MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ

Národní zpráva o strategiích sociální ochrany a sociálního začleňování

na léta 2008–2010

MPSV

© Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, 2009
ISBN 978-80-86878-93-5

Národní zpráva o strategiích sociální ochrany a sociálního začleňování

na léta 2008–2010

Česká republika

Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky

OBSAH

Úvod		**1**
Část 1 – Společný přehled a shrnující sdělení		**3**
1.1	Posouzení hospodářské a sociální situace	3
1. 2	Shrnující sdělení	7
Část 2 - Národní akční plán sociálního začleňování		**12**
2.1	Pokrok ve vztahu k Národnímu akčnímu plánu sociálního začleňování na léta 2006-2008 a problémy vyjmenované ve Společné zprávě o sociální ochraně a sociálním začleňování z roku 2007	12
2.2	Klíčové problémy a prioritní cíle	16
2.3	Prioritní cíl 1	17
2.4	Prioritní cíl 2	21
2.5	Prioritní cíl 3	23
2.6	Institucionální zajištění politiky sociálního začleňování	26
2.6.1	Příprava Národního akčního plánu sociálního začleňování 2008–2010 a koordinace politik sociálního začleňování	27
2.6.2	Přenesení akčního plánu sociálního začleňování na nižší regionální či lokální úroveň	27
2.6.3	Mobilizace a zapojení aktérů a šíření povědomí o problematice sociálního začleňování	28
2.6.4	Mainstreaming sociálního začleňování	28
2.6.5	Mechanismy sledování a hodnocení	29
Část 3 – Národní strategie pro důchody		**30**
Úvod		**30**
3.1	Přiměřenost výše důchodů	30
3.1.1	Základní důchodové pojištění (I. pilíř)	30
3.1.2.	Soukromé důchodové systémy (III. pilíř)	33
3.2	Finanční udržitelnost důchodového systému	35
3.3	Vývoj důchodové reformy v letech do roku 2008	36
3.3.1	Schválené změny v základním důchodovém pojištění	37
3.3.2.	Další pokračování důchodové reformy	40
3.4	Vztah důchodového pojištění k měnícím se podmínkám, k trhu práce a různým modelům zaměstnání (výdělečné činnosti)	41
3.4.1	Vliv měnících se vnějších podmínek na základní důchodové pojištění	41
3.4.2	Mobilita a pokrytí osob důchodovým pojištěním	41
3.4.3	Rovnost mezi muži a ženami	41
3.4.5	Modernizace nositele pojištění	42

Část 4 – Národní strategie zdravotní a dlouhodobé péče **43**

4.1 Klíčové problémy a prioritní cíle týkající se zdravotní a dlouhodobé péče 43

4.2 Zdravotní péče 44

4.2.1 Pokrok ve vztahu k národním strategickým zprávám 2006 – 2008 a problémy vyjmenované ve Společné zprávě z roku 2007 44

4.2.2 Prioritní politiky vztahující se ke společnému cíli J (dostupnost) 45

4.2.3 Prioritní politiky vztahující se ke společnému cíli K (kvalita) 46

4.2.4 Prioritní politiky vztahující se ke společnému cíli L (finanční udržitelnost) 48

4.3 Dlouhodobá péče 49

4.3.1 Pokrok ve vztahu k národním strategickým zprávám 2006 – 2008 a problémy vyjmenované ve Společné zprávě z roku 2007 49

4.3.2 Prioritní politiky vztahující se ke společnému cíli J (dostupnost) 50

4.3.3 Prioritní politiky vztahující se ke společnému cíli K (kvalita) 51

4.3.4 Prioritní politiky vztahující se ke společnému cíli L (finanční udržitelnost) 52

Část 5 - Přílohy **55**

Příloha č. 2.1 – Příklady dobré praxe k Národnímu akčnímu plánu sociálního začleňování 55

Příloha č. 2.2 - Statistická příloha 69

Příloha č. 3.1 Charakteristika základního důchodového pojištění) 87

Příloha č. 3.2 - Nejvýznamnější opatření navržená v rámci I. etapy důchodové reformy 90

Příloha č. 4.1 Statistická data zdravotních a sociálních služeb 94

Příloha č. 4.2 Příklady dobré praxe 107

Úvod

Národní zpráva o strategiích sociální ochrany a sociálního začleňování České republiky (dále jen Národní zpráva) navazuje na strategické dokumenty z oblastí sociální ochrany a sociálního začleňování z let 2004 až 2008, a to především na Národní zprávu o strategiích sociální ochrany a sociálního začleňování na léta 2006–2008. Národní zpráva reaguje na výzvy, které na Českou republiku (dále jen ČR) kladly Společné zprávy o sociální ochraně a sociálním začleňování z let 2007 a 2008.

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 (dále jen EU) 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 jsou Evropské komisi předkládány tyto strategické dokumenty:

- Národní akční plán sociálního začleňování
- Národní strategie pro důchody
- Národní strategie zdravotní a dlouhodobé péče

Každá z těchto strategií má své specifické cíle. Nadstavbou je jim Společná část, která charakterizuje hospodářskou a sociální situaci v České republice, do které zasazuje celkový strategický přístup a 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 je v souladu s opatřeními realizovanými v rámci reformy veřejných financí a vychází z programového prohlášení vlády na funkční období 2006–2010. Zpráva se v oblasti podpory ekonomického růstu a zaměstnanosti doplňuje s Národním programem reforem na léta 2008 - 2010, který je základním nástrojem revidované Lisabonské strategie pro růst a zaměstnanost.

Společnost s vysokou úrovní sociální soudržnosti je nezbytným předpokladem pro trvale udržitelný rozvoj. Národní zpráva reflektuje Strategii udržitelného rozvoje České republiky 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.

Část věnující se boji s chudobou a sociálním vyloučením nepostihuje tuto oblast v celé její šíři, ale v souladu s Metodickým pokynem se věnuje třem prioritním oblastem: podpoře znevýhodněných osob zejména ve smyslu jejich zapojení na trh práce, podpoře rodiny a zefektivnění rozhodovacích procesů v politice sociálního začleňování.

V Národní zprávě je odkazováno na strategické a koncepční materiály, které vláda České republiky přijala za účelem řešení problémů, které mají společného jmenovatele – sociální vyloučení. Tyto dokumenty podrobně rozpracovávají opatření k řešení jednotlivých problémů.

Národní zpráva byla zpracována v úzké součinnosti se všemi, kterých se bezprostředně dotýká. K její přípravě byly využity mechanismy vytvořené v letech 2003 až 2008, které byly v průběhu roku 2008 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, sociálních partnerů a nestátních neziskových organizací.

Část 1 – Společný přehled a shrnující sdělení

1.1 Posouzení hospodářské a sociální situace

Od roku 1999 se trvale snižuje odstup ČR od průměrné ekonomické úrovně v zemích EU-27. V roce 2007 dosáhl HDP na obyvatele v paritě kupní síly úrovně 82% EU-27[1]. Dynamika růstu HDP se v posledních letech zvyšovala; od roku 2008 se předpokládá zpomalení růstu. V roce 2007 vzrostl HDP reálně o 6,6% a dosáhl tak rekordního tempa růstu v novodobé historii českého státu. Již třetí rok je míra ekonomického růstu stabilizována na průměrné roční výši 6,5%, čímž se ČR zařadila ke skupině rychle rostoucích zemí. Růst měl příznivou strukturu, neboť byl v letech 2006 a 2007 tažen především zpracovatelským průmyslem a některými odvětvími služeb. Zrychlila se spotřeba domácností z 5,4% v roce 2006 na 5,9% v roce 2007. Růst spotřeby domácností byl podpořen růstem reálných mezd o 4,4%, intenzivnějším využitím úspor obyvatelstva a zvýšenou emisí spotřebitelských úvěrů. Obyvatelstvo tak zřejmě neočekávalo zhoršení ekonomické situace v příštích letech. Dluhy domácností meziročně vzrostly o více než třetinu, přičemž hypoteční úvěry na bydlení rostly rychleji než spotřebitelské úvěry. Na celkovém objemu úvěrů poskytnutých domácnostem participují úvěry na bydlení z 71% (v roce 2006 ze 69%). Rostoucí míra zadlužení byla v roce 2007 doprovázena poklesem hrubé míry úspor domácností na 5,1%, což je nejnižší hodnota za posledních deset let. I přes rychlou úvěrovou dynamiku je celková úroveň zadlužení českých domácností u bankovních institucí ve srovnání se západoevropskými zeměmi stále nízká (přibližně 20% HDP ve srovnání s EU, kde se zadlužení pohybuje přibližně na 55% úrovně HDP) a i podle zahraničních analýz se nachází na bezpečné úrovni. České domácnosti jako celek nelze zatím považovat za předlužené, riziko ale představuje růst zadlužení nízkopříjmových skupin. Tato skupina obyvatel si velmi často půjčuje na spotřebu u nebankovních institucí za vysoký úrok, protože kvůli špatné bonitě nedosáhne na úvěry bank. Růst rizika v sektoru domácností je možné sledovat na zvýšeném počtu těch, kteří nejsou schopni splácet závazky. Růst HDP byl dále pozitivně ovlivněn růstem zaměstnanosti a zejména pak růstem souhrnné produktivity práce. Do roku 2007 se ve srovnání s rokem 2004, zvýšila souhrnná produktivita práce o 15,8%. Trend reálné konvergence ekonomiky ČR k úrovni států EU-15 by se měl udržet na obdobné úrovni i v následujících letech. Výkon ekonomiky závisí mj. na vývoji růstu v okolních státech, do kterých směřuje většina exportu ČR, možném přesunu zahraničních investic do zemí s nižšími náklady práce, nižší mírou zdanění a bariérami ve fungování trhu práce. Důležitým předpokladem vysokého ekonomického růstu je stabilita veřejných financí. Schodek státního rozpočtu, který je rozhodující příčinou deficitu veřejných financí, byl v roce 2006 na úrovni 3,0% HDP, což je na úrovni konvergenčního kritéria. Deficit ČR má strukturální charakter, takže bez zásadních reforem nelze očekávat jeho výrazné snížení a zastavení růstu veřejného dluhu.

ČR patří v rámci EU-27 mezi země s nadprůměrnou mírou zaměstnanosti. V roce 2007 dosáhla v ČR celková úroveň míry zaměstnanosti u obyvatelstva ve věku 15–64 let 66,1% (ženy 57,3%, muži 74,8%). Míru zaměstnanosti snižuje rychlý růst počtu studujících na vysokých školách, na druhé straně roste počet osob v zaměstnání jako důsledek zaměstnanosti silných ročníků narozených na přelomu 40. a 50. a v polovině 70. let a dále zvyšování věkové hranice pro získání nároku na starobní důchod. Zaměstnanost na území jednotlivých regionů se meziročně zvýšila ve všech krajích, nejvíce v Moravskoslezském, Středočeském a Jihomoravském kraji. Výrazně stoupla i ve Zlínském a Libereckém kraji a v kraji Vysočina.

Jedním z faktorů, které brzdily hospodářský růst v posledních letech, byla poměrně vysoká míra nezaměstnanosti, zejména dlouhodobé nezaměstnanosti. Díky ekonomickému růstu,

[1] V kapitole 1.1 jsou uváděna data v mezinárodním srovnání s zeměmi EU-27, EU-25 a EU-15 dle toho, jak jsou tato data sledována.

prostřednictvím opatření ke zvýšení mobility pracovní síly, zvýšení její kvalifikovanosti či posílení motivačních prvků v daňovém systému a v systému podpor došlo ke snížení obecné míry nezaměstnanosti v ČR v období 2006 až 2007 (v roce 2006 7,2%). V roce 2007 se snížila až na 5,4% což je méně než průměrná míra nezaměstnanosti za EU-27 (7,1%). Nezaměstnanost se snížila i u znevýhodněných osob na trhu práce: osoby starší 50 let, osoby mladší 25 let, osoby se zdravotním postižením. Stejně poklesl i počet dlouhodobě nezaměstnaných (déle než 12 měsíců) a zároveň se snížilo jejich zastoupení v celkovém počtu uchazečů ze 41,2% (2006) na 38,6% (2007). Mírně se zvýšilo průměrné zastoupení žen mezi uchazeči o zaměstnání, přičemž absolutní počet žen – uchazeček o zaměstnání poklesl. Pozitivní skutečností je pokles míry nezaměstnanosti ve všech krajích ČR, přesto mezi jednotlivými kraji přetrvávají výrazné regionální rozdíly. Nezaměstnanost v regionech mívá často strukturální charakter, který brání jejímu dalšímu výraznějšímu snižování. Zaměstnavatelé nabízejí volná pracovní místa, ale nenacházejí vhodné zaměstnance disponující odpovídající praxí a vzděláním. Na zmírnění těchto nerovností se částečně orientuje politika zaměstnanosti. Dalším předpokladem je i zvýšení profesní a územní mobility.

Dlouhodobou nezaměstnaností jsou více postiženy ženy než muži. Dlouhodobá nezaměstnanost je rovnoměrně rozložena mezi věkové skupiny 20–59 let. Hlavní příčinou dlouhodobé nezaměstnanosti je nízké vzdělání. Největším nebezpečím dlouhodobé nezaměstnanosti je vznik závislosti na institucích států a nedostačující životní úroveň. Dalšími problémy jsou ztráta motivace a pracovních návyků, omezení sociálních kontaktů až vznik pasivity k vlastní situaci a případně zapojení se do „šedé ekonomiky“. U mladistvých dlouhodobě nezaměstnaných hraje důležitou úlohu pracovní situace rodičů jako vzor[2]. Vyšší zastoupení v evidenci úřadu práce déle než šest měsíců měli mladiství, jejichž rodiče byli nezaměstnaní (22%). Více než tři čtvrtiny (78%) z těchto nezaměstnaných rodičů byli nezaměstnaní déle než 1 rok. Dlouhodobou nezaměstnaností jsou nejvíce ohrožené skupiny osob, u kterých dochází ke kumulaci různých znevýhodnění, tj. osoby s kumulací následujících charakteristik: zdravotní postižení, žádná nebo nízká kvalifikace, věk do 25 let, nezaměstnanost déle než 6 měsíců, věk 50+, potřeba zvláštní pomoci (osoby společensky nepřizpůsobivé, po výkonu trestu odnětí svobody, pocházející ze sociokulturně znevýhodněného prostředí).

Změny právních předpisů v oblasti sociálních dávek nejchudším[3] za současného pozitivního vývoje nezaměstnanosti přispěly k snížení počtu osob pobírajících tyto dávky. Přijaté změny zvýšily atraktivitu práce pro osoby s nižšími příjmy (výhodnější započet příjmu z pracovní aktivity pro účely dávek pomoci v hmotné nouzi apod.), i snahu osob, které pracovat mohou, hledat si zaměstnání[4]. Cílem dalších přijatých a dále navrhovaných opatření je u osob, které jsou schopny práce, podporovat jejich zapojení a udržení nebo rozvíjení pracovního potenciálu. Konkrétní situace osob v hmotné nouzi a její řešení je vedle změn v dávkové oblasti předmětem důsledného uplatňování sociální práce s osobami v hmotné nouzi, a to především s osobami dlouhodobě setrvávajícími ve stavu hmotné nouze.

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 prodlužování střední délky života populace. Od roku 2002 dochází i přes negativní přirozený přírůstek k mírnému růstu počtu obyvatel, a to díky příznivým hodnotám migračního

---

[2] Šetření, realizované v rámci projektu Ministerstva práce a sociálních věcí: Trhlíková, J., Úlovcová, H. a Vojtěch, J.: Sociální aspekty dlouhodobé nezaměstnanosti mladých lidí s nízkou úrovní vzdělání, Národní ústav odborného vzdělávání, Praha 2006.

[3] Přijetí zákona o pomoci v hmotné nouzi a jeho změny přijaté v roce 2007.

[4] To platí zejména pro mladé dospělé, kteří dle předchozí právní úpravy byli posuzováni samostatně, nyní patří do okruhu společně posuzovaných osob se svými rodiči.

salda (18,6 tisíc v roce 2004). Mírný nárůst počtu narozených v roce 2007 spolu se stagnací počtu zemřelých vedl k nejvyšší kladné hodnotě přirozeného přírůstku za posledních 25 let. Ukazatel úhrnné plodnosti vzrostl na hodnotu 1,44. 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 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.

Struktura českých domácností odráží celkové stárnutí populace a nízkou míru porodnosti v uplynulých letech. Z dlouhodobého hlediska se průměrná velikost domácnosti spíše snižuje. Pro současnou českou domácnost jsou typické rodiny s menším počtem dětí, málo obvyklé je i vícegenerační bydlení. Z hlediska počtu členů je nejvíce domácností dvoučlenných (32%) a jednočlenných (24%).

V ČR bylo v roce 2007 evidováno celkem 9 064 dětí s nařízenou ústavní výchovou nacházejících se v zařízeních pro výkon institucionální péče.

Obyvatelstvo ČR se díky kvalitnějšímu způsobu života dožívá vyššího věku. Naděje dožití při narození dosáhla v roce 2007 u mužů 73,7 let a u žen 79,9 let. S prodlužováním dožívání souvisí i zvyšování průměrného věku obyvatelstva, který v roce 2007 dosáhl 40,3 let (u mužů 38,7 let, u žen 41,8 let). S tímto vývojem souvisí nákladnější solidarita s občany ve starobním důchodu. Věk odchodu do starobního důchodu se v posledních letech zvyšuje, přibližně dosahuje rychlosti prodlužování naděje dožití. Nicméně je každoročně vypláceno více starobních důchodů, což ovlivňuje výdaje z příjmů důchodového pojištění. Od roku 2000 se počet starobních důchodů meziročně zvyšoval o 1,1%, výdaje na starobní důchody o 6,5%. Vyplacená částka tak rostla rychleji než počet starobních důchodů, což bylo způsobeno zvyšováním průměrného starobního důchodu v letech 2003 a 2004. Významnější navýšení začalo od roku 2005. V roce 2007 se počet vyplacených starobních důchodů zvýšil o 1,9% a vyplacená částka o 7,9%.

Vzdělanostní struktura v ČR je typická vysokým podílem osob s alespoň středním vzděláním, v roce 2006 ve skupině 25-64letých to bylo 90% osob, naopak podíl terciálně vzdělaných je pod průměrem EU. V celé populaci (věk 15+) má základní vzdělání 19% osob, střední vzdělání 70% a vysokoškolské 11%. Podíl vysokoškolsky vzdělaných osob je stále podstatně nižší než v zemích EU, ale s ohledem na vzdělání mladších populačních ročníků se situace průběžně mění ve prospěch absolventů s terciárním vzděláním. Při současném průběžném úbytku osob se základním vzděláním ze sledované kategorie osob, který nastává s jejich zvyšujícím se věkem, narůstá i celkový počet osob se středním vzděláním (a to zejména se středním vzděláním s maturitní zkouškou, ale i středním vzděláním s výučním listem). Rychle ubývá počet osob se základním vzděláním (v roce 2000 byl podíl 24%); vzrostl naopak počet vysokoškoláků včetně vyšších odborných škol – v období 2000-2006 o 30%. Pro mužskou populaci je charakteristický vysoký podíl vyučených (45%), u žen převládá střední vzdělání s maturitou (36%). Vysokoškolaček je méně než vysokoškoláků, ale v nejmladší generaci již ženy mezi absolventy vysokých škol převládají. Za znevýhodněné skupiny v přístupu ke vzdělání lze označit osoby se zdravotním postižením a osoby pocházející ze sociokulturně znevýhodněného prostředí, zejména Romy.

V letech 2006–2008 lze pozorovat intenzívní příliv cizinců. K 31. 3. 2008 bylo na území ČR evidováno 402 320 cizinců (243 157 mužů, 159 163 žen). Ve srovnání s rokem 2006 došlo k 40% nárůstu. Cizinci tvořili v roce 2005 4,7%, v roce 2006 5,6% z celkové pracovní síly v zemi. Příliv cizinců v posledních letech přispívá významnou měrou ke zvyšování počtu obyvatel ČR. Migrace může částečně vyrovnávat populační ztráty způsobené nízkou porodností

v posledních letech. Demografický trend úbytku a především stárnutí populace sama o sobě vyřešit nemůže. Vzhledem ke stále nízké porodnosti a v souvislosti s rostoucí prosperitou ČR nelze předpokládat, že ČR bude mít dostatečný vnitřní zdroj pracovních sil. Chybějící pracovní síla bude pravděpodobně doplňována z určité části migrujícími pracovníky. Lze tak očekávat i do budoucna rostoucí zájem ze strany cizinců o práci a pobyt v ČR. Klíčovým faktorem se v této souvislosti jeví podpora integrace cizinců, kteří jsou dlouhodobě legálně usazeni na území ČR.

V ČR dosud neexistuje plně funkční trh s byty především v oblasti nájemního bydlení. V důsledku privatizace bytového fondu došlo ke snížení počtu nájemních bytů, přičemž vlastnické bydlení je pro mnohé skupiny s nižším příjmem nebo s nestabilním příjmem nedostupné či výrazně a/nebo neúnosně zátěžové. Politickým trendem je narovnání občanskoprávní úpravy vztahů mezi nájemci a pronajímateli. Stávající nepřiměřená ochrana nájemců je ve svém důsledku kontraproduktivní, protože vede k vyloučení potenciálně problémových nájemců z nájemního bydlení. Přístup ke standardnímu bydlení je zatížen vysokým stupněm diskriminace (na základě etnické příslušnosti a/nebo sociálního statusu) pro sociálně vyloučené a tím stigmatizované skupiny obyvatel. Dosavadní státní programy podporovaného bydlení nebyly dostatečně obcemi využívány k zajištění přístupu k bydlení pro skupiny postižené stigmatem problémových osob. Překážkou sociálního začleňování je nízký počet bytů ve vlastnictví obcí a dalších veřejných institucí, které nejsou vždy využívány pro bydlení skutečně potřebných. Přímá a cílená politika státu v oblasti bydlení naráží zejména na nemožnost přímého ovlivňování bytové politiky obcí, která je realizována v jejich samostatné působnosti. Obce při uspokojování bytových potřeb občanů nejvíce ohrožených sociálním vyloučením tak v mnoha případech svoji roli neplní a nástroje, které stát užívá k prosazení svých zájmů a naplnění svých závazků, nejsou dostatečně účinné. Kromě výše uvedených příčin je překážkou také nedostatečné množství poskytovatelů sociálních služeb pro osoby žijící v sociálně vyloučených lokalitách, které by poskytovaly sociální služby vedoucí k udržení či získání bydlení v odpovídající kvalitě. Z konzultací s vybranými obcemi však současně vyplývá, že uvedené problémy se v poslední době zmírňují. V návaznosti na postupné narovnávání cenových a právních deformací v oblasti nájemního bydlení a také v návaznosti na reformu dávkových systémů a změny v poskytování sociálních služeb, se přístup některých obcí v oblasti bydlení osob ohrožených sociálním vyloučením stává aktivnější.

Z Analýzy sociálně vyloučených romských lokalit a absorpční kapacity subjektů působících v této oblasti [5] vyplývá, že se v ČR v roce 2006 nacházelo 310 sociálně vyloučených romských lokalit ve 167 obcích. V 80% z těchto lokalit je odhadovaný podíl Romů nadpoloviční. Ve více jak 40% převyšuje 90%. Dynamika procesu sociálního a prostorového vyloučení je patrná např. z toho, že 90% zkoumaných lokalit buď vzniklo, nebo bylo prostřednictvím migrace výrazně posíleno v posledních 10 letech. Většina sociálně vyloučených romských lokalit je integrována do okolní zástavby, pouze necelá čtvrtina těchto lokalit je prostorově vyloučená. Lidé žijící v těchto lokalitách jsou v drtivé většině nezaměstnaní, často mají nízké vzdělání a žádnou či malou kvalifikaci. V těchto lokalitách se ve větší míře vyskytují rizikové jevy, nedostatečné sociální kompetence a zhoršený zdravotní stav.

Ve srovnání se zeměmi EU se ČR řadí mezi státy s nízkou mírou relativní chudoby. Podle výsledků šetření SILC 2006 [6] mělo příjem pod hranicí ohrožení chudobou 10% osob v ČR. Významnými faktory nízké míry relativní chudoby v ČR je nízká míra příjmových nerovností a poměrně vysoká efektivita sociálních transferů v kombinaci s nízkou úrovní příjmového mediánu. Vyšší koncentrace osob těsně nad prahem chudoby by mohla představovat bez přijetí příslušných opatření riziko zvýšení míry chudoby v podstatě na průměrnou míru chudoby zemí EU. Z hlediska pohlaví jsou chudobou více ohroženy ženy (11%) než muži (9%). V kategorii

[5] Gabal Analysis & Consulting.
[6] Příjmy za rok 2005.

nad 65 let věku se rozdíl mezi pohlavími prohlubuje s rostoucím věkem (podíl žen pod hranicí chudoby 8% a podíl mužů 2%). Významnou měrou ovlivňuje chudobu zaměstnanost. Z osob nad 18 let věku byla ohrožena chudobou 3% zaměstnanců. Naproti tomu vysoký podíl chudých byl mezi nezaměstnanými (43%). Podíl chudých důchodců je relativně malý (7% nepracujících důchodců). V chudých domácnostech žilo v roce 2005 18% dětí do 17 let (v zemích EU v průměru 23%). Tzv. „dětská chudoba" je nejvýraznější u neúplných rodin s nezaopatřenými dětmi, v roce 2005 bylo 41% osob z těchto domácností chudých. Dětská chudoba je podobně jako ve většině zemí EU-25 fenoménem vícečetných rodin s třemi a více dětmi (30%). 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 22% a ostatní sociální transfery na konečných 10%. Všechny tyto míry jsou pod průměrem EU–25. Sociální transfery míru chudoby snížily o 29%. Efektivnost sociálních transferů v ČR při snižování chudoby je velmi dobrá i přesto, že výdaje na sociální transfery jsou o více než 8 procentních bodů nižší než je průměr EU-25. Díky tomu chudoba nepostihuje rozsáhlé a početné kategorie populace, ale více se koncentruje, např. u nezaměstnaných, v neúplných rodinách a vícečetných rodinách.

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, oběti trestné činnosti (včetně oběti obchodu s lidmi), oběti domácího násilí a osoby komerčně zneužívané.

1. 2 Shrnující sdělení

Celkový strategický přístup Národní zprávy o strategiích sociální ochrany a sociálního začleňování na léta 2008–2010 je v souladu s reformními opatřeními realizovanými v rámci reformy veřejných financí a vychází z programového prohlášení vlády na funkční období 2006–2010. Zpráva dále reaguje na problémy, na které poukázaly Společné zprávy o sociální ochraně a sociálním začleňování z let 2007 a 2008. Struktura následující kapitoly vychází ze zastřešujících cílů otevřené metody koordinace pro sociální ochranu a sociální začleňování, kterými jsou:

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

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.

Demografický vývoj, který se vyznačuje stárnutím populace, prodlužující se střední délkou života souvisící se zlepšováním úrovně zdravotní péče a stagnací porodnosti, zatěžuje stále významněji veřejné finance. Demografické prognózy ukazují, že v roce 2050 bude podíl osob starších 60 let činit 36% populace oproti dnešním 20%. Bez reforem systémů důchodového pojištění a zdravotnictví jsou veřejné finance dlouhodobě obtížně udržitelné.

Pokud jde o oblast důchodového pojištění, vláda schválila I. etapu důchodové reformy. Cílem reformních opatření je především přispět k lepší finanční udržitelnosti základního důchodového pojištění. K nejvýznamnějším změnám patří postupné zvyšování důchodového věku na 65 let u mužů a žen bez dětí či s jedním dítětem (pro ostatní ženy bude důchodový věk 62-64 let). Dále dochází k postupnému prodloužení doby pojištění potřebné pro vznik nároku na starobní důchod z 25 let na 35 let. Důchodovému systému by ve vytváření pobídek setrvání na trhu práce měla pomoci opatření k zvyšování míry zaměstnanosti a k udržení straších osob na trhu práce v rámci podpory aktivního stárnutí, systému celoživotního učení a aktivní politiky zaměstnanosti.

Demografický vývoj v ČR potvrzuje potřebu reformy systému zdravotnictví se zvýšenou pozorností na dlouhodobou péči. Hlavními tématy nadále zůstává zlepšování zdravotního

stavu obyvatel, udržitelný kvalitní a dostupný systém zdravotních služeb, integraci sociálních a zdravotních služeb a komunitní přístup k těmto službám. Základními cíli zahájené reformy zdravotnictví je, že si každý občan bude moci zvolit zdravotní služby podle svých přání a potřeb a každému bude garantována odpovídající kvalita zdravotních služeb s nejkratší možnou čekací dobou. Pacient se stává hlavním účastníkem procesu poskytování zdravotních služeb, důraz je kladen na jeho práva a individuální potřeby. Další prioritou je ekonomická stabilizace, modernizace a další rozvoj systému zdravotního zabezpečení občanů založeného zejména na veřejném zdravotním pojištění. Cílem je zajistit dostupné a kvalitní zdravotní služby pro občany na principu skutečné solidarity v rámci mantinelů ústavního nároku na bezplatnou zdravotní péči, možností veřejného zdravotního pojištění a ekonomické úrovně země.

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 a odstranění bariér vstupu na trh práce. Důraz je kladen také na odstraňování nerovností v přístupu ke vzdělání. Podpora je věnována mj. začleňování cizinců do společnosti. 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. Podpoře rodin se specifickými potřebami je věnován jeden z prioritních cílů Národního akčního plánu sociálního začleňování, který zdůrazňuje potřebu přijmout cílená opatření v oblasti podpory rodin a prevence sociálního vyloučení rodin a k podpoře ekonomické soběstačnosti rodin, která přispějí k tomu, aby členové těchto rodin měli rovný přístup ke zdrojům a službám a mohli nalézt uplatnění na trhu práce a ve společnosti a nestávali se tak sociálně vyloučenými.

Zákon o pomoci v hmotné nouzi a zákon o životním a existenčním minimu přispěly k reformám sociálního systému. Tyto normy kladou důraz zejména na aktivní přístup příjemce sociální dávky k řešení vlastní tíživé životní situace (především prostřednictvím vstupu či návratu na trh práce [7]), omezují dlouhodobou závislost na sociálních dávkách a tím také na snížení jejich závislosti na státu a dále na prevenci sociálního vyloučení. Připravované změny zákona o pomoci v hmotné nouzi v sobě zahrnují principy, které v celkovém kontextu dalších změn, lze charakterizovat následujícím mottem: Ten, kdo pracuje, se musí mít lépe, než ten, kdo nepracuje (vyjádřeno např. výhodnějším zápočtem příjmu z výdělečné činnosti). Ten, kdo se snaží, se musí mít lépe, než ten, kdo je pasivní, popřípadě se práci vyhýbá (vyjádřeno zvýhodněnou částkou živobytí u osoby, která rozvíjí své pracovní návyky a pracovní potenciál např. vykonáváním dobrovolných služeb pro obec). Rychleji řešit životní situaci se vyplatí (osoby pobírající příspěvek na živobytí déle než 6 měsíců získají vyšší dávku pouze tehdy, jsou-li velmi aktivní). Dávky pomoci v hmotné nouzi by měly sloužit pouze lidem v obtížné situaci, kterou z objektivních důvodů nemohou řešit sami.

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. Národní program reforem na období 2008–2010 v oblasti věnované zaměstnanosti se soustředí v souladu s programovým prohlášením vlády ČR na prohloubení větší flexibility práce prostřednictvím novelizace zákoníku práce tak, aby se

[7] 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).

pracovní právo v ČR přizpůsobilo potřebám moderní společnosti a aby byla ve větší míře posílena smluvní volnost subjektů při respektování specifik pracovního práva. Princip „flexijistoty" bude jedním z hlavních témat dialogu se sociálními partnery s cílem vymezení národního rámce pro postup při stanovení národních cílů flexijistoty [8]. S ohledem na principy flexijistoty bude pozornost věnována strategii celoživotního učení, která umožní reakci na rychlé změny a inovace v oblasti pracovního trhu. Pozornost bude dále věnována modernizaci a posilování institucí trhu práce prostřednictvím podpory vzdělávání zaměstnanců v oblasti politiky zaměstnanosti a metodického vedení orgánů v oblasti zaměstnanosti. 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. Důraz bude kladen na snížení nezaměstnanosti mládeže a podporu zaměstnanosti osob se zdravotním postižením a neaktivních osob.

V souladu s konceptem aktivního začleňování je v ČR kladen důraz na odstraňování překážek na trhu práce prostřednictvím aktivních a preventivních opatření na trhu práce. Děje se tak prostřednictvím posilování motivace k zaměstnání a také působením vhodných opatření v oblasti daní a systémech sociálních dávek. Opatření k podpoře zaměstnanosti jsou také realizována v oblasti podpory geografické a profesní mobility pracovní síly. Rozvoj mobility bude prováděn v dlouhodobém horizontu. Pozornost bude soustředěna na vnitrostátní i vnější mobilitu. Hlavní překážkou vnější mobility jsou přetrvávající přechodná opatření států EU vůči „novým" členským státům, jazyková bariéra a situace, kdy míra sociální ochrany neposkytuje dostatečnou motivaci občanům stěhovat se za prací.

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 propojením systému zaměstnanosti, tedy aktivní i pasivní politiky zaměstnanosti, s dávkovým systémem pomoci v hmotné nouzi. 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.

Z výše uvedeného vyplývá úzký vztah mezi zajištěním dlouhodobé udržitelnosti systémů sociální ochrany a úspěšností strategií pro hospodářský růst a konkurenceschopnost, které budou vytyčeny v Národním programu reforem ČR na léta 2008-2010. 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.

V důsledku pokračujícího hospodářského růstu se zvyšuje podíl zahraničních pracovníků a nabývají na významu také integrační opatření zaměřená na imigranty. ČR patří mezi státy, které regulují a omezují legální příliv imigrantů podle potřeb regionálních trhů práce a aplikuje politiku prevence i sankcí proti nelegálně zaměstnaným migrantům. ČR se vedle migrace trvalé zaměřuje také na tzv. cirkulární či dočasnou migraci. Stávající i připravovaná preventivní opatření mají za cíl podpořit integraci kvalifikovaných pracovníků a jejich rodin, dále pak dočasnou či cirkulární

[8] Flexijistota kombinuje flexibilitu a jistotu na trhu práce. Jejím cílem je podpora zaměstnanců k získání lepší práce, funkční mobility a optimálního rozvoje jejich nadání. Znamená také pružnou organizaci práce, schopnou rychle a efektivně začlenit nové výrobní potřeby a postupy, zajistit nové dovednosti a kvalifikace, usnadnit sladění práce a rodinných nebo soukromých povinností. Zvýšenou pozornost věnuje také odstraňování bariér obtížně umístitelným osobám na trhu práce. Flexijistota by měla vytvářet rovnováhu mezi právy a povinnostmi, a to jak pro zaměstnance tak i pro zaměstnavatele a veřejné orgány.

migraci za prací občanů ze zdrojových zemí migrace, a to s důrazem na jejich důstojný návrat a reintegraci v zemi původu. Stále větší pozornost začíná být věnována i potřebě zvýšené míry integrace cizinců do společnosti ČR, a to i u dočasných pracovních migrantů. ČR také usiluje o výraznější spolupráci se zdrojovými zeměmi pracovní migrace. Podpora rovného zacházení s migranty a vstřícnosti české společnosti k nim by se výhledově měly stát ústředním tématem aktivit směřovaných k široké veřejnosti. Zvláštní pozornost by pak měla být věnována kampani zaměřené jak na zaměstnavatele, tak na majoritní společnost a imigranty, a to v souvislosti s aplikací legislativy v oblasti zaměstnávání cizinců a prevencí nelegální práce.

MPSV realizuje pilotní projekt Výběr kvalifikovaných zahraničních pracovníků, v rámci kterého nabízí vybraným kvalifikovaným pracovníkům možnost požádat o povolení k trvalému pobytu ve zkrácené lhůtě 1,5 roku (kategorie vysoce kvalifikovaných pracovníků) nebo 2,5 let (standardní kategorie kvalifikovaných pracovníků). Trvalý pobyt mohou získat společně s účastníky projektu i jejich nejbližší rodinní příslušníci. Projekt je v současnosti otevřen pro občany Běloruska, Bosny a Hercegoviny, Černé Hory, Chorvatska, Indie, Kanady, Kazachstánu, Makedonie, Moldavska, Ruské federace, Srbska a Ukrajiny a také pro zahraniční absolventy českých středních a vysokých škol pocházející z kteréhokoli státu světa. Zájemce o vstup do projektu musí být v ČR legálně zaměstnán, mít minimálně střední vzdělání s maturitní zkouškou a dosáhnout minimálního počtu 25 bodů v počítačové výběrové proceduře, která zohledňuje souhrn kritérií (vzdělání, praxe, znalost jazyků, rodina, předchozí pobyt v ČR).

Zdravotnictví je 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.

Dle tezí aktualizace Strategie udržitelného rozvoje, která bude připravena na konci roku 2008, je vysoký stupeň sociální soudržnosti dosažen fungující ekonomikou, demokratickým politickým systémem, efektivními systémy vzdělávání, zdravotní péče a sociálního pojištění (včetně penzijních fondů), rovnováhou mezi populační dynamikou a imigrací. Rovnovážné faktory mezi ekonomickým a sociálním pilířem budou zejména zahrnovat podporu obecné vzdělanosti, podporu vědy, výzkumu a inovací, dořešení „sociálních reforem“, reforem či flexibilizace trhu práce – jak z hlediska kvalifikačního, tak z hlediska mobility; nerovnovážné faktory, pak nepříznivý demografický vývoj, ekonomickou, vzdělanostní a sociální vyloučení či rigiditu trhu práce.

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 [9] 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 [10], osoby se zdravotním postižením [11] a senioři [12]) či na určité oblasti sociálního začleňování (např. podpora rodiny, integrace cizinců), v širší

[9] Mainstreaming sociálního začleňování je integrací cílů týkajících se chudoby a sociálního začleňování, včetně perspektivy rovnosti, do všech oblastí a úrovní tvorby politik a prosazuje se pomocí participace veřejných orgánů, sociálních partnerů, nevládních organizací a dalších relevantních aktérů.

[10] Akční plán dekády romské inkluze 2005–2010 ČR.

[11] Národní plán podpory a integrace občanů se zdravotním postižením na období 2006-2009.

[12] Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008-2012.

oblasti tvorby veřejných politik je tento princip prozatím reflektován jen nedostatečně. Koordinace v oblasti sociálního začleňování probíhá v současné době zejména na národní úrovni. Na přípravě strategických dokumentů v oblasti sociálního začleňování se podílí Komise pro sociální začleňování, která je v gesci Ministerstva práce a sociálních věcí (dále jen MPSV) a v níž jsou zastoupeni představitelé státních úřadů a ministerstev, kanceláře veřejného ochránce práv, samosprávy, sociálních partnerů, nestátních neziskových organizací (dále jen NNO) 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 realizace dvou fází projektu STOP sociálnímu vyloučení, v jehož rámci probíhaly konference a semináře na regionální i lokální úrovni a mediální kampaně. Informovanost širší veřejnosti o procesu tvorby strategických dokumentů je zajišťována prostřednictvím internetových stránek MPSV a dalších informačních médií. Zásadní 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.

Druhý projekt STOP sociálnímu vyloučení, zaměřený na zvýšení povědomí o evropské strategii, byl realizován v roce 2007. V rámci projektu byly české NNO a veřejná správa na místní a regionální úrovni seznámeny se základním obsahem strategie sociální ochrany a sociálního začleňování, jejími hlavními cíli a nástroji, převážně s Národním akčním plánem sociálního začleňování na léta 2006–2008. Projekt se dále soustředil na témata aplikace zákona o sociálních službách, čerpání prostředků ze strukturálních fondů v letech 2007–2013. Do druhého projektu se zapojilo více partnerů, kteří zastupovali také regionální a lokální úroveň. Při realizaci projektu bylo navázáno užší partnerství mezi NNO, státní správou a veřejnou správou na místní a regionální úrovni. Dále byly 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.

Pokud jde o oblast důchodového pojištění, došlo po období neúspěšných politických jednáních v letech 2004 a 2005, které bylo završeno nepodepsáním již připravené politické dohody o pokračování důchodové reformy (prosinec 2005), k novému zahájení debaty o úpravách důchodového systému po volbách do Poslanecké sněmovny Parlamentu ČR v roce 2006. Programové prohlášení vlády obsahuje záměr provést důchodovou reformu ve třech etapách. Příprava I. etapy obsahující parametrické změny základního důchodového pojištění byla ukončena v září 2007, právní úpravu vláda schválila v únoru 2008 a Parlament v červenci 2008. Návrhy parametrických změn byly diskutovány i v rámci Politické komise se zastoupením všech stran Poslanecké sněmovny. Průběh přípravy důchodové reformy je MPSV průběžně projednáván se sociálními partnery v Radě hospodářské a sociální dohody. Česká správa sociálního zabezpečení (dále jen ČSSZ) usiluje o modernizaci kontaktu s pojištěnci, zejména zvyšováním technické vybavenosti a zlepšováním administrativy. V roce 2005 byl zřízen registr pojištěnců, který vytvořil předpoklady pro pravidelnou 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. Výroční zprávy o soukromých důchodových systémech pak vydává ministerstvo financí (dále jen MF).

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, pacientských organizací atd. Kvalitu a bezpečnost poskytované zdravotní péče zajišťuje v první řadě státní správa a samospráva.

Část 2 - Národní akční plán sociálního začleňování

2.1 Pokrok ve vztahu k Národnímu akčnímu plánu sociálního začleňování na léta 2006-2008 a problémy vyjmenované ve Společné zprávě o sociální ochraně a sociálním začleňování z roku 2007

Národní akční plán sociálního začleňování na léta 2006–2008 (dále jen NAPSI) byl druhým plánem boje s chudobou a sociálním vyloučením připraveným v rámci otevřené metody koordinace politik sociální ochrany a sociálního začleňování Evropské unie. Plán si vytyčil tři prioritní cíle: posílit schopnosti integrace u osob sociálně znevýhodněných; posílit soudržnosti rodiny a podpořit rozhodovací procesy na lokální a regionální úrovni včetně rozvoje partnerství v politice sociálního začleňování.

První prioritní cíl, který byl zaměřen na nejvíce znevýhodněné skupiny obyvatelstva a na posílení jejich integrace byl naplňován prostřednictvím široké škály opatření z oblasti sociálních služeb, vzdělávání, programů v oblasti podpory zaměstnatelnosti a programů na podporu prevence sociálně patologických jevů. Tento cíl se primárně nezabýval podporou zaměstnanosti a opatřeními zaměřenými na sladění profesního a rodinného života, které byly řešeny v rámci Národního programu reforem 2005-2008, v části věnované zaměstnanosti.

V roce 2006 došlo v ČR ke změně vlády. Nová vláda se zavázala provést reformy v sociální oblasti s cílem snížit nárůst sociálních výdajů a zajistit, aby sociální systém pracoval ve prospěch osob ohrožených sociálním vyloučením. K dosažení tohoto cíle byl v průběhu roku 2007 schválen komplex reformních opatření. Úpravou sociálních dávek [13], byl vytvořen adresnější systém vyplácení těchto dávek. Podpora rodin s dětmi byla přenesena především do oblasti rodinné politiky. Nižší výplaty dávek jsou kompenzovány vyššími čistými příjmy rodiny v důsledku snížení celkového daňového zatížení (nižší sazba daně, zvýšené daňové slevy) a celou řadou dalších prorodinných opatření. S účinností od 1. ledna 2007 došlo vedle nového pojetí životního minima a zavedení existenčního minima k zásadní změně v dávkové oblasti (pomoc v hmotné nouzi). Byla zavedena reformní opatření posilující motivaci k hledání změny a přijetí zaměstnání u osob, které pracovat mohou. Došlo k většímu sblížení pomoci v hmotné nouzi a systému zaměstnanosti.

V systému sociálních služeb, který prochází transformací od roku 1999, došlo k významnému posunu od 1. ledna 2007, kdy vstoupil v účinnost zákon o sociálních službách. Došlo k zákonné úpravě rámce, ve kterém v ČR fungují sociální služby. Zákon definuje práva a povinnosti účastníků systému sociálních služeb, organizaci celého systému, zajištění a kontrolu kvality a efektivity poskytování sociálních služeb a jejich financování. Došlo k výrazné změně ve způsobu financování služeb péče v ČR. Nově stát poskytuje pomoc lidem, kteří jsou z důvodu svého nepříznivého zdravotního stavu závislí na pomoci jiné osoby, a to přímo, prostřednictvím dávky příspěvku na péči. Uživatelé si sami volí spektrum služeb, které jim jsou poskytovány, a poskytovatele.

K dosažení určité úrovně soudržnosti ve společnosti je nezbytné klást důraz na prevenci sociálně negativních jevů. Sociální služby prevence napomáhají zabránit sociálnímu vyloučení osob, které jsou jím ohroženy zejména pro krizovou sociální situaci, životní návyky, způsob života vedoucí ke konfliktu se společností nebo žijí v sociálně znevýhodňujícím prostředí. V letech 2006–2008 došlo v této oblasti k vytvoření ***informačního portálu a databáze služeb sociální prevence pro osoby ohrožené sociálním vyloučením***. O zajištění dostupnosti sociálních služeb prevence (potřebné sítě služeb) a jejich zaměření je na úrovni kraje a některých obcí rozhodováno v rámci procesu plánování služeb.

---

[13] Například přídavku na dítě, rodičovského příspěvku, porodného a sociálního příplatku.

Integrace osob ze sociokulturně odlišného prostředí žijících v chudobě a sociálním vyloučením je v ČR podporována prostřednictvím ***Programu podpory terénní sociální práce*** a ***Programu zaměřeného na předcházení sociálního vyloučení v romských komunitách a odstraňování jeho důsledků***. Tyto programy jsou určeny obcím, kde se nacházejí vyloučené romské komunity a NNO působícím v této oblasti. Data z hodnocení programu terénní sociální práce za rok 2006 ukazují, že dochází k stabilizaci pracovního místa terénního sociálního pracovníka, prodlužuje se délka praxe těchto pracovníků a zvyšuje se jejich kvalifikace. Z hlediska přímého vlivu terénní sociální práce na situaci klientů zejména v oblasti postavení na trhu práce nebo řešení problémů spojených s bydlením, nejsou intervence výrazně úspěšné. Z analýzy sociálně vyloučených romských lokalit a absorpční kapacity subjektů působících v této oblasti, která byla zpracována v roce 2006, vyplývá, že obce mají nízké povědomí o možnostech využívání terénní sociální práce jako nástroje prevence sociálního vyloučení. MPSV podporuje sociální služby zaměřené na příslušníky sociálně vyloučených rómských lokalit/komunit. Jedná se především o podporu služeb – terénní programy, nízkoprahová zařízení pro děti a mládež a odborné sociální poradenství.

V roce 2006 byla provedena ***Analýza sociálně vyloučených romských lokalit a absorpční kapacity subjektů působících v této oblasti.*** Analýza slouží jako podklad pro tvorbu a podporu dalších aktivit v oblasti sociální integrace. Na jejím základě vznikla a byla z prostředků Evropského sociálního fondu (dále jen ESF) podpořena ***Agentura pro odstraňování sociálního vyloučení v romských lokalitách*** (dále jen Agentura), jejímž cílem je posílit personální a institucionální zázemí obcím pro realizaci programů a projektů zaměřených na sociální integraci ve vyloučených romských komunitách v letech 2007 – 2013. V roce 2008 - 2010 bude Agentura pracovat ve 12 vybraných lokalitách (obcích), kde bude ve spolupráci se samosprávami realizovat pilotní program komplexního řešení situace ve vyloučených romských lokalitách.

V ČR kontinuálně probíhá vzdělávání policistů v problematice práce s menšinami. Noví policisté jsou vzděláváni v problematice odlišnosti menšin a jsou seznámeni s úsilím, které je věnováno úspěšné integraci menšin do běžné společnosti. V rizikových lokalitách jsou vedeni k navázání a využívání pracovních kontaktů s terénními pracovníky a hledání opory u NNO. Ke zvyšování lektorských dovedností jsou každoročně školeni učitelé a instruktoři policejních škol. K podpoře další odborné přípravy byl dokončen a na CD-ROM vydán výukový materiál ***Policie mezi kulturami***, který shrnuje komplexní problematiku multikulturní výchovy. Policisté dále procházejí školeními ke zlepšení jejich komunikačních dovedností se zaměřením na cizince. V rámci projektu ***Antidiskriminační vzdělávání příslušníků Policie ČR*** proběhly vzdělávací semináře pro policisty ve všech krajích k problematice práva na rovné zacházení a k problematice právních aspektů sociálního vyloučení. Projekt byl pro velký zájem navýšen a v jeho rámci bylo proškoleno 900 policistů. V rámci projektu byla vydána projektová publikace ***Věz a nediskriminuj.***

Program styčných důstojníků pro práci s menšinami ČR funguje od roku 2005. Styční důstojníci působí ve všech krajských správách Policie ČR (celkem 8). Jedná se o specializované pracovníky na problematiku policejní práce ve vztahu k menšinám. Styční důstojníci se pravidelně dvakrát ročně scházejí a rozvíjí spolupráci mezi kraji a seznamují se s výsledky své práce. ***Program asistent Policie*** ČR pro práci v sociálně vyloučených lokalitách je na úrovni obcí využíván od roku 2003. Úkolem asistenta policie je zlepšovat vztahy a komunikaci mezi policií a obyvateli těchto lokalit a umožnit lidem zde žijícím snazší přístup ke službám a pomoci ze strany Policie ČR. V současné době spolupracuje s asistenty policie pět okresních ředitelství Policie ČR: Ostrava, Brno, Plzeň (všechny ve spolupráci s NNO), Cheb a Karviná (obě ve spolupráci se samosprávou).

Ke zvýšení dostupnosti vzdělání pro děti a mládež se zdravotním postižením a podpoře jejich integrace byla s využitím prostředků z ESF zřízena nová ***školní poradenská pracoviště***, která poskytují poradenské služby dětem přímo ve školách. S cílem usnadnění integrace těchto žáků

do běžných tříd byla novelizována vyhláška o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných. Ve sledovaném období byly realizovány ***kurzy na podporu včasné diagnostiky speciálních vzdělávacích potřeb, pedagogicko-psychologické a speciálně-pedagogické intervence a na podporu integrace žáků se zdravotním postižením*** určené pro poradenské pracovníky i pro učitele z běžných škol. V rámci ***Národního rozvojového programu mobility pro všechny*** byly podpořeny projekty zaměřené na bezbariérovou úpravu škol a školských zařízení.

Ke zvýšení dostupnosti vzdělání pro děti cizinců bylo ***novelizací školského zákona*** naplněno právo dítěte na bezplatné základní vzdělání ve smyslu Úmluvy o právech dítěte. Základní školy při přijímání dětí cizinců nemají právo posuzovat oprávněnost jejich pobytu na území ČR. Základní vzdělání je také zabezpečeno dětem azylantů a účastníkům řízení o udělení azylu. Programy bezplatné jazykové přípravy pomáhají dětem cizinců zapojit se do základního vzdělávání v ČR. Pozornost je dále věnována vzdělávání pedagogických pracovníků v otázkách multikulturní výchovy a výuky cizinců.

Ve snaze zvýšit dostupnost vzdělávání pro žáky ze sociokulturně znevýhodněného prostředí bylo v letech 2006–2008 navázáno na již osvědčené programy a došlo k vytvoření nových programů. Mezi osvědčené nástroje patří ***přípravné třídy základních škol***, které jsou určeny k přípravě ze sociokulturně znevýhodněného prostředí dětí na vstup do základní školy. Efektivita tohoto nástroje je pravidelně monitorována a ukazuje, že přípravné třídy mají pozitivní vliv na úspěšnost dětí v jejich zařazení do základní školy a zlepšení komunikace s rodiči dětí. Dalším využívaným programem je pomoc ***asistenta pedagoga*** ve třídě. Pozornost je také věnována pedagogům a dalším pracovníkům ve školství, byly vytvořeny vzdělávací programy pro učitele a výchovné poradce a došlo ***k vytvoření internetového portálu*** s pedagogickými materiály obsahujícími metodiky pro kulturní výchovu na školách. K šíření příkladů dobré praxe v rámci ČR se uskutečnil seminář, kde byly prezentovány příklady dobré praxe v oblasti vzdělávání dětí z romských komunit. Od roku 2006 je s cílem podpořit integraci menšin realizován projekt ***Střediska integrace menšin***, jehož cílem je vytvořit podpůrný systém péče o děti a mládež ze sociokulturně znevýhodněného prostředí, zejména Romů. Projekt se zaměřuje na práci s matkami a dětmi v období předškolní výchovy, na přípravu na vstup do školy, na specifikaci vzdělávacích potřeb s ohledem na individualitu dítěte v kontextu jejich kulturní odlišnosti a sociální situace.

U dětí, které opouštějí institucionální péči je podporována příprava na samostatný život prostřednictvím dotačních programů, ***zřizování tzv. cvičných bytů v rámci zařízení,*** kde se děti mohou připravovat na samostatný život mimo zařízení. Práce na standardech výchovně vzdělávací péče obsahující program pro osamostatnění dítěte před propuštěním ze zařízení, pokračuje. Tyto standardy budou obsahovat plán osamostatnění každého dítěte před odchodem ze zařízení.

Druhý prioritní cíl byl zaměřený na posílení soudržnosti rodiny, podporu rodin sociálně vyloučených nebo sociálním vyloučením ohrožených a rozvoj systému náhradní rodinné péče. Těmto rodinám jsou v rámci ***Dotačního programu na podporu rodiny*** poskytovány služby v oblasti podpory rodiny za účelem prevence sociálního vyloučení. Služby jsou poskytovány rodičům pečujícím zejména o děti předškolního věku za účelem prevence sociálního vyloučení, které může způsobit déletrvající sociální izolace, služby umožňující aktivní trávení volného času rodičů s dětmi, služby zaměřené na sanaci rodin s dětmi, jejichž vývoj je ohrožen v důsledku dopadů nepříznivé sociální situace. Programy podpory a výchovy k odpovědnému a harmonickému partnerství, manželství a rodičovství slouží k předcházení konfliktních situací v rodinách, které mohou mít negativní dopad na psychický vývoj dětí. Stát v této oblasti spolupracuje s NNO, které poskytují služby v oblasti podpory rodiny. Ke zmapování dostupnosti a kvality služeb pro rodiny byl vypracován přehled NNO aktivních v oblasti podpory rodiny.

V případě prevence kriminality, užívání alkoholu a návykových látek dětí a mládeže je uplatňován meziresortní přístup a je rozvíjena spolupráce mezi orgány sociálně-právní ochrany dětí, soudy, Policií ČR, Probační a mediační službou, školami, lékaři a NNO. Ve spolupráci s kraji byl vypracován ***seznam zařízení poskytujících odborné poradenské, terapeutické a mediační služby pro pomoc rodičům a dětem v situacích rodičovských konfliktů***. Tento seznam byl poskytnut všem orgánům sociálně-právní ochrany dětí a ministerstvu spravedlnosti pro potřeby soudů. Zákon, který bude upravovat rodinou mediaci či terapii, je připravován a na jeho práci se podílí experti z různých resortů. Je připravována metodika pro práci s ohroženou rodinou a provádění sanace rodiny a metodika pro práci s dětmi s výchovnými problémy.

Ke zvýšení povědomí o právech dětí a mládeže bylo zřízeno ***Informační centrum pro mládež 2008–2009*** a byly podpořeny projekty na zvyšování právního povědomí dětí a mládeže. Pracovníci působící v oblasti sociálně-právní ochrany dětí byli proškoleni v problematice dětských práv, zejména v kontextu provádění Úmluvy o právech dítěte v praxi.

Cíl zvýšit povědomí o formách a podmínkách náhradní rodinné péče byl naplňován prostřednictvím distribuce letáků. Letáky obsahovaly informace o institutu pěstounské péče, o podmínkách svěření dítěte do pěstounské péče a o procesu výběru pěstounů. Dále byl vytvořen a v České televizi vysílán pětidílný cyklus dokumentů o pěstounských rodinách s názvem ***Malí a velcí***. Pozornost je věnována přípravě žadatelů o osvojení nebo pěstounskou péči. Zajišťování této přípravy je od roku 2006 v kompetenci krajů. Za účelem zajištění jednotného přístupu při přípravě žadatelů o osvojení nebo pěstounskou péči byl vydán ***Doporučený rámec přípravy žadatelů o náhradní rodinou péči***, který metodicky vymezuje obsah i rozsah přípravy a způsob vyhodnocování průběhu a výsledků přípravy.

Na sklonku roku 2007 byla ustavena ***meziresortní pracovní skupina*** resortů školství a práce a sociálních věcí k řešení aktuálních problémů v oblasti ochrany dětí. Pracovní skupina zpracovává společnou metodiku ***ke spolupráci mezi ústavními zařízeními a orgány sociálně-právní ochrany dětí*** při sledování situace dítěte v náhradní výchově a vyhodnocování možnosti návratu dítěte do rodiny nebo svěření dítěte do náhradní rodinné péče. Metodika bude vypracována v roce 2008.

Třetí prioritní cíl, který byl zaměřen na podporu rozhodovacích procesů na regionální a lokální úrovni a na rozvoj partnerství, byl naplňován zejména prostřednictvím ***aktivit zaměřených na účinnou aplikaci zákona o sociálních službách.***

Posilování odborných profesních znalostí a dovedností aktérů v systému sociálních služeb probíhalo formou vzdělávání pracovníků a dalších aktérů působících v oblasti sociálních služeb. Z prostředků ESF byly podpořeny projekty orientované na ***vzdělávání poskytovatelů a zadavatelů sociálních služeb*** s cílem je posílit jejich schopnosti a dovednosti v poskytování takových sociálních služeb, které vedou k návratu uživatele těchto služeb do běžného života a na trh práce. Dále byly realizovány projekty zaměřené na sociální služby pro specifické cílové skupiny, vzdělávání příslušníků specifických cílových skupin a na speciální poradenské služby s cílem integrace těchto skupin obyvatelstva do běžného života společnosti a na trh práce. V případě projektů zaměřených na specifické cílové skupiny byly podporovány projekty realizované v národním měřítku, tj. které přesáhly území regionu.

Zajištění místní a typové dostupnosti sociálních služeb bylo realizováno v rámci dvouletého projektu ***Zajištění místní a typové dostupnosti sociálních služeb***, během něhož bylo vyškoleno 74 vzdělavatelů – metodiků pro oblast plánování rozvoje sociálních služeb. Výstupem projektu byly také ***Metodiky pro plánování rozvoje sociálních služeb***, které obsahují doporučené postupy pro zajištění dostupnosti sociálních služeb na místní úrovni, a lze jich využít také na úrovni regionální. Zákon o sociálních službách ukládá krajům povinnost vypracovat ***střednědobý plán rozvoje sociálních služeb***. Kraje v roce 2007 předložily buď střednědobé plány rozvoje sociálních služeb jako takové nebo předložily strategie v zajišťování

priorit v sociální politice kraje pro oblast sociálních služeb. Tyto strategie byly substitucí za standardní plány. K tomu MPSV přistoupilo v souvislosti s tím, že obce na svém území nemají ze zákona povinnost vytvářet místní plány rozvoje sociálních služeb (v praxi lze říci, že větší část obcí s rozšířenou působností k plánování rozvoje sociálních služeb přistupuje [14] a procesy partnerství a rozhodovacích procesů se zapojením všech relevantních účastníků uplatňuje, alespoň v obci samé). Kraje však vytváří své plány ve spolupráci s obcemi na svém území a vychází z jejich střednědobých plánů rozvoje sociálních služeb. Kraje, které mají vypracovaný plán rozvoje sociálních služeb, jej mají většinou na určité časové období, v těchto krajích také přistupují k implementaci jednotlivých opatření a to také v závislosti na dotacích a finančních prostředcích poskytovaných z ESF.

Z výše zmíněných plánů rozvoje sociálních služeb krajů a krajských strategií byla vytvořena analytická kapitola do ***Národního plánu rozvoje sociálních služeb***. V rámci tvorby Národního plánu rozvoje sociálních služeb byly stanoveny prioritní oblasti v závislosti na prioritních oblastech stanovených kraji. Tyto jednotlivé oblasti byly a jsou i nadále diskutovány s partnery na národní úrovni, podle principu zapojování aktérů – uživatelů, zadavatelů a poskytovatelů.

Transformace pobytových zařízení sociálních služeb ve smyslu modernizace a humanizace těchto zařízení, a v oblasti rozvoje alternativních ambulantních a terénních sociálních služeb byla zajišťována prostřednictvím systémového projektu ***Podpora transformace sociálních služeb*** z prostředků ESF. V rámci projektu byla zahájena práce na vytvoření systému vertikální a horizontální spolupráce mezi všemi relevantními aktéry procesu transformace institucionální péče. Cílem systémového projektu ***Vzdělávání v zavádění Standardů kvality sociálních služeb*** z prostředků ESF bylo zkvalitnit životní podmínky uživatelů sociálních služeb v ústavních zařízeních sociální péče. Poskytování sociálních služeb v souladu se Standardy kvality sociálních služeb zajišťuje uživatelům sociálních služeb naplňovaní jejich lidských práv a právo na plnohodnotný život.

Zákon o sociálních službách stanovuje předpoklady pro kvalitní výkon sociální práce a utváří rámec pro systém celoživotního vzdělávání sociálních pracovníků. Cílem je kontinuálně zvyšovat kvalifikace a kompetence sociálních pracovníků, zkvalitnit sociální práci a tím i služby, které pracovníci poskytují cílovým skupinám. V rámci systémového projektu ***Celoživotní vzdělávání pracovníků v sociálních službách*** z prostředků ESF byl vytvořen a je realizován systém programů pro celoživotní odborné učení pracovníků v sociálních službách. Zákon o sociálních službách dále zavádí systém ***akreditace vzdělávacích programů*** dalšího vzdělávání sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách.

Za účelem zvýšení povědomí o sociálních službách v ČR proběhla, v návaznosti na vstup zákona o sociálních službách do účinnosti, masivní ***informační kampaň***. V rámci kampaně byly opakovaně pořádány semináře a kulaté stoly ve všech krajích ČR. Byly vytvořeny a široce distribuovány dva informační letáky vysvětlující dopady zavedení zákona o sociálních službách na občany, zejména na uživatele sociálních služeb. Tyto informace byly také uveřejněny na internetových stránkách MPSV a distribuovány prostřednictvím různých médií. V České televizi bylo vysíláno ***8 dílů o sociálních službách v cyklu Neznalost zákona neomlouvá***.

2.2 Klíčové problémy a prioritní cíle

Struktura prioritních opatření NAPSI 2006 – 2008 zůstala v NAPSI 2008 – 2010 zachována a došlo k určité modifikaci dílčích cílů s ohledem na analýzu sociálně ekonomické situace, vyhodnocení plnění NAPSI 2006 – 2008, doporučení ČR ze Společné zprávy o sociální

---

[14] Ke dni 25. 6. 2008 se prokazatelně plánováním rozvoje sociálních služeb zabývá 186 obcí. Metodickou podporu jim vytváří právě 74 vyškolených metodiků a vzdělávací programy pro účastníky plánování v obcích.

ochraně a sociálním začleňování z roku 2007 a specifická doporučení ČR z vyhodnocení plnění Národního programu reforem 2005-2008 z roku 2007.

Hovoříme-li v textu této kapitoly o specifických cílových skupinách, uvažujeme o nich v kontextu nepříznivé situace, ve které se ocitly z důvodu chudoby a sociálního vyloučení.

2.3 Prioritní cíl 1

Sociální začlenění a účast na trhu práce spolu úzce souvisejí. Aby zapojení znevýhodněných osob a osob sociálně vyloučených na trhu práce bylo uskutečnitelné, potřebují tyto osoby vedle individuálních služeb zaměstnanosti také sociálních pomoc a služby, které posílí jejich zapojení do společnosti a jejich zaměstnatelnost, sníží závislost těchto osob na sociálních dávkách a riziko přenosu chudoby z generace na generaci. V souladu se zaměřením na aktivní začleňování lidí nejvíce vzdálených trhu práce je cílem:

Prostřednictvím sociální pomoci a služeb posílit integraci osob sociálně vyloučených nebo osob ohrožených sociálním vyloučením, odstranit bariéry vstupu a udržení těchto osob na trhu práce.

K dosažení tohoto cíle je nutné zejména:

2.3.1 posilovat sociální dovednosti osob sociálně vyloučených nebo ohrožených sociálním vyloučením při hledání zaměstnání a jeho následného udržení s cílem zvýšit zaměstnanost a zaměstnatelnost těchto osob a zvyšovat motivaci k aktivizaci osob sociálně vyloučených na trhu práce;

2.3.2 posilovat dovednosti spojené s prevencí ztráty bydlení;

2.3.3 snižovat znevýhodnění v přístupu ke vzdělávání u dětí a mládeže, a to především u dětí a mládeže pocházejících z odlišného sociokulturního prostředí, dětí a mládeže cizinců a dětí a mládeže se zdravotním postižením;

2.3.4 zvyšovat sociální kompetence dětí a mládeže podporou rozvoje dovedností, které vedou k odmítání všech forem sebedestrukce, projevů agresivity a porušování zákona;

2.3.5 podporovat preventivní opatření, které vedou k smysluplnému zapojení dětí a mládeže do volnočasových aktivit;

2.3.6 snižovat počet lokalit, ve kterých žijí sociálně vyloučení lidé především z důvodů odlišného sociokulturního prostředí; předcházet sociálně negativním jevům, které se ve větší míře v těchto lokalitách vyskytují, a to především podporou terénní a komunitní práce a mentorských programů;

2.3.7 podporovat začleňování cizinců do společnosti, zejména prostřednictvím podpory jejich ekonomické soběstačnosti, znalosti českého jazyka a dostatečné informovanosti;

2.3.8 podporovat dovednosti požadované trhem práce zejména moderní informační technologie, komunikační dovedností, týmovou práci a techniky vyhledávání zaměstnání;

2.3.9 podporovat celoživotní vzdělávání.

Cílovými skupinami v rámci tohoto cíle jsou zejména:

dlouhodobě nezaměstnaní, osoby se zdravotním postižením, senioři, osoby pocházející z odlišného sociokulturního prostředí, děti a mládež, cizinci, oběti trestných činů a oběti domácího násilí, osoby bez přístřeší (osoby, které jsou bez domova nebo jsou bezdomovstvím ohroženy, tj. lidé s nejistým či dočasným bydlením a lidé s nevhodným bydlením [15]), recidivisté - pachatelé trestné činnosti.

[15] Horák P.: Expertíza pro cílovou skupinu „Osoby společensky nepřizpůsobené“, CKP MMB, ASVSP, Brno 2006.

Opatření k realizaci dílčích cílů 2.3.1, 2.3.2 a 2.3.8

K posílení sociálních dovedností osob sociálně vyloučených nebo osob ohrožených sociálním vyloučením při hledání zaměstnání a jeho následného udržení s cílem zvýšit zaměstnanost a zaměstnatelnost ***bude podporováno poskytování sociálních služeb a realizace dalších činností a aktivit umožňujících prevenci sociálního vyloučení nebo přímou pomoc cílovým skupinám*** (tvorba a realizace sociálně preventivních programů pro cílové skupiny osob a programů motivace k aktivizaci na trhu práce, např.: programy pro osoby opouštějící ústavní zařízení, programy motivace, pracovní a sociální rehabilitace, programy pro osoby závislé na drogách, programy pro pachatele a pro oběti trestných činů a pro oběti domácího násilí). Podporovány budou mj. takové služby, které pomohu lidem odstranit bariéry v jejich přístupu ke vzdělávání a k zaměstnání. Specifická podpora bude zaměřena na opatření vedoucí ke zvyšování zaměstnatelnosti těchto osob.

Pro předcházení a snižování sociálního vyloučení bude i nadále podporována realizace výkonu terénní sociální práce. Dále bude pro vzdělávání v oblasti terénní sociální práce využit vzdělávací modul, který bude sloužit celoživotnímu vzdělávání pracovníků v oblasti terénní sociální práce.

V oblasti vzdělání a následné zaměstnanosti bude v roce 2008 a 2009 realizován projekt ***Policie pro všechny***. Cílem tohoto projektu je umožnit příslušníkům národnostních menšin, aby získali maturitní vzdělání na střední policejné škole a následně byli připraveni pro nástup do služebního poměru k Policii ČR.

Opatření k realizaci dílčích cílů 2.3.3, 2.3.4 a 2.3.5

Zajištění rovných příležitostí ke vzdělávání pro všechny je jedním ze strategických cílů ***Dlouhodobého záměru vzdělávání a rozvoje vzdělávací soustavy ČR***, neboť kvalitní vzdělání umožňuje nalézt uplatnění na trhu práce a omezuje vyloučení některých znevýhodněných skupin. Pro děti se sociálním znevýhodněním se před vstupem do základní školy budou i nadále zřizovat ***přípravné třídy*** a postupně se ve školách vytvářet pracovní místa ***asistentů pedagoga***. Metodicky budou podporovány školy a učitelé při práci se sociálně znevýhodněnými žáky a žáky z málo podnětného rodinného prostředí. Dále dojde k vytvoření ***systému včasného zajištění minimální garantované péče o sociálně znevýhodněné děti.*** Pozornost bude soustředěna také na ***zkvalitnění profesní přípravy asistentů pedagogů***. Pedagogové budou ***vzděláváni v problematice dětí z rodin s nízkým sociálně ekonomickým postavením.***

V následujících letech budou i nadále vytvářeny ***podmínky pro zkvalitnění vzdělávání žáků se zdravotním postižením***. Bude pokračováno v zabezpečování personální a technické připravenosti škol běžného vzdělávacího proudu na integraci dětí žáků a studentů se zdravotním postižením a znevýhodněním prostřednictvím ***vzdělávání pedagogů*** ve specifických vzdělávání této cílové skupiny, dopracování postupů při zjišťování speciálních vzdělávacích potřeb.

Sociální kompetence dětí a mládeže budou zvyšovány prostřednictvím ***inovativních školních projektů***, kde si děti a mládež osvojí klíčové občanské kompetence a v rámci kterých bude realizována jejich osobnostní a sociální výchova. Příklady dobré praxe v této oblasti budou uveřejňovány.

Smysluplné zapojení dětí a mládeže do volnočasových aktivit je realizováno prostřednictvím ***dotačních programů státní podpory práce s dětmi a mládeží pro NNO***. Podporovány jsou aktivity zaměřené na nespecifickou primární prevenci dětí a mládeže k rozšíření nabídky volnočasových aktivit pro organizované i neorganizované děti školního i předškolního věku a mládež se zaměřením na rizikové skupiny, národnostní menšiny a etnické skupiny.

Strategie prevence kriminality na léta 2008–2011 se soustřeďuje také na prevenci kriminality a sociálně patologických jevů u dětí a mládeže. Na podporu smysluplného a nepatologického způsobu trávení volného času dětí a mládeže je každoročně vypisován dotační program.

Opatření k realizaci dílčího cíle 2.3.6

Ve 12 vybraných obcích bude ***Agenturou pro sociální začleňování v romských lokalitách*** (dále jen Agentura) v letech 2008 - 2011 pilotně realizován program komplexního řešení situace ve vyloučených lokalitách. V těchto lokalitách dojde k navázání lokálních partnerství [16], v jejichž rámci budou pro znevýhodněné lokality vypracovány komplexní strategie, které budou vycházet ze znalosti lokálních potřeb vyloučené romské lokality a možností jejího okolí. Agentura bude iniciovat vytvoření a realizaci projektů v oblasti podpory zaměstnanosti, vzdělávání a zlepšování kvality bydlení obyvatel ve vyloučených romských lokalitách.

K potírání sociálního vyloučení ve vyloučených romských lokalitách budou podporovány aktivity zaměřené na ***rozvoj stávajících a nových preventivních programů a sociálních služeb***. Podpora bude směřována na přímou podporu jednotlivců v procesu sociálního začleňování, na vzdělávání subjektů působících v dané oblasti, ale i na samotné vzdělávání cílové skupiny. Dále budou podporovány aktivity orientované na změnu negativního přístupu a postojů veřejnosti a na změnu veřejného mínění majoritní společnosti proti sociálně vyloučeným romským komunitám. V oblasti sociálního začleňování vyloučených romských lokalit budou podporovány inovativní nástroje pro začlenění této cílové skupiny na trh práce mj. prostřednictvím nástrojů sociální ekonomiky. Subjektům působícím v sociálních službách ve vyloučených romských lokalitách bude poskytnuta systémová podpora při poskytování sociálních služeb umožňující aplikaci zákona o sociálních službách.

V části Strategie prevence kriminality na léta 2008–2011 věnovanou městům jsou zařazena města s počtem obyvatel nad 25 tis. a s výraznou kumulací sociálně patologických jevů (jedná se o 45 měst). Tato města mají povinnost do konce září 2008 zpracovat své ***koncepce prevence kriminality*** na období 2008–2011.

Již od roku 2005 existuje v rámci ***struktury pozice specializovaného pracovníka na problematiku policejní práce ve vztahu k menšinám***, který plní úlohu zprostředkovatele mezi policií a menšinovými společenstvími, nabízí členům menšin pomoc při řešení konkrétních problémů. Činnost styčných důstojníků bude pokračovat i v dalším období. ***Asistent Policie ČR pro práci v sociálně vyloučených lokalitách*** je mechanismus využívaný od roku 2003. Tato služba je druhem sociální práce usnadňujícím obyvatelů sociálně vyloučených lokalit kontakt a komunikaci s policií. V současné době spolupracuje s asistenty policie pět okresních ředitelství Policie ČR [17].

Opatření k realizaci dílčích cílů 2.3.7

Podpora integrace cizinců [18] do společnosti, a tím i následně prevence jejich sociálního vyloučení, je v ČR na národní úrovni uskutečňována v rámci ***Koncepce integrace cizinců***. Předpokladem úspěšné integrace cizinců do společnosti je znalost českého jazyka, ekonomická soběstačnost cizince, orientace cizince ve společnosti a vztahy cizince s členy majoritní společnosti. Důležitým předpokladem je dále zapojení regionální a lokální úrovně do realizace integrace cizinců. V oblasti integrace cizinců budou podpořeny programy zaměřené na znalost českého jazyka cizinců a jejich dětí. Dále budou realizována opatření k podpoře ekonomické soběstačnosti cizinců, zejména zjednodušením administrativní náročnosti související s uplatněním cizinců na českém trhu práce.

---

[16] V lokálním partnerství jsou zastoupeni zástupci obce, kraje a romští představitelé vyloučené romské lokality, případně lokálních romských organizací, NNO, místní zaměstnavatelé, školy a další vlivné instituce podle místních podmínek.

[17] Ostrava, Brno, Plzeň, Cheb a Karviná.

[18] Cílovou skupinou Koncepce integrace cizinců jsou cizinci z tzv. třetích zemí, tedy občané mimo EU a EHP, legálně a dlouhodobě pobývající v ČR.

I v následujících letech bude ***monitorována situace cizinců na území ČR*** jako předpoklad pro identifikaci překážek sociálního začleňování a integrace cizinců. Budou probíhat aktivity ke ***zvyšování informovanosti cizinců*** a jejich právního povědomí o právních předpokladech řešení jejich osobní situace. Budou reflektovány výsledky a zjištění výzkumné studie Efektivita aktivit NNO v rámci integrace cizinců. Bude ***podporována a dále rozvíjena komunikace mezi cizinci a orgány státní správy a místní samosprávy***. Pro úspěšné zapojení cizinců do života majoritní společnosti budou realizovány projekty ***podpory účasti cizinců na společenském a veřejném životě na místní úrovni*** prostřednictvím definovaných oblastí podpory dotačního řízení a spoluprací s NNO na regionální a lokální úrovni.

Opatření k realizaci dílčích cílů 2.3.8 a 2.3.9

Konkurenceschopnost ekonomiky bude stále více záviset na investicích do vzdělání a zdraví v průběhu života a na využití schopností a dovedností starších osob. Dílčí cíl podpora celoživotního vzdělávání bude realizován v rámci aktivit ***Národního programu přípravy na stárnutí 2008–2012***, který obsahuje specifická opatření v oblasti podpory celoživotního vzdělávání, k jejichž plnění se relevantní aktéři zavázali. V roce 2009 bude např. zpracována ***Koncepce rozvoje systému dalšího vzdělávání a jeho financování***. Dále bude vytvořen systémový a institucionální rámec pro poskytování dalšího vzdělávání včetně ověřování a uznávání jeho výsledků a jeho podpůrného informačního a poradenského systému.

S cílem rozvíjet schopnosti ve využívání informačních technologií, jazykových a dalších dovedností bude realizován projekt ***Podpora individuálního dalšího vzdělávání***. Dále bude podporován rozvoj sítí a ***partnerství subjektů působících v oblasti dalšího vzdělávání*** a bude poskytována metodická podpora při jejich realizaci.

Přidělování zdrojů

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 ESF prostřednictvím Operačního programu Lidské zdroje a zaměstnanost, a to v rámci priority 3 zaměřené na Sociální integraci a rovné příležitosti a doplňkově taktéž z Evropského fondu regionálního rozvoje (dále jen ERDF) v rámci Integrovaného operačního programu (oblast intervence 3.1.Modernizace veřejné správy).

Opatření zaměřené na zajištění rovných příležitostí ke vzdělávání pro všechny budou podporovány z ESF prostřednictvím Operačního programu Vzdělávání a konkurenceschopnost, a to v rámci prioritní osy 1 zaměřené na Rovné příležitosti dětí a žáků, včetně dětí a žáků se speciálními vzdělávacími potřebami. V rámci výše uvedených nástrojů budou také podporovány aktivity zaměřené na integraci cizinců. V průběhu roku 2009 se předpokládá implementace Evropského fondu pro začleňování občanů třetích zemí 2007-2013.

Projekt Agentury bude z velké části financován z prostředků ESF.

Opatření na podporu celoživotního vzdělávání budou podporovány z ESF prostřednictvím Operačního programu Vzdělávání pro konkurenceschopnost, a to v rámci prioritní osy 3 Další vzdělávání.

Na realizaci příslušných opatření budou taktéž ve státním rozpočtu ČR, v kapitolách příslušných resortů vyčleněny prostředky na realizaci aktivit v jejich působnosti. Jedná se zejména o dotační programy státní podpory práce s dětmi a mládeží pro NNO, dotační program na podporu smysluplného nepatologického způsobu trávení volného času pro děti a mládež, účelové dotace na podporu priorit městských strategií prevence kriminality, účelové dotace zaměřené na podporu poskytování sociálních služeb..

Indikátory a mechanismy sledování

Indikátory a mechanismy sledování jsou stanoveny jednotlivými programovými dokumenty strukturálních fondů. Monitorování bude prováděno prostřednictvím závěrečných zpráv projektů a kontrolních návštěv řešitelů projektů.

Projekt Agentury bude hodnocen nezávislou institucí. Hodnocení proběhne ve třech fázích. Výstupem budou zprávy se zhodnocením úspěšnosti projektu a šancí na udržitelnost projektu a návrhy doporučení.

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

U opatření v rámci Strategie prevence kriminality budou mj. sledována změny ve statistikách trestné činnosti a v dalších statistikách (např. orgány sociálně-právní ochrany dětí, probační a mediační služba).

2.4 Prioritní cíl 2

Rodiny sociálně vyloučené nebo sociálním vyloučením ohrožené mají své specifické potřeby. Důvodem vyloučení je především nezaměstnanost či obtížné uplatnění člena/ů rodiny, nízký příjem, nerovný přístup ke vzdělání a z toho plynoucí ztížená dostupnost obvyklých společenských zdrojů, jako např. volnočasových aktivit. S ohledem na formování dalšího života, postojů a hodnot dětí vyrůstajících v těchto rodinách je cílem:

Rozvíjet metody a aplikaci sociální práce a příbuzných profesí tak, aby byly podporovány rodiny se specifickými potřebami a přijímat cílená opatření, která přispějí k tomu, aby členové těchto rodin měli rovný přístup ke vzdělávání, uplatnění na trhu práce a ve společnosti a nestávali se tak sociálně vyloučenými.

K dosažení tohoto cíle je nutné zejména:

2.4.1 prostřednictvím programů na národní úrovni a zejména na nižších úrovních zajistit finančně i místně dostupné služby v oblasti podpory rodiny a prevence sociálního vyloučení rodin; pozornost bude věnována dětem a rodinám z různých příčin ohroženým sociálním vyloučením;

2.4.2 snížit počet domácností, zejména vícečetných rodin, nacházejících se pod hranicí příjmové chudoby;

2.4.3 podpora ekonomické soběstačnosti rodin sociálně vyloučených či sociálním vyloučením ohrožených; podporovat přípravu na samostatný život mladých lidí opouštějících institucionální péči či náhradní rodinnou péči;

2.4.4 rozvíjet systém náhradní rodinné péče a zvýšit efektivnost spolupráce v rámci zprostředkování náhradní rodinné péče.

Cílovými skupinami v rámci tohoto cíle jsou zejména:

vícečetné rodiny ohrožené chudobou nebo sociálním vyloučením, neúplné rodiny, rodiny se členem se zdravotním postižením, rodiny pečující o závislé seniory, rodiny v systému náhradní rodinné péče, rodiny pocházející z odlišného sociokulturního prostředí a rodiny cizinců a osoby opouštějící institucionální péči nebo náhradní rodinnou péči.

Opatření k realizaci dílčího cíle 2.4.1

Podpora rodin a prevence sociálního vyloučení rodin budou realizovány prostřednictvím ***Dotačního programu na podporu rodiny***, který je vyhlašován každoročně. Cílem dotačního programu je: podpora zařízení služeb prevence sociálního vyloučení pro rodiče pečující o děti; podpora zkvalitňování partnerských a manželských vztahů a posilování rodičovských kompetencí a podpora náhradní rodinné péče a podpora doprovázení dětí a mladých lidí v náhradní rodinné péči a výchovné péči. K zajištění komplexního sociálně-právního poradenství pro rodiny ohrožené sociálním vyloučením a multidisciplinárního způsobu řešení případů budou vytvořeny a distribuovány ***metodiky pro orgány sociálně právní ochranu dětí na regionální a lokální úrovni***. Zkušenosti a poznatky sociálně právní ochrany dětí budou využívány při vytváření a realizaci ***komunitního plánování*** na krajské a obecní úrovni. Na úrovni obcí budou stanoveny ***doporučené personální standardy*** pro zabezpečení agendy sociálně-právní ochrany dětí na obecních úřadech.

Za účelem rozvoje regionální rodinné politiky, zahrnující mj. zajištění finančně i místně dostupných služeb v oblasti podpory rodiny a prevence sociálního vyloučení rodin, bude distribuován ***metodický pokyn pro kraje a obce*** při provádění rodinné politiky na krajské a obecní úrovni.

Vzdělávací programy pro pracovníky orgánů sociálně-právní ochrany dětí v oblasti rozvíjení profesních dovedností a práce s rodinou se specifickými potřebami budou realizovány.

Bude pokračováno v realizaci každoroční soutěže ***Obec přátelská rodině***, jejímž účelem je podporovat pro-rodinná opatření a další aktivity v českých obcích a podněcovat jejich rozvoj.

Opatření k realizaci dílčích cílů 2.4.2 a 2.4.3

Podpora ekonomické soběstačnosti rodin sociálně vyloučených či sociálním vyloučením ohrožených bude vedle opatření služeb zaměstnanosti a opatření v oblasti dostupnosti služeb pro děti, poskytována prostřednictvím dávkového systému pomoci v hmotné nouzi tak, aby podporoval přijetí a udržení zaměstnání a podporoval aktivity, které umožní zachování nebo rozvíjení pracovního potenciálu dotčených osob.

Za účelem prevence vzniku sociálního vyloučení a posílení kompetencí rodiny v oblasti ekonomické soběstačnosti budou ***rozvíjeny moderní metody sociální práce s rodinami ohroženými sociálním vyloučením*** (sociálně-aktivizační služby, včasná intervence, multidisciplinární přístup).

V rámci přípravy na samostatný život mladých lidí opouštějících institucionální péči či náhradní rodinnou péči ***budou podporovány projekty dlouhodobého doprovázení a poradenství pro děti v náhradní péči a mladé lidi opouštějící systém náhradní péče***, zaměřené na jejich přípravu na samostatný život. Dále bude prohlubována ***součinnost všech zainteresovaných osob a subjektů v procesu přípravy dětí a mladých lidí na samostatný život po opuštění náhradní péče***, zejména spolupráce zařízení pro péči o děti, náhradních rodin, orgánů sociálně-právní ochrany dětí, poskytovatelů sociálních služeb, samosprávy.

Opatření k realizaci dílčího cíle 2.4.4

V oblasti rozvoje systému náhradní rodinné péče a zvýšení jeho efektivnosti budou ***podporovány projekty doprovodných a podpůrných služeb*** pro děti v náhradní rodinné péči a pro osoby pečující o děti v náhradní rodinné péči. ***Dále budou rozvíjeny specifické instituty náhradní rodinné péče***, zejména pěstounskou péči na přechodnou dobu a zařízení pro výkon pěstounské péče. Dojde k posílení zapojení NNO do systému zprostředkování náhradní rodinné péče, především ve směru spolupráce pověřených osob s krajskými úřady a MPSV při vyhledávání vhodných osvojitelů a pěstounů. Dále budou rozšiřovány materiály a realizována ***informační kampaň za účelem zvýšení povědomí veřejnosti*** o systému náhradní rodinné péče a zvýšení

počtu žadatelů o přijetí dítěte do náhradní rodinné péče.

Přidělování zdrojů

Opatření v rámci cíle 2 budou především 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.

Indikátory a mechanismy sledování

Indikátory a mechanismy sledování jsou stanoveny programovým dokumenty Strukturálních fondů.

2.5 Prioritní cíl 3

Pro sociální začleňování je nezbytná efektivní spolupráce všech zainteresovaných aktérů na všech úrovních veřejné správy, zejména v politikách považovaných tradičně za sociální – sociální ochrana, sociální služby, služby zaměstnanosti a podpora dostupnosti bydlení. Cílem je:

Podporovat koncepční a rozhodovací procesy na všech úrovních veřejné správy tak, aby se opíraly o objektivní poznání problému chudoby a sociálního vyloučení; podporovat komunikaci a partnerství všech aktérů politiky sociálního začleňování se zaměřením na komplexní řešení problémů (chudoba, přístup k obvyklým společenským zdrojům, zaměstnanost, podpora dostupného bydlení, začlenění cizinců do společnosti).

K dosažení tohoto cíle je nutné zejména:

2.5.1 podporovat rozvoj seriózních a aktivních rozhodovacích procesů na regionální a lokální úrovni s cílem, aby sociální služby odpovídaly potřebám uživatelů z hlediska dostupnosti a kvality; rozvíjet partnerství v poskytování sociálních služeb, včetně podpory součinnosti uživatelů sociálních služeb v těchto procesech;

2.5.2 podporovat odborné a profesní vzdělávání pracovníků a volených zástupců subjektů působících v oblasti sociálního začleňování, včetně vytváření a rozvoje vzdělávacích programů;

2.5.3 podporovat transformační procesy zaměřené na poskytování sociálních služeb v přirozeném prostředí uživatelů sociálních služeb;

2.5.4 podporovat efektivní a účelné propojení dalších systémů a činností a návaznost sociálních služeb na další systémy; podporovat rozvoj sociální ekonomiky a sociálního podnikání na lokální úrovni a komplexní programy sociální prevence a prevence kriminality v kontextu sociálního vyloučení;

2.5.5 podporovat koordinaci a spolupráci na vertikální a horizontální úrovni při tvorbě a realizaci programů a systémů v oblasti sociálního začleňování;

2.5.6 zvýšit informovanost všech relevantních aktérů o problematice sociálního začleňování a jejím vývoji na evropské i národní úrovni;

2.5.7 vytvářet a posilovat nástroje a mechanismy pro zvýšení dostupnosti standardního bydlení na místní i národní úrovni, zabránit diskriminaci v přístupu k bydlení.

Cílovými skupinami v rámci tohoto cíle jsou zejména:

zástupci obcí a krajů odpovědní za problematiku sociálního začleňování, zadavatelé a poskytovatelé sociálních služeb, pracovníci v sociálních službách, nestátní neziskové organizace, sociální partneři a zainteresovaná veřejnost.

Opatření k realizaci dílčího cíle 2.5.1

V oblasti podpory rozvoje seriózních a aktivních rozhodovacích procesů na regionální a lokální úrovni bude v letech 2008 - 2010 s cílem naplnit prioritní oblasti stanovené Národním plánem rozvoje sociálních služeb realizován ***Individuální projekt pro další podporu plánování rozvoje sociálních služeb***, v jehož rámci dojde k propracování kritérií kvality plánování sociálních služeb, aktualizaci metodických postupů v oblasti plánování sociálních služeb a rozvoji technik zjišťování skutečných potřeb obyvatel v území při plánování rozvoje sociálních služeb. Spolupráce mezi obcemi a kraji na tvorbě regionálních plánů rozvoje sociálních služeb bude ze strany MPSV metodicky podporována. Cílem je do roku 2010 zapojit do procesu plánování rozvoje sociálních služeb všechny obce s rozšířenou působností. Tyto obce by měly zapojovat do tohoto procesu také obce na území svého správního obvodu.

Opatření k realizaci dílčího cíle 2.5.2

Budou ***posilovány odborné profesní znalosti a dovednosti jednotlivých aktérů v oblasti sociálního začleňování (zadavatelů, poskytovatelů, uživatelů a dalších subjektů)***, a to formou vzdělávání v oblasti procesu plánování dostupnosti sociálních sužeb nebo při tvorbě místních a regionálních partnerství; vzdělávání v oblasti zavádění a kontroly standardů kvality sociálních služeb; vzdělávání v oblasti managementu a řízení; vzdělávání uživatelů a osob pečujících o osobu blízkou; profesního vzdělávání poskytovatelů sociálních služeb a vzdělávání v dalších oblastech, které umožní poskytování služeb zaměřených na návrat uživatele na trh práce a do společnosti. Důraz bude kladen také ***na zvyšování kvality sociální práce formou vzdělávání.***

V oblasti ***podpory sociální ekonomiky*** bude zjištěna dostupnost vzdělávání v metodách a principech sociální ekonomiky a následně realizováno samotné vzdělávání, které bude dostupné podle poptávky ve všech krajích mimo území hl. města Prahy. Samotné vzdělávání se zaměří na pomoc při tvorbě a realizaci podnikatelských záměrů, které svým obsahem splňují podmínky sociální ekonomiky, tedy především zaměstnávání znevýhodněných osob nebo zajištění dostupnosti veřejných služeb pro znevýhodněné osoby.

V období 2008–2012 bude v oblasti ***vzdělávání nových policistů dále kladen důraz na témata integrace menšin, lidská práva a práva menšin a problémy multikulturní společnosti.*** Bude vytvořen ***systém celoživotního vzdělávání policistů*** v oblasti policejní práce ve vztahu k menšinám, které bude navazovat na vzdělávání v základní odborné přípravě. Ke zlepšení připravenosti policistů pro výkon služby nejen v oblasti práce s menšinami přispěje využívání supervize. Projekt Supervize zaměřený na zkvalitnění profesní přípravy policistů umožňuje reflexi v psychicky náročné situaci, reflexi a přehodnocení chybných postupů při výkonu služby, možnost pracovat se stresem a frustracemi, promýšlení důsledků svého jednání, aj.

Opatření k realizaci dílčího cíle 2.5.3

V souladu s ***Koncepcí podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb*** budou i nadále podporovány kraje a obce i jednotlivá zařízení ***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).

Při poskytování sociálních služeb je dlouhodobě prioritou působit na kvalitu poskytovaných služeb. Existující ***systém akreditací vzdělávacích aktivit*** dalšího vzdělávání sociálních pracovníků a kvalifikačních kurzů pro pracovníky v sociálních službách bude rozšířen o další vzdělávání pracovníků v sociálních službách a jejich managerů. Dále budou ***akreditovány***

vzdělávací aktivity určené osobám, které jako osoby blízké nebo jiné fyzické osoby pomáhají osobám závislým na péči jiné osoby a mají zájem svou péči zdokonalovat.

Opatření k realizaci dílčího cíle 2.5.4

V oblasti sociální ekonomiky budou podporovány ***inovativní aktivity***, které umožní sociálně vyloučeným osobám a osobám ohroženým sociálním vyloučením vstup na trh práce a do podnikatelského prostředí nebo přístup sociálně ohroženým skupinám k veřejným službám. Při ***definici podpory sociální ekonomiky*** bude také využito výstupů ze Srovnávací analýzy modelů sociální ekonomiky v EU a možnosti jejich aplikace v ČR v rámci programového období ESF 2007 - 2013. Výběr záměrů na investiční podporu vybraných podnikatelských záměrů sociální ekonomiky bude posouzen a rozhodnut meziresortní komisí složenou ze zástupců zainteresovaných resortů (Ministerstvo pro místní rozvoj, Ministerstvo průmyslu a obchodu, MPSV), aby byl zajištěn transparentní výběr těch záměrů, které budou plně v souladu se všemi strategiemi jednotlivých resortů.

Opatření k realizaci dílčího cíle 2.5.4

Od roku 2007 funguje ***Systém včasné intervence*** na území celé ČR, v jehož rámci je řešena komplexně situace dítěte, jehož vývoj je ohrožen s cílem předejít rozvoji kriminální kariéry dítěte a jeho integrace do normálního života. V rámci Systému včasné intervence spolupracují na vertikální i horizontální úrovni subjekty sdružené v Týmu pro mládež (složený ze zástupce obce – sociálně právní ochrany dětí, probační a mediační služby, státního zastupitelství, soudu a policie).

Opatření k realizaci dílčího cíle 2.5.6

Ke zvýšení informovanosti všech relevantních aktérů v oblasti sociální začleňování budou v roce 2010 podpořeny projekty realizované v rámci Evropského roku boje s chudobou a sociálním vyloučením 2010.

Pro zvýšení informovanosti o problematice, rozsahu a podobách sociálního vyloučení budou v letech 2008–2010 prováděny výzkumy kriminality v sociálně vyloučených lokalitách, kde se ukáže odůvodněná potřeba (ze strany policie či samosprávy) získat informace o tomto jevu.

Opatření k realizaci dílčího cíle 2.5.7

V souladu s programovými cíli vlády bude připraveno nařízení vlády upravující podmínky poskytování podpory na výstavbu nových nájemních bytů pro nízkopříjmové domácnosti, které bude notifikováno Evropskou komisí. Současně bude zpracováno nové nařízení vlády upravující podmínky poskytování státní vyrovnávací platby na provoz již existujících nájemních bytů určených pro osoby ohrožené sociálním vyloučením.

Pro řešení problematiky bydlení je určena také oblast intervence 5.2 Zlepšení prostředí v problémových sídlištích v Integračním operačním programu (dále jen IOP) financovaného z ERDF. Podpora v oblasti bydlení je směřována na aktivity zacílené na prevenci sociálního úpadku, prevenci segregace a vzniku ghett vyloučených osob na sídlištích. Cílem aktivit v oblasti bydlení budou problémová sídliště měst nad 20 000 obyvatel s hrozícími či hromadícími se sociálně ekonomickými problémy obyvatel jako je dlouhodobá nezaměstnanost, zvýšená kriminalita apod. Tato podpora přispěje k revitalizaci prostředí problémových sídlišť, zajištění stability sociálně smíšené struktury obyvatel na těchto sídlištích a zvýšení udržitelnosti bydlení v bytových domech těchto sídlišť.

V rámci skupiny větších měst s typickými problémy, jako např. koncentrací vysoké míry nezaměstnanosti a nízkou úrovní vzdělání, což je často spojeno s romskou komunitou ohroženou sociálním vyloučením, bude vybráno 7 – 10 pilotních projektů. U pilotních projektů romských lokalit není primárním problémem stav bytových domů, ale především nezaměstnanost, kriminalita, drogová závislost a nízký stupeň dosaženého vzdělání. Proto intervence v oblasti

bydlení, zaměřené jak na regeneraci veřejných prostranství, tak i na renovaci bytových domů, popř. přestavbu nebytových objektů na sociální bydlení, budou mít charakter doplňkových aktivit navazujících na aktivity z oblasti sociální a komunitní péče, intervenci z oblasti lidských zdrojů a zaměstnanosti.

Přidělování zdrojů

Opatření v rámci cíle 3 budou především podporována ze Strukturálních fondů EU. Opatření v oblasti rozvoje sociálních služeb a opatření v oblasti vzdělávání s cílem posílit odborné profesní znalosti a dovednosti jednotlivých aktérů v oblasti sociálního začleňování budou podporovány z ESF prostřednictvím Operačního programu Lidské zdroje a zaměstnanost, a to v rámci priority 3 zaměřené na Sociální integraci a rovné příležitosti. Vzdělávání v principech a metodách sociální ekonomiky bude realizováno z prostředků ESF a státního rozpočtu ČR prostřednictvím veřejné zakázky a bude dostupné podle poptávky ve všech krajích mimo území hl. m. Prahy. Financování Supervize bude probíhat v rámci dvouletého systémového projektu z prostředků ESF, z operačního programu Lidské zdroje a zaměstnanost, prioritní osy 4 Veřejná správa a veřejné služby. Inovativní projekty v oblasti sociální ekonomiky budou realizovány z prostředků ESF, a to v rámci priority 3 zaměřené na Sociální integraci a rovné příležitosti, taktéž z ERDF v rámci Integrovaného operačního programu (oblast intervence 3.1.).

Aktivity v oblasti transformace pobytových zařízení sociálních služeb budou podporována jak z prostředků ESF (OP LZZ, oblast podpory 3.1.) tak z ERDF (IOP, oblast intervence 3.1.).

Systém včasné intervence je financován ze státního rozpočtu ČR (kapitoly resortu vnitra).

Opatření na zvýšení dostupnosti bydlení budou podporovány ze Strukturálních fondů EU, konkrétně z ERDF, v rámci Integrovaného operačního programu a ze státního rozpočtu ČR prostřednictvím Státního fondu rozvoje bydlení.

Indikátory a mechanismy sledování

Indikátory a mechanismy sledování jsou stanoveny programovým dokumenty strukturálních fondů. Monitorování bude prováděno prostřednictvím závěrečných zpráv projektů a kontrolních návštěv řešitelů projektů.

Budou sledovány vazby uvnitř Systému včasné intervence, kvalita spolupráce a komunikace, tok dat uvnitř systému a plošnost rozšíření systému na území ČR.

2.6 Institucionální zajištění politiky sociálního začleňování

Zákonem o sociálních službách byly definovány základní pojmy v oblasti sociálního začleňování, kterými jsou nepříznivá sociální situace, sociální vyloučení a sociální začleňování.

> *Sociálním vyloučením je rozuměno vyčlenění osoby mimo běžný život společnosti a nemožnost se do něj zapojit v důsledku nepříznivé sociální situace.*
>
> *Sociální začleňování je definováno jako proces, který zajišťuje, že osoby sociálně vyloučené nebo sociálním vyloučením ohrožené dosáhnou příležitostí a možností, které jim napomáhají plně se zapojit do ekonomického, sociálního i kulturního života společnosti a žít způsobem, který je ve společnosti považován za běžný.*

2.6.1 Příprava Národního akčního plánu sociálního začleňování 2008–2010 a koordinace politik sociálního začleňování

NAPSI na léta 2008–2010 byl zpracován v gesci MPSV v úzké spolupráci se všemi partnery, kterých se problematika sociálního začleňování dotýká. Plán byl připravován ve spolupráci s Komisí pro sociální začleňování (dále jen Komise), která se podílela na přípravě předcházejících dvou plánů. V Komisi jsou zastoupeni zástupci veřejné správy (státní správy a samosprávy – zástupci regionů, měst a obcí), vládních úřadů, NNO a expertů. V roce 2008 došlo k rozšíření záběru Komise pro sociální začleňování, která se vedle přípravy NAPSI podílí i na dalších projektech v oblasti sociálního začleňování. Komise byla konzultována při přípravě návrhu Rozhodnutí Rady a EP vyhlásit rok 2010 Evropským rokem boje s chudobou a sociálním vyloučením. Komise rozhoduje o nominaci příkladů dobré praxe do programu Peer Review. V rámci těchto změn došlo také k aktualizaci členství v Komisi. Do přípravy plánu byli dále zapojeni zástupci z NNO zabývajících se bezdomovstvím a seniory. Dokumenty vztahující se k přípravě NAPSI byly zveřejněny na webových stránkách MPSV.

NAPSI 2004–2006 a 2006-2008 byly zdrojem při přípravě dalších relevantních strategických dokumentů. Analýza sociální, ekonomické a demografické situace v ČR z hlediska politiky sociálního začleňování byla podkladem při vypracování analytické části oblasti sociálního začleňování Národního rozvojového plánu a stanovené cíle byly dále promítnuty do přípravy opatření relevantních programovacích dokumentů pro čerpání strukturální pomoci v letech 2007 až 2013.

2.6.2 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 na nižších úrovních, vstoupilo MPSV jako partner do mezinárodního projektu ***Vytvoření metodiky pro tvorbu regionálních a lokálních akčních plánů*** financovaného z Akčního programu na podporu spolupráce Společenství v boji se sociálním vyloučením a spolufinancovaného MPSV. 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. V první fázi projektu byla ve spolupráci s partnery ze zemí EU vytvořena metodika pro tvorbu akčních plánů sociálního začleňování na lokální a regionální úrovni. V druhé fázi projektu jeho partneři z ČR vytvořili plány sociálního začleňování na svém území (Karviná, Havlíčkův Brod a Olomoucký kraj).

V roce 2007 MPSV vstoupilo jako partner do navazujícího mezinárodního projektu ***Regionální a lokální akční plány sociálního začleňování***, jehož iniciátorem se stal QeC-ERAN (Belgie) s Javni Zavod Socio (Slovinsko). Dalšími partnery projektu jsou European Social Inslusion Platform (ESIP) ze Slovenska, Regional Social Welfare Resources Centre z Maďarska, Institute of Social Security z Portugalska, Intercultural Institute Timisoara z Rumunska, Centre for Information and Support for Large Families z Litvy, Úřad práce, sociálních věcí a rodiny ze Slovenska a Fundacja Nasza Szkola z Polska. Cílem projektu je vytvořit na základě metodiky pro zpracování místních/regionálních akčních plánů sociálního začleňování, která byla vytvořena v první části projektu, místní/regionální akční plán sociálního začleňování. Dalším cílem je navrhnout několik projektů, které by mohly být předloženy v budoucích výzvách komunitárního programu PROGRESS. Smyslem je také diseminace již naučených postupů mezi další samosprávné subjekty. Na nadnárodní úrovni probíhá projekt formou seminářů Peer Review. Na národní úrovni probíhá ve formě schůzek Místní koordinační skupiny, jejímiž členy jsou městské/krajské úřady. V ČR jsou členy někteří dosavadní partneři jako Karviná, Havlíčkův Brod, Olomoucký kraj, zajímavým rozšířením projektu je hl. město Praha, které je specifické jak výskytem některých sociálně nežádoucích jevů, respektive jejich kumulací v určitých lokalitách, tak množstvím zasažených lidí a naprosto výjimečnou politicko-sociálně-demografickou strukturou oproti dalším regionům a městům ČR.

2.6.3 Mobilizace a zapojení aktérů a šíření povědomí o problematice sociálního začleňování

Problematika sociálního začleňování a NAPSI byly předmětem mnoha národních i mezinárodních seminářů a konferencí, kde zástupci MPSV informovali o jeho jednotlivých opatřeních. První NAPSI byl vydán v tištěné podobě a distribuován v ČR i v zahraničí. Druhý NAPSI byl umístěn na internetových stránkách MPSV.

Jednotliví aktéři jsou zapojeni do tvorby politiky sociálního začleňování prostřednictvím Komise pro sociální začleňování. V této Komisi jsou zastoupeny zastřešující NNO, které zprostředkovávají informace o přípravě plánu a aktivitách v oblasti sociálního začleňování.

Povědomí o problematice sociálního začleňování bylo šířeno prostřednictvím dvou na sebe navazujících informačních projektů ***STOP sociálnímu vyloučení***. Cílem obou projektů bylo zvýšit povědomí NNO, měst a obcí a veřejnosti o politice sociálního začleňování na národní i evropské úrovni. Projekty byly podpořeny Evropskou komisí v rámci výzvy zaměřené na zvýšení povědomí o evropské strategii sociálního začleňování a spolufinancovány ze strany MPSV. V rámci druhého projektu došlo k rozšíření počtu partnerů a aktivit. V rámci projektu došlo k vytvoření speciálního internetového odkazu STOP sociálnímu vyloučení, kde jsou uveřejněny základní strategické dokumenty vztahující se k této oblasti a uveřejňovány aktuality a odkazy na vyhlášené výzvy a zajímavé konference; kde jsou publikovány aktuality a zajímavé články z oblasti politiky sociálního začleňování na všech úrovních od lokální až po evropskou; vytvoření sekce Sociální politika na webu EurActiv.cz, který informuje o dění v EU. Zajímavé informace a aktuality jsou dále šířeny prostřednictvím sekce STOP sociálnímu vyloučení v měsíčníku Gratis a e-bulletinu SKOKu. V rámci projektu se konaly konference, workshopy a veřejná slyšení na aktuální témata z oblasti sociálního začleňování. Byly vytvořeny expertní studie na témata zaměstnanosti a sociálního vyloučení v Moravskoslezském kraji, situaci sociálně vyloučených romských komunit v Jihomoravském kraji a situaci osob bez přístřeší a ostatních zranitelných skupin v hl. městě Praze. 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.

2.6.4 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 mezinárodního projektu Mainstreaming sociálního začleňování, který byl realizován v letech 2003 až 2005 a 2005 až 2007. Hlavním řešitelem projektu byla irská CPA. Partnery byly zástupci členských států EU (ČR, Francie, Velké Británie, Portugalska a Irska), jednoho státu EHP (Norska), jednoho regionu (Severní Irsko) a devíti organizací sdružených v síti NNO bojujících proti chudobě (EAPN). V první fázi projektu došlo k zmapování, jak je mainstreaming sociálního začleňování viděn v partnerských zemích projektu a identifikaci jeho základních charakteristik. Výstupem této fáze projektu byla kniha ***Lepší politiky, lepší výsledky – prosazování mainstreamingu sociálního začleňování*** a internetová stránka, která je nástrojem využití mainstreamingu sociálního začleňování v praxi www.europemsi.org. Kniha byla přeložena také do češtiny a uveřejněna na internetových stránkách MPSV.

V rámci projektu byl také vytvořen dotazník, na základě kterého lze zjistit, jak dalece členský stát využívá principy mainstreamingu sociálního začleňování. K testování dotazníku došlo v návazném výzkumném projektu ***Mainstreaming sociálního začleňování***, do kterého se vedle MPSV zapojil také Výzkumný ústav práce a sociálních věcí a Fakulta sociální studií Masarykovy univerzity. V ČR se dotazování zúčastnilo 126 respondentů – pracovníci ministerstev a vládních úřadů (40), krajských úřadů (41), městských a obecních úřadů (23), zástupců NNO zaměřených přímo na oblast sociálního začleňování (8) a dalších NNO (14). Výzkum byl doplněn také sérií

kvalitativních rozhovorů, které prohloubily poznatky z dotazníkového šetření. Výsledky šetření byly shrnuty v Národní zprávě o mainstreamingu sociálního začleňování v ČR [19]. Dle zprávy je uplatnění mainstreamingu sociálního začleňování v politikách mimo tradičně sociální oblast v ČR relativně nízké. Snahy o prosazování mainstreamingu sociálního začleňování jsou nejvíce patrné na centrální úrovni, projevují se například prostřednictvím ustavení mechanismů tvorby a koordinace strategie v této oblasti, zájmem o vyhodnocování plnění NAPSI [20] a hodnocení obecně [21], informační a konzultační činnosti. Ve zprávě je konstatováno, že agenda sociálního začleňování je spojována především s činností MPSV a některých orgánů Úřadu vlády ČR. Ve většině ostatních resortů se zatím princip sociálního začleňování neprosazuje. Sociální začleňování tak dosud příliš neproniklo do sfér mimo oblasti úzce pojaté sociální politiky a na nižší úroveň veřejné správy [22].

2.6.5 Mechanismy sledování a hodnocení

Plnění jednotlivých opatření uvedených v NAPSI je sledováno a hodnoceno resorty, v jejichž kompetenci plnění těchto opatření leží. Plnění těchto opatření je poté vyhodnoceno a je součástí NAPSI na další funkční období.

---

[19] Rakoczyova, M., Trbola, R.: Mainstreaming Social Inclusion, National Report for the Czech Republic, Mainstreaming Social Inclusion Project.

[20] Hodnocení plnění NAPSI na léta 2004-6 bylo zveřejněno v podobě přílohy k NAPSI ČR 2006-8.

[21] Projevem může být také aktivní účast v projektu Hodnocení mainstreamingu sociálního začleňování.

[22] Rakoczyova, M.: Mainstreaming sociálního začleňování v České republice: výzva české veřejné politice.

Část 3 – Národní strategie pro důchody

Úvod

Současná podoba českého důchodového systému, která je založena na dominantním státním, povinném, dávkově definovaném a průběžně financovaném pilíři (základní důchodové pojištění) a na dobrovolném doplňkovém pilíři (penzijní připojištění se státním příspěvkem, životní pojištění), začala vznikat od počátku devadesátých let minulého století. Popis důchodového systému a hlavní reformní kroky uskutečněné v letech 1990 až 2004, zejména přijetí nyní platného zákona o důchodovém pojištění v roce 1995, obsahuje „Národní strategická zpráva o přiměřených a udržitelných důchodech" z roku 2005. Všechny uskutečněné reformní kroky, zejména v základním důchodovém pojištění přijaté v letech 1995 až 2008, směřovaly k posílení udržitelnosti základního důchodového pojištění prostřednictvím především zvýšení participace starších osob na trhu práce. Poslední významné změny základního důchodového pojištění byly schváleny Parlamentem v červenci 2008 s účinností od 1. ledna 2010.

Od zpracování „Národní strategické zprávy o přiměřených a udržitelných důchodech" z roku 2005 bylo dosaženo dalšího pokroku v reformě důchodového systému, které se věnuje kapitola 3.3.

3.1 Přiměřenost výše důchodů

Přiměřenost příjmů důchodců je v ČR zabezpečena povinnou účastí v jednotném základním důchodovém pojištění v době ekonomické aktivity a volným přístupem k dobrovolným (státem podporovaným) soukromým důchodovým systémům. Způsob výpočtu důchodu zabezpečuje prostřednictvím uplatňování příjmové solidarity snižování rizika chudoby u starších občanů.. Kromě důchodu je možné poskytovat jak příjmově, tak majetkově testované jednorázové nebo opakující se dávky z jiných sociálních systémů.

3.1.1 Základní důchodové pojištění (I. pilíř)

V současné době pobírá důchod ze základního důchodového pojištění více než 99% obyvatel ve věku vyšším, než je zákonná věková hranice pro nárok na starobní důchod. Relativní příjmová situace starších osob se pohybuje těsně pod úrovní průměru zemí EU-25, kdy mediánový příjem [23] osob starších 65 let dosahuje úrovně 82% mediánového příjmu skupiny 0 – 64 let (u EU-25 je to 85%), přičemž u mužů je to 84% (EU-25 – 88%) a u žen 80% (EU-25 – 83%). Při srovnání příjmů [24] osob v prvních letech v důchodu a těsně v předdůchodovém věku [25] je ČR těsně nad úrovní průměru EU-25 (52 vs. 51%, u mužů 50 vs. 54% a u žen 56 vs. 50%).

Základní důchodové pojištění vytváří předpoklady, aby jím byla pokryta celá populace, a to bez ohledu na charakter průběhu ekonomické aktivity. Značně rozsáhlý okruh nepříspěvkových dob, tzv. náhradních dob pojištění, které se započítávají pro důchodové nároky (jde o období, kdy pojištěnec není aktivní na trhu práce a neplatí pojistné, ale získává důchodové nároky), nevylučuje z účasti na pojištění ani osoby s přerušovanou profesní kariérou. Univerzalita základního důchodového pojištění pro všechny osoby ve věku ekonomické aktivity nevytváří prostor pro jejich rozdílné postavení z důvodů charakteru zaměstnání, pohlaví atd. Tato univerzalita umožňuje uplatnění příjmové solidarity v systému, a to v rámci celé společnosti. Široký rozsah krytí prostřednictvím institutu náhradních dob pojištění (nepříspěvkových dob) však může negativně působit na ochotu platit do základního důchodového pojištění pojistné, neboť takto nastavený systém vyžaduje poměrně vysokou pojistnou sazbu. Ta je v současné době na úrovni 28% hrubého příjmu.

---

[23] Jde o vyrovnaný disponibilní příjem.

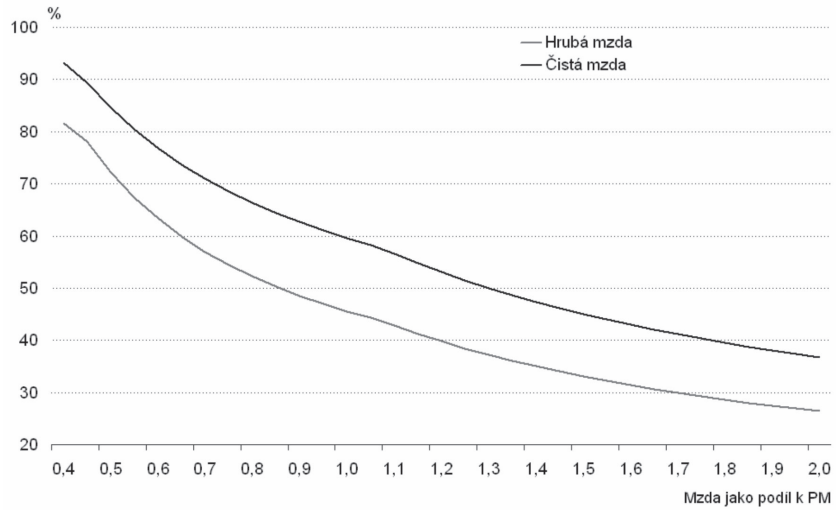
[24] Jde o nevyrovnaný příjem.

[25] Věkové skupiny 65 –74 let a 50 – 59 let.

Příjmový rozdíl mezi muži a ženami je v důchodovém systému nižší než v systému odměňování. Je to způsobeno zejména uplatňováním příjmové redistribuce a započítáváním náhradních dob pojištění.

Kromě solidarity osob ekonomicky aktivních s osobami, které ekonomicky aktivní nejsou, prostřednictvím náhradních dob pojištění, je dalším typem solidarity uvnitř jedné generace příjmová solidarita. Ta vede k vyšší míře náhrady předdůchodových příjmů u osob s dlouhodobě nízkými příjmy s tím, že se zvyšujícími se příjmy míra náhrady klesá. Uplatnění principů solidarity v základním důchodovém pojištění umožňuje zabránit sociálnímu vyloučení některých skupin obyvatel a jejich ohrožení chudobou, naproti tomu může nadměrná solidarita působit jako demotivační faktor pro účast v základním důchodovém pojištění. Při zvažování míry ekvivalence v základním důchodovém pojištění, bude proto třeba zajistit, aby existoval přiměřený kompromis mezi mírou solidarity a motivací účastnit se pojištění.

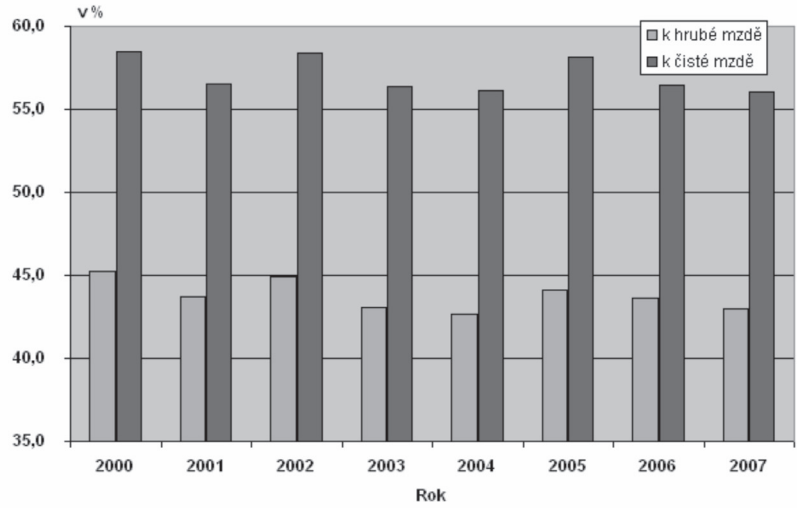
Graf 1. Relace nově přiznávaného důchodu k předdůchodové mzdě



Konstrukce výpočtu důchodu ze základního důchodového pojištění obsahuje řadu prvků, jejichž hodnota se každoročně mění, takže je ve výši přiznávaných důchodů zohledňován obecný mzdový vývoj. O změnách hodnoty těchto prvků rozhoduje vláda; přitom musí vycházet z údajů ČSÚ a ČSSZ, která jako hlavní nositel pojištění rozhoduje o nárocích na důchody. Důchody ze základního důchodového pojištění nejsou testovány majetkově ani příjmově s výjimkou předčasného starobního důchodu (v případě výdělečné činnosti vykonávané do dne dosažení věkové hranice pro nárok na starobní důchod výplata tohoto důchodu nenáleží s tím, že po ukončení této výdělečné činnosti se výše důchodu stanoví znovu s přihlédnutím k nově získané době pojištění). V případě souběhu vlastního důchodu pojištěnce (např. starobního) a pozůstalostního důchodu (např. vdovského) se výplata nižšího důchodu stanoveným způsobem krátí. Minimální výše důchodu je dána základní výměrou a minimální procentní výměrou. Dalším nástrojem, pokud jde o ochranu starších občanů (a nejen jich), je institut životního minima a existenčního minima, který existuje mimo základní důchodové pojištění. Je mj. kritériem pro poskytování dávek pomoci v hmotné nouzi (tedy i důchodcům s nízkým důchodem) a pro určení příjemců dávek státní sociální podpory a výše těchto dávek.

Dynamičnost českého základního důchodového pojištění a přiměřenost nově přiznávaných důchodů je dána, jak již bylo uvedeno, každoroční aktualizací skutečně dosažených příjmů, z nichž se vychází při výpočtu důchodu v závislosti na obecném mzdovém vývoji.

Graf 2. Relace průměrného nově přiznaného starobního důchodu a průměrné mzdy v %



Pokud jde o vyplácené důchody, je přiměřená úroveň zajišťována jejich pravidelnou valorizací. Základní pravidla pro valorizaci důchodů:

- vyplácené důchody se zvyšují pravidelně každý rok v lednu; odchylně se postupuje pouze při velmi nízké inflaci (zvýšení by činilo méně než 2%) a při vysoké inflaci (aspoň 10%); v dubnu 2008 schválil Parlament ČR návrh, který umožňuje, aby vláda mohla nařízením zvýšit důchody již při inflaci aspoň 5%, což zvýšilo význam tohoto opatření jako pojistky před prudkým poklesem úrovně důchodů při vysoké inflaci (poprvé byla tato možnost využita při zvýšení důchodů od srpna 2008),
- zvýšení důchodů se stanoví tak, aby u průměrného starobního důchodu činilo nejméně 100% růstu cen a dále též nejméně jednu třetinu růstu reálné mzdy,
- konkrétní zvýšení stanoví vláda nařízením, přičemž zvýšení může být vyšší, než je zákonem stanovené minimum,
- růst cen je při pravidelném zvýšení od ledna zjišťován v období dvanácti měsíců do července kalendářního roku předcházejícího zvýšení důchodů; pro zjišťování růstu reálných mezd je rozhodný kalendářní rok o dva roky předcházející rok zvýšení důchodů,
- o zvýšení důchodů rozhoduje vláda; přitom musí vycházet z údajů ČSÚ a ČSSZ.

Platná právní úprava umožňuje starobním důchodcům mít vedle důchodu i příjem z výdělečné činnosti, a to bez ohledu na výši tohoto příjmu.

Mezi opatření, která umožňují důchodcům udržet si přiměřenou životní úroveň, patří možnost zvyšovat si důchod výdělečnou činností po vzniku nároku bez pobírání důchodu, která má

v českém právním řádu dlouholetou tradici. Přestože se důchod za dobu výdělečné činnosti po vzniku nároku zvyšuje, není současná právní úprava v této věci stále ještě pojistně matematicky neutrální a tedy ani pro všechny příjmové skupiny pojištěnců motivační.

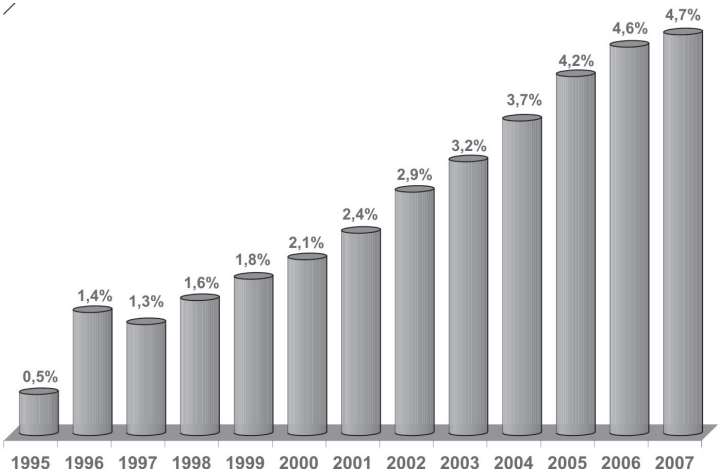
Základní důchodové pojištění se výrazně podílí na snižování chudoby starší generace. Je záměrem všechny jeho budoucí změny provádět tak, aby nedošlo k ohrožení solidarity a k nebezpečí sociálního vyloučení osob v důchodovém a předdůchodovém věku, naopak by měly směřovat k udržení současné nízké míry ohrožení starších osob chudobou.

3.1.2. Soukromé důchodové systémy (III. pilíř)

Stát poskytuje pobídky pro penzijní připojištění se státním příspěvkem realizované penzijními fondy a pro životní pojištění u komerčních pojišťoven. Popis soukromých důchodových systémů obsahuje „Národní strategická zpráva o přiměřených a udržitelných důchodech“ z roku 2005. V období od uvedené zprávy nedošlo v této oblasti k zásadním změnám.

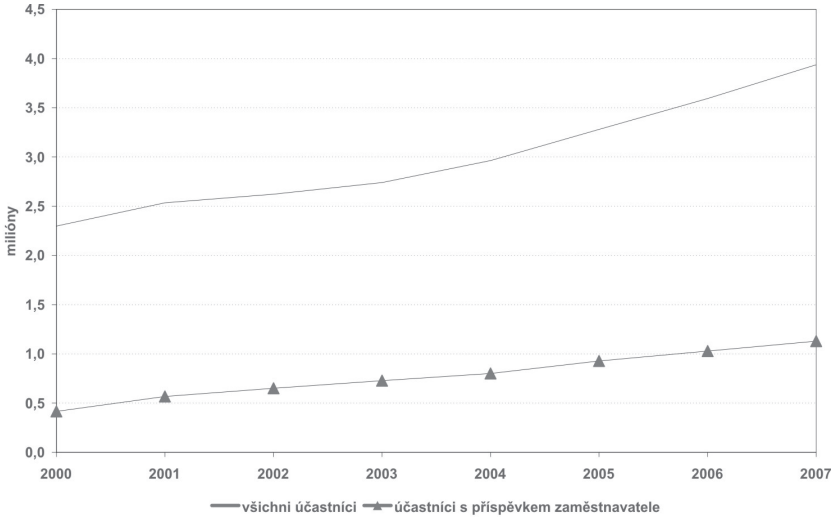
Na trhu penzijního připojištění se státním příspěvkem působí v současnosti 10 penzijních fondů, což činí tento trh přehledným. Celková aktiva penzijních fondů dosahovala ke konci roku 2007 výše 167 miliard Kč.

Graf 3. Aktiva penzijních fondů v % HDP



Jako produkt je penzijní připojištění se státním příspěvkem snadno pochopitelné nejširším vrstvám občanů pro svoji jednoduchost. Umožňuje zapojení i nízkopříjmových a ekonomicky neaktivních vrstev obyvatel. V současné době jsou v tomto systému zapojeny 4 milióny účastníků.

Graf 4. Vývoj počtu účastníků a účastníků s příspěvkem zaměstnavatele



Průměrná výše příspěvku účastníka je nízká (v současné době dosahuje téměř 6 000 Kč ročně) a již od roku 1999 stagnuje na hodnotě 2% průměrné mzdy. Průměrný státní příspěvek činí cca 100 Kč měsíčně. Zaměstnavatelé přispívají cca 23 % všech účastníků (průměrný příspěvek na účastníka převyšuje 500 Kč měsíčně). Účastníci starší 60 let tvoří 22% všech účastníků a věková skupina 40 až 59 let se podílí 45%. Míra pokrytí systémem penzijního připojištění jako procento obyvatel ve věku 15 - 64 let činí 46,5%. Vzhledem k tomu, že věk účastníka nemůže být nižší než 18 let, uvádí se rovněž tato míra pro věkovou skupinu 18 – 64 let, která činí 49%. Penzijní připojištění se státním příspěvkem je zatím využíváno více pro střednědobé spoření než jako doplňkový příjem ve stáří. Od založení systému tvoří jednorázová vyrovnání 71% všech dosud přiznaných dávek, odbytné 25% a starobní penze (z nichž převážná většina není doživotní) tvoří méně než 1% dávek.

Vedle penzijního připojištění se státním příspěvkem existuje jako součást třetího pilíře soukromé životní pojištění, které v současné době nabízí 17 pojišťoven. V roce 2007 dosáhlo předepsané pojistné u smluv vhodných na zabezpečení důchodu 28,2 miliard Kč v rámci 3,4 milionu pojistných smluv. Průměrné roční předepsané pojistné na jednu smlouvu činí 9 200 Kč. Zaměstnavatelé přispívají na 402 tisíce smluv svých zaměstnanců průměrnou roční částkou cca 6 200 Kč na jednu smlouvu. Pojistné produkty soukromého životního pojištění byly zvýhodněny daňovými úlevami, které po jejich zavedení přispěly k výraznému růstu životního pojištění.

V současné době se důchody ze soukromých důchodových systémů podílejí na příjmech důchodců zanedbatelnou měrou. Průměrná výše příspěvku účastníka na penzijní připojištění se státním příspěvkem a průměrná výše pojistného u soukromého životního pojištění stále ještě nedosahuje dostatečné výše k tomu, aby umožnila nashromáždit prostředky postačující na výplatu doživotní penze v „rozumné“ výši.

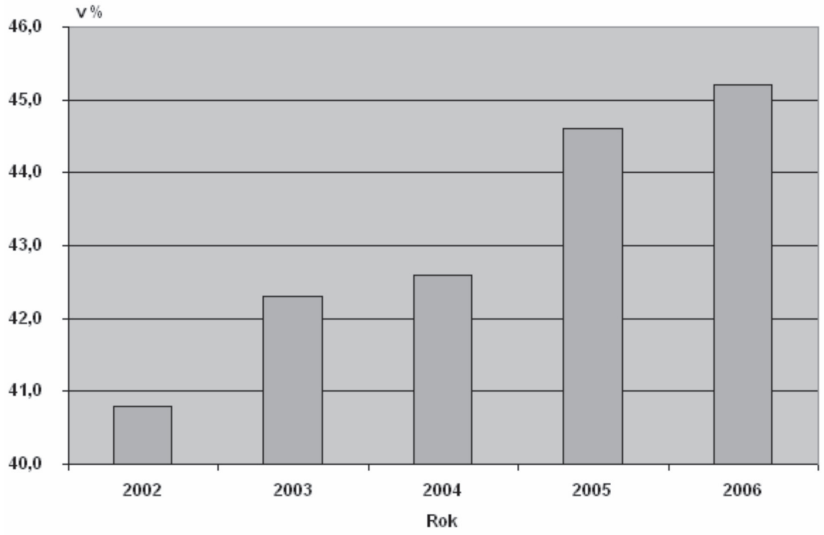
3.2 Finanční udržitelnost důchodového systému

Nezbytným předpokladem pro zabezpečení přiměřené výše důchodů na základě dohodnuté míry solidarity je finanční udržitelnost základního důchodového pojištění. Přitom musí být brány v úvahu i reálné možnosti získání příjmů ze soukromých důchodových systémů. Opatření by měla směřovat ke zvyšování míry zaměstnanosti obecně, a zejména pak k udržení starších osob na trhu práce, k rozvoji a většímu využití soukromých důchodových systémů zvýšeným zapojením občanů v těchto systémech, zejména pak ke zlepšení věkové struktury ekonomicky aktivních občanů a k posílení bezpečnosti těchto systémů. K dosažení dlouhodobé finanční udržitelnosti bude nutné realizovat další změny stávajícího důchodového systému a současně v oblasti veřejných financí přijímat opatření, která zabrání zvyšování vládního dluhu. Opatření v oblasti trhu práce a v důchodovém systému by měla vytvářet podněty pro vysokou zaměstnanost starších osob (55 až 64 let).

Prodlužování očekávané doby dožití musí být doprovázeno odpovídajícím prodloužením pracovního života. Zvýšení zaměstnanosti je přitom významným faktorem pro zlepšení finanční stability a udržitelnosti důchodového systému. Díky urychlení hospodářského růstu v posledních letech, který je doprovázen poklesem míry nezaměstnanosti (z 8,3% v roce 2004 na 7,1% v roce 2006 a na 5,3% v roce 2007 s tendencí dalšího poklesu), došlo ke zvýšení reálného věku odchodu z trhu práce o 0,4 roku (z 60 roků v roce 2004 na 60,4 roků v roce 2006). Nicméně jde stále o hodnoty, které jsou významně pod průměrem EU-27 (resp. EU-25).

V roce 2007 činila míra zaměstnanosti osob ve věku 55 až 64 let 46% (muži 59,6%, ženy 33,5 %), což je ve srovnání s rokem 2004 o 3,3 procentního bodu více (2,4 procentního bodu muži, 4,1 procentního bodu ženy). Lisabonský cíl stanoví dosáhnout do roku 2010 míry zaměstnanosti těchto osob na úrovni 50%. Na základě posledních trendů lze předpokládat, že této úrovně by ČR do roku 2010 mohla dosáhnout.

Graf 5. Vývoj zaměstnanosti starších osob (55 – 64 let)



Přes řadu provedených změn v základním důchodovém pojištění, které byly popsány v „Národní strategické zprávě o přiměřených a udržitelných důchodech“ z roku 2005, je nezbytně nutné pokračovat v posilování dlouhodobé finanční udržitelnosti přijímáním dalších reformních kroků. Další vývoj důchodové reformy je do značné míry determinován očekávaným demografickým vývojem v příštích přibližně padesáti letech. Podle aktuálních demografických prognóz bude tempo stárnutí v ČR jedno z nejrychlejších v Evropě. Za posledních 15 let se střední délka života prodloužila o 4 roky a předpokládá se, že tento pozitivní vývoj bude pokračovat, a že za každých dalších šest let se bude prodlužovat o 1 rok, takže v kombinaci s negativním trendem klesající porodnosti se bude zvyšovat i podíl starších osob na celkové populaci. V současné době činí podíl osob starších 60 let 20% celkové české populace, v roce 2020 se očekává, že každý čtvrtý občan bude starší 60 let a v roce 2050 bude podíl osob starších 60 let činit 36% celkové české populace. Pokud jde o podíl osob starší 65 let k osobám ve věku 15 až 64 let, činil 20% v roce 2005 a předpokládá se, že v roce 2050 bude činit 55%.

V červenci 2008 schválil Parlament ČR s účinností od 1. ledna 2010 parametrické změny, jejichž cílem je především stabilizovat základní důchodové pojištění.

3.3 Vývoj důchodové reformy v letech do roku 2008

Zákon o důchodovém pojištění schválený v roce 1995 zavedl taková zásadní opatření, jako je např. postupné zvyšování věkových hranic pro nárok na starobní důchod současně se sbližováním těchto věkových hranic pro muže a ženy a zohlednění obecného mzdového nárůstu při výpočtu důchodů. Přesto se však v relativně krátké době od účinnosti zákona začaly v základním důchodovém pojištění postupně projevovat některé nedostatky, které vyplývaly jak ze změn, které byly do původního návrhu prosazeny v rámci legislativního procesu, tak i z odlišného ekonomického, sociálního a demografického vývoje, než z kterého se vycházelo při přípravě zákona o důchodovém pojištění začátkem 90. let minulého století.

Na to bylo postupně reagováno řadou úprav, přičemž poslední významné změny byly přijaty s účinností od 1. ledna 2004, kdy došlo v rámci reformy veřejných rozpočtů k úpravám jak na straně příjmů systému (v zákoně o pojistném), tak i výdajů (v zákoně o důchodovém pojištění). Tyto úpravy byly popsány v „Národní strategické zprávě o přiměřených a udržitelných důchodech“ z roku 2005.

Jak bylo zmíněno již v „Národní strategické zprávě o přiměřených a udržitelných důchodech“ z roku 2005, vznikl v březnu 2004 na základě politické dohody Tým expertů pro přípravu důchodové reformy složený ze zástupců politických stran zastoupených v Poslanecké sněmovně Parlamentu, zástupce předsedy vlády, ministra práce a sociálních věcí a ministra financí. Úkolem Týmu expertů bylo připravit organizační zabezpečení procesu důchodové reformy.

Závěrečná zpráva o činnosti odborné pracovní skupiny z června 2005 obsahuje podrobnou analýzu přeložených návrhů a jejich porovnání (k dispozici v ČJ i AJ na webových stránkách MPSV). Závěrečná zpráva byla přijata pozitivně nejen širší odbornou veřejností, ale i na politické úrovni, a nedošlo k zpochybnění závěrů a výpočtů, které byly v Závěrečné zprávě uvedeny.

Od července 2005 pokračovala politická jednání, která vycházela ze shora uvedené Závěrečné zprávy a z dalších podkladů připravených MPSV a MF. Výsledkem pak byl návrh „Dohody politických stran o dalším pokračování důchodové reformy“ z prosince 2005.

Tento návrh obsahoval čtyři základní teze o dalších krocích v důchodové reformě:

— ponechat klíčovou roli v zajištění důchodových příjmů státnímu povinnému solidárnímu základnímu důchodovému pojištění,

— pokračovat v postupném zvyšování věkové hranice pro nárok na starobní důchod s cílovým stavem 65 let pro muže a ženy (do roku 2036),

— vytvořit finanční rezervy pro důchodovou reformu z přebytků pojistného na důchodové pojištění a z části privatizačních zdrojů a oddělit tyto prostředky od státního rozpočtu,

— podpořit další rozvoj doplňkových dobrovolných důchodových systémů tak, aby se na celkových důchodových příjmech důchodců zvýšil podíl příjmů z dobrovolného doplňkového pilíře.

Návrh politické dohody však nakonec podepsán nebyl.

Po volbách do Poslanecké sněmovny Parlamentu ČR v červnu 2006 a po ustavení nové vlády bylo v lednu 2007 přijato Programové prohlášení vlády, které obsahuje mj. i záměr provést důchodovou reformu ve třech etapách.

I. etapa důchodové reformy obsahuje soubor opatření, která navazují na závěry obsažené v Závěrečné zprávě a na návrh nepodepsané Dohody politických stran z prosince 2005. Jednotlivá opatření by měla přispět k lepší finanční udržitelnosti základního důchodového pojištění a k odstranění některých mikroekonomických neefektivností a k zajištění jeho lepší dlouhodobé stability.

V rámci II. etapy důchodové reformy by měly být v letech 2008 a 2009 řešeny otázky týkající se soukromých důchodů.

V rámci III. etapy důchodové reformy by měla být řešena diversifikace zdrojů pro příjmy ve stáří s možností přesměrovat malou část z povinných plateb pojistného na základní důchodové pojištění na základě dobrovolné volby pojištěnce do soukromého systému (zavedení možnosti opt – out).

Pokud jde o I. etapu důchodové reformy, schválil Parlament ČR příslušnou právní úpravu v červenci 2008. Před projednáním ve vládě byly navrhované změny diskutovány v Politické komisi pro důchodovou reformu, jejímiž členy jsou zástupci parlamentních politických stran. Návrhy byly rovněž projednány v Radě hospodářské a sociální dohody, která je složena ze zástupců vlády, zaměstnavatelů a odborů. Koncepční podklady a návrhy legislativních změn pro II. a III. etapu důchodové reformy by měly být zpracovány v průběhu let 2008 až 2009 se záměrem od roku 2010 důchodový systém ještě lépe připravit na budoucí výzvy.

3.3.1 Schválené změny v základním důchodovém pojištění

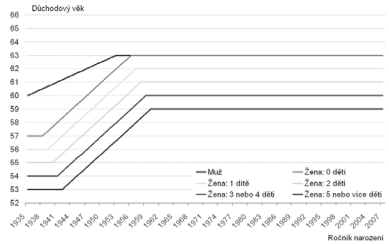
K nejvýznamnějším schváleným konkrétním opatřením v základním důchodovém pojištění (podrobněji Příloha 3.2) patří:

- Zrušení doby studia získané v období po 31. prosinci 2009 jako náhradní doby pojištění s výjimkou posuzování nároku na invalidní důchody.
- Sjednocení věkové hranice, ke které se zjišťuje tzv. dopočtená doba pro výši procentní výměry invalidního důchodu, pro muže a ženy.
- Plynulé pokračování v postupném zvyšování důchodového věku na 65 let u mužů a žen, které nevychovaly žádné dítě nebo jedno dítě a na 62 až 64 let u žen (podle počtu vychovaných dětí), pokud vychovaly aspoň dvě děti.
- Postupné prodloužení doby pojištění potřebné pro vznik nároku na starobní důchod z 25 roků na 35 roků včetně náhradních dob pojištění nebo na 30 roků bez náhradních dob pojištění. Tempo prodlužování – jeden rok za každý rok účinnosti zákona.
- Postupné omezení započtu náhradních dob pojištění i pro nárok na starobní důchod na 80% s výjimkou těchto dob z titulu osobní péče o dítě ve věku do 4 let, o osobu, která je závislá na péči jiné osoby a výkonu bývalé základní vojenské služby.

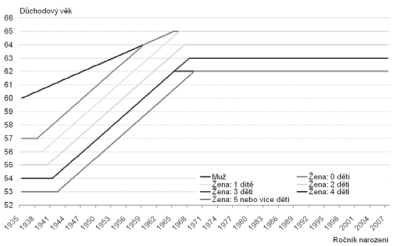
- Sjednocení dosavadní pevné věkové hranice pro „trvalý“ nárok žen na vdovský důchod (nyní 55 let) a mužů na vdovecký důchod (nyní 58 let) na věk o 4 roky nižší, než činí důchodový věk pro muže stejného data narození.
- Nové vymezení invalidity (zavedení třístupňové invalidity) s „trvalou“ ochranou výše dosavadních částečných invalidních důchodů v případě změny invalidity ze II. stupně invalidity na I. stupeň (dosud existují dva druhy invalidních důchod, a to plný invalidní důchod a částečný invalidní důchod a místo nich byl zaveden jeden invalidní důchod ve třech stupních).
- Změna plného invalidního důchodu na důchod starobní ve stejné výši při dosažení věku 65 let.
- Zvyšování procentní výměry starobního důchodu za dobu výdělečné činnosti po vzniku nároku na starobní důchod při souběžném pobírání tohoto důchodu v plné výši, a to o 0,4% výpočtového základu za každých 360 kalendářních dnů nebo při pobírání tohoto důchodu v poloviční výši, a to o 1,5% výpočtového základu za každých 180 kalendářních dnů.
- Zvýšení redukce procentní výměry při předčasném odchodu do starobního důchodu, a to od třetího roku.
- Zrušení podmínky pro nárok na výplatu starobního důchodu vedle příjmu z výdělečné činnosti, která spočívá ve sjednání pracovněprávního vztahu nejdéle na dobu jednoho roku.

Opatřeními navrhovanými v základním důchodovém pojištění budou realizovány v podstatě všechny záměry, se kterými se uvažovalo (a byly také uvedeny) v „Národní strategické zprávě o přiměřených a udržitelných důchodech“ z roku 2005 (část 3.2.4. Strategie pro vyřešení rozdílů ve financování). Soubor všech navrhovaných opatření by měl vést ve středním a dlouhém horizontu k postupnému snížení výdajů na základní důchodové pojištění o zhruba 1,2 % HDP (na konci roku 2050). Z hlediska ekonomických dopadů je přitom nejvýznamnější opatření spočívající v dalším pokračování zvyšování důchodového věku na 65 let pro muže, bezdětné ženy a ženy, které vychovaly jedno dítě a na 62 až 64 pro ostatní ženy.

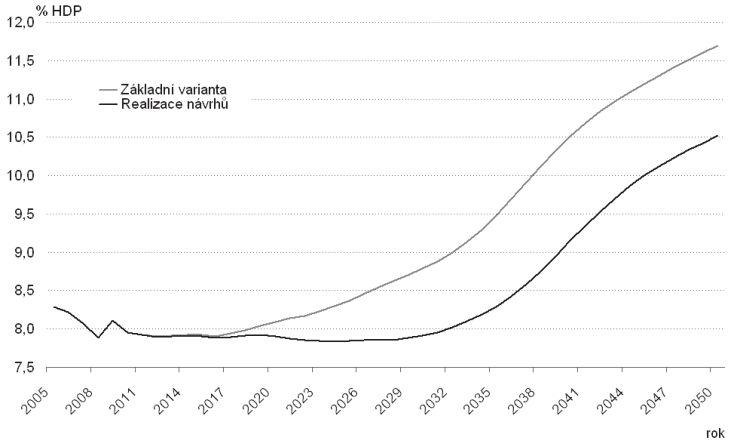
Graf 6. Zvyšování důchodového věku – právní stav do 31.12. 2009



Graf 7. Zvyšování důchodového věku – právní stav po 1.1. 2010

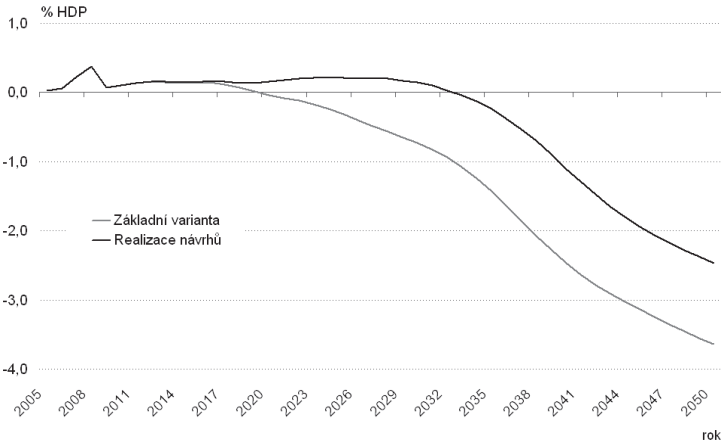


Graf 8. Vývoj výdajů systému základního důchodového pojištění v % HDP



Změny navrhované v rámci I. etapy důchodového reformy přispějí významným způsobem ke zlepšení finanční udržitelnosti systému základního důchodového pojištění. Dojde nejen k omezení budoucích výdajů v poměru k HDP, ale poměrně zásadně se oddálí okamžik, kdy výdaje k daném roce převýší příjmy z pojistného na důchodové pojištění, což vytváří prostor pro přípravu a realizaci případných dalších opatření. Přes zlepšení bilance bude podle projekcí vykazovat systém v roce 2050 deficit na úrovni zhruba 2,5% HDP, což ukazuje na potřebu dalších změn.

Graf 9. Vývoj salda systému základního důchodového pojištění v % HDP



3.3.2. Další pokračování důchodové reformy

V rámci pokračování důchodové reformy se budou dále řešit otázky týkající se soukromých důchodů. Na úseku penzijního připojištění se státním příspěvkem a soukromého životního pojištění je záměrem připravit a realizovat zejména:

- oddělení majetku akcionářů a klientů (u penzijního připojištění), zavedení možnosti poskytovat různě zaměřené penzijní plány (u penzijního připojištění),
- zvýšení motivace k vyšším příspěvkům,
- zvýšení participace zaměstnavatelů,
- podpora čerpání doživotních penzí z penzijního připojištění a soukromého životního pojištění.

Příprava těchto opatření, která by měla učinit systém bezpečnějším, výnosnějším a měla by zvýšit motivaci k účasti v něm, je v gesci MF. Dne 27. června 2008 projednala vláda materiál týkající se této problematiky. Záměrem gestora (MF) a spolugestora (MPSV) je zpracovat zcela nový zákon o penzijním připojištění, a to namísto původního záměru, tj. „pouze“ novelizovat stávající zákon.

Dále je záměrem řešit diversifikaci zdrojů pro příjmy ve stáří s možností přesměrovat malou část z povinných plateb pojistného na základní důchodové pojištění na základě dobrovolné volby pojištěnce do soukromého systému (zavedení možnosti opt – out). Pojištěnci by měli možnost volby, zda jejich důchod bude plynout pouze ze státního základního důchodového pojištění nebo částečně i z nového spořícího pilíře důchodového systému. Pojištěnci by si tedy nevolili, zda budou či nebudou platit příspěvky na důchodové zajištění ve stáří, ale pouze jaké budou zdroje financování jejich budoucích důchodů.

Výchozím podkladem pro další práce jsou příslušné pasáže Závěrečné zprávy Výkonného týmu pro přípravu podkladů pro rozhodnutí o důchodové reformě v ČR (tzv. „Bezděkova komise“), které obsahují analýzy návrhů reforem předložených politickými stranami zastoupenými v Poslanecké sněmovně Parlamentu včetně zavedení „možnosti opt - out“ (viz „Národní strategická zpráva o přiměřených a udržitelných důchodech“ z roku 2005). Dalšími podklady jsou materiály MPSV připravené již v dřívější době. Prvním krokem by mělo být předložení

koncepčního materiálu k projednání vládě. Na základě rozhodnutí vlády bude záviset další postup, pokud jde o vypracování návrhu věcného řešení a návrhu vlastní právní úpravy.

3.4 Vztah důchodového pojištění k měnícím se podmínkám, k trhu práce a různým modelům zaměstnání (výdělečné činnosti)

Cílem modernizace českého základního důchodového pojištění je jeho schopnost lépe reagovat na měnící se potřeby společnosti a jednotlivců, přizpůsobování různým formám zaměstnání a požadavkům územní mobility, plné respektování principu rovného zacházení s muži a ženami, transparentnost a důvěryhodnost pro občany. V souvislosti s modernizací je záměrem zajistit průběžnou a co nejúplnější informovanost občanů o jejich nárocích ze základního důchodového pojištění.

3.4.1 Vliv měnících se vnějších podmínek na základní důchodové pojištění

Současné základní důchodové pojištění je na rozdíl od stavu před rokem 1996 dynamické, protože reaguje na okolní vývoj. Reakcí na prodlužující se dobu dožití je návrh na plynulé pokračování v postupném zvyšování zákonné věkové hranice pro nárok na starobní důchod, které bylo zahájeno od roku 1996 a probíhá nepřetržitě dosud. Rovněž období, ze kterého se zjišťují příjmy pro výpočet důchodů, se od roku 1996 postupně prodlužuje z původně desetiletého období (s možností výběru pěti výdělkově nejlepších roků) na cílově třicetileté období v roce 2016. Tím důchodový systém více (objektivněji) zohledňuje ekonomickou aktivitu občanů. Hodnoty některých prvků konstrukce výpočtu důchodu se každoročně mění v závislosti na obecném mzdovém vývoji. Valorizace důchodů musí podle zákona minimálně zohlednit plně růst cen a z jedné třetiny růst průměrné reálné mzdy. Reakcí na zrychlený růst inflace koncem roku 2007 bylo přijato opatření, které umožňuje valorizovat důchody v mimořádném termínu již při růstu inflace o 5%, zatímco dosud byla tato hranice na úrovni 10%. K první valorizaci důchodů podle tohoto pravidla došlo od srpna 2008. Tím bylo odstraněno nebezpečí prudkého poklesu úrovně důchodů při výkyvech v růstu inflace, a to i do budoucna.

3.4.2 Mobilita a pokrytí osob důchodovým pojištěním

Univerzální, jednotné a povinné české základní důchodové pojištění není překážkou mobility osob a pokrývá všechny ekonomicky aktivní osoby, včetně osob měnících relativně často zaměstnání a osob výdělečně činných na částečný úvazek, pokud vykonávají výdělečnou činnost aspoň v minimálním rozsahu. Základní důchodové pojištění není překážkou ani pro samostatnou výdělečnou činnost. Výši důchodu může ovlivnit skutečnost, což však platí obecně, že pojištěnec nebyl v období, z něhož se zjišťují příjmy pro výpočet důchodu, nepřetržitě výdělečně činný a neměl tedy po tuto dobu ani žádný příjem. Toto nebezpečí však snižuje institut vyloučených dob. Jsou to doby spadající do rozhodného období, z něhož se zjišťují příjmy pro výpočet důchodu, ve kterých nemá pojištěnec příjem z kvalifikovaných důchodů (zejména péče o dítě, péče o zdravotně postiženou osobu, doba „evidované“ nezaměstnanosti).

Pokud jde o soukromé důchodové systémy, ani jejich právní úprava není překážkou mobility pracovních sil.

3.4.3 Rovnost mezi muži a ženami

Základní oblastí, kde je třeba prosazovat princip rovnosti žen a mužů, je trh práce, protože důchodové dávky jsou odvozovány od výše předchozích příjmů. Mezi opatření, která významně snižují rozdíl mezi muži a ženami, je postupné snižování diferenciace věkové hranice pro nárok na starobní důchod mužů a žen. Pokud jde o základní důchodové pojištění, princip rovného zacházení mezi muži a ženami prosazován je.

Dosavadní rozdílné věkové hranice mužů a žen pro nárok na starobní důchod jsou považovány za dočasnou výjimku z principu rovného zacházení, kterou umožňuje Směrnice Rady z 19.

prosince 1978 (79/7EEC), o postupném zavedení zásady rovného zacházení pro muže a ženy v otázkách sociálního zabezpečení. V rámci I. etapy důchodové reformy bylo schváleno opatření znamenající neukončit proces zvyšování těchto věkových hranic v roce 2016, resp. v roce 2019, jak to předpokládá současná právní úprava, ale naopak i nadále plynule pokračovat v postupném zvyšování rozdílných věkových hranic, a to výrazněji u žen. Přesto bude nutné v budoucnu znovu přehodnotit tuto otázku a s největší pravděpodobností pokračovat v diferencovaném zvyšování věkových hranic, a to výrazněji u žen s cílem sjednocení těchto hranic pro muže i ženy.

V roce 1996 byly v podstatě sjednoceny podmínky nároku i na pozůstalostní důchody mužů a žen a způsob stanovení jejich výše. V současné době právní úprava ještě obsahuje rozdílný věk, ve kterém pozůstalému vznikne trvalý nárok na pozůstalostní důchod. Toto rozdílné zacházení bude odstraněno opatřením schváleným v rámci I. etapy důchodové reformy.

Od roku 1996 bylo sblíženo postavení mužů a žen, i pokud jde o otázku hodnocení doby péče o dítě ve věku do 4 let. Od uvedeného roku se tato doba začala hodnotit pro účely základního důchodového pojištění i mužům, pokud o dítě skutečně pečují (stejnou dobu péče o jedno dítě ovšem nelze hodnotit současně muži i ženě). Rozdílné postavení mužů a žen však spočívalo v tom, že zatímco žena prokazovala dobu péče o dítě pouze čestným prohlášením až v souvislosti s důchodovým řízením, muž musel podat zvláštní přihlášku k účasti na pojištění z důvodu péče o dítě, a to nejpozději do dvou let od skončení této péče. Jinak nemohl být z důvodu péče o dítě účasten důchodového pojištění. O době a rozsahu péče muže o dítě pak ještě navíc rozhodovala příslušná okresní správa sociálního zabezpečení. Toto nerovné postavení mužů a žen bylo odstraněno v roce 2007. Změna právní úpravy v důsledku nálezu Ústavního soudu ČR v této věci z roku 2006 spočívá v tom, že se doba péče o dítě u všech pojištěnců (mužů i žen) prokazuje stejným způsobem, a to čestným prohlášením podávaným spolu se žádostí o důchod (přitom platí zásada, že stejná doba péče o totéž dítě může být započtena pouze jednomu pojištěnci).

3.4.5 Modernizace nositele pojištění

Nositelem pojištění pro „civilní sféru“ je ČSSZ, která vznikla v roce 1990 sloučením nositelů důchodového pojištění a nemocenského pojištění. Je samostatnou organizační složkou státu podřízenou MPSV. Hlavní působností ČSSZ je provádění důchodového a nemocenského pojištění, provádění lékařské posudkové služby, výběr pojistného a plnění úkolů vyplývajících z mezinárodních smluv a práva ES. Přes některé problémy související s financováním provozních a personálních výdajů se průběžně usiluje o celkové zvýšení technické vybavenosti ČSSZ s cílem vytvořit moderní instituci s vysokou úrovní kontaktu s pojištěnci. Od roku 2005 předkládají zaměstnavatelé pravidelně každoročně nositeli pojištění evidenční listy důchodového pojištění svých zaměstnanců, ve kterých jsou uváděny údaje potřebné pro posouzení nároků z důchodového pojištění.

Od 1. července 2005 byl vytvořen registr pojištěnců, jehož údaje jsou průběžně aktualizovány a doplňovány. Tím byly vytvořeny i podmínky pro pravidelnou informovanost pojištěnců o údajích evidovaných v souvislosti s jejich účastí na důchodovém (a nemocenském) pojištění. V průběhu roku 2006 bylo zahájeno bezplatné podávání písemných informací o těchto údajích na základě žádosti pojištěnců (tzv. individuální konta pojištěnců). ČSSZ umožňuje přijímat elektronická podání prostřednictvím sítě Internet přes Portál veřejné správy nebo na paměťovém médiu. Klienti ČSSZ mohou využít několik druhů elektronických podání. Mohou elektronicky podávat evidenční listy důchodového pojištění, přihlášky a odhlášky zaměstnanců k nemocenskému pojištění a Přehled o příjmech a výdajích osob samostatně výdělečně činných.

Část 4 – Národní strategie zdravotní a dlouhodobé péče

4.1 Klíčové problémy a prioritní cíle týkající se zdravotní a dlouhodobé péče

Základní trend budoucích změn ve **věkovém složení obyvatelstva** ČR je z prognóz dobře patrný. Budoucí vývoj bude podle ČSÚ pravděpodobně spočívat v pokračujícím poklesu počtu i podílu dětí v populaci, budou se však snižovat také počty a zastoupení osob ve věku 15 - 64 let. Největší změny pak nastanou u věkové kategorie 65+, neboť tohoto věku se budou postupně dožívat silnější ročníky narozené po roce 1940. V rámci seniorské věkové skupiny pak budou nejrychleji přibývat lidé nejstarší, nad 80 let. Lidé starší 65 let tvoří v dnešní době necelých 15 % všech obyvatel, v roce 2020 to bude pravděpodobně pětina a do roku 2050 se podle střední varianty projekce podíl přiblíží až k jedné třetině.

Vývoj v ČR s ohledem na demografický vývoj potvrzuje potřebu reformy systému zdravotnictví se zvýšenou pozorností na péči dlouhodobou tak, jak vyplynulo ze Společné zprávy o sociální ochraně a sociálním začleňování na rok 2007[26].

ČR pokračuje v řešení témat, která si vytyčila v Národní strategii zdravotní a dlouhodobé péče na období 2006-2008[27]. **Strategické cíle** řešené v ČR v oblasti zdravotních služeb (rezort zdravotnictví) a dlouhodobých služeb (rezort zdravotnictví a práce a sociálních věcí) vycházejí i nadále z nedostatků systémů zdravotních a sociálních služeb a z cílů a opatření formulovaných ve strategických dokumentech.

Za hlavní témata v oblasti zdravotních a dlouhodobých služeb nadále považujeme:

1) zlepšování zdravotního stavu obyvatel,

2) udržitelný kvalitní a dostupný systém zdravotních služeb,

3) integraci sociálních a zdravotních služeb,

4) komunitní přístup k těmto službám.

V rezortu zdravotnictví byla po parlamentních volbách konaných v roce 2006 zahájena reforma zdravotnictví. Základními cíly reformy je, že si každý občan bude moci zvolit zdravotní služby podle svých přání potřeb a každému bude garantována odpovídající kvalita zdravotních služeb s nejkratší možnou čekací dobou. Vzhledem k tomu, že dlouhodobé zdravotní služby jsou jednou z forem zdravotních služeb, platí stejné základní principy pro zdravotní i dlouhodobé zdravotní služby.

Základní **problémy** zdravotnictví

- rozličná dostupnost a kvalita zdravotních služeb v jednotlivých regionech ČR liší,
- až 20% prostředků určených pro zajištění zdravotních služeb není využito z důvodu nekontrolovatelného plýtvání,
- právní předpisy neupravují dostatečně práva pacientů, která by byla vymahatelná,
- není možnost připlatit si za nadstandardní zdravotní služby,
- lékaři ani zdravotní pojišťovny nejsou motivováni k úspěšné léčbě pacientů,
- dnešní systém nepamatuje na zvýšené potřeby chronicky nemocných a znevýhodňuje je.

[26] Rada EU (66694/07): Joint Report on Social Protection and Social Inclusion 2007.
[27] Národní zpráva zdravotní a dlouhodobé péče jako součást Národní zprávy o strategiích sociální ochrany a sociálního začleňování na léta 2006 až 2008 schválené Usnesením vlády ČR č. 1028 ze dne 30. srpna 2006.

Tyto nedostatky by měly napomoci vyřešit nově připravované právní předpisy, které by v tomto roce měly být projednávány v komorách Parlamentu ČR.

Jako opatření na zlepšení koordinace zdravotní péče a dalších služeb, posílení interakce mezi politikami na národní, regionální i místní úrovni zmíněné ve Společné zprávě 2007[1], může ČR uvést příklad z centrální úrovně meziresortní spolupráce - uspořádání tzv. Kulatého stolu (viz Příklad 1 v Příloze 4.2).

Dalším příkladem naplňování Společné zprávy 2007[26] v oblasti rozvoje dlouhodobé péče v domácím prostředí s podporou neformálních pečujících je rozvoj domácí hospicové péče v ČR (viz Příklad 2 v Příloze 4.2).

4.2 Zdravotní péče

4.2.1 Pokrok ve vztahu k národním strategickým zprávám 2006 – 2008 a problémy vyjmenované ve Společné zprávě z roku 2007

Současný systém zdravotní péče v ČR byl popsán ve zprávě předchozí[27]. Podle shodné legislativy přetrvává dělení forem péče, definice jednotlivých druhů péče a zdravotnických zařízení. Od počátku roku 2008 jsou zavedeny regulační poplatky (více viz kapitola 4.2.2) Nové právní předpisy by měly pokračovat ve stanovených trendech k dostupné, kvalitní a udržitelné péči.

Od 1. 1. 2007 vešel v účinnost zákon o sociálních službách, který spolu s novelizovanými právními předpisy, jež souvisejí s veřejným zdravotním pojištěním, nově upravuje možnost v zařízeních sociálních služeb poskytovat a hradit tzv. zvláštní ambulantní péči a naopak ve zdravotnických zařízeních poskytovat sociální služby.

V rámci reformy zdravotnictví probíhá diskuse o alternativních způsobech financování dlouhodobých služeb, které jsou na rozhraní služeb zdravotních a sociálních. Pokud hospitalizace osoby trvá určitou stanovenou dobu a je zřejmé, že její trvání bude pokračovat, a již převažuje poskytování sociálních služeb nad službami zdravotními, začíná se na úhradě sociálních služeb ve zdravotnických zařízeních podílet pacient, stejně jako si sociální služby hradí v zařízení sociálních služeb. Uspořené prostředky z veřejného zdravotního pojištění mají být hospodárněji využívány.

Dnešní právní předpisy neobsahují přesnou definici zdravotní péče (zdravotních služeb), a proto orgány veřejné správy na úseku zdravotnictví neustále řeší otázky, zda činnost některého subjektu je nebo není zdravotními službami, tedy zda daný subjekt má mít oprávnění k poskytování zdravotních služeb. Základní definice zdravotních služeb jako zcela nového pojmu ve vztahu k dosavadním právním předpisům, podmínky pro jejich poskytování, práva a povinnosti subjektů poskytujících zdravotní služby, práva a povinnosti pacientů (příjemců zdravotních služeb), jejichž postavení se v procesu poskytování zdravotních služeb významně zlepšuje, práva a povinnosti poskytovatelů zdravotních služeb a zdravotnických pracovníků, jsou obsahem připravovaného zákona o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Důraz bude kladen na bezpečí pacientů a jejich individuální potřeby.

Podmínky poskytování zdravotních služeb budou zákonem stanoveny jednotně pro všechny poskytovatele těchto služeb. Tím budou vytvořeny předpoklady pro rovný přístup fyzických a právnických osob k poskytování zdravotních služeb.

Práva pacientů budou v připravovaných zákonech vymezena mnohem šířeji a konkrétněji než v dosavadních právních předpisech. Pacient bude při poskytování zdravotních služeb rovnocenným partnerem poskytovatele a zdravotnických pracovníků s právem vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytovanými zdravotními službami, a to na základě řádně sdělené

informace a poučení o poskytovaných zdravotních službách. Práva pacientů budou řešena zejména v souladu s principy Úmluvy o lidských právech a biomedicíně a dalšími principy zohledňovanými ve státech EU.

Připravovanou právní úpravou se rovněž sleduje dosažení úrovně poskytování zdravotních služeb s úrovní srovnatelnou v tradičních ekonomicky vyspělejších zemích Evropské unie.

Ve strategii k přilákání a udržení pracovníků vycházíme plně z dodržování zásad volného pohybu pracovníků, svobody poskytování služeb a svobody usazování.

Ke zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva a tím ke snížení růstu výdajů na zdravotnictví přispívají preventivní screeningové programy vybraných nádorových onemocnění, které jsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění. Národní onkologický program ČR byl zpracován na základě podmínek a potřeb ČR a v souladu se závěry Světové zdravotnické organizace (WHO) přijatých ke kontrole nádorových onemocnění. Cíle Národního onkologického programu ČR směřují ke snižování výskytu nádorových onemocnění a úmrtnosti na ně, ke zlepšování kvality života onkologicky nemocných a k racionalizaci nákladů na diagnostiku a léčbu nádorových onemocnění v ČR. V ČR je kladen důraz na prevenci, centralizaci péče, dostupnost a kvalitu poskytované péče.

Dokladem podpory prevence onkologických onemocnění jsou preventivní programy: Součástí pravidelných preventivních prohlídek hrazených z veřejného zdravotního pojištění a prováděných praktickými lékaři je i onkologické vyšetření. V ČR existují 3 screeningové programy: plně funkční mammární screening a screening rakoviny děložního čípku, screening kolorektálního karcinomu je před zavedením. Máme program včasné diagnostiky karcinomu prostaty, ale screening karcinomu prostaty není zatím zaveden.

Byla vytvořena tzv. Síť komplexních onkologických center ČR. Onkologická péče je koncentrována do center, která garantují komplexní péči ve všech stadiích onemocnění. Je tak zajištěna vysoce odborná, kvalitní, dostupná péče a zároveň jsou efektivně využívány finanční prostředky. V ČR již řadu let velmi dobře funguje celoplošný systém získávání dat o výskytu nádorových onemocnění Národní onkologický registr. Poskytuje souhrnné údaje pro statistické přehledy, epidemiologické studie a zdravotnický výzkum.

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

Struktura sítě zdravotnických zařízení se v posledních letech výrazněji nemění, větší problémy s dostupností zdravotní péče jsou pouze lokální. V počtu lůžkových zařízení dochází k postupným změnám: uzavírají se některá akutní lůžková oddělení menších zdravotnických zařízení a pokračují v činnosti jen jako odborné, úzce specializované léčebné ústavy nebo se transformují do podoby zařízení poskytujících tzv. následnou péči. Pokud jsou akutní lůžková oddělení uzavírána, je to z důvodu nedostatečného personálního zabezpečení poskytovaných zdravotních služeb a nízkého počtu prováděných zdravotních výkonů. Při nedostatečném provádění zdravotních výkonů dochází ke snížení erudice zdravotnického personálu a tím ke snížení kvality poskytovaných zdravotních služeb.

V souladu se zahraničními trendy jsou rozvíjeny jednodenní zdravotní služby. K zavádění této formy zdravotních služeb vede nejenom potřeba zefektivnění poskytovaných zdravotních služeb, ale současně i potřeba v maximální míře pacientovi umožnit pobyt v jeho sociálním prostředí. Jedná se zejména o provádění některých nezávažných chirurgických zásahů, dlouhodobé podávání některých léků, které lze podat pouze pod dohledem lékaře, soustavné vedení pacienta v rámci psychoterapie při zachování sociálního kontaktu k rodině apod.

Pacient má ze zákona právo na výběr zdravotní pojišťovny, lékaře, zdravotnického zařízení a dopravní služby.

Přístup ke zdravotním službám v ČR se odvíjí od účasti v systému veřejného zdravotního pojištění. Pojištěna v tomto systému je každá osoba, která má na území ČR trvalý pobyt nebo je zaměstnancem zaměstnavatele, který má sídlo nebo trvalý pobyt na území ČR. Přístup do systému veřejného zdravotního pojištění a ke zdravotním službám mají také další osoby, jež

jsou kryty nařízením Rady EHS 1408/71 nebo dvoustrannými smlouvami o sociálním zabezpečení zahrnujícími problematiku zdravotního pojištění. S ohledem na to, že každý občan ČR má na jejím území trvalý pobyt a trvalý pobyt zde má cca 1/2 -2/3 cizinců, nebo jsou zde cizinci zaměstnáni, usuzujeme, že převažující část populace má zajištěn přístup ke zdravotním službám. Nicméně, zdravotní pojištění dětí cizinců z třetích zemí, kteří nemají na území trvalý pobyt[28] je považováno za problematické a stejně tak finanční dosažitelnost soukromého zdravotního pojištění pro cizince-podnikatele a rodinné příslušníky cizinců, kteří nejsou zaměstnání. Každý pojištěnec, který je účasten veřejného zdravotního pojištění, má bez rozdílu nárok na stejný rozsah zdravotních služeb. Obecně lze shrnout, že s výjimkou některých skupin cizinců jsou zdravotní služby jsou bez obtíží přístupné a jejich rozsah je široký.

V současné době není zavedena spoluúčast, existují však určité výjimky, pokud jde o protetiku, některé stomatologické zákroky a doplatky na léky. Vzhledem k dosavadnímu snadnému přístupu a bezplatnosti zdravotních služeb docházelo k jejich nadužívání. K 1.1.2008 byly proto zavedeny tzv. regulační poplatky. S jistým zjednodušením lze říci, že tyto regulační poplatky se platí ve výši 30 Kč za návštěvu u lékaře, při které je provedeno klinické vyšetření, za pohotovostní službu ve výši 90 Kč, za den pobytu v nemocnici ve výši 60 Kč a ve výši 30 Kč za vydání každého, ze zdravotního pojištění plně nebo částečně hrazeného, léčivého přípravku nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely, předepsaného na receptu, bez ohledu na počet balení. Zákonem jsou stanoveny osobní a věcné výjimky z povinnosti hradit regulační poplatky. Současně se zavedením regulačních poplatků byl zaveden roční finanční limit ve výši 5 000 Kč, který zahrnuje regulační poplatky ve výši 30 Kč a započitatelné doplatky na léčiva. Tím byl zohledněn dopad na sociálně slabé skupiny obyvatelstva. Žádné regulační poplatky neplatí například osoby pobírající dávky pomoci v hmotné nouzi

Mimo zajištění přístupnosti všech zdravotnických zařízení osobám s omezenou schopností pohybu a orientace, bude také kladen důraz na vzdělávání v oblasti komunikačních dovedností zdravotnických pracovníků v oblasti komunikace se zdravotně postiženými, tak aby byli schopni adekvátně reagovat na jejich potřeby a přání, čímž se naplňuje opatření uvedené v předchozí Zprávě.

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

Od roku 1998 v ČR zajišťuje externí hodnocení kvality zdravotních služeb 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 tři nemocnice v ČR získaly akreditaci Joint Commission International (JCI), z nichž jedna již získala reakreditaci a druhá prochází přípravným procesem na její získání

Národní systém hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb jako státem garantované a regulované veřejné služby, na rozdíl od praxe řady států EU, v ČR dosud neexistuje. Vypracování tohoto systému je nutným předpokladem zajištění rutinního hodnocení výsledků kvality zdravotních služeb a hladkého fungování evropské koordinace v oblasti zdravotnictví.

Kvalita a bezpečnost zdravotních služeb byla zařazena jako jedna z priorit do reformy zdravotnictví. Důraz je kladen na:

- vytvoření systému hodnocení kvality a bezpečnosti zdravotních služeb – legislativní zakotvení
- informovanost pacientů
- vyhodnocování a zveřejňování výkonnosti zdravotních služeb
- měření spokojenosti pacientů
- standardizaci zdravotních služeb
- tvorbu ukazatelů výkonnosti a kvality zdravotních služeb

[28] Trvalý pobyt na území ČR mohou cizinci obecně získat až po 5 letech legálního pobytu v ČR.

V souvislosti s reformou zdravotnictví je akcentována otázka bezpečí pacientů při poskytování zdravotních služeb. Vedení ministerstva zdravotnictví (dále jen MZ) proto zařadilo jako prioritu medializaci problematiky a poskytnutí srozumitelných informací laické i odborné veřejnosti. V této souvislosti byl počátkem června 2008 spuštěn **Informační portál bezpečí a kvality zdravotních služeb** (http://portalkvality.mzcr.cz), který shromažďuje veškeré dostupné informace z oblasti kvality zdravotních služeb a bezpečí pacientů, a to formou srozumitelnou nejen pro odborníky, ale i pro laickou veřejnost.

Součástí Informačního portálu bezpečí a kvality zdravotních služeb je **„Kniha bezpečí“** (http://knihabezpeci.mzcr.cz). Cílem je usnadnit a zlepšit orientaci všech zúčastněných v systému zdravotní péče a zvýšit bezpečí pacientů při poskytování zdravotních služeb. Výchozí premisou byl fakt, že jen dobře informovaný pacient může být dobrým partnerem pro vstřícné a ke komunikaci otevřené zdravotníky. Kniha bezpečí přehlednou formou shrnuje všechny aktuální poznatky v oblasti bezpečí pacienta, včetně uvedení dobrých rad pro pacienty.

Připravovaný zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování upraví systém hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb, jako dobrovolný proces. Bude zaveden proces dle principů, podmínek a standardů Mezinárodní společnosti pro kvalitu. Hodnocení bude provádět jakákoli právnická osoba pověřená k této činnosti MZ pokud splní příslušné podmínky uvedené v příslušném zákoně. Zákon zakotví komplexní požadavky pro řízení, hodnocení a trvalé zlepšování kvality a bezpečnosti poskytovaných zdravotních služeb.

Bude kladen důraz na bezpečí pacientů. Povinností poskytovatelů zdravotních služeb bude vydat vnitřní předpisy, které upraví základní pravidla a postupy pro rizikové činnosti (zacházení se zdravotnickou dokumentací, nakládání s léčivými prostředky, identifikace osob, atd.), minimální obsah těchto předpisů stanoví MZ prováděcím předpisem.

Již v současné době je díky právním předpisům posilována role pacienta v procesu poskytování zdravotních služeb. Pacient se stává v rámci celého procesu aktivním účastníkem a jeho role bude i v rámci nově připravovaných zákonů nadále posilována. Pacient bude mít právo na informace o kvalitě poskytovaných zdravotních služeb.

V rámci projektu e-Health je vytvářen 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.

MZ ve spolupráci s českými nemocnicemi zapojenými do Mezinárodní sítě nemocnic podporujících zdraví připravuje od září 2007 podklady a podmínky pro vytvoření Národní sítě nemocnic podporujících zdraví a to dle nově přijatých stanov WHO. Tato národní síť by měla zajišťovat mezinárodní spolupráci a možnost zapojení českých nemocnic do mezinárodních projektů - v současné době je připravována spolupráce s Německou sítí nemocnic bez kouření, která má zájem o spolupráci s českými nemocnicemi. Od června 2008 je spuštěn Informační portál kvality a bezpečnosti zdravotních služeb MZ, který obsahuje i samostatnou stránku s názvem Nemocnice podporující zdraví. Jsou zde uveřejňovány veškeré informace, aktuální materiály a aktivity týkající se tohoto programu. V květnu 2008 byla na Mezinárodní konferenci Nemocnice podporující zdraví domluvena spolupráce s irskou sítí s cílem spolupracovat na začlenění standardů nemocnice podporující zdraví do Národního akreditačního programu.

V květnu 2008 byl poradou vedení MZ schválen Statut a jednací řád Odborného fóra pro tvorbu standardů zdravotních služeb. Odborné fórum je konstituováno jako poradní orgán MZ, zdravotních pojišťoven a profesních sdružení poskytovatelů zdravotních služeb. Na úrovni Odborného fóra se bude projednávat dlouho neřešená problematika tvorby léčebných standardů. Cílem je zvýšit kvalitu, bezpečnost a efektivitu poskytovaných zdravotních služeb. Vypracované a schválené standardy budou využívat nejen zdravotní pojišťovny a MZ, ale i státní správa v širším měřítku, zdravotnická veřejnost a poskytovatelé zdravotních služeb.

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

Současná vláda považuje za jednu ze svých priorit ekonomickou stabilizaci, modernizaci a další rozvoj systému zdravotního zabezpečení občanů založeného zejména na veřejném zdravotním pojištění. Cílem je zajistit dostupné a kvalitní zdravotní služby pro občany na principu skutečné solidarity v rámci mantinelů ústavního nároku na bezplatnou zdravotní péči, možností veřejného zdravotního pojištění a ekonomické úrovně země. Za tímto účelem probíhá veřejná diskuse o transformaci českého zdravotnictví a vznikla expertní komise řízená nezávislým koordinátorem, která připravuje strategický plán zásadní transformace českého zdravotnictví a přispívá k dosažení politického konsensu při jeho prosazení.

Přehled o celkových výdajích na zdravotnictví a nákladech zdravotních pojišťoven na úhradu zdravotních služeb je uveden v příloze 4.1.

V rámci stabilizace veřejných rozpočtů uskutečnila vláda první krok k reformě zdravotnictví, kterým bylo zavedení regulačních poplatků. Vláda tak podporuje motivaci občanů k zodpovědnému využívání zdravotních služeb. Zdravotnická zařízení, lékaři a lékárníci vybrali na regulačních poplatcích během prvního čtvrtletí roku 2008 více než jednu miliardu korun. Nejvíce na poplatcích zaplatila ekonomicky aktivní skupina pojištěnců, a to přes polovinu. Senioři zaplatili na regulačních poplatcích o 70% méně, ale průměrná výše poplatků na všechny pojištěnce v obou kategoriích i v kategorii dětí byla stejná – přibližně 33 korun. Jak ukazují předběžná data z průzkumu, poklesl v prvním čtvrtletí roku 2008 oproti stejnému období loňského roku počet návštěv u ambulantních specialistů o 28% a počet hospitalizací v nemocnicích. Průměrná délka hospitalizace se zkrátila o 9%. Výrazně poklesl počet receptů, a to o 40%. Klesly také celkové náklady z veřejného zdravotního pojištění na léky, a to o 20%, což odhadem představuje jenom za první čtvrtletí úsporu 1,75 miliardy korun. Tyto peníze mají k dispozici pojišťovny a mohou je využít k podpoře moderní nákladné a život zachraňující léčby.

Intervenční aktivity v oblasti podpory a výchovy ke zdravějšímu životnímu stylu se zaměřují především na celostátní propagaci hlavních cílů a priorit v oblasti výživy a pohybové aktivity, tak jak jsou definovány v tomto programu: „Národní program zdraví – Projekty podpory zdraví“. V letech 2006 – 2007 byly 6x uspořádány Dny zdraví a klientům bylo bezplatně nabídnuto zjištění základních ukazatelů zdravotního stavu (změření krevního tlaku, hladiny krevního cukru a cholesterolu v krvi, stanovení BMI, indexu WHR a procenta tuku v těle). Byla zjišťována i další zdravotní rizika vyplývající z jejich životního stylu - kuřáctví, pohybová aktivita a stravovací zvyklosti. V rámci těchto aktivit byly předávány zdravotně výchovné publikace.

S cílem snížit náklady na poskytované zdravotní služby byly podpořeny aktivity Českého červeného kříže, který pořádal v roce 2006 rekondiční pobyty a přednáškovou činnost na celém území ČR s tématikou léčby a předcházení kardiovaskulárním chorobám. Dále jsou podporovány preventivními a edukačními pobyty diabetiků.

MZ schválilo poskytnutí dotací na zdravotnické **vzdělávací projekty** pro rok 2008 a to ve výši téměř 34 miliónů korun. Díky finanční podpoře státu bude umožněno 150 lékařům nastoupit rychle do praxe a zaplnit tak nedostatek zejména praktických lékařů.

V současné době jsou novelizace zákonů č. 95/2004 Sb., o lékařích, zubních lékařích a farmaceutech a č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání, připraveny k podpisu panu prezidentovi. Přijetím novel výše uvedených zákonů dochází ke změně systému dalšího vzdělávání zdravotnických pracovníků a přípravy k samostatnému výkonu povolání. Také je stanovena regulace specializačního vzdělávání, financování specializačního vzdělávání a nově vznik rezidenčních míst pro vzdělávání ve specializačních oborech.

V rámci využití finančních prostředků z fondů ESF zpracovává MZ přípravu a vypracování projektových žádostí z Operačního programu Lidské zdroje a zaměstnanost na vzdělávání zdravotnických pracovníků, pracovníků ve zdravotnictví a pracovníků veřejné správy v resortu zdravotnictví. Cílem je zvýšit úroveň odborných znalostí a komunikačních dovedností

verbálních, nonverbálních a technických u zdravotnických pracovníků a ostatních pracovníků ve zdravotnictví, dále zvýšit úroveň dalšího vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví a manažerských dovedností vedoucích pracovníků. Dále rozvoj systémů řízení lidských zdrojů a rozvoje lidských zdrojů s využitím inovativních přístupů, rozvoj kvalifikační úrovně a kompetencí zaměstnanců – zdravotnických pracovníků a pracovníků ve zdravotnictví, motivace zaměstnavatelů k prosazování odborného vzdělávání, posílení udržitelnosti pracovních míst ve zdravotnictví, rozvoj celoživotního vzdělávání, udržování a prohlubování kvalifikací a kompetencí zdravotnických pracovníků a pracovníků ve zdravotnictví, podpora vzdělávání školitelů s ohledem na inovace a ekonomiku založenou na znalostech a schopnost reagovat na moderní trendy poskytování zdravotních služeb a také modernizace státní správy a kvalita a efektivnost veřejných služeb se zaměřením na pracovníky státní správy pracující v oblasti zdravotnictví.

4.3 Dlouhodobá péče

4.3.1 Pokrok ve vztahu k národním strategickým zprávám 2006 – 2008 a problémy vyjmenované ve Společné zprávě z roku 2007

V souvislosti s veřejnou diskuzí k reformě zdravotnictví a novým právním úpravám dochází k posunu vnímámí významu dlouhodobé péče jako složky systému péče zdravotní. Shodně dle definice OECD a popisu EK v dokumentu Dlouhodobá péče v EU z počátku roku 2008[29] se za dlouhodobou péči v ČR považují **různorodé zdravotní a sociální služby** poskytované osobám závislým na pomoci v základních činnostech běžného života (kritéria ADL) a v různé míře omezené ve své soběstačnosti a samostatnosti (kritéria IADL – Instrumental Activities of Daily Living). Nadále je dlouhodobá péče definovaná jako odborná zdravotní ošetřovatelská 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.)

O současném systému vypovídají tabulky v příloze 4.1.

Prozatím je dlouhodobá péče zabezpečena dvěma systémy: systémem zdravotní péče v kompetenci MZ s hlavním finančním zdrojem veřejného zdravotního pojištění a sociálními službami v kompetenci resortu MPSV financovaných převážně ze státního rozpočtu z přerozdělených daní.

Pro vývoj nákladů na dlouhodobé zdravotní služby je rozhodující vývoj zdravotního stavu obyvatel, účelnost a efektivita využívání finančních, personálních a dalších zdrojů, včetně nákladných technologií a léků. Růst nákladů na zdravotnictví bude záviset na prioritách a úspěšnosti zdravotní politiky a podpoře aktivního stárnutí. Zdravé a aktivní stárnutí je předpokladem zvýšení ekonomické aktivity, na které je závislý systém zdravotního pojištění. Reformní opatření přijímaná v reakci na stárnutí populace nesnižují kvalitu a dostupnost zdravotních služeb znevýhodněným skupinám.

Jednu z dílčích změn, která byla popisována v předchozí Zprávě jako „institut sociálně zdravotního lůžka“ přinesl od 1.1.2007 nový zákon o sociálních službách, který umožnil poskytování zdravotní péče v pobytových zařízeních sociálních služeb z veřejného zdravotního pojištění a naopak poskytování sociálních služeb na vyčleněných lůžkách zdravotních zařízení. Cílem tohoto opatření bylo zlepšit přechody osob mezi zdravotnickými zařízeními, sociálními službami a vlastní domácností.

Do budoucna rezort zdravotnictví plánuje dlouhodobé zdravotní služby zahrnout jako součást zdravotních služeb, které navazují na akutní zdravotní služby. Připravuje se nové legislativní dělení dlouhodobých zdravotních služeb:

[29] EK: Long term care in the European Union, April 2008

a) následné lůžkové zdravotní služby, které jsou poskytovány pacientovi, u kterého byla stanovena diagnóza a došlo ke stabilizaci jeho zdravotního stavu náhlé nemoci nebo náhlého zhoršení chronické nemoci, a jehož zdravotní stav vyžaduje doléčení,

b) dlouhodobé ošetřovatelské lůžkové zdravotní služby, které jsou poskytovány pacientovi, jehož zdravotní stav je stabilizovaný, nelze jej podstatně zlepšit a bez soustavného poskytování lůžkových zdravotních služeb se zhoršuje.

Vedle lůžkových zdravotních služeb existují i ambulantní zdravotní služby, kdy za dlouhodobé služby lze považovat zejména poskytování ošetřovatelských, rehabilitačních nebo paliativních zdravotních služeb v domácím prostředí pacienta.

Neformální péče není v ČR regulována, ale možnosti péče rodinných příslušníků a osob blízkých se vždy při koordinaci péče zohledňují. Navíc jejich nepřímá ale transparentní podpora vznikla od 1.1.2007 s účinností nového zákona o sociálních službách, kdy se jako hlavní zdroj pro financování služeb sociální péče začal osobám vyplácet „příspěvek na péči“ (ve výši 4 stupních dle posouzení zdravotní a sociální situace). Příjemci příspěvku ho mohou svobodně použít jak na úhradu profesionálních sociálních služeb, tak na úhradu péče od rodinných pečovatelů a osob blízkých. Osobám nahlášeným jako domácí pečovatelé je pak státem hrazeno zdravotní a sociální pojištění.

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. Jedním z nástrojů, který se dle nového zákona o sociálních službách od 1.1.2007 začal využívat je „strategické plánování rozvoje sociálních služeb“. Tento nástroj využívá povinně 14 krajů a dobrovolný počet měst a obcí, kteří jsou odpovědny za regionální a místní dostupnost služeb pro obyvatele na svém území. Zařazení služeb do plánů má úzkou vazbu k poskytnutí státní dotace na dofinancování sociálních služeb.

Pro dostupnost dlouhodobé péče platí ve zdravotnictví stejná pravidla jako pro jiná zdravotnická zařízení (více viz. kapitola 4.2.2). Problémem dostupnosti dlouhodobé zdravotní péče není nedostatek těchto lůžek, ale především nedostatek lůžek sociálních.

V posledním desetiletí nastal rozvoj vzniku **geriatrických oddělení**, která poskytují (sub)akutní lůžkovou péči zvláště rizikovým starým pacientům s multimorbiditou, sníženou adaptabilitou ohroženým rizikem specifických geriatrických komplikací. V současné době existuje 12 specializovaných geriatrických oddělení v ČR s 585 lůžky. Celkem pracuje v rámci těchto oddělení 33,2 lékařů.

Postupně dochází a nadále musí docházet k podpoře systémového řešení geriatrické problematiky. Je nezbytné prosazovat funkční propojení všech složek geriatrické péče na regionální úrovni i celostátní úrovni. Nové služby musí být zřizovány plánovitě podle potřeb regionů v součinnosti se zdravotnickými odborníky, veřejnou správou, zdravotními pojišťovnami i pacienty. Oddělením geriatrie od dlouhodobé péče a rozvojem klinického i vědeckovýzkumného potenciálu oboru by mělo být dosaženo rovnocenného postavení geriatrie mezi ostatními obory medicíny.

V roce 2006 byla publikována **metodika komplexního geriatrického hodnocení** (Geriatrie pro praktické lékaře). Součástí publikace je nejen postup komplexního vyšetření, ale pojednává také o geriatrické farmakologii.

Se záměrem zkvalitnit bezpečnost seniora v domácím prostředí byly v minulých letech poskytnuty finanční prostředky na podporu projektu Slezské diakonie, která poskytuje nepřetržitou tísňovou péči na území moravskoslezského kraje cca 200 uživatelům. Cílem této podpory je zajistit seniorům co možná nejdelší pobyt v jejich přirozeném sociálním prostředí.

MZ dále podporuje vznik edukačních a informačních materiálů pro zdravotnické pracovníky i pro pečující. V roce 2006 byl, s cílem rozšířit informace i mezi laickou veřejnost, podpořen

internetový portál pro laické pečující, kteří se starají o starší chronicky nemocné osoby „Pečující online“. S úmyslem podpořit respitní služby pro rodiny, které se starají o závislého seniora financovalo MZ v roce 2006 projekty určené na zřízení a provoz komunitních center zejména pro seniory s demencí.

Plynule narůstá kapacita **hospiců**, která je však stále nedostatečná. MZ nadále finančně podporuje budování těchto nestátních zdravotnických zařízení určených pro paliativní péči a tišení chronické bolesti, sloužících nevyléčitelně nemocným nebo nemocným trpícím chronickou bolestí.

Domácí péče je od devadesátých let nedílnou součástí moderního systému zdravotní i sociální péče v ČR. Je alternativou k hospitalizaci pro statisíce pacientů ročně, kteří na základě svého přání a doporučení ošetřujícího lékaře zvolí léčbu v dobře známém domácím prostředí. Jedná se o vysoce kvalifikovanou formu péče poskytovanou agenturami zřizovanými státní správou, zdravotnickými zařízeními, privátními lékaři i humanitárními organizacemi, která díky svému rozsahu a kvalitě umožňuje zkrátit pobyt klientů v nemocnicích na nezbytně nutnou dobu. V posledních letech zaznamenala tato služba v ČR výrazný rozvoj, stávající stav agentur pokrývá, až na několik výjimek, dostatečně území celého státu. Pokud byla domácí péče indikována ošetřujícím lékařem ordinované výkony se hradí ze zdravotního pojištění.

Je určena všem, kteří se ocitli v takové zdravotní situaci, kdy nestačí laická péče, všem pacientům po operačním zákroku, u kterých není nutný další pobyt v lůžkovém zdravotnickém zařízení, dětem, u nichž dochází v domácím prostředí ke zjevně rychlejší rekonvalescenci, umírajícím, kteří chtějí zůstat až do posledního okamžiku ve svém prostředí a obklopeni svou rodinou.

Pozitivy je zajištění integrity pacienta s jeho vlastním sociálním prostředím, které přináší psychickou pohodu, eliminace nozokomiálních nákaz, zlepšení kvality života klienta i jeho blízkých.

Příklad úspěšného projektu domácí hospicové péče je uveden jako příklad 2 v příloze 4.2.

V případě **bezdomovců** existují určité problémy s dostupností zdravotních služeb. Z právních předpisů vyplývá přístup ke zdravotním službám pro každého, tedy i pro bezdomovce. Bezdomovci však ve většině případů neplatí zdravotní pojištění a tudíž dochází k porušení povinnosti, která je stanovena každému občanovi. V ČR existuje jen několik zdravotnických zařízení, která se zaměřují na tuto cílovou skupinu. V roce 2007 byla vydána publikace PhDr. Danuše Šupkové „Zdravotní péče o bezdomovce v ČR“

V přístupu k poskytnutí zdravotních služeb není činěn rozdíl mezi jednotlivými věkovými skupinami obyvatelstva, výši jejich příjmů, jejich národnosti.

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

Obecná část týkající se kvality dlouhodobých zdravotních služeb se shoduje s částí popsanou v kapitole týkající se zdravotních služeb. (více viz kapitola 4.2.3)

Do systému kvality dlouhodobé péče zasahuje rovněž nastavený systém kvality sociálních služeb. Podle nového zákona o sociálních službách od 1.1.2007 musí mít všichni poskytovatelé oprávnění k činnosti tzn. plnit registrační podmínky druhu služby, ke které se přihlásí. Dále pak musí plnit zákonné povinnosti všech poskytovatelů mezi něž patří i naplňování „standardů kvality sociálních služeb“. Plnění zákonných požadavků kontroluje inspekce sociálních služeb, kterou vykonávají krajské úřady u neziskových a obecních služeb a MPSV u služeb, které zřizuje kraj.

Definování úrovně poskytovaných sociálních sužeb a zavedení registru poskytovatelů je novinkou v České republice, kterým se naplnil cíl z předchozí Zprávy zavádění norem pro kvalitu péče a její kontrolu.

Stejně tak důraz na ochranu práv a důstojnost osob došel zákonného naplnění rovněž jako princip individuálního poskytování péče a směřování služeb k sociálnímu začleňování osob v nepříznivé sociální situaci.

V neposlední řadě pak zákon stanovil kritéria odborné způsobilosti sociálních pracovníků ve všech resortech a pracovníků v sociálních službách. Jejich průběžné vzdělávání je podporováno projekty spolufinancovanými z ESF.

K průřezovému meziresortnímu propojování kvality dochází prostřednictvím činnosti Rady ČR pro kvalitu.

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

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

Ke změnám došlo ve financování **sociálních služeb** od 1.1.2007. Zákonem o sociálních službách bylo naplněno opatření z předchozí Zprávy o rovném přístupu různých právních forem poskytovatelů sociálních služeb k finančním zdrojům. Všechny sociální služby jsou financovány vícezdrojově a to ze státní dotace, z rozpočtu zřizovatelů, z úhrad uživatelů služeb z jejich vlastního příjmu a z darů. Hlavním zdrojem úhrad služeb sociální péče je, oproti službám sociální prevence, „příspěvek na péči“, což je státní dávka, která je poskytována osobám závislým na péči ve výši podle míry posouzení jejich závislosti na péči druhé osoby. Na úhradě služeb se nemusí, ale mohou podílet rodinní příslušníci osob, které služby využívají. Majetková situace osob není pro poskytnutí sociálních služeb zohledňována, u služeb péče se pouze na základě výše příjmu uživatelů stanoví výše úhrady, aby jim zůstala částka zákonem stanovená.

Roční zkušenost se zavedením přímé platby na úhradu služeb sociální péče („příspěvek na péči“ zmíněný v předchozí kapitole 4.3.2) ukázala výrazně vyšší potřebu finančního objemu finančních prostředků ze státního rozpočtu než se předpokládalo.

Analýza způsobu využití příspěvku na péči:

- Výše dávky a skutečnost zcela volných podmínek pro její výplatu vyvolávají zcela bezprecedentní zájem o získání této dávky.
- Příjemci příspěvku na péči v mnoha případech vnímají nesprávně účel dávky. Příspěvek na péči považují za odškodnění za jejich zdravotní stav a zvýšení příjmu.
- Správní orgány se v uplynulém období zaměřili především na zvládnutí vyřízení podaných žádostí, při kterých z jejich hlediska spočívá největší časová i odborná zátěž v provedení sociálního šetření, které je součástí řízení. Správní orgány sice provádějí kontrolní činnost zaměřenou na způsob využití příspěvku, ale s ohledem na značný „nápad“ případů ve srovnání s personálními kapacitami správních orgánů, jedná se o kontrolní činnost spíše namátkovou.
- Podle provedených analýz směřuje z vyplacených dávek do rozpočtů poskytovatelů sociálních služeb méně, než bylo očekáváno. Znatelnější je tato situace především v případě terénních a ambulantních služeb sociální péče. Situace v oblasti pobytových služeb je částečně deformována neodpovídajícím složením obyvatel těchto zařízení (v zařízeních žije příliš mnoho lidí, kteří služby tohoto typu nepotřebují). Především v oblasti terénních a ambulantních služeb nedošlo k revizi úhrad za poskytnutou péči. V mnoha případech jsou uživatelům služeb kalkulovány úhrady dokonce nižší než před účinností zákona.
- Obecně je možné konstatovat, že ve stávajících podmínkách nedošlo k propojení výdajů dotačních a výdajů alokovaných do příspěvku na péči, a to především v terénních a ambulantních službách.

Z toho plynoucí návrh opatření – novelizace zákona o sociálních službách

- Změna ve vymezení účelu příspěvku na péči – příspěvek na péči se vyplácí pouze, pokud bude využit na zajištění pomoci registrovaným poskytovatelem nebo osobou

blízkou nebo jinou fyzickou osobou, která bude na obecním úřadě nahlášena. Nebude tedy možno finanční prostředky používat bez prokazatelného doložení toho, kdo péči zajišťuje.

- Osobám starším 18 let, které mají nárok na příspěvek na péči ve stupni I., bude snížena výplata na 800 Kč/měsíčně. Pouze pokud prokáží, že hradí sociální službu, bude jim zvýšen na 2000 Kč/měsíc.
- Navrhuje se zavést možnost věcné výplaty - věcnou formou výplaty příspěvku se rozumí přiznání hodnoty příspěvku ve formě nepeněžního nosiče, který může oprávněná osoba použít jako úhradu za poskytnutou službu sociální péče u registrovaných poskytovatelů sociálních služeb, se kterými má osoba uzavřenu smlouvu.

Opatření „institut sociálně zdravotního lůžka“ zmíněné v předchozí Zprávě bylo naplněno částečně rovněž novým zákonem o sociálních službách. Z pohledu financování se úprava týká úhrad ošetřovatelské a rehabilitační zdravotní péče v zařízeních pobytových sociálních služeb a úhrad sociálních služeb ve zdravotnickém zařízení.

Podle výše uvedeného zákona se ve zdravotnických zařízeních ústavní péče poskytují pobytové sociální služby osobám, které již nevyžadují ústavní zdravotní péči, ale vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nejsou schopny se obejít bez pomoci jiné fyzické osoby a nemohou být proto propuštěny ze zdravotnického zařízení ústavní péče do doby, než jim je zabezpečena pomoc osobou blízkou nebo jinou fyzickou osobou nebo zajištěno poskytování terénních nebo ambulantních sociálních služeb anebo pobytových sociálních služeb v zařízeních sociálních služeb.

Je zde jasně definováno, že poskytování sociální služby, které nahrazuje hospitalizaci, může nastat jedině v případě, kdy není možné osobu propustit ze zdravotnického zařízení, aniž by nebyl ohrožen její život či zdraví. Příslušná zdravotní pojišťovna uzavře s lůžkovým zdravotnickým zařízením dodatek ke smlouvě, kterým rozšíří sjednané druhy hrazené péče o zvláštní ambulantní péči a tato péče je hrazena výkonovým způsobem za použití výkonů nové odbornosti všeobecná sestra v sociálních službách.

Pro poskytování a úhradu ošetřovatelské a rehabilitační péče uzavírají zdravotní pojišťovny se zařízeními pobytových sociálních služeb Zvláštní smlouvy, pokud prokáže, že je personálně zajištěno odborně způsobilými zaměstnanci pro zdravotní péči. Zde je rovněž upravena úhrada péče podle výkonů nové odbornosti všeobecná sestra v sociálních službách. Tyto výkony jsou indikovány ošetřujícím lékařem a kontrolu dodržování dohodnutých podmínek provádí zdravotní pojišťovna.

Tím, že zařízení sociálních služeb jsou oprávněna poskytovat péči pouze u nich umístěným obyvatelům, nehrozí nebezpečí tendencí poskytovat extramurální péči za účelem dofinancování zařízení sociálních služeb z veřejného zdravotního pojištění. Regulace nadprodukce péče o obyvatele zařízení bude realizována prostřednictvím indikujících lékařů, kterým bude obvyklými mechanizmy zohledněna skladba ošetřených pacientů, zároveň však uplatňovány i příslušné regulace. Zásadní podmínkou je skutečnost, že hrazena je pouze péče, poskytovaná příslušně erudovanými zaměstnanci zařízení sociálních služeb. Tím je pojištěncům garantována bezprostřední dostupnost péče a potřebná kontrola zdravotního stavu, která je u této skupiny pojištěnců s ohledem na jejich věk a četná chronická onemocnění jednoznačně indikována.

Pro systémové udržení dlouhodobé péče v potřebném a finančně únosném rozsahu je rovněž podstatné nastavení koordinace a spolupráce mezi jednotlivými poskytovateli. I přes snahu národní koordinace zdravotní a sociální péče uvedenou jako příklad dobré praxe 1 v příloze 4.2 nadále v České republice přetrvává resortní dělení kompetencí. Na komunální úrovni se však odehrávají významné příklady dobré spolupráce mezi zdravotnickými a sociálními službami viz příklad dobré praxe 2 v příloze 4.2. Rovněž návaznost na neformální zdroje a běžné veřejné služby nabývá na významu. Pokrok je patrný i při kontrolách plnění standardů kvality sociálních služeb.

Oblastí, ve které je nadále potřeba zlepšení je přehodnocení skladby pacientů v zařízeních následné péče a domovech pro seniory a osoby se zdravotním postižením. Ani zavedením

přímé platby v systému sociálních služeb nedošlo k výraznému zlepšení a oproti předpokladu nedošlo ke snížení zájmu o umístění do institucionální péče a zvýšení péče rodinných příslušníků. Příčinu můžeme dovozovat z ekonomické situace rodin, z požadavků trhu práce a především z historických zvyklostí, které se částečně mohou změnit v preferenci domácí péče šířením informací o novém pojetí sociálních služeb.

Část 5 - Přílohy

Příloha č. 2.1 – Příklady dobré praxe k Národnímu akčnímu plánu sociálního začleňování

PŘÍKLAD DOBRÉ PRAXE Č. 1

Název opatření	Členský stát
Třístupňový propustný systém bydlení	Česká republika

Výstupní cíl opatření

Obecný cíl:
Přispět k řešení jedné z hlavních příčin existence etnicko – sociálních ghett městských aglomerací, tedy řešení problému neprostupnosti systému bydlení pro obyvatele ghett směrem od nouzového typu bydlení a ubytování ke standardnímu nájemnímu bydlení

Realizační cíle:
- konstituce systému bydlení s doprovodným sociálním programem jako dosud absentujícího mezistupně mezi azylovým typem ubytování a standardním nájemním bydlením
- postupné strukturování systému bydlení s doprovodným sociálním programem na režim bydlení s intenzivním doprovodným programem a režim bydlení s asistencí pracovníka v sociálních službách

Specifický cíl:
Vytvořit kontinuální systém bydlení, tedy systém, který po roce či obdobné periodě intenzivního resocializačního úsilí navázaného na poskytnutí bydlení nevrací rodinu zpět do prostředí azylového ubytování (což výsledky resocializačního cyklu obvykle do značné míry znehodnotí), ale pracuje s rodinou trvale, s perspektivou trvalého bydlení za standardních podmínek. **Naplnění tohoto specifického cíle přináší přidanou hodnotu do projektu a činí jej inovativním.** Ukončení programu po absolvování intenzivního resocializačního cyklu, resp. odnětí možnosti bydlení po realizaci cyklu, je totiž velmi demotivující (klient je za vstřícný přístup „odměněn“ vystěhováním zpět na ubytovnu) ,většina klientů se po čase vlivem prostředí vrací zpět k původním nežádoucím návykům a normám chování.

Shrnutí hlavních výsledků

Výstupy:
- 22 bytů zařazených do programu k 30.6.2008
- 22 rodin (cca 110 klientů) zařazených v programu k 30.6.2008
- Vytvoření uceleného systému komplexního resocializačního působení na celé rodiny s akcentem na vytvoření žádoucích životních návyků u nejmladší generace, a nejen v oblasti bydlení
- Realizace širokého spektra aktivit komplementárních k programu bydlení (terénní práce, poradenství, Specializovaná mateřinka, NP centrum dětí a mládeže,ambulantní motivační programy, vzdělávání, podporované zaměstnávání)

Výsledky:
- Zajištění **stálého** bydlení pro 22 rodin z cílové skupiny, ohrožených sociálním vyloučením a rozdělením rodiny z důvodu nezajištěnosti bydlení
- Snížení míry neplatičství u cílové skupiny v dané lokalitě
- Vybudování vztahu klientů bydlení k užívanému majetku – bytovému fondu (klienti se podílí na údržbě a opravách)

- Zajištění komplexního, kontinuálního resocializačního působení na rodiny zařazené do programu

Vlivy:

- Vybudování žádoucích životních návyků u dětí ze zařazených rodin
- Vznik příkladu pro ostatní členy cílové skupiny, eliminace u cílové skupiny vžitého názoru, že z ghetta nevede cesta ven

Cílení příjemci		**Politické zaměření**	
Obecná populace	☐	Sociální vyloučení	☒
Děti	☐	Zdravotní péče	☐
Neúplné rodiny s jedním rodičem	☐	Dlouhodobá péče	☐
Nezaměstnaní	☐	Správa	☐
Starší lidé	☐	**Zeměpisný rámec**	
Mladí lidé	☐		
Lidé se zdravotním postižením	☐	Národní	☐
Imigranti vč. uprchlíků	☐	Regionální	☒
Etnické menšiny	☒	**Realizační orgán**	
Bezdomovci	☐		
Specifické onemocnění	☐	CENTROM, o. s.	
Ostatní [Upřesněte prosím:]	☐		

Kontext/Pozadí iniciativy

Myšlenka se zrodila v letech 2003 – 4 v rámci tvorby komunitního plánu sociálních služeb ve městě Ostrava, kterého se v příslušných pracovních skupinách účastnili i členové občanského sdružení CENTROM (realizátora).

Jako projektová aktivita byla zkoncipována v roce 2005 realizátorem. V témže roce bylo započato s realizací s dotační podporou Magistrátu města Ostravy, v partnerství s Městským obvodem Ostrava – Vítkovice. Postupně se podařilo získat prostředky i od dalších donátorů (Moravskoslezský kraj, Rada vlády pro záležitosti romské komunity, ESF v rámci OP RLZ a SROP) a projekt rozšiřovat.

Podrobnosti iniciativy

1.	**Jaký je či byl časový rozvrh realizace dané iniciativy?**
	S projektem bylo započato v rámci prvních 4 bytů v roce 2005. V roce 2006 se projekt rozšířil na 10 bytů zařazených do programu a o další, komplementární aktivity (Specializovaná mateřinka, NP centrum dětí a mládeže atd.) V současnosti projekt zahrnuje 22 bytů a rozsáhlé doprovodné aktivity. Projekt je kontinuální, cílem je dosáhnout masového vlivu projektových aktivit na situaci kolem etnicko – sociálních ghet na území města Ostravy.
2.	**Konkrétní cíle**
	1. Vytvoření a postupné rozšiřování bytového fondu zařazeného do programu na území města Ostravy. V současnosti jde o rozšíření počtu bytů v programu tak, aby projekt neustrnul ve fázi příkladu dobré praxe, ale stal nástrojem, který bude sto ovlivnit podstatnou měrou situaci kolem existence etnicko – sociálních ghett na území města Ostravy. Naplňováno průběžně, podmínkou je dostatek bytů získaných každoročně do programu 2. Zajištění finančních prostředků na uvedení do programu zařazených bytů do provozuschopného stavu, zajištění finančních prostředků na financování doprovodných sociálních programů a komplementárních resocializačních

	aktivit. Naplňováno průběžně, prozatím velmi úspěšně (rozpočet projektu a souvisejících aktivit se za čtyři roky existence programu zvýšil z cca 800 tis Kč v roce 2005 na cca 8 mil Kč v roce 2008, tedy cca 10x) 3. Zajištění komplexního resocializačního působení na klienty programu, zahrnujícího nejen poradenství, terénní práci a motivační ambulantní aktivity, ale i provoz specializované mateřinky pro děti s kumulací hendikepů a provoz NP centra dětí a mládeže akcentujícího doučování školní látky a zájmovou činnost. Naplněno, udrženo již třetím rokem
3.	**Jak iniciativa řešila tyto cíle?**
	Spolupráce s Magistrátem města Opavy (prvotní zajištění finančních prostředků) Fundraising realizátora (zajištění vícezdrojového dotačního financování) Partnerská spolupráce s Městským obvodem Ostrava – Vítkovice (poskytnutí prvních bytů do programu, poté dalších bytů a nebytových prostor pro NP centrum a mateřinku) Spolupráce s dalšími městskými obvody (poskytnutí dalších bytů do programu) Spolupráce s partnerskými NNO (zajištění služeb sociální prevence) a soukromým sektorem (zajištění dalších bytů). Rozvoj vlastní organizace realizátora jako nutná podmínka organizačního zvládnutí tak rychlého kvantitativního i kvalitativního rozšiřování projektu (opatření) – ze 3 zaměstnanců a obratu cca 800 tis Kč v roce 2005 na 20 zaměstnanců a obrat cca 9 mil Kč v roce 2007
Sledování a hodnocení	
	Jak je či bylo dané opatření sledováno nebo vyhodnocováno?
	Všemi donátory, tedy: - Magistrátem města Ostravy - Moravskoslezským krajem - Regionální radou (SROP) - Radou vlády pro záležitosti romské komunity - MPSV - Pověřeným ÚP v Ostravě (OP RLZ) Dále průběžně orgány komunitního plánování sociálních služeb ve městě Ostrava a dále i romským poradcem Magistrátu v rámci kontinuální spolupráce. Jednorázově též v roce 2007 v rámci procesu registrace organizace k výkonu sociálních služeb.
Výsledky	
1.	**Do jaké míry došlo ke splnění konkrétních cílů?**
	Konkrétní cíl 1 (zajištění dostatečné kapacity bytového fondu) je zajišťován průběžně, jedná se o dlouhodobý kontinuální proces. Počet bytů provozovaných v současnosti je na hranici personální a technické kapacity realizátora, před dalším rozšířením kapacit bude nutno přijmout organizační opatření. Zajišťování bytů je poměrně obtížný proces, problémem je kvalita nabízených bytů (jedná se často o vybydlené objekty) ve vztahu k velmi úzkým dotačním možnostem využitelným pro rekonstrukce a opravy bytů (viz kapitola rizika a překážky) Konkrétní cíl 2 (zajištění finančních prostředků na opravy bytů) je naplňován průběžně, poměrně úspěšně. V roce 2007 bylo zprovozněno, tedy opraveno či rekonstruováno 12 bytů nově zařazených do programu. Konkrétní cíl 3 (zajištění prostředků pro realizaci komplexního resocializačního

	působení) byl naplněn v průběhu let 2006 a 2007 - nyní se jedná o udržení , případně kvalitativní rozšíření jeho výstupů a výsledků a o rozšíření míry jejich vlivu. **Hlavní přidanou hodnotu do projektu přináší a inovativním tento projekt ovšem činí naplnění specifického cíle – cíle zajistit kontinuitu resocializačního působení včetně kontinuity bydlení ve standardních podmínkách nájemního bydlení.** Všechny ostatní nám známé podobné projekty totiž vrací klienty po absolvování resocializačního (cca ročního) cyklu zpět do prostředí azylového ubytování, což nutně vede k minimálně částečnému znehodnocení vynaloženého úsilí a finančních prostředků. Klienti se po čase vlivem prostředí vrací zpět k původním nežádoucím návykům a normám chování, navíc ti vstřícní mají pocit, že za aktivní přístup k vlastní resocializaci byli „odměněni“ vystěhováním zpátky na ubytovnu, což je nutně demotivuje. **Specifický cíl se dosud daří naplňovat** – v roce 2007 do programu zařazené a opravené byty umožnily přijmout do programu novou vlnu rodin, aniž by bylo nutno ze systému vyřadit rodiny, které již absolvovaly základní intenzivní resocializační cyklus.
2.	**Jaká rizika či jaké překážky se vyskytly při realizaci iniciativy?**
	1. Počáteční značná nedůvěra vlastníků a správců bytového fondu vůči cílové skupině jako konečnému uživateli bytů 2. Velmi omezená nabídka dotačních titulů, ze kterých by bylo možno hradit rekonstrukce a opravy bytového fondu pro účely programu -rekonstruované domy či byty do programu nikdo realizátorovi neposkytne 3. Skutečnost, že jakákoliv forma sociálního bydlení není podle současné právní úpravy klasifikována jako sociální služba resp. služba sociální prevence, což dále zužuje již tak úzké dotační možnosti využitelné pro realizaci programu, např. nelze na program jako takový čerpat v rámci dotačního řízení MPSV.
3.	**Jak se tato rizika a tyto překážky řešily?**
	Překážka 1 soustavnou, trpělivou prací realizátora a jeho týmu. Systém byl nakonec nastaven tak, že smlouvu s vlastníkem bytového fondu má realizátor, který byty dále pronajímá klientům – tento systém je pro vlastníky bytového fondu přijatelnější než přímé smlouvy s klienty programu. Překážky 2 a 3 nejsou v moci realizátora.
4.	**Vyskytly se nějaké neočekávané prospěšné nebo slabé stránky?**
	Výše uvedené omezení dotačních možností je nejslabší stránkou – brání masivnímu rozšíření programu.

PŘÍKLAD DOBRÉ PRAXE Č. 2

Název projektu	**Členský stát**
Rehabilitace – Aktivace – Práce	Česká republika
Cíl projektu	
Podpora vzniku systému pracovní rehabilitace a vytvoření takových vazeb a nástrojů, které umožní efektivnější komunikaci všech vstupujících partnerů do pracovní rehabilitace a prohloubit systém pracovní rehabilitace tak, aby se usnadnil a zlepšil přístup osob se zdravotním postižením na trh práce.	
Shrnutí hlavních výsledků	
Výstupy: - Vytvoření a odzkoušení funkčního modelu systému pracovní rehabilitace - Vytvoření, nastavení a ověření regionálních sítí spolupráce v pracovní rehabilitaci	

- Podpora využívání pozitivní rekomandace v pracovní rehabilitaci
- Podpora využívání včasné diagnostiky pracovního potenciálu OZP
- Metodická podpora zaměstnavatelům pro zaměstnávání cílové skupiny
- Implementace dobrých zahraničních zkušeností
- Horizontální mainstreaming

Cílení příjemci		Politické zaměření	
Obecná populace	☐	Sociální vyloučení	☐
Děti	☐	Zdravotní péče	☐
Neúplné rodiny s jedním rodičem	☐	Dlouhodobá péče	☐
Nezaměstnaní	☐	Správa	☒
Starší lidé	☐	**Zeměpisný rámec**	
Mladí lidé	☐		
Lidé se zdravotním postižením	☒	Národní	☒
Imigranti vč. uprchlíků	☐	Regionální	☐
Etnické menšiny	☐	**Realizační orgán**	
Bezdomovci	☐		
Specifické onemocnění	☐	RP Pentacom, příjemce: Vzdělávací společnost Edost, s.r.o.	
Ostatní [Upřesněte prosím:]	☐		
Úřady práce			

Kontext/Pozadí projektu

Institut pracovní rehabilitace se zákony prolínal již od roku 1991, oficiálně jej upravuje zákon o zaměstnanosti a stanoví, že všechny osoby se zdravotním postižením (dále OZP) na něj mají právo. I přes jeho uzákonění nebyl do roku 2006 téměř využíván, úřady práce pracovaly s OZP v jiném režimu aktivní politiky zaměstnanosti, než je pracovní rehabilitace. Důvodem byla neexistence metodické podpory k pracovní rehabilitaci. Stávající zákonná úprava vytváří dostatečný prostor pro nastavení systému, který by komplexně řešil problematiku zaměstnanosti OZP a pracovní rehabilitace může být jedním z jeho účinných nástrojů, který snižuje nerovnosti v postavení těchto osob na otevřeném trhu práce.

Podrobnosti projektu

1. Jaký je či byl časový rozvrh realizace projektu?

Doba realizace původní: 3. 1. 2006 – 30. 8. 2008

Doba realizace po prodloužení: 3. 1. 2006 – 30. 9. 2008

2. Konkrétní cíle

1. Podpořit vznik fungujícího systému pracovní rehabilitace
2. Vytvořit regionální sítě spolupráce systému pracovní rehabilitace
3. Vytvořit nástroje k podpoře zaměstnanosti cílové skupiny
4. Metodicky podpořit zaměstnavatele pro zaměstnávání OZP
5. Analyzovat dobré zahraniční zkušenosti a implementovat je
6. Podpořit využívání včasné diagnostiky pracovního potenciálu
7. Podpořit využívání pozitivní pracovní rekomandace pro OZP
8. Připravit podklady pro implementaci dobrých výsledků projektu do praxe relevantních politik

3. Jak projekt řešil tyto cíle?

Experti projektu provedli na začátku r. 2006 analýzu systému pracovní rehabilitace pro OZP a její výsledek přinesl zjištění, že služby pracovní rehabilitace nejsou

	prakticky vůbec využívány, informovanost veřejnosti je velmi malá a stejně tak i informovanost potenciálních partnerů pracovní rehabilitace. Projekt začal s metodickou přípravou – tvorbou metodik pro práci s OZP (metodika pro vzdělávací organizace, metodiky funkčního potenciálu pro zdravotnická zařízení/rehabilitační centra, metodiky pro podporu zaměstnavatelů, atd.). Po jejich dokončení následovala příprava „Poradenského programu pro OZP" jako nástroje, jímž budou ověřeny vytvořené metodiky a současně zahájena spolupráce subjektů v pracovní rehabilitaci. Před realizací pilotního ověřování proběhlo 5 workshopů v jednotlivých regionech, kde se měli jednotliví partneři poznat a začít spolupracovat. Pilotáž proběhla ve 12 regionech a regionální síť spolupráce pracovala ve složení úřad práce-vzdělávací a poradenská organizace-rehabilitační centrum. Poradenským programem prošlo více než 140 osob se zdravotním postižením. Na konci každého poradenského programu se konala tzv. kazuistická konference, kde se sešli všichni partneři, kteří s danou skupinou OZP pracovali. Výsledkem bylo zhodnocení toho, co OZP vzhledem ke svému zdravotnímu postižení MŮŽE dělat. Následně byly dopracovány a upraveny metodiky podle zkušeností získaných v pilotním ověřování. Nastalo období šíření výstupů, byl realizován projekt RAP „Mainstreaming", který připravil 12 seminářů po celé ČR s cílem informovat zaměstnance úřadů práce a sociální partnery o pracovní rehabilitaci a možnostech jejího využívání. Současně v projektu RAP probíhají semináře pro vzdělávací a poradenské organizace a OZP, které jsou také realizovány po celé ČR. Cílem projektu je rozšířit příklady dobré praxe do celé ČR a současně předložit výstupy projektu Správě služeb zaměstnanosti MPSV jako doporučení pro realizaci pracovní rehabilitace.
Sledování a hodnocení	
	Jak je či byl projekt sledován nebo vyhodnocován?
	Hodnocení projektu probíhá na několika úrovních: - Hodnocení MPSV prostřednictvím technických monitorovacích zpráv a monitorovacích indikátorů - Sebeevaluace projektu na základě evaluačního plánu stanoveného projektem (evaluační zprávy jsou zpracovávány každých 6 měsíců) - věcné a finanční kontroly MPSV
Výsledky	
1.	**Do jaké míry došlo ke splnění konkrétních cílů?**
	Cíle stanovené projektem jsou téměř všechny naplněny (hodnocení k 2. 7. 2008)
2.	**Jaká rizika či jaké překážky se vyskytly při realizaci projektu?**
	Absence partnera v Moravskoslezském a Karlovarském kraji pro zajištění ergodiagnostiky v rámci pracovní rehabilitace.
3.	**Jak se tato rizika a tyto překážky řešily?**
	Realizátor projektu požádal o spolupráci Fakultní nemocnici v Ostravě - Kliniku rehabilitačního lékařství, která poskytla prostory a zázemí a lékaři/experti projektu přivezli ergodiagnostické zařízení (není náročné na převoz) a provedli ergodiagnostické vyšetření OZP v Ostravě. Obdobně byla řešena situace v Karlovarském kraji – ergodiagnostickou část zajistilo rehabilitační oddělení chomutovské nemocnice.
4.	**Vyskytly se nějaké neočekávané prospěšné nebo slabé stránky?**
	Pro úřady práce bylo novým prvkem v pracovní rehabilitaci využívání principů vytváření regionálních sítí spolupráce. V poslední etapě projektu LPS projevila zájem o ergodiagnostické metodické postupy a používání principu pozitivní rekomandace OZP.

PŘÍKLAD DOBRÉ PRAXE Č. 3

Název opatření	**Členský stát**
Podpora inkluze - Kariérní poradenství	Česká republika

Výstupní cíl opatření

Obecný cíl:
Vyšší šance na úspěch osob ohrožených sociálním vyloučením, především Romů, při vstupu na legální trh práce. V rámci projektu je poskytováno jak na přímé pracovní poradenství, tak především podpora při zvyšování kvalifikace, která umožní v delším časovém horizontu nalézt více motivující zaměstnání. Příprava komplexních materiálů, které slouží jako podpůrné materiály pro změnu norem, které umožňují nelegální zaměstnávání.

Projekt je realizován formou rozvojového partnerství, které je sestaveno tak, aby se podařilo vytvořené postupy a metody co nejefektivněji aplikovat na cílovou skupinu.

Shrnutí hlavních výsledků

Výstupy:
- vyšší kvalifikace a vyšší podíl legálně zaměstnaných osob
- zlepšení komunikace mezi rodinou a školou, jejich efektivnějšímu poradenství v oblasti profi orientace těchto žáků
- zvýšení informovanosti o životě v sociálním vyloučení, informace o motivacích a determinacích těchto lidí
- Zpráva o problémech vysoké míry nezaměstnanosti Romů

Cílení příjemci

Obecná populace	☐
Děti	☐
Neúplné rodiny s jedním rodičem	☐
Nezaměstnaní	☐
Starší lidé	☐
Mladí lidé	☒
Lidé se zdravotním postižením	☐
Imigranti včetně uprchlíků	☐
Etnické menšiny	☒
Bezdomovci	☐
Specifické onemocnění	☐
Ostatní [Upřesněte prosím:]	☒

Klienti, vzdělávací instituce, úředníci státní správy a samosprávy a zákonodárci.

Politické zaměření

Sociální vyloučení	☒
Zdravotní péče	☐
Dlouhodobá péče	☐
Správa	☐

Zeměpisný rámec

Národní	☒
Regionální	☐

Projekt je realizován ve městech Liberec, Sokolov, Chomutov, Praha, Jirkov, Plzeň. Koncepční materiály, které vzniknou v průběhu projektu budou šířeny širší veřejnosti – politickým činitelům, úředníkům státní správy, zákonodárcům.

Realizační orgán

Projekt je realizován společností Člověk v tísni, o.p.s. z finančních prostředků Iniciativy společenství EQUAL (kromě lokality Praha, kde je program financován z JPD3).

Kontext/Pozadí iniciativy	
Česká společnost je charakteristická značnou mírou homogenity ať se jedná o perspektivu národnostní, etnickou, nebo sociální. Situace velké části romské populace, ohrožené sociálním vyloučením, tak představuje jeden z nejvýraznějších problémů. Výrazně odlišná vzdělanostní struktura Romů ze sociálně vyloučených lokalit ve srovnání s většinovou společností představuje v dlouhodobé perspektivě ohrožení sociální soudržnosti. Koncepce projektového záměru vychází z několikaleté zkušenosti s Programem pracovního poradenství. Právě pracovní poradci se v některých městech stále častěji potýkají s úbytkem pracovních příležitostí pro nízko-kvalifikované pracovníky. Tato skutečnost je přirozeným důsledkem probíhající transformace a v budoucnu se tato skutečnost bude projevovat stále zřetelněji. Z těchto důvodů bylo třeba pozměnit spektrum nabízených služeb. Zabývat se tedy nejen poskytováním poradenství v oblasti uplatnění se na trhu práce dospělým klientům, ale také přispívat k celkovému zvyšování kvalifikace Romů ze sociálně vyloučených lokalit, aby docházelo k podpoře jejich šancí plnohodnotně se zapojit do společnosti a vystoupit tak ze života v sociálně vyloučené lokalitě.	
Podrobnosti iniciativy	
1.	**Jaký je či byl časový rozvrh realizace dané iniciativy?**
	Kariérní poradenství je nabízeno klientům a institucím od února 2008. Během několika prvních měsíců se podařilo ověřit prospěšnost a úspěšnost aktivity a bude i nadále usilováno o dlouhodobou realizaci této aktivity.
2.	**Konkrétní cíle**
	1. Optimalizace nástrojů pracovního poradenství a podpory vzdelávání v závislosti na diagnostikovaných predispozicích klientů. V letech 2006 až 2007 byla vytvořena testovací sada zaměřená na diagnostiku kompetencí a dovedností uchazečů o zaměstnání. Tento nástroj muže být aplikován kromě přímé vazby na vstup na pracovní trh také k diagnostice potenciálních dovedností klientů, a na základě výsledků testu muže být přihlíženo při rozhodování o následné vzdělávací kariéře žáka. 2. Zvyšování kvalifikace klientů v perspektivních oborech ve vztahu k vývoji trhu práce a podpora zaměstnanosti klientu v návaznosti na dosaženou kvalifikaci. Podpora klientů v takové profesní orientaci, ve které je na základě poznatků sociodemografických analýz možné nalézt uplatnění. 3. Příprava relevantních materiálů pro změnu legislativního rámce v oblasti zaměstnanosti v kontextu vyšší konkurenceschopnosti lidí ohrožených sociálním vyloučením.
3.	**Jak iniciativa řešila tyto cíle?**
	Ad1) V současné době pracovní poradci Programu sociální integrace testují diagnostické sady na žácích 9. tříd ZŠ, žácích vybraných učebních oborů, klientech dětských domovů, výchovných ústavů a také na běžné dospělé populaci nezaměstnaných osob ohrožených sociálním vyloučením. Zkušenosti získané v průběhu testování budou systematicky sbírány a vyhodnocovány a v případě potřeby dojde k revizi jednotlivých testů. Ukáže-li se, že pro různé cílové skupiny je potřeba užívat odlišné testovací sady, budou tyto sady pozměněny tak, aby došlo k maximální míře zefektivnění tohoto nástroje. Ad 2) Prvním krokem byla realizace sociodemografických analýz měst, ve kterých je projekt realizován. V analýze byla věnována pozornost existující nabídce učebních oborů a tyto identifikované kvalifikační příležitosti byly konfrontovány se zjištěnými poznatky o trhu práce. Došlo tak identifikaci potenciálně perspektivních učebních oborů. Na základě takto strukturovaného poznání byly pak aplikovány testovací sady k identifikaci dispozic u jednotlivých žáků, tak aby bylo efektivní volbou strategie minimalizováno riziko předčasného ukončení vzdělávacího procesu klientů. V rámci přímé práce s klienty a seminářů na jednotlivých školách jsou pomocí populárních komixů žáci upozorňováni na rizika nelegálního

	zaměstnávání, neboť tímto fenoménem jsou bezprostředně ohroženi. Klientům – žákům jsou nabízeny komplexní služby v oblasti kvalifikace – zaměstnávání, přičemž integrální součástí těchto služeb využívajících alternativních instrumentů bude efektivita. Ad3) Paralelně s probíhajícími aktivitami zaměřenými na přímou práci s klienty, respektive na skupinovou práci s klienty, připravuje realizační tým Programu kariérního a pracovního poradenství koncepční materiály, které by měly mít i nadále využití při různých seminářích, osobních schůzkách s úředníky státní správy, apod. Jedná se především o primární výzkum (výzkum v cílové skupině), analýza dat a existujících relevantních dokumentů a expertních seminářů.
Sledování a hodnocení	
	Jak je či bylo dané opatření sledováno nebo vyhodnocováno?
	Projekt je hodnocen průběžně manažerem projektu. Základním nástrojem hodnocení průběhu projektu je Správa týmu v databázovém systému ARA, který slouží k evidenci statistických údajů o práci s klienty, ale také přispívá k zachovávání kontinuity při práci s klienty. Systém umožňuje online evidenci aktivit a slouží manažerovi k udržení přehledu o realizaci projektu a o dosažených výsledcích. Tyto informace jsou pak užívány při individuálních konzultacích s jednotlivými pracovníky, které probíhají jednou měsíčně. Dalším nástrojem jsou povinné stáže u kolegů v jiné lokalitě. Výhodou tohoto nástroje je mimo jiné sdílení individuálních postupů a strategií, navazování užších vazeb v týmu a mezi týmy. Na závěr projektu proběhne formou semistrukturovaných dotazníků pro realizátory a příjemce projektu rozsáhlá evaluace, která podá ucelený obraz o tom, jak byly naplněny cíle projektu.
Výsledky	
1.	**Do jaké míry došlo ke splnění konkrétních cílů?**
	Ad cíl 1) Tento cíl se naplnit podařilo. Testovací sady se navíc osvědčily a jsou současně předávány třetím stranám, které o ně projevují zájem. V současné situaci není v silách realizátora projektu uspokojovat poptávku ze strany jednotlivých škol a dětských domovů. Ad cíl 2) Na naplnění tohoto cíle kariérní poradci pracují. Cíl je koncipován jako dlouhodobý a samotná délka realizace projektu neumožňuje relevantní vyhodnocení naplnění tohoto cíle. Současně je dokončována analýza trhu práce, s jejímiž průběžnými výsledky kariérní poradci od dubna 2008 pracují. Ad 3) Tento cíl je naplňován dle harmonogramu projektu a lze předpokládat, že během letních měsíců bude tvorba koncepčních materiálů úspěšně završena a tyto materiály budou pracovníky programu uplatňovány v praxi.
2.	**Jaká rizika či jaké překážky se vyskytly při realizaci iniciativy?**
	Před zahájením realizace projektu bylo největší riziko spatřováno v nízké motivovanosti klientů ze sociálně vyloučených lokalit účastnit se nabízených aktivit. V průběhu projektu se toto riziko nenaplnilo. Další předpokládané riziko projektu se týká okruhu aktivit zaměřených na prosazování koncepčních a systémových změn zákonodárcům a politickým aktérům.
3.	**Jak se tato rizika a tyto překážky řešily?**
	Na identifikaci a případné dovednosti směřující k posilování motivace se zaměřuje tým pracovních poradců.
4.	**Vyskytly se nějaké neočekávané prospěšné nebo slabé stránky?**
	Velký zájem školských pracovišť o realizaci interaktivních workshopů a seminářů, zaměřených na kariérní poradenství.

PŘÍKLAD DOBRÉ PRAXE Č. 4

Název opatření	Členský stát
Zavádění multidisciplinárních týmů do praxe soudnictví nad mládeží	Česká republika

Výstupní cíl opatření

Zefektivnit spolupráci orgánů činných v trestním řízení a dalších participujících subjektů.

Shrnutí hlavních výsledků

1. Podařilo se zavést Multidisciplinární týmy takřka ve všech soudních okresech.
2. Došlo k zefektivnění komunikace mezi orgány činnými v trestním řízení, čímž se zvýšil výchovný dopad trestního řízení na mladistvé delikventy.
3. Opatření se podílelo na snížení kriminality v daných lokalitách.

Cílení příjemci

Obecná populace	☐
Děti	☒
Neúplné rodiny s jedním rodičem	☒
Nezaměstnaní	☒
Starší lidé	☐
Mladí lidé	☒
Lidé se zdravotním postižením	☐
Imigranti včetně uprchlíků	☐
Etnické menšiny	☒
Bezdomovci	☐
Specifické onemocnění	☐
Ostatní [Upřesněte prosím:]	☐

Politické zaměření

Sociální vyloučení	☒
Zdravotní péče	☐
Dlouhodobá péče	☐
Správa	☐

Zeměpisný rámec

Národní	☒
Regionální	☐

Realizační orgán

Probační a mediační služba ČR

Kontext/Pozadí iniciativy

Multidisciplinární Týmy pro mládež se vyvinuli po vzoru YOT (Young offender team) ve Velké Británii a Komisí pro mládež v Kanadě. Staly se národní prioritou Probační a mediační služby ČR (dále PMS) pro rok 2005. Pilotní městy se staly: Mělník, Praha, Frýdek-Místek, Svitavy, Děčín, Znojmo. Týmy byly a jsou složeny se zástupců PMS, soudů, státního zastupitelství, Policie ČR, Orgánů sociálně právní ochrany dětí, městských úřadů, koordinátorů prevence kriminality, poskytovatelů služeb (sociální, zdravotní, vzdělávací), dalších participujících subjektů.

Podrobnosti iniciativy

1.	**Jaký je či byl časový rozvrh realizace dané iniciativy?**
	Multidisciplinární týmy byly národní prioritou PMS ČR pro rok 2005. Jejich závádění a zejména udržování v chodu je průběžné a je podchyceno v národních metodických standardech PMS pro práci s mládeží a dětmi mladšími 15 let.
2.	**Konkrétní cíle**
	▪ zmapovaný systém péče o rizikové a ohrožené děti v celé lokalitě ▪ pravidelná setkání členů týmu ▪ optimální postupy koordinovaného řešení případů ▪ strategie práce s rizikovými a ohroženými dětmi a jejich rodinami, její pravidelné vyhodnocování a navrhování nových opatření ▪ závěry, doporučení a dohodnuté postupy vytvořené tímto týmem by měly být všemi členy v týmu společně sdílené a tím i závazné v souladu s jejich působením v justičním nebo sociálním systému.

3.	**Jak iniciativa řešila tyto cíle?**
	Cíle byly řešeny na bázi koordinovaného a promyšleného postupu jak v jednotlivých případech, tak v případech systémového řešení kriminality dětí a mládeže na lokální úrovni.
Sledování a hodnocení	
	Jak je či bylo dané opatření sledováno nebo vyhodnocováno?
	Zavádění Multidisciplinárních Týmů bylo pravidelně sledováno a vyhodnocováno Ředitelstvím PMS ČR, oddělením metodik, koncepcí a analýz.
Výsledky	
1.	**Do jaké míry došlo ke splnění konkrétních cílů?**
	1.Podařilo se zavést Multidisciplinární Týmy pro mládež takřka ve všech soudních okresech. 2. Metodilka Multidisciplinárních Týmů pro mládež se stala součástí projektu Ministerstva vnitra ČR, Střediska včasné intervence, kde jsou Multidisciplinární Týmy jedním se základních kamenů projektu.
2.	**Jaká rizika či jaké překážky se vyskytly při realizaci iniciativy?**
	Největším rizikem byla počáteční neochota zúčastněných řešit problematiku kriminality mládeže a dětí mladších 15 let týmově. Převládal tzv. „resortismus“.
3.	**Jak se tato rizika a tyto překážky řešily?**
	Metodickými návštěvami ze soudních okresů, kde byly Multidisciplinární týmy již zavedeny. Vzdělávací semináře pro participující subjekty.
4.	**Vyskytly se nějaké neočekávané prospěšné nebo slabé stránky?**
	Neočekávaným prospěchem byla integrace Multidisciplinárních Týmů do metodiky Středisek včasné intervence. Velmi se také zlepšil podíl řešených případů mladistvých v přípravném řízení oproti řízení vykonávacímu.

PŘÍKLAD DOBRÉ PRAXE Č. 5

Název opatření	**Členský stát**
Strategie sociální inkluze bezdomovců v ČR	Česká republika
Výstupní cíl opatření	
• Návrh udržitelného rozvoje sociálních služeb pro bezdomovce • Definice a typologie bezdomovství v ČR • Vytvoření monitorovacího systému • Výsledky průzkumu poskytování zdravotní péče bezdomovcům • Výsledky ověření efektivity většího počtu sociálních pracovníků • Publicita problematiky v odborné a široké veřejnosti	
Shrnutí hlavních výsledků	
• Byla vytvořena Definice a typologie bezdomovství. • Monitorovací systém byl vytvořen. • Byl zveřejněn výstup průzkumu poskytování zdravotní péče bezdomovcům. • Efektivita většího počtu sociálních pracovníků byla prokázána, ověřena a zdokumentována. • Problematika je publikována i po ukončení realizace projektu.	
Cílení příjemci	**Politické zaměření**
Obecná populace ☐ Děti ☐	Sociální vyloučení ☒ Zdravotní péče ☐

Neúplné rodiny s jedním rodičem	☐	Dlouhodobá péče	☐
Nezaměstnaní	☐	Správa	☐
Starší lidé	☐	**Zeměpisný rámec**	
Mladí lidé	☐		
Lidé se zdravotním postižením	☐		
Přistěhovalci / Uprchlíci	☐	Národní	☒
Etnické menšiny	☐	Regionální	☐
Bezdomovci	☒	**Realizační orgán**	
Specifické onemocnění	☐		
Ostatní [Upřesněte prosím:]	☐		

Kontext/Pozadí iniciativy

Již několik let spolupracují ad hoc poskytovatelé sociálních služeb na různých aktivitách, jak v samotné sociální práci, tak v publicitě a kultivaci vztahu veřejnosti k lidem bez domova. Projekt vznikl spontánně, jako ohlas na tento vztah společnosti k bezdomovcům a na situaci v sociálních službách a zdravotní péči k této cílové skupině. Výzva k předkládání projektů z ESF byla impulzem pro formulaci tohoto rozsáhlého projektu.

Podrobnosti iniciativy

1.	**Jaký je či byl časový rozvrh realizace dané iniciativy?**
	Projekt byl realizován od října 2005 do září 2007. V každé aktivitě se vytvořila pracovní skupina, každá pracovní skupina měla svého vedoucího, který činnost koordinoval. Pracovní skupiny se scházely v plánovaných intervalech a v mezidobí komunikovaly elektronicky.
2.	**Konkrétní cíle**
	1. Definice a typologie: Cílem bylo (a) vytvořit typologii bezdomovství ve společenských a ekonomických podmínkách České republiky tak, aby byla kompatibilní s typologií ETHOS (FEANTSA), která je používána v členských státech Evropské unie, (b) definovat v české terminologii charakteristické rysy bezdomovství tak, aby česká terminologie odpovídala vytvořené typologii. **2. Návrh monitorovacího systému:** Cílem bylo (a) vytvořit databázový softwar, který by byl zdarma k dispozici všem poskytovatelům služeb dané cílové skupině, (b) vytvořit centrálu pro sběr statistických dat, kde by se všechny osobní a citlivé údaje zašifrovaly a zbytek by byl použit pro statistický výzkum, (c) jednat o výhodné nabídce s národními poskytovateli k připojení této služby všem poskytovatelům k internetu. **3. Průzkum poskytování zdravotní péče bezdomovcům:** Cílem bylo shromáždit údaje umožňující vyhodnotit současnou situaci a postoje v oblasti poskytování zdravotní péče bezdomovcům. **4. Ověření efektivity většího počtu sociálních pracovníků:** Cílem bylo ověřit, jaký vliv na úspěšnost sociálního začlenění bezdomovců má omezení počtu klientů a tím také více času. **5. Publicita:** Cílem bylo zvýšení informovanosti veřejnosti o problému bezdomovství.
3.	**Jak iniciativa řešila tyto cíle?**
	1. Definice a typologie: Pracovní skupina prostudovala dokumenty FEANTSA k typologii ETHOS, k filosofii její tvorby. K tomu posloužil také první seminář za účasti koordinátora Evropské observatoře bezdomovství a FEANTSA. Členové vzájemně diskutovali její uplatnění v podmínkách ČR s ohledem na místní specifika života bezdomovců. Jednotlivé etapy byly konzultovány na workshopech za účasti zainteresovaných odborníků z veřejné správy, poskytovatelů sociálních služeb a výzkumu. Materiálním výstupem je tištěná publikace Definice a typologie

	bezdomovství, dostupná také v elektronické podobě v češtině a angličtině, která obsahuje český ETHOS s podrobným komentářem. **2. Návrh monitorovacího systému:** Vznik informačního systému iniciovalo a jeho používání administruje Sdružení azylových domů, které shromažďuje podněty, sleduje legislativní změny a spolupracuje s autorem systému. Pod názvem NewPeopleVision se skrývá databázový informační sytém, který umožňuje přehledně sledovat a vyhodnocovat poskytování služeb uživatelům. Systém je univerzální pro všechna zařízení pracující s lidmi v tísni (muži, ženy, matky s dětmi, rodiny). **3. Průzkum poskytování zdravotní péče bezdomovcům:** Dotazníkovým šetřením byli osloveni pracovníci azylových domů, zdravotnických záchranných služeb, lékaři, sestry a sociální pracovnice ve zdravotnictví a pracovníci příslušných odborů krajských úřadů. Výsledky byly statisticky zpracovány a opatřeny interpretací. Součástí byly také návrhy na změny. Výstupem je samostatná tištěná publikace s rozborem problematiky, dostupná také v elektronické podobě. **4. Ověření efektivity většího počtu sociálních pracovníků:** V různých typech organizací pracujících s bezdomovci bylo zaměstnáno 16 sociálních pracovníků, kteří v daném okamžiku pracovali „pouze“ s 10 klienty. Pracovali v různých regionech v azylových domech partnerských organizací (Naděje, Armáda spásy, Slezská diakonie a Diecézní charita Brno). Jedním z cílů bylo také potvrdit názor, že větší počet sociálních pracovníků bude přínosný nejen pro sociálně vyloučené osoby, ale také pro státní instituce a organizace poskytující sociální služby. Přidanou hodnotou této aktivity je konkrétní sociální pomoc, poskytnutá samotným uživatelům zařízení. V období realizace aktivity poskytli sociální pracovníci služby více než 530 klientům a jedním ze sledovaných ukazatelů byl podíl klientů, u kterých poskytnutá podpora splnila svůj účel. **5. Publicita:** Byla zřízena profesní internetová stránka www.bezdomovci.eu, na které je prezentován celý projekt. Obsah je doplněn o další informace. Stránka pokračuje i po ukončení projektu a je aktualizována. V rámci projektu byly vydány tři tištěné publikace (viz bod 1 a 3), závěrečná obsahuje návrh udržitelného rozvoje sociálních služeb pro bezdomovce. Všechny jsou ke stažení na internetu ve formátu pdf. Projekt byl zakončen závěrečnou konferencí za účasti stovky odborníků z celé ČR.
Sledování a hodnocení	
	Jak je či bylo dané opatření sledováno nebo vyhodnocováno?
	Jednotlivé aktivity byly vyhodnocovány průběžně. Příkladem je Definice a typologie, ve které se pracovní skupina scházela v dohodnutých termínech a na třech workshopech konzultovala průběh své práce s odborníky. Pracovní skupiny podávaly zprávy projektovému týmu složenému ze zástupců partnerských organizací. Projekt byl financován z ESF, v průběhu se zpracovávaly monitorovací zprávy, které byly systémově vyhodnocovány. Na závěrečná konferenci byly představeny všechny výstupy a výsledky projektu a předloženy k diskusi. Konference se zúčastnili odborníci ze sociálních služeb, z veřejné správy i z akademické obce a výzkumu.
Výsledky	
1.	**Do jaké míry došlo ke splnění konkrétních cílů?**
	Byla vytvořena a dána k dispozici Definice a typologie bezdomovství. Monitorovací systém byl vytvořen a je individuálně používán. Výstup průzkumu poskytování zdravotní péče bezdomovcům byl předán kompetentním orgánům veřejné správy v oblasti zdravotnictví a sociálních věcí. Efektivita většího počtu sociálních

	pracovníků byla prokázána, ověřena a zdokumentována. Výsledky byly předány odpovědným orgánům veřejné správy. Problematika je publikována i po ukončení realizace projektu.
2.	**Jaká rizika či jaké překážky se vyskytly při realizaci iniciativy?**
	V Definici a typologii se ukázala překážka v terminologii, kdy se rozchází legislativní mluva s běžným vnímáním veřejností. Bude obtížné celostátně zavést monitorovací systém NewPeopleVision, nedojde-li ke změně některých ustanovení zákona o ochraně osobních údajů. Systém je na to připraven, ale v současné době jej lze využívat jen lokálně. Při průzkumu poskytování zdravotní péče bezdomovcům se projevila s jednou výjimkou neochota krajských úřadů odpovídat na zaslaný dotazník, tuto neochotu se nepodařilo překonat. Ověření efektivity většího počtu sociálních pracovníků – po ukončení realizace se projevilo jako zásadní překážka nedostatečné finanční zajištění sociální práce v prevenčních službách.
3.	**Jak se tato rizika a tyto překážky řešily?**
	V Definici a typologii se hledal kompromis v pojmosloví, vysvětlení jednotlivých sociálních situací je v podrobném komentáři. Při průzkumu poskytování zdravotní péče – viz odpověď na předchozí otázku. Ověření efektivity většího počtu sociálních pracovníků – riziko je neřešitelné za současného stavu financování služeb sociální prevence.
4.	**Vyskytly se nějaké neočekávané prospěšné nebo slabé stránky?**
	Doslova neočekávané prospěšné nebo slabé stránky se neprojevily. Velmi prospěšnou stránkou, spíš tušenou než neočekávanou, se ukázala ochota a schopnost spolupráce nejen partnerských organizací, ale dalších osob ze sociálních služeb, veřejné správy a výzkumu. Slabinou víc společenského prostředí než samotné realizace, také spíš vnímanou než neočekávanou, je pro bezdomovce špatná dostupnost zdravotní péče. Realizace projektu tuto skutečnost plně potvrdila.

Příloha č. 2.2 - Statistická příloha

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

	roční v Kč	ČR	EU 25
		roční v PPS	
jednotlivci	85 714	5 002	-
rodiče se 2 závislými dětmi	180 000	10 505	-

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

údaje EUROSTATU za rok 2006 (šetření SILC 2006 – příjmy za rok 2005)

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

věk	ČR			EU 25		
	celkem	muži	ženy	celkem	muži	ženy
celkem 0+	10	9	11	16	15	17
0 - 17	16	-	-	19	-	-
18 - 64	9	8	10	15	14	15
65+	6	2	8	19	16	21

** 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 EUROSTATU za rok 2006 (šetření SILC 2006 – příjmy za rok 2005)

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

věk	ČR			EU 25		
	celkem	muži	ženy	celkem	muži	ženy
celkem 0+	17	19	16	22	23	22
0 - 17	18	-	-	23	-	-
18 - 64	18	20	17	25	25	24
65+	7	11	7	18	18	18

** 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 EUROSTATU za rok 2006 (šetření SILC 2006 – příjmy za rok 2005)

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

ČR	**3,5**
EU 25	**4,8**

** podíl celkového příjmu 20 % obyvatel s nejvyššími disponibilními příjmy (nejvyšší kvintil) k celkovému příjmu 20 % obyvatel s nejnižšími disponibilními příjmy (nejnižší kvintil)*
údaje z EUROSTATU za rok 2006 (šetření SILC 2006 – příjmy za rok 2005)

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

Pohlaví a věk	1995	2000	2002	2004	2005	2006
Očekávaná délka života* - **MUŽI**						
ČR						
- ve věku 0 let	69,7	71,7	72,1	72,6	72,9	73,5
- ve věku 45 let	27,6	29,0	29,3	29,7	29,9	30,4
- ve věku 65 let	12,7	13,8	13,9	14,2	14,4	14,8
EU						
- ve věku 0 let	72,8	74,4	75,0	-	75,8	-
- ve věku 45 let	-	31,8	32,2	-	-	-
- ve věku 65 let	-	15,7	16,0	-	-	-
Očekávaná délka zdravého života**						
ČR Muži ve věku 0 let	-	-	62,8	-	-	-
EU 15 Muži ve věku 0 let	-	63,5	64,3	-	-	-
Očekávaná délka života* - **ŽENY**						
ČR						
- ve věku 0 let	76,8	78,5	78,7	79,4	79,2	79,9
- ve věku 45 let	33,4	34,8	34,9	35,3	35,3	36
- ve věku 65 let	16,2	17,0	17,2	17,6	17,7	18,3
EU						
- ve věku 0 let	79,7	80,8	81,2	-	81,9	-
- ve věku 45 let	-	37,2	37,5	-	-	-
- ve věku 65 let	-	19,4	19,6	-	-	-
Očekávaná délka zdravého života**						
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 EUROSTATU (šetření SILC 2006 – příjmy za rok 2005)

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

		2002	2003	2004	2005	2006
ČR	celkem	5,5	6,0	6,1	6,4	5,5
	muži	5,3	5,2	5,8	6,2	5,7
	ženy	5,7	6,8	6,5	6,6	5,4
EU 25	celkem	16,6	16,2	15,6	15,2	15,1
	muži	18,9	18,1	18,0	17,3	17,4
	ženy	14,4	14,2	13,1	13,1	12,8

** 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**	**2006**	**2007**
ČR	0 - 17	celkem	5,1	8,0	7,6	9,0	8,1	8,2	7,9
	18 - 59	celkem	5,3	7,8	7,3	8,0	7,4	7,3	6,5
		muži	-	-	5,6	6,4	5,8	5,8	4,9
		ženy	-	-	9,1	9,6	9,0	8,8	8,1
EU 25	0 - 17	celkem	-	-	9,8	9,8	9,6	9,6	9,3
	18 - 59	celkem	-	-	10,1	10,3	10,2	9,9	9,3
		muži	-	-	8,9	9,3	9,2	8,9	8,2
		ženy	-	-	11,4	11,4	11,2	10,9	10,3

** 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 Podíl výdajů na sociální zabezpečení z HDP v %	**2004 -2010 změna**	**2004 -2020 změna**	**2004 -2030 změna**	**2004 -2040 změna**	**2004 -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)

	ČR	EU 25
celkem	0,82	0,85
muži	0,84	0,88
ženy	0,80	0,83

** koeficient mediánového vyrovnaného příjmu osob starších 65 let k příjmům osob ve věku 0 - 64 let*

údaje EUROSTATU 2006 (šetření SILC 2006 – příjmy za rok 2005)

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)

	ČR	EU 25
celkem	0,52	0,51
muži	0,50	0,54
ženy	0,56	0,50

údaje EUROSTATU 2006 (šetření SILC 2006 – příjmy za rok 2005)

Tabulka č. 11/1 - Zaměstnanost starších osob (v %)*
(zastřešující indikátor 10)

	věk	**1998**	**2000**	**2002**	**2004**	**2005**	**2006**	**2007****
ČR	**55 - 64**							
	celkem	37,1	36,3	40,8	42,7	44,5	45,2	46,0
	muži	53,2	51,7	57,2	57,2	59,3	59,5	59,6
	ženy	22,9	22,4	25,9	29,4	30,9	32,1	33,5
EU 25	**55 - 64**							
	celkem	35,8	36,6	38,7	41,0	42,5	43,6	44,7
	muži	46,6	46,9	48,8	50,7	51,8	52,8	53,9
	ženy	25,5	26,9	29,2	31,7	33,7	34,9	36,3

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

*** údaje za EU 27*

údaje EUROSTATU a údaje ČSÚ z VÝBĚROVÉHO ŠETŘENÍ PRACOVNÍCH SIL

Tabulka č. 11/2 - Zaměstnanost starších osob (v %)*
(zastřešující indikátor 10)

	věk	1998	2000	2002	2004	2005	2006	2007
ČR	**55 - 59**							
	celkem	51,4	50,6	55,6	59,1	61,6	62,7	63,3
	muži	72,7	71,8	76,5	76,9	78,5	78,4	77,3
	ženy	31,7	30,9	36,1	42,4	45,8	47,9	50,1
ČR	**60 - 64**							
	celkem	19,4	16,9	20,1	20,7	22,3	23,1	25,7
	muži	27,8	23,5	29,2	30,1	33,7	34,9	38,3
	ženy	12,3	11,2	12,1	12,5	12,3	12,7	14,6

** 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 - 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 18+ let		8	7	9	15	14	16
pracující osoby celkem		3	3	4	8	8	7
nepracující osoby celkem		14	14	13	23	23	23
z toho:	- nezaměstnaní	43	48	39	41	46	36
	- důchodci	7	5	8	16	15	17
	- ostatní neaktivní	15	15	15	27	27	27

** 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 EUROSTATU 2006 (šetření SILC 2006 – příjmy za rok 2005)

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

(zastřešující indikátor 12)

		1998	2000	2002	2004	2005	2006	2007
ČR	celkem	72,0	71,3	70,6	70,0	70,4	70,3	69,8
	muži	80,0	79,1	78,6	77,9	78,4	78,3	78,1
	ženy	64,0	63,6	62,7	62,2	62,4	62,3	61,5
EU 25	celkem	68,0	68,7	69,0	69,7	70,3	70,7	70,9
	muži	77,4	77,4	77,3	77,5	77,8	78,0	78,1
	ženy	58,7	60,0	60,7	62,0	62,7	63,4	63,7

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

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

(zastřešující indikátor 12)

věkové skupiny		1998	2000	2002	2004	2005	2006	2007
15 - 64	celkem	72,0	71,3	70,6	70,0	70,4	70,3	69,8
	muži	80,0	79,1	78,6	77,9	78,4	78,3	78,1
	ženy	64,0	63,6	62,7	62,2	62,4	62,3	61,5
15 - 24	celkem	49,1	46,1	40,1	35,8	33,9	33,5	31,9
	muži	55,7	51,3	44,7	40,0	38,7	37,7	36,7
	ženy	42,1	40,6	35,2	31,5	28,8	29,2	26,9
25 - 54	celkem	88,5	88,4	88,2	87,8	88,3	88,1	87,8
	muži	95,1	94,9	94,9	94,6	94,8	94,8	95,0
	ženy	81,9	81,8	81,5	80,9	81,6	83,4	83,4
55 - 59	celkem	53,2	53,3	57,9	62,8	65,4	66,7	66,9
	muži	75,3	75,8	79,5	81,4	82,8	83,2	81,6
	ženy	32,8	32,6	37,7	45,5	49,0	51,1	53,1
60 - 64	celkem	20,5	17,7	20,9	21,4	23,0	23,8	26,4
	muži	28,9	24,5	30,0	30,9	34,4	36,1	39,3
	ženy	13,3	11,9	13,0	13,0	12,9	13,0	14,9

**** 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)

	2000	2004	2005	2006
ČR	5,8	5,6	5,5	5,2
EU 25	13,4	12,2	11,9	11,4**

**variační koeficient měr zaměstnanosti na úrovni NUTS II*
***údaj za EU 27*
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**	**2007**
ČR	103,6	102,5	101,9	103,6	104,5	106,3	106,8	106,6
EU 25	103,9	101,9	101,2	101,2	102,4	101,7	102,9	102,9**

**stejné období minulého roku = 100 %*
*** EU 27*
údaje ČSÚ 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**	**2007**
HDP na 1 obyvatele v běžných cenách (Kč)*	163 183	213 110	272 770	291 561	313 213	344 035
HDP na 1 obyvatele v PPS*	11 586	13 036	16 257	17 133	18 412	20 237
relace HDP na 1 obyv ČR k EU 25 v PPS (EU 25 = 100 %)** (v %)	70,0	64,7	72,1	73,7	76,1	82,0

** údaje ČSÚ*
*** údaje EUROSTATU*

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

		1998	**2000**	**2002**	**2004**	**2005**	**2006**
ČR	celkem	67,3	65,0	65,4	64,2	64,8	65,3
	muži	76,0	73,2	73,9	72,3	73,3	73,7
	ženy	58,7	56,9	57,0	56,0	56,3	56,8
EU 25	celkem	61,2	62,4	62,8	63,3	63,8	64,7
	muži	70,6	71,2	71,0	70,9	71,3	72
	ženy	51,8	53,6	54,7	55,7	56,3	57,4

** 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	2006
ČR	celkem	6,4	8,7	7,3	8,3	7,9	7,1
	muži	5,0	7,3	5,9	7,1	6,5	5,8
	ženy	8,1	10,3	9,0	9,9	9,8	8,8
EU 25	celkem	9,4	8,6	8,8	9,0	8,7	7,9
	muži	7,9	7,4	7,8	8,1	7,9	7,1
	ženy	11,2	10,2	10,0	10,2	9,8	9
ČR ve věkové skupině 15 - 24 let	celkem	12,8	17,8	16,9	21,1	19,2	17,5
	muži	11,5	18,5	16,6	22,3	19,3	16,6
	ženy	14,4	17,0	17,2	19,4	19,1	18,7
EU 25 ve věkové skupině 15 - 24 let	celkem	19,2	17,4	18,2	18,7	18,5	17,1
	muži	17,4	16,0	17,3	18,2	18,2	16,5
	ženy	21,3	19,0	19,1	19,3	18,9	17,9

** 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	2006
ČR	celkem	3,2	3,7	4,2	4,2	3,9
	muži	2,4	3,0	3,4	3,4	3,1
	ženy	4,2	4,6	5,3	5,3	4,9
EU 25	celkem	4,1	3,9	4,1	3,9	3,6
	muži	3,4	3,3	3,6	3,5	3,2
	ženy	5,0	4,6	4,7	4,5	4

** 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
ČR	19,8	21,9	31,8	37,1	43,8	54,8
EU 25	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
Celkem	**100,0**
Domácnosti bez dětí	
domácnosti bez závislých dětí celkem	47,8
z toho:	
- jednotlivci celkem	9,4
muži	3,6
ženy	5,8
jednotlivci do 64 let	5,1
jednotlivci 65 a více let	4,3
- *bezdětné páry:*	
oba partneři do 64 let	13,9
alespoň jeden z partnerů 65 a více let	9,5
- ostatní domácnosti bez závislých dětí	15,0
Domácnosti s dětmi	
domácnost se závislými dětmi celkem	52,2
z toho:	
- 1 rodič s 1 a více závislými dětmi	3,9
- *rodičovský pár:*	
s 1 závislým dítětem	12,1
se 2 závislými dětmi	21,0
se 3 a více závislými dětmi	4,7
- ostatní domácnosti se závislými dětmi	10,5

** podíl osob žijících v příslušném typu domácnosti z celkového počtu osob*
údaje ČSÚ za rok 2006

Tabulka č. 18/2 - Věkové složení obyvatel v roce 2006
(kontextová informace 5 k zastřešujícím indikátorům)

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

údaje ČSÚ k 1.1.2006

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

		2002	2003	2004	2005	2006
ČR	**veřejný dluh**	28,5	30,1	30,4	30,2	30,1
EU 27	**dluh**	60,3	61,8	62,1	62,7	61,4

EUROSTAT 2006

Tabulka č. 20/1 -Podíl výdajů na sociální ochranu podle kategorií z HDP* (v %)

(kontextová informace 7 k zastřešujícím indikátorům)

Výdaje na dávky - ČR	2000	2001	2002	2003	2004	2005
celkem	19,5	19,5	20,2	20,2	19,3	19,1
z toho:						
důchodové a pozůstalostní	8,2	8,1	8,3	8,1	7,7	7,9
nemocenské a zdravotní péče	6,4	6,5	6,8	6,9	6,6	6,5
invalidity	1,5	1,5	1,5	1,6	1,5	1,4
nezaměstnanosti	0,7	0,6	0,7	0,8	0,7	0,7
pro rodiny s dětmi	1,6	1,5	1,6	1,5	1,6	1,4
bydlení a na sociálně vyloučené	0,6	0,6	0,6	0,7	0,6	0,6
Výdaje na dávky – EU 25						
celkem	26,6	26,8	27,1	27,4	27,3	27,4
z toho:						
důchodové a pozůstalostní	11,9	11,9	11,9	12,0	12,0	12,1
nemocenské a zdravotní péče	6,9	7,1	7,2	7,4	7,4	7,5
invalidity	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1
nezaměstnanosti	1,6	1,6	1,7	1,7	1,7	1,6
pro rodiny s dětmi	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1
bydlení a na sociálně vyloučené	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9

** údaje EUROSTATU dle metodiky ESPROSS*

Tabulka č. 20/2 - Struktura výdajů na sociální ochranu* (v %)

(kontextová informace 7 k zastřešujícím indikátorům)

ČR	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Výdaje na dávky celkem	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**
z toho:						
- důchodové a pozůstalostní	43,3	42,9	42,4	41,2	41,2	42,6
- nemocenské a zdravotní péče	33,6	34,3	35,0	35,3	35,3	35,3
- invalidity	7,8	8,0	7,8	8,1	7,9	7,8
- nezaměstnanosti	3,4	3,2	3,4	4,0	3,9	3,6
- pro rodiny s dětmi	8,4	8,2	8,0	7,6	8,4	7,5
- bydlení a na sociálně vyloučené	3,4	3,3	3,3	3,5	3,3	3,1
EU 25						
Výdaje na dávky celkem	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**
z toho:						
- důchodové a pozůstalostní	46,6	46,2	45,9	45,6	45,7	45,9
- nemocenské a zdravotní péče	27,1	27,8	27,8	28,1	28,3	28,6
- invalidity	8,2	8,2	8,3	8,1	8,1	7,9
- nezaměstnanosti	6,3	6,3	6,4	6,6	6,5	6,1
- pro rodiny s dětmi	8,1	8,0	8,1	8,1	8,0	8,0
- bydlení a na sociálně vyloučené	3,5	3,5	3,5	3,4	3,4	3,5

** údaje EUROSTATU 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	24,1	23,2
osamělý rodič	10,9	12,9
pár bez dětí	22,1	24,0
pár s dětmi	15,0	14,5
jiné domácnosti bez dětí	19,8	19,4
z toho:		
bez osoby starší 65 let	9,5	8,3
s alespoň jednou osobou starší 65 let	10,4	11,2
jiné domácnosti s dětmi	8,1	5,9
z toho:		
bez osoby starší 65 let	6,4	4,6
s alespoň jednou osobou starší 65 let	1,7	1,2
Celkový počet v tis.	**17 762,5**	**437,26**

** 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 2006

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	47,5	50,8
osamělý rodič - starší 65 let	0,3	0,3
pár s dětmi	38,4	35,9
z toho:		
bez osoby starší 65 let	37,3	35,7
s alespoň jednou osobou starší 65 let	1,1	0,2
jiné domácnosti s dětmi	13,7	13,1
z toho:		
bez osoby starší 65 let	9,9	10,2
s alespoň jednou osobou starší 65 let	3,9	2,9
Celkový počet v tis.	**6 437,9**	**148,04**

** podíl dětí ve věku 0 - 17 let v příslušném typu domácnosti´ze všech dětí ve věku 0 - 17 let v domácnostech bez zaměstnané osoby; údaje EUROSTATU 2006*

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

(kontextová informace 8 k zastřešujícím indikátorům)

	celkem	muži	ženy
Populace ve věku 18 a více let celkem	**100,0**	**100,0**	**100,0**
pracující celkem	***55,3***	***65,5***	***45,8***
z toho:			
zaměstnaní	46,4	52,4	40,8
samostatně činní	8,9	13,0	5,0
nepracující celkem	***44,7***	***34,5***	***54,2***
z toho:			
nezaměstnaní	6,2	5,8	6,6
důchodci	28,1	22,1	33,6
ostatní ekonomicky neaktivní	10,4	6,6	14,0

** 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 2006

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 (šetření SILC 2006 – příjmy za rok 2005)

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**	**muži**	**ženy**
celkem 0+	22	21	22	26	25	27
0 - 17	32	-	-	33	-	-
18 - 64	20	20	21	24	24	25
65+	13	9	16	23	20	25

** 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 EUROSTATU za rok 2006 (šetření SILC 2006 – příjmy za rok 2005)

Tabulka č. 24 - Primární indikátory sociálního začleňování

indikátor		celkem	muži	ženy	zdroj	rok
SI P1	**Míra ohrožení chudobou podle věku a pohlaví (v %)**				EU	2006
	celkem	10	9	11		
	0 - 17 let	16	16	17		
	18 - 64 let	9	8	10		
	65+ let	6	2	8		
	18+ let	8	7	9		
	Hranice příjmové chudoby (práh chudoby) - ilustrativní hodnoty				EU	2006
	domácnost jednotlivce					
	Kč za rok	85 714				
	PPS za rok	5 002				
	domácnost rodičů se 2 závislými dětmi					
	Kč za rok	180 000				
	PPS za rok	10 505				
SI P3	**Relativní mediánová mezera podle pohlaví a věku (v %)**				EU	2006
	celkem	17	19	16		
	0 - 17 let	18	-	-		
	18 - 64 let	18	20	17		
	65+ let	7	11	7		
SI P4	**Míra dlouhodobé nezaměstnanosti (12 a více měsíců) (v %)**	3,9	3,1	4,9	EU	2006
SI P5	**Osoby žijící v domácnostech bez zam. osoby (v %)**				EU	2006
	děti 0 - 17 let	7,9	-	-		
	dospělí 18 - 59 let	6,5	4,9	8,1		
SI P6	**Osoby předčasně opouštějící školu bez účasti na dalším vzdělání (v %)**				EU	2006
		5,5	5,7	5,4		

Tabulka č. 25 - Sekundární indikátory sociálního začleňování

indikátor		celkem	muži	ženy	zdroj	rok
SI S1	**Míra ohrožení chudobou podle věku a pohlaví (v %)**				EU	2006
	celkem	10	9	11		
	0 - 17 let	16	16	17		
	18 - 24 let	12	13	11		
	25 - 54 let	9	8	11		
	55 - 64 let	5	4	6		
	65+ let	6	2	8		
	18+ let	8	7	9		
SI S1a	**Míra ohrožení chudobou podle typu domácnosti (v %)**				EU	2006
	domácnosti bez závislých dětí celkem	6				
	jednotlivci celkem	17	15	18		
	jednotlivci do 64 let	19				
	jednotlivci 65 a více let	14				
	2 dospělí, oba do 64 let	5				
	2 dospělí, alespoň jeden 65+ let	3				
	ostatní domácnosti bez závislých dětí	3				
	domácnosti se závislými dětmi celkem	13				
	1 rodič a závislé děti	41				
	2 dospělí, 1 závislé dítě	7				
	2 dospělí, 2 závislé děti	10				
	2 dospělí, 3 a více závislých dětí	30				
	ostatní domácnosti se závislými dětmi	8				
SI S1c	**Míra ohrožení chudobou podle ekonomické aktivity (osoby 18+) (v %)**				EU	2006
	Pracující	3	3	4		
	Nepracující	14	14	13		
	z toho:					
	nezaměstnaní	43	48	39		
	důchodci	7	5	8		
	ostatní neaktivní	15	15	15		
SI S1e	**Rozptyl kolem hranice (prahu) příjmové chudoby (v %)**				EU	2006
	40% mediánu					
	celkem 0+ let	2	2	2		
	0 - 17 let	4	-	-		
	18 - 64 let	2	2	2		
	65+ let	0	0	0		
	50% mediánu					
	celkem 0+ let	5	5	5		
	0 - 17 let	9	-	-		
	18 - 64 let	5	5	5		
	65+ let	1	1	1		
	70% mediánu					
	celkem 0+ let	18	16	20		
	0 - 17 let	27	-	-		
	18 - 64 let	15	14	17		
	65+ let	18	9	25		

Tabulka č. 26 - Kontextové informace k indikátorům sociálního začleňování

indikátor					zdroj	rok
SI C1	**Koeficient příjmové nerovnosti S80 / S20**	3,5			EU	2006
SI C2	**Gini koeficient**	25			EU	2006
SI C3	**Regionální soudržnost (koeficient)**	5,2			EU	2006
SI C4	**Očekávaná délka zdravého života**				EU	2002
	muži ve věku 0 let	62,8				
	ženy ve věku 0 let	63,3				
SI C6 (viz tab. 23)	**Míra ohrožení chudobou (v %)**	celkem	muži	ženy	EU	2006
	po zahrnutí důchodů bez ostatních sociálních transferů					
	celkem	22	21	22		
	0 - 17 let	32	-	-		
	18 - 64 let	20	20	21		
	65+ let	13	9	16		

SI C7 a SI C10 - shodné s kontextovými informacemi k zastřešujícím indikátorům (viz. tabulky č. 21 a č. 22)
šetření SILC 2006 – příjmy za rok 2005

Příloha č. 3.1 Charakteristika základního důchodového pojištění[30)]

Základním hmotněprávním předpisem, který upravuje nároky ze základního povinného důchodového pojištění pro případ stáří, invalidity a úmrtí živitele, je **zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění** (dále jen „zákon o důchodovém pojištění"), který Parlament schválil dne 30. června 1995. Zákon o důchodovém pojištění nabyl účinnosti dnem 1. ledna 1996. Byl již několikrát novelizován.

Účast v základním důchodovém pojištění je při splnění stanovených podmínek povinná. Zákon o důchodovém pojištění umožňuje ve stanoveném rozsahu v rámci základního povinného důchodového pojištění i dobrovolnou účast na důchodovém pojištění.

Pro jednotlivé skupiny pojištěnců [zaměstnance v pracovním poměru, osoby ve služebním poměru, členy družstev, osoby samostatně výdělečně činné (OSVČ) a ostatní skupiny pojištěnců] platí **jednotná právní úprava.**

Při splnění zákonem stanovených podmínek vzniká **právní nárok na důchod**.

Všechna **rozhodnutí** o nároku na dávku důchodového pojištění a její výši či výplatě **podléhají přezkoumání soudem**.

Základní důchodové pojištění je **ekonomicky garantováno státem**, protože nelze ponechat důchodce bez zdroje příjmu, na kterém jsou existenčně závislí.

Princip zásluhovosti se v důchodovém pojištění projevuje v omezeném rozsahu v důsledku současného uplatňování principu **sociální solidarity** (existence redukčních hranic, kterými se započet vyšších příjmů stanoveným způsobem omezuje, způsobuje pokles relativní úrovně důchodu se vzrůstajícími příjmy započitatelnými pro účely důchodového pojištění).

Dynamičnost základního důchodového pojištění je dána každoroční aktualizací úrovně příjmů, z nichž se vychází při výpočtu procentní výměry důchodu, a zvyšováním vyplácených důchodů.

Ze základního důchodového pojištění se poskytují důchody:

- **starobní**[31)], **předčasný starobní**[32)]),
- **plný invalidní,**
- **částečný invalidní,**
- **vdovský a vdovecký,**
- **sirotčí.**

Z důchodového pojištění jsou přiznávány v podstatě pouze dávky odvozované z doby pojištění a dosahovaných výdělků. Jedinou výjimkou je **plný invalidní důchod**, který je při splnění stanovených podmínek přiznáván tzv. **invalidům z mládí**.

[30)] Současný český systém důchodového pojištění tvoří dvě části, a to základní důchodové pojištění (poskytují se z něho důchody starobní, plný invalidní, částečný invalidní, vdovský, vdovecký a sirotčí) a doplňkové pojištění, v jehož rámci jde jednak o penzijní připojištění se státním příspěvkem (zákon č. 42/1994 Sb., o penzijním připojištění se státním příspěvkem – ze systému se poskytují doživotní penze starobní, invalidní a výsluhová, dočasná penze pozůstalostní, jednorázové vyrovnání a odbytné) a jednak o další formy individuálního zabezpečení prostřednictvím produktů komerčních pojišťoven.

[31)] Za dobu výdělečné činnosti vykonávané po vzniku nároku na starobní důchod se procentní výměra důchodu zvyšuje za každých 90 kalendářních dnů o 1,5 % výpočtového základu.).

[32)] Předčasný starobní důchod lze přiznat až o tři roky dříve před důchodovým věkem. Základní výměra tohoto důchodu náleží v plné výši; procentní výměra se snižuje za každých i započatých 90 kalendářních dnů „předčasného odchodu" o 0,9 % výpočtového základu.

Konstrukce důchodu

Důchod se skládá ze základní výměry[33)] stejné pro všechny druhy důchodů (nezávislé na délce doby pojištění a na výdělku) a z procentní výměry odvozené z doby pojištění a dosaženého výdělku[34)]. Výše důchodů není omezena žádnou nejvyšší výměrou.

Formule pro výpočet

důchod = výpočtový základ[35)] * procentní sazba za rok pojištění[36)] * počet roků pojištění[37)] + základní výměra

Starobní důchod

Potřebná doba pojištění pro nárok na starobní důchod činí nejméně 25 roků. Věková hranice se podle zákona postupně zvyšuje (v roce 2008 činní pro muže 61 roků a 10 měsíců a pro ženy podle počtu vychovaných dětí 56 roků a 4 měsíce až 60 roků a 4 měsíce).

Invalidní důchody

Pro výpočet plných a částečných invalidních důchodů se jako doba pojištění započítává i doba od vzniku nároku na tento důchod do dosažení věkové hranice pro nárok na starobní důchod, za kterou však nejsou odváděny žádné platby. Pokles schopnosti soustavné výdělečné činnosti musí činit nejméně 66 % (plná invalidita), resp. 33 % (částečná invalidita) a potřebná doba pojištění činí aspoň 5 roků (zjišťuje se z desetiletého období před vznikem invalidity).

Pozůstalostní důchody

Procentní výměra důchodu se stanoví z procentní výměry důchodu zemřelého[38)]. Zemřelý musí splňovat podmínky nároku na důchod starobní nebo invalidní; bezpodmínečný nárok na důchod je po dobu jednoho roku od úmrtí manžela, pak musí být splněny podmínky stanovené zákonem, jinak nárok zaniká[39)]. Nárok na sirotčí důchod má dítě, které se považuje podle zákona za nezaopatřené, nejdéle však do dosažení věku 26 let, pokud zemřelá osoba splňovala podmínky pro nárok na důchod.

POJISTNÉ

Systém sociálního pojištění je financován průběžným způsobem. To znamená, že výdaje na dávky v daném období jsou hrazeny z příjmů z pojistného vybraného v tomto období.

[33)] Výše základní výměry činí od srpna 2008 2 170 Kč (cca 9,4 % průměrné hrubé mzdy).

[34)] Výdělky pro výpočet důchodu se zjišťují z rozhodného období před přiznání důchodu. Toto rozhodné období se od roku 1996, kdy bylo 10leté (vymezené roky 1986 až 1995), postupně prodlužuje na cílově 30leté. Z tohoto období budou zjišťovány příjmy v případě důchodů přiznávaných od roku 2016. V současné době je rozhodné období 22leté vymezené roky 1986 až 2007.

[35)] Výpočtový základ se zjistí redukcí osobního vyměřovacího základu, což je měsíční průměr součtu ročních příjmů za rozhodné období před přiznáním důchodu indexovaných podle obecného mzdového nárůstu. Ke zvýšení redukčních hranic je zmocněna vláda. Částka osobního vyměřovacího základu do výše první redukční hranice, která činí 10 000 Kč (cca 43,2 % průměrné hrubé mzdy), se započítá plně, od první redukční hranice do druhé redukční hranice, která činí 24 800 Kč (cca 107,1 % průměrné hrubé mzdy), se započítá 30 % a částka nad druhou redukční hranici se započítává 10 %.

[36)] U starobních a plných invalidních důchodů činí 1,5 % výpočtového základu, u částečných invalidních důchodů činí 0,75 % výpočtového základu.

[37)] Včetně náhradních dob pojištění.

[38)] Procentní výměra vdovského/vdoveckého důchodu činí 50 % a sirotčího 40 % procentní výměry důchodu zemřelého.

[39)] Při opětovném splnění podmínek do pěti roků od zániku nároku na důchod vznikne nárok znovu.

Právní úpravu vztahů financování obsahuje **zákon č. 589/1992 Sb.,** o pojistném na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů, který nabyl účinnosti dnem 1. ledna 1993. Stanoví zejména:

- **okruh poplatníků** pojistného (včetně příspěvku na státní politiku zaměstnanosti),
- **způsob stanovení výše pojistného**, odvod pojistného a povinnosti plátců pojistného.

Podle tohoto zákona se vybírá pojistné na sociální zabezpečení (na nemocenské pojištění a důchodové pojištění) a příspěvek na státní politiku zaměstnanosti.

Pojistné a příspěvek na státní politiku zaměstnanosti jsou příjmem státního rozpočtu. Příjmy státního rozpočtu jsou též penále, přirážka k pojistnému na sociální zabezpečení a pokuty. Zavedením výběru pojistného se sledovalo zvýšení vazby mezi zaplaceným pojistným a úrovní dávek.

S účinností od 1. ledna 1996 byl zaveden zvláštní účet důchodového pojištění jako součást státních finančních aktiv. Na tento účet byl převáděn přebytek hospodaření vzniklý jako rozdíl mezi příjmy pojistného na důchodové pojištění včetně příjmů z penále a pokut připadajících na důchodové pojištění a výdaji spojenými s výběrem pojistného na důchodové pojištění a výplatou dávek důchodového pojištění. Prostředky účtu bylo možné použít pouze na výdaje na dávky důchodového pojištění a na převody zpět do státního rozpočtu na úhradu záporného rozdílu uvedených příjmů a výdajů. Toto použití bylo možné pouze se souhlasem Poslanecké sněmovny Parlamentu. Prostředky nebylo možné investovat.

S účinností od 1. března 2008 byl zvláštní účet důchodového pojištění transformován na zvláštní účet rezervy pro důchodovou reformu jako součást státních finančních aktiv. Na tento účet MF za každý rok, ve kterém byly příjmy pojistného na důchodové pojištění včetně příjmů z penále a pokut připadajících na důchodové pojištění vyšší než výdaje na dávky důchodového pojištění včetně výdajů spojených s výběrem pojistného na důchodové pojištění a výplatou dávek důchodového pojištění, převádí ze státního rozpočtu částku ve výši rozdílu těchto příjmů a výdajů. Příjmy tohoto účtu tvoří i peněžní prostředky poukázané na něj podle zvláštních právních předpisů. Peněžní prostředky tohoto účtu se používají na důchodovou reformu, a to podle usnesení Poslanecké sněmovny na návrh vlády. MF je oprávněno dočasně volné prostředky vedené na tomto účtu investovat do státních dluhopisů a do dluhopisů České národní banky, jakož i do dluhopisů vydaných členskými státy Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj, a dluhopisů vydaných centrálními bankami těchto států nebo Evropskou centrální bankou. Výnosy z investování jsou příjmem tohoto účtu. Zprávy o hospodaření s peněžními prostředky účtu jsou součástí státního závěrečného účtu.[40)]

Pojistné vybírají okresní správy sociálního zabezpečení.

Pojistné platí zaměstnanci, zaměstnavatelé a OSVČ. Jeho výše je stanovena procentními sazbami (viz tabulka níže) z vyměřovacího základu zjištěného za rozhodné období. Pojistné se vypočítává ze započitatelných příjmů před jejich zdaněním. U OSVČ se započitatelné příjmy snižují o výdaje vynaložené na dosažení, zjištění a udržení těchto příjmů; základ pro odvod pojistného činí od roku 2006 50 % z rozdílu mezi příjmy a výdaji.

S účinností od 1. ledna 2008 byl stanoven pro všechny pojištěnce maximální roční vyměřovací základ pro placení pojistného na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti, a to ve výši 48 násobku průměrné měsíční mzdy v národním hospodářství. Pro rok 2008 činí průměrná měsíční mzda 21 560 Kč, takže maximálním vyměřovacím základem je částka 1 034 880 Kč.

[40)] Zákonem č. 26/2008 Sb., kterým se mění zákon č. 218/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech a o změně některých souvisejících zákonů (rozpočtová pravidla), ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony, byl mj. novelizován § 36 rozpočtových pravidel.

Tabulka Procentní sazby pojistného platné od roku 2004 *(% vyměřovacího základu)*

	Důchodové pojištění	Nemocenské pojištění	Státní politika zaměstnanosti	Celkem
Organizace a malé organizace	21,5	3,3	1,2	26
Zaměstnanci	6,5	1,1	0,4	8
OSVČ	28	4,4 dobrovolně	1,6	29,6 resp. 34
Osoby dobrovolně důchodově pojištěné	28	-	-	28

Pramen: MPSV

Příloha č. 3.2 - Nejvýznamnější opatření navržená v rámci I. etapy důchodové reformy

Schválená konkrétní opatření se týkají výdajové strany základního důchodového pojištění a lze je členit na část týkající se doby pojištění a náhradní doby pojištění (tj. nepříspěvkové doby), část týkající se podmínek nároku na důchod, část týkající se výše důchodu, část týkající se podmínek nároku na výplatu důchodu a část týkající se nového vymezení invalidity.

I. Doby pojištění a náhradní doby pojištění

Zrušení doby studia získané v období po 31. prosinci 2009 jako náhradní doby pojištění s výjimkou posuzování nároku na invalidní důchody.

Podle platné právní úpravy se přihlíží k době studia na střední a vysoké škole, a to k době prvních šesti let studia po dosažení věku 18 let s tím, že těchto šest let se započítává v rozsahu 80 %. I po zrušení této náhradní doby pojištění však bude možné dobu studia hodnotit, a to prostřednictvím institutu „dobrovolného důchodového pojištění“ za předpokladu, že za tuto dobu bude zaplaceno pojistné. Hodnocení doby studia, které probíhalo před 1. lednem 2010, přitom zůstává zachováno.

Sjednocení věkové hranice, ke které se zjišťuje tzv. dopočtená doba pro výši procentní výměry invalidního důchodu, pro muže a ženy.

Pro výši procentní výměry invalidního důchodu se započítává jako doba pojištění i tzv. dopočtená doba, tj. doba ode dne vzniku nároku na důchod do dosažení věkové hranice pro nárok na starobní důchod. U žen se bere v úvahu důchodový věk stanovený pro bezdětné ženy. Stávající právní úprava je výhodnější pro muže, protože jejich dopočtená doba je ve srovnání se ženami delší. Sjednocením věku, ke kterému se zjišťuje dopočtená doba, odstraní nerovné postavení žen a mužů v této věci.

II. podmínky nároku na důchod

Plynulé pokračování v postupném zvyšování důchodového věku na 65 let u mužů a žen, které nevychovaly žádné dítě nebo jedno dítě a na 62 až 64 let u žen (podle počtu vychovaných dětí), pokud vychovaly aspoň dvě děti.

Střední délka života se postupně zvyšuje. Tato skutečnost, spolu s celkovým demografickým vývojem projevujícím se stárnutím populace, tj. rostoucím podílem starších osob na počtu všech obyvatel, ovlivňuje stabilitu financování základního důchodového pojištění, neboť se

snižuje podíl osob platících pojistné k počtu osob pobírajících důchod. Proto se podle zákona o důchodovém pojištění začala věková hranice pro nárok na starobní důchod již od roku 1996 postupně zvyšovat.

Důchodový věk podle zákona č. 155/1995 Sb. novelizovaný zákonem č. 425/2003 Sb.

	muž	žena s počtem dětí				
		0	1	2	3 nebo 4	5 a více
zvyšuje se o	2 měsíce	4 měsíce	4 měsíce	4 měsíce	4 měsíce	4 měsíce
cekem o	3 roky	6 roků	6 roků	6 roků	6 roků	6 roků
tj. až na	63	63	62	61	60	59
v roce	2016	2019	2019	2019	2019	2019
pro narozené v roce	1953	1956	1957	1958	1959	1960

Bylo schváleno pokračování ve zvyšování věkové hranice pro nárok na starobní důchod stejným tempem jako dosud, tj. o 2 kalendářní měsíce u mužů a o 4 kalendářní měsíce u žen za každý kalendářní rok až na 65 let pro muže, bezdětné ženy a ženy, které vychovaly jedno dítě, na 64 let pro ženy, které vychovaly dvě děti, na 63 let pro ženy, které vychovaly tři děti, a na 62 let pro ženy, které vychovaly aspoň čtyři děti. Toto opatření rovněž sníží rozdíly mezi muži a ženami v této oblasti.

Postupné prodloužení doby pojištění potřebné pro vznik nároku na starobní důchod z 25 roků na 35 roků včetně náhradních dob pojištění nebo na 30 roků bez náhradních dob pojištění. Tempo prodlužování – jeden rok za každý rok účinnosti zákona.

Potřebná doba pojištění se začne prodlužovat od roku 2010, kdy bude činit 26 roků, takže cílového stavu 35 roků bude dosaženo v roce 2019. Současná délka doby pojištění aspoň 25 let byla zavedena již v roce 1964. Skutečně získaná doba pojištění při odchodu do starobního důchodu dnes dosahuje v průměru 42 let. Změny, ke kterým došlo od roku 1964, a zejména předpokládaný další vývoj (především demografický) a možnosti základního důchodového pojištění vyžadují prodloužení potřebné doby pojištění pro vznik nároku na starobní důchod. Vzhledem k plnění Evropského zákoníku sociálního zabezpečení se navrhuje i alternativní možnost získat nárok na starobní důchod při dosažení důchodového věku, jestliže doba pojištění (bez náhradních dob) činí aspoň 30 let.

Postupné omezení započtu náhradních dob pojištění i pro nárok na starobní důchod na 80 % s výjimkou těchto dob z titulu osobní péče o dítě ve věku do 4 let, o osobu, která je závislá na péči jiné osoby a výkonu bývalé základní vojenské služby.

Pro účely stanovení výše procentní výměry důchodu se většina náhradních dob pojištění, tj. dob, za které není odváděno pojistné, započítává v rozsahu 80 %. Značný rozsah náhradních dob pojištění (cca čtvrtina všech započítávaných dob) je důvodem pro jejich redukci, a to i pokud jde o zjišťování podmínky potřebné doby pojištění pro nárok na starobní důchod. Toto opatření se bude, pokud jde o náhradní doby pojištění získané v období před 1. lednem 2010, vztahovat až na případy, kdy nárok na důchod vznikne po roce 2018.

Sjednocení dosavadní pevné věkové hranice pro „trvalý“ nárok žen na vdovský důchod (nyní 55 let) a mužů na vdovecký důchod (nyní 58 let) na věk o 4 roky nižší, než činí důchodový věk pro muže stejného data narození.

Jednou z podmínek pro nárok na pozůstalostní důchod je v případě ženy dosažení věku 55 let a v případě muže dosažení věku 58 let. Postupné zvyšování důchodového věku se na tyto rozdílné věkové hranice nevztahuje. Neschválené opatření tento rozdíl odstraňuje a stanovuje pro muže i ženy jednu věkovou hranici pro „trvalý“ nárok na tyto důchody.

Nové vymezení invalidity (zavedení třístupňové invalidity) s „trvalou“ ochranou výše dosavadních částečných invalidních důchodů v případě změny invalidity ze II. stupně invalidity na I. stupeň (dosud existují dva druhy invalidních důchod, a to plný invalidní důchod a částečný invalidní důchod).

Schváleným opatřením se zavedla třístupňová invalidita,bylo zrušeno současné dělení na plné invalidní a částečné invalidní důchody a zaveden invalidní důchod jako jedna invalidní dávka. Dosavadní plný invalidní důchod se přitom bude považovat za invalidní důchod pro invaliditu třetího stupně a dosavadní částečný invalidní důchod se bude považovat za invalidní důchod pro invaliditu druhého stupně, byl-li důvodem částečné invalidity pokles schopnosti soustavné výdělečné činnosti nejméně o 50 %, a za invalidní důchod pro invaliditu prvního stupně v ostatních případech. V souvislosti se změnou vymezení invalidity bylo nově upraveno i stanovení výše invalidních důchodů, a to v závislosti na procentní míře poklesu pracovní schopnosti pojištěnce. Důsledkem změny stupně invalidity nebude zánik nároku na dosud vyplácený invalidní důchod a nový vznik nároku na invalidní důchod, ale pouze změna výše procentní výměry vypláceného důchodu.

Změna plného invalidního důchodu na důchod starobní ve stejné výši při dosažení věku 65 let.

Platná právní úprava vede k tomu, že i osoby starší jsou poživateli plných invalidních důchodů, a to až do konce svého života. ČR je přitom mj. kritizována za vysoký počet plných invalidních důchodů a snadnou přístupnost k těmto důchodům. Vysoké počty plných invalidních důchodů přitom nemají s úrovní posudkově medicínských hledisek při posuzování souvislost. V důsledku schválené změny, která je v souladu s principy fyziologického stárnutí, lze očekávat významný pokles ve statistice vykazovaných invalidních důchodů bez vlivu na sociální jistotu občanů, kteří budou zabezpečeni důchodem starobním (starobní důchod bude přiznán nejméně ve výši dosud vypláceného plného invalidního důchodu).

III. Výše důchodu, výplata starobního důchodu vedle příjmu z výdělečné činnosti

Zvyšování procentní výměry starobního důchodu za dobu výdělečné činnosti po vzniku nároku na starobní důchod při souběžném pobírání tohoto důchodu v plné výši, a to o 0,4 % výpočtového základu za každých 360 kalendářních dnů nebo při pobírání tohoto důchodu v poloviční výši, a to o 1,5 % výpočtového základu za každých 180 kalendářních dnů.

Podle současné právní úpravy může pojištěnec po vzniku nároku na starobní důchod buď požádat o výplatu důchodu, nebo být výdělečně činný bez pobírání důchodu a zvyšovat si jeho procentní výměru za každých 90 kalendářních dnů o 1,5 % výpočtového základu. Schválené opatření zavedlo možnost souběhu výdělečné činnosti a poloviny starobního důchodu nebo starobního důchodu v plné výši s možností přepočtu důchodu v obou případech.

Zvýšení redukce procentní výměry při předčasném odchodu do starobního důchodu, a to od třetího roku.

Ve srovnání se současným stavem se zvyšuje redukce procentní výměry v zásadě od třetího roku předčasného odchodu do starobního důchodu z 0,9 % na 1,5 % výpočtového základu. Účelem opatření je snížit atraktivnost předčasného odchodu do starobního důchodu.

Zrušení podmínky pro nárok na výplatu starobního důchodu vedle příjmu z výdělečné činnosti, která spočívá ve sjednání pracovněprávního vztahu nejdéle na dobu jednoho roku.

Podle platné právní úpravy je jednou z podmínek pro nárok na výplatu starobního důchodu vedle příjmu z výdělečné činnosti sjednání pracovněprávního vztahu na dobu nejdéle jednoho roku. Schválené opatření odstraňuje nerovné postavení při posuzování nároku na výplatu starobního důchodu vedle příjmu z výdělečné činnosti mezi důchodci pracujícími různými formami.

Schválenými opatřeními v rámci I. etapy důchodové reformy jsou realizovány v podstatě všechny záměry, se kterými se uvažovalo (a byly také uvedeny) v „Národní strategické zprávě o přiměřených a udržitelných důchodech“ z roku 2005 (část 3.2.4. Strategie pro vyřešení rozdílů ve financování). Soubor všech schválených opatření by měl vést ve středním a dlouhém horizontu k postupnému snížení výdajů na základní důchodové pojištění o zhruba 1,2 % HDP (na konci roku 2050). Z hlediska ekonomických dopadů je přitom nejvýznamnější opatření spočívající v dalším pokračování zvyšování důchodového věku na 65 let pro muže, bezdětné ženy a ženy, které vychovaly jedno dítě a na 62 až 64 pro ostatní ženy.

Příloha č. 4.1 Statistická data zdravotních a sociálních služeb

A – Definice dlouhodobé péče
B – Statistika zdravotní péče
C – Statistika sociálních služeb
D – Příspěvek na péči

Příloha č. 4.1.A – Definice 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.

<table>
<tr><th colspan="5">Personální zajištění dlouhodobé péče</th></tr>
<tr><td>Odborní zdravotničtí pracovníci-sestry</td><td>Nižší zdravotničtí pracovníci
Pečovatelé-Pracovníci v přímé péči</td><td>Pečovatelé-Pracovníci v přímé péči
Poučení laici</td><td colspan="2">Kritéria pomoci v základních a pomocných činnostech běžného života</td></tr>
<tr><td>Odborné výkony zdravotní péče</td><td></td><td></td><td rowspan="2">ADL</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">Ošetřovatelská péče</td><td></td><td rowspan="2">IADL</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2">Pečovatelská péče</td><td></td></tr>
</table>

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	částečně - úhrada výkonů za ošetřovatelská zdravotní péče v pobytových sociálních službách
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	regulační poplatky za ambulantní vyšetření, pobyt v nemocnici a předpis na léky	úhrady od uživatele služby za ubytování, stravu, péči a za fakultativní činnosti

Příloha č. 4.1.B – Statistika zdravotní péče

Přehled zdravotnických zařízení (rok 2006):

druh zařízení	počet zařízení	lékaři	ZPBD	lůžka
nemocnice	191	16639,44	57286,11	64174
léčebny pro dlouhodobě nemocné	74	328,63	2097,70	7462
psychiatrické léčebny	20	539,83	3193,74	9762
rehabilitační ústavy	6	54,34	257,40	991
léčebny TBC a respiračních nemocí	9	40,12	213,21	921
ostatní odborné léč. ústavy	20	175,08	738,54	2385
lázeňské léčebny	86	324,08	1210,93	25771
ozdravovny	9	3,92	59,43	670
hospice	13	20,82	141,77	335
ordinace praktického lékaře pro dospělé	4460	4508,8	4276,94	-
ordinace praktického lékaře pro děti a dorost	2081	2070,79	1989,21	-
ordinace stomatologa	5423	5858,52	5340,25	-
ordinace ženského lékaře	1182	1120,17	1208,27	-
ordinace lékaře specialisty	6393	6044,98	6066,37	-
polikliniky	194	1468,44	2575,33	-
zdravotnická střediska	149	402,81	685,99	-
lékárny*	2497	0	4510,94	-
hygienická služba	30	230,85	1148,08	-
kojenecké ústavy a dětské domovy do 3 let	34	32,64	871,45	-
CELKEM	22871	39864,26	93871,66	112471

*lékárny včetně detašovaných pracovišť Zdroj dat: ÚZIS 2007

Přehled zdravotnických zařízení (rok 2007):

druh zařízení	počet zařízení	lékaři	ZPBD	lůžka
nemocnice	192	18039,84	57762,28	63662
léčebny pro dlouhodobě nemocné	68	368,91	2047,90	7727
psychiatrické léčebny	19	537,1	3148,84	9627
rehabilitační ústavy	6	52,9	256,49	991
léčebny TBC a respiračních nemocí	9	47,36	240,55	1006
ostatní odborné léč. ústavy	18	159,63	639,62	2193
lázeňské léčebny	85	338,39	1186,23	25737
ozdravovny	9	3,96	59,93	603
hospice	13	25,56	137,05	335
ordinace praktického lékaře pro dospělé	4410	4482,20	4278,45	-
ordinace praktického lékaře pro děti a dorost	2062	2070,42	1984,58	-
ordinace stomatologa	5422	5904,25	5352,74	-
ordinace ženského lékaře	1174	1139,87	1241,13	-

ordinace lékaře specialisty	6518	6335,39	6396,15	-
polikliniky	195	1557,26	2520,64	-
zdravotnická střediska	148	450,23	695,02	-
lékárny*	2570	0	4506,94	-
hygienická služba	30	227,08	1080,13	-
kojenecké ústavy a dětské domovy do 3 let	33	38,85	877,61	-
CELKEM	22981	41779,2	94412,28	111881

*lékárny včetně detašovaných pracovišť Zdroj dat: ÚZIS 2008

Dělení nemocnic dle zřizovatele (rok 2006):

zřizovatel	počet zařízení	lůžka celkem	z toho lůžka následné péče	% lůžek následné péče
Min. zdravot.	19	17 790	254	1,4
Kraj	47	20 484	2 298	11,2
Město, obec	22	4 574	723	15,8
Fyz.osoba, církev,jiná práv. osoba	98	19 873	3 365	16,9
Ostatní centrál. orgány	5	1 453	62	4,3
CELKEM	191	64 174	6 702	10,4

Zdroj dat: ÚZIS 2007

Dělení nemocnic dle zřizovatele (rok 2007):

zřizovatel	počet zařízení	lůžka celkem	z toho lůžka následné péče	% lůžek následné péče
Min. zdravot.	20	17774	254	1,4
Kraj	25	9718	1428	14,7
Město, obec	20	4309	591	13,7
Fyz.osoba, církev,jiná práv. osoba	122	30452	4258	14,0
Ostatní centrál. orgány	5	1409	42	3,0
CELKEM	192	63662	6573	10,3

Zdroj dat: ÚZIS 2008

Ekonomické ukazatele

Celkové výdaje na zdravotnictví (v mil. Kč) rok 2006

z veřejných prostředků	194 344
- ze státního a místních rozpočtů	22 828
- ze zdravotního pojištění	171 516
soukromé výdaje na zdraví	26 534
CELKEM	220 878

Zdroj dat: ÚZIS 2008 s využitím dat MZ, MF, ČSÚ

Náklady zdravotních pojišťoven na zdravotní péči rok 2007

	v mil. Kč	podíl v %
na ambulantní péči praktických lékařů	8 565	4,8
na ambulantní péči specialistů	24 934	14,0
na ústavní péči	90 914	51,0
na stomatologickou péči	8 993	5,0
na léky vydané na recept na zdr. prostředky vydané na poukazy	38 674	21,7
ostatní výdaje	6 059	3,4
náklady celkem	178 139	100

Zdroj dat: ÚZIS 2008 s využitím dat ČSÚ

Náklady a výnosy nemocnic za rok 2007 (v mil. Kč)

nemocnice	počet	náklady	výnosy	hospodář.výsledek
přímo řízené MZ ČR	20	50 229	50 588	359
krajské (příspěvkové organizace)	41	18 337	17 736	-601
obecní a městské (příspěvkové organizace)	22	5 107	5 112	6
řízené jinou práv. osobou, církevní	96	27 724	28 108	383
řízení ostat. centrál. org.	3	2 336	2 338	2
CELKEM	182	103 734	103 882	148

Zdroj dat: ÚZIS 2008

Příloha č. 4.1.C Statistika sociálních služeb

POČET a KAPACITA ZAŘÍZENÍ (pobytových a ambulantních) SOCIÁLNÍCH SLUŽEB V ROCE 2007

Druh zařízení	**Počet** zařízení celkem	v tom zařízení pro pobyt		Počet zařízení pro pobyt denní	**Kapacita** CELKEM k 31. 12. 2007	z toho na ošetřov. oddělení
		celoroční	týdenní			
A Centra denních služeb	42	5	1	20	740	0
B Denní stacionáře	142	0	0	118	2 958	181
C Týdenní stacionáře	40	0	40	0	702	77
D Domovy pro osoby se zdravotním postižením	205	204	33	31	16 638	5 484
E Domovy pro seniory	463	463	0	0	41 618	15 977
F Domovy se zvláštním režimem	75	72	2	1	3 829	1 558
G Chráněné bydlení	70	63	0	2	2087	209
H Azylové domy	162	134	8	9	4 208	153
I Domy na půl cesty	29	24	0	1	334	2
J Zařízení pro krizovou pomoc	18	0	0	0	0	0
K Nízkoprahová denní centra	49	1	0	0	7	0
L Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež	61	0	0	0	0	0
M Noclehárny	29	15	0	5	459	0
N Terapeutické komunity	13	10	0	0	136	0
O Sociální poradny	101	0	0	0	0	0
P Sociálně terapeutické dílny	22	1	1	14	337	0
Q Centra sociálně rehabilitačních služeb	60	11	1	3	408	0
R Pracoviště ranné péče	21	0	0	0	0	0
S Mezigenerační centra	2	0	1	1	75	0
T Integrovaná centra	6	4	2	3	526	18
CELKEM ČR	**1610**	**1007**	**89**	**208**	**75 062**	**23 659**

Pramen: MPSV 2008

POČET OBYVATEL V ZAŘÍZENÍCH (pobytových a ambulantních) SOCIÁLNÍCH SLUŽEB V ROCE 2007

Druh zařízení	Počet obyvatel k 31. 12. 2007	
	celoroční a týd. pob.	denní pobyty
A Centra denních služeb	103	656
B Denní stacionáře	0	2 563
C Týdenní stacionáře	585	0
D Domovy pro osoby se zdravotním postižením	15 925	349
E Domovy pro seniory	39 665	0
F Domovy se zvláštním režimem	3 668	4
G Chráněné bydlení	1 885	52
H Azylové domy	3 257	974
I Domy na půl cesty	189	34
J Zařízení pro krizovou pomoc	0	0
K Nízkoprahová denní centra	6	0
L Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež	0	8
M Noclehárny	303	66
N Terapeutické komunity	128	0
O Sociální poradny	0	0
P Sociálně terapeutické dílny	13	315
Q Centra sociálně rehabilitačních služeb	281	59
R Pracoviště ranné péče	0	0
S Mezigenerační centra	8	67
T Integrovaná centra	447	32
CELKEM ČR	**66 463**	**5 179**

Pramen: MPSV 2008

POČET OSOB, KTERÝM BYLA POSKYTNUTA terénní SOCIÁLNÍ SLUŽBA V ROCE 2007

Územní jednotka	Pečovatelská služba	Osobní asistence	Tísňová péče	Průvodcovské a předčitatelské služby	Podpora samostatného bydlení	Odlehčovací služby	Centra denních služeb	Denní stacionáře
Hlavní město Praha	11 902	182	183	0	0	473	45	39
Středočeský kraj	12 874	206	150	3	37	208	947	369
Jihočeský kraj	2 407	32	143	0	0	95	45	27
Plzeňský kraj	7 280	79	33	1 322	0	1 034	11 600	110
Karlovarský kraj	2 049	149	0	8	0	35	126	63
Ústecký kraj	4 484	128	18	0	0	0	0	124
Liberecký kraj	2 817	0	0	0	0	8	8	30
Královéhradecký kraj	4 884	87	0	0	0	107	70	129
Pardubický kraj	3 050	245	29	0	9	33	67	84
kraj Vysočina	4 632	94	0	3	0	12	142	206
Jihomoravský kraj	17 608	117	0	0	4	551	1 401	184
Olomoucký kraj	3 527	2	0	0	0	4	196	60
Zlínský kraj	6 403	157	0	0	0	139	150	233
Moravskoslezský kraj	11 603	824	98	23	45	1 182	708	599
ČESKÁ REPUBLIKA	**95 520**	**2 302**	**654**	**1 359**	**95**	**3 881**	**15 505**	**2 257**

Pramen: Předběžná data MPSV 2008

ZAŘÍZENÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB PODLE TYPU právní formy/zřizovatele- ZA ČR CELKEM V ROCE 2007

Druh pobytového/ambulantního zařízení	CELKEM		Státní		Krajské		Obecní		Církevní		Ostatní	
	počet	kapacita	počet	kapacita	počet	kapacita	počet	kapacita	počet	kapacita	počet	kapacita
A Centra denních služeb	42	740	0	0	2	65	12	155	17	214	11	306
B Denní stacionáře	142	2 958	2	250	21	518	40	888	41	611	38	691
C Týdenní stacionáře	40	702	1	33	20	377	6	113	6	65	7	114
D Domovy pro osoby se zdravotním postižením	205	16 638	5	898	151	13 189	32	2 139	10	225	7	187
E Domovy pro seniory	463	41 618	0	0	191	21 190	185	16 999	67	2 654	20	775
F Domovy se zvláštním režimem	75	3 829	0	0	43	2 472	17	861	5	139	10	357
G Chráněné bydlení	70	2 087	1	28	25	1 161	14	565	12	112	18	221
H Azylové domy	162	4 208	0	0	4	177	41	1 014	57	1 226	60	1 791
I Domy na půl cesty	29	334	0	0	2	16	5	124	12	107	10	87
J Zařízení pro krizovou pomoc	18	0	0	0	1	0	0	0	7	0	10	0
K Nízkoprahová denní centra	49	7	0	0	0	0	7	0	17	7	25	0
L Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež	61	0	0	0	0	0	3	0	18	0	40	0
M Noclehárny	29	459	0	0	0	0	9	156	14	191	6	112
N Terapeutické komunity	13	136	0	0	1	15	1	15	1	7	10	99
O Sociální poradny	101	0	0	0	17	0	9	0	26	0	49	0
P Sociálně terapeutické dílny	22	337	0	0	0	0	2	64	8	101	12	172
Q Centra sociálně rehabilitačních služeb	60	408	0	0	0	0	0	0	10	9	50	399
R Pracoviště ranné péče	21	0	0	0	0	0	1	0	7	0	13	0
S Mezigenerační centra	2	75	0	0	0	0	0	0	0	0	2	75
T Integrovaná centra	6	526	1	239	1	154	1	52	3	81	0	0
CELKEM ČR	**1 610**	**75 062**	**10**	**1 448**	**479**	**39 334**	**385**	**23 145**	**338**	**5 749**	**398**	**5 386**

Pramen: MPSV 2008

KAPACITA A EKONOMICKÉ UKAZATELE V ZAŘÍZENÍCH SOCIÁLNÍCH SLUŽEB V ROCE 2007

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 pro seniory	21 190	191	4 989 069	2 175 917	2 832 052	5 085 839	4 595 701	489 694
Domovy pro osoby se zdravotním postižením	14 087	156	4 467 667	1 507 151	2 738 938	4 679 557	4 217 380	462 256
Domovy se zvláštním režimem	2 472	43	654 858	278 897	372 040	657 055	629 922	27 155
Stacionáře	40 717	487	10 797 117	4 126 311	6 427 053	11 180 260	10 126 864	1 053 100
Ostatní	1 855	55	353 243	132 327	207 335	444 800	418 146	26 682
CELKEM	**80 321**	**932**	**21 261 954**	**8 220 603**	**12 577 418**	**22 047 511**	**19 988 013**	**2 058 887**

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 pro seniory	16 999	185	3 692 623	1 659 580	2 007 559	3 659 800	3 520 071	139 821
Domovy pro osoby se zdravotním postižením	2 139	32	586 974	212 561	373 502	603 624	583 638	20 002
Domovy se zvláštním režimem	861	17	202 801	109 191	93 644	199 728	196 129	3 607
Stacionáře	22 990	373	4 904 289	2 042 293	2 798 083	4 843 259	4 672 969	170 476
Ostatní	2 145	105	231 069	47 550	181 730	227 356	225 367	2 041
CELKEM	**45 134**	**712**	**9 617 756**	**4 071 175**	**5 454 518**	**9 533 767**	**9 198 174**	**335 947**

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 pro seniory	3 429	87	816 737	380 270	433 700	839 262	779 105	60 200
Domovy pro osoby se zdravotním postižením	412	17	141 406	39 741	97 682	144 468	142 773	1 704
Domovy se zvláštním režimem	496	15	126 625	69 920	53 828	124 416	119 525	4 898
Stacionáře	10 615	708	2 294 448	623 336	1 631 804	2 314 853	2 158 674	156 533
Ostatní	5 317	525	1 014 869	93 124	893 518	1 016 039	940 768	75 534
CELKEM	**20 269**	**1 352**	**4 394 085**	**1 206 391**	**3 110 532**	**4 439 038**	**4 140 845**	**298 869**

Pramen: MPSV 2008

Dotace poskytovatelům sociálních služeb ze státního rozpočtu:

Na podporu poskytování sociálních služeb v roce 2007 bylo v kapitole 313 - MPSV určeno celkem 6 936 440 tis. Kč, z toho na podporu služeb s místní a regionální působností 6 630 476 tis. Kč (dotace podle §101 zákona o sociálních službách) a na podporu sociálních služeb s celostátní a nadregionální působností, na podporu činností, které mají rozvojovou povahu, a na řešení mimořádných situací celkem 305 964 tis. Kč (dotace podle §104 zákona o sociálních službách). V roce 2007 bylo k tomu ještě rozpočtováno v kapitole 398 - VPS 500 000 tis. Kč na zajištění dotací pro zdravotnická zařízení poskytující sociální služby, tj. celkem pro rok 2007 - 7 436 440 tis. Kč.

Na podporu poskytování sociálních služeb v roce 2008 bylo v kapitole 313 - MPSV určeno celkem 6 818 440 tis. Kč, z toho na podporu služeb s místní a regionální působností 6 628 440 tis. Kč (dotace podle §101 zákona o sociálních službách) a na podporu sociálních služeb s celostátní a nadregionální působností, na podporu činností, které mají rozvojovou povahu, a na řešení mimořádných situací celkem 190 000 tis. Kč (dotace podle §104 zákona o sociálních službách). Celkově je tedy rozpočtováno pro rok 2008 o 618 000 tis. Kč méně, než v roce předcházejícím.

Rámcové srovnání výše výdajů ze SR v roce 2008 poskytovatelům sociálních služeb s roky 2006 a 2007 podle skupiny sociální služby

Výdaj ze státního rozpočtu/ skupina sociální služby	Dotace 2006 - odhad	Dotace 2007*	Dotace 2008*	Podíl 2007/2006	Podíl 2008/2007
Dotace na Služby sociální péče	7 535 491 530	5 911 684 400*	**5 444 927 500***	78%	92%
Dotace na Služby sociální prevence	360 806 470	594 081 700	**737 092 900**	165%	124%
Dotace na Sociální poradenství	0	200 964 000	**243 974 400**	X	121%
Celkem	**7 896 298 000**	**6 706 730 100**	**6 425 994 800**	**85%**	**96%**

**V roce 2007 byly dotace zdravotnickým zařízením vedeny odděleně. V roce 2008 jsou již započteny do celkových objemů dotací.*

Příloha č. 4.1.D Ukazatele k PRÍSPĚVKU NA PÉČI – státní dávce, kterou dostávají ve 4 stupních po posouzení míry závislosti péče druhé osoby

Vedle údajů o objemech čerpání prostředků na výplatu Příspěvku na péči (dále jen PnP) sleduje MPSV také další podstatné ukazatele. Jde především o strukturu PnP podle jednotlivých stupňů (výše dávek) a dále pak o strukturu údajů o způsobu užití PnP. Tyto údaje jsou získávány z Informačního systému OK Služby (dále jen IS OK Služby).

Informace, které jsou sledovány v IS OK Služby, umožňují sledování dat v různém kvalitativním členění, ovšem jejich současná vypovídací hodnota je bohužel dosud zatížena tím, že není dokončeno několik tisíc řízení o příspěvku (přiznání, změny, odvolání). MPSV předpokládá, že tato situace bude postupně zvládnuta do konce roku 2008 a výstupy z IS OK Služby bude možné sledovat v objektivizovaných časových řadách, které zachytí skutečné trendy v čerpání příspěvku na péči. Přesto níže uváděné údaje poznatky v základním rámci zachycují.

Základní kvantitativní poznatky k Příspěvku na péči za rok 2007 (první rok existence dávky):

- Celkové měsíční výdaje na výplatu PnP vykazují stabilní **objem v intervalu 1,2 až 1,5 mld. Kč**, což v predikci celkového ročního čerpání znamená cca 14,4 až 18 mld. Kč.
- Celkový počet uznaných nároků na dávku se pohybuje mezi **240 až 250 tisíci osob měsíčně**.
- Největší počet dávek podle rozvrstvení do stupňů vykazuje I. stupeň, tj. cca 103 000 dávek, což představuje 42 % z celkového počtu dávek. II. stupeň 81 500 (33%), III. stupeň 39 000 (16%), IV. stupeň 22 000 (9%).
- Největší objem měsíční výplaty dávek podle rozvrstvení do stupňů vykazuje II. stupeň, tj. cca 390 mil. Kč, což představuje 33% z celkového objemu čerpání. I. stupeň 215 mil.Kč (18%), III. stupeň 320 mil. Kč (27%), IV. stupeň 240 mil. Kč (20%).

- Z hlediska základní **věkové struktury** podílí se:
  - Děti do 18 let – 7%
  - Dospělí 19 až 65 let – 24%
  - Mladší senioři 65 až 75 – 12%
  - Starší senioři 75 let a více – 57%

- Z hlediska **regionálního rozložení** PnP nejsou evidovány žádné významné odchylky a počet PnP v podstatě odpovídá velikosti kraje.

- Z hlediska **způsobu využití PnP**, tak jak jej uvádějí oprávněné osoby, jsou uváděny následující způsoby využití:
  - Péče zajištěna blízkou nebo jinou osobou a její případná kombinace s terénními a ambulantními službami – cca 73%
  - Péče zajištěna v pobytovém zařízení – cca 16%
  - Způsob neuveden – cca 9%

Základní poznatky k problematice lékařské posudkové služby, proces řízení o příspěvku a jeho kontrole:

- K 31. 12. 2007 bylo v celé LPS úřadů práce nevyřízeno cca 76 000 případů. V průběhu roku 2008 obdržela LPS úřadů práce dosud cca 106 000 nových žádostí o posouzení zdravotního stavu. Ukončeno posudkem je dosud cca 131 000 případů. Nevyřízených případů je v současné době cca 51 000. Z uvedeného vyplývá, že počet nevyřízených případů od začátku roku klesl o 25 000.

Příloha č. 4.2 Příklady dobré praxe

PŘÍKLAD 1: Kulatý stůl pro zdravotnictví

Název opatření	Členský stát
Finanční a systémová udržitelnost dlouhodobé péče Platforma veřejné a odborné diskuze s podklady pro rozhodování o budoucnosti zdravotnictví v ČR	Česká republika

Výstupní cíl opatření

Zlepšení koordinace zdravotních a sociálních služeb na centrální úrovni

Zvýšení propojování informací mezi odborníky, politiky a veřejností

Shrnutí hlavních výsledků

Celospolečenská diskuse o budoucích problémech a výzvách zdravotní a zdravotně sociální péče

Zpráva o stavu českého zdravotnictví, jeho vývoji a výhledu

Projekční model budoucích příjmů a výdajů systému veřejného zdravotního pojištění včetně možných scénářů vývoje

Cílení příjemci

Obecná populace	☒
Děti	☐
Neúplné rodiny s jedním rodičem	☐
Nezaměstnaní	☐
Starší lidé	☐
Mladí lidé	☐
Lidé se zdravotním postižením	☐
Přistěhovalci / Uprchlíci	☐
Etnické menšiny	☐
Bezdomovci	☐
Specifické onemocnění	☐
Ostatní [Upřesněte prosím:]	☐

Politické zaměření

Sociální vyloučení	☐
Zdravotní péče	☒
Dlouhodobá péče	☒
Správa	☒

Zeměpisný rámec

Národní	☒
Regionální	☐

Realizační orgán

Ministerstvo zdravotnictví na základě Usnesení vlády ČR č. 632/2007 ze dne 11. června 2007

Kontext/Pozadí iniciativy

Projekt Kulatého stolu k budoucnosti financování českého zdravotnictví reaguje na společenské a medicínské změny, které se odehrávají v posledních letech. Lze předpokládat, že tyto změny budou českou společnost ovlivňovat i v letech následujících, a že jejich míra závažnosti bude s časem přibývat. Tyto změny, jako například stárnutí populace a technologický rozvoj, bezprostředně ovlivňují financování zdravotnického systému a mohou způsobit, že celý systém bude v rámci několika let finančně neudržitelný.

Abychom mohli problémy financování českého zdravotnictví co nejdříve řešit, musíme o nich začít již dnes diskutovat a pokoušet se nalézat konsensuální cesty, kam zdravotnický systém směřovat. Projekt Kulatého stolu k budoucnosti financování zdravotnictví má proto napomoci vzniku kultivované, věcné a pro občany srozumitelné diskuse zaměřené na vymezení dlouhodobých problémů našeho zdravotnictví. Projekt má poskytnout zázemí pro vytvoření variant řešení těchto problémů a podpořit snahu o dosažení shody mezi všemi zainteresovanými partnery v čele s politickými stranami tak, abychom umožnili vznik dlouhodobého a široce podporovaného scénáře.

Podrobnosti iniciativy	
1.	Jaký je či byl časový rozvrh realizace dané iniciativy?
	Přípravná fáze: 1.března 2007 – 11. listopadu 2007 Analytická část: 12.listopadu 2007 - 20. června 2008 Koncepční část: 21. června 2008 - 31. září 2008
2.	Konkrétní cíle
	Zhodnocení současného stavu zdravotnictví a zdravotnického systému v ČR, identifikování konsensuálních okruhů hlavních problémů, se kterými se tento systém bude muset do budoucna vypořádat, podnícení odborné i celospolečenské diskuse o potřebě změn financování systému a souvisejících agend na základě objektivních údajů. Tato fáze projektu má za cíl definovat odpověď na otázku: Proč a co je potřeba v systému zdravotnictví měnit? Zveřejněním návrhů reformních variant zainteresovaných partnerů a politických stran, předložením nezaujatých relevantních srovnávacích podkladů a diskusními fóry přispěje k hledání konsensu mezi politickými stranami a zainteresovanými partnery na možných změnách zdravotnického systému v ČR v dlouhodobém horizontu. Tato fáze projektu má za cíl definovat odpověď na otázku: Jak by bylo možné systém zdravotnictví v reakci na objektivní vnější vlivy měnit? Modelování budoucích příjmů a výdajů systému
3.	Jak iniciativa řešila tyto cíle?
	Analýza dostupné literatury Analytická zpráva – Zpráva o stavu (Zhodnocení výchozí situace) Přehled hlavních reformních opatření realizovaných v oblasti zdravotnictví v členských státech Evropské unie Koncepční zpráva – Varianty budoucích změn zdravotnického systému
Sledování a hodnocení	
	Jak je či bylo dané opatření sledováno nebo vyhodnocováno?
	Kulatý stůl k budoucnosti financování zdravotnictví v ČR byl iniciován na základě jednání představitelů politických stran zastoupených v Poslanecké sněmovně Parlamentu ČR. Organizační zajištění této aktivity je uloženo ministrovi

	zdravotnictví na základě usnesení vlády, které j administrováno příkazem ministra. V polovině projektu (konec roku 2007) byla vládě předložena zpráva o průběžném plnění vládního prohlášení
Výsledky	
1.	Do jaké míry došlo ke splnění konkrétních cílů?
	plně
2.	Jaká rizika či jaké překážky se vyskytly při realizaci iniciativy?
	neúčast jedné parlamentní politické strany nedostatek času k provedení všech analýz a sběru dat
3.	Jak se tato rizika a tyto překážky řešily?
	metodou stínování
4.	Vyskytly se nějaké neočekávané prospěšné nebo slabé stránky?

PŘÍKLAD 2: Domácí hospicová péče

Název opatření	**Členský stát**
Dostupnost dlouhodobé péče – zjištění domácí hospicové péče v domácnostech klientů	ČR
Výstupní cíl opatření	
a) Cílem bylo zřídit **mobilní hospic** - **mobilní hospicovou jednotku**, která by svým personálním a technickým vybavením umožnila zkvalitnit sociální a zdravotní služby v ostravském regionu a v příměstských oblastech formou domácí hospicové péče. b) Cílovou skupinou byli lidé, převážně senioři, v terminálních stádiích života s potřebou paliativní péče. c) Hlavní aktivity: - vytvoření odborného pracovního týmu - zakoupení vybavení - prohloubení dobrovolnického hospicového hnutí - propojení spolupráce mezi jednotlivými aktivitami	
Shrnutí hlavních výsledků	
- vytvoření odborného spolupracujícího týmu – mobilního hospice – složeného z profesionálních pracovníků – zdravotních sester, lékaře, psychologa, fyzioterapeuta, sociálního pracovníka, kněze; - zakoupení potřebného odborného vybavení k zapůjčování do domácností uživatelů - prohloubení dobrovolnického hospicového hnutí – rozvojem spolupráce s dalšími poskytovateli sociálních a zdravotních služeb s cílem nabízet využití	

proškolených dobrovolníků;

- propojení spolupráce dobrovolnického hospicového hnutí, Mobilního hospice a Hospice sv. Lukáše jako rezidenčního zdravotnického zařízení;

Cílení příjemci		Politické zaměření	
Obecná populace	☐	Sociální vyloučení	☐
Děti	☐	Zdravotní péče	☒
Neúplné rodiny s jedním rodičem	☐	Dlouhodobá péče	☐
Nezaměstnaní	☐	Správa	☐
Starší lidé	☐	**Zeměpisný rámec**	
Mladí lidé	☐		
Lidé se zdravotním postižením	☐	Národní	☐
Přistěhovalci / Uprchlíci	☐	Regionální	☒
Etnické menšiny	☐	**Realizační orgán**	
Bezdomovci	☐		
Specifické onemocnění	☒	Občanské sdružení Tři, Čerčany Charita Ostrava	
Ostatní [Upřesněte prosím:]	☐		

Kontext/Pozadí iniciativy

V pozadí iniciativy bylo pozvednutí kvality života lidí v terminálním stádiu života v městě Ostrava a v jeho příměstských oblastech a propojení všech částí hospicové péče realizované Charitou Ostrava a potřeba navrátit důstojnost lidskému umírání a zpět začlenit umírání a smrt do přirozeného lidského koloběhu a rodinného společenství. Stále více se setkáváme s tím, že lidé umírají opuštěni, bez přítomnosti svých blízkých, v odlidštěných podmínkách.

Cílem projektu **Dobrovolnického hospicového hnutí** je poskytování kvalifikované pomoci lidem v terminálním stádiu života, kteří mnohdy umírají osamoceni. Činností speciálně vyškolených dobrovolníků nabízíme seniorům a lidem v terminálním stádiu života doprovázení, psychickou, duchovní i lidskou podporu a možnost důstojného umírání v kruhu své rodiny a svých blízkých. Vytvořením vztahu doprovázejícího a nemocného, doprovázením dětí i dospělých je jednou z možností jak navrátit důstojnost lidskému umírání. Tímto projektem chceme rovněž posílit rodinu v péči o nemocného a umírajícího, být nablízku rodinným příslušníkům, když jim umírá někdo, koho mají rádi, pomoci jim smířit se s jeho odchodem.

Cílem poskytovaných služeb **Mobilního hospice** je umožnit člověku setrvat ve vlastním domácím prostředí a zachovat si vlastní životní styl. Při poskytování ošetřovatelských a hospicových služeb klademe velký důraz na individuální potřeby uživatelů a respektujeme především osobnost každého uživatele.

Poskytnutím komplexu služeb v oblasti ošetřovatelských a hospicových služeb pomáháme především lidem v terminálním stádiu nemoci, seniorům, lidem se zdravotním handicapem bez dostatečného rodinného zázemí nebo doplňujeme péči jejich rodinných příslušníků speciálními úkony. Tímto umožníme jejich co nejdelší setrvání v jejich přirozeném a domácím prostředí. Poskytnutím aktivizačních služeb připravíme nabídku pro dlouhodobou duševní svěžest.

Základním cílem **Hospice sv. Lukáše**, je poskytování komplexu rezidenčních hospicových služeb, převážně lidem s onkologickou diagnózou, jejichž cílem je podpora soběstačnosti člověka a zajištění podmínek pro důstojné prožívání života lidí v terminálním stádiu života, paliativní léčba a jejich doprovázení v konečné fázi života. Cílovou skupinou jsou osoby, které ze zdravotních či jiných důvodů nejsou schopné zajišťovat své životní potřeby ve vlastním prostředí a jejich situaci není možné řešit pomocí rodiny ani využitím terénních sociálních služeb. Jedná se o zařízení hospicového typu, kde zajišťujeme podle individuálních potřeb člověka zejména doprovázení, ubytování, stravování, pomoc při sebeobsluze, výchovné, vzdělávací a aktivizační služby, pomoc při prosazování práv a zájmů, pečovatelské a ošetřovatelské služby. Součástí ošetřovatelských služeb je rovněž paliativní péče

Podrobnosti iniciativy

1. Jaký je či byl časový rozvrh realizace dané iniciativy?

Charita Ostrava od roku 2002 realizuje aktivity Dobrovolnického hospicového hnutí.
Od 1. prosince 2003 realizujeme aktivity mobilní hospicové jednotky – Mobilního hospice jako rozšíření aktivit Charitní ošetřovatelské služby, kterou realizujeme od roku 1991.
Od října 2007 realizujeme aktivity hospice sv. Lukáše.

2. Konkrétní cíle

- vytvoření odborného pracovního týmu
- zakoupení vybavení
- prohloubení dobrovolnického hospicového hnutí
- propojení spolupráce mezi jednotlivými aktivitami
- odborná stáž v Rakousku
- Rozvoj poskytování komplexní paliativní péče v regionu
- Pomoc a podpora pro rodiny pečující o své blízké v domácím prostředí
- Informovanost odborné i laické veřejnosti o hospicích a paliativní medicíně
- Detabuizace tématu umírání a smrti.

3. Jak iniciativa řešila tyto cíle?

- vytvořením odborného spolupracujícího týmu složeného z profesionálních pracovníků – zdravotních sester, lékaře, psychologa, fyzioterapeuta, sociálního pracovníka, kněze;
- zakoupením potřebného odborného vybavení k zapůjčování do domácností uživatelů;
- prohloubením dobrovolnického hospicového hnutí – rozvojem spolupráce s dalšími poskytovateli sociálních a zdravotních služeb s cílem nabízet využití proškolených dobrovolníků;
- propojení spolupráce dobrovolnického hospicového hnutí, Mobilního hospice a Hospice sv. Lukáše jako rezidenčního zdravotnického zařízení;

Sledování a hodnocení

Jak je či bylo dané opatření sledováno nebo vyhodnocováno?

Pro hodnocení práce jednotlivých týmů zapojených do hospicové péče jsou používány jak kvalitativní tak kvantitativní metody. Kvalitativní hodnocení se provádí na pravidelných setkáních, kterých se účastní ředitel organizace, vedoucí střediska, garant projektu a vedoucí útvaru služeb sociální péče, při kterých se projednává přístup k problematickým klientům, řešení krizových situací vznikajících při práci střediska. A podkladem je také statistika uživatelů služeb.

	Kvantitativní hodnocení probíhá pomocí dotazníkového šetření zaměřeného na spokojenost klientů a rodinných příslušníků s péčí zaměstnanců Charity Ostrava. Toto dotazníkové šetření probíhá každoročně a je zpracováno do souhrnného materiálu, který slouží ke zvyšování kvality a odbornosti poskytované péče.
Výsledky	
1.	**Do jaké míry došlo ke splnění konkrétních cílů?**
	Podařilo se nám za podpory různých donátorů (Statutární město Ostrava, MZ ČR, EU – program Phare 2002) jednotlivé cíle a kroky splnit a udržet nastavený systém hospicové péče v Charitě Ostrava až do dnešního dne.
2.	**Jaká rizika či jaké překážky se vyskytly při realizaci iniciativy?**
	- V průběhu realizace projektu jsme se nesetkali s vážnými problémy při realizaci aktivit. Realizace některých aktivit vyžaduje více času po organizační stránce i po stránce lidských zdrojů než jsme původně předpokládali. - Z počátku realizace projektu byla komplikovanější spolupráce s ošetřujícími lékaři klientů než jsme předpokládali. Při přibývání klientů jsme se dostali do podvědomí lékařů jako tým, který svou práci dělá profesionálně a dobře, takže problémy se omezili a spolupráce zlepšila. - Z počátku realizace projektu lékaři, hlavně praktičtí, nevěděli jaké mají kompetence ohledně léčby klientů a co mohou a nemohou předepsat za léčbu a co mohou přenechat na zdravotní sestře. Po určité době průběhu realizace projektu se informovanost lékařů zlepšila.
3.	**Jak se tato rizika a tyto překážky řešily?**
	Snažíme se s lékaři stále jednat, informovat je, navázat užší spolupráci. Dochází k jednání s lékaři z nemocnic ohledně propouštění klientů do naši péče (sjednotit si postupy). Část pravomocí přenést na rodinné příslušníky a více je zatáhnout do péče o jejich blízké. Komunikujeme s odbornými společnostmi a asociacemi pro zajištění lepší informovanosti.
4.	**Vyskytly se nějaké neočekávané prospěšné nebo slabé stránky?**
	Realizace projektu naši organizaci ovlivnila velmi pozitivně, umožnila nám poskytovat systém kvalifikované hospicovou péči v domácím prostředí a lůžkovém zdravotnickém zařízení a zapojit vyškolené obrovolné spolupracovníky v dobrovolnickém hospicovém hnutím. Došlo vyšší profesionalizaci týmu. Při realizaci projektu se prokázala nedostatečná legislativa, která pojem mobilní hospicová jednotka, popř. domácí hospic nezná. Z toho vyplývá, že i zdravotnické pojišťovny se nemají v zákoně o co opřít a hospicovou péči nechtějí proplácet. Spoluiniciujeme jednání ohledně uznání mobilních hospicových jednotek a proplácení v plné výši jejích výkonů.

Účelová neperiodická publikace

Národní zpráva o strategiích sociální ochrany a sociálního začleňování na léta 2008-2010,

Česká republika

Zpracoval odbor sociálních služeb a sociálního začleňování MPSV.

Vyšlo v roce 2009, vydání první, 600 výtisků, 124 stran.

Vydalo Ministerstvo práce a sociálních věcí,
Na Poříčním právu 1, 128 01 Praha 2

ISBN 978-80-86878-93-5

N e p r o d e j n é