

# Vývoj sociálnej situácie osôb so zdravotným postihnutím a ich rodín v kvantitatívnej výskumnej optike

Kvetoslava Repková, Daniela Kešelová, Darina Ondrušová

## Abstrakt

*Slovenská republika ako signatárska krajina OSN Dohovoru o právach osôb so zdravotným postihnutím rozpracovala záväzky vyplývajúce z Dohovoru v dokumente Národný program rozvoja životných podmienok osôb so zdravotným postihnutím na roky 2014–2020 (ďalej len „NDP“). Súčasťou záväzkov zameraných na oblasť „Štatistiky, zhromažďovania údajov a výskumu“ je aj záväzok spracovania prehľadovej štúdie o životných podmienkach osôb so zdravotným postihnutím a ich rodín, a to na základe dostupných monitorovacích systémov (opatrenie 4.17.1 NP). V súlade s týmto záväzkom a na základe intenzívnej spolupráce so Štatistickým úradom SR sme spracovali v roku 2016 výskumnú štúdiu pod názvom Vývoj sociálnej situácie osôb so zdravotným postihnutím a ich rodín - sekundárna výskumná analýza. Takúto komplexnejšiu analýzu Inštitút pre výskum práce a rodiny nerealizoval od roku 2006, kedy bola publikovaná výskumná správa k životným podmienkam rodín so zdravotne postihnutým členom (Repková, 2006). Cieľom príspevku je predstaviť a analyzovať hlavné zistenia zamerané na vývoj sociálnej situácie osôb so zdravotným postihnutím a ich rodín vo vybraných oblastiach, konkrétne v oblasti zdravia, sociálnej ochrany, vzdelávania a zamestnávania tejto cieľovej skupiny, za ostatných približne päť rokov. Pri interpretácii zistení týkajúcich sa zmien v živote ľudí so zdravotným postihnutím a ich rodín v sledovanom období treba mať na pamäti určité limity, keďže analýza bola založená len (prevažne) na kvantitatívnej metodológii a existujúcich monitorovacích (štatistických) systémoch a zdrojoch. Autorky totiž pripúšťajú, že vývoj niektorých ukazovateľov sociálnej situácie osôb so zdravotným postihnutím a ich rodín vypovedá neraz (nie však výlučne) skôr o nastavení parametrov verejných politík (podmienok vzniku nároku na jednotlivé druhy sociálnych intervencií, ich vzájomnú ne/koherentnosť), než o skutočných zmenách v živote ľudí so zdravotným postihnutím a ich rodín. Preto v časti diskusie autorky formulujú viaceré hypotézy, ktoré si vyzádujú ďalšie výskumné zisťovanie založené na kombinovanom kvantitatívno-kvalitatívnom výskumnom dizajne.*

**Kľúčové slová:** osoby so zdravotným postihnutím, zdravie, sociálna ochrana, vzdelávanie, zamestnanosť.

## Abstract:

*Slovakia as a state party to the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities has transposed the commitments of the UN Convention into the measures of the National Disability Programme for years 2014–2020 (hereinafter only „NDP“). One of these commitments in the area of statistics, data collection and research is to annually publish a report on living conditions of persons with disabilities and their families, based on available / mainstream statistical surveys (measure No. 4.17.1 of the NDP). As a result of this commitment and on grounds of an intense co-operation with the Statistical Office of the Slovak Republic, in 2016, the authors of this article prepared at the Institute for Labour and Family Research the report „Developments of social situation of persons with disabilities and their families - secondary research analysis“. Such a detailed analysis has not been prepared since 2006, when the report on living conditions of families with a disabled member was published (Repková, 2006).*

*The aim of this article is to summarise and analyse the main findings of the report on developments of social situation of persons with disabilities and their families in the following four areas: health, social protection, education, and employment of people with disabilities. Interpretation of the main findings related to the developments in social situation of persons with disabilities during last five years has certain limitations, since the analysis has been based solely on quantitative data and available statistical sources. In particular, changes in indicator scores may be related to a greater extent to the lay-out of public policies (e. g. eligibility criteria for different types of benefits, its mutual non/coherence) than to real changes in living conditions of people with disabilities itself. For these reasons, in the discussion the authors propose several hypotheses whose verification would require further investigation based on a combined quantitative-qualitative research design.*

**Keywords:** Persons with disabilities, health, social protection, education, employment.

## 1 Výskum zdravotného postihnutia - vybrané metodologické otázky

V sociálnych výskumoch zameraných na problematiku zdravotného postihnutia v živote človeka (angl. *disability studies*) možno identifikovať viaceré prístupy:

- prístup zameraný na skúmanie vývoja sociálnej situácie ľudí so zdravotným

postihnutím. V súčasnosti je vlastný komparatívny výskumom zdravotného postihnutia, kedy sú ustanovené rámcové oblasti skúmania (spravidla v oblasti zdravia, zamestnávania, vzdelávania, rodinného života, voľného času, sociálnej ochrany a občianskeho života človeka) a im zodpovedajúce parametre (indikátory), ktoré sú predmetom zisťovania a analyzovania. Na základe ich vývoja v jednotlivých kraji-

nách či regiónoch sa usudzuje na dopad verejných politík na sociálnu situáciu „celej“ populácie ľudí so zdravotným postihnutím<sup>1</sup>;

- prístup spojený s orientáciou na životné podmienky ľudí so zdravotným postihnutím. Pokiaľ prvý prístup sa zameriava na „celé populácie“ a opiera sa o reprezentatívne sociologické zisťovania, prístup zameraný na životné podmienky je vlastný skôr výskumu reali-

zovanému v pomáhajúcich disciplínach s výraznou orientáciou na „svet života“, „každodennosť“ (Lebenswelt) konkrétnych ľudí, rodín a skupín (Kraus, 2000; Grunwald a Thiersch, 2004; Thiersch et al., 2012; Alieva, 2015). Výskum sa zameriava na bežné skúsenosti ľudí v ich spoločenskej situácii, na to, ako je daný kontext reprezentovaný v ich každodennom živote a ako ovplyvňuje ich sociálne fungovanie v rámci konceptu *osoby-v-prostredí* (Göppner a Hämäläinen, 2004; Matoušek, 2013; Navrátil, 2013);

- prístup zameraný na vybrané aspekty života ľudí so zdravotným postihnutím, v podobe špecificky *tematizovaného výskumu*, ktorého dizajn a výsledky spravidla nie sú interpretované v kontexte dizajnu a výsledkov inak tematicky zameraných výskumov.<sup>2</sup>

Bez ohľadu na povahu aplikovaného prístupu, ich spoločnou charakteristikou zostáva *systemicko-konstruktivistická povaha* (Kraus, 2000) sociálnych zistení, ktorá súvisí s dvomi špecifickými okolnosťami sociálneho výskumu tohto zamerania. Predovšetkým s tým, že zdrojová základňa jednotlivých zisťovaní nestavia na zdieľanom definičnom vymedzení, kto je osoba so zdravotným postihnutím (Repková a Sedláková, 2014). Niektoré systémy stavajú na kritériách samohodnotenia (napr. EHIS, EU-SILC), iné na využívaní formalizovaných/objektívizovaných externých kritérií (napr. systém posudzovania invalidity, ťažkého zdravotného postihnutia pre účely peňažných príspevkov na kompenzáciu, odkázanosti na vybrané štátne sociálne dávky či sociálne služby). Ak sa aj používajú externé kritériá, pre každý účel sú operacionalizované inak. Uvedená skutočnosť sa odráža aj v rozdielnosti referenčných období, za ktoré sú dáta pre jednotlivé vecné oblasti dostupné.

Ďalšou zreteľa hodnou okolnosťou je *kauzistická povaha* zistení. Podľa Grunwalda a Thierscha et al. (2004) môžu byť verejné systémy (vrátane sociálneho výskumu) založené na spoločnom filozofickom a etickom základe, ktorým je zacielenie na posilňovanie všeobecnej sociálnej spravodlivosti a na uplatňovanie všeobecných normatívnych pravidiel a postupov vyrovnávania nerovností medzi ľuďmi. V skutočnosti však ide vždy o špecifické konštelácie životných situácií a podmienok ľudí, rodín a skupín, ktoré napokon ovplyvňujú spôsob, akým sa v nich spoločenské štruktúry a verejné politiky stvárnia. Preto pri výskume bežného života ľudí (teda aj ľudí so zdravotným postihnutím) hovoria autori o „...morálne inšpirovaných kazuistikách...“ (Grunwald a Thiersch et al., 2004, s. 23), o vyjednávaní využitia všeobecných postupov a možnosti v konkrétnom životnom (časopriestorovom) kontexte človeka, rodiny, skupiny a v zá-

vislosti od ich bežných zdrojov (Thiersch et al., 2012). Systemicko-konstruktivistická povaha sociálnych zisťovaní tak predstavuje výsledok vzájomného obojstranného podmieňovania obrazov individualizovanej každodennosti ľudí a normatívnych účinkov verejných politík. So zreteľom na túto skutočnosť by mali byť ich výsledky aj interpretované.

## 2 Výskum

Pre účely analýzy vývoja sociálnej situácie osôb so zdravotným postihnutím a ich rodín sme aplikovali metódu *sekundárnej výskumnej analýzy* viacerých typov údajov: a) údajov z konsolidovaných štatistických systémov ako EHIS, EU-SILC, VZPS<sup>3</sup>; b) údajov z národných rezortných štatistík o posudkových činnostiach, peňažných príspevkoch na kompenzáciu, invalidných dôchodkoch; z Centrálného registra poskytovateľov sociálnych služieb; zo Štatistických ročeniek rezortu školstva, vedy, výskumu a športu SR a z Registra študentov vysokých škôl v SR; a c) údajov z vybraných tematizovaných výskumov realizovaných Inštitútom pre výskum práce a rodiny v predchádzajúcom období (tento typ zdroja bol však zastúpený minimálne). S ohľadom na rozsah výskumných zistení a limitované možnosti časopisu má príspevok skôr prehľadovú povahu, s dôrazom na diskusiu k vybraným zisteniam.

## 3 Výsledky

Zisťovanie, následnú analýzu a jej výsledky sme organizovali v rámci štyroch vecných oblastí zameraných na otázky (1) zdravia, (2) sociálnej ochrany a podpory príjmu, (3) vzdelávania a (4) zamestnávania osôb so zdravotným postihnutím<sup>4</sup>.

V takejto postupnosti aj kľúčové zistenia predstavíme.

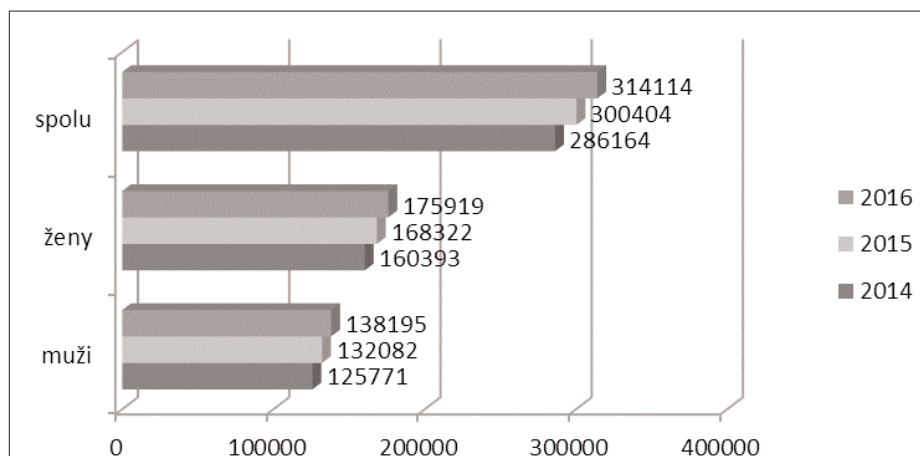
### 3.1 Zdravie

Na základe Európskeho zisťovania o zdraví (EHIS) a Európskeho štatistického zisťovania o príjmoch a životných podmienkach domácností (EU-SILC) z roku 2014 približne 65 % respondentov/tok Slovenska *subjektívne hodnotilo svoje zdravie* ako veľmi dobré alebo dobré a 12 % ako zlé alebo veľmi zlé. Medzi osobami so zdravotným postihnutím (OZP) a bez zdravotného postihnutia (OBZP) však boli zaznamenané veľké rozdiely: kým ako veľmi dobré alebo dobré hodnotilo svoj zdravotný stav takmer 90 % OBZP, u OZP to bolo výrazne menej (EHIS 29 % / EU-SILC necelých 17 %). Naopak, približne tretina OZP hodnotila svoj zdravotný stav ako zlý alebo veľmi zlý, v porovnaní s necelým 1 % u OBZP.

V zisťovaní EHIS uvádzalo *prítomnosť chronického ochorenia alebo dlhotrvajúceho zdravotného problému* vyše 93 % OZP / necelých 83 % v zisťovaní EU-SILC, v porovnaní s cca 30 % u OBZP v zisťovaní EHIS / 6 % v zisťovaní EU-SILC. Ak spôsobovala uvedená skutočnosť OZP výskyt *obmedzení pri vykonávaní bežných denných činností*, prevažne (cca 70 %) šlo o obmedzenia nevýrazného rozsahu. Výrazné obmedzenia reportovali najmä OZP 65-ročné a staršie.

Systematicky rástol počet poberateľov/liek invalidného dôchodku (od cca 223 tis. v decembri 2011 k počtu cca 235 tis. v decembri 2016; zdroj: www.socpoist.sk). V rokoch 2010–2014 boli najčastejšími zdravotnými príčinami invalidizácie a dôvodmi pre priznanie invalidného dôchodku (ID) choroby svalovej a kostrovej sústavy a spojivkového tkaniva, ďalej to boli duševné poruchy a poruchy správania,

**Graf 1: Vývoj počtu osôb uznaných za FOŤZP a držiteľov preukazu FOŤZP/FOŤZP-S v rokoch 2014–2016 podľa pohlavia (stav vždy k júnu kalendárneho roka)**



Zdroj: Analytické centrum MPSVR SR

poruchy obehovej sústavy či choroby žliaz s vnútornou sekréciou, výživy a premeny látok. Všetky tieto príčiny viedli častejšie k „častočnej“ invalidizácii, iba v prípade onkologických ochorení šlo až trojnásobne častejšie o nimi vyvolanú „plnú“ invalidizáciu.

## 3.2 Sociálna ochrana a podpora príjmu

Na základe zisťovaní EU-SILC 2012–2015 postupne rástol počet domácností s OZP s vysokou *pracovnou intenzitou* (zo 42,2 % na 44,5 %), so súčasným poklesom domácností s nízkou pracovnou intenzitou (zo 14,8 % na 12,4 %), čo sa premietlo do zvyšovania podielu pracovných príjmov na celkových príjmoch takýchto domácností. Priemerná miera rizika chudoby a sociálneho vylúčenia domácností s OZP posudzovaná podľa *agregovaného indikátora* (príjem, pracovná intenzita a materiálna deprivácia) postupne v priebehu rokov klesala, aj keď, v porovnaní s domácnosťami OBZP, zostávala celkovo vyššia, najmä pre vyšší výskyt závažnej materiálnej deprivácie.

Z hľadiska podpory príjmu zohrával osobitný význam systém tzv. *kompensačnej pomoci*<sup>5</sup>, ktorý je určený na zmiernenie sociálnych dôsledkov ťažkého zdravotného postihnutia formou vydávania preukazu fyzickej osoby s ťažkým zdravotným postihnutím (FOŤZP, FOŤZP-S), parkovacieho preukazu či peňažných príspevkov. V grafe č. 1 uvádzame vývoj počtu osôb uznaných za FOŤZP a držiteľov/lky preukazu FOŤZP/FOŤZP-S v rokoch 2014–2016.

V sledovanom období vo všetkých vekových kategóriách, najmä však v kategórii 62+, systematicky rástol počet osôb, ktoré boli uznané za FOŤZP a ktoré sa stali držiteľmi/kami preukazu FOŤZP/FOŤZP-S (z cca 286 tis. na cca 314 tis.). Necelá polovica (46 %) z nich boli osoby staršie ako 62-ročné. Do približne 45 rokov veku boli medzi FOŤZP častejšie zastúpení muži,

vekom však rástlo zastúpenie žien, s tým, že v kategórii FOŤZP 62+ ich bolo až 61 %.

V rokoch 2014–2016 postupne mierne klesal počet poberateľov a poberateľiek rodičovského príspevku do šesť rokov veku z dôvodu nepriaznivého zdravotného stavu dieťaťa (z 11,6 tis. na 11,1 tis.). Napriek rastúcemu počtu osôb uznaných za FOŤZP rovnako klesal počet poberateľov/liek peňažných príspevkov na kompenzáciu (PP), a to zo 172 tis. na necelých 167 tis., s pomerne ustálenou výškou celkových finančných prostriedkov vynaložených na tento účel (cca 11,2 mil. EUR ročne). Vo všetkých vekových kategóriách sa na podporu príjmu najčastejšie poskytoval PP na zvýšené výdavky, najmä tie, ktoré súvisia s hygienou a opotrebovaním šatstva. Pre mladých ľudí a dospelé OZP sa na zabezpečenie individuálnej prepravy poskytoval častejšie PP na kúpu osobného motorového vozidla a jeho prevádzku, u starších ľudí to bol predovšetkým PP na prevádzku osobného motorového vozidla či PP na prepravu. Dôležitú úlohu v najstaršej vekovej kategórii zohrával aj PP na úpravu bytu, rodinného domu alebo garáže.

## 3.3 Zabezpečenie osobnej pomoci a podpora neformálne opatrujúcich osôb

Najviac využívanou formou osobnej pomoci odkázaným osobám starším ako 6-ročným bolo v predchádzajúcom období poskytovanie opatery blízkych v rámci systému *PP na opatrovanie*, aj keď počet jeho poberateľov/liek v priebehu rokov klesal (z vyše 59 tis. v júni 2014 na necelých 54 tis. v decembri 2016). Naopak, postupne stúpalo počet poberateľov/liek *PP na osobnú asistenciu* (z cca 9 tis. v júni 2014 na 9,5 tis. v decembri 2016), a to najmä v kategórii dospelých osôb do 62 rokov veku. V sektore *sociálnych služieb* postupne klesal podiel tých, ktorým sa poskytovali tradičné rezidenčné formy (napr. služby domova sociálnych služieb).

Naopak, stúpalo zastúpenie nových druhov sociálnych služieb typu zariadenia podporovaného bývania či rehabilitačného strediska, aj keď stále s marginálnym absolútnym zastúpením voči tradičným rezidenčným sociálnym službám. Pre starších ľudí sa poskytovala najmä opatrovateľská služba a služby zariadenia pre seniorov.

V rámci *neformálneho opatrovania* osôb v najvyšších stupňoch odkázanosti (stupne V.–VI.) a poberania PP na opatrovanie sa v 80 % angažovali ženy, najčastejšie vo vekovej kategórii 25–59 rokov veku a potom ženy v dôchodkovom veku. Dostupné zistenia dokumentujú *fenomén starnutia* neformálne opatrujúcich osôb, nakoľko ich zastúpenie vo vekovej kategórii 25–59 rokov veku postupne mierne klesalo, pri súčasne miernom vzostupe opatrujúcich osôb vo vekovej kategórii 65+ rokov. Tie osoby, ktoré intenzívne opatrovali a nepracovali, boli v sledovanom období poisťovací štátu na účely povinného zdravotného poistenia, starobného poistenia, invalidného poistenia a poistenia do rezervného fondu solidarity. Uvedená forma sociálnej ochrany neformálne opatrujúcich osôb bola (a je) kľúčová s ohľadom na fakt, že možnosť intenzívne opatrovať a zároveň mať príjem zo zárobkovej činnosti využíval a využíva v podmienkach Slovenska minimálny počet intenzívne opatrujúcich osôb (podľa nášho výskumu z roku 2008 to bolo len 2,2 % poberateľov/liek PP na opatrovanie; Repková, 2008). Rovnako sa minimálne využívala a využíva pre nich *odľahčovacia služba* - v roku 2016 ju poskytovalo len 22 poskytovateľov prevažne verejnej povahy.

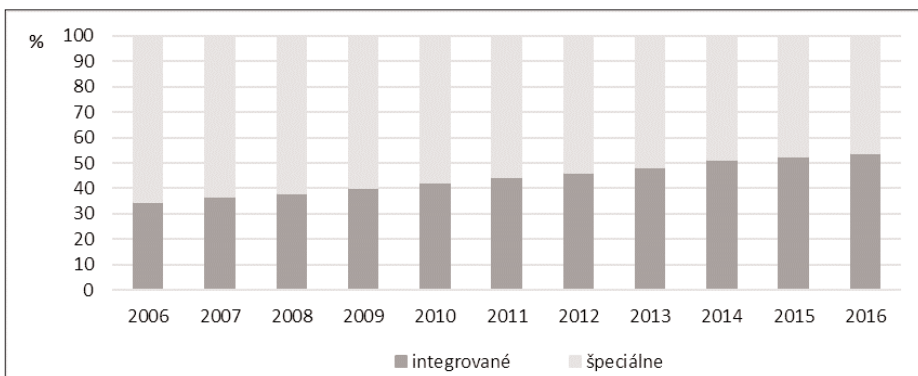
## 3.4 Vzdelávanie osôb so zdravotným postihnutím

V oblasti vzdelávania sa výskum zameriaval na zisťovanie trendov vývoja počtu detí a žiakov so zdravotným znevýhodnením v integrovanom a špeciálnom vzdelávacom prúde, rovnako na počty študentov so zdravotným postihnutím študujúcich na vysokých školách.

Podľa údajov zo Štatistických ročeniek v priebehu desiatich rokov (2006–2016) počet detí a žiakov so zdravotným znevýhodnením stúpol 1,4-násobne. Zatiaľ čo v roku 2006 malo zdravotné znevýhodnenie (vrátane porúch správania a vývinových porúch učenia) 47 764 detí a žiakov, v roku 2016 ich už bolo 67 021, najmä pre nárast počtu detí a žiakov so syndrómom autizmu a s vývinovými poruchami učenia. Celkovo sa počet detí a žiakov so syndrómom autizmu v priebehu sledovaného obdobia zvýšil 3,8-násobne a s vývinovými poruchami učenia dvojnásobne.

Na začiatku sledovaného obdobia iba približne jedna tretina z celkového počtu

**Graf 2: Zmeny podielu detí a žiakov so zdravotným znevýhodnením vo vzdelávacích prúdoch**



Zdroj: Štatistické ročenky MŠVVaŠ SR 2006–2016, CVTI SR + prepočet autoriek



žiacov so zdravotným znevýhodnením bola vzdelávaná formou individuálnej integrácie a viac ako 60 % navštevovalo špeciálne školy a špeciálne triedy. O desať rokov neskôr sa situácia zmenila. Integrovaných do škôl bežného typu už bola viac ako polovica (53,8 %) detí a žiakov so zdravotným znevýhodnením. Uvedený trend zachytáva graf č. 2.

Spomínaný vývoj bol ovplyvnený predovšetkým dlhodobým výrazným nárastom počtu detí a žiakov vzdelávajúcich sa formou individuálnej integrácie a postupným poklesom detí a žiakov v špeciálnom prúde vzdelávania, predovšetkým od roku 2012, kedy počet detí a žiakov v špeciálnom vzdelávaní dosiahol svoje maximum (32 294 osôb). Po tomto roku postupne klesal až na úroveň 30 946 osôb v roku 2016 (pokles o 4,2 %). Súčasne, k septembru 2016 sa formou individuálnej integrácie vzdelávalo v SR celkovo 36 075 detí a žiakov so zdravotným znevýhodnením, čo predstavuje dvojnásobný nárast v priebehu desiatich rokov. Zvyšujúci sa záujem o vzdelávanie v bežných školách formou individuálnej integrácie však rástol so stupňom vzdelávania. Kým v roku 2016 takmer trikrát viac detí navštevovalo špeciálne materské školy ako materské školy bežného typu, pri základných školách bol počet integrovaných žiakov a žiakov v špeciálnom vzdelávacom prúde približne vyrovnaný a pri stredoškolskom štúdiu prevažovala individuálna integrácia v závislosti od druhu a stupňa zdravotného postihnutia. Vývoj na jednotlivých stupňoch vzdelávania uvádzame aj detailnejšie.

Od začiatku sledovaného obdobia štatistiky poukazujú na stúpajúci trend vzdelávania v špeciálnych *materských školách* pred vzdelávaním formou individuálnej integrácie (v roku 2016 to boli takmer tri štvrtiny detí so zdravotným znevýhodnením vzdelávaných v špeciálnych materských školách). Z dlhodobého hľadiska je to evidentné najmä u detí so syndrómom autizmu, u detí s mentálnym postihnutím a u detí so sluchovým a zrakovým postihnutím.

V *základných školách* bežného typu sa k septembru 2016 vzdelávalo formou individuálnej integrácie 52,6 % žiakov so zdravotným znevýhodnením, čo v priebehu desiatich rokov predstavovalo nárast o 16,9 p. b. Na úrovni základných škôl bol jednoznačný príklon k individuálnej integrácii evidentný najmä u žiakov s telesným postihnutím. Dlhodobý sa ich v bežných základných školách vzdeláva viac ako 70 %. Výrazný posun nastal aj u žiakov so zmyslovými postihnutiami. V roku 2016 sa v bežných školách vzdelávalo 62 % žiakov so sluchovým postihnutím (nárast o 15,2 p. b. od roku 2006) a takmer 70 % žiakov so zrakovým postihnutím (nárast o 10,2 p. b. od roku 2006). V bežných základných školách

sa vzdeláva aj drvivá väčšina žiakov s vývinovými poruchami učenia (vyše 97 %, čo predstavuje nárast od roku 2006 o 16 p. b.).

Na počte žiakov v špeciálnom prúde základného vzdelávania sa dominantne podieľajú špeciálne základné školy pre žiakov s mentálnym postihnutím, v ktorých sa vzdelávajú aj žiaci so syndrómom autizmu, s poruchami správania, žiaci s mentálnym kombinovaným postihnutím a žiaci s viacnásobným postihnutím. Najvyššie zastúpenie v nich však majú žiaci s mentálnym postihnutím vzdelávajúci sa vo variante A (približne 15,5 tis. žiakov z celkového počtu takmer 20 tis. žiakov). Hoci viac ako 80 % žiakov s mentálnym postihnutím navštevuje špeciálne základné školy, časť z nich sa vzdeláva aj formou individuálnej integrácie v bežnej základnej škole (v jednotlivých rokoch v rozsahu od 14,4 % do 16,2 %). Podobný trend je aj u žiakov so syndrómom autizmu, z ktorých v roku 2016 až 41 % navštevovalo bežné základné školy.

Na úrovni *stredných škôl* došlo v priebehu desiatich rokov k výraznej zmene, nakoľko systematicky stúpa počet študentov vzdelávajúcich sa formou individuálnej integrácie (z približne 30 % v roku 2006 na vyše 60 % v roku 2016). Prechod do bežných škôl nastal najmä u študentov so zmyslovým postihnutím, s telesným postihnutím a u študentov s poruchami správania. Zo štatistických údajov vyplýva, že získanie sekundárneho vzdelania formou individuálnej integrácie najviac preferujú študenti so zrakovým postihnutím. V priebehu desiatich rokov ich každý školský rok na bežných stredných školách študovala viac ako polovica a od roku 2014 dokonca viac ako tri štvrtiny z nich. Mierne odlišný vývoj bol zaznamenaný u stredoškôľakov so sluchovým postihnutím. Ešte v roku 2014 polovica z nich uprednostňovala špeciálny prúd stredoškolského vzdelávania. K septembru 2016 sa ich počet v rámci individuálnej integrácie v bežných stredných školách zvýšil na takmer 58 %. Pomalší prointegračný vývoj bol zaznamenaný aj u stredoškôľakov s telesným postihnutím, z ktorých takmer 52 % študovalo k septembru 2016 v bežných stredných školách (počas 10 rokov zvýšenie o 18,2 p. b.). Čo sa týka študentov s poruchami správania, v roku

2006 viac ako 90 % z nich navštevovalo špeciálne stredné školy a o desať rokov neskôr v nich zostávalo stále takmer 70 % tejto stredoškolskej populácie. V rámci sledovaného obdobia sa výlučne v špeciálnom prúde vzdelávali študenti s mentálnym postihnutím, a naopak, výlučne formou individuálnej integrácie v bežnom vzdelávacom prostredí sa na stredných školách vzdelávali študenti so syndrómom autizmu a študenti s vývinovými poruchami učenia.

Čo sa týka *terciárneho vzdelávania*, dostupné údaje neumožňujú analýzu vývoja počtu mladých ľudí so zdravotným postihnutím (v platnej legislatíve označovaných za „študentov so špecifickými potrebami“) študujúcich na vysokých školách/univerzitách v SR. Pre informáciu len uvedieme, že v októbri 2015 ich bolo celkovo 823, čo je približne 0,6 % všetkých študentov verejných vysokých škôl a univerzít v SR. Na základe poznatkov z praxe, pri voľbe univerzitného/vysokoškolského pracoviska nezohráva v ich prípade úlohu len odborové zameranie (častejšie študujú v odboroch spoločenských vied, než prírodných a technických), ale aj existencia a rozsah podporných služieb, ktoré im univerzitné pracovisko ponúka.

### 3.5 Zamestnávanie osôb so zdravotným postihnutím

Ekonomický status obyvateľstva, vrátane OZP, sledujú dve štatistické zisťovania - zisťovanie EU SILC a výberové zisťovanie pracovných síl (VZPS). Tieto sa odlišujú svojím zameraním, veľkosťou súboru, frekvenciou opakovania, definovaním pracujúcich a nezamestnaných osôb, ako aj definičným vymedzením zdravotného postihnutia. Kým zisťovanie EU SILC je u opýtaných založené na ich subjektívnom hodnotení dlhotrvajúcich zdravotných problémov a obmedzení, VZPS sa opiera o objektívnu otázku o priznanom zdravotnom postihnutí na základe posudkovej činnosti. V oboch zisťovaniach majú osoby bez zdravotného postihnutia (OBZP) najčastejší ekonomický status pracujúcich, kým OZP sú najčastejšie *ekonomicky neaktívne*. Podľa VZPS tak bola v roku 2015 miera ekonomickej aktivity OZP na Slovensku len na úrovni približne

**Tabuľka 1: Miera ekonomickej aktivity, zamestnanosti a nezamestnanosti OZP - VZPS (%)**

Indikátor	2013	2014	2015	2015 - OBZP
miera ekonomickej aktivity	17,6	21,4	20,1	59,7
miera zamestnanosti	14,0	17,2	16,6	67,7
miera nezamestnanosti	20,1	19,6	17,4	11,5

Zdroj: ŠÚ SR, VZPS

**Tabuľka 2: Výdavky na aktívne opatrenia trhu práce zamerané na podporu zamestnávania OZP (v EUR)**

Roky	2012	2013	2014	2015
Výdavky spolu	40 870 000	35 937 505	36 712 717	30 223 061

Zdroj: Ústredie práce, sociálnych vecí a rodiny

20 %, v porovnaní s približne 60 % u OBZP. V období 2013–2015 v tomto smere u OZP nedošlo k výraznejším zmenám. Možno predpokladať, že k hlavným príčinám vysokého zastúpenia ekonomicke neaktívnych OZP prispieva „garantované“ zabezpečenie príjmu (invalidného dôchodku) v kombinácii s nízkou dostupnosťou individualizovaného poradenstva v službách zamestnanosti, na čo opakovane poukazuje aj Rada EÚ v rámci tzv. Európskeho semestra vo vzťahu k znevýhodneným uchádzačom o zamestnanie všeobecne (Council, 2016).

Na druhej strane, pozitívnym trendom je pokles *miery nezamestnanosti OZP* o necelé 3 p. b., a to z 20,1 % v r. 2013 na 17,4 % v r. 2015. Napriek tomu zostáva miera nezamestnanosti OZP podľa VZPS stále o 6 p. b. vyššia v porovnaní s OBZP, čo ilustruje aj tabuľka č. 1.

Rovnako je v období ostatných troch rokov pozitívnym trendom rast celkového počtu *pracujúcich* poberateľov/liek invalidného dôchodku, a tiež ich podielu na celkovom počte poberateľov invalidného dôchodku, ako to dokumentujú administratívne dáta Sociálnej poisťovne<sup>6</sup>. Podľa nich pracuje v súčasnosti takmer 80 tisíc OZP. Stále však ide len o tretinu z celkového počtu poberateľov/liek invalidného dôchodku, ktorí sú v produktívnom veku. Pri podrobnejšom sledovaní charakteristik ekonomicke aktívneho obyvateľstva so ZP, ako aj jednotlivu pracujúcich a nezamestnaných OZP, sa ukazuje, že v roku 2015 boli najvyšším podielom zastúpené osoby vo veku 50 rokov a staršie, pričom napríklad v celkovej populácii nezamestnaných najvyššie zastúpenie mali mladí ľudia vo veku 15 až 29 rokov. Z hľadiska *stupňa dosiahnutého vzdelania* štatistické údaje VZPS potvrdzujú doterajšie výskumné zistenia, podľa ktorých majú OZP nižšie vzdelanie ako celková populácia (Ondrušová a Kešelová, 2014). V celkovej ekonomicke aktívnej populácii malo vo všetkých vekových skupinách najvyššie zastúpenie obyvateľstvo s absolvovaným stredoškolským vzdelaním s maturitou. Tvorili približne 43 % ekonomicke aktívneho obyvateľstva. Medzi ekonomicke aktívnym obyvateľstvom so ZP malo dosiahnuť stredoškolské vzdelanie s maturitou približne 37 % ľudí, pričom rozdiely medzi obidvoma skupinami (OZP a OBZP) boli zaznamenané vo všetkých vekových kategóriách. Medzi nezamestnanými osobami so ZP pritom mali dominantné zastúpenie

osoby s učňovským a stredným vzdelaním bez maturity. Ich podiel bol o 10,4 p. b. vyšší ako podiel nezamestnaných osôb so ZP so stredným vzdelaním s maturitou.

Z údajov VZPS ďalej vyplýva, že najčastejším a stále viac využívaným *spôsobom hľadania práce* je u OZP kontaktovanie príbuzných a známych (v r. 2015 tento spôsob využilo 88 % nezamestnaných OZP a porovnateľne 88 % nezamestnaných OBZP; Vybrané, 2016). Veľký podiel nezamestnaných OBZP (81,3 %) si hľadá prácu aj prostredníctvom úradu práce. Naproti tomu, medzi OZP tento spôsob využíva stále menej ľudí (pokles zo 73 % v r. 2012 na 66 % v r. 2015). Dôvodom môže byť nízka motivácia OZP evidovať sa na úrade práce ako uchádzači o zamestnanie, keďže zdravotné a sociálne odvody sú za ne uhrádzané štátom už na základe poberania invalidného dôchodku. Zároveň, nezamestnané osoby so ZP podľa výsledkov VZPS vôbec nevyužívajú služby súkromných sprostredkovateľov práce (sprostredkovateľských agentúr), pričom v celkovej populácii využíva túto formu takmer 20 % osôb. Na podporu získania a udržania zamestnania pre znevýhodnených uchádzačov, vrátane uchádzačov so ZP, majú podľa zákona č. 5/2004 Z. z. o službách zamestnanosti (v platnom znení) slúžiť agentúry podporované zamestnávania, ktoré však v súčasnosti nie sú systémovo financované z verejných zdrojov, čo má vplyv aj na nízku dostupnosť ich služieb.

Hlavným nástrojom štátu na zvyšovanie účasti OZP na trhu práce sú *aktívne opatrenia na trhu práce* zamerané na podporu zamestnávania OZP, ktoré sú vymedzené v § 55 až § 60 platného zákona o službách zamestnanosti. Týkajú sa najmä poskytovania príspevkov na zriadenie a úhradu prevádzkových nákladov chránenej dielne alebo chráneného pracoviska, príspevku na vykonávanie samostatnej zárobkovej činnosti, príspevku na činnosť pracovného asistenta a na udržanie OZP v zamestnaní. Tabuľka č. 2 ponúka prehľad celkových výdavkov na tieto opatrenia v období rokov 2012–2015.

Celkovo od roku 2012 do roku 2015 poklesli výdavky na podporu zamestnávania OZP o jednu štvrtinu, z približne 40 mil. na 30 mil. EUR. Tento stav je spôsobený predovšetkým legislatívnymi zmenami z roku 2013, na základe ktorých došlo, okrem iného, k zmene z obligatórneho na fakultatívne poskytovanie väčšiny uvedených príspevkov. Trend poklesu finančných

prostriedkov sa premietol aj do zníženého počtu podporených pracovných miest, na ktorých sa zamestnávajú OZP. Dramaticky sa znížila aj podpora samostatnej zárobkovej činnosti tejto skupiny ľudí (z 536 osôb v r. 2012 na 90 osôb v r. 2015).

## Diskusia

Na základe realizovanej analýzy kvantitatívnych dát by sa dalo sumarizujúco konštatovať, že sú prítomné určité indície poukazujúce na zlepšovanie celkovej sociálnej situácie OZP. Deti a mladí ľudia so zdravotným postihnutím sú stále vo vyššej miere vzdelávaní formou individuálnej integrácie v bežných školách a triedach. U dospelých ľudí so zdravotným postihnutím sa za posledné roky postupne zvyšuje ich zamestnanosť, rovnako zamestnanosť rodín, v ktorých žijú, čo má následne pozitívny dopad na ich rodinné príjmy, v rámci ktorých sa tak zvyšuje podiel príjmov z pracovnej činnosti. Tým sa celkovo zlepšujú ukazovatele rizika ich chudoby a sociálneho vylúčenia, aj keď sú v agregovanom vyjadrení stále nepriaznivejšie v porovnaní s OBZP a ich rodinami. Napriek týmto priaznivým indiciám je potrebné venovať bližšiu pozornosť niektorým zisteniam, ktoré by mohli do budúcnosti problematizovať udržateľnosť pozitívneho smerovania.

Na základe zistení viazucich sa k otázkam *zdravia a sociálnej ochrany* sa ukázalo, že populácia osôb s ťažkým zdravotným postihnutím od roku 2014 na Slovensku systematicky rástla, a to vo všetkých vekových kategóriách, najvýraznejšie však vo vekovej kategórii starších ľudí. Aj v tomto kontexte Slovensko dlhodobejšie patrí v európskom priestore medzi krajiny s nadpriemerným výskytom zdravotného postihnutia v populácii, ak sa odvodzuje od subjektívne reflektovaného rozsahu obmedzujúcich účinkov chronických ochorení či dlhotrvajúcich zdravotných problémov na sebaobslužnosť ľudí (podľa opakovaných zistení EHIS alebo EU-SILC je to vyše tretina populácie; Grammenos, 2015). Uvedené zistenia by logicky indikovali potrebu nárastu tých schém sociálnej ochrany OZP, ktoré sú viazané na oblasť pomoci pri vykonávaní bežných denných činností (sebaobsluhy), rovnako ostatných finančných schém kompenzujúcich vplyv ťažkého zdravotného postihnutia na ich bežný život. Niektoré výsledky uskutočnenej analýzy však takúto logiku nepotvrdzujú. Od roku 2014 systematicky na Slovensku klesal počet prijímateľov/liek PP na opatrovanie určeného na podporu rodinného neformálneho opatrovania, rovnako klesal počet prijímateľov/liek takto organizovanej neformálnej pomoci. Najvýraznejší pokles bol pritom zaznamenaný u opatrovujúcich žien v produktívnom veku (25–59 rokov). Zistený vývoj pripisu-

jeme možnému vplyvu národného projektu zameraného na podporu opatrovateľskej služby v rokoch 2014–2015, v rámci ktorého sa časť poberateľov/liek PP na opatrovanie začala angažovať v profesionálnej opatrovateľskej službe.<sup>8</sup> Fenoménom „opatrovateľskej mobility“ neformálne opatrujúcich osôb z prostredia neformálneho rodinného opatrovania do prostredia formálnej opatrovateľskej služby, novými opatrovateľskými stratégiami rodín, reagovala časť poberateľov/liek PP na opatrovanie na nastavenie podporných verejných politík a z pochopiteľných dôvodov smerovali do prostredia (schém) s vyššou mierou sociálnej ochrany. V konečnom dôsledku to mohlo znamenať, že počet ľudí, ktorým sa poskytovalo opatrovanie (rozičnými formami), sa zásadnejším spôsobom nemenil, skôr dochádzalo k „preskupovaniu“ opatrujúcich osôb v rámci rozličných schém ich angažovania sa v opatrovaní. Na uvedenú skutočnosť reagoval národný projekt od roku 2016 vylúčením možnosti angažovať do pozície formálnych opatrovateľov/liek osoby v blízkom vzťahu k opatrovanej osobe a osoby zdieľajúce s ňou spoločnú domácnosť (Oznámenie, 2015). Napriek tomu aj v roku 2016 pokračoval pokles počtu poberateľov/liek PP na opatrovanie, a tým aj pokles neformálne opatrovaných osôb. Ak vychádzame z našich predchádzajúcich zistení, že vysoká časť neformálne opatrujúcich osôb sa angažovala v opatrovaní z východiskovej pozície nezamestnanej osoby (v roku 2008 to bola takmer polovica poberateľov/liek PP na opatrovanie; Repková 2008), potom by bolo možné pokles pripisovať celkovo sa zvyšujúcej zamestnanosti na Slovensku. Príčin by mohli spočívať aj vo vyššej miere úmrtnosti starších opatrovaných ľudí, ktorá nebola „kompenzovaná“ porovnateľným rozsahom nových prípadov neformálneho opatrovania, rovnako v zmene systému poskytovania osobnej pomoci z opatrovania na osobnú asistenciu v prípade mladých ľudí so zdravotným postihnutím, príp. mohlo ísť o iné príčiny. K potvrdeniu alebo vyvráteniu týchto hypotéz však nemáme v súčasnosti k dispozícii potrebné dáta.

Na nevyjasnenú, a z rôznych dôvodov nestabilnú, situáciu v systéme opatrovania sme v našej predchádzajúcej práci (Repková, 2014) reagovali návrhom na zjednotenie systému riešenia odkázanosti na pomoc inej osoby v národných podmienkach formou príspevku pri odkázanosti. Vplyv absencie zjednocujúceho rámca možno pozorovať aj v tom, ako nepatrný je rozsah opatrujúcich rodín, ktorým sa v národných podmienkach poskytuje verejná podpora ich neformálnej opatrovateľskej činnosti (cca 59–54 tis.). Podľa výskumu Bodnárovej, Filadelfiovej a Gerberého z roku 2005 sa pritom mini-

málne v tretine domácností vyskytovala situácia, že jej člen/nka potrebovali na kratšiu či dlhšiu dobu pomoc niekoho blízkeho pri sebaobslužbe či iných bežných činnostiach. Súčasný úzky segment podporovaných opatrujúcich rodín je tak konštruovaný nastavením verejnej podpory, ktorá je určená len pre prípady, kedy sa opatruje osoba s najvyššími stupňami odkázanosti na pomoc inej osoby (stupne V.–VI.). Počet podporovaných rodín tak nič nevytvorí o reálnom počte opatrujúcich rodín a väčšina z nich zostáva spravidla mimo rámca systematickejšej verejnej podpory a pomoci (napr. pri starostlivosti o blízkeho s nižším stupňom odkázanosti či starostlivosti poskytovanej na nepravideľnej báze).

S ohľadom na stále rastúci počet osôb uznaných za osoby s ťažkým zdravotným postihnutím vyznieva prekvapujúco aj zistenie, že od roku 2014 sa znižoval počet poskytnutých PP na kompenzáciu. Do úvahy prichádza niekoľko možných vysvetlení. Môže ísť o vplyv zvyšujúcej sa zamestnanosti OZP a ich rodín, čo vedie k zlepšovaniu ich celkovej príjmovej situácie, s následným zánikom nárokov na vybrané PP, najmä opakujúcej sa povahy (tzv. efekt dávkovej pasce). Takáto interpretácia by korešpondovala s faktom, že k systematickému znižovaniu dochádzalo najmä pri opakovanom PP na zvýšené výdavky, ktorý bol v celom sledovanom období výrazne najzastúpenejšou kompenzačnou dávkou. Zásadnejší vplyv tzv. jednorazových PP (napr. na kúpu osobného motorového vozidla, pomôcku, úpravu bytu) nepredpokladáme, nakoľko tieto predstavujú z hľadiska celkovej početnosti poskytovaných PP na kompenzáciu len nepatrnú časť. Zodpovedné vyjadrenie sa k podmienenosti takéhoto zistenia by si však tiež vyžadovalo ďalšie výskumné zisťovania.

V oblasti vzdelávania vyznieva celkový trend prechodu zo segregovaného prostredia do prostredia bežných škôl optimisticky. Pravdou však je, že je spôsobený predovšetkým prudkým zvyšovaním počtov detí a žiakov s vývinovými poruchami učenia, pri ktorých nezvykne byť vzdelávanie formou individuálnej integrácie v bežnej škole zásadnejším spôsobom problematizované. Iná je však situácia u žiakov s mentálnym postihnutím a ich integráciou do prostredia bežných škôl. Ich vysoké zastúpenie v systéme špeciálneho školstva možno vysvetliť aj systémom diagnostiky školskej zrelosti detí a ich zaraďovaním do jednotlivých vzdelávacích prúdov. V praxi sa totiž bežne stávalo, že dieťa, ktoré prichádzalo pred nástupom do školy zo sociálne znevýhodneného prostredia (najmä zo segregovaných rómskych komunít), bolo diagnostikované ako dieťa s ľahkým mentálnym postihnutím a na základe toho zaradené do špeci-

álnej základnej školy. Na takúto prax kriticky poukazuje aj najnovšia správa Amnesty International a Európskeho centra pre práva Rómov (Lekcia, 2017), podľa ktorej býva u mnohých žiakov zo sociálne znevýhodneného prostredia (najčastejšie z rómskych komunít) stanovená nesprávna diagnóza mentálneho postihnutia, a to na základe „kultúrne predpojatých diagnostických nástrojov a protirómskych predsudkov, rozšírených medzi psychologickými a pedagogickými odborníkmi“ (s. 8). Aj z uvedeného dôvodu bola na Slovensku prijatá novela Školského zákona (zákon č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní, v znení neskorších predpisov), ktorá by mala nesprávnemu diagnostikovaniu detí a ich zaraďovaniu do špeciálnych škôl zabrániť a otvoriť im tak možnosti nadobúdať vyššie stredné vzdelanie a tým aj lepšie vyhliadky na získanie zamestnania na otvorenom trhu práce.

Pri téme vzdelávania detí so zdravotným postihnutím si zasluhujú pozornosť aj niektoré *terminologické otázky*, ktoré tiež môžu sťažovať interpretáciu kvantitatívnych zistení. Problémom je napríklad nezosúladenosť terminológie využívannej v rezorte práce, sociálnych vecí a rodiny s terminológiou v rezorte školstva či v rezorte zdravotníctva. Platný Školský zákon totiž rozlišuje medzi „zdravotným postihnutím“ a „zdravotným znevýhodnením“ dieťaťa. Pojem zdravotné znevýhodnenie v sebe okrem zdravotného postihnutia zahŕňa aj zdravotné oslabenie, poruchy správania a vývinové poruchy učenia, ktoré sa bežne nepovažujú za zdravotné postihnutie. Za také Školský zákon považuje len mentálne postihnutie, sluchové postihnutie, zrakové postihnutie, telesné postihnutie, narušenú komunikačnú schopnosť, autizmus a viacnásobné postihnutie. Uvedená okolnosť sťažuje využiteľnosť dostupných školských štatistík pre účely širších analýz vzťahujúcich sa k štatistikám iných rezortov relevantných pre oblasť sociálnej ochrany a zamestnávania OZP.

Osobitnú pozornosť si vyžaduje aj pojem *individuálna integrácia*, ktorý používame v texte na základe platnej školskej legislatívy. Týmto pojmom sa v nej označuje zapojenie žiaka so špecifickou edukáčnou potrebou do prostredia triedy inaktívnych žiakov. Uvedené ponímanie však už v súčasnosti nezodpovedá novšie zavádzaným pojmom „inklúzia“ či „inkluzívne vzdelávanie“. V odbornej literatúre sa vymedzujú ako najvyšší stupeň integrácie, kde je každý človek považovaný za jedinečnú bytosť a akceptujú sa jeho individuálne špecifiká; kedy sa pozitívne hodnotí heterogénnosť (Vančová a kol., 2010). Z národných odborných kruhov zaznieva, že školy čaká ešte dlhá cesta, kým dospejú do štádia inkluzívneho vzdelávania, keď v SR zostáva stále praktickým problémom



individuálna integrácia dieťaťa. Legislatíva mu síce umožňuje a garantuje integráciu, táto je však stále skôr otázkou individuálneho záujmu rodičov a entuziazmu učiteľov, než všeobecne rozšírenou a akceptovanou spoločenskou hodnotou (Vančová a kol. 2010). Chýbajú podmienky pre jej správne fungovanie, spočívajúce aj v systematickej príprave a vzdelávaní učiteľov, v pomoci a podpore učiteľom a rodičom či v primeraných materiálno-technických podmienkach škôl. Aj keď pomaly, ale predsa sa mení prax, pritom prináša dôkazy o pozitívnych účinkoch školskej integrácie na budúce životné vyhliadky žiakov a študentov so zdravotným postihnutím. Napr. výraznú orientáciu žiakov so zrakovým postihnutím na integrovaný prúd stredoškolského štúdia vyvolali dlhodobou obmedzovanou možnosťou odborných štúdií v špeciálnej strednej škole (odborní v administratíve, odborní na výkon tzv. tradičných povolání masér, košíkár). Aj preto si žiaci, resp. ich rodičia volia v súčasnosti skôr bežné, než špeciálne stredné školy. Okrem lepšej dostupnosti školy k miestu bydliska, oceňujú aj získavanie zručností a skúseností z interakcií v komunite intaktných rovesníkov; širšie možnosti voľby odborov, resp. štúdiá na gymnáziu; následne, zvyšovanie možností pokračovania v štúdiu na vysokej škole; napokon, lepšie vyhliadky pracovného uplatnenia na otvorenom trhu práce (Kešlová, 2014).

Napokon niekoľko diskusných poznámok k zisteniam týkajúcim sa *zamestnávania OZP*. V kontexte faktu, že od roku 2013 dochádzalo k výraznému poklesu výdavkov na aktívne opatrenia trhu práce zamerané na túto cieľovú skupinu, najviac prekvapuje zistenie, že miera zamestnanosti, rovnako ako aj absolútny počet pracujúcich OZP, mali v sledovanom období mierne rastúcu tendenciu. Pokles výdavkov v dôsledku legislatívnych zmien sa pritom vo väčšej miere týkal zriaďovania nových pracovných miest, než podpory udržiavania už existujúcich. Mierne rastúci počet pracujúcich OZP možno hypoteticky pripísať celkovému zlepšovaniu situácie na trhu práce, najmä rastu počtu voľných pracovných miest, o ktoré sa môžu uchádzať nezamestnané osoby, vrátane OZP. Ďalším významným faktorom zvyšujúceho sa počtu pracujúcich OZP môže byť aj časté zamestnávanie týchto osôb ich príbuznými a známymi. Takýto záver podporuje zistenie VZPS (Vybrané, 2016), že OZP v porovnaní s celkovou populáciou využívajú častejšie ako primárny spôsob hľadania zamestnania kontaktovanie svojich príbuzných a známych. Napriek miernemu zvýšeniu miery ekonomickej aktivity OZP však väčšina z nich naďalej zostávala v sledovanom období mimo rámca platenej práce a služieb zamestnanosti, so statusom ekonomicke neaktívnych ľudí.

Osobitnou výzvou v oblasti zamestnávania OZP je podpora zamestnávania tých, ktorí žijú v rezidenčnej sociálnej starostlivosti. Ich ekonomický status nesleduje žiadne štatistické zisťovanie a podpora ich začleňovania na trh práce má zatiaľ skôr povahu pilotných iniciatív, a to ako v rámci deinštitucionalizačných projektov, tak v kontexte príkladov dobrej praxe realizovanej niektorými agentúrami podporovaného zamestnávania zameranej na prebápanie sociálnych služieb a služieb zamestnanosti (Správa, 2014).

## Záver

Predstavili a analyzovali sme vybrané kvantitatívne zistenia o vývoji sociálnej situácie osôb so zdravotným postihnutím a ich rodín za ostatných približne päť rokov. Ukázali sme, ako môže smerovanie verejných politík zameraných na ľudí so zdravotným postihnutím významne konštruovať ich životnú situáciu, príp. životnú situáciu celých ich rodín. Ako sme však opakovane zdôraznili, explanácia zistení, t.j. hlbšie interpretovanie podmienosti zmien vo vývoji zdravia, sociálnej ochrany, vzdelávania a zamestnávania osôb so zdravotným postihnutím, si vyžaduje ďalšie výskumné bádanie. Preto boli mnohé úvahy formulované zatiaľ skôr vo forme hypotéz, ako objasnení.

- 1 Je to jeden z prístupov intenzívne uplatňovaných napr. v rámci činnosti Akademického siete európskych expertov a expertiek pre problematiku zdravotného postihnutia (ANED).
- 2 V podmienkach Slovenska takýto výskum realizuje napr. Výskumný ústav detskej psychológie a patopsychológie so zameraním na rozličné aspekty vzdelávania detí so zdravotným postihnutím. Inštitút pre výskum práce a rodiny sa tradične zameriava na otázky zamestnávania osôb so zdravotným postihnutím, na oblasť podpory sociálnej inklúzie nástrojmi kompenzačnej politiky, či na oblasť sociálnych služieb poskytovaných osobitne pre túto cieľovú skupinu.
- 3 Favorizujúcou okolnosťou pre možnosť spracovania takejto výskumnej analýzy je publikovanie prehľadového materiálu k vybraným indikátorm sociálnej situácie osôb so zdravotným postihnutím, ktorý na základe záväzkov vyplývajúcich z NP spracováva od roku 2015 ŠÚ SR.
- 4 Do týchto oblastí sa tradične sústreďuje aj pravidelné monitorovanie vývoja sociálnej situácie osôb so zdravotným postihnutím v rámci európskej siete ANED.
- 5 Zákon č. 448/2008 Z. z. o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia, v platnom znení.
- 6 Nezamestnanými sú podľa VZPS osoby vo veku od 15 rokov, ktoré v sledovanom týždni nemajú prácu, ktoré si v posledných štyroch týždňoch aktívne hľadajú prácu a ktoré sú schopné nastúpiť do práce najneskôr do dvoch týždňov. Tieto osoby môžu, ale nemusia byť evidované na úradoch práce, sociálnych vecí a rodiny ako nezamestnané. Za nezamestnané sa považujú aj nepracujúce osoby, ktoré si prácu našli a do zamestnania nastúpia v priebehu troch mesiacov.
- 7 Sociálna poisťovňa vzhľadom na povinný charakter sociálneho poistenia a starobného dôchodkového sporenia disponuje údajmi o všetkých za-

mestnáateľoch a zamestnancoch, za ktorých sa platí poisťné na sociálne poistenie a povinné príspevky na starobné dôchodkové sporenie vrátane osôb pracujúcich na dohody o prácach mimo pracovného pomeru, ako aj o samostatne zárobkovo činných osobách (Správa o sociálnej situácii obyvateľstva za rok 2015).

- 8 Našu hypotézu sme si overovali aj na základe konzultácie s vybranými úradmi práce, sociálnych vecí a rodiny.

## Literatúra:

- ALIEVA, Dilbar, 2015. *Sociológia každodennosti*. Bratislava: Sociologický ústav SAV. ISBN 978-80-85544-89-3.
- BODNÁROVÁ, Bernardína, FILADELFIOVÁ, Jarmila a Daniel GERBERY, 2005. *Výskum potrieb a poskytovania služieb pre rodiny zabezpečujúce starostlivosť o závislých členov*. Bratislava: IVP.
- COUNCIL RECOMMENDATION on the 2016 National reform programme of Slovakia. [online]. [cit. 2017-03-15]. Dostupné na: [http://ec.europa.eu/europe2020/making-it-happen/country-specific-recommendations/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/europe2020/making-it-happen/country-specific-recommendations/index_en.htm)
- Dohovor o právach osôb so zdravotným postihnutím, 2006. [online]. [cit. 2016-08-15]. Dostupné z: <http://www.komisarpredeti.sk/wp-content/uploads/2016/03/Dohovor-o-pr%C3%A1vach-os%C3%B4b-s-o-zdravotn%C3%BD-m-postihnut%C3%ADM.pdf>
- GÖPPNER, Hans - Jürgen a Juha HÄMÄLLÄINEN, 2004. *Die Debatte um Sozialarbeitswissenschaft. Auch der Suche nach Elementen für eine Programmatik*. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag. ISBN 3-7841-1488-1.
- GRAMMENOS, Stefanos, 2015. *European comparative data on Europe 2020 & People with disabilities*. [online]. [cit. 2017-01-10]. Dostupné z: [http://www.disability-europe.net/search?searchword&searchphrase=any&areas\[0\]=documents\\_search&areas\[1\]=14](http://www.disability-europe.net/search?searchword&searchphrase=any&areas[0]=documents_search&areas[1]=14)
- GRUNWALD, Klaus a Hans THIERSCH Hrsg., 2004. *Das Konzept Lebensweltorientierte Soziale Arbeit - einleitende Bemerkungen*. In: K. GRUNWALD a H. THIERSCH Hrsg. *Praxis Lebensweltorientierter Sozialer Arbeit. Handlungszugänge und Methoden in unterschiedlichen Arbeitsfeldern*. Weinheim und München: Juventa Verlag, s. 13-25. ISBN 978-3-7799-1524-9.
- Informácie o vývoji vybraných ukazovateľov sociálnej situácie osôb so zdravotným postihnutím, 2015. Bratislava: ŠÚ SR.
- KEŠELOVÁ, Daniela, 2014. Školská príprava a ďalšie vzdelávanie osôb so zdravotným postihnutím ako prostriedok ich uplatnenia na trhu práce. Dizertačná práca. Bratislava: Univerzita Komenského.
- KRAUS, Björn, 2000. *Lebenswelt und Lebensweltorientierung - eine begriffliche Revision als Angebot an eine systemisch-konstruktivistische Sozialarbeitswissenschaft*. Berlin: VWB. ISBN 3-86135-160-9.
- Lekcia z diskriminácie. Segregácia rómskych detí v základnom vzdelávaní v Slovenskej republike, 2017. Amnesty International, Európske centrum pre práva Rómov. ISBN 978-963-89916-6-9. [online]. [cit. 2017-03-25]. Dostupné na: <http://www.errc.org/article/lekcia-z-diskriminacie-segregacia-romskych-deti-v-zakladnom-vzdelavani-v-slovenskej-republike/4556>
- MATOUŠEK, Oldřich, 2013. Sociálně-ekologická teorie. In: O. MATOUŠEK et al. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál, s.r.o., s. 74-76. ISBN 978-80-262-0366-7.
- NAVRÁTIL, Pavel a Oldřich MATOUŠEK, 2013. Sociální práce v době současné. In: O. MATOUŠEK et al. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál, s.r.o., s. 189-195. ISBN 978-80-262-0366-7.
- Národný program rozvoja životných podmienok osôb so zdravotným postihnutím na roky 2014-2020, 2014. [on-line]. [cit. 2017-01-06]. Dostupné z: <https://www.minedu.sk/data/att/7770.pdf>

ONDRUŠOVÁ, Darina, 2014. *Štruktúra zamestnancov v chránených dielňach, na chránených pracoviskách a na otvorenom trhu práce: komparatívna analýza*. Bratislava: IVPR.

Oznámenie o možnosti predkladania žiadosti na zapojenie sa do národného projektu Podpora opatrovateľskej služby, 2015. [on-line]. [cit. 2017-01-06]. Dostupné z: <https://www.ia.gov.sk/sk/narodne-projekty/narodny-projekt-podpora-opatrovateľskej-sluzby/oznamenie-o-moznosti-predkladania-ziadosti-na-zapojenie-sa-do-narodného-projektu-podpora-opatrovateľskej-sluzby2>

REPKOVÁ, Kvetoslava, 2006. *Životné podmienky rodín so zdravotne postihnutým členom*. Bratislava: IVPR.

REPKOVÁ, Kvetoslava, 2014. *Odkázanosť na pomoc inej osoby pri sebaobslužbe vo verejnej politike - vybrané výskumné otázky*. Bratislava: IVPR.



Autorka doc. PhDr. Kvetoslava Repková, CSc. ([kvetoslava.repkova@ivpr.gov.sk](mailto:kvetoslava.repkova@ivpr.gov.sk)) pôsobí ako vedecko-výskumná pracovníca Inštitútu pre výskum práce a rodiny (Institute for Labor and Family Research), Župné nám. 5, 812 41 Bratislava, Slovenská republika. V rámci výskumné a pedagogické činnosti sa venuje otázkam sociálnej politiky, zdravotného postihnutia a dlhodobé péče, a ďalej problematice kvality sociálnych služieb. Je členkou národného tímu pro činnosť Európskej akadémickej siete pro otázky zdravotného postihnutia (ANED).

REPKOVÁ, Kvetoslava a Darina SEDLÁKOVÁ, 2014. *Zdravotné postihnutie a neprenosné chronické ochorenia v medzinárodnom a národnom kontexte*. Bratislava: Kancelária Svetovej zdravotníckej organizácie na Slovensku. ISBN 978-80-971845-0-6.

REPKOVÁ, Kvetoslava, KEŠELOVÁ Daniela a Darina ONDRUŠOVÁ, 2016. *Vývoj sociálnej situácie osôb s zdravotným postihnutím a ich rodín - sekundárna výskumná analýza*. Bratislava: IVPR.

Štatistické ročenky Ministerstva školstva, vedy, výchovy a športu 2006/2007–2016/2017 - špeciálne školy [online]. [cit. 2017-03-25]. Dostupné na: [http://www.cvtisr.sk/cvti-sr-vedecka-kniznica/informacie-o-skol-stve/statistiky/statisticka-rocenka-publikacia/statisticka-rocenka-specialne-skoly.html?page\\_id=9600](http://www.cvtisr.sk/cvti-sr-vedecka-kniznica/informacie-o-skol-stve/statistiky/statisticka-rocenka-publikacia/statisticka-rocenka-specialne-skoly.html?page_id=9600)



Autorka PhDr. Daniela Kešelová, Ph.D. ([daniela.keselova@ivpr.gov.sk](mailto:daniela.keselova@ivpr.gov.sk)) pôsobí ako vedecko-výskumná pracovníca Inštitútu pre výskum práce a rodiny (Institute for Labor and Family Research), Župné nám. 5, 812 41 Bratislava, Slovenská republika. Zamereňuje sa zejména na oblasť podpory zamestnávania vybraných skupín znevýhodnených osôb. Je členkou národného tímu pro činnosť Európskej akadémickej siete pro otázky zdravotného postihnutia (ANED), se zamereňuje na vzdelávanie detí a mladých ľudí se zdravotným postihnutím.

THIERSCH, Hans, GRUNDWALD, Klaus a Stefan KÖNGETER, 2012. *Lebensweltorientierte Sozial Arbeit*. In: W. THOLE, Hrsg. *Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch*. 4. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag, s. 175–196. ISBN 978-3-531-18616-0.

VANČOVÁ, Alica a kol., 2010. *Základy integratívnej špeciálnej pedagogiky*. Bratislava: IRIS. ISBN 978-80-89238-37-8.

Vybrané indikátory sociálnej situácie osôb so zdravotným postihnutím, 2016. Bratislava: ŠÚ SR.

Zákon č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní (Školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov [online]. [cit. 2017-03-25]. Dostupné na: <http://www.epi.sk/zz/2008-245/znenie-20160901#cl1-cast7>



Autorka Mgr. Darina Ondrušová, Ph.D. ([darina.ondrusova@ivpr.gov.sk](mailto:darina.ondrusova@ivpr.gov.sk)) pôsobí ako vedecko-výskumná pracovníca Inštitútu pre výskum práce a rodiny (Institute for Labor and Family Research), Župné nám. 5, 812 41 Bratislava, Slovenská republika. Zamereňuje sa zejména na oblasť podpory zamestnávania osôb se zdravotným postihnutím a na merenia, prevenciu a řešení bezdomovectví. Vede národný tímu pro činnosť Európskej akadémickej siete pro otázky zdravotného postihnutia (ANED).

## Od ledna dochází ke změnám u rodičovského příspěvku, zvýší se i přídavek na dítě

Od prvého ledna 2018 dochází ke změnám u rodičovského příspěvku. Ruší se současné omezení horní hranice výše čerpání rodičovského příspěvku ve výši 11 500 Kč za měsíc, čímž bude umožněno čerpat dávku až ve výši odpovídající peněžité pomoci v mateřství. Rodiče s vyššími příjmy tak mohou celou částku příspěvku vyčerpat rychleji než dosud. Pro rodiny s včerpaty se zvyšuje celková částka rodičovského příspěvku z 220 tisíc na 330 tisíc korun. Rodiče, kteří chtějí novinek využít, musí podat novou žádost.

„Úřad práce začne ještě v průběhu listopadu rozesílat dopisy, ve kterých o změnách informuje a vysvětluje, jak postupovat. Změny se budou týkat i těch rodičů, kterým se dítě narodilo ještě před 1. lednem 2018,“ uvedla ministryně práce Michaela Marksová. „Pokud tyto rodiny nevyčerpaly celou částku příspěvku, mohou si v lednu požádat o zvýšení podle nových pravidel,“ dodala.

Kromě zrušení horní hranice čerpání rodičovského příspěvku si mohou rodiče, kteří neměli nárok na peněžitou pomoc v mateřství, nově zvolit čerpání až do výše 7600 Kč za měsíc a zkrátit si tak dobu čerpání až na tři roky. Jedná se především o studenty, OSVČ bez nemocenského pojištění a nezaměstnané. Platí ale, že musí provést volbu výše rodičovského příspěvku na příslušném formuláři. Pokud rodiče chtějí uplatnit nárok na vyšší rodičovský příspěvek na včerčata, musí podat novou žádost, kde uvedou všechny společně narozené děti. Pokud už rodiny s včerčaty částku 220 tisíc vyčerpaly, ale dětem nejsou ještě 4 roky, mohou si znovu požádat o rodičovský příspěvek a čerpat ho až do celkové výše 330 tisíc korun (nebo do 4 let věku dětí). I nadále platí, že rodiče mohou při pobírání rodičovského příspěvku umístit dítě mladší dvou let do jeslí či školky jen na 46 hodin měsíčně.

Od 1. ledna 2018 se ruší možnost, aby rodičovský příspěvek čerpali pěstouni na přechodnou dobu - těmto příjemcům bude dávka odejmuta. Zároveň dochází k tomu, že k částkám rodičovského příspěvku vyčerpaným těmito pěstouny před 1. lednem 2018 se nepřihlíží. To znamená, že rodinám, jejichž dítě ve věku do 4 let bylo dříve v pěstounské péči na přechodnou dobu, se může navýšit nevyčerpaná celková částka rodičovského příspěvku. Pokud tyto rodiny rodičovský příspěvek pobírají, je potřeba se informovat na ÚP ČR o aktuální změně výše celkové částky a případně si upravit výši čerpání rodičovského příspěvku. Pokud rodiny s dětmi, které byly dříve v pěstounské péči na přechodnou dobu, již rodičovský příspěvek podle původní úpravy dočerpaly a dítěti nejsou 4 roky, mohou příspěvek dočerpát, ale musí podat novou žádost.

Od ledna se dále zvyšuje hranice příjmu potřebná pro nárok na přídavek na dítě z 2,4 na 2,7násobek životního minima. Na dávku tak dosáhne více rodin a podpoří se tak i ty, kde rodiče pracují, ale mají relativně nižší příjmy. Dále se zvyšují částky přídávku na dítě o 300 korun pro děti pracujících rodičů (alespoň jeden z rodičů musí mít příjem ze závislé činnosti, samostatné výdělečné činnosti či dávky nahrazující tento příjem). Nově tak budou činit 800, 910 a 1000 korun měsíčně podle věku dítěte. O navýšení přídávku na dítě není třeba žádat, po splnění podmínek a po doložení dokladu o čtvrtletním příjmu ÚP ČR provede výběr základní či zvýšené výměry automaticky.

Zdroj: MPSV