

19. január 2022

Vplyv pandémie na marginalizované rómske komunity

Ako zmenila pandémia výsledky na trhu práce a z pohľadu zdravia

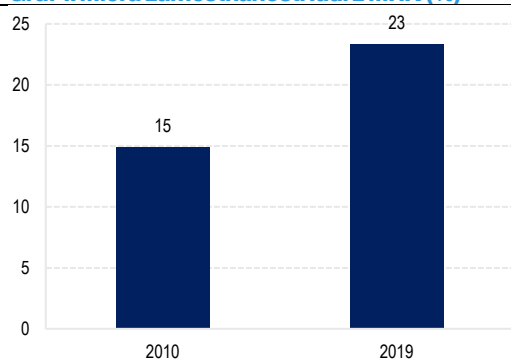
 Slavomír Hidas, Katarína Valková, Gabriel Machlica, Andrej Belák¹

Obyvatelia z marginalizovaných rómskych komunít (MRK) zomierali v druhej vlně pandémie dvakrát častejšie ako majorita, keď v tejto populácii zomrelo o 40 % viac ľudí ako v predchádzajúcich obdobiach. Veľmi nízka zaočkovanosť zvýrazní negatívne vplyvy pandémie. Pandémia zároveň zastavila významný pokrok v integrácii ľudí z MRK na trhu práce. Za posledných desať rokov sa počet pracujúcich ľudí z MRK zdvojnásobil a rozdiel oproti majorite sa významne znížil. Dosahy súčasnej krízy však môžu byť pre obyvateľov z MRK výraznejšie, keďže pred pandemiou až 80% čelilo riziku chudoby. Najchudobnejšie rómske domácnosti zároveň prišli počas pandémie o časť podpory v podobe dotácie na obedy a aktivačných príspevkov. Opatrenia na boj proti pandémie by sa mali zamerať na zvýšenie očkovania, ciele intervencie v spolupráci s odborníkmi a sociálnu pomoc pre prípad straty príjmu domácností.

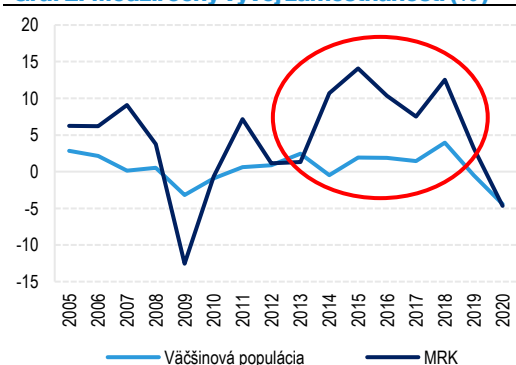
Dekáda zvyšovania zamestnanosti po finančnej kríze

Výsledky na trhu práce sa pre marginalizované rómske komunity (MRK)² za poslednú dekádu výrazne zlepšili. Počet zamestnaných ľudí z MRK vo veku 15 až 64 rokov sa takmer zdvojnásobil z 24-tisíc v roku 2010 na skoro 50-tisíc v roku 2019³. Potvrdil sa trend, že obyvatelia z MRK výrazne profitovali z ekonomického rastu v posledných rokoch. Ich zamestnanosť rástla v tomto období rýchlejšie ako zamestnanosť väčšinovej populácie⁴ (Graf 1 a Graf 2). Jedným z dôvodov je, že ľudia z MRK častejšie pracujú v oblastiach citlivejších na ekonomický cyklus (napríklad stavebníctvo, Graf 7). Pozitívny trend integrácie a zlepšujúcich sa výsledkov potvrdzujú aj iné oblasti, napríklad prístup k základnej infraštruktúre (voda, kanalizácia a pod.) v obciach s MRK (Ravasz et al., 2020).

Graf 1: Miera zamestnanosti ľudí z MRK (%)


 Poznámka: zamestnanecké vzťahy a SZČO
 Zdroj: vlastné výpočty, Sociálna poisťovňa

Graf 2: Medziročný vývoj zamestnanosti (%)


 Poznámka: zamestnanecké vzťahy a SZČO
 Zdroj: vlastné výpočty, Sociálna poisťovňa

¹ Ústav etnológie a sociálnej antropológie, SAV. Spoluautor dlhodobu spoluprácu s príspevkovou organizáciou MZ SR Zdravé regióny, aktuálne v roli externého konzultanta pre otázky verejného zdravia.

² Prepojením Atlasu rómskych komunít a administratívnych dát je možné identifikovať rómsku populáciu v obciach s koncentrovanými osídleniami. V komentári sú použité dáta, ktoré zahŕňajú ľudí žijúcich v koncentrovaných osídleniach, ako aj časť rómskej populácie žijúcej v rozptyle s majoritou. Pre túto skupinu, ktorá slúži ako „proxy“ pre menej integrovanú časť rómskej populácie, je použitá skratka MRK (marginalizované rómske komunity) napriek tomu, že niektorí Rómovia v tejto skupine sú priestorovo integrovaní.

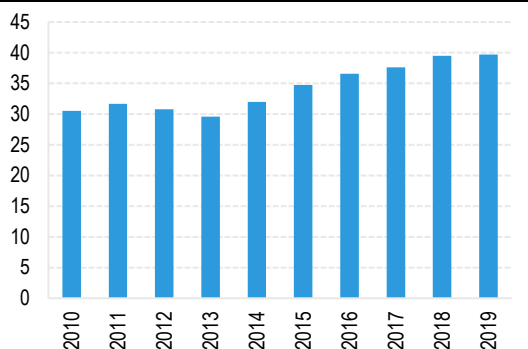
³ Podľa údajov Sociálnej poisťovne o poistných vzťahoch (zamestnanci a SZČO vo veku 15 až 64 rokov), ak nie je uvedené inak. Oproti miere zamestnanosti publikovanej ŠÚ SR a Eurostatom neobsahuje ukazovateľ zamestnanosti pracujúcich v zahraničí, zahraničných pracovníkov na Slovensku bez trvalého pobytu, bezpečnostné zložky (polícia a armáda), aktivačné práce a SZČO bez platieb sociálneho poistenia.

⁴ Väčšinová populácia predstavuje populáciu Slovenska mimo sledovanej populácie MRK.

Rozdiel však napriek zlepšeniu zostáva výrazný

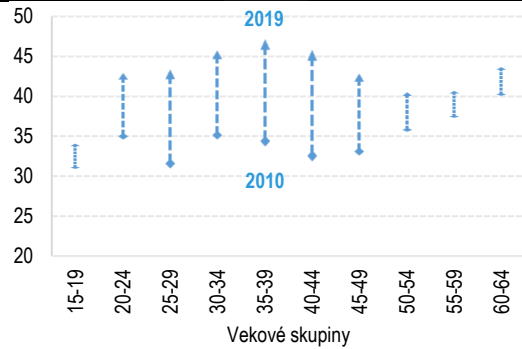
Positívny vývoj znižuje rozdiel medzi zamestnanosťou ľudí z MRK a väčšinovej populácie, hoci zostáva naďalej veľký. Pracuje iba menej ako štvrtina členov MRK v produktívnom veku. V porovnaní so zamestnanosťou majority je to menej ako polovičný podiel (Graf 3). Zamestnanosť ľudí z MRK sa za poslednú dekádu zvýšila vo všetkých vekových skupinách. Najviac sa znížil rozdiel oproti majorite v najproduktívnejších vekových skupinách 25- až 49-ročných. V týchto vekových skupinách dosahuje zamestnanosť približne 45 % zamestnanosti majority (Graf 4)⁵.

Graf 3: Podiel zamestnanosti ľudí z MRK v porovnaní so zamestnanosťou majority (%)



Poznámka: zamestnanecké vzťahy a SZČO
Zdroj: vlastné výpočty, Sociálna poisťovňa

Graf 4: Rast zamestnanosti vo vekových kohortách (% podielu zamestnanosti majority)

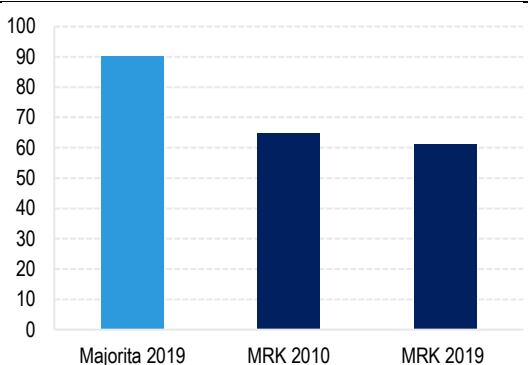


Poznámka: zamestnanecké vzťahy a SZČO
Zdroj: vlastné výpočty, Sociálna poisťovňa

Rozdiel medzi mužmi a ženami sa v rómskej populácii nezmenšuje

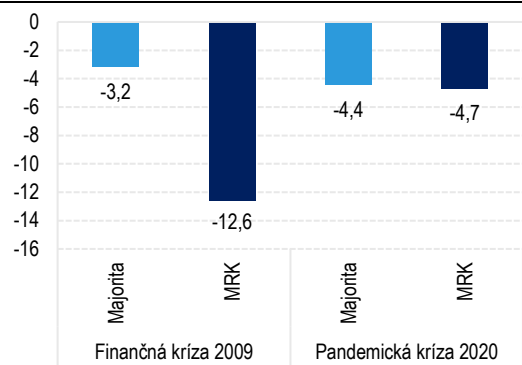
Výsledky žien z MRK na trhu práce sa v porovnaní s mužmi nezlepšujú (Graf 5). Kým vo väčšinovej populácii dosahuje zamestnanosť žien zhruba 90 % mužskej, v prípade žien z MRK je to len približne 60 %, čo je dokonca menej ako v roku 2010. Nízku zamestnanosť žien (18 % oproti 29 % u mužov v roku 2019) môže vysvetľovať iný pohľad na ich úlohu v rodinách v MRK. Ženy vo vylúčených komunitách častejšie vykonávajú neplatené domáce práce a starostlivosť o členov rodiny (Kováčová, 2020), a to napriek lepším výsledkom vo vzdelávaní (ÚHP a spol., 2020). Navyše oveľa skorší vstup do manželstva a založenie rodiny sú dôvodom skoršieho odchodu zo systému vzdelávania v porovnaní s majoritou, čo má nepriaznivý efekt na zamestnanosť (EU FRA, 2019; OECD, 2019).

Graf 5: Podiel zamestnanosti žien v porovnaní so zamestnanosťou mužov (%)



Poznámka: zamestnanecké vzťahy a SZČO
Zdroj: vlastné výpočty, Sociálna poisťovňa

Graf 6: Pokles zamestnanosti počas pandémie a finančnej krízy (medziročná zmena %)



Poznámka: zamestnanecké vzťahy a SZČO
Zdroj: vlastné výpočty, Sociálna poisťovňa

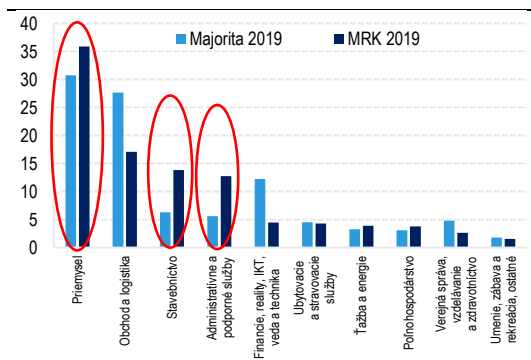
Súčasná pandémia mala iný vplyv ako finančná kríza

Na rozdiel od finančnej krízy v roku 2009, pandémia zasiahla zamestnanosť ľudí z MRK približne rovnako ako majoritu. Kríza v roku 2009 znížila zamestnanosť ľudí z MRK o vyše 12 % (štvornásobne viac v majorite). Súčasná pandémia znížila zamestnanosť o necelých

⁵ Menší pokrok v mladších vekových skupinách môže byť pozitívnou správou, ak odráža vyššiu účasť na vzdelávaní po ukončení povinnej školskej dochádzky. Priestor na pokrok v starších vekových skupinách môže byť obmedzený kvôli horším výsledkom ľudí žijúcich vo vylúčených komunitách v oblasti zdravia (IFP, 2018a).

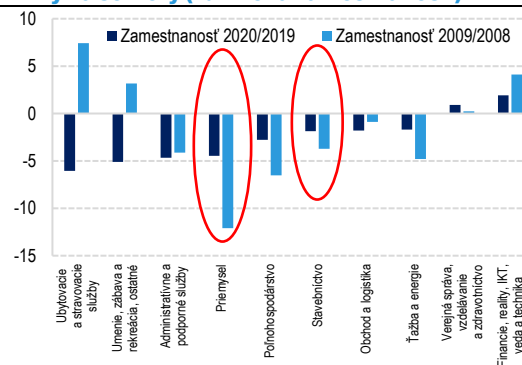
5 %, veľmi podobne ako v prípade majority (Graf 6). Výrazne menší vplyv pandémie na zamestnanosť v porovnaní s finančnou krízou bol spôsobený tým, aké sektory boli najviac zasiahnuté. Podľa vlastných údajov sú zamestnanci z MRK disproporčne zastúpení v sektoroch priemyslu, stavebníctva a podporných služieb⁶, ktoré pandémia obmedzila menej ako finančná kríza (Graf 7).

Graf 7: Zamestnanosť podľa sektorov (% , 2019)



Poznámka: len zamestnanecké vzťahy
Zdroj: vlastné výpočty, Sociálna poisťovňa

Graf 8: Rozdielne vplyvy pandémie a finančnej krízy na sektory (% zmena zamestnanosti)

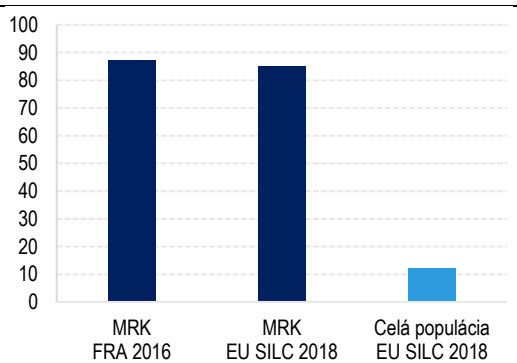


Poznámka: len zamestnanecké vzťahy
Zdroj: ŠÚ SR

Pretrvávajúca chudoba zhoršuje vplyvy pandémie

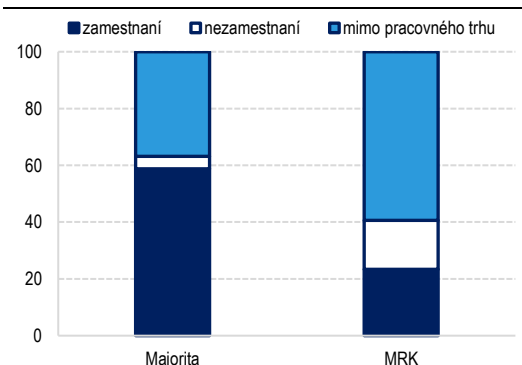
Obyvatelia z MRK sú citlivejší na stratu zamestnania a pokles príjmov ako ľudia z majority. Až 80 % ľudí z MRK žije pod hranicou rizika chudoby (Grauzelová & Markovič, 2020) a zamestnaní majú približne polovičné príjmy v porovnaní s majoritou. Horšia finančná situácia domácností znamená, že aj relatívne menší pokles v príjmoch alebo zamestnanosti môže znamenať prepád pod hranicu chudoby. Navyše, táto skupina naďalej pracuje v menej chránených zamestnaneckých kontraktach. Práca na dohodu sa vyskytuje dvakrát častejšie u zamestnancov z MRK⁷.

Graf 9: Miera rizika chudoby (%)



Zdroj: EU FRA, EU SILC, EU SILC MRK 2018

Graf 10: Štruktúra pracovného potenciálu populácie vo veku 15 až 64 rokov (% , 2019)



Zdroj: vlastné výpočty podľa administratívnych údajov (ÚPSVR, Sociálna poisťovňa, Register obyvateľov)

Populácia s nízkymi príjmami čelila poklesu príjmov kvôli pandémie

Domácnosti v hmotnej núdzi prišli počas pandémie o časť podpory v podobe aktivačných príspevkov. Počas obdobia zatvorených škôl sa okrem toho nevydávali dotované obedy pre deti. Keďže väčšina populácie z MRK sa nachádza mimo pracovného trhu (Graf 10), je vo väčšej miere odkázaná na pomoc v hmotnej núdzi ako väčšinová populácia. Takmer 6 % obyvateľov z MRK je v systéme pomoci v hmotnej núdzi⁸, pričom v majorite to nie je ani 1 % populácie⁹. Pandémia obmedzila aj poskytovanie sociálnej pomoci, ktorá je pre nízkoпрíjmové domácnosti dôležitá:

⁶ Činnosti poskytované prostredníctvom sprostredkovateľských agentúr, čistenie budov, baliace činnosti, strážne služby a pod.

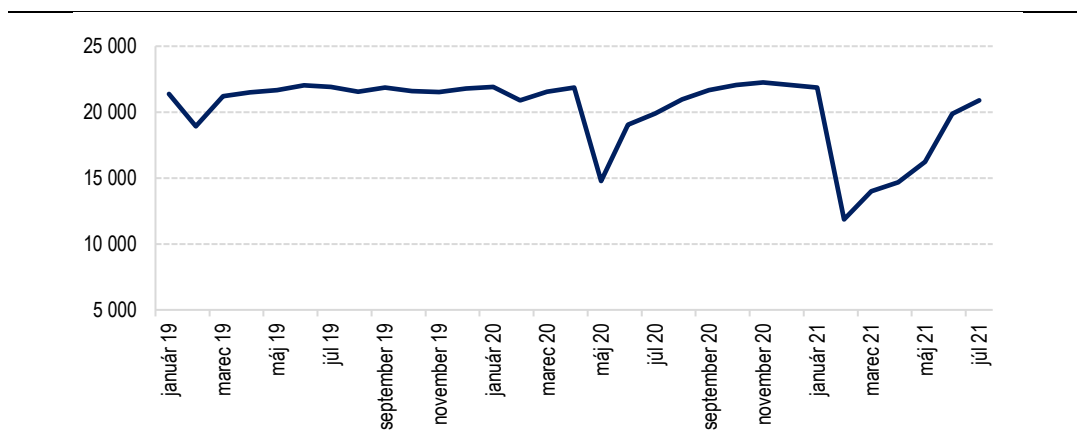
⁷ Podľa vlastných výpočtov na základe údajov Sociálnej poisťovne.

⁸ Podľa EU-SILC MRK 2018 to bolo približne 47 % domácností (Grauzelová & Markovič, 2020).

⁹ Podľa vlastných výpočtov na základe údajov ÚPSVR.

- **Dotované školské obedy:** Dotácie na stravu sa vyplácajú úradmi práce materským školám alebo základným školám podľa zoznamu detí, ktoré navštevujú jedáleň a odoberajú stravu. V prípade zavretia škôl sa možnosť stravovania zrušila bez náhrady. Dotácie predstavujú v prípade pravidelného odoberania stravy približne 26 eur, čo zodpovedá výške mesačného prídavku na dieťa. Pre rodiny odkázané na sociálne dávky ide o významnú časť príjmu (zhruba 12 % v prípade, ak domácnosť rodičov s dvomi deťmi poberá aj príspevok na bývanie a jeden člen sa aktivuje). Ide prevažne o deti z nízkopríjmových domácností, ktorých rodičia nemajú nárok na daňový bonus¹⁰. V prípade opätovného zatvorenia škôl či individuálnej karantény tried budú tieto rodiny opäť vystavené strate dotovaných obedov.
- **Aktivačný príspevok:** Výrazný podiel účastníkov aktivačných prác, ktoré vytvárajú nárok na aktivačný príspevok, tvoria ľudia z MRK (Mýtna Kureková et al., 2013). V rámci systému aktívnych opatrení trhu práce v roku 2019 tvorili účastníci z MRK v priemere 55 % zo všetkých podporených na aktivačných prácach¹¹. Počas pandémie klesol počet poberateľov aktivačného príspevku na polovicu (Graf 11), čo naznačuje stratu už aj tak nízkeho príjmu pre domácnosti v hmotnej núdzi. Časť účastníkov bolo počas zastavených aktivačných prác umožnené naďalej poberať aktivačný príspevok, ale len v niečo vyššie polovičnej výške pôvodného príspevku¹².

Graf 11: Poberanie aktivačného príspevku (celá populácia)¹³



Zdroj: ÚPSVR

Vplyvy pandémie boli pre ľudí z MRK výrazné zo zdravotného hľadiska

Negatívne vplyvy pandémie boli pre obyvateľov z MRK najvýraznejšie zo zdravotného hľadiska. Najmä členovia MRK čelia podľa výskumov horším životným podmienkami s dopadom na zdravie (EU FRA 2016; OECD, 2019). Prejavuje sa to vo výrazne nižšom veku dožitia a vyššej dočenskej úmrtnosti (EC, 2014; IFP, 2018a). Pandémia vek dožitia v dôsledku nadmerných úmrtí ešte zhoršila. Zdravotná starostlivosť je zároveň pre ľudí z MRK menej dostupná z finančných dôvodov, väčšej vzdialenosti od bydliska, či diskriminácie (ÚHP a spol., 2020). Pandémiou z pohľadu infekcií a smrtnosti boli zasiahnutí viac ľudia z marginalizovaných sociálne ohrozených skupín aj kvôli horšiemu životnému štýlu a životným podmienkam (OECD, 2021a). Dlhodobo ťažšie životné podmienky sa zvyknú premietť okrem obmedzených možností prevencie aj do rizikovejšieho správania (Belak et al., 2018).

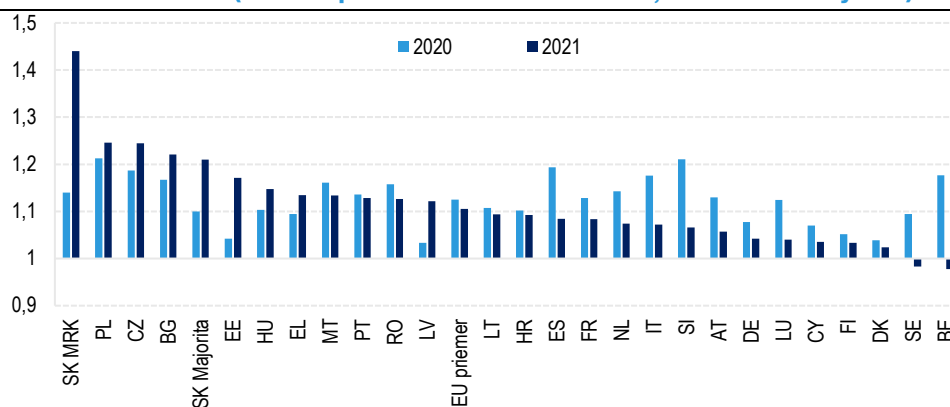
¹⁰ Od septembra 2021 sa zaviedla možnosť výberu medzi dotovaným obedom a vyšším daňovým bonusom na dieťa pre pracujúcich rodičov. Počet detí, na ktoré sa poskytuje dotácia na obed, tak klesol v októbri 2021 z 509-tisíc v júni 2021 na 95-tisíc.

¹¹ Podľa výpočtov na základe údajov ÚPSVR. Sledované sú iba aktivačné práce na základe dohody s úradom (§ 52 zákona o službách zamestnanosti), ktoré tvoria len desatinu všetkých vyplatených aktivačných príspevkov.

¹² Príspevok sa vyplácal vo výške 37,3 eur namiesto 67,9 eur v 2020.

¹³ Podľa publikovaných údajov ÚPSVR (link). Aktivačná činnosť formou menších služieb pre samosprávny kraj a menších obecných služieb na základe dohody s obcou alebo úradom.

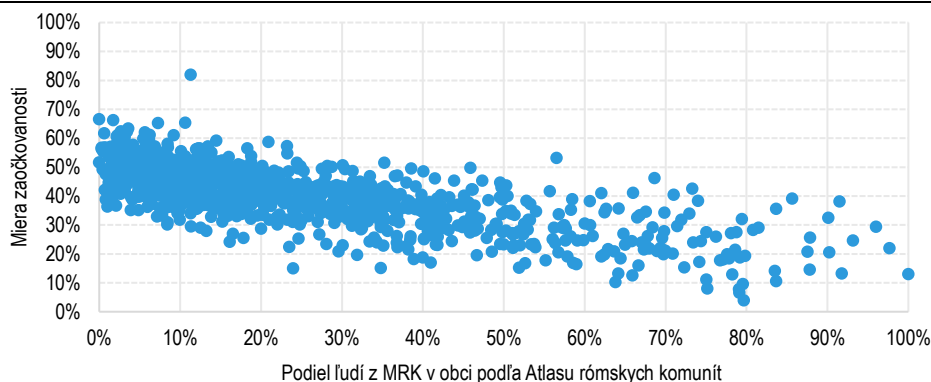
Graf 12: Nadmerné úmrtia (násobok priemeru v období 2015-2019; rok 2021 do 34. týždňa)



Zdroj: vlastné výpočty podľa administratívnych údajov

Pandémia si na Slovensku v prvej a druhej vlně vyžiadala v porovnaní s majoritou výrazne viac obetí v populácii MRK¹⁴. Oproti priemeru v období 2015 až 2019 narástli v roku 2021 počty úmrtí ľudí z MRK až o 44 % oproti 21 % v majorite¹⁵. Obyvateľstvo MRK má pritom mladšiu vekovú štruktúru ako väčšinová populácia (OECD, 2019). Ak by bol podiel starších ľudí nad 60 rokov v tejto populácii podobný ako v majorite, počet úmrtí by vzrástol trojnásobne. Podľa organizácie Zdravé regióny bol v MRK počet úmrtí na obyvateľa počas druhej vlny približne dvojnásobne vyšší ako v bežnej populácii s rovnakými vekovými charakteristikami. Úmrtia boli výsledkom výrazného premorenia, ktoré podľa odhadov dosiahlo v MRK minimálne 30 % populácie¹⁶.

Graf 13: Podiel populácie s aspoň prvou dávkou podľa obcí z Atlasu rómskych komunít



Poznámka: dáta k 8. decembru 2021

Zdroj: vlastné výpočty podľa údajov MZ SR

Očkováním sa nepodarilo pripraviť na ďalšie vlny pandémie

Pre veľmi nízku úroveň vakcinácie bude v populácii MRK vplyv pandémie pravdepodobne výrazne horší oproti priemeru krajín EÚ aj v tretej vlně pandémie. Celková zaočkovanosť ľudí z MRK sa na Slovensku javí byť ešte nižšia ako priemer všeobecnej populácie, ktorý zaostáva za priemerom krajín EÚ. Ukazuje to výrazne klesajúca zaočkovanosť v obciach s vyšším podielom populácie z MRK. Napríklad pri podiele ľudí z MRK v obci nad 30 % klesá zaočkovanosť na dvojtretinovú úroveň zaočkovanosti všeobecnej populácie (Graf 13). Niektoré obce s výraznejším podielom populácie z MRK dosahujú jednociferné podiely zaočkovanosti. Monitoring organizácie Zdravé regióny indikoval v novembri 2021 priemernú zaočkovanosť prvou dávkou v MRK na alarmujúcej úrovni 10 %. Aj po zohľadnení výrazne vyššieho podielu populácie detí do 18 rokov dosahuje zaočkovanosť dospelaj populácie iba približne 20 %¹⁷.

¹⁴ Vlastné výpočty podľa administratívnych údajov (Register obyvateľov) bez zohľadnenia miery sociálneho vylúčenia alebo odlišného vekového profilu populácie.

¹⁵ Výpočet na základe údajov Registra obyvateľov a údajov Eurostatu do začiatku septembra 2021.

¹⁶ Belák, A. & Grauzelová, T., Zhrnutie pandemickej situácie v marginalizovaných rómskych komunitách (MRK): Aktualizácia Zdravých regiónov k 11.11. 2021, Zdravé regióny, p.o. MZ SR, 2021 (interný materiál pre MZ SR).

¹⁷ Belák, A. & Grauzelová, T., Zhrnutie pandemickej situácie v marginalizovaných rómskych komunitách (MRK): Aktualizácia Zdravých regiónov k 11.11. 2021, Zdravé regióny, p.o. MZ SR, 2021 (interný materiál pre MZ SR).

BOX 1: Účinnosť lokálnych karantén v MRK

V súvislosti so šírením vírusu boli počas pandémie uzavreté viaceré MRK. V apríli 2020 prijala vláda *Plán riešenia ochorenia COVID-19 v marginalizovaných rómskych komunitách*¹⁸, ktorý obsahoval aj 10 % hranicu počtu nakazených, pri ktorej je možné uzatvoriť celé osídlenie. Ani toto kritérium však nebolo uplatňované dôsledne a viacero osídlení bolo uzatvorených aj bez jeho doložiteľného splnenia. Na právnu problematickosť a výnimočnosť tohto prístupu v kontexte EÚ upozornila vo svojej analýze aj verejná ochrankyňa práv¹⁹.

Čo hovorí na lokálne obmedzenia pohybu v súvislosti s COVID-19 empirický výskum:

- **Štúdie ukazujú, že obmedzenie pohybu osôb v boji s COVID-19 najviac pomáha v rozvinutejších krajinách.** Obmedzenie pohybu vo všeobecnosti pomohlo znížiť počet infikovaných na ochorenie COVID-19 (Benett et al., 2020; Flaxman et al., 2020; Hsiang et al., 2020). Vplyv takýchto opatrení sa ale odlišoval v závislosti od krajiny, v ktorej boli aplikované. Bonardi et al. (2020) identifikovali pozitívny vplyv obmedzenia pohybu na šírenie nákazy a počet odvrátených úmrtí. Tento vzťah bol najsilnejší v rozvinutých krajinách, ktoré z opatrení mali väčší osov. V rozvojových krajinách priamy súvis medzi obmedzením pohybu a zmiernením nákazy autori nenašli.
- **Spolu s obmedzením pohybu sú dôležité aj proaktívne opatrenia s rozsiahlym a skorým testovaním a usporiadanie zdravotnej starostlivosti.** Proaktívne opatrenia a dôraz na zdravotnú starostlivosť na primárnej úrovni boli efektívnejšie ako stratégia neskoršej reakcie s vysokým počtom hospitalizácií. Gibertoni et al. (2021) ukazujú na príklade Benátok a Lombardie, ktoré stratégie sú kľúčové v znižovaní počtu nadmerných úmrtí. V Benátkach, kde bol zaznamenaný nižší počet nadmerných úmrtí, bol kladený silný dôraz na primárnu zdravotnú starostlivosť a počet testovaných bol dvakrát taký vysoký ako v Lombardii, pričom testovali aj asymptomatických pacientov. Zdravotný systém v Lombardii je naproti tomu zameraný na nemocničnú starostlivosť na úkor dostupnosti primárnej zdravotnej starostlivosti na úrovni komunit a testovanie sa obmedzovalo na pacientov so symptómami.
- **Lokálne karantény majú vyšší potenciál zmierniť dopady COVID-19 v územiach s vyššou životnou úrovňou, v chudobnejších oblastiach bez potrebnej infraštruktúry neboli účinné.** Niektoré krajiny v snahe zamedziť šíreniu pristúpili k lokálnym karanténam najrizikovejších oblastí²⁰. Pokiaľ išlo o veľké mestá s rozsiahlou infraštruktúrou, mali karantény pozitívny efekt na zmiernenie rizika šírenia vírusu (Dave et al., 2021; Gibertoni et al., 2021; Prem et al., 2020). V menších uzavretých oblastiach, u ktorých sa karanténymi opatreniami zhorší prístup k potrebnej infraštruktúre (zásobovanie, zdravotníctvo, školstvo) a v ktorých žijú osoby ohrozené chudobou alebo vylúčením, obmedzenia nemali želané výsledky. Benett et al. (2020) identifikovali pozitívny efekt lokálnych karantén v bohatších oblastiach v Čile, v chudobnejších oblastiach neboli účinné v zamedzení šírenia vírusu. Rozdiely autori vysvetľujú nižšou dostupnosťou včasného testovania v chudobnejších oblastiach.
- **Dôvodom neúčinnosti lokálnych karantén v slabšom socioekonomickom prostredí môžu byť okrem nižšej dostupnosti testovania aj vyššie úmrtia z iných dôvodov.** Pandémia koronavírusu viedla k obmedzeniu prevencie a aj k zhoršenému prístupu k

¹⁸ <https://rokovania.gov.sk/RVL/Material/24697/1>

¹⁹ https://www.vop.gov.sk/files/2021_05_TS_VOP_sa-obratila_na_GP_pre_karantenzaciu_MRK_FIN.pdf

²⁰ Napr. Wu-Han v Číne, severné Taliansko, oblasť okolo Santiaga v Chile, ku ktorým sú dostupné aj empirické dôkazy vplyvov pandémie.



akútnej zdravotnej starostlivosti²¹. V segregovaných komunitách, ktoré už aj bez karantény čelia mnohým bariéram v prístupe k zdravotnej starostlivosti, mohol byť tento efekt ešte silnejší. Aj v zahraničí boli nadmerné úmrtia vyššie v oblastiach s nižšími príjmami, nižšou mierou vzdelania a na vidieku (Stokes et al., 2020).

Odporúčania

1. Pandemické odporúčania

Zvýšenie miery zaočkovanosti

Podporiť a zefektívniť mobilné očkovanie pre zraniteľných priamo v obciach s MRK. Vychádzajúc zo súvisiacich prieskumov priamo v MRK a úspešnej praxe tzv. nízkoprahového mobilného očkovania a mobilného očkovania v režii krajov, odporúčame pokračovať v podpore a zintenzívnení očkovania, ktoré sa realizuje:

- po prechádzajúcej cielej „door-to-door“ kampani zameranej na oprávnených obyvateľov;
- priamo v obciach s MRK, no ideálne mimo samotné MRK. Očkovanie mimo MRK spolu s majoritou môže zvýšiť dôveru v očkovanie;
- so zameraním a dostupnosťou pre všetkých miestnych sociálne zraniteľných obyvateľov (ľudia bez domova, seniori, klienti sociálnych služieb a pod.) bez ohľadu na etnicitu;
- za účasti miestnych lekárov, terénnych pracovníkov a zdravotníkov vyškolených na prácu so sociálne zraniteľnými skupinami ľudí.

Intervencie počas pandémie

Nahradiť prax komunitných karantén MRK cieľovými intervenciami v spolupráci s intervenčným tímom rezortu zdravotníctva. Z doterajších skúseností s oboma prístupmi odporúčame zainteresovaným samosprávam a Úradu verejného zdravotníctva v prípade podozrení na ohniská pandémie v prostredí MRK:

- zapojiť Úrad splnomocnenca vlády SR pre rómske komunity a intervenčný tím rezortu zdravotníctva;
- využiť manuál pre samosprávy²² s MRK vypracovaný Odbornou pracovnou skupinou pre MRK pri Pandemickej komisii MZ SR²³;
- použiť metodické usmernenia pre jednotlivé krízové situácie, ktoré vypracoval Úrad splnomocnenca vlády SR pre rómske komunity²⁴.

Plánovanie pandemických opatrení

Do tvorby pandemických opatrení systematicky zapájať expertov na zdravie sociálne zraniteľných skupín. K mnohým problémom s dlhodobými negatívnymi dôsledkami pre úspešnú prevenciu a kontrolu pandémie v prostredí MRK prispelo nedostatočné alebo chýbajúce zapojenie odborníkov na problematiku zdravia sociálne zraniteľných skupín (z akadémie, intervenčnej praxe, Zdravých regiónov a pod.) do plánovania reakcií na pandémiu príslušnými centrálnymi orgánmi (krízové štáby, konzília, Úrad verejného zdravotníctva). Väčšinu alternatívnych riešení overených praxou prinášajú pochopiteľne práve takíto odborníci. Tento nedostatok navrhujeme odstrániť ich systematickejším zapojením.

²¹ Príkladmi sú pokles včasnej diagnostiky rakoviny (Kaufman et al., 2020), nárast smrteľných infarktov v dôsledku neskorého poskytnutia akútnej intervencie (Gluckman et al., 2020) alebo zvýšený počet úmrtí pacientov s demenciou a Alzheimerovou chorobou v dôsledku izolácie. Zdrojový link: <https://www.washingtonpost.com/health/2020/09/16/coronavirus-dementia-alzheimers-deaths/?arc404=true>.

²² V rámci národného projektu COVID MRK sa chystá aktualizovaná verzia na začiatku roka 2022.

²³ <https://www.zdraveregiony.eu/odporucany-postup-pre-samospravy/>

²⁴ <http://www.romovia.vlada.gov.sk/narodne-projekty/covid-mrk/materialy-na-stiahnutie/>



Podpora pri strate práce počas pandémie

Zvážiť dočasné rozšírenie dávky v nezamestnanosti počas pandémie na ohrozenejšie skupiny zamestnancov podľa medzinárodných odporúčaní. Skrátenie trvania doby poistenia v nezamestnanosti potrebnej pre vznik dávky v jasne vymedzených výnimočných situáciách by pomohlo pokryť väčšiu časť nezamestnaných sezónnych alebo nepravidelných zamestnancov. Podmienky nároku na dávku v nezamestnanosti sú v medzinárodnom porovnaní relatívne prísne (OECD, 2020a). Priemerné obdobie poistenia potrebné na získanie nároku na dávku v nezamestnanosti v krajinách EÚ predstavuje takmer 10 mesiacov počas obdobia 2 rokov²⁵. Na Slovensku je na získanie nároku potrebných 24 mesiacov poistenia z posledných 4 rokov (730 dní z posledných 4 rokov).

Udržanie aktivačného príspevku počas pandémie

Ponechať plnú výšku aktivačného príspevku aj v prípade pozastavených aktivačných prác počas pandémie pre všetkých účastníkov. Aj napriek potrebe reformy aktivačných prác je počas pandémie dôležité, aby súčasným účastníkom neklesol príjem z dôvodov, ktoré nevedia ovplyvniť. Aktivačný príspevok dostávajú ľudia v hmotnej núdzi, ktorí sa pracovne aktivujú. Podporu vo výške 69,40 eur v roku 2021 poberá v súčasnosti vyše 20-tisíc ľudí v hmotnej núdzi²⁶. Predstavuje výraznú časť príjmu chudobných domácností a aj napriek previazanosti s aktivačnými prácami sa môže chápať ako sociálna pomoc (Mýtina Kureková et al., 2013).

Vyplácanie dotácie na obedy

Vyplácať dotácie na stravu rodičom v prípade triedy v karanténe alebo zavretej školy. Dotácia sa štandardne poskytuje materskej škole alebo základnej škole. Počas vynechaného obeda z dôvodu pandemickej situácie sa dotácie nevyplácajú. Opatrenie zabezpečí, že nízkopříjmové rodiny budú za stratu nepeňažnej pomoci kompenzované.

2. Odporúčania na podporu zotavenia z pandémie

Efektívnejšie aktivačné práce

Reforma aktivačných prác na nástroj zvyšovania kvalifikácie a zručností pre otvorený trh práce. Súčasná nastavenie nezvyšuje šance účastníkov zamestnať sa oproti iným efektívnejším nástrojom (Mýtina Kureková et al., 2013; IFP, 2016; ÚHP, 2017). Cieľom aktivácie nezamestnaných by však malo byť ich postupné zaraďovanie na trh práce, čo by výrazne zvýšilo príjem účastníkov a šancu dostať sa z chudoby.

Zvýšenie podpory cez efektívne služby zamestnanosti

Zvýšiť podporu cez kvalitné poradenstvo a efektívne nástroje aktívnych opatrení trhu práce pre najviac ohrozené skupiny trhu práce (ÚHP, 2017; ÚHP a spol. 2020). Proaktívne služby zamestnanosti sú potrebné na tlmenie dopadov pandémie a podporu pokrízového zotavenia trhu práce (OECD, 2021b). Aktivačných nástrojov mimo aktivačných prác sa zúčastňuje len 11 % nezamestnaných ľudí z MRK oproti 25 % nezamestnaným z majority. V nepandemickom roku 2019 bol pomer rovnaký, ale s väčším počtom podporených (21 % proti 45 %)²⁷.

²⁵ <https://www.missoc.org/missoc-database/comparative-tables/>

²⁶ Podľa publikovaných údajov ÚPSVR (link).

²⁷ Podľa vlastných výpočtov na základe údajov ÚPSVR.

BOX 2: Všeobecné princípy pre úspešnú integráciu ľudí z MRK

- **Posilnenie štatistík, ktoré by monitorovali progres v integračných politikách.** Na Slovensku stále chýba regulárne monitorovanie socioekonomického vývoja v rómskej populácii. Chýbajú makro štatistiky týkajúce sa vývoja na trhu práce, školstva alebo zdravotníctva. Atlas rómskych komunit je dôležitý, ale chýba častejšia periodicita na úrovni EU SILC²⁸ alebo LFS (*Labour Force Survey*). Medzinárodné organizácie OECD alebo EK dlhodobo pripomínajú potrebu zlepšenia monitoringu progresu v oblasti integrácie .
- **Verejné služby by sa nemali duplikovať, nemali by vznikať nemocnice, školy a triedy špeciálne pre Rómov. Naopak hlavnou snahou je ich integrácia do verejných služieb** Špeciálne verejné služby by rozdiely medzi majoritou a ľuďmi z MRK iba prehlbovali.
- **Mali by sa posilniť tzv. „mosty“ do verejných služieb.** Najefektívnejším spôsobom integrácie sa ukazujú projekty tzv. „mostov“, ktorých cieľom je sprostredkovať ľuďom z MRK prístup k existujúcim verejným službám a odstraňovať jazykové, kultúrne, či psychologické bariéry. Dobrým príkladom sú Zdravé regióny, ktoré prostredníctvom zdravotných asistentov uľahčujú ľuďom z MRK prístup k doktorom, k informáciám o prevencii atď. Podobnými príkladmi mostov sú terénni sociálni pracovníci, miestne občianske poriadkové služby alebo asistenti učiteľa.
- **EÚ fondy predstavujú dôležitý nástroj na integráciu, ale úspešné projekty by sa mali integrovať priamo pod ministerstvá.** Najdôležitejším finančným zdrojom pre integráciu obyvateľov z MRK sú EÚ fondy. Programy, ktoré boli vyhodnotené ako úspešné (napríklad miestne občianske poriadkové služby alebo zdravotní asistenti), by sa mali integrovať pod dané ministerstvá (ministerstvo vnútra a ministerstvo zdravotníctva). Ide o relatívne malé projekty, ktoré môžu mať veľký vplyv na výsledkové ukazovatele ako napr. odvrátiteľné úmrtia. Úspešné EU projekty by sa mali vyhodnotiť. Ak sa preukáže významný vplyv, tak by sa mali rozšíriť a integrovať priamo do rozpočtových kapitol jednotlivých ministerstiev. Inak povedané, súčasťou zdravotníckeho personálu sa môžu stať aj zdravotní asistenti v MRK.
- **Úrad vlády a splnomocnenec vlády SR pre rómske komunity majú mať silnú koordinačnú úlohu.** Integrácia MRK si vyžaduje koordináciu viacerých sektorových politik od školstva cez zdravotníctvo až po politiky trhu práce²⁹. Vylúčenie týchto komunit je totiž na takej úrovni, že intervencia v jednej oblasti nemusí fungovať dostatočne bez druhej. Napríklad, aj keby sme zo dňa na deň vylepšili zdravotníctvo a uľahčili k nemu prístup, nevyhovujúce životné podmienky, nedostupná kanalizácia vo vylúčených komunitách budú vždy spôsobovať vyššiu chorobnosť.

²⁸ Periodicita súčasného zberu údajov EU SILC MRK je približne každé 3 roky.

²⁹ Niektoré možnosti posilnenia inštitucionálnej infraštruktúry integračných politik boli vypracované a publikované aj v materiáli: https://www.minv.sk/swift_data/source/romovia/publikacie/biela-kniha.pdf



Literatúra:

- 1) Belak, A., Madarasova Geckova, A., van Dijk J. P. & Reijneveld S. A. (2018), Why don't segregated Roma do more for their health? An explanatory framework from an ethnographic study in Slovakia, *International Journal of Public Health* 63(9)
- 2) Belák, A. & Grauzelová, T., *Zhrnutie pandemickej situácie v marginalizovaných rómskych komunitách (MRK): Aktualizácia Zdravých regiónov k 11.11. 2021*, Zdravé regióny, p.o. MZ SR, 2021
- 3) Bonardi et al., 2020 J.P. Bonardi, Q. Gallea, D. Kalanoski, R. Lalive Fast and local: How lockdown policies affect the spread of COVID-19 COVID *Economics*, CEPR, 23 (2020), pp. 325-351
- 4) Bennett, M. (2021). All things equal? Heterogeneity in policy effectiveness against COVID-19 spread in Chile. *World development*, 137, 105208.
- 5) Dave, D., Friedson, A. I., Matsuzawa, K., & Sabia, J. J. (2021). When do shelter-in-place orders fight COVID-19 best? Policy heterogeneity across states and adoption time. *Economic inquiry*, 59(1), 29-52.
- 6) EC (2014), *Roma Health Report – Health status of the Roma population*, European Commission, Brussels
https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/social_determinants/docs/2014_roma_health_report_en.pdf
- 7) Flaxman, S., Mishra, S., Gandy, A., Unwin, H. J. T., Mellan, T. A., Coupland, H., ... & Bhatt, S. (2020). *Estimating the effects of non-pharmaceutical interventions on COVID-19 in Europe*. *Nature*, 584(7820), 257-261.
- 8) FRA (2016), *Second European Union Minorities and Discrimination Survey, Roma – Selected findings*, European Agency for Fundamental Rights, Luxembourg,
<http://fra.europa.eu/en/publication/2016/eumidis-ii-roma-selected-findings>
- 9) FRA (2019), *Second European Union Minorities and Discrimination Survey: Roma women in nine EU Member States*, EU Agency for Fundamental Rights, Luxembourg,
<https://fra.europa.eu/en/publication/2019/roma-women-nine-eu-member-states>
- 10) Gibertoni, D., Adja, K. Y. C., Golinelli, D., Reno, C., Regazzi, L., Lenzi, J., ... & Fantini, M. P. (2021). Patterns of COVID-19 related excess mortality in the municipalities of Northern Italy during the first wave of the pandemic. *Health & place*, 67, 102508.
- 11) Gluckman, T. J., Wilson, M. A., Chiu, S. T., Penny, B. W., Chepuri, V. B., Waggoner, J. W., & Spinelli, K. J. (2020). Case rates, treatment approaches, and outcomes in acute myocardial infarction during the coronavirus disease 2019 pandemic. *JAMA cardiology*, 5(12), 1419-1424.
- 12) Grauzelová, T. & Markovič, F. (2020), *Příjmy a životné podmienky v marginalizovaných rómskych komunitách: Vybrané ukazovatele zo zisťovania EU SILC MRK, ÚSVRK SR*,
https://www.minv.sk/swift_data/source/romovia/atlas_romskych_komunit_2019/EU%20SILC_MRK_web.pdf
- 13) Hsiang, S., Allen, D., Annan-Phan, S., Bell, K., Bolliger, I., Chong, T., ... & Wu, T. (2020). The effect of large-scale anti-contagion policies on the COVID-19 pandemic. *Nature*, 584(7820), 262-267.
- 14) IFP (2016), *Veľa práce na úradoch práce: Efektivita a účinnosť služieb zamestnanosti*, Ekonomická analýza 40, Inštitút finančnej politiky,
www.finance.gov.sk/Default.aspx?CatID=11228
- 15) IFP (2018a), *Inklúzia Rómov je potrebná aj v zdravotníctve*, Komentár 2018/23, Inštitút finančnej politiky,
https://www.mfsr.sk/files/archiv/34/2018_23_Inkluzia_zdravie_final.pdf
- 16) IFP (2018b), *Inklúzia Rómov je celospoločenskou výzvou*, Komentár 2018/18, Inštitút finančnej politiky,
https://www.mfsr.sk/files/archiv/priloha-stranky/17297/35/2018_18_Inkluzia_final.pdf



- 17) Kaufman, H. W., Chen, Z., Niles, J., & Fesko, Y. (2020). Changes in the number of US patients with newly identified cancer before and during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic. *JAMA network open*, 3(8), e2017267-e2017267.
- 18) Kováčová (2020): Postavenie rómskych žien na slovenskom trhu práce, Človek v ohrození n.o., Bratislava, <https://clovekvohrozeni.sk/wp-content/uploads/2020/12/Anal%C3%BDza-R%C3%B3mske-%C5%BEeny-na-trhu-pr%C3%A1ce.docx>
- 19) Mýtna Kureková, L., Salner, A. & Farenzenová, M. (2013), *Implementation of Activation Works in Slovakia: Evaluation and Recommendations for Policy Change*, Final Report, Slovak Governance Institute, Bratislava, <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.2405808>
- 20) OECD (2019), *OECD Economic Surveys: Slovak Republic 2019*, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/eco_surveys-svk-2019-en
- 21) OECD (2020a), *OECD Employment Outlook 2020*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/1686c758-en>
- 22) OECD (2020b), *OECD Economic Surveys: Slovak Republic 2019*, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/eco_surveys-svk-2019-en
- 23) OECD (2021a), *OECD Health at a Glance*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>
- 24) OECD (2021b), Scaling up policies that connect people with jobs in the recovery from COVID-19, *OECD Policy Responses to Coronavirus*, OECD Publishing, Paris, <https://dx.doi.org/10.1787/a91d2087-en>
- 25) Prem, K., Liu, Y., Russell, T. W., Kucharski, A. J., Eggo, R. M., Davies, N., ... & Klepac, P. (2020). The effect of control strategies to reduce social mixing on outcomes of the COVID-19 epidemic in Wuhan, China: a modelling study. *The Lancet Public Health*, 5(5), e261-e270.
- 26) Ravasz, Á., Kovács, L. & Markovič, F. (2020), *Atlas rómskych komúní 2019*, VEDA, Slovenská akadémia vied, Bratislava
- 27) Stokes, A. C., Lundberg, D. J., Elo, I. T., Hempstead, K., Bor, J., & Preston, S. H. (2020). Assessing the impact of the Covid-19 pandemic on US mortality: a county-level analysis. *MedRxiv*.
- 28) ÚHP (2017), *Revízia výdavkov na politiky trhu práce a sociálne politiky – Záverečná správa*, Útvar hodnoty za peniaze https://www.mfsr.sk/files/archiv/uhp/3370/76/Revizia_vydavkov_na-praca.pdf
- 29) ÚHP, IVP a ISP (2020), *Revízia výdavkov na skupiny ohrozené chudobou alebo sociálnym vylúčením – Záverečná správa*, Útvar hodnoty za peniaze, Inštitút vzdelávacej politiky a Inštitút sociálnej politiky <http://www.mfsr.sk/files/archiv/65/RevizivydavkovnaohrozeneskupinyZSverziaFINAL3.pdf>

Materiál prezentuje názory autorov, Inštitútu finančnej politiky a Útvaru hodnoty za peniaze, ktoré nemusia nevyhnutne odzrkadľovať oficiálne názory Ministerstva financií SR. Cieľom publikovania komentárov Inštitútu finančnej politiky (IFP) a Útvaru hodnoty za peniaze (ÚHP) je podnecovať a zlepšovať odbornú a verejnú diskusiu na aktuálne ekonomické témy. Citácie textu by sa preto mali odkazovať na IFP a ÚHP (a nie MF SR), ako autora týchto názorov.