



Spolufinancovaný
Európskou úniou

umb
UNIVERZITA
MATEJA BELA
V BANSKEJ BYSTRICI

Dlhodobá integrovaná starostlivosť o seniorov na komunitnej úrovni

Mária Horeháiová, Alena Kaščáková, Andrea Seberíni

2023



Projekt spolufinancovaný Európskou úniou v rámci programu EaSI (výzva VP/2019/003/0152, číslo zmluvy VS/2020/0274).

**Ekonomická fakulta
Univerzity Mateja Bela v Banskej Bystrici**



Mária Horeháiová, Alena Kaščáková, Andrea Seberíni

**Dlhodobá integrovaná starostlivosť o seniorov
na komunitnej úrovni**



Banská Bystrica 2023



Schválila redakčná rada Ekonomickej fakulty Univerzity Mateja Bela v Banskej Bystrici ako vedeckú monografiu.

Vedecká monografia je výstupom projektu: „Centrá sociálnych služieb ako nástroj viacúrovňového partnerstva pri poskytovaní dlhodobej starostlivosti na komunitnej úrovni na Slovensku”. Projekt realizuje Banskobystrický samosprávny kraj a je podporený Európskou úniou v rámci výzvy na predkladanie návrhov o sociálnych inováciách a národných reformách v oblasti dlhodobej starostlivosti o seniorov (výzva VP/2019/003/0152, číslo zmluvy VS/2020/0274).



**Spolufinancovaný
Európskou úniou**



**BANSKOBYSSTRICKÝ
SAMOSPRÁVNÝ KRAJ**

Recenzenti

doc. Ing. Katarína Vitálišová, PhD.

doc. PhDr. Monika Nová, Ph.D.

Návrh obálky

HenriMat Photography

Autorky © Horeháková, M., Kaščáková, A., Seberíni, A., 2023

doc. Ing. Mária Horeháková, PhD.  <https://orcid.org/0000-0001-6718-4586>

doc. Ing. Alena Kaščáková, PhD.  <https://orcid.org/0000-0001-6147-9770>

PhDr. Andrea Seberíni, Ph.D.  <https://orcid.org/0000-0002-8531-1611>

Prvé vydanie.

Uverejnené na webovej stránke Univerzity Mateja Bela v Banskej Bystrici v elektronickej verzii vo formáte PDF.

ISBN 978-80-557-2055-5

DOI <https://doi.org/10.24040/2023.9788055720555>



Táto publikácia je šírená pod licenciou Creative Commons Attribution 4.0 International Licence CC BY (Horeháková, M., Kaščáková, A., Seberíni, A.).

OBSAH

Zoznam skratiek	7
Zoznam grafov	8
Zoznam tabuliek	9
Zoznam obrázkov	12
ÚVOD	13
1 TEORETICKÉ PRÍSTUPY K STAROSTLIVOSTI O SENIOROV	17
1.1 Starnutie ako demografický proces a populačné zmeny	18
1.2 Starnutie populácie na Slovensku	22
1.3 Starnutie obyvateľstva v kontexte sociálnej politiky	29
1.4 Dlhodobá starostlivosť o seniorov	33
1.5 Formálna a neformálna starostlivosť o seniorov	38
1.6 Integrovaná zdravotná a sociálna starostlivosť	42
1.7 Model integrovanej starostlivosti o seniorov ako faktor rozvoja komunity	44
1.7.1 Preventívne aktivity a komunitná rehabilitácia ako súčasť stratégie rozvoja komunity	45
1.8 Príklady integrovanej starostlivosti zo zahraničia	48
2 CENTRÁ INTEGROVANEJ SOCIÁLNO-ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI	56
2.1 Cieľ, materiál a metodika skúmania	56
2.2 CISZS ako nástroj riešenia problému dlhodobej integrovanej starostlivosti	58
2.3 Metodika výberu okresov pre zriadenie CISZS	61
2.4 Funkčné zoskupenie obcí	68
2.4.1 Prvá etapa výberu FZO	69
2.4.2 Druhá etapa výberu FZO	79
2.4.3 Princípy a náplň činnosti CISZS	82

2.5	Zriadenie CISZS	86
2.5.1	Komunitné plány sociálnych služieb ako predpoklad zriadenia CISZS	89
2.5.2	Právna forma a organizačná štruktúra CISZS	91
2.5.3	Financovanie CISZS	93
2.6	Analýza dopytu po sociálnych službách vo vybraných regiónoch	96
2.6.1	Mikroregión Novohradské Podzámčie	100
2.6.2	Mikroregión Veľký Potok – Ipeľ	101
2.6.3	Mikroregión Banská Štiavnica (Štiavnicko)	102
3	VÝSLEDKY PILOTNEJ ŠTÚDIE ČINNOSTI TROCH CENTIER INTEGROVANEJ SOCIÁLNO-ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI NA SLOVENSKU	107
3.1	Analýza údajov dotazníkového prieskumu uskutočneného v roku 2022	107
3.1.1	Mikroregión Novohradské Podzámčie	108
3.1.2	Mikroregión Veľký Potok – Ipeľ	116
3.1.3	Mikroregión Banská Štiavnica (Štiavnicko)	126
3.2	Komparácia výsledkov prieskumov v rokoch 2021 a 2022	140
	ZÁVER	148
	SUMMARY	151
	ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY	153

CONTENT

List of abbreviations	7
List of graphs	8
List of tables	9
List of images	12
INTRODUCTION	13
1 THEORETICAL APPROACHES TO CARE FOR THE ELDERLY	17
1.1 Ageing as a demographic process and population change	18
1.2 Population ageing in Slovakia	22
1.3 Population ageing in the context of social policy	29
1.4 Long-term care for the elderly	33
1.5 Formal and informal care for the elderly	38
1.6 Integrated health and social care	42
1.7 The model of integrated care for the elderly as a factor of territorial development	44
1.7.1 Prevention activities and community rehabilitation as part of a community development strategy	45
1.8 Examples of integrated care from other countries	48
2 CENTRES OF INTEGRATES SOCIAL AND HEALTH CARE SERVICES (CISHCS)	56
2.1 Aim, material and methodology	56
2.2 CISHCS as a tool for solving the problem of long-term integrated care	58
2.3 Methodology for selecting districts for the establishment of a CISHCS	61
2.4 Functional grouping of municipalities	68
2.4.1 First stage of the selection of the functional grouping of municipalities	69
2.4.2 Second stage of selection of the functional grouping of municipalities	79

2.4.3 Principles and scope of the CISHCS	82
2.5 Establishment of the CISHCS	86
2.5.1 Community plans for social services as a prerequisite for the establishment of a CISHCS	89
2.5.2 Legal form and organisational structure of the CISHCS	91
2.5.3 Financing of the CISHCS	93
2.6. Analysis of demand for social services in selected regions	96
2.6.1 Novohradské Podzámčie microregion	100
2.6.2 Microregion Veľký Potok – Ipeľ	101
2.6.3 Mikroregión Banská Štiavnica (Štiavnicko)	102
3 RESULTS OF A PILOT STUDY OF THREE CENTRES OF INTEGRATED SOCIAL AND HEALTH CARE IN SLOVAKIA	107
3.1 Analysis of questionnaire survey data conducted in 2022	107
3.1.1 Microregion Novohradské Podzámčie	108
3.1.2 Mikroregión Veľký Potok – Ipeľ	116
3.1.3 Microregion Banská Štiavnica (Štiavnicko)	126
3.2 Comparison of survey results in 2021 and 202	140
CONCLUSION	148
SUMMARY	151
LIST OF REFERENCES	153

ZOZNAM SKRATIEK

ADOS	Agentúra domácej ošetrovateľskej starostlivosti
BBSK	Banskobystrický samosprávny kraj
CISZS	Centrum integrovaných sociálnych a zdravotných služieb
EHK OSN	Európska hospodárska komisia OSN
EK	Európska komisia
EÚ	Európska Únia
FZO	funkčné zoskupenie obcí – odkazuje na skupinu obcí, pre ktoré by malo centrum poskytovať a zabezpečovať sociálne a zdravotné služby.
KPSS	komunitné plány sociálnych služieb
MPSVR SR	Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky
ODR	old dependency ratio, t. j. pomer poproduktívnej a produktívnej zložky populácie vyjadrený v percentách, alebo počet obyvateľov v neproduktívnom veku pripadajúcich na 100 obyvateľov v produktívnom veku.
OECD	Organizácia pre hospodársku spoluprácu a rozvoj
OSN	Organizácia spojených národov
UPSVaR	Úrady práce, sociálnych vecí a rodiny
VÚC	Vyšší územný celok
WHO	Svetová zdravotnícka organizácia

ZOZNAM GRAFOV

Graf 1	Vývoj indexu šedého zaťaženia (ODR), indexu starnutia a podielu osôb v poproduktívnom veku na Slovensku od roku 1996 (všetky ukazovatele v %)	24
Graf 2	Veková štruktúra populácie SR v roku 2021 a prognóza do roku 2060	25
Graf 3	Podiel poproduktívnej zložky populácie na Slovensku a v krajocho SR v rokoch 1996 – 2021 (v %)	26
Graf 4	Vývoj indexu starnutia na Slovensku a v krajocho SR v rokoch 1996 – 2021 (v %)	27
Graf 5	Hrubá miera migračného salda na Slovensku a v krajocho v rokoch 1996 – 2021 (v promile)	28
Graf 6	Postavenie okresov BBSK z pohľadu výsledkov využitia metód viackriteriálneho hodnotenia	65
Graf 7	Dendrogram ako výsledok tvorby zhlukov okresov BBSK	67
Graf 8	Štruktúra označených činností respondentmi v mikroregióne Novohradské Podzámčie, pri vykonávaní ktorých potrebujú pomoc (prieskum v roku 2022)	110
Graf 9	Štruktúra subjektov, poskytujúcich pomoc respondentom v mikroregióne Novohradské Podzámčie (prieskum v roku 2022)	112
Graf 10	Štruktúra označených činností respondentmi v mikroregióne Novohradské Podzámčie, o ktoré by mali záujem, keby ich obec vedela zabezpečiť (prieskum v roku 2022)	114
Graf 11	Štruktúra označených činností respondentmi v mikroregióne Veľký Potok – Ipeľ, pri vykonávaní ktorých potrebujú pomoc (prieskum v roku 2022)	118
Graf 12	Štruktúra subjektov, poskytujúcich pomoc respondentom v mikroregióne Veľký Potok – Ipeľ (prieskum v roku 2022)	120
Graf 13	Štruktúra označených činností respondentmi v mikroregióne Veľký Potok – Ipeľ o ktoré by mali záujem, keby ich obec vedela zabezpečiť (prieskum v roku 2022)	122
Graf 14	Štruktúra označených činností respondentmi v mikroregióne Banská Štiavnica (Štiavnico), pri vykonávaní ktorých potrebujú pomoc (prieskum v roku 2022)	128
Graf 15	Štruktúra subjektov poskytujúcich pomoc respondentom v mikroregióne Banská Štiavnica (Štiavnico) (prieskum v roku 2022)	129
Graf 16	Štruktúra označených činností respondentmi v mikroregióne Banská Štiavnica (Štiavnico), o ktoré by mali záujem, keby ich vedela obec zabezpečiť (prieskum v roku 2022)	131

ZOZNAM TABULIEK

Tabuľka 1	Analýza stavu a návrhy na zlepšenie sociálnych služieb	40
Tabuľka 2	Ukazovateľ dopytu po sociálnych službách v okresoch BBSK (december 2020)	61
Tabuľka 3	Ukazovatele demografickej a ekonomickej situácie okresov BBSK	63
Tabuľka 4	Stav poskytovaných sociálnych služieb v okresoch BBSK (december 2020)	63
Tabuľka 5	Priemerné poradie okresov ako výsledok využitia metód viackriteriálneho hodnotenia	66
Tabuľka 6	Popisné charakteristiky vybraných ukazovateľov vo všetkých doménach.	71
Tabuľka 7	Ukazovatele a ich váhy vstupujúce do agregátneho indexu	75
Tabuľka 8	SWOT analýza	80
Tabuľka 9	Štruktúra respondentov v mikroregióne Banská Štiavnica (Štiavnicko) podľa doby čakania na poskytnutie požadovanej sociálnej služby podľa prieskumu v roku 2021	103
Tabuľka 10	Štruktúra respondentov v mikroregióne Novohradské Podzámčie podľa veku a činností, pri vykonávaní ktorých potrebujú pomoc bez ohľadu na to, či im niekto pomáha (prieskum v roku 2022)	109
Tabuľka 11	Štruktúra označených činností respondentmi v mikroregióne Novohradské Podzámčie podľa subjektov, ktoré poskytujú pomoc pri ich vykonávaní (prieskum v roku 2022)	111
Tabuľka 12	Štruktúra respondentov v mikroregióne Novohradské Podzámčie podľa veku a označených činností, o ktoré by mali záujem, keby ich vedela obec zabezpečiť (prieskum v roku 2022)	112
Tabuľka 13	Priemerná mesačná suma, ktorú by si respondenti v mikroregióne Novohradské Podzámčie mohli dovoliť platiť za sociálne služby (A) a ktorú platia za poskytované sociálne služby (B) podľa vekových kategórií (prieskum v roku 2022)	114
Tabuľka 14	Rozdelenie odpovedí respondentov v mikroregióne Novohradské Podzámčie podľa uprednostňovaného miesta pre poskytovanie sociálnych služieb (prieskum v roku 2022)	115
Tabuľka 15	Rozdelenie odpovedí respondentov v mikroregióne Novohradské Podzámčie podľa veku a dôvodu, pre ktorý požiadali o poskytovanie sociálnych služieb (prieskum v roku 2022)	115

Tabuľka 16	Štruktúra respondentov v mikroregióne Veľký Potok – Ipeľ podľa veku a činnosti, pri vykonávaní ktorej potrebujú pomoc bez ohľadu na to, či im niekto pomáha (prieskum v roku 2022) ..	116
Tabuľka 17	Štruktúra označených činností respondentmi v mikroregióne Veľký Potok – Ipeľ podľa subjektov, ktoré poskytujú pomoc pri ich vykonávaní (prieskum v roku 2022)	119
Tabuľka 18	Štruktúra respondentov v mikroregióne Veľký Potok – Ipeľ podľa veku a označených činnosti, o ktoré by mali záujem, keby ich obec vedela zabezpečiť (prieskum v roku 2022)	120
Tabuľka 19	Priemerná mesačná suma, ktorú by si respondenti v mikroregióne Veľký Potok – Ipeľ mohli dovoliť platiť za sociálne služby (A) a ktorú platia za poskytované sociálne služby (B) podľa vekových kategórií (prieskum v roku 2022)	123
Tabuľka 20	Rozdelenie odpovedí respondentov v mikroregióne Veľký potok – Ipeľ podľa uprednostňovaného miesta pre poskytovanie sociálnych služieb (prieskum v roku 2022)	123
Tabuľka 21	Rozdelenie odpovedí respondentov v mikroregióne Veľký potok – Ipeľ podľa dôvodu a vekovej kategórie, pre ktorý požiadali o poskytovanie sociálnych služieb	124
Tabuľka 22	Prehľad o činnosti CISZS Vinica za mesiac január 2022	124
Tabuľka 23	Štruktúra respondentov v mikroregióne Banská Štiavnica (Štiavnicko) podľa veku a činností, pri vykonávaní ktorých potrebujú pomoc bez ohľadu na to, či im niekto pomáha (prieskum v roku 2022)	126
Tabuľka 24	Štruktúra označených činností respondentmi v mikroregióne Banská Štiavnica (Štiavnicko) podľa subjektov, ktoré poskytujú pomoc pri ich vykonávaní (prieskum v roku 2022)	128
Tabuľka 25	Štruktúra respondentov v mikroregióne Banská Štiavnica (Štiavnicko) podľa veku a označených činnosti, o ktoré by mali záujem, keby ich vedela obec zabezpečiť (prieskum v roku 2022)	130
Tabuľka 26	Priemerná mesačná suma, ktorú by si respondenti v mikroregióne Štiavnicko mohli dovoliť platiť za sociálne služby (A) a ktorú platia za poskytované sociálne služby (B) podľa vekových kategórií (prieskum v roku 2022)	132
Tabuľka 27	Rozdelenie odpovedí respondentov v mikroregióne Štiavnicko podľa uprednostňovaného miesta pre poskytovanie sociálnych služieb (prieskum v roku 2022)	133
Tabuľka 28	Rozdelenie odpovedí respondentov v mikroregióne Štiavnicko podľa dôvodu, pre ktorý požiadali o poskytovanie sociálnych služieb a podľa vekovej kategórie	133

Tabuľka 29	Prehľad o činnosti CISZS Banská Štiavnica za mesiac január 2022	134
Tabuľka 30	Zloženie domácností respondentov v jednotlivých mikroregiónoch (prieskum v roku 2022)	135
Tabuľka 31	Poradie činností podľa intenzity potreby, pre ktoré ľudia vo veku od 60 rokov vyžadujú pomoc od okolia (prieskum v roku 2022)	136
Tabuľka 32	Poradie činností podľa intenzity potreby, pre ktoré by mala obec zabezpečiť pomoc pre ľudí vo veku od 60 rokov (prieskum v roku 2022)	137
Tabuľka 33	Maximálna mesačná suma, ktorú by si respondenti v regiónoch mohli dovoliť platiť za vybrané sociálne služby (A) a ktorú platia za sociálne služby (B) v EUR (prieskum v roku 2022)	137
Tabuľka 34	Rozdelenie foriem poskytovania informácií podľa výberu respondentov v mikroregiónoch (prieskum v roku 2022)	138
Tabuľka 35	Zloženie domácností respondentov podľa prieskumov v rokoch 2021 a 2022 (podiel kategórií v %)	140
Tabuľka 36	Podiel počtu označených činností, pri vykonávaní ktorých respondenti potrebujú pomoc bez ohľadu na to, či im niekto pomáha, v rokoch 2021 a 2022, za všetky mikroregióny spolu (v %)	141
Tabuľka 37	Podiel počtu označených činností, pri vykonávaní ktorých respondenti potrebujú pomoc bez ohľadu na to, či im niekto pomáha, v rokoch 2021 a 2022, podľa mikroregiónov (v %)	142
Tabuľka 38	Podiel subjektov, poskytujúcich pomoc respondentom, podľa prieskumov v rokoch 2021 a 2022, podľa mikroregiónov (v %)	142
Tabuľka 39	Podiel z počtu označených činností, ktoré by respondenti využili, keby ich obec vedela zabezpečiť, v rokoch 2021 a 2022, za všetky mikroregióny spolu (v %)	143
Tabuľka 40	Podiel počtu označených činností, ktoré by respondenti využili, keby ich vedela obec zabezpečiť, v rokoch 2021 a 2022, podľa mikroregiónov (v %)	144
Tabuľka 41	Prehľad o činnosti CISZS v troch mikroregiónoch za rok 2022 ..	145
Tabuľka 42	Prevádzkové náklady v CISZS za rok 2022	145

ZOZNAM OBRÁZKOV

Obrázok 1	Návrh prvotnej štruktúry kompozitného indexu sociálno-ekonomického potenciálu pre poskytovanie sociálnych služieb	72
Obrázok 2	Korelačná matica redukovaného počtu premenných pre tvorbu agregátneho indexu	74
Obrázok 3	Rozloženie štyroch skupín obcí podľa intenzity potreby pomoci v sociálnej oblasti v rámci okresov BBSK	76
Obrázok 4	Rozloženie štyroch skupín obcí podľa hodnoty agregátneho indexu v rámci mikroregiónov BBSK	77

ÚVOD

Starnutie obyvateľstva je trend, ktorý sa v Európe začal pred niekoľkými desaťročiami a na Slovensku sa prejavil začiatkom 90. rokov. Zmeny vo vekovej štruktúre obyvateľstva sa dotýkajú predovšetkým zvyšovania podielu starších ľudí a znižovania veľkosti populácie v produktívnom veku na celkovom počte obyvateľov. Podľa prognóz Eurostatu (2020) sa očakáva, že štruktúra európskej populácie sa v najbližších desaťročiach výrazne zmení. Slovensko bude jednou z krajín, kde sa starnutie obyvateľstva prejaví najvýraznejšie. Kým dnes na Slovensku pripadá na 100 ľudí v produktívnom veku približne 25 ľudí v poproduktívnom veku, v roku 2060 ich bude trikrát viac. Očakáva sa, že do roku 2080 budú ľudia vo veku 65 rokov a viac predstavovať 29,1 % populácie EÚ, pričom v roku 2020 to bolo 20,6 %, čo je o tri percentuálne body viac ako v roku 2010 (Eurostat, 2021). Zároveň sa podiel seniorov vo veku od 80 rokov na populácii EÚ viac ako zdvojnásobí, a to z 5,9 % v roku 2020 na 12,7 % v roku 2080. Na Slovensku sa podiel obyvateľov vo veku 65 rokov a viac zvýši zo súčasných 16,6 % na približne 30 % v roku 2060 (Eurostat, 2020), zatiaľ čo podiel obyvateľov vo veku 80 rokov a viac sa zvýši na 12 % (v súčasnosti len 3,4 %).

Takýto veľký nárast najstaršej populácie znamená okrem zvýšených nárokov na zdravotnú starostlivosť aj výrazný nárast dopytu po poskytovaní dlhodobej starostlivosti v akejkoľvek forme – formálnej i neformálnej. To predstavuje značnú výzvu pre systémy sociálnej a zdravotnej starostlivosti. Keďže podiel obyvateľstva odkázaného na sociálne a zdravotné služby neustále rastie, rastie aj dopyt po nich, pričom disponibilné zdroje na ich financovanie sú už dnes obmedzené a vplyvom demografického vývoja budú stále viac limitované klesajúcim podielom obyvateľstva v produktívnom veku. Dôkazom toho je vývoj ukazovateľa indexu ekonomickej závislosti seniorov, ktorý vyjadruje pomer populácie 65+ k počtu obyvateľov vo vekovej skupine 15 až 64 rokov. Tento index dosiahol v 27 členských štátoch EÚ v roku 2020 priemernú hodnotu 32 %, avšak predpoklad je, že v roku 2060 vzrastie na 54 % a v roku 2080 až na hodnotu 55,7 % (Eurostat, 2023). Preto je veľmi dôležité začať zlepšovať systémy poskytovania sociálnej a zdravotnej starostlivosti o starších ľudí tak, aby tieto dosahovali lepšiu úroveň a dostupnosť poskytovaných služieb pre všetkých, ktorí ich potrebujú a súčasne boli finančne udržateľné.

Slovenská republika v súčasnosti nie je pripravená na demografické zmeny, ktoré so sebou prináša starnutie populácie. Terajší systém služieb dlhodobej starostlivosti je nedostatočný a nevyhovujúci. Jeho nedostatky sa týkajú najmä súčasne platného legislatívneho rámca v oblasti sociálnych služieb, systému financovania dlhodobej starostlivosti, ako aj veľkej rozdrobenosti miestnej samosprávy. Zdravotníctvo a sociálna starostlivosť na Slovensku sú dva oddelené systémy s minimálnou koordináciou a prepojením. Každý systém sa riadi vlastnou legislatívou a normami. Celkovo tak pôsobí veľmi komplikovaný systém, ktorý

upravujú 3 rôzne zákony: Zákon o sociálnych službách č. 448/2008 Z.z., Zákon o zdravotnej starostlivosti č. 576/2004 Z.z. a Zákon o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia č. 447/2008 Z.z., ale aj ďalšie legislatívne normy (World Bank, 2020).

Cieľom tejto monografie je na základe teoretických východísk problematiky starnutia obyvateľstva a prístupov k starostlivosti o seniorov prezentovať návrh jedného z riešení vytvorenia systému starostlivosti o seniorov vo vybranom regióne. Riešenie spočíva v budovaní Centier integrovanej sociálno-zdravotnej starostlivosti (CISZS), ktoré prepájajú lokálnu a regionálnu úroveň poskytovania sociálnych služieb a zároveň sú inštitúciami integrujúcimi sociálnu a zdravotnú starostlivosť o seniorov na Slovensku. Vzhľadom na rôznorodosť sociálno-ekonomického a demografického potenciálu okresov a obcí je potrebné zacieliť pozornosť na oblasti s najvyššou potrebou alokácie zdrojov i na ich efektívne využitie. Na identifikáciu týchto oblastí je vhodné využiť matematicko-štatistický aparát v podobe metód multikriteriálneho hodnotenia, pričom konkrétnym nástrojom bude konštrukcia kompozitného indexu. Vzhľadom na uvedený cieľ monografie, predmetom jej skúmania sú systémy sociálnej a zdravotnej starostlivosti v kontexte poskytovania ich služieb seniorom. Riešením nedostatkov, ktoré sa v oboch systémoch pri poskytovaní a zabezpečovaní starostlivosti o seniorov vyskytujú, má byť ich vzájomná integrácia a vytvorenie modelu, ktorý má ambíciu priblížiť sociálne služby priamo ku klientovi v jeho domácom prostredí, pokiaľ to jeho zdravotný stav dovoľuje. Globálna stratégia integrovaných služieb zameraných na človeka počas rokov 2016 - 2026 (WHO, 2016 a 2017) definuje integrované poskytovanie zdravotníckych a sociálnych služieb ako prístup k posilneniu zdravotníckych systémov orientovaných na jednotlivcov prostredníctvom podpory komplexného poskytovania kvalitných služieb v priebehu celého života. Tieto služby sú navrhnuté na základe viacrozmerných potrieb jednotlivca a ich poskytovanie zabezpečuje koordinovaný multidisciplinárny tím poskytovateľov pracujúcich v rôznych prostrediach a na rôznych úrovniach starostlivosti.

Prvá časť vedeckej monografie sa zameriava na problematiku dlhodobej starostlivosti o seniorov z hľadiska existujúcich rôznych teoretických prístupov, pričom naliehavosť jej riešenia zdôvodňuje stručnou analýzou demografického vývoja v Európe a na Slovensku. Od roku 2011 Slovenská republika začala proces transformácie sociálnych služieb s cieľom vytvorenia a zabezpečenia podmienok pre nezávislý a slobodný život všetkých občanov odkázaných na pomoc spoločnosti v prirodzenom sociálnom prostredí komunity. Ešte predtým, v roku 2004 v rámci decentralizácie a deetatizácie sociálnych služieb došlo k preneseniu vybraných kompetencií na miestnu a regionálnu úroveň, čím sa mal posilniť princíp sociálnej subsidiarity a súčasne podporiť komunitný charakter poskytovania sociálnych služieb. V súčasnom stave obec zodpovedá predovšetkým za vypracovanie komunitného plánu sociálnych služieb, vytváranie podmienok na podporu komunitného rozvoja a za poskytovanie alebo zabezpečovanie poskytovania sociálneho poradenstva, ambulantných, terénnych a pobytových sociálnych služieb.

Napriek tejto právnej úprave existujú indície, že hlavne menšie obce nemajú na vykonávanie týchto opatrení dostatočné personálne, vedomostné a v niektorých prípadoch ani finančné kapacity.

V rámci transformácie sociálnych služieb sa na Slovensku realizuje aj ich deinštitucionalizácia ako súčasť širšej podpory osôb so zdravotným postihnutím, seniorov a osôb v nepriaznivej životnej situácii. Zákon č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách upravuje právne vzťahy pri poskytovaní sociálnych služieb, ich financovanie a dohľad nad ich poskytovaním. Slovenská legislatíva vníma sociálne služby ako odborné, obslužné a ďalšie činnosti, prípadne ich súbor, ktoré sa zameriavajú na prevenciu vzniku nepriaznivej sociálnej situácie fyzickej osoby, rodiny alebo komunity, a na jej riešenie alebo zmiernenie, ak nastane. Zákon pozná 35 druhov služieb pre rôzne cieľové skupiny, ktoré rozdeľuje do kompetencií miestnej a regionálnej samosprávy. Do kompetencii obcí spadajú pobytové sociálne služby pre seniorov - zariadenia pre seniorov a zariadenia opatrovateľskej služby, denné a terénne služby pre seniorov a služby krízovej intervencie. Aj z tejto stručnej charakteristiky sociálnych služieb vidieť, že ich zabezpečenie je zložitým a komplexným procesom tak po organizačnej, personálnej ako aj finančnej stránke.

Obsahom druhej kapitoly monografie je predstavenie a charakteristika modelu CISZS, v ktorom sa obce spájajú do funkčného zoskupenia a spoločne vytvárajú centrá, integrujúce sociálne a zdravotné služby, ale svojou činnosťou tiež podporujú proces deinštitucionalizácie t. j. prechod z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť. Popis modelu CISZS poskytuje nielen informácie týkajúce sa spôsobu založenia, činnosti, organizačnej štruktúry centra, ale aj metodiku výberu územia – funkčného zoskupenia obcí (FZO), pre ktoré by malo centrum poskytovať a zabezpečovať sociálne a zdravotné služby. V konečnom dôsledku ide o priblíženie sociálnych a zdravotných služieb ku klientovi do jeho domáceho prostredia, teda o poskytovanie služieb na tzv. komunitnej úrovni. Táto monografia prezentuje vypracovanú metodiku identifikácie priestoru s najvýraznejším dopytom po sociálnych službách s využitím nástrojov multikriteriálneho hodnotenia a tvorbou kompozitného indexu. Keďže zámerom projektu je aj praktická realizácia pilotného modelu CISZS v troch mikroregiónoch Slovenska, využitím danej metodiky boli v prvej etape identifikované okresy s najnižším sociálno-ekonomickým potenciálom a intenzívnym demografickým starnutím. Prostredníctvom reprezentatívneho dotazníkového prieskumu vo vybranom priestore seniori vyjadrili svoje potreby a potenciálny dopyt po verejných službách v sociálnej oblasti, ktorý sa stal základom pre ponuku sociálnych služieb zo strany plánovaných centier.

Tretia kapitola zhodnocuje výsledky pilotnej činnosti založených centier a to na základe porovnania informácií a dát získaných z dvoch prieskumov uskutočnených vo vybraných mikroregiónoch. Keďže prvý prieskum sa realizoval ešte pred vytvorením CISZS a druhý po roku ich činnosti, analýza poskytuje porovnanie dopytu seniorov po sociálnych službách vo všeobecnej rovine, ale aj vplyv novej pomoci, resp. ponuky služieb novovzniknutých centier na ich potreby. Z výsledkov

druhého prieskumu je zrejмый signifikantný nárast záujmu o činnosti centier. Všetky získané informácie z prieskumu sa dajú využiť na zlepšenie funkčnosti navrhovaného modelu CISZS aplikovaného vo vybraných mikroregiónoch, ale aj na disemináciu modelu do iných regiónov Slovenska.

Vedecká monografia je jedným z výstupov pilotného projektu podporeného Európskou komisiou s názvom *“Centrá sociálnych služieb ako nástroj viacúrovňového partnerstva pri poskytovaní dlhodobej starostlivosti na komunitnej úrovni na Slovensku”*. Projekt realizuje od roku 2020 Banskobystrický samosprávny kraj v spolupráci s Univerzitou Mateja Bela v Banskej Bystrici, Kristiania University Oslo, Ministerstvom práce sociálnych vecí a rodiny SR a Ministerstvom zdravotníctva SR. Spoločnou ambíciou všetkých inštitúcií participujúcich na projekte je vytvoriť fungujúci pilotný model komunitných centier sociálnych služieb pre seniorov, ktoré budú slúžiť ako platforma na integráciu sociálnych a zdravotných služieb v pôsobnosti rôznych verejných a neverejných poskytovateľov, a to v dvoch rovinách. V horizontálnej rovine centrá spoja niekoľko príslušných obcí poskytujúcich sociálne služby pod jednu strechu, čím sa vytvoria podmienky pre zvyšovanie kvality poskytovaných služieb. Vo vertikálnej rovine budú predstavovať platformu umožňujúcu prepojenie lokálnej a regionálnej úrovne poskytovania sociálnych a zdravotných služieb pre seniorov na vybranom území. Predpokladáme, že prepájaním obcí a poskytovateľov sa dosiahne koordinovanejší a adresnejší systém flexibilných a udržateľných služieb, pokrývajúcich preventívne aktivity a všetky formy sociálnych služieb a služieb dlhodobej starostlivosti. V rámci projektu sa na území Banskobystrického samosprávneho kraja realizuje pilotná fáza overovania funkčnosti CISZS s možnosťou rozšírenia centier aj na ďalšie územia.

Publikácia, ktorá prezentuje nový prístup k riešeniu problematiky dlhodobej starostlivosti o seniorov prostredníctvom centier integrovanej sociálno-zdravotnej starostlivosti, vytvára priestor pre rozvoj nových teoretických poznatkov v tejto oblasti, ako aj pre inovatívne praktické riešenia, ktoré v budúcnosti pomôžu zlepšiť život starších ľudí vo všetkých regiónoch Slovenska.

Touto cestou by sme chceli poďakovať všetkým partnerom za ich podporu a vynikajúcu spoluprácu počas celého projektu, ako aj za ich zanieťenie pre rozvoj banskobystrického regiónu a jeho inštitúcií. Vďaka patrí najmä pracovníkom Úradu Banskobystrického samosprávneho kraja: Pavelovi Červienkovi, Jánovi Michalskému, Denise Nincovej. Takisto sme veľmi vďačné za podporu a odborné konzultácie, ktoré nám pri príprave monografie poskytli Mária Machajdíkova a Mária Filipová.

Autorky

1 TEORETICKÉ PRÍSTUPY K STAROSTLIVOSTI O SENIOROV

Starnutie obyvateľov v ekonomicky vyspelých krajinách, medzi ktoré patria aj štáty EÚ, vyvoláva už niekoľko rokov viac či menej odborné diskusie na tému starostlivosti o starších obyvateľov, t. j. seniorov. Tento demografický vývoj prináša so sebou mnohé problémy, ale súčasne aj výzvy, ktoré stoja tak pred odborníkmi, ako aj politikmi zodpovednými za oblasť sociálnej a zdravotnej starostlivosti. V septembri 2012 zverejnil Regionálny úrad Svetovej zdravotníckej organizácie pre Európu *Stratégiu a akčný plán pre zdravé starnutie v Európe na roky 2012-2020* a v roku 2015 publikovala Svetová zdravotnícka organizácia (WHO) *Svetovú správu o starnutí a zdraví*, ktoré naznačujú rámec pre podporu zdravého starnutia, systém zdravotných služieb a prostredie priateľské seniorom. Správa má 246 strán a obsahuje celkovo 7 častí: 1. Pridanie zdravia rokom, 2. Zdravé starnutie, 3. Zdravie v starobe, 4. Zdravotnícke systémy, 5. Systémy dlhodobej starostlivosti, 6. Smerom k veku priateľskému svetu, 7. Kroky do budúcnosti. Podľa WHO majú investície do zdravia sociálnu a ekonomickú návratnosť, a to tak z hľadiska zdravia a kvality života starších ľudí, ako aj ich pokračujúcej účasti na živote spoločnosti. Podľa tejto správy sú predstavy o starnutí zastarané a názory o senioroch sú založené na stereotypoch. Nové, aj staršie poznatky ukazujú, že zníženie sebestačnosti spojené so starnutím súvisí s narastajúcim vekom len veľmi voľne. Neexistuje žiadny „typický“ senior. Rôznorodosť v možnostiach a zdravotných potrebách starších ľudí nie je podľa WHO náhodná, ale má svoje korene v udalostiach v priebehu ich života, čo podčiarkuje význam „celoživotného prístupu“ k zdraviu (life-course approach), prevencie a pozitívnej podpory zdravia.

Problému starnutia populácie sa dotkla aj *Agenda trvalo udržateľného rozvoja do roku 2030*, schválená a podpísaná Valným zhromaždením OSN v septembri 2015, ktorá vytýčila 17 najvýznamnejších cieľov pre rozvoj našej planéty. V rámci cieľa 3 – kvalita zdravia a života deklaruje potrebu zabezpečiť zdravý život a podporovať blahobyt pre všetkých a v každom veku (United Nations, 2015). Vážnosť a naliehavosť problému starnutia obyvateľstva v krajinách EÚ deklarovala aj Európska komisia vo februári 2021 vydaním *Zelenej knihy o starnutí* (EK, 2021). Posledná piata kapitola Zelenej knihy je venovaná neustále rastúcim potrebám starnúceho obyvateľstva, pričom zdôrazňuje, že práve v dôsledku demografických zmien bude viac starších pacientov trpieť chronickými chorobami, ktoré vyžadujú dlhodobú starostlivosť. Podľa uvedeného dokumentu takmer polovica osôb vo veku 65 rokov alebo viac sa považuje za osoby so zdravotným postihnutím alebo dlhodobým obmedzením činnosti.

Problematika starnutia sa tak dostala do centra diskusií o politike verejného zdravia a riadenia sociálnej a dlhodobej starostlivosti. Keďže dlhodobá starostlivosť sa týka rovnako sociálnej ako aj zdravotnej oblasti, spomínané diskusie často vedú k polemikám o presune zodpovednosti medzi verejnými sektormi navzájom

(najmä zdravotníctvom a sociálnou starostlivosťou), alebo z hľadiska vlastníctva medzi štátnym, súkromným a tretím sektorom, a tiež medzi rôznymi úrovňami poskytovania tejto starostlivosti a to od národnej cez regionálnu až po miestnu (Rummary a kol., 2021). V súvislosti s takto chápanou starostlivosťou o seniorov vystupuje do popredia jeden z najvážnejších problémov, ktorý musia politickí predstavitelia riešiť, a to je finančná udržateľnosť systémov sociálnej a zdravotnej starostlivosti, ktoré sú ohrozené neustále sa zvyšujúcimi verejnými výdavkami na zabezpečenie dôstojného a kvalitného starnutia obyvateľstva. Cieľom systémov zdravotnej a sociálnej dlhodobej starostlivosti je poskytovať túto starostlivosť včas a v dostatočnej kvalite tak, aby prispievali k blahobytu ľudí v kontexte starnúcej spoločnosti (Gusmano a Okma, 2018). Systémy sociálnej a zdravotnej starostlivosti sa aj napriek rovnakým cieľom, súvisiacimi so starostlivosťou o seniorov, v jednotlivých krajinách EÚ navzájom odlišujú. Je to pochopiteľné najmä z hľadiska odlišnosti problémov, ktorým krajiny čelia. Tieto sa týkajú sociálnych, ekonomických, štrukturálnych, kultúrnych a ďalších oblastí vyplývajúcich, okrem iného, aj z historického vývoja, ktorým jednotlivé krajiny prešli. Napriek týmto odlišnostiam existuje v mnohých krajinách EÚ v starostlivosti o starších ľudí rovnaký problém, ktorý sa dá definovať ako rozdiel medzi menšou ponukou a vyšším dopytom v oblasti poskytovania sociálnych a zdravotníckych služieb.

Viacere európske krajiny uskutočnili od 90. rokov 20. storočia významné reformy v oblasti dlhodobej starostlivosti (Aidukate et al. 2021; Albesa Jové, 2021; Fischer et al. 2022), pričom zaznamenali tri hlavné trendy:

- v rámci kombinácie inštitucionálnej a komunitnej dlhodobej starostlivosti dochádza k odklonu od ústavnej starostlivosti smerom k domácej a komunitnej starostlivosti;
- rastie úsilie o zabezpečenie finančnej udržateľnosti systémov poskytujúcich sociálnu a zdravotnú starostlivosť;
- zlepšuje sa prístup k starostlivosti a jej cenovej dostupnosti vrátane zlepšenia postavenia neformálnych opatrovateľov (Spasova et al., 2018).

V zmysle uvedených trendov Vláda SR, vzhľadom na predpokladaný dlhodobý trend intenzívneho starnutia slovenskej populácie (Štatistický úrad SR, 2019), schválila v septembri 2021 prvú *Stratégiu dlhodobej starostlivosti na Slovensku* (Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny, 2021). Táto stratégia určuje, aké opatrenia je treba prijať na zavedenie integrovanej sociálnej a zdravotnej starostlivosti.

1.1 Starnutie ako demografický proces a populačné zmeny

Starnutie je prirodzenou súčasťou ontogenézy jednotlivca. Keďže človek je sociálnou bytosťou, tento proces sa stáva súčasne spoločenskou témou, ale aj problémom. Z hľadiska historického vývoja bola otázka starnutia, vzťahu k starším generáciám či vyrovnávania sa s ich odchodom väčšinou tabuizovaná a v rámci jednotlivých kultúr riešená špecificky. Až na základe bezprecedentného

civilizačného vývoja a pokroku v posledných storočiach sa aj na problematiku starnutia pozeráme inou optikou. Starnutie populácie vnímame ako príbeh ľudského úspechu, dôvod oslavovať víťazstvo verejného zdravia, hospodárskeho, sociálneho a medicínskeho víťazstva nad chorobami, zraneniami a predčasnými úmrtiami, ktoré historicky limitovali dĺžku ľudského života (United Nations, 2019).

Odborníci v oblasti teoretickej demografie sa zhodujú v tom, že populácia celosvetovo prešla významnými zmenami, ktoré sa súhrnne označujú ako demografická revolúcia. Kým v roku 1927 žili na svete 2 miliardy obyvateľov, v roku 1960 to boli 3 miliardy a v roku 1999 populácia na svete prekročila početný stav 6 miliárd obyvateľov. Tento prudký nárast bol spôsobený znížením úmrtnosti, avšak pri zostávajúcej úrovni fertility. Približne v 60. rokoch minulého storočia v populácii ekonomicky vyspelých krajín dochádza k ďalším zmenám, tzv. druhej demografickej revolúcii alebo „demografickému prechodu“¹. Ide o postupný proces, pri ktorom spoločnosť prechádza z vysokej na nízku mieru pôrodnosti a úmrtnosti. Celkovo začína celá populácia starnúť, klesá miera plodnosti a miera úmrtnosti sa znižuje. Podľa Chesnais (1992) sa menej rozvinuté krajiny riadia rovnakými všeobecnými modelmi ako rozvinuté krajiny a proces demografického prechodu sa s oneskorením prejaví aj v nich. Autor ďalej uvádza, že teória demografického prechodu musí zahŕňať vplyv populačných zmien na hospodársky pokrok spoločnosti. Aj Lee (2016) konštatuje, že starnutie populácie sa dotýka každej krajiny na svete, ale dochádza k nemu s nerovnomerným načasovaním.

Na prahu 21. storočia čelia všetky krajiny sveta výrazným populačným zmenám. Ako sa uvádza vo *World Population Prospects* (OSN, 2019), jedná sa predovšetkým o štyri demografické megatrendy: populačný rast, starnutie, migrácia a urbanizácia. Spolu s tým ide ruka v ruke výrazný nárast populácie vo veku od 65 rokov, špeciálne vo vekovej kategórii od 80 rokov, potenciálne sa zvyšujúci počet odkázaných obyvateľov so silnejúcim tlakom na potrebu zdravotnej starostlivosti a rast chudoby. Mnohé krajiny sa v súčasnosti nachádzajú v ranných štádiách adaptácie na zmenu vekovej štruktúry svojej populácie (National Research Council, & Committee on Population, 2001).

Prvýkrát sa starnutie populácie dostalo do medzinárodnej agendy už v roku 1948, keď Valné zhromaždenie OSN prejednávalo návrh Vyhlásenia o právach starších osôb. V roku 1950 Úrad generálneho tajomníka OSN predložil správu o starostlivosti o staršie osoby: práva v starobe, ktorá sa stala centrálnou témou a podnetom na medzinárodné diskusie v nasledujúcich desaťročiach. V roku 1982 sa vo Viedni konalo prvé Svetové zhromaždenie pre starnutie, ktoré združilo viac ako 1 000 účastníkov zo 124 členských štátov, medzinárodných vládnych orgánov a organizácií občianskej spoločnosti a ktoré vyústilo do prijatia vôbec prvého *Medzinárodného akčného plánu pre starnutie*. Dokument obsahoval odporúčania členským štátom v siedmich konkrétnych oblastiach: zdravie, bývanie, rodina,

¹ V tejto súvislosti bližšie pozri práce Van de Kaa 1987, 1999, 2002, Diczfalusy, 2001, Lesthaeghe, 2010, 2014.

sociálne zabezpečenie, zamestnanosť a zabezpečenie príjmu, vzdelávanie a výskum/odborná príprava. V rámci akčného plánu boli navrhnuté tiež tri oblasti medzinárodnej spolupráce, ktoré sa stále považujú za kľúčové pri vývoji politik, stratégií a programov týkajúcich sa starnutia, a to: zhromažďovanie a analýza údajov, odborná príprava a vzdelávanie, a výskum.

Valné zhromaždenie OSN stanovilo 1. október za Medzinárodný deň starších osôb (UNIDOP), ktorého cieľom je propagácia agendy zameranej na vek. Medzinárodná spolupráca medzi členskými štátmi viedla k vzniku a prijatiu špecifických medzinárodných politických dokumentov. Najdôležitejšie z nich sú určite *Zásady OSN pre staršie osoby*, ktoré prijalo Valné zhromaždenie v roku 1991. V plnej miere uznáva pokrok dosiahnutý pri predlžovaní strednej dĺžky života na celom svete pod heslom „pridať život k rokom, ktoré boli pridané do života”. Podporovanie spoločného chápania starnutia a vymedzenie oblastí, ktoré sú pre starších ľudí najdôležitejšie - dôstojnosť, nezávislosť, účasť, seberealizácia a starostlivosť, vo veľkej miere ovplyvnili právne predpisy a programy na vnútroštátnej úrovni mnohých krajín.

V roku 1992 vyhlásila OSN *Globálne ciele starnutia pre rok 2001: Praktická stratégia*, v ktorej sa na základe siedmich hlavných oblastí navrhlo národným vládam tridsaťosem konkrétnych cieľov.

V apríli 2002 sa v Madride konalo druhé svetové zhromaždenie pre starnutie, kde bola prijatá politická deklarácia a *Madridský medzinárodný akčný plán starnutia* (MIPAA). Akčný plán nabádal k zmenám v postojoch, politikách, stratégiách a postupoch, s cieľom pozitívne reagovať na dôležité výzvy, ktoré budú vznikať v dôsledku zmien obyvateľstva v ďalších desaťročiach. Plán zahŕňa 130 otázok, koncepcií a akčných bodov zameraných na zmeny a potreby starnúcich spoločností a starších osôb a vyzýva na prijatie opatrení, ktoré prikladajú väčší význam týmto osobám v spoločenskom rozvoji, zlepšujú zdravie a pohodu v starobe a ktoré zabezpečujú podporujúce a podporné prostredie.

S cieľom zintenzívnenia činnosti v európskom regióne sa Európska hospodárska komisia Organizácie Spojených národov (EHK OSN) rozhodla vypracovať *Regionálnu implementačnú stratégiu* (RIS) pre medzinárodný akčný plán pre starnutie, ktorá patrí v rámci medzinárodnej agendy o starnutí medzi najrozsiahlejšie iniciatívy. Obsahuje 10 kľúčových záväzkov s celkovým počtom 100 konkrétnych bodov. S cieľom monitorovať, oceňovať a podporovať vykonávanie MIPAA a RIS v európskom regióne usporadúva EHK OSN každých päť rokov regionálnu ministerskú konferenciu o konkrétnych oblastiach činnosti vymedzených v RIS.

V septembri 2012 sa vo Viedni v Rakúsku konala tretia ministerská konferencia o starnutí Komisie OSN pre Európu (EHK OSN), ktorá sa zaoberala regionálnym vykonávaním Madridského medzinárodného akčného plánu pre starnutie pod názvom *Zaistenie spoločnosti pre všetky vekové kategórie: podpora kvality života a aktívneho starnutia*. Na tejto dôležitej konferencii sa zúčastnili

vysokí predstavitelia vlád takmer všetkých 56 členských štátov regiónu EHK OSN, vrátane európskych krajín, Severnej Ameriky a krajín zo západnej a strednej Ázie. Vyústením rokovaní konferencie bolo prijatie ministerskej politickej deklarácie, ktorá obsahuje zoznam opatrení najmä v oblasti dlhšieho pracovného života a pracovnej schopnosti; účasti, nediskriminácie a sociálneho začlenenia starších osôb; dôstojnosti, zdravia a nezávislosti v staršom veku a medzigeneračnej solidarite.

V roku 2017 sa v Lisabone konala ministerská konferencia EHK OSN o starnutí, ktorá ukončila tretí cyklus preskúmania a hodnotenia (2012 - 2017) MIPAA a jeho RIS. Na konferencii sa kládol dôraz na využitie potenciálu dlhšieho života prostredníctvom uznania možností starších osôb, podpory dlhšieho pracovného života, schopnosti pracovať a dôstojného starnutia.

Problematike starnutia populácie vo vzťahu k demografickým, ekonomickým, sociálnym či zahraničnopolitickým zmenám sa venuje množstvo zahraničných štúdií. Už v roku 1991 Manton publikoval štúdiu *The dynamics of population aging: demography and policy analysis*, v ktorej rozoberal starnutie populácie v súvislosti s demografickými zmenami a odporučenými politikami na zmiernenie dopadov starnutia populácie. V publikácii *Demography of Population Ageing* (Mirkin, Weinberger, 2000) autori uvádzajú, že starnutie populácie bude predstavovať významný sociálny fenomén najbližšieho polstoročia. Podľa Goldstona (2010) sa napríklad zmení aj relatívna demografická váha EÚ. Hospodárska sila rozvojových krajín sa zvýši o takmer 25 percent v neprospech rozvinutých krajín, v ktorých bude pracovná sila výrazne starnúť, a jej početné zastúpenie klesať, čo bude obmedzovať ekonomiku a zvyšovať dopyt po prisťahovalcoch. Rast populácie na svete sa skoncentruje na dnešné najchudobnejšie krajiny, ktoré zápasia s nedostatkom kapitálu, pracovných príležitostí a kvalitného vzdelania. Prvýkrát v histórii bude najviac svetovej populácie urbanizovanej, sústredenej v najväčších mestských centrách, ktoré sa nachádzajú v najchudobnejších krajinách sveta. Lee (2016) uvádza, že pre každú krajinu predstavuje jej meniace sa vekové zloženie obyvateľstva ekonomické problémy, ale môže tiež predstavovať dôležité výhody. Vo fáze dosiahnutého demografického prechodu sú medzi krajinami a regiónmi sveta výrazné rozdiely vo vekovom zložení populácie. Tieto demografické rozdiely môžu viesť k rozdielnym cenám výrobných faktorov prinášajúce aspoň prechodné ekonomické príležitosti, ktoré sa dajú realizovať prostredníctvom medzinárodných tokov obchodu, kapitálu a práce. Dobrescu a Smith (2016) potvrdzujú názor, že starnutie populácie je nepochybne jedným z najtransformatívnejších spoločenských fenoménov nášho storočia. Hlavne v dôsledku súčasného poklesu úmrtnosti a plodnosti väčšina krajín sveta v súčasnosti produkuje veľké segmenty populácií starších ako 60 rokov pri výraznom celosvetovom poklese ekonomicky aktívneho obyvateľstva.

Podľa Weila (2006) starnutie obyvateľstva znamená posun v jeho rozdelení podľa veku smerom k vyšším vekovým kategóriám. Aspekt starnutia populácie

predstavuje zvýšenie jej priemerného alebo stredného veku, zníženie podielu populácie zloženej z detí alebo zvýšenie podielu staršej populácie. Starnutie obyvateľstva sa vyskytuje vo väčšine sveta, najvýraznejšie je však v najbohatších krajinách. Gavrilov a Heuveline (2003) pokladajú starnutie populácie (známe tiež ako demografické starnutie) za súhrnný termín pre posuny vo vekovom rozdelení (t. j. vekovej štruktúre) populácie smerom k starším vekovým skupinám. Priamym dôsledkom prebiehajúceho prechodu (úbytku) plodnosti a poklesu úmrtnosti vo vyššom veku je, že starnutie populácie bude patriť medzi najvýznamnejšie globálne demografické trendy 21. storočia. Súhrnnú definíciu starnutia ponúka OSN (United Nations, 2013). Podľa nej sa starnutie vníma ako dynamický proces, ktorý je určený relatívnou veľkosťou mladšej a staršej kohorty v populácii v rôznych časových okamihoch.

Populácia vo veku 65 a viac rokov celosvetovo rastie rýchlejšie ako všetky ostatné vekové skupiny. Podľa údajov OSN (2019), v súčasnej dobe pripadá vo svete na 11 ľudí jeden človek vo veku nad 65 rokov (9 %), do roku 2050 bude tento pomer jeden zo šiestich ľudí. Do roku 2050 by každý štvrtý človek žijúci v Európe a Severnej Amerike mohol mať 65 rokov a viac. V roku 2018, prvýkrát v histórii, početný stav osôb vo veku 65 rokov a viac celosvetovo presiahol počet detí mladších ako päť rokov. Predpokladá sa, že počet osôb vo veku 80 rokov a viac sa strojnásobí, zo 143 miliónov v roku 2019 na 426 miliónov v roku 2050.

Veľkosť a vekové zloženie populácie určujú tri hlavné demografické procesy: plodnosť, úmrtnosť a migrácia. Od roku 1950 prakticky všetky krajiny sveta zaznamenali výrazné zvýšenie strednej dĺžky života. Kým klesajúca plodnosť a zvyšujúca sa dlhovekosť sú hlavnými hnacími silami starnutia populácie na celom svete, medzinárodná migrácia tiež prispela k zmenám vekovej štruktúry obyvateľstva v niektorých krajinách a regiónoch. V krajinách, ktoré zažívajú veľké imigračné toky, môže medzinárodná migrácia vzhľadom na prevažne mladý vek migrantov spomaliť proces starnutia aspoň dočasne. Demografické starnutie je teda výsledkom pôsobenia viacerých demografických procesov, ktoré v konečnom dôsledku ovplyvňujú zmeny vo vekovej štruktúre populácie a miere úrovne starnutia populácie.

1.2 Starnutie populácie na Slovensku

V posledných desaťročiach zaznamenávame na Slovensku výrazné demografické zmeny, ktoré sa začali prejavovať znižovaním pôrodnosti a plodnosti (v roku 2020 bola podľa údajov Eurostatu v EÚ 27 úhrnná plodnosť 1,50 dieťaťa pripadajúceho na jednu ženu, na Slovensku 1,59²), čím došlo k oslabovaniu predproduktívnej³ zložky populácie. Súbežne s týmto trendom pri relatívne

² Prameň: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/demo_frate/default/table?lang=en

³ V súčasnej dobe je predproduktívna zložka populácie definovaná ako počet ľudí vo veku 0-14 rokov, produktívna zložka je populácia vo veku 15-64 rokov a poproduktívna zložka predstavuje obyvateľstvo vo veku 65 a viac rokov (Jurčová, 2005).

konštantnej úmrtnosti a raste strednej dĺžky života⁴ sa začala výrazne posilňovať poproduktívna zložka populácie (obyvateľstvo vo veku 65 a viac rokov)⁵, došlo k rastu priemerného aj mediánového veku. Túto zmenu reflektujú viaceré demografické miery. V súvislosti so starnutím populácie došlo k rastu podielu poproduktívnej zložky populácie, k výraznému nárastu indexu starnutia populácie a k rastu indexu tzv. šedého zaťaženia alebo indexu ekonomickej závislosti starých ľudí (ODR – old dependency ratio, t. j. pomer poproduktívnej a produktívnej zložky populácie vyjadrený v percentách, alebo počet obyvateľov v neproduktívnom veku pripadajúcich na 100 obyvateľov v produktívnom veku). Napriek rastúcemu pomeru poproduktívnej populácie je veková závislosť na Slovensku stále výrazne nižšia ako v niektorých iných krajinách EÚ a zároveň nižšia ako je priemer EÚ. V porovnaní s ostatnými európskymi krajinami tento ukazovateľ v slovenských podmienkach nedosahuje úroveň krajín s najvyššou hodnotou indexu šedého zaťaženia, napríklad Talianska (37 %) či Fínska (36,8 %)⁶, keďže hodnota tohto indexu na úrovni 25,5 % nás radí medzi štvrtinu krajín EÚ s najnižšími hodnotami. Iná situácia je z pohľadu dynamiky vývoja uvedeného ukazovateľa. Spolu s Českou republikou, Poľskom a Lichtenštajnskom patrí Slovensko medzi krajiny, ktoré zaznamenávajú najrýchlejší nárast uvedeného ukazovateľa, ktorý v roku 2021 vzrástol o 50 percentuálnych bodov oproti roku 2009⁷.

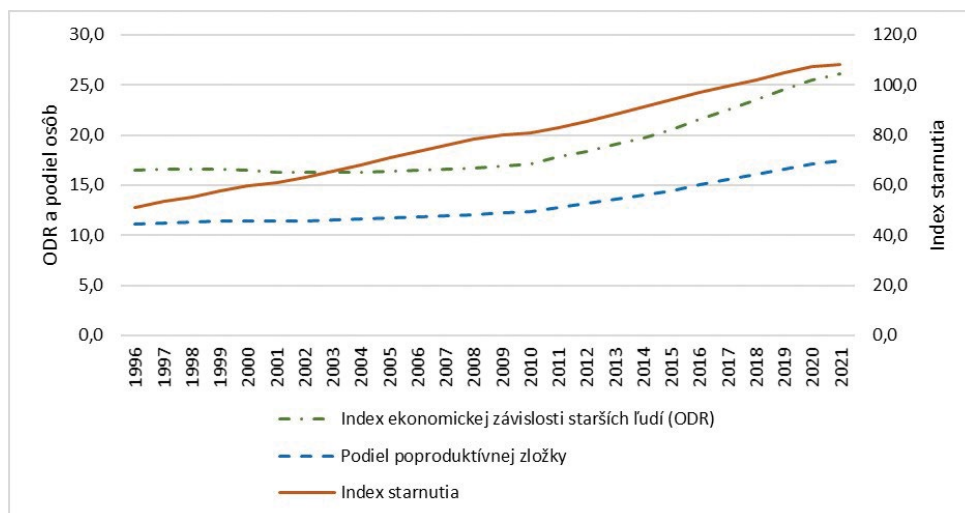
Zmeny vo vekovej štruktúre obyvateľstva sa prejavili aj na hodnotách ďalších ukazovateľov popisujúcich úroveň starnutia v krajine. Rastúci absolútny počet a podiel seniorov na celkovej populácii prináša prehlbovanie nepomeru medzi počtom osôb vo veku 65 a viac rokov a predproduktívnou zložkou populácie, čo sa prejavuje rastom indexu starnutia, a rovnako sa zvyšuje zaťaženie produktívnej zložky populácie (rastie index ekonomického zaťaženia). V roku 2018 na Slovensku prvýkrát dosiahla hodnota indexu starnutia úroveň nad 100 %, čiže poproduktívna zložka začala prevládať nad predproduktívnou. Podiel poproduktívnej populácie za posledných 10 rokov vzrástol z 12 na 17 %. Zmeny úrovne uvedených ukazovateľov, predovšetkým ich nárast od roku 2009 znázorňuje Graf 1, ktorý potvrdzuje dynamizáciu starnutia obyvateľstva na Slovensku.

⁴ Priemer krajín EÚ v roku 2019 bol v prípade strednej dĺžky života u mužov 78,5 roka a u žien 84 rokov. V roku 2020 bola stredná dĺžka života mužov na Slovensku 73,5 roka a žien 80,4 roka (pozn. autoriek).

⁵ V roku 2020 bol podiel slovenskej populácie vo vekovej skupine 65-79 rokov 13,2 % (EÚ 14,6 %) a vo veku nad 80 rokov bola populácia Slovenska zastúpená podielom 3,4 % (EÚ 5,9 %) – pozn. autoriek.

⁶ Údaje za rok 2021 – pozn. autoriek.

⁷ Presná hodnota koeficientu rastu pre SR v období 2009 – 2021 je 1,5, Lichtenštajnsko 1,525, Poľsko 1,508, Česká republika 1,498 (pozn. autoriek).

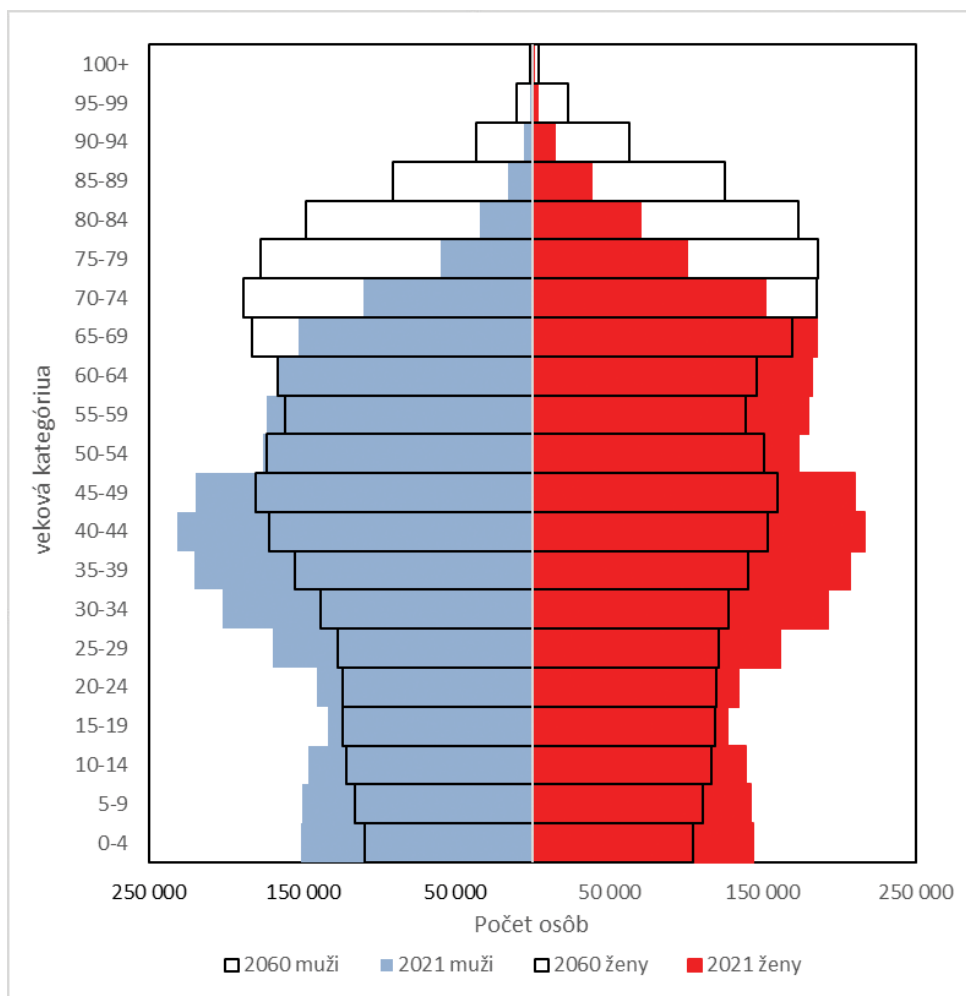


Graf 1 Vývoj indexu šedého zaťaženia (ODR), indexu starnutia a podielu osôb v poproduktívnom veku na Slovensku od roku 1996 (všetky ukazovatele v %)

Prameň: Vlastné spracovanie na základe údajov z DataCube.

Znižovanie miery plodnosti a jej slabnúcu stabilizáciu spôsobuje zužovanie základne vekovej pyramídy a vedie k tzv. starnutiu „zdola”. Súčasne sa však so zlepšovaním zdravotnej starostlivosti a zvyšovaním kvality života postupne a trvale predlžuje stredná dĺžka života pri narodení, čo spôsobuje starnutie „zhora”. V súčasnej dobe sú populačne najsilnejšie ročníky osôb, ktoré sa narodili koncom 70. rokov, a ktoré v priebehu 20 – 25 rokov dosiahnu seniorský vek. Keďže v súčasnosti sa nachádzajú vo vekovom intervale 40 – 44 rokov, pôjde o starnutie „zo stredy”, ktoré tiež významne ovplyvní vekovú skladbu populácie. Z toho hľadiska je nutné s týmto fenoménom počítať v prospech výrazného posilnenia starnutia populácie do budúcnosti. Zmeny vo vekovej štruktúre zasahujú teda všetky vekové skupiny obyvateľstva. Ich súčasné a predpokladané početné zastúpenie v roku 2060 naznačuje Graf 2.

Kým v roku 2016 pripadalo na Slovensku na 100 obyvateľov v predproduktívnom veku okolo 80 obyvateľov v poproduktívnom veku, v roku 2021 to už bolo približne 108 obyvateľov. Podľa prognózy Výskumného demografického centra a jej stredného variantu sa v roku 2050 očakáva hodnota indexu starnutia na Slovensku na úrovni 200 seniorov na 100 detí vo veku do 14 rokov (Bleha, Šprocha, Vaňo, 2018). V roku 2060 sa očakáva až 215 poproduktívnych obyvateľov na 100 predproduktívnych. „Najväčšie zmeny v početnosti môžeme očakávať u najstaršieho obyvateľstva. Do vekovej skupiny nad 64 rokov prejdú postupne všetky silné populačné ročníky narodené v druhej polovici 20. storočia. Z najmenej početnej hlavnej skupiny obyvateľstva v roku 2011 sa približne v roku 2045 stane najpočetnejšia veková skupina. Nárast seniorov vo veku nad 65 rokov sa v ďalších



Graf 2 Veková štruktúra populácie SR v roku 2021 a prognóza do roku 2060

Prameň: Vlastné spracovanie na základe údajov z Bleha a kol. (2013).

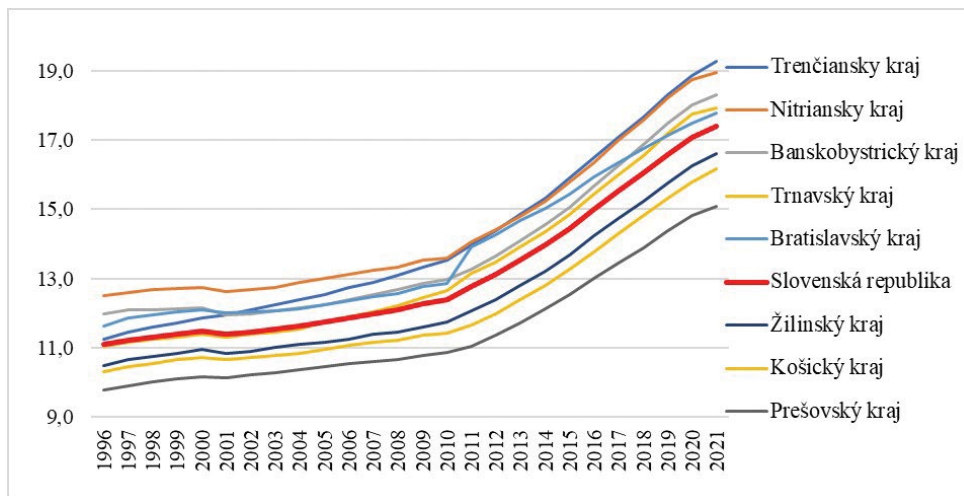
piatich desaťročiach zvýši o viac ako 1 milión osôb, čo znamená zhruba 2,5 krát viac v porovnaní s rokom 2011. To znamená, že v roku 2060 bude mať každý tretí obyvateľ SR najmenej 65 rokov” (Bleha a kol., 2013, s. 64).

Vyššie popísané zmeny demografického vývoja na Slovensku znamenajú zásadný posun v štruktúre populácie smerom k výraznému posilneniu populačných ročníkov vo veku od 50 rokov. Ide o segment, ktorý je špecifický svojim potenciálom, ale aj potrebami, a znamená pre trh perspektívne odlišné nastavenia spotreby, ako aj potrieb výdavkov verejného sektora (Páleník, 2014).

Uvedený trend nie je vo všetkých krajoch SR rovnomerný, v niektorých krajoch sa tieto zmeny prejavujú intenzívnejšie, v iných sú ich prejavy miernejšie.

Banskobystrický kraj (BBSK) patrí spomedzi krajov SR k tým, v ktorých sú prejavy starnutia populácie výraznejšie. Vývoj uvedených demografických mier demonštrujúcich situáciu na Slovensku v posledných desaťročiach aj v jeho krajoch je zrejmý z grafov 3, 4 a 5.

Najvyšší podiel poproduktívnej zložky populácie zaznamenal v posledných rokoch Trenčiansky a Nitriansky kraj (19,29 % a 18,97 % v roku 2021), za nimi nasleduje Banskobystrický kraj (18,31 %). Avšak najvyšší nárast podielu poproduktívnej zložky sa zaznamenal v Košickom kraji, a to rastom o 38,8 p.b. oproti roku 2011, potom nasleduje Trenčiansky kraj (rast o 38,2 % p.b.) a Banskobystrický kraj, v ktorom podiel poproduktívnej populácie narástol oproti roku 2011 o 38,1 % p.b.

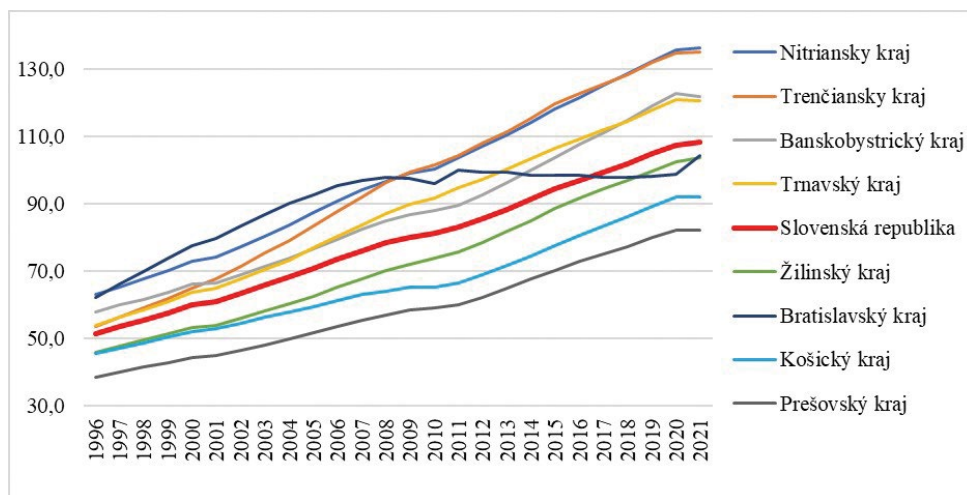


Graf 3 Podiel poproduktívnej zložky populácie na Slovensku a v krajoch SR v rokoch 1996 – 2021 (v %)

Prameň: Vlastné spracovanie z údajov Databázy STATdat

Najčastejšie býva starnutie populácie popisované Indexom starnutia populácie - Sauvyho index (Koschin, 2005). Ako sme to už spomenuli, ide o podiel poproduktívnej a predproduktívnej populácie vyjadrený v percentách. Zo samotnej konštrukcie indexu vyplýva, že okrem rastu poproduktívnej zložky reaguje aj na pokles predproduktívnej zložky. Pri jeho interpretácii je teda vhodné pozrieť sa „dovnútra“ indexu ako intenzívne na jeho hodnotu pôsobí starnutie „zhora“, teda rast staršej populácie alebo starnutie „zdola“, teda pokles najmladšej populácie. Podiel poproduktívnej zložky vzrástol v roku 2021 na Slovensku oproti roku 2011 o 36 %, podiel predproduktívnej len o 7,7 %. Je zrejmé, že na rast indexu starnutia výrazne intenzívnejšie pôsobil rast poproduktívnej zložky populácie, čím môžeme potvrdiť, že Slovensko čelí problému starnutia zhora.

Poradie krajov podľa hodnôt indexu starnutia kopíruje hodnoty podielu poproduktívnej populácie. Najvyššie hodnoty indexu starnutia zaznamenal v roku 2021 Nitriansky kraj (136,23 %), ďalej Trenčiansky kraj (135,08 %), keď oba kraje prekročili úroveň 100 % už v roku 2010 (celá SR až v roku 2018). Na treťom mieste bol Banskobystrický kraj s indexom starnutia 121,78 % (Graf 4).

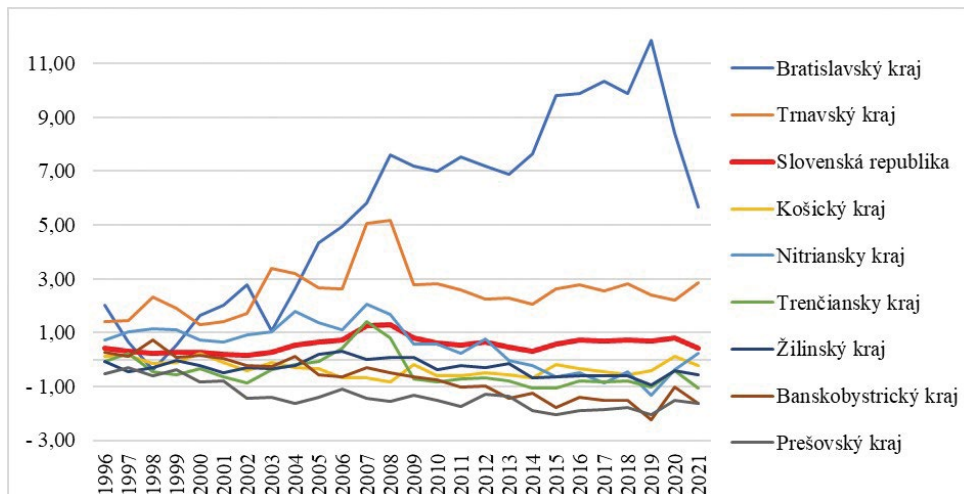


Graf 4 Vývoj indexu starnutia na Slovensku a v krajoch SR v rokoch 1996 – 2021 (v %)

Prameň: Vlastné spracovanie z údajov Databázy STATdat

Úzke prepojenie na starnutie populácie má ďalší demografický proces, ktorý je spojený s mechanickým pohybom obyvateľstva – migrácia. Vyššiu migráciu zaznamenávame v regiónoch s mladším obyvateľstvom, pričom negatívna migrácia spôsobuje starnutie obyvateľstva v daných regiónoch s nepriaznivými dôsledkami na sociálne väzby, ako aj na možnosť poskytovania dlhodobej starostlivosti starnúcemu obyvateľstvu od najbližšieho rodinného prostredia. Podľa Šprochu (2019) jednoznačne najdôležitejším centrom smerovania migračných tokov na Slovensku je Bratislavský kraj, a kladné migračné saldo dosahuje aj Trnavský kraj. Ostatné kraje Slovenska migráciou obyvateľstvo strácajú, pričom najhoršia situácia je v Prešovskom kraji. Pre BBSK je typická intenzívnejšia emigrácia obyvateľov z kraja, prejavujúca sa predovšetkým v jeho južných okresoch a spôsobujúca záporné hodnoty miery migračného salda. Ide o podiel migračného salda a stavu obyvateľstva v regióne, teda o mieru, ktorá prepočítava absolútne hodnoty ukazovateľov v krajoch na veličinu umožňujúcu porovnanie intenzity migrácie medzi krajinami. Pri sledovaní migrácie má veľký význam zisťovanie migračných tokov, ale aj štruktúry migrantov podľa najrôznejších kritérií, predovšetkým podľa veku, vzdelania, ako i dôvodov migrácie (ekonomické, sociálne, spoločenské a pod). Na úrovni NUTS 2 je možné konštatovať, že najvyšší podiel vystaňovaných osôb

s vysokoškolským vzdelaním bol v roku 2019 z Východného Slovenska (41,93 %), najnižší z Bratislavského kraja (23,11 %). Na Strednom Slovensku bol tento podiel 37,06 %, čo je jeden z indikátorov limitujúcich ekonomický rozvoj kraja. Pozitívne migračné saldo zaznamenávajú kraje z blízkosti hlavného mesta, čo potvrdzuje veľkú intenzitu pôsobenia ekonomických pull faktorov. Najnepriaznivejšia situácia spomedzi všetkých krajov SR je v tomto smere v Prešovskom kraji (-1,5 ‰) a Banskobystrickom kraji (-1,02 ‰).



Graf 5 Hrubá miera migračného salda na Slovensku a v krajoch v rokoch 1996 – 2021 (v promile)

Prameň: Vlastné spracovanie z údajov Databázy STATdat

Existujúce demografické trendy majú svoj odraz v najdynamickejšej zmene zastúpenia vekových skupín, čo si vyžiadalo potrebu ich jednotnej klasifikácie a konštrukcie mier. Za podstatné a najviac využívané demografické ukazovatele starnutia populácie sa považujú existujúce a predpokladané počty a podiely starších ľudí v populácii krajiny. Základom pre ich určenie je veková štruktúra populácie. Jednu z prvých iniciatív v súvislosti s vypracovaním záväzných indikátorov, ktoré by mali slúžiť na identifikáciu miery úrovne starnutia populácie, vyvinul Odbor pre ekonomické a sociálne otázky OSN (United Nations, 2002). Indikátory sú rozdelené do viacerých oblastí od indexu starnutia, cez miery závislosti, rastu, gramotnosti, zapojenia jednotlivcov do pracovnej činnosti, strednej dĺžky života až po pomerové ukazovatele. Každý z ukazovateľov má vlastnú špecifickú informačnú hodnotu a všetky spolu naznačujú demografický vývoj populácie žijúcej na danom území, a popisujú demografickú situáciu staršej populácie. V najväčšej miere sa opierajú o pomer vybraných vekových skupín, ich aktivizáciu v ekonomickej oblasti (miera účasti na pracovnom živote) a úmrtnostné pomery ovplyvňujúce pravdepodobnosť dožitia sa určitého veku. Aj UNECE (2016) navrhlo zoznam

indikátorov súvisiacich so starnutím populácie. Sú rozdelené do viacerých oblastí: demografické miery, ukazovatele súvisiace s dlhším pracovným životom, sociálnou inklúziou a individuálnym blahobytom, zdravím a nezávislosťou v starobe a medzigeneračnou solidaritou. V porovnaní s odporúčanými mierami OSN z roku 2002 je pri konštrukcii indikátorov podľa UNECE posunutá veková hranica staršej populácie zo 60 na 65 rokov a výrazne sú tam zastúpené prospektívne miery starnutia populácie.

Existujúca úroveň starnutia populácie je výsledkom demografických procesov pôsobiacich v našej krajine od 50. rokov minulého storočia, a bude mať za následok zmeny vekovej štruktúry v najbližších desaťročiach. Keďže sa predpokladá ich zvyšujúca sa intenzita, nemôžu ostať bez ďalšej odozvy v mnohých oblastiach života, predovšetkým však v ekonomickej a sociálnej oblasti. Vzhľadom na to, že Slovensko je jednou z krajín s najrýchlejšie starnúcou populáciou v EÚ, pre zabezpečenie dlhodobej udržateľnosti systému sociálneho zabezpečenia sú nevyhnutné systémové opatrenia. Zo starnutia populácie vyplýva rastúca záťaž pre zdravotnícky, sociálny a ekonomický systém a rýchle starnutie prináša tiež zásadné výzvy pre udržateľnosť verejných financií.

Väčšinou sa starnutie populácie spája s negatívnymi dôsledkami na ekonomiku krajiny a len malá skupina ľudí vidí zvyšujúci sa počet seniorov ako potenciál na vytvorenie nových produktov, služieb a pracovných príležitostí, ktoré by zvyšovali kvalitu života tejto populačnej skupiny. Obyvatelia vo veku od 50 rokov a viac majú odlišné nároky na uspokojovanie svojich potrieb v porovnaní s mladšou generáciou. Je pravdepodobné, že každým rokom sa ich potreby budú zvyšovať, pretože prevažná časť súčasnej generácie od 50 rokov je už vzdelanejšia, modernejšia, zdravšia a preferuje iné hodnoty v živote ako predchádzajúce generácie.

1.3 Starnutie obyvateľstva v kontexte sociálnej politiky

Starnutie obyvateľstva vytvára tlaky a nároky na všetky systémy verejných politik. Úlohou štátu je v najširšom zmysle slova zabezpečenie základných činností spojených s jeho chodom, ale v súvislosti so starnutím aj sociálnej podpory občanov a to v oblastiach sociálneho a dôchodkového zabezpečenia, zdravotnej starostlivosti, vzdelávania alebo bývania, pričom má poskytovať pomocnú ruku v prípade, ak zlyhajú iné systémové prvky, prioritne rodina. Za týmto účelom štáty uskutočňujú široké spektrum aktivít v oblasti sociálnej politiky, ktorých konkrétna podoba závisí od aktuálnych podmienok v danom štáte a od spoločenskej vrstvy obyvateľstva, na ktorú je sociálna pomoc cieleňá.

Krebs (2010) a Benčo (2000) rozlišujú sociálnu politiku⁸ z dvoch hľadísk. Zo širšieho uhla pohľadu ju chápu ako konkrétne jednanie štátu a ostatných subjektov, ktorými je ovplyvňovaná sociálna sféra spoločnosti. Sociálna politika sa potom charakterizuje ako systém s vnútornými väzbami a súvislosťami a súčasne so

⁸ Sociálna politika je z uhla pohľadu autorov ponímaná ako praktická činnosť (pozn. autoriek).

vzájomne podmienujúcimi väzbami na ostatné systémy verejnej politiky, najmä hospodárskej. Z užšieho uhla pohľadu je cieľom sociálnej politiky reagovať na sociálne riziká, resp. ich negatívne dôsledky (staroba, invalidita), a eliminovať sociálne tvrdosti (nezamestnanosť, chudobu) sprevádzajúce pôsobenie trhového mechanizmu. Takéto ponímanie malo značný význam počas ekonomickej transformácie a pri zaisťovaní sociálneho mieru, pretože redukovalo sociálnu politiku na systém opatrení najmä v oblasti zamestnanosti a sociálneho zabezpečenia. V období transformácie bolo uvedené chápanie dominantné, sociálna politika totiž reflektovala jej dôsledky a reagovala na ne. Korimová (2007) chápe sociálnu politiku ako komplex teoreticko-praktických aktivít a opatrení, ktoré cieľavedome smerujú k rozvoju človeka, spôsobu jeho života, k udržiavaniu⁹ a zlepšovaniu životných podmienok a zabezpečovaniu sociálnej suverenity či bezpečia v rámci hospodárskych možností danej krajiny. Z uvedených definícií sociálnej politiky je zrejmé, že sociálna politika je významným segmentom hospodárskej politiky štátu a jej opatrenia majú široký dosah na život spoločnosti. Z hľadiska dlhodobej starostlivosti o seniorov môžeme konštatovať, že jej najdôležitejším podsystémom je sociálne zabezpečenie. Sociálna politika skúma a ovplyvňuje postavenie a správanie ľudí, rozvoj a uplatnenie ich schopností a iniciatívy, pozitívne pôsobí na hospodársky rozvoj a na zvyšovanie výkonnosti ekonomiky. Vo vzťahu k obyvateľstvu jej poslaním je zabezpečiť, aby sa čo najmenej občanov dostalo do situácie, ktorá vyžaduje sociálnu ochranu alebo dokonca záchranu.

Na dosahovanie svojich cieľov využíva sociálna politika nástroje všetkých dieľčích segmentov a politík hospodárskej politiky. Inštitúcie a nástroje je možné obsahovo odlíšiť a to najmä tie, ktoré sa využívajú v politike regulácie trhu a politike rozdeľovania. Predovšetkým hovoríme o sústave legislatívnej úpravy sociálnych vzťahov a príslušných orgánov, ďalej o sústave finančného zabezpečenia (výška životného minima, dôchodky, nemocenské dávky, sociálne poistenie a iné), taktiež o Zákonníku práce a Zákone o službách zamestnanosti, a tiež o kolektívnom vyjednávaní na uzatváraní kolektívnej zmluvy medzi zamestnávateľom a odborovým orgánom. Zoskupenie týchto nástrojov, inštitúcií, ich súborov a vzťahov, je koncentrované v sociálnom zabezpečení. Rovnako ako pojem *sociálny štát*, ani pojem *sociálne zabezpečenie* nie je možné vyjadriť v jednoznačnej definícii. Napríklad Parry (2014) stotožňuje sociálne zabezpečenie so sociálnym poistením, ktoré zaisťuje príjem v prípade choroby, úrazu, staroby alebo nezamestnanosti. Podľa E. Rievajovej (Stanek a kol., 2008) má sociálna politika prostredníctvom sociálneho zabezpečenia širšie ciele než iba prevenciu či zmierňovanie chudoby. Je odpoveďou moderných spoločností na otázku zabezpečenia v najširšom zmysle, napr. aj po dosiahnutí dôchodkového veku. Základným cieľom sociálneho zabezpečenia je poskytnúť rodinám a jednotlivcom istotu, že úroveň a kvalita ich života sa nezníži v rizikovej sociálnej či ekonomickej situácii, prípadne po dosiahnutí dôchodkového veku. To znamená nielen

⁹ Pri strate zamestnania alebo dosiahnutí dôchodkového veku (pozn. autoriek).

uspokojovanie potrieb, ale predovšetkým prevenciu rizika a pomoc jednotlivcom a rodinám v situáciách, ktorým nebolo možné zabrániť. Sociálne zabezpečenie preto okrem peňažných dávok disponuje aj širokou škálou služieb, ktoré poskytnú jednotlivcom určitý životný štandard v čase, keď si ho už nemôžu prostredníctvom vlastnej pracovnej aktivity zabezpečiť sami.

Funkcie sociálnej politiky sa dajú chápať ako výraz jej životaschopnosti či schopnosti vyvolávať určité účinky vo vzťahu k aktérom sociálnej politiky, ale aj analyzovať, realizovať a anticipovať úlohy vyplývajúce z významu sociálnej politiky v štáte (Jusko, 2000). Mishra (1981) vymedzuje sociálnu politiku ako tie sociálne dohody, mechanizmy a opatrenia, ktoré súvisia so sociálnou distribúciou zdrojov podľa určitých kritérií potrieb. V koncepcii sociálnej politiky sú pri dodržiavaní podmienok dôstojného života obsiahnutého v Listine práv a slobôd známe jej nasledovné funkcie: ochranná, rozdeľovacia (prerozdeľovacia), homogenizačná, kultivačná, stimulačná a preventívna (Krebs a kol., 1997). Ochranná funkcia sociálnej politiky spočíva v akceptácii, resp. odstránení dôsledkov určitých sociálnych zmien jednotlivcov – strata zamestnania, staroba, choroba. Táto funkcia je historicky najstaršia. Rozdeľovacia funkcia je spojená s riešením rozdielov a nerovností v životných podmienkach ľudí a považuje sa za najvýznamnejšiu. Prerozdeľovanie sa v spoločnosti realizuje prostredníctvom daní a transferov a malo by prebiehať predovšetkým vertikálne (od bohatých členov spoločnosti k chudobným). Homogenizačná funkcia, veľmi úzko spojená s funkciou prerozdeľovania, slúži na odstraňovanie neodôvodnených rozdielov životnej úrovne a na určité príjmové vyrovnanie, napríklad v podobe sociálnej pomoci nízkopríjmovým skupinám obyvateľstva. Stimulačná funkcia sa orientuje na podporu želaného vývoja sociálnych procesov. Sústreďuje sa na podporu žiaduceho sociálneho jednania jednotlivcov i sociálnych skupín a tak tlmí sociálny nepokoj a zabraňuje potenciálnym konfliktom. Preventívna funkcia spočíva v snahe zabrániť tomu, aby k nežiaducim sociálnym situáciám vôbec dochádzalo. Sústreďuje sa teda na odstraňovanie príčin, ktoré by mohli viesť k nečakaným sociálnym situáciám, napr. aj v dôsledku staroby (Kliková, Kotlán, 2003; Žižková, 1997).

V nadväznosti na problematiku aktívneho starnutia Lum a Wong (2016) sa domnievajú, že cieľom sociálnych politík je minimalizovať negatívny vplyv zdravotného postihnutia starnúcej populácie a zhoršenia jej zdravia na jej fungovanie a sociálnu angažovanosť i na udržiavanie potrebnej úrovne autonómie. Úspešné politiky starnutia zahŕňajú rôzne komunitné programy podpory, ktoré poskytujú starším ľuďom príležitosti na optimalizáciu ich zdravia a fungovania, na vykonávanie spoločensky zmysluplných aktivít a na zvýšenie ich autonómie a schopností. Alan Walker, výrazná osobnosť v oblasti sociálnej politiky a sociálnej gerontológie, ktorý sa dlhodobo venuje problematike starnutia populácie, podporuje potrebu nových opatrení a iniciatív v danej politike. Zastáva názor, že také významné posuny vo vekovej štruktúre obyvateľstva nemôžu nastať bez toho, aby predstavovali veľké výzvy pre všetky úrovne spoločnosti (Walker, 2018). Poukázal

na zvyšujúce sa riziko neistoty, ktorej čelia staršie ženy, preberajúce hlavnú zodpovednosť v starostlivosti o svojich starých rodičov, ďalej na starnúcu pracovnú silu, až po súčasne rastúcu potrebu dlhodobej starostlivosti o veľmi starých ľudí, ktorú prinieslo predĺženie strednej dĺžky života. Autor upozornil, že pre sociálnu politiku sú to veľké výzvy vzhľadom na existujúce vážne problémy v distribúcii zdrojov medzi generáciami, keď sa jeden koniec životného cyklu zmenšuje a druhý sa rozširuje. Walker a Zaidi (in Walker 2019) navrhujú syntézu oblastí výskumu starnutia a ďalších vedných disciplín, čiže prepojenie výskumu v oblasti sociálnej politiky s výskumom týkajúcim sa individuálnej úrovne starnutia, napríklad zdravia, kognitívneho fungovania a motivácie dotknutých osôb.

13 krajín a 32 partnerských inštitúcií, najmä výskumných ústavov a univerzít, sa v rokoch 2013 – 2017 zapojilo do významného európskeho projektu Mobilizácia potenciálu aktívneho starnutia v Európe (MOPAC), ktorý potvrdil skutočnosť, že pre aktívne starnutie všetkých vekových skupín sú od reforiem sociálnej politiky potrebné silné politické záväzky zo strany inštitúcií tvorby politiky na vnútroštátnej úrovni aj na úrovni EÚ. Cieľom MOPACT bolo rozvinúť a prepojiť výskumnú činnosť s praxou a ponúknuť európskym krajinám praktické návody a postupy aktivít a procesov zabezpečujúcich prínos starnúceho obyvateľstva pre spoločnosť a hospodárstvo.

Zaidi a kol. (2013) uvádzajú, že spolupráca významných medzinárodných orgánov – Populačnej jednotky Európskej hospodárskej komisie OSN, Generálneho riaditeľstva Európskej komisie pre zamestnanosť, sociálne veci a začlenenie, ako i Európskeho centra pre politiku sociálnej starostlivosti a výskum bola v roku 2012 vo Viedni zastrešená spoločným projektom, ktorého cieľ spočíval v poskytnutí nového nástroja pre tvorcov politik, umožňujúceho navrhnuť stratégie pri riešení problémov starnutia obyvateľstva a jeho vplyvov na spoločnosť, založených na konkrétnych ukazovateľoch (tzv. Index aktívneho starnutia – AAI). Vychádza z poznatkov, že pri riešení problémov spojených so starnutím populácie sú úspešné opatrenia, ktoré umožňujú a zvyšujú účasť starších ľudí na trhu práce a na spoločenských a rodinných aktivitách. Hlavnou referenciou pre konštrukciu AAI je definícia aktívneho starnutia podľa WHO prispôbená tomu, aby pokrývala aj oblasť potenciálu starnúceho obyvateľstva. Aktívne starnutie sa vzťahuje na situáciu, v ktorej sa ľudia naďalej zúčastňujú na formálnom trhu práce, zapájajú sa aj do iných neplatených produktívnych činností, akými sú starostlivosť o rodinných príslušníkov či dobrovoľníctvo, a vedú zdravý, nezávislý a bezpečný život v starobe (Zaidi a kol., 2013).

V každom prípade v rámci diskurzu sociálnej politiky stúpa záujem o sociálne inovácie EÚ, o čom svedčí zriadenie mnohých medzinárodných výskumných sietí, napríklad Európskeho inovačného partnerstva pre aktívne a zdravé starnutie (EIP AHA) a Sociálnej inovácie v Európe, ako aj finančných tokov na riešenie potreby sociálnych inovácií¹⁰.

¹⁰ Príkladom môže byť rámcový program financovania komisie Horizont 2020 (pozn. autoriek).

Keďže Slovensko je jednou z krajín s najrýchlejšie starnúcou populáciou v EÚ, pre zabezpečenie dlhodobej udržateľnosti systému sociálneho zabezpečenia sú nevyhnutné systémové opatrenia, ktoré eliminujú rastúcu záťaž pre zdravotnícky, sociálny a ekonomický systém. V budúcnosti bude potrebné vyrovnať sa s rastúcimi verejnými výdavkami, zaviesť opatrenia v oblasti zamestnanosti s cieľom predĺžiť pracovnú kariéru, či uľahčiť pracovnú migráciu. Zmenená demografická štruktúra bude naďalej vyvolávať tlak na zdravotníctvo, dlhodobú starostlivosť, prechod z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť, prepájanie sociálnych služieb a neformálnej starostlivosti, ako aj zvyšovanie kvality sociálnych služieb. V starnúcej populácii sa ťažisko poskytovania sociálnych služieb presúva na skupinu seniorov, predovšetkým na obyvateľov vo veľmi vysokom veku, ktorí sú odkázaní na pomoc okolia (Repková, 2014; Repková, Brichtová, 2015).

Pri plánovaní opatrení v uvedených oblastiach by verejné politiky mali vychádzať z kľúčových ukazovateľov demografického vývoja a stavať na jeho prognózovaní. Mali by sledovať hlavné ukazovatele demografického vývoja, ktoré sa premietajú do zmien štruktúry a sú základom pre vnímanie zmien v ďalších oblastiach verejného života. Kvalitná sociálno-demografická analýza zabezpečuje získanie objektívnych informácií a identifikáciu kritických miest a problémov, na ktoré nadväzuje hľadanie možných riešení.

1.4 Dlhodobá starostlivosť o seniorov

Jednou z najdôležitejších oblastí sociálnych služieb pre seniorov je dlhodobá starostlivosť. Zahŕňa širokú škálu služieb poskytovaných zdravotne postihnutým osobám, najmä starším osobám z dôvodu chronickej choroby alebo zdravotného postihnutia, a to doma, ambulantne, alebo v zariadeniach sociálnych služieb. Tieto služby sa poskytujú s cieľom zlepšiť ich osobné fungovanie a kvalitu života (OECD 2011, Stallard 2017, Freeman et al. 2017). Význam systematickej dlhodobej starostlivosti o starších ľudí sa odráža vo viacerých oficiálnych dokumentoch, plánoch či stratégiách nielen členských štátov EÚ a riadiacich orgánov EÚ, ale aj v dokumentoch iných organizácií, akými sú OECD a WHO, a to najmä v kontexte nepriaznivého demografického vývoja vo vyspelých regiónoch sveta. Nevyhnutnosť vytvorenia a rozvoja udržateľných a spravodlivých systémov dlhodobej starostlivosti sa objavila medzi strategickými cieľmi *Globálnej stratégie a akčného plánu pre starnutie a zdravie*, ktorú vypracovala WHO (2017). V danej súvislosti sa v stratégii zdôrazňuje, že starší ľudia majú právo na starostlivosť a podporu, ktorá zachováva najvyššiu možnú mieru ich funkčnej kapacity a ktorá je v súlade s ich ľudskými právami, základnými slobodami a ľudskou dôstojnosťou.

V roku 2012 Regionálny výbor WHO pre Európu prijal *Stratégiu a akčný plán pre zdravé starnutie* v Európe (2012 – 2020), ktorého 3. kapitola je venovaná systémom zdravotníctva a starostlivosti, dlhodobo vhodným pre starnúcu populáciu. V tejto kapitole stratégia navrhuje päť prioritných intervencií: podpora fyzickej aktivity, prevencia pádov, očkovanie starších ľudí a prevencia infekčných

chorôb v zdravotníckych zariadeniach, podpora foriem starostlivosti obyvateľstva s dôrazom na domácu starostlivosť, a posilňovanie kapacít v geriatrii a gerontológii na strane zdravotníckych a sociálnych pracovníkov.

Na základe *Spoločnej správy o systémoch zdravotnej starostlivosti a dlhodobej starostlivosti a fiškálnej udržateľnosti* (Európska komisia, 2019) možno konštatovať, že viaceré krajiny EÚ nielenže zažívajú veľmi podobný demografický vývoj, ale stretávajú sa aj s rovnakými problémami súvisiacimi so zvyšujúcim sa podielom starších ľudí v celkovej populácii. Dokonca aj krajiny ako Belgicko, Dánsko, Švédsko, Holandsko, ktorých výdavky na dlhodobú zdravotnú starostlivosť sa v percentách na HDP pohybujú od 2,41 % do 2,85 % (OECD, 2020), a ktoré patria medzi najvyššie v EÚ, čelia rovnakým problémom týkajúcim sa zlepšovania dlhodobej starostlivosti o seniorov. Ide najmä o úpravu právneho rámca poskytovania tohto druhu starostlivosti, a to tak vo vzťahu k ich poskytovateľom ako aj ich prijímateľom. Tieto krajiny sa zhodujú na potrebe podpory domácej starostlivosti a skvalitňovania jej koordinácie prostredníctvom jednotného informačného centra, najmä na potrebe koordinácie poskytovania zdravotných a sociálnych služieb. Podľa Spasovej et al. (2018) nedostatočná koordinácia týchto služieb vplýva predovšetkým na čakaciu dobu týkajúcu sa poskytnutia služby, ako aj na celé správne konanie. Hoci náklady na dlhodobú starostlivosť v spomínaných krajinách patria k najvyšším v EÚ, vo výročných správach sa zdôrazňuje potreba zlepšiť ich financovanie a efektívnejšie využívať finančné zdroje. Súvisí to najmä so zvýšením administratívnej efektívnosti celého systému, a tiež so skvalitnením zberu údajov a informácií potrebných na zlepšenie pomeru kvality a ceny.

Z definície dlhodobej starostlivosti je zrejmé, že vzhľadom na očakávaný demografický vývoj najmä v ekonomicky vyspelých krajinách bude dopyt po dlhodobej starostlivosti o seniorov neustále rásť. Podľa údajov *Zelenej knihy o starnutí* (Európska komisia, 2021) sa potreba dlhodobej starostlivosti zvýši z 19,5 milióna osôb v roku 2016 na 23,6 milióna v roku 2030 a na 30,5 milióna v roku 2050. Okrem rastúceho dopytu po dlhodobej starostlivosti je treba zobrať na vedomie fakt, že jednotlivé systémy zabezpečujúce túto starostlivosť sa už nemôžu spoliehať na neformálnych opatrovateľov, pretože zabezpečiť pomoc rodinných príslušníkov je čoraz náročnejšie vzhľadom na to, ako sa mení doterajší spôsob života najmä na vidieku. Nielenže rodiny majú menej detí, ale stále viac z nich žije v dospelosti vo veľkých vzdialenostiach od rodičov a takisto stále viac žien je aktívnych na trhu práce. Medzi hlavné problémy súvisiace s dlhodobou starostlivosťou o seniorov tak patrí zabezpečenie prístupu, cenovej dostupnosti a primeranej kvality dlhodobej starostlivosti. Vážnym problémom, ktorému členské krajiny EÚ v tejto oblasti čelia, je aj nedostatok primeranej pracovnej sily na trhu práce. Dôsledkom neriešenia týchto problémov vo viacerých krajinách je skutočnosť, že mnohí seniori nemajú prístup k dlhodobej starostlivosti z už spomínaného dôvodu jej nedostatočnej ponuky. Rovnako vážnou prekážkou je pre seniorov cenová nedostupnosť, ktorá často súvisí s rastúcimi nákladmi na zabezpečenie dlhodobej

starostlivosti a v konečnom dôsledku s finančnou neudržateľnosťou systémov sociálnej a zdravotnej starostlivosti v starnúcej spoločnosti.

Situácia v dlhodobej zdravotnej starostlivosti a sociálnych službách pre seniorov je na Slovensku komplikovanejšia ako v spomínaných členských krajinách EÚ. Dokazuje to nielen fakt, že výdavky na túto starostlivosť predstavovali v roku 2019 len 0,03 % HDP (OECD, 2020), ale aj to, že tieto služby nezodpovedajú súčasným potrebám seniorov v krajine. Slovensko výrazne zaostáva v kapacite sociálnej, zdravotnej a domácej starostlivosti, ako aj v počte neformálnych opatrovateľov. Neefektívnosť dlhodobej starostlivosti o seniorov má za následok dvojité hodnotenie posudkovej činnosti ich zdravotného stavu (zasahujú do neho minimálne tri subjekty), slabú prevenciu ich odkázanosti, málo transparentné hospodárenie a konfúzne financovanie dlhodobej starostlivosti. Riešenie tohto problému je medzirezortné, keďže poskytovanie tohto typu služieb patrí do kompetencie dvoch ministerstiev – Ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny a Ministerstva zdravotníctva (Národný integrovaný reformný plán, Ministerstvo financií SR, 2020). Dlhodobá starostlivosť o starších ľudí v Slovenskej republike sa nateraz realizuje fragmentovaným systémom, čo znamená, že sociálne a zdravotnícke služby sú zabezpečované dvoma oddelenými systémami s minimálnou koordináciou a vzájomným prepojením.

Od roku 2011 začal na Slovensku proces transformácie sociálnych služieb s cieľom vytvárať a zabezpečovať podmienky pre samostatný a slobodný život všetkých občanov, ktorí potrebujú pomoc spoločnosti vo svojom prirodzenom sociálnom prostredí i v rámci komunity. Už v roku 2004 sa v rámci decentralizácie a deetatizácie sociálnych služieb prejavila snaha „priblížiť služby k občanovi“ a v rámci tohto procesu došlo k presunu vybraných kompetencií na miestnu a regionálnu úroveň, čo malo zaručiť princíp sociálnej subsidiarity, ako aj komunitný charakter poskytovania sociálnych služieb. V krajine však stále existuje viacúrovňový systém poskytovania služieb dlhodobej starostlivosti, ktorý nie je prepojený a tieto služby nie sú koordinované v prospech individuálnej situácie osoby, ktorá starostlivosť potrebuje. Keďže zdravotná starostlivosť a sociálne služby sú dva samostatné systémy, každý z nich sa riadi vlastnou legislatívou a vlastnými normami. V dôsledku absencie jednotného integrovaného systému dlhodobej starostlivosti, ktorý poskytovanie komplexných služieb tradične zahŕňa, sa toto poskytovanie uskutočňuje roztriešteným spôsobom prostredníctvom dvoch spomínaných oblastí.

Prvou oblasťou je systém sociálnych služieb, ktorý upravuje Zákon č. 448/2008 Z. z o sociálnych službách v znení neskorších predpisov. Z hľadiska poskytovania dlhodobej starostlivosti ide o zásadnú legislatívnu normu. Sociálne služby sú podľa uvedeného zákona určené na predchádzanie, nápravu alebo zmiernenie nepriaznivej sociálnej situácie jednotlivca, jeho rodiny alebo komunity. Čo sa týka sociálnych služieb pre seniorov, tieto sa v súčasnosti poskytujú najmä pobytovou formou v zariadeniach na to určených, v špecializovaných zariadeniach, v zariadeniach pre

seniorov a zariadeniach opatrovateľskej služby. Obce sa na poskytovaní sociálnych služieb podieľajú najmä opatrovateľskou službou a sú aj zriaďovateľmi pobytových zariadení sociálnych služieb, najmä zariadení pre seniorov.

Poskytovanie služieb sociálnej starostlivosti je decentralizované smerom k samosprávnym krajom a obciam. Obce alebo samosprávne kraje zriaďujú a financujú verejných poskytovateľov sociálnych služieb ako príspevkové organizácie alebo ich zakladajú ako neziskové organizácie poskytujúce všeobecne-prospešné služby. Neverejných poskytovateľov zakladajú mimovládne neziskové organizácie alebo cirkvi, pričom sú financovaní čiastočne zo štátneho rozpočtu a z rozpočtov obcí alebo samosprávných krajov. Hlavný rozdiel medzi poskytovateľmi závisí od ich financovania a prístupu k verejným prostriedkom (World Bank, 2020). Dôsledkom tejto situácie je komplikovaný systém financovania sociálnych služieb a nerovnomerné priestorové rozloženie tých, ktorí potrebujú sociálnu starostlivosť. Formálna legislatíva podporuje princíp subsidiarity, čo znamená, že najväčšia podpora a starostlivosť by sa mala poskytovať v prirodzenom domácom prostredí užívateľov. Obce nemajú dostatok zdrojov na zabezpečovanie starostlivosti na komunitnej úrovni, preto sa uchýľujú k odporúčaniam občanom využívať regionálnu infraštruktúru inštitucionálnej sociálnej starostlivosti, aj keď takúto úroveň starostlivosti nepotrebujú a aj keď ich to núti opustiť svoju komunitu. Väčšina kapacít na poskytovanie sociálnej starostlivosti je sústredená v pobytových zariadeniach sociálnych služieb samosprávných krajov a u neverejných poskytovateľov, pričom títo poskytovatelia sú vo väčšej miere zastúpení pri poskytovaní služieb sociálnej starostlivosti na komunitnej úrovni. Vo všeobecnosti však možno konštatovať, že dlhodobá starostlivosť na Slovensku trpí nedostatočným financovaním, čo je dôvodom nevyhovujúcej dostupnosti týchto služieb.

Podľa aktuálne platnej legislatívy leží väčší podiel zodpovednosti za sociálnu starostlivosť na obciach, hoci tieto nemajú dostatočné predpoklady na to, aby danú zodpovednosť naplnili. Na Slovensku je takmer 3 000 obcí, pričom vo väčšine z nich žije len niekoľko stoviek obyvateľov. Podľa údajov Štatistického úradu SR (2020) až 65,96 % obcí má menej ako 1 000 obyvateľov. V týchto obciach chýba vyškolený odborný personál, vybavenie, infraštruktúra a finančné zdroje na poskytovanie primeranej starostlivosti o seniorov (Ministerstvo sociálnych vecí, 2020). Systém sa spolieha aj na neformálnu starostlivosť (podrobnejšie v kapitole 1.6), ktorej poskytovanie sa predpokladá v domácom prostredí. Neformálna starostlivosť sa podporuje prostredníctvom štátnej sociálnej dávky formou príspevku na opatrovanie, v zmysle Zákona č. 447/2008 Z. z. o peňažných príspevkoch v prípade ťažkého zdravotného postihnutia. Jedná sa predovšetkým o príspevky pre opatrovateľov, zvyčajne najbližších príbuzných starších osôb s vyšším stupňom odkázanosti na pomoc v núdzi v rámci dlhodobej starostlivosti. Práve táto forma dlhodobej podpory seniorov je najrozšírenejšia a zohľadňuje aj princíp poskytovania starostlivosti v ich prirodzenom životnom prostredí.

Druhou oblasťou, v rámci ktorej sa poskytujú služby dlhodobej starostlivosti, je oblasť zdravia. Poskytovanie dlhodobej starostlivosti sa čiastočne uskutočňuje v rámci štruktúr systému zdravotníctva v zmysle Zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti. Dlhodobá starostlivosť sa tu zameriava predovšetkým na seniorov s chronickými ochoreniami a na tých, ktorí potrebujú geriatrickú starostlivosť. Táto starostlivosť sa zabezpečuje najmä prostredníctvom agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti (ADOS), geriatrických ambulancií, rôznych pobytových zariadení (služby dlhodobej starostlivosti, geriatrické a paliatívne služby v nemocniciach), ale aj v špecializovaných zdravotníckych zariadeniach, psychiatrických liečebniach, ošetrovateľskou starostlivosťou v zariadeniach sociálnej starostlivosti a v hospicioch. Táto zdravotná starostlivosť sa plne alebo čiastočne financuje z fondov zdravotného poistenia, a to najmä paušálnym spôsobom, prostredníctvom bodovania výkonov.

Nedostatočná koordinácia dvoch systémov podieľajúcich sa na poskytovaní dlhodobej starostlivosti znižuje kvalitu poskytovaných služieb a je vzdialená od princípu komplexnej, adresnej dlhodobej starostlivosti o seniora. V systéme dlhodobej starostlivosti sa neuplatňuje tzv. *case management* ako profesionálna metóda sociálnej práce. Je rešpektovanou súčasťou sociálnych politík štátov. V západných krajinách je výkon práce case managera podmienený absolvovaním špecializovaného vzdelávania.. Case manager je schopný na základe individuálneho prístupu a dôkladného poznania potrieb seniora „vyskladať“ pre neho pomoc z viacerých foriem a druhov služieb a súčasne sledovať priebeh celého procesu, jeho výsledkov vrátane spätnej väzby od seniora. V súčasnej situácii je potreba integrácie sociálnych a zdravotných služieb na Slovensku nevyhnutnou.

V *Spoločnej správe o systémoch zdravotnej starostlivosti a dlhodobej starostlivosti a fiškálnej udržateľnosti* (Európska komisia, 2019), ktorá hodnotí pokrok pri implementácii štrukturálnych reforiem, sa uvádza, že poskytovanie dlhodobej starostlivosti je na Slovensku obmedzené. Keďže na zodpovednosti za túto skutočnosť sa navzájom podieľajú sociálny a zdravotnícky systém, a nakoľko v daných oblastiach pôsobia rôzne organizácie a využívajú sa rôzne zdroje financovania, predstavuje to prekážku efektívnej koordinácie. Čakacie listiny seniorov na získanie miest v rôznych pobytových zariadeniach sú dlhé a kvalita služieb sa považuje za nízku, pričom náklady na zariadenia neverejných poskytovateľov sú vo všeobecnosti veľmi vysoké.

Hoci dlhodobá starostlivosť by mala spájať zdravotné a sociálne služby, v našej krajine neexistuje systémová koordinácia služieb, ani integrácia medzi nimi. Zdravotná starostlivosť v domácom prostredí sa poskytuje najmä prostredníctvom návštev zdravotných sestier, návštev lekárov v domácnosti a tiež pomocou starostlivosti poskytovanej mobilnými hospiciami. Vzhľadom na uvedenú situáciu na Slovensku považujeme za veľmi dôležité vypracovať a aplikovať vhodné metodické riešenie dlhodobej starostlivosti so zameraním na integračný model starostlivosti.

1.5 Formálna a neformálna starostlivosť o seniorov

Starostlivosť o seniorov sa podľa platnej legislatívy môže na Slovensku poskytovať formálne alebo neformálne. Formálna starostlivosť sa zvyčajne vzťahuje na platené sociálne služby, ktoré sa zabezpečujú formou pobytových, terénnych a ambulantných služieb, alebo ich poskytujú jednotlivci osobe v núdzi. Neformálna starostlivosť sa v rámci dlhodobej starostlivosti poskytuje v domácom prostredí a je podporovaná prostredníctvom príspevku na opatrovanie (Zákon č. 447/2008 Z. z.). Nárok na príspevok majú osoby so stupňom odkázanosti V a VI na pomoc inej osoby pri sebaobslužbe. Neformálna starostlivosť sa vzťahuje spravidla na starostlivosť poskytovanú rodinou, blízkymi príbuznými, priateľmi a susedmi. Obe formy starostlivosti zahŕňajú celé spektrum úloh, avšak neformálni poskytovatelia starostlivosti sú na tieto úlohy zriedkakedy dostatočne vyškolení. Naopak, formálni opatrovatelia majú na to potrebnú kvalifikáciu, ale hĺbka ich odbornej prípravy sa líši. Neformálna starostlivosť, známa aj ako neplatená alebo rodinná starostlivosť, predstavuje významný podiel na celkovej dlhodobej starostlivosti. (Hoffmann, Rodrigues, 2010).

V rámci našej monografie považujeme za neformálnu starostlivosť akúkoľvek pomoc poskytovanú starším ľuďom, dospelým v produktívnom veku, mladým ľuďom a deťom so zdravotným postihnutím, ako aj jednotlivcom žijúcim s problémami duševného zdravia, pričom danú pomoc poskytuje rodina, príbuzní, priatelia, členovia komunity, susedia. V rôznych krajinách sa pojem *neformálny opatrovateľ* chápe rôzne, a keďže v tejto našej práci nechceme vylúčiť žiadne ponímanie neformálnej starostlivosti, prikláňame sa k jej najširšiemu konceptu. V odbornej literatúre absentuje štandardná definícia, na základe ktorej by sa dali vytvoriť jednoznačné kritériá na zaraďovanie jednotlivých subjektov do empirického výskumu. Aj preto autori existujúcich štúdií zahŕňajú do výskumov rôzne skupiny seniorov, napríklad v závislosti od spolužitia, množstva alebo typu poskytovanej starostlivosti (Molyneux, 2011). Neformálna starostlivosť sa vymedzuje nasledujúcimi charakteristikami (Interlinks, 2010):

- starostlivosť poskytuje rodina, blízki príbuzní, priatelia a susedia,
- opatrovatelia nie sú profesionáli a nie sú vyškolení v poskytovaní starostlivosti,
- opatrovatelia nemajú žiadnu zmluvu, čo sa týka ich opatrovateľských povinností,
- opatrovatelia nie sú platení, aj keď sa už stále častejšie stáva, že dostávajú určité finančné príspevky,
- opatrovatelia vykonávajú rôznorodé úlohy, vrátane emocionálnej pomoci a podpory,
- neexistujú žiadne obmedzenia času stráveného opatrovaním,
- opatrovatelia nemajú žiadny nárok na sociálne zabezpečenie.

Dostupné odhady počtu neformálnych opatrovateľov sa pohybujú od 10 % do 25 % z celkovej populácie v Európe. Neformálnymi opatrovateľmi sú často ženy,

ktoré poskytujú starostlivosť buď manželovi, rodičom alebo svokrovcom. Veľkú časť neformálnej starostlivosti poskytujú ľudia, ktorí majú vyšší ako štandardný dôchodkový vek (Colombo et al., 2011). Aj na základe uvedených údajov možno konštatovať, že neformálna starostlivosť tvorí základný kameň všetkých systémov dlhodobej starostlivosti v Európe, pričom v medzinárodných politických kruhoch sa čoraz viac považuje za kľúčovú otázku budúcej politiky sociálnej starostlivosti. V *Európskom pilieri sociálnych práv* (2017) sa výslovne uvádza záväzok voči ľuďom poskytujúcim starostlivosť, vrátane ich práv na flexibilnú prácu a prístup k službám starostlivosti. Neformálna starostlivosť sa v budúcnosti pravdepodobne stane ešte dôležitejšou v dôsledku demografických zmien, pokroku v oblasti zdravotnej starostlivosti, politiky dlhodobej starostlivosti a tlaku na obmedzenie nákladov, ktoré vedú k uprednostňovaniu možností komunitnej starostlivosti pred inštitucionálnou, ak je to možné (Riedel, 2012).

Neformálna starostlivosť je v súčasnosti dôležitým prvkom medzi poskytovateľmi dlhodobej starostlivosti a hoci sa dá očakávať jej rastúci význam v dôsledku starnutia obyvateľstva aj v budúcnosti, treba pri reformách systémov sociálnej a zdravotnej starostlivosti myslieť aj na problémy, ktoré sú s ňou spojené. Ide najmä o klesajúci počet neformálnych opatrovateľov v spoločnosti, ktorý je objektívne spojený so znižujúcim sa počtom novonarodených detí, v budúcnosti potenciálnych opatrovateľov svojich rodičov a blízkych. Podľa údajov Štatistického úradu SR, ktoré boli zverejnené v máji 2019, medzi základné sledované charakteristiky patrí dlhodobý trend intenzívneho starnutia slovenskej populácie. Vzťah medzi početnosťou detí a seniorov v spoločnosti zachytáva index starnutia, ktorý v roku 2018 prvýkrát prekročil hranicu 100. To znamená, že na Slovensku pripadlo na 100 detí viac ako 102 seniorov, teda osôb starších ako 65 rokov. Rok 2018 sa tak stal prelomovým v sledovaní starnutia populácie, keď počet a podiel seniorov prvýkrát v histórii Slovenska prekročil počet a podiel detí (ŠÚ SR, 2019).

Ďalšou príčinou klesajúceho počtu neformálnych opatrovateľov je zmena spôsobu života spojená s odchodom mladšej generácie z vidieka do vzdialeného mesta či dokonca regiónu. Príčin tejto migrácie je viacero, pričom na Slovensku, najmä v menej rozvinutých regiónoch, mladí ľudia odchádzajú najčastejšie za lepšie platenou prácou. Podľa údajov ŠÚ SR (2022) niektoré regióny Slovenska dlhodobo zaznamenávajú záporné migračné saldo, a je racionálne predpokladať, že z týchto regiónov odchádzajú najmä mladí, ekonomicky aktívni obyvatelia. Seniori žijúci v takýchto oblastiach sa nemôžu spoliehať na pomoc rodinných príslušníkov mladšej generácie a toľkož nie v prípade, ak potrebujú dlhodobú a prakticky každodennú starostlivosť.

Dôvodom klesajúceho počtu osôb poskytujúcich neformálnu starostlivosť je aj to, že počet žien, ktoré aktívne vstupujú na trh práce, narastá. Na Slovensku stúpila miera zamestnanosti žien za posledných 10 rokov o takmer 10 percent (ŠÚ SR, 2020). Ak na jednej strane konštatujeme, že sú to hlavne ženy, ktoré sa podieľajú

na poskytovaní dlhodobej neformálnej starostlivosti o seniorov, potom na druhej strane je táto starostlivosť ohrozená rastúcim počtom žien, ktoré chcú pracovať vo vybranom povolání, budovať svoju kariéru a často pokračovať v tejto aktivite aj po dosiahnutí dôchodkového veku.

Vyludňovanie regiónov, t. j. odchod mladšej populácie predovšetkým z menších obcí, pracovná mobilita a priestorová migrácia produktívnej časti obyvateľstva spôsobujú, že o seniorov sa postupne starajú seniори. Tento trend ovplyvňujú viaceré faktory. Významným determinantom dobrovoľnej svojpomocnej dlhodobej starostlivosti o starších členov domácnosti častokrát je, okrem kapacitnej nedostupnosti, práve finančná nákladnosť formálnych sociálnych služieb. Existujúca priepasť medzi výškou dôchodkového zabezpečenia a rastúcimi nákladmi za poskytované služby formálnej starostlivosti, je pre mnohé rodiny neprekonateľná. Ďalším faktorom sú pretrvávajúce konzervatívne postoje slovenských domácnosti k spôsobu zabezpečenia starostlivosti o ich starších členov. Slovensko je aj napriek výraznej industrializácii, naďalej prevažne rurálnou krajinou. Hodnotové ukotvenie slovenských rodín je ešte stále výrazne ovplyvňované spolupatričnosťou, vzájomnou rodinnou pomocou, medzigeneračnou zodpovednosťou a pocitom povinnosti doopatrovať svojich rodičov, prípadne zdravotne znevýhodnených členov domácnosti. Uvedené skutočnosti ovplyvňujú veľký rozsah neformálnej starostlivosti o seniorov v domácom prostredí (Martinkovičová, Kika, 2016).

Na základe zhodnotenia potrieb v oblasti sociálnych služieb a súčasnej situácie navrhujeme pre zvýšenie ich dostupnosti a následnej kvality niektoré opatrenia, ktoré sumarizuje Tabuľka 1.

Tabuľka 1 Analýza stavu a návrhy na zlepšenie sociálnych služieb

Potreby obyvateľstva	Súčasná situácia	Navrhované zlepšenie
Potreba sociálnych služieb vychádza z národne stanovených štandardov a miestnej situácie.	Pobytové sociálne služby sú na úrovni 69,4 % potrebnej kapacity.	Výrazné zvýšenie počtu terénnych sociálnych služieb, služby domácej starostlivosti, monitorovacie služby, dopravné služby.
1.Štandardy minimálnej anémie pre obce na základe počtu obyvateľov (Ministerstvo dopravy, výstavby a regionálneho rozvoja)	Terénne sociálne služby (služby domácej starostlivosti) sú na úrovni 2,6 % potrebnej kapacity	Podpora neformálnych rodinných opatrovateľov prostredníctvom rôznych typov služieb - poradenstvo, odľahčovacia služba, denný stacionár alebo denné centrum
2.Návrh odporúčaných štandardov zariadení služieb na základe analýzy potrieb na 1 000 alebo 10 000 obyvateľov (Socioklub, CZ)	Neexistujú žiadne podporné služby pre neformálnych opatrovateľov.	Zvýšenie počtu špecializovaných pobytových služieb - špecializované zariadenia pre ľudí s demenciou, Alzheimerovou chorobou (v BBSK kraji je najbližšie zariadenie 90 km t. j. 1:30 hod. autom) a zariadenia pre seniorov pre krátkodobé pobyty (najbližšie je 28 km t. j. 30 minút autom)
3.Komunitné plánovanie sociálnych služieb	Existujú aj ambulantné sociálne služby, ale ich kapacita je podhodnotená (podľa komunitných plánov)	

Prameň: World Bank, 2020

Bez ohľadu na uvedené skutočnosti, dôležitou otázkou ostáva samotná kvalita života seniorskej skupiny obyvateľov: ako sa cítia, ako prežívajú svoj každodenný život, či už v rámci inštitucionálnej alebo rodinnej starostlivosti. Do centra pozornosti sa preto oprávnenne dostáva nielen spôsob zabezpečenia dôstojného starnutia, ale aj jeho kvalita v zmysle *well-being* (pohoda, spokojnosť, radosť, naplnenie života, mobilita) či *ill-being* (chorobnosť, diskomfort, vylúčenie, smútok, osamotenosť) ako súčasti *active ageing*.

Pojem *well-being* (kognitívny, afektívny a eudaimonický) je spoločným menovateľom pre hľadanie a uznávanie širokého spektra ukazovateľov, ktoré ovplyvňujú kvalitu života seniorov. Vo všeobecnosti je skúmanie blahobytu relatívne novým trendom, ktorý súvisí s posunom od merania jednoznačne materiálnej úrovne života (HDP) ku kvalite života. Skúmanie dobrého starnutia a otázky aktívneho a zdravého starnutia sú súčasťou tohto nového zamerania, ktoré prináša poznatky o dôležitých údajoch kvalitného starnutia. Poukazuje na význam psychickej pohody starších ľudí a na skutočnosť, že každý by mal mať možnosť žiť dlhý a zdravý život. WHO (2017) definuje zdravé starnutie „ako proces rozvoja a udržiavania funkčných schopností, ktoré umožňujú pohodu vo vyššom veku“. Funkčná schopnosť znamená mať schopnosti, ktoré umožňujú všetkým ľuďom byť tými a robiť to, čo si vážia. Patrí sem schopnosť človeka uspokojovať svoje základné potreby, učiť sa, rozvíjať sa a rozhodovať, byť mobilný, budovať a udržiavať vzťahy a prispievať k rozvoju spoločnosti.

V neskoršom veku sa prejavuje tzv. paradox starnutia: hoci sa postupujúci vek človeka spája s fyzickým a kognitívnym úpadkom, zistilo sa, že jeho blahobyt je v neskoršom veku vyšší ako u mladých dospelých alebo dospelých v strednom veku (Myers, Diener, 1995). Medzi zdravím a pohodou, ktoré si respondenti v danom výskume sami hodnotili, bola zistená odstupňovaná súvislosť. Viaceré výskumy ukazujú, že zapojenie sa do fyzickej aktivity je pre dobré starnutie mimoriadne dôležité. Fyzická aktivita je neoddeliteľne spojená so samostatným životom a s ďalšími faktormi, najmä sociálnou podporou, pričom oba tieto aspekty sú pre pohodu starších dospelých kľúčové. Pravidelná fyzická aktivita súvisí aj so zlepšením imunitných funkcií a odolnosťou voči chorobám.

Koncept *well-being* aplikovaný na kvalitu života starších ľudí nie je ešte dostatočne pochopený a reflektovaný. Stále chýba spoločná definícia tohto pojmu. V mnohých prieskumoch starší ľudia vnímali vlastnú kvalitu života ako život, ktorý má hodnotu, zmysel a cieľ, keď:

- sa cítia bezpečne a sú vypočutí, ocenení a rešpektovaní;
- sú schopní získať pomoc, ktorú potrebujú, vtedy keď ju potrebujú, a spôsobom aký chcú;
- žijú na mieste, ktoré vyhovuje im a ich životu;
- môžu robiť veci, ktoré sú pre nich dôležité.

Prevahu pozitívnych emócií, ktoré sú výsledkom aktívnych sociálnych kontaktov seniorov, potvrdzuje aj analýza sociálno-ekonomických aspektov ich

kvality života na Slovensku (Hasa, 2019). Analýza sa zamerala na porovnanie daných aspektov kvality života seniorov, ktorí žijú vo svojich domovoch, a kvality života tých, ktorí sú klientmi zariadení sociálnych služieb. Pobyt v uvedených zariadeniach môže vyvolať také negatívne emócie ako je úzkosť, bezvýznamnosť či stres z anonymity a uniformity. Hoci sa tam seniorom poskytujú služby ako strava, ubytovanie alebo zdravotná starostlivosť, kolektívne zariadenia im však nedokážu dať zmysel života a vytvoriť im emocionálne zázemie.

Na jednej strane sa považuje za kľúčové, aby sa predišlo zbytočnej a nákladnej hospitalizácii alebo inštitucionalizácii seniorov, na druhej strane mnohé krajiny prísne posudzujú ich potreby predtým, ako dostanú dlhodobú starostlivosť financovanú z verejných zdrojov. V tomto kontexte zostáva opatrovateľská funkcia rodín kľúčovým typom poskytovania starostlivosti. Neformálna starostlivosť sa často považuje za nákladovo efektívny spôsob, ako predísť inštitucionalizácii a umožniť jej užívateľom zostať doma. Neformálna starostlivosť však nie je bezplatná ani pre jednotlivcov, ani pre štát (Rodrigues et al., 2013; Pickard et al., 2017). Potreby opatrovateľov a vplyv poskytovania neformálnej starostlivosti na kľúčové aspekty života akými sú zamestnanosť, zdravie a blahobyt, nadobúdajú stále väčší význam tak v odbornej literatúre, ako aj v politikách jednotlivých štátov v celej Európe (Brimblecombe et al., 2018; Bouget et al., 2016).

Na dosiahnutie takej kvality života seniorov, ktorá by zodpovedala konceptu well-being je treba na Slovensku vynaložiť ešte veľa úsilia. Jedným z prvých predpokladov dosiahnutia očakávaných výsledkov v tejto oblasti je koordinácia aktivít zainteresovaných strán od celoštátnej až po regionálnu a komunálnu úroveň. Táto musí byť doplnená aj vzájomným zosúladením oboch foriem sociálnej starostlivosti o starších ľudí, formálnej aj neformálnej, a to v takej podobe, aby aspoň jedna z nich bola prirodzene dostupná každému seniorovi.

1.6 Integrovaná zdravotná a sociálna starostlivosť

V druhej kapitole tejto monografie prezentujeme model integrovanej sociálnej a zdravotnej starostlivosti ako jednu z možností prekonania oddelenia zdravotného a sociálneho systému, s efektom zníženia ekonomických výdavkov. Tento model zároveň uprednostňuje domácu starostlivosť pred inštitucionálnou, pokiaľ to zdravotný stav dovoľuje a tým podporuje seniora k samostatnosti.

Integrácia sociálnej a zdravotnej starostlivosti je zložitý proces, ktorý závisí od mnohých faktorov (Struijs et al., 2015; WHO, 2015; Wodchis et al., 2018). Ako jeden z nich autori uvádzajú potrebu vytvoriť úspešný a jednotný manažment riadenia, pretože do poskytovania sociálnej a zdravotnej starostlivosti je zapojených viacero aktérov s vlastnými organizačnými štruktúrami a záujmami, čo často vedie k rôznym spôsobom riadenia. Ďalším dôležitým faktorom, ktorý sa dostáva do popredia, je vhodné nastavenie modelu financovania sociálnych a zdravotných služieb poskytovaných klientovi. Ako príklad môže slúžiť model, ktorý realizujú v Škótsku a v Canterbury na Novom Zélande, kde sa zlúčili miestne

orgány zdravotnej a sociálnej starostlivosti a v súčasnosti sa pracuje na integrácii ďalších štruktúr, rozpočtov, aj samotných služieb. Pri pohľade na iniciatívy, ktoré experimentujú s alternatívnymi modelmi financovania, sa možno inšpirovať myšlienkou presunúť finančnú a klinickú zodpovednosť z platcov, t. j. užívateľov na poskytovateľov starostlivosti (prostredníctvom poistného systému), pričom priame platby od občana by boli len druhotným zdrojom dofinancovania poskytovaných služieb. Cieľom takéhoto systému je motivovať poskytovateľov k aktivitám na zlepšenie zdravia obyvateľstva a kvality poskytovanej starostlivosti. Faktorom, od ktorého závisí integrácia sociálnej a zdravotnej starostlivosti, sú aj pretrvávajúce metodologické otázky týkajúce sa spôsobu hodnotenia týchto zložitých intervencií. Súčasné metodiky nie sú dostatočné na to, aby reflektovali zložitnosť všetkých procesov v ich interakcii s národnými, regionálnymi a miestnymi kontextovými faktormi.

Doterajší výskum poskytuje určité dôkazy o tom, že integrovaná starostlivosť môže viesť k pozitívnym výsledkom pre klientov (Baxters et al., 2018, Liljas et al., 2019, de Bruin et al., 2020, Porteus, 2011). Uvedení autori uskutočnili konkrétne výskumy týkajúce sa výsledkov integrovanej starostlivosti o starších ľuďoch. Ich zistenia naznačujú, že integrovaná starostlivosť môže mať pozitívny vplyv v zmysle poklesu počtu ľudí vo vyššom veku v ústavnej starostlivosti. Integrovaná starostlivosť pozitívne ovplyvňuje aj dĺžku hospitalizácie, prípadne i spokojnosť pacientov s poskytovanými službami v domácom prostredí, a tiež potrebu opätovnej hospitalizácie, tzv. rehospitalizácie.

Hlavným efektom integrovanej starostlivosti je jej stratégia, ktorá prostredníctvom lepšej koordinácie jednotlivých subjektov – poskytovateľov a ich činností zlepšuje starostlivosť o klientov (Shaw et al., 2011, Chen et al., 2020, Craftman et al., 2018, Mauriat et al., 2009). Model integrovanej starostlivosti reaguje nielen na potreby dlhodobej starostlivosti o seniorov, ľudí trpiacich zriedkavými chorobami, ale aj na potreby ich rodín (Czerska a Skweres-Kuchta, 2021). Svetová zdravotnícka organizácia (WHO, 2016) definuje integrované poskytovanie zdravotníckych služieb ako „prístup k posilneniu zdravotníckych systémov zameraných na ľudí prostredníctvom podpory komplexného poskytovania kvalitných služieb v priebehu celého života, ktoré sú navrhnuté podľa viacrozmerných potrieb populácie a jednotlivca a ktoré poskytuje koordinovaný multidisciplinárny tím poskytovateľov pracujúcich v rôznych prostrediach a na rôznych úrovniach starostlivosti“.

Uskutočnené výskumné štúdie poukazujú na fakt, že integrovaná starostlivosť je najlepším prístupom na realizáciu komplexného spektra intervencií, ktoré sú potrebné, ak z nej majú mať starší ľudia čo najväčší úžitok (Garattini et al., 2022; Søren et al., 2022; Goodwin et al., 2021). Integrovaná starostlivosť o starších ľuďoch sa vzťahuje na služby, ktoré zabezpečujú kontinuálnu starostlivosť, sú prepojené v rámci rôznych úrovní a miest ich poskytovania, v rámci systémov zdravotnej starostlivosti a dlhodobej starostlivosti (vrátane domácej) a podľa potrieb ľudí

počas celého života. Integrácia neznamená len to, že sa musia zlúčiť štruktúry, skôr ide o to, že široká škála poskytovateľov služieb musí spolupracovať koordinovaným spôsobom.

O integrácii sociálnych a zdravotníckych služieb sa na Slovensku diskutuje už 20 rokov. Početné zámery na prípravu právneho rámca pre dlhodobú starostlivosť boli zamietnuté pre nedostatok politickej vôle a nedostatočnú spoluprácu medzi zainteresovanými stranami, v posledných rokoch však došlo k určitým právnym úpravám (World Bank, 2020). Model integrovanej starostlivosti je vo všeobecnosti uznávaný ako prístup, ktorý pomáha riešiť problémy typické pre slovenský sociálny a zdravotnícky systém ako sú fragmentácia, nadmerná špecializácia, diskontinuita starostlivosti, dominancia inštitucionálneho modelu poskytovania starostlivosti, zameranie na liečbu akútnych stavov namiesto zamerania sa na prevenciu atď. Celosvetovo sa uznáva, že zlepšenie situácie ľudí, ktorí potrebujú starostlivosť, možno dosiahnuť zefektívnením a znížením nákladov na systém a to prechodom od akútnej k preventívnej starostlivosti a tiež takou pomocou, ktorá dovoľí ľuďom zachovať si sebestačnosť. Integrácia sociálnej a zdravotnej starostlivosti na Slovensku by mala priniesť kvalitnejšiu starostlivosť o starších ľudí, ktorá bude zodpovedať ich potrebám. Súčasne sa prekonaním problémov spojených s roztrieštenosťou systému predíde zbytočnému navyšovaniu nákladov na opateru a dlhodobá starostlivosť sa bude poskytovať efektívnejšie.

1.7 Model integrovanej starostlivosti o seniorov ako faktor rozvoja komunity

Problematika rozvoja území a regiónov je dlhodobou úlohou regionálnej politiky, ktorá s väčšou naliehavosťou rezonuje na Slovensku od jeho vstupu do EÚ. Hoci sa už najmenej dve desaťročia hovorí o regionálnych disparitách, hospodárske a sociálne rozdiely medzi regiónmi pretrvávajú a preto je otázka zvyšovania kvality života v regiónoch nanajvýš aktuálna. *Vízia a stratégia rozvoja Slovenska do roku 2030* (MIRRI, 2020) definuje základné priority a ciele regionálneho rozvoja, medzi ktoré patrí aj zvýšenie kvality života a využitie prírodného a ľudského kapitálu. Cieľ týkajúci sa kvality života nadväzuje na problémy, ktoré boli v súvislosti s rozvojom regiónov a území identifikované. Jedným z nich je nízka efektívnosť a pružnosť systémov zabezpečujúcich kvalitu života v obciach, mestách a regiónoch. K týmto systémom patria, okrem iného, aj systémy sociálnej a zdravotnej starostlivosti, ktorá je vo veľkej miere určená najmä zraniteľným skupinám obyvateľstva, teda aj seniorom. Zvyšujúci sa podiel starších ľudí na celkovej populácii je sprevádzaný rastom nárokov na poskytovanie sociálnej starostlivosti a dlhodobej zdravotnej starostlivosti. Preto aj z hľadiska územného rozvoja sa problém integrovanej dlhodobej starostlivosti o seniorov stáva naliehavým. Túto naliehavosť posilňuje skutočnosť, že kapacity starostlivosti v zariadeniach pre seniorov a v domácnostiach už nezodpovedajú potrebám seniorov. Jedným z riešení tohto problému je budovanie Centier integrovaných sociálnych a zdravotných služieb (CISZS), ktoré sú predmetom tejto monografie.

Záujem, ktorý vyvolal vznik prvých CISZS v roku 2021 na strane obcí, samosprávnych krajov, ale aj na strane Ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny (MPSVaR), nás vedie k presvedčeniu, že tento pilotný projekt bude úspešný a že postupne budú vznikať centrá tohto typu aj v ďalších regiónoch Slovenska. Prínos troch už existujúcich CISZS do Banskobystrického kraja je nesporný. Prejavuje sa tak na sociálnej ako aj ekonomickej úrovni, pretože realizácia tohto projektu predstavuje riešenie pre humánnejšie a efektívnejšie poskytovanie dlhodobej starostlivosti o seniorov a je tiež pridanou hodnotou pre riadenie striebornej ekonomiky. Na jednej strane umožňuje seniorom čo najdlhšie zotrvať vo svojich domovoch, kde väčšina z nich chce zostať a kde sú obklopení známymi a priateľmi, t. j. prirodzeným prostredím. Na druhej strane by CISZS mohli vytvárať viaceré pracovné miesta, od opatrovateliek, zdravotných sestier, rehabilitačných pracovníkov až po vodičov áut, dovozcov jedál či upratovačky v obciach, kde je často problém so zamestnanosťou vypuklejší ako vo väčších mestách. Vznik prvých CISZS je príkladom dynamickej a plodnej spolupráce územnej samosprávy – BBSK, viacerých obcí, ministerstiev a univerzít. Aj keď BBSK nemá ani zďaleka toľko materiálnych, finančných a ľudských zdrojov ako napr. región hlavného mesta, tento projekt dokázal zmobilizovať rôznych aktérov, ktorých schopnosti a invencia vyústili do vytvorenia diela, ktoré naša spoločnosť veľmi potrebuje.

1.7.1 Preventívne aktivity a komunitná rehabilitácia ako súčasť stratégie rozvoja komunity

Preventívne aktivity a komunitnú rehabilitáciu pre starších ľudí považujeme za dôležitú súčasť dlhodobej starostlivosti. Cieľom preventívnych a rehabilitačných činností je prostredníctvom motivácie, vzdelávania, aktivizácie a dobrovoľníckej činnosti, zabrániť vzniku nepriaznivých životných situácií jednotlivcov a podporiť ich sociálne začleňovanie. Pozitívnym výsledkom preventívnych opatrení pre staršieho človeka je v prvom rade uchovanie jeho aktivity na primeranej fyzickej, intelektuálnej a interpersonálnej úrovni. Hoci sa význam preventívnych aktivít často podceňuje, ich absencia sa skôr či neskôr prejaví v podobe zhoršeného fyzického alebo aj psychického zdravia seniora. Preventívne aktivity majú veľký význam pre zabránenie osamelosti a izolovanosti, ale aj v prevencii bezvládnosti a odkázanosti seniorov. Ak je cieľom dlhodobej starostlivosti o nich znižovanie prevalencie, potom preventívne aktivity sa musia stať jej nevyhnutnou súčasťou.

Význam preventívnych aktivít a komunitnej rehabilitácie potvrdzujú aj skúsenosti z iných členských krajín EÚ, v ktorých je prevencia stále viac uznávaným prostriedkom pre udržanie kvality života seniorov aj vo vyššom veku. Zakotvenie prevencie a komunitnej rehabilitácie do národných systémov má tiež ekonomický význam, pretože potenciálne znižuje dopyt po finančne náročnejšej akútnej a ústavnej starostlivosti. Kroky vedúce k opatreniam, ktoré majú stále viac preventívny charakter, vidíme vo viacerých európskych krajinách, kde sa tieto opatrenia stávajú súčasťou sociálnej politiky a legislatívy. Napríklad v Dánsku sú

právne vynútené preventívne návštevy v domácnosti ľudí starších ako 75 rokov a v Anglicku Ministerstvo zdravotníctva vydalo Národné smernice o rozvoji preventívnych intervenčných postupov u starších ľudí. Mnohí autori, napríklad Kümpers a kol. (2010) vyzdvihujú význam podporovania miestnej spolupráce pre rozvoj preventívnych a rehabilitačných služieb.

Komunitná rehabilitácia sa za posledné tri desaťročia rozrástla a vyvinula z prístupu poskytovania služieb pre osoby so zdravotným postihnutím, ktoré žijú vo vidieckych oblastiach rozvojových krajín na celosvetovo uznávanú stratégiu a hnutie založené na zásadách inkluzívneho rozvoja komunity. V tomto kontexte sa komunitná rehabilitácia definuje (Zákon č. 448/2008 Z. z.) ako súčasť komunitného rozvoja a komunitného plánu v oblasti poskytovania sociálnych služieb. Uvedený zákon uvádza, že obec má utvárať podmienky na podporu komunitného rozvoja v oblasti poskytovania sociálnych služieb a na komunitnú prácu a komunitnú rehabilitáciu, s cieľom predchádzania vzniku alebo zhoršeniu nepriaznivých sociálnych situácií, a tiež riešenia miestnych sociálnych problémov. Týmto spôsobom zákon prepája komunitné plánovanie s komunitnou rehabilitáciou, ktorej programy v oblasti zdravia sú úzko späté s integrovaným prístupom a starostlivosťou prepájajúcou sociálne a zdravotné služby.

Komunitná rehabilitácia je súčasťou stratégie rozvoja komunity, ktorej cieľom je zlepšiť kvalitu života ľudí so zdravotným postihnutím a seniorov, a zabezpečiť ich začlenenie do spoločnosti a účasť na jej živote. Hlavnými znakmi komunitných služieb na princípe komunitnej rehabilitácie sú: partnerstvo (viacero subjektov má ten istý cieľ), účasť komunity (samospráva, občania, subjekty poskytujúce služby, cieľové skupiny), posilnenie (vzdelávanie, poskytovanie informácií o rôznych možnostiach a nástrojoch riešenia problému), zameranie sa na schopnosti, nie na neschopnosti jednotlivcov, užívateľov služby (Metodika komunitných centier, 2015).

Komunitná rehabilitácia sa realizuje prostredníctvom spoločného úsilia ľudí so zdravotným postihnutím, seniorov, ich rodín, organizácií osôb so zdravotným postihnutím, ďalších zainteresovaných strán v komunite vrátane mimovládnych organizácií a príslušných vládnych orgánov, najmä tých, ktoré sú zodpovedné za zdravotníctvo, vzdelávanie, odborné a sociálne služby. Využíva prístup zdola na usmerňovanie rozvoja priorít. Komunitná rehabilitácia mobilizuje miestne kapacity a zdroje, využíva komunitné silné stránky a štruktúry a často vyplňa medzery v komunitných službách.

WHO (2017) podporuje krajiny pri integrácii rehabilitačných služieb do zdravotníckeho systému so zameraním na decentralizáciu služieb na komunitnej úrovni. Prvou oblasťou je zdravie ako jeden z kľúčových predpokladov pre zvyšovanie kvality života jednotlivcov v komunite. WHO (2020) tiež uvádza, že komunitná rehabilitácia podporuje viaceré oblasti s cieľom zlepšenia kvality života ohrozených jednotlivcov alebo skupín obyvateľstva. Prvou oblasťou je podpora zdravia, zdravého životného štýlu, poskytovanie zdravotnej a rehabilitačnej

starostlivosti ako aj asistenčných pomôcok pre seniorov. V tejto súvislosti je možné ako príklad takéhoto programu komunitnej rehabilitácie na Slovensku uviesť projekt *Zdravé komunity*. Projekt vznikol ako iniciatíva mimovládnej organizácie ACEC v roku 2003 a jeho cieľom bola príprava asistentov osvetu zdravia v komunite, ako aj podpora zdravia a zdravotného štýlu členov vybraných 218 komunít. Cieľovou skupinou Zdravých komunít sú spravidla obyvatelia rómskych komunít, ale aj seniori, chudobní, osamelí, drogovovo závislí občania a jednotlivci bez domova (Cangár, 2018).

Druhou oblasťou z pohľadu WHO je vzdelávanie, a to neformálne alebo celoživotné vzdelávanie. Príkladom programu komunitnej rehabilitácie v oblasti vzdelávania je projekt organizácie ETP Slovensko pod názvom Budujeme nádej – Zlepšovanie života v rómskych getách. Jeho cieľom je poskytovanie komplexných sociálnych služieb a overovanie inovatívnych akceleračných metód v oblasti vzdelávania rómskych komunít prístupom „od kolísky po kariéru.“ Okrem overovania inovatívnych metód je súčasťou projektu aj poskytovanie komplexných služieb pre deti, mladých ľudí a rodičov v spolupráci so samosprávou v prostredí komunitných centier a aj materských škôl (Cangár, 2018).

Tretou oblasťou je živobytie a to konkrétne rozvoj zručností, zamestnávanie, finančná podpora a služby. Štvrtou oblasťou, ktorá sa týka aj navrhovaného modelu centier integrovanej sociálno-zdravotnej starostlivosti, je sociálna ochrana, tzn. osobná asistencia, podpora vzťahov a rodiny, kultúrne aktivity, voľnočasové aktivity a oblasť vymožitelnosti práv, čiže spravodlivosti. V rámci tejto oblasti ide hlavne o programy poradenstva a podpory, ktoré sa realizujú prostredníctvom rôznych druhov sociálnych služieb. Zmocňovanie, resp. *empowerment* predstavuje podporu a posilňovanie schopnosti jednotlivých členov komunity ale aj jej samej ako celku. Zmocňovanie sa obsahovo venuje komunikácii a advokácii, mobilizácii komunity, ako i účasti občanov na veciach verejných a politických, podpore svojpomocných skupín a zapájaniu užívateľských a klientskych skupín. Súčasťou tvorby programov komunitnej rehabilitácie je aj účasť na komunitnom plánovaní v danej obci, alebo participácia na tvorbe koncepcií rozvoja sociálnych služieb na úrovni regionálnej samosprávy, ako i na tvorbe iných strategických materiálov. Ďalším príkladom programu komunitnej rehabilitácie v predmetnej oblasti, okrem účasti na komunitnom plánovaní, sú tiež advokátske aktivity organizácie Poradňa pre občianske a ľudské práva. V rámci nich majú členovia komunít možnosť využívať advokátske služby, ktoré napomáhajú zabezpečovaniu práv ich členov (Cangár, 2018). Empowerment je ústrednou metódou a cieľom, ktorý je treba dosiahnuť, aby sa zvýšila kvalita života jednotlivcov a rodín a zabezpečili základné ľudské práva. Je to proces, v ktorom sa jednotlivci zaoberajú vlastnými problémami a pracujú na ich riešení a ktorý vychádza z ľudskej skúsenosti, schopnosti vyrovnávať sa s ťažkosťami a dosiahnuť želané zmeny v životných podmienkach alebo životných situáciách (Järvikoski. 2013).

1.8 Príklady integrovanej starostlivosti zo zahraničia

V tejto podkapitole uvádzame niekoľko príkladov systému poskytovania starostlivosti o seniorov a poukazujeme na jeho princípy, ktoré by sa mohli aplikovať aj na území Slovenskej republiky.

V **Nórsku** dostávajú osoby, ktoré vyžadujú pomoc s aktivitami každodenného života, komplexnú podporu z verejných zdravotných a opatrovateľských služieb, ako aj peňažné výhody zo sociálneho poistenia. Legislatívne základy týkajúce sa služieb poskytovaných zo strany miest a obcí, t. j. komunit, boli revidované k 1. januáru 2012 a stanovené v zákone o komunálnych zdravotných službách (zákon o zdravotnej starostlivosti – HOL). Nový súbor predpisov nahrádza zákon o sociálnych službách – STL, ako i zákon o mestských zdravotníckych službách – HKL. Cieľom bolo legálne zlúčenie uvedených služieb pomoci a starostlivosti v domácnosti, pretože sa spravidla poskytovali z jedného zdroja. Dávky zo sociálneho poistenia (Folketrygden) sa poskytujú v súlade s nórskym zákonom o národnom poistení (Folketrygdloven — FTL). V tejto súvislosti sa Nórsko vo všeobecnosti zameriava na miestne, teda lokálne riešenia, ktoré majú mestá a obce (komunity) navrhovať individuálne. Cieľom je predovšetkým poskytovať ambulantné služby i rôzne formy integrovanej starostlivosti a asistovaného života tak, aby sa oddialilo prijatie jednotlivca do lôžkového zariadenia alebo skrátil pobyt v ňom (Tokovská, 2022).

Za dlhodobú starostlivosť v Nórsku sú zodpovedné obce a právo na poskytnutie starostlivosti je upravené zákonom o mestských zdravotníckych službách. Obce financujú tieto služby zo svojich všeobecných daňových príjmov a blokových grantov od štátu, a tiež prostredníctvom používateľských platieb za niektoré služby. Štát ovplyvňuje legislatívu, štandardy, predpisy a smernice a používa aj tzv. „mäkkú silu“, ako napr. odporúčania, vzdelávanie, dohľad a ciele granty na dosiahnutie poskytovania primeranej starostlivosti. V rámci toho sa môžu služby v jednotlivých obciach líšiť.

Dlhodobá starostlivosť sa zvyčajne spája so starostlivosťou o starších ľuďí, ale dlhodobá potreba starostlivosti sa môže vyskytnúť a poskytovať v každom veku. Opatrovateľské služby v Nórsku sa zameriavajú na celú populáciu staršiu ako 18,1 rokov. Medzi osobami sú starší ľudia nadmerne zastúpení pri prijímaní sociálnych služieb, ale počet užívateľov mladších ako 67 rokov sa tiež výrazne zvyšuje (Gautun a Grødem, 2015).

Nórsko teda nemá „sektor starostlivosti o seniorov“, ale opatrovateľské služby pre všetkých obyvateľov, ktorí potrebujú dlhodobú starostlivosť. Diskriminácia alebo nerovnaké zaobchádzanie na základe veku sú protizákonné, ale existuje niekoľko rozdielov súvisiacich s vekom:

- je veľmi zriedkavé udeliť osobe staršej ako 67 rokov osobného asistenta na základe potrieb sociálneho kontaktu (Gautun a Grødem, 2015);

- na rozdiel od starších ľudí, osoby mladšie ako 67 rokov s potrebami rozsiahlej starostlivosti majú zákonné právo na osobného asistenta riadeného užívateľom;
- domovy s opatrovateľskou službou sú v zásade vyhradené pre seniorov.

Hranice medzi štátnymi špecializovanými zdravotníckymi službami (nemocnice) a mestskými zdravotníckymi a opatrovateľskými službami sa v priebehu času menili, a to najmä v roku 2012 po zavedení Koordinačnej reformy (Samhandlingsreformen). Cieľom tejto reformy bolo dosiahnuť lepšiu koordináciu medzi primárnymi a sekundárnymi zdravotnými službami, okrem iného aj posilnením úloh obcí v celkovom systéme. Pre obce je najdôležitejším aspektom reformy to, že za pacientov nesú plnú zodpovednosť po ich prepustení z nemocnice. Ak samosprávy nedokážu ponúkať služby „prepusteným“ pacientom, môže sa od nich vyžadovať spolufinancovanie ďalšieho pobytu v nemocnici. Toto motivovalo samosprávy, aby rozšírili svoje služby pre somatických pacientov so signifikantnou potrebou starostlivosti, a podnietilo ich to systematickejšie komunikovať s nemocnicami. Užívatelia platia za niektoré z poskytovaných služieb, ale nie za všetky. Platby užívateľov sú regulované národnými smernicami. Obecným pravidlom je, že užívateľské platby nesmú prekročiť náklady na poskytovanie služby a že „stropy“ platia pre používateľov s nízkymi príjmami. Asi 90 % opatrovateľských domov prevádzkujú obce a 97 % nákladov za starostlivosť v domácom prostredí je za služby, ktoré poskytujú obce (Sivesind, 2016). Na národnej úrovni existuje 70 až 80 domovov dôchodcov, ktoré prevádzkujú organizácie tretieho sektora a 20 z nich je riadených komerčne (Tokovská, 2022). Uzatváranie zmlúv, najmä s komerčnými aktérmi, je stále kontroverzná téma na politickej úrovni. Starostlivosť v domácnosti je v Nórsku dominantným prístupom v opatrovateľských službách od začiatku 90. rokov minulého storočia. Pomoc príjemcom služieb dlhodobej starostlivosti a podpory, aby mohli zostať vo svojich domovoch tak dlho, ako je to možné, a žiť nezávislý život, sa stala dominantným cieľom pre poskytovanie sociálnych služieb.

Medzinárodne uznávaný model integrovanej starostlivosti *Gesundes Kinzigtal* v *Nemecku* prevádzkuje regionálny integrovaný systém starostlivosti. Daná integrovaná starostlivosť je jedným z mála modelov tohto druhu v krajine. Jeho hlavnou filozofiou je vytvoriť a udržať zdravú populáciu v regionálnom meradle. *Gesundes Kinzigtal* v súčasnosti spolupracuje s viac ako 260 inštitúciami a organizáciami vrátane lekárskeho ordinácií, nemocníc, domovov dôchodcov, miestnych samospráv a miestnych malých a stredných podnikov. Poskytovatelia starostlivosti sú vyzývaní, aby identifikovali pacientov, ktorí sú ohrození určitými chorobami, a zaradili ich do vhodných zdravotných programov. Intervencia spoločnosti *Gesundes Kinzigtal* zahŕňa približne 20 preventívnych zdravotných programov pre konkrétne ochorenia. Hlavným cieľom je zlepšiť celkový zdravotný stav pacientov a kvalitu ich života. Do špecifických programov starostlivosti je aktívne zaradených približne 10 000 pacientov. Integrovaná starostlivosť uplatňovaná v *Gesundes Kinzigtal* sa javí ako sľubný prístup na dosiahnutie dvojakého cieľa, ktorým je na jednej strane výrazný prínos pre zdravie obyvateľstva,

a na druhej strane podstatné komparatívne úspory v porovnaní s tradičnejšími formami starostlivosti. Podobné projekty integrovanej starostlivosti sa pripravujú vo viacerých častiach Nemecka. Tieto iniciatívy by sa mohli stať vzorom pre veľké časti nemeckého systému zdravotníckych služieb (Word Bank, 2020).

Dlhodobá starostlivosť v Nemecku je organizovaná na princípe poistenia. Všetci obyvatelia s trvalým pobytom v krajine sú povinní platiť povinné poistné príspevky na dlhodobú starostlivosť. Dávky na dlhodobú starostlivosť sa v prípade potrebnej starostlivosti, resp. závislosti poskytujú v rámci zákonného systému pre oblasť dlhodobej starostlivosti. Sociálne poistenie dlhodobej starostlivosti je nezávislou súčasťou sociálneho zabezpečenia, ktoré sa týka rizika dlhodobej starostlivosti podobne ako poistenie proti chorobám, úrazom, nezamestnanosti a starobné poistenie. Rozsiahly zoznam dávok v dlhodobej starostlivosti má za cieľ pomôcť pri zmierňovaní fyzickej, duševnej aj finančnej záťaže osôb, ktoré potrebujú starostlivosť, ale aj ich rodinných príslušníkov, a pomôcť im viesť dôstojný život podľa ich predstáv napriek tomu, že potrebujú starostlivosť. Každý, kto je krytý zákonným alebo súkromným zdravotným poistením, je automaticky a povinne krytý aj zákonným alebo súkromným opatrovateľským poistením pre prípad dlhodobej starostlivosti. Na získanie nároku na dávky v rámci zákonného poistenia v oblasti dlhodobej starostlivosti sa vyžaduje kvalifikačné obdobie dvoch rokov. Na základe požiadaviek zákonného poistenia pre prípad dlhodobej starostlivosti túto starostlivosť potrebuje osoba, ktorá v dôsledku telesného, emocionálneho alebo duševného ochorenia či postihnutia vyžaduje dlhodobú opateru v dĺžke minimálne 6 mesiacov na vykonávanie každodenných činností. Príslušná potreba pomoci sa rozširuje aj na oblasti osobnej hygieny, jedla, pohyblivosti, ako aj všeobecnej starostlivosti a pomoci v domácnosti. Výška dávok v dlhodobej starostlivosti sa neurčuje na základe veku ani príjmu, ale na základe rozsahu potrebnej starostlivosti, ktorý určí lekársky odbor zdravotnej poisťovne. V prípade určitých dávok (tzv. nízka prahová úroveň) stačí na priznanie nároku na tieto dávky aj nižšia úroveň potrebnej starostlivosti (Správa o dlhodobej starostlivosti, 2021).

Osoby s menej náročnými požiadavkami na starostlivosť (do 90 minút denne) alebo osoby s čiastočným poistným krytím (Teilkaskoversicherung), ktorým stanovené výšky dávok nepostačujú na pokrytie skutočných nákladov, môžu v osobitných prípadoch poberať dávky v starostlivosti v rámci systému sociálnej pomoci. Dávky sociálnej pomoci, tzv. opatrovateľská pomoc, sa vyplácajú len v prípade finančnej závislosti príslušnej osoby, t. j. ak daná osoba vyžadujúca starostlivosť nemôže uhradiť celkové náklady na túto službu, ani jej ju nemôže poskytnúť niekto iný.

Okrem toho, zo zákonného opatrovateľského poistenia pre rodinných príslušníkov, ktorí osobu opatrujú, a iných neformálnych opatrovateľov sa vyplácajú penzijné poistné príspevky, úrazové poistné krytie, príspevky na poistenie v nezamestnanosti počas obdobia opatrovania, ako aj ďalšie dávky pomoci, napr.

bezplatné školiace kurzy, možnosti odľahčovacej a náhradnej starostlivosti, atď. (Správa o dlhodobej starostlivosti, 2021).

Vo **Veľkej Británii** existuje niekoľko príkladov integrovaného poskytovania služieb presne „šitých na mieru“ starších ľudí, a to vo forme multidisciplinárnych tímov ošetrovateľského personálu v praktickej rovine so spoločným rozpočtom a spoločnou riadiacou štruktúrou. V praxi boli navrhnuté aktivity zamerané na konkrétne ciele:

- uľahčiť koordináciu siete zdravotníckych a sociálnych služieb, čo umožňuje pružne reagovať na všetky nedostatky v poskytovaní starostlivosti,
- zabezpečiť najlepšie využitie zdrojov znížením duplicit a dosiahnutím vyšších úspor,
- umožniť poskytovateľom služieb, aby vedeli lepšie reagovať na potreby a názory užívateľov, bez skreslenia, zapríčineného rozdielnymi finančnými zdrojmi na rôzne služby (Repková a kol, 2011).

Uvedené príklady z praxe sľubne naznačujú, že spoločné rozpočty prinášajú pre užívateľov služieb pozitívne výsledky. Integrácia na miestnej úrovni sa vo Veľkej Británii veľmi odporúča a znamená zlepšenie dostupnosti sprostredkovateľskej starostlivosti, pracovnej terapie, rehabilitácie a okresných sestier poskytujúcich ošetrovateľskú starostlivosť. Znamená tiež rýchlejšie procesy posudzovania, rýchlejšie poskytovanie starostlivosti a zabudovanie do systému domácich podporných zariadení, ako i zníženie akútnych nemocničných služieb.

Akútna potreba integrácie sociálnych a zdravotných služieb sa v niektorých krajinách v poslednom období významne prejavila aj vplyvom zhoršenej situácie v dlhodobej starostlivosti o seniorov, ktorú zapríčinila pandémia COVID-19. Príkladom je Integrated People-Centred Health Systems (IPCHS), ktorý bol vytvorený v **Kanade** v roku 2021, s cieľom odstrániť fragmentáciu v systémoch zdravotnej a sociálnej starostlivosti, ktorá brzdila rýchle, kooperatívne a rozsiahle zásahy potrebné v období pandémie. Pandémia tak urýchlila potrebu integrácie a koordinácie zdravotných a sociálnych služieb. Štandardy IPCHS sú postavené na desiatich princípoch, ktoré riešia rôzne aspekty integrácie zdravotných a sociálnych služieb. Každý princíp je podporený akčnými kritériami a usmerneniami pre tvorcov politík a partnerov zdravotníckeho systému, ktoré treba splniť na dosiahnutie efektívnej integrácie tohto systému. Štandardy IPCHS boli navrhnuté v spolupráci s technickou komisiou, v ktorej boli vyvážené zastúpení autori politík a rozhodnutí o zdravotníckom systéme, vedúci predstavitelia domorodého obyvateľstva, poskytovatelia sociálnej a zdravotnej starostlivosti, pacienti, opatrovatelia, ako aj odborníci z akademického prostredia. Dodatočná spätná väzba sa získavala od rôznorodého publika v dvoch etapách prostredníctvom verejného prieskumu a tiež cieľenými konzultáciami a rozhovormi. Táto kvalitatívna spätná väzba v kombinácii s výsledkami práce technickej komisie viedla k vytvoreniu konečného obsahu normy IPCHS (Sullivan-Taylor a kol., 2022).

Ďalším príkladom praxe v poskytovaní starostlivosti o starších obyvateľov na obecnej úrovni je Centrum pobytovej starostlivosti De Weister (Woonzorgcentrum De Weister) v Aalbeke v **Belgicku**. Tento model je založený na poskytovaní služieb v zariadeniach domácej pobytovej sociálnej starostlivosti, ktoré sú príkladom normalizovaného života v malom. Centrum pobytovej starostlivosti De Weister pozostáva zo 46 pobytových jednotiek v troch rezidenčných domoch. Dva z nich sú určené seniorom s demenciou a tretí ponúka domov seniorom, ktorí potrebujú fyzickú opateru. Uvedené centrum poskytuje bezpečnú a pokojnú atmosféru s dôrazom na „obyčajné“ aspekty každodenného života. Bolo vytvorené s cieľom udržať život v malých skupinách a čo najviac ho priblížiť pocitu života doma. Od decembra 2012 pracuje na základe princípov tzv. normalizovaného života v malom (World Bank, 2020).

Belgicko má dobre rozvinutý systém sociálnej ochrany pre starších ľudí. Náklady na zdravotnú starostlivosť v starobe môžu predstavovať vysoké sumy, preto flámska vláda zaviedla v roku 2001 poistenie pre sociálnu starostlivosť. Táto forma poistenia neexistuje vo Valónsku. Od veku 26 rokov každá osoba, ktorá má bydlisko vo Flámsku musí prispievať 25 EUR ročne na financovanie systému. Poistenie pre sociálnu starostlivosť poskytuje príspevky, ktoré sa vzťahujú len na zdravotné výdavky. Príspevok sa môže použiť na domácu a komunitnú starostlivosť, kompenzovanie jednotlivcov poskytujúcich pravidelnú pomoc inej osobe, ako i na podporné opatrenia, ktoré osoba závislá od starostlivosti potrebuje. Belgicko poskytuje všetky druhy sociálnych služieb pre seniorov, avšak jeho vláda sa snaží posilňovať sociálnu pomoc orientovanú seniorom tak, aby im zabezpečila možnosť zotrvať čo najdlhšie v ich rodinnom domácom prostredí. Existujú rôzne možnosti pomoci seniorom v domácnosti, napr. finančná pomoc a pomoc v rôznych typoch zdravotníckych zariadení (Správa o dlhodobej starostlivosti, 2021), ďalej služby pre udržiavanie seniorovej domácnosti, upratovanie a zabezpečenie domácich prác, pobyt v sanatóriách pre seniorov (liečebný ústav, zariadenie slúžiace na doliečenie niektorých ochorení, prípadne na liečbu zdĺhavých chorôb), fyzioterapiu, sociálne pôžičky, paliatívnu starostlivosť, sociálnu pomoc, donášku dennej stravy, poplašné systémy pre domácnosti seniorov, zabezpečenie kaderníckych služieb a pod. Seniori majú k dispozícii rozsiahlu sieť sociálnych centier pre miestnu a regionálnu pomoc v domácej starostlivosti.

Veľká časť nákladov na mnohé z uvedených služieb sa hradí z financií miestnych regiónov. Okrem verejného systému sa na poskytovaní sociálnych služieb pre seniorov podieľajú aj súkromné organizácie. V oboch prípadoch, t. j. verejnom aj súkromnom sektore, úhrada za pomoc zvyčajne závisí od príjmu seniora. Komunitnú starostlivosť pre seniorov môže zabezpečovať zodpovedná osoba, dobrovoľník, partner, rodič, dieťa, priateľ alebo sused. Tí, ktorí starostlivosť poskytujú, majú právo využiť pomoc zo svojho vlastného poistenia. (Európska Únia, 2012). Belgicko má v rámci inštitucionálnej starostlivosti o seniorov k dispozícii denné centrá, denné stacionáre alebo centrá pre krátkodobé pobyty. V prípade, ak domáca starostlivosť o seniora nie je postačujúca, je možné seniora umiestniť

do denného centra alebo stacionára. V spomínaných centrách sú pre seniorov zabezpečované služby ako napríklad personálny dohľad nad seniormi počas celého dňa, lekársky dohľad a organizácia voľnočasových aktivít. Tieto strediská sú vhodné pre seniorov po pobyte v nemocničnom zariadení, ktorí potrebujú podporu počas rekonvalescencie pred návratom domov. Je tiež možné, aby seniori boli v týchto zariadeniach umiestnení na krátkodobý pobyt, a to v intervale do troch mesiacov za jeden rok. Dom s opatrovateľskou službou alebo Dom seniorov ponúka bezpečné a stabilné prostredie pre život seniora.

Japonsko zaviedlo v roku 2000 nový systém sociálneho poistenia pre slabých a starších ľudí – poistenie dlhodobej starostlivosti. Ide o epochálnu udalosť v histórii japonskej verejnej zdravotnej politiky, pretože to znamená, že krajina sa posunula smerom k socializácii starostlivosti a zmenila svoju tradíciu rodinnej starostlivosti o starších ľudí. Jedna z hlavných myšlienok vzniku poistenia dlhodobej starostlivosti spočívala v „odmedikalizovaní“ a v racionalizácii starostlivosti o staršie osoby s postihnutím, čo je charakteristické pre proces starnutia. Z dôvodu starnutia spoločnosti japonský systém sociálneho poistenia potrebuje zásadnú reformu. Zavedenie dlhodobého sociálneho poistenia bolo prvým krokom v ďalšej reforme zdravotníctva v krajine. Systém poistenia dlhodobej starostlivosti vyžaduje, aby každý občan prevzal väčšiu zodpovednosť za financovanie a rozhodovanie v rámci sociálneho zabezpečenia. Kľúčovými pojmami systému dlhodobej starostlivosti o seniorov sú sebaurčenie a sebestačnosť, posúdenie oprávnenosti, riadenie starostlivosti, spotrebiteľský prístup, integrácia sociálnych a zdravotných služieb. Služby, na ktoré sa daný systém vzťahuje, sú podľa Matsuda, Yamamoto (2001) nasledovné:

- domáca starostlivosť: služby domácej pomoci, služby návštevnej sestry, služby návštevnej kúpeľnej služby, služby návštevnej rehabilitácie atď.;
- odľahčovacia starostlivosť: služby dennej starostlivosti, služby dennej zdravotnej starostlivosti, služby krátkodobého pobytu;
- ústavná starostlivosť: opatrovateľský domov, zdravotnícke zariadenie pre seniorov (rehabilitačné zariadenie) a geriatrické oddelenie v rámci systému integrovanej starostlivosti o seniorov.

Na základe uvedených príkladov môžeme povedať, že integrovaná starostlivosť sa už dlho ukazuje ako životaschopný prístup na prekonanie nedostatkov v riadení starostlivosti o ľudí s komplexnými potrebami zdravotnej a sociálnej starostlivosti. Ukázalo sa však, že na to, aby sa poskytovali služby skutočne zamerané na obyvateľstvo, ktoré zlepšia jeho zdravie, je potrebné rozšíriť rozsah integrovanej starostlivosti tak, aby sa preklenuli rozdiely nielen v rámci systému zdravotníctva, ale aj medzi zdravotným a sociálnym systémom. V dôsledku toho sa na medzinárodnej úrovni objavujú iniciatívy, ktoré majú širšie zameranie než je integrácia zdravotnej starostlivosti. Tieto iniciatívy sa orientujú na zlučovanie služieb v oblasti zdravotnej starostlivosti, prevencie, sociálnej starostlivosti a sociálneho zabezpečenia a často sa označujú ako populačný, resp. zdravotný manažment (Struijs et al., 2015).

Napríklad v Holandsku vzniklo niekoľko regionálnych partnerstiev, na ktorých sa zúčastňujú poskytovatelia starostlivosti, poisťovne a ďalšie zainteresované strany, ako sú obce či zástupcovia občanov (Drewes et. al., 2015). Podobné trendy možno pozorovať aj v iných krajinách, napríklad v Nemecku už spomínaný model *Gesundes Kinzigtal* (Hildebrandt et. al, 2015), v Anglicku tzv. *Torbay* a v USA *Accountable Community Organization*, ktoré sa všetky zameriavajú na komplexné riadenie zdravia obyvateľstva. Rozsah týchto iniciatív odráža širokú škálu koncepcií integrovanej starostlivosti (Thistlethwaite, 2014).

Z uvedeného vyplýva, že lokálne nastavená a riadená integrovaná starostlivosť je vhodnou a správnou stratégiou kontinuálneho zlepšovania starostlivosti o seniorov. Svedčia o tom prezentované príklady dobrej praxe, ktoré zdôrazňujú potenciál lokálne organizovaných a spravovaných, na úrovni obce alebo regiónu, systémov starostlivosti o starších. Tieto skúsenosti tiež poukazujú na základné piliere integrovanej starostlivosti – vhodný výber prostredia (regiónu), budovanie spoločných hodnôt, vytváranie kompetencií integrovanej starostlivosti, zosúladovanie finančných a ľudských zdrojov, ako aj zariadení, vybavenia či iných podmienok, a to s cieľom zabezpečiť prijímateľom starostlivosti čo najkvalitnejšie služby. Dané príklady dobrej praxe potvrdzujú, že poskytovanie integrovanej starostlivosti o starších je možné aj v Slovenskej republike. Z tejto skutočnosti vychádzajú hlavné princípy modelu *Centier* integrovaných sociálnych a zdravotných služieb (CISZS).

Zhrnutie

Bloom a kol. (2011) a tiež Bloom a Luca (2016) uvádzajú, že starnutie populácie je dominantným demografickým javom 21. storočia. Klesajúca plodnosť, zvyšujúca sa dĺžka života a postup veľkých kohort do staršieho veku spôsobujú, že podiel najstaršej populácie na celom svete stúpa. Fenomén starnutia populácie, ktorý nemá v ľudskej histórii obdoby, prináša so sebou obrovské zmeny v oblasti potrieb a kapacít, s potenciálne významnými dôsledkami na zamestnanosť, úspory, spotrebu, ekonomický rast, hodnotu aktív a fiškálnu rovnováhu. Práve v týchto oblastiach by sa mala najvýraznejšie prejaviť aktuálna demografická vlna starnutia. Aby dané dôsledky nemali príliš negatívny charakter, je potrebné sa na zmeny s nimi súvisiace pripraviť, uskutočniť seriózne analýzy a na ich základe spracovať efektívne opatrenia, ktoré by mali zabezpečiť lepšiu pripravenosť celej spoločnosti na prichádzajúce demografické modifikácie. Z hľadiska demografického vývoja možno sumárne konštatovať, že „populačné starnutie obyvateľstva predstavuje a bude na Slovensku predstavovať hlavnú výzvu pre stanovovanie priorít ďalšieho rozvoja sociálnych služieb. Tieto sa budú poskytovať v kontexte veľmi nízkej plodnosti, zvyšovania ekonomického zaťaženia produktívnej populácie a dramatického nárastu počtu 65-ročných a starších osôb. Predpokladá sa pritom, že väčšina rokov ich dožitia bude sprevádzaná obmedzeniami pri vykonávaní bežných denných činností a odkázanosťou na pomoc iných ľudí – blízkych

alebo formálnych opatrovateľských služieb. Tieto by mali byť organizované a poskytované tak, aby sa starším osobám umožnilo čo najdlhšie zotrvať v ich prirodzenom (osobitne domácom) prostredí” (MPSVaR SR, 2021, s. 6 – 7). Pri rýchlom starnutí obyvateľstva je treba zlepšiť dostupnosť a zvýšiť kvalitu dlhodobej starostlivosti. Je tiež naliehavé výrazne posilniť komunitnú a domácu zdravotnú a sociálnu starostlivosť, podporiť neformálnych opatrovateľov, ako aj kapacity v následnej zdravotnej starostlivosti.

V skúmanej oblasti dlhodobej starostlivosti o seniorov pokladáme adekvátnu reakciu systémov sociálnej a zdravotnej starostlivosti na uvedené demografické zmeny za nevyhnutnú. Na základe viacerých teoretických prístupov, ale aj praktických riešení tejto problematiky môžeme konštatovať, že deinštitucionalizácia a integrácia sociálnych a zdravotných služieb sú základným predpokladom úspešného riešenia problému spočívajúceho v nesúlade medzi rastúcimi potrebami stále početnejšej populácie seniorov a možnosťami ich uspokojovania v podobe formálnej i neformálnej sociálnej a zdravotnej starostlivosti. Ako jedno z riešení predkladáme model Centier integrovanej sociálno-zdravotnej starostlivosti (CISZS), ktorý predstavuje tak integráciu sociálnych a zdravotných služieb, ako aj prechod od inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť. Dôraz pritom kladieme na metodiku identifikácie priestoru s najvyšším dopytom po sociálnych službách, ktorá umožňuje efektívne cielenie limitovaných verejných zdrojov pri uspokojovaní potrieb predmetných verejných služieb.

2 CENTRÁ INTEGROVANEJ SOCIÁLNO-ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

Integráciu sociálnej a zdravotnej starostlivosti považujeme za jeden z hlavných cieľov reformy dlhodobej starostlivosti, ktorého naplnenie pomôže uspokojiť neustále rastúce potreby seniorov v tejto oblasti. Proces integrácie dlhodobej starostlivosti je inšpirovaný tak existujúcimi potrebami prijímateľov sociálnych a zdravotných služieb, ako aj národnými prioritami, ktoré v tejto oblasti definovalo Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny (2021) v dokumente *Národné priority rozvoja sociálnych služieb na roky 2021–30*. V prioritě NP1 sa hovorí o potrebe prechodu z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť a podporu, s cieľom zabezpečenia dostupnosti rôznorodých sociálnych služieb komunitného charakteru v súlade s potrebami ich prijímateľov. MPSVR SR zdôrazňuje potrebu rozvoja existujúcich, ale aj nových sociálnych služieb a odborných komunitných činností, pričom je žiadúce, aby boli sociálne služby komunitného charakteru legislatívne začlenené do celkového systému financovania sociálnych služieb. Priorita NP2 sa zameriava na potrebu zavedenia systému integrovanej sociálno-zdravotnej starostlivosti. Ide o prioritu, ktorá sa doteraz nerealizovala, hoci bola medzi národnými prioritami už aj v období rokov 2015 – 2020. Integrovanie sociálnych a zdravotných služieb má byť riešením naliehavej požiadavky zabezpečenia ošetrovateľskej starostlivosti v rámci poskytovania ambulantnej a terénnej formy sociálnych služieb. Tento proces má reflektovať aj potrebu prepájania sociálnych služieb so starostlivosťou o seniorov v rámci rodiny, čo definuje MPSVR ako tretiu prioritu (NP3) spočívajúcu v tzv. koncepte zdieľanej starostlivosti. Na Slovensku je súčasný systém služieb dlhodobej starostlivosti nedostatočný, a hlavne preto sme na základe prieskumu potrieb seniorov v konkrétnych vybraných mikroregiónoch BBSK a tiež vopred stanovených kritérií vytvorili model Centra integrovanej sociálno-zdravotnej starostlivosti (CISZS).

2.1 Cieľ, materiál a metodika skúmania

V posledných desaťročiach je celá Európa i ostatné vyspelé krajiny vo svete konfrontované s výraznou dynamizáciou starnutia populácie. Tento proces znamená okrem zvýšených nárokov na zdravotnú starostlivosť, aj značný nárast dopytu po poskytovaní dlhodobej starostlivosti, čo predstavuje vážnu výzvu pre systémy sociálnej a zdravotnej starostlivosti. Keďže podiel obyvateľstva odkázaného na sociálne a zdravotné služby neustále rastie, rastie aj dopyt po nich, pričom verejné zdroje na ich financovanie sú značne limitované. Cieľom tejto monografie je na základe teoretických východísk problematiky starnutia obyvateľstva a prístupov k starostlivosti o seniorov prezentovať návrh jedného z riešení vytvorenia systému starostlivosti o seniorov vo vybranom regióne. Riešenie okrem iného spočíva vo vytvorení vhodnej metodiky na identifikáciu priestoru s najintenzívnejším dopytom po verejných službách v sociálnej oblasti a v následnom vybudovaní CISZS, ktoré

prepájajú lokálnu a regionálnu úroveň poskytovania sociálnych služieb pre seniorov a súčasne slúžia ako platforma na integráciu sociálnych a zdravotných služieb na danom území. Vzhľadom na uvedený cieľ monografie, predmetom nášho skúmania sú systémy sociálnej a zdravotnej starostlivosti v kontexte poskytovania ich služieb seniorom.

Výskum zameraný na systém poskytovania dlhodobej starostlivosti o seniorov vyžaduje použitie celého súboru metód a postupov, ktoré vedú tak k odhaleniu nedostatkov tohto systému, ako aj k ich riešeniu. Prvým krokom k poznaniu potrieb sociálnych služieb na danom území je vytvorenie nástroja, ktorý ich identifikuje. Metodika výberu priestoru pre vybudovanie CISZS využíva matematicko-štatistický aparát v podobe metód multikriteriálneho hodnotenia, pričom konkrétnym nástrojom je konštrukcia kompozitného indexu.

V nadväznosti na hlavný cieľ vedeckej monografie sme formulovali dve výskumné otázky, ktoré sme v procese spracovania riešenej problematiky overovali:

1. Aké sú možnosti a obmedzenia využitia kompozitného indexu ako nástroja pre identifikáciu dopytu po verejných službách (nielen) v oblasti sociálnej a zdravotnej starostlivosti?
2. Aký je potenciál navrhovaných Centier integrovanej sociálno-zdravotnej starostlivosti ako modelu uspokojenia potrieb seniorov v oblasti sociálnej a zdravotnej starostlivosti?

Pri aplikovaní analytických metód využívame údaje z verejne dostupných zdrojov a databáz Štatistického úradu SR (databázy Datacube a StatDat), údaje Úradu práce, sociálnych vecí a rodiny, údajovú základňu Inštitútu pre ekonomické a sociálne reformy INEKO a Portálu hospodárenia miest, obcí a VÚC. Databáza ŠÚ SR poskytuje informácie o demografickej situácii obcí v BBSK, pričom v danom kontexte sú kľúčové informácie z oblasti demografickej statiky, t. j. údaje o stave obyvateľstva a jeho vekovej štruktúre, na základe ktorých je možné tvoriť štruktúrne indikátory. Z oblasti demografickej dynamiky sme čerpali údaje o mechanickom pohybe obyvateľstva, t. j. migrácii, a konštruovali sme ukazovateľ hrubého migračného salda. Údajová podskupina týkajúca sa práce a zamestnanosti umožnila vytvoriť indikátory nezamestnanosti, osobitne štruktúrne ukazovatele dlhodobej nezamestnanosti. Všetky ukazovatele je možné využiť pre konštrukciu pomerových ukazovateľov nielen na úrovni obcí, ale aj na okresnej a krajskej úrovni.

Pre potreby analýzy a komparácie úrovne hospodárenia obcí sme mali k dispozícii údaje inštitútu INEKO. Jednou z oblastí, ktorým sa inštitút venuje, je tvorba ukazovateľa informujúceho o finančnom zdraví obcí, ktorý je založený na viacerých finančných indikátoroch a ich vývoji za posledné štyri roky.

Ďalším našim informačným zdrojom boli údaje o sociálnych ukazovateľoch v obciach BBSK, ktoré nie sú voľne dostupné v online databázach, a ktoré nám pre potreby analýzy údaje poskytlo Ústredie práce, sociálnych vecí a rodiny SR.

Na ich základe, ako aj pomocou údajov demografickej štatistiky sme konštruovali indikátory poskytujúce obraz o sociálnej doméne kompozitného indexu.

Údaje z databáz sme doplnili informáciami z programových dokumentov Slovenskej republiky a BBSK, zameraných na podporu a rozvoj sociálnych služieb. Išlo predovšetkým o strategický programový dokument *Moderné a úspešné Slovensko – Národný integrovaný reformný plán, Východiskový návrh priorít SR pre politiku súdržnosti na programové obdobie 2021 – 2027, Národné priority rozvoja sociálnych služieb na roky 2021 – 2030*, dokumenty *Stratégia dlhodobej starostlivosti v Slovenskej republike – Integrovaná sociálno-zdravotná starostlivosť, Národná stratégia deinštitucionalizácie systému sociálnych služieb a náhradnej starostlivosti* a na úrovni vyššieho územného celku dokument *Koncepcia rozvoja sociálnych služieb v BBSK na roky 2019 – 2025*.

Pri uplatnení nastavenej metodiky v prvej etape výberu funkčných zoskupení obcí sme využili metódy multikriteriálneho hodnotenia a zhlukovú analýzu, v druhej etape sme konštruovali kompozitný index, a to pomocou viacerých štatistických metód ako korelačná analýza, faktorová analýza, metóda hlavných komponentov a analýza reliability. Výpočty sme realizovali pomocou programu SPSS, verzia 28.0 a na vizualizáciu výsledkov agregovaného indexu sa využil program QuantumGIS.

Názory a postoje oslovených respondentov sme zisťovali opytovacou metódou a vyhodnotenie výsledkov dotazníkových prieskumov nám umožnili deskriptívne a vizualizačné metódy, ako aj metódy induktívnej štatistiky.

2.2 CISZS ako nástroj riešenia problému dlhodobej integrovanej starostlivosti

Súčasný systém služieb dlhodobej starostlivosti je nevyhovujúci najmä z hľadiska kompetencií, ktoré legislatíva v rámci rôznych sektorov podieľajúcich sa na nej vymedzuje, ďalej z hľadiska jej financovania, ako aj z pohľadu veľkej územnej roztrieštenosti. Zriadením CISZS sa vytvárajú podmienky pre integráciu sociálnych a zdravotných služieb určených seniorom, pričom tieto centrá majú slúžiť ako platforma integrácie všetkých typov služieb, zabezpečovaných ich rôznymi verejnými i neverejnými poskytovateľmi. Ide o viacúrovňovú integráciu, kde na horizontálnej úrovni majú centrá združovať viacero obcí, teda dochádza k vytvoreniu tzv. funkčného zoskupenia obcí (FZO), v rámci ktorého jedno centrum zabezpečí poskytovanie sociálnych služieb seniorom celého zoskupenia. Na vertikálnej úrovni CISZS predstavuje platformu umožňujúcu prepojenie miestnej a regionálnej úrovne poskytovania sociálnych a zdravotných služieb seniorom na vybranom území krajiny. Model CISZS je navrhnutý na základe nasledujúcich kľúčových princípov Svetovej banky (World Bank, 2020):

- **Integrovaná starostlivosť** – koordinácia poskytovania zdravotných a sociálnych služieb, ktoré zvyčajne zabezpečujú rôzni poskytovatelia služieb v rámci niekoľkých schém financovania a ktoré je regulované

rôznymi zásadami, s hlavným cieľom dosiahnuť vyššiu efektívnosť, účinnosť a plynulejšie skúsenosti so starostlivosťou o jednotlivca, vrátane jednoduchého komunikačného kanála a koordinácie jednotlivých služieb.

- ***Prístup zameraný na človeka*** – poskytovanie služieb, ktoré sú orientované na jednotlivcov, rodiny a komunity. Systém poskytovania starostlivosti by podľa medzinárodných autorít mal byť postavený na prístupe zameranom na človeka, ktorý charakterizoval psychológ Carl Rogers. Tento spôsob však presiahol oblasť psychoterapie a možno ho uplatniť vo vzdelávaní, zdravotníctve, sociálnej práci, manažmente, a dokonca aj v politike. V sociálnych alebo zdravotných službách sa vedome orientuje na jednotlivcov, rodinu a komunitu a stavia ich do centra modelov starostlivosti a poskytovania služieb. Poskytované služby by mali reagovať na potreby a preferencie týchto subjektov humánnym a holistickým spôsobom. Starostlivosť zameraná na človeka si vyžaduje, aby ľudia mali k dispozícii relevantné informácie a podporu, ktorú potrebujú na rozhodovanie a účasť na vlastnej starostlivosti – ide o posilnenie postavenia jednotlivca. Organizácia starostlivosti v rámci daného prístupu vychádza skôr z potrieb a očakávaní ľudí než z ich problémov. Znamená to, že poskytované služby reagujú na potreby a preferencie jednotlivcov komplexnejšie a citlivejšie. Prístup zameraný na človeka by sa mohol realizovať prostredníctvom integrovanej a koordinovanej starostlivosti na základe individuálneho plánu jednotlivca. Kľúčovou podmienkou efektívneho a úspešného individuálneho plánovania je spolupráca, ktorá znamená predovšetkým určiť:
 - v čom človek potrebuje podporu a čo môže urobiť sám;
 - kto by mohol poskytnúť danú podporu a ktoré úlohy je človek schopný zvládnuť sám;
 - kedy by sa mala podpora poskytovať;
 - ako by sa mala podpora poskytovať.

Prístup zameraný na človeka považujeme za dôležitý princíp navrhovaného modelu integrovanej starostlivosti o starších ľudí. Koordinácia služieb a integrácia starostlivosti by mala umožniť osobe alebo rodine, aby si v konkrétnom prípade na základe individuálneho plánu zvolili najlepší spôsob uspokojovania svojich potrieb v rámci existujúceho systému.

- ***Komunitná starostlivosť*** – starostlivosť, ktorá umožňuje jednotlivcom so zdravotným znevýhodnením alebo zdravotným postihnutím zachovať si samostatnosť vo vlastnom prostredí a v spojení s miestnou komunitou.
- ***Primeranosť k súčasnému právnomu rámcu Slovenskej republiky*** – model bude fungovať v samostatných systémoch poskytovania zdravotných a sociálnych služieb, pretože financovanie služieb je nateraz rozdelené do niekoľkých paralelných schém financovania.

CISZS v rámci zoskupenia obcí umožnia poskytovať služby koordinovanejšie a adresnejšie, pričom celý systém sa stane flexibilnejší a udržateľnejší. Poskytovanie služieb má pokrývať nielen všetky formy sociálnych služieb s dlhodobou

starostlivosťou, ale aj preventívne aktivity. CISZS priblížia tieto služby klientovi tak, aby mohol zostať vo svojom prirodzenom životnom prostredí čo najdlhšie, pokiaľ mu to jeho zdravotný stav dovolí. Ambíciou CISZS je aj rozšírenie spektra doteraz poskytovaných služieb o tie, ktoré v danej oblasti buď absentovali, alebo nepostačovali na uspokojenie neustále rastúcich potrieb starnúcej populácie. CISZS nielen poskytne nové služby, ktoré v komunitnej starostlivosti o seniorov chýbali, ale zvýši aj kvalitu už poskytovaných služieb. Centrum sa tak stane poskytovateľom a sprostredkovateľom služieb, ale aj zdrojom informácií pre seniorov o možnostiach riešenia nepriaznivej sociálnej a zdravotnej situácie, v ktorej sa nachádzajú. CISZS svojim holistickým prístupom umožňuje poskytovať komplexnú starostlivosť o seniora, ktorá si často vyžaduje viacero druhov i foriem sociálnych a zdravotných služieb. Poskytovanie a zabezpečenie týchto služieb vyžaduje prácu so seniormi na komunitnej úrovni s individuálnym prístupom ku každému jednotlivcovi. Starostlivosť má začať poskytovaním preventívnych služieb cez riešenie akútnych situácií až po sledovanie vývoja zdravotného stavu a s ním súvisiacich meniacich sa potrieb seniora.

Jedným z problémov dlhodobej starostlivosti o seniorov na Slovensku je jej financovanie, ktoré v určitom zmysle súvisí s už spomínanou sídelnou rozdrobenosťou. Významným nástrojom na uspokojovanie potrieb v odkázanosti na pomoc je opatrovateľská služba, ktorú majú v originálnej kompetencii obce. Veľkú rozdrobenosť z hľadiska sídiel dokumentuje fakt, že až 66 % obcí má počet obyvateľov menší ako 1 000 (z celkového počtu 2 927 obcí, vrátane mestských častí Bratislavy a Košíc, ich je takých až 1 919). Malé obce v mnohých prípadoch nie sú schopné zabezpečiť potrebné sociálne služby pre svojich starších občanov, zatiaľ čo CISZS, ktoré zoskupuje viacero obcí, môže požadované služby poskytovať alebo sprostredkovať efektívnejšie ako jedna malá obec.

Cieľom implementácie prvých CISZS v troch vybraných mikroregiónoch BBSK je overiť ich funkčnosť, aby bolo možné daný model následne aplikovať aj na ďalšie územia. Výsledky overovania by mohli poslúžiť tvorcom legislatívy ako podklad pre jej následné úpravy a doplnenia, aby sa navrhovanému systému prispôbila. Tento inovatívny model poskytne údaje, ktoré sa stanú cenným zdrojom informácií pre rozšírenie modelu do ďalších regiónov krajiny.

Očakáva sa, že navrhovaný model CISZS vytvorí nový precedens pre poskytovanie starostlivosti o starších na Slovensku a že prvé získané informácie z jeho fungovania sa využijú na implementáciu integrovanej starostlivosti o starších v celej našej krajine. Model sa zakladá hlavne na spoločnom úsilí obcí, vyjadrenom vo formálnom partnerstve, ktoré sa zameriava na poskytovanie ďalších služieb, umožňujúcich a podporujúcich integráciu všetkých druhov starostlivosti prostredníctvom komunitného prístupu zameraného na človeka. Skúsenosti z pilotnej implementácie modelu v rámci jedného samosprávneho kraja by mohli poskytnúť základ pre tvorbu vnútroštátnych právnych predpisov ako aj ďalšie

rozširovanie integrovanej starostlivosti o seniorov, a to tak v BBSK ako i v iných častiach Slovenskej republiky.

2.3 Metodika výberu okresov pre zriadenie CISZS

Projekt, v rámci ktorého sa zriadili tri centrá integrovanej sociálno-zdravotnej starostlivosti, sa realizoval na území BBSK, pričom na začiatku bolo potrebné vytypovať tri oblasti (okresy), v ktorých by ich vybudovanie bolo najvhodnejšie. Za týmto účelom sme vytvorili metodiku výberu okresov, a v rámci nich sme v ďalšom kroku hľadali také zoskupenia obcí, ktoré by mohli spoločne založiť v jednej z nich CISZS.

Pri výbere ukazovateľov, na základe ktorých mali byť tri vhodné okresy identifikované, sme vychádzali z predpokladov, ktoré reflektujú:

- dopyt po sociálnych službách pre seniorov,
- demografické podmienky súvisiace s dopytom seniorov po sociálnych službách,
- ekonomickú situáciu okresu,
- aktuálnu úroveň poskytovaných sociálnych a zdravotných služieb.

Celkovo sme vybrali osem ukazovateľov. Ukazovateľ, ktorý má odzrkadľovať dopyt po sociálnych službách pre seniorov v jednotlivých okresoch (Tabuľka 2), sme zadefinovali na základe evidencie žiadostí, resp. poradovníka čakaťel'ov, ktoré registrujú zariadenia sociálnych služieb v zriaďovateľskej pôsobnosti BBSK (VÚC, 2020). Z poradovníkov čakaťel'ov sme vybrali tie, ktoré sa týkali zariadení poskytujúcich celoročnú pobytovú formu sociálnej služby (domovy sociálnych služieb, zariadenia pre seniorov, špecializované zariadenia), pričom sme počty

Tabuľka 2 Ukazovateľ dopytu po sociálnych službách v okresoch BBSK (december 2020)

Okres	Počet obyvateľov okresu	Počet čakaťel'ov z daného okresu	Počet čakaťel'ov/ na počet obyvateľov
Banská Bystrica	110941	591	0,53
Banská Štiavnica	16069	68	0,42
Brezno	61269	417	0,68
Detva	31967	98	0,31
Krupina	22139	54	0,24
Lučenec	73342	96	0,13
Poltár	21397	43	0,20
Revúca	39537	9	0,02
Rimavská Sobota	84048	123	0,15
Veľký Krtíš	43263	49	0,11
Zvolen	68685	243	0,35
Žarnovica	26112	51	0,20
Žiar nad Hronom	46732	145	0,31

Prameň: VÚC, 2020. Poradovníky čakaťel'ov na sociálnu službu

čakateľov roztriedili podľa okresov. Na základe údajov o bydlisku čakateľa, sme do okresu priradili len tých čakateľov, ktorí mali v danom okrese bydlisko. Výsledné počty žiadateľov sme prepočítali na počet obyvateľov daného okresu. Predpokladali sme, že čím vyšší je ukazovateľ (1) *prepočítaný počet čakateľov na sociálnu službu*, tým naliehavejšia je potreba zriadenia CISZS.

Demografické údaje, ktoré súvisia s dopytom seniorov po sociálnych službách (Tabuľka 3), sú viaceré. My sme zvolili ukazovateľ (2) *Old age dependency ratio – ODR (index šedého zaťaženia)* a to najmä z toho dôvodu, že nie je len ukazovateľom starnutia obyvateľstva, ale má aj ekonomický rozmer, pretože reflektuje určitý ekonomický tlak na produktívne obyvateľstvo. Tento ukazovateľ sme uprednostnili pred inými (napr. miera starnutia obyvateľstva) aj z toho dôvodu, že ide o stabilnejší ukazovateľ, keďže predstavuje pomer počtu obyvateľov 65 + a počtu obyvateľov vo vekovej skupine 15 až 64, čo je relatívne stabilná skupina, v porovnaní napríklad s vekovou skupinou 0 až 14 rokov, a cielennejšie poukazuje na rast poproduktívnej zložky populácie. Čím je ODR vyšší, tým väčší je v danej spoločnosti tlak na ekonomicky činné obyvateľstvo, ktoré musí vytvárať dostatočné finančné zdroje na udržanie sociálneho a najmä dôchodkového systému. Spolu s ďalšími dvomi ukazovateľmi odzrkadľujúcimi ekonomickú úroveň okresu poskytujú tieto dáta jeho dôležitú charakteristiku pre posúdenie možností zabezpečiť dostatočné a kvalitné sociálne služby seniorom. Na analýzu údajov ODR v okresoch BBSK sme využili informácie z databázy STATDAT na stránke ŠÚ SR za rok 2019 (posledné dostupné údaje v čase tvorby predmetnej metodiky).

Pre posúdenie ekonomickej situácie v okrese sme ďalej vybrali ukazovatele (Tabuľka 3), ktoré udávajú výšku (3) *podielových daní obce (PDO)*, resp. okresu v prepočte na obyvateľa a (4) *mieru evidovanej nezamestnanosti*. Údaj o podielových daniach fyzických osôb považujeme za nanajvýš relevantný, nakoľko 5 percentný podiel z týchto daní sa prideľuje obciam práve na základe počtu obyvateľov nad 62 rokov, teda sa predpokladá, že tieto peniaze sa využívajú práve na poskytovanie služieb seniorom. Ako druhý ukazovateľ ekonomického charakteru sme zvolili mieru evidovanej nezamestnanosti, ktorá určitým spôsobom súvisí s finančnými možnosťami zabezpečenia starostlivosti o seniorov, najmä v rámci najbližšej rodiny a príbuzných. Zatiaľ čo ukazovatele ODR a miery nezamestnanosti vyhodnocujeme v priamej závislosti, teda že čím sú ich hodnoty vyššie, tým akútnejšia je potreba zriadenia CISZS, ukazovateľ PDO je logicky v nepriamej závislosti k potrebe zriadenia CISZS. Domnievame sa, že čím má okres horšiu ekonomickú situáciu t. j. nižšie podielové dane na obyvateľa, tým potrebnejšie sú CISZS, ktoré budú schopné poskytovať sociálne služby pre seniorov efektívnejšie ako jednotlivé obce. Údaje o miere evidovanej nezamestnanosti sme získali z Ústredia práce, sociálnych vecí a rodiny za november 2020 a údaje o podielových daniach sú za rok 2020.

Tabuľka 3 Ukazovatele demografickej a ekonomickej situácie okresov BBSK

Okres	ODR	Podielové dane/obyvateľ PDO (v €)	Miera evidovanej nezamestnanosti (v %)
Banská Bystrica	27,62	427,24	4,72
Banská Štiavnica	25,77	424,51	8,59
Brezno	26,82	389,64	8,20
Detva	27,51	415,50	7,30
Krupina	23,89	373,90	7,53
Lučenec	24,35	363,22	11,78
Poltár	27,49	366,39	14,23
Revúca	22,91	374,28	18,00
Rimavská Sobota	22,33	364,72	19,69
Veľký Krtíš	24,96	356,84	10,10
Zvolen	26,95	407,57	5,30
Žarnovica	27,84	385,00	8,71
Žiar nad Hronom	27,67	392,03	6,26

Prameň: ŠÚ SR, 2019; ÚPSVaR, 2020; Ministerstvo financií, 2020.

Pre posúdenie súčasného stavu v poskytovaní sociálnych služieb (Tabuľka 4) v daných okresoch sme tiež vychádzali z viacerých vybraných ukazovateľov. V prvom rade sme sa zamerali na existujúce zariadenia a vytvorili sme ukazovateľ (5) *kapacity pobytových zariadení sociálnych služieb (SS)* v prepočte na obyvateľa podľa jednotlivých okresov. Okrem pobytových zariadení sme zobrali do úvahy aj údaje o (6) *počte agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti (ADOS)* a tiež o (7) *počte zriadených opatrovateľských služieb (OS)* podľa okresov. Počet zariadení ADOS sme zaradili medzi vybrané kritéria preto, lebo ku komplexnej starostlivosti

Tabuľka 4 Stav poskytovaných sociálnych služieb v okresoch BBSK (december 2020)

Okres	Kapacita pobytových zariadení SS/na obyv.	Počet ADOS/ obec	Počet OS/obec	Počet všeobecných lekárov/obec
Banská Bystrica	0,90	0,250	0,476	1,238
Banská Štiavnica	1,57	0,111	0,600	0,200
Brezno	0,76	0,103	0,967	0,767
Detva	0,99	0,222	0,600	0,667
Krupina	1,17	0,167	0,167	0,167
Lučenec	0,76	0,263	0,333	0,474
Poltár	0,76	0,200	0,455	0,364
Revúca	0,68	0,111	0,214	0,405
Rimavská Sobota	0,68	0,235	0,159	0,308
Veľký Krtíš	0,70	0,138	0,408	0,296
Zvolen	0,52	0,286	0,538	1,115
Žarnovica	1,39	0,071	0,778	0,667
Žiar nad Hronom	0,86	0,063	0,444	0,500

Prameň: VÚC, 2020. BBSK. Sociálne služby. Zdravotníctvo.

o seniorov je nevyhnutne potrebná práve tak ošetrovateľská ako aj zdravotnícka starostlivosť. Z tohto dôvodu sme zmapovali i dostupnosť zdravotníckych služieb a to prostredníctvom ukazovateľa (8) *počtu všeobecných lekárov*. Posledné spomínané tri ukazovatele sme prepočítali na obec, nakoľko takýto relatívny údaj do určitej miery lepšie odzrkadľuje dostupnosť uvedených služieb z pohľadu jednotlivých obcí.

Cieľ spracovania vybraných ukazovateľov spočíval vo výbere okresov, do ktorých by bolo potrebné smerovať pomoc v podobe zariadenia CISZS. Na spracovanie sledovaných ukazovateľov sme použili metódy viackriteriálneho hodnotenia a zhľukovú analýzu.

Metódy viackriteriálneho hodnotenia umožňujú vytvoriť súhrnného ukazovateľa, ktorý agreguje hodnoty parciálnych kvantitatívnych ukazovateľov. Cieľom použitia uvedených metód bolo stanovenie poradia sledovaných okresov a ich usporiadanie z hľadiska dopytu po sociálnych službách pre seniorov, demografických podmienok, ekonomickej úrovne okresu a aktuálnej úrovne poskytovaných sociálnych a zdravotných služieb. Z uvedených metód sme využili:

- metódu váženého súčtu poradí,
- skórovaciu metódu,
- metódu normovanej premennej,
- metódu euklidovskej vzdialenosti od fiktívneho objektu, ktorým bol okres s najlepšíou hodnotou sledovaného ukazovateľa.

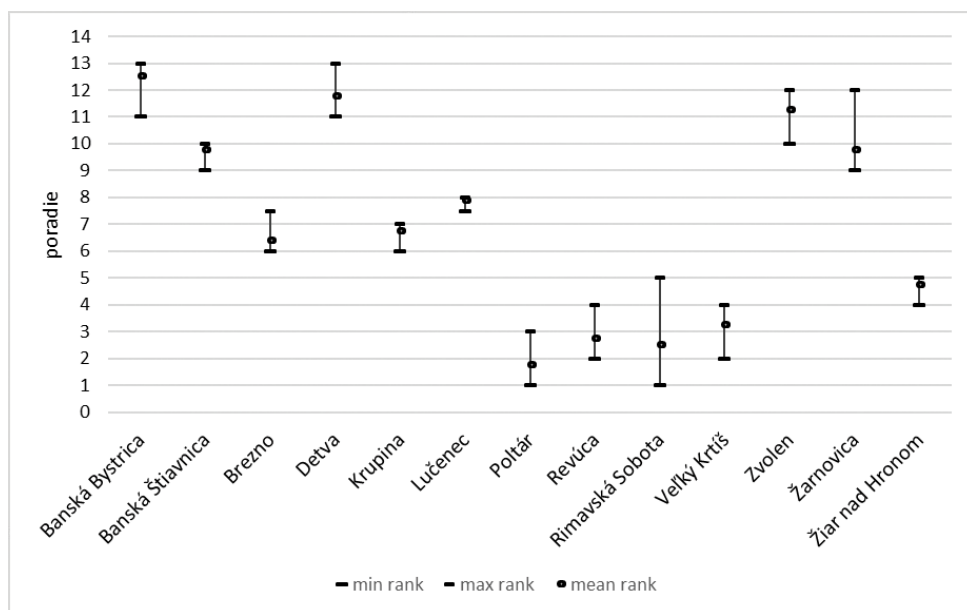
Pri tvorbe súhrnného ukazovateľa je možné využiť váhy, ktorými sa dá priradiť dôležitosť individuálnym ukazovateľom. V tomto smere sa nevieme oprieť o teoretické východiská, ktoré by uprednostňovali niektoré z ukazovateľov, preto sme pri ďalšom spracovaní parciálnych ukazovateľov uvažovali s ich rovnakou váhou.

Tri z ukazovateľov boli maximalizačného typu (vyššia hodnota ukazovateľa znamenala preferenciu okresu pre intervenciu z úrovne BBSK), a to: index šedého zaťaženia, prepočítaný počet čakateľov na sociálnu službu a evidovaná miera nezamestnanosti v okrese. Ostatné ukazovatele mali minimalizačný charakter. Odlišná povaha ukazovateľov vyžadovala pred ich spracovaním prepočítanie ukazovateľov na rovnaký smer.

Použitie všetkých štyroch metód viackriteriálneho hodnotenia viedlo k veľmi podobným výsledkom. Na základe tvorby súhrnných ukazovateľov sme stanovili poradie okresov – čím nižšia hodnota poradia, tým výraznejšia potreba intervencie, čiže horšia sociálno-ekonomická i demografická situácia, ako aj situácia v oblasti sociálnej a zdravotnej starostlivosti v okrese.

Výsledky použitia metód viackriteriálneho hodnotenia uvádzame súhrnne v Graf 6. Úsečkou je naznačené, v akom intervale sa pohybuje postavenie okresu od najnižšieho poradia (minimálne poradie – *min rank*) po najvyššie poradie

(maximálne poradie – *max rank*) spomedzi výsledkov všetkých štyroch metód. Graf tiež ukazuje priemerné poradie (*mean rank*).



Graf 6 Postavenie okresov BBSK z pohľadu výsledkov využitia metód viackriteriálneho hodnotenia

Prameň: Vlastné spracovanie.

Podľa hodnôt priemerného poradia sme následne mohli stanoviť poradie okresov vyžadujúcich potrebu zriadenia CISZS, vzhľadom na nepriaznivú situáciu v okrese, a to tak ako to ukazuje Tabuľka 5. Na základe vybraných kritérií a zvolenej metódy sa najnepriaznivejšia situácia ukázala v okrese Poltár a najlepšia v okrese Banská Bystrica.

Druhou metódou, ktorú sme sa rozhodli použiť na spracovanie údajov ôsmich vybraných ukazovateľov, je metóda zhlukovej analýzy. Cieľom jej využitia bolo nájsť objekty, t. j. okresy s podobnou sociálno-ekonomickou, demografickou situáciou, a tiež situáciou v oblasti sociálnej a zdravotnej starostlivosti.

Na tvorbu zhlukov sme využili metódy K-means a hierarchické zhľukovanie. Prvá z nich (K-means) umožnila identifikovať, ktoré z ôsmich vybraných ukazovateľov budú vhodné na tvorbu zhlukov. Ukázalo sa, že dobrú klasifikačnú schopnosť majú ukazovatele: *ODR – index šedého zaťaženia, počet čakateľov na sociálnu službu pripadajúcich na obyvateľa okresu, počet zariadení opatrovateľských služieb pripadajúcich na jednu obec, počet poskytovateľov ošetrovateľskej služby pripadajúcich na jednu obec, podielové dane a miera evidovanej nezamestnanosti*. Ukazovateľ 8 – počet všeobecných lekárov nedokázal významne klasifikovať

okresy, jeho zakomponovanie zhoršilo výsledky zhlukovej analýzy a preto sme ho vynechali.

Tabuľka 5 Priemerné poradie okresov ako výsledok využitia metód viackriteriálneho hodnotenia

Okres	Priemerné poradie
Poltár	1
Rimavská Sobota	2
Revúca	3
Veľký Krtíš	4
Žiar nad Hronom	5
Brezno	6
Krupina	7
Lučenec	8
Banská Štiavnica	9,5
Žarnovica	9,5
Zvolen	11
Detva	12
Banská Bystrica	13

Prameň: Vlastné spracovanie.

Uvedené ukazovatele sme ďalej využili pri hierarchickom zhlukovaní prostredníctvom Wardovej metódy, euklidovskej vzdialenosti a štandardizácie premenných pomocou z-skóre. Výsledok hierarchického zhlukovania je zrejmý zo zobrazeného delenia okresov na Graf 7. Ako to daný graf ilustruje, pri možnostiach rozčlenenia okresov do skupín sa dá uvažovať o dvoch variantoch a to prvom – „červenom” a druhom – „zelenom”.

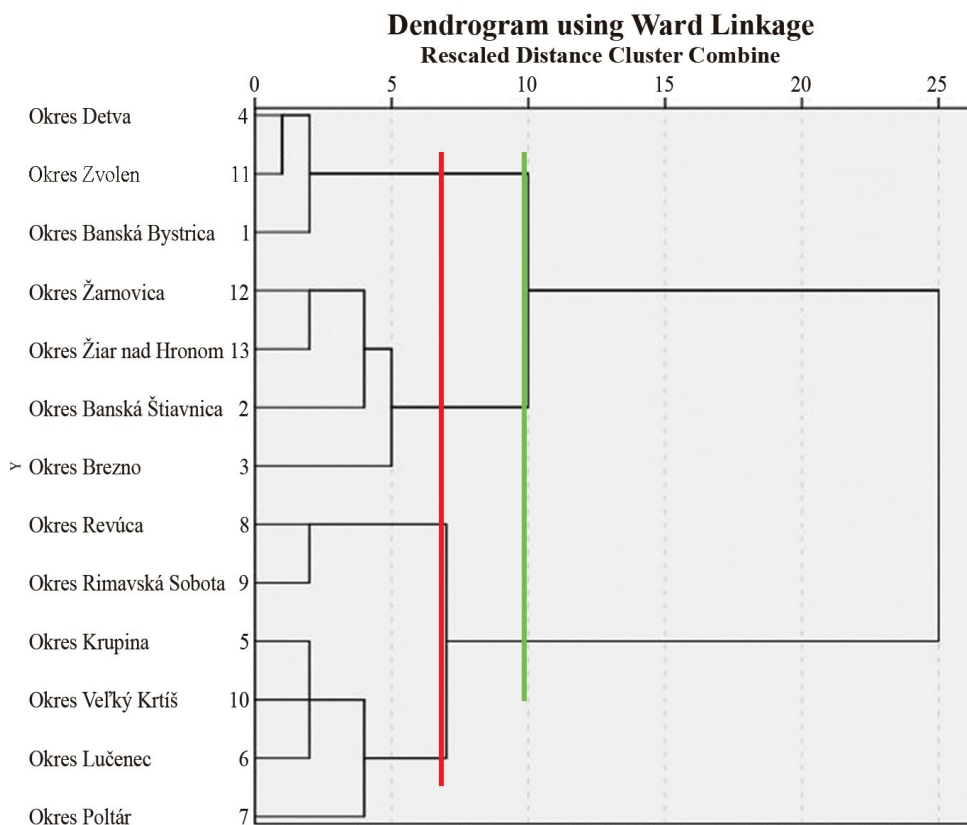
V prípade prvého variantu by boli okresy rozdelené do nasledujúcich štyroch skupín:

1. Detva, Zvolen, Banská Bystrica,
2. Žarnovica, Žiar nad Hronom, Banská Štiavnica a Brezno,
3. Revúca a Rimavská Sobota,
4. Krupina, Veľký Krtíš, Lučenec a Poltár.

V prípade druhého variantu by sa okresy rozdelili do nasledujúcich troch skupín:

1. Detva, Zvolen, Banská Bystrica,
2. Žarnovica, Žiar nad Hronom, Banská Štiavnica a Brezno,
3. Revúca a Rimavská Sobota, Krupina, Veľký Krtíš, Lučenec a Poltár.

Ako sme to už uviedli, cieľom našej analýzy bolo vybrať tri okresy BBSK, v ktorých by mali byť vytvorené CISZS. Výber okresov sme podmienili tak výsledkami analýzy vybraných ukazovateľov ako aj cieľom projektu, ktorým je okrem praktickej realizácie CISZS vytvorenie modelu centra, aplikovateľného v ktoromkoľvek regióne Slovenska.



Graf 7 Dendrogram ako výsledok tvorby zhlukov okresov BBSK

Prameň: Vlastné spracovanie.

Použitie metódy analýzy vybraných ukazovateľov umožňuje vytvoriť tzv. *ranking* podľa toho, ako veľmi je zriadenie CISZS v danom okrese potrebné. Okrem toho zhluková analýza viedla k rozdeleniu okresov do skupín, pričom v každej skupine sú okresy, ktoré majú určité podobné sociálno-ekonomické, demografické a ďalšie charakteristiky podľa vybraných ukazovateľov. Výber okresu je teda možné uskutočniť na základe uvedeného rankingu, alebo tiež v kombinácii so zhlukovou analýzou napríklad tak, aby bol každý vybraný okres z iného zhluku. Takýmto spôsobom by sa pri ukončení projektu dala zhodnotiť jeho úspešnosť v troch okresoch s odlišnými podmienkami.

K využitiu uvedených metód výberu okresov však treba dodať, že pri praktickej realizácii projektu budovania CISZS môže dôjsť aj k uplatneniu iných postupov pri výbere okresu, či regiónu, v ktorom má byť centrum zriadené. Celý proces môže byť ovplyvnený nielen ekonomickými či sociálnymi ukazovateľmi, ale napríklad aj politickým vplyvom, nakoľko sa k realizácii projektu z úrovne vyššieho územného celku vyjadrujú i poslanci samosprávneho kraja. Rovnako je možné konečný

výber okresov, resp. okresu podriadiť vopred nastaveným kritériám vyhodnotenia celého projektu. Aj v prípade realizácie nášho projektu došlo nakoniec k výberu troch okresov, z ktorých dva boli podľa zhlukovej analýzy v rovnakom zhluku – Lučenec a Veľký Krtíš. Z hľadiska poradia sme jeden okres vybrali z prvej tretiny rankingu (Veľký Krtíš), konkrétne ako štvrtý v poradí, a ďalšie dva vybrané okresy (Lučenec a Banská Štiavnica) boli na 8. a 9. mieste. Aj takýto výber dáva v rámci vyhodnotenia úspešnosti pôsobenia CISZS možnosť zistiť, aké výsledky tieto centrá dosiahli v horších podmienkach a ako obstáli v lepších podmienkach, prípadne sa dajú zhodnotiť dosiahnuté výsledky v dvoch porovnateľných okresoch z hľadiska vybraných ukazovateľov.

2.4 Funkčné zoskupenie obcí

Výberom troch okresov, v ktorých sa mal realizovať projekt CISZS, sa v rámci BBSK vytvorila databáza obcí, ktoré by mohli vytvoriť v rámci daného okresu funkčné zoskupenie. Model integrovanej dlhodobej starostlivosti o seniorov v podobe CISZS predpokladá existenciu zoskupenia obcí, ktoré sa na jednej strane spolupodieľajú na fungovaní centra a na druhej strane sú lokalitami vhodnými na implementáciu postupov integrovanej starostlivosti. Funkčné zoskupenie obcí (FZO) je prepojené s CISZS horizontálne a jeho cieľom je zabezpečiť sociálne služby pre seniorov v jednotlivých obciach v požadovanom množstve a kvalite, pričom sa dôraz kladie na terénnu formu ich poskytovania. Vzájomným prepojením obcí a ich spoluprácou s CISZS sa vytvára koordinovaný, flexibilný a udržateľný systém poskytovania sociálnych služieb seniorom tak, aby mohli zotrvať v domácom prostredí čo najdlhšie, až kým im to zdravotný stav dovolí. Na základe uvedenej charakteristiky a cieľov FZO je metodika výberu obcí vhodných pre vytvorenie funkčného zoskupenia dôležitým prvkom v procese, ktorý v konečnom dôsledku vedie k vytvoreniu CISZS.

Navrhovaná metodika výberu FZO pozostáva z dvoch etáp a má zmiešaný metodologický charakter, pretože spočíva v kvantitatívnych, ale aj kvalitatívnych metódach. Jej prvá etapa spočíva v kvantitatívnom spracovaní údajov, ktoré reflektujú ekonomické, demografické, sociálne a geografické charakteristiky obcí pomocou dvoch prístupov: metódou multikriteriálneho hodnotenia na vytvorenie kompozitného indexu a systémom QuantumGIS na vyjadrenie geografického rozloženia hodnoty kompozitného indexu. Druhá etapa tvorby metodiky predstavuje kvalitatívne spracovanie informácií s použitím SWOT analýzy potenciálneho zoskupenia obcí a tiež analýzy ich komunitných plánov zdravotníckych a sociálnych služieb. Kvalitatívne hodnotenie obcí vychádza najmä z informácií týkajúcich sa už existujúcich foriem spolupráce, vytvorených podmienok a najmä ich ochoty spolupracovať s inými obcami na vytvorení funkčného systému poskytovania sociálnych služieb pre seniorov.

2.4.1 Prvá etapa výberu FZO

V prvej etape výberu obcí vychádzame z kvantitatívnych ukazovateľov, ktoré charakterizujú ekonomické, demografické a sociálne charakteristiky obcí. Využitie ekonomických ukazovateľov predpokladá znalosť a posúdenie ekonomickej situácie jednotlivých obcí. Opierame sa o predpoklad, že ak ekonomická situácia obce nie je dobrá, tak jej možnosti financovania a poskytovania služieb sociálnej starostlivosti pre seniorov v zmysle Zákona č. 448/2008 Z. z. (§ 8) o službách sociálnej starostlivosti, sú obmedzené. Pre takéto obce sa spolupráca v rámci funkčného zoskupenia, vytvorenie a využívanie služieb spoločného CISZS javí ako možné riešenie splnenia zákonnej povinnosti.

Na hodnotenie ekonomickej situácie a hospodárenia obcí sme navrhli použiť *agregovaný ukazovateľ finančného zdravia obce (E1)*¹¹ (INEKO, 2021). Tento ukazovateľ je tvorený na základe piatich indikátorov, ktoré charakterizujú hospodárenie obce: celkový dlh, dlhová služba, stav bežného účtu, záväzky po lehote splatnosti a záväzky po lehote splatnosti minimálne 60 dní. Autori metodiky tvorby ukazovateľa použili na vyjadrenie skóre každého spomínaného komponentu údaje za štyri po sebe nasledujúce roky. Celkové skóre finančného zdravia obce sa vypočíta ako vážený priemer skóre z každej zložky (viď metodika výpočtu). Výsledný súhrnný ukazovateľ finančného zdravia obce je číslo od 0 do 6, ktoré znamená, že čím je vyššie, tým lepšie obec hospodári.

Uvedený ekonomický ukazovateľ finančného zdravia obce sa dopĺňa o ukazovateľ týkajúci sa počtu nezamestnaných resp. *počtu uchádzačov o zamestnanie (E2)*. Tento ukazovateľ vyjadruje podiel počtu obyvateľov obce uchádzajúcich sa o zamestnanie z celkového počtu ekonomicky aktívnych obyvateľov vo veku od 15 do 64 rokov v obci.

Tretím zo skupiny ekonomických ukazovateľov je *podiel dlhodobozamestnaných (E3)*, ktorý vyjadruje podiel počtu dlhodobozamestnaných osôb¹² pripadajúcich na 100 nezamestnaných osôb. Dlhodobozamestnaní tvoria až 60 % zo všetkých nezamestnaných osôb, čo je spôsobené rôznorodými štruktúrnymi problémami, súvisiacimi najmä s nízkym dosiahnutým stupňom vzdelania, nízkou vnútroštátnou mobilitou a regionálnymi rozdielmi v oblasti pracovných príležitostí.

Druhou dôležitou oblasťou súvisiacou s posudzovaním potreby poskytovania sociálnych a zdravotných služieb pre seniorov v jednotlivých obciach je ich demografická situácia. Pre vytvorenie FZO sme vybrali tri demografické ukazovatele sledované na komunálnej úrovni.

¹¹ Autormi ukazovateľa sú P. Golias, P. Klátik a M. Tunega z INEKO (pozn. autoriek)

¹² Dlhodobozamestnaný občan je vedený v evidencii uchádzačov o zamestnanie najmenej 12 po sebe nasledujúcich mesiacov. Definícia dostupná na: <https://www.lewik.org/term/25618/dlhodobozamestnany-obcan-definicia-zakon-c-5-2004-z-z-o-sluzbach-zamestnanosti-8-ods-1-pism-c>

Prvým ukazovateľom je *index šedého zaťaženia (D1)*, ktorý je definovaný ako pomer populácie 65+ k počtu obyvateľov vo vekovej skupine 15 až 64 rokov. Tento ukazovateľ, inak nazývaný aj „index ekonomickej závislosti seniorov“, má svoj ekonomický rozmer v tom, že udáva, koľko seniorov žijúcich v danej obci pripadá na 100 ekonomicky aktívnych obyvateľov.

Vzhľadom na to, že s vekom rastie potreba poskytovania služieb sociálnej starostlivosti, druhým ukazovateľom demografického vývoja je *podiel najstaršieho obyvateľstva (D2)* vyjadrený ako podiel obyvateľov vo veku 80+ k celkovému počtu obyvateľov obce. Oba tieto ukazovatele (*D1*, *D2*) na komunálnej úrovni zodpovedajú definovanému predpokladu, že čím vyššie sú ich hodnoty, tým väčšia je potreba poskytovania služieb sociálnej starostlivosti a tým potrebnjšie je aj zapojenie obce do zoskupenia obcí.

Tretí ukazovateľ, *miera hrubej migrácie (D3)*, odráža demografickú situáciu v obci. Tento ukazovateľ sa vypočíta ako migračné saldo (rozdiel medzi počtom prisťahovaných a vysťahovaných osôb) vo vzťahu k celkovému počtu obyvateľov v obci. Záporné hodnoty migračného salda signalizujú vyššiu intenzitu vysťahovania obyvateľstva, ktoré sa najčastejšie realizuje vo vekových skupinách ekonomicky aktívneho obyvateľstva, kde medzi bežné motívy sťahovania patria pracovné alebo sociálne dôvody, ako je nasledovanie partnera. Najstaršia populácia tak stráca možnosť poskytnutia pomoci z prostredia najbližšej rodiny.

Nevyhnutnou súčasťou hodnotenia naliehavosti potreby služieb sociálnej starostlivosti pre seniorov v jednotlivých obciach je ich aktuálny stav, a to tak z hľadiska potreby, ako aj existujúcej štruktúry poskytovaných služieb. Komponent reflektujúci sociálnu oblasť modelu integrovaných sociálnych a zdravotníckych služieb zahŕňa teda potrebu služieb, dostupnosť a integráciu sociálnych a zdravotníckych služieb v cieľovom území. Sociálnu doménu popisuje päť ukazovateľov, ktoré postupne charakterizujú:

- počet osôb čakajúcich na pobytovú službu sociálnej starostlivosti v zariadení pre seniorov (*S1*),
- počet poberateľov príspevku na opatrovanie pre osoby vo veku od 65 rokov (*S2*),
- počet osôb s ťažkým zdravotným postihnutím vo veku od 65 rokov (*S3*),
- počet poberateľov peňažných príspevkov na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia vo veku od 65 rokov (*S4*),
- počet opatrovateľov (*S5*).

Uvedené ukazovatele sú vyjadrené v percentách a prepočítané ako podiel na počte obyvateľov obce vo veku 65+. Posledný z ukazovateľov sa prepočítava na celkový počet obyvateľov v obci. Dostupnosť služieb sociálnej starostlivosti je limitovaná najmä kapacitou pobytových zariadení, ktoré ich poskytujú. Starnutie populácie je priamo úmerné rastu *počtu čakajúcich na poskytovanie služieb sociálnej starostlivosti (S1)* v zariadeniach sociálnej starostlivosti pre seniorov. Tento faktor bude v budúcnosti s veľkou pravdepodobnosťou problematický,

a preto je dôležité podporovať čo najdlhšie zotrvanie seniorov v domácom prostredí, pokiaľ to ich zdravotný stav umožňuje. Ukazovateľ o počte poberateľov príspevku na opatrovanie vo veku 65+ (S2) odráža dlhodobú starostlivosť o seniorov v domácom prostredí. Tento typ starostlivosti sa podporuje formou príspevku na opatrovanie (Zákon č. 447/2008 Z. z.). Nárok na príspevok majú osoby s určitým stupňom odkázanosti (V a VI) na pomoc inej osoby pri sebaobslužbe. Práve táto forma podpory zohľadňuje princíp poskytovania služieb v prirodzenom prostredí seniorov. Ďalšie dva ukazovatele sa týkajú osôb so zdravotným postihnutím, ktoré tvoria významnú skupinu prijímateľov služieb sociálnej starostlivosti. Prvým z uvedených ukazovateľov je počet osôb s ťažkým zdravotným postihnutím (ĹZP) vo veku od 65 a viac rokov (S3) a druhým je počet poberateľov peňažného príspevku na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia vo veku od 65 rokov (S4). Opatrenia týkajúce sa fyzických osôb s ťažkým zdravotným postihnutím v SR upravuje Zákon č. 447/2008 Z. z. o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ĹZP a o zmene a doplnení niektorých zákonov. Peňažné príspevky na kompenzáciu možno poskytnúť fyzickej osobe s ťažkým zdravotným postihnutím, za ktorú sa považuje tá, ktorej miera funkčnej poruchy je najmenej 50 %. Pre cieľovú skupinu ĹZP je nevyhnutná dlhodobá starostlivosť v rôznej miere počas celého života, ktorá si vyžaduje flexibilné sledovanie potrieb človeka s pribúdajúcim vekom a zmenami zdravotného stavu. Posledným z ukazovateľov sociálnej oblasti je počet opatrovateľov, ktorý odzrkadľuje, aká je situácia v obci s poskytovaním starostlivosti o seniorov v ich domácom prostredí.

Všetky vybrané ukazovatele patria do troch prirodzene sa tvoriacich domén – ekonomickej (E1, E2), demografickej (D1, D2, D3) a sociálnej (S1, S2, S3, S4, S5) a jednotlivé ukazovatele popisujú situáciu obcí v troch daných oblastiach. Všetky ukazovatele sú svojimi hodnotami aj metodikou tvorby jedinečné a pre ich agregáciu do jedného spoločného ukazovateľa je potrebné ich vhodným spôsobom ďalej transformovať.

Tabuľka 6 Popisné charakteristiky vybraných ukazovateľov vo všetkých doménach.

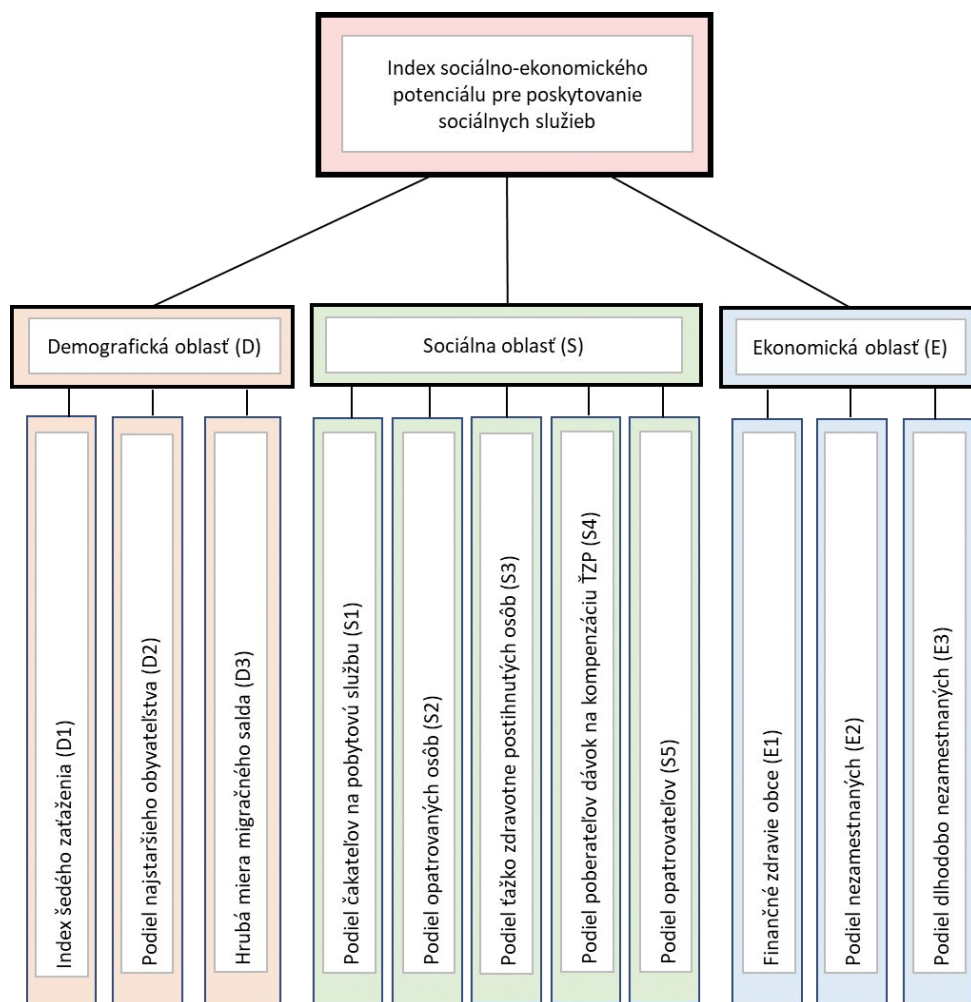
	E1	E2	E3	S1	S2	S3	S4	S5	D1	D2	D3
Minimum	2,8	0	0	0	0	0	0	0	3,7	0	-95,24
Maximum	6,00	46,91	54,38	9,09	31,29	138,50	70,08	7,66	114,63	26,374	189,19
Priemer	5,17	8,39	12,07	0,43	5,18	24,85	10,93	1,34	26,67	4,12	1,78
Štandardná odchýlka	0,48	7,18	8,28	1,04	4,79	13,72	8,16	0,94	9,01	2,26	21,70
Počet obcí	515 ¹³	516	516	516	516	516	516	516	516	516	516

Prameň: Vlastné spracovanie.

Keďže výber funkčného zoskupenia obcí je v prvej etape podmienený kvantitatívnym hodnotením ukazovateľov, pričom berieme do úvahy ukazovatele zo všetkých troch hodnotených oblastí súčasne, je potrebné vytvoriť kompozitný

¹³ Ukazovateľ finančného zdravia obce Lešť (vojenský obvod) nie je uvedený (pozn. autoriek)

indikátor, resp. agregátny index – *AI*, ktorý tak zohľadňuje ekonomickú a demografickú situáciu, a tiež mieru potreby sociálnej starostlivosti daného územia. Celkový pohľad na návrh kompozitného ukazovateľa sociálno-ekonomického potenciálu pre poskytovanie sociálnych služieb obce, jeho troch domén a jedenástich ukazovateľov ilustruje Obrázok 1. Jedenásť vstupných indikátorov je vzájomne rovnocenných a tvoria tri parciálne oblasti – domény, pričom každá charakterizuje inú stránku potenciálu obce pre rozvoj sociálnych služieb pre seniorov na komunitnej úrovni.



Obrázok 1 Návrh prvotnej štruktúry kompozitného indexu sociálno-ekonomického potenciálu pre poskytovanie sociálnych služieb

Prameň: Vlastné spracovanie.

V procese prípravy údajov na ďalšie spracovanie bolo potrebné uskutočniť exploratórnu analýzu s cieľom identifikácie objektov, t. j. obcí, pre ktoré sa vyžadovali isté intervencie, t. j. eliminácia outlierov, pred samotným spracovaním údajov. Týkalo sa to predovšetkým malých obcí, u ktorých boli hodnoty sledovaného ukazovateľa nulové, prípadne extrémne vysoké. Ukazovatele sa ďalej museli normalizovať tak, aby mali rovnaký smer, rovnakú mernú jednotku a aby nárast normalizovaných ukazovateľov zodpovedal nárastu kompozitného indexu *AI*. Prepočet na rovnaký smer bolo potrebné zabezpečiť konkrétne u ukazovateľov *E1* a *D3*, pričom v prípade ukazovateľa *D3* sme sa zamerali aj na elimináciu záporných hodnôt.

Zvolená metodika teda agreguje do súhrnného indexu ukazovatele zaradené v troch doménach podľa nasledujúcich štyroch krokov:

- Po prvé, všetky ukazovatele sa prepočítajú na rovnaký smer, čo znamená, že čím vyššia je ich hodnota, tým vyššia je potreba obce participovať na spolupráci obcí z hľadiska poskytovania sociálnych služieb a teda aj na zriadení a fungovaní CISZS.
- Po druhé, každý z ukazovateľov sa vyjadrí v rovnakých merných jednotkách s minimálnou hodnotou 0 a maximálnou hodnotou 100.
- Po tretie, pre každú doménu sa vypočíta tzv. doménový index zo vstupných ukazovateľov. Tieto výsledky potom umožňujú vytvoriť tri doménovo špecifické indexy: ekonomický index *E*, demografický index *D* a sociálny index *S*.
- Nakoniec, celkový agregovaný ukazovateľ *AI* sa vypočíta ako vážený aritmetický priemer doménových indexov, pričom výber váh doménových indexov nadväzuje na cieľ konštrukcie úhrnného indexu – výber obcí s nepriaznivou sociálno-ekonomickou situáciou pre zriadenie CISZS.

Predpokladá sa, že každá z domén má svoj vlastný nezastupiteľný vplyv na charakteristiku celkovej potreby zriadenia centra, avšak jeho poslaním je zameranie predovšetkým na poskytovanie sociálnych služieb.

Zo štatistického hľadiska diagnostické premenné potrebné na vytvorenie agregátneho indexu musia splniť nasledovné podmienky: nízky stupeň korelácie medzi premennými a vysoký stupeň korelácie s ostatnými premennými, ktoré priamo nevstupujú do agregátneho indexu. Tieto sa nezúčastňujú na vytváraní umelej premennej priamo, ale prostredníctvom diagnostických premenných, s ktorými sú vzájomne korelované (Labudová, 2020). Aj práce ďalších autorov podporujú podmienku nezávislosti ukazovateľov. Napríklad Bod'a a Úradníček (2021, s. 24) zdôrazňujú, že „atribúty musia byť navzájom nezávislé a podľa možností vecne nepreviazané. Každý z atribútov musí samostatne vypovedať o inom aspekte kvality rozhodovacieho variantu. Samozrejme, korelácii atribútov sa nedá vyvarovať, ale je dôležité dbať, aby neboli duplicitné”. V manuáli OECD (2008, s. 34) sa uvádza, že „je potrebné vybrať len ukazovatele, ktoré vykazujú nízky stupeň korelácie, alebo zodpovedajúco upraviť váhy, napr. priradiť menšiu

váhu korelovaným ukazovateľom. Okrem toho minimalizácia počtu premenných v indexe môže byť žiadúca aj z iných dôvodov, ako je transparentnosť a úspornosť.”

Pri redukcii ukazovateľov sme sa zamerali na zistenie korelácie medzi ukazovateľmi v doménach, na výsledky metódy hlavných komponentov a analýzy reliability. Vylúčili sme premenné s vysokou mierou korelácie s ukazovateľmi v doménach (*D1*, *D2*, *E2*, *E3*), ponechali sme tie, ktoré tvoria samostatný komponent (*S1*) alebo ktoré najvyššou mierou prispievajú k vysvetleniu komponentu (*S4*). Pri rozhodovaní o vylúčení niektorej zo silne korelovaných premenných *D1* a *D2* zohrala úlohu informácia o významnejšom zvýšení celkovej reliability domény, ak sa vylúči premenná *D1*, a podobne to bolo aj v prípade rozhodovania medzi premennými *E2* a *E3*. Zostávajúcich 6 ukazovateľov je navzájom relatívne slabo korelovaných, nakoľko hodnoty korelačných koeficientov sú v intervale $\langle -0,185, 0,254 \rangle$, ako to vidíme na obrázku 2.

		<i>D2</i>	<i>D3</i>	<i>S1</i>	<i>S4</i>	<i>E1</i>	<i>E2</i>
<i>D2</i>	korelačný koeficient	1	0,131	-0,042	0,057	0,038	-0,159
	p-hodnota		0,003	0,340	0,197	0,392	0,000
	počet	516	516	516	516	516	516
<i>D3</i>	korelačný koeficient	0,131	1	0,001	0,045	0,050	0,122
	p-hodnota	0,003		0,991	0,313	0,257	0,005
	počet	516	516	516	516	516	516
<i>S1</i>	korelačný koeficient	-0,042	0,001	1	-0,185	-0,147	-0,138
	p-hodnota	0,340	0,991		0,000	0,001	0,002
	počet	516	516	516	516	516	516
<i>S4</i>	korelačný koeficient	0,057	0,045	-0,185	1	0,064	0,254
	p-hodnota	0,197	0,313	0,000		0,144	0,000
	počet	516	516	516	516	516	516
<i>E1</i>	korelačný koeficient	0,038	0,050	-0,147	0,064	1	0,124
	p-hodnota	0,392	0,257	0,001	0,144		0,005
	počet	516	516	516	516	516	516
<i>E2</i>	korelačný koeficient	-0,159	0,122	-0,138	0,254	0,124	1
	p-hodnota	0,000	0,005	0,002	0,000	0,005	
	počet	516	516	516	516	516	516

Obrázok 2 Korelačná matica redukovaného počtu premenných pre tvorbu agregátneho indexu

Prameň: Výstup IBM SPSS 28.

Pri tvorbe doménových indexov aj pri tvorbe celkového agregátneho indexu je potrebné zvážiť váhu jednotlivých vstupných ukazovateľov, pričom tu existuje viacero prístupov, napr. Greco a kol. (2019), Boďa, Úradníček (2021), Mazziotta, Pareto (2013, 2016, 2017), Saisana a Tarantola (2002), Nardo (2012), Nardo a kol. (2004, 2005), Nicoletti (2000), Munda (2011), Munda, Nardo (2005, 2009), Munda, Saisana (2011), OECD (2008). Jedným z riešení je tiež ponechať všetky premenné

a na určenie váh použiť faktorovú analýzu (Nicoletti et al. 2000), čo by bolo možné využiť predovšetkým pre korelované premenné v sociálnej doméne.

Na stanovenie váh ukazovateľov v doménach sme použili Saatyho aproximatívnu metódu. V zostávajúcom, redukovanom počte ukazovateľov (v každej doméne ostali len dva nízko korelované ukazovatele – vid' Obrázok 2), bolo pomerne náročné jemne diferencovať ich dôležitosť reprezentovanú váhami. V demografickej doméne sme uprednostnili ukazovateľ reflektujúci intenzitu starnutia populácie charakterizovanú cez jej vekovo najstarší podiel (*D2*) pred ukazovateľom migrácie. V ďalších dvoch doménach sme sa rozhodli priradiť ekvivalentné váhy obom ukazovateľom vzhľadom na predpoklad ich približne rovnocenného vplyvu na sociálnu oblasť (ukazovatele *S1* a *S4*), resp. na ekonomickú doménu (ukazovatele *E1* a *E2*). Váhy domén sme určili metódou objektívneho stanovenia váh založenou na veľkosti jej heterogenity. Z dôvodu vysokého počtu nulových hodnôt vo viacerých ukazovateľoch nebolo možné použiť metódu multiplikatívnej agregácie, ktorej použitie by bolo prinieslo veľa rovnakých, teda nulových výsledkov. Výsledný agregátny index charakterizujúci sociálno-ekonomickú a demografickú situáciu v obciach BBSK bol vytvorený metódou aditívnej agregácie ukazovateľov a váh, ktoré sú obsahom Tabuľky 7.

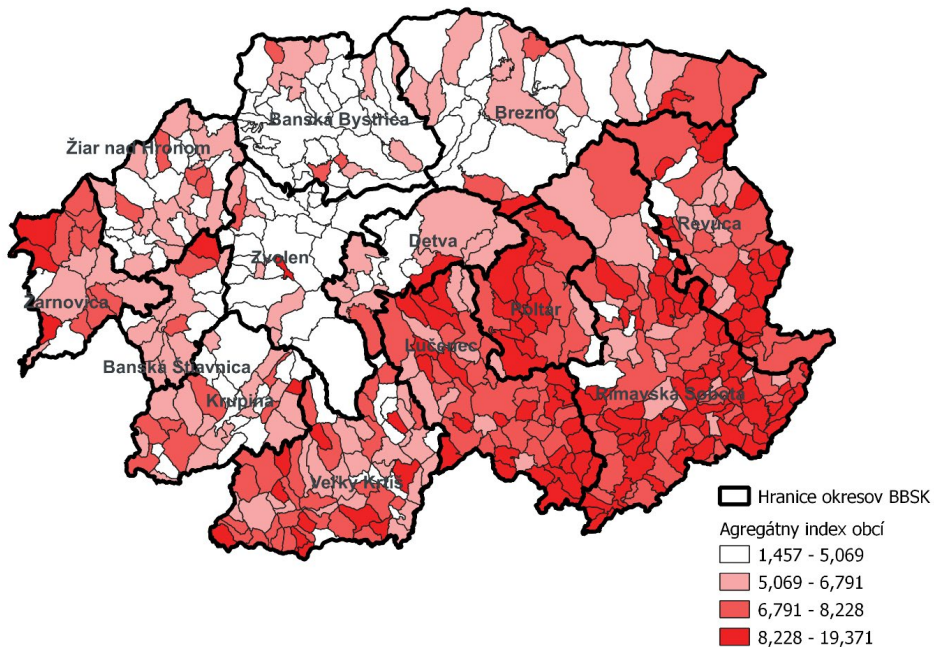
Tabuľka 7 Ukazovatele a ich váhy vstupujúce do agregátneho indexu

	Ukazovateľ	Váhy ukazovateľov	Váhy domén
<i>D</i>	<i>D2</i>	0,75	0,33
	<i>D3</i>	0,25	
<i>S</i>	<i>S1</i>	0,50	0,39
	<i>S4</i>	0,50	
<i>E</i>	<i>E1</i>	0,50	0,28
	<i>E2</i>	0,50	

Prameň: Vlastné spracovanie.

Hodnoty agregátneho ukazovateľa sa pohybovali od 1,45 do 19,37, pričom vyššia hodnota ukazovateľa identifikovala obec s nižšou úrovňou demografického a ekonomického potenciálu a teda s vyššou potrebou intervencie v oblasti sociálnych služieb.

Na vyjadrenie priestorového rozloženia hodnôt indexu sme využili systém QuantumGIS ver. 3.20 Odense, pomocou ktorého sa geografická databáza obcí Banskobystrického kraja prepojila s vytvorenou databázou demografických, sociálnych a ekonomických ukazovateľov, z ktorých bol vyššie uvedenom metodikou vytvorený agregátny index *AI*. Pre väčšiu názornosť sa obce rozdelili do 4 rovnakých skupín na základe hodnoty agregátneho ukazovateľa *AI*, ktoré zodpovedali kvartilom rozdelenia hodnôt tohto ukazovateľa. Obrázok 3 ilustruje geografické rozloženie týchto skupín obcí v rámci okresov BBSK.



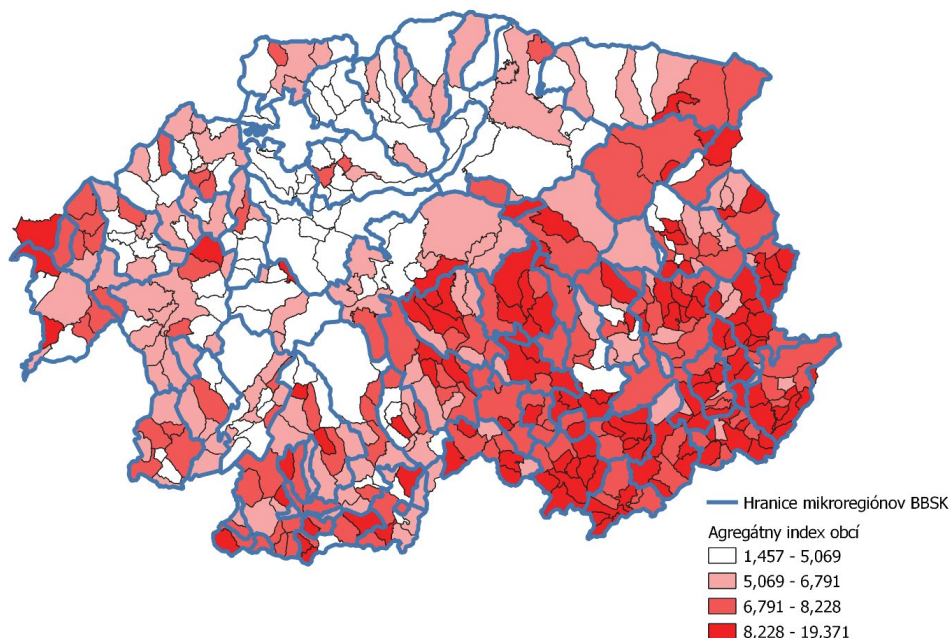
Obrázok 3 Rozloženie štyroch skupín obcí podľa intenzity potreby pomoci v sociálnej oblasti v rámci okresov BBSK

Prameň: Vlastné spracovanie

Pohľad na skupinu „červených“ obcí (s najnegatívnejšími výsledkami) potvrdil, že ide prevažne o obce z okresov južného Slovenska v najnižších veľkostných skupinách (90,7 % obcí v tejto skupine majú do 1 999 obyvateľov). Z pohľadu demografickej situácie sú to okresy s vyšším indexom šedého zaťaženia, aj podielom najstaršieho obyvateľstva (predovšetkým v okrese Poltár) a s nepriaznivým migračným saldom. V ekonomickej oblasti majú vysokú mieru nezamestnanosti, predovšetkým dlhodobú. V sociálnej oblasti dominuje v týchto okresoch vysoký počet opatrovaných osôb, ťažko zdravotne postihnutých osôb v poproduktívnom veku, aj počet poberateľov príspevku na kompenzáciu ŤZP.

Vizualizácia, ako aj predchádzajúce analýzy naznačili výraznú potrebu zriadenia CISZS v okresoch Rimavská Sobota (až 50,5 % obcí okresu sa nachádza v štvrtine obcí kraja s najnegatívnejšími výsledkami hodnotenia pomocou agregátneho indexu), Poltár (polovica obcí), Revúca (45,2 %) a Lučenec (42,1 % obcí).

Hodnoty indexu *AI* sme ďalej využili na zobrazenie štyroch skupín obcí na mape, ktorá znázorňuje existujúce mikroregióny (Obrázok 4). Nakoľko veľa týchto obcí sa už v minulosti spájalo s cieľom pravidelné spolupracovať pri rôznych kultúrnych, kultúrno-historických, športových, turistických či iných aktivitách,



Obrázok 4 Rozloženie štyroch skupín obcí podľa hodnoty agregátneho indexu v rámci mikroregiónov BBSK

Prameň: Vlastné spracovanie

pokladáme existujúce mikroregióny za vhodnú platformu pre vznik funkčného zoskupenia obcí a následne i vytvorenia CISZS.

Prezentovaný prístup k metodike výberu funkčného zoskupenia obcí uprednostňuje oblasti s neuspokojeným dopytom a je cielený na obce s najnižšou kapacitou na uspokojenie potrieb svojich občanov, pričom berie do úvahy zraniteľnosť komunity. Tento prístup je relatívne objektívny, pretože využíva rovnakú údajovú základňu a rovnakú metodiku pre všetky obce kraja. Základnou údajovou bázou demografických charakteristík obcí BBSK bola databáza ŠÚ SR DataCube, ktorá poskytuje pomerne bohatú škálu demografických informácií o štruktúre, ale aj pohybe obyvateľstva v obciach SR. Vzhľadom k riešenej problematike sme vybrali tie informácie, ktoré popisovali miery starnutia populácie. Informácie k pomerovým ukazovateľom konštruovaným v sociálnej doméne indexu nie sú na úrovni obcí voľne dostupné online, a preto sme ich museli žiadať z MPSVaR. Údaje z ekonomickej domény sme za obce získali na internetovej stránke INEKO a z online databázy MPSVaR. Limitom pre výber ďalších ukazovateľov bola jednoznačne relatívna nedostupnosť objektívnej širšej údajovej základne hlavne o sociálnom a ekonomickom potenciáli na úrovni obcí.

Nevýhodou nášho zvoleného postupu môže byť to, že je statický, teda pre zjednodušenie metodiky výberu lokality neberie do úvahy potenciálne zmeny demografických, ekonomických a sociálnych faktorov v budúcnosti, t. j. neistotu. Na druhej strane vývoj v daných oblastiach považujeme za stabilný, a preto neočakávame výrazné zmeny v meraných trendoch. Otázkou je tiež posúdenie redukcie ukazovateľov a nastavenia ich váh. Pri konštrukcii agregátneho indexu sme uprednostnili zúžený rozsah ukazovateľov kvôli odstráneniu redundancie informácie obsiahnutej v ukazovateľoch. Keďže konečným cieľom projektu je aplikovať vytvorený model, v prípade požiadavky diseminácie metodiky pre ďalšie kraje Slovenska pri zriaďovaní CISZS pre seniorov bude treba brať do úvahy, že použitá metóda tvorby agregátneho indexu je exploratórnou technikou. V prípade konštrukcie kompozitného indexu pre ďalšie kraje Slovenska by sa síce dalo oprieť o náš výber ukazovateľov, ale bolo by vhodné prepočítavať doménové váhy podľa hodnôt ukazovateľov v obciach v jednotlivých krajoch. Možným obmedzením prístupu môže byť aj zameranie sa na obce s najmenšou schopnosťou riešiť potreby občanov (nepriaznivá finančná situácia, vyšší neuspokojený dopyt, zraniteľné obyvateľstvo). CISZS by tak vznikli v oblastiach s nedostatočne rozvinutou infraštruktúrou na poskytovanie sociálnych služieb, čo by zvýšilo náklady a sťažilo proces výberu vhodných ľudských zdrojov.

Jednoduchosť vyššie opísaného prístupu je zároveň jeho výhodou aj obmedzením. Spoliehame sa na verejne dostupné dáta, ktoré sú lacné a ich získanie nie je časovo náročné. Existuje však niekoľko obmedzení údajov, ktoré ovplyvňujú výpočet každého ukazovateľa. Pri demografickom ukazovateli sú nepresnosti v objektívnom vykazovaní migračného salda spojené s komplikovaným právnym procesom. Pokiaľ ide o ekonomickú oblasť, verejne dostupné údaje nedokázali úplne reflektovať ľudské zdroje obcí, preto sme sa museli spoliehať na finančné správy. V sociálnej oblasti predpokladáme, že údaje charakterizujúce neuspokojený dopyt sú len špičkou ľadovca. Skutočná potreba môže byť oveľa vyššia, keďže pre zdravotne postihnutého človeka neexistujú žiadne alternatívy.

Vypracovaná metodika v prvej etape výberu funkčných zoskupení obcí a jej aplikácia v rámci konkrétneho regiónu ukazuje, že napriek uvedeným obmedzeniam je tento prístup k zoskupovaniu obcí a vzniku CISZS vhodný. Je však možné, že metodika nezachytí všetky prvky, ktoré determinujú vhodnosť umiestnenia sociálnych a zdravotníckych služieb, vrátane modelu integračnej starostlivosti vo vidieckych a odľahlých komunitách. Preto sa v budúcnosti plánuje výskum ďalších faktorov indikujúcich vhodnosť lokality. Rozhovory s kľúčovými informátormi, t. j. formálnymi a neformálnymi opatrovateľmi a poskytovateľmi, manažérmi a správcami zariadení sociálnych a zdravotníckych služieb, ukázu, aké ďalšie skutočnosti je potrebné zvážiť pri zavádzaní postupov poskytovania starostlivosti so zameraním na metodiku výberu funkčných zoskupení obcí. Rozhovory môžu tiež odhaliť informácie o ďalších determinantoch, ktoré súvisia s potrebami v komunitách, ako sú napríklad miestna úroveň angažovanosti v otázke integračnej starostlivosti, existencia podporných sietí, politická orientácia obyvateľstva či

výskyt chorôb. Akékoľvek nové informácie sa môžu potenciálne do modelu pridať tak, aby sa rozhodovanie o nastavení systému distribúcie zdrojov do sociálneho a zdravotného systému zlepšilo. Vypracovaná metodika, prípadne jej budúca vylepšená verzia je samozrejme pre obce prínosom. CISZS vytvorené podľa danej metodiky im pomôžu pri poskytovaní dlhodobej sociálnej a zdravotnej starostlivosti pre ich občanov. Absencia hlbšej ekonomickej analýzy môže byť tiež potenciálnym obmedzením tejto štúdie. Vzhľadom na súčasné obmedzenia výdavkov na sociálne a zdravotné služby sa pre rozdeľovanie zdrojov ukazuje ako potrebná aj cost-benefit analýza. Predpokladáme, že požiadavky na zber a spracovanie ďalších relevantných údajov v rámci vypracovanej metodiky povedú k zmenám v štatistickom zisťovaní a evidencii údajov. Ak dôjde k zlepšeniu evidencie a lepšiemu spracovaniu údajov, určite to povedie k úspornejšiemu hospodáreniu s finančnými prostriedkami, najmä k ich efektívnejšiemu využívaniu pri poskytovaní sociálnej a zdravotnej starostlivosti.

2.4.2 Druhá etapa výberu FZO

Druhá etapa metodiky výberu obcí spočíva v ich kvalitatívnom hodnotení a v možnosti ich zapojenia do FZO. Táto fáza predpokladá spracovanie SWOT analýzy potenciálneho zoskupenia obcí, ako aj analýzy existujúcich komunitných plánov obcí. SWOT analýza, ako nástroj strategického plánovania, charakterizuje silné a slabé stránky obcí, odhaľuje existujúce príležitosti, ktoré sa môžu pri organizácii a zabezpečovaní služieb využiť a naopak poukazuje na riziká, ktoré môžu úspešnosť celého projektu a tým aj dosiahnutie stanoveného cieľa ohroziť. Pri spracovaní SWOT analýzy je treba vychádzať zo skutočnosti, že jej predmetom sú obce, ktorých spoločným cieľom je vytvorenie jedného funkčného CISZS, ktoré má poskytovať a zabezpečovať sociálne a zdravotné služby pre všetky vybrané obce. Príklady silných a slabých stránok, príležitostí a ohrození, ktoré sme zistili spracovaním SWOT analýz pre tri vybrané mikroregióny BBSK, dokumentuje Tabuľka 8.

Jedným z podkladov a zdrojov informácií pri spracovaní SWOT analýzy skupiny obcí sú, okrem iného, ich komunitné plány sociálnych služieb (KPSS). Zmyslom komunitného plánovania je skvalitnenie poskytovania sociálnych služieb spoločným koordinovaným postupom, aktivizácia obyvateľstva a posilňovanie sociálnej súdržnosti všetkých obyvateľov obce, a tým predchádzanie sociálnemu vylúčeniu a sociálnej izolácii jednotlivcov a skupín. Realizácia KPSS má v konečnom dôsledku viesť k spokojnosti občanov s poskytovanými službami, zlepšeniu kvality života v obci a k udržaniu aktívneho záujmu obyvateľov o rozvoj komunity obce. KPSS môžu na jednej strane poskytnúť množstvo užitočných a potrebných údajov o tom, aká je situácia z hľadiska poskytovania dlhodobej sociálnej starostlivosti v obci, na druhej strane tvoria podklad pre spracovanie spoločného komunitného plánu zoskupených obcí. Predpokladom toho, že KPSS uvedené ambície naplnia je ich kvalitné spracovanie.

Tabuľka 8 SWOT analýza

Silné stránky: • predchádzajúce skúsenosti so vzájomnej spolupráce obcí a s tým spojená existencia inštitucionalizovanej podoby spolupráce (záujmové združenie právnických osôb, občianske združenie obcí a pod.); • kvalitná dopravná infraštruktúra a optimálna vzdialenosť medzi obcami; • existencia siete zariadení poskytujúcich sociálne a zdravotné služby pre seniorov; • dobré finančné zdravie obcí.	Slabé stránky: • nedostatok skúseností obcí s poskytovaním sociálnych služieb, najmä opatrovateľskej služby; • nedostatok alebo úplná absencia terénnych sociálnych a zdravotných služieb resp. pracovníkov, ktorí tieto služby poskytujú; • nedostatok, resp. absencia preventívnych aktivít, ktoré predstavujú dôležitú ochranu a podporu zdravia seniorskej populácie; • nekvalitná dopravná infraštruktúra; • nedostatočná dostupnosť služieb vôbec.
Príležitosti: • spoločne vypracovaný jeden komunitný plán rozvoja sociálnych služieb pre všetky obce tvoriace funkčné zoskupenie;¹⁴ • vyššia miera nezamestnanosti v menej rozvinutých regiónoch, ktorá môže znamenať väčšiu ponuku na trhu práce a príležitosť pre personálne zabezpečenie CISZS a nimi organizovaných aktivít; • efektívnejšie vynakladanie finančných zdrojov obcí na zabezpečenie sociálnych služieb; • lepšie možnosti získavania mimorozpočtových zdrojov financovania sociálnych služieb napr. z prostriedkov fondov EÚ; • legislatívne zmeny a reforma v oblasti dlhodobej starostlivosti o seniorov v SR; • centralizovaný zdroj informácií pre seniorov a ich distribúcia prostredníctvom CISZS, prípadne využitím web stránky zoskupenia.	Riziká: • nedostatok kvalifikovanej pracovnej sily, ktorá je nevyhnutná pre poskytovanie sociálnych služieb seniorom;¹⁵ • trendy v demografickom vývoji, ktoré naznačujú zmeny vo vekovej štruktúre obyvateľstva, najmä rast podielu obyvateľstva od 65 rokov; • nevyhovujúce dopravné trasy (napr. pri lazničkom type osídlenia); • rastúce nároky na množstvo a kvalitu služieb dlhodobej starostlivosti o seniorov; • migrácia obyvateľstva, najmä odchod obyvateľov v mladšom pracovnom veku do 45 rokov z vidieckych sídiel; • nedostatok financií na zabezpečenie činnosti CISZS (nižšie príjmy z podielových daní, najmä v období ekonomickej stagnácie, či dokonca recesie).

Prameň: Vlastné spracovanie.

Na základe prieskumu komunitných plánov obcí z troch vybraných mikroregiónov BBSK môžeme konštatovať, že až na niekoľko výnimiek pri spracovaní väčšiny KPSS neboli dodržané základné princípy ich tvorby. Analýza súčasného stavu poskytovania sociálnych služieb, ktorá má byť východiskom pre stanovenie cieľov KPSS, vychádza spravidla z niekoľkých vybraných ukazovateľov, ktoré majú charakterizovať obec z hľadiska jej demografie, ekonomických,

¹⁴ Hoci legislatíva obciam umožňuje aj v súčasnosti spolupracovať a spoločne tvoriť komunitné plány rozvoja sociálnych služieb, obce túto možnosť dostatočne nevyužívajú a skôr sa stretávajú s komunitnými plánmi, ktoré obce navzájom kopírujú.

¹⁵ Je všeobecne známe, že na Slovensku je nedostatok opatrovateľiek a odborného zdravotníckeho personálu. Vo viacerých komunitných plánoch obcí sa ako jeden z dôvodov nedostatočného poskytovania sociálnych služieb často uvádza práve nedostatok kvalifikovanej pracovnej sily.

sociálnych, politických a kultúrnych podmienok, a z dotazníkového prieskumu. Pri výbere ukazovateľov sa však obce sústreďujú viac na dáta týkajúce sa demografického vývoja, zatiaľ čo ekonomická situácia je spravidla charakterizovaná len jedným ukazovateľom a to mierou nezamestnanosti. Samotná špecifikácia sociálnych služieb, ktoré sú v obci potrebné, sa väčšinou obmedzuje na požiadavku opatrovateľskej služby, zabezpečenie stravovania pre seniorov, prípadne na riešenie bezbariérovosti v obci. Spôsob tvorby a spracovania dotazníkov, ani reprezentatívnosť vzorky nie sú z KPSS zrejmé a preto z dostupných údajov nie je možné vyhodnotiť, do akej miery plán zohľadňuje skutočné potreby obyvateľov obce.

Vo väčšine skúmaných KPSS chýbala konkretizácia cieľov, ich postupnosť a tiež realizovateľnosť. Plány neobsahujú časový harmonogram jednotlivých opatrení, čo súvisí s faktom, že v nich nie sú dostatočne zadefinované konkrétne a merateľné ciele. V súvislosti s otázkou realizovateľnosti opatrení a dosiahnuteľnosti stanovených cieľov je azda najvážnejším nedostatkom KPSS absencia finančného plánu. Plány neobsahujú vyčíslenie nákladov (ani predpokladaných či odhadovaných) na opatrenia a aktivity, pomocou ktorých sa majú dosiahnuť vytýčené ciele. Čo sa týka zdrojov financovania, niektoré plány ich síce uvádzajú, avšak veľmi všeobecne, resp. sa obmedzujú na jeden zdroj, t. j. rozpočet obce, pričom je evidentné, že rozpočtové zdroje obce ani v súčasnosti nepostačujú na financovanie napr. ekonomicky oprávnených nákladov na jej obyvateľov umiestnených v zariadeniach sociálnych služieb. Z hľadiska finančného zabezpečenia je preto realizovateľnosť KPSS spochybiteľná, resp. otázná. Pokiaľ nie sú naplánované jednotlivé činnosti, nie je definovaná ich finančná náročnosť a presný časový harmonogram, hodnotenie plnenia plánu sa obmedzuje len na všeobecnú kontrolu a predkladanie stručných správ jedenkrát za rok.

Okrem teoretických východísk, akými sú SWOT analýza a spracovanie komunitných plánov, je azda najdôležitejšou súčasťou druhej etapy výberu FZO jej praktická časť, ktorá pozostáva z niekoľkých aktivít. Prvou je poskytnutie čo najpodrobnejších informácií obciam o tom, čo je CISZS, aké sú jeho úlohy, ciele a podmienky fungovania, ale aj predpokladaná finančná participácia obce na danom projekte. Už pri výbere FZO by malo byť jasné, ktoré poskytované a zabezpečované služby a do akej miery bude obec financovať. Okrem činnosti a poslania CISZS je potrebné obce informovať aj o výhodách, ktoré môžu získať zo spolupráce s inými obcami a CISZS. Je to predovšetkým efektívnosť poskytovania sociálnych služieb prostredníctvom CISZS, ktorá by sa mala byť jasne deklarovať a podložiť faktami.

Následne je žiadúce vykonať dotazníkový prieskum na získanie spätnej väzby od obcí, najmä postoja starostov či poslancov obce k jej zapojeniu do FZO. Okrem kvantitatívnej analýzy tvoria výsledky dotazníkového prieskumu komplementárnu súčasť celého procesu výberu FZO. Ako už bolo spomenuté v Úvode tejto monografie, FZO by malo vytvoriť predpoklady pre koordinovaný, flexibilný a udržateľný systém poskytovania služieb sociálnej starostlivosti pre seniorov.

Vyhodnotenie dotazníka poskytne relevantné informácie pre vypracovanie ďalšej stratégie pre komunikáciu so starostami. Základným predpokladom pre to, aby CISZS plnilo svoje úlohy, je práve ochota starostov a vedenia obce spolupracovať a aktívne sa podieľať na činnosti CISZS. Po vyhodnotení spätnej väzby od starostov sa na záver druhej fázy výberu FZO vytvorí zoskupenie obcí, ktorých starostovia pokračujú v komunikácii na spoločných stretnutiach, s cieľom organizačne FZO ukotviť a súčasne rozhodnúť o výbere obce, v ktorej bude CISZS sídliť. V tejto fáze je opäť možné využiť QuantumGIS so zobrazením ciest a údajov o vzdialenostiach jednotlivých obcí od potenciálneho sídla CISZS.

2.4.3 Princípy a náplň činnosti CISZS

Navrhovaný model integrovanej sociálnej a zdravotnej starostlivosti vychádza nielen z potrieb a nedostatkov existujúceho systému poskytovania týchto služieb, ale aj zo skúseností z iných európskych krajín. Nasledovné princípy, na ktorých je model založený, rešpektujú podobné modely práce so seniormi v krajinách ako je Rakúsko, Švajčiarsko alebo Nórsko (World Bank, 2020):

- *Integrácia starostlivosti* spočíva v prepojení činností jednotlivých subjektov, ktoré sa podieľajú na poskytovaní, organizácii a riadení služieb súvisiacich s diagnózou, liečbou, starostlivosťou, rehabilitáciou a podporou zdravia. Cieľom integrácie je dosiahnuť vyššiu efektívnosť pri poskytovaní týchto služieb a súčasne zvýšiť ich kvalitu. Koordinácia poskytovania služieb zdravotnej a sociálnej starostlivosti, ktoré v súčasnosti poskytujú rôzne subjekty organizujúce svoju činnosť na základe rôznych princípov a v rámci viacerých schém financovania, je pre skvalitnenie týchto služieb nevyhnutná.
- *Individuálny prístup* zabezpečuje poskytovanie opatrovateľskej služby zameranej na jednotlivcov, rodiny a komunity, t. j. na úrovni miest a obcí. Pre jeho uplatnenie je potrebné pochopiť život každého človeka, jeho hodnoty, priority a preferencie (Šolcová et al., 2020). Tento prístup sa prioritne zameriava na potreby a očakávania jednotlivcov.
- *Komunitná starostlivosť* umožňuje jednotlivcom so zdravotným obmedzením alebo postihnutím zachovať si nezávislosť vo vlastnom prostredí a v spojení s miestnou komunitou. Komunitná starostlivosť vytvára podmienky a poskytuje seniorom také služby, ktoré im dovoľia aj vo vyššom veku zostať vo svojom domácom prostredí tak, aby sa v ňom cítili bezpečne. Ide teda najmä o zabezpečenie ambulantnej a terénnej starostlivosti, t. j. sprevádzanie seniora v jeho prirodzenom prostredí, na ktoré je zvyknutý. Týmto spôsobom je možné čo najviac oddialiť potrebu inštitucionalizovanej starostlivosti v zariadeniach na to určených.
- *Súlad s platnou legislatívou* – ide o princíp, ktorý na Slovensku v súčasnosti sťažuje práca v dvoch legislatívou oddelene upravených systémoch poskytovania zdravotných a sociálnych služieb s rozdelenými, nekomplementárnymi systémami financovania.

Podľa Svetovej banky (2020) model integrovanej starostlivosti o seniorov zahŕňa štyri základné komponenty, ktorými sú modely služieb, riadenia, integračného procesu a financovania. *Model služieb* na jednej strane analyzuje existujúce sociálne a zdravotné služby, na druhej strane navrhuje zlepšenia priestorového rozmiestnenia, dostupnosti a integrácie zdravotných a sociálnych služieb v cieľovom území. *Model riadenia* definuje inštitucionálnu štruktúru integrovanej starostlivosti. Navrhuje optimálne rozdelenie úloh a zodpovedností medzi kľúčovými poskytovateľmi a definuje ich vzájomné vzťahy. Analyzuje aj možnosti optimálneho právneho rámca. *Model integračného procesu* kladie praktické základy integrácie sociálnej a zdravotnej starostlivosti. Identifikuje hlavné funkcie, rozsah činností a potrebných procesov, ktoré má subjekt zodpovedný za integráciu služieb vykonávať a riadiť. *Model financovania* opisuje nielen existujúce, ale aj navrhované budúce schémy financovania sociálnych a zdravotných služieb, ich integráciu a predpokladanú výšku potrebných nákladov a príspevkov.

Ako sme už viackrát uviedli, model CISZS vychádza z myšlienky, ktorá reflektuje potrebu plnenia národných priorít, tak ako ich v oblasti poskytovania a zabezpečovania sociálnych služieb definovalo MPSVR SR na roky 2021 až 2030. *Národné priority rozvoja sociálnych služieb a Stratégia dlhodobej starostlivosti v SR* (MPSVR, 2021a., b.) vychádzajú z reálnych problémov a potrieb, ktoré sa stále naliehavejšie prejavujú na komunitnej úrovni. Ak vychádzame z empirického prieskumu, potom je opodstatnenosť potreby prechodu z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť, či zavedenie systému integrovanej starostlivosti evidentná. Sú to teda práve národné priority, ktoré determinujú jednotlivé činnosti CISZS. Pri ich vymedzení vychádzame zo zákonom definovaných foriem a druhov sociálnych služieb (Zákon č. 448/2008 Z. z.).

Prostredníctvom CISZS sa majú poskytovať sociálne služby *ambulantnou a terénnou formou*. V rámci týchto dvoch foriem môžu centrá zabezpečovať a poskytovať nasledovné *druhy sociálnych služieb*:

- terénne sociálne služby krízovej intervencie, ktoré sa zameriavajú najmä na vyhľadávanie osôb v nepriaznivej sociálnej situácii, ale ich obsahom sú aj odborné, obslužné a ďalšie činnosti preventívneho charakteru, sociálne poradenstvo a sociálna rehabilitácia, ako aj pomoc pri uplatňovaní práv a právom chránených záujmov;
- sociálne služby na riešenie nepriaznivej sociálnej situácie z dôvodu ťažkého zdravotného postihnutia, nepriaznivého zdravotného stavu alebo z dôvodu dovŕšenia dôchodkového veku. V rámci tohto druhu ide najmä o poskytovanie domácej opatrovateľskej a prepravnej služby, sprievodcovskej služby, sprostredkovanie osobnej asistencie a tiež požičiavanie pomôcok;
- sociálne služby s použitím telekomunikačných technológií, ako sú monitorovanie, signalizácia potreby pomoci a krízová pomoc poskytovaná prostredníctvom týchto technológií;

- podporné služby, akými sú napríklad odľahčovacia služba, pomoc pri zabezpečovaní opatrovníckych práv a povinností, podpora samostatného bývania.

V rámci uvedených druhov služieb CISZS majú vykonávať *odborné a ďalšie činnosti*. V prípade *odborných činností* ide najmä o základné a špecializované sociálne poradenstvo, pomoc pri uplatňovaní práv a právom chránených záujmov, pomoc pri odkázanosti fyzickej osoby na pomoc inej fyzickej osoby (opatrovateľská služba), sociálnu rehabilitáciu, sprostredkovanie osobnej asistencie a tiež preventívne aktivity. V tejto súvislosti je nevyhnutnou činnosťou najmä základné sociálne poradenstvo, ktoré by malo byť súčasťou každej sociálnej služby. K dôležitým odborným činnostiam v rámci starostlivosti o domácnosť patrí opatrovateľská služba, ktorá zahŕňa úkony ako poskytovanie stravy prostredníctvom jej donášky do domácnosti, upratovanie, pranie, žehlenie a tiež pomoc pri vykonávaní nevyhnutnej základnej osobnej hygieny. Empirické výskumy ukazujú, že seniori často nemajú základné informácie o tom, kde a ako môžu získať v danej situácii potrebnú a aj odbornú pomoc. Medzi odborné činnosti, ktoré má CISZS vykonávať, patrí aj sociálna rehabilitácia, ktorej cieľom je najmä dosiahnutie sebestačnosti seniora. Táto služba je zameraná na podporu samostatnosti, nezávislosti a sebestačnosti fyzickej osoby, na pomoc pri celkovej prevádzke domácnosti, pri zapojení seniora do komunitného života a tiež pri predchádzaní krízových situácií, príp. ich riešení. Ide o činnosti, ktoré podporujú nezávislosť človeka, samostatnosť pri úkonoch sebaobsluhy, pri starostlivosti o domácnosť s prípadným využitím a zapojením rodinných príslušníkov a členov miestnej komunity. Štyri z uvedených odborných činností (sociálne poradenstvo, pomoc pri uplatňovaní práv a právom chránených záujmov, preventívne aktivity a sociálna rehabilitácia) sa poskytujú aj v rámci podporných služieb, konkrétne podporou samostatného bývania. Rovnako dôležité sú aj odborné činnosti, ktorých náplň predstavujú preventívne aktivity. Ich cieľom je predchádzať, prípadne zabrániť vzniku rizikových situácií, ktoré veľakrát vyplývajú z nevedomosti a následne aj z nevhodného konania či už samotného seniora alebo niekoho v jeho blízkom okolí. Preventívne aktivity sú v praxi často opomínané a nevenuje sa im dostatočná pozornosť, pričom pri ich správnom uplatňovaní, by bolo možné mnohým rizikovým situáciám predísť.

Vytvorenie vhodných podmienok, ktoré by dovoľovali seniorom zostať aj vo vyššom veku v domácom prostredí, je podmienené celým radom *ďalších činností*. Tieto zahŕňajú napríklad poskytovanie prepravy, pričom využitie tejto služby sa viaže na nepriaznivý zdravotný stav, ktorý musí byť preukázaný potvrdením poskytovateľa zdravotnej starostlivosti rovnako ako aj v prípade požičiavania zdravotných pomôcok. Ak ide o ťažké zdravotné postihnutie a odkázanosť na pomôcku, je potrebný aj posudok od príslušného úradu práce, sociálnych vecí a rodiny. Dôležitou podpornou službou je aj tzv. odľahčovacia služba, ktorú CISZS poskytuje v spolupráci s opatrovateľskou službou alebo sprostredkovane spoluprácou s domovmi sociálnych služieb. Cieľom poskytovania odľahčovacej služby je pomoc osobám, ktoré opatrujú jednotlivcov s ťažkým zdravotným

postihnutím v čase, keď opatrovanie nemôžu vykonávať. Už samotný názov služby naznačuje, že má umožniť regeneráciu síl, fyzický aj duševný oddych tým, ktorí opatrujú ťažko zdravotne postihnuté osoby, a to po dobu najviac 30 dní v roku.

Skúsenosti s dlhodobou starostlivosťou o seniorov ukazujú, že jej nevyhnutnou súčasťou, tak pri ambulantnej ako terénnej forme poskytovania sociálnych služieb, je ošetrovateľská starostlivosť. Z tohto dôvodu CISZS spolupracujú s agentúrami domácej ošetrovateľskej starostlivosti ADOS. Tieto agentúry zamestnávajú odborný zdravotnícky personál, najmä zdravotné sestry, ktoré v spolupráci s ambulantnými lekármi, prípadne špecialistami, poskytujú seniorom ošetrovateľskú starostlivosť, pomáhajú pri zabezpečovaní rôznych vyšetrení u lekárov špecialistov, alebo aj s dopravou a sprevádzaním k lekárovi. ADOS poskytujú komplexnú domácu ošetrovateľskú starostlivosť osobám, pri ktorých sa predpokladá, že ich zdravotný stav si nebude vyžadovať nepretržitý pobyt v zdravotníckom zariadení ústavnej zdravotnej starostlivosti, a tiež osobám, ktoré poskytnutie ústavnej zdravotnej starostlivosti odmietli. Spolupráca a koordinácia činností CISZS a ADOS je pre poskytovanie integrovanej sociálnej a zdravotnej starostlivosti seniorom v domácom prostredí nevyhnutná.

Ako sme už vyššie spomenuli, zamestnanci CISZS poskytujú sociálne poradenstvo ohľadom poberania peňažného príspevku na opatrovanie. Tento príspevok je okrem poskytovania samotných sociálnych služieb dôležitým predpokladom pre zotrvanie seniora odkázaného na pomoc inej osoby vo svojom prirodzenom prostredí. Príspevok poskytuje príslušný úrad práce, sociálnych vecí a rodiny fyzickej osobe, ktorá sa osobne stará o človeka odkázaného na opatrovanie. Novela Zákona č. 447/2008 Z.z. o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia určuje výšku príspevku individuálne, a to v závislosti od viacerých kritérií, napr. kto opatruje odkázanú fyzickú osobu, či je opatrovateľ v produktívnom veku alebo poberateľ dôchodkovej dávky, ďalej od výšky príjmu opatrovanej osoby a opatrovateľa, prípadne v závislosti od toho, či opatrovaná osoba je prijímateľom sociálnych služieb. Počet poberateľov príspevku na opatrovanie sa v posledných dvoch rokoch výrazne nemenil. V súvislosti so sociálnymi službami je dôležité sledovať aj túto cieľovú skupinu, pretože poberatelia príspevku na opatrovanie sú potencionálnymi žiadateľmi sociálnych služieb, hlavne v tých prípadoch, ak dôjde k výraznému zhoršeniu zdravotného stavu opatrovanej osoby alebo ak opatrovateľ nie je schopný sa postarať o opatrovanú osobu z rôznych iných dôvodov.

Špecifickým druhom sociálnych služieb sú tie, ktoré sa vykonávajú s použitím telekomunikačných technológií. CISZS poskytuje službu monitorovania a signalizácie potreby pomocou tzv. SOS náramkov. Prenajíma monitorovacie náramky, ktoré môžu seniori použiť v prípade akútneho ohrozenia života, najmä, ak nie sú schopní v danej situácii použiť mobilný telefón, v dôsledku náhleho zhoršenia zdravia alebo v prípade úrazu. Monitorovacie centrum následne zabezpečí potrebnú pomoc v podobe rýchlej zdravotnej starostlivosti, prípadne pomoci od príbuzných

alebo aj polície. Seniori môžu SOS náramky využiť tiež v prípade neželaných návštev a akéhokoľvek ohrozenia života. Poskytovanie monitorovacej služby je dôležitým prvkom rozvoja komunitnej starostlivosti napomáhajúcim tomu, aby sa ľudia v staršom veku, ktorí túžia zostať v domácom prostredí necítili osamelo a nemali strach, že v prípade potreby sa nedovolia pomoci.

Využitie technológie SOS náramkov má aj ekonomický rozmer, nakoľko skúsenosti CISZS ukazujú, že ročné náklady na zabezpečenie monitorovania a signalizácie potreby pomoci predstavujú 912,50 € (76 €/mesiac) na klienta. Pre mnohých seniorov ide o nezanedbateľnú sumu, avšak ak táto služba dovoľí seniorovi prežívať kvalitnejšie svoj každodenný život doma v jeho prirodzenom prostredí, bolo by vhodným riešením, keby sa na uhrádzaní nákladov na toto zariadenie mohlo podieľať CISZS. Je potrebné dodať, že počas pilotnej prevádzky prvé tri CISZS uhrádzajú plnú výšku poplatku za monitorovanie a signalizáciu potreby pomoci.

Uvedené činnosti CISZS v oblasti sociálnych a zdravotných služieb v sebe zahŕňajú najmä podporu občanov pri zabezpečení potrebnej sociálnej a zdravotnej starostlivosti a vykonávanie aktivít na podporu zdravia obyvateľstva na území mikroregiónu. Zamestnanci centra okrem priamej činnosti pri poskytovaní služieb obyvateľom, pôsobia aj ako sprostredkovatelia, ktorí prepájajú služby tak, aby boli naplnené individuálne potreby klientov CISZS. Skúsenosti pracovníkov CISZS potvrdzujú dôležitosť integrácie a koordinácie doposiaľ fragmentovaných systémov sociálnej a zdravotnej starostlivosti, pretože občanovi umožňujú dostať adekvátnu podporu a informácie na jednom mieste.

2.5 Zriadenie CISZS

Inštitúcia s názvom Centrum integrovanej sociálno-zdravotnej starostlivosti sa v legislatíve SR v súčasnosti nevyskytuje a preto, ak uvažujeme o jej zriadení, nie je možné sa oprieť o jej vopred vymedzenú organizačno-právnu formu. Jej zriadenie však nijako neodporuje existujúcej legislatíve, práve naopak, z hľadiska účelu daná inštitúcia pomáha naplňovať viaceré záväzky z oblasti sociálnej a zdravotnej starostlivosti, ku ktorým sa SR v minulosti prihlásila. Takýmto dokumentom je napríklad *Uznesenie Valného zhromaždenia OSN* z roku 1991, ktoré v časti nazvanej *Starostlivosť* definuje v bodoch 10 až 14 základné potreby a služby (sociálne aj zdravotné), ktoré sa majú seniorom poskytovať. Podľa tohto uznesenia seniori by mali mať prístup k primeranej potrave, vode, prístrešku, šatstvu, ale aj zdravotnej starostlivosti, ktorá im pomôže udržať alebo znovu získať optimálnu úroveň fyzickej, duševnej a emocionálnej pohody a zabrániť alebo oddialiť nástup choroby (OSN, 1991).

Zriaďovanie CISZS je aj v súlade s *Dohovorom o právach osôb so zdravotným postihnutím* (OSN, 2010), ktorého cieľom je presadzovať, chrániť a zabezpečovať plné a rovnaké využívanie všetkých ľudských práv a základných slobôd všetkými osobami so zdravotným postihnutím, a podporovať úctu k ich prirodzenej

dôstojnosti. Pri naplnení týchto cieľov môžu CISZS prispieť k inklúzii zdravotne postihnutých jednotlivcov a seniorov, keďže práve oni, často zo zdravotných dôvodov, čelia rôznym prekážkam, ktoré bránia ich rovnoprávnemu zapojeniu do spoločnosti.

Dôležitosť zabezpečenia dlhodobej starostlivosti o seniorov zdôrazňuje aj *Akčný plán Európskeho piliera sociálnych práv* (EK, 2021). V kapitole III, ktorá je venovaná sociálnej ochrane a inklúzii, v Princípe 18 sa uvádza, že každý má právo na cenovo dostupné služby dlhodobej starostlivosti dobrej kvality, najmä na domácu starostlivosť a komunitné služby. Za východiskový a súčasne jeden z najstarších dokumentov, ktorý sa týka práv občanov súvisiacich s ich sociálnou ochranou, sa dá považovať *Zmluva Rady Európy* (RE, 1961) pod názvom *Európska sociálna charta*¹⁶, ktorá v prvej časti, v bodoch 13 a 14 definuje právo na sociálnu a zdravotnú pomoc a na využívanie služieb sociálnej starostlivosti.

Hoci slovenská legislatíva nepozná pojem CISZS, opodstatnenosť ich vzniku sa dá odvodiť predovšetkým zo Zákona č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách. Keďže centrá majú byť nástrojom viacúrovňového partnerstva, čo znamená, že majú umožniť prepojenie miestnej, a regionálnej úrovne a tiež prepojenie medzi sektorom zdravotníctva a sociálnych vecí, ich vznik sa opiera najmä o § 8 uvedeného zákona, podľa ktorého obce a vyššie územné celky (VÚC) v rozsahu svojej pôsobnosti zabezpečujú dostupnosť sociálnych služieb pre fyzické osoby, ktoré sú odkázané na sociálne služby, a majú právo výberu sociálnych služieb. Okrem toho § 79 až 81 vymedzujú pôsobnosť ministerstva, obcí a vyšších územných celkov pri poskytovaní resp. zabezpečovaní sociálnych služieb. Podľa § 80 majú obce za úlohu posudzovať odkázanosť občanov na sociálnu službu a poskytovať alebo zabezpečiť poskytovanie vybraných druhov sociálnych služieb ako sú nocľahárne, nízkoprahové denné centrá, zariadenia pre seniorov, zariadenia opatrovateľskej služby, denné stacionáre, opatrovateľské služby, prepravné a odľahčovacie služby, terénne služby krízovej intervencie. Podľa § 81 vyšší územný celok zabezpečuje poskytovanie sociálnej služby v útulku, v domove na pol ceste, v zariadení núdzového bývania, v zariadení podporovaného bývania, v rehabilitačnom stredisku, v domove sociálnych služieb, v špecializovanom zariadení a v integračnom centre. Zákon tiež stanovuje obciam a VÚC povinnosti týkajúce sa plánovania a rozvoja sociálnych služieb. To znamená, že podľa § 83 majú obce vypracovať KPSS, a úlohou VÚC je spracovať koncepciu rozvoja sociálnych služieb pre príslušné územné obvody. Oba dokumenty majú byť spracované v súlade s Národnými prioritami rozvoja sociálnych služieb na príslušné roky¹⁷.

¹⁶ Slovenská republika ratifikovala Európsku sociálnu chartu a Dodatkový protokol k charte dňa 22.06.1998, pričom akceptovala 60 zo 72 odsekov charty a všetky 4 články dodatkového protokolu (pozn. autoriek).

¹⁷ V roku 2021 Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny zverejnilo aktuálny dokument: Národné priority rozvoja sociálnych služieb na roky 2021–30 (pozn. autoriek).

Zo všetkých uvedených dokumentov a v súčasnosti platných legislatívnych noriem vyplýva opodstatnenosť existencie CISZS, ktoré nielenže majú za cieľ integráciu sociálnych a zdravotných služieb, ale súčasne vytvárajú priestor pre vertikálne a horizontálne prepojenie inštitúcií, ktoré sú za tieto služby zodpovedné. Pokiaľ legislatíva na základe vymedzených kompetencií predpokladá pri poskytovaní a zabezpečovaní sociálnej a zdravotnej starostlivosti určitú mieru spolupráce medzi obcami, VÚC a ministerstvami, horizontálne prepojenie na úrovni obcí v danej oblasti prakticky neexistuje. Práve CISZS majú byť tou inštitúciou, ktorá vznikne na základe FZO, a v rámci ktorého sa obce dohodnú na spoločnom postupe pri poskytovaní a zabezpečovaní sociálnych služieb pre ich seniorov. K takejto dohode môže dôjsť napríklad uzatvorením zmluvy o vytvorení partnerstva¹⁸ medzi obcami, ktoré potom spoločne realizujú projekty alebo programy na predchádzanie vzniku alebo zmiernenie nepriaznivých sociálnych situácií svojich občanov.

Filipová, Machajdíkova (2022) v internom metodickom materiáli VÚC BBSK konštatujú, že princíp partnerstva je pre zriadenie CISZS zásadný. Jeho uplatnenie pri poskytovaní a zabezpečovaní sociálnych a zdravotných služieb predpokladá úzku spoluprácu samospráv navzájom, ale aj spoluprácu samosprávneho kraja, úradov práce sociálnych vecí a rodiny, neverejných poskytovateľov sociálnych služieb a ďalších organizácií. Princíp partnerstva je zároveň spojený s princípom subsidiarity, ktorý predpokladá, že rozhodnutia by sa mali prijímať na úrovni pre ich realizáciu najvhodnejšej, čo znamená, že ak nižší článok nie je schopný vykonať určitú úlohu, v rámci spolupráce ju preberá vyššia úroveň.

Okrem toho, že CISZS majú umožniť horizontálne a vertikálne prepájanie aktérov poskytujúcich a zabezpečujúcich sociálne a zdravotné služby pre seniorov, ich ďalšou úlohou je koordinácia sociálnej a zdravotnej starostlivosti. V nateraz platnej legislatíve nie je definovaná inštitúcia, ktorá by túto funkciu plnila v prípade, že sa táto starostlivosť poskytuje v domácom prostredí. Kým sa v sociálnych zariadeniach poskytujú aj zdravotné služby financované zo zdravotného poistenia (podľa § 3, odst. 15, Zákona č. 577/2004) a naopak, v zdravotníckych zariadeniach možno poskytovať aj sociálne služby, ktoré podľa zákona financujú samosprávy, poskytovanie sociálnej a zdravotnej starostlivosti v domácom prostredí nikto nekoordinuje. Sociálna starostlivosť, ktorá sa v domácom prostredí realizuje najmä v podobe opatrovateľskej služby, je v kompetencii obcí a miest, zatiaľ čo zdravotná starostlivosť, najmä v podobe ošetrovateľských úkonov, je v kompetencii zdravotníckych pracovníkov. Koordináciu služieb, za ktoré sú zodpovedné dva odlišné sektory (sociálny a zdravotný), v súčasnosti inštitucionálne nikto nezastrešuje, hoci práve pri domácej starostlivosti ide o nevyhnutnosť, keďže pri dlhodobej starostlivosti o seniorov je súčinnosť opatrovateľskej a ošetrovateľskej starostlivosti každodennou realitou.

¹⁸ Partnerstvo ako zoskupenie fyzických aj právnických osôb definuje § 4 Zákona č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách.

2.5.1 Komunitné plány sociálnych služieb ako predpoklad zriadenia CISZS

Významu a dôležitosti komunitných plánov sociálnych služieb (KPSS) sme sa v súvislosti so zriaďovaním CISZS čiastočne dotkli už v predchádzajúcej podkapitole. V tejto časti sa podrobnejšie venujeme samotnej príprave a spracovaniu komunitného plánu tak, aby sa KPSS stal prostriedkom naplnenia všetkých cieľov, ktoré si obec v oblasti poskytovania sociálnych služieb stanoví. Podľa § 83 Zákona 448/2008 z. z. o sociálnych službách obec má povinnosť vypracovať KPSS na základe národných priorít rozvoja sociálnych služieb, pričom zohľadňuje miestne špecifiká a potreby v oblasti sociálnych služieb poskytovaných v jej územnom obvode. KPSS definuje potreby obce v danej oblasti, určuje ako sa majú sociálne služby ďalej rozvíjať, vymedzuje potrebné personálne, finančné, prevádzkové, aj organizačné podmienky zabezpečenia a rozvoja sociálnych služieb. Povinnosťou obce je tiež predložiť schválený KPSS príslušnému vyššiemu územnému celku. Podľa Filipovej a kol. (2018) je komunitné plánovanie prínosom pre obec najmä preto, že:

- zvyšuje podiel občanov na rozhodovacom procese o spôsobe ich zabezpečovania, legitimizuje rozhodovanie riadiacich a zastupiteľských orgánov, pričom zapája všetkých účastníkov (užívateľov, poskytovateľov aj zadávateľov sociálnych služieb) do prípravy a uskutočňovania plánu sociálnych služieb;
- podporuje dialóg a spoluprácu medzi obyvateľmi a umožňuje objavovať nové ľudské aj materiálne zdroje;
- umožňuje združovať existujúce finančné aj materiálne zdroje a zvyšuje efektivitu ich využitia;
- zvyšuje dostupnosť a kvalitu sociálnych služieb a rozširuje ich ponuku, zabezpečuje, aby sociálne služby zodpovedali potrebám občanov a reflektovali lokálne odlišnosti.

Komunitné plánovanie sociálnych služieb je metóda, ktorou môžeme na úrovni obcí, zoskupenia obcí alebo na úrovni kraja plánovať sociálne služby tak, aby boli v súlade s národnými prioritami, miestnymi špecifikami a aby zodpovedali potrebám jednotlivých občanov daného územia. Obec v súlade so zákonom o sociálnych službách (Zákon č. 448/2008 Z.z.) vytvára podmienky na podporu komunitného rozvoja v oblasti poskytovania sociálnych služieb, utvára podmienky na komunitnú prácu a komunitnú rehabilitáciu za účelom predchádzania vzniku alebo predchádzania zhoršenia nepriaznivých sociálnych situácií či riešenia miestnych sociálnych problémov. Ide o otvorený proces, cieľom ktorého je :

- naplňovať potreby občanov pomocou dostupných a kvalitných foriem sociálnej pomoci,
- zabezpečovať zdroje na jednotlivé druhy sociálnych služieb,
- hľadať optimálne riešenia vo vybavenosti a efektívnosti sociálnych služieb, ktoré najlepšie zodpovedajú miestnym podmienkam a potrebám ľudí (Filipová, 2022).

Cieľom komunitného plánovania je zároveň posilňovať súdržnosť a solidaritu obyvateľov obce alebo funkčného zoskupenia obcí (FZO) ich zapájaním do vytvárania komunitného života. Životaschopná komunita obce alebo FZO môže konať tak, aby sa predišlo sociálnemu vylúčeniu najslabších jednotlivcov. Integrácia vylúčeného jednotlivca alebo rodiny späť do komunity je oveľa drahšia ako včasná intervencia. Hlavné princípy komunitného plánovania sociálnych služieb vysvetľujú Woleková, Mežianová (2001) takto:

- Partnerstvo medzi všetkými účastníkmi – potreby a ciele všetkých účastníkov majú rovnakú váhu. Názorom všetkých strán musí byť venovaný rovnaký priestor.
- Zapájanie miestneho spoločenstva – pri zapájaní miestnej komunity, obyvateľov daného územného celku, je nutné hľadať rôzne metódy a formy oslovenia a zapojenia tak, aby ponuka na spoluprácu bola zrozumiteľná (napr. podľa spôsobu života miestneho spoločenstva, záujmov, etnickej príslušnosti a i.). Nikto nemá byť diskriminovaný a vylučovaný.
- Hľadanie nových ľudských a finančných zdrojov – nemalo by sa zabúdať na spoluprácu s podnikateľmi, ktorí sa už v minulosti angažovali v tejto oblasti, na význam práce dobrovoľníkov v sociálnych službách, na svojpomocné skupiny, rodinnú starostlivosť, susedskú výpomoc. Komunitné plánovanie sociálnych služieb je jedným z nástrojov na celkové zlepšenie kvality života na dedine či v meste.
- Práca s informáciami – je nevyhnutné zabezpečiť rovnaký prístup k informáciám pre všetkých, ktorí sa plánovania zúčastňujú a zabezpečiť odovzdávanie informácií verejnosti. Ak budú informácie pravidelne odovzdávané, bude možné očakávať relevantné pripomienky a podnety. Je dôležité stanoviť, ako bude možné vznášať pripomienky a ako sa bude s pripomienkami nakladať.
- Priebeh spracovania komunitného plánu je rovnako dôležitý ako výsledný dokument – komunitné plánovanie nerobia experti. Proces komunitného plánovania znamená vyhľadávanie, zapájanie a diskusiu rôznych ľudí. Tento proces umožňuje, aby navrhnutý systém sociálnych služieb bol jedinečný a neopakovateľný a plne zodpovedal miestnym potrebám, podmienkam a zdrojom. To nevylučuje, aby sa proces komunitného plánovania profesionálne facilitoval a výsledný dokument, t. j. komunitný plán napísala poverená skupina alebo objednaný odborník.
- Zohľadnenie už vytvorenej a osvedčenej spolupráce – dobre fungujúca spolupráca môže byť inšpiráciou pre ostatných účastníkov komunitného plánovania. Prehĺbenie spolupráce medzi všetkými účastníkmi prináša kvalitnejšiu ponuku sociálnych služieb.
- Kompromis prania a možností – výsledkom komunitného plánovania je vždy kompromisné riešenie medzi tým, čo chceme a tým, čo máme k dispozícii. Možnosťami v tomto prípade nie sú iba materiálne, finančné a ľudské zdroje, ale tiež spoločná dohoda, ktorá vymedzuje, kto a ako sa bude na dosiahnutí cieľov komunitného plánu podieľať.

Povinnosť spracovať KPSS, ako uvádza Filipová (2022, vyplýva pre obce zo Zákona o sociálnych službách (č. 44/2008 Z. z.) Komunitné plánovanie a hlavne jeho implementácia nie je lacná záležitosť. Trendom v tejto oblasti je v poslednom období plánovanie pre väčšie územné celky. Väčšie obce alebo mestá sa rozhodujú spolupracovať pri vytváraní plánu s menšími obcami aj napriek tomu, že z právneho hľadiska nemusia k tomuto kroku pristupovať. V rámci prezentovaného modelu CISZS existuje aj legislatívna podpora v zákone o sociálnych službách (§ 4). Jedným z princípov integrovaného modelu starostlivosti o občana v danom území je tzv. participatívne komunitné plánovanie – vytvorenie spoločného komunitného plánu pre územie tvorené FZO. Komunitný plán považujeme za individuálny a špecifický dokument mapovania sociálnych služieb. Prináša riešenie potrieb a rozvoj v oblasti chýbajúcich či nedostatočných služieb. Je výsledkom mapovania potrieb konkrétnych obyvateľov obce, čo následne umožňuje uspokojovanie potrieb na základe lokálneho a priameho stavu obce. Úlohou koordinátorov komunitného plánovania sociálnych služieb v rámci navrhovaného integrovaného prístupu je:

- politicky a formálne zabezpečovať procesy komunitného plánovania sociálnych služieb;
- zabezpečovať predkladanie výstupov z procesu komunitného plánovania sociálnych služieb;
- zabezpečovať prepojenosť procesov plánovania s ďalšími strategickými dokumentami spracovanými vo funkčnom zoskupení obcí (napr. v otázkach bývania, vzdelávania, a pod.);
- zabezpečiť spoluprácu obcí a miest zoskupených vo funkčnom zoskupení obcí na komunitné plánovanie (Filipová, 2022).

Dôležitosť vytvorenia kvalitných KPSS je pre zabezpečovanie a rozvoj sociálnych služieb v obci evidentná, napriek tomu skúsenosti zo skúmaných KPSS troch mikroregiónov BBSK potvrdzujú ich veľké nedostatky. Spracovanie samotného komunitného plánu, ale aj východiskových podkladov k nemu je náročné a menšie obce spravidla na to nemajú vhodné personálne kapacity ani finančné prostriedky. Z tohto dôvodu je nepochybne výhodné spracovať KPSS pre viacero obcí spoločne, čo je aj jedným z cieľov vzájomnej spolupráce vytvorených FZO.

2.5.2 Právna forma a organizačná štruktúra CISZS

Ako sme už uviedli, existencia a ani organizačno-právna forma CISZS nie sú nateraz inštitucionálne ukotvené v slovenskej legislatíve, a preto pri jej vymedzení vychádzame najmä z charakteristík, princípov, popisu činnosti CISZS a tiež zo správy Svetovej banky (Sivaeu et al., 2020), ktorá v popise modelu integrovanej starostlivosti o starších ľudí v Južnom Gemeri zdôvodňuje opodstatnenosť založenia CISZS ako samostatnej organizácie. Filipová, Machajdíkova (2022) uvádzajú v metodike CISZS päť možností právnej formy centra, pričom za najvhodnejšiu považujú právnu formu neziskovej organizácie poskytujúcej

verejnoprospešné služby. Zákon č. 213/1997 Z.z. o neziskových organizáciách poskytujúcich všeobecne prospešné služby hneď na začiatku v § 2 uvádza medzi týmito službami poskytovanie zdravotnej starostlivosti, sociálnej pomoci a humanitárnej starostlivosti. Zákon ďalej opisuje spôsob založenia, vzniku aj zániku neziskovej organizácie a vymedzuje tiež jej orgány a ich právomoci. Transparentnosť financovania a jasná štruktúra riadenia, ktorú daný zákon priamo predpokladá, predstavuje argumenty podporujúce založenie CISZS ako neziskovej organizácie. Spôsob fungovania CISZS v tejto právnej forme je podmienený už samotným názvom. Nezisková organizácia síce môže generovať zisk, avšak musí ho celý použiť na plnenie svojho predmetu činnosti, teda na poskytovanie všeobecne prospešných služieb.

Orgánmi neziskovej organizácie poskytujúcej všeobecne prospešné služby sú správna rada, riaditeľ a dozorná rada, prípadne ďalšie orgány, ktoré môže definovať štatút. Zatiaľ čo správna rada je najvyšším orgánom neziskovej organizácie, riaditeľ je jej štatutárnym orgánom, ktorý riadi jej činnosť, koná v jej mene a zodpovedá sa správnej rade. Dozorná rada, resp. revízor je kontrolný orgán neziskovej organizácie, ktorý dohliada na jej činnosť. Keďže CISZS je výsledkom vzájomnej dohody funkčného zoskupenia obcí, ich zástupcovia v správnej a dozornej rade neziskovej organizácie preberajú na seba zodpovednosť za jej činnosť. Okrem uvedeného zákona, ktorý upravuje vznik, zánik a vo všeobecnosti aj fungovanie neziskovej organizácie, v prípade CISZS, ktoré poskytuje a zabezpečuje sociálne a zdravotné služby sa činnosť centra riadi aj ďalšími legislatívnymi normami, ktoré určujú podmienky poskytovania týchto služieb. V prípade sociálnych služieb ide o Zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách, ktorý definuje jednotlivé formy a druhy sociálnych služieb tak, ako sme ich uviedli v popise činnosti CISZS. V súvislosti so zabezpečením zdravotných služieb je smerodajný Zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, ktorý v § 8 v rámci poskytovania ambulantnej starostlivosti definuje v odst. 7 domácu ošetrovateľskú starostlivosť ako tú, ktorú poskytuje zdravotná sestra. V súvislosti s poskytovaním domácej ošetrovateľskej starostlivosti treba spomenúť aj Zákon č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve, ktorý v § 7, odst. 3 zahŕňa medzi zariadenia ambulantnej zdravotnej starostlivosti už spomínané agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti (ADOS).

Organizačná štruktúra CISZS vychádza z toho, ako zákon o neziskových organizáciách definuje ich orgány a právomoci. Najvyšším orgánom je správna rada, ktorej počet členov je v prípade CISZS podmienený veľkosťou a počtom obcí zoskupených za účelom vytvorenia centra. Na čele CISZS je riaditeľ, ktorému sú podriadení vedúci odborní pracovníci, z ktorých jeden je zodpovedný za oblasť sociálnych služieb a druhý za oblasť zdravotných služieb (Filipová, Machajdíkova, 2022). V rámci poskytovania sociálnych služieb by malo CISZS okrem odborného pracovníka pre sociálne služby zamestnávať opatrovateľky, ktorých počet je závislý od potrieb a počtu obyvateľov obcí v zoskupení. Okrem toho má odborný pracovník

sociálnych služieb vo svojej kompetencii aj zamestnancov prepravnej služby, t. j. vodiča a dispečera, a tiež zamestnanca podporných služieb, ktorý má na starosti požičiavanie kompenzačných pomôcok, koordináciu alebo sprostredkovanie monitorovacej služby a pod. Odborný pracovník pre oblasť zdravotných služieb, ktorý má koordinovať činnosti podporujúce zdravie a sprostredkovanie zdravotných služieb, by mal priamo riadiť činnosť aspoň jedného pracovníka tzv. *case* manažéra zameraného na prípravu individuálnych plánov starostlivosti o seniorov. Úloha *case* manažéra je nezastupiteľná, pokiaľ má centrum plniť funkciu integrácie sociálnych a zdravotných služieb. *Case* manažér pri zabezpečení komplexnej a dlhodobej starostlivosti o seniora je integrujúcim prvkom, ktorý spája viacero služieb, resp. poskytovateľov služieb tak sociálnej ako aj zdravotnej starostlivosti. Popri odborných pracovníkoch pre sociálne a zdravotné služby by mali na rovnakej úrovni riadenia pracovať aj ďalší odborný pracovník zabezpečujúci činnosti podporujúce integráciu takých sociálnych a zdravotných služieb ako napríklad sieťovanie, projektovú činnosť, zber dát, informovanie a pod. Uvedená štruktúra pracovníkov CISZS je v tejto fáze realizácie pilotného projektu len orientačnou a každé vzniknuté centrum ju bude musieť prispôsobiť špecifickým podmienkam mikroregiónu, v ktorom bude pôsobiť.

2.5.3 Financovanie CISZS

Jedným z najvážnejších a najakútnejším problémov starostlivosti o seniorov na Slovensku je problém financovania. Tak ako na jednej strane zhoršujúci sa demografický vývoj ohrozuje finančnú udržiateľnosť dôchodkového systému, tak na druhej strane rastúci počet seniorov vyžaduje stále viac finančných zdrojov na zabezpečenie kvalitnej sociálnej a zdravotnej starostlivosti. Navrhovaný model centier integrovanej sociálno-zdravotnej starostlivosti má okrem iného priniesť efektívnejšie využitie týchto zdrojov prostredníctvom naplnenia národných priorít, a to prechodom z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť a integráciou sociálnej a zdravotnej starostlivosti.

Pri zostavovaní modelu financovania CISZS vychádzame z jeho organizačno-právnej formy, teda zo situácie, že centrum je založené ako nezisková organizácia poskytujúca všeobecne prospešné služby. K základným charakteristikám financovania neziskovej organizácie patrí viaczdrojové financovanie, teda organizácia má viacero rôznorodých príjmov. Samotný pojem *finančnej udržiateľnosti* navrhovaného modelu CISZS v tomto kontexte neznamená len dostatok financií, ale ide najmä o schopnosť zabezpečiť a manažovať príjmy rôzneho druhu z rozličných zdrojov. Môžu to byť príjmy z verejných zdrojov, ktoré sú stabilné a v rámci platnej legislatívy garantované, ale aj príjmy zo súkromných zdrojov, napríklad príjmy z dotácií a grantov na rozvoj činnosti, či rôzne formy darov a tiež vlastné príjmy, t. j. samofinancovanie. V prípade samofinancovania CISZS môže ísť o príjmy z vlastnej činnosti, napríklad z poskytovania niektorých druhov sociálnych služieb. Súčasťou činností, ktoré sú spojené so zaobstaraním

dostatočných finančných zdrojov pre fungovanie neziskovej organizácie, je tzv. fundraising. Aj keď procesy, ktoré označujeme pojmom *fundraising*, neoznačujú len získavanie peňažných prostriedkov na činnosť neziskovej organizácie, spravidla ich hlavnou náplňou je práve zabezpečenie viacerých zdrojov financovania.

V prípade CISZS môžeme hovoriť o niekoľkých systémových garantovaných zdrojoch financovania pri poskytovaní sociálnych služieb, ktoré tvoria najmä finančné príspevky z rozpočtu Ministerstva práce sociálnych vecí a rodiny (MPSVaR), definované Zákom č. 448/2008 o sociálnych službách. Aby nedochádzalo k nedorozumeniam pri výklade uvedeného zákona, bolo by vhodné a potrebné, aby sa CISZS doplnilo do zákona ako jedno zo zariadení, ktoré je špecifické práve integráciou sociálnych a zdravotných služieb. V prípade zabezpečovania zdravotných služieb ide o financovanie v rámci systému zdravotného poistenia podľa Zákona č. 577/2004 Z. z. o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti. Na základe § 3, odst. 15 uvedeného zákona je možné uhrádzať ošetrovateľskú starostlivosť v zariadeniach sociálnych služieb. Okrem toho, v súvislosti s činnosťou CISZS, ktorých cieľom je poskytovanie sociálnych a zdravotných služieb, pokiaľ je to možné, v domácom prostredí, Zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov hovorí v § 8, odst. 7 o domácej ošetrovateľskej starostlivosti. Túto starostlivosť poskytuje sestra s príslušnou odbornou spôsobilosťou metódou ošetrovateľského procesu.

Ďalším dôležitým zdrojom financovania činnosti CISZS sú rozpočty obcí a vyšších územných celkov (VÚC). Vzhľadom na to, že založenie CISZS je výsledkom dohody funkčného zoskupenia obcí (FZO), je prirodzené, že obce budú zo svojich rozpočtov prispievať na činnosť centra aj z toho dôvodu, že poskytovanie opatrovateľskej služby, ktorú centrá poskytujú, je ich originálnou kompetenciou. Podľa Zákona č. 564/2004 Z. z. o rozpočtovom určení výnosu dane z príjmov územnej samosprávy a Nariadenia vlády Slovenskej republiky o rozdeľovaní výnosu dane z príjmov územnej samosprávy 668/2004 sa obciam prideluje 5 % výnosu tejto dane podľa počtu obyvateľov obce, ktorí dovŕšili vek 62 rokov. Z pohľadu financovania CISZS možno považovať sumu zodpovedajúcu piatim percentám výnosu dane z príjmu fyzických osôb za čiastku, určenú na plnenie uvedenej originálnej kompetencie obce.

Medzi zdroje financovania CISZS možno zaradiť aj príjmy z rozpočtu VÚC, nakoľko aj tieto sú podľa § 3 Zákona č. 448/2008 Z. z. uvedené medzi poskytovateľmi sociálnych služieb buď prostredníctvom právnických osôb zriadených VÚC alebo priamo, a to v prípade, že poskytujú základné sociálne poradenstvo.

Významným zdrojom financovania činnosti CISZS sa môžu stať prostriedky z európskych štrukturálnych a investičných fondov (EŠIF), a to najmä z Európskeho sociálneho fondu (ESF+). V rámci nového programového obdobia rokov 2021 až

2027 Európska komisia (2022) schválila dokument pod názvom *Program Slovensko*. Program definuje 8 priorít cieľa politiky pod názvom *Sociálnejšia a inkluzívnejšia Európa vykonávajúca európsky pilier sociálnych práv*. Činnosť CISZS súvisí najmä s dvomi prioritami a to s prioritou 4P5 nazvanou *Aktívne začlenenie a dostupné služby*, kde je medzi špecifickými cieľmi uvedené zlepšovanie rovného a včasného prístupu ku kvalitným a cenovo dostupným službám a k individualizovanej starostlivosti vrátane zdravotnej, ako aj modernizácia systémov sociálnej ochrany. Druhou je priorita 4P7 *Sociálne inovácie a experimenty*, ktorej jedným zo špecifických cieľov je vytváranie nástrojov na podporu sociálnych inovácií v regiónoch. Práve CISZS môžeme považovať za inovatívny prvok v sieti zariadení poskytujúcich sociálne a zdravotné služby seniorom. Medzi hlavnými cieľovými skupinami oboch priorít sú uvedené fyzické osoby v nepriaznivej sociálnej situácii, prijímatelia sociálnych služieb, seniori, a tiež osoby odkázané na pomoc inej osoby.

Na základe skúseností s implementáciou projektu *“Centrá sociálnych služieb ako nástroj viacúrovňového partnerstva pri poskytovaní dlhodobej starostlivosti na komunitnej úrovni na Slovensku”* vidíme naliehavú potrebu legislatívneho ukotvenia CISZS a zadefinovanie činností, ktoré poskytujú a zabezpečujú. Považujeme za potrebné vytvoriť také legislatívne prostredie, ktoré aj na úrovni samospráv či ich partnerstiev podporí využívanie už existujúcich nástrojov a služieb z oblasti sociálnej a zdravotnej na ich integráciu. Legislatívne zázemie je dôležité tiež z hľadiska zabezpečenia financovania zriadených CISZS, vrátane ich možností požiadať o financovanie z grantov národných projektov EÚ.

Ďalšími zdrojmi financovania CISZS môžu byť i dotácie príslušného ministerstva, v tomto prípade ide najmä o dotačné schémy MPSVaR. Ministerstvo poskytuje dotácie na podporu rozvoja sociálnej oblasti na základe Zákona č. 544/2010 Z. z. o dotáciách v pôsobnosti MPSVaR v znení neskorších predpisov. Podľa § 3 uvedeného zákona sa dotácie môžu poskytnúť na mzdy zamestnancov, ktorí priamo vykonávajú špecializované sociálne poradenstvo a sociálnu rehabilitáciu ako samostatné odborné činnosti. Z dotácií sa dá financovaný napríklad aj nákup osobného motorového vozidla na podporu poskytovania terénnej formy sociálnej služby či opatrovateľskej služby, a tiež nákup materiálno-technického vybavenia v zariadeniach sociálnych služieb. Žiadateľom o dotáciu môže byť v prípade CISZS obec alebo združenie obcí (FZO), ktoré centrum ako neziskovú organizáciu založili. Z dotácií Ministerstva zdravotníctva (MZ), podľa Zákona č. 525/2010 Z. z. o poskytovaní dotácií MZ SR, je možné podľa § 2 financovať najmä organizovanie odborných a verejno-vzdelávacích podujatí so zdravotníckou tematikou.

V súčasnosti sa potenciálnym zdrojom financovania CISZS stali aj prostriedky z Plánu obnovy a odolnosti (MPSVaR, 2021). Ministerstvo zdravotníctva SR poskytuje možnosť získať prostriedky z tohto plánu v rámci komponentu 13, ktorého cieľom je zabezpečiť kvalitnú, dostupnú a komplexnú podporu ľudí s potrebou dlhodobej a paliatívnej starostlivosti, čím sa zvýši inklúzia týchto osôb do spoločnosti, ako aj miera ich sociálnej ochrany. Pre naplnenie tohto cieľa chce

MPSVaR realizovať tri reformy týkajúce sa integrácie a financovania dlhodobej sociálnej a zdravotnej starostlivosti, ďalej posudkovej činnosti a dohľadu nad sociálnou starostlivosťou, a tiež zabezpečenia infraštruktúry pre jej implementáciu. Popri reformách sa majú realizovať aj investície na rozšírenie kapacít komunitnej sociálnej starostlivosti. V súvislosti s činnosťou CISZS je aktuálna najmä výstavba nových ambulantných zariadení. Ministerstvo zdravotníctva SR v rámci uvedeného komponentu 13, podporuje rozšírenie a obnovenie kapacít pobytovej paliatívnej starostlivosti, rozšírenie a obnovenie siete mobilných hospicov, ako aj rozšírenie siete domácej ošetrovateľskej starostlivosti, ktoré môžu prispieť k urýchleniu deinštitucionalizácie a súčasne k zníženiu záťaže neformálnych opatrovateľov.

Pre komplexné ponímanie financovania CISZS je potrebné venovať sa nielen príjmovej časti, teda zdrojom financovania, ale aj nákladom, s ktorými je činnosť centier nevyhnutne spojená. CISZS ako nezisková organizácia si určuje výšku predpokladaných nákladov pri tvorbe svojho rozpočtu, pričom tieto náklady v zásade člení na dve skupiny, a to na náklady spojené s hlavnou činnosťou, pre ktorú bolo centrum zriadené, a na náklady na podnikateľskú činnosť, pokiaľ takúto činnosť vykonáva. Ďalej CISZS eviduje svoje náklady podľa nákladových druhov, napríklad náklady na služby, mzdové náklady, osobné náklady na zamestnancov, dane, poplatky a všetky ďalšie prevádzkové náklady, ktoré sú nevyhnutné na zabezpečenie každodennej prevádzky centra.

2.6 Analýza dopytu po sociálnych službách vo vybraných regiónoch

Uplatnením metodiky v prvej a druhej etape výberu funkčných zoskupení obcí (FZO) sme identifikovali mikroregióny pre zriadenie CISZS. Ide o tri mikroregióny Banská Štiavnica, Novohradské Podzámčie a Veľký Potok – Ipeľ. Zatiaľ čo prvý mikroregión sa územne stotožňuje s okresom Banská Štiavnica a zahŕňa aj dve obce z okresu Krupina, druhý je na území okresu Lučenec a tretí mikroregión sa nachádza v okrese Veľký Krtíš. Pred samotným zriadením centier bolo potrebné identifikovať potreby seniorov v oblasti služieb sociálnej a zdravotnej starostlivosti. Zriadeniu CISZS teda predchádzala analýza dopytu po uvedených službách formou dotazníkového prieskumu. Uskutočnil sa vo vybraných FZO, ktoré v konečnom dôsledku viac či menej kopírujú už existujúce mikroregióny na danom území.

Realizáciou dotazníkového prieskumu bola poverená, na základe zmluvy o dielo uzatvorenej s Banskobystrickým samosprávnym krajom, spoločnosť Actly. Predmet zákazky spočíval v zbere údajov a realizácii reprezentatívneho prieskumu medzi seniormi vo vybraných troch regiónoch v BBSK v rámci implementácie projektu „Centrá sociálnych služieb ako nástroj viacúrovňového partnerstva pri poskytovaní dlhodobej starostlivosti na komunitnej úrovni na Slovensku”.

Zber dát sa uskutočnil v čase od 30. 6. do 17. 7. 2021, pričom ho vo vybraných troch mikroregiónoch BBSK realizovali anketári spoločnosti Actly. Agentúra deklarovala dodržanie požadovaných parametrov výberového súboru. Išlo najmä o veľkosť výberovej vzorky, ktorú tvorilo 600 oslovených respondentov v troch

mikroregiónoch, dodržanie reprezentatívnosti výberovej vzorky podľa podielu obyvateľov žijúcich v uvedených mikroregiónoch vo veku od 60 rokov (veková kategória 60+), reprezentatívnosti podľa dvoch vekových kategórií (60 – 74 a 75+) a podľa pohlavia respondentov. Kvóty pre výberový súbor boli stanovené na základe aktuálnych údajov zo Štatistického úradu SR o počte obyvateľov v obciach a ich vekovej štruktúre. Pri stanovení kvóty pre zloženie podľa pohlavia vychádzala agentúra z expertného odhadu.

Nástrojom zberu údajov bol dotazník, ktorý obsahoval 18 prevažne uzatvorených otázok a identifikáciu obce, z ktorej respondent pochádza. Desať otázok bolo zameraných na socio-demografický profil respondenta vo veku 60 a viac rokov, ostatné otázky mali meritórny charakter. Nosnú časť dotazníka tvorili otázky orientované na identifikáciu potrieb seniorov pri vykonávaní každodenných činností, výber tých činností, ktoré vyžadujú pomoc, aktuálne možnosti poskytnutia pomoci zo strany rodiny alebo blízkeho okolia a otázky na potenciálnu pomoc zo strany obce. Údaje z dotazníkového prieskumu predstavovali spolu 94 premenných a spracovali sme ich pomocou programom IBM SPSS 28.

Určujúcim faktorom pre rozsah a štruktúru potrieb, ako aj pre plánovanie poskytovania pomoci v obci, resp. na danom území je socio-demografická štruktúra populácie. Dotazníkovým prieskumom bola oslovená reprezentatívna vzorka obyvateľov vo veku od 60 rokov.

Mikroregión Novohradské Podzámčie tvorí funkčné zoskupenie 14 obcí: Ábelová, Gregorova Vieska, Halič, Lehôtka, Lentvora, Ľuboreč, Lupoč, Mašková, Podrečany, Polichno, Praha, Stará Halič, Tomášovce a Vidiná. Všetky obce sa nachádzajú v okrese Lučenec. V tomto mikroregióne anketári oslovili 143 respondentov, z toho 60 mužov a 83 žien. 101 respondentov sa nachádzalo vo vekovej kategórii 60 – 74 rokov, tri štvrtiny mali ukončené stredné vzdelanie. 35 respondentov deklarovalo, že žijú sami, ostatní žijú s rodičom/mi, s manželom/manželkou či partnerom/partnerkou, s deťmi alebo vo viacgeneračnej domácnosti. Všetci respondenti v regióne deklarovali rovnaký ekonomický status – starobný dôchodca. Rovnaké bolo tiež miesto bytovej domácnosti oslovených respondentov v regióne – byt alebo rodinný dom v osobnom vlastníctve. Vzhľadom na to, že veková kategória respondenta je výrazným determinantom pre vznik potreby poskytovania sociálnych služieb, všetky socio-demografické charakteristiky respondentov v dôchodcovských domácnostiach sme v tabuľkách zobrazili vo vzťahu k uvedenému znaku. Dôležitým fenoménom ovplyvňujúcim možnosť starostlivosti o staršie osoby sú príbuzní alebo blízki známi v ich najbližšom okolí. Preto sme u respondentov sledovali počet ich detí a vzdialenosť miesta ich bydliska od respondenta. Väčšina respondentov v mikroregióne vo veku od 60 rokov má aspoň jedno dieťa, ktoré býva v rovnakom okrese, a respondenti deklarovali relatívne vyššiu frekvenciu návštev (takmer polovicu respondentov navštevujú príbuzní denne).

Mikroregión Veľký Potok - Ipeľ tvorí funkčné zoskupenie 15 obcí : Balog nad Ipľom, Čelovce, Dolinka, Ďurkovce, Hrušov, Ipeľské Predmostie, Kamenné Kosihy, Kleňany, Kosihy nad Ipľom, Sečianky, Širákov, Trebušovce, Veľká Čalomija, Veľká Ves nad Ipľom, Vinica. Všetky obce sa nachádzajú v okrese Veľký Krtíš. Na otázky dotazníka odpovedalo celkovo 154 respondentov, z toho 61 mužov a 93 žien vo veku od 60 rokov. 68 % respondentov patrilo do vekovej kategórie 60 – 74 rokov. Takmer 80 % malo ukončené stredoškolské vzdelanie a takmer tretina respondentov deklarovala, že žijú v domácnosti sami. Väčšina opýtaných mala ekonomický status starobného dôchodcu (143 odpovedí), 2 boli invalidní dôchodcovia, 2 nezamestnaní, 6 osôb zamestnaných a 1 podnikateľ/ka. Všetci odpovedali, že miestom ich bývania je byt alebo rodinný dom v osobnom vlastníctve. 133 respondentov uviedlo, že majú deti, a až 115 žije v tom istom okrese ako ich deti. Pozitívnym zistením v mikroregióne Veľký Potok - Ipeľ je skutočnosť, že až tri štvrtiny detí alebo príbuzných navštevujú respondentov raz za týždeň alebo častejšie (podľa 99 respondentov ich navštevujú denne alebo niekoľkokrát za týždeň).

Funkčné zoskupenie obcí, ktoré sa spojili s cieľom vytvoriť CISZS v okrese Banská Štiavnica, tvorí 17 obcí, z toho 15 obcí je v okrese Banská Štiavnica: Baďan, Banská Belá, Banská Štiavnica, Banský Studenec, Beluj, Dekýš, Ilija, Kozelník, Močiar, Počúvadlo, Podhorie, Prenčov, Svätý Anton, Štiavnické Bane, Vysoká a dve obce v okrese Krupina: Kráľovce-Krnišov, Žibritov. V mikroregióne Banská Štiavnica (Štiavnicko) bolo reprezentatívnym prieskumom oslovených 303 respondentov vo veku od 60 rokov, z toho 125 mužov a 178 žien, pričom 71,28 % respondentov bolo vo veku 60 – 74 rokov. Tak ako v predchádzajúcich regiónoch, najvyšší podiel mali respondenti so stredoškolským vzdelaním (takmer 80 %). Viac ako 82 % respondentov má deti, pričom 72 % z nich žije v rovnakom okrese ako respondent. Rozdelenie súboru respondentov podľa ekonomického statusu potvrdilo prevahu kategórie starobných dôchodcov s početnosťou 192 osôb, jedného invalidného dôchodcu, 75 zamestnancov, 25 SZČO a 10 nezamestnaných osôb. 280 osôb býva v byte alebo rodinnom dome v osobnom vlastníctve, 10 v byte či rodinnom dome v komerčnom prenájme, 4 v mestskom/obecnom nájomnom byte a 9 osôb inde. 86 respondentov (t. j. 28 %) deklarovalo, že žijú sami. Analýzou vekovej štruktúry osamelo žijúcich respondentov sme zistili, že vo vekovej kategórii od 75 rokov je tento podiel až 46 %. Takmer štvrtinu respondentov danej vekovej kategórie navštevujú príbuzní len raz za mesiac, zriedkavejšie alebo vôbec, prípadne nemajú žiadnych príbuzných.

Problémom v uvedenom mikroregióne sa ukazuje byť vysoký podiel osamelo žijúcich osôb. Títo seniori patria medzi najzraniteľnejšiu skupinu populácie, preto je potrebné im venovať zvýšenú pozornosť. Samozrejme, osamelosť sa týka všetkých vekových skupín, no práve seniori sú náchylnejší k sociálnej izolácii predovšetkým preto, lebo sú viac ohrození celým radom zdravotných a sociálnych problémov, ktoré následne osamelosť determinujú. O sociálnej izolácii seniorov hovoria aj Morley a Glicken (2009), podľa ktorých je osamelosť seniorov vážnym, často

nepovšimnutým problémom. Seniori, u ktorých sa objavujú pocity osamelosti, sú vystavení zvýšenému riziku fyzických a duševných ochorení, vrátane predčasného úmrtia. Stanley et al. (2014) upozorňujú na to, že identifikáciou potenciálnych zdrojov sociálnej spolupatričnosti je možné prispieť k porozumeniu toho, ako podporovať zdravie a psychickú pohodu práve u starších dospelých. Osamelosť seniorov zároveň vplýva na zhoršenie ich zdravotného stavu. Podľa Pattersona a Veenstra (2010) chronická osamelosť výrazne zvyšuje riziko úmrtia, pretože toto riziko je významne vyššie u tých respondentov, ktorí sa cítia osamelí v porovnaní s tými, ktorí sa osamelými necítia nikdy alebo málokedy. Opierame sa o tvrdenie Eliasa, Nevilleho a Scotta (2015), ktorí tvrdia, že osamelosť, úzkosť a depresie sú bežnými problémami aj u starších dospelých, ktorí sú v dlhodobej starostlivosti, kvôli zhoršenému zdravotnému stavu. Absencia pozitívnych vzťahov je významným faktorom pre široko založené morbiditu a mortality. Niektoré výskumy v tejto oblasti naznačujú, že osamelosť zvyšuje citlivosť k sociálnym hrozbám a môže motivovať obnovu sociálnych kontaktov, ale na druhej strane výrazne narušuje výkonnostnú funkciu, spánok a duševnú pohodu (Cacioppo, 2014; Cacioppo, Capitanio, 2014). Za jednu z prevencií osamelosti sa považuje uspokojovanie potrieb seniorov. Podľa Hrozenskej a Dvořáčkovej (2013) v súvislosti s potrebami seniorov sa za významný pokladá koncept sociálneho fungovania. Princíp sociálneho fungovania je založený na rovnováhe medzi nárokmi jedinca a nárokmi prostredia, v ktorom jedinec žije. Tam, kde je porušená rovnováha medzi nárokmi prostredia a schopnosťami jedinca, vznikajú v sociálnom fungovaní problémy. Ak nastane nezhoda medzi nárokmi a schopnosťami, môže dôjsť k deprivácii ako dôsledku neuspokojenia potrieb. V roku 2021 počas pandémie COVID 19 zaviedlo Ministerstvo práce sociálnych vecí a rodiny SR v rámci poskytovania sociálneho poradenstva linky pomoci pre seniorov, kde mohli seniori získať potrebné informácie alebo sa s niekým porozprávať o svojich problémoch či o témach bežného života. MPSVaR zverejnilo kontakty na psychológov úradov práce, sociálnych vecí a rodiny a na organizácie, ktoré prevádzkujú príslušné telefónne linky. V bežnom živote však, vzhľadom na absenciu preventívnych kontaktov a akéhokoľvek monitorovania situácie osamelých žijúcich seniorov, častokrát dochádza k neskorému poskytovaniu primeranej pomoci a podpory. Aby sa zabránilo zhoršeniu zdravotného stavu, je potrebné pravidelne kontaktovať rizikové skupiny. Takýmito skupinami sú ovdovelí seniori (jeden až dva roky po ovdovení), seniori, ktorí sa starajú o seniorov, osamelí žijúci seniori bez možnosti socializácie, seniori, ktorí prestali pracovať a to buď odchodom do dôchodku, alebo boli prepustení, prestali šoférovať alebo vykonávať obľúbenú činnosť zo zdravotných dôvodov, seniori s nízkymi príjmami, s náhle zhoršeným zdravotným stavom a všetci tí, ktorí majú viac ako 80 rokov (World Bank, 2020).

V nasledujúcich podkapitolách sa budeme venovať meritórnej časti dotazníka a analýze údajov získaných dotazníkovým prieskumom v roku 2021 v jednotlivých mikroregiónoch.

2.6.1 Mikroregión Novohradské Podzámčie

Dotazníkového prieskumu v roku 2021 sa zúčastnilo 143 obyvateľov mikroregiónu, z toho 60 mužov a 83 žien. V hlavnej časti dotazníka odpovedali na otázky týkajúce sa potreby pomoci pri každodenných činnostiach, identifikácie subjektov, ktoré im túto pomoc poskytujú, a potencionálneho záujmu o činnosti, ktoré by im mohla obec pomôcť zabezpečiť.

Prvou zo skupiny otázok sme zisťovali, či pri vykonávaní každodenných činností potrebujú respondenti pomoc bez ohľadu na to, či im niekto pomáha. Zistili sme, že najintenzívnejšie pociťujú potrebu pomoci pri doprave motorovým vozidlom k lekárovi alebo na vybavenie úradných záležitostí (12,42 %), ďalej pri sprevádzaní k lekárovi a pri vybavovaní si úradných záležitostí (11,1 %) a tiež pri nákupe potravín a iného drobného tovaru (9,8 % z celkového počtu všetkých označení). Najväčšia záťaž z hľadiska poskytovania pomoci seniorom, bola podľa ich odpovedí na najbližšom okolí, pretože až takmer 89 % pomoci, ktorú označili, im poskytovala rodina, partneri, známi, susedia a priatelia.

V jednej z otázok respondenti vyjadrovali svoj postoj v prípade, že by obec potenciálne vedela zabezpečiť služby, uľahčujúce im vykonávanie jednotlivých činností. Potenciálny záujem vyjadrilo 24 respondentov z výberového súboru obyvateľov mikroregiónu vo veku od 60 rokov. Pri zovšeobecnení výsledkov daného súboru na celú populáciu obyvateľov mikroregiónu v uvedenej vekovej kategórii je možné s 95 % spoľahlivosťou očakávať od 10,7 do 22,9 % záujemcov o zabezpečenie služieb každodenných činností zo strany obce.

Potenciálny záujem prejavili respondenti najmä o služby prepravy (30,2 % z celkového počtu označení) a sprevádzania (15,87 % z počtu označení) či už k lekárovi alebo na vybavenie úradných záležitostí. Respondenti sa tiež vyjadrovali k tomu, akú maximálnu sumu by si mohli dovoliť platiť za v dotazníku označené služby, ktoré by im obec poskytla. 24 respondentov uviedlo, že si môže dovoliť platiť od 5 do 30 EUR mesačne, viac respondentov uviedlo skôr nižšiu sumu, polovica respondentov označila sumu do 15 EUR. V priemere na jedného respondenta pripadla suma $16,92 \pm 7,33$ EUR, ktorú si zo svojho príjmu môže dovoliť platiť za sociálne služby poskytované obcou. Zovšeobecnením výsledkov je možné s 95 % spoľahlivosťou očakávať potenciálnu ochotu obyvateľov mikroregiónu prispievať na služby obce v priemere od 13,82 do 20 EUR na záujemcu o služby vo veku od 60 rokov. 5 respondentov z 26 odpovedalo, že si hradia sami poplatky za sociálne služby, ktoré potrebujú, a všetci respondenti si ich hradia len z vlastného príjmu ale s ťažkosťami. Iba 2 využívajú opatrovateľskú službu, pričom na jej poskytovanie čakali krátko – v časovom intervale do dvoch mesiacov.

Obyvatelia mikroregiónu tiež odpovedali na otázku, v akom prostredí by uprednostnili poskytovanie sociálnych služieb. Zo 143 respondentov 142 (99,3 %) by uprednostnilo domáce prostredie, len 1 respondent by uprednostnil zariadenie podporovaného bývania (so samostatnými bytovými jednotkami).

2.6.2 Mikroregión Veľký Potok – Ipeľ

Dotazníkového prieskumu realizovaného v roku 2021 sa zúčastnilo 154 obyvateľov mikroregiónu, z toho 61 mužov a 93 žien. Respondenti odpovedali na otázku, či pri vykonávaní každodenných činností potrebujú pomoc bez ohľadu na to, či im niekto pomáha. Z oslovených respondentov 46 označilo túto potrebu. Aj v tomto mikroregióne respondenti najintenzívnejšie pociťujú potrebu pomoci pri doprave motorovým vozidlom k lekárovi alebo na vybavenie úradných záležitostí (16,8 % zo všetkých 226 označení), ďalej pri sprevádzaní k lekárovi a pri vybavovaní si úradných záležitostí (11,5 % označení), pri donáške alebo príprave stravy (11,5 %) a tiež pri nákupe potravín a iného drobného tovaru (10,5 %). Najviac označených činností pripadajúcich na respondenta bolo vo vekovej skupine 70 – 74 rokov (v priemere až 8,4), v ďalších vekových skupinách počet označených činností, s ktorými respondenti potrebujú pomoc rastie s vekom. Je zrejmé, že najväčšia záťaž, čo sa týka pomoci seniorom v mikroregióne, spočíva na najbližšom okolí, lebo až takmer 83 % označenej potrebnej pomoci poskytuje rodina, partneri, známi, susedia a priatelia.

Respondenti tiež vyjadrovali svoj postoj k využívaniu pomoci v prípade, že obec by potenciálne vedela zabezpečiť služby, uľahčujúce vykonávanie jednotlivých činností. Potenciálny záujem vyjadrilo 46 respondentov výberového súboru obyvateľov mikroregiónu vo veku od 60 rokov. Pri zovšeobecnení výsledkov výberu na celú populáciu obyvateľov mikroregiónu vo vekovej kategórii 60+ sa dá s 95 % spoľahlivosťou očakávať, že 22,6 až 37,1 % z nich bude mať záujem o to, aby im obec pomohla pri zabezpečovaní každodenných činností.

Potenciálny záujem prejavili respondenti mikroregiónu najmä o služby prepravy (32,48 % z celkového počtu označení) a sprevádzania či už k lekárovi alebo na vybavenie úradných záležitostí (17,95 % z počtu označení).

Na otázku, akú maximálnu sumu by si mohli dovoliť platiť za služby, ktoré by im obec poskytovala, 46 respondentov odpovedalo, že si môžu dovoliť platiť od 0 do 40 EUR mesačne, viac respondentov uviedlo skôr nižšiu sumu, polovica respondentov označila sumu do 10 EUR. V priemere na jedného respondenta pripadla suma $10,17 \pm 10$ EUR. Zovšeobecnenie výsledkov ukázalo 95 % spoľahlivosť vo vzťahu k potenciálnej ochote obyvateľov mikroregiónu prispievať na služby obce v priemere od 7,15 do 13,20 EUR na jedného záujemcu vo veku od 60 rokov.

Obyvatelia mikroregiónu tiež odpovedali na otázku, v akom prostredí by uprednostnili poskytovanie sociálnych služieb. Zo 154 respondentov by až 153 (99,4 %) preferovalo domáce prostredie, 1 respondent by uprednostnil zariadenie sociálnych služieb pre seniorov s celoročným pobytom.

3 respondenti uviedli, že si platia za sociálne služby, ktoré využívajú, bez ťažkostí len z vlastného príjmu, 5 len z vlastného príjmu, ale s ťažkosťami, 2 s finančným príspevom rodiny alebo niekoho iného, a 5 uviedli, že nevedia, ako

sa hradia ich platené sociálne služby. 1 respondent využíva opatrovateľskú službu, pričom na jej poskytovanie čakal v časovom intervale do dvoch mesiacov.

2.6.3 Mikroregión Banská Štiavnica (Štiavnicko)

Dotazníkového prieskumu v mikroregióne Štiavnicko sa zúčastnilo 303 respondentov, z toho 189 v meste Banská Štiavnica a 114 v ostatných obciach mikroregiónu, celkovo to bolo 125 mužov a 178 žien.

Z 303 oslovených respondentov 115 označilo potrebu pomoci pri vykonávaní každodenných činností. Podobne ako v predchádzajúcich dvoch regiónoch, respondenti najintenzívnejšie pociťujú potrebu pomoci pri doprave motorovým vozidlom k lekárovi alebo na vybavenie úradných záležitostí (potrebu pomoci pri tejto činnosti označilo až 61,7 % respondentov), ďalej pri sprevádzaní k lekárovi, pri vybavovaní si úradných záležitostí (60 %) a tiež pri nákupe potravín a iného drobného tovaru (49,6 %), ďalej v rámci starostlivosti o domácnosť (43,5 %) a donáške alebo príprave stravy (40 % respondentov). Najviac činností, s ktorými potrebujú pomoc, pripadá na osoby vo vekovej kategórii 85 – 89 rokov: v priemere bolo označených až 7,36 činností na osobu z celkového počtu 13 možných označení.

Zo 115 osôb, ktorí deklarovali potrebu pomoci, sa im pomoc dostáva v 104 prípadoch. Najintenzívnejšie pomáha najbližšie okolie, a to až v 84 % prípadoch všetkých deklarovaných činností, s ktorými respondenti potrebujú pomôcť.

V tejto súvislosti respondenti vyjadrovali svoj postoj v prípade, že obec by potenciálne vedela zabezpečiť služby, uľahčujúce im vykonávanie jednotlivých činností. Potenciálny záujem vyjadrilo 132 respondentov z celkového výberového súboru obyvateľov mikroregiónu Štiavnicko vo veku od 60 rokov. Zovšeobecnením výsledkov výberu na celú populáciu obyvateľov mikroregiónu v uvedenej vekovej kategórii, existuje 95 % spoľahlivosť, že by záujemcov o to, aby im obec zabezpečovala služby každodenných činností, bolo od 38 do 49,1 %. zabezpečenie služieb každodenných činností obcou je možné s 95 %-nou spoľahlivosťou očakávať od 38 do 49,1 % záujemcov o zabezpečenie služieb každodenných činností obcou.

Potenciálny záujem prejavili respondenti v tomto smere najmä o služby prepravy, a to či už k lekárovi alebo na úrad (17,3 % z celkového počtu označení) a tiež o službu nákupu potravín a iného drobného tovaru (14,3 % z počtu označení).

Na otázku, akú maximálnu sumu by si mohli dovoliť platiť za označené služby, ktoré by im obec poskytla, 132 respondentov uviedlo, že si môže dovoliť platiť od 0 do 390 EUR mesačne, viac respondentov uviedlo skôr nižšiu sumu, polovica respondentov odpovedala, že by to bolo do 30 EUR, 75 % respondentov do 70 EUR. V priemere na jedného respondenta pripadala suma $53,64 \pm 66,48$ Eur. Pri zovšeobecnení výsledkov je možné s 95 % spoľahlivosťou predpokladať potenciálnu ochotu obyvateľov mikroregiónu prispievať na služby obce pre seniorov v priemere od 42,19 do 65,08 EUR na obyvateľa.

Obyvatelia mikroregiónu odpovedali aj na otázku, aké prostredie by uprednostnili pre poskytovanie sociálnych služieb. Z 303 respondentov 245 (80,9 %) odpovedalo, že domáce prostredie, 24 respondentov (7,9 %) by uprednostnilo bývanie s podporou (v samostatných bytových jednotkách), 31 respondentov by preferovalo zariadenie sociálnych služieb pre seniorov s celoročným pobytom, a len 3 označili odpoveď „Iné”.

17 respondentov výberovej vzorky využíva opatrovateľskú službu, 6 respondentov zariadenie pre seniorov, 3 denné centrum, 5 zariadenie opatrovateľskej služby a 5 špecializované zariadenie. 3 respondenti využívajúci opatrovateľskú službu uviedli, že na jej poskytovanie čakali v časovom intervale do dvoch mesiacov, najviac, 11 respondentov, čakalo na opatrovateľskú službu od troch do šiestich mesiacov. Rozdelenie dĺžky čakania na jednotlivé druhy poskytovaných sociálnych služieb dokumentuje Tabuľka 9.

Tabuľka 9 Štruktúra respondentov v mikroregióne Banská Štiavnica (Štiavnicko) podľa doby čakania na poskytnutie požadovanej sociálnej služby podľa prieskumu v roku 2021

	do 2 mesiacov	3 až 6 mesiacov	7 až 12 mesiacov	dlhšie ako 1 rok	S polu
Ako dlho ste čakali na poskytnutie opatrovateľskej služby?	3	11	2	1	17
Ako dlho ste čakali na miesto v zariadení pre seniorov?	1	4	0	1	6
Ako dlho ste čakali na miesto v dennom centre?	1	1	0	1	3
Ako dlho ste čakali na miesto v zariadení opatrovateľskej služby?	1	3	0	1	5
Ako dlho ste čakali na miesto v špecializovanom zariadení?	2	2	0	1	5

Prameň: Vlastné spracovanie

38 respondentov sa vyjadrilo k svojim finančným možnostiam a schopnosti uhrádzať platby za sociálne služby, ktoré využívajú, pričom 4 z nich uviedli, že ich uhrádzajú bez ťažkostí len z vlastného príjmu, 18 len z vlastného príjmu, ale s ťažkosťami, 11 to robia s finančným príspevom rodiny alebo niekoho iného, 3 uviedli, že platené služby si vôbec nemôžu dovoliť a 2 nevedia, ako, resp. z čoho sa hradia ich platené sociálne služby.

Zhrnutie výsledkov za všetky tri mikroregióny

Porovnaním sledovaných troch regiónov sme zistili, že vekovo najstarší respondenti boli v mikroregióne Novohradské Podzámčie s priemerným vekom 73,5 roka, druhý je mikroregión Veľký Potok – Ipel' s priemerným vekom 71,15 roka a najnižší priemerný vek respondentov bol zaznamenaný v mikroregióne Štiavnicko (69,81 roka). Vek sa ukázal ako signifikantný faktor, ktorý ovplyvňuje

potrebu poskytovania služieb v jednotlivých mikroregiónoch, pričom vo všetkých prípadoch šlo o stredne silnú priamu závislosť. Najvýraznejší vplyv veku sme identifikovali v mikroregióne Štiavnicko (bez mesta Banská Štiavnica), kde mal Spermanov korelačný koeficient hodnotu 0,537, v mikroregióne Veľký Potok – Ipeľ to bolo 0,433, v meste Banská Štiavnica 0,398 a v mikroregióne Novohradské Podzámčie 0,234. Vek podľa nášho výskumu signifikantne vplýval aj na potenciálny záujem o všetky činnosti, s ktorými by seniori potrebovali pomôcť, ak by im ich vedela obec zabezpečiť, okrem prvej z ponúkaných činností. Potreba pomoci pri získavaní informácií o existujúcich sociálnych službách pre seniorov, riešení nepriaznivých životných situácií, vybavovaní úradných záležitostí ako napr. posudkov, žiadostí, potvrdení k sociálnym službám nie je závislá od veku a využili by ju všetky vekové kategórie obyvateľov.

Vek najsilnejšie vplýva na potrebu potenciálnej pomoci pri sprevádzaní seniora k lekárovi i na vybavovanie úradných záležitostí, a to predovšetkým v mikroregióne Štiavnicko, na dopravu motorovým vozidlom k lekárovi alebo na vybavenie úradných záležitostí tiež v mikroregióne Štiavnicko, ale aj vo Veľkom Potoku - Ipeľ, na donášku alebo prípravu stravy a na osobnú hygienu predovšetkým v mikroregióne Veľký Potok – Ipeľ. Príslušnosť k mikroregiónu významne vplývala aj na potrebu pomoci s každodennými činnosťami. Najvýraznejšiu potrebu pomoci deklarovali obyvatelia Štiavnicka, potom mikroregiónu Veľký Potok – Ipeľ a najmenej obyvatelia mikroregiónu Novohradské Podzámčie (Kruskal-Wallis test, p-hodnota = 0, Mann-Whitney test, p-hodnota = 0; resp. 0,036 a 0). Intenzita potreby pomoci mohla byť ovplyvnená aj frekvenciou návštev príbuzných, ktorú respondenti deklarovali. Daná potreba bola najnižšia práve v mikroregióne Štiavnicko (bez mesta Banská Štiavnica), kde 48,2 % návštev od najbližšej rodiny prebieha denne alebo niekoľkokrát za týždeň, v meste Banská Štiavnica predstavovala frekvencia návštev úroveň 52,4 %, v mikroregióne Veľký Potok – Ipeľ to bolo 64,3 % a v mikroregióne Novohradské Podzámčie 68,5 %.

Mikroregión ako miesto života seniorov ovplyvňuje aj mesačnú sumu, ktorú sú obyvatelia mikroregiónov ochotní zaplatiť za sociálne služby, keby im ich potenciálne poskytovala obec (Kruskal-Wallis test, p-hodnota = 0). Najvyššiu sumu sú ochotní zaplatiť obyvatelia mesta Banská Štiavnica, kde so spoločnosťou 95 % je to od 44,4 do 78,1 EUR, potom nasledujú obyvatelia mikroregiónu Štiavnicko (bez mesta Banská Štiavnica) – od 28,75 do 55,85 EUR, mikroregiónu Novohradské Podzámčie – 13,82 až 20,01 EUR a mikroregiónu Veľký Potok – Ipeľ, kde by to bolo 7,15 až 13,20 EUR. Na uvedený fakt sa dá pozrieť aj z psychologického hľadiska a to tak, že ide o vyvolanie záujmu o poskytované sociálne služby. Poznávanie záujmov človeka má teoretický aj praktický význam. Považujeme za potrebné poznať smer záujmov ľudí o poskytované služby z hľadiska ich možného formovania, pretože vychádzajú zo základných ľudských potrieb ako sú fyziologické, psychologické a sociálne potreby. Na základe získaných dát z dotazníkového prieskumu je možné na príklade Štiavnicka povedať, že ak ľudia vedia, že určité služby sa dajú poskytovať a je možné si o ne zažiadať, tak to vyvolá ich záujem, teda sú

ochotní si za dané služby aj zaplatiť. V obciach, kde takéto služby pre seniorov absentujú (v našom prípade v mikroregiónoch Veľký Potok – Ipeľ a Novohradské Podzámčie), sa tento záujem neaktivizuje, pretože o tejto potenciálnej záujemcovia nevedia, nemajú vedomosť, že by sa im potrebné služby mohli poskytovať, že vôbec existujú a vynakladajú tak úsilie ako si pomôcť svojpomocne. Podľa výsledkov nášho výskumu im v tom pomáha najčastejšie rodina, príbuzní alebo susedia. Z danej skutočnosti vyplýva predpoklad, že ak po zriadení CISZS budú mať seniori a ich rodiny väčší výber poskytovaných činností pomoci, tak je vyššia pravdepodobnosť, že sa zvýši aj dopyt po sociálnych službách, ktoré poskytuje práve CISZS.

Zhrnutie

Prezentovaný model CISZS má potenciál pomôcť naplniť národné priority starostlivosti o seniorov, a to prostredníctvom integrácie sociálnych a zdravotných služieb a tiež zabezpečením dlhodobej starostlivosti o seniorov na komunitnej úrovni v domácom prostredí. Pre zriaďovanie predmetných centier bola vytvorená metodika, ktorá môže poslúžiť pri plánovaní a rozhodovaní o tom, kde by mali byť v rámci vyššieho územného celku zriadené ďalšie CISZS, ktoré okresy sú na to najvhodnejšie, resp. vytvorenie akých funkčných zoskupení obcí – mikroregiónov by bolo v rámci okresov žiadúce z hľadiska akútnosti potrieb. Skoncipovaná metodika vychádza z vybraných demografických, ekonomických a sociálnych ukazovateľov, ktoré boli spracované štatistickými metódami. Na základe definovaných ukazovateľov sme v konečnom dôsledku vytvorili jeden kompozitný indikátor, ktorý sme využili pri vizualizácii funkčných zoskupení obcí - mikroregiónov na mapách pomocou geografického informačného systému.

Za najvhodnejšiu organizačno-právnu formu pre zriadenie CISZS považujeme neziskovú organizáciu poskytujúcu verejno-prospešné služby. Tomuto typu organizácie zodpovedá aj navrhovaná organizačná štruktúra CISZS a tiež spôsob jeho financovania. Zdroje financovania vychádzajú z platných zákonov, ktoré definujú spôsob financovania sociálnych a zdravotných služieb a ktoré sa tak vzťahujú aj na činnosť CISZS, keďže tieto služby poskytuje. Okrem toho upozorňujeme na ďalšie finančné možnosti centier, ktoré poskytujú tak európske štrukturálne a investičné fondy, ako aj dotácie príslušných ministerstiev, granty, či v súčasnosti aktuálne prostriedky z Plánu obnovy a odolnosti.

Analýza dopytu seniorov po sociálnych službách ukázala veľmi podobné výsledky vo všetkých troch vybraných mikroregiónoch. Seniori najintenzívnejšie pociťovali potrebu pomoci pri doprave motorovým vozidlom k lekárovi alebo na vybavenie úradných záležitostí, ďalej pri sprevádzaní k lekárovi a pri samotnom vybavovaní úradných záležitostí, ako aj pri nákupe potravín a iného drobného tovaru, starostlivosti o domácnosť a donáške alebo príprave stravy. Potreba pomoci priamo koreluje s vekom seniorov, pričom najviac činností, s ktorými potrebujú pomoc, pripadá na osoby vo vekovej kategórii 85 – 89 rokov. Najväčší podiel

pomoci seniorom zabezpečuje rodina a najbližšie okolie, čo potvrdzuje zvýšenú záťaž neformálnych opatrovateľov v prevažne ekonomicky aktívnom veku. Vo všetkých troch mikroregiónoch sa prejavil vysoký podiel respondentov, ktorí by uprednostnili poskytovanie sociálnej a zdravotnej starostlivosti v domácom prostredí, čo jednoznačne korešponduje s nosnou ideou deinštitucionalizácie sociálnej starostlivosti na Slovenku a podporuje tento jej nastúpený trend.

3 VÝSLEDKY PILOTNEJ ŠTÚDIE ČINNOSTI TROCH CENTIER INTEGROVANEJ SOCIÁLNO-ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI NA SLOVENSKU

Jedným z cieľov realizovaného pilotného projektu zriadenia troch centier integrovanej sociálno-zdravotnej starostlivosti na Slovensku bolo spracovanie údajov, ktoré by v konečnom dôsledku potvrdzovali, resp. vyvracali hypotézu o pozitívnom efekte činnosti CISZS na život seniorov na danom území. Za týmto účelom sme realizovali dva dotazníkové prieskumy v obciach vybraných funkčných zoskupení (mikroregiónov). Kým prvý sa uskutočnil pred zriadením CISZS a slúžil na identifikáciu potenciálneho dopytu po sociálnych službách, cieľom druhého dotazníkového prieskumu, realizovaného v roku 2022, bolo získanie informácií a údajov týkajúcich sa stavu kvality života seniorov v súvislosti s poskytovaním potrebných sociálnych a zdravotných služieb po zriadení CISZS. Predmetom hodnotenia bolo najmä množstvo, kvalita a efektívnosť poskytovaných sociálnych a zdravotných služieb. Významnú informačnú hodnotu poskytlo tiež porovnanie výsledkov oboch dotazníkových prieskumov.

3.1 Analýza údajov dotazníkového prieskumu uskutočneného v roku 2022

Dotazníkový prieskum, ktorý sa realizoval rok po tom, ako CISZS začali svoju činnosť v troch mikroregiónoch, prebehol v dňoch od 7. 9. do 11. 10. 2022. Prieskum realizovali anketári spoločnosti Markant pomocou štruktúrovaného anonymného dotazníka formou face-to-face, pričom agentúra deklarovala veľkosť výberovej vzorky 606 oslovených respondentov spolu vo všetkých troch mikroregiónoch a tiež dodržanie reprezentatívnosti výberovej vzorky podľa podielu obyvateľov vo veku od 60 rokov, žijúcich v uvedených mikroregiónoch, a tiež reprezentatívnosti podľa dvoch vekových kategórií (60 – 74 a 75+) a podľa pohlavia. Kvóty pre výberový súbor boli stanovené na základe údajov zo Štatistického úradu SR o počte obyvateľov v obciach k 31. 12. 2021 a o ich vekovej štruktúre. Dotazník obsahoval 18 prevažne uzatvorených otázok a identifikáciu obce, z ktorej respondent pochádza. Desať otázok bolo zameraných na socio-demografický profil respondenta vo veku od 60 rokov, zvyšné otázky mali meritórny charakter. Nosná časť dotazníka spočívala v otázkach orientovaných na identifikáciu potrieb pomoci s každodennými činnosťami, na zistenie tých činností, ktoré vyžadujú pomoc, ďalej na aktuálne možnosti poskytnutia pomoci zo strany rodiny alebo blízkeho okolia, a tiež v otázkach na potenciálnu pomoc zo strany obce. Údaje z dotazníkového prieskumu sme spracovali programom IBM SPSS 28.

V mikroregióne Novohradské Podzámčie, v ktorom je zoskupených 14 obcí, sa dotazníkového prieskumu v roku 2022 zúčastnilo 151 obyvateľov vo veku od 60 rokov, z toho 68 mužov a 83 žien. Otázky v úvode dotazníka boli zamerané

na sociodemografickú charakteristiku respondentov. Tak ako v prvom prieskume v roku, aj v tomto druhom štruktúra respondentov z hľadiska pohlavia a veku zodpovedala celoslovenským údajom o strednej dĺžke života, podľa ktorých sú ženy vo vekovej kategórii 60 + početnejšie zastúpené ako muži. V mikroregióne je bolo vo veku 60 – 74 rokov 73,5 % respondentov, pričom viac ako štvrtina z nich deklarovala, že žijú sami. Z počtu 151 oslovených 28 odpovedalo, že nemá žiadne plnoleté dieťa, resp. nemá vôbec dieťa, a 26 nemá dieťa žijúce v okrese, kde respondent býva. Celkovo teda viac ako tretina respondentov nemá vo svojom blízkom okolí žiadnu príbuznú osobu, ktorá by mu mohla v prípade potreby poskytnúť pomoc alebo starostlivosť. Problémom mikroregiónu je vyšší podiel osamelo žijúcich seniorov, čo vytvára značný priestor a potrebu poskytovania sociálnych služieb na komunálnej úrovni.

V mikroregióne Veľký potok – Ipeľ odpovedalo v roku 2022 na otázky dotazníkového prieskumu 150 respondentov, z toho 63 mužov a 87 žien, pričom 70 % respondentov bolo vo veku do 74 rokov. 33 osôb deklarovalo, že žijú sami, 9 uviedlo, že nemá žiadne plnoleté dieťa, resp. nemá dieťa a 31 nemá dieťa žijúce v okrese, kde respondent býva. Celkovo teda viac ako štvrtina respondentov v tomto mikroregióne nemá vo svojom blízkom okolí žiadnu príbuznú osobu, ktorá by mu mohla v prípade potreby poskytnúť pomoc alebo starostlivosť.

Funkčné zoskupenie obcí, ktoré sa spájajú s cieľom vytvoriť CISZS v okrese Banská Štiavnica, tvorí 17 obcí z toho 15 je z okresu Banská Štiavnica a dve obce z okresu Krupina. Dotazníkového prieskumu v mikroregióne Štiavnicko sa zúčastnilo 305 respondentov, z toho 186 v meste Banská Štiavnica a 119 v ostatných obciach mikroregiónu, pričom išlo o 129 mužov a 176 žien. Z počtu 305 oslovených respondentov 73 osôb označilo, že žijú sami, 35 odpovedalo, že nemá žiadne plnoleté dieťa, resp. nemá dieťa vôbec, a 90 seniori nemajú dieťa žijúce v okrese, v ktorom bývajú. Celkovo teda takmer 41 % respondentov nemá vo svojom blízkom okolí žiadnu príbuznú osobu, ktorá by im mohla v prípade potreby poskytnúť pomoc alebo starostlivosť. Rovnako ako v predchádzajúcom prieskume v roku 2021 sa ukázalo, že v mikroregióne Štiavnicko je vyšší podiel osamelo žijúcich seniorov ako v ostatných mikroregiónoch.

3.1.1 Mikroregión Novohradské Podzámčie

V mikroregióne Novohradské Podzámčie sa dotazníkového prieskumu v roku 2022 zúčastnilo 151 obyvateľov, z toho 68 mužov a 83 žien. Po otázkach v úvode dotazníka, zameraných na sociodemografickú charakteristiku respondentov, nasledovali otázky hlavnej časti dotazníka, týkajúce sa potreby pomoci pri každodenných činnostiach a potencionálneho záujmu o pomoc obce pri vykonávaní týchto činností.

Zo 151 oslovených respondentov 71 potrebuje pomoc, zatiaľ čo 80 osôb deklarovalo, že pomoc nepotrebuje, pričom ich početné zastúpenie s vekom výrazne klesá. Z vekovej štruktúry týchto respondentov vyplýva, že dve tretiny sú boli vo

veku do 69 rokov a jedna tretina vo veku 70 – 79 rokov. Respondenti, ktorí potrebujú pomoc, najčastejšie vyjadrili potrebu pomoci pri doprave k lekárovi (14,4 % z celkového počtu označených činností), sprevádzanie k lekárovi a na vybavenie úradných záležitostí (13,4 %), ďalej pomoc pri nákupe potravín a iného spotrebného tovaru (11,8 %), donáške alebo príprave stravy (11 %), poradenstve o existujúcich sociálnych službách pre seniorov (8,8 %), pri starostlivosti o domácnosť (7 %) a na vybavenie úradných záležitostí v oblasti riešenia nepriaznivých životných situácií (6 %).

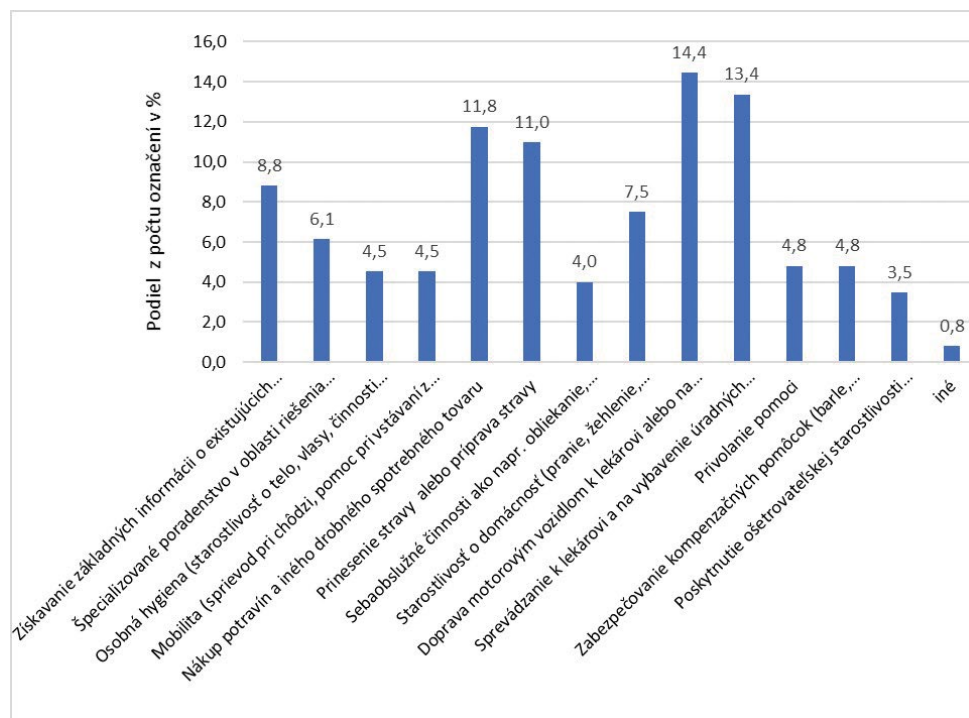
Tabuľka 10 Štruktúra respondentov v mikroregióne Novohradské Podzámčie podľa veku a činností, pri vykonávaní ktorých potrebujú pomoc bez ohľadu na to, či im niekto pomáha (prieskum v roku 2022)

Činnosť	Veková kategória						Spolu	Podiel z počtu označení (%)
	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89		
Získavanie základných informácií o existujúcich sociálnych službách pre seniorov, vybavenie úradných záležitostí ako napr. posudkov, žiadostí, potvrdení k sociálnym službám.	7	7	5	13	1	0	33	8,8
Špecializované poradenstvo v oblasti riešenia nepriaznivých životných situácií, poradenstvo v oblasti legislatívy spojenej s bývaním, komunikácia a sprostredkovanie kontaktu s príslušnými inštitúciami	4	7	4	6	1	1	23	6,1
Osobná hygiena (starostlivosť o telo, vlasy, činnosti spojené s toaletou apod.)	0	2	5	7	2	1	17	4,5
Mobilita (sprievod pri chôdzi, pomoc pri vstávaní z lôžka, pomoc pri manipulácii s predmetmi)	1	3	2	8	3	0	17	4,5
Nákup potravín a iného drobného spotrebného tovaru	9	11	10	11	3	0	44	11,8
Prinesenie stravy alebo príprava stravy	3	5	12	15	4	2	41	11,0
Sebaobslužné činnosti ako napr. obliekanie, vyzliekanie, kŕmenie	0	1	5	7	1	1	15	4,0
Starostlivosť o domácnosť (pranie, žehlenie, upratovanie domácnosti)	3	4	7	10	3	1	28	7,5
Doprava motorovým vozidlom k lekárovi alebo na vybavenie úradných záležitostí	8	14	9	18	3	2	54	14,4
Sprevádzanie k lekárovi a na vybavenie úradných záležitostí	8	11	10	16	3	2	50	13,4
Privolanie pomoci	3	4	4	5	2	0	18	4,8

Činnosť	Veková kategória						Spolu	Podiel z počtu označení (%)
	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89		
Zabezpečovanie kompenzačných pomôcok (barle, invalidný vozík, chodítko, schodolez a pod.)	0	3	3	9	2	1	18	4,8
Poskytnutie ošetrovateľskej starostlivosti (previazanie rany, aplikácia injekcií a infúzií, ošetrovanie okolia PEG, ošetrovanie tracheostómie a pod.)	2	4	1	3	2	1	13	3,5
Iné	0	0	2	1	0	0	3	0,8
Počet označení	48	76	79	129	30	12	374	
Nepotrebujem pomoc	27	26	14	13	0	0	80	
Počet respondentov	39	45	27	34	4	2	151	

Prameň: Vlastné spracovanie

Štruktúra zastúpenia jednotlivých činností, pri ktorých respondenti potrebujú pomoc, na celkovom počte 374 označených činností je zrejmá z Grafu 8.



Graf 8 Štruktúra označených činností respondentmi v mikroregióne Novohradské Podzámbčie, pri vykonávaní ktorých potrebujú pomoc (prieskum v roku 2022)

Prameň: Vlastné spracovanie

Respondenti mali možnosť, okrem ponúkaného zoznamu, vybrať si aj iné činnosti, s ktorými by potrebovali pomoc. V dvoch prípadoch sa vyjadrili, že by potrebovali spoločnosť, porozprávať sa, dať si prečítať noviny, vyplniť si čas v spoločnosti iného človeka. Jeden respondent odpovedal, že by potreboval nájsť si prácu a jeden respondent sa vyjadril, že by mala byť v obci poverená osoba na pomoc občanom v sociálnej oblasti.

Rozdelenie subjektov, ktoré poskytujú pomoc podľa jednotlivých činností ilustruje Tabuľka 11. Je zrejmé, že najväčšia záťaž, čo sa týka pomoci seniorom, spočíva na ich najbližšom okolí. Až takmer 85 % označenej pomoci poskytuje rodina, partneri, známi, susedia a priatelia (Graf 9 Štruktúra subjektov, poskytujúcich pomoc respondentom v mikroregióně Novohradské Podzámčie) a takmer 9 % opatrovateľská a zdravotná služba.

Tabuľka 11 Štruktúra označených činností respondentmi v mikroregióně Novohradské Podzámčie podľa subjektov, ktoré poskytujú pomoc pri ich vykonávaní (prieskum v roku 2022)

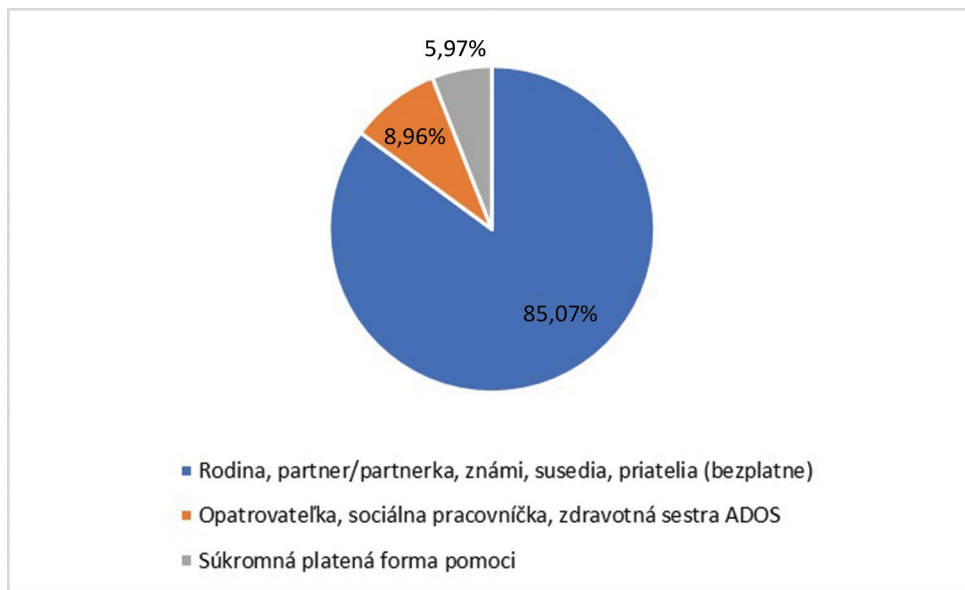
	A	B	C	Spolu
Získavanie základných informácií o existujúcich sociálnych službách pre seniorov, vybavenie úradných záležitostí ako napr. posudkov, žiadostí, potvrdení k sociálnym službám	30	2	0	32
Špecializované poradenstvo v oblasti riešenia nepriaznivých životných situácií, poradenstvo v oblasti legislatívy spojené s bývaním, komunikácia a sprostredkovanie kontaktu s príslušnými inštitúciami	20	3	0	23
Osobná hygiena (starostlivosť o telo, vlasy, činnosti spojené s toaletou a pod.)	16	4	2	22
Mobilita (sprievod pri chôdzi, pomoc pri vstávaní z lôžka, pomoc pri manipulácii s predmetmi)	13	3	0	19
Nákup potravín a iného drobného spotrebného tovaru	43	3	3	46
Prinesenie stravy alebo príprava stravy	37	4	1	42
Sebaobslužné činnosti ako napr. obliekanie, vyzliekanie, kŕmenie	15	0	0	15
Starostlivosť o domácnosť (pranie, žehlenie, upratovanie domácnosti)	23	4	2	29
Doprava motorovým vozidlom k lekárovi alebo na vybavenie úradných záležitostí	51	2	7	60
Sprevádzanie k lekárovi a na vybavenie úradných záležitostí	48	3	3	54
Privolanie pomoci	18	0	0	18
Zabezpečovanie kompenzačných pomôcok (barle, invalidný vozík, chodítko, schodolez a pod.)	14	3	2	19
Poskytnutie ošetrovateľskej starostlivosti (previazanie rany, aplikácia injekcií a infúzií, ošetrovanie okolia PEG, ošetrovanie tracheostómie a pod.)	8	5	4	17
Iné	3	0	0	3
Spolu	342	36	24	402

Legenda: A – Rodina, partner/partnerka, známi, susedia, priatelia (bezplatne)

B – Opatrovateľka, sociálna pracovníčka, zdravotná sestra ADOS

C – Súkromná platená forma pomoci

Prameň: Vlastné spracovanie



Graf 9 Štruktúra subjektov, poskytujúcich pomoc respondentom v mikroregióne Novohradské Podzámčie (prieskum v roku 2022)

Prameň: Vlastné spracovanie

V jednej z otázok respondenti vyjadrovali svoj postoj v prípade, že by obec potenciálne vedela zabezpečiť služby uľahčujúce vykonávanie jednotlivých činností. Potenciálny záujem vyjadrilo 71 zo 151 respondentov vo výberovom súbore obyvateľov mikroregiónu vo veku od 60 rokov. Pri zovšeobecnení výsledkov výberu na celú populáciu obyvateľov mikroregiónu v uvedenej vekovej kategórii je možné s 95 % spoľahlivosťou očakávať od 39 do 55 % záujemcov o zabezpečenie služieb každodenných činností zo strany obce.

Tabuľka 12 Štruktúra respondentov v mikroregióne Novohradské Podzámčie podľa veku a označených činností, o ktoré by mali záujem, keby ich vedela obec zabezpečiť (prieskum v roku 2022)

	Veková kategória						Počet a podiel označení	
	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89		
Získavanie základných informácií o existujúcich sociálnych službách pre seniorov, vybavenie úradných záležitostí	8	6	9	13	2	1	39	10,1%
Špecializované poradenstvo v oblasti ohrozenia zdravia, začleňovania do bežného života (napríklad pre ľudí so zdravotným znevýhodnením)	5	4	8	9	1	0	27	7,0%
Osobná hygiena (starostlivosť o telo, vlasy, činnosti spojené s toaletou a pod.)	0	0	6	5	2	1	14	3,6%

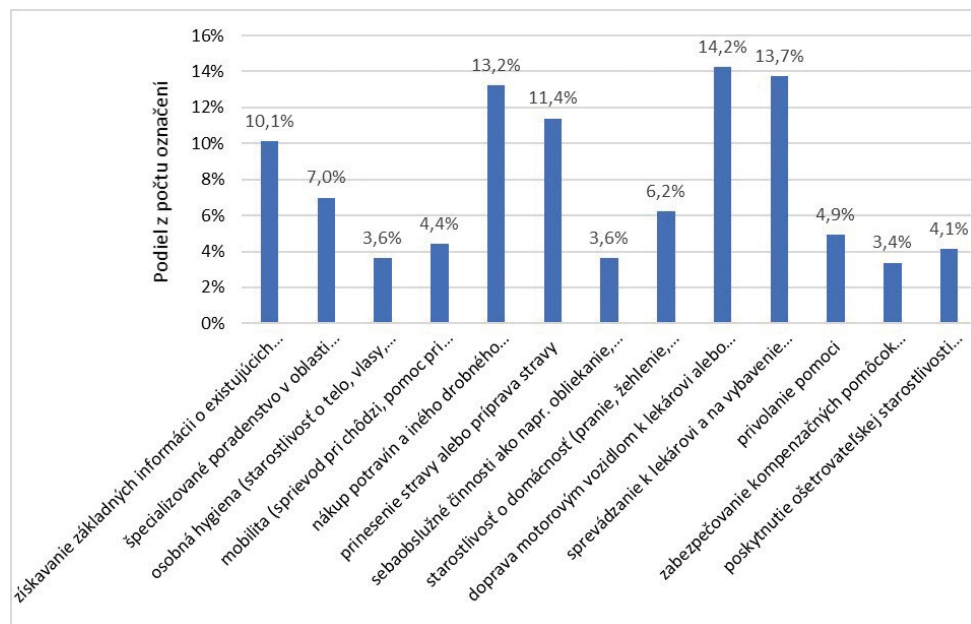
	Veková kategória						Počet a podiel označení	
	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89		
Mobilita (sprievod pri chôdzi, pomoc pri vstávaní z lôžka, pomoc pri manipulácii s predmetmi)	1	2	5	7	2	0	17	4,4%
Nákup potravín a iného drobného spotrebného tovaru	9	6	17	16	2	1	51	13,2%
Prinesenie stravy alebo príprava stravy	6	4	14	16	3	1	44	11,4%
Sebaobslužné činnosti ako napr. obliekanie, vyzliekanie, kŕmenie	0	0	6	5	2	1	14	3,6%
Starostlivosť o domácnosť (pranie, žehlenie, upratovanie domácnosti)	2	3	6	10	2	1	24	6,2%
Doprava motorovým vozidlom k lekárovi alebo na vybavenie úradných záležitostí	8	9	17	16	3	2	55	14,2%
Sprevádzanie k lekárovi a na vybavenie úradných záležitostí	8	8	16	17	2	2	53	13,7%
Privolanie pomoci	4	3	4	6	2	0	19	4,9%
Zabezpečovanie kompenzačných pomôcok (barle, invalidný vozík, chodítko, schodolez a pod.	0	1	3	8	1	0	13	3,4%
Poskytnutie ošetrovateľskej starostlivosti (previazanie rany, aplikácia injekcií a infúzií, ošetrovanie okolia PEG a i.)	4	1	3	5	2	1	16	4,1%
Počet označení	55	47	114	133	26	11	386	
Počet respondentov	12	12	20	21	4	2	71	

Prameň: Vlastné spracovanie

Z údajov v tabuľke je zrejmé, že respondenti, ktorí potrebujú pomoc, vyžadujú súčinnosť pri vykonávaní viacerých činností vo svojom každodennom živote. Najintenzívnejšie ju potrebujú ľudia vo veku od 80 rokov, keď sa všetci oslovení respondenti vyjadrili, že by prijali pomoc obce a to až v prípade 37 označených činností. Vo vekovej skupine 70 – 79 rokov 41 respondentov (t. j. 2/3 z celkového počtu oslovených) označilo až 247 činností, s ktorými by potrebovali pomoc, ak by ju obec vedela zabezpečiť. Potenciálny záujem respondenti prejavili najmä o služby prepravy (14,2 % z celkového počtu označení), sprevádzania k lekárovi a na vybavenie úradných záležitostí (13,7 % z počtu označení) a na nákup potravín a iného drobného tovaru (13,1 %).

Respondenti sa tiež vyjadrovali k tomu, akú maximálnu sumu by si mohli dovoliť platiť za označené služby, ktoré by im obec poskytovala (výsledky v časti A, Tabuľka 13). 71 respondentov odpovedalo, že si môže dovoliť platiť od 0 do 50 EUR mesačne, viac respondentov uviedlo skôr nižšiu sumu, polovica respondentov by si mohla dovoliť sumu do 20 EUR. S vekom respondentov sa nielen zvyšuje potreba zabezpečenia podporných činností v ich každodennom živote, ale aj

ich ochota prispievať na tieto služby (od 12,08 do 35 EUR v najstaršej vekovej kategórii). V priemere na jedného respondenta pripadala suma $20,14 \pm 14,24$ EUR. Zovšeobecnením výsledkov je možné s 95 % spoľahlivosťou očakávať potenciálnu ochotu obyvateľov mikroregiónu vo veku od 60 rokov prispievať na služby obce v priemere od 16,77 do 23,51 EUR na záujemcu. Časť B tabuľky obsahuje údaje o sumách, ktoré respondenti v priemere reálne hradia mesačne za poskytované služby.



Graf 10 Štruktúra označených činností respondentmi v mikroregióne Novohradské Podzámčie, o ktoré by mali záujem, keby ich obec vedela zabezpečiť (prieskum v roku 2022)

Prameň: Vlastné spracovanie

Tabuľka 13 Priemerná mesačná suma, ktorú by si respondenti v mikroregióne Novohradské Podzámčie mohli dovoliť platiť za sociálne služby (A) a ktorú platia za poskytované sociálne služby (B) podľa vekových kategórií (prieskum v roku 2022)

		Veková kategória						
		60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	Spolu
A	priemer	12,08	19,58	19,25	23,10	27,50	35,00	20,14
	počet	12	12	20	21	4	2	71
B	priemer	5,42	6,25	7,25	11,67	6,25	10,00	8,10
	počet	12	12	20	21	4	2	71

Prameň: Vlastné spracovanie

Obyvatelia mikroregiónu tiež odpovedali na otázku, v akom prostredí by uprednostnili poskytovanie sociálnych služieb. Zo 151 respondentov 94 (62,3 %) odpovedalo, že v domácom prostredí, 13,2 % respondentov by uprednostnilo zariadenie podporovaného bývania (v samostatných bytových jednotkách), 12,6 % v zariadení sociálnych služieb pre seniorov s celoročným pobytom, 6,6 % v ambulantnom zariadení a 4,6 % v zariadeniach sociálnych služieb pre seniorov s týždenným pobytom.

Tabuľka 14 Rozdelenie odpovedí respondentov v mikroregióne Novohradské Podzámčie podľa uprednostňovaného miesta pre poskytovanie sociálnych služieb (prieskum v roku 2022)

	Počet	Podiel (%)
V domácom prostredí	94	62,3
V samostatnom bývaní s podporou k nezávislému životu (podpora samostatného bývania)	20	13,2
V zariadení sociálnych služieb pre seniorov - s celoročným pobytom	19	12,6
V zariadení sociálnych služieb pre seniorov - s týždenným pobytom	7	4,6
V ambulantnom zariadení (denný stacionár)	10	6,6
Iné	1	0,7
Spolu	151	100,0

Prameň: Vlastné spracovanie

Tri štvrtiny respondentov odpovedalo, že platené sociálne služby vôbec nevyužívajú, prípadne si ich vôbec nemôžu dovoliť. Ostatní si ich hradia sami z vlastných zdrojov, ale s ťažkosťami, alebo s príspevom rodiny. Len 7 respondentov využíva opatrovateľskú službu, pričom na jej poskytovanie čakali v rôzne dlhých časových intervaloch – od maximálne 2 mesiacov až do roka. Najčastejším dôvodom, pre ktorý seniori žiadali o opatrovateľskú službu bol zlý zdravotný stav a skutočnosť, že sa o seba nevedeli postarať (Tabuľka 15).

Tabuľka 15 Rozdelenie odpovedí respondentov v mikroregióne Novohradské Podzámčie podľa veku a dôvodu, pre ktorý požiadali o poskytovanie sociálnych služieb (prieskum v roku 2022)

	Veková kategória						Počet označení
	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	
Zlý zdravotný stav	0	0	1	2	0	1	4
Zlá sociálna situácia	0	0	0	1	0	0	1
Sám som sa už o seba nevedel/a postarať	0	1	1	0	0	1	3
Je mi to tak jednoduchšie	0	0	0	1	0	0	1
Cítil/a som sa osamelý/á	0	1	0	1	0	0	2
Nedostatok pomoci v domácom prostredí	0	0	0	1	0	0	1
Počet označení	0	2	2	6	0	2	12
Počet respondentov	0	1	2	3	0	1	7

Prameň: Vlastné spracovanie

3.1.2 Mikroregión Veľký Potok – Ipeľ

V mikroregióne Veľký potok – Ipeľ bolo dotazníkovým prieskumom oslovených 150 respondentov, z toho 63 mužov a 87 žien. V hlavnej časti dotazníka zo 150 opýtaných 42 odpovedalo, že potrebuje pomoc pri určitých činnostiach a 108 osôb deklarovalo, že pomoc nepotrebuje, pričom ich početné zastúpenie s vekom výrazne klesá. Z vekovej štruktúry týchto respondentov vyplýva, že 70 z nich je vo veku do 69 rokov a 37 je vo veku 70 – 79 rokov. Respondenti, ktorí potrebujú pomoc, by ju najčastejšie privítali pri sprevádzaní k lekárovi a na vybavenie úradných záležitostí (18 % z celkového počtu označených činností), doprave k lekárovi a na vybavenie úradných záležitostí (16,1 %), na zabezpečenie kompenzačných pomôcok (9,8 %), na nákup potravín a iného drobného spotrebného tovaru (9,3 %) a na donášku alebo prípravu stravy (8,8 %).

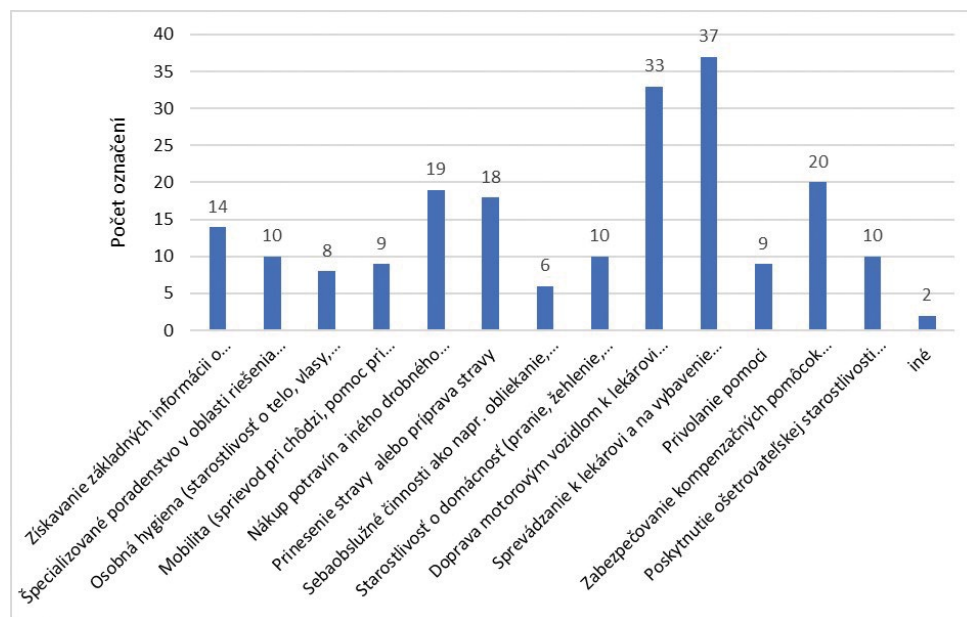
Tabuľka 16 Štruktúra respondentov v mikroregióne Veľký Potok – Ipeľ podľa veku a činnosti, pri vykonávaní ktorej potrebujú pomoc bez ohľadu na to, či im niekto pomáha (prieskum v roku 2022)

Činnosť	Veková kategória							Spolu	Podiel z počtu označení (%)
	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90+		
Získavanie základných informácií o existujúcich sociálnych službách pre seniorov, vybavenie úradných záležitostí ako napr. posudkov, žiadostí, potvrdení k sociálnym službám.	0	3	1	6	2	1	1	14	6,8
Špecializované poradenstvo v oblasti riešenia nepriaznivých životných situácií, poradenstvo v oblasti legislatívy spojené s bývaním, komunikácia a sprostredkovanie kontaktu s príslušnými inštitúciami	0	3	0	3	2	1	1	10	4,9
Osobná hygiena (starostlivosť o telo, vlasy, činnosti spojené s toaletou apod.)	1	1	0	2	2	1	1	8	3,9

Činnosť	Veková kategória							Spolu	Podiel z počtu označení (%)
	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90+		
Mobilita (sprievod pri chôdzi, pomoc pri vstávaní z lôžka, pomoc pri manipulácii s predmetmi)	1	2	0	3	1	1	1	9	4,4
Nákup potravín a iného drobného spotrebného tovaru	0	4	2	6	5	1	1	19	9,3
Prinesenie stravy alebo príprava stravy	1	3	2	7	3	1	1	18	8,8
Sebaobslužné činnosti ako napr. obliekanie, vyzliekanie, kŕmenie	0	1	0	3	0	1	1	6	2,9
Starostlivosť o domácnosť (pranie, žehlenie, upratovanie domácnosti)	0	2	1	3	2	1	1	10	4,9
Doprava motorovým vozidlom k lekárovi alebo na vybavenie úradných záležitostí	2	8	2	14	5	1	1	33	16,1
Sprevádzanie k lekárovi a na vybavenie úradných záležitostí	2	7	3	17	6	1	1	37	18,0
Privolanie pomoci	0	1	0	6	0	1	1	9	4,4
Zabezpečovanie kompenzačných pomôcok (barle, invalidný vozík, chodítko, schodolez a pod.)	0	4	0	12	2	1	1	20	9,8
Poskytnutie ošetrovateľskej starostlivosti (previazanie rany, aplikácia injekcií a infúzií, ošetrovanie okolia PEG, ošetrovanie tracheostómie a pod.)	0	4	0	3	1	1	1	10	4,9
Iné	1	0	1	0	0	0	0	2	1,0
Počet označení	8	43	12	85	31	13	13	205	
Nepotrebuje pomoc	31	39	18	19	1	0	0	108	
Počet respondentov	33	48	24	36	7	1	1	150	

Prameň: Vlastné spracovanie

Štruktúra zastúpenia jednotlivých činností, pri ktorých respondenti potrebujú pomoc na celkovom počte 205 označených činností, je zrejmá z Grafu 11. Najvyššiu potrebu pomoci v mikroregióne majú seniori pri sprevádzaní k lekárovi a na vybavenie úradných záležitostí (18 %), pri doprave motorovým vozidlom k lekárovi alebo na vybavenie úradných záležitostí (16,1 %) a so zabezpečovaním kompenzačných pomôcok (9,8 % z celkového počtu označených činností). Vyššia potreba pomoci sa zistila tiež pri nákupe potravín a iného drobného spotrebného tovaru, ako aj pri donáške alebo príprave stravy (9,3, alebo 8,8 %).



Graf 11 Štruktúra označených činností respondentmi v mikroregióne Veľký Potok – Ipel', pri vykonávaní ktorých potrebujú pomoc (prieskum v roku 2022)

Prameň: Vlastné spracovanie

Respondenti mali možnosť, okrem zoznamu ponúknutého v dotazníku, vybrať si aj iné činnosti, s ktorými by potrebovali pomoc. Jeden respondent odpovedal, že by potreboval nájsť prácu a jeden sa vyjadril, že by mala byť v obci poverená osoba na pomoc v sociálnej oblasti.

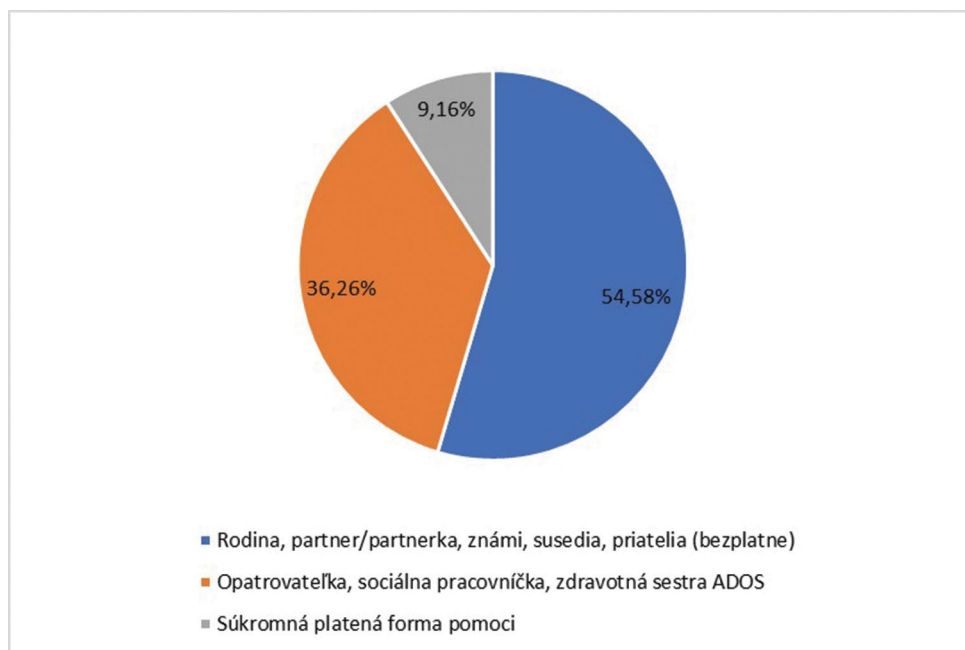
Rozdelenie subjektov, ktorí poskytujú pomoc podľa jednotlivých činností je uvedené v Tabuľka 17. Je evidentné, že najväčšia záťaž z hľadiska pomoci seniorom je na ich najbližšom okolí, pretože až takmer 55 % označenej pomoci im poskytuje rodina, partneri, známi, susedia a priatelia (Graf 12) a takmer 36 % pomoci zabezpečuje opatrovateľská, sociálna a zdravotná služba.

Tabuľka 17 Štruktúra označených činností respondentmi v mikroregióne Veľký Potok – Ipeľ podľa subjektov, ktoré poskytujú pomoc pri ich vykonávaní (prieskum v roku 2022)

	A	B	C	Spolu
Získavanie základných informácií o existujúcich sociálnych službách pre seniorov, vybavenie úradných záležitostí ako napr. posudkov, žiadostí, potvrdení k sociálnym službám	12	7	0	19
Špecializované poradenstvo v oblasti riešenia nepriaznivých životných situácií, poradenstvo v oblasti legislatívy spojenej s bývaním, komunikácia a sprostredkovanie kontaktu s príslušnými inštitúciami	9	6	0	15
Osobná hygiena (starostlivosť o telo, vlasy, činnosti spojené s toaletou a pod.)	5	6	0	11
Mobilita (sprievod pri chôdzi, pomoc pri vstávaní z lôžka, pomoc pri manipulácii s predmetmi)	6	7	1	14
Nákup potravín a iného drobného spotrebného tovaru	18	8	0	26
Prinesenie stravy alebo príprava stravy	12	7	3	22
Sebaobslužné činnosti ako napr. obliekanie, vyzliekanie, kŕmenie	4	6	0	10
Starostlivosť o domácnosť (pranie, žehlenie, upratovanie domácnosti)	8	7	0	15
Doprava motorovým vozidlom k lekárovi alebo na vybavenie úradných záležitostí	23	9	9	41
Sprevádzanie k lekárovi a na vybavenie úradných záležitostí	30	8	10	48
Privolanie pomoci	7	7	0	14
Zabezpečovanie kompenzačných pomôcok (barle, invalidný vozík, chodítko, schodolez a pod.)	11	13	0	24
Poskytnutie ošetrovateľskej starostlivosti (previazanie rany, aplikácia injekcií a infúzií, ošetrovanie okolia PEG, ošetrovanie tracheostómie a pod.)	3	8	1	12
Iné	1	0	1	2
Spolu	149	99	25	273

Legenda: A – Rodina, partner/partnerka, známi, susedia, priatelia (bezplatne)
 B – Opatrovateľka, sociálna pracovníčka, zdravotná sestra ADOS
 C – Súkromná platená forma pomoci

Prameň: Vlastné spracovanie



Graf 12 Štruktúra subjektov, poskytujúcich pomoc respondentom v mikroregióne Veľký Potok – Ipel' (prieskum v roku 2022)

Prameň: Vlastné spracovanie

V jednej z otázok respondenti vyjadrovali svoj postoj v prípade, že by obec potenciálne vedela zabezpečiť služby uľahčujúce im vykonávanie jednotlivých činností. Potenciálny záujem vyjadrilo 42 zo 150 respondentov vo veku od 60 rokov výberového súboru obyvateľov mikroregiónu. Pri zovšeobecnení výsledkov výberu na celú populáciu mikroregiónu v uvedenej vekovej kategórii je možné s 95 % spoľahlivosťou očakávať, že tu existuje od 21 do 35 % obyvateľov, ktorí by mali záujem, aby im obec zabezpečovala služby pomoci pri každodenných činnostiach.

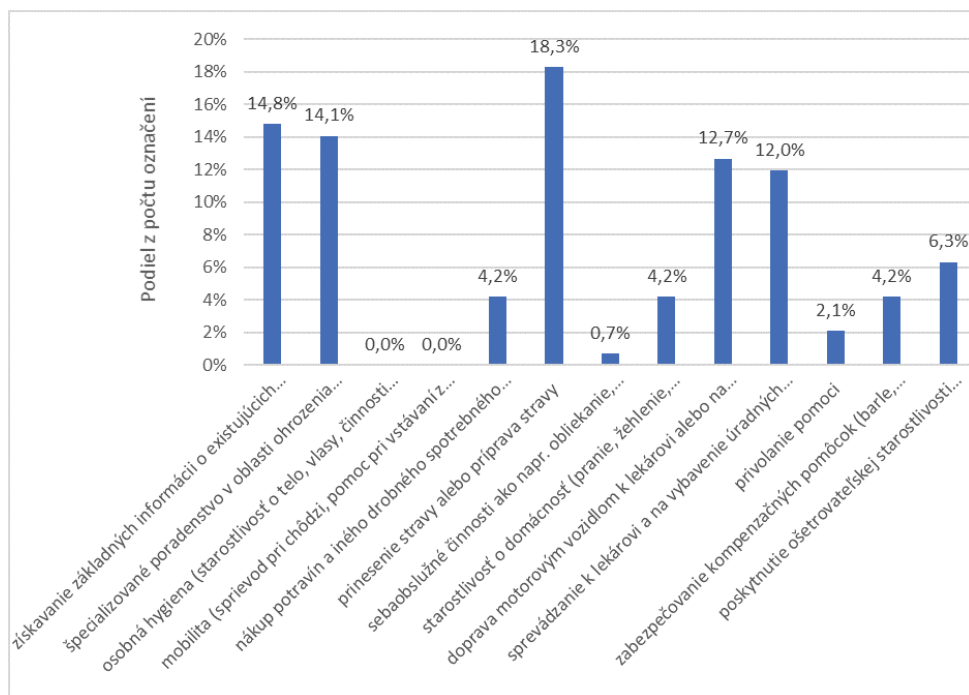
Tabuľka 18 Štruktúra respondentov v mikroregióne Veľký Potok – Ipel' podľa veku a označených činností, o ktoré by mali záujem, keby ich obec vedela zabezpečiť (prieskum v roku 2022)

	Veková kategória							Počet a podiel označení	
	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90+		
Získavanie základných informácií o existujúcich sociálnych službách pre seniorov, vybavenie úradných záležitostí	0	5	3	7	4	1	1	21	14,8%
Špecializované poradenstvo v oblasti ohrozenia zdravia, začleňovania do bežného života	0	3	3	8	4	1	1	20	14,1%

	Veková kategória							Počet a podiel označení	
	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90+		
Osobná hygiena (starostlivosť o telo, vlasy, činnosti spojené s toaletou a pod.)	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0%
Mobilita (sprievod pri chôdzi, pomoc pri vstávaní z lôžka, pomoc pri manipulácii s predmetmi)	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0%
Nákup potravín a iného drobného spotrebného tovaru	1	0	1	1	3	0	0	6	4,2%
Prinesenie stravy alebo príprava stravy	1	5	5	9	4	1	1	26	18,3%
Sebaobslužné činnosti ako napr. obliekanie, vyzliekanie, kŕmenie	0	1	0	0	0	0	0	1	0,7%
Starostlivosť o domácnosť (pranie, žehlenie, upratovanie domácnosti)	1	0	0	3	1	0	1	6	4,2%
Doprava motorovým vozidlom k lekárovi alebo na vybavenie úradných záležitostí	1	2	1	9	4	0	1	18	12,7%
Sprevádzanie k lekárovi a na vybavenie úradných záležitostí	1	2	2	7	4	0	1	17	12,0%
Privolanie pomoci	0	1	0	2	0	0	0	3	2,1%
Zabezpečovanie kompenzačných pomôcok (barle, invalidný vozík, chodítko, schodolez a pod.)	0	1	0	4	1	0	0	6	4,2%
Poskytnutie ošetrovateľskej starostlivosti (previazanie rany, aplikácia injekcií a infúzií, ošetrovanie okolia PEG a i.)	0	2	0	5	1	0	1	9	6,3%
Poskytnutie ošetrovateľskej starostlivosti (previazanie rany, aplikácia injekcií a infúzií, ošetrovanie okolia PEG, ošetrovanie tracheostómie a pod.)	0	0	2	0	0	1	1	4	2,8%
Iné	1	0	1	2	1	0	0	5	3,5%
Počet označení	6	22	18	57	27	4	8	142	
Spolu	2	8	7	17	6	1	1	42	

Prameň: Vlastné spracovanie

Z údajov v Tabuľke 18 je zrejmé, že respondenti, ktorí potrebujú pomoc, vyžadujú súčinnosť pri vykonávaní viacerých činností vo svojom každodennom živote. Najintenzívnejšie ju potrebujú seniori vo veku od 80 rokov, keď takmer všetci oslovení vyjadrili, že by prijali pomoc obce a to až v prípade 39 označených činností. Vo vekovej skupine 70 – 79 rokov, 34 respondentov (t. j. 40 %



Graf 13 Štruktúra označených činností respondentmi v mikroregióne Veľký Potok – Ipeľ o ktoré by mali záujem, keby ich obec vedela zabezpečiť (prieskum v roku 2022)

Prameň: Vlastné spracovanie

z celkového počtu oslovených v danej vekovej kategórii) označilo 75 činností, s ktorými by potrebovali pomoc, ak by ju obec vedela zabezpečiť. Respondenti prejavili potenciálny záujem najmä o služby donášky alebo prípravy stravy (18,3 % z celkového počtu označení), asistenciu pri získavaní základných informácií o existujúcich sociálnych službách pre seniorov a pri vybavenie úradných záležitostí (14,8 %), ďalej by potrebovali špecializované poradenstvo v oblasti ohrozenia zdravia, pomoc pri začleňovaní do bežného života (14,1 %), pri doprave motorovým vozidlom k lekárovi a na vybavenie úradných záležitostí (12,7 % z počtu označení), ako i na sprevádzanie k lekárovi a pri samotnom vybavovaní úradných záležitostí (12 %). V skupine iných činností respondenti vyjadrili potrebu osoby zodpovednej za zdravotnú starostlivosť, ktorá tiež rieši ich bežné problémy, ďalej osoby pre pohotovostnú intervenciu v prípade potreby, a tiež, vzhľadom na nízke dôchodky, bezplatné zabezpečenie stravy a dreva na kúrenie.

Respondenti sa vyjadrovali aj k tomu, akú maximálnu sumu by si mohli dovoliť platiť za označené služby, ktoré by im obec poskytla. 37 respondentov uviedlo, že si môže dovoliť platiť od 0 do 250 EUR mesačne, väčšina respondentov uviedla skôr nižšiu sumu. Polovica opýtaných by za služby mohla platiť sumu do 20 EUR.

Zovšeobecnením výsledkov sa dá s 95 % spoľahlivosťou očakávať, že potenciálnu ochotu obyvateľov mikroregiónu vo veku od 60 rokov prispievať na služby obce vyjadruje v priemere interval od 20,55 do 52 EUR na jedného záujemcu. Časť B tabuľky obsahuje údaje o sumách, ktoré respondenti reálne hradia v priemere mesačne za poskytované služby.

Tabuľka 19 Priemerná mesačná suma, ktorú by si respondenti v mikroregióne Veľký Potok – Ipeľ mohli dovoliť platiť za sociálne služby (A) a ktorú platia za poskytované sociálne služby (B) podľa vekových kategórií (prieskum v roku 2022)

		Veková kategória							Spolu
		60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90+	
A	priemer	15,00	55,00	53,33	21,13	32,00	0,00	100	36,54
	počet	1	8	6	15	5	1	1	37
B	priemer	6,00	44,00	35,71	15,00	10,00	0,00	100	24,50
	počet	2	8	7	17	6	1	1	42

Prameň: Vlastné spracovanie

Obyvatelia mikroregiónu tiež odpovedali na otázku, v akom prostredí by uprednostnili poskytovanie sociálnych služieb. Zo 150 respondentov 117 (78 %) odpovedalo, že v domácom prostredí, 5,3 % respondentov by uprednostnilo zariadenie podporovaného bývania (samostatné bytové jednotky), 16 % by si to prialo v zariadení sociálnych služieb pre seniorov s celoročným pobytom a 1 respondent v zariadeniach sociálnych služieb pre seniorov s týždenným pobytom.

Tabuľka 20 Rozdelenie odpovedí respondentov v mikroregióne Veľký potok – Ipeľ podľa uprednostňovaného miesta pre poskytovanie sociálnych služieb (prieskum v roku 2022)

	Počet	Podiel (%)
V domácom prostredí	117	78,0
V samostatnom bývaní s podporou k nezávislému životu (podpora samostatného bývania)	8	5,3
V zariadení sociálnych služieb pre seniorov - s celoročným pobytom	24	16,0
V zariadení sociálnych služieb pre seniorov - s týždenným pobytom	1	0,7
V ambulantnom zariadení (denný stacionár)	0	0,0
Iné	0	0,0
Spolu	150	100,0

Prameň: Vlastné spracovanie

Čo sa týka platených sociálnych služieb, 45 % opýtaných odpovedalo, že takéto služby vôbec nevyužívajú, prípadne si ich vôbec nemôžu dovoliť. 10 % respondentov ich hradí z vlastných zdrojov, ale s ťažkosťami, alebo s príspevom rodiny. 19 respondentov využíva opatrovateľskú službu, pričom na jej poskytovanie čakali v rôzne dlhých časových intervaloch, najčastejšie od troch mesiacov až do roka. Najčastejším dôvodom, pre ktorý seniori žiadali o opatrovateľskú službu,

bol zlý zdravotný stav, zlá sociálna situácia a skutočnosť, že sa o seba nevedeli postarať.

Tabuľka 21 Rozdelenie odpovedí respondentov v mikroregióne Veľký potok – Ipeľ podľa dôvodu a vekovej kategórie, pre ktorý požiadali o poskytovanie sociálnych služieb

	Veková kategória							Počet označení
	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90+	
Zlý zdravotný stav	0	3	1	9	2	1	1	17
Zlá sociálna situácia	0	4	0	3	0	0	0	7
Sám som sa už o seba nevedel/a postarať	0	1	0	2	1	1	1	6
Je mi to tak jednoduchšie	1	1	0	1	0	0	0	3
Cítil/a som sa osamelý/á	0	1	1	1	0	0	0	3
Nedostatok pomoci v domácom prostredí	1	1	0	1	1	0	0	4
Počet respondentov	1	4	1	9	2	1	1	

Prameň: Vlastné spracovanie

Ako doplnok k analýze dotazníkového prieskumu uvádzame prehľad o činnosti CISZS vo Vinici, ktoré pôsobi v mikroregióne Veľký Potok – Ipeľ (Tabuľka 22). Rôznorodosť služieb, ktoré centrum poskytuje, ako aj počet obslužených klientov prakticky po štyroch mesiacoch existencie CISZS vypovedá o tom, že uvedené služby sú v danej oblasti žiadané a viaceré z nich, by bez pomoci centra neboli poskytnuté. Okrem klasických služieb ako sprevádzanie k lekárovi, či vybavovanie administratívnych záležitostí súvisiacich so sociálnymi službami, podstatnú časť činnosti centra tvorí poskytovanie informácií, týkajúcich sa tak služieb, na ktoré majú klienti nárok, ako aj finančných príspevkov, či možností monitorovania a signalizácie potrieb klientov.

Tabuľka 22 Prehľad o činnosti CISZS Vinica za mesiac január 2022

Klient	Poskytnutie sociálneho poradenstva a ďalších služieb		Popis činnosti
	Forma	Počet	
1.	telefonická	1	pomoc s umiestnením klienta do zariadenia sociálnych služieb, sprevádzanie klienta na vybavenie úradných záležitostí a k lekárovi, pomoc s nákupom potravín a liekov, pomoc pri hospitalizácii klienta
	telefonická aj terénna	2	
	terénna	4	
2.	ambulantná	1	pomoc so žiadosťou o poskytnutie peňažného príspevku na opatrovanie,
	terénna	1	
3.	terénna aj telefonická	1	motivácia rodiny k starostlivosti o príbuzného, nahlásenie nepriaznivej situácii na ÚPSVR
4.	terénna	1	poskytnutie informácií o monitorovaní a signalizácii potreby pomoci
5.	terénna aj telefonická	1	sprostredkovanie lekárskeho vyšetrenia, registrácia na očkovanie proti Covid 19

Klient	Poskytnutie sociálneho poradenstva a ďalších služieb		Popis činnosti
	Forma	Počet	
6.	terénna	1	registrácia na očkovanie proti Covid 19, sprostredkovanie fyzioterapie pre klienta, sprevádzanie klienta k lekárovi
	terénna aj telefonická	1	
7.	terénna	2	registrácia na očkovanie Covid 19, poskytnutie informácií o predpisovaní liekov u odborného lekára
8.	telefonická	1	zabezpečenie lekárskeho vyšetrenia, sprevádzanie k lekárovi, nákup potravín, návrh na prehodnotenie invalidného dôchodku
	telefonická aj terénna	1	
	terénna	3	
9.	terénna	1	poskytnutie informácií o monitorovaní a signalizácii potreby pomoci
10.	terénna	1	poskytnutie informácií o monitorovaní a signalizácii potreby pomoci
11.	terénna	1	poskytnutie informácií o monitorovaní a signalizácii potreby pomoci
12.	terénna	1	poskytnutie informácií o peňažnom príspevku na opatrovanie
	telefonická	1	administrácia žiadosti o peňažný príspevok na opatrovanie
13.	terénna	2	nákup potravín, poskytnutie informácií o monitorovaní a signalizácii potreby pomoci pre klienta, administrácia monitorovania
	ambulantná	2	
14.	terénna	1	poskytnutie informácií o peňažnom príspevku na opatrovanie
15.	terénna	2	asistencia pri nakupovaní, zabezpečenie potrebných liekov pre klienta
16.	telefonická	1	poskytnutie informácií o monitorovaní a signalizácii potreby pomoci pre klienta
17.	ambulantná	3	pomoc s vybavením peňažného príspevku na opatrovanie klienta
18.	telefonická	1	sprevádzanie klienta pri vybavovaní dôchodku
19.	ambulantná aj telefonická	1	sprevádzanie klienta pri vybavovaní dôchodku
20.	terénna	1	sprevádzanie klienta k lekárovi
21.	terénna	2	sprevádzanie klienta k lekárovi, pomoc pri prehodnotení invalidného dôchodku
22.	ambulantná	1	pomoc pri vybavovaní žiadosti o peňažný príspevok na opatrovanie
23.	telefonická	1	poskytnutie informácií o peňažnom príspevku na opatrovanie
24.	ambulantná	1	poskytnutie informácií o sociálnych nárokoch klienta, sprostredkovanie odborného lekárskeho vyšetrenia
	ambulantná aj telefonická	1	
25.	ambulantná	1	pomoc s prekladom listu zo sociálnej poisťovne do maďarského jazyka

Prameň: BBSK, 2023.

3.1.3 Mikroregión Banská Štiavnica (Štiavnicko)

Dotazníkového prieskumu v mikroregióne Štiavnicko sa zúčastnilo 305 respondentov, z toho 129 mužov a 176 žien. Z 305 oslovených respondentov 156 potrebuje pomoc, zatiaľ čo 149 osôb sa vyjadrilo, že pomoc nepotrebuje, pričom ich početné zastúpenie s vekom výrazne klesá. Z vekovej štruktúry týchto respondentov vyplýva, že viac ako tri štvrtiny z nich sú vo veku do 69 rokov. Respondenti, ktorí vyjadrili potrebu pomoci, by ju najčastejšie privítali pri sprevádzaní k lekárovi a na vybavenie úradných záležitostí (17,8 % z celkového počtu označených činností), pri doprave k lekárovi (16,9 %), na nákup potravín a iného spotrebného tovaru (14,6 %), ďalej na donášku alebo prípravu stravy (11,7 %), na starostlivosť o domácnosť (9,8 %) a na poskytnutie ošetrovateľskej starostlivosti (7,3 %). Možnosť „Iné” respondenti nevybrali.

Tabuľka 23 Štruktúra respondentov v mikroregióne Banská Štiavnica (Štiavnicko) podľa veku a činností, pri vykonávaní ktorých potrebujú pomoc bez ohľadu na to, či im niekto pomáha (prieskum v roku 2022)

Činnosť	Veková kategória							Spolu	Podiel z počtu označení (%)
	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90+		
Získavanie základných informácií o existujúcich sociálnych službách pre seniorov, vybavenie úradných záležitostí ako napr. posudkov, žiadostí, potvrdení k sociálnym službám	4	5	4	12	0	1	0	26	4,5
Špecializované poradenstvo v oblasti riešenia nepriaznivých životných situácií, poradenstvo v oblasti legislatívy spojenej s bývaním, komunikácia a sprostredkovanie kontaktu s príslušnými inštitúciami	4	2	2	5	0	0	0	13	2,3
Osobná hygiena (starostlivosť o telo, vlasy, činnosti spojené s toaletou a pod.)	3	3	1	7	1	2	0	17	3,0
Mobilita (sprievod pri chôdzi, pomoc pri vstávaní z lôžka, pomoc pri manipulácii s predmetmi)	8	6	3	7	4	1	1	30	5,2

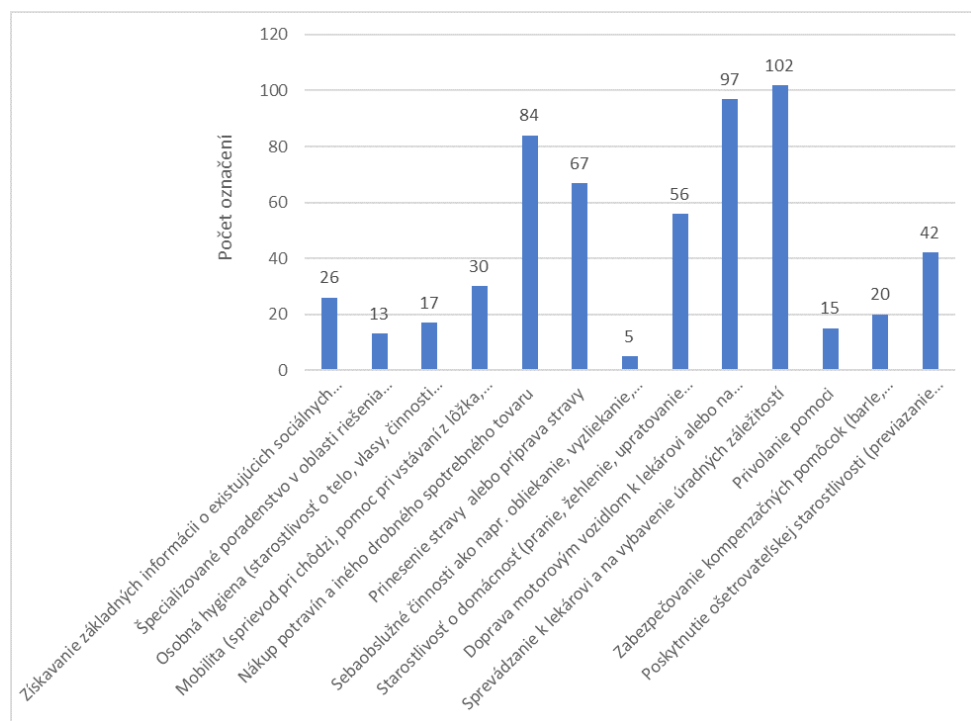
Činnosť	Veková kategória							Spolu	Podiel z počtu označení (%)
	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90+		
Nákup potravín a iného drobného spotrebného tovaru	13	26	10	25	7	2	1	84	14,6
Prinesenie stravy alebo príprava stravy	9	19	6	27	4	1	1	67	11,7
Sebaobslužné činnosti ako napr. obliekanie, vyzliekanie, kŕmenie	0	2	0	3	0	0	0	5	0,9
Starostlivosť o domácnosť (pranie, žehlenie, upratovanie domácnosti)	15	16	6	11	5	3	0	56	9,8
Doprava motorovým vozidlom k lekárovi alebo na vybavenie úradných záležitostí	22	27	12	27	8	1	0	97	16,9
Sprevádzanie k lekárovi a na vybavenie úradných záležitostí	22	27	12	32	6	3	0	102	17,8
Privolanie pomoci	6	7	1	1	0	0	0	15	2,6
Zabezpečovanie kompenzačných pomôcok (barle, invalidný vozík, chodítko, schodolez a pod.)	3	4	4	7	0	1	1	20	3,5
Poskytnutie ošetrovateľskej starostlivosti (previazanie rany, aplikácia injekcií a infúzií, ošetrovanie okolia PEG, ošetrovanie tracheostómie a pod.)	7	15	3	11	5	1	0	42	7,3
Počet označení	116	159	64	175	40	16	4	574	
Nepotrebujem pomoc	64	52	10	22	1	0	0	149	
Počet respondentov	98	96	29	66	10	5	1	305	

Prameň: Vlastné spracovanie

Štruktúra zastúpenia jednotlivých činností, pri ktorých respondenti potrebujú pomoc, na celkovom počte 374 označených činností, je zrejmá z Grafu 14.

Rozdelenie subjektov, ktoré poskytujú pomoc podľa jednotlivých činností, ukazuje Tabuľka 24. Je zrejmé, že pomocou seniorom je najviac zaťažené ich najbližšie okolie, nakoľko až takmer 69 % potrebnej pomoci im poskytuje rodina,

partneri, známi, susedia a priatelia a takmer 20 % opatrovateľská a zdravotná služba.



Graf 14 Štruktúra označených činností respondentmi v mikroregióne Banská Štiavnica (Štiavnicko), pri vykonávaní ktorých potrebujú pomoc (prieskum v roku 2022)

Prameň: Vlastné spracovanie

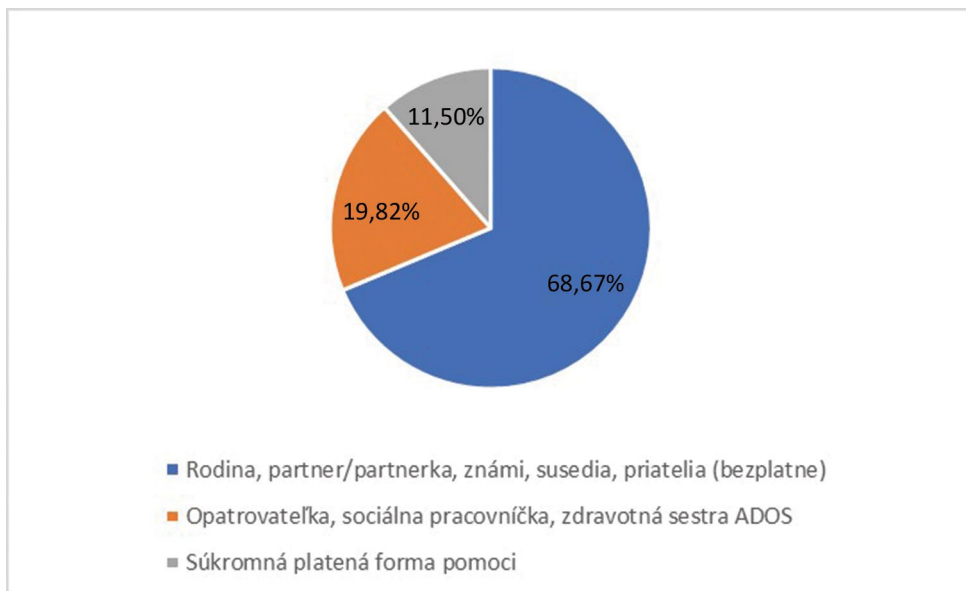
Tabuľka 24 Štruktúra označených činností respondentmi v mikroregióne Banská Štiavnica (Štiavnicko) podľa subjektov, ktoré poskytujú pomoc pri ich vykonávaní (prieskum v roku 2022)

	A	B	C	Spolu
Získavanie základných informácií o existujúcich sociálnych službách pre seniorov, vybavenie úradných záležitostí ako napr. posudkov, žiadostí, potvrdení k sociálnym službám	17	5	4	26
Špecializované poradenstvo v oblasti riešenia nepriaznivých životných situácií, poradenstvo v oblasti legislatívy spojenej s bývaním, komunikácia a sprostredkovanie kontaktu s príslušnými inštitúciami	9	2	1	12
Osobná hygiena (starostlivosť o telo, vlasy, činnosti spojené s toaletou a pod.)	13	4	3	20
Mobilita (sprievod pri chôdzi, pomoc pri vstávaní z lôžka, pomoc pri manipulácii s predmetmi)	22	3	8	33
Nákup potravín a iného drobného spotrebného tovaru	64	12	6	82

	A	B	C	Spolu
Prinesenie stravy alebo príprava stravy	37	15	12	64
Sebaobslužné činnosti ako napr. obliekanie, vyzliekanie, kúpenie	4	2	0	6
Starostlivosť o domácnosť (pranie, žehlenie, upratovanie domácnosti)	37	11	4	52
Doprava motorovým vozidlom k lekárovi alebo na vybavenie úradných záležitostí	70	15	12	97
Sprevádzanie k lekárovi a na vybavenie úradných záležitostí	75	22	8	105
Privolanie pomoci	12	1	0	13
Zabezpečovanie kompenzačných pomôcok (barle, invalidný vozík, chodítko, schodolez a pod.)	6	4	2	12
Poskytnutie ošetrovateľskej starostlivosti (previazanie rany, aplikácia injekcií a infúzií, ošetrovanie okolia PEG, ošetrovanie tracheostómie a pod.)	22	16	5	43
Iné	0	0	0	0
Spolu	388	112	65	565

Legenda: A – Rodina, partner/partnerka, známi, susedia, priatelia (bezplatne)
 B – Opatrovateľka, sociálna pracovníčka, zdravotná sestra ADOS
 C – Súkromná platená forma pomoci

Prameň: Vlastné spracovanie



Graf 15 Štruktúra subjektov poskytujúcich pomoc respondentom v mikroregiónu Banská Štiavnica (Štiavnicko) (prieskum v roku 2022)

Prameň: Vlastné spracovanie

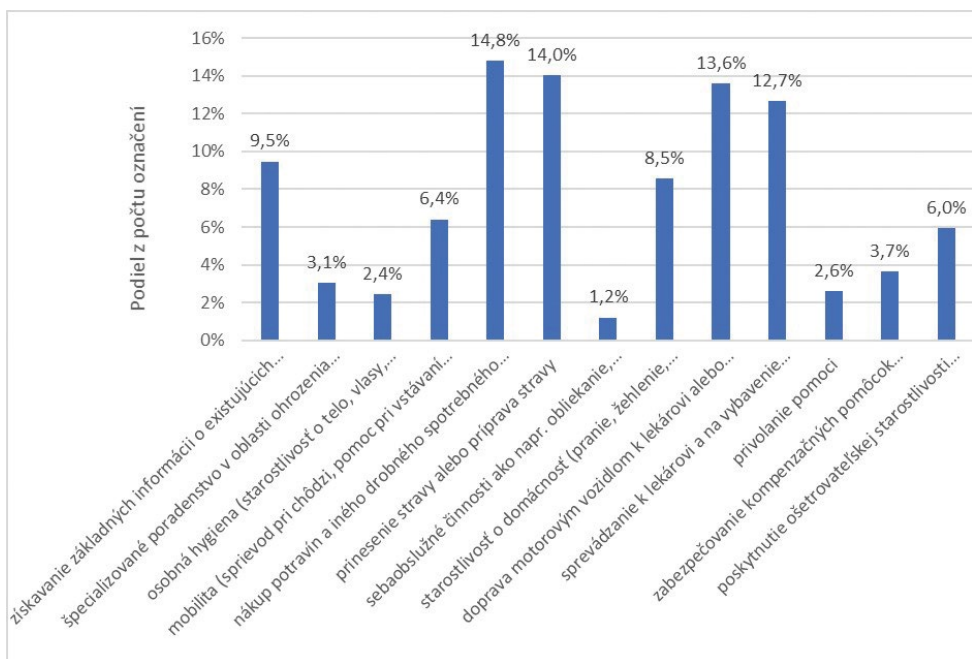
Aj respondenti mikroregiónu Štiavnicko vyjadrovali svoj postoj k situácii, že by obec potenciálne vedela zabezpečiť služby, uľahčujúce im vykonávanie jednotlivých činností. Potenciálny záujem vyjadriilo 149 z 305 respondentov z výberového súboru obyvateľov vo veku od 60 rokov. Pri zovšeobecnení výsledkov výberu na celú populáciu mikroregiónu v uvedenej vekovej kategórii je možné s 95 % spoľahlivosťou očakávať od 43 do 54 % tých, ktorí by mali záujem o zabezpečenie služieb každodenných činností zo strany obce.

Tabuľka 25 Štruktúra respondentov v mikroregióne Banská Štiavnica (Štiavnicko) podľa veku a označených činností, o ktoré by mali záujem, keby ich vedela obec zabezpečiť (prieskum v roku 2022)

	Veková kategória							Počet a podiel označení	
	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90+		
Získavanie základných informácií o existujúcich sociálnych službách pre seniorov, vybavenie úradných záležitostí	17	12	12	19	1	1	0	62	9,5%
Špecializované poradenstvo v oblasti ohrozenia zdravia, začleňovania do bežného života (napríklad pre ľudí so zdravotným znevýhodnením)	4	1	6	8	1	0	0	20	3,1%
Osobná hygiena (starostlivosť o telo, vlasy, činnosti spojené s toaletou a pod.)	4	3	2	6	1	0	0	16	2,5%
Mobilita (sprievod pri chôdzi, pomoc pri vstávaní z lôžka, pomoc pri manipulácii s predmetmi)	11	5	9	13	3	1	0	42	6,4%
Nákup potravín a iného drobného spotrebného tovaru	23	23	19	24	6	2	0	97	14,9%
Prinesenie stravy alebo príprava stravy	23	24	12	25	7	1	0	92	14,1%
Sebaobslužné činnosti ako napr. obliekanie, vyzliekanie, kŕmenie	1	3	0	4	0	0	0	8	1,2%
Starostlivosť o domácnosť (pranie, žehlenie, upratovanie domácnosti)	16	10	9	16	3	2	0	56	8,6%
Doprava motorovým vozidlom k lekárovi alebo na vybavenie úradných záležitostí	20	18	17	29	4	1	0	89	13,6%

	Veková kategória							Počet a podiel označení	
	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90+		
Sprevádzanie k lekárovi a na vybavenie úradných záležitostí	17	22	13	28	3	0	0	83	12,7%
Privolanie pomoci	7	4	4	2	0	0	0	17	2,6%
Zabezpečovanie kompenzačných pomôcok (barle, invalidný vozík, chodítko, schodolez a pod.)	5	4	9	3	3	0	0	24	3,7%
Poskytnutie ošetrovateľskej starostlivosti (previazanie rany, aplikácia injekcií a infúzií, ošetrovanie okolia PEG)	14	7	10	5	3	0	0	39	6,0%
Iné	1	1	2	1	0	3	0	8	1,2%
Počet označení	163	137	124	183	35	11	0	653	
Počet respondentov	34	34	29	44	9	5	1	156	

Prameň: Vlastné spracovanie



Graf 16 Štruktúra označených činností respondentmi v mikroregióne Banská Štiavnica (Štiavnicko), o ktoré by mali záujem, keby ich vedela obec zabezpečiť (prieskum v roku 2022)

Prameň: Vlastné spracovanie.

Z údajov v tabuľke je zrejmé, že respondenti, ktorí pomoc potrebujú, vyžadujú súčinnosť pri vykonávaní viacerých činností vo svojom každodennom živote. Vo vekovej kategórii 60 – 69 rokov vyjadrilo potrebu pomoci 35 % respondentov, vo vekovej kategórii 70 – 79 rokov to bolo 77 % oslovených respondentov. Najintenzívnejšie ju potrebujú ľudia vo veku od 80 rokov, kde až 94 % oslovených respondentov odpovedalo, že by prijali pomoc obce a to až v prípade 46 označených činností. Približne rovnaký počet potenciálnych služieb obce označili respondenti vo vekovom intervale 60 – 69 rokov (300 označení), a tiež v intervale 70 – 79 rokov, ktorí označili až 307 činností, pri ktorých by potrebovali pomoc, ak by ju obec zabezpečila. Potenciálny záujem prejavili respondenti najmä o nákup potravín a iného drobného tovaru (14,9 % z celkového počtu označení), donášku a prípravu stravy (14,1 %), o dopravu motorovým vozidlom k lekárovi (13,6 %), sprevádzanie k lekárovi a na vybavenie úradných záležitostí (12,7 %), ďalej záujem o pomoc na získavanie základných informácií o existujúcich sociálnych službách pre seniorov, či pri vybavovaní úradných záležitostí (9,5 %). V skupine iných činností vyjadrili potrebu zabezpečenia ubytovania zo strany obce, želali by si mať z obecného úradu k dispozícii osobu v nutných prípadoch, pre zabezpečenie zdravotnej starostlivosti, resp. na riešenie bežných problémov, a tiež, by si želali, aby v prípade minimálneho dôchodku seniora mu obec dokázala bezplatne zabezpečiť ubytovanie, drevo na kúrenie či stravu.

Respondenti sa vyjadrovali aj k tomu, akú maximálnu sumu by si mohli dovoliť platiť za služby, ktoré by im obec poskytovala (výsledky v časti A Tabuľky 26). 148 respondentov uviedlo, že si môže dovoliť platiť od 0 do 340 EUR mesačne, viac respondentov uviedlo skôr nižšiu sumu, polovica respondentov by mohla uhrádzať sumu do 50 EUR. S vekom respondentov sa menila ich ochota prispievať na tieto služby. V priemere na jedného respondenta pripadla suma 72,74 ± 77,16 EUR. Pri zovšeobecnení výsledkov je možné s 95 % spoľahlivosťou očakávať potenciálnu ochotu obyvateľov mikroregiónu vo veku od 60 rokov prispievať na služby obce v priemere od 60,2 do 85,27 EUR na záujemcu o služby. Časť B tabuľky obsahuje údaje o sumách, ktoré respondenti reálne hradia v priemere mesačne za poskytované služby.

Tabuľka 26 Priemerná mesačná suma, ktorú by si respondenti v mikroregióne Štiavnicko mohli dovoliť platiť za sociálne služby (A) a ktorú platia za poskytované sociálne služby (B) podľa vekových kategórií (prieskum v roku 2022)

		Veková kategória							Spolu
		60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90+	
A	priemer	47,73	81,42	76,70	89,65	54,11	45,00	0	72,74
	počet	33	33	27	43	9	2	1	148
B	priemer	31,62	31,18	50,00	58,75	50,00	36,00	410	46,22
	počet	34	34	29	44	9	5	1	156

Prameň: Vlastné spracovanie

Obyvatelia mikroregiónu tiež odpovedali na otázku, v akom prostredí by uprednostnili poskytovanie sociálnych služieb. Z 305 respondentov 200, t. j. dve tretiny odpovedal, že by preferovali domáce prostredie, 20 % zariadenie sociálnych služieb pre seniorov s celoročným pobytom, 6,6 % respondentov by uprednostnilo zariadenie podporovaného bývania (v samostatných bytových jednotkách), 4,3 % v zariadeniach sociálnych služieb pre seniorov s týždenným pobytom a 3,6 % v ambulantnom zariadení (denný stacionár).

Tabuľka 27 Rozdelenie odpovedí respondentov v mikroregióne Štiavnicko podľa uprednostňovaného miesta pre poskytovanie sociálnych služieb (prieskum v roku 2022)

	Počet	Podiel (%)
V domácom prostredí	200	65,6
V samostatnom bývaní s podporou k nezávislému životu (podpora samostatného bývania)	20	6,6
V zariadení sociálnych služieb pre seniorov - s celoročným pobytom	61	20,0
V zariadení sociálnych služieb pre seniorov - s týždenným pobytom	13	4,3
V ambulantnom zariadení (denný stacionár)	11	3,6
Iné	0	0,0
Spolu	305	100,0

Prameň: Vlastné spracovanie

Tabuľka 28 Rozdelenie odpovedí respondentov v mikroregióne Štiavnicko podľa dôvodu, pre ktorý požiadali o poskytovanie sociálnych služieb a podľa vekovej kategórie

	Veková kategória							Počet označení
	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90+	
Zlý zdravotný stav	3	8	4	12	3	1	1	32
Zlá sociálna situácia	0	2	0	1	0	0	0	3
Sám som sa už o seba nevedel/a postarať	3	4	2	10	2	1	0	22
Je mi to tak jednoduchšie	3	8	5	8	2	2	1	29
Cítil/a som sa osamelý/á	0	2	1	7	2	3	0	15
Nedostatok pomoci v domácom prostredí	3	4	2	9	4	1	0	23
Nemám dosť peňazí na normálne bývanie	0	0	1	2	0	2	0	5
Počet respondentov	7	13	8	20	5	4	1	

Prameň: Vlastné spracovanie

Viac ako polovica (53,2 %) respondentov odpovedala, že platené sociálne služby vôbec nevyužívajú, prípadne si ich vôbec nemôžu dovoliť. 33,3 % si ich hradí z vlastných zdrojov, ale s ťažkosťami alebo s príspevom rodiny. Len 12,2 % respondentov si hradí sociálne služby bez problémov z vlastných zdrojov. Na

poskytovanie sociálnych služieb čakali respondenti v rôzne dlhých časových intervaloch, od maximálne dvoch mesiacov až do jedného roka. Najčastejším dôvodom, pre ktorý žiadali o opatrovateľskú službu, bol zlý zdravotný stav, uľahčenie životnej situácie, nedostatok pomoci zo strany najbližšieho okolia a skutočnosť, že sa o seba nevedeli postarať.

Tak ako v prípade mikroregiónu Veľký Potok - Ipel', sme aj pre Štiavnicko urobili prehľad o činnosti CISZS so sídlom v Banskej Štiavnici za mesiac január 2022 (Tabuľka 29).

Tabuľka 29 Prehľad o činnosti CISZS Banská Štiavnica za mesiac január 2022

Klient	Poskytnutie sociálneho poradenstva a ďalších služieb		Popis činnosti
	Forma	Počet	
1.	terénna	1	montáž monitorovacieho zariadenia
2.	terénna	1	návrh montáže monitorovacieho zariadenia
3.	terénna	1	vytvorenie komunikačného vzťahu s osamelo žijúcim klientom
4.	ambulantná a telefonická	2	zabezpečenie dopravy do BB (chemoterapia)
5.	telefonická	1	inštruktáž k manipulácii s monitorovacím zariadením
6.	ambulantná	1	inštruktáž a montáž monitorovacieho zariadenia
	terénna	1	
7.	terénna	1	poskytnutie informácií o monitorovacom zariadení a o činnosti CISZS
8.	terénna	1	poskytnutie informácií o monitorovacom zariadení a o činnosti CISZS
9.	terénna	2	poskytnutie informácií o činnosti CISZS a sprevádzanie na vyšetrenie
10.	terénna aj telefonická	2	poskytnutie informácií o monitorovacom zariadení a o činnosti CISZS

Prameň: BBSK, 2023.

Nakoľko sa sociálne služby v tomto mikroregióne poskytovali aj pred založením CISZS vo väčšom rozsahu ako v mikroregióne Veľký Potok – Ipel', je zrejmé, že počet klientov CISZS nestúpol v takej miere ako na území, kde tieto služby akútne chýbali. Z popisu uskutočnených aktivít CISZS vidieť, že sa vo veľkej miere orientujú na poskytovanie informácií o činnosti centier a o monitorovacích zariadeniach. Dá sa predpokladať, že v budúcnosti, keď budú mať občania o službách centra viac informácií, zvýši sa aj počet klientov CISZS.

Ako vyplýva z tabuliek 22 a 29 o činnosti CISZS poskytovanie sociálneho poradenstva a ďalších služieb má najčastejšie terénnu formu. Túto formu sociálnej

služby poskytujú zamestnanci CISZS fyzickej osobe v jej prirodzenom sociálnom prostredí alebo v jej domácom prostredí, pričom ide napr. o sociálne poradenstvo, asistenciu pri nakupovaní, zabezpečenie potrebných liekov pre klienta, sprevádzanie klienta k lekárovi, pomoc s umiestnením klienta do zariadenia sociálnych služieb a pod. Práve tieto služby by mali byť základom pre pokrytie potrieb tých seniorov, ktorí sú už odkázaní na pomoc inej osoby, v ich domácom prostredí. Činnosti CISZS, ktoré v našej monografii analyzujeme, sa po ukončení pilotného projektu a po vyhodnotení prevádzky troch už existujúcich centier budú určite rozširovať, najmä čo sa týka ich ponuky z hľadiska rozsahu a pestrosti.

Zhrnutie výsledkov získaných vo všetkých troch regiónoch

Komparáciou výsledkov zo všetkých troch mikroregiónov môžeme konštatovať, že veková štruktúra respondentov v nich je veľmi podobná. Celkový priemerný vek respondentov vo všetkých troch mikroregiónoch spolu bol 69,4 + 6,6 roka (Novohradské Podzámčie 69,5 + 6,5 roka, Veľký Potok – Ipel' 70,2 + 6,5 roka a Štiavnicko 68,9 + 6,7 roka). Polovica respondentov v sledovaných domácnostiach žije s manželom/manželkou alebo partnerom/partnerkou.

Tabuľka 30 Zloženie domácností respondentov v jednotlivých mikroregiónoch (prieskum v roku 2022)

	Podiel v %		
	NP	VPI	BS
Žijem sám/sama	25,8	22,0	23,9
Len s rodičom/mi	0	0	0,3
Len s manželom/manželkou (partnerom/partnerkou)	45,0	58,7	57,0
Len s deťmi	9,9	6,0	4,3
S manželom/manželkou (partnerom/partnerkou) a s deťmi	4,6	9,3	5,2
Žijem vo viacgeneračnej domácnosti (deti, rodičia, starí rodičia)	13,9	4,0	7,2
Inak	0,7	0	2,0
Spolu	100,0	100,0	100,0

Prameň: Vlastné spracovanie

Vo všetkých troch regiónoch je pomerne vysoký podiel respondentov, ktorí nemajú deti, alebo ich deti nežijú v rovnakom okrese ako respondenti (Novohradské Podzámčie 36 %, Veľký Potok – Ipel' 27 % a Štiavnicko 41 %). Nemajú teda vo svojom okolí možnosť bezprostrednej pomoci od rodiny. Analýzou jednotlivých mikroregiónov sa ukázalo, že s rastúcim vekom respondenti deklarujú vyššiu potrebu pomoci. Medzi vekom a počtom označených činností, pri ktorých respondent vyžaduje pomoc okolia, je stredne silná priama závislosť (korelačný koeficient $r_{NP} = 0,383$, $r_{VPI} = 0,47$ a $r_{BS} = 0,321$). Ľudia vo veku od 60 rokov najintenzívnejšie pociťujú potrebu pomoci zo strany okolia pri sprevádzaní a doprave k lekárovi a na vybavenie úradných záležitostí, ďalej tiež pri každodenných činnostiach spojených s prípravou jedla a starostlivosťou o domácnosť. Zoznam činností spolu

s poradovým číslom ich umiestnenia podľa intenzity potreby je uvedený v Tabuľke 31 (výsledok využitia Friedmanovho a Kruskal-Wallis testu).

Tabuľka 31 Poradie činností podľa intenzity potreby, pre ktoré ľudia vo veku od 60 rokov vyžadujú pomoc od okolia (prieskum v roku 2022)

Poradie dôležitosti	Činnosť
1	Sprevádzanie k lekárovi a na vybavenie úradných záležitostí
2	Doprava motorovým vozidlom k lekárovi alebo na vybavenie úradných záležitostí
3	Nákup potravín a iného drobného spotrebného tovaru
3	Prinesenie stravy alebo príprava stravy
3	Starostlivosť o domácnosť (pranie, žehlenie, upratovanie domácnosti)
4	Získavanie základných informácií o existujúcich sociálnych službách pre seniorov, vybavenie úradných záležitostí ako napr. posudkov, žiadostí, potvrdení k sociálnym službám
5	Poskytnutie ošetrovateľskej starostlivosti (previazanie rany, aplikácia injekcií a infúzií, ošetrovanie okolia PEG, ošetrovanie tracheostómie a pod.)
6	Zabezpečovanie kompenzačných pomôcok (barle, invalidný vozík, chodítko, schodolez a pod.)
	Mobilita (sprievod pri chôdzi, pomoc pri vstávaní z lôžka, pomoc pri manipulácii s predmetmi)
	Špecializované poradenstvo v oblasti riešenia nepriaznivých životných situácií, poradenstvo v oblasti legislatívy spojenej s bývaním, komunikácia a sprostredkovanie kontaktu s príslušnými inštitúciami
	Osobná hygiena (starostlivosť o telo, vlasy, činnosti spojené s toaletou apod.)
	Privolanie pomoci
7	Sebaobslužné činnosti ako napr. obliekanie, vyzliekanie, kŕmenie
8	Iné

Prameň: Vlastné spracovanie.

Vek signifikantne a priamo vplýval aj na výber činností, s ktorými by seniori potenciálne potrebovali pomôcť, ak by ich obec dokázala zabezpečiť, okrem dvoch činností, a to špecializovaného poradenstva v oblasti riešenia nepriaznivých životných situácií a privolania pomoci. Potreba pomoci pri uvedených dvoch činnostiach nie je ovplyvnená vekom. Najintenzívnejšie sa vplyv veku prejavoval pri pomoci s dopravou ($r = 0,221$) a sprevádzaním k lekárovi ($r = 0,201$), vybavovaním úradných záležitostí a tiež pri činnostiach spojených s prípravou stravy a starostlivosťou o domácnosť ($r = 0,205$).

Z označení, resp. výberu činností, ktoré by seniori vo veku 60+ využili, keby ich obec zabezpečila, je zrejmé, že ich prioritu nevedia tak jednoznačne vymedziť ako v prípade označovania činností, s ktorými potrebujú pomoc bez ohľadu na to, kto im ju zabezpečuje. Na prvom mieste respondenti vybrali činnosti súvisiace s donáškou a prípravou stravy, nákupom potravín, dopravou a sprevádzaním k lekárovi i na vybavenie úradných záležitostí. Priorita činností, ktoré by mali byť

zabezpečované zo strany obce, na základe deklarácie z dotazníkového prieskumu v mikroregiónoch, je zrejmá z Tabuľky 32.

Tabuľka 32 Poradie činností podľa intenzity potreby, pre ktoré by mala obec zabezpečiť pomoc pre ľudí vo veku od 60 rokov (prieskum v roku 2022)

Poradie dôležitosti	Činnosť
1	Prinesenie stravy alebo príprava stravy
	Doprava motorovým vozidlom k lekárovi alebo na vybavenie úradných záležitostí
	Nákup potravín a iného drobného spotrebného tovaru
	Sprevádzanie k lekárovi a na vybavenie úradných záležitostí
2	Získavanie základných informácií o existujúcich sociálnych službách pre seniorov, vybavenie úradných záležitostí ako napr. posudkov, žiadostí, potvrdení k sociálnym službám.
3	Starostlivosť o domácnosť (pranie, žehlenie, upratovanie domácnosti)
	Špecializované poradenstvo v oblasti riešenia nepriaznivých životných situácií, poradenstvo v oblasti legislatívy spojenej s bývaním, komunikácia a sprostredkovanie kontaktu s príslušnými inštitúciami
	Poskytnutie ošetrovateľskej starostlivosti (previazanie rany, aplikácia injekcií a infúzií, ošetrovanie okolia PEG, ošetrovanie tracheostómie a pod.)
	Mobilita (sprievod pri chôdzi, pomoc pri vstávaní z lôžka, pomoc pri manipulácii s predmetmi)
4	Zabezpečovanie kompenzačných pomôcok (barle, invalidný vozík, chodítko, schodolez a pod.)
	Privolanie pomoci
	Osobná hygiena (starostlivosť o telo, vlasy, činnosti spojené s toaletou a pod.)
	Sebaobslužné činnosti ako napr. obliekanie, vyzliekanie, kŕmenie
5	Iné

Prameň: Vlastné spracovanie

Mikroregión ovplyvnil aj mesačnú sumu, ktorú sú jeho obyvatelia ochotní zaplatiť za sociálne služby, ak by ich potenciálne poskytovala obec (Kruskal-Walis test, p-hodnota = 0).

Tabuľka 33 Maximálna mesačná suma, ktorú by si respondenti v regiónoch mohli dovoliť platiť za vybrané sociálne služby (A) a ktorú platia za sociálne služby (B) v EUR (prieskum v roku 2022)

	A				B			
	NP	VPI	BŠ	Spolu	NP	VPI	BŠ	Spolu
Priemer	20,14	36,54	72,74	52,92	8,10	24,50	46,22	32,77
Počet odpovedí	71	37	148	256	71	42	156	269
Smerodajná odchýlka	14,24	47,95	77,16	66,17	11,29	47,67	78,68	65,10

Legenda: NP – Novohradské Podzámčie, VPI – Veľký Potok – Ipeľ, BŠ – Banská Štiavnica (Štiavnicko)

Prameň: Vlastné spracovanie

Respondenti by uprednostnili, keby sa im informovanosť o sociálnych službách dostávala predovšetkým prostredníctvom tlačенých materiálov (letáky, propagačné materiály) alebo telefonicky (dostupná infolinka o možnosti pomoci v prípade potreby).

Tabuľka 34 Rozdelenie foriem poskytovania informácií podľa výberu respondentov v mikroregiónoch (prieskum v roku 2022)

	Podiel v %		
	Novohradské Podzámčie	Veľký Potok - Ipeľ	Banská Štiavnica (Štiavnico)
Vyhľadávanie prostredníctvom internetu	7,9	14,0	12,5
Letáky, propagačné materiály	48,3	34,7	29,5
Miestne noviny	13,9	28,0	20,7
Zasielanie e-mailom (newsletter)		2,0	2,0
Dostupná infolinku o možnosti pomoci v prípade potreby	27,8	20,7	35,1
Iné	2,0	0,7	0,3
Spolu	100,0	100,0	100,0

Prameň: Vlastné spracovanie

Výsledky uvedeného prieskumu v troch vybraných mikroregiónoch potvrdili, že úroveň poskytovania dlhodobej starostlivosti o seniorov je tam nedostatočná. Odpovede opýtaných seniorov nám pomohli identifikovať služby a dokonca aj druhy pomoci, ktoré najviac potrebujú. Vychádzajúc z objektívnej situácie, v ktorej sa seniori nachádzajú z hľadiska prístupu k dlhodobej starostlivosti, považujeme za potrebné, aby vznikajúce CISZS poskytovali najmä tieto služby: opatrovateľskú službu, sociálne poradenstvo, pomoc súvisiacu s hodnotením stavu zdravia seniorov, ich sledovanie prostredníctvom SOS náramkov, ako aj sprostredkovanie zdravotnej starostlivosti v prípade potreby. Úlohou CISZS bude aj poskytovanie tzv. „odľahčovacej“ služby osobe, ktorá sa stará o zdravotne ťažko postihnutého seniora. Poskytovanie tejto služby je obmedzené na dobu maximálne 30 dní a CISZS ju prevezme v spolupráci s domácimi opatrovateľmi alebo so zariadeniami sociálnych služieb pre seniorov.

V rámci poskytovania opatrovateľskej služby sme v našom prieskume identifikovali niekoľko úloh či úkonov, pri realizácii ktorých by seniori v skúmaných mikroregiónoch privítali pomoc. Najčastejšie žiadajú také služby (uvedené v zákone č. 448/2008 Z. z.) ako sprevádzanie na lekárske prehliadky alebo do verejných inštitúcií na vybavenie rôznych záležitostí. S tým úzko súvisí aj dopyt po ďalšej službe – preprave autom, ktorá predpokladá zabezpečenie dopravy motorovým vozidlom prispôbeným aj na možnosť prepravy osôb so zdravotným postihnutím. Medzi často žiadané patria tiež služby, ktoré sú podľa uvedeného zákona spojené so starostlivosťou o domácnosť, ako sú napríklad nákup potravín a iného drobného spotrebného tovaru, a tiež donáška stravy.

Dôležitou súčasťou opatrovateľskej služby sú každodenné bežné úkony spojené s asistenciou pri osobnej hygiene, obliekaní a vyzliekaní, chôdzi, chodení na toaletu a pod. Aj keď je podľa výsledkov nášho prieskumu pri týchto úlohách menší dopyt po pomoci, rozhodne to nesvedčí o nezáujme zo strany seniorov. Dôvodom je skôr to, že ide o nevyhnutné služby pre odkázaných a ťažko chorých starých ľudí, ktorí už často nežijú doma. Dokazujú to údaje získané v mikroregióne III – Banská Štiavnica (Štiavnicko), kde je pomerne vysoká dostupnosť pobytových zariadení pre seniorov v porovnaní s ďalšími dvoma mikroregiónmi, čo vysvetľuje, prečo je tu dopyt po pomoci s každodennými úkonmi najnižší. Na druhej strane na územiach, kde seniori zostávajú v starobe doma, sa ich potreba pomoci pri plnení týchto úkonov zvyšuje. Dá sa predpokladať, že ak sa CISZS stanú poskytovateľmi viacerých a kvalitnejších opatrovateľských služieb, seniori budú preferovať bývanie v domácom prostredí (čo deklarovalo až 90 % našich respondentov) a že dopyt po asistencii pri každodenných úkonoch sa zvýši.

Popri pomoci praktického charakteru, sa seniori v prieskume vyslovili aj o potrebe získavania informácií o sociálnych službách, resp. o možnostiach riešenia situácie, v ktorej sa vplyvom veku, prípadne choroby ocitli. CISZS preto poskytuje aj sociálne poradenstvo, ktorého cieľom je pomôcť klientovi vyriešiť problémovú situáciu, dosiahnuť jeho efektívne sociálne fungovanie, či sprostredkovať mu ďalšiu odbornú pomoc. Súčasťou sociálneho poradenstva je aj pomoc so sociálnou a zdravotnou posudkovou činnosťou. Posudok o odkázanosti na sociálnu službu je podkladom pre oficiálne rozhodnutie v tejto veci, ktoré predchádza akékoľvek ďalšie činnosti zabezpečujúce potrebné sociálne služby pre seniora. Za dôležitú sociálnu službu, ktorú CISZS zabezpečuje, považujeme aj požičiavanie kompenzačných pomôcok ako sú chodítko, invalidný vozík, barle, mobilné WC a pod. Kompenzačné pomôcky sa poskytujú podľa Zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách osobám s nepriaznivým zdravotným stavom, ktoré sú odkázané na určitú pomôcku.

Dôležitým výsledkom nášho prieskumu je skutočnosť, že starí ľudia chcú prežiť starobu doma. Toto želanie vyjadrili takmer všetci naši respondenti. Zostať sám v dome alebo byte v starobe, s viac či menej podlomeným zdravím, je často sprevádzané úzkosťou z nedostatku pomoci, v prípade, že by bola potrebná. Z tohto dôvodu CISZS poskytuje službu núdzového monitorovania prenájmom SOS monitorovacích náramkov. Tieto zariadenia sú užitočné napr. v prípadoch, keď si osoba pre náhle zhoršenie zdravotného stavu alebo z dôvodu nekontrolovaného pádu už nedokáže privolať pomoc ani mobilným telefónom. Náramky sú napojené na monitorovacie centrum, ktoré v danej situácii poskytne seniorom nevyhnutnú podporu od príbuzných, neodkladnú zdravotnú starostlivosť, príp. aj asistenciu polície.

3.2 Komparácia výsledkov prieskumov v rokoch 2021 a 2022

Dotazníkové prieskumy sa uskutočnili v období mesiacov jún – júl 2021 a september–október 2022 vo vybraných troch mikroregiónoch BBSK, v ktorých boli plánované a neskôr zriadené centrá integrovanej sociálno-zdravotnej starostlivosti pre seniorov. Prieskumy sa realizovali prostredníctvom štruktúrovaného dotazníka na vzorke obyvateľov od 60 rokov. Prvým mikroregiónom bolo Novohradské Podzámčie (I.) s počtom 1 953 obyvateľov vo veku od 60 rokov, v ktorom bolo oslovených v prvom prieskume 143 a v druhom prieskume 151 obyvateľov. Druhým mikroregiónom bol Veľký Potok – Ipeľ (II.) s počtom obyvateľov 1 945 vo veku od 60 rokov, pričom v prvom prieskume agentúra oslovila 154 respondentov a v druhom 150 osôb. Tretím mikroregiónom bolo Štiavnicko (III.) zahŕňajúce mesto Banská Štiavnica, obce tohto okresu a dve obce mimo okresu, spolu s počtom 3 934 obyvateľov od 60 rokov, pričom bolo oslovených spolu 303 respondentov v prvom prieskume a 305 v druhom prieskume. Z výskumu získané údaje majú slúžiť ako podklad pre vyhodnotenie vplyvu činnosti novovzniknutých CISZS na kvalitu života seniorov, a to po ich ročnom pôsobení v uvedených mikroregiónoch. Agentúry, ktoré vykonali prieskum, garantovali v obidvoch reprezentatívnosť vzorky podľa počtu obyvateľov v mikroregiónoch vo veku od 60 rokov, podľa pohlavia a vekových kategórií v tejto vekovej skupine pri zastúpení všetkých obcí v mikroregiónoch.

Z údajov týkajúcich sa zloženia domácností, v ktorých respondenti vo veku od 60 rokov bývajú, vyplýva, že približne štvrtina respondentov býva sama (Tabuľka 35). Približne 20 % respondentov tiež uviedlo, že nemá dieťa alebo jeho dieťa nebýva v tom istom okrese. Osamotenosť osôb vo veku od 60 rokov a život bez možnosti bezprostrednej pomoci od blízkej rodiny vytvára tlak na potrebu poskytovania sociálnych služieb.

Tabuľka 35 Zloženie domácností respondentov podľa prieskumov v rokoch 2021 a 2022 (podiel kategórií v %)

	Novohradské Podzámčie		Veľký Potok - Ipeľ		Banská Štiavnica (Štiavnicko)	
	2021	2022	2021	2022	2021	2022
Žijem sám/sama	24,5	25,8	31,8	22,0	28,4	23,9
Len s rodičom/mi	0,7	0,0	0,6	0,0	0,3	0,3
Len s manželom/manželkou (partnerom/partnerkou)	31,5	45,0	50,0	58,7	41,3	57,0
Len s deťmi	11,9	9,9	7,8	6,0	10,6	4,3
S manželom/manželkou (partnerom/partnerkou) a s deťmi	27,3	4,6	7,1	9,3	9,6	5,2
Žijem vo viacgeneračnej domácnosti (deti, rodičia, starí rodičia)	2,8	13,9	1,9	4,0	7,6	7,2
Inak	1,4	0,7	0,6	0	2,3	2,0
Spolu	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Prameň: Vlastné spracovanie.

Meritórna časť dotazníka sa týkala zistení s ktorými sociálnymi službami potrebujú respondenti pomôcť bez ohľadu na to, kto im pomáha. Prevažujúcimi službami, s ktorými pomoc potrebujú, deklarovanými v oboch prieskumoch, boli doprava a sprevádzanie k lekárovi alebo na vybavenie úradných záležitostí. Nasledovali tiež služby pomoci s drobnými nákupmi a prípravou stravy.

Tabuľka 36 Podiel počtu označených činností, pri vykonávaní ktorých respondenti potrebujú pomoc bez ohľadu na to, či im niekto pomáha, v rokoch 2021 a 2022, za všetky mikroregióny spolu (v %)

	Rok prieskumu	
	2021	2022
Získavanie informácií o existujúcich sociálnych službách pre seniorov, riešenie nepriaznivých životných situácií, vybavení úradných záležitostí ako napr. posudkov, žiadostí, potvrdení k sociálnym službám	6,5	10,3
Osobná hygiena	6,2	3,6
Mobilita	6,3	4,9
Nákup potravín a iného drobného spotrebného tovaru	11,7	12,7
Prinesenie stravy alebo príprava stravy	10,5	10,9
Starostlivosť o domácnosť	9,7	8,2
Sebaobslužné činnosti	3,8	2,3
Doprava motorovým vozidlom k lekárovi alebo na vybavenie úradných záležitostí	15,8	16,0
Sprevádzanie k lekárovi a na vybavenie úradných záležitostí	13,8	16,4
Privolanie pomoci	3,6	3,6
Zabezpečovanie kompenzačných pomôcok	6,4	5,0
Poskytnutie ošetrovateľskej starostlivosti	5,7	5,6
Iné	0,0	0,4
Spolu	100,0	100,0

Prameň: Vlastné spracovanie.

Z výsledkov odpovedí respondentov je zrejmé, že v druhom prieskume (v roku 2022) sa prejavil výrazný nárast záujmu o pomoc so získavaním informácií o existujúcich sociálnych službách pre seniorov, pri riešení nepriaznivých životných situácií a pri vybavovaní úradných záležitostí (nárast z 6,5 na 10,3 % z celkového počtu označených činností, o ktoré respondenti prejavili záujem). Tento nárast sa najvýraznejšie prejavil v mikroregiónoch Novohradské Podzámčie a Veľký Potok – Ipeľ a je možné dať ho do súvislosti s rastom povedomia obyvateľov po vybudovaní CISZS. Centrum svojou činnosťou nielen zvýšilo informovanosť občanov o tom, aké majú možnosti pri hľadaní pomoci, opatrovateľských služieb a riešení sociálnych problémov, ale vyvolalo aj rast dopytu po informáciách. Pokiaľ centrum neexistovalo, seniori o mnohých službách nevedeli a svoje potreby navonok ani neprejavovali.

Tabuľka 37 Podiel počtu označených činností, pri vykonávaní ktorých respondenti potrebujú pomoc bez ohľadu na to, či im niekto pomáha, v rokoch 2021 a 2022, podľa mikroregiónov (v %)

	Novohradské Podzámčie		Veľký Potok - Ipeľ		Banská Štiavnica (Štiavnicko)	
	2021	2022	2021	2022	2021	2022
Získavanie informácií o existujúcich sociálnych službách pre seniorov, riešenie nepriaznivých životných situácií, vybavení úradných záležitostí ako napr. posudkov, žiadostí, potvrdení k sociálnym službám	7,2	15,0	5,3	11,7	6,9	6,8
Osobná hygiena	8,5	4,5	8,4	3,9	4,2	3,0
Mobilita	6,5	4,5	6,6	4,4	6,0	5,2
Nákup potravín a iného drobného spotrebného tovaru	9,8	11,8	10,2	9,3	13,2	14,6
Prinesenie stravy alebo príprava stravy	8,5	11,0	11,5	8,8	10,6	11,7
Starostlivosť o domácnosť	7,8	7,5	7,5	4,9	11,6	9,8
Sebaobslužné činnosti	5,9	4,0	5,3	2,9	2,3	0,9
Doprava motorovým vozidlom k lekárovi alebo na vybavenie úradných záležitostí	12,4	14,4	16,8	16,1	16,4	16,9
Sprevádzanie k lekárovi a na vybavenie úradných záležitostí	11,1	13,4	11,5	18,0	16,0	17,8
Privolanie pomoci	7,2	4,8	5,3	4,4	1,4	2,6
Zabezpečovanie kompenzačných pomôcok	7,2	4,8	5,8	9,8	6,5	3,5
Poskytnutie ošetrovateľskej starostlivosti	7,8	3,5	5,8	4,9	4,9	7,3
Iné	0,0	0,8	0,0	1,0	0,0	0,0
Spolu	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Prameň: Vlastné spracovanie

Výsledky prvého prieskumu upútali predovšetkým vysokým podielom pomoci od najbližšieho okolia seniorov (rodina, partner/partnerka, známi, susedia, priatelia, a to bez finančnej kompenzácie). V druhom prieskume bol tento podiel výrazne nižší, predovšetkým v mikroregióne Štiavnicko, pričom narástol podiel opatrovateľskej, sociálnej služby a služby ADOS, ako aj kategórie platená opatrovateľská služba.

Tabuľka 38 Podiel subjektov, poskytujúcich pomoc respondentom, podľa prieskumov v rokoch 2021 a 2022, podľa mikroregiónov (v %)

	Novohradské Podzámčie		Veľký Potok - Ipeľ		Banská Štiavnica (Štiavnicko)	
	2021	2022	2021	2022	2021	2022
Rodina, partner/ka, známi, susedia	89,0	85,0	83,0	55,0	84,0	69,0
Opatrovateľka, sociálna služba, ADOS	0,0	8,0	7,0	36,0	14,0	20,0
Súkromná platená forma pomoci	6,0	6,0	2,0	9,0	2,0	11,0
Niektiný	5,0	0,0	8,0	0,0	0,0	0,0
Spolu	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Prameň: Vlastné spracovanie

Nárast pomoci v kategórii opatrovateľská služba, sociálna služba a ADOS, a tým odbremenenie najbližšieho okolia môžeme logicky spojiť s činnosťou CISZS, nakoľko tieto inštitúcie od svojho vzniku pomáhajú občanom v sledovaných mikroregiónoch s poskytovaním sociálnych služieb. Prakticky vo všetkých troch mikroregiónoch došlo v roku 2022 k percentuálnemu poklesu pomoci zo strany rodiny, či najbližšieho okolia a na druhej strane k nárastu pomoci organizovanej na komunitnej úrovni novovzniknutými CISZS.

Respondentov sme sa tiež pýtali, ktoré zo sociálnych služieb uľahčujúcich vykonávanie činností by využili, keby ich obec dokázala zabezpečiť. Rovnako ako v prípade otázky na činnosti, s ktorými respondenti potrebujú každodennú pomoc, vidíme v odpovediach na túto otázku nárast záujmu o pomoc zo strany obce so získavaním informácií o existujúcich sociálnych službách a potvrdenie potreby pomoci predovšetkým s nákupom potravín a iného drobného tovaru, s donáškou a prípravou stravy, a tiež s dopravou a sprevádzaním k lekárovi a na vybavenie úradných záležitostí (Tabuľka 39).

Tabuľka 39 Podiel z počtu označených činností, ktoré by respondenti využili, keby ich obec vedela zabezpečiť, v rokoch 2021 a 2022, za všetky mikroregióny spolu (v %)

	Rok prieskumu	
	2021	2022
Získavanie informácií o existujúcich sociálnych službách pre seniorov, riešenie nepriaznivých životných situácií, vybavení úradných záležitostí ako napr. posudkov, žiadostí, potvrdení k sociálnym službám	7,2	16,2
Osobná hygiena	8,5	2,6
Mobilita	6,5	5,0
Nákup potravín a iného drobného spotrebného tovaru	9,8	13,2
Prinesenie stravy alebo príprava stravy	8,5	13,8
Starostlivosť o domácnosť	7,8	7,4
Sebaobslužné činnosti	5,9	2,0
Doprava motorovým vozidlom k lekárovi alebo na vybavenie úradných záležitostí	12,4	13,8
Sprevádzanie k lekárovi a na vybavenie úradných záležitostí	11,1	13,1
Privolanie pomoci	7,2	3,3
Zabezpečovanie kompenzačných pomôcok	7,2	3,7
Poskytnutie ošetrovateľskej starostlivosti	7,8	5,5
Iné	0,0	0,5
Spolu	100,0	100,0

Prameň: Vlastné spracovanie

Výrazný nárast záujmu o službu poskytovania informácií o sociálnych službách je zreteľný predovšetkým v mikroregiónoch Novohradské Podzámčie a Veľký Potok – Ipel’.

Tabuľka 40 Podiel počtu označených činností, ktoré by respondenti využili, keby ich vedela obec zabezpečiť, v rokoch 2021 a 2022, podľa mikroregiónov (v %)

	Novohradské Podzámčie		Veľký Potok - Ipeľ		Banská Štiavnica (Štiavnicko)	
	2021	2022	2021	2022	2021	2022
Získavanie informácií o existujúcich sociálnych službách pre seniorov, riešenie nepriaznivých životných situácií, vybavení úradných záležitostí ako napr. posudkov, žiadostí, potvrdení k sociálnym službám	3,2	17,1	0,0	29,9	12,1	12,7
Osobná hygiena	3,2	3,6	0,9	0,0	3,3	2,5
Mobilita	4,8	4,4	1,7	0,0	3,6	6,5
Nákup potravín a iného drobného spotrebného tovaru	11,1	13,2	16,2	4,4	14,3	15,0
Prinesenie stravy alebo príprava stravy	7,9	11,4	14,5	19,0	12,6	14,2
Starostlivosť o domácnosť	1,6	6,2	0,9	4,4	1,6	8,7
Sebaobslužné činnosti	4,8	3,6	8,5	0,7	8,5	1,2
Doprava motorovým vozidlom k lekárovi alebo na vybavenie úradných záležitostí	30,2	14,2	32,5	13,1	17,3	13,8
Sprevádzanie k lekárovi a na vybavenie úradných záležitostí	15,9	13,7	17,9	12,4	13,2	12,8
Privolanie pomoci	1,6	4,9	0,9	2,2	1,4	2,6
Zabezpečovanie kompenzačných pomôcok	4,8	3,4	1,7	4,4	6,3	3,7
Poskytnutie ošetrovateľskej starostlivosti	11,1	4,1	4,3	6,6	5,8	6,0
Iné	0,0	0,0	0,0	2,9	0,0	0,3
Spolu	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Prameň: Vlastné spracovanie

Údaje získané prieskumom v roku 2022 potvrdzujú, že rastom informovanosti rastie záujem o získanie ďalších informácií, ale aj záujem o služby poskytované zo strany obcí v uvedených dvoch mikroregiónoch viac ako v mikroregióne Štiavnicko, v ktorom sme už aj na základe prvého prieskumu zistili, že poskytovanie sociálnych služieb je tu z troch skúmaných mikroregiónov najviac rozvinuté.

Na základe evidencie činnosti CISZS vo všetkých troch mikroregiónoch je možné sumarizovať počty klientov ako aj konzultácií, ktoré sa im poskytli v roku 2022, a ktoré sumarizuje tabuľka 41. Najviac konzultácií, aj klientov malo CISZS vo Vinici (mikroregión Veľký Potok - Ipeľ), čo zodpovedá prieskumu vybavenia zariadeniami sociálnych služieb, ktorých je v tejto oblasti minimum. Dopyt po sociálnych službách je zjavne oveľa väčší ako ich môžu obce mikroregiónu seniorom poskytnúť. Priemerný mesačný počet klientov, ktorým sa poskytli služby prostredníctvom CISZS vo Vinici bol 24, pričom sa pohyboval od 18 do maximálne 48 klientov. Pre porovnanie, mikroregióne Štiavnicko, ktorý je zariadeniami

sociálnych služieb oveľa lepšie vybavený, bol priemerný mesačný počet klientov 12, najmenej obslužených klientov tam bolo v marci 4 a najviac v novembri 27.

Tabuľka 41 Prehľad o činnosti CISZS v troch mikroregiónoch za rok 2022

	Novohradské Podzámčie	Veľký Potok - Ipeľ	Štiavnicko	Spolu
Počet konzultácií	269	427	236	932
Počet hodín konzultácií	275,5	485	299	1059,5
Počet klientov	151	288	147	586

Prameň: BBSK, 2023.

Z doterajšej evidencie nákladov na prevádzku troch existujúcich CISZS (Tabuľka 42) vidieť, že ich ročné náklady v prepočte na klienta možno počítať v stovkách EUR. Čo sa týka ich štruktúry, najvyššou položkou v CISZS sú náklady na mzdy a odvody, ktoré predstavujú 82 % prevádzkových nákladov v Haliči, 81 % v Banskej Štiavnici a 63 % vo Vinici.

Tabuľka 42 Prevádzkové náklady v CISZS za rok 2022

	Banská Štiavnica	Veľký potok - Ipeľ (Vinica)	Novohradské Podzámčie (Halič)
Prevádzkové náklady v €	53 357	49 246	55 020
Počet klientov	147	288	151
Priemerné náklady na klienta v €	363	171	364

Prameň: BBSK, 2023.

Aj keď CISZS nateraz neposkytujú všetky sociálne služby, ktoré sme v charakteristike ich činnosti uviedli, a ich náklady na prevádzku nie je možné zjednodušene komparovať s nákladmi pobytových zariadení, len pre informáciu uvádzame, že podľa údajov Oddelenia sociálnych služieb BBSK (2022) dosahovali priemerné bežné výdavky na klienta za rok 2021 v zariadeniach pre seniorov a v domovoch sociálnych služieb s celoročným pobytom od 11 616 EUR do 15 137 EUR, v závislosti od veľkosti zariadenia (počtu klientov).

Po vyhodnotení oboch prieskumov a po ich komparácii môžeme konštatovať, že činnosť CISZS je v skúmaných mikroregiónoch evidentná a prejavuje sa nielen nárastom sociálnych a zdravotných služieb, ktoré centrá poskytujú prípadne zabezpečujú ich poskytovanie, ale aj zvýšením samotného dopytu po týchto službách. Informačná funkcia CISZS sa prejavuje tak rastúcou informovanosťou klientov o dostupných službách, ako aj samotným rastom dopytu po ďalších informáciách. Seniori alebo ich príbuzní v obciach, ktoré patria do portfólia CISZS, prejavujú zvýšený záujem o služby centra ako aj o to, ako môže obec resp. centrum seniorovi pomôcť, či už v jeho konkrétnej sociálnej a zdravotnej situácii, alebo pri dlhodobom monitorovaní a signalizácii jeho potrieb.

Zhrnutie

Súčasťou projektu BBSK *“Centrá sociálnych služieb ako nástroj viacúrovňového partnerstva pri poskytovaní dlhodobej starostlivosti na komunitnej úrovni na Slovensku”* je, popri teoretickej a metodologickej časti, aj praktická časť, ktorá spočíva v zriadení troch centier integrovanej sociálno-zdravotnej starostlivosti. Na základe vytvorenej metodiky boli pre sídla centier vybrané tri obce, z ktorých každá je situovaná na území vybraných mikroregiónov, pre ktoré majú CISZS poskytovať a zabezpečovať sociálne a zdravotné služby. V čase pred zriadením centier, v roku 2021, sa vo vybraných mikroregiónoch uskutočnil prvý dotazníkový prieskum, ktorého vyhodnotenie, okrem iného, ukázalo, že vek je najdôležitejším faktorom ovplyvňujúcim potrebu služieb vo všetkých troch mikroregiónoch. Medzi najviac požadovanými sociálnymi službami boli sprevádzanie seniorov k lekárovi a na vybavenie úradných záležitostí, doprava motorovým vozidlom k lekárovi alebo na vybavenie úradných záležitostí, donáška alebo príprava stravy. Na potreby obyvateľov vplývala aj príslušnosť k mikroregiónu, ktorá sa prejavila najviac pri potrebe pomoci s každodennými činnosťami. Prvý prieskum ukázal tiež záujem obyvateľov o služby, o existencii ktorých doteraz nevedeli, ale ak by ich obec poskytovala, mali by o ne záujem. Tento poznatok viedol k predpokladu, že ak začnú CISZS v mikroregióne pôsobiť, môžu vyvolať dopyt o doteraz nepoznané sociálne služby.

Druhý dotazníkový prieskum, ktorý sa uskutočnil vo všetkých troch mikroregiónoch po roku od začiatku činnosti CISZS, v roku 2022, opäť ukázal, že obyvatelia najviac potrebujú pomoc v podobe opatrovateľskej služby vrátane odvozu či sprevádzania seniorov k lekárovi, sociálneho poradenstva, pomoci súvisiacej s hodnotením ich zdravotného stavu ale aj pomoci pri sprostredkovaní zdravotnej starostlivosti. Objavila sa aj potreba služby monitorovania situácie seniorov prostredníctvom SOS náramkov, čo je priamy dôkaz toho, že ide o vyvolanú službu, nakoľko predtým sa v týchto obciach neposkytovala a jej potreba sa objavila až vtedy, keď CISZS začali ponúkať monitoring s možnosťou privolania pomoci. Význam a potreba monitorovania seniorov narastá s vekom a je samozrejme ovplyvnená tým, že väčšina z nich chce zostať v domácom prostredí, a to aj napriek tomu, že žijú vo svojej domácnosti sami, bez najbližších príbuzných.

Porovnanie výsledkov oboch prieskumov ukázalo, že situácia seniorov z hľadiska toho, v akej domácnosti žijú, nie je veľmi odlišná, a preto tento faktor mohol ovplyvňovať potreby respondentov v oboch prieskumoch v približne rovnakej miere. Ako z prvého tak aj z druhého prieskumu vyplynulo, že respondenti najviac potrebujú pomoc s dopravou a sprevádzaním k lekárovi alebo na vybavovanie úradných záležitostí, tiež s nákupmi a dovozom, prípadne prípravou stravy. Vo všeobecnosti možno konštatovať, že výsledkom ročného pôsobenia CISZS v daných mikroregiónoch je nárast dopytu po sociálnych a zdravotných službách, pričom čiastočne je tento nárast spôsobený ponukou nových služieb, ktoré predtým obce neposkytovali. Informovanosť seniorov sa ukazuje ako dôležitý faktor zvyšovania

kvality ich života. Samotní respondenti tak v prvom, ako aj v druhom prieskume považovali informácie o tom, aké riešenia ich konkrétnej sociálnej situácie existujú, za veľmi potrebné.

ZÁVER

Problematika starnutia a kvality života seniorov, s ktorou súvisí kvalitná a najmä dlhodobá sociálna a zdravotná starostlivosť, je stále častejšie predmetom tak populárno-náučných článkov, ako aj čisto vedeckých štúdií. Z hľadiska demografického vývoja, ktorý je už viac desaťročí charakteristický starnutím populácie predovšetkým v ekonomicky vyspelých krajinách, je to pochopiteľné. Do spektra publikácií riešiacich danú problematiku z hľadiska zdravotného, sociálneho, či ekonomického prispievame touto monografiou, a to s cieľom prezentovať jedno z možných riešení pre poskytovanie a zabezpečovanie kvalitnej dlhodobej sociálno-zdravotnej starostlivosti o seniorov.

Z hľadiska demografického vývoja možno sumárne uviesť, že „populačné starnutie obyvateľstva predstavuje a bude na Slovensku predstavovať hlavnú výzvu pre stanovovanie priorít ďalšieho rozvoja sociálnych služieb. Tieto sa budú poskytovať v kontexte veľmi nízkej plodnosti, zvyšovania ekonomického zaťaženia produktívnej populácie a dramatického nárastu počtu 65-ročných a starších osôb. Predpokladá sa pritom, že väčšina rokov ich dožitia bude sprevádzaná obmedzeniami pri vykonávaní bežných denných činností a odkázanosťou na pomoc iných ľudí – rodiny, blízkeho okolia alebo formálnych opatrovateľských služieb. Tieto by mali byť organizované a poskytované tak, aby sa starším osobám umožnilo čo najdlhšie zotrvať v ich prirodzenom (osobitne domácom) prostredí” (MPSVaR SR, 2021, s. 6 - 7). Pri rýchlom starnutí obyvateľstva treba zlepšiť dostupnosť a zvýšiť kvalitu dlhodobej starostlivosti. Je potrebné výrazne posilniť komunitnú a domácu zdravotnú a sociálnu starostlivosť, podporiť neformálnych opatrovateľov, ako aj kapacity v následnej zdravotnej starostlivosti.

Zámerom vedeckej monografie je poskytnúť možné riešenie na elimináciu vyššie uvedených dôsledkov intenzívneho starnutia na Slovensku, dostupnosti a kvality dlhodobej starostlivosti a prepojenia komunitnej a domácej sociálnej a zdravotnej starostlivosti. Ponúkané riešenie spočíva vo vytvorenej metodike na identifikáciu priestoru s najintenzívnejším dopytom po verejných službách v sociálnej oblasti a v následnom vybudovaní CISZS, ktoré prepájajú lokálnu a regionálnu úroveň poskytovania sociálnych služieb pre seniorov a súčasne slúžia ako platforma na integráciu sociálnych a zdravotných služieb na danom území. V procese naplňovania cieľa sme zisťovali možnosti a obmedzenia využitia kompozitného indexu ako nástroja pre identifikáciu dopytu po verejných službách v oblasti sociálnej a zdravotnej starostlivosti. Aplikovaním kompozitného indexu sme prepojili domény identifikované pomocou viacerých indikátorov do súhrnnej hodnoty agregujúcej rôznorodú úroveň jednak individuálnych ukazovateľov, ako aj samotných doménových indikátorov. Tento postup umožňuje poskytnúť súhrnnú informáciu o úrovni viacerých posudzovaných oblastí na rôznych stupňoch rozvoja. Obmedzením jeho použitia môže byť nesprávne definovaný teoretický rámec kompozitu, nevhodný, resp. obmedzený výber ukazovateľov, ich vysoká

vzájomná korelácia, nevhodný výber šandardizačnej techniky či agregáčnej metódy. Limitom jeho využitia môže byť neúplnosť, nedostatok či nízka kvalita informácií o sledovaných javoch charakterizujúcich skúmanú oblasť. V prípade identifikácie potrieb, dopytu po službách, t. j. priestoru kde takéto centrá majú vzniknúť, však daný postup umožňuje porovnať obce s rôznorodou sociálno-ekonomickou a demografickou situáciou a upriamiť tak pozornosť na regióny, v ktorých je potreba poskytnutia služieb najintenzívnejšia. Ide o jeden z nástrojov, ktorý je možné využiť pre potreby cielenia a efektívneho vynaloženia verejných zdrojov.

Na základe skúseností s konštrukciou a aplikáciou kompozitného indexu môžeme na našu prvú položenú výskumnú otázku (s. 55) odpovedať, že správnou aplikáciou agregáčnych pravidiel a spracovaním kvalitných a relevantných údajov má verejná politika k dispozícii veľmi efektívny nástroj na identifikáciu nielen dopytu po verejných službách, dostupnosti služieb, ale aj úrovne rozvoja územných jednotiek v rôznorodých oblastiach.

Druhá výskumná otázka sa týkala hodnotenia potenciálu navrhovaných CISZS ako modelu uspokojenia potrieb seniorov v oblasti sociálnej a zdravotnej starostlivosti. Navrhovaný model centier integrovanej sociálno-zdravotnej starostlivosti reflektuje rastúce finančné i personálne nároky na poskytovanie sociálnych a zdravotných služieb pre stále početnejšiu populáciu seniorov, pričom má ambíciu nielen udržať, ale aj rozšíriť a skvalitniť spektrum služieb tak, aby čo najviac zodpovedali požiadavkám seniorov. Práve na základe ich požiadaviek vyplývajúcich z viacerých prieskumov definovalo MPSVaR národné priority starostlivosti o seniorov, v ktorých medzi základné požiadavky patrí posun od inštitucionalizovanej k domácej starostlivosti, a tiež požiadavka integrovanej sociálnej a zdravotnej starostlivosti. Integrovaný model týchto dvoch typov starostlivosti je všeobecne uznávaný ako prístup, ktorý pomáha riešiť problémy typické pre slovenský sociálny a zdravotnícky systém: jeho fragmentáciu, nadmernú špecializáciu, diskontinuitu starostlivosti, dominanciu inštitucionálneho modelu jej poskytovania, zameranie na liečbu akútnych stavov namiesto prevencie atď. Model CISZS rieši problematiku dlhodobej starostlivosti o seniorov na komunitnej úrovni, pričom daný proces vertikálne prepája s aktivitami orgánov VÚC. Súčasne sa CISZS profilujú ako organizačné jednotky horizontálne spájajúce viaceré obce, ktorých občania vo vyššom veku môžu využívať služby centra lokalizovaného v jednej z obcí.

Na základe vyššie uvedených teoretických znalostí, aplikovaných poznatkov a získaných skúseností môžeme konštatovať, že sa nám podarilo dosiahnuť vytýčený cieľ a odpovedať na položené výskumné otázky.

Vedecká monografia využíva poznatky, informácie a dáta získané realizáciou projektu *„Centrá sociálnych služieb ako nástroj viacúrovňového partnerstva pri poskytovaní dlhodobej starostlivosti na komunitnej úrovni na Slovensku“*. Dostupné údaje sme využili pri tvorbe metodiky výberu území (mikroregiónov),

resp. funkčných zoskupení obcí, v ktorých CISZS pôsobia. Okrem toho sme využili údaje z dvoch prieskumov v troch mikroregiónoch, z ktorých prvý sa uskutočnil pred zriadením CISZS a druhý po roku ich činnosti, a to na vyhodnotenie situácie z hľadiska zmien v potrebách seniorov a spôsobu ich uspokojovania. Výsledky prieskumu a prvé skúsenosti pracovníkov CISZS jednoznačne ukazujú, že centrá svojou činnosťou poskytujú seniorom nové možnosti na zlepšenie kvality ich života, a to počnúc kvalitnejšou informovanosťou, cez širšie spektrum poskytovaných služieb až po také, ktoré doteraz seniori v daných obciach nemali možnosť využívať. Typickým príkladom takejto služby sú monitorovacie náramky, ktoré seniorom dávajú väčší pocit bezpečia, prispievajú k ich samostatnosti, a aj vďaka nim môžu veľakrát jednotlivci vo vyššom veku zostať, podľa vlastného želania, v domácom prostredí. Okrem toho, že CISZS zlepšujú kvalitu života seniorov po stránke sociálnej, zdravotnej a humannej, ich pôsobenie bude potrebné po určitej dobe vyhodnotiť aj z ekonomického hľadiska. Hoci doterajšiu činnosť CISZS možno hodnotiť nanajvýš pozitívne, ku komplexnej analýze ich činnosti je potrebné ich dlhodobejšie pôsobenie v danom mikroregióne, na základe ktorého bude možné kriticky zhodnotiť nielen prínosy, ale aj problémy a prekážky, ktoré sa pri poskytovaní sociálnych a zdravotných služieb vyskytli. Takto získané poznatky môžu v budúcnosti viesť k skvalitneniu práce centier a k odstráneniu prípadných nedostatkov už pri ich zakladaní v ďalších mikroregiónoch Slovenska.

Na záver chceme zdôrazniť, že naša monografia zaoberajúca sa problematikou dlhodobej starostlivosti o starších ľudí nie je len súhrnom poznatkov, ktoré sme získali, analyticky spracovali a použili pri praktickom zriaďovaní CISZS. Toto dielo vnímame aj ako jedno z riešení, ktoré môže posunúť Slovensko o kúsok ďalej na ceste k cieľu spočívajúcemu v lepšom a kvalitnejšom živote seniorov. Veríme, že podobné centrá budú postupne vznikať aj v ďalších regiónoch Slovenska, a hoci osamelosť žijúcich starších ľudí bude zrejme pribúdať, CISZS prispievajú k tomu, že seniori sa nebudú vo svojich domovoch cítiť opustení a bez pomoci.

SUMMARY

The issue of ageing and the quality of life of the elderly, which is also related to quality and especially long-term social and health care, is increasingly the subject of both popular science articles and purely scientific studies. This is understandable in the light of demographic developments, which have been characterised for several decades by an ageing population, particularly in the economically developed countries. This monography contributes to the spectrum of publications dealing with this issue from the health, social or economic point of view, with the aim of presenting one of the possible solutions for the provision and assurance of quality long-term social and health care for the elderly.

In terms of demographic development, it can be summarised that population ageing represents and will represent the main challenge for setting priorities for the further development of social services in Slovakia. These will be provided in a context of very low fertility, an increasing economic burden on the working population and a dramatic increase in the number of people aged 65 and over. It is expected that most of their life years will be accompanied by limitations in carrying out normal daily activities and reliance on the help of other people - relatives or formal care services. These should be organised and provided in such a way as to enable the elderly to remain in their natural (especially home) environment for as long as possible (MoLSA SR, 2021, pp. 6-7). With a rapidly ageing population, the availability and quality of long-term care needs to be improved. Community and home-based health and social care needs to be significantly strengthened, informal carers need to be supported, as well as capacity in follow-up care.

The proposed model of integrated social and health care centres reflects the growing financial and staffing requirements for the provision of social and health services for an increasingly large population of seniors, with the ambition not only to maintain, but also to expand and improve the range of services to meet the requirements of seniors as much as possible. It is precisely on the basis of their requirements resulting from several surveys that the MoLSAE defined national priorities for care for the elderly, in which the basic requirements include a shift from institutionalised to home care and also the requirement for integrated social and health care. The integrated model of social and health care is widely recognised as an approach that helps to address the problems typical of the Slovak social and health care system: its fragmentation, over-specialisation, discontinuity of care, dominance of the institutional model of care provision, focus on treatment of acute conditions instead of prevention, etc. The Centrum of integrated social and health care services (CISHS) model addresses the issue of long-term care for the elderly at the community level, linking the process vertically with the activities of the authorities of the local authorities and the relevant ministries. At the same time, the CISHS are profiled as organisational units horizontally linking several

municipalities whose elderly citizens can benefit from the services of a centre located in one of the municipalities.

This book uses knowledge, information and data obtained from the project „Social Service Centres as a tool for multi-level partnership in the provision of long-term care at community level in Slovakia“. The available data were used in the development of the methodology for the selection of territories (micro-regions) or functional clusters of municipalities in which the CISHS operate. In addition, we used data from two surveys in three micro-regions, the first of which took place before the establishment of the CISHS and the second after a year of their operation, to assess the situation in terms of changes in the needs of seniors and how they are met. The results of the survey and the first experiences of the CISHS staff clearly show that the centres' activities provide seniors with new opportunities to improve their quality of life, ranging from better information, to a wider range of services, to those that seniors in the municipalities have not been able to use so far. A typical example of such a service is monitoring bracelet, which give seniors a greater sense of security, is a prerequisite for their independence, and thanks to him, individuals can remain, even at an older age, at their own request, in their home environment. In addition to improving the social, health and human quality of life of the elderly, the CISHS are also positive from an economic point of view. The costs of providing services to seniors at home are incomparably lower than those required for long-term care in residential facilities. Although the activities of the CISHS so far can be evaluated in the most positive way, a comprehensive analysis of their activities requires a longer-term operation in the micro-region, on the basis of which it will be possible to critically evaluate not only the benefits, but also the problems and obstacles that have occurred in the provision of social and health services. The knowledge gained in this way may lead to the improvement of the work of the centres in the future and to the elimination of possible shortcomings in their establishment in other micro-regions in Slovakia.

In conclusion, we would like to emphasize that our book dealing with the issue of long-term care for the elderly is not only a summary of the knowledge that we have acquired, analytically processed and used in the practical establishment of the CISHS. We also see this work as one of the solutions that can move Slovakia a little further on the road to the goal of a better and higher quality of life for the elderly. We believe that similar centres will gradually be established in other regions of Slovakia, and although the number of elderly people living alone will probably increase, CISHS will contribute to the fact that seniors will not feel abandoned and unassisted in their homes.

ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY

1. AIDUKATE, J., HORT, S., AINSAAR, M. 2021. Current trends in social welfare policies toward the older people in the Baltic and Nordic countries: an explorative study. *Journal of Baltic Studies*; DOI: 10.1080/01629778.2021.1998166.
2. ALBESA JOVÉ, E. 2021. Impact of the economic crisis and contractions within the European long-term care systems. *Journal of International and Comparative Social Policy*, 37(2), s. 159-175. DOI: 10.1017/ics.2020.35.
3. BAXTER, S., JOHNSON, M., CHAMBERS, D., SUTTON, A., GOYDER, E., BOOTH, A., 2018. The effects of integrated care: a systematic review of UK and international evidence. *BMC Health Services Research*. december 2018. Vol. 18, no. 1, 350 s. DOI 10.1186/s12913-018-3161-3.
4. BBSK, 2023. Interný materiál BBSK - Činnosť CISZS v troch mikroregiónoch.
5. BENČO, J. a kol. 2000. *Sociálna politika a sociálny rozvoj*. Banská Bystrica, 2000. 224 s. ISBN 80-8055-367-X.
6. BLEHA, B., ŠPROCHA, B., VAŇO, B. 2013. *Prognóza populačného vývoja Slovenskej republiky do roku 2060*. Bratislava: INFOSTAT – Inštitút informatiky a štatistiky. 81 s. ISBN 978-80-89398-37-9.
7. BLEHA, B., ŠPROCHA, B., VAŇO, B. 2018. *Prognóza obyvateľstva Slovenska do roku 2060: Revízia poznatkov a predpokladov v kontexte pokračujúcej transformácie*. Bratislava: INFOSTAT – Inštitút informatiky a štatistiky. 74 s. ISBN 978-80-89398-37-9.
8. BLOOM, D. E., BOERSCH-SUPAN, A., MCGEE, P., SEIKE, A. 2011. Population aging: facts, challenges, and responses. London: *Benefits and compensation International*, 41(1), 22, 10 s. ISSN 0268-764X.
9. BLOOM, D. E., LUCA, D. L. 2016. The global demography of aging: facts, explanations, future. In *Handbook of the economics of population aging*, Vol. 1, s. 3-56. ISBN 978-04-44538-43-7.
10. BOĎA, M., ÚRADNÍČEK, V. 2021. *Stochastická analýza neistoty vo váhach významnosti v rámci viacspektrálneho hodnotenia*. Banská Bystrica: Belianum. 141 s. ISBN 978-80-557-1852-1.
11. BRIMBLECOMBE, N., FERNANDEZ, JL., KNAPP, M., REHILL, A., WITTENBERG, R., 2018. Review of the international evidence on support for unpaid carers. *Journal of Long-Term Care*. 1 september 2018. Vol. 0, no. 0, 25 s. DOI 10.31389/jltc.3.
12. CANGAR, M. Komunitná rehabilitácia. Implementačná agentúra Ministerstva práce sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky. [cit. 2022-12-21]. Dostupné na internete: https://www.ia.gov.sk/npkiku/data/files/np_kiku/dokumenty/Komunitn%C3%A1%20rehabilit%C3%A1cia.pdf

13. CACIOPPO, J.T., CACIOPO, S. 2014. Social relationships and health: The toxic effects of perceived social isolation. *Social and personality psychology compass*, 8 (2), s. 58-72. ISSN 1751-9004
14. CACIOPPO, S., CAPITANIO, J. P., CACIOPPO, J. T. 2014. Toward a neurology of loneliness. *Psychological bulletin*, 140(6), 1464 s. ISSN 0033-2909
15. CZERSKA, I., SKWERES-KUCHTA, M., 2021. Integrative Medicine as a New Treatment Model and the Future of Health Care Systems in the World in the Context of Rare Diseases. *EUROPEAN RESEARCH STUDIES JOURNAL*. 1 jún 2021. Vol. XXIV, no. Issue 2B, s. 800–809. DOI 10.35808/ersj/2265.
16. COLOMBO, F., LLENA-NOZAL, A., MERCIER, J., TJADENS, F., 2011. *Help Wanted?: Providing and Paying for Long-Term Care*. online. OECD. [cit. 2023-02-02]. OECD Health Policy Studies. ISBN 978-92-64-09758-2.
17. CRAFTMAN, Å., GRUNDBERG, Å., WESTERBOTN, M. 2018. Experiences of home care assistants providing social care to older people: A context in transition. *International Journal of Older People Nursing*. december 2018. Vol. 13, no. 4, pp. e12207. DOI 10.1111/opn.12207.
18. DE BRUIN, S.R., BILLINGS, J., STOOP, A., LETTE, M., AMBUGO, EA., GADSBY, E., HÄUSLER, C., OBERMANN, K., A., REYNOLDS, J., RUPPE, G., TRAM, N., WISTOW, G., ZONNEVELD, N., NIJPELS, G., BAAN, C., 2020. Different Contexts, Similar Challenges. SUSTAIN's Experiences with Improving Integrated Care in Europe. *International Journal of Integrated Care*. 26 jún 2020. Vol. 20, no. 2, pp. 17. DOI 10.5334/ijic.5492.
19. DICZFALUSY, E. 2001. The demographic revolution and our common future. In *Maturitas*, 38(1), s. 5-14. ISSN 1873-4111.
20. DOBRESCU, L. I., SMITH, J. P. 2016. The HRS around the world surveys. In *Handbook of the economics of population aging*. Vol. 1, s. 993-1018. North-Holland. ISBN 97-8044-453-8437.
21. DREWES, J., ZHU, W., WUTZ, A. MELCHER, D., 2015. Dense sampling reveals behavioral oscillations in rapid visual categorization. *Scientific Reports*. 6 november 2015. Vol. 5, no. 1, pp. 16290. DOI 10.1038/srep16290.
22. ELIAS, S. M. S., NEVILLE, C., SCOTT, T. 2015. *The effectiveness of group reminiscence therapy for loneliness, anxiety and depression in older adults in long-term care: A systematic review*. *Geriatric Nursing*, 36, s. 372-380. ISSN 0197-4572
23. Európska komisia. 2019. *Spoločná správa o systémoch zdravotnej starostlivosti a dlhodobej starostlivosti a fiškálnej udržateľnosti*. Dostupné online: https://ec.europa.eu/info/sites/default/files/economy-finance/ip105_en.pdf

24. Európska komisia, 2021. *European Pillar of Social Rights Action Plan*. Dostupné online: <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=en&catId=752&newsId=10026&furtherNews=yes>. (október, 2022).
25. Európska komisia, 2021. *Zelená kniha o starnutí. Podpora medzigeneračnej solidarity a zodpovednosti*. Dostupné online: <https://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-5827-2021-INIT/sk/pdf>
26. Európska komisia, 2022. *Program Slovensko*. Vykonávacie rozhodnutie č. CCI 2021SK16FFPR001. Dostupné online: <https://www.employment.gov.sk/sk/sekcia-fondov-eu/programove-obdobie-2021-2027/program-slovensko/>
27. Európska únia: Informácie o fungovaní EÚ, Členské krajiny – Belgicko [online]. 2012. Internetový portál Európskej únie. [cit.03.12.2021]. Dostupné na internete: http://europa.eu/about-eu/countries/member-countries/belgium/index_sk.htm
28. Eurostat, 2021. More than a fifth of the EU population are aged 65 or over. Dostupné online: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/ddn-20210316-1>.
29. Eurostat, 2023. Demographic balances and indicators by type of projection. Dostupné online: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/proj_19ndbi/default/table?lang=en
30. FISCHER, J., FRISINA DOETTER, L., ROTHGANG, H. 2022. Comparing long-term care systems: A multi-dimensional, actor-centred typology. *Social Policy & Administration*. Vol. 56, no. 1, s. 33–47. DOI 10.1111/spol.12742.
31. FILIPOVÁ, M., WOLEKOVÁ, H., PETIJOVÁ, M. 2018. *Komunitný plán sociálnych služieb. Metodická príručka*. Socia – Nadácia na podporu sociálnych zmien, Bratislava. 2018. ISBN 978-80—8951-08-9.
32. FILIPOVÁ M., MACHAJDÍKOVÁ, M. 2022. *Centrá integrovanej sociálnej a zdravotnej starostlivosti. Metodika BBSK*. Interný materiál BBSK.
33. FILIPOVÁ, M. 2022. Metodický materiál pre pracovníkov CISZS. Komunitné plánovanie sociálnych služieb. Interný materiál BBSK.
34. FREEMAN, S., BISHOP, K., SPIRGIENE, L., KOOPMANS, E., BOTELHO, F. C., FYFE, T., XIONG, B., PATCHETT, S., MACLEOD, M., 2017. Factors affecting residents transition from long term care facilities to the community: a scoping review. *BMC Health Services Research*. december 2017. Vol. 17, no. 1, pp. 689. DOI 10.1186/s12913-017-2571-y.
35. GAUTUN, H., GRODEM, A.S. (2015), Prioritising care services: Do the oldest users lose out? *International Journal of Social Welfare*, 24(1): 73-80. DOI 10.1111/ijsw.12116
36. GAVRILOV, L. A., HEUVELINE, P. 2003. Aging of population. In *The encyclopedia of population*, 1, s. 32-37. ISBN 0028656776.

37. GOLDSTONE, J. A. 2010. The new population bomb: the four megatrends that will change the world. In *Foreign Affairs*, 89, s. 31-43. ISSN 0015-7120.
38. GARATTINI, L., BADINELLA MARTINI, M. NOBILI, A., 2022. General practice in the EU: countries you see, customs you find. *The European Journal of Health Economics*. 18 november 2022. pp. s10198- 022- 01549–4. DOI 10.1007/s10198-022-01549-4.
39. GOODWIN, V.A., ALLAN, L., BETHEL, A., COWLEY, A., CROSS, J.L., DAY, J., DRUMMOND, A., HALL, A.J., HOWARD, M., MORLEY, N., THOMPSON COON, J., LAMB, S.E., 2021. Rehabilitation to enable recovery from COVID-19: a rapid systematic review. *Physiotherapy*. jún 2021. Vol. 111, pp. 4–22. DOI 10.1016/j.physio.2021.01.007.
40. GRECO, S., ISHIZAKA, A., TASIOU, M., TORRISI, G. 2019. On the methodological framework of composite indices: A review of the issues of weighting, aggregation, and robustness. In: *Social indicators research*, 141(1), s. 61-94. ISSN 1573-0921.
41. GUSMANO, M. K., OKMA, K. G. H., 2018. Population Aging and the Sustainability of the Welfare State. *Hastings Center Report*. september 2018. Vol. 48, pp. S57–S61. DOI 10.1002/hast.915.
42. HASA, P. 2019. Analýza sociálno-ekonomických aspektov kvality života seniorov na Slovensku. [Analyse of socio – economic aspects of the quality of life of seniors in Slovakia]. Prohuman, 10. Retrived from <https://www.prohuman.sk/socialna-praca/analiza-socialno-ekonomickych-aspektov-kvality-zivota-seniorov-na-slovensku>
43. HILDEBRANDT, T.M., NUNES NESI, A., ARAÚJO, W.L., BRAUN, H.P., 2015. Amino Acid Catabolism in Plants. *Molecular Plant*. november 2015. Vol. 8, no. 11, pp. 1563–1579. DOI 10.1016/j.molp.2015.09.005.
44. HOFFMANN, F., RODRIQUES, R. 2010. Informal Carers: Who Takes Care of Them? (Policy brief). Vienna, AU: European Centre for Social Welfare Policy and Research.
45. HROZENSKÁ, M., DVOŘÁČKOVÁ, D. 2013. Sociální péče o seniory. Praha: Grada, 2013. 191 s. ISBN 978-80-247-4139-0.
46. CHEN, Y., CHEN, H., SONG, P., 2020. Promises and pitfalls of integrating home-based health services into Shanghai's elder-care system. *Ageing and Society*. marec 2020. Vol. 40, no. 3, pp. 480–500. DOI 10.1017/S0144686X18001095.
47. CHESNAIS, J. C. 1992. The demographic transition: Stages, patterns, and economic implications. In *OUP Catalogue*. Oxford University Press, 633 s. ISBN 9780198286592.
48. INEKO. 2021. *Hospodárenie obcí*. [cit. 2022-12-12]. Dostupné na internete: http://www.hospodarenieobci.sk/metodika#indikatory_financnej_stability

-
49. JÄVORSKI, A. 2013. Monimuotoinen kuntoutus ja sen käsitteet. Sosiaali- ja terveys-ministeriön raportteja ja muistioita [The many forms of rehabilitation and the concepts they employ: reports and memoranda by the Ministry of Health and Social Affairs]. Sosiaali- ja terveysministeriö [Ministry of Health Social Affairs]. 2013.
50. JUSKO, P. 2000. *Základy sociálnej politiky*. Banská Bystrica: Pedagogická fakulta UMB, 2000. 112 s. ISBN 80-8055-394-7.
51. KORIMOVÁ, G. 2007. *Predpoklady rozvoja sociálnej ekonomiky*. Banská Bystrica: Ekonomická fakulta UMB. 190 s. ISBN 978-80-8083-399-2
52. KOSCHIN, Felix. *Demografie poprvé*. Praha: Oeconomica, 2005, 122 s. ISBN 80-245-0859-1.
53. KREBS, V., DURDISOVÁ, J., POLÁKOVÁ, O., ŽIŽKOVÁ, J. 1997. *Sociální politika*. Praha: ASPI Publishing, 1997. 327 s. ISBN 80-85963-33-7.
54. KREBS, V. 2010. *Sociální politika*. 5. vyd. Praha: Wolters Kluwer. 544 s. ISBN 978-80-7357-585-4.
55. KÜMPERS, S. et al., 2010. *Prevenca a rehabilitácia v rámci dlhodobej starostlivosti v Európe*. Európska správa. In: REPKOVÁ, K. et al., 2011. Dlhodobá starostlivosť o starších ľudí na Slovensku a v Európe (2). Prevenca a rehabilitácia pre dlhodobú starostlivosť. Bratislava: IVPR, s. 10- 113. ISBN 978-80-7138-131-0.
56. LABUDOVÁ, V. 2020. Použitie jednoduchých metód viacrozmerného porovnávania: Analýza zadlženosti domácností. In: Slovenská štatistika a demografia, 3/2020. Bratislava: Štatistický úrad Slovenskej republiky. s. 54 - 74. ISSN 1339-6854.
57. LESTHAEGHE, R. 2010. The unfolding story of the second demographic transition. *Population and development review*, 36(2), s. 211-251. ISSN 1728-4457.
58. LESTHAEGHE, R. 2014. The second demographic transition: A concise overview of its development. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, III(51), s. 18112-18115. ISSN 1091-6490.
59. LILJAS, AE. M., BRATTSTRÖM, F., BURSTRÖM, B., SCHÖN, P., AGERHOLM, J., 2019. Impact of Integrated Care on Patient-Related Outcomes Among Older People – A Systematic Review. *International Journal of Integrated Care*. 24 júl 2019. Vol. 19, no. 3, pp. 6. DOI 10.5334/ijic.4632.
60. LEE, R. 2016. Macroeconomics, aging, and growth. In *Handbook of the economics of population aging*, Vol. 1, s. 59-118. North-Holland. ISBN 9780444538437.

61. LUM, T., WONG, G. 2016. Social Policies for Aging Societies. *Early Psychosis Intervention: A Culturally Adaptive Clinical Guide*. Encyclopedia of Geropsychology. Singapore: Springer, s. 2205-2209. ISBN 978-981-287-083-4.
62. MANTON, K. G. The dynamics of population aging: demography and policy analysis. In *The Milbank Quarterly*, 1991, s. 309-338. ISSN 1468-0009.
63. MARTINKOVIČOVÁ, M., KIKÁ, M. 2016. Neplatená práca ako tradičný fenomén slovenských domácností. In: Uramová M, Orviská M. Neplatená práca na Slovensku, s. 99–145. Banská Bystrica: Vydavateľstvo Univerzity Mateja Bela – Belianum. ISBN 978-80-557-1158-4.
64. MATSUDA, S., YAMAMOTO, M., 2001. Long-term care insurance and integrated care for the aged in Japan. *International Journal of Integrated Care*. online. 1 september 2001. Vol. 1, no. 3. [Cit 5 marec 2023]. DOI 10.5334/ijic.39.
65. MAURIAT, C., MATTHIEU de STAMPA, F., 2009. Pistes deréflexion à l'intention des professionnels du domicile. Faisant face au refus d'aide/de soins de la part des personnes âgées à domicile. *Gérontologie et Société* 32: 81.
66. MAZZIOTTA, M., PARETO, A. 2013. Methods for constructing composite indices: One for all or all for one. In: *Rivista Italiana di Economia Demografia e Statistica*, 67(2), s. 67-80. ISSN 0035-6832.
67. MAZZIOTTA, M., PARETO, A. 2016. On a generalized non-compensatory composite index for measuring socio-economic phenomena. In: *Social indicators research*, 127(3), s. 983-1003. ISSN 1573-0921.
68. MAZZIOTTA, M., PARETO, A. 2017. Synthesis of indicators: The composite indicators approach. In *Complexity in society: From indicators construction to their synthesis* (pp. 159-191). Springer, Cham. ISSN 2215-0099.
69. Ministerstvo financií, 2020. Východiskové štatistické údaje a podiel obcí na výnose DPFO pre rok 2020. Dostupné online: https://www.mfsr.sk/files/archiv/60/vychodiskove_stat_2020_obce.pdf
70. Ministerstvo investícií, regionálneho rozvoja a informatizácie, 2020. *Vízia a stratégia rozvoja Slovenska do roku 2030*. Dostupné online: <https://www.mirri.gov.sk/wp-content/uploads/2021/01/Slovensko-2030.pdf>.
71. Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny SR. 2021a. *Národné priority rozvoja sociálnych služieb na roky 2021–30*. [cit. 2022-11-25]. Dostupné online: <https://www.employment.gov.sk/files/slovensky/rodina-socialna-pomoc/socialne-sluzby/nprss-fin.pdf>.

-
72. Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny. 2021b. *Stratégia dlhodobej starostlivosti v SR*. [cit. 2022-11-25]. Dostupné online: <https://www.employment.gov.sk/sk/rodina-socialna-pomoc/socialne-sluzby/strategia-dlhodobej-starostlivosti-sr.html>.
73. Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny SR. 2021. *Plán obnovy a odolnosti*. Dostupné online: <https://www.employment.gov.sk/sk/uvodna-stranka/plan-obnovy-odolnosti/>.
74. MIRKIN, B., WEINBERGER, M. B. 2000. *The demography of population ageing*. Population Division, Department of Economic and Social Affairs, United Nations Secretariat, s. 41-47.
75. MISHRA, R. 1981. *Society and Social Policy*. London: MacMillan, 92 s. ISBN 9637316-65-5.
76. Ministerstvo financií SR. 2020. *Moderné a úspešné Slovensko, Národný integrovaný reformný plán*, [cit. 2022-12-25]. Dostupné online: https://www.mfsr.sk/files/archiv/8/MaUS_NIRP2.pdf
77. MOLYNEAUX, V., BUTCHARD, S., SIMPSON, J., MURRAY, C., 2011. Reconsidering the term ‘carer’: a critique of the universal adoption of the term ‘carer’. *Ageing and Society*. apríl 2011. Vol. 31, no. 3, pp. 422–437. DOI 10.1017/S0144686X10001066.
78. MORLEY, D., GLICKEN, M. D. 2009. *Evidence-based practice with socially and emotionally troubled children and adolescents*. 1st ed. Amsterdam Boston: Academic Press/Elsevier. Practical resources for the mental health professional. 699 s. ISBN 978-0-12-374523-1.
79. MUNDA, G. 2011. Choosing aggregation rules for composite indicators. *Social Indicators Research*, s. 1-18. ISSN 1573-0921.
80. MUNDA, G., NARDO, M. 2003. On the methodological foundations of composite indicators used for ranking countries. [online]. 19 s. *Ispira, Italy: Joint Research Centre of the European Communities*. [cit. 2021-11-29]. Dostupné na internete: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.201.2232&rep=rep1&type=pdf>
81. MUNDA, G., NARDO, M. 2005. Constructing consistent composite indicators: the issue of weights. [online]. 12 s. *European Communities* [cit. 2021-11-20]. Dostupné na internete: <https://core.ac.uk/download/pdf/38619689.pdf>
82. MUNDA, G., NARDO, M. 2009. Noncompensatory/nonlinear composite indicators for ranking countries: a defensible setting. *Applied Economics*, 41, 1513-1523. ISSN 0003-6846.
83. MUNDA, G., SAISANA, M. 2011. Methodological Considerations on Regional Sustainability Assessment based on Multicriteria and Sensitivity Analysis. *Regional Studies*, 45, 261-276. ISSN 1360-0591.

84. MYERS, D.G., DIENER, E., 1995. Who Is Happy? *Psychological Science*. január 1995. Vol. 6, no. 1, pp. 10–19. DOI 10.1111/j.1467-9280.1995.tb00298.x.
85. NARDO, M. 2012. Weighting Approaches. *10th JRC Annual Seminar on Composite Indicators*. Ispra (Italy).
86. NARDO, M., SAISANA, M., SALTELLI, A., TARANTOLA, S. 2005. *Tools for Composite Indicators Building*. [online]. European Commission, Ispra, 15(1), s. 19-20 [cit. 2021-10-02]. Dostupné na internete: <https://www.oecd.org/ssd>
87. NARDO, M., TARANTOLA, S., SALTELLI, A., ANDROPOULOS, C., BUESCHER, R., KARAGEORGOS, G., LATVALA, A., NOEL F. 2004 The e-business readiness composite indicator for 2003: a pilot study EUR 21294.
88. National Research Council, & Committee on Population. 2001. *Preparing for an aging world: The case for cross-national research*. National Academies Press, 326 s. ISBN 978-0-309-07421-6
89. NICOLETTI, G., SCARPETTA, S., BOYLAUD, O. 2000. Summary indicators of product market regulation with an extension to employment protection legislation, *OECD, Economics department working papers* No. 226, ECO/WKP(99)18. ISSN 1815-1973.
90. Oddelenia sociálnych služieb BBSK. 2022. Výška priemerných bežných výdavkov a priemerných príjmov z platenia úhrad pre poskytovanie finančného príspevku na prevádzku na rok 2022.
91. OECD. 2008. Handbook on constructing composite indicators: methodology and user guide. [online]. 160 s. OECDpublishing. [cit. 2021-11-06]. Dostupné na internete: <https://www.oecd.org/els/soc/handbookonconstructingcompositeindicatorsmethodologyanduserguide.htm>
92. OECD, 2020. *Economic Outlook, Volume 2020 Issue 1*. OECD Publishing. ISBN 978-92-64-63940-9.
93. ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT (ed.), 2011. *Development co-operation report 2011: 50th anniversary edition*. 50th anniversary ed. Paris: OECD Publishing. ISBN 978-92-64-09437-6.
94. OSN. 1991. Uznesenie Valného zhromaždenia OSN 46/91. *Princípy OSN týkajúce sa seniorov*. [cit. 2022-09-21]. Dostupné online: <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/united-nations-principles-older-persons>.
95. OSN. 2010. *Dohovorom o právach osôb so zdravotným postihnutím*. [cit. 2022-10-20]. Dostupné online: <https://www.employment.gov.sk/files/slovensky/uvod/legislativa/socialna-pomoc-podpora/dohovor-osn-pravach-osob-so-zdravotnym-postihnutim-opcny-protokol-sk-aj.pdf>.

-
96. OSN. 2019. *World Population Prospects. Highlights*. New York: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 40 s. ISBN 78-92-1-148325-3.
97. PÁLENÍK, V. 2014. *Strieborná ekonomika potenciál na Slovensku*. Bratislava: Ekonomický ústav Slovenskej akadémie vied, 359 s. ISBN 978-80-7144-235-6.
98. PARRY, R. 2014. The viability of the welfare state. In *Politics in Western Europe Today: Perspectives, Politics and Problems Since 1980*. Routledge, 298 s. ISBN 978-0-582-00295-1.
99. PATTERSON, A. C., VEENSTRA, G. 2010. Loneliness and risk of mortality: A longitudinal investigation in Alameda County, California. *Social Science & Medicine*, (71) 1, s. 181-186. ISSN 0277-9536.
100. PICKARD, L. 2015. A growing care gap? The supply of unpaid care for older people by their adult children in England to 2032. *Ageing and Society*. január 2015. Vol. 35, no. 1, pp. 96–123. DOI 10.1017/S0144686X13000512.
101. PORTEUS, J., 2011. *Living Well at Home Inquiry. All Party Parliamentary Group on Housing and Care for Older People*. [cit. 2022-10-22]. Dostupné on-line: https://www.housinglin.org.uk/_assets/Resources/Housing/Support_materials/Other_reports_and_guidance/living-well-at-home.pdf
102. Rada Európy, 1961. *European Social Charter*, 7th. edition, 2015. Dostupné online: <https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/Display-DCTMContentdocumentId=090000168048b059>. (október, 2022)
103. Regionálny výbor WHO pre Európu, 2012. *Stratégiu a akčný plán pre zdravé starnutie v Európe (2012 – 2020)*. [cit. 2022-11-21]. Dostupné na internete: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/175545/RC62wd10Rev1-Fre.pdf
104. REPKOVÁ, K. 2014. *Odkázanosť na pomoc inej osoby vo verejnej politike - vybrané výskumné otázky*. Bratislava: IVPR. [cit. 2022-10-22]. Dostupné on-line: http://www.sspr.gov.sk/IVPR/images/IVPR/vyskum/2014/Repkova/2286_ciestkova_web.pdf
105. REPKOVÁ, K., BRICHTOVÁ, L. 2015. Odkázanosť na pomoc inej osoby v kontexte sociálnych služieb na Slovensku. In: *Fórum sociálnej politiky 3/2015*. Praha, Výskumný ústav práce a sociálnych vecí, 2015, s. 10 – 18. ISSN 1803 -7488.
106. REPKOVÁ, K. 2011. *Dlhodobá starostlivosť o starších ľudí na Slovensku a v Európe (2)*. Prevencia a rehabilitácia. Rámec pre dlhodobú starostlivosť. Bratislava: IVPR, 2011. 153 strán. ISBN 978-80-7138-131-0
107. RODRIQUES, R, SCHULMANN, K., SCHMIDT, A., KALAVREZOU, N, MATSAGNIS, M. 2013. *The Indirect Costs of Long-term Care*. Research note. [online] [cit. 2022-11-22]. Available at: <https://www.euro.centre.org/publications/detail/415>

108. RUMMERY, K., MCANGUS, C., EDWARDS, A., 2021. *What works in improving gender equality: international best practice in childcare and long-term care policy*. Bristol: Policy Press. Shorts: policy et practice. ISBN 978-1-4473-3048-6.
109. SAISANA, M., TARANTOLA, S. 2002. *State-of-the-art report on current methodologies and practices for composite indicator development*. [online]. 72 s. Ispra: European Commission, Joint Research Centre, Institute for the Protection and the Security of the Citizen, Technological and Economic Risk Management Unit. (Vol. 214) [cit. 2021-11-22]. Dostupné na internete: <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/9253d939-b47b-4428-b792-619e6b6c8645>
110. SHAW, S., ROSEN, R., RUMBOLD, B., 2011. *What Is Integrated Care?* London: The Nuffield Trust, p. 23
111. SIVAVE, D., KRÁLIK, J., MACHAJDÍKOVÁ, M., SLOBODNÍKOVÁ, A., CANGÁR, M. 2020. Model integrovanej starostlivosti o starších vo funkčnom zoskupení obcí južného Gemera. Svetová banka, Dostupné na internete: <https://documents1.worldbank.org/curated/en/099100101252218774/pdf/P17340005d20e10350a7a50f585669d7895.pdf>
112. SIVESIND, K.H. 2016. *Endring av fordelingen mellom ideelle, kommersielle og offentlige velferdstjenester i Skandinavia*, in Sivesind, K.H. (ed.), *Mot en ny skandinavisk velferdsmodell? Konsekvenser av ideell, kommersiell og offentlig tjenesteyting for aktivt medborgerskap*. Institutt for samfunnsforskning.
113. SPASOVA, S. et al. 2018. *Challenges in long-term care in Europe*. In: Eurohealth, 24 (4), s. 7 - 12. World Health Organization. Regional Office for Europe. [cit. 2022-10-30]. Dostupné na internete: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332533>
114. Správa o dlhodobej starostlivosti. 2021. European Commission, Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion, *Long-term care report : trends, challenges and opportunities in an ageing society*. Volume II, Country profiles, Publications Office, 2021, <https://data.europa.eu/doi/10.2767/183997>
115. STANEK, V. a kol. 2008. *Sociálna politika*. Bratislava: Sprint dva, 2008. 375 s. ISBN 978- 80-89393-02-2.
116. STANLEY, I. H., et al. 2014. Pet ownership may attenuate loneliness among older adult primary care patients who live alone. *Aging & mental health*. 18 (3), 2014. s. 394-399. ISSN 1364-6915.
117. STALLARD, P., 2017. Low-intensity interventions for anxiety disorders. *The Lancet Psychiatry*. júl 2017. Vol. 4, no. 7, pp. 508–509. DOI 10.1016/S2215-0366(17)30186-4.

118. STRUIJS, J.N., DREWES, H., HEIJINK, R. BAAN, C.A., 2015. How to evaluate population management? Transforming the Care Continuum Alliance population health guide toward a broadly applicable analytical framework. *Health Policy*. apríl 2015. Vol. 119, no. 4, pp. 522–529. DOI 10.1016/j.healthpol.2014.12.003.
119. SULLIVAN-TAYLOR, P., SUTER, E., LAXTON, S., OELKE, N.D., PARK, E. 2022. Integrated People-Centred Care in Canada – Policies, Standards, and Implementation Tools to Improve Outcomes. *International Journal of Integrated Care*, február 2022. DOI: 10.5334/ijic.5943
120. Svetová banka (2020). Integrated Elderly Care Model for the South Gemer Functional Grouping of Municipalities. FINAL REPORT PHASE 1. Slovakia Catching-up Regions Initiative. International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank, Washington DC'. (PDF) Integrative Elderly Care Model as a Part of a Changing Long-Term Care and Welfare State in Slovakia. Dostupné online: https://www.researchgate.net/publication/361305954_Integrative_Elderly_Care_Model_as_a_Part_of_a_Changing_Long-Term_Care_and_Welfare_State_in_Slovakia (október, 2022).
121. ŠOLCOVÁ, J., ALMÁŠI, M., IVANOVÁ, D., SUJOVÁ, A., SIEKELOVÁ, M. (2020). Theory of social work. Banská Bystrica: Belianum
122. Štatistický úrad SR, 2019 Dostupné online: <https://slovak.statistics.sk/>.
123. Štatistický úrad SR, 2020. *Miera zamestnanosti podľa pohlavia*. Dostupné online: https://datacube.statistics.sk/#!/view/sk/VBD_SK_WIN/eu0010re/v_eu0010re_00_00_00_sk
124. Štatistický úrad SR, 2022. *Prehľad pohybu obyvateľstva SR*. Dostupné online: https://datacube.statistics.sk/#!/view/sk/vbd_dem/om7104rr/v_om7104rr_00_00_00_sk
125. THISTLETHWAITE, J.E., FORMAN, D., MATTHEWS, L.R., ROGERS, G.D., STEKETEE, C. YASSINE, T., 2014. Competencies and Frameworks in Interprofessional Education: A Comparative Analysis. *Academic Medicine*. jún 2014. Vol. 89, no. 6, pp. 869–875. DOI 10.1097/ACM.0000000000000249.
126. TOKOVSKÁ, M. 2022. *Priklady dobrej praxe dlhodobej starostlivosti v Nórsku*. Interný materiál BBSK.
127. UNECE. 2016. *Recommendation on Ageing-related statistics*. [cit. 2021-09-22]. Dostupné na internete: <https://www.unece.org/stats/publications/ageing.htm>
128. United Nations. 2002. *World population ageing 1950-2050*. New York, Ny. Department of Economic and Social Affairs. United Nations Publications. [cit. 2022-10-30]. Dostupné na internete: globalag.igc.org/ruralaging/world/ageingo.htm

129. United Nations. 2013. World population ageing 2013. *Department of Economic and Social Affairs PD*. [cit. 2022-11-29]. Dostupné na internete: <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2013.pdf>
130. United Nations. 2015. *Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development*. [cit. 2022-12-29]. Dostupné na internete: <https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld>
131. United Nations. 2019. *World population Ageing 2019. Highlights*. New York: United Nations, 39 s. ISBN 978-92-1-004553-7.
132. Vláda SR (2004). Nariadenia vlády Slovenskej republiky o rozdeľovaní výnosu dane z príjmov územnej samospráve 668/2004 Z.z.
133. ZAIDI, A., GASIOR, K., HOFMARCHE, M. M., LELKES, O., MARIN, B., RODRIGUES, R., ... ZOLYOMI, E. 2013. Active Ageing Index 2012. *Concept, Methodology and Final Results*. Vienna: Europe Centre. 68
134. Zákon 448/2008 Z.z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní v znení neskorších predpisov. Zbierka zákonov SR, ročník 2008.
135. Zákon č. 525/2010 Z. z. o poskytovaní dotácií MZ SR. Zbierka zákonov SR, ročník 2010.
136. Zákon č. 544/2010 Z. z. o dotáciách v pôsobnosti Ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky. Zbierka zákonov SR, ročník 2010.
137. Zákon č. 564/2004 Z. z. o rozpočtovom určení výnosu dane z príjmov územnej samospráve a o zmene a doplnení niektorých zákonov. Zbierka zákonov SR, ročník 2004.
138. Zákon 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov. Zbierka zákonov SR, ročník 2004.
139. Zákon č. 577/2004 Z.Z. o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti. Zbierka zákonov SR, ročník 2004.
140. Zákon č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov. Zbierka zákonov SR, ročník 2004.
141. VAN de KAA, D. J. 1987. Europe's second demographic transition. *Population bulletin*, 42(1), s. 1-59.
142. VAN de KAA, D. J. D. J. 1999. Europe and its population: the long view. In *European Populations* (s. 1-49). Springer, Dordrecht.

143. VAN de KAA, D. J. 2002. The idea of a second demographic transition in industrialized countries. *Birth*, 35, 45 s. ISSN 1523-536X.
144. VÚC, 2020. Poradovníky čakateľov na sociálnu službu. Dostupné online: (https://www.e-vuc.sk/e-vuc/bbsk/socialna-pomoc/poradovniky-cakatelov-na-socialnu-sluzbu.html?page_id=103502).
145. WALKER, A. 2019. *The future of ageing in Europe*. Palgrave Macmillan, 346 s. ISBN 978-981-13-1417-9.
146. WEIL, D. N. 2006. *Population aging*. Working paper No. 2147. Cambridge: National Bureau of Economic Research, 15 s. ISSN 0898-2937.
147. WODCHIS, P., ASHTON, T., BAKER, G. R., SHERIDAN, N., KULUSKI, K., MCKILLOP, A., MILLER, FA., PARSONS, J., KENEALY, T., 2018. A Research Program on Implementing Integrated Care for Older Adults with Complex Health Needs (iCOACH): An International Collaboration. *International Journal of Integrated Care*. 9 máj 2018. Vol. 18, no. 2, pp. 11. DOI 10.5334/ijic.4160.
148. WOLEKOVÁ, H – MEZIANOVÁ, M. 2004. Mini príručka pre komunitné plánovanie sociálnych služieb. Bratislava: SOCIA. 2004. 23 s.
149. World Health Organisation. 2016. Global strategy on integrated people-centred healthservices 2016-2026. [cit. 2022-11-18]. Dostupné na: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/258981>.
150. World Health Organization. 2017. Global strategy and action plan on ageing and health. P. 24. [cit. 2022-10-17]. Dostupné na: <https://www.who.int/ageing/WHO-GSAP-2017.pdf>
151. WORLD BANK. 2020. *Integrated Elderly Care Model for the South Gemer Functional Grouping of Municipalities*. FINAL REPORT PHASE 1. Slovakia Catching-upRegions Initiative. International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank, Washington DC'

Autorky: doc. Ing. Alena Kaščáková PhD.
doc. Ing. Mária Horeháiová, PhD.
PhDr. Andrea Seberíni, Ph.D.

Názov diela: Dlhodobá integrovaná starostlivosť o seniorov na komunitnej úrovni

Rozsah: 166 strán; 12,2 AH; 13,3 VH
Formát: online

Vydavateľ: Belianum. Vydavateľstvo Univerzity Mateja Bela v Banskej Bystrici
Edícia: Ekonomická fakulta

ISBN: 978-80-557-2055-5
DOI: <https://doi.org/10.24040/2023.9788055720555>



Mária Horeháková pôsobí ako docentka na Katedre ekonómie Ekonomickej fakulty Univerzity Mateja Bela v Banskej Bystrici. Vo svojej vedeckovýskumnej a publikačnej činnosti sa zameriava na európsku sociálnu politiku a problematiku verejnej správy. Je členkou viacerých európskych organizácií, napr. ERECO PGV v Grenobli, EUROPA v Limoges. Od roku 2006 pravidelne prednáša na univerzite vo francúzskom Poitiers. V súčasnosti sa venuje najmä problematike flexibility trhov práce. Je autorkou viacerých článkov a odborných statí publikovaných v doma i v zahraničí.



Alena Kaščáková pôsobí na Katedre kvantitatívnych metód a informačných systémov Ekonomickej fakulty Univerzity Mateja Bela v Banskej Bystrici. Vo svojej vedeckovýskumnej a pedagogickej činnosti sa venuje ekonomickej demografii, dotazníkovému prieskumu a využitiu štatistických metód v analýze sociálno-ekonomických javov a procesov. Je spoluautorkou viacerých učebných materiálov a publikácií z oblasti výskumu ekonomiky a hospodárenia domácností, aktívneho starnutia, výskumu neplatennej práce v domácnostiach, alokácie času a subjektívneho well-beingu. Zúčastňuje sa na riešení viacerých vedeckovýskumných projektov.



Andrea Seberíni pôsobí ako odborná asistentka na Katedre ekonómie Ekonomickej fakulty Univerzity Mateja Bela v Banskej Bystrici. Vo svojej vedecko-výskumnej a publikačnej činnosti sa zameriava na oblasť psychológie, psychologickým aspektom organizácie, riadenia a trhu, a tiež oblasť sociálnych služieb, sociálnych inovácií. V praxi pôsobila ako sociálne – zdravotný pracovník v zdravotníckom zariadení, lektor v oblasti sociálnych služieb a v súčasnosti pôsobí ako garant sociálnych služieb charitatívneho zariadenia v Banskej Bystrici. Participuje na domácich i medzinárodných projektoch riešených na Ekonomickej fakulte UMB v spolupráci s Banskobystrickým samosprávnym krajom a Kristiania University College, Oslo (Nórsko).



Spolufinancovaný
Európskou úniou



**BANSKOBYSŤRICKÝ
SAMOSPRÁVNÝ KRAJ**

Projekt spolufinancovaný Európskou úniou v rámci programu EaSI
(výzva VP/2019/003/0152, číslo zmluvy VS/2020/0274)

