

**Politika zaměstnanosti ve prospěch zdravotně postižených v zemích
Evropské unie v posledním desetiletí**

Obsah:	Strana:
Úvod	31
Změny v politice zaměstnanosti v evropských zemích	32
Kvótní systémy v zemích EU	40
Závěr	46
Příloha	47
Literatura	50

Zpracoval: Mgr. Miriam Kotrusová, Ph.D., VÚPSV

Úvod

V průběhu 90. let se schémata a programy určené pro zdravotně postižené osoby podstatně proměnily. Důvodů bylo hned několik. Za prvé, zvyšující se výdaje na sociální dávky pro zdravotně postižené (spolu s výdaji na starobní důchody) začaly ohrožovat stabilitu celého systému sociálního zabezpečení. Za druhé, míra ekonomické aktivity zdravotně postižených osob se výrazným způsobem snížila. Díky lehce dostupným, poměrně štědrým sociálním dávkám a malým šancím najít na trhu práce placené zaměstnání, stále větší počet zdravotně postižených si zvolil alternativu trvalého odchodu z trhu práce - zejména osoby středního a předdůchodového věku. Vlády členských zemí EU tak byly nuceny postavit se zejména výše uvedeným problémům čelem. Na jedné straně došlo v mnoha zemích ke zpřísnění kritérií pro pobírání sociálních dávek a na straně druhé se zvýšil význam aktivních opatření podporujících zaměstnanost zdravotně postižených osob.

Cílem této studie je analýza politiky zaměstnanosti zaměřené na zdravotně postižené osoby v evropských zemích v posledních deseti letech. První část mapuje paradigmatické změny v přístupu ke zdravotně postiženým v Evropě a popisuje jednotlivé modely přístupu k zaměstnání těchto osob. Druhá část pak podrobněji analyzuje kvótní systémy v evropských zemích jak s fondovým hospodařením, tak i bez něj.

Změny v politice zaměstnanosti v evropských zemích v 80. - 90. letech

Od druhé poloviny 80. let dochází v oblasti sociálního zabezpečení a politiky zaměstnanosti k paradigmatickému posunu, který se označuje jako welfare-to-work. V rámci této nové strategie se pasivní opatření (pobírání sociálních dávek) více kombinují s aktivními (účast na aktivních programech politiky trhu práce, poskytování dávek podmíněno vlastní aktivitou). Zároveň se klade větší důraz na individuální přístup, zavádějí se programy „ušité na míru“ potřebám jednotlivců. Základem většiny aktivních programů pro zdravotně postižené je individuální akční plán, který zahrnuje fyzickou i psychickou rehabilitaci, intenzivní pomoc při hledání zaměstnání, vzdělávání, pracovní zkušenosti, pomoc na pracovišti, atd.. (Pro ilustraci uvedeného paradigmatického posunu uvádíme změny v sociální politice a politice zaměstnanosti pro zdravotně postižené v Nizozemí a Velké Británii v příloze.)

*V říjnu 1998 došlo v sociální politice **Velké Británie** ke změnám, které umožňují souběh invalidního důchodu a zaměstnání, a to po dobu jednoho roku.*
Finská vláda připravuje opatření, které umožní invalidním důchodcům „vyzkoušet si“ zaměstnání bez toho, že by ztratili nárok na invalidní důchod.
Zdroj: „Raising Employment Levels of People with Disabilities. The Common Challenge“, Commission Staff Working Paper, 1998

Další zásadní změnou v přístupu ke zdravotně postiženým osobám je nahrazování „individuálního modelu“ invalidity tzv. „sociálním modelem“. Podle „individuálního modelu“ (někdy bývá tento přístup označován i jako medicínský) invalidita vzniká na základě zdravotního postižení jednotlivce. Tomu jsou pak poskytovány specializované sociální služby (např. chráněné dílny). Podle „sociálního modelu“ však podstata problému nespočívá v samotné invaliditě, ale v neschopnosti současných společností odstranit největší bariéry bránící zdravotně postiženým lidem vést nezávislý (soukromý i profesní) život. Posun k tomuto modelu přináší důraz na posilování sociálních práv zdravotně postižených a poskytování všestranné pomoci k plné integraci do hlavního proudu společnosti – přístup založený na tzv. mainstreamingu. Ještě donedávna byly tyto dva modely prezentovány jako protiklady a mnozí autoři doporučovali nahrazení individuálního modelu sociálním. V současnosti se zdůrazňuje význam a důležitost obou dvou modelů, protože jak existence zdravotního postižení, tak i povaha moderní společnosti představují základní faktory ovlivňující invaliditu. (Floyd – Curtis, 2000; van Oorschot – Hvinden, 2000)

V současné době převládá v přístupu k problematice osob se zdravotním postižením přesvědčení, že prevence a včasná intervence jsou efektivnější (a levnější) než léčení. Ústřední myšlenkou používaných opatření k řešení zaměstnanosti zdravotně postižených je zájem o prevenci vzniku nemocí z povolání nebo pracovních úrazů, které mohou způsobit trvalé poškození zdravotního stavu, vznik invalidity – tj. východiskem je vysoká bezpečnost práce. Prevence a včasná intervence musí být doprovázeny opatřeními, jejichž cílem je předcházet vzniku nezaměstnanosti zdravotně postižených osob, tj. **důraz na udržení pracovního místa i po vzniku zdravotních obtíží**. Příkladem takovýchto opatření je legislativa, která brání tomu, aby byli zaměstnanci po vzniku zdravotního postižení propuštěni, poskytování finančních dotací zaměstnavatelům (úlevy na daních, dotace na adaptaci pracoviště, dotace vyrovnávající rozdíl mezi produktivitou práce zdravotně postiženého a zdravého zaměstnance, atd.) či programy aktivní politiky zaměstnanosti. **Klíčovými prvky politiky zaměstnanosti pro zdravotně postižené je vzdělávání a rekvalifikace a příležitosti k získání pracovních zkušeností v zaměstnání** (zkušební doba, učení). Programy nebo opatření zaměřené na pracovníky musí být doprovázeny systémem pobídek pro zaměstnavatele tak, aby byly zajímavé, motivující. K jejich realizaci je potřeba přistoupit poměrně brzy, protože s prodlužujícím se obdobím setrvávání mimo zaměstnání se výrazně ztěžuje možnost integrace na trh práce.

Problematika podpory zaměstnanosti zdravotně postižených se na první pohled zdá být odlišná od programů politiky zaměstnanosti určených pro nezaměstnané lidi (dlouhodobě nezaměstnané, nízkokvalifikované). Ve skutečnosti se však jedná o variaci na totéž téma. Řešení zaměstnanosti obou skupin pracovní síly – nezaměstnaných a zdravotně postižených – je těžké a na základě dosavadních poznatků lze konstatovat, že neexistuje jedna spolehlivá metoda.¹ Z toho důvodu volí jednotlivé země přístup založený na kombinaci různých existujících programů a schémat. Rozpracování specifických opatření ve prospěch zdravotně postižených je v národních plánech zaměstnanosti jednotlivých zemí velmi řídké. Důvodem je zejména skutečnost, že tento segment pracovní síly spadá do skupiny dlouhodobě nezaměstnaných a je tedy řešen v rámci nástrojů aktivní politiky zaměstnanosti určených dlouhodobě nezaměstnaným osobám.

¹ Srovnání efektivnosti jednotlivých nástrojů politiky zaměstnanosti pro zdravotně postižené mezi členskými zeměmi EU je navíc ztíženo i neexistencí spolehlivých dat, či už kvantitativních nebo kvalitativních. Hodnocení

Problematiku integrace zdravotně postižených na trh práce i do společnosti řeší také Směrnice zaměstnanosti na rok 2001. Směrnice č. 7 ukládá každému členskému státu:

- identifikovat a odstranit všechny formy diskriminace v přístupu na trh práce, ke vzdělávání a profesnímu tréninku;
- navrhnout efektivní preventivní programy a programy aktivní politiky zaměstnanosti ve snaze podpořit integraci na trh práce těch jednotlivců a skupin, kteří jsou určitým způsobem znevýhodněni;
- implementovat vhodná opatření, která naplní potřebu zdravotně postižených osob k integraci na trh práce.

Většina Národních plánů zaměstnanosti na rok 2001 členských zemí EU neobsahuje, v porovnání s předchozím rokem, nové opatření nebo programy pro zdravotně postižené pracovníky. Příklady opatření obsažených v Národních plánech zaměstnanosti:

1. Analýzy a hodnocení. Některé země (Velká Británie) zřídily speciální komise zabývající se analýzou toho „jak přistoupit k existujícím nerovnostem ve všech aspektech života zdravotně postižených osob“. V Nizozemí je cílem podobné komise identifikovat příčiny neustálého růstu zdravotně postižených osob a navrhnout změny v existujících dávkových schématech.
2. Národní osvětová kampaň, cílem které je informovat zdravotně postižené o sociálních službách (Velká Británie).
3. Snaha umísťovat zdravotně postižené pracovníky ve větší míře do existujících programů aktivní politiky zaměstnanosti, např. na dotovaná zaměstnání (Francie, Rakousko). Ve Švédsku byla státem vlastněná firma AB Samhall pověřena vládou k tomu, aby umožnila smysluplné zaměstnání pro přibližně 26 tisíc zaměstnanců se zdravotními obtížemi.
4. Snaha zapojovat zdravotně postižené ve větší míře do programů zvyšujících jejich vzdělání a kvalifikaci (Švédsko, Francie, Rakousko).
5. Poskytování speciálního poradenství pro osoby se zdravotním postižením (Velká Británie, Francie).
6. V Německu přikládají velký význam posílení práv pracovníků s těžším zdravotním postižením včetně reprezentace jejich zájmů na podnikové úrovni. Přijetím zákona o boji s nezaměstnaností těžce zdravotně postižených osob z roku 2000 došlo také k určitým změnám v kvótním systému (viz dále).

je komplikováno i tím, že zaměstnanost zdravotně postižených je ovlivňována nejenom speciálními programy ale také makroekonomickou politikou či situací na trhu práce. (European Commission, 2000)

Důraz na některý z programů politiky zaměstnanosti ve prospěch zdravotně postižených závisí na filozofii, na historii služeb a programů pro tuto skupinu pracovní síly, stejně jako na charakteru systému sociálního zabezpečení. Studie Evropské Komise „*Benchmarking Employment Policies for People with Disability*“ uvádí tři základní modely přístupu zdravotně postižených k zaměstnání:

1. přístup založený na speciálních programech organizovaných specializovanými agenturami (USA, Austrálie);
2. programy aktivní politiky zaměstnanosti, v rámci nichž však zdravotně postižení nejsou bráni jako specifická skupina pracovní síly (Skandinávie).
3. podpora zaměstnanosti zdravotně postižených, a to prostřednictvím dvou odlišných přístupů:

3.1. přístup založený na prosazování povinných kvót zaměstnaných osob se zdravotním postižením. Tento přístup se využívá ve většině evropských zemí, i když v poslední době se zdá, že se od něj začíná pomalu ustupovat. Důvodem je skutečnost, že si jednotlivé vlády začínají uvědomovat, že úspěch programů zaměstnanosti pro zdravotně postižené závisí ve velké míře na zaměstnavatelích. Sankcionováním zaměstnavatelů za neplnění kvót při zaměstnávání zdravotně postižených nelze efektivně dosáhnout shody a spolupráce. Existence sankcí se proto často stává symbolickou, tj. vlády tak demonstrují svůj dobrý úmysl.

3.2. přístup založený na občanských právech, který se v poslední době prosazuje v USA, Velké Británii, Irsku a části Skandinávie. Cílem je vytvořit legislativní rámec pro zajištění přístupu k zaměstnání na otevřeném trhu práce pro osoby se zdravotním postižením, udržení zaměstnání a nápravy v případech prokázané diskriminace.

V praxi však většina zemí kombinuje výše uvedené přístupy – kvótní systém i antidiskriminační zákony. I když neexistují příklady zemí, kde by kvótní systém dosáhl svých teoretických cílů – tj. zaměstnání pro stanovený podíl zdravotně postižených – jeho zastánci zdůrazňují význam finančních prostředků získaných z placení příspěvků za neplnění stanoveného podílu k podpoře jiných forem zaměstnanosti osob se zdravotním postižením. Rovněž antidiskriminační legislativa má ve vztahu k zaměstnanosti zdravotně postižených osob své problémy. Autoři již zmiňované studie „*Benchmarking Employment Policies for People with Disability*“ mají dojem, že tato legislativa je více o vysílání signálů zdravotně

postiženým a zaměstnavatelům, než o konkrétním nabízení efektivních nástrojů k řešení problémů pracovního uplatnění zdravotně postižených. Je pravděpodobné, že její efekt je větší v případě udržení si zaměstnání než v samotném zajištění přístupu k zaměstnání pro zdravotně postižené osoby. To je zejména příklad USA, kde je cílem antidiskriminační politiky spíše předcházet diskriminaci osob z důvodu jejich zdravotního postižení než prosazovat jejich individuální práva prostřednictvím soudů.

Navíc, preferování jednoho či druhého přístupu se může měnit. Např. v průběhu 90. let se zpřísnily ve Francii a SRN podmínky fungování kvótního systému. Naopak ve Velké Británii byl v roce 1995 zrušen kvótní systém. Nahradila jej legislativa zakazující diskriminaci na základě zdravotního stavu.² Politici v Británii jsou přesvědčeni, že „zájmům zaměstnanosti zdravotně postižených osob nejlépe slouží taková opatření, která dobrovolně motivují zaměstnavatele k volbě těch správných metod“. Cílem přijetí antidiskriminačních zákonů byla „zásadní proměna způsobu, jakým jsou zdravotně postižení vnímáni většinou společností“. (Fordham, 1998)

Metody, které se v současnosti využívají ve všech vyspělých zemích pro podporu zaměstnanosti zdravotně postižených osob, zahrnují („Benchmarking employment policies for people with disabilities“, 2000):

1. Antidiskriminační legislativu

Téměř všechny země EU mají legislativu, která zakazuje diskriminaci osob na základě zdravotního postižení a zákony, které upravují různá hlediska pracovního uplatnění osob se zdravotním postižením. Diskriminace v zaměstnání z důvodu zdravotního postižení je zakázána v ústavě pěti zemí – Finsko, Řecko, Itálie, Portugalsko a Španělsko.

² Kvótní systém (3% pro zaměstnavatele s více než 20 zaměstnanci) ve Velké Británii byl považován za neefektivní. Ve Velké Británii bylo neplnění kvót, podle původní legislativy z roku 1944, považováno za trestný čin a zaměstnavatele tak mohli být dokonce uvězněni. I když žádný zaměstnavatel nešel do vězení pro porušení tohoto zákona, z dnešní perspektivy je nevhodné, aby se zaměstnanost zdravotně postižených osob „vynucovala“ tímto způsobem. Dalším problémem byl „nedostatek zdravotně postižených osob“, pouze třetina z nich se registrovala na úřadě práce a připadala tak v úvahu pro zaměstnání. Navíc se ukázalo, že kvótní systém funguje jako prostředek vstupu do zaměstnání, ale nedostatečně podporuje zaměstnanost prostřednictvím takových nástrojů jako např. vzdělávání. Za závažný problém byla považována i skutečnost, že procedury související se systémem kvót vedly k označování a stigmatizaci zdravotně postižených. (Fordham, 1998)

Evropská Unie přijala v listopadu 2000 směrnici 2000/78/EC o zákazu diskriminace (do prosince roku 2003 má být zapracována do národních legislativ členských zemí), která vytváří obecný rámec pro uplatňování principu stejných příležitostí v přístupu k zaměstnání na základě různých faktorů a zakazuje tak i přímou nebo nepřímou diskriminaci na základě zdravotního postižení.

2. Přesvědčovací metody:

- zvyšování povědomí veřejnosti o problémech souvisejících s pracovním uplatněním zdravotně postižených osob a pořádání kampaní, jejichž cílem je odstranit negativní obraz této skupiny lidí (časté zejména v Řecku a Japonsku),
- odměny (symbolické), které mají poukázat na pozitivní praktiky a zkušenosti se zaměstnáváním osob se zdravotně postižením (Austrálie),
- řády, resp. kodexy při zaměstnávání postižených lidí (Belgie),
- sociální kapitoly v rámci kolektivních smluv zabývající se zaměstnaností zdravotně postižených (Dánsko),
- demonstrační projekty (Dánsko, Evropská iniciativa „Horizon“³ a jedna ze současných iniciativ pro boj s diskriminací a nerovnostmi na trhu práce „Equal“),
- programy zaměstnanosti (součást sociálních programů) jako alternativa ke kvótnímu systému (Francie) (viz později).

3. Metody prevence vzniku zdravotního postižení nebo nemoci z povolání (důraz na bezpečnost práce) / Metody udržení zaměstnání – přeložení nebo přerazení na jiné, vhodné pracovní místo, adaptace pracoviště a vzdělávání.

4. Opatření pozitivní diskriminace. Do této skupiny opatření lze zařadit kvótní systém a systém rezervace pracovních míst pro zdravotně postižené.

V Řecku musí banky, orgány veřejné a místní správy vyhradit určitý podíl pomocných pracovních míst pro osoby se zdravotním postižením. Tato povinnost se týká zvláště slepců – 80 % pracovních míst pro telefonisty v bankách, ve veřejné a místní správě musí být vykonáváno kvalifikovanými slepými pracovníky. Vyhrazená pracovní místa se týkají také míst s vysokoškolským vzděláním – na každé tři právnický zaměstnané ve veřejném sektoru

³ Jedná se o jednu z iniciativ „The Employment Community Initiative“ financovanou z Evropského sociálního fondu, jejímž cílem je vyvinout nové způsoby řešení těch největších problémů na trhu práce, kterým zdravotně postižení čelí nejčastěji a ovlivnit tak vzdělávací systém i politiku zaměstnanosti.
http://europa.eu.int/comm/employment_social/soc-prot/disable/employment_en.html

musí být jeden se zdravotním postižením.

Zdroj: : Thornton, P. – Lunt, N. (1997): „Employment Policies for Disabled People in Eighteen Countries: A Review“, Social Policy Research Unit, University of York

*Systém vyhrazených pracovních míst najdeme i ve **Francii**, kde se vztahuje především na veřejný sektor. Týká se pracovních míst vyžadujících vysokoškolské vzdělání (bakalářské nebo magisterské). Tento způsob získání zaměstnání ve veřejné správě se však v současnosti využívá méně často: počet vyhrazených pracovních míst klesá a období čekání na takovéto zaměstnání se zvyšuje.*

Od roku 1995 má každé ministerské oddělení alespoň jednoho „zdravotně postiženého reprezentanta“, který má na starosti pracovní integraci zdravotně postižených státních úředníků.

Zdroj: „French Policy: Towards People with Disability“

5. Programy aktivní politiky zaměstnanosti (v této souvislosti míněno zejména jako poradenství). V poslední době získává na významu zejména poradenství, které je šité na míru jednotlivcům (ang. „tailored-made services“). Velká role při poskytování efektivního poradenství se připisuje institutu tzv. osobních poradců.

6. Dotace na pracovní místa poskytované za účelem podpory integrace osob se zdravotním postižením do pracovního procesu. Využívají se zejména dva hlavní typy dotací: - dotace na pokrytí sociálních nákladů (příspěvků na sociální pojištění) a v některých případech také části mzdových nákladů, - dotace na pokrytí rozdílu mezi produktivitou zdravotně postiženého pracovníka a zdravého pracovníka. Nejčastěji zmiňovaným problémem v souvislosti s efektivitou dotací je malý zájem zaměstnavatelů. Největší zájem je obvykle tam, kde jsou dotace flexibilní, jejich úroveň je poměrně vysoká a trvají delší dobu.

7. Pracovní rehabilitaci (poskytována zároveň nebo po skončení fyzické rehabilitace), která zkoumá a hodnotí možnosti pracovního uplatnění, resp. profesního výcviku. Na základě dosavadních poznatků se ukazuje, že nejefektivnějším způsobem pracovní rehabilitace je poskytování profesního výcviku na pracovišti.

8. Chráněné zaměstnání (dílny nebo pracoviště). Jedná se o opatření, které navzdory zmiňovaným snahám o plnou integraci zdravotně postižených lidí na otevřený trh práce, nabízí pracovní uplatnění největšímu počtu zdravotně postižených osob v členských zemích EU (280 tisíc osob). Tento typ zaměstnání je však více určen pro osoby s těžším zdravotním postižením. Některé země se snaží vytvořit vazby mezi chráněnými pracovišti a otevřeným trhem práce, aby umožnily zájemcům přechod do „normálního“ zaměstnání.

9. Adaptaci pracovního prostředí. Jedná se o poskytování praktické pomoci zdravotně postiženým při úpravě jejich pracoviště s cílem udržet existující zaměstnání. Ve většině případů se poskytují různé pomůcky, nebo dotace na jejich zakoupení. Dále se poskytují dotace s cílem modifikovat pracovní prostředí a umožnit zdravotně postižením přístup na pracoviště. Třetím typem pomoci je modifikace organizace a struktury zaměstnání (flexibilní pracovní doba, práce doma, sdílení práce). I když právě tento typ praktické pomoci by mohl významně usnadnit přístup zdravotně postiženým na trh práce, existuje jen velmi málo důkazů o zájmu samotných zdravotně postižených o tuto pomoc. Obecně lze říci, že navzdory značnému významu, který je v mnoha zemích přikládán této formě pomoci, se jedná o poměrně málo efektivní způsob podpory zaměstnanosti osob se zdravotním postižením. Nejvíce jsou oceňována taková schémata, která se vyznačují poměrně značnou flexibilitou, snadnou dostupností a která delegují odpovědnost jak na zaměstnavatele tak i na samotné zdravotně postižené pracovníky.

10. Podporu podnikání. V této oblasti neexistují ve většině evropských zemí zvláštní strategie zaměřené na podporu podnikání osob se zdravotním postižením. Případným zájemcům z řad zdravotně postižených se poskytuje stejná pomoc jako lidem bez zdravotního postižení. (Finsko např. také monitoruje rozsah, v němž byla pomoc při podnikání poskytnuta zdravotně postiženému.)

Kvótní systémy v zemích Evropské unie

Systém povinných kvót v případě zaměstnávání zdravotně postižených osob má své kořeny v meziválečné Evropě. K prvním zemím, které zavedly kvótní systém, patřily Německo a Rakousko. V tomto období měl kvótní systém za cíl podporu integrace válečných veteránů na trh práce. Ve 20. letech 20. století zavedly podobné systémy i další evropské země (např. Polsko, Francie, Itálie). Později se kvótní systém začal vztahovat i na civilisty, na osoby s trvalým poškozením zdravotního stavu v důsledku válečných zranění, osoby trpící nemocemi z povolání nebo po úrazech. Ke konci 2. světové války byl princip povinného zaměstnávání osob se zdravotním postižením (kvóty) podpořen na konferenci Mezinárodní organizace práce ve Filadelfii. V důsledku oficiálního uznání jeho významu došlo k rozšíření kvótního systému do mnoha dalších zemí (Velká Británie, Nizozemí). Toto všechno se však odehrávalo v období plné zaměstnanosti.

Je třeba zdůraznit, že systém kvót je pouze jedním z mnoha nástrojů politiky zaměstnanosti zaměřených na skupinu lidí, kteří jsou vystaveni na trhu práce značným obtížím při hledání pracovního uplatnění z důvodu jejich zdravotního postižení. *Efektivita kvótního systému závisí do velké míry na existenci dalších opatření politiky zaměstnanosti. Ta by měla na jedné straně přispět, resp. podpořit dostatek vhodných pracovních míst pro zdravotně postižené a na straně druhé pomoci umístit na tato místa kvalifikované a dostatečně motivované zdravotně postižené pracovníky. Bez zajištění těchto podmínek nemá uzákonění povinného zaměstnávání zdravotně postižených velký smysl.* Thornton (1998) se domnívá, že v případě nesplnění těchto podmínek není legitimní „uvalit“ na zaměstnavatele povinnost přijímat do pracovního procesu osoby se zdravotním postižením, jejichž kvalifikace, pracovní potenciál a výkon jsou značně sníženy.

Kvótní systém je mechanismem vyrovnávání pracovních příležitostí pro postižené pracovníky. Jedná se o příklad pozitivní diskriminace, kdy se poskytuje speciální pomoc skupině osob, která je z důvodu svého zdravotního stavu znevýhodněna v přístupu na otevřený trh práce. Kvótní systém přímo ovlivňuje rozhodování zaměstnavatelů ve věcech personální politiky tak, aby zvýšili podíl postižených lidí na celkovém počtu svých zaměstnanců. Evropské země s tzv. kvótním systémem (s fondy) uplatňují v přístupu k zaměstnavatelům princip cukru a biče. Pokud zaměstnavatelé neplní svou zákonem stanovenou povinnost a nezaměstnají osoby se zdravotním postižením ve stanoveném podílu,

musí zaplatit finanční příspěvek za každé chybějící pracovní místo. V ideálním případě se pak tyto prostředky použijí na další podporu zaměstnanosti postižených. Evropská a Japonská schémata jsou založena na preferenci zaměstnávání postižených před placením pokut, tj. úlevy a výjimky jsou poskytovány těm zaměstnavatelům, kteří kvóty plní. (*Např. v Rakousku jsou zaměstnavatelům, kteří překročili stanovenou kvótu, vypláceny bonusy ve výši 980 rakouských šilinků za každou osobu navíc.*) Finanční sankce jsou vnímány jako daň, které se lze vyhnout zaměstnáním postižených pracovníků ve stanovené kvótě.

Podle studie Mezinárodní organizace práce „*Employment Policies for Disabled People in Eighteen Countries: A Review*“ z roku 1997 existuje určitá forma kvótního systému v 10 členských zemích EU. Mezi charakterem a efektivností jednotlivých systémů však existují značné rozdíly. V Irsku, Belgii, Itálii, Řecku, Lucembursku, Nizozemí a Španělsku se využívá kvótní systém bez fondů (angl. „quota system“); ve Francii, SRN, Rakousku se jedná o kvótní systém s fondy (angl. „quota-levy system“).

V posledním období zaznamenáváme v jednotlivých členských zemích a na úrovni Evropské unie určitý odklon od kvótního systému a jeho postupné nahrazování antidiskriminační legislativou. Podle studie OECD (1992) existují tři hlavní argumenty proti kvótnímu systému:

- Poměrně často se vyskytují praktické problémy s definováním (jak zdravotně postižených, tak zaměstnavatelů), registrací a kontrolou. Jakýkoliv typ kvót vyžaduje relativně jasnou definici zdravotního postižení pro určení toho, jaký typ zdravotního postižení bude brán v úvahu při počítání povinného podílu, stejně tak jako pevná pravidla pro registraci těchto osob.
- V mnoha zemích převažuje názor, že kvótní systém není v souladu se snahou o zlepšování vztahů mezi službami zaměstnanosti a zaměstnavateli na jedné straně, a mezi zaměstnanci a zaměstnavateli na straně druhé. Kvótní systém je obviňován také z toho, že zavádí určité dělení pracovní síly na tu „zdravou“ a na tu „postiženou“, a že pracovníci s určitým zdravotním postižením jsou tímto způsobem stigmatizováni.
- Problém související s vynutitelností kontroly plnění kvót. Kvóty mohou být chápány jako podstatné zásahy do fungování trhu práce, které nejsou plně v souladu s celkovou politikou zaměstnanosti. (Tento typ argumentace byl častý ve Velké Británii a velkou měrou přispěl k zrušení kvótního systému v roce 1995.)

Výše kvóty

V evropských zemích s kvótním systémem bez fondů se úroveň kvóty velmi různí její výše dosahuje od 2 % (Lucembursko, Španělsko) do 15 % (Itálie). Tam, kde existuje kvótní systém s fondy, je její rozptyl podstatně menší a výše se pohybuje v rozmezí 3-6 %.

Kvóta má být stanovena na základě kvalifikovaných odhadů tak, aby zaměstnavatelé byli schopni ji naplnit. Pokud je její výše stanovena příliš vysoko, hlavním cílem tohoto systému pak není podpora zaměstnanosti zdravotně postižených, ale spíše zajištění dodatečných příjmů pro státní rozpočet. (Když byl v roce 1974 zaveden kvótní systém v západním Německu, naplnění 6 % kvóty bylo považováno za reálné. V roce 1982 zaměstnavatelé zaměstnávali zdravotně postižené v průměru 5,9 %. Německo je snad jedinou evropskou zemí, o níž lze říci, že její kvótní systém funguje poměrně dobře a efektivně. (OECD,1992))

Výši kvóty je možné diferencovat podle:

- velikosti zaměstnavatele (větší zaměstnavatelé mají vyšší kvótu. Tento systém byl nedávno zaveden v Lucembursku a uvažuje se o něm v Itálii a Španělsku);
- sektoru.

V Rakousku je kvóta stanovena na 4 % a týká se všech zaměstnavatelů s více než 25 zaměstnanci. Výše kvóty se může lišit podle odvětví. Pokud není na trhu práce dostatek pracovních míst pro zdravotně postižené, zákon umožňuje snížit počet zdravotně postižených nutných k naplnění kvóty na 20 zaměstnanců nebo může být zvýšen na maximálně 50, pokud některé sektory nemohou naplnit požadavek z technických důvodů. Např. v lesnictví musí plnit kvótu pouze zaměstnavatelé s více než 40 zaměstnanci, hutě (45) a nákladní doprava (35), ale pouze málo sektorů využívá tuto možnost.

Zdroj: Thornton, P. (1998): „Employment Quotas, Levies and National Rehabilitation Funds for Persons with Disabilities: Pointers for policy and practice“, ILO, Geneva

Kteří zaměstnavatelé mají mít povinnost zaměstnávat zdravotně postižené lidi ve stanovené kvótě?

K nejčastěji využívaným **kriteriím** pro rozhodování o typech zaměstnavatelů, na které se má vztahovat povinnost zaměstnávat osoby se zdravotním postižením v určité kvótě, patří:

- **Sektor** – veřejný, semi-veřejný, soukromý nebo sektor s chráněnými pracovními místy. Trendem posledních let je vztáhnout tuto povinnost i na veřejný sektor, který tak může sloužit jako dobrý příklad pro soukromé firmy.
V některých zemích se povinnost zaměstnávat zdravotně postižené ve stanoveném podílu vztahuje na zaměstnavatele, v dalších se berou v úvahu všechny pobočky, resp. závody (Francie).
- **Počet zaměstnanců.** V této souvislosti je potřeba určit nejen celkový počet zaměstnanců, na který se aplikuje povinnost zaměstnat osoby se zdravotním postižením, ale také vyjasnit způsob započítávání částečně zaměstnaných, dočasně zaměstnaných, atd. Např. v Rakousku je veřejný sektor zvýhodněn, protože při výpočtu plnění kvóty je 20 % zaměstnanců vyloučených.
- **Charakter práce,** resp. pracovního místa. Některé profese jsou vyloučeny z kvótního systému – piloti, hasiči, záchranáři, atd. Ve Francii je asi 10 % pracovních míst v soukromém nebo semi-veřejném sektoru vyloučených z kvótního systému. Jedná se např. o piloty, námořníky, dále o kvalifikované i nekvalifikované manuálně pracující. V Japonsku jde také o doktory a učitele.
- **Existence alternativních možností plnění kvóty** (kromě přímého zaměstnávání osob se zdravotním postižením).

V německém systému nemají zaměstnavatelé, na něž se vztahuje povinnost zaměstnávat osoby se zdravotním postižením (s více než 16 zaměstnanci), možnost výběru mezi přímým zaměstnáváním nebo zaplacením poplatku. Pokud úřad práce navíc shledá vinu za nesplnění stanovené kvóty na straně zaměstnavatele, má možnost uložit mu pokutu. K této možnosti se však přistupuje jen velmi zřídka.
Zdroj: Thornton, P. (1998): „Employment Quotas, Levies and National Rehabilitation Funds for Persons with Disabilities: Pointers for policy and practice“, ILO, Geneva

Legislativa většiny evropských zemí tyto možnosti nabízí (např. Francie). Poměrně často se vyskytující alternativou je tzv. sub-kontraktning – nákup služeb nebo zboží od ekonomických subjektů zaměstnávajících zdravotně postižené (chráněné dílny nebo družstva).

Ve Francii lze využívat služby jiných zaměstnavatelů zaměstnávajících osoby se zdravotním postižením maximálně do 3 % kvóty. Dále si mohou zaměstnavatelé působící v soukromém nebo semi-veřejném sektoru zvolit i další možnosti naplnění kvóty, a to uzavření kolektivní smlouvy, v níž se zavážou uskutečnit programy (někdy i na delší období) ve prospěch integrace osob se zdravotním postižením. Další možností bývá zaplacení poplatku do státního fondu (Rozvojový fond na zařazení zdravotně postižených osob do zaměstnání – AGEFIPH) – v tomto případě se nejedná o sankci za neplnění kvóty. Poslední dvě jmenované možnosti nelze využít pro soukromý sektor. Zdroj: Thornton, P. (1998): „Employment Quotas, Levies and National Rehabilitation Funds for Persons with Disabilities: Pointers for policy and practice“, ILO, Geneva

Další kritéria pro posuzování kvótních systémů v jednotlivých zemích:

- **Stanovení sankce za nesplnění zákonem stanovené povinnosti zaměstnávat osoby se zdravotním postižením.** Při stanovení její výše je důležité zvažovat, jaká částka bude motivovat zaměstnavatele k najímání nebo udržení pracovníků se zdravotním postižením. Z tohoto hlediska nebývá tím hlavním cílem maximalizace finančních prostředků vybraných od zaměstnavatelů.

Povinnost odvádět sankce za neplnění stanovené kvóty se obvykle nevztahuje na veřejný sektor a na subjekty, které provozují chráněné dílny nebo chráněná pracoviště. V Německu se povinnost platit pokuty za neplnění kvót vztahuje i na veřejný sektor, ve Francii se nevztahuje na tzv. semi-veřejný sektor (např. dráhy, veřejno-právní rozhlas a televize). V Japonsku nemusí státní nebo místní orgány platit pokuty.

Výše sankce bývá vztažena k úrovni mezd – např. minimální mzda (Francie) nebo průměrná mzda v národním hospodářství (Polsko).

Výši sankcí lze diferencovat podle různých kritérií - v závislosti na velikosti firmy (Francie) nebo podle úrovně plnění kvóty (SRN).

Ve Francii se roční příspěvek do fondu pohybuje na úrovni 300 násobku minimální hodinové mzdy na jedno chybějící místo (podniky se 20 - 199 zaměstnanci), 400 násobku (200 – 749 zaměstnanců) a 500 násobku (podniky s více než 750 zaměstnanci). Placení poplatku do fondu je ve Francii chápáno jako jedna z alternativ plnění povinnosti zaměstnávat osoby se zdravotním postižením a výše pokuty za její nesplnění se rovná výši příspěvku poukazovaného do Rozvojového fondu zvýšeného o 25 %.
V Německu od roku 2000 zaměstnavatelé, kteří zaměstnají 3-5 % zdravotně postižených, zaplatí 200 DM za každé pracovní místo, které schází do naplnění kvóty.

Ti, kteří zaměstnají zdravotně postižené ve kvótě 2-3%, zaplatí 300 DM měsíčně a ti, pod 2 % pak dokonce 500 DM.

Zdroj: Thornton, P. (1998): „Employment Quotas, Levies and National Rehabilitation Funds for Persons with Disabilities: Pointers for policy and practice“, ILO, Geneva

- **Kdo je považován za osobu se zdravotním postižením za účelem naplnění povinných kvót?** Vymezení cílové skupiny nebývá jednoduché. Je třeba předpokládat, že některé osoby se zdravotním postižením (zejména tím těžším) nejsou schopny samostatně pracovat za normálních pracovních podmínek. V této souvislosti se proto stanovují stupně zdravotního postižení a pouze osoby s určitým stupněm postižení se počítají do kvóty. (V Maďarsku se počítají pouze osoby s vyšším stupněm postižením než 40 %, ve Francii ten, kdo je uznán speciální komisí nebo invalidní důchodce, jehož schopnost výdělečné činnosti je snížena alespoň o 2/3, v Německu pouze osoby s těžším zdravotním postižením, v Japonsku osoby s fyzickým typem postižení a v posledním období také osoby s mentálním postižením).

Kvótní systémy velmi často obsahují opatření, jimiž jsou preferovány některé skupiny zdravotně postižených. Tyto osoby se pak počítají více než 1 krát.

Ve Francii jsou osoby s vyšším stupněm zdravotního postižení započítávány více než jedenkrát. Dále jsou zvýhodněny osoby mladší 25 let, starší než 50 let, dále účastníci profesního vzdělávání – započítávají se jako dodatečných 0,5 jednotky. Při výpočtu naplnění kvóty se bere v úvahu i délka pracovního poměru, 2 roky od přijetí do zaměstnání jsou zdravotně postižení započítáváni minimálně jako 2 jednotky.

V Rakousku při výpočtu splnění kvóty jsou některé kategorie zdravotně postižených osob počítány dvojnásobně. Jedná se o tyto skupiny osob: - slepí, osoby mladší 19 let, učni, osoby starší 50 let s celkovým stupněm postižení alespoň 70 %, osoby starší 55 let, lidé na vozičku. Cílem těchto „zvýhodnění“ je nabídnout dodatečné pobídky k tomu, aby zaměstnavatelé zaměstnávali mladé lidi s těžkým zdravotním postižením, ty, kteří se vzdělávají nebo starší osoby.

*Zdroj: Thornton, P. – Lunt, N. (1997): „Employment Policies for Disabled People in Eighteen Countries: A Review“, Social Policy Research Unit, University of York
„French Policy: Towards People with Disability“*

Závěr

Kvótní systém představuje pouze jeden typ programů zaměřených na podporu zaměstnanosti osob se zdravotním postižením. Na základě uvedených poznatků lze konstatovat, že jeho efektivita závisí na mnoha okolnostech, např. na přesném vymezení cílové skupiny, na postojích a ochotě zaměstnavatelů, na výši sankcí, atd. Kvótní systémy v evropských zemích se od sebe ve velké míře odlišují, jedny fungují s doprovodnými fondy, další bez těchto fondů. Téměř nemožné je proto doporučit jeden vybraný typ kvótního systému - schéma poměrně dobře fungující v jednom státě nemusí nutně dobře fungovat v odlišných podmínkách jiné země. Do hry vstupují takové faktory jako:

- hlavní filozofické principy, z nichž politika zaměřená na zdravotně postižené osoby vychází;
- historický, sociální a ekonomický kontext, v němž systém kvót funguje;
- cíl kvótního systému – jaký podíl osob se zdravotním postižením má být zaměstnán, na osoby, s jakým typem zdravotního postižení, je systém kvót zaměřen, atd.,
- další programy zaměřené na podporu zaměstnanosti osob se zdravotním postižením, atd.;

I když v poslední době byl v některých evropských zemích zaznamenán určitý odklon od kvótního systému (začal být preferován přístup zdůrazňující práva jednotlivců), nelze říci, že by tento typ opatření podpory zaměstnanosti osob se zdravotním postižením úplně ztratil své opodstatnění. Jedním z nezanedbatelných důvodů je déle trvající nelehká situace zdravotně postižených osob na trhu práce v dnešních vyspělých zemích. Počty nezaměstnaných zdravotně postižených osob nebo těch, kteří již natrvalo opustili trh práce, v evropských zemích neklesají. I když je antidiskriminační zákonodárství důležité, na základě dosavadních zkušeností lze konstatovat, že jeho fungování není dostatečné pro zajištění pracovních příležitostí osobám se zdravotním postižením.

PŘÍLOHA

V Nizozemí je problematika zdravotně postižených, jejich sociálního zabezpečení a zaměstnanosti předmětem zájmu centrálních orgánů poměrně dlouhou dobu, od počátku 80. let. Důvodem tohoto zvýšeného zájmu je poměrně rychlý růst počtu osob pobírajících invalidní důchody a tím také růst těchto výdajů⁴. Přístup k problematice zdravotně postižených v tomto období lze označit jako „boj s čísly“ než jako snahu dosáhnout jejich plnou integraci do společnosti. Vláda se nejdříve snažila tento vývoj zastavit a omezit růst počtu zdravotně postižených lidí závislých na sociálních dávkách. To se však nepodařilo, a tak byla na počátku 90. let zvolena odlišná strategie, jejímž cílem bylo podpořit návrat těchto lidí na otevřený trh práce a prostřednictvím programů politiky zaměstnanosti je „aktivovat“ a „přimutit“ k hledání pracovního uplatnění. Součástí aktivační strategie byla především pracovní rehabilitace a přizpůsobování pracovních podmínek včetně relativně dobře rozvinutého systému chráněných dílen a pracovišť. Hlavním administrátorem aktivačních programů pro zdravotně postižené v Nizozemí je místní samospráva. Hlavním argumentem pro zapojení místních orgánů do tvorby politiky ve prospěch zdravotně postižených lidí je jejich dobrá znalost lokálních podmínek a omezení.

Poslední vývoj:

V roce 1998 byl přijat nový zákon zabývající se integrací zdravotně postižených na trh práce (the Disability (Reintegration) Act), jehož cílem bylo zjednodušit a zlepšit podporu poskytovanou každému, jehož šance na pracovní uplatnění jsou sníženy díky nemoci nebo zdravotnímu postižení. Zároveň došlo ke zvýšení pobídek určených pro zaměstnavatele zaměstnávající osoby se zdravotním postižením. Existující nástroje budou zjednodušeny tak, aby k nim byl usnadněn přístup zaměstnanců i zaměstnavatelů. Jakmile zaměstnavatel přijme do pracovního poměru osobu se zdravotním postižením nebo ji přeřadí na jinou práci, má okamžitě nárok na dávku - náhradu odhadovaných nákladů. Pokud se zdravotně postižený přesune k jinému zaměstnavateli, ten má nárok na tzv. umístovací příspěvek, který nahrazuje několik dosud existujících příspěvků, např. na přizpůsobení pracoviště, zaučení nebo další vzdělávání, zapracování a dotace na pokrytí části pracovních nákladů. Tento příspěvek se

⁴ V roce 1967 byl v Nizozemí přijat zákon o sociálním pojištění pro zdravotně postižené lidi, který se týkal všech zaměstnaných lidí a nabízel jim dávky, které nahrazovaly jejich příjem téměř 100 %. Tento přístup k sociálnímu zabezpečení zdravotně postižených lidí byl založen na principu „každý občan má nárok na seberealizaci a rovné šance“. (van Oorschot – Boos, 2000)

poskytuje tři roky a jeho výše se postupně snižuje. Zdravotně postižený má nárok na tzv. reintegrační dávku.

Za účelem financování reintegrace osob se zdravotním postižením byl zřízen Fond reintegrace (část prostředků pochází z rozpočtu Národního fondu invalidního pojištění a část z Fondu nezaměstnanosti).

Cílem tohoto a dalších zákonů je stimulovat zaměstnavatele k tomu, aby zavedli opatření, která by předcházela vzniku zdravotního postižení nebo nemoci z povolání. Od počátku roku 1998 jsou zaměstnavatelé odpovědní za výplatu nemocenských dávek svých zaměstnanců (nesou všechny náklady) a výše jejich příspěvků na invalidní pojištění závisí od výskytu zdravotních postižení a nemocí z povolání na jejich pracovišti, resp. v podniku. Ti zaměstnavatelé, kteří zaměstnávají určitý podíl zdravotně postižených osob, mají nárok na redukci příspěvků na invalidní pojištění (3 % podíl znamená třetinovou redukci a 4 % podíl dvou třetinovou). Vláda si uvědomuje, že vedlejším efektem těchto legislativních změn může být snížení zájmu zaměstnavatelů o zaměstnávání osob se zdravotním postižením. Proto byly učiněny některé výjimky týkající se zaměstnávání zdravotně postižených – zaměstnavatelé nemusí platit mzdu zdravotně postiženým během prvních pěti let jejich nemoci. Zároveň byl přijat zákon, který zakázal zdravotní prohlídky před nástupem do zaměstnání (mimo vymezené profese, např. piloti) a prodloužil zkušební dobu u zdravotně postižených na šest měsíců.

*V roce 1995 byl ve **Velké Británii** přijat zákon zakazující diskriminaci lidí na základě jejich zdravotního stavu. Na oblast zaměstnanosti se vztahují ustanovení, podle nichž je ve větších podnicích (s více než 20 zaměstnanci) nezákoně horší zacházení s osobami se zdravotním postižením v porovnání s jinými zaměstnanci, pokud zaměstnavatele k tomu neopravňují objektivní důvody. Tato legislativa zároveň ukládá zaměstnavateli povinnost uskutečnit takové úpravy pracoviště, které pomohou překonat bariéry spojené se zdravotním postižením zaměstnanců. („Code of Practice“, který byl uzákoněn v roce 1996, poskytuje praktickou pomoc a návod zaměstnavateli, jak postupovat.)*

Příchod labouristické strany do vlády v roce 1997 znamenal podstatnou změnu sociální politiky i vůči zdravotně postiženým lidem. Počet lidí pobírajících invalidní důchod se zvýšil za třicet let (1971-1991) ze 420 tisíc na 1.3 miliony. (Floyd – Curtis, 2000) Navíc, podle oficiálních odhadů až 45 % dospělých zdravotně postižených žije na hranici chudoby nebo

dokonce pod její úroveň. V rámci strategie nové vlády, jejímž cílem je pomoci lidem vrátit se na trh práce, byl vyhlášen program pro osoby se zdravotním postižením „New Deal for the Disabled People“. Podobně jako u programu pro dlouhodobě nezaměstnané, podmínkou dalšího pobírání dávek (pro osoby se zdravotním postižením, kteří se registrují jako nezaměstnaní) je účast na interview s osobním poradcem. V rámci těchto interview budou diskutovány jednotlivé možnosti získání pracovního uplatnění. Zároveň se počítá se zavedením nového způsobu hodnocení pracovních schopností zdravotně postižených lidí. Vláda navrhuje jednak zavést pozitivní finanční pobídky k ekonomické aktivitě pro tuto skupinu pracovní síly – tzv. Disabled Person's Tax Credit a jednak uvolnit omezení činností, které zdravotně postižení mohou vykonávat bez ztráty nároku na invalidní důchod. Největší část finančních prostředků určených na tento program směřovala k osobním poradcům a k rozvoji nových, inovativních schémat.

Zásadní kritika přístupu labouristů k problematice pracovního uplatnění zdravotně postižených osob spočívá v tom, že většina těchto lidí není schopna nalézt placené zaměstnání. Hlavním důvodem je právě jejich nižší vzdělanostní úroveň. New Deal nedostatečně reaguje na potřebu vzdělávání a rekvalifikačních kurzů, které jsou nabízeny a doporučovány až jako druhá možnost, pokud se nepodaří pro osoby se zdravotním postižením najít zaměstnání na otevřeném trhu práce.

Literatura

„Employment and Reintegration Measures for Disabled or Unemployed Workers“, International Social Security Review, 1996/2

European Commission (2000): „Benchmarking Employment Policies for People with Disabilities. Summary“, http://europa.eu.int/comm/employment_social/soc-prot/disable/bench_sum_en.pdf

Floyd, M. – Curtis, J. (2000): „An Examination of Changes in Disability and Employment Policy in the United Kingdom“, European Journal of Social Security, Vol. 2/4, 2000/2001, pp.303-322

Fordham, D. (1998): „Anti-discrimination legislation“ v: European Commission (1998): „Employment and People with Disabilities. Report of the special meeting of the High Level Group on Disability“, Brusel

„French Policy: Towards People with Disability“

Grappin, P. (1998): „A system combining quota and contribution“, v: European Commission (1998): „Employment and People with Disabilities. Report of the special meeting of the High Level Group on Disability“, Brusel

„Mainstreaming Disability within EU Employment and Social Policy“, A DG V services working paper, http://europa.eu.int/comm/employment_social/soc-prot/disable/dresden/workpaper_en.pdf

Menken, M.W.J. (1998): „Job protection and occupational reintegration for the disabled“ v: European Commission (1998): „Employment and People with Disabilities. Report of the special meeting of the High Level Group on Disability“, Brusel

OECD (1992): „Employment Policies for People with Disabilities. Report by an Evaluation Panel“, Labour Market and Social Policy Occasional Papers, N. 8, Paris

„Raising Employment Levels of People with Disabilities. The Common Challenge“, Commission Staff Working Paper, 1998, http://europa.eu.int/comm/employment_social/soc-pol/disable/sec1550/sec1550en.pdf

Thornton, P. (1998): „Employment Quotas, Levies and National Rehabilitation Funds for Persons with Disabilities: Pointers for policy and practice“, ILO, Geneva

Thornton, P. – Lunt, N. (1997): „Employment Policies for Disabled People in Eighteen Countries: A Review“, Social Policy Research Unit, University of York

Van Oorschot, W. – Hvinden, B. (2000): „Introduction: towards Convergence? Disability Policies in Europe“, European Journal of Social Security, Vol. 2/4, 2000/2001, pp. 293-302