

**Vliv politiky zaměstnanosti na integraci zdravotně
hendikepovaných osob do pracovního procesu
v České republice**

Diplomová práce

Vedoucí práce:

Ing. Hana Stojanová Ph.D.

Bc. Renata Fronková

Brno 2017

Poděkování

Ráda bych poděkovala Ing. Haně Stojanové, Ph.D. za vedení práce, cenné rady a připomínky.

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto práci: **Vliv politiky zaměstnanosti na integraci zdravotně hendikepovaných osob do pracovního procesu v České republice** vypracovala samostatně a veškeré použité prameny a informace jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Souhlasím, aby moje práce byla zveřejněna v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách ve znění pozdějších předpisů, a v souladu s platnou *Směrnicí o zveřejňování vysokoškolských závěrečných prací*.

Jsem si vědoma, že se na moji práci vztahuje zákon č. 121/2000 Sb., autorský zákon, a že Mendelova univerzita v Brně má právo na uzavření licenční smlouvy a užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 Autorského zákona.

Dále se zavazuji, že před sepsáním licenční smlouvy o využití díla jinou osobou (subjektem) si vyžádám písemné stanovisko univerzity o tom, že předmětná licenční smlouva není v rozporu s oprávněnými zájmy univerzity, a zavazuji se uhradit případný příspěvek na úhradu nákladů spojených se vznikem díla, a to až do jejich skutečné výše.

V Brně dne 22. května 2017

Abstract

FRONKOVÁ R., The impact of employment policy on the integration of disabled people into the work process in the Czech Republic. Diploma thesis. Brno: Mendel University, 2017.

People with disabilities are one of the risk groups in the labor market. For this reason, it is important to devote attention to their integration into employment and tools that help to work process. The diploma thesis deals with Integration of people with disabilities into the work process. within the theme, the thesis focuses mainly on the factors that influence the integration of people into the working process. These factors are mainly employment policy instruments, in which the legislation of Czech Republic and EU are implemented.

Keywords

Health handicap, disability, education, inclusion, integration of handicapped people into the labor market, integration into employment.

Abstrakt

FRONKOVÁ R., Vliv politiky zaměstnanosti na integraci zdravotně hendikepovaných osob do pracovního procesu v České republice. Diplomová práce. Brno: Mendelova univerzita, 2017.

Zdravotně hendikepované osoby jsou jednou z rizikových skupin na trhu práce. Z tohoto důvodu je důležité věnovat jejich integraci do zaměstnání a nástrojům tomu napomáhajícím náležitou pozornost. Diplomová práce se zabývá integrací zdravotně hendikepovaných osob do pracovního procesu. V rámci tématu se práce zaměřuje především na faktory, které ovlivňují samotnou integraci osob do pracovního procesu. Těmito faktory jsou především nástroje politiky zaměstnanosti, do kterých je implementována legislativa a programy zaměstnanosti ČR a EU.

Klíčová slova

Zdravotní hendikep, zdravotní postižení, vzdělání, inkluze, integrace zdravotně hendikepovaných osob na trh práce, integrace do zaměstnání.

Obsah

1	Úvod, cíl práce a metodika	15
1.1	Úvod.....	15
1.2	Cíl práce.....	16
1.3	Metodika.....	16
2	Specifikace osob se zdravotním hendikepem/postižením	18
2.1	Terminologie.....	18
2.1.1	Zdravotní postižení	18
2.1.2	Hendikep	18
2.1.3	Invalidita.....	19
2.1.4	Osoba zdravotně postižená	19
2.1.5	Osoba zdravotně znevýhodněná	20
2.2	Druh zdravotního postižení	20
2.2.1	Smyslová postižení	20
2.2.2	Tělesné postižení.....	21
2.2.3	Mentální postižení	21
2.2.4	Duševní nemoci.....	21
2.2.5	Vnitřní postižení.....	21
3	Příprava zdravotně hendikepovaných na budoucí povolání	22
3.1	Legislativa a instituce v rámci vzdělávání zdravotně hendikepovaných osob 22	
3.1.1	Instituce a právní úprava v ČR.....	22
3.1.2	Mezinárodní instituce a dokumenty	23
3.2	Základní vzdělání	25
3.2.1	Speciální základní školy.....	25
3.2.2	Běžné základní školy se speciálními třídami a žáky začleněnými v běžných třídách.....	26
3.3	Středoškolské vzdělání	27
3.4	Vysokoškolské vzdělání.....	28

4	Nezaměstnanost hendikepovaných osob	29
4.1	Definice nezaměstnanosti.....	29
4.2	Formy nezaměstnanosti	30
4.3	Ukazatelé nezaměstnanosti.....	31
4.3.1	Vzorec pro výpočet míry nezaměstnanosti užívaný do roku 2013	31
4.3.2	Nová metodika výpočtu - Podíl nezaměstnaných osob.....	32
4.4	Dopad nezaměstnanosti	32
4.4.1	Ekonomické dopady nezaměstnanosti	32
4.4.2	Sociální dopady nezaměstnanosti	33
4.4.3	Psychické dopady nezaměstnanosti	33
5	Politika zaměstnanosti a hendikepované osoby	34
5.1	Politika zaměstnanosti a zdravotně hendikepované osoby v mezinárodním rámci.....	34
5.1.1	Mezinárodní organizace práce.....	34
5.2	Politika zaměstnanosti a zdravotně hendikepované osoby v rámci EU	35
5.2.1	Evropská strategie zaměstnanosti	35
5.3	Politika zaměstnanosti v rámci ČR a zdravotně hendikepované osoby.....	36
5.3.1	Organizace v rámci tvorby státní politiky zaměstnanosti.....	36
5.3.2	Operační programy ČR.....	38
5.4	Zaměstnávání osob se zdravotním postižením	39
5.4.1	Pracovní rehabilitace OZP	40
5.4.2	Chráněná pracovní místa (CHPM) a příspěvky na zřízení a provoz chráněných pracovních míst pro OZP	40
5.4.2.1	Chráněné pracovní dílny (CHPD).....	41
5.4.3	Příspěvek na podporu zaměstnávání osob se zdravotním postižením na chráněném pracovním místě	41
5.4.4	Plnění povinného podílu OZP	41
5.5	Aktivní politika zaměstnanosti	42
5.5.1	Rekvalifikace uchazečů a žadatelů o zaměstnání	42
5.5.2	Rekvalifikace zaměstnanců	43
5.5.3	Příspěvek na zapracování	43
5.5.4	Příspěvek na přechod na nový podnikatelský program	43

5.6	Pasivní politika zaměstnanosti	44
5.6.1	Podpora v nezaměstnanosti.....	44
5.6.2	Podpora při rekvalifikaci.....	45
6	Pracovní podmínky osob se zdravotním postižením	46
6.1	Legislativa ČR.....	46
6.2	Nadnárodní dokumenty a nařízení	47
6.2.1	Evropská unie	47
6.2.2	Organizace spojených národů OSN	48
6.2.3	Mezinárodní organizace práce.....	48
6.3	Pracovní podmínky.....	49
6.3.1	Pracovní podmínky organizačního charakteru	49
6.3.1.1	Pracovní doba.....	49
6.3.1.2	Školení a rekvalifikace.....	50
6.3.2	Ergonomie pracovního místa	50
6.4	Poradenství.....	50
6.4.1	Státní organizace zajišťující poradenství.....	51
6.4.2	Nestátní organizace zajišťující poradenství	51
7	Vývoj vybraných nástrojů pro integraci zdravotně hendikepovaných osob na trh práce v rámci ČR	52
7.1	Základní popis vývoje stavu nezaměstnanosti OZP ČR	52
7.2	Základní popis vývoje stavu pracovních rehabilitací v ČR.....	53
7.3	Základní popis vývoje stavu Chráněných pracovních míst v ČR.....	54
7.4	Základní popis vývoje stavu Chráněných pracovních dílen v ČR	54
7.5	Základní popis vývoje stavu rekvalifikací OZP v ČR.....	55
8	Vícenásobná regresní analýza vlivu jednotlivých nástrojů na integraci zdravotně hendikepovaných osob na trh práce ČR za období 2006 až 2015	57
8.1	Metodika pro zpracování vícenásobné regresní analýzy	57
8.2	Vliv nástrojů sloužících k umístění OZP na nezaměstnanost v roce 2006. 60	
8.2.1	Výsledek analýzy pro rok 2006	61
8.3	Vliv nástrojů sloužících k umístění OZP na nezaměstnanost v roce 2007. 61	

8.3.1	Výsledek analýzy pro rok 2007	63
8.4	Vliv nástrojů sloužících k umístění OZP na nezaměstnanost v roce 2008.	63
8.4.1	Výsledek analýzy pro rok 2008	64
8.5	Vliv nástrojů sloužících k umístění OZP na nezaměstnanost v roce 2009.	65
8.5.1	Výsledek analýzy pro rok 2009	66
8.6	Vliv nástrojů sloužících k umístění OZP na nezaměstnanost v roce 2010.	66
8.6.1	Výsledek analýzy pro rok 2010	67
8.7	Vliv nástrojů sloužících k umístění OZP na nezaměstnanost v roce 2011.	68
8.7.1	Výsledek analýzy pro rok 2011	69
8.8	Vliv nástrojů sloužících k umístění OZP na nezaměstnanost v roce 2012.	69
8.8.1	Výsledek analýzy pro rok 2012	71
8.9	Vliv nástrojů sloužících k umístění OZP na nezaměstnanost v roce 2013.	71
8.9.1	Výsledek analýzy pro rok 2013	72
8.10	Vliv nástrojů sloužících k umístění OZP na nezaměstnanost v roce 2014.	73
8.10.1	Výsledek analýzy pro rok 2014	74
8.11	Vliv nástrojů sloužících k umístění OZP na nezaměstnanost v roce 2015.	75
8.11.1	Výsledek analýzy pro rok 2015	76
9	Analýza časových řad	77
9.1	Metodika analýzy časových řad	77
9.1.1	Vývojový trend a tendence	77
9.1.2	Vícenásobná regresní analýza časových řad	78
9.2	Vývojový trend a tendence	79
9.3	Vícenásobná regresní analýza časových řad pro vliv nástrojů sloužících k umístění OZP na nezaměstnanost v období let 2006 až 2011 v kvartálním rozdělení	86
9.3.1	Výsledek analýzy pro období let 2006 až 2011	87
9.4	Vliv nástrojů sloužících k umístění OZP na nezaměstnanost v období let 2006 až 2015 v kvartálním rozdělení	87
9.4.1	Výsledek analýzy pro období let 2006 až 2015	89
10	Výsledky analýzy a návrhy na zlepšení	90
10.1	Výsledky analýzy pro jednotlivé nástroje a doporučení pro Úřady práce a MPSV	90

10.2 Doporučení pro MŠMT	93
11 Diskuze	94
12 Závěr	96
13 Literatura	97
14 Elektronické zdroje	101

Seznam obrázků

Obr. 1	Poměr nezaměstnanosti OZP na celkový počet nezaměstnaných v ČR Zdroj: Vlastní práce	52
Obr. 2	Chráněná pracovní místa pro OZP v ČR Zdroj: Statistická ročenka trhu práce v České republice pro roky 2006 až 2015	54
Obr. 3	Chráněné pracovní dílny pro OZP v ČR Zdroj: Statistická ročenka trhu práce v České republice pro roky 2006 až 2015	55
Obr. 4	Poměr úspěšně ukončených rekvalifikací OZP na celkovém počtu rekvalifikací v ČR Zdroj: Vlastní práce	56
Obr. 5	Trend proměnné Nezaměstnanost OZP v ČR Zdroj: Výstup programu Gretl	80
Obr. 6	Trend proměnné vytvořená místa v rámci CHPM Zdroj: Výstup programu Gretl	81
Obr. 7	Trend proměnné umístění uchazeči v rámci CHPM Zdroj: Výstup programu Gretl	82
Obr. 8	Trend proměnné OSVČ v rámci CHPM Zdroj: Výstup programu Gretl	83
Obr. 9	Trend proměnné vytvořená místa v rámci CHPD Zdroj: Výstup programu Gretl	84
Obr. 10	Trend proměnné umístění uchazeči v rámci CHPD Zdroj: Výstup programu Gretl	85

Seznam tabulek

Tab. 1	Základní školy pro žáky se SVP v ČR	25
Tab. 2	Základní školy se speciálními třídami pro žáky se SVP a žácích se SVP zařazených do běžných tříd základních škol v ČR	26
Tab. 3	Zdravotně hendikepovaní studenti středoškolského stupně vzdělání dle typu postižení v ČR	28
Tab. 4	Počet osob se zdravotním postižením v úspěšně ukončených specializovaných kurzech v rámci pracovní rehabilitace v ČR	53
Tab. 5	Výstup metody nejmenších čtverců pro konečný model v roce 2006 po úpravách	60
Tab. 6	Výsledky dalších testů pro testování splnění základních předpokladů pro model v roce 2006	60
Tab. 7	Výstup metody nejmenších čtverců pro konečný model v roce 2007 po úpravách	61
Tab. 8	Výsledky dalších testů pro testování splnění základních předpokladů pro model v roce 2007	62
Tab. 9	Testování kolinearity modelu v roce 2007	62
Tab. 10	Výstup metody nejmenších čtverců pro konečný model v roce 2008 po úpravách	63
Tab. 11	Výsledky dalších testů pro testování splnění základních předpokladů pro model v roce 2008	64
Tab. 12	Výstup metody nejmenších čtverců pro konečný model v roce 2009 po úpravách	65
Tab. 13	Výsledky dalších testů pro testování splnění základních předpokladů pro model v roce 2009	65
Tab. 14	Testování kolinearity modelu pro rok 2009	66
Tab. 15	Výstup metody nejmenších čtverců pro konečný model v roce 2010 po úpravách	67

Tab. 16	Výsledky dalších dalších testů pro testování splnění základních předpokladů pro model v roce 2010	67
Tab. 17	Výstup metody nejmenších čtverců pro konečný model v roce 2011 po úpravách	68
Tab. 18	Výsledky dalších testů pro testování splnění základních předpokladů pro model v roce 2011	69
Tab. 19	Výstup metody nejmenších čtverců pro konečný model v roce 2012 po úpravách	70
Tab. 20	Výsledky dalších testů pro testování splnění základních předpokladů pro model v roce 2012	70
Tab. 21	Testování kolinearity modelu pro rok 2012	71
Tab. 22	Výstup metody nejmenších čtverců pro konečný model v roce 2013 po úpravách	72
Tab. 23	Výsledky dalších testů pro testování splnění základních předpokladů pro model v roce 2013	72
Tab. 24	Výstup metody nejmenších čtverců pro konečný model v roce 2014 po úpravách	73
Tab. 25	Výsledky dalších testů pro testování splnění základních předpokladů pro model v roce 2014	74
Tab. 26	Výstup metody nejmenších čtverců pro konečný model v roce 2015 po úpravách	75
Tab. 27	Výsledky dalších testů pro testování splnění základních předpokladů pro model v roce 2015	75
Tab. 28	Výstup metody nejmenších čtverců pro konečný trend proměnné nezaměstnaní OZP v období let 2006 až 2015 po úpravách	79
Tab. 29	Výstup metody nejmenších čtverců pro konečný trend proměnné vytvořená místa v rámci CHPM v období let 2006 až 2015 po úpravách	80
Tab. 30	Výstup metody nejmenších čtverců pro konečný trend proměnné umístění uchazeči v rámci CHPM v období let 2006 až 2015 po úpravách	81

Tab. 31	Výstup metody nejmenších čtverců pro konečný trend proměnné OSVČ v rámci CHPM v období let 2006 až 2015 po úpravách	82
Tab. 32	Výstup metody nejmenších čtverců pro konečný trend proměnné vytvořená místa v rámci CHPD v období let 2006 až 2011 po úpravách	83
Tab. 33	Výstup metody nejmenších čtverců pro konečný trend proměnné umístění uchazeči v rámci CHPD v období let 2006 až 2011 po úpravách	84
Tab. 34	Výstup metody nejmenších čtverců pro konečný model v období let 2006 až 2011 po úpravách	86
Tab. 35	Výsledky dalších testů pro testování splnění základních předpokladů pro model ve sledovaném období 2006 až 2011	86
Tab. 36	Testování kolinearity modelu pro období let 2006 až 2011	87
Tab. 37	Výstup metody nejmenších čtverců pro konečný model v období let 2006 až 2015 po úpravách	88
Tab. 38	Výsledky dalších testů pro testování splnění základních předpokladů pro model ve sledovaném období 2006 až 2015	88
Tab. 39	Testování kolinearity modelu pro období let 2006 až 2015	89

1 Úvod, cíl práce a metodika

1.1 Úvod

U osob se zdravotním postižením se setkáváme s vyšší mírou nezaměstnanosti, než je tomu u zdravých osob. Tyto osoby patří do tzv. rizikové skupiny osob, do které dále řadíme například čerstvé absolventy škol, osoby ve vysokém věku, ženy po mateřské či rodičovské dovolené.

S tímto problémem se potýká nejen vláda České republiky, ale i vlády ostatních zemí EU. Dle sdělení komise Evropského parlamentu je každá šestá osoba v EU zdravotně postižená. Jedná se o 80 mil. lidí, které se v důsledku hendikepu nemohou zapojit do ekonomiky vlivem překážek v prostředí v postojích okolí. V rámci osob se zdravotním postižením se setkáváme s mírou chudoby vyšší o 70% v porovnání s chudobou průměrné populace. Částečným viníkem tohoto stavu je přitom omezený přístup těchto osob k zaměstnání. (Sdělení komise Evropskému parlamentu, Radě, Evropskému hospodářskému a sociálnímu výboru a výboru regionů, 2010) Úkolem vlád je tedy stanovit taková opatření a nástroje, které umožní lepší integraci těchto osob na trh práce a snížit míru jejich nezaměstnanosti. V integraci zdravotně postižených osob se angažují především Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy a Ministerstvo práce a sociálních věcí.

K přípravě na lepší integraci zdravotně hendikepovaných osob by mělo docházet již při jejich vzdělávání. Od roku 2006 zesiluje trend integrace dětí se zdravotním postižením do běžných škol či do speciálních tříd provozovaných v zázemí běžných škol. Integrace je vhodná především u těch osob zdravotně postižených, kterým to dovoluje typ a intenzita postižení. Typ vzdělání by měl především odpovídat schopnostem dané osoby a neměl by být v zásadním rozporu s jejími nároky a očekáváním. Postoji osob se zdravotním postižením k přípravě pro budoucí povolání a možnostem výběru oborů se věnoval výzkum *Vzdělávání žáků se zdravotním postižením ve středních školách*. Často se zdravotně postižené osoby setkávají s překážkami ve formě absence bezbariérových vstupů do zařízení či absencí důležitých pomůcek nezbytných k jejich výuce. V menším počtu následně s odmítavým postojem ředitelů škol a učitelů tyto osoby vzdělávat. (Kratochvílová, 2012) Integrace osob se zdravotním postižením do běžných vzdělávacích institucí má napomoci těmto jedincům k lepšímu začlenění do společnosti na straně jedné a na straně druhé i samotné společnosti, která se je naučí přijímat již v brzkém věku a eliminují se tak částečně negativní předsudky o těchto osobách do budoucna.

Ministerstvo práce a sociálních věcí využívá k integraci osob se zdravotním postižením několika nástrojů. Jedná se jak o nástroje speciálně určené pro osoby zdravotně postižené tak i nástroje v rámci aktivní a pasivní politiky zaměstnanosti. Nástroji speciálně určenými k umístění zdravotně hendikepovaných osob jsou především Pracovní rehabilitace, Chráněná pracovní místa a příspěvky na zřízení a provoz, Příspěvek na podporu zaměstnávání a Povinný podíl zaměstnanců OZP na celkovém počtu zaměstnanců. Z řad aktivní politiky zaměstnanosti mohou být využívány nástroje v podobě Rekvalifikací a do roku 2012 nástroj v podobě Chráně-

něných pracovních dílen. Stejně jako zdravé nezaměstnané osoby mají i osoby zdravotně postižené právo využívat nástrojů pasivní politiky v podobě dávek v nezaměstnanosti a při rekvalifikaci a to v případě splnění zákonem stanovených podmínek.

Zaměstnávání zdravotně hendikepovaných osob berou někteří zaměstnavatelé jako přítěž. Svou roli zde hrají předsudky o nízkém pracovním výkonu, časté zdravotní indispozici, absenci a náklady na přizpůsobení pracovního místa hendikepované osobě. Na tyto osoby jen málo hledí jako na přínos pro společnost.

Lepšímu přístupu k těmto osobám a jejich integraci na trh práce a do pracovního procesu mají napomoci výše uvedené nástroje MPSV a MŠMT. Zjistit nakolik jsou tyto nástroje účinné a jak napomáhají především v rámci MPSV ke snižování nezaměstnanosti je úkolem této diplomové práce.

1.2 Cíl práce

Cílem diplomové práce je na základě zmapování současné situace a regresní analýzy sekundárních dat zpracovat návrh zlepšení a inovace zkvalitnění integrace zdravotně handicapovaných osob do pracovního procesu v ČR.

Dílními cíli práce je zmapování situace v oblasti přípravy zdravotně handicapovaných osob pro výkon zaměstnání, legislativy a programů politiky zaměstnanosti a opatření pro integraci zdravotně handicapovaných osob.

Výsledky práce a na jejich základě formulovaná doporučení mohou být využita MŠMT v rámci integrace a inkluze handicapovaných studentů do školského systému a dále pro MPSV pro sekci Úřadů práce.

1.3 Metodika

Teoretická část diplomové práce je věnována literární rešerši tvořené odbornou literaturou a informacemi z Úřadů práce a institucí zabývajících se integrací zdravotně hendikepovaných osob do pracovního procesu.

V rámci kapitoly 7. je věnována pozornost jednotlivým Úřady práce sledovaným nástrojům politiky zaměstnanosti pro zdravotně postižené osoby v rámci obecné studie.

V rámci praktické části byl za pomoci vícenásobné regrese zkoumán vliv jednotlivých nástrojů politiky zaměstnanosti na nezaměstnanost zdravotně hendikepovaných osob od roku 2006 do roku 2015. Jednalo se o nástroje politiky zaměstnanosti, které jsou zaměřené na integraci zdravotně hendikepovaných osob do pracovního procesu a do kterých je implementována legislativa a programy politiky zaměstnanosti ČR a EU. Vzhledem k omezenému sběru dat a statistikám Úřadů práce, jsou předmětem analýzy nástroje: Chráněné pracovní dílny, Chráněná pracovní místa, Rekvalifikace a Pracovní rehabilitace.

Vícenásobná regresní analýza byla provedena na úrovni jednotlivých let (vícenásobná regresní analýza v rámci průřezových dat) i na úrovni analýzy časových řad v časovém úseku let 2006 – 2015 (vícenásobná regresní analýza v rámci časo-

vých řad). Pro vícenásobnou regresní analýzu v jednotlivých letech byla zvolena roční sekundární data Úřadů práce z jednotlivých krajů ČR. Vícenásobná regresní analýza pro kompletní období 2006 – 2015 byla provedena na základě souhrnných sekundárních dat Úřadů práce za celou ČR v kvartálním rozdělení. Prostřednictvím těchto vícenásobných regresních analýz byly sestaveny výsledné modely, které zobrazují pouze ty nástroje politiky zaměstnanosti, které ovlivňují nezaměstnanost zdravotně hendikepovaných osob ve sledovaných obdobích. Tyto modely byly testovány prostřednictvím příslušných testů na jejich průkaznost na 5% hladině významnosti. Podrobný popis metodiky a použitých testů je uveden v příslušných subkapitolách praktické části práce 8.1. a 9.1..

V rámci analýzy časových řad byla také dále věnována pozornost zachycení vývojových trendů, tendence a současné situace v oblasti integrace zdravotně handicapovaných osob v ČR do pracovního procesu prostřednictvím příslušných nástrojů. I zde byly vytvořeny konečné modely pro trendy jednotlivých nástrojů, které byly opět testovány příslušnými testy na jejich průkaznost na 5% hladině významnosti. Podrobný popis metodiky a použitých testů je uveden v subkapitole praktické části práce 9.1.

Veškeré výše uvedené analýzy byly zpracovány prostřednictvím programu Gretl a k jejich realizaci byly použity sekundární data generovaná krajskými pobočkami Úřadů práce ČR. Výsledné hodnoty byly pro přehlednost zpracovány do podoby tabulek a grafů.

2 Specifikace osob se zdravotním hendikepem/postižením

Zdravotně hendikepované osoby mohou trpět smyslovým, tělesným, mentálním, kombinovaným postižením a tzv. vnitřními nemocemi. Vliv těchto zdravotních postižení na schopnost vykonávat práci určuje stupeň invalidity osoby.

2.1 Terminologie

V rámci tématu osob se zdravotním hendikepem se setkáváme i s dalšími termíny, kterými jsou především postižení, hendikep, invalidita, osoba zdravotně postižená a osoba zdravotně znevýhodněná. Následující podkapitoly se věnují nejpožívanějším termínům v národním i mezinárodním pojetí v rámci osob s trvale nepříznivým zdravotním stavem. V rámci mezinárodním jsou použity především pojetí Mezinárodní organizace práce a OSN.

2.1.1 Zdravotní postižení

V současné době je tento pojem chápán, jako trvalý a dlouhodobý stav charakteristický funkční nebo orgánovou poruchou, která nelze i přes veškerou poskytnutou zdravotní péči zcela odstranit nebo výrazně zmírnit. (Michalík, 2011)

V rámci mezinárodním chápe praktický kodex MOP pojem zdravotní postižení jako: „ztrátu *nebo abnormalitu psychické, fyziologické nebo fyzické funkce*.“ (Komendová, 2009, s. 16) Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením v rámci preambule hovoří o zdravotním postižení jako o stále se vyvíjejícím pojmu. Tento pojem je dle úmluvy výsledkem působení mezi osobami s postižením a bariérami, které zabraňují jejich plné a účinné integraci do společnosti a to na rovnoprávném základě s ostatními lidmi. (Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením, 2015)

Národní pojetí pojmu zdravotní postižení je tak širší, než pojetí mezinárodní.

2.1.2 Hendikep

Hendikep je společenský pojem, který se odvíjí ze vztahu mezi smyslovým, mentálním nebo tělesným postižením a společenským prostředím. (Michalík, 2011)

Dokument Standardních pravidel OSN tento pojem popisuje jako: „*střet mezi osobou s postižením a prostředím*.“ (Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities, 1994) Termín klade důraz na existenci nedostatků v prostředí i organizovaných aktivitách ve společnosti, které osobám se zdravotním postižením brání se integrovat za srovnatelných podmínek. Jedná se především o aktivity spojené s informacemi, komunikací a vzděláním. (Komendová, 2009)

2.1.3 Invalidita

V rámci národní legislativy není pojem invalidita ve vztahu k osobám zdravotně postiženým blíže definován. Pojem invalidita je používán především v rámci stanovení „Stupně invalidity“ v rámci kterého se odráží pracovní schopnost zdravotně postižené osoby.

V souvislosti s intenzitou zdravotního postižení a vlivem na pracovní schopnost se rozlišují tři stupně invalidity. Invaliditu osoby posuzuje lékař referátu lékařské posudkové služby, který je pověřený posuzováním zdravotního stavu pro danou správu sociálního zabezpečení. Případné přezkumy invalidity osob jsou prováděny Posudkovými komisemi MPSV. (Invalidita – stupně invalidity, 2014)

V rámci dokumentů MOP je pojem invalidita používán v rámci osob se zdravotním postižením a dále definovaný dle části I., článku 1. následujícím způsobem: *„Jedná se o každou osobu, jejíž vyhlídky naleznout a zachovat si vhodné zaměstnání a dosahovat v něm postupu jsou podstatně sníženy v důsledku náležitě ověřeného tělesného nebo duševního postižení“* (Úmluva Mezinárodní organizace práce č. 159 o pracovní rehabilitaci a zaměstnávání invalidů 1983, 2015).

2.1.4 Osoba zdravotně postižená

V ČR je osoba zdravotně postižená definována §67 zákona č. 435/2004 Sb. O zaměstnanosti. Jedná se o osobu, které je orgánem příslušné správy sociálního zabezpečení na základě odborného prokázání zdravotního stavu příslušným posudkovým lékařem, popřípadě komisí, uznána invalidita prvního, druhého a třetího stupně nebo je uznána jako osoba zdravotně znevýhodněná. (Co znamená status osoby zdravotně znevýhodněné (OZZ)?, 2014)

Těmto osobám musí být na trhu práce poskytována zvýšená ochrana. (Definice OZP, 2015)

Deklarace práv osob se zdravotním postižením, definuje na základě čl. 1 zdravotně postiženou osobu „jako jakoukoliv osobu, která není plně nebo zčásti schopna zabezpečit si své životní potřeby nebo potřeby v životě společnosti jako běžný jednatel a to v důsledku vady, ať už vrozené nebo ne, spočívající v jejich fyzických nebo duševních schopnostech“ (Komendová, 2009). V rámci Úmluvy OSN o právech osob se zdravotním postižením se pak setkáváme s vymezením, které osoby se do skupiny osob se zdravotním postižením zahrnují. Jedná se především o osoby, které trpí dlouhodobým fyzickým, smyslovým, duševním a mentálním postižením. V důsledku uvedených postiženích a s následnou interakcí s dalšími překážkami dochází k zabránění plné a účinné integrace do společnosti a to na rovnoprávném základě s ostatními osobami. Tato úmluva tedy obsahuje pouze vymezení osob, které se do této skupiny řadí, nikoliv definici zdravotního postižení či osob se zdravotním postižením. (Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením, 2016)

Podle dokumentů Rady Evropy není rozhodující porucha zdraví, ale důležitý je vliv překážek na život osob ve společnosti. V doporučení Parlamentního shromáždění Rady Evropy o politikách rehabilitace pro zdravotně postižené je v bodě

3 zdravotní stav definován jako „omezení způsobené fyzickými, psychickými, smyslovými, sociálními, kulturními nebo právními překážkami, které postižené osobě brání, aby se integrovala a účastnila se rodinného života a života společnosti na stejné úrovni jako kdokoliv jiný“. (Komendová, 2009, s. 20)

2.1.5 Osoba zdravotně znevýhodněná

Osoba zdravotně znevýhodněná v rámci legislativy České republiky je součástí skupiny osob se zdravotním postižením. Jedná se o osobu, která má zachovanou schopnost vykonávat soustavné zaměstnání, ale je omezena schopnost zůstat pracovním začleněným, vykonávat dosavadní povolání nebo získat/ využívat současnou kvalifikaci.

Příčinou výše uvedených omezení je dlouhodobě špatný zdravotní stav, který přetrvává déle než jeden rok. Z důvodu dlouhodobého špatného zdravotního stavu jsou omezeny tělesné, smyslové či duševní schopnosti a tím je snížena i schopnost řádně vykonávat zaměstnání. O přiznání statusu osoby zdravotně znevýhodněné rozhoduje na základě odborného posudku zpracovaného posudkovým lékařem Okresní správa sociálního zabezpečení. (Co znamená status osoby zdravotně znevýhodněné (OZZ)?, 2014)

Mezinárodní dokumenty uvádějí definice jednotlivých pojmů především v širším a obecnějším pojetí a nechávají prostor jednotlivým státům k jejich individuálnímu přístupu a upřesnění. Nejvíce definovaným pojmem je postižení a osoba zdravotně postižená. Další pojmy jako jsou hendikep, invalidita a osoba zdravotně znevýhodněná jsou v těchto dokumentech definovány jen výjimečně.

2.2 Druh zdravotního postižení

Zdravotní postižení můžeme rozdělit na – smyslová, mentální a tělesná postižení a vnitřní nemoci. V některých případech dochází u osob k různé kombinaci těchto typů postižení, kdy nejčastějším typem této kombinace je hluchoslepotu.

2.2.1 Smyslová postižení

Mezi tato postižení řadíme sluchové, zrakové a duální smyslové postižení hluchoslepotu.

Zrakové postižení osob dosahuje různých intenzit. Ze strany využití sníženého potenciálu zrakové práce dělíme osoby na slabozraké, se zbytky zraku, nevidomé, s poruchou binokulárního vidění a barvoslepé. (Michalík, 2011)

Sluchové postižení může dosahovat různých stupňů intenzity a to od mírné nedoslýchavosti až po úplnou hluchotu. Osoby postižené sluchovým postižením a hluchoslepotou mají právo na volbu formy komunikace. Způsob komunikace závisí především na věku, kdy se postižení objevilo, na stupni smyslového postižení, jeho typu a existenci kompenzačních pomůcek. U těchto osob je právo na výběr komu-

nikace dáno Zákonem o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob. (Specializace bez bariér – smyslová a kombinovaná postižení, sluch, 2014)

2.2.2 Tělesné postižení

Tělesné postižení je charakteristické primární redukcí běžných pohybových aktivit. Postižení může nabývat různého rozsahu a způsobovat částečnou až úplnou imobilitu. Blíže je tělesné postižení charakterizováno jako: „*postižení způsobující omezení hybnosti, znemožnění pohybu a dysfunkce motorické koordinace v příčinné souvislosti s poškozením, vývojovou vadou či funkční poruchou nosného a hybného aparátu, centrální nebo periferní poruchou inervace nebo amputací či deformační části motorického systému.*“ (Michalík, 2011, s.186, 187)

Do skupiny tělesného postižení se zahrnují dlouhodobé zdravotní poškození týkající se pohybového aparátu a kosterní soustavy osob. Jedná se především o poranění a nemoci páteře a kostí dále nemoci kloubů, svalů a revma. Jde o postižení, k jehož vzniku může dojít při vývoji osoby v prenatálním období a během života následkem úrazu, nemoci či degenerace. (Kruhotová, 2013)

2.2.3 Mentální postižení

Mentální postižení mohou vzniknout v prenatálním období chybným vývojem plodu, nebo během života vlivem úrazu či nemoci. Mentální postižení dělíme do několika stupňů na lehkou, středně těžkou, těžkou a hlubokou mentální retardaci. (Poruchy duševní a poruchy chování (F00-F99), 2014) Kromě stupně mentálního postižení můžeme rozlišit i typ mentálního postižení, který dělíme na torpidní, eretický a nevyhraněný. (Valenta, Michalík, Lečbých, 2012)

2.2.4 Duševní nemoci

V rámci širšího pojetí se jedná o psychické procesy projevující se v myšlení, chování a prožívání osoby. Tyto procesy mají přitom negativní vliv na fungování osoby ve společnosti a osoba sama ztrácí schopnost orientace v okolním prostředí i v sobě samé. Duševní onemocnění ovlivňuje nejen zdravotní stav ale i oblast vztahovou a pracovní. (Procházková, 2009) Tento stav může být zapříčiněn genetickými dispozicemi, genetickou mutací, dlouhodobě nepříznivým psychickým nebo požíváním návykových a psychotropních látek. Mezi duševní poruchy řadíme demenci, schizofrenii, afektivní poruchy, neurotické poruchy, poruchy chování a osobnosti u dospělých, poruchy vývoje a chování u dětí. (Michalík, 2011)

2.2.5 Vnitřní postižení

Vnitřní postižení zahrnují především dlouhodobá či neléčitelná zdravotní onemocnění. Do kategorie spadají onkologická onemocnění, roztroušenou sklerózu, nemoci vnitřních orgánů, onemocnění zažívacího traktu, alergie, AIDS... Jedná se o onemocnění, která snižují kvalitu života osob a která stěžují jejich plnou integraci do společnosti a výkonu zaměstnání. (Vnitřní nemoci, 2016)

3 Příprava zdravotně hendikepovaných na budoucí povolání

Příprava zdravotně hendikepovaných osob na budoucí povolání může probíhat na speciálních školách či na klasických školách za pomoci osobních asistentů. Při volbě příslušné vzdělávací instituce závisí na typu a intenzitě postižení osoby.

Od roku 1989 se výchova a vzdělání dětí a mladistvých se zdravotním postižením díky integračním trendům ve vzdělávání pozvolna přesouvá ze speciálního školství do všech typů škol a školských zařízení. V rámci tohoto přesunu hovoříme o inkluzi zdravotně hendikepovaných osob a týká se zdravotně hendikepovaných osob se všemi typy zdravotního postižení. (Bazalová, 2006)

Bazalová popisuje inkluzi jako: „*unifikovaný systém vzdělávání všech žáků dohromady, a to při zachování stejné úrovně kvality, ve vhodných věkových skupinách*“. (Bazalová, 2006, s. 7). S rozdílným pohledem na inkluzi se setkáváme u autora J.S. Salenda, který ve své knize „*Effective mainstreaming: Creative inclusive classrooms*“ popsal inkluzi jako stav, který nastává již při narození člověka do společnosti. Tato společnost vnímá odlišnost narozeného člověka i ostatních lidí jako běžnou věc, kterou plně přijímá a neodsuzuje ji. (Salend, 1994)

Důvodem pro inkluzi zdravotně hendikepovaných osob mezi zdravou společností je tak především kvalitnější včlenění osob se zdravotním hendikepem mezi zdravou společnost.

3.1 Legislativa a instituce v rámci vzdělávání zdravotně hendikepovaných osob

Školní zařízení se při vzdělávání zdravotně hendikepovaných osob musí řídit příslušnými zákony, vyhláškami a dokumenty.

3.1.1 Instituce a právní úprava v ČR

V rámci České republiky dohlíží na dodržování legislativy a vyhlášek ve vzdělávacích institucích Ministerstvo školství mládeže a tělovýchovy a Česká školní inspekce ČR.

Zákon č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání pojímá vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami především v rámci uplatnění práva na vzdělání prostřednictvím specifických metod a forem a na vytvoření zvláštních podmínek, které jejich vzdělání umožňují. V rámci platné legislativy má právo ředitel příslušné školní vzdělávací instituce zřídit funkci asistenta pedagoga se souhlasem krajského úřadu. Výkon této funkce se týká tříd nebo studijních skupin, ve kterých se vzdělává žák či student se speciálními vzdělávacími potřebami. Zákon dále pověřuje kraje povinnostmi zajistit podmínky pro realizaci vzdělávání žáků a studentů se zdravotním postižením a zdravotním znevýhodněním. (Michalík, 2011).

Školská zařízení jsou v rámci vzdělávání zdravotně postižených osob dále povinna řídit se následujícími zákony:

- Č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů
- Č. 384/2008 Sb., o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých
- Č. 108/2006 Sb., o sociálních službách
- Č. 198/2009 Sb., o rovném zacházení a o právních prostředcích ochrany před diskriminací

V rámci vzdělávání zdravotně hendikepovaných osob mají školská zařízení dále povinnost řídit se následujícími vyhláškami:

- Č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se specifickými potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných
- Č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních

3.1.2 Mezinárodní instituce a dokumenty

V mezinárodním rámci upravují vzdělávání osob se zdravotním hendikepem následující dokumenty.

- Salamanská deklaráce, UNESCO 1994
- Standardní pravidla pro vyrovnání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením, VS OSN 1993
- Úmluva o právech dítěte, 1991
- Všeobecná deklaráce lidských práv, 1948

Salamanská deklaráce, UNESCO 1994

Tato deklaráce se zaměřuje především na oblast školního vzdělání zdravotně hendikepovaných osob. Deklarace uvádí následující:

„Vyzýváme všechny vlády aby:

- *daly nejvyšší politickou a rozpočtovou prioritu zlepšení systémů vzdělávání, které by jim umožnilo začlenit do nich všechny děti bez ohledu na jejich odlišnosti či obtíže,*
- *přijaly formou zákona nebo politiky zásadu inkluzivního vzdělávání, přijímaly veškeré děti do běžných škol v případě, že neexistují závažné důvody proti zařazení,*
- *rozvíjely demonstrační projekty a podporovaly výměny se zeměmi, které mají s inkluzivními školami zkušenosti,*
- *zřídily decentralizované a participační mechanismy pro plánování, sledování a vyhodnocování vzdělávání dětí a dospělých se speciálními vzdělávacími potřebami,*
- *podněcovaly a usnadňovaly účast rodičů, komunit a organizací osob se zdravotním postižením na plánování a procesech rozhodování týkajících se opatření pro poskytování speciálního vzdělání,*

- věnovaly větší úsilí včasné identifikaci a intervenčním strategiím, stejně jako odborným aspektům inkluzivního vzdělávání,
- zajistily, aby se v souvislosti se systémovou změnou programy vzdělávání učitelů pregraduální i dalšího vzdělávání zabývaly poskytováním speciálního vzdělání v inkluzivních školách.“
(Salamanca Declaration 1994, 2011)

Tato deklarace klade důraz na právo každého dítěte na vzdělání, stejně tak i na právo na jedinečnost dětí a potřebu zpřístupnit jim vzdělávání na základě jejich možností, schopností a potřeb a v neposlední řadě i na právo přístupu dětí se speciálními vzdělávacími potřebami do běžných škol. Salamanská deklarace označuje běžné školy s inkluzivní orientací jako nejúčinnější prostředek v boji proti diskriminačním postojům.

Standardní pravidla pro vyrovnání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením, VS OSN 1993

Soubor 22 pravidel zaměřujících se na zdravotně postižené osoby. Na oblast vzdělání zdravotně postižených osob se vztahuje Pravidlo č. 6. Které zahrnuje 9 jednotlivých podbodů doporučení. V rámci tohoto pravidla je státům doporučeno zajistit rovné příležitosti školního vzdělání na úrovni základního, středoškolského a vysokoškolského osobám se zdravotním postižením. „*Vzdělávání osob se zdravotním postižením by mělo tvořit integrální část národního plánu vzdělání, tvorby osnov a organizace škol.*“ (Standardní pravidla pro vyrovnání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením, VS OSN 1993, 2008)

Úmluva o právech dítěte, 1991

V rámci úmluvy o právech dítěte se na institut vzdělávání zaměřuje článek 28. Nejedná se ale na rozdíl od předchozích případů k výkladu vzdělání směrem k zdravotně hendikepovaným osobám, ale je vymezen čistě obecně. Podle článku 28. Mají státy povinnost zavádět pro veškeré děti povinné a bezplatné základní vzdělání, podněcovat rozvoj středoškolského vzdělání a podporovat pravidelnou školní docházku. Příslušné státy jsou dále úmluvou zavázány, aby kázeň ve školním zařízení byla zajištěna v souladu s lidskou důstojností a touto úmluvou. V neposlední řadě jsou příslušné státy zavázány odstraňovat nevědomost, ngramotnost, usnadni přístup k vědecko-technickým poznatkům a moderním výukovým metodám. (Úmluva o právech dítěte, 1991, 2012)

Všeobecná deklarace lidských práv, 1948

Jedná se o dokument vytvořený komisí OSN pro lidská práva. Všeobecná deklarace lidských práv obsahuje úpravu práv hospodářských, občanských, politických, sociálních a kulturních. Stejně jako v předchozím dokumentu, je vzdělávání pojato obecným způsobem bez specifického vyhranění osob se zdravotním postižením. Deklarace v článku 26 uvádí v rámci vzdělávání osob následující:

„(1) Všeobecná deklarace lidských práv v kontextu vzdělání uvádí že: „Každý má právo na vzdělání. Vzdělání necht' je bezplatné, alespoň v počátečních a základních stupních. Základní vzdělání má být povinné. Technické a odborné vzdělání budiž obecně přístupné a rovněž vyšší vzdělání má být stejně přístupné všem podle schopností.“

(3) Rodiče mají přednostní právo volit duh vzdělání pro své děti.

(2) Vzdělání má směřovat k plnému rozvoji lidské osobnosti a k posílení úcty k lidským právům a základním svobodám... „

(Všeobecná deklarace lidských práv, 1948, 2008)

3.2 Základní vzdělání

Zdravotně hendikepovaní mají možnost navštěvovat speciální základní školy či speciální třídy v klasických základních školách odpovídající jejich zdravotnímu postižení nebo v rámci inkluze navštěvovat klasickou základní školu. Při výběru vzdělávací instituce záleží především na stupni a druhu postižení, na potřebném vybavení vzdělávacího zařízení a na dojezdové vzdálenosti.

3.2.1 Speciální základní školy

Školy poskytují vzdělání žákům se speciálními vzdělávacími potřebami a těmto žákům je věnována zvýšená péče. Jedná se především o osoby s různými typy zdravotního postižení. V současnosti nalezneme v ČR základní školy a třídy orientující se na jednotlivé druhy zdravotních postižení tělesné, smyslové a mentální.

Následující tabulka zobrazuje počet speciálních škol pro zdravotně postižené žáky společně s počty aktivních tříd a počty žáků.

Tab. 1 Základní školy pro žáky se SVP v ČR

Základní školy pro žáky se SVP			
Školní rok	Počet škol	Počet tříd	Počet žáků
2006/07	496	4 068	33 524
2007/08	435	3 862	31 248
2008/09	430	3 795	30 553
2009/10	430	3 734	30 014
2010/11	421	3 593	27 892
2011/12	404	3 492	26 162
2012/13	394	3 253	24 851
2013/14	385	3 136	24 035
2014/15	383	3 194	23 877
2015/16	376	3 143	23 880

Zdroj: Školy a školská zařízení za školní rok 2006 až 2016

V tabulkovém přehledu Základních škol pro žáky se SVP můžeme sledovat neustálý pokles počtu škol, tříd i žáků od roku 2006 do roku 2016.

3.2.2 Běžné základní školy se speciálními třídami a žáky začleněnými v běžných třídách

Od roku 2006 roste počet běžných základních škol, které zřizují speciální třídy pro studenty se speciálními vzdělávacími potřebami, nebo tyto žáky umísťují do běžných tříd mezi zdravé žáky. V tomto případě mluvíme o inkluzi zdravotně hendikepovaných žáků. Zdravotně postižení žáci mají nárok na osobního asistenta, který jim pomáhá během výuky se zvládnutím úkolů a zadání. Je důležité ale zdůraznit, že asistent neplní úlohu učitele.

Následující tabulka zobrazuje počty běžných škol, které zřizují speciální třídy a zařazují žáky se SVP do běžných tříd.

Tab. 2 Základní školy se speciálními třídami pro žáky se SVP a žáků se SVP zařazených do běžných tříd základních škol v ČR

Základní školy se speciální třídou a žáky se SVP v běžných třídách				
Školní rok	Počet škol	Počet tříd pro žáky se SVP	Počet žáků ve speciálních třídách pro SVP	Počet žáků se SVP v běžných třídách
2006/07	2 893	785	8 574	39 982
2007/08	2 876	836	8 961	36 085
2008/09	2 922	757	7 951	34 350
2009/10	2 936	701	7 026	34 761
2010/11	2 994	681	6 605	36 226
2011/12	2 998	750	6 469	39 160
2012/13	3 054	697	6 371	40 888
2013/14	3 124	675	6 242	43 352
2014/15	3 178	657	6 118	45 853
2015/16	3 276	595	5 612	49 225

Zdroj: Školy a školská zařízení za školní rok 2006 až 2016

Od roku 2006 se snižuje počet speciálních tříd pro žáky se SVP. Tento pokles může být způsoben nejen poklesem populace v příslušném věku ale i růstem žáků, kteří jsou zařazeni do běžných tříd.

Při komparaci tabulek z těchto dvou podkapitol lze vyvodit závěr, že klesající počet speciálních škol, může být způsoben jednak klesajícím počtem žáků i zvyšujícím se počtem škol, které zavádí speciální třídy v běžných základních školách nebo žáky se SVP zařazují do běžných tříd. Izolace zdravotně postižených žáků od zdravých od roku 2006 ustupuje a zvyšuje se šance na kvalitnější začlenění těchto osob do společnosti a později i na trh práce. Vzájemná interakce těchto dvou skupin lidí snižuje vznik bariér a předsudků, které zdravé osoby zaujímají vůči zdravotně postiženým.

3.3 Středoškolské vzdělání

Stejně jako je tomu u základních škol, i středoškolské a učňovské vzdělání může být realizováno ve speciálních vzdělávacích zařízeních určených pro vzdělávání zdravotně hendikepovaných osob. Získat potřebné vzdělání mohou zdravotně hendikepované osoby i v běžných vzdělávacích zařízeních, zde opět záleží na typu a intenzitě zdravotního postižení, vůli samotné osoby a dispozicím vzdělávacího zařízení.

V roce 2007 učinilo MŠMT speciální dotazníkové šetření zdravotně postižených osob v oblasti výběru středoškolského vzdělání na běžných školách. Šetření ukázalo následující:

- 23% bylo omezeno špatnou dopravní dostupností škol,
- 11% zrakově postižených uchazečů se potýkalo s nezájmem školy, tyto žáky přijmout,
- 13% tělesně postižených uchazečů se setkalo s nezájmem školy, tyto žáky přijmout,
- 17% tělesně postižených uchazečů se setkalo s chybějícím bezbariérovým přístupem ve vybrané škole,
- 11% uchazečů se zrakovým postižením se setkalo s absencí kompenzačních pomůcek ve vybrané škole,
- 11% uchazečů s tělesným postižením se setkalo s problémem s přidělením osobního nebo pedagogického asistenta.

(Vzdělávání žáků se zdravotním postižením ve středních školách, 2012)

Pro zdravotně hendikepované osoby je velmi důležitá volba vzdělání. Jejich středoškolské vzdělání by mělo vycházet z osobního zájmu a odpovídat jejich zdravotním dispozicím a možnosti se uplatnit na trhu práce.

Již výše zmiňované šetření MŠMT z roku 2007 ukázalo, že:

- 35% respondentů má problém nalézt obor, který by je zaujal a který by vzhledem ke svému hendikepu mohli studovat,
- 45% respondentů má problém nalézt obor, ve kterém by se vzhledem ke svému hendikepu mohli uplatnit,
- 41% respondentů má problém nalézt obor, který je na trhu práce ze strany zaměstnavatelů, nejvíce poptáván.

(Vzdělávání žáků se zdravotním postižením ve středních školách, 2012)

Volba povolání a příslušné vzdělávací instituce je pro zdravotně postižené osoby mnohdy náročným procesem. V rámci výběru oboru či vzdělávací instituce mají možnost využít poradenství poboček Úřadů práce či specializovaných středisek pro zdravotně postižené osoby.

Statistiky zaměřující se na sledování zdravotně hendikepovaných osob v institucích středoškolského vzdělání se zaměřují pouze na samotné počty těchto osob na základě tělesného postižení. Informace o jejich rozdělení v běžných školách, speciálních školách a typech středoškolského vzdělání nejsou předmětem statistik.

Následující tabulka ukazuje počty studentů středoškolského stupně vzdělání rozdělených dle typu tělesného postižení.

Tab. 3 Zdravotně hendikepovaní studenti středoškolského stupně vzdělání dle typu postižení v ČR

Zdravotně hendikepovaní studenti středoškolského stupně vzdělání dle typu postižení								
Školní rok	mentálně	sluchově	zrakově	vadami řeči	tělesně	vývojovými poruchami	autismem	více vadami
2006/07	-	-	-	-	-	-	-	-
2007/08	11 433	516	345	26	737	5 486	51	773
2008/09	10 708	523	301	38	770	5 439	91	828
2009/10	10 417	511	254	41	800	6 499	123	1 083
2010/11	9 206	511	271	62	769	6 788	165	959
2011/12	8 786	482	258	82	732	7 501	227	1 057
2012/13	8 012	486	267	94	716	8 067	416	1 102
2013/14	7 599	497	278	112	667	9 061	538	1 124
2014/15	7 349	505	266	139	623	9 023	646	1 284
2015/16	6 955	504	298	167	619	9 219	837	1 447

Zdroj: Školy a školská zařízení za školní rok 2006 až 2016

3.4 Vysokoškolské vzdělání

Na rozdíl od základního a středoškolského vzdělání se v rámci vysokých škol v ČR nesetkáváme se speciálními vysokými nebo vyššími odbornými školami pro zdravotně hendikepované. Tyto osoby se musí začlenit do běžného sociálního prostředí příslušné vzdělávací instituce. K efektivnějšímu začlenění a zvládnutí běžných povinností mohou využívat pomoci osobních asistentů, asistenčních psů a dalších kompenzačních pomůcek.

Veškeré vysoké školy na území České republiky respektují požadavky na integraci studentů se SVP. Řada škol těmto studentům poskytuje také speciální poradenství a služby.

V rámci vzdělávání osob se SVP tvoří převážná většina veřejných vysokých škol speciální opatření, metodické pokyny a směrnice. Tyto úkony jsou vlastní i některým soukromým vysokým školám. (Analýza současné situace studentů se specifickými nároky na vysokých školách, MŠMT, 2010)

4 Nezaměstnanost hendikepovaných osob

Problematika zaměstnávání zdravotně postižených osob není záležitostí pouze České republiky, ale jedná se o problém na celosvětové úrovni. Výklad nezaměstnanosti pro oblast osob zdravých i osob zdravotně hendikepovaných zůstává stejný. Definice, výpočty i typy jsou tak společné pro všechny tyto osoby bez rozdílu.

4.1 Definice nezaměstnanosti

V rámci zdravotně hendikepovaných osob neexistuje speciální definice nezaměstnanosti. Nezaměstnanost u zdravotně hendikepovaných osob je tedy upravována obecnou definicí vztahující se na veškeré dotčené osoby.

V literatuře je nejčastěji citována definice nezaměstnanosti z pohledu Eurostatu. Eurostat definuje nezaměstnanost následovně: *„Za nezaměstnané se považují všechny osoby ve stáří 15 let a více (bez horní věkové hranice), které ve sledovaném období souběžně splňovaly dále uvedené tři základní podmínky:*

- 1. Byly bez práce, to znamená, že nebyly ani v placeném zaměstnání ani nebyly sebezaměstnané.*
- 2. Hledaly aktivně práci. Formou aktivního hledání práce se rozumí registrace u úřadu práce nebo soukromé zprostředkovatelný práce, dále hledání práce přímo v podnicích, využívání inzerce, podnikání kroků pro založení vlastní firmy, podání žádosti o pracovní povolení a licence nebo hledání zaměstnání jiným způsobem.*
- 3. Byly připraveny k nástupu do práce, tj. během referenčního období byly k dispozici okamžitě nebo nejpozději do 14 dnů pro výkon placeného zaměstnání nebo sebezaměstnání.“ (Sekerka, Brčák, Kučera, 2015, s. 268, 269).*

Kromě pojmu obecné nezaměstnanosti se ale můžeme setkat i s dalšími pojmy jako jsou „Dlouhodobá nezaměstnanost“, „Skrytá nezaměstnanost“ nebo „Částečná nezaměstnanost“.

Dlouhodobá nezaměstnanost: v rámci České republiky je za dlouhodobou nezaměstnanost považována ztráta zaměstnání na dobu delší 6 měsíců v Evropské unii pak doba přesahující jeden rok. U osoby dlouhodobě nezaměstnané dochází k přechodu z dávek v nezaměstnanosti na sociální podporu. U takto postižených osob dochází k vážným sociálním problémům a jsou zastiženy sociálním vyloučením. (Tomeš, 2011)

Skrytá nezaměstnanost: je definována především jako stav, kdy: *„Určitá osoba nesplňuje podmínky systému pro registraci nezaměstnaných nebo se dobrovolně do tohoto systému nepřihlásí“.* (Skrytá nezaměstnanost, 2016). Jako skrytou nezaměstnanost ale uvádí Tomeš i případ, kdy byly z důvodu recese či krize zaměstnávány osoby na zkrácenou týdenní nebo denní pracovní dobu a to proti vůli pracov-

níka. K tomuto jednání se může zaměstnavatel uchýlit pouze za účelem předejití nebo omezení propuštění zaměstnanců. Výhodou tohoto opatření je především udržení kvalifikovaných pracovníků ve společnosti. (Tomeš, 2010)

Částečná nezaměstnanost: se týká případu, kdy je určitý objem práce rozdělen mezi co největší počet pracovníků. V některých zemích dochází k jejímu odškodňování. Do částečné nezaměstnanosti můžeme ale i zčásti řadit i výše zmíněnou skrytou nezaměstnanost a to v podobě zkrácené denní nebo týdenní pracovní doby. (Tomeš, 2010)

4.2 Formy nezaměstnanosti

Z pohledu příčiny vzniku nezaměstnanosti rozlišujeme od 50 let čtyři formy nezaměstnanosti a to frikční, strukturální, cyklickou a sezónní. (Belz, 2000)

Frikční nezaměstnanost: často vzniká z důvodu fluktuace lidí, kteří opouštějí stávající zaměstnání a vyhledávají nové. Jedná se o krátkodobou nezaměstnanost a je složkou přirozené míry nezaměstnanosti. (Brčák, Sekerka, Stará, 2014) Někdy se v rámci této formy nezaměstnanosti setkáváme i s označením jako je flukтуаční nezaměstnanost nebo také jako nezaměstnanost po dobu práce. (Belz, 2001)

Strukturální nezaměstnanost: Sekera ve své publikaci definuje tuto formu nezaměstnanosti jako stav kdy: *“v daném období existuje v dané zemi (oblasti) nesoulad mezi kvalifikačními požadavky na různé druhy prací a volnými pracovními místy v daném místě (oblasti, zemi) na straně jedné a existující kvalifikací pracovních sil a územní alokací pracovních sil na straně druhé.”* (Sekerka, Brčák, Kučera, 2015, s. 270) Jednou z podstatných příčin této formy nezaměstnanosti jsou především technologické změny. V rámci zavádění nových technologií se mění podoba některých povolání, mění se nároky na kvalifikaci a některé profese se stanou zcela nepotřebnými. Strukturální nezaměstnanost se objevuje v případě, že některá odvětví expandují, zatímco u jiných dochází k úpadku. V rámci doby trvání se jedná o krátkodobou nezaměstnanost, ale v porovnání s frikční nezaměstnaností trvá delší dobu. Také tato forma nezaměstnanosti je složkou přirozené míry nezaměstnanosti. (Belz, 2001)

Cyklická nezaměstnanost: někdy uváděna též jako konjunkturální nezaměstnanost. Tento druh nezaměstnanosti se vyvíjí paralelně s cyklickými ekonomickými výkyvy v různém rozsahu v závislosti na hloubce recese. (Belz, 2001) Cyklická nezaměstnanost je rozdílem mezi skutečnou a přirozenou mírou nezaměstnanosti a rozdílem mezi skutečným a potenciálním produktem. (Sekerka, Brčák, Kučera, 2015)

Sezónní nezaměstnanost: forma nezaměstnanosti typická pro oblast stavebnictví, zemědělství, lesnictví, cestovního ruchu aj. Sezónní nezaměstnanost se podí-

lí na přirozené míře nezaměstnanosti a je součástí formy frikční nezaměstnanosti. (Sekerka, Brčák, Kučera, 2015), (Belz, 2001)

4.3 Ukazatelé nezaměstnanosti

Do roku 2013 se jako ukazatel hodnoty nezaměstnanosti užívá vzorec pro výpočet „Míry nezaměstnanosti“, který ve výpočtu porovnává počet nezaměstnaných s ekonomicky aktivním obyvatelstvem. Od roku 2013 nahradil tento způsob výpočtu ukazatel „Podílu nezaměstnaných osob“, který složku ekonomicky aktivního obyvatelstva z výpočtu vyjmul.

4.3.1 Vzorec pro výpočet míry nezaměstnanosti užívaný do roku 2013

Výpočet míry nezaměstnanosti se realizuje jako podíl nezaměstnaných na ekonomicky aktivních. V rámci výpočtu se zjišťuje pouze relativní hodnota. (Brčák, Sekerka, Stará, 2014)

$$u=U/(L+U) * 100$$

u míra nezaměstnanosti

U..... počet nezaměstnaných osob

Nezaměstnanou osobou je člověk, který je bez zaměstnání nebo samostatné ekonomické činnosti. Jedná se o osobu, která chce pracovat, může pracovat, je registrována na příslušném úřadu práce jako žadatel o zaměstnání a s tímto úřadem aktivně spolupracuje při hledání zaměstnání. V některých státech uvádějí jako další znaky nezaměstnaného i skutečnost, že člověk byl po určitou dobu zaměstnán již před ztrátou zaměstnání a o zaměstnání přišel dobrovolně. (Tomeš, 2011)

L.....počet zaměstnaných osob

V užším pojetí je **zaměstnanou osobou** člověk, který je v pracovním nebo služebním poměru. (Tomeš, 2011) V širším pojetí toto vymezení zahrnuje i samozaměstnané osoby, tedy osoby samostatně výdělečně činné. (Sekerka, Brčák, Kučera, 2015)

L+U.....ekonomicky aktivní obyvatelstvo

Za **ekonomicky aktivní obyvatelstvo** se považují zaměstnané osoby (osoby v pracovním či služebním výkonu a OSVČ) i nezaměstnané osoby (osoby, bez zaměstnání či samostatné ekonomické činnosti a jsou registrované na úřadu práce jako žadatelé o práci a aktivně s úřadem spolupracují). Naopak za Ekonomicky neaktivní obyvatelstvo se považují osoby které jsou poživateli starobního důchodu, studenti, osoby v domácnosti. (Brčák, Sekerka, Stará, 2014), (Tomeš, 2011)

V praxi se dále setkáváme s dvěma dalšími variantami výpočtu míry nezaměstnanosti. První varianta spočívá ve výpočtu míry jako podílu osob registrova-

ných na úřadu práce na celkově ekonomicky aktivním obyvatelstvu. Druhá varianta výpočtu míry nezaměstnanosti spočívá ve výběrovém šetření, kdy se počítá podíl nezaměstnaných na ekonomicky aktivním obyvatelstvu z určitého statistického vzorku.

4.3.2 Nová metodika výpočtu - Podíl nezaměstnaných osob

Od roku 2013 došlo ke změně metodiky výpočtu nezaměstnanosti. Nově je užíván jako ukazatel registrované nezaměstnanosti **Podíl nezaměstnaných osob**. Tento ukazatel vyjadřuje podíl dosažitelných uchazečů o zaměstnání ze všech obyvatel ve stejném věku v rozmezí od 15 do 64 let.

(Změna metodiky ukazatele registrované nezaměstnanosti, 2013)

4.4 Dopad nezaměstnanosti

Na dopad tohoto negativního jevu se díváme z několika pohledů. Těmito pohledy jsou rámec ekonomický, sociální a psychický.

4.4.1 Ekonomické dopady nezaměstnanosti

V rámci ekonomických dopadů nezaměstnanosti mluvíme o poklesu/ztrátě produkce, poklesu/ztrátě kvalifikace pracovníků a především také o nižších daňových příjmech a vyšších výdajích ze státního rozpočtu na vyplácení podpor v nezaměstnanosti. (Brčák, Sekerka, Stará, 2014) Veškeré tyto dopady jsou rozvíjeny v textu uvedeném níže.

V případě **poklesu/ ztrátě produkce** dochází k situaci, kdy nezaměstnané osoby neprodukují statky, které by jako zaměstnanci byli schopni vyprodukovat a tím dochází i k poklesu HDP pod úroveň potencionálního produktu. Velikost dopadu můžeme vyjádřit za pomoci Okunova zákona jako rozdíl mezi skutečným HDP a potenciálním produktem. Jedná se především o stav, kdy míra nezaměstnanosti převyšuje její přirozenou míru. Nejcitelnější dopad na produkci má především nezaměstnanost cyklického typu, která má často dlouhodobý charakter. (Wawrosz, Heissler, Mach, 2012), (Brčák, Sekerka, Stará, 2014)

Dalším zmiňovaným negativním jevem v rámci ekonomických dopadů je **snížení či dokonce ztráta kvalifikace pracovníků** a to především vzhledem ke skutečnosti, že je jedním ze zdrojů ekonomického růstu. (Wawrosz, Heissler, Mach, 2012)

Nezaměstnanost má citelné dopady především i na **daňové příjmy**. Tyto příjmy se odvíjí od výše příjmů (platu či mzdy) zaměstnaných osob a ze zisku právnických osob. V případě snižování produkce a propouštění zaměstnanců stát o tyto příjmy přichází. (Brčák, Sekerka, Stará, 2014) Stát ale přichází o daňové příjmy i v podobě spotřební daně či daně přidané hodnoty, které se vztahují na prodávané

výrobky. Nezaměstnané osoby často redukuje své výdaje na spotřebu a snižují tak nákup produktů na trhu, čímž stát přichází o další daňové příjmy.

V neposlední řadě je nutné zmínit i **výdaje státního rozpočtu na podpory v nezaměstnanosti**. Tyto výdaje by přitom mohly být použity mnohem efektněji například ve formě investic do zdravotnictví či vědy. Vzhledem k již výše uvedeným sníženým daňovým příjmům, které jsou nedílnou součástí státního rozpočtu, dochází i k poklesu příjmů do státního rozpočtu a navýšení jeho výdajů. (Wawrosz, Heissler, Mach, 2012)

4.4.2 Sociální dopady nezaměstnanosti

Při ztrátě zaměstnání hrozí riziko sociální izolace nebo také sociální selhání dotčené osoby. Nezaměstnaný člověk je rovněž zastižen ztrátou sociálního statusu a snížením životní úrovně. (Matoušek, Kolářková, Kodymová, eds., 2010) Sociální dopady nezaměstnanosti můžeme členit na dopady ve vztahu k jednotlivci a ke společnosti. (Brčák, Sekerka, Stará, 2014) Nezaměstnané osoby jsou často postihnuty negativními pocity v podobě frustrace, zoufalství, agrese. V některých případech dochází k závislosti těchto osob na drogách, uchylují se ke kriminální činnosti, vyvolávají sociální nepokoje či protesty. Takové jednání osob stojí následně společnost nemalé náklady. (Wawrosz, Heissler, Mach, 2012)

4.4.3 Psychické dopady nezaměstnanosti

Vlivem ztráty zaměstnání dochází u osob nejen k úpadku v oblasti strukturování času ale i v obsahu jednotlivých aktivit. Nezaměstnané osoby tíhnou k pasivnímu trávení volného času a ztrácí schopnost jej efektivně využívat. U nezaměstnané osoby po čase dochází ke ztrátě dosavadních dovedností, schopností a odborné kvalifikace. Nezaměstnaná osoba ztrácí návyk na běžné zaměstnanecké aktivity. (Matoušek, Kolářková, Kodymová, eds., 2010) U nezaměstnaných osob se může vyskytnout zhoršení psychického stavu v podobě depresí, stresu či ztrátě sebeúcty. U některých lidí může vlivem velmi špatného psychického stavu dojít až k suicidálnímu jednání. Tyto stavy jednotlivce způsobují společnosti opět náklady, které můžeme chápat jako faktické náklady vynaložené na léčbu osoby či náklady obětované příležitosti, kdy by šlo finance poskytnuté na léčbu využít jiným efektnějším způsobem. (Wawrosz, Heissler, Mach, 2012) I psychické dopady nezaměstnanosti mají tak dopad jak na jednotlivce, tak i společnost.

5 Politika zaměstnanosti a hendikepované osoby

Politika zaměstnanosti je tvořena jak na úrovni Evropské unie, tak i na úrovni jednotlivých států, které při tvorbě vlastních politik zaměstnanosti vycházejí z politiky zaměstnanosti EU.

5.1 Politika zaměstnanosti a zdravotně hendikepované osoby v mezinárodním rámci

V rámci mezinárodním se politice zaměstnanosti věnuje především Mezinárodní organizace práce.

5.1.1 Mezinárodní organizace práce

Organizace založená roku 1919 v Ženevě se zaměřením na problematiku nezaměstnanosti. Cílem této organizace je zlepšení pracovních podmínek a sociálního zabezpečení ve světě. Jedná se o organizaci tripartitního typu, kdy se na její činnosti podílejí vládní orgány, zaměstnavatelské a odborové organizace. (Tomeš, Koldinská, 2003)

Od začátku svého působení přijala několik úmluv a některé z těchto úmluv byly ratifikovány i Českou republikou. Mezi tyto ratifikované úmluvy patří:

- 1933 – Úmluva o placených agenturách zaměstnanosti
- 1952 – Úmluva o sociálním zabezpečení
- 1964 – Úmluva o politice zaměstnanosti
- 1983 – Úmluva o pracovní rehabilitaci a zaměstnávání zdravotně postižených
- 1997 – Úmluva o soukromých agenturách

(Tomeš, Koldinská, 2003)

Na oblast zaměstnávání zdravotně postižených osob je zaměřena **Úmluva o pracovní rehabilitaci a zaměstnávání zdravotně postižených** z roku 1983, která byla jednou ze smluv, které Česká republika ratifikovala. Tato úmluva ukládá členským státům povinnost provádět a přezkoumávat vnitrostátní politiku v oblasti pracovní rehabilitace a zaměstnávání invalidních osob. Cílem této politiky je dostupnost opatření pracovní rehabilitace všem invalidním osobám a jejich zaměstnávání. Základy politiky by měly být založeny na rovných možnostech pro invalidní i ostatní zaměstnance. Jakákoliv zvláštní opatření nesmějí být považována na vůči ostatním zaměstnancům jako diskriminační. (Úmluva Mezinárodní organizace práce č. 159 o pracovní rehabilitaci a zaměstnávání invalidů, 1983, 2015)

5.2 Politika zaměstnanosti a zdravotně hendikepované osoby v rámci EU

V rámci Evropské unie se na politiku zaměstnanosti zaměřují především Evropská strategie zaměstnanosti a Amsterodamská smlouva. V žádném z těchto dokumentů ale nenalezneme oblasti věnující se čistě zaměstnávání osob se zdravotním hendikepem. Oblast zaměstnanosti je v těchto dokumentech formulována na obecné úrovni.

5.2.1 Evropská strategie zaměstnanosti

Počátky Evropské strategie zaměstnanosti sahají do roku 1997. V této době se členské státy Evropské unie zavázaly k určení společných cílů politiky zaměstnanosti. Za hlavní cíl je považováno vytváření a zvyšování kvality pracovních míst v rámci celé Evropské unie.

(European employment strategy, 2016)

Evropská strategie zaměstnanosti **obsahuje 10 směrů, na které se zaměřuje** její činnost. Jedná se především o:

1. Zajištění udržitelnosti a kvality veřejných financí.
2. Řešení makroekonomické nerovnováhy.
3. Snižování nerovnováhy v rámci eurozóny.
4. Optimalizace podpory výzkumu, vývoje, inovací, posílení znalostí a rozvinutí potenciálu digitální ekonomiky.
5. Zefektivnění využití zdrojů a snižování emisí skleníkových plynů.
6. Zlepšení podnikatelského a spotřebitelského prostředí a modernizace a rozvoj průmyslové základny k zajištění plné funkce vnitřního trhu.
7. Zvýšení integrace žen a mužů na trh práce, podpora snižování strukturální nezaměstnanosti a kvality pracovních míst.
8. Rozvoj kvalifikované pracovní síly v souladu s potřebami trhu práce a podpora celoživotního vzdělání.
9. Zlepšení výkonnosti a kvality systémů vzdělávání a odborné přípravy ve všech úrovních a zvýšení účasti na terciálním či srovnatelném stupni vzdělávání.
10. Podpora sociálního začleňování a boj proti chudobě.

(Commission, 2010)

Orgány Evropské strategie zaměstnanosti jsou především Evropská komise a Výbor pro zaměstnanost.

Evropská komise provádí každoroční monitoring politik zaměstnanosti členských zemí v rámci Evropské strategie zaměstnanosti. Obsah těchto politik zaměstnanosti přitom porovnává s výše uvedenými 10 hlavními směry. V rámci monitoringu jsou následně Evropskou komisí každoročně vydávány roční zprávy, které obsahují hodnocení politik zaměstnanosti jednotlivých členských států Evrop-

ské unie. Na základě informací vyplívajících ze zpracování zpráv vydává Evropská komise doporučení ve směru zlepšení politik zaměstnanosti jednotlivých členských zemí. (Evropská unie, Evropská strategie zaměstnanosti 2011)

Výbor pro zaměstnanost byl vytvořen v roce 2000 na základě rozhodnutí Rady článkem 150 o fungování Evropské unie. Jedná se o hlavní poradní výbor ministru Rady v oblasti zaměstnanosti a sociálních věcí. Výbor pro zaměstnanost pravidelně pořádá schůze s ostatními výbory Rady pro oblast sociální ochrany, vzdělání a hospodářské politiky k projednání otázek společného zájmu. (Employment Committee, 2016)

5.3 Politika zaměstnanosti v rámci ČR a zdravotně hendikepované osoby

Obecně je Státní politika zaměstnanosti intervencí do oblasti zaměstnanosti a vnímá zaměstnanost v širším pojetí. Úkolem této politiky je dle zákona č. 435/2004 dosažení plné zaměstnanosti a ochrana proti nezaměstnanosti.

Státní politika zaměstnanosti zahrnuje dle zákona o zaměstnanosti, §2, odstavce (1) následující činnosti:

- ✓ Pomoc při hledání práce
 - ✓ Poskytování rekvalifikace a kvalifikace uchazečům o práci
 - ✓ Podpora samozaměstnání – OSVČ
 - ✓ Pomoc a podporu společně při restrukturalizaci a změně výrobních programů, změně poskytování služeb jako prevenci proti propouštění zaměstnanců
 - ✓ Zabezpečení rovného zacházení a příležitostí zejména pro oblast zaměstnávání žen
- (Tomeš, 2011)

K zaměstnávání zdravotně hendikepovaných osob se zaměřuje především §2, odstavec 1 písmeno k) dle které je jednou z činností státní politiky zaměstnanosti: „opatření pro zaměstnávání fyzických osob se zdravotním postižením a dalších skupin fyzických osob, které mají ztížené postavení na trhu práce.“ (Zákon o zaměstnanosti, 2016)

5.3.1 Organizace v rámci tvorby státní politiky zaměstnanosti

Státní politika zaměstnanosti v rámci ČR je tvořena státem a podílejí se na ní i další subjekty činné na trhu práce. Těmito subjekty jsou především zaměstnavatelé a odborové organizace a dále také územní samosprávné celky, profesní organizace, sdružení osob se zdravotním postižením a organizace zaměstnavatelů. (Zákon o zaměstnanosti, 2016)

Správu státní politiky zaměstnanosti vykonává Ministretstvo práce a sociálních věcí a Úřady práce ČR. (Zákon o zaměstnanosti, 2016)

5.1.1.1. Ministerstvo práce a sociálních věcí

Úkolem Ministerstva práce a sociálních věcí (dále jen MPSV) je především kontrola výkonu státní správy a dodržování zákona při zabezpečování politiky zaměstnanosti. (Zákon o zaměstnanosti, 2016)

Mezi další činnosti MPSV patří především:

- Zpracování koncepce a programů týkajících se státní politiky zaměstnanosti na celostátní úrovni.
- Zajištění analýz včetně prognóz zaměřených na vývoj trhu práce, mezinárodní srovnání.
- K tvorbě souladu mezi potřebami a zdroji pracovních sil v ČR a k usměrnění pracovních sil do zahraničí a ze zahraničí na území ČR přijímá potřebná opatření.
- V rámci zaměstnanosti a lidských zdrojů v oblasti trhu práce rozvíjí mezinárodní vztahy a spolupráci.
- Zabezpečuje vedení centrální evidence uchazečů a zájemců o zaměstnání, osob se zdravotním postižením, cizinců a evidenci dalších podstatných oblastí trhu práce a zaměstnanosti.
- K datu 1. července předkládá Evropské komisi zprávu informující o počtu kontrol, které byly provedeny v předešlém kalendářním roce v rizikových odvětvích.
-

(Zákon o zaměstnanosti, 2016)

5.1.1.2. Úřad práce ČR

Úřad práce ČR je zřízen zákonem o Úřadu práce České republiky 73/2011 Sb. a je řízen MPSV. Úřad práce ČR je tvořen generálním ředitelstvím a krajskými pobočkami, jejichž součástí jsou kontaktní pracoviště. (Zákon o úřadu práce ČR, 2011).

Činnosti spadající do **kompetence generálního ředitelství Úřadu práce** jsou vyjmenovány v rámci §8. Mezi tyto činnosti spadá například povinnost zajišťování potřebných podkladů pro MPSV, které slouží ke zpracování koncepcí i programů politiky zaměstnanosti či k řešení podstatných otázek v rámci trhu práce. Další činností v kompetenci generálního ředitelství je i poskytování hmotné podpory rekvalifikace a školení nových zaměstnanců či na vytváření nových pracovních míst. V rámci péče o zdravotně postižené osoby zřizuje pracovně rehabilitační střediska a přijímá opatření na podporu rovného zacházení s osobami se zdravotním postižením. Generální ředitelství ÚP je v rámci území ČR povinno aktivně spolupracovat především s následujícími institucemi a organizacemi: územními samosprávnými celky, správními úřady, orgánem správními úřady, orgánem sociálního zabezpečení, orgánem pomoci v hmotné nouzi, orgánem státní zdravotní správy,

zaměstnavateli a dalšími subjekty podle zvláštních právních předpisů. Na úrovni mezinárodní spolupracuje společně s MPSV na rozvíjení mezinárodních vztahů a spolupráce v rámci lidských zdrojů a zaměstnanosti. (Zákon o zaměstnanosti, 2016)

Krajská pobočka Úřadu práce je podřízena generálnímu ředitelství Úřadu práce a podléhá jeho kontrole a vymezení jejich činnosti je vyjmenováno v §8a. Mezi tyto činnosti patří především zpracování koncepce týkající se vývoje zaměstnanosti v obvodu příslušné krajské pobočky, tvorba statistik, rozborů a výsledků. Soustavně se věnuje sledování a hodnocení situace na trhu práce a přijímá potřebná opatření k ovlivnění nabídky práce a poptávky po ní. Stejně jako generální ředitelství spolupracuje s vybranými orgány a institucemi působícími na území ČR a angažuje se při vytváření mezinárodních programů nebo programů s mezinárodní účastí, které jsou zaměřeny na rozvoj lidských zdrojů. Ve své spádové oblasti přijímá příslušná krajská pobočka Úřadu práce příslušná opatření zajišťující podporu a dosažení rovného zacházení s ženami i muži, dále s osobami různých ras, národností či etnik, rovněž i osob se zdravotním postižením a dalších skupin osob určených příslušným zákonem. V rámci politiky zaměstnanosti je pověřena uplatňováním nástrojů aktivní a pasivní politiky zaměstnanosti. Uchazečům o zaměstnání zajišťuje zprostředkování zaměstnání. Fyzickým a právnickým osobám poskytuje informační, poradenské a další služby spadající do oblasti zaměstnanosti a oblasti pracovněprávních vztahů. Je poskytovatelem příspěvku pro zaměstnávání osob se zdravotním postižením, který náleží zaměstnavatelům splňující podmínku zaměstnávání více jak 50% zaměstnanců, kteří mají status osoby se zdravotním postižením. (Zákon o zaměstnanosti, 2016)

5.3.2 Operační programy ČR

Operační programy ČR v rámci zaměstnanosti jsou schvalovány Evropskou komisí a financovány z Evropského sociálního fondu. Tyto programy vycházejí z Evropské strategie zaměstnanosti. V rámci ČR se jednalo především o následující programy týkající se oblasti zaměstnanosti.

Operační program zaměstnanost 2014 - 2020

Tento program je vypracován ve vazbě na uzavřenou *Dohodu o partnerství*. Tato dohoda je základní dokument sloužící pro čerpání finančních prostředků z Evropských strukturálních a investičních fondů. (Dohoda o partnerství pro programové období 2014 – 2020, 2012).

Úkolem operačního programu zaměstnanosti je vymezení priorit pro efektivní veřejné správy z Evropského sociálního fondu, podporu zaměstnanosti a sociálního začleňování. Období působnosti je rok 2014 až rok 2020. (Operační program zaměstnanost 2014-2020, 2015)

Tento program vymezuje čtyři základní priority, které pokrývají následující problematiku týkající se těchto oblastí:

- Podpora zaměstnanosti.

- Rovné příležitosti žen a mužů.
 - Adaptabilita zaměstnanců a zaměstnavatelů.
 - Další vzdělávání.
 - Sociální začleňování.
 - Boj s chudobou.
- (Operační program zaměstnanost 2014 -2020, 2015)

Priority tohoto programu jsou následující:

1. Podporovat přístup k zaměstnávání především u ohrožených skupin na trhu práce.
 2. Podporovat rovnost žen a mužů na trhu práce.
 3. Podporovat aklimatizaci podniků a zaměstnanců na změny a potřeby trhu práce.
 4. Rozvoj v oblasti veřejných služeb zaměstnanosti.
- (Operační program zaměstnanost 2014-2020, 2015)

Operační program Lidské zdroje a zaměstnanost 2007 – 2013

Při vytváření operačního programu byly zohledněny následující dokumenty EU: Politika soudržnosti pro podporu růstu a zaměstnanosti - Sdělení komise, Strategické obecné zásady společenství 2007 – 2013 - Sdělení komise, Integrované směry pro růst a zaměstnanost - Sdělení komise Radě a Evropskému parlamentu, Lisabonský program Společenství zaměstnanost - Sdělení komise Radě a Evropskému parlamentu, Návrh Nařízení o Evropském sociálním fondu. (Operační program Lidské zdroje a zaměstnanost 2007 - 2013, 2012)

Úkolem tohoto operačního programu bylo zvýšení zaměstnanosti a zaměstnanosti osob v České republice a to na úroveň průměru 15 nejlepších zemí v EU. (Operační program Lidské zdroje a zaměstnanost 2007 - 2013, 2012)

Tento program vymezoval následující cíle:

1. Adaptibilita zaměstnanců a zaměstnavatelů.
2. Zkvalitnění přístupu k zaměstnání, prevence nezaměstnanosti.
3. Posílení integrace osob, které jsou ohroženy sociálním vyloučením nebo jsou již sociálně vyloučeny.
4. Posílení institucionální kapacity i efektivnosti veřejné správy a služeb.
5. Intenzivnější mezinárodní spolupráce v rámci rozvoje lidských zdrojů a zaměstnanosti.

(Operační program Lidské zdroje a zaměstnanost, Portál MPSV, 2010)

5.4 Zaměstnávání osob se zdravotním postižením

V rámci podpory zaměstnanosti osob se zdravotním postižením může Úřad práce využívat jak klasických nástrojů politiky zaměstnanosti (aktivní a pasivní politika zaměstnanosti), tak i řadou dalších specifických nástrojů. (Kaczor, 2015)

Mezi nástroje podpory zaměstnávání vyhrazené pro OZP, které jsou realizované úřadem práce, patří pracovní rehabilitace OZP, příspěvky na zřízení a provoz chráněných pracovních míst pro OZP, příspěvek na mzdy a plnění povinného podílu OZP. (Zákon o zaměstnanosti, 2016)

5.4.1 Pracovní rehabilitace OZP

Pracovní rehabilitace jsou bezplatně poskytovány osobám se zdravotním postižením příslušnou krajskou pobočkou úřadu práce. Tato služba může být osobě se zdravotním postižením poskytnuta jen na základě žádosti osoby samé. Nesmí dojít k situaci, kdy by krajská pobočka úřadu práce příslušnou osobu nutila či bez jejího souhlasu do zmíněného procesu zařadila. (Kaczor, 2015)

Tento nástroj je Zákonem o zaměstnanosti vymezen jako: „*souvislá činnost zaměřená na získání a udržení vhodného zaměstnání osoby se zdravotním postižením, kterou na základě její žádosti zabezpečují krajské pobočky Úřadu práce a hradí náklady s ní spojené. Žádost osoby se zdravotním postižením obsahuje její identifikační údaje; součástí žádosti je doklad osvědčující, že je osobou se zdravotním postižením.*“ (Zákon o zaměstnanosti, 2016, §69, odst. 2.)

V rámci pracovní rehabilitace je realizována poradenská činnost se zaměřením na následující problematiku:

- volbu povolání, vhodného zaměstnání a jiného typu výdělečné činnosti,
- přípravu v rámci teorie i praxe pro zaměstnání,
- změnu povolání a vytvoření vhodných podmínek pro výkon zaměstnání či jiného typu výdělečné činnosti. (Zákon o zaměstnanosti, 2016)

Ze strany klientů se ale jedná o málo využívaný a nedoceněný nástroj. (Kaczor, 2015)

5.4.2 Chráněná pracovní místa (CHPM) a příspěvky na zřízení a provoz chráněných pracovních míst pro OZP

Chráněná pracovní místa jsou zřizována pro osoby se zdravotním postižením. Zřizovatelem je zaměstnavatel, který tak učiní na základě písemné dohody s Úřadem práce. Takto vytvořené chráněné místo musí být obsazeno po dobu trvající 3 roky. Na zřízení chráněného pracovního místa poskytuje zaměstnavateli Úřad práce příspěvek. (Zákon o zaměstnanosti, 2016)

Příspěvek určený na vytvoření chráněného pracovního místa je jednorázový a slouží k pokrytí nákladů, které jsou spojené s jeho zřízením. Těmito náklady může být například pořízení speciálních pomůcek, vybavení, zařízení nebo zbudování bezbariérového přístupu pro zaměstnance. (Kaczor, 2015)

Kromě příspěvku na vytvoření chráněného pracovního místa může zaměstnavatel čerpat i **příspěvek na provoz chráněného pracovního místa**, který má za úkol průběžně snižovat náklady, které zaměstnavateli se zřízením a udržováním místa vznikají. (Kaczor, 2015; Zákon o zaměstnanosti, 2016)

Na čerpání výše uvedených příspěvků má nárok zaměstnavatel i osoba samozaměstnaná (zdravotně postižená osoba, která je OSVČ), která uzavře dohodu o vytvoření tohoto typu místa s Úřadem práce. (Kaczor, 2015)

5.4.2.1 Chráněné pracovní dílny (CHPD)

Chráněné pracovní dílny byly zrušeny od roku 2012 novelou zákona o Zaměstnanosti. Od 1. ledna 2012 přešly zaměstnanci a zaměstnavatelé z tohoto institutu automaticky na institut chráněných pracovních míst.

Do konce roku 2011 se jednalo o pracoviště, které zaměstnavatel vymezil na základě uzavřené dohody s úřadem práce a jehož provoz musel trvat minimálně 2 roky ode, kterým byla tato dohoda sjednána. Jedná se o pracoviště přizpůsobené pro zaměstnávání osob se zdravotním postižením a na kterém v průměrném ročním přepočteném počtu zaměstnavatel zaměstnává minimálně 60% těchto zaměstnanců se zdravotním postižením. (Zákon o zaměstnanosti, 2011)

Na vytvoření těchto chráněných dílen poskytoval úřad práce zaměstnavateli příspěvek.

5.4.3 Příspěvek na podporu zaměstnávání osob se zdravotním postižením na chráněném pracovním místě

Dle §78 odstavce (1) náleží tento příspěvek: „Zaměstnavateli zaměstnávajícímu na chráněných pracovních místech (§ 75) více než 50 % osob se zdravotním postižením z celkového počtu svých zaměstnanců se poskytuje příspěvek na podporu zaměstnávání těchto osob formou částečné úhrady vynaložených prostředků na mzdy nebo platy a dalších nákladů...“ (Zákon o zaměstnanosti, 2016, §78, odstavec (1))

Výše příspěvku činí 75% skutečně vynaložených prostředků na mzdu či plat zaměstnance, který je v pracovním poměru a to včetně pojistného na veřejné zdravotní a sociální pojištění. (Kaczor, 2015) Maximální poskytovaná měsíční částka činná v případě osoby se zdravotním postižením 8 800Kč a v případě osoby zdravotně znevýhodněné 5 000 Kč. (Zákon o zaměstnanosti, 2016)

Poskytovatelem příspěvku je příslušná krajská pobočka Úřadu práce, v jejímž obvodu se nachází sídlo zaměstnavatele (zaměstnavatelem je právnická osoba), nebo bydliště zaměstnavatele (zaměstnavatelem je fyzická osoba). (Zákon o zaměstnanosti, 2016)

5.4.4 Plnění povinného podílu OZP

Zaměstnavatelé, kteří zaměstnávají v pracovním poměru více, než 25 zaměstnanců jsou povinni zaměstnávat osoby se zdravotním postižením. Počet těchto zaměstnanců je určen na 4% povinného podílu osob se zdravotním postižením na celkovém počtu zaměstnanců u daného zaměstnavatele. (Tomeš, 2014)

Vzhledem k tomu, že plnění povinného podílu OZP u zaměstnavatelů není příliš efektivní, mohou tuto povinnost plnit prostřednictvím dalších způsobů. (Tomeš, 2014)

Těmito způsoby jsou:

1. **Odvod zaměstnavatele do státního rozpočtu**, který činí 2,5 násobek průměrné měsíční mzdy v národním hospodářství za období prvního až třetího čtvrtletí kalendářního roku a to za každou osobu se zdravotním postižením, která chybí do naplnění do povinného podílu 4%. (Kaczor, 2015)
2. **Zadávat zakázky či odebírat služby a výrobky** zaměstnavatelů, kteří zaměstnávají více než 50% osob se zdravotním postižením nebo osob samostatně výdělečně činných, které jsou osobami se zdravotním postižením a nezaměstnávají již žádného dalšího zaměstnance. (Tomeš, 2014) Částka, kterou musí poskytnout na úhradu zakázek, nákup zboží či služeb od těchto osob činí 7 násobek průměrné měsíční mzdy či platu v národním hospodářství za období prvního až třetího kalendářního období a to za každou osobu zdravotně postiženou, která chybí do splnění povinného podílu 4%. (Kaczor, 2015)
3. **Kombinací způsobů** číslo 1. a 2. s případnou kombinací zaměstnávání povinného podílu 4% osob se zdravotním postižením. (Kaczor, 2015) (Tomeš, 2014)

5.5 Aktivní politika zaměstnanosti

Aktivní politika zaměstnanosti ČR je zaměřena především na podporu a motivaci zaměstnávání osob a jejich udržování v zaměstnání. Svou činností dále podporuje vytvoření nových pracovních míst i udržení již existujících. (Tomeš, 2011)

Je souborem nástrojů a opatření, jejichž cílem je zabezpečení maximální možné zaměstnanosti. (Durdisová, 2005) Jak již bylo řečeno v kapitole 5.3, lze pro umístění osob se zdravotním postižením využít kromě již uvedených nástrojů i některé nástroje spadající pod aktivní politiku zaměstnanosti.

5.5.1 Rekvalifikace uchazečů a žadatelů o zaměstnání

Rekvalifikace je určena pro uchazeče či zájemce o zaměstnání, kteří chtějí rozšířit stávající kvalifikaci nebo získat novou. Rekvalifikace je uskutečněna na základě dohody mezi uchazečem nebo zájemcem o zaměstnání a příslušným Úřadem práce v příslušné spádové oblasti. Rozsah a obsah samotné rekvalifikace je určen na základě dosavadní kvalifikace, schopností a zkušeností žadající osoby a jejím zdravotním stavem (Durdisová, 2005)

Rekvalifikace mohou být prováděny v následujících typech zařízení s:

- akreditovaným vzdělávacím programem dle Zákona o zaměstnanosti nebo dle zvláštního právního předpisu
- vzdělávací programem dle zvláštního právního předpisu (Zákon o zaměstnanosti, 2016)

nebo školou, která má:

- příslušný obor vzdělání zapsaný v rejstříku škol a školských zařízení

- v případě, že se jedná o školu poskytující vysokoškolské vzdělání, akreditovaný příslušný studijní program dle zvláštního právního předpisu (Zákon o zaměstnanosti, 2016)

Náklady rekvalifikace a jsou hrazeny Úřadem práce. V případě, že účastník rekvalifikace prokáže vynaložení nutných nákladů spojených s rekvalifikací, může mu být Úřadem práce poskytnut příspěvek na úhradu těchto nákladů. Po dobu rekvalifikace má osoba nárok na podporu v nezaměstnanosti. (Durdisová, 2005)

5.5.2 Rekvalifikace zaměstnanců

Jedná se o rekvalifikace, kdy žadatelem je zaměstnavatel, který žádá o rekvalifikaci pro své zaměstnance za účelem jejich pracovního uplatnění. (Durdisová, 2005) Rekvalifikace je uskutečněna na základě dohody mezi zaměstnavatelem a zaměstnancem. Stejně jako rekvalifikace dle §109 jsou i rekvalifikace zaměstnanců dle §110 prováděny za účelem získání nových nebo rozvinutí stávajících schopností a dovedností osob. (Zákon o zaměstnanosti, 2016)

Rekvalifikací se zaměstnanci účastní především v rámci pracovní doby a náleží jim od zaměstnavatele náhrada mzdy ve výši průměrného výdělku. Výjimečně může být rekvalifikace uskutečněna mimo pracovní dobu a to jen za podmínek nezbytně nutných vzhledem k jejímu zabezpečení. (Durdisová, 2005)

„Formy rekvalifikace zaměstnanců, druhy nákladů rekvalifikace a nákladů s ní spojených, které hradí Úřad práce, stanoví MPSV v dohodě s MŠMT prováděcím předpisem.“ (Zákon o zaměstnanosti, 2016, §110, Odstavec (6))

5.5.3 Příspěvek na zapracování

Druh příspěvku poskytovaný zaměstnavateli Úřadem práce na základě uzavřené dohody. Příspěvek je vyplácen v případě, že zaměstnavatel zaměstná do pracovního poměru uchazeče o zaměstnání, kterému je věnována zvýšená péče ze strany krajské pobočky Úřadu práce. (Durdisová, 2005)

Maximální doba, po kterou je příspěvek poskytován jsou 3 měsíce. Výše měsíčního příspěvku dosahuje maximálně poloviny minimální mzdy. (Zákon o zaměstnanosti, 2016)

5.5.4 Příspěvek na přechod na nový podnikatelský program

Příspěvek poskytující Úřad práce zaměstnavateli, který přechází na nový podnikatelský program a nemůže pro své zaměstnance zabezpečit práci v rozsahu stanovené týdenní pracovní doby. (Durdisová, 2005)

Příspěvek může být poskytnut na částečnou úhradu náhrady mzdy příslušející zaměstnancům dle platných právních předpisů. Doba poskytování příspěvku činní maximálně 6 měsíců a u jednoho zaměstnance činní maximálně polovinu minimální mzdy. (Zákon o zaměstnanosti, 2016)

5.6 Pasivní politika zaměstnanosti

Pasivní politika zaměstnanosti je zaměřena především na péči o nezaměstnané osoby. (Tomeš, 2011) V rámci pasivní politiky zaměstnanosti jsou nezaměstnaným osobám při splnění zákonem daných podmínek vypláceny peněžitých dávek v podobě podpory v nezaměstnanosti a podpory při rekvalifikaci.

5.6.1 Podpora v nezaměstnanosti

Nárok na podporu v nezaměstnanosti mají především osoby, které splnily následující, zákonem dané podmínky:

- Jsou vedeni jako uchazeči o zaměstnání v evidenci příslušné pobočky Úřadu práce.
- Před zaevidováním na Úřadu práce byli v posledních dvou letech zaměstnáni nebo vykonávali jinou výdělečnou činnost a získali potřebnou dobu pojištění v délce minimálně 12 měsíců.
- Zažádali na pobočce Úřadu práce, u které jsou v evidenci uchazečů o zaměstnání o poskytnutí této podpory.
- Není poživitelem starobního důchodu ke dni, kdy mu má být podpora v nezaměstnanosti přiznána. (Kaczor, 2015)

Nárok na podporu v nezaměstnanosti osobě zaniká, pokud v případě, kdy uplynula podpůrní doba, po kterou byla podpora poskytována, dále v případě ukončení vedení osoby v evidenci uchazečů o zaměstnání nebo v případě vyřazení osoby z evidence uchazečů o zaměstnání. (Zákon o zaměstnanosti, 2016)

Podpůrní doba, po kterou je podpora v nezaměstnanosti uchazeči vyplácena, záleží na jeho věku, kterého uchazeč dosáhl ke dni podání žádosti o podporu v nezaměstnanosti. (Zákon o zaměstnanosti, 2016)

Podpůrní doba u jednotlivých věkových skupin je následující:

1. do 50 let věku uchazeče – 5 měsíců,
2. nad 50 let do 55 let věku uchazeče – 8 měsíců,
3. nad 55 let věku uchazeče – 11 měsíců

(Zákon o zaměstnanosti, 2016)

Výše podpory v nezaměstnanosti je stanovena prostřednictvím procentní sazby z průměrného měsíčního čistého výdělku uchazeče, kterého dosahoval v jeho posledním ukončeném zaměstnání. (Kaczor, 2015)

První dva měsíce podpůrní doby činní podpora v nezaměstnanosti 65%, následující dva měsíce podpůrní doby činní částka 50% a zbývající měsíce podpůrní doby činní velikost poskytované podpory 45% z průměrného měsíčního čistého výdělku u dříve zaměstnané osoby nebo vyměřovacího základu v případě osoby dříve samostatně výdělečně činné. (Zákon o zaměstnanosti, 2016)

V rámci výše poskytované podpory v nezaměstnanosti stanovuje Zákon o zaměstnanosti maximální hranici a to následující způsobem: „*Maximální výše*

podpory v nezaměstnanosti činí 0,58násobek průměrné mzdy v národním hospodářství za první až třetí čtvrtletí kalendářního roku předcházejícího kalendářnímu roku, ve kterém byla podána žádost o podporu v nezaměstnanosti“. (Zákon o zaměstnanosti, 2016, §50, odstavec (6))

O poskytování podpory v nezaměstnanosti rozhoduje příslušná krajská pobočka Úřadu práce, u které je osoba žádající o podporu evidována jako uchazeč o zaměstnání. (Durdisová, 2005)

Změny v letech 2006 - 2016

V rámci Podpory v nezaměstnanosti nastaly zásadní změny v roce 2009. Tyto změny se vztahovaly k stanovení výše a doby poskytování podpory. Před rokem 2009 byl výpočet a doba poskytování podpory v nezaměstnanosti stanovena následovně.

Podpůrčí doba u jednotlivých věkových skupin je následující:

1. do 50 let věku uchazeče – 9 měsíců,
2. nad 50 let do 55 let věku uchazeče – 10 měsíců,
3. nad 55 let věku uchazeče – 12 měsíců

(Pracovněprávní předpisy: Zaměstnanost; Odbory; Inspekce práce, 2008)

Výše poskytovaných dávek činila za první tři měsíce 50% a za zbývající dobu poskytování podpory v nezaměstnanosti 45% z čisté průměrné měsíční mzdy (Pracovněprávní předpisy: Zaměstnanost; Odbory; Inspekce práce, 2008)

5.6.2 Podpora při rekvalifikaci

V případě, že prochází uchazeč o zaměstnání rekvalifikací, má nárok na podporu při rekvalifikaci.

Nárok na podporu při rekvalifikaci má uchazeč o zaměstnání účastníci se rekvalifikace, která je zabezpečována příslušnou krajskou pobočkou Úřadu práce. Ke dni, ke kterému byla osobě tato podpora přiznána, nesmí být poživitelem starobního důchodu. (Zákon o zaměstnanosti, 2016)

Podpora při rekvalifikaci náleží též zdravotně postižené osobě v případě, že tato osoba nepobírá mzdu či plat, náhradu mzdy či platu, dávky nemocenského pojištění nebo starobní důchod. Dávky podpory náleží těmto osobám po dobu přípravy k práci a to na základě rozhodnutí krajské pobočky Úřadu práce. (Tomeš, 2014)

Výše podpory při rekvalifikaci činní po celou její dobu trvání 60% z průměrné čisté mzdy v posledním ukončeném zaměstnání nebo vyměřovacího základu v případě osob, které byly samostatně výdělečně činné. (Zákon o zaměstnanosti, 2016)

Podpůrčí doba v případě poskytování podpory při rekvalifikaci činní dobu, po kterou je rekvalifikace danou osobou vykonávána. (Zákon o zaměstnanosti, 2016)

6 Pracovní podmínky osob se zdravotním postižením

Zaměstnávání osob se zdravotním hendikepem sebou nese i řadu povinností ze strany zaměstnavatele. Vzhledem k zdravotnímu stavu těchto osob je zaměstnavatel povinen při zaměstnávání těchto osob přihlížet i k jejich zdravotnímu stavu a omezením, která je nutno při delegování práce respektovat. Často se jedná o omezení týkající se délky pracovní doby, pozice, ve které je práce vykonávána, práce v prostředí s alergeny či hmotnost břemen se kterými osoba může manipulovat.

6.1 Legislativa ČR

Pracovní podmínky zaměstnanců upravuje Listina základních práv a svobod, Zákoník práce, Vyhlášky a nařízení. V rámci zdravotně hendikepovaných osob se setkáváme se speciální úpravou potřeb a zázemí pro výkon povolání.

Listina základních práv a svobod

Zaměstnávání osob se zdravotním postižením se věnuje Listina základních práv a svobod. Článek 29 uvádí následující:

„1) Osoby zdravotně postižené mají právo na zvýšenou ochranu zdraví při práci a na zvláštní pracovní podmínky,

2) Osoby zdravotně postižené mají právo na zvláštní ochranu v pracovních vztazích a na pomoc při přípravě k povolání.“ (Listina základních práv a svobod, 1992)

Jednotlivá práva a povinnosti při zaměstnávání zdravotně hendikepovaných osob vymezují především následující zákony, kterými jsou Zákon o rovném zacházení a o právních prostředcích ochrany před diskriminací a změně některých zákonů, Zákoník práce a Zákon o zaměstnanosti.

Zákon o rovném zacházení a o právních prostředcích ochrany před diskriminací a o změně některých zákonů

Zákon známý též jako antidiskriminační zákon. Tento zákon zakazuje v oblasti výkonu zaměstnání diskriminaci ve věcech, jako jsou například:

- právo přístupu k zaměstnání a právo na něj,
- právo přístupu k podnikání
- odměňování,
- členství a činnosti v odborových organizacích,
- členství a činnost v radách zaměstnanců,
- členství a činnost v profesních komorách
- ...

(Zákon č. 198/2009 Sb, 2015)

Zákon se nezaměřuje jen na diskriminaci v oblasti zaměstnanosti, ale i v oblastech, kterými jsou zdravotní péče, užívání veřejných služeb, požívání sociálních výhod či vzdělávání.

Zákoník práce

Zákoník práce uděluje zaměstnavateli povinnost zaměstnávat osoby se zdravotním postižením a vytvářet potřebné podmínky vedoucí k jejich zaměstnání.

Zaměstnavatel, který v pracovním poměru zaměstnává osobu se zdravotním postižením má povinnost vytvářet této osobě odpovídající pracovní podmínky v podobě úpravy pracoviště, úpravy pracovní doby, průběžného školení a zvyšování kvalifikace. Veškeré tyto organizační a technické činnosti realizuje zaměstnavatel na své náklady. (Zákoník práce, 2016)

Zákon o zaměstnanosti

Jak již bylo uvedeno v předchozí kapitole, zaměstnávání osob se zdravotním postižením se věnuje i Zákon o zaměstnanosti. Kromě nástrojů a opatření napomáhajících k zvýšení zaměstnanosti těchto osob zahrnuje i úpravu týkající se zvýšené ochrany osoby se zdravotním postižením a úprava chráněného pracovního místa. (Zákon o zaměstnanosti, 2016)

6.2 Nadnárodní dokumenty a nařízení

Problematice zaměstnávání osob se zdravotním postižením se zabývají následující dokumenty a nařízení.

6.2.1 Evropská unie

V rámci Evropské Unie se setkáváme s vymezením pracovních podmínek především v obecném charakteru. V roce 2010 vstoupila v platnost Evropská strategie pro pomoc osobám se zdravotním postižením 2010–2020, která má za úkol zlepšit podmínky osob se zdravotním postižením ve společnosti.

Evropská strategie pro pomoc osobám se zdravotním postižením 2010–2020

V rámci této strategie mají být učiněny kroky v oblastech přístupnosti, zapojení do společnosti, rovnosti, zaměstnanosti, vzdělání, sociální ochrany, zdraví a vnější činnosti. V rámci zaměstnanosti mají být učiněny především kroky k zajištění kvalitních pracovních míst, které zajišťují ekonomickou nezávislost, podporují úspěchy osob a jsou ochranou proti chudobě. Cílem růstu zaměstnanosti je, aby větší počet zdravotně postižených osob měl placené zaměstnání v oblasti otevřeného trhu práce. Činnost EU v rámci strategie bude doplňovat úsilí členských států s cílem především analyzovat situaci osob se zdravotním postižením v oblasti trhu práce, bojovat se stereotypy, které osoby se zdravotním postižením odrazují od hledání zaměstnání, bojovat proti závislosti na státních sociálních dávkách, učinit pro tyto osoby pracoviště přístupnější, podporovat vzdělání a školení

při zaměstnání, aj. (Evropská strategie pro pomoc osobám se zdravotním postižením 2010–2020, 2015)

Tématem pracovních podmínek zaměstnanců zdravých i se zdravotním hendikepem se obecně věnuje také Evropská sociální charta a řada doplňkových doporučení, resolucí a akčních plánů vytvořených Radou Evropy v rámci úpravy pracovních podmínek osob se zdravotním postižením.

6.2.2 Organizace spojených národů OSN

V mezinárodním rámci se právy osob se zdravotním postižením v zaměstnání zabývá především Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením.

Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením

Oblasti práce a zaměstnání se věnuje úmluva v článku 27. Na základě tohoto článku jsou státy, které se staly smluvní stranou úmluvy, povinny uznávat právo na práci osob se zdravotním postižením a to na rovnoprávném základě společně s ostatními osobami. Státy, které přijaly, úmluvu jsou povinny zabezpečit a podporovat realizaci práva na práci prostřednictvím přijetí potřebných opatření. Cílem těchto opatření je především zákaz diskriminace, ochrana práv osob se zdravotním postižením, uplatnění pracovních a odborových práv, přístup k programům obecného a profesního poradenství, podpora pracovních příležitostí, zaměstnání osob se zdravotním postižením ve veřejném sektoru, aj. (Úmluva o právech osob se zdravotním postižením, OSN, 2012)

Dalšími dokumenty zabývajícími se přímo či nepřímo podmínkami v oblasti zaměstnávání osob se zdravotním postižením v rámci organizace OSN jsou:

- Všeobecná deklarace lidských práv.
- Mezinárodní pakt o hospodářských sociálních a kulturních právech.
- Deklarace o právech mentálně postižených.
- Deklarace o právech osob se zdravotním postižením.
- Světový program činností pro osoby se zdravotním postižením.
- Standardní pravidla OSN pro vyrovnávání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením.

6.2.3 Mezinárodní organizace práce

Pracovním podmínkám osob se zdravotním postižením na pracovišti se věnuje především Praktický kodex MOP upravující zdravotní postižení na pracovišti.

Praktický kodex MOP upravující zdravotní postižení na pracovišti

V rámci kodexu jsou uvedeny možnosti, které mají za úkol usnadňovat zaměstnavatelům využívání schopností a potenciálu lidí se zdravotním postižením v příslušných vnitrostátních podmínkách. Vede velké, střední i malé zaměstnavatele ve veřejném i soukromém sektoru v rozvinutých i rozvojových zemích k přijetí

postupů, které upravují zdravotní postižení na pracovišti. Kodex je nositelem přesvědčení, že zaměstnávání zdravotně postižených osob přináší zaměstnavatelům vysoký prospěch v případě, že zaměstnavatel přizpůsobí jejich pracovní podmínky schopnostem a dovednostem. (Komendová, 2009)

Zmínky o pracovních podmínkách osob se zdravotním postižením dále nalezneme v dokumentech organizace, jako jsou:

- Úmluva č. 142 o rozvoji lidských zdrojů
- Doporučení č. 150 o rozvoji lidských zdrojů
- Úmluva č. 159 o pracovní rehabilitaci a zaměstnávání invalidů

6.3 Pracovní podmínky

Pracovní podmínky osob se zdravotním postižením můžeme rozdělit do dvou forem a to na pracovní podmínky organizačního a technického charakteru.

6.3.1 Pracovní podmínky organizačního charakteru

Osoby se zdravotním postižením mají stejně jako zdravé osoby možnost volby délky pracovní doby a absolvování školení a rekvalifikací, kdy speciálně dvě poslední činnosti jsou zmiňovány i v rámci Evropské strategie zaměstnanosti 2010 – 2020 a Úmluva o právech osob se zdravotním postižením.

6.3.1.1 Pracovní doba

Jedná se o dobu, po kterou je povinen zaměstnanec pro svého zaměstnavatele vykonávat požadovanou práci a po kterou je zaměstnanec povinen vykonávat práci dle instrukcí zaměstnavatele. Vzhledem ke zdravotnímu stavu osob s hendikepem je více využíváno kratšího pracovního úvazku než stanovené týdenní pracovní doby.

Stanovená týdenní pracovní doba činí 40 hodin týdně. Výjimkou je týdenní pracovní doba u zaměstnanců pracujících v třísměnném a nepřetržitém pracovním režimu. U těchto osob činí stanovená týdenní pracovní doba 37,5 hodin týdně. Další výjimkou je dvousměnný pracovní režim, u kterého pracovní týdenní doba činí 38,75 hodin. (Zákoník práce, 2016) Vzhledem k zaměření tématu na osoby se zdravotním postižením byla vynechána podmínka vztahující se na profese zabývající se prací v podzemí těžbou nerostů.

Kratší pracovní doba je sjednána na základě dohody mezi zaměstnavatelem a zaměstnavatelem a již z názvu vyplývá, že se jedná o dobu kratší, než je stanovená týdenní pracovní doba. (Zákoník práce, 2016)

V rámci pracovní doby lze využít i její pružné rozvržení. **Pružné rozvržení pracovní doby** v sobě zahrnuje časové úseky základní pracovní doby a volitelné

pracovní doby, jejichž začátek a konec určí zaměstnavatel. Po dobu základní pracovní doby je zaměstnanec povinen být přítomen na pracovišti. V rámci volitelné pracovní doby si zaměstnanec sám zvolí začátek a konec pracovní doby přičemž délka směny nesmí v úhrnu přesáhnout více jak 12 hodin. (Zákoník práce, 2016)

6.3.1.2 Školení a rekvalifikace

V rámci výkonu povolání má zaměstnanec se zdravotním postižením nárok na další vzdělávání v podobě školení či zaměstnaneckých rekvalifikací. Zaměstnanecké rekvalifikace jsou upraveny Zákonem o zaměstnanosti. Jak již bylo uvedeno v kapitole věnující se aktivní politice zaměstnanosti, jedná o rekvalifikace, které jsou prováděny za účelem dalšího pracovního uplatnění zaměstnanců firem. (Zákon o zaměstnanosti, 2016)

Financování těchto rekvalifikací probíhá plně nebo jen částečně a týká se pouze samotných nákladů na realizaci kurzu. Součástí úhrady nejsou náklady na cestovné, ubytování, ochranné pracovní prostředky, mzdy a platy, na které mají zaměstnanci nárok po dobu účasti na rekvalifikacích konaných v rámci pracovní doby. (Rekvalifikace zaměstnanců, 2016)

6.3.2 Ergonomie pracovního místa

Vzhledem k zdravotnímu hendikepu zaměstnance musí zaměstnavatel provést úpravu pracovního místa a prostředí tak, aby co nejlépe sloužilo k vykonávání dané profese a zaměstnanec nebyl omezován případnými překážkami ve výkonu práce pro zaměstnavatele.

V případě tělesně postižených osob se jedná například o úpravy prostor do bezbariérové podoby a speciální kancelářské vybavení. Dle základních požadavků na pracovní místo pro zdravotně hendikepované osoby se jedná o speciální pracovní nábytek, který by měl být přizpůsobitelný a umožňovat modifikace úprav dle typu postižení. Zřetel musí být brán především na pracovní stůl, židli, manipulační prostor a pracovní plochu. Židle by měla poskytovat správnou oporu páteře a být lehká pro manipulaci. Stůl musí mít regulovatelnou výšku i sklon. Důležité je zajistit dostatečný prostor pro dolní končetiny. V rámci manipulačního prostoru musejí být veškeré pomůcky a ovladače umístěny na dosah osoby. Je důrazně doporučováno, aby zaměstnanci střídali během pracovního dne různé pracovní polohy. (Gilbertová, Matoušek, 2002) Zaměstnanci postiženi vadou zraku k výkonu zaměstnání vyžadují speciální počítačové softwary či lupy.

Pracovní činnost zaměstnance nesmí být v rozporu s fyzickými či psychickými možnostmi zaměstnanců

6.4 Poradenství

V rámci zaměstnávání osob se zdravotním postižením často vznikají dotazy jak na straně samotného zaměstnavatele, tak i na straně zdravotně hendikepovaného zaměstnance. Často tyto osoby využívají odborného poradenství již při hle-

dání zaměstnanců, nebo v případě uchazečů se zdravotním postižením, hledání vhodného místa. Obě strany mohou v rámci poradenství využít speciálních poradních center zřizovaných státem či neziskovými organizacemi.

6.4.1 Státní organizace zajišťující poradenství

Zaměstnavatelé i zaměstnanci mohou využívat služeb poradenství především v rámci Úřadů práce. Zaměstnavatelé se mohou na kontaktní pobočku Úřadu práce obrátit s dotazy týkajícími se především účasti na projektech politiky zaměstnanosti, hledání vhodných zaměstnanců z řad osob se zdravotním postižením, jejich přijetí do zaměstnání, úpravy pracovního zázemí a možností čerpání konkrétních dotací či příspěvků. Osoby se zdravotním postižením mají možnost využít jednak individuálního poradenství pracovníků příslušné pobočky Úřadu práce, nebo mohou navštěvovat speciální semináře zaměřené na různá témata pořádané Úřadem práce. (Zákon o zaměstnanosti, 2016), (Praktické informace pro Klienty ÚP ČR, 2015)

6.4.2 Nestátní organizace zajišťující poradenství

Jedná se především o služby poskytované neziskovými organizacemi zaměřenými na pomoc osobám se zdravotním hendikepem. Mezi nejznámější organizace patří především: Národní rada osob se zdravotním postižením ČR, Liga vozíčkářů, Svaz tělesně postižených ČR, Sdružení META, aj.

Tyto organizace nabízejí stejně jako státní organizace v podobě poboček Úřadů práce poradenské služby pro osoby se zdravotním hendikepem a společnostmi, které tyto osoby zaměstnávají. Kromě poradenství v oblasti zaměstnání poskytují dále poradenství v oblasti vzdělávání, integrace do společnosti a čerpání příslušných dávek a dotací.

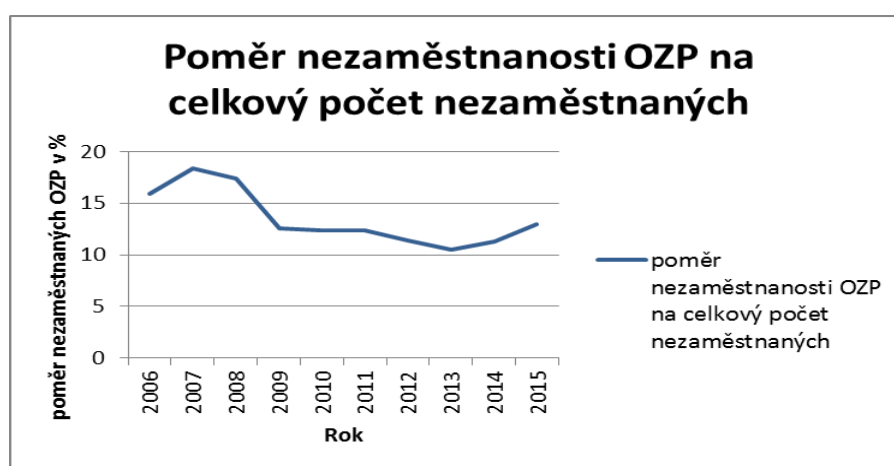
7 Vývoj vybraných nástrojů pro integraci zdravotně hendikepovaných osob na trh práce v rámci ČR

Každému nástroji, který je Úřady práce sledován a v rámci jeho užívání shromažďována data, je věnováno samostatné podtéma. V rámci těchto podtémat jsou nástroje rozebírány z hlediska obecné studie. Studie byla zrealizována na základě dat získaných ze Statistických ročenek trhu práce České republiky a z interních dat poskytnutých Úřadem práce pro celou ČR od roku 2006 do roku 2015. Pro přehlednost jsou data získána od Úřadu práce zpracována do podoby grafů.

7.1 Základní popis vývoje stavu nezaměstnanosti OZP ČR

Jak již bylo řečeno v úvodu, nezaměstnanost zdravotně postižených osob je vyšší, než u osob zdravých. Z šetření na Úřadu práce vyplývá, že umístění osob se zdravotním postižením do zaměstnání je složitější a to i přes existenci speciálních nástrojů k jejich umístění.

Následující graf zobrazuje vývoj podílu nezaměstnanosti zdravotně hendikepovaných osob na celkové nezaměstnanosti.



Obr. 1 Poměr nezaměstnanosti OZP na celkový počet nezaměstnaných v ČR
Zdroj: Vlastní práce

Nejvyšší podíl osob se zdravotním postižením (OZP) na celkové výši nezaměstnanosti je zaznamenán v roce 2007. V tomto roce dosahoval poměr počtu nezaměstnaných osob 18 procent. Nejnižšího podílu OZP nezaměstnaných bylo dosaženo v roce 2013, kdy hodnota dosahovala 10%.

Především od roku 2014 došlo opět k růstu počtu osob se zdravotním postižením. Tento nárůst mohla zapříčinit změna legislativy, kdy došlo ke změně vyhlášky č. 388/2011 Sb. o provedení některých ustanovení zákona o posuzování

dávek osobám se zdravotním postižením, ve znění pozdějších předpisů. Tato vyhláška byla nahrazena novou vyhláškou 388/2013. Prostřednictvím nové vyhlášky došlo k přiznání statusu zdravotního postižení i osobám s neuro-degenerativním onemocněním, psychickým postižením spojeným se ztrátou komunikace, duševních kompetencí i orientace a dále osobám s nízko funkčním typem autismu. (Předpis č. 388/2013 Sb, 2013)

7.2 Základní popis vývoje stavu pracovních rehabilitací v ČR

Z šetření stavu tohoto nástroje na úřadu práce bylo zjištěno, že zájem ze strany zdravotně hendikepovaných uchazečů je příliš nízký. Částečně je tento malý počet způsoben délkou procesu těchto rehabilitací, které trvají po dobu jednoho roku a déle. Pracovní rehabilitace využívají především klienti, kteří nemají povědomí o oblasti, ve které by se chtěli uplatnit. Tyto osoby tak v rámci rehabilitace navštěvují sezení se specialisty z řad lékařů, psychologů, odborných poradců, účastní se tematických kurzů, praxí ve společnostech a případných rekvalifikací. V souvislosti s tímto nástrojem je stanovena komise skládající se především z pracovníků příslušné pobočky úřadu práce, specialistů a zástupců spolupracujících firem. Pracovní rehabilitace mají určenu přesnou posloupnost jednotlivých akcí – fází, které nelze přeskočit a klient je musí povinně absolvovat. Dodržení posloupnosti fází je jedním z důvodů dlouhé časové náročnosti tohoto nástroje. Mnoho klientů tak navštěvuje pouze kurzy doporučené v rámci pracovních rehabilitací a následně žádá o potřebné rekvalifikace. Smlouvu o podstoupení pracovní rehabilitace tito lidé uzavírat nemusejí.

Statistiky pro tento nástroj jsou vedeny pouze ve vztahu k počtu rekvalifikací, které se prostřednictvím tohoto nástroje uskuteční. Data jsou dostupná pouze do roku 2011, po tomto datu došlo k ukončení vedení statistiky i u této položky. Následující tabulka ukazuje počet osob, které úspěšně ukončily závěrečnou fázi pracovní rehabilitace prostřednictvím rekvalifikací. Vliv těchto rekvalifikací na nezaměstnanost bude součástí analýzy vlivu rekvalifikací v rámci aktivní politiky zaměstnanosti.

Tab. 4 Počet osob se zdravotním postižením v úspěšně ukončených specializovaných kurzech v rámci pracovní rehabilitace v ČR

Rok	Počet osob se zdravotním postižením v úspěšně ukončených specializovaných kurzech v rámci pracovní rehabilitace
2006	35
2007	101
2008	22
2009	35
2010	13
2011	6

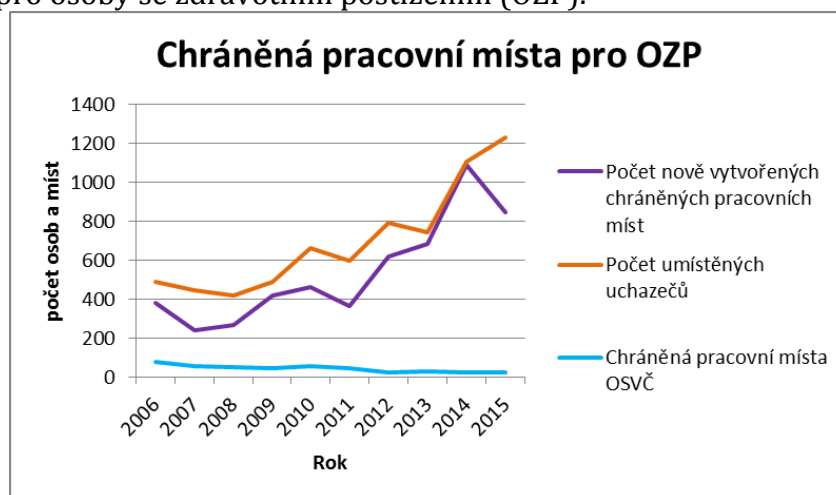
Zdroj: Rekvalifikace, 2011

7.3 Základní popis vývoje stavu Chráněných pracovních míst v ČR

Počet nově vytvořených pracovních míst od roku 2006 do roku 2014 pozvolně rostl s výjimkou občasných výkyvů v podobě poklesu. Nejvyššího počtu nově vytvořených chráněných pracovních míst nastalo v roce 2014, kdy tato místa dosahovala počtu 1091 chráněných pracovních míst. Růstovou tendenci zaznamenáváme i u počtu umístěných uchazečů, který dosahuje vyšších hodnot, než počet nově otevřených pracovních míst. Tento trend je pravděpodobně zapříčiněn nejen umístěním dvou osob na poloviční úvazek v rámci jednoho pracovního místa ale i obsazením pracovního místa, které bylo založeno již v předchozím období. Zvýšení počtu umístěných uchazečů a nově vytvořených míst na počátku roku 2012 mohla zapříčinit novela zákona, která ukončila platnost nástroje Chráněné pracovní dílny a zaměstnanci a firmy nacházející se v rámci činnosti tohoto nástroje přešly automaticky pod nástroj Chráněných pracovních míst.

Pracovní místa vytvořená zdravotně postiženými osobami k samostatné výdělečné činnosti ale od roku 2006 neustále klesají. Zatím co za rok 2006 využilo tohoto nástroje 78 osob za rok 2015 už pouze 23 osob.

Následující graf zobrazuje vývoj jednotlivých částí nástroje chráněných pracovních míst pro osoby se zdravotním postižením (OZP).

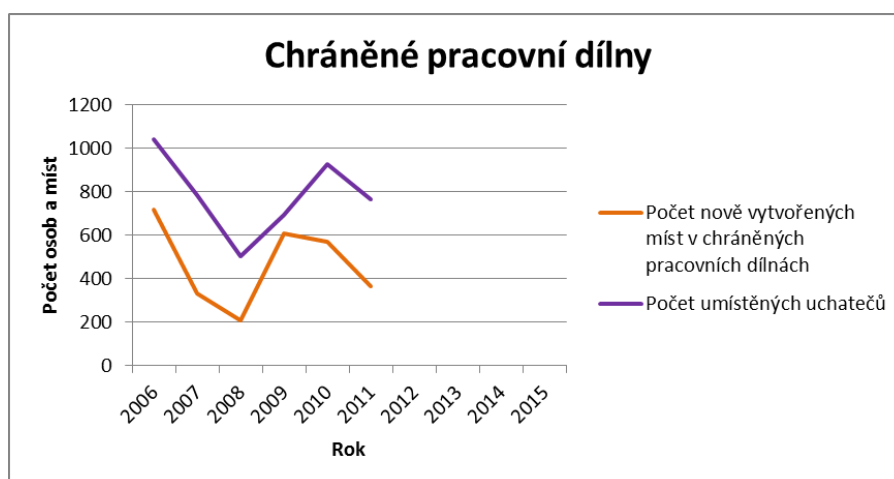


Obr. 2 Chráněná pracovní místa pro OZP v ČR

Zdroj: Statistická ročenka trhu práce v České republice pro roky 2006 až 2015

7.4 Základní popis vývoje stavu Chráněných pracovních dílen v ČR

Chráněné pracovní dílny jsou v rámci aktivní politiky zaměstnanosti evidovány pouze do roku 2011. V tomto roce došlo k ukončení platnosti tohoto nástroje a od následujícího roku zůstal v platnosti pouze nástroj Chráněná pracovní místa.



Obr. 3 Chráněné pracovní dílny pro OZP v ČR

Zdroj: Statistická ročenka trhu práce v České republice pro roky 2006 až 2015

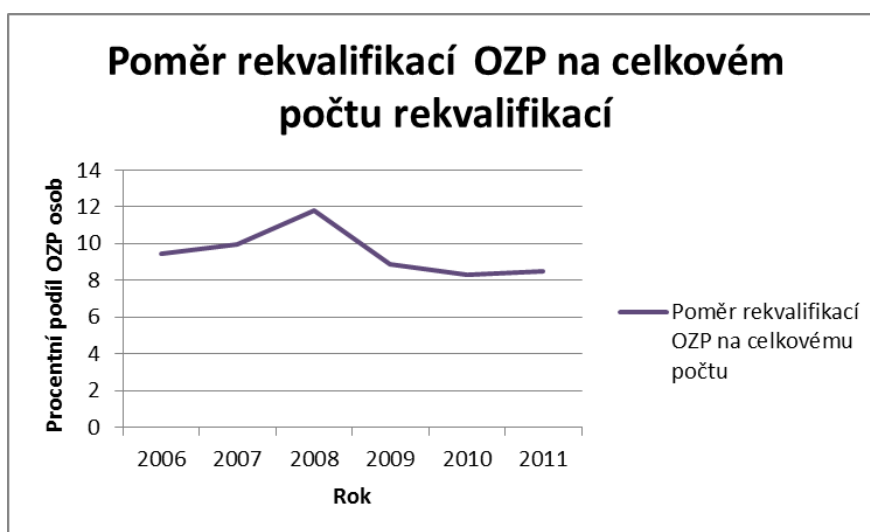
Stejně jako u chráněných pracovních míst sledujeme i u tohoto nástroje vyšší počet umístěných uchazečů, než počet vytvořených míst. Tento jev může být opět zapříčiněn umístěním dvou uchazečů na poloviční úvazek v rámci jednoho pracovního místa nebo obsazením již vytvořených míst v minulém roce.

Nejvyššího počtu vytvořených míst v rámci chráněných pracovních dílen bylo dosaženo v roce 2006, kdy bylo vytvořeno 719 těchto míst. I počet umístěných uchazečů v tomto roce dosahoval nejvyššího počtu a to 1039 osob se zdravotním postižením. Prudký pokles nastal v roce 2007 a 2008, kdy došlo k propadu u obou těchto složek. V roce 2008 bylo zřízeno pouze 208 dílen a umístěno bylo 504 osob. Tento jev mohl být zapříčiněn hospodářskou krizí, která v této době začala pronikat na náš trh. Další propad nastal v roce 2011.

7.5 Základní popis vývoje stavu rekvalifikací OZP v ČR

Rekvalifikace jsou využívány především osobami se zdravotním postižením, které již mají ucelenou představu o svém budoucím povolání, ale současné vzdělání je pro výkon tohoto oboru nepostačující.

Popis je věnován vypočtenému podílu úspěšně ukončených rekvalifikací osob se zdravotním postižením (OZP) vzhledem k celkovému počtu úspěšně ukončených rekvalifikací. Data jsou úřady práce sledována opět jen do roku 2011, dále již nejsou data předmětem statistiky.



Obr. 4 Poměr úspěšně ukončených rekvalifikací OZP na celkovém počtu rekvalifikací v ČR
Zdroj: Vlastní práce

Nejvyšší podíl osob se zdravotním hendikepem s úspěšně ukončenými rekvalifikacemi je v roce 2008, kdy hodnota podílu dosahovala téměř 12%. V tomto roce zároveň přetrvával vysoký podíl nezaměstnanosti těchto osob na celkovém počtu nezaměstnaných. V následujících letech se již podíl úspěšně ukončených rekvalifikací u OZP na celkovém počtu úspěšně ukončených rekvalifikací pohybuje na konstantních 8%.

8 Vícenásobná regresní analýza vlivu jednotlivých nástrojů na integraci zdravotně hendikepovaných osob na trh práce ČR za období 2006 až 2015

Vícenásobná regresní analýza je provedena pro období let 2006 až 2015. Analýza byla zrealizována na základě dat získaných ze Statistických ročenek trhu práce České republiky a z interních dat poskytnutých Úřadem práce pro celou ČR od roku 2006 do roku 2015. Z důvodu nejednotného sběru dat Úřadem práce ČR napříč časovým úsekem je regresní analýza prováděna v rámci jednotlivých let na základě dat z jednotlivých krajů ČR.

Prostřednictvím vícenásobné regresní analýzy je zkoumán vliv vybraných nástrojů sloužících k umístění osob se zdravotním postižením na trh práce na nezaměstnanost těchto osob. V rámci těchto nástrojů vstupovaly do báze následující proměnné.

Od roku 2006 do roku 2011:

- CHPD vytvořená místa
- CHPD umístění zdravotně postižení uchazeči (dále jen: CHPD_umístění OZP)
- CHPM vytvořená místa
- CHPM umístění zdravotně postižení uchazeči (dále jen: CHPM_umístění OZP)
- CHPM – OSVČ se zdravotním postižením (dále jen: *CHPM_OSVČ se ZP*)
- Rekvalifikace – umístění zdravotně postižení uchazeči s úspěšně ukončenou rekvalifikací (dále jen: *Rekvalifikace_umístění OZP*)
- Rekvalifikace – zdravotně postižení uchazeči s úspěšně ukončenými rekvalifikacemi (dále jen: *Úspěšně ukončené rekvalifikace OZP*)
- Specializované kurzy – umístění uchazeči s úspěšně ukončeným kurzem
- Specializované kurzy – uchazeči s úspěšně ukončenými kurzem

Od roku 2006 do roku 2015

- CHPM vytvořená místa
- CHPM vymezená místa
- CHPD umístění zdravotně postižení uchazeči (dále jen: CHPD_umístění OZP)
- CHPM – OSVČ se zdravotním postižením (dále jen: *CHPM_OSVČ se ZP*)

8.1 Metodika pro zpracování vícenásobné regresní analýzy

V rámci vícenásobné regresní analýzy jsou uvedeny pouze finální modely, které byly vytvořeny za pomoci metody nejmenších čtverců v programu Gretl.

V rámci metody nejmenších čtverců se na základě p-hodnot jednotlivých proměnných rozhoduje o jejich zahrnutí do konečného modelu

Každý konečný model obsahuje pouze statisticky významné proměnné, jejichž hladina významnosti je 5%. P-hodnoty jednotlivých proměnných tak dosahují hodnoty nižší než 0,05.

Modely prošly řadou testů sloužících k ověření splnění základních předpokladů, které potvrzují správnost zvoleného modelu. K realizaci vícenásobné regresní analýzy a příslušných testů potvrzujících správnost zvoleného modelu byl použit program Gretl.

Výsledné hodnoty jsou zaokrouhleny na 3 desetinná místa s výjimkou koeficientů modelů, která jsou zaokrouhlována na 4 desetinná místa.

Ověřované předpoklady a použité příslušné testy:

1. Vypovídající hodnota modelu

Koeficient determinace nás informuje o vypovídající hodnotě modelu. Platí, že čím vyšší hodnota, tím je lepší vypovídající schopnost modelu.

(Vittinghoff, 2012), (Tošenovský, 2013)

2. Celková významnost modelu

F-test má následně za úkol prokázat významnost modelu jako celku. Výsledná p-hodnota F-testu musí být menší než hodnota odpovídající hladině významnosti 5%, tj. 0,05. Na základě výsledku F-testu přijímáme jednu ze dvou stanovených hypotéz:

H_0 : model je nevýznamný jako celek

H_A : model je významný jako celek

(Vittinghoff, 2012), (Hančlová, 2012)

Model je jako celek statisticky významný v případě, kdy výsledná hodnota F-testu dosahuje hodnoty menší než 0,05 a můžeme tak přijmout hypotézu H_A o významnosti modelu jako celku. (Hančlová, 2012)

3. Model je správně specifikován

Předpoklad správné specifikace modelu, jeho lineárnost v parametrech a aditivně připojený chybový člen je testován prostřednictvím RESET testu druhé a třetí mocniny a testů linearity druhé mocniny a logaritmu.

Výsledná P-hodnota testu musí být vyšší než hodnota odpovídající hladině významnosti 5%, tj. vyšší než hodnota 0,05. Prostřednictvím výsledné hodnoty testu opět přijímáme jednu ze stanovených hypotéz:

H_0 : model je správně specifikován

H_A : model není správně specifikován

(Vittinghoff, 2012), (Tošenovský, 2013)

Model splňuje podmínku správné specifikace modelu, kdy je výsledná hodnota těchto testů vyšší než 0,05 a je přijata hypotéza H_0 o správné specifikaci modelu. (Hančlová, 2012)

4. Chybový člen nabývá nulové střední hodnoty

Dalším předpokladem, který musí model plnit je nulová střední hodnota chybového členu. Splnění tohoto předpokladu je zjištěno prostřednictvím grafu reziduí. Pokud jsou rezidua náhodně rozložena kolem bodu nula, můžeme usuzovat splnění předpokladu. (Tošenovský, 2013)

5. Rozptyl chybového členu má konstantní podobu - homoskedasticita

Předpoklad konstantního rozptylu chybového členu je testován za pomoci Breusch-Paganova testu. Opět testujeme na hladině významnosti 5%. P-hodnota tohoto testu tak musí dosahovat hodnoty vyšší než 0,05. Na základě výsledků testu přijímáme jednu z hypotéz:

H_0 : homoskedasticita

H_A : heteroskedasticita

(Vittinghoff, 2012), (Hančlová, 2012)

Pokud je p-hodnota testu vyšší než hodnota 0,05, přijímáme hypotézu H_0 o homoskedasticitě a další předpoklad modelu je tak splněn. (Hančlová, 2012)

6. Žádná z vysvětlujících proměnných v modelu není perfektní lineární kombinací jiných vysvětlujících proměnných- kolinearita

K testování předpokladu modelu jsou použity výsledky VIF. Jeho hodnoty pro jednotlivé proměnné musejí být nižší než 10. V případě, že jsou tyto hodnoty vyšší, lze usuzovat, že se v modelu objevuje multikolinearita a dochází k porušení předpokladu. (Tošenovský, 2013)

Tohoto testování je použito pouze u modelů, kde se nachází více než jedna výsledná vysvětlující proměnná. (Hančlová, 2012)

7. Rozdělení chybového členu nabývá normálního rozdělení- normalita

Pro testování posledního předpokladu modelu je použit Doornik-Hansenův test, Shapiro-Wilkův W test, Lillieforsův test a Test Jarque-Bery. Model je opět testován na hladině významnosti 5%. Výsledné P-hodnoty testu musejí být vyšší než 0,05. Na základě výsledků přijímáme jednu z hypotéz:

H_0 : normalita

H_A : není normalita

(Vittinghoff, 2012), (Hančlová, 2012)

Pokud p-hodnota dosahuje výsledků vyššího než je hodnota 0,05, přijímá se hypotéza H_0 o normalitě a i tato poslední podmínka modelu je přijata. (Hančlová, 2012)

8.2 Vliv nástrojů sloužících k umístění OZP na nezaměstnanost v roce 2006

Pro období 2006 je prostřednictvím vícenásobné regresní analýzy zkoumán vliv nástrojů Chráněné pracovní dílny, Chráněná pracovní místa a Rekvalifikace a Specializované kurzy na nezaměstnanost osob se zdravotním postižením. Základním předpokladem je, že by tyto nástroje měly napomáhat k snižování nezaměstnanosti v ČR.

Konečný model zahrnuje pouze proměnou v podobě Rekvalifikace – umístění uchazeči OZP, která vyjadřuje počet uchazečů se zdravotním postižením, kteří byli díky úspěšnému vykonání rekvalifikace umístěni do zaměstnání.

Tab. 5 Výstup metody nejmenších čtverců pro konečný model v roce 2006 po úpravách

	Koeficient	směr. chyba	t-podíl	p-hodnota	
constant	7,4462	0,141	52,660	0,001	***
Rekvalifikace _umístění OZP	0,0109	0,001	7,932	0,001	***

Zdroj: Výstup programu Gretl

Koeficient determinace pro tento model nabývá hodnoty 0,840, která představuje dostatečnou 84% vypovídající schopnost modelu. Model byl následně podroben prostřednictvím F-testu na testování významnosti modelu jako celku. P-hodnota (F) testu 0,001 potvrdila jeho významnost.

Tento model byl následně testován z hlediska splnění dalších základních předpokladů. Výsledky jednotlivých testů jsou uvedeny v následující tabulce.

Tab. 6 Výsledky dalších testů pro testování splnění základních předpokladů pro model v roce 2006

Předpoklad	Test	P-hodnota	Přijata hypotéza
Test specifikace	RESET test pro specifikaci (pouze druhé mocniny)	0,835	Model je správně specifikován
	RESET test pro specifikaci (pouze třetí mocniny)	0,844	Model je správně specifikován
	Test nelinearity (druhé mocniny)	0,810	Model je správně specifikován
	Test nelinearity (logaritmy)	0,621	Model je správně specifikován
Homoskedasticita	Brusch-Paganův test	0,277	Homoskedasticita
Normalita	Doornik-Hansenův test	0,713	Normalita
	Shapiro-Wilkův W test	0,844	Normalita
	Lillieforsův test	0,610	Normalita
	Test Jarque-Bery	0,701	Normalita

Zdroj: Výstup programu Gretl

Posledním předpokladem, který je nutno otestovat je nulová střední hodnota chybového členu. Tento předpoklad je ověřován na základě generovaného grafu reziduí programem Gretl. Na základě výsledného grafu bylo prokázáno i splnění tohoto předpokladu.

8.2.1 Výsledek analýzy pro rok 2006

Na základě výše uvedených výsledků jsou splněny veškeré předpoklady modelu a model se stává platným. Pro tento model byla vysvětlována proměnná nezaměstnanost OZP použita ve formě logaritmu. Model nabývá následující konečné podoby:

$$\ln \text{Nezaměstnanost OZP} = 7,4462 + 0,0109 * \text{Rekvalifikace_umístění OZP}$$

Tento výsledek lze interpretovat tak, že v případě vyššího počtu nezaměstnaných je vyšší tendence k absolvování rekvalifikací, díky kterým dochází k vyššímu počtu umístěných uchazečů OZP.

8.3 Vliv nástrojů sloužících k umístění OZP na nezaměstnanost v roce 2007

Pro období 2007 je prostřednictvím vícenásobné regresní analýzy zkoumán opět vliv nástrojů Chráněné pracovní dílny, Chráněná pracovní místa, Rekvalifikace a Specializované kurzy na nezaměstnanost osob se zdravotním postižením. Základním předpokladem opět je, že by tyto nástroje měly napomáhat ke snižování nezaměstnanosti v ČR.

Do modelu vstupují jako významné proměnné následující parametry: CHPD _umístění uchazeči, CHPM _umístění uchazeči, CHPM _OSVČ se ZP, Úspěšně ukončené rekvalifikace OZP.

Tab. 7 Výstup metody nejmenších čtverců pro konečný model v roce 2007 po úpravách

	Koeficient	směr. chyba	t-podíl	p-hodnota	
const	7,0411	0,106	66,390	0,001	***
CHPD _umístění uchazeči	0,0047	0,001	4,399	0,002	***
CHPM _umístění uchazeči	-0,0084	0,002	-3,722	0,005	***
CHPM _OSVČ se ZP	0,0462	0,013	3,432	0,008	***
Úspěšně ukončené rekvalifikace OZP	0,0033	0,001	10,720	0,001	***

Zdroj: Výstup programu Gretl

Koeficient determinace pro tento model nabývá hodnoty 0,957736. Tato hodnota představuje dostatečnou 95,77% vypovídající schopnost modelu. Model byl

podroben prostřednictvím F-testu na testování významnosti modelu jako celku. P-hodnota(F) testu 0,001 potvrdila jeho významnost.

Model byl následně testován z hlediska splnění dalších základních předpokladů. Výsledky jednotlivých testů jsou uvedeny v následující tabulce.

Tab. 8 Výsledky dalších testů pro testování splnění základních předpokladů pro model v roce 2007

Předpoklad	Test	P-hodnota	Přijata hypotéza
Test Linearity	RESET test pro specifikaci (pouze druhé mocniny)	0,166	Model je správně specifikován
	RESET test pro specifikaci (pouze třetí mocniny)	0,169	Model je správně specifikován
	Test nonlinearity (druhé mocniny)	0,085	Model je správně specifikován
	Test nonlinearity (logaritmy)	0,058	Model je správně specifikován
Homoskedasticita	Brusch-Paganův test	0,392	Homoskedasticita
Normalita	Doornik-Hansenův test	0,754	Normalita
	Shapiro-Wilkův W test	0,912	Normalita
	Lillieforsův test	0,790	Normalita
	Test Jarque-Bery	0,723	Normalita

Zdroj: Výstup programu Gretl

Ke zjištění kolinearit slouží posouzení zjištěných VIF hodnot u jednotlivých ukazatelů. Dle níže uvedených výsledků, které jsou nižší než stanovená kritická hodnota deset a vyšší, můžeme zamítnout multikolaritu.

Tab. 9 Testování kolinearit modelu v roce 2007

Proměnná	VIF
CHPD - umístění uchazeči	3,996
CHPM - umístění uchazeči	4,685
CHPM _OSVČ se ZP	1,547
Úspěšně ukončené rekvalifikace OZP	1,190

Zdroj: Výstup programu Gretl

Posledním předpokladem, který je nutno otestovat je nulová střední hodnota chybového členu. Tento předpoklad je ověřován na základě generovaného grafu reziduí programem Gretl. Na základě výsledného grafu bylo prokázáno i splnění tohoto předpokladu.

8.3.1 Výsledek analýzy pro rok 2007

Na základě výše uvedených výsledků jsou splněny veškeré předpoklady modelu a model se stává platným. Pro tento model byla vysvětlována proměnná nezaměstnanost OZP použita ve formě logaritmu. Model nabývá následující konečné podoby:

$$\ln \text{Nezaměstnanost OZP} = 7,0411 + 0,0047 * \text{CHPD_umístění uchazeči} - 0,0084 * \text{CHPM_umístění uchazeči} + 0,0462 * \text{CHPM_OSVČ se ZP} + 0,0033 * \text{Úspěšně ukončené rekvalifikace OZP}$$

Počátečním očekáváním tohoto modelu bylo, že výše uvedené parametry přispívají ke snížení nezaměstnanosti zdravotně postižených osob. Z výše uvedeného modelu je ale vidět, že jediný parametr, který k tomuto jevu přispívá, jsou chráněná pracovní místa.

U ostatních parametru jsou znaménka kladná. Tyto hodnoty mohou přispívat k dojmu, že kladné parametry v podobě umístěných osob do chráněných pracovních dílen, osob zdravotně postižených provozujících samostatnou výdělečnou činnost a osob úspěšně ukončených rekvalifikaci zvyšují nezaměstnanost OZP. Model lze ale interpretovat tak, že v případě, že je vyšší nezaměstnanost dochází k vyšší tendenci umístit více osob do pracovního vztahu a v případě úspěšně ukončených rekvalifikací je tendence osob při vyšší nezaměstnanosti zvyšovat své vzdělání a dovednosti a získat tak vyšší šanci získat potřebné zaměstnání.

8.4 Vliv nástrojů sloužících k umístění OZP na nezaměstnanost v roce 2008

Pro rok 2008 je prostřednictvím vícenásobné regresní analýzy zkoumán vliv nástrojů Chráněné pracovní dílny, Chráněná pracovní místa, Rekvalifikace a Specializované kurzy na nezaměstnanost osob se zdravotním postižením.

Při vytvoření počátečního modelu se jako významná proměnná ukázala prostřednictvím metody nejmenších čtverců jen položka umístění uchazeči OZP v rámci rekvalifikací.

Tab. 10 Výstup metody nejmenších čtverců pro konečný model v roce 2008 po úpravách

	koeficient	směr. chyba	t-podíl	p-hodnota	
constant	7,2400	0,139	52,130	0,001	***
Rekvalifikace_umístění OZP	0,0099	0,001	7,970	0,001	***

Zdroj: Výstup programu Gretl

Konečný model tedy zahrnuje pouze proměnou v podobě Rekvalifikace_ umístění OZP, která vyjadřuje počet uchazečů, kteří byli díky úspěšnému vykonání rekvalifikace umístěni do zaměstnání.

Koeficient determinace reprezentující vypovídající schopnost tohoto modelu nabývá hodnoty 0,841, model je z 84,1% dostatečně vypovídající. Model byl následně podroben prostřednictvím F-testu na testování významnosti modelu jako celku. P-hodnota(F) testu 0,001 potvrdila jeho významnost.

Tento model byl následně testován z hlediska splnění dalších základních předpokladů. Výsledky jednotlivých testů jsou uvedeny v následující tabulce.

Tab. 11 Výsledky dalších testů pro testování splnění základních předpokladů pro model v roce 2008

Předpoklad	Test	P-hodnota	Přijata hypotéza
Test specifikace	RESET test pro specifikaci (pouze druhé mocniny)	0,981	Model je správně specifikován
	RESET test pro specifikaci (pouze třetí mocniny)	0,965	Model je správně specifikován
	Test nelinearity (druhé mocniny)	0,978	Model je správně specifikován
	Test nelinearity (logaritmy)	0,670	Model je správně specifikován
Homoskedasticita	Brusch-Paganův test	0,857	Homoskedasticita
Normalita	Doornik-Hansenův test	0,561	Normalita
	Shapiro-Wilkův W test	0,602	Normalita
	Lillieforsův test	0,650	Normalita
	Test Jarque-Bery	0,648	Normalita

Zdroj: Výstup programu Gretl

Posledním předpokladem, který je nutno otestovat je nulová střední hodnota chybového členu. Tento předpoklad je ověřován na základě generovaného grafu reziduí programem Gretl. Na základě výsledného grafu bylo prokázáno i splnění tohoto předpokladu.

8.4.1 Výsledek analýzy pro rok 2008

Na základě výše uvedených výsledků jsou splněny veškeré předpoklady modelu a model se stává platným. Pro tento model byla vysvětlována proměnná nezaměstnanost OZP použita ve formě logaritmu. Model nabývá následující konečné podoby:

$$\ln \text{Nezaměstnanost OZP} = 7,2400 + 0,0099 * \text{Rekvalifikace_umístění OZP}$$

Opět se setkáváme s kladným znaménkem u proměnné *Rekvalifikace_umístění OZP*. Tento výsledek lze pochopit tak, že v případě vyššího počtu nezaměstnaných je vyšší tendence k absolvování rekvalifikací, díky kterým dochází k vyššímu počtu umístěných uchazečů OZP.

8.5 Vliv nástrojů sloužících k umístění OZP na nezaměstnanost v roce 2009

Pro rok 2009 je prostřednictvím vícenásobné regresní analýzy zkoumán vliv nástrojů Chráněné pracovní dílny, Chráněná pracovní místa, Rekvalifikace a Specializované kurzy na nezaměstnanost osob se zdravotním postižením.

Do konečného modelu vstupují jako významné proměnné následující parametry CHPD_vytvořená místa a Úspěšně ukončené rekvalifikace OZP.

Tab. 12 Výstup metody nejmenších čtverců pro konečný model v roce 2009 po úpravách

	Koeficient	směr. chyba	t-podíl	p-hodnota	
constanta	7,4928	0,125	60,020	0,001	***
CHPD_vytvořená místa	0,0039	0,002	2,314	0,041	**
Úspěšně ukončené rekvalifikace OZP	0,0028	0,001	5,821	0,001	***

Zdroj: Výstup programu Gretl

Konečný model tedy zahrnuje proměnné v podobě vytvořených míst v Chráněných dílnách a uchazečů s úspěšně ukončenými rekvalifikacemi.

Koeficient determinace pro tento model nabývá hodnoty 0,836. Tato hodnota představuje dostatečnou 83,6% vypovídající schopnost modelu. Model byl podroben prostřednictvím F-testu na testování významnosti modelu jako celku. P-hodnota(F) testu 0,000049 potvrdila jeho významnost.

Model byl následně testován z hlediska splnění dalších základních předpokladů. Výsledky jednotlivých testů jsou uvedeny v následující tabulce.

Tab. 13 Výsledky dalších testů pro testování splnění základních předpokladů pro model v roce 2009

Předpoklad	Test	P-hodnota	Přijata hypotéza
Test specifikace	RESET test pro specifikaci (pouze druhé mocniny)	0,292	Model je správně specifikován
	RESET test pro specifikaci (pouze třetí mocniny)	0,291	Model je správně specifikován
	Test nelinearity (druhé mocniny)	0,531	Model je správně specifikován
	Test nelinearity (logaritmy)	0,365	Model je správně specifikován
Homoskedasticita	Brusch-Paganův test	0,895	Homoskedasticita
Normalita	Doornik-Hansenův test	0,798	Normalita
	Shapiro-Wilkův W test	0,853	Normalita
	Lillieforsův test	0,920	Normalita
	Test Jarque-Bery	0,786	Normalita

Zdroj: Výstup programu Gretl

Ke zjištění kolinearit slouží posouzení zjištěných VIF hodnot u jednotlivých ukazatelů. Dle níže uvedených výsledků, které jsou nižší než kritická hodnota deset a vyšší, můžeme zamítnout multikolaritu.

Tab. 14 Testování kolinearit modelu pro rok 2009

Proměnná	VIF
CHPD_ vytvořená místa	1,145
Úspěšně ukončené rekvalifikace OZP	1,145

Zdroj: Výstup programu Gretl

Posledním předpokladem, který je nutno otestovat je nulová střední hodnota chybového členu. Tento předpoklad je ověřován na základě generovaného grafu reziduí programem Gretl. Na základě výsledného grafu bylo prokázáno i splnění tohoto předpokladu.

8.5.1 Výsledek analýzy pro rok 2009

Na základě výše uvedených výsledků jsou splněny veškeré předpoklady modelu a model se stává platným. Model nabývá následující konečné podoby:

$$\ln \text{Nezaměstnanost OZP} = 7,4928 + 0,0039 * \text{CHPD_vytvořená místa} + 0,0028 * \text{Úspěšně ukončené rekvalifikace OZP}$$

Vzhledem k opětovné přítomnosti kladných znamének v modelu je jeho interpretace provedena následujícím způsobem. Při vysoké nezaměstnanosti nastává tendence vytvářet více míst prostřednictvím Chráněných pracovních dílen a uchazeči se ZP o zaměstnání se více účastní rekvalifikací, které mohou napomoci jejich umístění do zaměstnání. Ani zde se v modelu neobjevuje významná proměnná v podobě počtu umístěných uchazečů na Chráněná pracovní místa a počtu uchazečů umístěných na základě rekvalifikace.

8.6 Vliv nástrojů sloužících k umístění OZP na nezaměstnanost v roce 2010

Pro rok 2010 je prostřednictvím vícenásobné regresní analýzy zkoumán opět vliv nástrojů Chráněné pracovní dílny, Chráněná pracovní místa, Rekvalifikace a Specializované kurzy na nezaměstnanost osob se zdravotním postižením.

Při vytvoření počátečního modelu se jako významná proměnná ukázala prostřednictvím metody nejmenších čtverců jen položka úspěšně ukončených rekvalifikací OZP.

Tab. 15 Výstup metody nejmenších čtverců pro konečný model v roce 2010 po úpravách

	Koeficient	směr. chyba	t-podíl	p-hodnota	
constanta	7,4360	0,160	46,610	0,001	***
Úspěšně ukončené rekvalifikace OZP	0,0025	0,001	6,300	0,001	***

Zdroj: Výstup programu Gretl

Konečný model tedy zahrnuje pouze proměnou v podobě úspěšně ukončených rekvalifikací OZP.

Koeficient determinace reprezentující vypovídající schopnost tohoto modelu nabývá hodnoty 0,768, model je ze 76,8% dostatečně vypovídající. Model byl následně podroben prostřednictvím F-testu na testování významnosti modelu jako celku. P-hodnota(F) testu 0,000040 potvrdila jeho významnost.

Tento model byl následně testován z hlediska splnění dalších základních předpokladů. Výsledky jednotlivých testů jsou uvedeny v následující tabulce.

Tab. 16 Výsledky dalších dalších testů pro testování splnění základních předpokladů pro model v roce 2010

Předpoklad	Test	P-hodnota	Přijata hypotéza
Test specifikace	RESET test pro specifikaci (pouze druhé mocniny)	0,722	Model je správně specifikován
	RESET test pro specifikaci (pouze třetí mocniny)	0,727	Model je správně specifikován
	Test nelinearity (druhé mocniny)	0,682	Model je správně specifikován
	Test nelinearity (logaritmy)	0,508	Model je správně specifikován
Homoskedasticita	Brusch-Paganův test	0,626	Homoskedasticita
Normalita	Doornik-Hansenův test	0,874	Normalita
	Shapiro-Wilkův W test	0,958	Normalita
	Lillieforsův test	0,710	Normalita
	Test Jarque-Bery	0,832	Normalita

Zdroj: Výstup programu Gretl

Posledním předpokladem, který je nutno otestovat je nulová střední hodnota chybového členu. Tento předpoklad je ověřován na základě generovaného grafu reziduí programem Gretl. Na základě výsledného grafu bylo prokázáno i splnění tohoto předpokladu.

8.6.1 Výsledek analýzy pro rok 2010

Na základě výše uvedených výsledků jsou splněny veškeré předpoklady modelu a model se stává platným. Pro tento model byla vysvětlována proměnná ne-

zaměstnanost OZP použita ve formě logaritmu. Model nabývá následující konečné podoby:

$$\ln \text{Nezaměstnanost OZP} = 7,4360 + 0,0025 \cdot \text{Úspěšně ukončené rekvalifikace OZP}$$

Výsledný model opět ukazuje, že v případě vysoké nezaměstnanosti se zvyšuje počet úspěšně ukončených rekvalifikací OZP, které se v modelu nacházejí s kladným znaménkem. Můžeme tak říci, že v případě vyšší nezaměstnanosti OZP je vyšší tendence těchto osob účastnit se rekvalifikačních kurzů, které by zvyšovaly jejich šanci na pracovní uplatnění.

8.7 Vliv nástrojů sloužících k umístění OZP na nezaměstnanost v roce 2011

V roce 2011 je naposledy prostřednictvím vícenásobné regresní analýzy zkoumán vliv nástrojů Chráněné pracovní dílny, Chráněná pracovní místa, Rekvalifikace a Specializované kurzy na nezaměstnanost osob se zdravotním postižením.

Při vytvoření počátečního modelu se jako významná proměnná ukázala prostřednictvím metody nejmenších čtverců jen položka umístění uchazeči OZP v rámci rekvalifikací.

Tab. 17 Výstup metody nejmenších čtverců pro konečný model v roce 2011 po úpravách

	Koeficient	směr. chyba	t-podíl	p-hodnota	
constant	7,5068	0,109	68,640	0,001	***
Rekvalifikace - umístění OZP	0,0097	0,001	8,652	0,001	***

Zdroj: Výstup programu Gretl

Konečný model tedy zahrnuje pouze proměnou v podobě umístěných uchazečů OZP s úspěšně ukončenou rekvalifikací.

Koeficient determinace reprezentující vypovídající schopnost tohoto modelu nabývá hodnoty 0,86, model je z 86% dostatečně vypovídající. Model byl následně podroben prostřednictvím F-testu na testování významnosti modelu jako celku. P-hodnota(F) testu 0,001 potvrdila jeho významnost.

Tento model byl následně testován z hlediska splnění dalších základních předpokladů. Výsledky jednotlivých testů jsou uvedeny v následující tabulce.

Tab. 18 Výsledky dalších testů pro testování splnění základních předpokladů pro model v roce 2011

Předpoklad	Test	P-hodnota	Přijata hypotéza
Test specifikace	RESET test pro specifikaci (pouze druhé mocniny)	0,973	Model je správně specifikován
	RESET test pro specifikaci (pouze třetí mocniny)	0,959	Model je správně specifikován
	Test nonlinearity (druhé mocniny)	0,968	Model je správně specifikován
	Test nonlinearity (logaritmy)	0,686	Model je správně specifikován
Homoskedasticita	Brusch-Paganův test	0,708	Homoskedasticita
Normalita	Doornik-Hansenův test	0,919	Normalita
	Shapiro-Wilkův W test	0,921	Normalita
	Lillieforsův test	0,700	Normalita
	Test Jarque-Bery	0,835	Normalita
	Chí-kvadrát test	0,196	Normalita

Zdroj: Výstup programu Gretl

Posledním předpokladem, který je nutno otestovat je nulová střední hodnota chybového členu. Tento předpoklad je ověřován na základě generovaného grafu reziduí programem Gretl. Na základě výsledného grafu bylo prokázáno i splnění tohoto předpokladu.

8.7.1 Výsledek analýzy pro rok 2011

Na základě výše uvedených výsledků jsou splněny veškeré předpoklady modelu a model se stává platným. Pro tento model byla vysvětlována proměnná nezaměstnanost OZP použita ve formě logaritmu. Model nabývá následující konečné podoby:

$$\ln \text{Nezaměstnanost OZP} = 7,5068 + 0,0097 * \text{Rekvalifikace_umístění OZP}$$

Model obsahující kladnou proměnnou můžeme interpretovat následujícím způsobem. V případě vyššího počtu nezaměstnaných je vyšší počet umístěných uchazečů s úspěšně ukončenými rekvalifikacemi do zaměstnání. Tento jev ale opět neprovází proměnná v podobě úspěšně ukončených rekvalifikací.

8.8 Vliv nástrojů sloužících k umístění OZP na nezaměstnanost v roce 2012

Pro rok 2012 je prostřednictvím vícenásobné regresní analýzy zkoumán vliv nástroje Chráněná pracovní místa na nezaměstnanost osob se zdravotním postiže-

ním. V tomto roce již byl ukončen sběr dat pro nástroj rekvalifikace a z důvodu ukončení existence nástroje chráněné pracovní dílny i statistiky týkající se tohoto nástroje.

Do konečného modelu vstupují jako významné proměnné následující údaje.

Tab. 19 Výstup metody nejmenších čtverců pro konečný model v roce 2012 po úpravách

	Koeficient	směr. chyba	t-podíl	p-hodnota	
constant	7,3415	0,219	33,590	0,001	***
CHPM_umístění uchazeči	0,0051	0,002	2,104	0,051	*
CHPM_vymezená místa	0,0003	0,001	3,282	0,007	***

Zdroj: Výstup programu Gretl

Z konečného výsledného modelu je patrné, že proměnná CHPM_ umístění uchazeči vybočuje z hranice 5% tolerance. Vzhledem k nízké míře překročení této hodnoty a kladným výsledkům následujících testů je tato proměnná v modelu ponechána. Konečný model tedy zahrnuje proměnné v podobě umístěných uchazečů na chráněných místech a vymezených místech v rámci chráněných pracovních míst.

Koeficient determinace pro tento model nabývá hodnoty 0,654. Tato hodnota představuje dostatečnou 65,4% vypovídající schopnost modelu. Model byl podroben prostřednictvím F-testu na testování významnosti modelu jako celku. P-hodnota(F) testu 0,002895 potvrdila jeho významnost.

Model byl následně testován z hlediska splnění dalších základních předpokladů. Výsledky jednotlivých testů jsou uvedeny v následující tabulce.

Tab. 20 Výsledky dalších testů pro testování splnění základních předpokladů pro model v roce 2012

Předpoklad	Test	P-hodnota	Přijata hypotéza
Test specifikace	RESET test pro specifikaci (pouze druhé mocniny)	0,172	Model je správně specifikován
	RESET test pro specifikaci (pouze třetí mocniny)	0,170	Model je správně specifikován
	Test nelinearity (druhé mocniny)	0,254	Model je správně specifikován
	Test nelinearity (logaritmy)	0,341	Model je správně specifikován
Homoskedasticita	Brusch-Paganův test	0,199	Homoskedasticita
Normalita	Doornik-Hansenův test	0,849	Normalita
	Shapiro-Wilkův W test	0,791	Normalita
	Lillieforsův test	0,610	Normalita
	Test Jarque-Bery	0,815	Normalita

Zdroj: Výstup programu Gretl

Ke zjištění kolinearit slouží posouzení zjištěných VIF hodnot u jednotlivých ukazatelů. Dle níže uvedených výsledků, které jsou nižší než kritická hodnota deset a vyšší, můžeme zamítnout multikolaritu.

Tab. 21 Testování kolinearit modelu pro rok 2012

Proměnná	VIF
CHPM_umístění uchazeči	1,089
CHPM_vymezená místa	1,089

Zdroj: Výstup programu Gretl

Posledním předpokladem, který je nutno otestovat je nulová střední hodnota chybového členu. Tento předpoklad je ověřován na základě generovaného grafu reziduí programem Gretl. Na základě výsledného grafu bylo prokázáno i splnění tohoto předpokladu.

8.8.1 Výsledek analýzy pro rok 2012

Na základě výše uvedených výsledků jsou splněny veškeré předpoklady modelu a model se stává platným. Pro tento model byla vysvětlována proměnná nezaměstnanost OZP použita ve formě logaritmu. Model nabývá následující konečné podoby:

$$\ln \text{Nezaměstnanost OZP} = 7,3415 + 0,0051 * \text{CHPM_umístění uchazeči} + 0,0003 * \text{CHPM_vymezená místa}$$

Model opět obsahuje proměnné s kladnými znaménky. Žádná z těchto proměnných prokazatelně nesnižuje nezaměstnanost. Výsledný model lze ale interpretovat tak, že v případě vysoké nezaměstnanosti se zvyšuje počet vymezených pracovních míst a v rámci Chráněných pracovních míst je umístěno více uchazečů se zdravotním postižením.

8.9 Vliv nástrojů sloužících k umístění OZP na nezaměstnanost v roce 2013

Pro rok 2013 je prostřednictvím vícenásobné regresní analýzy zkoumán vliv nástroje chráněná pracovní místa na nezaměstnanost osob se zdravotním postižením.

Při vytvoření počátečního modelu se jako významná proměnná ukázala prostřednictvím metody nejmenších čtverců jen položka CHPM_ vymezená místa.

Tab. 22 Výstup metody nejmenších čtverců pro konečný model v roce 2013 po úpravách

	Koeficient	směr. chyba	t-podíl	p-hodnota	
constanta	7,8432	0,167	46,970	0,001	***
CHPM_ vymezená místa	0,0007	0,001	3,237	0,007	***

Zdroj: Výstup programu Gretl

Konečný model tedy zahrnuje pouze proměnou v podobě vymezených pracovních míst v rámci Chráněných pracovních míst.

Koeficient determinace reprezentující vypovídající schopnost tohoto modelu nabývá hodnoty 0,466090, model je z 46,60% dostatečně vypovídající. Model byl následně podroben prostřednictvím F-testu na testování významnosti modelu jako celku. P-hodnota(F) testu 0,007131 potvrdila jeho významnost.

Tento model byl následně testován z hlediska splnění dalších základních předpokladů. Výsledky jednotlivých testů jsou uvedeny v následující tabulce.

Tab. 23 Výsledky dalších testů pro testování splnění základních předpokladů pro model v roce 2013

Předpoklad	Test	P-hodnota	Přijata hypotéza
Test specifikace	RESET test pro specifikaci (pouze druhé mocniny)	0,619	Model je správně specifikován
	RESET test pro specifikaci (pouze třetí mocniny)	0,624	Model je správně specifikován
	Test nelinearity (druhé mocniny)	0,568	Model je správně specifikován
	Test nelinearity (logaritmy)	0,320	Model je správně specifikován
Homoskedasticita	Brusch-Paganův test	0,537	Homoskedasticita
Normalita	Doornik-Hansenův test	0,116	Normalita
	Shapiro-Wilkův W test	0,062	Normalita
	Lillieforsův test	0,160	Normalita
	Test Jarque-Bery	0,431	Normalita

Zdroj: Výstup programu Gretl

Na závěr bylo nutné otestovat poslední předpoklad o je nulové střední hodnotě chybového členu. Tento předpoklad je ověřován na základě generovaného grafu reziduí programem Gretl. Na základě výsledného grafu bylo prokázáno i splnění tohoto předpokladu.

8.9.1 Výsledek analýzy pro rok 2013

Na základě výše uvedených výsledků jsou splněny veškeré předpoklady modelu a model se stává platným. Pro tento model byla vysvětlována proměnná ne-

zaměstnanost OZP použita ve formě logaritmu. Model nabývá následující konečné podoby:

$$\ln \text{Nezaměstnanost OZP} = 7,8432 + 0,0007 * \text{CHPM_vymezená místa}$$

Tento model obsahující kladnou proměnnou CHPM_ vymezená místa můžeme interpretovat tak, že v případě vysoké nezaměstnanosti se zvyšuje počet vymezených pracovních míst, která slouží k umístění uchazečů se zdravotním postižením a tím i ke snížení počtu takto nezaměstnaných zdravotně postižených osob.

8.10 Vliv nástrojů sloužících k umístění OZP na nezaměstnanost v roce 2014

V roce 2014 je prostřednictvím vícenásobné regresní analýzy zkoumán vliv nástroje Chráněná pracovní místa na nezaměstnanost osob se zdravotním postižením.

Při vytvoření počátečního modelu se jako významná proměnná ukázala prostřednictvím metody nejmenších čtverců jen položka CHPM – vymezená místa.

Tab. 24 Výstup metody nejmenších čtverců pro konečný model v roce 2014 po úpravách

	Koeficient	směr. chyba	t-podíl	p-hodnota	
constant	7,7259	0,186	41,600	0,001	***
CHPM_ vymezená místa	0,0012	0,001	3,433	0,005	***

Zdroj: Výstup programu Gretl

Konečný model tedy zahrnuje pouze proměnou v podobě vymezených pracovních míst v rámci chráněných pracovních míst.

Koeficient determinace reprezentující vypovídající schopnost tohoto modelu nabývá hodnoty 0,495, model je Z 49,5% dostatečně vypovídající. Model byl následně podroben prostřednictvím F-testu na testování významnosti modelu jako celku. P-hodnota(F) testu 0,004960 potvrdila jeho významnost.

Tento model byl následně testován z hlediska splnění dalších základních předpokladů. Výsledky jednotlivých testů jsou uvedeny v následující tabulce.

Tab. 25 Výsledky dalších testů pro testování splnění základních předpokladů pro model v roce 2014

Předpoklad	Test	P-hodnota	Přijata hypotéza
Test specifikace	RESET test pro specifikaci (pouze druhé mocniny)	0,345	Model je správně specifikován
	RESET test pro specifikaci (pouze třetí mocniny)	0,346	Model je správně specifikován
	Test nelinearity (druhé mocniny)	0,286	Model je správně specifikován
	Test nelinearity (logaritmy)	0,260	Model je správně specifikován
Homoskedasticita	Brusch-Paganův test	0,899	Homoskedasticita
Normalita	Doornik-Hansenův test	0,865	Normalita
	Shapiro-Wilkův W test	0,382	Normalita
	Lillieforsův test	0,060	Normalita
	Test Jarque-Bery	0,874	Normalita

Zdroj: Výstup programu Gretl

Posledním testovaným předpokladem, který je nutno ověřit je nulová střední hodnota chybového členu. Tento předpoklad je ověřován na základě generovaného grafu reziduí programem Gretl. Na základě výsledného grafu bylo prokázáno i splnění tohoto předpokladu.

8.10.1 Výsledek analýzy pro rok 2014

Na základě výše uvedených výsledků jsou splněny veškeré předpoklady modelu a model se stává platným. Pro tento model byla vysvětlována proměnná nezaměstnanost OZP použita ve formě logaritmu. Model nabývá následující konečné podoby:

$$\ln \text{Nezaměstnanost OZP} = 7,7259 + 0,0012 * \text{CHPM_vymezená místa}$$

I v tomto roce model zahrnuje významnou proměnou v podobě vymezených míst v rámci nástroje Chráněná pracovní místa. Opět se může jednat o úsilí Úřadu práce snižovat nezaměstnanost OZP prostřednictvím vyššího počtu vymezených pracovních míst pro OZP. Ani u tohoto roku není prostřednictvím zkoumaných nástrojů prokazatelně dosahováno snižování nezaměstnanosti uchazečů se zdravotním postižením.

8.11 Vliv nástrojů sloužících k umístění OZP na nezaměstnanost v roce 2015

I v posledním sledovaném roce 2015 je prostřednictvím vícenásobné regresní analýzy zkoumán vliv nástroje Chráněná pracovní místa na nezaměstnanost osob se zdravotním postižením.

Při vytvoření počátečního modelu se jako významná proměnná ukázala prostřednictvím metody nejmenších čtverců jen položka CHPM_vymezená místa.

Tab. 26 Výstup metody nejmenších čtverců pro konečný model v roce 2015 po úpravách

	Koeficient	směr. chyba	t-podíl	p-hodnota	
constanta	7,7879	0,158	49,250	0,001	***
CHPM_vymezená místa	0,0075	0,002	3,571	0,004	***

Zdroj: Výstup programu Gretl

Konečný model tedy zahrnuje pouze proměnou v podobě vymezených pracovních míst v rámci chráněných pracovních míst.

Koeficient determinace reprezentující vypovídající schopnost tohoto modelu nabývá hodnoty 0,516, model je z 51,6% dostatečně vypovídající. Model byl následně podroben prostřednictvím F-testu na testování významnosti modelu jako celku. P-hodnota(F) testu 0,003846 potvrdila jeho významnost.

Tento model byl následně testován z hlediska splnění dalších základních předpokladů. Výsledky jednotlivých testů jsou uvedeny v následující tabulce.

Tab. 27 Výsledky dalších testů pro testování splnění základních předpokladů pro model v roce 2015

Předpoklad	Test	P-hodnota	Přijata hypotéza
Test specifikace	RESET test pro specifikaci (pouze druhé mocniny)	0,660	Model je správně specifikován
	RESET test pro specifikaci (pouze třetí mocniny)	0,665	Model je správně specifikován
	Test nelinearity (druhé mocniny)	0,613	Model je správně specifikován
	Test nelinearity (logaritmy)	0,874	Model je správně specifikován
Homoskedasticita	Brusch-Paganův test	0,274	Homoskedasticita
Normalita	Doornik-Hansenův test	0,628	Normalita
	Shapiro-Wilkův W test	0,987	Normalita
	Lillieforsův test	0,950	Normalita
	Test Jarque-Bery	0,803	Normalita

Zdroj: Výstup programu Gretl

Posledním předpokladem, který je nutno otestovat je nulová střední hodnota chybového členu. Tento předpoklad je ověřován na základě generovaného grafu reziduí programem Gretl. Na základě výsledného grafu bylo prokázáno i splnění tohoto předpokladu.

8.11.1 Výsledek analýzy pro rok 2015

Na základě výše uvedených výsledků jsou splněny veškeré předpoklady modelu a model se stává platným. Pro tento model byla vysvětlovaná proměnná nezaměstnanost OZP použita ve formě logaritmu. Model nabývá následující konečné podoby:

$$\ln \text{Nezaměstnanost OZP} = 7,7879 + 0,0075 * \text{CHPM_vymezená místa}$$

Z modelu vyplývá, že v případě, kdy je vyšší nezaměstnanost OZP, Úřad práce usiluje o vyšší počet vymezených pracovních míst pro OZP. Prostřednictvím zkoumaných nástrojů ale není prokazatelně dosahováno snižování nezaměstnanosti uchazečů se zdravotním postižením.

9 Analýza časových řad

Analýza časových řad byla zrealizována na základě dat získaných ze Statistických ročenek trhu práce České republiky a z interních dat poskytnutých Úřadem práce pro celou ČR od roku 2006 do roku 2015. Vzhledem k rozdílům ve vedení statistik od roku 2006 do roku 2015 byla analýza rozdělena na dvě části.

První část je věnována období od roku 2006 do roku 2011, kdy předmětem sběru dat pro statistiky úřadu práce byly následující nástroje:

- CHPD vytvořená místa
- CHPD umístění zdravotně postižení uchazeči (dále jen: CHPD_umístění OZP)
- CHPM vytvořená místa
- CHPM umístění zdravotně postižení uchazeči (dále jen: CHPM_umístění OZP)
- CHPM – OSVČ se zdravotním postižením (dále jen: CHPM_OSVČ se ZP)
- Rekvalifikace – umístění zdravotně postižení uchazeči s úspěšně ukončenou rekvalifikací (dále jen: Rekvalifikace _umístění OZP)
- Rekvalifikace – zdravotně postižení uchazeči s úspěšně ukončenými rekvalifikacemi (dále jen: Úspěšně ukončené rekvalifikace OZP)
- Specializované kurzy – umístění uchazeči s úspěšně ukončeným kurzem
- Specializované kurzy – uchazeči s úspěšně ukončenými kurzem

Od roku 2012 do roku 2015 byly předmětem statistik již pouze tyto nástroje:

- CHPM vytvořená místa
- CHPM vymezená místa
- CHPM umístění zdravotně postižení uchazeči (dále jen: CHPM_umístění OZP)
- CHPM – OSVČ se zdravotním postižením (dále jen: CHPM_OSVČ se ZP)

9.1 Metodika analýzy časových řad

Analýza časových řad je zpracována za pomoci softwarového programu Gretl.

K realizaci analýzy časových řad a příslušných testů potvrzujících správnost zvoleného modelu byl použit program Gretl.

Ke zpracování analýz v rámci této kapitoly a byly použity následující postupy.

9.1.1 Vývojový trend a tendence

Vývojový trend a tendence jednotlivých proměnných byl zkoumán za pomoci metody nejmenších čtverců s použitím příslušné formy časové proměnné. Stejně jako u metody nejmenších čtverců v předešlé kapitole, musí konečný model - trend obsahovat pouze statisticky významné proměnné – časové proměnné, jejichž hladina významnosti je 5%. P-hodnoty jednotlivých proměnných tak dosahují hodnoty nižší než 0,05. Takto stanovený konečný model - trend je nejdříve prověřen pro-

střednictvím koeficientu determinace a následně prostřednictvím F- testu. K modelování trendu jsou využívány proměnné *t - časový trend*. Podoba těchto proměnných závisí na podobě příslušné funkce trendu.

Vypovídající hodnota trendu

Koeficient determinace nás informuje o vypovídající hodnotě trendu. Platí, že čím vyšší hodnota, tím je lepší vypovídající schopnost trendu. (Tošenovský, 2013)

Celková významnost

F-test má následně za úkol prokázat významnost modelu – trendu jako celku. Výsledná p-hodnota F-testu musí být menší než hodnota odpovídající hladině významnosti 5%, tj. 0,05. Na základě výsledku F-testu přijímáme jednu ze dvou stanovených hypotéz:

H_0 : model - trend je nevýznamný jako celek

H_A : model - trend je významný jako celek

(Tošenovský, 2013)

Model je jako celek statisticky významný v případě, kdy výsledná hodnota F-testu dosahuje hodnoty menší než 0,05 a můžeme tak přijmout hypotézu H_A o významnosti modelu jako celku. (Hančlová, 2012)

Na základě průběhu trendů jednotlivých sledovaných nástrojů v podobě proměnných bude stanovena i jejich tendence a současná situace.

9.1.2 Vícenásobná regresní analýza časových řad

V rámci vícenásobné regresní analýzy časových řad jsou opět uvedeny pouze finální modely, které byly vytvořeny za pomoci metody nejmenších čtverců v programu Gretl. V rámci této metody se na základě p-hodnot jednotlivých proměnných rozhoduje o jejich zahrnutí do konečného modelu.

Konečné modely obsahují pouze statisticky významné proměnné, u kterých je hladina významnosti 5%. P-hodnoty jednotlivých proměnných tak dosahují hodnoty nižší než 0,05.

Modely opět prošly řadou testů sloužících k ověření splnění základních předpokladů, které potvrzují správnost konečného zvoleného modelu. K realizaci vícenásobné regresní analýzy časových řad a příslušných testů potvrzujících správnost zvoleného modelu byl použit program Gretl.

Výsledné hodnoty jsou zaokrouhleny na 3 desetinná místa s výjimkou koeficientů modelů, která jsou zaokrouhlována na 4 desetinná místa.

V rámci vícenásobné regresní analýzy časových řad musí být splněny stejné předpoklady, jako tomu bylo u lineární regresní analýzy v předchozí kapitole věnující se vícenásobné regresní analýze v rámci jednotlivých let. K ověření těchto předpokladů používáme stejné testy a hypotézy vyjmenované v podkapitole 8.1. věnující se metodice vícenásobné regresní analýzy v jednotlivých letech.

U analýzy časových řad bude navíc provedeno testování stacionarity.

Stacionarita

Pro testování stacionarity je použit ADF test. Model je opět tetován na hladině významnosti 5%. Výsledné P-hodnoty testu musejí být vyšší než 0,05. Na základě výsledků přijímáme jednu z hypotéz:

H_0 : stacionarita

H_A : nestacionarita

(Artl, Artlová, 2007), (Cipra, 1986)

Pokud p-hodnota dosahuje výsledků vyššího než je hodnota 0,05, přijímá se hypotéza H_0 o stacionaritě a podmínka modelu je splněna. (Artl, Artlová, 2007), (Cipra, 1986)

9.2 Vývojový trend a tendence

Vývojové trendy byly analyzovány pro veškeré sledované proměnné s výjimkou Pracovních rehabilitací, u kterých nejsou k dispozici dostačující data.

Trend a tendence proměnné nezaměstnanost OZP

Trend proměnné nezaměstnanost OZP je zachycen od roku 2006 do roku 2015.

Tab. 28 Výstup metody nejmenších čtverců pro konečný trend proměnné nezaměstnanosti OZP v období let 2006 až 2015 po úpravách

	Koeficient	směr. chyba	t-podíl	p-hodnota	
constant	76644,2000	1790,530	42,810	0,001	***
time	-1847,9200	373,553	-4,9470	0,001	***
sq_time	86,3051	21,032	4,104	0,001	***
cub_time	-1,3145	0,337	-3,896	0,001	***

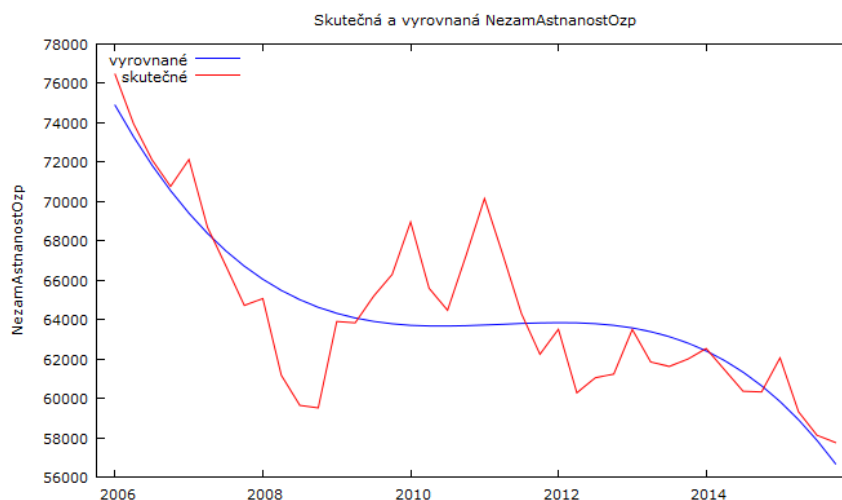
Zdroj: Výstup programu Gretl

Koeficient determinace pro tento model - trend nabývá hodnoty 0,694. Tato hodnota představuje vypovídající schopnost modelu, která je v tomto případě s hodnotou 69,4% dostatečná. Model byl podroben prostřednictvím F-testu na testování významnosti modelu jako celku. P-hodnota(F) testu 0,001 potvrdila jeho významnost.

Výsledný trend proměnné nezaměstnanost OZP nabývá následující podoby:

$$\text{Nezaměstnanost OZP} = 76644,2000 - 1847,9200*t + 86,3051*t^2 - 1,3145*t^3$$

Z výsledků je patrné, že trend nabývá podoby kubické funkce. Průběh této funkce znázorňuje následující graf.



Obr. 5 Trend proměnné Nezaměstnanost OZP v ČR

Zdroj: Výstup programu Gretl

Z grafu je patrná klesající tendence trendu proměnné nezaměstnanost OZP. Od roku 2006 do roku 2015 dochází k neustálému poklesu nezaměstnanost osob se zdravotním postižením, kdy pouze mezi lety 2009 a 2013 docházelo k mírné stagnaci. Od roku 2014 do roku 2015 je opět viditelný prudký pokles trendu. Tento pokles může být způsoben například přísnějšími podmínkami posuzovacích komisí, rozhodujících o udělení statusu Osoby zdravotně postižené (OZP), a to především v případech kdy tyto komise při revizích rozhodly o odebrání tohoto statusu dané osobě. V takovém případě můžeme i nadále očekávat klesající hodnotu nezaměstnanosti těchto osob. Nejedná se ale o případ, kdy by tyto osoby díky odebrání statusu OZP získaly svá zaměstnání. Jedná se především o skutečnost, že tyto osoby již do této skupiny nepatří.

Trend a tendence proměnné vytvořená místa v rámci CHPM

Trend proměnné vytvořená místa v rámci CHPM je zachycen od roku 2006 do roku 2015.

Tab. 29 Výstup metody nejmenších čtverců pro konečný trend proměnné vytvořená místa v rámci CHPM v období let 2006 až 2015 po úpravách

	Koeficient	směr. chyba	t-podíl	p-hodnota
Time	6,1749	0,384	16,09	0,001 ***

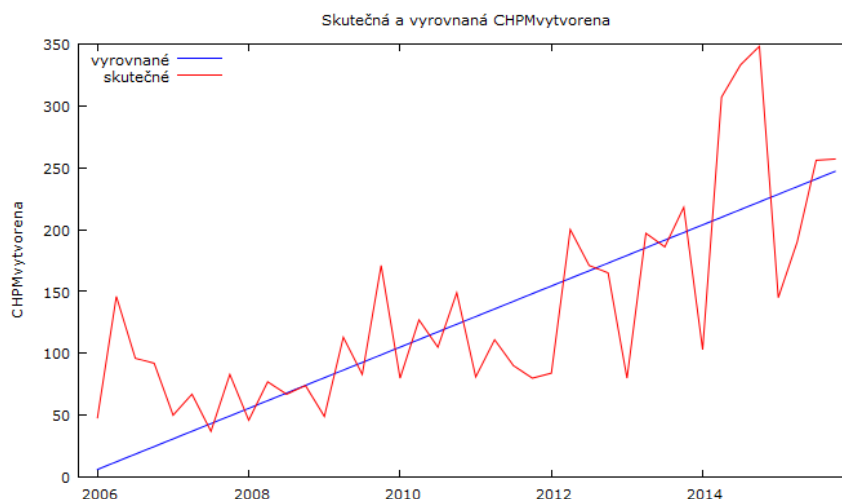
Zdroj: Výstup programu Gretl

Koeficient determinace pro tento model nabývá hodnoty 0,869. Tato hodnota představuje vypovídající schopnost modelu, která je v tomto případě 86,9% a je více než dostačující. Model byl podroben prostřednictvím F-testu na testování významnosti modelu jako celku. P-hodnota(F) testu 0,001 jeho významnost.

Výsledný trend OSVČ v rámci CHPD nabývá následující podoby:

$$\text{Vytvořená místa v rámci CHPM} = 0 + 6,1749 * t$$

U proměnné vytvořená pracovní místa v rámci chráněných pracovních dílen nabývá trend podoby lineární funkce. Podobu trendu zobrazuje následující graf.



Obr. 6 Trend proměnné vytvořená místa v rámci CHPM

Zdroj: Výstup programu Gretl

Z grafu je patrná rostoucí tendence trendu proměnné vytvořená pracovní místa v rámci Chráněných pracovních dílen. Tento růst může být zapříčiněn již dříve zmíněnou změnou v rámci legislativy, kdy od 1. ledna 2012 zanikly chráněné pracovní dílny a vytvořená místa v rámci tohoto nástroje přešla do správy nástroje chráněná pracovní místa. V současné době a také i do budoucna bude tak aktivita zaměstnavatelů v rámci budování chráněných míst směřovat jen do nástroje Chráněná pracovní místa.

Trend a tendence proměnné umístění uchazeči v rámci CHPM

Trend umístění uchazeči v rámci CHPM je zachycen od roku 2006 do roku 2015.

Tab. 30 Výstup metody nejmenších čtverců pro konečný trend proměnné umístění uchazeči v rámci CHPM v období let 2006 až 2015 po úpravách

	Koeficient	směr. chyba	t-podíl	p-hodnota	
constant	268,9730	20,571	13,080	0,001	***
Time	-7,3706	0,8744	-8,430	0,001	***

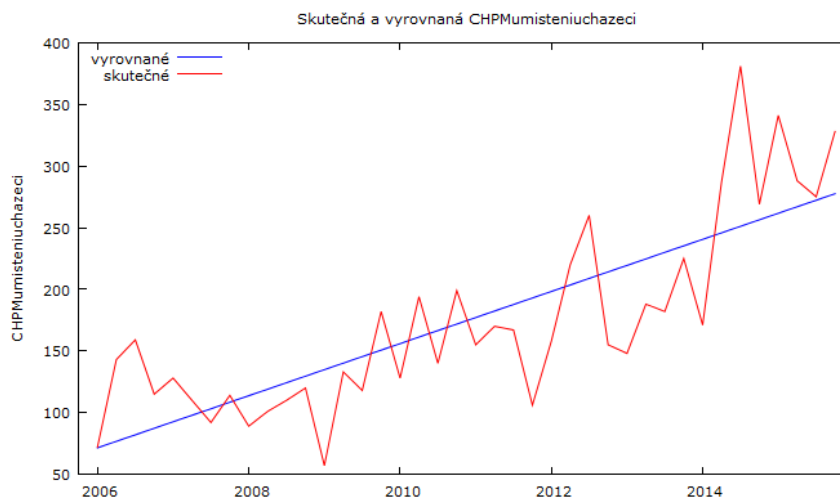
Zdroj: Výstup programu Gretl

Koeficient determinace pro tento model nabývá hodnoty 0,651567. Tato hodnota představuje 65,15% vypovídající schopnost modelu, která je v tomto případě dostatečná. Model byl podroben prostřednictvím F-testu na testování významnosti modelu jako celku. P-hodnota(F) testu 0,001 jeho významnost.

Výsledný trend OSVČ v rámci CHPD nabývá následující podoby:

$$Umístění uchazeči v rámci CHPM = 268,9730 - 4,3263 * t$$

Taktéž trend proměnné umístění uchazeči v rámci chráněných pracovních dílen nabývá podobu lineární funkce. Průběh této funkce zobrazuje následující graf.



Obr. 7 Trend proměnné umístění uchazeči v rámci CHPM
Zdroj: Výstup programu Gretl

Z grafu je patrná rostoucí tendence tohoto trendu. Stejně tak jako u počtu vytvořených chráněných pracovních míst i u proměnné umístění uchazeči v rámci Chráněných pracovních míst dochází k lineárnímu růstu.

Trend a tendence proměnné OSVČ v rámci CHPM

Trend proměnné OSVČ v rámci CHPM je zachycen od roku 2006 do roku 2015.

Tab. 31 Výstup metody nejmenších čtverců pro konečný trend proměnné OSVČ v rámci CHPM v období let 2006 až 2015 po úpravách

	Koeficient	směr. chyba	t-podíl	p-hodnota	
constant	22,4069	1,920	11,670	0,001	***
I_time	-4,3263	0,664	-6,511	0,001	***

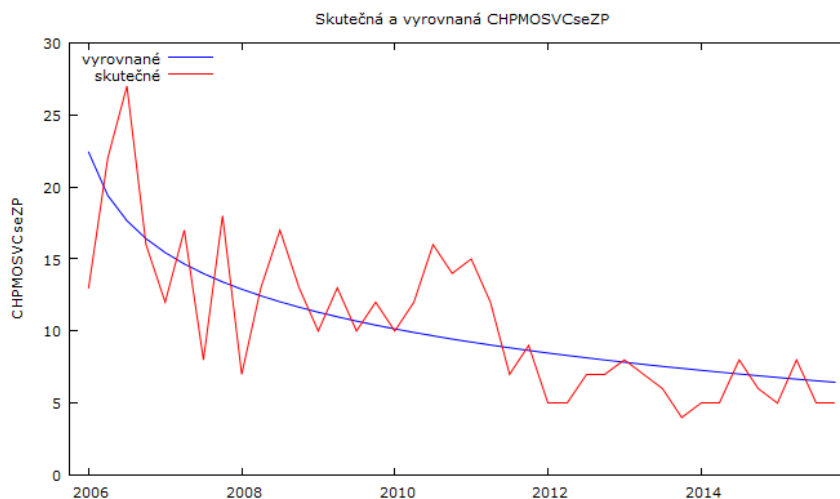
Zdroj: Výstup programu Gretl

Koeficient determinace pro tento model nabývá hodnoty 0,527. Tato hodnota představuje vypovídající schopnost modelu, která je v tomto případě 52,7% a je dostačující. Model byl podroben prostřednictvím F-testu na testování významnosti modelu jako celku. P-hodnota(F) testu 0,001 jeho významnost.

Výsledný trend OSVČ v rámci CHPM nabývá následující podoby:

$$\text{Log OSVČ v rámci CHPM} = 22,4069 - 4,3263 * t$$

U proměnné OSVČ v rámci chráněných pracovních dílen byl detekován průběh trendu v podobě logaritmické funkce. Průběh funkce znázorňuje následující graf.



Obr. 8 Trend proměnné OSVČ v rámci CHPM

Zdroj: Výstup programu Gretl

Trend proměnné OSVČ v rámci Chráněných pracovních míst nabývá klesající tendence. Od roku 2006 do roku 2015 dochází k neustálému poklesu počtu zdravotně postižených osob, které v rámci tohoto nástroje založily živnostenské podnikání. Klesající tendence této proměnné může být zapříčiněna časovou a finanční náročností i finanční a majetkovou zodpovědností osob při tomto druhu podnikání. Dalším faktem, který může ovlivňovat tuto tendenci trendu je sám zdravotní stav osob, kdy v některých případech klesá z důvodu špatného či zhoršujícího stavu schopnost osoby dále podnikat, klesá její aktivita a hrozí riziko neschopnosti plnit své závazky vůči klientům i státům. Z těchto důvodů se tak uchazeči se zdravotním postižením mohou rozhodnout pro nevyužití tohoto nástroje.

Trend a tendence proměnné vytvořená místa v rámci CHPD

Trend proměnné vytvořená místa v rámci CHPD je zachycen od roku 2006 do roku 2011.

Tab. 32 Výstup metody nejmenších čtverců pro konečný trend proměnné vytvořená místa v rámci CHPD v období let 2006 až 2011 po úpravách

	Koeficient	směr. chyba	t-podíl	p-hodnota	
constant	253,9080	57,666	4,403	0,001	***
time	-53,6761	19,569	-2,743	0,013	**
sq_time	5,0022	1,799	2,780	0,012	**
cub_time	-0,1300	0,048	-2,745	0,013	**

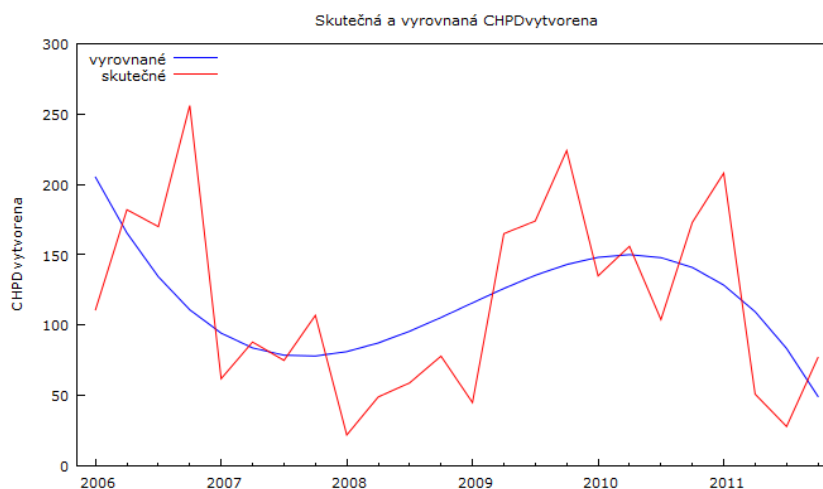
Zdroj: Výstup programu Gretl

Koeficient determinace pro tento model nabývá hodnoty 0,2835. Tato hodnota představuje vypovídající schopnost modelu 28,35%, která je v tomto případě nízká. Model byl podroben prostřednictvím F-testu na testování významnosti modelu jako celku. P-hodnota(F) testu 0,077645 potvrdila jeho významnost.

Výsledný trend proměnné Umístění uchazeči v rámci CHPD nabývá následující podoby:

$$\text{Vytvořená místa v rámci CHPD} = 253,9080 - 53,6761 * t + 5,0022 * t^2 - 0,1300 * t^3$$

Trend proměnné vytvořená místa v rámci chráněných pracovních dílen nabývá podoby kubické funkce. Průběh trendu je znázorněn na následujícím grafu.



Obr. 9 Trend proměnné vytvořená místa v rámci CHPD

Zdroj: Výstup programu Gretl

Z grafu jsou patrné opakující se výkyvy v podobě růstů a poklesů počtu vytvořených míst v rámci nástroje chráněné pracovní dílny. U tohoto nástroje ale byla v roce 2011 ukončena jeho činnost a od roku 2012 spadají veškerá místa vytvořená v rámci tohoto nástroje pod nástroj chráněná pracovní místa.

Trend a tendence proměnné umístění uchazeči v rámci CHPD

Trend proměnné vytvořená místa v rámci CHPD je zachycen od roku 2006 do roku 2011.

Tab. 33 Výstup metody nejmenších čtverců pro konečný trend proměnné umístění uchazeči v rámci CHPD v období let 2006 až 2011 po úpravách

	Koeficient	směr. chyba	t-podíl	p-hodnota	
constant	368,3990	42,366	8,696	0,001	***
time	-54,8818	14,378	-3,817	0,001	***
sq_time	4,3291	1,322	3,275	0,004	***
cub_time	-0,0986	0,035	-2,833	0,011	**

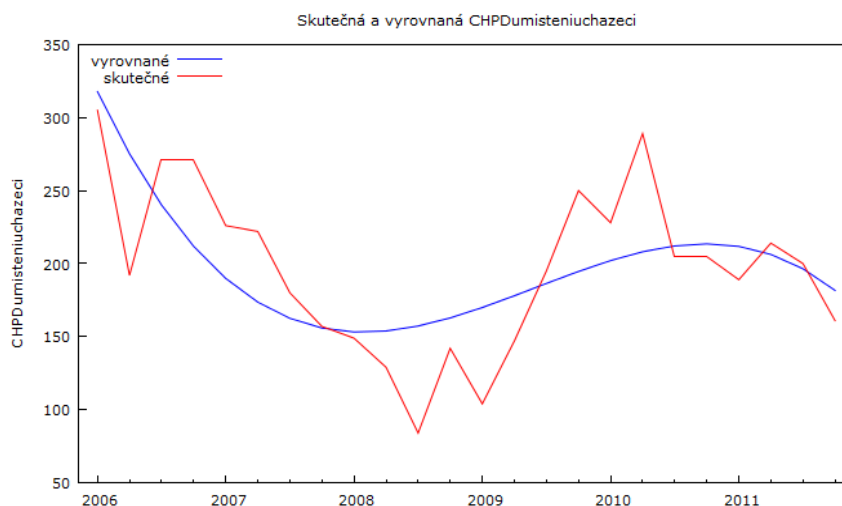
Zdroj: Výstup programu Gretl

Koeficient determinace pro tento model nabývá hodnoty 0,476. Tato hodnota představuje 47,6% vypovídající schopnost modelu, která je v tomto případě dostačující. Model byl podroben prostřednictvím F-testu na testování významnosti modelu jako celku. P-hodnota(F) testu 0,004190 potvrdila jeho významnost.

Výsledný trend proměnné Umístění uchazeči v rámci CHPD nabývá následující podoby:

$$\text{Umístění uchazeči v rámci CHPD} = 368,3990 - 54,8818*t + 4,3291*t^2 - 0,0986*t^3$$

Trend proměnné umístění uchazeči v rámci chráněných pracovních dílen nabývá podoby kubické funkce. Podobu tohoto trendu můžeme sledovat na následujícím grafu.



Obr. 10 Trend proměnné umístění uchazeči v rámci CHPD
Zdroj: Výstup programu Gretl

Stejně jako u předchozí proměnné vytvořená místa v rámci chráněných pracovních dílen dochází i u této proměnné k cyklickým výkyvům v podobě růstu a poklesu počtu umístěných uchazečů v rámci tohoto nástroje. Užívání tohoto nástroje bylo ukončeno k 1. lednu 2012.

Trend a tendence proměnné úspěšně ukončených rekvalifikací

Vzhledem k povaze průběhu křivky úspěšně ukončených rekvalifikací nelze nalézt adekvátní funkci, která by vhodně popsala trend této proměnné. V rámci této proměnné tak nelze nalézt trend, který by splňoval podmínky testů, které byly provedeny u předešlých proměnných.

Trend a tendence proměnné umístění uchazeči v rámci úspěšně ukončených rekvalifikací

Vzhledem k povaze průběhu křivky umístěných uchazečů v rámci rekvalifikací nelze nalézt adekvátní funkci, která by vhodně popsala trend této proměnné.

V rámci této proměnné tak nelze nalézt trend, který by splňoval podmínky testů, které byly provedeny u předešlých proměnných.

9.3 Vícenásobná regresní analýza časových řad pro vliv nástrojů sloužících k umístění OZP na nezaměstnanost v období let 2006 až 2011 v kvartálním rozdělení

Tab. 34 Výstup metody nejmenších čtverců pro konečný model v období let 2006 až 2011 po úpravách

	Koeficient	směr. chyba	t-podíl	p-hodnota	
constatna	55264,3000	2247,160	24,590	0,001	***
CHPM_OSVC se ZP	330,1770	118,387	2,789	0,012	**
CHPD _umístění uchazeči	51,0090	9,225	5,530	0,001	***
Rekvalifikace _umístění uchazeči	-9,2674	2,921	-3,173	0,005	***

Zdroj: Výstup programu Gretl

Koeficient determinace pro tento model nabývá hodnoty 0,722. Tato hodnota představuje 72,2% dostatečnou vypovídající schopnost modelu. Model byl podroben prostřednictvím F-testu na testování významnosti modelu jako celku. P-hodnota(F) testu 0,001 potvrdila jeho významnost.

Model byl následně testován z hlediska splnění dalších základních předpokladů. Výsledky jednotlivých testů jsou uvedeny v následující tabulce.

Tab. 35 Výsledky dalších testů pro testování splnění základních předpokladů pro model ve sledovaném období 2006 až 2011

Předpoklad	Test	P-hodnota	Přijata hypotéza
Test specifikace	RESET test pro specifikaci (pouze druhé mocniny)	0,876	Model je správně specifikován
	RESET test pro specifikaci (pouze třetí mocniny)	0,875	Model je správně specifikován
	Test nelinearity (druhé mocniny)	0,115	Model není správně specifikován
	Test nelinearity (logaritmy)	0,229	Model je správně specifikován
Homoskedasticita	Brusch-Paganův test	0,715	Homoskedasticita
Normalita	Doornik-Hansenův test	0,067	Normalita
	Shapiro-Wilkův W test	0,059	Normalita
	Lillieforsův test	0,090	Normalita
	Test Jarque-Bery	0,039	Normalita
Stacionarita	ADF - test	0,254	Stacionarita

Zdroj: Výstup programu Gretl

Ke zjištění kolinearit slouží posouzení zjištěných VIF hodnot u jednotlivých ukazatelů. Dle níže uvedených výsledků, které jsou nižší než kritická hodnota deset a vyšší, můžeme zamítnout multikolaritu.

Tab. 36 Testování kolinearit modelu pro období let 2006 až 2011

Proměnná	VIF
CHPM_OSVC se ZP	1,152
CHPD_ umístění uchazeči	1,042
Rekvalifikace_ umístění uchazeči	1,108

Zdroj: Výstup programu Gretl

Posledním předpokladem, který je nutno otestovat je nulová střední hodnota chybového členu. Tento předpoklad je ověřován na základě generovaného grafu reziduí programem Gretl. Na základě výsledného grafu bylo prokázáno i splnění tohoto předpokladu.

9.3.1 Výsledek analýzy pro období let 2006 až 2011

Na základě výše uvedených výsledků jsou splněny veškeré předpoklady modelu a model se stává platným. Model nabývá následující konečné podoby:

$$\text{Nezaměstnanost OZP} = 55264,3000 + 330,1770 * \text{CHPM_OSVC se ZP} + 51,0090 * \text{CHPD_ umístění uchazeči} - 9,2674 * \text{Rekvalifikace_ umístění uchazeči}$$

V rámci období let 2006 až 2011 byl v rámci vícenásobné regresní analýzy časových řad zjištěn vliv OSVČ se ZP v rámci CHPM, umístěných uchazečů v rámci chráněných pracovních dílen a umístěných uchazečů díky rekvalifikaci na nezaměstnanost osob se zdravotním postižením.

Z výše uvedeného modelu vyplývá, že při vysoké nezaměstnanosti je vyšší počet zdravotně postižených osob, které se rozhodnou pro samostatnou výdělečnou činnost. Stejně tak při vysoké nezaměstnanosti dochází k vyššímu počtu umístěných osob do chráněných pracovních dílen. Na skutečný pokles nezaměstnanosti ve sledovaném období má vliv tak především počet umístěných uchazečů s úspěšně ukončenou rekvalifikací.

9.4 Vliv nástrojů sloužících k umístění OZP na nezaměstnanost v období let 2006 až 2015 v kvartálním rozdělení

Konečný model zahrnuje pouze proměnou CHPM_OSVC se ZP. Vzhledem k objevující se nestacionaritě modelu pracujícího jen s proměnou CHPM – OSVČ se ZP byla použita logaritmická diference této proměnné v podobě $\ln(\text{CHPM_OSVC se ZP}) - \ln(\text{CHPM_OSVC se ZP}_{t-1})$. Po přidání této diferencované proměnné byl již model stacionární.

Tab. 37 Výstup metody nejmenších čtverců pro konečný model v období let 2006 až 2015 po úpravách

	Koeficient	směr. chyba	t-podíl	p-hodnota	
constant	57294,5000	1080,750	53,010	0,001	***
CHPM_OSVC se ZP	646,3610	93,563	6,908	0,001	***
ld_CHPM_OSVC se ZP	-4172,5200	1264,650	-3,299	0,002	***

Zdroj: Výstup programu Gretl

Koeficient determinace pro tento model nabývá hodnoty 0,571. Tato hodnota představuje 57,1% vypovídající schopnost modelu, která je v tomto případě optimální. Model byl podroben prostřednictvím F-testu na testování významnosti modelu jako celku. P-hodnota(F) testu 0,001 potvrdila jeho významnost.

Model byl následně testován z hlediska splnění dalších základních předpokladů. Výsledky jednotlivých testů jsou uvedeny v následující tabulce.

Tab. 38 Výsledky dalších testů pro testování splnění základních předpokladů pro model ve sledovaném období 2006 až 2015

Předpoklad	Test	P-hodnota	Přijata hypotéza
Test specifikace	RESET test pro specifikaci (pouze druhé mocniny)	0,794	Model je správně specifikován
	RESET test pro specifikaci (pouze třetí mocniny)	0,782	Model je správně specifikován
	Test nelinearity (druhé mocniny)	0,872	Model není správně specifikován
	Test nelinearity (logaritmy)	0,607	Model je správně specifikován
Homoskedasticita	Brusch-Paganův test	0,068	Homoskedasticita
Normalita	Doornik-Hansenův test	0,894	Normalita
	Shapiro-Wilkův W test	0,980	Normalita
	Lillieforsův test	0,630	Normalita
	Test Jarque-Bery	0,847	Normalita
Stacionarita	ADF - test	0,452	Stacionarita

Zdroj: Výstup programu Gretl

Ke zjištění kolinearit slouží posouzení zjištěných VIF hodnot u jednotlivých ukazatelů. Dle níže uvedených výsledků, které jsou nižší než kritická hodnota deset a vyšší, můžeme zamítnout multikolaritu.

Tab. 39 Testování kolinearitý modelu pro období let 2006 až 2015

Proměnná	VIF
CHPM_OSVČ se ZP	1,223
ld_CHPM_OSVČ se ZP	1,223

Zdroj: Výstup programu Gretl

Posledním předpokladem, který je nutno otestovat je nulová střední hodnota chybového členu. Tento předpoklad je ověřován na základě generovaného grafu reziduí programem Gretl. Na základě výsledného grafu bylo prokázáno i splnění tohoto předpokladu.

9.4.1 Výsledek analýzy pro období let 2006 až 2015

Na základě výše uvedených výsledků jsou splněny veškeré předpoklady modelu a model se stává platným. Model nabývá následující konečné podoby:

$$\text{Nezaměstnanost OZP} = 57294,5000 + 646,3610 * \text{CHPM_OSVČ se ZP} - 4172,5200 * \text{ld_CHPM_OSVČ se ZP}$$

V období let 2006 až 2015 byl v rámci vícenásobné regresní analýzy časových řad detekován pouze vliv OSVČ se ZP v rámci CHPM.

Stejně jako u modelu z let 2006 až 2011 i u tohoto výše uvedeného modelu pro období 2006 až 2015 vyplývá, že při vysoké nezaměstnanosti je vyšší počet zdravotně postižených osob, které se rozhodnou pro samostatnou výdělečnou činnost.

10 Výsledky analýzy a návrhy na zlepšení

Následující kapitola se zabývá celkovým zhodnocením získaných výsledků a doporučeními pro Úřad práce a Ministerstvo školství v rámci vyšší efektivity využití nástrojů k umístění osob se zdravotním postižením do zaměstnání.

10.1 Výsledky analýzy pro jednotlivé nástroje a doporučení pro Úřady práce a MPSV

Vícenásobná regresní analýza ukazuje, že některé z nástrojů používaných úřady práce k integraci zdravotně hendikepovaných osob ve sledovaných obdobích prokazatelně neovlivňují jejich nezaměstnanost. Proto je nutné zrevidovat tyto používané nástroje a provést jejich zlepšení tak, aby lépe plnily svůj účel.

Pracovní rehabilitace

Pracovní rehabilitace jsou jedním z nejméně využívaných nástrojů k umístění osob se zdravotním postižením na pracovní trh. Důvodem pro jejich nízké využití může být především časová náročnost procesu, který musí uchazeč absolvovat. Často se zdravotně postižení uchazeči o zaměstnání účastní v rámci pracovních rehabilitací pouze vybraných besed a školení bez podmínky podpisu smlouvy k absolvování celého procesu pracovní rehabilitace.

Tento nástroj byl ve sledovaném období let 2006 až 2011 využíván jednotlivými kraji jen zřídka a pro další období již nebyl tento údaj předmětem statistik Úřadů práce. Často bylo v jeho rámci dosahováno počtu 1 až 5 účastníků a počet umístěných osob, které úspěšně absolvovali tento nástroj, se každoročně snižoval. Nízká umístitelnost těchto osob může být dána faktem nedokončení celého běhu rehabilitací. Údaje o osobách, které úspěšně ukončily celý proces rehabilitace, nejsou předmětem statistik pracovních úřadů.

Regresní analýza zabývající se zjištěním vlivu nástrojů k začlenění osob se zdravotním postižením na pracovní trh ani v jednom ze sledovaných období nezahrnovala tento nástroj jako významný. Vzhledem k absenci dat k tomuto nástroji bylo využito dat, která sledovala počet uchazečů specializovaných kurzů pořádanými v rámci tohoto nástroje. Pozitivní vliv tohoto nástroje na snížení nezaměstnanosti osob se zdravotním postižením v ČR nebyl prokázán.

V rámci tohoto nástroje by mělo dojít především ke změně v rámci časové náročnosti jeho absolvování. V současné době musí uchazeč absolvovat jednotlivé činnosti v rámci nástroje v přesně dané posloupnosti. Je ale u všech fází tohoto nástroje přesto nutné dodržet jejich časovou posloupnost? Není možné některé z fází absolvovat v pozdějším termínu? Nízká využitelnost nástroje může být dána i nízkou informovaností osob o existenci či obsahu tohoto nástroje. Doporučuji tak jeho důslednější propagaci a informovanost osob se zdravotním postižením jakožto uchazečů Úřadů práce. Informace by měly být podávány pracovníci Úřadu práce a dále prostřednictvím brožur a informačních letáků umístěných na pobočkách

úřadů práce a pobočkách center věnujících péči těmto osobám. Dále by se tento nástroj měl opět zařadit do sledovaných statistik a Úřady práce by se měly zaměřit na sledování jeho kvality. Přínosem by měly být dotazníky směřované k samotným uchazečům se zdravotním postižením a spolupracujícím firmám, které se na řízení pracovních rehabilitací podílejí. Na základě dotazníků posuzujících kvalitu a odhalujících nedostatky tohoto nástroje by měly být učiněny další kroky ke zvýšení jeho účinnosti.

Vzhledem k časové náročnosti absolvování tohoto nástroje, by pro jeho účastníky mohly být určeni osobní kouči z řad pracovníků Úřadů práce, spolupracujících firem, nebo spolupracujících institucí zaměřených na pomoc těmto osobám, které by účastníkům rehabilitací pomáhaly procesem projít, pořádaly by pravidelná sezení s účastníky rehabilitací zaměřenými na dosavadní a budoucí průběh a motivovaly je k jeho úspěšnému ukončení.

Chráněné pracovní dílny

Údaje týkající se chráněných pracovních dílen byly sledovány po období let 2006 až 2011, po tomto období již byl tento nástroj ukončen legislativní změnou.

V rámci tohoto nástroje byly sledovány dva údaje. Těmito údaji byl počet vytvořených míst a počet umístěných uchazečů v rámci chráněných pracovních dílen. K největším výkyvům tohoto nástroje došlo v letech 2006 a 2008. V roce 2006 bylo dosaženo nejvyššího počtu vytvořených míst i umístěných uchazečů. Naopak v roce 2008 byl zaznamenán největší propad obou těchto parametrů.

V rámci regresní analýzy se v rámci nástroje chráněné pracovní dílny objevovaly v určitých letech oba sledované parametry. V roce 2009 model obsahoval jako jednu z významných proměnných ovlivňujících nezaměstnanost vytvořená místa v rámci chráněných pracovních dílen. V roce 2007 vstoupila do modelu významná proměnná v podobě umístěných uchazečů na místa v chráněných pracovních dílnách. Obě tyto hodnoty ale v modelu nabývaly místo očekávaných záporných hodnot, hodnot kladných. V případě záporných hodnot by se jednalo o jasný ukazatel snížení nezaměstnanosti prostřednictvím tohoto nástroje. Kladné hodnoty těchto ukazatelů lze interpretovat tak, že v době, kdy docházelo k vysoké nezaměstnanosti u osob se zdravotním postižením, docházelo k vyšší snaze vytvářet nová místa v chráněných pracovních dílnách i vyšší intenzitě tyto osoby na tato místa umístit.

Tento nástroj byl i přes svoji účinnost prokázanou provedenou analýzou ukončen 1. ledna 2012 a zaměstnavatelé a zaměstnanci využívající tento nástroj byli převedeni automaticky na nástroj chráněná pracovní místa.

Vzhledem k této skutečnosti tak nemůže být učiněno doporučení k jeho případným možným zlepšením. Je možné jen apelovat na úvahu o jeho znovuzavedení.

Chráněná pracovní místa

Chráněná pracovní místa jsou jediným nástrojem, který zůstal předmětem statistik po celé sledované období 2006 až 2015.

V rámci tohoto nástroje byly sledovány následující kategorie: vymezená místa, umístění uchazeči, vymezená místa a osoby samostatně výdělečně činné se zdravotním postižením.

Ke zvyšování integrace osob na pracovní trh přispíval především v letech 2007 a 2012 prostřednictvím počtu umístěných uchazečů a v roce 2007 prostřednictvím osob se ZP, které v rámci tohoto nástroje započaly své podnikání.

V letech 2012, 2013, 2014 a 2015 byl v reakci na nezaměstnanost zvýšen počet vymezených míst pro zdravotně hendikepované osoby. V rámci regresní analýzy časových řad byl jako nástroj napomáhající k integraci osob na pracovní trh CHPM – OSVČ se ZP, tedy chráněné pracovní dílny, v jejichž rámci započaly osoby se zdravotním postižením svou samostatnou výdělečnou činnost.

V rámci tohoto nástroje doporučuji především vyšší snahu úřadu práce o zařazení uchazečů o zaměstnání na tato místa. Uchazeči jsou o těchto místech často málo informováni a dozvídají se o jejich existenci z různých portálů nabídek práce. Pracovnice úřadů práce by měly své klienty o existenci těchto míst informovat i na pravidelném sezení. V rámci tohoto nástroje je vhodná i komunikace s organizacemi věnujícími se práci se zdravotně hendikepovanými osobami, které vykonávají v rámci své činnosti i pracovní poradenství. O nabídce těchto míst by tak své klienty informovaly i tyto organizace.

Vzhledem ke zdravotnímu stavu hendikepovaných osob dále navrhuji podrobnější vedení informací o nabízených pracovních místech v rámci tohoto nástroje. Zdravotně hendikepované osoby často trpí řadou zdravotních komplikací a vzhledem k charakteru nabízené práce se často obávají zhoršení jejich zdravotního stavu při nástupu na tato místa. Informace o vyskytujících se alergenech, dispozicích pracovního místa a fyzické zátěži by mohly napomoci odbourání bariér v podobě předsudků a vyššímu zájmu o tato vytvořená místa.

Často dochází rovněž k nesouladu pracovního místa a kvalifikace uchazeče. V tomto případě by měly sociální pracovnice informovat klienty o možnosti rekvalifikace, díky které by potřebnou kvalifikaci či znalosti získali.

Rekvalifikace pro OZP

Ve statistikách úřadu práce je v rámci rekvalifikací opět sledováno několik parametrů. Těmito parametry jsou úspěšně ukončené rekvalifikace zdravotně hendikepovaných osob a počty umístěných uchazečů se zdravotním postižením, kteří byli umístěni na základě rekvalifikace.

Vícenásobná regresní analýza ukázala vliv tohoto nástroje na integraci osob se zdravotním postižením především v letech 2006, 2008 a 2011 a to prostřednictvím počtu umístěných osob do zaměstnání díky úspěšně ukončené rekvalifikaci. V letech 2007, 2009, 2010 docházelo vlivem nezaměstnanosti osob se zdravotním postižením k jejich vyššímu využití nástroje rekvalifikací ke zvýšení nebo získání nových schopností a dovedností.

V rámci vícenásobné regresní analýzy časové řady byl zaznamenán v období let 2006 až 2011 vliv umístěných uchazečů s úspěšně ukončenou rekvalifikací na pracovní místa v rámci nezaměstnanosti OZP.

V rámci tohoto nástroje mé doporučení směřuje především na znovuoobnovení sledování dat a tvorbu statistik. Stejně jako u předchozích nástrojů je důležité sledovat jejich vývoj a přispívání k integraci zdravotně hendikepovaných osob na trh práce a snížení jejich nezaměstnanosti.

I přes jejich prokazatelný vliv na integraci zdravotně hendikepovaných osob do zaměstnání doporučuji vyšší využití tohoto nástroje. Právě i díky tomuto nástroji může dojít k umístění osob na chráněná pracovní místa, kdy si žadatelé o zaměstnání mohou doplnit znalosti a schopnosti, které nabízené místo požaduje. Právě v informovanosti žadatelů o zaměstnání, kteří trpí zdravotním hendikepem, jsou často značné mezery. Často mají tyto osoby vzdělání v nevyhovujícím odvětví a nalézt se současným vzděláním nové zaměstnání je značně komplikované. Pro tyto osoby je tak rekvalifikace jednou z nadějí na nalezení nového zaměstnání.

Úřady práce by tak měly zvýšit informovanost a to prostřednictvím osobního informování klientů na pravidelných schůzkách, prostřednictvím tematických kurzů nebo prostřednictvím brožur. Rekvalifikace by rovněž měly akceptovat hendikep pracovníků. Navrhuji zavedení speciální skupiny rekvalifikačních kurzů pro tyto osoby, které by byly zaměřeny na rozvoj jejich dovedností v rámci informačních technologií, jazykových znalostí a znalostí a dovedností, které jsou nejčastěji vyžadovány v rámci vytvořených Chráněných pracovních míst a dalších pracovních míst, které jsou pro tyto osoby vhodné. Samozřejmostí by měl být bezbariérový přístup na tyto kurzy a zajištění speciálních pomůcek či přístrojů, které zdravotně hendikepovaná osoba k absolvování kurzu vyžaduje.

10.2 Doporučení pro MŠMT

Ministerstvo školství, mládeže, a tělovýchovy by mělo dbát na dostupnost vhodného vzdělání pro zdravotně hendikepované osoby. Mnohdy se zdravotně hendikepované osoby setkávají s odmítnutím školních zařízení a to z důvodu nedostatečného bezbariérového přístupu, chybějících kompenzačních pomůcek či z důvodů zakořeněných předsudků vůči těmto osobám. Smyslový či zdravotní hendikep neznamená zároveň i úbytek inteligence a tyto osoby mají právo vzdělávat se podle svých schopností a dovedností. V případě zařízení bezbariérového přístupu či kompenzačních pomůcek mají školy možnost požádat o potřebné finanční prostředky formou dotací či oslovení příslušných fondů, nadací či agentur.

Školy by o těchto možnostech financování měly být podrobně seznámeny. Ministerstvo školství by mělo pro tento účel vyhradit speciální oblast na svých stránkách, na kterých by informovalo o všech náležitostech zbudování a financování bezbariérového přístupu a pořízení příslušných kompenzačních pomůcek pro zdravotně hendikepované žáky. Dále je vhodné vytvořit speciální kurzy zaměřené na práci s těmito osobami, které by učitelé škol navštěvovali a učili se práci se zdravotně hendikepovanými osobami a odstranily se tak záporné předsudky spojené se vzděláváním těchto osob.

Právě vhodné vzdělání zdravotně hendikepovaných v rámci běžného kolektivu může pozitivně ovlivnit jejich budoucí umístění do zaměstnání.

11 Diskuze

Zaměstnávání osob se zdravotním hendikepem je důležité nejen z hlediska ekonomického ale i z hlediska psychického stavu osob samotných. Důležitost zaměstnávání zdravotně hendikepovaných osob zmiňuje ve svém článku „First Exits from the Swedish Labor Market Due to Disability“ i Daniela André. Dle autorky je zaměstnávání těchto osob důležité z hlediska snížení ekonomické zátěže společnosti a zkvalitnění života a sebeúcty zdravotně hendikepovaných osob – zaměstnanců. (André, 2008) Stejný názor zastává též Lisa Schur, autorka článku „The Difference a Job Makes: The Effects of Employment among People with Disabilities“. Ve svém článku uvádí, že zaměstnávání těchto osob nemá jen pozitivní dopad z hlediska ekonomiky a psychického stavu osob, ale nese sebou i jisté zvláštní výhody pro tyto osoby. Těmito výhodami je především překonání sociální izolace, rozvoj občanských dovedností, účast na komunitních aktivitách na pracovišti i mimo ně. Autorka tak zdůrazňuje skutečnost, že zaměstnanost zdravotně hendikepovaných osob zabraňuje odcizení se těchto osob od společnosti. (Schur, 2002). Tyto názory jasně hovoří za vyšší angažovanost politiky státu ve vztahu k integraci těchto osob na trh práce. Ve vztahu k zaměstnávání těchto osob se ale setkáváme s překážkami v oblasti jejich integrace.

Problematikou integrace zdravotně hendikepovaných osob na trh práce a jejich pozici na něm se v rámci zahraničních autorů věnují například Melanie K. Jones, Paul L. Latreille a Peter J. Sloanet v článku „Postižení, pohlaví, a britský trh práce,“. Stejně jako u nás je i v Anglii zaměstnanost zdravotně hendikepovaných osob poměrně nízká. Autoři uvádějí, že zaměstnanost této skupiny osob je pouhých 48%. Jako nástroje, které napomáhají k integraci těchto osob na pracovní trh, uvádějí motivaci zaměstnavatelů prostřednictvím daňových úlev při zaměstnávání těchto osob a silnější legislativní podporu jejich nediskriminace (Jones, Latreille, Sloanet, 2006). S těmito druhy podpory zaměstnávání zdravotně hendikepovaných osob se setkáváme i v rámci České republiky. I zde je v rámci listiny základních práv a svobod a v rámci zákonů zakotven zákaz diskriminace a to nejen vztahující se k problematice zdravotního hendikepu ale i z hlediska pohlaví a mnoha dalších. V rámci daní uplatňuje Česká republika místo daňových úlev zavádění vyšších daní pro společnosti, které neplní povinný podíl zdravotně hendikepovaných pracovníků či nevyužívají žádné jiné alternativy plnění této povinnosti. Vzhledem k chybějícím údajům ze strany Úřadu práce ale nemohl být tento vliv nástroje na nezaměstnanost osob se zdravotním postižením zkoumán pro území České republiky. Zde tedy nelze říci, zda je tento nástroj prokazatelně účinný i v rámci našeho území.

Článek autorů dále poukazuje na problematiku zaměstnávání hendikepovaných osob trpících duševní poruchou. Vzhledem k této skutečnosti doporučují věnovat se podpoře zaměstnávání skupiny zdravotně hendikepovaných nejen v rámci skupiny jako celku ale i v rámci jednotlivých typů postižení. V rámci Velké Británie tak směřují svá doporučení k vyššímu zaměření na práci s nezaměstnanými zdravotně hendikepovanými osobami trpícími duševním onemocněním, které jsou, jak bylo řečeno více nejrizikovější skupinou v rámci zdravotně hendikepovaných.

(Jones, Latreille, Sloanet, 2006) V České republice bohužel nejsou dostupné prokazatelné statistiky nezaměstnaných zdravotně hendikepovaných osob podle typu postižení, ale vzhledem k charakteru projevů těchto druhů onemocnění a nároku na pracovní podmínky těchto osob je pravděpodobné, že se tento trend objevuje i u nás. Vzhledem k vyšší míře nezaměstnanosti by ale tato skutečnost mohla být předmětem výzkumů i v rámci našeho státu. Autoři rovněž upozorňují i na problém mzdového a platového ohodnocení těchto osob. V rámci Velké Británie často dochází k problémům jejich nízkého mzdového ohodnocení. S tímto trendem se ale nesetkáváme jen v rámci Velké Británie ale v některých případech i v rámci České republiky.

Otázkou nezaměstnanosti zdravotně hendikepovaných osob a jejich integraci a pozici na pracovním trhu se věnují ve svém článku též autoři Robert Wilton a Stephanie Schuer, kteří tuto problematiku pojaly v rámci neoliberalismu. Svoji pozornost věnovali především zaměstnavatelům a jejich vnímání zaměstnávání zdravotně hendikepovaných osob. Ve svém článku zmiňuje potřebu informovat zaměstnavatele o schopnostech zdravotně hendikepovaných osob a tím snížení jejich předsudků o nízkém přínosu těchto osob pro jejich společnost. Ve svém článku autoři uvádějí jako jedny z důvodů nezaměstnanosti těchto osob například neochotu starších společností uzpůsobovat pracovní prostředí zdravotně hendikepovaným osobám nebo neochotu některých společností zaměstnat tyto osoby z „estetických“ důvodů (Wilton, Schuer, 2006). Právě z těchto důvodů je třeba dát autorovi za pravdu, že je často nutné seznamovat zaměstnavatele s charakterem zdravotně hendikepovaných osob a jejich pracovními schopnostmi. Je důležité tyto předsudky co nejvíce eliminovat a otevřít mysl zaměstnavatelů pro přínos a výhody plynoucí ze zaměstnávání těchto osob. Ačkoliv žádný výzkum v České republice nepoukazuje na „estetickou“ překážku zaměstnávání zdravotně hendikepovaných osob, je možné, že tento důvod ovlivňuje zaměstnávání zdravotně hendikepovaných osob i na našem trhu, ale z hlediska kolize tohoto argumentu s listinami a zákony zakazujícími diskriminaci není tento důvod zaměstnavateli veřejně přiznán. V podmínkách našeho státu by tak mělo dojít i tomuto podrobnému průzkumu překážek ze strany zaměstnavatelů při zaměstnávání zdravotně hendikepovaných osob a následnému zdokonalení současných a případnému vytvoření nových programů a nástrojů k jejich co nejvyšší eliminaci.

Dle článků výše uvedených autorů je tak nutné věnovat integraci zdravotně hendikepovaných osob na trh práce pozornost jak ze strany zaměstnavatelů, tak i ze strany samotných zdravotně hendikepovaných (Wilton, Schuer, 2006). Pečlivá analýza struktury a potřeb nezaměstnaných zdravotně hendikepovaných osob, předsudků a překážek ze strany zaměstnavatelů vůči zaměstnávání zdravotně hendikepovaných osob a samotných vlastností pracovního trhu může značně napomoci zkvalitnění a vytvoření nástrojů a programů sloužících ke kvalitnější integraci zdravotně hendikepovaných osob a snížení tak jejich nezaměstnanosti.

Ačkoliv jsou přístupy k integraci zdravotně hendikepovaných osob stát od státu více méně odlišné, lze se v jistých částech jejich činností inspirovat a zvážit, zda by tento přístup nebyl přínosný i v podmínkách České republiky.

12 Závěr

Zdravotně hendikepované osoby jsou jednou z kritických skupin, u kterých je možnost nalézt vhodné zaměstnání nejobtížnější. Řada nástrojů, která je k této činnosti Úřady práce využívána, často ale nebývá součástí jejich statistik nebo přehledů veřejných i interních zpráv.

Vícenásobná regresní analýza poukázala v jednotlivých letech pouze na některé nástroje, které působily na nezaměstnanost této skupiny osob. Těmito nástroji byly především Rekvalifikace ve spojitosti s počtem umístěných uchazečů, Chráněná pracovní místa v rámci počtu umístěných uchazečů a Chráněné pracovní dílny s počtem umístěných uchazečů. I přestože byl v rámci vícenásobné regresní analýzy nástroj chráněné pracovní dílny prokázán jako nejčtenější, byla na konci roku 2011 ukončena jeho platnost a od roku 2012 jeho úkol plnil nástroj Chráněná pracovní místa, která ale nevykazovala tak pozitivní vliv na nezaměstnanost zdravotně hendikepovaných osob. Nejméně používaným nástrojem v rámci integrace zdravotně hendikepovaných osob jsou Pracovní rehabilitace. Tento nástroj by měl pomáhat zdravotně hendikepovaným osobám, které nemají představu o svém budoucím zaměstnání. Z šetření na úřadu práce byla zjištěna jeho značná časová náročnost z pohledu účastníků tohoto nástroje. V rámci nástroje je klient povinen postupně splnit několik fází průběhu tohoto nástroje a bez splnění jedné fáze, nemůže klient pokračovat následující fází. Tento fakt tak značně negativně ovlivňuje volbu tohoto nástroje klienty úřadu práce.

Doporučení této práce jsou tak směřována především na zefektivnění těchto nástrojů, které plní v rámci integrace zdravotně hendikepovaných osob nejmenší funkci. Těmito nástroji jsou především zmíněné Pracovní rehabilitace i Chráněná pracovní místa v rámci počtu umístěných osob.

Integraci zdravotně hendikepovaných osob by se kromě ministerstva práce a sociálních věcí mělo věnovat i ministerstvo školství. Právě školy mají v rámci zdravotně hendikepovaných osob, které trpí některým druhem zdravotního postižení získaného již v mládí, důležitou funkci. Inkluze má napomáhat integraci zdravotně hendikepovaným dětem a mladistvým do běžné společnosti a slouží především k odstranění předsudků a překážek u zdravotně hendikepovaných osob. Izolace zdravotně hendikepovaných osob v rámci odlišných škol napomáhá i jejich izolaci v běžném životě. Lidé, kteří se s těmito lidmi běžně nesetkávají, trpí předsudky o schopnostech těchto osob a zdravotně hendikepované osoby se často chováním zdravých osob mohou cítit vyčleňovány z běžného kolektivu společnosti. Některé školy ale mají k možnosti přijmout zdravotně hendikepovaného žáka či studenta ke studiu značné výhrady a zdravotně hendikepovaní studenti se často setkávají i s neochotou škol jim vyjít vstříc v rámci potřeb. Studenti tak často musí volit vzdělání především podle ochoty škol přijmout je ke studiu a často se tak nevěnují studiu oboru, který by pro ně v rámci nalezení budoucího povolání byl nejvýhodnější a který by je zajímal. A právě i vzdělání těchto osob může být jednou z překážek při nalezení vhodného zaměstnání. Řada zdravotně hendikepovaných osob tak řeší nedostatečné vzdělání nebo další potřebné vzdělání rekvalifikacemi.

13 Literatura

- ARLT, J. a ARLTOVÁ M. *Ekonomické časové řady: [vlastnosti, metody modelování, příklady a aplikace]*. Praha: Grada, 2007. ISBN 9788024713199.
- BAZALOVÁ, B. *Vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami v zemích Evropské unie a v dalších vybraných zemích*. Brno: Masarykova univerzita, 2006. ISBN 80-210-3971-X.
- BELZ, H. *Klíčové kompetence a jejich rozvíjení: východiska, metody, cvičení a hry*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-479-6.
- BRČÁK, J., SEKERKA B. A STARÁ D. *Makroekonomie - teorie a praxe*. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2014. ISBN 978-80-7380-492-3.
- CIPRA, T. *Analýza časových řad s aplikacemi v ekonomii*. Praha: Státní nakladatelství technické literatury, 1986.
- COMMISSION, European. *The European employment strategy: working to improve employment in Europe*. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2010. ISBN 9789279178443.
- DURDISOVÁ, J. *Sociální politika v ekonomické praxi: (vybrané problémy)*. Praha: Oeconomica, 2005. ISBN 80-245-0850-8.
- EU a Evropská KOMISE. *Evropská strategie zaměstnanosti: snaha o zlepšení zaměstnanosti v Evropě*. Lucemburk: EUR-OP, 2011. ISBN 9789279178603.
- GILBERTOVÁ, S., MATOUŠEK O. *Ergonomie: optimalizace lidské činnosti*. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0226-6.
- HANČLOVÁ, J. *Ekonometrické modelování: klasické přístupy s aplikacemi*. Praha: Professional Publishing, 2012. ISBN 978-80-7431-088-1.
- KACZOR, P. *Sociální politika a sociální systém ČR*. Praha: Oeconomica, nakladatelství VŠE, 2015. ISBN 978-80-245-2096-4.
- KOMENDOVÁ, J. *Pracovní podmínky osob se zdravotním postižením*. Ostrava: Key Publishing, 2009. Právo (Key Publishing). ISBN 978-80-7418-022-4.

- KRATOCHVÍLOVÁ, J. *Vzdělávání žáků se zdravotním postižením ve středních školách*. Praha: Národní ústav pro vzdělávání, školské poradenské zařízení a zařízení pro další vzdělávání pedagogických pracovníků, 2012. ISBN 978-80-87063-55-2.
- KRHUTOVÁ, L. *Komunikace v kontextu sociální práce s lidmi se zdravotním postižením*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2013. ISBN 978-80-7464-411-5
- MATOUŠEK, O., KODYMOVÁ P. a KOLÁČKOVÁ J., eds. *Sociální práce v praxi: specifiky různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-818-0.
- MICHALÍK, J. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-859-3.
- Praktické informace pro klienty ÚP ČR. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, 2015. ISBN 978-80-7421-113-3.
- OPATRÍLOVÁ, D. *Metody práce u jedinců s těžkým postižením a více vadami*. Brno: Masarykova univerzita, 2005. ISBN 80-210-3819-5.
- OPATRÍLOVÁ, D a ZÁMEČNÍKOVÁ D. *Předprofesní a profesní příprava zdravotně postižených*. Brno: Masarykova univerzita, 2005. ISBN 80-210-3718-0.
- PIPEKOVÁ, J. a VÍTKOVÁ M. (eds.). *Znevýhodněné osoby na trhu práce v kontextu národní a evropské spolupráce: sborník z mezinárodní konference pořádané k Evropskému roku zdravotně postižených osob : [Brno 3.-5. září 2003]*. Brno: Paido, 2003. ISBN 80-7315-048-4.
- Pracovněprávní předpisy: *Zaměstnanost; Odbory; Inspekce práce: podle stavu k 11. 2. 2008*. Ostrava: Sagit, sv. ÚZ. ISBN 978-80-7208-671-9.
- Praktické informace pro klienty ÚP ČR*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, 2015. ISBN 978-80-7421-113-3.
- PROCHÁZKOVÁ, L. *Podpora osob se zdravotním postižením při integraci na trh práce*. Brno: MSD, 2009. ISBN 978-80-7392-094-4.
- SALEND, S. J. *Effective mainstreaming: creating inclusive classrooms*. 2nd ed. New York: Maxwell Macmillan International, c1994. ISBN 0024053317.

SEKERKA, B., BRČÁK J. a KUČERA A. *Ekonomie trochu jinak*. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2015. ISBN 978-80-7380-534-0.

Statistická ročenka trhu práce v České republice 2006. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky, 2007-. ISBN 978-80-86878-00-3.

Statistická ročenka trhu práce v České republice 2007. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky, 2008. ISBN 978-80-86878-64-5.

Statistická ročenka trhu práce v České republice 2008.. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky, 2009-. ISBN 978-80-86878-95-9.

Statistická ročenka trhu práce v České republice 2009. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky, 2010-. ISBN 978-80-7421-016-7.

Statistická ročenka trhu práce v České republice 2010. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky, 2011-. ISBN 978-80-7421-034-1.

Statistická ročenka trhu práce v České republice 2011. Praha.: Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky, 2012-. ISBN 978-80-7421-043-3.

Statistická ročenka trhu práce v České republice 2012. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky, 2013-. ISBN 978-80-7421-064-8.

Statistická ročenka trhu práce v České republice 2013. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky, 2014-. ISBN 978-80-7421-073-0.

Statistická ročenka trhu práce v České republice 2014. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky, 2015-. ISBN 978-80-7421-093-8.

Statistická ročenka trhu práce v České republice 2015.. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky, 2016-. ISBN 978-80-7421-125-6.

TOMEŠ, I. *Úvod do teorie a metodologie sociální politiky*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-680-3.

TOMEŠ, I. *Obory sociální politiky*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-868-5.

- TOMEŠ, I. *Sociální právo České republiky*. Praha: Linde Praha, 2014. Monografie (Linde). ISBN 978-80-7201-938-0.
- TOMEŠ, I a KOLDINSKÁ K. *Sociální právo Evropské unie*. Praha: C.H. Beck, 2003. Beckovy právnické učebnice. ISBN 80-7179-831-2.
- TOŠENOVSKÝ, F. *Ekonometrické metody: pro prezenční formu studia*. Karviná: Slezská univerzita v Opavě, Obchodně podnikatelská fakulta v Karviné, 2013. ISBN 9788072488537.
- VALENTA M., MICHALÍK J. LEČBYCH M. *Mentální postižení: v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu*. Praha: Grada, 2012. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3829-1.
- VITTINGHOFF E. *Regression methods in biostatistics: linear, logistic, survival, and repeated measures models*. 2nd ed. New York: Springer, c2012. Statistics for biology and health. ISBN 978-1-4614-1352-3.
- WAWROSZ P., HEISLER H. a MACH P. *Realie k makroekonomii: odborné texty, mediální reflexe, praktické analýzy*. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2012. ISBN 978-80-7357-848-0.

14 Elektronické zdroje

Andrén D., First Exits from the Swedish Labor Market Due to Disability. April 2008, Vol. 27, No. 2, pp. 227-238 Publikováno: Springer in cooperation with the Southern Demographic Association Dostupné z: <http://www.jstor.org/stable/41217946>

Analýza současné situace studentů se specifickými nároky na vysokých školách, MŠMT [online]. 2010 [cit. 2016-11-08]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/vzdelavani/vysoke-skolstvi/analyza-soucasne-situace-studentu-se-specifickymi-naroky-na>

Definice OZP. [online]. 2015 [cit. 2016-10-18]. Dostupné z: <https://portal.mpsv.cz/sz/zamest/zamestnaniosob/definiceozp>

Co znamená status osoby zdravotně znevýhodněné (OZZ)? [online]. 2014 [cit. 2016-10-04]. Dostupné z: http://www.cssz.cz/NR/rdonlyres/8215557E-1A6E-42C5-ACC5-6C6ABA65BE8B/0/letak_ozz.pdf

Dohoda o partnerství pro programové období 2014 – 2020. [online]. 2012 [cit. 2016-10-21]. Dostupné z: <https://www.strukturalni-fondy.cz/cs/Fondy-EU/2014-2020/Dohoda-o-partnerstvi.aspx>

Evropská strategie pro pomoc osobám se zdravotním postižením (2010–2020). [online]. 2015 [cit. 2016-10-14]. Dostupné z: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/CS/TXT/HTML/?uri=LEGISSUM:em0047&from=CS>

Employment package [online]. 2016 [cit. 2016-12-12]. Dostupné z: <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=101&langId=cs>

European employment strategy [online]. 2016 [cit. 2016-12-14]. Dostupné z: <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=101&langId=cs,%202016>

Employment committee [online]. 2016 [cit. 2016-12-16]. Dostupné z: <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=115&langId=en>

Evropská unie, *Evropská strategie zaměstnanosti – snaha o zlepšení zaměstnanosti v Evropě*, Luxembourg 2011, ISBN: 978-92-79-17860-3.

Invalidita – stupně invalidity. [online]. 2014 [cit. 2016-10-14]. Dostupné z: <http://www.duchody-duchodci.cz/invalidita-stupne-invalidity.php>

Jones K. M., Latreille L. P., Sloane J. P. *Gender Disability, Gender, and the British Labour Market*. Oxford Economic Papers, New Series. Jul. 2006, Vol. 58, No. 3 pp. 407-449 Publikováno: Oxford University Press. Dostupné z: <http://www.jstor.org/stable/3876978>

Listina základních práv a svobod [online]. 1992 [cit. 2017-01-24]. Dostupné z: <http://www.psp.cz/docs/laws/listina.html>

Operační program Lidské zdroje a zaměstnanost 2007 - 2013, [online]. 2012 [cit. 2016-10-24]. Dostupné z: https://www.strukturalni-fondy.cz/getmedia/59ba9e11-d31a-4db2-be86-32f2fef649c3/OPLZZ_revize_2.pdf?ext=.pdf

Operační program Lidské zdroje a zaměstnanost, Portál MPSV, [online]. 2010 [cit. 2016-10-24]. Dostupné z: https://portal.mpsv.cz/sz/politikazamest/esf/programove_obdobi_2007_-_2013

Operační program Zaměstnanost 2014 – 2020 [online]. 2015 [cit. 2016-10-25]. Dostupné z: https://www.esfcr.cz/detail-clanku/-/asset_publisher/BBFAoaudKGfE/content/op-zamestnanost-2014-2020

Poruchy duševní a poruchy chování (F00–F99), UZIS [online]. 2014 [cit. 2016-11-01]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/F70-F79.html>

Předpis č. 388/2013 Sb. [online]. 2013 [cit. 2016-10-08]. Dostupné z: <http://www.sagit.cz/info/sb13388>

Rekvalifikace [online]. 2011 [cit. 2016-09-24]. Dostupné z: <https://portal.mpsv.cz/sz/stat/rek>

Rekvalifikace [online]. 2016 [cit. 2016-09-20]. Dostupné z: intranet pobočky Úřadu práce Brno-Město

Rekvalifikace zaměstnanců [online]. 2016 [cit. 2016-11-22] Dostupné z: https://portal.mpsv.cz/upcr/kp/pak/poradenske_sluzby_a_rekvalifikace/rekvalifikace/rekvalifikace_zamestnancu

Skrytá nezaměstnanost. [online]. 2016 [cit. 2016-12-14]. Dostupné z: <http://eurovoc.europa.eu/drupal/?q=cs/request&view=pt&termuri=http://eurovoc.europa.eu/142422&language=cs>

Salamanca Declaration 1994 [online]. 2011 [cit. 2016-11-12]. Dostupné z: http://www.unesco.org/education/pdf/SALAMA_E.PDF

Sdělení komise Evropského parlamentu, radě, Evropskému hospodářskému a sociálnímu výboru a výboru regionů [online]. 2010 [cit. 2017-01-18]. Dostupné z: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/CS/TXT/PDF/?uri=CELEX:52010DC0636&from=CS>

Schur L., *The Difference a Job Makes: The Effects of Employment among People with Disabilities*. Jun 2002, Vol. 36, No. 2, pp. 339-347 Publikováno: Taylor & Francis, Ltd. Dostupné z: <http://www.jstor.org/stable/4227783>

Specializace bez bariér – smyslová a kombinovaná postižení, sluch [online]. 2014 [cit. 2016-11-20]. Dostupné z: http://elearning.everesta.cz/pluginfile.php/2295/mod_resource/content/1/07.%20b%29%20Smyslov%C3%A1%20a%20kombinovan%C3%A1%20posti%C5%BEen%C3%AD%20-%20skripta%20%2B%20cvi%C4%8Den%C3%AD%20-%20sluch_fin%C3%A11.pdf

Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities [online]. 1994 [cit. 2016-11-25]. Dostupné z: <https://www.un.org/development/desa/disabilities/resources/general-assembly/standard-rules-on-the-equalization-of-opportunities-for-persons-with-disabilities-ares4896.html>

Standardní pravidla pro vyrovnání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením, VS OSN 1993 [online]. 2008 [cit. 2016-11-18]. Dostupné z: www.nrzp.cz/dokumenty/zahranicni/pravidla.doc

Školy a školská zařízení za školní rok 2006 až 2016 [online]. 2016 [cit. 2016-11-14]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/skoly-a-skolska-zarizeni-za-skolni-rok-20152016>

Úmluva o právech dítěte, 1991 [online]. 2012 [cit. 2016-11-10]. Dostupné z: <http://www.crdm.cz/download/umluva.pdf>

- Úmluva o právech osob se zdravotním postižením, OSN [online]. 2012 [cit. 2017-01-18]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/10774/umluva_CJ_rev.pdf
- Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením [online]. 2016 [cit. 2016-11-14]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/10775/umluva_info_160511.pdf
- Úmluva Mezinárodní organizace práce č. 159 o pracovní rehabilitaci a zaměstnávání invalidů, 1983 [online]. 2015 [cit. 2016-11-14]. Dostupné z: <http://www.osn.cz/wp-content/uploads/2015/04/ILO-159-pracovni-rehabilitace.pdf>
- Úmluva Mezinárodní organizace práce č. 159 o pracovní rehabilitaci a zaměstnávání invalidů, 1983 [online]. 2012 [cit. 2017-01-22]. Dostupné z: <http://www.osn.cz/wp-content/uploads/2015/04/ILO-159-pracovni-rehabilitace.pdf>
- Vnitřní nemoci. [online]. 2016 [cit. 2016-10-18]. Dostupné z: <http://www.helpnet.cz/vnitri-nemoci>
- Všeobecná deklarace lidských práv, 1948 [online]. 2008 [cit. 2016-11-12]. Dostupné z: http://www.nssoud.cz/zakony/deklarace_prava.pdf
- Vzdělávání žáků se zdravotním postižením ve středních školách [online]. 2012 [cit. 2016-11-17]. Dostupné z: http://www.nuov.cz/uploads/KURIKULUM/Vzdelavani_zaku_se_zdravotnim_postizenim_ve_strednich_skolach.pdf
- Wilton R., Schuer S., Towards. *Socio-Spatial Inclusion? Disabled People, Neoliberalism and the Contemporary Labour Market*. Jun. 2006, Vol. 38, No. 2, pp. 186-195 Publikováno: Wiley on Behalf of The Royal Geographical Society (with the Institute of British Geographers) Dostupné z: <http://www.jstor.org/stable/3876978>
- Zákon o zaměstnanosti. [online]. 2016 [cit. 2016-11-20]. Dostupné z: https://portal.mpsv.cz/sz/obecne/prav_predpisy/akt_zneni/ZOZ_PLATNE_ZNENI_OD_1.9.2016.PDF

Zákon o Úřadu práce, [online]. 2011 [cit. 2016-12-17]. Dostupné z: <http://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?idBiblio=73965&fulltext=&nr=73~2F2011&part=&name=&rpp=15>

Zákoník práce, [online]. 2016 [cit. 2016-12-12]. Dostupné z: <http://zakonik-prace.cz/>

Změna metodiky ukazatele registrované nezaměstnanosti. [online]. 2013 [cit. 2016-12-17]. Dostupné z: https://portal.mpsv.cz/sz/stat/nz/zmena_metodiky

Zákon č. 198/2009 Sb [online]. 2015 [cit. 2016-12-17]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2009-198>

