

(například společné rozvody či vytápění, společné čištění vod, nakládání s odpady apod.), lépe využívat prostor (více obyvatel pohromadě například v patrových domech zabere méně plochy využitelné k jiným účelům, jako je produkce potravin, rekreace atd.).

#### Tisíciletí měst

V 50. letech minulého století mělo jen jedno město – New York – více než deset milionů obyvatel. V roce 2015 bude takových měst 21 a počet městských aglomerací spětí až deseti miliony obyvatel se zvýší ze 7 na 37. Přibudou především v rozvojových zemích, které mají nejméně prostředků na zajištění dopravy, bydlení, vody a kanalizace. Dnes žijí v Asii a v Africe více než dvě třetiny lidí na venkově, do roku 2025 jich však má žít více než polovina ve městech. Města samozřejmě rostou také v Evropě, kde už dnes hostí zhruba 70 % lidí. Města mají tendenci se nadměrně rozšiřovat do okolní krajiny, růst živelně bez racionálního schématu (jedná se o jev zvaný „urban sprawl“, viz kapitola Krajina). Při tom se zabírají plochy přírodních území a rostou dopravní problémy. Lidé bydlí daleko od míst, kde pracují nebo kde se mohou rekreovat či účastnit kulturního života, zvětšují se také vzdálenosti k nákupním možnostem.

V roce 2000 se konala v Berlíně Světová konference o budoucnosti měst – URBAN 21, která konstatovala následující problémy:

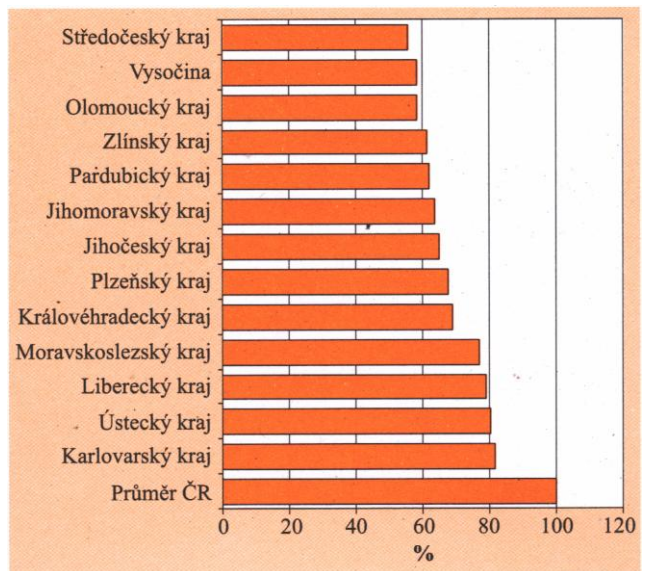
- Žádné město nikde na světě není bez problémů a především žádné nefunguje v souladu s konceptem udržitelného rozvoje.
- Globalizace a informačně technická revoluce bude stále více vytvářet svět bez hranic s novou úlohou měst.
- Lidstvo vstupuje do urbánního tisíciletí.

Také Agenda 21 volá po vyváženém rozvoji městských a venkovských oblastí. Charakter města je dán řadou faktorů, které odráží jeho sociální členění, hustotu obyvatelstva, strukturu a měřítko ekonomické aktivity apod. Ačkoliv městské oblasti trpí řadou problémů, například dopravními zácpami, znečištěním vody a ovzduší a problémem se zneškodňováním odpadů, jsou-li správně řízeny, městská společnost může být pro udržitelný rozvoj přínosem.

Udržitelnost se však musí týkat celého území. Vzhledem k tomu, že člověk je v současnosti mnohde hlavním krajinnotvorným činitelem (pečuje o krajinu a určuje její současný vzhled - mluví se o tzv. kulturní krajině), mohla by mít nerovnováha mezi růstem měst a vylidňováním venkova nepříznivé důsledky i pro venkovskou krajinu.

Graf 3.4

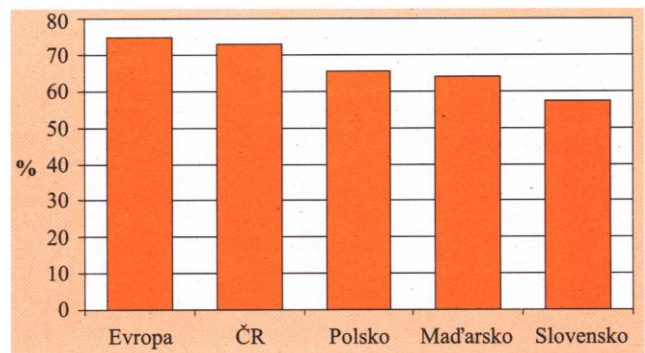
Podíl městské populace podle krajů, ČR, 2001



Zdroj: ČSÚ

Graf 3.5

Podíl městské populace, mezinárodní srovnání, 2001



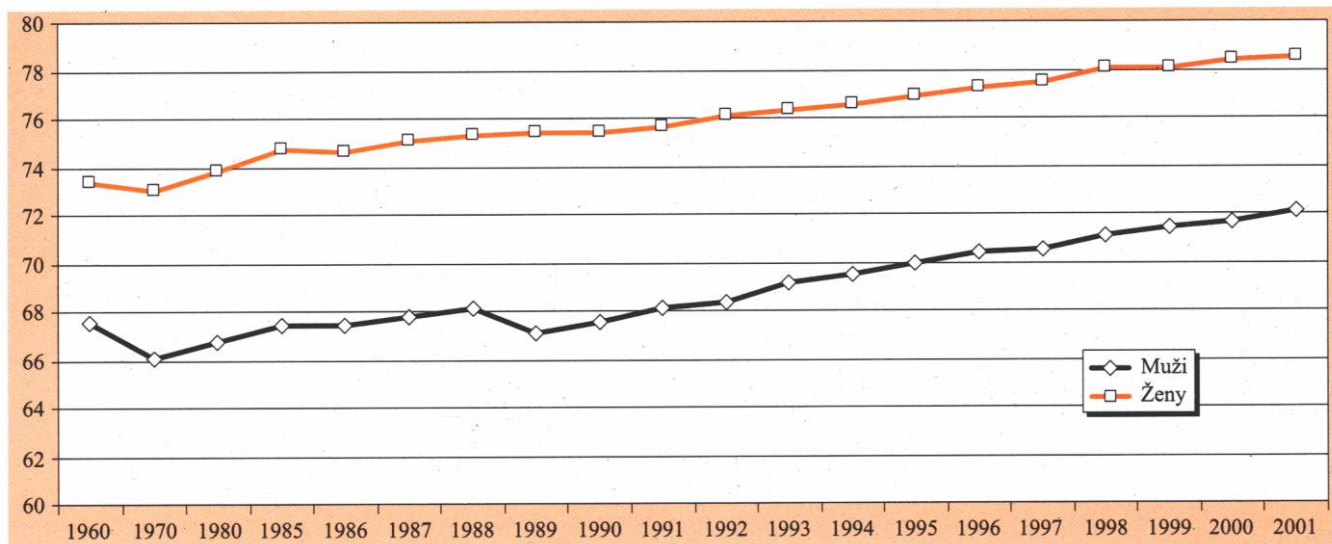
Zdroj: OSN

### 3.2 ZDRAVÍ

V devadesátých letech se postupně zvyšovala střední délka života (vývoj od roku 1960 ukazuje graf 3.6). Česká republika však v tomto ukazateli stále zaostává za vyspělými evropskými zeměmi (graf 3.7).

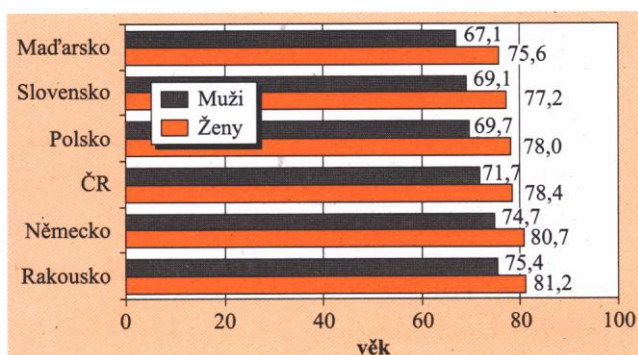
Prodlužování života a s ním spjatý pokles úmrtnosti souvisí se zvyšováním kvality lékařské péče, pozitivními změnami v životním stylu a výrazným zlepšováním životního prostředí ve srovnání s minulými desetiletími. Výrazný je zejména úbytek zemřelých na nemoci oběhové soustavy, dále pak také na nemoci dýchacího a trávicího systému. Bohužel se však nedaří snižovat úmrtnost na zhoubné novotvary (graf 3.8).

**Graf 3.6**  
Střední délka života, ČR, 1960–2001



Zdroj: ČSÚ

**Graf 3.7**  
Střední délka života, mezinárodní srovnání, 2000



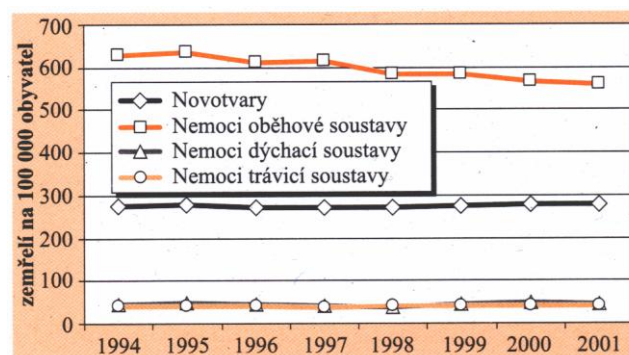
Zdroj: OECD

Úmrtnost potažmo i zdravotní stav obyvatel se značně liší podle krajů (graf 3.9). Nejvyšší úmrtnost je v Praze a dále ve Středočeském a Ústeckém kraji nejmenší pak v Pardubickém, na Vysočině, ve Zlínském a Jihočeském kraji. Úmrtnost je ovlivňována řadou faktorů, jako je například věková struktura obyvatel, jejich životní styl, sociální struktura, dostupnost lékařské péče či kvalita životního prostředí.

V České republice se prodlužuje délka života, na druhé straně však klesá porodnost. Pokles porodnosti spolu s prodlužováním střední délky života se projevují stárnutím populace. Výrazný pokles tzv. čisté míry reprodukce<sup>36</sup> ilustruje graf 3.10. Důsledek se projevuje od poloviny 90. let úbytkem obyvatel. Očekává se, že do roku 2015 se velikost české populace sníží z dnešních 10,3 milionu k hranici 10 milionů.

Celkový stav životního prostředí se od předrevolučního období, kdy částečně ovlivňoval zdraví obyvatel, výrazně zlepšil. Obyvatelé měst jsou však stále vystaveni

**Graf 3.8**  
Zemřelí podle příčin smrti, ČR, 1994–2001

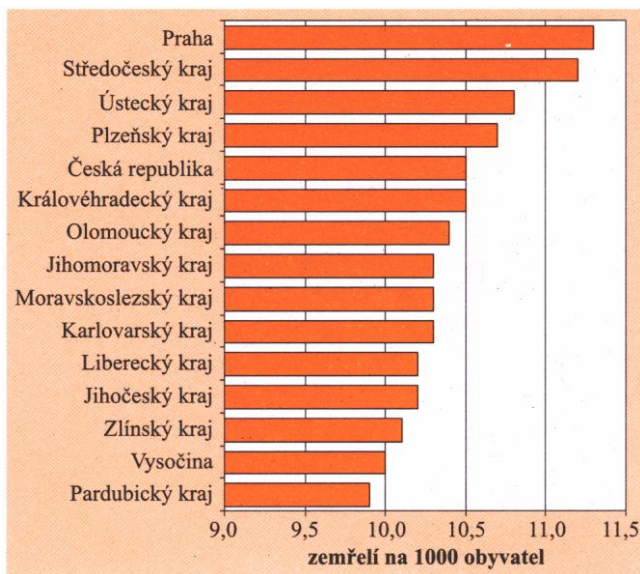


Zdroj: ČSÚ

mnoha nepříznivým vlivům (znečištění ovzduší, hluk, prach, stres), což se pochopitelně odráží na jejich zdraví. Podle závěrů Státního zdravotního ústavu existují ve věkové kategorii městské populace 45–54 let (tedy věku, kdy se začíná projevovat nemocnost více než u mladších lidí) významné rozdíly ve zdravotním stavu mezi muži a ženami. Ženy trpí významně častěji než muži dlouhodobými zdravotními obtížemi, jsou častěji sledovány lékařem a častěji užívají po delší dobu léky (na druhou stranu se dožívají o 5–6 let více než muži). Dlouhodobými obtížemi (ať již léčenými, či nikoliv) trpí polovina populace sledované věkové skupiny, nejčastěji jde o obtíže pohybového aparátu. Nejčastější příčinou dlouhodobého sledování lékařem je v tomto věku onemocnění srdce a cév. V této věkové skupině je asi 40 % aktivních kuřáků – mužů, žen kuřáček je o deset procent méně. Polovina mužů a třetina žen ve sledované populaci trpí nadváhou, přes 13 % mužů a 16 % žen je obezních (graf 3.11), přičemž těchto lidí stále přibývá. Zvýšený krevní tlak má téměř třetina populace.

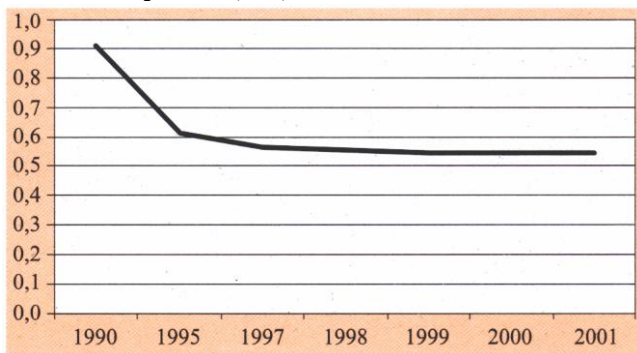
<sup>36</sup> Čistá míra reprodukce udává počet děvčat, která by se živě narodila jedné ženě během jejího reprodukčního období (od 15 do dokončených 49 let) za předpokladu, že by po celou dobu zůstala zachována stejná úroveň plodnosti žen v jednotlivých věkových skupinách jako v daném roce.

**Graf 3.9**  
Zemřelí na 1000 obyvatel podle krajů, ČR, 2001



Zdroj: ČSÚ

**Graf 3.10**  
Čistá míra reprodukce, ČR, 1990–2001



Zdroj: ČSÚ

### Dietární expozice cizorodým látkám

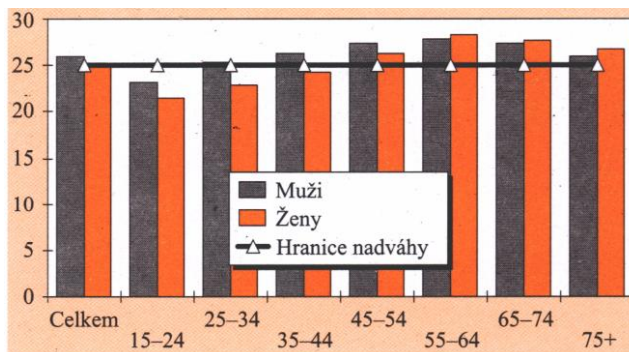
Obsah určitých chemických látek v potravinách může představovat zdravotní riziko nenádorových, ale i nádorových onemocnění. Průměrná chronická expozice populace sledovaným látkám v potravinách nedosáhla v roce 2001 hodnot, které jsou spojovány s nepřijatelným zvýšením pravděpodobnosti poškození zdraví (nekarcinogenní efekt). Hodnocení karcinogenních látek je však problematické vzhledem k bezprahové účinnosti látek a také k neúplným znalostem jejich přesného vlivu na zdraví.

Výsledky monitorování expozice vybraným anorganickým a organickým kontaminantům naznačují mírné snižování expozic u některých chemických látek, např. pesticidů na bázi perzistentních chlorovaných uhlovodíků (DDT, DDE, HCB, aldrin atd.). Pozitivní nálezy však stále svědčí o přetrvávající plošné kontaminaci, i když na úrovni nízkých koncentrací. Stále přetrvává zátěž populace polychlorovanými bifenoly.

Zdravotní riziko z potravin pro průměrnou osobu vyznívá v české populaci poměrně příznivě. Určitým

zdravotním rizikům jsou vystaveny zejména děti a také starší osoby. Expozici vybraným látkám z potravin ilustruje graf 3.12.

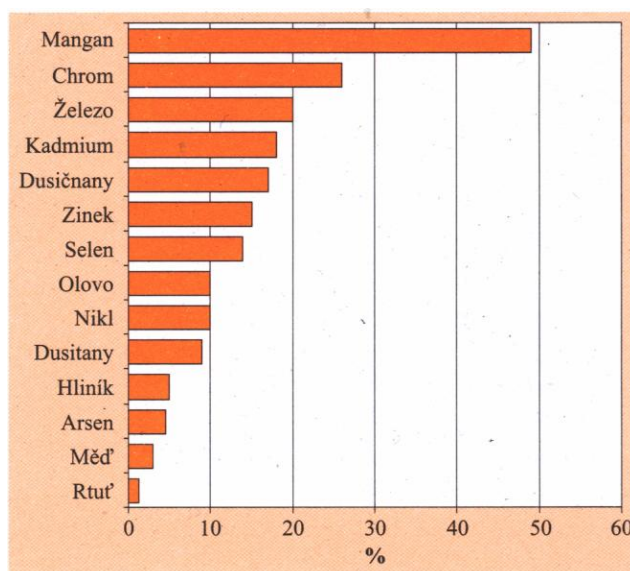
**Graf 3.11**  
Index tělesné hmotnosti, ČR, 2002



Pozn.: Index tělesné hmotnosti – BMI (Body Mass Index) vypovídá o vztahu tělesné hmotnosti k výšce jednotlivce a je definován jako podíl hmotnosti (v kg) a druhé mocniny výšky (v m). Podle hodnoty BMI je možné rozdělit respondenty do pěti skupin: velká podváha (do 17,9), podváha (18–19,9), normální váha (20–26,9), nadváha (27–29,9) a obezita (30 a více).

Zdroj: SZÚ

**Graf 3.12**  
Odhad expozice vybraným anorganickým látkám, čerpání expozičního limitu podle spotřebního koše potravin, ČR, 2001



Zdroj: SZÚ

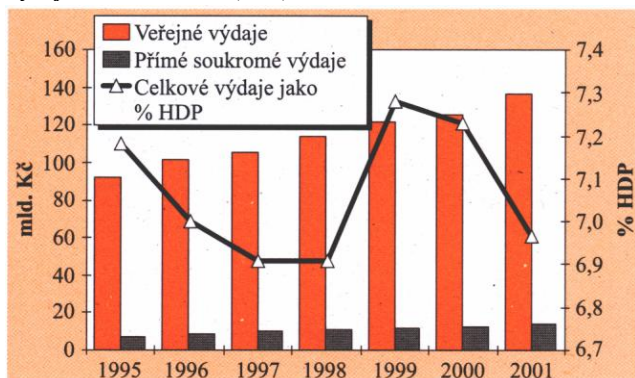
### Výdaje na zdravotnictví

Zdravotnictví v České republice prodělává od roku 1990 radikální transformaci. Reformy přeměnily centralizovaný byrokratický systém na skupinu značně decentralizovaných institucí, které poskytují služby v pojištění a ve zdravotní péči. Je nutné nadále pokračovat v reformách, především v oblasti nákladů a racionalizace výdajů, které budou vzhledem ke stárnutí populace nevy-

hnutelnou podmínkou dalšího ekonomického vývoje. Problémem financování zdravotnictví je složitý a nestabilní mechanismus financování.

Výdaje na zdravotnictví se v České republice v roce 2001 pohybovaly kolem 7 % HDP (graf 3.13).

**Graf 3.13**  
Výdaje na zdravotnictví, ČR, 1995–2001



Zdroj: ČSÚ

Rozhodující a stále rostoucí část výdajů (cca 81 %) hrají pojišťovny decentralizovaným poskytovatelům zdravotní péče, buď jednotlivcům nebo skupinám lékařů anebo nemocnicím. Pojištění je povinné a jednotné pro všechny občany. V České republice působí 9 zdravotních pojišťoven, trh však ovládá VZP (Všeobecná zdravotní pojišťovna) s 75% podílem, ostatní pojišťovny jsou založeny na skupinách klientů ze specifických oblastí.<sup>37</sup>

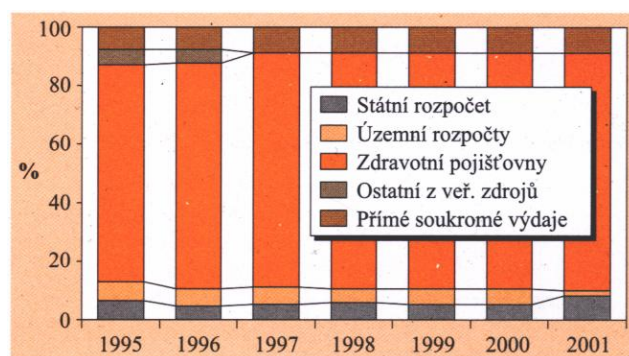
Přímá role státu v poskytování zdravotní péče se stále snižuje. Výdaje ze státního rozpočtu se týkají převážně transferů plateb pojišťovnám buď pro vlastní státní zaměstnance, nebo pro tzv. státní pojištěnce.

Podíl pojišťoven ve financování zdravotnictví stoupl v průběhu let 1995-2001 ze 74 % na cca 81 %. Přímé výdaje na zdravotnictví z centrálních nebo z místních rozpočtů se snížily a klesly na 10 % z celkových výdajů. Soukromé výdaje se zvýšily, v roce 2000 dosáhly cca 9 %. Vývoj výdajů na zdravotnictví dle zdroje prostředků ilustruje graf 3.14.

Z mezinárodního hlediska jsou výdaje na zdravotnictví v % HDP v ČR vyšší než na Slovensku, v Polsku a Maďarsku a nižší než v Německu a Rakousku (graf 3.15).

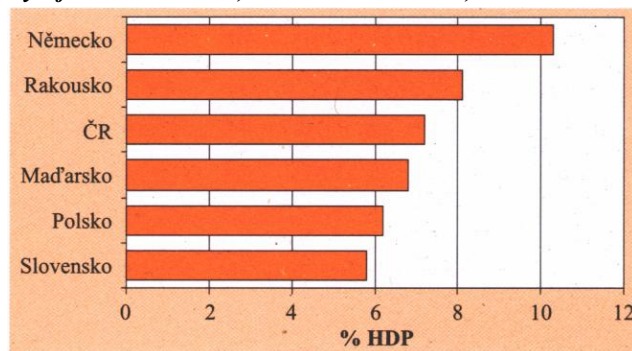
Podle zprávy Světové banky<sup>38</sup> české zdravotnictví stále ještě potřebuje racionalizovat alokaci zdrojů. Podíl soukromých zdrojů financování je cca o 1 až 2 % HDP nižší než ve srovnatelných zemích. Dosud náklady jako podíl HDP příliš nerostly, ale zde velké riziko eskalace cen, jelikož populace stárne a příjmy rostou. Navíc jsou také problémy s běžným mechanismem financování včetně rostoucích nedoplatků. Ze střednědobého hlediska je nutné věnovat pozornost úloze pojišťoven a jejich regulačnímu rámci.

**Graf 3.14**  
Výdaje na zdravotnictví podle zdroje prostředků, ČR, 1995–2001



Zdroj: ČSÚ

**Graf 3.15**  
Výdaje na zdravotnictví, mezinárodní srovnání, 1999



Zdroj: OECD

<sup>37</sup> Činnosti, které zdravotní pojišťovny nehradí (investice, lékařský výzkum, výuka lékařů, protidrogový program, problematika AIDS apod.), jsou financovány prostřednictvím dotací ze státního rozpočtu. Zdravotní pojišťovny z prostředků veřejného zdravotního pojištění hradí ambulantní a lůžkovou zdravotní péči, léky, prostředky zdravotnické techniky, dopravu, nezbytné léčení v zahraničí a další.

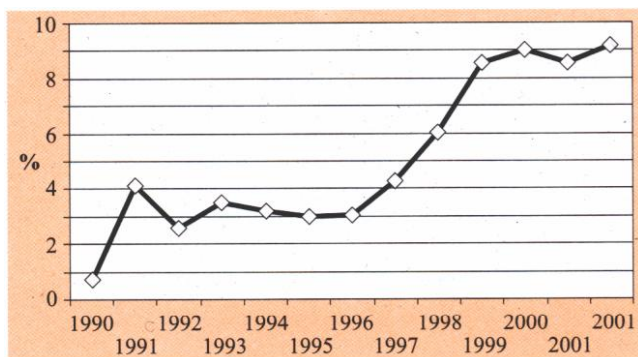
<sup>38</sup> Výdaje veřejných rozpočtů České republiky, Světová banka 2001.

### 3.3 NEZAMĚŠTNANOST

Vývoj míry nezaměstnanosti<sup>39</sup> (graf 3.16) prošel od počátku devadesátých let dramatickým vývojem a v posledních letech se přiblížil hodnotám zemí Evropské unie (graf 3.17).

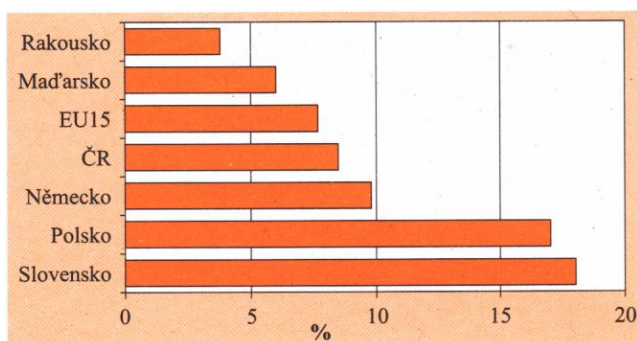
Trendy nezaměstnanosti byly od listopadu 1989, kdy nastala zcela nová situace po socialistické umělé přezaměstnanosti, asi následující: v počátcích transformace byla nezaměstnanost velmi nízká i přes to, že řada podniků produkovala ztráty (nepřirozený a z ekonomického hlediska nesprávný stav); trh práce musel pochopitelně reagovat na výrazné strukturální změny v hospodářství, jako byl útlum těžkého průmyslu i průmyslu celkově, což se nemohlo obejít bez dopadů v oblasti zaměstnanosti. Od roku 1996 se začal počet nezaměstnaných dynamicky zvětšovat (graf 3.16) (v roce 1998 již připadalo na jedno volné místo 10 uchazečů o zaměstnání).

**Graf 3.16**  
Průměrná roční míra nezaměstnanosti, ČR, 1990–2001



Zdroj: ČSÚ

**Graf 3.17**  
Průměrná míra nezaměstnanosti, mezinárodní srovnání, 2002



Zdroj: ČSÚ

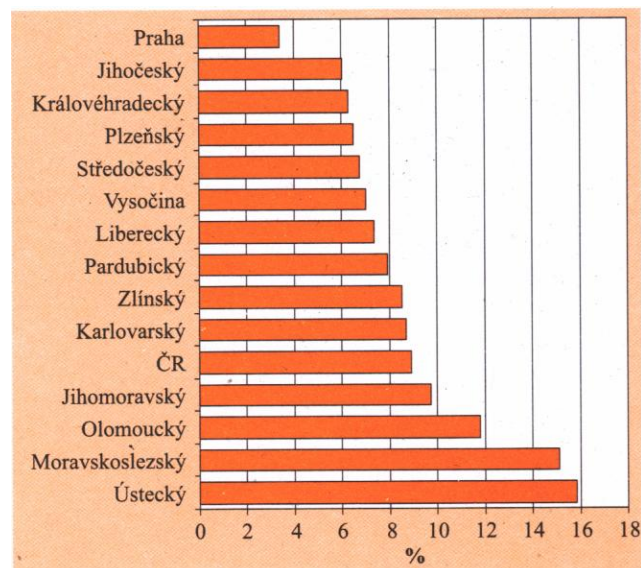
Nezaměstnanost v České republice se výrazně liší podle regionů, přičemž nejvíce jsou postiženy oblasti, které se v minulosti specializovaly na těžký průmysl,

hutnictví, energetiku a těžbu, jako je Ústecký, Olomoucký nebo Moravskoslezský kraj. Nejnižší nezaměstnanost je tradičně v hlavním městě (graf 3.18). Nezaměstnanost postihuje některé části populace více než jiné. Nejvíce ohroženými skupinami na trhu práce v České republice jsou zdravotně postižení občané, mladí lidé a osoby s minimální kvalifikací (graf 1.1). Značné výkyvy lze také zaznamenat mezi zaměstnaností mužů a žen. V převážně většině zemí je míra nezaměstnanosti žen vyšší než míra nezaměstnanosti mužů. Míra nezaměstnanosti žen dosahovala v ČR v roce 2001 9,9 % a míra nezaměstnanosti mužů 6,8 %. V roce 1995 tvořil rozdíl mezi mírou nezaměstnanosti obou pohlaví 1,4 procentního bodu, do roku 2001 se postupně zvýšil na 3,1 procentního bodu (což je o 1 p. b. více než průměr EU). V 1. pololetí 2002 činila průměrná míra nezaměstnanosti u žen 10,2 %, u mužů 8,1% ;.

#### *Ekonomická aktivita*

*Společnost si na sebe musí vydělávat a výtěžky jsou úměrně počtu ekonomicky aktivních obyvatel, resp. poměru pracujících a nepracujících. Proto je dlouhodobé zvyšování podílu ekonomicky neaktivních obyvatel z hlediska udržitelnosti rozvoje velmi negativní. Může s sebou totiž přinášet snižování kvality života všech obyvatel.*

**Graf 3.18**  
Míra nezaměstnanosti dle krajů, ČR, 2001



Pozn.: k 31. 12. 2001

Zdroj: ČSÚ

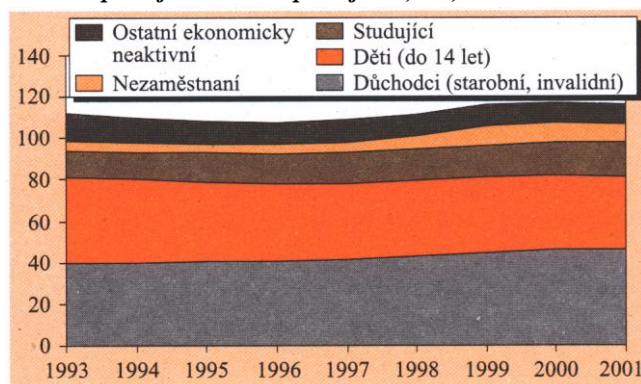
Od roku 1993 neklesl počet nepracujících obyvatel na 100 pracujících obyvatel pod 100, což znamená, že každý pracující musel kromě sebe pracovat a vydě-

<sup>39</sup> Míra nezaměstnanosti je obecně definována jako podíl počtu nezaměstnaných osob k počtu ekonomicky aktivních obyvatel, tj. zaměstnaných (pracujících) a nezaměstnaných.

lávat na více než 1 další osobu (graf 3.19). Z hlediska dalšího vývoje je možné považovat za nepříznivý úbytek dětí do 14 let, které představují „základnu“ pro udržení a případný nárůst počtu pracujících v následujících letech. Docházelo také k poklesu míry ekonomické aktivity<sup>40</sup> (graf 3.20). To znamená, že klesal podíl osob, které v daném roce pracují (zaměstnaní) nebo nepracují, ale patří mezi ekonomicky aktivní osoby, které mohou být uplatněny na trhu práce (nezaměstnaní), a zároveň rostl počet lidí v důchodovém věku.

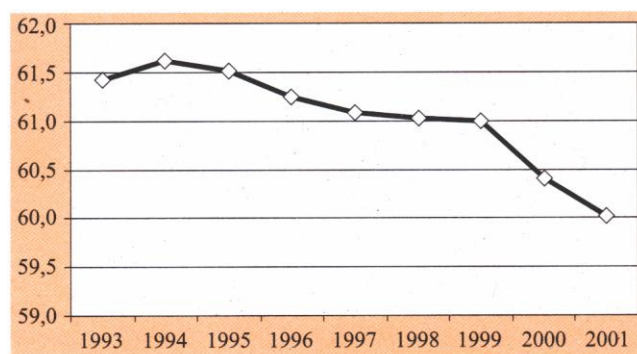
Vzhledem k demografickému vývoji v České republice (viz kapitola Zdraví) bude v dalších letech docházet k dalšímu nárůstu počtu nepracujících obyvatel (především důchodců) vzhledem k počtu pracujících. Tento trend souvisí zejména se snižující se porodností v posledních desetiletích. Jedním z cílů v této oblasti by měla být změna penzijního systému, kdy si ve zvýšené míře než doposud bude každý přispívat na své vlastní stáří (penzijní fondy). Zároveň by bylo vhodné pokusit se udržet počet nepracujících obyvatel na 100 pracujících pod hodnotou cca 150, a to například prodlužováním věku odchodu do důchodu.

**Graf 3.19**  
Počet nepracujících na 100 pracujících, ČR, 1993–2001



Zdroj: ČSÚ

**Graf 3.20**  
Míra ekonomické aktivity, ČR, 1993–2001

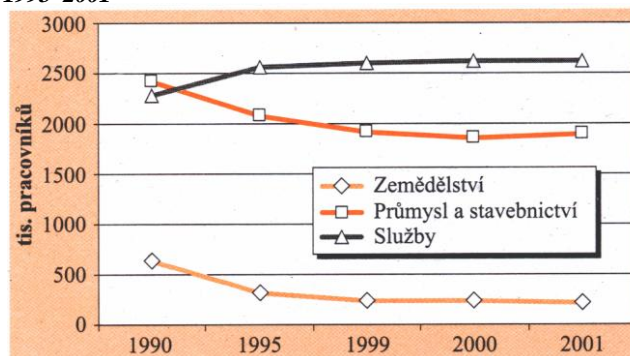


Pozn.: Míra ekonomické aktivity vyjadřuje podíl počtu zaměstnaných a nezaměstnaných (pracovní síly, osoby ekonomicky aktivní) k počtu všech osob starších 15 let.

Zdroj: CSU

Zaměstnanost se v devadesátých letech zvyšovala v sektoru služeb na úkor sektorů zemědělství a průmyslu a tento trend odpovídá vývoji v ostatních hospodářsky vyspělých státech (graf 3.21).

**Graf 3.21**  
Zaměstnanost v sektorech národního hospodářství, ČR, 1995–2001



Zdroj: ČSÚ

### 3.4 CHUDOBA

Chudoba je pojem, kterému se v České republice věnuje pozornost až po pádu komunismu a v současné době tento problém nabývá na významu. V bývalém Československu oficiální politika socialistického režimu problém chudoby nepřipouštěla. Po roce 89 se společnost sociálně a ekonomicky rozvrstvila, přibýlo bohatších i chudších lidí. Významně se také snížil podíl minimální mzdy na průměrné hrubé mzdě a začaly se projevat značné rozdíly ve výdělích.

Relativní pozice domácností s nejnižšími příjmy zůstala beze změny, přičemž výrazně vzrostly příjmy nejbohatších domácností. Vývoj růstu nerovností domácností, který se vyjadřuje pomocí Giniho koeficientu, ilustruje graf 3.22 a mezinárodní srovnání nerovností příjmů graf 3.23. Důsledky ekonomické reformy pocítily na poklesu svých příjmů zejména domácnosti s příjmy kolem průměru.

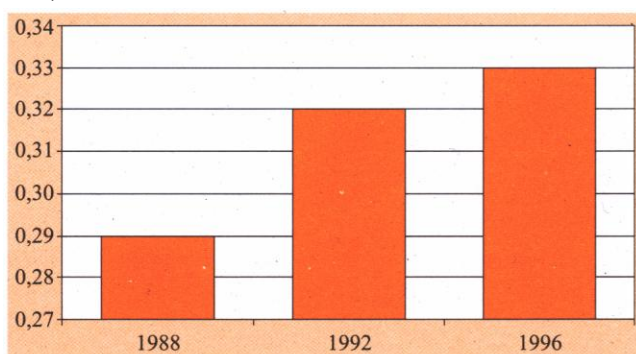
*Pojem chudoby je třeba chápat v širších souvislostech. I když je při jejím vymezení nejvýznamnější hledisko nedostatkem materiálních zdrojů či materiální deprivace (absolutní chudoba), neprojevuje se toto hledisko pouze v příjmech, ale v mnoha dalších indikátorech životního standardu. Chudoba bývá hlavně ve vyspělých státech „relativní“: její vymezení je obvykle vztahováno k určitému sociálnímu standardu. Projevují se těsné vztahy mezi chudobou a konceptem sociálního vyloučení, kde jde o nemožnost podílet se na základních občanských či sociálních právech, či jinak, o nemožnost účastnit se plně na životě určitého společenství ať již v oblasti ekonomické, politické, sociální, nebo kulturní.*

<sup>40</sup> Míra ekonomické aktivity je podíl celkové pracovní síly (zaměstnaných i nezaměstnaných) na počtu osob v produktivním a poproduktivním věku (tj. populaci 15 let a starší).

Spojuje se proto s otázkami po „možnosti přístupu“ a „schopnostmi“ přístupu lidí k určitým zdrojům a příležitostem, jež jim umožňují se v řadě dimenzí života společnosti plně zapojit a participovat. Koncept sociálního vyloučení umožňuje lépe porozumět dynamice jeho materiální stránky (chudoby). Jedním z rozměrů chudoby je tzv. chudoba „subjektivní“, kdy se dotýční za chudé považují.

Evropská unie definovala chudobu jako sociální vyřazení a chudí jsou osoby, rodiny a skupiny osob, které disponují tak malými (materiálními, kulturními a sociálními) prostředky, že jsou vyloučeni ze způsobu života, který je ve členském státě, ve kterém žijí, přijatelný jako minimum. Práh ohrožení chudobou je hodnota 60 % průměrného příjmu na domácnost.<sup>41</sup>

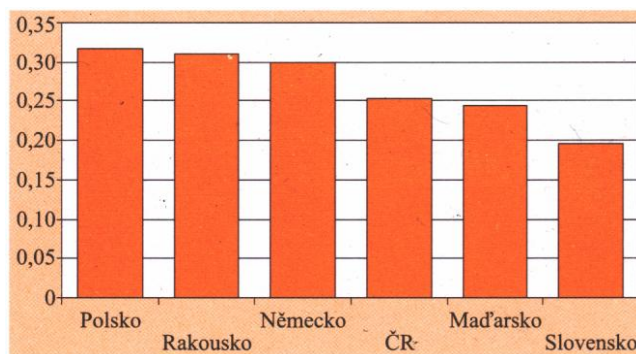
**Graf 3.22**  
Rozdělení příjmů domácností – Gini-koefficient, ČR, 1988, 1992, 1996



Pozn.: V případě absolutně rovnoměrně rozděleného příjmu mezi domácnosti by hodnota Gini-koefficientu činila 1, v případě absolutně nerovnoměrně rozděleného příjmu hodnotu 0.

Zdroj: Microcensus 1988, 1992, 1996, SoÚ AVČR

**Graf 3.23**  
Gini-koefficient, mezinárodní srovnání, konec 90. let



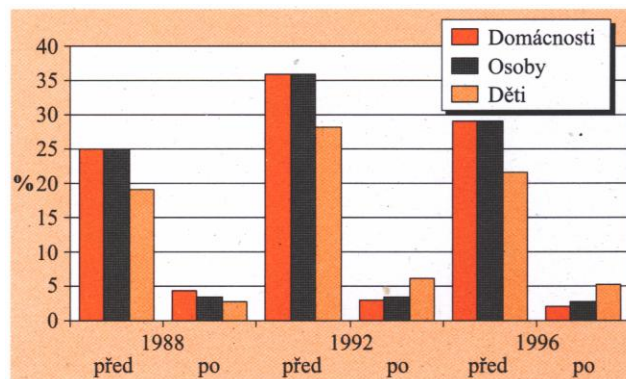
Pozn.: Gini-koefficient může dosahovat hodnoty v intervalu (0,1). V případě absolutně rovnoměrně rozděleného příjmu mezi domácnosti by hodnota upraveného Gini-koefficientu činila 1, v případě absolutně nerovnoměrně rozděleného příjmu (celý příjem vlastně pouze 1 domácnosti) hodnotu 0.

Zdroj: UNDP

Situaci chudoby ilustruje graf 3.24 spolu s účinností sociálních dávek. Vytvoření sociální záchranné sítě na

počátku transformačního období a adresné vyplácení sociálních dávek pozitivně ovlivnily skutečnost, že chudoba doposud zůstává okrajovým problémem. V mezinárodním srovnání podílu lidí žijících v domácnostech, kde žádný člen nemá práci, je na tom lépe pouze Rakousko (graf 3.25). Vydáváme něco málo pod 40 % financí ze státního rozpočtu na sociální výdaje, což je méně než například v Polsku a Rakousku (graf 3.26).

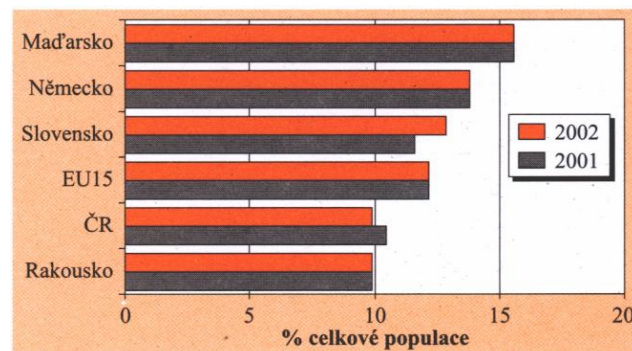
**Graf 3.24**  
Chudoba před sociálními dávkami a po nich, ČR, 1988, 1992, 1996



Pozn.: Míra chudoby před sociálními dávkami a po nich měří podíl populace, jejíž příjmy jsou pod stanovenou hranicí chudoby; takovéto porovnání míry chudoby podává informaci o dopadech přerozdělování sociální finanční pomoci na rozsah chudoby.

Zdroj: Mikrocensus, CSU, VUPSV

**Graf 3.25**  
Podíl lidí žijících v domácnostech, kde žádný člen nemá práci, mezinárodní srovnání, 2001, 2002



Zdroj: Eurostat

K vrstvě chudých a chudobou ohrožených u nás nepatří pouze osoby s nízkými příjmy, ale i část domácností s nepříznivým poměrem pracujících a nepracujících členů. Chudobou jsou ohroženy také mladé rodiny při přerušení výdělečné činnosti při péči o děti a obyvatelé s nižším vzděláním. Jak je patrné, ohrožení chudobou je kombinací více prvků.

<sup>41</sup> Commission of the European Communities (2002): The Lisbon Strategy - making changes happen. ANNEX 2 to the Commission Staff Working Paper in support of the Report from the Commission to the Spring European Council in Barcelona (COM(2002)14 final).