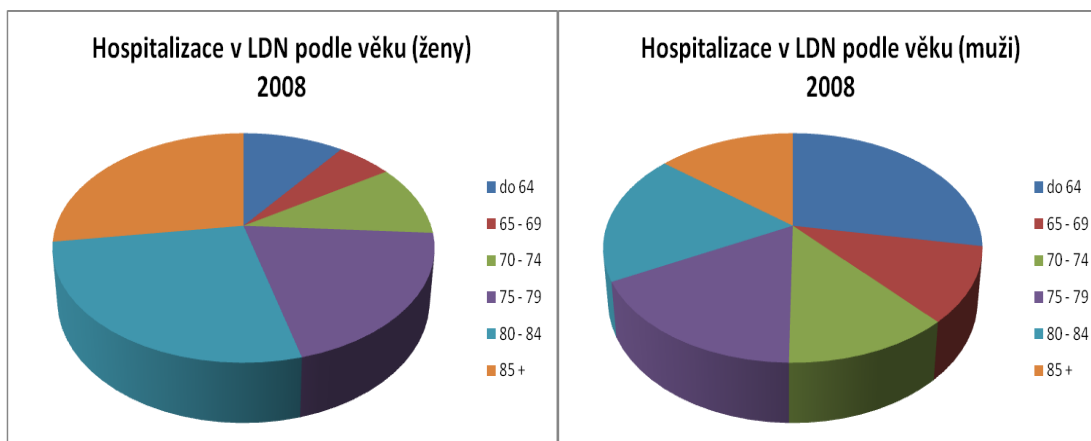
Podle Sčítání lidu, domů a bytů je nejvíce bezdomovců právě ve starším věku věkového rozmezí 50 – 64 let, a to ve výši 27 %. Dále mezi 40 – 49 a 30 – 39 lety (shodně 22 %) a mezi 15 – 29 lety v poměru 21 %. V nejstarší skupině obyvatel 65 a více let jsou bezdomovců 4 %.



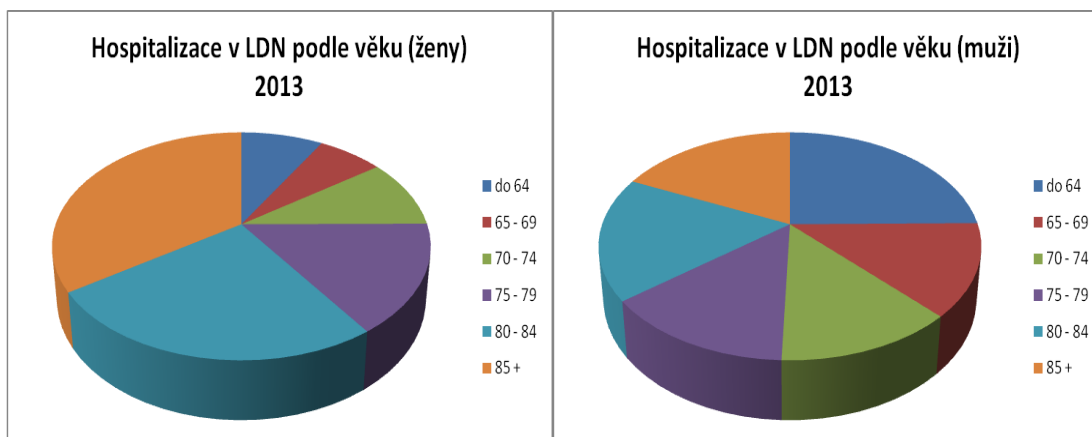
Ústavem pro ošetřování a doléčování pacientů jsou v naší republice tzv. léčebny dlouhodobě nemocných. Většina pacientů zde pobývá méně než jeden rok. 1 rok až tři roky byla délka pobytu čtenější u nejstarších pacientů, pro porovnání zde pobývalo po tuto dobu v roce 2008 celkem 348 žen a 83 mužů, v roce 2013 celkem 245 žen a 76 mužů. Pět a více let trávilo v LDN v roce 2008 celkem 62 žen a 16 mužů, v roce 2013 již jen celkem 5 žen a žádný muž. Obecně je tedy léčeno v LDN více žen staršího věku (nad 70 let), muži jsou hospitalizováni více než ženy ve věku do 70 let. V roce 2013 oproti roku 2008 prudce stoupl počet léčených ve věku nad 85 let.

Hospitalizace v LDN podle délky pobytu a věku v roce 2008

Věk	Celkem ukončené hospitalizace v roce 2008		v tom					
			méně jak rok		1 rok až 3 roky		5 a více let	
	ženy	muži	ženy	muži	ženy	muži	ženy	muži
celkem	23 001	12 604	22591	12505	348	83	62	16
do 64	2364	3511	2326	3484	33	20	5	7
65 - 69	1292	1326	1270	1313	15	13	7	-
70 - 74	2328	1499	2301	1487	24	10	3	2
75 - 79	4580	2152	4493	2133	68	17	19	2
80 - 84	6170	2339	6050	2317	110	17	10	5
85 +	6267	1777	6151	1771	98	6	18	-

**Hospitalizace v LDN podle délky pobytu a věku v roce 2013**

Věk	Celkem ukončené hospitalizace v roce 2013		v tom					
			méně jak rok		1 rok až 3 roky		5 a více let	
	ženy	muži	ženy	muži	ženy	muži	ženy	muži
celkem	26 933	16 875	26661	16793	245	76	5	-
do 64	2270	4190	2250	4164	17	24	-	-
65 - 69	1803	2202	1782	2191	19	10	-	-
70 - 74	2637	2143	2620	2132	15	10	-	-
75 - 79	4159	2328	4131	2320	25	7	1	-
80 - 84	6804	2962	6723	2948	73	13	3	-
85 +	9260	3050	9155	3038	96	12	1	-



8.11 Shrnutí poznatků ze statistických dat

Závěrem lze shrnout zajímavá fakta, která z výzkumu vyplynula.

Je patrné, že populace České republiky prochází dlouhodobě proměnou, která se označuje jako populační stárnutí. Z ekonomického a sociálního hlediska jde o změnu, která má dopad na ekonomickou zátěž obyvatelstva v produktivním věku. Nepříznivě se vyvíjí zejména relace mezi složkou poproduktivní a produktivní, kde se počet osob ve věku 65 a více let připadajících na 100 osob v produktivním věku od roku 1950 téměř zdvojnásobil – v roce 2011 dosáhl hodnoty 23 osob.

V návaznosti na to přibývá starobních důchodců a zvyšují se i náklady na financování důchodové agendy. Co se týče invalidních důchodců, jejich počet v období posledních třech let sledovaného období klesá, což je dáno nižším počtem došlých žádostí a může zde hrát úlohu i zpřísnění v posuzování invalidity. Také zamítnutých žádostí je, v poměru období před 1. 1. 2010, více. Od všech těchto faktů se odvíjí i počet nově přiznaných důchodů, který ve stejném období poklesl. Počet nově přiznaných starobních důchodů naopak stoupá, kromě roku 2012, kdy dochází k výraznému poklesu.

U skupin diagnóz WHO pro nově přiznané invalidní důchody byl výzkum zaměřen na ty skupiny, se kterými se populace potýká zejména v souvislosti s přibýváním věku. Jedná se o skupiny IV. (nemoci endokrinní, přeměny látek), V. (duševní poruchy a poruchy chování), VI. (nemoci nervové soustavy), IX. skupina (nemoci oběhové soustavy), X. skupina (nemoci dýchací soustavy), XI. skupina (nemoci trávicí soustavy) a XIII. skupina (nemoci svalové a kosterní soustavy). Absolutně nejvyšším počtem invalidních seniorů je pro XIII. skupinu, tedy nemocí svalové a kosterní soustavy. Naopak mezi skupiny s nejnižším výskytem diagnóz patří problémy s dýcháním a trávením. Invalidita začíná prudce stoupat od 55 roku věku.

Podíváme-li se na poměr diagnóz v porovnání mezi pohlavími, u žen jednoznačně převažují duševní choroby a nemoci nervové soustavy, v nižší věkové kategorii (do 54 let) trpí ženy více nemocemi svalů a kostry. Muži trpí častěji než ženy cukrovkou, mají větší problémy s dýcháním a trávením. Od věkové kategorie nad 55 let jsou častěji postiženi nemocemi svalů.

Vyplácené invalidní důchody zaznamenávají nejvyššího stoupání ve věkovém rozhraní důchodce 50 – 59 let. U invalidity III. stupně tento nárůst ještě pokračuje, a to do věku 65 let, kdy je od 1. 1. 2010, kdy dochází k transformaci všech stupňů důchodů a ty zanikají.

Hodnoty průměru délky pobírání důchodu se zvyšují, průměrný věk starobních i invalidních důchodců zaznamenávají vyšších hodnot pozvolna.

Nárůst zaznamenávají také průměrné výše invalidních i starobních důchodů, ovšem v porovnání s průměrnou mzdou a zejména invaliditou III. stupně, kdy je člověk velice omezen v možnostech výdělečné činnosti, je tento značně nedostačující. V posledním roce sledovaného období je výše starobních důchodů o více než polovinu méně, než je průměrná mzda, u invalidních důchodů III. je průměrná výše ještě o něco nižší. Naopak vyšší nad průměrem jsou, v porovnání s průměrnou měsíční mzdou, podíly hrubé měsíční mzdy u věkových skupin od 60 do 64 let a u věkové skupiny nad 65 let.

Zvyšování je patrné i ve sledovanosti ekonomické aktivity. Pracujících důchodců ve všech věkových kategoriích, nevyjímaje důchodce v 80 a více letech, přibývá. Pracovní aktivita starobních důchodců velmi výrazně ovlivňuje příjmy domácností starších osob. Domácnosti pracujících důchodců patří mezi ty s nejvyšším příjmem na osobu. Jejich celkové zastoupení je však relativně nízké. Starobní důchodci žijí v posledních dvaceti letech čím dál více sami nebo v partnerské domácnosti bez další osoby. Snižuje se také podíl vícegeneračních domácností, které mohou zaručit flexibilnější péči o seniory či seniorů o vnoučata.

Do 70 let věku bydlí senioři nejčastěji v bytech, kde je oproti letům 1991 až 2011 mnohonásobně zvýšený zájem. Celkově roste i počet osob v penzích a domovech důchodců, a to více než o třetinu. Klienti v zařízeních pro seniory jsou převážně osoby nad 80 let a nejvíce jsou využívány domovy důchodců. Zájem postupně roste o domovy se zvláštním režimem.

Zvýšený počet starších osob věkové kategorie 50 - 64 je ve skupině bezdomovců, v nejstarší skupině nad 64 let je procento nízké. Toto je ale spíše dáno tím, že lidé staršího věku s absencí základních potřeb a žijících na ulici, dříve umírají.

Z porovnání roků 2008 a 2013 pobytů klientů LDN vyplývá, že hospitalizace stoupá u nejstarší věkové kategorie, a to mnohem více u žen.

Podle projekcí EU populace rychle stárne v celém regionu. V průměru dojde ve všech zemích EU v období let 2010 – 2060 k tomu, že:

- ☞ poměr lidí v produktivním věku k lidem starším 65 let se sníží ze 4:1 na 2:1;
- ☞ procentní podíl populace starší 65 let se téměř zdvojnásobí a populace starší 80 let se ztrojnásobí;
- ☞ procentní podíl populace ve věku 15 – 64 let se sníží o 14 %;
- ☞ naděje na dožití v 65 letech dosáhne 22,4 roků (muži) a 25,6 (ženy), což představuje nárůst o 5,2 roku, resp. 4,9 roku;
- ☞ veřejné důchodové výdaje jako procentní podíl hrubého domácího produktu na důchodce ve věku 75 let nebo starší se téměř zdvojnásobí v porovnání s malým zvýšením u osob ve věku 65 – 74 let a snížením u osob ve věku 64 let a mladších.

Vzhledem k tomu, že rychlé stárnutí populace vytváří finanční tlak na veřejné důchodové systémy, zavádí mnoho zemí EU opatření na podporu zapojení pracovníků na trhu práce. Mezi nejčastější přijímaná opatření patří zvýšení běžného důchodového věku, zvýšení požadovaného počtu příspěvkových let, zavedení pobídek pro pracovníky pro setrvání v pracovní činnosti i po dosažení běžného důchodového věku, odrazování od předčasného odchodu do důchodu nebo eliminování této možnosti.

Tyto politiky v mnoha zemích obracejí dlouhodobý trend podporování předčasného odchodu do důchodu a dalších metod předčasného odchodu z trhu práce (např. prostřednictvím dlouhodobé nezaměstnanosti a invalidních dávek), které byly vedeny snahou pomoci snížit vysokou míru nezaměstnanosti a umožnit mladším pracovníkům vstoupit na trh práce.

Závěrem lze shrnout, že ač se lidé dožívají vyššího věku, důchodový systém se spíše nemění. Produktivně činných obyvatel, kteří přispívají do systému, bude spíše ubývat, zatímco důchodců, čerpajících ze systému, přibývat. Jak vyplývá z dlouhodobých demografických prognóz vývoje obyvatelstva, zejména s ohledem na osoby poproduktivního věku, lze vyjádřit obavy z neudržitelnosti systému, nebude-li se reformovat.

9. Závěr

Starší lidé patří mezi zranitelné skupiny ve společnosti. Často musí čelit mnohým stereotypům spojeným se stářím a potýkat se se zhoršeným přístupem ke svým právům. Se zhoršujícími se fyzickými a psychickými schopnostmi v důsledku procesu stárnutí je často vyvozována snížená společenská hodnota. S tím se pak pojí domněnka bezbrannosti či snížené schopnosti bránit se nátlaku, špatnému zacházení či protiprávnímu jednání.

V mnohých případech jsou starší osoby skutečně znevýhodněny oproti ostatním osobám. Jejich znevýhodnění je dáno jak sníženou soběstačností, tak předsudky ze strany společnosti, které často vedou k diskriminaci či znevýhodnění oproti jiným skupinám obyvatel. Starší osoby jsou tak často považovány za pracovně méně výkonné, méně intelektuálně schopné či ochotné učit se novým věcem. Důsledkem takových předsudků je pak např. nižší ochota k zaměstnávání starších osob, ignorování jejich přání při poskytování zboží a služeb, podceňování jejich úsudku při poskytování zdravotní či sociální péče anebo zneužití jejich důvěry.

Společenské povědomí o procesu stárnutí a specifických potřebách seniorů ve společnosti je nedostatečné. Příčinou ignorování či porušování práv starších osob přitom nemusí být nutně zlá vůle nebo úmysl. Často se jedná pouze o nevědomost, stereotypy či zažitě postupy a určitá neochota učit se novým věcem.

Na jedné straně jsou staří lidé zdrojem a příležitostí pro rozvoj společnosti. Pokud si udrží zdraví a pocit, že jsou součástí společnosti, mohou přispět svými zkušenostmi, dovednostmi a moudrostí ke společenské reflexi a být obohacením života společnosti. Nicméně většina lidí vysokého věku bude potřebovat dostupnou a účinnou akutní a dlouhodobou péči. Budování uceleného a dostupného systému péče je tedy prioritou ve všech zemích. S rychlým stárnutím populace jsou podle programů WHO spojena témata, jako je tlak na penzijní systémy a systémy sociálního zabezpečení, bydlení seniorů, zvýšená poptávka po zdravotních a sociálních službách a dlouhodobá péče, a to zvláště v souvislosti s výskytem demence, potřeba pracovníků vyškolených v gerontologii, existence a problematika ageismu, který brání starým lidem v naplňování jejich práv a uplatnění ve společnosti srovnatelným s ostatními dospělými.¹⁷⁶

Stejně jako ostatní skupin obyvatel, mají starší osoby plné právo na respekt k jejich lidské důstojnosti a osobnosti, který vyplývá z ústavního pořádku i z mezinárodních smluv

¹⁷⁶MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální práce v praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, s.r.o., 2005. s. 369. ISBN 80-7376-002-10.

na ochranu lidských práv. Samozřejmě součástí jejich práv musí být i nediskriminující chování ze strany společnosti. Veřejnost musí mít povědomí o specifických seniorské populace, jejich přednostech i ohroženích a o rozličných životních situacích, které mohou být pro seniory obtížně zvládnutelné. V tomto ohledu bude nutné zajistit kvalitní osvětu jak pro širokou veřejnost, tak i cílené vzdělávání pro zástupce veřejné správy. Aby bylo dodržování práv účinné, musí sami senioři znát svá práva a rozeznat špatné zacházení ze strany rodiny či širší veřejnosti. Ke zvýšení ochrany práv seniorů je proto nezbytné posílit jejich samostatnost a zvýšit informovanost o možnostech obrany a vymahatelnosti jejich práv.

S otázkou diskriminace a lidské důstojnosti pak úzce souvisí i zacházení se staršími osobami. Především nejkřehčí senioři s omezenou soběstačností závislí na pomoci rodiny, pracovníků zdravotních a sociálních služeb a dalších institucí mohou být vystaveni špatnému zacházení a zneužívání. Důraz proto musí být kladen na vzdělávání pečujících osob. Jak v rodině, tak i ve všech institucích musí být respektována a chráněna fyzická, sexuální, duševní a emocionální integrita a zaručené vyhovující životní podmínky. Jakékoliv nevhodné a nedůstojné či ponižující zacházení se staršími osobami je naprosto nepřijatelné.¹⁷⁷

Dalším negativem je výše dávek poskytovaných ze základního systému. Jsou příliš nízké, a proto velkému procentu oprávněných osob hrozí „propad“ do systému sociální péče. Dále je nutná vysoká profesionalizace posuzování zdravotního stavu a maximální podpora zaměstnávání osob s nepříznivým zdravotním stavem. Důležitý je vztah invalidního a starobního důchodu a nemocenského a důchodového pojištění v souvislosti s invaliditou. Důraz by měl být též kladen na pracovní rehabilitaci, možnost dobrovolného doplňkového invalidního pojištění a individualizaci poskytovaných peněžních dávek.

Co se týká nastavení důchodového systému v České republice, domnívám se, že důležitými daty jsou zejména porovnání adekvátnosti příjmů v důchodu, a to k sociálním potřebám i individuálnímu přičinění jedince, zvyšování požadovaného počtu příspěvkových let, dosažení rovnováhy příjmů a výdajů průběžného důchodového pojištění, motivace zaměstnavatelů k příspěvkům na spoření svých zaměstnanců. Dále správné nastavení věkové hranice odchodu do důchodu tak, aby byla udržena rovnováha mezi důchodci a výdělečně činnými. Čím dřívější odchod do důchodu a čím méně příspěvkových let, tím nižší penze.

Po odchodu do důchodu je důležitá naplánovaná spotřeba. Je zde ale problém s inflací, kde ochranu mohou nabídnout průběžně financované systémy, jejichž základní úlohou je,

¹⁷⁷MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 až 2017*. [online]. [cit. 2013-11-04]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/14540/III_vlada_Akcni_plan_starnuti.pdf

aby byla zajištěna přiměřená úroveň důchodů pro pojištěnce se středními a nízkými příjmy a zároveň byla zajištěna ochrana pojištěnců před chudobou. Pro zlepšení situace je možno prodloužit věk do důchodu, jelikož přizpůsobení věku odchodu do důchodu vzhledem k prodlužující se délce života, je v pořádku. Dále zvýšit pojistné, ovšem za předpokladu odstranění mezigenerační nespravedlnosti. Správnou cestou zcela určitě není snížení penzí, jelikož by se při odchodu do důchodu úroveň občanů neustále zhoršovala.

Aktuálními jsou pobídky pro účast starších pracovníků ke zvýšení míry zaměstnanosti. Není v pořádku, aby byli pracovníci povzbuzováni k předčasnému odchodu do důchodu a byli postihováni za setrvání na trhu práce po dosažení důchodového věku. Naopak za odložený odchod do důchodu by měly být nastaveny výhody. Je v pořádku, že důchodci pracují, současně se mzdou by se ale neměl vyplácet i důchod. Tím jsou poškozeni lidé, platící pojistné. Správné je čím dříve do důchodu, tím méně peněz a naopak. Toto je motivační řešení a obrovská rezerva pro stát.

Penzijní systémy by měly usnadňovat postupný odchod do důchodu. S tím souvisí i důležitost spolupráce soukromého a veřejného sektoru.

Je potřeba též zprůhlednit penzijní systémy, aby k nim občané měli důvěru a dostávali spolehlivé a pravdivé informace. Problém je v nastavení pravidel pro spoření. Lidé neakumulují kapitál, příjmy částí domácností je nízká, jsou upřednostňovány krátkodobé spotřeby, nevytvářejí se důchodové úspory, informovanost je nízká.

Problémem je též vnímání starobního a invalidního důchodu. Vícepilířové vnímání starobního důchodu nemůže řešit důchody invalidní. U invalidity není času na spoření, proto musí být zabezpečeny pojišťovací technikou, zatímco starobní důchody technikou spořitelní. Výše invalidního důchodu by se měla odvíjet podle potřeby invalidní osoby, ne podle příspěvku v důchodovém pojištění.

Důchodová reforma je během na dlouhou trať. Její dopad se projeví za 30 až 50 let. K vybudování systému stojícího na pevných základech je potřeba kvalitního týmu odborníků mající vzdělání a zkušenosti v sociální politice. Krátkodobá a populistická řešení vedou jen k vítězství ve volbách, ale společnost bohužel nikam neposunují a lidem škodí.

Zdroje

Literatura

BARTOŇOVÁ, D., B. BURCIN, L. FIALOVÁ a kol. *Demografická situace České republiky – Proměny a kontexty 1993 – 2008*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství SLON, 2010. s. 182-183, 187, 189-191, 197-198, 202-203, 205, 209. ISBN 978-80-7419 -024-7.

BARTOŇOVÁ D., B. BURCIN a L. FIALOVÁ a kol. *Population development in the Czech Republic 2007*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství SLON, 2009. s. 57-59. ISBN 978-80-7419-021-6.

BĚLINA, Miroslav a Marie KALENSKÁ. *Poceta Petru Trösterovi k 70. narozeninám*. 1. vyd. Praha: Aspi, a.s., 2009. s. 401, 403-405, 408-411. ISBN 978-80-7357-418-5.

BRUTHANSOVÁ, D., M. Kolářová a A. Červenková. *Vývoj invalidity v České republice a ve vybraných zemích EU*. Praha: VÚPSV, prosinec 2002. s. 6. ISBN 978-80-2390-586-1.

GLOSOVÁ Dagmar a kol. *Bydlení pro seniory*. 1. vyd. Brno: ERA group, 2006. s. 51. ISBN 80-7366-057-1.

GRAHAME, Hill. *Moderní psychologie: hlavní oblasti současného studia lidské psychiky*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-641-1.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. 2. přeprac. vyd. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. s. 248, 250, 252-253. ISBN 978-80-87109-19-9.

HOLMEROVÁ, I., B. JURAŠKOVÁ a K. ZIKMUNDOVÁ a kol. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 3. přeprac. vyd. Praha: EV public relations, spol. s r. o., 2007. s. 12-13. ISBN 978-80-254-0179-8.

KALVACH, Z., Z. ZADÁK, R. JIRÁK, H. ZAVÁZALOVÁ, P. SUCHARDA a kol. *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2004. s. 45, 47-49, 129-130, 32-133, 465. ISBN 80-247-0548-6.

MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Sociální práce v praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, s.r.o., 2005. s. 163-164, 369. ISBN 80-7376-002-10.

MATOUŠEK, Oldřich. a kol. *Encyklopedie sociální práce*, 1. vyd. Praha: Portál, 2013. s. 93. ISBN 978-80-262-0366-7.

MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální služby*. 2. aktual. vyd. Praha: Portál, 2011. s. 9-11, 42-43, 91-92. ISBN 978-80-262-0041-3.

MATOUŠEK, Oldřich a kol., *Základy sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, s.r.o., 2001. s. 98. ISBN 80-7178-473-7.

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Aktuality pro lékařskou posudkovou službu*. 1. vyd. Praha: MPSV 2009. s. 33, 58-59. ISBN 978-80-7421-008-2.

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008-2012*. 1. vyd. Praha: Hartpress, 2008. s. 9-10. ISBN 978-80-86878-65-2.

NÁRODNÍ CENTRUM PODPORY TRANSFORMACE SOCIÁLNÍCH SLUŽEB. *Manuál transformace ústavů: deinstitucionalizace sociálních služeb*. 1. vyd. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2013. s. 11-13, 25. ISBN 978-80-7421-057-0.

NEŠPOROVÁ, O., K. SVOBODOVÁ a L. VIDOVIČOVÁ. *Zajištění potřeb seniorů s důrazem na roli nestátního sektoru*. 1. vyd. Praha: VÚPSV.v.v.i., 2008. s. 24. ISBN 978-80-87007-96-9.

RÁKOSNÍK, Jakub a Igor TOMEŠ. *Sociální stát v Československu – Právně institucionální vývoj v letech 1918 – 1992*. 1. vyd. Praha: Auditorium, 2012. s. 140, 141, 145, 147, 137. ISBN 978-80-87284-30-8.

TOMEŠ, Igor. *Obory sociální politiky*. 1. vyd. Praha: Portál, s.r.o., 2011. s. 149-150, 153, 163, 170, 171, 175-177, 179. ISBN 978-80-7367-868-5.

TOMEŠ, Igor. *Posuzování úrovně invalidity ve vybraných evropských zemích: názory na účinnost dávek pro osoby se zdravotním postižením*. 1. vyd. Praha: Socioklub, 2000. s. 73-75.

TOMEŠ, Igor a Kristina KOLDINSKÁ. *Role pojistných systémů v sociální ochraně osob se zdravotním postižením*. 1. vyd. Praha: Personnel Consulting, 2002. s. 90-91, 98-100, 116-118, 120-123, 132-138.

TOMEŠ, Igor. *Sociální politika: teorie a mezinárodní zkušenost*. 2. přeprac. vyd. Praha: Socioklub, 2001. s. 150, 145-147, 199. ISBN 80-86484-00-9.

TOMEŠ, Igor a Kristina KOLDINSKÁ. *Sociální právo Evropské unie*. 1. vyd. Praha: C. H. Beck, 2003. s. 130-134, 234-236. ISBN 80-7179-831-2.

TOMEŠ, Igor. *Systémy zabezpečení občanů dávkami podmíněnými existencí dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu ve vybraných zemích*. 1. vyd. Praha: Personnel Consulting, 2002. s. 99-100, 117-119.

TOMEŠ, Igor. *Zabezpečení starých osob v Evropě*. 1. vyd. Praha: Academia, 1971. s. 16, 22. ISBN 7344-21-050-71.

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY. *Ekonomické informace ve zdravotnictví 2012*. 1. vyd. Praha: ÚZIS ČR, 2013. s. 34, 38. ISBN 978-80-7472-084-0.

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY. *Ekonomické informace ve zdravotnictví 2013*. 1. vyd. Praha: ÚZIS ČR, 2014. s. 32, 36. ISBN 978-80-7472-133-5.

WORLD BANK. *Averting the old age crisis – A World Bank policy research report*. 1. vyd. New York: Oxford University Press, 1994. s. 5-7. ISBN 0-19-520996-6.

ZAVÁZALOVÁ, Helena a kol. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2001. s. 5, 8-9, 11, s. 67-68. ISBN 80-246-0326-8.

Odborné časopisy

KOCMAN, David a Jan PALEČEK. Deinstitutionalizace a kvalita života. Od expertních posudků k praktickým experimentům. In: *Fórum sociální práce*. 1. vyd. Praha: Vydavatelství Filozofické fakulty UK v Praze, 2012, č. 1, s. 15-16. ISSN 1804-3070.

MATOUŠEK, Oldřich. Odústavňování. In: *Fórum sociální práce*. 1. vyd. Praha: Vydavatelství Filozofické fakulty UK v Praze, 2012, č. 2, s. 9-10. ISSN 1804-3070.

SEDLÁROVÁ, Katarína. Dôstojné zomieranie v hospicioch v Českej republike a na Slovensku. In: *Fórum sociální práce*. 1. vyd. Praha: Vydavatelství Filozofické fakulty UK v Praze, 2012, č. 2, s. 14, 16, 20. ISSN 1804-3070.

TOMEŠ, Igor. Otázky realizace povinné sociální solidarity sociálním státem. In: *Fórum sociální práce*. 1. vyd. Praha: Vydavatelství Filozofické fakulty UK v Praze, 2012, č. 2, s. 63-65, 67. ISSN 1804-3070.

TOMEŠ, Igor. Problémy s realizací povinné sociální solidarity v ČR (část 1). In: *Fórum sociální práce*. 1. vyd. Praha: Vydavatelství Filozofické fakulty UK v Praze, 2012, č. 1, s. 30. ISSN 1804-3070.

TOMEŠ, Igor. Širší sociální souvislosti stárnutí obyvatelstva – mýty a skutečnosti. In: *Fórum sociální práce*. 1. vyd. Praha: Vydavatelství Filozofické fakulty UK v Praze, 2012, č. 1, s. 63-65, 69. ISSN 1804-3070.

Zákony a právní dokumenty

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2006, částka 37, s. 1257-1289.

Zákon č. 110/2006 Sb., o životním a existenčním minimu, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1995, částka 37, s. 1300-1304.

Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1995, částka 41, s. 1986-2011.

Zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, částka 115, s. 3970-4008.

Zákon č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1991, částka 111, s. 2890-2919.

Mezinárodní dokumenty

Evropská sociální charta. In: *Mezinárodní smlouvy Rady Evropy*. 1961. čl. 12.

Doporučení Rady Evropy č. 1418, o ochraně lidských práv a důstojnosti nevyléčitelně nemocných a umírajících. In: *Doporučení Rady Evropy*. 1999. čl. 5.

Listina základních práv Evropské unie. In: *Dokumenty Evropské unie*. 2000. hlava III, čl. 25.

Revidovaná Evropská sociální charta. In: *Mezinárodní smlouvy Rady Evropy*. 1996. čl. 23.

Úmluva č. 128, o invalidních, starobních a pozůstalostních dávkách. In: *Úmluvy Mezinárodní organizace práce*. 1967. část III., čl. 15, čl. 18.

Úmluva o právech osob se zdravotním postižením. In: *Úmluvy OSN*. čl. 19.

Elektronické zdroje

BBC CZECH. *V Česku výrazně narůstá počet invalidních důchodců. Proč?* [online]. [2013 11-20]. Dostupné z: http://www.bbc.co.uk/czech/domesticnews/story/2005/07/050718_cz_invalid_pensions

BURCIN, Boris a Tomáš KUČERA. *Prognóza populačního vývoje České republiky na období 2008-2070*. [online]. Praha: MPSV, duben 2010. [cit. 2013-10-25]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/8842/Prognoza_2010.pdf

Česká správa sociálního zabezpečení. *Počet a průměrná výše důchodů*. [online]. Praha: ČSSZ [cit. 2013-03-23]. Dostupné z: <http://www.cssz.cz/NR/rdonlyres/7032BCB9-16BC-4EBC-8C47-3F734AF85E7D/0/rok2012novepriznaneduchodydlezahajenitrvalevyplatyweb.pdf>

Česká demografická společnost. *Analýza: Perspektivy populačního stárnutí v Evropě*. [online]. Demografie, 8.11.2005. [cit. 2013-09-15]. ISSN 1801-2914. Dostupné z: http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku&artclID=201

Evropská komise. *Politiky týkající se stárnutí obyvatelstva a sociálního státu*. [online]. Hospodářské a finanční věci: 2013. [cit. 2013-10-20]. Dostupné z: http://ec.europa.eu/economy_finance/structural_reforms/ageing/index_cs.htm

Evropská komise. *Stárnoucí Evropa? Skutečnost, na kterou je třeba se připravit*. [online]. Hospodářské a finanční věci: 2013. [cit. 2013-10-20]. Dostupné z: http://ec.europa.eu/news/economy/120515_cs-htm

Finance. *Důchodová reforma v Česku*. [online]. Finance media a.s. [cit. 2013-11-18]. Dostupné z: <http://www.finance.cz/duchody-a-davky/vse-o-duchodech/duchodova-reforma/>

Finance. *Tři pilíře důchodového systému*. [online]. Finance media a.s. [cit. 2013-11-15]. Dostupné z: <http://www.finance.cz/duchody-a-davky/vse-o-duchodech/duchodove-systemy/tri-pilire-duchodoveho-systemu/>

GOLA, P. *Kdo má nárok na invalidní důchod?* [online]. Měšec, 16.1.2008. [cit. 2013-11-08]. Dostupné z: <http://www.mesec.cz/clanky/kdo-ma-narok-na-invalidni-duchod/>

GOLA, P. *Státní penze budou muset klesnout*. [online]. Investujeme, 1.3.2010. [cit. 2013-11-05]. Dostupné z: <http://www.investujeme.cz/statni-penze-budou-muset-klesnout/>

Invalidní důchod: informace o plných a částečných invalidních důchodech. *Důchodová reforma*. [online]. [cit. 2013-11-14]. Dostupné z: <http://www.invalidni-duchod.cz/duchodova-reforma/>

KREBS, Vojtěch. *Otevřená metoda koordinace a důchodové systémy v Evropě*. [online]. Praha: ČSSZ. [cit. 2013-11-16]. Dostupné z: <http://www.cssz.cz/cz/casopis-narodni-pojisteni/archiv-vydanych-cisel/clanky/casopis-narodni-pojisteni-c-3-2004-clanek-1.htm>

LÉKÁRNA.CZ. *Demence*. [online]. Praha: MPSV, 2014. [cit. 2014-01-15]. Dostupné z: <http://www.lekarna.cz/text/demence/>

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Aktuality pro lékařskou posudkovou službu*. [online]. 2. vyd. Praha: MPSV, 2009. s. 25, 27. ISBN 978-80-7421-008-2. [cit. 2013-11-16]. Dostupné z http://www.mpsv.cz/files/clanky/7943/04_aktuality-LPK.pdf

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Dávky pro osoby zdravotně postižené*. [online]. Praha: MPSV, 2011. [cit. 2013-11-12]. Dostupné z: <http://socialnireforma.mpsv.cz/cs/24>

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Invalidní důchody*. [online]. Praha: MPSV, 31.8.2011. [cit. 2013-11-06]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/619>

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 až 2017*. [online]. [cit. 2013-11-04] Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/14540/III_vlada__Akcni_plan_starnuti_.pdf

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Obecná informace k zákonu o důchodovém pojištění*. [online]. Praha: MPSV, 31.8.2011. [cit. 2013-11-02]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/617>

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Pomoc v hmotné nouzi*. [online]. Praha: MPSV. [cit. 2013-11-06]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/5#ohn>

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Příprava na stárnutí*. [online]. Praha: MPSV, 1.8.2008. [cit. 2012-12-10]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/2856>

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí 2013*. [online]. Praha: MPSV. [cit. 2015-06-01]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/19296/MPSV_rocenka2013_061114.pdf

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Závěrečná zpráva PES*. [online]. Praha: MPSV, červen 2010. [2013-11-15]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/8896/2010_06_03_Zaverecna_zprava_final_cistopis.pdf

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Životní a existenční minimum*. [online]. Praha: MPSV, 4.1.2013. [cit. 2013-11-06]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/11852>

NÁRODNÍ CENTRUM PODPORY TRANSFORMACE SOCIÁLNÍCH SLUŽEB. *Transformace sociálních služeb pro lidi s postižením*. [online]. [cit. 2013-11-25]. Dostupné z: <http://www.trass.cz>

Slovník pojmů. [online]. [cit. 2013-11-06]. Dostupné z: <http://www.hospice.cz/slovník-pojmu/>

VŠE O SOCIÁLNÍM ZABEZPEČENÍ. *Invalidní důchody v praxi*. [online]. 12.3.2013. [cit. 2013-11-18]. Dostupné z: <http://www.duchodstarobni.cz/socialni-zabezpeceni/invalidni-duchod-v-praxi/>

Změny potřeb ve stáří. [online]. Praha: Marcom. [cit. 2013-10-31]. Dostupné z: http://zpravodaj.marcom-praha.cz/zpr_0502/pdf/22-24.pdf

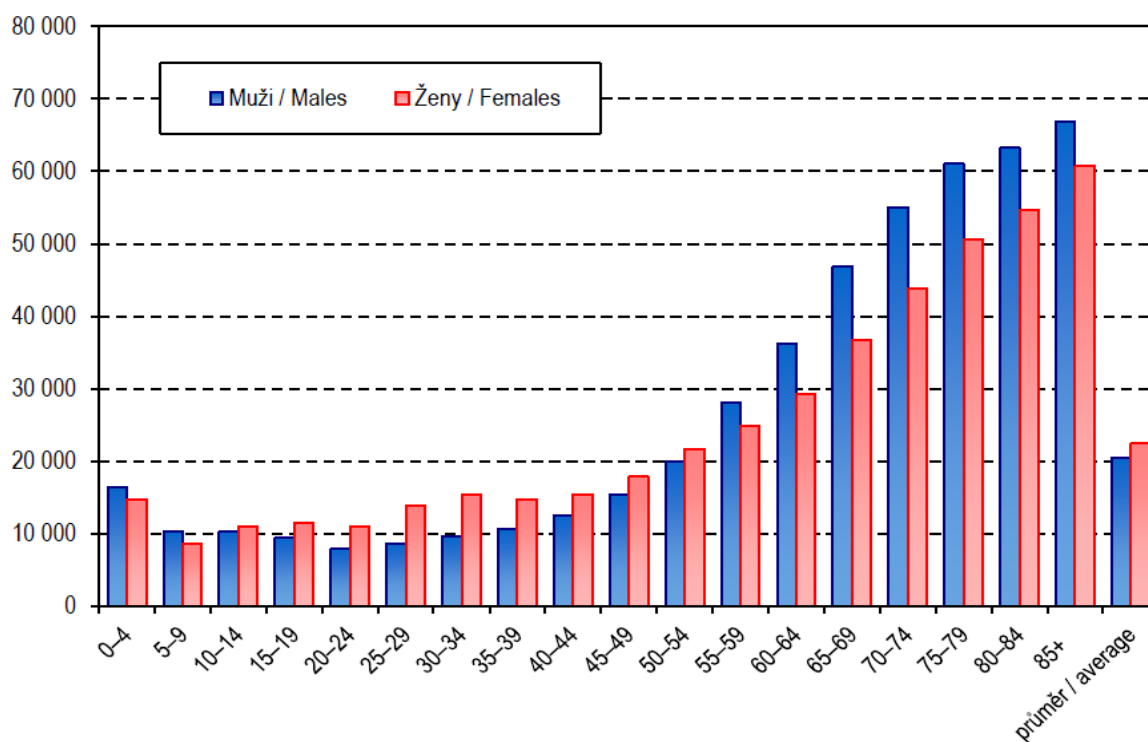
Seznam příloh

- Příloha č. 1 Veřejné výdaje na zdravotnictví
Průměrné náklady zdravotních pojišťoven na zdravotní péči na jednoho pojištěnce dle věku a pohlaví v roce 2012
- Příloha č. 2 Geriatrické služby podle krajů a druhu zařízení, 2013
- Příloha č. 3 Počet a průměrné výše důchodů, jejichž výplata byla zahájena v roce 2012
- Příloha č. 4 Úmrtnost v letech 1990 – 2007
Naděje dožití ve věku 65 let
- Příloha č. 5 Postavení České republiky mezi vybranými evropskými zeměmi podle naděje dožití při narození
- Příloha č. 6 Očekávaný vývoj celkového počtu obyvatel v letech 2008 – 2070
Očekávaný vývoj počtu živě narozených a zemřelých v letech 2009 – 2070 (střední varianta)
- Příloha č. 7 Očekávaný vývoj počtu obyvatel podle základních věkových kategorií v letech 2008 – 2070 (střední varianta)
Očekávaný vývoj relace mezi základními věkovými skupinami kategorií v letech 2008 – 2070 (střední varianta)
- Příloha č. 8 Mezinárodní porovnání podílu osob ve věku 65 a více let
- Příloha č. 9 Maslowova pyramida potřeb
- Příloha č. 10 Osoby starší 60 let onemocnělé nejčastějšími akutními poruchami zdraví v průběhu jednoho roku
Hodnocení nemocnosti osob nad 60 let věku
- Příloha č. 11 Předpokládané veřejné výdaje na důchody dle oblastí, 1990 - 2050
- Příloha č. 12 Srovnání PAYG vs FF a DB vs DC penzijních systémů
- Příloha č. 13 Situace v invalidizaci v letech 1981 – 1990
Situace v invalidizaci v letech 1985 – 1994 dle zdravotních příčin
- Příloha č. 14 Počet ústavních služeb pro lidi se zdravotním postižením podle krajů
- Příloha č. 15 Způsoby bydlení obyvatel podle věku

Příloha č. 1

Věřejné výdaje na zdravotnictví (v mil. Kč)

Rok	Státní rozpočet + územní rozpočty	Zdravotní pojišťovny		Celkem veřejné výdaje na zdravotnictví
		celkem	z toho: zdrav. péče	
2000	17 170	115 792	111 421	132 962
2005	21 263	170 093	164 343	191 356
2006	22 828	174 200	166 902	197 027
2007	22 851	183 713	179 527	206 565
2008	21 439	197 280	190 294	218 719
2009	26 034	218 720	210 630	244 754
2010	20 781	222 500	214 373	243 281
2011	16 863	225 547	217 653	242 410
2012	15 647	231 270	222 769	246 917
2013	16 657	229 905	222 985	246 562

**Průměrné náklady zdravotních pojišťoven na zdravotní péči na jednoho
pojištěnce dle věku a pohlaví v roce 2012 (v Kč)**

Převzato: ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY. *Ekonomické informace ve zdravotnictví 2012*. 1. vyd. Praha: ÚZIS ČR, 2013. s. 34, 38. ISBN 978-80-7472-084-0.

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY. *Ekonomické informace ve zdravotnictví 2013*. 1. vyd. Praha: ÚZIS ČR, 2013. s. 32, 36. ISBN 978-80-7472-133-5.

Příloha č. 2

Geriatrické služby podle krajů a druhu zařízení, 2013

Osoby ve věku 50+							
KRAJ	Lůžková péče (podle kraje bydliště)				Ambulantní péče (podle sídla zařízení)		
	hospitalizovaní v lůžkových zařízeních na geriatrických odděleních		počet ošetřovaných dnů		počet léčených pacientů na ambulantních geriatrických odděleních		počet ambulantních ošetření/vyšetření na geriatrických odděleních
	ženy	muži	ženy	muži	ženy	muži	celkem
Česká republika	5 589	3 355	87 166	46 309	13 194	8 553	74 197
Hlavní město Praha	813	373	21 203	7 452	2 223	1 087	8 036
Středočeský kraj	178	83	4 575	1 799	262	101	1 254
Jihočeský kraj	3	5	86	83	1 408	1 249	6 014
Plzeňský kraj	305	140	9 425	4 383	-	-	-
Karlovarský kraj	13	2	285	45	-	-	-
Ústecký kraj	8	2	172	60	678	260	5 826
Liberecký kraj	8	1	110	9	5	2	17
Královéhradecký kraj	630	390	5 336	3 289	311	287	1 595
Pardubický kraj	87	62	1 199	738	1 641	1 242	13 858
Vysočina	4	2	114	25	85	26	222
Jihomoravský kraj	1 396	950	13 708	9 667	3 835	2 571	16 337
Olomoucký kraj	454	245	7 813	4 346	1 044	666	3 314
Zlínský kraj	400	223	5 801	3 208	404	455	12 137
Moravskoslezský kraj	1 286	876	17 293	11 188	1 298	607	5 587

Věkové složení obyvatelstva podle věkových skupin za kraje ČR

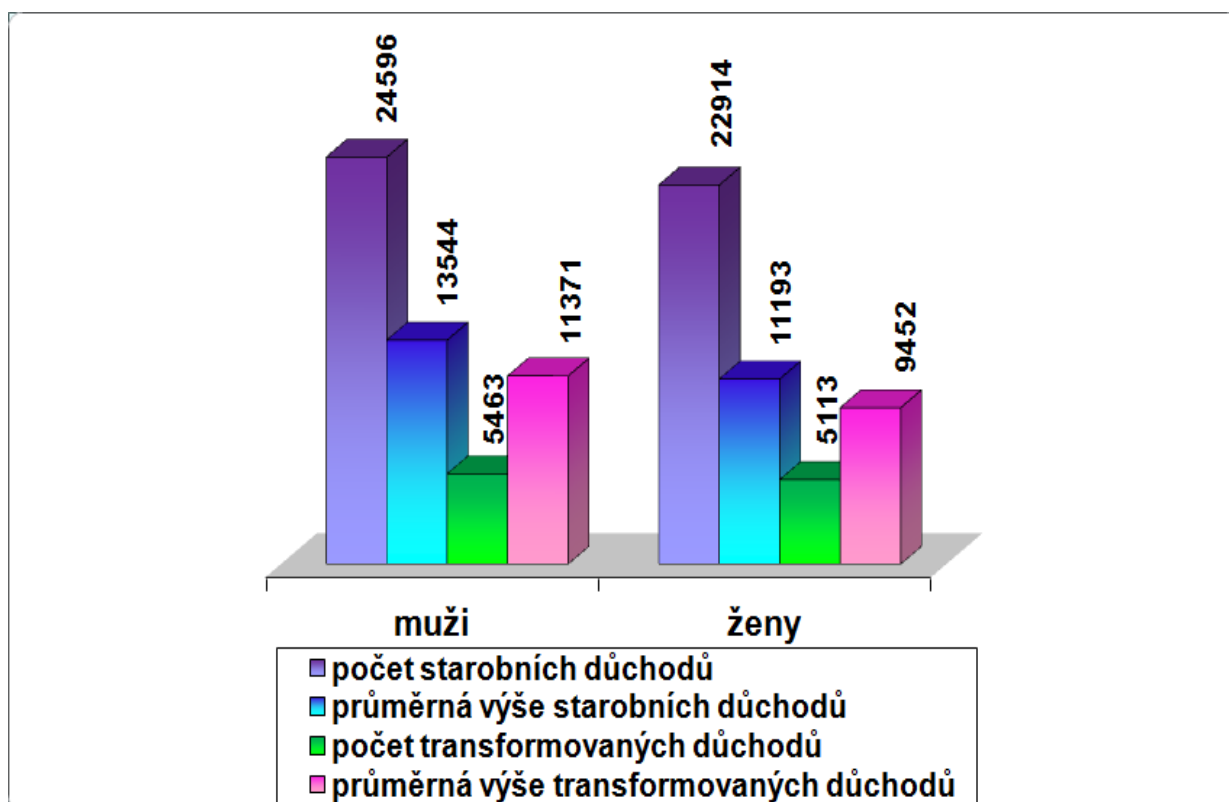
Územní jednotka	Stav k 1. 1. 2013			Stav k 31. 12. 2013		
	0–14 let	15–64 let	65 a více let	0–14 let	15–64 let	65 a více let
Hl. město Praha	170 253	856 494	220 033	175 353	842 806	225 042
Středočeský kraj	209 357	878 467	203 992	214 652	875 654	212 030
Jihočeský kraj	94 968	434 132	107 511	95 890	429 563	111 254
Plzeňský kraj	83 171	390 337	99 179	84 101	386 964	102 404
Karlovarský kraj	44 541	208 785	48 400	44 480	205 387	50 442
Ústecký kraj	128 524	568 628	129 612	128 800	560 986	135 334
Liberecký kraj	67 715	299 670	71 209	68 196	296 026	74 387
Královéhradecký kraj	81 789	372 586	98 571	82 276	367 934	101 699
Pardubický kraj	77 616	351 073	87 751	77 936	347 586	90 463
Kraj Vysočina	75 454	348 042	87 711	75 488	344 450	90 271
Jihomoravský kraj	170 460	796 449	201 741	172 886	789 416	207 776
Olomoucký kraj	93 440	435 300	108 869	94 054	429 863	112 439
Zlínský kraj	84 163	401 633	101 897	84 554	397 208	104 537
Moravskoslezský kraj	178 845	846 615	201 142	178 789	835 577	207 466
Celkem ČR	1 560 296	7 188 211	1 767 618	1 577 455	7 109 420	1 825 544

Převzato: ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Zdravotní služby*. [online]. Praha: CZSO. [cit. 2015-02-25]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/25627994/310035144z.pdf/473c258f-e78d-4548-a2ab-26b083f2b73d?version=1.0>

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí 2013*. [online]. Praha: MPSV. [cit. 2015-06-01]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/19296/MPSV_rocenka2013_061114.pdf

Příloha č. 3

Počet a průměrné výše důchodů
(výplata byla zahájena v roce 2012)

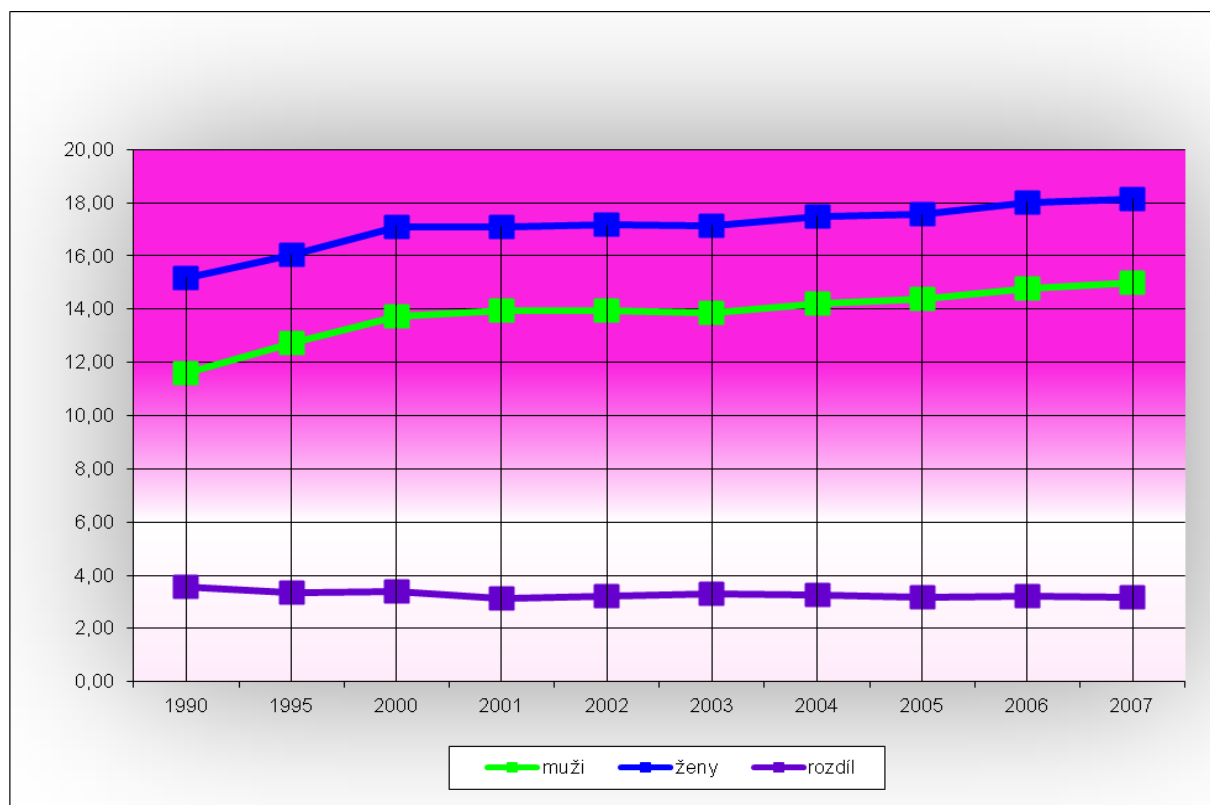


Graf vytvořen na základě údajů: ČESKÁ SPRÁVA SOCIÁLNÍHO ZABEZPEČENÍ. *Počet a průměrná výše důchodů*. [online]. Praha: ČSSZ. [cit. 2013-03-23]. Dostupné z: http://www.cssz.cz/NR/rdonlyres/7032BCB9-16BC-4EBC-8C47-3F734AF85E7D/0/rok2012nove_priznane_duchodydlezahajenitrvalevyplatyweb.pdf

Příloha č. 4

Úmrtnost v letech 1990 – 2007

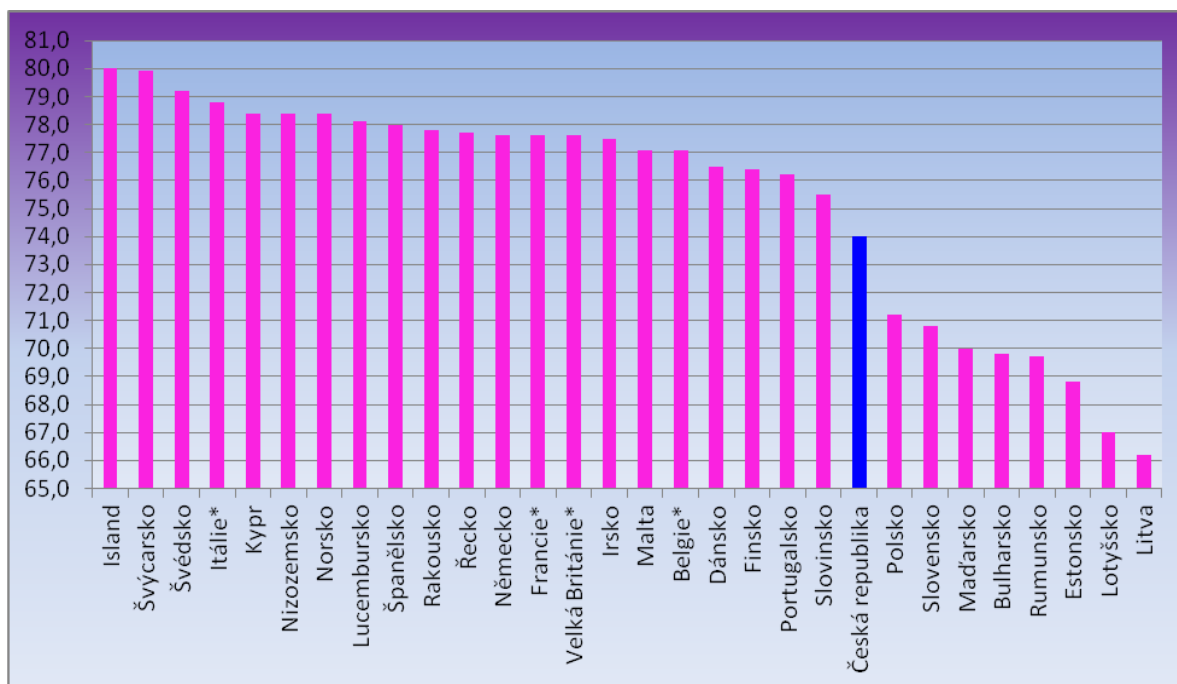
Ukazatel		1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Počet zemřelých		129166	117913	109001	107755	108243	111288	107177	107938	104441	104636
Hrubá míra úmrtnosti (v ‰)		12,5	11,4	10,6	10,5	10,6	10,9	10,5	10,5	10,2	10,1
Standardizovaná hrubá míra úmrtnosti (v ‰)		12,5	10,9	9,4	9,3	9,2	9,3	8,8	8,7	8,2	8,1
Naděje dožití při narození	muži	67,58	69,72	71,65	72,07	72,07	72,03	72,55	72,88	73,45	73,67
	ženy	75,36	76,63	78,35	78,41	78,54	78,51	79,04	79,10	79,67	79,90
	rozdíl	7,78	6,91	6,70	6,33	6,47	6,48	6,49	6,22	6,22	6,23
Naděje dožití ve věku 65 let	muži	11,61	12,71	13,72	13,95	13,93	13,84	14,21	14,38	14,79	15,00
	ženy	15,18	16,05	17,09	17,09	17,16	17,14	17,49	17,55	18,01	18,15
	rozdíl	3,57	3,34	3,37	3,14	3,23	3,30	3,28	3,18	3,21	3,15

Naděje dožití ve věku 65 let

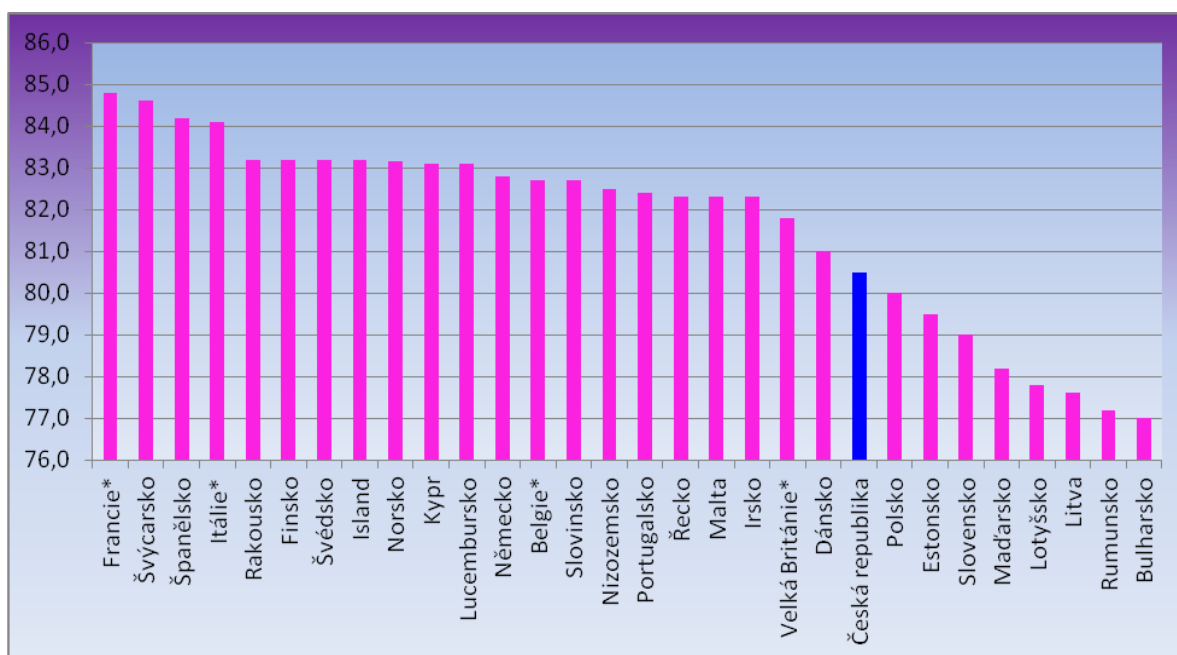
Tabulka i graf vytvořeny z údajů: BARTOŇOVÁ, D., B. BURCIN a L. FIALOVÁ a kol. *Population development in the Czech Republic 2007*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství SLON, 2009. s. 59. ISBN 978-80-7419-021-6.

Příloha č. 5

Postavení České republiky mezi vybranými evropskými zeměmi
podle naděje dožití při narození, 2008 (*2007), muži

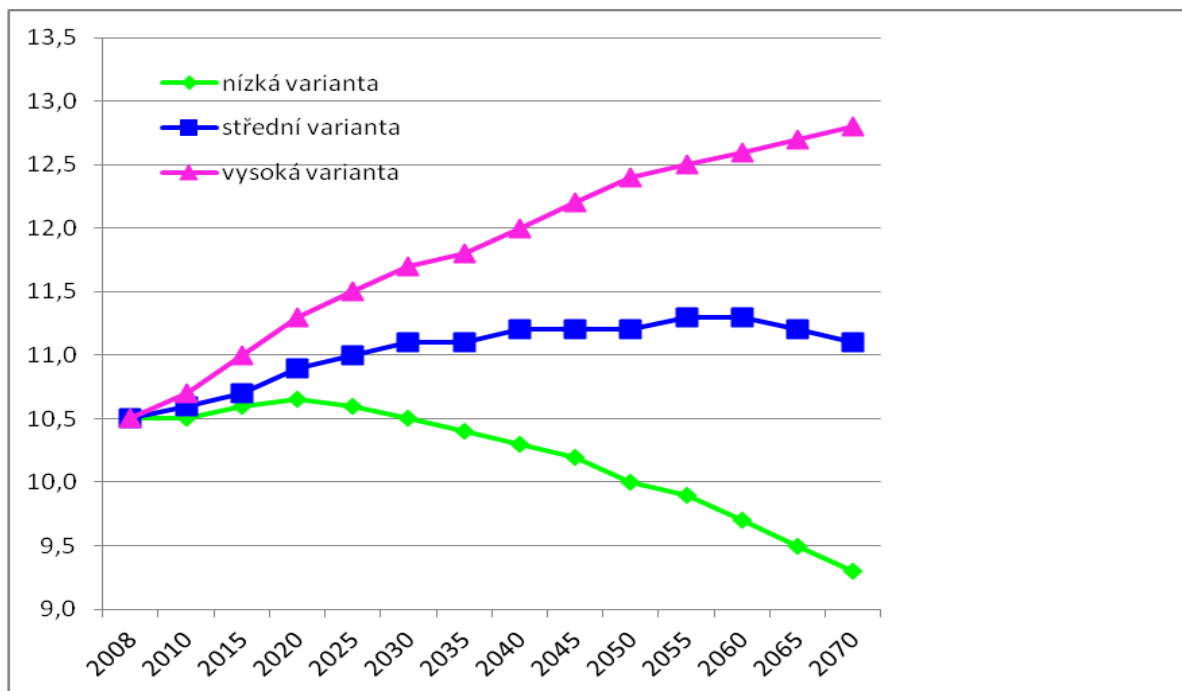
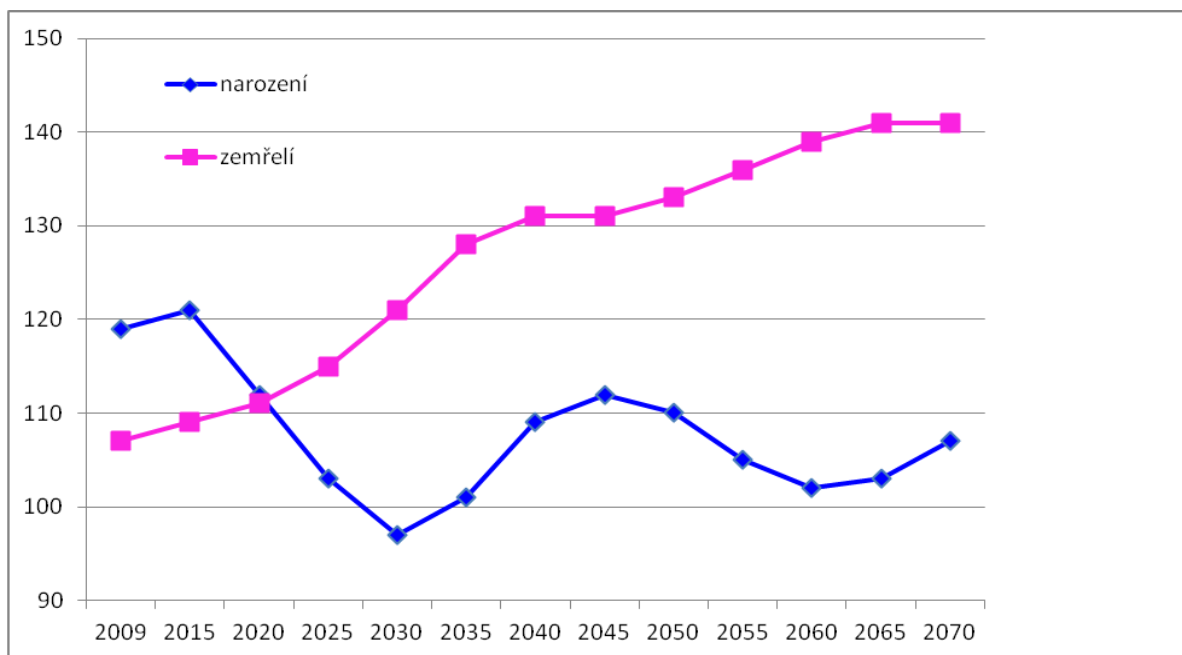


Postavení České republiky mezi vybranými evropskými zeměmi
podle naděje dožití při narození, 2008 (*2007), ženy



Grafy vytvořeny z údajů: BARTOŇOVÁ D., B. BURCIN, L. FIALOVÁ a kol., *Demografická situace České republiky – Proměny a kontexty 1993 – 2008*. 1. vyd. Sociologické nakladatelství SLON, Praha 2010. s. 190-191. ISBN 978-80-7419-024-7.

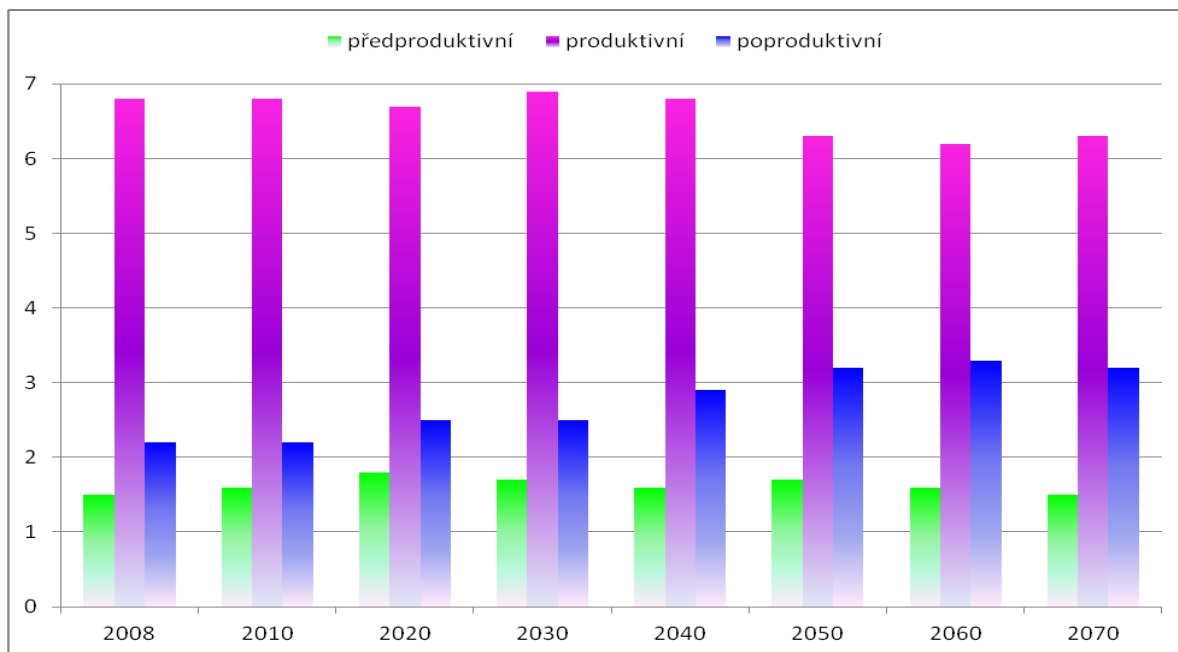
Příloha č. 6

Očekávaný vývoj celkového počtu obyvatel v letech 2008 – 2070 (v mil.)**Očekávaný vývoj počtu živě narozených a zemřelých v letech 2009 – 2070 – střední varianta (v tis.)**

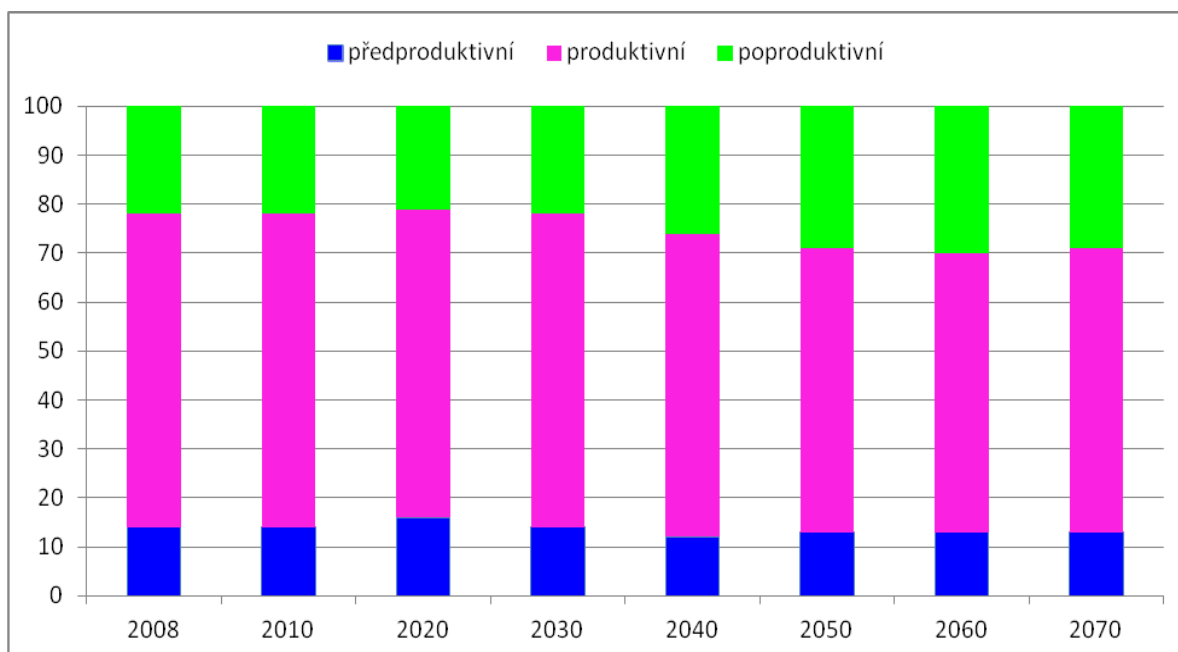
Grafy vytvořeny z údajů: BARTOŇOVÁ, D., B, BURCIN, L. FIALOVÁ a kol. *Demografická situace České republiky – Proměny a kontexty 1993 – 2008*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství SLON, 2010. s. 197-198. ISBN 978-80-7419-024-7.

Příloha č. 7

Očekávaný vývoj počtu obyvatel podle základních věkových kategorií
v letech 2008 – 2070 – střední varianta (v mil.)

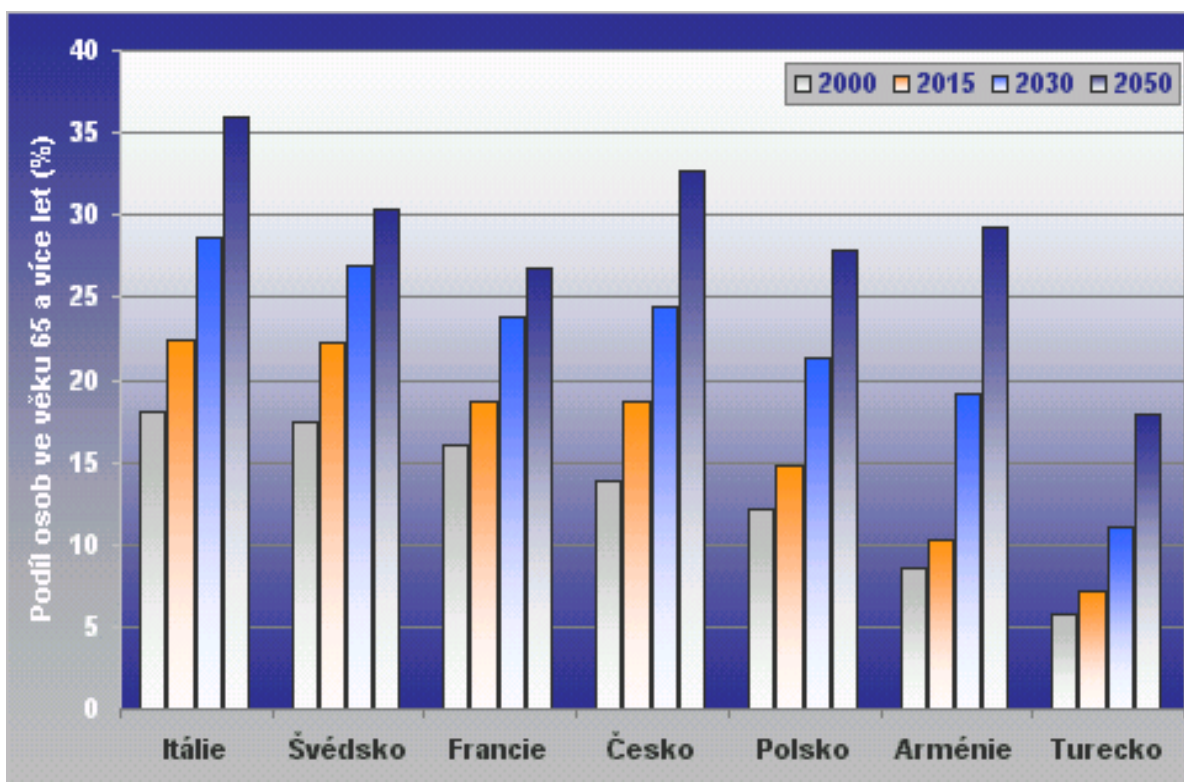


Očekávaný vývoj relace mezi základními věkovými skupinami kategorií
v letech 2008 – 2070 – střední varianta (v %)



Grafy vytvořeny z údajů: BARTOŇOVÁ, D., B. BURCIN, L. FIALOVÁ a kol. *Demografická situace České republiky – Proměny a kontexty 1993 – 2008*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství SLON, 2010. s. 202-203. ISBN 978-80-7419-024-7.

Příloha č. 8

Mezinárodní porovnání podílu osob ve věku 65 a více let (v %)

Převzato: Council of Europe. 2001. Recent Demographic Developments in Europe 2001. Strasbourg: Council of Europe Publishing.

Příloha č. 9

Maslowova pyramida potřeb

POTŘEBA SEBEREALIZACE

POTŘEBA UZNÁNÍ, ÚCTY

POTŘEBA LÁSKY, PŘIJETÍ, SPOLUPATŘIČNOSTI

POTŘEBA BEZPEČÍ A JISTOTY

ZÁKLADNÍ TĚLESNÉ, FYZIOLOGICKÉ POTŘEBY

Příloha č. 10

**Osoby starší 60 let onemocnělé nejčastějšími akutními poruchami zdraví
v průběhu jednoho roku (v procentech sledovaných osob)**

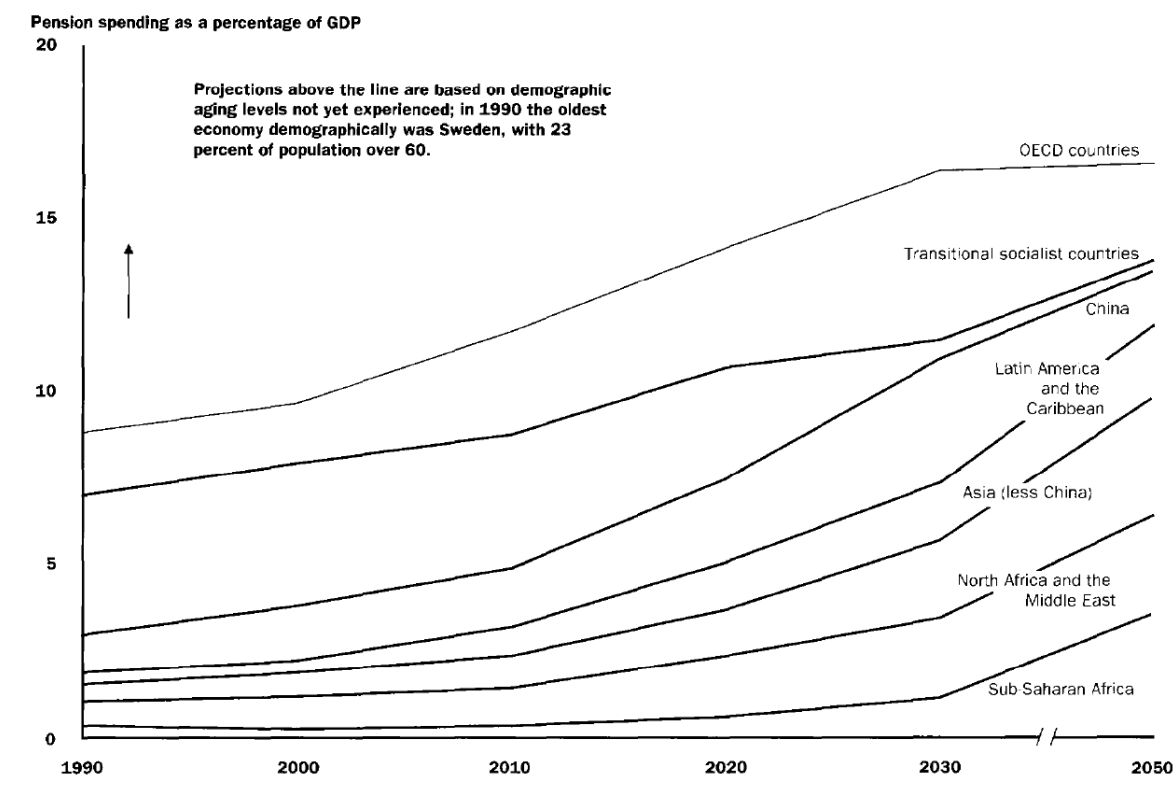
Akutní poruchy zdraví	Muži	Ženy	Celkem
nemoci dýchacího ústrojí	37,37	39,42	38,58 ± 2,06
poranění a otravy	6,63	9,87	8,55 ± 1,18
nemoci trávicího ústrojí	7,54	7,9	7,75 ± 1,13
nemoci pohybového ústrojí	7,09	6,64	6,82 ± 1,07
nemoci oběhového systému	6,06	7,19	6,73 ± 1,06
nemoci močového a pohlavního ústrojí	5,26	6,16	5,79 ± 0,99
nemoci kůže a podkožního vaziva	3,66	3,87	3,78 ± 0,81
nemoci nervové a smyslové	2,51	3,24	2,94 ± 0,72
Celkem onemocnělo osob	57,37	61,22	59,64 ± 2,08
Počet sledovaných osob	875	1 266	2 141

**Hodnocení nemocnosti osob nad 60 let věku
(v procentech sledovaných osob)**

Osoby	Muži	Ženy	Celkem
bez nemoci	4,0	1,8	2,7
jen s ojedinělými akutními poruchami v posledním roce	6,6	8,2	7,5
s častými akutními poruchami (více než tři v posledním roce)	1,8	1,4	1,6
stabilizované stavy (s remisí delší než jeden rok)	9,1	9,9	9,6
s nekomplikovanými chronickými nemocemi	52,6	54,5	53,7
s komplikovanými chronickými nemocemi	25,9	24,2	24,9
Celkem	100	100	100
Počet sledovaných osob	870	1 259	2 129

Tabulky vytvořeny na základě údajů: KALVACH, Z., Z. ZADÁK, R. JIRÁK, H. ZAVÁZALOVÁ, P. SUCHARDA a kol. *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2004. s. 132-133. ISBN 80-247-0548-6.

Příloha č. 11

Předpokládané veřejné výdaje na důchody dle oblastí, 1990 – 2050

Převzato: WORLD BANK. *Averting the old age crisis – A World Bank policy research report*. 1. vyd. New York: Oxford University Press, 1994. s. 7. ISBN 0-19-520996-6.

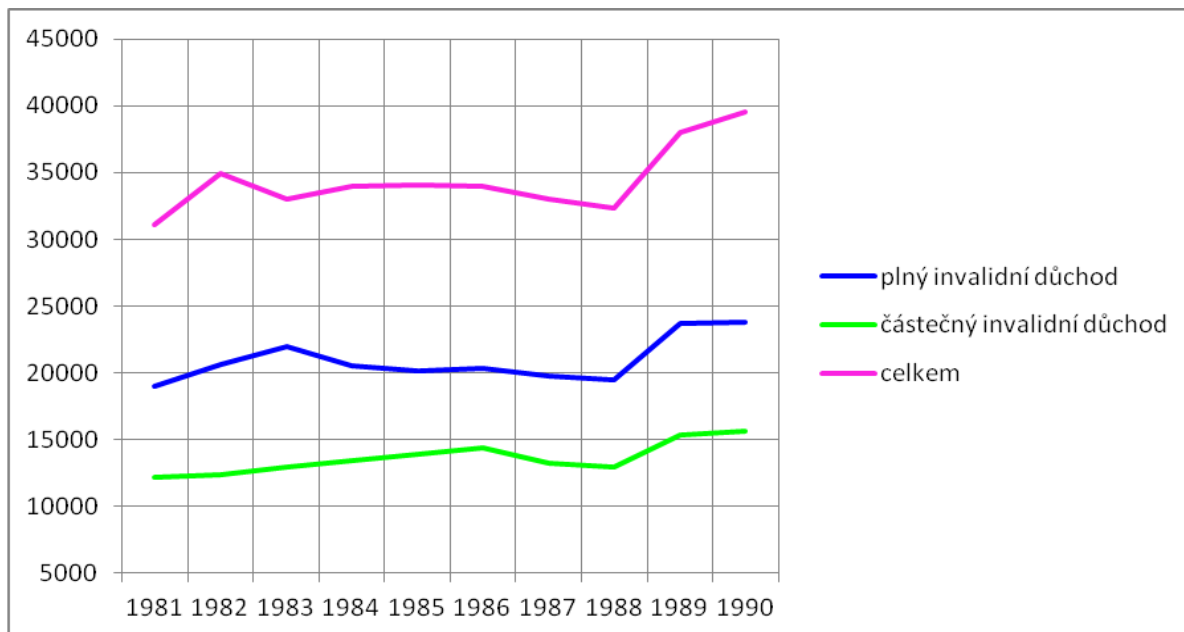
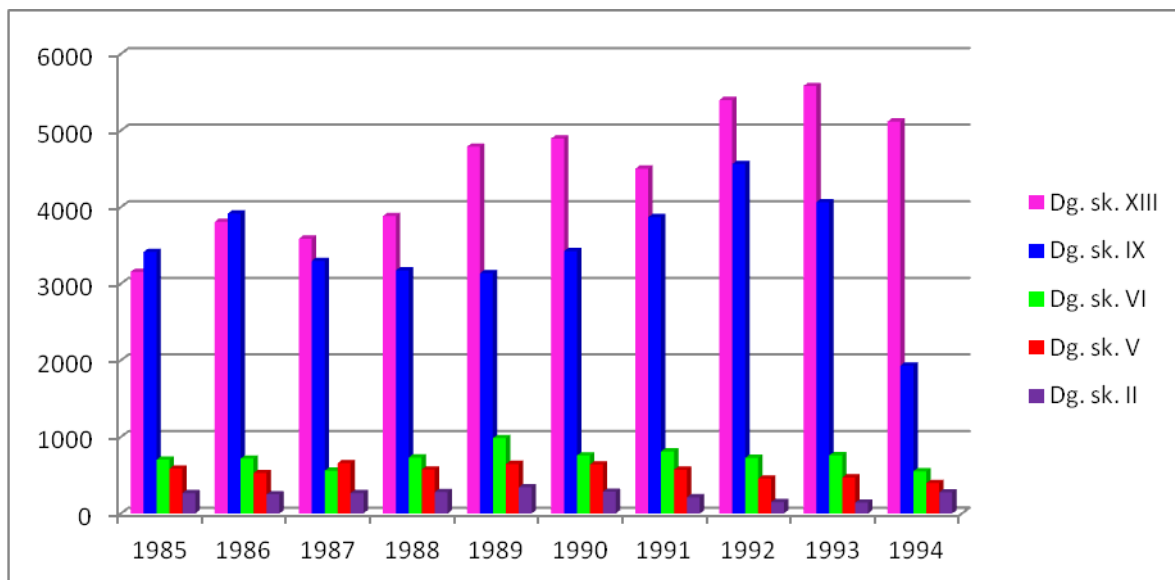
Příloha č. 12

Srovnání PAYG vs FF a DB vs DC penzijních systémů

	Výhody	Nevýhody
PAYG - Pay As You Go (založený na průběžném financování)	Odolnost vůči cyklickému vývoji ekonomiky	Citlivost na demografický vývoj (porodnost a migrace) Citlivost na rostoucí dobu dožití Závislost na vývoji domácí ekonomiky Riziko mezigenerační nespravedlnosti (PAYG DB) - riziko politického zneužití
FF - Fully Funded (postavený na celoživotním spoření jednotlivce)	Odolnost vůči demografii (porodnost a migrace) Možnost mezinárodní diverzifikace Mezigenerační spravedlnost (FDC) Závislost na kvalitě institucionálního prostředí (1)	Citlivost na vývoj na finančních trzích Vysoké administrativní náklady Citlivost na rostoucí dobu dožití Závislost na kvalitě institucionálního prostředí (1)
DB - Defined Benefit (dávkově definovaný systém)	Umožňuje solidaritu uvnitř generace Vyšší jistota ohledně výše dávky, pokud je systém udržitelný a imunní vůči politickým rizikům Možnost motivace k pozdějšímu odchodu do důchodu	Riziko demotivace setrvání na trhu práce Nejistá výše dávky v případě dlouhodobé neudržitelnosti systému a politických intervencí. Riziko neklesá s růstem věku jedince Nedokáže automaticky reagovat na růst doby dožití
DC - Defined Contribution (příspěvkově definovaný systém)	Netrestá delší setrvání na trhu práce Ve vyšším věku nejistota ohledně výše dávky významně klesá Automatická reakce na růst doby dožití	Riziko chudoby pro ohrožené skupiny Méně jistá výše dávky na počátku pracovní kariéry

(1)Může být výhodou i nevýhodou pro FF systém. Institucionálním prostředím se rozumí regulace a dohled, politické intervence a efektivita fondu (administrativní náklady).

Příloha č. 13

Situace v invalidizaci v letech 1981 – 1990**Situace v invalidizaci v letech 1985 – 1994 dle zdravotních příčin**

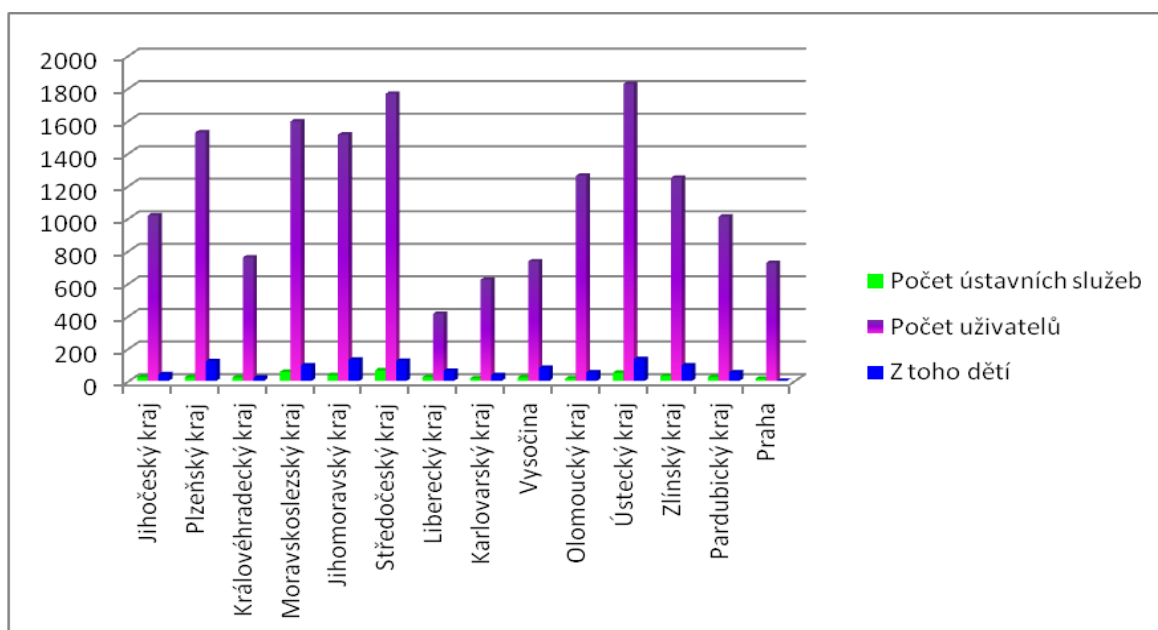
Vysvětlivky: Postižení nosného a pohybového systému (dg. sk. XIII)
 Kardiovaskulární postižení (dg. sk. IX)
 Poruchy duševní a poruchy chování (dg. sk. V)
 Onkologická postižení (dg. sk. II)
 Postižení nervové soustavy (dg. sk. VI)

Grafy vytvořeny na základě údajů: MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Aktuality pro lékařskou posudkovou službu*. [online]. 2. vyd. Praha: MPSV, 2009. s. 25, 27. ISBN 978-80-7421-008-2. [cit. 2013-11-16]. Dostupné z http://www.mpsv.cz/files/clanky/7943/04_aktuality-LPK.pdf

Příloha č. 14

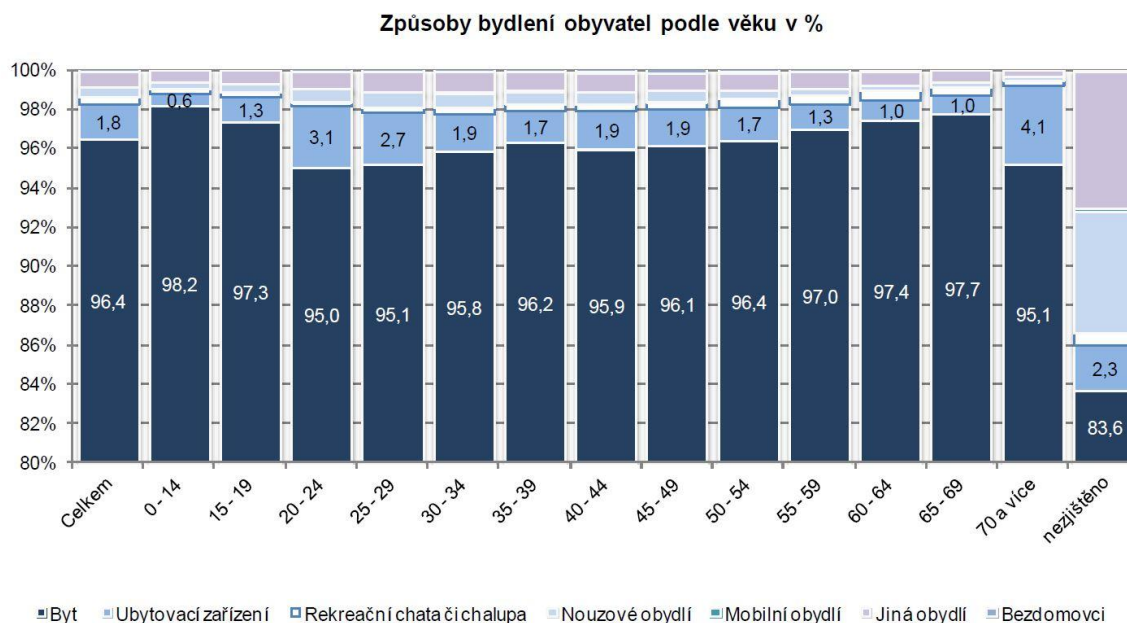
Počet ústavních služeb pro lidi se zdravotním postižením podle krajů (údaje platné ke konci roku 2011)

	Počet ústavních služeb	Počet uživatelů	Z toho dětí
Jihočeský kraj	24	1017	41
Plzeňský kraj	22	1527	121
Královéhradecký kraj	21	759	20
Moravskoslezský kraj	56	1595	96
Jihomoravský kraj	35	1514	130
Středočeský kraj	65	1765	123
Liberecký kraj	23	412	62
Karlovarský kraj	16	623	36
Vysočina	22	735	80
Olomoucký kraj	16	1261	53
Ústecký kraj	50	1826	134
Zlínský kraj	30	1249	96
Pardubický kraj	24	1010	53
Praha	14	724	0
Celkem	418	16017	1045

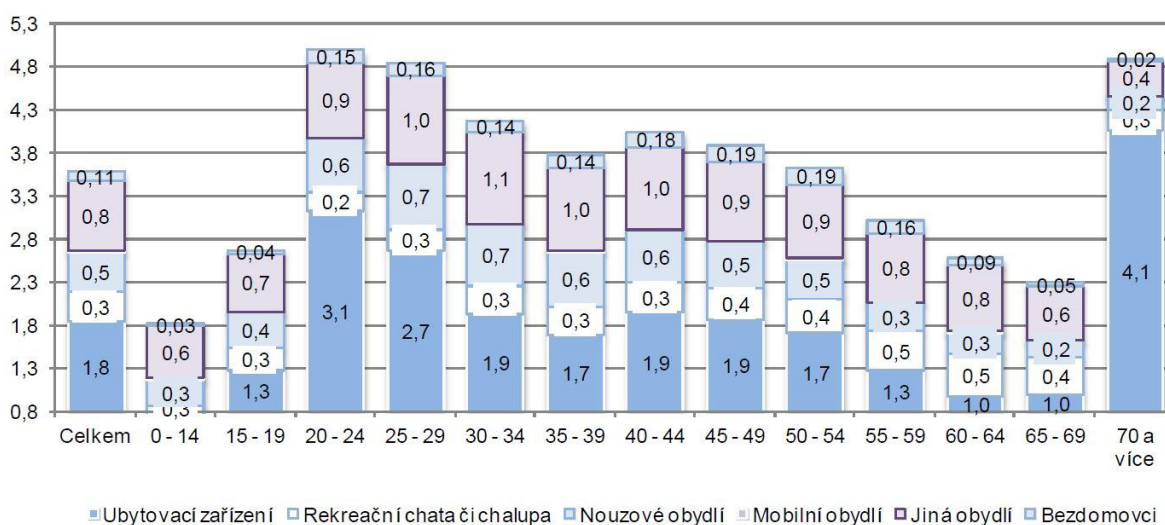


Tabulka i graf vytvořeny na základě údajů: NÁRODNÍ CENTRUM PODPORY TRANSFORMACE SOCIÁLNÍCH SLUŽEB. *Manuál transformace ústavů: deinstitucionalizace sociálních služeb*. 1. vyd. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2013. s. 13. ISBN 978-80-7421-057-0.

Příloha č. 15

Způsoby bydlení obyvatel podle věku

Způsoby bydlení obyvatel podle věku v %
(bydlící v bytech, zde neuvedení, jsou dopočtem do 100 % v jednotlivých věkových skupinách)



Graf vytvořen na základě údajů: ČSÚ. *Způsoby bydlení obyvatel podle věku*. [online]. Praha: ČSÚ. [cit. 2015-01-11]. Dostupné z: [http://www.czso.cz/csu/2013edicionplan.nsf/t/9800310E94/\\$File/e-1417-13_by.pdf](http://www.czso.cz/csu/2013edicionplan.nsf/t/9800310E94/$File/e-1417-13_by.pdf)