

**Skupina na vysoké úrovni pro zdravotní postižení  
Pracovní program na období 2006-2007  
Schůze ze dne 11. a 12. října  
Bod jednání č. 3**

Pracovní dokument Skupiny na vysoké úrovni pro zdravotní postižení

**Předmět: Zohledňování hledisek zdravotního postižení v nových sladěných procesech sociální ochrany a sociálního začleňování EU**

## **I. Úvod**

Strategie Evropské unie v oblasti zdravotního postižení se během posledního desetiletí dramaticky změnila a v mnoha směrech pomohla změnit postoj společnosti k osobám se zdravotním postižením – přestaly být vnímány jako pasivní příjemci kompenzací a aktivně se zapojily do hospodářství a do společnosti. Samotná společnost začala uznávat jejich oprávněné požadavky na rovná práva a uvědomila si, že participace má na začleňování osob se zdravotním postižením přímý dopad.

Z hlediska společenského uznání práv zdravotně postižených osob a jejich plného začlenění do různých oblastí života je hlavním cílem EU bojovat proti diskriminaci těchto osob a podporovat jejich účast v hospodářství a ve společnosti. K dosažení těchto cílů Komise uplatňuje soudržný a integrovaný přístup s využitím kombinace nástrojů, jak je nastínila ve sděleních o postavení zdravotně postižených osob a v akčním plánu EU v oblasti zdravotního postižení, KOM/2005/604 a KOM/2003/650 (viz Příloha I).

V tomto kontextu navázala Skupina EU na vysoké úrovni pro zdravotní postižení na sdělení Evropské komise o „postavení zdravotně postižených osob v rozšířené Evropské unii: Evropský akční plán 2006-2007”<sup>1</sup> a rozhodla se vydat pracovní dokument poskytující návod k zohledňování zdravotního postižení v oblasti sociální ochrany a sociálního začleňování v rámci otevřené metody koordinace. Dokument bude předložen Výboru pro sociální ochranu EU a poskytne návod, jak připravovat účinnější politiky řešící potřeby osob se zdravotním postižením.

## **II. Zohledňování hledisek zdravotního postižení v rámci procesů sociální ochrany a sociálního začleňování**

### **II.1. Návrh postupu**

Mainstreaming v kontextu sociální ochrany a sociálního začleňování znevýhodněných osob znamená, že v přípravě a realizaci všech politik a opatření je třeba zohlednit potřeby znevýhodněných osob a že postupy uplatňované ve prospěch znevýhodněných osob se neomezují jen na ty politiky a ta opatření, která výslovně řeší jejich potřeby. V důsledku tohoto integračního

---

<sup>1</sup> KOM(2005) 604 ze dne 28. listopadu 2005, viz také Příloha I.

přístupu se Komise v hlavních směrech politik zabývá otázkou daných politik pro znevýhodněné skupiny v širokém smyslu, ale jejich podrobné návrhy řešící potřeby různých skupin znevýhodněných osob nespécifikuje. Úkolem členských států je tedy zajistit, aby při formulaci národních politik byly zohledněny zásady Komise a aby tyto politiky a následné postupy byly plně přístupné pro znevýhodněné osoby. Osoby se zdravotním postižením jsou ohroženy chudobou a sociálním vyloučením, ale rovněž chudoba a sociální vyloučení mohou vést ke zdravotnímu postižení.

Při zohledňování hledisek zdravotního postižení v procesech sociální ochrany a sociálního začleňování je nezbytné, aby probíhalo ve všech etapách, od počáteční přípravy až po sledování a vyhodnocování. V tomto ohledu je třeba klást větší důraz na údaje a ukazatele popisující situaci osob se zdravotním postižením, aby se přesně stanovil dopad mainstreamingu na osoby se zdravotním postižením.

## **II.2. Metodika zohledňování hledisek zdravotního postižení**

Tyto snahy by výrazně podpořila užší koordinace mezi přípravou národních zpráv o strategiích sociální ochrany a sociálního začleňování a mezi sdělením Komise o následných akčních plánech v oblasti zdravotního postižení na více let.

Při posuzování otázky, jakým způsobem se zdravotní postižení řešilo ve všech třech oblastech začleňování, tj. v oblasti důchodů, zdravotní a dlouhodobé péče, je nezbytné zhodnotit, jak se využívá Evropský sociální fond, jakou hraje úlohu a jaký dopad na národní politiky mají zásady nediskriminace a přístupnosti<sup>2</sup>. V této souvislosti je také třeba všechno zkoordinovat s Evropským fondem pro regionální rozvoj a s Evropským fondem soudržnosti.

Ve sladěných procesech otevřené metody koordinace (viz Příloha II) je stejně tak nezbytné, aby byly národní zprávy o strategiích sociální ochrany a sociálního začleňování ve shodě s národními reformními programy vytvořenými v rámci přepracované lisabonské strategie. Mělo by se také zachovat propojení se sociálními službami obecného zájmu a odpovídajícím sdělením Komise z roku 2006<sup>3</sup>. V Bílé knize o službách obecného zájmu zveřejněné v květnu 2004 Komise oznámila systematičtější přístup v oblasti sociálních a zdravotních služeb obecného zájmu. Komise také vyjádřila svůj záměr přijmout do konce roku 2007 sdělení o zdravotních a sociálních službách obecného zájmu s cílem označit specifické charakteristiky zdraví vzhledem k sociálním službám obecného zájmu a objasnit rámec, v němž budou tyto služby fungovat. Kvalitu hledisek zdravotního postižení už zkoumá Skupina na vysoké úrovni pro zdravotní postižení (písemné stanovisko této skupiny bude k dispozici v červnu 2007), včetně potřeby prosazovat koordinované poskytování služeb<sup>4</sup>.

---

<sup>2</sup> Principy nediskriminace a přístupnosti k fondům pro osoby se zdravotním postižením byly definovány v článku 16 nařízení Rady (ES) č. 1083/2006 ze dne 11. července 2006 o obecných ustanoveních o Evropském fondu pro regionální rozvoj, Evropském sociálním fondu a Fondu soudržnosti a o zrušení nařízení (ES) č. 1260/1999.

<sup>3</sup> Sdělení Komise – Provádění lisabonského programu Společenství: sociální služby obecného zájmu v Evropské unii [http://ec.europa.eu/employment\\_social/social\\_protection/docs/com\\_2006\\_177\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/employment_social/social_protection/docs/com_2006_177_en.pdf)

<sup>4</sup> Další informace o sociálních službách obecného zájmu viz: [http://ec.europa.eu/employment\\_social/social\\_protection/questionnaire\\_en.htm](http://ec.europa.eu/employment_social/social_protection/questionnaire_en.htm)

Zkoumají se a podporují se možnosti vhodné deinstitucionalizace zdravotně postižených osob umístěných ve velkých ústavních zařízeních. Komise podporuje prosazování sociálních služeb a vhodnou úroveň jejich kvality sloužící k zajištění rovnováhy mezi bezpečností, svobodou a nezávislostí.

**Při zohledňování hledisek zdravotního postižení v sociální ochraně a sociálním začleňování se musí v neposlední řadě brát v úvahu Listina základních práv EU a nedávno schválená Úmluva OSN o ochraně a prosazování práv a důstojnosti osob se zdravotním postižením.** V této souvislosti EU schválila a prosazuje „občanskou“ koncepci zdravotního postižení. Touto koncepcí se rozumí, že osoby se zdravotním postižením musí mít stejná práva individuální volby a kontroly svého každodenního života jako osoby bez zdravotního postižení. Znamená to, že se postupy v oblasti politik musejí připravovat takovým způsobem, aby potřeby osob se zdravotním postižením a služby poskytované těmto osobám byly v procesu poskytování péče a služeb tím nejdůležitějším.

Je důležité připomenout, že Amsterodamská smlouva obsahuje zvláštní ustanovení týkající se genderu<sup>5</sup>, která mají zřetelný dopad na začleňování a zohledňování genderových otázek v evropských politikách. Nedávné usnesení Evropského parlamentu o situaci žen se zdravotním postižením v EU<sup>6</sup> vyzývá členské státy, aby plně zohledňovaly potřeby osob se zdravotním postižením a zvláštní potřeby žen.

### **III. Nové hlavní směry pro přípravu národních zpráv o strategiích sociální ochrany a sociálního začleňování a jejich potenciál pro zohledňování hledisek zdravotního postižení**

#### **III.1. Oblast týkající se odstranění chudoby a sociálního vyloučení**

Tato oblast má při podávání zpráv o situaci osob se zdravotním postižením obecnou důležitost. Zdravotně postižené osoby patří k sociálním skupinám, které jsou značně ohrožené v přístupu k oblastem zaměstnávání, vzdělávání, odborné přípravy, zdravotní péče a sociálního zabezpečení. V těchto oblastech proto stále ještě zůstávají náročné úkoly spojené s pokračováním boje proti diskriminaci osob se zdravotním postižením včetně vícenásobné diskriminace (například v případě žen se zdravotním postižením nebo starších osob se zdravotním postižením).

Politiky a programy zaměřené na osoby se zdravotním postižením by měly také přihlížet k sociálnímu modelu zdravotního postižení, jak je uveden v Listině základních práv EU a v Úmluvě OSN o ochraně a prosazování práv a důstojnosti osob se zdravotním postižením.

*Zlepšení realizace (řešení nedostatků)*

---

<sup>5</sup> Článek 2 a 3 Smlouvy o ES

<sup>6</sup> Usnesení A6-0075/2007:

<http://www.europarl.europa.eu/oeil/FindByProcnum.do?lang=2&procnum=INI/2006/2277>

Realizační nedostatky plynoucí z rozdílu mezi tím, k čemu se členské státy zavázaly, a tím, čeho se jim podařilo úspěšně dosáhnout, se v aktualizované podobě projevily v hodnocení NAPSI. S přihlédnutím k těmto nedostatkům musí být nejnaléhavější cíle týkající se osob se zdravotním postižením zařazeny do následných národních zpráv. Řešení těchto nedostatků je nutné k zachování shody s přepracovanou lisabonskou strategií a se strategií Evropské unie v oblasti zdravotního postižení.

### *Zvýšené strategické zaměření a mnohorozměrný přístup*

Prezentace cílů by měla členskými státy umožnit, aby se zaměřily na strategické a klíčové politické priority. Jelikož všechny členské státy ve svých zprávách uvádějí, že osoby se zdravotním postižením zůstávají jednou z nejvíce marginalizovaných skupin zejména v oblasti přístupu k běžnému trhu práce, tak je nezbytnou podmínkou zlepšení jejich situace disponovat soudržnými politikami a programy a mít na paměti mnohorozměrnou povahu sociálního vyloučení. Pro zdravotně postižené osoby jsou podstatné zejména následující otázky:

- vyřešení problému diskriminace, včetně vícenásobné diskriminace, a posílení integrace osob se zdravotním postižením
- zvýšení jejich participace na trhu práce
- řešení nedostatků v oblasti vzdělávání, odborné přípravy a celoživotního vzdělávání prostřednictvím rovného přístupu ke vzdělání a finanční podpory a pomoci rodinám a jednotlivcům
- zvýšení pomoci rodinám se zdravotně postiženými členy
- zajištění slušného bydlení a zlepšení přístupu ke kvalitním službám, které jsou dosažitelné a cenově dostupné (zdravotní a pečovatelské služby, doprava, celoživotní vzdělávání atd.)

Sdělení Komise týkající se konzultace ohledně opatření na úrovni EU na podporu aktivního začlenění osob nejvíce vzdálených od trhu práce<sup>7</sup> poukázalo na skutečnost, že riziko zhoršení situace pod práh pouhého rizika chudoby je vyšší u nezaměstnaných osob, neaktivních osob, svobodných rodičů, zdravotně postižených osob a chronicky nemocných. Blíže neurčený počet lidí může tedy trpět vážnými formami strádání a sociálního vyloučení, jako je bezdomovectví, drogová závislost, alkoholismus, nedostatečný přístup k základní zdravotní péči a negramotnost, což může v některých případech ještě zhoršovat rasová diskriminace a/nebo život v oblastech, které jsou nepříznivé ve více ohledech. V roce 2003 mohlo být z celkové populace 25 členských států EU přibližně 31,7 milionu lidí (8,5 % populace v produktivním věku 15–64 let) považováno za vyloučené z trhu práce. Tento počet zahrnuje jak dlouhodobě nezaměstnané, tak i neaktivní osoby, které se buď nechaly odradit neúspěšným hledáním zaměstnání v minulosti nebo které měly zájem pracovat, ale z nejrůznějších důvodů, mezi něž patří zdravotní postižení nebo chronické onemocnění, se jim práci nepodařilo najít.

Při rozvíjení cílenějších přístupů je proto v boji proti chudobě a sociálnímu vyloučení nejdůležitější rozvíjet a udržovat mnohorozměrný přístup. Zejména to znamená vybírat na mnohorozměrném základě klíčové cíle a stejně tak rozvíjet soubor opatření, která jsou v souladu

---

<sup>7</sup> KOM(2006) 44 ze dne 8.2.2006 [http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/en/com/2006/com2006\\_0044en01.pdf](http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/en/com/2006/com2006_0044en01.pdf)

s následnými akčními plány EU v oblasti zdravotního postižení<sup>8</sup>. Patří sem také zajištění nezbytných mechanismů k zohledňování sociálního začleňování osob se zdravotním postižením v jiných relevantních politikách.

### *Posílení zohledňování hledisek zdravotního postižení*

NAPSI by také měly odrážet obecný přístup ke zdravotnímu postižení v členských státech a naznačovat způsob, jakým se strategie v oblasti zdravotního postižení integruje do relevantních oblastí politik. Sladěný přístup spolu se specificky cílenými postupy může pomoci při odstraňování některých překážek, s nimiž se osoby se zdravotním postižením a jejich rodiny setkávají, když se snaží zařadit do většinové společnosti, a tím podpořit jejich opětovný vstup do zaměstnání prostřednictvím aktivního začleňování. Sem patří zejména poradenství, zdravotní péče, péče o děti, celoživotní vzdělávání, výcvik v informačních a komunikačních technologiích pro potenciální pracovníky, využívání nových technologií, zajištění pružnějších pracovních mechanismů, sociální rehabilitace, umožnění přístupu k volbám, přístup k dopravě, informacím, komunikaci, informačním a komunikačním technologiím a k finančním službám v každodenním životě. Nový přístup, který podrobně sleduje politiky podporující integraci mladých lidí se zdravotním postižením na trh práce, představuje velkou výzvu zejména ve světle neustále se snižující populace v produktivním věku a nízké porodnosti, což může mít v blízké budoucnosti dopad na evropskou ekonomiku a její udržitelnost.

Zvýšení participace osob se zdravotním postižením na trhu práce přispívá k zabezpečení a zlepšování kvality jejich života. Členské státy se proto vyzývají, aby zvážily podporu při zaměstnávání pracovníků se zdravotním postižením ve formě mzdových dotací a při kompenzaci dodatečných nákladů, jak to navrhuje nové nařízení Komise o státní podpoře<sup>9</sup>. Jelikož taková podpora může mít výrazný dopad na pracovní příležitosti osob se zdravotním postižením, Komise doporučuje členským státům, aby předkládaly hodnocení její účinnosti.

### *Posílení správy*

---

<sup>8</sup> Tři operativní a zásadní cíle v rámcovém akčním plánu s časovým horizontem roku 2010: dosáhnout plného zavedení směrnice Rady 2000/78/ES, kterou se stanoví obecný rámec pro rovné zacházení v zaměstnání a povolání, posílit začleňování otázek zdravotního postižení do relevantních politik Společenství a zlepšit přístupnost pro všechny.

První fáze realizace akčního plánu EU v oblasti zdravotního postižení na období let 2004-2005 se zaměřila na vytvoření podmínek nutných k podpoře zaměstnávání osob se zdravotním postižením tím, že jim více zpřístupní běžný trh práce v rozšířené Unii. Jednalo se o čtyři konkrétní prioritní postupy v oblasti zaměstnávání: za první přístup k zaměstnání, udržení zaměstnání včetně boje proti diskriminaci, dále za druhé celoživotní vzdělávání na podporu a zvýšení zaměstnatelnosti, adaptability, osobního rozvoje a aktivního občanství, za třetí nové technologie rozšiřující možnosti osob se zdravotním postižením a usnadňující jim přístup k zaměstnání a za čtvrté dostupnost vystavěného prostředí zlepšující participaci na pracovišti a začlenění do ekonomiky a do společnosti. Druhý akční plán EU v oblasti zdravotního postižení na období let 2006-2007 se zaměřuje na podporu nezávislého života osob se zdravotním postižením obsaženou ve čtyřech klíčových prioritách: podpora aktivity, prosazování dostupnosti kvalitních podpůrných a pečovatelských služeb, podpora dostupnosti zboží a služeb, zvýšení analytických schopností Evropské unie.

<sup>9</sup> Stávající nařízení Komise (ES) č. 2204/2002 ze dne 12. prosince 2002 o použití článků 87 a 88 Smlouvy o ES na státní podpory zaměstnanosti a nařízení Komise (ES) č. 68/2001 ze dne 12. ledna 2001 o použití článků 87 a 88 Smlouvy o ES na podpory na vzdělávání bude zrušeno od 1. července 2008 nařízením o obecné blokované výjimce ([http://ec.europa.eu/comm/competition/state\\_aid/reform/reform.cfm](http://ec.europa.eu/comm/competition/state_aid/reform/reform.cfm))

Velmi důležité je zapojit v členských státech do přípravy, realizace a sledování NAPSI regionální a místní úřady, občanskou společnost, sociální partnery a ty, kteří zastupují zájmy osob se zdravotním postižením. To rovněž znamená rozvíjet regionální a lokální akční plány a národní akční plány v oblasti zdravotního postižení. V tomto ohledu by členské státy mohly podávat zprávu o tomto dialogu a o zapojení různých aktérů, sociálních partnerů, nevládních neziskových organizací a poskytovatelů sociálních služeb, jiných relevantních zainteresovaných subjektů a osob se zdravotním postižením. Regionální a místní úřady a organizace osob se zdravotním postižením hrají přímou roli i tím, že cenným způsobem přispívají k sladěným zprávám o strategiích sociálního začleňování a sociální ochrany. Tyto úřady mají nejbližší k soukromému sektoru, jednotlivým společnostem a sociálnímu a podporovanému podnikání, což jsou potenciální zaměstnavatelé osob se zdravotním postižením na běžném trhu práce.

Nedávné hodnocení procesu otevřené metody koordinace v oblasti sociální ochrany a sociálního začleňování ukazuje, že tuto metodu brzdil omezený rozsah, v němž mohly NNO do daného procesu výrazněji zasahovat. Evropské fórum zdravotně postižených (EDF) v této souvislosti poukázalo na obtíže, s nimiž se jeho národní organizace setkávaly při zjišťování informací o tomto procesu a při zapojování se do něj<sup>10</sup>.

#### *Ukazatele*

Při realizaci cílů a specifických programů je nutné konkretizovat ukazatele, které se budou využívat ke sledování pokroku. Z tohoto důvodu byly k doplnění národních ukazatelů vypracovány a schváleny společné ukazatele.

Níže uvedené příklady dobré praxe pocházejí z národních zpráv o strategiích sociální ochrany a sociálního začleňování 2007, z jiných národních zdrojů a od relevantních zainteresovaných subjektů.

#### **Příklady dobré praxe v oblasti sociálního začleňování**

Evropské fórum zdravotně postižených (EDF) vypracovalo v letech 2005-2006 evropský projekt týkající se „zohledňování hledisek zdravotního postižení v místních politikách“. Projekt se uskutečnil v několika členských státech (Belgie, Švédsko, Nizozemsko, Česká republika, Dánsko, Řecko, Lotyšsko, Slovensko, Estonsko a Itálie) a podílely se na něm národní rady pro osoby se zdravotním postižením. Podle strategie „Agenda 22“ byla vypracována metodika a metodický nástroj k vytvoření spolupráce v průběhu 18 měsíců mezi zástupci osob se zdravotním postižením a místními úřady.

V Portugalsku se vyskytly nerovnosti a diskriminace týkající se zdravotně postižených osob v přístupu k právům. K vyřešení problému diskriminace se opatření v oblasti národních politik zaměřují na zvýšení přístupu zdravotně postižených osob ke zboží a službám a na podporu jejich začlenění na trh práce, aby se posílila sociální a profesní participace osob se zdravotním postižením a jejich ekonomická nezávislost. Mezi cíle patří zařazení 46 tisíc osob se

<sup>10</sup> Pracovní dokument útvarů Komise. Hodnocení otevřené metody koordinace pro sociální ochranu a sociální začleňování. Syntéza odpovědí členských států a jiných aktérů na hodnotící dotazník týkající se otevřené metody koordinace v oblasti sociální ochrany a sociálního začleňování a přiměřených a udržitelných důchodů. SEK(2006)345 ze dne 8.3.2006.

zdravotním postižením do vzdělávacích či výcvikových kurzů.

Jedním z cílů irské politiky je zaměřit se na zvýšení účasti marginalizovaných skupin v zaměstnání a přístupu ke vzdělávání, což se hlavně týká rodičů-samoživitelů, osob se zdravotním postižením, starších pracovníků a nezaměstnaných. Má k tomu dojít na základě odstranění překážek v zaměstnávání na jedné straně a realizace nové aktivní poradenské služby pro všechny příjemce sociálních dávek na straně druhé. Kromě toho irská vláda v rámci celkové národní strategie uplatňované v oblasti zdravotního postižení vytvořila plán daného sektoru s cílem zajistit, aby režimy a služby poskytované osobám se zdravotním postižením fungovaly způsobem, který usnadní jejich plné zapojení do společnosti a zohlední princip mainstreamingu, který platí pro program zajišťování kvality. Irská vláda například začlenila princip „mainstreamingu“ do dopravy jako charakteristický znak a také zavedla politiku přístupnosti dopravy pro osoby se zdravotním postižením (pro osoby se sníženou mobilitou, sensorickým a kognitivním postižením). Skupiny osob se zdravotním postižením se na základě mechanismů partnerství zapojují do přípravy, realizace a sledování politiky prostřednictvím operátorů orientovaných na skupiny uživatelů se zdravotním postižením a prostřednictvím Výboru pro dostupnost veřejné dopravy.

Jednou z klíčových priorit ve Spojeném království je potírání diskriminace, zejména diskriminace osob se zdravotním postižením a etnických menšin.

V Polsku se klade zvláštní důraz na integraci osob se zdravotním postižením, které se má dosáhnout hlavně zlepšením jejich přístupu na trh práce, rozvíjením sociální ekonomiky a posilováním propojenosti mezi garantovaným minimálním příjmem a aktivačními nástroji. Polsko se stále ještě musí plně zabývat reformami systému poskytování dávek pro zdravotně postižené osoby (tj. přehodnocováním současných práv osob se zdravotním postižením). První kroky ke zlepšení nízké aktivity osob se zdravotním postižením ale už byly podniknuty.

Pro vytvoření dobrého poradenství zainteresovaných subjektů vytvořilo bulharské Ministerstvo práce a sociální politiky institucionální rámec zahrnující relevantní aktéry včetně Národní rady pro integraci osob se zdravotním postižením. Bulharsko otevřelo 28 středisek podporujících běžné vzdělávání a odbornou přípravu dětí a studentů se zvláštními vzdělávacími potřebami. Tato střediska, která byla otevřena ve všech regionech Bulharska, mají podpořit běžný proud vzdělávání a odborné přípravy. Počet dětí se zdravotním postižením integrovaných do běžných škol a normálních mateřských škol se v průběhu jediného roku zdvojnásobil.

První prioritou v České republice, kterou je posílit začleňování sociálně vyloučených osob nebo osob ohrožených sociálním vyloučením včetně lidí se zdravotním postižením, směřuje k usnadňování přístupu k sociálním službám a ke zvyšování jejich kvality. Došlo také k zavedení individuálních dávek a ke stanovení souboru povinných standardů kvality. Podpořil to i nový zákon o sociálních službách, který začal platit v lednu 2007. U postižených dětí se klade důraz na odstraňování rozdílů mezi regiony ve vzdělávání a nabídce poradenství a na přeměnu zvláštních škol na integrovaná centra podpory.

V Dánsku byl zaveden akční plán pro osoby se zdravotním postižením na období let 2005-2009 (s rozpočtem 11 milionů eur), jehož cílem je zvýšit zaměstnanost ročně o 2000 pracovních míst a také zvýšit podíl podniků zaměstnávajících osoby se zdravotním postižením o jeden procentní bod. Na pomoc osobám s duševním postižením bylo navíc přiděleno asi 43 milionů eur, které mají podpořit jejich vstup na trh práce.

Belgie se chystá zavést novou klasifikaci „řízení lidských zdrojů“ (založenou na kritériích etnicity, zdravotního postižení, stárnutí a genderu), aby pomohla zranitelným skupinám při začleňování na trh práce a nejlepší podnik získá každoročně odměnu.

Malta zahájila program „Vzdělávání dětí s důrazem na duševní zdraví“, jehož cílem je vzdělávat děti od útlého věku v otázkách duševního zdraví tak, aby získaly větší odolnost. Maltské školy také zahájily projekt zajišťující ve školním vyučování podporu studentům se zdravotním postižením s cílem začlenit je do běžného vzdělávání.

### III.2. Oblast přiměřených a udržitelných důchodů

Členské státy se musí připravit na problém stále se zrychlujícího demografického stárnutí, které zkomplikuje poskytování přiměřených důchodů finančně udržitelným způsobem. Na členských státech zůstává plná zodpovědnost za financování a uspořádání vlastních systémů. Legislativa EU se v dané oblasti zabývá zejména způsobem, jakým se základní principy Smlouvy o ES uplatňují v národních systémech. Na lisabonském zasedání Evropské rady vznikl požadavek na spolupráci mezi členskými státy v oblasti „budoucího vývoje sociálního zabezpečení v dlouhodobé perspektivě se zvláštním zřetelem k trvalé udržitelnosti důchodových systémů v různých časových rámcích až do roku 2020 a na další léta“. V prosinci 2001 bylo na laekenském zasedání Evropské rady rozhodnuto uplatnit otevřenou metodu koordinace pro oblast důchodů.

Synchronizace této oblasti s oběma dalšími oblastmi proběhla v roce 2006. Národní strategické zprávy o důchodech byly předloženy členskými státy v roce 2005 a po nich následovala v roce 2006 Slučovací zpráva o přiměřených a udržitelných důchodech<sup>11</sup>. Proto se očekávalo, že podávání zpráv o důchodech v rámci sladěné metody koordinace proběhne v roce 2006 v odlehčené verzi a zaměří se hlavně na pokrok dosažený při realizaci dříve zavedených strategií.

Aby mohlo dojít k vyššímu začlenění starších a zdravotně postižených osob na trh práce, musí být hospodářské politiky a politiky zaměstnanosti doplněny reformami v oblastech sociální ochrany, například v důchodových systémech a v systémech zdravotní a dlouhodobé péče. Je také nutné, aby členské státy ve svých systémech respektovaly sociální cíl přiměřenosti a kladly důraz na přizpůsobení svých systémů měnícím se společenským potřebám včetně specifických potřeb osob se zdravotním postižením.

Existuje riziko, že by se dávky poskytované osobám se zdravotním postižením daly zneužít k úniku z trhu práce před zákonnou hranicí pro odchod do důchodu. Dávky poskytované osobám se zdravotním postižením by měly být slučitelné se zaměstnáním a měly by umožňovat vstup na trh práce i vystoupení z tohoto trhu. Stejně jako důchody musí být i dávky poskytované osobám se zdravotním postižením posouzeny z hlediska jejich finanční udržitelnosti a veřejných financí. V souvislosti s oblastí zdravotního postižení některé členské státy informovaly o modernizaci v poskytování sociálních dávek.

Aby sociálně potřebné skupiny i jednotlivci mohli žít důstojně, včetně minimálního přiměřeného příjmu a důchodů, musí při zajišťování slušného příjmu pro všechny fungovat účinná sociální ochrana na základě doplňkových dávek – jejím cílem musí být rovnost na nejvyšší úrovni, nikoli rovnost týkající se minimálních potřeb. V tomto ohledu a ve světle demografických změn Komise podporuje členské státy v jejich úsilí modernizovat sociální ochranu.

#### **Příklady dobré praxe v oblasti důchodů**

Maďarská opatření, jejichž cílem je aktivní hledání práce, obsahují reformy týkající se služeb a dávek pro nezaměstnané osoby včetně osob se zdravotním postižením. Pracovní rehabilitace rovněž dostane novou podobu a zaměří se na výsledky trhu práce. Invalidní důchod bude nahrazen přechodnou dávkou vázanou na rehabilitační

<sup>11</sup> SEK(2006)304 [http://ec.europa.eu/employment\\_social/social\\_protection/docs/2006/rapport\\_pensions\\_final\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/employment_social/social_protection/docs/2006/rapport_pensions_final_en.pdf)

služby směřující k trhu práce. Cílem dalších reforem bude omezení předčasného odchodu do důchodu a snížení přílivu nových příjemců invalidních důchodů přezkoumáním kvalifikačních kritérií a zavedením dalších pobídek pro udržení se na trhu práce.

Nedávno zavedený systém v Litvě k posouzení zdravotního postižení a pracovní způsobilosti podporuje zaměstnanost a napomáhá tomu, aby se nezneužívalo pracovní postižení k důchodovým účelům. Od poloviny roku 2005 se místo stupňů zdravotního postižení posuzuje úroveň pracovní způsobilosti jednotlivců v produktivní věku. Posouzení pracovní způsobilosti místo uznání stupně zdravotního postižení proto vytvoří lepší podmínky pro objektivnější posouzení způsobilosti jednotlivců pracovat.

### III.3. Oblast přístupné, vysoce kvalitní a udržitelné zdravotní a dlouhodobé péče

Po sladění otevřené metody koordinace v oblasti sociální ochrany a sociálního začleňování podaly členské státy poprvé formální zprávu o zdravotní a dlouhodobé péči v roce 2006. Při sestavování národních zpráv v roce 2006 bylo možné navázat na zkušenosti získané při koncipování předchozích úvodních poznámek k národním politikám v oblasti zdravotní a dlouhodobé péče.<sup>12</sup>

Pro osoby se zdravotním postižením, jejich rodiny a pro pracovníky zajišťující služby těmto osobám jsou otázky týkající se zdravotní i dlouhodobé péče velmi důležité. Rovněž je třeba mít na paměti nerovnosti, kterým jsou ženy a dívky se zdravotním postižením vystaveny. To přispěje zejména k rozvoji evropského sociálního modelu a k evropské sociální a hospodářské politice spolu s politikami zaměstnanosti, stejně jako k nezávislému životu zdravotně postižených a k jejich přístupu k relevantním službám zdravotní a dlouhodobé péče.

Celkově stárnoucí populace, silný vzájemný vztah mezi zdravotním postižením a stárnutím i nárůst zvláštních potřeb, to jsou nové výzvy související s nezávislým životem osob se zdravotním postižením. Je třeba poskytovat lepší a rozmanitější kvalitní, finančně dostupné a přístupné sociální služby, aby se osoby se zdravotním postižením nemohly stát sociálně vyloučenými. Na základě studií provedených Komisí čelí členské státy výrazným nerovnostem v oblasti zdraví, zejména pokud jde o osoby s nižším vzděláním, s nižší pracovní třídou a nižším příjmem, jelikož umírají v mladším věku a jsou více nemocní či zdravotně postižení<sup>13</sup>. V těchto studiích jsou vyjmenovány nerovnosti v přístupu k péči v důsledku různých překážek, z nichž vyplývají rozdíly ve využití péče napříč sociálně ekonomickými skupinami. Překážky v přístupu k péči u znevýhodněných skupin, včetně osob se zdravotním postižením, se odvíjejí od faktorů, jakými je například dostupnost péče, distribuce a umístění služeb, individuální finanční náklady a příjmy, čekací doby, znalosti, informace atd.<sup>14</sup> (dostupnost služeb). Nerovnosti v oblasti zdraví mohou být rovněž důsledkem diskriminace osob se zdravotním postižením v přístupu ke zdravotní péči (zejména pokud jde o prevenci nemocí a všeobecnou péči).

<sup>12</sup> [http://ec.europa.eu/employment\\_social/social\\_protection/docs/spc\\_ltc\\_2005\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/employment_social/social_protection/docs/spc_ltc_2005_en.pdf)

<sup>13</sup> Vyplývá to z mnoha studií (studie GR pro zaměstnanost, sociální věci a rovné příležitosti, např. SSR 2003, JRSI 2004, JRSISP 2006, SS Observatory 2005), když se prostudují ukazatele úmrtnosti a nemocnosti či zdravotního postižení.

<sup>14</sup> Zjištění vycházejí z úvodních poznámek k národním politikám v oblasti zdravotní a dlouhodobé péče za rok 2005, jak je předložily členské státy.

Systémy sociální ochrany musí zajistit, aby osobám, které potřebují lékařskou nebo sociální péči, mohla být taková péče poskytnuta bez ohledu na jejich příjem či majetek a aby náklady takové péče nezpůsobily chudobu příjemců péče či jejich příbuzných (finanční dostupnost služeb). Proto se musí mimořádná pozornost věnovat plánování a realizaci modernizace sociálních služeb pro zdravotně postižené osoby všech věkových skupin a mít na paměti, že modernizace by měla podporovat přístup k finančně dostupným a kvalitním službám. Je nezbytné zajistit spravedlivý přístup k opatřením v oblasti preventivní péče, včetně přístupu, který podporuje zdravý životní styl a zdravé stárnutí (přiměřenost služeb). Příklady dobré praxe ve zdravotních a pečovatelských službách budou také tvořit základ pro výměnu postupů a vzájemné učení mezi členskými státy.

Všechna tato kritéria by měla navíc nacházet oporu v nepřetržitém poskytování holistických služeb (např. rehabilitace) – od počátečních zákroků přes všechny životní etapy osob se zdravotním postižením: dětství, produktivní věk i stáří.

#### **Příklady dobré praxe v oblasti zdravotní a dlouhodobé péče**

V Rakousku bude zajištění péče pro starší osoby a osoby se zdravotním postižením možné pouze tehdy, jestliže bude k dispozici dostatek pracovníků sociální péče. Spolková vláda a zemské vlády se proto dohodly na zlepšení pracovních podmínek a odborného vzdělávání pracovníků sociální péče a na snadnějším sladění pečovatelské práce a rodinného života. V roce 2004 spolková vláda a zemské vlády podepsaly dohodu o společných zásadách v odborné přípravě a pracovním životě u oborů sociální péče. Cílem je učinit tyto obory atraktivnějšími a zlepšit šance a mobilitu pracovníků z těchto oborů na trhu práce.

Na Kypru poskytují ústavní péči včetně denního stacionáře státní domovy pro seniory a osoby se zdravotním postižením, komunitní či obecní domovy a soukromé pečovatelské domovy. Domácí péči zajišťují pečovatelé ze státního sektoru, komunitní pečovatelé a soukromí pečovatelé se státními subwencemi pro příjemce veřejné podpory. Pilotní program komunitního všeobecného ošetřovatelství už probíhá v jedné městské a jedné venkovské oblasti. Cílem je vytvořit národní síť domácích ošetřovatelské péče, která bude odpovídat potřebám dlouhodobé péče o starší osoby a zdravotně postižené osoby žijící v dané komunitě.

Ve Finsku, pokud jde o služby dlouhodobé péče pro osoby se zdravotním postižením, se služby organizují na základě osobního plánu služeb, aby jednotlivci získali požadovanou službu a podpůrná opatření. Cílem politik v oblasti zdravotního postižení je zajistit nezbytné služby pro všechny obyvatele v obci bez ohledu na jejich finanční nebo společenské postavení. Opatření se zaměřují na odstranění překážek, která brání osobám se zdravotním postižením v účasti na službách pro zdravotně postižené nebo na rehabilitaci. Cílem primárních služeb je co nejvíce uspokojovat potřeby osob se zdravotním postižením. Jejich rovnost zajišťují služby specialistů, např. v oblasti individuální pomoci a řešení bydlení. Financování služeb v oblasti zdravotní péče se ve Finsku zajišťuje kombinací finančních prostředků poskytovaných místními úřady, státem, dále plynoucích z klientských poplatků a z prostředků soukromého sektoru zdravotní péče podporovaného z nemocenského pojištění.

Ve Spojeném království je klíčovým prvkem vládní politiky uplatňované v oblasti zdravotního postižení podpora nezávislého života nesoucí název "Podpora životních šancí zdravotně postižených osob", která stanovuje vizi pro osoby se zdravotním postižením na 20 let dopředu.

#### IV. Závěry

Analýza národních zpráv o strategiích sociální ochrany a sociálního začleňování 2006 ukázala, že v relevantních politikách na národní úrovni dochází k zohledňování hledisek zdravotního postižení. Postupy uskutečněné v členských státech celkově potvrdily, že otázka zdravotního postižení se řeší z pohledu práv a nároků tím, že se respektují specifické potřeby osob se zdravotním postižením. Členské státy kladou důraz i na potřebu zohlednit politiky rovných příležitostí pro zdravotně postižené osoby. Většina politik z oblasti zdravotního postižení byla zařazena do oblasti sociálního začleňování, ale také do oblasti zabývající se dlouhodobou péčí. Zvláštní pozornost byla věnována aktivnímu začleňování osob se zdravotním postižením, hlavně prostřednictvím přístupu k trhu práce a přístupu ke službám.

Ačkoli členské státy vynaložily v tomto směru hodně úsilí, osoby se zdravotním postižením zůstávají nadále znevýhodněnou a marginalizovanou skupinou. Spousta výzev se tak přenáší do budoucnosti, zejména otázka jejich aktivního začleňování.

Jelikož zohledňování hledisek zdravotního postižení v oblasti sociálního začleňování a zdravotní a dlouhodobé péče budou velmi mocným nástrojem pro zlepšení situace této znevýhodněné skupiny, mohly by být otázky týkající se zdravotního postižení systematictěji začleňovány do otevřené metody koordinace spolu s problematikou rovnosti mužů a žen, aniž by se vytvářela další zátěž v podobě podávání zpráv. Je ovšem třeba mít na paměti, že otevřená metoda koordinace je proces založený na dobrovolném přístupu.

Systémy sociální ochrany se musí modernizovat nejen proto, aby se zajistila jejich finanční udržitelnost a přístupnost a aby přinášely zdravotně postiženým osobám v produktivním věku pobídky umožňující jejich aktivní účast na evropských trzích práce, ale také z hlediska práv v oblasti sociálního zabezpečení osob pohybujících se mezi členskými státy Společenství z důvodů zaměstnání, vzdělávání či bydlení.

Komise i členské státy vítají zjednodušení a redukci systémů týkajících se podávání zpráv. Neměl by se tím ovšem oslabovat či bagatelizovat obsah příslušných procesů. Proto musí členské státy do předkládaných zpráv začlenit hledisko zdravotního postižení.

Zvláštní pozornost je také třeba věnovat prosazování lepší správy a většího zapojení zainteresovaných subjektů, včetně těch, které zastupují zájmy zdravotně postižených osob. Takový přístup může vést k lepší tvorbě politik.

V souvislosti s rychlou hospodářskou a sociální restrukturalizací je Evropská komise odhodlána plně využívat metody dobrovolné spolupráce, které umožní vhodné zapojení všech zainteresovaných subjektů: členských států, sociálních partnerů, občanské společnosti atd. Toto se týká zejména otevřené metody koordinace v oblastech zaměstnávání, společenského začleňování, sociální ochrany a celoživotního vzdělávání, které jsou pro osoby se zdravotním postižením klíčové a kde se příslušné společné cíle dají přenést do národních politik a postupů.

Pro dodržování principů rovnosti žen a mužů a rovných příležitostí pro všechny je důležité zabývat se problémy vznikajícími z nejrůznějších forem diskriminace, kterým čelí ženy se

zdravotním postižením, starší zdravotně postižené osoby nebo zdravotně postižené osoby z etnických menšin, a neméně důležité je i těmto problémům předcházet.

Pro uskutečnění sociálněji Evropy je nutné zdůraznit potřebu posílení „Evropského sociálního modelu zdravotního postižení“. Posun od lékařského modelu zdravotního postižení k modelu sociálnímu s lidskými právy zaměřenému na plné občanství a aktivní účast pro všechny neznamená nic jiného než změnu ve společně sdílených sociálních postojích a odhodlání respektovat klíčové hodnoty a cíle vycházející ze základních práv pro všechny. Odpovědnost, která se prakticky projeví ve společnosti, pomůže překonat spoustu překážek a předsudků, což bude mít za následek uvolnění potenciálu zdravotně postižených osob. Výměna zkušeností a stanovení společných cílů v rámci sladěné otevřené metody koordinace vytváří pozitivní sílu pro změnu.

## Příloha I

### **AKČNÍ PLÁN EU PRO ZDRAVOTNÍ POSTIŽENÍ A VÝZNAM SOCIÁLNÍ OCHRANY A SOCIÁLNÍHO ZAČLEŇOVÁNÍ**

Ve svém posledním sdělení o akčním plánu EU pro zdravotní postižení 2006-2007<sup>15</sup> Komise v rámci jedné ze čtyř prioritních oblastí stanovila prosazování dostupnosti kvalitních podpůrných a pečovatelských služeb. Prosazování kvalitních a dostupných sociálních služeb pro osoby se zdravotním postižením za přijatelnou cenu prostřednictvím posílených ustanovení o sociální ochraně a začleňování bylo označeno za jeden z klíčových mainstreamingových postupů EU. V této souvislosti by mohlo sladění procesů sociálního začleňování a sociální ochrany umožnit pokrytí příslušných hledisek zdravotního postižení v politikách sociální ochrany, například u dostupnosti integrované péče a podpůrných systémů. Nedávno rozvinutá spolupráce v oblasti politik zdravotní a dlouhodobé péče, spolu s existující prací na sociálním začleňování a důchodech, pomůže zajistit nejen dostupnost přiměřené zdravotní a dlouhodobé péče pro všechny, ale rovněž jejich kvalitu a finanční udržitelnost (včetně cenové dostupnosti).

Sociální ochrana je základní složkou evropského modelu společnosti. Podle definice obsažené ve sdělení Komise o upevnění otevřené metody koordinace v oblastech sociální ochrany a sociálního začleňování<sup>16</sup> jde o soubor kolektivních transferových systémů sloužících k ochraně osob před sociálními riziky. Sociální rizika typicky zahrnují stáří, odchod do důchodu a závislost spojenou s věkem, smrt živitele, **zdravotní postižení**, nemoc, mateřství, závislé děti, nezaměstnanost a někdy potřebu péče o starší a **zdravotně postižené** či nemocné příbuzné osoby. Sociální ochrana je zárukou, že tato sociální rizika nevyústí v chudobu a že nedostatek finančních prostředků nebude bránit přístupu ke službám, které jsou nezbytné pro lidský život a pro zachování jeho důstojnosti.

Zdravotně postižené osoby v celé EU čelí vyššímu ohrožení chudobou, sociálním vyloučením a diskriminací než většinová populace. Týká se to zejména jejich přístupu k trhu práce a základním službám, jakými jsou vzdělávání, bydlení a jiné sociální služby, k veřejné infrastruktuře a vystavěnému prostředí. V tomto ohledu je třeba zdůraznit, že několik členských států již využívá širokou škálu politik a opatření zaměřených na posílení začleňování zdravotně postižených osob a že přizpůsobuje služby a podpůrné systémy specifickým potřebám osob se zdravotním postižením.

---

<sup>15</sup> Sdělení Komise Evropskému parlamentu, Evropskému hospodářskému a sociálnímu výboru a Výboru regionů ze dne 28.11.2005 – Postavení zdravotně postižených osob v rozšířené Evropské unii: Evropský akční plán 2006-2007 (KOM/2005/604).

[http://ec.europa.eu/employment\\_social/index/com\\_2005\\_604\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/employment_social/index/com_2005_604_en.pdf)

<sup>16</sup> Posílení sociálního rozměru Lisabonské strategie: upevnění otevřené koordinace v oblasti sociální ochrany – sdělení Komise KOM(2003)261 přijaté dne 27. května 2003

[http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/en/com/2003/com2003\\_0261en01.pdf](http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/en/com/2003/com2003_0261en01.pdf)

## **Příloha II**

### **SLADĚNÍ OTEVŘENÉ METODY KOORDINACE V POLITIKÁCH SOCIÁLNÍ OCHRANY A ZAČLEŇOVÁNÍ: NOVÝ RÁMEC**

V rámci otevřené metody koordinace prezentovaly členské státy národní akční plány sociálního začleňování a národní strategické zprávy pro důchody. Na jejich základě Komise a Rada schválily Společnou zprávu o začleňování a Společnou zprávu o důchodech. Výbor pro sociální ochranu úzce spolupracoval s jinými výbory, např. s Výborem pro hospodářskou politiku (EPC) a s Výborem pro zaměstnanost (EMCO).

Ve svém sdělení z května 2003 nazvaném „Posílení sociálního rozměru Lisabonské strategie: upevnění otevřené koordinace v oblasti sociální ochrany“<sup>17</sup> Evropská komise navrhla reorganizaci spolupráce v různých oblastech politik sociálního začleňování a sociální ochrany, včetně zdravotní a dlouhodobé péče.

Ve svém sdělení z prosince 2005 nazvaném „Pracujme společně, pracujme lépe: nový rámec pro otevřenou koordinaci politik sociální ochrany a začleňování v Evropské unii“<sup>18</sup> navrhla Evropská komise vytvořit nový, efektivnější rámec pro další rozvoj otevřené metody koordinace v politikách sociální ochrany a sociálního začleňování. Sdělení rovněž bralo ohled na zkušenosti, které členské státy a jiné zainteresované subjekty získaly při hodnocení otevřené metody koordinace.

V březnu 2006 přijala Evropská rada tento nový rámec, který poskytl nový soubor společných ukazatelů uplatňovaných od podzimu 2006 (viz Příloha 3). V rámci nových pracovních metod a nových společných cílů se zavádějí tři zastřešující cíle pro každou ze tří oblastí politik, tj. pro sociální začleňování, důchody a dlouhodobou péči<sup>19</sup>, přičemž je třeba mít na paměti, že spolupráce v oblasti zdravotní a dlouhodobé péče začala později.

Důležitým prvkem v efektivnějším rámci procesu otevřené metody koordinace pro oblast sociální ochrany a sociálního začleňování byl soubor společných ukazatelů pro srovnání nejlepších postupů a měření pokroku<sup>20</sup>, který Výbor pro sociální ochranu přijal v červnu 2006. Existující seznamy ukazatelů byly sladěny podle oblastí, jak se to navrhovalo ve společném stanovisku SPC a EPC i v hlavních směrech politik. Vznikl tak seznam 14 ukazatelů pro zastřešující portfolio a seznam podrobnějších ukazatelů pro každou ze tří oblastí<sup>21</sup>, které byly předloženy po uspořádání dvou diskusí na plenárních zasedáních a po dvou písemných konzultacích.

<sup>17</sup> KOM/2003/261 ze dne 27.5.2003 [http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/en/com/2003/com2003\\_0261en01.pdf](http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/en/com/2003/com2003_0261en01.pdf)

<sup>18</sup> KOM/2005/706 ze dne 22.12.2005 [http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/en/com/2005/com2005\\_0706en01.pdf](http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/en/com/2005/com2005_0706en01.pdf)

<sup>19</sup> Tři zastřešující cíle a cíle pro každou ze tří oblastí politik [http://ec.europa.eu/employment\\_social/social\\_inclusion/docs/2006/objectives\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/employment_social/social_inclusion/docs/2006/objectives_en.pdf) – viz k tomuto dokumentu také Příloha III.

<sup>20</sup> Portfolio zastřešujících ukazatelů a sladěná portfolia z oblasti sociálního začleňování, důchodů a zdraví, 7. června 2006

[http://ec.europa.eu/employment\\_social/social\\_inclusion/docs/2006/indicators\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/employment_social/social_inclusion/docs/2006/indicators_en.pdf)

<sup>21</sup> 14 ukazatelů pro zastřešující portfolio obsahovalo jeden ukazatel, který se vztahoval ke zdravotnímu postižení, ale lze použít i jiné ukazatele pro oblast zdravotního postižení, strany 7–13. Specifičtější ukazatele lze nalézt v seznamu ukazatelů pro jednotlivé oblasti: sociální začleňování na stranách 16–27, důchody na stranách 28–39, oblast

Společné stanovisko Výboru pro sociální ochranu (SPC) a Výboru pro hospodářskou politiku (EPC) podpořilo nový sladěný rámec a příslušné společné ukazatele. Výbory souhlasily s tím, že přidanou hodnotou otevřené metody koordinace je podpora vytváření dobrých politik pro dosažení vysoké úrovně sociální ochrany a sociální soudržnosti a že efektivnější otevřená metoda koordinace posílí přepracovanou Lisabonskou strategii. Oba výbory rovněž přispějí k překonání nedostatků v realizaci, které byly zjištěny při revizi Lisabonské strategie. Systémy sociální ochrany se musí modernizovat tak, aby byly finančně životaschopné a poskytovaly pobídky populaci v produktivním věku aktivně se zapojovat na trhu práce a zároveň plnily své cíle z hlediska dostupnosti a přiměřenosti<sup>22</sup>. Společné stanovisko SPC a EPC také věnuje pozornost zdravotně postiženým osobám, poukazuje na důležitost náležitých zdůrazňování jejich potřeb a vyzdvihuje zohledňování rovnosti žen a mužů.

V prvním kole byly proto sladěné strategie na období let 2006-2008 předloženy Komisi ve formě *národních zpráv o strategiích sociální ochrany a sociálního začleňování* na podzim 2006, a to na základě souboru obecných zásad pro jejich přípravu, na které se dohodly členské státy a Komise. Podobným způsobem jako pro cyklus 2006-2008 přijme Výbor pro sociální ochranu nové obecné zásady pro přípravu strategií sociální ochrany a sociálního začleňování na období let 2008-2011.

Jako prostředek ke sledování otevřené metody koordinace bude Komise nadále připravovat Společnou zprávu o sociálním začleňování a sociální ochraně, kterou bude schvalovat Komise a Rada před nadcházejícím jarním zasedáním Evropské rady. Tato zpráva bude shrnovat hlavní problémy a trendy a zároveň posoudí pokrok členských států při dosahování společných sladěných cílů. V této zprávě se bude také posuzovat způsob, jak sociální ochrana a sociální začleňování přispívá k lisabonským cílům v oblasti zaměstnanosti a růstu a jak tyto cíle ovlivňuje. Na druhé straně přezkoumá, jak se zohledňují problémy z procesu otevřené metody koordinace v lisabonském procesu zaměstnanosti a růstu a jak politiky zaměstnanosti a růstu přispívají k řešení cílů sociální soudržnosti. Pokud jde o nejnovější Společnou zprávu o sociální ochraně a sociálním začleňování (2007), tak Rada dne 22. února 2007 přijala návrh Komise ohledně Společné zprávy<sup>23</sup>.

---

zdravotní a dlouhodobé péče na stranách 40–50. Seznam ukazatelů navržených pro portfolio této poslední oblasti je předběžný a neúplný. [http://ec.europa.eu/employment\\_social/social\\_inclusion/docs/2006/indicators\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/employment_social/social_inclusion/docs/2006/indicators_en.pdf)

<sup>22</sup> Společné stanovisko Výboru pro sociální ochranu a Výboru pro hospodářskou politiku ke sdělení Komise „Pracujme společně, pracujme lépe: návrh nového rámce pro otevřenou koordinaci politik sociální ochrany a začleňování“

[http://ec.europa.eu/employment\\_social/social\\_inclusion/docs/2006/opinion\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/employment_social/social_inclusion/docs/2006/opinion_en.pdf)

<sup>23</sup> [http://ec.europa.eu/employment\\_social/social\\_inclusion/jrep\\_en.htm](http://ec.europa.eu/employment_social/social_inclusion/jrep_en.htm)

## PŘÍLOHA III

### **SLADĚNÁ OTEVŘENÁ METODA KOORDINACE SOCIÁLNÍ OCHRANY A SOCIÁLNÍHO ZAČLEŇOVÁNÍ: SPOLEČNÉ CÍLE PŘIJATÉ V ROCE 2006**

Sdělení „Pracujme společně, pracujme lépe: nový rámec pro otevřenou koordinaci politik sociální ochrany a začleňování v Evropské unii“ předkládá podrobné návrhy na sladění otevřené metody koordinace v oblasti sociální ochrany a sociálního začleňování. Stávající otevřené metody koordinace v oblasti sociálního začleňování a důchodů a proces spolupráce v oblasti zdravotní a dlouhodobé péče budou sdruženy v rámci společných cílů, které jsou v souladu s niceskými a laekenskými cíli, a zjednodušených postupů podávání zpráv.

#### **Zastřešující cíle otevřené metody koordinace pro sociální ochranu a sociální začleňování mají podporovat:**

- (a) sociální soudržnost, rovnost mužů a žen a rovné příležitosti pro všechny prostřednictvím odpovídajících, dostupných, finančně udržitelných, přizpůsobivých a účinných systémů sociální ochrany a politik sociálního začleňování
- (b) účinné a vzájemné propojení lisabonských cílů – větší hospodářský růst, vyšší počet pracovních míst a jejich vyšší kvalitu a větší sociální soudržnost – se strategií EU pro udržitelný rozvoj
- (c) řádnou správu, transparentnost a zapojení zainteresovaných subjektů do formulace, provádění a sledování politiky

#### **Následující cíle platí pro jednotlivé oblasti činnosti:**

- ***Rozhodným způsobem přispět k odstranění bíd a sociálního vyloučení na základě:***

- (d) přístupu všech ke zdrojům, právům a službám potřebným k účasti ve společnosti, prevence a řešení sociálního vyloučení a boje se všemi formami diskriminace, které vedou k sociálnímu vyloučení
- (e) aktivního sociálního začleňování všech podporou účasti na trhu práce i bojem proti chudobě a sociálnímu vyloučení
- (f) dobré koordinace politik sociálního začleňování a zapojení všech úrovní vlády a správy a příslušných aktérů včetně osob čelících chudobě tak, aby tyto politiky byly efektivní, účinné a začleněné do všech příslušných veřejných politik včetně hospodářských a rozpočtových politik, politik vzdělávání a odborné přípravy a programů strukturálních fondů (zejména Evropského sociálního fondu)

- **Zajistit odpovídající a udržitelné důchody na základě:**

(g) odpovídajících důchodových příjmů pro všechny a přístupu k důchodům, které lidem umožní udržet si životní úroveň v přiměřené výši po odchodu do důchodu, a to v duchu solidarity a spravedlnosti mezi generacemi i v rámci jednotlivých generací

(h) finanční udržitelnosti veřejných a soukromých důchodových systémů s ohledem na tlak, jemuž jsou vystaveny veřejné finance, a na stárnutí populace, jakož i v kontextu strategie řešení rozpočtových důsledků stárnutí, která se zaměřuje na tři oblasti: na podporu delšího produktivního života a aktivního stárnutí, na zajištění přiměřené a sociálně spravedlivé rovnováhy mezi příspěvky a dávkami a na podporu dostupnosti a zajištění bezpečnosti fondových a soukromých režimů

(i) toho, že důchodové systémy budou transparentní, dobře přizpůsobené potřebám a očekáváním žen a mužů a požadavkům moderní společnosti, demografickému stárnutí a strukturální změně, a toho, že lidé obdrží informace, které potřebují k naplánování odchodu do důchodu, a že reformy se budou provádět při co nejširším konsenzu

- **Zajistit dostupnou, vysoce kvalitní a udržitelnou zdravotní a dlouhodobou péči na základě:**

(j) přístupu k odpovídající zdravotní a dlouhodobé péči pro všechny a toho, že nutnost péče nepovede k chudobě a finanční závislosti, a že se budou řešit nerovnosti v přístupu k péči ve zdravotních výsledcích

(k) kvality ve zdravotní a dlouhodobé péči a přizpůsobení péče měnícím se potřebám a preferencím společnosti i jednotlivců, zejména vytvářením standardů kvality, které odrážejí nejlepší mezinárodní postupy, a posílením odpovědnosti zdravotníků, pacientů a příjemců péče

(l) toho, že odpovídající a vysoce kvalitní zdravotní a dlouhodobá péče zůstane dostupná a finančně udržitelná prostřednictvím podpory racionálního využívání zdrojů, zejména vhodnými pobídkami pro uživatele i poskytovatele, řádnou správou a koordinací mezi systémy péče a veřejnými a soukromými institucemi poskytujícími péči. Dlouhodobá udržitelnost a kvalita vyžadují podporu zdravého a aktivního životního stylu a dobré lidské zdroje pro odvětví péče.