

Příloha č. 1

Analýza podmínek a východiska opatření
v jednotlivých oblastech podpory Střednědobé
koncepce státní politiky vůči občanům se
zdravotním postižením

Obsah:

IV.	Vzdělávání a školství	3
IV.1.	Současný stav vzdělávání občanů se zdravotním postižením v ČR	3
IV.1.1.	Speciální školy a zařízení	3
IV.1.2.	Vzdělávání zdravotně postižených v prostředí hlavního vzdělávacího proudu	4
IV.1.3.	Východiska a podmínky vzdělávání zdravotně postižených	4
V.	Sociální zabezpečení (služby a dávky pro zdravotně postižené)	7
V.1.	Současný stav sociálního zabezpečení občanů se zdravotním postižením v ČR	7
V.1.1.	Dávky pro zdravotně postižené	7
V.1.2.	Sociální služby	8
VI.	Zaměstnanost a zaměstnávání	11
VI.1.	Problémy zaměstnávání občanů se zdravotním postižením v ČR	11
VII.	Zdravotnictví	16
VII.1.	Současný stav a základní tendence přístupu státu k ochraně zdraví občanů se zdravotním postižením	16
VII.1.1.	Nové etické otázky jako důsledek rozvoje moderní medicíny	16
VIII.	Přístupnost prostředí	17
VIII.1.	Současný stav přístupnosti vnějšího prostředí pro občany se zdravotním postižením	17
IX.	Přístup k informacím a kulturnímu dědictví	19
IX.1.	Současný stav a tendence v přístupu občanů se zdravotním postižením k informačním technologiím	19
IX.2.	Komunikace občanů se zdravotním postižením s pracovníky veřejné správy	20
IX.3.	Statistické informace o problematice zdravotního postižení	21
IX.4.	Přístup ke kulturnímu dědictví	21
X.	Participace občanů se zdravotním postižením a jejich organizací na správě veřejných záležitostí	22
X.1.	Současný stav a tendence podílu občanů a organizací zdravotně postižených na správě veřejných záležitostí	22

Ke kapitole IV. Vzdělávání a školství

IV.1. Současný stav vzdělávání občanů se zdravotním postižením v ČR

Vlivem vývoje v posledních letech se Česká republika stává zemí s typicky smíšeným systémem vzdělávání dětí, žáků a studentů se zdravotním postižením. Vedle rozvinutého a historicky utvářeného systému speciálního školství se postupně rozvíjel a rozvíjí model vzdělávání dítěte se zdravotním postižením jako účastníka hlavního vzdělávacího proudu, začleněného do některé ze škol vzdělávací soustavy (mateřské, základní, střední). Řešení podmínek vzdělávání v rámci obou těchto základních směrů se stalo základním úkolem 90. let minulého století.

IV.1.1. Speciální školy a zařízení

Jejich činnost má na našem území velkou tradici. Právní úprava působení speciálního školství je upravena zejména v části čtvrté zákona č. 29/1984 Sb. (školský zákon) a v prováděcí vyhlášce MŠMT č. 127/1997 Sb., o speciálních školách a speciálních mateřských školách.

Podle zákona „speciální školy poskytují pomocí zvláštních výchovných a vyučovacích metod, prostředků a forem výchovu a vzdělávání žákům mentálně, smyslově nebo tělesně postiženým, žákům s vadami řeči, žákům s více vadami, žákům obtížně vychovatelným a žákům nemocným a oslabeným, umístěným ve zdravotnických zařízeních; připravují tyto žáky k začlenění do pracovního procesu a života společnosti“. Speciálními školami jsou základní speciální školy a střední speciální školy, přičemž vzdělání získané v těchto školách je rovnocenné vzdělání získanému v základní, resp. střední škole. Speciální základní školy poskytují žákům výchovu a vzdělávání „způsobem přiměřeným jejich postižení“; zřizují se jako školy pro žáky:

- sluchově postižené,
- zrakově postižené,
- s vadami řeči,
- tělesně postižené,
- s více vadami,
- obtížně vychovatelné,
- nemocné a oslabené umístěné ve zdravotnických zařízeních.

Mezi speciální školy patří též školy pro žáky s mentálním postižením, tzn. zvláštní a pomocné školy. Jejich kurikulum je upraveno ve smyslu nahrazení rozsahu teoretického vzdělávání prostorem pro rozvoj manuálních dovedností. Předpokládá se, že žáci s mentálním postižením budou vzdělávání v základní škole speciální poskytující základy vzdělání.

Speciální střední školy poskytují žákům výchovu a vzdělávání „způsobem přiměřeným jejich postižení“. Speciální střední školy se člení na:

- střední odborná učiliště,
- gymnázia,
- střední odborné školy,
- praktické školy a odborná učiliště.

Činnost speciálních škol je dlouhodobě dobře organizačně, metodicky, personálně i finančně zajišťována. V současné době se speciální školy stávají místy, v nichž se vytvářejí, ověřují a kumulují nové poznatky z oblasti speciální pedagogiky, tj. metod a forem vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami. V průběhu 90. let byla MŠMT přijata série opatření zajišťujících možnost doplnění vzdělání poskytovaného základní, zvláštní nebo pomocnou školou v rámci celoživotního vzdělávání občanů se zdravotním postižením. V roce 2000 byla přijata novela školského zákona rozšiřující možnost přijetí na střední školy u absolventů zvláštních a pomocných škol.

IV.1.2. Vzdělávání zdravotně postižených v prostředí hlavního vzdělávacího proudu

Základy postupného začleňování dětí s postižením do běžných škol byly položeny na začátku 90. let. Předpokladem bylo přijetí či novelizace stávajících právních norem upravujících řízení, organizaci a obsah vzdělávání. Mezníkem se stalo zejména přijetí vyhlášky o základních školách v r. 1991, která poprvé explicitně zmínila možnost začleňování dětí s postižením do běžných škol. Nedostatkem zůstává, že explicitní úprava základních vztahů v oblasti tzv. školské integrace dětí, žáků a studentů se zdravotním postižením není vyjádřena v žádné zákonné normě, jen dílčím způsobem jsou vybrané otázky zapracovány do ustanovení vyhlášek upravujících činnost jednotlivých typů škol (mateřská, základní, střední) a nejpodrobněji se náležitostem společného vzdělávání žáků se zdravotním postižením v rámci hlavního vzdělávacího proudu věnuje Směrnice MŠMT. Norma interní síly však není způsobilá autoritativně řešit složité otázky, které vyvolává poskytování speciálně pedagogické podpory v přirozeném prostředí žáka – běžná mateřská, spádová základní škola, střední škola.

Vzdělávání občanů se zdravotním postižením se dotýká i institut osvobození od povinné školní docházky a osvobození od povinnosti docházet do školy. Institutu osvobození od povinnosti docházet do školy se lze užít v případě, pokud dítě pro svůj zdravotní stav nemůže docházet do školy. V takovém případě je "školský úřad (v současnosti orgán kraje v přenesené působnosti) povinen zajistit takovou formu vzdělávání, která mu umožní dosáhnout stejné vzdělání jako při školní docházce". (§37 zákona č. 29/1984 Sb., – školský zákon). Za výjimečný je považován institut osvobození od povinné školní docházky. Jedná se o omezení ústavního práva na vzdělání (čl. 33 Listiny základních práv a svobod). Institut osvobození od povinné školní docházky již dlouho vnímán jako nepřijatelné omezení základních lidských práv zdravotně postižených a MŠMT s jeho zachováním v současné podobě do budoucna nepočítá (viz návrh nového školského zákona). Podle současné právní úpravy může orgán kraje v přenesené působnosti „těžce zdravotně postižené dítě na základě odborného posouzení a souhlasu zákonných zástupců osvobodit od povinné školní docházky, a to na dobu určitou. Zároveň stanoví formu vzdělávání, která odpovídá jeho psychickým a fyzickým možnostem“. Děti osvobozovaných od povinné školní docházky ubývá a vzhledem k uvedenému ustanovení je všem dětem věnována jistá míra speciálně pedagogické péče.

Legislativní, personální, organizační a ekonomické zajištění účasti dětí, žáků a studentů se zdravotním postižením v hlavním vzdělávacím proudu tzv. běžných škol není zajištěno na takové úrovni jako vzdělávání téhož dítěte, žáka a studenta v prostředí škol speciálních. Tento stav přináší problémy všem aktérům procesu, zákonným zástupcům, školám, učitelům, orgánům správy školství, ale především samotným dětem se zdravotním postižením. Řadu systémových prvků podpory bude nutno budovat postupně v meziresortní a mezioborové součinnosti a v závislosti na efektivním využití stávajících finančních zdrojů.

IV.1.3. Východiska a podmínky vzdělávání zdravotně postižených

Současné procesy ovlivňující tvář českého školství jsou založeny sérií koncepcí, normativně právních aktů a pedagogických či speciálně pedagogických opatření přijatých v posledních letech. Vedle Bílé knihy se jedná zejména o Dlouhodobý záměr vzdělávání a rozvoje vzdělávací soustavy ČR. Probíhá postupná **proměna klimatu školy**, v níž se mění role jednotlivých účastníků vzdělávání. Stále větší důraz je kladen na spolupráci zainteresovaných subjektů, zejména zákonných zástupců žáků, zletilých žáků, poradenského pracoviště a školy jako partnera na cestě naplnění práva na vzdělání. Pojetí organizace vzdělávání stále více respektuje základní principy pluralitní demokratické společnosti, jež přiznává každému jedinci (a zároveň od něj vyžaduje) odpovědnost za svůj osud i převzetí podílu odpovědnosti za společné rozhodování. Druhým znakem je úsilí o rovné příležitosti pro všechny a o odstranění překážek bránících rozvoji každého, včetně občanů se zdravotním postižením.

Charakteristickým rysem organizace školského systému je **ústup centralizovaného modelu správního řízení školství** a zvyšování působnosti a odpovědnosti samosprávných orgánů municipalitního i komunitního typu. Role krajů a obcí do budoucna pravděpodobně dále poroste. Tento proces, obecně správný, nemusí vždy automaticky a nutně znamenat zvýšení kvality vzdělávání občanů se zdravotním postižením. V dané oblasti vzdělávání zůstane zachována odpovědnost státní správy.

Kontinuálně se v posledních 14 letech zvyšuje **autonomie škol a samotných pedagogů** při volbě metod a forem naplňování plánů a osnov, stejně jako se diverzifikují platné vzdělávací programy, z nichž některé jsou koncipovány tak, aby lépe vyhovovaly potřebám žáků se specifickými vzdělávacími potřebami. Charakteristickým znakem organizace školství, který by za určitých okolností měl bezprostřední dopad na vzdělávání dětí, žáků a studentů se zdravotním postižením, je **snižování počtu žáků** obecně a s ním spojený nižší počet žáků ve třídách. Obecným znakem všech reformních a organizačních kroků školského systému je **úsilí o zkvalitnění spolupráce rodiny a školy** při realizaci výchovně vzdělávacích úkolů školy. Školy a orgány správy školství si uvědomují, že právě zákonní zástupci dětí, žáků a studentů se zdravotním postižením představují jedny z nejvíce motivovaných v úsilí o řešení vzdělávacích potřeb jejich dítěte.

V souvislosti se vstupem České republiky do Evropské unie participuje MŠMT prostřednictvím svého zástupce na činnosti Evropské agentury pro rozvoj speciálního vzdělávání. V rámci této nezávislé samosprávné organizace založené ministerstvy školství členských zemí je vytvářen prostor pro spolupráci v oblasti vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami.

V posledních letech dochází k následujícím změnám při řešení specifických otázek vzdělávání dětí žáků a studentů se zdravotním postižením:

Výrazně se podařilo zlepšit podmínky vzdělávání dětí a žáků s mentálním postižením a nově i dětí s lékařskou diagnózou autismus. Pro tyto skupiny dětí se zdravotním postižením byl v uplynulých letech zajištěn systémový vzdělávací a poradenský servis. Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy (dále MŠMT) vydalo sérii organizačních opatření majících za cíl odstranit deficit a deformace, k nimž v tomto směru docházelo v minulosti. Zvyšující se vědomí občanské společnosti, tlak mezinárodních institucí a vědomí rodičovských organizací, vedou i ke hledání neutrálních a politicky korektních termínů a institutů týkajících se vzdělávání této skupiny dětí, žáků a studentů. V roce 2003 byl ze strany MŠMT přijat rozvojový program k vybavení škol kompenzačními pomůckami, zaměřený zejména na děti, žáky a studenty se smyslovým a tělesným postižením.

Byly vybudovány **základy pro kvalitní poradenský systém v oblasti naplňování speciálních vzdělávacích potřeb**. V oblasti diagnostiky zdravotního postižení - pro účely naplňování speciálních vzdělávacích potřeb zdravotně postižených - se ve školské praxi České republiky užívá zejména služeb Speciálně pedagogických center, případně Pedagogicko-psychologických poraden. Poradny sídlí v každém okresním městě ČR (77). Speciálně pedagogických center je cca 120, z nichž téměř dvě třetiny jsou centry pro děti a žáky s mentálním postižením. Speciálně pedagogická centra kontaktují ty jedince, kteří o jejich služby projeví zájem. V některých případech provádějí vlastní depistáž. Pregnantněji než dosud je potřeba řešit proces zjišťování speciálních vzdělávacích potřeb – v jeho diagnostické a procesní stránce je v normativní rovině popsán velmi neúplně. Neexistuje obecně závazný právní předpis, který by jej upravoval. Nejsou stanoveny náležitosti podání návrhu, obligatornost odborných vyšetření, jejich interpretace pro školské účely, práva a povinnosti občanů s postižením a jejich zákonných zástupců, možnosti odvolání, revize, zasílání posudků a případná závaznost jejich obsahu.

V uplynulých letech **došlo ke změnám v profesní přípravě pedagogických pracovníků** zahrnujícím zlepšení informovanosti všech budoucích pedagogických pracovníků o otázkách zdravotního postižení a k rozsáhlým změnám v přípravě speciálních pedagogů. Obecně pozitivní rys – autonomie vysokých škol – však v některých případech snižuje možnost školského systému a jeho reprezentantů (ministerstvo, kraje) vystupovat v roli „objednatelů“ absolventa a stanovit bližší požadavky na obsah a cíle vzdělávání

pedagogů pro práci s dětmi se zdravotním postižením. Snaha vysokých škol o zajištění lepší vzdělávací nabídky vedla v některých případech k otevírání směrů a oborů, pro které nejsou dostatečné odborné a personální předpoklady. V roce 1990 bylo možno obor Speciální pedagogika studovat na dvou vysokých školách v rámci České republiky. V roce 2003 se jedná o devět vysokoškolských pracovišť! Situaci postupně zlepšuje činnost Akreditační komise MŠMT.

MŠMT v průběhu 90. let podporovalo rozvoj vědecké a výzkumné činnosti v oblasti monitorování podmínek vzdělávání dětí, žáků a studentů se zdravotním postižením. Řada výzkumných úkolů byla řešena na vysokých školách a dalších vědecko-výzkumných pracovištích.

Ke kapitole V. Sociální zabezpečení (služby a dávky pro zdravotně postižené)

V.1. Současný stav sociálního zabezpečení občanů se zdravotním postižením v ČR

Oblast sociálního zabezpečení je velmi rozsáhlá a zahrnuje řadu složitých subsystémů. Objektivně i subjektivně je celá oblast vnímána jako „imanentní“ vlastnost či specifikum zdravotního postižení. V rámci reformy sociálního systému byly v minulých letech transformovány či nově založeny některé subsystémy - státní sociální podpora, důchodové pojištění. Zejména důchodový systém očekává řada změn vyplývajících z makroekonomických a demografických ukazatelů. Jeho charakteristickým znakem je nutnost adekvátní reakce na očekávané zvyšování počtu obyvatel v tzv. důchodovém věku. Změny a úpravy se budou nutně týkat i dalších složek systému sociálního zabezpečení, podpory zaměstnanosti a dalších. Stávající pojetí sociálního zabezpečení (zahrnuje důchodové pojištění a sociální péči) je postupně transformováno do systému sociální ochrany, který zahrnuje sociální pojištění, státní sociální podporu a sociální péči -pomoc.

V rámci reformy systému sociálního zabezpečení – **subsystém sociální pomoci – nebyl dosud dobudován** a je tvořen řadou nekompatibilních právních norem, jež nejsou způsobilé postihnout dynamiku probíhajících změn a působit dostatečně na odstraňování tzv. „invalidizace“ zdravotního postižení. De facto se jedná o systém, který byl nastaven na začátku 90. let a je – ve vztahu ke zdravotně postiženým – ze značné části upraven již léta zákonem č. 100/1988 Sb. o sociálním zabezpečení a nevyhovujícím zněním vyhlášky Ministerstva práce a sociálních věcí (dále MPSV) č. 182/1991 Sb. v platném znění.

V rámci systému sociálního zabezpečení existuje řada klasifikačních postupů (posudkových kritérií), které stanovují značné **množství kategorií zdravotního postižení**. Některá z uvedených třídění jsou vzájemně inkompatibilní (občan s těžkým zdravotním postižením, držitel tzv. mimořádných výhod, občan dlouhodobě nemocný–postižený–těžce zdravotně postižený, občan částečně, převážně a úplně bezmocný, občan invalidní a částečně invalidní, občan se změněnou pracovní schopností a se změněnou pracovní schopností s těžším zdravotním postižením, dítě dlouhodobě těžce zdravotně postižené vyžadující mimořádnou péči, občan s těžkým postižením – příjemce dávky sociální péče atd.) Existují objektivní důvody, pro něž i v budoucnu bude nutné počítat s řadou uvedených klasifikačních hledisek. Ze strany zdravotně postižených bývá kritizován fakt nutnosti časté návštěvy posudkové služby pro účely vypracování jednotlivých stanovisek a jsou požadovány organizační změny vedoucí ke komplexní diagnostice zdravotního postižení daného občana a aplikaci výsledného posudku pro více situací – žádostí a následných rozhodnutí příslušného orgánu.

Posudková služba správy sociálního zabezpečení, její organizace, personální vybavení, legislativní možnosti a faktické schopnosti objektivně posoudit nikoliv pouze zdravotní stránku (diagnózu) zdravotního postižení, nýbrž i její sociální dopady, jsou z řady důvodů malé. Na druhé straně je oddělení vlastního posudkového závěru od rozhodování o dávce či službě sociálního zabezpečení žádoucí, bude-li doplněno následnou reakcí – uvážením – orgánu rozhodujícího o dávce či službě.

V.1.1. Dávky pro zdravotně postižené

Kladem uplynulého období je skutečnost, že se v subsystému dávek pro zdravotně postižené **podařilo řešit základní potřeby občanů se zdravotním postižením**. Nikoliv výlučně dávkami určenými pro zdravotně postižené, ale kombinací jednotlivých institutů subsystémů sociálního zabezpečení se zpravidla podařilo řešit jejich základní životní podmínky. Na druhé straně platí, že systém sociálních dávek pro zdravotně postižené, ač nemá ex lege nastaveny stejné rigidní podmínky poskytování jako subsystém státní sociální podpory, sklouzl v průběhu let k víceméně automatickému poskytování jednotlivých dávek, bez ohledu na skutečný význam té které dávky pro sociální inkluzi občana se zdravotním postižením.

Nepodařilo se – a to po několik desetiletí, nejen od 90. let – **najít systémový model propojení léčebné péče s pracovní rehabilitací** tak, aby se včas našly možnosti

nového pracovního uplatnění a nemusel být přiznán invalidní důchod. Je zřejmé, že chyběl subjekt, v jehož zájmu (primárně ekonomickém) bylo zastavení procesu „od nemoci a postižení k invaliditě“. Je skutečností, že celý stávající systém působí právě tímto směrem. Jediné aktivity, které jsou systémově a institucionálně zabezpečeny, jsou aktivity „od nemoci k invaliditě“. Nepodařilo se zcela odstranit náhled na poskytování dávek sociální péče zdravotně postiženým jako *sui generis* „státní charity“. Jedním z důvodů je i skutečnost, že nejsou stanoveny druhy dávek a služeb zřetelně kompenzačního charakteru, jejichž přiznávání by nebylo vázáno na sociální potřebnost či příjmovou situaci občana.

Zejména v posledních letech se ve společnosti objevují názory o „zneužívání dávek“ ze strany (nejen) zdravotně postižených. Uvedené projevy lze v některých případech chápat jako výraz zájmu o efektivní umísťování veřejných prostředků, řada občanů se zdravotním postižením je však chápe jako excesy dotýkající se lidské cti a důstojnosti. **Řešením tohoto jevu je zejména správné a přesné nastavení parametrů poskytování jednotlivých dávek.** Z dlouhodobého hlediska bude situaci zlepšovat rozvoj integrace občanů se zdravotním postižením do struktur majoritní společnosti. Uvedený problém nelze podceňovat, jeho neřešení by mohlo, zejména v období nutné reformy veřejných financí, vést k poškození zájmů a potřeb občanů se zdravotním postižením.

Systém dávek, z logiky věci dané výstavbou právního řádu, působil po celé období staticky a nebyl schopen reakce na měnící se podmínky života společnosti a tedy i občanů se zdravotním postižením. **Jednou zavedené dávky v systému přetrvaly a přetrvávají** i bez jejich faktického významu (příspěvek na topnou naftu). Jiné jsou nadále potřebné – jejich parametry však znehodnocují původní cíl jejich ustavení (příspěvek na bezbariérovou úpravu bytu dvanáct let ve stejné výši). Existuje prostor pro systémově nový druh dávky (informační společnost, přístup k informacím), která však nebyla vytvořena. Namísto ní stále existuje dávka – příspěvek na používání (pevné) telefonní stanice. I přesto lze konstatovat, že téměř všechny dávky určené občanům se zdravotním postižením mají své opodstatnění. Otázkou zůstává, nakolik skutečně přispívají k sociálnímu začlenění občanů se zdravotním postižením.

Stávající právní a organizační **systém de facto neumožňuje systémové propojení dávek sociální péče pro zdravotně postižené a služeb sociální péče.** Působí izolovaně a nejsou způsobilé „ve shodě“ ovlivňovat sociální integraci či reintegraci občana se zdravotním postižením. Existují varianty, kdy poskytnutí sociální služby vylučuje sociální dávku (umístění občana v zařízení rezidenčního typu). V některých případech jde o snahu systému vyloučit „zneužití“ dávky, v jiných případech však může jít o znevýhodnění občana využívajícího danou službu. V dalších případech by bylo možno z prostředků původně alokovaných v segmentu dávek rozvíjet i chybějící a potřebné služby, které by občanům se zdravotním postižením řešily shodný okruh potřeb – problémů (například oblast dopravy).

Dávky sociální péče poskytované zdravotně postiženým **nepředstavují** - z pohledu nákladů státního rozpočtu – **rozhodující položku.** Z daného hlediska lze provedení reformy považovat nikoliv za jednoduché, ale systémově možné a z pohledu zlepšení kvality života občanů se zdravotním postižením za potřebné. Právě daná výše výdajů představuje i riziko reformy systému. Je třeba konstatovat, že reforma dávek pro zdravotně postižené nebyla dosud realizována. Této otázce je třeba věnovat zvýšenou pozornost, neboť v konkrétních situacích je význam dávek tohoto subsystému podpory pro život jednotlivých občanů se zdravotním postižením zpravidla daleko významnější, než je tomu u řady dávek určených občanům bez zdravotního postižení. Tato skutečnost nebyla dosud plně reflektována, o čemž svědčí zmíněná stagnace právní úpravy ve sledované oblasti.

V.1.2 Sociální služby

Sociální služby, jejich právní regulace, organizace, obsahové zajištění, schopnost reagovat na měnící se potřeby a podmínky života občanů se zdravotním postižením – to vše zůstává dlouhodobě **velkým problémem vztahu státu ke zdravotně postiženým.** Základy jisté rigidity tohoto subsystému jsou položeny v letech před rokem 1989, kdy se tehdejší Československo, mj. vlivem obecných společensko-politických poměrů, stalo zemí proslulou zřizováním zcela odlidštěných hromadných velkokapacitních institucí pro stovky občanů

s postižením. V ústavech sociální péče bydlely tisíce občanů celý svůj život v naprosto nedůstojných podmínkách. Jakkoliv po celá 90. léta existovala snaha o humanizaci poskytovaných služeb, zpravidla se jednalo o zlepšování dílčích (hygienických, personálních, prostorových ad.) vlastností daného systému; jeho podstata zůstala zachována.

Přes veškeré snahy je **spektrum služeb** pro lidi se zdravotním postižením, které jsou zajišťovány veřejnou správou, **chudé** a v jeho rámci je dominantně poskytována ústavní péče. Moderní typy služeb, které napomáhají sociálnímu začlenění, jsou poskytovány až na výjimky nevládními organizacemi a podmínky pro jejich rozvoj jsou podstatně omezeny systémem financování a alokací příliš velké části finančních prostředků do ústavní péče.

Transformace ústavní péče nebyla provedena. Nadále přetrvává její poskytování ve velkých zařízeních s charakterem bydlení na odděleních. V ústavní péči i nadále převládá medicínský přístup. Sociální práce v plné šíři se zde, až na výjimky, nerealizuje. Služby v ústavní péči dosud nejsou orientovány na uživatele. Režim zařízení se často řídí potřebami pracovníků, jejichž zájmy chrání odborové organizace, potřebami provozu a léty navykého způsobu financování. Výsledkem ústavní péče je mnohdy spíše segregace lidí s postižením, nikoli jejich sociální začlenění. Svůj vliv má i dlouhodobé finanční nedocnění pracovníků v sociálních službách.

Stát nemá nástroj na sledování a prosazování účinnosti sociálních služeb, tzn. **není jasné, které služby podporují sociální začlenění a které ne a jaká je cena těchto služeb.** Není možno sledovat účinnost vynaložených veřejných prostředků a podporovat z veřejných zdrojů jen služby, které přispívají k sociálnímu začlenění lidí s postižením. Chybí nástroj na zjišťování potřeb lidí s postižením, resp. na zjišťování míry jejich znevýhodnění. Užívaný systém je založen na zdravotních diagnózách, které o míře potřeb dostatečně nevyovídají. **Sociální služby stále ještě nejsou dostupné** (druh a region), existují pořadníky na ústavní péči, protože nestačí kapacita alternativních služeb.

Stávající systém financování není využíván jako nástroj rozvoje sítě služeb, které jsou nastaveny na posílení kompetencí lidí se zdravotním postižením a podporují jejich sociální začlenění. Způsob financování podle kapacity (na lůžka) brání transformaci ústavní péče. **Systém grantů (dotací) pro nevládní organizace** - poskytovatele služeb - **neumožňuje efektivní a dlouhodobě plánované využití finančních prostředků.** Zpravidla jednoletý cyklus financování snižuje možnost poskytovat služby kontinuálně. Ze strany organizací zdravotně postižených a nestátních poskytovatelů služeb je dlouhodobě poukazováno na nerovnost v postavení nevládních a státní správou nebo samosprávou zřizovaných zařízení sociálních služeb.

Chybí komplexní data o sociálních službách a vzhledem k dále uvedené neexistenci závazné standardizace služeb nelze provádět jejich validní kvalitativní analýzy. Neexistuje účinný **informační systém pro lidi se zdravotním postižením a jejich rodiny.** Sociální služby jsou upraveny zastaralou legislativou, která už léta neodpovídá skutečnému stavu v této oblasti. Způsob zajišťování sociálních služeb neodpovídá principu subsidiarity, tedy nejbližší k občanovi, chybí podpora obcím v této oblasti, jak ve formě „motivující státní politiky“, tak ve formě nástrojů (například možnost obcí vybírat daně).

V rámci systému **neexistuje zákonem upravený nástroj na ochranu práv uživatelů služeb,** nejsou vyvinuty ani praktikovány žádoucí kontrolní mechanismy na tomto poli. Kontrolováno a vymáháno je pouze dodržování hygienických norem a stávající zastaralé legislativy, která se právům uživatelů de facto nevěnuje. Navíc upravuje jen ústavní péči a pečovatelskou službu. Změnu – nikoliv dosud legislativně ošetřenou – představuje systém inspekcí a supervize v rámci standardů sociálních služeb. Pro efektivní užití standardů na ochranu práv uživatelů služeb je nutno vyřešit jejich působnost a formu závaznosti.

Po celé období se nepodařilo uvedené úkoly řešit v rámci nového zákonného normativně právního systému. V posledním období sledované etapy projevují občané se zdravotním postižením a jejich organizace zásadní nesouhlas nejen s uvedenou skutečností, ale i s východiskem, jež jsou předkládány v rámci tzv. věčných záměrů. V poslední době dochází ke sblížení názorů na tuto problematiku.

Řada problémů sociálních služeb vyplývá i z toho, že **nejsou uspokojivě vyřešeny otázky meziresortní a mezioborové spolupráce** na pomezí sociálního, zdravotního

a školského systému. V závěru sledovaného období byla navázána spolupráce MPSV a Ministerstva zdravotnictví v rámci meziresortních pracovních skupin.

Konečně **jedním ze základních problémů** – a svého druhu výsledků – vývoje sociálních služeb minulých let **je současný přechod zřizovatelské působnosti vůči většině rezidentních (i dalších) typů sociálních služeb** na nové zřizovatele. Všechny vyjmenované aspekty problému, který vyplývá z realizace II. etapy reformy veřejné správy je třeba řešit v rámci připravovaného zákona o sociálních službách. Z původního „státu“, reprezentovaného v drtivé většině případů okresními úřady, přešla zřizovatelská působnost v takřka 98% případů na nově ustavené kraje, výjimečně na obce. Přitom nebyla vyřešena žádná výše uvedená náležitost jejich dalšího bezproblémového fungování. Nebyla vyčíslena (jako se stalo u zdravotnických zařízení) výše tzv. vnitřního dluhu spočívajícího v dlouhodobém podfinancování investičních, provozních i personálních nákladů zařízení. Nebyly vyřešeny otázky nároku na službu – z pohledu uživatelů – a odpovídající povinnosti a odpovědnosti stupňů a prvků veřejné správy tyto služby zajistit. Stále probíhá jednání o způsobech převodu finančních toků na financování provozu těchto zařízení. Uvedená situace představuje značná rizika, ale i příležitosti.

Ke kapitole VI. Zaměstnanost a zaměstnávání

VI.1. Problémy zaměstnávání občanů se zdravotním postižením v ČR

Problémy při zaměstnávání občanů se zdravotním postižením nejsou výlučně záležitostí České republiky, nýbrž se **jedná o celoevropský či celosvětový problém**, různé studie uvádějí až 50% zcela ekonomicky neaktivních občanů se zdravotním postižením. Další značná část patří mezi nezaměstnané. Tzv. postmoderní společnost je charakterizována tlakem na vysokou produktivitu práce, vysokou flexibilitu zaměstnance i podnikatelského subjektu, vznik nových profesí a oborů doprovázený vytlačováním „tradičních“ zaměstnaneckých pozic. Realitou je **globalizace pracovního trhu**, převaha poptávky nad nabídkou pracovních míst (uplatnění) a tím vytlačování minoritních uchazečů na jeho okraj.

Zaměstnávání občanů se zdravotním postižením a jeho problémy vykazují vlastní dynamiku vývoje, na druhé straně **jde o součást celospolečenských pohybů** a tendencí. V průběhu 90. let v České republice kontinuálně klesala míra zaměstnanosti, ze 69% v roce 1993 na 65,7% v roce 2002. Stejně jako v zemích EU je vyšší míra zaměstnanosti mužů než žen. Ve skupině občanů se ZPS však rozdíl mezi mírou ekonomické aktivity mužů a žen není podstatný (2000: muži – 26,4%, ženy-27,3%, zdroj: VÚPSV IV. čtvrtletí 2000) Na rozdíl od zemí Evropské unie je v České republice méně využívána forma zaměstnání podložená pracovními poměry na tzv. částečný úvazek (4,8 % vůči 18% v EU). Po roce 1990 zmizela domácká forma práce (několik tisíc míst) a masivněji se neuplatňuje ani „teleworking“. Řada analytických materiálů a dokumentů (např. Společné memorandum k sociálnímu začleňování) uvádí zdravotně postižené občany mezi znevýhodněnými skupinami s rizikovým postavením na trhu práce. Rovněž Závěrečná zpráva dlouhodobého výzkumu nezaměstnaných na trhu práce (VÚPSV 2002) konstatuje, že nejčastěji diskriminovanou skupinou nezaměstnaných jsou dlouhodobě nezaměstnaní, z nich vedle Romů, osob nad 55 let a žen s malými dětmi, také lidé se zdravotním postižením. Jiný výzkum (Socioklub,2001) uvádí, že „míra ekonomické aktivity těchto osob je výrazně nižší než u ostatních a zatím trvale klesá“. Rovněž uvádí, že „jestliže v roce 1995 bylo zaměstnáno cca 177 tis. občanů se ZPS, v roce 2000 to bylo již jen cca 90 tis. osob, tzn.,že došlo za pět let k poklesu na méně než polovinu“. Tyto údaje jsou ovlivněny více faktory – je zřejmé, že poklesl celkový počet osob - držitelů statutu ZPS (chybí přesná statistika). Zaměstnávání lidí s postižením se do určité míry věnují také Národní akční plány zaměstnanosti, které jsou každoročně vytvářeny od roku 2001. V Národním akčním plánu na rok 2003 v kapitole Zlepšování zaměstnatelnosti jsou uvedena dvě opatření specificky směřující k zaměstnávání lidí se zdravotním postižením: 1) v rámci roku zdravotně postižených uspořádat semináře s cílem zvýšit informovanost o možnostech zaměstnávání lidí se zdravotním postižením a o způsobu plnění povinnosti zaměstnávat tyto osoby a 2) předložit vládě k projednání teze ucelené rehabilitace. Pro podporu zaměstnávání této skupiny osob však lze využít i opatření cílených obecně.

Stejně jako v ostatních oblastech života společnosti **dochází k diferenciaci i při umístitelnosti zdravotně postižených na trhu práce**. Obecně nejrizikovějším faktorem je hloubka postižení a jeho specifický druh (kombinovaná, mentální) a nízká kvalifikace. K uvedeným přistupují „obecná“ riziková hlediska a těmi jsou vyšší věk uchazeče o práci a dostupnost pracovního místa. Nezpochybnitelným předpokladem úspěšného zapojení na pracovním trhu je odpovídající (v individuální rovině co nejvyšší) **kvalifikace občana se zdravotním postižením**. Existuje i skupina občanů se zdravotním postižením, která v důsledku patřičné kvalifikace (vyšší vzdělání) nachází uplatnění i na otevřeném trhu práce relativně snadno. Uvádí se, že specifická míra nezaměstnanosti občanů se ZPS s pouhým základním vzděláním je 3x vyšší než vysokoškolsky vzdělaných. Problém nedostatečné vzdělanosti této skupiny občanů vystupuje zřetelně při srovnání počtu obyvatel dosahujících příslušného stupně vzdělání. U občanů bez postižení má základní vzdělání cca 10% populace (ZPS 20,1%) a vysokoškolské cca 12% populace (ZPS jen 3,8%). U občanů bez postižení dochází k výraznému nárůstu – v populačním ročníku 20 - 25 letých dosahuje již 20% občanů. (Zdroj: Socioklub a VCIZP)

V posledních letech (cca od roku 1995) výrazně **stoupá specifická míra nezaměstnanosti občanů se ZPS**. V uvedených letech došlo k poklesu zaměstnanosti u ZPS z 177 tis. občanů na téměř polovinu v roce 2001 (cca 84 tis.). V roce 2002 bylo zaměstnáno 95,1 tis. občanů se ZPS. Druhým základním statistickým ukazatelem je počet nezaměstnaných občanů se ZPS evidovaných jako uchazečů o práci. V roce 1995 se jednalo o 22687 osob a v roce 2001 došlo k nárůstu na 61518 uchazečů. Počet se nadále zvyšuje a v roce 2002 bylo evidováno 66 907 osob se ZPS jako uchazečů o práci, což činí téměř trojnásobek stavu roku 1995. (Podrobněji v tabulce výše). Lidé se zdravotním postižením jsou také významně zastoupeni mezi dlouhodobě nezaměstnanými (12 a víc měsíců). Např. v dubnu 2001 bylo v evidenci dlouhodobě nezaměstnaných 58 % osob se ZPS. Podíl dlouhodobě nezaměstnaných stále roste. Od roku 1996, kdy tvořil 20,2 %, vzrostl jejich podíl na konci roku 2002 na 37,2 %. Nezaměstnanost občanů se ZPS přitom vykazuje značné regionální rozdíly. V posledním období (cca 2002) existuje více než 1/3 okresů, v nichž na jedno volné pracovní místo pro občana se ZPS připadá sto a více uchazečů. Existují i okresy (Zlín, Ostrava, Karviná, Nový Jičín), kde poměr přesahuje 800 uchazečů na jedno volné pracovní místo!

Ve druhé polovině 90. let panovalo stabilní **legislativní prostředí upravující instituty podpory zaměstnávání občanů se ZPS**. Pokus o jejich úpravu a korekci od roku 2000, resp. 2001 (novely zákona o zaměstnanosti a zákona o dani z příjmů) měl přispět k zastavení nepříznivého trendu v zaměstnanosti této skupiny občanů. Především se jedná o změnu v okruhu zaměstnavatelů, kteří mají povinnost zaměstnávat osoby se ZPS ve výši stanoveného povinného podílu. Přičemž forma jeho plnění je ponechána na vůli zaměstnavatele. Jedná se o možnost přímého zaměstnání občanů se ZPS, dále odebíráním výrobků od zaměstnavatelů zaměstnávajících více než 50% občanů se ZPS (původně více než 60%), a odvodem do státního rozpočtu. Roční výše odvodu za každého občana se ZPS, o kterého zaměstnavatel nesplní povinný podíl, činí od 1.1. 2002 1,5 násobku průměrné mzdy v národním hospodářství vyhlášené za 1. až 3. čtvrtletí daného kalendářního roku (oproti původnímu 0,5 násobku). Ve vztahu k poslední možnosti se objevuje názor části zaměstnavatelů, že se jedná o „trest“ či další daňovou povinnost - titulem zde mají být zdravotně postižení. V této souvislosti je třeba uvést, že finanční prostředky od zaměstnavatelů, kteří nesplnili stanovený povinný podíl zaměstnanců se ZPS na celkovém počtu svých zaměstnanců, které byly odvedeny do státního rozpočtu, jsou v plném rozsahu použity na podporu zaměstnatelnosti zdravotně postižených. První statistické ukazatele nepotvrzují obrácení trendu ani zásadní průlom do vysokého počtu občanů s postižením v postavení nezaměstnaných. Na druhé straně snížení tzv. povinného podílu zaměstnanců se ZPS z 5% na 4% (spolu se snížením okruhu zaměstnavatelů – nyní nad 25 zaměstnanců) neznamenal ani snížení zaměstnanosti občanů se ZPS.

Stát finančně podporuje zaměstnavatele, kteří zaměstnávají alespoň 50 % pracovníků se ZPS. Podle § 22 zákona o zaměstnanosti (zákon č. 1/1991 Sb., v platném znění) poskytují úřady práce zaměstnavatelům **příspěvky na zřízení a provoz chráněných dílen a pracovišť (pracovních míst)**. Poskytování příspěvků na zřízení a provoz chráněné dílny či pracoviště blíže upravuje vyhláška MPSV (č. 115/1992 Sb., v platném znění). Příspěvek na zřízení pracovního místa pro občana se ZPS se poskytuje zaměstnavatelům na zřízení pracovního místa pro občana se ZPS v chráněné dílně nebo chráněném pracovišti. Může být poskytnut nejvýše v částce 100 000 Kč na jedno pracovní místo. Příspěvek na provoz chráněné dílny a chráněného pracoviště poskytuje Úřad práce zaměstnavatelům k částečné úhradě provozních nákladů chráněné dílny nebo chráněného pracoviště až do výše 40 000 Kč ročně na jednoho občana se ZPS. V praxi však konkrétní příspěvky většinou nedosahují těchto hodnot. I přesto nový zákon o zaměstnanosti (projednávaný v komorách Parlamentu v roce 2004) uvedené příspěvky výrazně zvyšuje, v roce 2004 na částku cca 65 tis Kč u občana se ZPS a cca 97 tis. Kč u občana se ZPS/TZP. Ještě výraznější zvýšení existuje u příspěvku na zřízení chráněného pracovního místa vytvořené zaměstnavatelem pro osobu se zdravotním postižením na základě písemné dohody s úřadem práce. V tomto případě se jedná až o 130 tis. u občana se ZPS, resp. cca 196 tis. u občana se ZPS/TZP (nový zákon zavádí systém indexace příspěvku daný

násobkem průměrné mzdy v národním hospodářství jež je použit jako metoda stanovení výše příspěvku).

Příspěvek na částečnou kompenzaci zvýšených nákladů souvisejících se zaměstnáváním pracovníků se ZPS a ZPS/TZP se poskytuje zaměstnavatelům zaměstnávajícím více než 50 % zaměstnanců se ZPS z celkového počtu zaměstnanců. Podle zákona o zaměstnanosti (§ 24a)) se poskytuje měsíční příspěvek ve výši 0,35 násobku průměrné mzdy v národním hospodářství zjištěné za první až třetí čtvrtletí předcházejícího kalendářního roku za každého zaměstnance se ZPS. Tento příspěvek není možno kombinovat s jinými dotacemi a příspěvky na úhradu mzdových nákladů pro občany se ZPS (např. společensky účelná pracovní místa).

Dotace MPSV na obnovu, rekonstrukci, pořízení nebo zhodnocení majetku. Dotace jsou poskytovány týmž zaměstnavatelům jako v předchozím odstavci. Dotace lze poskytovat na úhradu nákladů na reprodukci majetku, které se přímo váží k výrobnímu programu žadatele a mají přímý vliv na zvyšování nebo udržení zaměstnanosti občanů se ZPS a ZPS s TZP a na vytváření vhodných pracovních podmínek pro tyto občany. Dotace lze poskytovat na stavební akce, rekonstrukce, stroje a zařízení a užitková vozidla. Dotace může být poskytnuta až do výše 70% pořizovací ceny hmotného investičního majetku, u dopravních prostředků až do výše 50 % pořizovací ceny stanovené na základě smluvních vztahů.

Mimoto mohou zaměstnavatelé získat na zaměstnávání pracovníků se ZPS některou **nespecifickou dotaci Úřadu práce**, která není určena pouze na zaměstnávání uchazečů se ZPS. Jedná o dotace na vytvoření společensky účelných pracovních míst, veřejně prospěšné práce, rekvalifikace, případně poskytnutí finančních prostředků na částečnou úhradu nákladů spojených se zabezpečením odborné praxe absolventů středních a vysokých škol.

Podle údajů SČMVD (VDI) a AZPP (Asociace zaměstnavatelů ZP) z června 2003 průměrný nezaměstnaný člověk se ZPS stojí stát ročně přímo nejméně 160 tis.Kč, nepřímo mnohem více. Důsledky dlouhodobé nezaměstnanosti jsou jen obtížně vyčíslitelné. Prokázaný průměrný **úbytek ekonomické výkonnosti** (podle zpracované analýzy u specializovaných zaměstnavatelů ZPP) představuje 28% (rozptyl úbytku jednotlivě 11 – 50 %) jejich výkonu ve srovnání s běžným podnikem stejného zaměření.

Na průměrného zaměstnance se ZPS čerpal **specializovaný zaměstnavatel** (zaměstnavatel zdravotně postižených - ZPP) v roce 2002 okolo 80 tis. Kč příspěvků (včetně investičních dotací a uplatněných daňových slev), míra celkové podpory ze státních a veřejných financí odpovídá cca 15 % (rozptyl 5 – 30%) nákladů zaměstnavatele - firmy a je výrazně nižší než je v průměru u srovnatelných podniků v EU. Pro ZPP zákonný příspěvek na 1 zaměstnance se zdravotním postižením dle § 24a zákona o zaměstnanosti v dosavadním znění v porovnání s dřívějšími formami podpory přinesl stabilitu a prokazatelně přispěl k vytváření nových pracovních míst u ZPP. Motivuje zaměstnavatele ke zvyšování počtu a podílu zaměstnaných ZP osob. Ze struktury a účelu dotací a příspěvků je zřejmé, že v průměru 63% těchto dotací a příspěvků „vrací“ společně zaměstnavatel a zaměstnanec státu v podobě pojistného, odvodů a daní. V roce **2001** bylo z celkového objemu použitých finančních prostředků určených pro osoby se ZPS v částce **586 642 tis. Kč** požitó na dotace zaměstnavatelským subjektům zaměstnávajícím více než 50% osob se ZPS **375 428 tis. Kč**. V roce **2002** pak z částky **705 284 tis. Kč** dotace těmto subjektům činily **116 772 tis. Kč** a na příspěvek poskytovaný podle §24 zákona o zaměstnanosti bylo použito **410 937 tis. Kč** (MPSV).

Vedle obvyklých a zavedených způsobů podpory zaměstnávání se postupně rozvíjely další formy, jako je zejména tzv. **podporované zaměstnávání** provozované primárně neziskovými subjekty. Tento subsystém není legislativně ošetřen. V ČR existuje cca 30 nevládních organizací, které poskytují podporované zaměstnávání. Aktuální kapacita se pohybuje kolem 400 osob. Služba je rozšířena ve většině ze 14 krajů ČR, převážně ve velkých městech. Cílovou skupinou jsou zejména lidé s mentálním postižením nebo duševním onemocněním. Většinu (70 %) uživatelů tvoří lidé se zdravotním postižením (přiznán status osoby se ZPS). Za pozitivní výsledek podporovaného zaměstnávání se považuje uzavření stabilního pracovního právního vztahu mezi uživatelem služby

a zaměstnavatelem na otevřeném trhu práce s tím, že situace na pracovišti je stabilizovaná – pracovník nepotřebuje další podporu nebo je potřebná podpora zajištěna jiným systémem (přirozená podpora na pracovišti, sociální služba apod.). Druhým pozitivním výsledkem podporovaného zaměstnávání je zlepšení dovedností v oblasti získání a udržení práce jednotlivých uživatelů služby. Podle České unie pro podporované zaměstnávání je průměrná velikost úvazku pracovníků, kteří využívají podporované zaměstnávání, 27 hodin týdně a hodinová mzda: 44,1 Kč. Ze stejného zdroje pochází údaj o podílu dlouhodobě nezaměstnaných mezi uživateli podporovaného zaměstnávání: 25 % uživatelů je v registraci Úřadů práce nad 6 měsíců a 54 % dokonce víc jak 12 měsíců. Podporované zaměstnávání je financováno z více zdrojů. Granty neziskovým organizacím na poskytování sociálních služeb (stát, obce) tvoří hlavní část příjmů. Finanční prostředky na aktivní politiku zaměstnanosti jsou využívány převážně na mzdy personálu agentur. Výjimečně je místně příslušným Úřadem práce hrazena fáze zácvičku na pracovišti a příprava na práci prostřednictvím individuálně koncipované rekvalifikace.

Součástí podpory zaměstnanosti této skupiny občanů byly v 90. letech i **ustanovení zákoníku práce** upravující náležitosti pracovního poměru občanů se ZPS. V rozporu se svým původním určením – ochránit tuto skupinu zaměstnanců před svévolí zaměstnavatelů při rozvazování pracovního poměru – byly uvedené instituty vnímány jako značně protektivní a omezující svobodnou vůli účastníků pracovního právního vztahu. V současnosti je s účinností od roku 2004 provedena legislativní změna stavu.

Ve společnosti se nepodařilo vytvořit obecné **klima „přátelské“** snaze **zaměstnávání zdravotně postižených**. Majoritní společnost považuje za „přirozené“ či obvyklé, jestliže zdravotně postižení nepracují. Část společnosti považuje za znak vyspělosti a „dobré vůle“ odhodlání podporovat tyto občany sociálními dávkami, případně charitativním způsobem (na rozdíl od tzv. schopných pracovat). Byly identifikovány hlavní bariéry vstupu lidí se ZPS na trh práce (v CIP, 2003). Jde o kombinaci následujících faktorů: nižší kvalifikace a vzdělání, vyšší věk, vyšší nemocnost, zdravotní omezení. Dalšími bariérami jsou architektonické bariéry, nezáměr zaměstnavatelů a demotivující vliv sociálních dávek. Řada zaměstnavatelů se domnívá, že zaměstnání občana se zdravotním postižením vyžaduje mnoho administrativních úkonů, úprav pracovních podmínek na pracovišti a dalších složitých kroků. Za jednu z možností přispívajících k dosažení změn společenského klimatu lze považovat semináře a setkání se zaměstnavateli – viz jedno opatření NAPZ.

Do jisté míry tabu zůstávala po celá 90. léta **otázka ochoty a motivace značné části občanů se zdravotním postižením realizovat se na trhu práce, případně podnikat**. Zdravotně postižení byli představováni jako „oběť“ tržních sil a lidé subjektivně vysoce motivovaní získat práci. O „šoku“ z nových podmínek je možno hovořit na počátku 90. let v souvislosti s rušením či omezování řady typických pracovních míst pro zdravotně postižené. Po čtrnácti letech je situace vnímána jako stabilní a její parametry jsou známy. Jen velmi málo šetření se zabývalo jejich skutečnou motivací, ochotou zvyšovat kvalifikaci, podstupovat rekvalifikaci a nahradit příjem ze systému sociálního zabezpečení příjmem z pracovního poměru, a to v rovině společenské i individuální efektivnosti takového kroku. Lze předpokládat, že jistá část občanů se ZPS ztratila zájem realizovat svůj pracovní potenciál. Pro určitou skupinu občanů se zdravotním postižením není ekonomická motivace účasti na pracovním trhu rozhodující. Minimálně stejný význam pro ně samotné (platí i z celospolečenského hlediska) má mimopříjmová motivace (sebeuplatnění, sociální komunikace).

Analýzou kroků příslušných státních orgánů v dané oblasti (zaměstnanost občanů se ZPS) lze dojít k závěru, že pravděpodobně **neexistuje další oblast dotýkající se života občanů se zdravotním postižením, jež by byla tak cíleně, organizačně, legislativně a de facto i ekonomicky podporována**. Přesto jsme po celé sledované období svědky téměř nepřetržitého nárůstu počtu občanů se zdravotním postižením v postavení nezaměstnaných či nepracujících, což je v přímém rozporu s opatřeními, která měla popsané tendence zastavit či zvrátit. Ukazuje se, že pouze stávajícími nástroji se nedaří tuto otázku uspokojivě řešit. Jejich dalšími úpravami, zpřesňováním a zaváděním dalších parametrů téhož systému lze s velkou mírou pravděpodobnosti současný stav pouze korigovat. Zásadní změny na trhu práce pro občany se zdravotním postižením může přinést

jen relativně zásadní změna ostatních systémů podporujících tuto oblast. Obecným předpokladem dosažení vyššího podílu občanů se ZPS ekonomicky aktivních je trvalý hospodářský růst v ČR, jenž by sám o sobě vytvořil pracovní příležitosti i pro část občanů na trhu práce dosud neumístěných, a zvýšil možnosti alokace vytvořených zdrojů do sledované oblasti.

Ve sledované oblasti platí, po vyhodnocení dosavadních zkušeností, že nelze v krátkodobém horizontu nalézt řešení, které je způsobilé zásadním, až dramatickým způsobem zvrátit dosavadní negativní tendence zaměstnanosti této skupiny občanů. Uplatnění „samořešících“ mechanismů, stejně jako realizace navržených opatření v této i dalších oblastech Střednědobé koncepce se však může projevit v závěru sledovaného období a následně poté v průběhu 10 let a více let.

Ke kapitole VII. Zdravotnictví

VII.1. Současný stav a základní tendence přístupu státu k ochraně zdraví občanů se zdravotním postižením

Základním východiskem přístupu státu k ochraně zdraví této skupiny občanů je skutečnost, že zdravotní péče jim poskytovaná je nedělitelnou součástí jednotného systému veřejného zdravotního pojištění. Na této skutečnosti nic nemění ani skutečnost, že občané se zdravotním postižením jsou obvykle větším konzumentem zdravotní péče než ostatní pojištěnci.

V uplynulém období se dařilo zabezpečovat potřebnou zdravotní péči o občany se zdravotním postižením na relativně vysoké odborné úrovni, odpovídající současným poznatkům světové medicíny. Problémy, které poskytování zdravotní péče občanům se zdravotním postižením provázejí, jsou zpravidla součástí obecných trendů a obtíží, které systém zdravotnictví provázejí. Specifickým problémem se staly některé mimořádně odborně složité a finančně náročné terapeutické postupy, které v některých případech nebylo možno pokrýt odbornými kapacitami lékařských pracovišť v ČR, resp. uhradit ze systému veřejného zdravotního pojištění. Jedná se však o ojedinělé případy.

VII.1.1. Nové etické otázky jako důsledek rozvoje moderní medicíny

Pro Českou republiku vstoupila v platnost 1. října 2001 Úmluva o lidských právech a biomedicíně.

Z textu Úmluvy vyplývá, že **jakýkoliv zákrok** v oblasti péče o zdraví je možno **provést pouze za podmínky svobodného a informovaného souhlasu** dotčené osoby. Úmluva současně umožňuje, aby v souladu s podmínkami stanovenými zákonem, byla osoba s vážnou duševní poruchou podrobena zákroku bez svého souhlasu. Naplňování tohoto ustanovení Úmluvy při pobytu pacientů v psychiatrických léčebnách je stále spojeno s řadou sporných bodů, a to zejména v důsledku faktu, že současná právní úprava, daná zákonem č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu nekonkretizuje způsob vykonatelnosti práv pacientů v potřebné míře a nový zákon o zdravotní péči nebyl přes řadu pokusů od poloviny 90. let přijat.

Úmluva dále stanoví, že **jakákoliv forma diskriminace osoby z důvodu jejího genetického dědictví je zakázána**. Rozvoj genetiky umožňuje rozpoznat, s větší či menší jistotou, stále větší množství situací, kdy je vysoce pravděpodobné budoucí postižení dosud nenarozeného dítěte. Tento fakt staví před budoucí rodiče, se zdravotním postižením i bez něj, nutnost rozhodovat o naplnění jejich přirozeného práva na rodičovství.

Úmluva mj. stanoví, že smluvní strany zajistí, aby řešení základních otázek, které vyvstávají s rozvojem biologie a medicíny, proběhlo po řádné veřejné diskusi, zejména co se týče jejich významných lékařských, společenských, ekonomických, etických a právních důsledků, a aby jejich případná aplikace byla předmětem odpovídající odborné diskuse.

V důsledku rozvoje moderní medicíny a růstu počtu osob se zdravotním postižením, včetně chronicky nemocných, stále roste (a i v budoucnu poroste) tlak na dodatečné finanční vstupy, které by umožnily poskytovat vysoce náročnou zdravotní péči, jež v dřívější době nebyla známa, a které by zajistily kvalitní zdravotní péči i stále početnější seniorské části populace. Stále více se projevující rozpor mezi možnostmi moderní medicíny a disponibilními prostředky na úhradu poskytované péče znamená reálnou hrozbu, v důsledku které bude nutné revidovat dosavadní nastavení parametrů, které je základem solidárního systému financování zdravotní péče.

Ke kapitole VIII. Přístupnost prostředí

VIII. 1. Současný stav přístupnosti vnějšího prostředí pro občany se zdravotním postižením

V moderní společnosti je nemožné dosáhnout plného začlenění bez možnosti svobody pohybu, ať už za účelem práce či osobní realizace jinou formou. Možnost pohybovat se nemůže být považována za pouhé pohodlí nebo dokonce ekonomickou či sociální nutnost. Tato možnost musí být chápána jako právo každého občana bez rozdílu, právo podřízené pouze přiměřeným ekonomickým a technickým omezením.

Základním postojem musí být uznání, že **bariéry vnějšího prostředí představují větší překážku účasti na životě společnosti než funkční omezení**. Nedostatečná mobilita představuje faktor omezující práva občanů se zdravotním postižením účastnit se veřejného života, což je ke škodě všem. Problémy přístupnosti jsou ovlivňovány celou řadou politik, jako např. průmyslu, informační společnosti a regionálního vývoje. Dále jde o oblasti životního prostředí, dopravy, sociální politiky a zdraví a bezpečnosti na pracovišti. **Dosud se nepodařilo řešit přístupnost komplexně a koordinovaně**. Např. zlepšení přístupnosti dopravních prostředků a cestovních informací nebude stačit, nedojde-li k důslednému přehodnocení celého dopravního řetězce. Nízkopodlažní autobusy či vlaky nemají pro občany se zdravotním postižením význam, pokud se před jejich užitím nemohou dostat na zastávku či nádraží, nebo nemohou používat automat na výdej jízdenek.

Náležitě a bezpečné pracovní prostředí představuje nejen důležitou podmínku k udržení dobrého zdraví a pracovní výkonnosti jednotlivce, ale také důležitý faktor konkurenceschopnosti podnikání. **Řešení problémů přístupnosti** je současně zajímavým podnětem pro celý komerční sektor služeb. To platí především pro odvětví cestovního ruchu, kde jsou objekty přístupné zdravotně postiženým a seniorům významnou příležitostí pro stále rostoucí počet zákazníků. Další harmonizace stavebních standardů, zaměřená na přístupnost a bezpečnost, bude **cenným příspěvkem podpory trhu u celé řady zboží a služeb**.

V České republice byla v průběhu posledních deseti let **přijata** za aktivní součinnosti organizací zdravotně postižených **řada nových normativně právních aktů**, díky kterým je současná česká legislativa v oblasti výstavby nových objektů zcela srovnatelná se standardem EU. Jde jak o budovy občanské vybavenosti, tak i dopravní stavby. Novostavby a rekonstrukce veřejných částí budov pro dopravu již musí být opatřeny bezbariérovým přístupem dle platných předpisů.

Přes nesporný pozitivní efekt přijetí této právní úpravy zůstává nadále významným problémem **aplikace a dodržování zákona o územním plánování a stavebním řádu** (stavebního zákona), a to zejména při rekonstrukcích veřejných budov. Příslušná ustanovení stavebního zákona zajišťující přístupnost se totiž v takovém případě uplatňují pouze přiměřeně. Tím se stává uplatnění jednotlivých opatření velmi složité. Úroveň personálního vybavení stavebních úřadů přitom ne vždy umožňuje potřebné odborné posouzení každého jednotlivého případu. Jednotlivé stavební úřady proto v současné době využívají jako svůj poradní orgán konzultanty nevládního Sdružení pro životní prostředí zdravotně postižených v ČR. Jejich kapacita však zdaleka nepokrývá potřeby praxe.

Dalším problémovým okruhem je **postupné odstraňování stávajících bariér v oblasti dopravy a staveb**. Jde o časově i finančně velmi náročný program, k jehož realizaci je možné využít dvou základních nástrojů. Prvním z nich je zákonem uložená povinnost vlastníkům jednotlivých typů objektů odstranit stávající bariéry ve stanovených lhůtách. Tento nástroj byl již použit nejen v USA (American Disability Act), ale například i v Maďarsku (Zákon o zdravotně postižených). Druhým nástrojem jsou dotační programy státu na úhradu části nákladů vlastníků staveb souvisejících s jejich zpřístupněním. V oblasti zpřístupňování staveb dosud neexistuje žádný dlouhodobý ucelený plán, který by obsahoval typologii bariér, lhůty pro jejich odstranění ani dotační tituly na úhradu souvisejících nákladů. K odstraňování bariér dochází nahodile, obvykle z iniciativy jednotlivých organizací zdravotně postižených, případně v závislosti na ekonomických možnostech vlastníka stavby.

Za východisko budoucí politiky v oblasti zpřístupňování dopravy osobám s omezenou schopností pohybu a orientace je v současné době považován **Národní rozvojový program mobility** pro všechny (dále Program mobility pro všechny), jehož cílem je trvale udržitelný rozvoj mobility pro všechny. Toho lze dosahovat novou kvalitou dopravní infrastruktury z pohledu dopravních cest, objektů poskytujících služby uživatelům dopravních systémů, dopravních prostředků a informačních systémů.

Ke kapitole IX. Přístup k informacím a kulturnímu dědictví

IX.1. Současný stav a tendence v přístupu občanů se zdravotním postižením k informačním technologiím

Přístup k informacím (mluveným, tištěným, psaným, elektronickým a dalším) je jednou ze základních podmínek orientace člověka v prostředí a společnosti. **Bariéry**, které v něm **brání občanům se zdravotním postižením**, mají řadu podob. K informacím se tito občané často nedostanou (lidem s tělesným postižením není přístupna řada budov veřejné správy, lidem se zrakovým postižením webové stránky či elektronické podatelny), nemohou si je přečíst (pro lidi se zrakovým postižením nejsou zapsány sdělnou formou), nemohou si je běžně zapsat (lidé s postižením horních končetin potřebují pro zápis delší čas, popř. k němu používají akustické formy; lidé se zrakovým postižením používají k zápisu elektronické pomůcky), neslyší je (lidé se sluchovým postižením mají obtíže při sledovat televizní vysílání bez skrytých titulků) nebo jim nerozumí (lidé s mentálním postižením nerozumí složitým vyjádřením). V důsledku všech těchto bariér jsou lidé s postižením v nerovném postavení vůči lidem bez postižení. Možnosti překonávání informačního deficitu jsou přitom přímo závislé na vůli okolního prostředí. Úsilí o skutečně všeobecnou a efektivní komunikaci musí brát v potaz všechny rozdíly se potřeby osob se zdravotním postižením.

Témata spjatá s problematikou zdravotního postižení nabývají mimořádné důležitosti právě v kontextu rozvíjející se informační společnosti. Bouřlivý **rozvoj informačních a komunikačních technologií přináší obrovské příležitosti**. Na druhé straně však před osoby se zdravotním postižením **může přinést řadu nových bariér**. Právě proto Evropská unie vyvinula řadu iniciativ, jež mají zajistit, aby informační společnost přinášela prospěch všem občanům, zdravotně postižené nevyjímaje. Tento přístup dokládá zejména **zpráva Evropské komise „Sociální a pracovní - tržní rozměr informační společnosti - lidé na prvním místě“**, jejímž cílem je identifikovat specifické kroky maximalizující přínos informační společnosti podpoře zaměstnanosti a zapojení. K dalším iniciativám v této oblasti patří směrnice 98/10/EC o poskytování otevřené sítě pro hlasové telefonní služby a o univerzální službě pro telekomunikace v prostředí hospodářské soutěže. Tato směrnice vznáší požadavek, aby členské státy tam, kde to bude vhodné, přijaly opatření, která zaručí, že lidé se zdravotním postižením budou mít přístup ke všem službám pevné telefonní sítě a budou si je moci dovolit.

Na tato opatření navazuje **směrnice Evropského parlamentu a rady 2002/22/ES o univerzální službě a uživatelských právech týkajících se sítí a služeb elektronických komunikací**. Podle ní členské státy mají přijmout vhodná opatření s cílem, aby zdravotně postiženým uživatelům zaručily přístup ke všem veřejně přístupným telefonním službám v pevném místě a jejich cenovou dostupnost. V roce 1999 přijala Rada a Evropský parlament také směrnici o rádiovém vybavení a vybavení telekomunikačního terminálu (R&TTE), která dává Komisi mimo jiné pravomoc rozhodovat o tom, že přístroje určitých typů musejí být vyrobeny tak, aby mohly být využívány zdravotně postiženými uživateli. V témže roce započala Evropská komise iniciativu nazvanou „eEurope – Informační společnost pro všechny“. Tato iniciativa se obrací přímo také k osobám se zdravotním postižením a jejich potřebám. Mezi její cíle mj. patří:

- revidovat příslušnou legislativu a programy standardů, které se informační společností zabývají, s cílem zajistit jejich shodu s principy přístupnosti a urychlit standardizační procesy,
- požadavek, aby evropské instituce a členské státy přijaly již existující pravidla Iniciativy za přístupnou síť (Web Accessibility Initiative - WAI) a uzpůsobily úpravu a obsah všech veřejných webových stránek tak, aby byly přístupné i pro zdravotně postižené.

Na předchozí iniciativu navázala Rada svou rezolucí o e-Inclusion - využívání možností informační společnosti pro sociální inkluzi. Mezi její cíle patří i dosažení vysoké

úrovně zaměstnanosti a sociální ochrany a zvýšení životních standardů, kvality života, ekonomické a sociální soudržnosti.

Česká republika se připojila k cílům pro e-začlenění definovaným na úrovni Evropské unie přijetím tzv. Akčního plánu eEurope+. Od začátku roku 2003 navíc probíhá **Národní program počítačové gramotnosti**, kde mají jednotlivci možnost získat základní znalosti a dovednosti ve využívání informačních a komunikačních technologií a práci s počítačem.

Při užívání moderních informačních prostředků je přesto stále třeba vyrovnávat **handicap** především **občanů s těžkým postižením**. Tak u nevidomých a slabozrakých osob je nutno považovat za zásadní problém stávající častou nepřístupnost www stránek pro tuto skupinu uživatelů. V důsledku zrakového nebo těžkého tělesného postižení rovněž dochází u řady uživatelů internetu k významnému snížení rychlosti při ovládání počítače a tím i ke zvýšení poplatků za připojení.

Současná značně **nízká počítačová gramotnost osob se zdravotním postižením** je mj. důsledkem nedostatečné odborné přípravy příslušných učitelů speciálních škol a nedostatečnou kapacitou specializovaných školících center, které musí do budoucna zabezpečit potřebná školení nejen žákům integrovaným v běžných školách, ale také dospělým osobám především s těžkým zdravotním postižením. Pro řadu z nich stále představuje závažný problém samotná možnost pořízení potřebné výpočetní a komunikační techniky. Do speciální normy (vyhláška MPSV č. 182/1991 Sb.), která vymezuje možnost poskytnutí příspěvků na její zakoupení, nebyla dosud zařazena řada pomůcek podporujících komunikaci na bázi AT nejen v případě osob nevidomých či neslyšících, ale zejména pro osoby postižené afázií a s mentálním postižením, stejně jako reedukační pomůcky pro občany s kombinovaným postižením.

Významná omezení při získávání informací musí překonávat rovněž občané se sluchovým postižením. Ačkoliv stávající zákon č. 231/2001 Sb., o rozhlasovém a televizním vysílání ukládá provozovatelům televizního vysílání povinnost **titulkování televizních pořadů**, jeho rozsah zatím není dostatečný.

Zcela nová omezení při využívání řady služeb přináší osobám se sluchovým postižením jejich současný rozvoj, který je založen na hlasové komunikaci uživatele s poskytovatelem (např. dispozice s bankovními účty prostřednictvím mobilních telefonů, informační linky o službách a zboží). Využívání všech těchto služeb je proto třeba umožnit také prostřednictvím přijímání a odesílání textových zpráv.

IX.2. Komunikace občanů se zdravotním postižením s pracovníky veřejné správy

Jedním ze základních faktorů úrovně informovanosti občanů se zdravotním postižením je **efektivita jejich kontaktu s pracovníky veřejné správy**. Jejich vzájemná komunikace přitom stále obsahuje řadu bariér, které vyplývají jak z nedostatečné informovanosti pracovníků veřejné správy o specifických potřebách občanů se zdravotním postižením, tak v některých případech z neznalosti zásad a techniky vlastní komunikace s těmito občany. Pracovníci veřejné správy totiž ve většině případů **neznají specifika komunikace s občany se zdravotním postižením** a nejsou informováni o způsobech přístupu k různým druhům zdravotního postižení.

Reforma veřejné správy zasahuje do všech úrovní života společnosti i jednotlivých občanů a je krokem k větší odpovědnosti orgánů veřejné správy, a také člověka sama za sebe. V souvislosti se zvýšenou odpovědností občanů za realizaci vlastních očekávání a informovaností veřejnosti dojde nepochybně v brzké budoucnosti ke **zvýšení počtu lidí se zdravotním postižením, kteří budou na úřadech sami vyřizovat své záležitosti**. Vyplývá to ze stále většího počtu občanů se zdravotním postižením, kteří žijí v prostředí přirozených komunit a nejsou umísťováni do ústavních zařízení s nepřetržitým pobytem.

Obecní a krajské úřady jsou činné jednak v oblasti výkonu státní správy v rámci přenesené působnosti, kdy většina činností probíhá v režimu správního řízení a jednak v oblasti samosprávných činností, kde správní řízení není dominantní aktivitou a kde úřad plní zejména funkci odborných orgánů při realizaci aktivit, o kterých rozhoduje zastupitelstvo nebo rada samosprávného celku – například koncepční činnost při rozvoji sociálních zdravotních služeb, rozhodování o prioritách rozvoje území, směřování finančních toků

apod., které se úzce dotýkají rovněž zcela konkrétní adresné skupiny obyvatelstva s handicapem na konkrétním území. Pro řešení konkrétní situace, se kterou občané se zdravotním postižením za úředníky přicházejí, je nezbytná dobrá znalost právního prostředí a správních procesů ale také dovednost jednat a vyjednávat. Vzhledem ke specifickým potřebám jednotlivých skupin osob se zdravotním postižením je potřebné, aby **pracovníci veřejné správy** na různých stupních řízení byli vrámci své specializace dostatečně **obeznámeni s problematikou zdravotního postižení** a jeho důsledků tak, aby byly vytvořeny předpoklady pro kvalitní a efektivní průběh správních řízení a ostatních jednání mimo správní řízení s cílem zachovat a posílit důstojnost občanů se zdravotním postižením.

IX. 3. Statistické informace o problematice zdravotního postižení

Pro kvalitní návrhy a následnou realizaci všech systémů podpory osob se zdravotním postižením je nejprve třeba dokonale se seznámit s cílovou skupinou a jejími potřebami. Charakteristickým znakem současné situace v České republice je však významná absence uceleného souboru potřebných statistických dat. K jejím příčinám patří např. zrušení dřívější jednotné evidence osob se změněnou pracovní schopností, ale i pozdější neúspěšné pokusy včlenit údaje o zdravotním postižení do zákona o sčítání lidu. Úkol znát přesněji počty zdravotně postižených v různých typech vad a jejich závažnosti však vyvstává s novou naléhavostí. Znalost přesných údajů je nezbytným předpokladem kvalifikovaného rozhodování orgánů státní správy. Přesné údaje o počtech zdravotně postižených a jejich struktuře a společenském uplatnění od nás rovněž vyžadují orgány Evropské unie.

IX. 4. Přístup ke kulturnímu dědictví

Právo přístupu ke kulturnímu dědictví zaručuje Listina základních práv a svobod pro všechny občany bez rozdílu. K tomu, aby mohli toto právo plně uplatnit také občané se zdravotním postižením, směřují zejména následující opatření.

Zprostředkování informací zrakově postiženým občanům vydáváním zvukových publikací a tiskovin v Braillově a zvětšeném písmu je podpořeno v programech MK určených nevládním neziskovým organizacím a v působnosti Knihovny a tiskárny pro nevidomé K. E. Macana (příspěvkové organizace MK).

Zákon č. 122/2000 Sb., o ochraně sbírek muzejní povahy a změně některých dalších zákonů, umožňuje vlastníku sbírky muzejní povahy získat z veřejných rozpočtů příspěvky na „zpřístupnění expozic a výstav osobám s omezenou schopností pohybu a orientace“. V souvislosti s připravovanou novelou tohoto zákona zaměřenou na standardizaci veřejných služeb v muzeích a galeriích se uvažuje o zřízení dotačního titulu na podporu fyzické dostupnosti služeb muzeí a galerií.

Grantové programy vyhlášené MK od začátku 90. let 20. století nabízejí prostor a podmínky pro naplňování volného času, vzdělávání, uměleckou tvorbu, a tím pomáhají vyrovnání příležitostí pro občany se zdravotním postižením v této oblasti aktivit. Objem těchto programů je limitován výší a možnostmi státního rozpočtu v kapitole Kultura. Z příznivého ohlasu lze však soudit, že jsou prospěšné pro terapii, stejně jako pro splnění osobních zájmů a potřeb.

Ke kapitole X. Participace občanů se zdravotním postižením a jejich organizací na správě veřejných záležitostí

X.1. Současný stav a tendence podílu občanů a organizací zdravotně postižených na správě veřejných záležitostí

Vyrovňování příležitostí pro občany se zdravotním postižením je mimořádně složitým společenským procesem. Tento fakt je mimo jiné důsledkem obtížné pochopitelnosti skutečných důsledků specifické situace lidí se zdravotním postižením ze strany majoritní společnosti. Stejně tak i její (přirozenou) nízkou motivací k hledání takových řešení, které by prioritně vycházely z potřeb lidí s handicapem, nikoliv z představ široké veřejnosti o vhodných formách jejich podpory.

Díky svým životním zkušenostem získávají lidé se zdravotním postižením **schopnost porozumět své situaci**. To jim umožňuje rozeznávat politiku a praktiky, které ji ovlivňují negativně a které jim brání v účasti na životě společnosti. V mnoha případech tyto zkušenosti rovněž přispívají k jejich schopnosti navrhnout možné způsoby překonání existujících bariér. Lidé se zdravotním postižením ve většině případů nedisponují apriori znalostmi, které by jim umožnily přicházet s hotovými systémovými návrhy na konkrétní změny ve správě veřejných záležitostí. Naproti tomu však mají bezesporu vysoký **stupeň motivace k hledání potřebných řešení**, tedy onen startovací impuls, který majoritní široké veřejnosti z pochopitelných důvodů chybí.

Vyrovňování příležitostí pro občany se zdravotním postižením je současně mimořádně dlouhodobým procesem, při němž je nezbytná vysoká **míra vytrvalosti**. I ta je zcela přirozeně silnou stránkou lidí s handicapem, kterým osobní situace nedovoluje tak jako ostatním prostě „z problému odejít“. Úloha lidí se zdravotním postižením je z těchto důvodů v procesu tvorby i realizace obecných i specifických politik v jejich prospěch zcela nezastupitelná. Místem pro její naplnění jsou organizace zdravotně postižených.

Do roku 1989 existovaly v ČSSR pouze dvě organizace zdravotně postižených. Státem plně financovaný Svaz invalidů, který jako členská organizace Národní fronty plnil kromě úlohy ideologické také významnou funkci v oblasti přímé podpory osob se zdravotním postižením. A to nejen faktickým výkonem státní správy např. při vydávání zvláštních označení vozidel imobilních řidičů, ale také při distribuci kompenzačních pomůcek, zajišťování rekreace či vytváření pracovních míst ve vlastních podnicích META. Druhou organizací bez větší pozornosti a podpory státu bylo Sdružení pro pomoc mentálně postiženým, vyvíjející dobrovolnou činnost ve prospěch osob s mentálním postižením, kterým nebylo členství ve Svazu invalidů umožněno.

Od roku 1990 započal proces vzniku a rozvoje dalších organizací zdravotně postižených. Tyto organizace sdružují buď členy se stejným druhem zdravotního postižení v rámci ČR (Česká unie neslyšících, Svaz diabetiků) nebo členy s různým zdravotním postižením v rámci určitého územního celku (Svaz zdravotně postižených Šumava). Větší část organizací pak byla v 90. letech sdružena ve dvou celostátních organizacích, Sboru zástupců organizací zdravotně postižených a Sdružení zdravotně postižených v ČR. Právě jejich sloučením v **roce 2000 vznikla Národní rada zdravotně postižených ČR**. Ta v současné době sdružuje 82 organizací zdravotně postižených, tedy organizací, v nichž lidé se zdravotním postižením nebo jejich zákonní zástupci tvoří nejméně polovinu členů. V rámci Národní rady existuje 14 krajských rad zdravotně postižených, které tvoří přirozenou základnu pro rozvíjející se krajské programy podpory osob se zdravotním postižením.

Počet členských organizací krajských rad zdravotně postižených ke dni 30.11.2003

Pražská	28
Středočeská	13
Jihočeská	9
Plzeňská	14
Vysočina	9
Ústecká	14
Liberecká	9
Královéhradecká	14
Pardubická	14
Karlovarská	6
Jihomoravská	20
Olomoucká	16
Zlínská	10
Moravskoslezská	13

Členské organizace Národní rady sdružují na čtvrt milionu členů, tedy více než čtvrtinu celkového počtu všech osob se zdravotním postižením v ČR a více než polovinu všech osob s těžším zdravotním postižením. Tento podíl lze považovat za dostatečný pro její potřebnou legitimitu při účasti na tvorbě obecných politik ve prospěch občanů se zdravotním postižením. Relativní velikost tohoto podílu ještě více vzroste při zohlednění limitujících faktorů ovlivňující členství osob se zdravotním postižením v uvedených organizacích.

Základním sdružovacím motivem není v případě členů organizací zdravotně postižených „společný zájem“, jako je tomu u většiny spolkové aktivity ostatních sdružení, ale „společný problém“. Jestliže výsledky jejich činnosti dlouhodobě přispívají k větší možnosti uplatnění lidí s handicapem v běžném životě, přirozeně klesá motiv těchto osob k angažování se v organizacích zdravotně postižených. V jistém smyslu lze tedy konstatovat, že tyto organizace svými úspěchy „působí samy proti sobě“.

V první fázi po svém vzniku se organizace zdravotně postižených ve své činnosti především orientovaly – často jako jediné - na poskytování do té doby chybějících specifických služeb pro tyto občany. V pozdější době začali postupně plnit tuto úlohu také další poskytovatelé (církve, obecně prospěšné společnosti). Stále větší význam proto v činnosti organizací zdravotně postižených nabývá jejich **účast na tvorbě a realizaci politik ve prospěch této skupiny občanů**.

Základní rámec pro participaci organizací zdravotně postižených na správě věcí veřejných byl vytvořen již na počátku devadesátých let. Uplynulé desetiletí v praxi prokázalo jeho opodstatněnost, díky níž není nutné podrobovat jej zásadním systémovým změnám. Základní prvky tohoto rámce jsou jak institucionální, tj.:

- Národní rada zdravotně postižených ČR,
- Vládní výbor pro zdravotně postižené občany,
- sněmovní a senátní podvýbor pro zdravotně postižené občany,
- komise předsednictva Svazu měst a obcí pro zdravotně postižené,

tak programové, tj.

- Národní plán vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením,
- Krajské plány vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením.