

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

FAKULTA SOCIÁLNÍCH VĚD

Institut politologických studií

Marta Píchová

**Dodržování právních předpisů EU v politice
pro osoby se zdravotním postižením: Česká
Republika, Slovensko, Polsko, Maďarsko**

Diplomová práce

Praha 2015

Autor práce: **Marta Píchová**

Vedoucí práce: **PhDr. Irah Kučerová Ph.D.**

Rok obhajoby: **2015**

Bibliografický záznam

PÍCHOVÁ, Marta. Dodržování právních předpisů EU v politice pro osoby se zdravotním postižením: Česká Republika, Slovensko, Polsko, Maďarsko. Praha, 2015. 61 s. Diplomová práce (Mgr.) Univerzita Karlova, Fakulta sociálních věd, Institut politologických studií. Vedoucí diplomové práce PhDr. Irah Kučerová Ph.D.

Abstrakt

Práce analyzuje dodržování politiky pro osoby se zdravotním postižením ve státech Visegrádské skupiny, tedy v České republice, na Slovensku, v Polsku a v Maďarsku. Zkoumá právní předpisy přijaté na nadnárodní úrovni a jejich následnou implementaci do politik jednotlivých národních států. Zabývá se vývojem politik pro osoby se zdravotním postižením po roce 1989, přičemž klade důraz na podobný historický vývoj ve zkoumaných státech. Podrobně popisuje jednotlivé národní strategie, přijaté právní akty a opatření, možnosti jejich vynucení a postoj veřejnosti k dané problematice. Výsledkem této studie je srovnání politik pro osoby se zdravotním postižením v daných státech, přičemž z výzkumu vyplývá, že v České republice a na Slovensku je míra dodržování znatelně vyšší než v Polsku a v Maďarsku.

Abstract

This work analyses compliance of disability policy in the states of Visegrad group, i.e. Czech Republic, Slovak Republic, Poland and Hungary. It examines legislation adopted at the supranational level and their subsequent implementation in the policies of particular national states. It deals with the development of policies for people with disabilities since 1989 with the emphasis on similar historical development in these countries. It describes in detail various national strategies, legal acts and measures adopted, possibilities their enforcement and public attitude towards the issue. The outcome of this study is to compare disability policies in the examined countries while the research shows that in the Czech and Slovak Republic the compliance rate is significantly higher than in Poland and Hungary.

Klíčová slova

Sociální politika, politika pro osoby se zdravotním postižením, implementace, dodržování, Evropská unie

Keywords

Social policy, disability policy, implementation, compliance, European Union

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto seminární práci zpracovala samostatně a veškeré prameny a literaturu uvádím v seznamu. Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna pro studijní a výzkumné účely.

V Praze dne.....

.....

podpis

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala své vedoucí práce Irah Kučerové za odborné vedení a konzultace a své rodině za podporu a klidné zázemí pro psaní práce.

Projekt diplomové práce

Jméno: Marta Píchová

E-mail: marta.pichova@seznam.cz

Semestr: LS

Akademický rok: 2013/2014

Název práce: Sociální politika EU: Osoby se zdravotním postižením v Turecku

Předpokládaný termín dokončení: LS 2015

Vedoucí práce: PhDr. Irah Kučerová, Ph.D.



Volba tématu

Sociální politika je částí veřejné politiky, jejím cílem je vytvářet důstojné životní podmínky pro všechny obyvatele daného státu. Představuje jedno z nejcitlivějších témat, jelikož na ně má přímý a okamžitý vliv, jakákoli změna v sociální politice se dotýká všech občanů. Často se stává předmětem předvolebních slibů, a někdy i nástrojem pro získání politické moci. Na území EU existují čtyři modely sociální politiky, ke kterým jednotlivé země dospěly historickým vývojem a považují je za součást své kultury, je proto obtížné pokoušet se jednotlivé politiky měnit. Debata o harmonizaci evropské sociální politiky proto přistoupila k závěru, že v rámci EU není možné sociální politiky homogenizovat. Zůstávají tedy stále doménou jednotlivých národních států, avšak kvůli sjednocení podmínek sociální ochrany při volném pohybu osob je sociální politika EU od Maastrichtské smlouvy komunitarizována podle principu *de minimis*, tedy určení nejnižšího možného standartu, který musí státy v sociální politice dodržovat. Pro sjednocení cílů sociální politiky, kterých chtějí členské země dosáhnout, používá Evropská unie nástroje Otevřené metody koordinace.

Podobně funguje EU také v kandidátských zemích, které pro splnění podmínek pro přijetí musí přijmout určitá formální opatření, jelikož jednou z podmínek přistoupení je přijetí společného *acquis communautaire*. Tato opatření se týkají také sociální politiky, která se v současné době věnuje především politice sociální ochrany a sociálního začleňování, jelikož jedním z cílů evropské politiky je bojovat proti chudobě a sociálnímu vyloučení. Proto je tedy žádoucí, aby kandidátské země při vstupu do EU splňovaly alespoň v určité míře standard sociálního začlenění skupin občanů, kteří mohou být ohroženi sociálním vyloučením nebo

diskriminací.

Tato práce se bude zabývat konkrétním případem skupiny osob se zdravotním postižením, a sice v historicky nejdéle čekající kandidátské zemi, v Turecku. Cílem této práce je kritické zhodnocení nástrojů implementace sociální politiky EU, které mohou fungovat v prostředí evropském, ale už nemusí být funkční za jeho hranicemi.

Definice výzkumné otázky

Tato práce zkoumá sociální politiku EU ve vztahu ke kandidátským zemím, konkrétně politiku sociální ochrany a sociálního začleňování, na příkladu problematiky osob se zdravotním postižením v Turecku. Hlavní výzkumnou otázkou je: Jaké jsou výsledky implementace sociální politiky EU v Turecku? Jaké jsou oblasti se snadnější implementací a jaké s největšími problémy?

Výsledkem práce je definování základních problémů, se kterými se v tomto případě politika EU potýká, a přiblížení možných řešení, která by mohla přispět k úspěšnějšímu implementování sociální politiky v Turecku. Předpokládám, že největším problémem je přístup politické reprezentace, která se v této otázce chová populisticky a plní spíše funkci charitativní než zákonodárnou a potom také nedostatek zájmu ze strany osob se zdravotním postižením z důvodu jejich neinformovanosti a nedostatečné aktivizaci.

Teoretické ukotvení

Teoretickým východiskem této práce je teorie implementace. *Implementace* je chápána jako proces, při kterém dochází k naplňování teoreticky stanovené myšlenky nebo projektu, která je prostřednictvím usnesení nebo koaličních dohod následně také upravena prakticky skrze plánování konkrétního postupu a očekávaných výsledků. Jedná se o komplexní proces, který zahrnuje stanovení cílů, nástrojů a způsobů uskutečňování, ale také aktérů, kteří do tohoto procesu vstupují, a jejich následnou realizaci. Proces implementace je ovlivněn vnitřním i vnějším prostředím, v němž je politika realizována. (Potůček)

Teorie implementace v Evropských studiích má poměrně dlouhou tradici. První vlna začala v polovině 80. let a byla nejprve zaměřena pouze na top-down proces ve vztahu k domácím politikám, avšak brzy se začala věnovat také domácím aktérům a byla doplněna o přístup bottom-up. Druhá vlna analyzující europeizaci domácích politických systémů

probíhala na konci 90. let, aby s přelomem milénia a narůstající popularitou kvantitativních studií uvolnila místo vlně třetí. Kvantitativní výzkum implementace měl sice obrovskou výhodu v silném empirickém základu, avšak potýkal se s problémy hledání vhodných ukazatelů pro měření jednotlivých konceptů. Pokusem o nalezení řešení bylo použití statistické analýzy doplněné o kvalitativní případovou studii, jelikož však statistická data nevelké kvality představovaly pro výzkum příliš slabý základ, objevila se metoda obráceného postupu - využití kvalitativních případových studií doplněných o statistické údaje. Navíc tento výzkum nemusí být omezen pouze malým počtem případů, ale může být rozšířen na středně velký počet (Treib 2006).

Tato metoda výzkumu byla využita v kolektivní práci *Complying with Europe: EU Harmonisation and Soft Law in the Member States* (Falkner a kol. 2005). Výzkum se zabývá implementací sociální politiky EU se zaměřením na politiku zaměstnanosti, testuje implementaci 5 směrnic v 15 členských státech, obsahuje tedy 90 případových studií. V návaznosti na tuto práci provedla jedna z autorek výzkum *Implementation of EU Social Policy in Poland: Is there a Different "Eastern World of Compliance"?*, který se zabývá implementací sociální politiky EU v Polsku (Liebner 2005). Nejprve určuje zásadní směrnice a zákony, kterými se zabývá, dále na základě analýzy právních dokumentů, článků, vyjádření apod. vyhodnocuje, jak probíhala debata mezi EU a kandidátskou zemí, jakým způsobem dochází k implementaci směrnic a jaký to má dopad na kandidátskou zemi.

Metodologie

Práce je jednopřípadovou studií s prvky evaluace. Metodou výzkumu je sběr dat z oficiálních stanovisek, právních předpisů a jiných dokumentů EU, závěrečných zpráv expertních analýz a akademických článků a jejich následná analýza. Cílem výzkumu je kriticky zhodnotit sociální politiku EU vůči Turecku na příkladu osob se zdravotním postižením.

Sekundární cíl práce je nalezení možného řešení situace osob se zdravotním postižením v Turecku. V rámci toho využívá makrometodu sociální práce systémové projekty, přičemž se snaží o strategii řešení definovanou jako *vytvoření ideálního modelu jako koncepce*. Předpokládá se, že tato koncepce by měla být v ideálním případě využita příslušnými správními orgány (Matoušek 2008, 321).

Kritika zdrojů

Z primárních zdrojů práce čerpá z oficiálních stanovisek, která v Turecku poskytuje *Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü* (Vládní výbor pro staré a zdravotně postižené občany), která vydala analýzu „Secondary Analysis of Disability Survey of Turkey, 2002“. Dále z databáze EUR-Lex (<http://eur-lex.europa.eu/>), portálu evropských právních předpisů a ostatních veřejných dokumentů EU. V menší míře také z vyjádření soukromých nebo nevládních neziskových organizací jako je *Turkish Confederation of Disabled People*.

Zásadním zdrojem jsou také zprávy, které byly vytvořeny v rámci mezinárodního výzkumu kvality života a kvality péče o lidi s potížemi v učení označovaného akronymem DIS-QOL (Quality of Care and Quality of Life for People with Intellectual and Physical Disabilities: Integrated Living, Social Inclusion and Service User Participation). Jedná se o zprávu „Disability in Turkey“ a „Taxonomy of Care to Disabled People in Turkey“, jež vypracoval Prof. Dr. Erhan Eser a Prof. Dr. Ömer Aydemir z *Turkish Society for Quality of Life Research* (HR-QOL, turecky SAYKAD).

Problematice zdravotně postižených v Turecku se na akademické půdě věnuje Dikmen Bezmez působící na istanbulské Koç University. Jelikož je jejím zájmem také výzkum fenoménu „urban citizenship“, věnuje se zdravotně postiženým ve vztahu k městu a k jejich občanství. Její články mapují aktuální situaci osob se zdravotním postižením v Turecku, přičemž zvláštní pozornost je věnována Istanbulu. Tato práce vychází z některých jejích postřehů ohledně role mezinárodních organizací, co se týče posunu vnímání problematiky osob se zdravotním postižením v Turecku a přístupu top-down a bottom-up.

Pro výzkum implementace do turecké národní politiky využívá tato práce činnost akademické skupiny expertů ANED (Academic Network of European Disability Experts), která sdružuje odborníky z různých evropských států a vydává souhrnné zprávy ke konkrétním tématům. ANED vychází z expertiz stávajících výzkumných center zabývajících se problematikou zdravotně postižených, a za podpory odborníků v jednotlivých státech a odborných zpravodajů ve specifických oblastech propojuje evropské politiky a další výzkumy v této oblasti. Činnost skupiny ANED poskytuje pro tuto práci cenné zdroje v podobě závěrečných zpráv, které vypracovává pro všechny státy, které se skupinou spolupracují, tedy i pro Turecko.

Předpokládaná struktura práce

V první části se práce věnuje sociální politice EU, tedy politice sociální ochrany a sociálního začleňování, se zaměřením na politiku pro osoby se zdravotním postižením. Dále také politice vůči kandidátským zemím, a cílům, kterých se snaží EU v této politice dosáhnout. Zabývá se rovněž teoretickými východisky, jako je teorie implementace v evropských studiích.

V další části práce popisuje situaci osob se zdravotním postižením v Turecku a konkrétní kroky EU, snahy o implementaci práva pro zdravotně postižené a následné přijetí konkrétního zákona. V této části rovněž hodnotí důsledky, které tyto změny přinesly.

Ve třetí části se práce zabývá kritickým zhodnocením sociální politiky EU a hledáním možných řešení konkrétního problému osob se zdravotním postižením. Záměrem práce je vytvořit ideální model jako koncepci, která by mohla být případně využita.

Seznam zdrojů

Primární zdroje

Evropská strategie v oblasti zdravotního postižení na období 2010-2020,
<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2010:0636:FIN:CS:PDF>,
(přístup 7-5-13)

Listina základních práv EU,
<http://eur-lex.europa.eu/cs/treaties/dat/32007X1214/htm/C2007303CS.01000101.htm> (přístup 7-5-13)

UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities (UNCRPD),
<http://www.un.org/disabilities/convention/conventionfull.shtml> (přístup 7-5-13)

Sekundární zdroje

BARNES, C. a Mercer, G. (eds.), „The Social Model of Disability: Europe and the Majority World“, *The Disability Press*, Leeds 2005.

BEZMEZ, Dikmen, „In search of disability rights: citizenship and Turkish disability organizations“, *Disability & Society*, Volume 25, Issue 5, 2010, 603-615.

BEZMEZ, Dikmen, „Urban Citizenship, the Right to the City and Politics of Disability in Istanbul“, *International Journal of Urban and Regional Research*, Volume 37, Issue 1, January 2013, 93-114.

BLOM-HANSEN, Jens, „Principals, agents, and the implementation of EU cohesion policy“, *Journal of European Public Policy*, Volume 12, Issue 4, 2005, 624-648

ESER, Erhan, „Taxonomy of Care to Disabled People in Turkey“, *Turkish Society for Quality of Life Research (SAYKAD)*, http://www.saykad.net/?page_id=63 (staženo 2014-06-07)

ESER, Erhan a Aydemir, Ömer, „Disability in Turkey“, *Turkish Society for Quality of Life Research (SAYKAD)*, http://www.saykad.net/?page_id=61 (staženo 2014-06-07)

FALKNER, Gerda et al., *Complying with Europe: EU Harmonisation and Soft Law in the Member States*, Cambridge University Press 2005.

GERRING, J., *Social Science Methodology: A Criterial Framework* (kapitola 9), 2001, 215-221.

HILLE, Peter „‘It’s the Bureaucracy, Stupid’: The Implementation of the *Acquis Communautaire* in EU Candidate Countries“, 1999-2003, *European Union Politics*, prosinec 2006 vol. 7 no. 4, 531-552.

LIEBNER, Simone, *Implementation of EU Social Policy in Poland: Is there a Different “Eastern World of Compliance”?*, Institute of Economic and Social Research, Düsseldorf 2005.

KUČEROVÁ, Irah: *Hospodářské politiky v kontextu vývoje EU*, Karolinum Praha 2010, 247-274.

MATOUŠEK, Oldřich, „Systémové projekty“ In: *Metody a řízení sociální práce*, Portál Praha 2008, 309-323.

MAJONE, Giandomenico, „Which Social Policy for Europe“ In *Adjusting to Europe: the impact of the European Union on national institutions and policies*, ed. Yves Mâeny, Pierre Muller, and Jean-Louis Quermonne, New York: Routledge 1996.

PRIESTLEY, Mark, „We're all Europeans now! The social model of disability and European social policy“, In *The Social Model of Disability: Europe and the Majority World*, Ed. Colin Barnes and Geof Mercer, Leeds: The Disability Press 2005, 17-31.

POTUČEK, Martin, „Implementace a hodnocení veřejných politik“, prezentace k předmětu Veřejná politika vyučovaného na FSV UK,

<https://www.google.cz/search?q=implementace+ve%C5%99ejn%C3%BDch+politik&oq=implementace+ve%C5%99ejn%C3%BDch+politik&aqs=chrome.0.57.5498&sugexp=chrome,mod=18&sourceid=chrome&ie=UTF-8> (staženo 2012-12-04)

POTUČEK, Martin, Veřejná politika jako proces, In *Veřejná politika*, Praha: Sociologické nakladatelství 2005.

POTUČEK, Martin, Hodnocení veřejných programu, In *Veřejná politika*, Praha: Sociologické nakladatelství 2005.

TREIB, Oliver, „Implementing and complying with EU governance outputs“, *Living Reviews in European Governance*, leden 2006,

<http://europeangovernance.livingreviews.org/open?pubNo=lreg-2008-5&page=articlese2.html> (staženo 2014-6-9)

VESELÝ, Arnošt a NEKOLA, Martin (eds.), *Analýza a tvorba veřejných politik: Přístupy, metody a praxe*, Praha: Sociologické nakladatelství (SLON) 2007.

WINKLER Jiří, *Implementace: Institucionální hledisko analýzy veřejných programů*, Brno: Masarykova univerzita 2002.

YILMAZ, Volkan, „Turkey ANED 2013 Country reports on citizenship and political participation“, *Academic Network of European Disability experts*, <http://www.disability-europe.net/countries/turkey> (staženo 2014-06-07)

Podpis studenta a datum:

Schváleno:

Obsah

Úvod do tématu a jeho zdůvodnění	1
1. Sociální politika EU	11
1.1. ROLE SMĚRNIC	13
2. Politika pro osoby se zdravotním postižením	15
2.1. PRÁVNÍ PŘEDPISY EU	20
2.1.1. <i>STRATEGIE PRO POMOC OSOBÁM SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM (2010–2020)</i>	20
2.1.2. <i>PARKOVACÍ KARTY PRO OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM</i>	21
2.1.3. <i>ROVNÉ PŘÍLEŽITOSTI PRO OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM: EVROPSKÝ AKČNÍ PLÁN (2004–2010)</i>	21
2.1.4. <i>MEZINÁRODNÍ OCHRANA PRÁV A SVOBOD PRO OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM</i>	22
2.1.5. <i>PODPORA A OCHRANA PRÁV A DŮSTOJNOSTI OSOB SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM NA MEZINÁRODNÍ ÚROVNI</i>	24
2.1.6. <i>SMĚREM K EVROPĚ BEZBARIÉROVÉ PRO OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM</i>	25
2.1.7. <i>ROVNÉ ZACHÁZENÍ V ZAMĚSTNÁNÍ A PRACOVNÍM POMĚRU</i>	25
3. Zkoumané případy	27
3.1. ČESKÁ REPUBLIKA	27
3.1.1. <i>FAKTA A ČÍSLA</i>	29
3.1.2. <i>ROVNOST VZDĚLÁVACÍCH PŘÍLEŽITOSTÍ PRO MLADÉ LIDI S POSTIŽENÍM</i>	30
3.1.2.1. <i>Právní předpisy</i>	31
3.1.3. <i>ZAMĚSTNÁVÁNÍ LIDÍ SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM</i>	31
3.1.3.1. <i>Právní předpisy</i>	32
3.1.3.2. <i>Směrnice 2000/78/EC</i>	32
3.2. SLOVENSKO	33
3.2.1. <i>FAKTA A ČÍSLA</i>	34
3.2.2. <i>ROVNOST VZDĚLÁVACÍCH PŘÍLEŽITOSTÍ PRO MLADÉ LIDI S POSTIŽENÍM</i>	35
3.2.2.1. <i>Právní předpisy</i>	36
3.2.3. <i>ZAMĚSTNÁVÁNÍ LIDÍ SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM</i>	36

3.2.3.1. Právní předpisy	37
3.3. POLSKO	37
3.3.1. FAKTA A ČÍSLA	40
3.3.2. ROVNOST VZDĚLÁVACÍCH PŘÍLEŽITOSTÍ PRO MLADÉ LIDI S POSTIŽENÍM.....	41
3.3.2.1. Právní předpisy	42
3.3.3. ZAMĚSTNÁVÁNÍ LIDÍ SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM	42
3.3.3.1. Právní předpisy	43
3.4. MAĎARSKO	44
3.4.1. FAKTA A ČÍSLA	45
3.4.2. ROVNOST VZDĚLÁVACÍCH PŘÍLEŽITOSTÍ PRO MLADÉ LIDI S POSTIŽENÍM.....	46
3.4.2.1. Právní předpisy	46
3.4.3. ZAMĚSTNÁVÁNÍ LIDÍ SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM	47
3.4.3.1. Právní předpisy	47
4. Srovnání států.....	49
Závěr.....	52
Summary	55
Abecední seznam použité literatury	56

Úvod do tématu a jeho zdůvodnění

Evropská unie se snaží, a v mnoha případech úspěšně, zajistit fungování hospodářských politik na komunitární úrovni. V oblasti sociální politiky však naráží na problémy realizace, jelikož vlády a ostatní aktéři jednotlivých členských států mají různé preference, které není možné sloučit. Tyto rozdíly jsou způsobené především heterogenitou evropských sociálních politik, respektive různorodostí jednotlivých modelů sociálních států. Důvodem problémů realizace může být zároveň fakt, že zakladatelské smlouvy EU se v sociální oblasti dotýkaly výhradně pracovního procesu a je těžké tento přístup měnit. Sociální politika je navíc velice citlivým tématem, zejména z důvodu, že se přímo dotýká občanů a jejich přístupu k sociálním právům, a proto je výhradně doménou národních vlád. Přestože je realizace sociální politiky na komunitární úrovni obtížná, evropská integrace se prohlubuje do takové míry, že je žádoucí, aby existovala určitá společná strategie i v této oblasti.

V členských zemích EU žije přibližně 10% osob se zdravotním postižením, přičemž podle Evropské komise se jedná o jednu šestinu obyvatel v produktivním věku. Moderní společnost však pro tyto osoby vystavěla bariéry, nejen fyzické, ale také sociální. Je tedy třeba postupně tyto překážky odstraňovat, aby mohla být v členských státech zdravotně postiženým zajištěna rovná lidská a občanská práva. Na úrovni EU již byly přijaty právní předpisy, které jim tato práva přiznávají, avšak situace v členských státech je jiná. Podmínky pro implementaci se totiž napříč národními státy liší. Mechanismy, které fungují v západní Evropě, již nemusí obstát v post-komunistických zemích. Pravděpodobnost úspěšnosti a neúspěšnosti implementace je ovlivněna existujícími národními tradicemi a institucionálními předpoklady. Národní politická tradice a administrativní rutina je často hluboce zakořeněná, a proto je také velice obtížné prosadit reformy, které si kladou za cíl změnit tradiční uspořádání. Čím více se evropská politika liší od existujících národních tradic, tím je implementace obtížnější, dochází k výraznějšímu zpoždění a roste riziko neúspěchu (Falkner 2005, 16).

Tato práce vychází z akademické disciplíny *Disability studies*, která zkoumá význam, povahu a důsledky zdravotního postižení jako sociální konstrukt a v anglicky mluvících zemích je již poměrně rozšířená. V českém prostředí se zatím s takovou oblastí studia nesetkáváme, existuje zde pouze obor sociální práce, který se ale zabývá zejména národní legislativou a státní správou, ostatní témata zkoumá jen okrajově. Záměrem této

práce je tedy otevřít otázku zdravotního postižení v širším rámci, tedy posunout se z úzkého národního vidění problematiky na nadnárodní úroveň. Předmětem mého výzkumu je dodržování evropské politiky pro osoby se zdravotním postižením v národních státech.

Pro svou práci jsem si zvolila státy Visegrádské skupiny, jelikož se jedná o země, které se musely při přechodu od totalitního systému k pluralitní demokracii potýkat s podobnými problémy. Skupina vznikla jako Visegrádská trojka v únoru 1991 podpisem deklarace o blízké spolupráci tří středoevropských zemí, Československa, Polska a Maďarska, na jejich cestě k evropské integraci. Po rozdělení Československa se členství převedlo na oba nástupnické státy a označení aliance se změnilo na Visegrádská čtyřka (V4). Po přijetí všech států do Evropské unie v roce 2004 zahraničně-politické aktivity spolku ještě vzrostly a skupina se zaměřila na prosazování spolupráce a stability v regionu střední Evropy.

V oblasti problematiky dodržování práv osob se zdravotním postižením se však tyto země potýkají s nemalými problémy, jelikož za bývalého režimu žili zdravotně postižení zcela na okraji společnosti, bylo velice obtížné měnit tyto zakořeněné stereotypy. Postupně se však začalo otevřeně hovořit o tom, že základem principu nediskriminace je uznání důstojnosti osob se zdravotním postižením a jejich základních lidských a občanských práv, a tyto pojmy se dostaly také do praktické politiky. Výlučně uznávaná sociální práva a tzv. sociální jistoty, které poskytoval komunistický režim, byly nahrazeny systémem, ve kterém je invalidní důchod pouze kompenzací ztížených životních podmínek a zdravotně postiženým bylo přiznáno právo na vzdělání, na práci, vlastnická práva i právo podílet se na správě věcí veřejných. Filosofie pečovatelské a nadřazenosti byla nahrazena filosofií posílení odpovědnosti za rozhodování o vlastním životě (Diskriminacia.sk).

Cílem této práce je srovnat situaci v zemích Visegrádské čtyřky a pokusit se nalézt překážky pro dodržování evropské politiky pro osoby se zdravotním postižením. Jelikož se zabývám zejména právními předpisy přijatými na evropské úrovni a jejich dodržováním, pro svůj výzkum využívám teorii implementace, která této práci poskytuje důležitá teoretická východiska.

Teoretické ukotvení

Implementace je proces, který zahrnuje transpozici, tedy formální promítnutí směrnice do vnitrostátního právního předpisu, ale také zajištění adekvátní aplikace transpozičního opatření a účinného vymáhání práv a povinností z něho vyplývajících (Navrátilová 2004).

Aplikace je decentralizovaný proces zahrnující velké množství aktérů od jednotlivců po kolektivní hospodářské aktéry. Vlády členských států EU na tento proces musí dohlížet a mohou nést zodpovědnost, pokud nejsou směrnice správně aplikovány. Za monitorování implementace a aplikace práva EU, stejně jako za jakákoliv jiná rozhodnutí týkající se sekundárního práva, má zodpovědnost Evropská komise. Jestliže se Komise domnívá, že členský stát pochybil v naplnění povinností vyplývajících ze smluv, může iniciovat soudní řízení, které může vést až k Evropskému soudnímu dvoru (Falkner 2005, 6).

Implementace právních předpisů EU je příkladem širšího fenoménu europeizace. Tento fenomén je chápán různě podle toho jakým způsobem na něj nahlížíme. Europeizace může být chápána jako vývoj politik států na úrovni EU (policy networks), jako ukázka změn na národní úrovni indukovaná transnacionálními vlivy, jako reakce domácí politiky na vlivy EU (top-down), nebo také kombinace všech těchto přístupů. Pro tuto práci jsem zvolila perspektivu *top-down*, jelikož se nejlépe hodí pro zkoumání implementace směrnic do národních států. Podle tohoto přístupu EU může členské státy ovlivňovat buďto přímo, skrze právo EU, nebo nepřímo, skrze evropskou politiku. Jako příklad nepřímého vlivu EU na národní státy můžeme uvést maastrichtská konvergenční kritéria. Avšak europeizace se týká širokého spektra cílových aktérů, a může proto ovlivňovat všechny části domácí politiky, tj. *policies*, *politics* i *polities* (Falkner 2005, 11).

Kvůli takovému množství aktérů na různých úrovních a v různých stádiích životního cyklu směrnic je pochopitelné, že je zde i velký prostor pro nedostatky v jejich implementaci a aplikaci. Jedním z výzkumných témat v evropských studiích se proto stalo studium dodržování právních předpisů EU. Plné dodržování je koncept, který vyžaduje vhodné chování a správnou politiku od národních aktérů a dokonce i od byrokratů poskytující služby občanům. V teorii implementace se proto výzkumníci (Falkner 2005, Treib 2006 nebo Leiber 2005) zajímají o fenomén dodržování a o případné odchylky v dodržování, které se v národních státech objevují. Někteří autoři (Thomson 2007) se zabývají přímo konceptem ne-dodržování, tedy srovnávají pouze případy, ve kterých došlo k nějakému pochybení při implementaci právních předpisů. V těchto případech slouží jako nepřímé indikátory pro měření stupně dodržování protiprávní jednání a zpoždění v transpozici. Případy, které Evropský soudní dvůr (ESD) označí jako protiprávní, jsou většinou natolik významné, že Komise považovala za důležité na ně upozornit a podnítit žalobu, proto tato pochybení poskytují důležité informace pro výzkum (Thomson 2007, 686-687). Transpoziční deficit vyčísluje celkový počet směrnic, které měly členské státy implementovat do národního práva a u nichž již vypršela lhůta, do které

tak mělo být učiněno. Hlavy států a předsedové vlád členských států jej v roce 2007 stanovili na maximálně 1%. Nejvyšší transpoziční deficit 2% měla Česká republika, ale postupně se daří jej snižovat pod stanovené 1% (Euroskop.cz 2013, Ec.europa.eu 2011).

Rozdíly v dodržování napříč členskými státy se stávají předmětem výzkumu v evropských studiích, jelikož mohou odhalit důvody, proč jsou některé směrnice implementovány snadněji a jiné jen velice obtížně. Pokud se podrobněji podíváme na existující literaturu zabývající se implementací, zjistíme, že je možné na tyto rozdíly nahlížet dvěma prizmaty. První, více rozšířený přístup, je *state-based explanation*, tedy vysvětlení založené na charakteristice konkrétního členského státu. Tento přístup zkoumá administrativní efektivitu a institucionální strukturu, přičemž definuje zásadní rozdíly mezi státy, které mohou vysvětlit různý stupeň dodržování. Druhý přístup je *preference-based explanation*, který vysvětluje rozdíly v dodržování politickými preferencemi národních vlád.

State-based explanation navrhuje, že bychom měli mezi členskými státy nalézt rozdíly v míře dodržování, a podle charakteristiky konkrétního státu pak postupovat při implementaci právních aktů. Podle tohoto přístupu stejné státy systematicky tíhnou buď k dodržování, nebo k nedodržování. Specifika národních administrativ jako je např. korupce nebo neefektivita vlád zamezují či zpomalují dodržování. Dále je mnohem jednodušší dodržovat mezinárodní právo ve státech, kde má centrální vláda velkou autoritu než v decentralizovaném politickém systému (Thomson 2007, 687). Implementační proces je také ovlivňován veřejným míněním v tom kterém státě. V zemích, kde veřejnost evropskou integraci podporuje, je evropské právo snáze implementovatelné. Očividně však nemůžeme vysvětlit různou míru dodržování na úrovni konkrétního právního aktu zkoumáním charakteristiky států, a proto Thomson, Torenvlied a Arregui ve své práci upřednostňují druhé vysvětlení (Thomson 2007, 687).

Preference-based explanation zkoumá politické preference vlád pověřených k implementaci evropského práva. Na rozdíl od předchozího přístupu může tento vysvětlit, proč daný členský stát jednu směrnici dodržuje a další už nikoliv. Staví na důkazech z různých politických systémů, které ukazují, že charakter mandátu ovlivňuje implementaci. Důležitou roli hraje politická shoda (*policy fit*) mezi evropskou legislativou a preferencemi národních vlád. Silný efekt na ratifikaci a implementaci mezinárodních smluv má rovněž povaha vyjednávání. Smlouvy, které jsou příliš daleko od ideální představy konkrétního státu, mají menší pravděpodobnost, že budou řádně

implementovány.

Vývoj teorie

Teorie implementace se v evropských studiích dostala do popředí až s prohlubováním evropské integrace. Dlouhou dobu byla totiž dominantní perspektiva soustředící se téměř výhradně na dění na nadnárodní úrovni, která zkoumala povahu EU jako instituce a nezabývala se již realizací evropské politiky na poli národních států. Členské státy se do evropské integrace zapojovaly různou měrou podle toho, jak jim to dovozovaly jejich národní tradice. Na akademické půdě probíhala debata mezi neo-funkcionalisty a intergovernmentalisty o tom, jaké pravomoci jsou národní státy ochotny delegovat na evropskou úroveň. V polovině 80. let si výzkumníci začali klást otázky, co se stane s politikou Společenství, jestliže rozhodovací proces na evropské úrovni dospěje ke konci. V souvislosti s prohloubením integrace v Jednotném evropském aktu a jejím explicitním rozšířením do politické sféry v Maastrichtské smlouvě začala být zásadní otázka finality integračního procesu. Nejasné vymezení vztahu mezi sférou ekonomického a politického sjednocení vedlo k diskusi o dalším vývoji (Belling, 2006, 6).

První vlna výzkumu byla nejprve zaměřena pouze na Evropskou komisi, přičemž implementace na úrovni domácích aktérů byla vnímána spíše jako apolitický proces, jehož úspěch záleží na efektivní administrativní organizaci, jednoduše definovaných ustanoveních a pružné legislativní proceduře na národní úrovni. Zároveň tu však byla *top-down* škola, která zdůrazňovala potřeby efektivně organizovaného a hierarchicky strukturovaného řetězce příkazů, které vedou z politického „top“ k administrativnímu „bottom“. Takovou roli hraje Evropské komise, která je nezávislá na členských státech a hájí zájmy EU, přičemž se podílí téměř na všech úrovních rozhodování a má nejvyšší administrativní a expertní aparát. Členské státy a jejich domácí aktéři jsou podle tohoto přístupu v roli „bottom“, tedy řídí se podle doporučení a stanovisek Komise. Jako reakce na dominantní *top-down* školu se potom vyvinul také přístup *bottom-up*. Namísto hierarchické organizace autoři tohoto proudu zdůrazňují potřebu implementace aktérů a cílových skupin tak, aby byli inkorporováni do rozhodovacího procesu. Zahrnování všech relevantních domácích aktérů v přípravě evropských vyjednávacích pozic národních států se tak stalo prerekvizitou pro hladký průběh implementace (Falkner 2005, 14-15). Optimálním řešením je však využívání obou přístupů, jelikož přístup *top-down* zajišťuje zahájení návržení koncepcí, vypracování dokumentů a posilování důvěry na úrovni EU, zatímco *bottom-up* přístup pomáhá při hledání společných zájmů, hodnot a strategií.

Druhá vlna probíhala na konci 90. let a přiměla výzkumníky zabývat se efekty europeizace na domácí politické systémy, tedy dopad členství v EU na instituce, jako jsou parlamenty, systémy stran, vztah mezi státem a společností, státní teritoriální struktury nebo demokratické vládní struktury. Zároveň se také zaměřovali na stupeň *fit* nebo *misfit* mezi evropskými pravidly a existujícími institucionálními a regulatorními tradicemi. Někteří zastávali institucionální *fits* a *misfits*, tedy stupeň kompatibility nebo nekompatibility mezi evropskou politikou a národními administrativními strukturami a tradicemi zahrnující zavedené interakční vzorce mezi státními aktéry a zájmovými skupinami, jiní soustředili pozornost na shodu nebo neshodu mezi opatřeními EU a nástroji domácí politiky, standardy a přístupy řešení problémů (*problem solving approaches*). A nakonec tu byla skupina výzkumníků zahrnující obojí, institucionální i politickou dimenzi, aby tak poskytli úplné porozumění shody a neshody mezi evropskými požadavky a domácími strukturami (Falkner 2005, 15-16).

Třetí vlna výzkumu implementace přišla s narůstající popularitou kvantitativních studií na přelomu milénia. Kvantitativní výzkum implementace měl obrovskou výhodu v silném empirickém základu, avšak potýkal se s problémy hledání vhodných ukazatelů pro měření jednotlivých konceptů. Pokusem o nalezení řešení bylo proto použití statistické analýzy doplněné o kvalitativní případovou studii. Jelikož však statistická data nevelké kvality představovaly pro výzkum příliš slabý základ, objevila se metoda obráceného postupu - využití kvalitativních případových studií doplněných o statistické údaje. Tento výzkum navíc nemusí být omezen pouze malým počtem případů, ale může být rozšířen na středně velký počet (Treib 2006). Tato metoda výzkumu byla využita v kolektivní práci *Complying with Europe: EU Harmonisation and Soft Law in the Member States*.

Vymezení pojmů

Hlavním předmětem této práce jsou *osoby se zdravotním postižením*. Podle zákona České republiky o sociálních službách se zdravotním postižením rozumí „tělesné, mentální, duševní, smyslové nebo kombinované postižení, jehož dopady činí nebo mohou činit osobu závislou na pomoci jiné osoby“ (zák. č. 108/2006 Sb.). Na mezinárodní úrovni definuje zdravotně postižené osoby *Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením* jako „osoby mající dlouhodobé fyzické, duševní, mentální nebo smyslové postižení, které v interakci s různými překážkami může bránit jejich plnému a účinnému zapojení do společnosti na rovnoprávném základě s ostatními“ (čl. 1 UNCRPD).

Teoretickým východiskem této práce je *sociální model pro zdravotně postižené*,

který je výsledkem transformace klasického tradičního *medicínského modelu*. Tradiční pohled se dívá na lidi s postižením tak, že nejsou schopni vykonávat „normální“ aktivity a sociální role. Řešení je spatřováno pouze v nápravě zdravotně postiženého jedince, například pomocí rehabilitace. Sociální model chápe postižení jako sociální konstrukt, který je produktem vztahu jedince a jeho okolí. Postižení je tedy do jisté míry zapříčiněno sociálními strukturami podtrhujícími bariéry ve společnosti. Tyto bariéry zabraňují plné integraci postižených do společnosti (Priestley, 2005, 17-18). Pokud bychom tedy byli schopni odstranit všechny sociální a fyzické bariéry, bylo by možné, aby se zdravotně postižení plně integrovali.

Dalším pojmem, který je třeba přesně definovat, je *sociální politika*. Sociální politika je částí veřejné politiky, jejím cílem je vytvářet důstojné podmínky pro životy všech občanů ve státě. V „širším pojetí“ tvoří dlouhodobou koncepci sociální politiky, která definuje vztahy ve společnosti. „Užší pojetí“ sociální politiky se zaměřuje na soubor aktivit, opatření a nástrojů, které by měly zabránit negativním důsledkům sociálních událostí. Mezi tyto sociální události může patřit stáří, nemoc, invalidita, nezaměstnanost či chudoba (Kučerová 2010, 237).

Sociální politika EU je součástí prvního pilíře EU, nicméně sociální zabezpečení členských zemí jsou různá. Evropská unie se nesnaží sjednocovat všechny sociální systémy, spíše se snaží sjednocovat cíle, kterých chtějí členské země dosáhnout. Pro tyto účely je vytvořen Evropský sociální fond (ESF), který slouží k finanční podpoře sociálních programů v členských zemích. Sociální politika byla součástí prvního pilíře až do přijetí Lisabonské smlouvy, která pilířovou strukturu ruší (Kučerová 2010, 243-254). Pojem evropská sociální politika je v této práci chápán jako strategie, kterou se snaží EU implementovat ve svých členských státech.

Metodologie

Práce je komparativní analýzou, která srovnává dodržování právních předpisů EU v sociální politice pro osoby se zdravotním postižením. Zaměřuje se na implementaci právních předpisů EU ve zkoumaných státech, tedy České Republice, Slovensku, Polsku a Maďarsku. Hodnotí národní strategii, možnosti vynucení právních aktů a opatření a úroveň podpory veřejnosti, a navíc srovnává přijaté právní akty, opatření a další pozitivní kroky jako jsou různé plány a programy. Tento přístup je částečně převzatý od Phillipse, který zaměřil svou práci na srovnání politiky pro osoby se zdravotním postižením ve čtyřech státech východní Evropy, konkrétně zkomal Bulharsko, Rumunsko, Chorvatsko

a Makedonii, avšak soustředil se ve větší míře na srovnávání vzdělávací politiky a politiky zaměstnanosti pro osoby se zdravotním postižením (Phillips 2012).

Tato práce podrobně zkoumá situaci v daných státech a hodnotí, jakou mírou byly přijaté právní předpisy implementovány, přičemž využívá teorii *state-based explanation*, podle níž je možné vysvětlit různou míru implementace charakteristikou konkrétního státu. Vybrané státy jsou mezi sebou pak porovnávány, a jelikož si jsou svým historickým vývojem velice podobné, bude rozhodnuto, zda opravdu platí, že stejné státy tíhnou buď k dodržování, nebo k nedodržování. Teorie říká, že implementační proces je ovlivňován specifiky národních administrativ, politickým systémem nebo veřejným míněním, tyto faktory budou proto tedy hlavním předmětem výzkumu.

Data a argumenty, které jsou v této práci prezentovány, jsou založeny na existující literatuře, zahrnující odborné publikace, články, a také zprávy Evropské komise a watchdog groups. Sebraná data jsou následně analyzována a porovnávána jednak mezi sebou, a pak ve vztahu k právním předpisům EU. Předpokladem je, že členské státy, které jsou si navzájem podobné, budou mít i podobné výsledky v míře dodržování právních předpisů týkajících se osob se zdravotním postižením.

Rozbor a zhodnocení použité literatury

Tato práce si klade za cíl přispět do literatury o europeizaci a implementaci politik, stejně jako do politické teorie v oboru evropské integrace. Na téma implementace sociální politiky však existuje velmi omezený počet publikací. Národní právníci sice studují dodržování konkrétního aspektu, avšak nesoustředí se na to, zda je standart vyšší nebo nižší než předtím ani na využívání potenciálu pro flexibilitu, který směrnice EU poskytují (Falkner 2005, 4).

Zásadním dílem zabývajícím se tvorbou politik na úrovni EU je článek „Overwiev: The European Union, Politics and Policy-Making“ (Wallace 2006). Autoři tohoto článku zkoumají EU jako specifickou instituci, která se svou povahou liší od klasického státního zřízení, jelikož se stále snaží nalézt rovnováhu mezi politickou mocí členských států a nadnárodních orgánů. Na základě výzkumu různých oblastí politiky vytváří typologii pěti různých způsobů tvorby politik. Jedná se o ideální typy, které se však mohou v různých oblastech politiky vzájemně překrývat či doplňovat. Každý z těchto způsobů poukazuje na rozdíly v chování klíčových aktérů, různé přístupy k politickým dilematům a používání odlišných nástrojů. Identifikované způsoby tvorby politik odráží měnící se trendy v politologii a mezinárodních vztazích, ale také v politické praxi.

Významným a často citovaným dílem zabývajícím se implementací evropské politiky do národních států je kolektivní práce *Complying with Europe: EU Harmonisation and Soft Law in the Member States* (Falkner 2005). Jedná se o hloubkovou empirickou studii o výsledcích voluntaristické a „měkké“ politiky EU. Výzkum se zabývá implementací sociální politiky EU se zaměřením na politiku zaměstnanosti, testuje implementaci pěti směrnic v 15 členských státech, obsahuje tedy 90 případových studií. Výsledkem je definování tří typicky ideálních stylů implementace, které zahrnují různé členské státy: „World of law observance,“ „World of domestic politics“ a „World of neglect“.

V návaznosti na tuto práci provedla jedna z autorek výzkum *Implementation of EU Social Policy in Poland: Is there a Different "Eastern World of Compliance"?*, který se zabývá implementací sociální politiky EU v Polsku (Liebner 2005). Ve své práci nejprve určuje zásadní směrnice a zákony, kterými se zabývá, dále na základě analýzy právních dokumentů, článků, vyjádření apod. vyhodnocuje, jak probíhala debata mezi EU a kandidátskou zemí, jakým způsobem dochází k implementaci směrnic a jaký to má dopad na kandidátskou zemi. Autorka ve své práci navrhuje novou kategorii ke třem výše uvedeným, která by mohla zahrnovat země východní Evropy, „Eastern World of Compliance“.

Haverland svůj článek „National Adaptation to European Integration: The Importance of Institutional Veto Point“ zaměřil na studium *veto points*. Argumentuje tím, že možnosti národních institucionálních struktur jsou pro implementaci důležitější než různá míra shody (*fits a misfits*). *Veto points* odkazují na všechny stupně rozhodovacího procesu, na kterých se diskutuje o politické změně. Neznamená to však, že by požadavky EU mohly být na úrovni domácí politiky zcela vetovány. Jedná se tedy spíše o *kvazi veto points*, které se týkají různých dalších ustanovení, jež evropská legislativa používá k zajištění efektivní implementace. Tyto ustanovení jsou nezbytné k tomu, aby implementované směrnice bylo možné zasadit do práva národních států, nebo aby případně vytvořili zvláštní legislativní podmínky pro adekvátní aplikaci. Záleží však na institucionálních hráčích, jestli tato ustanovení budou přijata. Nejdůležitějším hráčem je druhá komora legislativy, zejména pokud reprezentuje regionální aktéry, jelikož centrální vlády jsou v případě praktické implementace evropského práva na regionálních aktérech závislé (Haverland 2000, 3-4).

Thomson, Torenvlied a Arregui se zase zabývají paradoxem dodržování právních předpisů EU. Upozorňují na fakt, že diskuze Rady o přijetí směrnic navržených Komisí

jsou často vleklé a poznamenané různými kontroverzemi, proto se výsledky rozhodování často liší od požadavků členských států. Tyto rozdíly mezi řešeními preferovaným členskými státy a reálnými výsledky diskuzí chápou autoři jako „záminky pro odchylku“ při implementaci. Avšak případy nedodržování se zdají být méně časté, než záminky pro odchylku napovídají, v čemž autoři spatřují paradox, který je předmětem jejich výzkumu (Thomson 2007, 686).

Zásadní inspirací pro tuto práci se stal již výše zmíněný článek „EU Disability Policy and Implications of EU Accession for Disability Rights in Education and Employment in Bulgaria, Romania, Croatia, and the Former Yugoslav Republic of Macedonia,“ který se zabývá přímo politikou pro osoby se zdravotním postižením ve čtyřech různých státech. Phillips ve své práci popisuje nejprve evropskou politiku pro osoby se zdravotním postižením, a pak situaci v jednotlivých státech. Tato studie však nepřináší žádné zásadní závěry, spíše konstatuje, že předchozí historická éra měla velký vliv na práva osob se zdravotním postižením v těchto státech.

1. Sociální politika EU

Liberalizace ekonomiky a vytvoření jednotného vnitřního trhu zvýšila v jednotlivých členských státech tlak na soutěživost také v rámci sociálního a pracovního práva. Proto od poloviny 80. let začalo mnoho politiků a vědců jednat o společném postupu na evropské úrovni v této oblasti. Rozličné sociální systémy a standardy členských států však nedovolují harmonizaci ve smyslu jednoduchého vyrovnání sociálních standardů shora prostřednictvím zákonů EU (Falkner 2005, 1). Národní státy nejsou ochotné delegovat pravomoci v oblasti sociální politiky na nadnárodní úroveň, jelikož systémy sociální ochrany jsou velice heterogenní, a tudíž jsou různorodé i zájmy politické reprezentace. Zároveň hrají velkou roli také ekonomické rozdíly mezi členskými státy a různé národní koncepce identity, solidarity a spravedlnosti. S rozšiřováním Evropské unie se tyto rozdíly ještě prohlubují (Wallace 2006, 351).

Na konci 90. let však díky kvalitativnímu růstu sociálně politických opatření dosáhla „sociální dimenze“ evropské integrace takového stádia vývoje, které v minulosti nebylo možné. Byly vytvořeny dva koncepční pilíře, *minimální harmonizace* a *sociální dialog*, které jsou dnes součástí primárního i sekundárního evropského práva. *Minimální harmonizací* se rozumí „měkká“ forma harmonizace, která udává společný nejnižší standart, ale nechává členským státům otevřenou možnost pro dalekosáhlejší reformy. Relevantní směrnice jsou však přijaty vždy s ohledem na širší rámec tématu. *Sociální dialog* představuje vrcholnou spolupráci na evropské úrovni, tzv. sociální partnerství, v jehož rámci je možné uzavírat kolektivní dohody, které potom mohou být Evropskou radou prohlášeny za obecně závazné. Znamená to, že směrnice nemusí být přijímány pouze prostřednictvím standartní procedury tvorby politiky EU, tedy tak, že Komise přijme návrh vytvořený Radou ve spolupráci s Evropským parlamentem. V sociální politice EU funguje styl flexibilního vládnutí, který je založený nejen na regionální, ale také na funkční subsidiaritě (Falkner 2005, 2-3).

Styl flexibilního vládnutí fungující v sociální politice EU má však také své kritiky, kteří tvrdí, že příliš nízké limity pro ukládání závazných povinností mohou být rovněž překážkou. Sociální standardy EU by měly vést k přiblížení životních a pracovních podmínek ve členských státech, avšak přílišná flexibilita může naopak vést ke zvyšování existujících rozdílů. *Neo-voluntarismus* se snaží uspět s minimální povinnou modifikací,

ale je otázkou zda členské státy mají dostatečnou motivaci pro vylepšení existujícího stupně sociální ochrany v případě, že je v celoevropském měřítku dostačující. Překážkou pro přijetí dalekosáhlejších reforem v sociální politice národních států může být také tlak hospodářské soutěže. Směrnice přijaté na úrovni EU sice nabízejí potenciál v kterémkoli směru, avšak zásadním bodem v praxi je implementace na národní úrovni. Překážkou úspěšné implementace může být nedodržování nebo neshoda s právem EU. Proto je třeba, aby členské státy vynakládaly dostatečné úsilí na vynucování dodržování, a zároveň byly schopné se vypořádat s možným porušením práva (Falkner 2005, 3-5).

Evropská sociální politika je v současné době mnohoúrovňovým systémem národních přerozdělovacích politik a nadnárodních regulací, které se soustředí na koordinaci národních systémů sociální ochrany, rovnost pohlaví, zdraví a bezpečnost a dostatek informací pro zaměstnance (Heidenreich 2008, 498). Nedávno přijaté sociální směrnice ukázaly, že centrální orgány EU namísto oslabování či nahrazování autorit členských států, tuto jejich roli naopak akceptují a posilují. A naopak, členské státy respektují kompetence centrálních orgánů a těží z jejich existence při navrhování vlastních politik. Je totiž důležité, aby byl v sociální politice zachován dostatečný stupeň kompatibility, slučitelnosti, politik národních států. Jedině tak bude možné předcházet sociálnímu dumpingu, tj. soutěživosti ve snižování sociálního standardu, ve členských státech (Falkner 2005, 3).

Přestože nadnárodní koordinace může podpořit adaptaci reforem, samotné reformy národních sociálních systémů mohou být provedeny pouze z iniciativy členských států, proto je vliv EU v této oblasti značně limitován (Heidenreich 2008, 498). Sociální politika EU proto využívá Otevřenou metodu koordinace (OMC), tedy model tvorby politiky založený na vytvoření stimulačních struktur bez právně vymahatelných sankcí, který byl přijat v rámci Lisabonské strategie. Namísto sankcí OMC používá mechanismy jako je vzájemné učení, vyjednávání, pojmenovávání problémů, dohadování a přemlouvání. Snaží se o zajištění efektivní nadnárodní spolupráce a interakce mezi občanskou společností (Wallace 2006, 350). Podle této metody musejí členské státy na základě společně schválených záměrů předkládat Evropské komisi a Evropské radě vypracované roční a dvouleté akční plány. Na základě nich vypracuje potom Rada společnou zprávu s doporučeními pro jednotlivé členské země. V rámci OMC by měly státy konzultovat jednotlivé záměry s občanskou společností, sociálními partnery a jinými relevantními subjekty (NRZP 2010). Tato metoda funguje v klíčových oborech sociální politiky jako zaměstnanost, sociální inkluze nebo důchodová politika (Falkner 2005, 9). Mezi

nejpokročilejší koordinační procesy patří *Evropská strategie zaměstnanosti* (EES) a iniciativa sociálního začleňování (Heidenreich 2008, 499).

1.1. ROLE SMĚRNIC

Směrnice jakožto sekundární právní akt jsou jedním z mnoha nástrojů používaných v sociální politice EU. Jedná se o nástroj, jehož prostřednictvím se dvoustupňovou procedurou vytváří právo EU. V prvním komunitárním stupni se stanoví cíl, který musí být jednotný pro všechny členské státy, jimž je směrnice určena. V druhém vnitrostátním stupni členské státy transponují směrnici do svého právního řádu zvolenou metodou a prostředky, avšak musí být zachován sledovaný komunitární cíl. Členské státy mají tedy povinnost směrnici provést a dosáhnout žádaného výsledku, ale mají určitou volnost ve výběru prostředků a metod, které pro implementaci použijí. Normativní účinnost směrnice je nižší než nařízení, jelikož umožňuje přihlížet ke specifickým jednotlivých národních právních řádů, je proto vhodná pro harmonizaci právních úprav, ve kterých není cílem vytvořit komunitárně jednotné právo, ale dodržet určité komunitární standardy (Navrátilová 2004a).

Čl. 249 odst. 3 Smlouvy stanovuje, že „směrnice zavazuje každý členský stát, jemuž je určena, pokud jde o výsledek, jehož má být dosaženo, přičemž stanovení formy a prostředků je ponecháno vnitrostátním orgánům.“ Navrátilová vysvětluje, že toto ustanovení neimplikuje nutnost směrnici provést v jakékoliv situaci, povaha implementační povinnosti se totiž mění v závislosti na stavu vnitrostátního právního řádu. Mohou proto nastat tři modelové situace: 1) Směrnice pokrývá oblast, která v národním právu zatím není, pak je povinností členského státu provést implementaci tak, aby směrnice mohla vyvolat náležité právní účinky. 2) Směrnice upravuje právní vztahy, které již vnitrostátní legislativa upravila odlišně, pak je povinností členského státu buď zrušit dosavadní předpisy (povinnost negativní) nebo vytvořit akt nezbytný k realizaci cílů směrnice (povinnost pozitivní). 3) Směrnice je kompatibilní s existující vnitrostátní právní úpravou. S poslední možností se však setkáváme pouze v případě, že se při tvorbě národního práva předpokládá, jakým směrem se bude ubírat komunitární harmonizace anebo se členskému státu podaří prosadit svou legislativu jakožto vzor pro komunitární úpravu (Navrátilová 2004a).

Směrnice obvykle obsahuje ustanovení o lhůtě, ve které ji mají členské státy provést. Délka, na jejímž dodržení ESD lpí, se pohybuje v rozmezí šesti měsíců až dvou

let. Jestliže se členský stát zpozdí s provedením některé směrnice, znamená to, že na jeho území se uplatňuje právní režim odlišný od zbytku EU, který má za následek diskriminaci osob z různých členských států a narušení jednotného vnitřního trhu. Směrnici lze považovat za náležitě transponovanou a implementovanou pokud je včas a plně dosaženo výsledku požadovaného směrnicí z hlediska formálně právního i aplikačně praktického. Kritéria pro správné provedení jsou tedy: členský stát musí včas přijmout potřebné transpoziční opatření, transpoziční opatření musí správně promítat obsah směrnice, transpoziční opatření musí mít náležitou formu a musí být zajištěna náležitá aplikace, dodržování a efektivní vymahatelnost právního opatření (Navrátilová 2004b).

Míra transpozice směrnic má s postupem času vzestupnou tendenci. Na konci roku 1982 bylo podle Evropské komise v platnosti 640 směrnic, přičemž průměrná míra transpozice byla 89,68%. V roce 2002 to již bylo 2240 směrnic s průměrnou mírou transpozice 98,87%. Evropský soudní dvůr také uveřejňuje poměrně nízký počet protiprávních jednání, přičemž mezi takové jednání se počítá nejen neimplementace právních předpisů, ale také nedostatečná loajalita k povinnostem vyplívajících z primárního evropského práva. Na druhou stranu však Komise zveřejnila v roce 2000 informaci, že došlo k transpozici pouze pěti směrnic o vnitřním trhu z plánovaných 83. Z těchto údajů je patrné, že oficiální statistiky mohou být nepřesné. Data o transpozici směrnic totiž vychází ze zpráv, které členské státy pro Komisi samy vypracovávají, není proto jisté, že směrnice jsou implementovány adekvátně (Thomson 2007, 686).

Přestože se uvažovalo o tom, že by OMC mohla směrnice nahradit, ukázalo se, že role závazných regulativních opatření snížena nebyla. Studium směrnic přijatých v sociální politice EU je proto pro porozumění evropské sociální integrace zásadní.

2. Politika pro osoby se zdravotním postižením

Problematika práv osob se zdravotním postižením se na mezinárodním poli poprvé objevila v roce 1961 s přijetím Evropské sociální charty, kterou přijali členové Rady Evropy. V 70. letech se konala první mezinárodní konference o legislativě týkající se zdravotně postižených osob a na půdě OSN byly přijaty dva významné dokumenty *Deklarace práv mentálně postižených osob* a *Deklarace práv zdravotně postižených osob*. Rok 1981 byl Valným shromážděním OSN vyhlášen Mezinárodním rokem zdravotně postižených osob, který zároveň zahájil dekádu věnovanou osobám se zdravotním postižením, jehož nejvýznamnějším výsledkem je *Světový akční program činnosti týkající se zdravotně postižených osob*. Tento program obsahuje první ustanovení svého druhu o vyrovnání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením (Poradna-prava.cz).

V návaznosti na tyto události se v průběhu 80. a 90. let do ochrany práv zdravotně postižených zapojilo také Evropské společenství. Rada přijala řadu usnesení a prohlášení jako například usnesení z 21. prosince 1981, které se týkalo společenské integrace zdravotně postižených na úrovni Evropského společenství, nebo doporučení z 24. července 1986 o zaměstnávání zdravotně postižených v Evropském společenství. V roce 1989 byla na evropské úrovni státy Evropského společenství přijata Charta základních sociálních práv pracovníků, která zakotvuje zvýšenou ochranu určitých kategorií zaměstnanců v rámci pracovněprávních vztahů, tedy i zdravotně postižených. Téma osob se zdravotním postižením se však nestalo součástí Maastrichtské smlouvy, která dala vznik Evropské unii.

V roce 1993 se ve Vídni konala Světová konference o lidských právech, jejímž výstupem byla Vídeňská deklarace zdůrazňující zákaz diskriminace zdravotně postižených. Deklarace vyzývá k odstranění všech bariér a přijetí legislativy garantující práva osob se zdravotním postižením. Ve stejném roce byl Valným shromážděním OSN schválen dokument *Standardní pravidla pro vyrovnávání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením*. Standardní pravidla zdůrazňují oblasti důležité pro zvýšení kvality života zdravotně postižených, dosažení plné integrace a zrovnoprávnění, a zároveň vytvářejí základ pro odbornou a technickou spolupráci mezi státy, OSN a ostatními mezinárodními organizacemi. Na evropské úrovni byla v roce 1993 přijata „Zelená kniha Evropské sociální politiky,“ která ve III. části uvádí mezi prioritními otázkami také integraci

zdravotně postižených, zejména v oblasti vzdělávání a odborného výcviku. V roce 1996 byl přijat dokument Komise EU „Nová strategie Evropského společenství v oblasti invalidní politiky,“ který vychází ze Standartních pravidel OSN, jedná se tedy o určitou aktualizaci Standartních pravidel na evropské úrovni (Poradna-prava.cz). Významnou roli pak sehrála Amsterdamská smlouva, do níž byl zahrnut obecný antidiskriminační článek, který se zabývá mimo jiné zdravotním postižením (Phillips 2012, 2). Tato skutečnost je základním krokem k podpoře rovnoprávnosti zdravotně postižených na úrovni EU.

Od roku 1997 funguje mezinárodní nezisková organizace *European Disability Forum* (EDF, Evropské fórum zdravotně postižených), která byla založena organizacemi zdravotně postižených jako poradní orgán se širokým mandátem a aktivním přístupem k problematice zdravotně postižených. EDF se zabývá profesionálním lobbyingem a je jako mnoho dalších zájmových skupin a nevládních organizací na seznamu databáze CONECCS.¹ Vydává rovněž politická stanoviska, která analyzují oblasti, v nichž může mít legislativa EU dopad na začleňování osob se zdravotním postižením. Jedná se například o oblast zaměstnávání, dopravy, udržitelného rozvoje a informačních a komunikačních technologií (NRZP 2010).

V roce 1999 přijala Komise rozsáhlý antidiskriminační balíček, který navrhuje směrnici pro oblast zaměstnanosti zakazující diskriminaci z jakéhokoli důvodu zakotveného v čl. 13 Smlouvy Evropského společenství. Zároveň zdůrazňuje význam mobility a nutnost nepřetržitého dialogu mezi odborníky a zdravotně postiženými. Zásadním dokumentem v této oblasti je pak sdělení Komise určené Radě, Evropskému parlamentu, Hospodářskému a sociálnímu výboru a Výboru regionů „Směrem k bezbariérové Evropě pro zdravotně postižené“ z 12. května 2000. Dokument shrnuje dosavadní vývoj přístupů ke zdravotně postiženým a formuluje zásadní stanoviska jako východiska pro další postup, dále uvádí, že lidé se zdravotním postižením jsou považováni za jednu z nejvíce znevýhodněných skupin ve společnosti (Poradna-prava.cz).

Rok 2003 byl vyhlášen *Evropským rokem zdravotně postižených* s cílem posunout vpřed politickou agendu pro plnou integraci lidí s postižením, jak bylo stanoveno už ve sdělení Evropské komise „Směrem k bezbariérové Evropě“ (EUROPA 2006). V listopadu 2003 schválila proto Evropská komise „Akční plán o rovných příležitostech osob se zdravotním postižením,“ který si kládł za cíl integrovat do roku 2010 otázky zdravotního

¹ Databáze CONECCS (Consultation, the European Commission and Civil Society) je součástí závazku Komise poskytnout lepší informace o probíhajících konzultacích s občanskou společností. Jedná se o seznam neziskových organizací na evropské úrovni.

postižení do příslušných politik Společenství a podniknout konkrétní kroky v klíčových oblastech za účelem začleňování osob se zdravotním postižením do společnosti. Akční plán pokrývá období 2004-2010 a klade si tři hlavní cíle: 1) dokončit provádění směrnice o rovném zacházení ve věci zaměstnanosti a práce, 2) integrovat otázky zdravotního postižení do příslušných politik Společenství, 3) zlepšit přístupnost pro všechny. V rámci těchto cílů by mělo dojít k posílení aktivní činnosti v oblasti zaměstnanosti, vzdělávání a sociální politiky.² Akční plán rovněž usiluje o zapojení zúčastněných stran do politiky, přičemž počítá i s politickými představiteli z řad zdravotně postižených (MEMO/10/198).

Na začátku roku 2004 bylo přijato *Společné memorandum o sociálním začleňování*, které sjednocuje snahu členských států bojovat proti sociálnímu vyloučení a chudobě v rámci modernizace evropského sociálního modelu podle Lisabonské strategie. Toto memorandum se výrazně dotýká také osob se zdravotním postižením, přičemž definuje klíčové výzvy a otázky pro politiku. V letech 2004-2005 pak probíhala první etapa akčního plánu, která se soustředila na vytvoření podmínek k podpoře zaměstnanosti osob se zdravotním postižením, a zároveň usilovala o osamostatnění zdravotně postižených v oblasti zaměstnanosti. V rámci této etapy proto vznikly čtyři prioritní okruhy: Přístup k zaměstnání a udržení aktivního života, celoživotní učení, využití potenciálu nových technologií a přístupnost do zastavěného prostředí (EUROPA 2011).

Druhá etapa akčního plánu probíhala v letech 2006-2007 a kladla si za cíl aktivní integraci a autonomii zdravotně postižených. V rámci této etapy se předpokládalo naplnění práva využívat opatření k zajištění nezávislosti a rovněž napomoci sociální a profesionální integraci a účasti na životě společnosti (EUROPA 2011). Evropská komise se zavázala v rámci akčního plánu připravovat po dvou letech zprávy o situaci osob se zdravotním postižením, první taková zpráva byla předložena v roce 2005. V roce 2009 byla pak vydána zpráva hodnotící situaci v polovině trvání akčního plánu. Třetí etapa v letech 2008-2009 si na základě hodnocení dosavadního vývoje a konzultacích Evropské komise se všemi zúčastněnými stranami stanovila dvě hlavní priority. První prioritou bylo usilovat o začlenění osob se zdravotním postižením prostřednictvím *přístupnosti* (accessibility), tedy odstranit překážky v *přístupu* ke vzdělání a na trh práce, zlepšit *přístupnost* zboží, služeb a infrastruktury a posílit analytickou schopnost Komise k propagaci *přístupnosti*. Druhou prioritou bylo plné užívání základních práv, tedy podporovat provádění Úmluvy OSN

² V dubnu 2006 schválila Rada Evropy konkurenční akční plán s názvem „Akční plán na podporu práv a plného zapojení osob se zdravotním postižením do společnosti: zlepšení kvality života osob se zdravotním postižením v Evropě 2006-2015“ (Disability Action Plan 2006-2015), vzhledem k povaze Rady Evropy se však tento plán soustředí zejména na dodržování lidských práv.

a doplnit legislativní rámec Společenství na ochranu proti diskriminaci.

V prosinci 2009 vešla v platnost Lisabonská smlouva a společně s ní také *Listina základních práv Evropské unie*. Tento dokument uvádí, že „Unie uznává a respektuje právo osob se zdravotním postižením na opatření, jejichž cílem je zajistit jejich nezávislost, sociální a profesní začlenění a jejich účast na životě společnosti“ (Listina základních práv EU). Evropská unie se tak vydala vstříc cíli bezbariérové Evropy, který byl oficiálně stanoven při podepsání *Úmluvy OSN o právech osob se zdravotním postižením* (UNCRPD, UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities). Evropská unie podepsala UNCRPD hned první den, kdy bylo podepisování zahájeno, tedy 30. března 2007, a nyní je na základě dokončeného postupu ratifikace první mezinárodní organizací, která se stala oficiální smluvní stranou této úmluvy (IP/07/446). Úmluvu doposud podepsalo všech 28 členských států a 25 z nich ji následně ratifikovalo.³ Úmluva zajišťuje skrze smluvní strany osobám se zdravotním postižením garanci užívání stejných práv jako ostatní občané. Evropská unie se zavázala naplňovat tuto úmluvu v rámci všech přijatých politik, právních předpisů a programů. Smluvní strany musí také informovat Výbor pro práva osob se zdravotním postižením OSN (CRPD, Committee on the Rights of Persons with Disabilities) o opatřeních přijatých k naplňování úmluvy.

V návaznosti na podpis UNCRPD představila Evropská komise v listopadu 2010 *Strategii v oblasti zdravotního postižení na období 2010-2020*. Tato strategie byla ustanovena, aby uváděla principy úmluvy do praxe a to jak na úrovni EU, tak na úrovni jednotlivých států. Evropská unie se tak snaží podporovat a doplňovat sociální politiky národních států a implementovat politiku pro zdravotně postižené podle stanovených závazků. Strategie se zaměřuje především na to, aby lidé se zdravotním postižením mohli užívat svá práva za stejných podmínek jako ostatní. Tohoto cíle by bylo možné dosáhnout s odstraněním překážek každodenního života. Proto je jedním z klíčových opatření zajištění standardizace pravidel zadávání veřejných zakázek tak, aby došlo ke zpřístupnění veškerého zboží a služeb pro lidi se zdravotním postižením a povzbuzení trhu s kompenzačními pomůckami, který by mohl v následujících letech zaznamenat značný růst. Komisařka EU pro spravedlnost, základní práva a občanství Viviane Redingová uvádí: „Aby se mohli postižení občané plně podílet na našem společenském a hospodářském životě, musí mít snadnější přístup do veřejných budov, veřejné dopravy a k digitálním službám“ (IP/10/1505). Strategie se tedy snaží zajistit lidem se zdravotním

³ Úmluvu ratifikovaly zatím všechny členské státy kromě Irska, Finska a Nizozemska.

postižením možnost, aby mohli využívat svá práva, a směřuje tak k naplnění závazku bezbariérové Evropy.

Komise stanovila osm hlavních oblastí, kde je potřeba podniknout zásadní kroky, tyto oblasti byly zvoleny na základě jejich potenciálu přispět k celkovým cílům strategie a Úmluvy OSN, a rovněž na základě souvisejících strategických dokumentů EU a Rady Evropy, výsledků Akčního plánu EU v oblasti zdravotního postižení a konzultace se členskými státy a širokou veřejností. Jedná se o tyto stanovené oblasti: přístupnost, zapojení do společnosti, rovnost, zaměstnanost, vzdělávání a odborná příprava, sociální ochrana, zdraví a vnější činnost (Evropská strategie v oblasti zdravotního postižení na období 2010-2020, 4).

V oblasti *přístupnosti* se bude EU snažit podporovat a doplňovat činnost jednotlivých států při odstraňování stávajících překážek a zlepšení dostupnosti asistivních technologií s cílem zajistit přístupnost zboží, služeb a pomůcek pro osoby se zdravotním postižením. V oblasti *zapojení do společnosti* bude řešit problémy spojené s mobilitou uvnitř Evropské unie s cílem umožnění využití všech výhod občanství pro lidi se zdravotním postižením, dále zajištění kvalitních komunitních služeb, včetně přístupu k osobní asistenci, a také zlepšení přístupnosti sportovních, kulturních a volnočasových akcí. V oblasti *rovnosti* si klade cíl odstranit diskriminaci na základě zdravotního postižení v celé Evropské unii a v oblasti *zaměstnanosti* je hlavním cílem umožnit lidem se zdravotním postižením samostatně si vydělávat na živobytí. Oblast *vzdělávání a odborné přípravy* se zaměřuje na inkluzivní vzdělávání a celoživotní učení, oblast *sociální ochrany* na prosazování důstojných životních podmínek, oblast *zdraví* na rovný přístup ke zdravotnickým službám a oblast *vnější činnosti* se soustřeďuje na zapojení osob se zdravotním postižením i do programů rozvoje a sousedství za hranicemi Evropské unie (Evropská strategie v oblasti zdravotního postižení na období 2010-2020, 5-9).

V návaznosti na tuto strategii začala Komise v prosinci 2011 prostřednictvím desetidenní veřejné konzultace projednávat možná opatření pro zlepšení *přístupnosti* v Evropě. Poprvé se zde sešli vedoucí činitelé orgánů Evropské unie s odborníky působícími v EDF, aby na vysoké úrovni projednali problémy zdravotně postižených občanů. Výsledky této konzultace sloužily k přípravě *Evropského aktu přístupnosti*, jehož návrh byl předložen v roce 2013 (IP/11/1533).

Evropská unie tedy vytváří sociální politiku pro zdravotně postižené, v rámci níž si stanovuje cíle, jakých je třeba dosáhnout pro zlepšení podmínek pro osoby se zdravotním postižením. Již ve třetí etapě Akčního plánu jsme se setkali s pojmem *přístupnost*, který se

potom objevuje i v *Evropské strategii pro zdravotně postižené* a je i hlavním tématem *Evropského aktu přístupnosti* navrženého v roce 2013. *Přístupnost* se však netýká jen zboží, služeb a technologií, ale také ostatních evropských občanů, jejichž postoj k integraci zdravotně postižených je zásadní. Právě občanská společnost je totiž článkem, který musí občany se zdravotním postižením přijmout mezi sebe, a proto je třeba ji nejen informovat, ale také jejím prostřednictvím implementovat nařízení Evropské unie.

2.1. PŘÁVNÍ PŘEDPISY EU

V této části jsou vybrané zásadní části ze shrnutí právních předpisů EU podle oficiálních internetových stránek Evropské unie (EUR-Lex). Evropská sociální politika se zabývá sociálními opatřeními pro dvě cílové skupiny: Osoby se zdravotním postižením a starší občany, přičemž pro zdravotně postižené existuje celkem sedm právních předpisů.

2.1.1. STRATEGIE PRO POMOC OSOBÁM SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM (2010–2020)

Nová evropská strategie pro osoby se zdravotním postižením si klade za cíl zlepšit sociální začleňování, blahobyt a plné uplatňování práv zdravotně postižených. Strategie směřuje k posílení zapojení osob se zdravotním postižením do společnosti a ekonomiky. Za tímto účelem strategie počítá s doplňkovou činností na úrovni EU a na národní úrovni. Je založena na *Sdělení Komise Evropskému parlamentu, Radě, Evropskému hospodářskému a sociálnímu výboru a Výboru regionů* ze dne 15. listopadu 2010 „Evropská strategie pro pomoc osobám se zdravotním postižením 2010–2020: Obnovený závazek pro bezbariérovou Evropu“ (KOM (2010) 636 v konečném znění). Spočívá na společném závazku orgánů EU a členských států. Cílem jejich společných kroků je:

- lepší povědomí společnosti o problematice spojené se zdravotním postižením a podpora práv osob se zdravotním postižením;
- rozvoj možnosti evropského financování;
- lepší sběr a zpracování statistických údajů;
- zajištění monitorování provádění Úmluvy OSN v členských státech a v orgánech EU.

2.1.2. *PARKOVACÍ KARTY PRO OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM*

Cílem tohoto doporučení je standardizovat formát parkovací karty pro osoby se zdravotním postižením a zajistit její reciproční uznávání členskými státy Evropské unie. Je založena na *Doporučení Rady 98/376/EC* ze dne 4. června 1998 o parkovací kartě pro osoby se zdravotním postižením, které je dále upraveno *Doporučením 2008/205/EC* z 3. března 2008.

Rada Evropské unie doporučuje, aby členské státy:

- zavedly parkovací karty pro osoby se zdravotním postižením v souladu s příslušnými vnitrostátními právními předpisy, na základě standardizovaného vzoru Společenství obsaženého v příloze;
- uznaly, že od 1. ledna 1998 jsou parkovací karty pro osoby se zdravotním postižením zavedené každým členským státem v souladu se standardizovaným vzorem EU, aby mohli mít držitelé karet k dispozici parkování v členském státě, v němž se právě nacházejí;
- vystavily parkovací kartu pouze osobám se sníženou pohyblivostí;
- při vydání parkovací karty nebo na požádání poskytly zúčastněným osobám přehled podmínek použití v různých členských státech;
- přijaly nezbytná opatření pro zajištění parkovacích karet pro osoby se zdravotním postižením na základě normalizovaného vzoru EU a uvedly je k dispozici nejpozději 1. ledna 2000 (dokud nebude nahrazen, může být v členském státě používán již existující typ karet);
- informovaly Komisi o opatřeních přijatých na základě tohoto doporučení do 1. července 2000.

2.1.3. *ROVNÉ PŘÍLEŽITOSTI PRO OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM: EVROPSKÝ AKČNÍ PLÁN (2004–2010)*

Pozitivní výsledky roku 2003, který byl vyhlášen „Evropským rokem osob se zdravotním postižením,“ přiměly Komisi zavést víceletý akční plán. Cílem akčního plánu je integrovat do roku 2010 otázky zdravotního postižení do příslušných politik EU, podniknout konkrétní kroky v klíčových oblastech, a zlepšit tak hospodářskou a sociální integraci osob se zdravotním postižením. Je založen na *Sdělení Komise Radě, Evropskému parlamentu, Evropskému hospodářskému a sociálnímu výboru a Výboru regionů* ze dne 30. října 2003

s názvem “Equal opportunities for people with disabilities: A European Action Plan“ (KOM (2003) 650 v konečném znění).

Komise navrhuje posílit svou spolupráci s představiteli organizací zdravotně postižených, zvláště s Evropským fórem zdravotně postižených. Také navrhuje, aby skupina na vysoké úrovni zintenzivnila výměny názorů s občanskou společností. Dále vyzývá sociální partnery, aby plně přispívali k propagaci rovnosti osob se zdravotním postižením. Podle akčního plánu musí zpráva Komise o osobách se zdravotním postižením věnovat zvláštní pozornost splněným cílům na podporu rovnosti příležitostí osob se zdravotním postižením v rámci politik EU. Musí obsahovat cílené příspěvky členských států a představit jejich splněné úkoly v oblasti integrace otázek zdravotního postižení do všech příslušných vnitrostátních politik. Komise musí uveřejňovat zprávy každé dva roky a dodržovat přitom strukturu dohodnutou s členskými státy a zástupci osob se zdravotním postižením.

2.1.4. *MEZINÁRODNÍ OCHRANA PRÁV A SVOBOD PRO OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM*

Tento právní předpis je založen na *Rozhodnutí Rady 2010/48/EC ze dne 26. listopadu 2009 o uzavření Úmluvy OSN o právech osob se zdravotním postižením*. Evropská unie je členem Úmluvy OSN, která usiluje o zajištění dodržování práv a svobod osob se zdravotním postižením. Úmluva si rovněž klade za cíl, aby byla pro tyto osoby zajištěna sociální péče a právní ochrana.

Úmluva je založena na řadě principů:

- respektování důstojnosti, samostatnosti a nezávislosti osob;
- nediskriminace;
- začlenění a účast ve společnosti;
- respektování odlišností a rovné přijímání všech osob;
- rovnost příležitostí;
- přístupnost, zejména přístup k veřejné dopravě, službám, občanské vybavenosti, komunikačním prostředkům a informacím, stejnou měrou v městských i venkovských oblastech;
- rovnost mezi muži a ženami;

- respektování identity dětí se zdravotním postižením a jejich schopností, které se stále rozvíjejí.

Státy, které přistoupily k úmluvě, průběžně přijmou veškerá nezbytná opatření k zajištění dodržování těchto zásad. Rovněž se zavazují podporovat hospodářská, sociální a kulturní práva osob se zdravotním postižením. Kromě toho, by osoby se zdravotním postižením měly být konzultovány při vývoji a implementaci právních předpisů a politik, které se jich týkají. Veškerá diskriminace na základě zdravotního postižení je zakázána a osoby se zdravotním postižením mají nárok na rovnou a účinnou právní ochranu. Úmluva obsahuje zvláštní ustanovení ve vztahu ke dvěma skupinám obyvatelstva:

- ženy se zdravotním postižením, které jsou předmětem vícenásobné diskriminace (opatření pro ně mají být přijata s cílem zajištění jejich plného rozvoje a autonomie);
- děti se zdravotním postižením, které mají nárok na ochranu zájmů v případě rozhodnutí, jež se jich týkají (mají mít právo svobodně vyjadřovat své názory a má jim být poskytnuta odpovídající pomoc).

Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, se zavazují bojovat proti stereotypům a podporovat povědomí o schopnostech osob se zdravotním postižením. Úmluva stanoví řadu práv a svobod, na které mají osoby se zdravotním postižením nárok. Mezi ně patří:

- právo na život;
- ochrana v rizikových situacích a v případě humanitární krize;
- uznání před zákonem a uznání právní způsobilosti, a to zejména s ohledem na vlastnictví majetku a svobodu spravovat své vlastní finance (dbát přitom na ochranu proti zneužití);
- přístup ke spravedlnosti a její zajištění;
- svoboda a bezpečnost;
- ochrana proti mučení a jinému krutému, nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání;
- ochrana před vykořisťováním, násilím a zneužíváním;
- ochrana fyzické a psychické integrity;
- svoboda pohybu, právo vybrat si místo pobytu a státní příslušnosti;
- nezávislý způsob života a zapojení do společnosti;
- osobní mobilita, a to zejména prostřednictvím přístrojů a technologií v oblasti mobility;

- svoboda projevu a přístupu k informacím;
- respektování soukromí;
- respektování obydlí a rodiny;
- právo na vzdělání;
- přístup ke zdravotnictví;
- habilitace a rehabilitace s cílem dosažení plné tělesné, duševní, sociální a profesní schopnosti;
- právo na práci, bez diskriminace a za spravedlivých a výhodných podmínek;
- právo na přiměřenou životní úroveň a sociální ochranu;
- účast na politickém a veřejném životě, včetně hlasování a práva být volen;
- zapojení do kulturního života, rekreace, volného času a sportu.

Mezinárodní spolupráce v oblasti osob se zdravotním postižením by měla být prováděna zejména ve spolupráci s příslušnými mezinárodními a regionálními organizacemi. Státy zajistí, aby jedno nebo více *národních kontaktních míst* sloužilo pro informování veřejnosti o Úmluvě. Zároveň musí být vytvořen nezávislý mechanismus pro sledování implementace Úmluvy. Občanská společnost musí být plně zapojena do monitorování. A konečně, každý stát předloží souhrnnou zprávu o opatřeních přijatých k plnění své povinnosti do dvou let od jeho přistoupení k Úmluvě.

2.1.5. PODPORA A OCHRANA PRÁV A DŮSTOJNOSTI OSOB SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM NA MEZINÁRODNÍ ÚROVNI

Tento právní předpis je založen na *Sdělení Komise Radě a Evropskému parlamentu ze dne 24. ledna 2003 "Na cestě k právně závaznému nástroji OSN na podporu a ochranu práv a důstojnosti osob se zdravotním postižením"* (KOM (2003) 16 v konečném znění). Evropská komise vyjadřuje svou podporu pro přijetí právně závazného nástroje na podporu a ochranu práv a důstojnosti osob se zdravotním postižením. Komise oznámila svůj záměr aktivně se podílet na přípravě tohoto nástroje.

Porušování lidských práv osob se zdravotním postižením má obecně podobu *nepřímé diskriminace*. Tato diskriminace je nejčastěji projevuje v tvorbě a udržování překážek, které brání zdravotně postiženým těšit se plné sociální, ekonomické a politické účasti na životě jejich komunit. Státy obvykle chápou oblast lidských práv ve vztahu k osobám se zdravotním postižením jen úzce, přiznávají jim například právo na vzdělání

a na práci, ale už se nezabývají například přístupností. Je proto nezbytné zajistit, aby osoby se zdravotním postižením nebyly diskriminovány, a umožnit jim využívat a uplatňovat svá práva stejným způsobem jako jiné osoby.

Politika EU je v souladu s mezinárodním trendem. Jako takový zavádí Lisabonská smlouva mimo jiné článek pro boj proti diskriminaci na základě zdravotního postižení (článek 10 Smlouvy o fungování Evropské unie). Evropská unie přijala směrnici 2000/78/ES o rovném zacházení v zaměstnání a povolání. *Evropská charta lidských práv* potvrzuje zákaz jakékoliv diskriminace na základě zdravotního postižení.

2.1.6. SMĚREM K EVROPĚ BEZBARIÉROVÉ PRO OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM

Tento právní předpis je založen na *Sdělení Komise Radě, Evropskému parlamentu, Evropskému hospodářskému a sociálnímu výboru a Výboru regionů* ze dne 12. května 2000 s názvem „Směrem k Evropě bezbariérové pro osoby se zdravotním postižením“ (KOM (2000) 284 v konečném znění).

Podle tohoto předpisu mají být politické nástroje založeny na pevné vědomostní základně, odpovídajících koordinačních a konzultačních mechanismech a spolehlivých statistických a demografických údajích umožňují rozvoj politik. Data pro shromažďování informací mají být zaměřena na zdraví, sociální ochranu, bezpečnost a ochranu zdraví, zaměstnanost a vzdělávání. Důrazně se doporučuje, aby byla zajištěna konzistence definic a metod, a to zejména pro spolupráci mezi členskými státy. Dále Komise navrhuje zřídit program zdravotního dohledu zaměřeného na lepší pochopení typů zdravotního postižení a úrovně závažnosti. Chce navrhopvat programy, které jsou přístupné všem občanům a realizovat konkrétní opatření. Osoby se zdravotním postižením mají mít možnost podělit se o své životní zkušenosti, a zajistit tak rychlou identifikaci politik a postupů, které brání v *přístupnosti*.

2.1.7. ROVNÉ ZACHÁZENÍ V ZAMĚSTNÁNÍ A PRACOVNÍM POMĚRU

Předpis je založen na *Směrnici Rady 2000/78/EC* ze dne 27. listopadu 2000, kterou byl stanoven obecný rámec pro rovné zacházení v zaměstnání. Vstoupila v platnost 2. prosince 2000 a lhůta pro transpozici v členských státech byla do 2. prosince 2003. Tato směrnice stanovuje obecný rámec pro zajištění rovného zacházení s občany EU na pracovišti bez ohledu na jejich náboženské vyznání nebo víru, zdravotní postižení, věk nebo sexuální orientaci. Cílem směrnice je zajistit, aby lidé určitého náboženského vyznání nebo víry,

konkrétního zdravotního postižení, věku nebo sexuální orientace netrpěli diskriminací, a aby se na pracovišti těšili rovnému zacházení. Týká se *přímé diskriminace* (rozdílné zacházení na základě specifické charakteristiky) a *nepřímé diskriminace* (jakékoli ustanovení, kritérium nebo praxe, které jsou zdánlivě neutrální, ale osoby ve výše uvedených kategoriích v porovnání s ostatními znevýhodňují). Obtěžování, které vytváří nepřátelské prostředí, se považuje za diskriminaci.

Směrnice se vztahuje na všechny jedince bez ohledu na to, zda pracují ve veřejném nebo soukromém sektoru, v souvislosti:

- s podmínkami přístupu k zaměstnání nebo samostatné výdělečné činnosti, včetně kritérií výběru, podmínek přijetí a získávání praktických zkušeností;
- s odborným vzděláváním;
- s podmínkami zaměstnání a pracovními podmínkami (včetně podmínek propouštění a odměňování);
- s členstvím a činností v organizaci zaměstnavatelů nebo zaměstnanců nebo v jakékoli organizaci, jejíž členové vykonávají určité povolání.

Směrnice se nevztahuje na rozdíly založené na státní příslušnosti nebo na platby jakéhokoli druhu poskytované státními systémy, včetně systémů státního sociálního zabezpečení a sociální ochrany. Země EU jsou povinny zajistit, aby soudní a/nebo správní řízení byla dostupná všem osobám, které se cítí poškozeny nedodržováním zásady rovného zacházení. To platí i poté, co vztah, ve kterém mělo dojít k diskriminaci, již skončil.

3. Zkoumané případy

V této kapitole popisují politiku pro osoby se zdravotním postižením v daných státech. Zabývám se zejména vývojem situace po roce 1989, který představuje zlom ve vnímání zdravotně postižených v zemích bývalého sovětského bloku. V jednotlivých státech přibližuji politickou situaci, statistické údaje a přijaté právní akty. Podrobněji zkoumám politiku vzdělávání a politiku zaměstnanosti, jelikož jsou pro integraci zdravotně postižených nejzásadnější.

Státy Visegrádské skupiny pojí dohromady nejen historický vývoj, ale také přístup k Evropské Unii. Tyto státy vstoupily do EU ve čtvrté vlně rozšíření v roce 2004. Prakticky pro ně nebylo jiné alternativy než vstup do EU, jelikož spolupráce se západními mocnostmi byla logickým vyústěním vymanění se ze sovětského bloku. Evropská témata však začala získávat politické obrysy a nabírat na relevanci až v souvislosti s referendy o přístupu do EU. Politické elity těchto států byly do evropské integrace zapojeny méně nebo se často začaly zapojovat až s přístupem země do EU a přenesením jistých kompetencí na komunitární úroveň. Vlády v těchto státech proto nejsou příliš nakloněny reformám vycházejícím ze západoevropského modelu, což se projevuje i při implementaci politiky pro osoby se zdravotním postižením.

3.1. ČESKÁ REPUBLIKA

Česká Republika se stejně jako ostatní státy Visegrádské čtyřky musela potýkat s náhlou změnou společenského klimatu, kterou přinesl rok 1989. V období reálného socialismu bylo totiž na osoby se zdravotním postižením pohlíženo z medicínského hlediska, tedy jako na osoby, které trpí invaliditou a nejsou schopné opatřit si prostředky na živobytí prací. Pro socialistickou společnost nebyli tito lidé žádoucí, a proto byli umístováni do ústavů sociální péče, záměrně tak aby nebyli společnosti na očích. Stát se k této skupině osob choval paternalisticky, tedy nepočítal prakticky se žádnou iniciativou z její strany, a většinová společnost neměla snahu nějak tuto situaci změnit. Tento přístup dlouho profiloval a dodnes částečně profiluje přístup značné části české společnosti k osobám se zdravotním postižením.

Po roce 1989 přistoupilo Československo k transformaci sociálních služeb.

Oproti západní Evropě se značným zpožděním, jelikož tam probíhala deinstitucionalizace již od 60. let. V Československu se sice o nutnosti změn hovořilo mezi odborníky již od 80. let, ale kvůli stávajícímu režimu nemohly být zrealizovány. Po revoluci začala společnost usilovat o odstranění fyzických a psychických bariér, které bylo nezbytné k začlenění osob se zdravotním postižením do běžného života. Postupně docházelo k posunu chápání zdravotního postižení - od medicínského modelu k modelu sociálního konstruktů. Společnost začala projevovat snahu identifikovat diskriminační bariéry, zahajovat jejich odstranění, a postupně tak zdravotně postižené začleňovat a využívat jejich pracovní i sociální potenciál.

Nositeli tohoto procesu se staly především nově se rodící neziskové organizace, které často zakládaly rodiče handicapovaných dětí. Velkokapacitní ústavy začaly být brzo doplňovány také novými druhy služeb, které umožňují zdravotně postiženým zůstat v jejich přirozeném domácím prostředí. Stěžejním dokumentem je v této oblasti „Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné druhy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společností“, která byla schválena usnesením vlády č. 127 ze dne 21. února 2007. Základní rámec procesu transformace vymezuje také *Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením*, kterou Česká republika do svého právního řádu přijala v roce 2010, zákon o sociálních službách, který platí od začátku roku 2007, a Bílá kniha v sociálních službách z roku 2003 (EurActiv 2013).

Zájem zdravotně postižených v České republice zastupuje *Národní rada zdravotně postižených ČR (NRZP)*. Jako vrcholový orgán organizací osob s různými typy zdravotního postižení hájí, podporuje a naplňuje zájmy a potřeby osob se zdravotním postižením ve spolupráci s národní i místní samosprávou a mezinárodními institucemi. NRZP byla založena v roce 2000 dohodou mezi *Sborem zástupců organizací zdravotně postižených*, který po roce 1989 sdružoval organizace hájící zájmy jednotlivých druhů zdravotního postižení, a *Sdružením zdravotně postižených*, jenž vzniklo z bývalého Svazu invalidů a zaštiťovalo také větší množství organizací. Zájmem NRZP je prosazovat změny, které občanům se zdravotním postižením umožní samostatný způsob života, tedy podle ustavujícího prohlášení: „základním úkolem Národní rady zdravotně postižených ČR bude zabezpečování plné účasti osob se zdravotním postižením i jejich zákonných zástupců na formulování politiky vedoucí k vyrovnávání příležitostí této skupiny občanů a jejím zakotvování v právním řádu ČR“ (NRZP 2010b).

V roce 1991 vznikl na nejvyšší řídicí úrovni *Vládní výbor pro zdravotně postižené*

občany (VVZPO) jako stálý koordinační, iniciativní a poradní orgán vlády České republiky. Hlavním úkolem výboru je upozornit na problémy a navrhnout jejich řešení, zabývá se zejména tématy, která nemůže samostatně vyřešit jeden resort. Výbor spolupracuje s veřejnou správou a zároveň s nevládními organizacemi. Jeho členy jsou vládní zástupci, ministři a zástupci asociací pro osoby se zdravotním postižením. Vládní výbor spolupracoval na přípravě Národního plánu opatření pro snížení negativních důsledků zdravotního postižení a Národního plánu pomoci zdravotně postiženým občanům, které vláda schválila v letech 1992 a 1993, a dále pak na Národním plánu vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením přijatém v roce 1998.

V roce 2004 přijala vláda Střednědobou koncepci státní politiky vůči občanům se zdravotním postižením, z níž vychází Národní plán podpory a integrace občanů se zdravotním postižením na období 2006-2009. Po přijetí *Úmluvy OSN o právech osob se zdravotním postižením* byl pak schválen Národní plán vytváření rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2010-2014. Vládní výbor dále administruje Národní rozvojový program mobility pro všechny, který podporuje realizaci komplexních bezbariérových tras ve městech a obcích a odstraňování bariér v dopravě a v budovách veřejných a státních institucí. Dále se podílí na dotačním programu Podpora veřejně účelných aktivit občanských sdružení zdravotně postižených a každoročně vyhlašuje Cenu VVZPO za nejlepší díla, zaměřená na problematiku zdravotního postižení v tisku, rozhlase a televizi, a přispívá tak k šíření informací o problematice (Vláda ČR).

3.1.1. FAKTA A ČÍSLA

Podle šetření Českého statistického úřadu z roku 2007 je počet osob se zdravotním postižením žijících v České republice přibližně 1 015 548 z celkového počtu obyvatel 10 287 189, přičemž 52% tvoří ženy a 48% muži. Z tohoto počtu je 46 208 mladších 14 let, 407 695 ve věku 15-59 let a 560 018 starších 60 let. Podle statistiky, kterou provedlo Ministerstvo práce a sociálních věcí v letech 2005-2008, tvoří osoby se zdravotním postižením podíl 17,4% na celkovém počtu nezaměstnaných. Zatímco však celková nezaměstnanost v těchto letech poklesla, pro osoby se zdravotním postižením lehce vzrostla. Pouze 15% zdravotně postižených při hledání zaměstnání využívá služeb úřadů práce, ostatní se raději spoléhají na vlastní iniciativu nebo pomoc rodiny či přátel. Někteří využívají nabídky pomoci neziskových organizací, která má velice pozitivní výsledky. Avšak ukázalo se, že osoby se zdravotním postižením většinou upřednostňují hledání práce

na otevřeném trhu nad chráněným pracovním místem nebo nechtějí vstupovat na pracovní trh vůbec. Zdravotní postižení je na pracovním trhu převážně vnímáno jako znevýhodnění (ANED 2012).

Data z roku 2007 ukazují, že 45 046 dětí se speciálními vzdělávacími potřebami dochází do běžných škol, přičemž 36 085 dětí je integrováno do klasických tříd a 8 961 dětí chodí do speciální třídy. Přibližně jedna třetina mužů se zdravotním postižením má pouze základní vzdělání, 30% z nich má střední vzdělání bez maturity a 8% dosáhlo vzdělání vyššího než tyto uvedené. U žen jsou výsledky příznivější, 45% má základní vzdělání, 21% dosáhlo středního vzdělání s maturitou a 5% dokončilo vysokoškolské studium. Podíl zdravotně postižených s dokončeným středoškolským vzděláním vůči většinové populaci je 20% : 27%. V České republice má středoškolské vzdělání 81% obyvatel v produktivním věku, avšak pro zdravotně postižené je to pouze 50% (ANED 2009).

Skupina osob se zdravotním postižením byla identifikována jako skupina ohrožená sociálním vyloučením, avšak s vysokou mírou viditelnosti pro politiku (např. ve vztahu k práci, fyzické přístupnosti). Podle dat o veřejných výdajích z roku 2007 se od roku 1990 počet částečných invalidních důchodů zvýšil rychleji než počet plných důchodů. Invalidní důchody tvoří 16,4% všech důchodů (11,8% plné a 5,6% částečné). Hodnota plného invalidního důchodu však mezi lety 1997 a 2007 klesla z původních 60% průměrné mzdy na 51,5%. Pro částečný důchod se jedná o pokles ze 40,2% na 31,3%. V České republice platí, že společnosti s více než 25 zaměstnanci musí zaměstnávat alespoň 4% osob se zdravotním postižením. Čtvrtina veřejnosti se domnívá, že stát věnuje dostatečnou pozornost problematice zaměstnávání lidí s postižením (ANED 2012).

3.1.2. ROVNOST VZDĚLÁVACÍCH PŘÍLEŽITOSTÍ PRO MLADÉ LIDI S POSTIŽENÍM

Od 1. ledna 2004 je zákonem ustanoveno, že děti s jakýmkoliv zdravotním postižením mohou chodit do běžných škol. Ředitelé mohou tyto děti individuálně integrovat na základě žádosti rodiče, opatrovníka nebo speciálně pedagogického centra, avšak pouze v případě pokud jim mohou zajistit adekvátní podporu pro vzdělávání. Přestože počet běžných škol otevřených pro žáky s postižením roste, současně tyto žáci a jejich rodiny nemají komplexní ani adekvátní podporu pro vzdělávání. Školy většinou dostávají finanční příspěvek, aby mohli žáky se zdravotním postižením úspěšně integrovat, avšak tento příspěvek není právně zaručen. Proto se musí škola často finančně podílet na zajištění

osobního asistenta nebo asistenta pedagoga. Tato podpora je považována za nezbytnou, proto je často vyvíjen tlak na rodiče ze strany školy, aby osobního asistenta pro své dítě zajistili sami.

V rámci vzdělávacího systému chodí děti se středním nebo těžkým postižením většinou do speciálních škol. Kvalita vzdělání se na každé škole trochu liší, ale je obecně považována za dobře rozvinutou, opírající se o pevné právní základy a silnou personální i finanční podporou. Na rozdíl od základního a středního vzdělání však neexistuje žádná podobná podpora pro vyšší vzdělání nebo celoživotní vzdělávání.

3.1.2.1. Právní předpisy

Jedním z nejdůležitějších dokumentů v oblasti problematiky zdravotně postižených je již výše zmíněny Národní plán vytváření rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2010-2014 přijatý v březnu 2010. Velký počet cílů, které plán stanovuje, se týká právě rovného přístupu ke vzdělání, a zároveň volá po systematické podpoře terciárního vzdělávání studentů se specifickými vzdělávacími potřebami.

Listina základních práv a svobod jako součást ústavního pořádku České republiky přímo nezakazuje diskriminaci na základě zdravotního postižení, proto byl přijat antidiskriminační zákon č. 198/2009 Sb., který uvádí právní předpisy v souladu se směrnicemi EU. Rovný přístup ke vzdělávání dále zajišťuje nový školský zákon č. 472/2011 Sb., který se dotýká inkluzivního a speciálního vzdělávání. Zákon nastavuje pravidla pro dlouhodobé politické cíle, skrze něž je stanovena strategie vzdělávací politiky, jak na národní, tak i na regionální úrovni, a požaduje zaznamenávání plnění této strategie ve výročních zprávách (ANED 2010).

3.1.3. ZAMĚSTNÁVÁNÍ LIDÍ SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM

Pro oblast zaměstnávání je relevantní jednak Národní plán vytváření rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením, ale také Střednědobá koncepce státní politiky vůči občanům se zdravotním postižením, která stanovuje prioritu zaměstnávání lidí s postižením na otevřeném pracovním trhu a nastavuje dlouhodobé cíle vytváření inkluzivních pracovních míst. Navrhuje změny státní podpory v oblasti zaměstnávání, jako je aktivní politika zaměstnanosti, a určuje nezbytné finanční zdroje pro udržení nového systému podpory. Zmiňuje také potřebu vytvoření podnětů k zaměstnávání lidí se změněnou

pracovní schopností pro firmy s méně než 25 zaměstnanci (na které se nevztahuje zákonem daná kvóta).

3.1.3.1. Právní předpisy

Nový zákoník práce zavádí definici přímé a nepřímé diskriminace v zaměstnání. Nejdůležitějším právním aktem je zákon o zaměstnanosti č. 435/2004 Sb., který určuje povinnosti zaměstnavatele vůči zdravotně postižením. Stejně jako zákoník práce rozlišuje mezi přímou a nepřímou diskriminací a zavádí systém kvót a dotací pro společnosti zaměstnávající osoby se změněnou pracovní schopností. Jak už bylo zmíněno, firmy a organizace, které zaměstnávají více než 25 zaměstnanců, musí zajistit, aby 4% zaměstnanců tvořili pracovníci se změněnou pracovní schopností nebo osoby znevýhodněné na otevřeném pracovním trhu. Kvóta je stejná pro veřejný i soukromý sektor.

Pro dodržení požadavků mohou společnosti také objednávat zboží od organizací, jejichž pracovní síla je tvořena alespoň z 50% zaměstnanci se změněnou pracovní schopností nebo osobami znevýhodněnými na trhu práce. Poslední možností je pak přispívat do státního rozpočtu. V praxi si většina zaměstnavatelů vybírá tuto možnost, protože to je pro ně zároveň nejméně nákladné a nejvíce pohodlné, přestože poplatek za místo neobsazené podle dané kvóty je ve výši 2,5 násobku průměrné mzdy (ANED 2009).

3.1.3.2. Směrnice 2000/78/EC

Česká republika plně vyhověla požadavkům Směrnice 2000/78/EC z 29. června 2000 pro implementaci principu rovného zacházení s osobami bez ohledu na jejich rasu nebo etnický původ a Směrnici 2000/78/EC z 27. listopadu 2000, která stanovuje obecný rámec pro rovné zacházení v zaměstnání. Vláda měla v úmyslu plně dodržovat tyto dvě směrnice pouze prostřednictvím antidiskriminačního zákona. Změnami občanského zákoníku byly právní předpisy v oblasti zaměstnanosti v souladu s těmito směrnicemi, ale mimo tuto oblast nebyla podobná ochrana proti diskriminaci právně závazná. Bylo proto přijato rozhodnutí o uvedení jednotného právního aktu o rovném zacházení, který explicitně zakazuje diskriminaci na základě zdravotního postižení. Tento akt byl schválen Parlamentem, ale následně vetován prezidentem (ANED 2009). Až 17. června 2009 Poslanecká sněmovna Parlamentu ČR přehlasovala prezidenta republiky a konečně schválila zákon č. 198/2009 Sb. (Jakubka 2009).

3.2. SLOVENSKO

Slovensko se muselo stejně jako Česká republika vyrovnat se změnami, které byly spojené s transformací politického režimu v roce 1989 a následně s rozdělením Československa v roce 1993. Jak už bylo zmíněno, v komunistickém Československu byli zdravotně postižení izolováni v ústavech, aby nekazili uměle vytvořený obraz společnosti složené pouze ze zdravých a praceschopných jedinců. Možnosti vzdělávání, sociální péče a služeb byly na velmi nízké úrovni. Osoby se zdravotním postižením prakticky nebylo možné potkat na ulici či ve veřejných institucích. Situace v ústavech a léčebnách byla navíc velice špatná, jelikož zde nebyla respektována základní lidská práva a důstojnost (Dikriminacia.sk).

Od počátku 90. let začala být veškerá sociální intervence organizovaná na základě dodržování lidských a občanských práv a na principu nediskriminace, společnost zaujala zcela nový přístup k otázkám sociálně-právní ochrany osob se zdravotním postižením. Zvláštní intervenční opatření byla nahrazena vládní politikou založenou na začleňování otázek zdravotního postižení do všech rozhodujících dokumentů a procesů. Došlo k decentralizaci sociálních služeb z hlediska plánování, financování i samosprávy, pro realizaci sociálních služeb začaly být podporovány také nestátní subjekty a zástupci zdravotně postižených se stali aktivními účastníky rozhodovacího procesu (Hromková 2013, 4).

V roce 1988 byl přijat zákon o sociálním zabezpečení č. 100/1988 Zb., přičemž velmi důležitá byla jeho prováděcí vyhláška č. 151/1988 Zb., kterou se upravoval komplexní systém příspěvků a sociálních služeb i pro těžce zdravotně postižené občany. V roce 1998 byl přijat zákon o sociální pomoci, který nahrazoval původní zákon o sociálním zabezpečení a přinesl velké množství zásadních změn. Mimo jiné v něm byly zahrnuty myšlenky Hnutí nezávislého života, které vzniklo koncem 60. let v USA. Cílem hnutí bylo dosažení úplné rovnoprávnosti lidí se zdravotním postižením. Občan se zdravotním postižením je tedy vnímán jako rovnocenný člen společnosti se všemi právy a povinnostmi, a stává se tak klientem sociálních služeb. Od 1. července 1999 až dodnes je výkon agendy zákona o sociální pomoci v části týkající se peněžních příspěvků na kompenzaci sociálních důsledků těžkého zdravotního postižení realizován orgány místní státní správy (Hromková 2013, 4-5).

Usnesením č. 590 z 27. června 2001 byl přijat Národní program rozvoja životných podmienok občanov so zdravotným postihnutím vo všetkých oblastiach života (Národní

program rozvoje životních podmínek osob se zdravotním postižením ve všech oblastech života). Program je rozpracovaný v souladu s 22 pravidly přijatými v roce 1993 Valným shromážděním OSN v dokumentu *Standardní pravidla pro vyrovnávání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením* a skládá se ze čtyř kapitol: předpoklady pro plnou integraci, cílové oblasti rovnoprávného začleňování, realizační opatření a monitorovací mechanismy (ANNWIN 2003-2004, 9).

Zájmy zdravotně postižených na nejvyšší řídicí úrovni na Slovensku zastupuje *Výbor pre osoby so zdravotným postihnutím Rady vlády SR pre ľudské práva, národnostné menšiny a rodovú rovnosť*. Hlavním cílem výboru je zvýšit úroveň podpory, ochrany a dodržování práv osob se zdravotním postižením. Výbor spolupracuje s ministerstvy a jinými ústředními orgány státní správy, orgány místní a regionální samosprávy, nevládními organizacemi, vědeckými pracovišti a akademickými institucemi v oblasti práv osob se zdravotním postižením. Podněcuje výzkum, rozšiřování a efektivní výměnu informací v oblasti práv osob se zdravotním postižením, také průběžně sleduje a vyhodnocuje plnění národního programu. Hodnocení předkládá radě a podílí se na vypracování návrhů zpráv pro kontrolní mechanismy mezinárodních smluv o lidských právech, zejména pro *Úmluvu OSN o právech osob se zdravotním postižením* (MPSVR SR).

Vrcholovým orgánem organizací osob s různými typy zdravotního postižení je *Národná rada občanov so zdravotným postihnutím v SR* (NROZP v SR). Vznikla 20. listopadu 2003 v rámci projektu EDF financovaného Evropskou unií v souvislosti s přístupem nových členských států. Členství organizací v NROZP je založeno na vzájemné spolupráci při prosazování lepších životních podmínek občanů se zdravotním postižením na regionální, národní a mezinárodní úrovni. Rada vystupuje jako nezávislý a relevantní partner vlády SR v oblasti politiky pro osoby se zdravotním postižením. Od roku 2004 je řádným členem EDF a čestným členem Inclusion Scotland (Nrozp.sk).

3.2.1. FAKTA A ČÍSLA

Na Slovensku nebyl proveden žádný spolehlivý komplexní národní průzkum týkající se počtu obyvatel se zdravotním postižením. Jediným důvěryhodným zdrojem statistik osob se zdravotním postižením je Výběrové šetření pracovních sil (Labor Force Survey – LFS) z roku 2002 týkající se modulu zdravotních problémů a zdravotního postižení. Statistická

data o speciálním vzdělávání a integraci žáků se zdravotním postižením pak shromažďuje Ministerstvo školství, vedy, výskumu, a športu.

Podle dat z roku 2010 žije na Slovensku 9 200 nezaměstnaných se zdravotním postižením, na celkovém počtu nezaměstnaných tvoří podíl 2,4%, přičemž 60% jsou muži a 40% ženy. Na úřadech práce se registrovalo 10 970 zdravotně postižených uchazečů o zaměstnání, tedy 2,9% z celkového počtu uchazečů. Mezi lety 2009 a 2010 zaměstnanost lidí se zdravotním postižením narostla o 6,3%, tedy o 1 600 osob za jeden rok. Celkový počet zaměstnaných lidí s postižením je 27 000.

Data z roku 2009 ukazují, že 21 730 dětí se speciálními vzdělávacími potřebami dochází do běžných škol, přičemž 490 dětí chodí do běžné školky, 16 747 dětí je integrováno do klasické třídy základní školy a 517 studentů na středních školách. Skupina osob se zdravotním postižením je ohrožena rizikem chudoby. Většina dospělých, kteří pobírají invalidní důchod, nemá žádný jiný příjem a skoro polovina občanů se zdravotním postižením přiznala, že se jejich ekonomická situace v posledních pěti letech zhoršila. Asi 65% zdravotně postižených cítí, že nemá dostatek finančních prostředků na denní životní náklady. Mnoho z nich čelí vážným finančním problémům při pokrývání výdajů na zdravotní péči a léky, volnočasové aktivity a dopravu (ANED 2009).

3.2.2. ROVNOST VZDĚLÁVACÍCH PŘÍLEŽITOSTÍ PRO MLADÉ LIDI S POSTIŽENÍM

Podle Ústavy Slovenské republiky má každý občan právo na vzdělání a školní docházku. Základní a střední vzdělání je poskytováno bezplatně, přičemž mladí a zdravotně postižení lidé mají právo na speciální ochranu v pracovněprávních vztazích a pomoc v oblasti odborného vzdělávání. Ustanovení pro naplnění těchto závazků jsou součástí zvláštních právních předpisů. Všechna ustanovení týkající se vzdělávání jsou založena nejprve na identifikaci žáka se speciálními vzdělávacími potřebami a uznání jeho specifických požadavků týkajících se obsahu, formy i metody studia.

Žáci s různými typy postižení se mohou vzdělávat na běžných školách (individuální integrace nebo integrovaná třída) nebo na speciálních školách. Podle statistiky z roku 2009 většina studentů s postižením využívá inkluzivní formu vzdělávání, především ve formě individuální integrace. Organizace však kritizují nedostatek financí pro zajištění bezbariérového prostředí, nedostatek kompenzačních přístrojů a zařízení, nedostatky v transformaci vzdělávacích a didaktických materiálů do alternativní podoby a nedostatečné služby speciálních pedagogů a asistentů pedagoga. Přestože rodiče

a opatrovníci mají právo pro své dítě vzdělávací instituci sami vybrat, často jsou ředitelem běžné školy odkázáni na speciální vzdělávací program.

Pro univerzitní vzdělávání platí, že studenti se zdravotním postižením jsou kompletně začleněni. Studentům je poskytována speciální finanční podpora nebo mají jiné výhody. Jedná se například o zvláštní fond na podporu studentů s postižením, přímou platbu pro osobní asistenty, příspěvek k nákupu auta nebo jiného pomocného zařízení a financování koordinátorů pracujících se zdravotně postiženými studenty v podpůrných centrech.

3.2.2.1. Právní předpisy

V minulosti zde byla právní omezení pro děti a mladé lidi s postižením pro uplatnění práva na vzdělání a využívání vzdělávacího systému stejnou měrou jako zbytek populace. Podle dosavadních právních předpisů existovala do roku 2001 možnost uznat status „dítě neschopné vzdělávání“, který legálně vylučoval žáka z povinné školní docházky. Tato možnost byla uplatňována zejména u těžce mentálně postižených dětí. Od roku 2001 se situace kompletně změnila, podle čl. 42 Ústavy Slovenské republiky má každý právo na bezplatné vzdělání a školní docházka je povinná, a dále podle čl. 38 mají zdravotně postižení právo na speciální ochranu v pracovněprávních vztazích a odborné přípravě (ANED 2010).

Podle Programové vyhlášky vlády Slovenské republiky 2006-2010 je nutné zajistit takové vzdělání pro děti a žáky se změněnými pracovními schopnostmi, aby byly schopné ve svém životě najít důstojné zaměstnání. Velice důležitým dokumentem je již zmiňovaný Národní program rozvoje životních podmínek osob se zdravotním postižením ve všech oblastech života, který představuje vládní doktrínu na podporu osob se zdravotním postižením ve všech oblastech života, tedy i v oblasti vzdělávání. Dokument formuluje závazky pro různé veřejné a soukromé autority, aby došlo k zajištění takových podmínek, za jakých budou lidé s postižením moci uplatňovat své právo na vzdělání zejména v inkluzivním programu.

3.2.3. ZAMĚSTNÁVÁNÍ LIDÍ SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM

Lidé s postižením stále nemají stejná práva, podmínky, příležitosti a volby jako ostatní. Existuje velké množství překážek, nejen fyzických, ale také psychologických jako mohou být například předsudky zaměstnavatelů. Proto slovenská vláda přezkoumala současný

system zaměstnávání lidí se zdravotním postižením s cílem odstranit bariéry a vytvořit nová pracovní místa pro znevýhodněné cílové skupiny.

3.2.3.1. Právní předpisy

Nejdůležitějším právním předpisem je zákon č. 5/2004 Z. z. o službách zaměstnanosti, který upravuje vytváření a udržování chráněných pracovních míst, provozování samostatně výdělečné činnosti pro osoby se zdravotním postižením nebo agentury podporovaného zaměstnávání. Podle tohoto zákona musí všichni zaměstnavatelé, kteří mají 20 nebo více zaměstnanců, zaměstnávat alespoň 3,2% zdravotně postižených. Zaměstnavatelé mohou pak od veřejné správy získat různé finanční benefity na podporu zřizování a provozování těchto pracovních míst. Vyhláška č. 44/2004 Z. z., kterou se tento zákon vykonává, nastiňuje také předepsané podmínky a náklady Národního programu rozvoje životních podmínek osob se zdravotním postižením ve všech oblastech života.

Zákon o službách zaměstnanosti byl 1. května 2008 pozměněn. Tyto změny se týkaly přípravy na povolání a školení pro osoby se zdravotním postižením zahrnující také možnost asistenta při práci na období jednoho měsíce, příspěvku pro udržení zdravotně postižených v zaměstnání, příspěvku na technické vybavení a majetek při chráněném pracovním místě, ale také legislativních požadavků na vytváření sociálních podniků. Cílem sociálních podniků je podpořit zaměstnávání zdravotně postižených na otevřeném pracovním trhu, proto je maximální doba výkonu tohoto zaměstnání nastavena na dva roky. Toto opatření vešlo v platnost 1. září 2008 (ANED 2009).

3.3. POLSKO

Stejně jako v ostatních post-komunistických zemích i v Polsku byly kvůli bývalému režimu ve společnosti vytvořeny stereotypy ve vnímání osob se zdravotním postižením, které stále přetrvávají. Komunistická ideologie vytvořila archetyp ideálního zdravého jedince, který je schopný pracovat, a ty, kteří do tohoto modelu nezapadali, z většinové společnosti vyčlenila. Jak sarkasticky komentuje zdravotně postižená Emilia: „Před rokem 1989 osoby se zdravotním postižením neexistovaly. V Polsku jsme neměli žádné zdravotně postižené“ (Holtkamp 2008). Absence veřejných zařízení a služeb pak předsudky společnosti vůči zdravotně postiženým ještě umocnila. Zdravotně postižení tak měli pouze dvě možnosti, zůstat trvale ve svých domovech nebo se stát „pracujícím vězněm“ ve

społeczności invalidów (spółdzielnia inwalidów). Jednalo se o specializované instituce, kde byli lidé s postižením úplně izolovaní od společnosti a byla jim přidělena pouze jednoduchá fyzická práce jako např. výroba kartáčů. Na veřejnosti byla tato místa prezentovaná jako prospěšná a k osobám se zdravotním postižením štedrá, ale ve skutečnosti se jednalo v podstatě o pracovní ghetta. Majoritní společnost tak vůbec neuvažovala o tom, že lidé s postižením by mohli chodit do školy, pracovat nebo zakládat rodinu. Tento stereotyp měl samozřejmě na zdravotně postižené obrovský vliv, zejména pak na to, jak vnímali sami sebe.

Po roce 1989 bylo charakteristickým trendem tvrdé odmítání komunistických hodnot a otevírání řady tabuizovaných témat, mezi nimiž byli také lidé s postižením. Poprvé se práva této perzekuované skupiny stala předmětem veřejného diskurzu. Společnosti invalidů byly zrušeny a veřejnost tlačila na vládu, aby byla práva osob se zdravotním postižením konečně uznána, a oni tak získali přístup na pracovní trh. Vláda tedy v roce 1991 přijala zákon o profesní a sociální rehabilitaci a zaměstnanosti osob se zdravotním postižením, který měl být založen na úspěšně zavedených a osvědčených řešeních fungujících v západní Evropě.

Na první pohled se zákon zdál být progresivním krokem směrem k plné integraci osob se zdravotním postižením. Zákonem bylo založeno několik institucí zastupujících zájmy zdravotně postižených, byla přehodnocena terminologie a zdravotní postižení bylo rozděleno podle míry závislosti na okolí. Součástí tohoto zákona bylo také zavedení kvót pro společnosti zaměstnávající více než 25 lidí. Nesplnění této kvóty mělo za následek uložení pokuty, která měla být zaplacená Národnímu fondu pro rehabilitaci osob se zdravotním postižením (Państwowy Fundusz Rehabilitacji osób Niepełnosprawnych - PFRON). Tento fond byl určen na financování pracovní a sociální rehabilitace osob se zdravotním postižením, především měl tedy sloužit k úpravě pracovišť tak, aby byla přístupná pro zdravotně postižené. Náklady na restrukturalizaci pracovišť však byly natolik vysoké, že se nakonec většina společností uchýlila raději k placení poplatků.⁴ V roce 1997 byla role PFRONu na polském pracovním trhu rozšířena a v této podobně funguje až do dnes. PFRON poskytuje finanční prostředky společnostem, které zaměstnávají požadovaný počet lidí s postižením, aby mohlo dojít k jejich plné integraci. Z těchto prostředků by měly být zakoupeny pomůcky pro usnadnění práce nebo vybudovány bezbariérové přístupy, ale firmy je jen zřídka využívají k tomuto účelu. Zásadním problémem je

⁴ Největší roční příspěvky do PFRON posílá Instituce sociálního pojištění (Zakład Ubezpieczeń Społecznych - ZUS), která byla v roce 2006 nucena zaplatit 26 milionů zlotých (8,5 mil. USD).

samotná instituce PFRON, která je financována společnostmi neplnícími požadované kvóty, a tudíž nemá v podstatě zájem na tom, aby zaměstnavatelé tyto kvóty doopravdy splňovali. Mechanismy diskriminace osob se zdravotním postižením jsou tedy v podstatě součástí polské legislativy (Holtkamp 2008).

Klíčovým vnitrostátním orgánem, který je odpovědný za dodržování práv zdravotně postižených a implementaci politiky, je *Zmocněnec vlády pro osoby se zdravotním postižením* (Pełnomocnik Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych). Dohlíží na provádění cílů vymezených zákonem o profesní a sociální rehabilitaci a zaměstnanosti osob se zdravotním postižením z 27. srpna 1997. Zmocněnec je státním tajemníkem Ministerstva práce a sociální politiky (Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej), které je odpovědné za dohled nad legislativou týkající se lidí s postižením, a je tedy povinen mimo jiné vyjadřovat se k právním předpisům o zaměstnanosti, rehabilitaci a životních podmínkách zdravotně postižených a navrhnout vládní programy týkající se lidí s postižením (ANED 2009). Své povinnosti může vykonávat prostřednictvím *Úřadu vládního zmocněnce pro osoby se zdravotním postižením* (Biuro Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych - BON), který je samostatnou organizační jednotkou Ministerstva práce a sociální politiky. Pozice vládního zmocněnce pro osoby se zdravotním postižením je platná od 21. listopadu 2007 (Niepełnosprawni.gov.pl).

Dalším subjektem je *Národní poradní sbor pro osoby se zdravotním postižením* (Krajowa Rada Konsultacyjna do Spraw Osób Niepełnosprawnych), který je zároveň poradním orgánem vládního zmocněnce pro osoby se zdravotním postižením a fórem pro spolupráci místní správy a nevládních organizací ve prospěch osob se zdravotním postižením. Funguje podle zákona o profesní a sociální rehabilitaci a zaměstnanosti osob se zdravotním postižením a nařízení ministra práce a sociálních věcí ze dne 15. listopadu 2007 o způsobu a fungování Národního poradního sboru pro osoby se zdravotním postižením (Niepełnosprawni.gov.pl). Nevládní organizace osob s různými typy zdravotního postižení pak zaštiťuje *Polské fórum osob se zdravotním postižením* (Polskie Forum Osób Niepełnosprawnych - PFON), které funguje od května 2003 a od roku 2004 je členem EDF.

Mezi důležité předpisy týkající se politiky pro osoby se zdravotním postižením patří *Listina základních práv pro osoby se zdravotním postižením* (1997), která zdravotně postiženým přiznává právo na nezávislý aktivní život bez diskriminace a může sloužit také jako katalog práv osob se zdravotním postižením. Právní předpisy přijaté po 1. srpnu 1997 nesmí být v rozporu s podmínkami charty. Listina rovněž ukládá polské vládě povinnost

implementovat politiku pro osoby se zdravotním postižením. Nicméně Listina je pouze usnesením, a není proto právně závazná. Na mezinárodní úrovni pak Polsko podepsalo *Úmluvu OSN o právech osob se zdravotním postižením*, avšak nikoliv její Opční protokol. Polsko nepřijalo žádnou národní strategii ani akční plán týkající se zdravotně postižených (ANED 2009).

3.3.1. FAKTA A ČÍSLA

Ze zdravotního šetření obyvatelstva Ústředního statistického úřadu provedeného v roce 1996 vyplynulo, že v Polsku žije 5 430 600 osob se zdravotním postižením, tedy 14,3% z celkového počtu obyvatel. Oproti roku 1988 se jedná o nárůst o téměř 50%. Nárůst byl nejvyšší u občanů žijících ve venkovských oblastech a ve věkové skupině do 24 let, poměrně vysoký byl také pro skupinu osob v produktivním věku, ale naopak relativně nízký po osoby nad 60 let. Nárůst počtu dětí se zdravotním postižením ve srovnání s rokem 1988 byl překvapivě vysoký, ukázalo se, že v Polsku žije 288 100 dětí se zdravotním postižením do 15 let, což představuje 3,3% populace v této věkové skupině (Małosa 2014). Výsledky Sčítání lidu z roku 2002 pak ukazují, že v Polsku žije přibližně 4,5 milionu lidí, kteří mají status zdravotně postižených (11,7% populace), a 5,5 milionu lidí, kteří sami sebe považují za zdravotně znevýhodněné (14,3% populace), přičemž 47,1% jsou muži a 52,9% ženy. Z toho počtu je 5,3% ve věku do 20 let, 57,1% ve věku 20-64 let a 37,6% ve věku 65 let a více (ANED 2009).

Data z roku 2007 ukazují, že míra zaměstnanosti osob se zdravotním postižením byla 19,4% ve srovnání s 57% celkové zaměstnanosti. Míra zaměstnanosti zdravotně postižených se už několik let drží na stejné úrovni, ženy jsou však v mnohem horší situaci než muži. Ukázalo se, že zaměstnanost žen je o 4,4% nižší než zaměstnanost mužů. Podle výsledků výzkumu, který provedl ANED v roce 2009, byla míra zaměstnanosti zdravotně postižených vypočítána na 33,3% oproti 70,3% celkové zaměstnanosti, přičemž opět potvrzuje, že situace je mnohem horší pro ženy než muže.

Osoby se zdravotním postižením mají podstatně nižší úroveň vzdělání než zbytek populace. Šetření z roku 2007 ukázalo, že 68,6% lidí s postižením má dokončené vzdělání nižší než středoškolské (oproti 49,5% pro většinovou populaci), pouze 5,7% má univerzitní vzdělání (oproti 15,7% většinové populace) a jen 0,5% se účastní celoživotního vzdělávání (oproti 5% většinové populace). V letech 2007-2008 chodilo přibližně 60% žáků s postižením na běžné nebo integrované základní školy a 44% na běžné střední školy.

Avšak tyto statistiky zahrnují také žáky, kteří se na tyto školy oficiálně přihlásili, ale vzdělávali se ve speciálních třídách nebo formou individuální domácí výuky. Procento zdravotně postižených ohrožených rizikem chudoby nebo sociálním vyloučením je 21,2% oproti 5,4% většinové populace (ANED 2009).

3.3.2. ROVNOST VZDĚLÁVACÍCH PŘÍLEŽITOSTÍ PRO MLADÉ LIDI S POSTIŽENÍM

Přestože se polský vzdělávací systém pomalu ubírá směrem méně segregovaného a více inkluzivního vzdělávání, přístup ke vzdělání, zejména ke středoškolskému vzdělání, je pro studenty s těžším zdravotním postižením stále omezen. Je zde viditelná tendence začleňovat žáky s postižením do běžných základních škol, tento trend nicméně není patrný na středních školách. Čím těžší postižení, tím větší je pravděpodobnost, že student bude vzděláván v segregovaném programu. Pro některé typy postižení platí, že žáci s touto diagnózou téměř výhradně navštěvují speciální školy. Polsko podepsalo a ratifikovalo *Úmluvu OSN o právech osob se zdravotním postižením*, avšak bude ještě nutné udělat velké množství změn pro dosažení plného souladu vnitrostátního práva s Úmluvou. Polsko je stále daleko od zajištění rovného přístupu k terciárnímu vzdělávání, odbornému vzdělávání, vzdělávání dospělých a celoživotnímu vzdělávání. Dostupné statistiky ukazují, že přístup k těmto typům vzdělání a školení pro lidi s postižením jsou velice omezené.

Současné právní předpisy jasně stanovují povinnost škol zajistit přiměřené podmínky, speciální vybavení a učební pomůcky pro studenty se zdravotním postižením, a také jejich individualizovanou podporu. Nicméně toto platí pouze pro základní a střední školy a míra dodržování se navíc napříč různými školami hodně liší. Instrukce vyššího vzdělávání jsou autonomní, takže legislativa přesně nestanovuje rozsah podpory, která má být dostupná pro studenty s postižením. Každá vysoká škola by tedy měla implementovat svou vlastní politiku, zaměstnávat vlastního zmocněnce a zřídit úřad pro osoby se zdravotním postižením, ale záleží vždy na rozhodnutí konkrétní instituce, zda tyto kroky učiní. Na druhou stranu však existuje právní předpis o finanční podpoře pro vysokoškolské studenty s postižením a drtivá většina tuto podporu využívá. Poskytovatelé dalšího vzdělávání a různých školení však už nejsou povinni dodržovat přístupnost, dostupnost výukových materiálů ani individuální podporu pro zdravotně postižené. Služby osobní asistence jsou v Polsku navíc dosti omezené.

3.3.2.1. Právní předpisy

Na centrální úrovni je za systém vzdělávání zodpovědné ministerstvo školství, hlavním legislativním rámcem je pak Vzdělávací systém z roku 1991. Nedílnou součástí systému je také speciální vzdělávání, přičemž pro studenty s postižením existují kromě běžných škol, které mohou mít speciální nebo integrovaný profil, školy speciální, domácí školy a nápravná centra pro žáky s intelektuálním znevýhodněním ve zvýšené míře. Zákon o vzdělávacím systému umožňuje žákům se zdravotním postižením navštěvovat jakýkoliv typ školy podle svých individuálních možností a potřeb, stejně jako právo na individuální výuku, učební plán a vhodnou úpravu studijního obsahu. Klasické školy mají právní povinnost zapsat každé dítě žijící v dané oblasti. Dokonce, i když je rodičům doporučeno poslat své dítě do speciální školy, mají právo, aby jejich dítě chodilo do klasické školy ve čtvrti, kde žijí. V praxi jsou však rodiče tlačeni umístit své zdravotně postižené dítě do školy speciální.

Inkluzivní vzdělávání, zejména integrovaný vzdělávací systém se v Polsku vyvíjí od roku 1989, přičemž iniciativa vychází zejména ze strany rodičů dětí s postižením. Zatímco ve školním roce 1989-1990 byla v Polsku jediná integrovaná mateřská školka, v roce 2006-2007 v integrovaném systému studovalo již 25 tisíc žáků s postižením. Někteří rodiče a rodičovské organizace však inkluzivní formu vzdělávání kritizují a chtějí speciální školy udržet (ANED 2010).

3.3.3. ZAMĚSTNÁVÁNÍ LIDÍ SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM

Zákon z roku 1997 kladl velký důraz na to, aby vznikala chráněná pracoviště, která by podpořila integraci osob se zdravotním postižením na trh práce. Nicméně tato pracoviště v mnoha ohledech připomínají *společnosti invalidů*, které existovaly za komunistického režimu. V chráněném pracovišti jsou lidé s postižením izolováni od většinové společnosti, často dělají velice podřadné úkoly a je jim upírána zodpovědnost. Jelikož finanční příspěvky pro tyto organizace jsou poměrně vysoké, někteří zaměstnavatelé se snaží s lidmi s postižením manipulovat. V roce 1997 bylo navíc relativně snadné získat status chráněného pracoviště, takže dodnes velké množství společností tohoto nedostatku využívá a čerpá finanční dotace bez toho, aby lidi s postižením opravdu integrovalo. To však neznamená, že chráněná pracoviště nefungují vůbec. Například společnost Wittchen vyrábějící kvalitní výrobky z kůže je příkladem účinné a produktivní integrace lidí

s postižením na trhu práce. Situace osob se zdravotním postižením v oblasti pracovního trhu práce se však musí zlepšit (Holtkamp 2008).

3.3.3.1. Právní předpisy

Zaměstnanost osob se zdravotním postižením je obecně upravena v zákoníku práce nebo zákoně o podpoře zaměstnanosti a institucí na trhu práce. Zákoník práce popisuje práva a povinnosti zaměstnavatelů a zaměstnanců a stanovuje povinná pravidla pro ochranu zaměstnanců, zákon o podpoře zaměstnanosti pak stanovuje povinnost státu podporovat zaměstnanost a odbornou přípravu a snižovat nezaměstnanost. Jedná se o předpisy, které jsou platné pro všechny občany, ale poskytují prostor pro specifické kroky směrem k vymezené skupině nezaměstnaných, jako jsou například zdravotně postižení. Zaměstnanost je samozřejmě upravena také v již několikrát zmiňovaném zákoně o profesní a sociální rehabilitaci a zaměstnanosti osob se zdravotním postižením.

V posledních letech byly zavedeny některé důležité změny, které se týkají zaměstnanosti lidí s postižením. Změny v zákoníku práce a v zákoně o podpoře zaměstnanosti posílily ochranu před diskriminací v zaměstnání, odborné přípravě a poradenství pro osoby se zdravotním postižením. Změny v zákoně o profesní a sociální rehabilitaci umožňují lidem s postižením registrovat se na úřadech práce a využívat nástroje a programy na trhu práce, přestože pobírají invalidní důchod. Předchozí pravidla vyhradovala přístup k těmto programům jen lidem se zdravotním postižením, kteří byli registrovaní jako nezaměstnaní, a vylučovala tedy všechny, kteří pobírali invalidní důchod, jelikož ti se jako nezaměstnaní registrovat nemohli. Změny posílily zásady vytváření společného jednotného otevřeného trhu práce, jelikož zavedly zvýšení veřejných nákladů na zaměstnávání lidí s postižením tak, aby došlo k nárůstu zdravotně postižených osob v zaměstnání na otevřeném pracovním trhu.

Od roku 2004 jsou v platnosti nová pravidla týkající se dotací v zaměstnání s názvem „fondy sledující jednotlivce.“ Finanční příspěvky, které poskytuje PFRON, jsou nyní rozšířeny také na zaměstnavatele na otevřeném pracovním trhu. Sice stále v menší míře než jaké jsou poskytovány chráněným pracovištím, ale jedná se o posun od předchozího nastavení. V roce 2007 byla představena ustanovení, jejichž cílem je zajistit větší podporu a vyrovnání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením, a to jak na otevřeném trhu práce, tak na chráněných pracovištích. Měly by být hrazeny náklady spojené s vybavením pracovního místa pro lidi s postižením ve výši 15 násobku průměrné

odměny a zavedeny dotace pro zaměstnavatele ve výši 60% nákladů za roční mzdu v případě, že zaměstnávají osobu se zdravotním postižením, která byla v minulosti registrovaná na úřadu práce jako nezaměstnaná nebo jako uchazeč o zaměstnání (ANED 2009).

3.4. MAĎARSKO

Stejně jako v ostatních zkoumaných státech i v Maďarsku politici v období socialismu ignorovali témata jako chudoba, nezaměstnanost nebo zdravotní postižení, jelikož sociální problémy nebyly slučitelné s politickou ideologií dokonalé společnosti. Avšak hluboce zakořeněné předsudky proti zdravotně postiženým nejsou způsobené jen politickou tradicí, ale také přístupem zdravotních a sociálních služeb, které tyto osoby klasifikovaly jako zvláštní skupinu podřadnou většinové společnosti. Dokonce i maďarský výraz pro zdravotně postižené osoby – *fogyatékoság* – znamená „být nižší“ a je dnes proto často kritizován (Gábor 2014, 121-122).

Zvláště před rokem 1989, ale také dnes, jsou zdravotně postižení poznamenáni izolací a segregací, která je ještě podporována přístupem vzdělávací a sociální politiky. Uměle vytvořená sociální distance mezi lidmi s postižením a většinovou společností vede k hlubší stigmatizaci a vyloučení, například kvůli nedostatku informací nebo kontaktu. Nedostatečná státní podpory pro osoby se zdravotním postižením a jejich kompletní izolace v systému vzdělávání a zaměstnávání jsou v Maďarsku dlouhodobou praxí. Podobně jako v Polsku zde existovaly tzv. „cílové podniky“ (*célszervezet*), které vytvářely a poskytovaly práci osobám se sníženou schopností práce. Tyto společnosti – továrny, řemeslné dílny nebo textilky – byly vytvořené v souladu se socialistickou produktivitou práce, a zdravotně postižení tedy proto museli ve špatných pracovních podmínkách plnit náročné státní zakázky (Gábor 2014, 122).

Změna politického, ekonomického a sociálního systému v roce 1989 nepřinesla zemi jen demokracii, ale odhalila také sociální témata jako chudoba a nezaměstnanost. Pro osoby se zdravotním postižením byla transformace zvláště obtížná, jelikož žily na okraji společnosti a nemohly se jednoduše začlenit. Omezené zdroje státu i jednotlivců způsobily, že nebyla dostupná ani základní podpora, která by zdravotně postiženým pomohla v sociální participaci nebo nezávislém životě. Zdravotně postižení se tedy kvůli nedostatku efektivní sociální podpory museli potýkat s každodenními překážkami jako nepřístupnost budov a dopravních prostředků (Gábor 2014, 123). První zákon, který vyhověl základním

požadavkům na komplexní rehabilitaci a rovnost příležitostí vešel v platnost až v roce 1998. Postupem času pak zájmové skupiny a organizace pro lidi s postižením začaly podnikat zásadní kroky směrem k inkluzivnímu vzdělávacímu systému a dalším reformám.

Oficiálním vládním orgánem je *Národní rada zdravotně postižených* (Országos Fogyatékosügyi Tanács – OFT), která je složena ze členů vlády a zástupců organizací osob se zdravotním postižením a dalších zúčastněných organizací. Parlamentním rozhodnutím č. 10/2006 byla přijata národní strategie Nový národní program pro osoby se zdravotním postižením. Rozhodnutím č. 1062/2007 byl potom přijat Implementační plán národního programu pro osoby se zdravotním postižením 2007-2010. Organizace osob se zdravotním postižením v Maďarsku zaštiťuje *Národní rada federací osob se zdravotním postižením* (Fogyatékos Emberek Szervezeteinek Tanácsa - FESZT). Jejím úkolem je rozšiřovat sociální a politické povědomí o lidech se zdravotním postižením a upozorňovat na stávající problémy. Koordinuje činnost organizací tak, aby mohly osoby se zdravotním postižením vést samostatný způsob života a aktivně se účastnit ve společnosti, aby došlo ke zlepšení rovných příležitosti, aby byla dodržována lidská a občanská práva, a také aby se prohlubovala evropská integrace v oblasti zdravotního postižení (ANED 2011).

3.4.1. FAKTA A ČÍSLA

Podle sčítání lidu z roku 1990 žilo v Maďarsku 368 000 osob se zdravotním postižením, v roce 2001 to potom bylo 577 000 lidí, tedy 5,7% celkové populace. Dnes se toto číslo bude již pohybovat okolo 600 000 (ANED 2010). Podle šetření z roku 2009, které provedl ANED, je míra zaměstnanosti osob se zdravotním postižením v Maďarsku 32,1% (oproti 68,8% celkové zaměstnanosti), přičemž 34,6% zaměstnaných jsou muži a 30% ženy. Míra nezaměstnanosti osob se zdravotním postižením byla 19,8% a míra ekonomické aktivity 40,1%. Podíl osob se zdravotním postižením (ve věku 30-34), který dokončil vzdělání na terciární úrovni v Maďarsku je 13,1%, (oproti 25% většinové populace), přičemž 10,3% je zdravotně postižených mužů a 17,1% žen. Podíl mladých zdravotně postižených osob (ve věku 18-24 let), kteří předčasně ukončují školní docházku v Maďarsku je 22,5% (oproti 10,8% většinové populace). Podíl osob se zdravotním postižením ve věku 16 až 59 let, žijící v domácnostech ohrožených chudobou nebo sociálním vyloučením je 25,2% (oproti 5,6% většinové populace), přičemž je ohroženo 25,9% mužů s postižením a 24,4% žen (ANED 2011).

3.4.2. ROVNOST VZDĚLÁVACÍCH PŘÍLEŽITOSTÍ PRO MLADÉ LIDI S POSTIŽENÍM

Osoby se zdravotním postižením mají ze zákona právo na důstojnost, rovné zacházení, nezávislý život a plné zapojení do společnosti. V posledních dvou desetiletích byl právní rámec ustanoven s ohledem na rovné zacházení a integraci zdravotně postižených v oblasti vzdělávání. Tento právní rámec je založen na Ústavě, zákoně o veřejném vzdělání, zákoně o vysokoškolském vzdělání a zákoně o rovných příležitostech. Nicméně nedostatek inkluzivních škol v komunistickém i post-komunistickém Maďarsku způsobil, že zdravotně postižení žáci základních a středních škol jsou od svých vrstevníků odděleni. Univerzitní vzdělávání již segregované není, nicméně v roce 2002 studovalo na vysokých školách pouze 271 studentů se zdravotním postižením. Toto číslo se v roce 2008 zvýšilo na 1 176, ale jen kvůli 50 bodům navíc, které ze zákona o vysokoškolském vzdělání získali tito studenti v přijímací zkoušce.

3.4.2.1. Právní předpisy

Podle zákona o veřejném vzdělání (1993) mají děti a studenti s fyzickým, mentálním, smyslovým, řečovým nebo jiným handicapem právo na poskytnutí pedagogické nebo speciálně pedagogické péče. Speciální péče by měla být zajištěna už od raného vývoje dítěte, měla by být úměrná věkové kategorii a měla by být v souladu s posudkem specialisty a rehabilitačního výboru. Zákon o vysokoškolském vzdělání (2005) dále prohlašuje, že student má právo svobodně si vybrat školu, kde chce pokračovat ve studiu a má právo získat podmínky a služby, které budou v souladu s jeho schopnostmi.

Studenti se zdravotním postižením mohou žádat o dvojí finanční podporu, jednak jako osoba se zdravotním postižením a pak jako student. V rámci obecné finanční podpory mohou získat rodinné přídavky, dočasný invalidní důchod, pravidelný sociální příspěvek, veřejné zdravotní služby nebo příspěvek na dopravu. Univerzita jim potom může poskytnout klasické stipendium nebo mimořádné sociální stipendium. Nejdůležitější finanční podporou je však příspěvek pro nové studenty v prvním semestru.

Jedním z hlavních cílů Nového národního programu pro osoby se zdravotním postižením je také, že nedílnou součástí učitelské profese by měl být kurz pro vzdělávání zdravotně postižených dětí a dospělých. Zároveň by měly být rozšířeny různé formy integrovaného vzdělávání, akreditovány další formy vzdělávání a speciální vzdělávací programy by měly být vypracovány také pro vysoké školy. Učitelé by měli získat

zkušenosti pro komunikaci s dětmi se zdravotním postižením, aby mohli překonat problémy chování a učení dokonce i na běžné základní škole.

3.4.3. ZAMĚSTNÁVÁNÍ LIDÍ SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM

Z politického hlediska se osoby se zdravotním postižením a organizace hájící jejich práva staly jednou z nejsilnějších nátlakových skupin. Nicméně silný lobbying se v míře zaměstnanosti zdravotně postižených neodráží. Na počátku 21. století je stále velký počet osob se zdravotním postižením na pracovním trhu ve znevýhodněné pozici. Důvody pro takovýto stav situace můžeme nalézt tři.

Prvním z nich je výchozí bod, ze kterého Maďarsko začalo režim transformovat. Před změnou režimu bylo totiž k osobám se zdravotním postižením přistupováno jako k lidem na velmi nízké úrovni, s čímž bylo spojené omezené množství poskytovaných zdrojů a problém přístupnosti. Před transformací byla přístupnost důležitá pouze pro osoby se zdravotním postižením, poskytovatele služeb pro zdravotně postižené a hrstku výzkumníků zabývajících se zdravotně postiženými. Proto nemohlo v posledních dvou desetiletích dojít k dosažení žádných velkých výsledků nebo naplnění vyšších standardů. Situace se nezlepšila ani s přistoupením Maďarska do Evropské unie. Druhým důvodem je závislost na rozpočtu, jelikož opatření na jednotlivých úrovních rozhodovacího procesu, které mají podporovat zaměstnanost zdravotně postižených, jsou finančně velice náročné. V období rozpočtových škrťů řešení otázky zdravotně postižených ztratilo svou už tak jen částečnou podporu. Přestože v Maďarsku funguje silný lobbying, nestačí k obnovení ani těchto starých zdrojů, natož aby bylo možné získat nějaké nové. Třetím důvodem je přetrvávající zaujímání přístupu ke zdravotně postiženým podle medicínského modelu. Sociální model na rozdíl od modelu medicínského nezískal dostatečně silnou podporu, a tak jsou organizace osob se zdravotním postižením stále odkázány jen na omezené zdroje. Navíc velká část zdrojů zůstává v systému a podstatně menší část se dostává k lidem s postižením (ANED 2011).

3.4.3.1. Právní předpisy

V Maďarsku existují dva právní předpisy významné pro zaměstnanost zdravotně postižených, které byly jednomyslně schválené parlamentem, a sice zákon XXVI z roku 1998 o právech a rovných příležitostech osob se zdravotním postižením a zákon o ratifikaci Úmluvy OSN o právech osob se zdravotním postižením. Avšak provozní

nařízení potřebné pro implementaci nebyly přijaty, a ani odpovídající zdroje nebyly přiděleny.

V roce 2007 byl přijat zákon o rehabilitačních příspěvcích, který měl položit systému nové základy. Na rozdíl od předchozího nastavení, kdy převažovaly pasivní příspěvky, tj. invalidní důchod, by rehabilitační příspěvky měly přispívat k rozvoji pracovních schopností. Důraz na pracovní neschopnost podle medicínského modelu by měl být nahrazen interdisciplinárním přezkoumáním zabývajícím se schopností pracovat, na jehož základě by měl být vypracován rehabilitační plán.

4. Srovnání států

Cílem této práce je srovnat úroveň politiky pro osoby se zdravotním postižením ve zkoumaných státech vzhledem k právním aktům přijatým na nadnárodní úrovni, konkrétně na úrovni EU. Výzkum vychází z teorie *state-based explanation*, podle níž je možné vysvětlit různou míru implementace charakteristikou konkrétního státu. Předpokladem je, že státy, které jsou si navzájem podobné, budou mít i podobné výsledky v míře dodržování právních předpisů. Státy Visegrádské čtyřky se vyznačují podobným historickým vývojem, jelikož si všechny prošly transformací v roce 1989, v oblasti politiky pro osoby se zdravotním postižením podnikly určité kroky tak, aby se přiblížily západnímu modelu, a po vstupu do EU v roce 2004 se potýkaly s implementací právních aktů a opatření přijatých na nadnárodní úrovni.

Česká republika začala po roce 1989 pracovat na odstranění fyzických i sociálních bariér a postupně se dařilo zdravotně postižené začleňovat a využívat jejich potenciál. Vznikaly nové nevládní organizace a na trhu se začaly objevovat různé sociální služby. V roce 2009 byl přijat zákon č. 198/2009 Sb. o rovném zacházení a o právních prostředcích ochrany před diskriminací, který explicitně zakazuje diskriminaci na základě zdravotního postižení. Přijetím tohoto zákona Česká republika plně vyhověla požadavkům Směrnice 2000/78/EC. Celkově bylo zatím přijato pět národních strategií týkajících se osob se zdravotním postižením, přičemž nejaktuálnější je Národní plán vytváření rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2010-2014.

Na Slovensku se situace pro osoby se zdravotním postižením s transformací režimu kompletně změnila. Společnost zaujala k postiženým nový postoj, začaly se rozvíjet sociální služby a zástupci zdravotně postižených se stali součástí rozhodovacího procesu. V roce 1998 byl přijat zákon o sociální pomoci, který zajišťuje, že zdravotně postižení jsou vnímáni jako rovnocenní členové společnosti. Cílem národní strategie Národního programu rozvoje životních podmínek osob se zdravotním postižením ve všech oblastech života je tedy plná inkluze zdravotně postižených. V roce 2001 byla také konečně odstraněna možnost legálně vyloučit žáka z povinné školní docházky kvůli těžkému mentálnímu postižení.

V Polsku stále přetrvávají stereotypy vytvořené bývalým režimem, které se odráží nejen v postoji veřejnosti, ale také při dodržování právních předpisů. V roce 1991 byl přijat

zákon o profesní a sociální rehabilitaci a zaměstnanosti osob se zdravotním postižením, který měl být progresivním krokem k plné integraci zdravotně postižených, ale v praxi funguje spíše naopak. Příkladem je nesprávné fungování fondu PFRON, který je finančně závislý na poplatcích za neplnění kvót, a proto nemá v podstatě zájem motivovat firmy k zaměstnávání lidí s postižením. Polsko sice nepřijalo žádnou národní strategii týkající se zdravotně postižených, ale pozitivním krokem je přijetí *Listiny základních práv pro osoby se zdravotním postižením*. Jelikož se však jedná pouze o usnesení, dokument není právně závazný a není tedy možné kontrolovat jeho dodržování.

Situace v Maďarsku je velice podobná jako v Polsku, stále zde přetrvává vliv minulého režimu, který zdravotně postižené odsunul na okraj společnosti. Veřejnost proto tyto osoby stále vnímá jako méněcenné a přestože zde funguje poměrně silný lobbying stále se nedaří přijaté právní akty a opatření realizovat. V roce 1998 byl sice přijat zákon XXVI o právech a rovných příležitostech osob se zdravotním postižením, ale již nebyl doplněn o potřebná nařízení, která by zajistila jeho aplikaci. V roce 2006 můžeme pozorovat zlepšení, jelikož k národní strategii Nový národní program pro osoby se zdravotním postižením byl vypracován také implementační plán, avšak v praxi se stále nedaří tyto cíle realizovat. Problém představuje především omezené množství zdrojů, které byly ještě sníženy v období finanční krize, a dosud nedošlo k jejich obnovení.

Na základě provedeného výzkumu, který je založen zejména na datech poskytnutých akademickou skupinou expertů ANED, ale také na řadě odborných článků a závěrečných zpráv, jsem vytvořila tabulku srovnání národních politik pro osoby se zdravotním postižením (Tabulka 1). Tabulka vychází z článku Phillipse, ale liší se výběrem států a širším zaměřením, jelikož Phillips se zabývá vzdělávací politikou a politikou zaměstnanosti pro osoby se zdravotním postižením (Phillips 2012, 5). Analyzovala jsem přijaté národní strategie, možnosti vynucení právních aktů a úroveň podpory veřejnosti na základě výše uvedených dat a vypsala jsem právní akty, opatření a pozitivní kroky přijaté v jednotlivých státech.

Ve všech čtyřech státech byl přijat právní akt, který přiznává zdravotně postiženým jejich lidská a občanská práva. Národní strategie v České republice a na Slovensku byly vyhodnoceny jako plně inkluzivní, maďarská strategie jako částečně inkluzivní. V Polsku zatím žádná národní strategie týkající se osob se zdravotním postižením přijata nebyla. Možnosti vynucení právních aktů hodnotím v Polsku a v Maďarsku jako limitované, na Slovensku jako uspokojivé a v České republice jako velmi uspokojivé. Úroveň podpory veřejnosti je na vysoké úrovni v České republice a na Slovensku, v Maďarsku na úrovni

nízké a v Polsku na velmi nízké úrovni. Pozitivní kroky ve vztahu ke zlepšení situace osob se zdravotním postižením byly identifikovány pouze v České republice a v Polsku.

Celkově hodnotím situaci osob se zdravotním postižením jako znatelně lepší v České republice a na Slovensku. V Polsku a Maďarsku se zatím nedaří změnit zažitá stereotypy, společnost má stále ke zdravotně postiženým předsudky a nedaří se přijaté právní akty správně aplikovat. Důvodem může být jednak omezené množství finančních zdrojů, ale také neochota provádět reformy tak, aby byl zdravotně postiženým zajištěn přístup do všech oblastí života. Tyto výsledky odpovídají i teorii *state-based explanation*, která předpokládá, že státy s podobnou charakteristikou se vyznačují i stejnou mírou dodržování, avšak připouští vliv veřejného mínění, postoje k evropské integraci či neefektivity národních administrativ.

Tabulka 1: Srovnání národních politik pro osoby se zdravotním postižením

Stát	Česká Republika	Slovensko	Polsko	Maďarsko
Národní strategie	Plná inkluze	Plná inkluze	-	Částečná inkluze
Právní akty a opatření	zákon č.198/2009 Sb. o rovném zacházení a o právních prostředcích ochrany před diskriminací (2009)	zákon o sociální pomoci (1998)	zákon o profesní a sociální rehabilitaci a zaměstnanosti osob se zdravotním postižením (1997)	zákon o právech a rovných příležitostech osob se zdravotním postižením (1998)
Možnosti vynucení právních aktů a opatření	Velmi uspokojivé	Uspokojivé	Limitované	Limitované
Úroveň podpory veřejnosti	Vysoká	Vysoká	Velmi nízká	Nízká
Pozitivní kroky	Národní rozvojový program mobility pro všechny	-	<i>Listina základních práv pro osoby se zdravotním postižením</i> (1997)	-

Zdroj: Phillips, EU Disability Policy and Implications of EU Accession for Disability Rights in Education and Employment in Bulgaria, Romania, Croatia, and the Former Yugoslav Republic of Macedonia, 2012, 5.

Závěr

Osoby se zdravotním postižením jsou poměrně početnou skupinou občanů žijících v Evropské unii. Je proto důležité, aby jim byla věnována náležitá pozornost a aby došlo k naplnění stanovených cílů, jejichž prioritou je zajistit důstojnost občanů se zdravotním postižením a dodržování jejich lidských a občanských práv. Na evropské úrovni již byly přijaty zásadní právní předpisy, které jsou předpokladem pro správné fungování politiky pro osoby se zdravotním postižením, avšak je jen velice obtížné zajistit správnou a úplnou implementaci této politiky v členských státech. Tato práce si klade za cíl srovnat úroveň politiky pro osoby se zdravotním postižením ve čtyřech zvolených státech, které patří do Visegrádské skupiny, tedy v České republice, na Slovensku, v Polsku a v Maďarsku.

Všechny státy Visegrádu přistoupily do EU v roce 2004 a vyznačují se především společným historickým vývojem, jelikož po vymanění ze sovětského bloku začaly spolupracovat se západními mocnostmi. Prostřednictvím vzájemné spolupráce společně postupovaly na cestě k evropské integraci, aby tak zajistili stabilitu v středoevropském regionu. S tímto cílem byla také vytvořena Visegrádská skupina. Politické elity se postupně začaly do evropské integrace zapojovat a s přístupem do EU a přenesením jistých kompetencí na komunitární úroveň i podílet na implementaci právních opatření přijatých na nadnárodní úrovni.

Politika pro osoby se zdravotním postižením je však oblastí sociální politiky, která v těchto státech získává jen malou podporu. Stále zde přetrvávají stereotypy vytvořené komunistickým režimem, a zdravotně postižení jsou tak majoritní společností vnímáni jako nesoběstační a práce neschopní. Přestože se státy postupně snaží právní řády transformovat, v praxi se začleňování zdravotně postižených občanů úplně nedaří. Rovné právo na práci a na vzdělání jim je nepřímě upíráno, jelikož se jedná o mnohem pohodlnější řešení než odstraňování bariér. Zdravotně postižení tak místo klasických škol ve většině případů navštěvují školy speciální a místo zaměstnání na otevřeném pracovním trhu si hledají raději místo v chráněných pracovištích. Zůstávají tak stále odděleni od většinové společnosti. Vlivem hospodářské krize navíc došlo ke značnému krácení finančních zdrojů veřejných politik a v některých případech dokonce už ani nedošlo k jejich obnovení. S tímto problémem se potýkalo právě Maďarsko, kde se přes silný lobbying nepodařilo obnovit finanční podporu pro zdravotně postižené ani v původní výši.

Teorie *state-based explanation* je založena na předpokladu, že státy s podobnou charakteristikou systematicky tíhnou buď k dodržování, nebo k nedodržování. Podle této

teorie by tedy ve státech Visegrádské skupiny měla být úroveň politiky pro osoby se zdravotním postižením na stejné nebo podobné úrovni. Teorie však připouští, že specifika národních administrativ jako je například přílišná centralizace moci v rukou vlády mohou dodržování ovlivňovat. Výrazný vliv na proces implementace má také veřejné mínění a postoj veřejnosti k evropské integraci.

Výzkum ukázal, že situace je lepší v České republice a na Slovensku, Polsko a Maďarsko za těmito státy poměrně výrazně zaostává. Česká republika přijala od roku 1989 pět různých národních strategií, které vedou k postupnému zlepšování situace zdravotně postižených, plně vyhověla Směrnici 2000/78/EC, pracuje na odstraňování fyzických i sociálních bariér a podporuje rozvoj nevládních organizací bojujících za práva zdravotně postižených. Veřejnost je těmto změnám nakloněna a podílí se na odstraňování bariér a opouštění od stereotypů. Na Slovensku se také podařilo rozšířit sociální služby a zajistit zdravotně postiženým důstojnost a občanská práva tak, aby se mohli stát součástí rozhodovacího procesu. Byla přijata národní strategie, jejímž cílem je plná inkluze zdravotně postižených do společnosti. Politika pro osoby se zdravotním postižením je tedy v těchto státech znatelně na dobré cestě k plnému dodržování. Polsko a Maďarsko se však stále potýkají s problémy, které se nedaří ve společnosti odstranit.

Mezi hlavní důvody způsobující problémy dodržování patří neefektivita národních vlád, vysoká míra korupce a nedostatečná podpora veřejnosti. V Polsku a Maďarsku můžeme některé takové znaky objevit. Došlo zde k výrazné stigmatizaci zdravotně postižených, jelikož byli veřejností vnímáni jako podřadní a toto stigma se zatím nepodařilo úplně odstranit. V Maďarsku se dokonce pro osoby se zdravotním postižením stále používá termín *fogyatékoság*, který znamená „být nižší“. Za bývalého režimu v těchto státech fungovala vedle klasické ústavní péče také pracoviště sdružující zdravotně postižené občany, která jim zdánlivě měla zajistit šťastný život a pracovní náplň. Avšak ve skutečnosti byly tyto společnosti povinny plnit státem nakázané kvóty v souladu národním plánováním, vykonávaná práce byla jednotvárná a podřadná a pracovní podmínky byly na velice špatné úrovni. V Polsku se jim říkalo *společnosti invalidů*, maďarskou formu této instituce je možné přeložit jako *cílový podnik*. Tyto instituce však neměly žádný podobný ekvivalent v České republice ani na Slovensku.

Přestože se tedy tyto státy vyznačují podobnou charakteristikou, při bližším zkoumání můžeme vyzorovat, že míra dodržování zdaleka nemusí odpovídat jejich povaze. Přestože prošly stejným historickým vývojem, přístup veřejnosti ke zdravotně postiženým se napříč těmito státy liší. To má pak za důsledek i různou míru dodržování,

konkrétně tedy významný rozdíl mezi Českou republikou a Slovenskem na jedné straně a Polskem a Maďarskem na straně druhé.

Summary

People with disabilities living in the European Union are fairly large group of citizens; the research says that it is around 10%. Modern society, however, had built not only physical but also social barriers for these people. Therefore it is important to pay attention and ensure the priority of ensuring proper dignity, respect and human and civil rights for people with disabilities. The topic of my thesis is a compliance of disability policy in the states of Visegrad group with the EU. This work deals with the legal acts and measures adopted on the supranational level and further implementation in the national states. It analyses the development of disability policy and compares the situation in the examined states. Considering that it deals primarily with legislation adopted on European level and complying with this legislation it uses the theory of implementation which provides an important theoretical basis for this work.

In the first chapter it describes EU social policy which combines the principle of minimal harmonisation and social partnership based on the adoption of the lowest standards while further reforms could be adopted voluntarily. Through these mechanisms the style of flexible governance is realised. It deals also with the Open method of coordination (OMC) which is a model of policy making which uses mechanisms such as mutual learning, negotiation, naming, arguing and dialogue instead of sanctions. Furthermore this chapter focus on the role of directives as the act of secondary legislation. The second chapter deals with EU disability policy. First it describes the development of the policy while mentioning the most important documents approved. It focuses especially on the legal acts adopted on the European level. In the third chapter it examines disability policy of the particular states: historical development, state authorities, national strategies, legal acts and public opinion. In the fourth chapter it compares the situation in the examined states and analyses the level of compliance. The most important factors are listed in the table.

This research shows that the situation is better in the Czech and Slovak Republic rather than in Hungary and Poland. Since 1989 Czech Republic adopted five different national strategies which lead to the gradual improvement in the situation of disabled. The Slovak Republic also managed to ensure dignity and civil rights for the people with disabilities. However Poland and Hungary still face the problems which have not been successfully dealt with yet. The significant stigmatization of people with disabilities created by former regime still prevails.

Abecední seznam použité literatury

Primární

European Commission CONECCS Database

Evropská strategie v oblasti zdravotního postižení na období 2010-2020

Biuro Pełnomocnika Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych,
<http://www.niepelnosprawni.gov.pl/> (Přístup 8-4-2015)

Národná rada občanov so zdravotným postihnutím v SR, <http://www.nrozp.sk/> (Přístup 22-2-2015)

NRZP – Národní rada osob se zdravotním postižením ČR, <http://www.nrzp.cz/> (Přístup 8-4-2015)

Listina základních práv EU,
<http://eur-lex.europa.eu/cs/treaties/dat/32007X1214/htm/C2007303CS.01000101.htm>
(Přístup 7-5-14)

UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities (UNCRPD),
<http://www.un.org/disabilities/convention/conventionfull.shtml> (Přístup 12-4-2013)

„Vládní výbor pro zdravotně postižené občany,“ Vláda ČR,
<http://www.vlada.cz/cz/ppov/vvzpo/uvod-vvzpo-17734/> (Přístup 6-4-2015)

„Výbor pre osoby so zdravotným postihnutím,“ MPSVR SR,
<http://www.employment.gov.sk/sk/vybor-pre-osoby-so-zdravotnym-postihnutim/> (Přístup 6-4-2015)

Závěrečné a tiskové zprávy

ANED country report on equality of educational and training opportunities for young disabled people – Czech Republic, ANED 2010

ANED country report on equality of educational and training opportunities for young disabled people – Czech Republic, ANED 2010

ANED country report on equality of educational and training opportunities for young disabled people – Poland, ANED 2010

ANED country report on equality of educational and training opportunities for young disabled people – Slovak Republic, ANED 2010

Czech Republic – ANED country profile, ANED 2012

Evropské komise, tisková zpráva MEMO/10/198, Disability Rights: EU and the Ratification of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities, 18. května 2010

Evropské komise, tisková zpráva IP/07/446, Creating a barrier-free Europe: European Commission seeks better access for 80 million people with disabilities, 15. listopadu 2010

Evropské komise, tisková zpráva IP/11/1533, Bezbariérová Evropa pro osoby se zdravotním postižením: Evropská komise chce znát názor veřejnosti na chystaná opatření, 13. prosince 2011

Evropský parlament, tisková zpráva A7-0263/2011, 2. července 2011

Hungary – ANED country profile, ANED 2012

Mid-term Evaluation of European Action Plan 2003-2010 on Equal Opportunities for People with Disabilities, závěrečná zpráva, červen 2009

Poland – ANED country profile, ANED 2012

Report on the employment of disabled people in European countries – Czech Republic, ANED 2009

Report on the employment of disabled people in European countries – Poland, ANED 2009

Report on the employment of disabled people in European countries – Slovakia, ANED 2009

Report on the employment of disabled people in European countries – Hungary, ANED 2009

Slovakia – ANED country profile, ANED 2012

Sekundární

Monografie

FALKNER, G., Treib, O., Hartlapp, M. and Leiber, S., *Complying with Europe: EU Harmonisation and Soft Law in the Member States*, Cambridge University Press, 2005.

KUČEROVÁ, I., *Hospodářské politiky v kontextu vývoje EU*, Karolinum Praha 2010, 247-274.

Články

BELLING, V., „Federální model a evropská realita: Krize legitimacy a její překonání“ *Mezinárodní vztahy* 3/2006, 5-18.

GÁBOR, E., „Living with a disability in Hungary: reconstructing the narratives of disabled students“ In *Disability in Eastern Europe and the former Soviet Union: History, policy and everyday life*, Ed. Rasell, M. a Iarskaia-Smirnova, E., Routledge, New York 2014, 121-140.

HAYERLAND, M., „National Adaptation to European Integration: The Importance of Institutional Veto Point,“ *Journal of Public Policy*, roč. 20, č. 1, duben 2000, 83-103.

HEIDENREICH, M. a Bischoff, G., „The Open Method of Co-ordination: A Way to the Europeanization of Social and Employment Policies?,“ *JCMS* 2008, roč. 46, č. 3., 497-532.

HOLTKAMP, Ch., Iliach, S. a Pietraszek, P., „Leaving the Ghetto: Learning to Embrace Physical Disabilities in the Polish Labor Market,“ *Humanity in Action*, 2008,
<http://www.humanityinaction.org/knowledgebase/112-leaving-the-ghetto-learning-to-embrace-physical-disabilities-in-the-polish-labor-market> (Přístup 7-4-2015)

HROMKOVÁ, M., Vývoj sociálnych služieb pre ľudí so zdravotným postihnutím – priestor pre občana (pacient – klient – prijímateľ – zákazník?), Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Trnavská Univerzita v Trnave 2013,
http://www.ef.umb.sk/dsr_2013/pdf/Hromkov%C3%A11.pdf (Přístup 7-4-2015)

JAKUBKA, J., „Nový antidiskriminační zákon a jeho aplikace v pracovněprávních vztazích,“ *Práce a mzda* 2009/9, <http://www.mzdovapraxe.cz/archiv/dokument/doc-d5585v7714-novy-antidiskriminacni-zakon-a-jeho-aplikace-v-pracovnepravnich/> (Přístup 7-4-2015)

MAKOSA, M., „Historia opieki nad osobami niepełnosprawnymi w Polsce,“ *Starogard Gd*, 31. března 2014, <http://www.profesor.pl/publikacja,27387,Artykuly,Historia-opieki-nad-osobami-niepelnosprawnymi-w-Polsce> (Přístup 7-4-2015)

NAVRÁTILOVÁ, M., „25334. Implementace směrnic ve vnitrostátním právu část. I. – rozsah implementační povinnosti,“ *EPRAVO.CZ*, 22. 4. 2004 (a),
<http://www.epravo.cz/top/clanky/implementace-smernic-ve-vnitrostatnim-pravu-cast-i-rozsah-implementacni-povinnosti-25334.html> (Přístup 5-2-2015)

NAVRÁTILOVÁ, M., „25402. Implementace směrnic ve vnitrostátním právu část. II. – náležitá implementace,“ *EPRAVO.CZ*, 26. 4. 2004 (b),
<http://www.epravo.cz/top/clanky/implementace-smernic-ve-vnitrostatnim-pravu-cast-ii-nalezitaa-implementace>

[nalezita-implementace-25402.html](#) (Přístup 26-3-2015)

PHILLIPS, S. D., „EU Disability Policy and Implications of EU Accession for Disability Rights in Education and Employment in Bulgaria, Romania, Croatia, and the Former Yugoslav Republic of Macedonia,“ *Journal of Disability Policy Studies*, březen 2012, roč. 22, č. 4, 208-219.

PRIESTLEY, Mark, „We're all Europeans now! The social model of disability and European social policy“, In *The Social Model of Disability: Europe and the Majority World*, Ed. Colin Barnes and Geof Mercer, Leeds: The Disability Press 2005, 17-31.

THOMSON, R., Torenvlied, R. a Arregui, J., „The Paradox of Compliance: Infringements and Delays in Transposing European Union Directives,“ *British Journal of Political Science*, roč. 37, č. 4, říjen 2007, 685-709.

WALLACE, H. a Wallace, W., „Overwiev: The European Union, Politics and Policy-Making“ In *Handbook of European Union Politics* Ed. Jorgensen, K. E., Pollack, M. A. a Rosamond, B., SAGE Publications, London 2007, 339-358.

Internetové zdroje

„ČR udělala největší pokrok z celé EU v přejímání směrnic,“ 25. března 2013, <https://www.euroskop.cz/8958/22176/clanek/cr-udelala-nejvetsi-pokrok-z-cele-eu-v-prejimani-smernic/> (Přístup 22-4-2015)

„European Year of People with Disabilities 2003,“ EUROPA, Summaries of EU Legislation, poslední aktualizace 31. ledna 2006, http://europa.eu/legislation_summaries/employment_and_social_policy/disability_and_old_age/c11413_en.htm (Přístup 22-2-2015)

„Evropské fórum zdravotně postižených: Klíčové prvky politiky sociálního začleňování EU a pochopení jejího dopadu na osoby se zdravotním postižením,“ NRZP – Národní rada osob se zdravotním postižením ČR, Mezinárodní dokumenty, poslední aktualizace 2010a, www.nrzp.cz/dokumenty/zahranicni/ppza.doc (Přístup 22-4-2013)

„Jak vznikla NRZP ČR?“, NRZP – Národní rada osob se zdravotním postižením ČR, Mezinárodní dokumenty, poslední aktualizace 2010b, <http://www.nrzp.cz/o-nas/jak-vznikla-nrzp.html> (Přístup 22-4-2013)

„Equal opportunities for people with disabilities: a European action plan (2004-2010)“, EUROPA, Summaries of EU Legislation, poslední aktualizace 3. února 2011, http://europa.eu/legislation_summaries/employment_and_social_policy/disability_and_old_age/c11414_en.htm (Přístup 22-2-2015)

EUR-Lex, Přístup k právu Evropské unie, Lidé se zdravotním postižením, http://eur-lex.europa.eu/search.html?OBSOLETE_LEGISUM=false&name=summary-eu-legislation:employment_and_social_policy&qid=1425472437824&type=named&SUM_2_CODED=1711&SUM_1_CODED=17&SUM_3_CODED=171101 (Přístup 4-3-2015)

„Porovnání výsledků dosažených v oblasti vnitřního trhu: Česká republika má největší deficit v transpozici pravidel EU,“ 29. září 2011, http://ec.europa.eu/ceskarepublika/press/press_releases/11_1130_cs.htm (Přístup 4-3-2015)

„Politika EÚ v oblasti ľudských práv ľudí s mentálnym postihnutím a proces rozširovania EÚ,“ ANNWIN Centrum na podporu a rozvoj ľudského potenciálu, 2003-2004, <http://www.rojko.sk/files/studovna/Array26.pdf> (Přístup 23-3-2015)

„Transformace sociálních služeb pro osoby se zdravotním postižením,“ EurActiv, 21. 6. 2013, <http://www.euractiv.cz/socialni-politika/link-dossier/transformace-socialnich-sluzeb-pro-osoby-se-zdravotnim-postizenim-000084#sthash.vpaPQLUE.dpuf> (Přístup 26-3-2015)

„Zdravotné postihnutie,“ Diskriminacia.sk, <http://diskriminacia.sk/zdravotne-postihnutie/historia/> (Přístup 8-4-2015)

Zdravotní postižení, *Poradna pro občanství, občanská a lidská práva*, <http://lidskaprava.poradna-prava.cz/meznarodne-pravni-standardy-332/zdravotni-postizeni.html> (Přístup 8-4-2015)