

STRATÉGIA PRE ZDRAVOTNE POSTIHNUTÝCH SO ZAMERANÍM NA ŠPECIFICKÚ SKUPINU ŠPORTOVCOV

Odborná štúdia k projektu PARALELA



Slovenský paralympijský
výbor



ZAMESTNANOSŤ
A SOCIÁLNA INKLÚZIA



Materiál bol vytvorený ako súčasť projektu s názvom PARALELA, kód ITMS:
27120230170 pre Slovenský paralympijský výbor.

Tento projekt sa realizuje vďaka podpore z Európskeho sociálneho fondu v rámci
Operačného programu Zamestnanosť a sociálna inklúzia.



Stratégia pre zdravotne postihnutých so zameraním na špecifickú skupinu športovcov

Autori:

Ján Sidor

Juraj Martaus

Ľuboš Dobrovič

Daniel Kotrč

Anna Fojtíková

Ján Riapoš

Alena Kánová

Eugen Laczo

Pavel Bílik

Editor:

Daniel Sitáš

Vydal v roku 2015:

A-Systems s.r.o. pre Slovenský paralympijský výbor



Materiál bol vytvorený ako súčasť projektu s názvom PARALELA, kód ITMS: 27120230170 pre Slovenský paralympijský výbor.

Tento projekt sa realizuje vďaka podpore z Európskeho sociálneho fondu v rámci Operačného programu Zamestnanosť a sociálna inklúzia.

Obsah

Úvod.....	6
1. Definovanie základných pojmov	8
2. Klasifikácia zdravotného znevýhodnenia	11
2.1. Mentálne znevýhodnenie	11
2.2. Telesné znevýhodnenie.....	12
2.3. Zrakové znevýhodnenie.....	13
2.4. Sluchové znevýhodnenie	14
2.5. Viacnásobné znevýhodnenie	15
3. Fakty o zdravotnom znevýhodnení	16
3.1. Zdravotné znevýhodnenie vo svete	16
3.2. Zdravotné znevýhodnenie v Európskej únii	17
3.3. Zdravotné znevýhodnenie vo Veľkej Británii	19
3.4. Zdravotné znevýhodnenie v Českej republike.....	21
3.4.1. Osoby so zdravotným znevýhodnením podľa veku a pohlavia v porovnaní s celkovou populáciou ČR.....	21
3.4.2. Vzdelanostná úroveň osôb so zdravotným znevýhodnením v ČR.....	22
3.4.3. Rodinný stav osôb so zdravotným znevýhodnením v ČR	23
3.4.4. Bývanie osôb so zdravotným znevýhodnením v ČR	24
3.4.5. Štatistické hodnoty zdravotného znevýhodnenia v ČR	26
3.4.6. Sociálne zabezpečenie osôb so zdravotným znevýhodnením v ČR	34
3.4.7. Zhrnutie problematiky zdravotného znevýhodnenia v ČR	35
4. Šport v živote zdravotne znevýhodneného človeka.....	39
4.1. Charakter športu a jeho postavenie v živote zdravotne znevýhodneného človeka....	39
4.2. Vrcholový šport a paralympizmus.....	40
4.3. Fenomén úspešnej integrácie športovcov so zdravotným znevýhodnením.....	42

5.	Legislatívna úprava problematiky občanov so zdravotným znevýhodnením	43
5.1.	Problematika zdravotne znevýhodnených v sieti noriem slovenského právneho poriadku.....	43
5.2.	Osoby so zdravotným znevýhodnením (nielen ideové zdroje slovenskej právnej úpravy)	45
5.3.	Ústava Slovenskej republiky ako základný právny rámec	47
5.4.	Legislatívny rámec postavenia športovcov so zdravotným znevýhodnením	50
6.	Financovanie športu zdravotne znevýhodnených	52
6.1.	Financovanie športu zdravotne znevýhodnených športovcov vo Veľkej Británii.....	52
6.2.	Financovanie športu zdravotne znevýhodnených športovcov v Českej republike	54
6.3.	Financovanie športu zdravotne znevýhodnených v Slovenskej republike	57
6.4.	Financovanie športu zdravotne znevýhodnených v kontexte nového zákona o športe	59
6.4.1.	Zákon o športe – nenaplnené očakávania?.....	62
7.	Štátne orgány a mimovládne organizácie v oblasti športu so zdravotným znevýhodnením	63
7.1.	Pôsobnosť štátnych orgánov v oblasti športu zdravotne znevýhodnených	63
7.2.	Štruktúra športu zdravotne znevýhodnených na úrovni mimovládnych organizácií	66
7.2.1.	Orgány územnej samosprávy	68
8.	Zamestnanosť u ľudí so zdravotným znevýhodnením	70
8.1.	Ekonomická aktivita osôb so zdravotným znevýhodnením v Českej republike	70
8.2.	Chránené dielne a pracoviská v Slovenskej republike	71
9.	Reprezentatívny prieskum problematiky zdravotne znevýhodnených v SR	80
9.1.	Metodológia prieskumu	81
9.2.	Výsledky prieskumu – respondenti so zdravotným znevýhodnením	82
9.3.	Komparácia respondentov so zdravotným znevýhodnením a respondentov bez zdravotného znevýhodnenia	86
10.	Odporúčania a návrh opatrení	95

10.1.	Odstránenie existujúcich bariér a nerovností	95
10.1.1.	Preklad odporúčaní a vytvorenie stratégie	100
10.2.	Preventívne opatrenia na zabránenie diskriminácie ZP osôb na trhu práce.....	103
10.3.	Návrh opatrení zameraných na športovcov so zdravotným znevýhodnením a ich aktiváciu na trhu práce	105
10.4.	Odporúčaná stratégia legislatívnych zmien a opatrení	106
	Záver.....	112
	Zoznam použitej literatúry	114
	Prílohy	119
	Príloha A - Výsledky reprezentatívneho dotazníkového prieskumu.....	120
	Príloha B - Kazuistika	124
	Príloha C - Životopis Ludwiga Guttmanna	134
	Príloha D – Citácie úspešných slovenských paralympionikov	142

Úvod

Sila myšlienky a slova je obrovská. Keď sa v rámci mojich športových a služobných ciest začala pevne usádzať v mojej hlave, netušil som, že ju budem môcť tak skoro zrealizovať aj v praxi. Inšpirácie v centrách pre zdravotne znevýhodnených po celom svete ma naviedli k myšlienke motivácie a využitia schopností našich zdravotne znevýhodnených športovcov pre nich samotných, pre ich rodinu, pre celú komunitu, pre naše Slovensko. Príklad je silnou motiváciou a už len príbehy našich paralympionikov sú inšpirujúce pre celú spoločnosť. Práve paralympijské hry v Londýne v roku 2012 ukázali, že hendikepovaní športovci vo svojom historickom návrate k zrodu myšlienky paralympionizmu motivovali celú Veľkú Britániu k zdravému životnému štýlu, pohybu, k schopnosti prekonať samého seba, k schopnosti dostať svoje znevýhodnenie na úroveň obrovského daru inšpirácie a motivácie.

Pohyb je dôležitá súčasť nášho života, vedeli to už staroveké národy a my toto poznanie v súčasnosti opäť kriesime. Pohybom sa neformuje len telo, ale telo, duch a CHARAKTER. To objavil barón Pierre de Coubertin, zakladateľ novodobých olympijských hier, keď oprášil myšlienku olympizmu z antického obdobia a uplatnil ju nielen vo vzťahu k olympiádam, ale aj ako pedagóg v školách, pri výchove zdravej a charakternej spoločnosti. Pridajme sa k tejto myšlienke a poďme aj v Slovenskej republike vychovávať mladú, zdravú, charakternú spoločnosť. Verím, že práve osobnou motiváciou a príkladom osobných príbehov päťdesiatich paralympionikov sa nám to podarí už v úvodnom pilotnom projekte PARALELA.

Nosnou časťou projektu je táto štúdia, ktorá sa Vám dostáva do rúk pod názvom „Stratégia pre zdravotne postihnutých so zameraním na špecifickú skupinu športovcov“. Je významným dokumentom, ktorý má ambíciu nielen zmapovať a analyzovať oblasť problematiky zdravotne znevýhodnených, ale v závere poskytuje aj konkrétne odporúčania, vychádzajúce z reprezentatívneho prieskumu na vzorke 2055 respondentov.

Záverom mi dovoľte úprimne sa poďakovať všetkým spoluautorom a vyjadriť osobné presvedčenie, že štúdia bude prínosom nielen pre projekt PARALELA, ale aj pre riešenie ďalších sociálno-zdravotníckych tém v rámci filozofie Európa 2020.

PhDr. Ján Riapoš, PhD.

predseda Slovenského paralympijského výboru

Úvod do projektu PARALELA

Existuje veľa legislatívnych úprav a opatrení, ktorých cieľom je ochrana osôb so zdravotným znevýhodnením. Ale len ťažko v nich budete hľadať návrhy, ako riešiť špecifické potreby zdravotne znevýhodnených športovcov, ich aktiváciu a integráciu. Práve túto medzeru má zaplniť projekt PARALELA. Cieľom projektu sa stáva také zaradenie do spoločnosti, ktoré týmto ľuďom umožní žiť samostatný a plnohodnotný život. Má zdravotne znevýhodneným poskytovať všetky relevantné a pravdivé informácie, ako aj nácvik potrebných zručností, aby dosiahli najvyšší stupeň spoločenskej integrácie.

Medzi dôležité súčasti projektu patrí aj tvorba stratégie a systému podpory osôb so zdravotným znevýhodnením so zameraním na špecifickú skupinu športovcov, analýza súčasného stavu (predovšetkým legislatívy Slovenskej republiky a EÚ, koncepcií, potrieb a možností spoločenskej integrácie) a príprava vzdelávacieho programu „Hľadanie zmyslu života pre znevýhodnených ľudí“. Po ukončení aktivít v rámci projektu PARALELA sa výrazne zlepšia predpoklady zamestnania pre zdravotne znevýhodnených ľudí. Vznikne nová pracovná profesia „motivátor“ a budú navrhnuté a otestované inovatívne metódy integrácie zdravotne znevýhodnených športovcov na trhu práce. Dôležité je aj vytvorenie systému nových služieb, vďaka ktorým budú čo najmenej závislí od sociálneho systému štátu.

Úvod do štúdie

Ako sme už spomenuli, táto štúdia sa stáva nosnou časťou projektu PARALELA. Reálne predstavuje prvý aktívny nástroj pre napĺňanie stratégie zdravotne znevýhodnených športovcov v Slovenskej republike. Jej hodnota spočíva v tom, že spolu s definíciou základných pojmov a rozborom problematiky zdravotne znevýhodnených v zahraničí, prináša originálne poznatky, informácie, ale aj výsledky a závery reprezentatívneho prieskumu v podmienkach SR, doplneného konkrétnymi odporúčaniami, ktoré zasahujú viacero oblastí spoločenského života. Je veľký predpoklad, že štúdia môže v budúcom období výrazne napomôcť ďalším procesom tvorby legislatívy, sociálneho a zdravotného systému, či prijímaniu zásadných rozhodnutí a opatrení, vedúcich k zlepšeniu postavenia zdravotne znevýhodnených ľudí v našej spoločnosti.

1. Definovanie základných pojmov

Pre komplexné pochopenie problematiky štúdie je dôležité, aby sme v jej úvode venovali pozornosť definovaniu niekoľkých základných pojmov a axióm, ktoré s témou bytostne súvisia. Ide o pojmy ako zdravie, choroba, nemoc, postihnutie, zdravotné znevýhodnenie a podobne.

V roku 1946 bola na Medzinárodnej zdravotníckej konferencii v New Yorku prijatá definícia, v súlade s ktorou sa **zdravie** chápe ako „stav úplnej telesnej, duševnej a sociálnej pohody, a nie iba neprítomnosť choroby alebo postihnutia“ (Ústava WHO, 1948). Uvedená charakteristika zdravia tak v sebe zahŕňa súčasne pozitívny i negatívny aspekt pojmu „zdravie“, s ktorým je možné sa stretnúť v odbornej literatúre, napr. u Žáčka (1974, str. 42). Príkladom negatívneho vymedzenia pojmu „zdravie“ je stav organizmu bez choroby. Naproti tomu pozitívne vymedzenie vychádza z toho, že zdravie definuje ako stav organizmu v telesnej, duševnej a sociálnej pohode, ktorý je schopný adaptovať sa na zvýšené telesné a psychické zaťaženie.

Zdravie teda možno považovať súčasne za zdroj, ale aj cieľ fungovania ľudskej spoločnosti, pretože ovplyvňuje produktivitu práce, rast HDP, dôchodkový vek, veľkosť výdavkov na zdravotníctvo, životnú úroveň, konkurencieschopnosť a pod.

Pojem zdravie úzko súvisí so zdravotníckymi službami a zdravotníckou starostlivosťou. Napríklad Kuvíková (1995, str. 19) chápe zdravie ako niečo, čo je výsledkom aj činnosti zdravotníctva, čo nemá hmotnú podstatu, a preto je nemerateľné, resp. ťažko merateľné a kvantifikovateľné.

Naopak **nemoc** možno charakterizovať ako subjektívne pocity človeka signalizujúce narušenie alebo absenciu pocitov telesného, duševného a sociálneho zdravia.

Podobne pojem **choroba** je chápaný ako telesná (fyzická) alebo duševná porucha, spojená s odchýlkou od toho, čo zo štatistického hľadiska považujeme za normálne.

Za **onemocnenie** považujeme to, ako sa na zdravotný stav jedinca pozerá spoločnosť, teda či považuje fyzický, duševný alebo sociálny stav človeka z vonkajšieho hľadiska za narušený.

Ďalším, pomerne často používaným pojmom, je **neduh**. Tento termín slúži na označenie najrôznejších stavov ohrozujúcich zdravie, teda nielen chorobu, ale aj poranenie, rôzne vady

alebo i oslabenia organizmu. Ak teda hovoríme o neduhu, máme na mysli niečo, čo človeku hrozí alebo spôsobuje určitú škodu - bolesť, postihnutie, škodlivý návyk, atď.

Autorka (Vítková, 2006) popisuje **postihnutie** ako trvalé pôsobenie na kognitívne, emocionálne a sociálne výkony, sťaženie sociálnu interakciu, neúplné alebo chýbajúce preberanie spoločenských rolí, ktoré zodpovedajú veku a pohlaviu.

Ďalšia definícia postihnutia podľa (Svobody, 2001) stanovuje postihnutie ako zdravotný defekt, ktorý je spojený s deficitom určitej orgánovej funkcie alebo štruktúry, napr. určitý jedinec zle vidí alebo mu chýba jedna končatina.

Zdravotné postihnutie je chápané ako dlhodobý alebo trvalý jav, ktorý nie je možné liečbou odstrániť, ale môžeme zmierniť jeho negatívne dôsledky prostredníctvom špeciálnych služieb a podpôr (Pipeková, 2006).

Matoušek (2003) definuje zdravotné postihnutie ako postihnutie človeka, ktoré nepriaznivo ovplyvňuje kvalitu jeho života, najmä schopnosť nadväzovať a udržiavať vzťahy s ľuďmi, či schopnosť pracovať.

Zdravotné postihnutie predstavuje akúkoľvek duševnú, telesnú, dočasnú, dlhodobú alebo trvalú poruchu alebo hendikep, ktorý osobám so zdravotným postihnutím bráni prispôbovať sa bežným nárokom života. Zdravotné postihnutie zahŕňa množstvo funkčných obmedzení, ktoré sa vyskytujú v spoločnosti v každej krajine na svete. Môže byť telesné, psychické a kombinované.

Svetová zdravotnícka organizácia (WHO) definuje a klasifikuje od roku 1980 postihnutie ako „čiastočné alebo úplné obmedzenie schopnosti vykonávať niektorú činnosť alebo viac činností, ktoré sú spôsobené poruchou alebo disfunkciou orgánu.“ Vo svojej medzinárodnej klasifikácii porúch, disaptibility a hendikepu sa zameriava na dopad postihnutia na jedinca.

Predošlá klasifikácia sa orientovala v rámci troch oblastí:

Vada, alebo poškodenie - strata, či abnormálnosť psychologickkej, fyziologickej alebo anatomickej štruktúry alebo funkcie.

Obmedzenie, alebo znevýhodnenie – obmedzenie alebo strata schopnosti jednať tak, alebo vykonávať také činnosti, ktoré sa pre človeka považujú za normálne.

Postihnutie – nevýhoda vyplývajúca z vady, znemožňujúca naplniť rolu, ktorá je pre daného jedinca normálna. Táto klasifikácia sa ukázala ako nedostatočná a v roku 2001 bola vydaná nová verzia klasifikácie postihnúť. Predošlá klasifikácia bola zameraná hlavne na postihnutie ako úkaz následkov nemoci. Nová klasifikácia sa už usiluje o zahrnutie komponentov zdravia. Z pôvodnej klasifikácie ostal iba pojem **poškodenie**. Ostatné dva pojmy boli nahradené pojmami **aktivita a participácia**. Nová klasifikácia zahŕňa oblasť ako je učenie a používanie vedomostí, komunikácia, mobilita, sebaobslužnosť, medziľudská interakcia a vzťahy, spoločenský a sociálny život, všeobecné úlohy, požiadavky a pod.

V súčasnom období teória i prax v tejto oblasti oveľa viac prihliada aj na určitý etický princíp používania terminológie, a preto pojmy postihnutie, vada, či poškodenie sú stále častejšie nahrádzané pojmom **“znevýhodnenie”**. Výnimočne sa vyskytujú aj menej tradičné označenia ako napríklad “inak disponovaní”. Vo všeobecnosti však používame na označenie ľudí s určitým hendikepom, či zdravotnou disaptibilitou pojem **“zdravotne znevýhodnení”**. Tento sa prenáša aj do terminológie v rámci klasifikácie jednotlivých druhov zdravotného znevýhodnenia, keď hovoríme o “telesne znevýhodnených”, “mentálne znevýhodnených”, “zrakovo znevýhodnených” atď. V záujme rešpektovania vyššie uvedeného etického pohľadu na túto problematiku budeme v ďalšom texte našej štúdie, pokiaľ to bude možné, používať zjednocujúci pojem “znevýhodnenie”, či “znevýhodnený”.

2. Klasifikácia zdravotného znevýhodnenia

Svetová zdravotnícka organizácia rozlišuje *postihnutie funkcií tela* (fyziologické či psychologické poruchy) a *postihnutie telesných štruktúr* (anatomických častí tela, napríklad oka, ucha a podobne).

Najčastejšie je používaná klasifikácia postihnuteľnosti MKCH – 10 (Lechta, 2010), na základe ktorej môžeme vymedziť tieto základné typy znevýhodnenia ako:

- mentálne znevýhodnenie, mentálna retardácia,
- zmyslové znevýhodnenie – zrakové a sluchové poruchy,
- telesné znevýhodnenie,
- znevýhodnenie v oblasti reči,
- autizmus,
- iné typy porúch,
- kombinované znevýhodnenie, resp. viacnásobné znevýhodnenie, ktoré zahŕňa najčastejšie mentálnu retardáciu rôzneho stupňa v prepojení s iným druhom znevýhodnenia.

2.1. Mentálne znevýhodnenie

Mentálne znevýhodnenie (tiež pojem mentálne postihnutie, mentálny deficit, mentálny hendikep, mentálna retardácia, v minulosti aj termíny oligofrénia alebo slabomyselnosť) je postihnutie rozumových schopností prenatálnej, perinatálnej alebo postnatálnej etiológie, vedúce k obmedzeniu fungovania jedinca v adaptívnom prostredí.

Mentálne znevýhodnenie je podľa Vágnerovej (2002) definované ako:

- neschopnosť dosiahnuť zodpovedajúci stupeň intelektového vývinu (menej než 70% normy), aj napriek tomu, že bol jednotlivec prijateľným spôsobom výchovne dostatočne stimulovaný,
- nízka úroveň inteligencie spojená so znížením či zmenou ďalších schopností a s odlišnosťami v štruktúre osobnosti.

Hlavné znaky mentálnej retardácie (Říčan, Křejčířová, 1995):

- **nízka úroveň rozumových schopností**, ktorá sa prejavuje predovšetkým nedostatočným rozvojom myslenia, obmedzenou schopnosťou učenia a následkom toho aj sťaženou adaptáciou na bežné životné podmienky,

- **postihnutie je vrodené** (na rozdiel od demencie, ktorá je získaným hendikepom rozumových schopností),
- **postihnutie je trvalé**, aj keď v závislosti na etiológii je možné určité zlepšenie,
- **nerovnomernosť vývinu jednotlivých kognitívnych schopností**, pričom najviac sa oneskoruje reč a verbálna inteligencia. Horná hranica dosiahnuteľného rozvoja takéhoto človeka je daná ako závažnosťou, tak aj príčinou postihnutia, tiež však aj individuálnou špecifickou prijateľnosťou pôsobenia prostredia, t. j. výchovných a terapeutických vplyvov.

Výstižnú definíciu podáva tiež Pipeková (2006), keď uvádza, že *"mentálna retardácia je vývinová porucha integrácie psychických funkcií, ktorá u jednotlivca pôsobí vo všetkých dimenziách – po stránke telesnej, duševnej aj sociálnej"*.

2.2. Telesné znevýhodnenie

Telesným (somatickým) znevýhodnením rozumieme také postihnutie, ktoré sa prejavuje dočasnými alebo trvalými problémami v motorických dispozíciách človeka. Ide o poruchy nervového, pohybového a muskuloskeletálneho aparátu. (Novosad, 2001).

P. Grňa (2004) uvádza nasledovné druhy telesného znevýhodnenia:

- **paraparéza** – postihnutie dolných končatín s tendenciou obnovenia citlivosti a pohyblivosti,
 - o paraplégia – postihnutie dolných končatín a časti hrudníka, ktoré je trvalého charakteru,
- **kvadraparéza** (tiež tetraparéza) – postihnutie horných i dolných končatín, vyvolané poškodením miechy v oblasti krčnej chrbtice, s tendenciou obnovenia citlivosti i hybnosti,
- **kvadruplégia** (tiež tetraplégia) – trvalé postihnutie končatín i hrudníka, vyvolané závažným poškodením miechy v krčnej oblasti; vo väčšine prípadov nastáva čiastočné obnovenie pohyblivosti i citlivosti horných končatín, závislé od miesta a rozsahu poškodenia miechy,
- **hemiparéza/plégia** – jednostranné (polovičné) ochrnutie tela v dôsledku narušenia mozgu po príhode, operácii, alebo úraze.

Podľa príčin vzniku telesné znevýhodnenie delíme (Centrum špeciálno-pedagogického poradenstva, 2009) :

- **vrodené** – geneticky podmienené (napr. muskulárna dystrofia), podmienené prenatálnymi činiteľmi (napr. žiarenie počas tehotenstva, infekcia),

- **získané** – podmienené perinatálnymi činiteľmi (špecifiká pôrodu, asfyxia, prematurita, perinatálna cievna príhoda, abnormálna poloha plodu), podmienené postnatálnymi činiteľmi (meningitída, encefalitída).

2.3. Zrakové znevýhodnenie

Postihnutie zraku tvorí heterogénna skupina porúch zraku, ktoré môžu byť kvalitatívne odlišné. Vznikajú v rôznych obdobiach života jednotlivca. Porucha zrakových funkcií nadobúda rozličný stupeň závažnosti a súvisí s rozdielnym rizikom vzniku kombinovaného postihnutia.

Vágnerová (2002) uvádza, že v závislosti od príčiny postihnutia je pri tejto poruche v rôznom stupni porušená:

- **zrková ostrosť** - ide o zrakovú diferenciáciu videnia na blízko či na diaľku, pričom tieto dve funkcie nemusia byť narušené v rovnakom rozsahu. Pri jej postihnutí sú ťažkosti v bezpečnosti pohybu, sebaobsluhy a rôznych pracovných činnostiach.
- **preferencia rôzneho stupňa osvetlenia**, schopnosť vnímať za rôznych okolností. Môže sa vyskytovať svetloplachosť a šeroslepota.
- **zorné pole** - určuje rozsah zrakového vnímania človeka. V dôsledku tejto poruchy vzniká porucha orientácie v priestore, aj ťažkosti v komunikácii s ľuďmi.
- **farbocit** - narušenie citlivosti na vnímanie farieb, pričom cit na farby, nemusí byť zachovaný. Táto porucha, z pohľadu praktického využitia, nepredstavuje nezávládnuteľné obmedzenie.

Stupne závažnosti zrakového znevýhodnenia:

1. stupeň - **slabozrakosť** – úroveň funkcií je obmedzená na rozmedzie vízusu¹ od 6/60 do 3/60, jednotlivci sú schopní bežnej orientácie v prostredí, psychický vývin sa neodlišuje,
2. stupeň - **praktická nevidomosť** – deficit v rozsahu vízusu od 3/60 do 1/60, jednotlivci majú problémy v každodennom živote, a pokiaľ je postihnutie vrodené, tak potrebujú špeciálnu starostlivosť od útleho veku,
3. stupeň - **nevidomosť** – znamená absenciu vnímania tvaru (vízus je nižší ako 1/60), pričom citlivosť na svetlo a tmu môže ostať zachovaná, niekedy sa môže jednať aj o svetlocit s projekciou.

¹ Vízus – zrková ostrosť, vyjadrená zlomkom, desatinným číslom alebo v percentách.

Zrakové vnímanie je pre človeka mimoriadne dôležité pri orientácii v priestore a komunikácii s inými ľuďmi. Pôsobí na jednotlivca v oblasti senzorickej deprivácie, v oblasti rozvoja kognitívnych procesov a v oblasti socializácie. Pri ťažkom postihnutí zraku je narušená schopnosť kontaktu a schopnosť porozumenia neverbálnym komunikačným signálom, schopnosť učiť sa napodobňovaním a veľmi časté sú i ťažkosti pri orientácii v neznámom prostredí. Človek so zrakovým znevýhodnením tento deficit dokáže nahradiť tým spôsobom, že sa stávajú citlivejšie a rozvinutejšie jeho ostatné zmysly. Jednotlivec veľmi často svoj zrakový deficit nahrádza sluchovým vnímaním, resp. hmatovým vnímaním, pričom haptický priestor je ohraničený len na rozpaženie rúk, teda pomerne malý.

2.4. Sluchové znevýhodnenie

Porušenie sluchu môžeme klasifikovať z viacerých uhlov pohľadu.

Renotierová (2005) ho člení podľa nasledovných charakteristík:

- miesta vzniku poškodenia (na centrálné a periférne),
- obdobia vzniku poškodenia (na perinatálne, pôrodné a popôrodné),
- stupňa postihnutia (ide o ľahký, stredný a ťažký stupeň nedoslýchavosti, o praktickú či úplnú hluchotu, tiež o ohluchnutie jednotlivca počas jeho života, resp. o kombinovanú slepo-hluchotu, ktorá je formou viacnásobného postihnutia a patrí zrejme k najťažším formám).

Vágnerová (2004) charakterizuje tieto typy sluchového znevýhodnenia:

- **prevodové** - je iba zoslabený sluchový vnem,
- **kortikálne** - sluchové vnemy sú podstatne skreslené,
- **percepčné** - ťažkosti v rozpoznávaní zvykov aj ich významu.

Ako uvádza, pri hluchote ide o stratu sluchu väčšiu ako 110 dB, v dôsledku čoho jednotlivec vôbec nepočuje hovorenú reč. Zvyšky sluchu sú postihnutím, pri ktorom je sluchová strata vyššia ako 91 dB, spôsobuje neschopnosť presne diferencovať počuté zvuky. Ťažká nedoslýchavosť (71-90 dB) je kompenzovateľná slúchadlom a umožňuje reč vnímať. Hranica prijateľnej sluchovej funkcie, potrebná pre bezproblémové osvojenie si reči je stredne ťažká nedoslýchavosť (56-70 dB).

2.5. Viacnásobné znevýhodnenie

Viacnásobné znevýhodnenie môžeme zo špeciálnopedagogického hľadiska definovať ako multifaktoriálny, multisymptomatologický a multikazuálny fenomén. (Vašek, 2007).

Z uvedeného vyplýva, že viacnásobné znevýhodnenie je jav, pre ktorý je charakteristická komplexnosť. Vančová (2001) v súvislosti s viacnásobným znevýhodnením uvádza, že pri tomto type postihnutia:

- neexistuje jednotná príčina a je dôsledkom ich kombinácie,
- neexistuje jednotná etiológia a spája sa s rôznymi obdobiami vo vývine jednotlivca,
- neexistuje jednotný prejav - vyskytujú sa v rámci neho poruchy rôzneho druhu, v rôznom stupni a ich vzájomné kombinácie,
- neexistuje ich jednotný dopad, následok je individualizovaný v závislosti od konkrétneho druhu znevýhodnenia a jeho rozsahu.

3. Fakty o zdravotnom znevýhodnení

3.1. Zdravotné znevýhodnenie vo svete

Vyššie odhady prevalence

Odhadom viac ako miliarda ľudí žije s nejakou formou zdravotného znevýhodnenia alebo inými slovami je to asi 15 % svetovej populácie (založené na celosvetových odhadoch populácie v roku 2010). To je viac ako predchádzajúce odhady Svetovej zdravotníckej organizácie, ktoré sa datujú do roku 1970, kedy bol odhad iba okolo 10%. Podľa prieskumu Svetového zdravia (World Health Survey) zhruba 785 mil. (15,6%) osôb starších ako 15 rokov žije so zdravotným znevýhodnením, zatiaľ čo Prieskum svetovej chorobnosti (Global Burden of Disease) odhaduje počet osôb so zdravotným znevýhodnením na 975 mil. (19,4%). V prieskume Svetového zdravia sa odhaduje, že 110 miliónov ľudí (2,2%) má veľmi veľké ťažkosti pri činnostiach, zatiaľ čo prieskum svetovej chorobnosti odhaduje, že 190 mil. (3,8%) osôb má "vážne zdravotné znevýhodnenie" - jeho ekvivalent je odvodený z chorôb ako je ochrnutie, ťažká depresia alebo slepota. Iba prieskum svetovej chorobnosti meria detské zdravotné znevýhodnenie (0-14 rokov), ktoré sa odhaduje na 95 miliónov (5,1%) detí, z ktorých 13 miliónov (0,7%) má „závažné zdravotné znevýhodnenie“.

Rastúce čísla

Počet ľudí so zdravotným znevýhodnením rastie. Je to zapríčinené starnutím populácie, pričom starší ľudia majú vyššie riziko zdravotného znevýhodnenia aj vďaka celosvetovému rastu chronických chorôb ako sú napr. cukrovka, kardiovaskulárne ochorenia a duševné choroby. Výskyt chronických chorôb sa odhaduje na úrovni 66,5% všetkých rokov prežitých so zdravotným znevýhodnením v krajinách s nízkymi a strednými príjmami. Vzory (schémy) zdravotného znevýhodnenia v určitej krajine sú ovplyvnené trendami v oblasti podmienok zdravotníctva, v oblasti životného prostredia a ďalšími faktormi, ako sú napríklad dopravné nehody, prírodné katastrofy, vojnové konflikty, strava a užívanie návykových látok.

Rozmanité skúsenosti

Stereotypné pohľady na zdravotné znevýhodnenie zapríčiňujú izolované vnímanie vozičkárov, prípadne len niekoľkých ďalších "klasických" skupín, ako sú nevidiaci či nepočujúci. Negatívnym fenoménom je napríklad aj pohľad na všetkých zdravotne znevýhodnených ako na ľudí, u ktorých je automaticky prítomné aj zníženie intelektu. Avšak

skúsenosti so zdravotným znevýhodnením sa značne líšia a sú následkom interakcie zdravotného stavu, osobných faktorov i faktorov prostredia. Ženy so zdravotným znevýhodnením majú skúsenosti s diskrimináciou na základe pohlavia, ako aj s obmedzujúcimi bariérami. Školské výsledky študentov so zdravotným znevýhodnením sa líšia - žiakom s telesným znevýhodnením sa zvyčajne darí lepšie, ako žiakom s mentálnym alebo zmyslovým znevýhodnením. Tí, ktorí pociťujú najviac problémov pri realizácii na trhu práce sú ľudia, ktorí majú problémy s duševným zdravím. Ľudia s ťažkým zdravotným znevýhodnením zažívajú častejšie väčšiu nevýhodu, ako na to poukazujú prieskumy, ktoré mali záber od poľnohospodárskej Guatemaly až po vyspelú Európu.

Zraniteľná populácia

Zdravotné znevýhodnenie neúmerne postihuje aj zraniteľné skupiny obyvateľov. Výsledky z prieskumu o Svetovom zdraví naznačujú vyššiu prevalenciu u osôb so zdravotným znevýhodnením v krajinách s nižšími príjmami, než v krajinách s vyššími príjmami. Kvintil ľudí z najchudobnejších skupín, alebo napríklad žien a starších ľudí má vyššiu prevalenciu zdravotného znevýhodnenia. Údaje z prieskumu Multiple Indicator Cluster Surveys vo vybraných krajinách ukazujú, že deti z chudobnejších domácností alebo deti z etnických menšín majú podstatne vyššie riziko zdravotného znevýhodnenia, ako ostatné deti.

3.2. Zdravotné znevýhodnenie v Európskej únii

V tejto časti sme sa pokúsili zhromaždiť štatisticky zaujímavé údaje, ktoré sú z hľadiska problematiky zdravotného znevýhodnenia porovnateľné na úrovni Európskej únie.

- V celej Európskej únii (EÚ) je vo veku 16 a viac rokov asi 26 % populácie, ktorá je zdravotne znevýhodnená. Miera prevalence zdravotného znevýhodnenia je najnižšia na Malte (12 %), vo Švédsku (16 %) a v Írsku (17 %). Naopak najvyššia je v Chorvátsku (33 %), na Slovensku (34 %) a v Slovinsku (36 %). Vo Veľkej Británii je miera prevalence 21,5 %.
- Asi 28 % žien vo veku 16 a viac rokov uviedlo, že má konkrétne obmedzenia činností, v porovnaní s 23 % mužov v rovnakej vekovej skupine. Prevalencia zdravotného znevýhodnenia je vyššia u žien, predovšetkým však kvôli tomu, že sa dožívajú vyššieho veku ako muži.
- Asi 8% ľudí vo veku 16 a viac rokov vyhlásilo, že trpí ťažkým zdravotným znevýhodnením (silná obmedzenosť), pričom 18% uviedlo, že ich zdravotné znevýhodnenie možno charakterizovať ako stredný stupeň obmedzenosti.

- Osoby so zdravotným znevýhodnením majú problémy s uplatnením sa na trhu práce vo všetkých európskych krajinách. V celej EÚ je zamestnaných asi 47% ľudí so zdravotným znevýhodnením v porovnaní so 72% osôb bez zdravotného znevýhodnenia. Priemerný rozdiel v zamestnanosti je teda 25%.
- Vo Veľkej Británii bolo zamestnaných 41,9 % osôb so zdravotným znevýhodnením, v porovnaní so 79,5 % ľudí bez zdravotného znevýhodnenia. Rozdiel je 37,6 %, ktorý je výrazne vyšší ako je priemer EÚ.
- Miera zamestnanosti zdravotne znevýhodnených je veľmi nízka v Chorvátsku (20 %), Grécku (30 %) a na Malte (32 %), ale vysoká na Cypre (55 %), v Nemecku (57 %) a vo Švédsku (59 %).
- Miera zamestnanosti osôb so zdravotným znevýhodnením je vo všetkých členských štátoch EÚ nižšia u žien ako u mužov (44 % oproti 51 %). To predstavuje 7 % rozdiel z hľadiska pohlavia.
- Čím vyšším stupňom zdravotného znevýhodnenia človek trpí, tým je menej pravdepodobné, že bude zamestnaný. Na úrovni EÚ je miera zamestnanosti pre osoby s ťažkým zdravotným znevýhodnením 28 %, ale u ľudí so stredným stupňom zdravotného znevýhodnenia je to 55 %.
- Miera nezamestnanosti pre osoby so zdravotným znevýhodnením je v EU o 17 % vyššia v porovnaní s 10 % mierou nezamestnanosti u osôb bez zdravotného znevýhodnenia.
- 6 krajín s najnižším rozdielom v pracovnej činnosti (Nemecko, Luxembursko, Rakúsko, Slovinsko, Taliansko a Francúzsko) má dobre vyvinuté systémy kvót v prospech osôb so zdravotným znevýhodnením.
- U mladých ľudí so zdravotným znevýhodnením (vo veku od 18 do 24 rokov) je v rámci EÚ pravdepodobnejšie, že ukončia školu predčasne, v porovnaní s ich rovesníkmi bez zdravotného znevýhodnenia. Až 19 % mladých ľudí so zdravotným znevýhodnením v porovnaní s 11 % mladých ľudí bez zdravotného znevýhodnenia ukončí školskú dochádzku predčasne.
- Osoby so zdravotným znevýhodnením sú ohrozené vyššou pravdepodobnosťou života v domácnostiach s nízkou intenzitou práce. V celej EÚ žije 24 % osôb so zdravotným znevýhodnením v domácnostiach s nízkou intenzitou práce, v porovnaní s 8 % ľudí bez zdravotného znevýhodnenia.
- Vo všetkých členských štátoch EÚ osoby so zdravotným znevýhodnením čelia vyššiemu riziku chudoby, v porovnaní s osobami bez zdravotného znevýhodnenia. Na úrovni EÚ

žije 19 % osôb so zdravotným znevýhodnením v chudobe, v porovnaní s 15 % osôb bez zdravotného znevýhodnenia.

- Asi 12% osôb so zdravotným znevýhodnením žije v domácnostiach, ktoré sú nedostatočne materiálne zabezpečené, oproti 7% osôb bez zdravotného znevýhodnenia.
- Napriek vyššie uvedeným číslam, miera chudoby medzi osobami so zdravotným znevýhodnením môže byť podhodnotená vzhľadom k vyšším výdavkom, ktoré sú spojené so zdravotným znevýhodnením. V závislosti od charakteru zdravotného znevýhodnenia môžu zvýšené výdavky zahŕňať napríklad náklady na špeciálne zariadenia, mobilitu a komunikáciu, životné náklady, zdravotnú starostlivosť a náklady na osobnú asistenciu.
- V členských štátoch EÚ osoby so zdravotným znevýhodnením čelia vyššiemu riziku chudoby alebo sociálneho vylúčenia, v porovnaní s osobami bez zdravotného znevýhodnenia.
- V rámci celej EÚ žije 31% osôb so zdravotným znevýhodnením vo veku od 16 a viac rokov v domácnostiach, ktoré sú ohrozené chudobou alebo sociálnym vylúčením, v porovnaní s 21% ľudí bez zdravotného znevýhodnenia v rovnakej vekovej kategórii.

3.3. Zdravotné znevýhodnenie vo Veľkej Británii

Pre porovnanie uvádzame aj výsledky prieskumov v oblasti problematiky zdravotne znevýhodnených vo Veľkej Británii.

- Vo Veľkej Británii je viac ako 12 miliónov ľudí so zdravotným znevýhodnením, čo znamená, že takmer každá piata osoba (19%) má zdravotné znevýhodnenie. Toto číslo zostáva v krátkodobom horizonte relatívne konštantné (12,2 miliónov v roku 2012/13).
- Prevalencia zdravotného znevýhodnenia vo Veľkej Británii stúpa s vekom. Na prelome rokov 2012/13 bolo 7 % detí so zdravotným znevýhodnením (0,9 mil.), v porovnaní so 16 % dospelých v produktívnom veku (6,1 milióna) a 43 % dospelých nad stanoveným dôchodkovým vekom (5,1 milióna). Zdravotne znevýhodnených žien je viac ako mužov.
- V rokoch 2012/13 bolo vo Veľkej Británii zaznamenané najčastejšie zdravotné znevýhodnenie v oblasti: mobility (57%), obmedzenia dýchania a únavy (38%), zručnosti (28%) a duševného zdravia (16%).
- Zaujímavým paradoxom je zistenie, že u belochov sa takmer dvakrát častejšie vyskytuje zdravotné znevýhodnenie vo forme dlhodobo obmedzujúcej choroby alebo postihnutia, než u osôb inej farby pleti (20 % oproti 11 %).

- Aj vo Veľkej Británii je u osôb so zdravotným znevýhodnením oveľa menej pravdepodobné, že budú v zamestnaneckom pomere. V marci 2013 bola miera zamestnanosti v produktívnom veku u osôb so zdravotným znevýhodnením na úrovni 49 % (4,1 milióna), v porovnaní s 81,8 % ľudí bez zdravotného znevýhodnenia.
- 44,3% osôb v produktívnom veku so zdravotným znevýhodnením sú ekonomicky neaktívne osoby. Toto číslo je takmer 4-krát vyššie ako u osôb bez zdravotného znevýhodnenia (11,5%).
- Druhou najčastejšie uvádzanou skupinou “aktivátorov zamestnanosti” medzi dospelými so zdravotným znevýhodnením sú upravené pracovné hodiny, dni so zníženou pracovnou dobou a daňové úľavy.
- Druhou najčastejšie uvádzanou skupinou prekážok na trhu práce vo Veľkej Británii medzi dospelými so zdravotným znevýhodnením je nedostatok pracovných príležitostí (43%) a ťažkosti s dopravou (29%).
- Dospelé osoby so zdravotným znevýhodnením dosahujú v porovnaní s osobami bez zdravotného znevýhodnenia takmer 3 krát menej formálnej kvalifikácie (30 % ku 11 %).
- 19 % domácností, ktoré žijú v relatívnej príjmovej chudobe (pod 60% mediánu príjmu) zahŕňa osobu so zdravotným znevýhodnením, v porovnaní s 14 % domácností bez osoby so zdravotným znevýhodnením.
- Osoby so zdravotným znevýhodnením platia v priemere 550 £ mesačne na pokrytie zvýšených nákladov spojených s ich zdravotným znevýhodnením. V dôsledku týchto dodatočných nákladov je dvakrát vyššia pravdepodobnosť, že budú mať nepokrytý dlh v celkovej sume vyššej, ako je polovica všetkých príjmov domácnosti.
- U zdravotne znevýhodnených mužov je pozorovaný v odmeňovaní za prácu o 11% nižší príjem v porovnaní s mužmi bez zdravotného znevýhodnenia. U žien je tento rozdiel ešte vyšší a to na úrovni 22%.
- Väčšina domov vo Veľkej Británii (84 %) neumožňuje, aby sa bez problémov niekto na vozíku dostal do vnútra cez predné dvere.
- Odhaduje sa, že každý rok je spáchaných 62 000 zločinov z nenávisti voči osobám so zdravotným znevýhodnením.
- Ročné náklady na výchovu dieťaťa so zdravotným znevýhodnením sú vo Veľkej Británii 3 krát vyššie ako na výchovu dieťaťa bez zdravotného znevýhodnenia.
- 40 % detí so zdravotným znevýhodnením vo Veľkej Británii žije v chudobe. To predstavuje zhruba 320 000 detí, pričom takmer tretina z nich sú klasifikované ako deti žijúce v ťažkej chudobe.

- Takmer štyria z desiatich ľudí si mysleli o osobách so zdravotným znevýhodnením, že sú menej produktívni, než ľudia bez zdravotného znevýhodnenia. Tri štvrtiny ľudí si podľa tohto prieskumu myslelo, že osoby so zdravotným znevýhodnením musia byť niekedy alebo takmer vždy ošetrované. To naznačuje, že voči osobám so zdravotným znevýhodnením existuje určitá miera "benevolentnej zaujatosti".
- Odhaduje sa, že počet starších ľudí so zdravotným znevýhodnením sa pravdepodobne medzi rokmi 2002 a 2022 vo Veľkej Británii zvýši asi o 40%, pokiaľ výška veku súvisiaceho s mierou výskytu zdravotného znevýhodnenia zostane konštantná.
- Vo Veľkej Británii je riziko chudoby alebo sociálneho vylúčenia pre osoby so zdravotným znevýhodnením 32,3%, v porovnaní s 18,8% u osôb bez zdravotného znevýhodnenia.

3.4. Zdravotné znevýhodnenie v Českej republike

Z výsledkov prieskumu, ktorý vykonal Český štatistický úrad vyplýva, že ku dňu 30. 06. 2013 bol celkový počet osôb so zdravotným znevýhodnením približne 1 077 500, čo tvorí podiel 10,2% na celkovej populácii. Pokiaľ sa na tento fakt pozrieme z hľadiska podielu zastúpenia mužov a žien so zdravotným znevýhodnením, vyšší podiel bol zistený u žien (52,4%), zatiaľ čo u mužov bol na úrovni 47,6%. Z pohľadu podielu osôb so zdravotným znevýhodnením na celkovej populácii Českej republiky (ďalej ČR) bol tento opäť vyšší u žien (10,6%), zatiaľ čo u mužov bol 9,9%.

Veková štruktúra osôb so zdravotným znevýhodnením je v tomto prieskume členená na šesť základných vekových skupín. Všeobecne prieskum konštatuje, že najvyšší počet osôb so zdravotným znevýhodnením sa vyskytuje v posledných dvoch vekových kategóriách (60 – 74 rokov a 75 + viac rokov). Relatívne silne je zastúpená aj veková kategória 45 – 59 rokov.

3.4.1. Osoby so zdravotným znevýhodnením podľa veku a pohlavia v porovnaní s celkovou populáciou ČR

Z pohľadu podielu osôb so zdravotným znevýhodnením na celkovej populácii ČR, zisťovaného za mužov, ženy i celok v šiestich vekových kategóriách, bol celkovo najvyšší podiel zaznamenaný v poslednej vekovej kategórii (75 + viac rokov), ktorý je 42,1% (podiel mužov je 39,3% a žien 43,6%). V ostatných nižších vekových kategóriách, okrem druhej najsilnejšie zastúpenej kategórie 60 – 74 rokov, boli zistené výrazne nižšie podiely.

Takmer porovnateľné sú počty mužov a žien v dvoch vekových kategóriách 30 – 44 a 45 – 59 rokov, pričom to s minimálnym rozdielom platí aj vo vekovej kategórii 60 – 74 rokov.

Na druhej strane sa pomerne výrazne od seba líšia najnižšia a najvyššia veková kategória (0 – 14 rokov a 75 + viac rokov).

3.4.2. Vzdelanostná úroveň osôb so zdravotným znevýhodnením v ČR

Celosvetovo sa uplatňujúci vedecko-technický a spoločenský rozvoj vo všeobecnosti kladie výrazne vyššie nároky na komplexné vedomosti a znalosti jednotlivcov v spoločnosti. Vzdelanostná úroveň obyvateľstva sa v podstate stáva dominujúcim faktorom, zásadne ovplyvňujúcim celkovú ekonomickú, sociálnu i kultúrnu úroveň spoločnosti. V tomto smere hrá v ČR významnú úlohu rovnaký prístup ku vzdelaniu pre všetkých obyvateľov, samozrejme občanov so zdravotným znevýhodnením nevynímajúc. Zapojenie hendikepovaných spoluobčanov do vzdelávacieho procesu vo všetkých jeho základných formách v rámci systému celoživotného vzdelávania (formálneho, neformálneho a informálneho) je dôležitým predpokladom pre ich plnohodnotné sociálne začlenenie do spoločnosti a získanie takého postavenia, ktoré zodpovedá ich schopnostiam a potrebám.

Z prieskumu vyplynulo, že najsilnejšie zastúpenie majú tri stupne vzdelania (základné, stredné bez maturity a stredné s maturitou), ktoré vo svojom súčte predstavujú 74,2%, pričom najvyšší podiel má základné vzdelanie (28%). Na druhej strane sa oba póly intervalu šiestich základných stupňov vzdelania vyznačujú podstatne nižším podielom (bez vzdelania – 5,7% a vyššie odborné a vysokoškolské vzdelanie spolu - 8,3%). Ak vezmeme do úvahy súhrnný podiel troch najnižších stupňov vzdelania (bez vzdelania, základné a stredné bez maturity), zistíme, že takmer 60% osôb so zdravotným znevýhodnením v ČR sa pohybuje práve na tejto vzdelanostnej úrovni. Z hľadiska pohlavia sa dá povedať, že to, čo platí o celku, platí s istými nie príliš výraznými odchýlkami aj pre mužov a ženy. Znamená to, že tri najsilnejšie zastúpené stupne vzdelania (základné, stredné bez maturity a s maturitou) majú značnú prevahu nad ostatnými – u mužov 73,5% a u žien 74,8%. Zaujímavé sa v tejto súvislosti javí aj zistenie, že podiel vysokoškolského vzdelania na celku má 8,5% mužov a 5,9% žien. Nakoniec i v dosiahnutom základnom vzdelaní sú na tom lepšie muži ako ženy (iba cca 22% žien, mužov je 34%). Pokiaľ ešte k základnému vzdelaniu prirátame stredné vzdelanie bez maturity, tak u oboch pohlaví prieskum dospel k prakticky rovnakému podielu prekračujúcemu mierne 50% (muži 54%, ženy 53%). V rámci najnižšej úrovne „bez vzdelania“ sú zhruba obe pohlavia rovnako zastúpené (muži 6,0%, ženy 5,4%).

Na doplnenie vyššie uvedených informácií z prieskumu je potrebné sa zmieniť aj o ďalšom kritériu, ktorým je najvyššie dosiahnuté vzdelanie osôb so zdravotným znevýhodnením vo

vzťahu k ich vrozenému alebo získanému znevýhodneniu. U vrozeného zdravotného znevýhodnenia prevládajú dva najnižšie stupne vzdelania (bez vzdelania – 33,4% a základné vzdelanie 33,0%), ktoré predstavujú v súčte presne dve tretiny z celku. Z ostatných úrovní dosiahnutého vzdelania stojí za zmienku ešte stredné vzdelanie bez maturity (11,2%) a s maturitou (10,7%). Pokiaľ sa pozrieme na podiel jednotlivých stupňov vzdelania u získaného typu znevýhodnenia, najviac rozhodujúcim je podiel základného vzdelania (54,4%). Na strane druhej podiel kategórie “bez vzdelania” bol iba 8,7%. Z ostatných stupňov vzdelania bol väčší podiel zistený ešte u stredného vzdelania s maturitou (19,2%).

Z prieskumu všeobecne vyplynula nepriaznivá skutočnosť, ktorou je nižšia vzdelanostná úroveň osôb so zdravotným znevýhodnením oproti celkovej populácii ČR. Ak porovnáme celkové percentuálne podiely, tak najhorší stav je v tomto zmysle v kategórii základného vzdelania (+ 10,4 percentuálneho bodu), nasledovaného stupňom stredného vzdelania s maturitou (+ 8,9 percentuálneho bodu) a zakončeného vysokoškolským vzdelaním (+ 5,4 percentuálneho bodu) spolu s kategóriou „bez vzdelania“ (+ 5,2 percentuálneho bodu). Pokiaľ prevedieme kumuláciu piatich zo všetkých šiestich stupňov najvyššieho dosiahnutého vzdelania na oboch stranách pomyselného intervalu, tak súčet dvoch najnižších stupňov (bez vzdelania + základné vzdelanie) činí celkom 15,6 percentuálnych bodov, zatiaľ čo na druhej strane súčet troch najvyšších stupňov (stredné s maturitou, vyššie odborné a vysokoškolské) je celkom 14,4 percentuálnych bodov (v oboch prípadoch v neprospech osôb so zdravotným znevýhodnením).

3.4.3. Rodinný stav osôb so zdravotným znevýhodnením v ČR

Rodinný stav je pomerne dôležitým indikátorom, ktorý poskytuje určitú predstavu o zázemí osôb so zdravotným znevýhodnením. Vyznačuje sa potrebou starostlivosti zo strany partnera (aspoň vo väčšine prípadov), alebo potrebou starostlivosti zo strany ďalších osôb, prípadne ústavu sociálnej starostlivosti.

Z údajov, ktoré boli získané v prieskume je zrejmé, že najpočetnejšou skupinou v ČR je rodinný stav ženatý/vydatá, ktorého podiel na celku je takmer 41%. Na druhom resp. treťom mieste sú približne rovnako veľké skupiny – ovdovelý/á a slobodný/á (cca 22 – 23%), zatiaľ čo najnižšie zastúpenie bolo zistené v skupine rodinného stavu rozvedený/á.

Z pohľadu pohlavia nie je vyššie uvedené poradie totožné. Zatiaľ čo v súhrne je najsilnejšie zastúpená skupina ženatý/vydatá, skupina ženatý je rovnako najsilnejšou aj u mužov (cca 49% z celku). Naopak u žien je až na druhom mieste, kde prvé miesto v poradí zaujal rodinný stav

ovdovelý/á (cca 36%). Rovnako zaujímavé je zistenie, že v kategórii slobodný/á má mužská časť osôb so zdravotným znevýhodnením oveľa silnejšie zastúpenie (o cca 13 percentuálnych bodov viac, ako u žien).

Z uvedených podielov v rámci jednotlivých skupín sa dá všeobecne odvodiť skutočnosť, že väčšina hodnôt u osôb so zdravotným znevýhodnením koreluje v tomto smere s hodnotami celkovej populácie ČR (odchýlky nie sú príliš významné).

3.4.4. Bývanie osôb so zdravotným znevýhodnením v ČR

Indikátor bývania osôb so zdravotným znevýhodnením úzko nadväzuje na predchádzajúci ukazovateľ rodinného stavu. Môžeme predpokladať, že značná časť osôb so zdravotným znevýhodnením trávi väčšinu času doma a preto je pre nich dôležité mať kvalitné bývanie (vrátane vybavenia domácnosti), ktoré významne predurčuje mieru samostatnosti týchto osôb.

V tejto časti analýzy je problematika bývania rozdelená do troch základných blokov:

- bývanie v spoločnej domácnosti s ďalšou osobou,
- bývanie z hľadiska pohlavia, veku a charakteru znevýhodnenia,
- bývanie v zariadeniach sociálnej starostlivosti (podľa zriaďovateľa a kapacity zariadenia).

Najprv sa zameriame na prvý typ bývania, ktorým je domácnosť spoločne zdieľaná s ďalšou osobou. V tejto časti dotazníka boli možné aj viaceré odpovede a preto dochádzalo k zvýšenému počtu kombinácií pri odpovediach.

Ak zhodnotíme celkové výstupy, tak na prvom mieste vo vzťahu k osobe so zdravotným znevýhodnením sa v spoločnej domácnosti objavuje “manžel/ka” (podiel z celku 36,4%). Druhé miesto v poradí patrí skupine “žije sám/sama” (18,7%), tretie miesto patrí vzťahu “syn/dcéra” (17,1%) a štvrté miesto vzťahu “rodič” (13,8%). Zostávajúce štyri skupiny vzťahov k osobe so zdravotným znevýhodnením (vrátane odpovedi „nie je známe“) sú viac menej marginálne, lebo súhrnne tvoria iba 14%.

Z hľadiska porovnania pohlaví sa dá povedať, že rodinný stav “manžel/ka” je na prvej pozícii, aj keď významne vyšší podiel z celku bol zistený u mužov (43,7%), ako u žien (29,7%). Druhé až štvrté miesto v zásade kopíruje situáciu uvádzanú pri sumárnych hodnotách. Iba v kategórii “rodič” je významnejší rozdiel v poradí, kde u mužov tento podiel predstavuje 17,9% (2. miesto v poradí) a u žien 10,0% (4. miesto).

Nasleduje časť, v ktorej sa prieskum venuje bývaniu z hľadiska pohlavia, veku a typu zdravotného znevýhodnenia. Z výsledkov prieskumu vyplýva, že dominantnú pozíciu zaujíma štandardný byt, ktorý ako typ bývania uviedlo až 80% ľudí so zdravotným znevýhodnením (rozloženie medzi mužmi a ženami bolo takmer totožné). Druhá pozícia bola zistená u bezbariérového bytu (6,7%) a tretia u lôžok v zariadeniach sociálnej starostlivosti (6,4%). Ostávajúcich sedem typov bývania, pokrývajúcich cca 7%, je úplne okrajových. Pokiaľ sa na najsilnejšie zastúpenú formu bývania pozrieme z hľadiska vekových kategórií (bez rozlíšenia pohlavia), tak prakticky tri štvrtiny (presne 76,3%) predstavujú zastúpenie, v troch vekových kategóriách (45 + rokov).

Na tomto mieste prieskum ukázal, aké sú skutočné podmienky bývania osôb so zdravotným znevýhodnením v ČR. Napríklad bola zistená skutočnosť, že len 7% týchto ľudí využíva bezbariérové byty. Keď sa zameriame aj na ďalšie typy bývania, ktoré je možné považovať za vhodné k zaistieniu kvalitného života pre zdravotne znevýhodneného človeka, dostaneme podiel iba 2,3% (v tom je najvyšší podiel u bytov so starostlivosťou – 1,4%).

Posledný typ bývania, ktorý prieskum podrobil hlbšej analýze, je bývanie v zariadeniach sociálnej starostlivosti (vrátane priemernej dĺžky pobytu v týchto zariadeniach podľa pohlavia a veku). Všeobecne sa dá povedať, že veľa ľudí so zdravotným znevýhodnením sa bez zariadení sociálnej starostlivosti nezaobíde (minimálne na určitú dobu). Z pohľadu zriaďovateľov týchto zariadení je preto veľmi dôležité dbať na kvalitu takýchto typov bývania a vytvárať postupne podmienky pre zvyšovanie kvality života v týchto zariadeniach.

Najvyšší podiel na celkovej kapacite majú v ČR zariadenia s počtom lôžok 51 – 100 (39%), ďalej nasledujú zariadenia s počtom lôžok 21 – 50 (24,5%) a 101 – 200 lôžok (24,4%). Ostávajúce možnosti (do 20 lôžok, viac ako 200 lôžok a neuvedené) tvoria celkom cca 12%. Z hľadiska zriaďovateľa týchto zariadení majú prevládajúci podiel kraje (46,4%) a obce (31,7%), čo je niečo málo cez tri štvrtiny celku. Pomerne vysoký je i podiel cirkví (13,3%). Ostatné typy zriaďovateľov (vrátane štátu a súkromných subjektov), ktorých podiel predstavuje súhrnne 9%, majú skôr doplnkový charakter.

Prieskum tiež popisuje problematiku priemernej dĺžky pobytu v zariadeniach sociálnej starostlivosti. Relatívne vyrovnané výsledky sú zistené u troch vekových kategórií (15 – 29, 30 – 44 a 45 – 59 rokov) v postupnom vyjadrení dĺžky pobytu - 16 rokov a 6 mesiacov, 17 rokov a 10 mesiacov a 18 rokov a 7 mesiacov. Z pohľadu pohlavia sa už tieto výstupy líšia výraznejšie, najviac u dvoch posledných uvedených vekových kategórií (30 – 44 a 45 – 59

rokov). Nakoniec ani zistené výsledky v rámci celku bez ohľadu na vek (9 rokov a 7 mesiacov) sa z hľadiska pohlavia príliš nevychyľujú (rozdiel predstavuje 2 roky a 9 mesiacov).

3.4.5. Štatistické hodnoty zdravotného znevýhodnenia v ČR

Miera životnej úrovne závisí na celej škále určujúcich faktorov, pričom jedným z nich je aj fakt, do akej miery vie príslušná krajina s optimálnym využitím disponibilných zdrojov vytvoriť podmienky pre relatívne rovnocenný život svojich hendikepovaných občanov.

V tejto súvislosti možno konštatovať, že prístup štátu k osobám so zdravotným znevýhodnením v ČR má isté rezervy vo vnímaní ich individuálnych potrieb, vyplývajúcich z veku, typu a miery zdravotného znevýhodnenia, či sociálneho a ekonomického postavenia. Zatiaľ prevláda hľadisko plošného posudzovania takýchto osôb.

Typy zdravotného znevýhodnenia

Prieskum Českého štatistického úradu sa zameriaval na sedem základných typov zdravotného znevýhodnenia (telesné, zrakové, sluchové, mentálne, duševné, vnútorné a iné), ktoré sú predmetom hlbšej analýzy.

Z celkových výsledkov je zrejmé, že najvyšší podiel má vnútorné znevýhodnenie. Hoci je v rámci tohto typu znevýhodnenia zahrnuté vždy len jedno postihnutie vnútorného orgánu, je celková výška podielu 41,9%. Na druhom mieste je telesné znevýhodnenie – 29,2%. Podiely ostatných typov znevýhodnení majú významne nižšie zastúpenie v celku a pohybujú sa v intervale od 5,1 – 8,5%. Priemerná početnosť typov znevýhodnení na jednu osobu so zdravotným znevýhodnením je 1,6 (u jednotlivých vekových kategórií sa táto početnosť pohybuje v intervale od 1,3 do 1,9).

Všeobecne v týchto súvislostiach platí, že so zvyšujúcim sa vekom bolo zistené vyššie zastúpenie takmer u všetkých znevýhodnení. Výnimkou bol najvyšší výskyt u mentálneho znevýhodnenia vo vekovej kategórii 30 – 44 rokov, nasledovaný vekovou kategóriou 15 – 29 rokov. Pokiaľ ide o výsledky zistené u jednotlivých pohlaví, je možné konštatovať, že vnútorné a telesné znevýhodnenie, ktoré z celkového pohľadu zaujímajú prvú a druhú pozíciu, majú takmer rovnaký podiel ako u mužov (43,3% resp. 28,4%), tak aj u žien (40,8% resp. 30,0%). Zostávajúce typy znevýhodnení sú u oboch pohlaví menej významné. Ani priemerná početnosť typov znevýhodnení na jednu osobu sa výraznejšie nelíši (u mužov 1,5 a u žien 1,6), dokonca minimálne a maximálne hodnoty tejto početnosti sú zhodné

s celkovými hodnotami (najnižšia u vekovej kategórie 30 – 44 rokov, najvyššia u kategórie 75 + rokov).

Prieskum tiež uvádza zaujímavé zistenia týkajúce sa typu bývania osôb so zdravotným znevýhodnením v nadväznosti na charakter ich znevýhodnenia. V tejto súvislosti môžeme u najsilnejšie zastúpenej formy bývania (štandardný byt v bežnom dome) konštatovať, že prakticky polovica osôb (49,6%), ktorá v tomto byte žije, má viacnásobné znevýhodnenie. Na druhom mieste sú osoby s vnútorným typom znevýhodnenia (22,3%) a na treťom mieste osoby s telesným znevýhodnením (16,5%). Zostávajúcich necelých 12% pripadá na ostatné typy znevýhodnenia (zrakové, sluchové, mentálne, duševné a iné).

Príčiny zdravotného znevýhodnenia

Dáta uvedené v tejto časti majú poskytnúť predstavu o tom, aké sú príčiny jednotlivých typov zdravotného znevýhodnenia, pričom ide o veľmi dôležitý ukazovateľ, ktorý indikuje predovšetkým závažnosť znevýhodnenia a dobu jeho vzniku.

Základné údaje spojené s problematikou príčin znevýhodnenia sú zreteľné z nasledujúcej tabuľky.

Tabuľka 1 Príčina zdravotného znevýhodnenia podľa pohlavia a typu znevýhodnenia

	Príčina zdravotného znevýhodnenia							Spolu
	vrodené znevýhodnenie	spôsobené		starecká polymorbidita	iné	nie je známa	nevypľne ná	
		úrazom	ochorením					
Pohlavie								
muži	117 228	75 349	601 108	50 537	28 802	51 169	46 706	970 899
ženy	81 718	42 545	772 797	139 917	25 478	31 328	59 624	1 153 408
Spolu	198 945	117 894	1 373 905	190 455	54 280	82 497	106 330	2 124 306
Typ znevýhodnenia								
telesné	54 831	72 842	301 102	45 623	8 804	9 829	7 136	500 167
zrakové	17 354	6 984	50 694	18 954	2 245	4 901	1 063	102 195
sluchové	13 031	2 671	34 835	27 844	3 100	2 961	2 033	86 476
mentáln e	59 210	5 082	26 043	6 486	1 017	3 906	2 830	104 574
duševné	15 174	4 631	86 756	15 871	10 049	10 921	2 116	145 517
vnútorné	36 712	24 475	844 285	67 537	26 492	46 660	84 890	1 131 051
iné	2 633	1 208	30 191	8 140	2 574	3 319	6 263	54 327
Spolu	198 945	117 894	1 373 905	190 455	54 280	82 497	106 330	2 124 306

Zdroj: Český statistický úrad

Z pohľadu celku je najčastejšie sa vyskytujúcou príčinou zdravotného znevýhodnenia choroba (podiel tvorí 64,7%). S veľkým odstupom nasleduje vrodené znevýhodnenie (9,4%) a starecká polymorbidita (9,0%). Zostávajúce sledované príčiny už majú relatívne nízku váhu, pohybujúcu sa na úrovni 5,5% a menej. Ak sa zameriame na rozhodujúcu príčinu, tak potom v celkovom počte jednoznačne najpočetnejšou príčinou sú viacnásobné vnútorné znevýhodnenia (61,5%), nasledované telesným znevýhodnením (21,9%).

Z hľadiska porovnania pohlaví možno konštatovať, že v rámci hlavnej príčiny zdravotného znevýhodnenia (choroba) je mierna prevaha u žien (56,2%). U ďalších dvoch, v poradí štatisticky významných príčin, je u vrodeného znevýhodnenia prevládajúci podiel u mužov (58,9%), zatiaľ čo u stareckej polymorbidity naopak prevláda podiel žien (73,5%).

Miera zdravotného znevýhodnenia

Miera zdravotného znevýhodnenia do značnej miery predurčuje dôsledky, ktoré z nej vyplynú pre ďalší život. Preto sa tejto časti problematiky zdravotného znevýhodnenia venuje veľká pozornosť. Dáta pre túto problematiku sú súhrnne zaznamenané v nasledujúcej tabuľke.

Tabuľka 2 Miera zdravotného znevýhodnenia podľa pohlavia, veku a zdravotného znevýhodnenia

	Miera znevýhodnenia						Priemerná miera znevýhodneni a
	ľahká	stredne ťažká	ťažká	veľmi ťažká	nie je známa	Spolu	
Pohlavie							
Muži	102 277	211 307	142 989	50 172	6 016	512 761	2,3
Ženy	110 014	234 639	158 245	51 168	10 846	564 912	2,2
Spolu	212 291	445 946	301 234	101 340	16 862	1 077 673	2,2
Veková skupina							
0 – 14	25 891	24 641	8 861	4 631	284	64 308	1,9
15 – 29	19 584	21 858	15 464	7 424	812	65 142	2,1
30 – 44	21 129	42 573	30 094	13 016	3 136	109 948	2,3
45 – 59	42 431	87 737	53 761	17 720	5 242	206 891	2,2
60 – 74	68 037	140 026	89 954	29 147	6 047	333 211	2,2
75 +	35 220	129 110	103 101	29 402	1 340	298 173	2,4
Spolu	212 292	445 945	301 235	101 340	16 861	1 077 673	2,2
Typ znevýhodnenia							
Telesné	107 691	217 480	133 955	35 078	5 963	500 167	2,2
Zrakové	40 930	33 118	18 015	9 134	998	102 195	1,9
Sluchové	27 877	34 968	16 798	5 960	873	86 476	2

Mentálne	22 421	35 449	29 824	14 801	2 079	104 574	2,3
Duševné	40 575	62 305	31 998	8 491	2 147	145 517	2
Vnútorne	361 321	466 526	176 708	45 507	80 989	1 131 051	1,8
Iné	18 140	16 181	10 105	5 037	4 862	54 327	1,9
Spolu	618 955	866 028	417 403	124 008	97 913	2 124 306	2

Zdroj: Český statistický úřad

Miera zdravotného znevýhodnenia, z hľadiska pohlavia i vekových skupín, je v ČR najvyššia u stredne ťažkých znevýhodnení (podiel 41,4%), nasledujú ťažké (28,0%), ľahké (19,7%) a veľmi ťažké stupne znevýhodnenia (9,4%). Zostávajúcich 1,5% zodpovedá možnosti odpovedi „nie je známe“.

Ak sa pozrieme oddelene najskôr na hľadisko pohlaví, je možné zovšeobecniť záver, že rozloženie medzi mužmi a ženami sa pomerne podobá. I priemerná miera znevýhodnenia, ktorá v celkovom vyjadrení tvorí 2,2 je veľmi vyrovnaná (rozdiel je iba 0,1 v neprospech mužov). Na druhej strane z pohľadu jednotlivých vekových kategórií boli zaznamenané najvyššie hodnoty miery znevýhodnenia u posledných dvoch vekových kategórií (60 – 74 a 75 + viac rokov) konkrétne u stredne ťažkých, ťažkých a veľmi ťažkých zdravotných znevýhodnení. Iba u ľahkých znevýhodnení bola miera znevýhodnenia najvyššia vo vekových kategóriách 60 – 74 a 46 – 59 rokov. Priemerná miera znevýhodnenia (2,2) má v súvislosti s rastúcim vekom vzostupnú tendenciu (výnimku tvorí veková kategória 30 – 44 rokov, pri ktorej miera znevýhodnenia prevyšuje priemernú hodnotu o 0,1).

Prieskum hodnotil aj vzťah miery zdravotného znevýhodnenia k jednotlivým, vyššie uvedeným typom znevýhodnenia. Na rozdiel od predchádzajúcich hodnotiacich relácií (napr. miera zdravotného znevýhodnenia podľa pohlavia a veku) bola prieskumom zisťovaná možnosť viacerých odpovedí. Najvyššia miera bola zaznamenaná u stredne ťažkých znevýhodnení (40,8%). Na druhej a tretej pozícii došlo k zámene, takže nasleduje ľahké znevýhodnenie (29,1%) a na treťom mieste ťažké znevýhodnenie (19,7%).

Najvyššie podiely v rámci miery zdravotného znevýhodnenia boli zistené u viacnásobných vnútorných znevýhodnení, kde sa pohybovali v intervale od 36,7% (veľmi ťažké znevýhodnenia) až do 58,4% (ľahké znevýhodnenia). V rámci telesného znevýhodnenia bol tento interval od 17,4% (ľahké znevýhodnenia) do 32,1% (ťažké znevýhodnenia). Vo vzťahu k celkovej priemernej miere znevýhodnenia na úrovni 2,0 boli zaznamenávané väčšie odchýlky u mentálneho znevýhodnenia (2,3) resp. na druhej strane u vnútorného znevýhodnenia (1,8).

Dĺžka zdravotného znevýhodnenia

V tejto časti sa prieskum zameriava na zistenia, v akom veku vzniklo prvé zdravotné znevýhodnenie a to v základnom členení na vrodené a získané, vrátane podielu vrodených zdravotných znevýhodnení a priemeru rokov života so získaným zdravotným znevýhodnením.

Z hľadiska celkových výsledkov prieskum konštatuje, že v ČR majú prevahu získané zdravotné znevýhodnenia (s podielom 86,3%) nad vrodenými zdravotnými znevýhodneniami (13,7%).

Priemer rokov života so získaným zdravotným znevýhodnením je 12,4 rokov, pričom vzostupná tendencia koreluje s výškou veku (čím vyšší vek, tým vyšší priemer, a naopak). Z hľadiska porovnania pohlaví je situácia prakticky totožná u mužov i žien. U žien je tento priemer vyšší len vo vekovej kategórii 60 – 74 rokov v porovnaní so skupinou 75 + rokov. Celkový priemer je u mužov 11,9 rokov a u žien 12,6 rokov.

V rámci vrodených zdravotných znevýhodnení sa prieskumom zistil opačný trend, ako u získaných zdravotných znevýhodnení. To znamená, že ich najvyšší podiel je v najnižších vekových kategóriách (napr. 60,7% vo veku 0 – 14 rokov) a naopak najnižší vo vyššom veku (napr. 2,4% vo veku 75 + rokov). Tento istý záver platí pre mužov i ženy. Celkový podiel vrodených zdravotných znevýhodnení tvorí 13,7%, pričom u mužov je vyšší, ako u žien (16,4% oproti 11,4%).

Potreba pomôcok pre osoby so zdravotným znevýhodnením

V súčasnej dobe sú zdravotné pomôcky neodmysliteľnou súčasťou života osôb so zdravotným znevýhodnením. Ich kvalita sa vďaka uplatňovaniu nových technológií vyznačuje rastúcou úrovňou. Tieto pomôcky hrajú veľmi často rozhodujúcu úlohu v procese rehabilitácie a schopnosti začlenenia sa osôb so zdravotným znevýhodnením do spoločnosti. Otvorenou otázkou však naďalej zostáva ich dostupnosť. Cena týchto kompenzačných pomôcok presahuje vo väčšine prípadov finančné možnosti týchto osôb, ale v podstate presahuje aj rozpočty sektoru zdravotníctva vymedzené pre tieto účely.

Ak opomenieme odpovede typu „nie je známe“ a „nevyplnené“, z prieskumu vo všeobecnom vyjadrení vyplynulo, že v ČR je približne rovnaký pomer medzi tými, ktorí kompenzačné pomôcky nepotrebujú (45%) a tými, ktorí ich naopak potrebujú (39%).

V najsilnejšie zastúpenom type zdravotných znevýhodnení (vnútorné znevýhodnenia) môžeme pozorovať zaujímavý výsledok, že z celkového počtu osôb s týmto znevýhodnením, žiadnu z kompenzačných pomôcok nepotrebuje 52,1%, pričom zodpovedajúcu pomôcku má 27,2% týchto osôb. V druhom najsilnejšom zastúpení typu znevýhodnení (telesné znevýhodnenia) žiadnu pomôcku nepotrebuje 30,4% a zodpovedajúcu pomôcku má 58,8% osôb. Pozitívnou skutočnosťou je zistenie prieskumu, že z celkového pohľadu iba 2,2% osôb so zdravotným znevýhodnením považuje pomôcky za nevyhovujúce. Významnejšie odchýlky od tohto výsledku boli zistené iba u sluchového (13,4%) a zrakového (7,6%) znevýhodnenia.

Dôsledky zdravotného znevýhodnenia

Aby sme seriózne dokázali posúdiť okolnosti, ktoré zásadne určujú priznanie relevantných sociálnych dávok osobám so zdravotným znevýhodnením, musíme poznať faktory, ktoré tieto osoby v ich každodennom živote z rôznych hľadísk limitujú.

Pokiaľ posudzujeme jednotlivé typy obmedzení, vyplývajúce z konkrétnych znevýhodnení, podľa kritérií pohlavia a veku, vyskytujú sa v ČR tri typy obmedzení v približne rovnakom rozsahu:

- obmedzenie mobility (23,5%),
- obmedzenie pri vedení domácnosti (18,1%) a
- obmedzenie samoobslužnosti (16,0%).

Ďalšou, pomerne vyrovnanou štatistickou radou je päť typov obmedzení oscilujúcich okolo 8%. Najnižšie zastúpenie je u obmedzenia spôsobilosti na právne úkony (iba 3,4%).

Priemerný počet obmedzení na jednu osobu so zdravotným znevýhodnením tvorí 2,6 s tým, že vyšší je u žien 2,7, naopak u mužov je oproti priemeru o 0,1 nižší. Nad priemerom je počet obmedzení (bez rozlíšenia pohlaví) pozorovateľný vo vekovej kategórii 75 + rokov (3,3) a 15 – 29 rokov (2,7).

Ak zoberieme do úvahy hľadisko porovnania typov zdravotného znevýhodnenia, najvyššie hodnoty obmedzení sú vykazované u dvoch najpočetnejšie zastúpených typov znevýhodnenia - telesného a vnútorného. Počet obmedzení pripadajúcich na jednu osobu predstavuje v priemere 2,0, pričom tento priemer prevyšujú typy mentálneho (4,4), duševného (3,1), zrakového (2,9) a mierne i sluchového (2,2) znevýhodnenia. Vhodné je ešte uviesť, že počet

osôb so zdravotným znevýhodnením bez akýchkoľvek obmedzení je 59 738 (5,5%) z celkového počtu osôb so zdravotným znevýhodnením (1 077 673).

Rozsah pomoci osobám so zdravotným znevýhodnením

S ohľadom na skutočnosť, že veľká časť osôb so zdravotným znevýhodnením sa nezaobíde bez pomoci niekoho blízkeho, prípadne sú tieto osoby závislé na pomoci cudzích osôb (služby poskytujúce starostlivosť, ústavy sociálnej starostlivosti a pod.), zohráva veľmi významnú úlohu práve otázka zaistenia takejto pomoci. Je celkom samozrejmé, že najlepším riešením je život v ich prirodzenom, domácom prostredí, a to predovšetkým z dôvodu ich dobrého psychického stavu, ktorý je následne pomocou v procese liečby.

Výsledky tejto časti prieskumu nám poskytujú prehľad o tom, kto je v ČR poskytovateľom pomoci osobám so zdravotným znevýhodnením, koľko osôb je bez zaistenia takejto pomoci, prípadne pri koľkých osobách žiadnu takúto formu pomoci nepoznáme.

Ak analyzujeme tieto tri základné hľadiská z pohľadu vekových skupín i stupňa zdravotného znevýhodnenia dospejeme k záveru, že pomoc je poskytovaná v nejakej konkrétnej forme u 76,5% osôb, naopak bez zaistenia pomoci je u 9,0% osôb. V tejto súvislosti sa ako vážny problém v ČR javí takmer 18 000 osôb s ťažkým a veľmi ťažkým znevýhodnením, ktorí sú bez pomoci. Prípady, kedy nie je o pomoci nič známe predstavujú zvyšných 14,3%.

V percentuálnom vyjadrení prítomnosti jednotlivých foriem poskytovanej pomoci má najvyššie zastúpenie celkom očakávane rodina (najbližší príbuzní) – 73,4%, so značným odstupom nasleduje ošetrovateľská služba (7,9%) a poskytovatelia zdravotnej starostlivosti (7,6%). V skupine pomoci zo strany rodiny takúto pomoc potrebujú celkom logicky najviac osoby z troch najvyšších vekových kategórií (od 45 rokov vyššie). V pozitívnom zmysle treba vidieť skutočnosť, koľko rodinných príslušníkov sa stará o osoby so zdravotným znevýhodnením s mierou znevýhodnenia “ťažké” a “veľmi ťažké”. U prvého z nich je to takmer 30%, pričom u oboch kumulatívne sa tento počet blíži k 40%. Zostávajúce formy pomoci sa vyznačujú výrazne nižšími podielmi, avšak forma pomoci zo strany susedov a priateľov nad ostatnými tromi formami mierne vyčnieva (4,7%).

Miera samostatnosti u osôb so zdravotným znevýhodnením

Miera samostatnosti osôb so zdravotným znevýhodnením veľmi úzko súvisí s predchádzajúcim indikátorom rozsahu zaistej pomoci. Je samozrejmé, že čím je nižšia

miera samostatnosti, tým sú obmedzenejšie možnosti a nižšia kvalita života. S tým na strane druhej priamo súvisia aj vyššie nároky na zaistenie pomoci zo strany rôznych typov jej poskytovateľov.

Tabuľka 3 Rozsah potreby starostlivosti podľa pohlavia, veku a miery znevýhodnenia

	Miera samostatnosti						Priemerná miera samostatnosti
	úplná samostatnosť	pomoc niekoľko hodín denne	celodenná pomoc (4 - 12 hodín)	nesamostatnosť (cca 24 hodín)	nie je známa	Spolu	
Pohlaví							
Muži	219 185	132 426	59 685	43 355	16 513	471 163	0,72
Ženy	198 935	186 436	78 261	63 570	15 001	542 203	0,66
Spolu	418 120	318 861	137 947	106 924	31 514	1 013 366	0,69
Vekové skupiny							
15 – 29	31 255	12 158	7 157	11 892	2 681	65 143	0,67
30 – 44	55 081	24 508	10 943	14 241	5 174	109 947	0,72
45 – 59	118 667	49 949	17 203	10 663	10 410	206 891	0,8
60 -74	164 011	103 834	32 396	24 333	8 637	333 211	0,75
75+	49 106	128 412	70 247	45 796	4 613	298 174	0,54
Spolu	418 120	318 861	137 947	106 924	31 514	1 013 366	0,69
Miera najťažšieho znevýhodnenia							
ľahké	146 678	28 026	3 685	1 168	6 843	186 401	0,89
stredne ťažké	198 297	151 394	43 010	15 752	12 851	421 305	0,74
ťažké	55 176	108 743	70 571	49 528	8 356	292 374	0,52
veľmi ťažké	12 444	24 115	18 435	40 016	1 700	96 709	0,36
neudaná miera	5 524	6 583	2 245	461	1 764	16 577	0,64
Spolu	418 120	318 861	137 947	106 924	31 514	1 013 366	0,69

Zdroj: Český statistický úrad

Miera samostatnosti v ČR má štyri základné úrovne, ako je to viditeľné z Tabuľky č. 3. Pričom najvyšším podielom sa vyznačuje úplná samostatnosť (41,3%). Nasleduje miera samostatnosti v podobe pomoci niekoľkých hodín denne (31,4%), s väčším odstupom celodenná pomoc – 4 až 12 hodín denne (13,6%) a úplná nesamostatnosť – 24 hodín (10,6%). Rozdielovou hodnotou k celku sú odpovede typu „nie je známe“ (3,1%).

Z hľadiska porovnania pohlaví prieskum ukazuje, že menej samostatné sú ženy. Z tejto skutočnosti potom následne vyplýva nižšia priemerná miera samostatnosti u žien (0,66) oproti mužom (0,72), pričom celkový priemer je 0,69. Z hľadiska veku sú v otázke nízkej miery samostatnosti najviac zastúpené najvyššie vekové kategórie a z pohľadu miery zdravotného

znevýhodnenia sa najvyššia miera nesamostatnosti vyskytovala u stredne ťažkej a ťažkej miery znevýhodnenia.

3.4.6. Sociálne zabezpečenie osôb so zdravotným znevýhodnením v ČR

Rôzne dávky sociálneho zabezpečenia poskytované osobám so zdravotným znevýhodnením v ČR sú na jednej strane potrebné k zaisteniu základných funkcií ich bežného života, ale na strane druhej prieskum poukazuje na to, že je veľmi dôležité túto výdavkovú položku štátneho rozpočtu ČR v maximálnej možnej miere legislatívne upraviť tak, aby nedochádzalo k jej zneužívaniu. Tento stav má za následok, že sociálne dávky sa v potrebnej miere a čase nedostávajú k adresátom, ktorí by mali byť ich oprávnenými príjemcami.

Pred vlastným vyhodnotením zodpovedajúcich dát prieskumu je nutné zdôrazniť, že v uvedených skupinách poskytovaných dávok sociálneho zabezpečenia sa pomerne často vyskytovala možnosť ich viacnásobného poberania.

Občanov so zdravotným znevýhodnením prieskum rozdeľuje do troch základných skupín - „nepoberá žiadnu sociálnu dávku“, „poberá niektoré z dávok sociálneho zabezpečenia“ a možnosť „nie je známe“. Najsilnejšie zastúpenou skupinou je časť občanov poberajúca minimálne jednu z dávok sociálneho zabezpečenia - 73,6% (vypočítané ako podiel osôb poberajúcich minimálne jednu z dávok sociálneho zabezpečenia na celkovom počte osôb so zdravotným znevýhodnením, t.j. bez odpočtu možnosti „nie je známe“). Na ďalšom mieste je možnosť „nepoberá žiadnu sociálnu dávku“ (14,0%) a najnižší podiel predstavuje možnosť „nie je známe“ (12,4%). Možnosť, že občan poberá minimálne jednu z dávok sociálneho zabezpečenia teda spĺňa 793 036 osôb. Z pohľadu pohlavia je podiel zastúpenia žien poberajúcich minimálne jednu z dávok sociálneho zabezpečenia 55,1% oproti 44,9% u mužov. Z hľadiska veku je najvyššie zastúpenie v troch posledných vekových kategóriách (45 rokov a vyššie).

Pokiaľ však posúdime poberanie dávok sociálneho zabezpečenia z hľadiska reálneho stavu, keď významne veľká skupina osôb so zdravotným znevýhodnením poberá súbežne viacej dávok, dospejeme namiesto sumy 793 036 osôb k oveľa vyššej sume (až 1 089 116 osôb). Táto suma reálnejšie odráža stav poberania sociálnych dávok v ČR osobami so zdravotným znevýhodnením a vyplýva z nej, že na jednu osobu pripadá 1,37 dávok. Ak sa pozrieme z tohto hľadiska na vnútornú skladbu možných dávok sociálneho zabezpečenia zistíme, že na

prvom mieste je dôchodok z dôchodcovského poistenia, ktorý predstavuje najfrekvencovanejšie formy dôchodkov (starobný, vdovský resp. vdovecký a sirotsky) a tvorí 38,2% z celku 1 089 116 všetkých možných dávok. Na ďalších štatisticky významných miestach sú príspevok na starostlivosť (21,3%), invalidný dôchodok pre invalida 3. stupňa (14,1%) a príspevok na mobilitu (11,9%). Zostávajúce formy dávok sociálneho zabezpečenia tvoria vo svojom súčte zvyšných 14,5%.

3.4.7. Zhrnutie problematiky zdravotného znevýhodnenia v ČR

- V roku 2013 žilo v ČR celkovo 1 077 673 osôb so zdravotným znevýhodnením, pričom ich podiel na celkovej populácii ČR bol 10,2%.
- Pre vekovú štruktúru osôb so zdravotným znevýhodnením v ČR je typická relácia – čím vyššia veková kategória, tým vyšší je ich počet. Súčasne sa veková štruktúra vyznačuje vysokým podielom žien nad 75 rokov.
- Skupina osôb so zdravotným znevýhodnením sa vyznačuje nižšou úrovňou najvyššieho dosiahnutého vzdelania oproti celkovej populácii ČR.
- Z hľadiska rodinného stavu je najviac osôb so zdravotným znevýhodnením v kategórii ženatý/vydatá (40,8%).
- Pokiaľ ide o bývanie, prevládajúci je štandardný byt v bežnom dome (80%). Pre bývanie v zariadeniach sociálnej starostlivosti (6,4%) sú najtypickejšie zariadenia s lôžkovou kapacitou 51 – 100 miest, pričom ich zriaďovateľom je kraj a následne obec.
- V rámci ekonomickej aktivity je najvyššie zastúpenie osôb so zdravotným znevýhodnením v skupine nepracujúci dôchodca/dôchodkyňa (69%) U osôb so zdravotným znevýhodnením je tento podiel až o 43,2 percentuálnych bodov vyšší, ako u bežnej populácie ČR.
- Zdravotné znevýhodnenie bolo u respondentov hodnotené z týchto hľadísk:
 - Typ – prevládajúce je vnútorné znevýhodnenie (41,9%), nasleduje telesné znevýhodnenie (29,2%).
 - Príčina – najčastejšou príčinou znevýhodnenia je znevýhodnenie spôsobené chorobou (64,7%), s vyšším podielom u žien (56,2%) a všeobecne s prevahou vnútorného znevýhodnenia (61,5%).
 - Dĺžka – vrodené znevýhodnenia predstavujú 13,7% z celku (najvyššie počty osôb so zdravotným znevýhodnením sú v nižších vekových kategóriách), pričom prevažujú muži. Podiel získaných znevýhodnení tvorí 86,3%. Priemer

rokov života so získaným znevýhodnením je celkovo 12,4 rokov (u mužov 11,9 rokov a u žien 12,6 rokov).

- Miera – prevládajúcou mierou znevýhodnenia je stredne ťažké znevýhodnenie (41,4%), nasleduje ťažké znevýhodnenie (28%), ľahké znevýhodnenie (19,7%) a veľmi ťažké znevýhodnenie (5,8%).
- Potreba pomôcky – u zdravotne znevýhodnených prevažovala odpoveď, že žiadnu pomôcku nepotrebujú (45%), alebo že zodpovedajúcu pomôcku majú (36,3%). V oboch prípadoch je ich najvyššie zastúpenie u vnútorného a telesného znevýhodnenia.
- Dôsledky zdravotného znevýhodnenia – z 9 typov prevláda obmedzenie mobility (23,5%), ďalej obmedzenie pri vedení domácnosti (18,1%) a obmedzenie samoobslužnosti (16%). Všeobecne sa dá povedať, že prevládajú obmedzenia u žien (54,6% - podiel z absolútnych hodnôt resp. 2,7 – priemerný počet obmedzení na jednu osobu) oproti mužom (45,4% resp. 2,5). Bez akéhokoľvek obmedzenia je len 5,5% osôb z celkového počtu osôb so zdravotným znevýhodnením.
- Rozsah zaistenej pomoci – pomoc je osobám so zdravotným znevýhodnením poskytovaná v 76,5% prípadoch. Bez zaistenia starostlivosti je 9% týchto osôb a u 14,3% táto skutočnosť nie je známa. V rámci poskytovania pomoci je na prvom mieste pomoc zo strany najbližších príbuzných (73,4%).
- Rozsah potreby starostlivosti – prevažujúcou mierou samostatnosti je úplná samostatnosť (41,3%) a pomoc na niekoľko hodín denne (31,4%), pričom celková priemerná miera samostatnosti je 0,69 (u žien 0,66).
- Osoby poberajúce minimálne jednu z dávok sociálneho zabezpečenia majú značnú prevahu (73,6%), pričom osôb, ktoré nepoberajú žiadnu z dávok je len 14,0%. Z pohľadu pohlavia je u osôb poberajúcich dávky sociálneho zabezpečenia prevaha u žien (55,1%). Rozhodujúci podiel zo všetkých dávok sociálneho zabezpečenia je u skupiny „iný dôchodok z dôchodcovského poistenia“ (starobný, vdovský resp. vdovecký a sirotský) – 38,2%.

Porovnanie výsledkov prieskumu z rokov 2007 a 2013

- Podiel počtu osôb so zdravotným znevýhodnením na celkovej populácii ČR sa oproti predchádzajúcemu obdobiu zvýšil o 0,3 percentuálneho bodu (z 9,9% na 10,2%), významnejšie u žien (o 0,6 %) ako u mužov (o 0,1%).

- Najvyššie vzdelanie dosiahnuté osobami so zdravotným znevýhodnením zaznamenalo určitý pokrok. V porovnaní výsledkov oboch prieskumov sa znížil podiel osôb bez vzdelania a so základným vzdelaním, naopak podiel osôb so stredným vzdelaním s maturitou a vysokoškolským vzdelaním sa zvýšil.
- V rámci rodinného stavu došlo v najsilnejšie zastúpenej skupine “ženatý/vydatá” k poklesu o 8,7 percentuálnych bodov.
- Z hľadiska bývania došlo u najpočetnejšie zastúpeného typu bývania “štandardný byt v bežnom dome” k poklesu o 6,6%, naopak v prípade bezbariérového bytu v bežnom dome došlo k nárastu (o 1,8%). K nárastu došlo aj u lôžok v zariadeniach sociálnej starostlivosti (o 1,1%). Z hľadiska priemernej dĺžky pobytu v zariadeniach sociálnej starostlivosti sa táto doba znížila o 1 rok a 10 mesiacov. Zníženie sa prejavilo u mužov vo výške 3 roky a 11 mesiacov, zatiaľ čo u žien bol trend opačný (zvýšenie o 8 mesiacov).
- Ekonomická aktivita – v prevažujúcej skupine nepracujúci dôchodca/dôchodkyňa bol zistený pokles o 2,2%. Pri ďalších dvoch pomerne vyrovnaných skupinách bol zaznamenaný rozdielny výsledok (pokles u zamestnaných/SZČO o 3,9% a nárast u pracujúcich dôchodcov/dôchodkýň o 5 %).
- Z hľadiska typu zdravotného znevýhodnenia u dvoch najpočetnejšie zastúpených typov boli zistené tieto výsledky: vnútorné znevýhodnenie sa vyznačuje pomerne vysokým nárastom (o 4,2%), zatiaľ čo telesné znevýhodnenie naopak poklesom (o 7%). Priemerná početnosť znevýhodnení na jednu osobu zaznamenala celkovo, ale aj jednotlivo u mužov a žien nepatrné zvýšenie (o 0,1%).
- Z hľadiska príčin zdravotných znevýhodnení s najvyšším zastúpením (spôsobené chorobou) bol zistený pokles o 4,3%. U príčin v dôsledku vrodeného znevýhodnenia bol rovnako zaznamenaný pokles (o 1,3%), zatiaľ čo pri stareckej polymorbidite bol naopak zistený nárast (o 1,7 %).
- Z hľadiska dĺžky trvania vrodené zdravotné znevýhodnenia vzrástli o 2,1% (u mužov bol nárast o 3,2% a u žien o 1,3%), zatiaľ čo získané zdravotné znevýhodnenia o 2,1% klesli.
- Z hľadiska miery zdravotného znevýhodnenia priemerná miera zdravotných znevýhodnení poklesla celkovo o 0,1 (u žien bol pokles o rovnakú hodnotu, u mužov sa táto hodnota nezmenila).
- Z hľadiska potreby pomôcky bol zistený najväčší pokles v uvádzaní odpovede, že zdravotne znevýhodnená osoba žiadnu pomôcku nepotrebuje (o 14,9%).
- Z hľadiska dôsledkov zdravotného znevýhodnenia boli zistené pozitívne výsledky pri obmedzení mobility (pokles o 2,6%).

- Rozsah zaistenej pomoci zo strany najpočetnejšie zastúpenej skupiny “najbližší príbuzní” významne poklesla (o 8,7%) a pomerne značný pokles bol zaznamenaný aj v kategórii “vzdialenejší príbuzní” (o 4,9%).
- Rozsah potreby starostlivosti vykázal v porovnaní dvoch prieskumov negatívne výsledky pri dvoch kategóriách - úplná samostatnosť poklesla o 3% a nesamostatnosť vzrástla o 2,9% .
- Z hľadiska sociálneho zabezpečenia sa podiel osôb nepoberajúcich žiadnu dávku zvýšil o 3%, naopak počet osôb poberajúcich dávky sa znížil o 9,5%. U osôb poberajúcich dávky významne poklesol invalidný dôchodok pre invaliditu 3. stupňa (o 10%) a naopak vzrástla kumulovaná skupina dávok “príspevok na mobilitu” a “štátne sociálne podpory” o 10,1% .

4. Šport v živote zdravotne znevýhodneného človeka

4.1. Charakter športu a jeho postavenie v živote zdravotne znevýhodneného človeka

Šport patrí v súčasnom svete k najvýraznejším spoločenským fenoménom. Ovplyvňuje mnoho obyvateľov všetkých kontinentov, dotýka sa najrôznejších organizácií, hnutí a skupín bez rozdielu ideologického, filozofického či náboženského zamerania. Je neoddeliteľnou súčasťou života spoločnosti, jeho význam vysoko oceňujú medzinárodné politické a kultúrne inštitúcie (napr. OSN, UNESCO), verejne ho podporujú vlády väčšiny štátov, uznávajú ho aj významní politici, vedci a ďalšie významné osobnosti mnohých odborov ľudskej činnosti. V súčasnej dobe sa šport chápe ako zložitý, vnútorne štruktúrovaný spoločenský jav, ktorý sa podieľa na cieľavedomej kultivácii človeka i spoločnosti. Pritom uspokojuje bytostné potreby rozvíjať telesné, duchovné, morálne a sociálne aspekty osobnosti človeka, ktoré zodpovedajú nielen ich individuálnym záujmom, ale aj záujmom spoločným. Európska charta o športe (1992, str. 1) uvádza nasledovnú definíciu: „šport zahŕňa všetky formy pohybových aktivít, ktoré prostredníctvom príležitostnej alebo organizovanej účasti vedú k preukazovaniu alebo zvyšovaniu telesnej zdatnosti a duševnej pohody, formujú sociálne väzby alebo umožňujú dosahovať výsledky v súťažiach na všetkých úrovniach“.

Neexistuje dôvod, prečo by sme sa s obsahom tejto definície športu nemohli v plnom rozsahu stotožniť aj v rámci populácie osôb so zdravotným znevýhodnením. Ľudia so zdravotným znevýhodnením, pri hľadaní vhodných foriem integrácie do života spoločnosti, stále aktívnejšie vstupujú do prostredia športu a pohybových aktivít v rovine príležitostnej, rekreačnej, ale aj vo forme organizovanej športovej činnosti, či vrcholového športu. Pozitívny vplyv športu na zdravie človeka je všeobecne uznávaným a platným postulátom, avšak jeho účinky na zdravie ľudí s akoukoľvek formou zdravotného obmedzenia boli v minulosti často podceňované a paušalizované. Tento prístup bol ovplyvnený predovšetkým nesprávnym chápaním zdravotného znevýhodnenia ako choroby, absencie zdravia, či trvalého narušenia zdravého vývoja jednotlivca. Avšak dlhodobá skúsenosť i odborné pohľady na problematiku zdravotného znevýhodnenia, vrátane problematiky športu zdravotne znevýhodnených, poukazujú na skutočnosť, že vplyv športu na zdravie týchto ľudí je v mnohých ukazovateľoch dokonca výraznejším fenoménom, ako je tomu v prostredí bežnej populácie. Zvyšovanie telesnej zdatnosti u človeka so zdravotným znevýhodnením je napríklad vysoko rozhodujúcim faktorom, ktorý priamo ovplyvňuje jeho možnosti zabezpečenia sebaobslužnosti, mobility, či

stabilizácie zdravotného stavu. Šport a pohybová aktivita zvyšuje odolnosť organizmu a jeho schopnosť poradiť si s pôsobením baktérií a rôznych infekcií, čo je pre mnohých ľudí so zdravotným znevýhodnením veľmi dôležitým predpokladom stabilizácie, či zlepšenia zdravotného stavu. V rámci foriem integrácie osobnosti človeka so zdravotným znevýhodnením je vplyv športu na jeho duševné zdravie a sociálne väzby hodnotený ako jedna z foriem najúčinnjších.

„Šport je dnes úplne uznávanou súčasťou všeobecnej kultúry. Je významným sociálno-spoločenským javom z rozmanitými väzbami na určité oblasti života, vrátane kultúry a umenia. Podobne ako v kultúre, aj postavenie a vývoj športu je podmienený materiálnymi podmienkami života spoločnosti. Šport je odrazom kvality doby, úrovne jej spoločenských, kultúrnych a sociálnych priorít“. (Gajdoš, 2010).

Vyspelá spoločnosť v súčasnom období pristupuje okrem aktívnej sociálnej politiky aj k možnosti podpory športu zdravotne znevýhodnených v oblasti legislatívy, štátneho rozpočtu, vzdelávania, či iných oblastí priamo ovplyvňujúcich fakt, že šport zdravotne znevýhodnených sa stáva akceptovanou súčasťou moderného života spoločnosti.

Ku kvalite života (vrátane ľudí so zdravotným znevýhodnením) bezpochyby patrí aktívny i pasívny šport ako nástroj:

- udržania zdravia, ušľachtilej zábavy, formovania morálnych, vôľových a estetických kvalít individua,
- presadzovania demokracie a ľudských práv, na čom je založená športová etika,
- vylúčenia akejkoľvek formy diskriminácie a rovnoprávnosti mužov a žien,
- rešpektovanie integrity jednotlivca,
- presadzovanie medzinárodného porozumenia a idey mieru“. (Grexa, 2006).

4.2. Vrcholový šport a paralympizmus

Vrcholné športové výkony jednotlivcov, alebo tímov vyjadrujú viaceré hodnoty, ktoré sú ako vo vzťahu k športovcom, tak aj k spoločnosti veľmi významné. V športových súťažiach sa výkony prezentujú pred širokou verejnosťou, svojimi hodnotami prispievajú k obohateniu života a majú motivačný význam najmä pre deti a mládež. Vo vystupovaní športovcov je súčasne skrytý veľký výchovný potenciál za predpokladu, že je prezentovaný nielen vynikajúcimi výsledkami, ale aj zodpovedajúcim správaním. Predovšetkým úspešná športová reprezentácia krajiny býva zdrojom rastu národného sebavedomia a vlasteneckého citenia.

Vrcholový šport predstavuje najvyššiu výkonnostnú úroveň športu. Je činnosťou presahujúcou voľný čas, aktivitou prebiehajúcou selektívne podľa miery talentu a tréningových možností. Pre vrcholový šport sú jedinci vyberaní, ich životný režim sa prispôsobuje požiadavkám športu a tréningu, sú pre nich vytvárané zvláštne podmienky a osobitný spoločenský štatút. Z tohto hľadiska sa ich športové aktivity stávajú určitým spoločenským záväzkom, spoločenským poslaním a uplatnením, vrcholoví športovci sa tak stávajú "producentmi" dôležitých spoločenských hodnôt. Vrcholovú výkonnosť dosahujú len vynikajúci jedinci s príslušnými vrozenými dispozíciami, ktorí prešli mnohoročným náročným tréningom a dosiahli skutočne mimoriadne výkony. Preto sa tiež stávajú populárnymi a zaujímajú v spoločnosti často významné postavenie. (Choutka, Dovalil, 2004)

Historický vývoj opäť formoval pohľady na túto problematiku aj v špecifickom prostredí športu zdravotne znevýhodnených. Veľmi dôležitú úlohu v tomto smere zohralo obdobie, keď sa začali v rovine ideovej, ale i športovej spájať myšlienky olympizmu a paralympizmu. Začiatky paralympizmu siahajú do roku 1944, keď britská vláda vytvorila liečebno-rehabilitačné centrum pre vojenských vyslúžilcov - vozičkárov s poranením chrbtice, ktoré viedol Sir Ludwig Guttmann - neurochirurg nemocnice v Stoke-Mandeville v Aylesbury. Súčasťou liečby bolo aj oboznámenie pacientov s niektorými športami, čo neskôr (28. júla 1948) viedlo k vzniku súťaže, na ktorej sa zúčastnili 16 pacienti z viacerých rehabilitačných stredísk. Táto súťaž bola prvými stoke-mandevillskými hrami a nebolo náhodou, že sa konali v rovnakom čase ako olympijské hry v Londýne. Sir Ludwig Guttmann úspešne presadil svoju koncepciu paralympijských hier v roku 1960 (Rím) a v roku 1976 aj svoju koncepciu zimných paralympijských hier. Od roku 1960, kedy sa konali olympijské a paralympijské hry v Ríme, došlo k prudkému rozvoju paralympijských hier. Bližšie informácie o živote L. Guttmanna sú uvedené v Prílohe C.

Paralympijské hry sú obdobou olympijských hier a sú určené vrcholovým športovcom so zdravotným znevýhodnením z celého sveta. Slovo paralympijské znamená „paralelné, súbežné“ s olympijskými, preto sa konajú každé dva roky, pričom sa každé dva roky striedajú letné a zimné paralympiády, a to bezprostredne po skončení letných a zimných olympijských hier. Paralympijské hry sa po uzatvorení dohody medzi Medzinárodným olympijským výborom a Medzinárodným paralympijským výborom (pred rokom 1992 sa nazýval Medzinárodný koordinačný výbor) od roku 1988 tradične konajú v mieste usporiadania olympijských hier. Paralympijské hry uznávajú v prvom rade športové výkony účastníkov, nie ich znevýhodnenie. Športovci na paralympijských hrách pozostávajú z paraplegikov,

kvadрупlegikov, amputovaných, zrakovo znevýhodnených, spastikov, športovcov s ostatnými znevýhodneniami pohybového aparátu („lesautres“) a športovcov s mentálnym znevýhodnením (v súčasnosti na paralympijských hrách neštartujú).

Podobne ako je to požadované u olympionikov, aj paralympionici musia splniť tvrdé kvalifikačné limity. Až po splnení tejto podmienky sa môžu zaradiť do národného paralympijského družstva. Väčšina paralympijských športov je totožná s olympijskými športmi, samozrejme s príslušnými úpravami pravidiel tak, aby vyhovovali funkčným schopnostiam športovcov. Okrem toho existuje niekoľko výlučne paralympijských športov. Názov paralympiáda sa pomerne často a mylne zamieňa s názvom špeciálna olympiáda, kde súťažia výlučne mentálne znevýhodnení športovci. Mentálne znevýhodnení športovci donedávna súťažili aj na paralympijských hrách (v súčasnosti majú pozastavený štart až do vyriešenia novej zdravotnej klasifikácie), ale pri špeciálnych olympiádach sa kladie dôraz na účasť, zatiaľ čo pri paralympiádach na špičkový športový výkon.

4.3. Fenomén úspešnej integrácie športovcov so zdravotným znevýhodnením

V rámci predchádzajúcich kapitol sme sa sústredili na objasnenie otázok vplyvu športu a pohybových aktivít na človeka so zdravotným znevýhodnením, pričom sme obsiahli dôležité aspekty ako fyzické, či duševné zdravie, motivácia, sociálne väzby a pod. Dlhodobé skúsenosti a prax však potvrdzujú, že šport vo významnom počte prípadov ovplyvňuje život zdravotne znevýhodneného človeka ďaleko za rámec týchto aspektov. Aktivizácia príležitosti dosiahnuť čo najvyššiu možnú mieru integrácie a spoločenského postavenia, či uznania, je vzhľadom na vplyv športu veľmi pravdepodobne tou najefektívnejšou možnosťou. Je množstvo oblastí spoločenského života ako umenie, kultúra, veda, informačné technológie a pod, ktorých vplyv na vysokú mieru spoločenského uplatnenia ľudí so zdravotným znevýhodnením môžeme v praxi pozorovať. Veľa zdravotne znevýhodnených ľudí sa pod ich vplyvom dokázalo presadiť ako vynikajúci vedci, umelci, IT odborníci, ale na základe početnosti prípadov i presvedčivosti výsledkov takto motivovanej integrácie môžeme konštatovať, že šport je v tejto oblasti skutočným fenoménom.

Pre ilustráciu v Prílohe D uvádzame vyjadrenia, postrehy a stručnú životnú líniu niekoľkých našich úspešných paralympijských športovcov.

5. Legislatívna úprava problematiky občanov so zdravotným znevýhodnením

5.1. Problematika zdravotne znevýhodnených v sieti noriem slovenského právneho poriadku

Základná orientácia

Vždy, keď hovoríme o právnej úprave akejkoľvek oblasti ľudskej činnosti, hovoríme vlastne o úprave spoločenských vzťahov právnymi normami, v ktorých ich účastníci vystupujú navzájom ako nositelia určitých subjektívnych práv a povinností (Brostl, 2007). V skratke, hovoríme teda o právnych vzťahoch. Ak chceme rozoberať právnu úpravu postavenia športovcov so zdravotným znevýhodnením, musíme si uvedomiť, že nám ide primárne o popis a analýzu tých právnych vzťahov (spoločenských vzťahov upravených právnymi normami), v ktorých aspoň jeden zo subjektov tohto vzťahu je osoba športovca so zdravotným znevýhodnením. Nie je možné preto analyzovať postavenie športovcov so zdravotným znevýhodnením bez toho, aby sme vedeli, kto sa takouto osobou vlastne rozumie. Zreteľne sa tak artikuluje otázka, koho, akú fyzickú osobu, považuje slovenský právny poriadok za športovca so zdravotným znevýhodnením.

Športovci so zdravotným znevýhodnením v sieti noriem slovenského právneho poriadku

Hneď na začiatku je nutné zdôrazniť, že slovenský právny poriadok v žiadnej zo svojich foriem, v ktorých je vyjadrený (v žiadnom z prameňov práva) neponúka legálnu definíciu pojmu športovec so zdravotným znevýhodnením, postihnutím, či hendikepom. Ako ešte ukážeme, nejde len o deficit v rámci analýzy právneho postavenia takýchto osôb. Musíme preto pre potreby popisu postavenia týchto osôb z pohľadu noriem slovenského právneho poriadku predpokladať, že za takúto osobu sa bude považovať fyzická osoba, ktorá spĺňa podmienky ako definície pojmu športovec, tak i definície pojmu osoba so zdravotným znevýhodnením. Tu sa však otvára ďalšia suma otázok.

Koho je možné považovať za osobu so zdravotným znevýhodnením (postihnutím)? V rôznych zákonoch je pojem osoba so zdravotným postihnutím definovaná odlišne. Napríklad Zákonník práce v § 40 ods. 8 definuje osobu so zdravotným postihnutím nasledovne: „Zamestnanec so zdravotným postihnutím na účely tohto zákona je zamestnanec

uznaný za invalidného podľa osobitného predpisu, ktorý svojmu zamestnávateľovi predloží rozhodnutie o invalidnom dôchodku.“ Zákon o službách zamestnanosti v § 9 ods. 1 zas len stroho konštatuje: „Občan so zdravotným postihnutím na účely tohto zákona je občan uznaný za invalidného podľa osobitného predpisu,“ a odkazuje pritom na **§ 71 zákona č. 461/2003 Z. z.** o sociálnom poistení v znení zákona č. 310/2006 Z. z. a tiež na zákon č. 328/2002 Z. z. o sociálnom zabezpečení policajtov a vojakov a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov. Zákon č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení ponúka zas úplne odlišnú definíciu.² Zjednocujúcim znakom je snáď len to, že všetky doposiaľ spomenuté normy rôznym spôsobom odkazujú na **§ 71 zákona č. 461/2003 Z. z.** o sociálnom poistení³, to však na favorizovanie ním použitej definície podľa nášho názoru nestačí.⁴

Pri otázke legálnej definície pojmu športovca je problém ešte naliehavejší. Napriek tomu, že návrh nového zákona o športe už takúto definíciu pozná, aktuálne platná a účinná úprava nie. **Zákon č. 288/1997 Z. z.** o telesnej kultúre v znení neskorších predpisov hovorí síce o športe pre všetkých, či výkonnostnom a vrcholovom športe, no definície športovcov ako takých nepozná. Je logické, že extenzívnym výkladom obsahu tohto zákonného predpisu by sme v konečnom dôsledku mohli dospieť k interpretačnému zisteniu, že vrcholovým športovcom je športovec vykonávajúci vrcholový šport, a obdobnú aplikáciu výkladu by sme použili aj pri športe pre všetkých (Čollák, 2015).

Po zhrnutí týchto faktov v zmysle súčasnej platnej a účinnej legislatívy, môžeme za športovca so zdravotným znevýhodnením považovať fyzickú osobu vykonávajúcu výkonnostný, vrcholový šport alebo šport pre všetkých, ktorá zároveň v zmysle dotknutých zákonov spĺňa aspoň jednu z definícií osôb so zdravotným znevýhodnením, resp. osôb podobných. Ak

² Zákon č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení v § 12 ods. 2 uvádza: „Na účely tohto zákona sa za osobu so zdravotným postihnutím považuje fyzická osoba - a) uznaná za invalidnú“ alebo „b) s ťažkým zdravotným postihnutím, ktorého miera funkčnej poruchy je najmenej 50 %.“ Z toho vyplýva, že v zákone o zdravotnom poistení je definícia osoby so zdravotným postihnutím širšia. Okrem osoby uznanej za invalidnú je to aj osoba s ťažkým zdravotným postihnutím, ktorej miera funkčnej poruchy je najmenej 50 %.

³ § 71 zákona č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení: (ods. 1) „Poistenec je invalidný, ak pre dlhodobu nepriaznivý zdravotný stav má pokles schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť o viac ako 40 % v porovnaní so zdravou fyzickou osobou.“ (ods. 2) „Dlhodobo nepriaznivý zdravotný stav je taký zdravotný stav, ktorý spôsobuje pokles schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť a ktorý má podľa poznatkov lekárskej vedy trvať dlhšie ako jeden rok.“ V našej legislatíve sa okrem pojmov „osoba so zdravotným postihnutím“, „osoba uznaná za invalidnú“ používa aj pojem „ťažké zdravotné postihnutie“. Zákon o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia v § 2 stanovuje, že ťažké zdravotné postihnutie je zdravotné postihnutie s mierou funkčnej poruchy najmenej 50 %, pričom funkčná porucha je nedostatok telesných schopností, zmyslových schopností alebo duševných schopností fyzickej osoby, ktorý z hľadiska predpokladaného vývoja zdravotného postihnutia bude trvať dlhšie ako 12 mesiacov.

⁴ Najmä vzhľadom na jej špecifickosť a obmedzenosť používania, ktorá je daná textom zákona, ktorý definuje osobu so zdravotným postihnutím len na účely zákona o zdravotnom poistení.

budeme preto v ďalšom texte hovoriť o právnej úprave postavenia športovcov so zdravotným znevýhodnením, budeme mať na mysli práva tieto osoby.

5.2. Osoby so zdravotným znevýhodnením (nielen ideové zdroje slovenskej právnej úpravy)

Už z uvedenej „zloženej“ definície jasne vyplýva, že slovenský normotvorca nazerá na športovcov so zdravotným znevýhodnením primárne cez prizmu akéhosi duálneho postavenia. Buď ako na športovcov alebo ako na osoby so zdravotným znevýhodnením. Zdá sa, že vo vzťahu k úprave postavenia osôb so zdravotným znevýhodnením prešiel slovenský normotvorca o niečo dlhšiu cestu, než v prípade športovcov. Preto pred tým, než pristúpime k popisu jednotlivých prameňov práva upravujúcich postavenie športovcov so zdravotným znevýhodnením, zameriame sa najskôr na mantinely a smery, v ktorých sa pohybuje nielen aktuálna právna úprava, ale v ktorých rámci sa bude musieť zákonodarca pohybovať aj pri precizovaní postavenia športovcov so zdravotným znevýhodnením v budúcnosti.

Je nutné uviesť, že Slovenská republika pri úprave podmienok na ochranu a podporu ľudských práv osôb so zdravotným znevýhodnením vychádza z medzinárodných skúseností, odporúčaní a záväzkov. Ťažiskovým a východiskovým medzinárodným dokumentom v tejto oblasti sú **Štandardné pravidlá na vytváranie rovnakých príležitostí pre osoby so zdravotným postihnutím** (NROZP, 2015), prijaté v roku 1993 Valným zhromaždením OSN. Tento dokument má charakter odporúčania. Ich dodržovanie a napĺňanie je pravidelne monitorované Organizáciou spojených národov prostredníctvom jej zvláštneho spravodajcu pre otázky osôb so zdravotným postihnutím, ako aj Radou Európy, Medzinárodnou organizáciou práce a ďalšími medzinárodnými organizáciami. Predmetný dokument sa následne stal ideovým vzorom pre vypracovanie **Národného programu rozvoja životných podmienok občanov so zdravotným postihnutím vo všetkých oblastiach života** (MPSVaR, 2015), ktorý bol prijatý v roku 2001 a platil až do januára 2014 (MZVaEZ, 2015).

Významným dokumentom v dotknutej oblasti je i **Akčný plán Rady Európy na presadzovanie práv ľudí so zdravotným postihnutím a ich plnej účasti v spoločnosti**. Ten si vytýčil za cieľ na roky 2006 až 2015 zlepšenie kvality života ľudí so zdravotným znevýhodnením v Európe. Všeobecne je spomínaný akčný plán (a to i u nás) využívaný ako praktický nástroj na rozvíjanie a uplatňovanie realizovateľných stratégií a politik členských štátov umožňujúcich plnú účasť ľudí so zdravotným znevýhodnením vo všetkých oblastiach

života spoločnosti, neobchádzajúc pritom ani oblasť športových aktivít športovcov so zdravotným znevýhodnením (MZVaEZ, 2015a).

Prvenstvo v rámci medzinárodných zmlúv, ktoré sa svojou úpravou dotýkajú práv osôb so zdravotným znevýhodnením, jednoznačne patrí **Dohovoru o právach osôb so zdravotným postihnutím** (MZVaEZ, 2015b), ktorý je úplne prvým **právne záväzným** medzinárodným nástrojom v oblasti ľudských práv osôb so zdravotným znevýhodnením.⁵ Slovenská republika je zmluvnou stranou aj tohto dokumentu OSN. Pre Slovenskú republiku nadobudol Dohovor platnosť 25. júna 2010. Tento Dohovor v roku 2010 ratifikovala aj Európska únia a stala sa tak 97. zmluvnou stranou Dohovoru. Zaujímavosťou je, že Európska únia sa stala historicky prvým zoskupením štátov, ktoré k Dohovoru pristúpilo. Európska únia okrem pristúpenia k Dohovoru prijala v nadväznosti naň následne i **Stratégiu Európskej únie pre oblasť zdravotného postihnutia** (MPSVaR, 2015) na roky 2010 – 2020, ktorej deklarovaným cieľom je pomáhať pri praktickom vykonávaní Dohovoru ako na úrovni Európskej únie, tak aj na úrovni jednotlivých členských štátov (teda i na úrovni Slovenskej republiky).

Na národnej úrovni sa za veľmi podstatný dokument považuje **Národný program rozvoja životných podmienok občanov so zdravotným postihnutím vo všetkých oblastiach života**, prijatý v roku 2001, ktorý systémovo rieši otázky ochrany a podpory práv osôb so zdravotným znevýhodnením u nás (MZVaEZ, 2015c).

Dokumenty, ktoré významným spôsobom ovplyvňujú postavenie osôb so zdravotným znevýhodnením (športovcov nevynímajúc) možno zhrnúť a doplniť nasledovne:

Organizácia spojených národov:

- Dohovor o právach osôb so zdravotným postihnutím (UN CRPD)
- Východisková správa SR k Dohovoru o právach osôb so zdravotným postihnutím
- Opčný protokol k Dohovoru o právach osôb so zdravotným postihnutím
- Usmernenia k správe o opatreniach prijatých na účel plnenia záväzkov vyplývajúcich z Dohovoru o právach osôb so zdravotným postihnutím

⁵ Dohovor prijalo Valné zhromaždenie OSN dňa 6. decembra 2006 s cieľom presadzovať, chrániť a zabezpečovať plné a rovnaké užívanie všetkých ľudských práv a základných slobôd všetkými osobami so zdravotným znevýhodnením a presadzovať rešpektovanie ich prirodzenej ľudskej dôstojnosti. Za jeho predchodcom však je možné s určitou nepresnosťou považovať Všeobecnú deklaráciu ľudských práv z roku 1948, Európskym dohovorom o ochrane ľudských práv (1950) či Európskej sociálnej charte v jej prvom znení platná od roku 1965 (Bližšie pozri: ZUZČÁKOVÁ, M.: Zdravotné postihnutie a vnímanie ľudských práv občanov so zdravotným postihnutím, s. 1194, prístupné na: http://www.pulib.sk/elpub2/FF/Chovanec1/pdf_doc/103.pdf, navštívené dňa 7.6.2015).

- Princípy týkajúce sa postavenia národných inštitúcií pre podporu a ochranu ľudských práv, rezolúcia Valného zhromaždenia OSN 48/134 z 20. decembra 1993

Rada Európy:

- Akčný plán Rady Európy na presadzovanie práv ľudí so zdravotným postihnutím a ich plnej účasti v spoločnosti: zlepšenie kvality života ľudí so zdravotným postihnutím v Európe v rokoch 2006-2015

Európska únia:

- Európska stratégia pre oblasť zdravotného postihnutia 2010 – 2020: obnovený záväzok vybudovať Európu bez bariér
- Rovnosť príležitostí pre osoby so zdravotným postihnutím: Európsky akčný plán na roky 2004-2010
- Verejná konzultácia k prijatiu európskeho aktu o prístupnosti (European Accessibility Act) - ukončenie 29. februára 2012

Slovenská republika:

- Národný program rozvoja životných podmienok osôb so zdravotným postihnutím na roky 2014-2020
- Je možné konštatovať, že zjednocujúcim prvkom spomenutých dokumentov je zreteľne artikulovaná snaha o vytvorenie priaznivých životných podmienok osôb so zdravotným znevýhodnením vo všetkých oblastiach života, teda i v oblasti telesnej kultúry a športu.

5.3. Ústava Slovenskej republiky ako základný právny rámec

V rámci popisu a analýzy prameňov práva, respektíve právnych noriem v nich obsiahnutých, ktoré regulujú postavenie športovcov so zdravotným znevýhodnením u nás, nie je možné obísť ani Ústavu Slovenskej republiky ako právnu normu s najvyššou právnou silou. Hneď na začiatku je nutné zdôrazniť, že žiadne z ustanovení ústavy **priamo** postavenie športovcov so zdravotným znevýhodnením **neupravuje**. Dokonca i zdravotne znevýhodnené osoby ako také (teda nie konkrétne zdravotne znevýhodnených športovcov) spomína ústava len v znení ustanovení **článku 38 ods. 1 a 2**, ktoré generálne vymedzujú postavenie osôb so zdravotným znevýhodnením v rámci pracovnoprávných vzťahov.⁶ Napriek tomuto konštatovaniu je však

⁶ Článok 38 Ústavy Slovenskej republiky ods. 1: „Ženy, mladiství a osoby zdravotne postihnuté majú právo na zvýšenú ochranu zdravia pri práci a osobitné pracovné podmienky.“ a ods. 2: „Mladiství a osoby zdravotne postihnuté majú právo na osobitnú ochranu v pracovných vzťahoch a na pomoc pri príprave na povolanie.“

nutné upozorniť, že ústava vytvára priestor, v ktorého hraniciach možno kreovať a aplikovať legislatívny rámec upravujúci konkrétne právne postavenie zdravotne znevýhodnených športovcov. Žiadne z právnych predpisov upravujúcich postavenie športovcov so zdravotným znevýhodnením nemôže byť v rozpore s ústavou. Tá teda minimálne takýmto naznačeným spôsobom reguluje i postavenie zdravotne znevýhodnených športovcov u nás.

Je nutné zdôrazniť, že podrobná úprava právnych vzťahov nie je nakoniec ani jej úlohou.⁷ Platí, že právna úprava obsiahnutá v ústave nie je ani úplná, ani dokonalá. Východiskovo sa to od nej ani neočakáva. Hoci sa v ústave mnohé otázky upravujú podrobne, neznamena to, že ústavná listina nemôže obsahovať aj viaceré oblasti, ktoré sú upravené široko a neurčito, alebo ktoré sú upravené len rámcovo. Podrobnejšia právna úprava a konkretizácia ústavnoprávnych pravidiel nakoniec nachádza priestor v príslušných zákonoch. Ak sa totiž ústava pokúša o absorbovanie novej zákonnej úpravy, prispieva to neraz iba k jej znehodnocovaniu a prehodnocovaniu, k nepochopeniu jej zmyslu a funkcie (Brostl, 2013). Ústava je nielen zdrojom nového právneho poriadku, ale i metodologickým základom a nositeľom demokratického ducha interpretácie a aplikácie zákonov (Palus, 2014). V tejto súvislosti je možné spomenúť najmä **čl. 1 ods. 1 ústavy**, zdôrazňujúci právny charakter nášho štátu. Z tohto článku sa v ústavnoprávnej praxi odvodzujú i viaceré princípy, ktoré majú nepochybne význam nielen pri interpretácii a aplikácii ústavy, ale i zákonov a iných právnych predpisov, ktoré upravujú postavenie športovcov so zdravotným znevýhodnením. Jeden z nich, **zákaz diskriminácie**, sa prejavuje v znení **článku 12 ods. 2 Ústavy Slovenskej republiky**.⁸ Ten sa z pohľadu svojho aplikačného dosahu pravdepodobne z ústavnoprávneho hľadiska dotýka postavenia športovcov so zdravotným znevýhodnením najviac. I keď z predmetného znenia ustanovenia článku ústavy explicitne nevyplýva, že v rámci ústavného zákazu diskriminácie, by bolo jedným z tzv. „poškodzujúcich“ faktorov i zdravotné

⁷ Platí, že právna úprava obsiahnutá v ústave nie je ani úplná, ani dokonalá. Východiskovo sa to od nej ani neočakáva. Hoci sa v ústave mnohé otázky upravujú podrobne, neznamena to, že ústavná listina nemôže obsahovať aj viaceré také oblasti, ktoré sú upravené široko a neurčito, alebo ktoré sú upravené len rámcovo. Podrobnejšia právna úprava a konkretizácia ústavnoprávnych pravidiel koniec - koncov nachádza priestor v príslušných zákonoch. Ak sa ústava pokúša o absorbovanie novej zákonnej úpravy, prispieva to neraz iba k jej znehodnocovaniu a prehodnocovaniu, k nepochopeniu jej zmyslu a funkcie (Bližšie pozri: BRÖSTL. A. a kol.: Ústavné právo Slovenskej republiky, 2. Vydanie, Aleš Čeněk, Plzeň, 2013, s. 14).

⁸ Článok 12 Ústavy Slovenskej republiky ods. 2: „*Základné práva a slobody sa zaručujú na území Slovenskej republiky všetkým bez ohľadu na pohlavie, rasu, farbu pleti, jazyk, vieru a náboženstvo, politické, či iné zmýšľanie, národný alebo sociálny pôvod, príslušnosť k národnosti alebo etnickej skupine, majetok, rod alebo iné postavenie. Nikoho nemožno z týchto dôvodov poškodzovať, znevýhodňovať alebo znevýhodňovať.*“

znevýhodnením športovca (Zuzčáková, 2015), z formulácie „*alebo iné postavenie*“ v prvej vete článku, je ho možné i vo vzťahu k účelu tohto ustanovenia jasne vyvodit'.⁹

Zákaz diskriminácie (popri aktívnych politikách na podporu zdravotnej starostlivosti, vzdelávania, kultúry, osvetovej činnosti, telesnej kultúry a športových aktivít zdravotne znevýhodnených športovcov) sa vo všeobecnosti vinie ako červená niť právnou úpravou postavenia osôb so zdravotným znevýhodnením. Je v istom zmysle i jej určujúcim determinantom. Je nutné zdôrazniť, že **v prípade zdravotne znevýhodnených športovcov bude zákaz diskriminácie relevantný primárne vo vzťahu k ostatným (zdravým) športovcom a bude im zabezpečovať rovné (nie rovnaké) postavenie** v právnych vzťahoch, do ktorých zdravotne znevýhodnení športovci vstupujú.

V súvislosti so všeobecnosťou, rámcovitým charakterom a neúplnosťou ústavných mantinelov právnej úpravy postavenia športovcov so zdravotným znevýhodnením a zákazom diskriminácie je nutné spomenúť **zákon č. 365/2004 o rovnakom zaobchádzaní v niektorých oblastiach a o ochrane pred diskrimináciou a o zmene a doplnení niektorých zákonov** (antidiskriminačný zákon). Dá sa povedať, že ten je akýmsi „vykonávacím“ zákonom vo vzťahu k spomenutému **článku 12 ods. 2 Ústavy Slovenskej republiky** a predstavuje dôležitý míľnik v úprave právneho postavenia zdravotne znevýhodnených osôb (zdravotne znevýhodnených športovcov nevynímajúc). Bol prijatý v roku 2004. Okrem iných rozličných dôvodov, zakotvuje zákaz diskriminácie aj z dôvodu zdravotného znevýhodnenia. Za tú sa považuje aj diskriminácia z dôvodu predchádzajúceho zdravotného znevýhodnenia alebo diskriminácia osoby, u ktorej by na základe vonkajších príznakov bolo možné predpokladať, že ide o osobu so zdravotným znevýhodnením.¹⁰ Je zjavné, že predmetný zákon tak výrazným spôsobom modifikuje a dopĺňa znenie **čl. 12 ods. 2 Ústavy Slovenskej republiky**.

⁹ Články 35 až 43 Ústavy Slovenskej republiky špecifikujú niektoré ďalšie práva, ktoré sa bezprostredne týkajú ochrany životných podmienok ľudí so zdravotným znevýhodnením.

¹⁰ Za diskrimináciu z dôvodu zdravotného postihnutia sa nepovažuje objektívne odôvodnené rozdielne zaobchádzanie, ktoré spočíva v ustanovení podmienky zdravotnej spôsobilosti na prístup k zamestnaniu alebo podmienky na výkon určitých činností v zamestnaní, ak to vyžaduje povaha tohto zamestnania alebo činnosti.

5.4. Legislatívny rámec postavenia športovcov so zdravotným znevýhodnením

Doteraz bola venovaná pozornosť postaveniu športovcov so zdravotným znevýhodnením viac-menej z perspektívy ich statusu ako osôb so zdravotným znevýhodnením. Teraz sa zameriame na normy, ktoré ovplyvňujú ich postavenia ako športovcov.

Zákon č. 300/2008 Z. z. o organizácii a podpore športu a o zmene a doplnení niektorých zákonov

Zákon č. 300/2008 Z. z. o organizácii a podpore športu a o zmene a doplnení niektorých zákonov je fundamentálnym zákonom v sieti právnych predpisov platných v Slovenskej republike, týkajúcich sa športu a športovcov ako celku (nevynímajúc zdravotne znevýhodnených športovcov). V § 1 zákon určuje svoj predmet ako základné vymedzenie právnych vzťahov, ktoré upravuje.¹¹ Zákon č. 300/2008 Z. z. o organizácii a podpore športu a o zmene a doplnení niektorých zákonov upravuje (I) úlohy v oblasti štátnej podpory vrcholového a výkonnostného športu, starostlivosti o športové talenty a športovania detí, žiakov a študentov (t.j. aj športu a športovcov so zdravotným znevýhodnením), (II) organizáciu prípravy športovcov na reprezentáciu Slovenskej republiky (t.j. aj reprezentáciu v rámci Slovenského paralympijského a deaflympijského výboru), (III) opatrenia v boji proti dopingov v športe a postavenie Antidopingovej agentúry Slovenskej republiky (ďalej len „antidopingová agentúra“), (IV) rozhodovanie sporov v športe a (V) zriadenie a správu informačného systému verejnej správy o športe.

Zákon č. 300/2008 Z. z. o organizácii a podpore športu a o zmene a doplnení niektorých zákonov vo svojich ustanoveniach rieši základné otázky športu v Slovenskej republike (teda aj športu zdravotne znevýhodnených športovcov). Medzi základnú problematiku patrí rozčlenenie kompetencií do dvoch kategórií. Prvá skupina kompetencií patrí vláde a ministerstvám ako ústredným orgánom štátnej správy pre oblasť športu (aj športu zdravotne znevýhodnených športovcov). Druhá kategória kompetencií patrí neštátnym organizáciám, klubom a zväzom. Kompetencie týchto štátnych a neštátnych orgánov rozoberáme

¹¹ (1) Zákon má upravovať v príslušnej oblasti všetky základné spoločenské vzťahy. Musí byť zrozumiteľný, prehľadne usporiadaný a stručný v tom zmysle, že má obsahovať len ustanovenia s normatívnym obsahom. (2) Zákon musí byť terminologicky presný a jednotný. Možno v ňom používať len správne a v právnom poriadku ustálené pojmy a správnu právnu terminológiu. Ak niet vhodného pojmu alebo termínu, možno na jeho utvorenie použiť iné slovo alebo slovné spojenie, ktoré vyhovuje z významovej stránky. Nový pojem treba v zákone právne vymedziť – Legislatívne pravidlá tvorby zákonov, čl. 4.

v nasledujúcej časti tejto analýzy. Vo svojej druhej časti rieši zákon č. 300/2008 Z. z. o organizácii a podpore športu a o zmene a doplnení niektorých zákonov zdroje financovania športu (resp. športu zdravotne znevýhodnených) a dotácie, keď v ustanoveniach § 11a až 11f špecifikuje požiadavky, ktoré žiadateľ o financie (dotáciu) musí spĺňať. V rámci zákona č. 300/2008 Z. z. o organizácii a podpore športu a o zmene a doplnení niektorých zákonov, zákonodarca upravuje športovú infraštruktúru, starostlivosť o športové talenty, športovú reprezentáciu, opatrenia v rámci boja proti dopingu, rozhodovanie sporov v športe a športový informačný systém. Z doterajších záverov analýzy postavenia športovcov so zdravotným postihnutím je zrejmé, že právne normy upravujúce oblasti spomínané v predchádzajúcej vete sa týkajú aj športu a športovcov zdravotne postihnutých v rovnakej miere ako športovcov bez takéhoto postihnutia.

Otvorenou otázkou ostáva, prečo zákonodarca v intenciách zákona č. 300/2008 Z. z. o organizácii a podpore športu a o zmene a doplnení niektorých zákonov nediferencoval skupinu zdravotne znevýhodnených športovcov od skupiny zdravých športovcov. Ako jediný legitímny dôvod prichádza do úvahy snaha zákonodarcu vyhnúť sa odlišnému zaobchádzaniu so zdravotne znevýhodnenými športovcami, berúc pritom do úvahy zákaz diskriminácie a princíp rovnosti, zakotvený v Ústave Slovenskej republiky. Máme však za to, že takýto prístup nie je možné považovať za správny a nevyčlenením zvláštnej skupiny športovcov so zdravotným znevýhodnením dochádza podľa nášho názoru k nerovnostiam a nepravostiam minimálne vo forme faktického znevýhodnenia takýchto športovcov oproti zdravým športovcom. Toto znevýhodnenie je dané najmä špecifikami a zvláštnosťami športu zdravotne znevýhodnených, ktoré nie je možné zrovnávať so športom zdravých osôb. Zákonodarca jednoducho nemôže nazerať na športovca so zdravotným znevýhodnením rovnako, ako nazerať na zdravého športovca.

6. Financovanie športu zdravotne znevýhodnených

6.1. Financovanie športu zdravotne znevýhodnených športovcov vo Veľkej Británii

Financovanie športovcov so zdravotným znevýhodnením sa vo Veľkej Británii neodlišuje od financovania športovcov bez zdravotného znevýhodnenia. Financovanie športu (nejedná sa o vrcholových športovcov) je realizované prostredníctvom organizácii v jednotlivých častiach Veľkej Británie. Existujú tu organizácie Sport England (Sport England, 2015), Sport Northern Ireland (Sport Northern Ireland, 2015), Sport Wales (Sport Wales, 2015), (Sport Scotland, 2015). Šport je vo Veľkej Británii financovaný nemalými čiastkami takisto zo strany domácností.

V jednotlivých častiach Veľkej Británie ide predovšetkým o financovanie budovania športovísk, zapájanie mladých ľudí do športových aktivít a v neposlednej rade podpora športovcov so zdravotným znevýhodnením. Organizácia Sport England spadá pod Ministerstvo kultúry, médií a športu (Department for Culture, Media a Sport) a je financovaná z vládnych zdrojov, Národnej lotérie a príspevkov od fyzických i právnických osôb. Sport Northern Ireland patrí pod Ministerstvo kultúry, umenia a voľného času Severného Írska (Department of Culture, Arts and Leisure), ktoré sa spoločne s Národnou Lotériou podieľa na jeho financovaní. Organizácia Sport Wales a Sport Scotland sa taktiež zodpovedajú lokálnej vláde, od ktorej dostávajú finančné prostriedky. Rovnako ako ostatné organizácie sú i Sport Wales a Sport Scotland financované taktiež z Národnej Lotérie a z príspevkov od fyzických a právnických osôb.

Národná Lotéria podporuje 12 organizácii zameraných na šport a umenie (National Lottery, 2015), ktoré od nej dostávajú finančné príspevky. Tie ďalej prerozdeľujú na viac ako 420 000 projektov. Z celkových príjmov Národnej Lotérie ide 28 % na dobročinné účely (KnowHowNonProfit, 2015). Priemerne Národná Lotéria prispieva týmto 12 organizáciám 33 miliónov libier týždenne (National Lottery a, 2015). Národná Lotéria je ziskovou organizáciou, zisk predstavuje približne 0,5% z celkových výnosov, ostatok výnosov ide na ceny výhercom, prevádzkové náklady, odmeny predajcom lotérie a v neposlednom rade do štátnej pokladnice. Činnosť Národnej Lotérie, vrátane financovania spoločensky prospešných aktivít je upravená Lotériovým zákonom.

Pre financovanie vrcholového športu bola v roku 1997 Ministerstvom kultúry, médií a športu založená organizácia UK Sport (UK Sport, 2015). Táto organizácia sa zaoberá financovaním športovcov, ktorí majú predpoklady k účasti na olympijských alebo paralympijských hrách. Prostriedky na financovanie športovcov so zdravotným znevýhodnením i bez neho idú zo štátneho rozpočtu a Národnej Lotérie. Na základe nominácie konkrétnych športovcov od Britského olympijského a paralympijského zväzu sú prostriedky rozdelené jednotlivým športovým zväzom pomocou programu World Class Performance Programme (WCPP), ktorý má dve úrovne – Podium a Podium Potential (UK Sport a, 2015). Úroveň Podium je určená športovcom, u ktorých sa predpokladá účasť na najbližších olympijských alebo paralympijských hrách. Úroveň Podium Potential potom slúži k financovaniu športovcov, ktorí majú schopnosti a predpoklady k účasti na olympijských alebo paralympijských hrách v budúcnosti, v súčasnosti sa jedná o hry v roku 2020 a nasledujúce. Športové zväzy tak finančné prostriedky rozdeľujú už ku konkrétnym športovcom a to vždy na obdobie 4 rokov (UK Sport b, 2015).

Vrcholový športovec môže dostávať taktiež príspevok na bývanie a osobné náklady vzniknuté pri tréningu či súťažiach a pretekoch. Športovci musia byť nominovaní príslušným športovým zväzom, musia vyplniť prihlášku a na základe následného procesu sú posúdení zástupcami organizácie UK Sport. Až potom môže športovec dostať tento príspevok. Výška príspevku sa môže líšiť. V roku 2013 bol maximálny limit príspevku 65 136 libier. Táto čiastka je znížená v prípade ďalších zárobkov športovca či sponzorských darov tak, aby nebola prekročená maximálna čiastka pri súčte všetkých príjmov konkrétného športovca (UK Sport c, 2015).

Britský paralympijský výbor (British Paralympic Association)

Hlavná organizácia, ktorá podporuje vrcholových športovcov so zdravotným znevýhodnením je Britský paralympijský výbor. Jedná sa o charitatívnu organizáciu, ktorá je závislá na príspevkoch fyzických i právnických osôb. Dostáva taktiež príspevok od UK Sport, a to z finančných prostriedkov Národnej Lotérie, ktorý je určený na usporiadanie sústreďení pre vrcholových športovcov so zdravotným znevýhodnením. Ostatné činnosti Britského paralympijského výboru sú financované z darov (Britský paralympijský výbor, 2015).

6.2. Financovanie športu zdravotne znevýhodnených športovcov v Českej republike

Jednotlivé organizácie, zväzy alebo aj samotní športovci v Českej republike financujú svoju činnosť z viacerých zdrojov, verejných i súkromných (sponzorské dary, členské príspevky, vlastná činnosť a pod.). Z verejných zdrojov je šport financovaný prostredníctvom ministerstiev, krajov a obcí. Do roku 2011 boli zdrojom financovania športu v Českej republike taktiež zisky spoločnosti Sazka, a.s. a ostatných loterijných spoločností (ako odvody na verejnoprospešné účely). Po bankrote Sazky došlo k zmene loterijného zákona, kde už loterijné spoločnosti neodvádzajú časť svojich výnosov priamo na šport, ale do rozpočtov obcí a štátneho rozpočtu. Od roku 2014 môže prevádzkovateľ lotérie uplatniť zľavu na odvode do štátneho rozpočtu vo výške poskytnutého daru Českému olympijskému výboru (Zákon č. 202/1990 Z.z.).

Podľa zákona o podpore športu, zabezpečuje finančnú podporu športu zo štátneho rozpočtu Ministerstvo školstva, mládeže a telovýchovy ČR (MŠMT) (Zákon č. 115/2011 Z.z.). MŠMT taktiež vypracováva návrh koncepcie štátnej politiky v oblasti športu, koordinuje uskutočňovanie danej koncepcie, zabezpečuje financovanie športu v súlade s koncepciou, vytvára podmienky pre prípravu reprezentácie, športových talentov a takisto pre šport zdravotne znevýhodnených občanov. Kraje a obce zabezpečujú podporu športu zo svojich rozpočtov, pričom obce a mestá sú hlavným zdrojom finančnej podpory športu. Poskytovanie dotácií pre šport sa riadi pravidlami poskytovania dotácií neštátnym neziskovým organizáciám. Financovanie reprezentácie sa riadi samostatným pokynom MŠMT.

Ministerstvo financuje šport i šport zdravotne znevýhodnených športovcov formou dotácií v niekoľkých dotačných programoch, ktoré sú určené na investičné alebo neinvestičné projekty. MŠMT každý rok vyhlasuje dotačné programy v oblasti športu, o ktoré môžu žiadať neštátne neziskové organizácie. Spolu s dotačnými programami vydáva takisto metodické pokyny pre podávanie jednotlivých žiadostí pre konkrétny rok. Celkový finančný objem prostriedkov je previazaný s návrhom štátneho rozpočtu. Do roku 2013 boli prostriedky MŠMT určené na šport zdravotne znevýhodnením občanov percentuálne rozdelené medzi Český paralympijský výbor a Úniu zdravotne postihnutých športovcov (malú čiastku získalo aj České hnutie špeciálnych olympiád) a následne boli pridelované zväzom. Od roku 2013 môžu dotácie získavať športové zväzy priamo (MŠMT, 2015).

Pre rok 2015 je neinvestičný výdavkový blok „Podpora športu“ rozdelený do 7 programov (MŠMT a, 2015):

Športová reprezentácia

Program I - Športová reprezentácia ČR

Program II - Športovo talentovaná mládež

Podpora Rezortných športových centier (MŠMT, MO, MV a pod.)

Všeobecná športová činnosť

Program III - činnosť športových organizácií

Program IV - údržba a prevádzka športových zariadení

Program V - činnosť športových zväzov

Program VI - významné športové akcie

Program VII - zdravotne znevýhodnení športovci

Podpory zdravotne znevýhodnených športovcov sa týka Program VII, ktorý v sebe zahŕňa (MŠMT b, 2015):

Športovú reprezentáciu - podpora športovej prípravy reprezentantov zdravotne znevýhodnených športovcov v kategóriách dospelí a juniori a ich účasť na vrcholových medzinárodných súťažiach (najmä paralympijské a deaflympijské hry, majstrovstvá sveta, majstrovstvá Európy, univerziády, kvalifikačné medzinárodné súťaže), prostredníctvom vybraných športových zväzov a nominácií, resp. účasť je prejednávaná s Českým paralympijským výborom.

Športovo talentovanú mládež - podpora mládeže, vrátane ostávajúcich SCM bez obmedzenia vekovej kategórie.

Všeobecnú športovú činnosť - podpora všeobecnej športovej činnosti, voľnočasových aktivít a špecifickej športovej činnosti bez obmedzenia vekovej kategórie.

Významné športové akcie - jedná sa predovšetkým o paralympijské hry, deaflympijské hry a Global Games, nasledujú majstrovstvá Európy a pod.

Investičné výdavky sú poskytované prostredníctvom programu „Podpora materiálne technickej základne športu“ (MŠMT c, 2015). Od roku 2014 je oblasť investičnej podpory športu súčasťou investičného odboru MŠMT (MŠMT d, 2015).

Český paralympijský výbor

Organizáciou, ktorá zastrešuje ostatné športové zväzy a má za úlohu podporovať rozvoj športu zdravotne znevýhodnených športovcov, zabezpečovať ich prípravu na vrcholové svetové súťaže (Paralympiády, Deaflympiády a Global Games) a propagáciu reprezentačného tímu je Český paralympijský výbor (ČPV). ČPV je členom Medzinárodného paralympijského výboru (IPC) a je paralelnou organizáciou k Českému olympijskému výboru a vo svojich aktivitách nadväzuje na Úniu zdravotne handicapovaných športovcov (ČPV, 2015). ČPV je financovaná z dotácií MŠMT, grantov a sponzorských darov. ČPV združuje niekoľko športových zväzov:

- Českú asociáciu telesne handicapovaných športovcov
- Českú federáciu Spastic Handicap, o.s.
- Český zväz mentálne postihnutých športovcov
- Český zväz zrakovo postihnutých športovcov
- Český zväz telesne postihnutých športovcov

Pridružený člen:

- Český zväz vnútorne postihnutých športovcov

Tieto športové zväzy sú tiež združené v Únii zdravotne postihnutých športovcov, ktorá je združená v Českej únii športu. Hlavnou úlohou Únie je zastupovanie zväzov vo vnútri Českej únie športu (Únia zdravotne postihnutých športovcov ČR, 2015).

Tabuľka 4 Príspevky a dotácie ČPV v Kč

	2012	2013
Členské príspevky	3 604 000	3 602 000
Dary	2 200 000	730 000
Prevádzkové dotácie	3 2019 000	8 000 000

Zdroj: Český paralympijský výbor

V roku 2012 sa konala Letná Paralympiáda v Londýne a v roku 2013 boli jednotlivé zväzy financované priamo z MŠMT, preto sa vyplatené príspevky v rokoch 2012 a 2013, tak výrazne líšili.

6.3. Financovanie športu zdravotne znevýhodnených v Slovenskej republike

Na Slovensku, podobne ako v Českej republike, je šport financovaný z niekoľkých zdrojov. Predovšetkým rekreačný šport, ale aj iné úrovne športovej aktivity, si občania financujú sami. Na šport je možné získať taktiež finančnú podporu od obcí a krajov. Štát podporuje šport formou dotácií, pričom podpora športu telesne znevýhodnených občanov sa nelíši od podpory akýchkoľvek iných športov. Zo štátnych zdrojov sa financuje vrcholový i amatérsky šport. Podľa zákona o podpore športu zdrojmi financovania športu môžu byť:

- dotácie ministerstva školstva alebo iné prostriedky ministerstiev obrany alebo vnútra,
- prostriedky z rozpočtov obcí,
- prostriedky z rozpočtov VÚC,
- dary a príspevky právnických a fyzických osôb,
- vlastné príjmy z podnikania alebo športovej činnosti,
- prostriedky EÚ,
- iné zdroje (Zákona č. 300/2008).

Medzi špecifické zdroje na Slovensku patrí možnosť poukázať 2 % z ročných daní z príjmu vybranej neziskovej organizácii. Zákon o podpore športu priamo upravuje dotácie zo štátneho rozpočtu. Dotácie je možno poskytnúť na:

- zabezpečenie športovej reprezentácie,
- starostlivosť o športové talenty,
- zabezpečenie organizácie športovania detí, žiakov, športových súťaží a športových podujatí,
- zabezpečenie športovania detí, žiakov a študentov,
- výstavbu, rekonštrukciu a modernizáciu športovej infraštruktúry špeciálneho významu,
- vzdelávanie v oblasti športu,
- prevenciu a kontrolu v boji proti dopingu v športe,
- odmeny športovcom a trénerom,
- podporu edičnej, muzeálnej a osvetovej činnosti v športe.

Žiadateľom o dotáciu môže byť právnická i fyzická osoba. Výzvu na predkladanie žiadostí zverejňuje ministerstvo na svojich webových stránkach. Jednotlivé výzvy sú vyhlasované podľa konkrétnych potrieb (napr. organizácia športových akcií, financovanie reprezentácie pre olympijské alebo paralympijské hry a pod.) v súlade s platnou koncepciou. Zákon č. 300/2008 špecifikuje ako má vyzeráť a čo má obsahovať konkrétna žiadosť. Žiadosti vyhodnocuje poradná komisia ministerstva, ktorá má najmenej troch členov, rozhoduje nezávisle a podľa daných kritérií. Na dotácie nie je právny nárok a poskytuje sa na základe zmluvy uzavretej medzi ministerstvom a žiadateľom. Súčasná vládna koncepcia politiky v oblasti športu stanovuje, že finančné prostriedky sú rozdeľované medzi jednotlivé športové zväzy, buď matematickou metódou, napr. podľa koeficientu, ktorý prepája záujem o šport a športový úspech, alebo jednotlivé žiadosti posúdi pre to určená komisia (MŠVVaŠ, 2015).

Zákon č. 300/2008 o podpore športu stanovuje povinnosť obcí a krajov každoročne zverejňovať príjemcov a výšku dotácie, ktorú vyčlenili a poskytnú na podporu športu zo svojich rozpočtov. Rovnakú povinnosť má takisto aj príjemca dotácií a to ako v prípade dotácií krajov, obcí i ministerstiev.

Slovenský paralympijský výbor (SPV)

SPV je zastrešujúcou organizáciou niekoľkých športových zväzov združujúcich zdravotne znevýhodnených športovcov (občanov), ktorý ich zastupuje na domacom i medzinárodnom športovom poli. V roku 2005 z SPV vystúpil Slovenský zväz nepočujúcich a vytvoril vlastný Slovenský deaflympijský výbor. SPV je členom ako Medzinárodného, tak aj Európskeho paralympijského výboru (SPV, 2015). SPV zabezpečuje prípravu a účasť slovenských reprezentantov na paralympijských hrách, ale taktiež aj na majstrovstvách sveta, Európy a pod. Jeho úlohou je rozvíjať paralympijské športy, propagovať šport medzi zdravotne znevýhodnenými deťmi, myšlienky paralympionizmu, spolupráce s IPC a EPC, integrácia športu zdravotne znevýhodnených občanov a vzdelávacie aktivity (SPV a, 2015). Pre svoju činnosť, zabezpečenie športovej reprezentácie na paralympijských hrách môže SPV žiadať o dotácie na základe výziev ministerstva. Dotácie sú poskytnuté na základe zmluvy medzi ministerstvom a SPV.

SPV združuje:

- slovenský zväz telesne postihnutých športovcov,
- slovenský zväz športovcov s mentálnym postihnutím,

- sekciu nevidiacich a slabozrakých športovcov Slovenska.

6.4. Financovanie športu zdravotne znevýhodnených v kontexte nového zákona o športe

Nová koncepcia financovania športu je v návrhu zákona o športe upravená v § 66 až 77. Ide o pomerne podrobnú úpravu, ktorej cieľom je primárne zefektívnenie financovania športu u nás a zvýšenie transparentnosti jeho podpory z verejných zdrojov. Avšak až reálna prax ukáže, v akej miere sa vytýčený cieľ podarí naplniť. V tomto zmysle nový zákon o športe zvyšuje transparentnosť vo financovaní športu z verejných zdrojov zavedením povinnosti zverejňovať nielen poskytnutie, ale aj použitie verejných prostriedkov v informačnom systéme športu, a to formou takzvaného športového projektu. Základnou zásadou nového zákona o športe má byť presadenie „dobrej správy v športe“, ktorá má vytvoriť kvalitatívne minimum na procesy správy a riadenia konkrétnych športov športovými organizáciami.¹² Uvedené zmeny nepochybne zasiahnu i do faktického postavenia zdravotne znevýhodnených športovcov.

Predkladateľ návrhu zákona úpravou financovania športu (teda aj športu zdravotne znevýhodnených športovcov) výrazným spôsobom zasiahol do súčasného stavu financovania a v podstatnej miere ho zmenil. Za všetky spomenieme výraznú zmenu, keď po novom dotácie národným športovým zväzom, ktoré boli doposiaľ poskytované v rámci programu 026 - národného programu rozvoja športu v SR, sa podstatným spôsobom zredukujú a národné športové zväzy v uznaných športoch budú dostávať príspevok uznanému športu, na ktorý je právny nárok po splnení zákonom stanovených podmienok. Príspevok uznanému športu nebude účelovo viazaný, avšak národný športový zväz bude povinný použiť najviac 30% z jeho objemu na svoju správu a prevádzkové náklady a na svoje členské športové organizácie bude poskytovať najmenej 10% z objemu príspevku. Ostávajúcu časť bude používať na športové projekty najmä športovej reprezentácie a talentovanej mládeže. Okrem zväzových projektov budú financované zo štátneho rozpočtu aj národné športové projekty, ale v tomto prípade to bude formou nenárokovateľného príspevku, pričom zákon predpokladá prípad, kedy by o národnom projekte rozhodla vláda Slovenskej republiky (športová infraštruktúra, organizovanie významného športového podujatia ako napr. olympijské hry alebo univerziáda a národné projekty športu pre všetkých).

¹² I keď táto zásada nie je výslovne formulovaná, možno je z prípravných materiálov k novému zákonu o športe zreteľne vyčítať.

Nie je však ambíciou tejto analýzy postihnúť všetky zmeny doterajšej úpravy financovania a zameriame sa skôr na tú časť ustanovení, ktoré regulujú nové financovanie športu, a ktoré priamo odkazujú k podpore športovcov so zdravotným znevýhodnením. Naznačili sme, že formy financovania sa oproti súčasnému stavu menia. V zmysle § 65 ods. 3 návrhu zákona sa prostriedky zo štátneho rozpočtu určené na športovú činnosť poskytujú formou:

- príspevku uznanému športu,
- dotácie,
- príspevku na národný športový projekt,
- príspevku na športový poukaz.

V návrhu nového zákona o športe sa v rámci financovania športu ako takého dotýkajú postavenia športovcov so zdravotným znevýhodnením viaceré ustanovenia. Ide o ustanovenie § 70 ods. 1, ustanovenie § 75 ods. 3 písm. c), ustanovenie § 75 ods. 6 a ustanovenie § 76 ods. 2, ktoré vo vzťahu k takýmto športovcom upravujú osobitosti **dotácie, príspevku na národný športový projekt a príspevku na športový poukaz.**

Znenie § 70 ods. 1 konštituuje oprávnenie ministerstva školstva poskytnúť, za splnenia viacerých zákonných podmienok popri dotácii (príspevok na podporu a rozvoj športu), na výstavbu a rekonštrukciu športovej infraštruktúry, na turistické trasy či na podporu dobrej správy v športe i dotáciu na podporu a rozvoj športu pre všetkých, vrcholového športu a **športu zdravotne znevýhodnených.**¹³

Podľa § 75 môže Vláda Slovenskej republiky rozhodnúť o poskytnutí príspevku¹⁴ prostredníctvom príslušnej kapitoly štátneho rozpočtu športovej organizácii zapísanej v registri právnických osôb na národný športový projekt, za ktorý sa okrem iného považuje aj **zabezpečenie prípravy zdravotne postihnutých športovcov a plnenie úloh Slovenského paralympijského výboru (§ 75 ods. 3, písm. c)).**¹⁵ Príspevok na národný športový projekt

¹³ Ministerstvo školstva poskytuje dotácie na podporu a rozvoj športu pre všetkých, vrcholového športu a športu zdravotne znevýhodnených, ktoré poskytuje osobám so spôsobilosťou prijímateľa, ktoré na základe zverejnenej výzvy podali žiadosť o dotáciu. Úspešný žiadateľ uzatvára zmluvu o poskytnutí dotácie s ministerstvom školstva Slovenskej republiky.

¹⁴ Príspevok na národný športový projekt.

¹⁵ Takto je aspoň podľa nášho názoru možné vyložiť ustanovenie § 75 ods. 1 v spojení s ustanovením § 75 ods. 3 návrhu nového zákona o športe. I keď pripúšťame, že enumerácia skupín prípadov národného športového programu v § 75 ods. 1, na ktoré môže vláda SR poskytnúť príspevok, môže byť považovaná pri doslovnom výklade za taxatívny výpočet, máme za to, že ustanovenie § 75 ods. 1 je nutné vykladať i napriek tomu extenzívne a priznať vláde SR oprávnenie poskytnúť príspevok na národný športový projekt i na zabezpečenie prípravy zdravotne postihnutých športovcov a plnenie úloh Slovenského paralympijského výboru. Opierame sa

poskytuje v zmysle navrhovanej úpravy aj ministerstvo školstva (§ 75 ods. 2), ak ide o účasť na významnej súťaži, majstrovstvách sveta alebo majstrovstvách Európy v iných ako uznaných športoch, ktoré nedostávajú príspevok uznanému športu, na plnenie úloh národného významu národnými športovými organizáciami a tiež i na **zabezpečenie prípravy zdravotne postihnutých športovcov a plnenie úloh Slovenského paralympijského výboru (§ 75 ods. 3, písm. c))**¹⁶.

V už naznačených súvislostiach je nutné spomenúť i **odsek 6** už viackrát menovaného paragrafu 75 nového zákona o športe, ktorý v rámci tohto návrhu zákona spoluvytvára mozaiku financovania športu zdravotne znevýhodnených športovcov konštatovaním, že ministerstvo školstva poskytuje každoročne príspevok na **šport zdravotne znevýhodnených** vo výške zodpovedajúcej 3,5 % z príjmov podľa § 77 ods. 1 písm. a) a b) - /zdroje financovania športu zo štátneho rozpočtu/¹⁷. Príspevok sa poskytuje v štvrtročných splátkach prostredníctvom Slovenského paralympijského výboru a je určený aj na zabezpečenie plnenia úloh podľa § 26 ods. 3.¹⁸

Ďalej v ustanovení § 76 tvorca návrhu zákona o športe upravuje problematiku **športových poukazov**, čím nepochybne tiež zasahuje a **ovplyvňuje postavenie športovcov so zdravotným znevýhodnením**. Zákon počíta so zavedením tejto novej formy podpory športu, teda športových poukazov pre deti od predškolského veku (od 5 rokov) do 14 rokov veku, od čoho sa očakáva zvýšenie záujmu detí o pohyb a získanie zdravých športových návykov, keďže uplatniť športový poukaz bude možné v športových organizáciách, školách, školských zariadeniach alebo u iných osôb vtedy, ak za vedenie športovej činnosti zodpovedá tréner aspoň druhého kvalifikačného stupňa. Ustanovuje sa na základe uvedeného možnosť

prítom o skutočnosť, že ak považujeme enumeráciu v § 75 ods. 1 za taxatívnu, za taxatívnu musíme potom považovať logicky i enumeráciu v § 75 ods. 2. V prípade prijatia takéhoto záveru však potom musí byť ustanovenie § 75 ods. 3, ktoré určuje bez akéhokoľvek odkazu buď k odseku 1, alebo k odseku 2 rovnakého paragrafu, čo ešte možno považovať za národný športový projekt, prehlásené za zbytočné. A to pri predpoklade existencie racionálneho zákonodarcu (predkladateľa) nemožno jednoducho prijať.

¹⁶ Na tomto mieste je nutné odkázať na výklad podľa poznámky č. 36.

¹⁷ Ide o: 1. prostriedky štátneho rozpočtu v rozpočtovej kapitole ministerstva školstva na šport a o 2. prostriedky štátneho rozpočtu vo výške odvodu z prevádzkovania lotériových hier (§ 4 zákona č. 171/2005 Z. z. o hazardných hrách a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov) do štátneho rozpočtu v rozpočtovom roku, ktorý predchádza bežnému rozpočtovému roku; v roku 2016 25 % z tohto odvodu, v roku 2017 50 % z tohto odvodu a v roku 2018 75 % z tohto odvodu.

¹⁸ Slovenský paralympijský výbor plní najmä tieto úlohy: riadi, rozvíja, podporuje a chráni paralympijské hnutie v Slovenskej republike, podporuje rozvoj paralympijského športu v Slovenskej republike, riadi a organizačne zabezpečuje športovú reprezentáciu na súťažiach organizovaných Medzinárodným paralympijským výborom, Európskym paralympijským výborom, národnými paralympijskými výbormi iných krajín alebo medzinárodnými športovými organizáciami zdravotne znevýhodnených a zverejňuje na svojom webovom sídle zoznam športov uznaných Medzinárodným paralympijským výborom.

ministerstva školstva poskytnúť príspevok na takýto športový poukaz. Tento poukaz sa poskytuje na vykonávanie športu pre všetkých a **športu zdravotne znevýhodnených** pre dieťa s trvalým pobytom alebo obdobným pobytom na území Slovenskej republiky od piatich rokov veku do konca kalendárneho roku, v ktorom dovŕšilo štrnásť rokov veku. Dôležitou je informácia, že podľa návrhu zákona o športe bude možno hodnotu športového poukazu prideliť najviac dvom športovým organizáciám.¹⁹

6.4.1. Zákon o športe – nenaplnené očakávania?

Ako negatívum návrhu nového zákona o športe vo vzťahu k športovcom so zdravotným postihnutím možno hodnotiť fakt, že oproti zneniu pracovného textu, z výsledného znenia návrhu vypadli viaceré ustanovenia, ktoré pozitívnym spôsobom zasahovali do nielen právneho, ale najmä faktického postavenia športovcov so zdravotným znevýhodnením u nás. Pracovný text zo dňa 19. 4. 2015 totiž vo svojej piatej časti záväzným spôsobom deklaroval viaceré povinnosti, ktoré keby vstúpili do platnosti a účinnosti, mohli priaznivo ovplyvniť postavenie športovcov so zdravotným znevýhodnením. Podľa dotknutých ustanovení pracovného textu malo mať povinnosť každé nové športové zariadenie vybudovať upravený bezbariérový vstup tak, aby bolo prístupné aj osobám s telesným znevýhodnením. Rovnako treba spomenúť napríklad zákonom deklarovanú povinnosť, podľa ktorej sa pri obnove športových zariadení malo dbať na záujem osôb s telesným znevýhodnením.²⁰

Na druhej strane treba priznať, že i keď návrh zákona o športe vykazuje v relácii ku skvalitneniu postavenia športovcov so zdravotným znevýhodnením viaceré pozitíva (viď text vyššie), musíme konštatovať, že **návrh nového zákona o športe absolútne rezignoval na snahu o komplexnejšiu normatívnu úpravu postavenia športovcov so zdravotným znevýhodnením, hoci roztrúsená a čiastková úprava, ktorú sme vyššie rozoberali naznačuje, že normotvorca (predkladateľ) s existenciou takejto skupiny zjavne počítá.**

¹⁹ Návrh zákona má za cieľ deti viesť k zdravým športovým návykom, a ak ich má niekto viesť a športovo vzdelávať, mal by mať na to spôsobilosť. Preto je opodstatnené, že návrh zákona stanovuje, že na základe športového poukazu športový odborník alebo športová organizácia zapísaná v registri právnických osôb v športe zabezpečí pre držiteľa športového poukazu vykonávanie športu pre všetkých pod vedením trénera, inštruktora športu alebo pedagogického zamestnanca, ktorý spĺňa kvalifikačné predpoklady na vyučovanie predmetu telesná výchova a športová výchova, za čo športová organizácia dostane príspevok v hodnote prideleného športového poukazu alebo jej časti (bližšie pozri osobitú časť dôvodovej správy k novému zákonu o športe).

²⁰ Bližšie pozri: Pracovný text návrhu zákona o športe pripravovaný odbornou pracovnou skupinou, prístupný na: <https://docs.google.com/document/d/1AwIZhexHYBnlpCQgKfT8YJ1R6GrKdnBmo-4ZOjYxOY8/edit#>, s. 85, navštívené dňa 30. 6. 2015).

7. Štátne orgány a mimovládne organizácie v oblasti športu so zdravotným znevýhodnením

V tejto kapitole bližšie popíšeme orgány a organizácie (nielen štátne), ktoré sú v zmysle svojich kompetencií, právomocí a úloh, opierajúc sa pritom o aktuálne platné a účinné ustanovenia právneho poriadku Slovenskej republiky, spôsobilé svojou rozhodovacou a normotvornou činnosťou, alebo realizáciou politík na úseku podpory a rozvoja športu, ovplyvniť postavenie športovcov so zdravotným znevýhodnením.

7.1. Pôsobnosť štátnych orgánov v oblasti športu zdravotne znevýhodnených

Vláda Slovenskej Republiky

Vláda Slovenskej Republiky utvára podmienky pre športovú reprezentáciu, pre prípravu športových talentov, pre športovanie detí, žiakov a študentov a taktiež pre výstavbu športovej infraštruktúry osobitného významu (pod túto kategóriu patria aj športovci s telesným a mentálnym znevýhodnením).²¹

Ministerstvo školstva, vedy, výskumu a športu Slovenskej republiky, Ministerstvo práce sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky

Ministerstvá a medzi nimi aj **Ministerstvo školstva, vedy, výskumu a športu Slovenskej republiky** zriaďuje zákon č. 575/2001 o organizácii činnosti vlády a organizácii ústrednej štátnej správy²². V rámci zákona č. 575/2001 o organizácii činnosti vlády a organizácii ústrednej štátnej správy sa základný rámec pre šport (aj pre šport športovcov so zdravotným znevýhodnením) formuluje v § 17 ods. 1), písm. e) tohto zákona²³. Podľa už analyzovaného zákona č. 300/2008 Z. z. o organizácii a podpore športu a o zmene a doplnení niektorých zákonov je úlohou Ministerstva školstva, vedy, výskumu a športu Slovenskej republiky:

²¹ Bližšie pozri zákon č. 575/2001 Z. z. o organizácii činnosti vlády a organizácii ústrednej štátnej správy v znení neskorších zmien a doplnkov.

²² § 3 Ministerstvá; V Slovenskej republike pôsobia tieto ministerstvá, na ktorých čele je člen vlády; písm. l - Ministerstvo školstva, vedy, výskumu a športu Slovenskej republiky

²³ § 17 Ministerstvo školstva, vedy, výskumu a športu Slovenskej republiky je ústredným orgánom štátnej správy pre; písm. e) štátnu starostlivosť o mládež a šport.

- organizovať a kontrolovať uskutočňovanie štátnej politiky v oblasti športu a koordinovať činnosť ostatných orgánov verejnej správy a iných právnických osôb pri jej uskutočňovaní,
- riadiť a kontrolovať výkon štátnej správy v oblasti športu a spravovať informačný systém,
- zabezpečovať financovanie športu zo štátneho rozpočtu a kontrolovať efektívne využívanie prostriedkov štátneho rozpočtu vynaložených na šport (aj prostriedkov vynaložených na šport a športové organizácie zdravotne znevýhodnených športovcov),
- pripravovať v súčinnosti s inými orgánmi verejnej správy a s inými právnickými osobami (organizácie a kluby zdravotne znevýhodnených športovcov), ktoré plnia úlohy v oblasti športu, a predkladať vláde návrh Národného programu športu a iné koncepcie týkajúce sa športu,
- koordinovať uskutočňovanie Národného programu športu a vykonávať dohľad nad jeho uskutočňovaním,
- utvárať podmienky na rozvoj športu a na výber a prípravu športových talentov a športovcov na športovú reprezentáciu (tj. aj športovcov a športových talentov, ktorí sú zdravotne znevýhodnení),
- zabezpečovať súčinnosti s národnými športovými zväzmi, činnosť a financovanie športového strediska starostlivosti o športové talenty a prípravy športovcov na športovú reprezentáciu, ktoré je v jeho pôsobnosti,
- podporovať výchovu a vzdelávanie v oblasti športu a schvaľovať Jednotný vzdelávací systém odborníkov v športe v Slovenskej republike,
- podporovať organizovanie významných medzinárodných športových podujatí,
- poskytovať súčinnosť pri budovaní športovej infraštruktúry osobitného významu,
- zostavovať antidopingový program, zverejňovať zoznam dopingových látok a zoznam dopingových látok na liečebné účely,
- zriaďovať alebo spoluzriaďovať organizácie na plnenie úloh v oblasti športu, najmä na prevádzkovanie informačného systému, na vzdelávanie športových odborníkov a na rozvoj vedy a výskumu v športe. Spomenúť je nutné i ustanovenie Čl. 1 § 4 písm. f) zákona č. 288/1997 Z.z. o telesnej kultúre, ktoré ministerstvu stanovuje povinnosť podpory športovej aktivity zdravotne znevýhodnených športovcov.²⁴

²⁴ Bližšie pozri: Zákon č. 288/1997 Z.z. o telesnej kultúre a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov.

Už spomínaný návrh zákona o športe, ktorý nebol doposiaľ schválený, rovnako upravuje a dopĺňa právomoci Ministerstva školstva, vedy, výskumu a športu Slovenskej republiky. V § 58 písm. i) hovorí návrh zákona o povinnosti ministerstva podporovať rozvoj športu pre všetkých a športu zdravotne znevýhodnených, v § 70 ods. 1 zase konštituuje oprávnenie ministerstva školstva poskytnúť dotáciu na podporu a rozvoj športu pre všetkých, vrcholového športu a športu zdravotne znevýhodnených. Z hľadiska otázky financovania športu športovcov so zdravotným znevýhodnením sa javí zaujímavým najmä už rozoberané ustanovenie § 75 ods. 6 návrhu zákona o športe, ktoré konštatuje, že Ministerstvo školstva poskytuje každoročne príspevok na šport zdravotne znevýhodnených vo výške zodpovedajúcej 3,5 % z príjmov podľa § 77 ods. 1 písm. a) a b). Príspevok sa poskytuje v štvrtročných splátkach prostredníctvom Slovenského paralympijského výboru a je určený aj na zabezpečenie plnenia úloh podľa § 26 ods. 3 návrhu zákona o športe.²⁵

Parciálne sa problematike zdravotne znevýhodnených športovcov venuje z hľadiska svojej kompetenčnej výbavy aj **Ministerstvo práce sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky**, kde mu túto kompetenciu zveruje zákonodarca dikciou ustanovenia § 15 ods. 1), písm. f) a h) zákona č. 575/2001 o organizácii činnosti vlády a organizácii ústrednej štátnej správy. V § 15 ods.1), písm. f) sa uvádza: Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky je ústredným orgánom štátnej správy pre;

f) štátne sociálne dávky, sociálne služby, podporu sociálneho začlenenia fyzickej osoby s ťažkým zdravotným postihnutím do spoločnosti a pomoc v hmotnej núdzi,

h) rodovú rovnosť a rovnosť príležitostí a koordináciu štátnej politiky v danej oblasti.

V oblasti športu (aj športu zdravotne znevýhodnených) zastávajú svoje úlohy aj iné neštátne orgány, ktoré v rámci komplexnej analýzy postavenia športovcov so zdravotným znevýhodnením v Slovenskej republike nemožno rozhodne obísť. Na základe § 7 ods. 1 zákona 300/2008 Z. z. o organizácii a podpore športu a o zmene a doplnení niektorých zákonov, úlohy v oblasti športu plnia aj tieto právnické osoby: **Slovenský olympijský výbor, Slovenský paralympijský výbor, národné športové zväzy a športové kluby.**

²⁵ Bližšie pozri: Návrh zákona o športe v znení zo dňa 29. 9. 2015, prístupný na: <https://www.nrsr.sk/web/Default.aspx?sid=zakony/zakon&ZakZborID=13&CisObdobia=6&CPT=1723>, navštívené dňa 29. 9. 2015.

7.2. Štruktúra športu zdravotne znevýhodnených na úrovni mimovládnych organizácií

Slovenský paralympijský výbor

Slovenský paralympijský výbor vznikol 31. januára 1995 a má postavenie autonómnej, nezávislej a nepolitickej organizácie. Je oprávnený riadiť paralympijské hnutie na území Slovenskej republiky. Slovenský paralympijský výbor podporuje rozvoj paralympijských športov a športov, ktoré sú v riadení Medzinárodného paralympijského výboru, umožňujúc pritom výber športu podľa charakteru zdravotného znevýhodnenia a daností športovca. Želaním športových zväzov zdravotne znevýhodnených športovcov (Slovenského zväzu telesne postihnutých športovcov, Sekcie nevidiacich a slabozrakých športovcov Slovenska, Slovenského zväzu športovcov s mentálnym postihnutím a Slovenského zväzu nepočujúcich športovcov) bolo vytvoriť spoločnú športovú organizáciu, ktorá by ich zastupovala na domácom i medzinárodnom športovom poli a v športovej diplomacii. Slovenský paralympijský výbor je uznaným členom Medzinárodného paralympijského výboru združujúceho 200 členských subjektov a Európskeho paralympijského výboru, ktorý má 52 členov.²⁶

• Slovenský zväz telesne postihnutých športovcov

Slovenský zväz telesne postihnutých športovcov je významným subjektom spoločenského života a športovým zväzom, poslaním ktorého je náročná práca v oblasti športu telesne znevýhodnených na Slovensku. Podporuje všetky aktivity smerujúce k plnohodnotnému zapojeniu sa ľudí s telesným znevýhodnením do života našej spoločnosti prostredníctvom športu. Organizuje konkrétnu realizáciu športovej prípravy pre reprezentantov v desiatich športových odvetviach, zabezpečuje ich účasť na významných domácich i vrcholných medzinárodných športových podujatiach, paralympijských hrách, majstrovstvách sveta a Európy, svetové a Európske poháre nevynímajúc. V rámci svojich stanov si určuje svoje hlavné úlohy.²⁷

²⁶ Dostupné na internete: <http://www.spv.sk/o-nas/slovensky-paralympijsky-vybor>, navštívené dňa 1. 7. 2015.

²⁷ Slovenský zväz telesne postihnutých športovcov: 1. spracováva projekty rozvoja športov telesne znevýhodnených v Slovenskej republike a podieľa sa na ich realizácii, vrátane oblasti teórie (pravidlá) a metodiky. 2. Presadzuje, obhajuje a chráni záujmy svojich členov navonok, pri rokovaní so štátnymi orgánmi a inými organizáciami v Slovenskej republike. 3. Vystupuje ako zástupca v medzinárodných organizáciách telesne znevýhodnených športovcov, rozvíja medzinárodné športové styky. 4. Zabezpečuje a riadi činnosť všetkých reprezentačných družstiev Slovenskej republiky v športoch telesne znevýhodnených a spolu so športovo-technickými komisiami vytvára podmienky pre výber a prípravu reprezentantov. 5. Organizačne zabezpečuje majstrovské súťaže. 6. Podporuje systematickú a cieľavedomú prácu so športovo-talentovanou

- **Slovenský deaflympijský výbor** (bývalá Slovenská federácia nepočujúcich športovcov)

Slovenský deaflympijský výbor (bývalá Slovenská federácia nepočujúcich športovcov) je organizáciou, ktorá je jediným členom niekoľkých nadnárodných športových organizácií nepočujúcich (ICSF, EDSO a ICCD) a snaží sa popularizovať šport medzi nepočujúcimi na základe olympijských princípov obohatených zvláštnosťami nepočujúcich – deaflympionizmom.

- **Slovenský zväz športovcov s mentálnym postihnutím**

Slovenský zväz športovcov s mentálnym postihnutím vznikol v roku 1991 ako občianske združenie a je uznávaným členom International Sport federation for Persons with Intellectual Disability - INAS FID a členom European Sports federation for Persons with Intellectual Disability - ENAS FID. Taktiež je členskou organizáciou Slovenského paralympijského výboru. Slovenský zväz športovcov s mentálnym postihnutím dáva možnosť mentálne znevýhodneným zapájať sa do rôznych športových aktivít a súťaží.

- **Sekcia nevidiacich a slabozrakých športovcov Slovenska, Asociácia zrakovo postihnutých športovcov**

Poslaním Sekcie nevidiacich a slabozrakých športovcov Slovenska je v záujme nevidiacich a slabozrakých občanov uplatňovať, presadzovať, zabezpečovať a ochraňovať spoločenské, skupinové a individuálne potreby realizujúce právo občana na telesnú aktivitu. Vytvárať optimálne materiálne a organizačné podmienky pre súťaže a rozvoj všetkých výkonnostných športov, turistických a ostatných pohybových aktivít, vhodných pre nevidiacich a slabozrakých športovcov. Sekcia nevidiacich a slabozrakých športovcov Slovenska je členkou International Blind Sports Federation (Medzinárodná federácia športov nevidiacich) a International Braille Chess Association (Medzinárodná šachová asociácia zrakovo znevýhodnených).

- **Slovenské hnutie špeciálnych olympiád**

mládežou zakladaním stredísk talentovanej mládeže. 7. Vydáva vnútrozväzové predpisy, ktorými sú najmä pravidlá jednotlivých športov, Súťažný poriadok, Registračný a Prestupový poriadok, Disciplinárny poriadok a ďalšie. 8. Marketingovou a podnikateľskou činnosťou získava prostriedky na zabezpečenie svojej činnosti, najmä v oblasti reprezentácie Slovenskej republiky a príprav na ňu, v súlade s legislatívnymi zákonmi a predpismi SR. 9. Zabezpečuje priamo alebo sprostredkované servis pre spoločné potreby svojich členov. 10. Uskutočňuje registráciu športovcov, vedie evidenciu športových klubov, oddielov, TJ, trénerov, rozhodcov a lekárov. Dostupné na internete:

<http://www.sztps.sk/index.php/2013-10-01-13-03-35/stanovy.html>, navštívené dňa 1. 7. 2015.

Slovenské hnutie špeciálnych olympiád poskytuje celoročný cyklus tréningov a súťaží vo všetkých druhoch olympijských športov pre deti a dospelých s mentálnym znevýhodnením. Umožňuje im nové možnosti na rozvinutie ich fyzických predpokladov, aby dokázali svoju odvahu, prežili radosť, priateľstvo a o úspech sa podelili so svojimi rodinami, ostatnými športovcami špeciálnych olympiád a spoločnosťou.

7.2.1. Orgány územnej samosprávy

Ovplyvniť postavenie športovcov so zdravotným znevýhodnením a zasiahnuť do ich postavenia môžu i orgány územnej samosprávy, keďže pôsobnosť orgánov územnej samosprávy pokrýva i oblasť športových aktivít zdravotne znevýhodnených športovcov. Túto svoju pôsobnosť vykonávajú v súradniciach určených jednak zákonom č. 369/1990 Zb. o obecnom zriadení a jednak zákonom č. 302/2001 Z. z. o samospráve vyšších územných celkov (zákon o samosprávnych krajoch).

V rámci zákona o obecnom zriadení je podstatným najmä ustanovenie § 4 ods. 3 písm. h), ktoré stanovuje, že obec pri výkone samosprávy utvára a chráni zdravé podmienky a zdravý spôsob života a práce obyvateľov obce, chráni životné prostredie, ako aj utvára podmienky na zabezpečovanie zdravotnej starostlivosti, vzdelávanie, kultúru, osvetovú činnosť, záujmovú umeleckú činnosť, telesnú kultúru a šport. Je teda zrejmé, že zákonodarca medzi základné úlohy a činnosti samosprávy obce zaradil aj úlohy zabezpečenia zdravotnej starostlivosti, vzdelávania, kultúry, osvetovej činnosti, telesnej kultúry a športu²⁸, a vytvoril tak pomerne široký rámec pre pôsobenie obcí v dotknutej oblasti. To podľa nášho názoru len podčiarkuje ich dôležitosť.

Na úrovni vyšších územných celkov podobné úlohy a ciele plní samosprávny kraj. Ustanovenie § 4 ods. 1 písm. n) zákona o samosprávnych krajoch podobne ako v prípade zákona o obecnom zriadení stanovuje, že samosprávny kraj sa pri výkone samosprávy stará o všestranný rozvoj svojho územia a o potreby svojich obyvateľov a pritom najmä koordinuje rozvoj telesnej kultúry a športu a starostlivosť o deti a mládež. V nadväznosti na spomenuté zákony, je nutné spomenúť i pripravovaný zákon o športe, ktorý túto pôsobnosť orgánov územnej samosprávy dopĺňa, modifikuje a o vzťahu k športovcom so zdravotným znevýhodnením i špecifikuje.

²⁸ Bližšie pozri: TEKELI, J.: Komentár k § 4 ods. 3 zákona o obecnom zriadení, In TEKELI, J. – HOFFMANN, M.: Zákon o obecnom zriadení, Komentár, Wolters Kluwer, Bratislava, 2014, s. 147.

Vo vzťahu k pôsobnosti obce je nutné tiež spomenúť najmä § 64 písm. b), e) a f) návrhu zákona o športe. Podľa nich obec jednak podporuje výstavbu, rekonštrukciu, údržbu a prevádzkovanie športovej infraštruktúry v obci v spolupráci so športovými organizáciami, ďalej podporuje organizovanie súťaží športu pre všetkých a športu zdravotne znevýhodnených v obci a vytvára podmienky na vykonávanie športu pre všetkých a športu zdravotne znevýhodnených v obci.²⁹ Ustanovenie § 63 písm. b), c), e) a g) zas dopĺňa pôsobnosť samosprávneho kraja, keď stanovuje, že samosprávny kraj podporuje výstavbu, rekonštrukciu, údržbu a prevádzkovanie športovej infraštruktúry v samosprávnom kraji v spolupráci s národnými športovými zväzmi, športovými organizáciami a obcami v samosprávnom kraji. Zabezpečuje využívanie športových zariadení v stredných školách, ktorých je zriaďovateľom a športovej infraštruktúry vo vlastníctve alebo v správe samosprávneho kraja na šport pre všetkých a šport mládeže, a to najviac za prevádzkové náklady a vytvára podmienky na vykonávanie športu pre všetkých a športu zdravotne znevýhodnených.³⁰

²⁹ V tejto súvislosti je možné spomenúť i plány rozvoja športu, ktoré sú podrobnejším rozpracovaním koncepcie rozvoja športu podľa príslušných ustanovení nového zákona o športe. Plán rozvoja športu v obci alebo v kraji, ktorý je vypracovaný obcou alebo krajom, okrem iného obsahuje i stanovenie priorít projektov zameraných na podporu masového športu vrátane športu pre všetkých a osobitne športu detí a mládeže, športu pracujúcich, športu zdravotne postihnutých a športu seniorov. Obec alebo kraj tak v naznačenom zmysle získava významnú úlohu na úseku rozvoja a podpory športu športovcom so zdravotným postihnutím (Bližšie pozri: Návrh zákona o športe v znení zo dňa 29. 9. 2015, prístupný na:

<https://www.nrsr.sk/web/Default.aspx?sid=zakony/zakon&ZakZborID=13&CisObdobia=6&CPT=1723>, navštívené dňa 29. 9. 2015).

³⁰ Bližšie pozri: Návrh zákona o športe v znení zo dňa 9. 7. 2015, prístupný na:

<https://lt.justice.gov.sk/Document/DocumentDetails.aspx?instEID=1&matEID=8402&docEID=437561&docFormEID=-1&docTypeEID=1&langEID=1>, navštívené dňa 4. 9. 2015.

8. Zamestnanosť u ľudí so zdravotným znevýhodnením

8.1. Ekonomická aktivita osôb so zdravotným znevýhodnením v Českej republike

Ekonomická aktivita osôb so zdravotným znevýhodnením je dôležitým faktorom, ktorý veľmi vypovedá o ich možnom zapojení do pracovného života v spoločnosti, odrážajúcim ako prístup spoločnosti k nim v tomto ohľade, tak i mieru ich zdravotného obmedzenia.

Podmienky zamestnávania osôb so zdravotným znevýhodnením sú zakotvené v rade dokumentov vlády ČR, ale druhou stránkou mince je ich reálne dodržiavanie zo strany predovšetkým zamestnávateľov v praktickom živote. Túto skutočnosť dokladá napríklad prieskum spoločnosti LMC (Libor Malý Company – spoločnosť je lídrom na elektronickom trhu práce v ČR, ponúka okrem iného aj prácu osobám so zdravotným znevýhodnením), ktorý bol uskutočnený medzi 189 náhodne vybranými zamestnávateľmi a zverejnený 29. 11. 2013. Z neho mimo iného vyplynul dôležitý záver, že síce cca 77% spoločností zamestnávala osoby so zdravotným znevýhodnením, avšak ich povinný 4% podiel na celkovom počte zamestnancov spĺňala iba necelá štvrtina z nich (z tohto dôvodu tak priemerný podiel osôb so zdravotným znevýhodnením v podnikoch a inštitúciách činil iba 1,54%).

Z informácií prieskumu vyplýva, že najčastejšie sa vyskytujúcou ekonomickou aktivitou je pozícia nepracujúci dôchodca/dôchodkyňa, pričom ich podiel na celku tvorí 69%. So značným odstupom sú na druhom a treťom mieste aktivity zamestnaný/á, SZČO (9,0%), resp. pracujúci/a dôchodca/dôchodkyňa (8,6%). Ostatné ekonomické aktivity majú v tomto porovnaní podstatne menší podiel.

Z hľadiska pohlavia je možné všeobecne povedať, že prvé tri aktivity majú u mužov a žien nielen rovnaké poradie, ale i približne rovnakú váhu. Za zmienku však stoja ešte rozhodujúce ekonomické aktivity – nepracujúci/a dôchodca/dôchodkyňa – váhovo silnejší podiel na celku u žien (73,7%) oproti mužom (63,6%), kde rozdiel tvoril takmer 10 percentuálnych bodov.

Na doplnenie je vhodné ešte zmieniť logickú, vysvetliteľnú skutočnosť týkajúcu sa vekovej štruktúry osôb so zdravotným znevýhodnením – u rozhodujúcej ekonomickej aktivity je najvyšší počet týchto osôb vo veku 60 rokov a viac, zatiaľ čo u ďalších dvoch váhovo silnejších aktivít (zamestnaný/á, SZČO resp. pracujúci dôchodca/dôchodkyňa) je ich podiel naopak vyšší vo vekových kategóriách pod 60 rokov.

Ak sa pozrieme predovšetkým na tri váhovo najsilnejšie skupiny ekonomickej aktivity, z hodnôt prieskumu všeobecne vyplýva, že značný rozdiel je zreteľný u prvých dvoch. U ekonomickej aktivity nepracujúci/a dôchodca/dôchodkyňa bol u osôb so zdravotným znevýhodnením zistený podiel na celku už vyššie zmienených 69%, zatiaľ čo u celkovej populácie ČR to tvorí iba 25,8%. U aktivity zamestnaný/á, SZČO je tomu práve naopak – podiel na celku u osôb so zdravotným znevýhodnením tvorí 9,0%, na druhom mieste u celkovej populácie ČR je to 46,7%. Z týchto údajov je možné odvodiť všeobecne formulovaný záver, ktorý je len potvrdením dosiaľ už známych skutočností – podiel zamestnanosti osôb so zdravotným znevýhodnením (skupina zamestnaný/á, SZČO) je v priemere oproti celkovej populácii významne nižší (rozdiel tvorí takmer 38 %), zatiaľ čo podiel nepracujúcich dôchodcov/dôchodkýň je výrazne vyšší práve v skupine osôb so zdravotným znevýhodnením (rozdiel je cca 42 %).

8.2. Chránené dielne a pracoviská v Slovenskej republike

Vzhľadom na to, že daný dokument ponúka široký diapazón tém a kvalitnej analýze musí predchádzať kvalitný výskum, resp. prieskum prostredia na určitú tému, siahli sme po analýzách, ktoré sú verejne dostupné a dodržali istý štandard metodologických postupov. Jednou z inštitúcií je Inštitút pre výskum práce a rodiny, ktorý uskutočnil medzi mnohými inými tieto práce: *Obligatórnosť a fakultatívnosť pri poskytovaní aktívnych opatrení na trhu práce* a *Štruktúra zamestnancov v chránených dielňach, na chránených pracoviskách a na otvorenom trhu práce*. Samotné práce sú voľne dostupné na ich domovskej stránke. Vzhľadom na to, že by bolo neuskutočniteľné vytvoriť pre každú tému vlastný prieskum, vyberáme z týchto dokumentov zistenia a poznatky, ktoré vo veľmi dobrej miere odzrkadľujú reálny stav situácie.

Krátkodobé odporúčania:

- sledovať osobitne počet vytvorených chránených pracovísk (ďalej ChP) a počet vytvorených pracovných miest v chránených dielňach (ďalej ChD), s cieľom umožniť odhadnúť podiel osôb so zdravotným znevýhodnením (ďalej ZZ), zamestnaných na otvorenom trhu práce na ChP a na druhej strane počet týchto osôb zamestnaných v rámci chráneného zamestnávania v ChD.
- uskutočniť analýzu chráneného zamestnávania (ďalej ChZ) v SR vzhľadom na počet a typy ChD v rámci chránených pracovísk, zameranie produkcie dielní, počet

zamestnancov so ZZ a identifikáciu faktorov ich ne/úspešného zaradovania na otvorený trh práce, ako podkladový materiál pre optimalizáciu systému ChZ.

- zhodnotiť kvalitu a úspešnosť odborných poradenských služieb poskytovaných osobám so ZZ, ako aj (možnú) spoluprácu úradov práce, sociálnych vecí a rodiny s externými poskytovateľmi týchto služieb (najmä agentúrami podporovaného zamestnávania a poradensko-informačnými centrami) s cieľom zvýšiť prioritu individualizovaného poradenstva, ako opatrenia uľahčujúceho začleňovanie na otvorený trh práce, ako je to napr. vo Veľkej Británii či Dánsku.
- upraviť súčasnú formuláciu § 55 ods. 1 zákona č. 5/2004 Z. z. o službách zamestnanosti v znení neskorších predpisov, podľa ktorej ide o osoby so ZZ, ktoré nie sú schopné nájsť si zamestnanie na otvorenom trhu práce tak, aby bolo zrejmé, že ide o osoby, ktoré nie sú schopné nájsť si zamestnanie ani po poskytnutí odborných poradenských služieb.
- pri poskytnutí príspevku na udržanie občana so ZZ v zamestnaní (§56a ZoSZ) odstrániť požiadavku na minimálny podiel 25 % zamestnancov so ZZ s ohľadom na skutočnosť, že v iných krajinách podmienka minimálneho podielu týchto zamestnancov pri podpore zamestnávania na otvorenom trhu práce neexistuje a táto podmienka obmedzuje dosiahnutie účelu príspevku, ktorým je podpora zamestnávania týchto osôb na otvorenom trhu práce.
- prehodnotiť možnosť zavedenia degresného financovania príspevku na úhradu prevádzkových nákladov ChD a príspevku na udržanie pracovného miesta, t. j. postupného znižovania výšky príspevku pre jedného žiadateľa v jednotlivých rokoch, ako je to napr. v Rakúsku, s cieľom čiastočne obmedzovať situácie, keď zamestnanci so ZZ po skončení poberania príspevku zamestnávateľom prichádzajú o prácu.
- v súvislosti s príspevkom na samostatnú zárobkovú činnosť pre osoby so ZZ prehodnotiť jeho prepojenosť na ChP. Prvou alternatívou je umožniť vytvorenie ChP aj v prípade osoby so ZZ, ktorá bude vykonávať samostatnú zárobkovú činnosť (SZČ), ako je to v ČR. Inou alternatívou je vôbec neviazať poskytovanie príspevku na ChP. Obe možnosti vzhľadom na súčasný stav znamenajú spresnenie účelu príspevku, ktorým nie je podporovať samostatne zárobkovo činné osoby (SZČO) na ChP, ale podporovať SZČ pre osoby so zdravotným znevýhodnením, či už zriadením ChP (alternatíva 1) alebo ako takú (alternatíva 2).

Navrhované dlhodobé odporúčania:

- na základe analýzy ChZ v SR sprehľadniť a aj legislatívne upraviť systém ChZ z hľadiska účelu a typov chránených pracovných miest (chránené dielne, pracovná rehabilitácia v zariadeniach sociálnych služieb, chránené dielne/podporované pracovné miesta v bežných podnikoch), vrátane zohľadnenia jednotlivých typov pri financovaní, s cieľom zavedenia koncepčného prístupu k ChZ.
- zároveň v súvislosti s možným poklesom počtu pracovných miest v ChD neznižovať objem finančných prostriedkov na aktívne opatrenie trhu práce (ďalej AOTP) pre osoby so ZZ, ale postupne ich presúvať na opatrenia zamerané na ich začleňovanie na otvorený trh práce.
- riešiť otázku nárokovateľnosti a znižovania dopytu po jednotlivých príspevkoch o. i. zvyšovaním dostupnosti a kvality individualizovaného poradenstva pre osoby so ZZ, vrátane motivácií pre zamestnávateľov na otvorenom trhu práce tak, aby tieto osoby neboli de facto odkázaní len na zamestnanie na ChP/ChD.
- v rámci prehodnocovania AOTP pre osoby so ZZ vytvoriť opatrenie osobitne zamerané na mladých ľudí (študentov/absolventov) so zdravotným znevýhodnením s cieľom uľahčiť im získanie prvej pracovnej skúsenosti, ktoré je zložité vzhľadom na nízku kvalifikáciu mnohých z nich, ako aj nedôveru zamestnávateľov. Takéto opatrenia sú bežné v Rakúsku, Veľkej Británii či Holandsku.
- zvážiť možnosti využívania finančných prostriedkov z odvodov za neplnenie povinného podielu zamestnaneckých kvót osôb so ZZ na AOTP s cieľom podporiť aktiváciu a zamestnávanie týchto osôb aj prostredníctvom vytvárania nových flexibilnejších aktívnych opatrení.
- uskutočňovať evaluácie (jednotlivých) AOTP s cieľom zabezpečiť vyššiu účinnosť týchto opatrení a predchádzať zjednodušeným interpretáciám a zavádzaniu opatrení, o ktoré je nízky záujem, resp. nedostatočnému zacieleniu a finančnej neudržateľnosti opatrení z dôvodu efektu mŕtvej váhy či substitučného efektu.

Kľúčové zistenia a ich diskusia

Štúdia sa zamerala na porovnanie štruktúry zamestnaných osôb so ZZ v ChZ a na otvorenom trhu práce vzhľadom na vybrané sociologické a pracovné charakteristiky (vek, dosiahnuté vzdelanie, stupeň miery poklesu schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť, mzdové ohodnotenie) a analýzu daných zistení v kontexte empirických poznatkov získaných prostredníctvom sociologického prieskumu v súbore ChD. Jedným z východísk pre

uskutočnenie danej analýzy bol pomerne nejednoznačný prístup k definovaniu chráneného zamestnávania a podpory zamestnávania osôb so ZZ na otvorenom trhu práce, uplatňovaný v rámci legislatívy v SR. Súčasná právna úprava (zákon o službách zamestnanosti) totiž priamo nerieši otázku zacielenia chráneného zamestnávania (pre koho / pre aké skupiny osôb so ZZ je ChZ najmä určené). V dôsledku toho je napríklad problematické overovanie hospodárnosti vynakladaných prostriedkov na podporu zamestnávania osôb so ZZ z hľadiska efektu mŕtvej váhy. Zároveň v rámci aktívnych opatrení trhu práce chýbajú nástroje podporovaného zamestnávania, ktoré by niektorým osobám so ZZ zamestnanie na otvorenom trhu práce výrazne zjednodušili. Súčasné právne vymedzenie ChZ (premietnuté v podpore chránených dielní a chránených pracovísk) v SR sa tak v značnej miere odlišuje od chápania týchto konceptov vo viacerých krajinách OECD (Rakúsko, Fínsko, Veľká Británia), kde sa ChZ spravidla chápe jednak ako príležitosť pre osoby so ZZ na zaradenie do pracovného života v rámci podnikov vznikajúcich s týmto cieľom, a v súčasnosti zároveň najmä ako ich príprava na tranzíciu na otvorený trh práce (v prípade osôb, u ktorých je zlepšovanie pracovných zručností možné).

Uskutočnená analýza jednoznačne potvrdila premietnutie uvedených limitov legislatívnej úpravy aj v praxi zamestnávania osôb so ZZ. Výsledky realizovanej analýzy preukázali pomerne silné zastúpenie takých ChD, ktoré prácu a zamestnanie chápu skôr v tradičnom zmysle a za významný faktor znevýhodňujúceho postavenia osôb so ZZ považujú skôr samotnú existenciu zdravotného znevýhodnenia v kombinácii s vysokou nezamestnanosťou, než možné negatívne dôsledky vyplývajúce zo zdravotného znevýhodnenia na pracovný výkon zamestnanca. Pritom spravidla ide o dielne s nízkym počtom zamestnancov so zdravotným znevýhodnením (3-5 zamestnancov) a so zameraním na poskytovanie administratívnych služieb, resp. dielne, ktoré vznikli s cieľom plniť povinný podiel zamestnávania osôb so ZZ. Otázka dlhodobého dotovania činnosti týchto ChD je sporná, keďže ich náklady súvisiace s dôsledkami zdravotného znevýhodnenia sú minimálne. Rovnako je minimálny aj ich potenciál začleňovať do pracovného procesu osoby s ťažším stupňom zdravotného znevýhodnenia, osobitne mladých ľudí bez pracovných skúseností. Napriek uvedenému postoju sa prejavili pomerne veľké rozdiely v mzdovom ohodnotení osôb so ZZ v porovnaní s ostatnou populáciou – a to aj na otvorenom trhu práce.

Na tomto mieste preto ponúkame sumár dôležitých zistení tejto štúdie. Z hľadiska počtu a štruktúry organizácií zamestnávajúcich osoby so ZZ možno konštatovať nasledovné:

- celkový počet ChD a ChP k 31.12.2013 (vrátane záznamov o zrušených ChP a ChD a subjektov s opakovaným priznaním postavenia) predstavoval 6321 subjektov, z nich 1548 ChD, 2507 ChP, ktorých zriaďovateľom je samostatne zárobkovo činná osoba (SZČO) a 2266 ChP, ktorých zriaďovateľom je zamestnávateľ. Chránené pracoviská tak majú v porovnaní s chránenými dielňami dominantné postavenie, keď podiel ChD predstavuje necelú štvrtinu z celkového počtu subjektov v ChZ. SZČO sú zastúpené takmer 40%-ným podielom. Samotný počet chránených dielní je najmä v porovnaní s krajinami, ktoré kladú dôraz na zamestnávanie osôb so ZZ na otvorenom trhu práce (napr. Rakúsko, ktoré v rámci chráneného zamestnávania dotuje len cca. 1500 pracovných miest v ChD, Dánsko s 2218 zamestnancami v ChZ a Veľká Británia, ktorá dotuje pracovné miesta v cca. 80 ChD) stále mnohonásobne vyšší.
- počet organizácií zamestnávajúcich osoby so zdravotným znevýhodnením na otvorenom trhu práce je zreteľne nižší v porovnaní s ich počtom v rámci chráneného zamestnávania.
- v r. 2013 bolo zriadených celkom 359 ChD, čo predstavuje tretinu z celkového počtu dielní pôsobiacich k uvedenému dátumu. V tom istom roku došlo k zrušeniu porovnateľného počtu ChD. Približne desatina z počtu ChD vykonáva svoje aktivity dlhšie ako 10 rokov.
- necelá polovica z celkového počtu ChD zamestnáva 3 až 5 zamestnancov so zdravotným znevýhodnením. S rastúcim počtom zamestnancov so zdravotným znevýhodnením počet ChD klesá a svoje najnižšie hodnoty dosahuje pri 21 a viac zamestnancoch. Z hľadiska právnej formy zriaďovateľa ChD sa ukázalo, že ich najväčším zriaďovateľom je súkromný sektor, ktorý sa podieľa na zriadení dvoch tretín všetkých ChD. Druhou v poradí je územná samospráva, ktorá je zriaďovateľom o niečo viac ako desatiny všetkých ChD.
- medzi ChD existujú aj také, ktoré svojím zameraním majú povahu terapeutického modelu – umožňujú osobám so zdravotným znevýhodnením získavať zručnosti potrebné pre postupné začlenenie sa na otvorenom trhu práce. Tieto dielne však nemajú spoločné charakteristiky vzhľadom na formu zriaďovateľa či počet zamestnancov so ZZ.
- podľa typu chráneného zamestnávania bolo na základe výsledkov dotazníkového prieskumu najčastejším dôvodom vzniku ChD integrovať osoby so ZZ súbežne s napĺňaním vlastného podnikateľského zámeru. Takýto prístup zodpovedá viac zamestnávaniu na otvorenom trhu práce ako v ChZ. Relatívne početnú skupinu tvorili ChD, ktoré vznikli s cieľom plnenia povinného podielu zamestnávania osôb so ZZ. Nevýznamnú časť tvorili ChD, ktoré nadviazali na činnosť výrobného družstva invalidov

(tieto predstavujú ChZ v pôvodnom ponímaní) a ChD, ktoré vznikli za účelom umožnenia pracovného uplatnenia absolventom špeciálnej školy / klientom DSS (predstavujú terapeutický model ChZ).

Z hľadiska počtu a štruktúry zamestnaných osôb so zdravotným znevýhodnením možno konštatovať že:

- celkový počet zamestnaných osôb so ZZ je mierne vyšší na otvorenom trhu práce v porovnaní s ChZ. Výraznejšie rozdiely sa však prejavujú pri uplatnení kritéria miery poklesu (MP) schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť. Kým v rámci ChZ je počet zamestnaných osôb s nižšou MP dvojnásobne vyšší v porovnaní s počtom osôb s vyššou MP, na otvorenom trhu práce je počet osôb s nižšou MP až 5-krát vyšší v porovnaní s počtom osôb s vyššou MP.
- na uplatniteľnosť osôb so ZZ v rámci ChZ má taktiež vplyv druh zdravotného znevýhodnenia. K výrazne menej zastúpeným skupinám patria najmä osoby s mentálnym znevýhodnením (tie zamestnáva menej ako 5% ChD), rovnako osoby s viacnásobným znevýhodnením a so sluchovým znevýhodnením.
- medzi pracujúcimi osobami v rámci chráneného zamestnávania dominujú zamestnanci nad SZČO.
- osoby so zdravotným znevýhodnením majú v podnikateľskej sfére nižšie percentuálne zastúpenie ako osoby bez zdravotného znevýhodnenia. To naznačuje, že podnikateľské subjekty sú všeobecne málo motivované zamestnávať osoby so ZZ (vzhľadom na ich celkový nízky počet), zvlášť osoby s ťažším stupňom zdravotného znevýhodnenia.
- výskyt zamestnancov so ZZ starších ako 50 rokov bol na otvorenom trhu práce 13-násobne vyšší ako počet 52 zamestnancov vo veku do 29 rokov. U osôb bez zdravotného znevýhodnenia však tento rozdiel predstavoval len 1,5-násobok v prospech zamestnancov nad 50 rokov. Zatiaľ čo medzi osobami so ZZ nad 50 rokov sú viac zastúpení ľudia s MP >40% 70%.
- najvyšší podiel zamestnaných osôb so ZZ v ChZ malo ukončené stredné odborné vzdelanie (43,02% s nižšou MP a 32,02% s vyššou MP). Na OTP má najvyšší podiel zamestnaných osôb so ZZ ukončené nižšie stredné odborné vzdelanie (31,73% s nižšou MP a 22,45% s vyššou MP). Rovnako je nižšie stredné odborné vzdelanie najviac zastúpené medzi osobami bez ZZ, aj keď nižším podielom (21,51%). Všeobecne tiež platí, že čím je stupeň dosiahnutého vzdelania vyšší, tým vyššie je zastúpenie osôb so ZZ pracujúcich na OTP v porovnaní s tými, ktorí pracujú v CHZ. To sa preukázalo v prípade

úplného stredného všeobecného vzdelania, ale tiež vysokoškolského vzdelania vo všetkých stupňoch. Zároveň bol však podiel osôb so ZZ v týchto prípadoch nižší ako podiel osôb bez ZZ.

- viac ako polovica (57%) ChD nezamestnáva absolventov špeciálnych škôl. Napriek tomu viac ako tretina ChD uviedla, že úroveň pripravenosti záujemcov o prácu zväčša zodpovedá ich potrebám, ostatné ChD zastávajú názor, že úroveň pripravenosti záujemcov sa mení, nie je možné určiť jednoznačný trend a že väčšina záujemcov zaostáva v pripravenosti na pracovnú činnosť.
- tiež sa ukázalo, že pri plnom pracovnom úväzku je mesačný počet hodín PN u zamestnancov na OTP s $MP > 40 < 70\%$ 3,2-násobne vyšší ako u zamestnancov bez ZZ. V prípade ľudí s $MP > 70\%$ je počet hodín PN 3,6-násobne vyšší ako u zamestnancov bez ZZ.
- z hľadiska priemernej úrovne mesačnej brutto mzdy, sa ukázalo, že muži so ZZ dosahujú v priemere len 68%-nú úroveň zárobku mužov bez ZZ. V prípade žien je rozdiel zhruba o 12% nižší, ženy so ZZ dosahujú 80%-nú úroveň zárobku žien bez ZZ. Pri sledovaní hodnôt priemeru hrubej mesačnej mzdy v závislosti od stupňa dosiahnutého vzdelania možno zhrnúť, že na každej úrovni bola mzda osôb so ZZ nižšia ako mzda osôb bez ZZ, a že výška mzdy takmer bez výnimky rástla s úrovňou dosiahnutého vzdelania. Osoby s $MP > 70\%$ spravidla zarábajú menej ako osoby s $MP > 40\% < 70\%$, aj keď rozdiely medzi týmito dvomi skupinami nie sú veľmi výrazné. Celkovo priemerná hrubá mesačná mzda u osôb s $MP > 40\% < 70\%$ predstavovala 723 EUR, u osôb s $MP > 70\%$ - 678 EUR a osôb bez ZZ 895 EUR.

Berúc do úvahy uvedené zistenia je pri formulácii odporúčaní smerom k efektívnejšej podpore zamestnávania osôb so ZZ možné vychádzať z dvoch prístupov. Prvý prístup je inkrementálny k súčasnému stavu a predstavuje modifikácie už existujúcich nástrojov podpory (Dye, 1998). Naproti tomu druhý prístup je systémový a týka sa plošných zmien celého systému podpory zamestnávania osôb so ZZ ako takého. Presadenie každého z týchto prístupov má pritom svoje riziká. Najväčším rizikom inkrementálneho prístupu je, že tento neumožní v plnej miere odstrániť nejasnosti v zacielení chráneného zamestnávania a podpory zamestnávania na otvorenom trhu práce. Hodnotenie efektívnosti systému, ako aj jednotlivých opatrení a hľadanie odpovede na základnú otázku, či “podporujeme správnych ľudí správnym spôsobom” tak naďalej ostane prakticky nemožné. Na druhej strane, rizikom systémového prístupu je potrebná vôľa zo strany kompetentných autorít na jeho presadenie. Inými slovami, ak zodpovední predstavitelia MPSVaR sami nebudú vnímať potrebu systémových zmien

do tej miery, že by iniciovali a uskutočňovali proces vedúci k takým zmenám, bude tento prístup neuskutočniteľný. Presadzovať systémové zmeny je pritom v porovnaní s čiastkovými úpravami náročnejšie z viacerých dôvodov. Na jednej strane budú zodpovední predstavitelia aj pri prípadnom uznaní potreby systémových zmien zvažovať prioritu tejto témy v širšom kontexte. Zároveň presadzovanie systémových zmien prirodzene sťažuje náročnosť procesu hľadania konsenzu medzi rôznymi skupinami aktérov, na ktorých budú mať zmeny dopad (Dye, 1998). Výsledky tejto štúdie sa jednoznačne prikláňajú k uskutočneniu systémových zmien. S tým sa stotožňujú aj viacerí účastníci dotazníkového prieskumu, ktorí označili súčasný stav za neudržateľný a „likvidačný“.

Na tomto mieste zhŕňame na základe prezentovaných zistení niektoré relevantné odporúčania pre uplatnenie inkrementálneho prístupu, ako aj okruhy tém ako východisko pre uplatnenie systémového prístupu.

Na základe dotazníkového prieskumu bolo pre uplatnenie inkrementálneho prístupu identifikovaných predovšetkým nasledujúcich päť odporúčaní smerujúcich k zefektívneniu podpory zamestnávania osôb so ZZ modifikáciou súčasných nástrojov aktívnej politiky trhu práce:

- Znížiť administratívne zaťaženie v súvislosti s poskytovaním príspevkov na zriadenie a na úhradu prevádzkových nákladov ChP/ChD;
- Navýšiť príspevok na úhradu prevádzkových nákladov ChP/ChD s ohľadom na negatívne finančné dopady novely ZoSZ účinnej od mája 2013, v dôsledku ktorej ChP/ChD napríklad prišli o možnosť žiadať o príspevok na udržanie občana so ZZ v zamestnaní;
- Osobitne riešiť otázku podpory chránených dielní s vysokým počtom zamestnancov so ZZ, ktorým limity v rámci schémy de minimis sťažujú rozširovanie výroby a prijímanie nových zamestnancov so ZZ;
- Zvážiť úpravu výšky príspevku na úhradu prevádzkových nákladov ChP/ChD v závislosti od miery poklesu schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť zamestnanca;
- Podporiť v rámci legislatívy chránené zamestnávanie a chránené dielne dôraznejším motivovaním firiem, ale aj štátnej správy k zadávaniu zákaziek pre ChD namiesto úhrady odvodu za neplnenie povinného podielu zamestnávania osôb so ZZ.

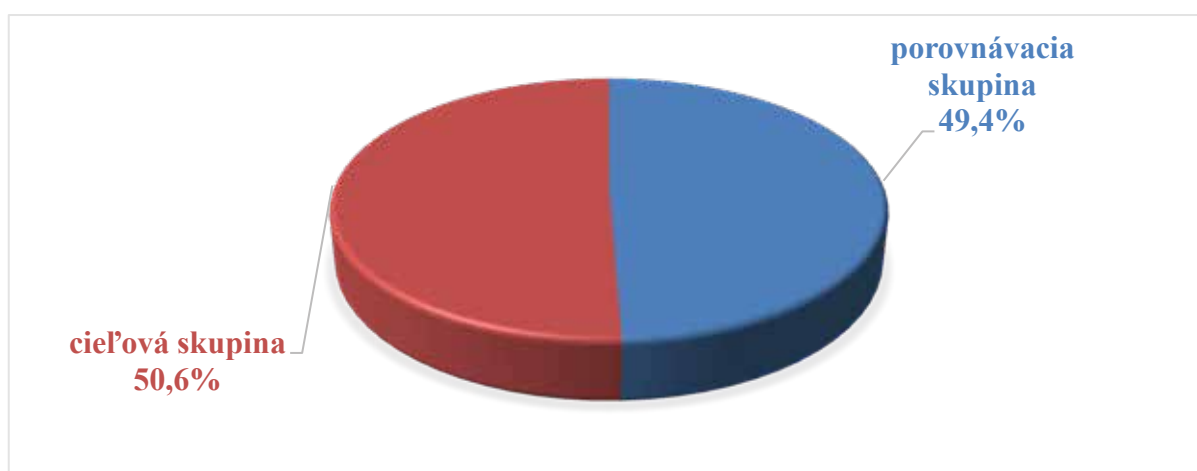
V súvislosti so systémovým prístupom hovoríme o odporúčaných okruhoch tém, nie konkrétnych odporúčaniach, keďže tieto by mali vzniknúť na základe diskusií medzi

MPSVaR, zástupcami organizácií poskytujúcich podporu osobám so ZZ pri príprave, získaní, udržaní zamestnania a súčasnými aj potenciálnymi zamestnávateľmi osôb so ZZ. Na základe zistení tejto štúdie bolo identifikovaných nasledovných šesť okruhov:

- stanovenie vybraných typov chránených dielní (z hľadiska ich cieľa), ktoré budú podporované v rámci ChZ, ako aj prípadné stanovenie rozsahu ChZ (napr. vopred určeným počtom dotovaných pracovných miest);
- bližšia špecifikácia kritérií, na základe ktorých sa bude vyhodnocovať zaradenie osoby so ZP do ChZ;
- stimulácia zamestnávateľov na otvorenom trhu práce k zamestnávaniu osôb so ZZ (napr. ponechať možnosť žiadať o príspevok na vybavenie pracovného miesta pre zamestnanca so zdravotným znevýhodnením potrebnými asistenčnými technológiami, navrhnúť daňové zvýhodnenia, uskutočniť informačné kampane eliminujúce predsudky zamestnávateľov voči schopnostiam osôb so ZZ uplatniť sa na trhu práce a iné);
- začleňovanie mladých ľudí – absolventov so ZZ na trh práce;
- prechodné opatrenia, ktoré umožnia terajším zamestnávateľom a zamestnancom so ZZ dostatočne sa pripraviť na nové podmienky fungovania systému;
- mechanizmy hodnotenia účinnosti nových politík vzhľadom na kvantitatívne aj kvalitatívne zmeny v podpore zamestnávania osôb so ZZ.

9. Reprezentatívny prieskum problematiky zdravotne znevýhodnených v SR

Prieskum zameraný na problematiku zdravotne znevýhodnených v SR sa zameriaval na analýzu aktuálneho stavu potrieb občanov so zdravotným znevýhodnením vrátane športovcov. V interview sme používali termín zdravotné postihnutie ako ekvivalent pojmu zdravotné znevýhodnenie. Komparatívneho prieskumu sa zúčastnilo spolu 2 055 respondentov, z toho bolo 1040 respondentov (50,6%) so zdravotným znevýhodnením (cieľová skupina) a 1015 respondentov (49,4%) bez zdravotného znevýhodnenia (porovnávací skupina), Graf 1.



Graf 1 Cieľová a porovnávací skupina (%)

Cieľová skupina bola tvorená respondentmi s rôznymi druhmi znevýhodnenia, čo znázorňuje Graf 8 (v Prílohe A) a s rôznou dobou trvania zdravotného postihnutia u respondentov so zdravotným znevýhodnením, Graf 9 (v Prílohe A).

Prieskumu sa zúčastnilo 57,9% mužov a 42,1% žien. Respondentov vo veku do 18 rokov bolo 8,3% respondentov, v rozmedzí 18 až 60 rokov 81,5% respondentov a vo veku nad 60 rokov participovalo na prieskume 9,7% respondentov. Respondenti boli zastúpení vo všetkých krajoch SR, Tabuľka 13 (v Prílohe A). Rozdelenie respondentov z hľadiska najvyššieho dosiahnutého vzdelania (základné vzdelanie, stredoškolské vzdelanie bez maturity alebo s maturitou a vysokoškolské vzdelanie) popisuje Tabuľka 14 (v Prílohe A).

Demografické údaje zahŕňali aj sociálne a rodinné pomery. 46,1% respondentov bolo slobodných, 42,1% ženatých alebo vydatých a 8,9% respondentov rozvedených. 2,9% respondentov dali odpoveď iné, kde dominovali vdovci a vdovy. 50,1% respondentov uviedlo, že nemajú deti, 49,9% respondentov má jedno a viac detí. V ďalšej otázke sme sa

pýtali, či vedia o niekom vo svojej rodine (rodičia, súrodenci alebo deti), kto má zdravotné znevýhodnenie. 64,6% respondentov takúto osobu vo svojej rodine neuviedlo, 30,6% respondentov osobu so zdravotným znevýhodnením vo svojej rodine potvrdilo a 4,8% respondentov nevie, či má takúto osobu v rodine.

9.1. Metodológia prieskumu

V rámci prieskumu bola využitá metóda štruktúrovaného interview. Konečná verzia interview pozostávala z 12 demografických údajov, 17 položiek a 2 podpoložiek. V štruktúrovanom interview boli použité uzavreté i otvorené otázky. Získané údaje mali primárne kvantitatívny charakter s doplnením o položky kvalitatívneho prístupu (napr. voľné asociácie). Z hľadiska metodológie nás zaujímali postoje i názory respondentov k problematike života a možností uplatnenia sa zdravotne znevýhodnených, legislatívy, občianskeho angažovania. Preto sme sa v štruktúrovanom interview zamerali na všetky tri zložky postojov:

1. Kognitívna – miera znalosti problematiky, subjektívne vnímanie možností uplatnenia sa ľudí so zdravotným znevýhodnením na trhu práce, v športe a pod.;
2. Emočná – identifikácia kognícií i emócií v súvislosti s asociáciou na pojem „človek so zdravotným postihnutím“;
3. Konatívna – angažovanie sa v združeních pomáhajúcich ľuďom so zdravotným znevýhodnením a možnosť aktívneho prístupu k športu.

Po úvodnom oslovení, vymedzení selektívnych uzavretých a otvorených odpovedí vyjadrovali respondenti svoje demografické údaje vrátane pohlavia, veku, rodinného stavu, počtu detí, kraja v ktorom žijú, vzdelania, identifikácie zdravotného znevýhodnenia u seba (a jeho druhu, doby trvania) alebo členov svojej rodiny, pracovného stavu, poberania invalidného dôchodku.

Ďalšie položky štruktúrovaného interview sa zameriavali na postoje vo vzťahu k ľuďom so zdravotným znevýhodnením pri aktuálnej:

- životnej úrovni (táto položka bola vymedzená aj vo všeobecnom rámci SR),
- sociálnej ochrane,
- prístupnosti a dostupnosti základných občianskych služieb,
- rovnosti príležitostí a nediskriminácie,
- sociálnej rehabilitácie,
- úrovne zdravotníckych služieb,
- úrovne možností vzdelávania sa,
- možností práce a zamestnávania sa,
- možností športovania.

Respondenti mali možnosť vyjadriť, čo by pomohlo ľuďom so zdravotným znevýhodnením a či poznajú nejaké zákony špecificky zamerané na takýchto ľudí. Mohli pomenovať aj združenia pomáhajúce ľuďom so zdravotným znevýhodnením a uviesť svoje prípadné členstvo v takýchto združeniach. Pýtali sme sa aj na ich aktívne športovanie.

Asociácia na pojem „človek so zdravotným postihnutím“ bola zameraná na kvalitatívne sémantické vymedzenie tohto pojmu uvedením prvého slova, ktoré prišlo respondentovi na myseľ.

9.2. Výsledky prieskumu – respondenti so zdravotným znevýhodnením

Zdravotné znevýhodnenie sme vymedzili subjektívnym údajom od respondentov, keď v prípade zdravotného znevýhodnenia mali uviesť aj druh znevýhodnenia (telesné, mentálne, intelektuálne, zmyslové). Určitá miera objektivizácie je možná v rámci položky zameranej na poberanie invalidného dôchodku, prípadne položky smerovanej na identifikáciu respondentov ako držiteľov preukazu občana s ťažkým zdravotným postihnutím, Tabuľka 5 *Zdravotné znevýhodnenie a poberanie invalidného dôchodku, držiteľia preukazu občana s ťažkým zdravotným postihnutím - respondenti so zdravotným znevýhodnením (%)*.

Tabuľka 5 Zdravotné znevýhodnenie a poberanie invalidného dôchodku, držiteľia preukazu občana s ťažkým zdravotným postihnutím - respondenti so zdravotným znevýhodnením (%)

zdravotné znevýhodnenie	invalidný dôchodok		ZŤP	
	áno	nie	áno	nie
žiadne znevýhodnenie	1,6	86,2	1,7	86,2
telesné znevýhodnenie	85,6	9,5	84,8	10,0
mentálne znevýhodnenie	3,1	2,1	3,4	1,9
intelektuálne znevýhodnenie	1,0	0,3	0,8	0,5
zmyslové znevýhodnenie	8,7	1,9	9,4	1,4

Ako môžeme z Tabuľka 5 *Zdravotné znevýhodnenie a poberanie invalidného dôchodku, držiteľia preukazu občana s ťažkým zdravotným postihnutím - respondenti so zdravotným znevýhodnením (%)* vidieť, u respondentov so zdravotným znevýhodnením sa poberanie invalidného dôchodku výrazne prekrýva s držaním preukazu občana s ťažkým zdravotným postihnutím.

Vzdelanostná štruktúra respondentov so zdravotným znevýhodnením je uvedená v Tabuľka 15 (v Prílohe A). Rodinný stav respondentov bez zdravotného znevýhodnenia a so zdravotným znevýhodnením môžeme nájsť v Tabuľka 16 (v Prílohe A) a počet detí

respondentov bez zdravotného znevýhodnenia a so zdravotným znevýhodnením v Tabuľka 17 (v Prílohe A).

487 zdravotne znevýhodnených respondentov (46,8%) uviedlo, že v uplynulých 5 rokoch aktívne športovali, čo znamenalo výkon v priemere minimálne 1x týždenne. 90 respondentov uviedlo, že má zdravotné znevýhodnenie maximálne 5 rokov a takmer polovica (223 respondentov) viac ako 5 rokov. 168 respondentov uviedlo zdravotné znevýhodnenie od narodenia. Športové aktivity vo frekvencii aspoň 1x týždenne teda uvádzali najmä respondenti so zdravotným znevýhodnením od narodenia, prípadne prekračujúcim 5 rokov. Ak to porovnáme s respondentmi bez zdravotného znevýhodnenia, pomer je veľmi vyrovnaný. Aj v ich prípade boli športové aktivity vo frekvencii aspoň 1x týždenne uvádzané v 47,2% respondentov. Mohlo to byť spôsobené zaradením relatívne pravidelných rehabilitačných cvičení do štatistiky, prípade predsudkami v očakávaní výrazného obmedzenia športových aktivít pri osobách s zdravotným znevýhodnením.

V kvalitatívnej rovine bola respondentom adresovaná položka zameraná na ich asociáciu na pojem „človek so zdravotným postihnutím“. Mali uviesť prvé slovo, ktoré im prišlo na myseľ. Asociácie respondentov so zdravotným znevýhodnením s výskytom 5 a viac krát vymedzuje *Tabuľka 6 Asociácie zdravotne znevýhodnených - pojem „človek so zdravotným postihnutím“*.

Tabuľka 6 Asociácie zdravotne znevýhodnených - pojem „človek so zdravotným postihnutím“

asociácie respondentov so zdravotným znevýhodnením	N	%
niečo nepoznané, nepochopený	999	96,1
kompenzačné pomôcky (vozík, barle, protéza,...)	140	13,5
problém, obmedzenie, znížená kvalita života	95	9,1
nič	83	8,0
postihnutý, človek s hendikepom	72	6,9
invalid	58	5,6
vozičkár	57	5,5
bariéra, bezbariérový	43	4,1
neuviedli	41	3,9
utrpenie, trápenie, starosti	36	3,5
silný, húževnatý človek, pevná vôľa, bojovník, hrdosť, obdiv, úcta	34	3,3
choroba, chorý	33	3,2
konkrétna osoba (kamarát, otec, syn, sused,...)	29	2,8
osobnosť, človek ako ja	28	2,7
inštitucionálna pomoc (NRC, ústav, sociálne zariadenie, združenia,...)	26	2,5
právo	25	2,4

nemocnica, lekár, operácia, posudkové	24	2,3
nešťastie, smola, úraz, nehoda	23	2,2
chudák, núdzny, nevládny, nízke sebavedomie	23	2,2
pomoc	21	2,0
kripel, mrzák	18	1,7
neviem	12	1,2
radosť, optimizmus	11	1,1
diskriminácia	11	1,1
ľútosť, súcit	11	1,1
problém s parkovaním	10	1,0
normálny	9	0,9
Imobilný	9	0,9
chudoba	8	0,8
paraolympiáda	7	0,7
motivácia	5	0,5
predsudky, odmietanie	5	0,5

Pokračovanie - Tabuľka 7

V najväčšej miere dominovalo presvedčenie o nepochopení zdravotne znevýhodnených ľudí tými, čo sú relatívne zdraví. Zdravotné znevýhodnenie vnímali ako niečo nepoznané a zároveň ako niečo znižujúce kvalitu života v určitých oblastiach. Človeka so zdravotným znevýhodnením dokázali popísať aj adjektívami ako sú silný, húževnatý človek, pevná vôľa, bojovník, hrdosť, obdiv a úcta. Táto forma asociácií je v sebahodnotení pozitívnu identifikáciou respondentov so zdravotným znevýhodnením.

V smere pomoci ľuďom so zdravotným znevýhodnením boli uvádzané návrhy sumarizované v *Tabuľka 8*.

Tabuľka 8 Potreby zdravotne znevýhodnených v smere pomoci ľuďom so zdravotným znevýhodnením

návrhy na pomoc respondentov so zdravotným znevýhodnením	n	%
financie	150	14,4
bezbariérovosť	147	14,1
informovanosť, osвета	92	8,8
legislatíva	78	7,5
podpora zamestnania	75	7,2
neuviedli	74	7,1
všímavosť iných ľudí, úcta, rešpekt, ohľaduplnosť, tolerancia, porozumenie	57	5,5
integrácia	51	4,9
podpora štátu, istoty	45	4,3
neviem	44	4,2

lepšie zdravotníctvo, rehabilitácie	27	2,6
pomoc, podpora, solidarita	24	2,3
nediskriminácia, rovnosť príležitostí, pozitívna diskriminácia	24	2,3
vyššia kvalita života, dôstojné životné podmienky	21	2,0
šport	18	1,7
lepšie sociálne služby, sociálno-právna ochrana	16	1,5
sebadôvera, samostatnosť, sebarealizácia	14	1,3
vzdelávanie	13	1,3
motivácia, pevná vôľa, smerovanie, vlastná aktivita	11	1,1
podpora pri kompenzačných pomôckach	10	1,0
menej byrokracie na úradoch	9	0,9
spolupráca, partnerstvá, zdieľať skúsenosti, neskupinkovať sa	7	0,7
inšpirácia z iných štátov	5	0,5
poradenstvo	5	0,5
viera v Boha	4	0,4
rodinné zázemie	4	0,4
asistencie, podporné služby	4	0,4
láska	3	0,3
rezignácia (nič nepomôže)	2	0,2
možnosť sebarealizácie, uplatnenia sa	2	0,2
chránené dielne, centrá	2	0,2
menej korupcie, spravodlivosť	2	0,2

Pokračovanie - Tabuľka 7

Respondenti so zdravotným znevýhodnením identifikovali primárne potrebu financií vrátane príspevkov, dotácií, projektov, podpory EÚ. Ďalej to bola potreba bezbariérovosti. Za ňou nasledovala informovanosť a osвета. Potom uvádzali ako dôležitú potrebu legislatívnej podpory (zjednodušenie, zlepšenie, participácia zdravotne znevýhodnených osôb pri legislatívnych úpravách) a nevyhnutnosť podpory zamestnania.

Nakoniec sme zisťovali, či respondenti so zdravotným znevýhodnením a zároveň so športovou aktivitou minimálne 1x týždenne v uplynulých 5 rokoch hodnotili svoju aktuálnu úroveň života na Slovensku vyššie ako respondenti so zdravotným znevýhodnením bez športových aktivít.

Tabuľka 9 Rozdiely medzi aktívne športujúcimi a nešportujúcimi respondentmi so zdravotným znevýhodnením vo vzťahu k aktuálnej úrovni vybraných aspektov života na Slovensku na škále 0 až 10 (t-test)

aktuálna úroveň na Slovensku vo vzťahu k ľuďom so zdravotným	respondenti bez aktívneho športu (n=553)	respondenti aktívne športujúci (n=487)	
--	--	--	--

znevýhodnením	AM	SD	AM	SD	p
životná úroveň (celková)	4,29	2,133	4,54	1,995	,050
životná úroveň zdravotne znevýhodnených	3,59	2,434	3,67	2,145	,566
sociálna ochrana	4,20	2,917	4,22	2,724	,922
prístupnosť a dostupnosť základných občianskych služieb	3,85	2,281	4,00	2,217	,308
rovnosť príležitostí a nediskriminácia	3,92	2,852	3,94	2,695	,872
sociálna rehabilitácia	4,53	3,122	4,71	2,835	,330
zdravotnícke služby	4,16	2,558	4,38	2,229	,124
možnosti vzdelávania	5,49	2,860	5,61	2,525	,479
možnosti práce a zamestnávania	3,14	2,634	3,37	2,425	,133
možnosti športovania	4,91	3,137	5,17	2,660	,145

Pokračovanie - Tabuľka 8

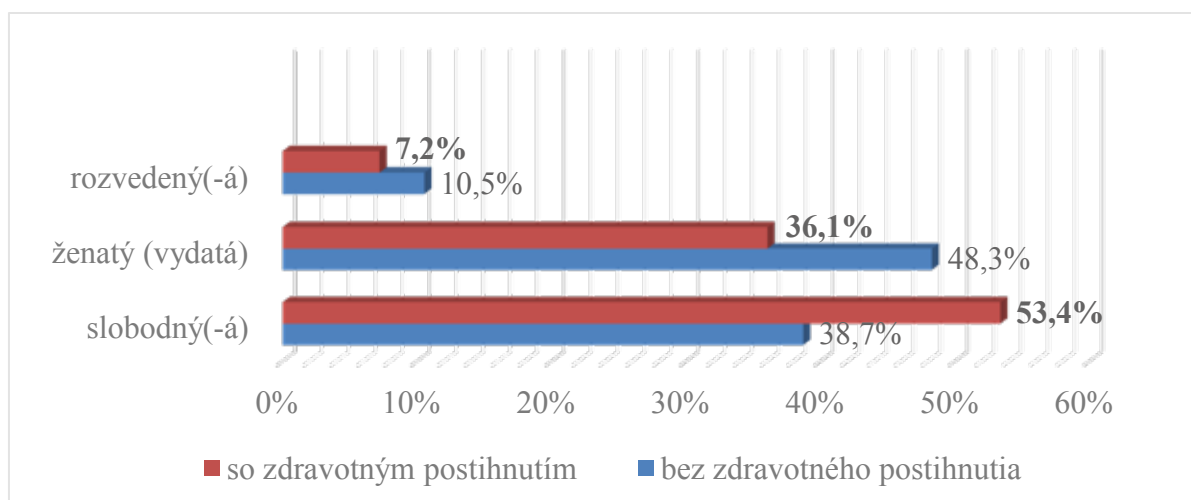
Aktívne športujúci respondenti so zdravotným znevýhodnením štatisticky významne vyššie hodnotili životnú úroveň na Slovensku oproti respondentom so zdravotným znevýhodnením bez aktívnych športových aktivít.

Viacero občianskych združení, nadácií a iných záujmových organizácií pomáha na Slovensku ľuďom so zdravotným znevýhodnením. 55% respondentov uviedlo, že poznajú nejaké združenie, ktoré pomáha ľuďom so zdravotným znevýhodnením a 17,8% deklarovalo svoju členskú príslušnosť k niektorému takémuto združeniu. Takmer každý tretí respondent so zdravotným znevýhodnením (30,3%) bol zároveň členom združenia pomáhajúceho ľuďom so zdravotným znevýhodnením. Uvedené organizácie sú vymenované v Tabuľke 18 (Príloha A).

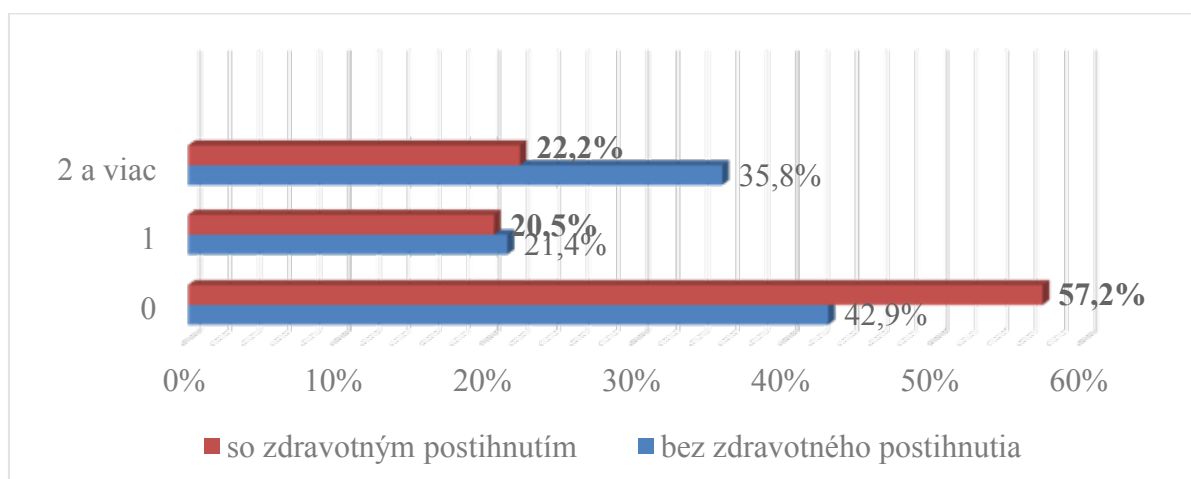
9.3. Komparácia respondentov so zdravotným znevýhodnením a respondentov bez zdravotného znevýhodnenia

Komparácia sa týka porovnania skupiny osôb so zdravotným znevýhodnením (telesné, mentálne, intelektuálne, zmyslové) a osôb bez zdravotného znevýhodnenia.

Sociodemografické vymedzenia porovnania týchto skupín vo vzťahu k rodinnému stavu a k počtu detí sú vymedzené u respondentov, ktorí odpoveď uviedli, v Graf 2 a v Graf 3.



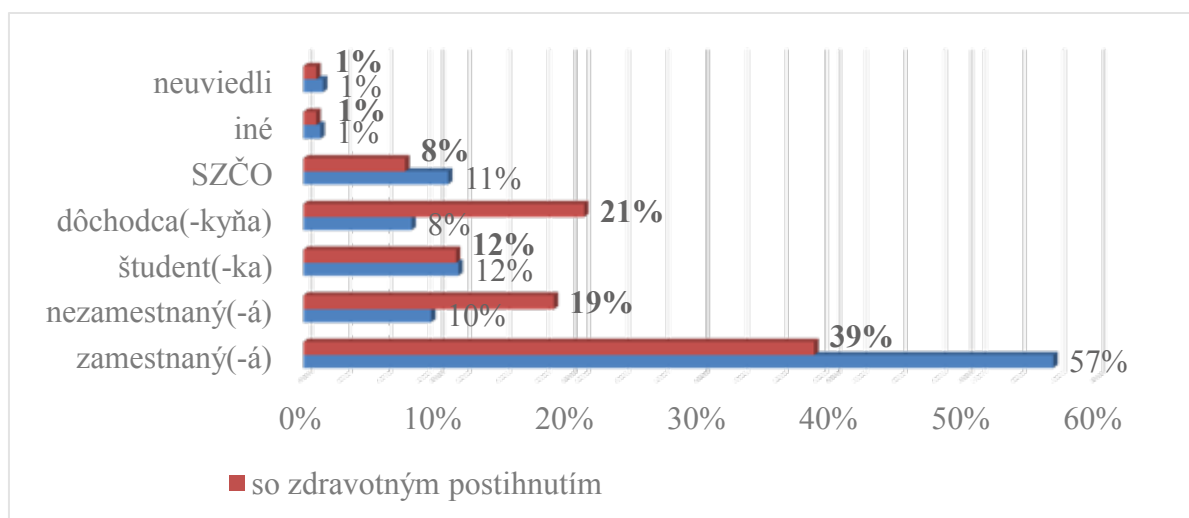
Graf 2 Rodinný stav respondentov bez zdravotného znevýhodnenia a so zdravotným znevýhodnením (%)



Graf 3 Počet detí respondentov bez zdravotného znevýhodnenia a so zdravotným znevýhodnením (%)

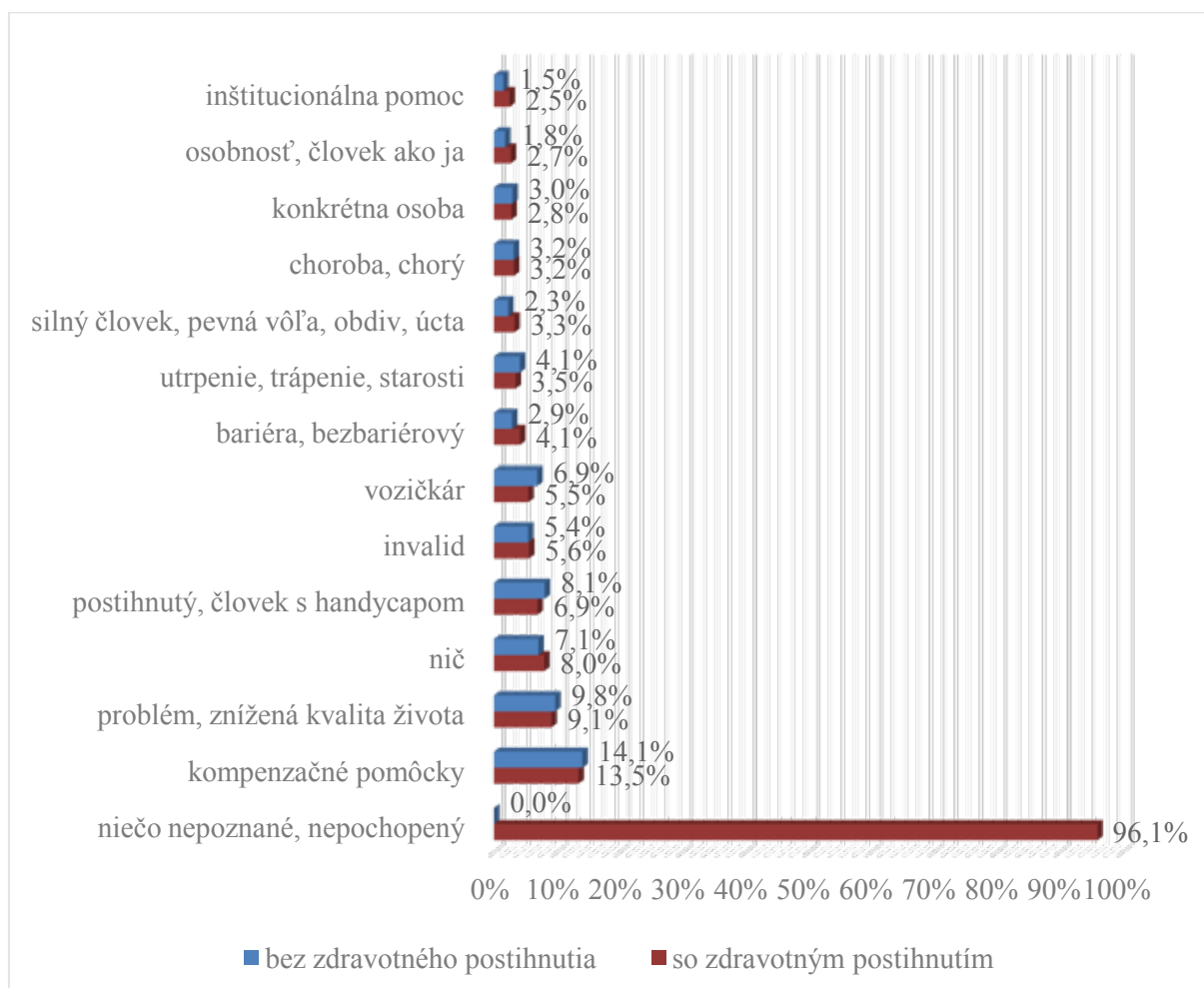
Respondenti so zdravotným znevýhodnením sa javia byť vo väčšej miere slobodní a bezdetní. Pomer rodín s jedným dieťaťom bol u oboch skupín vyrovnaný, no viacdtné rodiny už dominovali v skupine respondentov bez zdravotného znevýhodnenia.

Aktuálny stav zamestnanosti a samozamestnania na jednej strane a dôchodku, štatútu študenta na strane druhej porovnáva Graf 4.



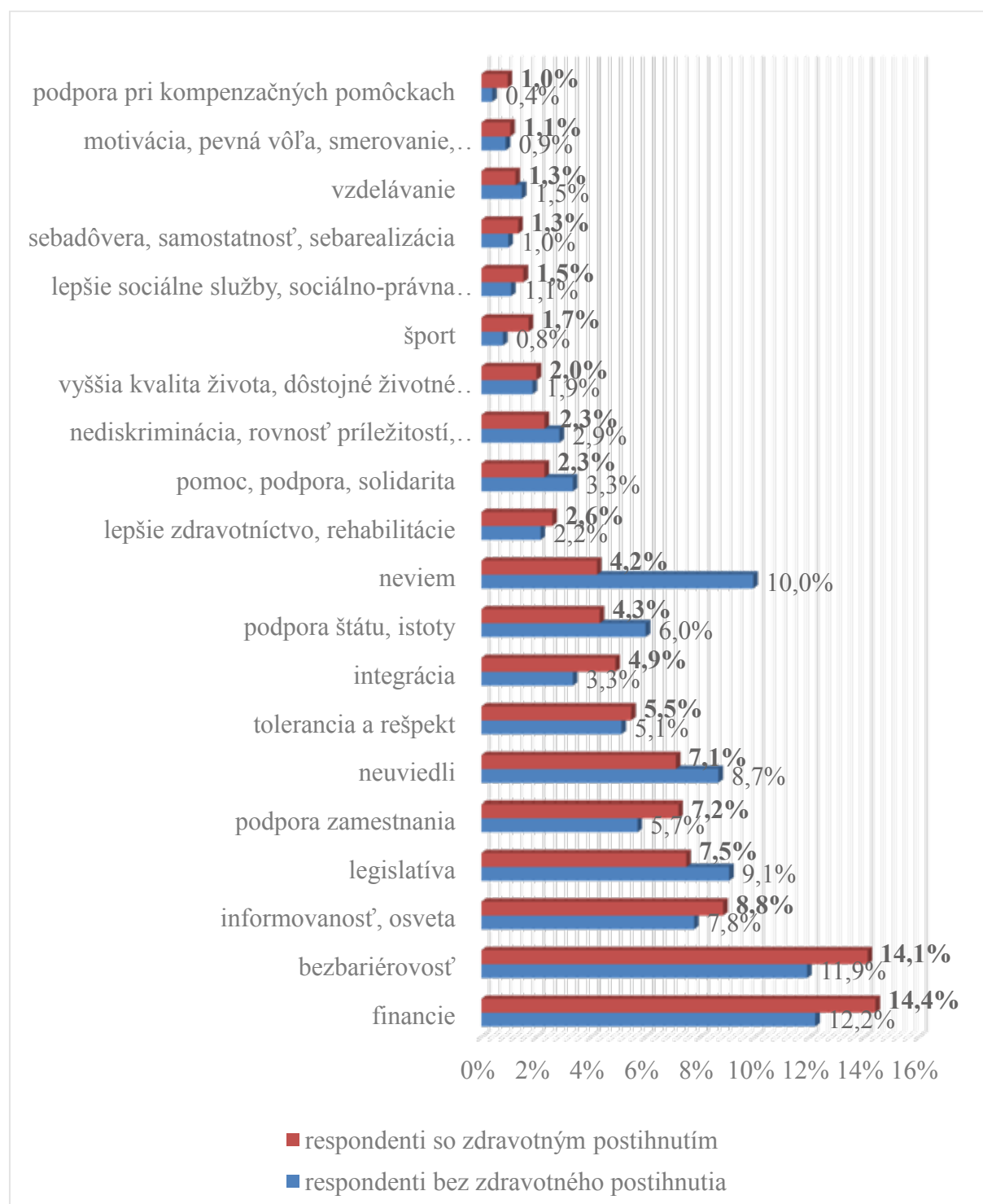
Graf 4 Komparácia - zamestnanosť (%)

Komparácia asociácie na pojem „človek so zdravotným postihnutím“ je znázornená v Graf 5.



Graf 5 Komparácia asociácie na pojem „človek so zdravotným postihnutím“

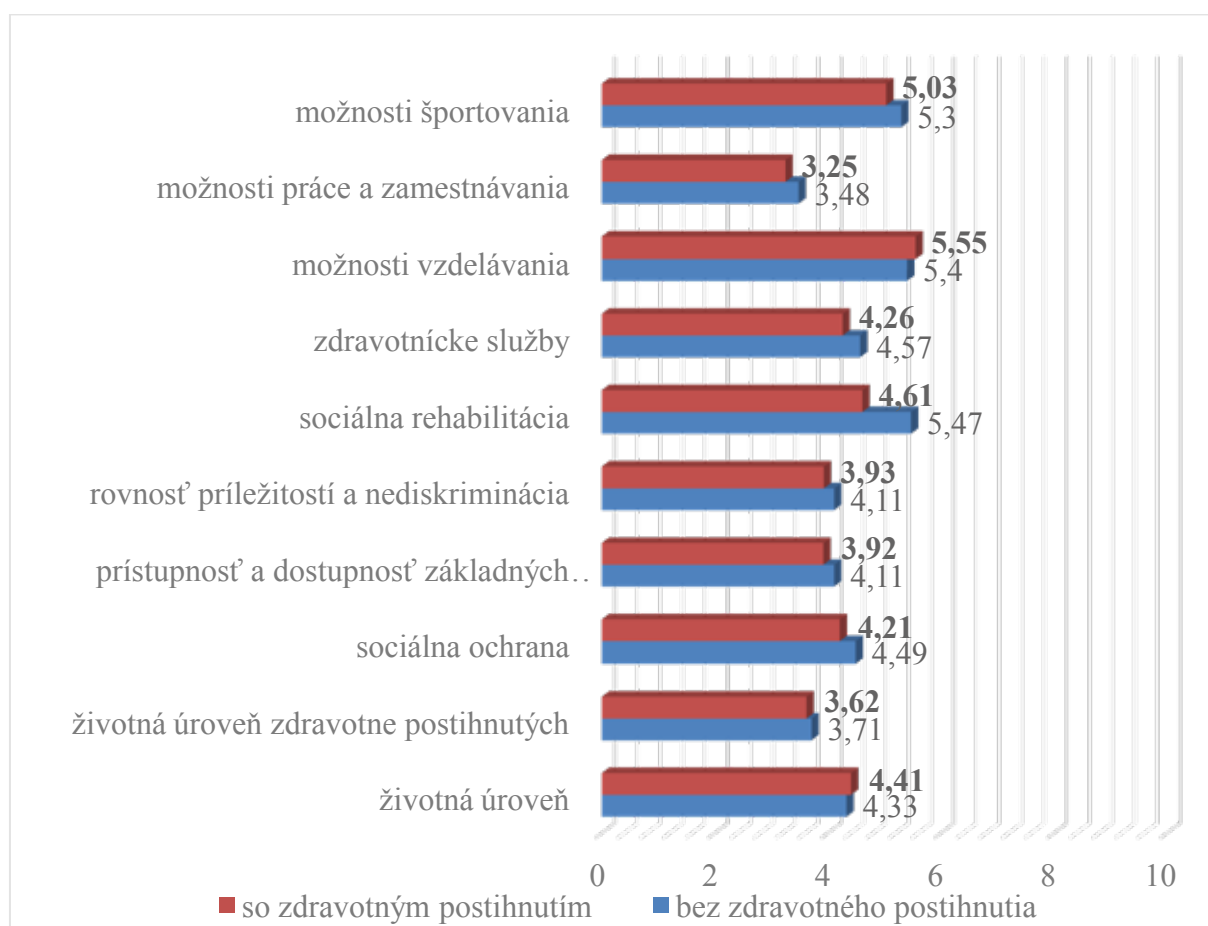
Presvedčenie o nepochopení zdravotne znevýhodnených ľudí tými, čo sú relatívne zdraví bolo uvádzané iba na strane zdravotne znevýhodnených, vychádzajúc zjavne z ich špecifickej životnej skúsenosti. Pomenovávali problém (napr. niečo neznáme a nepochopené), riešenie (pasívne - napr. bariéra, aktívne – napr. kompenzačné pomôcky) a v konečnom dôsledku pomenovávali človeka (napr. invalid, ale aj silný človek).



Graf 6 Komparácia – pomoc ľuďom so zdravotným znevýhodnením na Slovensku

Respondenti so zdravotným znevýhodnením i bez neho sa zhodovali na najakútnejších potrebách, ktoré identifikovali ako nápomocné pre ľudí so zdravotným znevýhodnením na Slovensku. Primárne to boli financie vrátane príspevkov, dotácií, projektov, podpory EÚ. Ďalej to bola potreba bezbariérovosti, ale aj informovanosti a osvedy. Za nimi nasledovala nevyhnutnosť legislatívnej podpory (zjednodušenie, zlepšenie, participácia zdravotne znevýhodnených osôb pri legislatívnych úpravách). Okrem potreby podpory zamestnania (zamestnatel'nosti) prevyšovala 5%-nú úroveň odporúčaní očakávanie tolerancie a rešpektu (vrátane všímavosti iných ľudí, úcty, ohľaduplnosti a porozumenia).

Ak sme predpokladali možnosť rozdielu vnímania aktuálnej životnej úrovne ľudí so zdravotným znevýhodnením na Slovensku medzi cieľovou a porovnávacou skupinou, tento rozdiel sa nepreukázal ako signifikantný. V Graf 7 a v *Tabuľka 10* porovnávame odpovede týchto dvoch skupín v rámci položiek zameraných na vyjadrenie aktuálnej úrovne vybraných aspektov na Slovensku na škále 0 až 10 (0 znamenala nízku úroveň, 5 strednú a 10 vysokú úroveň).



Graf 7 Rozdiely medzi cieľovou a porovnávacou skupinou vo vzťahu k aktuálnej úrovni vybraných aspektov týkajúcich sa ľudí so zdravotným znevýhodnením na Slovensku (škála 0-10)

Tabuľka 10 Rozdiely medzi cieľovou a porovnávacou skupinou vo vzťahu k aktuálnej úrovni vybraných aspektov života na Slovensku na škále 0 až 10 (t-test)

aktuálna úroveň na Slovensku vo vzťahu k ľuďom so zdravotným znevýhodnením	bez zdravotného znevýhodnenia (n=1015)		so zdravotným znevýhodnením (n=1040)		P
	AM	SD	AM	SD	
životná úroveň (celková)	4,33	2,048	4,41	2,073	,418
životná úroveň zdravotne postihnutých	3,71	2,765	3,62	2,302	,436
sociálna ochrana	4,49	3,401	4,21	2,827	,045
prístupnosť a dostupnosť základných občianskych služieb	4,11	2,987	3,92	2,251	,101
rovnosť príležitostí a nediskriminácia	4,11	3,218	3,93	2,778	,173
sociálna rehabilitácia	5,47	3,728	4,61	2,991	,000
zdravotnícke služby	4,57	3,064	4,26	2,411	,011
možnosti vzdelávania	5,40	2,861	5,55	2,708	,213
možnosti práce a zamestnávania	3,48	2,970	3,25	2,540	,056
možnosti športovania	5,30	3,202	5,03	2,925	,042

Štatisticky významný rozdiel sa preukázal v prípade troch položiek. Respondenti bez zdravotného znevýhodnenia signifikantne vyššie hodnotili aktuálnu sociálnu ochranu, sociálnu rehabilitáciu, zdravotnícke služby a možnosti športovania pre ľudí so zdravotným znevýhodnením ako ľudia so zdravotným znevýhodnením.

V prípade skúsenosti s človekom so zdravotným znevýhodnením priamo v rodine sme do tohto rámca nezahrnuli respondentov so zdravotným znevýhodnením.

Tabuľka 11 Rozdiely medzi respondentmi bez zdravotného znevýhodnenia uvádzajúcimi v rodine osobu so zdravotným znevýhodnením a respondentmi bez takejto osobnej skúsenosti vo vzťahu k aktuálnej úrovni vybraných aspektov na Slovensku (t-test)

aktuálna úroveň na Slovensku vo vzťahu k ľuďom so zdravotným znevýhodnením	bez zdravotne znevýhodneného v rodine (n=636)		zdravotne znevýhodnený v rodine (n=323)		P
	AM	SD	AM	SD	
životná úroveň (celková)	4,36	2,018	4,16	1,891	,127
životná úroveň zdravotne postihnutých	3,81	2,874	3,33	2,280	,005
sociálna ochrana	4,60	3,428	4,02	3,073	,009
prístupnosť a dostupnosť základných občianskych služieb	4,21	3,048	3,73	2,593	,011
rovnosť príležitostí a nediskriminácia	4,21	3,259	3,77	2,883	,035
sociálna rehabilitácia	5,71	3,793	4,86	3,429	,001
zdravotnícke služby	4,65	3,149	4,30	2,712	,071

možnosti vzdelávania	5,55	2,874	5,02	2,649	,004
možnosti práce a zamestnávania	3,62	3,052	2,98	2,392	,000
možnosti športovania	5,48	3,301	4,84	2,848	,002

Pokračovanie - Tabuľka 10

Tabuľka 11 popisuje rozdiely v týchto vybraných aspektoch života na Slovensku medzi respondentmi, ktorí uviedli v rodine osobu so zdravotným znevýhodnením a respondentmi bez takejto osobnej skúsenosti. Osobná skúsenosť s osobou so zdravotným znevýhodnením v rodine vedie ku kritickejšiemu postoju (nižšiemu hodnoteniu) vybraných aspektov života zdravotne znevýhodnených. V signifikantnej miere sa to týkalo postoja k životnej úrovni zdravotne znevýhodnených, sociálnej ochrany, prístupnosti a dostupnosti základných občianskych služieb, rovnosti príležitostí a nediskriminácie, sociálnej rehabilitácie, možností vzdelávania, práce a zamestnávania, ale aj možností športovania.

V Tabuľka 12 sme zisťovali rozdiely vo vybraných aspektoch života na Slovensku medzi respondentmi s deťmi a bez detí.

Tabuľka 12 Rozdiely medzi respondentmi s deťmi a bez detí vo vzťahu k aktuálnej úrovni vybraných aspektov na Slovensku na škále 0 až 10 (t-test)

aktuálna úroveň na Slovensku vo vzťahu k ľudom so zdravotným znevýhodnením	respondenti bez detí (n=1030)		respondenti s deťmi (n=1024)		P
	AM	SD	AM	SD	
životná úroveň (celková)	4,51	2,165	4,23	1,940	,002
životná úroveň zdravotne postihnutých	3,85	2,654	3,48	2,411	,001
sociálna ochrana	4,58	3,159	4,11	3,078	,001
prístupnosť a dostupnosť základných občianskych služieb	4,19	2,727	3,84	2,544	,003
rovnosť príležitostí a nediskriminácia	4,18	3,084	3,85	2,914	,012
sociálna rehabilitácia	5,23	3,363	4,85	3,433	,012
zdravotnícke služby	4,58	2,820	4,25	2,683	,005
možnosti vzdelávania	5,54	2,748	5,41	2,821	,274
možnosti práce a zamestnávania	3,50	2,793	3,22	2,727	,026
možnosti športovania	5,11	2,964	5,22	3,169	,381

Tu sme už zistili štatisticky významné rozdiely v postoji k životnej úrovni celkovo i v smere zdravotne znevýhodnených vrátane sociálnej ochrany, prístupnosti a dostupnosti základných občianskych služieb, rovnosti príležitostí a nediskriminácie, sociálnej rehabilitácie,

zdravotníckym službám, možnostiam práce a zamestnávania. Respondenti bez detí hodnotili tieto aspekty signifikantne vyššie ako respondenti s deťmi.

V Prílohe A uvádzame **Chyba! Nenašiel sa žiaden zdroj odkazov.** a **Chyba! Nenašiel sa žiaden zdroj odkazov.** znázorňujúci postoje respondentov podľa ich pracovného statusu vo vzťahu k aspektom života zdravotne znevýhodnených osôb. Najnižšie hodnotili životnú úroveň (celkovo a špecificky aj u osôb so zdravotným znevýhodnením) a väčšinu ostatných aspektov nezamestnaní. Najvyššie hodnotenia uvádzali študenti.

Zdravotne znevýhodnené osoby sú v SR do určitej miery integrované, no kvalita ich života sa rôzni. Prieskum na vzorke 2 055 respondentov bol realizovaný formou štruktúrovaného interview s využitím kvantitatívneho i kvalitatívneho prístupu.

V rámci kognitívnej zložky postojov respondentov sme zistili rôznorodé chápanie postavenia a reálnych možností zdravotne znevýhodnených v rámci ich života.

Emočná (a do určitej miery aj kognitívna) zložka postojov v rámci asociácie s pojmom „človek so zdravotným postihnutím“ viedla respondentov so zdravotným znevýhodnením primárne k pocitu nepochopenia, keď ich okolie vníma zdravotné znevýhodnenie ako niečo neznáme, nepoznané. Vytvára sa tu potom ľahko priestor pre tvorbu predsudkov a neporozumenia. Až potom nasledovali asociácie konatívneho charakteru zameraného na riešenie (kompenzačné pomôcky). V negatívnom význame uvádzali problém obmedzenia či zníženej kvality života zdravotne znevýhodnených. V pozitívnom význame bol človek so zdravotným znevýhodnením niektorými respondentmi popísaný zároveň ako silný, húževnatý človek s pevnou vôľou, hrdý bojovník. Prejavila sa i potreba obdivu a úcty.

Konatívna zložka postojov viedla k širokému záberu vymedzenia rôznych organizácií, inštitúcií štátneho sektora, verejnoprávnej sféry, ako i mimovládnych organizácií. 46,8% zdravotne znevýhodnených respondentov uviedlo, že v uplynulých 5 rokoch aktívne aspoň 1x týždenne športovali. Zdravotne znevýhodnení s aktívnym prístupom k športu hodnotili životnú úroveň vyššie ako zdravotne postihnutí bez športových aktivít. Zdravotne znevýhodnení respondenti dávali v smere návrhov pomoci ľuďom so zdravotným znevýhodnením návrhy zamerané na financie (viac zdroje financovania vrátane finančných prostriedkov štátu, možností prostriedkov EÚ) a bezbariérovosť v praktickom živote. Ďalej upozorňovali na nevyhnutnosť osvetu a informovania o tejto problematike. Zaujímavý bol návrh legislatívnych zmien so zaangažovaním zástupcov zdravotne znevýhodnených osôb na

ich príprave či úprave. Kritickou oblasťou bola aj podpora zamestnania zdravotne znevýhodnených a ich aktivizácia. V každodennom živote je pre zdravotne znevýhodnených dôležitá i ľudská stránka zastúpená všímavosťou a ohľaduplnosť iných ľudí, úctou a rešpektom, toleranciou a porozumením pri integrácii zdravotne znevýhodnených do spoločnosti.

Respondenti so zdravotným znevýhodnením sa javia byť vo väčšej miere slobodní a bezdetní. Miera zamestnanosti osôb so zdravotným znevýhodnením bola približne o tretinu nižšia a miera nezamestnanosti bola takmer dvojnásobná.

Zdravotne znevýhodnení uvádzajú oslabené možnosti, úroveň sociálnej ochrany, sociálnej rehabilitácie, zdravotníckych služieb a možností športovania oproti osobám bez zdravotného znevýhodnenia. Osobná skúsenosť s osobou so zdravotným znevýhodnením v rodine vedie k ešte kritickejšiemu postoju (nižšiemu hodnoteniu) k životnej úrovni zdravotne znevýhodnených, sociálnej ochrany, prístupnosti a dostupnosti základných občianskych služieb, rovnosti príležitostí a nediskriminácie, sociálnej rehabilitácie, možností vzdelávania, práce a zamestnávania, ale aj možností športovania.

V prípade, že sú v rodine zastúpené aj deti, takmer všetky aspekty života na Slovensku dostávajú nižšie hodnotenie životnej úrovne celkovo i v smere zdravotne znevýhodnených vrátane sociálnej ochrany, prístupnosti a dostupnosti základných občianskych služieb, rovnosti príležitostí a nediskriminácie, sociálnej rehabilitácie, zdravotníckym službám, možnostiam práce a zamestnávania.

10. Odporúčania a návrh opatrení

10.1. Odstránenie existujúcich bariér a nerovností

Zatiaľ, čo mnohé krajiny začali prijímať opatrenia na zlepšenie života ľudí so zdravotným znevýhodnením, zostáva ešte veľa toho, čo je potrebné urobiť. Informácie v tejto štúdii naznačujú, že ľudia so zdravotným znevýhodnením čelia mnohým prekážkam, ktorým sa dá predchádzať a že nevýhody spojené so zdravotným znevýhodnením môžu byť v mnohých aspektoch života prekonané. Uvádzame nasledovných deväť odporúčaní, ktoré majú prierezový charakter a riadia sa konkrétnymi konštatáciami a závermi jednotlivých kapitol tejto štúdie.

Ich implementácia si vyžaduje zapojenie rôznych sektorov - zdravotníctva, vzdelávania, sociálnej ochrany, práce, dopravy, bývania - a rôznych aktérov - vládu, občianske organizácie (vrátane organizácií osôb so zdravotným znevýhodnením), odborníkov, súkromný sektor, samotných ľudí so zdravotným znevýhodnením a ich rodiny, verejnosť, médiá atď..

Je nevyhnutné, aby krajiny prispôbovali svoje činnosti a opatrenia pre podporu osôb so zdravotným znevýhodnením s ich špecifickými potrebami. V situáciách, kedy sú krajiny limitované obmedzenými zdrojmi sa môžu niektoré z prioritných činností, najmä tých, ktoré si vyžadujú technickú pomoc a budovanie kapacít, zahrnúť v rámci medzinárodnej spolupráce.

Odporúčanie 1: Umožniť prístup k všetkým hlavným systémom a službám

Ľudia so zdravotným znevýhodnením majú bežné potreby, ako sú napr. potreba zdravia a blahobytu, hospodárskeho a sociálneho zabezpečenia, učiť sa a rozvíjať zručnosti. Tieto potreby môžu a mali by byť splnené prostredníctvom hlavných programov a služieb.

Mainstreaming je proces, pri ktorom vlády a ostatné zúčastnené strany riešia prekážky, ktoré vylučujú osoby so zdravotným znevýhodnením z účasti v akejkoľvek činnosti oproti ostatným a služby zamýšľané pre širokú verejnosť, ako je vzdelávanie, zdravotníctvo, podpora zamestnanosti a sociálnych služieb. Ak sa chcú dosiahnuť tieto riešenia, mali by byť naznačené zmeny v právnych predpisoch, politických programoch a inštitúciách. Mainstreaming nezahŕňa len ľudské práva osôb so zdravotným znevýhodnením, ale môže tiež byť nákladovo efektívny.

Mainstreaming si vyžaduje záväzky na všetkých úrovniach - stanovených naprieč všetkými sektormi, zabudované do nových a existujúcich právnych predpisov, štandardov, politík, stratégií a plánov. Prijatie univerzálneho návrhu a implementovanie opodstatnených bezbariérových úprav sú dva dôležité prístupy. Mainstreaming si tiež vyžaduje efektívne plánovanie, dostatočné ľudské zdroje a dostatočné finančné investície – doplnené o špecifické opatrenia, ako sú ciele programy a služby (pozri odporúčanie 2), aby sa zabezpečilo to, že rôznorodé potreby ľudí so zdravotným znevýhodnením budú zodpovedajúcim spôsobom naplnené.

Odporúčanie 2: Investovať do osobitných programov a služieb pre osoby so zdravotným znevýhodnením

Niektorí ľudia so zdravotným znevýhodnením si môžu vyžadovať, okrem mainstreamových služieb aj prístup k určitým opatreniam, ako sú napríklad rehabilitácia, podporné služby alebo školenia. Rehabilitácia (vrátane podporných technológií, ako sú invalidné vozíky alebo naslúchacie aparáty) zlepšuje fungovanie a nezávislosť osôb so zdravotným znevýhodnením. Rozsah vhodne regulovanej pomoci a podporných služieb v spoločnosti môžu naplniť potreby starostlivosti, umožniť ľuďom žiť nezávisle a podieľať sa na ekonomickom, sociálnom, ale aj kultúrnom živote svojich komún. Pracovná rehabilitácia a prax môžu vytvoriť príležitosti na trhu práce.

Zatiaľ, čo je potrebné zintenzívniť všetky služby, je tu tiež potreba pre zlepšenie prístupných, flexibilných, integrovaných a dobre koordinovaných multidisciplinárnych služieb, a to najmä v čase prechodu, ako napríklad z detských na služby, ktoré využívajú dospelí. Existujúce programy a služby musia byť preskúmané pre potreby posúdenia ich výkonnosti a následne treba urobiť zmeny s cieľom zlepšiť ich pokrytie, účinnosť a efektivitu. Tieto zmeny by mali byť založené na spoľahlivých dôkazoch, ktoré sú primerané kultúrnym a miestnym súvislostiam, a lokálne testované.

Odporúčanie 3: Prijatť národnú stratégiu a akčný plán pre oblasť zdravotného znevýhodnenia

Národná stratégia pre oblasť zdravotného znevýhodnenia stanovuje ucelenú, komplexnú a dlhodobú víziu pre zlepšenie blahobytu ľudí so zdravotným znevýhodnením a mala by zahŕňať obidve oblasti, ako bežnú politiku a programové oblasti, tak aj zvláštne služby pre

osoby so zdravotným znevýhodnením. Vývoj, implementácia a monitorovanie národnej stratégie by mali zosynchronizovať kompletný prierez sektorov a zainteresovaných strán.

Plán činnosti realizuje stratégie v krátkodobom i strednodobom horizonte, pomocou ktorého sa rozvrhujú konkrétne opatrenia a termíny na zavedenie, definovanie cieľov, priradovanie zodpovedných orgánov a plánovanie a pridelovanie potrebných zdrojov. Stratégia a akčný plán by mali byť založené na informáciách zo situačnej analýzy, ktorá berie do úvahy faktory, ako je prevalencia zdravotného znevýhodnenia, nevyhnutnosť služieb, sociálne a ekonomické postavenie, efektívnosť a nedostatky v súčasných službách a environmentálne a sociálne bariéry. Mechanizmy sú potrebné na to, aby bolo jasné, na kom leží zodpovednosť za koordináciu, rozhodovanie, pravidelné monitorovanie a podávanie správ a riadenie zdrojov.

Odporúčanie 4: Zapájanie ľudí so zdravotným znevýhodnením

Osoby so zdravotným znevýhodnením majú často jedinečné poznatky a postrehy o ich zdravotnom znevýhodnení a o ich situácii. Pri formulovaní a vykonávaní politík, zákonov a služieb, by mali byť ľudia so zdravotným znevýhodnením prizvaní na konzultácie a takisto by mali byť aktívne zapojení do týchto procesov. Organizácie ľudí so zdravotným znevýhodnením môžu potrebovať kapacity budov a podporu pre posilnenie postavenia občanov so zdravotným znevýhodnením a obhajovanie ich potrieb. Osoby so zdravotným znevýhodnením majú právo na kontrolu nad ich životmi, a preto by mali byť prizvaní na konzultácie o otázkach, ktoré sa ich priamo dotýkajú - či už v zdravotníctve, školstve, rehabilitácii, alebo komunitnom živote. Táto podporovaná tvorba rozhodnutí môže byť potrebná na to, aby bolo niektorým jednotlivcom umožnené oznámiť svoje potreby a možnosti.

Odporúčanie 5: Zlepšiť kapacity ľudských zdrojov

Kapacitu ľudských zdrojov možno zlepšiť prostredníctvom účinného vzdelávania, odbornej prípravy a náboru zamestnancov. Prehodnotenie znalostí a schopností pracovníkov v príslušných oblastiach môže poskytnúť východiskový bod pre vypracovanie vhodných opatrení na ich zlepšenie. Príslušné školenia o zdravotnom znevýhodnení, ktoré zahŕňajú zásady ľudských práv, by mali byť začlenené do súčasných osnov a akreditácie. Súčasným odborníkom, ktorí poskytujú a riadia služby, by mali byť poskytované školenia a kurzy. Napríklad, ak posilníme kapacity primárnych pracovníkov v zdravotníctve i zabezpečenie

dostupnosti odborných pracovníkov, tam kde sa vyžadujú, môže to prispieť k efektívnosti a cenovo dostupnej zdravotnej starostlivosti pre osoby so zdravotným znevýhodnením.

Mnoho krajín má príliš málo pracovníkov, ktorí pracujú v oblastiach, ako je rehabilitácia a špeciálna pedagogika. Rozvoj štandardov vzdelávania pre rôzne typy a úrovne personálu, môže výrazne napomôcť pri riešení nedostatkov ľudských zdrojov.

Odporúčanie 6: Poskytovať dostatočné finančné zdroje a zlepšiť dostupnosť

Adekvátne a udržateľné financovanie verejne poskytovaných služieb je potrebné preto, aby sa zabezpečilo oslovenie všetkých cieľových skupín príjemcov tak, že im budú poskytované kvalitné služby. Prenajímanie poskytovania služieb, podpora projektov verejno-súkromného partnerstva a delegovanie rozpočtov osobám so zdravotným znevýhodnením, aby ich spravovali podľa vlastných zdravotníckych potrieb, môže prispieť k lepšiemu poskytovaniu služieb. Pri vývoji národnej stratégie pre osoby so zdravotným znevýhodnením a súvisiacich akčných plánov by mali byť zvažované a dostatočne financované faktory ako cenová dostupnosť a udržateľnosť navrhovaných opatrení.

Pre zlepšenie dostupnosti tovarov a služieb pre osoby so zdravotným znevýhodnením a na kompenzácie zvýšených nákladov spojených so zdravotným znevýhodnením by sa malo zvážiť rozšírenie pokrytia zdravotného a sociálneho poistenia. Toto by malo zabezpečiť, aby chudobní a zraniteľní občania so zdravotným znevýhodnením mohli využívať programy siete sociálneho zabezpečenia. Ďalej by sa malo zvážiť zavádzanie oslobodení od poplatkov, zníženie cestovného, zníženie dovozných daní a cieľ na zdravotnícke tovary dlhodobej spotreby a na asistenčné technológie.

Odporúčanie 7: Zvýšiť porozumenie a informovanosť medzi verejnosťou

Vzájomný rešpekt a porozumenie prispieva k inkluzívnej spoločnosti. Preto je veľmi dôležité zvýšiť verejné povedomie o problematike zdravotného znevýhodnenia, konfrontovať negatívne vnímania. Zhromažďovanie informácií na základe vedomostí, presvedčenia a postojoch k zdravotnému znevýhodneniu môžu pomôcť identifikovať medzery v chápaní verejnosti, ktoré možno premostiť prostredníctvom vzdelávania a efektívneho informovania verejnosti. Vláda, dobrovoľné organizácie a profesijné združenia by mali zvážiť spustenie sociálnych marketingových kampaní, ktoré by zmenili spoločenské postoje k stigmatizovaným otázkam, ako sú otázky o HIV, duševných chorobách a malomocenstve.

Pre úspech týchto kampaní je zásadné zapojenie médií a zabezpečenie šírenia pozitívnych príbehov o osobách so zdravotným znevýhodnením a ich rodín.

Odporúčanie 8: Zlepšiť zber údajov o osobách so zdravotným znevýhodnením

Je nutné vyvinúť medzinárodnú metodiku na zber údajov o osobách so zdravotným znevýhodnením a následne ju dôsledne otestovať v multikultúrnom prostredí. Údaje musia byť štandardizované a medzinárodne porovnateľné a použiteľné ako benchmark, ale takisto aj použiteľné na monitorovanie pokroku v oblasti politiky zdravotného znevýhodnenia a v oblasti implementácie Dohovoru o právach osôb so zdravotným znevýhodnením na národnej i medzinárodnej úrovni.

Do zberu dát o osobách so zdravotným znevýhodnením by mali byť zahrnuté aj dáta na národnej úrovni. Jednotná definícia zdravotného znevýhodnenia založená na Medzinárodnej klasifikácii zdravotného znevýhodnenia môžete zabezpečiť medzinárodnú porovnateľnosť údajov. Ako prvý krok by mohli byť údaje národných sčítaní ľudu zhromažďované v súlade s odporúčaniami Washingtonskej skupiny pre zdravotné postihnutie (Organizácia Spojených národov) a Komisiou pre štatistiku (Organizácia Spojených národov). Dáta tiež musia byť rozdelené podľa populačných znakov, aby sa odhalili vzorce, trendy a informácie o podskupine osôb so zdravotným znevýhodnením.

Pomocou špecializovaných prieskumov osôb so zdravotným znevýhodnením sa môžu tiež získať podrobnejšie informácie o charakteristikách zdravotného znevýhodnenia, ako sú prevalencia, zdravotný stav, využívanie a potreba služieb, kvalita života, možnosti a potreby rehabilitácie.

Odporúčanie 9: Posilniť a podporovať výskum zameraný na osoby so zdravotným znevýhodnením

Výskum má zásadný význam pre zvýšenie porozumenia verejnosti v problematike zdravotného znevýhodnenia, v oblasti zvýšenia informovanosti o politikách a programoch zdravotného znevýhodnenia a o efektívnom alokovaní zdrojov. Táto štúdia odporúča oblasti pre výskum v problematike zdravotného znevýhodnenia, vrátane dopadu faktorov prostredia (politik, fyzického prostredia, postojov) na zdravotné znevýhodnenie. Medzi tieto oblasti patrí meranie kvality života a blahobytu ľudí so zdravotným znevýhodnením, meranie účinnosti a výsledkov služieb a nakoniec je tu oblasť programov pre osoby so zdravotným znevýhodnením.

Musí byť stanovené kritické množstvo vyškolených výskumníkov pre oblasť zdravotného znevýhodnenia. Výsledky výskumov by mali byť posilnené v rade odborov, vrátane epidemiológie, zdravia, rehabilitácie, špeciálneho vzdelávania, ekonómie, sociológie a verejnej politiky. Taktiež môže byť veľmi užitočné medzinárodné vzdelávanie a prepojenie univerzít v rozvojových krajinách s krajinami s vysokými a strednými príjmami.

10.1.1. Preklad odporúčaní a vytvorenie stratégie

U všetkých zúčastnených strán je potrebné mať k realizácii odporúčaní silné odhodlanie a vysokú akcieschopnosť. Zatiaľ čo národné vlády majú v tomto procese najdôležitejšiu úlohu, úloha ostatných "hráčov" je tiež veľmi dôležitá. Nasledujúci text poukazuje na niektoré z činností, ktoré rôzne zúčastnené strany môžu prijať.

Vláda môže:

- preskúmať a vykonať revíziu existujúcich právnych predpisov a politík ohľadom dodržiavania Dohovoru o právach osôb so zdravotným znevýhodnením, a ďalej preskúmať a revidovať mechanizmy pre dodržiavanie a presadzovanie tohto dohovoru.
- Kontrolovať politiky, systémy a služby všeobecne zamerané, ale aj zamerané na oblasť zdravotného znevýhodnenia, a potom identifikovať medzery a prekážky, následne naplánovať opatrenia na ich prekonanie.
- Vypracovať národnú stratégiu v problematike zdravotného znevýhodnenia a akčný plán, ktorým sa stanovujú jasné línie zodpovednosti a mechanizmov pre koordináciu, monitorovanie a vykazovanie naprieč sektormi.
- Regulovať poskytovanie služieb zavedením štandardov služieb, monitorovaním a presadzovaním dodržiavania ich kvality.
- Vyčleniť dostatočné zdroje pre financovanie existujúcich verejných služieb a primerane financovať realizovanie národnej stratégie a akčného plánu v oblasti problematiky zdravotného znevýhodnenia.
- Prijatť národné štandardy bezbariérovosti a zabezpečiť ich dodržiavanie v nových budovách, v doprave a v informačných a komunikačných oblastiach.
- Zaviesť opatrenia s cieľom zabezpečiť, aby ľudia so zdravotným znevýhodnením boli chránení voči chudobe a zodpovedajúcim spôsobom ťažiť zo všeobecných programov zmiernenia chudoby.
- Zahrnúť dáta o zdravotnom znevýhodnení do národných systémov zberu údajov a poskytovať tieto členené dáta všade tam, kde je to možné.

- Realizovať komunikačné kampane na zvýšenie verejného povedomia a porozumenia v oblasti zdravotného znevýhodnenia.
- Vytvoriť prepojenia medzi osobami so zdravotným znevýhodnením a tretími stranami, aby si mohli vymieňať skúsenosti v otázkach ľudských práv a dodržiavania zákonov, ktoré nie sú implementované alebo vykonávané.

Agentúry Organizácie spojených národov a rozvojové organizácie môžu:

- zahrnúť problematiku zdravotného znevýhodnenia do programov rozvojovej pomoci, ktorá používa metódu dvojakeho prístupu.
- Zabezpečiť výmenu informácií a koordináciu opatrení - aby sa účastníci iniciatív dohodli na prioritách, poučili medzi sebou, a aby sa znížili duplicitné činnosti.
- Poskytovať technickú pomoc krajinám na vybudovanie kapacít a posilnenie existujúcich politík, systémov a služieb - napríklad tým, že budú medzi sebou zdieľané osvedčené a nádejné postupy.
- Prispieť k rozvoju medzinárodne porovnateľných metodík výskumu.
- Pravidelne zahrňovať relevantné údaje o zdravotnom znevýhodnení do štatistických publikácií.

Organizácie osôb so zdravotným znevýhodnením môžu:

- podporiť osoby so zdravotným znevýhodnením, aby boli dostatočne informovaní o svojich právach, žili samostatne a rozvíjali svoje schopnosti.
- Podporovať deti so zdravotným znevýhodnením a ich rodiny pre zabezpečenie začlenenia do vzdelávacieho procesu.
- Vyjadrovať názory svojich členov na medzinárodných, národných a miestnych tvorcov politík a poskytovateľov služieb, a obhajovať práva svojich členov.
- Prispievať k vyhodnocovaniu, monitorovaniu služieb a spolupracovať s výskumnými pracovníkmi na podporu aplikovaného výskumu, ktorý môže prispieť k rozvoju služieb v tejto oblasti.
- Podporovať povedomie a porozumenie medzi verejnosťou o právach osôb so zdravotným znevýhodnením - napríklad prostredníctvom kampaní o zdravotnom znevýhodnení a školení o rovnosti medzi osobami s a bez zdravotného znevýhodnenia.
- Vykonávať audity prostredia, dopravy, iných systémov a služieb na podporu odstraňovania bariér.

Poskytovatelia služieb môžu:

- vykonať audit bezbariérovosti v spolupráci s miestnymi skupinami osôb so zdravotným znevýhodnením na identifikáciu fyzických a informačných prekážok, ktoré môžu obmedziť, či prípadne vylúčiť osoby so zdravotným znevýhodnením z daného prostredia.
- Uistiť sa, že zamestnanci sú primerane vyškolení v oblasti zdravotného znevýhodnenia, vykonávať školenia, ako je požadované a zahŕňať užívateľa služieb pri vývoji a realizácii školení.
- V prípade potreby vypracovať individuálne plány konzultačných služieb pre osoby so zdravotným znevýhodnením a ich rodiny.
- Zaviesť prípadový manažment, odporúčacie systémy a elektronickú evidenciu na koordinovanie a integráciu poskytovaných služieb.
- Uistiť sa, že ľudia so zdravotným znevýhodnením boli informovaní o svojich právach a mechanizmoch podávania sťažností.

Akademické inštitúcie môžu:

- odstrániť prekážky prijímania a účasti študentov a pracovníkov so zdravotným znevýhodnením.
- Uistiť sa, že profesijné školenia zahŕňajú dostatočné informácie o zdravotnom znevýhodnení, založené na princípoch ľudských práv.
- Vykonávať výskum života osôb so zdravotným znevýhodnením a na odstránenie prekážok, ktorý je realizovaný po konzultácii s organizáciami osôb so zdravotným znevýhodnením.

Súkromný sektor môže:

- uľahčiť zamestnávanie ľudí so zdravotným znevýhodnením a zabezpečiť, aby prijímanie zamestnancov bolo spravodlivé, aby bolo k dispozícii zodpovedajúce ubytovanie, a aby zamestnanci, ktorí sa stali zdravotne znevýhodnení, boli podporovaní vrátiť sa späť do práce.
- Odstrániť bariéry prístupu k mikrofinancovaniu, ktoré pomôže osobám so zdravotným znevýhodnením rozvíjať svoje vlastné podnikanie.
- V rôznych fázach životného cyklu rozvíjať škálu kvalitných podporných služieb pre osoby so zdravotným znevýhodnením a ich rodiny.
- Uistiť sa, že stavebné projekty, ako sú verejné ubytovanie, kancelárie a byty majú bezbariérový prístup a bezbariérové riešenie.

- Uistiť sa, že informačné a komunikačné technológie, výrobky, systémy a služby sú bezbariérovo prístupné osobám so zdravotným znevýhodnením.

Komunity môžu:

- stimulovať a zlepšiť svoje vlastné názory a postoje.
- Podporovať integráciu a účasť osôb so zdravotným znevýhodnením v ich komunite.
- Uistiť sa, že spoločenské prostredie je bezbariérovo prístupné, vrátane škôl, rekreačných oblastí a kultúrnych zariadení.
- Zamedziť násiliu a šikanovaniu osôb so zdravotným znevýhodnením.

Osoby so zdravotným znevýhodnením a ich rodiny môžu:

- podporovať ďalších ľudí so zdravotným znevýhodnením na základe vzájomnej podpory, školení, informácií a poradenstva.
- Podporovať práva osôb so zdravotným znevýhodnením v rámci ich miestnych komunít.
- Byť začlenené do zvyšovania povedomia a do sociálno-marketingových kampaní.
- Zúčastňovať sa na fórach (medzinárodných, národných, miestnych), aby pomohli stanovovať priority zmien, ovplyvňovať politiku a formovať poskytovanie služieb.
- Podieľať sa na výskumných projektoch.

10.2. Preventívne opatrenia na zabránenie diskriminácie ZP osôb na trhu práce

Na tomto mieste zhŕňame na základe prezentovaných zistení niektoré relevantné odporúčania pre uplatnenie inkrementálneho prístupu, ako aj okruhy tém ako východisko pre uplatnenie systémového prístupu.

Na základe dotazníkového prieskumu bolo pre uplatnenie inkrementálneho prístupu identifikovaných predovšetkým nasledujúcich päť odporúčaní smerujúcich k zefektívneniu podpory zamestnávania osôb so ZZ modifikáciou súčasných nástrojov aktívnej politiky trhu práce:

- Znížiť administratívne zaťaženie v súvislosti s poskytovaním príspevkov na zriadenie a na úhradu prevádzkových nákladov chránených pracovísk (ChP) a chránených dielní (ChD);
- Navýšiť príspevok na úhradu prevádzkových nákladov ChP a ChD s ohľadom na negatívne finančné dopady novely ZoSZ účinnej od mája 2013, v dôsledku ktorej ChP/ChD napríklad prišli o možnosť žiadať o príspevok na udržanie občana so ZZ v zamestnaní;

- Osobitne riešiť otázku podpory chránených dielní s vysokým počtom zamestnancov so ZZ, ktorým limity v rámci schémy de minimis sťažujú rozširovanie výroby a prijímanie nových zamestnancov so ZZ
- Zvážiť úpravu výšky príspevku na úhradu prevádzkových nákladov ChP/ChD v závislosti od miery poklesu schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť zamestnanca;
- Podporiť v rámci legislatívy chránené zamestnávanie a chránené dielne dôraznejším motivovaním firiem, ale aj štátnej správy k zadávaniu zákaziek pre ChD, namiesto úhrady odvodu za neplnenie povinného podielu zamestnávania osôb so ZZ.

V súvislosti so systémovým prístupom hovoríme o odporúčaných okruhoch tém, nie konkrétnych odporúčaniach, keďže tieto by mali vzniknúť na základe diskusií medzi MPSVaR, zástupcami organizácií poskytujúcich podporu osobám so ZZ pri príprave, získaní, udržaní zamestnania a súčasnými aj potenciálnymi zamestnávateľmi osôb so ZZ. Na základe zistení tejto štúdie bolo identifikovaných nasledovných šesť okruhov:

- stanovenie vybraných typov chránených dielní (z hľadiska ich cieľa), ktoré budú podporované v rámci ChZ, ako aj prípadné stanovenie rozsahu ChZ (napr. vopred určeným počtom dotovaných pracovných miest);
- bližšia špecifikácia kritérií, na základe ktorých sa bude vyhodnocovať zaradenie osoby so ZZ do ChZ;
- stimulácia zamestnávateľov na otvorenom trhu práce k zamestnávaniu osôb so ZZ (napr. ponechať možnosť žiadať o príspevok na vybavenie pracovného miesta pre zamestnanca so ZZ potrebnými asistenčnými technológiami, navrhnúť daňové zvýhodnenia, uskutočniť informačné kampane eliminujúce predsudky zamestnávateľov voči schopnostiam osôb so ZZ uplatniť sa na trhu práce a iné);
- začleňovanie mladých ľudí – absolventov so ZZ na trh práce;
- prechodné opatrenia, ktoré umožnia terajším zamestnávateľom a zamestnancom so ZZ dostatočne sa pripraviť na nové podmienky fungovania systému;
- mechanizmy hodnotenia účinnosti nových politík vzhľadom na kvantitatívne aj kvalitatívne zmeny v podpore zamestnávania osôb so ZZ.

10.3. Návrh opatrení zameraných na športovcov so zdravotným znevýhodnením a ich aktiváciu na trhu práce

1. Garantovaný minimálny dôchodok pre medailistov z olympijských, paralympijských alebo deaflympijských hier, ako aj z majstrovstiev sveta a zlatí majstri Európy už pre poberateľov invalidných dôchodkov od 40 rokov.

Odôvodnenie: *Málo invalidných dôchodcov sa dožíva dôchodkového veku, preto by sa mala hranica vyplácania športového dôchodku posunúť na hranicu od 40 rokov. Zároveň by to bol aj prínos pre mladých, ktorí by takto mohli získať ešte väčšie odhodlanie venovať sa športovej oblasti s následnou možnosťou reprezentovať Slovenskú republiku na medzinárodných športových podujatiach.*

2. Aby odmena za športový výkon na paralympijských hrách nepodliehala dani z príjmu a odvodov do poisťovní.

Odôvodnenie: *Väčšinou sa jedná a ich jediný príjem zo športovej činnosti za 4 roky.*

3. Zaradenie paralympijských reprezentantov do Strediska štátnej športovej reprezentácie Ministerstva vnútra SR

Odôvodnenie: *Momentálne máme iba jednu členku Strediska športovej reprezentácie, ich začlenením by sme zvýšili kvalitu a úspešnosť našich paralympionikov. Zároveň by boli profesionálnymi športovcami a mohli sa venovať naplno svojmu športu a netráviť toľko času v zamestnaní na zabezpečenie svojho živobytia.*

4. Zaviesť zamestnávateľovi povinnosť uvoľniť reprezentanta z práce, načo následne by mu štát túto mzdu preplatil. Resp. umožnil viac dní platenej dovolenky.

Odôvodnenie: *V praxi sa stretávame, keďže paralympionici nie sú profesionálnymi športovcami, musia z niečoho žiť a chodia do zamestnania, že ich zamestnávatelia nechcú uvoľňovať na športové podujatia, nemajú vlastnú dovolenku, pretože ju čerpajú na športové výjazdy.*

10.4. Odporúčaná stratégia legislatívnych zmien a opatrení

1. Znížiť administratívne zaťaženie, zaviesť elektronické formuláre, osobné konto, registráciu prostredníctvom internetu pri podpore zamestnávania občanov so zdravotným znevýhodnením a pri peňažných príspevkoch na kompenzáciu

Odôvodnenie: *Včasná implementácia filozofie e-Governmentu v tejto oblasti by mohla znížiť administratívne zaťaženie a zvýšiť kvalitu života občanov so zdravotným znevýhodnením zjednodušením a urýchléním vybavovaním žiadostí. Napr. vypisovanie výkazov práce osobného asistenta, zasielanie žiadostí prostredníctvom internet...*

2. Zjednotiť vnútorné predpisy jednotlivých Úradov práce sociálnych vecí a rodiny (ÚPSVaR)

Odôvodnenie: *Jednotlivé ÚPSVaR požadujú rozličné dokumenty pri vybavovaní rovnakej agendy či už sociálnej oblasti alebo zamestnávania a používajú rozdielne výklady zákonov. Je potrebný súlad vnútorných predpisov všetkých ÚPSVaR. Napríklad: niektoré ÚPSVaR nedovoľujú, aby pracovný asistent pracoval mimo priestorov pracoviska (služobná cesta, vybavovanie úradných záležitostí na úradoch so zamestnávateľom), pričom zo zákona to nie je zakázané.*

3. Zvýšiť odbornosť zamestnancov ÚPSVaR a ich informovanosť

Odôvodnenie: *V praxi sa stretávame s neodbornosťou zamestnancov ÚPSVaR, s ich prístupom ku klientom. Jednotlivé prípady neriešia individuálne podľa potrieb klienta, neinformujú ich, neporadia. Mali by nadviazať spoluprácu s motivátormi, ktorí sú občania so zdravotným znevýhodnením.*

4. Príspevok na zriadenie ChD alebo ChP a príspevok občanovi so zdravotným znevýhodnením na SZČ aj na debarierizáciu pracovného prostredia

Odôvodnenie: *Neexistuje peňažný príspevok na debarierizáciu pracovného prostredia, ktoré je základnou potrebou pri zamestnaní občana so zdravotným znevýhodnením. Možnosť využiť príspevok na zriadenie ChD alebo ChP a príspevok občanovi so zdravotným znevýhodnením aj na debarierizáciu pracovného prostredia. Pre SZČO so zdravotným znevýhodnením a pre zamestnávateľov je to veľakrát veľmi nákladná položka, ktorá odrádza a demotivuje ľudí zamestnať občanov so zdravotným znevýhodnením.*

5. Možnosť pre zamestnancov so zdravotným znevýhodnením a SZČO so zdravotným znevýhodnením dočasne a v rámci plnenia úloh pracovať aj mimo priestorov chránenej dielne

Odôvodnenie: *Podľa platnej legislatívy osoba so zdravotným znevýhodnením, ktorá pracuje v ChD alebo ChP musí vykonávať pracovnú činnosť len v tejto ChD alebo ChP. Týmto sa umožní osobe so zdravotným znevýhodnením poskytnúť službu u klienta, využívať služobné cesty, prezentovať svoje výrobky na trhu a podobne.*

6. Umožniť prepočítanie výšky invalidného dôchodku

Odôvodnenie: *keďže pracujúci invalidný dôchodca má povinnosť platiť odvody do Sociálnej poisťovne, mala by mu byť umožnená možno minimálne 1x ročne prepočítať výšku invalidného dôchodku.*

7. Nepodmieňovať príspevok na zriadenie ChD alebo ChP a príspevok občanovi so zdravotným znevýhodnením na SZČ evidenciou uchádzača o zamestnanie na ÚPSVaR. (1 mesiac, resp. 3 mesiace)

Odôvodnenie: *Z praxe sa väčšinou jedná o formálnu stránku, čo zbytočne predlžuje schvaľovanie jednotlivých žiadostí.*

8. Úrad verejného zdravotníctva SR, pokiaľ je to možné, by mal povoliť výnimku strpieť asistenčného psa na pracovisku.

Odôvodnenie: *Zamestnávateľia často neakceptujú nevyhnutnú potrebu asistenčného psa, ktorý pomáha najmä na ceste do a zo zamestnania, ale aj počas výkonu zamestnania osoby so zdravotným znevýhodnením, pretože im to nedovoľujú hygienické predpisy.*

9. Zrušiť diskriminujúcu výšku príjmu a majetkový strop pri peňažných príspevkoch na kompenzáciu občana so zdravotným znevýhodnením a spoločne posudzovaných osôb

Odôvodnenie: *V prípade, že majetok občana so zdravotným znevýhodnením a s ním spoločne posudzovaných osôb presahuje stanovenú sumu, príspevok sa mu neposkytne, resp. odníme, čo odporuje Ústave Slovenskej republiky, čl. 12 ods. 2, podľa ktorého má každý právo vlastníť majetok a taktiež porušuje Antidiskriminačný zákon § 4 ods. 2 o podpore sociálneho začlenenia ťažko zdravotne postihnutého občana do spoločnosti. Zákon takto*

priamo trestá iniciatívnych, vzdelaných a pracovitých ľudí s ťažkým zdravotným znevýhodnením a ich rodinných príslušníkov, ktorý však tým že pracujú, odvádzajú dane a sú prínosom. Výška majetku neodstraňuje zdravotné znevýhodnenie!

10. Vytvoriť jednotné kontaktné miesto

Odôvodnenie: *Jednotné kontaktné miesto by poskytovalo podrobné informácie o podmienkach žiadostí sociálnych služieb, peňažných príspevkoch, službách zamestnanosti a umožňovalo elektronicky požiadať o potrebné doklady (telefonické informačné linky)*

11. Zjednotiť lekársku posudkovú činnosť ÚPSVaR a Sociálnej poisťovne

Odôvodnenie: *Fungovanie iba jednej lekárskej posudkovej činnosti, čím by sa zlepšila kvalita posudkových lekárov. Momentálne má každá inštitúcia svoje tabuľky percentuálneho ohodnotenia zdravotného postihnutia. Keďže je nedostatok posudkových lekárov, väčšina z nich pracuje aj na ÚPSVaR a aj v sociálnej poisťovni.*

12. Prehodnotiť skutočnú potrebu parkovacieho preukazu pre niektoré ochorenia a zdravotné znevýhodnenia

Odôvodnenie: *Je veľa ochorení a zdravotných postihnutí, ktoré nepotrebujú výhody parkovacieho poukazu ako telesné postihnutia (širšie parkovacie státa pre vozičkárov, blízkosť parkovacích miest pri hlavných vchodoch, vstupy do niektorých zakázaných zón, nemusí dodržiavať zákaz zastavenia a podobne)*

13. Zapojiť sa do projektu Európskeho preukazu zdravotného postihnutia

Odôvodnenie: *Je povinnosťou EÚ, ale zároveň aj Slovenskej republiky prijať všetky príslušné legislatívne, správne a iné opatrenia na uplatňovanie práv uplatňovaných v Dohovore OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím. To znamená, že Európska Únia má povinnosť vytvoriť efektívny rámec na zavedenie Európskeho preukazu pre osoby so zdravotným postihnutím a Slovenská republika má povinnosť vytvoriť maximálne úsilie na implementáciu takéhoto projektu.*

14. Možnosť súčasne žiadať o peňažný príspevok na nákup osobného motorového vozidla a peňažného príspevku na úpravu osobného motorového vozidla

Odôvodnenie: *V praxi dochádza často ku časovým stratám, kedy ťažko zdravotne znevýhodnený musí najprv kúpiť osobné motorové vozidlo a až následne požiadať o peňažný*

príspevok na úpravu. V niektorých prípadoch to trvá aj niekoľko mesiacov, kedy osoba s úrne potrebuje auto kvôli cestovaniu do práce, do školy,.... Úprava znenia zákona by umožnila kúpiť auto priamo s úpravou vozidla.

15. Rozšírenie činností pre potreby poskytnutia peňažného príspevku na osobné motorové vozidlo aj pre športovcov - reprezentantov SR

Odôvodnenie: V súčasnosti mnoho športovcov reprezentantov, ktorí sú združení v Slovenskom paralympijskom výbore, vzhľadom na celkový čas, ktorí musia tráviť prípravou a tréningami, sa už nestíhajú venovať aj pracovnej činnosti. Na strane druhej, o príspevok môžu žiadať iba osoby v zamestnaneckom vzťahu alebo študenti, ktorí splnia určité kritéria. A tu nastáva paradox, kedy reprezentant Slovenskej republiky nemôže požiadať o tento príspevok, ktorý by mu značne uľahčil, napr. dochádzanie na športovisko a preteky.

16. Zjednodušiť peňažný príspevok na úpravu rodinného domu a garáže

Odôvodnenie: *Ludia, ktorí práve nadobudli zdravotné znevýhodnenie sú práve najcitlivejší na vnímanie prostredia okolo seba. A preto, hneď ako im to dovoľí zdravotný stav by mali ísť za svojou rodinou a do prostredia, ktoré je im blízke. Práve toto prostredie, v čase ich príchodu, by už malo byť upravené pre ich potreby, aby nemuseli zažívať zbytočné stresujúce situácie v podobe nemožnosti pohybu po dome alebo byte.*

17. Rozšíriť činnosti osobnej asistencie o pomoc pri športovej, telovýchovnej a rehabilitačnej činnosti

Odôvodnenie: *Zoznam činností osobného asistenta neobsahuje tieto činnosti , ktoré užívateľ osobnej asistencie často využíva.*

18. Rozšíriť činnosti osobnej asistencie o pomoc telesne znevýhodnenému rodičovi pri starostlivosti o maloleté dieťa

Odôvodnenie: *V zoznam činností osobného asistenta sú činnosti, ktoré pomáhajú nevidiacemu a nepočujúcemu rodičovi o starostlivosť o dieťa, chýba tam však rodič s telesným znevýhodnením, ktorý taktiež potrebuje pomoc pri nevyhnutných úkonoch ako sú obliekanie , kŕmenie, kúpanie dieťaťa a ďalšie.*

19. Možnosť dobrovoľného pripoistenia sa na nemocenské poistenie pre poistencov štátu - osobných asistentov a opatrovateľov

Odôvodnenie: Osobným asistentom a opatrovateľom starajúcim sa o ľudí s ťažkým zdravotným znevýhodnením, ktorí sú poistenci štátu, umožniť využívať samostatné dobrovoľné nemocenské poistenie a dobrovoľné poistenie v nezamestnanosti. Momentálne individuálne pripoistenie nie je možné, iba v rámci celého balíku odvodov do Sociálnej poisťovne.

20. Doprava - zvýšiť počet dopravných zariadení (autobusov, trolejbusov, električiek,..) s hlasovým výstupom

Odôvodnenie: *V mestskej hromadnej doprave sa často nevyužíva potenciál na uľahčenie pohybu a orientácie občanov so zdravotným znevýhodnením. Ako príklad môže slúžiť hlásenie jednotlivých zastávok, ktoré oceňujú najmä skupiny so zrakovým znevýhodnením a skupiny občanov s vyšším vekom.*

21. Zvýšiť počet semaforov s hlasovým výstupom a značení pre nevidiacich najmä na hlavných križovatkách s 24 hodinovou prevádzkou

Odôvodnenie: *Hlavné križovatky miest by sa nemali vypínať v nočných hodinách a tým znemožňovať prechod občanov so zdravotným znevýhodnením a mal by sa zvyšovať počet semaforov s hlasovým výstupom.*

22. Zdravotníctvo - minimálne 1 bezbariérová izba na oddelení v nemocniciach

Odôvodnenie: *Nemocnice sú práve miesta, kde mnohí pacienti prichádzajú a niekedy získavajú zdravotné znevýhodnenie, či už trvalo alebo dočasne. A práve kvôli takýmto situáciám by na každom oddelení v nemocnici mala byť zriadená bezbariérová izba, ktoré by uľahčovala život pacientom, ale aj zdravotníckemu personálu a v neposlednom rade by zvyšovala aj úroveň kvality samotnej nemocnice.*

23. Stavebníctvo - zaviesť kontrolný mechanizmus posudzovania bezbariérovosti prostredia a stavieb nezávislými odborníkmi - občanmi so zdravotným znevýhodnením

Odôvodnenie: *Je nutné, aby sa nehnuteľnosti začali posudzovať nezávislými kontrolnými mechanizmami, ktoré by boli zložené z občanov so zdravotným znevýhodnením a jasne by*

poukazovali na nedostatky, ktoré by vyplynuli z nedostatočného realizovania filozofie bezbariérovosti.

Záver

Prostredníctvom tejto štúdie sme sa snažili podať čo najucelenejší pohľad na celosvetový trend vzostupu skupiny občanov so zdravotným znevýhodnením, čoho dôkazom sú štatistiky v jednotlivých krajinách, ale aj štatistiky zoskupení krajín v posledných desaťročiach. Ročne vo svete pribúda množstvo ľudí, ktorým zdravotné znevýhodnenie podstatne zmení život, vrátane aspektov ako mobilita, sebaobslužnosť, medziľudské vzťahy, možnosť vzdelávať sa, získať zamestnanie a pod. Preto by sa aj naša krajina mala intenzívnejšie zaoberať touto problematikou a prijať v krátkom i dlhodobom horizonte viacero opatrení, zmien a rozhodnutí, ktoré povedú k skvalitneniu života spoluobčanov so zdravotným znevýhodnením a k udržateľnému procesu ich efektívnej spoločenskej integrácie.

Prierezovo, cez konkrétne otázky riešenej problematiky, sme sa pokúsili podať ucelený pohľad na postavenie zdravotne znevýhodnených ľudí v rámci vybraných štátov EU. Súčasne s rozborom poznatkov so zahraničia, ponúkame prostredníctvom výsledkov vlastného reprezentatívneho prieskumu možnosť ich porovnania s podmienkami na úrovni Slovenskej republiky. Signifikancia viacerých výsledkov tohto prieskumu vytvára jednoduchú, avšak veľmi dôležitú základňu pre ďalšie snahy pri posudzovaní podmienok zdravotne znevýhodnených u nás, pričom prostredníctvom formulácie odporúčaní a návrhov konkrétnych opatrení tento priestor nielen mapujeme, ale pokúšame sa aj o hľadanie určitých východísk, či možných riešení.

Snažili sme sa zviditeľniť všetky problematické oblasti občanov so zdravotným znevýhodnením a dať do popredia šport ako fenomén, ktorý zvyšuje kvalitu života u všetkých ľudí, vrátane ľudí so zdravotným znevýhodnením, a to nielen po fyzickej, či zdravotnej stránke, ale aj po stránke kvality života, naplnenia sociálneho statusu, či osobných ambícií. V tomto smere vidíme v obsahu našej štúdie veľký potenciál pre definovanie účinných nástrojov na podporu zamestnanosti zdravotne znevýhodnených ľudí a to napríklad aj prostredníctvom motivácie v oblasti športu. S ohľadom na pozitívne vplyvy športu a pohybových aktivít potvrdzujeme všeobecne známu premisu, že prevencia je vždy lacnejšia ako liečba. Ak podchytíme ľudí so zdravotným znevýhodnením hneď na začiatku sťaženého obdobia života a privedieme ich na cestu športu, zvýšime tak nielen vo všeobecnej rovine kvalitu ich života, ale súčasne ich v mnohom pripravíme na úspešný pracovný život. Nutnou podmienkou pre takýto vývoj je podpora zo strany štátu, pretože ak spoločnosť nevytvorí prostredie motivujúce k takejto činnosti, nastane situácia, keď ľudia so zdravotným

znevýhodnením nedokážu naplniť jednu z najvyšších potrieb v hierarchii svojich osobných hodnôt – úspešnú sebarealizáciu a aktívnu spoločenskú integráciu.

Vytvorenie stratégie pre zdravotne znevýhodnených so zameraním na špecifickú skupinu športovcov je prvou, veľmi dôležitou aktivitou fungovania projektu Paralela. Vytvára tak odborný predpoklad ďalších aktivít v podobe prípravy a vzdelávania odborníkov a neskôr i poskytovania kvalitných motivačných služieb pre ľudí so zdravotným znevýhodnením v Slovenskej republike.

Zoznam použitej literatúry

1. BRITSKÝ PARALYMPIJSKÝ VÝBOR (British Paralympic Association): *How we are funding*, dostupné na <http://paralympics.org.uk/about-us/funding>
2. BRÖSTL, A. – DOBROVIČOVÁ, G. – KANÁRIK, I. 2007: *Teória práva*. 3. vyd., UPJŠ, Košice, s. 84 – 85.
3. BRÖSTL, A. a kol. 2013: *Ústavné právo Slovenskej republiky*, 2. Vydanie, Aleš Čeněk, Plzeň, s. 14.
4. CENTRUM ŠPECIÁLNO-PEDAGOGICKÉHO PORADENSTVA. 2009. *Telesné postihnutie*. [online]. Zvolen: Špeciálna základná škola vo Zvolene. [citované 2012-10-11]. Dostupné na: <http://csppzv.webnode.sk/metodicke-materialy/telesne-postihnutie/>
5. ČESKÝ PARALYMPIJSKÝ VÝBOR. dostupné na <http://www.paralympic.cz/cpv/>
6. ČESKÝ ŠTATISTICKÝ ÚRAD. 2013: Výsledky šetření o zdravotně postižených osobách v České republice za rok 2013. Dostupné na: <https://www.czso.cz/csu/czso/vyberove-setreni-zdravotne-postizenych-osob-2013-qacmwuvwsb>
7. ČOLLÁK, J.: *Status a pozícia športovcov – návrhy de lege ferenda – Impulz k diskusi potrebnej (nielen) pre optiku prípravy „návrhu nového zákona o športe“*. Dostupné na: http://www.ucps.sk/profesionalny_poloprofesionalny_amatersky_vykon_sportovej_cinnosti_jaroslav_collak, navštívené dňa 1. 9. 2015.
8. GAJDOŠ, A., 2010.: *Osobnosti slovenského športu 1896-2010*, Matica slovenská. ISBN 978-80-709095-6-0
9. GREXA, J. a kol. 2006: *Olympijská výchova (metodická príručka SOV)*, s. 9-10. ISBN 80-969522-0-X
10. GRŇA, P. 2004. *Nauč sa žiť. Aktívny vozík*. 50 s. [online]. [citované 2012-10-11] Dostupné na: http://www.aktivnyvozik.sk/images/brozura%20ako%20zit/Ako_Zit_s%20obrazkovou_prilohou.rar
11. CHOUTKA, M. – DOVALIL, J. 2004: *Olympismus*. Olympia
12. INŠTITÚT PRE VÝSKUM PRÁCE A RODINY. 2013: *Obligatórnosť a fakultatívnosť pri poskytovaní aktívnych opatrení na trhu práce. Podpora zamestnávania osôb so zdravotným postihnutím: nástroje, financovanie, udržateľnosť*. Dostupné na:

- http://www.ceit.sk/IVPR/index.php?option=com_php&Itemid=22&lang=sk&ty=PROJEKT&rv=2013
13. INŠTITÚT PRE VÝSKUM PRÁCE A RODINY. 2014: Štruktúra zamestnancov v chránených dielňach, na chránených pracoviskách a na otvorenom trhu práce. Dostupné na: http://www.ceit.sk/IVPR/index.php?option=com_php&Itemid=22&lang=sk&ty=PROJEKT&rv=2014
14. KnowHowNonProfit. 2015. *National Lottery*. dostupné na <http://knowhownonprofit.org/funding/fundraising/grants-fundsand-corporate-fundraising/nationallottery/the-national-lottery>
15. KPMG, *Koncepcie financování sportu v České republice*, Analyticko-koncepční studie, 13. 4. 2012, dostupné na http://www.olympic.cz/financovani/docs/koncepcie_financovani_sportu_prezentace_v_9a.pdf
16. KUVÍKOVÁ, H. – MURGAŠ, M. – NEMEC, J.: *Ekonomía zdravotníctva*. Banská Bystrica : Phoenix, 1995. ISBN 80-900563-1-8
17. LECHTA, M (ed.). 2010. *Základy inkluzivní pedagogiky*. Dítě s postižením, ohrožením a narušením ve škole.1. vydání. Praha : Portál, 2010. 440 s. ISBN 978-80-7367-679-7.
18. MALÝ, M. 2010: *Ako ďalej po poranení miechy*, s. 117, Obalotava, a.s. Slovenská Ľupča. ISBN 978-80-970306-6-7
19. MINISTERSTVO PRÁCE, SOCIÁLNYCH VECÍ A RODINY SLOVENSKEJ REPUBLIKY. 2014. *Národný program rozvoja životných podmienok osôb so zdravotným postihnutím na roky 2014 – 2020*. Dostupné na: <http://www.employment.gov.sk/files/slovensky/rodina-socialna-pomoc/tazke-zdravotne-postihnutie/narodny-program-rozvoja-zivotnych-podmienok-osob-so-zdravotnym-postihnutim-roky-2014-2020.pdf>, navštívené dňa 8.5.2015.
20. MINISTERSTVO PRÁCE, SOCIÁLNYCH VECÍ A RODINY SLOVENSKEJ REPUBLIKY. 2015: *Európska stratégia pre oblasť zdravotného postihnutia 2010 – 2020: obnovený záväzok vybudovať Európu bez bariér*. Dostupné na: http://www.employment.gov.sk/files/slovensky/ministerstvo/medzinarodna-spolupraca/europska-unia/strategie-europskej-unie/kom_2010_636.pdf, navštívené dňa 8.5.2015.

21. MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ, MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY ČESKÉ REPUBLIKY 2012. *Zásady programů Státní podpory sportu pro období 2011 až 2014*, aktualizace pro 2013 až 2014
22. MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ, MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY ČESKÉ REPUBLIKY. 2014a. *Podpora sportu 2015*, dostupné na <http://www.msmt.cz/file/34022/>
23. MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ, MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY ČESKÉ REPUBLIKY. 2010. *Metodický postup poskytování dotací v oblasti sportu pro období 2011 až 2014*, dostupné na <http://www.msmt.cz/sport/metodicky-postup-poskytovani-dotaci-v-oblasti-sportu-pro-1>
24. MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ, MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY ČESKÉ REPUBLIKY. 2015. *Rozdělení dotací*, dostupné na <http://www.msmt.cz/sport/rozdeleni-dotaci>
25. MINISTERSTVO ŠKOLSTVA, VEDY, VÝSKUMU A ŠPORTU SLOVENSKEJ REPUBLIKY. 2015. *Koncepcia štátnej politiky v oblasti športu – Slovenský šport 2020*, dostupné na <http://www.minedu.sk/9027-sk/koncepcia-statnej-politiky-v-oblasti-sportu-slovensky-sport-2020/>
26. MINISTERSTVO ZAHRANIČNÝCH VECÍ A EURÓPSKÝCH ZÁLEŽITOSTÍ SLOVENSKEJ REPUBLIKY. 2014a: *Východiskový materiál za oblasť práv osôb so zdravotným postihnutím k Celoštátnej stratégii ochrany a podpory ľudských práv v Slovenskej republike* (schválené uznesením Výboru pre osoby so zdravotným postihnutím č. 36 zo dňa 28. januára 2014), s. 3. Dostupné na: [https://www.mzv.sk/App/wcm/media.nsf/vw_ByID/ID_7293EC4BFEB4C4FEC1257CEF0048FED3_SK/\\$File/140612_strategia_prava_osoby_zdravotne_postihnute.pdf](https://www.mzv.sk/App/wcm/media.nsf/vw_ByID/ID_7293EC4BFEB4C4FEC1257CEF0048FED3_SK/$File/140612_strategia_prava_osoby_zdravotne_postihnute.pdf), navštívené dňa 7.5.2015.
27. MINISTERSTVO ZAHRANIČNÝCH VECÍ A EURÓPSKÝCH ZÁLEŽITOSTÍ SLOVENSKEJ REPUBLIKY. 2015: *Oznámenie Ministerstva zahraničných vecí Slovenskej republiky č. 317/2010 Z. z. - Dohovor o právach osôb so zdravotným postihnutím*. Dostupné na: <http://www.employment.gov.sk/files/dohovor-osn-pravach-osob-so-zdravotnym-postihnutim-opcny-protokol-sk-aj.pdf>, navštívené dňa 7.5.2015.
28. NÁRODNÁ RADA OBČANOV SO ZDRAVOTNÝM POSTIHNUTÍM: *Legislatíva a prax v oblasti zdravotného postihnutia*. Dostupné na: http://www.nrozp.sk/files/legislativa_prax.pdf, navštívené dňa 8.5.2015.

29. NATIONAL LOTTERY 2015a. Dostupné na
<http://www.lotterygoodcauses.org.uk/funding>
30. NATIONAL LOTTERY.2015b. *Life changing*, dostupné na <https://www.national-lottery.co.uk/life-changing>
31. NOVOSAD, L. 2000. *Základy specialního poradenství* . Praha: Portál, s.r.o. 2000. 159 s. ISBN 80-7178-197-5
32. PALÚŠ, I. – SOMOROVÁ, Ľ. 2014: *Štátne právo Slovenskej republiky*, vysokoškolská učebnica, štvrté vydanie, Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, Košice, s. 52.
33. PIPEKOVÁ, J. 2006. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2. rozš. a přeprac. vydání. Brno : Paido, 2006. 408 s. ISBN 80-7315-120-0.
34. RADA EURÓPY. 1992: *Európska charta o športe*, 1992, s. 1. Dostupné na <https://www.minedu.sk/6156-sk/europska-charta-o-sporte/>
35. RIAPOŠ, J. - VÉGH, R. a kol. 2013: *20 rokov slovenského paralympizmu*, ERB Studio, s.r.o. ISBN 978-80-970400-4-8
36. ŘÍČAN, P – KREJČÍROVÁ, D. et al. 1995. *Dětská klinická psychologie*. 1.vyd.Praha, Grada Publishing, 398s. ISBN 80 – 7169 – 168 – 2
37. SLOVENSKÝ PARALYMPIJSKÝ VÝBOR. dostupné na <http://www.spv.sk/o-nas/slovensky-paralympijsky-vybor>
38. SLOVENSKÝ PARALYMPIJSKÝ VÝBOR. *Základné úlohy SPV*, dostupné na <http://www.spv.sk/o-nas/zakladne-ulohy-spv>
39. SPORT ENGLAND. 2015. *About out funding*. Dostupné na:
<http://www.sportengland.org/funding>.
40. SPORT NORTHERN IRELAND. 2015. *Funding from northern Ireland*. Dostupné na
<http://www.sportni.net/>
41. SPORT SCOTLAND. 2015. *Funding*. Dostupné na
<http://www.sportscotland.org.uk/funding.aspx>
42. SPORT WALES. 2015. *Funding&Support*. Dostupné na
<http://www.sportwales.org.uk/funding>.
43. UK SPORT 2015c: *Athlete Personal Awards*, dostupné na
<http://www.uksport.gov.uk/pages/athlete-personal-awards/>
44. UK SPORT, dostupné na <http://www.uksport.gov.uk/>
45. UK SPORT. 2015a.: *Frequently Asked Questions*, dostupné na
<http://www.uksport.gov.uk/pages/frequently-asked-questions/>

46. UK SPORT. 2015b: *World Class Performance Programme*, dostupné na <http://www.uksport.gov.uk/pages/wc-performanceprogramme/>
47. ÚNIE ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÝCH SPORTOVCE. *Stanovy Unie zdravotně postižených sportovců České republiky*, dostupné na http://www.uzps.cz/dokumenty/UZPS_CR_STANOVY.PDF
48. VÁGNEROVÁ, M. 2002. *Patopsychologie pro pomáhající profese*. 3. rozšířené a doplněné vydání. Praha : Portál, 2004. 870 s. ISSN 80-7178-678-0.
49. Zákon č. 115/2001 Sb., ze dne 28. února 2001 ve znění zákona č. 219/2005 Sb.
50. Zákon č. 202/1990 Sb. *O loteriích a jiných podobných hrách*
51. Zákon č. 300/2008 Z.z., o organizácii a podpore športu a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znění zákona č.528/2010
52. ZUZČÁKOVÁ, M.: *Zdravotné postihnutie a vnímanie ľudských práv občanov so zdravotným postihnutím*, s. 1194. Dostupné na: http://www.pulib.sk/elpub2/FF/Chovanec1/pdf_doc/103.pdf, navštívené dňa 7.6.2015.

Prílohy

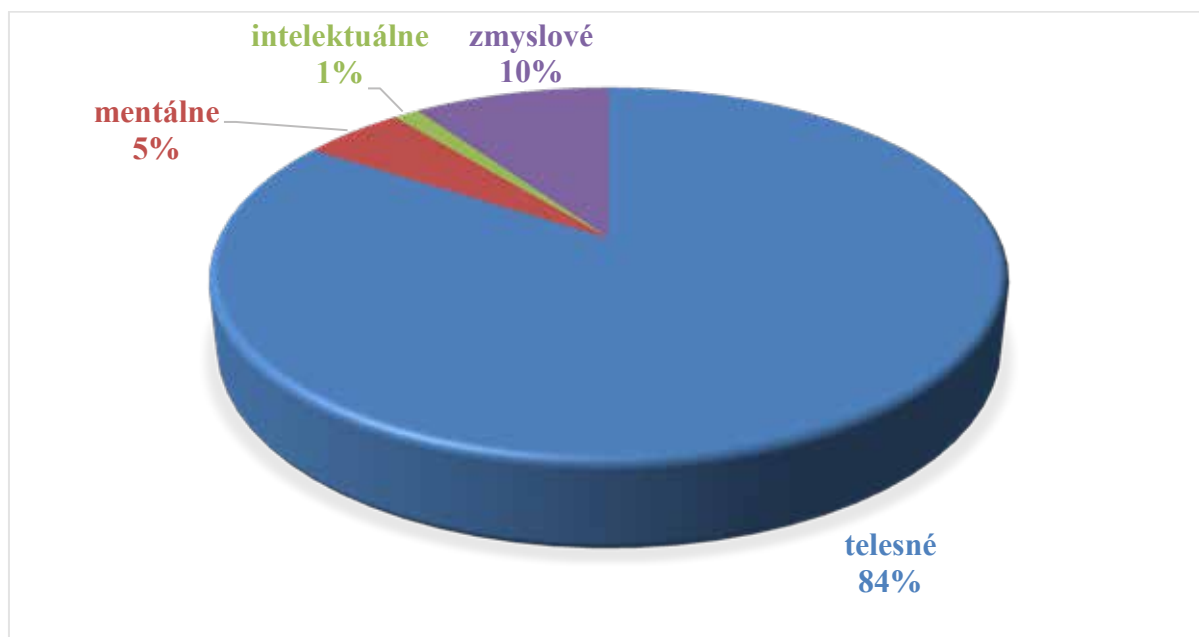
Príloha A – Výsledky reprezentatívneho dotazníkového prieskumu

Príloha B – Kazuistika

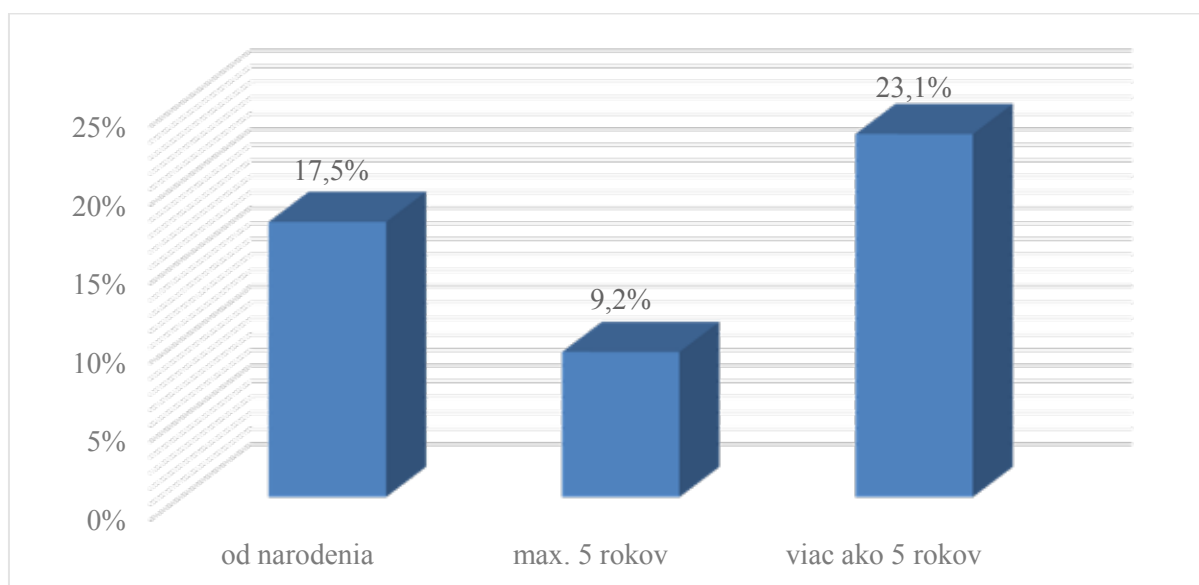
Príloha C – Životopis Ludwiga Guttmana

Príloha D – Citácie úspešných slovenských paralypionikov

Príloha A - Výsledky reprezentatívneho dotazníkového prieskumu



Graf 8 Druhy zdravotných znevýhodnení (%)



Graf 9 Doba trvania zdravotného znevýhodnenia u respondentov so zdravotným znevýhodnením (%)

Tabuľka 13 Respondenti podľa krajov

respondenti podľa krajov	n	%
Bratislavský	337	16,4
Trnavský	218	10,6
Nitriansky	223	10,9
Trenčiansky	200	9,7
Žilinský	357	17,4
Banskobystrický	290	14,1
Prešovský	225	10,9
Košický	203	9,9
Neuviedli	2	0,1
Spolu	2055	100,0

Tabuľka 14 Respondenti podľa najvyššieho dosiahnutého vzdelania – celý súbor

najvyššie dosiahnuté vzdelanie	n	%	kumulatívne percento
základné	131	6,4	6,4
stredoškolské bez maturity	368	17,9	24,4
stredoškolské s maturitou	965	47,0	71,6
vysokoškolské	581	28,3	100,0
neuviedli	10	0,5	
spolu	2055	100,0	

Tabuľka 15 Najvyššie dosiahnuté vzdelanie respondentov so zdravotným znevýhodnením

najvyššie dosiahnuté vzdelanie respondentov so zdravotným znevýhodnením	n	%	kumulatívne percento
základné	84	8,1	8,1
stredoškolské bez maturity	215	20,7	28,8
stredoškolské s maturitou	488	46,9	75,8
vysokoškolské	251	24,1	100,0
neuviedli	2	0,2	
spolu	1040	100,0	

Tabuľka 16 Rodinný stav respondentov bez zdravotného znevýhodnenia a so zdravotným znevýhodnením (%)

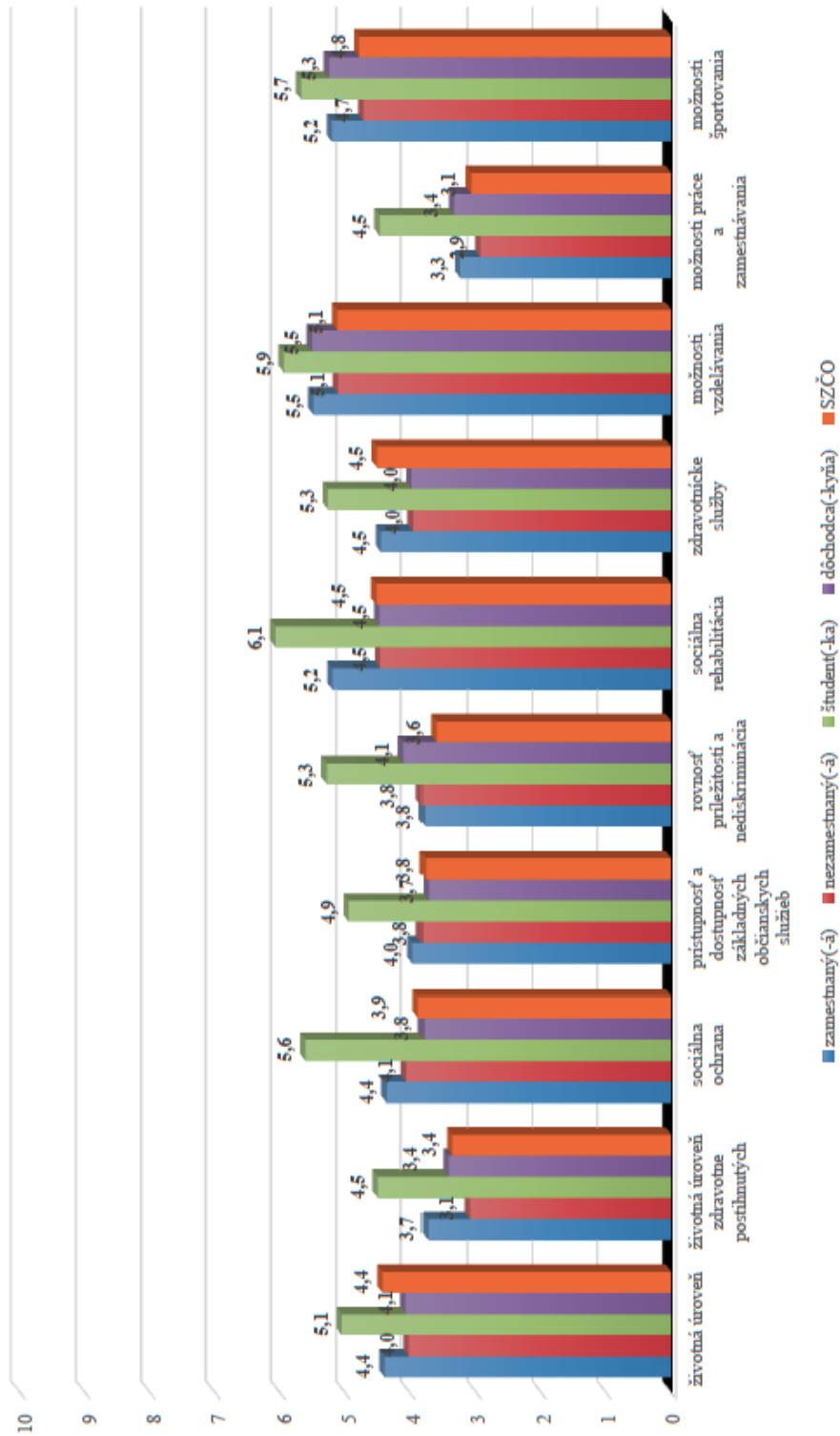
Rodinný stav (%)	bez zdravotného znevýhodnenia	so zdravotným znevýhodnením
slobodný(-á)	38,7	53,4
ženatý (vydatá)	48,3	36,1
rozvedený(-á)	10,5	7,2
spolu uviedli	97,5	96,6
neuviedli	2,5	3,4
spolu	100,0	100,0

Tabuľka 17 Počet detí respondentov bez zdravotného znevýhodnenia a so zdravotným znevýhodnením (%)

Počet detí (%)	bez zdravotného znevýhodnenia	so zdravotným znevýhodnením
0	42,9	57,2
1	21,4	20,5
2 a viac	35,8	22,2
spolu uviedli	100	99,9
neuviedli	0	0,1
spolu	100	100,0

Tabuľka 18 Postoje respondentov podľa ich pracovného statusu vo vzťahu k aspektom života zdravotne znevýhodnených (škála 0-10)

	zamestnaný(-a)	nezamestnaný(-a)	študent(-ka)	dôchodca(-kyňa)	SZČO
životná úroveň	4,39	4,03	5,05	4,07	4,42
životná úroveň zdravotne postihnutých	3,75	3,11	4,50	3,43	3,38
sociálna ochrana	4,36	4,06	5,62	3,80	3,88
prístupnosť a dostupnosť základných občianskych služieb	3,97	3,83	4,95	3,74	3,78
rovnosť príležitostí a nediskriminácia	3,79	3,84	5,28	4,11	3,62
sociálna rehabilitácia	5,20	4,46	6,08	4,47	4,52
zdravotnícke služby	4,45	3,96	5,26	3,98	4,51
možnosti vzdelávania	5,49	5,11	5,95	5,51	5,13
možnosti práce a zamestnávania	3,25	2,95	4,47	3,35	3,08
možnosti športovania	5,21	4,73	5,68	5,25	4,78



Graf 10 Postoje respondentov podľa ich pracovného statusu vo vzťahu k aspektom života zdravotne znevýhodnených (škála 0-10)

Tabuľka 19 Združenia pomáhajúceho ľuďom so zdravotným znevýhodnením

Názvy podľa registrov ministerstva vnútra	Oblasti činnosti podľa registrov ministerstva vnútra
"Ambrelo, občianske združenie"	sociálne, opatrovateľské, iné umelecké, kultúrne, iné zdravotnícke
"Trojlistok"	sociálne, opatrovateľské
1. Wheelchair Curling Club	kluby
Activ8, o.z.	zdravotne postihnutí
Adeli medical center	špecializovaná neurorehabilitácia detí a dospelých
AK Proficio	atletický šport telesne postihnutých
Aktívny vozík, občianske združenie	telesne postihnutí
AMALLIA - domov sociálnych služieb	sociálne služby
Andreas, n.o.	autistické centrum
Arabeska, Slovenská spoločnosť pre rozvoj špeciál. gymnastiky, športu a tanca mentálne postihnutých	mentálne a duševne postihnutí
Asociácia organizácií zdravotne postihnutých občanov SR	zdravotne postihnutí
AV mobilita	dopravná mobilita hendikepovaných, projekt Škoda handy
Bábky v nemocnici	iné zdravotnícke, detské
Belasý motýľ	kampaň občianskeho združenia Organizácia muskulárnych dystrofií v SR
Betánia Bratislava, n.o.	sociálne poradenstvo, sociálna rehabilitácia, ošetrovateľská starostlivosť
Biela pastelka	zbierka Únie nevidiacich a slabozrakých Slovenska na podporu zrakovo postihnutých
CENTRUM LIGDA – Asociácia pre telesne postihnutých	telesne postihnutí
Centrum podpory študentov so špecifickými potrebami	pracovisko s celouniverzitnou pôsobnosťou - Univerzita Komenského
CENTRUM SAMOSTATNÉHO ŽIVOTA, n.o.	sociálna pomoc a humanitárna starostlivosť
Cross Country Levoča	šport telesne postihnutých, biatlon, triatlon, lyžovanie
ČERVENÝ NOS Clowndoctors	iné zdravotnícke, detské
Daruj nádej, občianske združenie	telesne postihnutí, mentálne a duševne postihnutí, detské
DD a DSS Hurbanovo	domov dôchodcov a domov sociálnych služieb
DELFIN občianske združenie pre duševné zdravie	mentálne a duševne postihnutí, sociálne, opatrovateľské
Detcké integračné centrum - MAJÁK	iné mládežnícke, zdravotne postihnutí

Detský klub zdravotne postihnutých detí a mládeže v Košiciach	zdravotne postihnutí, detské
Divadlo z Pasáže	komunitné divadlo pracujúce s ľuďmi so zdravotným postihnutím
DOBRY ANJEL, n.o.	humanitárna starostlivosť pre ľudí s onkologickým ochorením, osoby v hmotnej núdzi
Dom humanity SČK	sociálne zariadenie s celoročným pobytom
Dom svätania, n.o.	rehabilitačné stredisko pre slabozrakých, nepočujúcich a ľudí s ťažkou obojstrannou nedoslýchavosťou
ECHO - združenie na pomoc ľuďom s mentálnym postihnutím	mentálne a duševne postihnutí
Euro deťom, n.f.	pomoc deťom so zdravotným postihnutím, hlavne DMO
F84, o.z.	mentálne a duševne postihnutí
go - ok, o.z.	monitoring bezbariérovosti pre ľudí so špecifickými potrebami
Hodina deťom	celoročná verejná finančná zbierka organizovaná Nadáciou pre deti Slovenska
Homo Homini, n.o.	poskytovanie služieb najmä pre deti zo sociálne slabších rodín, deti handicapované, týrané a zdravotne postihnuté
Chránené bývanie a chránené dielne	telesne postihnutí, mentálne a duševne postihnutí
Chut' Žit'	sociálne, opatrovateľské
Ideálna mládežnícka aktivita	splavy, tábory, workshopy
Imobilio	telesne postihnutí
INFODOM	iné zdravotnícke, sociálne, opatrovateľské
Inštitút pre pracovnú rehabilitáciu občanov so zdravotným postihnutím	rozpočtová organizácia MPSVaR – výchovno-vzdelávacia činnosť
Klub Forresta Gumpa, n.o.	poskytovanie sociálnych služieb v dennom stacionári
Klub hokeja na sánkach Zbojnici	kluby
Klub sclerosis multiplex	zdravotne postihnutí
KOLIESKO	telesne postihnutí, detské
Konto Bariéry	pomoc deťom a mladým ľuďom so zdravotným postihnutím
Konto nádeje	pomoc zdravotne postihnutým a sociálne odkázaným deťom
Košická organizácia vozičkárov - Nezávislý život	telesne postihnutí

Kridla	sociálne, opatrovateľské
Lepší svet, n.o.	sociálne poradenstvo, sociálna rehabilitácia
Letmo SK, s.r.o.	predaj invalidných vozíkov
LEVOČA NORDIC CENTRUM	rozvoj obce, regiónu, cestovný ruch
Liga proti osteoporóze	zdravotne postihnutí
Liga proti rakovine	pomoc onkologickým pacientom
Liga proti reumatizmu na Slovensku	zdravotne postihnutí
Liga za duševné zdravie Slovenskej republiky	mentálne a duševne postihnutí
LO MŠK Kežmarok	kluby (lukostreľba)
LUX, n.o. Košice	sociálne služby pre deti a mládež so zdravotným znevýhodnením
MabajEnergy	zdravotne postihnutí
MAJÁK	sociálne, opatrovateľské
MARGARÉTKA	telesne postihnutí
Milan Štefánik	iné športové, iné umelecké, kultúrne, sociálne, opatrovateľské
Mládež n.o.	vzdelávanie, výchova a rozvoj telesnej kultúry a kultúrnych hodnôt
Modrý anjel / tím krízovej intervencie n. o.	budovanie siete psychotraumatologickej starostlivosti
MOZAIKA	mentálne a duševne postihnutí
Na kolesách proti rakovine	organizátori: SPV a Nadácia Výskum rakoviny
Nadácia J&T	ochrana zdravia a ochrana práv detí, hlavne zdravotne postihnutých
Nadácia Miroslava ŠATANA	podporovať a zvyšovať kvalitu života sociálne a zdravotne postihnutého obyvateľstva
Nadácia Mondí SCP	podpora športu detí, mládeže a občanov zdravotne postihnutých
Nadácia Orange	ochrana a podpora zdravia a vzdelávania, ochrana práv detí a mládeže
Nadácia Petra Dvorského HARMONY	komplexná zdravotná starostlivosť o zdravotne postihnutých, orientácia hlavne na DMO
Nadácia Pomoc deťom v ohrození	vyhľadávanie a všestranná pomoc deťom v ohrození
Nadácia Pontis	podpora zdravotne postihnutých občanov, poskytovanie sociálnej pomoci
Nadácia Pro charitas	ochrany zdravia a pomoci občanom zdravotne postihnutým
Nadácia SPP	ochranu zdravia a vytváranie podmienok pre zabezpečenie predpokladov riadnej

	ochrany zdravia
Nadácia Televízie Markíza	podpora zdravotných, sociálnych a dobročinných akcií
Nadácia ŽIVOT	podpora rozvoja neziskových činností v Starej Turej a okolí
NADEJ AKO DAR, n.o.	komplexné služby sociálnej, výchovnej a poradenskej starostlivosti
Nádej deťom	rómske, iné
Národná rada občanov so zdravotným postihnutím v SR	zdravotne postihnutí
Národná rada sluchovo postihnutých	zdravotne postihnutí
Návrat, o.z.	pomoc rodinám v ohrození, náhradná rodinná starostlivosť
Nezábudka, o.z.	pomoc deťom s postihnutím a rodinám
NRC Kováčová	národné rehabilitačné centrum
Občianske združenie - Centrum rodín OSTROV	integrácia zdravotne postihnutých
Občianske združenie "Obete nehôd"	telesne postihnutí
Občianske združenie Barlička	telesne postihnutí, detské
Občianske združenie celiatikov	zdravotne postihnutí
Občianske združenie DOMINO - Prievidza	mentálne a duševne postihnutí
Občianske združenie Domov sociálnych služieb RUŽA	sociálne, opatrovateľské
Občianske združenie Kvas	iné združenia
Občianske združenie rodičov a priateľov zdravotne postihnutých detí v Bratislave Srdiečko	iné združenia
Občianske združenie USMEJ SA NA MŇA	iné zdravotnícke, detské
OKÁČIK	voľný čas, iné mládežnícke
ONAS	zdravotne postihnutí
Otvorená náruč	cirkevné, náboženské
Palčekovia	iné združenia
Paracentrum Fenix	sociálne poradenstvo, os. asistencia, sociálne aktivizačné služby, soc. rehabilitácia
Paraple Centrum	pomoc ľuďom s poškodením miechy
Parasport24-športový klub handicapovaných športovcov Slovenska	sociálne, opatrovateľské, ľudské práva, protidrogové, AIDS, iné závislosti
Parnassius	rozvoj obce, regiónu, cestovný ruch, rozvoj bezbariérového turizmu

Perspektiva.sk	sociálne, opatrovateľské, voľný čas, iné umelecké, kultúrne
PLAMENOK, n.o.	zdravotná starostlivosť pre rodiny s nevyliciteľne chorým dieťaťom
Priatelia slaných detí (existuje)	pomoc ľuďom s cystickou fibrózou
Prima, n.o.	domov sociálnych služieb pre dospelých
REFREŠ	iné združenia
Rehabilitačné stredisko pre zrakovo postihnutých v Levoči	rehabilitácia, vzdelávania a príprava na trh práce dospelých zrakovo postihnutých
Rotary club	humanitárna činnosť
Sila rúk východu	iné telovýchovné
SLNEČNICA	rozvoj obce, regiónu, cestovný ruch, iné umelecké, kultúrne
Slnko deťom, občianske združenie	zdravotne postihnutí, detské
Slovak Crohn Club	zdravotne postihnutí
Slovenská abilympijská asociácia	zdravotne postihnutí
Slovenská asociácia zrakovo postihnutých športovcov, občianske združenie	
Slovenská spoločnosť pre spina bifida a/alebo hydrocefalus	zdravotne postihnutí, celoslovenské športové
Slovenská únia sluchovo postihnutých	zdravotne postihnutí
Slovenské hemofilické združenie	zdravotne postihnutí
Slovenský lyžiarsky zväz zdravotne postihnutých	zdravotne postihnutí
Slovenský paralympijský výbor	podpora športovcov s postihnutím
SLOVENSKÝ ZVÄZ INVALIDOV združenie na pomoc zdravotne postihnutým občanom	šport zdravotne postihnutých
Slovenský zväz nepočujúcich	združenie na pomoc zdravotne postihnutým občanom
Slovenský zväz telesne postihnutých	zdravotne postihnutí
Slovenský zväz telesne postihnutých športovcov	združenie pre telesne postihnuté deti a ich rodiny
Slovenský zväz zdravotne postihnutých	šport zdravotne postihnutých
SOCIÁLNY PREŠOV	zdravotne postihnutí
SOSNA	sociálne, opatrovateľské, rozvoj obce, regiónu, cestovný ruch
SPOJME SRDČIA PRE ZDRAVIE STROČÍN	environmentálna výchova a vzdelávanie
	telesne postihnutí

Spoločnosť na pomoc osobám s autizmom	mentálne a duševne postihnutí
Spoločnosť Parkinson Slovensko	zdravotne postihnutí
Stopka, n.o.	kompensačné pomôcky, odstraňovanie architektonických bariér...
SVETIELKO NÁDEJE	rozvoj zdravotníctva, iné mládežnícke
Svomosť	Rómske
ŠANCA n.f.	podpora starostlivosti o postihnuté deti a mládež, hlavne zo Spojenej školy na Opatovskej ulici v Košiciach
ŠK OMD Boccian Bratislava	športový klub Organizácie muskulárnych dystrofií, boccia
ŠK Športinvalid Košice	športový klub
ŠK TP a vozíčkarov Nitra	športový klub
ŠK TPŠ Kinex Bytča	športový klub zdravotne postihnutých
ŠK ZP Biliard Wheelchair Team Slovakia	športový klub
Športový klub ALTIUS	športový klub, telesne postihnutí
Športový klub nevidiacich a slabozrakých športovcov Delfin Košice	športový klub zdravotne postihnutých
Športový klub stolného tenisu Ružomberok	športový klub
Športový klub zdravotne postihnutých Ďumbier Lopej	športový klub zdravotne postihnutých
Športový klub zdravotne postihnutých HANDBIKE TEAM SLOVAKIA	športový klub zdravotne postihnutých
Športový klub zdravotne postihnutých Pegas Remata	športový klub zdravotne postihnutých
TENENET o.z	sociálne, opatrovateľské
TK Ellegance Košice	spev, tanec, hudba, tanec na vozíku
Turčianske Venuše	zdravotne postihnutí, ženské
Tyflocomp, s.r.o.	distribučné stredisko pomôcok pre nevidiacich a slabozrakých
Únia nevidiacich a slabozrakých Slovenska	občianske združenie zamerané na nevidiacich a slabozrakých, priateľov, rodinu
Via Orbis, n.o.	sociálna pomoc a humanitárna starostlivosť pre ZŤP občanov
Viera a svetlo	mentálne a duševne postihnutí, cirkevné, náboženské
Výrobné družstvo invalidov NOVID Nováky	plastikárska výroba, zváranie a šitie výrobkov z fólie, krajčírske práce, textilná výroba

Združenie občanov "Na pomoc blížnemu svojmu - Hilárko"	iné združenia
Združenie pre duševné zdravie - Integra, občianske združenie	mentálne a duševne postihnutí anonymní alkoholici
Združenie pre služby AA v SR	iné združenia
Združenie pre zvyšovanie kvality ľudského života "LUDIA LUDOM"	mentálne a duševne postihnutí iné združenia
Združenie príbuzných a priateľov Radosť	mentálne a duševne postihnutí iné združenia
Združenie Stuha	zdravotne postihnutí
Združenie zdravotne postihnutých "Srdiečko"	zdravotne postihnutí, iné umelecké, kultúrne, sociálne, opatrovateľské
ZOM Prešov	socialne, opatrovateľské, rómske
ZRNKO NÁDEJE	Zdravotníctvo
Zväz diabetikov Slovenska	tvorba legislatívy a zákonov v prospech zdravotne postihnutých, organizácia rekondičných pobytov
Zväz postihnutých civilizačnými chorobami v SR	mládež, telesne postihnutí
Zväz telesne postihutej mládeže	socialne, opatrovateľské
Život s dúhou v srdci	

Príloha B - Kazuistika

Príklad 1 - oplatí sa mi pracovať?

Júlia, 32 rokov, ekonómka, vozičkarka - paraplégia

Júlia je po úraze už 15 rokov na vozičku. Pochádza z Brezna a žije a pracuje v Bratislave. Na vozičku vyštudovala vysokú školu, aby mala dobré vzdelanie a mohla pracovať za primerané ohodnotenie. Presťahovala sa z Brezna do Bratislavy, pretože v rodnom meste nemohla nájsť prácu a už vôbec nie bezbariérové bývanie. Pre svoj plnohodnotný život potrebuje 6 hodín osobnej asistencie, invalidný vozík, auto s úpravou pre vozičkárov, bezbariérové bývanie.

Príjem:

Invalidný dôchodok 320 €

Čistá mesačná mzda 680 €

Spolu 1000 €

Výšky súm životného minima pre 1 plnoletú

osobu: 198,09 €

3 - násobok = 594,27 €

4 - násobok = 792,36 €

5 - násobok = 990,45 €

Júliin invalidný dôchodok nie je ani priemerným invalidným dôchodkom Slovenskej republiky, taktiež jej mesačná mzda nie je ani priemerom mesačnej mzdy v hospodárstve Slovenskej republiky.

Keďže Júliin mesačný príjem je do 5 - násobku životného minima, **odňali jej** tieto príspevky:

- Pohonné hmoty 33,09 € - odníma sa pri 3 – násobku životného minima
 - Hygienu a opotrebovanie šatstva, bielizne, obuvi a bytového zariadenia 18,39 € - odníma sa pri prekročení 3 - násobku životného minima
 - Osobné motorové vozidlo
 - Príspevok na kúpu mechanického invalidného vozíka
 - Príspevok na úpravu osobného motorového vozidla
 - Príspevok na úpravu bytu alebo garáže
 - Príspevok na opravu pomôcky
- pri prekročení 4 - násobku životného minima **odňali jej časť**
- osobnej asistencie 207,64 € (keby nepracovala, dostala by na osobnú asistenciu 503,07€)

Po prvom roku práce Júlia zistila, že si musí platiť jednotlivé kompenzácie, dokonca prerobila. Čím viac ako občan s ťažkým zdravotným znevýhodnením zarobí, tým viac

prichádza o svoj príjem, lebo jej narastajú výdavky na osobnú asistenciu a nevyhnutné pomôcky. Výška príjmu neodstraňuje zdravotné znevýhodnenie.

Oplatilo sa jej študovať? Oplatilo sa jej pracovať?

Zákon takto priamo trestá iniciatívnych, vzdelaných a pracovitých ľudí s ťažkým zdravotným znevýhodnením, ktorý však tým že pracujú, odvádzajú dane a sú prínosom.

Príklad 2 - oplatilo sa jej vydať?

Jana, 28 rokov, právnička, nevidiaca

Jana je od malička úplne nevidiaca. Pochádza z Komárna a chce sa osamostatniť od rodičov. Vyštudovala právnickú fakultu a pracuje za minimálnu mzdu ako koncipientka. Okrem osobnej asistencie nemá nárok na žiadny príspevok.

Jana sa minulý rok vydala, keďže jej manžel mal vyšší príjem, odňali jej aj príspevok na osobnú asistenciu. Momentálne si z rodinného rozpočtu musí platiť osobného asistenta.

Oplatilo sa jej vydať?

Rodinní príslušníci nesmú byť diskriminovaní a následne vlastne trestaní za výšku svojho príjmu.

Príklad 3 – šport verzus práca

Ján, 30 rokov, športovec - paralympionik, vozičkár - amputácia dolných končatín

Jánovi museli v dôsledku pracovného úrazu pred 5 rokov amputovať obe nohy. Po úraze sa začal venovať vrcholovej lukostreľbe zdravotne znevýhodnených, kde dosahuje vynikajúce výsledky doma aj v zahraničí. Svoj všetok čas venuje len športu, cyklistike a kondičnej príprave, jeho cieľ je štartovať na paralympijských hrách. Keďže popri športe by nestíhal pracovať, nespĺňa podmienky peňažného príspevku na auto. Bez auta sa však nemôže zúčastňovať všetkých pretekov, sústreďení, ktoré sú potrebné pre dosiahnutie jeho cieľa, účasti na paralympijských hrách.

Príloha C - Životopis Ludwiga Guttmanna

L. Guttmann sa narodil do ortodoxnej židovskej rodiny v nemeckom meste Tost, ktoré sa nachádzalo v Hornom Sliezsku v roku 1899 a bol najstarší zo štyroch detí a zároveň bol aj jediný chlapec. Keď mal Ludwig Guttmann tri roky, tak sa jeho rodina presťahovala do mesta Königshutte, ktoré bolo známe veľkou zlievarňou a baníctvom. Vo veku 18 rokov sa rozhodol stať zdravotníkom v miestnej Úrazovej nemocnici (Accident Hospital) pre baníkov, kde bol svedkom incidentu, ktorý v ňom zanechal hlboký pocit. Guttmann sa v tom čase začal zaujímať o silného, mladého baníka, ktorý bol prijatý do nemocnice so zlomenou chrbticou a ochrnutím od pásu nižšie, len aby zistil, že blízka budúcnosť baníka bola bezútešná a baníka v priebehu niekoľkých týždňov očakávala smrť. Guttmann ťažko mohol uveriť tomu, že pacient bol celý uzavretý do sadry a premiestnili ho preč od iných pacientov, pričom sa u neho rozvinula infekcia močových ciest a sepsy. O päť týždňov neskôr baník zomrel. Guttmann k tejto udalosti povedal: „Aj keď som videl o mnoho viacej obetí trpiacich rovnakým osudom, bol to obraz tohto mladého muža, ktorý mi zostal nezmazateľne zafixovaný v mojej pamäti.“

V apríli 1918 Guttmann začal študovať medicínu na univerzite v Breslau (teraz Wrocław), kde aj zložil záverečné skúšky o päť rokov neskôr v roku 1923. Počas štúdia sa stal aktívnym v židovskom bratstve, ktorého cieľom bolo zvyšovanie informovanosti a povedomia proti antisemitizmu na univerzitách. Bratstvo sa postupne vyvinulo do centra telesnej výchovy a športu, k získaniu telesnej sily, zručnosti, sebavedomia a sebaúcty tak, že „nikto nemal byť zahanbený tým, že je žid“.

Guttmann mal v začiatkoch svojej kariéry v úmysle pracovať ako pediater, ale keď jeho úsilie nájsť prácu v tejto konkrétnej špecializácii zlyhalo, neochotne prijal prácu v oblasti neurológie a neurochirurgie – rozhodnutie, ktoré ovplyvnilo zvyšok jeho života a nespočetné množstvo iných, s ktorými prišiel do kontaktu. Oddelenie v tých časoch viedol významný profesor Otfried Foester, Guttmann sa v roku 1929 stal jeho asistentom a v roku 1930 publikoval článok, vďaka ktorému mohol prednášať na Univerzite v Breslau.

V januári 1933 sa Adolf Hitler stal kancelárom Nemecka, ale Guttmann vďaka svojej rýchlo rastúcej medzinárodnej povesti mal množstvo pracovných ponúk mimo Nemecka. A v tomto roku bolo zakázané židom pôsobiť vo verejných nemocniciach a dňa 30. júna 1933 dostal výpoveď. Vzápätí nastúpil ako riaditeľ neurologického a neurochirurgického oddelenia v židovskej nemocnici v Breslau.

Po vzostupe Hitlerovej moci bolo postavenie Nemcov židovského pôvodu stále ťažšie a ťažšie. Guttman dostal veľa návrhov k migrácii do zahraničia, aby mohol pokračovať v jeho kariére. Neakceptoval žiadnu, pretože sám veril, že nacizmus nebude dlho trvať. Stal sa prezidentom židovskej lekárskej komunity a mnohokrát sa vystavil nebezpečenstvu tým, že pomáhal utečencom a pacientom. V septembri 1938 mu bolo nariadené gestapom, že prepustí všetkých nežidovských pacientov zo židovskej nemocnice, ktorú riadil. Neskôr toho istého roku, kedy boli odvečnené tisíce židov do koncentračných táborov, Guttman bol vyzvaný komisárom miestneho gestapa, aby odôvodnil prítomnosť 63 pacientov, ktorí boli prijatí do jeho nemocnice. Podarilo sa mu zachrániť skoro všetkých, ale traja, boli odvečnení do koncentračných táborov. Na základe tohto incidentu, si Guttman uvedomil, že bude musieť opustiť Nemecko.

Guttman spolu so svojou ženou Elzou (Else) a dvoma malými deťmi, Denisom a Evou, mierili do anglického mesta Dover, do ktorého dorazili dňa 14. marca 1939. Potom, čo sa Guttmannovci v Británii usadili v meste Oxford, začal sa Guttman zaoberať rôznymi výskumnými projektmi.

Ako čas ubiehal a vojna postupovala, vláda cítila neodvratný príliv ochrnutých vojakov, ako dôsledok tlaku druhého frontu plánovaného na rok 1944. Úmrtnosť britských a amerických vojakov počas prvej svetovej vojny bola 80 % a pretrvávala aj počas druhej svetovej vojny. Vláda sa rozhodla zriadiť špeciálne oddelenie zaoberajúce sa poraneniami chrbtice, ktoré malo zabezpečiť starostlivosť pre poranených a takisto malo byť v stálej pohotovostnej službe.

V septembri 1943 bol Guttman oslovený, či by dané oddelenie prevzal. Povedal, že by viedol oddelenie, ale iba za predpokladu, ak bude mať voľnosť pri realizácii jeho vlastných teórií o tom, ako najlepšie liečiť paraplegických pacientov. Boli dve možnosti pre nové oddelenie a to Basingtoke alebo Stoke Mandeville.

Guttman preferoval Stoke Mandeville, v oblasti Buckinghamshire a tak Guttman dňa 1. februára 1944 nastúpil do novej funkcie. Jednotka bola pomenovaná Oddelenie X (Ward X) a v začiatkoch malo len 26 lôžok.

Guttmannova misia

Dr. Ludwig Guttmann začal pracovať v Stoke Mandevillskej nemocnici v roku 1944, kde čelil možnosti získania veľkého množstva zranených vojakov. Ale v mnohých ohľadoch to bola najmenšia z jeho starostí.

„Je úžasné si myslieť, že pred nie mnohými rokmi liečba paraplegikov bola všeobecne považovaná za stratu času.“ Píše Jeho kráľovská výsosť princ Charles v predslove knihy „Spirit of Stoke Mandeville“ od Susan Goodman (Collins, 1986).

Guttmann by mohol riešiť len medicínsku problematiku. Ale oveľa väčšie starosti boli, ako prekonať široko udržiavané predsudky, a to v rámci lekárskeho povolania a medzi verejnosťou, že pacienti ako náhle boli ochrnutí mali pred sebou bezcieľnú budúcnosť a nikdy by nemohli byť znovu začlenení do spoločnosti. A kvôli tomu jeho kolegovia z lekárskeho prostredia boli zmätení Guttmannovou horlivosťou pre Stoke Mandevillskú nemocnicu. Návštevy v nemocnici sa v prvých dvoch rokoch stále pýtali: „Stojí to za to?“. Takýto negatívny postoj verejnosti voči osudu pacientov dobre vystihol jeden z prvých pacientov, ktorý napísal: „Jednou z najťažších úloh pre paraplegikov je rozveseliť ich hostí!“.

„Nemohli pochopiť, ako som mohol opustiť Oxfordskú univerzitu, aby som bol pohltý v beznádejnej a depresívnej úlohe starostlivosti o paraplegikov,“ povedal. ("Spirit of Stoke Mandeville" Susan Goodman, Collins, 1986).

Guttmann zásadne nesúhlasil s bežne uznávaným lekárskeým pohľadom na budúcnosť pacienta s paraplégiou a cítil, že je nevyhnutné obnoviť nádej a sebadôveru jeho pacientov, a prakticky ich aj rekvalifikovať, takže keď už na tom boli dosť dobre, aby mohli odísť, mohli opäť prispieť k rozvoju spoločnosti.

Dosiahol to predovšetkým zmenou spôsobu, akým sa s nimi zaobchádzalo - pravidelne s nimi hýbal, aby sa zabránilo hromadeniu dekubitov a možnosti rozvoju infekcie močových ciest - a ich zapojením do fyzických a na zručnostiach založených aktivít. Športy, ako lukostreľba, zlepšili ich duševné zdravie, zatiaľ čo učenie sa nových zručností, ako sú práca s drevom, opravy hodín a hodiniek, a písanie na stroji, by mohli zabezpečiť, že budú zamestnateľní. Ak personál alebo pacienti, si na Oddelení X mysleli, že budú mať ľahkú prácu, tak ostali prekvapení.

Guttmann požadoval veľa od tých, ktorí pre neho pracovali. Avšak on sám dával v rovnakej, alebo často väčšej miere.

Luk a šípy

Guttmann si bol plne vedomý pozitívnych a psychologických výhod pohybovej aktivity a ešte ako mladý muž sa v Nemecku venoval šermu. V Stoke Mandeville trval na športe, vrátane jednotlivých a kolektívnych športov, ktoré sa stali neoddeliteľnou súčasťou rehabilitačného programu. Ďalším vysvetlením, prečo sa Guttmann uberal cestou športu bolo to, že telesná výchova a šport zohrali dôležitú úlohu počas židovskej obrody na konci 19. storočia. Nebol to len výraz nového židovského sebavedomia, ale tiež spôsob pre integráciu židov do nežidovského prostredia. A bol to práve šport – lukostreľba, ktorý viedol k úplne prvej súťaži medzi športovcami so zdravotným znevýhodnením.

„Predvídal som dobu, keď táto športová udalosť by mohla byť skutočne medzinárodná a Stoke Mandevillské hry by dosiahli svetovú slávu, ako ekvivalent olympijských hier pre osoby so zdravotným postihnutím.“ The Cord, 1949.

Je pomerne nejasné prečo sa Guttmann rozhodol dňa 28. júla 1948 hostiť lukostreleckú súťaž medzi dvoma tímami športovcov so zdravotným postihnutím, presne v rovnaký deň, kedy viac ako 4000 športovcov bez zdravotného znevýhodnenia z 59 krajín sa zúčastnilo otváracieho ceremoniálu XIV. olympijských hier vo Wembley.

Či už to bola náhoda, alebo ťah génia, nezáleží na tom, pretože deň 28. júl 1948 sa stal momentom v histórii; v deň, keď 16 bývalých vojakov (14 mužov a dve ženy) sa stretlo na trávniku v Stoke Mandevillskej nemocnici v lukostreleckej súťaži.

Na jednej strane, Kráľovský ústav Star and Garter (The Royal Star and Garter Home) z anglického Richmondu a na strane druhej Stoke Mandevillská nemocnica. Kráľovský ústav Star and Garter vyhral. Víťazný pohár bol odovzdaný a tak isto došlo k prvej zaznamenanej súťaži medzi športovcami so zdravotným postihnutím.

Guttmannov čin nebol zabudnutý aj napriek tomu, že to bola len jedna udalosť, v jeden deň, s malým počtom účastníkov. Avšak od tejto súťaže, ostatné súťaže so športovcami, ktorí majú zdravotné znevýhodnenie, iba rástli. *„Ako malé to bolo, to bola demonštrácia verejnosti, že súťažný šport nie je výsadou iba intaktných“* (Goodman, Collins, 1986).

V roku 1949, len o rok neskôr, sa zúčastnilo viac nemocníc a účastníkov na Letnom festivale športu, ktorý sa stal známy ako Stoke Mandevillské hry. Bolo to práve tu, kde Guttmann predniesol slová, ktoré sa navždy spájajú s ním: „*Predvídal som dobu, keď táto športová udalosť by mohla byť skutočne medzinárodná a Stoke Mandevillské hry, by dosiahli svetovú slávu ako ekvivalent olympijských hier pre osoby so zdravotným znevýhodnením.*“ (The Cord, 1949).

Je možné, že to chvíľu trvalo, ale Guttmannovo proroctvo sa naplnilo. Dnes paralympijské hry sú ekvivalentom olympijských hier pre osoby so zdravotným znevýhodnením.

Skoré začiatky

Rok, čo rok sa počet účastníkov na Stoke Mandevillských hrách tak, ako ponuka športov rozrastali a chýry o týchto hrách sa rýchlo šírili po celej krajine medzi ostatné nemocnice zamerané na poškodenie chrbtice.

„*Ak som niekedy urobil jednu dobrú vec v mojej lekárskej kariére, tak to bolo zavedenie športu do programu liečby a rehabilitácie pacientov s poškodením miechy a pacientov s ťažkým zdravotným znevýhodnením.*“ Guttmann, v Scrutone, Stoke Mandeville, Cesta k paralympijským hrám.

Ale Guttmann chcel tiež športovcov zo zahraničia a v roku 1952 sa splnilo jeho želanie. Medicínsky riaditeľ Vojenského rehabilitačného centra (Military Rehabilitation Centre) v holandskom Doorne, požiadal Guttmanna, či by mohol poslať tím vojnových veteránov súťažiť na Stoke Mandevilleských hrách a Guttmann súhlasil. V roku 1953 prišiel tím z Kanady. V roku 1954 sa už zúčastnili aj Austrálčania, Fíni, Egypťania a Izraelčania. A tak to šlo ďalej. (Scruton, „Stoke Mandeville, Cesta k paralympiáde“, Peterhouse Press, 1998).

A tak sa stali Medzinárodnými Stoke Mandevillskými hrami, ktoré sa budú konať každoročne v júli. Práve tieto hry boli predchodcom dnešných paralympijských hier.

Celosvetové pôsobenie

Do konca 50-tych rokov 20. storočia Guttmann, taliansky inštitút - Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro (INAIL) a Oddelenie pre liečbu úrazov chrbtice v Ríme diskutovali o možnosti umiestnenia Medzinárodných Stoke Mandevillských hier mimo územia Británie, ktoré by sa konali v roku 1960. Vzhľadom k tomu, že sa v ten rok

olympijské hry konali v Ríme, Guttman nevidel dôvod, prečo by sa Medzinárodné Stoke Mandevillské hry nemohli konať práve tam. A Taliani ho v tom podporovali.

„Opatrenie prijaté Výborom pre Stoke Mandevillské hry, aby sa hry konali čas od času mimo Anglicka bolo úžasné... To spôsobilo, že veľa ľudí začalo hovoriť o hrách a sledovať správy z hier - najmä tí paraplegici po celom svete, ktorí boli veľmi deprimovaný a mali veľmi nízku morálku“ citované zo špeciálneho vydania The Cord po hrách konaných v roku 1960, pre ktoré to povedal Nizar Bissat z Libanonu.

XVII. Olympijské hry sa skončili dňa 11. septembra 1960 a len o týždeň neskôr dňa 18. septembra 400 športovcov so zdravotným znevýhodnením reprezentujúcich 21 štátov sa zhromaždilo na prvých zámorských stoke-mandevilleských hrách, určených pre športovcov s poranenou chrbticou. Ostatné skupiny športovcov so zdravotným znevýhodnením, ako napr. športovci so slepotou a zrakovo znevýhodnení, po amputácii končatiny a s mozgovou obrnou neboli súčasťou hier po mnoho rokov.

Samozrejme, že to boli rušivé momenty, ale prvé zámorské hry boli veľmi úspešné, a to nielen pre usporiadateľov a športovcov, ale aj pre posolstvo nádeje a možnosti, ktoré bolo vyslané pre komunity občanov so zdravotným znevýhodnením po celom svete.

V Ríme roku 1960 športovci zdieľali rovnaké mesto a ubytovanie so svojimi olympijskými náprotivkami. Športovci prišli zo všetkých kontinentov sveta a zúčastnili sa na deviatich podujatiach. Británia vyhrala 21 zlatých medailí, 15 strieborných a 18 bronzových. Rím sa neskôr stal známy ako dejisko prvých paralympijských hier. Precedens bol stanovený!

Národy na prvej paralympiáde / Rím 1960:

- Argentína
- Austrália
- Rakúsko
- Belgicko
- Fínsko
- Francúzsko
- Nemecko
- Veľká Británia
- Grécko
- Írsko

- Izrael
- Taliansko
- Libanon
- Malta
- Nórsko
- Holandsko
- Južná Rodézia - Zimbabwe
- Švédsko
- Švajčiarsko
- USA
- Juhoslávia

Rozširovanie dostupnosti

Spočiatku bol Guttmann neústupný a nástojil na tom, že hry majú byť len pre tých športovcov, ktorí majú poranenú miechu a tak tomu bolo počas nasledujúcich 16 rokov (1960-1976).

Avšak v roku 1976 sa to zmenilo pridaním dvoch nových skupín pre športovcov a boli to skupiny: športovci so zrakovým znevýhodnením a športovci, ktorí boli po amputácii. V roku 1980 bola pridaná kategória športovcov s mozgovou obrnou a v roku 1984 bola pridaná piata kategória nazvaná „ostatní“ - „les autres“, ktorá sa vzťahuje na športovcov, ktorí sa nevedeli zahrnúť do už spomenutých kategórií. V roku 1996 bola zaradená šiesta, a do dnešného dňa, posledná skupina športovcov so zdravotným znevýhodnením a po prvý krát to bola skupina pre športovcov s mentálnym znevýhodnením, známym ako porucha učenia.

Hoci športovci s mentálnym znevýhodnením boli prijatí v roku 1996, nedlho na to v roku 2000 po hrách v Sydney tomu bol koniec, a na nasledovných hrách už táto kategória nebola. Španielsky novinár, Carlos Ribagorda, sa stal súčasťou španielskeho basketbalového tímu s mentálnym postihnutím, aj keď nemal mentálne poškodenie. Na hrách v Sydney pomohol španielskemu tímu získať zlato s veľkým rozdielom v skóre, ktoré bolo 87:63 nad Ruskom. Sotva medaila bola umiestnená okolo jeho krku, rozprával svoj príbeh a tvrdil, že mnoho členov z tímu, a nielen sám, neboli kontrolovaní na mieru mentálneho postihnutia.

Po vyšetrovaní sa zistilo, že jeho príbeh je pravdivý a španielskemu tímu bolo nariadené vrátiť svoje medaily a športovci s mentálnym postihnutím mali zakázanú účasť na budúcich hrách, kým sa nenájde virohodnejší a presnejší spôsob, ako by mohol byť športovec otestovaný na mieru zdravotného postihnutia v rámci určitého športu.

Španielom síce odobrali zlaté medaily, na vyriešenie celého prípadu sa ale čakalo dlhých 13 rokov. Súd síce uznal bývalého prezidenta španielskeho zväzu mentálne postihnutých športovcov Fernanda Vicenteho vinným, uložil mu však len nízku pokutu vo výške 5 340 eur.

V roku 2009 Medzinárodný paralympijský výbor bol spokojný s novou metódou testovania, ktorá mohla zaručiť, že športovci s poruchami učenia sa mohli zúčastniť v troch z 20 športov v Londýne – v atletike, plávaní a stolnom tenise. Rozhodnutie znamenalo pre Londýn 2012 znovu zvýšený počet skupín športovcov so zdravotným postihnutím, ktorý sa vrátil na šesť, prvýkrát za viac ako desať rokov.

Za rokom 2012

Počet športov v paralympijskom programe a počet súťažiacich športovcov neustále rastie, pretože paralympijské hnutie zahŕňa všetkých tých, ktorí chcú byť jeho súčasťou.

V roku 1960, 400 športovcov z 21 krajín sa zúčastnilo deviatich podujatí. V roku 2012, sa viac ako 4 200 športovcov zo 164 krajín súťažilo v 20 športoch.

Ale tu sa to nekončí.

Celkom sedem nových športov požiadalo o prijatie Medzinárodný paralympijský výbor, ktorý je globálnym riadiacim orgánom Paralympijského Hnutia do paralympijského programu. V snahe byť v roku 2010 pridaný do zoznamu športov pre hry v Rio de Janeiro, ktoré sa budú konať od 7. do 18. septembra 2016. Pred tým, než bolo oznámené, všetky športy boli preskúmané spolu s existujúcimi športmi, takže para-kanoe a para-triatlon boli dva vybrané športy, aby mohli debutovať v roku 2016. Tým počet športov rástol z 20 na 22.

Para-kanoe sa bude skladať z ôsmich podujatí v Riu, zatiaľ čo para-triatlon (zahŕňa 750m plávania, nasleduje 20 km bicyklovania a potom 5km behu) bude prístupný pre športovcov v šiestich triedach zdravotného znevýhodnenia.

Príloha D – Citácie úspešných slovenských paralympionikov

“Nikdy som nerozmýšľal o tom, že som iný a už vôbec som si nepripustil myšlienku, že mi svet nebude patriť. Presne tak to aj je - patrí mi všetko, o čo zabojujem! Postihnutie po úraze alebo havárii nezmeníš. Áno, možno sa zmenia ľudia v tvojom okolí, ale to je ich vec. Ty skús žiť ďalej ako predtým, len s malými zmenami a hlavne (ako spieva aj Karol Duchoň) S ÚSMEVOM!”

MARTIN FRANCE

- reprezentant Slovenska v zjazdovom lyžovaní, účastník viacerých paralympiád. Napriek vrodenej deformácii končatín ho rodičia i brat – dvojčka vždy podporovali v športovaní. Martin je nielen vynikajúci lyžiar, ktorý precestoval celý svet, ale aj dlhoročný aktívny DJ. A stále stíha aj ďalšie koníčky, medzi ktoré patrí futbal, počítače a vraj i dievčatá.

“Rodičia ma od mala učili prekonávať prekážky. Asi preto sa dnes až pozastavujem nad tým, aká je radosť, naozaj ich zdolávať!.”

VERONIKA VADOVIČOVÁ

- držiteľka dvoch paralympijských medailí, majsterka sveta aj Európy, držiteľka takmer 200 ďalších ocenení v športovej streľbe. Po víťazstve na paralympiáde v Pekingu sa dostala na titulku denníka China Daily s nákladom takmer miliardy kusov! Prvá a zatiaľ jediná profesionálna športovkyňa z radov slovenských paralympionikov.

“Môžeš mať všetko čo chceš! Je len na tebe, ako sa k životu postavíš, či sa budeš ľutovať, alebo bojovať. Ja som sa v minulosti tiež rozhodol. Išiel som za svojím cieľom a dnes som šťastný. Sprav to aj ty a nebudeš ľutovať!”

VLADISLAV JANOVJAK

- slabozraký cyklista zbiera cenné športové trofeje aj po štyridsiatke - naposledy bronz na paralympiáde v Londýne 2012. Vyštudovaný kuchár sa po zhoršení zraku

rekvalifikoval na maséra a má stále tie najvyššie športové ciele. Najbližšie bude reprezentovať Slovensko na paralympiáde v Rio de Janeiro v roku 2016.

„Nikdy sa nevzdávaj, nájdi si cieľ a chod' za ním! Hlavne sa nezatváraj medzi štyri steny!“

ALENA KÁNOVÁ

- život jej zmenila ťažká autonehoda v detstve, no ani vozík neznamená pre nu žiadne obmedzenia. Je naša najúspešnejšia paralympijská stolná tenistka, stala sa tiež členkou slovenského curlingového tímu. Vyštudovaná právnička si k športovaniu pribrala ešte aj prácu pre Paralympijské motivačné centrum v Kováčovej. Jej najväčším koníčkom je cestovanie.

„Neobzeraj sa späť do minulosti na to, čo bolo. Nerozmýšľaj nad budúcnosťou, aká bude. Začni žiť tu a teraz!“

MARCEL PAVLÍK

- ani pre Marcela nie je vozík dôvodom, prečo by si nemal plniť svoje sny. Najväčšiu radosť má z toho, ak môže niečo opraviť, či vylepšiť a je mu jedno, či je to sprcha v hoteli alebo jeho športový výkon. Denne sa venuje niekoľkohodinovému športovému tréningu v lukostreľbe. V roku 2014 sa stal najlepším slovenským lukostrelcom medzi mužmi a porazil tak aj všetkých „zdravých“ kolegov.

„Život je krátky, ale dosť dlhý na to, aby sme sa každé ráno zobudili s úsmevom a tešili sa na to, čo nám prinesie. Keď si večer ľahneme do postele, môžeme si povedať, že sme opäť prežili krásny a úspešný deň! Ži život naplno tak, ako keby mal byť každý deň ten posledný...“

MIROSLAV JAMBOR

- držiteľ bronzovej medaily v stolnom tenise z Pekingu 2008. Vášeň k športu ho sprevádza od útleho detstva, stolný tenis po prvýkrát vyskúšal už ako štvorročný a zostal mu verný aj po tom, keď mu hemofília zasiahla kĺby.

„Život treba brať športovo. Ide len o víťazstvo. Keď športuješ, nejde o výkon tela, ktoré má deficit, ale o výkon duše – ako sa s tým vyrovná a ako posunie možnosti tela o krok bližšie stať sa víťazom. Netreba byť majstrom sveta, ale byť lepší ako pred rokom, mesiacom, dňom či hodinou. Stať sa víťazom nad sebou samým a neutápať sa v pochybnostiach ako si neverím!“

JAKUB KRAKO

- mladý, nesmierne talentovaný zjazdár s dystrofiou očnej sietnice, mnohonásobný paralympijský víťaz. Už na paralympiáde v Turíne v roku 2006 bol absolútne najmladším pretekárom v alpských disciplínach a v roku 2009 sa stal ako 18-ročný historicky najmladším víťazom pretekov Svetového pohára.

Slovenský paralympijský výbor
Benediktiho 5
Bratislava, 811 05
Telefón: +421 2 577 897 00
E-mail: spcoffice@spv.sk

**Stratégia pre zdravotne postihnutých so zameraním na špecifickú skupinu
športovcov**

Odborná štúdia k projektu PARALELA

Vydal:	A-Systems s.r.o. Popradská 64G 040 11 Košice
Rok vydania:	2015
Rozsah:	145 strán
Náklad:	100 kusov
Tlač:	LVC s.r.o.

ISBN 978-80-972172-0-4

ISBN: 978 - 80 - 972172 - 0 - 4
EAN: 9788097217204

