

Využití nástrojů podpory zdraví na pracovišti stárnoucí ekonomicky aktivní populace v evropských státech

**Doktorandské studium – Centrum preventivního lékařství
3.Lékařská fakulta UK**

Praha, 2007

MUDr. Alena Šteflová

Obsah:

1. Úvod

2. Cíl práce:

3. Metodika

4. Východiska:

4.1. Demografická situace

4.2. Zdravotní stav se zaměřením na stárnoucí populaci

4.3. Problematika stárnutí z hlediska geriatricie

4.3.1. Kalendářní stáří

4.3.2. Sociální stáří

4.3.3. Biologické stáří

4.4. Geriatrické aspekty pracovního lékařství

4.5. Podpora zdraví - obecně

4.5.1. Mezníky formování podpory zdraví

4.5.2. Formy uplatňování primární prevence

4.5.3. Kritéria klasifikace preventivních a podpůrných programů

4.6. Podpora zdraví stárnoucí populace

4.7. Podpora zdraví na pracovišti

4.8. Podpora zdraví stárnoucí populace na pracovišti

5. Srovnávací studie na základě výstupů studie ENWHP „Healthy work in an ageing Europe“

5.1. praxe a tendence v ČR - Národní zpráva ČR

5.2. praxe ve vybrané zemi EU – Národní zpráva Rakouska

5.3. přehled opatření uplatňovaných při podpoře zaměstnávání seniorů v dalších zemích EU

6. Diskuse

7. Doporučená opatření

7.1. Opatření na národní úrovni (makro úroveň)

7.2. Opatření pro podnikovou sféru (mikro úroveň)

8. Závěr

9. Literatura

10. Přílohy (seznam zkratk)

11. Seznam použitých zkratk

12. Seznam tabulek

13. Seznam grafů

1. Úvod

V některých členských zemích Evropské unie se v posledních letech uskutečňují sociální a zdravotnické postupy, jejichž cílem je udržet stárnoucí zaměstnance v pracovním procesu. Sleduje se tím snaha, aby pracovníci, kteří mají stále, díky dobrému zdravotnímu stavu, ještě značný pracovní potenciál, mohli zůstat v pracovním procesu déle. Důležitost problému vyvstává i v České republice a to též s ohledem na připravované zvýšení věkové hranice odchodu do důchodu.

Jednoduché změny v organizaci práce mohou přispět ke snížení zátěže, která má dopad zejména na stárnoucí zaměstnance a na opatření propagující zdravý způsob života mohou zajistit jeho další efektivitu a zdraví stárnoucích zaměstnanců v dlouhodobém výhledu.

Aktuálnost potřeby řešení úkolů na definování a uplatňování nástrojů na podporu zdraví na pracovišti u stárnoucí ekonomicky aktivní populace vyplývá ze skutečnosti, že Evropa stojí před nutností čelit dramatické demografické změně. V několika následujících letech věková skupina nad 40 let utvoří většinu celkové populace. Věková skupina v rozmezí 15 – 24 let v roce 2025 poklesne z 25% na 17%, zatímco počet 50 – 64 letých obyvatel vzroste z 25% na 35% (Eurostat 1998).

Důsledkem toho je reálné očekávání nedostatku kvalifikované pracovní síly. Růst pracovní zátěže, který se projevuje ve všech věkových skupinách, bude mít výraznější dopad na zdraví starších pracujících. Zvyšování regeneračních potřeb a snižování fyzické kapacity starších zaměstnanců vede k rostoucí zátěži zdravotnickém systému. Větší absence a předčasný důchod často představují jediné (únikové) řešení zdravotních problémů, které jsou způsobeny nepřiměřenou zátěží na pracovišti a individuálně různě slábnoucím pracovním potenciálem stárnoucích zaměstnanců.

Vzhledem ke svým behaviorálně-kognitivním schopnostem a profesionálním, intelektuálním a sociálním dovednostem, které s věkem vzrůstají, představují starší pracovníci významnou skupinu s málo využívaným pracovním potenciálem. Je proto důležité zabezpečit i zdravotní potenciál této věkové skupiny. Současně lze předpokládat příznivý vliv pracovní aktivity na zdraví stárnoucí populace, protože přiměřená a smysluplná komplexní aktivita je též účinným prostředkem podpory zdraví a prevence vzniku a zhoršování řady civilizačních onemocnění.

Taková praxe by současně mohla zabránit mnohým komplikacím v systému veřejného zdravotnictví, které má tendenci ke geriatrizaci.

2. Cíl práce:

Cílem práce je na základě analýzy dostupných dat a východisek souvisejících se stárnutím ekonomicky aktivní populace, jakož i zkušeností z vybraných zemí Evropské unie, navrhnout iniciativy a opatření propagující podporu zdraví u stárnoucích zaměstnanců jak na úrovni mikrostrukturální (podnikové, komunitní) tak na úrovni makrostrukturální (národní) v České republice.

Výsledky by měly sloužit jako východisko pro přípravu programů podpory zdraví stárnoucí populace na pracovišti a modelů pro správný postup a dále pro navržení strategie a politiky, která by umožňovala standardně tyto doporučené postupy uplatňovat v praxi.

3. Metodika

Pro uvedenou práci jsou zvoleny následující metodické postupy:

1. **Situační analýza** teoretických východisek formulující současné podmínky podpory zdraví na pracovišti u stárnoucí populace jak v kontextu mezinárodním tak na národní úrovni v České republice. Provedená analýza se zaměřuje na oblasti, které jsou důležité z pohledu pochopení důležitosti problematiky zvoleného tématu i pro zmapování prováděných opatření a aktivit.

Pro provedení situační analýzy teoretických východisek byly vybrány následující oblasti:

- a) Demografická situace.
- b) Zdravotní stav se zaměřením na stárnoucí populaci.
- c) Problematika stárnutí z hlediska geriatry.
- d) Geriatrické aspekty pracovního lékařství.
- e) Podpora zdraví - obecně.
- f) Podpora zdraví stárnoucí populace.
- g) Podpora zdraví na pracovišti.
- h) Podpora zdraví stárnoucí populace na pracovišti.

2. **Srovnávací studie** - metodika této části práce vychází především z doporučeného postupu zadaného pro získání podkladů pro zpracování

„**Zprávy o zdraví veřejnosti s ohledem na stárnutí populace a pracovní síly v Evropě**“, realizované a koordinované Evropskou sítí podpory zdraví na pracovišti (ENWHP) se sídlem v Německé spolkové republice, Bundesverband der Betriebskrankenkassen, Essen ve všech členských státech EU.

Pro zpracování jednotlivých národních zpráv byly stanoveny čtyři oblasti sledování, které se jeví z pohledu podpory zdraví na pracovišti stárnoucí populace jako klíčové.

- a) Legislativní podmínky, politická base.
- b) Národní strategie.
- c) Klíčoví partneři pro řešení.
- d) Současné programy a projekty.

Pro potřeby této části studie je srovnávána situace v České republice

(zpracovaná autorem předkládané doktorandské práce) s vybranou zemí Evropské unie (dále EU). Z hlediska geografického i historického (m.j. předchozí společná legislativní situace do roku 1918) se jeví jako nejvhodnější využít údajů ze zprávy zpracované o podmínkách podpory zdraví na pracovišti u stárnoucí populace v Rakousku.

Srovnávací studie je doplněna o přehled opatření uplatňovaných k podpoře zaměstnávání starších zaměstnanců v dalších členských státech EU.

4. Východiska

Pro zhodnocení problému stárnoucího pracovníka a navržení vhodných opatření k podpoře zdraví na pracovišti, která jsou cílem této práce, je nutné shrnout současné poznatky související s demografickou situací a zdravotním stavem stárnoucí populace. Dále je úkolem zhodnotit jak se tato fakta odráží ve zdravotní péči o stárnoucí pracovníky a zejména jaké jsou možnosti podpory zdraví v podmínkách pracovního prostředí o tuto část ekonomicky aktivní populace.

4.1. Demografická situace

Občané České republiky se v současné době v průměru dožívají vyššího věku a zároveň klesá jejich fertilita. V důsledku toho dochází ke změně věkové struktury populace a tzv. demografickému stárnutí. Počet starších lidí v České republice se tak postupně zvyšuje. V roce 2004 žilo v České republice 14 % občanů starších 65 let. V roce 2030 by měli podle odhadů ČSÚ tvořit 22,8 % a v roce 2050 pak 31,3 % populace České republiky, což představuje přibližně 3 miliony osob. Počet lidí ve věku 85 a více let by měl do roku 2050 stoupnout přibližně na půl milionu (v roce 2004 jich bylo 93 516).

Základní přehled o vývoji obyvatelstva v České republice vychází z údajů roku 2000, který byl již sedmým rokem, kdy počet zemřelých převýšil počet narozených. Přirozený úbytek činil 18 091 osob, k 31.12.2000 měla Česká republika 10 266 546 obyvatel. Dále pokračoval proces stárnutí populace. Nejzřetelněji se projevuje ve snižování podílu dětské populace na celkovém počtu obyvatel. V roce 1993 podíl dětí do 14 let poprvé klesl pod 20 %. Podíl osob ve věku 60 let a více se po několika letech stagnace začíná zvyšovat. V roce 1999 činil 18,2%. Index stáří / tj. počet osob ve věku 60 let a více na 100 dětí ve věku 0 - 14 let / se zvýšil na 109,7 z 106,4 v roce 1998.

Věková struktura populace může být progresivní, stacionární či regresivní. Demografický vývoj od poloviny 20. do poloviny 21. století je dramatický a probíhá odlišně v zemích hospodářsky vyspělých a rozvojových. Unikátní je například zestárnutí japonské populace i skutečnost, že ČR a Slovensko budou mít pravděpodobně nevýhodnější věkovou strukturu než většina hospodářsky vyspělých zemí. Věkové složení populace je ovlivňováno také migrací a obdobími zvýšené úmrtnosti některých ročníků v důsledku např. válečných ztrát, epidemií, obdobími dramaticky snížené úmrtnosti, nebo naopak jejím dočasným zvýšením (tzv. „baby boom“ po druhé světové válce nebo v sedmdesátých letech 20. století u nás). Tyto populační vlny či zářezy ve věkové struktuře vystihují demografickou historii dané populace za posledních 100 let; každým rokem se posouvají do stále vyššího věku.

V hospodářsky vyspělých státech proces demografického stárnutí ovlivní populační vlny „poválečných dětí“, narozených po roce 1945. To přinese po roce 2010 značné nároky pro penzijní systémy i pro organizaci a financování zdravotnických a sociálních služeb. V ČR v období 1999–2050, vzhledem k věkovému posunu populačních vln se předpokládá posun věkového těžiště populace ze středního věku do stáří.

V dlouhodobém vývoji se střední délka života zvyšuje. V roce 1999 střední délka života při narození u mužů vzrostla z 71,1 let na 71,4 let, u žen zůstala na úrovni roku 1998 tj. 78,1 let. (další údaje v příloze č. 1 - Demografické pojmy a údaje).

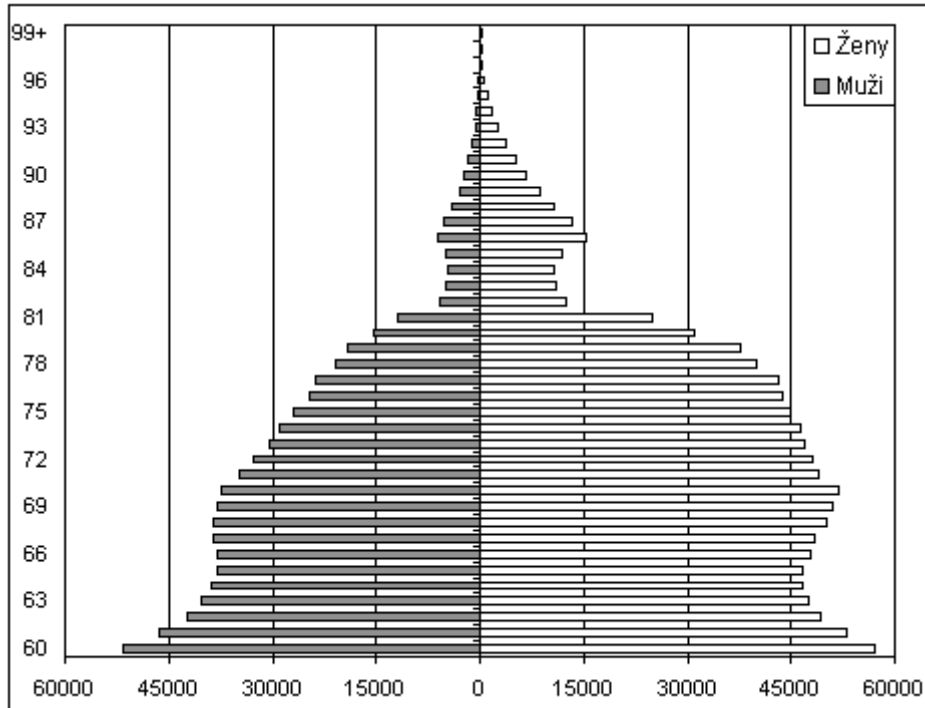
Část populace 65+ se početně zřetelně zvyšuje a je odhadováno, že se bude zvyšovat i nadále. Dramaticky poroste skupina velmi starých seniorů 80+, tato populační skupina bude pravděpodobně tvořit v roce 2015 7-9% všeho obyvatelstva a to i se svými dopady na zdravotní a sociální systém. Je pravda, že hodně osob ze skupiny velmi starých jsou lidé zdraví a soběstační, nicméně více než 60% občanů ze skupiny 85+ vyžaduje různě intenzivní dopomoc už v basálních denních aktivitách, jejíž zajištění má ovšem významné dopady sociální, ekonomické, sociologické, psychologické, politické a další.

Tab. č. 1: Demografická situace v ČR k 31.12.2003

Segmenty	Absolutní počet	% celkové populace
0 – 14	1 751 452	17,02
15 – 24	1 643 202	15,97
0 – 24	3 394 654	32,99
80+	234 460	2,28
85+	119 462	1,16
65+	1 411 458	13,72
Populace ČR celkem	10 289 621	-

Rozvrstvení věkových skupin, které je uvedeno pro možnost srovnání, svědčí pro to, že populace ve věku 0 -24 let činí asi 33%, počet obyvatel 65+ se blíží 14%, při tom alarmující je skutečnost, že skoro 17% občanů tohoto populačního segmentu je 80+.

Graf č.1: Věková struktura populace seniorů v ČR k 1. 3. 2001



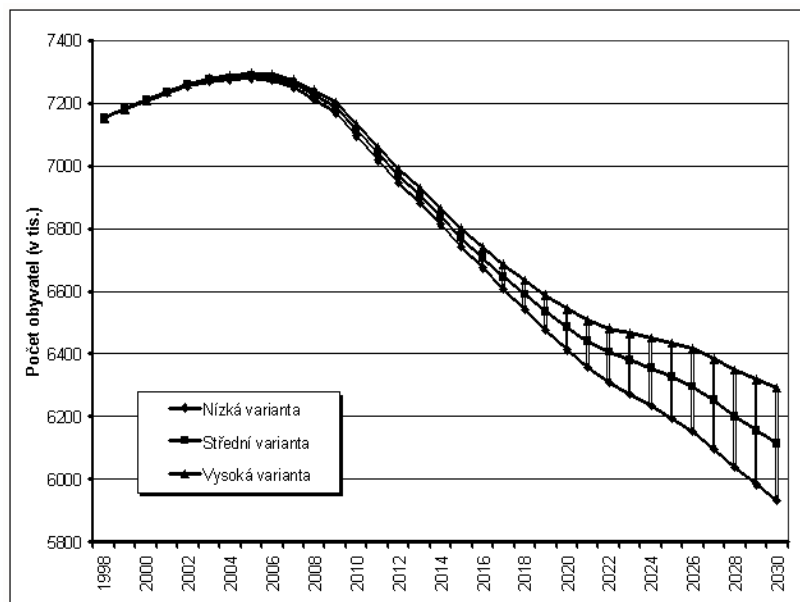
© Český statistický úřad, 2006

Tab. č. 2 : Demografická situace podle prognózy Českého statistického úřadu k 31. 12. 2003 – střední varianta:

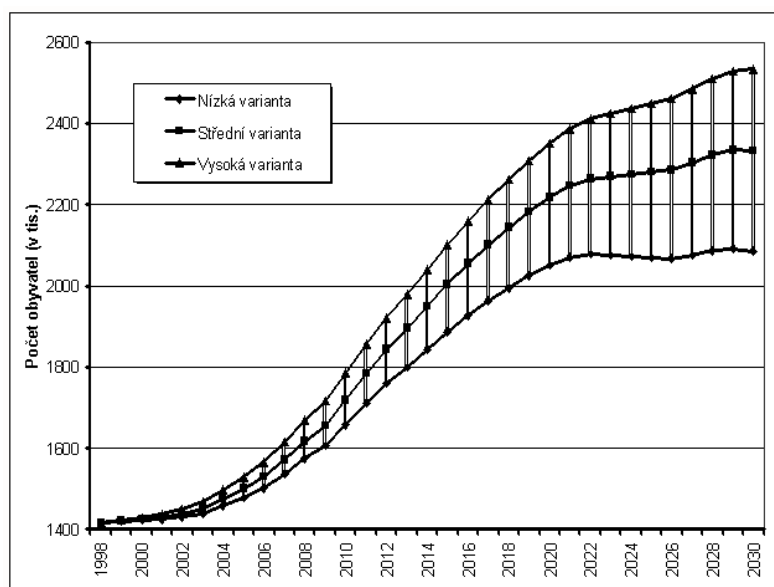
Rok	Věková skupina 0-14 (%)	Věková skupina 15-64 (v %)	Věková skupina 65+ (v %)
1997	17,4	69,0	13,6
1998	17,0	69,3	13,7
1999	16,6	69,6	13,8
2000	16,2	70,0	13,8
2005	14,6	71,0	14,4
2010	13,7	70,1	16,2
2020	13,7	64,7	21,6
2030	12,4	63,5	24,1

Vyjádření prognóz věkové struktury dle projekcí ČSÚ, které jsou vypracovány ve třech variantách, je zřetelnější v grafické podobě.

Graf č. 2: Počet obyvatel ve věku 15-65 dle prognózy ČSÚ 2003



Graf č. 3: Počet obyvatel ve věku 65+ dle prognózy ČSÚ 2003



Avšak, jak uvádí řada autorů, proces stárnutí populací je ze své podstaty cyklický (Rabušic 1998, Tomeš 2002). Jeden ze dvou obvyklých příčin stárnutí populace, porodnost, by neměla být vázána pouze k jeho současné relativně nízké úrovni. Naopak výrazně vysoké hodnoty porodnosti z padesátých let minulého století (babyboom) a jeho echo v druhé polovině let sedmdesátých budou hlavními determinanty penzijních systému okolo roku 2020

a později okolo roku 2050. Tento jev pak způsobí významné oscilace ve věkové struktuře a v indexu stáří evropské populace v následujících padesáti letech.

Jestliže vývoj věkové skladby probíhá v dlouhodobých oscilacích, potom je stárnutí populace pouze dočasným jevem, protože díky biologickým limitům nemůže probíhat donekonečna. Dříve nebo později dojde k jeho zastavení. Oproti zemím, kde hlavní složku populace představují děti do patnácti let jsou stárnoucí společnosti z řady důvodů v lepší situaci. Jak uvádí Rabušic: „ve znalostní ekonomice je potenciálně řada seniorů schopna práce a pravděpodobně s větším etickým oprávněním než jaké má dětská práce v rozvojových zemích“. Vedle toho - podíl seniorů i ve stárnutím nejvíce zasažených zemích jako je Japonsko nebo Itálie je výrazně nižší, než jaký je podíl dětské složky v řadě rozvojových zemí. Je proto možná paradoxem nazývat věkové pyramidy v rozvojových zemích progresivními a v zemích vyspělých regresivními. Progresivita je pak ovlivněna - u společností, které jsou zatíženy starostí o základní potřeby mladé složky populace - tím, že nejsou schopny ji zajistit dostatečně vzdělání a investovat dostatečně do „lidského kapitálu“, který by přinášel výnosy v budoucnu.

Je zvažováno, zda chápat stárnutí populace jako problém, nebo zda je v duchu nedávno vydané zprávy OSN brát za „největší společenskou výzvu 21. století“. Demografické prognózování je specifické v tom, že některé součásti budoucího demografického vývoje mohou být odhadnuty poměrně spolehlivě i na desítky let dopředu. Týká se to především počtu starých osob, které se už narodily. Jak uvádí Rosset: „současné trendy úmrtnosti neslibují žádná velká překvapení v dlouhodobém horizontu, proto můžeme z úmrtnostních tabulek s dostatečnou přesností vyvodit, kolik z těchto jedinců bude žít v těchto věkových skupinách.“

I když tedy míry úmrtnosti lze modelovat poměrně spolehlivě, daleko větším problémem je prognózování porodnosti, kde jak uvádí Mullan: „Míry porodnosti, které jsou sociálně determinovány budou více pravděpodobně oscilovat než zůstávat konstantní na určité projektované linii. Pravděpodobně budou kolísat dostatečně tak, aby ovlivnily věkovou strukturu populací, tak jak to učinily v poválečných letech. Někdy způsobí omládnutí populace, někdy zestárnutí. Je pravděpodobné, že stejně jako v minulosti, nestálost porodnosti bude hlavním faktorem budoucích populačních struktur. Oficiální projekce stárnutí však připomínají jen málo reálnou demografii ovlivněnou porodností. Je tomu tak proto, že oficiální projekce v sobě obsahují předpoklad stabilní úrovně porodnosti.“ (Mullan 2000).

Ještě obtížnější je v demografických prognózách modelování mezinárodních migračních přesunů, které jsou vzhledem k nepředvídatelným změnám v národních migračních politikách v dlouhém období prakticky nepředvídatelné.

V diskusích na téma dlouhodobých prognóz vývoje sociálních systémů, je relativně malá pozornost věnována otázce tempa dlouhodobého ekonomického růstu. Pravděpodobně proto, že je obtížně předvídatelné – přitom právě tempo dlouhodobého ekonomického růstu zásadně ovlivní životní úroveň budoucích generací, a to jak seniorů, tak lidí ve věku označovaném dosud jako produktivním.

Dosavadní diskuse na téma ekonomických dopadů stárnutí populace byla zaměřována převážně na počty starých osob v populaci. Ovšem ve smyslu ekonomickém závislou populaci představuje jak seniorská, tak dětská složka populace (viz tabulka č. 2). Při koncentraci na věkovou skupinu 65+ hrozí přílišné soustředění na problematiku starých osob v populaci. Ekonomickým problémem starých není to, že jsou staří, ale to, že nepracují. Stejná situace nastává i u mladé populace. Ekonomickou zátěž každé populace představují jak ti, kteří jsou příliš staří, aby mohli pracovat, tak ti, co jsou příliš mladí, než aby mohli pracovat. Ve většině případů se vývoj podílů dětské a staré populace pohybuje inverzním způsobem. Ve stárnoucí

společnosti tak dochází ke snižování podílu dětské složky populace. Stárnoucí společnost, která vzniká především jako důsledek poklesu porodnosti je stejným národohospodářským problémem jako mládnoucí společnost vznikající v důsledku nárůstu porodnosti. Proto při analýze ekonomických dopadů stárnutí je nedostatečné koncentrovat se pouze na vývoj věkové skupiny seniorů. Pro ocenění ekonomické zátěže je potřeba zabývat se celkovým objemem *závislé* populace, popřípadě celkovým objemem produktivní generace.

Věk odchodu do důchodu je politicky nastavená a měnitelná hranice, která zásadně ovlivňuje finanční stabilitu ekonomik jednotlivých států. Její význam je klíčový z toho důvodu, že především z pohledu penzí zatěžují fiskální systém noví důchodci hned dvakrát. Za prvé tím, že přestanou pracovat, čímž přestanou vytvářet hodnoty a platit daně. Za druhé pak zatíží celý systém tím, že z něj začnou odčerpávat dávky důchodového zabezpečení. Ovšem tento problém není způsoben samotným procesem demografického stárnutí, ale právě tím, v jakém věku umožňují sociální systémy odchody z pracovní aktivity.

Shrnutí:

Aktuální demografické informace podávají přehled o vývoji obyvatelstva

v České republice a o jeho prognóze. Pokračující proces stárnutí populace se projevuje ve zvyšování podílu osob ve věku 60 let a více. Přitom v dlouhodobém vývoji se zvyšuje střední délka života – takže u dnešních šedesátníků je naděje na dalších +17 let u mužů a u žen dokonce + 20 let života. Vzhledem ke skutečnosti, že ekonomická aktivita této skupiny populace je málo využívána, může být uplatnění programu „Politika aktivního stárnutí“ velmi přínosná jak pro aktivizaci této věkové skupiny v posilování zdravotního stavu metodami zdravotní prevence, tak v uplatnění jejich potenciálu v ekonomice.

4.2. Zdravotní stav se zaměřením na stárnoucí populaci

Koncept úspěšného stárnutí vychází z představy, že na funkčním stavu ve stáří se kromě neovlivnitelné biologické involuce podílejí významně i choroby ovlivnitelné prevencí i účelnou intervencí, dále funkční zdatnost, ovlivnitelná způsobem života, vlivy prostředí i pracovních podmínek. Na zdravotní potenciál ve stáří (Kalvach 2004) je třeba nahlížet nejen z hlediska délky života (aspekty mortality), ale především z hlediska funkční zdatnosti (aspekty disability), zdravím podmíněné kvality života (aspekty seberealizace, důstojnosti, autonomie, participace) a spotřeby společenských zdrojů na zdravotní a sociální péči (aspekty účelnosti a únosnosti nákladů).

Změny v ekonomické a společenské oblasti po roce 1989 u nás se odrazily také na vývoji zdravotního stavu obyvatelstva. To se projevilo v posledním desetiletí prodloužením střední délky života, u mužů z 68,1 na 72,1 let a u žen ze 75,4 na 78,5 let a poklesem celkové úmrtnosti. Na druhé straně stoupá výskyt dlouhodobých a chronických nemocí, zejména nádorových. Přestože došlo k poklesu srdečně cévních onemocnění, zůstávají i nadále u nás nejčastější příčinou hospitalizace i nejčastější příčinou úmrtí. Tato onemocnění jsou dávana jednoznačně do souvislosti s nezdravým životním stylem, s přejídáním, nevhodným složením stravy, nedostatkem pohybu, kouřením a nadměrným pitím alkoholu. Při vzniku nemoci hraje důležitou roli celkový zdravotní i psychický stav jedince, nutno je vážit též řadu rizikových faktorů, kterým patří stres. Odborníci se shodují na tom, že některým civilizačním nemocem, mezi které patří také nemoci oběhové soustavy nebo diabetes a rakovina, je možné předcházet

změnou a ozdravením životního stylu. K tomu patří změna stravovacích návyků, zvýšení fyzické aktivity a další aktivity zahrnuté do oblasti podpory zdraví (viz kap. 4.5).

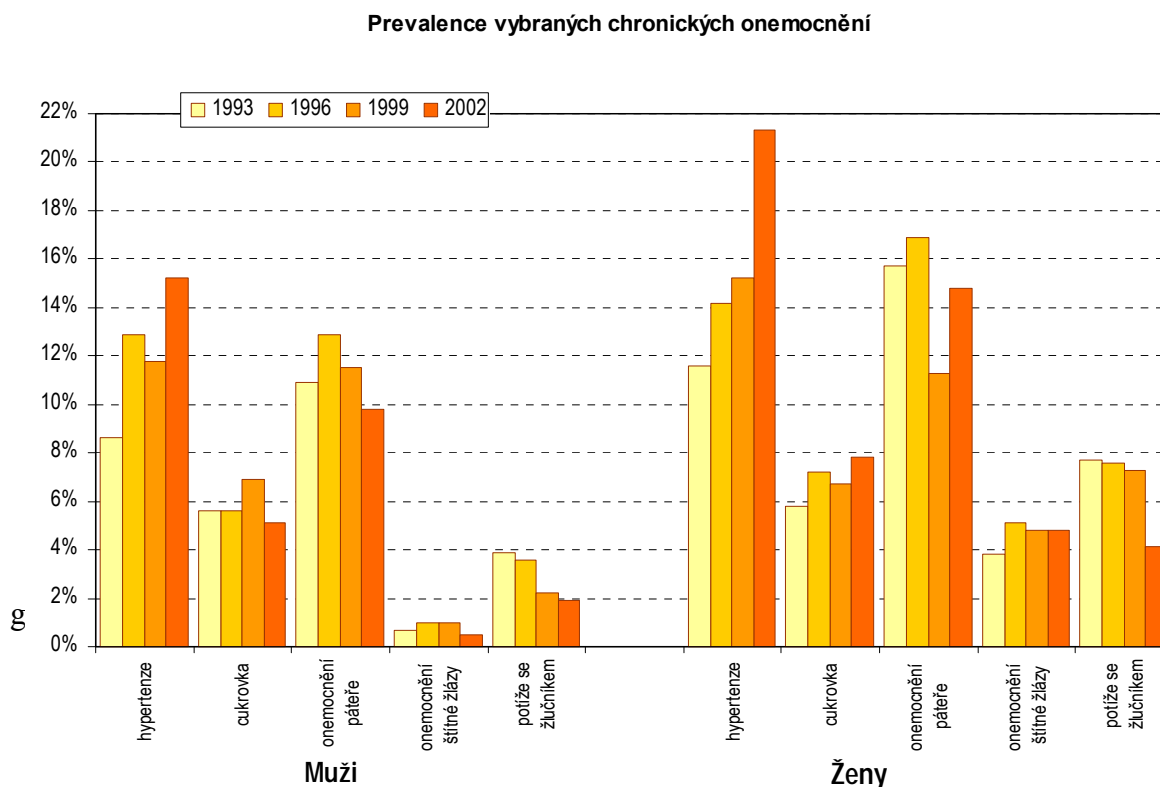
Hlavními zdravotními riziky ve stáří - jak uvádí Kalvach (2004) - jsou z hlediska funkčního (disabilita, kvalita života): projevy a komplikace aterosklerózy (ICHS, CMP, ICHDK, vaskulární demence a parkinsonský syndrom), degenerativní onemocnění mozku (Alzheimerova nemoc, Parkinsonova nemoc), osteoporóza (zvláště v souvislosti s pády a úrazy), osteoartróza, chronická obstrukční plicní nemoc, smyslová postižení (hypakusis, poruchy vize – zvláště makulární degenerace sítnice a katarakta), deprese, poruchy výživy (malnutrice) a dekonidice (hypokineticý syndrom).

K nejzávažnějším onemocněním patří onemocnění nádorová. Jejich význam pro zdravotní stav roste s prodlužováním střední délky života, kvalitnější diagnostikou a pokroky v léčbě. Stoupající podíl diabetiků v populaci ČR (v roce 2003 evidován diabetes – u 5,6% mužů a u 6,5 % žen) nabádá, k nutnosti pamatovat na význam primární, sekundární, a též terciální prevence u těchto onemocnění při rostoucím podílu zdravotních komplikací při tomto onemocnění. V roce 2003 bylo léčeno s chronickou diabetickou komplikací celkem 44,4 tisíc pacientů s nefropatií, 15,1 tisíc s retinopatií, z toho téměř 2,5 tisíce případů slepoty, 40,1 tisíc pacientů s komplikacemi diabetické nohy z toho u 5,6 tisíc s amputací.

Pro věkovou skupinu 65+ představují úrazy třetí nejčastější příčinu úmrtí – jde o skutečnost, která může hrát roli též v programech prevence na úrovni komunitní i v pracovním prostředí.

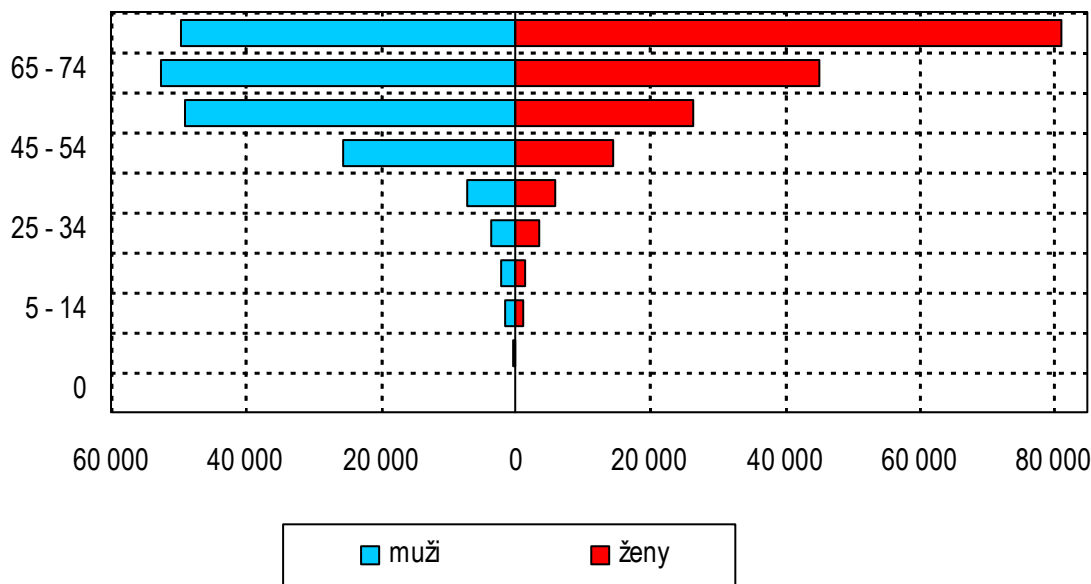
Situaci ilustrují následující grafy ÚZIS:

Graf č. 4:



Graf č. 5:

Věkové složení hospitalizovaných na nemoci oběhové soustavy v roce 2004



Shrnutí:

Nejčastější příčinou pobytu seniorů v nemocnici jsou nemoci oběhové soustavy, následují onemocnění novotvary, a od 80 let věku jsou nejčastější příčinou hospitalizace nemoci trávicí soustavy, onemocnění páteře a úrazy. V nejvyšší věkové kategorii jsou seniori z hlediska úrazů nejohroženější věkovou skupinou. Zdravotní stav člověka v každém věku významně ovlivňuje kvalitu jeho života i nároky na zdravotní péči. Tento vztah se věkem uplatňuje stále výrazněji a to tak, že zřetelně od 45 roku s každým deceniem narůstá.

Potřeba důsledného uplatňování preventabilních opatření je tím významnější jak pro jedince, tak pro stát.

4.3. Problematika stárnutí z hlediska geriatric

Názory na maximální délku lidského života jsou diskrepantní. Někteří se domnívají, že není pevně stanovena, jiní předpokládají, že se pohybuje kolem 125 let. Největší dosavadní hodnověrná délka lidského života byla zaznamenána u ženy ve Francii, která zemřela v roce 1998 ve věku 123 let. Zdá se, že i v délce života je třeba akceptovat heterogenitu populace, tedy soužití osob různě „krátkověkých“ a různě „dlouhověkých“.

Závažnější než odhad maximální délky lidského života se však jeví prognózování komprese či expanze nemocnosti ve stáří, zvláště v jeho pokročilé fázi. Jde o závažné otázky týkající se období možné pracovní aktivity, jako i růstu nákladů a financování zdravotně

sociální péče u stárnoucí populace. Proto se zavádějí různé formy odhadu aktivní střední délky života (active life expectancy) či délky zdravého života (health expectancies) jako:

- střední délka života vztažená ke zdravotnímu stavu (health adjusted life expectancy, HALE)
- střední délka života bez funkčního omezení (disability free life expectancy, DFLE)
- střední délka života vztažená k jeho zdravím podmíněné kvalitě (quality adjusted life expectancy, QALE).

Jako příklad uveďme: je-li naděje dožití 70 let, ale během nich jsou 2 roky prožity s 50 % disabilitou a 4 roky s 25 % disabilitou, činí DFLE pouze 66 let.

Charakteristiky základních pojmů pro stáří uvádí v gerontologii Kalvach (2004):

„Stáří je označení pozdních fází ontogeneze, přirozeného průběhu života. Jde o projev a důsledek involučních změn funkčních i morfologických, probíhajících druhově specifickou rychlostí s výraznou interindividuální variabilitou a vedoucích k typickému obrazu označovanému jako stařecký fenotyp. Ten je modifikován vlivy prostředí, zdravotním stavem, životním způsobem, vlivy sociálně ekonomickými a psychickými včetně aspirace, sebehodnocení, adaptace a přijetí určité role. Mnohočetnost a individuálnost příčin a projevů, jejich heterochronie (nástup v různém věku), vzájemná podmíněnost i rozpornost jsou příčinou obtížného vymezení a členění stáří. Obvykle se proto rozlišuje stáří kalendářní, biologické a sociální.

4.3.1. Kalendářní stáří je jednoznačně vymežitelné, ale nepostihuje zcela interindividuální rozdíly. I arbitrární věková hranice se posouvá, neboť se prodlužuje očekávaná doba dožití a průběžně se zlepšuje zdravotní a funkční stav nově stárnoucích generací. Dnes je za počátek stáří vesměs považován věk 65 let a o vlastním stáří se hovoří od věku 75 let, který se jeví jako uzlový ontogenetický bod. V 18. století rozčlenil Haller, zakladatel novodobé fyziologie, lidský život na 9 fází, z nichž věk 25–62 let označil za mužný a 63 a více let za stáří. Senioři tehdy tvořili méně než 5 % populace. Hurlocková v polovině 20. století označila věk 40–59 let jako střední, 60 a více let jako stáří. Tuto hranici akceptovala v 60. letech i Světová zdravotnická organizace. Odpovídá patnáctileté periodizaci lidského života :

- 30–44 let dospělost - adultium
- 45–59 let střední věk – interevium
- 60–74 let stárnutí, časné stáří – senescence
- 75–89 let vlastní stáří, kmetství – senium
- 90 a více let dlouhověkost - patriarchium.

V kontextu demografického vývoje a zlepšování funkčního stavu ve stáří 60. letech byly zavedeny pojmy: „mladí senioři“ pro věk 55 –74 let a „staří senioři“ pro 75 a více let.

Z tohoto pojetí je odvozeno i současné orientační členění stáří:

- 65 – 74 let mladí senioři: problematika penzionování, volného času, aktivit, seberealizace,
- 75 – 84 let staří senioři: problematika adaptace, tolerance zátěže, specifického stonání, osamělosti,
- 85 a více let velmi staří senioři: problematika soběstačnosti a zabezpečení.

4.3.2. Sociální stáří postihuje proměnu sociálních rolí a potřeb, životního způsobu i ekonomického zajištění. 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. 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, učení, profesní příprava, získávání sociálních zkušeností
- druhý věk - produktivní, období dospělosti, produktivita biologická i ekonomicko sociální
- třetí věk - postproduktivní, stáří
- čtvrtý věk - období závislosti.

Proti tradičnímu pojetí penzionování a proti nebezpečným pojmům „produktivní – postproduktivní“, evokujícím představu stařecké neužitečnosti, se v současné době staví koncept celoživotního osobnostního rozvoje, celoživotního vzdělávání, celoživotní seberealizace a společenské participace občanské s proměnlivými formami výdělečné činnosti a s podporou inklusivně orientovaných sociálních služeb. Pojem „čtvrtý věk“ je nebezpečný implikováním představy, že ztráta soběstačnosti a biologický marasmus jsou nezbytné důsledky dostatečně dlouhého života. To odporuje konceptu úspěšného stárnutí a pojetí závislosti jako patologie nikoli zákonitosti stáří. Tradiční pojetí sociálního stáří se zdá být ořeseno. Pasivní „důchodcovství“ se jeví do budoucna spíše jako sociální patologie: jako projev neúspěšného stárnutí, maladaptace na stáří anebo závažného zdravotního postižení.

4.3.3. Biologické stáří je označení pro konkrétní míru involučních změn daného jedince. Jeho exaktní vymezení se však nedaří a není shoda ani o tom, co by mělo vyjadřovat. Pracoviště, která se biologickým věkem dnes zabývají, obvykle hodnotí funkční stav, výkonnost, jako souhrn involuce, kondice i patologie, a to jak parciálně (např. věk kardiorespirační či mentální), tak celkově jako součin údajů o různé váze (Kalvach 2004).

Čistá involuce by mohla být měřena pomocí molekulárních či buněčných markerů. Rychlost změn biomarkerů by měla být úměrná rozdílům v druhově specifické maximální délce života. Např. u člověka se předpokládá maximální délka života kolem 120 let.

Tab.č.3: **Hlavní mechanismy podezříváné jako příčina stárnutí**

Programované stárnutí:	Stárnutí z opotřebování:
neuroendokrinní hodiny	volné radikály
imunitní hodiny	rychlost metabolismu
limitovaný počet buněčných dělení	mutace nebo opotřebování DNA
	glykosylace proteinů

Zdroj: Kalvach 2004

Komplexní geriatrické hodnocení (CGA – comprehensive geriatric assessment) je multidimenzionální interdisciplinární diagnostický proces zaměřený na stanovení zdravotních, funkčních a psychosociálních schopností a problémů křehkých seniorů s cílem vypracovat celkový plán pro léčení a dlouhodobé sledování (Rubenstein, 1995). Jde o

myšlenkové i pracovní jádro geriatrické medicíny, o podstatu opravňující její existenci oproti jiným lékařským a obecně zdravotnickým specializacím.

CGA vychází ze standardního klinického vyšetřování a diagnostikování, zároveň je nutná propojenost se sociální s ohledem na potřeby konkrétního jedince. Významné je využívání pojmů funkční diagnostiky: porucha (impairment), znevýhodnění (disabilita), handicap, respektive jejich analogií v novelizované Mezinárodní klasifikaci funkčního postižení (omezení činnosti, omezení participace), vydané WHO v r. 2001.

Tradiční lékařské pojetí vycházející z klinického modelu zdraví a nemoci přibližuje sociálnímu aspektu potřeby, nouze a pomoci tím, že zdůrazňuje funkční souvislosti a zdravím podmíněnou kvalitu života – která vyjadřuje m.j též s jakým pracovním zařazením lze u vyšetřovaného seniora počítat.

Podle výsledků CGA jsou senioři hodnoceni jako:

Elitní senioři si až do vysokého věku zachovávají toleranci k extrémním výkonům: Nejstaršímu člověku, který absolvoval maratónský běh bylo 90 let, nejstaršímu člověku, který vystoupil na Mont Everest, bylo 60 let.

Zdatní (fit) senioři sice nezvládají extrémní zátěže, ale vykazují velmi dobrou tělesnou a duševní kondici, z hlediska tělesného se pravidelně věnují sportovním pohybovým aktivitám, mají lepší výkonnost než o několik desetiletí mladší inaktivní lidé, kteří žijí sedavým způsobem. Nemají limitace pro pohybové zátěže ani pro cestování. Stejně jako elitní senioři zvládají tzv. náročné aktivity denního života (AADL).

Nezávislí (independent) senioři nemají za standardních podmínek problémy se soběstačností, zvládají instrumentální aktivity denního života (IADL), ale nemají „natrénované“ funkční rezervy. Obvykle žijí sedavým způsobem života, mají omezený rozsah kloubních pohybů i nízkou svalovou sílu. Špatně zvládají neobvyklé zátěže včetně onemocnění, operací, rekonvalescence, kalamit. V takových situacích potřebují pomoc, nebo selžou z překročení stresové zátěže.

Křehcí (frail) senioři mají problémy s instrumentálními aktivitami denního života (IADL), balancují na hranici soběstačnosti, obvykle vyhledávají chráněné prostředí, např. domy s pečovatelskou službou, potřebují alespoň v některých činnostech pravidelnou pomoc rodiny a/nebo pečovatelské služby.

Závislí (dependent) senioři jsou lidé se závažnou disabilitou, se závažným funkčním deficitem. Z pohybových aktivit obvykle zvládají jen pomalé vycházky, mnohdy neopouštějí svůj byt, v ústavní péči jsou mnohdy omezení na pohyb v křesle či chůzi s dopomocí, z mentálních poruch jde např. o středně těžké demence. Nemocní potřebují trvalou péči rodiny nebo služeb profesionálních či dobrovolnických. Obtížně se adaptují, ale jsou schopni lehkých rekondičních programů.

Zcela závislí (totally dependent) senioři jsou lidé obvykle upoutaní na lůžko nebo s těžkým mentálním deficitem, kteří nezvládají ani bazální sebeobsluhu. Vyžadují plné bazální ošetřování, u většiny je rozvinut imobilizační syndrom. Jde o pacienty především ošetřovatelské, geriatrická specifická ustupuje do pozadí.

Závislí a zcela závislí senioři jsou často klienty dlouhodobé ústavní péče.

Shrnutí:

Z výše uvedeného vyplývá, že seniorská populace je z hlediska zdravotního a funkčního velmi heterogenní a vyžaduje diferencované přístupy a projekty. Těž proto je potřeba podporovat rozvoj oborů gerontologie a geriatricie.

4.4. Geriatrické aspekty pracovního lékařství

Závodní preventivní péče zabezpečuje ve spolupráci se zaměstnavatelem prevenci včetně ochrany zdraví zaměstnanců před nemocemi z povolání a jinými poškozeními zdraví z práce a prevenci úrazů. Cílem závodní preventivní péče je předcházet nemocem souvisejícím s prací, tedy nemocem, které vlivem pracovních podmínek vznikají nebo se v souvislosti s výkonem práce zhoršují .

Do první skupiny nemocí patří onemocnění, která prokazatelně vznikají v přímé příčinné souvislosti s výkonem práce v konkrétních pracovních podmínkách. Jinak řečeno s příčinou nemoci se prokazatelně setkáváme výlučně při výkonu práce (např. volný oxid křemičitý) nebo příčina nemoci se při výkonu práce vyskytuje v takové míře, která vysoce převažuje možnost jejího působení v běžném životě (kontakt s infekčním onemocněním u zdravotnického pracovníka). Do této skupiny patří pracovní úrazy a nemoci z povolání. Úkoly v prevenci těchto onemocnění jsou právě z důvodu známé příčiny nemocí snazší zejména proto, že preventivní opatření lze směřovat pouze k výkonu práce. Při prevenci lze pak aktivně využívat jak principy kolektivní tak i individuální prevence.

Prevence onemocnění, která náleží do druhé skupiny nemocí souvisejících s prací, je podstatně složitější. Důvodem toho je skutečnost, že se převážně jedná o onemocnění, na jejichž vzniku se podílí několik příčin, a současně se ve většině jedná o onemocnění, o kterých stále ještě nemáme dostatek znalostí, neboť jejich příčiny zjišťujeme až s postupujícím vědeckým pokrokem. V souvislosti s uvedeným je zřejmé, že úkoly v prevenci těchto onemocnění jsou složitější než u předchozí skupiny onemocnění.

Při prevenci těchto onemocnění má závodní preventivní péče zásadní význam. Jejím úkolem je nejenom aktivně vyhledávat počínající onemocnění, ale též vyhledávat při výkonu práce taková chování a zvyklosti, která se podílejí na vzniku nebo negativním vývoji onemocnění. Dalším úkolem pak je upozornit na zjištěné skutečnosti a doporučit jejich nápravu nejenom zaměstnavateli, ale vhodným způsobem i zaměstnanci. Pokud je činnost závodní preventivní péče úspěšná a zaměstnanec si navržená doporučení vezme za své, pak je respektuje nejenom v práci, ale i v soukromém životě. A právě tato skutečnost může významným způsobem pozitivně ovlivnit prevenci tzv. civilizačních nemocí.

Zdravotnické zařízení poskytující zaměstnavateli závodní preventivní péči, je odborným poradcem jak pro zaměstnavatele, tak pro zaměstnance nebo jejich zástupce. Závodní preventivní péče neplní úkoly povahy inspekce, jak je mnohdy nejenom zaměstnavateli vnímáno, ale má postavení rovnocenného partnera zaměstnavatele při plnění úkolů, které zaměstnavateli v bezpečnosti a ochraně zdraví při práci vyplývají ze zákonů.

Je zřejmé, že u některých typů prací dochází a bude docházet u stárnoucích pracovníků k nerovnováze mezi jejich funkční kapacitou a požadavky práce, což může vést, u této skupiny zaměstnanců, ke zvýšenému riziku poškození zdraví v souvislosti s prací. Důsledkem této skutečnosti bude i reálné riziko omezení možnosti uplatnění starších

pracovníků na trhu práce (např. u prací spojených s vysokou rychlostí vykonávání různých činností, v nepříznivých pracovních polohách, ve vysokých teplotách aj.). Je třeba počítat s tím, že budou vznikat problémy při nezbytnosti vyřazování (přeřazování) starších osob z pracovní expozice, při jejich zařazování do směnného provozu apod.

Funkční věk odpovídá skutečnému funkčnímu potenciálu člověka. Nemusí být totožný s věkem kalendářním, všichni lékaři znají „mladé starce“ a „staré mladíky“. Funkční věk má charakteristiky biologické (biologický věk), psychologické a sociální. Při posuzování starého člověka bychom se měli řídit věkem funkčním. To v praxi naráží na velké potíže. Funkční věk je totiž nutné objektivními metodami změřit. Názory na vhodné soubory vyšetřovacích metod jsou dosud nejednotné a pokusy o jejich standardizaci zatím selhávají. Je uveden příklad (Neuwirt a kol.) kdy komplexní testování funkční zdatnosti představovalo 3,75 hod. na jednoho pacienta (složení vyšetřujícího týmu: lékař, psycholog, zdravotní sestra, fyzioterapeut). Pro objektivní zjišťování pracovního (funkčního) potenciálu se nabízí využití metodiky vypracované ve VÚPSV ve spolupráci s odborníky rehabilitačního lékařství (Bruthansová 2005, Vávra 2005).

Dosud se geriatrické publikace méně často zabývají seniory, kteří nejsou pacienti – tedy tím co je fyziologické stárnutí a způsoby jak posuzovat a ovlivňovat pracovní potenciál seniorů. Přitom je často zdůrazňováno, že přiměřená aktivita je podmínkou zachování funkce řady orgánů a tím lepšího stavu organismu jako celku.

Fyziologické změny funkční kapacity u stárnoucích pracovníků, které ovlivňují jejich pracovní schopnost uvádí řada autorů (Těmínková, David 1995, Jiráček, Zlámal 1977, Matoušek 2005) :

- U starších osob se zvyšuje průnik chemických škodlivin kůží, dochází ke sníženému zásobování ledvin a jater krví, čímž se zpomaluje proces *detoxikace a vylučování chemických látek* z organismu.
- Antropometrické rozměry – tělesná výška se snižuje od 20 let do stáří v průměru o 4-6 cm. Tělesná hmotnost (která mírně stoupá až do 50 let) postupně klesá téměř všech orgánů, zejména kostí a svalů (sedmdesátiletý muž průměrné populace ztratí asi 5% ze své hmotnosti – přitom ztráta svalové hmoty je 42%, na kostní tkáň připadá 16%, na tukovou tkáň 20%) . Kostní hmota se zvyšuje do 30 let, pak dochází k poklesu , zejména výrazný pokles je u žen v menopauze.
- Fyzická zdatnost – závisí na stavu svalstva a dýchacího a srdečně cévního ústrojí. Ve srovnání s mentální kapacitou se fyzická kapacita (výkonnost) v závislosti na věku zhoršuje rychleji. Stárnutí přináší změny fyziologických charakteristik jako je maximální aerobní kapacita a maximální svalová síla. Fyzická kapacita (měřená jako VO_{2max}) klesá asi o 1 % za rok. Během produktivního věku mezi 20-60 lety klesne VO_{2max} asi o jednu třetinu. Výraznější snížení svalové síly je patrné po 45. roce. Síla dvouhlavého svalu se do věku 65 let zmenší asi o 55 %, kdežto svalstvo ruky jen asi o 20 %. Úbytek svalové síly v závislosti na věku je zhruba stejný u mužů i u žen. Pravidelné cvičení pokles fyzické pracovní kapacity významně zmírní. Interindividuální rozdíly ve fyzické zdatnosti jsou velké, uplatňuje se u ní faktor trénovanosti, důležitý je však fakt, že fyzická práce není zárukou dobré fyzické zdatnosti jedince .
- Dýchací ústrojí – celková vitální i funkční reziduální kapacita plic s věkem klesá. Maximální minutová ventilace (spotřeba kyslíku v litrech za minutu) je přibližně ve

věku 30 let a do 60 let se snižuje o 200 ml za dekádu. Klesá i schopnost využití kyslíku.

- Srdeční frekvence – objem srdce se od puberty zdvojnásobí, zatímco průměr cév se zvětší pouze o 15 %. To vede ke zvyšování krevního tlaku, každý rok asi o 1,5 torrů. Maximální srdeční frekvence s věkem klesá. Proto při stejné srdeční frekvenci a jinak stejných pracovních podmínkách podává starší pracovník nižší výkon.
- Motorika – rychlost pohybů se snižuje přibližně od 40 let jak u mužů, tak u žen. Taktéž pohybová koordinace menších i větších svalových skupin se s věkem zhoršuje. Rychlost vedení periferními nervovými vlákny klesá. Snižuje se výkonnost a obratnost ruky. Například při montáži drobných předmětů pracovníci ve věku 20 let podávají o 25 % lepší výkon (počet smontovaných jednotek), než padesátiletí. Reakční doba se s věkem prodlužuje, v šedesáti letech je až dvojnásobná oproti hodnotám zjišťovaným u dvacetiletých osob. Rychlost pohybu a motorická výkonnost i obratnost ruky se postupně snižují od 35 let věku např. - průměrná síla úchopu je u mužů ve věku 30 let 500 N, u žen asi 320 N – ve věku 60 let klesá u mužů na 380 N, u žen na 270 N). Též zrakově pohybová koordinace a koordinace pohybů obou rukou se věkem zhoršuje.
- Sluch – u starších osob dochází ke snižování frekvenčního rozsahu sluchu, zejména po 50tém roce, kdy dochází k poklesu sluchové ostroty na vysokých frekvencích.
- Zrak – s přibývajícím věkem se zhoršuje elasticita čočky. Tím dochází ke snížení akomodace a vzdálení tzv. punktu proximálního, tj. nejbližší bod, který oko může vidět ostře. Zraková ostrota klesá asi o 30 % u 60letých a o 50 % u 80letých ve srovnání s 20letými. Zhoršuje se i schopnost adaptace na střídání různých jasů. V důsledku fyziologického snížení zrakové ostroty u starších osob a pomaleji probíhající adaptace na změny v osvětlení, by mělo být osvětlení pracoviště přiměřeně zvýšené v závislosti na věku a činnostech

(u šedesátiletých se odhaduje potřeba zvýšení přibližně na dvojnásobek – jak zohledňovaly starší ČSN).

- Psychické funkce – také podléhají změnám, i když ve srovnání s fyzickou zdatností patrně pomaleji, neboť jsou kompenzovány dlouhodobou zkušeností, myšlenkovými stereotypy, větší schopností zobecňovat, syntetizovat apod. Verbální schopnosti zůstávají zachovány, stárnutí však podléhá zejména prostorová představivost a krátkodobá paměť. Dlouhodobá paměť a vybavování logicky spojených informací klesá pomaleji – naopak může se i zlepšovat. Intelektuální činnost (myšlení, rozhodování, analýza a syntéza různých jevů) probíhá u řady starších osob uvážlivěji a klidněji. Pozornost a soustředění se výrazněji nemění. Může docházet ke zhoršení rozhodování v podmínkách časového tlaku. Schopnost adaptace na změny v pracovních podmínkách se většinou zhoršuje (např. na směnovou práci, noční práci, monotónní činnost). Dlouhodobá paměť, zkušenosti, moudrost a rozvaha posilují pracovní schopnost seniorů v těch zaměstnáních, kde takováto kapacita je nutná. Lidé po 70. jsou citově stabilnější, jejich mozek zpracovává emoce jinak než v mládí (u mladých se na zpracování emocí více podílí podkorové struktury). Na základě moderních vyšetřovacích metod je zjišťováno, že identifikaci emocí u starších osob zpracovává aktivněji oblast střední prefrontální kůry (část spojená s ovládním emocí), proto dovedou mnohem lépe kontrolovat reakci na negativní události, reakce jsou komplexnější (dlouholeté zkušenosti). Stáří tak nepřináší nutně jen negativa – lidé ve vyšším věku jsou rozvážnější, klidnější, hodnotí situace s větším nadhledem a míra jejich úzkosti klesá.

- Psychomotorický výkon je také věkem ovlivněn, i když zdravý životní styl (fyzická aktivita) tento pokles zpomaluje. Psychomotorický výkon je ovlivněn různými mechanismy, které vedou k poklesu krátkodobé „pracovní paměti“, sníženým výkonem zrakového a sluchového systému a vzrůstající citlivostí vůči škodlivým faktorům prostředí.

Shrnutí:

Je zřejmé, že problematika stárnoucí pracovní síly přináší nové požadavky na změny jak v řízení rizika tak i v komplexní pracovně lékařské péči. Je třeba připravit nové a jasné postupy, které by směřovaly k přizpůsobení práce starším pracovníkům. Přitom právě předností závodních zdravotních služeb by mohlo být, že je zde větší prostor v dalších možných aktivitách na poli místních preventivních programů a to i zaměřených na aktivní seniory, respektive na pracující ve věku 40 a více let.

Naše ani evropská legislativa neobsahuje žádná doporučení či přípustné limity pro stárnoucí pracovníky a tudíž nejsou připraveny na problémy, které vzniknou v souvislosti s hodnocením zdravotních rizik při práci u této skupiny pracovní populace.

4.5. Podpora zdraví - obecně

„Podporou zdraví“ se obvykle rozumí proces usnadňující jedincům možnost zlepšovat si vlastní zdraví a zvýšit si kontrolu nad rizikovými faktory, které mohou zdraví ovlivňovat. Zaměřuje se na populaci jako celek v kontextu jejich každodenních životů, spíše než na lidi se specifickými zdravotními riziky, a orientuje se na ovlivnění determinant či podmínek zdraví (Kučera 2005).

Podpora zdraví je souhrn aktivit a opatření, která směřují nejen k předcházení nemocem, ale i ke zlepšení zdravotního stavu jednotlivce i celé komunity. Využívá poznatků z epidemiologických studií, které prokázaly podíl faktorů způsobu života a práce i některých návyků a chování na vzniku a vývoji chronických onemocnění. Základním rysem podpory zdraví je podpora přímé účasti jednotlivce na uchování nebo zlepšení vlastního zdraví prostřednictvím pochopení významu, změny postojů a dobrovolné změny chování a životního stylu, tzn. převzetí spoluzodpovědnosti za vlastní zdraví. V praxi to znamená například boj s kouřením, zvyšování pohybové aktivity, prevence a kontrola obezity, ozdravení výživy, prevence nádorových, kardiovaskulárních a metabolických onemocnění, očkování a podobně.

Podpora zdraví je především změna a ozdravení životního stylu. Důležité přitom je, aby člověk pochopil význam a nutnost této změny a ke změnám postojů a chování přistupoval dobrovolně, motivovaně a z vlastní vůle.

Podpora zdraví jako obor i praxe významně přesahuje rámec zdravotnictví, je významně vázaná na socioekonomické faktory a zahrnuje poznání nových cest v prosazování zdraví - jako poskytování důležitých informací a tvorbu partnerství mezi organizacemi a profesionálními skupinami i jednotlivci.

Světová zdravotnická organizace definuje zdraví jako stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody, nikoli pouze nepřítomnost nemoci nebo vady. Výklad pojmu zdraví je tak ztotožňován s pojmem osobní pohody, pro který se již vžil anglický výraz wellbeing (psychosocial wellbeing).

Pojem „kvalita života“ bývá definován jako úroveň osobní pohody (wellbeing) spojené s životním stylem a podmínkami, v nichž lidé žijí, pocit naplnění nebo uspokojení,

pramenící z faktorů vnějšího prostředí. Kvalita života v tomto smyslu je nejbezprostředněji měřitelná pomocí subjektivních indikátorů. Nicméně jsou často využívány rovněž objektivní indikátory, které postihují vnější podmínky, které ovlivňují kvalitu života.

Mezi determinanty podmiňující zdraví – tím i kvalitu života - patří především způsob života. Na základě mnoha studií podložených statistickými analýzami se hovoří o 50 – 60 % podílu tohoto faktoru na všem, co ovlivňuje celkově stav zdraví. Nejzávažnějšími riziky jsou: kuřáctví, energeticky nadměrná a nevhodně složená výživa, nízká pohybová aktivita, vysoký výskyt situací vedoucích k psychickým tensím a stresům, nadměrný konzum alkoholu, zneužívání léků, abusus drog, nevhodné sexuální chování, rizikové chování vedoucí k úrazům, ale též nezáměr o informace s návody na zdravé chování a jednání.

Dále zdraví podmiňuje kvalita životního a pracovního prostředí a to asi 20%. Zdůrazňuje se stále více význam stavu vnitřního prostředí budov a bytů, v nichž člověk tráví většinu svého života.

Zdravotní péče patří též mezi faktory, které mají vliv na zdraví populace – avšak jen asi z 20%. Z toho vyplývá, že zlepšení zdraví naší populace nepřinese jen kvalitní diagnostika a účelná terapie, ale především prevence. S tímto vědomím bylo přijato Usnesení Vlády ČR z 15. dubna 1992 „Národní program obnovy a podpory zdraví“, jehož základním principem je strategie zlepšení zdraví především formou primární prevence.

4.5.1. Mezníky formování podpory zdraví

Geneze a vývoj pojetí podpory zdraví prošly několika fázemi, které jsou vymezeny těmito mezníky

- 1948 – Definice zdraví WHO
- 1974 – LaLondeova zpráva Analýza vývoje zdravotního stavu v Kanadě
- 1977 – 30. WHA: „Zdraví pro všechny“
- 1978 – Konference Alma-Ata
- 1980 - Evropská strategie na dosažení zdraví pro všechny
- 1981 – Alma-Atská deklarace
- 1984 – Zdraví pro všechny do roku 2000
- 1986 – Ottawská charta na podporu zdraví
- 1988 – Konference v Adelaide
- 1991 – Sundsvallská konference
- 1999 – Nová definice zdraví WHO
- 2000 - 5. globální konference o podpoře zdraví v Mexiku
- 2000 – Veronská iniciativa: Investice do zdraví

Jedním z důležitých mezníků byla tzv. LaLondova zpráva z roku 1974, nazvaná „Nový pohled na zdraví Kanadčanů“, v níž se objevil koncept „zdravotního pole“, zahrnujícího faktory prostředí (tj. fyzikální i sociální prostředí), lidskou biologii, životní styl jakožto agregát osobních rozhodnutí, nad nimiž má jedinec kontrolu (včetně rizikového chování) a konečně organizaci zdravotnických služeb jako čtvrtý nejdůležitější faktor. Převratné myšlenky LaLondovy zprávy našly výraz také v rezoluci 30. Světového zdravotnického shromáždění (WHO) v roce 1977. Hlavním cílem vlád a WHO má být docílení toho, aby do roku 2000 všichni občané světa dosáhli takové úrovně zdraví, která jim umožní vést sociálně a ekonomicky produktivní život. Zdraví je deklarováno jako předpoklad sociální a ekonomické produktivity.

Na rezoluci WHA navázala v roce 1978 konference v Alma-Atě věnovaná problematice primární zdravotní péče. Účastníci konference se shodli na následujících závěrech a postulátech:

- Z definice zdraví plyne zodpovědnost více sektorů za zdraví.
- Důležitost překonání nerovností ve zdraví mezi státy.
- Ekonomický a sociální rozvoj přispívá ke kvalitě života.
- Právo a povinnost občanů podílet se na formování zdravotní péče.
- Zodpovědností vlád je zabezpečení produktivního života občanů.
- Primární zdravotní péče je základem zdravotní péče a musí garantovat dostupnost.
- Primární péče musí garantovat dostupnost a reaguje na specifické problémy, zahrnuje další sektory společnosti a posiluje autonomii občanů.
- Země by měly formulovat vlastní koncepce péče o zdraví.
- Přijatelná úroveň zdraví pro všechny do r. 2000 může být dosažena společným úsilím vlád.

O šest let později, v roce 1984, vyústily předchozí úvahy ve formulaci první verze programu Zdraví pro všechny do r. 2000, který jednotlivé (měřitelné) úkoly seskupil do 6 hlavních témat a 4 hlavních cílů, pro které bylo stanoveno celkem 38 měřitelných cílů, jejichž dosahování mělo být v jednotlivých zemích pravidelně monitorováno.

Ottawská charta přijatá na konferenci WHO, pořádané v Kanadě v roce 1986 byla některými teoretiky chápána jako pokus předejít riziku, že program Zdraví pro všechny do roku 2000 bude vnímán pouze jako jakási osnova výkaznictví sloužícího ke komunikaci jednotlivých států s WHO. Její autoři se proto pokusili o formulaci předpokladů a hlavních strategií zlepšování zdraví obyvatel. Základními předpoklady jsou následující teze:

- Zdraví je hlavním předpokladem sociálního, ekonomického a osobního rozvoje.
- Podpora zdraví usiluje o dosažení rovnosti ve zdraví a kontroly faktorů ovlivňujících zdraví.
- Zdravotnický sektor je spíše prostředníkem různých zájmů ve prospěch zdraví než plně zodpovědným resortem.

O dva roky později, v roce 1988 na konferenci WHO o podpoře zdraví v Adelaide byla tato východiska dále rozšířena a specifikována do podoby Doporučení k veřejné zdravotní politice a současně byly formulovány priority podpory zdraví:

- Veřejná politika pro zdraví (Public Health Policy) je klíčem k dosahování zdraví.
- Zdraví je základní lidskou hodnotou.
- Cílem veřejné zdravotní politiky musí být rovnost, dostupnost a rozvoj zdravotního potenciálu.
- Zodpovědnost za zdraví hraje důležitou roli.
- Posun směrem od zdravotní péče k zdravotní politice.
- Při tvorbě veřejné politiky je důležité partnerství.

Zároveň byly doporučeny následující priority: Zdraví žen, výživa, tabák a alkohol a životní prostředí, včetně pracovního.

Konečně posledním mezníkem, který je třeba zmínit, je tzv. Veronská iniciativa z roku 2000, která nabídla koncept investic do zdraví jako nové paradigma respektující základní kontexty zdravotní politiky, kterými jsou ekonomické, sociální a humánní prostředí

nabývající globálního charakteru. Základním principem investování do zdraví je fakt, že zdraví je vnímáno jako základní faktor sociálního a ekonomického rozvoje at' už daného kraje, města či podniku. Rozpoznání důležitosti tohoto poznání pro podnikovou a firemní sféru je předpokladem zainteresovanosti řídicího managementu pro realizaci aktivit podpory zdraví na pracovišti.

4.5.2. Formy uplatňování primární prevence

Tradiční členění preventivní medicíny na primární, sekundární a terciární je patrně nejdůležitější osou třídění záplavy literatury věnované preventivním programům. Ve smyslu tohoto členění představuje prevence primární předcházení nemocím u zdravých osob a realizuje se především působením na změnu životního stylu, kontrolou rizik a aktivizací systémů sociální opory; sekundární prevence potom představuje působení na osoby ohrožené, vystavené specifickým rizikům, ve snaze zabránit propuknutí případně dalšímu šíření nemoci; a konečně prevence terciární má zabránit recidivě choroby a pomoci úspěšnému návratu pacienta do normálního, zdravého života. Největší pozornost v následujícím textu bude věnována programům primární prevence.

Tradice zdravotní výchovy či osvěty představuje velmi důležité východisko při zrodu moderních preventivních programů, přesto se řada inovativních přístupů konstituovala v opozici k této tradici. Zdravotní výchova svými kořeny odkazuje k racionalistickému modelu „KAB“ (knowledge-attitude-behavior), podle něhož vede zvýšení úrovně znalostí o zdravotních rizicích ke změnám postojů a následně i ke změně chování. Tato představa byla kritizována jak zastánci sociálního marketingu, tak reprezentanty tzv. aktivismu a participativního přístupu: Zatímco první poukazovali na důležitost „kvazi-reklamního“ působení na cílovou populaci v protikladu k prostému předávání informací, druzí zdůrazňovali především potřebu prosadit změny v bezprostředním okolí občana, které žádoucí chování umožní.

- Veřejná politika pro zdraví: Zdravotní politika v tomto smyslu neznamená pouze politická rozhodnutí přijímaná v rámci resortu zdravotnictví, ale vztahuje se k politice obecně a snaze o prosazování zdraví občanů jako jedné z nejdůležitějších hodnot, které by měli politici prosazovat. Znamená to ale také větší angažovanost lidí, kteří se profesionálně nevěnují politice ve prospěch zdraví.
- Prostředí podporující zdraví: Prostředí podporující zdraví je Ottawskou chartou interpretováno široce, ne pouze tak, jak je interpretuje ekologie a ekologická hnutí, ale rovněž jako ekonomický a legislativní rámec, který buď podporuje zdraví, nebo je naopak ohrožuje. Prostředím se rovněž rozumí množina infrastruktur, počínaje výrobou, která produkuje zdraví prospěšné výrobky, přes služby až k síti vzdělávacích institucí a nevládních organizací.
- Iniciativa obce, komunity: Aktivity občanů na úrovni obce či místní komunity jako projev vlastního rozhodnutí občanů, nebo – jinými slovy – občanské společnosti na obecní úrovni nepředstavují dosud příliš silný pilíř podpory zdraví v českých zemích. Aktivizace občanů se zpravidla opírá o existující infrastruktury svépomoci a finanční sílu samospráv. Novým aktivním pojetím v tomto směru jsou však přístupy komunitních, programů WHO např. Zdravé město, Bezpečná obec, Zdravá škola apod., které jsou realizovány již velkým počtem subjektů, sdružovaných do národních sítí jednotlivých programů.
- Rozvoj osobních dovedností: V tomto případě se jedná jak o tradiční zdravotní výchovu identifikovaných cílových skupin, jakož i o postupy poučené některými moderními koncepty odvozenými z reklamy a marketingu.

- Nová orientace zdravotnických služeb ve prospěch prevence: Proklamovaný přechod od primárního důrazu na kurativu k předcházení nemocím a rovněž od lůžkové péče k péči ambulantní a rozvoji především primární péče je jedním ze základních požadavků těch, kteří se podílejí na transformaci zdravotnických systémů.

Úlohou podpory zdraví je především umožnit všem lidem rovný přístup ke zdraví, akcentovat zdraví a jeho udržování jako důležitou investici na úrovni individuální i celospolečenské.

Sociální marketing je pokusem využít postupů komerčního marketingu a marketingové komunikace k podpoře zdraví velkých populačních celků. Podle Manoffa (1985) je sociální marketing „strategie překladu vědeckých poznatků o zdraví a výživě do vzdělávacích a aktivizujících programů přejatých z oblasti metodologií užívaných v komerčním marketingu. Samotná teoretická východiska marketingu mají své kořeny v antropologii, sociologii, sociální psychologii a komunikační teorii a nikoli primárně v ekonomii. Nepřinášejí s sebou do oblasti zdravotnické prevence ekonomické myšlení. Ve skutečnosti je sociální marketing pokusem zlepšit již dříve existující pokusy změnit zdravotní chování lidí prostřednictvím médií. Tradiční formy oslovování cílových skupin veřejnosti (public service announcements – PSA) se ovšem zpravidla používají bez toho, že by byly založeny na pečlivém výzkumu cílové populace, pre-testování komunikačních sdělení a sledování, jak se sdělení objevují v médiích.

Využití sociálního marketingu se projevilo v řadě projektů, zejména pak těch, které oslovovaly obyvatele větších územních celků a spoléhaly do značné míry pouze na média. Sociální marketing byl využíván především v USA (např. ve známém projektu „pěti měst“ či „Stanfordském projektu“) a do značné míry i nadnárodními organizacemi (jako je např. FAO).

Sami autoři, kteří aktivně participovali na tvorbě a realizaci projektů s využitím sociálního marketingu připouštějí jisté limity tohoto postupu. Ty spočívají zpravidla v tom, že mediální komunikace nebývá, většinou z finančních důvodů, často dostatečně dlouho opakovaná. Navíc se účinnost podstatně zvýší v kombinaci s dalšími formami oslovení cílové populace, především v komunikaci tváří v tvář.

Pokud jde o fakta prezentovaná v médiích, hovoří se o „kreativní epidemiologii“, což v žádném případě neznamená používání falešných nebo nepřesných údajů, ale prezentaci fakt takovým způsobem, aby byla atraktivní pro média. Velmi často je předmětem těchto přístupů odhalování nekalých praktik průmyslových koncernů, ať už tabákových nebo farmaceutických, nebo nečinnost politiků. Ilustrací strategického využití médií může být např. intenzivní protikuřácká kampaň realizovaná v USA s využitím nátlakových skupin i public relations agentur.

4.5.3. Kritéria klasifikace preventivních a promotivních programů

Potřeba utřídit obrovské množství preventivních programů a programů podpory zdraví je důležitá jednak pro rychlejší orientaci v obrovské záplavě literatury věnované prevenci mnoha chorob, jednak pro volbu účinné kombinace postupů k realizaci vlastních záměrů. Kritéria či dimenze třídění jsou v zásadě tři:

- **Třídění dle definice cílové skupiny**: Programy lze klasifikovat jako projekty určené definovaným věkovým skupinám (mile-stone approach), např. pro školní děti nebo staré lidi; skupinám definovaným rizikem, např. hypertonikům, kuřákům apod.; jako určené

specifickým společenstvím, komunitám, regionům či celým státům; nebo konečně sociálním kontextům, jako např. městům, školám, podnikům.

- **Třídění dle věcného obsahu:** Podle obsahu rozlišujeme především programy orientované na rizika, např. kouření, vysoký krevní tlak a programy zaměřené na diagnózy, jako např. kardiovaskulární nemoci, nádorová onemocnění, AIDS apod.,
- **Třídění dle použitých metodologií:** Podle použité metodologie můžeme rozlišit programy zdravotně politické, mediální, osvětové, programy komunitní, programy aktivistické.

Komplexní zdravotně politické programy vztažené k územním celkům

Komplexní programy rozvoje zdraví regionu jsou přirozenou součástí zdravotní politiky a zahrnují především stanovení cílů rozvoje zdraví obyvatel daného regionu, stanovení časových horizontů jejich dosahování a konečně spektra prostředků, jakých bude při jejich dosahování použito. Takové programy jsou koncipovány na úrovni celých států či regionů. Prakticky všechny státy evropského regionu přejaly v různé míře strategii WHO „Zdraví pro všechny“ resp. „Zdraví 21“, přinejmenším jako základ pro monitoring dosahování cílů v rámci celé oblasti. V některých státech, především ve Skandinávii, v USA, ve Velké Británii se program WHO stal základem formulace vlastní národní strategie, či strategií regionálních.

Programy zaměřené na kontrolu rizik

Programy zaměřené na redukci rizik (risk-approach) jsou založeny na prokázaném kauzálním vztahu mezi rizikem, kterému jsou vystaveny relativně velké skupiny, osob a onemocněními většího rozsahu. Takovými programy mohou být např. programy na včasný záchyt a snižování výskytu hypertenze, zahrnující jak osvětu, tak akce, blízcí se skríningu, programy zaměřené na záchyt a úpravu hladiny cholesterolu, programy omezování expozice tabáku, programy zaměřené na úpravu pohybové aktivity, změnu výživových návyků apod.

Programy prevence jednotlivých onemocnění

▪ Prevence kardiovaskulárních onemocnění

Prevence kardiovaskulárních onemocnění, které jsou u nás hlavní příčinou úmrtnosti a jednou z hlavních příčin nemocnosti, zejména starších ročníků, vychází z koncepce kardiovaskulárního rizika. Rizikovými faktory jsou definované charakteristiky spojené s vyšším výskytem kardiovaskulárních onemocnění. Dělí se na ovlivnitelné faktory životního stylu a biochemické a fyziologické charakteristiky a na neovlivnitelné osobní charakteristiky jako je věk, mužské pohlaví, rodinná zátěž (Štejfa 2007).

Primární prevence snižuje absolutní riziko kardiovaskulárních onemocnění v populaci i u jednotlivce intervencí modifikovatelných rizikových faktorů (viz dále) dříve než se kardiovaskulární onemocnění manifestovalo. Populační model prevence se snaží ovlivnit v celé populaci zejména faktory životního stylu (kouření, výživu, fyzickou aktivitu) a jejich sociální a ekonomické determinanty, též u osob bez dosud rozpoznávaných rizik. Lékařský model prevence je zaměřen na osoby s již rozpoznávanými modifikovatelnými rizikovými faktory životního stylu a faktory biochemické a fyziologické, zejména vysoký krevní tlak a poruchy lipidového a glycidového metabolismu. Nikoliv paušálně, ale při léčbě hypertenze a v menší míře u poruch lipidového metabolismu se v primární prevenci uplatní medikamentózní léčba.

Sekundární prevence je zaměřena na pacienty s již prokázaným kardiovaskulárním onemocněním, cílem je zabránit progresi onemocnění a kritických epizod (infarkt myokardu,

mozková cévní příhoda). V ovlivnění rizikových faktorů vedle intervence životního stylu hraje významnou roli farmakoterapie.

Cílové skupiny kardiovaskulární prevence v klinické praxi jsou definovány v doporučených postupech vypracovaných odbornými společnostmi na národní i mezinárodní úrovni. Jsou jimi pacienti s klinicky manifestními kardiovaskulárními nemocemi, symptomatické osoby s vysokým rizikem, pokrevní příbuzní osob s rannou manifestací kardiovaskulárních onemocnění a pacienti zachycení v klinické praxi. Pro posouzení stupně individuálního rizika byla vypracována řada hodnotících škál a tabulek, recentně pak systém SCORE definující riziko úmrtí na kardiovaskulární onemocnění v definovaném čase (zpravidla 10 let) podle pohlaví, věku, kouření, systolického krevního tlaku, celkového cholesterolu, eventuelně podle poměru celkového a HDL cholesterolu pro evropskou, ale s přihlédnutím k výsledkům studie MONICA i pro českou populaci, která má obecně vyšší riziko než průměrná evropská populace (Bruthans 2007).

Je do jisté míry smutnou skutečností, že kardiovaskulární riziko zcela nejvýrazněji narůstá se zvyšujícím se věkem, zřejmě jako obecný důsledek stárnutí organismu. Stejně neovlivnitelné je vyšší kardiovaskulární riziko mužů a osob s rodinnou zátěží. Včasná a dostatečně intenzivní primární a sekundární prevence výrazně snižuje riziko i v těchto skupinách. Je nasnadě, že primárně i sekundárně preventivní postupy realizované na pracovištích by se ve zvýšené míře měly zaměřit právě na osoby starší a s rodinnou zátěží, které se i výrazněji zajímají o svůj zdravotní stav.

Z preventabilních faktorů životního stylu je kouření významnou příčinou i kardiovaskulárních chorob. Absolutní zákaz kouření na pracovištích je logickým řešením problému z pohledu zaměstnavatele, bonifikace nekuřáků může mít i přesah mimo pracoviště a může „chránit“ pracovní sílu.

Narůstající prevalence a stupeň obezity, v návaznosti na související poruchy metabolismu lipidů a glycidů a širěji definovaný metabolický syndrom se v současných rozvinutých státech rychle stává základním problémem kardiovaskulární prevence. S tím, jak jsou již od nejmladších věkových skupin preferovány potraviny s vysokým kalorickým, glycidovým a lipidovým obsahem a jak mizí potřeba fyzických pracovních aktivit a aktivního pohybu vůbec lze očekávat jen další nárůst tohoto komplexu rizikových faktorů. Prosazuje se například poznatek, že pohybové aktivity jsou účinným faktorem ke kontrole diabetu druhého typu, výhodnějším než samotná dietetická a medikamentózní kontrola. Je paradoxem současné sekundární, ale často i primární prevence hyperlipoproteinemií, že se, často pod tlakem farmaceutické loby, zaměřuje převážně na medikamentózní postupy a neakcentuje režimová dietetická a pohybová opatření. Racionální výživa v závodním stravování a přiměřený pohybový režim na pracovišti i aktivity volného času sponzorované zaměstnavatelem mají sice příděch totalitních režimů a východoasijských kultur, ale jsou řadu let akceptovány mnoha vedoucími světovými společnostmi.

Postupy sekundární prevence jsou zpravidla řízeny a kontrolovány lékaři. Stárnoucí pracovní populace představuje narůstající pool osob které jsou předmětem takové péče. Je logické, že právě lékaři vázaní na pracoviště a seznámení s problematikou konkrétních pracovních aktivit dokáží ovlivňovat zdravotní stav těchto osob lépe než lékaři, kteří nejsou s takovou situací přímo konfrontováni. Je třeba zdůraznit i potenciální pozitivní dopady aktivního pracovního zapojení osob vyššího věku i s jistými zdravotními omezeními v protikladu s vynucenou inaktivitou a neodůvodněnou invalidizací (pacientům až po provedené srdeční operaci, která objektivně zlepšila jejich zdravotní stav, je často přiznána invalidita).

Příkladem velmi úspěšného populačního preventivního projektu může být Se verokarelský program, který byl realizován v letech 1972-1977. Byl implementován v řadě dalších projektů a poznatky takto získané jsou podkladem vypracovávaných doporučených postupů kardiovaskulární prevence.

Kauzální souvislost mezi identifikovanými rizikovými faktory u mužské populace regionu – kouřením, zvýšenou hladinou cholesterolu v krvi a zvýšeným krevním tlakem – vedla k návrhu programu zaměřeného především na ovlivnění kouření a výživových zvyklostí. Pokud jde o stravovací návyky byla hlavní pozornost věnována snížení vysokého příjmu nasycených tuků a relativnímu zvýšení příjmu nenasycených tuků. V průběhu realizace programu byl okruh sledovaných faktorů rozšířen rovněž o tělesnou aktivitu, nadváhu, diabetes, konzumaci alkoholu a psychosociální faktory.

V severokarelském projektu se postupovalo od zdravotní výchovy, tj. vydávání osvětových materiálů, využití médií, setkání, organizování kampaní apod., k usměrnění místních zdravotnických služeb, tréninku pro profesionály, podpoře environmentálních změn, jako jsou zákazy kouření, spolupráce s výrobcí potravin, řetězci prodejců potravin, podpora pěstitelů zeleniny apod. a konečně i monitoring výsledků. Na implementaci programu se samozřejmě podílela řada předních odborníků (prof Pyöröla a další), nicméně většina praktických kroků v rámci intervence byla realizována místní komunitou.

Po uplynutí pětileté pilotní fáze následovalo rozšíření projektu do podoby celostátního programu s tím, že oblast Severní Karélie se stala demonstrační oblastí. Současně se objevily dva relativně nové trendy: Jednak byl koncem 70. let zahájen projekt zaměřený na děti a mládež a současně se program posunul směrem k integrovanému přístupu orientovanému na všechny neinfekční choroby a rovněž na komplexní podporu zdraví, zcela ve shodě s trendem prosazovaným Světovou zdravotnickou organizací. Na druhé straně právě úspěchy Severokarelského programu se staly jedním z hlavních argumentů ve prospěch prosazování národních zdravotních politik v zemích nejen evropského regionu.

Zapojení Národního ústavu veřejného zdravotnictví v Helsinkách znamenalo nejen potvrzení celostátního přístupu k problematice podpory zdraví, ale také zvýšený důraz na sledování efektivity, vrcholící zavedením národního monitorovacího systému nemocí, rizikových faktorů a trendů v zdravotním chování obyvatel. V průběhu intervence se uplatnila řada inovativních postupů, zahrnujících např. soutěže v odvykání kouření, kampaně zaměřené na snižování hladiny cholesterolu, dosažení environmentálních změn, spolupráci se zpracovatelským průmyslem a konečně i dosažení politických rozhodnutí na úrovni státu, jakým bylo např. schválení přísné protikuřácké legislativy.

Hlavní závěry Severokarelského projektu jsou následující:

- Komplexní, ofenzivní a teoreticky podložený komunitní program může mít zásadní pozitivní vliv na rizikové faktory a na životní styl.
- Uvedené změny jsou spojeny se žádoucími změnami ve výskytu chronických nemocí a zdraví obyvatel.
- Kvalitní demonstrační program může zásadním způsobem podnítit celostátní aktivity ve prospěch prevence chronických nemocí a podpory zdraví.

Je třeba zdůraznit, že Severokarelský projekt, který patří k vůbec nejznámějším a nejcitovanějším preventivním programům, je rovněž výsledkem intenzivní spolupráce mezinárodní vědecké komunity, odrazem politické prozíravosti a odrazem občanské angažovanosti ve prospěch zdraví komunity.

▪ **Prevence novotvarů**

Prevence výskytu zhoubných novotvarů je, podle Saracciho (1997) založena především na redukci resp. zamezení expozici environmentálním faktorům, jejichž karcinogenita byla prokázána, jako je UV záření, ionizující záření, tabákový kouř, alkohol, celá řada chemických látek, některé průmyslové procesy a biologická agens. Řadu z těchto látek je možno redukovat nebo dokonce zcela eliminovat jejich expozici vzhledem k tomu, že jsou cizorodými látkami (xenobiotiky) s prokázanými toxickými vlastnostmi a karcinogenitou a nejsou potřebné pro normální zdravou funkci lidského organismu. Platí to dokonce i v těch případech, kdy hovoříme o „předpokládané“ karcinogenitě s tím, že epidemiologické studie nejsou dosud k dispozici.

Expozici karcinogenům lze zabránit dvojím způsobem: buď redukcí nebo eliminací příslušného karcinogenu (případně jeho nahrazením nekarcinogenní látkou), nebo zabránění kontaktu karcinogenu s lidmi. Zvolená cesta je pochopitelně podmíněna schůdností a cenovými náklady. Zatímco u xenobiotik nefyziologické povahy můžeme jako preventivní úsilí označit snahu o jejich eliminaci, u dietních makronutrientů (proteinů, uhlohydrátů a tuků) i mikronutrientů (oligoelementy, vitamíny) tomu tak není.

Velkým příslibem je do budoucna genetické testování, které se již dnes může opřít o identifikované souvislosti výskytu karcinomu tlustého střeva, prsu či ovarií s genovou strukturou.

Podle Saracciho (1997) by zamezení expozice těm karcinogenům, jejichž odstranění je prakticky dosažitelné, vedlo ke snížení počtu případů karcinomu v rozvinutých zemích minimálně o jednu třetinu. Na tomto procesu by se 30 % podílelo zamezení vlivu tabákového kouře, 3 % vlivu alkoholických nápojů, zatímco odstranění vlivu zbytečné konzumace hormonů, působení rentgenových paprsků, expozice karcinogenům v pracovním procesu a odstranění karcinogenů z vody, vzduchu a potravin by se podílelo pouze 1 %, snížení výskytu obezity by snížilo incidenci o 2 % a očkování proti hepatitidě B o 1 %.

Do budoucna můžeme očekávat rozvoj tzv. genetického skríningu (jako predikce zvýšené citlivosti jedince vůči noxe), a dále i s nasazením protektivních látek pro chemoprevenci.

▪ **Prevence cerebrovaskulárních nemocí**

Podle Tanaky a Yokoyamy (1997) se prevence mozkové mrtvice realizuje především v rovině primární a terciární s tím, že primární prevenci lze rozdělit do dvou fází. Smyslem první fáze primární prevence je především potlačení rozvoje hypertenze a dalších rizikových faktorů u běžné populace. Hlavní cestou, jak toho dosáhnout je modifikace životního stylu, tj. výživy, tělesné aktivity, pití alkoholických nápojů a kouření.

V druhé fázi primární prevence jde především o včasnou detekci a rychlou léčbu hypertenze, a to jak farmakologicky, tak nefarmakologicky. Jako prevence krvácení do mozku a mozkového infarktu se vedle medikace zaměřené na snížení hypertenze doporučuje i snížení příjmu soli a alkoholu a zvýšení příjmu tuku a živočišných proteinů spolu s přiměřeným odpočinkem. U mozkové trombózy se naproti tomu doporučují podobná opatření jako v případě srdečního infarktu, tj. snížení váhy, více tělesného cvičení a snížení příjmu živočišného tuku a soli. (Kaplan 2006)

Sekundární prevence zahrnuje především snahu zabránit adekvátní terapií úplné mozkové mrtvici. Terciární prevence je potom rehabilitací poté, co nastala mrtvice. Po fyzioterapii zaměřené na návrat na nejvyšší možnou úroveň schopností je posléze následována pracovní a psychologickou rehabilitací.

▪ **Prevence respiračních nemocí**

U respiračních chorob se v našich podmínkách jedná především o choroby spojené s kouřením, ať už aktivním nebo pasivním, o astma a různé formy plicních alergií; v poslední době, s růstem migrace, se znovu začínají objevovat případy tuberkulózy. Studie prováděná na britských lékářích, zahájená již na počátku 50. let, prokázala, že kouření je zodpovědné za více než 90 % úmrtí na karcinom plic, za 70 % úmrtí v důsledku chronického obstrukčního onemocnění plic (COPD) a přibližně 14 % dalších plicních chorob působících smrt. Prevence v tomto případě je zcela zřejmá a tou je účinná kontrola kouření.

Od publikování zprávy EPA (Environmental Protection Agency, 1992) je velice problematické jakkoli zpochybňovat škodlivé účinky pasivního kouření na lidský organismus a především na dýchací ústrojí. Výzkumy prokázaly, že pasivně vdechovaný tabákový kouř (ETS – environmental tobacco smoke) je chemicky podobný s kouřem vdechovaným aktivním kuřákem.

U respiračních chorob získaných v důsledku expozice v pracovním prostředí je spolehlivou prevencí dodržování doporučení ILO (Mezinárodní organizace práce), pracovních předpisů a používání osobních ochranných pomůcek jako obrany především před vdechováním minerálních vláken, případně jejich nahrazení jinými materiály.

Důležitou součástí podpory zdraví, zejména v kontextu projektu zdravých měst je péče o zdravé ovzduší. Zdá se, že souvislost dlouhodobější expozice znečišťujících látek v ovzduší souvisí s největší pravděpodobností s vyšším výskytem astmatu a dalšími plicními chorobami. V tomto případě je prevence jen ve velmi omezené míře v rukou jedince, v jeho chování a změnách v jeho znalostí. Výrazem preventivního úsilí je snaha o nalezení řešení v rovině legislativní a tedy politické.

▪ **Prevence endokrinních a metabolických poruch**

Prevence endokrinních a metabolických poruch se liší s ohledem na konkrétní problém. Prvým příkladem preventivně orientované intervence je řešení poruch spojených s řešením jodového deficitu. Zatímco v České republice není problém jodového deficitu příliš zjevný, jako je tomu v některých horských oblastech především třetího světa, u nás proběhl „přirozený experiment“ poté, co dodavatelé stolní soli přestali být povinni obohacovat své produkty jodem. Jak vyplynulo ze studie prováděné Endokrinologickým ústavem, výskyt problémů podmíněných nedostatkem jódu významně roste. Řešení je přitom jednoduché – přidávat do soli jód. Paradoxně se nyní i na nás vztahuje doporučení WHO a UNICEF jodizovat veškerou sůl dodávanou na trh (Logan, Farthing, Langman, 1997). Podle odhadů celosvětově v současné době trpí strumou přibližně 200 milionů lidí a u dalších 20 milionů došlo v důsledku jodového deficitu k poškození mozku.

Další závažnou poruchou z této skupiny chorob je diabetes mellitus. Primární prevence diabetu typu 1 je poměrně problematická, protože jeho výskyt je relativně nízký a pouze 10-15 % nových případů pochází z rodin s výskytem této nemoci u příbuzných prvního stupně. U diabetu 2. typu je využívání preventivních postupů podstatně častější, a to jak přístupů založených jak na populačním přístupu, tak na přístupu založeném na kontrole rizikových faktorů. Zdá se, že v případě primární prevence je nejefektivnější využití integrovaného přístupu, vzhledem k tomu, že prevence obezity, přiměřené tělesné aktivity a vyhýbání se stravě bohaté na tuky je současně prevencí kardiovaskulárních nemocí.

Pokud jde o prevenci sekundární, nabízí se pochopitelně skriningové programy, které byly relativně dlouhou dobu odmítány pro velké náklady a nejisté využití výstupů ze

skrínungu vzhledem k neexistující následné péči. V poslední době, i s podporou WHO, se skrínigové metody využívají v rostoucí míře.

▪ **Prevence mentálních poruch**

Studii zaměřených na prevenci v psychiatrii je podle Tyrera, Van Hornové a Piperové (1997) překvapivě málo, zejména pokud jde o primární prevenci. Za prevenci je ovšem možno považovat zahájení očkování proti zarděnkám a spalničkám na počátku 60. let, díky němuž se podařilo odstranit příčiny pozdějších možných neuropsychiatrických komplikací. V jistém smyslu je rovněž snížení příjmu alkoholických nápojů prevencí takových komplikací. Za sekundární prevenci můžeme považovat především včasné zahájení léčby psychiatrických pacientů, v některých případech i poskytování psychologické pomoci u akcentovaných osobností v premorbidním stadiu. V rámci terciární prevence jde především o snahu zabránit návratu nemoci a vytvoření sociálního zázemí, které by umožnilo bezproblémový návrat do normálního života.

▪ **Dentální prevence**

U dentální prevence jde především o předcházení vzniku zubního kazu a komplikacím v oblasti parodontu, a to jednak obohacením vody případně potravin fluoridy, dále pečlivou orální hygienou a úpravou diety, tj. především zásadní redukcí příjmu cukru v potravě a konečně i odstraňováním zubního plaku. Analýza realizovaných preventivních programů ukazuje na její relativně nízkou účinnost, jakkoli jejich potenciální účinnost je mimořádně vysoká.

▪ **Prevence muskulo-skeletálních chorob**

Podle Silmana a Crofta (1997) je „kauzální epidemiologie“ bolestí páteře tak málo rozvinutá, že je zatím sotva možné připravit programy primární prevence, jako jsou např. speciální cvičení, edukativní aktivity nebo používání mechanických podpůrných prostředků. Autoři nicméně konstatují, že lze doporučit všeobecně platnou úpravu životního stylu, jako je tělesné cvičení, omezení kuřáctví, redukce hmotnosti a odstranění stresu v zaměstnání. Všechny tyto změny mohou, vedle dalších příznivých účinků, přinést i omezení rizikových faktorů vzniku bolesti zad.

U osteoartritidy jsou důležitými preventivními opatřeními jednak redukce váhy, jednak vyhýbání se zraněním. Přesto, že je konstatováno, že v této oblasti existuje relativně malý potenciál primární prevence a jeho využití je minimální, mám za to, že je potřeba zdůraznit dodržování ergonomických zásad při práci jak v zaměstnání, tak i v domácnosti.

▪ **Prevence neurologických poruch**

Vzhledem k tomu, že spektrum neurologických poruch sahá od migrény a bolesti zad, přes neurologické komplikace provázející některé infekční choroby až k Parkinsonově a Alzheimerově nemoci a epilepsii, je prakticky nemožné mluvit o prevenci společně pro všechny uvedené choroby, zejména pak u chorob jejichž etiologie není zcela jasná.

▪ **Prevence gastrointestinálních nemocí**

Pokud jde o prevenci gastrointestinálních chorob, je obtížná, vzhledem k velmi složitým kauzálním vazbám u většiny chorob zažívacího traktu. Nicméně programy zaměřené na zdravou výživu, redukcii konzumace alkoholických nápojů a snížení spotřeby tabákových výrobků mohou být účinné i v této oblasti. Objevují se ovšem zajímavé hypotézy, jako např. příčinná souvislost infekce způsobené bakterií *Helicobacter pylori* s vředovou chorobou;

vzhledem k přítomnosti bakterie v zubním plaku a v ústní dutině vůbec, mohou programy orální hygieny působit jako vhodná prevence vředové choroby.

▪ **Prevence sexuálně přenosných nemocí**

Programy sexuální výchovy jsou považovány za nejvhodnější formu primární prevence sexuálně přenosných nemocí (STD). V různé míře, závisující na míře sekularizace státu a vlivu ideologie, je sexuální osvěta zařazována do školních osnov, případně se realizují programy sexuální výchovy a plánovaného rodičovství organizované různými nevládními agenturami. Hlavními zřeteli těchto programů ovšem není pouze prevence STD, ale rovněž partnerský výběr a příprava na rodičovství.

▪ **Prevence AIDS**

Prevence AIDS je podmíněna typem přenosu a zahrnuje tedy celou škálu opatření a aktivit. Pokud jde o sexuální přenos, realizují se preventivní opatření především v rámci programů zaměřených na „bezpečný sex“, tj. především sex chráněný, s použitím latexových kondomů; u mužských homosexuálních kontaktů to znamená rovněž omezení počtu partnerů. Začlenění problematiky AIDS do programů komplexní sexuální výchovy je přirozenou cestou integrace.

Pokud jde o přenos mezi intravenózními uživateli drog, je patrně nejúčinnějším opatřením program výměny injekčních jehel, případně jehel a stříkaček, které se objevují ve většině měst, v nichž se ve větší míře objevují drogové závislosti. U vertikálního přenosu je prevence podmíněna spoluprací těhotných žen a spočívá v poradenství, případně podávání léků (Zidovudine), které pravděpodobnost transmise snižují a provádění císařského řezu. Konečně preventivním opatřením je i testování dárců krve a dodržování předpisů při zacházení s krví a krevními deriváty.

▪ **Prevence úrazů**

Vzhledem k tomu, že úrazy jsou, zejména v mladším věku, jednou z hlavních příčin úmrtí, jsou programy prevence v této oblasti zvláště potřebné. Základní osou preventivního programu může být desetibodové schéma navržené před 40 lety Haddonem (Kraus, Peek-Asaová, Blanderová 1997). Množina konkrétních opatření se samozřejmě bude lišit jak podle věku cílových skupin, tak podle typu úrazu, kterému má být zabráněno. Mezi nejznámější programy, realizovanými v různých zemích s relativně dobrými výsledky patří programy používání automobilových pásů, programy zaměřené proti pití za volantem, programy používání ochranných přileb při jízdě na bicyklu a projekty typu „bezpečná cesta do školy“, v ČR dle metodiky Centra dopravního výzkumu v Brně.

Programy zaměřené na specifické sociální kontexty

Programy zaměřené na specifické sociální kontexty rozumíme takové programy, které jsou založeny na jednom z předpokladů podpory zdraví, který zdůrazňuje význam environmentálních faktorů a současně na potřebu ovlivňovat zdravotní chování v tom kontextu, v němž se rodí a má svůj význam a přirozenou motivaci. Mimořádně velký důraz na tyto přirozené kontexty zdravotního chování klade především Světová zdravotnická organizace, která, ať už sama, nebo ve spolupráci s dalšími nadnárodními organizacemi koordinuje několik mezinárodních projektů jako jsou:

- **Zdravé město:** Jedná se o program zaměřený na pozitivní ovlivnění politické reprezentace městského celku a současně jeho obyvatel ve směru podpory zdraví. V pilotním projektu, jehož se , v celosvětovém rozsahu, zúčastnilo 25 měst, byly

v intencích programu WHO formulovány zdravotní priority, k jejichž dosahování byly stanoveny nejeftektivnější strategie. Ačkoli města měla volnost při formulaci vlastních projektů, „model“ zdravého města byl definován.

Zdravé město má usilovat o:

- Čisté a bezpečné prostředí
- Stabilní a udržitelný ekosystém
- Silné a vzájemně se podporující společenství
- Vysokou míru participace občanů na životě a zdraví obce
- Konsenzus o základních potřebách obyvatel města
- Přístup ke všem dostupným zdrojům a informacím, kterými město disponuje
- Diverzifikovanou a vitální ekonomiku
- Inspiraci a odvalu
- Ochotu zlepšovat všechny charakteristiky města
- Optimální úroveň zdraví a zdravotnických služeb
- Uspokojivý zdravotní stav populace s pozitivním postojem k podpoře vlastního zdraví a zdraví všech obyvatel města.

Vedle pilotní skupiny „zdravých měst“, vznikly v řadě zemí národní sítě zdravých měst, které jednak spolupracují s WHO, jednak vytvořily autonomní a nezávislá seskupení, která jsou prostorem pro sdílení zkušeností a formulaci společných postupů. V ČR se jedná o mimořádně aktivní hnutí ve kterém je zapojeno více než 80 municipalit.

- **Zdravá škola:** Program na jehož realizaci se vedle Světové zdravotnické organizace podílejí také Rada Evropy a Evropská unie je projektem, do něhož jsou zapojeny školy ze všech zemí evropského regionu. Smyslem projektu není jen snaha o zabezpečení vhodné náplně osnov zdravotní výchovy na školách, ale především vnitřního prostředí školy tak, aby bylo zdravé a dávala velký prostor seberealizaci žáků i učitelů. Koncept zdraví, který je východiskem tohoto programu, je velice široký a zahrnuje zdraví fyzické, duševní, stejně jako příznivé sociální klima.
- **Zdravá nemocnice:** Smyslem projektu „Zdravá nemocnice“ je jednak zabezpečení zdravého prostředí pro zdravotníky pracující v nemocnicích, jednak stimulační prostředí pro pacienty. Součástí projektu je rovněž úsilí nemocnic více otevřít směrem ke komunitě, v níž je nemocnice umístěna a zlepšení komunikace s obyvateli, žijícími v jejím okolí.
- **Zdravý podnik:** Projekt Zdravý podnik vytváří jakýsi doplněk ke konceptům používaným zejména v pracovním lékařství. Primárním zřetelem projektu není ochrana zdraví při práci, jak je tomu v pracovní hygieně, ale využití skutečnosti, že na pracovišti tráví dospělí lidé značnou část svého života. Řada dílčích projektů spojených s programem proto využívá podnikového kontextu k zdravotní komunikaci se zaměstnanci, ať už v rámci programu komplexní péče o zaměstnance, nebo např. formou nekuřácké politiky na pracovišti, změnou závodního stravování nebo nabízením možností sportovat jako součást „loyalty“ programu. Naplnění tohoto typu preventivního programu pro stárnoucí populaci je předmětem této práce.

S pomocí několika kritérií byly programy podpory zdraví uspořádány do skupin tak, aby bylo možno reflektovat jejich společné rysy a současně v nich nalézt příležitost k jejich využití v rámci vlastní strategie.

Shrnutí

Při přípravě vlastního programu podpory a rozvoje zdraví v daných podmínkách je třeba vyjít z identifikace nejzávažnějších příčin mortality a morbidity v jednotlivých segmentech populace. Ve spolupráci se státem či regionem financovanými institucemi i s nevládními organizacemi je vhodné dospět ke konsensu, pokud jde o potřeby daného teritoria a pokud jde o cíle, které jsou žádoucí a současně dosažitelné.

Pro jednotlivce je nejdůležitějším rozpoznáním fakt, že zdraví člověka je předpokladem pro to, aby mohl vést aktivní a produktivní život jak v oblasti společenské tak ekonomické. Podporou zdraví pak nazýváme proces, který umožňuje lidem účinně ovlivnit řadu rizikových faktorů jejich omezením či eliminací a tím významně zlepšovat svůj zdravotní stav.

4.6. Podpora zdraví stárnoucí populace

Fyzické a psychické zdraví seniorů v pozdějších fázích života je přímo závislé na životním stylu v předcházejících letech. Je třeba věnovat pozornost příčinám špatného zdraví a nerovnostem v poskytování zdravotní péče.

Zdravý životní styl je součástí odpovědné přípravy na stáří. Je podmínkou pro zajištění aktivního a důstojného stárnutí a kvality života seniorů. K naplňování zdravého životního stylu a kvality života musí přispět jak společnost, tak i jednotlivci sami.

Rok 1999 byl Organizací spojených národů vyhlášen za Mezinárodní rok seniorů. Koncepční rámec pro Mezinárodní rok seniorů v roce 1999 byl založen na principech ke kterým patří: přijetí koncepce celoživotní zaměstnanosti a realizace podpory „aktivního stárnutí“ spolu s většími možnostmi vzdělávání pro osoby starší 45 let, s finančními stimuly k prodloužení pracovního života a využívání částečných pracovních úvazků.

Vládním usnesením č. 485 ze dne 15. května 2002 Česká republika jako členský stát OSN přijala v zájmu naplnění cílů a záměrů Mezinárodního roku seniorů řadu opatření, jejichž cílem bylo podnítit občanskou iniciativu při organizaci a realizaci akcí na mezinárodní, národní, regionální a místní úrovni a pozitivně ovlivňovat názory veřejnosti a ve vztahu k příslušníkům starší generace. Nad organizačním zabezpečením Mezinárodního roku seniorů převzalo zástítu Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR a jako koordinační a řídicí orgán pro zajištění programové náplně Mezinárodního roku seniorů byla ustavena Národní koordinační rada. Mezinárodní rok seniorů splnil své poslání, jeho myšlenky však bylo třeba dále rozvíjet. Proto na základě návrhu Národní koordinační rady byl rozhodnutím ministra práce a sociálních věcí v červenci 2000 vytvořen Poradní sbor k problematice stárnutí jako stálý poradní orgán ministra. Hlavním úkolem Poradního sboru bylo vypracování Národního programu přípravy na stárnutí populace v ČR na léta 2003-2007, který byl přijat vládou 15. května 2002 usnesením č. 485. Na základě tohoto usnesení vlády ČR měly jednotlivé resorty rozpracovat uvedené principy do oblasti své působnosti a vypracovat resortní programy k jejich realizaci ve smyslu postupné přípravy s výhledem na deset let (2003-2012), včetně ekonomických dopadů spojených s naplňováním programu.

Česká republika se přihlásila Vládním usnesením č. 249 již v r. 1991 k Národnímu programu zdraví a jeho prostřednictvím k naplňování cílů programu WHO " Zdraví pro

všechny do roku 2000". Základním cílem tohoto programu byly požadavky směřující k zlepšení zdraví populace :

- Zajistit rovnost ve zdraví (spravedlnost a dostupnost v péči o zdraví)
- Přidat život létům (plně využít zdravotní potenciál všech osob)
- Přidat zdraví životu (snížit nemocnost a omezit důsledky nemoci)
- Přidat léta životu (omezením předčasných úmrtí prodloužit střední délku života)

Shrnutí:

Cílem je dlouhodobě podporovat a rozvíjet opatření, programy a postupy, které by prostřednictvím podpory zdravého životního stylu a zdravého stárnutí vedly ke zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva a omezovaly růst počtu seniorů převážně nebo zcela závislých na péči druhých a podporovaly aktivní život seniorů.

Je zjevná potřeba vytvářet předpoklady pro udržení fyzických a psychických schopností jak osob produktivního věku, tak i seniorů, a to prostřednictvím aktivizace, sociálního začlenění, vytvářením rovných příležitostí, rozšiřováním možností rekondice, rehabilitace a osobního rozvoje, včetně využití pracovního potenciálu aktivních seniorů.

4.7. Podpora zdraví na pracovišti

Řada českých podniků měla již v uplynulém půlstoletí zavedeny programy zdravotní výchovy a primární prevence poruch zdraví. Nejspíše i v tomto přístupu se projevila tradice osvícených průmyslníků z předválečné éry první republiky. Jako vzor bývá uváděn Tomáš Baťa, který čerpal ze zkušeností získaných za svého pobytu v USA a tyto zkušenosti využil pro zdejší podmínky. Vybuodoval první českou celosvětovou firmu. Vedle ochrany zdraví ve výrobě zavedl opatření ve prospěch zdraví a pohody ve svých závodech i v odborném vzdělávání a v životním stylu města Zlína.

Novou etapou v oblasti primární prevence a zdravotní výchovy jsou programy podpory zdraví. Vedle podpory zdraví obecné populace má svébytné postavení oblast podpory zdraví na pracovišti, zahrnující ekonomicky aktivní segment populace. Programově navazuje na oblast ochrany zdraví při práci a jako nová oblast teprve vyvíjí svoji metodologii a infrastrukturu. Využívá zkušeností z prospektivních epidemiologických studií, které prokázaly podíl faktorů způsobu života a práce, zejména psychosociálního stresu a některých návyků chování, na vzniku a vývoji chronických nepřenosných onemocnění.

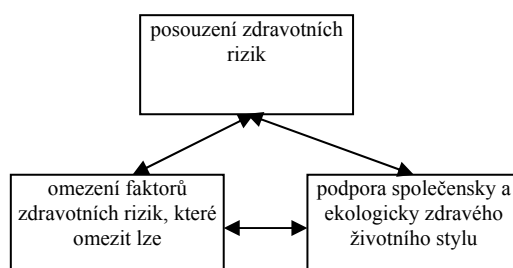
Podpora zdraví na pracovišti je strategie doplňující péči o zdraví zaměstnanců. Zavádění a uskutečňování těchto aktivit není povinné, přesto již mnoho zaměstnavatelů uznává význam podpory zdraví zaměstnanců, která může po určité době, významně přispívat ke snížení krátkodobé i dlouhodobé pracovní neschopnosti, zlepšení spokojenosti a zdraví zaměstnanců vedoucí též ke zvýšení produktivity práce, zlepšení pověsti a atraktivity podniku i k dalším výhodám. Jejich význam bude ještě narůstat s předpokládaným stárnutím populace a tedy i pracovní síly a s plánovaným přímým hrazením nemocenských dávek zaměstnavatelem. Podporou zdraví na pracovišti rozumíme souhrn organizačních, vzdělávacích, motivačních a technických aktivit a programů zaměřených tak, aby podporovaly zdravý životní styl a vedly zaměstnance a jejich rodinné příslušníky k ozdravení vlastního životního stylu. Prakticky se může jednat například o zavádění nekuřáckých programů, osvětové dny zdraví, zvyšování pohybové aktivity, prevenci traumatického poškození z práce, programy na zvládání stresu, prevenci a kontrolu obezity, ozdravení výživy, prevenci nádorových, kardiovaskulárních a akutních respiračních onemocnění a k dalším přínosům jak pro zaměstnance, tak i pro zaměstnavatele.

Podporu zdraví na pracovišti (PZP) lze nejlépe vyjádřit jako kombinaci zdravotně vzdělávacích, organizačních a ekologických aktivit a programů navržených tak, aby motivovaly zaměstnance společnosti a jejich rodinné příslušníky ke zdravému životnímu stylu a aby jej podporovaly.

Třemi hlavními cíli programů PZP je

- 1) posouzení zdravotních rizik,
- 2) omezení faktorů zdravotních rizik, které omezit lze,
- 3) podpora společensky a ekologicky zdravého životního stylu.

Vztah mezi těmito cíli je naznačen na následujícím diagramu – přičemž posuzování zdravotních rizik a omezování faktorů zdravotních rizik patří mezi základní úkoly péče pracovně-lékařské služby, kterou si dle zákona musí zaměstnavatel zajistit.



Podniky s vysokou úrovní managementu podporu zdraví na pracovišti svým zaměstnancům nabízejí také proto, že si uvědomují možnosti dopadů které vedou i k pozitivním změnám faktorů jako:

- produktivita – zdravotní stav zaměstnanců se odráží na jejich pracovní výkonnosti. Programy podpory zdraví, které firmy svým zaměstnancům nabízejí mají zvýšit celkovou produktivitu práce.
- pracovní absence – zdravotní obtíže pracovníků zapříčiňují jejich nepřítomnost na pracovišti. Údaj procenta pracovní neschopnosti, resp. procenta přítomnosti na pracovišti je jedním z nejsledovanějších kritérií. Při tom většina všech absencí je způsobena lehčími onemocněními. Proto firmy nabízejí zaměstnancům a jejich rodinným příslušníkům programy péče o vlastní zdraví. Individuálně zaměřené programy PZP jsou úspěšné i v rámci léčby jednotlivých zaměstnanců a v úsilí o návrat do pracovního procesu.
- stárnutí pracujících – zvyšování věkové hranice odchodu do důchodu přináší i to, že stárnoucí pracující trpí narůstajícími zdravotními obtížemi. Zaváděním věku přiměřených opatření, lze účinky stárnutí zpomalit, odhalit potíže dříve a udržet přiměřenou pracovní výkonnost starších zaměstnanců.
- konkurence – snaha udržet si zaměstnance vede firmy k tomu, aby poskytovaly další výhody, jejichž cílem je zlepšit morálku pracujících a zvýšit jejich věrnost podniku.
- pověst firmy – úspěšné programy PZP zlepšují image firmy u pracujících, ve společnosti i u jejich konkurentů.
- výše zdravotního pojištění – (tento faktor je pochopitelně odvislý od různých systémů financování zdravotní péče). Výše zdravotního pojištění, které za

zaměstnance a jejich rodinné příslušníky hradí zaměstnavatel, přiměl mnoho firem podniknout příslušné kroky. Podpora zdraví na pracovišti, může být nejschůdnější možností, jak omezit eskalaci nákladů na zdravotní péči.

Motivačním faktorem pro zavádění programů podpory zdraví na pracovišti pro zaměstnavatele je přínos těchto projektů pro prosperitu podniků a pracovní pohodu jejich zaměstnanců.

Realizace PZP má však nesporné výhody i pro zaměstnance. Ty lze charakterizovat následovně:

- příležitost pro zlepšení zdraví
- pracovní uspokojení a tím i zvýšená sebeúcta
- pocit celkové pohody
- zlepšená zaměstnavatelnost.

Motivačním faktorem pro zavádění programů podpory zdraví na pracovišti pro zaměstnance je to, že zdraví se stává jeho kapitálem, který mu umožňuje lepší uplatnitelnost na trhu práce a zlepšuje kvalitu jeho života.

Podle prokázaných zkušeností patří podniky k nejhomogennějším a nejlépe ovlivnitelným komunitám. Pracoviště tak bývá vhodným místem pro nabízení vzdělávacích a motivačních programů, jejichž cílová skupina je tak charakterizována řadou shodných prvků. Zaměstnavatel může rovněž využít některých motivačních prvků, potencujících efektivitu nabízených aktivit, program se nesmí stát něčím, co je zaměstnancům vnucováno, ale musí být jimi dobrovolně přijímán.

Tvorba programu podpory zdraví na pracovišti musí vycházet z charakteristiky zdravotních problémů zaměstnanců, podle kterých je pak intervence zaměřena na zjištěné rizikové faktory neinfekčních onemocnění, nemocí spolupodmíněných prací, dlouhodobého stresu a vlivu psychosociálních faktorů.

Zaměření programů je zpravidla orientováno na snižování rizika civilizačních nemocí (obdobně jak je uvedeno v kapitole 4.5. podpora zdraví - obecně)

Většina uvedených rizikových faktorů je v různé míře způsobena faktory životního stylu. Proto i podpora zdraví na pracovišti je zaměřena především na problematiku životní správy:

- ovlivnění výživy a snižování nadváhy
- kuřácké poradny, kurzy odvykání kouření
- zvládání problému alkoholu a drog
- stress management
- zvyšování pohybové aktivity, školy zad
- rehabilitace, rekondiční pobyty

Zaměření jednotlivých programů vychází ze specifických potřeb daného podniku a jejich zaměstnanců a jsou stanovovány na základě poskytnuté analýzy zdravotního stavu celého podniku. Tento plošný přístup musí být doprovázen i individuálním posouzením zdravotního rizika a tělesné zdatnosti jednotlivých zaměstnanců, ke kterému lze využít různých forem dotazníkových šetření (příkladem je „Dotazník zdravotního stavu, životního stylu a pracovních podmínek“ vytvořený na základě dlouhodobého sledování ve Státním zdravotním ústavu, Praha).

Na základě jejich vyhodnocení lze identifikovat „rizikové“ zaměstnance z pohledu jejich zdravotního stavu a rizikového chování, kterým jsou stanoveny individuální plány k ovlivnění jejich životního stylu a prevence nemocí.

Podle vyhodnocení konkrétních podmínek lze vytvářet programy pro specifické skupiny pracovníků, nejčastěji např: pro řídicí pracovníky, pro seniory, pro pracovníky z třísměnných provozů.

Plánování a zavádění programů podpory zdraví na pracovišti je cílevědomý dlouhodobý proces, postavený dnes již na vědeckých principech. Ke zcela základním komponentám programu patří identifikace a posouzení potřeb daného podniku, fáze plánování programu, včetně jeho finančního zajištění, dále realizace programu, která musí být následována jeho vyhodnocením na jehož základě je program inovován před jeho další realizací. Úspěšnost programu je odvislá od kontinuálního přístupu jeho realizace - nahodilé jednorázové či krátkodobé akce postrádají účinnost.

Od lékaře závodní preventivní péče se očekává, že bude iniciovat a spolupracovat na přípravě podnikového programu, poskytovat analýzy zdravotního stavu i při vyhodnocování programu. Dále je kompetentní provádět individuální posouzení zdravotní způsobilosti pro určitou práci. Vedle toho zajišťuje preventivní prohlídky, screeningové programy a odbornou pomoc zejména identifikovaným „rizikovým“ zaměstnancům.

Tato strategie je ve světě uplatňována již řadu let a podniky a organizace v západní Evropě využívají možností podpory zdraví na pracovišti ve stále větší míře pro příznivý vliv na produktivitu a image podniků. Zejména ve státech, kde zaměstnavatel přímo hradí část nemocenských dávek svým zaměstnancům, a také tam, kde funguje systém slev na úrazovém a zdravotním pojištění zaměstnanců, má uplatňování podpory zdraví na pracovišti velké opodstatnění. Hnutí „zdravých podniků“ se rozšířilo v posledním desetiletí minulého století po celém světě a své místo má samozřejmě i v Evropě. V roce 1996 vznikla Evropská síť podniků podporujících zdraví (European Network for Workplace Health Promotion – ENWHP), která sdružuje instituce a podniky, které realizují samostatné projekty a tvoří jejich koncepce. Zdraví pracovníci ve zdraví podporujících organizacích je vizí ENWHP od jejího ustavení v r. 1996. Evropská síť byla ustavena v rámci Akčního programu Evropské unie "Podpora zdraví, osvěta, vzdělávání a výcvik", ke zlepšení ochrany zdraví v Evropě. Pracoviště má v tomto směru důležitou úlohu a podpora zdraví zaměstnanců na pracovišti má prokazatelný přínos a slouží obecnému zájmu, sociálnímu povznesení a ekonomické prosperitě. Koordinačním centrem aktivit ENWHP zaměřených na podporu zdraví na pracovišti je Federální institut bezpečnosti a ochrany zdraví při práci v Dortmundu. Na základě iniciativy WHO/EURO a Ministerstva zdravotnictví byla rovněž v České republice ustavena Národní síť podpory zdraví na pracovišti, která byla v roce 1998 přijata za člena Evropské sítě a začala se podílet na jejich aktivitách. Za účelem naplňování zmíněných strategií bylo u nás v roce 2002 na platformě nevládní nevýdělečné organizace založeno Fórum organizací podporujících zdraví. Paralelně bylo založeno občanské sdružení Konsorcium podpory zdraví a prevence nemocí, k provádění vzdělávacích aktivit a k přípravě vědeckých podkladů a publikací.

V roce 2002 byla vládou schválena koncepce zdravotní politiky „Zdraví pro všechny ve 21. století“, kterou vyhlásila Světová zdravotnická organizace. Do dokumentu Zdraví 21 byla Ministerstvem zdravotnictví, zapracována i problematika podpory zdraví na pracovišti nazvaná „Dobrá praxe v podnikovém řízení“. Rozpracováním kritérií a úkolů vedoucích k vytvoření zdravých podmínek na pracovišti se zabývá kapitola 13 v dílčím úkolu 13.6 uvedeného dokumentu, ve které jsou stanoveny požadavky na vytvoření nových právních předpisů, vypracování kritérií a indikátorů programu podpory zdraví, rozšíření ochrany zdraví na závodech o nové pojetí zdravotní výchovy a vytvoření prostředí pro stimulaci snahy o větší zapojení zaměstnanců a zaměstnavatelů do tvorby bezpečnějšího a zdravějšího pracovního prostředí. K naplnění tohoto cíle se v ČR rozvíjejí již dlouhodobě existující programy podpory zdraví. Jedním z nich je i program Zdravý podnik. Předpokládá se, že do

roku 2015 by se 10% velkých a středních podniků mělo zavázat, že budou dodržovat principy zdravé společnosti.

K principům „zdravé společnosti nebo firmy“ patří:

- bezpečnější pracovní prostředí, včetně prevence a kontroly rizik a vyhledávání pracovních rizik, nemocí z povolání a nemocí souvisejících s prací;
- zdravé pracovní postupy, jako například zdravé stravování v podnikových jídelnách, a prosazování zákazu kouření na pracovišti;
- programy na podporu zdraví na pracovišti i mimo něj;
- iniciativy, které se zaměřují na psychosociální rizikové faktory na pracovišti, například nabídka poradenských služeb; posilování podpůrných sítí; zapracování nových zaměstnanců a odborný dohled nad nimi; strategie pomáhat těm, kteří odcházejí z aktivního zaměstnání a těm, kteří propuštěni kvůli přebytku pracovní síly; zájem o významné životní události, jako je narození dítěte nebo úmrtí blízké osoby;
- hodnocení zdravotního dopadu výrobků společnosti uváděný na trh;
- příspěvek k rozvoji zdraví a sociální situace v místě, kde podnik/firma působí, včetně terénní práce a budování vztahů k nezaměstnaným osobám v místě.

Shrnutí:

Mnoho zaměstnavatelů již uznává význam podpory zdraví na pracovišti a snaží se tyto aktivity realizovat, nebo se na jejich realizaci připravuje. Mezi výhody, které podpora zdraví zaměstnanců podniku přináší, patří zlepšení pracovní pohody a zdraví zaměstnanců a z toho vyplývající pokles krátkodobé a především dlouhodobé pracovní neschopnosti a zvýšení produktivity práce, dále snížení počtu chorob souvisejících s prací a pracovních úrazů a v neposlední řadě také zlepšení pověsti a atraktivity podniku u pracujících i jejich konkurenceschopnosti a image.

4.8. Podpora zdraví stárnoucí populace na pracovišti

Pro vymezení pojmu stárnoucí pracovník se obvykle vychází z doporučení Organizace spojených národů z roku 1980 – považovat za hranici stáří věk 60 let, což však spíše odráží obecnou praxi odchodu do důchodu, než důvody biologické .

Z hlediska pracovního lékařství se však příznaky spojené se stárnutím objevují již dříve a to od věku 45 let (tj. po dosažení vrcholu), kdy je pozorován pokles funkční kapacity organismu ve vztahu k požadavkům práce. Z hlediska pracovně lékařského je tedy vhodné považovat za stárnoucí pracovníky osoby starší 45 let .

Fyziologické změny funkční kapacity u stárnoucích pracovníků, které ovlivňují jejich pracovní schopnost (jak je již uvedeno v kapitole 4.4) je potřeba hodnotit individuálně funkčními testy a to ve vztahu k nárokům pracovního procesu a pracovního prostředí (Jirák, 1974). Základním principem ochrany zdraví a bezpečnosti při práci je přizpůsobit práci pracovním schopnostem a kapacitě jednotlivých pracovníků. Tento princip je zásadní i při péči o stárnoucí pracovní populaci. Klíčovými determinanty pracovní schopnosti jsou: zdraví, funkční kapacita, znalosti a dovednosti, kompetence, motivační a přístupové aspekty. Hodnoty těchto faktorů se s věkem mění, i když individuální rozdíly mohou být značné (Kolacia, Hlávková, Vavřinová, Cikrt, Šteflová, 2006) .

To, jak bude v budoucnu vypadat kvalita pracovního života stárnoucích pracovníků závisí především na tom, jak dokážeme přizpůsobit práci novým očekávaným podmínkám v nabídce pracovní síly včetně prodloužení aktivního pracovního věku. Pracovní život zahrnuje velkou variabilitu některých charakteristik, které bude třeba upravit v souvislosti se stárnutím pracovní populace. Jsou to například : obsah pracovní činnosti a její požadavky, fyzikální a sociální prostředí, kultura a organizace práce včetně jejího řízení, možnosti individuálního ovlivňování a regulace pracovní činnosti např. volbou přestávek, změnou pořadí pracovních úkolů, změna pracovních metod, přizpůsobení rychlosti práce (Matoušek, 2002) . Je třeba přitom zdůraznit, že k rozvoji a úpravám práce a pracovních míst je nezbytné přistupovat komplexně a ve spolupráci všech zainteresovaných skupin (zaměstnanci, zaměstnavatelé, lékaři ZPP, bezpečnostní technici, ergonomové aj.)

Významné pro udržení pracovní schopnosti pracovníků, zejména pak stárnoucí populace, jsou změny probíhající v současné době v globální ekonomice

(restrukturalizace, nové technologie, nové principy řízení, fragmentace práce, intenzifikace práce apod.). Tyto změny zvyšují vulnerabilitu pracovní síly a ovlivňují nejen zdraví a bezpečnost zaměstnanců, ale i jejich pracovní schopnost.

Studie zaměřené na pracovní populaci osob starších 45 let ve státech EU ukazují, že ještě v letech 1999 -2000 byly expozice rizikovým faktorům při práci značné - dokládají, že například fyzická zátěž v období 1995 – 2000 neklesla. V některých zemích EU je více než 50% mužů a žen starších 45let exponováno repetitivnímu charakteru práce. Nepříznivé pracovní polohy jsou v zemích EU běžné u každého třetího pracovníka (muže i ženy), každý čtvrtý muž a každá třetí žena starší 45 let manipuluje při práci s těžkými břemeny. V některých zemích EU více než 50% mužů a 40% žen v této věkové skupině udává, že plní pracovní úkoly pod časovým tlakem a mnozí z nich cítí psychický tlak při snaze dodržovat standardy kvality. (Ilmarinen 2005).

Stoupají požadavky na rychlost provádění pracovních operací a prodlužuje se pracovní doba. K tomu je třeba připočítat nepříznivé vlivy práce přesčas a práce na směny či v noci. Ukazuje se, že pracovníci starší 40 až 45 let mají častější poruchy spánku po noční směně. Pracovní směny různého typu, které následují v průběhu několika dnů, mohou být u starších pracovníků příčinou hromadění spánkových poruch, jejímž vlivem pak dochází ke snížené schopnosti adaptace na noční směny.

Výše uvedené důvody mají vliv na skutečnost, že pracovníci v mnoha zemích EU odcházejí do předčasného důchodu ze zdravotních důvodů nebo z důvodu pracovní nezpůsobilosti. Dlouhodobá pracovní neschopnost způsobená chronickými onemocněními, je u stárnoucí pracovní populace významně vyšší při porovnání s mladšími věkovými skupinami. Tato skutečnost je dávana i do souvislosti se sníženou regenerační schopností organismu. Např. doba vyléčení kůže po zranění u 60leté osoby je více než dvojnásobná ve srovnání s osobou 30letou . Nejvyšší výskyt chronických onemocnění je uváděn ve věkové skupině 50-64 let. Mezi nejčastější chronická onemocnění, která bývají překážkou v práci, patří onemocnění svalově podpůrného aparátu a psychosomatická onemocnění, jejichž incidence s věkem stoupá (Chenoweth, 2003) .

Pokud jde o četnost pracovních úrazů, všeobecně se soudí, že u starších pracovníků je vyšší než u mladších. Studií, které by tuto hypotézu potvrdzovaly je však málo a jejich výsledky nejsou jednoznačné, což je dáno i tím, že v různých profesích jsou rozdílná rizika. Nicméně je přijímán názor, že mladší pracovníci (18 – 24 let) jsou více náchylní k rizikovému jednání ve srovnání se staršími (zhruba nad 40 let). Starší osoby mají větší zkušenosti, umí lépe odhadnout důsledky rizikového jednání. Neprokázalo se, že by u starších osob byl evidován vyšší počet smrtelných úrazů.

Jak již uvedeno v kap. 4.6. k hlavním úkolům Mezinárodního roku seniorů v roce 1999 patřilo přijetí koncepce celoživotní zaměstnanosti a realizace podpory „aktivního stárnutí“ spolu s většími možnostmi vzdělávání pro osoby starší 45 let, s finančními stimuly k prodlužování pracovního života a využívání částečných pracovních úvazků. Tento koncept je založen na konstatování, že stáří je nejen kategorií biologickou a medicínskou, ale především kategorií politicko-ekonomickou a společenskou. Je třeba uznat a respektovat stárnutí a stáří, a to nikoliv jako nežádoucí a mnohdy obávaný fenomén, ale jako normální součást života a jako období, kdy stále pokračuje rozvoj lidské osobnosti.

Zvyšování motivace jednotlivce k udržení pracovní schopnosti spadá rovněž do oblasti podpory zdraví, která je multidisciplinárním oborem řešeným na všech úrovních podniku. Mezi tyto aktivity zahrnujeme např. sportovní turistické aktivity pro zaměstnance, zavádění zdravé výživy a pitného režimu, osvětově-preventivní Dny zdraví, kurzy zvládnutí stresu apod. Vedle těchto všeobecně uplatňovaných intervencí podpory zdraví je důležité zařazovat i taková, která jsou cílená na stárnoucí zaměstnance.

Na konferenci ENWHP v Dublinu v červnu 2004 byla vyhlášena 5. iniciativa této evropské sítě pro rok 2004 zaměřená na stárnoucí zaměstnance. Workshop Health in the World of Work – Prolonging Healthy Working Years, který se konal v listopadu 2005 v Praze zformuloval hlavní zásady společné evropské iniciativy k prodloužení pracovních let ve zdraví. Ty se pak staly hlavním přijímaným dokumentem na Mezinárodní konferenci ENWHP v Linzi v červnu 2006.

Shrnutí:

Výsledkem snah sledujících podporu zdraví stárnoucí populace by měla být opatření, která motivují zaměstnance k aktivnímu přístupu ke stárnutí a k vlastnímu zdraví vůbec a rovněž k aktivnímu přístupu ke vzdělávání. Stejně, jako je třeba neustále upozorňovat na některé rizikové faktory (kouření, nadváha) a prospěšnost zdravé výživy a fyzické aktivity, je třeba zaměstnance seznamovat i s aspekty stárnutí. Individuální posuzování funkčního stavu a pracovní kapacity je nezbytnou podmínkou stanovení adekvátní pracovní zátěže, která umožňuje prodlužování pracovních let ve zdraví.

5. Srovnávací studie na základě výstupů studie ENWHP „Healthy work in an ageing Europe“

Tato část práce vychází především z doporučeného postupu zadaného pro získání podkladů na zpracování „Zprávy o zdraví veřejnosti s ohledem na stárnutí populace a pracovní síly v Evropě“, realizované a koordinované Evropskou sítí podpory zdraví na pracovišti (ENWHP) se sídlem v Německé spolkové republice, Bundesverband der Betriebskrankenkassen, Essen.

Dále uvedené analýzy zohledňují politický kontext a iniciativy propagující zdraví u stárnoucích zaměstnanců – dle výsledků studie, které byly provedeny prostřednictvím národních kontaktních kanceláří (Focal points). Autorka této doktorandské práce byla spoluodpovědná za zpracování kapitoly za Českou republiku (5.1.).

Informace potřebné k provedení srovnávací studie s vybraným členským evropským státem, kterým se na základě úvahy o společných geografických a historických základech

stalo Rakousko, byly zpracovány Národní kontaktní kanceláři Evropské sítě pro podporu zdraví na pracovišti v Rakousku a Hornorakouským nemocenským fondem jako zpráva „ O stavu opatření na podporu zdraví starších pracovníků na pracovišti v Rakousku“ (5.2.).

„ Zpráva o zdraví veřejnosti s ohledem na stárnutí populace a pracovní síly v Evropě“ byla prvně zveřejněna na Konferenci ENWHP konané v Linzi, v červnu 2006 a uvedena v publikaci Boukal, Ch., Meggeneder,O.: Healthy Wokr in an Ageing Europe. A European Collection of Measures for Promoting the Health of Ageing Employees at the Workplace. Mabuse-Verlag Frankfurt am Main, 2005.

5.1. Praxe a tendence v České republice - Národní zpráva ČR

5.1.1. Legislativní podmínky, politická base

- ✓ **Ústava České republiky zákon č. 1/1993 Sb. a Listina základních práv a svobod - Usnesení ČNR č. 2 /1993 Sb.** stanoví m.j.
 - každý má právo získávat prostředky pro své životní potřeby prací. Občany, kteří toto právo nemohou bez své viny vykonávat, stát v přiměřeném rozsahu hmotně zajišťuje
 - přiměřené hmotné zabezpečení ve stáří a při nezpůsobilosti k práci, jakož i při ztrátě živitele zakotveno v čl. 10 odst. 1 Listiny základních práv a svobod.
 - (čl.28) Zaměstnanci mají právo na spravedlivou odměnu za práci a na uspokojivé pracovní podmínky.
 - (čl 29) Ženy, mladiství a osoby zdravotně postižené mají právo na zvýšenou ochranu při práci a na zvláštní pracovní podmínky. Mladiství a osoby zdravotně postižené mají právo na zvláštní ochranu v pracovních vztazích a na pomoc při přípravě k povolání.

- ✓ **Zákon č. 65/1965 Sb., zákoník práce** , (ve znění dalších doplňujících změn a doplňků - jehož platnost skončila k 31.12.2006) umožňoval sjednat či povolit ze zdravotních či jiných vážných důvodů (§ 86) úpravu pracovní doby a její rozvržení (zaměstnanci pak náležela mzda odpovídající kratší pracovní době).

- ✓ Od 1.1.2007 vstoupil v platnost nový **Zákoník práce - zákon č.262/2006 Sb.**, který upravuje v § 41 podmínky a povinnosti zaměstnavatele převést na jinou práci zaměstnance, pozbyl-li vzhledem k svému zdravotnímu stavu podle lékařského posudku vydaného zařízením pracovně-lékařské péče, dlouhodobě způsobilost konat dosavadní práce (takovou změnu lze očekávat i v souvislosti s věkem, není to zde však výslovně uvedeno). Pak je zaměstnavatel povinen přihlížet k tomu, aby práce byla pro zaměstnance vhodná vzhledem k jeho zdravotnímu stavu a schopnostem a pokud možno i k jeho kvalifikaci. Obdobně je potřeba postupovat, požádá-li o převedení ze zdravotních důvodů zaměstnanec (§ 45). V § 79 je stanoveno, že zkrácení týdenní pracovní doby bez snížení mzdy (může obsahovat kolektivní smlouva nebo vnitřní předpis). Je zde dán prostor pro taková opatření vzhledem

k věkové struktuře zaměstnanců. Při tom péče o bezpečnost a ochranu zdraví při práci uložena zaměstnavateli (i zvláštními předpisy je součástí povinností vedoucích na všech stupních řízení). V současné době je nový zákoník práce a související prováděcí předpisy, předmětem politických diskusí.

- ✓ **Zákon č.258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví** (v platném znění) stanoví podmínky ochrany zdraví zaměstnanců při práci – konkrétně rizikové faktory pracovních podmínek, jejich členění, hygienické limity, způsob jejich hodnocení, minimální rozsah opatření k ochraně zdraví zaměstnanců, rozsah a bližší podmínky poskytování ochranných nápojů a hygienické požadavky na pracovní prostředí a pracoviště.
- ✓ **Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti** (v platném znění) – stanoví právo občana na zabezpečení vhodného zaměstnání odpovídajícího jeho zdravotnímu stavu s přihlédnutím k jeho věku, kvalifikaci a schopnostem. Státní politika zaměstnanosti směřuje též k produktivnímu využití zdrojů pracovních sil a k zabezpečení práva občanů na zaměstnání. Min. práce a sociálních věcí a úřady práce do státní politiky zaměstnanosti zahrnují m.j. též opatření pro zaměstnávání občanů se změněnou pracovní schopností a dalších skupin občanů , kteří mají ztížené postavení na trhu práce.
- ✓ **Vyhlášky Min.financí č. 125/1993 Sb.** , kterou se stanoví zákonné podmínky a sazby zákonného pojištění odpovědnosti zaměstnavatele za škodu při pracovním úrazu nebo nemoci z povolání – stanoví mj. právo (nikoliv povinnost!) pojišťovny na náhradu plnění, došlo –li ze strany zaměstnavatele k porušení předpisů o bezpečnosti a ochraně zdraví, nebo byla-li škoda způsobena zaviněným porušením v pracovněprávních vztazích - stanovení pojistného by mohlo mít iniciující a regulující funkci .

Přehled dalších souvisejících předpisů týkajících se zaměstnávání starších osob:

- ✓ Nařízení vlády č. 441/2004 Sb., kterým se mění nařízení vlády č. 178/2001 Sb. , kterým se stanoví podmínky ochrany zdraví zaměstnanců při práci, ve znění nařízení vlády č. 523/2002 Sb . – specifikuje dále podmínky ochrany zdraví zaměstnanců
- ✓ Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění (v platném znění)
- ✓ Zákon č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení (v platném znění)
- ✓ Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na zdravotní pojištění (v platném znění)
- ✓ Zákon č. 589/1992 Sb., o pojistném na sociální zabezpečení (v platném znění)
- ✓ Zákon č. 54/1956 Sb., o nemocenském pojištění (v platném znění)
- ✓ Zákon č. 1/1992 Sb., o mzdě, odměně za pracovní pohotovost a o průměrném výdělku zrušen novým zákoníkem práce
- ✓ Zákon č. 143/1992 Sb., o platu, odměně za pracovní pohotovost v rozpočtových a některých dalších organizacích a orgánech, ve znění pozdějších předpisů
- ✓ Zákon č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů (v platném znění)

- ✓ Nařízení vlády č. 469/2002 Sb., kterým se stanoví katalog prací a kvalifikační předpoklady a kterým se mění nařízení vlády o platových poměrech zaměstnanců ve veřejných službách a správě (v platném znění)
- ✓ Nařízení vlády č. 463/2003 Sb., kterým se mění nařízení vlády č. 303/1995 Sb. , o minimální mzdě, ve znění pozdějších předpisů - zrušen novým zákoníkem práce
- ✓ Nařízení vlády č. 330/2003 Sb., o platových poměrech zaměstnanců ve veřejných službách a správě - zrušen novým zákoníkem práce
- ✓ Vyhláška č. 518/2004 Sb. kterou se provádí zákon o zaměstnanosti č.435/2004 Sb. (v platném znění)

Politická základna

Při formulování státní zdravotní politiky vychází kooperující ministerstva z úmluv, deklarácí, doporučení OSN, Světové zdravotnické organizace (WHO) a Rady Evropy (RE). Důležitým úkolem je zejména implementace Úmluvy na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti při aplikaci biologie a medicíny a jejích dodatkových protokolů a zásadního dokumentu „Zdraví pro 21. století“ WHO, Lublaňské charty, zapojení se do 6. rámcového programu EU, do Komunitárního programu Public Health 2003 – 2008 a programů WHO/EURO. Na těchto úkolech se podílí:

Ministerstvo zdravotnictví (MZd)

- řízené instituce: Státní zdravotní ústav (SZÚ)

Ústav zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS)

Ministerstvo práce a sociálních věcí (MPSV),

- řízená zařízení: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí

Institut výchovy bezpečnosti práce

Výzkumný ústav bezpečnosti práce

Úřady práce -regionální

Ministerstvo průmyslu a obchodu (MPO)

Ministerstvo pro místní rozvoj (MMR)

Ministerstvo financí (MF)

Ministerstvo zdravotnictví spolupracuje s Ministerstvem práce a sociálních věcí na provázání aktivit obou resortů v otázkách problematiky stárnutí a návaznosti zdravotní a sociální péče. Aktivita resortů spočívají jak v přijetí legislativních opatření, tak i v podpoře projektů realizovaných prostřednictvím dotačních programů, podpoře výzkumu a dalších činnostech - které se dotýkají většiny oblastí života, veřejných služeb a politik.

Pro oblast bezpečnosti a ochrany zdraví při práci byla ustavena Rada vlády pro Bezpečnost a ochranu zdraví při práci (BOZP), vytvářející národní politiku v BOZP z pohledu dlouhodobých trendů péče o pracující. V krátkodobějším horizontu 1-2 roků je vytvářen Akční plán vytyčující konkrétní úkoly, vč. termínů jejich plnění pro tuto oblast. V Radě vlády pro BOZP jsou zastoupeny zástupci odpovídajících resortů, sociálních partnerů a vybraní experti.

5. 1. 2. Národní strategie

V roce 2002 byl přijat **Národní program přípravy na stárnutí na období 2003-2007**. Jeho cílem je podporovat sociální partnery, aby vytvářeli nezbytné podmínky pro lepší zaměstnatelnost stárnoucích pracovníků. Program zdůrazňuje rovné příležitosti na trhu práce a co nejširší možnou podporu zaměstnávání starších osob. Shrnuje a rozvíjí Principy pro starší osoby OSN z roku 1991 a také madridský Mezinárodní akční plán stárnutí populace z roku 2002.

Pro efektivní plnění cílů Programu je proto důležitá vzájemná spolupráce státní správy, samosprávy, odborné veřejnosti, organizací zaměstnanců, zaměstnavatelů a občanských sdružení. Probíhá příprava rady seniorů, která by měla působit při Ministerstvu práce a sociálních věcí, kde by se přímo organizace, které zastupují seniory, měly vlastně podílet i na tomto programu.

Dlouhodobým cílem je dosažení lepšího využití pracovní síly a stimulace nabídky pro problémové skupiny - jimiž jsou m.j. stárnoucí zaměstnanci. Z výše uvedených důvodů je podpora ze strukturálních fondů směřována m.j. na následující oblasti:

- Podpora vzniku a rozvoje nových malých a středních podniků, rozvoje podnikání a podnikatelských služeb, rozvoje dopravní a technické infrastruktury a optimalizace obslužnosti území. Podpora přímých zahraničních investic.
- Dosažení lepšího využití pracovní síly, vytváření nových pracovních příležitostí, rozvoj lidského potenciálu pro konkurenceschopnost průmyslu.
- Odstraňování nerovností a prosazování rovnoprávnosti mezi muži a ženami, mezi obyvatelstvem postiženým nezaměstnaností (m.j.v důsledku sociální exkluze dané i věkovou strukturou), podpora všech forem vedoucích k rozvoji zaměstnanosti a zvyšování kvalifikační úrovně pro dosažení plného využití lidského potenciálu.

Výše uvedený Národní program si vyžádal zřízení nástroje, který podporuje řešení problematiky stárnutí. Tím je specifický dotační program, který je konkrétním příspěvkem MZ k plnění Národního programu přípravy na stárnutí na období 2003 –2007.

Dobrym příkladem meziresortní kooperace uvedených ministerstev a jimi řízených zařízení je **Akční plán zdraví a životního prostředí v ČR**, schválený Vládou ČR v prosinci 1998 pod č. 810. Je třeba dále ho rozvíjet a intenzivněji aplikovat na regionálních a místních úrovních. Obdobou těchto zásad v dokumentu ZDRAVÍ 21 jsou ustanovení článku 152 Amsterodamské smlouvy Evropské unie (dále jen „EU“), kde je řečeno, že „vysoká úroveň lidského zdraví se musí zahrnout do veškerých politik a strategií Evropského společenství“. ZDRAVÍ 21 respektuje všechny dosud schválené dokumenty, které se dotýkají zdravotního stavu obyvatelstva, jako např. Státní politika životního prostředí, Národního programu přípravy na stárnutí populace v ČR, které vychází z analyzovaných skutečností.

5.1.3. Klíčový partneři pro řešení

Zdravotní pojišťovny (ZP) mají významné možnosti spolupůsobení v systému zdravotní péče o skupiny obyvatel – jak vyplývá z ustanovení Zákona č. 592/1992 Sb., o pojistném na zdravotní pojištění, Zákona č. 589/1992 Sb., o pojistném na sociální zabezpečení a Zákona č. 54/1996 Sb., o nemocenském pojištění.

Jde o tyto zdravotní pojišťovny:

- Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP)

- zaměstnanecké a oborové ZP sdružené v Unii pojišťoven:

- s celostátní působností: Vojenská ZP, Ministersva vnitra (ZPMV), Oborová bank a stavebnictví (OZP);
- s regionální působností: Hutnická HZP, Škoda ZP, METAL/ALLIANCE, Česká národní (ČNZP), Revírní (RBP)

Zdravotní pojišťovny se podílí na organizaci a provádění preventivních zdravotních programů, zprostředkování závodní preventivní péče, motivují pro přispívání ke zlepšování kvality života u individuálních pojištěnců i zaměstnavatelů, kteří společné programy podporují i finančně, vyhodnocují účinnost těchto opatření.

Pro prevenci onemocnění u pojištěnců ve vyšších věkových skupinách jsou cenné též instrukce nabádající ke zvýšení pohybové aktivity, včasného screeningu kardiovaskulárních, nádorových onemocnění, možnostech omezování bolestivých postižení pohybové soustavy, stomatologické prevence.

Odborové organizace

- Českomoravská konfederace odborových svazů (ČMKOS)

Posláním ČMKOS je zejména koordinace a obhajoba odborových, ekonomických, pracovních, sociálních a ostatních práv a zájmů členů konfederace a zaměstnanců na celostátní úrovni, prosazování požadavků členů konfederace ve vztahu ke státu, k územním samosprávným celkům, k zaměstnavatelským a jiným příslušným subjektům, rozvíjení spolupráce s partnerskými zahraničními ústředními a působení v nadodvětových odborových organizacích a dalších mezinárodních institucích.

- Asociace samostatných odborů (ASO) je druhou největší odborovou centrálou v České republice, který sdružuje : Odborový svaz pracovníků zemědělství a výživy - Asociace svobodných odborů ČR , Jednotný svaz soukromých zaměstnanců, Český odborový svaz energetiků, Odborové sdružení železničářů , Odborové sdružení řídících letového provozu , Odborový svaz zaměstnanců jaderné energetiky , Odborové sdružení při UJP Praha a.s., Odborový svaz Ploché sklo, Lékařský odborový klub - Svaz českých lékařů, Regionální odborový svaz ROSa , Odborové sdružení pracovníků elektrických drah a autobusové dopravy , Odborové sdružení zaměstnanců finančních orgánů , Odborová asociace divadelníků , Nezávislý odborový svaz automobilové dopravy) .

Pravomoci odborových svazů dané legislativou:

- jednat s prezidentem, parlamentem, vládou a ostatními orgány státní moci, správy a samosprávy v ČR,

- jednat s organizacemi zaměstnavatelů s celostátní působností, aniž by byla narušena práva a kompetence členů konfederace v oblasti kolektivního vyjednávání,
- jednat s politickými stranami a hnutími, popř. s dalšími institucemi s celostátní působností,
- uzavírat dohody se sociálními partnery a vládou na celostátní úrovni,
- zastupovat členy konfederace ve společných orgánech sociálních partnerů a vlády na nejvyšší úrovni,
- zastupovat členy konfederace v evropských a světových nadodvětvových odborových organizacích a dalších institucích, při jednáních se zahraničními odborovými ústředními, včetně uzavírání dohod týkajících se činnosti konfederace.

Odborové svazy mají v podstatě obdobné poslání, které realizují na úrovni podnikových odborových organizací a na úrovni odvětví. Jedním z jejich hlavních úkolů pak je především kolektivní vyjednávání. Odborové svazy věnují kolektivnímu vyjednávání maximální pozornost, ať už se jedná o metodickou pomoc odborovým organizacím, přímou účast při kolektivním vyjednávání, vzdělávací akce v této oblasti apod. mezi tématy je i prevence diskriminace z důvodů věku.

Odborové svazy mají celorepublikovou působnost a v podnikatelské sféře sjednávají s organizacemi zaměstnavatelů odvětvové kolektivní smlouvy.

Výzkumná pracoviště

- **Státní zdravotní ústav Praha (SZÚ – řízený MZd)** se zabývá tvorbou a realizací metodik programů na podporu zdraví a prevenci nemocí, metodickým vedením pro další účastníky a nositele programů a vypracováním kritérií pro kontrolu jejich účinnosti. Komunikace s veřejností v oblasti ochrany a podpory zdraví má též velký význam pro usměrňování adekvátních postojů ke zdravotním rizikům. Mezinárodní spolupráce s řadou institucí zabývajících se touto problematikou je významná a soustavně se rozvíjí.
- **Výzkumný ústav bezpečnosti práce (VÚBP)** vypracoval „Příručku pro zaměstnavatele“ s doporučeními pro vytvoření vhodných podmínek pro práci starších osob. V ní jsou uvedeny základní informace o změnách některých funkcí člověka v závislosti na věku, náměty na opatření, jež by mohla přispět k účinné péči a k pozitivním přístupům při zaměstnávání starších věkových skupin.
- **Centrum bezpečnosti práce a požární ochrany – CIVOP s.r.o.** se od svého vzniku v roce 1992 specializuje na komplexní služby (outsourcing) bezpečnosti a ochrany zdraví při práci (BOZP) a požární ochrany (PO). Outsourcing poskytuje CIVOP s.r.o. prostřednictvím regionálních poboček po celém území České republiky. Při poskytování služeb využívá více než 35 specialistů BOZP a PO originálního komplexního systému s názvem CIVOP System®, který vznikl v rámci mezinárodní spolupráce s evropskými partnery. V rámci systému provádějí specialisté CIVOP s.r.o. veškeré odborné činnosti (kontroly, poradenství, školení, vedení dokumentace atd.), aby minimalizovali rizika vyplývající z problematiky bezpečnosti práce. Pro zvýšení efektivity zajištění zavádí CIVOP s.r.o. do systému moderní prvky jako jsou např. internetové služby nebo školení BOZP pomocí internetového e-learningu.

V letech 1999 - 2001 byl CIVOP s.r.o. hlavním řešitelem pilotního vzdělávacího projektu vysokoškolského studia bezpečnosti a ochrany zdraví při práci v rámci celoevropského programu LEONARDO DA VINCI.

- **Centrum výzkumu konkurenční schopnosti české ekonomiky Brno**

- se zabývá m.j. zjišťováním obecných problémů, které jsou limitujícím faktorem zaměstnatelnosti ve vyšších věkových skupinách. Zaměstnavatelé požadují, aby náklady na vzdělávání byly ve všech případech daňově uznatelným nákladem.

Nevládní organizace

- **Forum zdraví podporujících organizací ČR**, zájmové sdružení právnických osob (dále Forum) bylo ustanoveno za tím účelem, aby napomáhalo rozvoji a šíření poznatků v oblasti podpory zdraví na pracovišti s cílem ozdravení způsobu života a práce a změny rizikového chování.

K zahájení činnosti Fora byly dány podněty WHO-EURO a ENWHP s cílem rozšířit řízení zdraví a bezpečnosti při práci o program podpory zdraví. Doporučení zavádět tyto programy je obsaženo v Deklaraci 3. WHO-EURO konference ministrů a v usnesení Vlády ČR č. 273/2000. V činnosti Fora se odráží snaha o komplexní pojetí a poskytování mezioborové platformy pro styčné oblasti v duchu strategií ENWHP a Usnesením vlády č. 706/2000 k Deklaraci 3. ministerské konference WHO-EURO.

- **Konsorcium podpory zdraví a prevence nemocí** – ve spolupráci s Forem organizuje výukové kurzy, poradenské semináře a výcvik v příslušných praktických technikách. Forum členům sdružení poskytuje realizační know-how projektů podpory zdraví a modifikace chování a poskytuje metodickou podporu zaměstnavatelům a odborům při přípravě, realizaci a hodnocení těchto projektů.

Stanovy zajišťovaly kooperaci Fóra a dceřinné organizace Konsorcium podpory zdraví a prevence nemocí o.s. při zajišťování vzdělávání potřebného pro realizaci programů podpory zdraví (vč. poskytování servisu o sledovaných vědeckých podkladech a publikacích) pořádání vzdělávacích workshopů, konferencí seminářů, kurzů a jiných vzdělávacích aktivit. Jsou vytvářené specifické postupy pro tuto oblast, s použitím ověřených zkušeností a literatury – např. D. Chenoweth, PhD : „Podpora zdraví na pracovišti“ - příručka pro praxi a 2. část příručky: „Hodnocení projektů PZP“. Potřebné informace jsou čerpány též z překladu směrnic německých pojišťoven pro poskytování PZP a primární prevence. Cílem je šíření poznatků o osvědčených metodách, příslušných programech a pomůckách, informace o agendě evropské sítě Podpory zdraví na pracovišti a jejích strategiích a nástrojích uplatňovaných v rámci členských států EU.

Prezentace aktivit a výsledků uskutečněných programů v oblasti ochrany zdraví a bezpečnosti při práci a v rámci programů podpory zdraví na závodech a v podnicích, které jsou členy Fora, se uskutečňovaly na konferencích „Dobrá praxe v péči o zdraví, bezpečnost a životní prostředí v průmyslových a jiných podnicích“ (HESME), kde byla dokumentována řadou materiálů dokládajících systematickou snahu

managementu o péči v oblasti ochrany a podpory zdraví v ČR. Systém nabídky aktivit (přístup k informacím na intranetu, ve firemních periodikách, možnost osobního kontaktu s odborníky sekce lidských zdrojů a zařízením pracovně-lékařské péče) je jejich nedílnou součástí.

- **GEMA - koordinační centrum projektu “Stárnout zdravě v České republice“** podněcuje spolupráci v otázkách zdraví mezi ministerstvy, místními zdravotnickými a sociálními úřady, organizacemi starších občanů, nevládními organizacemi, výzkumnými institucemi, sdělovacími prostředky a podnikatelským sektorem. Činnost centra GEMA je zaměřena na podporu zdraví seniorů, rozvoj gerontologie, geriatric a kvality péče o chronicky nemocné.
- **ŽIVOT 90** – občanské sdružení (centrum Dům PORTUS): pracuje jako veřejné komunitní centrum, kde je možné nalézt terénní sociální a zdravotní služby, vzdělávací a aktivační programy (akademie seniorů, ergoterapie, krizová pomoc, poradenství, sociální služby a intervence). Zajišťuje též dobrovolnickou činnost (na území hl. města Prahy). Vydávání časopisu GENERACE – umožňuje servis informací, kontaktní práce, aktivizace.
- **Univerzity třetího věku**
Aktivity u celé řady fakult univerzitních a jiných vysokých škol, kde posluchači a často i přednášejícími jsou senioři. Osnovy jsou zaměřeny dle profilu fakult a aktivizují seniory formou implicitního učení, ale též se zabývají např. praktickým nácvikem pohybových aktivit pro seniory (jako např. jeden z programů MU Brno).

Privátní/komerční služby

- **PREMEDIS s.r.o.v** Liberci je jedním z nestátních servisních zařízení, které se věnují programům podpory zdraví v rámci regionálního projektu “Zdraví Liberecka”. Jejich činnost není vyhrazena pouze věkové kategorii seniorů. Praktické zaměření vychází z analýz demografických podmínek, zdravotního stavu a z hodnocení specifických pracovních podmínek na pracovištích. Intervence spočívá v individuálních i skupinových opatřeních , které sledují vývoj zdravotního stavu a pracovních schopností zaměstnanců různých věkových skupin.
- **KARDIA,s.r.o.**, Praha je privátní zařízení orientované na pracovně lékařskou péči se zaměřením na ovlivnění zdravotního stylu a intervenci stanovenou na základě vyhodnocení specifických potřeb zaměstnanců. Organizace má pobočky v několika městech ČR.
- **EXPERTIS PRAHA, spol.s.r.o.**, je poradenská a vzdělávací společnost, která se dlouhodobě zabývá současnými společenskými otázkami, z nichž za aktuální považuje situaci zaměstnanců 50+ na trhu práce. Iniciovala vznik rozvojového

partnerství „Třetí kariéra“ a s partnery společnosti řeší projekt (EQUAL) na podporu celoživotního učení a rovných příležitostí na trhu práce pro pracující nad 50+ let. V rámci výzkumu mapuje současnou situaci v českých firmách a představuje názory a postoje ekonomicky aktivního obyvatelstva v ČR k problémům skupiny zaměstnanců starších 50 let na trhu práce.

5.1.4 Současné programy a projekty

Opatření na národní úrovni:

Sběrem dat a ukazatelů definujících současné nástroje pro podporu zdraví na pracovišti u stárnoucí populace lze konstatovat, že zde existují koncepční a programové dokumenty na národní úrovni dotýkající se zmiňované oblasti jako jsou : Národní program přípravy na stárnutí na období 2003-2007, Národní akční plán zaměstnanosti a Zdraví 21 – Dlouhodobý program zlepšení zdraví obyvatel ČR.

Udržením starších pracovníků na trhu práce se zabývá Národní akční plán zaměstnanosti a Sektorový operační program rozvoje lidských zdrojů. Pro uchazeče o zaměstnání byl v pilotní studii odzkoušen program Nový start. Princip tohoto programu spočívá v přípravě individuálního postupu a většinou také v individuálním rekvalifikačním programu.

Národní program přípravy na stárnutí na období 2003 – 2007 obsahuje řadu preventivních opatření s cílem vytvořit podmínky pro řešení problematiky stárnutí a posun ke „společnosti pro všechny generace“. Na obecné úrovni se zabývá podporou a ochranou rovných práv a příležitostí, vyloučením diskriminace z důvodu věku, podporou příležitostí umožňujících rozvoj jednotlivce a posílení nezávislosti, zajištěním dostupné péče a služeb pro seniory, celoživotním vzděláváním, změnou přístupů ke stárnutí a seniorům, sociálním začleněním starších osob a seniorů, zabráněním vyčleňování z trhu práce, udržením a zvýšením zaměstnanosti starších pracovníků, zvyšováním pracovní mobility a posílením významu individuální odpovědnosti za vlastní přípravu na stárnutí a stáří a zajištěním plnohodnotné účasti na politickém, ekonomickém a sociálním životě .

Sektorový operační program Evropské Unie Lidské zdroje (MPSV) navrhl zařazení opatření napomáhajících překonání vytipovaných nedostatků. Podpora ze strukturálních fondů je směřována především na následující oblasti:

- Podpora vzniku a rozvoje nových malých a středních podniků
- Dosažení lepšího využití pracovní síly, vytváření nových pracovních příležitostí
- Odstraňování nerovností a prosazování rovnoprávnosti (i v důsledku sociální exkluze dané věkovou strukturou).

Naplňování Národního akčního plánu zaměstnanosti je podporována především z Evropského sociálního fondu (ESF) prostřednictvím Sektorového operačního plánu (SOP) Rozvoj lidských zdrojů.

Prostřednictvím Úřadů práce je možné využít existující programy v rámci aktivní politiky zaměstnanosti. Jedná se zejména o:

- *Pomoc při hledání zaměstnání*, intenzivní individuální poradenství, či speciální rekvalifikace přizpůsobené potřebám této věkové skupiny

- *Dotace na tvorbu nových pracovních míst*, které jsou smluvně vázány na zaměstnávání starších uchazečů o zaměstnání
- *Subvence na částečnou nebo plnou úhradu mzdových nákladů* při zaměstnávání starších uchazečů o zaměstnání
- *Veřejně prospěšné práce*, jako krátkodobé zaměstnání, které umožňuje udržovat základní pracovní dovednosti a návyky zejména u dlouhodobě nezaměstnaných
- *Finanční pomoc nebo dotace při zahájení samostatné výdělečné činnosti*
- *Příspěvky na zřízení chráněných pracovišť a chráněných dílen*, vzhledem k tomu, že starší uchazeči o zaměstnání nejrůzněji mají změněnou pracovní schopnost.

Ukazuje se, že možnost zaměstnání na zkrácený úvazek není v ČR pro starší pracovníky atraktivní a příliš jí nevyužívají především pro nízkou úroveň mezd, která vytváří ekonomický tlak k zaměstnání na plný úvazek .

Národní verze programu WHO Health 21 - jeho česká varianta s názvem **Zdraví 21 - Dlouhodobý program zlepšení zdraví obyvatel ČR** byla schválena vládou v roce 2002 (Usnesení vlády ČR. č. 1024/2002). Dalším z důležitých dokumentů k politice podpory zdraví je Zdraví jako konkrétní důvod spolupráce resortů a jedno z kritérií pro politické rozhodování dosud není běžnou praxí činnosti ministerstev. Jde o zdravotní dopady zásadních rozhodnutí v energetice, dopravě, legislativě, zemědělství, vzdělávání či v daňových otázkách.

Jsou zde stanovené též cíle očekávané programem Zdraví 21 související se stárnoucí populací:

Cíl č.5 Zdravé stárnutí

Do roku 2020 by měli mít lidé nad 65 let možnost plně využít svůj zdravotní potenciál a aktivně se podílet na životě společnosti.

Dílčí úkol č. 5.1

- Střední délka života a pravděpodobná délka života bez zdravotního postižení by se měla prodloužit u 65letých osob alespoň o 20 %

Cíl č. 13 Zdravé místní životní podmínky

- Do roku 2015 by obyvatelé měli mít více příležitostí žít ve zdravých sociálních a ekonomických životních podmínkách doma, ve škole, na pracovišti i v místním společenství

Dílčí úkol č. 13.6.

- Zavázat alespoň 10% středních a velkých firem k dodržování principů zdravé společnosti/firmy v souladu s doporučeními ENWHP a HESME.

Tento úkol se tedy konkrétně zabývá implementací strategií presentovaných ENWHP a strategiemi WHO/EURO (Dobrá praxe v péči o zdraví, bezpečnost a životní prostředí v průmyslových a jiných podnicích - HESME).

Pro konkrétní naplňování Národního programu zdraví jsou každoročně Ministerstvem zdravotnictví vyčleněny určité prostředky přidělovány řešitelům, kteří své projekty přihlásí do výběrového řízení. Jen velmi malé procento představují projekty zaměřené na zdraví podporující podnik. V roce 2004 byl v rámci tohoto dotačního programu podpořen projekt Státního zdravotního ústavu zaměřený na vypracování Kritérií kvality podpory zdraví na

pracovišti vycházejících z materiálu ENWHP. Kriteria mají sloužit jako pomoc a vodítka v plánování, uplatňování a hodnocení projektů podpory zdraví na pracovišti pro zaměstnavatele, vedení podniku, pracovníky v oblasti podpory zdraví i externí auditory kvality. Nejde o podrobný návod, jde spíše o obecný rámec, v jehož mezích může být uskutečňována široká škála nejrůznějších opatření k podpoře zdraví na pracovišti. Různé organizace mají různé zdroje a požadavky, zejména u malých a středních podniků je vhodné obsah kritérií přizpůsobit organizačním možnostem konkrétní firmy. Optimální je spolupráce se zdravotní pojišťovnou.

Pro větší motivaci podniků k realizaci podpory zdraví na pracovišti byla vyhlášena v dubnu 2005 hlavním hygienikem ČR soutěž o titul „Podnik podporující zdraví“, která vychází z dokumentu Kritéria kvality podpory zdraví na pracovišti a jejímž cílem je ocenění pokroku v zavádění a uplatňování opatření na podporu zdraví zaměstnanců. Organizátorem a gestorem soutěže je Státní zdravotní ústav Praha. Do soutěže se mohou přihlásit všechny podniky a organizace, které jsou českými právními subjekty. Přihlášená organizace musí mít dobře ošetřenou oblast ochrany zdraví na pracovišti podle právních předpisů ČR a plnit všechna kritéria v této oblasti na 100% a musí se aktivně věnovat podpoře zdraví svých zaměstnanců, monitorovat její výsledky a usilovat o její zlepšování. Hodnotící tým je tvořený pracovníky SZÚ, příslušné krajské hygienické stanice a zdravotního ústavu. Přihlášená organizace se zavazuje, že umožní členům hodnotícího týmu provést audit kvality podpory zdraví a péče o zdraví zaměstnanců přímo v organizaci.

Oceněné organizace získávají čestné uznání s titulem Podnik podporující zdraví I., II. nebo III. stupně podle počtu získaných bodů, s dobou platnosti na 3 roky.

Zisk ocenění „Podnik podporující zdraví“ je přínosem pro oceněné, neboť pozitivně ovlivňuje atraktivitu organizace u zaměstnanců i konkurence, ale je i pozitivním příkladem pro další organizace, které se na tyto aktivity teprve připravují.

Podnikové programy

Příprava projektů v oblasti ochrany zdraví a bezpečnosti při práci a v rámci programů podpory zdraví na závodech a v podnicích, které jsou členy Fora, se uskutečňuje ve spolupráci příslušného managementu, Fóra a s Konsorcia, zúčastněných odborových organizací i zdravotních pojišťoven.

Péče v oblasti ochrany a podpory zdraví se uskutečňuje cíleným šetřením zdravotního stavu ve vztahu k pracovním podmínkám (zjištění rizikových faktorů neinfekčních onemocnění, nemocí spolupodmíněných prací, dlouhodobého stresu a vlivu psychosociálních faktorů), dále pak systémem nabídky specifických intervenčních aktivit se zajištěním přístupu k informacím různými dostupnými cestami (např. na intranetu, ve firemních periodikách, možnost osobního kontaktu s odborníky sekce lidských zdrojů a zařízením pracovně-lékařské péče). Je využíván pozitivní způsob motivace a stimulace pracovníků - programy s nepeněžní podporou v rámci nabídkových systémů, s nabídkou příležitostí pro screeningová vyšetření rizikových ukazatelů zdravotního stavu, pohybové aktivity, protistresových programů, zvládání kuřáctví, ozdravení výživy zejména v podnikových jídelnách, suplementaci vitamíny a jinými imunoprotektivními probiotiky, imunizaci a dalších. Z minulých zkušeností je známo, že tyto nabídky vedou ke zvyšování akceptace dosud nabízených aktivit i přístupu k využívání prostředků na bezpečnost a ochranu zdraví a prevence jeho poškozování. Jako vhodné je sledováno, aby se na přípravě projektů podpory zdraví podíleli též zaměstnanci všech věkových skupin, což mj. zvyšuje zájem o větší zapojení a využívání dostupných aktivit a tím i efektivita rozvíjených projektů. Účinnost

těchto opatření se pak pozitivně projevuje v nízkém procentu pracovní neschopnosti, nízké úrazovosti a zvyšujícího se zájmu o vlastní zdraví.

Škoda Auto a.s. Mladá Boleslav

Je jeden z mála podniků v ČR, který nabízí – v rámci programu koncepce podpory zdraví i konkrétní program „seniority“, v němž konkrétními aktivitami zajišťuje zvýšenou ochranu pracovníkům určených věkových kategorií vzhledem k jejich zdravotní způsobilosti k vykonávané práci. Senior je pro potřeby programu zaměstnanec, který pracuje u firmy 20let a více a o dovršení důchodového věku má 10 a méně let. Senior má právo, pokud pracuje na pracovišti označeném jako nevhodné pro seniory, se nechat přeradit na jiné vhodné místo. Na vytipovaných pracovištích mají senioři nárok na 1 týden placeného volna ročně navíc vázaného na rehabilitační program. Senior má právo na 1 den placeného volna ročně navíc.

U starších pracovníků je zdůrazňována nutnost péče o vlastní zdraví (fitness, zdravá výživa, odpočinek, prevence). Vytváření individuálních zdravotních plánů je motivací pro péči o zdraví a zároveň kontrolou jejich účinnosti.

Přístup Škoda Auto byl opakovaně prezentován na konferencích jejichž tématy bylo m.j. : Kvalifikace a věková struktura ve vývoji – lidský kapitál, „Rozvoj vzdělávání v evropských souvislostech“.

Energetické a ekologické stavitelství - závod Železniční stavby Brno

Závod věnuje velkou pozornost vytváření odpovídajících podmínek na pracovištích jak v podmínkách vlastního provozu, tak na terénních dislokovaných pracovištích. Realizuje řadu intervencí podpory zdraví na pracovišti, kterých se účastní i vyšší věkové kategorie zaměstnanců.

Česká rafinérská a.s.

Prezentace aktivit společnosti Česká rafinérská, a.s. v oblasti ochrany zdraví a bezpečnosti při práci a v rámci programů podpory zdraví, které se v rámci společnosti realizují byla dokumentována řadou materiálů dokládajících systematickou snahu managementu o péči v oblasti ochrany a podpory zdraví. Při posuzování dosavadní praxe České rafinérské, a.s. v ochraně zdraví při práci i prvních krocích v podpoře zdraví je možno považovat za velmi významný a přínosný např. systém nabídky aktivit (přístup k informacím na intranetu, ve firemních periodikách, možnost osobního kontaktu s odborníky sekce lidských zdrojů a zařízením pracovně-lékařské péče). Rovněž pozitivní způsob motivace a stimulace pracovníků (programy s nepeněžní podporou v rámci systému Paleta m.j. s nabídkou příležitostí pro pohybové aktivity, vitamíny, Preventan, imunizaci, i důsledná kontrola správného používání ochranných pomůcek) vede k zvyšování akceptace dosud nabízených aktivit i přístupu k využívání prostředků na bezpečnost a ochranu zdraví. Účinnost těchto opatření se pak pozitivně projevila v nízkém procentu pracovní neschopnosti, nízké úrazovosti a zvyšujícího se zájmu o dílčí projekty podpory zdraví (účast na protistresovém programu, screening osteoporózy, příprava kampaně zvládání kuřáctví). O účinnosti strategie managementu České rafinérské, a.s. v oblasti péče o lidské zdroje, která vychází z analýz ukazatelů zdravotního stavu, i důsledných kontrol na pracovištích - svědčí řada ocenění, kterých společnost dosáhla. Na přípravě dalších projektů podpory zdraví se podílí též zaměstnanci, což mj. zvyšuje zájem o větší zapojení a využívání dostupných aktivit a tím se

dále může zvyšovat efektivita rozvíjených projektů. Výrazné snížení % pracovní neschopnosti – které je stále udržováno - je jedním z významných kritérií účinnosti zavedených opatření v tomto podniku.

Zhruba desítky dalších podniků se zabývají možnostmi pozitivního ovlivnění zdraví zaměstnanců, které vyplývá z hodnocení nemocnosti zaměstnanců a podmínek na pracovišti v souladu s doporučeními české varianty programu WHO Healthy 21 s názvem Zdraví 21 - Dlouhodobý program zlepšení zdraví obyvatel ČR. ([Číslo citace](#))

Motivovat podniky k větší aktivitě pro podporu zdraví na pracovišti bylo Konsorciem podpory zdraví a prevence nemocí ve spolupráci s Forem zdraví podporujících organizací přistoupeno v letech 2000 k vyhlášení úspěšných podniků. Mezi oceněné uznáním za tento přístup v letech 2000-2002 patřily kromě výše uvedených i tyto další podniky:

Severomoravská energetika a.s. Ostrava
Nová huť a.s.- Ostrava - Kunčice
Procter+Gamble-Rakona, a.s.
EASTMAN Sokolov a.s. ve spolupráci s Všeobecnou zdravotní pojišťovnou a
ZP Metal-Alliance
Skupina ČEZ, a.s.,

V roce 2005 proběhl první ročník **soutěže o titul „Podnik podporující zdraví“**. Tato soutěž je organizována Státním zdravotním ústavem pod záštitou Ministerstva zdravotnictví ČR. Oceněné organizace, které získaly čestné uznání s titulem Podnik podporující zdraví I., II. nebo III. stupně podle počtu získaných bodů, s dobou platnosti na 3 roky jsou příkladem pro další organizace, které se na tyto aktivity teprve připravují.



V rámci prvního (r. 2005) a druhého ročníku (r. 2006) soutěže získalo toto ocenění již 19 přihlášených společností, mezi nimi např. Česká rafinérská, a.s.,

Pražská energetika a.s.,
Glaverbel Czech a.s.,
Tarmak CZ a.s.,
Siemens Elektromotory s.r.o., závod Mohelnice,
Mittal Steel Ostrava a.s., Eurotel Praha spol.s r.o.,
Automotive Lighting s r.o. a další.
Chemopetrol a.s.
Johnson Controls Automobilové Součástky, k.s.
Honeywell spol. s r.o. – Brno o.z.
Nestlé Česko s.r.o.

Český porcelán a.s.
Energetika Kladno, s.r.o.
Inpeko spol.s r.o.
SMO a.s.

Jedná se o společnosti z různých ekonomických odvětví s počtem zaměstnanců od 300 do 9000 s vysokou úrovní péče o zdraví zaměstnanců. Realizují pro své zaměstnance rovněž aktivity zaměřené na podporu a zlepšování jejich zdraví. Spolu s nimi byla předána ocenění v soutěži Správná praxe BOZP Na start, na které se rovněž podílí Ministerstvo zdravotnictví a uděleny tituly Bezpečný podnik.

Zaměření programů jednotlivých podniků vychází ze specifických potřeb daného podniku a jejich zaměstnanců a je stanovován na základě poskytnuté analýzy zdravotního stavu celého podniku. Na základě takových rozborů jsou identifikovány „rizikové“ skupiny zaměstnanců z hlediska jejich zdravotního stavu a rizikového chování. Podle vyhodnocení konkrétních podmínek jsou vytvářeny programy pro specifické skupiny pracovníků, nejčastěji např: pro řídicí pracovníky, pro pracovníky určitých provozů, pro ženy. Avšak dosud, až na akciovou společnost Škoda Auto Mladá Boleslav, nejsou vytvářeny speciálně pro skupinu stárnoucích zaměstnanců.

5.2. Praxe ve vybrané zemi EU – Národní zpráva Rakouska

5.2.1. Legislativní podmínky, politická praxe

Bezpečnost a ochrana zdraví při práci

- ✓ **Zákon o bezpečnosti a ochraně zdraví při práci (AschG)** se zabývá především ochranou před bezprostředními riziky na pracovišti. Vybízí k ohledu na pracovníky, pokud jde o ulehčení monotónní práce a práce a snížení nepříznivých vlivů rizikových faktorů na zdraví.

Podpoře zdraví se zákon věnuje v rámci problematiky pracovního lékařství a výborů pro bezpečnost a ochranu zdraví. Zákon upravuje povinnosti pracovních lékařů, např. v oblasti poradenství a pomoci zaměstnavatelům ve věcech ochrany zdraví, „podpory zdraví, jež se týká pracovních podmínek, a struktury práce přívětivé k pracovníkům“. Ukládá povinnost konzultovat v případě potřeby příslušné odborníky, zejména pracovní psychology. Obsahuje ustavení výborů pro bezpečnost a ochranu zdraví, které mají působit jako poradní orgány pro otázky bezpečnosti a ochrany zdraví, podpory zdraví v souvislosti s pracovními podmínkami a pracovních podmínek přívětivých vůči zaměstnancům.

- ✓ Bezpečnost a ochrana zdraví státních zaměstnanců je obdobně upravena „**zákonem o zdraví a bezpečnosti spolkových zaměstnanců**“ (**B-BSG**) a bezpečnost a ochrana zdraví pracovníků v zemědělství a lesnictví se řídí „**zákonem o práci v zemědělství**“.

- ✓ **Zákon o ústavě práce (Arbeitsverfassungsgesetz – ArbVG) z roku 1973** umožňuje uzavírání dohod v rámci podniku. U opatření pro prevenci úrazů a nemocí z povolání, na ochranu zdraví pracovníků a pro strukturu práce přívětivou k pracovníkům, se jedná o závaznou povinnost.

Zdravotní pojištění

- ✓ **Zákon o zdravotním a úrazovém pojištění ve státní službě – B-KUVG**

Úkoly v oblasti podpory zdraví plní především instituce zákonného zdravotního pojištění. Podle „**zákona o všeobecném sociálním zabezpečení**“ (ASVG) mají tyto instituce odpovědnost za podporu zdraví zaměstnanců. Opatření pro upevňování a ochranu zdraví mohou být financována z prostředků zdravotního pojištění. Podpora zdraví, vysvětlování zdravotních rizik a ochrana před těmito riziky, jakož i spolupráce s dalšími organizacemi, jsou v uvedeném zákoně výslovně upravena.

Stejná ustanovení jsou obsažena také v „zákoně o sociálním zabezpečení v průmyslu a obchodu“ (GSVG), „**zákoně o sociálním zabezpečení v zemědělství**“ (BSVG) a „**zákoně o zdravotním a úrazovém pojištění ve státní službě**“ (B-KUVG).

Pojištění pro případ nezaměstnanosti

- ✓ **Zákon o pojištění pro případ nezaměstnanosti - AIVG**, který je nástrojem pro řízení trhu práce, zaměstnancům umožňuje odcházet do důchodu postupně, prostřednictvím práce na částečný úvazek v závěrečných letech jejich zaměstnání. Zákon upravuje způsob, jakým tento proces probíhá, požadavky na tento tzv. „částečný úvazek související s věkem“ a jeho trvání, jakož i úroveň náhrad, které zaměstnanec a zaměstnavatel získávají z prostředků na podporu v nezaměstnanosti.
- ✓ Ustanovení **zákona o financování politiky trhu práce**– AMPFG - lze považovat za další nástroj pro řízení problematiky starších zaměstnanců na trhu práce. Tato ustanovení obsahují sankce za propuštění zaměstnanců starších 50 let a také opatření usnadňující přijímání těchto osob. Kromě toho zaměstnavatelé přestávají platit příspěvky na pojištění pro případ nezaměstnanosti za zaměstnankyně, které dosáhnou věku 58 let, a zaměstnance, kteří dovrší 60 let věku. Tyto příspěvky se pak hradí z prostředků určených na politiku trhu práce.
- ✓ **Spolkový zákon o rovných příležitostech mužů a žen v zaměstnání** – GIBG - je určen také k zajištění rovnosti příležitostí osob různého věku. Národní rada tento zákon schválila 26. května 2004.

Podpora zdraví

- ✓ **Spolkový zákon o opatřeních a iniciativách pro podporu zdraví a informování o zdraví** (zákon o podpoře zdraví – GfG) se zabývá opatřeními a iniciativami na podporu zdraví a pro zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva. Tento zákon se vztahuje na informace o preventabilních nemocích a sociálních, psychologických a duchovních faktorech ovlivňujících zdraví, které nespádají do působnosti zákonného sociálního zabezpečení. Jedná se o právní základ podpory zdraví jak na pracovišti, tak v osobním životě.

Tento zákon (GfG) počítá s vytvořením struktur pro podporu zdraví a prevenci nemocí s využitím již existujících zařízení. V obcích, městech, školách, podnicích a organizacích veřejného zdravotnictví by měly probíhat programy, které jsou srozumitelné, zasazené do příslušného kontextu a zaměřené na konkrétní cílové skupiny. Účelem je poskytovat poradenství o zdravém životním stylu, prevenci nemocí a způsobech, jak se vyrovnávat s chronickými onemocněními a krizovými situacemi. Podporuje se též odborná příprava osob, které se těmito otázkami zabývají. Financovány jsou vědecké programy zaměřené na rozvoj podpory zdraví, prevence nemocí a epidemiologie, jakož i na hodnocení a zajišťování kvality v těchto oblastech. Za plnění těchto úkolů a za koordinaci opatření a iniciativ s již probíhajícími činnostmi odpovídá nezisková organizace „Gesundes Österreich“ (Zdravé Rakousko). Tato organizace dostává každoročně část peněz, které spolková vláda vybere na dani z přidané hodnoty. Fond Zdravé Rakousko tak může finančně podporovat hodnotné programy a projekty. O využití svých finančních prostředků je organizace povinna informovat ve výroční zprávě.

- ✓ **„Předpisy o odborné přípravě lékařů“** upravují obsahovou náplň lékařského vzdělávání. Na prevenci a podporu zdraví se v nich klade zvláštní důraz. V rámci specializace „sociální lékařství“ se na lékaře klade požadavek, aby uplatňovali své znalosti o zdravotním chování jednotlivců, populačních skupin či obyvatelstva jako celku. Životním podmínkám a pracovním podmínkám je přitom věnována stejná pozornost. Obdobně **„zákon o zdravotnických a ošetrovatelských povoláních** GIBG upravuje odbornou přípravu vyšších ošetrovatelských pracovníků a zdravotníků. V případě obsahu učňovského vzdělávání trenérů fitness totéž zajišťují „předpisy o odborné přípravě trenérů fitness“.

Politická základna

Spolkové ministerstvo práce a hospodářství (BMWA)

BMWA přijímá především opatření v rozsahu zákonných požadavků na bezpečnost a ochranu zdraví. Při provádění politických a finančních opatření na podporu zaměstnanosti BMWA vychází ze zákona o rozpočtu z roku 2003.

- *Akce 56/58 Plus*: náklady na zaměstnance ve věku 56/58 let se snižují o 6 % a náklady na zaměstnance starší 60 let o více než 12 %, protože za ně zaměstnavatel nemusí přispívat do fondů nezaměstnanosti, úrazového pojištění, na podporu rodiny a platební neschopnosti.

- *Kvalifikace pro starší zaměstnance*: v některých situacích – například je-li ohroženo určité pracovní místo – mohou být prostředky určené pro trh práce použity ke zvýšení kvalifikace starších pracovníků. Uchazeči o práci, kteří jsou nezaměstnaní déle než tři měsíce, mají na tato opatření zákonný nárok.
- *Systém bonusů a malusů*: zaměstnavatelé, kteří přijmou osobu starší 50 let, nemusejí platit příspěvky na pojištění pro případ nezaměstnanosti (viz A.1.3.2.). Pokud naopak propustí zaměstnance staršího 50 let, jsou povinni odvést 0,2 % základu pro výpočet tohoto příspěvku.

Spolkové ministerstvo pro sociální zabezpečení, generace a ochranu spotřebitelů (BMSG) spolu s hospodářskou komorou vypisuje státní cenu „Nestor“ s podtitulem „Test zralosti“. Cenu uděluje v kategoriích podle velikosti podniku porota složená ze zástupců světa politiky, podnikání a výzkumu, a to za úspěšnou realizaci opatření pro „zralé“ (sic) zaměstnance. Tato opatření je třeba doložit ukazateli v následujících oblastech: podniková kultura, řízení, personální politika, pracovní motivace, modely pracovní doby či pracovních nároků přihlížející k věku a podpora zdraví na pracovišti. Kromě toho iniciátoři projektu zájemcům z řad podniků nabízejí provedení auditu, který jim umožňuje otestovat a dále rozvíjet opatření na podporu starších pracovníků.

5.2.2. Národní strategie

Na základě iniciativy EU pod názvem „EQUAL“, která usiluje o vyrovnávání nevýhod na trhu práce, zřídila vídeňská Všeobecná úrazová pojišťovna (AUVA) poradenské centrum „Humánní svět práce“ v rámci projektu „Zachování zaměstnatelnosti pro jednotlivce, organizace a podniky“ (AEIOU). Na jeho žádost provedl „Výzkumný ústav odborného vzdělávání a vzdělávání dospělých“ univerzity v Linci studii na téma „zachování a podpora zaměstnatelnosti“.

Tato „Analýza strategií v oblasti preventivní, trvalé, akutní a následné péče pro posílení zaměstnatelnosti“ klade důraz na primární prevenci s cílem zajistit, aby se skutečný věk, kdy lidé ukončují pracovní činnost, shodoval se zákonným věkem odchodu do důchodu. Osoby, kterým byl přiznán invalidní důchod nebo které o něj požádaly, a odborníci na tuto oblast při rozhovorech často kritizovali nedostatek opatření sekundární prevence. Zhruba dvě třetiny dotazovaných by bývaly mohly pokračovat v práci, kdyby bylo jejich pracoviště vhodně uspořádáno.

Ke strategiím a intervencím, které v osobní, podnikové, sociální nebo právní rovině podporují zaměstnatelnost starších pracovníků, podle názoru odborníků patří systémy bonusů a malusů v sociálním zabezpečení, snížení nákladů na zaměstnávání starších pracovníků, podpora a prosazování opatření sekundární prevence, ocenění pro příkladné podniky a zvyšování informovanosti o tomto problému.

5.2.3. Klíčový partneři pro řešení

Nevládní organizace / představitelé zájmových skupin

- **Hornorakouská komora práce (AKOÖ)**

Sociální partneři Horních Rakous – Hornorakouská komora práce, Hornorakouská hospodářská komora, Hornorakouská federace odborových svazů a Hornorakouské sdružení průmyslníků – společně s Univerzitou Johannese Keplera v Linci nabízejí poradenskou službu nazvanou „Věk tvoří budoucnost“. Projekty podpory zdraví na pracovišti monitorují dva důvěrní poradci, přičemž jeden pochází z řad zaměstnanců a druhý z managementu, aby byla zajištěna rovnováha zájmů. Cílem je prohloubit vzájemné porozumění mezi věkovými skupinami a vytvořit atraktivní pracovní podmínky tak, aby si zaměstnanci uchovali motivaci a praceschopnost až do odchodu do důchodu.

- **Hospodářská komora Rakouska (WKÖ)**

WKÖ předkládá tyto návrhy pro lepší zaměstnávání starších pracovníků: komplexní a včasné zvyšování kvalifikace starších osob; snížení nákladů práce u starších zaměstnanců; rovnoměrnější rozložení příjmů v průběhu pracovního života zaměstnance, protože vysoké příjmy starších zaměstnanců nejsou zcela vyváženy jejich většími zkušenostmi; pružnější pracovní doba odpovídající pracovním schopnostem a životním plánům starších zaměstnanců, spojená se snížením platu; informování o zvláštním významu podpory zdraví na pracovišti v rámci projektu „Věk tvoří budoucnost“.

WKÖ je jedním z účastníků projektu sociálních partnerů „Věk tvoří budoucnost“ a nabízí také informační brožurku „Starší zaměstnanci v podniku – potenciál budoucího trhu práce“. Podílí se rovněž na udílení cen „Nestor“.

- **Federace rakouských odborových svazů (ÖGB)**

Zavést organizaci práce přihlížející k věku podle ÖGB znamená zorganizovat práci v podniku tak, aby zohledňovala proces stárnutí. Stárnoucím zaměstnancům jsou například doporučeny krátké přestávky (mikropauzy). Změna organizace práce může pomoci omezit nerovnovážné zatížení těla. V případech, kdy lze práci obohatit novými činnostmi, jako je školení nebo zácvik spolupracovníků, může být dokonce dosaženo zvýšení fyzické výkonnosti.

Význam znalostí, které mají starší pracovníci díky svým dlouholetým pracovním zkušenostem, roste a tyto znalosti by měly být dány k dispozici podnikům. V neustále se měnící společnosti a světě práce jsou důležitá opatření na podporu předávání znalostí a kvalifikace prostřednictvím celoživotního vzdělávání. Podmínky a prostředí, v nichž učení probíhá, je přitom třeba přizpůsobit nárokům různých věkových skupin.

Zda je organizace práce v podniku vhodná pro stárnoucí zaměstnance, je možné ověřit pomocí „kontrolního seznamu podmínek přívětivých ke stárnutí v podnicích“ na domovské internetové stránce odborové federace.

Požadavky ÖGB na pracovní proces přívětivý ke stárnutí lze shrnout takto:

- změna organizace práce: snížení fyzických nároků a zařazení organizačních úkolů;
- mikropauzy pro starší zaměstnance, kteří potřebují více času na regeneraci;
- podmínky a prostředí vhodné k učení s přihlédnutím k věku.

- **Sdružení průmyslníků (IV)**

Rakouské sdružení průmyslníků doporučuje ukončení platby příspěvků na pojištění pro případ nezaměstnanosti za ženy starší 58 let a muže starší 60 let. Ve spolupráci s Vídeňskou komorou práce sdružení prostřednictvím Institutu pro podporu zdraví na pracovišti (IBG) provozuje také webovou stránku „Práce a věk“ (www.arbeitundalter.at). Jedná se o databanku s úspěšnými příklady a mezinárodními zkušenostmi, která by měla fungovat jako jisté virtuální poradenské centrum. Návštěvníci stránek si mohou situaci ve svém podniku zkontrolovat zodpovězením 26 otázek. Tak se dozvědí, zda je u nich nutné zavést organizaci práce přihlížející k věku. Tato nutnost z vyhodnocení odpovědí vyplyne i v případě, že má daná společnost málo informací o zdravotním stavu a motivaci svých zaměstnanců či o potřebnosti jejich dalšího vzdělávání. Na otázky se odpovídá jednotlivě.

Soukromé podniky / podniky poskytující komerční služby

Agentury personálního poradenství

- **Institut pro podporu zdraví na pracovišti (IBG)**

Prostřednictvím konceptu „řízení kvality zdraví“ (Health Quality Management) IBG podnikům umožňuje efektivně využívat program „Productive Ageing®“ (produktivní stárnutí). Systém řízení kvality zdraví představuje proces trvalého zlepšování, co se týče zájmu zaměstnanců o práci v podniku a jejich pracovních výsledků. Zahrnuje rovněž dobrou týmovou práci v dané organizaci. „Productive Ageing®“ je program sloužící k optimalizaci kvality a kvalifikace pracovníků různých věkových skupin a k využití jejich specifických schopností.

Přitom se pracuje s nástrojem nazvaným „Human Work Index®“ (index lidské práce). Ten využívá standardizovaných otázek o řízení práce a zájmu o práci, které umožňují porozumět dvoustrannému charakteru práce (kladné a záporné účinky na zdraví) a korelaci mezi řízením práce (vztah mezi pracovními schopnostmi a nároky práce) na jedné straně a zájmem o práci (pocit smysluplnosti práce), zdravím a výkonností na straně druhé.

- **Výzkumná a poradenská organizace @rbeitsleben, která sídlí**

v hornorakouském Gmundenu, se zabývá výzkumem a vývojem na poli zdravé struktury práce a podpory zdraví na pracovišti. V současnosti je relevantní její účast na dvou projektech („Podniková kultura podporující zdraví“ a „Pracovní kariéry přívětivé ke stárnutí“) realizovaných pro poradenské centrum Humánní svět práce, které podporuje pojišťovna AUVA a projekt EQUAL.

- **Společnost s ručením omezením diepartner.at, zaměřená na řízení**

v sociální a zdravotní oblasti, se zabývá otázkami podpory zdraví ve všech sférách života. V současnosti má význam její projekt vyhodnocení činnosti poradenského centra „Humánní svět práce“ pojišťovny AUVA a projektu EQUAL. Účelem vyhodnocení je zajistit kontrolu kvality a popsat služby a účinky působení poradenského centra.

- **ppm Forschung und Beratung (ppm výzkum a poradenství)**

Jedná se o interdisciplinární výzkumnou a poradenskou organizaci, jejíž hlavní oblastí činnosti je ochrana zdraví při práci a pracovní prostředí. K jejím cílovým skupinám patří podniky, odborníci, zájmové organizace a veřejné instituce. V současnosti realizuje například projekt „switch2006.at – zdraví v nové ekonomice“, kde jsou cílovou skupinou zaměstnanci malých a středních podniků působících na poli informačních a komunikačních technologií. Další části projektu, zahajované na jaře roku 2004, se budou věnovat skupině „starších zaměstnanců“. K opatřením, která ppm Forschung und Beratung doporučuje, patří posílení pocitu uspokojení z práce, zvýšení motivace prostřednictvím větší míry spolurozhodování zaměstnanců a zlepšení vnitřní komunikace a spolupráce. Vypracována byla dále opatření pro snížení nákladů spojených s nemocností a pro zvýšení výkonnosti a konkurenceschopnosti podniků zajištěním dobrého zdravotního stavu zaměstnanců. Díky opatřením k omezení fluktuace zaměstnanců by měly v podnicích zůstat cenné znalosti a zkušenosti.

Výzkumné organizace

- **Forschungs- und Beratungsstelle Arbeitswelt (FORBA)**, výzkumné a poradenské centrum Svět práce je interdisciplinární mezinárodní výzkumný ústav. Cílem jeho vědeckých studií na téma provozu, práce, techniky a rovnosti pohlaví je uplatnit v praxi vědecké poznatky o práci a zaměstnanosti a zlepšit pracovní podmínky. Zvláštní význam má studie „Zkušenost jako prostředek pro využívání zaměstnanců s přihlédnutím k věku – nové cesty k jistotě zaměstnání pro stárnoucí pracovníky“, dokončená v dubnu roku 2001, která byla provedena pro Vídeňskou komoru práce. Tato studie navrhuje posílit jistotu zaměstnání starších zaměstnanců prostřednictvím většího oceňování jejich zkušeností a odkazuje také na projekty programu Productive Ageing® (viz bod 5.2.3) týkající se podpory zdraví na pracovišti.

5.2.4 Současné programy a projekty

Voestalpine AG Linz

Tento mezinárodní koncern zabývající se výrobou a zpracováním oceli zaměstnává více než 22 000 pracovníků, z toho 14 000 v Rakousku. Cílem projektu „LIFE“ je reorganizovat celý svět práce v rámci koncernu. Zaměstnanci by se již neměli přizpůsobovat pracovní situaci. Pracovní situace by se naopak měly měnit tak, aby vyhovovaly zaměstnancům.

Projekt „Vzorec 33 – další vzdělávání pro všechny zaměstnance“ nabízí možnost strávit 2 % roční pracovní doby (33 hodin) na vzdělávacích kurzech.

„Kariérní příležitosti i pro starší“ je projekt, který má přispět k odstranění bariér, které starší zaměstnance vylučují z vnitropodnikového plánování pracovního postupu.

Projekt „Zdraví a ergonomie“ se týká profylaktické péče a ergonomického uspořádání pracovišť. Probíhá rovněž práce na omezení nočních směn a změně struktury směn u starších pracovníků. Zásadou těchto opatření se podařilo podstatně snížit míru nemocnosti a související pracovní neschopnosti, a to navzdory rostoucímu podílu starších zaměstnanců.

Agrolinz Melamin

Chemický koncern Agrolinz Melamin, který je dceřinou společností rakouské ropné společnosti OMV (Österreichischen Mineralölverwaltung), má přibližně 1 000 zaměstnanců. Reorganizace společnosti spojená s propouštěním a zastavením náboru pracovníků vedla ke zvýšení průměrného věku jejich stávajících zaměstnanců. Nový model směnného provozu s rozdělením pracovníků do pěti směn přinesl zkrácení pracovní doby z 38 hodin na 34,4 hodiny. Počet nočních směn se snížil z 8 na 6 a volná směna nyní trvá 3–4 dny. Každých pět týdnů je jedna směna věnována výhradně strategickým informacím a zdravotnímu vzdělávání.

Polyfelt Linz

Polyfelt, rovněž dceřinná společnost OMV, je podnik vyrábějící textilie pro podloží silnic. Stejně jako v případě společnosti Agrolinz Melamin i zde došlo ke zkrácení týdenní pracovní doby a intervalu směn. Zaměstnanci souhlasili s mírným snížením platů. Tato opatření u dotčených pracovníků vedla k většímu uspokojení z práce a ke zvýšení subjektivní kvality života. Došlo také ke snížení jejich krevního tlaku a úrovně stresu.

SCA (Schwedische Zellulose AG) Laakirchen

Papírna v Laakirchenu zaměstnává 500 lidí, z nichž dvě třetiny pracují na směny v prostředí s vysokou mírou automatizace. Ve spolupráci s podnikovou radou bylo dosaženo zrušení tzv. vyrovnávací směny pro pracovníky starší 50 let. Jedná se o směnu mimo běžné pořadí směn, která slouží pouze k dorovnání týdenní pracovní doby na 39 hodin. Odstranění této směny při zachování stejného odměňování znamená zkrácení týdenní pracovní doby na 34 hodiny. Přínos pro podnik spočívá v lepším řízení práce, vyšší produktivitě a delším pracovním životě zaměstnanců, kteří změny přirozeně velmi uvítali.

Schmid Schrauben Fabrik Hainfeld (Šroubárna Schmid)

Jde o tradiční rodinný podnik se 200 zaměstnanci, který poté, co prošel konkurzem kvůli platební neschopnosti, převzala společnost Voestalpine. Konkurence zahraničních firem podnik přiměla k orientaci na speciální zakázky a inovační řešení, a to se neobejde bez zkušeností a spolupráce starších pracovníků. Vysoký průměrný věk a očekávaný odchod starších pracovníků do důchodu si vyžádal zřízení databanky znalostí, patentů a nástrojů. Nové ocenění přínosu starších pracovníků pro podnik bylo vedlejším účinkem tohoto opatření. To vedlo k přehodnocení práce na částečný úvazek u starších zaměstnanců, což vyústilo v 50procentní zkrácení denní pracovní doby spojené s příznivým dopadem jak na produktivitu, tak na zdraví. Díky novým poznatkům o produktivitě různých věkových skupin vzrostla úcta ke starším zaměstnancům a to přispělo k posílení jejich zdravotního potenciálu.

Magna Steyr

V červenci roku 2003 se vedení a zástupci zaměstnanců společnosti Magna Steyr, která je dodavatelem v automobilovém průmyslu, rozhodli reagovat na stávající a očekávané problémy starších zaměstnanců podniku. Byla ustavena pracovní skupina „Starší zaměstnanci“ s cílem „dosáhnout kulturní změny v pohledu na starší zaměstnance, která jim dodá motivaci pracovat déle, a pomáhat jim s přechodem do důchodu, pokud je takový krok

nutný z fyzických či psychických důvodů“. Úkoly byly rozděleny mezi čtyři pracovní skupiny se zadáním: zkoumání příčin onemocnění a vytvářením vhodných pracovních míst a pracovních procesů, na něž budou vyškoleni i mladí pracovníci a změna podnikové kultury prostřednictvím šíření informací a komunikace. Vzdělávací kurzy, jichž se mohou účastnit všichni zaměstnanci, by měly podpořit porozumění mezi generacemi a různými věkovými skupinami.

Potravinářský maloobchodní a velkoobchodní řetězec ADEG

Skupina ADEG, kterou většinově vlastní německá společnost EDEKA, má v Rakousku 1 000 prodejen a 7 500 zaměstnanců. Dne 22. 5. 2002 byl v Bergheimu nedaleko Salcburku otevřen supermarket, který má uspokojovat potřeby starších obyvatel, a proto zaměstnává pouze osoby starší 50 let. Koncept „50+“ vzešel z průzkumu provedeného mezi zákazníky. Od té doby byla další prodejna typu „50+“ otevřena ve Vídni a třetí se plánuje ve Štýrsku. Zaměstnanci jsou vybíráni výlučně z řad dlouhodobě nezaměstnaných. V současné době se zvláštní opatření pro starší zaměstnance omezují na školení o správném zvedání a nošení břemen.

Wiener Krankenanstaltverbund (Vídeňská asociace nemocnic)

Vídeňská asociace nemocnic je jednou z největších zdravotnických organizací v Evropě. Z jejich 13 000 zaměstnanců v ošetrovatelských profesích jen zhruba 1 % pracuje až do řádného věku odchodu do důchodu. Důvodem jsou nadprůměrné nároky, které jsou na ně kladeny. V roce 1999 byl iniciován pilotní projekt „Mistrovská péče – ošetrovatelská kariéra přívětivá k věku a zdraví“ ve snaze zabránit předčasným odchodům z profese kvůli nedostatku perspektiv a výzev.

Projekt přichází s myšlenkou vytvoření nového kariérního stupně mezi vlastní ošetrovatelskou prací a řízením nemocničních oddělení (prací staničních sester). A tato změna se projevuje jak v popisu práce, tak v odměňování. V budoucnosti převezmou odborné sestry větší díl odpovědnosti za personální rozvoj a interní vzdělávací kurzy v nemocničních odděleních.

Jedním z nich byl Kaiserin Elisabeth Spital des Wiener Krankenanstaltenverbundes (Nemocnice císařovny Alžběty). Cílem projektu, který probíhal mezi lety 1996 a 2001, bylo zkrátit denní pracovní dobu z 12,5 hodiny na 8 až 10 hodin. Dotyčná nemocnice má 280 lůžek a 700 zaměstnanců, z toho 300 sester, z nichž jen 15 % je starších 35 let. Zkrácená pracovní doba ve všední dny byla ve všech odděleních (s výjimkou jednotky intenzivní péče) zavedena v r.1996.

Vyhodnocení v roce 1997 prokázalo subjektivní pocit lepšího zdraví. V prvním roce projektu se ve srovnání s rokem předchozím snížil rozsah přesčasů o 44 % a v následujícím roce o dalších 17 %. Za stejné období poklesla pracovní neschopnost o 30,4 %. Výrazná nespokojenost části zaměstnanců, kteří si přáli zachovat původní 12 hodinový model, však vedla k ukončení projektu v roce 2001. V současnosti zhruba 20 % sester dobrovolně pracuje na kratší směny. Nezdravé dlouhé směny již nejsou neporušitelným pravidlem.

Bankhaus Girocredit

Tato banka zaměstnává 2 000 pracovníků ve svých kancelářích, pobočkách a externích službách. V roce 1997 byla „Girocredit Bank AG“ prodána a spojena s bankou „Erste

österreichische Spar-Casse“, čímž vznikl bankovní dům „Erste Bank der österreichischen Sparkassen AG“. Na začátku projektu byla polovina zaměstnanců ve věku nad 40 let a byla chráněna před propuštěním. U zaměstnanců starších 50 let všeobecně převládal nedostatek motivace a přání odejít do předčasného důchodu. Studie o nákladech na vzdělávání a rozvoj zaměstnanců ukázala, že 95 % těchto prostředků bylo vynakládáno na pracovníky mladší 40 let, kteří tvořili jen 55 % všech zaměstnanců banky. IBG (Institut pro podporu zdraví na pracovišti) vypracoval program pro zaměstnance starší 40 let, který byl zaměřen na podnikovou kulturu (změnit povědomí o řízení, smysluplnosti práce a úpravách pracoviště odpovídajících věku). Zahrnoval rovněž osobní vedení (coaching) manažerů a zaměstnanců (pro vedoucí pracovníky trpící problémy v souvislosti s věkem, pro zaměstnance v individuálních krizových situacích) a ergonomická opatření (modely pro snadný odchod do důchodu, zdravotní skupiny, podpora zdraví s pracovním lékařem, poradenství v oblasti fitness a výživy).

5.3. Přehled opatření uplatňovaných při podpoře zaměstnávání seniorů v dalších zemích EU

Opatření lze rozdělit do skupin na opatření přijímaná zaměstnavateli a státem. Opatření státu se mohou dále členit na opatření zaměřená na podporu zaměstnavatelů a opatření orientovaná na starší osoby a opatření vlády současně orientovaná na obě skupiny. Mimo tyto skupiny stojí významný faktor ovlivňující míru zaměstnanosti v zemi, a to výkonnost ekonomiky. Právě vysoká výkonnost ekonomiky je považována za jednu z hlavních příčin nízké nezaměstnanosti starších osob.

Opatření ze strany zaměstnavatelů

- Zvýšení podpory vzdělávání zaměstnanců s výukovými metodami přizpůsobenými potřebám a schopnostem starších pracovníků :
 - Belgie (zvýšení podílu mzdových nákladů na vzdělávací plány a vzdělávání)
 - Dánsko – 80% firem nabízí vzdělávací kurzy (m.j. školy zad)
 - Itálie – Vyšší vzdělávací institut pořádá vzdělávací programy pro nezaměstnané starší 50 let
- Modernizací pracovní doby, organizací práce a flexibilním pracovním prostředím se zabývají v Belgii a Irsku.
- Podporou zlepšení pracovního prostředí vč. zlepšení vztahů na pracovišti se zabývají programy ve Finsku a Francii. Preventivní opatření k zamezení opotřebení pracovníků se zaměřují na zlepšení pracovních podmínek jako např.:
 - úprava pracovních míst, snížení fyzické zátěže (převzetím fyzicky náročné práce od starších, kteří zůstávají jako školitelé), přizpůsobení pracovního tempa
 - zabezpečení vhodného osvětlení
 - zavedení senior managementu – zdůrazňování výhod investování do starších pracovníků – školení v oblasti rovných příležitostí
 - pravidelné lékařské prohlídky

- Podpora zájmu starších pracovníků
Úprava kolektivních dohod např.:
 - výplata odměn při dosažení 50ti let, při odchodu do řádného starobního důchodu
 - omezení propouštění osob v předdůchodovém věku
 - závazky zakazující věkovou diskriminaci
 - ustanovení o možnosti převedení starších pracovníků naméně náročnou práci v rámci organizace při současném zachování původní (vyšší) mzdy
 - kariérní přestávky, kratší pracovní doby a její úprava (přesčasy, příležitostná, práce o víkendech), dohody o dodatečné dovolené pro starší, vzdělávání (Nizozemí)
 - dohody o lékařských podmínkách (zvýhodněná úhrada)
 - založení fondu na podporu zaměstnanosti osob v předdůchodovém věku (Řecko)

Opatření ze strany státu

- **na podporu zaměstnavatelů:**
 - daňová opatření – snížení daňového zatížení pracovní síly ke konci jejího pracovního života (např. Belgie - snížení příspěvků na sociální zabezpečení u osob ve věku nad 55 let).
 - příspěvek zaměstnavateli , který přijme nezaměstnanou osobu ve věku 55 a více (Německo – nemusí odvádět příspěvek na pojištění nezaměstnanosti 3,25%)
 - snížení příspěvků na sociální pojištění pro zaměstnavatele, přijme-li pracovníka pobírajícího starobní nebo invalidní důchod (Portugalsko)
 - redukce nemzdových pracovních nákladů pro osoby starší 60 let o 10% a pro osoby ve věku 56 – 58 let o 3 %, zrušení příspěvků zaměstnavatelů na politiku zaměstnanosti osob starších 50 let (Rakousko)
 - snížení příspěvků placených zaměstnavatelem na sociální pojištění u zaměstnanců ve věku 45-55 let o 50% v 1.roce a o 45% v dalších letech,
ve věku 55-65 let o 50% po celou dobu a u zaměstnanců nad 65 let se už žádné příspěvky neodvádí (Španělsko).
 - k zamezení zneužívání sociálního systému zaměstnavateli slouží např. pokuty za propuštění starších pracovníků (Rakousko), nebo vyšší platby na podpory v nezaměstnanosti (Nizozemí – při propuštění pracovníka staršího 57,5 let).
 - podpora zaměstnavatelů, kteří najímají a poskytují odborný výcvik starším pracovníkům (Velká Británie, Německo, Nizozemí , Španělsko), státem zřizované poradenské služby (workshopy) pro menší zaměstnavatele – pro objasnění výhod věkově smíšené síly (GB) , poradenský servis (Rakousko) – jsou další formy aktivní podpory zaměstnanosti starších pracovníků za strany státu. Patří k nim i zveřejňování zkušeností podniků úspěšných v řešení dané problematiky.
- **Opatření zaměřená na starší osoby**

V posledních letech lze v zemích EU pozorovat trendy v oblasti úpravy důchodového věku – jak jeho zvyšování, tak v rámci rovného přístupu žen a mužů, prodlužování minimální doby pojištění a snižování výše důchodu vypláceného ze státního důchodového systému:

- omezení předčasných důchodů, např. zvýšení věku pro předčasný důchod Belgie z 58 na 60 let, Finsko z 60 na 62 let, Rakousko – redukce výše předčasných důchodů.
- vytváření podnětů pro pozdější odchod do důchodu (poskytnutí vyšších důchodových nároků lidem, kteří zůstanou v práci déle – např. Francie + 3% za každý další odpracovaný rok).
- příjmy ze zaměstnání po dosažení důchodového věku jsou zaměstnanci i zaměstnavateli osvobozeny od příspěvků na pojištění (Itálie), nebo úlevy narůstají s věkem (Nizozemí), poskytování bonusů (Slovinsko) aj.
- umožnění souběhů starobního důchodu a pracovního příjmu (např. bez omezení 65+ v Německu, Lucembursku aj.). V některých systémech (Švédsko, Polsko) vznikají dodatečné nároky a důchod je vyměřen v nové – vyšší výši.
- flexibilní důchody umožňují postupný přechod do důchodů – spojený s prací na částečný úvazek (dohody pro zaměstnance 55let a více o omezení pracovní doby např. o 50% s tím že zaměstnavatel dorovná mzdu až na 70% v Německu), v Rakousku pro ženy starší 50 let, muže starší 55 let – je možnost omezit pracovní dobu na 40 – 60% z původní pracovní doby a zároveň pobírat 70-80% dřívějšího příjmu.
- částečné důchody pro zaměstnance a OSVČ ve věku 60-65 let pracující na částečný úvazek (Dánsko).
- Zlepšení pracovních podmínek - zajištění bezpečného, zdravého a adaptabilního pracovního prostředí se týkají programy Belgie, Francie, Španělska.
- Podpora vzniku soukromých zprostředkovatelen práce existuje například v Nizozemí a Itálii.

Důležitou součástí všech opatření jsou informační kampaně zaměřované na změnu vnímání a chování celé společnosti ve vztahu ke starším pracovníkům s cílem dosáhnout změn v postojích společnosti vůči stárnutí. Zdůrazňuje se hodnota starších pracovníků, kteří mnohdy disponují velmi důležitými dovednostmi a schopnostmi – např. strategickým myšlením, loajalitou, ochotou k pracovnímu nasazení.

6. Diskuse

Česká republika čelí dramatické demografické změně. Záporný přirozený přírůstek a prodloužení věku obyvatelstva vytváří do blízké budoucnosti nepříznivý poměr mezi ekonomicky aktivním obyvatelstvem a zbytkem populace. Nedostatek kvalifikované pracovní síly je očekáván. Uskutečnění opatření jejichž cílem bude udržet stárnoucí zaměstnance v pracovním procesu v dobré duševní a fyzické kondici je jedním z efektivních řešení

problému. Přitom je možné vycházet ze současné praxe zemí EU, které již podmínky pro zvyšování zaměstnanosti stárnoucích zaměstnanců vytváří a ověřují jejich účinnost.

V zemích, které procházeli v minulých letech transformací v politické, ekonomické a sociální oblasti lze očekávat přibližně stejné podmínky pro vytváření a realizaci obdobných opatření. Jednou z velkých pobídek pro tyto země je možnost účasti na čerpání ze strukturálních fondů EU. I opatření týkající se stárnutí ekonomicky aktivní populace mohou být touto cestou podpořena a tím i výrazně urychlena jejich implementace do praxe, využije-li se této možnosti.

Věková struktura pracovní síly v nových členských státech EU je podobná jako v původních členských zemích, zdravotní stav této populace je však horší a očekávaná délka života kratší. (Šteflová, Cikrt, Vavřenová, Linz, 2006.)

Tab. č. 4 **Věková skladba; procentuální podíly na celkové populaci**

	věk 65+ /	věk 15 - 64	věk 0 - 14
Itálie	18,2%	67,4%	14,4%
Německo	17,5%	67,5%	15,0%
Švédsko	17,2%	64,8%	18,0%
Francie	16,3%	65,0%	18,7%
Rakousko	15,5%	67,9%	16,6%
Maďarsko	15,4%	68,5%	16,1%
EU 25	15,1%	67,6%	17,3%
ČR	13,9%	70,5%	15,6%
Polsko	12,8%	69,4%	17,8%
Slovensko	11,6%	70,4%	18,0%
Irsko	11,2%	67,6%	21,2%

Zdroj: Eurostat 2003

V řadě prací je konstatováno, že proces stárnutí populací je ze své podstaty cyklický. Jeden ze dvou obvyklých příčin stárnutí populace, porodnost, by neměla být vázána pouze k současné relativně nízké úrovni. Naopak výrazně vysoké hodnoty porodnosti z padesátých let minulého století (babyboom) a jeho echo v druhé polovině let sedmdesátých budou hlavními determinanty penzijních systému okolo roku 2020 a později okolo roku 2050. Tento jev patrně způsobí významné oscilace ve věkové struktuře a v indexu stáří evropské populace v následujících padesáti letech.

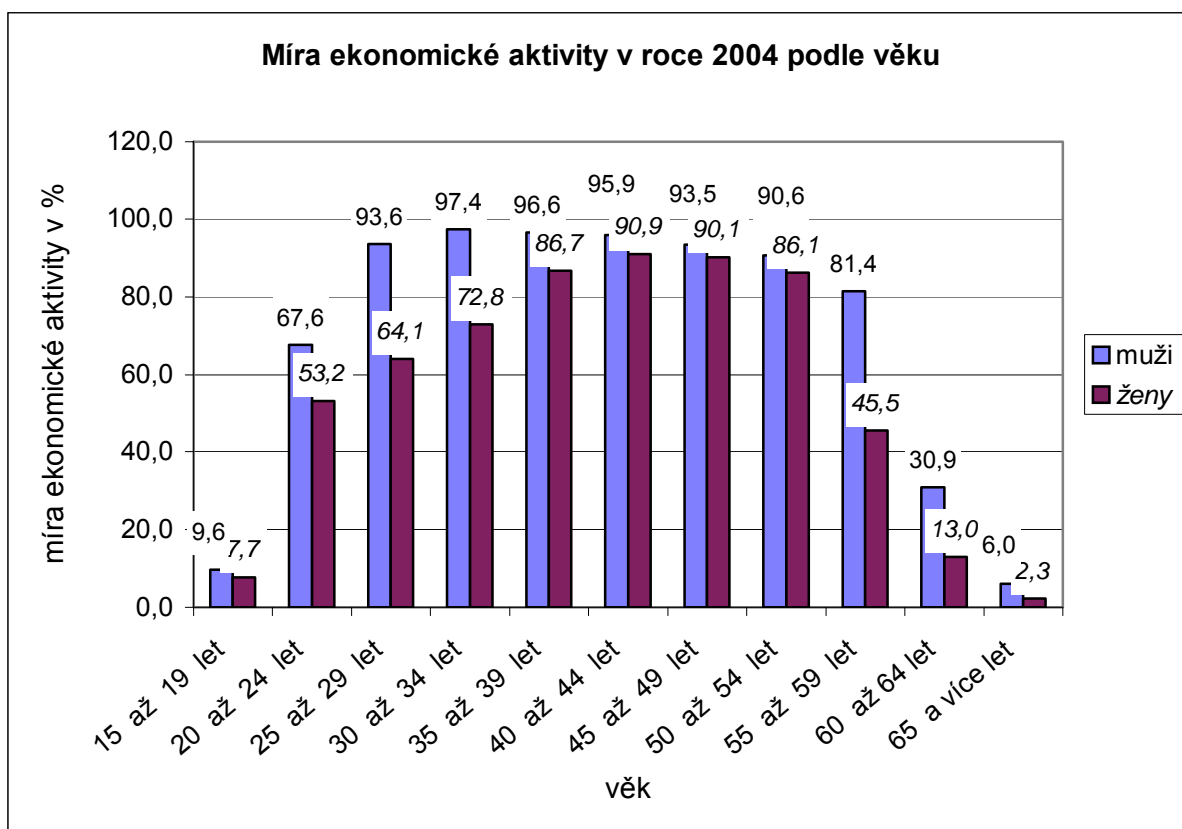
Populační stárnutí představuje jednu z obav současnosti. Odborné analýzy, média i politická prohlášení straší budoucím demografickým vývojem a stárnutí populace je považováno za

hrozbu budoucího fungování sociálních systémů. Populační stárnutí je však přirozený, cyklický a konečný proces. Ve vyspělých zemích již probíhá déle než dvě století, které byly obdobím hospodářského růstu a rozvoje sociálních systémů. Stárnutí nehrozí zlikvidovat současné důchodové a zdravotní systémy, pouze vynucuje změnu jejich současného nastavení.

Také v České republice dochází k trvalému poklesu počtu pracovníků v produktivním věku. Aktuálnost tohoto problému u nás podtrhuje i v současné době probíhající diskuse o nezbytnosti prodlužování aktivního věku v souvislosti s plánovaným posunem věku pro odchod do důchodu.

Skutečnost, jak jsou ekonomicky aktivní různé věkové skupiny, nejlépe zobrazuje graf č. 6:

Graf č. 6



Pramen: Trh práce v ČR za roky 1993 – 2004, ČSÚ 2005

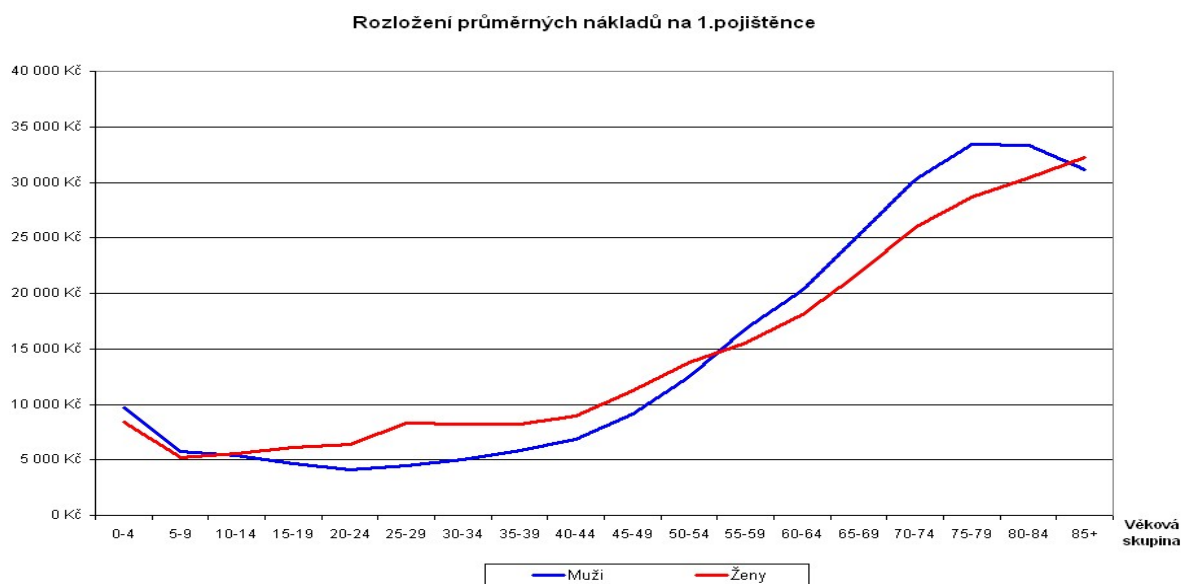
Demografický vývoj se stárnutím populace přináší nové situacé a výzvy, které jsou globálně reflektovány např. v závěrech Následného světového shromáždění o stárnutí (Madrid 2002), v Základních principech OSN o přístupu k seniorské populaci (1991), v Montrealské deklaraci práv a povinností seniorů, v projektech WHO Zdraví 21, Zdravé město či Seniorům přátelská komunitní centra. Problematika stárnutí se stala globální prioritou a dostává se jí v

současnosti mimořádné odborné i mediální pozornosti. Stárnutí je považováno za zásadní problém budoucího vývoje hospodářství vyspělých zemí. Argumentace o negativním dopadu populačního stárnutí na ekonomiky současných zemí je odvozována ze skutečnosti, že hlavní břemeno financování programů státu nese produktivní zaměstnaná generace, zatímco hlavními příjemci dvou nejdůležitějších fiskálních výdajových programů je seniorská populace. Interpretace dopadů populačního stárnutí je charakteristická pesimistickým přístupem, kdy prognózovaný růst počtů starých osob a pokles plátců daní je vnímán jako významná ekonomická a sociální hrozba budoucnosti.

V ČR stát a orgány státní správy a samosprávy však de facto neplní cíle stanovené přijatými národními strategiemi jako Národním akčním plánem sociálního začleňování na léta 2004-2006, Národním programem přípravy na stárnutí, programem Zdraví 21 ani závazky plynoucí z podpisu Akčního programu k problematice stárnutí (Viedeň 1982).

Stárnutí populace je vnímáno jako významný problém hospodářské politiky, především ve vztahu k sociálním systémům. Hlavní obavy se koncentrují do oblasti dlouhodobé fiskální udržitelnosti penzijního systému. Problémovou oblastí je i zdravotnictví, protože hlavními konzumenty zdravotní péče v populaci jsou senioři. Průměrné náklady na pojištěnce různých věkových skupin Oborové zdravotní pojišťovny zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví jsou znázorněny na následujícím grafu – který dává podněty k úvahám a šetřením o příčinách nárůstu nákladů a možnostech jejich ovlivňování:

Graf. č. 7



Zdroj: OZPZ, 2006

Poznámka: Graf je orientační a je nutno je tak i chápat. Skutečné příjmy i výdaje mohou být pro různé pojišťovny odlišné a v závislosti na spektru pojištěnců vychýlené směrem nahoru i dolů.

Stárnutí je, i přes proklamativní prohlášení, v ČR věnován malý politický zájem včetně neřešení důchodové reformy a nezájmu o hrubý pokles životní úrovně v důsledku penzionování. Zásadní změny se musí projevit v oblasti legislativy, financování, důchodové politiky, odborné koncepce služeb, gerontologicko - geriatrického vzdělávání, edukace veřejnosti i společenského přístupu (mainstreaming problematiky stáří). Přetrvává

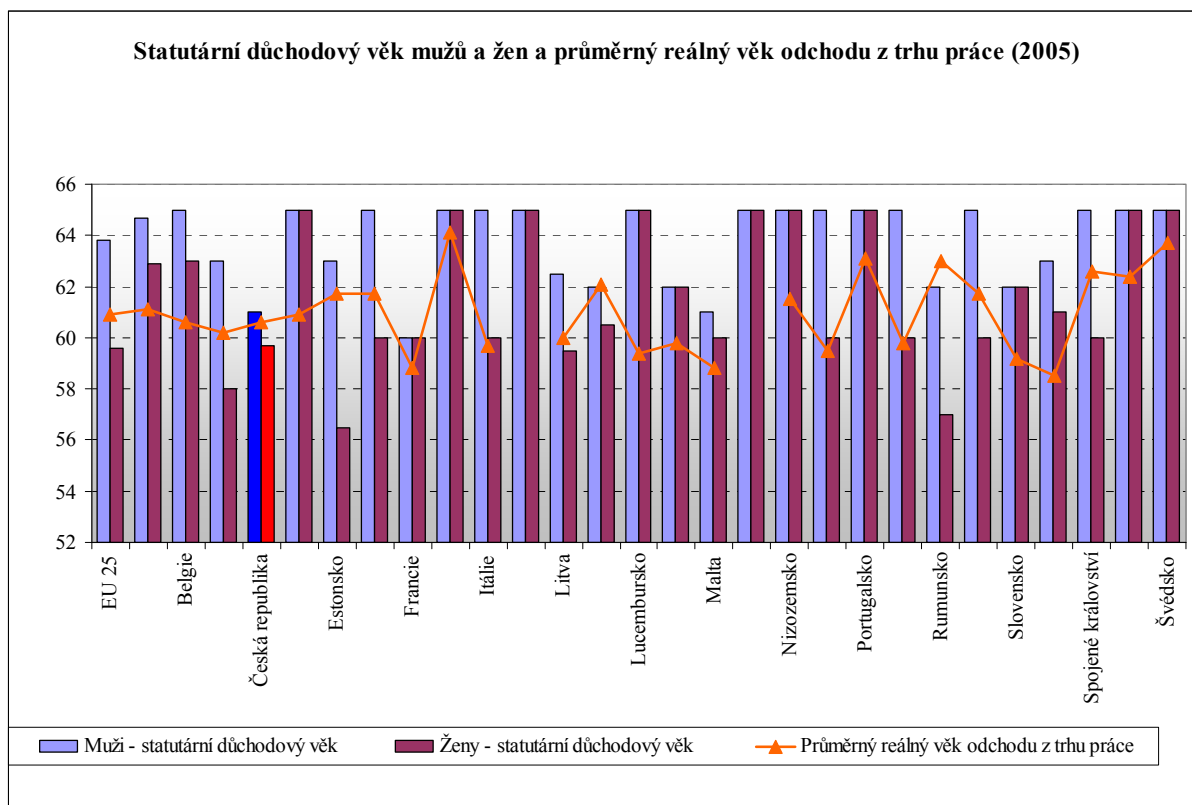
zjednodušený důraz na kvantitativní aspekty bez nezbytné modernizace a transformace služeb a přístupů včetně zdravotnictví.

Určení věkové hranice stáří je konvencí, která vznikla z potřeb administrativy sociálního státu. Konvenčně se v současné době pracuje s věkovou hranicí 60 nebo 65 let. Je ale oprávněné přihlížet k individuálním diferencím fyzických a psychických charakteristik lidí, které jsou v tomto věku značné. Též subjektivní percepce věku stáří se odlišuje - je závislé i na věku respondentů. Jak např. ukázal reprezentativní výzkum české předseniorské a seniorské populace (osob ve věku 50 let a starších), který v roce 1996 provedl Rabušic s Marešem, stává se člověk, podle mínění respondentů, starým kolem 67 roku. Určení věkové hranice stáří je ale v české populaci závislé na pohlaví respondenta: muži uváděli věk, v němž začíná stáří, v průměru u 67,8 let, ženy pak u 66,1 let. Ale nejen to, vnímání věku, v němž se člověk stává starým, je závislé také na samotném věku člověka. Mladší lidé určují hranici stáří níže než lidé starší. Rituálem, jenž přechod do této fáze životní dráhy jasně vymezuje, je odchod do důchodu.

Pro zhodnocení dopadu populačního stárnutí na národní hospodářství je určující, že demografický vývoj pouze nastavuje velmi široké limity pro tvorbu hospodářské politiky. Teprve konkrétní nastavení penzijního systému vytváří ze zaměstnaných důchodce. Věk odchodu do důchodu je politicky nastavená a měnitelná hranice, která zásadně ovlivňuje finanční stabilitu současných států s dobrou ekonomickou prosperitou. Její význam je klíčový z toho důvodu, že především z pohledu penzí zatěžují fiskální systém noví důchodci hned dvakrát. Za prvé tím, že přestanou pracovat, čímž přestanou vytvářet hodnoty a platit daně. Za druhé pak zatíží celý systém tím, že z něj začnou odčerpávat dávky důchodového zabezpečení. Ovšem tento problém není způsoben samotným procesem demografického stárnutí, ale právě tím, v jakém věku umožňují sociální systémy odchody z pracovní aktivity.

Trend přechodu zaměstnanců starších 50 let do ekonomické neaktivity (viz graf č. 8 a přílohu A) se stal celoevropským problémem, který souvisel s nízkou poptávkou po jejich práci na trhu. Za příčinu byla považována rostoucí kvalifikační mezera vzhledem k celkové populaci v produktivním věku a vysoký výdělek.

Graf č. 8



Pramen: Eurostat, Missoc 2005

Předmětem debat je stanovení zákonné hranice pro odchod do důchodu. Data z EU však ukazují, že zákonná hranice (statutární věk) pro odchod do důchodu není totožná se skutečným odchodem z trhu práce (viz graf 8 a přílohu A). Na grafu 8 vidíme, že průměrný věk, ve kterém dochází k reálnému odchodu z trhu práce (ukončení ekonomické aktivity) se v jednotlivých zemích výrazně liší. Graf 8 zachycuje údaje o statutárním věku odchodu do důchodu za ženy i muže zvlášť; průměrný věk odchodu z trhu práce je zde za obě pohlaví dohromady. Rozdělení podle pohlaví i co do odchodu z trhu práce viz příloha A graf 11 a 12.

Někteří autoři upozorňují na destimulující faktory k zaměstnání pracovníků v důchodovém věku (Bruthansová). Odvolávali se na nemožnost uzavírat pracovní smlouvu na dobu neurčitou, vyšší zdanění příjmů z ekonomické aktivity, neodůvodněně vysoké pojistné při nižším čerpání ze sociálních fondů (nemocenská a zaměstnanost).

Úroveň příjmů u starších osob ve věkovém pásmu 55 až 64 let a jejich domácností se vyznačovala značnými rozdíly oproti věkově mladším skupinám. V uvedené věkové fázi docházelo k zásadním změnám ve struktuře, úrovni a motivačnímu působení peněžních příjmů.

V České republice je zejména u pracovníků s nižším vzděláním, či bez vzdělání, problémem jejich malá motivace. Tyto osoby dávají přednost sociálním dávkám před nevalně placeným zaměstnáním. Navíc je pro starší osoby obtížnější zvyšovat kvalifikaci, protože úřady práce umožňují rekvalifikaci spíše mladším žadatelům. Nutno ovšem poznamenat, že starší pracovníci nemívají o rekvalifikaci a vzdělávání zájem také proto, že dokud jsou

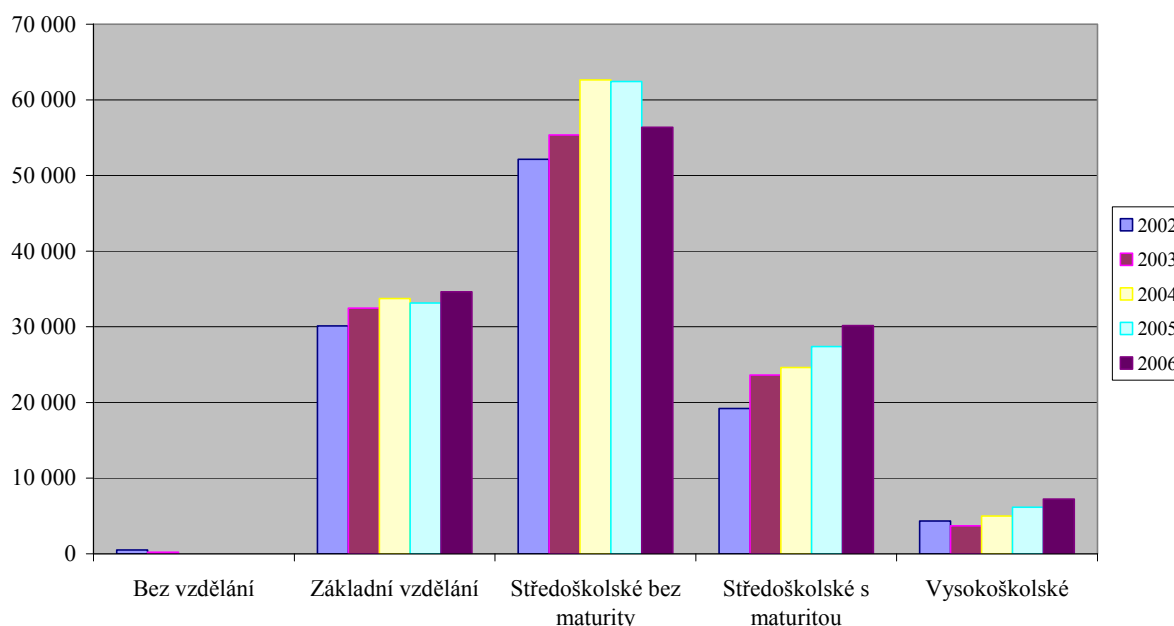
zaměstnaní, nepocitují v tomto směru tlak zaměstnavatelů a pokud jsou nezaměstnaní, je investice do vzdělávání nejistá, mimo jiné kvůli obavě z věkové diskriminace. Mladší pracovníci jsou pro zaměstnavatele levnější pracovní silou, vzhledem ke krátké praxi si nemohou nárokovat její zohlednění ve výši platu. Starší pracovníci hůře prožívají ztrátu zaměstnání, což brzdí jejich schopnost mobilizovat síly a hledat nové zaměstnání. Očekávají také, že v novém zaměstnání budou stejně mzdově ohodnoceni a že budou mít stejné postavení. Nicméně při dlouhodobé nezaměstnanosti mají větší tendenci přijmout i podřadné pracovní místo. Ve prospěch starších pracovníků působí velmi časté krátkodobé plánování zaměstnavatelů, které nekalkuluje se záměrem podporovat kariérní růst vlastních zaměstnanců a vytváří relativní výhodu pro starší zaměstnance, kteří mají zkušenosti.

Stáří bývá často spojováno s celkovou stagnací a regresí lidského života. I díky negativním stereotypům spojovaných se stářím neumí česká společnost, ale to platí i pro další západoevropské státy, využívat nabytých dovedností, znalostí a zkušeností této části populace. Staří lidé jsou často kategorizováni jako senilní, rigidní ve svém myšlení a způsobech, staromódní v morálce a dovednostech. (Vidovičová, 2005). Většina společenských oblastí je pak nastavena především podle parametrů mladších věkových ročníků. S tím úzce souvisí pojem „ageismus“ neboli věková diskriminace., která do značné míry ovlivňuje postavení seniorů a lidí v předseniorském věku v různých oblastech společenského života. Jednou z oblastí, kde senioři, ale také osoby v předseniorském věku, často čelí problémům, je uplatnění na trhu práce, a to jak vzhledem ke kvalitě dané pozice, setrvání v zaměstnání, tak i možnostem získání zaměstnání.

Kromě snížení výkonnosti, související s vyšším věkem, přispívá k vyšší nezaměstnanosti osob v předdůchodovém věku i nepříznivá kvalifikační struktura (nižší poprávka po pracovnících se středním vzděláním bez maturity – tj. zpravidla vyučených).

Graf č. 9

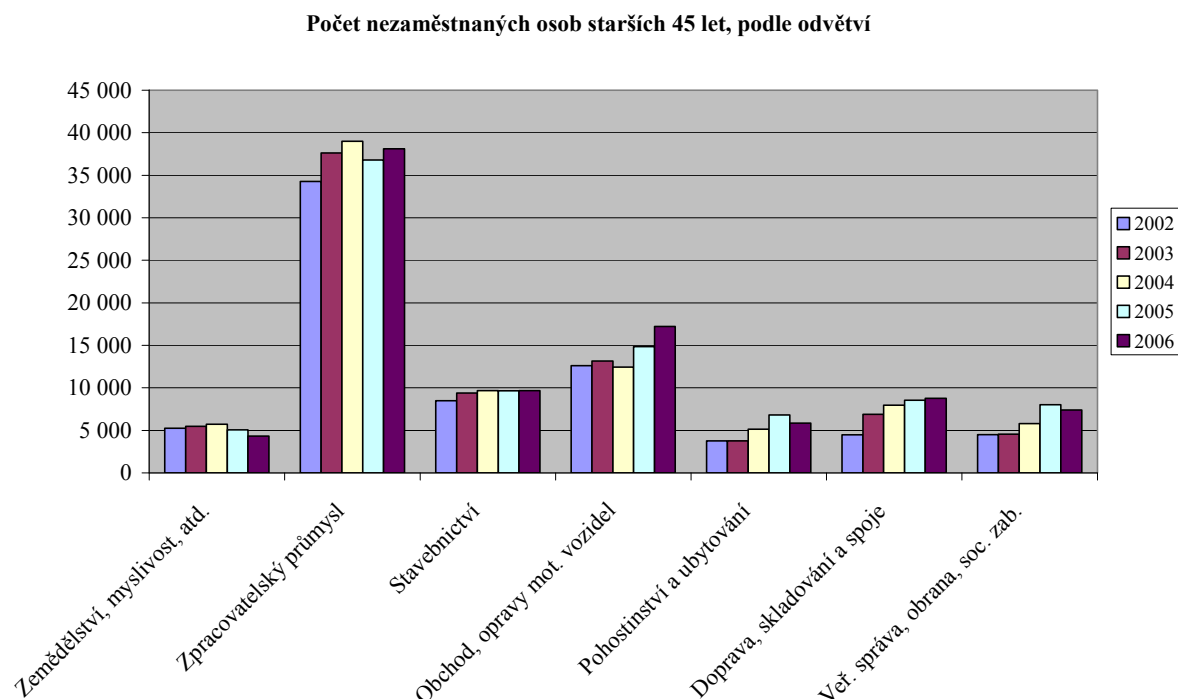
Počet nezaměstnaných osob starších 45 let, podle vzdělání (2002-2006)



Pramen: VÚPSV podle dat Výběrového šetření pracovních sil, ČSÚ 2202-2006

Největší část osob, které ztratily zaměstnání v předdůchodovém věku, byla zaměstnána ve zpracovatelském průmyslu (viz graf 10).

Graf č. 10



Pramen: VÚPSV podle dat Výběrového šetření pracovních sil, ČSÚ 2202-2006

Kromě nezaměstnanosti, která je dána víceméně „objektivními příčinami“ dochází i k diskriminaci z důvodu věku, tzv. ageismu. Ageismus byl poprvé definován koncem 60. let 20. století americkým psychiatrem Robertem Butlerem. Původní a dodnes pravděpodobně nejrozšířenější definice ageismu hovoří o stereotypizování a diskriminaci lidí pro jejich stáří. Pojem bývá někdy opisován synonymem „věková diskriminace“ nebo „diskriminace na základě věku“. Vidovičová (2005) ve spolupráci s Rabušicem provedla v roce 2003 první empirický výzkum na téma ageismu, kde ukázala, že problematika věkové diskriminace je v české společnosti živá, diskriminační techniky a instituce jsou identifikovatelné a individuální zkušenosti a reakce na věkově diskriminativní chování empiricky popsitelné.

Přestože diskriminace při přijímání starších pracovníků zaměstnavateli není ojedinělá, lze ji jen těžko prokázat, neboť z jednání o přijetí do zaměstnání nejsou povinně pořizovány písemné doklady a odmítnutí přijetí do zaměstnání zaměstnavatelé často zdůvodňují tím, že občan nesplňuje odborné nebo jiné předpoklady pro výkon dané profese. Pokud zaměstnavatel svůj diskriminační přístup nezmění ani po uložení pokuty úřadem práce, může se občan domáhat zjednání nápravy soudně. Je žádoucí, aby vláda působila na vytvoření takového legislativního prostředí, které významně podpoří a urychlí celý administrativní proces.

Zaměření státní politiky zaměstnanosti ve větší míře na skupiny ohrožené dlouhodobou nezaměstnaností se v praxi osvědčuje. Do skupin ohrožených sociální exkluzí patří též stárnoucí zaměstnanci, kterým by měla být věnována vyšší pozornost.

Špatný zdravotní stav a snížená pracovní schopnost negativně ovlivňuje zaměstnanost starších pracovníků. Podle údajů ČSÚ - při sčítání lidu 2001 (jehož právním podkladem pro realizaci byl zákon č. 158/1999 Sb.) se každý občan se zařadil do jedné ze tří stanovených skupin:

– *pracující* (zaměstnanci, zaměstnavatelé, podnikatelé a samostatně činní, pracující důchodci, pracující studenti a učni, ženy na mateřské dovolené - 28 nebo 37 týdnů)

– *nezaměstnaní* – uvedly všechny osoby 15leté a starší, které byly k 1. 3. 2001 bez práce, hledaly aktivně práci a byly připraveny k okamžitému nástupu do práce.

– *ekonomicky neaktivní* – uvedly všechny osoby, které k 1. 3. 2001 neměly příjem ze zaměstnání a zařadily se do skupin: nepracující důchodci ,ostatní s vlastním zdrojem obživy, žáci, studenti, učni ,osoby v domácnosti ,děti předškolního věku a ostatní závislé osoby.

Z tohoto vymezení je zřejmé, že mezi nepracující důchodce se řadily osoby pobírající starobní důchod či některou z dalších forem vyplácených důchodových dávek, a to bez věkového omezení. Mezi pracující důchodce se pak řadily osoby, které byly k datu sčítání v placeném zaměstnání (bez ohledu na výši pracovního úvazku) a zároveň pobíraly některou z forem důchodové dávky. I v tomto případě nebylo stanoveno věkové omezení.

Publikace *Senioři v České republice* vychází z údajů získaných při posledním sčítání lidu, domů a bytů 2001. V názvu publikace je záměrně užito termínu *senioři*, pod který autoři zařadili všechny osoby žijící na území České republiky, které v době sčítání lidu, domů a bytů 2001 dosáhly věku 60 a více let. Tento termín se tedy nekryje s označením důchodci, zahrnující několik variant (starobní, plně invalidní a další), jejichž počty nebyly při sčítání zjišťovány; jejich evidenci je pověřena Česká správa sociálního zabezpečení.

Při přípravě právních předpisů je potřeba dbát na zařazení institutů k prevenci a odstranění případného znevýhodňování z důvodu věku. Proto je potřeba provést revizi platných předpisů z hlediska případného znevýhodnění z důvodu věku a navrhnout opatření k odstranění disproporcí. Současně je nutno zvyšovat úroveň právního vědomí v oblasti rovného zacházení z důvodu věku a etických přístupů a využívat poznatky z oblasti lidských práv k odstraňování případného znevýhodňování a sociálního vyloučení. Stále je potřeba podporovat vznik a rozšiřování právních , psychologických, sociálních , zdravotních a jiných odborných materiálů, které bojují proti diskriminaci, sociálnímu vyloučení z důvodu věku, proti nepřijatelnému omezování práv a svobod seniorů. Proto je nutné rozšířit dimenze výzkumu procesu stárnutí a stáří, postavení a potřeb seniorů, se zřetelem na rozdíly mezi muži a ženami, aplikací metody genderového mainstreamingu.

Prvořadým cílem by měla být veřejná podpora setrvání v zaměstnání a vytváření podmínek pro zvýšení zaměstnanosti starších pracovníků. Preferování postupného odchodu do důchodu před možností předčasného odchodu do důchodu nebo jinou formou hmotného zabezpečení je ověřeno praxí řady zemí ES.

Hlavní problém u starších lidí je v nalezení správného zaměření rekvalifikace tak, aby tato byla pokud možno cílená a vedla k nalezení pracovního uplatnění a získání nových

kompetencí. V některých případech je současná kvalifikace pracovníků naprosto neodpovídající a doplnění znalostí je často obtížné. Starší lidé zejména s nízkou kvalifikací nejsou zvyklí se vzdělávat, k čemuž přistupuje stres a obavy o budoucnost. Pokud jsou zařazeni do rekvalifikačního kurzu, jsou nejčastěji vzděláváni spolu s mladšími lidmi, kterým jde vzdělávání rychleji a lépe. Jde např. o kurzy práce na PC, bez nichž se již žádná administrativní činnost v podniku neobejde. Obecným problémem je finanční zajištění vzdělávání, které je hlavním limitujícím faktorem u většiny firem. Zaměstnavatelé požadují, aby náklady na vzdělávání byly ve všech případech daňově uznatelným nákladem .

Udržením starších pracovníků na trhu práce se zabývá *Národní akční plán zaměstnanosti a Sektorový operační program rozvoje lidských zdrojů*. Pro uchazeče o zaměstnání byl v pilotní studii odzkoušen program *Nový start* a počítá se s jeho plošným rozšířením. Princip tohoto programu spočívá v přípravě individuálního postupu a většinou také v individuálním rekvalifikačním programu. Ukazuje se, že vzdělávací systém nedisponuje dostatečným počtem školitelů odborně připravených na vzdělávání dospělých. Řešením by mohla být ochota přistoupit na myšlenku uznávání výsledků neformálního vzdělávání a umožnit tak získat požadovaný kvalifikační stupeň.

Ukazuje se, že možnost zaměstnání na zkrácený úvazek není v ČR pro starší pracovníky atraktivní a příliš jí nevyužívají především pro nízkou úroveň mezd, která vytváří ekonomický tlak k zaměstnání na plný úvazek . Výdělková hladina seniorů a její pohyb nemotivuje starší zaměstnance k setrvání na trhu práce. Klesající úroveň mzdového ohodnocení práce v podnikatelské sféře (4/5 zaměstnanosti) vyjadřuje zájem zaměstnavatelů o využití mladších a výkonnějších pracovních sil a postupné vytlačování starších zaměstnanců z pracovní aktivity (podle výstupů Výběrového šetření ČSÚ téměř 1/3 nezaměstnaných v roce 2004 bylo starších 45 let).

V zemích EU jsou již v praxi ověřována opatření doporučená nadnárodními programy. Umožňuje to dopracovaná legislativa včetně již existujících finančních pobídkových mechanismů (5.2 a 5.3). Tyto u nás zatím chybí a skutečnost je na úrovni zaměstnavatelů i zaměstnanců - případně potenciálních živnostníků z řad seniorů – nemotivující. V opatřeních, která mají vytvořit podmínky pro rovnoprávný a aktivní život seniorů, je třeba postupovat daleko komplexně a účinněji.

Především je nutno odstraňovat příčiny nepřipustného omezování základních práv a svobod z důvodu věku a sociálního postavení, potírat diskriminaci a sociální vyloučení seniorů, posilovat mezigenerační solidaritu, soběstačnost, uznat přínos seniorů rodině a společnosti, podporovat postoje porozumění, tolerance a solidarity.

Report *Healthy Work in an Ageing Europe of ENWHP* umožňuje porovnat přístupy národních opatření k podpoře zdraví starších zaměstnanců uplatňované v ČR se zeměmi v tomto směru vyspělejšími. Toto srovnání stejně tak jako doporučení a závěry učiněné na konferenci v Linzi v červnu 2006 by měly sloužit jako východisko pro formulaci doporučení na podporu příslušných iniciativ na národní i podnikové úrovni.

V oblasti zdravého životního stylu a přístupu k péči postrádáme rozvoj koncepce, kterou EU označuje jako „politiku aktivního stárnutí“ (PAS). Ta zdůrazňuje základní fakt, že aktivní život ve stáří je především podmíněn absencí výraznějších zdravotních potíží, a ten je zase podmíněn celkovým průběhem života jedince – především tím, jak pečlivě se staral o své zdraví. Z těchto důvodů PAS klade obrovský důraz na osvětové a preventivní lékařské přístupy. Stejně velký důraz PAS ovšem klade také na to, aby se zdravotnictví připravilo na

fakt, že stále větší počty osob se budou dožívat i tzv. čtvrtého věku, který se vyznačuje zvýšením frekvence chronických chorob, což povede ke zvýšení poptávky po službách dlouhodobé lékařské péče. Součástí politiky aktivního stárnutí tedy musí být vypracování systému, jak tuto péči o dlouhodobě nemocné zabezpečit.

Senioři v porovnání s ostatními věkovými skupinami ve větší míře chtějí uplatnit své schopnosti a zkušenosti ve prospěch druhých. Nedostatečná nabídka takových činností může vést až k rezignaci a následně ke zhoršení celkového stavu.

Postrádáme zhodnocení potřeby užitečnosti seniorů jako jeden z prvků aktivizace. Je nutné podporovat činnost směřující k aktivnímu životu ve stáří. Zlepšovat podmínky pro provádění rehabilitace a rekondice současně s motivováním starších lidí setrvávat co nejdéle v pracovním procesu a snižovat tím náklady na zdravotní péči.

Stárnoucí obyvatelstvo nemusí být nezbytně obyvatelstvo méně zdravé.

Fyzické a psychické zdraví seniorů v pozdějších fázích života je přímo závislé na životním stylu v předcházejících letech. Zdraví člověka je nejdůležitějším předpokladem pro to, aby mohl vést aktivní a produktivní život jak v oblasti společenské tak ekonomické. Podporou zdraví pak nazýváme proces, který umožňuje lidem účinně ovlivnit řadu faktorů, které mohou zlepšit jejich zdravotní stav. Je pod tím zahrnuto množství různorodých aktivit, které pomáhají předcházet nemocem, ale také zlepšovat úroveň zdraví a zvyšovat zdravotní potenciál jednotlivce i celé společnosti. Podpora zdraví spočívá především ve změně a ozdravení životního stylu. V praxi se orientuje na oblast prevence, vzdělávání ke zdraví a zdravotní aspekty veřejných politik.

Intervence zaměřené na podporu zdraví odpovídají poznání v posledních padesáti letech především v oblasti determinant zdraví, které rozšířily znalosti o příčinách nemocí. Koncept determinant zdraví se stal jedním z klíčových východisek i pro strategické přístupy WHO při sestavování dílčích preventivních programů a programů zdraví, tak komplexního programu „Zdraví 21“.

Projekty a aktivity typu „Zdravé stáří“ jsou vzhledem ke stárnutí populace naléhavou společenskou prioritou. Mohou vycházet z Akčního programu ke stárnutí (Vídeň 1982, Madrid 2002) a z 5. cíle projektu Zdraví 21 tak, aby byl splněn cíl Zdraví 21 v problematice stáří, kterým je prodloužení o 20 % jak naděje dožití (life expectancy), tak naděje dožití bez disability. Další nadnárodní iniciativou je projekt Světové zdravotnické organizace Age-friendly Primary Health Care Centres (PHC centres - komunitní integrovaná geriatrická centra), který byl vyhlášen v září 2004. K jeho základním cílům patří posílení odpovědnosti obcí za seniorskou problematiku.

„Healthy Ageing“ je zároveň metodickým tématem IV.fáze Projektu WHO Zdravé město v Evropě, jehož realizace se očekává v rámci národních sítí tohoto hnutí v letech 2003-2007. Hlavním a zásadním vládním programem v tomto směru však je již výše uvedený Národní program přípravy na stárnutí 2003-2007.

Jak však uvedly konference nezávislých odborníků „Stárnutí po česku“ v letech 2004 a 2005 je realizace Národního programu přípravy na stárnutí 2003-2007 převážně proklamativní a formální. Současné evropské přístupy akcentují decentralizaci - přesunutí

těžiště pro seniorské politiky na regionální a komunální úrovni, zatímco v ČR úporně přetrvává povědomí, že „postarat se musí stát“.

Nedařilo se dosud popularizovat seniorskou problematiku dostatečně meziobčany - přetrvává pasivně konzumní a submisivní přístup s obavou z vlastní odpovědnosti. Lidé nejsou ochotni či dokonce schopni formulovat své představy o povaze a úrovni poskytovaných služeb. Tím méně jsou ochotni své představy prosazovat a hájit. Očekává se, že činnost nově vytvářených seniorských rad jako poradních orgánů státní správy a samosprávy přinese zásadní zlepšení. V roce 2006 byla ustavena Rada vlády pro seniory, v gesci Ministerstva práce a sociálních věcí. Těžkopádnost jednání i jejich nízká četnost však pravidlo formálnosti jenom potvrzují.

Rozvoj koncepce, kterou EU označuje jako „politiku aktivního stárnutí“ (PAS), zdůrazňuje základní fakt, že aktivní život ve stáří je především podmíněn absencí výraznějších zdravotních potíží, a ten je zase podmíněn celkovým průběhem života jedince – především tím, jak pečlivě se staral o své zdraví. Z těchto důvodů PAS klade obrovský důraz na osvětové a preventivní lékařské praktiky. Stejně velký důraz PAS ovšem klade také na to, aby se zdravotnictví připravilo na fakt, že stále větší počty osob se budou dožívat i tzv. čtvrtého věku, který se vyznačuje zvýšením frekvence chronických chorob, což povede ke zvýšení poptávky po službách dlouhodobé lékařské péče. Součástí politiky aktivního stárnutí tedy musí být vypracování systému, jak tuto péči o dlouhodobě nemocné zabezpečit.

Je potřebné pokusit se o iniciování a ověřování expertních představ, především osvědčených zahraničních modelů, zdola – nejlépe v prostředí motivovaných a dobře organizovaných obcí zapojených do hnutí Zdravých měst. Je reálné pokusit se o rozběhnutí seniorského projektu navazujícího na další programy WHO - Zdravou školu, Bezpečné komunity, Zdravé regiony a Zdravé pracoviště. Smyslem a cílem by mělo být zlepšení kvality života, funkční zdatnosti, zdraví, společenské integrace (participace) včetně mezigeneračních vztahů a také zvýšení účelnosti seniorských služeb zdravotnických i zdravotně sociálních.

Z iniciace expertů Gerontologické společnosti ČLS J.E.P., koordinátorů komunitních programů především Národní sítě zdravých měst a kanceláře WHO v ČR bylo navrženo realizovat projekt „Zdravé stáří v ČR“. Při jeho realizaci je využito komunitních zkušeností občanského sdružení Život 90, včetně jeho modelového komplexního multifunkčního seniorského centra, domu Portus v Praze. Využít lze i další stávající aktivity na komunitní úrovni a metodiku komunitního plánování. Tým expertů sdružený k tomuto projektu rovněž formuloval doporučení na podporu příslušných iniciativ k vytváření nástrojů podpory zdraví pro účastníky procesu na politické úrovni, které by přispěly k aktivnímu přístupu k péči o zdraví u stárnoucí populace. Ty jsou zapracovány v této práci v kap. 7 doporučená opatření.

Po roce 1990 vypracované a vládou schvalované České varianty programů WHO iniciovaly oblast veřejného zdravotnictví orientovanou na podporu zdraví. Především cestou programů WHO se realizují intervence v komunitách měst, škol, regionů i podniků. Zaměření se na starší populaci je však mezi nimi stále ojedinělé. O prostředí podnikovém/firemním, které by se cíleně zabývalo stárnoucí ekonomicky aktivní populací toto tvrzení platí dvojnásob, tak jak vyplynulo z šetření v rámci členských zemí EU a porovnání českého a rakouského prostředí v tomto směru.

7. Doporučená opatření

Na základě provedené situační analýzy dostupných dat a východisek souvisejících se stárnutím ekonomicky aktivní populace, srovnávací studie mezi Českou republikou a vybrané země EU, znalosti podmínek a doporučení uplatňovaných při podpoře zaměstnávání seniorů v dalších zemích EU jsou navržena opatření a iniciativy propagující podporu zdraví u stárnoucích zaměstnanců v České republice jak na úrovni národní (dle terminologie EU - makrostrukturální) tak podnikové (mikrostrukturální). Zároveň jsou formulovaná doporučení pro návazné služby, tj. doporučení pro pracovně-lékařské služby, orgány ochrany veřejného zdraví, zdravotní ústavy a výzkumná a vzdělávací pracoviště.

Navržená opatření by měla sloužit jako východisko pro přípravu programů podpory zdraví stárnoucí populace na pracovišti a modelů pro správný postup a dále pro navržení strategie a politiky, která by umožňovala standardně tyto doporučené postupy v praxi uplatňovat.

7. 1. Opatření pro národní úroveň (makroúroveň)

Jsou formulována **doporučení na podporu příslušných iniciativ k vytváření nástrojů podpory zdraví pro účastníky procesu na politické úrovni**, které by přispěly k aktivnímu přístupu k péči o zdraví u stárnoucích zaměstnanců tak, aby mohli v dobrém zdravotním stavu zůstat déle ekonomicky aktivní:

- Vytvořit podmínky pro to, aby byla posílena sociální a ekonomická úloha starších pracovníků a v této souvislosti ji zajistit odpovídajícími legislativními opatřeními.
- Podporovat vytváření takových pracovních podmínek a ochrany zdraví, které umožní, že pracovníci se plně uplatní i ve starším věku.
- Povzbuzovat starší osoby, aby dále pracovali tak, jak jim to jejich zdravotní stav umožňuje a tím změnit (zlepšit) poměr mezi nepracujícími důchodci a pracujícími staršími zaměstnanci.
- Podporovat propojení podpory zdraví, péče o zdraví a bezpečnost při práci a vytváření komplexního a koordinovaného systému řízení a edukace v této oblasti, včetně vytváření vhodných psychosociálních podmínek práce, za účasti organizací zaměstnavatelů, odborů, zdravotních pojišťoven, státní a veřejné správy a nevládních organizací.
- Navrhnout zákonné úpravy v daňové oblasti, které umožní více rozvíjet ochranu a podporu zdraví a posilovat vazby zdravotního, nemocenského a úrazového pojištění na zvýšení stimulace a motivace podniků.
- Dlouhodobě podporovat a rozvíjet opatření, programy a postupy, které by prostřednictvím podpory zdravého životního stylu a zdravého stárnutí vedly ke zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva, omezovaly růst počtu závislých seniorů a podporovaly aktivní život seniorů. Vytvářet předpoklady pro udržení fyzických a psychických schopností jak osob produktivního věku, tak i seniorů, a to prostřednictvím aktivizace, sociálního začlenění, vytvářením rovných příležitostí,

rozšiřováním možností rekondice, rehabilitace a osobního rozvoje. Podporovat vědomí vlastní odpovědnosti za přípravu na stárnutí a stáří.

- Zlepšovat stav životního prostředí, které ovlivňuje kvalitu života, předcházet úrazovosti a závislosti seniorů odstraňováním bariér (architektonických a dopravních) na veřejnosti i v domácím prostředí.
- Zvyšovat informovanost občanů v oblasti ochrany zdraví, prevence nemocí a úrazů, předcházení nepříznivým důsledkům nemocí, zdůrazňovat odpovědnost jedince za kvalitu svého života.
- Vést cílenou vzdělávací a poradenskou činnost pro střední generaci a seniory se zaměřením na zásady aktivního stárnutí, zejména racionální výživu, životosprávu, pohybové a duševní aktivity.
- Podporovat opatření ke zlepšování pracovního a životního prostředí jako faktoru kvality života.
- Podporovat rozvoj volno časových aktivit seniorů včetně dobrovolnického hnutí a jiných forem společenské participace.
- Vytvořit podmínky pro uplatňování rehabilitace a rekondice, zlepšovat pracovně lékařskou péči, rozšiřovat možnosti rekreačních kapacit, podporovat sportovně rekreační aktivity, kondiční cvičení jako prostředky k podpoře zdravého životního stylu.
- Podporovat pozitivní mezigenerační vztahy s eliminací projevů věkové diskriminace a segregace.
- Ve spolupráci s odbornými lékařskými společnostmi podporovat vznik a realizaci projektů zaměřených na duševní zdraví seniorů, předcházení úrazům a zraněním v důsledku násilí na seniorech, předcházení důsledkům civilizačních chorob a podporovat programy prevence.

Doporučení pro zaměstnavatele, odbory a další orgány:

- Pracovní kapacita, nikoliv věk je kritériem pro zaměstnání pracovníků.
- Zaměstnavatelé by měli zajistit dostatečnou flexibilitu v obsahu práce a pracovního prostředí tak, aby odpovídala podmínkám starší populace. Pracovníci by se měli podílet na rozhodování či na akcích, které ovlivňují jejich práci.
- Organizace práce musí být flexibilní tak, aby byla umožněna úprava pracovní doby a dostatek času pro plnění rodinných povinností.
- Každému zaměstnanci by měla být umožněna odpovídající pracovní výchova a výcvik jako základní komponenta práce. Výcvik by měl obsahovat též možné předpokládané technické změny na pracovním místě, na případnou jeho úpravu s ohledem na věk pracovníka a zajistit jeho uplatnění i rozvoj dovedností a pracovní spokojenost.

Doporučení zaměřena na aktivní politiku zaměstnanosti

Prostřednictvím Úřadů práce je možné využít existující programy v rámci Strukturálního operačního programu Rozvoje lidských zdrojů. Jedná se zejména o:

- Pomoc při hledání zaměstnání, intenzivní individuální poradenství, či speciální rekvalifikace přizpůsobené potřebám této věkové skupiny.
- Dotace na tvorbu nových pracovních míst, které jsou smluvně vázány na zaměstnávání starších uchazečů o zaměstnání..
- Subvence na částečnou nebo plnou úhradu mzdových nákladů při zaměstnávání starších uchazečů o zaměstnání.
- Veřejně prospěšné práce, jako krátkodobé zaměstnání, které umožňuje udržovat základní pracovní dovednosti a návyky zejména u dlouhodobě nezaměstnaných.
- Finanční pomoc nebo dotace při zahájení samostatné výdělečné činnosti.
- Příspěvky na zřízení chráněných pracovišť a chráněných dílen, vzhledem k tomu, že starší uchazeči o zaměstnání nežádají mají změněnou pracovní schopnost.

7.2. Opatření pro podnikovou sféru (mikrouroveň)

Zachování dobré pracovní schopnosti stárnoucích pracovníků závisí na řadě činitelů a lze ji pozitivně ovlivnit zlepšováním kvality pracovního prostředí, redukcí zdravotních rizik, zlepšenou organizací práce, pracovních-lékařské péče se zaměřením na prevenci a také respektováním geriatrických aspektů. Důležitou oblastí je uplatňování nástrojů a pobídek k lepší motivaci každého jednotlivce k aktivní péči o vlastní zdraví, pracovní schopnost a k soustavnému vzdělávání v BOZP.

Zlepšení řízení a organizace práce

- vytváření adaptabilních a flexibilních pracovních míst
- umožnění regulace vlastní práce - zvyšovat možnost volby vlastního tempa práce, vlastního designu práce, volby metod apod.
- přizpůsobování náplně práce stárnoucím pracovníkům - zejména jde o přiměřenost práce a přizpůsobení pracovní náplně (event. příprava nových pracovních míst, vytipování prací a pracovních míst vhodných pro zaměstnance se zdravotními problémy a sníženou pracovní kapacitou)
- zlepšení kvality managementu podniku. Vedoucí pracovníci by měly být školeni a připravováni na problematiku stárnoucích pracovníků. Měli by připravovat a promýšlet změny pracoviště, pracovních míst, úpravu práce, regulovat vztahy mezi stárnoucími a mladšími pracovníky. Nezbytné je provedení analýzy současného stavu a výhledů věkové struktury zaměstnanců a vypracování plánu personální politiky včetně plánu na využití intelektuální kapacity stárnoucích pracovníků. Pozornost je také třeba věnovat zlepšování organizační kultury podniku.
- poskytování stárnoucím pracovníkům možnosti flexibilní pracovní doby
Řešit režim práce a odpočinku, noční práci, směnnost apod. Flexibilní pracovní čas je důležitý pro udržení zdraví, umožnění učení nových poznatků a zvládnutí nových technologií.
- důsledné prosazování nulové tolerance k věkové diskriminaci. Vytváření příležitosti pro mezigenerační spolupráci
- Příprava výukových a výcvikových programů pro starší pracovníky, příprava pobídkového systému pro stárnoucí pracovníky.

Zlepšování kvality pracovního prostředí, redukce zdravotních rizik

- snižování expozice škodlivým faktorům pracovního prostředí
- snižování fyzické zátěže u starších pracovníků o 20-30%. Snížení může být provedeno například snížením délky expozice, změnou úkolů, využitím poznatků z ergonomie nebo úpravou režimu práce a odpočinku. Omezeny by měly být zejména nepříznivé pracovní polohy, manipulace s těžkými břemeny a repetitivní práce.
- zlepšení psychosociálního prostředí, což znamená podporu stárnoucích pracovníků a využití jejich zkušeností. Špatné psychosociální prostředí zvyšuje riziko psychosomatických obtíží, které často bývají příčinou pracovních neschopností a předčasného odchodu do důchodu pro pracovní nezpůsobilost

Zlepšování kvality pracovně-lékařské péče

- Snižováním intervalu mezi jednotlivými řadovými preventivními prohlídkami u zaměstnanců, kteří nepracují v riziku (od 50let věku na 3 roky)
- Využitím metod prevence chronických onemocnění, přípravou a realizací speciálních programů podpory zdraví, které přinášejí slibné výsledky při zlepšování pracovní schopnosti stárnoucí populace
- Využitím dostupných screeningových vyšetření pro včasné odhalení některých onemocnění (vyšetření na osteoporózu, mamografické vyšetření, haemocult test, preventivní urologická a ortopedická vyšetření apod.).
- Důsledným zajištěním periodických zdravotních prohlídek u všech zaměstnanců starších 45 let. Měly by se zaměřit na zjišťování:
 - Zhoršení svalové síly a výkonnosti, stav kardio-respiračního systému
 - Změn týkajících se zraku, sluchu, svalově-kosterního aparátu, které by měly být podnětem pro vhodné úpravy (změny) pracovního prostředí a poskytnutí pomůcek
 - Lékař by měl pracovníka informovat o faktorech ohrožujících život a zdraví a jak se jim bránit; při vyšetření musí být použity standardizované metody a výsledky musí být systematicky zaznamenávány jak pro praktické, tak pro výzkumné účely.
 - Zaměstnavatelé i zaměstnanci by měli podporovat tvorbu dlouhodobých programů na ochranu zdraví a podobné veřejné zdravotní iniciativy ve vztahu k životnímu stylu (kouření, alkoholismus, výživa, tělesné cvičení), které přispívají k udržení zdraví a síly i v pokročilém věku.

Doporučení vzdělávacím a výzkumným pracovním zabývajícím se ochranou a podporou zdraví zaměstnanců, výzkumem v této oblasti a přípravou odpovídajících odborníků

- Součástí výuky odborníků pracovního lékařství a bezpečnosti práce, zdravotníků, hygieniků, ergonomů, fyzioterapeutů, by měly být poznatky o stárnutí ve vztahu k práci. To se týká jak profesionální přípravy, tak postgraduálního školení.
- Je nutné rozšířit výzkum týkající se jak pracovní zátěže, tak potřeb starších pracovníků. Výzkum zaměřený na „lidské faktory“ by měl pokrývat celou oblast

věkových skupin. Aby bylo možno zajistit a zhodnotit účinky věku ve vztahu k životnímu stylu a faktorům prostředí, měl by se výzkum týkat též rozlišení těchto faktorů od biologických projevů stárnutí. Studie by měly poskytnout informace o poznacích umožňujících úspěšné stárnutí v kontextu s prací. Měly by být zaměřeny nejen na teoretické aspekty, ale také na valorizaci a hodnocení metod adaptace profese (práce), tak, aby odpovídala starším osobám.

- Pro rozvoj péče o zdraví starších pracovníků by měly být shromážděny informace o výskytu onemocnění z práce, o odchodu do důchodu v důsledku pracovní nezpůsobilosti se zřetelem na pohlaví, typ práce a věk. Měly by být zpracovány databáze a další informace, které by poskytly systematický obraz o starších pracovnících a o problémech, s nimiž se setkávají.

8. Závěr

Investice do programů podpory zdraví a zlepšení pracovního prostředí mohou přinést zaměstnavatelům zlepšení zdravotního stavu pracovníků a tudíž i zvýšení produktivity práce, snížení absencí, zvýšení pracovní morálky, redukci stresu, zlepšení kvality života zaměstnanců a optimalizaci správné výrobní praxe. Pro zaměstnance znamená účast v programech příležitost pro zlepšení zdraví, lepší pracovní uspokojení, zvýšení sebevědomí, pocit celkové pohody a zejména zvýšenou zaměstnatelnost, neboť zdravý člověk v dobré fyzické a psychické kondici má lepší předpoklady uplatnit se na trhu práce. Podpora zdraví na pracovišti ale může mít úspěch pouze tehdy jestliže je to společné úsilí zaměstnavatelů i zaměstnanců.

Česká republika je země, která je ve stadiu vývoje, se specifickými problémy, ale zároveň i příležitostmi. Tato práce otevřeně popisuje současný politický proces i systémové výzvy v oblasti podpory zdraví stárnoucí populace v České republice. Hodnocení se v uvedeném kontextu zaměřuje především na analýzu problémů, lze tedy očekávat kritická zjištění. Nicméně tato práce vychází z upřímné snahy rozpoznat příležitosti pro takové aktivity, které budou stimulovat pozitivní vývoj, budou vycházet ze stávající situace a kapacity České republiky a zároveň čerpat ze zkušeností a důkazů získaných v ostatních evropských státech i v širší mezinárodní odborné veřejnosti zabývající se podporou zdraví.

Analýzy provedené v této zprávě by měly posloužit jako otevřené posouzení velmi složité sféry podpory zdraví. Odkazy na slabá místa je třeba chápat jako upozornění na oblasti, v nichž je především nutné přijímat další opatření s cílem vytvářet podmínky pro dobrý zdravotní stav populace. Zároveň se tato upozornění týkají skutečných nebo potenciálních rizik, která mohou ohrozit dosažení žádoucího stavu. V každém z těchto případů byla navržena řada možností a postupů jak řešit příslušná systémová omezení. Návrhy vycházejí ze zkušeností jiných zemí, z opatření, která se jinde osvědčila v praxi, a také z důkazů vzešlých ze systematického mezinárodního hodnocení účinné podpory zdraví ve 21. století.

I přes složitost nezbytných legislativních, finančních, organizačních a vzdělávacích úprav, lze všeobecně konstatovat, že zaměstnavatelé i zaměstnanci by měli podporovat tvorbu dlouhodobých programů na ochranu zdraví a podobné veřejné zdravotní iniciativy ve vztahu

k životnímu stylu (kouření, alkoholismus, výživa, tělesné cvičení), které přispívají k udržení zdraví a síly i v pokročilém věku.

Rovněž zaměstnavatelé, manažeři, vedoucí pracovníci a všichni, kteří ovlivňují organizaci práce, skladbu pracovních postupů, spoluvytváří pracovní prostředí, i technická zařízení, by měli být pro svou úlohu náležitě připraveni, vycvičeni a měli by mít k dispozici příslušné informace o tom, jak práci a prostředí přizpůsobit starším zaměstnancům a umožnit tak uplatnit jejich dovednosti a zkušenosti.

Všechny navržené změny a doporučení nelze uskutečnit v krátkém časovém horizontu, ale vyžádají si dlouhodobé a trvalé nasazení komplexního jasně definovaného přístupu. Na podporu implementace těchto aktivit by měla být zaměřena i další mezinárodní spolupráce České republiky s Evropskou komisí a Regionální úřadovnou WHO pro Evropu.

9. Literatura

Akční plán zdraví a životního prostředí, usnesení vlády č.810/1998

Anderson, A., Kickbusch, I. (eds.): *Health Promotion, A Resource Book*, WHO-ROE, Copenhagen 1990

Astrand,I., *Arbeitsphysiologie*, Stuttgart-New York,Schattauer Verlag,1987.

Baltic Sea Network on Occupational Health and Safety. Report on the Fifth Annual Meeting. Berlin, Germany, 18-19 November 1999.

Baranski, B., Dam, H. B.: Review of occupational health in the last decade in the European Region. *In: Overview of the environment and health in Europe in the 1990s*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1999 (EUR/ICP/EHCO020205).

Beneš, S.: Zlepšování perspektiv starších lidí na trhu práce. *Sociální politika*, Česká republika: MPSV Praha, č. 4/2002, str. 13-14

Bezpečnost práce u starších věkových skupin. Projekt HS 57/00, VÚBP, Praha, 2000

Boukal, Ch., Meggeneder,O.: *Healthy Work in an Ageing Europe. A European Collection of Measures for Promoting the Health of Ageing Employees at the Workplace*. Mabuse-Verlag Frankfurt am Main, 2005

Branckaerts,J., Gielen,P.: *Self-Help: A Bibliography*. International Information Centre on Self-Help & Health, WHO-ROE, Copenhagen 1989

- Brátková, J.: Jak si lidé představují svůj život ve stáří a jeho finanční zabezpečení? *Sociální politika*, Česká republika: MPSV Praha, č.9/1998, příloha V-VII
- Bruthansová, D., Červenková, A., Kolářová, M.: *Vývoj invalidity v České republice a ve vybraných zemích EU*. Praha, VÚPSV, 2002
- Bruthansová, D., Červenková A., Pechanová M., Vávra A., Míková V. : *Vypracování metody pro zjišťování pracovního potenciálu osob se zdravotním postižením, vzniklým po pracovním úrazu nebo nemoci z povolání*, VÚPSV, Praha 2005
- Catford, J., Nutbeam, D.: *Towards a Definition of Health Education and Health Promotion*. *Health Education Journal*, 43, 1984, 2/3, 38
- CEFIC, *Responsible Care: Health, Safety and Environmental reporting guidelines*, Brussels, 1998, European Chemical Industry Council – CEFIC.
- Chenoweth D.H. Podpora zdraví na pracovišti, supplement časopis *Homeostasis in Health and Disease*, 1-2(2003), 180
- Commission of the European Communities. Proposal for a Decision of the European Parliament and of the Council adopting a programme of Community action in the field of public health (2001-2006). Brussels. 16.5.2000, COM(2000)285 final, 2000/0119 (COD)
- Cooper, E.: Pieces of the Shortage Puzzle: Aging and Shift Work. *Nursing Economics*, March-April 2003, Vol. 21, No. 2
- Dettels, R., Holland, W.W., McEwen, J., Omenn, G.S (eds.): *Oxford Textbook of Public Health*, 3rd ed., Vol.3: The Practice of Public Health. Oxford university Press 1997
- Developing comprehensive health policy: why and how. A guide for the workplace. Ottawa, Health Canada, 1998 (ISBN 0 662 26632 3).
- Dhillon, H.S., Golema, D.: *Meeting Global Health Challenges: A Position Paper on Health Education*, IUHPE, WHO 1992
- Gilbertová, S., Matoušek, O.: *Ergonomie*, Avicenum, Praha, 2002.
- Grivna, M., Benešová, V., Šteflová, A., Čelko, M.: Childhood injury control efforts in the Czech Republic, Proceedings of the Safe Community 6, The Sixth International Conference on Safe Communities – Consolidating Communities Against Violence, Johannesburg, 1997, s.19
- Economic impact of occupational safety and health in the member states of the European Union. Bilbao, European Agency for Safety and Health at Work, 1999 (ISBN 92 828 2634 1).
- European Agency for Safety and Health at Work: *Employability Bilbao Conference June 2000*
- European Commission, Employment and Social Affairs, Health and Safety at Work. *Guidance on work-related stress: spice of life or kiss of death?* Luxembourg, 2000, Office for Official Publications of the European Union, ISBN 92-828-9806-7
- European Network Workplace Health Promotion (ENWHP), Final Report – 1998, Co-operation with the National Contact offices. Dortmund/Berlin, 1999
- Eurostat, Missoc 2005

- Good practice in Occupational Health Services. A contribution to Workplace Health, WHO/EURO, 2002
- Haškovcová, H.: Rub života- líc smrti. Orbis Praha. 1975
- Health 21: the health for all policy framework for the WHO European Region. European Health for All Series, no. 6, WHO, Copenhagen, 1999
- Health Care Systems in Transition: Czech Republic. European Observatory on Health Care Systems, 2005
- Holčík, J.: *Společná cesta ke zdraví. Úvod do evropské strategie*. Praha, Avicenum 19
- Charvát, J.: Život, adaptace a stres, Praha 1970
- Ilmarinen, J.: Towards a Longer Worklife! Ageing and the duality of worklife in the European Union. Finnish Institute of Occupational Health. Ministry of Social Affairs and Health. Helsinki, 2006.
- Ilmarinen, J., Lehtinen S, ed: Past, present and future of work ability, employability and employment. Finnish Institute of Occupational health, Ministry of Social Affairs and Health, Ministry of Labour, Helsinki, 1999
- ILO: The Global Program on Occupational Safety, Health and Environment
- Investing in Health. World Development Report Executive Summary*. World Bank, Washington 1993
- Jiráček, Z.: Výsledky šetření fyzické zdatnosti vybraných skupin průmyslové populace Severomoravského kraje. *Pracov. Lék.*, 26, 1974, č. 7, s. 248-251.
- Kalvach, Y., Zadák, Z., Jiráček, R., Zavázalová, H., Sucharda, P. a kol: *Geriatric gerontology*. Praha, Grada Publishing, a.s. 1. vyd. 2004, 864 str. ISBN 80-247-0548-6
- Kaplan, N.: *Kaplan's Clinical Hypertension*, 9th edition, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia 2006
- Kolacia, L., Hlávková, J., Vavřínová, J., Cikrt, M., Šteflová, A.: Stárnoucí pracovní populace. *České pracov. Lék.*, 7, 2006, č. 4, s. 212 – 216.
- Kuchařová, V., Rabušic, L., Ehrenbergerová, L.: Život ve stáří, Zpráva o výsledcích empirického šetření, SOCIOKLUB - VÚPSV, Praha 2002
- Letvak, S.: The Experience of Being an Older Staff Nurse. *Western Journal of Nursing Research*, 2003, 25(1),
- Loch H.-J. at al. Occupational Health and Risk Management System (OHRIS), Bavarian Ministry of State for Labour and Social Affairs, Family, Women and Health, Munich, 1998
- MacDonald E., Baranski B, Wilford J. Occupational Medicine in Europe: Scope and Competencies. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2000.
- Matoušek, O., Maclová, I.: *Bezpečný podnik. Starší pracovník. Příručka pro zaměstnavatele*. Praha, Výzkumný ústav bezpečnosti práce, 2002, 23 str.
- Methods for health impact assessment in environmental and occupational health: report of a WHO/ILO consultation. Geneva, World Health Organization and International Labour Organization, 1998 (WHO/EHG/98.4, ILO/OSH/98).

Mossink, J., Licher, F.: Costs and benefits of occupational safety and health. Proceedings of the European Conference on Costs and Benefits of Occupational Safety and Health. Amsterdam, NIA TNO B.V. 1998. ISBN 90 6365 160 0

Making Health Communication Programs Work. A Planners Work, US Dept. of Health, NIH Publication No. 89-1693 1989

Manoff, R.K.: *Social Marketing: New Imperative for Public Health*. Praeger 1985

May, D., Reed, K., Schwoerer, C., Potter, P.: Ergonomic Office Design and Aging: A Quasi-Experimental Field Study of Employee Reactions to an Ergonomic Intervention Program. *Journal of Occupational Health Psychology* 2004, Vol. 9, No. 2,

Morschhauser, M., Sochert, R.: Healthy Work in an Ageing Europe. Strategie and Instruments for Prolonging Working Life. European Network for Workplace Health Promotion. Essen, 2006.

Mossink J.C.M.: Guidelines for Economic Appraisal for Safety and Health at Work. Understanding and Performing Economic Posouzení at the Company Level. TNO, March 2000.

Národní program zdraví – dlouhodobá strategie, MZ ČR, Praha 1994

Paoli, P., Merllie, D.: Third European working conditions survey 2000. European foundation for the improvement of Libiny and working conditions, Office for official publications of the European Communities, Luxemburg 2001.

Ottawa Charter for Health Promotion. WHO, Ottawa, 1986

Papeš, Z., Šteflová, A.: Efekty dosavadního rozvoje zdravotnictví ČR a potřeby jeho dalšího rozvoje, MZ ČR, Praha, 1999

Puska, P., Tuomilehto, J., Nissinen, A., Vartiainen, E.(eds.): *The North Karelia Project: 20 Year Results and Experiences*. Helsinki, KTL, WHO 1995

Rabušic, L.: Stárnutí populace jako pohroma nebo jako sociální výzva? Praha, 2002

Rabušic, L.: *Česká společnost stárne*. Brno: Masarykova univerzita Brno, 1995. 192 s. ISBN 80-210-1155-6.

Rabušic, L.: Časové aspekty českého důchodového věku. *Sociologický časopis*, Praha : Sociologický ústav AV ČR, roč. 34, č. 3. 1998, s. 267-284

Rabušic, L.: Why are they all so eager to retire (on transition to retirement in the Czech republic). *Czech Sociological Review*, Praha: Sociologický ústav AV ČR, roč. 40, č. 3/2004, str. 319-342

Rantanen, J.: The changing world and challenges to occupational health and safety. The FinEst bridge, Finnish-Estonian collaboration in occupational health, Finnish Institute of Occupational Health, Helsinki, 2002

Regulations relating to systematic health, environment and safety activities in enterprises (internal control regulations). Royal Decree of 6 December 1996. Oslo, Tiden Norsk Forlag As., 1996.

Respiratory Health Effects of Passive Smoking: Lung Cancer and Other Disorders. USEPA, Washington 1992

Rozvoj primární péče v České republice, závěrečná studie projektu Phare CZ 9201-24.01-L002, Praha, 1997

Seminar on Safe Communities, Stockholm, 1994

Vidovičová L., Rabušic L.: Věková diskriminace - ageismus: úvod do teorie a výskyt diskriminačních přístupů ve vybraných oblastech s důrazem na pracovní trh.

Praha, VÚPSV - výzkumné centrum Brno 2005

Vidovičová, L.: Služby zaměstnanosti pro klienty – starobní důchodce v zemích EU a vybrané problémy v kontextu ČR, VÚPSV 2005

Strategies to Control Tobacco Use in the United States. US Dept. of Health and Human Services 1990

Struk, P., Seifert, B., Beneš, V., Jindrák, V., Šteflová, A.: Hodnocení primární péče – 1. část – přehled projektu a metodika, Zdravotnictví v České republice, 4/VII/ 2004, str.144 – 152

Šteflová, A.: Zdravotně hygienická problematika při výrobě polyvinylchloridu v k.p. Spolana, atestační specializační práce, Praha, 1990

Šteflová, A.: Promotion of Health in the Workplaces under the Conditions of Political, Social and Economic Changes of the Czech Republic, Abstrakta XIII. Světového kongresu Bezpečnosti a zdraví při práci, Dillí, Indie, 1993 Národní program obnovy a podpory zdraví- střednědobá strategie, MZ ČR, NCPZ, Praha, 1992

Šteflová, A.: Health Care Policy and Health Promotion Programmes, předneseno na workshopu WHO-EURO, IPVZ, Praha, 1995

Šteflová, A.: Národní program zdraví, předneseno na sympoziu S.P.I.R.I.T., Obecný dům, Praha, 1993

Šteflová, A.: Národní program zdraví, Prakt. Lék., 74,1994, suppl., s.25-26

Šteflová, A.: Zdravý podnik, Bezpečnost a hygiena práce, 4, 1993, s.145-148

Šteflová, A.: Program of Injury Prevention in the Czech Republic, The 4th Travelling

Šteflová, A.: How to organize a National Support Program for Community Safety Promotion with Special Emphasis on Vulnerable Groups in the Czech Republic, , The 5th Travelling Seminar on Safe Communities, New Mexico, 1994

Šteflová, A.: Rozvoj primární péče v ČR, Zdravotnictví a zdravotní pojištění, 1-2, ročník 1, 1997

Šteflová, A.: Tvorba projektu rozvoj primární péče a jeho koordinace, předneseno na semináři programu Phare v Lékařském domě, Praha, 1997

Šteflová, A.: Výhledová koncepce primární zdravotní péče, předneseno na semináři z ekonomiky zdravotnictví na téma „ Budoucí role primární péče v systému zdravotní péče, Národohospodářský ústav, Praha, 1996

Šteflová, A.: Představení projektu Phare, předneseno na semináři zaměřeného na primární péči a roli praktického lékaře ve zdravotnickém systému, Poslanecká sněmovna, Parlament ČR, Praha, 1997

- Šteflová, A.: Prevention in Primary Care in the Czech Republic, Abstrakt Book, Invitational Conference of European Network to Engage GP (EURECA), London, 1997
- Šteflová, A., Horváth, M.: Progress Report – Implementation of National Program of Workplace Health Promotion under the Condition of Economic Transformation (Experience of National Network in the Czech Republic), HOMEOSTASIS in Health and Disease, 39, 5, 1999
- Šteflová, A., Národní rozvojové plány v EU a ČR, závěrečná práce programu EUROPEUM, Praha , květen 2001
- Šteflová, A., Horváth, M.: Conditions for starting workplaces health promotion programs in Czech small and Middlesized enterprises, HOMEOSTASIS in Health and Disease, 41, 2001, No 1-2
- Šteflová, A. : Národní rozvojové plány v EU a ČR, Zdravotnictví v České republice, roč. 4, č.1-2/2001
- Šteflová, A.: Národní rozvojový plán - účast resortu zdravotnictví, Zdravotnictví v České republice, roč.4, č.3-4/ 2001
- Šteflová, A.: Condition for Launching Workplace Health Promotion in the Accession Countries, presentováno na the European Conference on Promoting Workplace Health, Barcelona, 2002
- Šteflová, A. : Předmluva k českému vydání Podpora zdraví na pracovišti, David H. Chenoweth,Phd., Supplementum časopisu HOMEOSTASIS in Health and Disease, vol 42 (1-2), 2003, str. 6
- Šteflová, A.: Úloha Světové zdravotnické organizace, její přínos a možnosti ovlivnění zdravotní politiky v České republice, REVUE České lékařské společnosti, Roč 1,č.2,2004, str.56-57
- Šteflová, A.: Prevence v primární péči, příloha Postgraduální medicíny, roč.6, čís. 4, str. 4-7
- Šteflová, A., Cikrt, M., Vavrinová, J., Sixtova, A.: Health promotion of the ageing employees at workplaces in the Czech Republic. Presentováno na European Conference on Promoting Workplace Health, Linz, 2006.roč.4, č.9, 2006
- Šteflová, A.: Aktivity WHO v ČR – smlouva o spolupráci mezi WHO/EURO a MZ ČR. Zdravotnictví v České republice.4
- The Health of the Nation.* HMSO, London 1991
- The Process of Health Policy Development.* Report of a Working Group on the Development of Subnational Policies for Health. WHO-ROE Copenhagen 1992
- Towards Good Practice in Health, Environment and Safety Management in Industrial and Other Enterprises. Third Ministerial Conference on Environment and Health, London, 1999.
- Štejfá, M. a kol. Kardiologie. 3. přepracované a doplněné vydání. Grada publishing, Praha 2007
- Topinková, E. a kol.: Geriatrie praktického lékaře. Grada, Praha 1996
- Třmínková, H., David,A.: Stárnoucí pracovníci, Pracov.Lék., 47, 1995, č.6, s.262-267
- Usnesení vlády ČR č.249/1991 Národní program zdraví.
- Valentin, H., Lehnert,G., Rutenfranz, J.:Arbetismedizin, Band1, Stuttgart, G.Thieme,

- Vávra Alexander a kol.: Hodnocení pracovního potenciálu jedince pro účely zaměstnanosti, VÚPSV, Praha 2006
- Vidovičová, L.: „Je česká společnost ageistická?“ In: Sborník příspěvků semináře k diskriminaci seniorů jako aktuálnímu tématu pro Evropu i ČR. Praha: Život 90. 2004
- Vidovičová, L.: Autonomie a věková diskriminace: ohrožení nebo výzva? In *Autonomie ve stáří: strategie jejího zachování*. Ostrava: ZSF - OU, 2004.
- Vidovičová, L., Rabušic, L., Prinzová, M.: Senioři a sociální opatření v oblasti stárnutí v pohledu české veřejnosti. Zpráva z empirického výzkumu. VÚPSV, Praha, 2003
- Vogel, L.: Observatory on the application of the European Directives: a preliminary posouzení. *Newsletter of the European Trade Union Technical Bureau for Health and Safety*, **8**: (1998).
- Vohralíková, L., Rabušic, L.: *Čeští senioři včera, dnes a zítra*. Praha, VÚPSV - Výzkumné centrum Brno 2004. 90 s.
- Volný, J., Bakalář, V.: Fyzická zdatnost starších pracovníků s různou pracovní zátěží. *Pracov.Lék.*, 32,1980, č.10 s.329
- Výběrové šetření pracovních sil, ČSÚ 2002-2006
- Wallack, L.: *Two approaches to health promotion in the mass media*. World Healths Forum, Vol.11, 1990, p. 143-164
- WHO Health21 – Health for all policy framework for the WHO European Province. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1999 (European Health for All Series, No. 6)
- Wijnsma, P.: *Škola podporující zdraví*. Praha, NCPZ 1992
- Westerholm, P., Baranski, B. (eds.): Guidelines for quality assurance in the management of multidisciplinary occupational health services. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1999
- Young, I., Williams, T.(eds.): *Zdravá škola*. Podpora zdraví. Suppl. 1, 1991
- Žáček, A.: *Metody studia zdraví a nemocí v populaci*. 2. vyd., Praha, Avicenum 1984
- Žáček, I., Šteflová, A.: Rozbor nemocí z přetížení hlášených ve Středočeském kraji v období 1976 až 1982, *Prac. Lék.*, 37,1985,č.1
- Za dobrou praxi řízení zdraví, prostředí a bezpečnosti při práci v průmyslových a jiných podnicích. *České pracovní lékařství*,č.1. 2003
- Zdraví 21 – Dlouhodobý program zlepšení zdraví obyvatel ČR , usnesení vlády č. 1046/2002
- Zdraví 21. Osnova programu Zdraví pro všechny v Evropském regionu Světové zdravotnické organizace*. Praha, MZ ČR 2001

Seznam internetových adres

www.bkk.de/whp - Evropská síť podpory zdraví na pracovišti

www.cmkos.cz - ČMKOS

www.csu.cz - Český statistický úřad

www.forumZPO.cz - Forum zdraví podporujících podniků

www.mz.cz - Ministerstvo zdravotnictví

www.mpsv.cz - Ministerstvo práce a sociálních věcí

www.mpo.cz - Ministerstvo průmyslu a obchodu

www.mf.cz - Ministerstvo financí

www.ozp.cz – Oborová zdravotní pojišťovna

www.szu.cz - Státní zdravotní ústav

www.uzis.cz - Ústav zdravotnické informatiky a statistiky

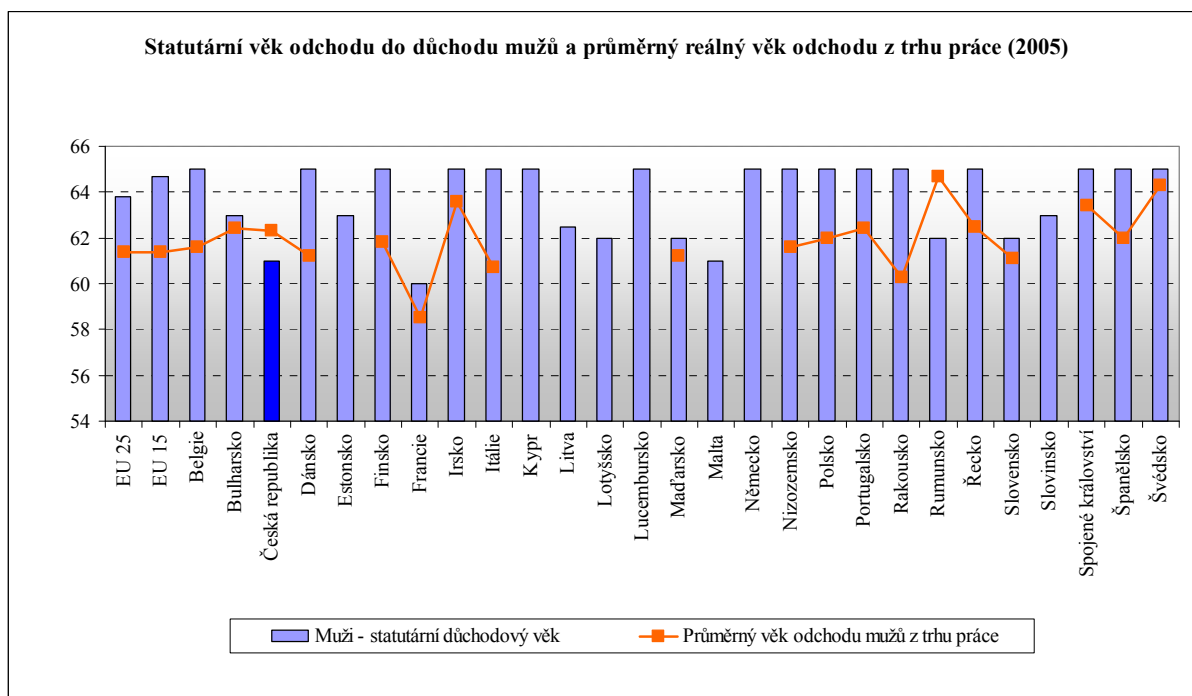
www.vzp.cz - Všeobecná zdravotní pojišťovna

www.who.int - Světová zdravotnická organizace

10. Přílohy

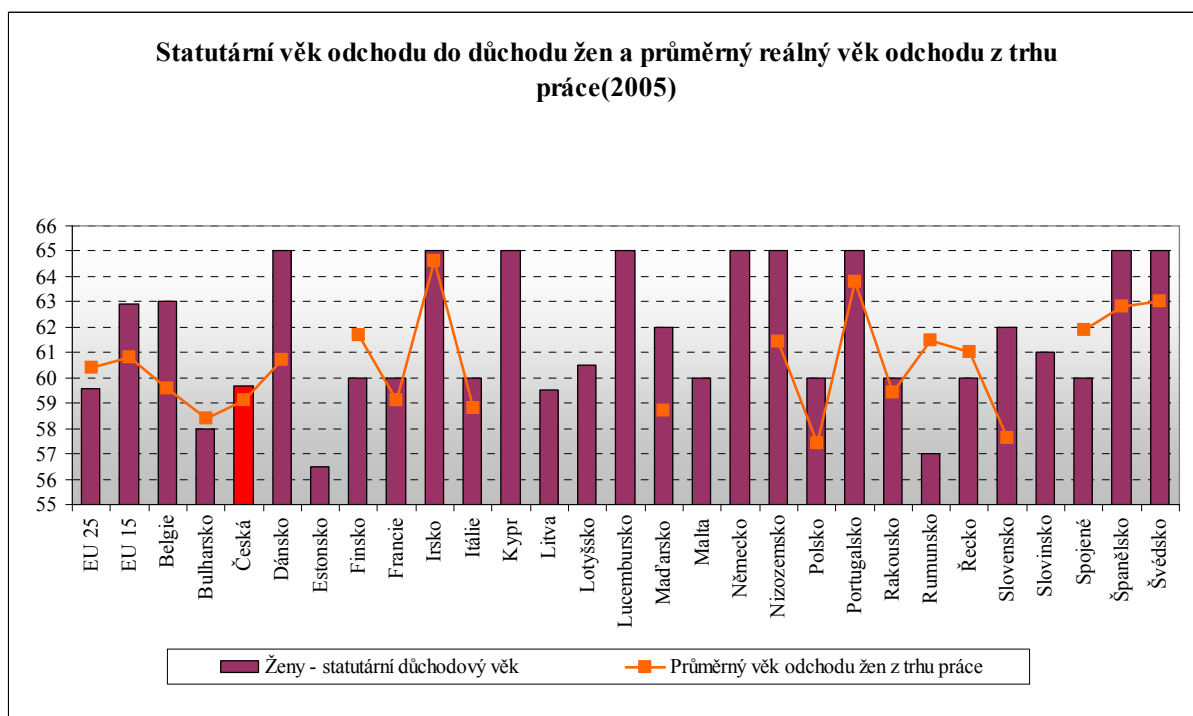
A. Statutární věk odchodu do důchodu a průměrný reálný věk odchodu z trhu práce

Graf č. 11



Pramen: Eurostat, Missoc 2005

Graf č. 12



Pramen: Eurostat, Missoc 2005

B. Počet nezaměstnaných osob v předdůchodovém a důchodovém věku v ČR 2002-2006

Data o nezaměstnanosti jsou převzata z Výběrového šetření pracovních sil, ČSÚ 2202-2006.

Předmětem výběrového šetření jsou domácnosti bydlící v náhodně vybraných bytech.

Pro účely uplatnění na trhu práce se dotazují osoby starší 15-ti let. Šetření se nevztahuje na osoby bydlící dlouhodobě v hromadných ubytovacích zařízeních. Pro údaje o nezaměstnanosti se započítávají osoby, které splňují najednou tři kritéria tj. osoby nejsou zaměstnány, hledají aktivně práci a jsou připraveny nastoupit do zaměstnání do 14 dnů.

Tabulka č. 5 Nezaměstnaní podle dosaženého vzdělání a délky nezaměstnanosti starší než 45 let

Délka nezaměstnanosti	muži					Celkem
	Bez vzdělání	Základní vzdělání	Středo-školské bez maturity	Středo-školské s maturitou	Vysoko-školské	
Méně než 1 měsíc	0	224	1 019	325	103	1 671
od 1 měsíce do méně než 3	0	426	2 003	829	298	3 556
od 3 měsíců do méně než 6	0	1 046	3 353	797	395	5 591
od 6 měsíců do méně než 12	0	1 299	4 489	1 392	652	7 832
od 12 měsíců do méně než 18	0	893	3 961	534	255	5 643
18 měsíců do méně než 2 roky	0	707	2 013	229	39	2 988
od 2 let do méně než 4 roky	0	2 602	7 639	1 287	700	12 228
4 roky a více	96	4 258	4 229	1 108	453	10 144
Celkem	96	11 455	28 741	6 501	2 895	49 688

Pramen: VÚPSV podle dat Výběrového šetření pracovních sil, ČSÚ 2202-2006

Tabulka č. 6: Nezaměstnaní starší než 45 let podle dosaženého vzdělání a délky nezaměstnanosti – ženy 2002

2002		Nejvyšší dosažené vzdělání					Celkem
Ženy		Bez vzdělání	Základní vzdělání	Středo-školské bez maturity	Středo-školské s maturitou	Vysoko-školské	
Délka nezaměstnanosti							
Méně než 1 měsíc		0	505	1 100	722	0	2 327
od 1 měsíce do méně než 3		0	1 557	1 797	1 331	90	4 775
od 3 měsíců do méně než 6		0	1 902	2 538	1 678	101	6 219
od 6 měsíců do méně než 12		137	2 768	4 636	2 687	350	10 578
od 12 měsíců do méně než 18		0	1 939	2 876	1 345	328	6 488
18 měsíců do méně než 2 roky		0	1 016	1 768	706	139	3 629
od 2 let do méně než 4 roky		129	4 630	5 012	2 788	391	12 950
4 roky a více		134	4 305	3 664	1 433	33	9 569
Celkem		400	18 648	23 391	12 690	1 432	56 561

Pramen: VÚPSV podle dat Výběrového šetření pracovních sil, ČSÚ 2202-2006

Tabulka č. 7: Nezaměstnaní starší než 45 let podle dosaženého vzdělání a délky nezaměstnanosti – muži 2006

2006		Nejvyšší dosažené vzdělání					Celkem
Muži		Bez vzdělání	Základní vzdělání	Středo-školské bez maturity	Středo-školské s maturitou	Vysoko-školské	
Délka nezaměstnanosti							
Méně než 1 měsíc		0	338	1 095	232	48	1 713
od 1 měsíce do méně než 3		0	412	3 016	1 485	296	5 209
od 3 měsíců do méně než 6		0	476	3 900	1 745	690	6 811
od 6 měsíců do méně než 12		0	1 423	4 083	1 640	1 273	8 419
od 12 měsíců do méně než 18		0	1 103	5 752	2 272	1 114	10 241
18 měsíců do méně než 2 roky		0	614	1 651	750	231	3 246
od 2 let do méně než 4 roky		0	2 340	6 277	1 339	691	10 647
4 roky a více		0	4 807	5 184	1 911	467	12 369
Celkem		0	11 513	30 958	11 374	4 810	58 655

Pramen: VÚPSV podle dat Výběrového šetření pracovních sil, ČSÚ 2202-2006

Tabulka č. 8: Nezaměstnaní starší než 45 let podle dosaženého vzdělání a délky nezaměstnanosti – ženy 2006

2006		Nejvyšší dosažené vzdělání					
Ženy		Věk					
Délka nezaměstnanosti	Bez vzdělání	Základní vzdělání	Středo-školské bez maturity	Středo-školské s maturitou	Vysoko-školské	Celkem	
Méně než 1 měsíc	0	484	860	722	0	2 066	
od 1 měsíce do méně než 3	0	1 110	1 839	992	121	4 062	
od 3 měsíců do méně než 6	0	1 922	2 617	2 192	498	7 229	
od 6 měsíců do méně než 12	0	2 745	4 675	4 818	511	12 749	
od 12 měsíců do méně než 18	0	2 492	4 757	2 953	612	10 814	
18 měsíců do méně než 2 roky	0	1 908	2 120	1 345	124	5 497	
od 2 let do méně než 4 roky	0	4 716	4 339	2 818	285	12 158	
4 roky a více	0	7 731	4 209	2 954	279	15 173	
Celkem	0	23 108	25 416	18 794	2 430	69 748	

Pramen: VÚPSV podle dat Výběrového šetření pracovních sil, ČSÚ 2202-2006

Tabulka č. 9: Nezaměstnaní starší než 45 let podle dosaženého vzdělání a věkových kategorií – muži 2002

2002		Věk					
Muži		Věk					
Nejvyšší dosažené vzdělání	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70 a více	Celkem
Bez vzdělání	0	0	96	0	0	0	96
Základní vzdělání	5 027	4 084	1 861	483	0	0	11 455
Středo-školské bez maturity	10 216	11 461	5 686	1 003	232	143	28 741
Středo-školské s maturitou	2 108	1 969	1 450	192	540	242	6 501
Vysoko-školské	820	774	1 108	77	116	0	2 895
Celkem	18 171	18 288	10 201	1 755	888	385	49 688

Pramen: VÚPSV podle dat Výběrového šetření pracovních sil, ČSÚ 2202-2006

Tabulka č. 10: Nezaměstnaní starší než 45 let podle dosaženého vzdělání a věkových kategorií – ženy 2002

2002		Věk					
Ženy		Věk					
Nejvyšší dosažené vzdělání	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70 a více	Celkem
Bez vzdělání	137	150	113	0	0	0	400
Základní vzdělání	7 542	8 862	1 484	429	286	45	18 648
Středo-školské bez maturity	10 678	10 041	2 146	471	55	0	23 391
Středo-školské s maturitou	3 931	5 071	2 021	1 263	265	139	12 690
Vysoko-školské	290	481	261	256	144	0	1 432
Celkem	22 578	24 605	6 025	2 419	750	184	56 561

Pramen: VÚPSV podle dat Výběrového šetření pracovních sil, ČSÚ 2202-2006

Tabulka č. 11: Nezaměstnaní starší než 45 let podle dosaženého vzdělání a věkových kategorií – muži 2006

2006		Věk						
Muži		45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70 a více	Celkem
Nejvyšší dosažené vzdělání								
Bez vzdělání		0	0	0	0	0	0	0
Základní vzdělání		4 484	3 721	2 939	286	83	0	11 513
Středo-školské bez maturity		9 360	10 345	9 190	1 590	247	226	30 958
Středo-školské s maturitou		2 749	3 008	4 462	844	311	0	11 374
Vysoko-školské		798	1 885	1 502	496	0	129	4 810
Celkem		17 391	18 959	18 093	3 216	641	355	58 655

Pramen: VÚPSV podle dat Výběrového šetření pracovních sil, ČSÚ 2202-2006

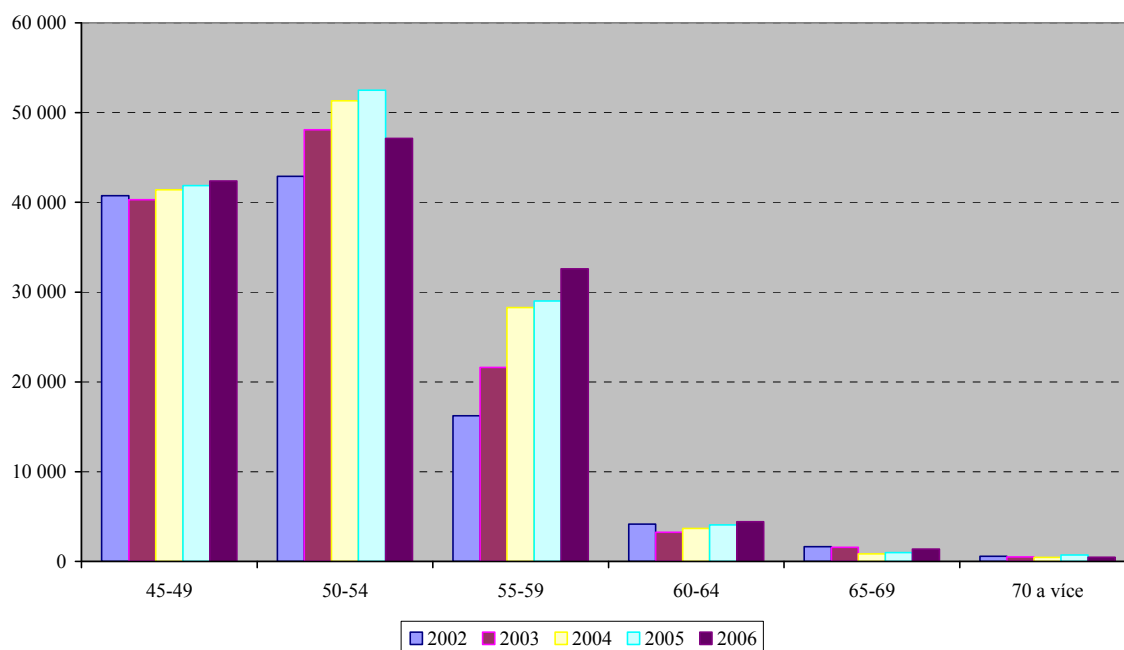
Tabulka č. 12: Nezaměstnaní starší než 45 let podle dosaženého vzdělání a věkových kategorií – ženy 2006

2006		Věk						
Ženy		45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70 a více	Celkem
Nejvyšší dosažené vzdělání								
Bez vzdělání		0	0	0	0	0	0	0
Základní vzdělání		8 956	9 098	4 327	317	297	113	23 108
Středo-školské bez maturity		9 063	11 212	4 541	393	207	0	25 416
Středo-školské s maturitou		6 519	6 826	4 709	513	227	0	18 794
Vysoko-školské		465	1 031	934	0	0	0	2 430
Celkem		25 003	28 167	14 511	1 223	731	113	69 748

Pramen: VÚPSV podle dat Výběrového šetření pracovních sil, ČSÚ 2202-2006

Graf č. 13:

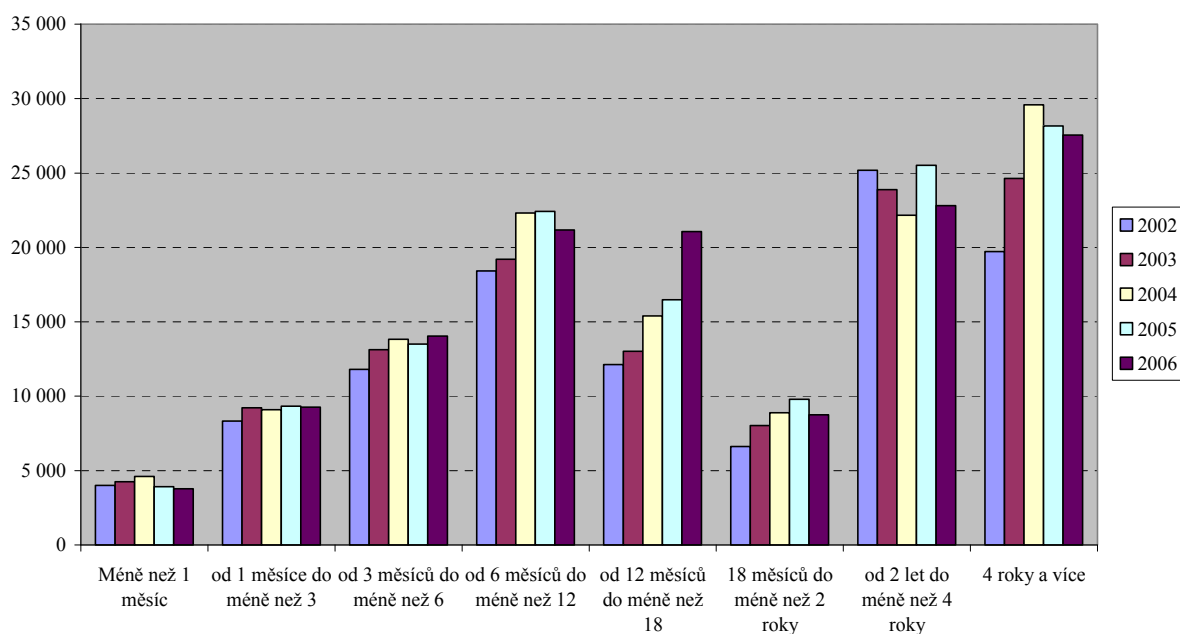
Počet nezaměstnaných osob starších 45 let, podle věku



Pramen: VÚPSV podle dat Výběrového šetření pracovních sil, ČSÚ 2202-2006

Graf č. 14

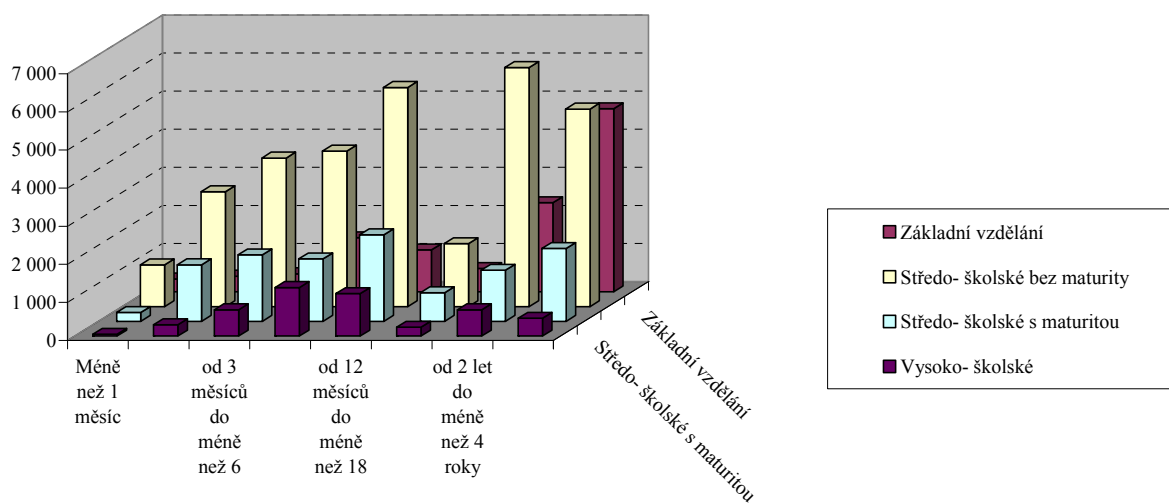
Počet nezaměstnaných osob starších 45 let, podle délky nezaměstnanosti



Pramen: VÚPSV podle dat Výběrového šetření pracovních sil, ČSÚ 2202-2006

Graf č. 15

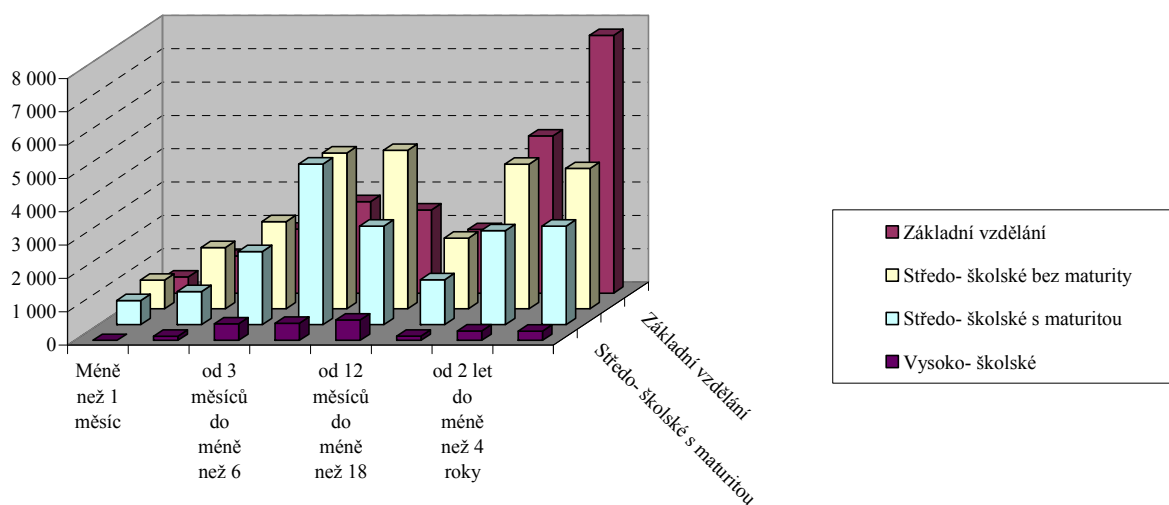
**Počet nezaměstnaných mužů starších 45 let,
podle vzdělání a délky nezaměstnanosti, 2006**



Pramen: VÚPSV podle dat Výběrového šetření pracovních sil, ČSÚ 2202-2006

Graf č. 16

**Počet nezaměstnaných žen starších 45 let,
podle vzdělání a délky nezaměstnanosti, 2006**



Pramen: VÚPSV podle dat Výběrového šetření pracovních sil, ČSÚ 2202-2006

11. Seznam použitých zkratk

- AADL - advanced activities of daily living (náročné aktivity denního života)
- CGA – comprehensive geriatric assessment (komplexní geriatrické hodnocení)
- CHOPD - chronické obstrukční onemocnění plic
- ČR - Česká republika
- ČSÚ – Český statistický úřad
- ESF - Evropský sociální fond
- EPA - Environmental Protection Agency
- ETS – environmental tobacco smoke
- EU - Evropská Unie
- DFLE - disability free life expectancy
- ENWHP - Evropská síť podpory zdraví na pracovišti
- EPA - (Environmental Protection Agency, 1992)
- ETS – environmental tobacco smoke
- FAO – Mezinárodní organizace pro výživu a zemědělství
- HALE - health adjusted life expectancy
- HESME- Řízení zdraví, prostředí a bezpečnosti při práci v průmyslových a jiných podnicích (Health, Environment, Safety Management in Enterprises)
- IADL - instrumental activities of daily living (instrumentální aktivity denního života)
- ILO - Mezinárodní organizace práce
- KAB - knowledge-attitude-behavior
- OSN - Organizace spojených národů
- PZP - podpora zdraví na pracovišti
- PPZ - projekty podpory zdraví
- QALE - quality adjusted life expectancy (střední délka života vztažená na kvalitu života)
- SOP - Sektorový operační plán Rozvoj lidských zdrojů.
- STD – Sexually transmitted Disease (sexuálně přenosné nemoci)
- SZÚ - Státní zdravotní ústav
- UNICEF – Dětský fond OSN
- WHA – Světové zdravotnické shromáždění
- WHO - Světová zdravotnická organizace

12. Seznam tabulek

	strana
Tab. č. 1: Demografická situace v ČR k 31.12.2003	6
Tab. č. 2: Demografická situace podle prognózy Českého statistického úřadu k 31. 12. 2003 – <i>střední varianta</i>	7
Tab.č. 3: Hlavní mechanismy podezříváné jako příčina stárnutí	14
Tab. č. 4: Věková skladba; procentuální podíly na celkové populaci	65
Příloha B	
Tab. č. 5: Nezaměstnaní starší než 45 let podle dosaženého vzdělání a délky nezaměstnanosti – muži 2002	89
Tab. č. 6: Nezaměstnaní starší než 45 let podle dosaženého vzdělání a délky nezaměstnanosti – ženy 2002	89
Tab. č. 7: Nezaměstnaní starší než 45 let podle dosaženého vzdělání a délky nezaměstnanosti – muži 2006	90
Tab. č. 8: Nezaměstnaní starší než 45 let podle dosaženého vzdělání a délky nezaměstnanosti – ženy 2006	90
Tab. č. 9: Nezaměstnaní starší než 45 let podle dosaženého vzdělání a věkových kategorií – muži 2002	90
Tab. č. 10: Nezaměstnaní starší než 45 let podle dosaženého vzdělání a věkových kategorií – ženy 2002	91
Tab. č. 11: Nezaměstnaní starší než 45 let podle dosaženého vzdělání a věkových kategorií – muži 2006	91
Tab. č. 12: Nezaměstnaní starší než 45 let podle dosaženého vzdělání a věkových kategorií – ženy 2006	91

13. Seznam grafů

	strana
Graf č. 1: Věková struktura populace seniorů v ČR k 1. 3. 2001	7
Graf č. 2: Počet obyvatel ve věku 15-65 dle prognózy ČSÚ 2003	8
Graf č. 3: Počet obyvatel ve věku 65+ dle prognózy ČSÚ 2003	8
Graf č. 4: Prevalence drobných chronických onemocnění	11
Graf č. 5: Věkové složení hospitalizovaných na nemoci oběhové soustavy v roce 2004	12
Graf č. 6: Míra ekonomické aktivity v roce 2004 podle věku	66
Graf č. 7: Rozložení průměrných nákladů na 1 pojištěnce	67
Graf č. 8: Statutární důchodový věk mužů a žen a průměrný reálný věk odchodu z trhu práce (2005)	68
Graf č. 9: Počet nezaměstnaných osob starších 45 let, podle vzdělání (2002-2006)	70
Graf č. 10: Počet nezaměstnaných osob starších 45 let, podle odvětví	71
Příloha A	
Graf č. 11: Statutární věk odchodu do důchodu mužů a průměrný reálný věk odchodu z trhu práce (2005)	88
Graf č. 12: Statutární věk odchodu do důchodu žen a průměrný reálný věk odchodu z trhu práce (2005)	88

	Příloha B
Graf č. 13: Počet nezaměstnaných osob starších 45 let, podle věku	92
Graf č. 14: Počet nezaměstnaných osob starších 45 let, podle délky nezaměstnanosti	92
Graf č. 15: Počet nezaměstnaných mužů starších 45 let, podle vzdělání a délky nezaměstnanosti, 2006	93
Graf č. 16: Počet nezaměstnaných žen starších 45 let, podle vzdělání a délky nezaměstnanosti, 2006	93