

**Národní zpráva  
o strategiích sociální ochrany a  
sociálního začleňování**

na léta 2006 – 2008

Česká republika

Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky

2006

Úvod .....	5
Část 1 – Společný přehled .....	7
1.1 Posouzení sociální situace .....	7
1.2 Celkový strategický přístup .....	9
1.3 Zastřešující sdělení .....	12
Část 2 - Národní akční plán sociálního začleňování na léta 2006 až 2008 .....	14
2.1 Identifikace klíčových priorit .....	14
2.2 Prioritní cíl 1 .....	14
2.3 Prioritní cíl 2 .....	17
2.4. Prioritní cíl 3 .....	19
2.5 Posílení správy .....	21
2.5.1 Postup přípravy .....	22
2.5.2 Koordinace politik .....	23
2.5.3 Mobilizace a zapojení všech relevantních aktérů .....	23
2.5.4 Mainstreaming sociálního začleňování .....	23
2.5.5 Gender mainstreaming .....	24
2.5.6 Mechanismy sledování a hodnocení .....	24
Část 3 - Národní strategická zpráva pro důchody .....	26
3.1. Aktualizace národní strategické zprávy z roku 2005 .....	26
Část 4 – Národní strategie zdravotní a dlouhodobé péče .....	28
4.1 Shrnutí .....	28
4.2 Zdravotní péče .....	30
4.2.1 Stručný popis systému zdravotní péče .....	30
4.2.2 Prioritní politiky vztahující se ke společnému cíli J (dostupnost) .....	31
4.2.3 Prioritní politiky vztahující se ke společnému cíli K (kvalita) .....	32
4.2.4 Prioritní politiky vztahující se ke společnému cíli L (finanční udržitelnost) .....	33
4.3 Dlouhodobá péče .....	34
4.3.1 Stručný popis systému dlouhodobé péče .....	34
4.3.2 Prioritní politiky vztahující se ke společnému cíli J (dostupnost) .....	36
4.3.3 Prioritní politiky vztahující se ke společnému cíli K (kvalita) .....	38
4.3.4 Prioritní politiky vztahující se ke společnému cíli L (finanční udržitelnost) .....	39
Přehled dokumentů .....	40
Část 5 – Přílohy .....	42
Příloha 1.1 Celospolečenský a ekonomický kontext .....	43
HDP a produktivita práce .....	43
Demografický vývoj .....	44
Zdravotní stav obyvatelstva .....	45
Složení rodin .....	45
Národnostní a etnická struktura obyvatelstva .....	46
Vývoj zaměstnanosti a pracovní síly .....	46
Vývoj nezaměstnanosti .....	47
Dlouhodobá nezaměstnanost .....	47
Osoby znevýhodněné na trhu práce .....	47
Slaďování rodinného a pracovního života .....	48
Míra chudoby .....	49
Skupiny obyvatel nejvíce ohrožené chudobou .....	50
Dostupnost vzdělávání .....	50
Skupiny obyvatel znevýhodněné v přístupu ke vzdělání .....	50
Kvalifikační struktura populace .....	51
Dostupnost bydlení .....	51

Sociálně negativní jevy, kriminalita, lichva .....	51
Statistické tabulky .....	52
Příloha 2.1 – Příklady dobré praxe k části 2 .....	71
PŘÍKLAD DOBRÉ PRAXE - ČESKÝ PŘÍNOS K EVROPSKÉ STRATEGII SOCIÁLNÍHO ZAČLEŇOVÁNÍ - STOP SOCIÁLNÍMU VYLOUČENÍ (Informační projekt o Evropské strategii sociálního začleňování v ČR) .....	71
PŘÍKLAD DOBRÉ PRAXE - KOMPLEXNÍ PŘÍSTUP MĚSTA OSTRAVY K ODSTRANĚNÍ ZNEVÝHODNĚNÍ ROMŮ SOCIÁLNĚ VYLOUČENÝCH NEBO SOCIÁLNÍM VYLOUČENÍM OHROŽENÝCH .....	72
PŘÍKLAD DOBRÉ PRAXE – PODPORA POSKYTOVÁNÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB VE PROSPĚCH OSOB BEZ PŘÍSTŘEŠÍ Z EVROPSKÉHO SOCIÁLNÍHO FONDU .....	76
Příloha č. 2.2 - Zpráva o implementaci Národního akčního plánu sociálního začleňování na léta 2004 – 2006 .....	79
Úvod .....	79
1 Vyhodnocení plnění opatření NAPSÍ 2004 až 2006 .....	79
1.1 Zmírňování regionálních nerovností .....	79
1.1.1 Podpora regionálního rozvoje .....	79
1.1.2 Podpora rozvoje malého a středního podnikání .....	80
1.2 Usnadnění účasti na zaměstnání .....	80
1.2.1 Zaměstnatelnost obtížně umístitelných uchazečů o zaměstnání .....	80
1.2.2 Modernizace vzdělávacího systému, rozvoj celoživotního učení .....	84
1.3 Usnadnění přístupu ke zdrojům, právům, zboží a službám pro všechny .....	85
1.3.1 Zajištění potřebné úrovně minimálního příjmu .....	85
1.3.2 Zabezpečení bydlení pro všechny .....	85
1.3.3 Rovný přístup k sociálním službám .....	87
1.3.4 Rovný přístup k poskytování zdravotní péče .....	89
1.3.5 Odstranění znevýhodnění v přístupu ke vzdělání .....	90
1.3.6 Zajištění dopravní obslužnosti .....	94
1.3.7 Zajištění rovného přístupu k právním službám .....	95
1.4 Prevence sociálního vyloučení .....	96
1.4.1 Zachování rodinné solidarity .....	96
1.4.2 Prevence sociálně negativních jevů .....	97
1.4.3 Prevence domácího násilí .....	99
1.4.4 E - začlenění .....	100
1.5 Pomoc nejvíce ohroženým skupinám obyvatelstva .....	102
1.5.1 Osoby se zdravotním postižením .....	102
1.5.2 Děti, mládež a mladí dospělí .....	103
1.5.3 Senioři .....	104
1.5.4 Etnické menšiny a imigranti .....	104
1.5.5 Osoby opouštějící ústavní výchovu nebo výkon trestu odnětí svobody .....	108
2 Institucionální zajištění politiky sociálního začleňování v letech 2004 - 2006 .....	109
2.1 Příprava Národního akčního plánu sociálního začleňování 2004 - 2006 .....	109
2.2 Šíření povědomí o problematice sociálního začleňování .....	109
2.3 NAPSÍ 2004 až 2006 jako základ přípravy dalších strategických dokumentů .....	110
2.4 Mainstreaming sociálního začleňování .....	111
2.5 Přenesení akčního plánu sociálního začleňování na nižší regionální či lokální úroveň .....	111
3 Použité zkratky .....	112
Příloha č. 4.1 – Definice péče a statistické údaje z oblasti zdravotních a sociálních služeb	113
DEFINICE PÉČE .....	113
Oblast zdravotní péče .....	113
Oblast sociálních služeb .....	113
STATISTICKÉ ÚDAJE Z OBLASTI ZDRAVOTNÍCH A SOCIÁLNÍCH SLUŽEB .....	116

Příloha č. 4.2 Příklady dobré praxe k části 4.....	122
PŘÍKLAD DOBRÉ PRAXE 1 – PROGRAM „NEMOCNICE PODPORUJÍCÍ ZDRAVÍ“ V ČR A JEHO NÁVAZNOST NA SYSTÉM TRVALÉHO ZVYŠOVÁNÍ KVALITY ZDRAVOTNÍ PÉČE V NEMOCNICÍCH .....	122
PŘÍKLAD DOBRÉ PRAXE 2 – ROZVOJ SPECIALIZOVANÉ INDIVIDUALIZOVANÉ PÉČE .....	123
PŘÍKLAD DOBRÉ PRAXE 3 – INTEGRACE ZDRAVOTNÍ PÉČE A SOCIÁLNÍCH SLUŽEB.....	126

## Úvod

*Národní zpráva o strategiích sociální ochrany a sociálního začleňování České republiky navazuje na strategické dokumenty z oblastí sociální ochrany a sociálního začleňování z let 2004 až 2006, a to především na Národní akční plán sociálního začleňování na léta 2004 – 2006, Národní strategickou zprávu o důchodech a Předběžnou zprávu o zdravotní a dlouhodobé péči.*

*Národní zpráva shrnuje problémy, se kterými se Česká republika potýká v oblasti podpory sociální soudržnosti, boje s chudobou a sociálním vyloučením, modernizace důchodového systému a systému zdravotní a dlouhodobé péče. Vytyčuje cíle a nástroje a vytváří institucionální mechanismy k jejich úspěšnému řešení.*

*Byla vypracována na základě Metodického pokynu k přípravě Národních zpráv o strategiích sociální ochrany a sociálního začleňování, na kterém se neformálně dohodly členské státy Evropské unie v rámci Výboru pro sociální ochranu.*

*Vychází ze Společných cílů sladěného procesu koordinace politik v oblasti sociální ochrany a sociálního začleňování navržených ve Sdělení Evropské komise „Pracujme společně, pracujme lépe: nový rámec pro otevřenou koordinaci politiky sociální ochrany a začlenění v Evropské unii“ a schválených na 2714. zasedání Rady EU (ministrů práce a sociálních věcí) dne 10. března 2006 v Bruselu.*

*V rámci Národní zprávy o strategiích sociální ochrany a sociálního začleňování jsou Evropské komisi předkládány tyto strategické dokumenty:*

- *Národní akční plán sociálního začleňování*
- *Národní strategická zpráva o důchodech*
- *Národní strategie zdravotní a dlouhodobé péče*

*Každá z těchto strategií má své specifické cíle. Nadstavbou je jim Společná část, která propojuje tyto tři strategie v jeden celek a pomocí zastřešujících cílů posiluje synergické účinky jednotlivých politických činností v oblasti sociální ochrany a sociálního začleňování.*

*Důležitou podmínkou úspěchu strategie sociální ochrany a sociálního začleňování je její těsné provázání s hospodářskou politikou státu a politikou zaměstnanosti. Národní zpráva byla zpracována v úzké součinnosti s Národním programem reforem na léta 2005 až 2008, který je základním nástrojem revidované lisabonské strategie pro růst a zaměstnanost. Pozitivní hospodářské výsledky a vytváření nových a kvalitních pracovních míst umožní posílení důrazu kladeného na politiky směřující k sociálnímu začleňování a dosažení vyšší sociální soudržnosti ve společnosti.*

*Společnost s vysokou úrovní sociální soudržnosti je nezbytným předpokladem pro trvale udržitelný rozvoj. Národní zpráva reflektuje strategii udržitelného rozvoje ČR a reaguje na ni převážně v oblasti vytvoření nástrojů podporujících udržitelný rozvoj, a to zejména v oblastech integrace imigrantů, odstranění dětské chudoby a zmírňování negativních dopadů stárnutí populace.*

*V části věnující se boji s chudobou a sociálním vyloučením není cílem podrobně rozpracovat všechny klíčové oblasti, kterých se tato oblast dotýká. Zejména oblast zaměstnanosti, sladění pracovních a rodinných rolí, celoživotní vzdělávání a další jsou dopodrobna rozpracovány v Národním programu reforem, na nějž je průběžně odkazováno.*

*Národní zpráva byla zpracována v úzké součinnosti se všemi, kterých se bezprostředně dotýká. K její přípravě byly využity mechanismy vytvořené v letech 2003 až 2006, které byly*

*v průběhu roku 2006 uzpůsobeny novým potřebám. Tyto mechanismy jsou podrobně popsány v jednotlivých strategických plánech.*

*Zapojení České republiky do celoevropského procesu koordinace politik sociální ochrany a sociálního začleňování v rámci otevřené metody koordinace napomáhá nejen v identifikaci jednotlivých výzev, cílů a úkolů, ale i v postupném posilování participace všech zainteresovaných partnerů na vládní, ale i nevládní úrovni se sociálními partnery a nestátními neziskovými organizacemi.*

# Část 1 – Společný přehled

## 1.1 Posouzení sociální situace<sup>1</sup>

Od roku 1999 vykazuje proces ekonomické konvergence České republiky (dále ČR) k průměru EU-15 setrvalou tendenci. V roce 2005 dosáhl HDP na obyvatele v paritě kupní síly úrovně 73 % EU-25. Dynamika růstu HDP se v posledních letech zvyšuje. Navíc má tento růst příznivou strukturu, neboť je tažen především investicemi a exportem. Růst HDP byl v letech 2004 a 2005 pozitivně ovlivněn růstem zaměstnanosti a zejména pak růstem souhrnné produktivity práce. Tempo růstu HDP a trend reálné konvergence ekonomiky ČR k úrovni států EU-15 by se měl udržet na obdobné úrovni i v následujících letech. Výkon ekonomiky však může být ohrožen poklesem tempa růstu v okolních státech, do kterých směřuje většina exportů ČR, možným přesunem zahraničních investic do zemí s nižšími náklady práce, nižší mírou zdanění a bariérami ve fungování trhu práce.

Míra ekonomické aktivity je v ČR nad průměrem EU a i přes mírně klesající tendenci patří i nadále k nejvyšším v Evropě (70,4%). Míra ekonomické aktivity (15-64 let) mužů (70,1 %) tradičně převyšuje míru ekonomické aktivity žen (62,2 %). ČR patří v rámci EU-25 mezi země s nadprůměrnou mírou zaměstnanosti. V roce 2005 dosáhla celková úroveň míry zaměstnanosti v ČR 64,8 % (ženy 56,3 %, muži 73,3%). V míře zaměstnanosti se projevují velké regionální rozdíly, zejména vlivem strukturálních změn, nedostatečné mobility (nižší migrace pracovníků a jejich rodin je však do jisté míry vyvažována dojížděním za prací – cca třetina ekonomicky aktivního obyvatelstva) a flexibility pracovní síly. Míra nezaměstnanosti byla v ČR v roce 2003 7,8 %, v roce 2004 8,3 %, v roce 2005 poklesla na 7,9 %, což je nižší úroveň než průměr EU-25 (2003 – 8,9 %, 2004 – 9,0 %, 2005 – 8,7 %). Počet a podíl nezaměstnaných, kteří jsou v evidenci úřadu práce déle než 12 měsíců, z dlouhodobého hlediska nepřetržitě roste. Počet nezaměstnaných nad 12 měsíců nyní tvoří již 40,6 % všech registrovaných uchazečů o zaměstnání. Dlouhodobou nezaměstnaností jsou více postiženy ženy než muži. Dlouhodobá nezaměstnanost u osob se zdravotním postižením a u osob ve vyšších věkových kategoriích má stoupající tendenci. Hlavní příčinou dlouhodobé nezaměstnanosti je nízké vzdělání. Nejvíce ohrožené jsou skupiny osob, u kterých dochází ke kumulaci různých znevýhodnění, jako např. nekvalifikovaní Romové, mladiství s nízkou úrovní kvalifikace nebo osoby se zdravotním postižením s nedostatečnou kvalifikací. Současná relace pracovních příjmů a sociálních příjmů (sociálních dávek) v případě kategorie lidí s nízkou kvalifikací (a tudíž s potenciálně nižším pracovním příjmem), případně spojená s objektivními potížemi při přijímání zaměstnání (např. finanční a časová náročnost dojíždění či neexistence veřejné dopravy z místa bydliště), nemotivuje některé tyto osoby k práci. To platí zejména v případě početnějších domácností (u samostatně žijící osoby již čistá minimální mzda překračuje její životní minimum o 52%). Při zprostředkování zaměstnání se věnuje zvýšená péče uchazečům o zaměstnání, kteří ji pro svůj zdravotní stav, věk, péči o dítě nebo z jiných vážných důvodů potřebují.

Současná demografická situace v ČR se podobně jako ve většině evropských zemí projevuje celkovým stárnutím populace, tj. snižováním podílu nejmladších věkových skupin na celkové věkové skladbě populace. Příčinou je klesající míra porodnosti a rostoucí počet seniorů v důsledku prodloužení střední délky života populace. Od roku 2002 dochází i přes negativní přirozený přírůstek k mírnému růstu počtu obyvatel, a to díky příznivým hodnotám migračního salda (18,6 tisíc v roce 2004). Přes počínající proces stárnutí populace je však demografická struktura obyvatelstva z ekonomického pohledu stále příznivá. V roce 2004 dosáhl podíl počtu obyvatel v produktivním věku 15-64 let rekordní úrovně (71% všech obyvatel). Téhož rekordní úrovně je dosaženo především díky tomu, že do období ekonomické aktivity dorostly silné demografické ročníky ze 70. let minulého století, zatímco populačně

<sup>1</sup> Podrobnější rozbor hospodářského, sociálního a demografického prostředí obsahuje Příloha č. 1.1.

silné poválečné ročníky jsou stále ještě v produktivním věku. Právě přechod těchto ročníků do důchodového věku, ke kterému bude ve stále větší míře docházet, bude znamenat nejen značnou zátěž pro zdravotnictví a důchodový systém, ale projeví se také změnami v situaci na trhu práce. Rostoucí podíl osob v předdůchodovém věku dále vyvolává nutnost rozvoje celoživotního učení a zejména dalšího vzdělávání starší generace, aby byl udržen její pracovní potenciál. Také bude potřeba změnit strukturu poskytovaných kvalifikací s větším důrazem např. na oblast zdravotně-sociálních služeb.

V letech 1994–2005 lze pozorovat intenzivní příliv cizinců. K 31.3. 2006 bylo na území ČR evidováno 287 351 cizinců (171 303 mužů, 116 068 žen). Migrační trendy se pravděpodobně změní v souvislosti s rostoucí prosperitou ČR, kdy lze očekávat rostoucí zájem občanů zemí Evropského společenství o pobyt v ČR. Cizinci tvořili v roce 2004 3 % z celkové pracovní síly v zemi. Vzhledem k již zmíněnému poklesu porodnosti a vyššímu zapojení mladých do vysokoškolského studia nelze předpokládat, že ČR bude mít dostatečný vnitřní zdroj pracovních sil. Chybějící pracovní síla bude pravděpodobně doplňována z určité části migrujícími pracovníky. Klíčovým faktorem se v této souvislosti jeví podpora integrace cizinců, kteří jsou dlouhodobě legálně usazeni na území ČR.

Kvalifikační struktura populace ČR starší 15 let se vyznačuje vysokým podílem osob se středním vzděláním (nejvyšší v EU-25) a nižším podílem osob se základním a vysokoškolským vzděláním. V posledních letech lze pozorovat klesající trend u kategorie osob se základním vzděláním nebo bez vzdělání a tento trend je patrný u mužů i žen. Převahu žen je možno pozorovat u kategorie osob se středním vzděláním s maturitou, u osob se středním vzděláním bez maturity dominují muži. Výrazně stoupá podíl populace s vysokoškolským vzděláním. V této kategorii je význačný růst podílu vysokoškolsky vzdělaných žen (8,2 % v roce 2004 oproti 5,4 % v roce 1993), kdežto u mužské části populace je růstový trend výrazně pomalejší. Podíl vysokoškolsky vzdělaných osob je stále podstatně nižší než v zemích EU. Ve skupině do 39 let je podíl osob s dokončeným terciálním vzděláním v ČR celkově cca 12 % a ve skupině 50–59 let cca 9 %. Za znevýhodněné skupiny v přístupu ke vzdělání lze označit osoby se zdravotním postižením a osoby pocházející ze sociokulturně znevýhodněného prostředí, zejména Romy.

ČR patří trvale k zemím s nízkou mírou chudoby. Podle výsledků šetření Mikrocenzus 2002<sup>2</sup> mělo příjem pod hranicí ohrožení chudobou 8 % osob v ČR. Vyšší koncentrace osob těsně nad prahem chudoby by mohla představovat bez přijetí příslušných opatření riziko zvýšení míry chudoby. Z hlediska pohlaví jsou chudobou více ohroženy ženy (9 %) než muži (7 %). Rozdíl mezi pohlavími se prohlubuje s rostoucím věkem. V kategorii nad 65 let byl podíl žen pod hranicí chudoby 6 % a podíl mužů 2 %. Významnou měrou ovlivňuje chudobu zaměstnanost. Z osob nad 16 let věku byla ohrožena chudobou 2 % zaměstnanců a 7 % osob samostatně výdělečně činných. Naproti tomu vysoký podíl chudých byl mezi nezaměstnanými (36 %) a ostatními ekonomicky neaktivními osobami kromě důchodců (13 %). Relativně malý podíl chudých důchodců (4 % nepracujících důchodců) je důsledkem silné mezigenerační solidarity a prováděných valorizací. Tzv. „dětská chudoba“ je nejvýraznější u neúplných rodin s nejméně 1 nezaopatřeným dítětem. V roce 2002 bylo 30 % osob z těchto domácností chudých, v převážné míře osamělých, rozvedených či svobodných žen s dětmi. Dětská chudoba je podobně jako ve většině zemí EU-25 fenoménem vícečetných rodin s třemi a více dětmi (20%). Sociální transfery významně ovlivnily celkovou míru chudoby v ČR. Bez důchodů a ostatních sociálních transferů by žilo pod hranicí ohrožení chudobou 39 % osob ČR. Vyplacené důchody snížily tuto míru na 21 % a ostatní sociální transfery na konečných 8 %. Všechny tyto míry jsou pod průměrem EU–25. Sociální transfery míru chudoby snížily o 31%.

---

<sup>2</sup> Vzhledem k neexistenci dat ze statistického šetření EU-SILC (European Survey on Income and Living Conditions) byla použita a přepočítána data z Mikrocenzu 2002 tak, aby odrážela současnou situaci v oblasti příjmové chudoby.



System sociální ochrany, který se skládá ze tří částí - sociálního pojištění, státní sociální podpory a sociální péče (pomoci), úspěšně chrání občany před chudobou. Problémem se stává kategorie populace žijící dlouhodobě ze sociálních dávek. Základní příčinou pro vznik závislosti na sociální ochraně je nezaměstnanost, a to zejména dlouhodobá, protože po vypršení podpůrné doby podpory v nezaměstnanosti klienti přecházejí do systému sociální péče<sup>3</sup>.

Sociálním vyloučením jsou v ČR nejvíce ohroženy zejména následující skupiny osob: osoby se zdravotním postižením, děti, mládež a mladí dospělí, senioři, etnické menšiny, imigranti a azylanti, osoby bez přístřeší, osoby opouštějící zařízení pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy a osoby opouštějící výkon trestu odnětí svobody a oběti trestné činnosti, oběti domácího násilí, osoby komerčně zneužívané a oběti obchodu s lidmi.

## 1.2 Celkový strategický přístup

Struktura následující kapitoly vychází ze zastřešujících cílů otevřené metody koordinace pro sociální ochranu a sociální začleňování, kterými jsou:

### **a) Podpora sociální soudržnosti a rovných příležitostí pro všechny prostřednictvím odpovídajících, dostupných, finančně udržitelných, přizpůsobivých a účinných systémů sociální ochrany a politik sociálního začleňování.**

Dosavadní systém sociální ochrany umožňuje udržovat ve střednědobé perspektivě v ČR relativně nízkou míru chudoby, a je tudíž možno jej považovat za účinný nástroj prevence sociálního vyloučení. V zájmu zachování této účinnosti, jakož i finanční udržitelnosti a dostupnosti systému sociální ochrany, je však potřeba přizpůsobit tento systém novým společenským trendům (zejména stárnutí populace, změnám ve složení rodin, strukturálním změnám, rozvoji společnosti založené na znalostech). Na některé ze zmíněných tendencí se snaží reagovat nedávno přijaté zákony v sociální oblasti, zejména zákon o pomoci v hmotné nouzi (zákon č. 111/2006 Sb.) a zákon o životním a existenčním minimu (zákon č. 110/2006 Sb.), které mají vstoupit v účinnost od 1. ledna 2007. Tyto normy kladou důraz zejména na aktivní přístup příjemce k řešení vlastní tíživé životní situace (především prostřednictvím vstupu či návratu na trh práce<sup>4</sup>), a tím také na zmenšení jejich závislosti na státu, a dále na prevenci sociálního vyloučení. Demografický vývoj směrem ke stárnutí populace vede ke zintenzivnění diskuse o připravovaných reformách systému důchodového zabezpečení a veřejného zdravotního pojištění, jejichž provedení bude v brzké době nezbytné pro dosažení finanční a sociální udržitelnosti a rovnováhy těchto systémů. V oblasti důchodové reformy bude kladen důraz zejména na postupné zvyšování zákonem stanoveného věku odchodu do důchodu a na rozvoj doplňkových důchodových systémů. V oblasti zdravotní a dlouhodobé péče je nutno klást větší důraz na prevenci nemocí a zdravotní osvětu oproti nadbytečnému užívání zdravotních služeb. Při plánování a provádění reform v sociální a zdravotní oblasti je třeba pečlivě sledovat jejich dopady na sociální soudržnost, zejména na osoby nejvíce ohrožené sociálním vyloučením.

Cestou k podpoře sociální soudržnosti a rovných příležitostí pro všechny je zejména posílení integrace osob sociálně vyloučených nebo osob ohrožených sociálním vyloučením. Důraz je kladen především na aktivizaci sociálně ohrožených osob, zejména posílením jejich sociálních dovedností při hledání zaměstnání, udržení se v něm, starosti o domácnost a bydlení. Důraz je kladen také na odstraňování nerovností v přístupu ke vzdělání. Pozornost

<sup>3</sup> § 39 zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti

<sup>4</sup> V oblasti aktivizace občanů, kteří se ocitli mimo trh práce, při hledání zaměstnání zůstávají i nadále nejvýznamnější kompetence na straně úřadů práce (zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti).

je věnována dále opatřením zaměřeným na prevenci chudoby a sociálního vyloučení (viz Prioritní cíl 1 Národního akčního plánu sociálního začleňování (dále jen NAPS1)).<sup>5</sup>

Důchodový systém je založen na základě solidarity (osob ekonomicky aktivních k osobám ekonomicky neaktivním, příjmové solidarity, započítávání náhradních dob pojištění), která zabraňuje sociálnímu vyloučení starších osob a jejich ohrožení chudobou. Důchod ze základního důchodového pojištění pobírá 99% osob v důchodovém věku. Problematickou stránkou vysoké míry redistribuce v systému důchodového zabezpečení je však skutečnost, že v důsledku absence těsnější vazby mezi zaplacenými příspěvků a starobním důchodem může odrazovat od ekonomické aktivity nebo od placení příspěvků. V zájmu dosažení rovnosti mužů a žen v oblasti systému důchodového pojištění dochází k postupnému snižování diferenciací věku odchodu do důchodu (v zákoně č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, je již vyrovnán věk odchodu do starobního důchodu pro muže a bezdětné ženy), bude zapotřebí rovněž účinně prosazovat rovné zacházení na trhu práce, neboť důchodové dávky jsou odvozeny od výše předchozích příjmů.

**b) Podpora účinného vzájemného propojení s lisabonskými cíli v oblasti dosažení většího hospodářského růstu a většího počtu kvalitnějších pracovních míst a větší sociální soudržnosti a se strategií udržitelného rozvoje EU.**

Lisabonská strategie se ve své revidované verzi z jara 2005 soustředí na politiky zaměřené na zvýšení hospodářského růstu, tvorbu pracovních míst a jejich vyšší kvalitu a požaduje úzké vzájemné propojení mezi těmito politikami a otevřenou metodou koordinace v oblasti sociální ochrany a sociálního začleňování.

V oblasti hospodářského růstu se jako zřejmá jeví souvislost mezi udržitelností veřejných financí a reformou systému důchodového zabezpečení a systému zdravotní péče v souvislosti s procesem stárnutí populace a s užším spojením soustavy sociálních dávek s aktivní účastí na trhu práce. Je třeba omezit citlivost výdajové stránky státního rozpočtu na demografický vývoj a snížit podíl mandatorních výdajů a quasi-mandatorních výdajů. Tím bude umožněno snížení celkové daňové zátěže s příslušnými pozitivními efekty pro trh práce (tvorba nových pracovních příležitostí, zvýšení motivační funkce mzdy) a dále také zvýšení nemandatorních výdajů rozpočtu (např. investiční výdaje, podpora vědy a výzkumu, vzdělávání, institucionálního prostředí pro podnikání), které vedou k podpoře hospodářského růstu.<sup>6</sup> Oživení hospodářského růstu je pak spojeno s tvorbou nových pracovních míst, se zvyšováním zaměstnanosti, a tudíž i s dalším omezováním závislosti na státu a zmírňováním rizika sociálního vyloučení ohrožených skupin osob.

Důležitým krokem směřujícím k zajištění makroekonomické stability a udržitelného hospodářského růstu je také postupné zvyšování participace na trhu práce a předcházení vylučování skupin osob z pracovního trhu. Vzhledem k demografickému vývoji je nezbytné přijmout opatření k prodlužování pracovního života, v kontextu přípravy a realizace důchodové reformy bude třeba postupně zvyšovat statutární věkovou hranici pro odchod do starobního důchodu, sjednotit tyto věkové hranice pro muže a ženy, zmírnit míru redistribuce důchodového systému a posílit pojistně-matematickou neutralitu. Opatření zvyšující motivaci starších lidí setrvat na trhu práce by měla být doplněna podporou vytváření pracovních míst pro tyto osoby. Ke zvýšení zaměstnanosti nízkopříjmových skupin bude nutno dále upravit dávkový a daňový systém tak, aby neodrazovaly od přijímání hůře placené práce a nevytvářely kulturu závislosti na státu. Důležitou výzvu představují opatření ke zvýšení flexibility trhu práce, potlačování diskriminace na trhu práce, ke snížení

<sup>5</sup> Znevýhodněným postavením žen na trhu práce, zejména podmínkami pro usnadnění slučitelnosti profesních a rodinných rolí, se zabývá Národní program reforem ČR na léta 2005-2008 v části „Začleňování na trhu práce“.

<sup>6</sup> Vztahem udržitelnosti veřejných financí a reforem systémů důchodového zabezpečení a zdravotní péče se podrobněji zabývá Národní program reforem ČR na léta 2005-2008 v části „Makroekonomická stabilita a udržitelný růst.“

strukturální nezaměstnanosti, orientace vzdělávacího systému na skutečné potřeby trhu práce a účinné rekvalifikace.<sup>7</sup> Vzhledem k tomu, že v důsledku pokračujícího hospodářského růstu je možno očekávat zvyšování podílu zahraničních pracovníků, nabývají postupně na významu také integrační opatření zaměřená na imigranty. Míru participace práceschopného obyvatelstva, zejména jeho starších věkových skupin, ovlivňuje v neposlední řadě také jeho celkový zdravotní stav, význam efektivně fungující a udržitelně financované zdravotní péče je v tomto ohledu nezpochybnitelný. Zdravnictví je dále odvětvím, které představuje významný zdroj pracovních míst, jeho význam v tvorbě těchto pracovních míst se bude v budoucnosti dále prohlubovat. Totéž platí pro oblast sociálních a sociálně zdravotních služeb.

Z výše uvedeného vyplývá úzký vztah mezi zajištěním dlouhodobé udržitelnosti systémů sociální ochrany a úspěšností strategií pro hospodářský růst a konkurenceschopnost vytyčených v Národním programu reforem ČR. Pozitivní hospodářské výsledky a vytváření nových a kvalitních pracovních míst přispějí k udržitelnému financování těchto systémů a umožní posílení důrazu kladeného na politiky směřující k sociálnímu začleňování.

Důraz na udržování sociální soudržnosti a boj s chudobou klade také revidovaná Strategie udržitelného rozvoje EU.<sup>8</sup> Jako zvláště závažné problémy vyžadující formulaci účinných řešení podtrhuje stárnutí populace, integraci imigrantů a zlepšení podmínek pro rodiny. Za zvláště závažnou je považována chudoba dětí, která je zásadní příčinou přenosu chudoby a rizika sociálního vyloučení z generace na generaci a budoucího omezování kvality lidských zdrojů. Na podporu rodiny a ochranu práv dětí je zaměřen prioritní cíl 2 NAPSI, který zdůrazňuje potřebu posílit služby v oblasti podpory soudržnosti rodin, zejména těch ohrožených sociálním vyloučením, zvýšení povědomí o dětských právech a zdokonalení systému náhradní rodinné péče a sociálněprávní ochrany dětí.

V oblasti odstranění znevýhodnění v přístupu ke vzdělání pro děti pocházející ze sociokulturně znevýhodněného prostředí, zejména pro romské děti, byly zavedeny např. přípravné ročníky a asistenti pedagoga pro děti ze sociokulturně znevýhodněného prostředí včetně dotačních programů Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy ČR podporujících vzdělávání žáků a studentů středních škol. Tato opatření zvyšují šanci dětí ze sociokulturně znevýhodněného prostředí na úspěšné dokončení školní docházky a přechod na střední školy. Přesto, že data o úspěšnosti těchto dětí na středních a vysokých školách nejsou dosud k dispozici, lze se domnívat, že pokud tito žáci budou úspěšní, budou mít tyto programy rovněž pozitivní dopad na zaměstnanost, snížení výdajů systému sociální péče a pomoci v hmotné nouzi.

### **c) Podpora řádné správy, průhlednosti a zapojení zúčastněných stran do vytváření, provádění a sledování politiky.**

Nezbytnou podmínkou pro zajištění účinnosti a udržitelnosti systémů sociální ochrany, zdravotní a dlouhodobé péče a politiky sociálního začleňování je spolupráce všech úrovní veřejné správy a ostatních zainteresovaných subjektů na jejich vytváření, implementaci, hodnocení a zajištění řádné informovanosti veřejnosti v těchto oblastech.

V oblasti sociálního začleňování představuje jednu ze zásadních výzev implementace principu mainstreamingu sociálního začleňování na všech úrovních veřejné správy (národní, regionální a lokální). Tento princip se v současné době uplatňuje zejména v oblasti politik zaměřených na znevýhodněné skupiny osob (např. Romové, osoby se zdravotním postižením) či na určité oblasti sociálního začleňování (např. podpora rodiny), v širší oblasti

<sup>7</sup> Tato opatření podrobněji analyzuje Národní program reforem ČR na léta 2005-2008 v části „Zaměstnanost.“

<sup>8</sup> Návrh EK v dokumentu COM (2005) 658 final/2, revidovaná strategie schválená Evropskou radou dne 16. června 2006 (bod 17 závěrů Evropské rady).

tvorby veřejných politik je tento princip prozatím reflektován jen nedostatečně. Koordinace v oblasti sociálního začleňování probíhá v současné době zejména na národní úrovni, na regionální a lokální úrovni je tvorba mechanismu, který tuto koordinaci v budoucnu umožní, teprve v počátcích. Na přípravě strategických dokumentů v oblasti sociálního začleňování se podílí Komise pro sociální začleňování, v níž jsou zastoupeni představitelé státních úřadů a ministerstev, kanceláře veřejného ochránce práv, samosprávy, sociálních partnerů, nestátních neziskových organizací a expertů. To přispívá k zajištění širšího společenského konsensu při tvorbě těchto dokumentů. Informovanost a zapojení relevantních aktérů v oblasti sociálního začleňování byla dále posílena prostřednictvím organizace řady regionálních konferencí a seminářů. Informovanost širší veřejnosti o procesu tvorby strategických dokumentů je zajišťována prostřednictvím internetových stránek MPSV ČR a dalších informačních médií. Zásadním výzvou pro budoucnost zůstává zapojení osob s přímou zkušeností chudoby do tvorby politik sociálního začleňování. Dosud se nepodařilo nalézt mechanismus, který by účinně k tomuto cíli přispíval. Na lokální a regionální úrovni dochází v určité míře k zapojení těchto osob v rámci tzv. komunitního plánování sociálních služeb.

Za účelem prací na přípravě důchodové reformy byl dohodou politických stran vytvořen Tým expertů (fungující odděleně od státní správy). Dále byla zřízena odborná pracovní skupina, jejímž úkolem bylo analyzovat návrhy jednotlivých variant důchodové reformy. Veřejnosti byla dána možnost spolupodílet se na pracích této skupiny prostřednictvím písemných příspěvků či komentářů k výstupům, publikovaným na jejích internetových stránkách. Průběh přípravy důchodové reformy je MPSV ČR průběžně projednáván se sociálními partnery v Radě hospodářské a sociální dohody. Česká správa sociálního zabezpečení (dále ČSSZ) usiluje o modernizaci kontaktu s pojištěnci, zejména zvyšováním technické vybavenosti a zlepšováním administrativy. V roce 2005 byl zřízen registr pojištěnců, jehož prostřednictvím je zajištěna také pravidelná informovanost pojištěnců o údajích, které se týkají jejich důchodových nároků. Ke zvýšení všeobecné informovanosti o vývoji v oblasti důchodového pojištění přispívají i každoroční komplexní zprávy ČSSZ o její činnosti a také hodnocení českého systému sociálního pojištění vypracované MPSV ČR. Výroční zprávy o soukromých důchodových systémech pak vydává Ministerstvo financí ČR.

Při vytváření veškerých právních předpisů a koncepčních materiálů v oblasti zdravotní a dlouhodobé péče je využívána odborná činnost příslušných komisí, pracovních skupin, profesních organizací, odborných lékařských společností, patientských organizací atd. Kvalitu a bezpečnost poskytované zdravotní péče zajišťuje v první řadě státní správa a samospráva. V ČR dosud neexistuje Národní akreditační systém ve zdravotnictví, na rozdíl od praxe řady států EU. Vypracování národního systému řízení a hodnocení kvality je nutným předpokladem zajištění hodnocení výsledků kvality zdravotní péče a hladkého fungování evropské koordinace v oblasti zdravotnictví. Ministerstvo zdravotnictví ČR zřídilo v roce 2006 odbor pro kvalitu ve zdravotnictví. Pacient má právo na výběr lékaře a zdravotnického zařízení. Lékař je povinen poučit pacienta, popřípadě členy jeho rodiny, o povaze onemocnění a o potřebných výkonech, aby mohli aktivně spolupracovat při poskytování zdravotní péče. Do budoucna plánovaná opatření zahrnují zejména legislativní zakotvení sledování kvality poskytované péče, práva občana na informace o kvalitě zdravotní péče poskytované zdravotnickými zařízeními, informovaný souhlas s poskytnutím zdravotní péče, posílení role pacienta ve zdravotnickém zařízení, vytvoření Národní agentury pro bezpečí pacientů a registru Národního programu zvyšování kvality ve zdravotnictví.

### **1.3 Zastřešující sdělení**

ČR podobně jako další země EU stojí v důsledku významných společenských změn posledních desetiletí před náročným úkolem, který spočívá v nalezení adekvátního kompromisu mezi podporou státu, poskytovanou z veřejných zdrojů, a snahou o dosažení co možná nejširší míry ekonomické a sociální soběstačnosti jeho obyvatel. Je zjevné, že

pro dosažení udržitelného standardu sociální ochrany, který je nezbytný pro zajištění důstojného života a zabránění sociálnímu vyloučení ohrožených skupin obyvatel, je nezbytné v nejbližší době přistoupit k formulaci a provedení hloubkových reforem systémů sociální ochrany a zdravotní péče.

V kontextu demografických změn, v rámci kterých dochází ke stárnutí populace, vyvstává nutnost prodloužení pracovního života starších osob a oddalování jejich odchodu do důchodu a zároveň zvyšování kvality a dostupnosti zdravotní péče kladoucí důraz na prevenci a zdravý životní styl. V oblasti prodlužování pracovního života starších osob bude potřeba přistoupit k nezbytným reformám na trhu práce, směřujícím zejména k odstranění diskriminace starších pracovníků. Tato opatření tvoří spolu s posilováním důrazu na širší využívání doplňkových forem důchodového zabezpečení a zajištěním kvalitního, efektivního a dostupného systému dlouhodobé péče nezbytný předpoklad k udržení přiměřenosti důchodů a důstojné životní úrovně v důchodovém věku a k prevenci sociálního vyloučení starších osob.

Princip udržitelného rozvoje, který se stále významněji mírou promítá do politik sociálního začleňování a sociální ochrany, podtrhuje význam boje s pokračujícím sociálním vyloučením určitých skupin osob, které se přenáší z generace na generaci. Důraz je třeba v této souvislosti klást zejména na prevenci tohoto mezigeneračního přenosu prostřednictvím účinných politik zaměřených na ochranu rodin a dětí, zajištění rovného přístupu ke vzdělání a odborné přípravě.

Zvýšení participace osob ohrožených sociálním vyloučením na trhu práce je třeba považovat za jeden ze základních kroků na cestě k jejich sociálnímu začlenění. V této souvislosti je nezbytné pokračující posilování důrazu na individuální odpovědnost každého jednotlivce a omezování paternalistické role státu s tím, že v zájmu zachování sociální soudržnosti musí být zachován základní životní standard jeho obyvatel.

*Část 1 je doplněna přílohou:*

*Příloha 1.1 Celospolečenský a ekonomický kontext*

## Část 2 - Národní akční plán sociálního začleňování na léta 2006 až 2008

### 2.1 Identifikace klíčových priorit

Tři priority Národního akčního plánu sociálního začleňování (dále jen NAPSÍ) na léta 2006-2008 byly identifikovány na základě vyhodnocení plnění NAPSÍ na léta 2004-2006 provedeného ve Zprávě o implementaci NAPSÍ 2004 až 2006, která je přílohou č. 2.2 této zprávy. Při vytyčování těchto priorit se dále vycházelo z posouzení sociální situace a označených klíčových priorit v části ČR Společné zprávy o sociální ochraně a sociálním začleňování v letech 2005 a 2006.

### 2.2 Prioritní cíl 1

**Posílení integrace osob sociálně vyloučených nebo osob ohrožených sociálním vyloučením, odstraňování bariér vstupu a udržení se na trhu práce pro tyto osoby<sup>9</sup>**

K dosažení tohoto cíle je nutné zejména:

- posílit sociální dovednosti osob sociálně vyloučených nebo ohrožených sociálním vyloučením při hledání zaměstnání a jeho následného udržení, zvyšovat zaměstnatelnost těchto osob,
- posílit dovednosti spojené se starostmi o bydlení a domácnost se zaměřením na prevenci ztráty bydlení a vzniku bezdomovectví,
- podporovat terénní a mentorské programy především ve prospěch vyloučených romských komunit,
- podporovat připravenost a samostatnost mladých lidí opouštějících institucionální péči,
- odstranit znevýhodnění v přístupu ke vzdělávání u dětí a mládeže pocházejících ze sociokulturně znevýhodněného prostředí, dětí se zdravotním postižením a dětí a mládeže ohrožených sociálním vyloučením z jiných příčin;
- podporovat celoživotní vzdělávání seniorů a jejich setrvání v přirozeném sociálním prostředí,
- předcházet sociálně patologickým jevům a posilovat aktivity zaměřené na děti a mládež, mladistvé delikventy, boj s lichvou, zneužíváním návykových látek a obchodem s lidmi,
- zvýšit informovanost jednotlivých aktérů v systému sociálních služeb (např. poskytovatelů, uživatelů sociálních služeb), zejména ve vztahu k přijatému zákonu o sociálních službách.

Cílovými skupinami v rámci tohoto cíle jsou zejména:

dlouhodobě nezaměstnaní, osoby se zdravotním postižením, senioři, osoby ze sociálně vyloučených romských lokalit, imigranti, oběti trestné činnosti, domácího násilí, osoby komerčně zneužívané a oběti obchodu s lidmi, osoby opouštějící zařízení pro výkon ústavní nebo

<sup>9</sup> Oblast zvyšování motivace osob k přijetí zaměstnání a udržení se v něm je řešena v Národním programu reforem ČR (dále jen NPR) 2005 - 2008, v části zaměstnanosti. Cílem je omezit závislost na sociálních dávkách a úžeji propojit výplatu dávek s aktivizačními opatřeními na pomoc se získáváním zaměstnání a v neposlední řadě důsledně potírat diskriminaci v přístupu na trh práce. Aktivity s cílem usnadnit návrat žen z rodičovské dovolené do zaměstnání a aktivity zaměřené na udržení a rozvoj odborné přípravy žen po dobu péče o dítě v rámci rodičovské dovolené a podpora slučitelnosti pracovních a rodičovských povinností za účelem snížení nezaměstnanosti žen s dětmi předškolního a mladšího školního věku (včetně žen po rodičovské dovolené) je řešena v rámci NPR.

ochranné výchovy a osoby opouštějící výkon trestu odnětí svobody, osoby závislé na návykových látkách, osoby bez přístřeší.

### Opatření

K posílení sociálních dovedností osob sociálně vyloučených nebo osob ohrožených sociálním vyloučením  **bude podporováno poskytování sociálních služeb**  v souladu se zákonem o sociálních službách a  **realizace dalších činností a aktivit umožňujících prevenci sociálního vyloučení, sociální začleňování osob nebo přímou pomoc osobám**  (na základě identifikace problémových jevů a potřeb osob ohrožených sociálním vyloučením nebo sociálně vyloučených).

K potírání sociálního vyloučení bude taktéž podporováno zavádění nových inkluzivních postupů a mechanismů  **k podpoře rozvoje služeb v oblasti sociálního začleňování** , mezi které patří rozšiřování sociálních služeb a  **podpora zavádění principů sociální ekonomiky** .

Dále ve prospěch osob sociálně vyloučených nebo osob ohrožených sociálním vyloučením bude podporováno zejména  **poskytování sociálního poradenství**  na úrovni všech relevantních aktérů v systému sociálních služeb.

V rámci podpory poskytování sociálních služeb důraz bude kladen na  **podporu poskytování terénních a ambulantních sociálních služeb**  v přirozeném sociálním prostředí osob. Maximálně budou využity služby terénní sociální práce a navazující poradenské činnosti zaměřené na odbornou pomoc v problematické životní situaci a motivaci změny životního stylu (oddlužení, školní docházka dětí, případná asistence ve škole, zdravotní problémy, spolupráce s úřady práce, zdravotnickými institucemi, kurátory, veřejnou správou, policií, aj.).

Taktéž budou  **podporovány a realizovány aktivity zaměřené na zvyšování zaměstnatelnosti osob a prevenci ztráty bydlení**  s cílem návratu těchto osob na trh práce nebo udržení se na trhu práce či k přístupu ke službám umožňujícím návrat na trh práce.

Bude  **zaveden jednotný a komplexní přístup při řešení problematiky sociálně vyloučených romských komunit** . Jednotným a komplexním přístupem se rozumí zejména vytvoření subjektu na národní úrovni, jehož náplní bude především zprostředkování přímé sociální intervence v lokalitách výskytu sociálního vyloučení a dále podpora již osvědčených nástrojů, jako např. terénní sociální práce a další návazné služby<sup>10</sup>. Záměrem je podpořit aktivaci a větší samostatnost příslušníků romských komunit oproti pasivnímu přijímání pomoci (zejména závislosti na sociálních dávkách). Podmínkou pro účelné a efektivní prosazení tohoto přístupu je vytvoření nástrojů spolupráce všech relevantních aktérů zejména na místní úrovni.

jejichž prostřednictvím by měla být problematika sociálně vyloučených romských komunit řešena komplexním a jednotným způsobem.

V oblasti odstranění znevýhodnění v přístupu ke vzdělání u dětí a mládeže pocházejících ze sociokulturně znevýhodněného prostředí bude vytvořen  **komplexní systém předškolní péče pro sociálně znevýhodněné skupiny** . Dále budou podpořeny programy, které umožní přechod žáků dále do středních škol. Pro ty, kteří z různých důvodů nedokončili povinnou školní docházku, bude určen kurz pro získání základního vzdělání.

Ke zvýšení dostupnosti vzdělávání pro děti a mládež se zdravotním postižením a podpoře jejich integrace budou postupně  **vyrovnávány mezikrajové rozdíly ve vzdělávací nabídce a struktuře poradenských služeb**  pro tuto skupinu populace dětí a žáků, studentů v souladu s jejich vzdělávacími potřebami.

Školy samostatně zřízené pro žáky se zdravotním postižením budou vedle funkce vzdělávací plnit i funkci  **center integrované podpory** , ověřovat nové metody práce a poskytovat metodickou a poradenskou podporu školám hlavního proudu při vzdělávání dětí a mládeže se

<sup>10</sup> Změny v oblasti zaměstnanosti osob jsou řešeny jak v Národním programu reformy ČR 2005 - 2008, tak v Koncepti romské integrace, schválené usnesením vlády č. 532 ze dne 4. května 2005.

zdravotním postižením v těchto školách a poradenské služby rodičům a dalším zainteresovaným institucím. S cílem integrace dětí, žáků a studentů se zdravotním postižením budou realizovány specifické programy a vytvářeny podmínky k využívání podpůrných opatření včetně asistenčních služeb při jejich vzdělávání.

**Podpora celoživotního vzdělávání seniorů** bude pokračovat formou grantové podpory vysokých škol v rámci Univerzity třetího věku.

Prevence sociálně patologických jevů je nezbytnou podmínkou k zajištění sociální soudržnosti ve společnosti. Je nutné začleňovat policejní práci do činností interdisciplinárních týmů, které zahrnují veškeré relevantní subjekty řešící problematiku sociálního začleňování v dané lokalitě. Podpora bude zaměřena zejména na zefektivnění práce policistů ve vztahu k menšinám a sociálně znevýhodněným skupinám obyvatel a ve zvýšení kvality přístupu k nim. Budou realizovány specifické **programy na podporu vzdělávání policistů v problematice práce s menšinami, program na podporu činnosti policejních specialistů pro práci s menšinami** (tzv. styčných důstojníků pro menšiny), program **asistent Policie ČR pro práci v sociálně vyloučené lokalitě a poskytování specializovaných sociálních služeb pro oběti trestné činnosti ze sociálně znevýhodněných skupin obyvatelstva**. V oblasti specifické primární prevence u dětí a mládeže se podpora zaměří na zkvalitňování certifikačního systému ve školství, který zajistí zefektivnění práce s rizikovými dětmi, a tudíž zvýší efekt vynaložených finančních prostředků.

K snížení znevýhodnění, kterému čelí mladí lidé opouštějící ústavní nebo ochrannou výchovu bude **stanoven plán pro osamostatnění každého dítěte dostatečně dlouhou dobu před odchodem ze zařízení** a zajištěna kontinuální příprava na odchod ze zařízení. Kromě toho budou podporovány **programy k podpoře samostatného života mladých lidí po odchodu z institucionální výchovy**. Dále budou podporovány programy, které jsou cíleně zaměřené na podporu tzv. slabých rodin, kde hrozí odebrání dětí do ústavní péče tak, aby program posílil kompetence rodiny k výchově dětí a nemuselo dojít k odebrání dětí do ústavní péče.

**V oblasti sociálně - právní ochrany dětí** bude podporována sociální práce (personální posílení sociálními pracovníky) a bude rozšířena spolupráce s nestátními neziskovými organizacemi vykonávajícími sociálně právní ochranu. Bude akcentována včasná intervence u potencionálně rizikových rodin ve smyslu snížení rizika nekvalitní péče o děti a jejich soudržnosti. Zároveň budou finančně podporovány zařízení rodinného typu pro děti.

Dále budou podporovány **programy za účelem integrace osob po výkonu trestu odnětí svobody při návratu do společnosti**.

V oblasti podpory integrace cizinců budou podpořeny programy zaměřené **na sociálně - právní poradenství a pomoc zranitelným skupinám imigrantů**. Dále se jedná zejména o cílená specifická opatření mířená do čtyř prioritních oblastí – na znalost českého jazyka, ekonomickou soběstačnost, orientaci cizince ve společnosti a vztahy cizince s členy majoritní společnosti. Důraz bude kladen na zajištění potřebného místního a typového rozsahu poradenství. V průběhu roku 2006 bude dopracována Informační publikace pro cizince v ČR. Připraveny a realizovány budou **studie monitorující situaci a postavení cizinců v ČR**.

Bude vytvořen koncept a systém **sociálního bydlení**, ve kterém budou zohledněny potřeby rodin s dětmi, včetně legislativní úpravy a investiční podpory.

#### Národní indikátory

- Objem vynaložených finančních prostředků,
- Počet podpořených osob poskytujících služby nebo podporujících poskytování služeb
- Počet nově vytvořených integračních, inovativních a systémových programů realizovaných ve prospěch sociálně vyloučených osob nebo osob ohrožených sociálním vyloučením
- Počet nově poskytovaných terénních a ambulantních sociálních služeb
- Počet podpořených uživatelů služeb



- Počet podpořených terénních programů ve prospěch vyloučených romských komunit včetně počtu osob, kterým v rámci nich byla poskytnuta podpora
- Počet vytvořených center integrované podpory k poskytování podpory a poradenských služeb

V rámci priority 3 Operačního programu Lidské zdroje a zaměstnanost bude zároveň podpořeno vytvoření systémových nástrojů pro monitorování a hodnocení efektivity využívaných jednotlivých nástrojů v oblasti sociálního začleňování.

#### Vyčlenění prostředků

Opatření v rámci cíle 1 budou především podporována ze strukturálních fondů EU. Opatření v oblasti sociálního začleňování osob sociálně vyloučených nebo osob ohrožených sociálním vyloučením budou podporovány z Evropského sociálního fondu prostřednictvím Operačního programu Lidské zdroje a zaměstnanost, a to v rámci priority 3 zaměřené na „Sociální integraci a rovné příležitosti“.

Na realizaci příslušných opatření budou taktéž ve státním rozpočtu ČR, v kapitolách příslušných resortů vyčleněny prostředky na realizaci aktivit v jejich působnosti.

Koordinaci a monitoring jednotlivých aktivit bude provádět koordinační jednotka NAPSÍ na MPSV ČR ve spolupráci s Komisí pro sociální začleňování, zřízenou pro tyto účely ministrem práce a sociálních věcí.

## **2.3 Prioritní cíl 2**

Soudržná rodina je nezbytným předpokladem existence soudržné společnosti. V současnosti se však do rozporu s touto přirozenou rolí rodiny dostává zvýšená orientace na individualitu, profesní seberealizaci, výkon a flexibilitu. To má vliv na vztahy mezi partnery a mezi generacemi v rodině. Soudržná rodina stále představuje důležitý zdroj ochrany při nepříznivé situaci, naplňuje emocionální a vztahové potřeby ohroženého jednotlivce a nabízí pozitivní stimulaci osobnostního vývoje jednotlivce. Soudržná rodina zvyšuje životní šance svých členů.<sup>11</sup>

**Posílit soudržnost rodiny a povědomí o její důležitosti, posílit povědomí o mezigenerační solidaritě a o právech dětí.**

K dosažení tohoto cíle je nutné zejména:

- posílit a podpořit služby v oblasti podpory rodiny zaměřené na děti a rodiny z různých příčin ohrožené sociálním vyloučením;
- snížit chudobu neúplných rodin nejméně s jedním nezaopatřeným dítětem;
- podpořit mezigenerační solidaritu;
- zvýšit povědomí o dětských právech;
- předcházet patologickým jevům v rodině;
- rozvíjet systém náhradní rodinné péče, služby v oblasti sanace rodiny;
- zvýšit efektivnost spolupráce v rámci zprostředkování náhradní rodinné péče.

Cílovými skupinami v rámci tohoto cíle jsou zejména:

rodiny s dětmi, rodiny se seniorem, děti v neúplných rodinách, děti nezletilých rodičů, děti s vážným zdravotním postižením, děti rodičů s nízkým stupněm vzdělání, děti rodičů trestně

<sup>11</sup> Národní koncepce rodinné politiky, MPSV ČR 2005.

stíhaných, děti v rodinách alkoholiků a drogově závislých, děti v ústavní péči, děti cizinců bez doprovodu zákonného zástupce, aj.

### Opatření

S cílem posílit soudržnost rodiny budou **podporovány stávající a rozvíjeny nové služby zaměřené na podporu rodiny**, tj. služby zaměřené na prevenci sociálního vyloučení rodičů pečujících o děti v rámci mateřské/rodičovské dovolené, služby zaměřené na zvyšování rodičovských kompetencí, služby v oblasti slučitelnosti rodinných a profesních rolí, tj. zejména péče o děti a zvyšování informovanosti o právech a povinnostech pracujících rodičů, dále pak služby zaměřené na prevenci rozpadu rodin, na řešení problémů v partnerském i rodinném soužití, na pomoc rodičům při výchově a péči o děti, služby usnadňující péči o seniora a sociálně aktivizační služby v oblasti sanace rodiny a služby poskytované při terénní sociální práci. Cílem těchto služeb je posílit funkčnost rodiny, případně obnovit její soběstačnost. Problematika péče o ohrožené děti a děti žijící mimo rodinu bude řešena v samostatné **Koncepci péče o ohrožené děti a děti žijící mimo vlastní rodinu**, která bude předložena vládě ČR v září 2006. Problematikou dětských práv se zabývá Meziresortní pracovní skupina vytvořená v souladu s usnesením vlády ze dne 4. května 2005 č. 530 „O analýze současného stavu institucionálního zajištění implementace Úmluvy o právech dítěte“.

Prostor bude otevřen také **vzniku nových sociálních služeb pro rodiny**. Bude dále rozvíjena spolupráce státu a nestátních neziskových organizací v oblasti podpory služeb pro rodiny.

Vybavenost regionů sociálními službami pro rodiny není rovnoměrná. V některých regionech jsou některé typy služeb pro rodiny nedostupné. K odstranění tohoto znevýhodnění dojde **k zmapování dostupnosti a kvality služeb pro rodiny**. V rámci mapování bude také sledována poptávka po jednotlivých typech služeb v jednotlivých regionech ČR.

Ke snížení míry chudoby je zapotřebí **vytvořit vhodné formy podpory rodin ohrožených chudobou**, např. mimoškolní aktivity formou zpětné úhrady služeb, příspěvek na hlídání, daňové zvýhodnění. Do konce roku 2007 bude vypracována studie, která bude mapovat potřeby těchto rodin a navrhne nástroje k uspokojení těchto potřeb a analyzuje jejich dopad na státní rozpočet.

S cílem sblížit generace v rodině a podpořit mezigenerační soudržnost v rodině bude vytvořena **osvětová kampaň zaměřená na přípravu na stáří**. K dosažení tohoto cíle bude také vytvořen pilotní program na vzájemné sblížení dětí, mládeže a seniorů bez rodinného zázemí.

V rámci prevence patologických jevů v rodině a zajištění bezpečnosti rodiny budou podporována a přijímána opatření vedoucí k prevenci kriminality, užívání alkoholu a návykových látek s důrazem na roli rodičů. Do všech fází práce s ohroženou rodinou budou zapojeny všechny relevantní subjekty, tj. pověření zaměstnanci státní správy a profesionálové pracující s dětmi (psychologové, učitelé, sociální pracovníci atd.). V rámci sociální práce bude kladen důraz na partnerský přístup s rodiči. Bude **podporována dostupnost a využívání rodinné mediace**, zejména při úpravě porozvodové péče o dítě.

S cílem zvýšit informovanosti o dětských právech bude vytvořen **program zaměřený na zvýšení povědomí o dětských právech**, a to u dětí, profesionálů pracujících s dětmi, zákonných zástupců dětí a osob odpovědných za výchovu dětí, a dále bude **zvyšováno povědomí o formách a podmínkách náhradní rodinné péče**. S cílem omezení délky doby, které dítě stráví v institucionální péči, bude vytvořen **monitorovací systém z hlediska perspektivy odchodu dítěte ze zařízení**. Náhradním rodinám budou zajištěny **komplexní služby v období přípravy, ale také po celou dobu péče o dítě** (poradenství, sociální asistence). Pozornost bude soustředěna na **zefektivnění přípravy žadatelů o osvojení nebo pěstounskou péči**.

### Národní indikátory

- Objem vynaložených finančních prostředků,
- Počet podpořených subjektů poskytujících služby pro rodiny
- Počet podpořených rodin, které se ocitly v nepříznivé životní situaci a počet sanovaných rodin
- Počet aktivit zaměřených na zvýšení povědomí o právech dítěte
- Počet dětí umístěných do náhradní rodinné péče versus ústavní péče
- Počet nově podpořených žadatelů v rámci zefektivnění náhradní rodinné péče

V rámci priority 3 Operačního programu Lidské zdroje a zaměstnanost bude zároveň podpořeno vytvoření systémových nástrojů pro monitorování a hodnocení efektivity využívaných jednotlivých nástrojů v oblasti sociálního začleňování.

### Vyčlenění prostředků

Opatření v rámci cíle 2 budou podporována ze státního rozpočtu ČR, v kapitolách příslušných resortů budou vyčleněny prostředky na realizaci aktivit v jejich působnosti. Dále budou opatření podporována ze strukturálních fondů EU.

Koordinace a monitoring jednotlivých aktivit bude zajišťovat odbor rodinné politiky a sociální práce a odbor sociálních služeb MPSV ČR, které budou z pozice člena Komise pro sociální začleňování informovat v souladu s bodem 2.5 koordinační jednotku NAPSÍ.

## **2.4. Prioritní cíl 3**

### **Podpora rozhodovacích procesů na lokální a regionální úrovni a rozvoj partnerství v politice sociálního začleňování**

K dosažení tohoto cíle je nutné zejména:

- podporovat rozvoj seriózních a aktivních rozhodovacích procesů na regionální a lokální úrovni tak, aby sociální služby poskytované na regionální a lokální úrovni odpovídaly potřebám z hlediska dostupnosti a kvality pro uživatele služby včetně rozvoje partnerství v poskytování sociálních služeb a včetně podpory součinnosti uživatelů sociálních služeb v těchto procesech;
- podporovat odborné a profesní vzdělávání pracovníků subjektů působících v oblasti sociálního začleňování, včetně vytváření a rozvoje vzdělávacích programů;
- vytvořit a začít implementovat 14 plánů rozvoje sociálních služeb krajů, které budou účinným nástrojem pro zajištění dostupnosti sociálních služeb;
- zapojit do roku 2008 alespoň 200 obcí do plánování sociálních služeb na lokální úrovni;
- pokračovat v transformaci systému sociálních služeb ve smyslu zajištění sítě dostupných a kvalitních sociálních služeb, zajištění procesu kvality a kontroly sociálních služeb;
- podporovat transformační procesy zaměřené na poskytování sociálních služeb v přirozeném prostředí uživatelů sociálních služeb;
- podporovat efektivní a účelné propojení dalších systémů a činností a návaznost sociálních služeb na další systémy;
- podporovat koordinaci a spolupráci na vertikální a horizontální úrovni při tvorbě a realizaci programů a systémů v oblasti sociálního začleňování.

### Opatření

Aktivity zaměřené na dokončení transformace systému sociálních služeb jsou zaměřené na účinnou aplikaci zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (dále jen zákona o sociálních službách).

Budou **posilovány odborné profesní znalosti a dovednosti jednotlivých aktérů v systému sociálních služeb (zadavatelů a poskytovatelů služeb), a to formou vzdělávání jejich pracovníků** s ohledem na nově vzniklé potřeby vyplývající z přijatého zákona o sociálních službách (např. proces zajištění dostupnosti, řízení a rozvoje kvality a kontroly poskytovaných služeb, odborná způsobilost k výkonu povolání sociálního pracovníka a jeho další vzdělávání). Důraz bude kladen **na zvyšování kvality sociální práce formou vzdělávání**.

Kraje i obce budou systematicky a metodicky podporovány při zpracování střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb, a to především prostřednictvím **vzdělávání pracovníků v procesech plánování dostupnosti sociálních služeb a tvorby plánů rozvoje sociálních služeb, podpory vzniku dalších forem partnerství a vytváření a šíření metodických materiálů a příruček v této oblasti**. Do plánování sociálních služeb budou i nadále zapojovány různé skupiny aktérů: poskytovatelé a zadavatelé sociálních služeb a zástupci sociálně znevýhodněných osob a další subjekty (zástupci Policie ČR, členové pracovních skupin nebo další odborníci). Zejména města a obce budou motivovány, aby k zajištění potřeb poskytování sociálních služeb osobám nebo skupinám osob na svém území využívaly metodu komunitního plánování sociálních služeb.

Při zajištění dostupnosti sociálních služeb bude kladen důraz taktéž na zabezpečení odpovídající kvality poskytovaných sociálních služeb. **Poskytovatelé a zadavatelé sociálních služeb budou systematicky a metodicky podporováni při zavádění a zvyšování kvality poskytovaných sociálních služeb**, a to jak prostřednictvím standardů kvality sociálních služeb (zejména typové standardy sociálních služeb), tak vzděláváním pracovníků v procesech rozvoje kvality sociálních služeb, podporou vzdělávání v managementu a řízení subjektů působících v oblasti sociálního začleňování.

Kraje a obce i jednotlivá zařízení budou podporovány **v oblasti transformace pobytových zařízení sociálních služeb (institucionální péče) ve smyslu jak modernizace a humanizace těchto pobytových zařízení sociálních služeb** (domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory) a podpory chráněného bydlení, **tak především v oblasti podpory alternativních ambulantních a terénních sociálních služeb** (např. podpora samostatného bydlení, stacionáře, odlehčovací služby, centra denních služeb, osobní asistence, pečovatelská služba).

Pozornost bude věnována taktéž systémovým opatřením v oblasti podpory vykonávání vybraných činností vedoucích k sociálnímu začleňování, a to zejména vzhledem k tvorbě **nástrojů k hodnocení stavu a efektivity realizovaných činností na místní, regionální a národní úrovni**. Je vhodné podporovat aktivity směřující k podpoře spolupráce všech relevantních subjektů na místní, regionální a i národní úrovni při nastavování opatření vedoucích k sociálnímu začleňování.

Spolu s účinností zákona o sociálních službách vznikne také veřejný **informační systém o sociálních službách**, který bude obsahovat relevantní informace o registrovaných poskytovatelích sociálních služeb, akreditovaných vzdělávacích programech, o kontrole v oblasti sociálních služeb atd.

Za účelem úspěšné implementace zákona o sociálních službách budou probíhat vzdělávací aktivity pro všechny relevantní aktéry, přičemž důraz bude kladen na roli obcí v poskytování srozumitelných informací o sociálních službách osobám, které tyto služby potřebují. Ke konci roku 2006 a v roce 2007 proběhne **celorepubliková kampaň**, jejímž cílem je zajistit informovanost o sociálních službách pro jednotlivé cílové skupiny uživatelů sociálních služeb, pro poskytovatele sociálních služeb, místní samosprávu a širokou veřejnost. Budou vydány a distribuovány informativní materiály o sociálních službách, uskuteční se regionální semináře a celostátní konference k aplikaci zákona o sociálních službách.

V souvislosti s implementací zákona o sociálních službách bude provedeno hodnocení dopadu zákona do jednotlivých prioritních oblastí systému sociálních služeb.

Vláda ČR bude pokračovat se **zvýšeným úsilím v informovanosti o potřebě provádění aktivní sociální politiky v oblasti problematiky vyloučených romských komunit** směrem k samosprávám s cílem motivovat obce v plnění koncepčních záměrů centrálních orgánů a k jejich spoluvytváření. Za vzor budou dány ty obce, které uplatňují sociálně citlivý přístup k prevenci sociálnímu vyloučení a k integraci vyloučených romských spoluobčanů (viz např. příklad dobré praxe NAPSÍ 2006 – 2008, příloha č.2.1). Vzhledem k prohlubujícímu se sociálnímu vyloučení příslušníků romských komunit se nadále povede diskuse o potřebě vzniku nástroje k realizaci politiky státu ve spolupráci se samosprávou.

#### Národní indikátory

- Objem vynaložených finančních prostředků
- Počet vytvořených a akreditovaných vzdělávacích programů
- Počet osob, které prošly vzdělávacím programem
- Počet vytvořených plánů rozvoje sociálních služeb
- Počet obcí zapojených do procesu plánování sociálních služeb
- Počet vytvořených metodických materiálů a příruček v příslušných oblastech
- Počet pobytových zařízení sociálních služeb, která započala proces své transformace na území kraje
- Počet vytvořených informačních materiálů o sociálních službách pro občany.

V rámci priority 3 Operačního programu Lidské zdroje a zaměstnanost bude zároveň podpořeno vytvoření systémových nástrojů pro monitorování a hodnocení efektivity využívaných jednotlivých nástrojů v oblasti sociálního začleňování.

#### Vyčlenění prostředků

Opatření v rámci cíle 3 budou především podporována ze strukturálních fondů EU. Systémová a procesní opatření v oblasti sociálního začleňování osob sociálně vyloučených nebo osob ohrožených sociálním vyloučením, vzdělávací aktivity atd. budou podporovány z Evropského sociálního fondu prostřednictvím Operačního programu Lidské zdroje a zaměstnanost, a to priority 3 zaměřené na „Sociální integraci a rovné příležitosti“. Investice v oblasti transformace pobytových zařízení sociálních služeb (institucionální péče) a řešení problematiky sociálně vyloučených romských komunit budou taktéž financovány prostřednictvím Integrovaného operačního programu.

Na realizaci příslušných opatření budou ve státním rozpočtu ČR, v kapitolách příslušných resortů vyčleněny prostředky na realizaci aktivit v jejich působnosti.

Koordinaci a monitoring jednotlivých aktivit bude provádět koordinační jednotka NAPSÍ na MPSV ČR ve spolupráci s Komisí pro sociální začleňování, zřízenou pro tyto účely ministrem práce a sociálních věcí, a zejména střešními organizacemi zastupující zájmy samospráv<sup>12</sup>).

## **2.5 Posílení správy**

Při přípravě NAPSÍ 2006 až 2008 bylo navázáno na institucionální mechanismy, které byly vytvořeny v předcházejících obdobích. Tyto mechanismy byly upraveny na základě požadavků plynoucích z vyvíjejících se potřeb společnosti a reflexe hodnotících zpráv, zejména Společných zpráv o sociální ochraně a sociálním začleňování v letech 2005 a 2006. V oblasti posílení správy je cílem NAPSÍ pro období 2006 až 2008 **začlenit principy mainstreamingu sociálního začleňování do politické praxe na národní, regionální a zejména lokální úrovni. Zvýšit povědomí o problematice sociálního začleňování v ČR a zlepšit úroveň spolupráce všech relevantních aktérů na všech úrovních.** Opatření k dosažení tohoto cíle jsou popsány v následujících subkapitolách.

<sup>12</sup> Svaz měst a obcí ČR, Komise pro sociální záležitosti Asociace krajů ČR

## 2.5.1 Postup přípravy

Příprava NAPSÍ 2006 – 2008 byla oficiálně zahájena regionálními konferencemi **Fóra sociálního začleňování**, které se konaly na přelomu listopadu a prosince 2005. Kromě těchto konferencí se uskutečnily další semináře a konference, které svým dílem přispěly ke vzniku NAPSÍ 2006 – 2008, např. školicí semináře MEPCO určené zástupcům obcí v rámci projektu STOP sociálnímu vyloučení, Dobrovolnictví ochrana před sociálním vyloučením, Konference sociální vyloučení a sociální politika Fakulty sociálních studií Masarykovy univerzity.

NAPSÍ byl připravován koordinační jednotkou, která je zřízena v gesci MPSV ČR ve spolupráci s Komisí pro sociální začleňování. Komise, která byla zřízena v roce 2003, se podílela na vypracování Společného memoranda o sociálním začleňování (2003), NAPSÍ 2004 – 2006 (2004) a dalších strategických dokumentů, jako např. Předběžné zprávy o zdravotní a dlouhodobé péči v ČR (2005). Komise byla v roce 2005 rozšířena o zástupce Ministerstva financí ČR, Ministerstva spravedlnosti ČR a nestátních neziskových organizací, které se podílely na přípravě NAPSÍ 2004 – 2006. Komise se v době přípravy NAPSÍ 2006 – 2008 skládala ze zástupců ministerstev<sup>13</sup> a vládních úřadů<sup>14</sup>, Kanceláře veřejného ochránce práv (ombudsman), zástupců samospráv<sup>15</sup>, sociálních partnerů zastupujících zájmy zaměstnanců i zaměstnavatelů, nestátních neziskových organizací<sup>16</sup> a expertů.

Úkolem Komise je meziresortní koordinace celého procesu zpracování strategických dokumentů v oblasti sociálního začleňování, zapojení všech relevantních institucí a převzetí zodpovědnosti za zformulování a následné provádění politiky boje proti chudobě a sociálnímu vyloučení. V rámci Komise mohou vznikat pracovní skupiny pro řešení jednotlivých problémových oblastí. V roce 2006 v rámci této Komise vznikla pracovní skupina k přípravě části Národní strategie zdravotní a dlouhodobé péče v rámci Národní zprávy o strategiích sociální ochrany a sociálního začleňování 2006 – 2008.

Také v oblasti komunikace NAPSÍ s veřejností bylo navázáno na mechanismy vytvořené při přípravě NAPSÍ 2004 – 2006. Vytvořený odkaz na internetové stránce MPSV ČR [www.mpsv.cz](http://www.mpsv.cz), jehož cílem bylo informovat zainteresovanou veřejnost o NAPSÍ a jeho významu a přínosu pro českou společnost, byl v letech 2005 a 2006 průběžně aktualizován a rozšířen o informace relevantní pro zpracování NAPSÍ 2006 – 2008. Ve snaze zapojit do konzultací co nejširší veřejnost byl NAPSÍ 2006 – 2008 uveřejněn k připomínkám na internetových stránkách MPSV ČR, o čemž byla veřejnost informována i prostřednictvím informačních médií projektu STOP sociálnímu vyloučení.

Při přípravě NAPSÍ 2006 – 2008 se vycházelo z výsledků různých výzkumů, které byly v oblasti sociálního začleňování provedeny. Zejména následující výzkumné zprávy **Sociální začleňování v ČR: evropská a česká agenda** (T. Sirovátka, Fakulta sociálních studií Masarykovy univerzity) a **Srovnání Národních akčních plánů sociálního začleňování v zemích EU a ČR** (M. Rákoczyová, Fakulta sociálních studií Masarykovy univerzity) byly pro reflexi NAPSÍ 2004 – 2006 a přípravu nového plánu inspirujícím zdrojem informací.

<sup>13</sup> Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR, Ministerstvo zdravotnictví ČR, Ministerstvo pro místní rozvoj ČR, Ministerstvo vnitra ČR, Ministerstvo zemědělství ČR, Ministerstvo průmyslu a obchodu ČR, Ministerstvo spravedlnosti ČR, Ministerstvo životního prostředí ČR.

<sup>14</sup> Vládní výbor pro osoby se zdravotním postižením a Rada vlády pro záležitosti romské komunity, Český statistický úřad.

<sup>15</sup> Asociace krajů ČR, Svaz měst a obcí ČR.

<sup>16</sup> Sdružení Česká katolická charita, společnost Člověk v tísni, Národní rada zdravotně postižených, SKOK a Naděje, EAPN ČR.

## 2.5.2 Koordinace politik

Politiky sociálního začleňování jsou koordinovány koordinací jednotkou v gesci MPSV ČR v rámci Komise pro sociální začleňování, která k tomu účelu byla ministrem práce a sociálních záležitostí zřízena. Ke koordinaci dochází zejména na národní úrovni. Na regionální a lokální úrovni není politika sociálního začleňování plně koordinována. V roce 2005 započala práce na vytvoření mechanismů, které tuto koordinaci v budoucnu umožní. Jedná se zejména o projekt k vytvoření metodiky pro tvorbu lokálních a regionálních akčních plánů sociálního začleňování. Metodika pro tvorbu lokálních a regionálních akčních plánů sociálního začleňování bude vytvořena do srpna 2007.

## 2.5.3 Mobilizace a zapojení všech relevantních aktérů

Zástupci Komise pro sociální začleňování a další relevantní aktéři jako např. nestátní neziskové organizace a univerzity jsou ze strany koordinací jednotky NAPSÍ průběžně informováni o důležitých událostech a aktivitách v oblasti sociálního začleňování na evropské i národní úrovni. Od ledna 2005 do června 2006 byli tito aktéři informováni prostřednictvím projektu STOP sociálnímu vyloučení, který byl zaměřený na zvýšení povědomí o evropské strategii sociálního začleňování (projekt je blíže popsán v příloze č. 2.1 Příklady dobré praxe).

Jedním z cílů tohoto projektu bylo do přípravy politik sociálního začleňování zapojit osoby s přímou zkušeností chudoby a sociálním vyloučením. Tohoto cíle se nepodařilo plně dosáhnout. Při snaze o zapojení osob s přímou zkušeností chudoby a sociálního vyloučení, např. v rámci Fórum sociálního začleňování, vyplynulo, že je potřeba vytvořit metodický nástroj, který by pomohl zákonodárcům členských států EU systémově a seriózně uchopit oblast zapojení osob s přímou zkušeností chudoby do tvorby politik sociálního začleňování. Na regionální a lokální úrovni dochází k zapojování osob s přímou zkušeností chudoby v rámci rozhodování regionu či obce o struktuře poskytovaných služeb v regionu/obci (tzv. komunitního plánování sociálních služeb).

Mobilizace a zapojení aktérů v referenčním období NAPSÍ 2006 – 2008 bude v gesci koordinací jednotky NAPSÍ a Komise pro sociální začleňování. Bude navázáno na úspěšný projekt STOP sociálnímu vyloučení, v němž bude dále pokračováno. Projekt bude žádat o podporu z prostředků Akčního programu Společenství ve spolupráci v boji se sociálním vyloučením a v případě získání podpory také spolufinancován ze strany MPSV ČR. Projekt bude úzce spolupracovat s koordinací jednotkou NAPSÍ na MPSV ČR.

V referenčním období NAPSÍ 2006 – 2008 se budou i mimo rámec projektu STOP sociálnímu vyloučení konat konference a semináře k osvětě o NAPSÍ a jeho úloze. V roce 2008 dojde dále k reflexi a zhodnocení implementace plánu a k přípravě implementační zprávy a nového plánu.

## 2.5.4 Mainstreaming sociálního začleňování

Principy Mainstreamingu sociálního začleňování, jako obecného politického konceptu procházejícího všemi relevantními politikami, zatím nejsou v ČR plně využívány. V některých politikách, které mají vliv na sociální oblast a oblast sociálního začleňování, jsou principy mainstreamingu sociálního začleňování reflektovány. Jedná se zejména o oblasti politik zaměřených na znevýhodněné skupiny obyvatelstva, jako jsou Romové, osoby se zdravotním postižením, senioři nebo cizinci. Nástroji těchto politik jsou následující strategie: Koncepce romské integrace, Národní plán podpory a integrace občanů se zdravotním postižením, Národní program přípravy na stárnutí a Koncepce integrace cizinců. Dále lze principy mainstreamingu sociálního začleňování nalézt také ve strategických dokumentech zabývajících se určitou oblastí sociálního začleňování, jako např. v oblasti podpory rodiny v rámci Národní koncepce rodinné politiky.

NAPSI 2004 – 2006 sloužil k přípravě dalších strategických dokumentů na národní i evropské úrovni a také programovacích dokumentů pro čerpání finančních prostředků na oblast sociální integrace z ESF. V průběhu roku 2005 došlo k provázání procesu NAPSI se stěžejním strategickým dokumentem Národním programem reforem 2005 – 2008 (NPR). Důvodem užší spolupráce byla především snaha propojení celého procesu a omezení dualit a kontradikcí v obou strategických plánech. K propojení obou procesů došlo na úrovni pracovních komisí připravujících tyto strategické dokumenty, konkrétně zastoupením člena koordinační jednotky NAPSI v Horizontální skupině pro přípravu NPR. V letech 2006 – 2008 bude nadále pokračovat spolupráce především při předkládání Ročních hodnotících zpráv o plnění cílů revidované Lisabonské strategie. S koordinační jednotkou Národního programu reforem bude zahájeno jednání o nominaci jejího zástupce do Komise pro sociální začleňování, tak aby tato spolupráce byla oboustranná a aby bylo dosaženo toho, aby NPR pomáhal sociálnímu začleňování, řešil fiskální problémy, kterým čelí důchodové systémy a systémy zdravotní a dlouhodobé péče a vedl k modernizaci systémů sociální ochrany.

K většímu využívání principů mainstreamingu sociálního začleňování v politické praxi bude v letech 2006 až 2008 dopracována česká verze internetové stránky [www.europemsi.org](http://www.europemsi.org), která je jedním z výstupů projektu Mainstreaming sociálního začleňování<sup>17</sup>, kterého se MPSV ČR účastnilo jako partner. Spolu s překladem knihy Lepší politiky, lepší výstupy – prosazování mainstreamingu sociálního začleňování bude o existenci internetové stránky v češtině informováno prostřednictvím kampaně věnované podpoře mainstreamingu sociálního začleňování v ČR.

### **2.5.5 Gender mainstreaming**

Při zpracování NAPSI 2006 – 2008 byla využita metoda gender mainstreamingu, nástroje pro výkon politiky rovných příležitostí mužů a žen. Při stanovování cílů a nástrojů jejich realizace byly příslušné resorty, nestátní neziskové organizace a další subjekty instruovány k zohlednění dopadu přijatých opatření na muže a ženy.

### **2.5.6 Mechanismy sledování a hodnocení**

NAPSI 2006 – 2008 bude průběžně monitorován koordinační jednotkou NAPSI na MPSV ČR ve spolupráci s Komisí pro sociální začleňování. Koordinační jednotka bude každoročně v říjnu předkládat Komisi implementační zprávu za předcházející referenční období. Tato implementační zpráva bude k dispozici zainteresované veřejnosti na internetových stránkách MPSV ČR. O existenci zpráv bude veřejnost a nestátní neziskové organizace informovány prostřednictvím tradičních informačních kanálů. Nevylučuje se možnost identifikace nových informačních kanálů. Zprávy budou předmětem konferencí a seminářů na národní i evropské úrovni.

Závěrečná implementační zpráva bude vypracována v období přípravy NAPSI 2008 – 2011 i v případě, že by bylo rozhodnuto od tohoto procesu ustoupit na evropské úrovni. Tato zpráva bude vypracována ve spolupráci se všemi relevantními aktéry a projednána v rámci již nastavených mechanismů vládou ČR. Po té bude zpráva postoupena EK.

*Část 2 je doplněna přílohami:*

*Příloha č. 2.1 Příklady dobré praxe, která se informuje o následujících příkladech dobré praxe:*

- *Informační projekt o Evropské strategii sociálního začleňování v ČR – STOP sociálnímu vyloučení*

---

<sup>17</sup> Projekt podpořený EK z prostředků Akčního programu Společenství na podporu spolupráce v boji se sociálním vyloučením.



- *Komplexní přístup města Ostravy k odstranění znevýhodnění Romů sociálně vyloučených nebo sociálním vyloučením ohrožených*
- *Podpora poskytování sociálních služeb ve prospěch osob bez přístřeší z Evropského sociálního fondu.*

*Příloha 2.2 Zpráva o implementaci Národního akčního plánu sociálního začleňování na léta 2004 – 2006.*

## Část 3 - Národní strategická zpráva pro důchody

Česká republika, obdobně jako ostatní „nové“ členské státy EU, vypracovala a v červenci 2005 předložila Evropské komisi svou první „Národní strategickou zprávu o přiměřených a udržitelných důchodech“ (dále jen „NSRP“). NSRP obsahovala podrobnou informaci o situaci v plnění společných cílů v oblasti přiměřenosti důchodů, finanční udržitelnosti penzijních systémů a modernizace penzijních systémů v souvislosti s měnícími se požadavky hospodářství, společnosti a občanů, prognózy a úkoly v rámci politiky a budoucí strategii. Příloha NSRP obsahovala celou řadu relevantních statistických údajů a dále i informaci o přípravě dalšího postupu reformy důchodů.

### 3.1. Aktualizace národní strategické zprávy z roku 2005

NSRP byla zpracována v období po přijetí významných parametrických změn v základním důchodovém pojištění (v rámci provedené reformy veřejných rozpočtů), které nabyl účinnosti dnem 1. ledna 2004 a mj. popisuje tyto změny a jejich dopady do základního důchodového pojištění. Pokud jde o další vývoj, došlo v březnu 2004 k dohodě politických stran zastoupených v Poslanecké sněmovně Parlamentu ČR o procesu přípravy důchodové reformy a o ustavení Týmu expertů pro přípravu důchodové reformy složeného ze zástupců všech politických stran zastoupených v Poslanecké sněmovně Parlamentu, zástupce předsedy vlády, ministra financí a ministra práce a sociálních věcí. Úkolem Týmu expertů bylo připravit organizační zabezpečení procesu důchodové reformy. V červnu 2004 byla zřízena funkce koordinátora pro přípravu podkladů pro důchodovou reformu, který řídil činnost odborné pracovní skupiny, jejímiž členy byly odborníci z Ministerstva práce a sociálních věcí ČR a z Ministerstva financí ČR. Další členy jmenovaly politické strany. Cílem odborné pracovní skupiny koordinátora bylo kvantifikovat varianty důchodové reformy navržené Týmem expertů, a to pouze pro oblast základního důchodového pojištění.

Analyzovány byly následující varianty reformy důchodů:

- Přejít k NDC systému v kombinaci s provedením parametrických úprav současného PAYG DB důchodového systému.
- Umožnit částečné vyvázání se (opt-out) ze současného PAYG DB důchodového systému a tyto finanční prostředky odvádět do fondového pilíře; snížení výše důchodu ze současného PAYG DB důchodového systému při současném provedení jeho parametrických změn a posílení významu fondového pilíře.
- Provést parametrické změny současného PAYG DB důchodového systému.
- Přejít k rovnému (jednotnému) důchodu na úrovni 20 % (alternativně 25 %) průměrné mzdy při současném snížení výše povinně placeného pojistného do základního důchodového pojištění. Na rozhodnutí občanů by bylo, kdy a jakou část z prostředků „ušetřených“ na platbách do povinného základního důchodového pojištění investují do vlastního zabezpečení se na stáří.

Odborná pracovní skupina analyzovala také tzv. základní variantu, tj. budoucí vývoj důchodového systému bez reformy a variantu různých parametrických změn stávajícího důchodového systému.

Výsledkem činnosti pracovní skupiny byla podrobná analýza jednotlivých reformních variant a jejich porovnání pro Tým expertů, která byla dokončena v červnu 2005 vydáním „Závěrečné zprávy“, která je k dispozici v české i anglické verzi na webových stránkách MPSV ČR<sup>18</sup>.

<sup>18</sup> [http://www.mpsv.cz/files/clanky/2235/zaverecna\\_zprava.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/2235/zaverecna_zprava.pdf)

V návaznosti na to pak v červenci 2005 pokračovala, a to již pod vedením ministra práce a sociálních věcí, činnost Týmu expertů. Tým expertů při své činnosti vycházel ze shora uvedené „Závěrečné zprávy“ a z podkladů, které připravilo Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR a Ministerstvo financí ČR. Výsledkem práce Týmu expertů byl návrh „Dohody politických stran o dalším pokračování důchodové reformy“. Tento návrh obsahoval společné teze o dalších krocích v důchodové reformě se záměrem, aby byly realizovány ještě v období před volbami do Poslanecké sněmovny Parlamentu v červnu 2006.

Podle těchto tezí:

- klíčovou roli v zajištění důchodových příjmů občanů měl i nadále mít solidární, průběžné, státem zajištěné základní důchodové pojištění.
- dosavadní postupné zvyšování zákonem stanoveného věku pro nárok na starobní důchod mělo pokračovat, a to až do dosažení věku 65 let pro muže i ženy. Toho bude dosaženo nejpozději do roku 2036.
- měla být vytvořena Rezerva pro důchodovou reformu z přebytků pojistného na důchodové pojištění a z části zdrojů z privatizace, oddělená od státního rozpočtu.
- v zájmu zachování, popřípadě zvýšení celkového náhradového poměru, měl být podpořen další rozvoj doplňkových důchodových systémů formou zvýšení daňové podpory příspěvků zaměstnanců i zaměstnavatelů, popřípadě úpravou státního příspěvku. Nad rámec v současné době existujících možností výběru prostředků mělo být umožněno účastníkům penzijního připojištění se státním příspěvkem (dále jen penzijní připojištění) požádat v období po dosažení 60. roku věku o čerpání prostředků z penzijního připojištění formou penze vyplácené po dohodnutou dobu, nejméně však po dobu 5 let. Čerpání prostředků účastníka formou penze mělo být výhodnější oproti výplatě jednorázového vyrovnání.

**Závěrečná jednání politických stran však nebyla ukončena dosažením politické dohody na konkrétním pokračování důchodové reformy. Politická jednání budou pokračovat (po volbách do Poslanecké sněmovny Parlamentu v červnu 2006) ve druhé polovině roku 2006.**

I přes to, že se zatím nepodařilo dosáhnout politické dohody nad budoucí podobou důchodového systému, byla v systému provedena úprava, která spočívá v úplném uvolnění souběhu výplaty částečného invalidního důchodu s příjmem z výdělečné činnosti. Tato změna nabyla účinnosti od 1. února 2006, čímž bylo dosaženo stavu, kdy (s výjimkou výplaty předčasného důchodu v období před dosažením důchodového věku) není nijak omezována možnost souběhu příjmu z výdělečné činnosti a výplaty důchodu.

Vzhledem k uvedenému nebyla od vypracování NSRP v roce 2005 do současné doby přijata v českém důchodovém systému taková opatření, která by zásadním způsobem změnila obsah NSRP. To platí i pokud jde o plnění cílů v oblasti zajištění přiměřených a udržitelných důchodů.

## Část 4 – Národní strategie zdravotní a dlouhodobé péče

### 4.1 Shrnutí

**Demografický vývoj** v ČR vykazuje tendenci zvyšování střední délky života (pravděpodobné doby dožití) a stagnaci plodnosti na nízké úrovni. Prodlužující se pravděpodobná doba dožití je pozitivní důsledek zlepšujícího se zdravotního stavu populace a klesající úmrtnosti. V důsledku vývoje úmrtnosti a plodnosti se počet i podíl osob starších 65 let zřetelně zvyšuje a bude zvyšovat i nadále. Relativně nejrychleji přitom bude přibývat osob starších 80 let.

Hlavní výzvou demografického vývoje není kvantitativní nárůst nákladů na péči, ale kvalitativní změna v zdravotní politice, celoživotní přístup ke zdraví (life-course approach) a vytváření podmínek pro zdravé stárnutí. Hlavní prioritou je snížení výskytu chronických nemocí a zdravotních postižení a přizpůsobení primární péče potřebám starší populace v souladu s modelem Světové zdravotnické organizace Age-friendly Primary Health Care Centres. Otázka dlouhodobé péče by měla být řešena jako součást širší zdravotní politiky.

Se změnou věkové struktury populace dochází také ke změně struktury nemocnosti a nárůstu nemocí souvisejících s věkem (chronické nemoci, degenerativní nemoci atd.). Narůstající počet starých lidí se specifickými zdravotními potřebami vyžaduje restrukturalizaci zdravotních a sociálních služeb, rozvoj geriatrických služeb na všech úrovních a ve všech prostředích (ambulantní i ústavní), důraz na rehabilitaci, programy prevence a podpory zdraví, podporu zdravého stárnutí atd. Dopad demografického vývoje na systém zdravotní péče lze celkově těžko odhadovat. Demografický vývoj, resp. věková struktura populace může potenciálně ovlivnit zdravotní systém nárůstem potřeby (poptávky) po zdravotní péči a růstem výdajů na úhradu pojistného za tzv. státní pojištění, tj. pojištění, za které hradí pojistné stát, mezi něž patří i důchodci. O potřebě zdravotní péče a celkových nákladech však nerozhoduje věková struktura populace, ale především další obecné faktory zdravotní péče jako zdravotní stav populace, efektivita, hospodárnost a účelnost při využívání finančních prostředků atd. Počet tzv. státních pojištěnců je závislý také na ekonomické aktivitě populace. Významná je z tohoto hlediska ekonomická aktivita starších osob. (Demografická data – viz příloha 4.1)

**Strategická témata** řešená v ČR v oblasti zdravotní a dlouhodobé péče vycházejí z nedostatků systémů zdravotní péče a sociálních služeb a z cílů a opatření formulovaných ve strategických dokumentech v oblasti zdravotních a sociálních služeb. Za hlavní témata v oblasti zdravotní a dlouhodobé péče považujeme **zlepšování zdravotního stavu obyvatel, udržitelný kvalitní a dostupný systém zdravotní péče, integraci sociálních a zdravotních služeb a komunitní přístup ke zdravotním a sociálním službám.**

Světová zdravotnická organizace definuje zdraví jako stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody, nikoli pouze nepřítomnost nemoci nebo vady. Zdraví člověka je nejdůležitějším předpokladem pro to, aby mohl vést aktivní a produktivní život jak v oblasti společenské, tak ekonomické. Dle celopopulační studie o zdravotním stavu a životním stylu obyvatel ČR, provedené Ústavem zdravotnických informací a statistiky v roce 2004, své zdraví hodnotí jako dobré 65% mužů a 61% žen, naopak špatně nebo velmi špatně se cítilo 8% mužů a 9% žen. Nejčastějším důvodem hospitalizace jsou nemoci oběhové soustavy, trávicí soustavy a novotvary. Počty hospitalizací se neustále zvyšují (2,3 mil. za rok), naopak průměrná ošetrovací doba se snižuje (7,5 dne).

Strategické priority zlepšování zdravotního stavu vláda formulovala v programu „Zdraví 21“. Jeho cílem je prostřednictvím 21 cílů vybudovat fungující model komplexní péče a podpory zdraví celé společnosti. Rozsáhlý soubor aktivit zahrnuje např. screening vybraných nádorových onemocnění, realizaci programu primární prevence, diagnostiku a léčbu

nádorových onemocnění, zvýšení kvality paliativní péče, primární prevenci diabetu. Za důležité považujeme zrovnoprávnění prevence a podpory zdraví s léčebnou péčí, snižování výskytu nejčtenějších onemocnění a rizikových faktorů, které se podílejí na jejich vzniku. Nezbytná je orientace na pacienta ve zdravotní péči, výchova lékařů ke správnému postoji k pacientovi a posilování jeho vlastní odpovědnosti za své zdraví.

**Pro udržitelný kvalitní a dostupný systém zdravotní péče** ČR pokládá za důležité posílení primární péče a postupné přenášení poskytované péče ze zařízení akutní lůžkové péče do zařízení ambulantních a u pacientů se stabilizovaným zdravotním stavem do zařízení následné péče. Nezbytná je restrukturalizace sítě zdravotnických zařízení v součinnosti s územními samosprávnými celky podle potřeby zajištění dostupnosti zdravotní péče. Musí dojít ke stabilizaci hospodaření nemocnic a veřejného zdravotního pojištění. Je třeba zavést systém sledování, hodnocení a trvalého zabezpečení kvality a bezpečnosti poskytované zdravotní péče.

Mezi hlavní výzvy v oblasti dlouhodobé péče patří integrace sociálních a zdravotních ústavních služeb a komunitní přístup ke zdravotním a sociálním službám. Nabídka sítě jak sociálních tak zdravotnických služeb do značné míry ovlivnila změna politického uspořádání koncem minulého století, kdy se ČR stala opět demokratickým státem s tržní ekonomikou a rozvíjející se občanskou společností. Proběhla změna od paternalistického pojetí zajištění sociálních služeb, kdy klienti byli objekty zejména institucionální péče, k rozvoji služeb ambulantních a terénních s důrazem na důstojnost a partnerský přístup a k opětovnému zapojení nestátních neziskových organizací. V současnosti probíhá změna financování sociálních služeb tak, aby došlo k zrovnoprávnění postavení všech poskytovatelů sociálních služeb v přístupu k veřejným zdrojům a aby se posílila finanční soběstačnost klientů. Stále více je kladen důraz na ochranu práv osob a důstojnost ve službách, na jejich začleňování do společnosti. Přes tyto pozitivní změny je nezbytné dále pracovat na modernizaci systému sociálních služeb.

Problematika **integrace zdravotních a sociálních služeb** se týká provázanosti systémů zdravotní péče a sociálních služeb, návaznosti zdravotní péče poskytované ve zdravotnických zařízeních na sociální služby a obecně problematiky poskytování sociální péče ve zdravotnických zařízeních a zdravotní péče v zařízeních sociálních služeb. Pozornost je věnována integraci na centrální úrovni sladováním legislativních prací a resortních dokumentů a specifické problematice vícezdrojového financování ústavních zdravotnických a sociálních zařízení.

V **komunitním přístupu** je zdůrazněna osobnost člověka a jeho cíle a individuální plány pomoci a podpory se záměrem zkvalitnění života a sociálního začleňování do společnosti. Je třeba zkoordinovat a využívat všechny místní formální i neformální, lidské a finanční zdroje. Proces deinstitutionalizace zahrnuje jak přeměnu ústavních sociálních služeb, tak rozvoj komunitních služeb. Při transformaci ústavní péče probíhá humanizace stávajících zařízení, zejména snižováním jejich kapacity a individualizací poskytované péče. V rámci komunitního přístupu usilujeme o integraci primární zdravotní péče a zdravotních a sociálních služeb v obci, o rozvoj služeb ambulantních a služeb poskytovaných v domácnosti a o vytvoření podmínek pro neformální péči v rodině. Důležitou úlohu sehrávají nejen samotní poskytovatelé služeb, ale i obce, které svojí zdravotní a sociální lokální politikou mohou proces značně podpořit.

**Opatření** uváděná v jednotlivých kapitolách zprávy představují směr budoucího vývoje zdravotní a dlouhodobé péče v ČR. Jsou souborem priorit, cílů a opatření uváděných ve strategických a koncepčních dokumentech, jejichž základní výčet je uveden na konci textu části 4.

## 4.2 Zdravotní péče

### 4.2.1 Stručný popis systému zdravotní péče

Zdravotní péče je souborem činností a opatření směřujících k udržení, ochraně a prodloužení života fyzických osob, ke zvýšení kvality života, k podpoře, zlepšení, upevnění, obnovení zdraví, zmírnění utrpení nebo posouzení zdravotního stavu fyzické osoby souvisejícího s nemocí, vadou nebo stavem a ke zdravému vývoji budoucích generací.

Základní dělení zdravotní péče je na:

- 1) péči ambulantní, která se dělí na péči primární (péče poskytovaná praktickým lékařem pro dospělé, praktickým lékařem pro děti a dorost, zubním lékařem a ženským lékařem), specializovanou ambulantní péči a zvláštní ambulantní péči (např. domácí zdravotní péče, zdravotní péče v ústavech sociální péče). Mezi ambulantní péči se řadí též závodní preventivní péče, která zabezpečuje ve spolupráci se zaměstnavatelem prevenci včetně ochrany zdraví zaměstnanců před nemocemi z povolání a jinými poškozeními zdraví z práce a prevenci úrazů.
- 2) péči ústavní, která se dělí na akutní a tzv. následnou péči (což je zejména dlouhodobá péče ošetrovatelská nebo léčebně rehabilitační). Ústavní péče se poskytuje v nemocnicích a odborných léčebných ústavech.

Ministerstva a ostatní ústřední orgány jsou povinny uskutečňovat v oboru své působnosti opatření k upevnění a rozvíjení zdraví lidu. Ústřední orgány zejména stanoví jmenovité úkoly v péči o zdraví lidu, rozhodují o opatřeních v péči o zdraví lidu, která vyžadují úpravu rozpočtu přesahující možnosti organizací jimi řízených, pravidelně projednávají zabezpečování této péče a vedou podřízené organizace k tomu, aby iniciativně činily opatření k vytváření a ochraně zdravých životních podmínek.

V 1. polovině roku 2006 je v ČR evidováno celkem 27 488 **zdravotnických zařízení**, z toho více než 19 500 samostatných ordinací lékařů primární péče a lékařů specialistů, 195 nemocnic, 163 odborných léčebných ústavů a 84 lázeňských léčen. 262 zařízení je státních – zřizovatelem je Ministerstvo zdravotnictví ČR (v případě 86 zdravotnických zařízení a ostatní centrální orgány, zbývající zdravotnická zařízení jsou nestátní, tj. zřizovatelem je kraj, město, obec, fyzická osoba, církev nebo jiná právnická osoba. Mezi zdravotnická zařízení zřizovaná obcemi patří i kojenecké ústav, dětské domovy do 3 let věku dítěte (plní funkci náhradní rodinné péče) a jesle (umožňující zařazení rodičů na trh práce).

Celkem ve zdravotnických zařízeních pracuje více než 40 800 lékařů a téměř 104 800 samostatných zdravotnických pracovníků nelékařů. Na 1 lékaře připadá v průměru 250 obyvatel, na 1 ambulantního lékaře 350 obyvatel.

Na zdravotnictví je uvolňováno 7,5%<sup>19</sup> hrubého domácího produktu. Převážná část zdravotní péče je hrazena z **veřejného zdravotního pojištění**. Rozsah hrazené a nehrazené zdravotní péče je stanoven zvláštním právním předpisem. Plátcí pojistného jsou pojištěnci, zaměstnavatelé a stát. Stát hradí pojištění za nezaopatřené děti, důchodce, ženy na mateřské, osoby na rodičovské dovolené, uchazeče o zaměstnání, osoby ve vazbě, invalidní osoby. Pojištěnec má právo na výběr zdravotní pojišťovny, lékaře a zdravotnického zařízení. Za účelem zajištění věcného plnění při poskytování zdravotní péče pojištěncům uzavírají Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR a ostatní zdravotní pojišťovny (resortní, oborové a podnikové) smlouvy se zdravotnickými zařízeními o poskytování zdravotní péče. Smlouvu o poskytování zdravotní péče lze uzavřít jen na ty druhy péče, které je zdravotnické zařízení oprávněno poskytovat. Smlouvy se nevyžadují při poskytnutí nutné a neodkladné zdravotní péče pojištěnci. Zdravotní péče je hrazena podle smluvního ujednání mezi zdravotní pojišťovnou a zdravotnickým zařízením, a to úhradou za zdravotní výkony podle

---

<sup>19</sup> údaj za rok 2004, podle výsledků zdravotnických účtů ČR publikovaných Českým statistickým úřadem v březnu 2006

seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami nebo paušální úhradou za poskytnutou zdravotní péči nebo úhradou za registrované pojištěnce (kombinovaná kapitačně výkonová platba) nebo platbou za diagnózu.

Při vytváření právních předpisů a koncepčních materiálů je využíván „**konzultační proces**“, využívána jsou odborná stanoviska příslušných komisí, pracovních skupin, profesních organizací, odborných lékařských společností, patientských organizací atd. V rámci připomínkových řízení jsou zpracovávány materiály zasílány k připomínkám nejrozličnějším institucím (zdravotním pojišťovnám, ostatním ústředním orgánům), organizacím a sdružením. Dochází tak k jejich nedirektivnímu a demokratickému zapojení do fáze přípravy, tvorby a implementace těchto materiálů. Jedním z limitujících faktorů je finanční udržitelnost systému při zachování dostupné a kvalitní zdravotní péče.

#### **4.2.2 Prioritní politiky vztahující se ke společnému cíli J (dostupnost)**

Struktura **sítě zdravotnických zařízení** se v posledních letech výrazněji nemění a nejsou větší problémy s dostupností zdravotní péče. V počtu lůžkových zařízení dochází jen k nevýrazným, spíše organizačním změnám: v důsledku regulace akutní lůžkové péče se uzavírají některá malá lůžková zařízení akutní lůžka a pokračují v činnosti jen jako odborné, úzce specializované léčebné ústavy. Zdánlivý úbytek léčebeň pro dlouhodobě nemocné je způsoben začleňováním části samostatných zařízení léčebeň pro dlouhodobě nemocné jako oddělení ošetrovatelské péče v důsledku sjednoceného financování akutní i ošetrovatelské péče.

Nově vznikají veřejná nezisková ústavní zdravotnická zařízení, která mají ze zákona uzavřenu smlouvu se zdravotními pojišťovnami.

**Zdravotní pojišťovny** jsou povinny zajistit poskytování zdravotní péče svým pojištěncům. Tuto povinnost plní prostřednictvím zdravotnických zařízení, se kterými uzavírají smlouvu o poskytování a úhradě zdravotní péče. Před uzavřením těchto smluv se konají výběrová řízení, jejichž výsledky však nejsou pro zdravotní pojišťovny závazné.

Pacient má **právo na výběr lékaře a zdravotnického zařízení**. Zvolený lékař může odmítnout přijetí pacienta, pouze pokud by tím bylo překročeno únosné pracovní zatížení nebo přílišná vzdálenost místa bydliště pacienta. Zdravotnická zařízení mají stanovena spádová území, ze kterých nesmí odmítnout přijetí pacienta.

Právní předpis stanovuje 15ti minutovou dostupnost zdravotnické záchranné služby.

V současné platné právní úpravě není znám a používán výraz **spoluúčast**. Určitá „spoluúčast“ pacientů je např. při doplácení na léky či zdravotnickém pomůcky nebo na některé stomatologické materiály a výkony. Právní předpis o úhradách léčiv zajišťuje plnou úhradu alespoň jednoho léku ve všech základních terapeutických skupinách a tudíž je dostatečně zajištěna dostupnost léčivých přípravků pro všechny skupiny obyvatel.

Zdravotnímu stavu populace **bezdomovců** je v ČR věnována minimální pozornost. Zdravotní stav bezdomovců obecně charakterizuje vysoký výskyt různých onemocnění, převažují různé typy závislostí, mentální retardace a psychická onemocnění. Bylo např. zjištěno, že mezi bezdomovci se vyskytuje tuberkulóza až 200 krát častěji než u bydlící populace. Většina z nich se zdržuje mimo místo trvalého bydliště a nemá možnost návštěvy svého praktického lékaře. Bezdomovci se často dostávají k lékaři ve velmi pokročilém stadiu nemoci a jejich léčba pak bývá neúspěšná. Systémově není řešeno doléčení takovýchto jedinců v bezpečném a hygienicky nezávadném prostředí vhodném k rekonvalescenci s přiměřenou odbornou ošetrovatelskou péčí.

Problémy s dostupností zdravotní péče se mohou vyskytnout u **osob se zdravotním postižením**, kdy bariérovost zdravotnických zařízení komplikuje návštěvy lékařů.

Problematická je mnohdy i komunikace zdravotnických pracovníků se zdravotně postiženými pacienty.

#### Opatření:

- optimalizace sítě zdravotnických zařízení postupným snižováním počtu akutních lůžek, navyšováním lůžek následné péče a koncentrací péče specializované a vysoce specializované
- zajistit přístupnost všech zdravotnických zařízení osobám s omezenou schopností pohybu a orientace

#### 4.2.3 Prioritní politiky vztahující se ke společnému cíli K (kvalita)

Pojem kvalita má mnoho definic, například definice kvality Světové zdravotnické organizace zní: „Kvalita je měřítko shody mezi vytýčenými cíli a poskytovanou péčí“.

Zdravotnická zařízení musí mít po celou dobu svého provozu odpovídající **personální zabezpečení a věcné a technické vybavení a musí splňovat hygienické požadavky**. Zdravotní péče musí být vždy poskytována zdravotnickými pracovníky v rozsahu jejich odborné nebo specializované způsobilosti k výkonu povolání.

Téma kvality zdravotní péče je zmiňováno ve všech strategických dokumentech. Ve zdravotní péči v ČR je akcentováno zavádění systémových modelů trvalého zvyšování kvality a bezpečnosti poskytované zdravotní péče. Od roku 1998 v ČR zajišťuje externí hodnocení kvality zdravotní péče v nemocnicích nezávislá akreditační agentura Spojená akreditační komise ČR (SAK ČR). V současné době akredituje standardy SAK ČR Mezinárodní společnost pro kvalitu ve zdravotnictví (ISQua). Dále v roce 2004 a 2005 získaly v ČR dvě nemocnice akreditaci Joint Commission International (JCI).

Odpovědnost za kvalitu a bezpečnost poskytované zdravotní péče jako celku je však na státní správě a samosprávě. **Národní akreditační systém ve zdravotnictví** jako státem garantované a regulované veřejné služby, na rozdíl od praxe řady států EU, v ČR dosud neexistuje. Vypracování národního systému řízení a hodnocení kvality je nutným předpokladem zajištění rutinního hodnocení výsledků kvality zdravotní péče a hladkého fungování evropské koordinace v oblasti zdravotnictví.

Ministerstvo zdravotnictví ČR zřídilo v roce 2006 odbor pro kvalitu ve zdravotnictví, který, obdobně jako v jiných státech EU, zpracovává a vyhodnocuje indikátory zdravotního stavu populace i ve srovnání se státy EU a OECD a navrhuje programy pro trvalé a systematické zlepšování kvality, bezpečnosti a výkonnosti poskytované zdravotní péče. Posuzování dosahované kvality péče je založeno na tvorbě, hodnocení a udržování: 1. doporučených postupů, 2. akreditace, 3. indikátorů kvality.

V rámci přípravy akreditačního procesu v primární péči ČR vychází z Evropského hodnocení všeobecné praxe EPA (hodnocení organizace a vedení všeobecné praxe).

Při tvorbě **standardů kvality** zdravotní péče jsou navrhované standardy odborných společností komparovány s mezinárodními přístupy ke kvalitě a bezpečnosti zdravotní péče tak, aby vznikl a dále se rozvíjel jednotný národní koncept, jehož výsledky budou mezinárodně srovnatelné pomocí validovaných ukazatelů kvality. K přípravě a rozvoji tohoto systému budou využívány zahraniční zkušenosti, zejména Nice, Cochran Collaboration atd.

Práva pacientů jsou shrnuta v etickém kodexu „Práva pacientů“, v Chartě práv dětí v nemocnici.

Zdravotní péče se poskytuje na základě **informovaného souhlasu pacienta** nebo jeho zákonného zástupce, popřípadě svědka s poskytovanou zdravotní péčí. Výkon zdravotní péče bez souhlasu pacienta lze provést jen ve zcela výjimečných případech v souladu



s ustanoveními čl. 5 a 6 Úmluvy o lidských právech a biomedicině Rady Evropy, jíž je ČR smluvní stranou.

Lékař je povinen poučit pacienta, popřípadě členy jeho rodiny, o povaze onemocnění a o potřebných výkonech, aby mohli aktivně spolupracovat při poskytování zdravotní péče.

### Opatření

- legislativně zakotvit komplexní požadavky pro řízení, hodnocení a trvalé zlepšování kvality a bezpečnosti poskytované zdravotní péče, zavést národní akreditační program a jeho standardy v oblasti zdravotní péče
- legislativně zakotvit právo občana na informace o kvalitě zdravotní péče poskytované zdravotnickými zařízeními
- zřídit Národní agenturu pro bezpečí pacientů, jejímž cílem bude vytvořit centrální registr stížností, analyzovat příčiny a vydávat metodiky prevence pochybení
- vytvořit registr Národního programu zvyšování kvality ve zdravotnictví, který bude sloužit jako informační zdroj podávající ucelené informace o programech a projektech podpory kvality a bezpečnosti ve zdravotnických zařízeních, seznam akreditovaných zdravotnických zařízení
- vytvořit Informační centrum pro program nemocnice podporující zdraví, s cílem začlenit standardy pro podporu zdraví do národního akreditačního systému, vytvořit národní síť nemocnic podporující zdraví a nemocnicím zajistit mezinárodní spolupráci.
- posílit roli pacienta ve zdravotnickém zařízení, zejména např. stanovit zásady komunikace zdravotnických pracovníků se zdravotně postiženými pacienty

#### 4.2.4 Prioritní politiky vztahující se ke společnému cíli L (finanční udržitelnost)

Z veřejných zdrojů (veřejného zdravotního pojištění a veřejných rozpočtů) je hrazeno necelých 90% všech nákladů na zdravotnictví. Přibližně 10% tvoří péče, kterou si musí občané hradit sami<sup>20</sup>. Při nemocniční péči je prakticky vše hrazeno **z veřejného zdravotního pojištění**. Financování zdravotnictví založené na principu solidarity je podmínkou spravedlnosti z hlediska zajištění všeobecného geografického a cenového přístupu ke zdravotní péči. Některé státy v západní části EU zavedly systém alokace zdrojů na základě potřeb. Ke stejnému systému přistupují v současné době i některé státy na východě EU, hlavně při rozhodování o geografické alokaci zdrojů a služeb. Úhrady poskytovaných služeb musí sledovat v oblasti primární péče vyvážený objem podpory zdraví, prevence nemocí, léčby a rehabilitace; možnost svobodné volby poskytovatele péče pro každého; strukturu spravedlivých odměn pro zdravotníky odrážející jak jejich výkonnost, tak ohodnocení profesionálních kvalit; odpovědnost vůči obyvatelstvu; služby, které budou odpovídat potřebám společnosti, rodiny a jednotlivce; spolupráci těch, kteří péči poskytují; a demokratický systém rozhodování. Systém úhrad by měl umožňovat účelné a flexibilní řízení zaměřené na trvalé zvyšování kvality. V systému primární péče existuje způsob kontroly nákladů (na makro úrovni): kombinovaná odměna za registrované pacienty, doplněná úhradou za definované výkony. Současně je však nutné tento systém doplnit sledováním potřebného souboru ukazatelů, které umožňují vyhodnocovat strukturu a kvalitu poskytovaných služeb. Úhrady sekundární a terciární péče lze dlouhodobě udržitelným způsobem realizovat s využitím kombinovaného přístupu prospektivních globálních rozpočtů, sledováním vývoje efektivity produkce.

---

<sup>20</sup> údaje za rok 2004, podle výsledků zdravotnických účtů ČR publikovaných Českým statistickým úřadem v březnu 2006

V budoucnosti se předpokládá **růst celkových výdajů na zdravotnictví** v souvislosti se stárnutím společnosti. Predikce OECD kvantifikují tento důsledek v časovém rozmezí do roku 2050 v objemu kolem 1% HDP. Tento faktor nepředstavuje tedy tak zásadní význam, jaký je mu přisuzován. Mnohem výraznější vliv na růst celkových výdajů má rozvoj nových technologií.

Průběžně přijímaná a realizovaná jsou **finanční opatření** ve všech oblastech zdravotní péče. Prostřednictvím vyhlášek se snaží Ministerstvo zdravotnictví ČR regulovat výši úhrad zdravotní péče v jednotlivých oblastech tak, aby finančními prostředky z veřejného zdravotního pojištění nebylo plýtváno a byly využívány účelně.

V oblasti úhrad se v posledních 5 letech daří stabilizovat objem finančních prostředků na stejné procentuální úrovni, jedinou oblastí, kde se regulace příliš neseťkaly s úspěchem je oblast léků a zdravotnických prostředků, které v současné době činí cca 26% z celkového objemu financí ve veřejném zdravotním pojištění. Proto se Ministerstvo zdravotnictví ČR snaží pomocí vyhlášek stabilizovat a později snižovat nárůst v úhradách léků a zdravotnických prostředků a dále pomocí změn mechanismů úhrad pro výrobce a dodavatele léků očekává snížení těchto nákladů.

Vyžaduje-li zdravotní stav pojištěnce poskytnutí specializované ambulantní zdravotní péče, doporučí registrující lékař pojištěnci takové smluvní zdravotnické zařízení, které je schopno specializovanou ambulantní zdravotní péči na náležitě úrovni poskytnout. Tím je omezeno nadužívání poskytované zdravotní péče ze strany pacientů, kdy jejich návštěvy u specialistů jsou koordinovány.

Nezbytná je implementace **dalšího vzdělávání** lékařů, zubních lékařů, farmaceutů a ostatních zdravotnických pracovníků s pomocí dotace v celkové výši 1,536 mld. Kč určené pro úkoly dalšího a celoživotního vzdělávání zdravotnických pracovníků a dofinancování zvýšeného počtu absolventů lékařských fakult, zejména v oboru zubní lékař. Kladné dopady na zdravotní péči lze předpokládat prostřednictvím zvýšené odborné úrovně jejich odborných poskytovatelů, tj. zdravotnických pracovníků.

## Opatření

- koncentrace nákladné vysoce specializované zdravotní péče do několika center v rámci celé ČR
- vytvoření podmínek pro rozvoj jednodenní péče, čímž dojde ke snížení nákladů na poskytování zdravotní péče, dojde k rychlejšímu návratu občanů do jejich přirozeného prostředí, případně do pracovního procesu
- podpora preventivních programů (např. screening vybraných nádorových onemocnění, realizace programu primární prevence, diagnostiky a léčby nádorových onemocnění, primární prevence diabetu)
- využívání prostředků Evropského sociálního fondu na podporu prevence zdravotních rizik a na vzdělávání zdravotnických pracovníků a zajištění spolufinancování ze státního rozpočtu

## 4.3 Dlouhodobá péče

### 4.3.1 Stručný popis systému dlouhodobé péče

Za **dlouhodobou péči** pokládáme služby, které jsou bez časového omezení poskytovány osobám závislým na pomoci v základních činnostech běžného života (kritéria ADL). Zajišťovaná osobní pomoc je kombinována se základní zdravotní péčí. V ČR zahrnujeme mezi dlouhodobou péči takové institucionální služby, kde dochází k poskytování sociální péče (pomoc v péči o vlastní osobu) a péče zdravotní (ošetřovatelská péče). V domácím

prostředí osob se na této péči podílí jak poskytovatelé sociálních služeb tak zdravotní péče a v různé míře též neformální pečovatelé (rodinní příslušníci, přátelé a další dobrovolníci).

**Cílovou skupinou** pro dlouhodobou péči jsou senioři, osoby se zdravotním postižením a osoby chronicky nemocné, které jsou omezeny ve své soběstačnosti a samostatnosti (kritéria IADL – Instrumental Activities of Daily Living - pomoc s domácími pracemi, přípravou jídla, nakupováním, dopravou a sociálními aktivitami apod.), a které potřebují vyšší a střední stupeň pomoci v péči o vlastní osobu (kritéria ADL – Activities of Daily Living - osobní hygiena, oblékání, příjem potravy, přesuny z/na lůžko a židli, chůze a orientace v bezprostředním okolí atd.) (Sladění národní terminologie s terminologií doporučenou OECD v Tabulce Přílohy 1: Mezinárodní (OECD) a národní (zákon o sociálních službách) terminologie potřeb dlouhodobé péče.)

Cílové skupině dlouhodobé péče je poskytována **odborná zdravotní ošetrovatelská péče** kvalifikovaným zdravotnickým personálem a **pečovatelská péče** zajištěná pomocnými zdravotnickými pracovníky (zejména ve zdravotnických zařízeních), pečovateli (zejména v sociálních službách) nebo i poučenými laiky (osobou z rodiny, dobrovolníkem apod.) (Tabulka v příloze 4.1 uvádí schematický přehled dělby činností personálu v dlouhodobé péči.)

Tato péče je poskytována jak **ve zdravotnických i sociálních zařízeních** ústavního charakteru, tak i v ambulantních zařízeních a ve službách terénních poskytovaných v domácnostech osob.

Mezi zdravotnická zařízení, kde převažuje dlouhodobá péče, oproti péči akutní, řadíme podle platných předpisů:

- zdravotnická zařízení následné péče: léčebny dlouhodobě nemocných, odborné a rehabilitační léčebné ústavy, psychiatrické léčebny
- zvláštní ambulantní zařízení: domácí péče - agentury domácí péče (pracovníci home care zajišťují pouze odbornou a paliativní péči - hospice).

V sociálních službách je dlouhodobá péče poskytována tam, kde je kromě sociální pomoci a podpory poskytována i péče zdravotní. Podle platné právní úpravy se jedná o služby ústavní péče – domovy důchodců, domovy-penziony pro důchodce a ústavy pro dospělé nebo mládež s tělesným, smyslovým nebo mentálním postižením a ústavy pro chronické alkoholiky, psychotiky a toxikomany. V roce 2007 nabude účinnosti nový zákon o sociálních službách, který zachycuje široké spektrum služeb sociální péče a služeb sociální prevence, z nichž pojetí dlouhodobé péče odpovídají:

- pobytová zařízení sociálních služeb: týdenní stacionáře, domovy pro seniory, osoby se zdravotním postižením a domovy zvláštního určení (pro osoby duševně nemocné, závislé na návykových látkách, s Alzheimerovou demencí apod.)
- ambulantní služby - denní stacionáře, centra denních služeb, odlehčovací služby (respirační péče), případně další
- služby terénní (v domácím prostředí klientů zajišťují sociální pomoc a podporu kromě odborných zdravotních výkonů): pečovatelská služba (home help), osobní asistence, tísňová péče, případně další zařízení.

(Přehled druhů služeb a zařízení v ČR nabízí tabulka v příloze 4.1 v části Statistická příloha)

Zařízení pro dlouhodobou péči mají různé **formy a zřizovatele**.

Ústavní zdravotnická zařízení dlouhodobé péče jsou převážně příspěvkové organizace krajů, někdy měst. Specializované pobytové zdravotnické služby např. pro osoby s Alzheimerovou demencí, Agentury domácí péče a hospice nabízí nestátní neziskové organizace.

Kraji jsou zřizovaná zejména pobytová zařízení sociálních služeb pro osoby se zdravotním postižením. Obce zřizují převážně služby pobytové a terénní pro seniory. Kromě služeb pobytových a pečovatelské služby je další škála sociálních služeb zajišťovaná nestátními neziskovými organizacemi, které mají formu občanského sdružení, účelového zařízení

církve, obecně prospěšné společnosti. Navíc může být poskytovatelem sociální služby i fyzická osoba. V současné době není celkový přehled o zařízeních, centrální registrace poskytovatelů by měla začít, podle nového zákona o sociálních službách od roku 2007. (V příloze 4.1 tabulky výběr dlouhodobé péče a zařízení.)

I když se v praxi stírá rozdíl mezi zdravotní a sociální péčí, profesionální služby tuto péči a její pracovníky musí oddělovat z důvodu oddělených zdrojů pro hrazení jejich nákladů. Zdravotní péče je hrazena z veřejného zdravotního pojištění, sociální péče je hrazena ze státních a místních rozpočtů a z úhrad klientů. (Přehled vícezdrojového financování dlouhodobé péče, tedy péče zdravotní a sociální, nabízí tabulka v příloze 4.1)

Dlouhodobá péče o občany v ČR není zajištěna jedním systémem, ale je částečně zahrnuta **v systému zdravotní péče**, za který odpovídá Ministerstvo zdravotnictví ČR, **a v systému sociálních služeb**, který řídí MPSV ČR. Každý z těchto systémů má vlastní právní předpisy, samostatná kritéria dostupnosti a kvality a odlišný způsob financování. Kromě státem garantovaných systémů zajišťují dlouhodobou péči a podporu též rodinní příslušníci či další osoby blízké a dobrovolníci, většinou z řad studentů.

Oddělenost systémů způsobila v ČR specifický problém, kterým je nehrazení ošetrovatelské a rehabilitační péče poskytované v ústavních (pobytových) zařízeních sociálních služeb z fondu veřejného zdravotního pojištění na rozdíl od této péče poskytované ve zdravotnických zařízeních, která je hrazena zdravotními pojišťovnami v rámci paušální částky za ošetrovací den. Dále pak je v ústavních zdravotnických zařízeních nedostatečně, zejména finančně, ošetřena možnost poskytovat péči sociální těm pacientům v relativně stabilizovaném stavu, pro které by byla dostatečná zdravotní péče ambulantního rozsahu, avšak jejich propuštění není možné z důvodu nemožnosti zajištění potřeby pomoci druhé osoby ani rodinou ani profesionálními sociálními službami. Za účelem nastavení systému integrujícího zdravotní a sociální ústavní péči pracovala v letech 2003 až 2005 Meziresortní komise integrované péče, jejímž cílem bylo nastavení **institutu sociálně zdravotního lůžka**, který by měl srovnatelné podmínky péče pro uživatele bez ohledu na to, zda se nacházejí ve zdravotnickém či sociálním zařízení. Stěžejním a nově deklarovaným principem se stalo vícezdrojové financování, tedy hrazení dlouhodobé péče z veřejného zdravotního pojištění, z veřejných rozpočtů na sociální služby a z úhrad uživatelů. Tento institut může být, podle mezinárodní terminologie nazýván rovněž „institutem lůžka dlouhodobé péče“. Navržená opatření byla v roce 2005 zapracována pouze do zákona o sociálních službách a nikoliv do všech potřebných zdravotnických předpisů. Úspěšnost změn bude vyhodnocována po jejich implementaci v následujících letech. Otázka poskytování péče v domácnosti byla zohledněna, nicméně vztah domácí zdravotní péče (home care) a pečovatelské sociální péče (home help) doposud řešen nebyl.

#### **4.3.2 Prioritní politiky vztahující se ke společnému cíli J (dostupnost)**

Při zajišťování dostupnosti služeb je třeba překonávat celou řadu faktorů jako např. nízkou informovanost uživatelů, nedostatky ve spolupráci poskytovatelů. V případě dlouhodobé péče je rizikem nedostupnost zdravotních a sociálních služeb v některých obcích (na venkově, odlehlost bydliště), omezená kapacita služeb (např. ve větších městech), chybějící terénní, respitní a další služby a podpora umožňující péči v rodině (neformální péči) apod. Vedle dostupnosti a kvality dlouhodobé péče je pravděpodobně významným faktorem socioekonomický status jednotlivce či rodiny. Obecně je v oblasti zdravotní péče v kontextu nárůstu počtu seniorů nezbytné odstraňovat bariery v prostředí zdravotnických zařízení, přizpůsobovat je funkčním omezením starších lidí a rozvíjet geriatrické služby.

Hlavním odpovědným subjektem za síť zdravotnických zařízení a sociálních služeb jsou regiony – 14 krajů včetně hlavního města Prahy. Dostupnost služeb významně ovlivňuje lokální politika obcí. Jako hlavní nástroj k zajištění uzemní a typové dostupnosti sociálních služeb v daném území byl v sociálních službách zvolen **nástroj strategického plánování rozvoje sociálních služeb**. Používaná metoda „komunitního plánování“ se pilotně zavádí v ČR od roku 2002.

Problémem tzv. **následné péče** není nedostatek lůžek následné péče, ale především nedostatek lůžek sociálních. Z těchto důvodů jsou mnohdy ve zdravotnických zařízeních hospitalizováni pacienti, u kterých již zdravotnická indikace k hospitalizaci pominula. Problematika **návaznosti** zdravotní péče na sociální, konkrétně např. propouštění pacientů z lůžkových zařízení do sociálních služeb či domácího ošetřování, je značně závislá na míře osobního zájmu pracovníků konkrétního zařízení.

Pomalou, ale plynule narůstá kapacita **hospiců**, která je však stále nedostatečná. Ministerstvo zdravotnictví ČR finančně podporuje budování těchto nestátních zdravotnických zařízení určených pro paliativní péči a tišení chronické bolesti, sloužících nevyлéčitelně nemocným nebo nemocným trpícím chronickou bolestí. Alternativou hospicové péče v institucionálním prostředí je služba domácí hospic.

Důležitou součástí dlouhodobé péče je **domácí zdravotní péče**, kterou zajišťují agentury domácí péče (home care). V posledních letech zaznamenala tato služba v ČR výrazný rozvoj, stávající stav agentur pokrývá, až na několik výjimek, dostatečně území celého státu. Většina agentur domácí péče působí 24 hodin denně a vytváří tak podmínky pro zajištění přiměřené a dostupné péče. Agentury domácí péče koordinovaně spolupracují s praktickými lékaři, kteří domácí péči předepisují. Péče je hrazená z veřejného zdravotního pojištění. Vedle domácí zdravotní péče se v domácnostech osob poskytují pečovatelské služby a osobní asistence. Pečovatelská služba je běžně dostupnou službou. Poskytování osobní asistence zavedly a jako první začaly využívat osoby s tělesným postižením, nyní se služba rozšiřuje i pro další cílové skupiny včetně seniorů, avšak její potřeba není dostatečně pokryta.

**Tísňová péče** je službou, která umožňuje po celých 24 hodin monitorovat stav osoby v domácnosti a v případě krizové situace zajišťuje odbornou zdravotní, sociální či jinou pomoc. Tato služba je oblíbenou u seniorů a jejich rodin a rychle se rozvíjí.

Existují příklady dobré praxe v oblasti koordinace a spolupráce zdravotnických zařízení, sociálních služeb a veřejné správy, nicméně není preferován jeden systémový přístup. Dostupnost dlouhodobé péče je třeba zlepšit zajištěním koordinace a návaznosti služeb, rozvíjením spolupráce poskytovatelů a dalších subjektů na místní úrovni, např. prostřednictvím zřizování jednotných kontaktních míst, poskytováním poradenství, vyhledáváním a kontaktem se seniory se zhoršeným funkčním zdravím a sníženou soběstačností. Dále je žádoucí zvýšit dostupnost odlehčujících (respitních) služeb a specializovaných zařízení zaměřených na osoby se specifickými zdravotními problémy a zvýšenou potřebou péče a rehabilitace.

## Opatření

- vybudovat síť geriatrických ambulancí a komunitních gerontologických center,
- v nemocnicích vytvářet geriatrická oddělení, případně geriatrické kliniky fungující jako metodická, vědecká a vzdělávací centra,
- uplatňovat funkční hodnocení geriatrických pacientů, vytvářet ústavní i terénní geriatrické konzultační týmy,
- zajistit dostatečnou a kvalitní paliativní a respitní péči,
- zlepšovat návaznost akutní a následné péče a sociálních služeb, zlepšit organizaci a koordinaci poskytování následné péče (viz též opatření 4.3.4)

### 4.3.3 Prioritní politiky vztahující se ke společnému cíli K (kvalita)

Kvalitu života osob závislých na pomoci v základních činnostech běžného života ovlivňuje jak nabídka služeb dlouhodobé péče, tak kvalita jejich poskytování. Setrvání osob v jejich přirozeném sociálním prostředí je závislé jak na péči osob blízkých, tak na zajištění domácích zdravotních a sociálních služeb.

**Kvalita zdravotní péče** je dána jednak dodržováním minimálních povinností materiálních, technických a personálních, které zdravotnické zařízení plní a dále pak existujícím dobrovolným systémem akreditací. Mezinárodní akreditační standardy pro dlouhodobou péči Joint Commission International jsou přeložené a používány (více v kapitole 4.2.3). Kontrolu kvality péče provádí též zdravotní pojišťovny, se kterými má zařízení uzavřenou smlouvu.

V oblasti **kvality sociálních služeb** se v poslední době pozornost soustředila zejména na ochranu práv osob, kterým je sociální služba poskytována. Hlavním nástrojem k zajištění kvality, bezpečnosti i odbornosti poskytovaných služeb se proto staly standardy kvality sociálních služeb, které nastavují základní úroveň v procedurální, personální a provozní oblasti poskytování sociálních služeb. Nová právní úprava sociálních služeb definuje registrační podmínky poskytovatelů sociálních služeb a kontrolní mechanismus garantovaný státem.

**Ošetřovatelská péče je v pobytových zařízeních sociálních služeb** pro seniory a osoby se zdravotním postižením poskytována podle potřeb klientů většinou na vyčleněných ošetřovatelských odděleních zdravotnickým personálem. Možnost provádět odbornější ošetřovatelské výkony je však omezená materiálně technickým vybavením zařízení, které nedosahuje úrovně zdravotnických zařízení. Pro přijímání do pobytových zařízení sociálních služeb existuje, právním předpisem závazný, tzv. kontraindikační seznam, který specifikuje míru potřeby zdravotní péče, která může být v takových zařízeních zajištěna.

Základním prvkem pro kvalitu služby a kvalitu života osob, které ji spotřebovávají, je **kvalifikace a vzdělávání personálu**. V ČR probíhá vydávání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání nelékařských zdravotnických pracovníků podle jednotných mezinárodních kritérií a tito zdravotničtí pracovníci jsou zapsáni do registru zdravotnických pracovníků způsobilých k výkonu povolání bez odborného dohledu a plní stanovené povinnosti průběžného vzdělávání. Náplň činností pracovníků v sociálních službách je v současné době obsažena v katalogu prací. Odborná způsobilost pracovníků v sociálních službách bude definována v nové právní úpravě sociálních služeb. Pro sociální pracovníky vznikne povinnost průběžného vzdělávání, vzdělávání ostatních pracovníků je podporováno ve Standardech kvality sociálních služeb.

#### Opatření

- zvyšovat kvalitu života, nezávislost a samostatnost seniorů, osob se zdravotním postižením a nemocných podporou prevence, zdravého životního stylu, včasnou komplexní rehabilitací
- zvyšovat kvalitu ve zdravotnických i sociálních zařízeních definováním a zaváděním standardů pro jednotlivé druhy zdravotní i sociální péče
- v sociálních službách zavést a ve zdravotní péči zefektivnit kontrolu kvality poskytované péče
- ve službách preferovat ochranu práv a důstojnost osob
- zvyšovat kvalitu personálu v zařízeních nastavením kritérií odborné způsobilosti pracovníků v sociálních službách a podporováním jejich průběžného vzdělávání

#### 4.3.4 Prioritní politiky vztahující se ke společnému cíli L (finanční udržitelnost)

Obecně je „udržitelnost“ financování dlouhodobé péče závislá na různých faktorech. Důležitá je nejen účelnost, účinnost a ekonomičnost poskytovaných služeb, ale také koordinace zdravotních a sociálních služeb, míra podílu jednotlivce na úhradě nákladů na zdravotní (dlouhodobou) péči, míra zapojení rodiny do poskytování péče, celkový podíl prostředků věnovaných na dlouhodobou péči, způsob financování jednotlivých poskytovatelů (nestátní neziskové organizace, samospráva) a další. Podíl či odpovědnost rodiny a jednotlivce ve vztahu k systému dlouhodobé péče je přitom značně podmíněn současnou politickou situací (prioritami vlády), kulturními specifiky dané země, rozvinutostí podpůrných sociálních služeb (poradenství, respitní péče), výší finanční podpory dostupné rodinám (a dalším neformálním pečujícím) atd.

**Finanční udržitelnost zdravotní péče**, která zahrnuje částečně i péči dlouhodobou, je popsána v kapitole 4.2.4.

**Financování sociálních služeb** do konce roku 2006 charakterizuje nerovný přístup poskytovatelů sociálních služeb ke zdrojům. Jiným způsobem byly financovány služby poskytované v zařízeních krajských (ze státního rozpočtu a rozpočtu zřizovatele), jinak v obecních ústavního typu (dotace na lůžko ze státního rozpočtu) a ještě jinak nestátními neziskovými organizacemi (dotace z různých finančních programů). V současné době v ČR probíhají přípravy na změnu financování sociálních služeb. Kromě podpory poskytovatelů ze státního rozpočtu, se bude zavádět nový nástroj přímé státní dávky uživatelům služeb sociální péče ve výši podle posouzení míry stupně závislosti na pomoci druhé osoby. **Příspěvkem na péči** budou moci osoby hradit potřebnou pomoc a podporu zajišťovanou osobou z rodiny nebo jinou fyzickou osobou a nebo poskytovanou profesionálním poskytovatelem služeb sociální péče. Důsledky této změny budou vyhodnocovány po její implementaci, ale již nyní se předpokládá zvýšení zátěže státního rozpočtu. Očekává se, že příspěvek na péči budou osoby využívat ke krytí péče od rodinných příslušníků nebo od terénních poskytovatelů, což způsobí útlum poptávky nákladné péče ústavní. Podíl úhrady osob na péči z vlastních zdrojů by měl být korigován nastavením maximálních limitů, které bude moci poskytovatel od klientů vybírat.

Pro integraci poskytování zdravotní a sociální péče bude významné zavedení podmínek pro **vícezdrojové financování „institutu sociálně zdravotního lůžka“**. Snahou, která se objevuje v koncepčních dokumentech i nových právních úpravách je, aby v sociálních i zdravotnických zařízeních byla vždy definovaná zdravotní péče financována ze systému veřejného zdravotního pojištění a sociální péče, aby byla financována jak z veřejných zdrojů (státních a místních rozpočtů), tak i z úhrad z vlastních zdrojů osob. S ohledem na oddělené finanční zdroje budou definovány výkony ošetřovatelské zdravotní péče prováděné kvalifikovanou zdravotní sestrou dle indikace lékaře v pobytových zařízeních pro seniory a osoby se zdravotním postižením, které budou zdravotní pojišťovny hradit na základě povinně uzavřených tzv. zvláštních smluv. Zdravotnická zařízení budou moci poskytovat sociální péči pacientům ve stabilizovaném zdravotním stavu po dobu nezbytnou, než jim bude zajištěna péče rodiny nebo sociálních služeb domácích a pobytových. K hrazení nákladů takovéto péče budou moci zdravotnická zařízení využívat stejné finanční toky jako poskytovatelé sociálních služeb. Nové právní úpravy by měly poskytnout rámec vícezdrojového financování, zajistit koordinaci zdravotnických zařízení a kompetentních institucí a poskytovatelů sociálních služeb a podpořit návaznost zdravotní a sociální péče.

K udržitelnosti systému dlouhodobé péče přispěje **přehodnocení cílových skupin pro ústavní a domácí péči**. Legislativní změny a koncepční dokumenty by měly podpořit transparentní oddělení zdravotních hospitalizací od sociálních ve zdravotnických zařízeních. Realizace dlouhodobého procesu transformace ústavní sociální péče bude směřovat k poskytování ústavních/ pobytových sociálních služeb pro osoby s vyšší potřebou pomoci s aktivitami běžného života a zvýšenou potřebou zdravotní, zejména ošetřovatelské, péče. Naopak u osob s nižší potřebou pomoci s aktivitami běžného života bude podporována jejich aktivita a setrvání v přirozeném prostředí s napojením na zdroje rodiny a místní komunity.

## Opatření

- nastavit legislativní podmínky pro vícezdrojové financování institutu sociálně zdravotního lůžka
- postupně změnit strukturu složení pacientů v zařízeních následné péče a pobytových zařízeních sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením
- rozšiřovat dostupnou síť služeb sociálních i zdravotních poskytovaných v domácnostech klientů, které jsou levnější alternativou nákladné péče ústavní
- zlepšit podporu pečujícím rodinám, jejichž pomoc snižuje náklady systémů zdravotní a sociální péče
- provést analýzu dopadů nového zákona o sociálních službách na dostupnost kvalitních sociálních služeb vzhledem ke změnám ve financování sociálních služeb (příspěvek na péči atd.)

## Přehled dokumentů

### Meziresortní strategické a koncepční resortní dokumenty:

- 1) *Národní program přípravy na stárnutí na období 2003 až 2007, schválen usnesením vlády ČR č. 485 ze dne 15. května 2002.*
- 2) *Zdravé stárnutí, dotační program Ministerstva zdravotnictví ČR umožňující realizaci aktivit Národního programu přípravy na stárnutí na období 2003 až 2007.*
- 3) *Střednědobá koncepce státní politiky vůči občanům se zdravotním postižením, schválena usnesením Vlády ČR dne 16. června 2004.*
- 4) *Národní plán podpory a integrace občanů se zdravotním postižením na období 2006 – 2009, schválený usnesením vlády ČR č. 1004 ze dne 17. srpna 2005.*
- 5) *Teze ucelené rehabilitace osob se zdravotním postižením, schválené usnesením vlády ČR č. 547 ze dne 4. června 2003.*
- 6) *Koncepce podpory transformace rezidenčních sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti, v roce 2006 materiál připravovaný odborem sociálních služeb MPSV ČR*
- 7) *Národní strategie prevence nadváhy a obezity v ČR, v roce 2006 materiál připravovaný meziresortní „Národní radou pro obezitu“ při Ministerstvu zdravotnictví ČR*
- 8) *Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR - Zdraví pro všechny v 21. století, schválený usnesením vlády ČR č. 1046 ze dne 30.10.2002*
- 9) *Etický kodex „Práva pacientů“, v roce 1992 vydán Centrální etickou komisí MZ ČR*
- 10) *Program realizace Strategie rozvoje lidských zdrojů pro Českou republiku přijatý usnesením vlády ze dne 21.12.2005 pod č. 1670*
- 11) *Koncepce následné péče vydaná ve Věstníku MZ ČR v roce 1998*
- 12) *Koncepce ošetrovatelství vydaná ve Věstníku MZ ČR v roce 2004*
- 13) *Koncepce pracovního lékařství schválená MZ ČR*
- 14) *Národní program bezpečnosti a ochrany zdraví práce na léta 2004 – 2006 (z roku 2003)*
- 15) *Akční program zdraví a životního prostředí roku 1998*
- 16) *Předběžná národní zpráva o zdravotní a dlouhodobé péči v ČR*

### Základní právní předpisy upravující poskytování zdravotní péče:

- *Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů*
- *Zákon č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních, ve znění pozdějších předpisů*



- *Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů*
- *Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů*
- *Zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta*
- *Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních)*
- *Zákon č. 245/2006 Sb., o veřejných neziskových ústavních zdravotnických zařízeních*
- *Vyhláška č. 49/1993 Sb., o technických a věcných požadavcích na vybavení zdravotnických zařízení, ve znění pozdějších předpisů*

#### **Základní právní předpisy upravující poskytování sociální péče:**

- *zákon č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů,*
- *zákon č. 114/1988 Sb., o působnosti orgánů České republiky v sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů,*
- *vyhláška MPSV č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení a zákon o působnosti orgánů České republiky v sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů,*
- *vyhláška MPSV č. 82/1993 Sb., o úhradách za pobyt v zařízeních sociální péče, ve znění pozdějších předpisů,*
- *vyhláška MPSV č. 83/1993 Sb., o stravování v zařízeních sociální péče, ve znění pozdějších předpisů,*
- *vyhláška MPSV č. 310/1993 Sb., o úhradě za poskytování sociální péče ve zdravotnických zařízeních,*
- *zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách,*
- *zákon č. 109/2006 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o sociálních službách*

Část 4 je doplněna přílohami:

*Příloha č. 4.1 Definice péče, statistická data zdravotních a sociálních služeb*

*Příloha č. 4.2 Příklady dobré praxe*

## **Část 5 – Přílohy**

- Příloha 1.1 Celospolečenský a ekonomický kontext
- Příloha 2.1 Příklady dobré praxe k části 2
- Příloha 2.2 Zpráva o implementaci Národního akčního plánu sociálního začleňování na léta 2004 – 2006
- Příloha 4.1 Definice péče a statistická data zdravotních a sociálních služeb
- Příloha 4.2 Příklady dobré praxe k části 4

## Příloha 1.1 Celospolečenský a ekonomický kontext<sup>21</sup>

### HDP a produktivita práce

Česká ekonomika prošla od počátku devadesátých let procesem transformace, který výrazně ovlivňoval tvorbu hrubého domácího produktu. Zahájení transformace bylo doprovázeno výrazným poklesem růstu HDP v roce 1990 o 11,6 %, přičemž průměrný pokles růstu HDP za období 1991 až 1995 činil podle údajů Evropské komise 1 %. Obnovení růstu HDP nastalo v roce 1993, tento růst však byl založen na neudržitelném zvyšování domácí poptávky s následným růstem deficitu zahraničního obchodu, což vedlo k ekonomické recesi a měnové krizi v letech 1997 a 1998. Na růstovou trajektorii se české hospodářství vrátilo teprve v roce 1999. Od tohoto roku vykazuje proces ekonomické konvergence ČR k průměru EU-15 setrvalou tendenci. V roce 1999 dosáhl HDP na obyvatele v paritě kupní síly 59 % průměru EU-15, v roce 2004 již 65 %. V roce 2005 bylo dosaženo úrovně 73 % EU-25. Tabulka 1 ukazuje vývoj HDP v ČR a EU-25.

Tabulka č. 1 Vývoj HDP ve stálých cenách, stejné období m.r. = 100%

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
<b>Česká republika</b>	104,0	99,3	99,2	101,3	103,6	102,5	101,9	103,6	104,2	106,1
<b>EU-25</b>	101,7	102,7	103	103	103,9	101,9	101,2	101,2	102,4	101,5

Zdroj: ČSÚ, EUROSTAT

Dynamika růstu HDP se v posledních letech zvyšuje. Navíc má tento růst příznivou strukturu, neboť je tažen především investicemi a exportem. Projevují se také pozitivní efekty vstupu do EU, poprvé po pěti letech bylo v roce 2004 dosaženo kladného příspěvku zahraničního obchodu k růstu HDP.

Tempo růstu HDP a trend reálné konvergence ekonomiky ČR k úrovni států EU-15 by se měl udržet na obdobné úrovni i v následujících letech. Výkon ekonomiky však může být ohrožen poklesem tempa růstu v okolních státech, do kterých směřuje většina exportů ČR, možným přesunem zahraničních investic do zemí s nižšími náklady práce a nižší mírou zdanění a bariérami ve fungování trhu práce.

Makroekonomická produktivita práce (HDP ve srovnatelných cenách na 1 zaměstnaného) v ČR se neustále zvyšuje a v roce 2004 již dosáhla 63,5 % úrovně produktivity práce EU-25 oproti 57,7 % v roce 1995. Její vývoj včetně predikce na nejbližší léta je uveden v tabulce 2. Tento růst produktivity je kopírován také růstem mzdové úrovně, nedochází proto k narušení makroekonomické stability.

Tabulka č. 2 Makroekonomická produktivita práce (předch. rok = 100%)

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
<b>Česká republika</b>	100,7	104,9	103,8	102	101,3	105	104,1	105,4
<b>EU-25</b>	100,7	100,7	101,4	100,3	100,4	100,5	100,9	100,5

Zdroj: ČSÚ, OECD Economic Outlook

<sup>21</sup> Rozbor hospodářské situace a situace na trhu práce vychází z Operačního programu Lidské zdroje a zaměstnanost, 2006

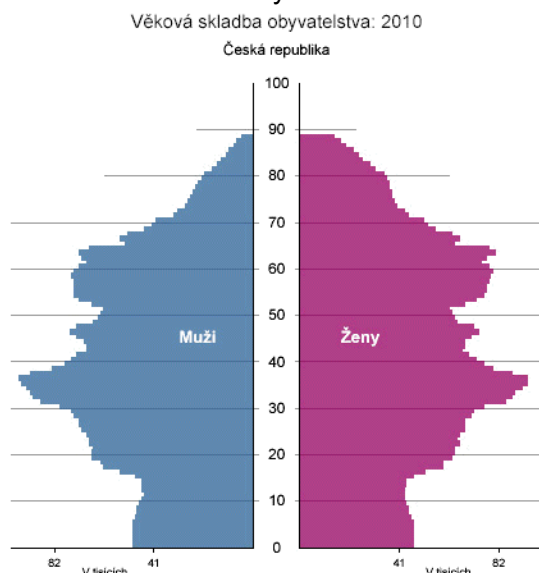
## Demografický vývoj

Současná demografická situace v ČR odráží negativní tendence probíhající ve většině evropských zemí. Ty se projevují celkovým stárnutím populace, tj. snižováním podílu nejmladších věkových skupin na celkové věkové skladbě populace. Příčinou je klesající míra porodnosti a rostoucí počet seniorů v důsledku prodlužování střední délky života populace. Pro zastavení poklesu porodnosti a její opětovné zvýšení bude nutné mimo jiné zlepšit podmínky pro sladění rodinného a profesního života<sup>22</sup>.

Podle údajů Českého statistického úřadu (dále ČSÚ) měla ČR k 31.12.2004 10 220,6 tisíce obyvatel, tj. o více než 100 tisíc méně než před 11 lety. Od roku 2002 dochází i přes negativní přirozený přírůstek k mírnému růstu počtu obyvatel, a to díky příznivým hodnotám migračního salda (18,6 tisíc v roce 2004).

Přes počínající proces stárnutí populace je však demografická struktura obyvatelstva z ekonomického pohledu stále příznivá. V roce 2004 dosáhl podíl počtu obyvatel v produktivním věku 15-64 let rekordní úrovně (71% všech obyvatel). Této úrovně je dosaženo především díky tomu, že do období ekonomické aktivity dorostly silné demografické ročníky ze 70. let minulého století, zatímco populačně silné poválečné ročníky jsou stále ještě v produktivním věku. Právě přechod těchto ročníků do důchodového věku, ke kterému bude ve stále větší míře docházet, bude znamenat nejen značnou zátěž pro zdravotnictví, důchodový systém, ale také přinese podstatné změny v situaci na trhu práce, protože se prudce může zvýšit poptávka po některých profesích, jež byly dosud ve velké míře vykonávány touto věkovou kohortou. Rostoucí podíl osob v předdůchodovém věku dále vyvolává nutnost rozvoje celoživotního učení a zejména dalšího vzdělávání starší generace, aby byl udržen její pracovní potenciál. Také bude potřeba pozměnit strukturu poskytovaných kvalifikací s větším důrazem např. na oblast zdravotně-sociálních služeb.

Graf č. 1 Věkové složení obyvatel v roce 2010



Zdroj: ČSÚ

Pro další populační vývoj ČR bude dle projekce ČSÚ z roku 2003 charakteristická nepravidelnost. Jedním ze základních rysů vývoje však bude pravděpodobně pokračování poklesu počtu a podílu dětí v populaci. K tomu by mělo dojít podle všech variant projekce,

<sup>22</sup> Oblast sladění rodinného a pracovního života je řešena v rámci Národního programu reforem 2005 – 2008 v části „Začleňování na trhu práce“.

příčemž podle střední varianty projekce by se měl počet 0-14letých dětí v několika nejbližších letech poměrně rychle snížit – ze současných 1,6 mil. na 1,4 mil. v roce 2010, tzn. z 15,6 % podílu na celkové populaci na 13,6 %. Tato skutečnost v sobě nese riziko pro společnost v podobě menšího výběru např. jedinců schopných absolvovat vysokoškolské studium a vykonávat náročná povolání. Lze očekávat, že v budoucnu bude zajištění vstupu dostatečného počtu mladých vysokoškolsky vzdělaných odborníků do ekonomiky jedním z klíčových problémů.

## Zdravotní stav obyvatelstva

Prodlužuje se střední délka života při narození (u mužů 72,14 let, u žen na 78,45 let), klesá celková úmrtnost a zvláště úmrtnost na kardiovaskulární onemocnění. Tyto pozitivní trendy jsou natolik výrazné, že při jejich pokračování by bylo možné dosáhnout zhruba během 15 - 20 let průměrných hodnot států EU v těchto základních parametrech zdravotního stavu. Hodnota kojenecké úmrtnosti 3,7 promile dosažená v roce 2005 je již nyní lepší než v některých nejvyspělejších zemích EU.

I přes pokles úmrtnosti na kardiovaskulární choroby zůstávají tato onemocnění dominantní příčinou celkové úmrtnosti, tvoří 51% všech úmrtí. Druhou nejčastější příčinou úmrtí jsou novotvary (22%). Přes stabilizaci hodnot úmrtnosti nadále vzrůstá incidence hlášených novotvarů a tím i prevalence těchto chorob v populaci. Třetí nejčastější příčinou úmrtí jsou vnější příčiny (resp. poranění a otravy), které tvořily 6,4% úmrtí. Situace ve skupině infekčních nemocí je příznivá, přesto však zůstávají tato onemocnění potenciálním rizikem. Díky očkování, jeho řádné kontrole a vysoké proočkovanosti se u nás podařilo prakticky eliminovat výskyt přenosné dětské obrny, záškrtu a výrazně omezit výskyt všech dalších infekcí, proti kterým se očkuje.

Podle výsledků šetření o subjektivním hodnocení zdraví HIS CR 2005 (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR) hodnotilo své zdraví jako velmi dobré 21,8 % mužů a 15,8 % žen, jako dobré 45,3 % mužů a 43 % žen, naopak špatně nebo velmi špatně se cítilo 7,1 % mužů a 10,8 % žen, ostatní považovali svůj zdravotní stav za uspokojivý.

V ČR chybí studie zaměřené na funkční zdraví a nemocnost běžné starší populace, výzkumy a šetření se většinou zaměřují na seniory, kterým je poskytována zdravotní péče (domácí péče, ambulantní péče nebo péče v nemocnicích/institucích/ústavních zařízeních).

Tabulka č. 3 Naděje na dožití při narození v letech 1995-2005

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
<b>muži</b>	70,0	70,4	70,5	71,1	71,4	71,7	72,1	72,1	72,0	72,6	72,9
<b>ženy</b>	76,9	77,3	77,5	78,1	78,1	78,4	78,4	78,5	78,5	79,0	79,1

Zdroj: ČSU

## Složení rodin

V ČR žije 85 %<sup>23</sup> všech obyvatel ČR v rodinách. Převažujícím typem domácností zůstávají úplné rodiny (54,6 %), jejich počet však stále klesá. Nejčtenějším typem rodiny s dětmi jsou dvoudětné úplné rodiny (47,4 %), výrazně však roste podíl jednodětných úplných rodin (43,4 %). Dlouhodobým trendem je zvyšování podílu neúplných rodin (z nich je 59,6 % rodin s dětmi). V neúplných rodinách je v 85 % v čele žena. Nejčtenějším případem neúplné rodiny je rozvedená žena s dětmi. Nejvyšší podíl neúplných rodin je v Praze a v Karlovarském kraji, nejnižší v kraji Vysočina. Do budoucna lze očekávat, že zvyšováním počtu svobodných lidí a

<sup>23</sup> Sčítání lidu, domů a bytů, 2001, ČSÚ

starých lidí žijících osamoceně nadále poroste počet jednočlenných domácností na úkor rodin.

## Národnostní a etnická struktura obyvatelstva

V ČR žije 94 %<sup>24</sup> osob hlásících se k české, moravské a slezské národnosti. Nejpočetnější menšinou jsou Slováci (asi 2 %), následují Poláci, Němci Maďaři a Romové<sup>25</sup>. Počet cizinců v ČR se od roku 1989 postupně zvyšuje (tvoří asi 2,3 % obyvatelstva).<sup>26</sup> Migrace se soustřeďuje zejména do Prahy a dalších velkých měst. Počet nelegálních imigrantů na území ČR není přesně znám a chybí i kvalifikované odhady počtu cizinců pobývajících v ČR v rozporu se zákony.

## Vývoj zaměstnanosti a pracovní síly<sup>27</sup>

Zaměstnanost v ČR od poloviny 90. let průběžně klesala s výjimkou let 1994 až 1996. V roce 2002 byl znovu v důsledku oživení ekonomiky zaznamenán růst zaměstnanosti. Tento trend se však neudržel a zaměstnanost klesala až do roku 2004. V roce 2005 došlo k nárůstu zaměstnanosti až na hodnotu 4764,0 tis. osob, tj. 54,7% obyvatelstva<sup>28</sup> (z toho 47,5% žen).

Míra ekonomické aktivity (dále MEA)<sup>29</sup> po dlouhodobém mírném poklesu v roce 2005 vzrostla a činila 70,4 %. MEA mužů tradičně převyšuje MEA žen. K nárůstu MEA došlo u obou pohlaví ve všech věkových kategoriích, mimo skupinu 15 - 24 let (v poklesu MEA této skupiny lze spatřovat pozitivní prvky – nárůst počtu studujících a pokles nezaměstnanosti). Nejvyšší nárůst byl zaznamenán ve vyšších věkových kategoriích. Tento nárůst souvisí s prodlužující se věkovou hranicí pro odchod do důchodu a změnami v poskytování předčasných starobních důchodů.

Míra zaměstnanosti (dále MZ) v ČR obyvatelstva ve věku 15 - 64 let v roce 2005 vzrostla na 64,8 %. MZ žen vzrostla na 56,3 %, MZ mužů vzrostla na 73,3 %. Nejvyšší nárůst byl zaznamenán ve věkové kategorii 55 - 64 let, (44,6%). Lze předpokládat, že pozitivní trend v zaměstnanosti starších osob by mohl v souvislosti s pozitivním vývojem zaměstnanosti a s prodlužující se věkovou hranicí pro odchod do důchodu dále pokračovat.

V MZ se projevují velké regionální rozdíly, které jsou dány především počtem a strukturou pracovních příležitostí v jednotlivých krajích. Šest krajů ČR vykazovalo v roce 2005 nižší MZ, než byla průměrná MZ v ČR. Nejnižší MZ byla registrována v Moravskoslezském kraji (59,3 %), naopak nejvyšší byla zaznamenána v Praze (71,3 %). Rozptýlení regionální MZ (variační koeficient) regionů NUTS2 se ve sledovaném období snížilo (z 5,9 v roce 2004) na 5,6, na úrovni krajů (NUTS3) dosáhlo úrovně 4,8 (stejně jako v roce 2004).

Ode dne vstupu ČR do EU (1.5.2004) se změnilы podmínky zaměstnávání zahraničních občanů. Ke dni 31.12.2004 bylo v ČR zaměstnáno celkem 107 984 cizích státních příslušníků, z toho 72 840 osob byli občané EU. Největší počet cizích státních příslušníků byl zaměstnán ve zpracovatelském průmyslu (37 %) a ve stavebnictví (22 %). Ke dni 31.12.2004 činil počet cizinců – podnikatelů 65 219 osob, což je o 2 926 osob více oproti roku 2004.

<sup>24</sup> Sčítání lidu, domů a bytů, 2001, ČSÚ

<sup>25</sup> Tato statistická data sledují subjektivní přihlášení se osoby za příslušníka menšiny. V případě Romů je počet osob, které se přihlásily k romské národnosti v podstatném nepoměru k počtu příslušníků romských komunit jako kategorií sociální viz 1.8.4.

<sup>26</sup> Do země přicházejí především lidé z postkomunistických zemí. Z celkového počtu cizinců nejvíce tvoří Slováci (26 %), Ukrajinci (25 %) a dále Vietnamci, Poláci a Rusové.

<sup>27</sup> Tato oblast je řešena v rámci Národního programu reforem 2005 – 2008.

<sup>28</sup> Výběrové šetření pracovních sil (VŠPS - ČSÚ).

<sup>29</sup> počet ekonomicky aktivních ve věkové kategorii 15 – 64 let k počtu osob ve stejné věkové kategorii

## Vývoj nezaměstnanosti<sup>30</sup>

Nezaměstnanost v ČR byla na počátku 90. let velmi nízká. V období transformace ekonomiky byla míra nezaměstnanosti (dále MNZ) poněkud vyšší než EU-15, ovšem mezi transformujícími ekonomikami byla jedna z nejnižších. Ve srovnání s průměrem EU-25 je celková MNZ v ČR nižší. Totéž platí pro ukazatele míry dlouhodobé nezaměstnanosti.

V období 2001 – 2003 docházelo k postupnému nárůstu MNZ, v roce 2004 se situace stabilizovala, v roce 2005 byl již patrný výrazný pokles. Míra nezaměstnanosti byla k 31.12. 2005 na úrovni 8,9% oproti 9,5% v roce 2004. K pozitivnímu vývoji MNZ v roce 2005 v porovnání se stejným obdobím minulého roku přispěly i dobré ekonomické podmínky. K poklesu nezaměstnanosti přispělo i působení legislativních opatření obsažených v novém zákoně č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti.

### Dlouhodobá nezaměstnanost

Počet i podíl nezaměstnaných, kteří jsou v evidenci úřadu práce déle než 12 měsíců z dlouhodobého hlediska nepřetržitě roste, výjimkou byl přechodný pokles na konci roku 2001. V roce 2004 a 2005 se počet uchazečů této kategorie stabilizoval a dokonce začal mírně klesat, jejich podíl ovšem nadále rostl, v letech 2004 a 2005 překonal 40ti procentní hranici a k 31. 12. 2005 činil 41,7 %. K tomuto nárůstu dochází především v důsledku zvyšování podílu osob, kteří jsou v evidenci déle než 24 měsíců.

Průměrná délka evidence uchazečů činila v roce 2005 610 dnů (567 dnů 2004, 460 dnů 2001). V důsledku dlouhodobé ztráty kontaktů se zaměstnáním dlouhodobě nezaměstnaní ztrácejí pracovní návyky na trhu práce, z tohoto důvodu nejsou konkurenceschopní a jejich šance na zaměstnání klesají.

Dlouhodobou nezaměstnaností jsou více postiženy ženy než muži. Dlouhodobá nezaměstnanost u zdravotně postižených osob a ve vyšších věkových kategoriích má stoupající tendenci.

Hlavní příčinou dlouhodobé nezaměstnanosti je nízké vzdělání nebo kumulace dalších problémů (zdravotní postižení, vyšší věk atd.). Z regionálního hlediska je tento jev dominantní v regionech s nadprůměrnou mírou nezaměstnanosti.

### Osoby znevýhodněné na trhu práce

Nejvíce ohrožené skupiny osob v přístupu na trh práce jsou ty, u kterých dochází ke kumulaci různých znevýhodnění, jako např. mladiství s nízkou úrovní kvalifikace nebo osoby se zdravotním postižením a nedostatečnou kvalifikací. Navíc současná relace pracovních příjmů a sociálních příjmů (sociálních dávek), v případě kategorie lidí s nízkou kvalifikací (a tudíž s potenciálně nižším pracovním příjmem), nemotivuje některé osoby k práci. Tento fakt se ještě stupňuje v případě, že by uchazeč za práci dojížděl (např. finanční a časová náročnost dojíždění či neexistence veřejné dopravy z místa bydliště).

Počet uchazečů o zaměstnání se zdravotním postižením vzrostl na 74,7 tis. ke konci roku 2004 oproti roku 1993, kdy tato hodnota byla 20 tis. Podíl těchto osob na celkovém počtu uchazečů o zaměstnání stále roste. Problém se zaměstnáváním osob se zdravotním postižením přetrvává i přes opatření přijímaná na podporu jejich zaměstnávání.

V ČR čelí ženy dlouhodobému znevýhodnění a vyšší nezaměstnanosti (10,5% v roce 2005 oproti mužům 7,6%). Ženy se často setkávají s diskriminačním jednáním zaměstnavatelů. Negativní roli hrají předsudky týkající se věku, mateřství a rodinných povinností. Obtížná je reintegrace do pracovního trhu po mateřské dovolené a po rodičovské dovolené. Moderní formy organizace práce (teleworking, homeworking, práce on-line, flexibilní pracovní doba

<sup>30</sup> Tato oblast je řešena v rámci Národního programu reforem 2005 – 2008.

apod.) se v ČR zatím v širší míře neprosazují. Zákonná práva, jako je například možnost přivydělání v rámci mateřské dovolené, resp. při pobírání rodičovského příspěvku, bývají v praxi obtížně využitelná.

Mladí lidé, zejména absolventi škol a mladiství po ukončení základní školy, obtížně nacházejí uplatnění z důvodu chybějících praktických dovedností. Na celkové nezaměstnanosti se podílejí 9,3 % (průměrná hodnota za rok 2004). Nejrizikovější skupiny vstupující na trh práce jsou mladiství bez vzdělání, s neúplným nebo dokončeným základním vzděláním a praktickou školou, kde vedle praxe chybí také kvalifikace.

Přes nárůst zaměstnanosti starších osob se zvyšuje počet uchazečů o zaměstnání starších 50 let. Na celkové zaměstnanosti se podílejí již cca 25 %. Tento ukazatel má navíc stoupající tendenci.

V současné době se odhaduje, že pouze 26 % ekonomicky aktivní romské populace nemá dosud s nezaměstnaností zkušenost, dalších 35 % trpí opakovanou nezaměstnaností a až 39 % je opakovaně a dlouhodobě nezaměstnaných. Charakteristickým rysem nezaměstnanosti Romů je právě její dlouhodobost. Dlouhodobě nezaměstnaných je asi 75 % všech nezaměstnaných Romů, z toho je 30 % nezaměstnaných déle než 4 roky. Nezaměstnanost Romů je vyšší v některých lokalitách (Mostecko, Severní Morava, Severní Čechy). Příčiny marginálního postavení Romů na pracovním trhu lze spatřovat především v nízké a nedostačující kvalitaci, v koncentraci Romů v průmyslových městech, kdy se v minulosti využívalo nízkokvalifikované síly pro manuální práce a v diskriminaci Romů na trhu práce.

Z hlediska zaměstnatelnosti se při zprostředkování zaměstnání věnuje zvýšená péče uchazečům o zaměstnání, kteří ji pro svůj zdravotní stav, věk, péči o dítě nebo z jiných vážných důvodů potřebují<sup>31</sup>.

### **Sladování rodinného a pracovního života<sup>32</sup>**

Více méně tradiční vnímání rozdělení rolí mezi mužem a ženou a neatraktivita práce na částečné pracovní úvazky a malé využívání jiných forem práce snižují možnosti rodiče (v ČR zejména ženy) udržet kontakt se svým povoláním, což má dopady na profesní růst a obtížnější návrat do zaměstnání.

Problémem je dále praktická neexistence finančně a teritoriálně dostupných služeb péče o děti do tří let věku dítěte, které jsou jedním ze důležitých předpokladů slučitelnosti profesních a rodinných rolí. Péče o děti starší 3 let je v ČR zabezpečena prostřednictvím husté sítě mateřských škol, které jsou hojně využívány, nicméně k lepší slučitelnosti profesních a rodinných rolí by napomohlo větší přizpůsobení těchto služeb potřebám rodin s dětmi (např. problematika otevíracích hodin nebo přijímání dětí do zařízení). Školní družiny a kluby jsou též značně rozšířeny a napomáhají zejména rodičům dětí mladšího školního věku skloubit práci a rodinu.

---

<sup>31</sup> Jedná se zejména o osoby se zdravotním postižením, osoby do 25 let věku, absolventy vysokých škol po dobu 2 let po úspěšném ukončení studia (nejdéle však do 30 let věku), těhotné ženy, kojící ženy a matky do 9. měsíce po porodu, osoby pečující o děti do 15 let věku, osoby starší 50 let věku, osoby, které jsou vedeny v evidenci uchazečů o zaměstnání déle než 6 měsíců, osoby, které potřebují zvláštní pomoc, zejména osoby, které se přechodně ocitly v mimořádně obtížných poměrech, nebo které v nich žijí, osoby společensky nepřizpůsobené, osoby po ukončení výkonu trestu odnětí svobody a osoby ze sociokulturně znevýhodněného prostředí.

<sup>32</sup> Tato oblast je prioritně řešena v rámci Národního programu reform 2005 – 2008 v části „Začleňování na trhu práce“.



## Míra chudoby

ČR patří trvale k zemím s nízkou mírou chudoby. Následující data a zjištění vycházejí z analýzy údajů z výsledků šetření **Mikrocenzus 2002**, které bylo provedeno ČSÚ. Při tomto šetření byly zjišťovány příjmy domácností a osob za rok 2002. Hranice ohrožení chudobou (hranice příjmové chudoby) představuje podle metodiky EU 60 % ročního národního vyrovnaného mediánového příjmu na spotřební jednotku. Podle výsledků tohoto šetření se jednalo o částku 73,9 tis. Kč ročně. Příjem pod touto hranicí mělo 8 % osob v ČR.

Chudoba v ČR se mírně prohloubila – (indikátor relativního propadu příjmů<sup>33</sup> v roce 2002 činil 15 % oproti 13 % v roce 1996), přesto však byla pod průměrem za EU-25. Oproti ostatním státům však ČR měla vysokou koncentraci osob těsně nad prahem chudoby. Mezi 60 a 70 % národního vyrovnaného mediánového příjmu se nalézalo 8 % osob, které představovaly skupinu možných budoucích chudých. Naproti tomu velice nízké bylo procento těch, kteří se nacházeli pod hranicí 40 % mediánu (1 %).

Z hlediska pohlaví jsou chudobou více ohroženy ženy (9 %) než muži (7 %). Rozdíl mezi pohlavími se prohlubuje s rostoucím věkem. V kategorii nad 65 let byl podíl žen pod hranicí chudoby 6 % a podíl mužů 2 %.

Významnou měrou ovlivňuje chudobu zaměstnanost. Z osob nad 16 let věku byla ohrožena chudobou 2 % zaměstnanců a 7 % osob samostatně výdělečně činných (sebezaměstnaných). Naproti tomu vysoký podíl chudých byl mezi nezaměstnanými - 36 % a ostatními ekonomicky neaktivními osobami kromě důchodců - 13 %. Relativně malý podíl chudých důchodců (4 % nepracujících důchodců) je důsledkem silné mezigenerační solidarity a prováděných valorizací.

Pokud jde o jednotlivé typy domácností, více chudých domácností je mezi rodinami s dětmi než mezi domácnostmi bezdětnými. V chudých domácnostech žilo 15 % dětí do 15 let. Tzv. „dětská chudoba“ je nejvýraznější u neúplných rodin se závislými dětmi. V roce 2002 bylo 30 % osob z těchto domácností chudých. Pod hranicí chudoby bylo 9 % venkovského obyvatelstva, ve městech činil podíl chudých 8 %.

Příjmová diferenciaci je stále poměrně nízká. Úhrn objemu příjmů pro skupinu 20 % nejbohatších osob byl 3,4krát vyšší než objem příjmů pro skupinu 20 % nejchudších osob. Ve skupině 10 % nejchudších domácností žilo 14 % obyvatel ČR. Nízkému stupni nerovnosti příjmů odpovídala i hodnota Gini koeficientu – 25.

Sociální transfery významně ovlivnily celkovou míru chudoby v ČR. Bez důchodů a ostatních sociálních transferů by žilo pod hranicí ohrožení chudobou 39 % osob ČR. Vyplacené důchody snížily tuto míru na 21 % a ostatní sociální transfery na konečných 8 %. Všechny tyto míry jsou pod průměrem EU-25. Sociální transfery míru chudoby snížily o 31 procentních bodů. Největší vliv měly důchody, dávky státní sociální podpory, dávky nemocenského pojištění, podpora v nezaměstnanosti. Po zahrnutí důchodů do příjmů ostatní sociální transfery snížily chudobu o 13 %.

V ČR se jako hranice chudoby používá životní minimum. Podle metodiky EU je v ČR podíl chudých domácností vyšší než je jejich podíl pod životním minimem. V roce 2002 mělo příjmy nižší než životní minimum 3,3 % domácností (133,2 tis.) tj. 391,9 tis. osob (3,9 % z celkového počtu osob).

Nízká míra chudoby může být v blízké budoucnosti ohrožena v případě pokračujícího růstu nezaměstnanosti. Těžko odhadnutelné jsou v současné době důsledky připravovaných opatření v rámci reformy veřejných rozpočtů (včetně některých mandatorních výdajů). Nepříznivým faktorem pro vývoj chudoby může být i zpomalení růstu příjmů ve sféře financované státem. Především mladé rodiny s dětmi, závislé zpravidla na jediném příjmu, rodiny osamělých rodičů-samoživitelů a rodiny s větším počtem dětí by mohly být ještě více

<sup>33</sup> Rozdíl mezi mediánovým příjmem osob s příjmem nižším než hranice ohrožení chudobou a hranicí ohrožení chudobou vyjádřený jako procentuální podíl hranice ohrožení chudobou.

ohroženy chudobou. Vzhledem k pravidelným valorizacím důchodů se pravděpodobně nebude dramaticky prohlubovat míra chudoby osob v postproduktivním věku.

### **Skupiny obyvatel nejvíce ohrožené chudobou**

Skupiny obyvatel nejvíce ohrožené chudobou jsou (kvantifikace podle uvedeného šetření)<sup>34</sup>:

- nezaměstnaní (36 %);
- ostatní ekonomicky neaktivní (13 %);
- neúplné rodiny s nejméně jedním nezaopatřeným dítětem (30 % osob z těchto domácností, převážně osamělé, rozvedené či svobodné ženy s dětmi);
- domácnosti se třemi a více dětmi (20 % osob z těchto domácností).<sup>35</sup>

### **Dostupnost vzdělávání**

Vzdělávací systém v ČR zaručuje všem občanům rovný přístup ke vzdělání. Situace ve vzdělání je dobrá, v zemi téměř neexistuje negramotnost, podle údajů ze Sčítání lidu, domů a bytů z roku 2001 bylo bez vzdělání 0,4 % osob, nízké je také procento těch, kteří nedokončí základní vzdělání. Míra osob předčasně opouštějících školu<sup>36</sup> byla v roce 2003 podle indikátoru z Laekenu (18-24 let) 6 %, pro muže 5,2 % a pro ženy 6,8 %. Průměrná délka školní docházky za rok 2002 se odhaduje na 16,4 let (EU-15 17,3).

### **Skupiny obyvatel znevýhodněné v přístupu ke vzdělání**

Co se týče přístupu ke vzdělání, lze v ČR vymezit dvě znevýhodněné skupiny ohrožené sociálním vyloučením: děti/žáky/studenty (dále jen žáky) se zdravotním postižením a žáky ze sociokulturně znevýhodňujícího prostředí.

Nový školský zákon č. 561/2004 Sb. (dále jen školský zákon), který nabyl účinnosti k 1. lednu 2005, upřesňuje podmínky pro vyrovnávání znevýhodnění těchto žáků. Zákon kodifikuje právo žáků se speciálními vzdělávacími potřebami na vzdělávání, jehož obsah, metody a formy odpovídají jejich vzdělávacím potřebám včetně poskytování poradenských služeb a bezplatného užívání speciálních učebnic, didaktických a kompenzačních učebních pomůcek poskytovaných školou, užívání odpovídajících komunikačních forem (znakový jazyk, bodové písmo, náhradní způsoby dorozumívání). Významnou změnou je kodifikace účasti asistenta pedagoga jako dalšího pedagogického pracovníka ve třídě, ve které se vzdělává žák nebo žáci se speciálními vzdělávacími potřebami.

Nový školský zákon již nepočítá s další existencí zvláštních škol. Budou nahrazeny základními školami se specifickým vzdělávacím programem. Pro žáky ze sociokulturně znevýhodňujícího prostředí zákon umožňuje zřizovat přípravné třídy pro posílení jejich adaptace na systematické vzdělávání, formou rozvojových programů jsou formou dotací jednotlivým romským žákům středních škol poskytovány finanční prostředky na pokrytí nákladů spojených se vzděláváním romských žáků (speciální pracovní nástroje, učební pomůcky, doprava do školy, ubytování), dále realizovány programy podpory vzdělávání v jazycích národnostních menšin a multikulturní výchovy, programy na podporu integrace romské komunity, významným nástrojem podporující školní integraci romských žáků a

<sup>34</sup> Jedná se o procento osob ohrožených chudobou (s disponibilním příjmem nižším než 60 % národního vyrovnaného mediánového příjmu na spotřební jednotku) z celkového počtu osob žijících v příslušném typu domácnosti.

<sup>35</sup> Typologie skupin nejvíce ohrožených chudobou vychází z Mikrocensu 2002. Tento výzkum nezachytil jako skupiny ohrožené chudobou domácnosti z odlišného sociokulturně znevýhodňujícího prostředí a dále bezdomovce, kteří jsou extrémně ohroženi chudobou.

<sup>36</sup> Indikátor předčasně ukončeného vzdělání vyjadřuje procentuální podíl osob s nejvýše nižším středním vzděláním (ISED 2 a méně) a nepokračujícím dalším vzděláním či školením ve věku 18-24 let z celkového počtu osob v této věkové skupině.

komunikaci s romskou komunitou je možnost účasti asistenta pedagoga při vzdělávání. Realizovány jsou dále specifické programy včasné péče pro podporu zapojení romských žáků do předškolního vzdělávání a programy jejich mimoškolních aktivit.

### **Kvalifikační struktura populace**

Kvalifikační struktura populace ČR starší 15 let se vyznačuje vysokým podílem osob se středním vzděláním a nižším podílem osob se základním a vysokoškolským vzděláním. V posledních letech lze pozorovat klesající trend u kategorie osob se základním vzděláním nebo bez vzdělání a tento trend je patrný u mužů i žen. Největší část populace tvoří osoby se středním vzděláním. Podíl obyvatel se základním vzděláním a bez vzdělání průběžně klesá a zároveň výrazně stoupá podíl populace s vysokoškolským vzděláním. V této kategorii je význačný růst podílu vysokoškolsky vzdělaných žen (8,2 % v roce 2004 oproti 5,4 % v roce 1993), kdežto u mužské části populace je růstový trend výrazně pomalejší.

Podíl vysokoškolsky vzdělaných osob je stále podstatně nižší než v zemích EU. Ve skupině do 39 let je podíl osob s dokončeným terciálním vzděláním v ČR celkově cca 12 % a ve skupině 50–59 let cca 9 %.

### **Dostupnost bydlení**

V ČR připadá v průměru 427 bytů na 1000 obyvatel a 374 trvale obydlených bytů na 1000 obyvatel<sup>37</sup>. V celkovém pojetí neexistuje plošný bytový deficit. Hlavním problémem je nedostatek přiměřených a současně cenově dostupných bytů, tedy nízká finanční dostupnost bydlení, která se dotýká zejména sociálně slabších domácností. Vybavenost obyvatelstva bytovým fondem se postupně zlepšuje a zvyšuje se rovněž kvalita bydlení. V návaznosti na rozvoj hypotečního úvěrování, včetně příznivého vývoje úrokových sazeb, roste bytová výstavba a zvyšuje se dostupnost vlastnického bydlení. S rostoucím zájmem o nákup bytů se současně snižuje poptávka po pronájmech. Postupně začínají klesat i volně smlouvané nájmy.

Dlouhodobě dochází k růstu cen bydlení a k diferenciaci ve spotřebě bydlení. Za velkou finanční zátěž považuje vydání na bydlení téměř 37 % domácností, pro polovinu domácností jsou tyto náklady přijatelnou zátěží a necelým 9 % domácností nečiní placení výdajů na bydlení žádné potíže. Problémem je rostoucí skupina lidí, kteří si nejsou schopni zajistit nebo udržet odpovídající bydlení ani při využití stávajících nástrojů sociální a bytové politiky. Obce ne vždy dostatečně využívají sociální služby přispívající k prevenci ztráty bydlení a posilující schopnost ohrožených skupin domácností si bydlení udržet<sup>38</sup>. Začíná tak docházet k vytěsňování znevýhodněných skupin osob mimo dosah standardních podpůrných nástrojů, prohlubování jejich sociální a prostorové segregace a s tím souvisejícímu rozšiřování některých sociálně patologických jevů.

Koncepce bytové politiky, schválená vládou v dubnu 2005, formuluje jako jeden ze svých cílů tvorbu a realizaci takových nástrojů, které zajistí dostupnou nabídku bydlení pro osoby obzvláště znevýhodněné v této oblasti. V současné době jsou k dispozici dva nástroje toho charakteru: nájemní byty pro příjmově vymezené osoby a podporované byty pro osoby, které jsou i z jiných než finančních důvodů ohrožené sociálním vyloučením.

### **Sociálně negativní jevy, kriminalita, lichva**

Sociálně negativní jevy se v nejvyšší míře projevují zejména ve velkoměstských aglomeracích, v oblastech s vysokou hustotou obyvatel a koncentrací potencionálních

<sup>37</sup> Sčítání lidu, domů a bytů, 2001, ČSÚ.

<sup>38</sup> Stávající počet sociálních pracovníků není schopen každodenně a dlouhodobě sledovat a pracovat s jednotlivci i rodinami ohroženými ztrátou bydlení, zejména v regionech s vyšší nezaměstnaností a se zastoupením většího počtu romských obyvatel.

kriminálních živlů, v oblastech s útlumovými programy, v soustředěných komunitách Romů a v prostředí sociálně desintegrovaných skupin obyvatelstva. Nejvíce ohrožující je pro občany pouliční a násilná trestná činnost a takové protispolečenské jednání, které má hluboký dopad na poškození integrity jedince i negativní vliv na jeho širší sociální okolí. Mezi takové oblasti patří např. domácí násilí, zneužívání návykových látek, kriminalita dětí a mládeže, mravnostní trestné činy apod.

Celkový počet trestných činů v roce 2005 se snížil oproti roku 2004 o 2,2%. Z dlouhodobého hlediska lze konstatovat, že třetím rokem dochází ke snižování počtu zjištěných trestných činů, počet trestných činů byl nejnižší od roku 1993. Trestní odpovědnost je v ČR stanovena na 15 let. Podíl dětí do 15 let na celkovém počtu pachatelů poklesl na 2,7%, podíl mladistvých od 15 do 18 let poklesl na 4,7%.<sup>39</sup>

Celkově dochází k nárůstu užívání téměř všech druhů omamných psychotropních látek, zejména syntetických drog. Od roku 1999 klesá injekční aplikace jakékoliv drogy. Jednotlivé regiony ČR se v preferenci specifických druhů drog liší. Z distribučního hlediska lze konstatovat, že rozdíly mezi regiony se zmenšují a dostupnost drog se vyrovnává. Podle statistik shromažďovaných od roku 1995 jsou u většiny návykových látek zkušenosti obou pohlaví vyrovnané, v případě marihuany je rozšířenější užívání mezi chlapci, v případě pervitinu a heroinu jsou zkušenosti u děvčat častější, totéž platí v případě zneužívání léků<sup>40</sup>.

Domácí násilí je v ČR obecně definováno jako násilí uvnitř rodiny, které může nabývat různých konkrétních podob: psychické, fyzické nebo sexuální násilí mezi mužem a ženou (mezi manžely nebo partnery), týrání a zanedbávání dětí nebo trýznění seniorů. Na základě výsledků výzkumu Domácí násilí v ČR<sup>41</sup> se s pojmem „domácí násilí“ setkalo 80 % dotázaných a stejný počet lidí se domníval, že okolí k tomuto jevu nesmí zůstat lhostejné. Čtvrtina respondentů se s domácím násilím setkala přímo, tedy jako svědek nebo oběť nebo agresor. Výzkum odstartoval projekt boje proti domácímu násilí. Součástí projektu byla rozsáhlá informační kampaň a zprovoznění nepřetržité linky pomoci obětem domácího násilí.

Lichvou je v současné době postižena zejména romská komunita. Rozdílný způsob života, přístup k hospodaření a dále výše sociálních dávek, která neumožňuje vytváření finančních rezerv pro případ mimořádné události nebo nutnosti náhlých vedlejších výdajů, způsobují, že si sociálně slabé rodiny pak pro tyto účely často půjčují peníze od lichvářů na velký úrok. Cenou za to je i neustálý tlak na splácení dluhu i úroků, vydírání, vyhrožování, případně i fyzické napadání členů rodiny. S lichvou souvisí také dluhy na nájemném, pokles životní úrovně rodin a s tím související zdravotní rizika, soudní vystěhovávání, bezdomovectví, zhoršení péče o děti a jejich umísťování do ústavní péče a především nárůst kriminality – krádeží, násilí, vandalismu.

## Statistické tabulky

V této části jsou z dostupných údajů EUROSTATU, Českého statistického úřadu (ČSÚ) a MPSV ČR obsaženy tabulky k zastřešujícím indikátorům a k indikátorům sociálního začleňování, včetně kontextových informací na základě návrhu portfolia indikátorů (PROPOSAL FOR A PORTFOLIO OVERARCHING INDICATORS AND FOR THE STREAMLINED SOCIAL INCLUSION, PENSIONS, AND HEALTH PORTFOLIOS – verze schválená 22.5.2006 Výborem EK pro sociální ochranu (SPS)).

Po dohodě v pracovní Podskupině pro indikátory sociální ochrany (ISG) a s EUROSTATEM jsou za ČR k některým indikátorům zatím poskytovány údaje ČSÚ z MIKROCENZU 2002 (v nově definovaných strukturách), které bude potřeba na základě výstupů nového šetření EU-SILC 2005 aktualizovat. Provedení aktualizace se předpokládá v říjnu – listopadu 2006.

<sup>39</sup> Zpráva o situaci v oblasti veřejného pořádku a vnitřní bezpečnosti na území ČR za rok 2005

<sup>40</sup> Statistiky Ministerstva vnitra ČR.

<sup>41</sup> Výzkum Domácí násilí v ČR provedla agentura STEM, Bílý kruh bezpečí a Philip Morris v roce 2001. Na povědomí, postoje a zkušenosti s násilím mezi partnery bylo dotázáno 1720 respondentů starších 15 let.

Po získání údajů z ČSÚ (ČSÚ má pro odevzdání zpracovaných údajů ze šetření EU-SILC 2005 do EUROSTATU termín 30.9.2006). Na jejich základě budou ještě doplněny některé indikátory, které nebylo možné připravit z údajů MIKROCENZU 2002 (např. zastřešující indikátor 8 týkající se neposkytnuté zdravotní péče).

## SEZNAM TABULEK

### Číslo tabulky Název indikátoru Tabulka

č. 1	ZI 1a (1)	Práh chudoby
č. 2	ZI 1a (2)	Míra ohrožení chudobou
č. 3	ZI 1b	Intenzita ohrožení chudobou - relativní mediánová mezera
č. 4	ZI 2	Příjmová nerovnost S 80 / S 20
č. 5	ZI 3 KI 3	Očekávaná délka zdravého života
č. 6	ZI 4	Předčasné ukončení vzdělání
č. 7	ZI 5	Osoby žijící v domácnostech bez zaměstnané osoby
č. 8	ZI 6	Předpokládané úhrnné výdaje na sociální zabezpečení
č. 9	ZI 7a	Relativní mediánový příjem starších osob
č. 10	ZI 7b	Agregovaný náhradový poměr
č. 11/1	ZI 10 (1)	Zaměstnanost starších osob
č. 11/2	ZI 10 (2)	Zaměstnanost starších osob
č. 12/1	ZI 11 (1)	Míra pracovní chudoby
č. 12/2	ZI 11 (2)	Míra pracovní chudoby
č. 13/1	ZI 12 (1)	Míra ekonomické aktivity
č. 13/2	ZI 12 (2)	Míra ekonomické aktivity
č. 14	ZI 13	Regionální soudržnost
č. 15/1	KI 1 (1)	Vývoj HDP ve stálých cenách
č. 15/2	KI 1 (2)	Vývoj HDP na jednoho obyvatele
č. 16/1	KI 2 (1)	Míra zaměstnanosti
č. 16/2	KI 2 (2)	Míra nezaměstnanosti
č. 16/3	KI 2 (3)	Míra dlouhodobé nezaměstnanosti
č. 17	KI 4	Demografický poměr závislosti starších osob
č. 18/1	KI 5 (1)	Rozdělení populace ČR podle typu domácnosti
č. 18/2	KI 5 (2)	Věkové složení obyvatel v roce 2005
č. 19	KI 6	Veřejné finance - zadluženost a schodky
č. 20/1	KI 7 (1)	Podíl výdajů na sociální ochranu podle kategorií z HDP
č. 20/2	KI 7 (2)	Struktura výdajů na sociální ochranu
č. 21/1	KI 8 (1)	Dospělé osoby ve věku 18 - 59 let
č. 21/2	KI 8 (2)	Děti ve věku 0 - 17 let
č. 21/3	KI 8 (3)	Rozdělení populace v ČR podle ekonomické aktivity
č. 22	KI 10	Čistý příjem příjemců sociální pomoci vyjádřený jako podíl
č. 23	KI 11	Míra ohrožení chudobou před sociálními transfery (s výjimkou důchodů)
č. 24	SI P	Primární indikátory sociálního začleňování
č. 25	SI S	Sekundární indikátory sociálního začleňování
č. 26	SI C	Kontextové informace k indikátorům sociálního začleňování

**Tabulka č.1 – Práh chudoby \***  
(zastřešující indikátor 1a)

	roční v Kč	ČR	EU 25
		roční v PPS	
<b>jednotlivci</b>	73 878	4 382	7 716
<b>rodiče se 2 závislými dětmi</b>	155 144	9 202	16 204

\* hranice příjmové chudoby - 60 % ročního národního vyrovnaného mediánového příjmu na spotřební jednotku EU

údaje EUROSTATU za rok 2003 (ČR z MIKROCENZU 2002)

**Tabulka č. 2 - Míra ohrožení chudobou podle věku a pohlaví \* (v %)**  
(zastřešující indikátor 1a)

věk	ČR			EU 25		
	celkem	muži	ženy	celkem	muži	ženy
<b>celkem 0+</b>	8,1	7,4	8,8	16	-	-
<b>0 - 17</b>	14,4	-	-	-	-	-
<b>18 - 64</b>	6,9	6,1	7,7	-	-	-
<b>65+</b>	4,4	1,5	6,3	18	15	20

\* podíl osob (mužů, žen) ohrožených chudobou v příslušných věkových skupinách z celkového počtu osob (mužů, žen) v příslušných věkových skupinách

Osoby ohrožené chudobou: osoby s ročním vyrovnaným disponibilním příjmem (po zahrnutí všech sociálních transferů) nižším než 60 % ročního národního mediánového vyrovnaného příjmu na spotřební jednotku EU

údaje z MIKROCENZU 2002 a EUROSTATU 2003

**Tabulka č. 3 - Intenzita ohrožení chudobou - relativní mediánová mezera \* (v %)**  
**podle věku a pohlaví**  
(zastřešující indikátor 1b)

věk	celkem	muži	ženy
<b>celkem 0+</b>	15,3	16,7	14,7
<b>0 - 17</b>	15,3	-	-
<b>18 - 64</b>	16,4	17,4	15,3
<b>65+</b>	7,4	5,8	8,1

\* rozdíl mezi mediánovým příjmem osob ohrožených chudobou a hranicí příjmové chudoby vyjádřený jako podíl hranice příjmové chudoby

Osoby ohrožené chudobou: osoby s ročním vyrovnaným disponibilním příjmem (po zahrnutí všech sociálních transferů) nižším než 60 % ročního národního vyrovnaného mediánového příjmu na spotřební jednotku EU

Hranice příjmové chudoby: 60 % ročního národního vyrovnaného mediánového příjmu na spotřební jednotku EU

údaje z MIKROCENZU 2002

**Tabulka č. 4 - Příjmová nerovnost S 80 / S 20\***  
(zastřešující indikátor 2)

<b>ČR</b>	<b>3,4</b>
<b>EU 25</b>	<b>4,8</b>

\* podíl celkového příjmu 20 % obyvatel s nejvyššími disponibilními příjmy (nejvyšší kvintil)  
k celkovému příjmu 20 % obyvatel s nejnižšími disponibilními příjmy (nejnižší kvintil)  
údaje EUROSTATU 2003 (ČR z MIKROCENZU 2002)

**Tabulka č. 5 - Očekávaná délka zdravého života (v letech)**  
(zastřešující indikátor 3 vč. kontextové informace 3)

<b>Pohlaví a věk</b>	<b>1995</b>	<b>2000</b>	<b>2002</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>
<u>Očekávaná délka života*</u>					
<b>MUŽI</b>					
- ve věku 0 let	69,7	71,6	72,1	72,5	72,9
- ve věku 45 let	27,6	28,9	29,3	29,6	29,9
- ve věku 65 let	12,7	13,7	13,9	14,2	14,4
<u>Očekávaná délka zdravého života**</u>					
ČR Muži ve věku 0 let	-	-	62,8	-	-
EU 15 Muži ve věku 0 let	-	63,5	64,3	-	-
<u>Očekávaná délka života*</u>					
<b>ŽENY</b>					
- ve věku 0 let	76,6	78,3	78,5	79,0	79,1
- ve věku 45 let	33,3	34,6	34,8	35,2	35,2
- ve věku 65 let	16,0	17,1	17,2	17,5	17,6
<u>Očekávaná délka zdravého života**</u>					
ČR Ženy ve věku 0 let	-	-	63,3	-	-
EU 15 Ženy ve věku 0 let	-	64,4	65,8	-	-

\* Očekávaná délka života: počet let, které pravděpodobně ještě prožije právě x-letá osoba

\*\* Očekávaná délka zdravého života: počet let, které právě narozená osoba prožije ve zdraví  
na základě údajů ČSÚ a EUROSTATU

**Tabulka č. 6 - Předčasné ukončení vzdělání\* (v %)**  
(zastřešující indikátor 4)

		<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>
<b>ČR</b>	celkem	5,5	6,0	6,1	6,4
	muži	5,3	5,2	5,8	6,2
	ženy	5,7	6,8	6,5	6,6
<b>EU 25</b>	celkem	16,6	16,2	15,6	15,2
	muži	18,9	18,1	18,0	17,3
	ženy	14,4	14,2	13,1	13,1

\* podíl osob ve věku 18 - 24 let pouze s nižším středním vzděláním (jejich nejvyšší úroveň vzdělání 0, 1 nebo 2 podle mezinárodního standardu klasifikace vzdělání - ISCED 97) z dané věkové skupiny  
na základě údajů EUROSTATU



**Tabulka č. 7 - Osoby žijící v domácnostech bez zaměstnané osoby\* (v %)**  
(zastřešující indikátor 5)

věk			1997	2000	2002	2004	2005
ČR	0 - 17	celkem	5,1	8,0	7,6	9,0	8,1
	18 - 59	celkem	5,3	7,8	7,3	8,0	7,4
		muži	-	-	5,6	6,4	5,8
		ženy	-	-	9,1	9,6	9,0
EU 25	0 - 17	celkem	-	-	9,8	9,8	9,6
	18 - 59	celkem	-	-	10,1	10,3	10,2
		muži	-	-	8,9	9,3	9,2
		ženy	-	-	11,4	11,4	11,2

\* podíl osob žijících v domácnostech bez zaměstnané osoby k počtu všech osob ve stejné věkové skupině

na základě údajů EUROSTATU, LFS

**Tabulka č. 8 - Předpokládané úhrnné výdaje na sociální zabezpečení\***  
(v procentních bodech)  
(zastřešující indikátor 6)

	2004	2004	2004	2004	2004	2004
	Podíl výdajů na sociální zabezpečení z HDP v %	-2010 změna	-2020 změna	-2030 změna	-2040 změna	-2050 změna
ČR	19,3	-0,5	-0,1	1,7	4,8	7,1
EU 25	23,4	-0,7	-0,2	1,5	3,0	3,4

\* podíl úhrnných veřejných sociálních výdajů (důchody, zdravotní péče, dlouhodobá péče, vzdělání a transfery v nezaměstnanosti) z HDP a předpokládaná změna podílu HDP (2010, 2020, 2030, 2040, 2050) - dle dohody v pracovní skupině pro stárnutí výboru pro hospodářskou ochranu (AWG / EPC) údaje EPC / AWG

**Tabulka č. 9 - Relativní mediánový příjem starších osob\***  
(zastřešující indikátor 7a)

celkem	0,83
muži	0,85
ženy	0,82

\* koeficient mediánového vyrovnaného příjmu osob starších 65 let k příjmům osob ve věku 0 - 64 let údaje ČSÚ a EUROSTATU na základě MIKROCENZU 2002, (celkový údaj za EU 25 není k dispozici)

**Tabulka č. 10 - Agregovaný náhradový poměr (koeficient) - medián důchodů důchodců ve věku 65 - 74 let k mediánu výdělků pracujících osob ve věku 50 - 59 let**

(zastřešující indikátor 7b)

celkem	0,57
muži	0,61
ženy	0,56

údaje ČSÚ a EUROSTATU na základě MIKROCENZU 2002 (celkový údaj za EU 25 není k dispozici)

**Tabulka č. 11/1 - Zaměstnanost starších osob (v %)\***

(zastřešující indikátor 10)

	věk	1998	2000	2002	2004	2005
<b>ČR</b>	<b>55 - 64</b>					
	celkem	37,1	36,3	40,8	42,7	44,5
	muži	53,2	51,7	57,2	57,2	59,3
	ženy	22,9	22,4	25,9	29,4	30,9
<b>EU 25</b>	<b>55 - 64</b>					
	celkem	35,8	36,6	38,7	41,0	42,5
	muži	46,6	46,9	48,8	50,7	51,8
	ženy	25,5	26,9	29,2	31,7	33,7

\* podíl zaměstnaných osob ve věku 55 - 64 let z celé populace této věkové skupiny  
údaje EUROSTATU

**Tabulka č. 11/2 - Zaměstnanost starších osob (v %)\***

(zastřešující indikátor 10)

	věk	1998	2000	2002	2004	2005
<b>ČR</b>	<b>55 - 59</b>					
	celkem	51,4	50,6	55,6	59,1	61,6
	muži	72,7	71,8	76,5	76,9	78,5
	ženy	31,7	30,9	36,1	42,4	45,8
<b>ČR</b>	<b>60 - 64</b>					
	celkem	19,4	16,9	20,1	20,7	22,3
	muži	27,8	23,5	29,2	30,1	33,7
	ženy	12,3	11,2	12,1	12,5	12,3

\* podíl zaměstnaných osob ve věkových skupinách 55 - 59 let a 60 - 64 let z celé populace příslušných věkových skupin  
údaje ČSÚ z VÝBĚROVÉHO ŠETŘENÍ PRACOVNÍCH SIL

**Tabulka č. 12/1 - Míra pracovní chudoby - míra ohrožení chudobou podle  
převažující ekonomické aktivity\***  
(zastřešující indikátor 11)

		ČR			EU 25		
		celkem	muži	ženy	celkem	muži	ženy
osoby ve věku 16+ let		6,7	5,8	7,6	16	14	17
pracující osoby celkem		2,8	2,6	3,0	9	9	8
z toho:	- zaměstnanci	2,1	1,4	2,7	-	-	-
	- samostatně činní	6,5	6,9	5,5	-	-	-
nepracující osoby celkem		11,4	11,1	11,5	23	23	24
z toho:	- nezaměstnaní	36,0	38,8	33,5	42	46	37
	- důchodci	3,8	1,8	4,9	16	15	17
	- ostatní neaktivní	13,0	10,6	14,5	26	26	26

\* podíl osob (mužů, žen) ohrožených chudobou v příslušných skupinách podle ekonomické aktivity ve věku 16 a více let z celkového počtu osob (mužů, žen) v příslušných skupinách podle ekonomické aktivity

*Osoby ohrožené chudobou:* osoby s ročním vyrovnaným disponibilním příjmem (po zahrnutí všech sociálních transferů) nižším než 60 % ročního národního vyrovnaného mediánového příjmu na spotřební jednotku EU.

údaje EUROSTATU za 2003 a ČSÚ za rok 2002 z MIKROCENZU

**Tabulka č. 12/2 - Míra pracovní chudoby - míra ohrožení chudobou podle  
převažující ekonomické aktivity\***  
(zastřešující indikátor 11)

		ČR		
		celkem	muži	ženy
osoby ve věku 18+ let		6,5	5,4	7,4
pracující osoby celkem		2,8	2,6	3,0
z toho:	- zaměstnanci	2,1	1,4	2,7
	- samostatně činní	6,5	6,9	5,5
nepracující osoby celkem		11,0	10,7	11,5
z toho:	- nezaměstnaní	35,6	38,1	33,3
	- důchodci	3,8	2,7	4,9
	- ostatní neaktivní	13,4	8,0	15,8

\* podíl osob (mužů, žen) ohrožených chudobou v příslušných skupinách podle ekonomické aktivity ve věku 18 a více let z celkového počtu osob (mužů, žen) v příslušných skupinách podle ekonomické aktivity

*Osoby ohrožené chudobou:* osoby s ročním vyrovnaným disponibilním příjmem (po zahrnutí všech sociálních transferů) nižším než 60 % ročního národního vyrovnaného mediánového příjmu na spotřební jednotku EU.

údaje ČSÚ za rok 2002 z MIKROCENZU

**Tabulka č. 13/1 - Míra ekonomické aktivity\* (v %)**

(zastřešující indikátor 12)

		1998	2000	2002	2004	2005
<b>ČR</b>	celkem	72,0	71,3	70,6	70,0	70,4
	muži	80,0	79,1	78,6	77,9	78,4
	ženy	64,0	63,6	62,7	62,2	62,4
<b>EU 25</b>	celkem	68,0	68,7	69,0	69,7	70,2
	muži	77,4	77,4	77,3	77,5	77,8
	ženy	58,7	60,0	60,7	62,0	62,5

\* počet ekonomicky aktivních (zaměstnaných a nezaměstnaných ve věkové kategorii 15 - 64 let k počtu osob ve stejné věkové kategorii

údaje EUROSTATU

**Tabulka č. 13/2 - Míra ekonomické aktivity podle věku\* (v %)**

(zastřešující indikátor 12)

věkové skupiny		1998	2000	2002	2004	2005
<b>15 - 64</b>	celkem	72,0	71,3	70,6	70,0	70,4
	muži	80,0	79,1	78,6	77,9	78,4
	ženy	64,0	63,6	62,7	62,2	62,4
<b>15 - 24</b>	celkem	49,1	46,1	40,1	35,8	33,9
	muži	55,7	51,3	44,7	40,0	38,7
	ženy	42,1	40,6	35,2	31,5	28,8
<b>25 - 54</b>	celkem	88,5	88,4	88,2	87,8	88,3
	muži	95,1	94,9	94,9	94,6	94,8
	ženy	81,9	81,8	81,5	80,9	81,6
<b>55 - 59</b>	celkem	53,2	53,3	57,9	62,8	65,4
	muži	75,3	75,8	79,5	81,4	82,8
	ženy	32,8	32,6	37,7	45,5	49,0
<b>60 - 64</b>	celkem	20,5	17,7	20,9	21,4	23,0
	muži	28,9	24,5	30,0	30,9	34,4
	ženy	13,3	11,9	13,0	13,0	12,9

\* počet ekonomicky aktivních (zaměstnaných a nezaměstnaných) v příslušné věkové kategorii k počtu osob ve stejné věkové kategorii

údaje EUROSTATU, ČSÚ a MPSV

**Tabulka č. 14 - Regionální soudržnost\***  
(zastřešující indikátor 13)

	1999	2004
ČR	5,6	5,6
EU 25	13,4	12,2

\* variační koeficient měr zaměstnanosti na úrovni NUTS II  
údaje EUROSTATU - LFS

**Tabulka č. 15/1 - Vývoj HDP ve stálých cenách\* (index v %)**  
(kontextová informace 1 k zastřešujícím indikátorům)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006 predikce
ČR	103,6	102,5	101,9	103,6	104,2	106,1	106,2
EU 25	103,9	101,9	101,2	101,2	102,4	101,6	102,3

\* stejné období minulého roku = 100 %  
údaje ČSÚ (predikce roku 2006 MPSV a MF) a EUROSTATU

**Tabulka č. 15/2 - Výdaje HDP na 1 obyvatele (v Kč a PPS)**  
(kontextová informace 1 k zastřešujícím indikátorům)

	1996	2000	2004	2005	2006 predikce
HDP na 1 obyvatele v běžných cenách (Kč)*	163 183	213 110	272 468	291 004	308 150
HDP na 1 obyvatele v PPS*	11 643	13 033	16 013	17 355	18 378
relace HDP na 1 obyv ČR k EU 25 v PPS (EU 25 = 100 %)** (v %)	70,0	63,7	70,1	72,9	76,4

\* údaje ČSÚ a za rok 2006 kvalifikovaný odhad MPSV

\*\* údaje EUROSTATU

**Tabulka č. 16/1 - Míra zaměstnanosti podle pohlaví\* (v %)**  
(kontextová informace 2 k zastřešujícím indikátorům)

		1998	2000	2002	2004	2005
ČR	celkem	67,3	65,0	65,4	64,2	64,8
	muži	76,0	73,2	73,9	72,3	73,3
	ženy	58,7	56,9	57,0	56,0	56,3
EU 25	celkem	61,2	62,4	62,8	63,3	63,8
	muži	70,6	71,2	71,0	70,9	71,3
	ženy	51,8	53,6	54,7	55,7	56,3

\* podíl zaměstnaných osob z celkového počtu osob ve věku 15 - 64 let  
údaje EUROSTATU

**Tabulka č. 16/2 - Míra nezaměstnanosti\* (v %)**  
(kontextová informace 2 k zastřešujícím indikátorům)

		1998	2000	2002	2004	2005
ČR	celkem	6,4	8,7	7,3	8,3	7,9
	muži	5,0	7,3	5,9	7,1	6,5
	ženy	8,1	10,3	9,0	9,9	9,8
EU 25	celkem	9,4	8,6	8,8	9,0	8,7
	muži	7,9	7,4	7,8	8,1	7,9
	ženy	11,2	10,2	10,0	10,2	9,8
ČR ve věkové skupině 15 - 24 let	celkem	12,8	17,8	16,9	21,1	19,2
	muži	11,5	18,5	16,6	22,3	19,3
	ženy	14,4	17,0	17,2	19,4	19,1
EU 25 ve věkové skupině 15 - 24 let	celkem	19,2	17,4	18,2	18,7	18,5
	muži	17,4	16,0	17,3	18,2	18,2
	ženy	21,3	19,0	19,1	19,3	18,9

\* podíl nezaměstnaných z počtu ekonomicky aktivních osob ve věku nad 15 let a podíl nezaměstnaných ve věku 15 - 24 let z počtu ekonomicky aktivních osob ve věku 15 - 24 let  
údaje EUROSTATU

**Tabulka č. 16/3 - Míra dlouhodobé nezaměstnanosti\* (v %)**  
(kontextová informace 2 k zastřešujícím indikátorům)

		1999	2002	2004	2005
ČR	celkem	3,2	3,7	4,2	4,2
	muži	2,4	3,0	3,4	3,4
	ženy	4,2	4,6	5,3	5,3
EU 25	celkem	4,1	3,9	4,1	3,9
	muži	3,4	3,3	3,6	3,5
	ženy	5,0	4,6	4,7	4,5

\* podíl osob nezaměstnaných déle než 12 měsíců z počtu ekonomicky aktivních osob nad 15 let  
údaje EUROSTATU

**Tabulka č. 17 - Demografický poměr závislosti starších osob\* (v %)**  
(kontextová informace 4 k zastřešujícím indikátorům)

	2005	2010	2020	2030	2040	2050
<b>ČR</b>	20,0	21,9	31,8	37,1	43,8	54,8
<b>EU 25</b>	24,9	26,3	32,1	40,3	48,5	52,8

\* poměr osob ve věku 65 a více let k počtu osob ve věku 15 - 64 let  
údaje EUROSTATU a ČSÚ (ČR za rok 2005 skutečnost)

**Tabulka č. 18/1 - Rozdělení populace v ČR podle typu domácnosti (v %)**  
(kontextová informace 5 k zastřešujícím indikátorům)

typ domácnosti	populace* celkem
<b>Celkem</b>	<b>100,0</b>
<b>Domácnosti bez dětí</b>	
domácnosti bez závislých dětí celkem	45,7
<u>z toho:</u>	
- jednotlivci celkem	9,7
muži	3,7
ženy	6,0
jednotlivci do 64 let	5,2
jednotlivci 65 a více let	4,5
- <u>bezdětné páry:</u>	
oba partneři do 64 let	15,3
alespoň jeden z partnerů 65 a více let	8,4
- ostatní domácnosti bez závislých dětí	12,3
<b>Domácnosti s dětmi</b>	
domácnost se závislými dětmi celkem	54,3
<u>z toho:</u>	
- 1 rodič s 1 a více závislými dětmi	5,5
- <u>rodičovský pár:</u>	
s 1 závislým dítětem	12,3
se 2 závislými dětmi	21,1
se 3 a více závislými dětmi	5,2
- ostatní domácnosti se závislými dětmi	10,2

\* podíl osob žijících v příslušném typu domácnosti z celkového počtu osob  
údaje ČSÚ za rok 2002

**Tabulka č. 18/2 - Věkové složení obyvatel v roce 2005**  
(kontextová informace 5 k zastřešujícím indikátorům)

věk	celkem		muži		ženy	
	v tis.	v %	v tis.	v %	v tis.	v %
<b>celkem</b>	10 251,1	100,0	5 002,7	100,0	5 248,4	100,0
<b>0 - 17</b>	1 891,5	18,5	970,4	19,4	921,1	17,6
<b>18 - 64</b>	6 903,2	67,3	3 462,6	69,2	3 440,6	65,5
<b>65+</b>	1 456,4	14,2	569,7	11,4	886,7	16,9
<b>0 - 14</b>	1 501,3	14,7	771,2	15,4	730,1	13,9
<b>15 - 64</b>	7 293,4	71,1	3 661,8	73,2	3 631,6	69,2
<b>65+</b>	1 456,4	14,2	569,7	11,4	886,7	16,9

údaje ČSÚ k 31.12.2005

**Tabulka č. 19 - Veřejné finance - zadluženost a schodky (v % HDP)**  
(kontextová informace 6 k zastřešujícím indikátorům)

		2002	2003	2004	2005
ČR	vládní deficit	6,8	6,6	2,9	2,6
	veřejný dluh	28,8	30,0	30,6	30,5
EU 25	deficit	2,3	3,0	2,6	2,3
	dluh	60,5	62,0	62,4	63,4

údaje EUROSTATU podle metodiky ESA 95

**Tabulka č. 20/1 - Podíl výdajů na sociální ochranu podle kategorií z HDP\* (v %)**  
(kontextová informace 7 k zastřešujícím indikátorům)

Výdaje na dávky	2003		2004
	EU 25	ČR	ČR
důchodové a pozůstalostní	12,3	8,2	7,8
nemocenské a zdravotní péče	7,6	7,1	6,7
invalidity	2,1	1,6	1,5
nezaměstnanosti	1,8	0,8	0,7
pro rodiny s dětmi	2,1	1,5	1,6
bydlení a na sociálně vyloučené	0,9	0,7	0,6

\* údaje EUROSTATU a MPSV za rok 2004 dle metodiky ESPROSS



**Tabulka č. 20/2 - Struktura výdajů na sociální ochranu\* (v %)**  
(kontextová informace 7 k zastřešujícím indikátorům)

	2003		2004
	EU 25	ČR	ČR
<b>Výdaje na dávky celkem</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>
<i><u>z toho:</u></i>			
- důchodové a pozůstalostní	45,6	41,3	41,0
- nemocenské a zdravotní péče	28,3	35,6	35,3
- invalidity	8,0	8,2	8,0
- nezaměstnanosti	6,6	3,9	3,9
- pro rodiny s dětmi	8,0	7,5	8,4
- bydlení a na sociálně vyloučené	3,5	3,5	3,4

\* údaje EUROSTATU a MPSV za rok 2004 dle metodiky ESPROSS

**Tabulka č. 21/1 - Dospělé osoby ve věku 18 - 59 let v domácnostech bez zaměstnané osoby\* (v %)**  
(kontextová informace 8 k zastřešujícím indikátorům)

typ domácnosti	EU 25	ČR
jednotlivec bez dětí	25,9	23,8
osamělý rodič	9,7	11,6
pár bez dětí	21,2	25,1
pár s dětmi	14,6	13,9
jiné domácnosti bez dětí	21,6	18,7
<i><u>z toho:</u></i>		
<i>bez osoby starší 65 let</i>	11,1	8,2
<i>s alespoň jednou osobou starší 65 let</i>	10,6	10,5
<i>jiné domácnosti s dětmi</i>	6,9	6,9
<i><u>z toho:</u></i>		
<i>bez osoby starší 65 let</i>	5,4	5,7
<i>s alespoň jednou osobou starší 65 let</i>	1,5	1,1
<b>Celkový počet v tis.</b>	<b>24 629,2</b>	<b>443,6</b>

\* podíl dospělých osob ve věku 18 - 59 let v příslušném typu domácnosti ze všech dospělých osob ve věku 18 - 59 let v domácnostech bez zaměstnané osoby  
údaje EUROSTATU

**Tabulka č. 21/2 - Děti ve věku 0 - 17 let v domácnostech bez zaměstnané osoby\* (v %)**

(kontextová informace 8 k zastřešujícím indikátorům)

typ domácnosti	EU 25	ČR
osamělý rodič - mladší 65 let	41,3	47,9
osamělý rodič - starší 65 let	0,3	0,4
pár s dětmi	34,9	38,9
<u>z toho:</u>		
<i>bez osoby starší 65 let</i>	33,9	38,7
<i>s alespoň jednou osobou starší 65 let</i>	1,0	0,2
jiné domácnosti s dětmi	7,8	9,9
<u>z toho:</u>		
<i>bez osoby starší 65 let</i>	7,8	9,9
<i>s alespoň jednou osobou starší 65 let</i>	0,0	0,0
<b>Celkový počet v tis.</b>	<b>8 510,9</b>	<b>149,7</b>

\* podíl dětí ve věku 0 - 17 let v příslušném typu domácností ze všech dětí ve věku 0 - 17 let v domácnostech bez zaměstnané osoby  
údaje EUROSTATU

**Tabulka č. 21/3 - Rozdělení populace v ČR podle ekonomické aktivity\* (v %)**

(kontextová informace 8 k zastřešujícím indikátorům)

	celkem	muži	ženy
<b>Populace ve věku 18 a více let celkem</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>
<b><i>pracující celkem</i></b>	<b>55,9</b>	<b>64,9</b>	<b>47,9</b>
<u>z toho:</u>			
zaměstnaní	46,8	51,0	43,2
samostatně činní	9,1	13,9	4,7
<b><i>nepracující celkem</i></b>	<b>44,1</b>	<b>35,1</b>	<b>52,1</b>
<u>z toho:</u>			
nezaměstnaní	6,2	6,3	6,1
důchodci	28,0	22,5	32,9
ostatní ekonomicky neaktivní	9,9	6,3	13,1

\* podíl osob (mužů, žen) v příslušných skupinách podle ekonomické aktivity ve věku 18 a více let z celkového počtu osob (mužů, žen) ve věku 18 a více let  
údaje ČSÚ z MIKROCENZU 2002

**Tabulka č. 22 - Čistý příjem příjemců sociální pomoci vyjádřený jako podíl prahu chudoby pro vybrané typy domácností (v %)**  
(kontextová informace 10 k zastřešujícím indikátorům)

jednotlivci	66,6
1 rodič a 2 děti	89,1
2 rodiče a 2 děti	85,9

údaje EUROSTATU za rok 2002

**Tabulka č. 23 - Míra ohrožení chudobou před sociálními transfery (s výjimkou důchodů)\* (v %)**  
(kontextová informace 11 k zastřešujícím indikátorům)

věk	ČR			EU 25
	celkem	muži	ženy	celkem
celkem 0+	20,6	19,5	21,6	26
0 - 17	33,3	32,1	34,5	-
18 - 64	18,8	17,6	19,9	-
65+	9,5	5,8	11,9	24

\* podíl osob (mužů a žen) ohrožených chudobou v příslušných věkových skupinách z celkového počtu osob (mužů a žen) v příslušných věkových skupinách

Osoby ohrožené chudobou: osoby s ročním vyrovnaným disponibilním příjmem (po zahrnutí všech sociálních transferů) nižším než 60 % ročního národního mediánového vyrovnaného příjmu na spotřební jednotku EU

údaje ČSÚ z MIKROCENZU 2002 a EUROSTATU za rok 2003

**Tabulka č. 24 - Primární indikátory sociálního začleňování**

indikátor		celkem	muži	ženy	zdroj	rok
SI P1	<b>Míra ohrožení chudobou podle věku a pohlaví (v %)</b>				ČSÚ	2002
	celkem	8,1	7,4	8,8		
	0 - 17 let	14,4	-	-		
	18 - 64 let	6,9	6,1	7,7		
	65+ let	4,4	1,5	6,3		
	-----	-----	-----	-----	-----	-----
	18+ let	6,5	5,4	7,4		
	<b>Hranice příjmové chudoby (práh chudoby) - ilustrativní hodnoty</b>					
	<i>domácnost jednotlivce</i>					
	Kč za rok	73 878			ČSÚ	2002
	PPS za rok	4 382			EU	
	<i>domácnost rodičů se 2 závislými dětmi</i>					
Kč za rok	155 144			ČSÚ	2002	
PPS za rok	9 202			EU		
SI P3	<b>Relativní mediánová mezera podle pohlaví a věku (v %)</b>				ČSÚ	2002
	celkem	15,3	16,7	14,7		
	0 - 17 let	15,3	-	-		
	18 - 64 let	16,4	17,4	15,3		
	65+ let	7,4	5,8	8,1		
	-----	-----	-----	-----	-----	-----
18+ let	15,3	17,1	13,9			
SI P4	<b>Míra dlouhodobé nezaměstnanosti (12 a více měsíců) (v %)</b>	4,2	3,4	5,3	EU LFS	2005
SI P5	<b>Osoby žijící v domácnostech bez zam. osoby (v %)</b>				EU LFS	2005
	děti 0 - 17 let	8,1	-	-		
	dospělí 18 - 59 let	7,4	5,8	9,0		
SI P6	<b>Osoby předčasně opouštějící školu bez účasti na dalším vzdělání (v %)</b>				EU LFS	2005
		6,4	6,2	6,6		

**Tabulka č. 25 - Sekundární indikátory sociálního začleňování**

indikátor		celkem	muži	ženy	zdroj	rok	
SI S1	<b>Míra ohrožení chudobou podle věku a pohlaví (v %)</b>				ČSÚ	2002	
	celkem	8,1	7,4	8,8			
	0 - 17 let	14,4	-	-			
	18 - 24 let	7,8	6,1	9,4			
	25 - 54 let	7,7	6,7	8,6			
	55 - 64 let	3,5	3,7	3,3			
	65+ let	4,4	1,5	6,3			
-----	18+ let	6,5	5,4	7,4			
SI S1a	<b>Míra ohrožení chudobou podle typu domácnosti (v %)</b>				ČSÚ	2002	
	domácnosti bez závislých dětí celkem	4,4	-	-			
	jednotlivci celkem	-	12,5	12,8			
	jednotlivci do 64 let	15,7					
	jednotlivci 65 a více let	9,3					
	2 dospělí, oba do 64 let	3,2					
	2 dospělí, alespoň jeden 65+ let	2,5					
	ostatní domácnosti bez závislých dětí	0,7					
	domácnosti se závislými dětmi celkem	11,3					
	1 rodič a závislé děti	29,9					
	2 dospělí, 1 závislé dítě	6,9					
	2 dospělí, 2 závislé děti	7,9					
	2 dospělí, 3 a více závislých dětí	19,6					
ostatní domácnosti se závislými dětmi	9,2						
SI S1c	<b>Míra ohrožení chudobou podle ekonomické aktivity (osoby 18+) (v %)</b>				ČSÚ	2002	
	<i>Pracující</i>	2,8	2,6	3,0			
	-----	<i>z toho:</i>					
	zaměstnaní	2,1	1,4	2,7			
	samostatně činní	6,5	6,9	5,5			
	<i>Nepracující</i>	11,0	10,7	11,5			
	-----	<i>z toho:</i>					
	nezaměstnaní	35,6	38,1	33,3			
důchodci	3,8	2,7	4,9				
ostatní neaktivní	13,4	8,0	15,8				
SI S1e	<b>Rozptyl kolem hranice (prahu) příjmové chudoby (v %)</b>				ČSÚ	2002	
	<b>40% mediánu</b>						
	celkem 0+ let	1,0	1,1	1,0			
	0 - 17 let	1,6	-	-			
	18 - 64 let	1,0	1,0	1,0			
	65+ let	0,0	0,0	0,0			
	-----	18+ let	0,9	0,9	0,8		
	<b>50% mediánu</b>						
	celkem 0+ let	3,8	3,6	3,9			
	0 - 17 let	6,7	-	-			
	18 - 64 let	3,4	3,3	3,5			
	65+ let	1,1	0,3	1,6			
	-----	18+ let	3,0	2,9	3,2		
	<b>70% mediánu</b>						
	celkem 0+ let	16,2	14,2	18,0			
	0 - 17 let	26,0	-	-			
	18 - 64 let	13,3	11,7	14,8			
65+ let	15,3	6,3	21,1				
-----	18+ let	13,6	11,0	16,0			

**Tabulka č. 26 - Kontextové informace k indikátorům sociálního začleňování**

indikátor			zdroj	rok		
SI C1	<b>Koeficient příjmové nerovnosti S80 / S20</b>	3,4	ČSÚ	2002		
SI C2	<b>Gini koeficient</b>	24,8	ČSÚ	2002		
SI C3	<b>Regionální soudržnost (koeficient)</b>	5,6	EU LFS	2004		
SI C4	<b>Očekávaná délka zdravého života</b>		EU	2002		
	muži ve věku 0 let	62,8				
	ženy ve věku 0 let	63,3				
SI C6 (viz tab. 23)	<b>Míra ohrožení chudobou (v %)</b> po zahrnutí důchodů bez ostatních sociálních transferů	celkem	muži	ženy	ČSÚ	2002
	celkem	20,6	19,5	21,6		
	0 - 17 let	33,3	-	-		
	18 - 64 let	18,8	17,6	19,9		
	65+ let	9,5	5,8	11,9		

SI C7 a SI C10 - shodné s kontextovými informacemi k zastřešujícím indikátorům (viz. tabulky č. 21 a č. 22)

## **Příloha 2.1 – Příklady dobré praxe k části 2**

### **PŘÍKLAD DOBRÉ PRAXE - ČESKÝ PŘÍNOS K EVROPSKÉ STRATEGII SOCIÁLNÍHO ZAČLEŇOVÁNÍ - STOP SOCIÁLNÍMU VYLOUČENÍ (Informační projekt o Evropské strategii sociálního začleňování v ČR)**

**Projekt STOP sociálnímu vyloučení** zaměřený na zvýšení povědomí o evropské strategii sociálního začleňování byl realizován od ledna 2005 do června 2006. Projekt společně realizovalo konsorcium sdružující Informační centrum neziskových organizací (hlavní partner, dále ICN), SKOK (sdružující poskytovatele sociálních a zdravotně sociálních služeb z řad nestátních neziskových organizací), Nadace rozvoje občanské společnosti a společnost MEPCO (dceřinná organizace Svazu měst a obcí). Projekt byl financován z Akčního programu Společenství v boji se sociálním vyloučením a spolufinancován Ministerstvem práce a sociálních věcí ČR.

Cílem projektu bylo zejména seznámit českou veřejnost s tím, co je Evropská strategie sociálního začleňování a jak se do ní zapojuje Česká republika. Druhým cílem projektu bylo také zapojit osoby, kterých se otázka chudoby bezprostředně dotýká do rozhodovacích procesů, během kterých je vytvářena příslušná sociální politika vůči nim. Smyslem bylo aktivizovat osoby bezprostředně dotknuté chudobou a sociálním vyloučením a s jejich pomocí hledat řešení jejich nelehké situace. Druhý cíl projektu se nepodařilo naplnit podle představ řešitelů projektu a ukázalo se, že otázka zapojení osob s přímou zkušeností chudoby a sociálním vyloučením je složitá a nesmírně citlivá a že je nutné ji pojmut systémově.

Vedlejším produktem projektu bylo rovněž navázání užšího partnerství mezi neziskovými organizacemi, státní správou a veřejnou správou na místní a regionální úrovni.

V rámci projektu byla česká veřejnost seznámena (především neziskové organizace a veřejná správa na místní a regionální úrovni) se základním obsahem Evropské strategie sociálního začleňování, jejími hlavními cíli a nástroji, převážně s Národním akčním plánem sociálního začleňování. Vznikl glosář, který srozumitelnou formou vysvětlil technické termíny, které se v evropských politikách běžně vyskytují a jsou jakousi specifickou „evropskou“ mluvou (jako např. „otevřená metoda koordinace“ nebo „peer review“). Pro lepší orientaci samospráv v problematice sociálního začleňování a sociální integrace a jejího dalšího využití vznikl CD-ROM, který byl zástupcům distribuován na seminářích. V rámci projektu byly také představeny zajímavé a originální projekty, které novými formami a přístupy řeší problémy lidí, kteří se ne vždy vlastní vinou ocitli na okraji společnosti. Jejich prezentace sloužila jako inspirace a návod dalším nestátním neziskovým organizacím či obcím.

Měsíčně vycházely aktuality, které byly zveřejňovány a dále šířeny prostřednictvím médií a informačních kanálů jednotlivých partnerů GRANTIS, Evropská brána, bulletin SKOKu, Svazu měst a obcí. Hlavním zdrojem aktuálních informací, zajímavostí, ohlášek konferencí a dalších akcí bylo Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR a také nezisková organizace Evropská síť na odstranění chudoby (EAPN – European Anti-Poverty Network).

V rámci projektu byla uskutečněna řada konferencí a školení, např. celostátní konference na téma „Sociální služby jako nástroj sociálního začleňování“, semináře pro starosty a zástupce místních samospráv. Projekt také úzce spolupracoval s Ministerstvem práce a sociálních věcí ČR na přípravě regionálních konferencí „Fór sociálního začleňování“, které byly diskusními fóry pro přípravu NAPSÍ 2006-2008.

Spolupráce na projektu se osvědčila a hlavní realizátor projektu ICN ve spolupráci s některými stávajícími a novými partnery připravily nový projekt, který navazuje na výše popsaný projekt

STOP sociálnímu vyloučení. Tento projekt bude předložen Evropské komisi v rámci vyhlášené výzvy zaměřené na podporu národních opatření ke zvýšení povědomí v oblasti sociálního začleňování a sociální ochrany.

## **PŘÍKLAD DOBRÉ PRAXE - KOMPLEXNÍ PŘÍSTUP MĚSTA OSTRAVY K ODSTRANĚNÍ ZNEVÝHODNĚNÍ ROMŮ SOCIÁLNĚ VYLOUČENÝCH NEBO SOCIÁLNÍM VYLOUČENÍM OHROŽENÝCH**

### **POPIS MĚSTA**

Ostrava je jedním z významných sídelních, průmyslových a intelektuálních center v ČR. Co do počtu obyvatel je třetím největším městem ČR, plochou druhým největším městem ČR a zároveň největším městem Moravskoslezského kraje. Hospodářství a zaměstnanost města Ostravy, jeho ekonomický potenciál a současná struktura jsou silně ovlivněny předchozím dlouhodobým historickým vývojem. Objev kvalitního černého uhlí měl za následek vytvoření a rozvoj těžkého průmyslu. Důležitým rysem těžkého průmyslu je většinou jeho koncentrace do několika geografických oblastí, kde se stávají regionální ekonomika a zaměstnanost rozhodujícím způsobem závislé na několika velkých podnicích. Ostrava je oblastí, v níž dlouhodobě probíhal politicky motivovaný proces preference těžkého průmyslu (zejména těžby uhlí, hutnictví železa a těžkého strojírenství). Jeho výsledkem je deformovaná a monostrukturní ekonomická základna regionu, kde např. v průmyslu paliv bylo v aglomeraci zaměstnáno více než polovina pracovníků tohoto odvětví a v hutnictví železa dokonce 70 % pracovníků odvětví z celé ČR.

V 90. letech, kdy došlo mj. k zastavení těžby uhlí, prochází odvětví těžkého významnými transformačními a restrukturalizačními změnami, spojenými s výrazným snižováním pracovních míst.

Uvolňované pracovní síly byly v první polovině devadesátých let zčásti absorbovány přechodem do drobného podnikání, do služeb, drobné řemeslné výroby a obchodní sítě, a část přešla do starobního důchodu. V současné době se s postupným poklesem těžkého průmyslu na území města dostává do popředí i jeho role obchodního, administrativního, vzdělávacího a kulturního centra regionu. Státní dotace jsou směřovány na rekvalifikaci, formou přeškolení v kurzech organizovaných úřady práce. Tyto aktivity jsou stále nedostačující. Obecně se snižovala zaměstnanost a postupně narůstala nezaměstnanost.

### **NEZAMĚSTNANOST V OSTRAVĚ**

Ostrava patří k oblastem nejvíce postiženým strukturální nezaměstnaností v ČR. Dalším problémem je zvyšující se délka evidence nezaměstnaných. Průměrná doba setrvání na úřadu práce byla v červnu 2005 868 dní, o 160 dní větší než v červnu 2004. Kategorii dlouhodobě evidovaných nezaměstnaných tvoří především: uchazeči se zdravotním postižením, osoby starší 50 let, lidé bez vzdělání, příslušníci národnostních menšin, aj.

Nezaměstnanost se v Ostravě liší v jednotlivých obvodech města. Prvním trendem jsou změny v obvodech s vysokou nezaměstnaností dlouhodobého charakteru (podle odhadů pravděpodobně obyvatelstva romské národnosti), kde nezaměstnanost mírně kolísá nebo stoupá (např. Slezská Ostrava, Moravská Ostrava a Přívoz, Radvanice a Bartovice, Michálkovice, Vítkovice). Druhým trendem je pokles zaměstnanosti v obvodech se zástavbou rodinných domků, kam se stěhují ekonomicky lépe situované rodiny (např. Pustkovec, Plesná, Martinov). Nejvíce jsou ohroženy skupiny trpící kumulací několika znevýhodňujících faktorů, např. nekvalifikovaní Romové, mladiství s nízkou úrovní kvalifikace apod.



## **ROMOVÉ V OSTRAVĚ**

Odhaduje se, že v ČR žije 250-300 tisíc Romů. Zjistit skutečný počet Romů je velmi problematické, protože žádné statistiky neexistují a podle Listiny základních práv a svobod se žádné evidence obyvatel romského etnika vést nemohou. Při sčítání lidu v roce 1991 mohli Romové poprvé deklarovat svou národnost. K romské národnosti se přihlásilo pouze 33 489 osob. K 1.3.2001 proběhlo v České republice opět sčítání lidu a k romské národnosti se přihlásilo pouhých 11 716 obyvatel. Na území města Ostravy se podle některých zdrojů zdržuje trvale nebo přechodně 30-40 tisíc Romů. Avšak z odhadovaných 30-40 tisíc Romů (cca 3,8% obyvatel města) žijících na území Ostravy se k romské národnosti přihlásilo pouze 691 lidí.

Co se týče nezaměstnanosti v romských komunitách z podobných důvodů uvedených výše, nelze kvalifikovaně odhadnout míru nezaměstnanosti mezi Romy. Avšak podle informací terénních pracovníků působících v ostravských romských enklávách je 80 – 95 % nezaměstnaných.

### **KOMPLEXNÍ PŘÍSTUP MĚSTA OSTRAVY K ODSTRANĚNÍ ZNEVÝHODNĚNÍ ROMŮ SOCIÁLNĚ VYLOUČENÝCH NEBO SOCIÁLNÍM VYLOUČENÍM OHROŽENÝCH**

Romové jsou jednou ze skupin, která je častěji ohrožena sociálním vyloučením v důsledku zejména vysoké úrovně nezaměstnanosti, závislosti na sociální ochraně, špatné nebo zhoršující se bytové situace, nedostatečného vzdělání, a dalších faktorů. Ke zlepšení postavení Romů sociálně vyloučených nebo sociálním vyloučením ohrožených je zapotřebí komplexní přístup, neboli mix. Politik, které pokrývají oblasti znevýhodnění a zároveň se doplňují. Takovýto komplexní přístup je zejména nutný a také nejvíce efektivní na lokální úrovni.

Ve spolupráci s Radou vlády pro záležitosti romské komunity byl jako jeden z příkladů dobré praxe Národního akčního plánu sociálního začleňování na léta 2006 až 2008, vybrán komplexní přístup města Ostravy k odstranění znevýhodnění Romů sociálně vyloučených nebo sociálním vyloučením ohrožených. Tento příklad byl měl mj. sloužit jako příklad dobré praxe dalším městům, které jsou v obdobné situaci, jako město Ostrava.

Agendu týkající se romské menšiny v současné době zajišťuje ve městě Ostrava romská poradkyně (od roku 1999) a sociální pracovník pro integraci romské menšiny (na polovinu úvazku od roku 2003). Na základě podrobné znalosti a trvalého kontaktu s terénem příslušného regionu romská poradkyně a sociální pracovník pro integraci romské menšiny sledují situace romských komunit v regionu, spolupracují s pracovníky státní správy a obecních samospráv, jejichž činnost se dotýká života romských komunit i jednotlivců z těchto komunit, udržují kontakty s regionálními či místními nevládními organizacemi, jejichž činnost se dotýká zájmů a cílů romských komunit, provádí sociální práci, úzce spolupracují se školami, které navštěvují romské děti, udržují kontakty s organizacemi dětí a mládeže a ve spolupráci s nimi hledá cesty k naplnění času romských dětí a mládeže. Dále koordinují činnost zdravotně sociálních asistentů/ projekt NADNÁRODNÍ PROJEKT DROM .

### **Aktivity města Ostrava s cílem zlepšit situaci sociálně znevýhodněných Romů probíhají v následujících oblastech**

#### **Zvýšení zaměstnanosti a zaměstnatelnosti sociálně znevýhodněných Romů**

V posledních 7 letech bylo na území města vytvořeno 50 pracovních míst obsazených Romy. Jsou to místa asistentů pedagoga, terénních asistentů, sociálních asistentů a zdravotně sociálních pomocníků.

V září 2005 začala přípravná fáze nadregionálního projektu SASTIPEN – Zdravotně sociální pomocník, v jehož rámci v Ostravě vznikly od ledna 2006 2 nová pracovní místa. Hlavním realizátorem projektu je brněnská organizace DROM, finančně je tento projekt podpořen ESF v ČR.

### **Podpora rovného přístupu ke vzdělání**

Podpora předškolního vzdělávání a výchovy dětí pocházejících z romské komunity je nezbytným předpokladem k zajištění rovného přístupu romských dětí ke vzdělání. Občanské sdružení SPOLEČNĚ – JEKHEANE v roce 2005 realizovalo antipředsudkový tréninkový program zaměřený na pedagogy. Tento program byl finančně podpořen z prostředků města Ostravy. Předškolním vzděláváním a výchovou romských dětí a jejich matek se dlouhodobě zabývá o.s. Vzájemné soužití realizací projektu UPRE, které realizuje vzdělávací program formou skupinové práce vyškolených odborníků s matkami a následnou prací matky s dítětem. Projekt je tak odlišen od přípravných ročníků s přítomností romských pedagogů, kde je práce zaměřena přímo na dítě. Dalším specifikem tohoto projektu je tzv. „maminka ze sousedství“, tj. romská maminka, která zkušenosti nabyté vlastní účastí na projektu předává v rámci své komunity dál. Projekt je realizován na půdě komunitních center, ve třech lokalitách s vysokým počtem Romů, kde o.s. Vzájemné soužití působí (Ostrava – Slezská Ostrava, konkrétně části Zárubek, Hrušov, Liščina). Cílem projektu je nejen naučit romské maminky učit se se svými dětmi, ale nepřímým dopadem je ukázat celé komunitě význam celoživotního vzdělávání a jeho vztahu k možnostem zaměstnání. V roce 2005 bylo do programu zapojeno 16 maminek a 18 dětí.

V roce 2005 bylo v Ostravských romských školách zaměstnáno 31 romských asistentů pedagoga (z toho 10 na církevní základní škole Přemysla Pittra). To svědčí nejen o snaze pomoci romským dětem překonat školní problémy (což je hlavní ideou existence této pracovní pozice), ale také fakt ukazující jednu z možností jak snížit míru nezaměstnanosti Romů (asistenti pedagoga jsou vybíráni z absolventů základních škol, tedy adeptů na osoby ohrožené dlouhodobou nezaměstnaností, podmínkou uzavření pracovního poměru je však také absolvování 80-ti hodinového kurzu pedagogického minima).

Na Střední škole prof. Z. Matějčka v Ostravě - Porubě byl v září 2005 otevřen dálkový studijní dvoustupňový obor Asistent pedagoga. Tento obor studují ve školním roce 2005-2006 převážně Romové pracující v pomáhajících profesích. K dálkovému studiu nastoupilo 18 Romů, pracujících na pozicích asistent pedagoga ve školství nebo terénní asistent.

### **Podpora rovného přístupu k sociálním a zdravotním službám**

V oblasti dostupnosti zdravotních služeb je ve městě Ostrava od roku 2002 realizován projekt Zdravotně – sociální pomocník. V roce 1999 proběhl na území Ostravy výzkum zdravotního stavu Romů, a z jeho výstupů bylo zřejmé, že zdravotní stav Romů je horší než u většinové společnosti. Od roku 1999 hledalo město Ostrava cesty, jak tuto situaci zlepšit. V roce 2002 byl zahájen pilotní projekt Zdravotně sociální pomocník<sup>42</sup>. Jeho realizace probíhala v Ostravě – Vítkovicích na dětské ambulanci díky vstřícnosti MUDr. Boženského. V rámci účelové dotace oblasti v oblasti zdravotnictví vyhláshuje již druhým rokem Magistrát města Ostrava grantové řízení pro pozici Zdravotně – sociální pomocník, ze kterého je hrazena mzda zdravotně – sociální pomocníci.

---

<sup>42</sup> V únoru 2005 byl návrh na zřízení této funkce schválen usnesením vlády a doporučení na vytvoření těchto míst zasláno na jednotlivé krajské úřady. Od září 2005 je v rámci projektu Zdravotně – sociální pomocník ve vyloučených romských lokalitách realizován v 7 krajích republiky – celkově pracuje na těchto pozicích 19 žen. Nositelem projektu je DROM – romské středisko.

Strategický plán rozvoje statutárního města Ostravy na léta 2005 – 2013 upozorňuje na to, že služby sociální práce mohou nemalou měrou přispět k řešení problémů s nezaměstnaností a přispět tak k naplňování cílů Národního akčního plánu sociálního začleňování – 1. rozšířit a doplnit stávající nabídku poradenských programů a dalšího profesního vzdělávání odpovídající potřebám obtížně umístitelných uchazečů o zaměstnání. 2. podporovat vznik pracovních míst podporovaného zaměstnání pro dlouhodobě nezaměstnané, obtížně umístitelné uchazeče o zaměstnání. Konkrétní aktivitou města je snaha o vytvoření optimální sítě sociálních služeb a nastavení mechanismů a podmínek pro koordinaci sociálních služeb vedoucích (nejen) k prevenci sociálního vyloučení v rámci tzv. **komunitního plánování rozvoje sociálních služeb**<sup>43</sup> ve městě Ostrava do roku 2006. S komunitním plánováním začalo město v roce 2003 po dvouletém plánovacím procesu, který zahrnoval analytickou i plánovací fázi, byl plán schválen zastupitelstvem města. Jednou ze sedmi oblastí byly občané společensky nepřizpůsobiví a romské etnikum. Každá ze sedmi oblastí měla svoji pracovní skupinu. Mezi hlavní cíle skupiny Romské etnikum patří vybudování podporovaného bydlení, zařazení romských dětí do hlavního vzdělávacího proudu, podpora terénní sociální práce i **specializovanou funkci zdravotně – sociální pomocník** a podpora neziskového sektoru. V návaznosti na cíle a opatření Komunitního plánování realizuje občanské sdružení CENTROM **sociální bydlení s doprovodným sociálním programem** za podpory Úřadu městského obvodu Ostrava-Vítkovice a jejího starosty Mgr. Petra Kutěje. V roce 2005 se do programu zapojilo 12 rodin.

Ve městě Ostrava se pohybuje přibližně 10 sociálních pracovníků v rámci programu Podpora **terénní sociální práce** a programů proromských NNO. Finančně jsou některá z těchto míst zajišťována na počátku prostřednictvím aktivní politiky zaměstnanosti, tj. příspěvkem na zřízení veřejně prospěšného místa vypláceným Úřadem práce, později poskytnutým grantem Magistrátu města Ostravy právě v rámci schváleného Komunitního plánu. K tomuto opatření lze dodat, že v Ostravě v roce 2004 byl pořádán Kurz terénní sociální práce, jehož se zúčastnilo 28 Romů. Ne všichni samozřejmě získali práci, ale absolvováním kurzu jejich šance na trhu práce nesporně vzrostla.

### **Prevence sociálně negativních jevů**

Ve spolupráci s Policií ČR byly vytvořeny tzv. „**Policejní buňky**“ na kterých se pravidelně 1x měsíčně (jindy dle potřeby) scházejí pracovníci komunitních center, neziskových organizací, asistenti pedagoga, terénní sociální pracovníci, pracovníci jednotlivých úřadu městských obvodů a zástupci Policie ČR vždy v dané lokalitě městského obvodu. Schůzky probíhají buď přímo v komunitních centrech, nebo na obvodních oddělení Policie ČR. Pracovníci se navzájem informují o aktuálních problémech dané lokality, radí se s pracovníky policie, pokud se setkají s problémem a neví jak jej řešit.

*Poznámka: Při přípravě příkladu dobré praxe Komplexní přístup města Ostravy k odstranění znevýhodnění Romů sociálně vyloučených nebo sociálním vyloučením ohrožených byly informace použité v popisné části čerpány z materiálu Ostrava – Romové a dlouhodobě nezaměstnaní autorek Mgr. Venduly Jabůrkové a Mgr. Kateřiny Pavliskové.*

---

<sup>43</sup> Komunitní plánování představuje cyklický, spirálovitě se opakující proces, který je zaměřen na zjištění stavu poskytovaných sociálních služeb v dané lokalitě a zároveň potřeb, které nejsou naplněny.

## **PŘÍKLAD DOBRÉ PRAXE – PODPORA POSKYTOVÁNÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB VE PROSPĚCH OSOB BEZ PŘÍSTŘEŠÍ Z EVROPSKÉHO SOCIÁLNÍHO FONDU**

### **Popis problematiky**

Bezdomovectví znamená mnohvrstevnatý problém, je výrazem extrémní chudoby a sociálního vyloučení ze společnosti. Jedná se o problematiku, která je stále na vzestupu, významný je nárůst zejména v posledních pěti letech. Za bezdomovce jsou označováni ti, kteří nemají žádnou střechu nad hlavou a dočasné útočiště nacházejí v různých charitativních organizacích, avšak toto vymezení není zcela dostačující. Jejich počet není oficiálně sledován, odhady se pohybují v řádech desítek tisíc osob.

Jenom v azylových domech, které jsou členy národní organizace Sdružení azylových domů, je denně poskytnuto přibližně 2 240 noclehů pro muže, ženy a matky s dětmi bez domova. Další stovky noclehů poskytují jiná pobytová zařízení a sezónní noclehárny. Z informací a statistik azylových domů je možné konstatovat, že nejčastější věková kategorie u osob bez přístřeší jsou osoby mezi 36-50 lety, tedy osoby, které jsou schopné návratu na trh práce.

Mezi osoby bez přístřeší jsou zahrnováni i ti, kteří obývají nouzová obydlí (chatrče, kůlny, boudy, nepojízdné maringotky). Podle sčítání lidu, domů a bytů z roku 2001 žije v nouzových obydlích 45 tisíc lidí.

Mezi nejčastější objektivní příčiny vzniku bezdomovectví patří strukturální změny ve společnosti (proměny trhu práce), změny ve struktuře rodin, nedostatečné zabezpečení bydlení pro sociálně slabé a pro občany opouštějící ústavní zařízení nebo zařízení pro výkon trestu a také pro osoby se zdravotním postižením. Nejčastějšími subjektivními příčinami jsou nezaměstnanost, nízká úroveň vzdělání, problémy v oblasti sociálních vztahů (rozvody), závislost na návykových látkách a zdravotní postižení. Závažnost jednotlivých příčin se prohlubuje. Mění se sociální složení skupiny bezdomovců a prohlubuje závažnost problémů, které s sebou bezdomovectví nese. Nejzávažnějším je vytvoření skupiny osob, jejíž vyloučení ze společnosti nabývá extrémních podob. Dle organizací pracujících s osobami bez přístřeší narůstá počet mladých lidí, žen a matek s dětmi. Právě u těchto skupin je důležitá raná prevence. Pro bezdomovce vzhledem k jejich způsobu života je velmi problematická dostupnost sociální ochrany a zdravotní péče. Důležitým momentem v jejich krizové situaci je proto poskytnutí kvalitní, dostupné a kontinuální služby, která by jim pomohla v překonání zmíněných překážek. Tyto služby poskytují především azylové domy.

### **Zaměření podpory**

V rámci 2. priority zaměřené na sociální integraci Operačního programu Rozvoj lidských zdrojů je realizováno samostatné grantové schéma (GS) zaměřené právě na osoby bez přístřeší.

Cílem vytvořeného GS bylo zajistit jednotný systémový přístup státu při poskytování sociálních služeb osobám bez přístřeší a podpořit standardizaci poskytování sociálních služeb nestátními neziskovými organizacemi v České republice pro osoby bez přístřeší v pobytových zařízeních sociálních služeb (v azylových domech pro osoby bez přístřeší) a návazných terénních programů, a v neposlední řadě posílit jejich možnosti při poskytování sociálních služeb vedoucích k zapojení těchto osob do společnosti a na trh práce.

Dílčí cíle grantového schématu byly následující:

- příprava poskytovatelů služeb pro danou cílovou skupinu na povinnosti vyplývající ze zákona o sociálních službách,

- posílení a rozvíjení schopností nestátních neziskových organizací při poskytování sociálních služeb, které jsou zaměřeny na osoby bez přístřeší, s cílem zvyšovat úroveň kvality těchto služeb ve smyslu standardů kvality sociálních služeb,
- podpora spolupráce nestátního neziskového sektoru a místních samospráv (krajů, obcí) s cílem zajistit dostupnou síť kvalitních sociálních služeb pro osoby bez přístřeší (ve vazbě na plány rozvoje sociálních služeb na území kraje či obce) a
- podpora sociální začleňování osob bez přístřeší do společnosti, jejich návrat a setrvání na trhu práce.

Předkládané projekty v rámci GS musely naplňovat tyto 3 základní principy:

- Inovativnost – nové aktivity s cílem integrace uživatele na trh práce, nové aktivity s cílem aktivizace potenciálu uživatele (získávání pracovních návyků a dovedností), nové aktivity na vzdělávání uživatelů služeb,
- Individuálnost – při nabídce služeb uživateli se vždy vychází z jeho individuálních potřeb a možností a při poskytování služeb se vždy vychází z individuálního plánu práce s uživatelem,
- Odpovědnost – při nabídce služeb uživateli musí být vždy jasná jeho osobní odpovědnost za neplnění povinností, ke kterým se zavázal

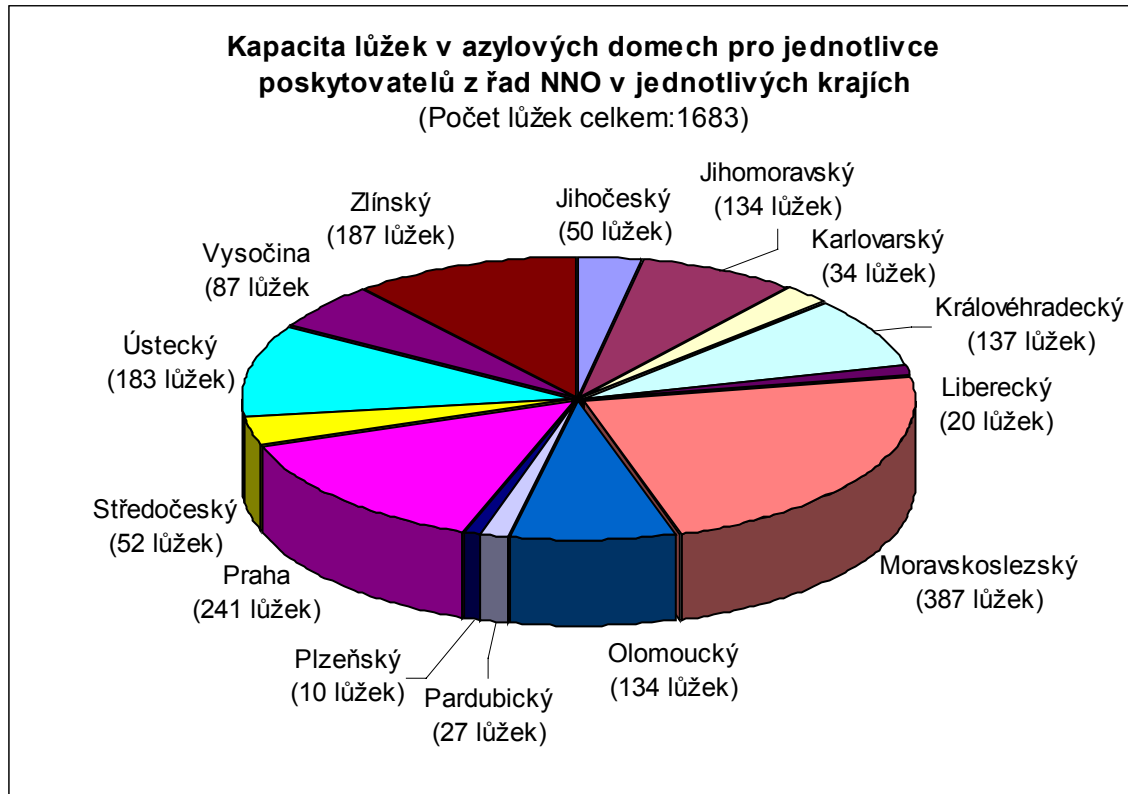
V rámci jednotlivých projektů byly podporovány tyto aktivity:

- sociální práce s osobami bez přístřeší zejména v azylových domech,
- zajištění pobytových služeb na přechodnou dobu osobám v nepříznivé sociální situaci spojené se ztrátou bydlení (azylové domy),
- doprovodné programy pro uživatele služeb, které jim umožní získávat dovednosti a znalosti pro návrat a setrvání na trhu práce,
- sociální poradenství a jiné specifické poradenství,
- vzdělávání pracovníků – sociálních pracovníků a pracovníků v přímé péči s klientem

## **Dosažené a předpokládané výsledky**

Celkem v rámci GS bylo vybráno a podpořeno celkem 27<sup>44</sup> dvouletých projektů nestátních neziskových organizací v celkové výši 216,4 mil. Kč. V rámci těchto projektů bylo podpořeno celkem 50 zařízení sociálních služeb (především azylových domů) s celkovou kapacitou 1 683 lůžek. Kapacitu lůžek v jednotlivých krajích zobrazuje následující graf s názvem „Kapacita lůžek v azylových domech pro jednotlivce poskytovatelů z řad NNO“. MPSV pravidelných termínech monitoruje vytíženost těchto zařízení, k 31. srpnu 2006 byla jednotlivá lůžka vytížena v průměru ve výši 82 %. Nejnižší vytíženost lůžek byla v kraji Libereckém a Karlovarském, nevyšší v Praze a Jihočeském kraji.

<sup>44</sup> Celkem v rámci výzvy k předkládání projektů bylo předloženo 32 žádostí. V rámci věcného hodnocení byly však vyřazeny 4 projekty, které nedosáhly hranice 65 bodů potřebné pro financování z OP RLZ. 27 projektů splnilo v rámci věcného hodnocení podmínku 65 bodů.



Prostředky z Evropského sociálního fondu umožnily nastavení kvalitního a systémového poskytování sociálních služeb pro vymezenou cílovou skupinu – osoby bez přístřeší. Jejich použití především napomáhá zvýšit procento osob, které se po využití sociálních služeb, vzdělávání a dalších doprovodných aktivit aktivizujících individuální potenciál osoby, podporovaných v rámci jednotlivých projektů, jsou schopni integrovat zpět do společnosti a především se znovu zapojit na trh práce.

Hlavní přínos lze taktéž spatřovat v nastavení minimálních standardů kvality poskytovaných sociálních služeb ve většině zařízení v České republice poskytovaných nestátními neziskovými organizacemi a v přípravě těchto zařízení resp. poskytovatelů sociálních služeb na povinnosti, které vyplývají z přijatého zákona o sociálních službách, a ve zvýšení počtu odborného personálu v jednotlivých zařízeních.

Tím, že je vyžadován u všech projektů systém kontroly a hodnocení realizovaných aktivit a se zároveň zajistí i sledování efektivity poskytovaných finančních prostředků v této oblasti.

## Příloha č. 2.2 - Zpráva o implementaci Národního akčního plánu sociálního začleňování na léta 2004 – 2006

### Úvod

Tato zpráva popisuje implementaci Národního akčního plánu sociálního začleňování České republiky (dále NAPSÍ), který byl připraven na období 2004 až 2006. NAPSÍ je národní strategií boje s chudobou a sociálním vyloučením, připravenou v rámci Otevřené metody koordinace politik sociálního začleňování zemí Evropské unie (dále EU).

První kapitola zprávy popisuje celkový strategický přístup NAPSÍ od roku 2004 do současnosti (2006) a opatření, která byla přijata k splnění vytyčených cílů a hodnotí jejich dopad na snížení chudoby a sociálního vyloučení v České republice (dále ČR).

Druhá kapitola popisuje vývoj institucionálního zajištění politiky sociálního začleňování v referenčním období 2004 až 2006.

### 1 Vyhodnocení plnění opatření NAPSÍ 2004 až 2006

Strategie boje s chudobou a sociálním vyloučením vyjádřená NAPSÍ na léta 2004 – 2006 byla v souladu s hospodářskou a sociální politikou ČR a vycházela z širokého pojetí chudoby a sociálního vyloučení, tzn., že se orientovala na všechny relevantní oblasti, které politika sociálního začleňování pokrývá, zejména politiku bydlení, vzdělávání, dopravy, potírání a prevence sociálně negativních jevů, aj. Klíčovou částí strategie byla podpora zaměstnanosti a zaměstnatelnosti, jako základního nástroje sociálního začleňování.

Popis plnění a hodnocení jednotlivých opatření je uspořádáno podle členění v NAPSÍ 2004 – 2006.

#### 1.1 Zmírňování regionálních nerovností

##### 1.1.1 Podpora regionálního rozvoje

Ke snížení rozdílů v životní úrovni mezi jednotlivými regiony ČR byly na základě Strategie regionálního rozvoje ČR s výhledem do roku 2006 podpořeny následující programy podpory rozvoje: **Regionální program podpory rozvoje hospodářsky slabých a strukturálně postižených regionů a Regionální program podpory rozvoje severozápadních Čech a Moravskoslezského kraje.**

Strategie regionálního rozvoje ČR byla také realizována prostřednictvím strukturálních fondů EU<sup>45</sup>. V rámci opatření 3.2 Společného regionálního operačního programu Podpora sociální integrace v regionech je poskytována z prostředků Evropského sociálního fondu (dále ESF) neinvestiční podpora zaměřená na sociální integraci na regionální úrovni. Opatření je realizováno prostřednictvím grantového schématu, které umožňuje zapojení zejména nestátních neziskových organizací (dále NNO) v této oblasti. Podpora v rámci opatření je poskytována na realizaci neinvestičně zaměřených programů, kurzů, na poradenství a na služby občanům, včetně poskytování rehabilitačních pomůcek, učebních pomůcek, studijních materiálů, pořádání sociálně zaměřených akcí, na informační a propagační činnost apod. Projekty vedou k vytváření rovných příležitostí pro znevýhodněné skupiny obyvatelstva, k rozvoji občanské společnosti a poskytování služeb pro začlenění sociálně ohrožených osob do komunity či na trh práce. Do 31. 12. 2005 byly v rámci tohoto opatření podpořeny projekty v celkové částce 187 mil. Kč. Měřitelnými výstupy jsou: 6184 podpořených sociálně ohrožených jedinců, 133 nově vzniklých pracovních míst, 62 úspěšných absolventů vzdělávacích programů.

<sup>45</sup> Specifický cíl Vyvážený rozvoj regionů SROP na léta 2004 až 2006.

## 1.1.2 Podpora rozvoje malého a středního podnikání

S účinností od 1. 7. 2005 vstoupila v platnost novela Obchodního zákoníku, která výrazně urychlila zápis do obchodního rejstříku, čímž usnadnila start podnikání. Když se po podání návrhu na vklad podnikatelem rejstříkový soud do 5ti<sup>46</sup> dnů k podanému návrhu nevyjádří, je tento automaticky platný. Zrychlení zápisu také umožnily jednotné formuláře pro celou ČR<sup>47</sup>. Novela dále zavádí závazný seznam požadovaných příloh k zápisu do obchodního rejstříku a zpřehledňuje tak celý proces zápisu.

K podpoře rozvoje malého a středního podnikání slouží programy **START** a **KREDIT**<sup>48</sup>, které byly v letech 2004 – 2006 určeny začínajícím podnikatelským subjektům a podnikům v počátečním stádiu rozvoje. Jejich prostřednictvím byly poskytovány zvýhodněné úvěry malým a začínajícím podnikatelům. Do konce roku 2005 bylo v programu START poskytnuto 534 bezúročných úvěrů v celkové výši 235 mil. Kč a v programu KREDIT bylo poskytnuto 446 zvýhodněných úvěrů v celkové výši 864,4 mil. Kč.

Program **PORADENSTVÍ** byl zaměřen na podporu poradenství a inovačního podnikání pro malé a střední podnikatele (MSP). Jeho cílem bylo umožnit osobám připravujícím se na podnikání v ČR získat cenově výhodné odborné služby podnikatelského poradenství a služby podnikatelských inovačních center. V rámci programu bylo v roce 2005 poskytnuto 2 335 zvýhodněných služeb pro MSP a vyčerpáno celkem 25,9 mil. Kč.

Program **SPECIAL** byl určen na podporu MSP vytvářejících podmínky pro zaměstnávání občanů z problémových skupin obyvatelstva<sup>49</sup>. Program byl vytvořen v roce 2004 a realizován v letech 2004 a 2005. Poté byl ukončen pro snížení objemu disponibilních prostředků. V roce 2005 bylo v programu poskytnuto 8 příspěvků v celkové výši 2,8 mil. Kč<sup>50</sup>.

## 1.2 Usnadnění účasti na zaměstnání

### 1.2.1 Zaměstnatelnost obtížně umístitelných uchazečů o zaměstnání

Klíčovou částí strategie sociálního začleňování byla podpora zaměstnanosti a zaměstnatelnosti nejvíce znevýhodněných skupin obyvatelstva. Opatření uvedená v této části strategie vycházela zejména z Postupů a cílů ke snížení nezaměstnanosti v průběhu funkčního období vlády do roku 2006. Ke zvýšení zaměstnatelnosti uchazečů obtížně umístitelných na trhu práce slouží programy První příležitost (pro uchazeče do 25 let a do 6 měsíců evidence) a Nový start (pro uchazeče nad 25 let do 12 měsíců evidence). Programy jsou realizovány prostřednictvím Individuálních akčních plánů, tj. harmonogramů naplňování zejména zprostředkovacích a poradenských aktivit vedoucích k zaměstnání nebo ke zvýšení zaměstnatelnosti, zvýšení odpovědnosti uchazečů a aktivizace pro jejich pracovní uplatnění.

Program **První příležitost** byl pilotně testován v letech 2002 až 2003 a plošně rozšířen od 1. 1. 2004 na všech úřadech práce na území ČR. Celkem 19,5 tisíc uchazečů, mladších 25 let, kteří se zaevidovali v průběhu roku 2004, uzavřelo Individuální akční plán (IAP). 9,2 tisíc (47,3 %) jich do 6 měsíců po zaevidování ukončilo evidenci a zaměstnáno bylo 37,1 %. Z těch, kteří neměli uzavřený IAP, ukončilo evidenci do 6 měsíců 22,2 tisíc osob (tj. 56,3 %), podíl zaměstnaných činil 44,1 %<sup>51</sup>. Za rok 2005 jsou k dispozici pouze data za leden – červenec 2005 (7,8 tisíc osob ze zaevidovaných uzavřelo IAP). Evidenci do 6 měsíců ukončilo 4,1 tisíc osob a zaměstnáno bylo 2,9 tisíc, tj. 37,6 % (IAP neuzavřelo

<sup>46</sup> Do konce roku 2006 do 10ti dnů.

<sup>47</sup> Tyto formuláře jsou k dispozici u rejstříkových soudů a na internetových stránkách, např. [www.justice.cz](http://www.justice.cz).

<sup>48</sup> Financováno z Evropského fondu regionálního rozvoje (ERDF), opatření 2.1 Operačního programu Průmysl a podnikání.

<sup>49</sup> Osoby se zdravotním postižením a občanům společensky nepřizpůsobeným podle zákona č.100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení.

<sup>50</sup> V těchto případech šlo o žádosti podané již v roce 2004 a vyřízené počátkem roku 2005.

<sup>51</sup> Neuzavření IAP ze strany uchazeče o zaměstnání nelze hodnotit vždy negativně, protože se může jednat i o uchazeče, kteří neuzavřeli IAP z důvodu již příslibeného zaměstnání. Proto i podíl zaměstnaných této kategorie uchazečů je vyšší než podíl zaměstnaných u uchazečů, kteří měli IAP uzavřen.



21,8 tisíc osob, z nich podíl zaměstnaných do 6 měsíců po zaevidování činil 49,2 %, evidenci do 6 měsíců ukončilo celkem 14,5 tisíc osob, tj. 66,3 %). Nižší zájem ze strany mladých lidí do 25 let věku o uzavření IAP je zřejmě dán tím, že mladí lidé více spoléhají na vlastní aktivitu při hledání pracovního uplatnění, využití poradenství, rekvalifikace a dalších nástrojů aktivní politiky zaměstnanosti zvažují až po delším setrvání v evidenci.

### **Integrace osob se zdravotním postižením na pracovní trh**

Novým zákonem č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, je uložena povinnost úřadu práce ve spolupráci s osobou se zdravotním postižením stanovit **individuální plán pracovní rehabilitace** s ohledem na její zdravotní způsobilost, schopnost výkonu soustavného zaměstnání, na kvalifikaci a situaci na trhu práce. Záměrem individuálního plánu pracovní rehabilitace je intenzivní aktivizace uchazeče o zaměstnání se zdravotním postižením a nalezení pro něj vhodného zaměstnání. Práce na realizaci tohoto opatření, které je účinné od 1. 10. 2004, postupují jen velmi pomalu a zatím nepřinášejí očekávaný efekt. Pracovní rehabilitace je hrazena z rozpočtů úřadů práce, a to v rámci prostředků na aktivní politiku zaměstnanosti. V roce 2005 činily náklady úřadů práce na poskytování pracovní rehabilitace osob se zdravotním postižením 53 000 Kč.

Novým zákonem o zaměstnanosti došlo k navýšení maximálních částek **příspěvků na vytváření chráněných pracovních míst a na jejich provoz** a byl zaručen způsob jejich valorizace. Navýšení příspěvků na vytváření a provoz chráněných pracovních míst lze hodnotit pozitivně. Je třeba však upozornit, že stejně jako je tomu u všech ostatních nástrojů aktivní politiky zaměstnanosti, nejsou tyto příspěvky nárokové, ale pouze fakultativní, jejich poskytnutí i výše závisí na správním uvážení příslušného úřadu práce. Vzhledem k tomu, že chybí podrobnější metodika pravidel pro poskytování příspěvku, je situace v regionech při posuzování žádostí ze strany zaměstnavatelů nejednotná a často nemá ani žádnou souvislost s mírou nezaměstnanosti v jednotlivých regionech.

V roce 2004 bylo v rámci státní politiky zaměstnanosti vynaloženo cca 668 mil. Kč jako příspěvek zaměstnavatelům zaměstnávajícím více než 50 % osob se zdravotním postižením podle zákona o zaměstnanosti. V roce 2005 bylo zaměstnavatelům na příspěvcích vyplaceno 737 mil. Kč. Tento příspěvek je poskytován všem zaměstnavatelům, kteří splní zákonem stanovené podmínky.

V ČR je zákonem o zaměstnanosti uložena povinnost pro zaměstnavatele zaměstnávat osoby se zdravotním postižením ve výši povinného podílu na celkovém počtu svých zaměstnanců. Zákon o zaměstnanosti zvýšil odvod za neplnění povinného podílu na 2,5 násobek průměrné mzdy národního hospodářství za 1. až 3. čtvrtletí roku, ve kterém zaměstnavatel povinnost nesplnil. Zákon o zaměstnanosti vymezil nově pravidla pro plnění povinného podílu formou náhradního plnění. Ukazuje se, že je způsob náhradního plnění nastaven poněkud nevyrovnaně ve vztahu k povinnosti přímého zaměstnávání osob se zdravotním postižením, pro zaměstnavatele bývá výhodnější plnit povinný podíl formou náhradního plnění.

### **Podpora zaměstnanosti věkově starších občanů (55 – 64 let)**

Zákonem č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, bylo **zavedeno postupné zvyšování věkových hranic pro nárok na starobní důchod**, a to výrazněji v případě žen (o 4 měsíce za rok) než mužů (o 2 měsíce za rok). V roce 2003 bylo rozhodnuto pokračovat ve zvyšování věkových hranic pro nárok na starobní důchod tak, že dojde k jejich sjednocení pro muže a bezdětné ženy na 63 let. Pro ostatní ženy zatím stanoví platná právní úprava nižší věkové hranice v rozmezí od 59 do 62 let podle počtu vychovaných dětí.

S účinností od 1. 1. 2004 **došlo k omezení možností předčasného odchodu do starobního důchodu** zrušením jednoho ze dvou dosavadních typů, a to dočasně kráceného předčasného starobního důchodu. S účinností od 1. 1. 2004 byla dále zrušena právní úprava, která spočívala v zastavení výplaty starobního důchodu při překročení

stanoveného příjmu v období dvou let po vzniku nároku na tento důchod. S účinností od 1. 2. 2006 bylo zrušeno krácení částečných invalidních důchodů nebo zastavení jejich výplaty při překročení stanovené hranice příjmů z výdělečné činnosti, takže výplata těchto důchodů náleží pracujícím důchodcům bez ohledu na výši příjmů.

V rámci přípravy důchodové reformy bude zvaženo řešení týkající se pokračování ve zvyšování věkových hranic pro nárok na starobní důchod se záměrem jejich sjednocení pro muže a ženy, posouzena délka období, o které lze odejít do starobního důchodu před dosažením věkové hranice pro nárok na starobní důchod, a možnost zavedení postupného odchodu do starobního důchodu a jeho přepočet i s přihlédnutím k době, po kterou byl tento důchod vyplácen v souběhu s příjmem z výdělečné činnosti.

V souladu s naplňováním Národního akčního plánu zaměstnanosti na léta 2004 - 2006 je při realizaci aktivní politiky zaměstnanosti v ČR **stanoven minimální podíl zapojení cílové skupiny věkově starších občanů do opatření směřujících ke zvýšení uplatnění na trhu práce**. Tento trend podporují i nové nástroje aktivní politiky zaměstnanosti definované zákonem č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, který nabyl účinnosti 1.10.2004. Jedná se zejména o **cílené programy k řešení zaměstnanosti**, které jako soubor opatření zaměřených ke zvýšení možnosti fyzických osob nebo jejich skupin uplatnit se na trhu práce řeší problémy v příslušném regionu v oblasti zaměstnanosti.

### **Podpora zaměstnanosti v regionech s vysokou nezaměstnaností**

V roce 2004 byl vytvořen **Program pro tvorbu nových pracovních míst v regionech nejvíce postižených nezaměstnaností**<sup>52</sup> zaměřený na podporu vytváření nových pracovních míst, na podporu rekvalifikace a školení zaměstnanců v regionech ČR nejvíce postižených nezaměstnaností. Do konce roku 2005 byly uzavřeny dohody s 21 investory, kteří se v následujících dvou letech zavázali vytvořit 1 203 pracovních míst a vyškolit, resp. rekvalifikovat 635 zaměstnanců. Těmto investorům byla poskytnuta finanční podpora ve výši 223,5 mil. Kč (z toho 215,8 mil. Kč na podporu nově vytvářených pracovních míst a 7,7 mil. Kč na školení a rekvalifikace zaměstnanců). V období do 31. 12. 2005 uvedených 21 investorů již zřídilo a obsadilo 1 079 nových pracovních míst a vyškolilo 293 pracovníků. Někteří investoři vytvořili a obsadili více pracovních míst, než ke kterým byli podpořeni ze strany úřadů práce. Z hlediska regionálního rozložení bylo nejvíce projektů realizováno v Jihomoravském kraji 11, kde vzniklo 777 míst (72% z celkového počtu vytvořených míst), v Moravskoslezském kraji se realizuje 5 projektů (69 míst, tj. 6%), v Ústeckém kraji 4 projekty (225 míst, tj. 21%), v Olomouckém kraji 1 projekt (necelé 1%). Celkově se v horizontu let 2006 – 2007 předpokládá realizace cca 20 – 25 projektů ročně, s finanční podporou tvorby nových pracovních míst v hodnotě 350 mil. Kč ročně. To představuje vznik minimálně 1 750 nových pracovních míst ročně.

### **Podpora zaměstnanosti a zaměstnatelnosti v rámci ESF**

Aktivity ke zvýšení zaměstnanosti a zaměstnatelnosti v ČR, investice do lidských zdrojů a do vzdělávání jsou podpořeny mj. z prostředků ESF. Referenčními dokumenty jsou OP RLZ, JPD 3 a částečně také SROP.

### **Grantové a národní projekty v rámci OP RLZ**

Na podporu zaměstnanosti a zvýšení zaměstnatelnosti znevýhodněných skupiny bylo v rámci grantových schémat uvedených v tabulce vyhlášeno několik kol výzev k předkládání žádostí o finanční podporu.

---

<sup>52</sup> Usnesení vlády ČR č. 566, ze dne 2. června 2004.

Tabulka: Grantové projekty v oblasti podpory zaměstnanosti a zaměstnatelnosti v rámci OP RLZ

Číslo Opatření	Grantové schéma/Národní projekt	Počet vybraných/podpořených projektů	Celková výše finančních prostředků
1.1 Posílení aktivní politiky zaměstnanosti při zaměstnávání uchazečů a zájemců o zaměstnání	GS Úřadů práce Podpora aktivní politiky zaměstnanosti	202	465,5 mil. Kč
1.1 Posílení aktivní politiky zaměstnanosti při zaměstnávání uchazečů a zájemců o zaměstnání	Nadregionální GS MPSV ČR SSZ Podpora aktivní politiky zaměstnanosti	5	51,1 mil. Kč
2.1 Integrace specifických skupin obyvatelstva ohrožených sociální exkluzí – část zaměstnanost	GS Začlenění skupin ohrožených sociální exkluzí	22	102,4 mil. Kč
2.2 Podpora rovných příležitostí žen a mužů na trhu práce	Nadregionální GS Podpora rovných příležitostí žen a mužů na trhu práce	26	169,4 mil. Kč
3.3 Rozvoj kapacit dalšího profesního vzdělávání	GS krajů Rozvoj kapacit dalšího profesního vzdělávání	117	232 mil. Kč
4.1 Zvýšení adaptability zaměstnavatelů a zaměstnanců na změny ekonomických a technologických podmínek	GS adaptabilita a podpora konkurenceschopnosti podniků a organizací	120 / 115	293 mil. Kč
4.1 Zvýšení adaptability zaměstnavatelů a zaměstnanců na změny ekonomických a technologických podmínek	Nadregionální grantové schéma Adaptabilita a podpora konkurenceschopnosti podniků a organizací	12	82 mil. Kč

V rámci Opatření 1.1 Posílení aktivní politiky zaměstnanosti při zaměstnávání uchazečů a zájemců o zaměstnání OP RLZ jsou realizovány dva typy projektů, které si jednotlivé pověřené úřady práce v regionech přizpůsobují konkrétním podmínkám a požadavkům místního trhu práce a potřebám zaměstnávání uchazečů a zájemců o zaměstnání. V roce 2005 bylo předloženo celkem 26 národních projektů ve výši 1 699 mil. Kč.

Tabulka: Národní projekty v oblasti podpory zaměstnanosti a zaměstnatelnosti v rámci OP RLZ

Opatření	Národní projekt	Cíl projektu
1.1 Posílení aktivní politiky zaměstnanosti při zaměstnávání uchazečů a zájemců o zaměstnání	Návrat do práce	Zvýšit účinnost aktivní politiky zaměstnanosti při zaměstnávání uchazečů a zájemců o zaměstnání, podpora nových forem zaměstnání
1.1 Posílení aktivní politiky zaměstnanosti při zaměstnávání uchazečů a zájemců o zaměstnání	Najdi si práci	
2.1 Integrace specifických skupin obyvatelstva ohrožených sociální exkluzí – část zaměstnanost	Příprava na práci	Vyrovnat příležitosti v přístupu ke vzdělání, zaměstnání a dalšímu společenskému a pracovnímu uplatnění příslušníků některých zvláště ohrožených skupin obyvatel.

### Grantové a národní projekty v rámci JPD 3

V oblasti podpory zaměstnanosti a zaměstnatelnosti byly také na území hl. města Prahy realizovány grantové projekty a národní projekt z prostředků ESF v rámci JPD 3. V rámci Opatření 1.1 Posílení aktivní politiky zaměstnanosti při zaměstnávání uchazečů a zájemců o zaměstnání JPD 3 v Praze byly schváleny dva národní projekty Najdi si práci.

Tabulka: Grantové projekty v oblasti podpory zaměstnanosti a zaměstnatelnosti v rámci JPD 3

Opatření	Počet podpořených projektů	Celková výše finančních prostředků
1.1 Rozšíření a zvýšení adresnosti aktivní politiky zaměstnanosti	12	53,174 mil. Kč
2.2 Sladění rodinného a pracovního života – část zaměstnanost	8	29,7 mil. Kč
4.1 Zvýšení adaptability zaměstnavatelů a zaměstnanců na změny ekonomických a technologických podmínek jako podpora konkurenceschopnosti – část zaměstnanost	43	111,1 mil. Kč

## 1.2.2 Modernizace vzdělávacího systému, rozvoj celoživotního učení

Na reformy na trhu práce navazují reformy v oblasti vzdělávání. V rámci rozvojového programu **Vyrovňování disproporcí ve vzdělávací nabídce krajů**, vyhlášeného v letech 2003 – 2006 s cílem vyrovnání nerovností ve vzdělávací nabídce krajů, byl vypracován návrh na diferencovanou podporu krajů podle rozsahu disproporcí s rámcově určenou výší finančních prostředků, s dobou trvání 4 roky. Každý kraj si z navržených oblastí sám volil, jaké jsou pro něj prioritní a v jakém rozsahu. Podmínkou přijetí projektu kraje byl soulad navržených projektů s Dlouhodobým záměrem vzdělávání a rozvoje vzdělávací soustavy příslušného kraje a spolufinancování ve výši 20% celkového objemu dotace. Přihlásily se všechny kraje, finanční prostředky byly přiděleny 13 krajům<sup>53</sup> ze 14. Bylo rozděleno 48,8 mil. Kč a z toho bylo čerpáno 45,2 mil. Kč, tj. 92,8%. Zavedení projektu mělo v krajích a v participujících školách značný ohlas a z diskusí vyplynulo, že program měl výrazný motivační prvek aktivity učitelů. Mezi podporované oblasti patřily zejména: restrukturalizace studijních a učebních oborů SOŠ a SOU a zavádění nových studijních oborů, úprava a inovace kurikula studijních a učebních oborů, příprava učebních textů, vybavení učeben a laboratoří a související školení pedagogických pracovníků, další vzdělávání pedagogických pracovníků, nástavbové studium, žáci ze sociokulturně znevýhodněného prostředí, mimoškolní vzdělávání a mládež. Od roku 2004 bylo pokračování nastartovaných prací programu umožněno v rámci začínající podpory z ESF, OP RLZ, opatření 3.1 Zkvalitňování vzdělávání ve školách a školských zařízeních a rozvoj podpůrných systémů ve vzdělávání. Pražské školy se ucházely o finanční podporu v rámci JPD pro Cíl 3 regionu NUTS 2 hl. města Prahy.

V oblasti realizace Strategie rozvoje lidských zdrojů byly v letech 2004 – 2006 zpracovány a přijaty právní předpisy, které vytvářejí předpoklady pro její realizaci. Jedná se především o **zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (tzv. školský zákon)**, ve znění pozdějších předpisů, a zákon č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících a změně některých zákonů.

V oblasti celoživotního učení bylo hlavním úkolem nastavit základní podmínky v této oblasti, což je naplněno předloženým **zákonem č. 179/2006 Sb., o ověřování a uznávání výsledků dalšího vzdělávání a změnách některých zákonů**. Cílem zákona je vytvoření funkčního systému uznávání výsledků neformálního vzdělávání a informálního učení a principy udělování osvědčení potvrzující získání dílčí kvalifikace.

K podpoře dalšího profesního vzdělávání a celoživotního učení bylo v průběhu roku 2005 v rámci Opatření 3.3 Podpora dalšího profesního vzdělávání OP RLZ zahájeno 10 systémových projektů, jak z oblasti počátečního, tak dalšího vzdělávání. Jedním z těchto projektů je **projekt UNIV** – Uznávání výsledků neformálního vzdělávání a informálního učení, který je realizován ve vybraných 66 školách v 6 krajích. Zároveň také dochází k čerpání ze zdrojů ESF v rámci grantového schématu, v jehož rámci jsou zahájeny práce na **Národní soustavě kvalifikací** (dále NKS), která podporuje propojení počátečního a dalšího vzdělávání. V rámci projektu se budou vymezovat kvalifikační a evaluační standardy v jednotném, přehledném a srozumitelném prostředí, dostupném prostřednictvím informačního systému všem aktérům celoživotního učení. Rozvoj NKS přispěje k propojení certifikace počátečního a dalšího vzdělávání. Zároveň dojde ke zvýšení transparentnosti vzdělávání a kvalifikací v národním i mezinárodním kontextu. Projekt přispívá k tvorbě prostředí podporujícího mezinárodní mobilitu (metodika tvorby doplňků certifikátů) a vzájemné uznávání kvalifikací.

---

<sup>53</sup> 1 kraj opakovaně nesplnil základní podmínky vyhlášení.

## 1.3 Usnadnění přístupu ke zdrojům, právům, zboží a službám pro všechny

### 1.3.1 Zajištění potřebné úrovně minimálního příjmu

K motivování upřednostňování pracovních příjmů před příjmy sociálními byla v letech 2004 až 2006 nařízeními vlády zvyšována minimální mzda, a to v souladu s § 111 zákoníku práce a po projednání se sociálními partnery. Zvýšení minimální mzdy z 6 200 Kč v roce 2003 vzhledem k příznivému ekonomickému vývoji na 7 955 Kč v roce 2006 představuje celkový nárůst o 1 755 Kč, tj. o 28,3 %.

Nárůst minimální mzdy je v letech 2004 – 2006 vyšší než tempo růstu průměrné mzdy v národním hospodářství (předpokládá se nárůst o cca 19 % na 20 120 Kč). Tím se podaří zvýšit podíl minimální mzdy k průměrné mzdě z 36,6 % v roce 2003 na 39,5 % v roce 2006. V čistém vyjádření by tento podíl mohl stoupnout také i v souvislosti s realizací přijatých opatření v daňové oblasti z 38,5 % na 43,2 %.

Vzhledem k tomu, že životní minimum nebylo v roce 2004 zvýšeno (nebyla splněna valorizační podmínka) a v letech 2005 a 2006 rostlo v návaznosti na vývoj spotřebitelských cen pomaleji než minimální mzda, bylo dosaženo příznivějších relací minimální mzdy a životního minima, které více motivují k přijetí a k setrvání v zaměstnání. Relace čisté minimální mzdy k životnímu minimu jednotlivce se zvýšila ze 124 % v roce 2003 na 152 % v roce 2006. Relace čisté minimální mzdy se postupně zlepšuje i k životnímu minimu vícečetných domácností, neboť kromě zvýšení minimální mzdy a mírnějšího nárůstu životního minima příznivě působí i opatření přijatá v daňové oblasti (nahrazení odčitatelných položek slevami na dani, zavedení daňových bonusů u vyživovaných dětí, snížení sazby daně v nejnižších daňových pásmech apod.).

V letech 2004 – 2006 došlo ke dvěma valorizacím životního minima, a to od 1. 1. 2005 a 1. 1. 2006 v souladu s platnou valorizační podmínkou. Při obou valorizacích byly částky životního minima zvýšeny nařízením vlády diferencovaně podle skutečného vývoje spotřebitelských cen tak, aby byla zachována jejich reálná úroveň (kupní síla). Významněji vzrostly souhrnně o cca 13,4 % částky životního minima na společné potřeby domácností (rozdílné podle počtu osob v domácnosti) vzhledem k vyšší dynamice růstu cen v oblasti bydlení. Částky životního minima na výživu a ostatní základní osobní potřeby byly zvýšeny o cca 3,4 %. Životní minimum jednotlivce tak vzrostlo ze 4 100 Kč v roce 2003 na 4 420 Kč v roce 2006, tj. o 7,8 %, a u rodin s dětmi v průměru o 6,2 %. Životní minimum úplné čtyřčlenné rodiny s dětmi je v současné době 2,6 – 3 krát (podle věku dětí) vyšší než životní minimum jednotlivce.

Na přelomu let 2004 a 2005 bylo rozhodnuto o potřebě změn některých dávkových systémů sociální ochrany, které vznikly v počátku 90. let. Cílem změn bylo poskytnout osobám dostatečnou ochranu před hmotnou nouzí a zároveň je motivovat k pracovní činnosti. V březnu 2006 byl ukončen legislativní proces **zákona o pomoci v hmotné nouzi a zákona o životním a existenčním minimu**. Tyto zákony budou účinné od 1. ledna 2007.

Zákon č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi, upravuje poskytování tří dávek, a to příspěvku na živobytí, doplatku na bydlení a mimořádné okamžité pomoci. Zákon zavádí řadu prvků, které společně s aktivními opatřeními služeb zaměstnanosti, v oblasti daní a odměňování, vytváří prostředí pro podporu aktivnějších osob, které mají zájem řešit svoji nepříznivou sociální situaci. K omezení dlouhodobé závislosti na dávkách budou využívány Aktivizační plány, které budou sestaveny s osobou, které bude delší dobu vyplácen příspěvek na živobytí. Obsahem plánu budou postupy, kroky a cíle, kterých má být dosaženo, a to včetně časového harmonogramu.

### 1.3.2 Zabezpečení bydlení pro všechny

V ČR se v souvislosti se zajištěním přístupu ke kvalitnímu a cenově dostupnému bydlení pro osoby ohrožené sociálním vyloučením realizuje výstavba podporovaných bytů v rámci

těchto nástrojů: **Program na výstavbu podporovaných bytů** a **Program podpory výstavby nájemních bytů**.

Realizace **Programu na výstavbu podporovaných bytů** v letech 2004 až 2005 je uvedena v následující tabulce.

Tabulka: Program na výstavbu podporovaných bytů

Typy bytů	Počet bytů 2004	Celková částka uvolněná v r.2004 v tis. Kč	Počet bytů 2005	Celková částka uvolněná v r. 2005 v tis. Kč
<b>Chráněné byty</b> – pro osoby se zdravotními problémy a osoby pokročilého věku. V bytech musí být zajištěno poskytování služeb sociální péče.	787	601 300	561	381 095
<b>Byty na půl cesty</b> – pro osoby a domácnosti se sociálními handicap, které žijí konfliktním způsobem života nebo v rizikovém prostředí. V bytech musí být zajištěno poskytování služeb sociální prevence.	0	0	8	4 800
<b>Vstupní byty</b> – pro osoby, které v důsledku nepříznivých životních okolností nemají přístup k bydlení a to ani při využití všech stávajících nástrojů sociální a bytové politiky, přičemž jsou schopny vést samostatný život zejména z hlediska plnění povinností vyplývajících z nájemního vztahu.	26	6 500	8	2 000
Celkem	813	607 800	577	397 895

**Program podpory výstavby nájemních bytů** slouží ke zvýšení dostupnosti bydlení pro osoby s nízkým příjmem. Jedná se o výstavbu nájemních bytů pro osoby s nízkými příjmy. V roce 2005 bylo v rámci tohoto programu postaveno 1 113 bytových jednotek v hodnotě 344 071 tis. Kč<sup>54</sup>.

Paralelně je od roku 2003 realizována podpora výstavby nájemních bytů pro osoby s vymezenými příjmy z prostředků Státního fondu rozvoje bydlení (SFRB). Od roku 2006 je tato forma podpory poskytována pouze SFRB. Podmínkou poskytnutí dotace na nájemní byty je výstavba stanoveného podílu tzv. upravitelných bytů, tedy bytů, které mohou obývat zdravotně postižené osoby.

V průběhu roku 2006 byl schválen zákon č. 107/2006 Sb., **o jednostranném zvyšování nájemného z bytu (zákon o nájemném)**, který umožní během čtyřletého přechodného období odstranit existující cenové deformace a vytváří podmínky pro efektivní využití smluvního přístupu k nájemnému. Míra jednostranného zvyšování nájemného, která bude umožněna během přechodného období, je kompromisem mezi sociální únosností tohoto zvyšování pro nájemce a nutností vytvořit podmínky pro přechod na smluvní systém, kdy bude výše nájemného dána lokální nabídkou a poptávkou po bydlení.

Ke zvýšení dostupnosti bydlení pro domácnosti se středními příjmy napomůže zákon č. 378/2005 Sb., **o podpoře výstavby družstevních bytů**, který umožní bytovým družstvům od počátku roku 2006 získat podporu na výstavbu družstevních bytů pro své členy – budoucí nájemce družstevních bytů. Jedná se o domácnosti, pro které je vlastnické bydlení nedostupné, ale které mají dostatek finančních prostředků na to, aby se mohly na financování výstavby alespoň částečně podílet a mohly platit nákladové nájemné, zahrnující odpovídající část úvěru, který byl při financování výstavby využit. Státní podpora poskytovaná Státním fondem rozvoje bydlení spočívá v poskytování investiční dotace a nízkouročeného úvěru na výstavbu družstevních bytů.

Zabezpečení integrace azylantů v oblasti bydlení v letech 2004 až 2006 bylo realizováno podle Zásad pro poskytování dotací ze státního rozpočtu ve prospěch obcí prostřednictvím

<sup>54</sup> Nařízení vlády č. 146/2003 Sb., o použití prostředků Státního fondu rozvoje bydlení ke krytí části nákladů spojených s výstavbou bytů pro příjmově vymezené osoby.

krajů na zajištění bydlení pro azylanty. V roce 2005 zajištěno 40 integračních bytů pro 102 azylantů. V této souvislosti bylo obcím uvolněno téměř 13,5 tis. Kč. Vláda ČR doporučila hejtmanům krajů zabezpečit bydlení pro azylanty podle procentních kvót pro jednotlivé kraje. Tuto kvótu přesáhly Jihomoravský kraj, Liberecký kraj, Ústecký kraj a Hlavní město Praha. Dále bylo realizováno 6 nabídek Středočeského kraje, 5 nabídek Plzeňského kraje, 2 nabídky kraje Vysočina a po jedné nabídce Královéhradeckého kraje a Pardubického kraje.

K předcházení územní segregace a vzniku enkláv sociálně slabých rodiny proběhl v roce 2005 projekt **Možnosti prevence segregace**. Součástí projektu bylo pracovní setkání odborníků a následná konference určená široké veřejnosti. Cílem těchto akcí bylo vyvolat diskusi o segregaci jako takové, což se podle příznivých reakcí zdařilo. Pro větší využití poznatků, které na konferenci i pracovním setkání zazněly, byl vydán soubor příspěvků s názvem „Prevence prostorové segregace“, který upozorňuje na otázky spojené s rozvíjející se segregací, na možnosti prevence segregace popř. zmírňování některých jejích důsledků. Obsah publikace bude upraven do jednodušší a pro širší okruh uživatelů srozumitelné podoby, doplněn o nové pohledy na segregaci, názorné příklady segregovaných a separovaných lokalit a o výkladový slovníček pojmů spojených s problematikou segregace. Publikace by měla sloužit jako součást metodické podpory obcí v oblasti bytové politiky.

### 1.3.3 Rovný přístup k sociálním službám

S účinností od 1. ledna 2007 byl schválen zákon **č. 108/2006 Sb., o sociálních službách** (dále jen zákon o sociálních službách), který upravuje podmínky poskytování pomoci prostřednictvím sociálních služeb a příspěvku na péči lidem v tíživé životní situaci a dále podmínky pro vydání oprávnění k poskytování sociálních služeb, inspekci poskytování sociálních služeb, výkon veřejné správy v oblasti sociálních služeb a v neposlední řadě i předpoklady pro výkon povolání sociálního pracovníka v systémech, kde sociální pracovník působí.

Zákon o sociálních službách byl připraven s ohledem na nedostatečné legislativní ukotvení sociálních služeb, které pocházelo z 80. let a neodpovídalo potřebám měnící se společnosti.

Hlavním cílem zákona je podporovat proces sociálního začleňování a sociální soudržnost společnosti. Zákon o sociálních službách vytváří podmínky pro uspokojování oprávněných potřeb lidí, kteří jsou z různých důvodů oslabeni v jejich prosazování, zabezpečuje základní rámec k zajištění potřebné podpory a pomoci. Poskytovaná podpora a pomoc bude z hlediska zákona o sociálních službách dostupná, efektivní, kvalitní, bezpečná a hospodárná. Zákon zavádí individuální dávku, tzv. **příspěvek na péči**, který slouží k zajištění pomoci při péči o vlastní osobu a k zajištění soběstačnosti. Nárok na příspěvek budou mít všechny osoby, u kterých bude zjištěn příslušný stupeň závislosti na pomoci jiné osoby. V rámci posuzování pro účely stanovení stupně závislosti byla použita posudková hlediska, která poprvé u nás odráží kritéria ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health - klasifikace zdravotního postižení).

Zákon o sociálních službách definuje sociální službu, formy jejího poskytování a zařízení a druhy sociálních služeb. Dále zavádí povinnou registraci poskytovatelů sociálních služeb, která umožní vznik registru sociálních služeb, který bude významným zdrojem informací o rozsahu a charakteru sítě sociálních služeb. Tento registr bude mít podobu veřejného informačního systému, který bude sloužit k lepší orientaci v systému sociálních služeb.

Zákon o sociálních službách stanovuje řadu povinností pro poskytovatele sociálních služeb, jednou z těchto povinností je i dodržování standardů kvality sociálních služeb. Zákon zároveň zavádí nový institut kontroly poskytování sociálních služeb, tzv. inspekci poskytování sociálních služeb, jejímž úkolem je kontrola plnění podmínek a povinností, které ukládá zákon poskytovatelům sociálních služeb a kvalita v sociálních službách. zavádí nový institut kontroly poskytování sociálních služeb, tzv. inspekci poskytování sociálních služeb, jejímž úkolem je kontrola plnění podmínek a povinností, které ukládá zákon poskytovatelům sociálních služeb a kvalita v sociálních službách.

Pro podporu systému kvality a kontroly kvality v sociálních službách je MPSV ČR od října 2005 realizován systémový celorepublikový projekt **Kvalita v sociálních službách**, který je financován z prostředků ESF v rámci části opatření 2.1 OR RLZ a státního rozpočtu ČR. Cílem projektu je vytvořit a zajistit jednotný metodický přístup v oblasti kvality a kontroly kvality v sociálních službách a vytvořit ucelený systém vzdělávání v této oblasti. Projekt je rozdělen na dvě části.

Všeobecným cílem části projektu zaměřené **na systém kvality sociálních služeb** je na základě zmapování současné situace v oblasti zavádění národních standardů kvality sociálních služeb a na základě již existujících specifických standardů kvality sociálních služeb, vytvořit jednotný systém pro vzdělávání v zavádění národních standardů kvality v sociálních službách. Jednotný systém bude zaveden prostřednictvím průvodců v zavádění standardů kvality sociálních služeb, kteří budou vzděláni v nově vytvořeném a pilotně ověřeném vzdělávacím programu. A dále pak vytvořit jednotnou metodiku pro vznik typových standardů kvality a podpořit rozvoj a revizi již existujících standardů kvality a vzdělávacích programů.

Všeobecným cílem části projektu zaměřené **na kontrolu kvality sociálních služeb** je vytvoření systému hodnocení kvality v sociálních službách, který bude významným nástrojem podporujícím sociální začleňování a zvyšování úrovně poskytovaných sociálních služeb. Cílem je připravit budoucí inspektory sociálních služeb a proškolené již vyškolené tak, aby uměli rozpoznat soulad poskytované sociální služby s národními standardy kvality, vyvozovat závěry pro orgán odpovědný za kontrolu poskytování sociálních služeb a dávat podněty a podporu k rozvoji kvalitních sociálních služeb. Dalším cílem projektu je zapojovat různé aktéry sociálních služeb do procesu hodnocení služby – a to zejména uživatele, poskytovatele a zadavatele (obce, kraje), ale i další subjekty působící v oblasti sociálních služeb. V rámci této části projektu budou vytvořeny vzdělávací programy pro vzdělávání inspektorů a metodiky pro provádění inspekcí, které budou zároveň pilotně ověřeny v praxi.

Zákon o sociálních službách ukládá krajům povinnost zpracovat **střednědobý plán rozvoje sociálních služeb** na území jejich regionu. Plán je zpracováván ve spolupráci s obcemi na území kraje, se zástupci poskytovatelů sociálních služeb a zástupci osob, kterým jsou sociální služby poskytovány. Obcím je podle zákona o sociálních službách také umožněno zpracování střednědobého plánu sociálních služeb. Hlavním metodickým nástrojem k zajištění tvorby střednědobých plánů rozvoje je proces komunitního plánování sociálních služeb na úrovni obcí i krajů. Rozhodnutí o charakteru a rozsahu místní či regionální sítě sociálních služeb bude vycházet ze zpracovaných střednědobých plánů rozvoje sociálních služeb.

Pro podporu procesu komunitního plánování v regionech je realizován dvouletý celorepublikový systémový projekt **Zajištění místní a typové dostupnosti sociálních služeb**, který je financován ze zdrojů ESF v rámci části opatření 2.1 OR RLZ a státního rozpočtu ČR. Projekt je realizován ve spolupráci třemi organizacemi. Cílem projektu je zajistit metodicky jednotný přístup k plánování na místní a regionální úrovni a vytvořit ucelený systém vzdělávání a metodické podpory všem účastníkům tohoto procesu. V projektu jsou zohledněny specifické demografické charakteristiky jednotlivých regionů a potřeby uživatelů, zadavatelů, poskytovatelů sociálních služeb a veřejnosti. V projektu již byl vytvořen první návrh metodik k zajištění procesu komunitního plánování sociálních služeb pod názvem „Kapitoly komunitního plánování sociálních služeb“ včetně několika příkladů dobré praxe. Konečná verze metodik bude k dispozici v lednu 2007. Od února 2006 do dubna 2007 probíhá vzdělávací program pro krajské vzdělavatele, kteří budou následně zajišťovat metodickou podporu a vzdělávání zpracovatelům střednědobých plánů, přímo zajišťujících proces komunitního plánování v regionech.

Zavedením zákona o sociálních službách dochází ke změně ve financování systému sociálních služeb, a to konkrétně k posílení finanční soběstačnosti uživatelů sociálních služeb (služeb sociální péče), kteří si prostřednictvím příspěvku na péči budou schopni uhradit většinou část nákladů na poskytované služby. Zákon zároveň počítá s dofinancováním potřebné sítě sociálních služeb formou dotací z veřejných rozpočtů (tj. státního rozpočtu a rozpočtů obcí a krajů).



V letech 2004 až 2006 byly v rámci **části opatření 2.1 Integrace specifických skupin obyvatelstva ohrožených sociální exkluzí** OP RLZ realizovány aktivity zaměřené na sociální integraci. V tomto období byly vyhlášeny tři výzvy k předkládání žádostí o finanční podporu v grantovém schématu **Vzdělávání zadavatelů a poskytovatelů sociálních služeb a integrace specifických cílových skupin ohrožených sociálním vyloučením**.

Tabulka: Kola výzev v rámci grantového schématu **Vzdělávání zadavatelů a poskytovatelů sociálních služeb a integrace specifických cílových skupin**, část opatření 2.1 OP RLZ

Kolo výzvy	Přidělená alokace v Kč	Průběžně čerpaná alokace	Počet vybraných projektů
1.	132 366 495	44 446 042	23
2.	147 980 038	36 995 009	35
3.	152 239 043	0	44

Z prostředků ESF mohly NNO působící v sociální oblasti čerpat finanční prostředky v rámci **opatření 2.3 OP RLZ Posilování kapacity poskytovatelů sociálních služeb**, tzv. globální grant. Do května 2006 bylo podpořeno 104 projektů v celkové hodnotě 86 mil. Kč. Do konce roku 2006 budou podpořeny další projekty, které byly vybrány, a dojde k vyčerpání alokace.

Pro podporu systému vzdělávání pracovníků působících v sociálních službách je MPSV ČR od dubna 2005 realizován systémový celorepublikový projekt **Celoživotní vzdělávání pracovníků v sociálních službách**, který je financován ze zdrojů ESF v rámci části opatření 2.1 OR RLZ a státního rozpočtu ČR. Cílem projektu je zjistit vzdělávací potřeby v segmentu sociálních služeb a na základě této informace nabídnout jednotný metodický přístup stanovování vzdělávacích potřeb na úrovni jednotlivých pracovníků a následně i celých pracovišť poskytovatelů sociálních služeb. Součástí projektu je i příprava akreditačního systému MPSV ČR, který bude akreditovat vzdělávací programy odpovídající zjištěným potřebám, tedy aktuální poptávce po vzdělávacích programech. Celý systém bude v rámci celého projektu také pilotně otestován.

### 1.3.4 Rovný přístup k poskytování zdravotní péče

Zajištění kvalitní a dostupné zdravotní péče je jedním ze záměrů **Dlouhodobého programu zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR – Zdraví pro všechny v 21. století<sup>55</sup>**, který je národní variantou programu Světové zdravotnické organizace Zdraví pro všechny v 21. století.

Program je každoročně vyhodnocován ve formě „Zprávy o plnění Dlouhodobého programu zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR – Zdraví pro všechny v 21. století“. V obecné rovině celkově implementace programu Zdraví 21 prozatím naráží na následující problémy: nedostatečné finanční zdroje, nedostatečně rozvinutá meziodvětvová spolupráce, nižší účast občanské veřejnosti, podcenění role médií, nerovnoměrná regionální implementace tohoto programu.

Na základě **Strategie podpory dostupnosti a kvality veřejných služeb<sup>56</sup>** bylo v oblasti zdravotnictví specifikováno 10 veřejných služeb, pro které jsou vypracovávány standardy. Cílem těchto standardů je zajistit nepodkročitelné minimum péče z hlediska kvantitativního a kvalitativního. Tyto standardy byly zahrnuty do návrhu zákona o zdravotnických zařízeních a veřejných službách ve zdravotnictví.

Standardy a výkonnostní ukazatele pro podporu zdraví v nemocnicích, které jsou zaváděny ve spolupráci s WHO s cílem zlepšit kvalitu ve zdravotní a sociální péči v nemocnicích, byly zavedeny v pěti nemocnicích.

K podpoře kvality zdravotní péče přispívá dotační program **Národní program kvality zdravotní péče – Projekty podpory kvality zdravotní péče**. Zaměření projektů vychází ze schválených tematických okruhů Národního programu kvality zdravotní péče: koncepce

<sup>55</sup> Usnesení vlády ČR č.1046 ze dne 30. října 2002

<sup>56</sup> Usnesení vlády ČR č. 848 ze dne 3. září 2003.

programů kvality zdravotní péče, měření kvality a výkonnosti zdravotnických zařízení, standardizace ve zdravotnictví a kvalita a dostupnost zdravotní péče v regionech.

Tabulka: Realizované projekty v rámci Národního programu kvality zdravotní péče – Projekty podpory kvality zdravotní péče

Kategorie	Počet podpořených projektů	rok
Standardizace ve zdravotnictví	4	2004
Kvalitní, bezpečná a zdravá nemocnice	1	
Výkonnost a kvalita péče o zdraví na úrovni regionu, teoretická východiska, kritéria, ukazatelé a možnosti řízení	1	
Indikátory výkonnosti zdravotnických zařízení a kvality zdravotní péče v praxi. Hodnocení zdravotnických technologií	4	2005
Standardizace ve zdravotnictví	8	
Kvalitní, bezpečná a zdravá nemocnice	1	
Výkonnost a kvalita péče o zdraví na úrovni regionu, teoretická východiska, kritéria, ukazatelé a možnosti řízení	3	

### 1.3.5 Odstranění znevýhodnění v přístupu ke vzdělání

Rovný přístup všech osob ke vzdělávání a respektování individuálních potřeb jednotlivců při vzdělávání je v ČR zakotveno **v zákoně č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání** (dále školský zákon). Žáci mají právo na vzdělávání, jehož obsah, formy a metody odpovídají jejich vzdělávacím potřebám a možnostem, na vytvoření nezbytných podmínek, které toto vzdělávání umožní a na poradenskou pomoc školy a školského poradenského zařízení. K předškolnímu vzdělávání se přednostně přijímají děti v posledním roce před zahájením povinné školní docházky. Podle školského zákona je vzdělání v posledním ročníku mateřské školy zřizované státem, krajem, obcí nebo svazkem obcí a v přípravné třídě základní školy poskytnuto všem žákům bezúplatně. Žákům prvních ročníků základního vzdělávání a dětem zařazených v přípravných třídách základních škol jsou poskytovány zdarma základní školní potřeby v hodnotě 200 Kč na žáka za jeden školní rok. Dále zákon umožňuje snížit nebo prominout úplaty za vzdělávání a školské služby zejména v případě dětí, žáků nebo studentů se sociálním znevýhodněním na základě rozhodnutí ředitele školy nebo školského zařízení.

### Odstranění znevýhodnění v přístupu ke vzdělání žáků pocházejících ze sociokulturně znevýhodněného prostředí

Opatření zaměřená na odstranění bariér a snížení znevýhodnění žáků pocházejících ze sociokulturně znevýhodněného prostředí vychází z **Koncepce projektu včasné péče o děti ze sociokulturně znevýhodňujícího prostředí<sup>57</sup>**. Realizace koncepce bude vyhodnocena do 28. března 2008 a zároveň bude v tomto termínu vládě ČR předložena aktualizovaná koncepce. Výsledky dosavadních opatření zaměřených na realizaci Koncepce projektu včasné péče se projevují v dlouhodobém horizontu a jsou zatím těžko měřitelné.

**Přípravné třídy základní školy** jsou zřizovány na základě školského zákona. Tyto třídy jsou určeny pro děti v posledním roce před zahájením povinné školní docházky, které jsou sociálně znevýhodněné a u kterých je předpoklad, že zařazení do přípravné třídy vyrovná jejich vývoj. Třídy jsou zřízeny pro nejméně 7 dětí, nejvýše však 15 dětí.

<sup>57</sup> Usnesení vlády ČR č. 564 ze dne 11. května. 2005.

Tabulka: Vývoj počtu dětí a přípravných tříd v letech 2004 – 2006

Školní rok	Celkem		Z toho					
	Děti	Třídy	Mateřské školy		Základní školy		Zvláštní školy	
			Třídy	Děti	Třídy	Děti	Třídy	Děti
2004/2005	1779	126	12	220	76	1090	38	469
2005/2006 <sup>58</sup>	1441	123	41		79		3	

Učitel přípravné třídy vypracuje podle vyhlášky č. 48/2005 Sb., o základním vzdělávání a některých náležitostech plnění povinné školní docházky, na konci druhého pololetí školního roku zprávu o průběhu předškolní přípravy dítěte v daném školním roce. Zpráva by měla obsahovat i vyjádření o dosažené úrovni hlavních cílů vzdělávání ve struktuře vymezené Rámcovým vzdělávacím programem pro předškolní vzdělávání. Dále by zpráva měla obsahovat charakteristiku speciálních vzdělávacích potřeb, vyjádření předpokládaných schopností, nadání a zájmů dítěte, případně doporučení pro přípravu individuálního vzdělávacího plánu pro vzdělávání dítěte v dalším období či další doporučení pro vzdělávání dítěte. Zprávu předá škola na konci druhého pololetí školního roku zákonnému zástupci dítěte a škole, ve které bude dítě plnit povinnou školní docházku, pokud se nejedná o školu, ve které bylo dítě zařazeno do přípravné třídy.

Na základě podkladů návrhů Dlouhodobých záměrů vzdělávání a rozvoje vzdělávací soustavy z jednotlivých krajů lze konstatovat, že se již projevily dílčí výsledky s realizací přípravných tříd. Projevilo se to zejména snížením počtu odkladů školní docházky u těchto žáků, zároveň se jim rozšířil prostor pro pokračování ve školní docházce v běžné základní škole a tím i perspektivy do dalšího života. Z návrhů některých Dlouhodobých záměrů vzdělávání a rozvoje vzdělávací soustavy, které byly předloženy, je zřejmé, že některé kraje se zaměřují i na vzdělávání žáků se specifickými vzdělávacími potřebami.

Postupně se daří měnit klima školy a vzdělávacích institucí, postoje a přístup pedagogických pracovníků a zvyšovat otevřenost základních škol v rámci českého vzdělávacího systému k žákům ze sociokulturně znevýhodňujícího prostředí.

V rámci **Programu podpory romské integrace** Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR (dále MŠMT ČR) v roce 2005 byly vyhlášeny níže uvedené tematické okruhy zaměřené na podporu zvýšení účasti romských dětí v předškolním vzdělávání, podporu metod a forem práce zvyšujících efektivitu předškolního vzdělávání romských dětí, podporu dalšího vzdělávání pedagogů a asistentů pracujících s romskými dětmi v předškolním věku ve využívání efektivních metod vzdělávání romských dětí, podporu aktivit zvyšujících šanci romských dětí na úspěšné zahájení školní docházky, podporu aktivit směřujících k zapojení rodiny do předškolního vzdělávání dětí, podporu doprovodných aktivit základních škol podporujících romské děti při překonávání obtíží v průběhu povinné školní docházky. Na tyto programy podpory bylo v roce 2005 vyčleněno celkem 1 935 tis. Kč.

Uvedená podtémata byla zahrnuta do tematického okruhu předškolní příprava romských dětí a byla součástí vyhlášení I. a II. kola výběrového dotačního řízení **Program MŠMT ČR na podporu integrace romské komunity pro rok 2005**. Ve vyhlášení III. kola tohoto programu v rámci tematického okruhu předškolní příprava romských dětí byla poskytnuta předkladatelům projektů možnost předložit projekty, které mohly být zaměřené na pobytové kurzy pro rodiče a děti.

Další formou pomoci romským dětem při překonávání školních problémů je umístování **asistentů pedagoga** do školských zařízení s větším zastoupením žáků ze sociokulturně znevýhodněného prostředí. V roce 2004 pracovalo ve školách celkem 332 asistentů

<sup>58</sup> Počty dětí v těchto třídách jsou uvedeny dle stavu k 30. 9. 2005.

pedagoga<sup>59</sup>. V květnu 2005 pracovalo na školách 283 asistentů pedagoga, ke dni 30. 9. 2005 počet asistentů pedagoga<sup>60</sup> vzrostl (základní školy 206, zvláštní školy<sup>61</sup> 39, speciální školy 37, ostatní asistenti pedagoga, zaměstnaní i v jiných typech škol 4). V mateřských školách působí celkem 16 asistentů pedagoga.

K zajištění působení asistentů pedagoga ve školách zřizovaných registrovanými církvemi nebo náboženskými společnostmi byl v roce 2005 vyhlášen rozvojový program vzdělávání **Financování asistentů pedagoga pro děti a žáky se sociálním znevýhodněním ve školách zřizovaných registrovanými církvemi nebo náboženskými společnostmi**. V rámci tohoto programu byly dvěma základním školám přiděleny finanční prostředky na mzdu asistentů pedagoga ve výši 1. 877 202 Kč. V roce 2006 byl tento rozvojový program rozšířen na školy všech zřizovatelů. Důvodem pro vyhlášení tohoto programu byla skutečnost, že krajské úřady činnost asistenta pedagoga v mnoha lokalitách začaly z finančních důvodů utlumovat v návaznosti na snižování počtu učitelů v důsledku úbytku dětí. Program byl určen těm školám, kde byl již asistent pedagoga zřízen, a školám, které měly zájem asistenta pedagoga nově ustanovit. Cílovou skupinou programu byly však jen asistenti pedagoga pro děti, žáky a studenty se sociálním znevýhodněním. V roce 2006 bylo podpořeno 330 míst asistentů pedagoga ve výši cca 70 mil. Kč.

V roce 2005 byl podpořen projekt **Vzdělávání asistentů pedagoga pro děti, žáky a studenty se sociálním znevýhodněním** (viz. [www.ipppraha.cz](http://www.ipppraha.cz)). V roce 2006 navazuje proškolení sociálních pracovníků a romských poradců.

K podpoře zvýšení dostupnosti vzdělávání pro děti z odlišného sociokulturního prostředí je každoročně vyhlašován **Dotační program na podporu integrace romské komunity**. V roce 2005 byly vyhlášeny následující tématické okruhy: podpora zvýšení účasti romských dětí v předškolním vzdělávání, podpora metod a forem práce zvyšujících efektivitu předškolního vzdělávání romských dětí, podpora dalšího vzdělávání pedagogů a asistentů pracujících s romskými dětmi v předškolním věku ve využívání efektivních metod vzdělávání romských dětí, podpora aktivit zvyšujících šanci romských dětí na úspěšné zahájení školní docházky, podpora aktivit směřujících k zapojení rodiny do předškolního vzdělávání dětí a podpora doprovodných aktivit základních škol podporujících romské děti při překonávání obtíží v průběhu povinné školní docházky. V dotačním programu byla v roce 2005 vyhlášena tři kola. V rámci třetího kola tohoto programu, v tématickém okruhu předškolní příprava romských dětí, byla poskytnuta předkladatelům projektů možnost předložit projekty, které mohly být zaměřené i na pobytové kurzy pro rodiče a děti. Celkem bylo schváleno 128 projektů ve výši 10 099 tis. Kč.

Dalším projektem zaměřeným na zvýšení dostupnosti vzdělání pro děti z odlišného sociokulturního prostředí byl projekt **Podpora integrace Romů** v rámci programu Phare. Cílem projektu bylo vytvořit ucelený systém v oblasti základního vzdělávání Romů. Projekt byl realizován v období od 2. 12. 2002 do 2. 1. 2004. Rozpočet projektu činil 950 tis. EUR. Projekt byl realizován ve třech oblastech viz následující tabulka.

<sup>59</sup> Údaj převzat z databáze Nové školy, o.p.s.

<sup>60</sup> Nejvíce asistentů je v Moravskoslezském kraji (72), méně pak v Ústeckém kraji (48) a v Jihomoravském (33) a Olomouckém kraji (33). Nejméně asistentů pedagoga je v Plzeňském kraji (3), v Kraji Vysočina (7) a ve Zlínském kraji (8).

<sup>61</sup> Školský zákon již nepracuje s termínem „zvláštní škola“ nicméně školy zatím svůj název nezměnily. Školy tak musí učinit do 31. března 2006.

Tabulka: Oblasti realizace projektu Podpora integrace Romů v rámci programu Phare

Oblast	Výstup
Zmapování situací ve vzdělávání Romů v základním školství	V každé z pilotních škol byli dotazováni učitelé, pedagogičtí asistenti i žáci. Získané údaje byly vyhodnoceny a na základě takto získaných poznatků byla vytvořena metodologie práce ve třídě a škole a materiály pro učitele spolu s manuálem pro školení učitelů.
Vytvoření učebních materiálů a plánů zaměřených na zlepšení vzdělávání romských žáků	Vznikl tzv. „ <b>Romský učební balíček</b> “, který obsahuje materiály zaměřené na vzdělávání žáků v 1.-5. třídě, 6.-9. třídě a Standardní učební plán pro přípravné třídy pro děti ze sociokulturně znevýhodněného prostředí
Školení učitelů a pedagogických asistentů, kteří vzdělávají romské žáky	Byl zpracován <b>Manuál pro školení učitelů</b> škol, které vzdělávají romské žáky. Manuál obsahuje úvod k metodologii výuky, praktická cvičení pro učitele a vychovatele-asistenty učitelů během školení. V rámci projektu bylo dle manuálu vyškoleny celkem 500 učitelů a 100 vychovatelů – asistentů učitelů

V roce 2005 byla vytvořena **webová aplikace s informacemi a interaktivními prvky sloužícími ke zvýšení informovanosti o multikulturních skupinách na území ČR** s možností interaktivních odpovědí na základní otázky vztahů těchto skupin mezi sebou či vůči většinové společnosti. Hlavním motivem jsou konkrétní příběhy dětí z různých kulturních skupin dle situace v konkrétní zemi, které osvětlují základní prvky života a problémy konkrétních, byť fiktivně modelových postav ve věku cca 12-15 let. Webová aplikace dále obsahuje dvě metodické záložky pro učitele, které shrnují jednak teoretické informace o životě jednotlivých kulturních skupin a jednak poskytují i metodické zázemí při práci s webem.

V roce 2005 byl na úrovni opatření 3.3.1. Zkvalitňování vzdělávání na školách a školských zařízeních a rozvoj podpůrných systémů ve vzdělávání, OP RLZ z prostředků ESF, vytvořen **projekt SIM – Střediska integrace menšin**. Projekt je zaměřen na vytvoření modelového vzdělávacího programu pro zlepšení podmínek vzdělávání těchto žáků ze sociokulturně znevýhodňujícího prostředí a na změnu celkového klimatu škol, na vypracování programů k rozvíjení multikulturních didaktických znalostí a kompetencí pedagogických pracovníků, na vytvoření systému integrované podpory, na vzdělávání učitelů v oblasti multikultury, na vzdělávání asistentů pedagoga pro děti ze sociálně znevýhodněného prostředí. Součástí tohoto projektu bude příprava a pilotní ověřování Koncepce projektu včasné péče o děti ze sociokulturně znevýhodňujícího prostředí.

### **Odstraňování znevýhodnění v přístupu ke vzdělávání žákům se zdravotním postižením**

**Asistenti pedagoga** podobně jako u žáků pocházejících ze sociokulturně znevýhodněného prostředí sehrávají důležitou roli také v integraci žáků se zdravotním postižením do hlavního proudu vzdělávání a podpoře efektivity a kvality jejich vzdělání.

### **Projekty a programy zaměřené na odstranění znevýhodnění v přístupu ke vzdělávání podpořené z prostředků ESF**

V rámci opatření 3.1 Zkvalitňování vzdělávání ve školách a školských zařízeních a rozvoj podpůrných systémů vzdělávání OP RLZ byly do konce roku 2005 realizovány 4 výzvy, v rámci kterých bylo schváleno 10 systémových projektů (9 z nich zahájilo realizaci do roku 2005). V roce 2004 byla zahájena realizace **projektů SP HODINA** a **PILOT Z** v dubnu 2005 byla zahájena realizace 4 projektů **KVALITA I, NSK, PILOT G a PILOT S**. Koncem roku 2005 byly zahájeny projekty **VIP KARIÉRA, UNIV a KVALITA II**. U posledního projektu **SP METODIKA** bude realizace zahájena v roce 2006. Z celkové alokace na realizaci systémových projektů ve výši 652 751 tis. Kč bylo k 31. prosinci 2005 vyčerpáno 200 027 tis. Kč. V roce 2005 byla vyhlášena jedna výzva ke grantovým schémátům. V jejím rámci bylo k realizaci schváleno 92 grantových projektů v celkové výši alokace 370 mil. Kč.

**Systémový projekt HODINA** – Úprava vzdělávacích programů 7. ročníků škol směřující k rozvoji klíčových kompetencí žáků. Realizace projektu byla zahájena 1. září 2004 a bude ukončena 31. srpna 2006.

Cíl: rozvoj klíčových kompetencí u žáků v 7. ročnících základních škol, základních škol speciálních a základních škol samostatně zřízených pro děti se zdravotním postižením, a to prostřednictvím jedné vyučovací hodiny týdně navýšené v učebních plánech od září školního roku 2004/2005. Přidaná hodina je určena jako hodina povinně volitelného předmětu nebo dalšího volitelného předmětu. Takto přidaná vyučovací hodina umožňuje učitelům hlouběji rozvíjet klíčové kompetence žáků se zřetelem k jejich celkovému osobnostnímu rozvoji a jejich budoucímu uplatnění na trhu práce. Disponibilní hodina napomáhá k větší individualizaci a vnitřní diferenciaci na 2. stupni ZŠ.

Plnění projektu: na konci roku 2004 bylo zjištěno, že mezi volitelnými předměty jsou nejčastěji zastoupeny předměty zaměřené na informační a komunikační technologie, na konverzaci v cizím jazyce a semináře navazující na výuku povinných předmětů. V hodinách jsou uplatňovány metody vedoucí k aktivizaci žáků a metody podporující činnostní učení. Většina škol využila hodinovou dotaci k realizaci nového volitelného předmětu. Ze zaměření na klíčové kompetence je jako nejdůležitější hodnoceno zaměření na kompetence komunikativní, kompetence k učení a k řešení problémů.

Finanční plnění: celkový rozpočet projektu: 164 750 tis. Kč

Plnění monitorovacích indikátorů: do projektu je zapojeno přibližně 2 500 škol poskytujících základní vzdělávání; aktivit se účastní kolem 100 000 žáků ve 4 900 třídách a na školách předměty v rámci projektu Hodina vyučuje přibližně 4 500 učitelů.

## Odstranění znevýhodnění v přístupu k vysokoškolskému vzdělání

Vysoké školy jsou povinny dle zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (dále zákon o vysokých školách), zajistit rovný přístup k vysokoškolskému vzdělávání a učinit všechna dostupná opatření pro vyrovnávání příležitostí studovat na vysoké škole. Studentům v případě tíživé sociální situace se na základě nařízení vlády č. 122 ze dne 1. března 2006 poskytuje stipendium, které se stanoví nejméně ve výši dvojnásobku přídatku na dítě ve zvýšené výměře. Podle Pravidel o poskytování dotací soukromým vysokým školám, která vycházejí ze zákona o vysokých školách, může MŠMT ČR poskytnout finanční dotaci i soukromým vysokým školám, pokud uskutečňují studijní program, ve kterém studují studenti s těžkým zdravotním postižením.

### 1.3.6 Zajištění dopravní obslužnosti

Dopravní politika ČR pro léta 2005 – 2013 je výchozím strategickým dokumentem sektoru dopravy<sup>62</sup>. Jako návazný strategický dokument k Dopravní politice byla zpracována Strategie podpory dopravní obsluhy území<sup>63</sup>.

Ve veřejné dopravě probíhá proces **regionalizace** jak po stránce organizační, tak po stránce financování. Regionalizace přinesla nové prostředí ve veřejné dopravě, které přenáší většinu důležitých pravomocí i odpovědnost do samostatné působnosti regionů. V posledních letech dochází v regionech v souladu s nejlepší praxí a odbornými doporučeními ke vzniku integrovaných dopravních (přepravních) systémů. Dopravní politika tyto procesy významně podpořila a zahrnuje je mezi důležité nástroje pro zlepšení veřejné dopravy.

Na podporu odstranění technických překážek užívání veřejné dopravy a přístupu k ní pro osoby se zdravotním postižením a seniory, došlo k doplnění příslušných ustanovení, které zvyšují úroveň mobility osob se zdravotním postižením a seniorů, do vyhlášky ministerstva dopravy ČR č. 177/1995 Sb., kterou se vydává stavební a technický řád drah,

<sup>62</sup> Usnesení vlády ČR č. 882 ze dne 13. července 2005.

<sup>63</sup> Vzata vládou na vědomí usnesením vlády ČR č. 382 ze dne 12. dubna 2006.

ve znění pozdějších předpisů<sup>64</sup>. Probíhající modernizační práce na tranzitních koridorech ČR, rekonstrukce železničních uzlů, stanic a dalších tratí ustanovení vyhlášky č. 177/1995 splňují v plné míře.

U městské hromadné dopravy (dále MHD) dochází **k obnově vozidel MHD a veřejné linkové autobusové dopravy**. Cílem této obnovy je zlepšit kulturu a kvalitu cestování ve veřejné dopravě a přispět k odlehčení tíživé dopravní situace ve městech. Snížení průměrného stáří vozového parku přispívá ke zvýšení bezpečnosti a spolehlivosti systému veřejné dopravy a také ke snižování emisí škodlivin do ovzduší zvláště v průmyslových aglomeracích a velkých městech. V rámci obnovy vozidel městské hromadné dopravy je prioritou i lepší přístupnost těchto vozidel pro osoby se sníženou schopností pohybu a orientace, tím je realizován i **Národní program mobility**. V rámci tohoto programu jsou poskytovány dotace dopravcům na nákup vozidel s důrazem na vozidla bezbariérová a dále poskytována podpora na instalaci informačních systémů pro nevidomé a zrakově postižené osoby. Zvláštní podporu pak mají vozidla na ekologický pohon.

**Železniční uzly, stanice a zastávky** ve vlastnictví Českých drah, a.s. jsou postupně upravovány tak, aby byl zajištěn přístup osobám se sníženou schopností pohybu. Ze strany ČD, a.s. i Správy železniční dopravní cesty, s.o. jsou investovány nemalé prostředky k budování ramp, výtahů a dalších opatření k zajištění bezbariérovosti. V současné době jsou všechny stavby/přestavby uzlů, stanic a zastávek na tranzitních železničních koridorech koncipovány jako bezbariérové, i když někdy je přístup na nástupiště pouze za doprovodu zaměstnance ČD, tzn. přes prostory, které za normálních okolností nejsou cestující veřejnosti přístupné. V případě stanic mimo koridory je často bezbariérovost dána z podstaty konfigurace stanice (nástupiště je v úrovni a není nutné překonávat jakoukoli překážku). Uzly, stanice a zastávky u nichž stále existují určité bariéry při vstupu na nástupiště jsou již ve značně minoritním počtu. V případě železničních stanic a uzlů (bez zastávek), u nichž není možný bezbariérový pohyb cestujících, se jedná o méně než 1/3.

Podle údajů sdružení dopravních podniků je provozováno v 19 velkých městech v ČR celkem 879 nízkopodlažních autobusů, což činí 29,3% provozovaných autobusů. V případě provozovaných tramvají jen asi 4% tramvají je nízkopodlažních. Nová tramvajová vozidla se v ČR pořízují již zásadně nízkopodlažní. Zároveň provádějí městské dopravní podniky modernizace starších vozidel (např. v Praze, Brně) s doplněním částečné nízkopodlažnosti. Obdobná situace je v případě trolejbusů. Značné investice veřejného sektoru rovněž zpřístupňují v posledních letech pražské metro pro občany se sníženou schopností pohybu.

### 1.3.7 Zajištění rovného přístupu k právním službám

K zajištění rovného přístupu k právním službám pro všechny byl v roce 2003 vypracován **věcný záměr zákona o bezplatné právní pomoci**, na jehož základě měl být v roce 2004 připraven zákon o bezplatné právní pomoci. Příprava zákona byla vzhledem k nutnosti zajistit implementaci právní pomoci v přeshraničních sporech v rámci EU podle směrnice Rady 2003/8/ES prodloužena. Návrh zákona důsledněji upravoval zaručení každému práva na právní pomoc v řízení před soudy a jinými orgány bez ohledu na to, zda je schopen si tuto právní pomoc hradit či nikoli. Přitom však vycházel z toho, že účastníci, jimž byl na jejich žádost zástupce ustanoven soudem, si budou náklady spojené s tímto právním zastoupením hradit sami a pouze v situaci, kdy jim jejich finanční a majetkové poměry toto neumožní, měl tyto náklady hradit stát. Při prokazování finančních a majetkových poměrů se mělo vycházet z údajů zjišťovaných pro osvobození od soudních poplatků navíc rozšířené o výdělkové a majetkové poměry osob, které mají vůči žadateli vyživovací povinnost.

Současně s výše uvedeným návrhem zákona byla připravena i minimální verze návrhu zákona zajišťující pouze potřeby implementace právní pomoci v přeshraničních sporech v rámci EU podle směrnice Rady 2003/8/ES. Návrh zákona o bezplatné právní pomoci byl

<sup>64</sup> v souladu s vyhláškou č. 369/2001 Sb., stanovující obecné technické požadavky zabezpečující užívání staveb osobami s omezenou schopností pohybu a orientace

stažen z legislativního procesu přípravy zákona vzhledem k tomu, že úprava bezplatného právního zastoupení je obsažena již ve stávajících procesních předpisech. V legislativním procesu dále pokračoval návrh zákona o zajištění právní pomoci v přeshraničních sporech v rámci EU, který byl přijat (zákon č. 629/2004 Sb.).

S účinností od 1. 4. 2006 vstupuje v platnost **zákon č. 79/2006 Sb., kterým se mění zákon č. 85/1995 Sb., o advokacii**, kde bylo mimo jiné rozsáhle novelizováno ustanovení § 18 upravující určení advokáta Českou advokátní komorou na žádost občana k poskytnutí právních služeb bezplatně či za sníženou odměnu.

Podpora neziskového sektoru ve vytváření a poskytování sociálních služeb zaměřených na právní poradenství je uvedena v části 1.3.3.

## 1.4 Prevence sociálního vyloučení

### 1.4.1 Zachování rodinné solidarity

Na Zprávu o rodině navázala **Národní koncepce rodinné politiky**, která je v současné době realizována. Tato koncepce stanovuje cíle a určuje principy rodinné politiky ČR a vytváří komplexní systém opatření státu v oblasti podpory rodiny. Zaměřuje se zejména na posílení pozice rodiny v české společnosti, vytvoření všestranně příznivějšího společenského klimatu i životních podmínek pro rodinu při respektování odlišných zájmů a potřeb různých rodinných typů a členů rodin. Největší pozornost je při realizaci věnována finanční podpoře rodiny, slučitelnosti profesních a rodinných rolí, službám pro rodinu a rodinné politice na úrovni obcí a krajů. V těchto oblastech jsou zřizovány pracovní skupiny k realizaci koncepce, ve kterých jsou zastoupeni odborníci z akademické sféry, zástupci NNO a představitelé vybraných orgánů veřejné správy. Koncepce bude každoročně aktualizována (první aktualizace proběhne v říjnu 2006).

V oblasti podpory rodiny byla zavedena **legislativní opatření v daňové politice**. S využitím od roku 2005 byl zaveden výpočet daně ze společného základu daně manželů. Od 1. 1. 2005 se nezdanitelná část základu daně na vyživované dítě nahradila novým institutem "daňové zvýhodnění na vyživované dítě žijící s poplatníkem v domácnosti". Byl také zaveden odpočet na manžela či manželku (sleva na dani). Další opatření v oblasti rodinné politiky – zvýšena dávka porodního od 1.4. 2006 (ve výši 17 500 Kč – desetinásobek životního minima na osobní potřeby dítěte<sup>65</sup>).

Byla zavedena opatření v oblasti podpory slučitelnosti rodiny. Od roku 2004 došlo k několika změnám v poskytování **rodčovského příspěvku**. Byla umožněna neomezená výdělečná činnost při pobírání této dávky, došlo k rozšíření situací, v nichž je podmínka osobní péče považována za splněnou a dávka je poskytována. V následujícím období dojde i k výraznému zvýšení výše dávky. Lze očekávat, že k harmonizaci práce a rodiny přispějí i opatření navržená v novém zákoně o nemocenském pojištění, jehož účinnost je stanovena od 1. ledna 2007. Pro osoby účastné nemocenského pojištění nová právní úprava přináší určité změny v nárocích na dávky nemocenského pojištění. Zejména jde o možnost střídání matky dítěte s jejím manželem či otcem dítěte při péči o dítě s nárokem na peněžitou pomoc v mateřství, a to na základě jejich písemné dohody. Střídání se umožňuje od počátku 7. týdne ode dne porodu. V takovém případě se zastaví výplata peněžitě pomoci v mateřství matce a začne se vyplácet tato dávka muži (pojištěnci) z jeho nemocenského pojištění, pokud splňuje podmínky nároku na tuto dávku a podmínky nároku na její výplatu. Dále v případech, kdy v rodině dojde k potřebě ošetřování např. nemocného dítěte, nebo péči o zdravé dítě v zákonem vymezených situacích, se umožňuje vystřídání členů domácnosti

---

<sup>65</sup> V případě současného narození dvou dětí 52 500 Kč, tří dětí 78 500 Kč, čtyř dětí 105 500 Kč a v případě pěti dětí 131 250 Kč.



při jedné potřebě ošetřování (péče) o jiného člena domácnosti s nárokem na dávku. S ohledem na krátkou podpůrnou dobu u ošetřovaného (9 dnů) se umožňuje jedno vystřídání.

K zajištění větší účinnosti ochrany dětí před týráním a zneužíváním a nezákonnými manipulacemi při zprostředkování náhradní rodinné péče byla připravena **novela zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně – právní ochraně dětí**. Účinnost novely zákona je od 1. 7. 2006.

#### 1.4.2 Prevence sociálně negativních jevů

Opatření realizovaná na podporu prevence sociálně negativních jevů v letech 2004 až 2006 vycházejí ze **Strategie prevence kriminality na léta 2004 – 2007<sup>66</sup>**. V rámci strategie je pozornost soustředěna na ochranu lokálních komunit před kriminalitou prostřednictvím programů prevence kriminality na místní úrovni a dále programy zaměřené na děti a mládež, sociálně vyloučené komunity a oběti trestných činů.

V roce 2005 došlo ke transformaci dosavadních preventivních programů na místní úrovni do **Programu prevence kriminality na místní úrovni – Partnerství** (dále jen program Partnerství). Příprava tohoto programu probíhala v úzké spolupráci Ministerstva vnitra ČR s krajskými správami Policie ČR, okresními ředitelstvími Policie ČR a manažery prevence kriminality krajských úřadů. Program uplatňuje princip subsidiarity, tj. rozhodování o způsobu řešení problémů na co nejnižší úrovni. Na základě zpracované metodiky přípravy programu Partnerství a vytvořených institucionálních základech zajištění dotačního řízení bylo v roce 2005 vyzváno k realizaci programu 114 měst a obcí. Nový program je otevřen i pro menší obce a rizikové lokality. V programech byly podpořeny aktivity v oblastech, které jsou uvedeny v následující tabulce.

Tabulka: Oblasti podpory Programu prevence kriminality na místní úrovni – Partnerství v roce 2005

Oblast	Typ podpořených projektů
situační prevence	Projekty omezující možnosti páčání trestné činnosti pomocí technických zařízení a projekty přispívající ke zvyšování bezpečnosti silničního provozu (výstavba městských kamerových dohlížecích systémů, které přispívají k vytváření bezpečných zón v lokalitách s vysokým nápadem trestné činnosti).
sociální prevence	Projekty zaměřené především na rizikové skupiny dětí a mládeže (rozšíření nabídky volnočasových aktivit, vytváření poradenských a krizových zařízení), sociálně handicapované skupiny a další rizikové skupiny obyvatel.
informování občanů	Projekty o možnostech ochrany před trestnou činností, informování o aktuálních bezpečnostních rizicích v lokalitách, o technických možnostech zabezpečení majetku i o existenci krizových a poradenských zařízení.

V roce 2005 byla dokončena transformace programu prevence kriminality na místní úrovni, která reflektuje nové územně správní uspořádání. Pro rok 2006 se krajským úřadům otevřela možnost ucházet se o státní neinvestiční dotaci na prevenci kriminality v aktivitách, které mají regionální rozměr. Je tak uzavřen systém prevence kriminality obsahující národní úroveň symbolizovanou Republikovým výborem a národními aktivitami v oblasti prevence kriminality, regionální systém reprezentovaný vyššími územně správními celky a lokální úroveň městy a obcemi.

Programy prevence kriminality na místní úrovni jsou každoročně hodnoceny z hlediska efektivity. Z průběžného vyhodnocování preventivních programů ve městech, která realizují program tří a více let, vyplývá, že se ve městech a obcích omezily příležitosti páčání trestné činnosti a prevence kriminality se integruje mezi základní úkoly obce. Podařilo se zde vytvořit řadu navzájem propojených projektů, které, jak ukazují kriminální statistiky, přispívají v některých regionech ke stabilizaci nebo dokonce k poklesu vývoje trestné činnosti.

<sup>66</sup> Usnesení vlády č. 393 ze dne 28. dubna 2004.

V souvislosti s prevencí kriminality na místní úrovni byly na všech okresních ředitelstvích Policie ČR zřízeny tzv. **Preventivně informační skupiny Policie ČR (PIS)**. Činnost policejních preventistů je zaměřena na spolupráci s orgány veřejné správy při přípravě a realizaci preventivních opatření, na poradenskou činnost občanům, na preventivně osvětovou práci s mládeží a distribuci informačních materiálů z oblasti prevence kriminality. V roce 2006 pracuje v rámci Policie ČR 88 Preventivně informačních skupin. Kromě poradenské a informační činnosti a komunikace se sdělovacími prostředky se tyto pracovníci stali také realizátory primárních preventivních programů se zaměřením na cílovou skupinu děti a mládež. V současnosti jsou specialisté na prevenci i specialisté na informování veřejnosti ve všech krajích (Krajské správy Policie ČR), na obcích (ne zatím na všech, ale ve většině po jednom specialistovi preventivnímu a tiskovým mluvčím současně). Rizikem je ztotožňování pojmů prevence a informování veřejnosti a neoddělení oblasti prevence a oblasti informování veřejnosti, chybí vzdělávací programy v rámci systému celoživotního vzdělávání. Program také ohrožuje častá obměna pracovníků PIS. V roce 2006 pracuje v ČR 24 poradenských místností Policie ČR, které jsou zřizované PIS. Tyto centra vznikly na základě poptávky po možnostech ochrany majetku před odcizením a poškozováním. Poradenská centra disponují ukázkami certifikované zabezpečovací techniky, názornými pomůckami a tiskovinami. Policisté jejich prostřednictvím informují občany především o možnostech ochrany majetku.

K prevenci sociálně negativních jevů přispívají opatření přijatá v rámci **Strategie pro práci Policie ČR ve vztahu k menšinám**<sup>67</sup>. V rámci strategie v letech 2003 až 2005 ověřovala Policie ČR nové mechanismy policejní práce s menšinami v několika pilotních lokalitách a od roku 2005 je zavedla systémově (styční důstojníci pro menšiny – viz tabulka). Práci styčných důstojníků pro menšiny mohou v lokalitách s vyšším populačním zastoupením menšin doplňovat tzv. asistenti policie (dále viz tabulka). Celkem se problematice práce s menšinami věnuje v rámci Policie ČR cca 100 – 150 policistů. Kromě těchto praktických opatření se Policie ČR soustřeďuje také na vzdělávání policistů v problematice práce s menšinami, školení jsou nově přijatí policisté i policisté v činné službě. Speciální kurzy jsou pořádány v regionech s vyšším populačním zastoupením příslušníků menšin. Probíhá také informační kampaň zaměřená na přijímání příslušníků menšin k Policii ČR, výzkumy zaměřené na mapování kriminality zasahující menšinové komunity a je udržována kvalitní spolupráci s nevládním sektorem.

Tabulka: Programy zaměřené na prevenci sociálně negativních jevů

Program	Popis programu
<b>Styčný důstojník pro menšiny</b>	Osm pracovníků Policie ČR, kteří působí ve všech policejních krajích ČR, jsou policisty specializovanými na problematiku menšin, kteří působí jako zprostředkovatelé kontaktu a komunikace mezi menšinami a Policií ČR, asistují také při řešení případných konfliktů a závažných deliktů a nabízí členům menšin pomoc při řešení konkrétních problémů.
<b>Asistent Policie ČR pro spolupráci s romskou komunitou</b>	Během realizace projektů se ukázalo, že využívání asistenčních služeb má v policejní práci své opodstatnění, neboť představuje pro Policii ČR účinný nástroj k výrazné eliminaci kriminality v problémových lokalitách. V současné době využívá policejní asistence pět okresních ředitelství Policie ČR: Ostrava, Cheb a Ústí nad Labem, v dalších lokalitách je projekt připravován (Brno a Most). Asistenta policie zaměstnává buď samospráva, nebo nevládní organizace, a projekt je tedy vždy postaven na partnerství a úzké spolupráci Policie ČR s dalšími subjekty.
<b>Vzdělávání policistů ve vztahu k národnostním a etnickým menšinám</b>	Policisté jsou seznámeni s problematikou menšin z pohledu trestního a přestupkového práva a se specifickými tématy – extremismus, rasismus, xenofobie. Od 2. pololetí 2004 bylo vzdělávání policistů v problematice práce ve vztahu k národnostním a etnickým menšinám včleněno také do kurzů celoživotního vzdělávání příslušníků Policie ČR. Do výuky v kurzech jsou zapojováni také policejní školitelé pro problematiku rasové rovnosti, kteří byli v letech 2002 – 2004 proškoleni v problematice lidských práv, rasové rovnosti a policejní práci ve vztahu k menšinám. Při výuce lze využívat manuál <i>Policista v multikulturním prostředí</i> , který byl vydán v roce 2005.

<sup>67</sup> Usnesení vlády ČR č. 49 ze dne 11. ledna 2006.

V oblasti vzdělávání policistů ve vztahu k národnostním a etnickým menšinám byl v letech 2004 a 2005 realizován projekt Phare Twinning Light Strategie policejní práce s menšinami (viz níže).

#### **Projekt Phare Strategie policejní práce s menšinami**

Cíl: zajistit kvalitní školení policistům z těch regionů, které jsou výrazně exponované z hlediska koncipování dalších lokálních aktivit v oblasti policejní práce ve vztahu k menšinám. Záměrem bylo proškolit střední policejní management (10 okresních ředitelů Policie ČR), policejní specialisty pro práci s menšinami (20 osob), pracovníky služby kriminální policie a vyšetřování (20 osob) a pracovníky pořádkové policie (20 osob) z deseti vytipovaných okresů Policie ČR.

Realizátoři: Ministerstvo vnitra ČR (dále MV ČR) ve spolupráci s Nizozemským centrem pro mezinárodní policejní spolupráci.

Do projektu se v rámci ČR zapojila okresní a městská ředitelství Policie ČR: Cheb, Sokolov, Ústí nad Labem, Teplice, Pardubice, Český Krumlov, Brno, Ostrava, Nový Jičín a Karviná

Přínos: Intenzivní školení vysoké kvality přinesla nové podněty pro práci s menšinami a zprostředkovala jim informace o přístupu v policejních sborech evropských zemí k tomuto tématu. Policisté z různých regionů měli možnost se setkat, vyměnit si informace a ti, kteří již projekty zaměřené na práci s menšinami realizují, mohli dostatečně motivovat svoje kolegy.

#### **1.4.3 Prevence domácího násilí**

V březnu 2006 došlo ke změně zákonů v oblasti ochrany před domácím násilím. **Zákon č. 135/2006 Sb., mění některé zákony v oblasti ochrany před domácím násilím.** Zákon umožní od 1. 1. 2007 vykázat pachatele domácího násilí ze společně obývaného bytu či domu na dobu 10 dnů. Předběžným opatřením bude možno požádat o prodloužení této doby a to maximálně na dobu jednoho roku. Zároveň tento zákon počítá se zřízením tzv. **intervenčních center.**

V rámci dotačního řízení MPSV ČR programu podpory aktivit zaměřených na sociální prevenci a prevenci kriminality byly období let 2004 až 2006 taktéž podpořeny NNO, které poskytují sociální služby obětem domácího násilí. V roce 2004 bylo poskytnuto celkem 8,3 mil. Kč, v roce 2005 celkem 15,6 mil. Kč a v roce 2006 celkem 10,7 mil. Kč. Jedná se především o podporu sociálních služeb typu – azylové domy, sociální poradenství, krizová pomoc.

V rámci opatření 2.1 Integrace specifických skupin obyvatelstva ohrožených sociální exkluzí byl podpořen např. projekt organizace Bílý kruh bezpečí zaměřený na pomoc obětem domácího násilí a zvláště zranitelným obětem násilných trestných činů ve výši 5,9 mil. Kč, projekt organizace Asociace občanských poraden zaměřený na specializované komplexní poradenství obětem trestných činů ve výši 3 mil. Kč.

V rámci Strategie prevence kriminality na léta 2004 – 2007 byly realizovány programy prevence domácího násilí a programy prevence násilí na ženách a dětech. V rámci **programu prevence kriminality na místní úrovni Partnerství** jsou podporovány iniciativy zaměřené na prevenci násilí a pomoc jeho obětem. V posledních čtyřech letech bylo v souvislosti s problematikou násilí podpořeno několik projektů zaměřených na oběti trestné činnosti, domácí násilí, šikanování ve školách a divácké násilí.

Zaměření projektu: Výslechové místnosti pro násilím traumatizované děti

Subjekt realizace: Policie ČR

Místo realizace: Beroun, Praha a Prostějov

Popis projektu: Nadstandardní audio a videotechnikou a jednosměrnými zrcadly, které umožní šetrné vyšetřování týraných dětí, obětí domácího násilí i dětí a mladistvých páchajících protiprávní činy. Díky možnosti zaznamenání důležitých skutečností pro případné následné trestní řízení již nebude nutné výslechy opakovat a vystavovat tak oběti dalšímu psychickému strádání.

Dále MV ČR poskytuje dotace na **dobrovolnictví**. Dobrovolníci se zapojují především do práce azylových domů pro matky s dětmi Arcidiecézní charity Praha (2004-2005), Diecézní charity Brno (2003-2005), SKP Pardubice (2003-2005) a o.s Jahoda (2004-2005). Do nich pravidelně dochází tým dobrovolníků, který má vždy připravenou zajímavou hru, jezdí s dětmi klientek na výlety a víkendové nebo prázdninové pobyty a pomáhá při sociální rehabilitaci matek. Za zmínku stojí také podpořený projekt Linky důvěry (2005), kterou v Písku provozuje sociálně psychologické centrum Arkáda. Pro svou práci využívá proškolené dobrovolníky, kteří telefonicky pomáhají klientům řešit osobní i sociálně právní problémy. Na tyto projekty poskytlo MV ČR granty ve výši 1 915 tis. Kč.

V rámci **programu EU DAPHNE II** byl v lednu 2005 zorganizován seminář pro NNO, jejichž činnost je věnována prevenci násilí na ženách a dětech, na němž byli účastníci podrobně informováni o programu, včetně možnosti zapojení se do dotačního systému programu EU. K tomuto účelu byla vytvořena samostatná stránka na internetu<sup>68</sup>. V roce 2005 bylo podpořeno pět projektů, které jsou realizovány čtyřmi českými organizacemi: občanské sdružení Vzájemné soužití, proFem o.p.s., La Strada Česká republika, o.p.s. a Sdružení Linka bezpečí dětí a mládeže. Poslední jmenovaná organizace získala v rámci roku 2005 dva granty na dvě rozdílné aktivity. Další české organizace a instituce vystupují v některých zahraničních projektech jako partneři, jsou jimi například Bílý kruh bezpečí, Proxima Sociale – Komunitní centrum „Krok“, Univerzita Karlova, ATHENA a Výzkumný ústav práce a sociálních věcí (dále VÚPSV).

V roce 2005 proběhla **kampaň s názvem NÁSILÍ NE!**, jejím smyslem bylo přitáhnout pozornost veřejnosti k problému násilí a nutnosti ho netolerovat a přimět každého, aby se zamyslel nad násilím v současné společnosti a nad tím, jak sám může tuto situaci ovlivnit. Ke kampani se přidaly i NNO nabízející pomoc v krizových životních situacích souvisejících s různými formami násilí. Kampaň využívá módní vlnu zájmu o charitativní náramky a chce působit touto netradiční cestou na celou populaci. Náramek černofialové barvy evokující odstíny krevní podlitiny a s heslem kampaně NÁSILÍ NE! byla příbalovým dárkem časopisu Story a v příloženém letáku byly kromě základních informací uvedeny i důležité kontakty na linky pomoci NNO. Náramek má symbolizovat odmítání násilí a jeho nošením se lidé veřejně přihlásí k tomuto postoji. Součástí kampaně byli také doprovodné PR akce tzn. tisková konference ministra, rozhovory v médiích.

#### 1.4.4 E - začlenění

Zabránění vzniku nových forem vyloučení ze společnosti, ke kterým dochází v důsledku prudkého rozvoje informačních a komunikačních technologií, je v ČR řešeno v rámci Státní informační a komunikační politiky, která rozpracovává priority akčního plánu eEurope 2005. Jedním z opatření státní informační a komunikační politiky je podpora možností celoživotního vzdělávání, jehož nástrojem je **Národní program počítačové gramotnosti (NPPG)**. Jeho cílem je umožnit široké veřejnosti naučit se základům práce s počítačem a internetem a pomoci překonat strach z nových technologií. Program je založen na praktických dvouhodinových kurzech, během kterých účastníci postupně zvládnou v doprovodu zkušených lektorů ovládnutí počítače, připojení k internetu, základy vyhledávání na internetu a práci s elektronickou poštou – kurzy Jak na počítač, Texty v počítači a Internet a e-mail. Tyto kurzy jsou na rozdíl od obdobných kurzů poskytovaných komerčními subjekty cenově

<sup>68</sup> Stránka obsahuje základní údaje a odkazy vztahující se k programu, informace o uzávěrkách výzev k podání projektů.

dostupné a určené široké veřejnosti. Cena dvouhodinového kurzu činí 100,- Kč (cena je ze státního rozpočtu dotována částkou 417,- Kč na každého proškoleného).

V roce 2005 byly tři základní kurzy rozšířeny o kurz **Občan, úředník a Portál veřejné správy** a speciální program **NPPG Handicap**. Kurz **Občan, úředník a Portál veřejné správy** učí občany na praktických ukázkách řešit pomocí Internetu různé životní situace, vyhledávat v zákonech, komunikovat s úřady pomocí e-podpisu a e-podatelný nebo podávat daňová přiznání přes Internet. Během výuky jsou hlavně využívány možnosti Portálu veřejné správy (viz box). Cílem speciálního programu **Handicap** je umožnit osobám se zdravotním postižením být počítačově gramotnými, což pro ně znamená podstatné rozšíření možností komunikace s okolím, možností získat pracovní příležitosti apod. Program Handicap vyžaduje individuální práci s klienty, proto základní kurzy jsou upravené specifickým potřebám.

Národní program počítačové gramotnosti v roce 2006 zajišťuje celkem 18 realizátorů – 10 z nich v programech NPPG a NPPG Portál veřejné správy, 8 realizátorů zajišťuje NPPG Handicap. Pro všechny programy NPPG bylo pro rok 2006 vyčleněno 30 mil. Kč, které byly rozděleny mezi realizátory na základě posouzení jejich projektů.

Od roku 2003 prošlo kurzy NPPG přes 130.000 osob (30.518 osob v roce 2003, 19.770 osob v roce 2004, 81.753 osob v roce 2005). Kurzy zasáhly přesně segment, na který byly cíleny. Nejvíce účastníků je z věkové kategorie nad 40 - 60 let – tedy lidé, kteří jsou nejvíce ohroženi ztrátou zaměstnání a pro které jsou alespoň základní dovednosti práce s PC možností získat lépe nové zaměstnání. Ze 60% se na celkovém počtu účastníků podílí ženy. Vhodným doplněním programu NPPG jsou E-learningové kurzy, které jsou nově umístěny na Portálu veřejné správy. Tyto kurzy jsou zaměřené na zdokonalení práce s PC a obsahují také informativní kurz Průvodce Portálem veřejné správy. E-learningové kurzy na Portálu jsou velmi žádané. Od spuštění provozu v lednu 2006 se zaregistrovalo cca 5000 uživatelů.

V březnu 2006 došlo k novelizaci zákona č. 365/2000 Sb., **o informačních systémech veřejné správy**, který stanovuje práva a povinnosti správců informačních systémů veřejné správy (ISVS) a dalších subjektů, jež souvisejí s vytvářením, užíváním, provozem a rozvojem informačních systémů veřejné správy. Zákon vytváří podmínky, aby kvalitní informační systémy byly dobrým nástrojem pro výkon veřejné správy. Zákon se zabývá i problematikou přístupnosti webových stránek a zavádí nově povinnost přizpůsobit od 1. ledna 2008 webové stránky institucí státní správy a samosprávy tak, aby byly přístupné i pro osoby se zdravotním postižením. V prostředí veřejné správy je nezbytné, aby nebyly skupiny osob se zdravotním postižením při poskytování informací prostřednictvím webových stránek jakkoliv diskriminovány.

Novela zákona č. 365/2000 Sb., o informačních systémech veřejné správy, odkazuje na doporučující metodický dokument **Best practice – pravidla pro tvorbu přístupného webu**, který vznikl v roce 2004. Dokument obsahuje doporučení pro tvorbu WWW stránek ve veřejné správě a stanovuje podmínky pro zveřejňování informací dálkovým přístupem ve shodě s takzvanými pravidly WAI (Web Accessibility Initiative, Iniciativa pro bezbariérový přístup). Pravidla mají prozatím doporučující charakter, mají být vodítkem pro zadavatele webových stránek a inspirací pro jejich správce. Od roku 2008 budou ve formě vyhlášky závazná.

Za klíčový je považován rozvoj služeb informační společnosti jako např. e-Government, e-Procurement, e-Health, e-Learning. Jedna z vlastností těchto služeb – dálkový přístup, poskytuje vhodné podmínky pro začleňování osob se zdravotním postižením do běžného života a pomocí odbourávání informačních bariér pomáhá těmto jedincům vyrovnat se se svým postižením. Za vstupní bránu k on-line veřejným službám je považován Portál veřejné správy (<http://portal.gov.cz>), jehož pilotní verze byla spuštěna v říjnu 2003 a ostrý provoz byl zahájen v roce 2004.

Portál veřejné správy (<http://portal.gov.cz>) je bezplatným zdrojem státem garantovaných informací, jenž svoji povahou dálkového přístupu poskytuje vhodné podmínky pro odbourávání informačních bariér a pro začleňování sociálně slabších a osob se zdravotním postižením do běžného života.

V průběhu roku 2005 byl Portál veřejné správy postupně optimalizován podle Best Practise – Pravidel pro tvorbu přístupného webu a zároveň standardu W3C a stal se tak snadno přístupným především pro osoby se zrakovým postižením a další handicapované spoluobčany, kteří osobní počítač ovládají pomocí alternativních zařízení.

Osobám se zdravotním postižením se na Portálu veřejné správy věnuje sekce Občan – Zdraví, která obsahuje vedle legislativního a zdravotního poradenství i užitečné informace o nabídce služeb osobám se zdravotním postižením, včetně internetových obchodů, knihoven, časopiseckých článků, pracovních příležitostí a pořádaných akcí. Informace do této sekce jsou připravovány a doplňovány v široké spolupráci s resorty, kterých se problematika sociálního začlenění osob se zdravotním postižením nejvíce dotýká (zdravotnictví, sociální věci, zaměstnanost, správa sociálního zabezpečení, školství) a s nestátními neziskovými organizacemi působícími v této oblasti.

Životní situace, které jsou jedním typem informací v této sekci, řeší např. sociální zabezpečení osob se zdravotním postižením a životní situace vztahující se k odborné péči, léčbě a k sociálnímu zabezpečení rodiny pečující o osoby se zdravotním postižením nebo oslabené dítě. Životní situace pomáhají osobám se zdravotním postižením při jednání s úřady, obsahují např. informace, jak postupovat při žádosti o různé druhy příspěvků, jako např. příspěvek na vytvoření chráněného pracovního místa, aj.

Téma e-začlenění je velmi aktuální. V červnu roku 2006 byla členskými státy EU přijata deklarace k e-začlenění, Deklarace je prvním krokem v širším procesu, jež v roce 2008 vyústí v evropskou iniciativu e-začlenění.

## 1.5 Pomoc nejvíce ohroženým skupinám obyvatelstva

### 1.5.1 Osoby se zdravotním postižením

Základním koncepčním dokumentem upravujícím politiku vlády vůči osobám se zdravotním postižením je **Národní plán vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením** schválený usnesením vlády č. 256 ze dne 14. dubna 1998. Plnění národního plánu bylo příslušnými resorty hodnoceno pozitivně a plán byl považován za přínosný. S tímto stanoviskem se také shoduje Národní rada zdravotně postižených ČR. V oblasti sociálních věcí byl oceněn zejména návrh zákona o sociálních službách, zákon o zaměstnanosti a zrušení výdělkového omezení při částečném invalidním důchodu. V oblasti vzdělávání byly úkoly legislativního charakteru zakotveny v právních předpisech resortu. Národní plán urychlil trend integrovaného vzdělávání dětí, žáků a studentů se zdravotním postižením a posílil jejich postavení ve společnosti. V oblasti zdravotnictví byl v rámci národního plánu podporován vznik specializovaných center, vývoj pomůcek a byla zkvalitněna a zpřístupněna zdravotnická péče. Významně byla podpořena edukace jak samotných zdravotně postižených, tak široké veřejnosti o problematice zdravotního postižení. V oblasti dopravy došlo k vytvoření nezbytných legislativních opatření a zejména k jejich realizaci v praxi. V oblasti kultury přibylo každoročně bezbariérově přístupných kulturních zařízení a památek a byly pravidelně podporovány kulturní aktivity osob se zdravotním postižením.

V roce 2004 vláda schválila **Střednědobou koncepci státní politiky vůči občanům se zdravotním postižením**<sup>69</sup>. Koncepce je zaměřena na klíčové oblasti života osob se zdravotním postižením, jako je např. zákaz diskriminace, vzdělávání, sociální zabezpečení, zaměstnávání, zdravotnictví, přístupnost prostředí, přístup k informacím aj. Každá z těchto částí je strukturovaná na popis současné situace, cíle, úkoly a opatření na léta 2004 – 2009.

<sup>69</sup> Usnesení vlády ČR č. 605, 16. června 2004

Zpráva o realizaci jednotlivých opatření bude vládě předložena do 31. prosince 2006. Na období let 2006 – 2009 byl vypracován a vládou přijat nový Národní plán pro podporu a integraci občanů se zdravotním postižením na období 2006 – 2009<sup>70</sup>. Důvodem pro jeho vypracování je skutečnost, že poslední Národní plán byl přijat již v roce 1998 a splnění všech opatření v něm obsažených bylo naplánováno do konce roku 2005.

### 1.5.2 Děti, mládež a mladí dospělí

V rámci snížení nezaměstnanosti a prevence dlouhodobé nezaměstnanosti je pro mladé dospělé uchazeče o práci (do 25 let a 6 měsíců evidence) realizován program prevence dlouhodobé nezaměstnanosti **První příležitost**. Implementace programu je popsána v části 1.2.1.

V oblasti prevence sociálně negativních jevů mládeže a mladých dospělých byly v letech 2004 až 2006 podpořeny aktivity zaměřené na primární prevenci, které vycházejí z Strategie prevence kriminality na léta 2004 až 2007. Mezi podpořenými aktivitami jsou nízkoprahové zařízení pro děti a mládež (Praha 5), Letní tábor prachatických dětí, Open House Bruntál, Skatepark Blansko a Právo pro každého Mělník. V rámci sekundární prevence došlo v roce 2005 k pozitivním změnám ve vývoji a kvalitě projektu Systém včasné intervence (dále jen „SVI“), jehož cílem je vytvoření optimálních podmínek pro sociálně nápravné intervence státní a veřejné správy i NNO ve stádiích, kdy se děti a mladiství dostávají do konfliktu se zákony.

Mediační a probační služba realizuje probační programy pro mladistvé pachatele trestných činů. V průběhu roku 2004 Probační a mediační služba realizovala ve spolupráci s NNO pilotní programy StreetLaw – Právo pro každý den a Lehrenprogramme – Učební programy.

**Program StreetLaw – Právo pro každý den:** Program byl vytvořen ve spolupráci s třemi pilotními regiony, v jejichž městech byl také testován: Brno, Pardubice a Praha.

Zaměření projektu: zvýšení právního vědomí a na posílení sociálních dovedností mladistvých a mladých dospělých prvopachatelů

Výstup: roce 2005 byl tento program akreditován a zapsán do seznamu probačních programů. V roce 2006 bude tento program rozšířen do většiny okresů soudních krajů ČR.

Evaluační program: program v rámci pilotáže absolvovalo celkem 24 mladistvých a mladých dospělých pachatelů, intenzita docházky klientů do programu byla sedm osmihodinových výukových dnů a to vždy v sobotu s intervalem 1x za dva až tři týdny. Z vyhodnocení vyplývá, že program úspěšně dokončilo v rámci Prahy 71,4 % klientů, Brna 72,7 % klientů a v Pardubicích 66,7 % klientů. Z hlediska dosažené úrovně právních znalostí prověřované u účastníků programu po absolvování programu vyplývá, že 43,75 % účastníků dosáhlo úrovně velmi dobrých znalostí, 50 % účastníků dosáhlo úrovně dobrých znalostí a 6,25 % účastníků dosáhlo úrovně dostatečných znalostí z oblasti práva.

**Program Lehrenprogramme – Učební programy.** Program je realizován západočeském, jihočeském a pražském soudním kraji. Záměrem je projekt plošně rozšířit do dalších soudních okresů v ČR včetně výškolení lektorů programu, kteří budou moci program poskytovat.

Cílová skupina: mladiství pachatelé ve věku 15 – 18 let, kterým bylo soudem nebo státním zastupitelstvím uloženo výchovné opatření v podobě povinné účasti v probačním programu. Jedná se o pachatele ve věku, kdy se dotváří jejich osobnost, řeší problémy související s jejich uplatněním (pracovní kariéra, partnerské vztahy, vztahy s rodiči, rozvíjení zálib apod.).

Cíl projektu: snížení či zastavení jejich další kriminální kariéry mladistvých pachatelů

<sup>70</sup> Usnesení č. 1004 ze dne 17. srpna 2005.

O realizaci a výsledcích uvedených projektů jsou státní zástupci a soudci průběžně informováni prostřednictvím zpráv realizačních týmů a prostřednictvím jednotlivých středisek Probační a mediační služby.

### 1.5.3 Senioři

Vyhodnocení opatření na podporu prodloužení účasti seniorů na trhu práce jsou zmíněna v části 1.2 Usnadnění účasti na zaměstnání.

V souvislosti se stárnutím populace v ČR byl vytvořen nástroj na prosazování politiky stárnutí, přípravy na stárnutí a trvalou a rovnoprávnou integraci seniorů do společnosti **Národní program přípravy na stárnutí na období let 2003 až 2007**. Opatření Národního programu jsou zaměřena na podporu kvality, flexibilních a integrovaných služeb (zdravotních a sociálních) v rámci komunity, dále na rozvoj rehabilitace a integrované domácí péče, zlepšování pracovního a životního prostředí, na zvyšování informovanosti občanů v oblasti ochrany zdraví a prevence, na vzdělávací a poradenskou činnost i na podporu výzkumných úkolů v této oblasti atd. V návaznosti na tento plán byl na Ministerstvu zdravotnictví ČR v roce 2004 poprvé vyhlášen dotační **program „Projekty zdravého stárnutí“**. V letech 2004 až 2006 se ročně na tyto účely rozdělil 8 – 10 mil. Kč.

První zpráva o plnění Programu v roce 2005 upozorňovala na nedostatky, mezi které patří chybějící příležitosti pro aktivní stárnutí, tj. pracovní (ekonomickou) aktivitu starších občanů, pro sociální aktivity a začleňování, problematika ochrany před zneužíváním, problém dostupnosti, přístupnosti a vstřícnosti veřejných služeb (design a organizace odpovídající specifickým potřebám seniorů) a jiné. Ve zprávě byla navržena opatření k efektivnější realizaci programu. Hlavním opatřením je zřízení nového poradního orgánu vlády – **Rady pro seniory a stárnutí populace**, ve které jsou zástupci relevantních subjektů z různých sektorů (veřejná správa, sociální partneři, odborná a občanská veřejnost a další) a úrovní (národní, regionální i lokální).

V rámci dotačního programu Zdravé stárnutí, který byl vyhlášen v roce 2004, nedošlo k naplnění dílčího úkolu ve směru kompenzace handicapů prostředí, není dostatečně věnována pozornost dostupnosti bydlení pro handicapované a mezi nimi i starší seniory. Dále je upozorňováno na nedostatečnou koordinaci zdravotních a sociálních služeb, geriatrická modifikace stávajících zdravotnických služeb pro seniory není naplňována, především chybí komplexní geriatrické hodnocení pacienta-seniora a následná metodika geriatrické péče po jeho propuštění z ošetřování.

V případě **problematiky sociálně zdravotního lůžka** bylo zákonem o sociálních službách přijato následující řešení. Poskytovatel sociální služby je povinen zajistit zdravotní péči osobám, kterým poskytuje pobytové sociální služby (zejména se jedná o domovy pro seniory, domovy pro osoby se zdravotním postižením), a to zákonem stanoveným způsobem. V těchto případech pak zdravotní pojišťovny uzavírají k hrazení zdravotní péče zvláštní smlouvu. Zákon o sociálních službách zároveň zavádí nový druh sociální služby, a to „sociální službu poskytovanou ve zdravotnických zařízeních ústavní péče“, financovanou v rámci systému sociálních služeb, zároveň tato zdravotnická zařízení ústavní péče nemusejí žádat o oprávnění k poskytování sociálních služeb (registraci) a jsou pouze uvedeny v registru poskytovatelů sociálních služeb.

### 1.5.4 Etnické menšiny a imigranti

#### Romové ohrožení sociálním vyloučením

**Studie proveditelnosti agentury k předcházení sociálního vyloučení v romských komunitách**, která popisovala institucionální varianty vzniku agentury a náplň její činnosti, byla připravena k předložení vládě. Nedošlo ovšem ke konsensu nad tímto dokumentem a celý proces byl zastaven. Bylo rozhodnuto tento koncept realizovat jiným způsobem, a to



prostřednictvím finančních prostředků ESF. Od roku 2005 je NNO Člověk v tísni realizován projekt POLIS<sup>71</sup>, který má charakteristické prvky agentury k předcházení sociálnímu vyloučení v romských komunitách. V návrhu programového dokumentu OP LLZ na léta 2007 – 2013 jsou vytvořeny mechanismy, jejichž prostřednictvím by měla být problematika sociálně vyloučených romských komunit řešena komplexním a jednotným způsobem.

**Terénní sociální práce ve vyloučených romských lokalitách** je považována za jeden z neúčinnějších nástrojů boje proti sociálnímu vyloučení Romů. V ČR jsou terénní programy v lokalitách ohrožených sociálním vyloučením realizovány od roku 1999 NNO Člověk v tísni. Od roku 2000 je podobný program co se týče definice problému a cílů programu realizován Radou vlády pro záležitosti romské komunity. Tento program je zaměřen na zřízení a stabilizaci míst terénních sociálních pracovníků na úrovni obcí. Terénní sociální programy jsou realizovány v sociálně vyloučených lokalitách. Cílem práce terénního sociálního pracovníka je analyzovat sociální situaci romské rodiny a vhodnými prostředky s využitím metod sociální práce přispět k odstranění nežádoucích faktorů bránících jejich integraci do společnosti. Programy jsou financovány ze státního rozpočtu, dále z rozpočtu měst a NNO.

Program Terénní sociální práce ve vyloučených lokalitách nestátní neziskové organizace Člověk v tísni byl uveden jako příklad dobré praxe v NAPSÍ 2004 – 2006. Program byl zařazen do programu Peer Review v rámci Akčního programu Společenství na podporu spolupráce v boji se sociálním vyloučením, který slouží k vzájemnému učení se z osvědčených nástrojů a politik, které členské země v oblasti sociálního začleňování realizují. Seminář „Peer Review“ se uskutečnil v Praze ve dnech 19. – 20. května 2005 za účasti expertů z Velké Británie, Španělska, Rakouska, Slovenska, Rumunska a zástupce EAPN.

Za účelem nastavení efektivního systému terénní sociální práce ve vyloučených romských lokalitách je v období od října 2005 do konce srpna 2008 realizován národní projekt **Podpora vytváření systému terénní sociální práce**<sup>72</sup>. Projekt je zaměřen na terénní sociální pracovníky a zaměstnance veřejné správy zajišťující koordinační činnost v otázkách romské integrace a prosazování zájmů romské komunity. Výstupy projektu budou: metodická příručka pro výkon práce terénního sociálního pracovníka a metodická příručka k výkonu přenesené působnosti v oblasti prosazování práv příslušníků romské komunity a integrace romské komunity do společnosti, vzdělávací program navazující na vstupní vzdělávání terénních sociálních pracovníků, nastavení systému pravidelných pracovních setkání v rámci veřejné správy a prohloubení komunikace s NNO působícími v této oblasti, aj.

V rámci opatření 2.1 Integrace specifických skupin obyvatelstva ohrožených sociální exkluzí bylo v letech 2004 až 2006 podpořeno celkem 6 projektů v celkové částce 57,2 mil.Kč zaměřených na Romské komunity.

Na území Ústeckého a Karlovarského kraje proběhl v roce 2005 **výzkum zaměřený na zmapování typů kriminality v sociálně vyloučených lokalitách**. Cílem výzkumu bylo získat detailní přehled o struktuře a dynamice kriminality, která je spojena s životem v sociálně vyloučených lokalitách, s ohledem na sociální a kulturní determinanty kriminality specifické pro tyto komunity a zjištění postojů příslušníků komunit k těmto typům kriminality v kontextu jejich hodnotových orientací a životních strategií. Současně byly prozkoumány postoje a důvěra členů komunit v orgány veřejné správy i samosprávy se zaměřením na policii. Výzkum poskytl také informace nutné k odhadu rozšíření kriminality v daných komunitách, k popisu jejich forem a přesahu do jiných komunit. Závěrečné zprávy byly využity především pro koncepční činnost Ministerstva vnitra ČR a pro potřeby Policie ČR.

<sup>71</sup> Projekt je realizován v rámci CIP EQUAL.

<sup>72</sup> ESF, opatření 2.1 Integrace specifických skupin obyvatelstva ohrožených sociální exkluzí OP RLZ, část opatření zaměřená na sociální integraci.

Od 1. 11. 2005 probíhá **Analyza sociálně vyloučených romských lokalit (komunit) a absorpční kapacity subjektů působících v této oblasti**<sup>73</sup>. Hlavním cílem je získat základní informace o situaci v sociálně vyloučených romských lokalitách prostřednictvím plošného zmapování situace v jednotlivých lokalitách pro správné nastavení systému čerpání finančních prostředků ze strukturálních fondů v programovém období 2007 – 2013. Potřeba výzkumu vzešla z poznatků, že dopad ESF na pomoc romským komunitám nebyl dostačující. Analýza se také zaměřuje na zjištění možnosti a míry absorpční kapacity subjektů působících a poskytujících služby v této oblasti (tedy především NNO, organizace zřizované obcemi a kraji, obce, kraje, úřady práce, podnikatelské subjekty, fyzické osoby).

MPSV ČR dále v roce 2005 uspořádalo ke zvýšení informovanosti směrem k subjektům předkládajícím projekty v této oblasti **mezinárodní konferenci na téma – Možnosti využití ESF pro zlepšení situace romských komunit v ČR**. V červnu 2006 proběhl tematicky zaměřený regionální seminář **Podporované zaměstnávání Romů – příklady dobré praxe a možnosti využití ESF**.

Byla zadána **studie koncepčních dokumentů krajů týkajících se romské integrace**. Cílem této studie MPSV ČR financované z prostředků ESF byla analýza krajských Koncepcí romské integrace. Podklady této studie budou využity k systematické přípravě na implementaci OP LLZ 2007-2013 v oblasti začleňování romských komunit.

V únoru 2005 byla v gesci MPSV ČR ustavena **Pracovní skupina pro záležitosti romských komunit v rámci programů ESF** (dále jen pracovní skupina). Tato pracovní skupina, která je poradním a iniciačním orgánem monitorovacích výborů OP RLZ, JPD 3 a Programu Iniciativy Společenství (dále CIP EQUAL) ve věci pomoci vyloučeným romským komunitám. Pracovní skupina zejména monitoruje projekty podpořené v rámci ESF v oblasti začleňování sociálně vyloučených romských komunit, předává a vyměňuje si informace a zkušenosti s dalšími aktéry (jednotlivé resorty, samosprávy, NNO, atd.). Pracovní skupina se také úzce podílí na přípravě nových programových dokumentů.

Na podporu integrace Romů ohrožených sociálním vyloučením a podporu sociální práce v romských komunitách, bylo v rámci **dotačního programu** MPSV ČR<sup>74</sup> podpořeny služby: terénní programy pro osoby žijící v sociálně vyloučených komunitách, nízkoprahová zařízení pro děti a mládež, sociální poradenství. V roce 2005 bylo v rámci tohoto podprogramu vyplaceno na neinvestiční dotace celkem 37,9 mil. Kč a v roce 2006 celkem 30,7 mil. Kč. Celkem ve sledovaném ukazateli „Integrace příslušníků romské komunity“<sup>75</sup> bylo v roce 2005 vyplaceno na neinvestiční dotace 65,7 mil. Kč a v roce 2006 celkem 59,7 mil. Kč.

## Imigranti

Koncepce integrace cizinců (dále koncepce) se v rámci ČR systematicky rozvíjí od r. 1999, kdy byly vládou schváleny Zásady koncepce integrace cizinců na území ČR. V zaměření politiky integrace cizinců převládalo do roku 2005 uplatňování metody mainstreamingu v rámci aktualizované koncepce<sup>76</sup> byly stanoveny klíčové předpoklady a na ně navazující cílená opatření<sup>77</sup>.

<sup>73</sup> Analýza je financována v rámci technické asistence OP RLZ.

<sup>74</sup> Oblastí podpory poskytování sociálních služeb, podprogram zaměřený na podporu poskytování zvláštních sociálních služeb v sociálně vyloučených romských komunitách.

<sup>75</sup> Celkový objem prostředků vyplacený MPSV ČR v rámci dvou programů, tj. program realizovaný MPSV ČR (podprogram zaměřený na podporu poskytování zvláštních sociálních služeb v sociálně vyloučených romských komunitách) a program realizovaný Radou vlády pro záležitosti romských komunit ve spolupráci s MPSV ČR (program Předcházení sociálního vyloučení v romských komunitách a odstraňování jeho důsledků).

<sup>76</sup> Usnesení vlády č. 126 ze dne 8. února 2006.

<sup>77</sup> Cílená opatření jsou mířena do čtyř oblastí: znalost českého jazyka, ekonomickou soběstačnost, orientaci cizince ve společnosti a vztahy cizince s majoritní společností.

V letech 2004–2006 byla v rámci Koncepce integrace cizinců ve vztahu k plnění NAPSÍ průběžně naplňována zejména následující opatření: v roce 2005 byl vydán český překlad publikace **Příručka o integraci**<sup>78</sup>, která vznikla jako výstup ze seminářů pořádaných Evropskou komisí v roce 2004 k jednotlivým klíčovým tématům integrace a která je určena pro tvůrce a realizátory integrační politiky v jednotlivých zemích EU. Od roku 2004 je MPSV ČR provozována internetová stránka [www.cizinci.cz](http://www.cizinci.cz), která je zdrojem informací pro státní úředníky, nevládní neziskové organizace a i samotné cizince. Tato stránka seznamuje uživatele s oficiálními a koncepčními dokumenty ČR i EU, s informacemi a zkušenostmi v ČR i zahraničí a poskytuje nezbytné informace umožňující jednotný postup ve vyřizování agendy v rámci integrace cizinců v ČR.

V průběhu let 2004–2006 byla navázána spolupráce se zástupci územní samosprávy na úrovni krajů, která by měla přispět k efektivnější integraci cizinců. Zástupci krajů jsou pravidelně zváni na semináře pořádané MPSV ČR, které slouží jako komunikační platforma k provázání mezi celostátní a lokálním rozměrem integrace. Cílem je vzájemně se informovat o svých aktivitách, koordinovat postup a poskytnout prostor pro podávání podnětů a k diskusi o problematice integrace cizinců.

Od roku 2005 jsou v rámci CIP EQUAL realizovány projekty **Systémová podpora pracovního uplatnění azylantů a cizinců dlouhodobě žijících v České republice (Work in Czech)** a **Systémová podpora pracovního uplatnění azylantů a cizinců dlouhodobě žijících v Praze (Work in Prague)**. Součástí projektu Work in Czech je vývoj a pilotní odzkoušení sady integračních kurzů (kurz pracovní integrace, kurz PC, motivační kurzy) a kurzů českého jazyka, včetně vývoje učebních a metodických materiálů.

V průběhu roku 2006 dojde také k dopracování **Informační publikace pro cizince v ČR**, která bude přeložena do vybraných cizích jazyků, vydána tiskem a distribuována cizincům. Dále bude také zveřejněna na webových stránkách [www.cizinci.cz](http://www.cizinci.cz). Tato publikace bude sloužit jako stručný zdroj obecných základních informací pro cizince, žádná takováto ucelená informační brožura zatím v ČR neexistuje.

Každoročně jsou finančně podporovány projekty zaměřené na integraci cizinců v rámci různých resortů<sup>79</sup>. V roce 2004 bylo na projekty zaměřené na integraci vyhrazeno ze státního rozpočtu celkem 20 mil. Kč (pro MPSV ČR připadlo 7 mil. Kč), v roce 2005 12 mil. Kč (pro MPSV ČR připadlo 4,6 mil. Kč) a v roce 2006 25 mil. Kč (pro MPSV ČR připadlo 9 mil. Kč). V letech 2004–2006 MPSV ČR vyhlášovalo programy zaměřené na zlepšení informovanosti cizinců a občanů, poskytování sociálně-právního poradenství cizincům, podporu aktivit zaměřených na integraci zranitelných skupin imigrantů, podporu vztahů mezi komunitami, a dále byly podpořeny i některé další aktivity. Nejčastěji podpořeným typem projektů jsou projekty cílené na poskytování sociálně právního poradenství, ke kterému je nezdědka připojeno i poradenství psychologické. V rámci podpory rozvoje vztahů mezi komunitami pak byly uskutečněny mimo jiné také projekty, které zahrnovaly organizaci a podporu diskusí ke zvýšení povědomí veřejnosti o problematice integrace cizinců a ty, které podpořily budování a činnost multikulturních center. V roce 2004 bylo MPSV ČR podpořeno 13 projektů, v roce 2005 10 projektů a v roce 2006 19 projektů.

V rámci opatření 2.1 Integrace specifických skupin obyvatelstva ohrožených sociální exkluzí OP RLZ byl v letech 2004 až 2006 např. podpořen projekt NNO Centra pro integraci cizinců nazvaný **Individuální podpora zaměstnávání cizinců v ČR**, a to částkou 2,7 mil. Kč.

K podpoře integrace cizinců byla zřízena **Komise ministra práce a sociálních věcí pro integraci cizinců**<sup>80</sup>, která vznikla v návaznosti na převod gesce za koordinaci realizace

<sup>78</sup> Překlad příručky do českého jazyka je k dispozici na internetových stránkách [www.cizinci.cz](http://www.cizinci.cz).

<sup>79</sup> MPSV ČR, Ministerstvo vnitra ČR, Ministerstvo zdravotnictví ČR, MŠMT ČR, Ministerstvo kultury ČR, Ministerstvo průmyslu a obchodu ČR, Ministerstvo pro místní rozvoj ČR a Český statistický úřad

<sup>80</sup> Komise má především poradní a koordinační funkci, napomáhá při zajišťování podmínek pro přípravu a realizaci politiky vlády v oblasti integrace cizinců.

Koncepce integrace cizinců z Ministerstva vnitra ČR na MPSV ČR. Komise během let 2004 – 2006 projednávala koncepční materiály týkající se problematiky integrace cizinců. Zejména vzhledem k velkému počtu členů Komise spočívá těžiště činnosti v rámci jejích odborných konzultačních skupin, které jsou více flexibilní a jsou základem operativní meziresortní a nadresortní spolupráce. Skupiny se podílely na formulování Koncepce integrace cizinců a zabývaly se řadou problémových záležitostí v oblasti integrace cizinců; z jejich jednání vyplynula řada podnětů, jejichž řešení přispěje k integraci cizinců na území ČR.

V souvislosti s přípravou nové **základní odborné přípravy pro nově přijaté příslušníky Policie ČR** byly do profilu absolventa zahrnuty požadavky na získání sociálních kompetencí pro kontakt s cizinci. Do výukového programu byla zapracována témata práce s menšinami, problematika lidských práv, řešení konfliktních situací s cizinci, kompenzační techniky k redukci stresu atd. V průběhu let 2004 a 2005 byli také proškoleni policisté ze zařízení pro zajištění cizinců Balková, Poštorná, Velké Přílepy, Frýdek-Místek, Bělá-Jezová. Školení se zaměřovala na komunikaci s cizinci a zvládání zátěžových situací a vedli je pracovníci Správy uprchlických zařízení a odborní psychologové.

## Bezdomovci

V roce 2005 byla občanským sdružením Naděje vypracována **Národní zpráva o bezdomovství**, které popisuje fenomén bezdomovství v ČR. Národní zpráva upozorňuje na neexistenci definice bezdomovectví v českém právním rádu, kde slovo bezdomovec znamená člověk bez státní příslušnosti. Zpráva dále odkazuje na neexistenci monitorování počtu bezdomovců v ČR. K vytvoření definice a monitorovacího mechanismu byl podpořen projekt ETHOS Evropská typologie bezdomovství, který je podpořen z prostředků ESF OP RLZ.

V rámci grantového schématu **Zajištění jednotného přístupu v poskytování sociálních služeb osobám bez přístřeší** je od roku 2006 realizováno 27 projektů v celkové výši 216 451 tisíc Kč. Projekty jsou financovány z prostředků ESF a spolufinancovány ze státního rozpočtu ČR v rámci části Opatření 2.1 Integrace specifických skupin obyvatelstva ohrožených sociální exkluzí, části sociální integrace (viz Příklady dobré praxe).

### 1.5.5 Osoby opouštějící ústavní výchovu nebo výkon trestu odnětí svobody

Probační a mediační služba ČR (dále jen PMS ČR) zavádí resocializační a neintegrační programy pro pachatele trestné činnosti, které jsou jedním z klíčových nástrojů pro snižování rizik opakování trestné činnosti u dospělých a mladistvých. V průběhu roku 2005 byla vyhlášena dvě kola akreditačního řízení pro zájemce o poskytování probačních programů. Ze 72 subjektů<sup>81</sup> jich 69 akreditaci získalo a byly zapsány do seznamu probačních programů vedených Ministerstvem spravedlnosti ČR (dále MSP ČR).<sup>82</sup> Ve stejném roce došlo také k vyhlášení dotačního řízení pro účely financování těchto akreditovaných programů.

V oblasti prevence páchaní další trestné činnosti je realizován Probační a mediační program **Mentor**, který je realizován ve spolupráci s NNO Sdružení pro probaci a mediaci v justici. Projekt je určen klientům, hlásícím se k romské menšině, kterým vytváří podmínky a rovné příležitosti pro úspěšné vykonání jejich alternativního trestu. Služeb mentora je možné také využít při uložení dohledu probačního úředníka nad dětmi mladšími 15ti let. Mentori pomáhají s vyhledáváním klientů, kteří nespolupracují, nebo nijak na výzvy PMS nereagují, kterým pak poskytují potřebné informace a motivují je k docházce na střediska, popřípadě je přímo doprovází. Na základě dosavadních výsledků lze konstatovat, že Romský mentor je nejúspěšnějším programem, který PMS podpořila a zapojila se do jeho realizace. O výsledcích projektu Mentor jsou státní zástupci a soudci průběžně informováni prostřednictvím zpráv realizačních týmů a prostřednictvím jednotlivých středisek PMS.

<sup>81</sup> Státní instituce, NNO i fyzické osoby.

<sup>82</sup> Seznam probačních programů je k dispozici na webových stránkách MSP ČR [www.mspr.cz](http://www.mspr.cz).

V listopadu 2005 byl zahájen **výzkum zaměřený na další osudy mladých lidí, kteří odcházejí ze zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy**. Jeho cílem je zjistit, v jaké míře se tito lidé dopouštějí po opuštění zařízení protiprávní činnosti a nakolik jsou schopni se integrovat do běžného života. Gestorem výzkumu je MV ČR, které spolupracuje zejména s MŠMT ČR a Policejním prezídiem ČR.

Osoby opouštějící ústavní výchovu nebo výkon trestu odnětí svobody jsou jednou z cílových skupin OP RLZ, Opatření 2.1 Integrace specifických skupin obyvatelstva ohrožených sociálním vyloučením. Z prostředků ESF byl doposud podpořen projekt občanského sdružení Moje budoucnost zaměřený na zaměstnání a ubytování pro mladé lidi z dětských domovů ve výši 11,4 mil. Kč.

Největší problémy, kterým čelí osoby propuštěné z ústavní péče nebo z vězení, jsou spojené s bydlením. Zejména mladým lidem je proto poskytováno ubytování v tzv. **domech na půli cesty**, které i díky poskytovaným sociálním službám umožňují postupnou integraci těchto osob do normálního života. Tyto projekty, dosud vytvářené ve spolupráci obcí, Ministerstva pro místní rozvoj ČR a MPSV ČR, je nutno rozšířit tak, aby nabídka domů na půli cesty odpovídala skutečné potřebě a počtu propouštěných. Jednou z překážek rozšíření tohoto typu bydlení je malý zájem obcí o poskytnutí státní dotace na výstavbu bytů na půli cesty (k bydlení více viz 3.3.2).

Poskytování sociálních služeb v domech na půli cesty je taktéž podporováno MPSV ČR v rámci dotačního programu zaměřeného na podporu aktivit v oblasti sociální prevence a prevence kriminality. V roce 2004 bylo na podporu této sociální služby vynaloženo celkem 13,3 mil. Kč, v roce 2005 12,3 mil. Kč a v roce 2006 14,4 mil. Kč.

## **2 Institucionální zajištění politiky sociálního začleňování v letech 2004 - 2006**

### **2.1 Příprava Národního akčního plánu sociálního začleňování 2004 - 2006**

NAPSI na léta 2004 – 2006 byl zpracován v gesci MPSV ČR v úzké spolupráci se všemi partnery, kterých se problematika sociálního začleňování dotýká. Při práci na plánu byly využity již vytvořené institucionální mechanismy pro přípravu Společného memoranda o sociálním začleňování (2003). Komise pro sociální začleňování, která se podílela na přípravě Společného memoranda o sociálním začleňování, se úzce podílela na zpracování také NAPSI 2004 – 2006. Ve čtyřicetičlenné komisi jsou zastoupeni zástupci veřejné správy (státní správy a samosprávy – zástupci regionů, měst a obcí), vládních úřadů, NNO a expertů. Do přípravy plánu byli dále zapojeni zástupci z NNO zabývajících se bezdomovectvím a seniory. Pro přípravu NAPSI byl zřízen odkaz na stránkách MPSV ČR, kde byly umístěny jednotlivé kapitoly k veřejnému připomínkování. Informace o možnosti připomínkovat plán byly distribuovány prostřednictvím „týdenních novinek na webu evropská brána“ (informační projekt NROS). V letech 2004 až 2006 došlo k rozšíření Komise pro sociální začleňování o zástupce Ministerstva financí ČR, MSP ČR a NNO, které spolupracovaly na přípravě NAPSI a dalších dokumentů v oblasti sociálního začleňování.

### **2.2 Šíření povědomí o problematice sociálního začleňování**

NAPSI 2004 – 2006 byl předmětem mnoha národních i mezinárodních konferencí, kde zástupci MPSV ČR informovali o jeho jednotlivých opatřeních. Plán byl vydán v tištěné podobě (v počtu 3000 ks v češtině a 500 ks v angličtině) a distribuován v ČR i v zahraničí. V ČR byl plán distribuován členům Komise pro sociální začleňování a partnerům projektu STOP sociálnímu vyloučení, kteří jej dále distribuovali svými kanály regionům, městům a obcím, úřadům práce, NNO, univerzitám a veřejným knihovnám. Informace o tištěném vydání plánu byly uveřejněny na internetových stránkách partnerů projektu STOP sociálnímu vyloučení a bylo možno si vyžádat jeho tištěné vydání.

## **Projekt na zvýšení povědomí o problematice sociálního začleňování - STOP sociálnímu vyloučení**

Projekt STOP sociálnímu vyloučení je informačním projektem, jehož cílem je zvýšit povědomí NNO, měst a obcí a veřejnosti o politice sociálního začleňování na národní i evropské úrovni. Projekt byl podpořen Evropskou komisí v rámci výzvy zaměřené na zvýšení povědomí o evropské strategii sociálního začleňování a spolufinancován ze strany MPSV ČR. Hlavní řešitel projektu (Informační centrum nestátního neziskového sektoru) spolu s partnery (Nadace rozvoje občanské společnosti, SKOK a MEPCO s.r.o.) podnikl řadu aktivit zaměřených na zvýšení povědomí o problematice sociálního začleňování. V rámci projektu došlo k vytvoření speciálního internetového odkazu STOP sociálnímu vyloučení na stránkách ICN a stránkách MEPCO, kde jsou uveřejněny základní strategické dokumenty vztahující se k této oblasti a uveřejňovány aktuality a odkazy na vyhlášené výzvy a zajímavé konference; sekce STOP sociálnímu vyloučení v měsíčníku Grantis, kde jsou publikovány aktuality a zajímavé články z oblasti politiky sociálního začleňování na všech úrovních od lokální až po evropskou. Zajímavé informace a aktuality jsou dále šířeny prostřednictvím Týdenních novinek na webu evropská brána (e-bulletin) a e-bulletin SKOKu. V rámci projektu došlo k vydání glosáře, který objasňuje základní pojmy eurospeaku z oblasti sociálního začleňování, a byly publikovány články o vývoji strategie sociálního začleňování na evropské úrovni v letech 2004 až 2006. Dále se uskutečnily regionální semináře zaměřené na zvýšení informovanosti o různých aktivitách v oblasti sociálního začleňování. Projekt vzhledem k variabilitě jeho partnerů, kteří mají odlišné cílové skupiny pomoci, zasáhl široké auditorium. Tento projekt je blíže popsán v příloze č.2.1 Příklady dobré praxe.

### **Regionální konference Fórum sociálního začleňování**

V ČR na přelomu listopadu a prosince 2005 proběhly dvě regionální konference nazvané „Fóra sociálního začleňování“. Konferencemi byla zahájena příprava NAPSI 2006 – 2008. Vzhledem k tomu, že v této době byla budoucnost NAPSI nejasná, nedošlo na těchto konferencích ke konkrétnímu stanovení cílů v boji s chudobou a sociálním vyloučením na léta 2006 až 2008, ale spíše k reflexi NAPSI 2004 - 2006 všech relevantních aktérů procesu sociálního začleňování. V obecných částech konference se měli možnost jednotliví aktéři vyjádřit k jejich roli v procesu sociálního začleňování. Na konferenci vystoupili zástupci státní správy a samosprávy, sociálních partnerů a NNO. Svoji reflexi NAPSI a problematiku měření chudoby doplnili přizvaní experti. Směřování politiky sociálního začleňování bylo předmětem diskuse ve workshopech zaměřených na zaměstnatelnost nejvíce ohrožených skupin obyvatelstva, partnerství v politice sociálního začleňování z hlediska regionálního a lokálního a předcházení a zabránění rizika sociálního vyloučení. Program konference byl připravován ve spolupráci s projektem STOP sociálnímu vyloučení a informace o přípravě této konference byla šířena prostřednictvím médií tohoto projektu. Na konferencích vystoupili s divadelním představením Pohádkáři<sup>83</sup> herci občanského sdružení Ježek a čížek, které formou sociálního divadla poskytuje pomoc lidem bez přístřeší. Konference byla na základě audiozáznamu vyhodnocována a byla vypracována zpráva, která je k dispozici na internetových stránkách MPSV ČR pod odkazem <http://www.mpsv.cz/files/clanky/2580/zprava.pdf>.

### **2.3 NAPSI 2004 až 2006 jako základ přípravy dalších strategických dokumentů**

NAPSI 2004 – 2006, jako národní strategie sociálního začleňování, byl zdrojem přípravy dalších relevantních strategických dokumentů. NAPSI 2004 – 2006 je v úzké synergii s Národním programem reforem, který ČR předkládala EK v roce 2005. Analýza sociální, ekonomické a demografické situace v ČR z hlediska politiky sociálního začleňování byla podkladem při vypracování analytické části oblasti sociálního začleňování Národního

---

<sup>83</sup> Divadelní hra, která je poskládána ze střípků ze života bezdomovců.

rozvojového plánu a stanovené cíle byly dále promítnuty do přípravy opatření relevantních programovacích dokumentů pro čerpání strukturální pomoci v letech 2007 až 2013.

## 2.4 Mainstreaming sociálního začleňování

Mainstreaming sociálního začleňování jako obecný koncept, skrze který jsou nahlíženy všechny relevantní politiky, není v ČR plně aplikován. Pro zvýšení porozumění tomuto konceptu a jeho využití v politické praxi se ČR zapojila do transnárodního projektu Mainstreaming sociálního začleňování, který byl realizován v letech 2003 až 2005. Hlavním řešitelem projektu byla irská Combat Poverty Agency. Partnery byly zástupci členských států EU (ČR, Francie, Velké Británie, Portugalska a Irsko), jednoho státu EHP (Norsko), jednoho regionu (Severní Irsko) a devíti organizací sdružených v síti NNO bojujících proti chudobě (EAPN). Cílem projektu bylo zmapovat, jak je mainstreaming sociálního začleňování viděn v partnerských zemích projektu a identifikovat základní charakteristiky a mechanismy tvořící mainstreaming a dále zjistit, jaký je potenciál mainstreamingu sociálního začleňování k dosažení pozitivních výsledků ve snížení chudoby a sociálního vyloučení. Výstupem projektu je kniha **Lepší politiky, lepší výsledky – prosazování mainstreamingu sociálního začleňování** a internetová stránka, která je nástrojem využití mainstreamingu sociálního začleňování v praxi [www.europemsi.org](http://www.europemsi.org). Kniha byla přeložena také do češtiny a uveřejněna na internetových stránkách MPSV ČR. V rámci projektu byl také vytvořen dotazník, na základě kterého lze zjistit, jak dalece členský stát využívá principy mainstreamingu sociálního začleňování. K otestování této metodiky dojde v návazném **výzkumném projektu mainstreaming sociálního začleňování**, do kterého se vedle MPSV ČR zapojil také VÚPSV a Fakulta sociálních studií Masarykovi univerzity (dále FSS MU).

## 2.5 Přenesení akčního plánu sociálního začleňování na nižší regionální či lokální úroveň

Chudoba a sociální vyloučení jsou nejlépe postižitelné na lokální úrovni. K možnosti efektivnějšího a účinnějšího prosazování principů sociálního začleňování, vstoupilo MPSV ČR jako partner do transnárodního výměnného projektu **Vytvoření metodiky pro tvorbu regionálních a lokálních akčních plánů**. Tento dvouletý projekt (2005 – 2007) je podpořen EK v rámci druhé výzvy na předkládání žádostí o finanční podporu na projekty zaměřené na mezinárodní spolupráci v rámci výzvy Transnárodní výměnné projekty II. a spolufinancován také MPSV ČR. Jedná se o projekt výměny zkušeností mezi členskými státy EU v implementaci NAPSI. Cílem projektu je vytvořit metodiku pro přípravu regionálních a lokálních akčních plánů sociálního začleňování. ČR se připojila s cílem poučit se od partnerů projektu, jaké iniciativy a aktivity na lokální a regionální úrovni v oblasti sociálního začleňování v jejich zemi probíhají. ČR do projektu přináší zkušenosti s komunitním plánováním sociálních služeb, které je v současnosti realizováno na lokální úrovni. V rámci komunitního plánování sociálních služeb vznikají komunitní plány sociálních služeb, které budou v budoucnosti rozšířeny i do dalších relevantních oblastí sociálního začleňování. Do projektu se v ČR zapojila tři města (Vsetín, Havlíčkův Brod a Karviná), Olomoucký kraj, Svaz měst a obcí ČR a Rada vlády pro záležitosti romské komunity.

Projekt, **Z izolace k sociálnímu začlenění**, je také projektem, kterého se ČR účastní jako partner podpořený ze strany EK a MPSV ČR v rámci druhé výzvy na předkládání žádostí o finanční podporu na projekty zaměřené na mezinárodní spolupráci v rámci výzvy Transnárodní výměnné projekty II. Projekt je v ČR realizován NNO Život 90, Královéhradeckým krajem a MPSV ČR. Na projektu také spolupracuje FSS MU. Cílem projektu je vytvořit regionální plán sociálního začleňování zaměřený na potřeby seniorů sociálně vyloučených nebo sociálním vyloučením ohrožených.

### 3 Použité zkratky

CIP EQUAL	Program Iniciativy Společenství EQUAL
ČR	Česká republika
EAPN	Evropská síť bojující proti chudobě/European AntiPoverty Network
EHP	Evropský hospodářský prostor
EK	Evropská komise
ERDF	Evropský fond regionálního rozvoje
ESF	Evropský sociální fond
EU	Evropská unie
FSS MU	Fakulta sociálních studií Masarykovi Univerzity
GS	grantové schéma
IAP	Individuální akční plán
ICN	Informační centrum nestátních neziskových organizací
JPD	Jednotný programový dokument
NAPSI	Národní akční plán sociálního začleňování
NUTS	Nomenklaturní územní jednotka
NNO	Nestátní nezisková/é organizace
MHD	Městská hromadná doprava
MPSV ČR	Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR
MSP	Malé a střední podnikání
MŠMT ČR	Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR
MV ČR	Ministerstvo vnitra ČR
OP RLZ	Operační program Rozvoj lidských zdrojů
OP LZZ	Operační program Lidské zdroje a zaměstnanost
PMS	Probační a mediační služba
SKOK	Spolek odborové Konfederace NNO působící v sociální a zdravotně sociální oblasti
SROP	Společný regionální operační program
SOŠ	Střední odborná škola
SOU	Střední odborné učiliště
VÚPSV	Výzkumný štav práce a sociálních věcí
WHO	Světová zdravotnická organizace
ZŠ	Základní škola



## **Příloha č. 4.1 – Definice péče a statistické údaje z oblasti zdravotních a sociálních služeb**

### **DEFINICE PÉČE**

#### **Oblast zdravotní péče**

Ambulantní péče se poskytuje jako primární ambulantní péče, sekundární ambulantní péče nebo zvláštní ambulantní péče.

Lůžková péče se poskytuje jako akutní lůžková péče nebo následná lůžková péče v případech, kdy s ohledem na zdravotní stav pacienta nepostačuje poskytnutí ambulantní péče.

Akutní lůžkovou péčí se rozumí poskytování zdravotní péče pacientovi v případech náhlého selhávání nebo náhlého ohrožení základních životních funkcí, nebo v případech, kdy lze tyto stavy předpokládat, včetně plánovaných operací, anebo pacientovi s náhlým onemocněním nebo náhlým zhoršením chronické nemoci, které vážně ohrožují zdraví. Součástí akutní lůžkové péče je i včasná léčebná rehabilitace.

Následnou lůžkovou péčí se rozumí poskytování zdravotní péče při pobytu na lůžku pacientům, u kterých byla stanovena diagnóza a došlo ke zvládnutí náhlé nemoci nebo náhlého zhoršení chronické nemoci, a jejichž zdravotní stav je stabilizovaný. Poskytuje se jako ošetrovatelská péče, léčebná rehabilitace, lázeňská péče, dlouhodobá psychiatrická péče, dlouhodobá léčba tuberkulózy a paliativní péče.

Ošetrovatelskou péčí se rozumí zdravotní péče, jejímž účelem je prevence, udržení, podpora a navrácení zdraví pacientovi; její součástí je také péče o nevyléčitelně nemocné, zmírňování jejich utrpení a vytváření podmínek pro klidné umírání a důstojnou smrt. Ošetrovatelská péče se poskytuje formou ambulantní péče, a to i ve vlastním sociálním prostředí pacienta, nebo formou lůžkové péče.

Léčebnou rehabilitací se rozumí soubor preventivních, diagnostických a léčebných postupů směřujících k obnovení maximální možné funkční zdatnosti pacientů, ať již cestou odstranění vzniklých poruch zdravotního stavu pacienta nebo náhradou některé funkce jeho organismu, popřípadě zpomalení nebo zastavení snižování jeho aktivity. Snižováním aktivity se rozumí omezení či znemožnění běžných činností způsobených nemocí. Běžnými činnostmi rozumíme vše, co se týká oblasti osobní péče, psychiky či poruchy nejen na úrovni orgánové soustavy, ale i funkce lidského organismu jako celku.

Paliativní péčí se rozumí zdravotní péče poskytovaná pacientovi v pokročilém a konečném stadiu nemoci, u kterého byly vyčerpány možnosti léčebné péče vedoucí k vyléčení; jejím účelem je zmírňování utrpení pacienta a vytváření podmínek pro klidné umírání a důstojnou smrt. Paliativní péče se poskytuje formou ambulantní péče, a to i ve vlastním sociálním prostředí pacientů, nebo formou lůžkové péče.

#### **Oblast sociálních služeb**

##### **Formy sociálních služeb:**

pobytové - služby spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb

ambulantní - služby, za kterými osoba dochází nebo je doprovázena nebo dopravována do zařízení sociálních služeb a součástí služby není ubytování

terénní - služby, které jsou osobě poskytovány v jejím přirozeném sociálním prostředí

## **Druhy sociálních služeb:**

sociální poradenství - základní sociální poradenství poskytuje osobám potřebné informace přispívající k řešení jejich nepříznivé sociální situace. Sociální poradenství je základní činností při poskytování všech druhů sociálních služeb

- základní sociální poradenství
- odborné sociální poradenství

služby sociální péče napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost, s cílem umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti, a v případech, kdy toto vylučuje jejich stav, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení

- Osobní asistence
- Pečovatelská služba
- Tísňová péče
- Průvodcovské a předčitatelské služby
- Podpora samostatného bydlení
- Odlehčovací služby
- Centra denních služeb
- Denní stacionáře
- Týdenní stacionáře
- Domovy pro osoby se zdravotním postižením
- Domovy pro seniory
- Domovy se zvláštním režimem
- Chráněné bydlení
- Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče

služby sociální prevence napomáhají zabránit sociálnímu vyloučení osob, které jsou tímto ohroženy pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí a ohrožení práv a oprávněných zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby. Cílem služeb sociální prevence je napomáhat osobám k překonání jejich nepříznivé sociální situace a chránit společnost před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů.

- Raná péče
- Telefonická krizová pomoc
- Tlumočnické služby
- Azylové domy
- Domy na půl cesty
- Kontaktní centra
- Krizová pomoc
- Nízkoprahová denní centra
- Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež
- Noclehárny
- Služby následné péče
- Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi
- Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením
- Sociálně terapeutické dílny
- Terapeutické komunity
- Terénní programy
- Sociální rehabilitace

## Oblast dlouhodobé péče

Mezinárodní (OECD) a národní (zákon o sociálních službách) terminologie potřeb dlouhodobé péče			
Definice OECD	Definice v sociálních službách		Příklady pomoci
kritéria ADL (Activities of daily living)	základní činnosti běžného života	pomoc v péči o vlastní osobu	osobní hygiena, oblékání, příjem potravy, přesuny z/na lůžko a židli, chůze a orientace v bezprostředním okolí apod.
kritéria IADL (Instrumental activities of daily living)	pomocné činnosti běžného života	podpora soběstačnosti a samostatnosti	pomoc s domácími pracemi, přípravou jídla, nakupováním, dopravou a sociálními aktivitami atd.

Personální zajištění dlouhodobé péče			
Odborní zdravotničtí pracovníci-sestry	Nižší zdravotničtí pracovníci Pečovatelé-Pracovníci v přímé péči	Pečovatelé-Pracovníci v přímé péči Poučení laici	Kritéria pomoci v základních a pomocných činnostech běžného života
Odborné výkony zdravotní péče			ADL
Ošetřovatelská péče			
	Pečovatelská péče		IADL

Druhy zdravotnických a sociálních zařízení v ČR				
	Zdravotnická zařízení		Zařízení sociálních služeb	
		Dlouhodobá péče		
Služby	akutní péče	následná péče	služby sociální péče	služby sociální prevence
Ústavní - Residenční - Pobytové	nemocnice	léčebny dlouhodobě nemocných; odborné léčebné ústavy; psychiatrické léčebny; hospice	domovy pro seniory; domovy pro osoby se zdravotním postižením; domovy se zvláštním režimem	terapeutické komunity; azylové domy; noclehárny. atd.
Ambulantní služby	primární péče; odborné ambulance	primární péče; odborné ambulance; stacionáře	odlehčovací služby; centra denních služeb; atd.	poradenství; krizová pomoc; sociálně terapeutické dílny; atd.
Terénní služby v domácnosti		agentury domácí zdravotní péče; hospicová péče	pečovatelská služba; osobní asistence; tísňová péče atd.	raná péče; sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi atd.

Vícezdrojové financování dlouhodobé péče v ČR		
Zdroj	Zdravotní péče	Sociální služby
veřejné zdravotní pojištění	platby za výkony, paušální sazba, ošetřovací dny	ne
veřejné rozpočty	dotace (např. rekonstrukce zdravotnických zařízení, přístrojové vybavení, preventivní programy)	dotace poskytovatelům služeb, příspěvek na péči vyplácený osobám podle posouzení stupně závislosti na pomoci druhé osoby
vlastní příjmy osob	ne	úhrady od uživatele služby za ubytování, stravu, péči a za fakultativní činnosti

## STATISTICKÉ ÚDAJE Z OBLASTI ZDRAVOTNÍCH A SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Nejčastěji užívají sociálních služeb staří občané a osoby se zdravotním postižením. V této skupině je zvláště významný počet 80letých a starších, což jsou osoby, které spolu s osobami se zdravotním postižením nejčastěji potřebují pomoc při zajišťování základních životních potřeb. Takové služby jsou poskytovány různými formami terénních sociálních služeb nebo formou služeb spojených s bydlením či ubytováním, zejména v ústavech sociální péče a dalších zařízeních.

Nejrozšířenější formou terénních sociálních služeb je pečovatelská služba poskytovaná občanům v jejich domácnostech nebo v domech s pečovatelskou službou, ve střediscích osobní hygieny, v prádelnách, domovinkách a jídelnách pro důchodce. Z nabízených služeb je zájem zejména o výrobu a dovoz jídla, zajištění nákupu, služby osobní hygieny, asistenční služby pro dospělé i rodiny s dětmi.

Stále narůstá i počet uživatelů sociálních služeb poskytovaných v různých typech zařízení sociální péče. V České republice bylo v roce 2004 celkem 1 071 těchto zařízení, z toho v domovech důchodců a domovech penzionech pro důchodce byla poskytována sociální péče starým občanům a v 279 specializovaných ústavech sociální péče pro tělesně, mentálně nebo smyslově postižené občany pak péče těžce zdravotně, popř. i sociálně znevýhodněným klientům.

Za stávajících podmínek jsou v rámci ústavní sociální péče starým občanům poskytovány služby v zásadě ve dvou typech zařízení, a to v domovech důchodců, kde je zajištěna komplexní péče a v domovech - penzionech pro důchodce, kde jsou poskytovány jen služby v závislosti na zdravotním stavu jedince. Ústavy sociální péče pro dospělé osoby se zdravotním postižením se dělí podle druhu zdravotního postižení na ústavy pro tělesně postižené, tělesně postižené s přidruženými vadami, smyslově postižené, mentálně postižené nebo podle závislosti na ústavy pro chronické alkoholiky a toxikomany a pro psychotiky a psychopaty. Obdobně ústavy sociální péče pro děti a mládež se dělí na ústavy pro tělesně postiženou mládež, tělesně postiženou mládež s přidruženými vadami a mentálně postiženou mládež. Zařízení typu „ostatní“ zahrnují azylové domy pro matky s dětmi, pro nepřizpůsobené občany a bezdomovce, dále charitní domovy pro řeholnice a zařízení smíšených typů, zejména s denním nebo týdenním pobytem.

Uvedenému členění ústavních zařízení odpovídají i dostupné statistické údaje z oblasti sociálních služeb obsažené v následujících tabulkách. Statistické údaje tříděné podle jednotlivých druhů sociálních služeb uvedených výše, budou k dispozici teprve za rok 2007, tj. za období od účinnosti nového zákona o sociálních službách.

Za rok 2007 by měla být k dispozici data o osobách se zdravotním postižením také ze zvláštního šetření prováděného ČSÚ a ÚZIS o počtu těchto osob a závažnosti jejich zdravotního postižení.

Na poskytování sociálních služeb se podílel v roce 2004 stát 0,5 %, kraje 39,3 %, obce a města se podílely 33,1 %, církve 18,0 % a ostatní zřizovatelé 9,1 %.

## **Přehled zdravotnických zařízení a ekonomické ukazatele**

### **Přehled zdravotnických zařízení (rok 2005)**

druh zařízení	počet zařízení	lékaři	ZPBD	lůžka
nemocnice	195	16 495	57 549	65 022
léčebny pro dlouhodobě nemocné	73	324	2 097	7 345
psychiatrické léčebny	20	509	3 086	9 858
rehabilitační ústavy	6	48	249	990
léčebny TBC a respiračních nemocí	9	43	225	987
Ostatní odborné léč. ústavy	21	166	737	2 437
lázeňské léčebny	84	335	1262	25 235
ozdravovny	10	8	60	734
hospice	13	22	140	335
ordinace praktického lékaře pro dospělé	4 484	4 540	4 302	-
ordinace praktického lékaře pro děti a dorost	2 095	2 080	2 002	-
ordinace stomatologa	5 414	5 822	5 391	-
ordinace ženského lékaře	1 181	1 112	1 219	-
ordinace lékaře specialisty	6 349	6 019	6 053	-
polikliniky	200	1 480	2 612	-
zdravotnická střediska	149	411	691	-
lékárny	2 451	0	4 624	-
hygienická služba	30	232	1 027	-
kojenecké ústavy a dětské domovy do 3 let	37	33	923	-
<b>CELKEM</b>	<b>27 488</b>	<b>40 802</b>	<b>104 761</b>	<b>113 131</b>

Zdroj dat: ÚZIS 2005

### **Celkové výdaje na zdravotnictví (v mil. Kč)**

Veřejné prostředky	176 743
- ze státního a místních rozpočtů	19 932
- ze zdravotního pojištění	156 811
Přímé soukromé platby obyvatelstva	17 086
<b>CELKEM</b>	<b>193 829</b>

Zdroj dat: ÚZIS 2005

### **Náklady zdravotních pojišťoven na zdravotní péči<sup>84</sup>**

Náklady	v mil. Kč	podíl v %
na ambulantní péči praktických lékařů	7 462	4,8
na ambulantní péči specialistů	20 226	13
na ústavní péči	72 221	46,4
na stomatologickou péči	8 543	5,5
na léky vydané na recept	39 998	25,7
ostatní výdaje	7 103	4,6
<b>náklady celkem</b>	<b>155 553</b>	<b>100</b>

Zdroj dat: ÚZIS 2005

<sup>84</sup> Podle údaje ze zdravotnických účtů za rok 2004 dosáhly celkové výdaje zdravotních pojišťoven 205 797 mil. Kč a náklady zdravotních pojišťoven 160 725 mil. Kč.

### Náklady a výnosy nemocnic za rok 2005 (v mil. Kč)

nemocnice	počet	náklady	výnosy	Hospodář. výsledek
přímo řízené MZ ČR	19	41 008	40 983	- 25
krajské	63	26 432	26 493	60
obecní a městské	22	4 505	4 513	8
obchodní, církevní, řízené jinou práv. osobou	82	14 944	15 300	357
řízení ostat. centrální organizací	4	2 562	2 556	- 6
<b>CELKEM</b>	<b>190</b>	<b>89 451</b>	<b>89 845</b>	<b>394</b>

Zdroj dat: ÚZIS 2005

### Přehled zařízení sociálních služeb a ekonomické ukazatele

#### Zařízení sociální péče pro seniory a pro osoby se zdravotním postižením

Rok	Ukazatel	Domovy důchodců	Domovy - pensiony pro důchodce	Ústavy pro osoby se zdravotním postižením	
				Dospělí	Mládež
2001	Počet zařízení	352 d)	150	84	184
	Počet míst	36 612	12 432	7 059	13 116
	Počet neusp. žadatelů	34 763	22 148	2 978	610
2002	Počet zařízení	360 d)	148	88	186
	Počet míst	37 686	12 382	7 065	13 176
	Počet neusp. žadatelů	33 222	17 601	3 241	400
2003	Počet zařízení	378 e)	144	98	173
	Počet míst	39 331	11 487	7 744	12 056
	Počet neusp. žadatelů	50 192	25 389	3 477	792
2004	Počet zařízení	386 f)	149	110	169
	Počet míst	38 875	11 865	8 913	11 984
	Počet neusp. žadatelů	38 220	17 930	2 119	334
2005	Počet zařízení	392 g)	151	122	160
	Počet míst	39 188	11 701	10 273	10 762
	Počet neusp. žadatelů	43 187	17 304	1 630	394

Zdroj dat: MPSV

a) včetně 4 společných zařízení DD a DPD

b) jedná se pouze o lůžková zařízení (bez denních pobytů)

c) včetně 5 společných zařízení DD a DPD

d) včetně 6 společných zařízení DD a DPD

e) včetně 9 společných zařízení DD a DPD

f) včetně 13 společných zařízení DD a DPD

g) včetně 11 společných zařízení DD a DPD

(.) údaj není k dispozici

Pozn.: U typu zařízení sociální péče "Ostatní zařízení" se počet neuspokojených žadatelů nesleduje.

## Kapacita a ekonomické ukazatele v zařízeních sociální péče v roce 2005

### Státní a krajská zařízení

Druh zařízení	Kapacita zařízení	Počet zařízení	PŘÍJMY (v tis. Kč)			VÝDAJE (v tis. Kč)		
			CELKEM	z toho		CELKEM	z toho	
				za pobyt	ostatní		neinvestiční	investiční
Domovy důchodců	20 945	178	4 198 016	1 470 957	2 713 801	4 276 971	4 079 949	197 021
Domovy - penziony pro důchodce	3 120	30	281 291	91 587	189 704	294 363	280 009	14 353
ÚSP pro dospělé	8 657	89	2 032 548	575 217	1 456 216	2 142 460	1 969 353	173 107
ÚSP pro mládež	8 347	93	1 900 555	424 403	1 472 254	2 207 241	2 082 122	125 119
Ostatní	276	9	18 234	3 138	15 096	18 520	18 520	0
<b>CELKEM</b>	<b>41 345</b>	<b>399</b>	<b>8 430 644</b>	<b>2 565 302</b>	<b>5 847 071</b>	<b>8 939 555</b>	<b>8 429 953</b>	<b>509 600</b>

### Obecní zařízení

Druh zařízení	Kapacita zařízení	Počet zařízení	PŘÍJMY (v tis. Kč)			VÝDAJE (v tis. Kč)		
			CELKEM	z toho		CELKEM	z toho	
				za pobyt	ostatní		neinvestiční	investiční
Domovy důchodců	14 934	149	2 963 793	1 063 562	1 904 472	3 300 404	3 178 744	121 660
Domovy - penziony pro důchodce	9 147	116	611 097	215 698	393 852	620 074	608 348	11 726
ÚSP pro dospělé	1 211	19	289 590	84 101	202 043	318 593	284 409	34 184
ÚSP pro mládež	1 736	41	383 717	58 157	315 745	388 085	371 845	16 239
Ostatní	1 634	64	117 634	33 193	84 425	121 783	118 451	3 332
<b>CELKEM</b>	<b>28 662</b>	<b>389</b>	<b>4 365 831</b>	<b>1 454 711</b>	<b>2 900 537</b>	<b>4 748 939</b>	<b>4 561 797</b>	<b>187 141</b>

### Ostatní (nestátní) zařízení

Druh zařízení	Kapacita zařízení	Počet zařízení	PŘÍJMY (v tis. Kč)			VÝDAJE (v tis. Kč)		
			CELKEM	z toho		CELKEM	z toho	
				za pobyt	ostatní		neinvestiční	investiční
Domovy důchodců	2144	54	434 575	155 109	278 108	456 179	439 929	16 250
Domovy - penziony pro důchodce	599	16	64 507	28 466	33 023	66 555	66 454	101
ÚSP pro dospělé	405	14	75 759	15 568	56 604	79 510	74 911	4 598
ÚSP pro mládež	679	26	88 294	9 441	76 483	88 939	82 055	6 884
Ostatní	5097	212	674 187	146 883	507 033	692 960	672 436	20 524
<b>CELKEM</b>	<b>8 924</b>	<b>322</b>	<b>1 337 322</b>	<b>355 467</b>	<b>951 251</b>	<b>1 384 143</b>	<b>1 335 785</b>	<b>48 357</b>

Zdroj dat: MPSV (V1-01)

### Pečovatelská služba

Rok	Výdaje na službu celkem v mil. Kč	Počet příjemců služby	Počet pracovníků	Průměrná roční úhrada od 1 příjemce služby v Kč
2001	1 588	114 203	5 659	1472,96
2002	2 255	109 034	5 466	1795,66
2003	2 051	116 128	5 430	1793,21
2004	2 148	109 475	4 978	1 858,99
2005	1 593	111 603	4 821	2 052,27

Zdroj dat: MPSV

### Náklady na ústavní sociální péči a příjmy z úhrad

Rok	Druh zařízení	Průměrné neinvestiční výdaje na 1 místo a rok v Kč	Průměrná úhrada od obyvatele ročně v Kč	Podíl úhrady na výši nákladů na 1 místo a rok v %
2001	Domovy důchodců	152 738	60 362	39,52
2002		165 013	64 103	38,85
2003		172 979	66 209	38,28
2004		176 350	66 212	37,55
2001	Domovy – penzióny pro důchodce	50 533	19 388	38,37
2002		55 769	20 960	37,58
2003		70 124	27 567	39,31
2004		70 543	26 148	37,07
2001	Ústavy sociální péče pro dospělé s trvalým pobytem	168 445	59 508	35,33
2002		195 684	63 616	32,51
2003		197 761	67 250	34,01
2004		202 134	79 869	39,51
2001	Ústavy sociální péče pro mládež s trvalým pobytem	183 055	40 092	21,90
2002		196 922	43 297	21,99
2003		209 837	39 579	18,86
2004		219 074	51 088	23,32

Zdroj dat: MPSV



**Počet obyvatel v zařízeních sociální péče**

Druh zařízení	Počet obyvatel (svěřenců) k 31. 12. 2005		v tom :						
			trvale upoutaní na lůžko	mobilní za pomoci druhé osoby		vyžadující nákladné stravování		přijatých na přechodný pobyt	
	celoroční a týd. pob.	denní pobyty	celoroční a týd. pob.	celoroční a týd. pob.	denní pobyty	celoroční a týd. pob.	denní pobyty	celoroční a týd. pob.	denní pobyty
Domov důchodců	37 333	0	8 360	15 129	0	15 814	0	15 814	0
Domov - pension pro důchodce	11 505	0	132	1 753	0	1 648	0	1 648	0
DD + DPD společné zařízení	435	0	168	552	0	452	0	452	0
Ústav pro TP dospělé občany	508	1	95	313	0	114	0	114	0
Ústav pro TP dospělé občany s přidruženým MP	425	64	38	96	1	111	0	111	0
Ústav pro TP občany s více vadami	144	20	73	163	0	223	0	223	0
Ústav pro SP dospělé občany	255	0	56	163	0	131	0	131	0
Ústav pro MP dospělé občany	5 097	61	522	1 215	22	1 662	6	1 662	6
Ústav pro chronické alkoholiky a toxikomany	147	0	23	42	0	88	0	88	0
Ústav pro chronické psychotiky a psychopaty	583	29	92	119	0	294	0	294	0
Ústav pro TP mládež	462	340	0	206	128	0	0	0	0
Ústav pro TP mládež s přidruženým MP	492	383	81	197	78	62	8	62	8
Ústav pro TP mládež s více vadami	217	474	20	49	97	22	26	22	26
Ústav pro MP mládež	9 210	1 345	944	1 164	176	1 066	16	1 066	116
<b>CELKEM Česká republika</b>	<b>66 813</b>	<b>2717</b>	<b>10 604</b>	<b>21 161</b>	<b>502</b>	<b>21 161</b>	<b>56</b>	<b>21 687</b>	<b>56</b>

Zdroj dat MPSV

## Příloha č. 4.2 Příklady dobré praxe k části 4

### PŘÍKLAD DOBRÉ PRAXE 1 – PROGRAM „NEMOCNICE PODPORUJÍCÍ ZDRAVÍ“ V ČR A JEHO NÁVAZNOST NA SYSTÉM TRVALÉHO ZVYŠOVÁNÍ KVALITY ZDRAVOTNÍ PÉČE V NEMOCNICÍCH

Česká republika (dále ČR) dlouhodobě spolupracuje se Světovou zdravotnickou organizací (dále WHO) v mnoha systémových a výzkumných programech. Do kontaktu s projektem WHO „Nemocnice podporující zdraví“ se dostala hned v jeho počátcích v roce 1993. Systematické celorepublikové zapojení do tohoto projektu lze zaznamenat až od roku 2003, kdy se postupně začaly vytvářet i podmínky pro vznik národní sítě nemocnic podporujících zdraví. V roce 2004 k tomuto cíli významně přispěla aktivní účast ČR v pilotním projektu WHO „Standards pro podporu zdraví – Metoda sebehodnocení“. Témata mezinárodních projektů jsou zaměřena jak na obecnou problematiku, tak i na řešení aktuálních otázek a problémů zdravotní péče. Nemocnicím i státům zapojeným do projektů umožňují vyzkoušet nové metody, upozornit na problematiku svého regionu nebo případně nabídnout své zkušenosti jako příklady „dobré praxe“ ostatním.

#### **Masarykův onkologický ústav v Brně**

Masarykův onkologický ústav v Brně je nemocnice, kde jsou uplatňovány a naplňovány principy projektu „Nemocnice podporující zdraví“. Od roku 2004 je nemocnice členem Mezinárodní sítě nemocnic podporujících zdraví přihlášením projektů: Kouření (Tobacco) a Výživa (Nutrition). Dále je zapojena do pilotního projektu WHO „Standards pro podporu zdraví – Metoda sebehodnocení“. Nemocnice využívá zkušeností získaných při akreditačním procesu Spojené akreditační komise ČR. Jako nástroj k vyhodnocení se používá princip sebehodnocení a srovnávání vlastní práce se standardy. Tento proces je založený na vyhledávání možností ke zlepšení kvality existujících služeb podpory zdraví.

Realizovaný projekt **Standards pro podporu zdraví – Metoda sebehodnocení** umožnil ověřit, které procesy jsou v nemocnici na dobré úrovni a identifikovat oblasti možného budoucího rozvoje. Celý projekt byl rozčleněn do pěti navzájem propojených částí a všiml si jak práce managementu, tak posuzování potřeb pacienta a jeho informovanosti, tak i potřeb zaměstnanců.

Každý ze zdravotnických pracovníků přesně ví, jaké jsou jeho povinnosti a kde najde potřebné informace. Aktivně jsou vyhledáváni pacienti s rizikem pádu, dekubitů a malnutrice. Záměrem je, aby se každý pacient cítil bezpečně a věděl, že pracovníci nemocnice dělají pro jeho zdraví maximum a plně respektují jeho potřeby. I po propuštění je pacient považován za pacienta nemocnice.

Důraz je kladen i na péči o zaměstnance. Řada z nich využila nabídky služeb nemocnice v Poradně zdravé výživy a odvykání kouření nebo při relaxačních víkendových pobytech. Zaměstnanci byli nemocnicí vyzváni a motivováni erudovaným psychologem k odvykání kouření, aby byli příkladem pro pacienty. Výsledky této akce jsou srovnatelné se zahraničními zkušenostmi.

Připravována je další motivační akce proti kouření. Dále zahájení „Kurzu zdravého životního stylu aneb obezitě odzvoněno“ pro veřejnost i zaměstnance, kde budou využity metody kognitivněbehaviorální terapie. Zařazeno bude i rehabilitační cvičení a cvičení v bazénu.

Masarykův onkologický ústav má tradici v léčbě nádorů, ale stále výrazněji se zapojuje i do preventivních programů. Pacienta je možné vyléčit, ale jen za předpokladu, že přijde včas. Využívá se tedy všech možností k informování veřejnosti o prevenci a o odpovědnosti za vlastní zdraví. Nemocnice je ztotožněna i s Národním onkologickým programem.

Projekt Nemocnice podporující zdraví je pro nemocnici přirozeným vyústěním jejího dosavadního snažení a úsilí. Je pro zaměstnance potvrzením, že se vydali správnou cestou,

cestou podpory zdraví a onkologické prevence. A ukazuje také i na nové možnosti ve zvyšování kvality péče v oblasti podpory zdraví.

## **PŘÍKLAD DOBRÉ PRAXE 2 – ROZVOJ SPECIALIZOVANÉ INDIVIDUALIZOVANÉ PÉČE**

Rozvoj specializované péče je jedním z cílů budoucího vývoje v oblasti zdravotní a sociální péče. V minulosti byly pouze zavedené základní druhy zdravotní péče bez specializace na určité cílové skupiny (např. specifický přístup v péči o osoby s demencí). Sociální péče pro osoby se zdravotním postižením a seniory byla poskytována zejména v zařízeních ústavního typu nebo formou pečovatelské služby ve vlastních bytech nebo v domech s pečovatelskou službou. Důsledkem přijímání moderních trendů a metod práce se služby stávají stále více individualizované a orientují se na potřeby konkrétních osob. Důraz je kladen na respektování a ochranu práv osob a vytváření podmínek, aby mohla být jejich práva naplňována.

Níže uvedené příklady dobré praxe odrážejí realizované přístupy rozvoje individualizované specializované péče.

### ***Iniciativa občanské společnosti – Kontaktní centra České alzheimerovské společnosti (ČALS)***

ČALS je občanské sdružení, které vzniklo v roce 1996. Cílem společnosti je podpora a pomoc lidem postiženým demencí (nemocným a jejich rodinám). ČALS má sídlo v Praze, v budově Gerontologického centra, kde také poskytuje své služby (telefonické poradenství, osobní poradenství, kontaktní centrum, respitní péči v domácnosti, svépomocné skupiny pro rodinné pečující, ediční a edukační činnost). Činnost společnosti je financována z několika zdrojů. Veřejné zdroje tvoří dotace Ministerstva zdravotnictví ČR, Hlavního města Prahy a strukturální fondy (v minulosti také program PHARE a dotace Ministerstva práce a sociálních věcí ČR).

Od svého vzniku společnost spolupracuje s regionálními zařízeními, která poskytují služby lidem postiženým syndromem demence. Poskytuje jim své informační materiály, know how a další servis (například organizace celorepublikové sbírky, edukace). Kontaktní místa jsou ve vzájemném kontaktu a dvakrát ročně se scházejí na setkáních v Praze.

Činnost kontaktních míst je nejtěžejnější oblastí působnosti ČALS, a proto je neustále podporována. Příkladem je projekt z roku 2003, spolufinancovaný z programu PHARE, jehož cílem byl rozvoj činnosti kontaktních míst ČALS. Po skončení projektu existuje v každém kraji alespoň jedno kontaktní místo ČALS, které poskytuje celou škálu důležitých služeb ČALS. V řadě krajů (respektive kontaktních místech) některé služby již existovaly před zahájením projektu, v jiných krajích byl iniciován vznik nového kontaktního místa s celým rozsahem poskytovaných služeb. Úspěchem projektu je, že většina nově zavedených služeb pokračuje i po skončení projektu (kontaktní místa si sama našla vlastní zdroje financování).

Hlavním současným cílem ČALS je práce na „typových standardech“ služeb, které poskytují kontaktní místa ČALS. Projekt by měl napomoci k dalšímu zkvalitňování a rozvoji služeb a také garantovat jejich kvalitu v čase i za eventuálních personálních změn. Tento projekt je podpořen Evropským sociálním fondem, státním rozpočtem a rozpočtem Hlavního města Prahy.

### ***Iniciativa občanské společnosti - Hospicová péče Charity Ostrava***

Pokrytí paliativní péčí je v ČR nedostatečné. Částečně je to dáno i tím, že tento nový druh specializovaných služeb se začal vytvářet až v posledních přibližně 15ti letech. Hospice jsou

jednou ze služeb propojující zdravotní a sociální péči a jsou dotovány programy Ministerstva zdravotnictví ČR a Ministerstva práce a sociálních věcí ČR.

Charita Ostrava, jako jeden z nejvýznamnějších poskytovatelů sociálních a zdravotních služeb, začala v roce 2002 na území města provozovat zcela novou službu – **Dobrovolnické hospicové hnutí** za účasti speciálně vyškolených dobrovolníků podle rakouského modelu.

Od prosince 2003 navázala na tuto službu zprovozněním **mobilní hospicové jednotky**, která kromě Prahy není zatím jinde v ČR provozována. Poptávka po této službě předčila očekávání, mnoho rodin se rozhodlo pečovat o své příbuzné v domácím prostředí, jelikož mají možnost využít nabídku profesionální podpory včetně zapůjčení speciálního vybavení (pozn. kapacitním limitem je 8-9 klientů denně, přičemž poptávka po službě je cca 15 klientů denně, celkový počet klientů k 30.6.2006 byl 131).

Třetím článkem komplexní hospicové péče v Ostravě bude nově vybudované zařízení – **Hospic sv. Lukáše**, který by měl být zprovozněn v první polovině roku 2007. Město Ostrava pronajalo zdarma Charitě Ostrava pozemek a celkově přispěje na jeho výstavbu 50 mil. Kč investiční dotací (což je cca 50 % z celkových předpokládaných nákladů).

### **Lokální politika města Česká Lípa**

Město Česká Lípa patří v ČR ke správním obvodům s nejnižším věkovým průměrem obyvatelstva. Tato skutečnost je způsobena historicky příznivou strukturou obyvatel na území města. Přes tento fakt z indexu stárí vyplývá narůstající počet obyvatel České Lípy ve vyšších věkových kategoriích. Je zřejmé, že cílová skupina seniorů se bude neustále rozrůstat a je proto třeba jim zajistit kvalitní sociální a zdravotní péči.

Město Česká Lípa se zapojilo do procesu zajištění dostupnosti a rozvoje sociálních služeb využíváním metody komunitního plánování.

### **Denní stacionář pro osoby s demencí jako výstup komunitního plánování**

Ze zpracovaného komunitního plánu města Česká Lípy v oblasti péči o osoby, které pro ztrátu soběstačnosti z důvodu věku, zdravotního postižení či z jiných závažných důvodů nejsou schopny dostatečně zabezpečovat a uspokojovat své životní potřeby bez pomoci jiné osoby, vyplynula nutnost **zajistit odbornou péči a podporu pečujícím rodinám**. Město Česká Lípa v objektu Domu s pečovatelskou službou vyčlenilo prostory a otevřelo k 1. červnu 2004 denní **stacionář pro seniory s názvem „Střípek“** (toto zařízení by mohlo být také nazváno „školkou pro dospělé občany-seniory“). Sociální služba vznikla jako reakce na skutečnost, že ve městě řada občanů potřebovala krátkodobou každodenní výpomoc při péči o své rodinné příslušníky – seniory a tato služba v obci chyběla.

Cílem služby je pomoci rodinám krátkodobě se postarat o rodinné příslušníky (staré občany s demencí) v období, kdy jsou členové rodin v práci a o jejich rodinné příslušníky se nemá kdo postarat, a to v souvislosti s jejich zhoršeným zdravotním stavem, ztrátou soběstačnosti v důsledku demence (Alzheimerova choroba, vaskulární, smíšená), v důsledku cévní mozkové příhody, případně pomoci se seniory, kteří trpí depresemi v důsledku osamělosti. Výše uvedené rodiny nechtěly zvolit alternativu umístění svých rodinných příslušníků do ústavní péče, chtěly se o ně nadále starat v jejich přirozeném domácím prostředí.

V rámci denního stacionáře „Střípek“ je poskytován denní pobyt seniorům a zdravotně těžce postiženým osobám, jež potřebují pomoc pečovatelské služby. Přijímání jsou klienti s částečně omezenými fyzickými nebo psychickými schopnostmi, je jim poskytována sociální péče a stravování, jsou vytvářeny podmínky pro rozvoj zájmové činnosti. Probíhá zde celodenní aktivizační program (skupinové cvičení, ergoterapie, trénink paměti, procházky, muzikoterapie apod.) s cílem aktivizovat klienta natolik, aby se u něj vytvořil přirozený rytmus dne a noci a aby byly omezeny noční neklidy, které se u lidí s demencí tak často vyskytují. V prostorách denního centra jsou k dispozici lůžka, která jsou určena ke krátkodobému

odpočinku po obědě. Zaměstnanci denního centra dohlíží na podávání léků, které si klienti donášejí z domova. Na tuto péči navazuje péče v rodině. Ke každému klientovi je zvolen individuální přístup, což je umožněno nejen nízkou kapacitou zařízení (maximálně 5 klientů), ale především vstřícným, odborným a ochotným přístupem personálu.

### **Autosenior**

Na základě podnikatelského záměru soukromého subjektu a za podpory města byla v červnu 2005 v České Lípě zřízena osobní přepravní služba pro seniory, jako důležité doplnění sociálních služeb ve městě pro tuto cílovou skupinu.

Umožňuje především těžce se pohybujícím seniorům pohodlnou, bezpečnou a finančně dostupnou dopravu a je jim k dispozici v pracovní dny od 7,00 do 15,00 hodin. Provozovatelka má pronajatu kancelář za vstřícné nájemné v Domě s pečovatelskou službou v České Lípě, kde má nejvíce klientely. Seniorům prodává permanentky za 250,- Kč na 10 jízd a přepravuje je především k lékaři, na rehabilitace, za nákupy. Klienty - seniory je tato služba kladně hodnocena jako nepostradatelná, včetně citlivého přístupu a pomoci provozovatelky, která klienty nejen rozváží, ale pomůže jim vystoupit z auta, počká na ně, než si záležitosti vyřídí, doprovodí je do zdravotního či jiného zařízení. Seniorům je umožněno v tomto automobilu přepravovat i pomůcky, které jim usnadňují pohyb.

Za rok provozování služby (od 1.6.2005 do 31.5.2006) bylo přepraveno celkem 3128 spokojených klientů-seniorů.

V případě této služby se jedná o cílené využití finančních prostředků města pro skupinu seniorů, aktivita zapadá do záměrů komunitního plánu města České Lípy a je v souladu se záměry a koncepcí města v oblasti rozvoje sociálních služeb, je potřebná a seniory velice žádaná. V roce 2006 tuto aktivitu dotačně podpořil i Liberecký kraj.

Na příkladu Autoseniore je patrné, že je možné zabezpečit kvalitní službu pro občany-seniory v rámci partnerské spolupráce mezi fyzickou osobou, obcí a příspěvkovou organizací města.

### **Lokální politika města Ostrava - Změny poskytování ústavní sociální péče jako výstup podpory kvalitativních procesů**

Město Ostrava je průmyslové největší město Severní Moravy. Město Ostrava se dlouhodobě snaží rozvíjet sociální a zdravotní služby – kromě rekonstrukce a modernizace stávajících pobytových zařízení je v posledních letech kladen důraz zejména na rozšíření terénních, ambulantních a komunitně orientovaných služeb s cílem podpořit samostatnost a nezávislost uživatelů v jejich přirozeném sociálním prostředí.

Formy podpory města Ostravy v rozvoji zdravotně sociálních služeb jsou různé. Město jednak zřizuje a financuje samostatné příspěvkové organizace, ve kterých jsou poskytovány především pobytové služby (7 domovů důchodců, 1 domov-penzion pro důchodce, 1 ústav pro mentálně postižené občany, 1 nemocnice, 1 dětský domov pro děti do 3 let). Terénní a komunitně orientované služby jsou poskytovány v rámci působnosti některých městských obvodů, ale zejména celou řadou nestátních neziskových organizací, které jsou finančně podporovány z rozpočtu města formou dotací.

Pro zlepšení dostupnosti a kvality služeb byly zpracovány dva systémové projekty, které jsou v současné době na území města realizovány. Proces komunitního plánování přispívá velkou měrou k řešení dostupnosti služeb, tj. vzniku nových chybějících služeb na základě zmapovaných potřeb, spolupráci subjektů v rámci systému, vytváření sítí a návazných služeb. Druhý projekt je zaměřen na vzdělávání poskytovatelů v metodách řízení kvality služeb. V průběhu následujících dvou let bude proškolen v oblasti zavádění standardů kvality sociálních služeb a manažerských metod řízení kvality téměř 400 účastníků.

Také v příspěvkových organizacích zřizovaných městem došlo v posledních letech k mnoha kvalitativním změnám. Kromě postupné rekonstrukce a modernizace se v zařízeních začaly

měnit i přístupy k poskytování služeb, což bylo podpořeno mimo jiné i změnou skladby zaměstnanců. Příkladem je koncept Domova důchodců Syllabova 19, Ostrava-Vítkovice, který spočívá v uplatňování specifického (individuálního) přístupu k lidem s různými formami a stupni demence. Jde o citlivé vnímání a reflektování potřeb obyvatel s demencí během celého dne – dostatek času na jídlo, specificky upravená strava, v určitých případech pomoc a asistence, přizpůsobení denního režimu stavu obyvatel domova, způsob komunikace včetně intonace hlasu, přiměřená aktivizace v rámci běžných denních činností, spolupráce s rodinou apod. Prostředí se zde přizpůsobuje potřebám obyvatel, pracovní tempo je mírnější, je eliminován pocit napětí a nervozity. Zaměstnanci se snaží vytvářet klidnou a laskavou atmosféru tak, aby se člověk cítil dobře a především bezpečně. Zaměstnanci jsou speciálně školeni také k tomu, aby se stali vnímavější a byli bedlivými pozorovateli. Ve většině případů se daří díky individuálnímu přístupu snižovat dávky tlumících léků na minimum.

### **PŘÍKLAD DOBRÉ PRAXE 3 – INTEGRACE ZDRAVOTNÍ PÉČE A SOCIÁLNÍCH SLUŽEB**

ČR je zemí, kde je institucionálně a finančně oddělený systém zdravotní péče a sociálních služeb. O to více se musí v praxi zabývat otázkami integrace obou systémů, chce-li naplňovat celistvý přístup k řešení zdravotních a sociálních potřeb občanů. Na centrální úrovni vznikla opatření zajišťující narovnání a zefektivnění využívání finančních zdrojů pro zdravotní péči a sociální služby v pobytových zařízeních, kde je současně poskytována zdravotní i sociální péče. K návaznosti primární péče a sociálních služeb vybízí dokument ČR „Zdraví 21“. Důraz na vyžívání běžných zdrojů společnosti a na propojenost služeb kladou taktéž Standardy kvality sociálních služeb, zpracované MPSV ČR. Forma koordinace a spolupráce jednotlivých subjektů je ponechána na iniciativě místních samospráv a konkrétních zařízeních.

Následující příklady ukazují dobrou praxi v propojení zdravotní péče a sociálních služeb a zaměření na celkovou situaci osob.

#### ***Návaznost zdravotní a sociální péče ve zdravotnickém zařízení – Oddělení geriatric a následné péče nemocnice v Liberci***

***Léčebna dlouhodobě nemocných v Liberci*** je příkladem zdravotnického zařízení následné péče, které se nevěnuje pouze tradičně zajišťovaným potřebám doléčení a rehabilitace, ale které se zaměřilo rovněž na psychosociální aktivizaci a terapii. Nadstandardní pozornost je věnována sociální práci, která usnadňuje přechod pacientů do domácího prostředí nebo do systému sociálních služeb. Takto zajištěná následná péče vede k efektivnímu vícezdrojovému využívání finančních prostředků.

Oddělení geriatric a následné péče Krajské nemocnice Liberec je odborné oddělení se zaměřením na geriatric s poskytováním základní a specializované komplexní péče (diagnostika, léčba, ošetrovatelská a terminální péče, rehabilitace, nefarmakologické přístupy) o dlouhodobě (chronicky) nemocné pacienty staršího (90%), ale i mladšího věku (následná péče).

Pacienti jsou na oddělení přijímáni z akutních oddělení nemocnice na doporučení příslušného ošetřujícího lékaře nebo z domova na doporučení praktického lékaře k doléčení, diagnostice, stabilizaci zdravotního stavu, rehabilitaci a dlouhodobé ošetrovatelské péči. Délka hospitalizace není limitována, záleží na diagnóze a zdravotním stavu pacienta a potřebě zdravotní péče. Diagnózy pacientů jsou převážně interního charakteru, stavy po operacích a úrazech. Zařízení se specializuje na léčbu ran, diagnózu a léčbu demencí. Nedílnou součástí je terminální péče, kde je důraz kladen na lidskost, empatii a péči o umírajícího. Průměrná ošetrovací doba se pohybuje kolem 35 dnů. Cílem hospitalizace je zlepšení, eventuálně stabilizace zdravotního stavu, mobility, soběstačnosti, kvality života

pacienta. Celková kapacita lůžek na oddělení je 142, část lůžek (99) je součástí Krajské nemocnice Liberec a 43 lůžek je na detašovaném oddělení v Jablonném v Podještědí (vzdálenost 30 km). Péče na obou odděleních je srovnatelná. Lůžka jsou rozdělena na lůžka léčebně-rehabilitační, ošetřovatelská a lůžka pro gerontopsychiatrickou problematiku.

Péče o pacienta je komplexní, je uplatňován specifický geriatrický režim. Velký důraz je kladen jak na rehabilitaci pohybovou, tak i psychosociální. K rehabilitaci pacientů slouží zázemí rehabilitační části oddělení (fyzikální terapie, magnetoterapie, vodoléčba, tělocvična, rehabilitační pomůcky) pod vedením rehabilitačního týmu, dále aktivity v ergoterapeutické dílně pod vedením psychoterapeutky a ergoterapeutky, taktéž v ergoterapeutické kuchyňce je prováděn nácvik jemné i hrubé motoriky, všedních denních činností i sebeobsluhy. K zlepšení i udržování psychické kondice pacientů jsou využívány různé psychoaktivní programy (individuální i skupinové trénování paměti, sensorický trénink, orientace v realitě, reminiscenční terapie, muzikoterapie apod.). Nedílnou součástí péče je skupinová i individuální canisterapie pod vedením canisterapeuta a vycvičených psů. K oblíbeným aktivitám patří také jóga pro seniory pod vedením zkušeného jogína. Poruchy řeči (často po cévních mozkových příhodách) jsou v péči logopeda. Za pacienty pravidelně docházejí dobrovolníci z Regionálního dobrovolnického centra Ještěd. Komfort pro pacienty je zajištěn v útulném, architektonicky i barevně sladěném prostředí a s velmi dobrým technickým zázemím. Je k dispozici zubní lékař, který je v gerontostomatologické problematice dobře erudován. Nachází se zde také Poradna pro poruchy paměti a Kontaktní místo České Alzheimerovské společnosti, které slouží pacientům, klientům i jejich rodinným příslušníkům k poskytování informací o možnostech léčby i péče o občany postižené syndromem demence.

Sociální problematiku pacientů detekují a zároveň pomáhají řešit sociální pracovníci na oddělení, kteří jsou součástí celého týmu. Běžné je sociální poradenství rodině i pacientům. Po zlepšení celkového zdravotního stavu jsou pacienti propouštěni do domácího ošetření a do péče praktického lékaře. Sociální pracovníci, ve spolupráci se zdravotnickými pracovníky a rodinnými příslušníky, pomáhají zajišťovat další péči o pacienty v domácím prostředí, a to s pomocí pečovatelské služby (dovážka obědů), agentury domácí péče, asistenční agentury apod. K usnadnění návratu do domácího prostředí jsou pacientům po posouzení odborným lékařem předepsány kompenzační pomůcky podle indikace (chodítka, francouzské berle, mechanické vozíky, polohovací postel, antidekubitální pomůcky, nástavce na vanu a WC atd.). V případě, kdy není možné domácí péči zajistit, sociální pracovníci pomáhají zajistit umístění pacientů do jiných zdravotnických (hospice, rehabilitační ústavy) a sociálních zařízení (domovy důchodců, domy s pečovatelskou službou, denní stacionáře, charitní zařízení, azylové domy) podle potřeb a zdravotního stavu pacientů. Propouštění pacientů je plánováno vždy tak, aby byla zajištěna kontinuita zdravotní i sociální péče.

### ***Podpora setrvání osob v domácím prostředí - Tísňová péče AREÍON občanského sdružení Život 90***

Velikým problémem seniorů a zdravotně postižených lidí je obava z osamělosti a obava z nemožnosti se dovolat potřebné pomoci v okamžiku, kdy nastane situace, že pomoc budou potřebovat. To vše záhy vyústí v pocit nesoběstačnosti a neschopnosti žít doma a ve snahu vyhledat pobyt v ústavním zařízení i přesto, že jejich přáním je žít ve vlastním domově. Stále více narůstá bariéra mezi osamělými seniory či zdravotně postiženými lidmi a společností. Vyplývá to z jejich izolovanosti a snížení možnosti komunikace ze zdravotních příčin nebo úbytku fyzických a psychických sil. V neposlední řadě velmi často vznikají obavy rodinných příslušníků o své osaměle žijící blízké.

Tísňovou péči AREÍON poskytuje občanské sdružení ŽIVOT 90 již 10 let. V říjnu 2005 Ministerstvo zdravotnictví ČR udělilo této službě cenu MAKROPULOS jako mimořádnému a v praxi osvědčenému projektu, který řeší zdravotní a sociální potřeby seniorů v ČR

Tísňová péče AREÍON je služba určená pro seniory, osaměle žijící a zdravotně postižené občany. Monitoruje klienta v jeho bytě, je s ním v oboustranném spojení a v krizové situaci zabezpečuje poskytnutí okamžité odborné pomoci, kterou klient přivolá pouhým stisknutím tísňového tlačítka. Odborná pomoc je nepřetržitá, 24 hodin denně a 7 dní v týdnu.

Byt klienta je vybaven terminální stanicí systému tísňového volání. Řídící jednotka systému realizuje po telefonní lince automatické spojení s centrálním dispečinkem tísňové péče. Tísňové tlačítko nosí klient neustále u sebe. Jakmile v jakékoliv části bytu potřebuje pomoc, stiskne tlačítko a ke spojení s dispečinkem dojde automaticky. Přes telefonní přístroj s hlasitou komunikací dojde k následnému hovorovému propojení klienta s operátorem dispečinku. Tato hlasitá komunikace je velmi důležitá, jednak pro uklidnění klienta, protože ví, že se pomoci dovolal a může si domluvit její potřebnou formu, jednak celou službu zlevňuje, protože vylučuje výjezdy na planý poplach. Služba dispečinku má v počítačovém pultu všechna potřebná data pro organizování zásahu, včetně zdravotní dokumentace klienta.

Tísňová péče AREÍON zahrnuje poskytnutí nebo zprostředkování pomoci při nenadálé situaci (zranění, pád apod.), náhlé krizové situaci (náhlé zhoršení zdravotního stavu), v mimořádné situaci (přepadení nebo hrožení jinou osobou), dále poradenství, terapeutické činnosti (psychoterapie a socioterapie), zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a pomoc při prosazování práv a zájmů seniorů.

Cílem tísňové péče je snížit sociální, zdravotní a bezpečnostní rizika, která těmto občanům přinášejí jejich způsob života:

- udržení co největší soběstačnosti a nezávislosti starých a zdravotně postižených lidí,
- zajištění maximálně možné délky života lidí ve vysokém věku a zdravotně postižených v jejich vlastním sociálním prostředí,
- snížení narůstajícího počtu rizik (zdravotních, sociálních i kriminálních),
- pomoc seniorům a zdravotně postiženým při prosazování jejich práv a zájmů a zprostředkovávání jejich kontaktu se společenským prostředím přerušení sociální izolace starých, osaměle žijících lidí,
- poskytování zdravotního i obecného poradenství, včetně výchovně vzdělávacích služeb,
- snížení počtu hospitalizací v léčebných zdravotních zařízeních ze sociálních důvodů,
- snížení počtu čekatelů na umístění v ústavech sociální péče,
- pomoc pečujícím rodinám o jejich seniorské či zdravotně postižené členy (respirační péče).

Služba Tísňové péče je poskytována více než 1.000 klientů prostřednictvím hlavního dispečinku v Praze a regionálních dispečinků v 32 městech.

Na sociální pomoc a podporu jsou využívány finanční zdroje určené pro poskytovatele sociálních služeb. Služba je především financována z veřejných rozpočtů (dotace MPSV ČR, Magistrátu hl.m. Prahy a dalších krajů) a darů právnických a fyzických osob. Zdravotní péče je v souvislosti s touto službou poskytována pouze v případě tísně (výjezd záchranné služby, pohotovosti apod.) a je hrazena z finančních zdrojů zdravotních pojišťoven, z rozpočtu krajů nebo obcí.

### ***Týmová podpora terénních sociálně zdravotních služeb - Středisko křesťanské pomoci v Praze Diakonie Českobratrské církve evangelické***

Diakonie Českobratrské církve evangelické (dále DČCE) je samostatnou křesťanskou, nestátní neziskovou, veřejně prospěšnou organizací, která poskytuje široké spektrum sociálních a sociálně zdravotních služeb. V 33 zařízeních ve všech krajích ČR poskytuje DČCE péči lidem, kteří se neobejdou bez pomoci druhých pro stáří, nemoc, zdravotní postižení a krizovou životní situaci, bez ohledu na jejich příslušnost k rase, národnosti nebo náboženskému či politickému přesvědčení. V roce 2005 využilo služeb DČCE více než



33 000 uživatelů. V současné době DČCE zaměstnává téměř 1000 zaměstnanců a v roce 2005 využívala pomoci 299 dobrovolníků.

Jednou z oblastí, které se DČCE věnuje, jsou terénní sociálně zdravotní služby. Zařízení DČCE poskytují pečovatelské a ošetrovatelské služby v domácnostech klientů v několika regionech České republiky. Cílem těchto služeb je udržet a upevňovat zdraví klientů a rozvíjet jejich soběstačnost tak, aby mohli co nejdéle zůstat v svém vlastním sociálním prostředí. Ve spolupráci s rodinou či blízkými poskytují některá zařízení i péči vedoucí ke zmírnění utrpení a zajištění klidného a důstojného umírání v domácím prostředí. Základem služeb je individuální přístup ke klientům, využívání metod zvyšování kvality profesionálních služeb i zajištění dostupnosti pomoci lidem v odlehých oblastech ČR.

Středisko křesťanské pomoci v Praze (dále SKP) je jedním z 33 středisek Diakonie ČCE. SKP doplňuje a spoluvytváří s dalšími státními i nestátními subjekty záchrannou sociálně zdravotní síť. SKP začalo pracovat v říjnu 1989 jako pracoviště „SOS centrum“ v Belgické ulici v Praze 2. Jedním ze základních pilířů poskytování koordinovaných a návazných služeb sociálně zdravotních terénních služeb je vyvážení multiprofesionální pracovních týmů včetně využívání dobrovolníků.

V pracovních týmech SKP je zastoupeno více profesí: pracovníci sociální péče, zdravotní sestry, psychologové, sociální pracovníci, psychoterapeuti, pracovníci pastoračního poradenství, psychiatr, právník. Profesionální odbornost těchto pracovníků je využívána k zajištění komplexních potřeb klientů. Na poskytnutí péče v domácnosti klientů se obvykle podílejí erudované zdravotní sestry (ošetrovatelská služba „home care“ hrazená z veřejného zdravotního pojištění) a pečovatelky (pracovníci sociální pečovatelské služby).

SKP je v kontaktu s mnoha odbornými a profesními organizacemi psychosociální sítě a dalšími státními i nestátními institucemi. SKP je zapojeno do profesních organizací (Česká asociace pečovatelské služby, Česká asociace pracovníků linek důvěry, Sdružení azylových domů, Asociace manželských a rodinných poradců, Vězeňská duchovenská péče, Českomoravská psychologická společnost, Český institut pro supervizi).

V rámci zajištění co nejlepší návaznosti zdravotních a sociálních služeb dochází vedoucí zdravotní sestra převzít pacienta přímo na oddělení nemocnice. Zde konzultuje s ošetřujícím lékařem a zdravotním personálem optimální postup léčby pro navazující domácí péči. Smyslem návštěvy je rovněž navázání prvního kontaktu s pacientem, čímž se mnohdy odstraní i počáteční nejistota a obavy nemocného z jeho nové životní situace a je usnadněn vstup zdravotní sestry do vlastního domácího prostředí pacienta.

SKP také spolupracuje s dobrovolníky, kteří pracují na mnoha úrovních organizace. Činnost dobrovolníků koordinuje pracovníce SKP, která se pro tento účel vyškolila v Národním dobrovolnickém centru Hestia.

V roce 2005 byl v SKP zahájen nový a v ČR ojedinělý dobrovolnický projekt, který se nazývá Dobroduš. Jedná se o dobrovolnickou asistenci pro lidi s duševním onemocněním. Dobroduš sdružuje pečlivě vybrané a vyškolené dobrovolníky, kteří vytvoří dvojici s uživatelem služby a pravidelně se mu věnují. Koncem roku 2005 se podařilo vyškolit 7 dobrovolníků a proběhly první úspěšné schůzky dvojic klient – dobrovolník. Projekt Dobroduš byl akreditován u Ministerstva vnitra ČR.

SKP dlouhodobě spolupracuje se školami, které vysílají do SKP své studenty na stáže a praxe.

Běžnou součástí pracovní činnosti v SKP je průběžné vzdělávání. Nejen zaměstnanci, ale i dobrovolníci se pravidelně školí na odborných seminářích na nejrůznější aktuální témata tak, aby byl zjištěn moderní profesionální přístup ke klientům.

Všichni zaměstnanci SKP procházejí různými formami supervize (individuální, týmovou, s externími i interními supervizity). Desetiletá zkušenost se supervizí ukazuje, že významně

zkvalitňuje službu klientům, zvyšuje profesionální kompetence a předchází únavě a vyčerpání pracovníků.

Od roku 2005 procházejí všechny služby SKP (tak jako všechny ostatní služby Diakonie ČCE) procesem zajišťování a zvyšování kvality sociálních služeb. Součástí tohoto procesu je sebehodnocení a následná konzultace k mapování úrovně a podpoře při zavádění Standardů kvality sociálních služeb.

### ***Koordinace služeb v komunitě – Komunitní centrum pro seniory Praha 8***

Počet obyvatel ve správním obvodu Městské části Praha 8 je v současné době cca 106 tisíc, z toho je 16% osob seniorského věku, což představuje 17 tisíc seniorů starších 65 let.

Projekt „Komunitního centra pro seniory Praha 8“ vychází z dohody mezi Gerontologickým centrem, Úřadem Městské části Praha 8, Obvodním ústavem sociálně-zdravotnických služeb v Praze, Českou alzheimerovskou společností, dvěma domovy pro seniory a několika fakultami Univerzity Karlovy (katedra geriatric, supervize a managementu aj.)

Jádrem a organizačním centrem projektu je odbor zdravotnictví a sociálních služeb Městské části Praha 8 a delegovaně i Gerontologické centrum Praha 8.

Cílem projektu je prostřednictvím lepší informovanosti, koordinace a managementu služeb, vzdělávání profesionálních i laických pečovatelských pracovníků, aktivního zapojení zejména seniorské veřejnosti a využití existujících služeb v Městské části Praha 8 vytvořit model péče o seniory a jiné znevýhodněné skupiny občanů, který by lépe odpovídal potřebám občanů, a to v oblastech, které jsou dosud nejvíce problematické a do budoucna bude jejich závažnost narůstat (zachování soběstačnosti ve vyšších deceniích, stařecká křehkost a multimorbidita, péče o pacienty s demencí).

Projekt se skládá z několika modulů, jejichž realizací je naplňován základní cíl spolupráce a koordinace služeb v komunitě.

#### Ústřední modul: Propojení a management služeb

Projekt je založen na spolupráci jednotlivých subjektů v komunitě. Kontinuálně probíhá výzkum potřeb služeb a proces evaluace, na kterém jsou závislé ostatní moduly tak, aby co nejvíce odpovídal potřebám seniorů a dalších skupin obyvatel.

Pro toto formování, směřování a průběžnou evaluaci je nastolen systém týmové spolupráce mezi místními seniorskými organizacemi, zástupci obce, poskytovateli služeb, sociálními pracovníky, eventuálně psychologem, zdravotními sestrami, ergoterapeuty, fyzioterapeuty, lékaři a duchovními.

V projektu je uplatňovaná metoda „case managementu“, tedy systematického poskytování služeb na základě multidisciplinárního posouzení.

Zajišťované služby mají podobu od specializované péče např. paliativní až k podpoře svépomocných aktivit seniorů.

#### Informační modul

Propojování informací je jedním z klíčových prvků projektu. Důležité je, aby byla seniorům dostupná jedna „adresa“, kam se mohou obrátit a kde mohou získat veškeré informace, ale i další formy informování (např. v místním tisku, na internetu, informačními brožurami).

#### Edukační modul

Vzdělávání pracovníků ve službách, rodinných pečujících a seniorů zdravých i chronicky nemocných naplňují potřebu specifické edukace o moderních metodách péče a změnách vzorců nemocnosti.

### Občanský a preventivní modul

Cílem této části projektu je zajistit, aby se senioři podíleli na rozhodování a formování služeb ve společnosti. Za tímto účelem byla založena seniorská rada, složená ze zástupců organizací v projektu, specializovaná poradna, ombudsman pro seniory, společenské centrum a další.

### Modul profesionálních služeb

Projekt zahrnuje služby jako lůžkové oddělení Gerontologického centra, denní centrum pro pacienty postižené demencí, sociální pobytová zařízení, praktické lékaře, poskytovatele domácí zdravotní péče a pečovatelské služby, půjčovnu zdravotnických pomůcek, další zdravotnická zařízení pro seniory, systém nouzového volání seniorů žijících doma, opatření pro bezpečný návrat seniorů s demencí domů a profesionální podporu pečujícím rodin (respirační péče, výzkum potřeb).

### Evaluace projektu a výzkum

Hodnocení projektu a výzkum (zejména výzkum stavu, morbidity, soběstačnosti a potřeb seniorské populace) jsou podmínkou pro zobecnění tohoto projektu i v jiných obcích a pro možnost implementace nových metod.

### Financování projektu

Většina služeb a aktivit je již etablována a financována z následujících zdrojů: sociální služby z rozpočtu Městské části Prahy 8 a z plateb klientů, zdravotní péče z veřejného zdravotního pojištění, vzdělávání a výzkum z Programu JPD 3, z rozpočtu Hl.m.Prahy, od ministerstva zdravotnictví a z grantových agentur.

V komunitním modelu služeb pro seniory jsou využívány dosavadní znalosti a zkušenosti odborných týmů z České republiky, Norského království a dalších spolupracujících zemí.