



Inštitút pre výskum
práce a rodiny

BULLETIN

MARCH 2021
VOL. 2 ISSUE 3

KVETOSLAVA REPKOVÁ

POSUDKOVÁ ČINNOSŤ V ĽUDSKO-PRÁVNEJ PERSPEKTÍVE:
EURÓPSKE MODELY A SKÚSENOSTI

Posudková činnosť v ľudsko-právnej perspektíve: európske modely a skúsenosti

Prof. PhDr. Kvetoslava Repková, CSc.

Inštitút pre výskum práce a rodiny, Bratislava

OBSAH

Úvod	2
1 Kontext a cieľ článku	3
2 Posudzovanie zdravotného postihnutia - spoločné východiská.....	3
3 Prehľad prístupov a metód posudzovania zdravotného postihnutia	5
3.1 Medicínsky orientované posúdenie zdravotného postihnutia	6
3.2 Metódy posúdenia zdravotného postihnutia založené na zohľadňovaní kontextu	6
3.2.1 Posudzovanie funkčnej kapacity	6
3.2.2 Posudzovanie schopnosti sebaobsluhy a potreby podpory.....	9
3.2.3 Posudzovanie ekonomických strát	9
3.3 Posúdenie zohľadňujúce viacero prístupov	9
4 Vybrané procedurálne aspekty posudkovej činnosti.....	10
5 Sumarizácia a implikácie pre reformné zámery	11
6 Diskusia a záver	13
Zoznam bibliografických odkazov	15

ÚVOD

Pojem *posudková činnosť* (ďalej len „PČ“) má skôr sociálno-politickú a legislatívnu, než akademickú povahu. Zjavné sú však jeho teoretické kotvy v spoločensko-vedných disciplínach, osobitne v sociálnej práci. V rámci jej odborového vymedzenia sa však používa skôr pojem *diagnostická činnosť/sociálna diagnostika*, ktorá sa vykonáva v rámci individuálnej/prípadovej sociálnej práce (Čechová et al., 2002; Payne, 2014; Balogová, 2015). Cieľom diagnostickej činnosti je zisťovanie a posudzovanie príčin vzniku sociálneho problému človeka, identifikácia faktorov, ktoré sociálny problém udržiavajú, zvažovanie možných dôsledkov pretrvávania problému, všetko za účelom identifikácie zdrojov na jeho riešenie, vrátane intervenčných opatrení verejnej politiky (Navrátil, Matoušek, 2013; Mátel, Schavel, 2015; Kvašňáková, 2017).

Zo sociálno-politického hľadiska sa PČ vzťahuje k širokému okruhu sociálnych politik určených pre rozličné cieľové skupiny a k širokému okruhu subjektov, ktoré sú oprávnené PČ vykonávať. Ich spoločným menovateľom je snaha o určitú mieru štandardizácie posudkových postupov (Kvašňáková, 2017), nakoľko ich výsledkom je/nie je vznik právnych nárokov na rozličné formy sociálnych intervencií (oprávnení, služieb či dávok) poskytovaných podľa definovaných pravidiel (Waddington, Priestley, Sainsbury, 2018).

V národných podmienkach je PČ najviac rozvinutá v intervenčných schémach spojených s *posudzovaním zdravotného stavu a jeho súvislostí / dôsledkov / dopadov* na rozličné oblasti života človeka. Ide o PČ vykonávanú na účely pracovno-právnych vzťahov, podpory zamestnávania, dôchodkového a úrazového poistenia; ďalej na účely kompenzácie sociálnych dôsledkov ťažkého zdravotného postihnutia, pri odkázanosti na pomoc inej osoby riešenej formou sociálnych služieb; rovnako na účely vzdelávania, zdravotnej starostlivosti, podpory bývania či náhradnej rodinnej starostlivosti (bližšie pozri Repková et al., 2020). Treba však pripomenúť, že ak vychádzame z najširšieho sociálno-diagnostického poňatia uvedeného vyššie, tak potom sa PČ v sociálnej oblasti vzťahuje aj k posudzovaniu iných nepriaznivých situácií, napr. na materiálnu núdzu človeka pre účely poskytovania potrebných sociálno-intervenčných nástrojov či na širokospektrálne intervencie v rámci sociálno-právnej ochrany detí a sociálnej kurately. Problematika posudzovania v rámci týchto intervenčných schém však nebude predmetom nášho článku.

1 KONTEXT A CIEĽ ČLÁNKU

Výber tematiky PČ v sociálnej oblasti súvisiacej so zdravotným stavom človeka nemožno považovať pre účely prípravy tohto vydania bulletinu za náhodný. Odbornú pozornosť v národných podmienkach priťahujú najmä zábery vlády SR „... vytvoriť jednotný systém posudkovej činnosti a prehodnotiť systém poskytovania peňažných príspevkov na kompenzáciu sociálnych dôsledkov ťažkého zdravotného postihnutia...“ (Úrad vlády SR, 2020, s. 47). Aj keď nie sú v čase prípravy tohto článku podrobnejšie známe vecné kontúry pripravovaného vládneho zámeru, v kontexte očakávaných odborných diskusií k tejto téme môže byť prospešná rekapitulácia princípov PČ interpretovanej v ľudsko-právnej perspektíve, rovnako posudkových modelov a metód, ktoré sa na účely posudzovania zdravotného stavu človeka a jeho dopadov na rozličné aspekty jeho života využívajú v európskom priestore.

Cieľom článku je prispieť k pripravenosti odbornej verejnosti ku kvalifikovanému odbornému diskurzu k otázkam PČ a plánovania zmien v tejto oblasti v národných podmienkach. Nástrojom k tomu je sprostredkovanie kľúčových poznatkov a inšpirácií k tejto téme obsiahnutých v syntetizujúcej správe *Disability Assessment in European States (Posudzovanie zdravotného postihnutia v európskych krajinách; ďalej len „Správa“)*, ktorá bola publikovaná v roku 2018 v rámci činnosti Európskej siete expertov a expertiek pre problematiku zdravotného postihnutia ANED (Waddington, Priestley, Sainbury, 2018). Správa intenzívne zmieňuje aj výsledky tematicky porovnateľnej správy k podobnostiam a rozdielnostiam posudzovania zdravotného postihnutia v Európe, ktorú vypracovala Rada Európy v roku 2002. V Správe z roku 2018 sa tak integruje viac ako 15-ročné kontinuálne poznanie a skúsenosť európskych krajín v tejto oblasti, čo posilňuje jej legitimitu stať sa inšpiratívnym zdrojom pre reformy PČ v jednotlivých krajinách, vrátane Slovenska.

2 POSUDZOVANIE ZDRAVOTNÉHO POSTIHNUTIA - SPOLOČNÉ VÝCHODISKÁ

Správa v úvode syntetizuje **dôvody**, pre ktoré môžu v ostatnom období pristupovať individuálne krajiny k reformám PČ a k zavádzaniu tzv. *posudkových mechanizmov* (angl. *assessment mechanisms*) do svojich politík. Najčastejšie ide o snahu zosúladiť vlastnú národnú prax so záväzkami vyplývajúcimi z OSN

Dohovoru o právach osôb so zdravotným postihnutím (ďalej len „Dohovor“)¹, čo znamená aplikovať v rámci PČ **ľudsko-právnu optiku**. V nej sa neprístupuje k *zdravotnému postihnutiu* (angl. *disability*) ako k fixnému statusu určenému prítomnosťou medicínskej diagnózy, ale ako k *výsledku (negatívnych) interakcií medzi jednotlivcom s funkčnými poruchami a bariérami v postojoch spoločnosti a v prostredí, ktoré limitujú možnosti jeho účasti na spoločenskom živote na rovnakom základe s ostatnými* (voľne podľa preambuly Dohovoru). Dôvody zavádzania posudkových mechanizmov môžu súvisieť aj s obmedzenými verejnými zdrojmi a potrebami vlád prijímať reštrikčné opatrenia, kedy sa podporné schémy poskytujú len tým, ktorí spĺňajú úzko vymedzené podmienky pre vznik právnych nárokov, resp. tým, ktorí to najviac potrebujú. Kombináciou je posudzovanie potrieb jednotlivca a výber takých podporných nástrojov (dávok, služieb), ktoré z existujúcich najviac zodpovedajú posúdeným potrebám.

Implementácia posudkových mechanizmov plní viacero **účelov**. Môže ísť o:

- základné určenie, či ide o osobu so zdravotným postihnutím podľa stanovených kritérií (oficiálne uznanie statusu a registrácia);
- posudzovanie pre určenie špecifických právnych nárokov (napr. nároku na invalidný dôchodok);
- posudzovanie funkčnej kapacity pre poskytnutie podpory v osobitnej oblasti (napr. pre účely zamestnania);
- identifikovanie potrieb jednotlivca za účelom poskytovania pomoci a podpory zodpovedajúcej týmto potrebám.

Z organizačno-inštitucionálneho hľadiska sa môžu posudkové mechanizmy aplikovať v rámci dvoch základných **modelov**:

a) modelu *posudzovania z jedného miesta* (one-stop-shop-approach), kedy sa na základe výsledkov jedného posúdenia uplatňujú všetky možné právne nároky na služby, dávky či inú formu podpory;

b) modelu *individualizovaného posúdenia* na každý druh intervencie, spravidla vždy inou inštitúciou.

V praxi môže ísť aj o dve nezávislé posudzovania, kedy sa na základe východiskového posúdenia a uznania statusu osoby so zdravotným postihnutím realizuje následné nezávislé posúdenie pre osobitné dávky alebo služby.

¹ SR Dohovor ratifikovala v auguste 2010.

3 PREHĽAD PRÍSTUPOV A METÓD POSUDZOVANIA ZDRAVOTNÉHO POSTIHNUTIA

Autorský tím Správy na základe syntézy podkladov z jednotlivých členských krajín (vrátane Slovenska) konštatoval vysokú mieru variability prístupov k posudzovaniu zdravotného postihnutia ovplyvnenú samotným výberom definície zdravotného postihnutia (výberom uplatňovanej perspektívy). Principiálne sa však variabilita realizuje v rámci dvoch určujúcich perspektív (prístupov):

- a) *medicínska perspektíva* (prítomnosť medicínskej diagnózy sa stotožňuje s prítomnosťou zdravotného postihnutia);
- b) *perspektíva prostredia/kontextu* (skúma sa vplyv postojových, sociálnych parametrov a parametrov prostredia na život osoby s diagnózou a z nej vyplývajúcej funkčnej poruchy).

V rámci oboch základných prístupov sa aplikujú rozličné **metódy**, ktorých prehľad je uvedený v tabuľke.

Tabuľka: Prehľad prístupov a metód zameraných na posudzovanie zdravotného postihnutia

Posudkový prístup	Posudková metóda	Posudková Sub/metóda
Medicínsky orientované posúdenie	<i>Diagnóza špecifickej poruchy / kondície</i>	
	<i>Barema metóda</i>	
Kontextuálne orientované posúdenie	<i>Metóda zameraná na funkčnú kapacitu</i>	Funkčná kapacita pre oblasť zamestnávania
		Funkčná kapacita pre oblasť sebaobsluhy
		Posudzovanie funkčnej kapacity na základe WHODAS 2.0
	<i>Posudzovanie schopnosti sebaobsluhy a potreby podpory</i>	
	<i>Posudzovanie ekonomických strát</i>	
<i>Procedurálna posudková metóda</i>		
Posúdenie na základe kombinácie prístupov		

Zdroj: Voľné spracovanie autorky na základe Waddington, Priestley, Sainsbury (2018)

3.1 Medicínsky orientované posúdenie zdravotného postihnutia

Boli identifikované dve posudkové metódy vychádzajúce z medicínskeho prístupu k zdravotnému postihnutiu:

a) *metóda orientovaná na diagnózu špecifickej poruchy alebo stavu (diagnosis of a specific impairment or condition)*

Posudzovanie je orientované na prítomnosť určitej diagnózy, na základe čoho sa uznáva, že osoba má funkčnú poruchu alebo ochorenie; nie sú posudzované schopnosti a potreby posudzovanej osoby;

b) *Barema metóda – používanie tabuliek na určenie funkčnej poruchy (the Barema method or use of impairment tables)*

Metóda má dlhodobú tradíciu v snahe o dosiahnutie štandardizovaných postupov vedúcich k rovnakým výsledkom u osôb s rovnakými poruchami, resp. k rovnakým výsledkom pri rozličných posudzujúcich osobách. Aplikovaná tabuľka je rozdelená do viacerých častí podľa telesných a mentálnych komponentov tela a jeho systémov a zdravotníckych kritérií (benchmarks), ktoré sa pri posudzovaní uplatňujú. Posudzovanie vykonáva podľa štandardizovaného protokolu lekár, pričom funkčná porucha sa určuje v percentách a čiastkovo k jednotlivým častiam tela. Celková funkčná porucha sa určí sčítaním ohodnotení čiastkových funkčných porúch. Tradičná Barema metóda sa niekedy označovala aj ako *prístup „priameho merania“* zdravotného postihnutia bez zohľadňovania jeho dopadu na život človeka. V súčasnosti sa však zdôrazňuje potreba kombinovať aspekty priameho merania funkčnej poruchy s meraním jej dopadov na bežné životné aktivity (tzv. „efekty zneschopnenia“, angl. „disabling effects“).

3.2 Metódy posúdenia zdravotného postihnutia založené na zohľadňovaní kontextu

Vychádzajú z toho, že okrem medicínskej diagnózy a zdravotného stavu sa zohľadňuje aj ich vplyv na schopnosť človeka vykonávať bežné životné aktivity a/alebo na jeho potreby v kontexte faktorov prostredia (napr. sociálneho či fyzického).

3.2.1 Posudzovanie funkčnej kapacity

Metóda je zameraná na ustanovenie (posúdenie) funkčných limitácií (neschopnosti vykonávať fyzické, mentálne alebo sociálne aktivity) viazaných na

zdravotný stav človeka. Posudzovanie funkčných kapacít sa najčastejšie viaže na dve oblasti: a) *oblasť posudzovania schopnosti pracovať* (pre nároky v oblasti invalidného poistenia a dávok sociálnej pomoci); b) *oblasť sebaobsluhy* (pre nároky v oblasti podpory nezávislého života a potrieb v oblasti starostlivosti). Posudzovanie sa môže týkať aj iných oblastí, napr. podpory vzdelávania či zamestnávania, verejnej dopravy či parkovania.

a) Funkčná kapacita a schopnosť pracovať

Posudzovaním sa zisťuje a stanovuje súvislosť medzi úplnou alebo čiastočnou neschopnosťou človeka vykonávať platenú prácu a zdravotným stavom, pričom sa využívajú rozličné posudkové techniky, napr.:

- *posudzovanie expertov – špecialistov na trh práce* (angl. *expert assessment*), ktoré však spravidla vykazuje vysokú mieru variability vo výsledkoch posúdenia rozličných špecialistov, nízku spoľahlivosť, konzistentnosť a dôslednosť;
- *procedurálne / preukázané posudzovanie* (angl. *procedural / demonstrated assessment method*) založené na cyklickom procese učenia, v rámci ktorého sa počas choroby človeka aplikujú pracovno-rehabilitačné postupy a posudzuje sa ich dopad na jeho pracovnú schopnosť. Na konci procesu posudkový pracovník kvalifikuje status posudzovanej osoby – buď sa stáva zamestnanou osobou alebo osobou so zdravotným postihnutím alebo nezamestnanou osobou. Kriticky sa niekedy poukazuje na to, že takéto „dvojúčelové posudzovanie“ (angl. *dual-purpose-assessment*) s dvomi možnými výsledkami – nárok na invalidný dôchodok alebo na rehabilitačné schémy vedúce k návratu na trh práce – môže byť neefektívne, nakoľko práve účel, na ktorý posudzovanie slúži, môže ovplyvňovať vzťah medzi posudzovanou a posudzujúcou osobou;
- *štruktúrované posudzovanie* (angl. *structured assessment*) je založené na hodnotení komplexných funkčných kapacít človeka, ktoré sú prirovnávané k požadovanému funkčnému profilu stanovenému pre existujúce zamestnanie. Posudzovanie vykonáva expert na zamestnanie skúsený v oblasti zdravotných aspektov práce.

V rámci diskusií k funkčnému posudzovaniu schopnosti pracovať pre možné nároky na invalidný dôchodok sa zdôrazňuje potreba skúmať aj iné faktory, napr. úsilie človeka podstúpiť potrebné procedúry a rehabilitáciu za účelom návratu do práce, jeho pracovná a sociálna kariéra, prognóza možného návratu a efektívnosť možných intervencií. Ide o uplatňovanie dynamickej časovej perspektívy, na čo, podľa odborníkov, nereaguje dostatočne ani

Medzinárodná klasifikácia fungovania, zdravotného postihnutia a zdravia (ICF), v jej časti „Aktivity a Participácia“. Všeobecne sa konštatuje, že variabilita pracovných nárokov a druhov situácií viazucich sa na jednotlivé zamestnania sťažuje možnosti štandardizácie posudzovania funkčných kapacít k výkonu platenej práce.

b) Funkčná kapacita a sebaobsluha

Metóda je zameraná na posudzovanie kapacít človeka postarať sa o seba. Posudkoví špecialisti porovnávajú kapacity človeka so zoznamom ustanovených aktivít, často v kombinácii s posudzovaním jeho potrieb v oblasti starostlivosti ako základu pre poskytovanie potrebnej pomoci a podpory.

c) Posudzovanie funkčnej kapacity na základe metódy WHODAS 2.0

Metóda WHODAS 2.0 (WHO Disability Assessment Schedule 2.0) vychádzajúca priamo z ICF je všeobecným nástrojom štandardizovaného spôsobu posudzovania zdravia a zdravotného postihnutia naprieč kultúram. Jeho špecifikom je to, že posúdenie vykonáva skôr samotná osoba (seba-posúdenie) než expert, a to v *šiestich oblastiach (doménach)*:

- kognícia (komunikácia a myšlienkové aktivity);
- mobilita (pohyb);
- sebaobsluha (hygiena, obliekanie, jedenie, schopnosť byť sám);
- vychádzanie s inými ľuďmi (interakcie s inými);
- bežné životné aktivity (starostlivosť o domácnosť, voľný čas, práca a vzdelávanie);
- participácia (na živote komunity; bariéry v prostredí či iné aspekty, vrátane podmienok na udržiavanie osobnej integrity posudzovanej osoby).

Metóda je zameraná na posudzovanie obmedzení v aktivitách a na reštrikcie v možnostiach participácie, ktoré zažíva posudzovaná osoba, bez ohľadu na jej medicínsku diagnózu. Využíva sa pri osobách so všetkými druhmi funkčných porúch (vrátane duševných, neurologických a pri závislostiach). Aplikovaný dotazník je spracovaný vo viacerých verziách (od 12 po 36 otázok), pričom sa zohľadňujú problémy vo fungovaní v jednotlivých doménach za ostatných 30 dní. Odpovede sa skórujú s vyjadrením záverečného „skóre fungovania“. Dotazníkové verzie môžu byť administrované u samotnej posudzovanej osoby, ale aj u člena rodiny, známeho či u opatrojúcej osoby.

Dodatočne k dotazníku WHODAS 2.0 bol *Washingtonskou skupinou zameranou na štatistiky zdravotného postihnutia* spracovaný aj dotazník k identifikácii (posudzovaniu) zdravotného postihnutia a funkčných porúch s *tromi setmi otázok*:

- a) krátky set otázok zameraných na zdravotné postihnutie (funkcie v oblasti videnia, počutia, chôdze, kognitívnych schopností, sebaobsluhy a komunikácie);
- b) rozšírený set otázok (rozšírenie o problematiku strachu a depresie, bolesti, únavy a vyšších telesných funkcií);
- c) set zameraný na fungovanie detí.

3.2.2 Posudzovanie schopnosti sebaobsluhy a potreby podpory

Je založené na súvislostiach (vzťahoch) medzi zdravotným stavom a schopnosťou vykonávať základnú sebaobsluhu a ostatné činnosti, rovnako na posudzovaní potreby podpory v tejto oblasti. Takéto posudzovanie sa považuje za posudzovanie zdravotného postihnutia. Ako nástroj sa používa *Barthelov index* (vyvinutý v 1965, aktualizovaný v 1988) na posúdenie potrieb starostlivosti v *10 oblastiach života* (inkontinencia, používanie toalety, jedenie, pohyb, prepravovanie sa, obliekanie a vyzliekanie, kúpanie, chodenie po schodoch). Čím nižšie skóre posudzovaná osoba získa, tým viac je odkázaná na pomoc niekoho iného. Využíva sa rozhovor s posudzovanou osobou, členmi rodiny, známymi či opatrojúcimi osobami, významné je aj pozorovanie za ostatných 24-48 hodín. Niekedy ide o posudzovanie a identifikovanie potrieb pomoci a podpory s priamymi dôsledkami pre vznik právnych nárokov na služby alebo peňažné príspevky, a to aj mimo oblasť podpory sebaobsluhy (napr. pre oblasť podpory vzdelávania, zamestnania či špecializovanú prepravu). Inokedy sú výsledkom posudzovania skôr indície (indikátory) než exaktné identifikovanie potrieb.

3.2.3 Posudzovanie ekonomických strát

Ide o kalkuláciu strát na príjme posudzovanej osoby z dôvodu jej zdravotného postihnutia, a to buď o priamu kalkuláciu straty podľa jej príjmu alebo daňového priznania alebo o kalkuláciu, aký príjem by bola mohla mať, keby nemala zdravotné postihnutie.

3.3 Posúdenie zohľadňujúce viacero prístupov

Často dochádza ku kombinácii viacerých prístupov, hoci zdravotné posudzovanie je nejakým spôsobom vždy prítomné. Aj keď sa preferuje *holistický*

prístup k posudzovaniu zdravotného postihnutia (posudzovanie medicínskych aspektov v kombinácii s posudzovaním funkčných kapacít, potrieb v oblasti podpory starostlivosti, vrátane posudzovania vplyvu faktorov prostredia na situáciu posudzovanej osoby), pripúšťa sa, že jeho realizácia môže byť veľmi náročná. Vyplýva to aj z faktu, že rozliční posudkoví odborníci využívajú pre svoje posudkové úvahy a závery rozličné typy podkladov (právne, vedecké, sociálne).

4 VYBRANÉ PROCEDURÁLNE ASPEKTY POSUDKOVEJ ČINNOSTI

Z hľadiska výkonu PČ je dôležitý nielen výber prístupu a metódy, ale aj ďalšie aspekty, ktoré súvisia so samotnou praxou posudzovania, a na základe čoho sa prax v jednotlivých krajinách môže líšiť:

- **využívané typy podkladov (dôkazov)**

V Správe sa hovorí o troch základných typoch dôkazov: a) *dotazník* (vypĺňa posudzovaná osoba, odborník alebo iná osoba); b) *výkonový test* (napr. v oblasti zamestnanosti); c) *medicínske posúdenie*. Každá z týchto metód má svoje výhody aj obmedzenia;

- **kto posudzuje**

Posudzovanie môžu vykonávať samotné posudzované osoby (seba-posudzovanie, angl. *selfassessment*) vyplnením nejakej štandardizovanej formy dotazníka; ďalej medicínski pracovníci rozličného zamerania (buď sú to ošetrojúci lekári alebo špecialisti posudkovej agentúry); rehabilitační špecialisti; sociálni pracovníci; pracovní špecialisti. Lekári sú často vtahovaní do procesu nielen pre účely posúdenia stavajúceho na medicínskych dátach, ale aj na posúdenie iných aspektov života posudzovanej osoby, napr. vplyvu prostredia či jej funkčných kapacít pre vykonávanie bežných činností. Posudzovanie založené na činnosti *multidisciplinárneho tímu* zohľadňuje rozličné dimenzie vplyvu na život posudzovanej osoby a na jej potreby v oblasti podporných služieb a dávok.

Na základe praxe sa v PČ popisujú dva osobitné efekty, ktoré môžu vplývať na jej priebeh a výsledky: a) *efekt poradia* (angl. *rank effect*), kedy predchádzajúce posúdenie ovplyvňuje následné posúdenie; b) *fixácia stereotypov* (angl. *confirmation bias*), kedy sa nové informácie interpretujú spôsobom, ktorý potvrdzuje pôvodné nastavenie posudzujúcej osoby, pričom sa prehliadajú informácie a interpretácie, ktoré nie sú s ním v súlade;

- **protokoly a metodické odporúčania k PČ**

Protokoly a odporúčania sú dôležité pre šandardizáciu procesu a výsledkov PČ, čím prispievajú k ich validite a dôvere aktérov v celý posudkový systém. Prax však ukazuje, že legislatíva, ani protokoly a metodické odporúčania nemôžu zamedziť určitým rozdielom vo výsledkoch rozličných posudkových odborníkov. Ich uvažovanie a postupy sú totiž často založené na formálnej racionalite a nezohľadňujú normatívnu dimenziu ukotvenú v postojoch a praxi reflektujúcej miestnu kultúru a podmienky života konkrétneho človeka.

5 SUMARIZÁCIA A IMPLIKÁCIE PRE REFORMNÉ ZÁMERY

Text sprostredkováva vybrané zistenia zo syntetickej správy k uplatňovaniu systémov/mechanizmov posudzovania zdravotného postihnutia v európskych krajinách, s dôrazom na záväzky, ktoré im v tejto oblasti vyplývajú z OSN Dohovoru o právach osôb so zdravotným postihnutím. Autorský tím v Správe špecifikuje, čo znamená **uplatňovanie ľudsko-právneho prístupu v PČ** zameranej na túto cieľovú skupinu:

- posudkový proces je založený na rešpektovaní princípov dôstojnosti, autonómie, nezávislosti a práva voľby posudzovanej osoby; nediskriminácie a rovnosti príležitostí; rešpektovania ľudskej rozmanitosti a humánnosti;
- záväzky sú bez výnimky uplatňované na všetkých úrovniach (štátnej, regionálnej, miestnej);
- PČ zohľadňuje aj potreby špecifických úprav, ak sú v konkrétnom prípade potrebné (pretože hodnotenie funkčnej poruchy nepokrýva celú oblasť hodnotenia zdravotného postihnutia a jeho dopadov na život človeka v konkrétnom prípade);
- samotný posudkový proces je pre osobu so zdravotným postihnutím dostupný, a ak je potrebná nejaká jeho úprava, tak je realizovaná;
- v PČ sú rešpektované práva posudzovanej osoby, jej predstavy, vôľa a preferencie k riešeniam;
- proces, ani výsledky PČ nevedú k svojvoľnému pozbaveniu osoby so zdravotným postihnutím jej slobody a práv; musia byť spravodlivé a rešpektovať telesnú i psychickú integritu takejto osoby, bez akýchkoľvek prejavov zlého zaobchádzania s ňou;
- pre profesionálov i pre osoby so zdravotným postihnutím je zabezpečený tréning k vykonávaniu PČ, resp. k plneniu aktívnej pozície v posudkovom procese;

- sociálne aspekty PČ sú ukotvené v rešpekte k právam človeka žiť nezávisle a inkluzívne v komunite, k čomu je poskytnutá všetka potrebná podpora a pomoc;
- s ohľadom na rozličnosť účelov PČ sa v rámci posudzovania pre jednotlivé oblasti uplatňujú im zodpovedajúce špecifické kritériá („posudzovanie šité na mieru“ špecifickým formám intervencií - napr. pre oblasť rodinného života, zdravia, vzdelávania, práce, nezávislého života).

Na základe spracovaných podkladov národných expertov siete ANED konštatoval autorský tím veľkú variabilitu v uplatňovaní posudkových mechanizmov medzi jednotlivými krajinami, rovnako uplatňovanie kombinácie rozličných metód vo vnútri krajín, čo sťažuje (priam znemožňuje) ustanovenie nejakej všeobecne uznanej „dobrej praxe“ v tejto oblasti. Napriek tomu boli sformulované **základné princípy**, vďaka ktorým by bolo možné dizajnovať model posudzovania zdravotného postihnutia súladný s požiadavkami a záväzkami formulovanými v Dohovore:

- osoby so zdravotným postihnutím majú byť vtiahnuté do dizajnovania posudkových mechanizmov v národných podmienkach;
- mechanizmy posudzovania zdravotného postihnutia majú stavať na ľudsko-právnej a sociálno-kontextuálnej perspektíve;
- osoby so zdravotným postihnutím majú byť aktívne vtiahnuté do generovania informácií, na ktorých stavia PČ a jej závery (napr. formou vyplnenia seba-posudzovacieho dotazníka);
- majú sa eliminovať multiplikované procesy posudzovania (vrátane použitých metód) za účelom zníženia záťaže posudzovaných osôb, s cieľom podporiť konzistentnosť a transparentnosť rozhodovacieho procesu viazaného na výsledky PČ;
- má byť zabezpečené poskytovanie užívateľsky priateľských informácií o náležitostiach žiadosti či o právnych podmienkach na poskytnutie rozličných sociálnych intervencií či informácií o dostupných službách;
- je potrebné vykonávať nezávislé a pravidelné preskúvanie posudkového procesu;
- PČ majú vykonávať interdisciplinárne tímy.

6 DISKUSIA A ZÁVER

Uplatňovanie ľudsko-právneho prístupu k PČ znamená aplikáciu určitých požiadaviek, k napĺňaniu ktorých jednotlivé krajiny postupne pristupujú, pričom do svojich modelov integrujú aj vlastné kultúrne a iné špecifiká. Mnohé vyššie definované požiadavky a odporúčania sú v podmienkach Slovenska už aplikované, minimálne v normatívnej rovine. Zmienime len niektoré: posudkový systém (ak o jeho existencii možno v súčasnosti vôbec hovoriť) je účelovo diverzifikovaný, pričom sa v rámci neho uplatňujú rozličné – účelovo špecifické – kritériá (bližšie pozri Repková et al., 2020). Posudzovanie je zabezpečované multidisciplinárnymi tímami, minimálne v oblasti sociálnych služieb podmienených odkázanosťou a v oblasti finančnej kompenzačnej pomoci pre osoby s ťažkým zdravotným postihnutím. V rámci ich činnosti sa skúmajú a zohľadňujú kontextuálne aspekty životnej situácie posudzovaných osôb (ich individuálne charakteristiky, rodinný i širší spoločenský kontext), pričom legislatívne pravidlá im v rámci posudkového procesu garantujú aktívnu pozíciu (možnosť uplatňovať svoje predstavy a navrhovať preferované riešenia). Niektoré posudkové závery sú uplatniteľné naprieč viacerým oblastiam verejnej politiky, čo znižuje záťaž na posudzované osoby aj administratívu (napr. uplatniteľnosť niektorých posudkových záverov z oblasti kompenzačnej politiky pre rozhodovanie v oblasti sociálnych služieb podmienených odkázanosťou či v oblasti zdravotnej starostlivosti).

Správa však zmieňuje aj niektoré modely a riešenia, ktoré nie sú z národného prostredia známe. Ide napr. o prax samo-posudzovania pre posudkové účely, osobitne pre oblasť sebaobsluhy, prác v domácnosti či v sociálnej participácii (aplikované v rámci metodiky WHODAS 2.0); či o prístup „posudzovania z jedného miesta“ (one-stop-shop-approach). Rovnako požiadavka vzdelávania aktérov PČ nie je doposiaľ v podmienkach Slovenska systematicky realizovaná. Na svoje naštartovanie stále len čaká systém rezortného vzdelávania pre oblasť sociálnej posudkovej činnosti (v rámci národného projektu PROFI-II.) a „vzdelávanie“ osôb so zdravotným postihnutím (a ich rodín) je zabezpečované len prostredníctvom občianskeho sektora, bez normatívneho ukotvenia a systému.

Zrejme aj v uvedených okolnostiach tkvie vládna ambícia reformovať v národných podmienkach systém PČ. Formulácia záväzku vlády SR, že „vytvorí jednotný systém posudkovej činnosti...“ (Programové vyhlásenie vlády SR na roky 2020-2024, 2020, s. 47), však môže vyznievať mátuco. V súvislosti s následným textom: „... a prehodnotí systém poskytovania peňažných

príspevkov na kompenzáciu sociálnych dôsledkov ťažkého zdravotného postihnutia“ (ibid) je totiž zrejme, že nepôjde o vytvorenie jednotného systému PČ zasahujúceho všetky oblasti, v ktorých sa PČ vykonáva podľa modelu „posudzovania z jedného miesta“. Z predbežných vyjadrení MPSVR SR vyplýva, že zjednotenie by sa malo týkať iba oblasti sociálnych služieb podmienených odkázanosťou a finančnej kompenzačnej pomoci pre osoby s ťažkým zdravotným postihnutím. K minimalizácii akýchkoľvek možných dezinterpretácií a mylných očakávaní je preto nevyhnutná širšia odborná diskusia, ktorá by bližšie objasnila dôvody pre avizovanú zmenu (v čom je súčasný systém a stav nevyhovujúci, čo bráni jeho efektívnosti), popísala by jej podstatu a možnú formu realizácie; rovnako by identifikovala facilitátory a inhibítory zmeny; no najmä by zodpovedala otázku, akú pridanú hodnotu k súčasnému stavu by zmena mala priniesť a pre koho.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

Balogová, B. (2015). Hybridné prístupy v socioterapii – šance a limity. In: *Journal Socioterapie*. Roč. 1, č. 1, s. 17-20.

Council of Europe (2002). *Assessing Disability in Europe – Similarities and Differences*. Dostupné on-line: <https://rm.coe.int/16805a2a27>

Čechová, J. et al. (2002). Prípadová sociálna práca. In: Tokárová, A. a kol. *Sociálna práca. Kapitoly z dejín, teórie a metodiky sociálnej práce*. Prešov: FF PU v Prešove, s. 441-451.

Kvašňáková, L. (2017). Diagnostika sociálna. In: Balogová, B., Žiaková, E. (eds.) *Vademecum sociálnej práce. Terminologický slovník*. Košice: FF UPJŠ, s. 84-85.

Mátel, A., Schavel, M. (2015). *Teória a metódy sociálnej práce I*. Bratislava: Spoločnosť pre rozvoj sociálnej práce.

Navrátil, P., Matoušek, O. (2013). Psychosociálny prístup. In: MATOUŠEK, O. a kol. *Encyklopédie sociálnej práce*. Praha: Portál, s. 66-69.

Payne, M. (2014). *Modern Social Work Theory*. 4th Edition. London: Palgrave Macmillan.

OSN Dohovor o právach osôb so zdravotným postihnutím. Dostupné on-line: <https://www.employment.gov.sk/files/slovensky/uvod/legislativa/socialna-pomoc-podpora/dohovor-osn-pravach-osob-so-zdravotnym-postihnutim-opcny-protokol-sk-aj.pdf>

Repková, K. et al. (2020) *Posudková lekárska a sociálna činnosť v podmienkach miest a obcí*. Bratislava: ZMOS. Dostupné on-line: https://www.zmos.sk/posudkova-lekarska-a-socialna-cinnost-v-podmienkach-miest-a-obci-oznam/mid/419520.html#m_419520

Úrad vlády SR. *Programové vyhlásenie vlády SR na roky 2020-2024*. Dostupné on-line: <https://rokovania.gov.sk/RVL/Material/24756/1>

Waddington, L., Priestley, M. Sainbury, R. (2018). *Disability Assessment in European States. ANED Synthesis Report*. Dostupné on-line: https://sid.usal.es/idsocs/F8/FDO27447/ANED_2017_18_Disability_assessment_synthesis_report.pdf

WHO *Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0)*. Dostupné on-line: <https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health/who-disability-assessment-schedule>

Ďalšie informácie o IVPR získate na webových stránkach
www.ivpr.gov.sk

Vydáva Inštitút pre výskum práce a rodiny,
Špitálska 25, 27, 812 41 Bratislava
ivpr@ivpr.gov.sk, www.ivpr.gov.sk
NEPREDAJNÉ