

Zdravotné postihnutie

- vybrané fakty, čísla a výskumné zistenia
v medzinárodnom a národnom kontexte

ISBN: 978-80-970993-9-8

Kvetoslava Repková

Darina Sedláková

Zdravotné postihnutie

**- vybrané fakty, čísla a výskumné zistenia
v medzinárodnom a národnom kontexte**

Kvetoslava Repková

Darina Sedláková

Vydavateľ: Kancelária Svetovej zdravotníckej organizácie na Slovensku
Autorky: doc. PhDr. Kvetoslava Repková, CSc., MUDr. Darina Sedláková, MPH
Recenzia: Doc. PhDr. Beáta Balogová, PhD,Mgr. Lýdia Brichtová, PhD
Grafická úprava: Bc. Peter Repka
Návrh obálky: Bc. Peter Repka
Tlač: Rodomax, s.r.o.
Počet výtlačkov: 300
Rok vydania: 2012
ISBN: 978-80-970993-9-8

Prvé vydanie.

Všetky práva vyhradené.

Neprešlo jazykovou korektúrou.

Publikáciu vydala Kancelária Svetovej zdravotníckej organizácie na Slovensku pri príležitosti uvedenia Svetovej správy o zdravotnom postihnutí (2011) na Slovensku.

© Kancelária Svetovej zdravotníckej organizácie na Slovensku
Bratislava, 2012

Obsah

Predslov (<i>D. Sedláková</i>)	5
Zdravotné postihnutie na Slovensku: vybrané fakty, čísla a výskumné zistenia (<i>K. Repková</i>)	11
Svetová správa o zdravotnom postihnutí – sumár (spracovala <i>D. Sedláková</i>)	37

Predslov

Zdravotné postihnutie a jeho súvislosti v kontexte priorít Svetovej zdravotníckej organizácie

(Darina Sedláková, Kancelária SZO na Slovensku)

Svetová správa o zdravotnom postihnutí, ktorú v roku 2011 vydala Svetová zdravotnícka organizácia (ďalej len SZO) v spolupráci so Svetovou bankou, uvádza, že asi 15% svetovej populácie - čiže viac než jedna miliarda ľudí - žije s nejakou formou zdravotného postihnutia (ďalej len „ZP“). 50% z nich je starších než 60 rokov. 2 - 4% z nich má takú formu ZP, ktorá významne obmedzuje ich každodenný život a fungovanie. Globálna prevalencia ZP sa oproti posledným odhadom z roku 1970 zvýšila asi o 5%. Spôsobené je to na jednej strane predlžovaním strednej dĺžky dožitia svetovej populácie, čo zvyšuje výskyt chronických neprenosných ochorení, na druhej zlepšovaním možnosti diagnostiky, kontroly a evidencie ZP.

Svetová správa o zdravotnom postihnutí (ďalej len Správa) prispieva k nášmu pochopeniu ZP a jeho vplyvu na jednotlivca i spoločnosť. Zdôrazňuje rozličné prekážky, s ktorými sa ľudia so ZP stretávajú. Z jednotlivých kapitol Správy sa dozvieme, čo všetko zahŕňa pojem ZP, aká je jeho prevalencia a incidencia v rôznych štátoch, ako sa ZP meria a hodnotí, akú zdravotnú, sociálnu a inú starostlivosť ľudia so ZP potrebujú. Hovorí sa v nej o destigmatizácii a detabuizácii života ľudí so ZP. Podčiarkuje sa nevyhnutnosť vytvárať primerané

životné, sociálne, vzdelávacie, pracovné a kultúrne prostredie pre ľudí so ZP, pretože tým automaticky vytvárame lepšie podmienky pre každého. To ale neznamená, že nebudeme zohľadňovať špecifické potreby vyplývajúce zo zhoršeného zdravotného stavu. Pre tento účel musí existovať fyzicky aj finančne dostupná sieť vzájomne prepojených zdravotných, rehabilitačných a sociálnych služieb pre jednotlivcov alebo pre skupiny s porovnateľným ZP.

Správa ponúka príklady dobrej praxe z vybraných štátov, ale aj univerzálne aplikovateľné odporúčania pre politiku, ktorej cieľom by v tejto oblasti malo byť odstránenie všetkých foriem diskriminácie voči ľuďom so ZP a prijatie takých vyrovnávacích opatrení, ktoré im umožnia dôstojný a zmysluplný život. Hovoríme tomu mainstreaming ľudí so ZP do života spoločnosti alebo tzv. rozvoj s inklúziou zdravotne postihnutých. SZO má k dispozícii niekoľko nástrojov na vypracovanie a implementáciu takýchto prístupov, čo vítajú najmä krajiny, ktoré sú zmluvné strany Dohovoru o právach osôb so ZP.

S narastajúcim povedomím o ľudských právach sa väčšia pozornosť venuje špecifickým skupinám obyvateľstva. Správa konštatuje, že ľudia so ZP majú rovnaké ľudské práva garantované medzinárodnými ľudsko-právnymi zmluvami a národnými legislatívami ako ktokoľvek iný. Je to explicitne zakotvené aj v Dohovore OSN o právach osôb so ZP (Convention on the Rights of People with Disabilities, CRPD), ktorý pojednáva o podpore, ochrane a zabezpečení plného a rovnocenného užívania všetkých ľudských práv pre osoby so ZP. Účinnosť nadobudol 3. mája 2008. Jeho zmluvnou stranou je aj Slovensko. Rozvíja sa aj terminológia o ZP. Už nehovoríme o „postihnutej osobe“, ale že „osoba má ZP“. Rozlišujeme medzi pojmami ZP, invalidita, hendikep. V kalendári významných dní SZO je osobám so ZP venovaný 3. december pod názvom Medzinárodný deň ľudí so ZP.

Správa upozorňuje, že mnohým ľuďom so ZP sa nedostáva potrebnej zdravotnej starostlivosti, ktorá je v niektorých prípadoch finančne náročná, dlhodobá, vyžadujúca celé tímy odborníkov. Deti a mládež majú problém absolvovať primerané vzdelanie a nájsť si prácu. Vzniká začarovaný kruh, ktorý vedie k izolácii, chudobe a prehlbovaniu ZP, a z ktorého často krát niet východiska. Pritom človek so ZP by veľmi chcel byť užitočný. Rodiny, ktoré majú člena so ZP, sú nezriedka jediné útočisko a jediná spoločnosť, ktorú takýto človek má. Máme morálnu povinnosť odstraňovať prekážky v zapájaní ľudí so ZP a investovať dostatočné financie a skúsenosti na uvoľnenie ich obrovského potenciálu.

Profesor Stephen W. Hawking, svetoznámy astrofyzik, povedal, že ZP nemusí byť neprekonateľnou prekážkou k úspechu. Aj keď si uvedomoval svoje limity, šiel za svojím cieľom, bojoval. Tým, čo sa nevzdávajú, príde do cesty určite aj kúsok povestného šťastia a úspech sa dostaví. Profesorovi poskytli počítačový experti systém na podporu komunikácie, pomocou ktorého píše prednášky a vedecké práce, komunikuje s publikom, so svetom.

Okrem skupiny vrodených porúch a v súčasnosti nevyliciteľných ochorení sa ZP dá účinne predchádzať. Pod prevenciou ZP rozumieme všetky opatrenia na 1. zabránenie vzniku ochorení (primárna prevencia, napríklad očkovanie proti prenosným ochoreniam), 2. zabránenie vzniku ZP v prípade ochorenia (sekundárna prevencia, napríklad skríning za účelom odhalenia prvotných štádií onkologických ochorení, ktoré sú vyliečiteľné), 3. zabránenie prechodu ZP do hendikepu (terciárna prevencia, napríklad amputácia nohy u diabetikov). Aj keď najväčšiu zodpovednosť nesie v tomto smere zdravotnícky systém, ktorý musí disponovať príslušnými službami, vytváranie priaznivej preventívnej klímy je úlohou celej spoločnosti.

SZO vypracovala normatívne nástroje a odporúčania na posilnenie medicínskej starostlivosti a rehabilitačných služieb pre ľudí so ZP. Podporuje koncept integrovanej zdravotno-sociálnej starostlivosti s rozvojom komunitných rehabilitačných programov (materiál Community-based Rehabilitation guidelines).

V roku 2001 vydala SZO „Medzinárodnú klasifikáciu funkčnej schopnosti, zdravotného postihnutia a zdravia“ (International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF). Ide o komplexný prístup k manažmentu ZP. Vychádza z poznatkov o funkciách a štruktúrach organizmu človeka, o jeho aktivitách a o podmienkach, dôležitých pre udržanie pocitu zdravia aj v období choroby. Termín „funkcia“ (functioning) je strechový termín pre stav somatických funkcií, aktivít a účasti, termín „zdravotné postihnutie“ (disability) zahŕňa telesné a/alebo duševné postihnutie, obmedzenie funkcií chorobným stavom a reštrikciou novej účasti na pracovnom a spoločenskom živote postihnutého jedinca. Charakterizuje aj faktory prostredia a ich vplyv na stav zdravia a fungovanie človeka. Predstavuje moderný prístup k riešeniu závažných otázok súčasnej spoločnosti, kde vedľa zdravých jedincov žijú aj osoby so ZP a kde je možné vytvárať podmienky pre ich uplatnenie a život v spoločenských štruktúrach súčasného sveta. Môže slúžiť na získanie spoľahlivých a porovnateľných údajov o zdraví a poruchách funkcií jedincov a populácií, je aplikovateľná bez ohľadu na kultúrne prostredie, vekovú skupinu a pohlavie. Unifikuje popis zdravia a jeho poruchy, definuje jednotlivé komponenty zdravia a faktory charakteristické pre „pocit zdravia“, vrátane výchovy a práce.

V minulosti sa pri hodnotení zdravotného stavu brali do úvahy najmä medicínske kritéria, bez ohľadu na možný spoločenský dopad, resp. na možnosti využívania zostatkových schopností a mož-

ností kompenzácie. Žiaľ, ešte aj v súčasnosti v niektorých prípadoch ani lekári posudkových komisií nemajú komplexnú predstavu o psycho-sociálnych dopadoch ZP a neberú do úvahy všetky skutočné problémy, ktoré ZP so sebou prináša, resp. ani nepoznajú možnosti ich riešenia. Ešte aj dnes sú časté predstavy, že ZP má byť riešené invaliditou, sociálnymi dávkami a príspevkami. V rozhovoroch lekárov, ktorí ako prví sa dostávajú do kontaktu s ľuďmi so zdravotným postihnutím, resp. s ich rodičmi a inými príbuznými, chýba zmienka o možných východiskách, o dostupných kompenzačných pomôckach, o nutnosti bezbarierovej úpravy životného prostredia, o možnej rekvalifikácii vo vzťahu k budúcemu povolaniu a pod.

Aj keď sa hodnotenia ZP podľa ICF systematicky zatiaľ na Slovensku neuplatňuje, niektoré jeho prvky boli prevzaté do slovenskej legislatívy. Občania so ZP môžu pracovať v takom rozsahu, ako im to dovoľuje ich zdravotný stav. Zamestnávateľia môžu od štátu dostať aj rôzne príspevky, ak prijmú do práce človeka so ZP. Sú to napríklad príspevok na zriadenie chránenej dielne, na udržanie občana so ZP v zamestnaní, príspevok občanovi so ZP na prevádzkovanie živnosti či na úhradu nákladov na dopravu. ICF predstavuje moderný prístup k riešeniu závažných otázok súčasnej spoločnosti, kde vedľa zdravých jedincov žijú aj jedinci so zdravotnými obmedzeniami a kde je možné s prihliadnutím na zásady, ktoré klasifikácia predpokladá, vytvárať atmosféru pre ich participáciu na plnohodnotnom živote. Participácia (v práci, alebo v spoločenskom živote) si vyžaduje aj určitý stupeň vôle. Ľudia sa líšia vo svojej túžbe po sociálnej participácii. Zatiaľ čo ako schopnosť sa hodnotí to, čo ľudia môžu urobiť a výkon je to, čo ľudia aktuálne robia, participácia zahrňuje všetko, čo ľudia môžu robiť, čo skutočne robia, čo chcú, alebo potrebujú urobiť, v niektorých prí-

padoch aj čo je im dovolené robiť. Ľudia často vedia čo nemôžu robiť a čo im prekáža, aby mohli robiť to, čo chcú, ale mnohokrát nevedia, čo robiť môžu a čo by im pomohlo, aby to robiť mohli. Perspektívne bude určite veľmi využívaná v posudkovej činnosti (určovaní invalidity a pri určovaní miery funkčnej poruchy za účelom poskytovania finančných príspevkov na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia), pri klasifikovaní dopadov zdravotného postihnutia na celý ďalší život posudzovaného, pri zisťovaní možnosti ďalšieho pracovného uplatnenia a celkovo pri začleňovaní osôb so zdravotným postihnutím do spoločenského a ekonomicky aktívneho života.

Každý z nás je zraniteľný, každý z nás sa môže v okamihu stať osobou so ZP. Dočasne alebo trvalo. Intuitívne tušíme, že ZP je spojené so sociálnou exklúziou. Svetová správa o zdravotnom postihnutí 2011 nám to opätovne potvrdzuje. Nie je to dobrá vizitka pre svet dvadsiateho prvého storočia. Staráť sa o to, aby sme nebudovali nové a čím rýchlejšie odstraňovali staré fyzické, spoločenské a duševné bariéry, ktoré oddeľujú ľudí s a bez ZP, je úlohou nás všetkých.

Plné znenie Svetovej správy o zdravotnom postihnutí nájdete na: www.who.int/disabilities, kde sú k dispozícii aj ďalšie významné materiály SZO týkajúce sa zdravotného postihnutia.

Zdravotné postihnutie na Slovensku: vybrané fakty, čísla a výskumné zistenia

(Kvetoslava Repková, Inštitút pre výskum práce a rodiny)

Úvod

Vydanie publikácie *Svetová správa o zdravotnom postihnutí* (2011) nás podnietilo k rekapitulovaniu niektorých základných zistení (faktov a čísel), ktoré sa týkajú zdravotného postihnutia a ľudí so zdravotným postihnutím na Slovensku. Inštitút pre výskum práce a rodiny (ďalej len „IVPR“) sa pravidelne venuje výskumu vybraných oblastí života ľudí so zdravotným postihnutím (ďalej len „ZP“) a ako inštitúcia zastupujúca Slovensko v Akademickej sieti európskych expertov a expertiek na problematiku ZP (ANED) pravidelne sleduje aktuálny vývoj v politikách zameraných na osoby so ZP, najmä v oblasti sociálnej ochrany, zamestnanosti, vzdelávania a prípravy na povolanie, dostupnosti či podpory nezávislého života.

V ďalšom texte zosumarizuje základné dáta o tejto skupine ľudí a o politikách zameraných na podporu ich životných podmienok. Text nepredstavuje dôkladnú právnu analýzu, ani vedecko-výskumnú prácu a nemá primárne hodnotiaci charakter. Zaradením bližších faktov o Slovensku v kontexte publikovanej Svetovej správy nie je účelom devalvovať či naopak neprímerane nadhodnocovať situáciu v našej krajine voči generalizovaným celosvetovým ukazovateľom, nakoľko v týchto sú obsiahnuté ako údaje za veľmi vyspelé národné systémy, tak údaje z rozvojových krajín bojujúcich

so základnými podmienkami na prežitie. Ambíciou autorky je poskytnúť čitateľom a čitateľkám vybrané informácie, ktoré dopĺňajú údaje uvedené v Svetovej správe, za účelom kompletizácie pohľadu na tento významný medzinárodný dokument.

Národná politika zameraná na osoby so ZP

Politika ZP má na Slovensku kombinovanú povahu. Nemožnosť diskriminovať niekoho z dôvodu ZP je obsiahnutá vo všeobecnej legislatíve „rovnosti“ (napr. Ústava SR č. 460/1992 Zb. v znení neskorších predpisov či zákon č. 365/2004 Z.z. o rovnakom zaobchádzaní v niektorých oblastiach a o ochrane pred diskrimináciou/Antidiskriminačný zákon) ako aj v ostatných hlavnoprúdových legislatívnych normách (napr. zákon č. 311/2011 Z.z. Zákonník práce; zákon č. 245/2008 Z.z. o výchove a vzdelávaní/školský zákon; či zákon č. 5/2004 Z.z. o službách zamestnanosti). Druhú líniu tvoria osobitné politiky a opatrenia špecializované pre osoby so ZP programovo sústredené v celonárodnom vládnom dokumente *Národný program rozvoja životných podmienok občanov so ZP vo všetkých oblastiach života*, ktorý bol spracovaný podľa systematiky OSN Štandardných pravidiel na vytváranie rovnakých príležitostí pre osoby so ZP (1996) a prijatý vládou SR v roku 2001. Ešte stále platný dokument zaväzuje jednotlivé zodpovedné subjekty k prijímaniu, implementácii, monitoringu a vyhodnocovaniu úloh v politike ZP podľa jednotlivých kompetenčných oblastí. Z inštitucionálneho hľadiska bol od svojho prijatia zastrešovaný na úrovni vlády SR, na účely čoho si zriaďovala svoje poradné orgány, ktoré sa v priebehu rokov menili. Aktuálne bol v roku 2011 ustanove-

ný Výbor pre osoby so ZP Rady vlády SR pre ľudské práva, národnostné menšiny a rodovú rovnosť. Výbor sa vo svojej činnosti významne opiera o záväzky vyplývajúce z OSN Dohovoru o právach osôb so ZP a Opčného protokolu, ktoré Slovensko ratifikovalo 25. júna 2010. Pod gesciou Výboru sa v súčasnosti pripravuje nový programový dokument, ktorý by mal špecifikovať národnú doktrínu v politike ZP opierajúc sa o ratifikovaný OSN Dohovor a nahraďiť pôvodný Národný program z roku 2001.

Prevalencia ZP na Slovensku

Na Slovensku doposiaľ neexistuje jednotná národná štatistika o počte ľudí so ZP rozličného druhu a stupňa. Rozličné právne systémy a subsystémy „nahliadajú“ na ZP z iného pohľadu a na iný účel používajúc vlastné posudzovacie kritériá na určenie toho, či niekto spĺňa právne podmienky na poskytnutie nejakej formy dávky, podpory alebo služby alebo nie. Napr. na účely vzdelávania (zákon č. 245/2008 Z.z. o výchove a vzdelávaní/školský zákon) hovoríme o *deťoch alebo žiakoch so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami podmienenými zdravotným znevýhodnením*, ktorých je na Slovensko okolo 47 tis. (www.uips.sk) Pre poskytovanie invalidného dôchodku v rámci systému sociálneho poistenia (zákon č. 461/2003 Z.z. o sociálnom poistení v) sa posudzuje percentuálny pokles schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť, pričom kritickou hranicou je 41% poklesu. Osoba sa pre účely systému označuje ako *invalidný poistenec*. V súčasnosti poberá invalidný dôchodok na Slovensku približne 230 tis. osôb (www.socpoist.sk). Na účely služieb zamestnanosti (zákon č. 5/2004 Z.z. o službách zamestna-

nosti) sa posudkovo síce vychádza zo systému invalidity, osoba sa ale v ňom nazýva ako *občan so zdravotným postihnutím - znevýhodnený uchádzač o zamestnanie*, pričom niektoré formy podpory zamestnanosti je možné poskytnúť už od hranice 20% poklesu schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť.

Z hľadiska stanovenia počtu osôb so ZP možno považovať za najuniverzálnejší systém kompenzácie (zákon č. 447/2008 Z.z. o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia, ďalej „*ŽZP*“), kedy nárok na nejakú formu podpory vzniká pri dosiahnutí hranice minimálne 50% funkčnej poruchy a osoba sa označuje ako *občan s ŽZP*. Univerzálnosť systému je daná najmä tým, že sa týka osôb celého vekového spektra a všetkých druhov ZP. Na druhej strane, právne nároky na možnosti podpory, ktoré z neho vyplývajú, sa vzťahujú len na stavy ŽZP. K decembru 2010 bolo približne 448 tis. ľudí uznaných za osoby s ŽZP, čo predstavuje približne **8% celkovej populácie na Slovensku**, s vyššou prevalenciou u žien (58%:42%) a v 60% išlo o osoby 62 ročné a staršie (www.upsvar.sk). Práve skutočnosť, že systém zasahuje len osoby s ŽZP, vysvetľuje výrazný rozdiel voči celosvetovému priemeru prevalencie ZP, ktorý Svetová správa o zdravotnom postihnutí stanovila až na 15%. Pre úplnosť uvádzame, že o systém kompenzácie sa opiera aj systém zdravotnej starostlivosti (zákon č. 580/2004 Z.z. o zdravotnom poistení), čiastočne aj systém sociálnych služieb (zákon č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách), ktorý sa okrem osôb s ŽZP týka aj *osôb s nepriaznivým zdravotným stavom*.

Niekedy sa prevalencia ZP v národných štátoch posudzuje na základe systému EU-SILC, v ktorom osoby staršie ako 16-ročné uvádzajú, či boli v poslednom období čiastočne alebo významne

obmedzené pri vykonávaní bežných denných činností z dôvodu zdravotných problémov. Na Slovensku až okolo 40% opýtaných osôb starších ako 16-ročných uviedlo v posledných rokoch takéto obmedzenia (www.statistics.sk).

Vzdelávanie osôb so ZP postihnutím

Podľa Ústavy SR má každý právo na vzdelanie; školská dochádzka je povinná a osoby so ZP majú právo na osobitnú pomoc pri príprave na povolanie. Podľa relevantných programových dokumentov (napr. *Národný akčný plán pre deti na roky 2008-2012* či dokument *Kľúčové oblasti a akčné plány štátnej politiky vo vzťahu k deťom a mládeži v SR na roky 2008-2013*) je štát povinný vytvárať podmienky pre zlepšenie vzdelávania detí a mladých ľudí so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami a zvýšiť dostupnosť nástrojov ich podpory (napr. vyššie finančné normatívy, špeciálne vzdelávacie programy, pomôcky, postupy, asistenti učiteľov, školské zariadenia výchovného poradenstva a prevencie).

Vzdelávanie detí a mladých ľudí so ZP sa zabezpečuje v rámci špeciálneho alebo integrovaného školstva. Z približne 47 tis. detí a žiakov so ZP od predškolského stupňa po strednú školu je väčšina (58%) vzdelávaná v rámci systému špeciálneho školstva, najmä v predškolskom stupni (70%:30%). Najrovnovážnejšie (56%:44%) sú zastúpené oba modely v špeciálnych a integrovaných školách základného stupňa vzdelávania (Brichtová, Hanzelová, Repková, 2010). Integrované školstvo má dve formy: individuálnu integráciu jednotlivého žiaka v bežnej triede a integrované triedy žiakov s nejakým druhom ZP v bežnej škole. Integrovaným spôsobom sa

vzdelávajú najčastejšie deti s vývinovými poruchami učenia a deti s mentálnym postihnutím. Pre účely podpory štúdia mladých ľudí so ZP na (bežných) vysokých školách sa zriaďujú osobitné fondy a fungujú koordinátori na podporu ich štúdia (zákon č. 131/2002 Z.z. o vysokých školách).

Príprava na povolanie, vrátane sociálnej a pracovnej rehabilitácie sa organizuje aj v centrách pracovnej rehabilitácie (v Bratislave pre osoby s telesným postihnutím a v Levoči pre osoby so zrakovým postihnutím).

Ekonomický status dospelých osôb so ZP

Permanentnou charakteristikou ekonomickej situácie ľudí so ZP je ich extrémne nízka miera zamestnanosti, pričom od roku 2004 sa absolútny počet zamestnaných medzi nimi neustále znižoval. Napr. podľa Výberových zisťovaní pracovných síl bolo v roku 2008 na Slovensku vyše 261 tis. ľudí so ZP starších ako 15-ročných, pričom *mie-ra ich zamestnanosti predstavovala len necelých 9%* (necelých 23 tis. osôb, z toho 56% mužov; Brichtová et al, 2010). Preukazuje sa pritom jasná súvislosť medzi šancou zamestnať sa a úrovňou vzdelania či druhom ZP. Zamestnané sú najčastejšie osoby so stredoškolským vzdelaním s maturitou či bez maturity a osoby s vnútornými chronickými chorobami či s telesným postihnutím.

Pokiaľ približne 40% osôb 15-ročných a starších patrilo v roku 2008 do skupiny *neaktívnych* (Správa, 2009), medzi osobami so ZP to bola takmer každá deväta z desiatich osôb (89%), ktorá nepracovala, ani nemala status uchádzača o zamestnanie a svoje životné potreby si pokrývala sociálnymi dávkami (najmä invalidným

dôchodkom). Iba 2% boli v pozícii uchádzačov o zamestnanie so šancou zamestnať sa pomocou niektorého z aktívnych opatrení trhu práce. (Brichtová et al., 2010)

Za veľmi nepriaznivé z hľadiska perspektívy životného cyklu možno považovať to, že vysoká miera neaktivity sa týka osôb so ZP od mladosti, čo celkovo zvyšuje perspektívu ich chudoby a vylúčenia z práce ako hlavného zdroja ekonomicko-sociálnej suverenity človeka do budúcnosti. V jednotlivých rokoch 2000 – 2010 pracovalo najviac 11% mladých ľudí so ZP vo veku 15-24 rokov a necelá štvrtina osôb vo veku 25-34 rokov. Naopak, až 87% inaktivity zaznamenala prvá veková skupina a 80% druhá. Najhoršie sa pritom vyvíjala situácia po roku 2008 ako bezprostredný dôsledok ekonomickej krízy.

Na podporu zamestnanosti osôb so ZP sa najčastejšie využívajú štátne dotácie na zriadenie chránenej dielne alebo chráneného pracoviska alebo na ich prevádzku. Podporujú sa ním pracovné miesta na otvorenom trhu práce, ale aj v rámci kompletne „chráneného pracovného prostredia“, kedy v chránenej dielni pracujú iba osoby so ZP. Len postupne rastie počet podpôr pre osoby so ZP v pozícii samozamestnávateľov, podpôr pre zamestnávateľov, ktorí žiadajú o príspevok na udržanie ich zamestnancov so ZP v zamestnaní a od roku 2010 aj využívanie systému ich prípravy na pracovné uplatnenie. (Repková, 2011c)

Význam zamestnanosti pre celkové vnímanie sociálnej situácie a kvality života ľudí so ZP potvrdil aj náš výskum z roku 2006, v rámci ktorého len minimálna časť opýtaných respondentov a respondentiek uviedla, že sa ich životná situácia za posledných päť rokov zlepšila, a tí, ktorí tak uviedli, to prevažne spájali s pozitívnou zmenou súvisiacou so zamestnaním, čo viedlo k zlepšeniu príjmovej situácie celej rodiny. (Repková, 2006)

Riziko chudoby u osôb so ZP

Pre účely analyzovania rizika chudoby u osôb so ZP a ich rodín sa zvyknú využívať údaje konsolidovaného porovnávacieho systému EU-SILC, aj keď tento nepracuje priamo s respondentmi so ZP, ale s kategóriou osôb, ktoré sú pri zabezpečovaní bežných činností v nejakej miere (menšej alebo väčšej) obmedzované z dôvodu vlastných zdravotných problémov. Podľa výsledkov sledovania v rokoch 2007-2009 bol výskyt rizika chudoby v celkovej populácii 16-ročných a starších osôb v porovnaní s osobami, ktoré mali čiastočné alebo výrazné obmedzenia, prakticky rovnaký (okolo 11%). Určité rozdiely v rozsahu 1-2% sa vyskytli pri porovnávaní celkovej populácie 16+ a tých, ktorých zdravotné obmedzenia výrazne zamedzovali vykonávaniu bežných činností (na základe prepočtov IVPR). Akokoľvek, zaznamenané rozdiely v neprospech týchto osôb (*riziko chudoby od 11,4 – 13%*) neboli také, ako sa zvyknú v populácii tradovať, čo však neznižuje odôvodnenosť potreby osobitne sa venovať ekonomickým podmienkam života týchto ľudí. Skôr to upriamuje pozornosť na silné kompenzačné efekty/vplyvy rodín a domácností, v ktorých osoby so ZP žijú.

Podľa našich výskumov zameraných na príjmové simulácie sú v najproblematickejšej finančnej situácii najmä mladé rodiny so ZP členom, rodiny „stredného veku“ (manžel/ka opatruje svoju manželku/la a majú nezaopatrované dieťa) a neúplne rodiny (samovychováajúci rodič s nezaopatreným dieťaťom so ZP). Ide o rodiny, kde chýba plne zarábajúci dospelý člen, fungujúce predovšetkým na sociálnych dávkach, ktoré sa vzájomne príjmovovo ovplyvňujú (najmä invalidný dôchodok opatrovanej osoby a príspevok na opatrovanie opatrojúcej osoby). (Repková, 2010) Aj keď to právny

predpis umožňuje, intenzívne opatrujúci členovia rodiny, poberatelia peňažného príspevku na opatrovanie, takmer výlučne nepracujú (len okolo 2% z nich si privyrába; Repková, 2008a). Zlepšenie príjmovej situácie rodiny so ZP členom je teda možné prevažne mimoriadnym pracovným nasadením tých dospelých členov rodiny, ktorí sa systematicky neangažujú v opatrovaní a kompenzujú výpadok riadneho príjmu toho, kto opatrovanie zabezpečuje.

Sociálna ochrana a podpora príjmu osôb so ZP

Z informácií uvedených vyššie je zrejmé, že hlavným zdrojom príjmu na pokrývanie životných nákladov osôb so ZP bývajú v absolútnej väčšine sociálne dávky, prevažne *invalidný dôchodok*. Ako dostupné štatistiky dokumentujú, stúpanie počtu inaktívnych ľudí so ZP a klesanie tých, ktorí mali prácu, bolo po roku 2008 sprevádzané rastom počtu poberateľov invalidného dôchodku (takmer o 14 tis.; Repková, 2011c).

Invalidný dôchodok sa poskytuje v prípade, že pokles schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť je u osoby vyšší ako 40%. Ak táto osoba nikdy nepracovala a nevznikol jej nárok na „bežný“ invalidný dôchodok, poskytuje sa jej *invalidný dôchodok z mladosti*. Počet poberateľov tohto druhu dôchodku permanentne stúpa, aj keď je voči počtu poberateľov bežného invalidného dôchodku skôr marginálny (napr. v roku 2008 ich bolo 2 553, k septembru 2011 sa tento počet viac ako zdvojnásobil na 6 350 poberateľov). Priemerná výška takehoto dôchodku predstavuje okolo 240€, čo je približne tretina čistého príjmu z priemernej mzdy v národnom hospodárstve. Takmer 223 tis. ľudí so ZP poberá na Slovensku *invalidný dôchodok*, pričom

ide prevažne o invalidný dôchodok pri poklese schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť o viac ako 70% (v bežne používanej terminológii o tzv. plný invalidný dôchodok). Jeho priemerná výška dosahovala k septembru 2011 sumu 322€ mesačne (v prípade invalidného dôchodku do 70% poklesu len sumu 184€), čo predstavuje približne polovicu čistého príjmu z priemernej mzdy v národnom hospodárstve SR. Pri poberaní invalidného dôchodku je možné pracovať, bez akejkolvek limitácie výšky zárobku. Ako sme však uviedli vyššie, takáto možnosť je využívaná skôr výnimočne.

Príjem osôb so ZP je ďalej možné podporovať formou *peňažných príspevkov na kompenzáciu ŤZP*. Finančná pomoc sa poskytuje v oblasti mobility, komunikácie a orientácie, sebaobsluhy a zvýšených výdavkov podmienených ZP. Poskytovanie peňažných príspevkov je financované štátom z priamych daní prostredníctvom špecializovanej štátnej správy. Úrady práce, sociálnych vecí a rodiny posudzujú splnenie podmienky ŤZP, odkázanosť konkrétnej osoby na jednotlivé druhy peňažných príspevkov i jej príjmové pomery. V rámci systému sa poskytuje mesačne priemerne 160 tis. peňažných príspevkov (www.upsvar.sk), pričom niektoré majú povahu jednorazových príspevkov (napr. na kúpu a úpravu osobného motorového vozidla, na kúpu, úpravu a opravu pomôcky, na úpravu bytu či rodinného domu), iné povahu opakovaných príspevkov na úhradu bežných výdavkov (napr. na osobnú asistenciu, na finančne náročné stravovanie, na prevádzku osobného motorového vozidla, na hygienické potreby, či na obnovu opotrebovaného šatstva). Najčastejšie sa poskytujú práve peňažné príspevky na zvýšené bežné výdavky, čo potvrdzuje, že systém peňažných príspevkov na kompenzáciu je primárne určený na podporu príjmu pre bežnú existenciu ľudí so ZP a nepriamo aj ich rodín.

V rámci systému peňažných príspevkov sa poskytuje aj *peňažný príspevok na opatrovanie*, najčastejšie využívaný príbuznými. Poberá ho približne 57 tis. osôb, vyše 80% sú to ženy (prevažne manželky a matky členov rodiny s ŤZP), najčastejšie vo veku 51-64 rokov. Napriek právnym možnostiam len približne 2% z poberateľov/liek tohto príspevku popri opatrovaní aj pracuje (Repková, 2008a), čo opätovne potvrdzuje záver, že peňažné príspevky tvoria jeden z hlavných zdrojov príjmu pre celé rodiny so ZP členom. (Repková, 2006, 2008a)

Prístup k zdravotnej starostlivosti osôb so ZP

Podľa článku 40 Ústavy SR „každý má právo na ochranu zdravia. Na základe zdravotného poistenia majú občania právo na bezplatnú zdravotnú starostlivosť a na zdravotnícke pomôcky za podmienok, ktoré ustanoví zákon“.

Napriek pomerne rozvinutému systému zdravotnej starostlivosti v rámci verejného zdravotného poistenia, je na Slovensku pomerne vysoká miera nespokojnosti ľudí s ich kvalitou a dostupnosťou. Podľa výsledkov Eurobarometra 2007 k zdravotnej a dlhodobej starostlivosti v EÚ vo sledovaných ukazovateľoch, ako starostlivosť v nemocniciach, medicínske a operačné služby, dostupnosť zdravotných služieb v domácom prostredí, vyjadrili respondenti a respondentky zo Slovenska vyššiu nespokojnosť v porovnaní s EÚ priemerom. Výsledky analýzy národných indikátorov chudoby (EU-SILC) ukázali, že v roku 2005 takmer 45% dospelých osôb neabsolvovalo medicínske alebo zubné vyšetrenie, nakoľko to bolo pre nich drahé (nemohli si to dovoliť) alebo to bolo pre nich ďaleko (nemali sa na miesto

poskytnutia zdravotnej starostlivosti ako dostať). V ďalších rokoch dochádzalo k postupnému znižovaniu fenoménu nedostupnosti zdravotnej starostlivosti až k rozsahu približne 25% monitorovanej populácie v roku 2008. (Gerbery et al., 2008)

Zisťovanie neposkytlo bližšie údaje za skupinu dospelých respondentov so ZP. Na druhej strane môžeme usudzovať o vnímaní dostupnosti zdravotnej starostlivosti pre nich z výsledkov niektorých vlastných výskumov. Jedna tretina dospelých respondentov a respondentiek so ZP v našom výskume z roku 2006 uviedla, že sa ich ekonomické pomery za posledných päť rokov zhoršili a 53% signalizovalo celkovú nespokojnosť so svojou životnou situáciou. Ako ďalšie výsledky ukázali, práve slabá dostupnosť (najmä finančná) k zdravotnej starostlivosti, liekom a pomôckam bola zdrojom najčastejšej nespokojnosti, v tejto oblasti boli potreby respondentov uspokojované najslabšie. Zlepšenie situácie v informačno-liečebnej starostlivosti lekárov a iných zdravotníckych pracovníkov sa ukázalo ako najžiadanejšia forma verejnej podpory smerom k lepšej kvalite života osôb so ZP a ich rodín. (Repková, 2006)

Dôležitosť finančnej dostupnosti zdravotnej starostlivosti pre osoby so ZP viedla v roku 2011 vládu SR k prijatiu opatrenia, podľa ktorého je pre tieto osoby stanovený *horný limit doplatkov na lieky* za účelom ochrany ich príjmu pred neprímeranou úhradou pri ich zaobstarávaní (zákon č. 580/2004 Z.z. o zdravotnom poistení).

Prístupnosť prostredia, dopravy a informácií

Zabezpečenie prístupnosti v oblasti prostredia a informácií patrí k tradičným aspektom antidiskriminačnej legislatívy, nakoľko histo-

ricky sa práve v tejto oblasti vytváralo najviac bariér pre možnosť plnohodnotného začlenenia ľudí so ZP do jednotlivých oblastí spoločenského života. Aj z tohto dôvodu sa otázka prístupnosti stala jednou z kľúčových oblastí v rámci Národného programu z roku 2001 s definovanými záväzkami pre rozličné verejné autority. Uplatňuje sa v nej kombinovaná politika, v zmysle kombinácie opatrení cez bežnú legislatívu podporujúcu univerzálne riešenia pre všetkých (tzv. univerzálny dizajn v tovaroch, službách, v architektúre) s individualizovanými riešeniami pre osoby so ZP v rámci kompenzačnej politiky (napr. zabezpečenie individuálnej dopravy, individuálnych a individualizovaných pomôcok, úprav bytov či rodinných domov).

Problematiku zabezpečenia *prístupnosti prostredia a stavieb* upravuje Stavebný zákon (zákon č. 50/1976 Zb. o územnom plánovaní a stavebnom poriadku) a jeho vykonávacía vyhláška č. 532/2002 Z.z., ktorou sa ustanovujú podrobnosti o všeobecných technických požiadavkách na výstavbu a o všeobecných technických požiadavkách na stavby užívané osobami s obmedzenou schopnosťou pohybu a orientácie. V rámci prípravy návrhu nového národného programu pre oblasť vytvárania adekvátnych životných podmienok osôb so ZP v rokoch 2009-2010 vyjadrili zástupcovia užívateľských organizácií osôb so ZP mnohé zásadné pripomienky k otázkam architektonickej, dopravnej a informačnej dostupnosti. Upozornili, že napriek pomerne priaznivej legislatíve existujú stále praktické problémy súvisiace buď s jej obchádzaním alebo nesprávnym výkladom a následnou implementáciou. Ide napr. o vyčleňovanie stavieb užívaných osobami s obmedzenou schopnosťou pohybu a orientácie zo všetkých stavieb určených pre verejnosť a na bývanie, čo je v rozpore s princípom univerzálneho dizajnu; o nedôsledné uplatňovanie požiadavky dostupnosti

v rámci verejného obstarávania; o nekvalifikované posudzovanie prístupnosti architektonického prostredia; či o nedostatočnú osvetu a výchovu v oblasti bezbariérovosti.

V oblasti zabezpečenia *prístupnosti dopravy* by sa prax v podmienkach Slovenska mala riadiť príslušným uznesením vlády SR z roku 2008, ktorým bola stanovená zásada podpory verejnej osobnej dopravy pred individuálnou osobnou dopravou, s primeranými dôsledkami pre oblasť sprístupňovania železnej, autobusovej a mestskej hromadnej dopravy. Napriek dosiahnutým úspechom zástupcovia občianskeho sektora poukazujú najmä na nekompletnosť národnej legislatívy vo vzťahu k európskej, na finančné problémy pri realizácii záväzkov na zavádzanie bezbariérovej dopravy a na nejednotné uplatňovanie niektorých zliav v doprave pre osoby so ZP.

Súčasťou rozsiahlej agendy prístupnosti je aj *prístupnosť k informáciám*. Opatrenia v tejto oblasti sa opierajú o ústavné právo zakotvené v článku 26, podľa ktorého sú sloboda prejavu a právo na informácie každému zaručené. Záväzky na ich implementáciu sú zakotvené v Národnom programe z roku 2001 a následne vo viacerých právnych normách (napr. zákon č. 149/1995 Z.z. o posunkovej reči nepočujúcich; zákon č. 211/2000 Z.z. o slobodnom prístupe k informáciám; zákon č. 195/2000 Z.z. o vysielaní a retransmisii; zákon č. 275/2006 Z.z. o informačných systémoch verejnej správy a súvisiace výnosy o štandardoch pre tieto systémy). Zástupcovia občianskych združení napriek pomerne priaznivej legislatíve poukazujú na jej nedôsledné dodržiavanie, napr. v rámci zavádzania e-governmentu a ďalších elektronických služieb. Digitalizáciu televízie považujú za krok vpred k zvýšeniu prístupnosti k programom a interaktívnym službám, bez zavedenia elektronického programového sprievodcu ju však považujú za cestu k prehĺbeniu informačnej segregácie osôb so ZP (najmä senzorickej

povahy). Poukazujú aj na praktické problémy bežného života, ako neprístupnosť písanej informácie na tovaroch, službách, dokumentoch podávanej veľmi drobným písmom či na problémy so sprístupňovaním elektronických dokumentov vo vhodných formátoch.

Praktické problémy ľudí so ZP v oblasti architektonickej či informačnej prístupnosti potvrdili aj niektoré výskumné práce. Vo výskume E. Pavlíkovej, A. Kondášovej z roku 2001 predstavovali prístupnosť vonkajšieho prostredia a dopravy najproblémovejšiu oblasť uspokojovania potrieb osôb so ZP (uviedlo takmer 55% respondentov). Možno predpokladať, že čiastkové pokroky v tejto oblasti z minulej dekády viedli k tomu, že problémy s mobilitou vonku, prepravovaním, ale aj s prístupom k informáciám a komunikáciou s okolím boli zaznamenané v porovnateľnom výskume z roku 2006 v nižšom rozsahu (20-30% respondentov) a najproblémovejšou oblasťou uspokojovania potrieb ľudí so ZP sa stala oblasť zdravotnej starostlivosti a dostupnosti liekov (uviedlo takmer 37% respondentov; Repková, 2006). Napriek týmto zisteniam neustále pretrváva určitá priepasť medzi potrebami osôb ZP a možnosťami zodpovedných systémov a autorít primerane na tieto potreby reagovať, čo je dané dynamickou povahou vývoja v oblasti všeobecných, osobitne však informačno-komunikačných technológií pre všetkých.

Podpora sebaurčenia osôb so ZP

Prakticky každý nástroj, forma verejnej i neverejnej podpory (dávka, služba, program) môžu podporovať sebaurčenie a nezávislosť ľudí so ZP v zmysle hesla „Nič o nás bez nás“ alebo „Osoby so ZP ako najväčší odborníci na svoje potreby“. Za úplne osobitný ná-

stroj podpory sebaurčenia sa v podmienkach Slovenska považuje *systém osobnej asistencie*. Preto sa o ňom zmienime podrobnejšie.

Po pilotnom období v 90-tych rokoch minulého storočia bola od roku 1999 zavedená osobná asistencia ako súčasť systému sociálnej pomoci vo forme *peňažného príspevku na osobnú asistenciu*. V súčasnosti poberá túto formu podpory približne 7 tis. osôb s ŤZP, z toho takmer 80% v širokej vekovej kategórii 18-59 rokov veku (www.upsvar.sk). Administrácia peňažného príspevku na osobnú asistenciu kladie na samotnú osobu so ZP viacero povinností (napr. hľadanie osobného asistenta a riadenie jeho práce, uzatváranie právnych vzťahov, spracovávanie výkazov osobnej asistencie na účely vyplácania príspevku). Pre uľahčenie administratívnych povinností bola do systému sociálnych služieb zakomponovaná od roku 2009 podporná štruktúra systému osobnej asistencie vo forme *sprostredkovania osobnej asistencie* ako sociálnej služby. Ku koncu 1. polroka 2011 bolo zaregistrovaných celkovo deväť neverejných poskytovateľov, ktorí poskytujú takýto druh služieb pre osoby so ZP. (Repková, 2011a)

Sociálne služby

Sociálne služby patria k oporným pilierom systému sociálnej ochrany osôb so ZP. Napriek tomu, že samostatná právna úprava sociálnych služieb nadobudla účinnosť až v roku 2009, opatrovateľská služba a rozličné formy rezidenčnej starostlivosti (najmä domovy sociálnych služieb) patrili a patria už dlhé roky k tradičnej „výbave“ sociálnych intervencií tohto druhu na Slovensku.

Sociálne služby na riešenie nepriaznivej sociálnej situácie ľudí z dôvodu ŤZP alebo nepriaznivého zdravotného stavu predstavujú na

Slovensku výrazne najzastúpenejší sektor sociálnych služieb. V rokoch 2009-2010 sa až vyše 90% žiadostí o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu na regionálnej úrovni týkalo domova sociálnych služieb a na miestnej úrovni šlo najčastejšie o žiadosti o zariadenie pre seniorov (približne 50%) a o opatrovateľskú službu (približne 35%). Až 80% žiadostí na regionálnej úrovni sa týkalo osôb s najvyšším – šiestym stupňom odkázanosti na pomoc inej osoby, na miestnej úrovni bol najčastejšie zastúpený druhý stupeň. (Repková, 2011b)

Doterajší vývoj naznačuje, že sociálne služby pre osoby so ZP, najmä ťažšieho stupňa, sa poskytujú predovšetkým na regionálnej úrovni, pričom dopyt vysoko presahu ponuku. Je to podmienené neukončenou fiškálnou decentralizáciou a stálym zaostávaním rovnovážnej podpory verejných a neverejných poskytovateľov sociálnych služieb z verejných zdrojov. Okrem tradičných foriem sa na regionálnej úrovni postupne rozvíjajú aj nové typy sociálnych služieb pre túto cieľovú skupinu, ako rehabilitačné stredisko, zariadenie podporovaného bývania či špecializované zariadenie. Tieto sú však voči tradičným formám (domov sociálnych služieb) zastúpené marginálne. Dokumentuje to napr. skutočnosť, že pre zariadenia podporovaného bývania, rehabilitačné stredisko či špecializované zariadenia bola k polroku 2011 registrovaná len približne desatina poskytovateľov sociálnych služieb. (Repková, 2011a)

Pre finančné problémy sa aj v oblasti opatrovateľskej služby, ktorá je v podmienkach Slovenska výrazne najžiadanejšou sociálnou službou, v posledných rokoch zaznamenal nepriaznivý vývoj. Nešlo len o zníženie počtu osôb, ktorým sa opatrovateľská služba poskytovala (napr. o približne 2000 osôb medzi rokmi 2008 a 2009), ale aj o zníženie počtu tých, ktorí sa v nej profesionálne angažujú (o vyše 100 zamestnancov/kýň opatrovateľskej služby v sledovanom období). (Správa, 2011)

Koncom roka 2011 bola vládou SR schválená *Stratégia deinštitucionalizácie systému sociálnych služieb a náhradnej starostlivosti v Slovenskej republike* a nadväzujúci *Národný akčný plán prechodu z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť v systéme sociálnych služieb na roky 2012-2015* (www.employment.gov.sk). Ich implementáciou by sa mal v podmienkach Slovenska zabezpečiť taký systém sociálnych služieb, ktorý dôsledne vychádza s rozvíjajúcej sa ľudsko-právnej agendy v medzinárodnom meradle a princípov podpory komunitného života.

Riziká zlého zaobchádzania

Problematika zlého zaobchádzania voči osobám so ZP a iným odkázaným osobám sa ako súčasť ľudsko-právnej problematiky stáva v podmienkach Slovenska len postupne sa etablujúcou agendou, a to ako vo vedomí ľudí tak v „odpovediach“ verejných politík. Dokumentujú to napr. výsledky najnovšieho výskumu zlého zaobchádzania so staršími ľuďmi, ktorý realizoval Regionálny úrad WHO pre Európu: aj keď Slovensko patrí medzi menšinu krajín, kde je zlé zaobchádzanie so staršími odkázanými ľuďmi veľkým problémom, paradoxne patrí medzi krajiny, kde sa takéto správanie *považuje (vníma) len za malý problém*. (Sethi et al., 2011).

Prevenia zlého zaobchádzania je zastrešená čl. 16 Ústavy SR, podľa ktorého nikoho nemožno mučiť, ani podrobiť krutému, neľudskému či ponižujúcemu zaobchádzaniu alebo trestu. Tento všeobecný ľudsko-právny princíp je premietnutý v niektorých ďalších právnych normách „nižšej“ úrovne, napr. v zákone o sociálnych službách. Nie je v ňom len všeobecne ustanovené, že pri poskytovaní sociálnych slu-

žieb majú ľudia právo, aby bola zachovaná ich ľudská dôstojnosť, ale sa aj špecifikuje, aké z toho vyplývajú pre poskytovateľov sociálnych služieb povinnosti (napr. prísne podmienky pre výnimočné používanie prostriedkov netelesného a telesného obmedzenia).

Osobitnú kategóriu záujmu (najmä výskumného) tvorí zlé zaobchádzanie, resp. jeho riziká v domácom prostredí odkázaných osôb so ZP a starších osôb. Táto oblasť nie je priamo legislatívne regulovaná, čiastočne aj pre prevládajúci názor, že pre silné rodinné tradície a korene je fenomén zlého zaobchádzania s odkázanými osobami v rodine pomerne málo rozšírený. Niektoré domáce i zahraničné výskumné zistenia však takéto stereotypné chápanie vyvracajú, resp. dokazujú, že problematiku zlého zaobchádzania treba chápať ako systémový fenomén. Napríklad v rámci Špeciálneho Eurobarometra k zdravotnej a dlhodobej starostlivosti v EÚ (2007) priemerne vyše polovica európskych respondentov a respondentiek (55%) súhlasila s tvrdením, že veľa starších odkázaných ľudí sa stáva obeťou zneužívania zo strany blízkych alebo profesionálov. Slovenskí respondenti tak odpovedali „iba“ v 36%-tách. Na druhej strane, pokiaľ v EÚ násilné správanie blízkych osôb voči starším členom rodiny uvádzalo priemerne 36% respondentov, pre Slovensko to platilo v 55%-tách. Výrazná súvislosť zlého zaobchádzania so správaním členov rodiny sa premietla aj do odpovedí na otázku, akými spôsobmi by sa mu dalo predchádzať. Kým podľa európskej populácie by to malo byť najmä cestou dôsledných trestov za zlé zaobchádzanie, slovenská časť respondentov preferovala najmä primerané odmeňovanie rodinných príslušníkov, ktorí musia z dôvodu zabezpečovania starostlivosti zanechať prácu.

Národné výskumy ukázali, že rizikovými faktormi a potencujúcimi okolnosťami zlého zaobchádzania a násilnickeho správania

voči odkázaným členom rodiny sú prepracovanosť opatrujúcich osôb (Balogová, 2007) „vzdanie sa vlastného života“ (Hromková, 2011), ekonomická závislosť a schudobnenie, či „privatizácia opatrovania“. Širšia spoločnosť automaticky očakáva, že to bude primárne rodina, ktorá bude pokrývať potreby dlhodobej starostlivosti, bez ohľadu na štrukturálne zmeny, ktoré sa v tejto inštitúcii odohrávajú. Okrem toho sa záväzky opatrovania „privatizujú“ akosi hlavnou opatrujúcou osobou (najčastejšie dospelou dcérou, matkou, manželkou), ktorá za ne preberá fyzickú i morálnu zodpovednosť. (Repková, 2011d) Väčšina intenzívnej starostlivosti o odkázané staršie osoby a osoby so zdravotným postihnutím sa tak realizuje v domácom prostredí členmi rodiny, ktorí na tento účel úplne zanechali svoju prácu, s minimálnym rozsahom kombinovania starostlivosti s formálnymi službami na komunitnom princípe.

Na účely prevencie zlého zaobchádzania a privatizácie v opatrovateľských vzťahov sa doposiaľ len minimálne využívajú aj špecifické sociálne služby, ktoré upravuje slovenská sociálna legislatíva, napr. odľahčovacia služba či pomoc pri výkone opatrovníckych práv a povinností. (Repková, 2011a)

Podpora občianskeho sektora v oblasti ZP

Po roku 1989 došlo na Slovensku v rámci občianskeho sektora zameraného na osoby so ZP a ich rodiny k mimoriadnemu rozmachu. Pri vzniku nových *občianskych združení* sa aktivisti a aktivistky neopierali len o právo na tvorbu spolkov a občianskych združení garantované Ústavou SR (články 29 a 30 Ústavy), ale aj zákonom č.

83/1990 Zb. o združovaní občanov, ktorý určuje bližšie podmienky pre ich vznik, fungovanie a zánik.

Nové občianske združenia nadviazali na činnosť Zväzu invalidov, ktorý mal do 90. rokov minulého storočia veľmi širokú členskú základňu. Na základe nášho výskumu (Repková, 2008b) bolo v roku 2008 zaregistrovaných v Registri občianskych združení až 745 občianskych združení v rámci sektora „Zdravotníctvo“, z toho však len 21 bolo takých, ktoré vykazovali potvrdenú účasť. S ohľadom na vysokú mieru fragmentovanosti možno považovať za pozitívny aspekt vývoja občianskeho sektora tohto druhu zriadenie *Národnej rady občanov so ZP v SR* (www.nrozp.sk). Je občianskym združením celoštátnych organizácií občanov so ZP so zameraním na presadzovanie a podporu spoločných záujmov tejto skupiny ľudí a ich rodín, bez ohľadu na druh ZP postihnutia. Národná rada je partnerom vlády SR pri iniciovaní a prerokovávaní zámerov, dokumentov, legislatívy a rozhodnutí týkajúcich sa ľudí so ZP a ich rodín, je riadnym členom celoeurópskej organizácie ľudí so ZP - EDF (Európske fórum zdravotného postihnutia; European Disability Forum), v ktorom oficiálne Slovensko zastupuje.

Činnosť občianskych združení je financovaná z viacerých zdrojov. Jedným z nich sú aj *dotácie* poskytované Ministerstvom práce, sociálnych vecí a rodiny SR (od roku 2011 regulované samostatným zákonom č. 544/2010 Z.z. o dotáciách v pôsobnosti MPSVR SR). Občianske združenia môžu za stanovených podmienok a na základe žiadosti získať dotácie, okrem iného, na podporu zavádzania nových druhov sociálnych služieb, rekondičných aktivít, členstva v medzinárodných organizáciách či na podporu edičnej činnosti. Rozsah poskytnutých dotácií a počet podporených projektov na rekondičné aktivity, členstvo v medzinárodných organizáciách

či na edičnú činnosť sa v posledných rokoch znižoval. V roku 2007 bolo podporených 159 projektov za 1,24 mil. €, v roku 2008 bol rozsah približne zachovaný, ale v roku 2010 to bolo už len 90 projektov podporených vo výške necelých 466 tis. € (jednotlivé správy o Sociálnej situácii obyvateľstva SR). Okrem znižujúceho sa rozsahu podpory pre menej subjektov občianske združenia opakovane namietajú na štruktúru podporených výdavkov, ktorá neumožňuje stabilizovať personálnu základňu občianskych združení, zvyšovať kvalitu a posilňovať udržateľnosť ich fungovania a výsledkov práce.

Zabezpečenie zberu relevantných dát a výskumu ZP

Na Slovensku neexistuje jednotný systém zberu dát týkajúcich sa ľudí so ZP a ich životných podmienok. Keďže jednotlivé systémy a subsystémy nie sú koordinované, jednotlivé rezorty zabezpečujú cez svoje vlastné štatistické systémy zber takých dát, ktoré sú relevantné pre ich vlastnú pôsobnosť a potreby. Napr. rezort práce, sociálnych vecí a rodiny sústreďuje dáta okolo sociálnej ochrany a zamestnanosti osôb so ZP; rezort školstva dáta o vzdelávaní detí so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami podmienenými zdravotným znevýhodnením; rezort zdravotníctva dáta o osobám v jednotlivých oblastiach dispenzárnej starostlivosti, o poskytnutých zdravotníckych pomôckach; atď.

Terminologická nejednotnosť v prístupe k ľuďom so ZP sa pre-mieta aj do oblasti výskumu ZP. Chýba komplexnejšia koncepcia v tejto oblasti, vrátane inštitucionálneho a finančného krytia nákladov spojených s takto orientovanou výskumnou činnosťou. Výskum je fragmentovaný a vykonávaný skôr epizodicky pracoviska-

mi základného výskumu (napr. vybrané ústavy SAV) a aplikovaného výskumu (napr. IVPR, Inštitút zamestnanosti, Inštitút pre verejné otázky, Výskumný ústav detskej psychológie a patopsychológie); univerzitnými pracoviskami (najmä v odbore sociálna práca, ale aj sociológia, ekonómia či architektúra) a rezortnými výskumnými inštitúciami (vyššie menované). Jednotlivé výskumné pracoviská sa líšia aj podľa toho, akým vekovým kategóriám osôb so zdravotným postihnutím sa venujú. Napr. Výskumný ústav detskej psychológie a patopsychológie je zameraný najmä na detský vek, zatiaľ čo IVPR skôr na dospelý vek. Vlastné prieskumy realizujú aj mimovládne inštitúcie, vrátane občianskych združení, ktoré vznikli primárne na obhajobu práv a záujmov tejto cieľovej skupiny.

Snaha o zabezpečenie systémovosti a kontinuity vo výskume ZP sa premietla do stále platného Národného programu rozvoja životným podmienok občanov so ZP vo všetkých oblastiach života (2001), ktorý v jednom zo svojich článkov (čl. 13) zakotvuje povinnosť Ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny SR *podporovať v spolupráci s Národnou radou občanov so ZP v SR systematické výskumy a programy zamerané na životné podmienky osôb so ZP a ich rodín ako podkladu pre prijímanie koncepčných a legislatívnych opatrení v sociálnej oblasti*. Na základe tohto záväzku IVPR ako rezortná výskumná inštitúcia v zriaďovateľskej pôsobnosti ministerstva realizuje každoročne výskumné projekty, analytické a monitorovacie práce týkajúce sa vybraných otázok ZP a života ľudí so ZP rozličného veku, vždy podľa aktuálnej požiadavky zriaďovateľa. Prostredníctvom IVPR sa Slovensko zapája do rozlične tematicky zameraných medzinárodných výskumov ZP. Pre tento účel intenzívne spolupracuje aj s inými inštitúciami (sociálnymi partnermi, Národnou radou občanov so ZP a jej členskými orga-

nizáciami, inými vedecko-výskumnými a univerzitnými pracovníkmi, ale aj s inými vládnyimi a mimovládnyimi autoritami). Integrovaná stratégia a vťahovanie rozličných aktérov do výskumu sa ukázali ako preferenčná stratégia pri plnení potrieb výskumu ZP, aj keď to nie je automaticky zárukou prekonania súčasnej nekoordinovanosti vo ZP na Slovensku.

Referencie

- Balogová, B. (2007). *Seniori v spektre súčasného života*. Prešov: Pavol Šidelský-Akcent Print. ISBN 978-80-89295-03-6.
- Brichtová, L.- Hanzelová, E.- Repková, K. (2010). *Report on the employment of disabled people in European countries*. Vydané v rámci projektu ANED.
- Gerbery, D. - Bednárík, R. - Bodnárová, B. - Fico, M. (2008). *Monitoring národných indikátorov v oblasti chudoby a sociálneho vylúčenia*. Bratislava: IVPR.
- Hromková, M. (2011). *Kombinácia domácej starostlivosti o dieťa so zdravotným postihnutím so starostlivosťou v denných centrách*. Diplomová práca. Trnava: FZaSP.
- Pavlíková, E. – Kondášová, A. (2001). *Sociálno-ekonomická situácia rodín so zdravotne postihnutým členom*. Bratislava: VÚPSVR.
- Repková, K. (2006). *Životné podmienky rodín so zdravotne postihnutým členom*. Bratislava: IVPR.
- Repková, K. (2008a). *Situácia rodinných opatrovateľov/liek vo svetle sociálnych štatistík*. Bratislava: IVPR.
- Repková, K. (2008b). Občianska organizovanosť osôb so zdravotným postihnutím a sociálny kapitál. In *Sociológia*. Roč. 40, č. 4, s. 326-346.
- Repková, K. (2010). Podpora neformálne opatrojúcich osôb – odporúčania pre sociálno-politickú prax. Bratislava: IVPR.
- Repková, K. (2011a). *Verejní a neverejní poskytovatelia sociálnych služieb na Slovensku – analýza Centrálného registra poskytovateľov*. Bratislava: IVPR.

- Repková, K. (2011b). *Analýza vývoja v zabezpečovaní nových kompetencií na úseku sociálnych služieb na Slovensku v rokoch 2009-2010*. Bratislava: IVPR.
- Repková, K. (2011c). *Active Inclusion of young people with disabilities or health problems*. Work in progress.
- Repková, K. (2011d). *Dlhodobá starostlivosť v kontexte integrovanej sociálnej práce*. Bratislava: IVPR. ISBN978-80-7138-132-7.
- Sethi, D. et al. (2011). *European report on preventing elder maltreatment*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. ISBN 978 92 890 0237 0.
- Special Eurobarometer 283/Wave 67.3. *Health and long-term care in the European Union*. DG for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities.
- Správa o sociálnej situácii obyvateľstva za rok 2008*. (2009). Bratislava: Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny SR. Dostupné na: www.employment.gov.sk
- Správa o sociálnej situácii obyvateľstva za rok 2010*. (2011). Bratislava: Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny SR. Dostupné na: www.employment.gov.sk
- www.who.int/disabilities
- www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics
- www.who.sk

SVETOVÁ SPRÁVA O ZDRAVOTNOM POSTIHNUTÍ - SÚHRN

Spracovala: Darina Sedláková

Svetová zdravotnícka organizácia



**World Health
Organization**

Svetová banka



THE WORLD BANK

Predhovor

Na svete žije viac ako jedna miliarda ľudí s nejakou formou zdravotného postihnutia (ďalej len ZP“), a z nich približne 200 miliónov zažíva mimoriadne ťažkosti v bežnom fungovaní. V nasledujúcich rokoch bude ZP ešte väčším problémom, pretože jeho prevalencia stále rastie. Dôvodom je starnutie populácie a vyššie riziko ZP u starších ľudí, ako aj globálny nárast chronických ochorení ako je cukrovka, kardiovaskulárne ochorenia, onkologické ochorenia a choroby duševného zdravia. V porovnaní s ľuďmi bez ZP majú ľudia so ZP na celom svete horší zdravotný stav, nižšie vzdelanie, nižšiu účasť na ekonomike a viac ich žije v chudobe. Je to aj preto, lebo ľudia so ZP sa stretávajú s prekážkami v dostupnosti služieb, ktoré mnohí z nás považujeme za samozrejmé, vrátane zdravotníctva, vzdelávania, zamestnanosti a dopravy, ale aj v informovanosti. Tieto problémy sú v znevýhodnených komunitách ešte výraznejšie. Preto, ak chceme dosiahnuť dlhodobé oveľa väčšie vývojové perspektívy, ktoré sú ústrednou témou Miléniových rozvojových cieľov 2015, aj nad ich rámec, musíme posilniť postavenie ľudí, ktorí žijú so ZP, a odstraňovať prekážky, ktoré im zabraňujú v účasti vo svojich komunitách; umožniť im, aby dosiahli kvalitné vzdelanie, našli si slušnú prácu, a musíme načúvať ich hlasu. Preto Svetová zdravotnícka organizácia (ďalej len SZO) a Svetová banka vydali spoločne *Svetovú správu o zdravotnom postihnutí*, aby predložili dôkazy o pokrokových politikách a programoch, ktoré dokážu zlepšiť životy ľudí so ZP, a umožnili implementáciu *OSN Dohovoru o právach osôb so ZP*, ktorá vstúpila do platnosti v máji 2008. Táto

prelomová medzinárodná zmluva znovu posilnila naše vnímanie ZP ako ľudského práva a rozvojovej priority. Svetová správa o ZP naznačuje kroky pre všetky zainteresované subjekty – vrátane vlád, organizácií občianskej spoločnosti a organizácií ľudí so ZP – aby sa vytvorilo priaznivé prostredie, aby sa rozvíjali rehabilitačné a podporné služby, zabezpečovala sa primeraná sociálna ochrana, formulovali sa inkluzívne politiky a programy a posilňovali existujúce normy a legislatíva, s cieľom prínosu pre ľudí so ZP a širšiu komunitu. V tomto úsilí by mali mať ľudia so ZP ústredné postavenie. Motiváciou pre našu víziu by mal byť svet, v ktorom všetci zúčastnení žijú zdravý, pohodlný a dôstojný život. Prizývame vás, aby ste dôkazy uvedené v tejto správe využili pri svojej snahe zmeňiť uvedenú víziu na skutočnosť.

Dr Margaret Chan, generálna riaditeľka SZO
Mr Robert B Zoellick, prezident Svetovej banky

Na úvod

Zdravotné postihnutie je súčasťou ľudskej podstaty – takmer každý človek zažije v niektorom období svojho života dočasné alebo trvalé postihnutie, a tí, ktorí sa dožijú staršieho veku, zažijú rastúce problémy so svojou funkčnosťou. ZP je komplexný stav a spôsoby prekonania nevýhod, ktoré vyplývajú zo ZP, sú mnohopočetné a systematické – a líšia sa podľa rôznych súvislostí.

OSN Dohovor o právach osôb so zdravotným postihnutím (CRPD), prijatý v roku 2006, má za cieľ „podporovať, chrániť a zabezpečovať plné a rovnaké uplatňovanie ľudských práv a základných slobôd všetkým osobám so ZP a podporovať rešpektovanie ich prirodzenej dôstojnosti“. Je to odrazom veľkého posunu v celosvetovom vnímaní a reakciách na ZP.

Svetová správa o zdravotnom postihnutí zozbierala najlepšie dostupné vedecké informácie o ZP, ktoré majú pomôcť zlepšiť životy ľudí so ZP a umožniť implementáciu CRPD. Jej cieľom je na základe najlepšie dostupných dôkazov poskytnúť vládam a občianskej spoločnosti komplexnú analýzu o význame ZP a reakcií naň, a odporúčať aktivity na národnej a medzinárodnej úrovni.

CRPD ustanovila agendu pre zmenu. *Svetová správa o zdravotnom postihnutí* popisuje súčasnú situáciu ľudí so ZP. Upozorňuje na nedostatky vo vedomostiach a zdôrazňuje potrebu ďalšieho rozvoja výskumu a politiky. Tieto odporúčania môžu prispievať k inkluzívnej a modernej spoločnosti, ktorá vytvára priaznivé podmienky pre ľudí so ZP.

Čo vieme o ZP?

Vyššie odhady prevalencie

Odhaduje sa, že viac ako jedna miliarda ľudí alebo okolo 15% svetovej populácie žije s nejakou formou ZP (podľa odhadov z roku 2010). Toto číslo je vyššie ako predchádzajúce odhady SZP, ktoré sú zo sedemdesiatych rokov a predpokladali asi 10%.

Podľa *svetového prieskumu zdravia (World Health Survey)* približne 785 miliónov (15,6%) osôb vo veku 15 rokov a starších žije so ZP, zatiaľ čo dokument *Globálna záťaž ochorení* odhaduje číslo okolo 975 miliónov (19,4%) osôb. Podľa *Svetového prieskumu zdravia* 110 miliónov ľudí (2,2%) má veľmi významné funkčné problémy, zatiaľ čo *Globálna záťaž ochorení* odhaduje, že 190 miliónov ľudí (3,8%) má „závažné/ťažké ZP“ – ide o ekvivalent postihnutia, odvodený napr. od stavov ako je kvadruplegia, závažná depresia alebo slepota. Iba *globálna záťaž ochorení* meria ZP u detí (0–14 rokov), keď ho odhaduje u 95 miliónov (5,1%) detí, z ktorých 13 miliónov (0,7%) má „závažné/ťažké ZP“.

Čísla narastajú

Počet ľudí so ZP stúpa. Jednak je to kvôli starnutiu populácie – starší ľudia majú vyššie riziko ZP – jednak kvôli celosvetovému zvyšovaniu chronických ochorení spojených so ZP, ako sú diabetes, kardiovaskulárne ochorenia a duševné ochorenia. Predpokladá sa,

že v krajinách s nízkymi a strednými príjmami sprevádzajú chronické ochorenia 66,5% všetkých rokov života prežitých so zdravotným postihnutím (1). Charakteristika ZP v tej - ktorej krajine je ovplyvňovaná trendmi v ochoreniach a trendmi v prostredí a inými faktormi – ako napríklad nehodami na cestách, prírodnými katastrofami, konfliktami, výživou a zneužívaním návykových látok.

Rozdielne skúsenosti

Tradične sa v povedomí ľudí vzťahuje ZP k osobám na vozíčkoch a k niektorým ďalším „klasickým“ skupinám, ako sú nevidiace alebo nepočujúce osoby. Skúsenosti s postihnutím sa však veľmi líšia. Keďže zdravotné postihnutie znamená nevýhody, nie všetci ľudia so ZP sú rovnako znevýhodnení. Ženy so ZP zažívajú rodovú diskrimináciu, aj iné nepriaznivé prekážky. Rozsah zabezpečovania školskej dochádzky u detí sa líši podľa ich postihnutia. Deti s telesným postihnutím sú obvyčajne v lepšej situácii ako deti s poruchami intelektu alebo zmyslovými poruchami. Najčastejšie sú z pracovného trhu vylúčené osoby s poruchami duševného zdravia alebo intelektovými poruchami. Ľudia so závažnejšími poruchami často čelia väčším nevýhodám, ako o tom svedčia príklady z Guatemaly (2) v porovnaní s Európou (3).

Zraniteľné skupiny populácie

ZP sa v zraniteľných skupinách populácie vyskytujú nerovnomerne. Výsledky *Svetového prieskumu zdravia* ukazujú, že v krajinách s nízkymi príjmami je vyššia prevalencia ZP ako v krajinách

s vyššími príjmami. U ľudí z najnižšieho kvintilu podľa stanovenej výšky príjmov, u žien a starších ľudí je tiež vyššia prevalencia ZP (4). Ľudia s nižšími príjmami, bez zamestnania alebo s nižším vzdelaním majú zvýšené riziko ZP. Údaje z *Klastrových prieskumov s mnohopočetnými indikátormi* (Multiple Indicators Cluster Surveys) vo vybraných krajinách ukazujú, že deti z najchudobnejších domácností a z etnických minoritných skupín majú významne vyššie riziko ZP v porovnaní s ostatnými deťmi (5).

Aké sú bariéry vedúce k vylúčeniu?

CRPD a ICF klasifikácia zdôrazňujú úlohu prostredia v sprostredkovaní alebo obmedzovaní účasti ľudí so ZP. Táto správa podáva široké dôkazy o existujúcich bariérach, ako sú napríklad:

- **Nedostatočné politiky a štandardy.** Charakter politiky nie vždy berie do úvahy potreby ľudí so ZP, prípadne už existujúce politiky a štandardy nie sú presadzované. Napríklad, pokiaľ ide o politiku inkluzívneho vzdelávania, prehľad 28 krajín, ktoré sa zúčastnili na projekte *Education for All Fast Track Initiative Partnership*, ukázal, že 18 krajín buď poskytlo len málo informácií o navrhovaných stratégiách na začlenenie detí so ZP do škôl alebo vôbec nespomenuli zdravotné postihnutie či inklúziu (6). Medzi časté nedostatky v politike vzdelávania patrí chýbanie finančných alebo iných cieľných stimulov pre deti so ZP, aby navštevovali školu, ako aj nedostatok sociálnej ochrany a podporných služieb pre deti so ZP.
- **Negatívne postoje.** Názory a predsudky predstavujú prekážky vo vzdelaní, zamestnanosti, zdravotnej starostlivosti a sociálnej účasti. Napríklad postoje učiteľov, školských úradníkov, ostatných detí, a dokonca aj členov rodiny, ovplyvňujú začlenenie detí so ZP do bežných škôl. Nesprávne chápanie zo strany zamestnávateľov, že ľudia so ZP sú menej produktívni ako iné osoby bez ZP, a ignorancia dostupných úprav pracovného prostredia, obmedzujú možnosti zamestnania.
- **Nedostatok poskytovaných služieb.** Ľudia so ZP sú zvlášť zraniteľní voči nedostatkom v službách ako je zdravotná starostlivosť, rehabilitácia a podpora a asistencia. Podľa údajov z juhoafric-

kých krajín len 26–55% ľudí, ktorí potrebujú rehabilitáciu, ju naozaj dostali; 17–37% z tých, ktorí potrebovali zdravotné pomôcky, ich naozaj dostali; 5–23% z tých, ktorí potrebovali odborný výcvik, ho naozaj absolvovali a 5–24% z tých, ktorí potrebovali sociálne služby, ich naozaj využili (7–10). Výskum v indických štátoch Uttar Pradesh a Tamil Nadu ukázal, že druhou najčastejšou príčinou nevyužívania zdravotníckych zariadení ľuďmi so ZP bolo (hneď po nákladoch) chýbanie služieb v tej oblasti (11).

- **Problémy s poskytovaním služieb.** Slabá koordinácia služieb, neprimerané personálne zabezpečenie a slabé schopnosti personálu môžu ovplyvniť kvalitu, dostupnosť a primeranosť služieb pre osoby so ZP. Údaje *Svetového prieskumu o zdraví* z 51 krajín odhalili, že u ľudí so ZP bola viac ako dvakrát vyššia pravdepodobnosť, že považovali schopnosti zdravotníckeho poskytovateľa za neprimerané pre splnenie ich potrieb, štyrikrát vyššia pravdepodobnosť, že boli liečení zle a takmer trikrát vyššia pravdepodobnosť, že im bola odmietnutá zdravotná starostlivosť. Mnohí osobní asistenti sú slabo platení a majú neprimeraný výcvik. Štúdia z USA zistila, že 80% sociálnych pracovníkov nemalo oficiálnu kvalifikáciu alebo výcvik (12).
- **Nedostatočné financovanie.** Zdroje pridelené na implementáciu politiky a plánov sú často neprimerané. Nedostatok efektívneho financovania je hlavnou prekážkou udržateľných služieb vo všetkých príjmových skupinách. Napríklad v krajinách s vysokými príjmami 20% - 40 % ľudí so ZP obyčajne nemá splnené potreby asistencie pri svojich každodenných aktivitách (13–18). V mnohých krajinách s nízkymi príjmami vlády nemôžu poskytnúť primerané služby a komerční poskytovatelia služieb sú nedostupní pre väčšinu domácností. Analýza *Svetového prieskumu o zdraví* z roku 2002–04 v 51 krajinách ukázala, že ľudia so

ZP mali viac problémov ako ľudia bez ZP pri získaní výnimiek zo zníženia nákladov na zdravotnú starostlivosť.

- **Nedostatok dostupnosti.** Mnohé budovy (vrátane verejných ubytovacích zariadení), dopravné systémy a informácie nie sú vôbec dostupné. Nedostatočný prístup k preprave je pre osobu so ZP častou príčinou odradenia od hľadania si práce alebo využitia zdravotnej starostlivosti. Správy z krajín, kde existujú zákony o dostupnosti, ako aj tie spred 20 až 40 rokov, potvrdzujú nízku úroveň dostupnosti (19–22). Je málo informácií o dostupných komunikačných formátoch, a mnohé komunikačné potreby ľudí so ZP nie sú naplnené. Nepočujúce osoby majú často problém prekladov do znakovkej reči: prieskum v 93 krajinách zistil, že 31 krajín nemalo prekladacie služby, zatiaľ čo v 30 krajinách bolo 20 alebo menej kvalifikovaných prekladateľov (23). Ľudia so ZP významne menej používajú informačnú a komunikačnú technológiu ako ľudia bez ZP a v niektorých prípadoch nemajú dostupné ani základné produkty a služby ako sú telefóny, televízia a internet.
- **Nedostatok konzultácií a zapájania.** Mnohí ľudia so ZP sú vylúčení z rozhodovacích procesov v otázkach, ktoré priamo ovplyvňujú ich životy, napríklad tam, kde ľudia so ZP nemajú možnosť výberu a kontroly nad tým, ako sa im poskytuje podpora v ich domovoch.
- **Nedostatok údajov a dôkazov.** Chýbanie presných a porovnateľných údajov o ZP a dôkazov o programoch, ktoré sú úspešné, môžu brzdiť porozumenie a aktivity. Pochopiť veľké množstvo ľudí so ZP a ich situácie môže vylepšiť snahu o odstránenie nepriaznivých prekážok a ponúknuť služby, ktoré umožnia ľuďom so ZP zúčastňovať na každodennom dianí. Treba napríklad vypracovať lepšiu analýzu (meranie) prostredia a jeho dopadu na rôzne aspekty ZP, ktoré by uľahčili hľadanie nákladovo efektívnych zásahov v prostredí.

Ako sú ovplyvnené životy ľudí so zdravotným postihnutím?

Nepriaznivé prekážky zvyšujú nevýhody, s ktorými sa stretávajú ľudia so ZP.

Zhoršený zdravotný stav

Je stále viac dôkazov o tom, že ľudia so ZP majú horší zdravotný stav ako celková populácia. V závislosti od skupiny a prostredia môžu byť osoby so ZP viac zraniteľné voči zabrániteľným sekundárnym ochoreniam, sprievodným ochoreniam a ochoreniam spojeným s vekom. Niektoré štúdie ukázali, že ľudia so ZP majú vyšší výskyt rizikového správania ako je fajčenie, nesprávne stravovanie a fyzická inaktivita. Ľudia so ZP sú aj častejšie vystavovaní násiliu.

Nesplnené potreby v oblasti rehabilitačných služieb (vrátane asistenčných pomôcok) môžu viesť k horším výsledkom zdravotného stavu u ľudí so ZP, vrátane zhoršenia celkového zdravotného stavu, obmedzenia aktivít, obmedzenia zapájania do každodenného života a zníženej kvality života.

Nižšie vzdelanie

Je nižšia pravdepodobnosť, že sa deti so ZP zaradia do školskej dochádzky, ako ich rovesníci bez ZP a menej často v škole zostávajú a pokračujú v štúdiu. Chýbanie ukončeného vzdelania nájdeme

vo všetkých vekových skupinách v krajinách s nízkymi aj vysokými príjmami, pričom v chudobnejších krajinách je tento moment výraznejší. Rozdiel medzi deťmi so ZP a deťmi bez ZP, ktoré navštevujú základnú školu, je od 10% v Indii po 60% v Indonézii. Rozdiely v návštevnosti školy, pokiaľ ide o stredoškolskú dochádzku, sú od 15% v Kambodži po 58% v Indonézii (24). Aj v krajinách s vysokým podielom školskej dochádzky v rámci základných škôl, ako napríklad v krajinách východnej Európy, mnohé deti so ZP nenavštevujú školu.

Nižšia ekonomická účasť

U ľudí so ZP existuje vyššia pravdepodobnosť, že budú nezamestnaní a že budú všeobecne menej zarábať, aj keď sú zamestnaní. Podľa údajov svetového prieskumu zdravia je nižšia zamestnanosť u mužov so ZP (53%) ako u mužov bez ZP (65%) a u žien so ZP (20%) než u žien bez ZP (30%). Najnovšia štúdia OECD (25) ukázala, že v 27 krajinách boli osoby so ZP v produktívnom veku výrazne znevýhodnené na pracovnom trhu a mali horšie výsledky na pracovnom trhu ako ľudia v produktívnom veku bez ZP. Vo všeobecnosti ich zamestnanosť (44%) predstavovala len niečo vyše polovice zamestnanosti osôb bez ZP (75%). Výskyt inaktivity bol zhruba 2,5 krát vyšší než u osôb bez ZP (49% a 20%).

Vyšší výskyt chudoby

Preto sú ľudia so ZP častejšie chudobní ako ľudia bez ZP. V priemere majú osoby so ZP a domácnosti s členom so ZP vyššiu mieru depri-

vácie – vrátane neistoty jedla, slabého bývania, chýbania dostupnosti k bezpečnej vode a hygienickým zariadeniam, ako aj nedostatočný prístup k zdravotnej starostlivosti ako osoby a domácnosti bez ZP.

Ľudia so ZP môžu mať dodatočné náklady na osobnú podporu alebo lekársku starostlivosť či zdravotnícke pomôcky. Vzhľadom na tieto vyššie náklady na osobnú starostlivosť je vyššia pravdepodobnosť, že ľudia so ZP a ich domácnosti budú chudobnejšie ako ľudia bez ZP s podobnými príjmami. Ľudia so ZP v krajinách s nízkymi príjmami majú o 50% vyššiu pravdepodobnosť, že budú mať katastrofické výdavky na zdravotnú starostlivosť ako ľudia bez ZP.

Zvýšená odkázanosť a obmedzená účasť

Pre spoliehanie sa na inštitucionálne riešenia, pre nedostatok bývania v komunite a pre nedostatočné služby sú ľudia so ZP v izolácii a v stave odkázanosti na pomoc druhých. Prieskum 1505 dospelých ľudí so ZP v USA ukázal, že 42% nevedelo vstať z postele alebo zo stoličky, nakoľko nebol k dispozícii nikto, kto by im pomohol (26). Popisuje sa, že v ústavných zariadeniach nemajú ľudia so ZP dostatok autonómie, sú segregovaní od širšej komunity a ich ľudské práva sú porušované.

Najviac podpory prichádza zo strany rodinných príslušníkov alebo sociálnych sietí. Ale výlučná odkázanosť na neformálnu podporu môže mať nežiaduce dôsledky pre opatrovateľov, vrátane stresu, izolácie a straty sociálno-ekonomických príležitostí. Tieto ťažkosti sa zvyšujú s vekom rodinných príslušníkov. V USA členovia rodín s deťmi so ZP pracujú menej hodín ako iné rodiny

a je vyššia pravdepodobnosť, že títo ľudia opustia svoje zamestnanie, majú viac finančných problémov a zriedkavo si nájdu nové zamestnanie.

Riešenie bariér a nerovností

Táto správa syntetizuje najlepšie dostupné dôkazy o tom, ako prekonať prekážky, s ktorými sa stretávajú ľudia so ZP v zdravotníctve, rehabilitácii, podpore a asistencii, prostredí, vzdelávaní a zamestnaní. Podrobné informácie nájdete v jednotlivých kapitolách tejto správy. Prehľad poukazuje na to, ktorým smerom sa treba uberať, aby sa zlepšili životy ľudí so ZP v súlade s CRPD.

Riešenie bariér v zdravotníctve

Ak budú zdravotnícke systémy na všetkých úrovniach inkluzívne, a ak sa budú tvoriť programy verejného zdravotníctva dostupné pre ľudí so ZP, potom sa znížia nerovnosti v zdravotnom stave a v uspokojovaní potrieb. Bolo prijatých viacero rôznorodých opatrení za účelom prekonať fyzické, komunikačné a informačné bariéry v bežných zdravotníckych zariadeniach, ako napríklad štrukturálne zmeny v zariadeniach, používanie zariadení s univerzálnymi znakmi dizajnu, komunikácia informácií v primeranom formáte, prispôsobenie systémov odosielania na vyšetrenia a používanie alternatívnych modelov poskytovania služieb. Rehabilitačné programy v komunite sú úspešné aj v prostredí s nižšími zdrojmi a umožňujú prístup ľuďom so ZP k existujúcim

službám a podporujú preventívne zdravotnícke služby. V krajinách s vysokými príjmami sú prístupy pre ZP ľudí a štandardy kvality zapracované do zmlúv so súkromnými, verejnými a dobrovoľnými poskytovateľmi služieb. Opatrenia ako cielené služby, rozvoj individuálnych plánov zdravotnej starostlivosti a určenie koordinátora starostlivosti môžu byť prístupné aj ľuďom s komplexnými zdravotnými potrebami a k ťažko dosiahnuteľným skupinám. Ľudia so zdravotným postihnutím by mali využívať služby tímov primárnej starostlivosti, ale keď je potrebné zabezpečiť komplexnú zdravotnú starostlivosť, mali by byť k dispozícii špecializované služby, organizácie a inštitúcie.

Aby sa zlepšili postoje, vedomosti a schopnosti poskytovateľov služieb, potom by vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov malo obsahovať aj príslušné informácie o ZP. K zlepšeniu vedomostí a postojov je dôležité zapojenie ľudí so ZP do vedenia vzdelávania a tréningov. Pre zlepšenie zdravotného stavu sa ukázalo ako efektívne posilnenie postavenia ľudí so ZP prostredníctvom kurzov seba manažmentu, svojpomocných skupín a poskytovania informácií, čo môže znižovať náklady na zdravotníctvo.

Je veľa finančných možností, ktoré dokážu zlepšiť pokrytie a finančnú dostupnosť zdravotníckych služieb. Medzi ne patrí aj zabezpečenie, že poistenie a doplatky za zdravotnícke služby sa stanú finančne prístupné aj pre ľudí so ZP. U ľudí so ZP, ktorí nemajú iné zdroje financovania zdravotnej starostlivosti, môže zlepšiť využívanie zdravotníckych služieb zlepšiť zníženie platieb v hotovosti a poskytnutie podpory príjmu na úhradu nepriamych nákladov. K zlepšeniu služieb môžu povzbudiť poskytovateľov zdravotnej starostlivosti rôzne finančné motivácie v tom. V rozvojových krajinách s efektívnou primárnou starostlivosťou a mechanizmami

vyplácania môžu hotovostné prevody účelovo viazané na využitie zdravotnej starostlivosti, zlepšiť využívanie takýchto služieb.

Riešenie bariér v rehabilitácii

Rehabilitácia je dobrá investícia, pretože buduje ľudskú kapacitu. Mala by byť zapracovaná do všeobecnej legislatívy v zdravotníctve, zamestnanosti, vzdelávaní a sociálnych službách a do špecifickej legislatívy týkajúcej sa ľudí so ZP. Pri tvorbe politiky by mala byť zdôrazňovaná včasná intervencia, priaznivý účinok rehabilitácie, aby sa zlepšila výkonnosť ľudí s rozličnej zdravotnej kondícií a aby sa zlepšilo poskytovanie služieb čo najbližšie k ľuďom.

V už vybudovaných službách sa treba zamerať na zlepšenie efektivity a účinnosti rozšírením pokrytia a zlepšovaním kvality a dostupnosti. V prostredí s menšími zdrojmi sa treba zamerať na zrýchlenie poskytovania služieb prostredníctvom rehabilitácie v komunite, doplnenej o odporúčania na sekundárne služby. Integrácia rehabilitácie do zariadení primárnej a sekundárnej zdravotnej starostlivosti môže zlepšiť dostupnosť. Systémy zamerané na rôzne spôsoby poskytovania služieb (ústavná, ambulantná a domáca starostlivosť) a poskytovanie služieb na rôznych úrovniach (zariadenia primárnej, sekundárnej a terciárnej starostlivosti) môžu zlepšiť prístup k službám. Intervencia vo forme rehabilitácie poskytovanej v komunitách je dôležitou súčasťou pokračovania starostlivosti.

Zvýšenie dostupnosti asistenčnej technológie podporuje nezávislosť, zlepšuje zapájanie ľudí so ZP a môže znížiť aj náklady na starostlivosť a podporu. Aby sa zabezpečilo, že asistenčné pomôcky sú vhodné, musia sa hodiť ako do prostredia, tak pre užívateľa

a musia byť primerane obnovované. Prístup k asistenčnej technológii sa dá zlepšiť úsporami z rozsahu, výrobou a zhromažďovaním výrobkov na miestnej úrovni a znížením dovozových daní.

Vzhľadom na nedostatok odborných rehabilitačných pracovníkov je potrebné viac školiacej kapacity. Môžu to byť školenia zmiešané alebo na odstupňovaných úrovniach. Komplexná práca v oblastiach s menšími zdrojmi si vyžaduje univerzitné alebo silné technické vzdelanie. Školiace programy strednej úrovne môžu byť prvým krokom k riešeniu nedostatkov v rehabilitačnom personáli v rozvojových krajinách alebo ku kompenzovaniu problémov s nábormom personálu vyššej úrovne v rozvinutých krajinách. Výcvik pracovníkov v komunite môže riešiť geografickú dostupnosť a odpovedať na nedostatok pracovných síl a geografické rozptýlenie. Použitie mechanizmov a motivačných stimulov na udržanie personálu môže pomôcť v tom, aby sa starostlivosť poskytovala kontinuálne.

Finančné stratégie, spolu s tými, ktoré prekonávajú bariéry v zdravotnej starostlivosti, zahŕňajú redistribúciu a reorganizáciu existujúcich služieb (napríklad z nemocnice do služieb v komunite), medzinárodnú spoluprácu (vrátane rehabilitácie ako pomoci pri humanitárnych krízach), verejno-súkromné partnerstvá a ciele financovanie chudobných ľudí so ZP.

Riešenie bariér v podpore a asistenčných službách

Prechod do bývania v komunite, poskytovanie širokého rozsahu podporných a asistenčných služieb a podpora neformálnych opatrovateľov zlepšuje nezávislosť a umožňuje ľuďom so ZP a ich členom rodiny zúčastňovať sa na ekonomických a sociálnych aktivitách.

Ak chceme, aby ľudia so ZP žili v komunitách, treba, aby odišli z ústavných zariadení a mali široký výber podporných a asistenčných služieb v komunitách – vrátane dennej starostlivosti, náhradnej starostlivosti a podpory doma. Krajiny by mali prechod na komunitný model starostlivo plánovať a mali by mať k tomu dostatok finančných a ľudských zdrojov. Ak sú komunitné služby dobre plánované a nájdú sa vhodné zdroje, dosahujú sa lepšie výsledky, ale nemusí ísť o lacnejšie riešenie. Vláda môže zvážiť rôzne finančné opatrenia, vrátane zazmluvnenie služieb súkromných poskytovateľov, ponúkať daňové stimuly a poskytovať individualizované rozpočty ľuďom so ZP a ich rodinám, aby si nakupovali služby priamo.

Medzi sľubné vládne stratégie patrí spravodlivé hodnotenie ZP a jasné kritériá oprávnenosti; regulácia poskytovania služieb – vrátane stanovenia štandardov a ich posilňovania; financovanie služieb pre ľudí so ZP, ktorí si nemôžu dovoliť ich kúpiť; a tam, kde je to potrebné, priame poskytovanie služieb. Koordinácia medzi zdravotným, sociálnym a domácim sektorom môže zabezpečiť primeranú podporu a znížiť zraniteľnosť týchto skupín. Výsledky služieb sa môžu zlepšiť, keď sa poskytovatelia zodpovedajú priamo spotrebiteľom a ich vzťah je regulovaný formálnou úpravou; keď sú spotrebiteľia zapájaní do rozhodnutí o druhu služby; a keď sú služby šité na jednotlivca, a nie sú to agentúrne kontrolované služby „jedna veľkosť pre všetkých“. Výcvik na podporu pracovníkov a užívateľov môže zlepšiť kvalitu služieb a skúsenosti užívateľov.

V krajinách s nízkymi a strednými príjmami môže poskytovanie služieb prostredníctvom organizácií občianskej spoločnosti rozšíriť ich pokrytie a rozsah. Komunitné rehabilitačné programy sa ukázali ako efektívne v poskytovaní služieb v najchudobnejších oblastiach s nedostatkom služieb. Poskytovanie informácií, finančná podpora a od-

lahčováca starostlivosť sú prínosom pre neformálnych opatrovateľov, ktorí poskytujú väčšiu časť podpory pre ľudí so ZP na celom svete.

Vytváranie priaznivého prostredia

Odstaňovanie bariér vo verejných ubytovacích zariadeniach, doprave, informovanosti a v komunikácii umožní ľuďom so ZP zúčastňovať sa na vzdelávacom procese, zamestnaní a spoločenskom živote a zníži ich izoláciu a závislosť. Vo všetkých oblastiach medzi kľúčové požiadavky na riešenie dostupnosti a zníženie negatívnych postojov patrí prístup k normám, spolupráca medzi verejným a súkromným sektorom, vedúca agentúra zodpovedná za koordináciu implementácie; školenia v dostupnosti; univerzálny dizajn pre plánovačov, architektov a dizajnérov; účasť užívateľov; a verejné vzdelávanie.

Skúsenosti ukazujú, že na odstránenie bariér z budov treba povinné minimálne štandardy posilniť legislatívou. K normám treba pristupovať systematicky, na základe dôkazov, tento prístup musí byť relevantný pre rôzne nastavenia a musí byť pritom zabezpečená účasť ľudí so ZP. Audity dostupnosti, ktoré robia organizácie ľudí so ZP, môžu zvýšiť vzájomný súlad. Strategickým plánovaním s prioritami a rastúcimi ambicióznymi cieľmi sa môže najlepšie využiť obmedzené zdroje. Napríklad zamerať sa najprv na dostupnosť v nových verejných budovách – 1% extra výdavkov na to, aby nové budovy vyhoveli normám, je lacnejšie, ako meniť existujúce budovy, a potom rozšíriť pokrytie zákonmi a štandardmi, aby sa zlepšenie dostupnosti zabezpečilo aj v existujúcich verejných budovách.

Pokiaľ ide o dopravu, cieľ kontinuity dostupnosti v cestovateľskom reťazci sa dá dosiahnuť stanovením počiatočných priorít

pomocou konzultácií s ľuďmi so ZP poskytovateľmi služieb; zavedením dostupnosti do pravidelných projektov údržby a zlepšovania; a rozvíjaním nízkonákladových univerzálnych zlepšení dizajnu, ktoré majú za následok preukázateľné prínosy pre široký rozsah cestujúcich. V rozvojových krajinách sa rýchlo zavádzajú dostupné, ale rýchle dopravné systémy. Významnou súčasťou integrovaného dostupného dopravného systému sú dostupné taxíky, pretože sú odpoveďou na dopyt. Okrem toho je potrebný aj výcvik personálu, spolu s finančnou podporou zo strany vlády a zavedením zníženého alebo voľného cestovného pre ľudí so ZP. Rampy a prechody pre chodcov zlepšujú bezpečnosť a zabezpečujú dostupnosť.

Cesty k informovanosti a komunikačnej technológii zahŕňajú zvyšovanie povedomia, prijímanie legislatívy a nariadení, rozvoj noriem a ponuky školení. Služby ako telefóny pre nepočujúcich, titulky v televíznych prenosoch, preklad do znakovkej reči a dostupné formáty pre získavanie informácií umožnia zapájanie ľudí so ZP do bežného života. Lepšia dostupnosť k informačnej a komunikačnej technológii sa dá dosiahnuť spojením regulácie trhu a antidiskriminačných prístupov spolu s relevantnými perspektívami o ochrane spotrebiteľa a verejného obstarávania. Krajiny so silnou legislatívou a kontrolnými mechanizmami dosahujú lepší prístup k informačným a komunikačným technológiam, ale regulácia musí držať krok s technologickou inováciou.

Riešenie bariér vo vzdelávaní

Začleňovanie detí so ZP do bežných škôl podporuje univerzálne základné vzdelanie, je nákladovo efektívne a prispieva k eliminácii diskriminácie.

Začleňovanie detí so ZP do vzdelávacieho procesu si vyžaduje zmeny systému v školách. Úspech inkluzívneho vzdelávania závisí v značnej miere od ochoty krajiny prijať vhodnú legislatívu; stanoviť jasné politické smerovanie; rozvíjať národné akčné plány; vybudovať infraštruktúru a kapacitu pre implementáciu; a využívať dlhodobé financovanie. Zabezpečiť deťom so ZP rovnakú úroveň vzdelania ako majú ich rovesníci si vyžaduje zvýšené financovanie.

Vytvoriť prostredie s inkluzívnou výučbou pomôže deťom v učení a naplnení ich potenciálu. Vzdelávacie systémy musia prijať prístupy viac orientované na žiaka so zmenami v učebnom pláne, výučbových metódach a materiáloch, v hodnotiacich a skúšobných systémoch. Mnohé krajiny prijali individuálne vzdelávacie plány ako nástroj na podporu začlenenia detí so ZP vo vzdelávacích zariadeniach. Mnohé fyzické bariéry, s ktorými sa deti so ZP stretávajú vo vzdelávaní, sa dajú ľahko prekonať pomocou jednoduchých opatrení, napríklad vo forme zmien vo vybavení triedy. Niektoré deti budú potrebovať dodatočné podporné služby, vrátane špeciálnych pedagógov, triednych asistentov a terapeutických služieb.

Moderné vzdelávanie učiteľov môže zlepšiť ich dôveru a schopnosti vo vzdelávaní detí so ZP. Princípy inklúzie by sa mali začleniť do školiacich programov pre učiteľov a mali by byť sprevádzané ďalšími iniciatívami, ktoré poskytujú učiteľom možnosti zdieľať odbornosť a skúsenosti s inkluzívnym vzdelávaním.

Riešenie bariér v zamestnaní

Antidiskriminačné zákony predstavujú štartovací bod pre podporu inklúzie ľudí so ZP v zamestnaní. Tam, kde sú zamestnávateľia

nútení podľa zákona urobiť vhodné zmeny – ako prispôbiť nábor pracovníkov a výberové procesy, upraviť pracovné prostredie, upraviť pracovný čas a umožniť asistenčnú technológiu, to všetko znižuje diskrimináciu v zamestnaní, zvyšuje prístup na pracovisko a mení vnímanie ľudí so ZP, že sú schopní produktívne pracovať. Treba zvažovať rôzne finančné opatrenia, ako daňové stimuly a financovanie vhodných ubytovacích zariadení, aby sa znížili dodatočné náklady, ktoré by ináč museli znášať zamestnanci a zamestnávateľa.

Okrem všeobecného odborného výcviku sa rovesnícky výcvik, práca s inštruktormi a včasná intervencia ukazujú ako sľubné pri zlepšovaní schopností ľudí so ZP. Rehabilitácia v mieste bydliska môže zlepšiť aj schopnosti a postoje, podporiť výcvik v zamestnaní a poskytovať poradenstvo pre zamestnancov. Užívateľom riadené služby zamestnanosti pre ľudí so ZP zlepšili výcvik a zamestnanosť v niektorých krajinách.

U ľudí, u ktorých vzniklo ZP počas pracovného procesu, zlepšili návratnosť do práce opatrenia ako manažment prípadov, vzdelávanie supervízorov, úpravy pracoviska, včasný návrat do práce s primeranou podporou. U niektorých ľudí so ZP, vrátane tých, ktorí majú veľké problémy s výkonnosťou, podporné programy v zamestnaní uľahčujú rozvoj zručností a zamestnanosť. Tieto programy môžu zahŕňať koučovanie zamestnania, špecializovaný výcvik v práci, individuálnu supervíziu, dopravu a asistenčnú technológiu. Tam, kde prevláda neformálna ekonomika, je dôležité podporovať u ľudí so ZP samo zamestnávanie a uľahčovanie prístupu k mikroúverom prostredníctvom lepšieho dosahu, dostupných informácií a vlastných úverových podmienok.

Bežné programy sociálnej ochrany by mali myslieť aj na ľudí so ZP a podporovať ich návrat do práce. Medzi možnosti politiky patrí

oddelenie prvkov podpory príjmu od prvkov kompenzácie dodatočných výdavkov súvisiacich so zdravotným postihnutím, ako napríklad náklady na cestu do práce a náklady na pomôcky; využitie časovo ohraničených dávok; a zabezpečenie, že sa oplatí pracovať.

Odporúčania

Aj keď mnohé krajiny začali konať, aby zlepšili životy ľudí so ZP, je toho ešte veľa, čo treba urobiť. Dôkazy v tejto správe naznačujú, že veľa prekážkam, ktorým čelia ľudia so ZP, sa dá vyhnúť a že nevýhody, ktoré súvisia so ZP, sa dajú prekonať. Uvádzame deväť prierezových odporúčaní, s konkrétnejšími odporúčaniami na konci každej kapitoly.

Ich implementácia si vyžaduje zapojenie rôznych sektorov – zdravotníckeho, vzdelávania, sociálnej ochrany, práce, dopravy, bývania – a rôznych hráčov – vlády, organizácií občianskej spoločnosti (vrátane organizácií ľudí so ZP), odborníkov, súkromného sektora, jednotlivcov so ZP a ich rodín, celkovú verejnosť, súkromný sektor a médiá.

Je dôležité, aby si každá krajina vyberala svoje aktivity s ohľadom na špecifické súvislosti. Krajiny s obmedzenými zdrojmi môžu niektoré prioritné aktivity, najmä tie, ktoré si vyžadujú technickú pomoc a budovanie kapacít, zabezpečovať v rámci medzinárodnej spolupráce.

Odporúčanie č. 1: umožniť prístup ku všetkým bežným systémom a službám

Ľudia so ZP majú obyčajné potreby – zdravie a blaho, ekonomickú a sociálnu bezpečnosť, učiť sa a rozvíjať svoje zručnosti. Tieto potreby sa môžu plniť pomocou bežných programov a služieb.

Uplatňovanie spravodlivého a rovnocenného prístupu (mainstreaming) je proces, v ktorom vlády a ostatné zainteresované subjekty prekonávajú bariéry, ktoré vylučujú ľudí so ZP z rovnakej

účasti na všetkých činnostiach, ktoré sú určené verejnosti, ako je vzdelávanie, zdravotníctvo, zamestnanosť a sociálne služby. Dosiahnutie tohto cieľa si môže vyžadovať zmeny v zákonoch, politike, inštitúciách a v základných rámcoch. Uplatňovaním rovnocenného prístupu sa nielen plne dodržiavajú ľudské práva ľudí so ZP, ale môže ísť aj nákladovo efektívnejšie riešenia.

Tento proces vyžaduje zapojenie na všetkých úrovniach – vo všetkých sektoroch a jeho zabudovanie do novej a existujúcej legislatívy, noriem, politiky a plánov. Prijatie univerzálneho dizajnu a implementácia primeraných ubytovacích zariadení sú dva dôležité prístupy. Uplatňovanie rovnocenného prístupu si vyžaduje aj efektívne plánovanie, primerané ľudské zdroje a dostatočné finančné investície – sprevádzané špecifickými opatreniami, ako sú ciele programy a služby (viď odporúčanie č. 2) na zabezpečenie toho, aby sa rôznorodým potrebám ľudí so ZP vychádzalo primerane v ústrety.

Odporúčanie č. 2: Investovať do špecifických programov a služieb pre ľudí so ZP

Okrem bežných služieb môžu niektorí ľudia so ZP potrebovať aj špecifické opatrenia, ako je rehabilitácia, podporené služby alebo školenia.

Rehabilitácia – vrátane asistenčnej technológie ako sú invalidné vozíky alebo pomôcky pre nepočujúcich – zlepšuje výkonnosť a nezávislosť. Celý rad dobre regulovanej asistencie a podporných služieb v komunite môže plniť potreby starostlivosti, umožniť ľuďom žiť nezávisle a zúčastňovať sa na ekonomickom, sociálnom a kultúrnom živote vo svojej komunite. Odborná rehabilitácia a výcvik môžu otvárať možnosti na pracovnom trhu.

Potrebuje nielen viac služieb, ale aj lepšie, dostupnejšie. flexibilnejšie, integrované a dobre koordinované multidisciplinárne služby, najmä v čase prechodu od služieb pre deti po služby pre dospelých. Súčasný programy a služby treba prehodnotiť, posúdiť ich výkonnosť a urobiť zmeny na zlepšenie ich pokrytia, účinnosti a efektivity. Zmeny by mali vychádzať z pevných základov, ktoré zodpovedajú primeraných kultúrnych a iným miestnym rozdielom a sú vyskúšané v miestnych podmienkach.

Odporúčanie č. 3: prijatie národnej stratégie ZP a akčného plánu

Národná stratégia ZP stanovuje konsolidovaný a komplexný dlhodobý výhľad zlepšenia blaha osôb so ZP a mala by zahŕňať ako politiku bežnej dostupnosti a programových oblastí, tak špecifické služby pre ľudí so ZP. Pri rozvoji, implementácii a kontrole národnej stratégie sa spája celý rad sektorov a zainteresovaných subjektov.

Akčný plán plní stratégiu v krátkodobom a strednodobom výhľade tak, že predkladá konkrétne aktivity a časové horizonty pre implementáciu, definíciu cieľov, delegovanie úloh na zodpovedné subjekty, plánovanie a alokáciu potrebných zdrojov. Stratégia a akčný plán by mali byť podrobené situačnej analýze, berúc do úvahy faktory ako je prevalencia ZP, potreby služieb, sociálny a ekonomický stav, efektivita a spoločenské prekážky. Potrebuje mechanizmy na jasné pomenovanie toho, kto má zodpovednosť za koordináciu, tvorbu rozhodnutí, pravidelné kontroly a hlásenia a kontrolu zdrojov.

Odporúčanie č. 4: Zapájať ľudí so ZP

Ľudia so ZP majú často jedinečné pohľady na svoje ZP a svoju situáciu. Pri tvorbe a implementácii politík, zákonov a služieb by sa mali oslovovať a aktívne zapájať ľudia so ZP. Pre organizácie ľudí so ZP je potrebné budovať kapacity a podporu na posilnenie ľudí so ZP a obhajovanie ich potrieb.

Ľudia so ZP majú právo získať kontrolu nad svojím životom a preto ich treba oslovovať s témami, ktoré sa ich priamo dotýkajú – či už ide o zdravotný stav, vzdelávanie, rehabilitáciu alebo o život v komunite. Podporovaná tvorba rozhodnutí umožňuje niektorým ľuďom vyjadriť svoje potreby a možnosti.

Odporúčanie č 5: Zlepšovať kapacitu ľudských zdrojov

Kapacita ľudských zdrojov sa dá zlepšovať pomocou efektívneho vzdelávania, školení a náborov. Prehľad vedomostí a kompetencií personálu v príslušných oblastiach môže byť štartovacím bodom pre rozvoj primeraných opatrení na ich zlepšenie. Relevantné školenia o ZP, ktoré obsahujú aj princípy ľudských práv, by sa mali zapracovať do súčasnej výučby a akreditačných programov. Pracovníci v praxi, ktorí poskytujú a riadia služby, by mali absolvovať doškoloňovacie kurzy. Ide napríklad o posilnenie kapacít medzi primárnymi zdravotníckymi pracovníkmi a zabezpečenie dostupnosti špecializovaného personálu tam, kde je to potrebné, čo prispieva k efektívnemu a finančne dostupnému zdravotníctvu pre ľudí so ZP.

Mnohé krajiny majú málo terénnych pracovníkov, naprí-

klad v rehabilitácii a špeciálnom vzdelávaní. Rozvoj štandardov vo výcviku pre rôzne druhy a úrovne personálu môže pomôcť pri riešení nedostatkov v zdrojoch. V niektorých zariadeniach a sektoroch je vhodné zaviesť opatrenia na zlepšenie udržania personálu.

Odporúčanie č. 6: Zaviesť primerané financovanie a zlepšiť dostupnosť

Na zabezpečenie toho, aby sa všetky cielené skupiny dostali ku službám a aby poskytované služby boli kvalitné, je potrebné primerané a udržateľné financovanie verejných služieb. Zazmluvňovanie služieb, podpora verejno-súkromných partnerstiev a poskytovanie individualizovaných finančných rozpočtov pre osoby so ZP, aby si mohli ako spotrebitelia riadiť starostlivosť, môže prispieť k lepšiemu poskytovaniu služieb. Počas formulovania národnej stratégie ZP a s ňou súvisiacich akčných plánov treba brať do úvahy dostupnosť a udržateľnosť navrhovaných opatrení a primerane ich financovať.

Pre zlepšenie finančnej dostupnosti tovarov a služieb pre ľudí so ZPa vyrovňovanie zvýšených výdavkov spojených so ZP, sa treba zamyslieť nad rozširovaním pokrytia zdravotného a sociálneho poistenia, aby sa zabezpečilo, že chudobné a zraniteľné osoby so ZP budú môcť využívať programy sociálnej ochrany siete zamerané na chudobné skupiny, že sa zavedenie odpustenia poplatkov, znížené cestovné v doprave a znížené dovozové dane a clo na trvanlivé medicínske tovary a asistenčné technológie.

Odporúčanie č. 7: Zvyšovať verejné povedomie a porozumenie

Vzájomný rešpekt a porozumenie prispievajú k inkluzívnej spoločnosti. Preto je mimoriadne dôležité zlepšiť verejné páchanie ZP, konfrontovať negatívne vnímanie a zabezpečiť spravodlivé zastúpenie jednotlivých druhov ZP. Zbieranie informácií o vedomostiach, názoroch a postojoch k ZP môže pomôcť pomenovať nedostatky vo verejnom vnímaní, ktoré sa dajú prekonať pomocou vzdelávania a verejných informácií. Vlády, dobrovoľnícke organizácie a profesionálne asociácie by mali uvažovať nad organizovaním kampaní sociálneho marketingu, ktoré menia postoje k stigmatizovaným témam ako je HIV, duševné ochorenia a lepra. Zapojenie médií, ako aj šírenie pozitívnych príhod o ľuďoch so ZP a ich rodinách, sú pre úspech takýchto kampaní kľúčové.

Odporúčanie č. 8: Zlepšenie zberu údajov o ZP

Na medzinárodnej úrovni treba rozvíjať metodiky na zber údajov o ľuďoch so ZP, vyskúšať ich v rôznych kultúrnych podmienkach a potom dôkladne uplatňovať. Údaje treba štandardizovať a musia byť porovnateľné, aby sa mohol robiť benchmarking a sledovať pokrok v politikách ZP a v implementácii CRPD na národnej a medzinárodnej úrovni.

Na národnej úrovni by sa malo ZP zahrnúť do zberu údajov. Jednotné definície ZP vychádzajúce z Medzinárodnej štatistickej klasifikácie chorôb umožňujú údaje medzinárodne porovnávať. Prvým

krakom môže byť zbieranie celoštátnych údajov o sčítaní obyvateľstva v súlade s odporúčaniami Washingtonskej skupiny ZP OSN a Štatistickej komisie OSN. Nákladovo efektívnym a účinným prístupom je zahrnúť otázky o ZP – alebo modul ZP – do existujúcich prieskumov. Údaje sa musia aj rozložiť podľa charakteristiky populácie, aby sa odhalili charakteristiky, trendy a informácie o osobách so ZP. Komplexnejšie informácie o charakteristike ZP prinášajú tiež účelové prieskumy ZP, napríklad o prevalencii chorobných stavov pri ZP, využití a potrebe služieb, kvalite života, možnostiach a potrebách rehabilitácie.

Odporúčanie č. 9: Posilniť a podporiť výskum ZP

Pre lepšie vnímanie otázok ZP, informovanosť o politike a programoch ZP je kľúčový výskum a účinné rozloženie zdrojov.

Táto správa odporúča oblasti výskumu ZP, vrátane dopadu environmentálnych faktorov (politik, fyzického prostredia, postojov) na ZP a ako ho merať; kvalitu života a blaho ľudí so ZP; ako sa prekonávajú bariéry v rôznych kontextoch; a efektívnosť a výsledky služieb a programov pre osoby so ZP.

Je potrebné vybudovať kritické množstvo vyškolených výskumných pracovníkov. Treba posilniť výskum v mnohých disciplínach, vrátane epidemiológie, štúdií o ZP, zdravotníctve, rehabilitácie, špeciálnej pedagogiky, ekonomiky, sociológie a verejnej politiky. Možnosti medzinárodného vzdelávania a výskumu, spájanie univerzít v rozvojových krajinách s univerzitami v krajinách s vysokými a strednými príjmami môže tiež byť užitočné.

Premietnuť odporúčania do praxe

Na implementáciu odporúčaní sa vyžaduje pevný záväzok a aktivity celého radu zainteresovaných subjektov. Najvýznamnejšiu úlohu majú národné vlády, ale aj ostatné subjekty hrajú dôležité úlohy. Uvádzame prehľad aktivít rôznych zainteresovaných subjektov.

Vlády môžu:

- Preskúmať a revidovať súčasnú legislatívu a politiky, ktoré sa musia zhodovať s CRPD; preskúmať a revidovať súlad a mechanizmy vymožitelnosti.
- Preskúmať moderné inkluzívne politiky, politiky zamerané na ZP, za účelom pomenovania ich nedostatkov a bariér a na ich riešenie vypracovať akčné plány.
- Vypracovať národnú stratégiu ZPa, v ktorom budú stanovené jasné hranice zodpovednosti a mechanizmy koordinácie, kontroly a poskytovania správ v jednotlivých sektoroch.
- Regulovať poskytovanie služieb zavádzaním štandardov, kontrolou a posilňovaním ich dodržiavania.
- Pridelovať primerané zdroje už existujúcim verejným službám a primerane financovať implementáciu národnej stratégie ZP a akčného plánu.
- Prijíť národné štandardy dostupnosti a zabezpečiť ich dodržiavanie v nových budovách, v doprave a v informovanosti a komunikácii.
- Zaviesť opatrenia na zabezpečenie toho, aby ľudia so ZP boli chránení pred chudobou a primerane využívali programy na zníženie chudoby.
- Začleniť ZP do národných systémov zberu údajov a získavať údaje členené podľa ZP všade tam, kde je to možné.

- Implementovať komunikačné kampane za účelom zvýšenia informovanosti verejnosti a porozumenia o ZP.
- Vybudovať kanály pre ľudí so ZP a tretie strany na podávanie sťažností na porušovanie ľudských práv a zákonov, ktoré nie sú implementované alebo uplatňované.

Agentúry OSN a rozvojové organizácie môžu:

- Začleniť ZP do programov rozvojovej pomoci za použitia dvojkoľajného prístupu.
- Vymieňať si informácie a koordinovať činnosti – dohodnúť sa na prioritách jednotlivých iniciatív, vyvodiť poučenia a znížiť duplicitu úsilia.
- Poskytovať technickú pomoc krajinám pri budovaní kapacít a posilňovaní doterajších politík, systémov a služieb – napríklad zdieľaním tovarov a sľubných postupov.
- Prispieť k rozvoju medzinárodne porovnateľných výskumných metodík.
- Pravidelne vkladať relevantné údaje o ZP do štatistických publikácií.

Organizácie ľudí so ZP môžu:

- Podporovať ľudí so ZP, aby si uvedomovali svoje právo žiť nezávisle a rozvíjať svoje schopnosti.
- Podporovať deti so ZP a ich rodiny, aby mali zabezpečené inkluzívne vzdelávanie.
- Zastupovať názory svojich ľudí voči tvorcom politík a poskytovateľom služieb na medzinárodnej, národnej a lokálnej úrovni a byť advokátom ich práv.
- Podporovať hodnotenie a kontrolu služieb a spolupracovať s výskumnými pracovníkmi na podpore aplikovaného výskumu, ktorý môže prispievať ku rozvoju služieb.

- Podporovať povedomie a porozumenie verejnosti o právach ľudí so ZP – napríklad pomocou kampaní a školení o rovnosti na základe ZP.
- Vykonávať audity životného prostredia, dopravy a iných systémov a služieb, za účelom odstránenia bariér.

Poskytovatelia služieb môžu:

- V spolupráci s miestnymi skupinami zaoberajúcimi sa ZP vykonávať audity prístupu, aby sa identifikovali fyzické a informačné bariéry, ktoré spôsobujú vylúčenie ľudí so ZP.
- Zabezpečiť, aby boli zamestnanci primerane vyškolení v otázkach ZP, školenia sa zavádzajú podľa potreby a užívateľia služieb sa podieľajú na ich príprave a poskytovaní.
- Rozvíjať individuálne plány služieb v konzultácii s ľuďmi so ZP a ich rodinami podľa potreby.
- Zaviesť manažment prípadov, systémy odosielania na vyšetrenia a elektronickú dokumentáciu za účelom koordinácie poskytovania služieb.
- Zabezpečiť, aby ľudia so ZP boli informovaní o svojich právach a mechanizmoch podávania sťažností.

Akademické inštitúcie môžu:

- Odstraňovať bariéry pri náboroch a účasti študentov a zamestnancov so ZP.
- Zabezpečiť, aby profesionálne školiace kurzy obsahovali dostatok informácií o ZP na základe princípov ľudských práv.
- Na základe konzultácií s organizáciami ľudí so ZP realizovať výskum o živote ľudí so ZP a o prekážkach, ktoré im znemožňujú bežný život.

Súkromný sektor môže:

- Podporovať zamestnanosť ľudí so ZP, zabezpečovať rovnocenný nábor pracovníkov, primerané úpravy pracovných podmienok a podporu zamestnancov, u ktorých vznikne ZP, pri návrate do práce.
- Odstraňovať bariéry prístupu ku mikrofinancovaniu, aby osoby so ZP mohli rozvíjať svoje vlastné podnikanie.
- Rozvíjať celý rad kvalitných podporných služieb pre ľudí so ZP a ich rodiny v rôznych fázach životného cyklu.
- Zabezpečiť, aby stavebné projekty, ako verejné ubytovanie, úrady a bývanie mali vhodný prístup pre osoby so ZP.
- Zabezpečiť, aby produkty, systémy a služby informačnej a komunikačnej technológie boli dostupné pre ľudí so ZP.

Komunity môžu:

- Odpovedať na výzvy a zlepšovať svoje vlastné názory a postoje.
- Podporovať začlenenie a účasť ľudí so ZP v komunite.
- Zabezpečiť, aby boli komunity prístupné pre ľudí so ZP, vrátane škôl, rekreačných oblastí a kultúrnych zariadení.
- Riešiť problémy násilia a zneužívania ľudí so ZP.

Ľudia so ZP a ich rodiny môžu:

- Podporovať iných ľudí so ZP pomocou rovesníckej podpory, informovanosti a poradenstva.
- Podporovať práva ľudí so ZP v rámci ich miestnych komunit.
- Zapájať sa so marketingových kampaní zvyšujúcich verejné povedomie.
- Zúčastňovať sa na fórach (medzinárodných, národných a lokálnych), ktoré budú určovať priority zmeny, ovplyvňovať politiku a formovať poskytovanie služieb.
- Zúčastňovať sa na výskumných projektoch.

Referencie

1. *The global burden of disease: 2004 update*. Geneva, World Health Organization, 2008.
2. Grech S. Living with disability in rural Guatemala: exploring connections and impacts on poverty. *International Journal of Disability, Community and Rehabilitation*, 2008, 7(2) (http://www.ijdc.ca/VOL07_02_CAN/articles/grech.shtml, accessed 4 August 2010).
3. Grammenos S. *Illness, disability and social inclusion*. Dublin, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2003 (<http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2003/35/en/1/ef0335en.pdf>, accessed 6 August 2010)
4. *World Health Survey*. Geneva, World Health Organization, 2002–2004 (<http://www.who.int/healthinfo/survey/en/>, accessed 9 December 2009)
5. United Nations Children’s Fund, University of Wisconsin. *Monitoring child disability in developing countries: results from the multiple indicator cluster surveys*. New York, United Nations Children’s Fund, 2008.
6. Bines H, Lei P, eds. *Education’s missing millions: including disabled children in education through EFA FTI processes and national sector plans*. Milton Keynes, World Vision UK, 2007 (http://www.worldvision.org.uk/upload/pdf/Education%27s_Missing_Millions_-_Main_Report.pdf, accessed 22 October 2009).
7. Eide AH et al. *Living conditions among people with activity limitations in Zimbabwe: a representative regional survey*. Oslo, SINTEF, 2003a (<http://www.safod.org/Images/LCZimbabwe.pdf>, accessed 9 November 2009).

8. Eide AH, van Rooy G, Loeb ME. *Living conditions among people with activity limitations in Namibia: a representative, national study*. Oslo, SINTEF, 2003b (<http://www.safod.org/Images/LCNamibia.pdf>, accessed 9 November 2009).
9. Loeb ME, Eide AH, eds. *Living conditions among people with activity limitations in Malawi: a national representative study*. Oslo, SINTEF, 2004 (<http://www.safod.org/Images/LCMalawi.pdf>, accessed 9 November 2009).
10. Eide A, Loeb M. *Living conditions among people with activity limitations in Zambia: a national representative study*. Oslo, SINTEF, 2006 (<http://www.sintef.no/upload/Helse/Levek%C3%A5r%20og%20tjenester/ZambiaLCweb.pdf>, accessed 15 February 2011).
11. *People with disabilities in India: from commitments to outcomes*. Washington, DC, World Bank, 2009.
12. McFarlane L, McLean J. Education and training for direct care workers. *Social Work Education*, 2003,22:385-399. doi:10.1080/02615470309140
13. Testing a disability question for the census. Canberra, Family and Community Statistics Section, Australian Bureau of Statistics, 2003.
14. Disability, ageing and carers: summary of findings, 2003 (No. 4430.0). Canberra, Australian Bureau of Statistics, 2004 (<http://tinyurl.com/ydr4pbh>, accessed 9 December 2009).
15. Disability supports in Canada, 2001: participation and activity limitation survey. Ottawa, Statistics Canada, 2001 (<http://www.statcan.ca/english/freepub/89-580-XIE/help.htm>, accessed 30 August 2007).

16. Supports and services for adults and children aged 5–14 with disabilities in Canada: an analysis of data on needs and gaps. Ottawa, Canadian Council on Social Development, 2004 (<http://www.socialunion.ca/pwd/title.html>, accessed 30 August 2007).
17. Living with disability in New Zealand: a descriptive analysis of results from the 2001 Household Disability Survey and the 2001 Disability Survey of Residential Facilities. Wellington, New Zealand Ministry of Health, 2004 (<http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/238fd5fb4fd051844c256669006aed57/8fd2a69286cd6715cc256f33007aade4?OpenDocument>, accessed 30 August 2007).
18. Kennedy J. Unmet and under met need for activities of daily living and instrumental activities of daily living assistance among adults with disabilities: estimates from the 1994 and 1995 disability follow-back surveys. *Medical Care*, 2001,39:1305-1312. doi:10.1097/00005650-200112000-00006 PMID:11717572
19. Regional report of the Americas 2004. Chicago, IL, International Disability Rights Monitor, 2004 (<http://www.idrmnet.org/content.cfm?id=5E5A75andm=3>, accessed 9 February 2010).
20. Regional report of Asia 2005. Chicago, IL, International Disability Rights Monitor, 2005 (<http://www.idrmnet.org/content.cfm?id=5E5A75andm=3>, accessed 9 February 2010).
21. Regional report of Europe 2007. Chicago, IL, International Disability Rights Monitor, 2007 (<http://www.idrmnet.org/content.cfm?id=5E5A75andm=3>, accessed 9 February 2010).
22. Michailakis D. Government action on disability policy: a global survey. Stockholm, Institute on Independent Living, 1997 (http://www.independentliving.org/standardrules/UN_Answers/UN.pdf, accessed 10 February 2010).

23. Hauland H, Allen C. Deaf people and human rights. Helsinki, World Federation of the Deaf and Swedish National Association of the Deaf, 2009.
24. Filmer D. Disability, poverty, and schooling in developing countries: results from 14 household surveys. *The World Bank Economic Review*, 2008,22:141-163. doi:10.1093/wber/lhm021
25. *Sickness, disability and work: breaking the barriers. A synthesis of findings across OECD countries.* Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2010.
26. *Understanding the health-care needs and experiences of people with disabilities.* Menlo Park, CA, Kaiser Family Foundation, 2003.