



Rozvoj dlhodobej starostlivosti poskytovanej na komunitnej úrovni v Banskobystrickom samosprávnom kraji

Zuzana Polačková, Branislav Šprocha

Rozvoj dlhodobej starostlivosti poskytovanej na komunitnej úrovni v Banskobystrickom samosprávnom kraji

Záverečné hodnotenie projektu

Rozvoj dlhodobej starostlivosti, poskytovanej na komunitnej úrovni v Banskobystrickom samosprávnom kraji (Záverečné hodnotenie projektu)

Vydané vďaka implementácii národného projektu Rozvoj dlhodobej starostlivosti poskytovanej na komunitnej úrovni v BBSK, ktorý sa realizoval v rokoch 2024 – 2025.



Banskobystrický samosprávny kraj, Banská Bystrica 2025



© Centrum spoločenských a psychologických vied SAV, v. v. i., Bratislava



Autorský tím:

Zuzana Polačková, Prognostický ústav Centra spoločenských a psychologických vied SAV, v. v. i.

Branislav Šprocha, Prognostický ústav Centra spoločenských a psychologických vied SAV, v. v. i.

Recenzenti:

Darina Kválová

Vladislav Matej

Jazyková úprava: Marta Blašková - Maňáková

Grafická úprava: Vivien Bernadett Máté

ISBN: 978-80-570-7644-5

Poznámka: Autorský tím tejto správy podporuje uplatňovanie rodovo citlivého jazyka vyplývajúceho z princípov rodovej rovnosti. V záujme prehľadnosti a zrozumiteľnosti textu sa však pri označovaní osôb používa aj generické maskulínium (mužský rod) ako neutrálny výraz zahŕňajúci osoby všetkých rodových identít. Tento postup nijako neodzrkadľuje hodnotenie ani preferenciu jednotlivých rodových identít a nemá v úmysle nikoho vylúčiť, zneviditeľniť ani znevýhodniť.

Obsah

ÚVOD	9
DLHODOBÁ STAROSTLIVOSŤ NA NÁRODNEJ ÚROVNI – KONTEXT HODNOTENÉHO PROJEKTU	12
Prognóza potrebnosti dlhodobej starostlivosti	12
Zodpovednosť za poskytovanie dlhodobej starostlivosti v sociálnych službách	15
Rozsah neformálnej starostlivosti	17
Výzvy dlhodobej starostlivosti v rámci spoločného európskeho rámca	20
Očakávania v súvislosti s reformou financovania sociálnych služieb odkázanosti	26
SITUÁCIA NA ÚZEMÍ BANSKOBYSSTRICKÉHO SAMOSPRÁVNEHO KRAJA	28
Inovácia ako reakcia na neželaný stav	29
Národný projekt Rozvoj dlhodobej starostlivosti poskytovanej na komunitnej úrovni v Banskobystrickom samosprávnom kraji	31
Desať pilotných mikroregiónov	35
Výber funkčných zoskupení obcí	35
Profil funkčných zoskupení v zmysle organizačnej štruktúry	37
Profil funkčných zoskupení v súvislosti s rozpočtom obcí	40
Demografický profil zapojených funkčných zoskupení obcí	44
Hustota služieb formálnej starostlivosti	46
Charakteristiky neformálnej starostlivosti v zapojených FZO	50
Odhad objemu potrebnosti služieb dlhodobej starostlivosti v zapojených FZO v horizonte do roku 2050	54
POSÚDENIE REALIZÁCIE A VÝSLEDKOV PROJEKTU	59
Relevantnosť projektu	60
Účinnosť projektu	65
Vplyv projektu	69
Udržiateľnosť projektu	75
ZÁVERY A ODPORÚČANIA	77
ZDROJE	83
PRÍLOHY	87
Príloha 1: Korelačná analýza počtu poberateľov opatrovateľského príspevku a vybraných premenných na regionálnej úrovni	87
Príloha 2: Kritériá výberu FZO zapojených do projektu	90
Príloha 3: Zoznam zapojených obcí (spolu s informáciou o rozpočte obce za rok 2024)	94

Príloha 4: Populačná prognóza zapojených funkčných zoskupení obcí	97
Príloha 5: Hustota sociálnych služieb v jednotlivých FZO	111
Príloha 6: Počet klientov sociálnych služieb poskytovaných ambulantnou a terénnou formou na úrovni zapojených obcí	112
Príloha 7: Analýza niektorých aspektov potrebnosti a poskytovania sociálnych služieb prostredníctvom výberového zisťovania EHIS 2019	116
Príloha 8: Dotazník pre obce o skúsenosti s realizáciou projektu RDS BBSK.....	124

Zoznam grafov a tabuliek

Graf 1 Prognóza vývoja hlavných vekových skupín obyvateľstva Slovenska v rokoch 2022 – 2080	12
Graf 2 Prognóza zaťaženia osôb vo veku 20 – 64 rokov seniormi	13
Graf 3 Počet poberateľov opatrovateľského príspevku v mesiaci v porovnaní výdavkami štátneho rozpočtu	18
Graf 4 Počet poberateľov opatrovateľského príspevku na 1000 obyvateľov (jún 2025)	20
Graf 5 Prijímatelia opatrovateľskej služby	23
Graf 6 Vývoj kapacít sociálnych služieb v odkázanosti podľa formy poskytovania.....	23
Graf 7 Mapové zobrazenie zapojených mikroregiónov	36
Graf 8 Zdroje príjmov obcí na jedného obyvateľa v roku 2024	43
Graf 9 Celkové príjmy obce na jedného obyvateľa.....	43
Graf 10 Príjmy obcí očistené od výnosov z daní a poplatkov na obyvateľa	44
Graf 11 Prognóza úbytku obyvateľov v jednotlivých FZO.....	45
Graf 12 Prognóza priemerného veku obyvateľov v jednotlivých FZO	46
Graf 13 Aktuálna vybavenosť FZO vybranými typmi sociálnych služieb v odkázanosti poskytovaných terénou a ambulantnou formou na území FZO	48
Graf 14: Aktuálna vybavenosť FZO vybranými typmi sociálnych služieb v odkázanosti poskytovaných pobytovou formou na území FZO a v dojazdovej vzdialenosti 30 km	49
Graf 15 Absolútny počet poberateľov opatrovateľského príspevku v medzioročnom porovnaní.....	51
Graf 16 Predchádzajúci ekonomický status poberateľov opatrovateľského príspevku, ktorí príspevok poberali v roku 2024.....	53
Graf 17 Veková štruktúra poberateľov opatrovateľského príspevku v roku 2024	53
Graf 18 Podiel žien na celkovom počte poberateľov príspevku	54
Graf 19 Posúdenie relevantnosti jednotlivých typov služieb poskytovaných CSZI.....	63
Graf 20 Vnímanie projektu z pohľadu zapojených samospráv	67
Graf 21 Úhrnná plodnosť v analyzovaných mikroregiónoch v období rokov 1996 – 2023 ...	98
Graf 22 Priemerný vek žien pri narodení dieťaťa v analyzovaných mikroregiónoch v období rokov 1996 – 2023	99
Graf 23 Podiel plodnosti žien vo veku do 25 rokov v analyzovaných mikroregiónoch v období rokov 1996 – 2023	100
Graf 24 Podiel plodnosti žien vo veku 30 a viac rokov v analyzovaných mikroregiónoch v období rokov 1996 – 2023	101
Graf 25 Stredná dĺžka života mužov pri narodení v analyzovaných mikroregiónoch v období rokov 1996 – 2023	102
Graf 26 Stredná dĺžka života žien pri narodení v analyzovaných mikroregiónoch v období rokov 1996 – 2023	103
Graf 27 Migračné saldo v analyzovaných mikroregiónoch v 5-ročných obdobiach rokov 1999 – 2023	104
Graf 28 Prognóza počtu obyvateľov v analyzovaných mikroregiónoch v rokoch 2025 – 2050	105
Graf 29 Prognóza počtu detí do 15 rokov v analyzovaných mikroregiónoch v rokoch 2025 – 2050	106
Graf 30 Prognóza vývoja počtu osôb vo veku 15 – 49 rokov v analyzovaných mikroregiónoch	

v rokoch 2025 – 2050	107
Graf 31 Prognóza vývoja počtu osôb vo veku 65 a viac rokov v analyzovaných mikroregiónoch v rokoch 2025 – 2050.....	108
Graf 32 Prognóza vývoja počtu osôb vo veku 85 a viac rokov v analyzovaných mikroregiónoch v rokoch 2025 – 2050.....	108
Graf 33 Prognóza vývoja podielu osôb vo veku 85 a viac rokov v analyzovaných mikroregiónoch v rokoch 2025 – 2050.....	109
Graf 34 Prognóza vývoja priemerného veku populácie analyzovaných mikroregiónov v rokoch 2025 – 2050	110
Graf 35 Prognóza vývoja indexu celkového zaťaženia produktívnej zložky analyzovaných mikroregiónov v rokoch 2025 – 2050	110
Graf 36 Podiel mužov a žien vo veku 55 a viac rokov deklarujúcich minimálne určité ťažkosti pri vykonávaní niektorej z činností osobnej starostlivosti v oblasti Stredného Slovenska.....	118
Graf 37 Podiel mužov a žien deklarujúcich minimálne určité ťažkosti pri vykonávaní niektorej z činností v domácnosti v oblasti Stredného Slovenska.....	119
Graf 38 Štruktúra mužov a žien vo veku 55 a viac rokov s minimálne určitými ťažkosťami v osobných (sebaobslužných) činnostiach podľa toho, či dostávajú nejakú formu pomoci a jej potrebnosti v oblasti Stredného Slovenska, EHIS 2019.....	120
Graf 39 Štruktúra mužov a žien vo veku 55 a viac rokov s minimálne určitými ťažkosťami v činnostiach v domácnosti podľa toho, či dostávajú nejakú formu pomoci a jej potrebnosti v oblasti Stredného Slovenska	121
Graf 40 Podiel osôb uvádzajúcich využívanie nejakej zo služieb domácej starostlivosti počas posledných 12 mesiacov v oblasti Stredné Slovensko	122
Graf 41 Štruktúra respondentov v oblasti Stredné Slovensko podľa toho, ako ľahko dokážu získať praktickú pomoc od susedov	122
Graf 42 Podiel mužov a žien deklarujúcich, že poskytujú starostlivosť alebo pomoc osobám so zdravotnými problémami súvisiacimi s vysokým vekom, s chronickými zdravotnými problémami alebo postihnutím v rozsahu minimálne raz týždenne	123
Graf 43 Podiel mužov a žien deklarujúcich, že poskytujú starostlivosť alebo pomoc osobám so zdravotnými problémami súvisiacimi s vysokým vekom, s chronickými zdravotnými problémami alebo postihnutím v rozsahu minimálne raz týždenne, ALE LEN SVOJIM RODINNÝM PRÍSLUŠNÍKOM.....	123
Tabuľka 1 Výška opatrovateľského príspevku, vyplácaného v zmysle zákona 447/2008	19
Tabuľka 2 Štruktúra aktivít projektu RDS BBSK v zmysle projektovej žiadosti	33
Tabuľka 3 Základné charakteristiky FZO zapojených do projektu.....	39
Tabuľka 4 Informácia o finančnom profile jednotlivých FZO za rok 2024	42
Tabuľka 5 Porovnanie kapacity služieb voči potrebe podľa modelu Víšek-Prúša.....	50
Tabuľka 6 Podiel opatrovaných voči celkovému počtu obyvateľov v danej vekovej skupine v roku 2024	52
Tabuľka 7 Odhad objemu potrebnosti služieb sociálnej starostlivosti pre osobné činnosti (sebaobsluhu) v zapojených FZO do roku 2050 (počet osôb).....	56
Tabuľka 8 Odhad objemu potrebnosti služieb sociálnej starostlivosti pre činnosti v domácnosti v zapojených FZO	57
Tabuľka 9 Počet užívateľov vybraných služieb poskytovaných ambulantnou formou a opatrovateľskej služby v medziročnom porovnaní.....	72

Zoznam použitých skratiek

BBSK — Banskobystrický samosprávny kraj

CISZS — Centrum integrovanej sociálno-zdravotnej starostlivosti (pl.: *centrá integrovanej sociálno-zdravotnej starostlivosti*)

DPFO — daň z príjmov fyzických osôb

EHIS — Európske zisťovanie o zdraví (*European Health Interview Survey*)

ESF+ — Európsky sociálny fond plus (program EÚ 2021 – 2027)

EÚ — Európska únia

FZO — funkčné zoskupenie obcí

IKT — informačno-komunikačné technológie

ISSS — Informačný systém sociálnych služieb. (*Pozn.: v niektorých textoch sa uvádza aj ako ISSSE*)

MKC — Metodicko-koordinačné centrum

MPSVaR SR — Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky

MZ SR — Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky

RDS BBSK — Rozvoj dlhodobej starostlivosti v Banskobystrickom samosprávnom kraji

ÚPSVaR — Úrad práce, sociálnych vecí a rodiny

ÚVOD

Predmetom tejto správy je hodnotenie projektu Rozvoj dlhodobej starostlivosti poskytovanej na komunitnej úrovni v Banskobystrickom samosprávnom kraji (ďalej ako RDS BBSK) a posúdenie vhodnosti replikácie modelu overeného počas jeho realizácie.

Projekt bol realizovaný Banskobystrickým samosprávnym krajom (ďalej ako BBSK) v období medzi novembrom 2023 a decembrom roku 2025 so zámerom overiť možnosti kraja (regionálnej samosprávy) pri podpore integrovaných služieb dlhodobej starostlivosti poskytovaných na komunitnej úrovni prostredníctvom tzv. centier integrovanej sociálno-zdravotnej starostlivosti (ďalej ako CISZS), ktorých činnosť bola koordinovaná prostredníctvom tzv. metodicko-koordinačného centra (ďalej ako MKC).

Východiskom projektu je vízia dôsledného uplatňovania ľudskoprávných princípov a zvyšovania kvality dlhodobej starostlivosti tak, aby človek mohol s podporou širokého spektra služieb čo najdlhšie zotrvať vo svojom prirodzenom prostredí.

Realizácia projektu nadviazala na predchádzajúce skúsenosti Banskobystrického samosprávneho kraja s podobnými iniciatívami zameranými na zvyšovanie dostupnosti dlhodobej sociálnej a zdravotnej starostlivosti poskytovanej na komunitnej úrovni, s osobitným dôrazom na územia, v ktorých neexistuje dostatočná vybavenosť sociálnej a zdravotnej infraštruktúry. Konkrétne ide o dva projekty – i) projekt „Agentúra integrovanej starostlivosti“, ktorý bol realizovaný v Mikroregióne pri Slanej a bol výsledkom spolupráce BBSK so Svetovou bankou a Európskou komisiou v rámci Iniciatívy „Catching-Up Regions“ a ii) projekt „Centrá sociálnych služieb ako nástroj viacúrovňového partnerstva pri poskytovaní dlhodobej starostlivosti na komunitnej úrovni na Slovensku“, ktorý bol realizovaný BBSK v spolupráci s Ministerstvom práce, sociálnych vecí a rodiny SR (ďalej ako MPSVR SR) a Ministerstvom zdravotníctva SR (ďalej ako MZ SR), a spolufinancovaný pomocou centralizovanej výzvy Európskej komisie, zameranej na podporu sociálnych inovácií a národných reforiem v oblasti dlhodobej starostlivosti o seniorov.

Hodnotený projekt, rovnako ako dva predchádzajúce, reagoval na nízku dostupnosť a kvalitu sociálnych a zdravotníckych služieb v BBSK, pričom deficit sa najvýraznejšie prejavujú na úrovni malých obcí a v súvislosti so sociálnymi službami realizovanými terénou a ambulantnou formou, teda službami, ktoré pomáhajú ľuďom dlhšie zotrvať v domácom prostredí.

Dôležitým rozmerom hodnoteného, ako i predchádzajúcich projektov, bola partnerská spolupráca regionálnej a miestnej samosprávy, prostredníctvom ktorej obce získavali kapacity potrebné pre efektívnu koordináciu služieb poskytovaných na komunitnej úrovni. Ich spolupráca v rámci funkčných zoskupení obcí (ďalej ako FZO), zameraná na oblasť

sociálnych služieb a dlhodobej starostlivosti, ktorá bola metodicky, organizačne i finančne podporovaná zo strany regionálnej samosprávy, im výrazne pomohla efektívnejšie plniť originálne kompetencie ustanovené zákonom o sociálnych službách.

Hodnotený projekt overil funkčnosť integrovaného modelu dlhodobej starostlivosti poskytovanej na komunitnej úrovni, ktorého jadrom je spájanie malých obcí do funkčných zoskupení, ktoré zlepšujú koordináciu sociálnych služieb a prepájajú ich so zdravotnou starostlivosťou prostredníctvom CISZS. Projekt zároveň zhromaždil a systematizoval poznatky a skúsenosti potrebné na replikáciu tohto modelu v ďalších regiónoch Slovenska. Správa je členená do štyroch kapitol, ktoré metodicky postupujú od makroúrovne k realizačnej a obsahovej rovine hodnotenia projektu.

V prvej kapitole správa definuje hlavné koncepčné a spoločenské rámce systému sociálnych služieb na Slovensku, ktoré tvoria východisko pre posudzovanie projektu. Hodnotenie projektu je ukotvené v koncepte „chudoby starostlivosti“, ktorý presahuje ukazovatele formálnej dostupnosti služieb a k problematike dlhodobej starostlivosti pristupuje komplexne, keďže sa orientuje na zachytenie nerovnováhy medzi potrebami a zdrojmi v troch doménach dlhodobej starostlivosti: sebaobslužnej, praktickej (starostlivosť o domácnosť) a sociálno-emočnej, pričom vníma potrebu prepájania formálnej a neformálnej starostlivosti.

Koncept „chudoby starostlivosti“ bol zvolený zámerne, pretože vhodne odráža zameranie hodnoteného projektu. Reaguje síce na nízku dostupnosť a kvalitu sociálnych a zdravotníckych služieb v BBSK, vo významnom rozsahu však vníma aj sociálno-emočnú doménu dlhodobej starostlivosti a praktické predpoklady zotrvania v prirodzenom prostredí, ktoré sú vnímané najmä v kontexte starostlivosti o domácnosť, pričom je realizovaný v prostredí, kde je dlhodobá starostlivosť často zabezpečovaná práve neformálnymi opatrovateľmi.

Téma neformálnych opatrovateľov, z ktorých veľká časť je aj poberateľmi príspevku na opatrovanie, je diskutovaná nie len z pohľadu veľkosti skupiny opatrovateľov, ale najmä ich dôležitosti pre udržateľnosť systému dlhodobej starostlivosti a potreby ich systematickej podpory a zvyšovania kvality opatrovania. Možnosti podpory, ktoré spočívajú aj v lepšej dostupnosti služieb poskytovaných na komunitnej úrovni, však naráža na limity systému sociálnych služieb, ktoré sa najvýraznejšie prejavujú práve v prostredí malých obcí.

Medzinárodne trendy aj národné priority akcentujú posun k integrovanej starostlivosti, prepájajúcej sociálne a zdravotné služby realizované na komunitnej úrovni, ako i širšie využívanie technologických a digitálnych prostriedkov zameraných na monitorovanie potreby starostlivosti. Takýto posun však vyžaduje uplatnenie významných sociálnych i organizačných inovácií. Predstavenie projektu RDS BBSK v kontexte inovácie a popis situácie v BBSK je predmetom druhej kapitoly. Táto kapitola sa sústreďuje na demonštráciu

trendov a konceptov uvedených v prvej kapitole v kontexte BBSK a ponúka demografickú prognózu zapojených FZO, ako aj odhad potrebnosti sociálnych služieb a popis konkrétnych fenoménov, ktoré využívanie služieb dlhodobej starostlivosti v prostredí zapojených FZO priamo ovplyvňuje.

Tretia kapitola je z pohľadu hodnotenie nosná vzhľadom na skutočnosť, že analyzuje realizáciu a konkrétne výsledky a vplyvy projektu RDS BBSK z pohľadu štyroch kľúčových aspektov: relevantnosť, účinnosť, vplyv a udržateľnosť projektu. Výsledky hodnotenia prinášajú množstvo pozitívnych zistení o realizácii projektu, ktorého úspešná realizácia je výsledkom nie len obsahu a adresnosti projektových aktivít, ale vo veľkej miere aj osobného a odborného nastavenia zamestnancov MKC a jednotlivých CISZS, čo inšpiruje k otázkam ohľadom možnej replikácie projektu. Slovom jedného z respondentov výskumu realizovaného za účelom hodnotenia: „... v teréne sa deje veľa zaujímavých a inovatívnych vecí, tento projekt je jedna z nich. Dejú sa však len vďaka odhodlanosti a oddanosti konkrétnych jednotlivcov, ktorí ich často realizujú vďaka ohromnému osobnému nasadeniu, nie vďaka tomu, že existuje podporné prostredie, ktoré realizáciu týchto iniciatív uľahčuje. Základnou otázkou teda zostáva, ako z týchto individuálnych príbehov vytvoriť systémovú zmenu.“

Úsilie o sumarizáciu zistení týkajúcich sa realizácie hodnoteného projektu je predmetom štvrtej, záverečnej, kapitoly. Kapitola formuluje aj súbor odporúčaní voči pokračovaniu aktivít projektu a jeho replikácii v novom prostredí, ktorých uplatnenie by mohlo zvýšiť kvalitu dlhodobej starostlivosti, nie len z pohľadu dostupnosti a hustoty poskytovaných služieb, ale aj ich prepájania so systémom neformálnej starostlivosti.

Informácie uvedené v správe sú výsledkom kombinácie kvalitatívnych a kvantitatívnych metód výskumu a realizovanej demografickej prognózy. Za účelom získania potrebných informácií sa uskutočnila séria pološtruktúrovaných a neštruktúrovaných rozhovorov so širokým spektrom aktérov, realizoval sa dotazníkový prieskum i rozsiahla analýza sekundárnych zdrojov a dát.

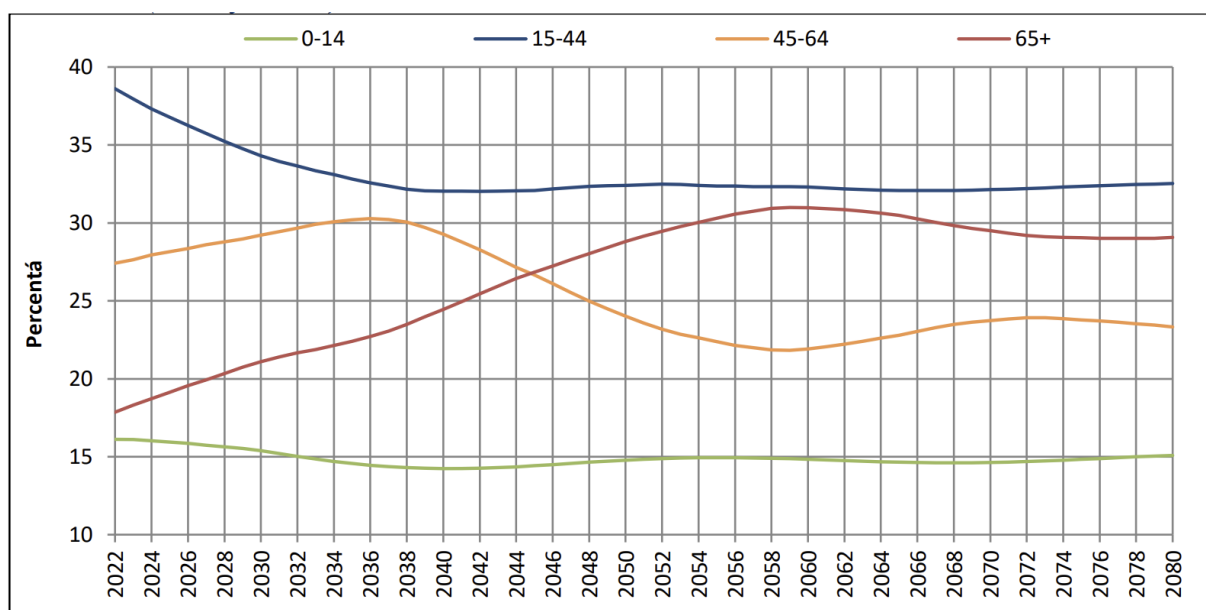
Autorský tím by tiež rád poďakoval všetkým respondentom, ktorí zdieľali svoje názory, skúsenosti a vedomosti týkajúce sa realizácie hodnoteného projektu. Bez ich láskavej pomoci a ochoty by nebolo možné hodnotenie zrealizovať. Zároveň však platí, že všetky prípadné nedostatky, nepresnosti či omyly sú výlučne zodpovednosťou autorského tímu a nemožno ich pripisovať žiadnemu z respondentov.

DLHODOBÁ STAROSTLIVOSŤ NA NÁRODNEJ ÚROVNI – KONTEXT HODNOTENÉHO PROJEKTU

Prognóza potrebnosti dlhodobej starostlivosti

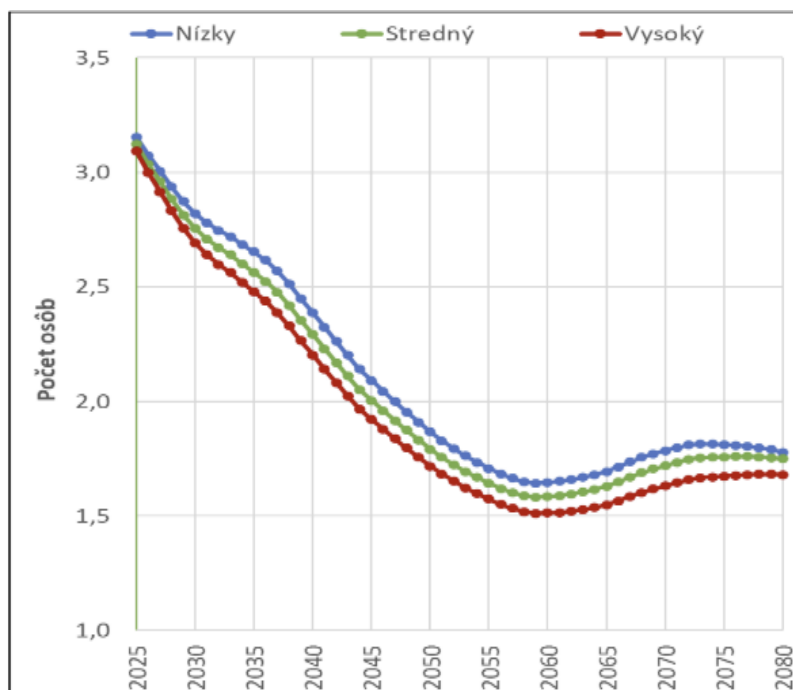
Starnutie obyvateľstva je jednou z najvýznamnejších výziev naprieč členskými štátmi Európskej únie. Slovensko, ktoré v porovnaní s priemerom krajín EÚ starne rýchlejšie, sa musí pripraviť na intenzívny priebeh tohto procesu, v dôsledku čoho sa v priebehu necelých 20 rokov zvýši priemerný vek obyvateľov takmer o štyri roky (Šprocha et al., 2024). Tento fakt významne ovplyvní štruktúru vekového zloženia obyvateľstva v krajine, pričom veková skupina 15 – 44 rokov síce zostane i naďalej najpočetnejšou, no odstup medzi ňou a ostatnými vekovými skupinami sa zmenší.

Veková skupina 65 a viac rokov, ktorá je v súčasnosti treťou najpočetnejšou, sa už v roku 2045 posunie na druhé miesto. Na konci 50. rokov 21. storočia podiel obyvateľov vo veku 65+ presiahne hranicu 30 % a priblíži sa k najpočetnejšej vekovej skupine (obyvateľstvo vo veku 15 – 44 rokov) na menej ako 1,5 percentuálneho bodu (Šprocha et al., 2024), čo predstavuje významné riziká z pohľadu zabezpečenia dôchodkového systému a trhu práce (DG ECFIN, 2024), ako aj udržateľnosti systému sociálnej a zdravotnej starostlivosti (Sivaeu et al., 2020), ktorý bude pod veľkým tlakom.



Graf 1 Prognóza vývoja hlavných vekových skupín obyvateľstva Slovenska v rokoch 2022 – 2080
(stredný scenár) (v %).

Zdroj: Šprocha et al., 2024



Graf 2 Prognóza zataženia osôb vo veku 20 – 64 rokov seniormi

Zdroj: Šprocha et al., 2024

Popri zvyšujúcom sa dopyte po sociálnych a zdravotných službách, vyvolanom nárastom počtu ľudí odkázaných na tieto služby, možno zároveň očakávať znižovanie zdrojov (finančných alebo personálnych), potrebných na zabezpečenie potrebných služieb. Ťažkosti pri zabezpečovaní služieb v budúcnosti možno predpokladať aj vzhľadom na aktuálnu situáciu, v ktorej nedostatok disponibilnej pracovnej sily v sektore sociálnej a zdravotnej starostlivosti už dnes predstavuje významný problém naprieč Európou bez ohľadu na ekonomický profil konkrétnej krajiny.

Vzhľadom na demografické trendy, ale aj vysokú mieru príjmových nerovností a regionálnych disparít je možné na Slovensku predpokladať prehlbujúci sa fenomén aj tzv. „chudoby starostlivosti“ (care poverty), ktorý označuje depriváciu adekvátneho pokrytia potrieb starostlivosti (Rummery, 2025), teda situáciu, v ktorej ľudia, ktorí starostlivosť potrebujú, ju nedostávajú z formálnych (služby poskytované verejným sektorom alebo nákup služieb na bežnom trhu) ani z neformálnych zdrojov (rodina, komunita).

„Chudoba starostlivosti“ nie je podtypom finančnej chudoby, hoci s ňou často a výrazne koreluje. Vnímanie tohto problému je komplexnejšie a upozorňuje na nenaplnenie širšieho spektra zdrojov a podmienok nevyhnutných pre zabezpečenie dostatočného rozsahu a kvality starostlivosti. Okrem finančných a personálnych zdrojov hovorí aj o kvalite služieb, ich fyzickej nedostupnosti, geografických bariérach, nesúlade medzi ponukou a potrebou alebo o rozpade sociálnych väzieb, v rámci ktorých je poskytovaná neformálna starostlivosť.

Koncept „chudoby starostlivosti“, ktorý bol teoreticky rozpracovaný v prostredí nordického systému sociálnych služieb (Kröger et al., 2019), podstatne prekračuje koncept „neuspokojených potrieb“ v sociálnych a zdravotných službách. Neuspokojenú potrebu

chápe najmä ako individuálnu neschopnosť, spôsobenú rôznymi faktormi, zabezpečiť potreby napriek tomu, že služby existujú (Tennstedt et al., 1994) a sústreďuje sa primárne na mikroúroveň v poskytovaní služieb (teda na to, čo chýba konkrétnemu jednotlivcovi). Rovnako prekračuje aj koncept „deficitu v službách“, ktorý často zdôrazňuje systémový nedostatok a nesúlad medzi ponukou a potrebou, pričom menej rozpracováva aspekt súvisiaci s variabilitou potrieb jednotlivca.

V koncepte „chudoby starostlivosti“ sa kladie dôraz na previazanosť formálnej a neformálnej starostlivosti. Ich kombinácia je podmienkou naplnenia potrieb, pričom výpadok jedného typu (napr. rodina) nemusí byť nahraditeľný druhým (služby) – a naopak. Z tohto hľadiska koncept „chudoby starostlivosti“ ponúka presnejší analytický obraz než ukazovatele zamerané výlučne na dostupnosť formálnych služieb.

Dôležitým je tiež určenie prahov a rozpoznávanie absolútnej a relatívnej chudoby starostlivosti. Prahy stupňov „chudoby starostlivosti“ sa určujú na základe kombinácie troch domén v starostlivosti – i) sebaobslužnej, ii) praktickej a iii) spoločensko-emocionálnej. Vďaka rovnocennému zohľadneniu všetkých troch domén, ktoré prekračujú striktne medicínsky alebo sociálny aspekt starostlivosti, je možné lepšie zachytiť potreby a následne lepšie plánovať a prioritizovať poskytované služby. To znamená rozlišovať medzi potrebou podpory v sebaoslužných aktivitách a potrebou praktickej pomoci v domácnosti alebo saturácie sociálno-emočných deficitov, ktoré tradičné prístupy obyčajne prehliadajú.

Prah absolútnej chudoby starostlivosti sa vzťahuje na situácie, v ktorých napriek tomu, že osoba potrebuje starostlivosť, žiadnu (ani formálnu, ani neformálnu) nedostáva. Takáto situácia môže nastať aj v situácii, keď inštitúcie formálnej starostlivosti v lokalite síce existujú, avšak konkrétne osoby ich z najrôznejších dôvodov nedokážu využívať (napríklad, služby sú drahé alebo fyzicky nedostupné). Naopak, prah relatívnej chudoby starostlivosti sa týka situácií, keď je nejaká starostlivosť poskytovaná, avšak vzhľadom na kontext a potreby sa subjektívne alebo objektívne považuje za nedostatočnú. V porovnaní s inými prístupmi ponúka koncept „chudoby starostlivosti“ metodologický posun, ktorý zachytáva nerovnováhu medzi potrebami a zdrojmi naprieč troma sledovanými doménami starostlivosti¹, prostredníctvom čoho je vyjadrovaná miera chudoby v starostlivosti, a nie iba prítomnosť/absencia konkrétnej služby (Medgyesi et al., 2025). Ide o analytický rámec nerovností, ktorý skúma, ako sa štruktúry (definované verejnými politikami, inštitúciami, trhom práce, rodinnými normami, dostupnosťou služieb) pretínajú s individuálnymi trajektóriami a schopnosťami rodín poskytovať starostlivosť (Kröger, 2022).

Silným atribútom konceptu „chudoby starostlivosti“ je intersekcionalita, teda znásobovanie znevýhodnenia, pretože riziko chudoby starostlivosti sa vrství podľa pohlavia, triedy, veku či etnicity a je tesne previazané s materiálnou chudobou.

¹ Ide o i) nedostatočnú pomoc pri osobných úkonoch, ii) nedostatok pomoci pri praktických činnostiach a iii) nepokryté sociálne a emočné potreby.

Svojou podstatou je koncept chudoby starostlivosti vysoko orientovaný na človeka (person-centered approach) a jeho individuálne potreby. Starostlivosť rámcuje ako nepeňažný, no základný zdroj, ovplyvňujúci mieru pohody a mentálneho zdravia, čím podporuje vnímanie starostlivosti o odkázaných ako súčasť sociálnych práv, ako ich definuje európske spoločenstvo, napríklad prostredníctvom Charty základných práv Európskej únie (pozri Článok 34) alebo revidovanej verzie Európskej sociálnej charty (pozri Článok 14), ktorú SR ratifikovala v roku 1999 (MZ SR, 2009).

Zodpovednosť za poskytovanie dlhodobej starostlivosti v sociálnych službách

Sociálnu službu ako právo definuje v § 6, ods. 2 aj zákon 448/2008 o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov (ďalej ako Zákon o sociálnych službách). Predstavuje osnovný zákon v téme sociálnych služieb z pohľadu ich organizácie, výkonu, kompetencií alebo obsahu. Sociálne služby delí na päť základných kategórií², ktoré môžu byť poskytované tzv. i) ambulantnou formou (osoba dochádza alebo je dopravovaná na miesto poskytovania služby), ii) terénnou formou (poskytuje sa v prirodzenom prostredí osoby, ktorej je služba poskytovaná, v prípade seniorov ide najmä o ich domácnosť), iii) pobytovou formou (služba je poskytovaná v zariadení a jej súčasťou je aj ubytovanie) alebo iv) pomocou informačno-komunikačných technológií, pričom služba je poskytovaná na diaľku.

Táto správa sa venuje téme dlhodobej starostlivosti, ktorá sa implicitne spája so skupinou seniorov, osôb s ťažkým zdravotným postihnutím alebo osôb v nepriaznivom zdravotnom stave. Tieto skupiny sú často a v rôznej miere odkázané na pomoc inej fyzickej osoby pri jednotlivých činnostiach (ďalej ako odkázanosť) a sociálne služby, ktoré tieto osoby využívajú, sa často označujú ako služby v odkázanosti alebo sociálne služby podmienené odkázanosťou.

Do tejto kategórie patria najmä služby v kategórii sociálnych služieb na riešenie nepriaznivej sociálnej situácie z dôvodu ťažkého zdravotného postihnutia, nepriaznivého zdravotného stavu alebo z dôvodu dovŕšenia dôchodkového veku³, sociálne služby s použitím

² 1. sociálne služby na zabezpečenie nevyhnutných podmienok na uspokojovanie základných životných potrieb v zariadeniach

2. sociálne služby na podporu rodiny s deťmi

3. sociálne služby na riešenie nepriaznivej sociálnej situácie z dôvodu ťažkého zdravotného postihnutia, nepriaznivého zdravotného stavu alebo z dôvodu dovŕšenia dôchodkového veku

4. sociálne služby s použitím telekomunikačných technológií

5. podporné služby

³ Do tejto skupiny služieb patrí zariadenie podporovaného bývania, zariadenie pre seniorov, zariadenie opatrovateľskej služby, rehabilitačné stredisko, domov sociálnych služieb, špecializované zariadenie, denný stacionár, opatrovateľská služba, prepravná služba, sprievodcovská služba a predčitateľská služba, tlmočnícka služba, sprostredkovanie tlmočníckej služby, sprostredkovanie osobnej asistencie, požičiavanie pomôcok.

telekomunikačných technológií⁴ a odľahčovacie služby⁵.

Nárokovateľnosť ich rozsahu je podmienená stupňom odkázanosti konkrétnej osoby, pričom vyššia miera odkázanosti definuje vyššiu mieru nároku na konkrétnu službu. Metrika pre posúdenie odkázanosti je predmetom platnej legislatívy (pozri Príloha 3 Zákona o sociálnych službách), pričom prístup k vybraným službám je podmienený minimálnym stupňom odkázanosti. Napríklad, v prípade zariadenia pre seniorov sa spravidla vyžaduje naplnenie minimálne IV. stupňa; v prípade domova sociálnych služieb to je obvyčajne minimálne V. stupeň odkázanosti na pomoc inej fyzickej osoby pri jednotlivých činnostiach.

Nárok na službu však automaticky neznamená dostupnosť služby, keďže dostupnosť je vo veľkej miere determinovaná organizačným a inštitucionálnym zabezpečením služieb, modelom ich financovania alebo mierou vymožitelnosti, ktorá na Slovensku de facto neexistuje (Filipová et al., 2021).

Model sociálnych služieb je na Slovensku kompetenčne decentralizovaný, pričom kompetencie sa delia medzi regionálnu a miestnu samosprávu. Model však možno považovať za zložitý a fragmentovaný (Sivaev et al., 2020), s komplikovanou a neprehľadnou štruktúrou financovania jednotlivých typov a foriem služieb.

V oblasti služieb v odkázanosti je model komplikovaný aj nerovnomerným rozložením obyvateľstva, ktoré potrebuje starostlivosť, nízkymi kapacitami (finančnými, personálnymi alebo odbornými) miestnej samosprávy, ktorá v téme dlhodobej starostlivosti disponuje pomerne širokým spektrom úloh a zodpovedností, ako aj dominantnou orientáciou na inštitucionálnu formu starostlivosti, ktorá je podmienená aj nízkou mierou dostupnosti služieb poskytovaných ambulantnou a terénnou formou priamo v konkrétnych komunitách.

Vo výraznom zjednodušení je možné tvrdiť, že v zmysle aktuálne platnej legislatívy, najmä Zákona 369/1990 o obecnom zriadení a Zákona 448//2008 o sociálnych službách, obec zodpovedá za dostupnosť terénnych a časti ambulantných služieb v odkázanosti, pričom môže služby buď poskytovať, alebo zabezpečovať⁶. Presun kompetencií v oblasti sociálnych

⁴ Do tejto skupiny služieb patrí monitorovanie a signalizácia potreby pomoci a krízová pomoc poskytovaná prostredníctvom telekomunikačných technológií.

⁵ Do tejto skupiny služieb patrí odľahčovacia služba, pomoc pri zabezpečení opatrovníckych práv a povinností, podpora samostatného bývania, poskytovanie sociálnej služby v dennom centre, v jedálni, v práčovni a v stredisku osobnej hygieny.

⁶ Rozdiel medzi poskytovaním a zabezpečovaním služby možno ilustrovať nasledovne: Poskytovanie služby znamená priamu realizáciu odborných, obslužných alebo ďalších činností, ktoré sú súčasťou konkrétnej služby. Ide o aktivity, ktoré poskytovateľ vykonáva osobne, priamo v prospech prijímateľa služby. Zabezpečovanie služby zahŕňa vytváranie podmienok na to, aby bola služba prijímateľovi dostupná, aj keď jednotlivé činnosti nemusí vykonávať samotný poskytovateľ. Zabezpečenie môže prebiehať prostredníctvom iných subjektov, partnerov alebo formou zmluvných vzťahov. Podstatné je, že zodpovednosť za dostupnosť a kvalitu služby zostáva na poskytovateľovi, hoci samotné výkony môžu byť delegované. Zjednodušene možno povedať, že poskytovanie predstavuje osobný výkon služieb poskytovateľom, zatiaľ čo zabezpečovanie znamená vytváranie podmienok na ich realizáciu a sprístupnenie prostredníctvom iných osôb alebo organizácií.

služieb bol na obce realizovaný celoplošne, čo u malých obcí spôsobuje vážne problémy s ich realizáciou. Azda najviditeľnejšou sociálnou službou v odkázanosti, za dostupnosť ktorej v plnej miere zodpovedá obec, je opatrovateľská služba poskytovaná terénou formou. Dostupnosť tejto služby je však priamo úmerná veľkosti obce, pričom čím je obec menšia, tým je vyššia pravdepodobnosť, že služba nie je poskytovaná. Vo veľkostnej kategórii obcí s 1000 obyvateľmi poskytuje opatrovateľskú službu iba jedna obec z desiatich (10,7 %) (Filipová at al., 2021), pričom podiel obcí do 1000 obyvateľov predstavuje 63 % všetkých miestnych samospráv na Slovensku. Je preto možné konštatovať, že nerovnomernou mierou dostupnosti služieb, podmienenou veľkosťou obce trvalého pobytu človeka, je potlačený princíp nediskriminácie a rovného prístupu a nie sú napĺňané práva, ktoré vyplývajú z Ústavy Slovenskej republiky.

Okrem priamej zodpovednosti za poskytovanie/zabezpečovanie konkrétnych sociálnych služieb⁷ (pozri § 80 Zákona o sociálnych službách) má obec povinnosť vytvárať komunitný plán sociálnych služieb, prostredníctvom ktorého definuje potreby ľudí žijúcich na území obce v oblasti sociálnej starostlivosti a plánuje komunitnú prácu v oblasti poskytovania sociálnych služieb a podpory aktivít členov miestnej komunity k svojpomocnému riešeniu sociálnych problémov v rámci miestneho spoločenstva, najmä rozvojom sociálnych služieb (pozri § 82, ods. 2 Zákona o sociálnych službách).

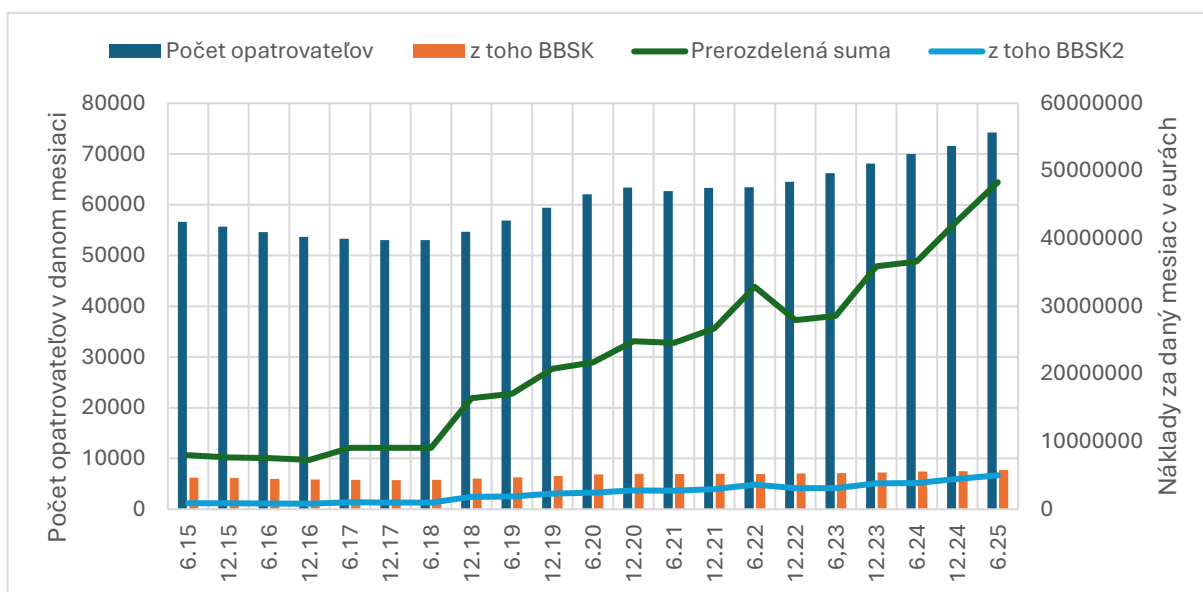
Povinnosti regionálnej samosprávy (vyšších územných celkov) v systéme sociálnych služieb je možné definovať podobne. Okrem spektra správnych povinností a priamej zodpovednosti za dostupnosť konkrétneho zoznamu sociálnych služieb (v súvislosti s kategóriou služieb v odkázanosti najvýraznejšiu skupinu tvorí skupina služieb poskytovaných pobytovou formou), jej úlohou je aj vypracovať a realizovať koncepciu rozvoja sociálnych služieb vo svojom územnom obvode (pozri § 81 Zákona o sociálnych službách), vďaka čomu má reálnu moc ovplyvniť rozsah a kvalitu sociálnych služieb poskytovaných na svojom území.

Rozsah neformálnej starostlivosti

Aj vzhľadom na nízke kapacity sociálnych služieb v kategórii služieb v odkázanosti sa slovenský systém starostlivosti vo významnej miere spolieha na kombináciu formálnej a neformálnej starostlivosti. Formálna starostlivosť je postavená na využívaní systému sociálnych služieb poskytovaných profesionálnym personálom bez ohľadu na formu poskytovaných služieb alebo spôsob ich zabezpečenia. Neformálna starostlivosť je

⁷ Do 31. augusta 2025 mala obec povinnosť aj posudzovať odkázanosť a v zmysle zákona č. 448/2008 Z. z. vydávať rozhodnutia o stupni odkázanosti na pomoc inej fyzickej osoby. Od 1. septembra 2025 sa táto kompetencia presúva na ÚPSVaR v režime integrovanej posudkovej činnosti. Obci zostáva povinnosť poskytovať/zabezpečovať službu na základe integrovaného posudku, postúpiť nové žiadosti úradu a dokončiť rozbehnuté konania; len výnimočne môže rozhodnúť o prijatí do zariadenia pre seniorov z vopred určených „iných vážnych dôvodov“.

poskytovaná neformálnymi opatrovateľmi, najčastejšie rodinnými príslušníkmi⁸, pričom títo môžu využívať príspevok na opatrovanie, vyplácaný v zmysle zákona 447/2008 o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia a o zmene a doplnení niektorých zákonov. Dôležitosť neformálnej starostlivosti v systéme dlhodobej starostlivosti môže byť ilustrovaná aj výrazným nárastom poberateľov príspevku v období ostatných desiatich rokov (pozri graf 3), počas ktorých počet opatrovateľov stúpol o 31 % z 56 661 osôb, ktoré príspevok poberali v júni 2015, na 74 248, ktoré príspevok poberali v júni 2025⁹.



Graf 3 Počet poberateľov opatrovateľského príspevku v mesiaci v porovnaní výdavkami štátneho rozpočtu
Zdroj: štatistika ÚPSVaR SR, spracované autormi

Napriek tomu, že výška opatrovateľského príspevku za posledných desať rokov nominálne stúpila viac ako dva a pol násobne (pozri tabuľka 1), boli upravené podmienky sociálneho poistenia opatrovateľov, formálne boli posilnené možnosti pre využívanie služieb odľahčujúcich nápor na opatrovateľa a opatrovatel' sa v obmedzenom rozsahu môže zúčastňovať na trhu práce, téme osobnej podpory opatrovateľov sa stále venuje len malá pozornosť. Odborná i akademická diskusia (napr. Chen at al., 2025 alebo Durand et al., 2025) systematicky upozorňuje na možné negatívne vplyvy, plynúce z nedostatku podpory poskytovanej neformálnym opatrovateľom. Tieto sa týkajú najmä dôsledkov na mentálne zdravie opatrovateľov, ktorí sa často cítia osamelí, prepadajú do depresí, cítia nízku mieru sebavedomia a podpory, čo má negatívny vplyv na ich fyzické zdravie ako i zdravie opatrovaných a následne im komplikuje možný návrat do pracovného a spoločenského života.

⁸ Pre presný zoznam oprávnených osôb pozri §40 447/2008 Z. z. o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

⁹ Počet poberateľov opatrovateľského príspevku a počet opatrovaných nie je identický, poberateľ opatrovateľského príspevku môže súčasne opatrovať viacero osôb, počet opatrovaných osôb je teda vyšší.

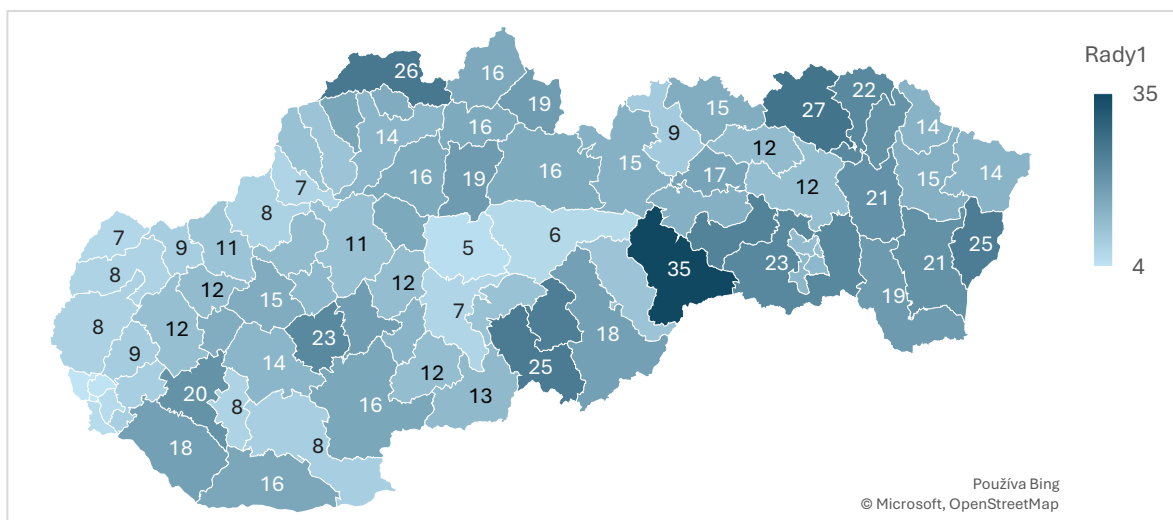
Rok	Príspevok za jednu opatrovanú osobu v zmysle zákona	Účinnosť od	Priemerná výška opatrovateľského príspevku, vyplatená opatrovateľovi za mesiac december daného roka ¹⁰
2017	247,62 €	1. 1. 2017	171,2 €
2018	369,36 €	1. 7. 2018	300,1 €
2019	430,35 €	1. 7. 2019	349 €
2021	508,44 €	1. 7. 2021	422 €
2022	525,65 €	1. 7. 2022	433,3 €
2023	569,00 €	1. 7. 2023	526,7 €
2024	615,50 €	1. 7. 2024	595,6 €
2025	663,50 €	1. 7. 2025	650,9 €*
*Bol zohľadnený údaj za mesiac jún 2025			

Tabuľka 1 Výška opatrovateľského príspevku, vyplácaného v zmysle zákona 447/2008

Zdroj: MPSVaR SR a spracovanie autorov

Dôležitým aspektom diskusie o podpore neformálnych opatrovateľov sú aj tzv. náklady opatrovateľov na obetované príležitosti, plynúce z ich odchodu alebo obmedzenej prítomnosti na trhu práce. Výsledky vykonaných korelačných analýz (pozri príloha 1) však naznačujú, že poberanie opatrovateľského príspevku môže byť v niektorých prípadoch vhodnou substitúciou účasti na trhu práce, pretože medzi mierou registrovanej nezamestnanosti v okrese a počtom poberateľov opatrovateľského príspevku na 1000 obyvateľov v okrese existuje pozitívna korelácia (Pearson: 0,46; Spearman: 0,46). To znamená, že okresy s vyššou mierou evidovanej nezamestnanosti majú relatívne vyšší počet poberateľov opatrovateľského príspevku. Vykonané analýzy tiež naznačujú, že vzťah medzi počtom poberateľov opatrovateľského príspevku v okrese a výsledkom indexu ekonomickej závislosti starších osôb v okrese neexistuje (Pearson: -0,29; Spearman: -0,36) napriek tomu, že je možné ho predpokladať. Práve naopak, okresy s vyšším indexom závislosti majú menej poberateľov opatrovateľského príspevku.

¹⁰ Od 1. decembra 2024 je výšku príspevku možné znížiť iba v prípade dlhšej hospitalizácie opatrovanej osoby (krátenie je úmerné s počtom dní), v minulosti však reálnu výšku vyplateného príspevku ovplyvňoval príjem opatrovaného, ako aj ekonomický status opatrovateľa (ak bol opatrovateľom starobný dôchodca, dostával len 75 % oprávnenej výšky).



*Graf 4 Počet poberateľov opatrovateľského príspevku na 1000 obyvateľov (jún 2025)
Zdroj: Štatistika ÚPSVaR, spracované autormi*

Bez ohľadu na predchádzajúci ekonomický status poberateľa príspevku na opatrovanie a jeho motiváciu stať sa opatrovateľom stále platí, že téme podpory opatrovateľov sa venuje len malá pozornosť, pričom kapacity a duševné zdravie opatrovateľov úzko ovplyvňujú kvalitu poskytovaného opatrovania. Aktuálne je monitorovaná len náhodnými kontrolami poberateľov opatrovateľského príspevku zo strany ÚPSVaR v súvislosti s oprávnenosťou poberania príspevku, avšak okrem možnosti využiť limitovaný rozsah odľahčovacej služby a terénnej opatrovateľskej služby nebola identifikovaná žiadna ďalšia ponuka podporných služieb.

Výzvy dlhodobej starostlivosti v rámci spoločného európskeho rámca

Diskusia o rozvoji služieb dlhodobej starostlivosti na Slovensku je ukotvená s spoločnej európskej vízií starostlivosti, ktorá je rámcovaná viacerými strategickými dokumentami a iniciatívami. Ide najmä o Chartu základných práv EÚ, ktorá uznáva práva starších ľudí na dôstojný a nezávislý život a na účasť na spoločenskom a kultúrnom živote, a Európsky pilier sociálnych práv, ktorý vo svojej zásade č. 18 uvádza právo na prístup ku kvalitnej a k cenovo dostupnej dlhodobej starostlivosti, najmä k domácej starostlivosti a ku komunitným službám. Dôležité je aj Odporúčanie Rady (2022/C 476/01) zvýšiť dôraz na včasnú, komplexnú a cenovo dostupnú dlhodobú starostlivosť pre všetkým občanov, ktorí takúto starostlivosť potrebujú (Rada, 2022).

S cieľom naplňať uvedené princípy a odporúčania jednotlivé členské krajiny v menšej alebo väčšej miere realizujú reformy dlhodobej starostlivosti a služieb odkázanosti, ktorých spoločným menovateľom je orientácia na:

- posilnenie integrovaného prístupu, pričom najvyšší dôraz sa kladie na integráciu sociálnej a zdravotnej starostlivosti (vrátane paliatívnej),
- prechod od inštitucionálnej k domácej/komunitnej starostlivosti v lepšom prepojení aj na neformálnu starostlivosť poskytovanú najmä rodinnými príslušníkmi,
- podporu digitalizácie a technológie v asistencii,
- podporu inovácií v organizačnom zabezpečení výkonu služieb.

Služby dlhodobej starostlivosti, ktoré sú dostatočne integrované so zdravotnou starostlivosťou a zabezpečujú dobré riešenia starostlivosti, a to aj v prípade ľudí v paliatívnej starostlivosti, zlepšujú kvalitu života a tiež môžu posilniť nákladovú efektívnosť systému rovnako ako dobrý mix neformálnej, domácej, komunitnej a rezidenčnej starostlivosti (EK, 2022).

V súvislosti s realizáciou reformy financovania sociálnych služieb nie je Slovensko výnimkou. Reforma integrácie a financovania dlhodobej sociálnej a zdravotnej starostlivosti sa realizuje ako súčasť Komponentu 13 Plánu obnovy s názvom „Dostupná a kvalitná dlhodobá sociálno-zdravotná starostlivosť“. Cieľom reformy realizovanej na Slovensku je „vytvorenie strategického a legislatívneho rámca pre funkčné prepojenie zdravotnej a sociálnej starostlivosti“ (Plán obnovy).

Integrácia sociálnych a zdravotných služieb v dlhodobej starostlivosti je na Slovensku dlhodobo diskutovanou témou. Aktuálne platná legislatíva integráciu sociálnej a zdravotnej starostlivosti nevylučuje, navyše sa v limitovanom rozsahu objavuje v rôznych formách v oboch menovaných podsystémoch, v sociálnom i zdravotnom. V praxi však zdravotnú a sociálnu starostlivosť na Slovensku aktuálne tvoria dva separátne systémy s minimálnym vzájomným prepojením v oblasti legislatívy, ako aj v oblasti priamej koordinácie. Výsledkom tejto situácie je, že napríklad zmluvu so zdravotnou poisťovňou o úhrade komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti má podpísaných menej ako 8 % zariadení sociálnych služieb (MPSVaR, 2021), ktoré v zmysle aktuálne platnej legislatívy môžu poskytovať alebo zabezpečovať ošetrovateľskú starostlivosť ako odbornú činnosť¹¹. Dôvodom pre neuzavretie zmlúv sú nízke úhrady poisťovní, ako aj administratívna náročnosť spojená so zazmluvnením a uplatňovaním úhrady. Problémy s financovaním a dostupnosťou ošetrovateľskej starostlivosti v relevantných druhoch sociálnych služieb pretrvávajú, a to nielen sociálnych služieb organizovaných pobytovou formou, ale aj ošetrovateľskej starostlivosti v rámci ambulantnej a terénnej formy sociálnych služieb.

¹¹ Ide o štyri typy služieb, menovite zariadenie pre seniorov, domov sociálnych služieb, zariadenie opatrovateľskej služby a špecializované zariadenie.

Skúsenosť s integráciou služieb na komunitnej úrovni zo zahraničia

Inšpiráciou pre integráciu sociálnych a zdravotných služieb v službách poskytovaných terénou a ambulantnou formou môže byť „Program priekopníkov integrovanej starostlivosti a podpory“ (Integrated Care and Support Pioneer Programme), realizovaný v 14 lokalitách Anglicka v období od roku 2013 ako päťročná iniciatíva s cieľom testovať nové spôsoby prepojenia zdravotnej a sociálnej starostlivosti prispôsobenej potrebám jednotlivca.

Dizajn programu kombinoval experimentovanie „zdola“ s centrálnou koordinovanou zdieľaním poznatkov tak, aby sa overené riešenia dali škálovať. Program systematicky posilňoval orientáciu na používateľa, integráciu služieb a koordináciu naprieč organizáciami, pričom vytvoril dôkazovú bázu a metodické usmernenia pre širšie zavádzanie integrovanej starostlivosti. Skúsenosti z realizácie programu sa využívali na dizajnovanie a realizáciu Integrovaných systémov starostlivosti (Integrated Care Systems), ktoré boli v roku 2022 legislatívne ukotvené a rozšírené na celé Anglicko, a stali sa základom pre systémovú reformu, realizovanú na národnej úrovni.

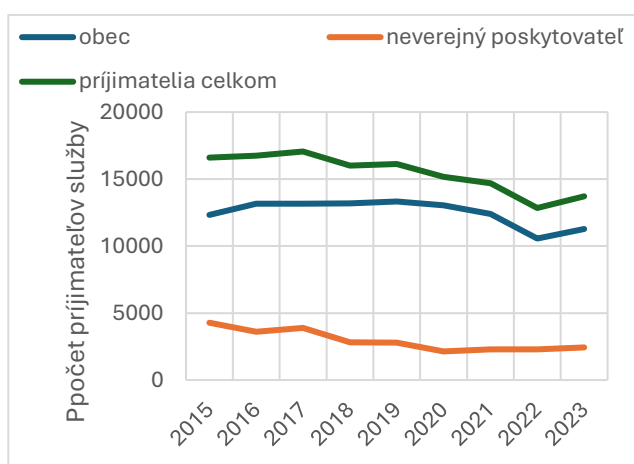
Inšpiráciou pre Slovensko môžu byť komunitné multidisciplinárne tímy, ktoré boli vnímané ako kľúčový nástroj smerovania k lokálnej integrácii zdravotnej a sociálnej starostlivosti v rámci služieb realizovaných priamo v komunite. Realizované hodnotenia programu (napr. Durand et al., 2025) upozornili, že lokálny kontext bol výrazným determinantom štruktúry, zloženia i pracovných postupov jednotlivých komunitných multidisciplinárnych tímov, napriek tomu sa však potvrdili silné podobnosti v tom, ako personál chápe povahu a prínosy multidisciplinárnej spolupráce. Komunitné multidisciplinárne tímy sa spájali s cieľom poskytovať holistickejšiu starostlivosť, urýchliť prístup k službám, rozšíriť paletu dostupných intervencií a posilniť domácu starostlivosť. Členovia multidisciplinárnych tímov potvrdili lepšie zdieľanie informácií, menšiu duplicitu úloh, silnejší zmysel pre kolektívnu zodpovednosť a spoločné riešenie problémov (obohacujúce rozhodovanie), príležitosti učiť sa od iných profesií a o ich kompetenciách a oslabovanie tradičných profesijných hierarchií. Zároveň však narážali na komplikácie týkajúce sa absencie zdieľaných klientskych záznamov, nedostatočnej infraštruktúry a zdrojov a pociťovali obavy z možností merať a preukázať hodnotu práce v multidisciplinárnych tímoch.

Integráciu služieb v dlhodobej starostlivosti možno definovať na rôznych úrovniach. Možno ju chápať ako integráciu procesov poskytovania služieb poskytovateľmi zdravotnej a sociálnej služby, realizovanú na rôznych úrovniach, alebo ako fyzickú integráciu poskytovateľov služieb do špecializovaného zariadenia, napríklad centra integrovanej starostlivosti. Integrácia služieb sa najčastejšie realizuje prostredníctvom i) zdieľania

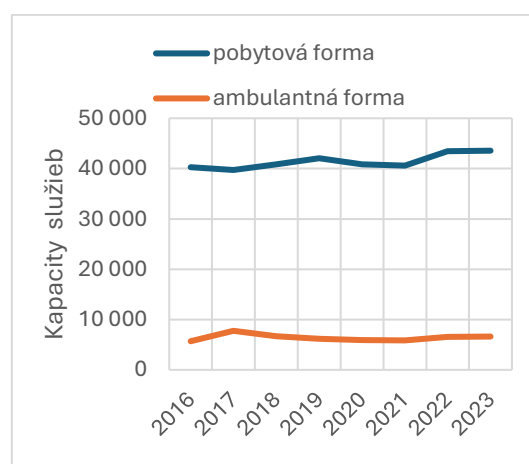
informácií a údajov, ii) koordinácie starostlivosti, iii) multidisciplinárnej spolupráce medzi zdravotníkmi a sociálnymi pracovníkmi, realizovanej na základe prípadových štúdií a iv) interoperability poskytovateľov (Sivaev, 2020), pričom interoperabilita je postavená na harmonizácii procesov zúčastnených poskytovateľov, čo vyžaduje signifikantné investície do mapovania procesov ich modelovania, zosúladovanie smerníc pracovných tokov atď.

Podmienkou integrácie služieb na komunitnej úrovni je však ich existencia. V situácii, keď regióny trpia absenciou dostupnej či zdravotnej alebo sociálnej starostlivosti, je diskusia o ich integrácii pomerne nepodstatná. Aj preto sa diskusia o budúcnosti služieb dlhodobej starostlivosti často orientuje na **potrebu zvýšenia dostupnosti služieb poskytovaných na komunitnej úrovni**.

Informačný systém sociálnych služieb poukazuje na pretrvávajúcu dominanciu pobytovej formy sociálnych služieb, stagnujúci stav sociálnych služieb organizovaných ambulantnou formou a v dlhodobom horizonte klesajúcu kapacitu terénnej opatrovateľskej služby (nebola potvrdená na úrovni zapojených FZO – pozri kapitola 3).



Graf 5 Prijímatelia opatrovateľskej služby
Zdroj: ISSS a MPSVaR, 2024



Graf 6 Vývoj kapacít sociálnych služieb v odkázanosti podľa formy poskytovania
Zdroj: ISSS, MPSVaR, 2024 a MPSVaR, 2019

Uvedené trendy sú v rozpore s medzinárodným dôrazom na posilňovanie starostlivosti poskytovanej priamo v komunite aj s národnými prioritami rozvoja sociálnych služieb na roky 2021 – 2030 (MPSVaR, 2021), ktoré explicitne formulujú dôraz na zvýšenie dostupnosti služieb poskytovaných v komunite, a to nie len na „rozvoj nových, ale aj existujúcich sociálnych služieb a odborných činností komunitného charakteru s prihliadnutím na ich miestnu, druhovú a finančnú dostupnosť aj s využitím moderných technológií“ (MPSVaR, 2021, str. 14). Kľúčovou podmienkou je aj oslobodenie základného mixu sociálnych služieb od projektového financovania a vytvorenie vhodných podmienok pre ich systémové financovanie z verejných zdrojov, zaručujúce ich dlhodobú a rastúcu dostupnosť.

Dostupnosť služieb¹² poskytovaných na komunitnej úrovni je dôležitá aj z pohľadu lepšieho prepojenia formálnej a neformálnej starostlivosti. V podmienkach SR je práve neformálna starostlivosť dôležitým pilierom udržateľnosti systému (pozri graf 3), preto je orientáciu na zvyšovanie dostupnosti služieb poskytovaných v komunite potrebné vnímať aj v kontexte podpory neformálnych opatrovateľov, ktorá je aktuálne realizovaná takmer výlučne prostredníctvom náhrady za stratu príjmu z dôvodu intenzívnej starostlivosti (peňažný príspevok na opatrovanie) a základného sociálneho a zdravotného poistenia zo strany štátu. Systematická podpora poskytovaná vo forme dostupných odľahčovaných a iných služieb, ktoré by uľahčili lepšie zosúladovanie práce a starostlivosti (prípadne starostlivosti a iných povinností týkajúcich sa starostlivosti o rodinu) absentuje, rovnako ako chýba systematická podpora, zameraná na lepší prístup k zdravotným pomôckam alebo k zvyšovaniu kompetencií v oblasti neformálnej starostlivosti realizovanej prostredníctvom vzdelávania, tréningov alebo kurzov.

Jednou z najväčších výziev systému sociálnych služieb naprieč krajinami Európy je **dostupnosť kvalifikovanej a empatickej pracovnej sily**. Okrem toho, že dostupnosť je ovplyvnená demografickým trendom, atraktivita zamestnania v sociálnych službách dlhodobo zotrváva na nízkej úrovni. Napriek tomu, že mzdy pracovníkov v sociálnych službách v ostatných rokoch jemne rástli a boli kompenzované viacerými typmi príplatkov, stále zostávajú na veľmi nízkej úrovni. V roku 2023 priemerná hrubá mzda špecialistu v oblasti sociálnej práce a poradenstva dosahovala 78 % priemeru v hospodárstve, priemerná hrubá mzda terénneho pracovníka v sociálnych alebo zdravotných službách dosahovala len 67 % priemeru v hospodárstve a v prípade opatrovateľov v zariadeniach pre seniorov alebo osoby so zdravotným znevýhodnením to bolo 74 % (Trexima, 2023). Nízke mzdy v kombinácii s náročnosťou výkonu týchto služieb spôsobujú nízky záujem o zamestnanie v sociálnych službách, čoho výsledkom je aj zvyšujúci sa priemerný vek zamestnancov v sektore, pričom v roku 2023 v opatrovateľskej službe dosiahol 52,88 rokov (MPSVaR, 2024). Nedostatok disponibilnej pracovnej sily v sektore sa nedarí kompenzovať ani náborom zahraničnej pracovnej sily, pričom podľa údajov Informačného systému sociálnych služieb na pozícii opatrovateľa v roku 2023 pracovalo iba 17 cudzích štátnych príslušníkov (MPSVaR, 2024).

Nápor na personálne kapacity i fyzickú náročnosť je vzhľadom na rýchly technologicko-informačný vývoj už možné znižovať aj **vyššou orientáciou na lepšiu technickú vybavenosť** (napr. zdvíhacie zariadenia) **a silnejšiu orientáciu na využívanie digitálnych a signalizačných zariadení** a služieb e-care. Aby nastal žiadaný posun smerom k širšiemu využívaniu nových technológií a IKT, je potrebné zabezpečiť vyššiu mieru rozpoznaniu týchto služieb v systéme sociálnych služieb a zabezpečiť ich systémové financovanie.

Očakávania v oblasti financovania sociálnych služieb na komunitnej úrovni sú orientované

¹² Okrem sociálnych služieb poskytovaných v zmysle zákona o sociálnych službách ide o zdravotnícke, prepravné, vzdelávacie, iné sociálne, komunikačné, stavebné a iné verejné služby.

smerom k miestnej samospráve, keďže financovanie komunitných služieb a domácej opatrovateľskej služby je kompetenciou obcí. Pre kategóriu najmenších obcí (do 1000 obyvateľov) to však vzhľadom na finančné aj ďalšie kapacitné obmedzenia často nie je realistické. Vysoká miera rozdrobenosti miestnej úrovne samosprávy a celoplošný presun kompetencií bez zohľadnenia veľkosti a kapacít samospráv je síce typickým problémom Slovenska, avšak poskytovanie služieb vo vidieckych oblastiach, ktoré sú charakterizované veľkými dojazdovými vzdialenosťami, nízkou hustotou osídlenia, nesúlalom medzi „ponukovou“ a „dopytovou“ stránkou v sociálnych službách je výzvou naprieč celou Európou. Jednotlivé krajiny preto hľadajú **vhodnejšie modely koordinácie a organizácie sociálnych služieb**, tak aby boli plnohodnotne dostupné všetkým, ktorí ich potrebujú, bez ohľadu na miesto ich pobytu.

Poskytovanie služieb vo vidieckych oblastiach je významne determinované kombináciou priestorových, kapacitných a inštitucionálnych bariér. Prirodzenou reakciou je orientácia na lepšie využívanie informačno-komunikačných technológií v službách dlhodobej starostlivosti. Podmienkou je však dobré pokrytie krajiny internetovým pripojením, čo v odľahlých regiónoch stále nie je automatické. Vhodným riešením je aj spájanie menších celkov do väčších (v prípade Slovenska ide o spájanie obcí do mikroregionálnych zoskupení) a lepšie prepájanie poskytovateľov. Výsledkom môže byť aj ich prepájanie vo forme združení právnických osôb alebo „federácií“ združení. Prostredníctvom lepšieho prepojenia poskytovateľov je možné posilniť fungovanie mobilných tímov pracujúcich priamo v teréne a prostredníctvom realizácie pravidelných návštev sa vo svojom prístupe zamerať na intenzívnejšiu realizáciu preventívnych programov (Arroyo de Sande, 2018). Skúsenosti s poskytovaním služieb vo vidieckych oblastiach vyžadujú hľadanie modelov s nižšou prahovou kapacitou a vyššou mierou mobility. Dôraz sa kladie na realizáciu služieb prostredníctvom mobilných integrovaných terénnych tímov, zdieľania služieb, silnú koordináciu a uplatňovanie princípov case-managementu a uplatňovanie tele-/e-care riešení (najmä v téme monitoringu a konzultácií).

Okrem spájania obcí/poskytovateľov do väčších zoskupení sa však dôraz kladie aj na kombináciu rôznych nástrojov pomoci a prepájanie systému formálnych služieb s neformálnymi opatrovateľmi, ktorí sa stále viac dostávajú do zorného uhla podporných politík a bez ich cielenej podpory bude nesúlad dopytu a ponuky dlhodobej starostlivosti vo vidieckych oblastiach narastať.

Diskutované sú aj prístupy podporujúce právnu vymožiteľnosť sociálnych služieb starostlivosti (Karjalainen, 2022), ktorá na Slovensku neexistuje (Filipová et al., 2021). Na Slovensku rovnako neexistujú nástroje, ktoré by miestne samosprávy nútili alebo motivovali k tomu, aby v prospech sociálnych služieb odkázanosti alokovali vyššie rozpočty, ktoré by viac reflektovali výnos z prerozdelennej dane príjmu fyzických osôb (pre viac info pozri nasledujúcu kapitolu) a iných zdrojov krytia, ktoré zohľadňujú aj pomer obyvateľov vo veku 65+ na celkovom počte obyvateľov obce.

Očakávania v súvislosti s reformou financovania sociálnych služieb odkázanosti

„Súčasnú nastavenie financovania sociálnych služieb v Slovenskej republike nie je dostatočne predvídateľné a najmä pre jeho viaczdrojový spôsob financovania ho možno hodnotiť ako nekonceptné a málo prehľadné. Dôsledkom je nedostatočná istota poskytovateľov sociálnych služieb z hľadiska udržateľnosti prevádzkových pomerov poskytovanej sociálnej služby a nemožnosť efektívneho plánovania ich činnosti“ (MPSVaR, 2024, str. 95).

S cieľom uvedenú prekonal situáciu realizuje MPSVaR SR koncepciu reformy financovania sociálnych služieb (ďalej ako koncepcia), ktorej očakávaným výsledkom je zabezpečenie dostupnosti sociálnych služieb pre odkázané osoby, a to fyzickej aj finančnej. Predkladacia správa koncepcie (MPSVaR SR, 2024) konštatuje, že „... platná právna úprava pre oblasť sociálnych služieb je komplikovaná a v praxi často nevykonalná, najmä pri plnení obligatórnych povinností menšími obcami. Aj tento fakt prispieva k tomu, že spôsob poskytovania sociálnych služieb a ich kvalita nie je vždy v súlade s odporúčaniami a strategickými dokumentami na národnej aj medzinárodnej úrovni. Súčasný systém je preto dlhodobo neudržateľný a jeho zmena je nevyhnutnou, aby sme sa vyhli jeho celkovému kolapsu, s dôsledkami pre najohrozenejšie skupiny obyvateľstva“.

Na základe dostupných informácií o obsahu koncepcie je možné konštatovať, že nový systém vo financovaní sociálnych služieb kladie dôraz na dôsledné uplatňovanie zásad rovnakého zaobchádzania a nediskriminácie voči všetkým aktérom v sociálnych službách. Uplatnenie tohto prístupu sa týka zrovnoprávnenia verejných a neverejných poskytovateľov služieb, ale aj lepšieho prístupu obyvateľov malých obcí k potrebným službám. Zvýšenie dostupnosti služieb v čase a priestore vrátane geografickej a finančnej dostupnosti, ako aj stabilita a udržateľnosť ľudských zdrojov sú kľúčovými témami reformy. Tiež sa snaží orientovať na realizáciu programov prevencie odkázanosti na formálnu pomoc a tým znižovať nápor na systém sociálnych služieb.

Očakáva sa aj lepšie prepojenie sociálnej a zdravotnej starostlivosti prostredníctvom multi-sektorového a multi-disciplinárneho prístupu s dôrazom na zdravotnú a sociálnu rehabilitáciu. Samozrejmosťou je dôsledné plnenie štandardov kvality poskytovanej sociálnej služby tak, aby bola individualizovaná a orientovaná na potreby prijímateľa.

Rozvoj a realizácia služieb má v zmysle návrhu koncepcie stáť na koordinovanej spolupráci štátu, samosprávy (regionálnej i miestnej), poskytovateľov a ďalších relevantných aktérov (vrátane zdravotných poisťovní).

Finančná architektúra koncepcie je postavená na princípe viaczdrojového financovania, navrhuje kombináciu prostriedkov štátneho rozpočtu, rozpočtu samospráv, zdrojov verejného zdravotného poistenia, projektového financovania a primeranej účasti

súkromných zdrojov, najmä prijímateľa a jeho rodiny. Dôležitým nástrojom má byť tzv. osobný rozpočet (príspevok na pomoc pri odkázanosti), ktorý posilní voľbu a kontrolu prijímateľa. Prístup k finančnej podpore má byť garantovaný bez ohľadu na príjmové a majetkové pomery odkázanej osoby.

Očakáva sa, že pre plnenie zákonných povinností malých obcí budú nastavené osobitné podmienky vrátane podpory združovania obcí či iných foriem mikroregionálnej spolupráce, pričom v tejto oblasti koncepcia vo veľkej miere čerpá zo skúsenosti Banskobystrického samosprávneho kraja v téme mikroregionálneho prepájania malých obcí za účelom lepšieho plnenia povinností v téme dlhodobej starostlivosti.

Celkovo sa očakáva, že realizácia opatrení navrhnutých v koncepcii vytvorí stabilnejší, spravodlivejší a personálne udržateľnejší rámec, ktorý zlepší dostupnosť a kvalitu sociálnych služieb a posilní ich verejný záujem.

SITUÁCIA NA ÚZEMÍ BANSKOBYSSTRICKÉHO SAMOSPRÁVNEHO KRAJA

Na základe údajov Štatistického úradu SR (databáza STATdat.) je možné tvrdiť, že Banskobystrický samosprávny kraj (BBSK) je jeden z troch najstarších krajov Slovenska¹³ (po Nitrianskom a Trenčianskom samosprávnom kraji). Spomedzi všetkých krajov na Slovensku vykazuje najnižšiu hustotu obyvateľstva (64,81 osôb na kilometer štvorcový v BBSK voči 110,58 osôb na kilometer štvorcový v SR) a spolu s Prešovským samosprávnym krajom je krajom s najvyšším počtom samospráv do 1000 obyvateľov, ktoré predstavujú až 78 % všetkých obcí v kraji, čo je najvyšší podiel spomedzi všetkých samosprávnych krajov na Slovensku.

Vysoký stupeň fragmentácie územnej samosprávy, prejavujúci sa nadmerným počtom malých obcí, zvyšuje systémové riziká pri plnení zákonných povinností v oblasti poskytovania sociálnych služieb najmä z hľadiska kapacít, efektívnosti a finančnej udržateľnosti. Prítomnosť týchto rizík bola potvrdená aj v Konceptii rozvoja sociálnych služieb v Banskobystrickom samosprávnom kraji na roky 2019 – 2025 (BBSK, 2019), ako i v Programe hospodárskeho a sociálneho rozvoja Banskobystrického samosprávneho kraja na roky 2022 – 2030, pričom oba kľúčové dokumenty kraja v súvislosti s témou dlhodobej starostlivosti skonštatovali nedostatočnú kapacitu a nízku dostupnosť sociálnych služieb, ich nedostatočnú prepojenosť so zdravotnými službami, ako aj absenciu systematického prístupu k prevencii inštitucionalizácie seniorov a k podpore ich aktívneho starnutia.

Výsledkom absencie prevenčných programov, realizovaných aj prostredníctvom lepšej dostupnosti služieb poskytovaných na komunitnej úrovni, je uprednostňovanie sociálnych služieb realizovaných pobytovou formou. Podľa údajov BBSK ku koncu roka 2024 samosprávny kraj evidoval celkom 1 655 žiadateľov o poskytnutie sociálnej služby v zariadeniach vo vlastnej zriaďovateľskej pôsobnosti, z ktorých 1 101 sa týkalo služby v zariadení pre seniorov, pričom uvedený počet čakaťelov významne prevyšuje celkovú kapacitu zariadení v zriaďovateľskej kompetencii kraja.

Záujem o pobytovú formu starostlivosti pritom často uprednostňujú aj občania s nižším stupňom odkázanosti, ktorí by s pomocou sociálnych služieb poskytovaných terénnou a ambulantnou formou i ďalších služieb zameraných na pomoc v domácnosti mohli zotrvať v domácom prostredí (Nincová et al., 2025), ktoré je vo všeobecnosti uprednostňované (Socia, 2020).

¹³ Index ekonomickej závislosti starých ľudí, ktorý vyjadruje počet osôb vo veku 65+ na 100 osôb v produktívnom veku v BBSK v roku 2024 dosiahol 30,41 % oproti Slovensku, kde dosiahol 28,74 %

Inovácia ako reakcia na neželaný stav

Rozsah poskytovania sociálnych služieb a ich rozvoj sú vo veľkej miere limitované disponibilnými finančnými zdrojmi. Násobne to platí v prípade malých obcí, ktoré zvyčajne nemajú kapacitu poskytovať akékoľvek sociálne služby. Pozitívna korelácia medzi veľkosťou obce (a s ňou súvisiacim rozpočtom) a rozsahom poskytovaných služieb bola zdokumentovaná (pozri napr. Filipová et al., 2021) a platí, že rozsah poskytovaných služieb rastie s veľkosťou obce. Prirodzeným záujmom obcí by preto malo byť spájanie sa do väčších celkov, schopných poskytnúť vhodnejšie podmienky pre širšiu realizáciu sociálnych služieb.

Zákon o sociálnych službách, v zmysle ktorého majú obce pri poskytovaní/zabezpečovaní sociálnych služieb patriacich do zoznamu ich kompetencií konať, dovoľuje v § 4 realizáciu programov a projektov zameraných na predchádzanie vzniku alebo zmiernenie nepriaznivých sociálnych situácií fyzických osôb, alebo na riešenie týchto situácií v partnerstve, pričom ako jedného z kľúčových partnerov zákon definuje práve obec.

Rovnako Zákon o obecnom zriadení rozpoznáva v § 20b modalitu tzv. združenia obcí, ktoré svojou činnosťou „napomáha vytvárať podmienky na plnenie úloh obcí, ako aj úloh vyššieho územného celku“. Medzi oblasťami činností definovanými v zákone, ktorými sa združenie obcí zaoberá, je na prvom mieste uvedená oblasť sociálnych vecí.

Zákonodarca v Slovenskej republike pripúšťa, aby obce povinnosti vyplývajúce z originálnych a prenesených kompetencií plnili aj prostredníctvom spolupráce s inými subjektmi vrátane iných obcí. Otázkou však zostáva rozsah využitia tejto možnosti na miestnej úrovni.

Jednou z rozpoznaných a etablovaných foriem spolupráce obce s ďalšími obcami je zriadenie tzv. spoločného obecného úradu, ktorý vzniká na základe zmluvy uzatvorenej medzi obcami za účelom zabezpečenia konkrétnej agendy, týkajúcej sa výkonu originálnej kompetencie obcí alebo inej agendy v rozsahu dohodnutom v zmluve o spolupráci. V praxi ide najmä o oblasti týkajúce sa životného prostredia, školskej, stavebnej alebo sociálnej agendy. Konkrétny obsah je individuálny a medzi úradmi sa môže líšiť.

Podľa údajov Ministerstva vnútra SR ku 31. decembru 2023 bolo Slovensku 106 spoločných obecných úradov (MV SR, n. d.), z ktorých 19 sa nachádzalo na území Banskobystrického samosprávneho kraja. Rozsah agendy jednotlivých spoločných úradov sa odlišuje a je výsledkom dohody spojených obcí. Z uvedených spoločných obecných úradov pôsobiacich na území BBSK majú tri (Zvolen, Krupina, Heľpa) vo svojom portfóliu aj sociálnu agendu, v zozname označovanú ako „Sociálna práca (veci, služby, opatrovatelstvo...)“.

Okrem spoločných obecných úradov sa spolupráca realizuje aj prostredníctvom tzv. združení obcí, ktorých je na území BBSK 61 (pozri register Združení obcí vedený MV SR).

Prekrývajú sa s modalitou tzv. mikroregiónu, ktorých je na území BBSK registrovaných 55 (BBSK, 2022). Ciele jednotlivých združení sú rôzne, rovnako ako i dôvody ich vzniku.

Niektoré z nich vznikli, alebo svoju činnosť rozšírili, práve na základe inšpirácie získanej vďaka aktivitám BBSK v sociálnej oblasti. Aj vzhľadom na vysoký počet malých obcí na území BBSK a identifikované ťažkosti, ktorým malé obce pri zabezpečovaní sociálnych služieb čelia, úrad BBSK sa približne od roku 2019 systematicky zameriava na podporu medziobecnej spolupráce v téme sociálnych služieb a dlhodobej starostlivosti. Táto spolupráca môže prebiehať aj formou spoločného plánovania a rozvoja sociálnych služieb, keďže na základe získaných skúseností tento prístup v porovnaní s individuálnymi aktivitami jednotlivých obcí možno považovať za efektívnejší a realizovateľnejší (Nincová et al., 2025). Napriek mnohým benefítom, ktoré spoločné plánovanie obciam prináša, samo osebe stále nie je zárukou reálneho výkonu služieb, a preto sa BBSK snaží podporovať iniciatívy, ktoré obce posúvajú aj smerom k podpore spoločného výkonu sociálnych služieb.

Banskobystrický samosprávny kraj ako vyšší územný celok (VÚC) nemá k dispozícii právne nástroje vynútenia spolupráce s obcami alebo medzi obcami, prípadne vynútenie realizácie aktivít a služieb, ktoré patria do kompetencie miestnej samosprávy. Rovnako ako ďalšie orgány verejnej správy je povinný rešpektovať princíp subsidiarity v správe vecí verejných a rešpektovať autonómne rozhodnutia a rozvojové priority obce.

Na druhej strane, primárnou zodpovednosťou a úlohou VÚC je podporovať rozvoj územia, môže teda vytvárať motivačné nástroje, ktoré výkon konkrétnych služieb na svojom území podporia.

Azda najčastejšie očakávaným motivačným nástrojom je poskytnutie dodatočných finančných zdrojov, ktoré sú nepochybne potrebné. V perspektíve hľadania udržateľných riešení však takýto prístup už nie je pre všetky zapojené strany optimálny. Fakt, že rozsah služieb je determinovaný dostupnosťou kľúčových zdrojov, predovšetkým stabilného financovania (Pfeffer & Salancik, 2003), je všeobecne akceptovaný, tlak na verejné zdroje však vyžaduje komplexnejšie prístupy ponúkajúce kvalitatívnu nadstavbu voči tradičným prístupom, rámcovaným tzv. teóriami závislosti od zdrojov (*Resource Dependence Theory*).

Diskusia v hľadaní vhodných riešení sa preto aktuálne posúva viac smerom k prístupom založeným na zdrojoch¹⁴ (resource-based view) a na znalostiach (knowledge-based view) (McNabb, 2015), ktoré hovoria, že dlhodobú výhodu neurčujú primárne externé, ale vlastné zdroje a schopnosti, pričom najdôležitejším strategickým zdrojom sú poznanie a vedomosť a schopnosť ich vytvárať, zdieľať a integrovať.

Banskobystrický samosprávny kraj a ním realizované iniciatívy v téme podpory sociálnych služieb realizovaných na komunitnej úrovni sú dobrým príkladom podobného prístupu.

¹⁴ Definícia zdrojov v týchto prístupoch významne prekračuje úzku orientáciu na finančné zdroje a okrem hmotných zdrojov (kam okrem finančných zdrojov zaraďuje aj infraštruktúru alebo technológie) rozpoznáva aj nehmotné zdroje (kam zaraďuje napríklad dôveru, vzťahy, expertízu) a ľudské a organizačné zdroje.

BBSK svojimi aktivitami inšpiruje obce k spájaniu sa do väčších celkov a proces spájania proaktívne podporuje aj prostredníctvom kolaboratívneho vedenia procesu, zdieľania svojej expertízy, prácou s dátami a znalosťami a ich konvertovaním do praxe, ako aj podporou interných kapacít miestnych samospráv, čím vytvára podmienky pre vznik inovácií vo verejných službách (Zigante et al., 2022).

Okrem podpory mikroregionálneho prístupu v poskytovaní sociálnych služieb, ktorý reaguje na limitované kapacity (najmä malých) obcí plniť si povinnosti v téme sociálnych služieb, BBSK sa sústreďuje aj na podporu integrovaného prístupu v dlhodobej starostlivosti realizovanej na komunitnej úrovni. Dôrazom na zvyšovanie dostupnosti služieb poskytovaných na komunitnej úrovni a lepšie prepojenie sociálnej a zdravotnej starostlivosti je ľuďom v odkázanosti umožnené zostať dlhšie vo svojom prirodzenom prostredí a prirodzene dochádza k prevencii zvýšeného záujmu o pobytové formy starostlivosti, ktoré sú drahšie a náročnejšie na personálne kapacity. Realizácia uvedeného prístupu však vyžaduje zavádzanie nových typov služieb, ktoré v súčasnosti v Slovenskej republike nie sú uznávané na systémovej úrovni. BBSK preto prišla s modelom Centier integrovanej sociálnej a zdravotnej starostlivosti (ďalej ako CISZS). V zmysle vyvinutej metodiky (Filipová et al., 2023) je model CISZS postavený na princípoch, ktoré reflektujú medzinárodné štandardy kvality v starostlivosti o odkázaných občanov, konkrétne na princípe:

- potreby integrácie a prepojenia sociálnych a zdravotných služieb pre odkázaných občanov, ich koordinácie realizovanej na jednom mieste, prehľadným a pre odkázaných občanov zrozumiteľným spôsobom,
- prístupu zameraného na človeka, realizovaného prostredníctvom služieb, ktoré sú zamerané na jednotlivcov, rodiny a komunity,
- podpory odkázaných občanov v domácom, prirodzenom prostredí, teda dôrazom na starostlivosť poskytovanú ambulantnou a terénnou formou
- participatívneho komunitného plánovania, realizované na územiach, ktorých veľkosť dovoľuje realizáciu uvedených princípov a efektívny model poskytovania služieb.

Národný projekt Rozvoj dlhodobej starostlivosti poskytovanej na komunitnej úrovni v Banskobystrickom samosprávnom kraji

Jednou z odpovedí úradu Banskobystrického samosprávneho kraja na situáciu dlhodobej starostlivosti v malých obciach je aj realizácia projektu s názvom Rozvoj dlhodobej starostlivosti poskytovanej na komunitnej úrovni v Banskobystrickom samosprávnom

kraji¹⁵ (ďalej ako RDS BBSK).

Tento projekt sa realizoval v období od novembra 2023 do decembra 2025 vďaka podpore Európskeho sociálneho fondu Plus vo forme národného projektu¹⁶. Celkové oprávnené výdavky projektu v zmysle zmluvy o NFP boli 2 186 354,44 eur, pričom príspevok z Programu Slovensko predstavoval 100 % oprávnených výdavkov.

Cieľom projektu bolo overiť model dlhodobej sociálno-zdravotnej starostlivosti poskytovanej na komunitnej úrovni prostredníctvom tzv. centier integrovanej sociálno-zdravotnej starostlivosti (CISZS) (pozri text predchádzajúcej kapitoly), založených a prevádzkovaných tzv. funkčnými zoskupeniami obcí (FZO) a koordinovanými tzv. metodicko-koordinačným centrom (MKC).

Cieľovou skupinou projektu boli osoby odkázané na pomoc inej osoby a osoby v nepriaznivej sociálnej situácii.

Projekt mal jednu hlavnú aktivitu, v rámci ktorej sa realizovali dve podaktivity (pozri tabuľka nižšie), pričom obe podporovali výkon dlhodobej starostlivosti realizovanej na komunitnej úrovni (najmä terénnych a ambulantných sociálnych služieb) s dôrazom na čo najdlhšie zotrvanie cieľovej skupiny v domácom prostredí.

Hlavná aktivita: Zabezpečenie dlhodobej starostlivosti poskytovanej na komunitnej úrovni s podporou centralizovanej metodicko-koordinačnej činnosti v BBSK (10/2023 – 12/2025)	
Podaktivita	Ciele podaktivity
1.1. Metodická podpora a koordinácia aktivít podporujúcich vznik a optimálne fungovanie CISZS	• Metodická podpora a koordinácia aktivít podporujúcich vznik a optimálne fungovanie Centier integrovanej sociálno-zdravotnej starostlivosti poskytujúcich služby dlhodobej starostlivosti na mikroregionálnej úrovni • Banskobystrický samosprávny kraj zriadi MKC, v kompetencii ktorého budú základné metodicko-koordinačné činnosti, cieľom ktorých bude najmä podpora pre zapojené obce pri spájaní a formalizovaní

¹⁵ Výzva PSK-MPSVR-005-2023-NP-ESF+ Rozvoj dlhodobej starostlivosti poskytovanej na komunitnej úrovni v BBSK, kód projektu v ITMS21 401405DVT2, podporený v rámci 4P5 Aktívne začlenenie a dostupné služby, špecifického cieľa Zlepšovanie rovného a včasného prístupu ku kvalitným, udržateľným a cenovo dostupným službám vrátane služieb, ktoré podporujú prístup k bývaniu a individualizovanú starostlivosť vrátane zdravotnej starostlivosti; modernizácia systémov sociálnej ochrany vrátane podpory prístupu k sociálnej ochrane, s osobitným zameraním na deti a znevýhodnené skupiny; zlepšovanie prístupnosti, a to aj pre osoby so zdravotným postihnutím, účinnosti a odolnosti systémov zdravotnej starostlivosti a služieb dlhodobej starostlivosti.

¹⁶ Realizácia vo forme národného projektu indikuje špecifický záujem zadávateľa (v tomto prípade Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny SR) o obsah a aktivity projektu, keďže podpora a realizácia projektu je výsledkom tzv. vyzvania, ktoré zadávateľ vytvára v spolupráci s realizátorom špecificky pre každý národný projekt individuálne.

	FZO a následnom zriaďovaní CISZS, ktoré budú poskytovať terénnu formu dlhodobej starostlivosti na komunitnej úrovni
1.2. Zabezpečenie činnosti a prevádzkovania CISZS	• Overenie inovatívneho nástroja na zdieľanie služieb dlhodobej starostlivosti na území viacerých obcí s cieľom rozvoja a koordinácia služieb dlhodobej starostlivosti na komunitnej úrovni prostredníctvom činnosti CISZS • Pomoc občanom pri zabezpečení zdravotnej starostlivosti s dôrazom na prevenciu zdravia • Vytvorenie priestoru pre zabezpečenie a poskytovanie komplexných sociálno-zdravotných služieb formou komunitných služieb s geografickou, sociálnou a finančnou dostupnosťou pre občana • Zabránenie/oddialenie inštitucionálnej starostlivosti s dôrazom na poskytovanie domácej starostlivosti a vyhovieť preferenciám starších ľudí a odkázaných občanov na sociálnu pomoc zostať čo najdlhšie v domácom prostredí.

Tabuľka 2 Štruktúra aktivít projektu RDS BBSK v zmysle projektovej žiadosti

Zdroj: Zámer a podklady národného projektu RDS BBSK pre Program Slovensko 2021 – 2027

Východiskom vízie CISZS je predovšetkým napĺňanie ľudsko-právneho aspektu a kvality poskytovaných služieb s ohľadom na udržanie odkázanej osoby čo najdlhšie v jeho prirodzenom prostredí s podporou dostupných služieb dlhodobej starostlivosti.

Úlohou CISZS v rámci projektu bola preto realizácia sprostredkovania sociálnych služieb na komunitnej úrovni, činnosti podporujúce verejné zdravie, sprostredkovanie zdravotnej starostlivosti, činnosti podporujúce integráciu a koordináciu sociálnych a zdravotných služieb na území FZO. Súčasťou projektu bola aj tvorba komunitných plánov rozvoja sociálnych služieb na úrovni FZO.

Činnosť CISZS bola nastavená tak, aby obce mohli spoločne zdieľať výkon svojich originálnych kompetencií definovaných v zmysle zákona o sociálnych službách, realizovať aktivity podporujúce integráciu sociálnej a zdravotnej starostlivosti na území FZO, a tým zvýšiť dostupnosť a finančnú udržateľnosť modelu dlhodobej starostlivosti.

V rámci projektu zabezpečilo Oddelenie sociálnych projektov a sociálnych politík BBSK riadenie a koordináciu aktivít projektu, zber údajov a ich vyhodnotenie, metodickú podporu poskytovanú obciam pri ich spájaní sa do FZO, metodickú podporu pri zriaďovaní a činnosti CISZS ako pomoc pri nastavení udržateľného modelu dlhodobej starostlivosti na komunitnej úrovni.

Merateľnými ukazovateľmi projektu boli počet inovatívnych riešení (2) a počet zamestnancov CISZS (30).

Projekt umožní overenie modelu na území 10 FZO v Banskobystrickom samosprávnom kraji s perspektívou replikácie projektu na územie ostatných krajov.

Realizácia projektu nadväzovala na predchádzajúce skúsenosti Banskobystrického samosprávneho kraja s realizáciou podobných iniciatív, zameraných na zvýšenie dostupnosti dlhodobej sociálnej a zdravotnej starostlivosti poskytovanej na komunitnej úrovni s dôrazom na lokality, v ktorých nie je vybudovaná dostatočná sociálna a zdravotná infraštruktúra. Konkrétne:

- projekt „**Agentúra integrovanej starostlivosti**“, ktorý bol výsledkom spolupráce BBSK so Svetovou bankou a Európskou komisiou v rámci Iniciatívy „Catching-Up Regions“ a bol realizovaný v Mikroregióne pri Slanej, a
- projekt „**Centrá sociálnych služieb ako nástroj viacúrovňového partnerstva pri poskytovaní dlhodobej starostlivosti na komunitnej úrovni na Slovensku**“, ktorý bol realizovaný BBSK v spolupráci s MPSVaR SR a MZ SR a bol podporený prostredníctvom centralizovanej výzvy Európskej komisie zameranej na podporu sociálnych inovácií a národných reforiem v oblasti dlhodobej starostlivosti o seniorov.

Dôležitým rozmerom oboch projektov bola partnerská spolupráca s miestnou samosprávou, pričom každý z projektov už v krátkodobom časovom horizonte demonštroval pozitívny vplyv na rozvoj starostlivosti realizovanej na komunitnej úrovni. Zaznamenané boli aj pozitívne vplyvy v súvislosti s napĺňaním originálnych kompetencií malých obcí v sociálnej oblasti, keďže spájanie malých obcí do funkčných zoskupení, v rámci ktorých sa spoločne na vybranom území rieši zabezpečenie sociálnej a zdravotnej starostlivosti o občanov, výrazne pomohlo týmto obciam vysporiadať sa s ich originálnymi kompetenciami v oblasti sociálnych služieb, ktoré sú definované v zákone o sociálnych službách (Cangár, 2023). V rovnakom nastavení sa realizoval aj projekt RDS BBSK, pre ktorý spolupráca s miestnou samosprávou rovnako predstavovala esenciálnu podstatu.

Napriek tomu, že model spájania malých obcí do funkčných celkov za účelom napĺňania sociálnej a zdravotnej starostlivosti a podpory integrovaných služieb dlhodobej starostlivosti prostredníctvom CISZS bol vyvinutý a čiastočne overený prostredníctvom dvoch vyššie uvedených projektov, realizácia projektu RDS BBSK poskytla príležitosť rozšíriť model do ďalších šiestich mikroregiónov, čím vznikla príležitosť pre robustnejšie testovanie modelu v kontexte jeho možnej replikácie aj na územie ďalších samosprávnych krajov na Slovensku. V porovnaní s predchádzajúcimi dvoma projektami došlo aj k rozšíreniu cieľovej skupiny o osoby v nepriaznivej sociálnej situácii, čím vznikla možnosť pre rozšírenie portfólia aktivít CISZS.

Desať pilotných mikroregiónov

Aktivity projektu RDS BBSK boli realizované na území desiatich funkčných zoskupení obcí (ďalej aj ako FZO) v Banskobystrickom samosprávnom kraji.

Funkčným zoskupením obcí sa rozumie zoskupenie obcí, ktoré na základe reálnych väzieb a každodenných tokov k sebe prirodzene patria. Spája ich napr. spoločné využívanie služieb, dopravné spojenie alebo dochádzka za školou, prípadne prácou. Ich spolupráca nie je určená administratívne, ide o dobrovoľné spojenie, pričom hranice zoskupenia môžu prekračovať hranice okresov. Hranice funkčného zoskupenia obcí tiež nemusia nutne kopírovať hranice už existujúcich spojení obcí, reprezentované napríklad miestnymi akčnými skupinami alebo spoločnými obecnými úradmi.

V rámci projektu mali FZO príležitosť na svojom území vytvoriť a overiť model tzv. centra integrovanej sociálnej a zdravotnej starostlivosti (CISZS), ktorého úlohou je vytvárať podmienky pre zlepšenie prístupu k integrovaným službám dlhodobej starostlivosti poskytovanej na komunitnej úrovni. Avšak cieľová skupina projektu RDS BBSK sa rozšírila aj o osoby v nepriaznivej sociálnej situácii, vďaka čomu mohli CISZS prekročiť problematiku dlhodobej starostlivosti a prepojiť ju aj s témou krízovej intervencie v otázkach, ako je riešenie bytovej alebo hmotnej núdze alebo domáce násilie.

Výber funkčných zoskupení obcí

Výber konkrétnych FZO vychádzal zo skúseností z predchádzajúcich projektov¹⁷, ktoré sa pretavili do transparentných výberových kritérií (pozri príloha 2). Tieto kritériá vznikli ako jeden z výstupov spolupráce BBSK s expertmi Svetovej banky a Európskej komisie v rámci iniciatívy Catching-up Regions a operacionalizujú podmienky identifikované ako nevyhnutné pre úspešnú medziobecnú spoluprácu pri rozvoji služieb dlhodobej starostlivosti na komunitnej úrovni.

Konkrétne ide o¹⁸:

- **podmienku potrebnosti** – týka sa demografických charakteristík, najmä prítomnosti občanov, ktorých stav vyžaduje zvýšenú pozornosť v zmysle dlhodobej starostlivosti a hustoty existujúcich služieb
- **podmienku efektívnosti** – týka sa veľkosti územia FZO a účasti obcí s počtom obyvateľov menej ako 1000, pričom bola určená podmienka minimálneho počtu obyvateľov žijúcich v danom území FZO (cca 7 000) a deklarovaného záujmu zo strany vedenia zapojených obcí.
- **podmienku dostupnosti** – týka sa občianskej vybavenosti spádovej obce FZO a kapacity zriadiť Centrum integrovanej sociálno-zdravotnej starostlivosti.

¹⁷ Projekty „Agentúra integrovanej starostlivosti“ a „Centrá sociálnych služieb ako nástroj viacúrovňového partnerstva pri poskytovaní dlhodobej starostlivosti na komunitnej úrovni na Slovensku“ – pre viac info pozri predchádzajúcu kapitolu.

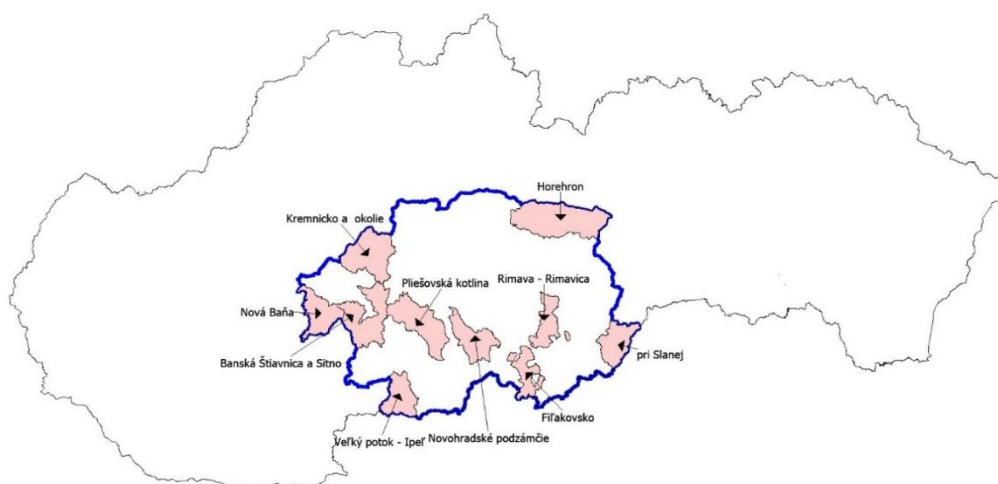
¹⁸ Pre viac detailov o kritériách výberu FZO pozri Nincová et al., 2025

Zohľadňuje sa však aj dopravná dostupnosť obce určenej ako spádová a dojazdová vzdialenosť členov FZO do spádovej obce (ktorá by nemala prekročiť hranicu 30 minút jazdy osobným automobilom).

- **podmienku participácie** – týka sa ochoty a kapacity zapojených obcí materiálne (napr. formou poskytnutia priestorov alebo vybavením kancelárie) a finančne (najmä v súvislosti so spolufinancovaním aktivít projektu) prispievať k prevádzke centra integrovanej sociálno-zdravotnej starostlivosti, zriadeného na území FZO
- **podmienku funkčnosti a spolupráce** – týka sa schopnosti zapojených obcí spolupracovať pri riešení otázok týkajúcich sa mikroregiónu, naplnenie podmienky bolo deklarované zoznamom realizovaných spoločných aktivít. Podmienkou bola aj formalizácia spolupráce a zápis v Registri združení obcí.

V prípade štyroch¹⁹ z desiatich FZO zapojených do realizácie projektu RDS BBSK bolo centrum integrovanej sociálnej a zdravotnej starostlivosti založené už v rámci predchádzajúcich realizovaných iniciatív. V rámci výberového procesu sa preto zohľadnil aj záujem o udržanie existujúcich CISZS, zapojenie FZO s existujúcim CIZSS sa preto považovalo za automatické. Reálny výber teda prebiehal iba v prípade ďalších šiestich FZO.

Záujem o účasť v projekte prejavilo ďalších 12 zoskupení obcí, čo presiahlo kapacitné možnosti projektu zapojiť šesť nových mikroregiónov. Vzhľadom na vysoký záujem o účasť v projekte zo strany obcí a potrebu kvalitného a transparentného výberu sa uplatnili výberové kritériá (hodnotiaci hárok – príloha 2), ktoré technicky operacionalizujú vyššie uvedené podmienky. Ich bodovo-váhové nastavenie umožnilo transparentný a odborne obhájitelný výber nových FZO, ktoré sa stali partnermi BBSK pri realizácii projektu.



*Graf 7 Mapové zobrazenie zapojených mikroregiónov
Zdroj: spracovanie autorov*

¹⁹ Mikroregión pri Slanej, Združenie obcí Veľký potok – Ipeľ, Mikroregión Novohradské podzámčie a Združenie pre rozvoj Banskej Štiavnice a okolia.

Desať zapojených funkčných zoskupení obcí predstavovalo zapojenie spolu 138 obcí, z ktorých 107 malo pri vstupe do projektu menej ako 1000 obyvateľov a 24 menej ako 200 obyvateľov (zoznam zapojených obcí pozri príloha 3). Pre mnohé z týchto obcí členstvo vo FZO a účasť na projekte znamenali dosiahnutie aspoň základnej inštitucionálnej a organizačnej kapacity potrebnej na posilnenie dostupnosti dlhodobej starostlivosti na miestnej úrovni, keďže úlohy v oblasti sociálnych služieb boli vo väčšine z nich z objektívnych dôvodov dlhodobo zanedbávané.

Vstupom do projektu obce súhlasili, že kompetencie, ktoré majú v oblasti sociálnej starostlivosti a zdravotníctva, budú vykonávať na území mikroregiónov spoločne prostredníctvom zriadených Centier integrovaných sociálno-zdravotných služieb – modelu, ktorý budú spoločne overovať a podporovať, a to najmä budovaním ľudských a materiálnych kapacít, ako aj vzájomnou koordináciou a spoluprácou. Tento záväzok potvrdili podpisom Memoranda o spolupráci medzi Banskobystrickým samosprávnym krajom a združeniami obcí zo dňa 5. marca 2024 (Nincová et al., 2025).

Strany memoranda sa dohodli na vzájomnej spolupráci:

- pri implementácii aktivít projektu,
- pri spracovaní a vyhodnocovaní Komunitných plánov sociálnych služieb na územiach združených obcí,
- pri vytvorení priestorových a materiálnych podmienok pre prácu odborných zamestnancov Centier integrovanej sociálno-zdravotnej starostlivosti,
- pri zbere dát o potrebe sociálno-zdravotnej starostlivosti a o poskytnutých intervenciách,
- pri šírení informácií o aktivitách Národného projektu a propagácii získaných praktických skúseností.

Profil funkčných zoskupení v zmysle organizačnej štruktúry

FZO sú geograficky rozmiestnené najmä v južných okresoch kraja. Územia okresov Banská Bystrica, Detva a Poltár nie sú zahrnuté, územie okresu Krupina je reprezentované len okrajovo.

V zmysle formálneho ukotvenia sa FZO považujú za oficiálnych partnerov projektu. Vo väčšine prípadov majú právnu formu združenia obcí, v jednom prípade (Horehron) je koordinácia FZO posilnená aj spoločným obecným úradom, ktorý zapojené obce združoval ešte pred ich vstupom do projektu.

V prípade ďalších dvoch (Filakovsko, Pri Slanej)²⁰ môže byť budúca spolupráca posilnená aj prostredníctvom účasti v iniciatíve tzv. Centier zdieľaných služieb (MV SR, 2024), ktorá

²⁰ Do zoznamu oprávnených obcí bola zaradená aj obec Vinica, ktorá je súčasťou Združenie obcí Veľký potok-Ipeľ, tu však ku realizácii projektu nedošlo.

prebieha paralelne s cieľom posilniť dostupnosť služieb v malých obciach s počtom do 1000 obyvateľov a výkon samosprávnych služieb jednotlivých obcí sústrediť do jedného Centra zdieľaných služieb²¹. V prípade oboch novozriadených Centier zdieľaných služieb zoznam zapojených obcí aj zoznam agendy prekračuje geografické a tematické zameranie FZO v zmysle projektu RDS BBSK, spolupráca obcí v rámci Centier zdieľaných služieb však vytvára dobré podmienky a predpoklady pre budúce posilňovanie mikroregionálnej spolupráce aj v téme dlhodobej starostlivosti.

Ani v jednom prípade FZO nie je reprezentované tzv. miestnou akčnou skupinou (MAS), teda entitou, ktorá je v zmysle európskych stratégií rozvoja vidieka vnímaná ako dôležitý partner a nástroj tzv. „zmeny zdola“ a vo viacerých krajinách vrátane Českej republiky (Binek et al., 2020) alebo Poľska zohráva v téme sociálnych služieb a ich dostupnosti vo vidieckych oblastiach relevantnú úlohu (Kah, 2023). Podľa reakcií respondentov výskumu realizovaného za účelom hodnotenia projektu RDS BBSK je možné konštatovať, že miestne akčné skupiny neboli v tomto prípade vnímané ako prioritný partner najmä pre ich nestabilnú pozíciu (členské poplatky obyčajne nedokážu zabezpečiť plynulé fungovanie a ich fungovanie vo väčšine prípadov závisí od projektového financovania) a od členskej štruktúry, ktorá vyžaduje kombináciu aktérov reprezentujúcich rôzne sektory, z ktorých nie všetci musia dlhodobú starostlivosť vnímať ako prioritu. Hoci nikto z dopytovaných formu MAS, rovnako ako žiadnu inú právnu formu (napr. neziskovú organizáciu) ako potenciálneho partnera a priori nevylúčil, pre potreby projektu RDS BBSK sa ako vhodnejšie riešenie konsenzuálne javí združenie obcí zložené výlučne z miestnych samospráv, keďže starostlivosť o odkázaných obyvateľov patrí medzi originálne kompetencie obcí.

Pre funkčnosť FZO je tiež dôležité, aby všetci jeho členovia bez ohľadu na právnu formu subjektu, ktorý FZO zastrešuje, jednoznačne vyjadrili vôľu, ako aj záväzok k vopred definovanej úrovni spolupráce medzi partnerskými obcami. Tento záväzok má byť zároveň potvrdený aj zo strany ich samosprávnych orgánov (obecného zastupiteľstva). Ako upozornil jeden z respondentov, ktorý zároveň formálne reprezentuje jedno z FZO, podmienkou dobrej spolupráce je nevytvárať očakávania v podobe priamych finančných benefitov pre jednotlivú obec. Na základe skúseností respondenta s pôsobením vo viacerých medziobecných združeniach predstavujú práve takéto finančné očakávania – bez zohľadnenia iných prínosov spolupráce – významné riziko pre úspech partnerstva. Bežnou praxou v medziobecnej spolupráci je úhrada členského príspevku (výška poplatku je najčastejšie podmienená počtom obyvateľov alebo iným ľahko merateľným údajom), prostredníctvom ktorého sú hrazené určené typy výdavkov. Členský príspevok sa považoval predovšetkým za investíciu do pripravenosti a kapacít FZO, nie za náklad, ktorý sa musí

²¹ Išlo o priame zadania, pričom výber lokalít bol realizovaný centrálnie. FZO sa mohli do iniciatívy zapojiť na základe tzv. priamych vyzvaní pre mestá Fiľakovo, Tornaľa a obec Vinica. Iniciatíva je financovaná prostredníctvom Investície 4 Plánu obnovy a odolnosti SR – Zefektívnenie, optimalizácia a posilnenie administratívnych kapacít na rôznych úrovniach verejnej správy.

automaticky „vrátiť“ v konkrétnej finančnej sume.

Z hľadiska veľkosti reprezentujú jednotlivé FZO pomerne výrazné rozdiely, čo sa týka počtu zapojených obcí, veľkosti obcí, ako i počtu obyvateľov (pozri tabuľka 3) a ich demografických charakteristík aj rozpočtu (pozri príloha 3).

Oficiálny partner projektu	Vznik právnickej osoby	Názov FZO	Počet zapojených obcí	Počet obcí s počtom obyvateľov do 1000	Počet obcí s počtom obyvateľov do 200	Počet obyvateľov vo FZO celkom	Začiatok realizácie aktivít
Združenie obcí Mikroregión Fiľakovsko – Füleki Mikrorégió	15.04.2024	Fiľakovsko	13	9	1	18 577	15.07.2024
Verejno-súkromné partnerstva Horehron	27.03.2000	Mikroregión Horehron	10	3	0	15 308	04.07.2024
Mikroregión Kremnicko a okolie	24.03.2000	Mikroregión Kremnicko a okolie	21	16	1	16 804	15.04.2024
Združenie mikroregiónu Nová Baňa	11.04.2001	Mikroregión Nová Baňa	9	5	0	13 554	01.04.2024
Mikroregión Novohradské podzámčie – združenie obcí	21.03.2000	Mikroregión Novohradské podzámčie – združenie obcí	14	11	4	7 766	01.02.2024
Združenie obcí Mikroregión pri Slanej	17.11.2000	Mikroregión pri Slanej	15	14	1	13 304	01.01.2024
Mikroregión Rimava a Rimavica	22.03.2001	Rimava-Rimavica	14	13	3	7 296	01.04.2024
Združenie obcí mikroregión „Pliešovská kotlina“	25.07.2002	Združenie obcí mikroregiónu Pliešovská kotlina	8	6	2	6 557	02.04.2024
Združenie obcí Veľký potok - Ipeľ	17.3. 2000	Združenie obcí Veľký potok – Ipeľ	15	14	3	7 528	01.02.2024
Regionálne združenie pre rozvoj Banskej Štiavnice a okolia	2.3.2003	Združenie pre rozvoj Banskej Štiavnice a okolia Región Sitno	19	16	9	8 904	01.03.2024

Tabuľka 3 Základné charakteristiky FZO zapojených do projektu

Zapojené FZO reprezentujú aj rôznu mieru skúseností s realizáciou sociálnych služieb. Zatiaľ čo napríklad Združenie obcí Mikroregión pri Slanej je od roku 2021 registrovaným poskytovateľom terénnej opatrovateľskej služby, ktorej výkon realizuje vo všetkých členských obciach FZO, v iných mikroregiónoch (Mikroregión Novohradské podzámčie – združenie obcí²² alebo Mikroregión Kremnica²³) registrácia a poskytovanie vybraných sociálnych služieb prebehlo počas realizácie projektu, čo možno vnímať aj ako výsledok projektu. V iných FZO sú služby poskytované na úrovni jednotlivých obcí a miest, pričom miera prepojenia s aktivitami FZO a CISZS je rozličná a variuje od koordinácie služieb v rámci Spoločného obecného úradu (Mikroregión Horehron) až po individuálnu koordináciu služieb na úrovni jednotlivých obcí/miest individuálne, pričom vo všetkých prípadoch registrácia a poskytovanie služby nastalo pred realizáciou projektu RDS BBSK. Podľa slov respondentov výskumu existuje vo väčšine prípadov diskusia o možnej transformácii poskytovania služieb z obecnej na mikroregionálnu úroveň, avšak vzhľadom na nejasnú situáciu v súvislosti s budúcim financovaním sociálnych služieb v odkázanosti²⁴, prebiehajúce projekty²⁵ a absenciu nových príležitostí pre dofinancovanie možných služieb zatiaľ nedošlo k ich presunu na mikroregionálnu úroveň.

Profil funkčných zoskupení v súvislosti s rozpočtom obcí

V zmysle aktuálne platnej legislatívy môže obec pod podmienkou zápisu v registri poskytovateľov poskytovať sociálne služby buď sama, alebo ich môže zabezpečiť prostredníctvom iného poskytovateľa (§ 8 zákona 448/2008).

V prípade, ak poskytovanie služby zabezpečuje prostredníctvom neverejného poskytovateľa, je obec bez ohľadu na svoju veľkosť „povinná poskytovať finančný príspevok na prevádzku poskytovanej sociálnej služby neverejnému poskytovateľovi sociálnej služby, ktorý neposkytuje sociálnu službu s cieľom dosiahnuť zisk a poskytuje“²⁶: sociálnu službu v zariadení, ktorým je zariadenie pre seniorov, zariadenie opatrovateľskej služby, denný stacionár; opatrovateľskú službu a prepravnú službu (§ 75 zákona 448/2008).

Výdavky spojené s poskytovaním alebo zabezpečovaním sociálnych služieb by mali byť hrazené prostredníctvom príjmu z výnosu dane z príjmu fyzických osôb (DPFO) (ďalej aj ako podielové dane), pretože počet obyvateľov obce, ktorí dovŕšili vek 62 rokov (spolu s koeficientom nadmorskej výšky, veľkostnou kategóriou obce a počtom žiakov), predstavuje jednu zo zložiek výpočtu podielu z výnosu DPFO pre konkrétnu obec.

²² Registrácia terénnej opatrovateľskej služby prebehla v júni 2024, registrácia služby požičovňa pomôcok prebehla v novembri 2024 alebo apríli 2025.

²³ Registrácia služby požičovňa pomôcok v 19 obciach mikroregiónu prebehla v júli 2025.

²⁴ V čase prípravy tohto dokumentu bola pripravovaná Reforma financovania sociálnych služieb, ktorá zavádzala nové nástroje financovania.

²⁵ Najmä národný projekt Podpora opatrovateľskej služby.

²⁶ Zoznam služieb definovaných v zákone je dlhší, avšak účelovo boli vybrané iba služby špecificky určené pre osoby odkázané na pomoc inej osoby.

Z celkového balíka výnosu DPFO je aktuálne 55,1 % prerozdelených v prospech miestnej samosprávy, pričom 6,3 % z tohto balíka je rozdelených podľa počtu obyvateľov vo veku 62+ s trvalým pobytom k 1. januáru predchádzajúceho roka v obci. Pre absolútnu hodnotu podielu podmieneného počtom obyvateľov vo veku 62+ pre obce zapojené do projektu RDS BBSK pozri prílohu 3.

Napriek tomu, že počet obyvateľov obce vo veku 62+ priamo ovplyvňuje výšku výnosu podielových daní, tieto prostriedky nie sú účelovo viazané a neexistuje právna norma, ktorá by obciam určovala povinnosť tieto prostriedky minúť v prospech sociálnych služieb.

Vzhľadom na fakt, že programový rozpočet sú povinné vytvárať a zverejňovať iba obce s počtom obyvateľov 2 000 a viac, v prípade menších obcí nie je na základe analýzy dostupných účtovných výkazov možné identifikovať mieru výdavkov použitých v prospech sociálnych služieb.

Vzorec pre výpočet podielu DPFO pre obce a zohľadnenie počtu obyvateľov vo veku 62+

Vzorec výpočtu pre podiel výnosu DPFO pre miestnu samosprávu je predmetom prílohy 4 k nariadeniu vlády č. 668/2004 Z. z.

Na základe uvedeného vzorca je možné tvrdiť, že informáciu o výške podielu z výnosu DPFO, podmienenej počtom obyvateľov vo veku 62+, je možné získať uvedeným spôsobom:

Počet obyvateľov obce vo veku 62+ je potrebné vydeliť počtom všetkých občanov SR vo veku 62+. Tento údaj je potrebné vynásobiť celou sumou výnosu z DPFO za daný rok. Výsledok sa následne násobí hodnotou 0,551, ktorá reprezentuje podiel 55,1 % celkového výnosu DPFO v SR určeného pre potreby miestnej samosprávy. Táto suma sa následne násobí hodnotou 0,063, ktorá reprezentuje 6,3 % podiel, ktorý je určený na starostlivosť pre občanov vo veku 62+.

Hodnoty, ktoré je potrebné dosadiť za jednotlivé premenné (počet obyvateľov 62+ v obci, výška výnosu DPFO i celkový počet občanov vo veku 62+), sú verejne dostupné na stránke MF SR.

Celkový pomer prideleného podielu z výnosu DPFO konkrétnej obci a sumy odvodené od počtu obyvateľov vo veku 62+ variuje vzhľadom na demografický profil konkrétnej obce, pričom medzi obcami na Slovensku je možné sledovať rozpätie medzi 0,43 % – 18,16 %.

Avšak pri detailnom pohľade na podiel výnosu DPFO podmieneného počtom obyvateľov vo veku 62+ je evidentné, že suma je príliš nízka na zabezpečenie nákladov spojených v plnohodnotnom zabezpečovaní služieb. Ak by aj všetky prostriedky získané vďaka podielu obyvateľov vo veku 62+ boli alokované v prospech opatrovateľskej služby – v prípade len 35 obcí zapojených do projektu RDS BBSK táto suma prekračuje náklady

potrebné na úhradu ročnej celkovej ceny práce jedného zamestnanca v pozícii opatrovateľ seniorov, stanovenú na 22 800 eur za rok²⁷ a v prípade ďalších 34 suma postačuje na pokrytie ročných nákladov spojených so zamestnávaním uvedenej osoby na pol pracovného úväzku (pozri príloha 3).

Jedným z mála možných riešení zložitej finančnej situácie zapojených obcí je orientovať sa na získavanie doplnkových zdrojov financovania alebo aspoň časť povinností v oblasti sociálnych služieb zabezpečovať prostredníctvom spolupráce s ďalšími obcami a spoločného zdieľania výdavkov. Tabuľka 4 demonštruje výšku finančných prostriedkov, ktoré obce združené do konkrétnych FZO získavajú na základe počtu osôb vo veku 62+, pričom je možné predpokladať, že v prípade väčšiny FZO nezodpovedá reálnym potrebám.

	Celkové výnosy obcí za rok 2024		Výnosy z DPFO (v €)	Z toho na základe 62+ (v €)	Podiel výnosu 62+ voči celkovému výnosu z DPFO
	Celkom (v €)	Na obyvateľa (v €)			
Fíľakovsko	14 933 103.-	803.-	8 256 013.-	383 047.-	5,4%
Mikroregión Horehron	15 986 665.-	1 044.-	8 223 044.-	378 414.-	4,7%
Mikroregión Kremnicko a okolie	17 730 074.-	1 054.-	8 521 189.-	439 626.-	5,8%
Mikroregión Nová Baňa	12 155 577.-	893.-	6 520 439.-	342 136.-	5,7%
Mikroregión Novohradské podzámčie – združenie obcí	4 771 340.-	617.-	3 389 018.-	170 251.-	6%
Mikroregión pri Slanej	12 798 737.-	960.-	6 572 957.-	310 661.-	5,2%
Rimava – Rimavica	4 511 987.-	667.-	2 717 314.-	142 455.-	6,2%
Združenie obcí mikroregiónu Pliešovská kotlina	5 052 713.-	774.-	2 792 227.-	146 236.-	5,7%
Združenie obcí Veľký potok – Ipeľ	7 240 093.-	958.-	3 760 535.-	177 710.-	5,7%
Združenie pre rozvoj Banskej Štiavnice a okolia Región Sitno	9 955 337.-	1 153.-	3 907 396.-	204 178.-	6,4%

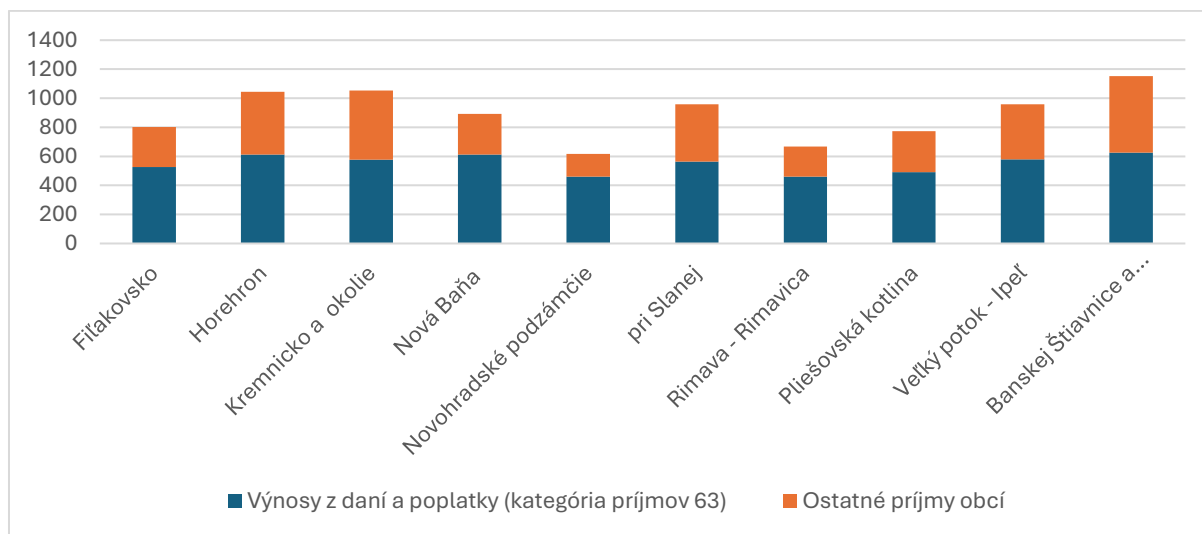
Tabuľka 4 Informácia o finančnom profile jednotlivých FZO za rok 2024

Zdroj: Register účtovných závierok, MF SR, výpočet autorov

Obce sa preto orientujú aj na získavanie externých zdrojov, ktoré v prípade viacerých obcí predstavujú relevantný podiel celkového rozpočtu (pozri graf 8). Možnosti čerpania sú však

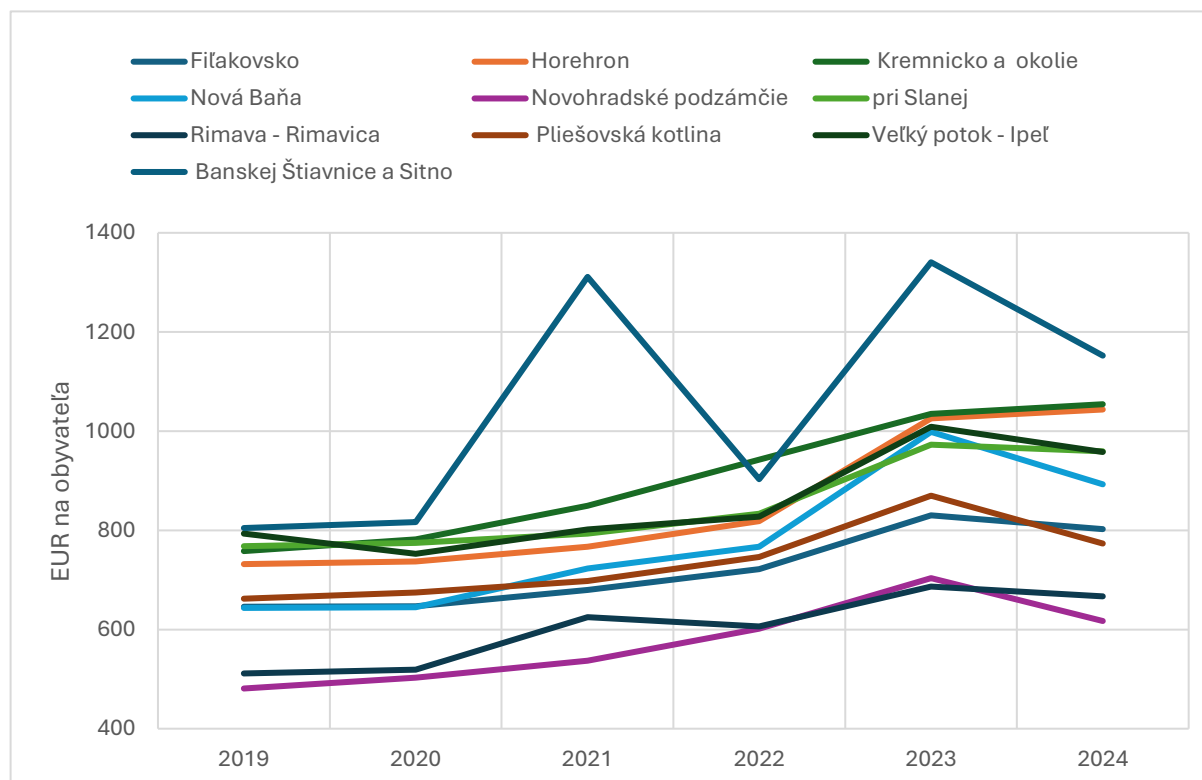
²⁷ Podľa portálu Platy.sk hrubá mesačná mzda 80 % opatrovateľov seniorov na Slovensku sa pohybuje v rozmedzí 894 – 1 793 eur. Po spriemerovaní tohto rozpätia, započítania povinných platieb zamestnávateľa do zdravotnej a sociálnej poisťovne a započítaní povinného príspevku na stravu predstavujú mesačné náklady zamestnávateľa na jednu osobu pracujúcu v pozícii opatrovateľ seniorov mesačnú sumu cca 1 900 eur, čo znamená 22 800 eur za rok. Ide o sumu bez započítania ďalších nákladov týkajúcich sa BOZP, vzdelávania a množstvo iných výdavkov, ktoré sú v iných zamestnaniach štandardom.

determinované radom vonkajších faktorov mimo dosahu samospráv (napr. časovanie a podmienky výziev na predkladanie projektov), čo robí tieto príjmy ťažko predvídateľnými a kolísavými (pozri medziročné porovnanie uvedené v grafe 9 a 10).



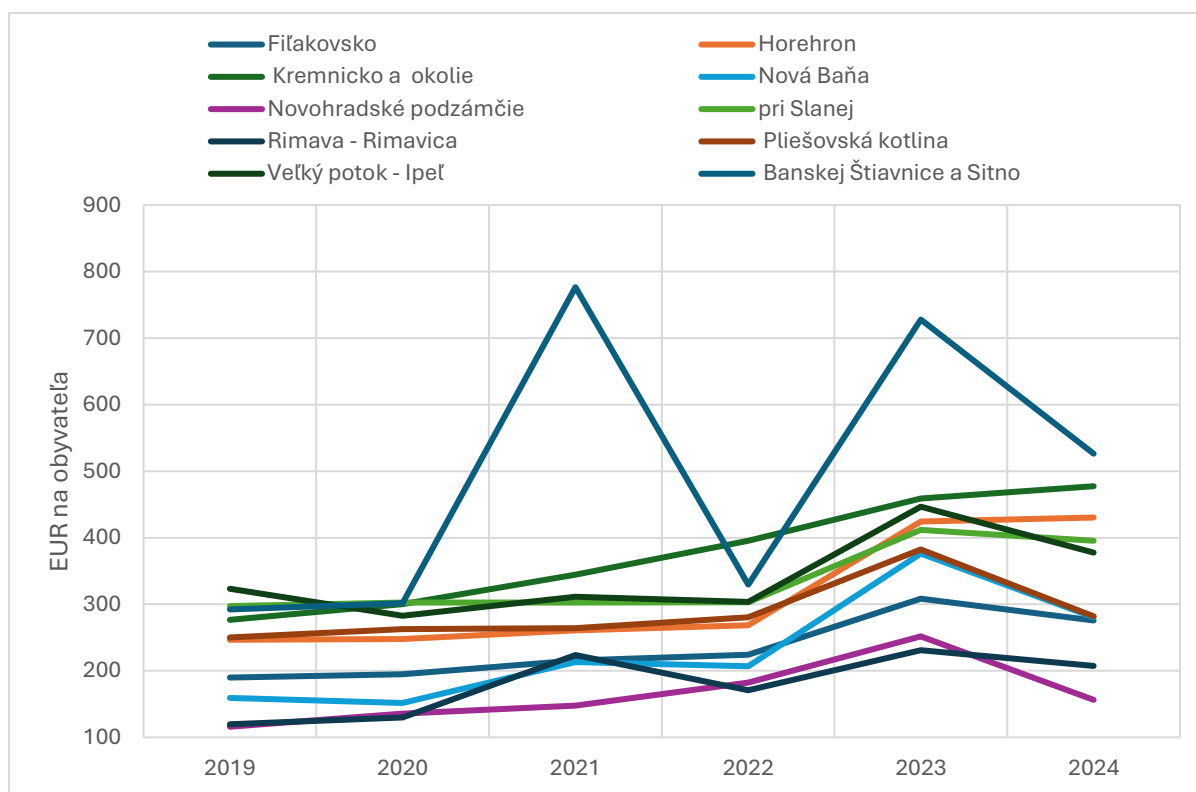
Graf 8 Zdroje príjmov obcí na jedného obyvateľa v roku 2024

Zdroj: Register účtovných závierok, spracovanie autorov



Graf 9 Celkové príjmy obce na jedného obyvateľa

Zdroj: Register účtovných závierok, spracovanie autorov



Graf 10 Príjmy obcí očistené od výnosov z daní a poplatkov na obyvateľa
Zdroj: Register účtovných závierok, spracovanie autorov

Demografický profil zapojených funkčných zoskupení obcí

Jedna z hlavných podmienok pre zapojenie FZO do projektu RDS BBSK je formulovaná ako podmienka potrebnosti. Hovorí najmä o prítomnosti osôb, ktorých stav vyžaduje zvýšenú pozornosť v zmysle dlhodobej starostlivosti v prepojení na hustotu existujúcich služieb.

Stav vyžadujúci si zvýšenú pozornosť v zmysle dlhodobej starostlivosti je najčastejšie podmienený zdravotným stavom, ktorý rastúcim vekom degraduje. Alternatívna interpretácia podmienky potrebnosti by sa preto mohla týkať najmä podielu seniorov na celkom počte obyvateľov jednotlivých mikroregiónov, ktorý je výsledkom vývoja troch hlavných komponentov populačnej zmeny – plodnosti, úmrtnosti a migrácie.

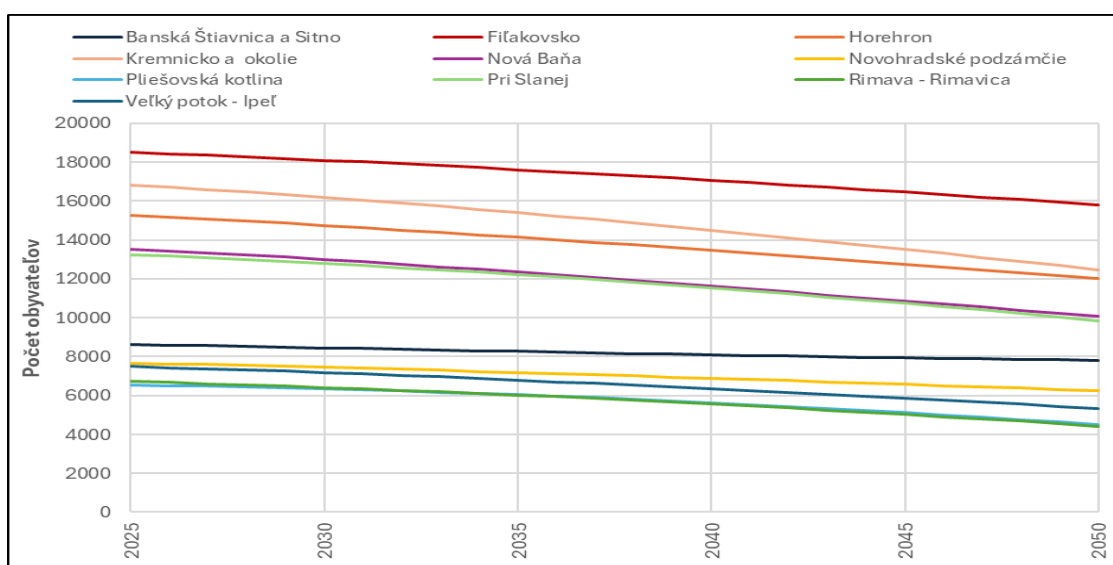
Detailná demografická prognóza zapojených FZO tvorí samostatnú prílohu (pozri príloha 4). V zásade je však možné skonštatovať, že vývoj jednotlivých komponentov populačnej zmeny vo veľkej miere kopírujú celoslovenské trendy.

Medzi zapojenými FZO je aktuálne najvyššiu mieru plodnosti možné sledovať v mikroregióne Horehron (1,7 dieťaťa na ženu), čo je výsledok jej nárastu v posledných rokoch, pričom dlhodobo najvyššiu mieru plodnosti vykazoval mikroregión Fiľakovsko. Na opačnom póle stojí mikroregión Veľký Potok – Ipeľ, kde aj napriek istému oživeniu prekročila plodnosť hranicu 1,2 dieťaťa na ženu až v poslednom sledovanom období. Dôležitý je aj vek, v ktorom sa ženy stávajú matkami. Najvyššie zastúpenie žien, ktoré sa

stávajú matkami po dosiahnutí veku 30 rokov, dosahoval v mikroregiónoch Nová Baňa, Kremnicko a okolie a Pliešovská kotlina. Celkom opačná situácia zostáva v mikroregiónoch Fiľakovsko a pri Slanej, kde sa ženy stávajú matkami v priemere najskôr a kde sa v druhej polovici reprodukčného obdobia ženy (po dosiahnutí veku 30 rokov) realizuje len približne 25 – 30 % z celkovej hodnoty úhrnnej plodnosti. Nezanedbateľnú časť predstavujú aj tehotenstvá a narodenie detí u -náštročných dievčat, čo je možné vnímať ako problematický jav.

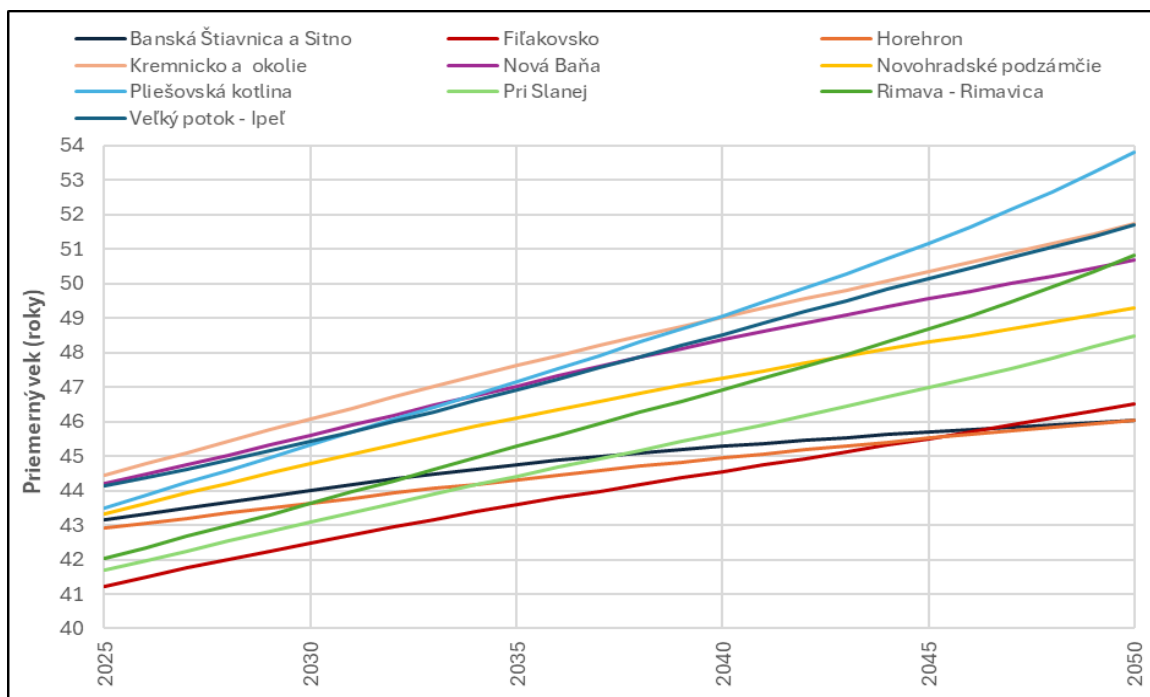
Úmrtnostné pomery sa do nástupu pandémie zlepšovali, avšak asymetricky. U mužov došlo k najdynamickejšiemu nárastu strednej dĺžky života v mikroregiónoch Kremnicko a okolie a Pliešovská kotlina (o viac ako 6 rokov medzi obdobiami 1996 – 2000 a 2015 – 2019). Naopak, slabšiu dynamiku (+1,5 až +3,0 roka) je možné sledovať v mikroregiónoch Banská Štiavnica a Sitno a v Novej Bani. U žien boli prírastky všeobecne miernejšie, najvýraznejšie v Novej Bani a na Horehroní (+3,0 až +3,3 roka), najslabšie v Novohradskom podzámčí a v Banskej Štiavnici a Sitne (+0,6 až +1,2 roka). Zlepšovanie prežívania síce prispieva k vyššej kvalite života, no v kontexte nízkej plodnosti zároveň posilňuje proces populačného starnutia.

Migrácia ako tretí komponent je najmenej stabilná a najťažšie predikovatelná, obzvlášť v malých územných jednotkách, akými sú skúmané FZO, kde výsledky výrazne kolíšu vplyvom množstva externých faktorov. Je preto legitímne brať do úvahy širší interval neistoty; zároveň platí, že dlhodobejšie kladné migračné saldá sú často jediným mechanizmom, ktorý dokáže aspoň zmierniť starnutie (v prognóze do roku 2025 je najvýraznejšie v Pliešovskej kotline) a spomaliť úbytok populácie v sledovaných FZO, ktorý je v prognóze do roku 2050 v absolútnej hodnote najvýraznejšie prítomný v mikroregióne Kremnicko a okolie (pokles o takmer 4 400 obyvateľov) a v relatívnej hodnote vyjadrujúcej pokles voči súčasnemu počtu obyvateľov v mikroregióne Pliešovská kotlina a Rimava – Rimavica (65 – 68 % obyvateľov oproti dnešnému stavu).



Graf 11 Prognóza úbytku obyvateľov v jednotlivých FZO

Zdroje: ŠÚ SR a výpočty autora



Graf 12 Prognóza priemerného veku obyvateľov v jednotlivých FZO

Zdroje: ŠÚ SR a výpočty autora

Z hľadiska dopytu po službách dlhodobej starostlivosti je kľúčový rast skupiny „oldest-old“ (85+). Už dnes je táto skupina najpočetnejšia v Kremnicku a okolí (300+ osôb) a na Horehroní (280 osôb), zatiaľ čo v Pliešovskej kotline a v mikroregióne Rimava – Rimavica dosahuje menej ako 100 osôb. Do roku 2050 sa však počty v tejto skupine osôb môžu zdvojnásobiť až strojnásobiť, pričom v Kremnicku prekročia 700 osôb a približne 500 – 550 osôb sa očakáva aj na Horehroní, vo Fiľakovsku a v Novej Bani. To bude vyžadovať významné investície do rozvoja služieb dlhodobej starostlivosti poskytovaných rôznymi formami (vrátane odľahčovacích služieb) a cieľené plánovanie pracovnej sily v sociálnej a zdravotnej starostlivosti.

Hustota služieb formálnej starostlivosti

Hustota služieb formálnej starostlivosti v sociálnych službách vyjadruje dostupnú kapacitu profesionálne poskytovaných služieb v pomere k veľkosti a štruktúre populácie, typicky k skupinám so zvýšeným rizikom odkázanosti (65+, 80+, osoby so zdravotným znevýhodnením). Meria sa najmä prostredníctvom počtu lôžok v pobytových službách na 1 000 osôb vo veku 65+ alebo kapacity v denných službách na 1 000 osôb vo veku 65+. Posúdenie hustoty služieb je možné vnímať aj v kontexte naplnenia podmienky potrebnosti pri výbere FZO zapojených do projektu RDS BBSK a prevencie fenoménu „chudoby starostlivosti“.

Napriek tomu, že sociálne služby sú považované za súčasť základnej občianskej vybavenosti (URBION, 2010), Slovenská republika nemá určené normatívne štandardy minimálnej hustoty, vyjadrené kapacitou alebo počtom jednotlivých zariadení.

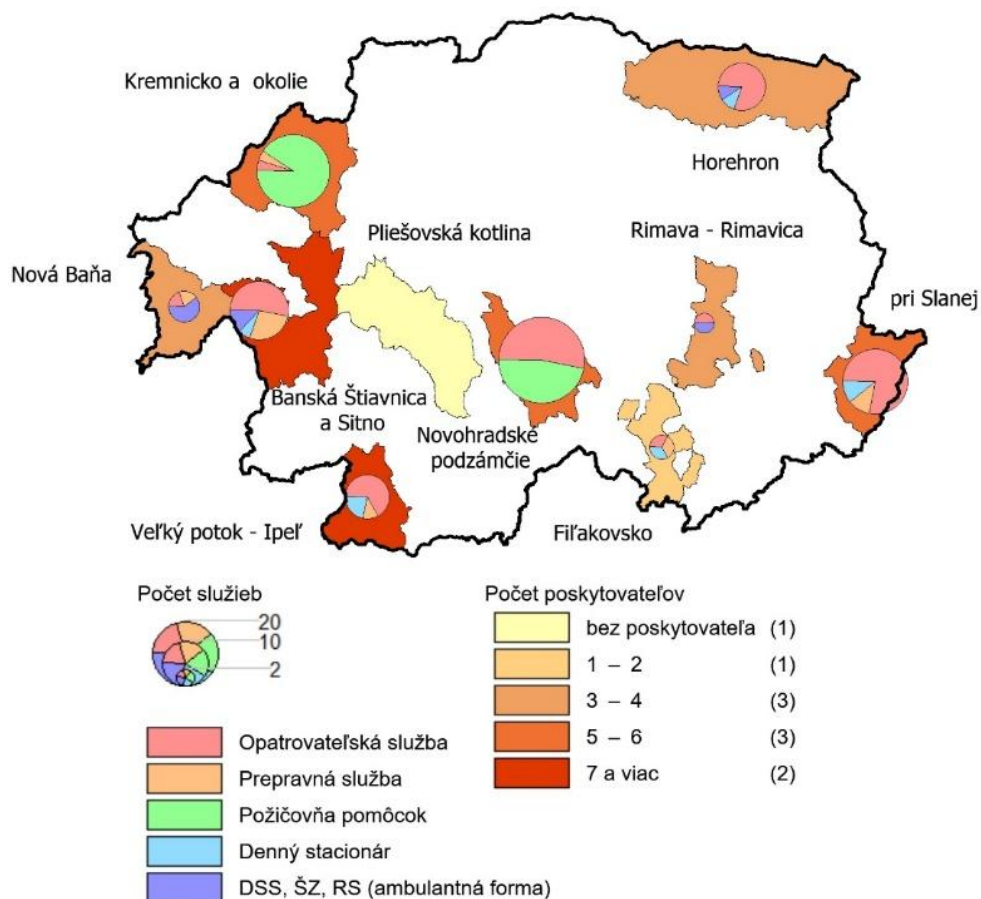
Metodická príručka pre obstarávateľov a spracovateľov územnoplánovacej dokumentácie (URBION, 2010), na ktorú odkazuje Úrad pre územné plánovanie a výstavbu Slovenskej republiky, je jediným identifikovaným dokumentom uvádzajúcim štandardy ohľadom typov sociálnych služieb, ktoré by mali byť zabezpečené podľa veľkostnej kategórie územia. Štandardy však majú odporúčací charakter a týkajú sa skôr agendy územného plánovania ako kvality a dostupnosti sociálnych služieb. Limitom tejto metodической príručky v súvislosti so sociálnymi službami je fakt, že nehovorí o kapacite služieb, ale o prítomnosti jednotlivých typov sociálnych služieb.

Územie s počtom obyvateľov 5 000 – 10 000 obyvateľov (kategória, v ktorej je 5 zapojených FZO) by v zmysle uvedenej príručky v kategórii služieb odkázanosti malo byť vybavené zariadením pre seniorov, zariadením opatrovateľskej služby, rehabilitačným strediskom, domovom sociálnych služieb, denným stacionárom a opatrovateľskou službou. Rovnaká vybavenosť sa odporúča aj pri sídlach vo veľkostnej kategórii 10 – 20 obyvateľov, v ktorej sa nachádza ďalších 5 zapojených FZO.

Vzhľadom na komplexnosť sociálnych služieb možno predmetné štandardy vnímať skôr ako rámcové východisko, avšak pre strategické plánovanie je potrebné ich doplniť o parametre zohľadňujúce rôzne modality poskytovania služieb, keďže v súčasnej podobe len čiastočne reflektujú rozmanitosť foriem poskytovania a aktuálne trendy v sektore.

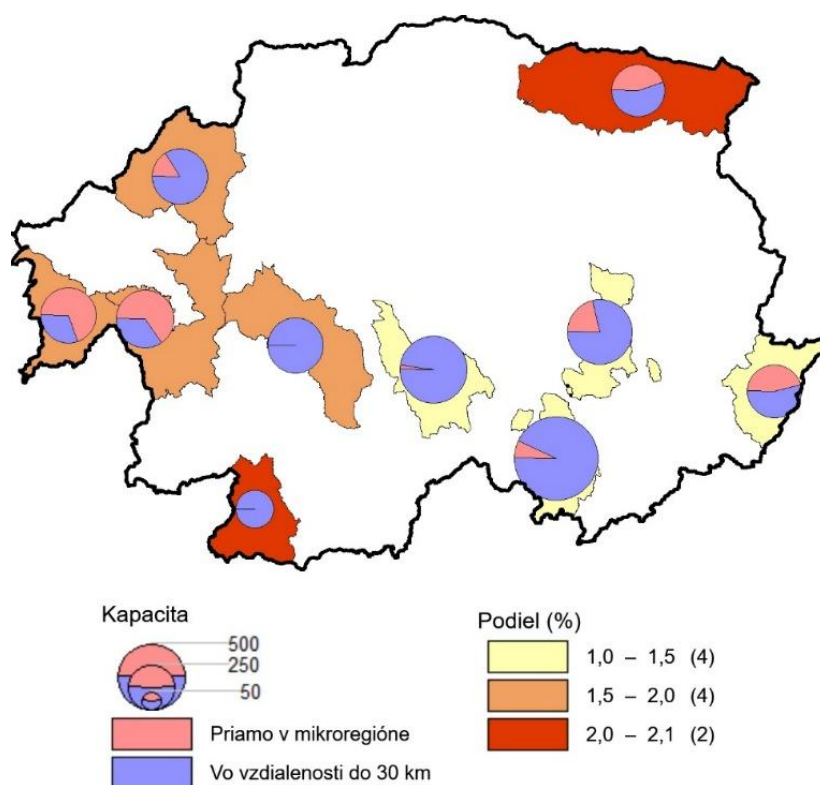
Pri mechanickom a značne zjednodušenom uplatnení (bez zohľadnenia kapacity jednotlivých služieb alebo formy ich poskytovania) uvedených štandardov na situáciu zapojených FZO je však nutné skonštatovať, že len polovica zo všetkých FZO by uvedené štandardy naplnila.

Prítomnosť ktoréhokoľvek z typov pobytových služieb v odkázanosti úplne absentuje na území Združenia obcí mikroregiónu Pliešovská kotlina a Združenia obcí Veľký potok – Ipeľ. Denný stacionár absentuje na území štyroch FZO (Pliešovská kotlina, Novohradské podzámčie, Rimava-Rimavica a Nová Baňa) a opatrovateľská služba úplne absentuje v Pliešovskej kotline, pričom na území väčšiny ostatných FZO je dostupná iba vo vybraných obciach.



Graf 13 Aktuálna vybavenosť FZO vybranými typmi sociálnych služieb v odkázanosti poskytovaných terénou a ambulantnou formou na území FZO
Zdroj: Register sociálnych služieb, výpočet autorov

*Graf ilustruje počet služieb poskytovaných terénou alebo ambulantnou formou na danom území voči počtu poskytovateľov. V prípade ak jeden poskytovateľ má zaregistrovanú rovnakú službu s poskytovaním vo viacerých obciach, započítava sa opakovane (príklad Mikroregión Kremnicko a okolie, ktoré má registrovanú požičovňu pomôcok v 19 obciach, služba je teda započítaná 19-krát).



Graf 14: Aktuálna vybavenosť FZO vybranými typmi sociálnych služieb v odkázanosti poskytovaných pobytovou formou na území FZO a v dojazdovej vzdialenosti 30 km
Zdroj: Register sociálnych služieb, výpočet autorov

Po zohľadnení kapacít existujúcich služieb sa obraz dostupnosti čiastočne mení a možno konštatovať závažný nedostatok hustoty služieb formálnej starostlivosti v jednotlivých funkčných regiónoch, čo zvyšuje riziko tzv. chudoby starostlivosti obyvateľov jednotlivých FZO. Ako je už uvedené, v slovenskej legislatíve aktuálne nie je stanovený záväzný „štandard minimálnej vybavenosti“, ktorý by prikazoval minimálny počet miest v službách odkázanosti na 1 000 obyvateľov. Plánovanie kapacít sa aktuálne realizuje prostredníctvom komunitného plánovania sociálnych služieb, pričom najčastejšie citované normatívy určujú 53 miest v sociálnych službách určených pre seniorov, poskytovaných pobytovou formou na 1 000 obyvateľov vo veku 65+ a 75 osôb na 1 000 obyvateľov vo veku 65+, ktorým je poskytovaná opatrovateľská služba terénnou formou (Višek & Průša, 2012). Podobný počet miest na 1 000 obyvateľov určujú aj modely používané v zahraničí, pričom priemerný počet miest v pobytových službách v OECD krajinách je 46 miest na 1 000 osôb vo veku 65+ (OECD, 2023), napr. v Nemecku to je 53,9 miest na 1 000 obyvateľov vo veku 65+ (McVay, 2025).

Pri zohľadnení uvedených kapacitných štandardov je rozdiel medzi existujúcou kapacitou služieb a aktuálnou potrebou uvedený v tabuľke 5 nižšie. Je potrebné upozorniť, že porovnanie je značne zjednodušené, pretože informácia o existujúcej kapacite v pobytových službách kumuluje počet miest vo všetkých typoch sociálnych služieb poskytovaných pobytovou formou a kategória „Existujúca kapacita všetkých pobytových

služieb“ (pozri tretí stĺpec tabuľky 5) zahŕňa aj služby, ktoré nie sú nutne určené výlučne pre seniorov. Naopak, kategória „z toho zariadenia pre seniorov“ (pozri štvrtý stĺpec tabuľky 5) hovorí len o jednom type sociálnej služby, pričom aj ďalšie môžu byť vhodným riešením. Ďalším zjednodušením je zahrnutie len tých služieb, ktoré sú poskytované pobytovou formou poskytovanou týždenne alebo celoročne, pričom v mnohých situáciách môže byť vhodné aj poskytovanie ambulantnou, celodennou, formou.

Ambíciou informácií uvedených v tabuľke 5 nie je nespochybniteľne určiť mieru chýbajúcej kapacity, ale indikovať situáciu jednotlivých FZO a upozorniť na značnú nevyváženosť medzi jednotlivými FZO, ako aj medzi potrebou a ponukou vo vnútri jednotlivých FZO.

	Počet obyvateľov vo veku 65+	Potrebná kapacita pobytových služieb pre	Existujúca kapacita všetkých pob. služieb	Z toho zariadenia pre seniorov	Rozdiel voči zariadeniam pre seniorov	Potrebná kapacita v terénnej opatr. službe	Reálny počet v osôb v terénnej opatr. službe v roku 2024	Počet klientov CISZS
Filakovsko	3 223	171	53	45	-126	242	40	72
Horehron	3 144	167	148	49	-118	236	149	164
Kremnicko a okolie	3 681	195	58	36	-159	276	39	139
Nová Baňa	2 889	153	247	125	-28	217	1	111
Novohradské podzámčie	1 519	81	38	28	-53	114	10	150
pri Slanej	2 349	124	265	145	+21	176	79	137
Rimava-Rimavica	1 195	63	103	87	+24	90	2	73
Pliešovská kotlina	1 253	66	0	0	-66	94	0	87
Veľký potok-Ipeľ	1 466	78	0	0	-78	110	20	156
Banská Štiavnica, okolie a Sitno	1 714	91	260	141	+50	129	5	86
CELKOM	22 433	1 189	1 172	656	-533	1 684	345	1175

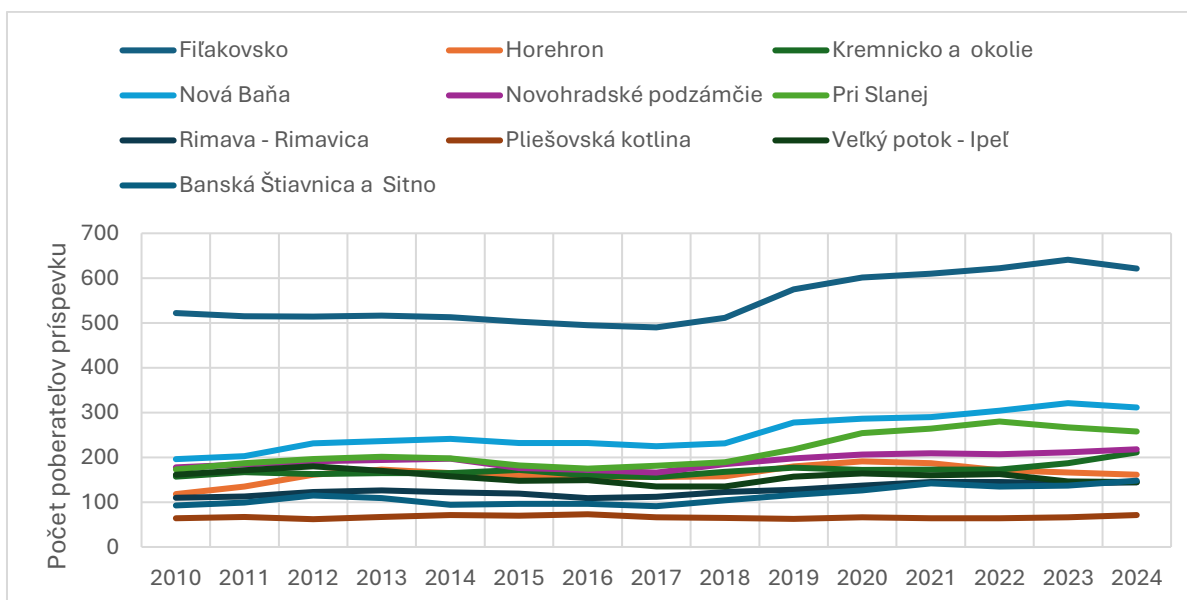
Tabuľka 5 Porovnanie kapacity služieb voči potrebe podľa modelu Víšek-Průša
Zdroj: ŠÚ SR, Register sociálnych služieb BBSK, štatistika NP RDS BBSK a výpočet autorov

Charakteristiky neformálnej starostlivosti v zapojených FZO

Systém dlhodobej starostlivosti sa v značnej miere opiera o neformálnych opatrovateľov, ktorí tvoria jeho kľúčový pilier. V mnohých situáciách je ich zapojenie najvhodnejším riešením a zároveň kompenzuje nedostatok kapacít sociálnych služieb poskytovaných pobytovou formou.

V prípade celodennej starostlivosti o osobu podľa integrovaného posudku odkázanú na pomoc inej osoby v stupni IV alebo V majú neformálni opatrovatelia možnosť požiadať o tzv. opatrovateľský príspevok (oficiálny názov príspevku „peňažný príspevok na opatrovanie“), vyplácaný v zmysle zákona č. 447/2008 Z. z. o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia (pozri kapitolu 1). Jeho výška je aktuálne porovnateľná s minimálnou čistou mzdou.

Z pohľadu absolútneho počtu opatrovateľov je príspevok dlhodobo najčastejšie využívaný vo Fiľakovskom mikroregióne, mikroregióne Nová Baňa a Pri Slanej. Naopak, na najnižších hodnotách sa dlhodobo drží v obciach mikroregiónu Pliešovská kotlina. Rozdiely v absolútnom počte poberateľov opatrovateľského príspevku je možné ľahko interpretovať veľkosťou populácie mikroregiónu aj podielom počtu obyvateľov v seniorskom veku jednotlivých mikroregiónov, pričom Fiľakovský mikroregión je z pohľadu veľkosti populácie spomedzi všetkých zapojených FZO najväčším a mikroregión Pliešovská kotlina, naopak, najmenším.



Graf 15 Absolútny počet poberateľov opatrovateľského príspevku v medziročnom porovnaní
Zdroj: Štatistika ÚPSVaR SR a výpočet autorov

Podobný obraz o využívaní príspevku ponúka aj výsledok porovnania podielu opatrovaných voči celkovému počtu obyvateľov v konkrétnej vekovej skupine (pozri tabuľka 6). Z údajov je zrejmé, že najvyššiu mieru využívania opatrovateľského príspevku vykazuje aj v tomto prípade FZO Fiľakovsko.

	Vek 60 – 69			Vek 70 – 79			Vek 80+		
	Celkový počet	Počet opatrovaných	Podiel opatrovaných	Celkový počet	Počet opatrovaných	Podiel opatrovaných	Celkový počet	Počet opatrovaných	Podiel opatrovaných
Fíľakovsko	2 248	140	6,23%	1 499	191	12,74%	597	48	8,04%
Horehron	2 016	27	1,34%	1 480	29	1,96%	691	13	1,88%
Kremnicko a okolie	2 280	29	1,27%	1 752	53	3,03%	792	25	3,16%
Nová Baňa	1 799	87	4,84%	1 455	114	7,84%	562	28	4,98%
Novohradské podzámčie	1 009	45	4,46%	697	64	9,18%	1 105	25	2,26%
Pri Slanej	1 692	59	3,49%	311	83	26,69%	407	19	4,67%
Rimava-Rimavica	852	34	3,99%	550	38	6,91%	233	12	5,15%
Pliešovská kotlina	842	12	1,43%	599	17	2,84%	241	11	4,56%
Veľký potok-Ipeľ	1 020	33	3,24%	671	40	5,96%	336	25	7,44%
Banská Štiavnica a Sitno	1 061	32	3,02%	830	39	4,70%	371	12	3,23%

Tabuľka 6 Podiel opatrovaných voči celkovému počtu obyvateľov v danej vekovej skupine v roku 2024
Poznámka: celkový súčet obyvateľov v jednotlivých vekových kategóriách je v porovnaní s hodnotou v tabuľke 5 vyšší, pretože v tabuľke 5 je zohľadnená skupina vo veku 65+, zatiaľ čo tu je zohľadnená skupina vo veku 60+.

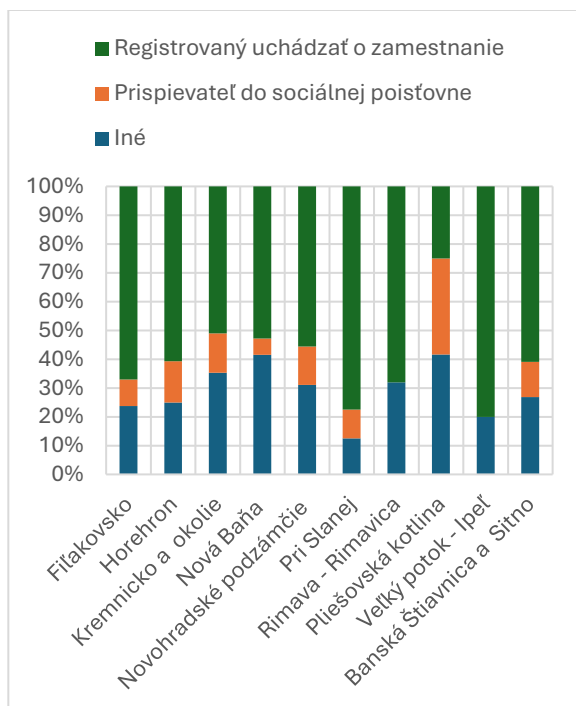
Podiely opatrovaných v niektorých prípadoch výrazne presahujú všeobecne akceptované podiely osôb odkázaných na pomoc podľa modelu Višek & Průša²⁸ (Višek & Průša, 2012). Ide napríklad o mikroregión Fíľakovsko v prípade prvých dvoch vekových skupín alebo mikroregión Novohradské podzámčie a Pri Slanej v súvislosti s vekovou kategóriou opatrovaných vo veku 70 – 79 i viaceré ďalšie regióny v súvislosti s vekovou kategóriou 60 – 69, čo môže potvrdzovať pozitívnu koreláciu medzi intenzitou využívania príspevku a mierou registrovanej nezamestnanosti v regióne (pozri príloha 1), pričom poberanie opatrovateľského príspevku môže byť v prípade ľudí z ekonomicky zaostávajúcich regiónov alebo ľudí, ktorí dosiahli nízku mieru vzdelania, vnímané ako vhodná alternatíva pravidelného mesačného príjmu.

Údaje tiež naznačujú (pozri graf 16), že v prípade všetkých FZO okrem Pliešovskej kotliny minimálne 50 % opatrovateľov poberajúcich opatrovateľský príspevok v roku 2024 bolo pred poberaním opatrovateľského príspevku registrovanými uchádzačmi o zamestnanie. Z pohľadu veku predstavuje výraznú skupinu poberateľov veková skupina pohybujúca v období prechodu z produktívneho do postproduktívneho veku (vek 60 – 69 rokov). Pri detailnejšej analýze a medziročnom porovnaní je možné tvrdiť, že skupina poberateľov

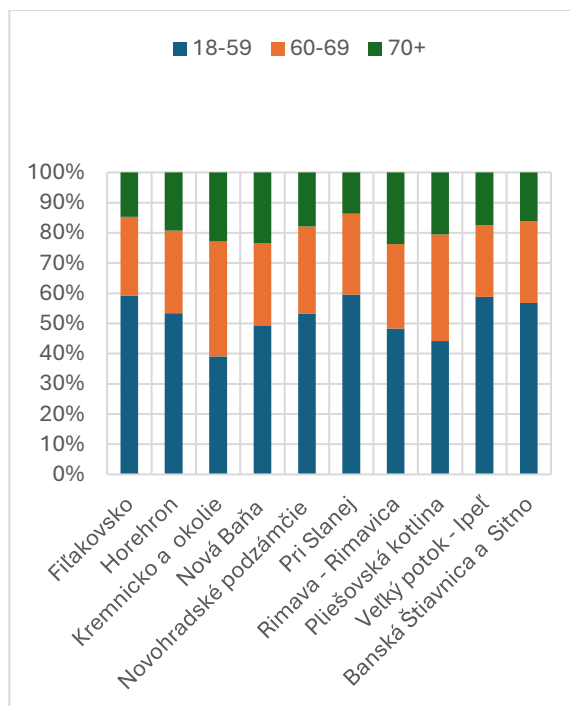
²⁸ Sú určené podielom populácie v konkrétnej vekovej kohorte, konkrétne:

- 66 – 70 rokov – 3 % populácie,
- 71 – 75 rokov – 7 % populácie,
- 76 – 80 rokov – 10,5 % populácie,
- 81 – 84 rokov – 15,5 % populácie,
- 85 – 89 rokov – 27 % populácie,
- 90 a viac rokov – 79,9 % populácie ako odkázanej na pomoc inej osoby.

vo veku 18 – 59 sa v porovnaní s obdobím pred desiatimi rokmi (porovnanie s rokom 2014) znížila, naopak skupina opatrovateľov, ktorí pred poberaním opatrovateľského príspevku boli registrovanými uchádzačmi o zamestnanie, sa v porovnaní s rokom 2014 významne zvýšila.



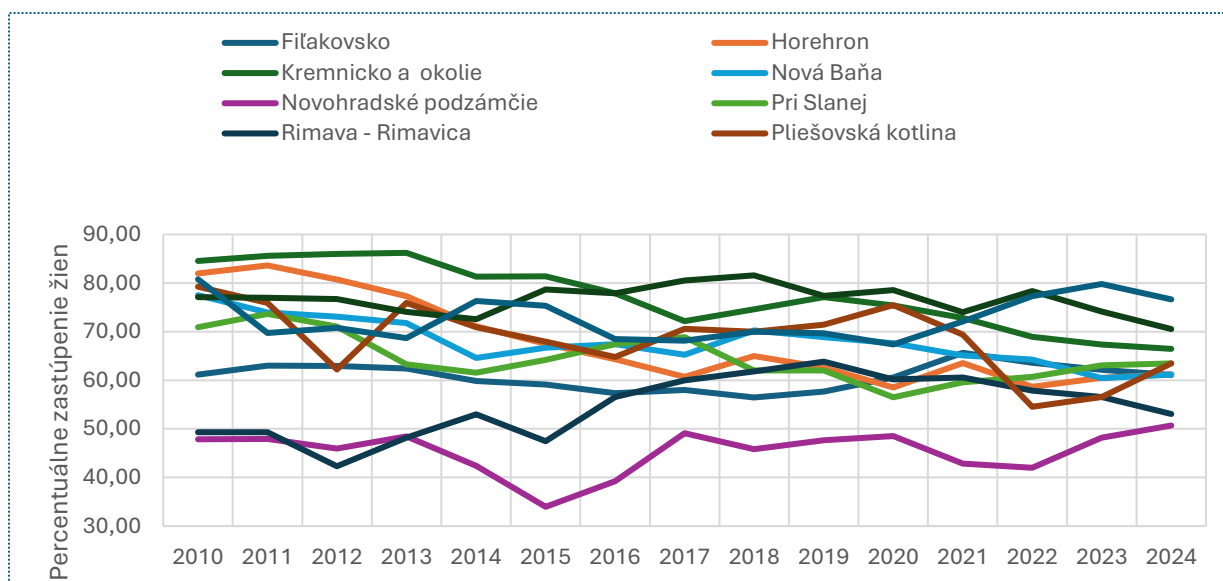
Graf 16 Predchádzajúci ekonomický status poberateľov opatrovateľského príspevku, ktorí príspevok poberali v roku 2024
Zdroj: Štatistika ÚPSVaR SR a výpočet autorov



Graf 17 Veková štruktúra poberateľov opatrovateľského príspevku v roku 2024
Zdroj: Štatistika ÚPSVaR SR a výpočet autorov

Za pozornosť stoja rozdiely týkajúce sa rodového zastúpenia poberateľov opatrovateľského príspevku. Zatiaľ čo na celoslovenskej úrovni až 76,34 % poberateľov sú ženy²⁹ (pozri štatistiku ÚPSVaR), v prípade viacerých FZO to neplatí a podiel žien na celkovom počte poberateľov opatrovateľského príspevku v období ostatných rokov v nich výrazne klesol (pozri napr. Horehron) alebo sa dlhodobo pohyboval pod hranicou celoslovenského priemeru (Rimava-Rimavica alebo Fíľakovsko), alebo dokonca vykazoval menší podiel žien voči mužom (Novohradské podzámčie).

²⁹ Údaj k 31. decembru 2024



Graf 18 Podiel žien na celkovom počte poberateľov príspevku
Zdroj: štatistika ÚPSVaR, spracovanie autorov

Odhad objemu potrebnosti služieb dlhodobej starostlivosti v zapojených FZO v horizonte do roku 2050

Kombinácia výsledkov Európskeho zisťovania o zdraví 2019 (ďalej ako EHIS 2019) (pozri prílohu 7) a populačnej prognózy (pozri prílohu 4) ponúka príležitosť pre vypracovanie odhadu objemu potenciálnej potrebnosti služieb sociálnej starostlivosti v zapojených FZO. Nasledujúce údaje predstavujú odhad počtu osôb, ktoré za určitých predpokladov potenciálne môžu potrebovať formu nejakej pomoci. Konkrétne na tento účel bola využitá štruktúra odpovedí na potrebu pomoci pri vykonávaní osobných činností a činností v domácnosti, zisťovaných v EHIS 2019 pre oblasť Stredné Slovensko v kombinácii s prognózovanými počtami mužov a žien v 5-ročných vekových skupinách. Zvlášť bol pritom vyčíslený objem potrebnosti služieb pri vykonávaní osobných (samoobslužných) činností a činností spojených s chodom domácnosti.

Vzhľadom na potenciál zisťovania EHIS 2019 boli skonštruované dva základné scenáre. Prvý predstavuje maximálny objem (teda počet osôb) potrebnosti služieb dlhodobej starostlivosti, ktorý sa odráža od mier reflektovaných ťažkostí s osobnými činnosťami a činnosťami vykonávanými v domácnosti. Vekovo a rodovo špecifické váhy sú konštruované zo spomínaného zisťovania EHIS 2019 a odrážajú podiely tých mužov a žien, ktorí a ktoré deklarovali minimálne určité ťažkosti v osobných činnostiach, resp. činnostiach spojených s domácnosťou. V podstate ide o maximálny model, ktorý sa snaží identifikovať potenciálne maximálny rozsah potrebnosti za predpokladu, že by všetci, ktorí v prieskume identifikovali nejaké ťažkosti, potrebovali nejakú formu pomoci a starostlivosti. Keďže však aj v zisťovaní EHIS 2019 nie všetky tieto osoby deklarovali aj

potrebnosť pomoci pri ich vykonávaní (pozri prílohu 7), predmetný scenár je optimalizovaný o atribút identifikovanej potrebnosti pomoci a je tak vytvorený stredný, najpravdepodobnejší model. Tento prezentuje odhad objemu (počtu osôb), ktoré majú určité ťažkosti a súčasne deklarujú potrebu pomoci. V oboch prípadoch sú modely spracované pre populáciu vo veku 55 a viac rokov, tak ako to umožňujú metodika zberu dát a výsledky EHIS 2019.

Tiež bol vypracovaný model opierajúci sa o váhy robustného výskumu Víška a Prúša (2012, s. 47) z prostredia Českej republiky pre potrebu sociálnych služieb osôb vo veku 65 a viac rokov, ktoré potrebujú pomoc pri činnostiach sebaobsluhy.³⁰ Vzhľadom na zistené nižšie miery potrebnosti týchto služieb v porovnaní s výsledkami EHIS 2019 je možné tento scenár označiť ako minimalistický (a to aj vzhľadom na obmedzenie na seniorskú populáciu).

Výsledky pre objem potrebnosti služieb dlhodobej starostlivosti (s dôrazom pri sebaobslužných činnostiach) pre jednotlivé zapojené FZO prezentuje tabuľka 7. Bez ohľadu na použitý scenár je zrejmé, že v dôsledku postupnej dynamizácie procesu starnutia bude dochádzať k nárastu počtu osôb, ktoré budú potrebovať služby sociálnej starostlivosti. Obzvlášť nepriaznivá situácia sa ukazuje najmä v mikroregióne Pliešovská kotlina. V minimalistickom scenári založenom na „českých“ údajoch by sa pomerne dynamicky zvýšil počet osôb vyžadujúcich služby dlhodobej starostlivosti aj v mikroregióne Rimava-Rimavica. V strednom a maximálnom scenári využívajúcom údaje EHIS 2019 by druhý najdynamickejší nárast do polovice 21. storočia zaznamenal mikroregión Fiľakovsko. Pri posúdení absolútneho prírastku v počte osôb vyžadujúcich pomoc v maximálnom scenári až v dvoch mikroregiónoch (Fiľakovsko, Kremnicko a okolie) by išlo o navýšenie potrebnosti o viac ako 500 osôb. V minimalistickom scenári by spomínané dva mikroregióny zaznamenali nárast o viac ako 200 osôb.

Mikroregión	2025	2030	2035	2040	2045	2050	Zmena (abs.)	Zmena (%)
<i>Minimalistický scenár (vek 65 a viac rokov) (potrebnosť určená na základe modelu Víšek a Prúša)</i>								
Banská Štiavnica a Sítno	187	202	224	241	256	269	82	144
Fiľakovsko	520	585	631	673	700	737	216	142
Horehron	538	581	623	638	640	639	100	119
Kremnicko a okolie	634	712	774	806	825	846	212	133
Nová Baňa	485	542	597	624	629	659	174	136
Novohradské podzámčie	251	286	308	332	351	365	114	145
Pliešovská kotlina	209	242	275	296	316	336	127	161
Pri Slanej	376	427	467	495	505	518	141	137

³⁰ Určitým limitom je, že sa obmedzuje len na vek 65 a viac rokov a nerozlišuje mieru potrebnosti asistencie pri sebaobsluhe podľa pohlavia.

Rimava-Rimavica	122	140	154	165	179	192	69	157
Veľký potok-Ipeľ	167	180	195	209	226	243	76	146
Stredný scenár (vek 55 a viac rokov) (potrebnosť určená na základe výsledkov EHIS 2019 – osoby, ktoré indikovali ťažkosti, ale aj potrebu pomoci)								
Banská Štiavnica a Sítno	583	634	681	710	734	769	186	132
Fíľakovsko	1017	1157	1277	1368	1423	1475	458	145
Horehron	1066	1144	1218	1259	1285	1289	223	121
Kremnicko a okolie	1236	1387	1530	1623	1682	1731	495	140
Nová Baňa	948	1069	1178	1252	1287	1327	379	140
Novohradské podzámčie	973	1058	1153	1202	1207	1225	252	126
Pliešovská kotlina	409	476	547	597	637	669	260	164
Pri Slanej	728	827	924	983	1006	1023	295	140
Rimava-Rimavica	396	438	482	507	532	543	148	137
Veľký potok-Ipeľ	511	543	580	627	662	688	177	135
Maximálny scenár (vek 55 a viac rokov) (potrebnosť určená na základe výsledkov EHIS 2019 – všetky osoby, ktoré indikovali ťažkosti)								
Banská Štiavnica a Sítno	932	995	1055	1086	1117	1164	232	125
Fíľakovsko	1682	1864	2017	2123	2185	2255	573	134
Horehron	1706	1798	1874	1909	1917	1906	200	112
Kremnicko a okolie	1973	2160	2324	2416	2462	2505	532	127
Nová Baňa	1532	1683	1805	1876	1910	1948	417	127
Novohradské podzámčie	1702	1809	1946	2005	1999	1997	295	117
Pliešovská kotlina	668	761	848	907	946	980	312	147
Pri Slanej	1219	1351	1474	1525	1549	1565	346	128
Rimava-Rimavica	647	701	762	790	812	814	167	126
Veľký potok-Ipeľ	818	862	915	970	1007	1028	210	126

Tabuľka 7 Odhad objemu potrebnosti služieb sociálnej starostlivosti pre osobné činnosti (sebaobsluhu) v zapojených FZO do roku 2050 (počet osôb)

Sebaobslužné činnosti predstavujú len jednu časť pomoci, ktorú deklarujú respondenti v zisťovaní EHIS 2019. Druhou sú činnosti spojené so starostlivosťou o domácnosť. Ich objem bol odhadovaný analogicky, ale len v strednom a maximálnom scenári, keďže údaje o potrebnosti z iných zdrojov, ako je zisťovanie EHIS v našom geografickom prostredí, absentujú. Ako ukazuje tabuľka 8, aj v tomto prípade je nastupujúce dynamické starnutie logicky spojené s pomerne významným nárastom objemu (v absolútnom i relatívnom vyjadrení) potrebnosti pomoci pre činnosti spojené so starostlivosťou o domácnosť.

Aj v tomto prípade sa najdynamickejší nárast očakáva v mikroregióne Pliešovská kotlina, pričom pomerne dynamicky bude rásť počet osôb vyžadujúcich nejakú formu pomoci pri činnostiach spojených so starostlivosťou o domácnosť aj v mikroregiónoch Filakovsko a Novohradské podzámčie. Z pohľadu absolútnych prírastkov bude situácia v podstate identická, keďže najväčšie zvýšenie sa očakáva v mikroregióne Filakovsko s nárastom o 700, respektíve 821 osôb medzi rokom 2025 a 2050. Druhým mikroregiónom s najvyššími absolútnymi prírastkami je Kremnicko (zvýšenie o 575, resp. 595 osôb).

Mikroregión	2025	2030	2035	2040	2045	2050	Zmena (abs.)	Zmena (%)
Stredný scenár (vek 55 a viac rokov) (potrebnosť určená na základe výsledkov EHIS 2019 – osoby, ktoré indikovali ťažkosti, ale aj potrebu pomoci)								
Banská Štiavnica a Sitno	1811	1909	1989	2036	2086	2149	339	119
Filakovsko	3390	3636	3880	4056	4146	4211	821	124
Horehron	3330	3432	3504	3502	3460	3415	85	103
Kremnicko a okolie	3830	4073	4285	4391	4415	4425	595	116
Nová Baňa	3009	3209	3363	3431	3463	3471	462	115
Novohradské podzámčie	1599	1724	1850	1907	1927	1961	363	123
Pliešovská kotlina	1331	1479	1616	1694	1734	1737	406	131
Pri Slanej	2473	2656	2839	2909	2945	2920	447	118
Rimava-Rimavica	1297	1371	1461	1502	1514	1502	206	116
Veľký potok-Ipeľ	1612	1682	1757	1808	1860	1874	262	116
Maximálny scenár (vek 55 a viac rokov) (potrebnosť určená na základe výsledkov EHIS 2019 – osoby, ktoré indikovali ťažkosti)								
Banská Štiavnica a Sitno	1345	1431	1499	1537	1574	1632	286	121
Filakovsko	2471	2691	2900	3039	3102	3171	700	128
Horehron	2474	2572	2656	2675	2660	2635	162	107
Kremnicko a okolie	2842	3064	3262	3361	3390	3418	575	120
Nová Baňa	2219	2405	2546	2621	2649	2676	457	121
Novohradské podzámčie	1169	1280	1385	1438	1462	1502	333	129
Pliešovská kotlina	976	1098	1212	1276	1316	1336	360	137
Pri Slanej	1799	1965	2123	2188	2206	2201	403	122
Rimava-Rimavica	948	1012	1091	1128	1142	1141	192	120
Veľký potok-Ipeľ	1190	1250	1311	1368	1416	1435	245	121

Tabuľka 8 Odhad objemu potrebnosti služieb sociálnej starostlivosti pre činnosti v domácnosti v zapojených FZO

Pozn.: Minimálny scenár nebolo možné vypracovať, keďže pre činnosti v domácnosti absentujú vstupné údaje pre jeho konštrukciu.

Zohľadnenie potreby pomoci pri starostlivosti o domácnosť v prognózach dlhodobej starostlivosti je kľúčové, keďže obmedzená schopnosť viesť domácnosť (vrátane starostlivosti o dom a záhradu) patrí medzi hlavné kritériá, podľa ktorých sa odkázaná osoba a jej rodina rozhodujú pre využitie sociálnej služby poskytovanej pobytovou formou. Tento aspekt reflektuje aj koncept „chudoby starostlivosti“. Jeho praktická doména, teda starostlivosť o domácnosť a zvládanie každodenných praktických činností, tvorí spolu so sebaobslužnou a sociálno-emočnou doménou jednu z troch rovnocenných rovín, podľa ktorých sa posudzuje miera chudoby v starostlivosti.

POSÚDENIE REALIZÁCIE A VÝSLEDKOV PROJEKTU

V zmysle štandardov hodnotenia je projekt RDS BBSK posúdený v zmysle štyroch štandardných kritérií, ktorými sú relevantnosť, účinnosť, vplyv a udržateľnosť. Tieto kritériá sú vnímané v kontexte koncepčných rámcov systému sociálnych služieb, demografických zmien a dôrazu poskytovania integrovaného modelu služieb starostlivosti na komunitnej úrovni.

Takto nastavený rámec umožňuje overiť, či projekt reaguje na reálne potreby územia, či dosahuje primerané výsledky vzhľadom na vynaložené zdroje, prináša merateľnú zmenu pre cieľové skupiny a či sú jeho prínosy udržateľné aj po skončení financovania.

Projekt je tiež možné vnímať ako viacvrstvový, preto hodnotenie rozlišuje tri vzájomne prepojené roviny prínosov projektu, konkrétne:

1. prínosy projektu voči miestnym komunitám (aktivity CISZS voči cieľovej skupine projektu)
2. prínosy projektu voči miestnym samosprávam (aktivity BBSK voči jednotlivých samosprávam a zapojeným FZO)
3. prínosy projektu voči národnej úrovni (poučenie projektu pre tvorbu politík realizovaných na národnej úrovni).

Hodnotenie projektu čerpá z kvalitatívneho výskumu realizovaného v čase od októbra 2024 do mája 2025, počas ktorého sa zrealizovalo šesťnásť pološtruktúrovaných rozhovorov s aktérmi reprezentujúcimi zapojené obce, zapojené FZO, zástupcov BBSK a MPSVaR, jednu fokusovú skupinu s pracovníčkami CISZS a dvanásť pozorovaní v zapojených obciach (náhodný výber zapojených obcí z FZO Kremnicko, Novohradské podzámčie a Nová Baňa), kde sa realizovali neštruktúrované rozhovory s obyvateľmi obce na témy týkajúce sa dlhodobej starostlivosti a služieb poskytovaných na komunitnej úrovni.

Za účelom hodnotenia sa v mesiacoch máj a jún 2025 realizoval dotazníkový prieskum (pozri prílohu 8), určený pre zástupcov zapojených obcí. Z celkového počtu 138 oslovených obcí dotazník vyplnilo 47, čo predstavuje návratnosť na úrovni 34 %, z ktorých najväčšiu časť tvorili obce vo veľkostnej kategórii 301 – 1 000 obyvateľov (48,6 %), druhú najväčšiu skupinu tvorili obce vo veľkostnej kategórii do 300 obyvateľov (29,7 % respondentov).

Pre účely hodnotenia sa zrealizovala aj rozsiahla analýza sekundárnych dát vrátane dostupných zdrojov o realizovanom projekte, akademickej literatúry a administratívnych dát v téme formálnej a neformálnej starostlivosti.

Relevantnosť projektu

Banskobystrický samosprávny kraj patrí k najrýchlejšie starnúcim regiónom na Slovensku. Zároveň má nadpriemerný podiel malých obcí, ktoré z objektívnych dôvodov nedokážu plnohodnotne plniť svoje povinnosti v oblasti sociálnych služieb (pozri kapitolu 2). Výsledkom je rastúci nesúlad medzi „potrebou“ a „ponukou“ služieb dlhodobej starostlivosti poskytovaných na komunitnej úrovni, ktorých dostupnosť z pohľadu medzinárodných štandardov patrí medzi základné podmienky kvalitného a udržateľného systému dlhodobej starostlivosti, rovnako ako je aj ich integrácia s ďalšími typmi služieb, najmä so zdravotnou starostlivosťou, čo umožňuje efektívnejšiu kombináciu intervencií a uplatňovanie princípov tzv. manažmentu prípadu (*case management*).

V tomto kontexte je s nadsadením možné tvrdiť, že akákoľvek iniciatíva zameraná na posilnenie kapacít miestnej samosprávy v téme služieb dlhodobej starostlivosti poskytovaných na miestnej úrovni, ktoré v sebe integrujú elementy iných oblastí (najmä zdravotnej starostlivosti), je viac ako relevantná.

Hodnotený projekt reaguje na stav organizácie a koordinácie sociálnych služieb v prostredí miestnych samospráv na Slovensku, kde cca tretina obcí nedisponuje pracovníkom alebo útvarom, ktorý by mal v kompetencii oblasť sociálnej pomoci, pričom situácia je najväčšia v najmenších obciach do 500 obyvateľov, ktoré takéhoto pracovníka nemajú až v 70 % prípadov (Filipová et al., 2023, str. 29). Kritický je však nie len stav koordinácie sociálnych služieb, ale aj miera ich dostupnosti, čo potvrdili aj výsledky realizovaného dotazníkového prieskumu, v rámci ktorého až 43 % respondentov uviedlo, že v ich obci nie sú poskytované žiadne sociálne služby, prípadne jediná identifikovaná služba je činnosť CISZS.

Obce, ktoré sa zapojili do dotazníkového prieskumu, hodnotili prepojenie projektu s ich reálnymi potrebami 4,05 bodmi z maximálneho počtu 5 bodov³¹. Určitá rezervovanosť vo vyjadrení vyššieho hodnotenia sa týkala najmä nenaplnených očakávaní v súvislosti s poskytovaním konkrétnych sociálnych služieb, najmä opatrovateľskej služby, prepravej služby a denného stacionáru. Situáciu vyjadrujú tvrdenia ako „s projektom sme boli spokojní, ale potrebovali by sme, aby bolo viac služieb, ako opatrovateľská služba alebo denný stacionár“, alebo „nedostatkom bolo, že CISZS neposkytovalo aj prepravnú službu“.

Projekt RDS BBSK však presahuje rámec priameho poskytovania konkrétnych sociálnych služieb. Jeho pridaná hodnota spočíva v nastavovaní, koordinácii a prepájaní miestneho systému dlhodobej starostlivosti, nie nutne v poskytovaní služieb³². Projekt vytvoril a v praxi overil model, v rámci ktorého sa výkon úloh miestnej samosprávy v téme sociálnych služieb posúva z úrovne miestnej samosprávy na úroveň mikroregiónu, pričom miestnu

³¹ 5 bodov v realizovanom hodnotení vyjadrovalo najvyššiu mieru spokojnosti.

³² Napriek tomu, že dlhodobým cieľom je, aby CISZS boli aj poskytovateľmi konkrétnych sociálnych služieb, poskytovanie služieb nebolo predmetom projektu RDS BBSK.

samosprávu nezbavuje zodpovednosti za výkon týchto úloh. Takýto posun síce nebol vylúčený ani pred realizáciou projektu RDS BBSK (mohol byť realizovaný napr. prostredníctvom spoločných obecných úradov), avšak využíval sa len sporadicky³³. Hodnotený projekt predstavil mechanizmus, ktorý obce k takejto spolupráci vhodne motivuje a poskytuje im potrebnú podporu.

Podpora sa týkala inštitucionálneho, odborného a obsahového aspektu v koordinácii sociálnych služieb, pričom každý z typov podpory sa v prepojení na cieľovú skupinu potvrdil ako relevantný.

Inštitucionálna podpora spolupráce obcí sa realizovala prostredníctvom zriadenia a personálneho obsadenia CISZS. Vznik CISZS v mnohých FZO znamenal vznik vôbec prvej a jedinej inštitúcie, špecificky zameranej na podporu odkázaných osôb a ich rodín na území FZO, pričom vo väčšine zapojených obcí pracovník so špecializáciou na sociálne služby nie je prítomný, prípadne táto agenda je zastrešená len okrajovo a často bez potrebnej odbornosti. Výsledkom situácie je, že odkázané osoby a ich rodiny sa neorientujú v systéme podpory, ktorú môžu využívať, nevedia, ako majú reagovať a postupovať v krízovej situácii a v prípade, ak krízová situácia nastane, cítia sa bezradní.

Okrem toho, že vznikom CISZS zapojené obce získali odborné kapacity zamerané na sprevádzanie odkázaných osôb a ich rodín v systéme dlhodobej starostlivosti, pridanou hodnotou CISZS v porovnaní s bežnými (vo väčšine zapojených obcí však neexistujúcimi) útvarmi sociálnych služieb, ktorých aktivity sú skôr reaktívne (reagujú, keď ich osoba požiada), spočíva v ich presahu na zdravotné služby, v proaktívnom vyhľadávaní možných užívateľov služieb i v dôraze na realizáciu preventívnych a informačných aktivít.

Vyhľadávanie klientov bolo realizované prostredníctvom širokého spektra aktivít od spolupráce so starostami jednotlivých obcí cez účasť na lokálnych slávnostiach, spolupráce so záujmovými skupinami seniorov (kluby dôchodcov), farskými úradmi až po spoluprácu so sociálnymi sestrami v nemocniciach a s lekármi. Dôležitú úlohu zohrali aj informačné aktivity a samotné umiestnenie kancelárií na viditeľných, ľahko dostupných miestach spádových obcí alebo priamo v budovách zdravotníckych zariadení. Počet klientov rastie aj trvaním činností CISZS, s dlhšou prítomnosťou centra v území sa informácie prirodzene šíria, rastie dôvera a počet klientov a to všetko pomáha stabilizovať portfólio služieb a presnejšie prispôbovať ponuku konkrétnym potrebám.

Keďže každý zo zapojených FZO má inú východiskovú situáciu, nie je vhodné porovnávať absolútny počet klientov jednotlivých CISZS. Možno však konštatovať, že jednotlivé CISZS aj napriek svojej krátkej existencii (pozri tabuľka 3) dokázali zapojiť cca 5,2 %³⁴ celej

³³ Pozri napr. počet spoločných obecných úradov, ktoré zastrešujú aj agendu sociálnych služieb.

³⁴ Od 2,2 % na území FZO Filakovsko, ktoré vstúpilo do projektu ako posledné a aktivity CISZS začalo realizovať len 15. júla 2024, až po 10,6 % na území FZO Veľký Potok-Ipeľ, na území ktorého bol model CISZS aj v rámci jedného z predchádzajúcich projektov.

populácie vo veku 65+, žijúcej na území všetkých zapojených obcí.

Na základe výpovedí respondentov výskumu je tiež možné tvrdiť, že CISZS nezriedka prepájajú agendu dlhodobej starostlivosti s agendou krízovej intervencie v sociálnych službách, čím zapojeným obciam významne pomáhajú a plnia funkcie absentujúcich odborných kapacít v sociálnych službách v prostredí miestnej samosprávy.

Dopytovaní starostovia tiež opakovane a jasne oceňujú presah CISZS do zdravotnej starostlivosti a prítomnosť zdravotných sestier v tímoch CISZS, pričom v mnohých prípadoch práve zdravotnícky presah CISZS zohráva silnú dimenziu prevencie vážnych sociálnych situácií³⁵.

V súvislosti s inštitucionálnou podporou významnú úlohu zohrala aj finančná pomoc určená na pokrytie celkovej ceny práce personálneho obsadenia jednotlivých CISZS. Patrila medzi významné motivačné faktory pri rozhodovaní o záujme sa do projektu zapojiť a až 93,7 % respondentov dotazníkového prieskumu túto formu pomoci označilo za najdôležitejšiu.

Každé CISZS bolo obsadené tromi odbornými pozíciami: i) Sociálny pracovník/Sociálny poradca/Inštruktor sociálnej rehabilitácie; ii) Koordinátor podpory zdravia a iii) Koordinátor CISZS, pričom jednotlivé pozície (okrem pozície koordinátora) bolo možné rozdeliť na viaceré čiastočné úväzky. Vzhľadom na skúsenosti z iných projektov sa viaceré FZO obávali, či budú schopné uvedené pozície obsadiť, avšak napriek konkurencii iných projektov realizovaných v téme sociálnej pomoci³⁶ v rovnakom čase hodnotili dopytovaní zástupcovia FZO proces výberu zamestnancov individuálne ako prekvapivo bezproblémový, s adekvátnym počtom uchádzačov, a to aj napriek definovaným kvalifikačným predpokladom³⁷ a limitovaným platovým podmienkam, ktoré boli nižšie ako v prípade viacerých iných projektov financovaných z európskych zdrojov. Personálne obsadenie CISZS možno na základe výsledkov dotazníkového prieskumu aj kvalitatívneho výskumu považovať za silnú stránku realizovaného projektu, ktorá významne prispela k úspešnému predstaveniu a rozpoznaní CISZS na miestnej úrovni. Z možných 5 bodov sa miera odbornosti zamestnankýň Centra integrovanej sociálno-zdravotnej starostlivosti hodnotila na úrovni 4,65 bodu, rovnako ako ich osobný prístup a motivácia pri práci s klientmi.

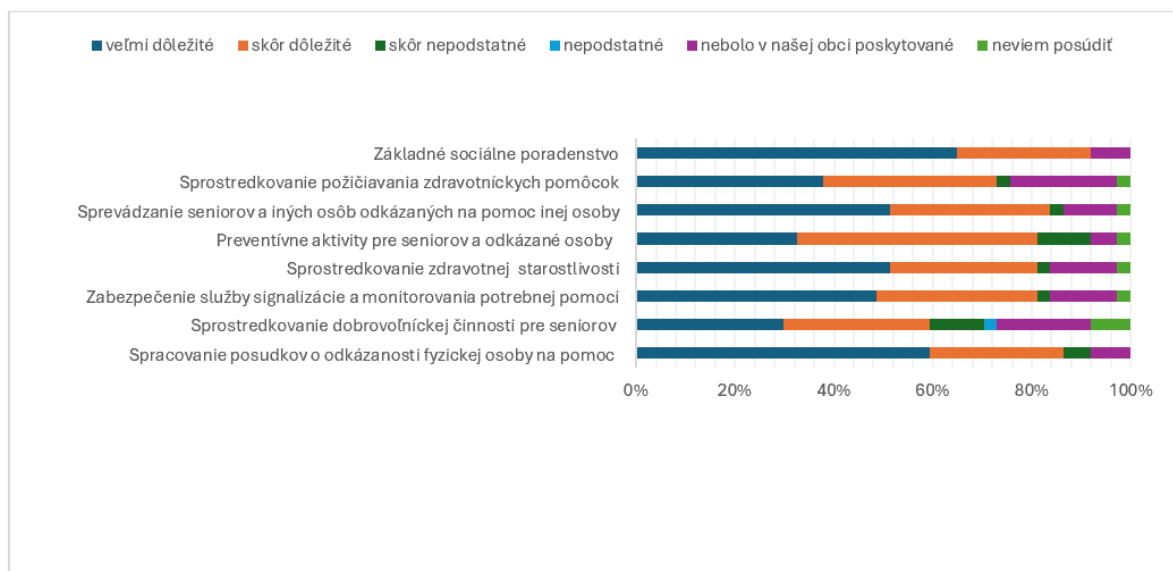
Činnosť jednotlivých CISZS vzhľadom na miestne špecifiká čiastočne variuje, vo všetkých prípadoch však zahŕňa poskytovanie základného sociálneho poradenstva (často prekračujúceho témy dlhodobej starostlivosti alebo seniorov), sprostredkovanie rôznych typov sociálnych služieb (vrátane monitorovacích a signalizačných zariadení), sprevádzanie osamelých seniorov (v zdravotníckych zariadeniach alebo na úradoch), sprostredkovanie

³⁵ Často sa uvádzali príklady, kedy sa zdravotným pracovníckam podarilo zlepšiť disciplínu v užívaní liekov, prípadne odkázanej osobe pomôcť pri zabezpečovaní zdravotnej starostlivosti.

³⁶ Projekty ako terénna sociálna práca, komunitné centrá, projekty realizované na miestnych úradoch práce a podobne.

³⁷ V prípade sociálneho pracovníka/sociálneho poradcu/inštruktora sociálnej rehabilitácie sa vyžadovalo VŠ vzdelanie 2. stupňa v odbore sociálna práca; v prípade koordinátora podpory zdravia sa vyžadovalo zdravotnícke vzdelanie na úrovni strednej školy a v prípade koordinátora CISZS sa vyžadovalo VŠ vzdelanie 1. stupňa.

lekárskej starostlivosti a poskytovanie informácií pre seniorov. Viaceré CISZS vystupujú aj ako poskytovatelia konkrétnych služieb, napr. CISZS Pri Slanej a Horehron³⁸ poskytujú opatrovateľskú službu, CISZS Kremnicko a Novohradské podzámčie realizujú požičovňu pomôcok. Posúdenie dôležitosti jednotlivých typov služieb poskytovaných všetkými CISZS bez rozdielu zo strany starostov obcí je uvedené v grafe nižšie.



Graf 19 Posúdenie relevantnosti jednotlivých typov služieb poskytovaných CISZS

Odborná pomoc bola zabezpečovaná prostredníctvom metodicko-koordinačného centra (ďalej ako MKC), ktoré bolo zriadené ako súčasť³⁹ Odboru sociálnych vecí a sociálnych politik BBSK s kapacitou šesť pracovníkov⁴⁰. Odborná pomoc bola realizovaná smerom od MKC k jednotlivým FZO a predstavovala silný a esenciálny element projektu RDS BBSK, čo potvrdilo aj 97 % respondentov dotazníkového prieskumu⁴¹.

Identifikovaným problémom miestnej samosprávy v téme sociálnych služieb je okrem nedostatku finančných zdrojov aj nedostatok odborných kapacít. Projekt sa snažil tento problém reflektovať a v rámci svojich možností prekonať. Okrem pravidelnej komunikácie so zapojenými samosprávami a FZO, pomoci pri zakladaní CISZS, výberu zamestnancov CISZS sa MKC sústreďovalo aj na realizáciu vzdelávacích podujatí pre zamestnancov CISZS. Stanovenie obsahu, tém, ale i foriem vzdelávania bolo výsledkom konzultácie so zamestnancami CISZS, vďaka čomu témy vzdelávania reflektovali požiadavky a potreby zamestnankýň CISZS, čo potvrdili aj vyjadrenia jednotlivých zamestnankýň CISZS.

Dopytovaní reprezentanti obcí tiež oceňovali dôraz BBSK na podporu odborných kapacít

³⁸ V tomto prípade sú poskytovateľom služby jednotlivé obce zapojené do FZO (všetky okrem jednej), CISZS však plní koordinačné úlohy, ktoré sú prepojené aj s fungovaním spoločného obecného úradu.

³⁹ V podobe Oddelenia sociálnych projektov a sociálnych politik.

⁴⁰ Analytik, metodik, garant odborných aktivít, regionálny koordinátor (2 úväzky) a koordinátor pre komunitné plánovanie.

⁴¹ Úplný alebo čiastočný súhlas s tvrdením „Odborná podpora a partnerstvo s VÚC boli pre úspešnú realizáciu projektu kľúčové“, pozri graf 19

zamestnankýň CISZS, z externého pohľadu by však ocenili výraznejšie postavenie CISZS voči zdravotníckym zariadeniam a lekárom, preto v niekoľkých prípadoch navrhovali posilnenie kapacít v téme komunikácie s lekármi. Na základe zistení je však možné predpokladať, že v tomto prípade nejde o posilnenie odborných kapacít ako skôr o posilnenie zručností, ktorých uplatnenie v tomto špecifickom prípade ovplyvňuje aj silné postavenie lekárov v spoločenskej hierarchii, čo vzájomnú komunikáciu medzi lekármi a pracovníčkami CISZS často ovplyvňuje. Viacerí z dopytovaných zástupcov miestnej samosprávy tiež očakávali intenzívnejšie vzdelávanie v oblasti nových legislatívnych zmien, výraznú väčšinu odpovedí však môže ilustrovať vyjadrenie: „Zamestnankyne centra sú školené, sú profesionálne a majú ľudský prístup k riešeniu všetkých problémov,“ alebo „V podstate to ide dobrým smerom, len to udržať na terajšej úrovni.“

V rámci odbornej pomoci adresovanej zamestnankyniam CISZS sa vo forme pravidelných stretnutí realizovala aj skupinová supervízia, ktorá bola vnímaná nie len ako nástroj podpory odborných kapacít, ale aj ako nástroj prevencie pred vyhorením.

Nemenej dôležitou bola aj **pomoc zameraná na tvorbu obsahu** dlhodobej starostlivosti, ale aj ďalších typov sociálnych služieb poskytovaných na úrovni FZO, pretože dôležitou aktivitou projektu bola aj asistencia pri tvorbe a vypracovaní komunitných plánov sociálnych služieb.

Miestna samospráva má zo zákona povinnosť vypracovať a schváliť komunitný plán sociálnych služieb. Tento plán určuje priority a rámec poskytovania služieb na miestnej úrovni a jeho plnenie by malo byť pravidelne monitorované. Aj preto by mal mať rovnaký status ako ostatné strategické dokumenty samosprávy. Prax však naznačuje, že v mnohých obciach a mestách sa komunitný plán vypracúva skôr formálne, bez znalosti územia a potrieb a bez reálneho zapojenia dotknutých skupín, čo oslabuje jeho váhu aj implementačný dosah.

MKC zohralo pri príprave komunitných plánov sociálnych služieb v zapojených FZO kľúčovú úlohu. Celý proces koordinovalo, metodicky viedlo tvorbu dokumentov i participáciu všetkých dotknutých skupín vrátane obyvateľov. Plánovanie zároveň posunulo na mikroregionálnu úroveň, čo zapojeným obciam prinieslo priestor efektívnejšie zdieľať a využívať finančné aj personálne zdroje. Dôraz sa kládol na rovnomerné zapojenie všetkých obcí v každom FZO.

Z pohľadu zapojených samospráv projekt možno považovať za vysoko relevantný, pričom 78 % respondentov dotazníkového prieskumu jednoznačne súhlasí a ďalších 19 % sa prikláňa k súhlasu s tvrdením, že „Projekt RDS BBSK preukázal jednoznačný prínos pre obce pri výkone ich kompetencií v oblasti sociálnych služieb“ (pozri graf 19) a 94,6 % respondentov dotazníkového prieskumu potvrdilo, že do projektu by sa určite zapojili opäť.

Projekt možno považovať za vysoko relevantný aj z pohľadu strategických dokumentov prijatých na národnej alebo regionálnej úrovni (pozri kapitola 1). Konkrétne, projekt

nadväzuje na obsah Stratégie dlhodobej starostlivosti SR, koncepciu rozvoja sociálnych služieb v BBSK a tiež v nemalej miere podporuje obsah komponentu¹³ – Dostupná a kvalitná dlhodobá sociálno-zdravotná starostlivosť – Plánu obnovy a odolnosti SR.

Okrem súladu s formálnymi dokumentami možno relevantnosť projektu vnímať aj v kontexte konceptu chudoby starostlivosti, ktorý je ako teoretický rámec uvedený v prvej kapitole. Koncept chudoby starostlivosti upozorňuje na previazanosť formálnej a neformálnej starostlivosti, pričom výpadok jedného typu (napr. rodina) nemusí byť nahraditeľný druhým (služby) – a naopak. Okrem formálnej starostlivosti zabezpečovanej prostredníctvom sociálnych služieb (bez ohľadu na formu ich poskytovania) rovnako silnú pozornosť je potrebné venovať aj systému neformálnej starostlivosti, podpore mentálneho zdravia a odborných kapacít neformálnych opatrovateľov, na ktorých pomoc sa systém dlhodobej starostlivosti vo veľkej miere spolieha. Napriek tomu, že CISZS sa skupine neformálnych opatrovateľov špecificky nevenovali, projekt možno vnímať ako vysoko relevantný aj z pohľadu neformálnych opatrovateľov a ich podpory. CISZS svojou prítomnosťou zvyšujú hustotu podporných a odborných služieb v téme dlhodobej starostlivosti, pričom výskum naznačuje (Durand et al., 2025), že vedomie prítomnosti podporných sietí je pre mentálne zdravie neformálnych opatrovateľov veľmi dôležité.

Účinnosť projektu

V súvislosti s aspektom účinnosti projektu je posudzovaný technický rozmer projektu ako rozsah realizovaných aktivít, miera naplnenia jednotlivých cieľov projektu a vhodnosť procesov prijatých za účelom naplnenia cieľov.

V zjednodušenom vyjadrení je možné konštatovať, že aktivity projektu boli realizované v plánovanom rozsahu, stanovené indikátory boli naplnené v plnej miere a rovnako ako ciele projektu a podaktivít projektu.

Z hľadiska naplnenia cieľov projektu však zostáva diskutabilným realizácia čiastkového cieľa uvedeného v súvislosti s podaktivitou 1.1., ktorý uvádza, že CISZS „budú poskytovať terénnu formu dlhodobej starostlivosti na komunitnej úrovni“. Vzhľadom na realizované rozhovory je možné konštatovať, že veľká časť opýtaných ak nie priamo očakávala, tak minimálne dúfala, že CISZS budú pôsobiť aj ako registrovaní poskytovatelia vybraných sociálnych služieb (najmä terénnej opatrovateľskej služby a požičovne pomôcok, prípadne prepravnej služby či denného stacionára). Podobné očakávania indikujú aj výsledky dotazníkového prieskumu, v ktorom respondenti často uvádzali potrebu priameho poskytovania služieb. Registráciu a poskytovanie niekto z „odkázanostných“ sociálnych služieb poskytovanej terénnou alebo ambulantnou formou sa počas realizácie projektu síce

podarilo iba v prípade niektorých CISZS⁴², no všetky realizovali terénne aktivity, ktoré zlepšovali dlhodobú starostlivosť na komunitnej úrovni. Cieľ je preto možné považovať za naplnený a je preukázateľný počtom uskutočnených intervencií aj napriek tomu, že nie všetky CISZS vystupovali ako registrovaní poskytovatelia konkrétnej sociálnej služby.

Z hľadiska dokazovania zostáva problematickým čiastkový cieľ uvedený v súvislosti s podaktivitou 1.2, formulovaný ako „Zabránenie/oddialenie inštitucionálnej starostlivosti s dôrazom na poskytovanie domácej starostlivosti a vyhovieť preferenciám starších ľudí a odkázaných občanov na sociálnu pomoc zostať čo najdlhšie v domácom prostredí“. Tu nebol identifikovaný žiaden zdroj exaktných dôkazov, ktoré by naplnenie tohoto cieľa dokazovali, prípadne kvantifikovali. Je možné sa opierať o viac vyjadrení anekdotického charakteru, ktoré hovoria, že intervencia CISZS, vďaka ktorej boli expresne zabezpečené napr. potrebné pomôcky (polohovateľná posteľ) dopomohla k tomu, aby človek zostal v domácom prostredí dlhšie. Vplyv projektu a CISZS na rozhodnutia odkázaných osôb a ich rodín v súvislosti s preferenciou pobytových foriem sociálnych služieb však môžeme viac predpokladať ako exaktne demonštrovať prostredníctvom konkrétnych a merateľných ukazovateľov. Nejednoznačné postoje voči naplneniu tohto cieľa vyjadrili aj respondenti dotazníkového prieskumu, z ktorých len jedna tretina jednoznačne súhlasila s tvrdením: „Projekt prispel k zníženiu tlaku na pobytové zariadenia,“ zatiaľ čo približne 20 % respondentov sa priklonilo k nesúhlasu s týmto tvrdením (pozri graf 19).

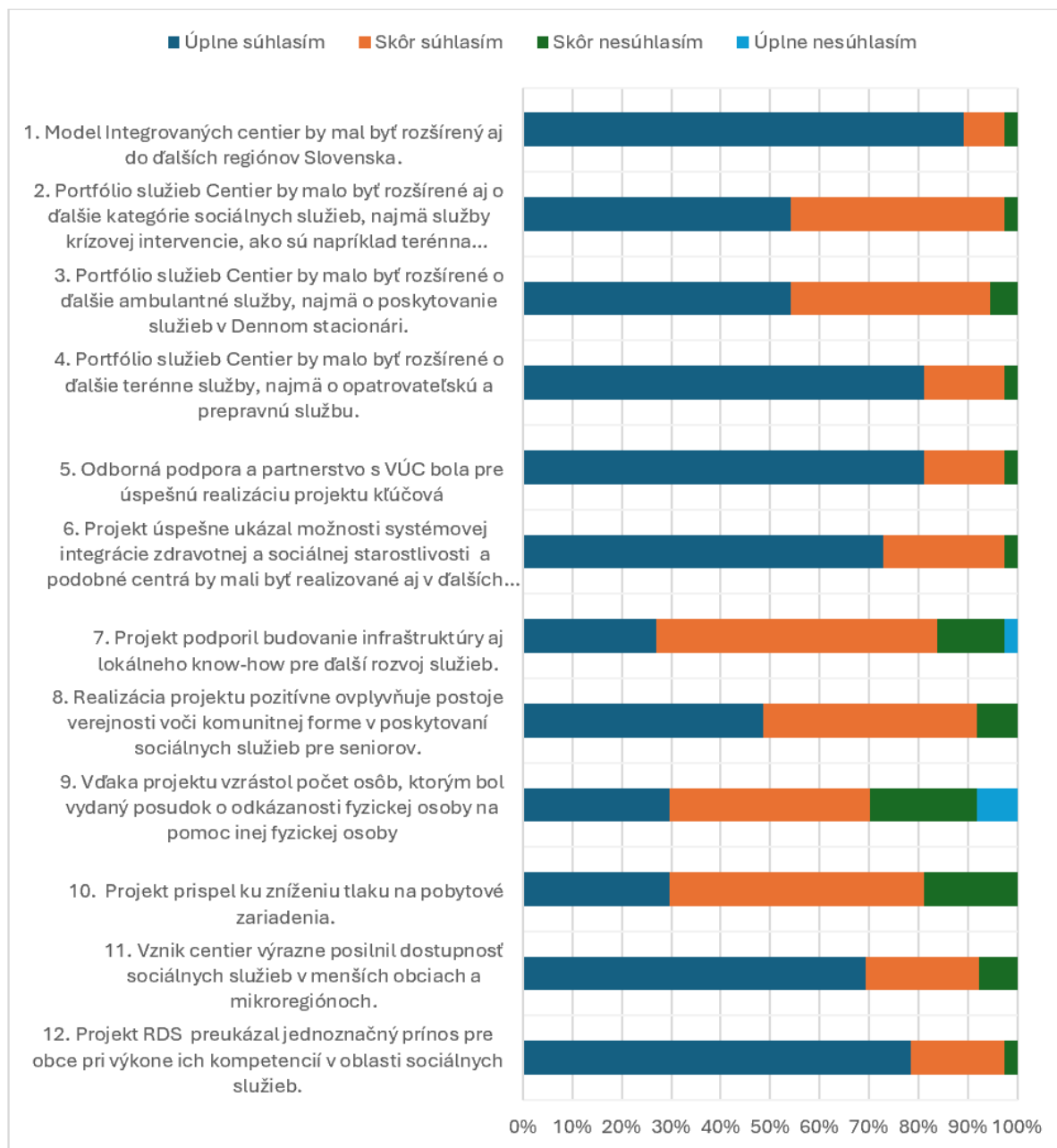
Na druhej strane, výsledky kvalitatívneho výskumu ukazujú, že CISZS výrazne spoluvytvárajú podporné prostredie, ktoré môže ovplyvniť rozhodovanie o využití pobytovej sociálnej služby, a vnímanie intenzity podporného prostredia je neoddeliteľnou súčasťou tohto procesu.

Podľa vyjadrení pracovníčok CISZS je jednou z najvýraznejších prekážok zotrvania človeka vo vyššom stupni odkázanosti v domácom prostredí nevyhovujúce fyzické prostredie domácnosti a nedostatok potrebných zdravotných pomôcok. Pracovníčky CISZS sa domnievajú, že flexibilnejšia podpora úprav bývania a zabezpečenia pomôcok by zvýšila mieru zotrvania v prirodzenom prostredí. Z ich skúseností vyplýva, že voľba pobytovej sociálnej služby nie je najčastejšie prvou voľbou, prichádza až po vyčerpaní iných riešení, pričom fyzické prostredie domácnosti patrí medzi kľúčové determinanty rozhodovania.

Dôležitá je aj dostupnosť podpory starostlivosti o domácnosť, dom a záhradu. Veľká skupina ľudí v zapojených FZO žije v rodinných domoch, zabezpečenie napríklad vykurovania, ktoré je často zabezpečované tuhým palivom, ako i príprava paliva je pre mnohých silným argumentom pri rozhodovaní sa pre pobytovú službu. V mnohých obciach (najmä v najmenších) tieto služby zabezpečuje obec, najmä účastníci programu aktivácie prostredníctvom prác pre obec, alebo prostredníctvom neformálnej ekonomiky. Počas

⁴² V súvislosti s registráciou novej služby hovoríme o Novohradskom podzámčí a Kremnicku, v súvislosti s poskytovaním je možné spomenúť región Pri Slanej a Novohradské podzámčie.

terénneho výskumu sa nepodarilo identifikovať obec, kde je táto pomoc realizovaná prostredníctvom registrovaného sociálneho podniku.



Graf 20 Vnímanie projektu z pohľadu zapojených samospráv
Zdroj: dotazníkový prieskum medzi zástupcami zapojených obcí

V rámci dotazníkového prieskumu mali respondenti možnosť prikloniť sa k jednému z troch vyjadrení, ktoré najlepšie vyjadruje ich skúsenosť s realizáciou projektu. 56,8 % z nich sa priklonilo k vyjadreniu, „Naša obec nemá reálne kapacity zabezpečovať služby pre seniorov a vďaka projektu sme aspoň čiastočne naplnili povinnosti, ktoré voči občanom v seniorskom veku máme“, pre ďalších 37,8 % skúsenosť s projektom charakterizovalo vyjadrenie, „Hoci bol projekt primárne zameraný na sociálne služby pre osoby v

odkázanosti, vďaka centrám sa nám podarilo zabezpečiť aj iné typy sociálnych služieb, čím centrá čiastočne nahradili chýbajúce kapacity obce v téme sociálnych služieb a sociálnej starostlivosti⁴³, z čoho je zrejmé, že projekt je v kontexte sociálnych služieb odkázanosti účinnej intervencii“.

Z hľadiska realizácie projektu bola zodpovednosť za realizáciu jednotlivých aktivít rozdelená medzi zapojenými FZO (partnermi projektu) a BBSK.

Úlohy FZO súviseli so zriadením CISZS, zabezpečenia personálnych a materiálnych kapacít potrebných pre fungovanie CISZS a účasti na tvorbe modelu dlhodobej starostlivosti poskytovanej na komunitnej úrovni, čo zahŕňalo účasť na monitorovaní aktivít alebo účasť na tvorbe komunitného plánu sociálnych služieb.

Úlohy BBSK súviseli najmä s administratívnym zabezpečením projektu, pričom BBSK jednotlivým FZO poskytovala finančné prostriedky získané vďaka podpore ESF+ a určené na personálne zabezpečenie činnosti CISZS a materiálno-technické vybavenie CISZS. BBSK tiež prostredníctvom MKC zabezpečovalo metodickú podporu pri zriadení a fungovaní CISZS a plánovaní rozvoja sociálnych služieb na mikroregionálnej úrovni.

Napriek tomu, že spolupráca BBSK a FZO bola zo strany respondentov dotazníkového zisťovania hodnotená štyrmi z maximálne päť bodov, slovné vyjadrenia boli vždy podporné a často sa opakovala vďačnosť a vysoká miera rešpektu voči pracovníkom MKC na BBSK. Osobné nastavenie a nasadenie pracovníkov MKC BBSK sa zo strany veľkej časti respondentov považovalo za kľúčový faktor, vďaka ktorému realizácia projektu prebiehala maximálne plynulo a bezproblémovo.

Viacerí respondenti kvalitatívneho výskumu tiež priznali, že poučení z realizácie iných projektov vstupovali do účasti v projekte RDS BBSK s obavami, ktoré však boli rýchlo rozptýlené. Určitú mieru rezervovanosti zo strany obcí pociťovali aj pracovníci BBSK, ktorí chápali, že skúsenosti jednotlivých obcí s realizáciou projektov financovaných z prostriedkov európskych štrukturálnych fondov nie sú vždy len pozitívne. Po počiatočnom období, pre ktoré bola charakteristická určitá miera opatrnosti zo strany obcí, sa BBSK podarilo obce presvedčiť o svojej odbornej i kapacitnej pripravenosti na realizáciu projektu a vzťah BBSK a FZO bol naplnený vzájomnou dôverou a spoločnou snahou zlepšiť dostupnosť dlhodobej starostlivosti na miestnej úrovni. Zástupcovia niektorých FZO počas realizovaných rozhovorov dokonca avizovali, že na základe ich skúsenosti s realizáciou projektu už aj ďalšie obce vyjadrili záujem sa do FZO zapojiť a pripojiť sa k skupine obcí, ktoré spoločne koordinujú výkon sociálnych služieb na svojom území.

Zapojené obce tiež výrazne oceňovali administratívno-organizačné nastavenie projektu, v

⁴³ Zvyšných 5 % sa priklonilo k vyjadreniu, „Vďaka projektu sme sa lepšie zorientovali v povinnostiach, ktoré ako obec máme voči občanom v seniorskom veku a realizované služby sa budeme snažiť poskytovať/zabezpečovať aj nezávisle od pokračovania projektu.“

ktorom BBSK pôsobilo ako prostredník medzi administrátorom pomoci ESF+, teda MPSVaR SR a užívateľmi pomoci, teda FZO. Model, v ktorom VÚC zohráva úlohu prostredníka a zároveň poskytuje metodickú podporu, respondenti kvalitatívneho výskumu hodnotili ako vhodný. Viacerí však upozornili, že skúsenosť v iných VÚC sa môže líšiť, keďže k pozitívnemu výsledku v BBSK významne prispel prístup a nasadenie miestneho projektového tímu.

Realizáciu projektu v zmysle projektového manažmentu i napĺňania cieľov projektu a realizácie odborných aktivít respondenti z prostredia miestnej samosprávy hodnotili ako plynulú a bezproblémovú, reakcie je možné ilustrovať vyjadrením zástupcu jedného z FZO: „Centrum funguje tak dobre, že takmer ani nevieme, že je – funguje výborne a všetko ide hladko,“ alebo „Veľmi dobrý projekt, ktorý priniesol posun do obcí v oblasti soc. a zdravotnej starostlivosti,“ prípadne „Ďakujem v menej obce Tr... za túto možnosť, že sme mohli byť zapojení do tohto projektu, bol našim občanom veľmi nápomocný a veríme, že ostane táto možnosť aj naďalej.“

Vplyv projektu

S súvislosti s aspektom vplyvu sa posudzuje rozsah zmeny, ku ktorej došlo vďaka realizácii projektu. V úvodnej fáze projektu je vhodné určiť hodnoty, ktoré je možné považovať za minimálnu akceptovateľnú hranicu zmeny⁴⁴. Keďže neboli explicitne určené, vplyv sa hodnotí na základe predpokladaných očakávaní. Pri posudzovaní vplyvu hodnoteného projektu je tiež potrebné zohľadňovať trvanie projektu, ktoré je z pohľadu dosahovania zmeny pomerne krátke, čo v súvislosti s posudzovaním vplyvu predstavuje obmedzujúci faktor.

Vzhľadom na obsah projektovej dokumentácie, aktivít projektu a realizovaného kvalitatívneho výskumu sú vplyvy projektu posudzované z aspektu štyroch základných kontextov.

Prvým je vplyv na miestnu samosprávu a jej postoje k plneniu povinností v oblasti sociálnych služieb. Druhým je zmena postojov odkázaných osôb a ich rodín voči využívaniu konkrétnych typov sociálnych služieb. Tretím je posun smerom k prepájaniu sociálnej a zdravotnej zložky dlhodobej starostlivosti a štvrtým je vplyv projektu na formovanie národných politík. Možných kontextov, v rámci ktorých je možné vplyvy projektu vnímať, je nepochybne viac, uvedené štyri boli identifikované ako najviac viditeľné a najčastejšie komunikované.

1. Miestna samospráva a jej postoje voči plneniu si povinností v oblasti sociálnych služieb

Text predchádzajúcich kapitol sa opakovane vracia ku konštatovaniam týkajúcich sa

⁴⁴ Tzv. MAES – Minimum Acceptable Effect Size.

limitovanej kapacity miestnej samosprávy v plnení si povinností voči sociálnym službám poskytovaných na komunitnej úrovni. V prípade mnohých je neplnenie si týchto povinností výsledkom objektívnych dôvodov a nevhodne nastavených kompetencií/modelu financovania (pozri kapitola 1). Nevhodnosť externého prostredia však miestne samosprávy nezbavuje zodpovednosti a neospravedlňuje fakt, že občania mnohých obcí vďaka nečinnosti miestnej samosprávy nemajú k službám prístup.

Mnohé samosprávy si situáciu uvedomujú, nevedia ju však riešiť a nemajú kapacitu iniciovať inovatívne riešenia. Podľa viacerých tvrdení z prostredia miestnej samosprávy ponúkol projekt RDS BBSK zapojeným samosprávam hotové riešenie, prostredníctvom ktorého vedia aspoň čiastočne naplňať povinnosti, ktoré v téme sociálnych služieb majú. Okrem zriadenia CISZS a poskytovania nového typu služby projekt ponúka podľa vyjadrení viacerých starostov obciam aj možnosť získať znalosti v téme sociálnych služieb, ktoré na úrovni miestnej samosprávy často chýbajú. Ako konštatoval jeden z respondentov, „sociálne služby sú jednou z mnohých kompetencií a možno by som nemal, ale musím priznať, že niekedy je ťažké sa pre mňa orientovať. Vďaka BBSK a projektu som získal pocit, že je tu niekto, kto mi v tejto oblasti môže kompetentne poradiť a pomôcť. A to je pre mňa veľmi dôležité.“ Ilustratívne je tiež vyjadrenie „... vďaka CISZS sa starostlivosti o seniorov už tak veľmi nebojím...“

Z pohľadu postojov zapojených obcí voči sociálnym službám mala osobitnú hodnotu aj skúsenosť s prípravou komunitných plánov sociálnych služieb, realizovanou participatívne za účasti dotknutých skupín. Pre viacerých starostov išlo o prvý kontakt s takouto metodikou. Proces aj výsledný dokument hodnotili ako prínosný, ktorý rozšíril znalosti o sociálnych službách a posilnil ich kompetencie v strategickom plánovaní.

Mnohí starostovia tiež konštatovali, že účasť v projekte v nich podnietila záujem o rozvoj sociálnych služieb, najmä opatrovateľskej služby. Podľa vlastných slov pred vstupom do projektu o poskytovaní služieb neuvažovali, realizácia sa im javila ako príliš riziková a vzhľadom na veľkosť obce len ťažko realizovateľná. Mikroregionálny model však identifikované riziká rozptyľuje, keďže umožňuje zdieľať kapacity, centralizovať koordináciu a vyrovnávať výkyvy dopytu, nakoľko pracuje s väčšou cieľovou skupinou.

Dôkazom pozitívneho vplyvu projektu na postoje miestnej samosprávy je aj avizovaný záujem nových obcí vstúpiť do existujúcich FZO a pripojiť sa ku zdieľanému prístupu v koordinácii služieb starostlivosti, o ktorom hovorili niektoré FZO.

Napriek tomu, že obce stále zápasia s nedostatkom finančných zdrojov, potrebných na zvýšenie dostupnosti sociálnych služieb poskytovaných na komunitnej úrovni, je jednoznačne možné konštatovať, že účasť na projekte RDS BBSK posilnila záujem a odvahu ich predstaviteľov rozvíjať služby dlhodobej starostlivosti poskytované na komunitnej úrovni.

2. Postoje odkázaných osôb a ich rodín voči konkrétnym typom sociálnych služieb

Postoj odkázaných osôb a ich rodín voči využívaniu pobytových foriem sociálnych služieb vzhľadom na limity Informačného systému sociálnych služieb (ISSS) nevieme exaktne posúdiť, pretože ISSS nevedie informáciu o predchádzajúcom pobyte užívateľa služby⁴⁵. Informáciu o predchádzajúcom trvalom pobyte užívateľa nie je možné vysledovať ani na základe finančných tokov jednotlivých poskytovateľov, pretože jednotlivé finančné zdroje sú vedené len v agregovanej forme⁴⁶. Miestne samosprávy síce majú rámcový prehľad o využívaní pobytových služieb, exaktnú informáciu majú však len málokedy⁴⁷. Nevieme teda exaktne posúdiť skutočnosť, či realizácia projektu ovplyvnila stratégie rozhodovania odkázaných občanov a ich rodín ohľadom využívania pobytových služieb a či záujem o využívanie pobytových služieb klesá. Tiež je potrebné pripomenúť, že ak by občania konkrétnych obcí aj zdroj relevantných štatistických údajov kvantifikujúcich mieru využívania pobytových služieb identifikovali, vzhľadom na nízky počet pozorovaní by boli výsledky vysoko náchylné na skreslenie.

V prípade tzv. odkázanostných sociálnych služieb poskytovaných ambulantnou alebo terénnou formou ponúka ISSS presné údaje týkajúce sa miesta poskytovania služby, prostredníctvom ktorých je možné sledovať počet užívateľov konkrétnej služby poskytovanej na území konkrétnej samosprávy. ISSS síce nehovorí o trvalom pobyte užívateľa, je však možné predpokladať, že v prípade služieb poskytovaných ambulantnou formou budú pochádzať z okruhu dojazdovej vzdialenosti a v prípade sociálnych služieb poskytovaných terénnou formou je možné predpokladať, že vo významnej väčšine pôjde o občanov danej obce.

Na základe údajov uvedených v tabuľke nižšie je možné konštatovať, že počet klientov v jednotlivých typoch sociálnych služieb poskytovaných na komunitnej úrovni takmer vo všetkých zapojených FZO stúpa, čo je v rozpore s celoslovenským trendom (pozri kapitolu 1). V absolútnom počte užívateľov služieb ide síce len o mierny nárast, ale aj ten môže indikovať príklon ku službám poskytovaných ambulantnou alebo terénnou formou.

⁴⁵ To znamená, že na centrálnej úrovni nevieme zistiť, z ktorých obcí užívatelia konkrétnych pobytových zariadení pochádzajú.

⁴⁶ Očakávalo sa, že v prípade neverejných pobytových služieb pre seniorov bude možné trvalý pobyt získať na základe príspevku od obce, finančné zdroje však nie sú v ISSS vedené v dostatočnej granularite a je možné zistiť len agregovanú sumu platby zo všetkých miestnych samospráv pre konkrétneho poskytovateľa.

⁴⁷ Miestne samosprávy by informáciu síce mohli mať na základe vydaného posudku o odkázanosti, v konečnom dôsledku však služba nemusí byť využitá. Navyše, v prípade, ak sú občania obce umiestnení v zariadeniach prevádzkovaných verejnými poskytovateľmi, miestna samospráva o tomto fakte nemusí vedieť. V prípade neverejných poskytovateľov by miestna samospráva mala na službu finančne prispievať, o využívaní by sa teda mala dozvedieť.

	Celkový súčet sociálnych služieb poskytovaných ambulantnou formou			Opatrovateľská služba		
Názov mikroregiónu	2022	2023	2024	2022	2023	2024
Filakovsko	0	4	9	28	35	40
Mikroregión Horehron	13	16	17	131	142	149
Mikroregión Kremnicko a okolie	9	10	11	24	27	39
Mikroregión Nová Baňa	20	21	23	2	1	1
Mikroregión Novohradské podzámčie – združenie obcí	0	0	0	8	8	10
Mikroregión pri Slanej	15	15	15	41	71	79
Rimava-Rimavica	3	3	3	2	3	2
Združenie obcí mikroregiónu Pliešovská kotlina	0	0	0	0	0	0
Združenie obcí Veľký potok-Ipeľ	19	21	26	16	11	20
Združenie pre rozvoj Banskej Štiavnice a okolia Región Sitno	0	0	0	13	5	5

Tabuľka 9 Počet užívateľov vybraných služieb poskytovaných ambulantnou formou a opatrovateľskej služby v medziročnom porovnaní

Mierne stúpajúci posun smerom k ambulantným a terénnym formám poskytovania služieb potvrdzujú aj zistenia kvalitatívneho výskumu, v rámci ktorého respondenti jednoznačne tvrdili, že pobytová služba obyčajne nie je prvou voľbou a prichádza, až keď sa všetky ostatné vyčerpali.

Ambulantné a terénne formy sociálnych služieb v odkázanosti sú rodinnými príslušníkmi vítané a žiadané. Obmedzením je však výška platieb za využívanie jednotlivých služieb (platí to aj v prípade pobytových služieb). V zmysle aktuálne platnej legislatívy by mali byť sociálne služby spolufinancované aj zo strany odkázanej osoby a/alebo jej rodiny. K cenotvorbe je potrebné pristupovať veľmi citlivo, pretože cena za službu často určuje mieru záujmu o jej využívanie. Podľa skúsenosti jednotlivých zamestnankýň CISZS sa v prípade opatrovateľskej služby akceptuje príspevok vo výške 1,2 – 1,5 eur za hodinu, v prípade, keď príspevok zvýšili na 2 eurá za hodinu, záujem o službu klesol. Išlo však o individuálnu skúsenosť, ktorá môže byť aktuálna iba v konkrétnom prostredí.

Paralelnou aktivitou projektu RDS BBSK je aj sprostredkovanie monitorovania a signalizácie potreby pomoci. Napriek tomu, že aktivita nie je formálne súčasťou projektu RDS BBSK, sprostredkovanie monitorovania a signalizácie potreby pomoci je komplementárnou aktivitou, ktorá je zabezpečovaná vďaka finančných zdrojov BBSK. Ide o sociálnu službu, ktorá je pre mnohé lokality nová a jej využívanie sa v porovnaní s inými službami stretáva s vysokou mierou nedôvery a podozrievania (vyjadrenia typu: „Budú nás značkovať“ a podobne). Jej plnohodnotné uplatnenie a využitie je tiež podmienené dobrým internetovým signálom, ktorý nie je vo všetkých obciach zapojených do projektu stále samozrejmosťou. Napriek uvedeným prekážkam k 30. júnu 2025 využívalo signalizačné zariadenie vo forme inteligentných hodínok, v ktorých je zabudované SOS tlačidlo, 189

seniorov, čo tiež predstavuje veľký posun k využívaniu služby, ktorá môže predĺžiť zotrvanie odkázanej osoby v domácom prostredí.

Zistenia terénneho výskumu tiež naznačujú, že záujem o konkrétne služby je významne ovplyvňovaný aj tlakom zo strany rodiny, ktorá sa snaží svojmu seniorovi zabezpečiť konkrétny typ sociálnej služby poskytovanej na komunitnej úrovni aj napriek tomu, že samotní seniori sa využívaniu služby často bránia. Obyčajne ide o tlak detí, ktoré žijú vzdialené od svojich rodičov a za služby aj platia.

Vzhľadom na limity dostupných dát síce nevieme exaktne demonštrovať trendy v súvislosti so záujmom odkázaných osôb a ich rodín o využívanie sociálnych služieb poskytovaných pobytovou formou, na základe uvedených dát je však možné ilustrovať nárast vo využívaní sociálnych služieb poskytovaných ambulantnou a terénnou formou, ako aj o sociálnu službu „monitorovanie a signalizácia potreby pomoci“.

Záujem o využívanie iných ako pobytových služieb je však vo veľkej miere determinovaný aktuálnou ponukou a cenou.

3. Prepájanie sociálnej a zdravotnej zložky v dlhodobej starostlivosti

Dôležitým aspektom projektu RDS BBSK bol dôraz na prepájanie sociálnych a zdravotných služieb v systéme dlhodobej starostlivosti, vďaka čomu je odkázanej osobe možné poskytnúť komplexnejší balík služieb. Prítomnosť zdravotnej zložky v realizovanom modeli bola pre mnohé lokality nová a bola významne oceňovaná.

Zavedenie systému integrovanej sociálno-zdravotnej starostlivosti síce patrí medzi národné priority v rozvoji sociálnych služieb na roky 2021 – 2030 (MPSVaR, 2021), na národnej úrovni však stále nie je etablovaný. Je preto ťažké ho realizovať na lokálnej úrovni. Napriek tomu v rámci projektu RDS BBSK bolo realizované spektrum aktivít, ktoré možno vnímať ako vytváranie podmienok pre lepšie prepájanie služieb. Boli realizované voči odkázaným osobám a ich rodinám, ako i voči zdravotníckym zariadeniam. Spreádzanie osamelých seniorov na zdravotné vyšetrenia, zabezpečovanie termínov zdravotných vyšetrení, pomoc pri dávkovaní liekov, komunikácia so sociálnymi sestrami a zdravotníckymi zariadeniami pri prepúšťaní osamelých seniorov zo zdravotníckeho zariadenia do domácej starostlivosti sú len niekoľkými príkladmi aktivít, ktoré pracovníčky CISZS realizovali za účelom lepšieho prepojenia zdravotníckeho a sociálneho systému.

Identifikovanou prekážkou pre lepšie zabezpečovanie služieb je absencia prepravnej služby, ktorá chýba v mnohých lokalitách. Pracovníčky CISZS síce majú k dispozícii služobné automobily alebo im je preplácané používanie súkromných vozidiel, z bezpečnostných dôvodov však užívateľov služby neprevážajú a je potrebné im zabezpečiť iný typ dopravy, čo nie vždy je jednoduché.

Napriek tomu, že prítomnosť prepájania zdravotnej a sociálnej zložky starostlivosti mnohí vnímajú veľmi pozitívne, boli identifikované aj negatívne reakcie. Najčastejšie vychádzali

z neochoty meniť zaužívané postupy. Išlo napríklad o reakcie obvodných lekárov, ktorým vďaka intervencii CISZS v téme informovanosti a prevencie vzrástol záujem o výkon preventívnych prehliadok, čo zintenzívňovalo ich pracovný nápor. Takéto reakcie boli síce skôr ojedinelé, ich prítomnosť však upozorňuje na nutnosť realizovať informačné aktivity o potrebe prepájania sociálno-zdravotnej starostlivosti aj v komunite obvodných lekárov.

V prostredí viacerých zo zapojených FZO ide vôbec o prvú skúsenosť s prepájaním sociálnej a zdravotnej starostlivosti a je možné ju vnímať ako základ potrebný pre realizáciu ďalších aktivít v rámci prípravy a ďalšieho zavádzanie systému integrovanej sociálno-zdravotnej starostlivosti.

Aktivity CISZS sa vo veľkej miere sústreďovali aj na podporu socializácie a udržiavanie sociálneho kontaktu seniorov. Síce prvoplánovo nezapadajú do predstavy o prepájaní sociálnych a zdravotných služieb, kvalita a intenzita sociálneho kontaktu je však dôležitým determinantom duševného zdravia jednotlivcov. Navyše, v koncepte chudoby starostlivosti predstavuje tretí kľúčový pilier, prostredníctvom ktorého sa posudzuje miera chudoby starostlivosti.

Aktivity CISZS sa výrazne zameriavali aj na socializáciu a udržiavanie sociálnych kontaktov seniorov. Hoci na prvý pohľad nejde o prepájanie sociálnych a zdravotných služieb, kvalita a intenzita sociálnych väzieb patria medzi kľúčové determinanty duševného zdravia a funkčnej samostatnosti. V koncepte chudoby starostlivosti ide o tretiu rovnocennú doménu – sociálno-emočnú (popri sebaobslužnej a praktickej), podľa ktorej sa posudzuje miera chudoby starostlivosti. Napriek významu týchto aktivít im respondenti dotazníkového zisťovania pripisovali najnižšiu mieru dôležitosti. Vo veľkej miere to môže byť podmienené najmä nepochopením významu týchto aktivít, nie ich nepodstatnosťou alebo odsudzovaním.

4. Vplyv projektu na národné politiky

Významný vplyv má projekt RDS BBSK práve na politiky a iniciatívy realizované na národnej úrovni. Viacero zamestnancov MPSVaR SR otvorene priznáva, že RDS BBSK je vnímané ako inšpirácia aj v súvislosti s pripravovanou reformou financovania sociálnych služieb, v rámci ktorej sa pracuje s modelom prepájania malých obcí do väčších celkov, schopných zabezpečovať aspoň základnú úroveň povinností, ktoré voči sociálnym službám majú.

Na základe skúsenosti s realizáciou CISZS v projekte RDS BBSK sa v kontexte reformy financovania sociálnych služieb navrhovalo financovanie novej služby zameranej na koordináciu a prepájanie existujúcich služieb.

Nemenej dôležitý je aj záujem MPSVaR SR replikovať model do ďalších regiónov, čo plánuje podporiť prostredníctvom finančnej podpory realizovanej prostredníctvom rozpočtu prioritnej osi 4 Programu Slovensko určenej pre samosprávne kraje.

Projekt teda možno vnímať ako významnú sociálnu inováciu, ktorá sa stala inšpiráciou pre

obsah politík realizovaných na národnej úrovni. Z pohľadu cyklu sociálnej inovácie možno projekt RDS BBSK vnímať ako fázu testovania, ktorá predchádza fáze škálovania (Murray et al., 2010).

Udržateľnosť projektu

Proces realizácie, výsledky i vplyv projektu vnímajú zástupcovia všetkých dopytovaných skupín pozitívne a existuje konsenzuálny súhlas o potrebe pokračovania a rozširovania jeho aktivít. Slovom predsedu Banskobystrického samosprávneho kraja Ondreja Luntnera na stretnutí so zástupcami FZO:⁴⁸ „Otázkou nie je, či pokračovať, ale ako pokračovať.“ Záujem pokračovať sa netýka len aktivít projektu RDS BBSK, teda prevádzky CISZS, ale i komplementárnej aktivity – distribúcie signalizačných a monitorovacích zariadení (signalizačných náramkov) vzhľadom na to, že s rastúcim počtom roz distribuovaných zariadení rastie ekonomická efektívnosť služby pre poskytovateľa.

V rámci dotazníkového prieskumu 54,1 % dopytovaných potvrdilo záujem pokračovať⁴⁹ v realizácii aktivít projektu v plnom rozsahu i po ukončení projektu RDS BBSK a ďalších 8,1 % v čase zisťovania uvažovala o pokračovaní, ale iba v obmedzenom rozsahu. Napriek tomu, že zvyšných 37,8 % nemalo jasnú predstavu o pokračovaní projektu, žiaden z respondentov pokračovanie aktivít a priori nezamietol.

Podmienkou pokračovania aktivít je však prítomnosť potrebných zdrojov. Približne 80 % respondentov uviedlo ako hlavný zdroj budúceho financovania aktivít príspevky členských obcí, približne 75 % respondentov uviedlo orientáciu na získavanie externých zdrojov a približne tretina účastníkov vidí príležitosť pre udržanie aktivít projektu a jeho financovania v rozšírených úlohách spoločného obecného úradu.

Obmedzenú dostupnosť finančných zdrojov respondenti prieskumu identifikovali ako hlavnú prekážku pre udržanie kontinuity v poskytovaných službách. Súvisí to aj s obmedzenými kapacitami klientov podieľať sa na financovaní poskytovaných služieb. Avšak vznikom novej registrovanej sociálnej služby inšpirovanej činnosťou CISZS a uznaním jej oprávnenosti v rámci reformovaného modelu financovania sociálnych služieb vzniká príležitosť pre vznik systémového financovania tejto služby v budúcnosti.

Momentom zaradenia a prijatia novej sociálnej služby, ktorej vznik je inšpirovaný činnosťou CISZS, do legislatívy sa významne posilňuje aj obsahová udržateľnosť projektu a jeho aktivít, ktorá popri finančnej a personálnej udržateľnosti predstavuje jeden z troch hlavných pilierov konceptu udržateľnosti. Personálnu udržateľnosť projektu nevnímajú reprezentanti zapojených FZO ako vážnu výzvu, podmienkou je však ponuka stabilných pracovnoprávných vzťahov. Ak pracovno-právne vzťahy nebudú dostatočne stabilné a budú

⁴⁸ Stretnutie realizované 23. apríla 2025 v Banskej Bystrici

⁴⁹ Znenie otázky dotazníka: „Plánuje mikroregión, v ktorom Vaša obec pôsobí, pokračovať v poskytovaní služieb zavedených v rámci projektu RDS aj po ukončení projektu?“

realizované len na krátke, časovo limitované obdobia, záujem kvalifikovaných zamestnancov o spoluprácu bude klesať. Dôkazom tohto rizika je skúsenosť iných projektov, ktorých realizácia bola časovo obmedzená, a v prípadoch, keď neexistovala reálna vyhliadka pokračovania začali kvalifikovaní zamestnanci niekoľko mesiacov pred ukončením projektov vo veľkom množstve prijímať iné pracovné ponuky.

Inou otázkou je personálna udržateľnosť konkrétnych sociálnych služieb (napríklad opatrovateľskej služby), ktoré trpia permanentným nedostatkom odborne a ľudsky pripravených personálnych kapacít. Podľa vyjadrení viacerých respondentov sú reálnou prekážkou registrácie nových sociálnych služieb alebo účasti na konkrétnych národných projektoch aj požadované kvalifikačné predpoklady odborných zamestnancov a garantov. V mnohých regiónoch nie je vždy jednoduché nájsť zamestnancov schopných naplniť kvalifikačné predpoklady. CISZS a ich odborný personál by vo vybraných prípadoch preto mohol spĺňať aj pozíciu odborného garanta nových služieb. CISZS teda okrem vlastnej personálnej udržateľnosti ponúkajú príležitosť pre posilnenie personálnych kapacít (v pozícii odborného garanta) ďalších služieb, ktorých prítomnosť môže efektívne doplniť mapu a hustotu služieb poskytovaných na komunitnej úrovni.

ZÁVERY A ODPORÚČANIA

Projekt Rozvoj dlhodobej starostlivosti poskytovanej na komunitnej úrovni v Banskobystrickom samosprávnom kraji, realizovaný vo forme národného projektu, upozorňuje na možnosti samosprávnych krajov pri mobilizácii nových prístupov v podpore malých obcí v plnení si povinností v téme sociálnych služieb. Projekt ponúka jednoduchý, zato efektívny nástroj podpory, ktorý v plnej miere reflektuje aktuálne diskutované trendy v realizácii dlhodobej starostlivosti, rovnako ako špecifiká miestneho kontextu.

Aktivity projektu efektívne cieľia atribúty, ktorými sa vyjadruje miera tzv. chudoby starostlivosti⁵⁰ teoretického konceptu, v ktorom bolo vykonané hodnotenie projektu ukotvené. Chudoba starostlivosti sa vyjadruje nie len mierou dostupnosti formálnej starostlivosti v zmysle kvantifikácie nedostatku miest v pobytových službách alebo absenciou opatrovateľskej služby, ale aj (a najmä) mierou prepojenia medzi systémami formálnej a neformálnej starostlivosti, mierou plánovania a koordinácie starostlivosti, rozsahom bariér v prístupe ku starostlivosti, asymetriou potreby voči ponuke, intenzitou sociálno-emočnej podpory odkázanej osobe alebo podporou praktických činností – teda ukazovateľmi, na ktoré cieľil obsah projektu RDS BBSK.

Projekt RDS BBSK cielene minimalizuje štrukturálne príčiny chudoby starostlivosti zavedením centier integrovanej sociálno-zdravotnej starostlivosti (CISZS) na úrovni funkčných zoskupení obcí (FZO), čím výkon kľúčových úloh v téme dlhodobej starostlivosti presúva z individuálnej obecnej úrovne na úroveň FZO bez toho, aby boli obce svojich úloh v téme sociálnych služieb zbavené. Tento posun nie je samoúčelný. Ide o reakciu na dlhodobú neschopnosť malých obcí plniť si povinnosti v oblasti sociálnych služieb a dlhodobej starostlivosti, pričom model sa potvrdil ako úspešný a ponúkol inšpiráciu aj pre tvorcov národných politík.

Okrem toho, CISZS svojou prítomnosťou v prostredí jednotlivých FZO ponúkli nové odborné kapacity, proaktívne vyhľadávali klientov, prepájali sociálnu a zdravotnú zložku starostlivosti a rozvíjali preventívne i informačné aktivity. Už v krátkom čase oslovili približne 5,2 % populácie 65+ zapojených FZO, čo v prostredí s nízkou ponukou služieb predstavuje zmysluplný zásah a raný dôkaz adresovania tzv. „chudoby starostlivosti“ a potrebnosti podobných aktivít.

Silným motorom projektu RDS BBSKS bola metodická a finančná podpora – najmä krytie ceny práce zamestnancov CISZS, čo zapojené obce označili za kľúčový motivačný faktor. Metodickú podporu zabezpečovalo metodicko-koordinačné centrum a predstavovala „kritickú infraštruktúru“ metodiky a supervízie CISZS, vzdelávania zamestnancov CISZS a podpory komunitného plánovania. Túto časť podpory vnímalo 97 % respondentov

⁵⁰ Ide o atribút týkajúci sa i) zvládania sebaobslužných činností, ii) praktickej starostlivosti o domácnosť a iii) atribút sociálno-emočnej dimenzie odkázanej osoby.

dotazníkového prieskumu ako esenciálnu pre úspech projektu.

Celkovo možno projekt RDS BBSK považovať za vysoko relevantný a v plnej miere kompatibilný s národnými a regionálnymi stratégiami, pričom dobre reaguje na demografické a spoločenské trendy. Jeho prínos potvrdila aj vysoká miera spokojnosti zapojených obcí – 94,6 % deklarovalo ochotu zapojiť sa znovu.

Z technického pohľadu naplnil projekt plánovaný rozsah aktivít, ako aj stanovené ciele, pričom technické a procesné nastavenie umožnilo ich plynulú realizáciu. Rozdelenie úloh medzi FZO a BBSK, pri ktorom BBSK pôsobil ako finančný a metodický medzičlánok, sa ukázalo ako funkčný administratívny model. Napriek počiatočným obavám zástupcovia FZO vysoko oceňovali angažovanosť a profesionalitu MKC pri zvládaní administratívnych úloh týkajúcich sa plnenia povinností voči donorovi (ESF+) i odbornej a metodickej podpore činnosti CISZS. Zároveň sa však ukázalo, že prenositeľnosť modelu do iných VÚC je citlivá na kvalitu a stabilitu lokálnych tímov.

Určitá miera rezervovanosti FZO pri hodnotení projektu sa týkala nesúlady medzi očakávaniami obcí zapojených do jednotlivých FZO a reálnymi kapacitami projektu, pričom obce často očakávali samotný výkon konkrétnych sociálnych služieb (najmä opatrovateľskej služby, požičovne pomôcok, ale aj prepravnej služby a denného stacionára), čo však nebolo obsahom projektu.

Napriek tomu naznačuje percepčia projektu na strane obcí významnú pomoc kapacitne slabým samosprávam: 56,8 % obcí uviedlo, že projekt im aspoň čiastočne pomohol naplniť povinnosti voči seniorom; 37,8 % zdôraznilo, že vďaka CISZS dokázali zabezpečiť aj iné typy sociálnych služieb. Efekt zníženia tlaku na pobytové zariadenia vnímali obce zmiešané (súhlas približne tretiny), čo korešponduje s absenciou exaktných dát o oddialení využitia pobytovej služby. Efekt zníženia tlaku na pobytovú formu sociálnych služieb a záujem o dlhšie zotrvanie odkázania odkázaných osôb v domácom prostredí je možné ilustrovať len prostredníctvom vyjadrení anekdotického charakteru alebo niekoľkých kazuistík, exaktné dáta však neboli identifikované. Z hľadiska interpretácie by však vzhľadom na nízky počet pozorovaní boli vysoko náchylné na skreslenie. Špecifickým obmedzením merania vplyvu je aj trvanie intervencie, ktoré je pomerne krátke.

Kľúčovým rámcom pre pochopenie významu projektu je hustota formálnych služieb sociálnej a zdravotnej starostlivosti v jednotlivých FZO, ktorá je na nízkej úrovni. Na Slovensku neexistujú záväzné normatívy minimálnej hustoty sociálnych zariadení, identifikované štandardy hustoty majú len odporúčací charakter. Napriek tomu by však pri mechanickom a zjednodušenom uplatnení týchto rámcových štandardov iba polovica zapojených FZO naplnila odporúčanú vybavenosť. Po zohľadnení kapacít (lôžka/miesta) sa obraz ešte vyostreje. V porovnaní s bežne citovanými plánovacími normami (napr. 53 miest v pobytových službách na 1 000 osôb 65+ a 75 osôb/1 000 65+ v terénnej opatrovateľskej službe podľa Víšek & Průša) vykazujú viaceré FZO výrazné deficity, čo významne zvyšuje

riziko chudoby starostlivosti.

Chýbajúce kapacity čiastočne kompenzuje systém neformálnej starostlivosti, pričom pozícia neformálneho opatrovateľa v kombinácii s poberaním peňažného príspevku na opatrovanie môže v mnohých prípadoch znamenať vhodnú sociálno-ekonomickú stratégiu domácností, ktorá sčasti substituuje chýbajúce dostupné formálne služby a zároveň zrkadlí štrukturálne podmienky lokálnych trhov práce. Pozitívnu koreláciu medzi intenzitou využívania príspevku a mierou registrovanej nezamestnanosti v regióne potvrdila aj analýza administratívnych dát v téme. Avšak na to, aby inštitút neformálneho opatrovania nebol limitovaný na poberanie opatrovateľského príspevku ako náhrady za obmedzené možnosti vstupu a zotrvania na trhu práce, je potrebné neformálnym opatrovateľom poskytovať širšiu mieru podpory, v ktorej môžu zásadnú úlohu zohrávať práve CISZS.

Limitované kapacity systému dlhodobej starostlivosti z pohľadu formálneho alebo neformálneho piliera sa stávajú ešte alarmujúcejšími v perspektíve budúcej potrebnosti. Projekcie potrebnosti služieb do roku 2050, postavené na kombinácii EHIS 2019 (Stredné Slovensko) a populačnej prognózy, potvrdzujú, že počet osôb potrebujúcich pomoc bude rásť vo všetkých FZO bez ohľadu na scenár. Minimalistický scenár (váhy Víšek & Průša, 65+) predikuje umiernennejší rast, stredný a maximálny scenár (EHIS 2019, 55+) ráta s vyšším dopytom, pričom je možné predpokladať, že v niektorých FZO pri zohľadnení maximálneho scenára pribudne do roku 2050 viac než 500 osôb potrebujúcich nejaký typ a rozsah pomoci.

V tomto kontexte má zásah RDS BBSK jasný systémový a strategický význam. V prostredí bez záväzných štandardov minimálnej hustoty služieb a s nerovnomernou vybavenosťou území vytvoril projekt „kritickú infraštruktúru“ pre rozvoj komunitnej a integrovanej starostlivosti v podobe odborných kapacít v CISZS, metodickej opory MKC, vytvárania podmienok pre prepojenia sociálnej a zdravotnej starostlivosti na miestnej úrovni a impulzu pre komunitné plánovanie.

Celkovo možno konštatovať, že RDS BBSK cielene zasiahol do prostredia s nízkou hustotou formálnych služieb, vysokou závislosťou od neformálnej starostlivosti súčasne s prichádzajúcou vlnou dopytu po službách súvisiacich so starnutím. Z pohľadu relevancie a implementačnej účinnosti ide o úspešný model, potvrdený vysokou spokojnosťou zapojených FZO a silnou akceptáciou jeho kľúčových prvkov (CISZS, MKC). Je preto možné jednoznačne odporučiť jeho replikáciu do ďalších regiónov a dôraz na udržanie jeho aktivít v už zapojených FZO.

Pre posilnenie úspešnej replikácie a ďalšieho pokračovania by však bolo vhodné:

- ✓ **Vytvoriť vhodné nástroje, ktoré budú malé obce motivovať k vytváraniu FZO a spoločnej koordinácii služieb dlhodobej starostlivosti prostredníctvom CISZS** – výsledky dotazníkového prieskumu jednoznačne dokazujú, že finančná pomoc hrá kľúčovú úlohu. Vzhľadom na limitované finančné kapacity malých obcí je vhodné, aby ich zdroje boli kombinované s externou podporou. Táto podpora môže byť

realizovaná vo forme dopytovo-orientovaných projektov alebo formou vytvorenia iných nástrojov, ktoré zabezpečia dlhodobé financovanie CISZS.

- ✓ **Zachovať model koordinovaného prístupu v činnosti CISZS** – prítomnosť metodicko-koordinačného centra na úrovni kraja bola v projekte RDS BBSK hodnotená ako jeden z esenciálnych faktorov úspešnej realizácie projektu. Zapojené FZO a obce významne oceňovali blízku prítomnosť metodickej podpory v téme dlhodobej starostlivosti, a preto sa decentralizovaný prístup k podpore CISZS nepovažuje za vhodný.
- ✓ **Jednoznačne posilniť sieť a kapacitu služieb dlhodobej starostlivosti poskytovanej na komunitnej úrovni** – snahou CISZS je znižovať tlak na pobytové služby a záujem odkázaných osôb a ich rodinných príslušníkov presmerovať voči službám poskytovaným na komunitnej úrovni (terénnou a ambulantnou formou). Aby sa to však mohlo stať, v prvom rade musia tieto služby existovať. V prostredí absolútnej absencie akýchkoľvek sociálnych služieb poskytovaných terénnou alebo ambulantnou formou nie je možné túto snahu realizovať. Prítomnosť rôznych typov služieb (vrátane využívania digitálnych signalizačných zariadení) je komplementárnou podmienkou činnosti CISZS.
- ✓ **Vytvoriť podmienky pre posilnenie CISZS ako poskytovateľa vybraných druhov služieb** – v zmysle metodiky CISZS je ideálnym scenárom, ak je CISZS aj poskytovateľom vybraných sociálnych služieb v odkázanosti, poskytovaných na komunitnej úrovni (ide najmä o poradenstvo, opatrovateľskú službu, požičovňu pomôcok, prepravnú službu, prípadne denný stacionár). Bolo by preto vhodné vytvárať nástroje, prostredníctvom ktorých by CISZS mohli byť vnímané ako preferovaný poskytovateľ vybraných služieb (napr. vytvorenie samostatnej dopytovo-orientovanej výzvy, v ktorej by oprávnenými prijímateľmi boli iba CISZS), čo by okrem ich rozpoznania a významu na území FZO mohlo posilniť aj ich finančnú a personálnu udržateľnosť.
- ✓ **Realizovať ciele aktivity voči sieti ambulantných poskytovateľov zdravotných služieb** – činnosť CISZS sa významne orientuje na prepájanie sociálnej a zdravotnej starostlivosti. Zatiaľ čo CISZS vychádzajú z prostredia sociálnych služieb, kde začínajú byť aj významne rozpoznávané, v prostredí zdravotníctva sa zatiaľ nestretávajú s dostatočným rešpektom. Je potrebné posilniť postavenie CISZS a ich pracovníkov v systéme zdravotných služieb (najmä v sieti ambulantných poskytovateľov).
- ✓ **Posilniť prepojenie dlhodobej starostlivosti so sociálnym podnikaním** – pomoc pri zabezpečovaní praktických činností v domácnosti (vrátane starostlivosti o dom a záhradu) je jednou z domén, prostredníctvom ktorých sa posudzuje miera chudoby starostlivosti. Potreba pomoci je tiež jednou z tém zisťovania EHIS

a rovnako výsledky realizovaného hodnotenia potvrdzujú, že nezvládanie praktických činností je silným argumentom v stratégiách rozhodovania pri zvažovaní pobytovej formy sociálnej služby. Aktuálne sa téme pomoci v starostlivosti o domácnosť venuje len okrajová pozornosť (v mnohých obciach je zabezpečovaná neformálne). Vhodným nástrojom pre zastrešenie tejto témy sa zdajú byť registrované sociálne podniky a nástroj servisných poukážok, ktoré boli v zákone o sociálnej ekonomike a sociálnych podnikoch z roku 2018 predstavené práve za týmto účelom. Využitie servisných poukážok v praxi však zaostáva aj pre ich nevhodné administratívne nastavenie. Je potrebné ho prehodnotiť a zásadne modernizovať (aj posunom do online prostredia), tak aby sa servisné poukážky stali bežne využívaným a rozpoznaným nástrojom pomoci v domácnostiach odkázaných osôb. Taktiež by bolo vhodné lepšie prepojiť legislatívu sociálnych služieb s legislatívou sociálnej ekonomiky a niektoré sociálne služby (napr. prepravnú službu alebo jedáleň) posunúť do prostredia sociálnej ekonomiky.

- ✓ **Zahrnúť neformálnych opatrovateľov medzi cieľové skupiny CISZS** – neformálni opatrovatelia predstavujú silný pilier v dlhodobej starostlivosti. Opatrovatelia však často nie sú na svoje úlohy pripravení a čelia vysokému riziku vyhorenia. Aby opatrovanie nebolo vnímané len ako vhodná náhrada účasti na trhu práce, je potrebné neformálnym opatrovateľom poskytovať systematickú podporu. Môžu ju zabezpečovať aj CISZS, preto je vhodné zvážiť možné rozšírenie aktivít a cieľových skupín CISZS aj o systematickú podporu neformálnych opatrovateľov (mentálne zdravie, poradenstvo, podporné skupiny), keďže ich úloha je nevyhnutná pre udržateľnosť systému starostlivosti.
- ✓ **Vytvoriť štandardy kvality CISZS** – v prípade, ak by model CISZS bol replikovaný do iných území SR (čo je žiadaný stav), je potrebné zabezpečiť kvalitu jednotlivých CISZS. Tento krok je možné posilniť štandardizáciou, voči ktorej by sa merala ich kvalita. Pri tvorbe a procese uznávania štandardov je možné využiť metodiky a iné materiály vytvorené BBSK.
- ✓ **Sledovať miesto ostatného trvalého pobytu pri užívateľoch a žiadateľoch o sociálnu službu poskytovanú pobytovou formou v ISSS** – sledovanie tejto hodnoty v ISSS významne pomôže sledovať efekty činnosti CISZS na znižovanie tlaku na sociálne služby poskytované pobytovou formou, čo aktuálne nevieme presne kvantifikovať.
- ✓ **Posilniť plánovanie rozsahu a personálneho zabezpečenia dlhodobej starostlivosti s ohľadom na demografické prognózy** – aktivity zamerané na podporu tvorby komunitných plánov sociálnych služieb boli zo strany zapojených obcí hodnotené veľmi pozitívne, najmä so zreteľom na odbornosť a komplexnosť procesu zohľadňujúceho rôzne faktory sociálnych služieb. V súvislosti s demografickým trendom je však potrebné strategicky sa zamerať práve na služby

týkajúce sa dlhodobej starostlivosti a je potrebné ich vnímať aj v kontexte personálneho zabezpečenia. Vzhľadom na demografické trendy je potrebné začať citlivo zvažovať prítomnosť pracovnej sily z tretích krajín, ale aj (a najmä) prípravu domácej pracovnej sily. Realizáciu je možné zabezpečiť napríklad aj overením možností duálneho vzdelávania v oblasti opatrovateľstva a cieleného náboru a podpory študentov uvedeného programu (aj v prostredí rómskych komunít). Rovnako dôležité je zamerať sa aj na zvyšovanie sociálneho statusu a mzdového ohodnotenia pracovníkov v sociálnych službách.

- ✓ **Posilniť uznanie sociálno-emočnej domény v dlhodobej starostlivosti** – sociálno-emočná doména je jednou z troch komplementárnych zložiek kvalitnej dlhodobej starostlivosti a jej intenzita i kvalita sú kľúčové aj v koncepte chudoby starostlivosti, keďže zásadne ovplyvňujú duševné zdravie odkázanej osoby. Jej význam sa patrične zohľadnil aj v činnostiach CISZS. Napriek tomu sa jej potrebnosť v praxi vníma skôr okrajovo (potvrdzujú to aj výsledky dotazníkového prieskumu). Preto je potrebné zvýšiť jej viditeľnosť a programové zakotvenie tak, aby bola vnímaná na rovnocennej úrovni s ďalšími dvoma doménami, teda s pomocou pri sebaobslužných aktivitách a praktickou pomocou v domácnosti.
- ✓ **Zvýšiť efektívnosť programu kompenzácie zdravotného znevýhodnenia** – napriek tomu, že systém kompenzácie zdravotného postihnutia existuje, v krízových situáciách nie je dostatočne flexibilný. Pomalý prístup k potrebným pomôckam často motivuje odkázané osoby a ich rodinných príslušníkov k uvažovaniu nad využívaním pobytovej formy sociálnej služby. Bolo by preto vhodné vytvoriť nástroje, ktoré umožnia čo najrýchlejšie získanie pomôcky (aj formou zapožičania, s čím súvisí vybavenosť požičovne pomôcok). Tiež je možné zvážiť intenzívnejšiu orientáciu na dostupnosť poradenstva v adaptácii domáceho prostredia, napr. formou pravidelnej aktualizácie príručky „Posúdenie bezpečnosti domáceho prostredia“ (home-safety-check) alebo katalógu nízkonákladových úprav domácnosti.
- ✓ **Vyjasniť očakávania obcí voči CISZS** – toto odporúčanie sa týka najmä lokálnej úrovne v súvislosti s novými CISZS. Ako naznačujú výsledky hodnotenia, jedinou témou, v ktorej boli reakcie zástupcov obcí zapojených do FZO účastných na projekte RDS BBSK rezervované, sú nenaplnené očakávania v súvislosti s poskytovaním sociálnych služieb. Tieto očakávania síce možno považovať za legitímne, avšak nie vyplývajúce z projektového spisu projektu RDS BBSK. Preto je potrebné venovať väčšiu pozornosť formulácii vzájomných očakávaní a možností, a jasne odlišovať aktivity CISZS (koordinácia, case management, prevencia) od priameho poskytovania služieb. Nie je vylúčené že CISZS je aj poskytovateľom služby, nemožno to však považovať za automatické.

ZDROJE

- Arroyo de Sande, C., Kadyrbaeva, A., Popa, A., & Queralto, S. (2018). *Provision of social care and support services in remote rural areas: Challenges and opportunities*. European Association of Service providers for Persons with Disabilities (EASPD). https://easpd.eu/fileadmin/user_upload/Publications/5.2_EASPD_Report_-_Provision_of_social_care_and_support_services_in_remote_rural_areas_2018.pdf
- Banskobystrický samosprávny kraj. (2019). *Koncepcia rozvoja sociálnych služieb v Banskobystrickom samosprávnom kraji na roky 2019 – 2025*. <https://www.bbsk.sk/storage/app/media/dokumenty/socialne/koncepcia-rozvoja-socialnych-sluzieb-bbsk-2019-2025.pdf>
- Banskobystrický samosprávny kraj. (2022). *Program hospodárskeho a sociálneho rozvoja Banskobystrického samosprávneho kraja na roky 2022 – 2030*. <https://www.bbsk.sk/phsr-bbsk-2022-2030>
- Banskobystrický samosprávny kraj. (2022). *Program hospodárskeho a sociálneho rozvoja Banskobystrického samosprávneho kraja na roky 2022 – 2030: Úvod a analytická časť*. <https://www.bbsk.sk/storage/app/media/dokumenty/phsr/phsr-bbsk-2022-2030-uvod-a-analiticka-cast.pdf>
- Binek, J., Konečný, O., Šilhan, Z., Svobodová, H., & Chaloupková, M. (2020). *Místní akční skupiny: Leaderi venkova? Mendelova univerzita v Brně*. <https://branabrnenska.cz/formular/mas-leaderi-venkova-2020.pdf>
- Cangár, M. (2023). *Centrá sociálnych služieb ako nástroj viacúrovňového partnerstva pri poskytovaní dlhodobej starostlivosti na komunitnej úrovni na Slovensku: Evaluačná správa*. Banskobystrický samosprávny kraj.
- Chen, Y., Xu, Y., Xiang, J., Rahman, S., Brodaty, H., Dias, A., Guerra, M., de Aquino, A. L., Wang, H., Wang, Y., Zhang, S., Li, J., Zhao, X., Lv, Y., Chen, Z., & Prince, M. (2025). Effectiveness of interventions to support carers of people with dementia in low- and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 40(2), e6172. <https://doi.org/10.1002/gps.6172>
- Durand, M. A., Thana, L., Al-Haboubi, M., Pachó, A., Řeháčková, L., Wistow, G., Douglas, N., & Mays, N. (2025). The views of older people on community-based multi-disciplinary team caseloads and informal carers about health and care services in two Integrated Care Pioneer sites in England. *Journal of Health Services Research & Policy*, 30(1_suppl), 48S – 57S.
- Durand, M. A., Wistow, G., Al Haboubi, M., Douglas, N., Erens, B., Hoomans, T., Manacorda, T., Miller, R., Pachó, A., Řeháčková, L., Smith, J., Thana, L., & Mays, N. (2025). Evaluating the role of community-based multi-disciplinary teams in integrated health and social care in England: Overview of findings from the Pioneer evaluation and their implications for health

and social care integration. *Journal of Health Services Research & Policy*, 30(1_suppl), 69S – 81S.

European Commission. (2022). *Oznámenie Komisie Európskemu parlamentu, Rade, Európskemu hospodárskemu a sociálnemu výboru a Výboru regiónov o európskej stratégii v oblasti starostlivosti* (COM(2022) 440 final). EUR-Lex. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/SK/TXT/?uri=CELEX:52022DC0440>

European Commission, Directorate-General for Economic and Financial Affairs. (2024). *2024 Ageing report: Economic and budgetary projections for the EU Member States (2022–2070)* (European Economy Institutional Paper No. 279). Publications Office of the European Union. <https://doi.org/10.2765/022983>

Filipová, M., Kubala, J., Mazalanová, J., & Červienka, P. (2023). *Analýza možností obce poskytnúť alebo zabezpečiť opatrovateľskú službu: „Všade dobre, doma najlepšie.“* [Analýza]. Implementačná agentúra MPSVaR SR. <https://eurofondy.praca.gov.sk/wp-content/uploads/2023/03/NPPOS-Analyza-2022-A4-preview.pdf>

Kah, S., Martinov, H., & Budzich-Tabor, U. (2023). CLLD in the 2014–2020 EU programming period: An innovative framework for local development. *World*, 4(1), 122 – 139. <https://doi.org/10.3390/world4010009>

Karjalainen, K. (2022). Strengthening the right to personal autonomy and protection of vulnerable adults: From human rights to domestic and European legislation on voluntary measures. In K. Karjalainen, I. Tornberg, & A. Pursiainen (Eds.), *International actors and the formation of laws*. Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-98351-2_4

Kröger, T. (2022). Concept of care poverty. In *Care poverty* (Sustainable Development Goals Series). Palgrave Macmillan. https://doi.org/10.1007/978-3-030-97243-1_2

Kröger, T., Puthenparambil, J. M., & Van Aerschot, L. (2019). Care poverty: Unmet care needs in a Nordic welfare state. *International Journal of Care and Caring*, 3(4), 485 – 500.

McNabb, D. E. (2015). *Knowledge management in the public sector: A blueprint for innovation in government*. Routledge. <https://books.google.sk/books?id=-WpsBgAAQBAJ>

McVay, D. (2025, April 15). Germany: Long-term services and supports. *World Health Systems Facts* (Real Reporting Foundation). <https://healthsystemsfacts.org/national-health-systems/bismarck-model/germany/germany-long-term-care/>

Medgyesi, M., Rodrigues, R., & Zólyomi, E. (2025). *Methods to match a novel concept: Approaches to measuring care poverty*. In T. Kröger, N. Brimblecombe, R. Rodrigues & K. Rummery (Eds.), *Care Poverty and Unmet Needs: Inequalities in Theory and Practice* (pp. 75–95). Policy Press. <https://doi.org/10.56687/9781447370109-007>

Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky. (2021). *Národné priority rozvoja sociálnych služieb na roky 2021 – 2030*.

<https://www.employment.gov.sk/files/slovensky/rodina-socialna-pomoc/socialne-sluzby/nprss-fin.pdf>

Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky. (2024). *Koncepcia reformy financovania sociálnych služieb* (verzia 13. 12. 2024): Predkladacia správa. Slov-Lex – legislatívny proces LP/2024/600. <https://www.slov-lex.sk/elegislativa/legislativne-procesy/SK/LP/2024/600>

Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky, & Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky. (2021). *Stratégia dlhodobej starostlivosti v Slovenskej republike: Integrovaná sociálno-zdravotná starostlivosť* (uznesenie vlády SR č. 546/2021 z 29. 9. 2021). <https://rokovania.gov.sk/RVL/Material/26450/1>

Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky. (2024a). *Analýza poskytovania sociálnych služieb v Slovenskej republike: Príloha 1 koncepcie reformy financovania sociálnych služieb*. <https://www.employment.gov.sk/files/slovensky/esf/plan-obnovy/koncepcia-financovania/koncepcia-priloha-1-analyza-socialnych-sluzieb-sr-13122024.pdf>

Ministerstvo vnútra Slovenskej republiky. (2024, 20. september). *Návrh na určenie vybraných prijímateľov priameho vyzvania s cieľom „Zriadenia centier zdieľaných služieb“* (UV-37103/2024). Portál Otvorenej vlády. <https://rokovania.gov.sk/RVL/Material/29978/1>

Ministerstvo zahraničných vecí Slovenskej republiky. (2009). *Oznámenie o uzavretí Európskej sociálnej charty (revidovanej)* (č. 273/2009 Z. z.). Zbierka zákonov Slovenskej republiky. <https://www.employment.gov.sk/files/legislativa/dokumenty-zoznamy-pod/europska-socialna-charta-revidovana.pdf>

Murray, R., Caulier-Grice, J., & Mulgan, G. (2010). *The open book of social innovation*. National Endowment for Science, Technology and the Arts; The Young Foundation. http://temp.uefiscdi.ro/edigiregion_v2/the_open_book_of_social_innovationNESTA.pdf

Nincová, D., Máté, V. B., Habovčík, M., Laidet, E., & Zbořil, M. (2025). *Komunitné riešenia pre dlhodobú starostlivosť – skúsenosť z implementácie Národného projektu Rozvoj dlhodobej starostlivosti v BBSK*. Banskobystrický samosprávny kraj.

OECD. (2023). *Health at a glance 2023: OECD indicators*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>

Pfeffer, J., & Salancik, G. R. (2003). *The external control of organizations: A resource dependence perspective* (Original work published 1978). Stanford University Press.

Rada Európskej únie. (2022). *Odporúčanie Rady z 8. decembra 2022 týkajúce sa prístupu k cenovo dostupnej, vysokokvalitnej dlhodobej starostlivosti* (2022/C 476/01). Úradný vestník Európskej únie, C 476, 1 – 11. [https://eur-lex.europa.eu/legal-content/SK/TXT/PDF/?uri=CELEX:32022H1215\(01\)](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/SK/TXT/PDF/?uri=CELEX:32022H1215(01))

Rummery, K. (2025). Care poverty and conflicts in social citizenship: The right to care? In *Care poverty and unmet needs*. Policy Press. <https://doi.org/10.51952/9781447370109.ch002>

Sivaev, D., Králik, J., Machajdíkova, M., Slobodníková, A., & Cangár, M. (2020). *Model integrovanej starostlivosti o starších vo funkčnom zoskupení obcí Južného Gemera*. Medzinárodná banka pre obnovu a rozvoj / Svetová banka.

Šprocha, B. (2024). *Budúci demografický obraz Slovenska* [Prezentácia]. https://eurofondy.gov.sk/wp-content/uploads/2024/11/05_Buduci_demograficky_obraz_Slovenska.pdf

Šprocha, B., Bleha, B., & Vaňo, B. (2024). *Kmeňová populačná prognóza Slovenska (2022 – 2080)*. INFOSTAT – Výskumné demografické centrum; Centrum spoločenských a psychologických vied SAV, v. v. i.; Prírodovedecká fakulta Univerzity Komenského v Bratislave.

https://www.humannageografia.sk/stiahnutie/Kmenova_populacna_prognoza_Slovenska_2022-2080.pdf

TREXIMA. (2023). *ISCP – 1. štvrťrok 2023* [Štvrťročná správa o cene práce]. <https://www.trexima.sk/wp-content/uploads/2023/06/23Q1web.pdf>

URBION – Inštitút urbanizmu a územného plánovania. (2010). *Štandardy minimálnej vybavenosti obcí: Metodická príručka pre obstarávateľov a spracovateľov územnoplánovacej dokumentácie (Skrátené znenie)*.

Víšek, P., & Průša, L. (2012). *Optimalizace sociálních služeb*. Národní centrum sociálních studií, o.p.s.; Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, v. v. i.

Zigante, V., Malley, J., Boaz, A., Ferlie, E., & Wistow, G. (2022, March). *How can the adult social care sector develop, scale and spread innovations? A review of the literature from an organisational perspective* (CPEC Working Paper No. 10). Care Policy and Evaluation Centre, London School of Economics and Political Science.

PRÍLOHY

Príloha 1: Korelačná analýza počtu poberateľov opatrovateľského príspevku a vybraných premenných na regionálnej úrovni

V analýze boli zohľadnené údaje ÚPSVaR SR vedené na okresnej úrovni za obdobie december 2024, pričom dôraz bol kladený nasledujúce premenné:

- *Počet poberateľov opatrovateľského príspevku (ďalej ako Opatrovateľ) na 1 000 obyvateľov* – indikátor dostupnosti opatrovateľských služieb,
- *Počet obyvateľov* – kontrolná premenná vyjadrujúca veľkosť okresu,
- *Index ekonomickej závislosti starých ľudí (%)* – podiel staršej populácie odkázanej na ekonomicky aktívnych,
- *Miera nezamestnanosti (%)* – ukazovateľ trhu práce,
- *Podiel žien (%) z celkového počtu opatrovateľov* – rodový aspekt opatrovateľskej profesie.

Základné štatistiky

Priemerný počet opatrovateľov na 1 000 obyvateľov bol 14,25, pričom hodnoty sa pohybovali od 4 (najnižšie hodnoty v okresoch Bratislavy) až po 35 (Rožňava). Index ekonomickej závislosti starších osôb dosiahol priemer 29 %, čo zodpovedá tomu, že približne na troch ekonomicky aktívnych pripadá jeden senior. Priemerná nezamestnanosť bola 4 %, ale s veľkou regionálnou variabilitou (od 2 % v západných okresoch po viac než 10 % v južných a východných regiónoch). Podiel žien medzi opatrovateľmi bol vysoký – priemer 76 %, čo potvrdzuje rodovo výrazne feminizovaný charakter tejto profesie.

Korelačná analýza

Výsledky korelačných analýz (Pearson a Spearman) poukazujú na niekoľko súvislostí:

- ***Miera nezamestnanosti a počet opatrovateľov*** – medzi premennými je pozitívna korelácia (Pearson: 0,46; Spearman: 0,46). To znamená, že okresy s vyššou nezamestnanosťou majú relatívne viac opatrovateľov. Tento výsledok môže odrážať realitu, že opatrovateľstvo predstavuje jednu z možností získavania pravidelného príjmu v regiónoch s obmedzenou pracovnou ponukou a pre osoby s nižšou kvalifikáciou.
- ***Index ekonomickej závislosti starších osôb a počet opatrovateľov*** – pozorujeme negatívnu koreláciu (Pearson: -0,29; Spearman: -0,36). Hoci by sa dalo očakávať, že vyšší podiel seniorov zvýši dopyt po opatrovateľoch, výsledky naznačujú opak: okresy s vyšším indexom závislosti majú menej opatrovateľov.
- ***Podiel žien a počet opatrovateľov*** – medzi týmito premennými sa ukazuje negatívna korelácia (Pearson: -0,41; Spearman: -0,41). To naznačuje, že v okresoch, kde je vyšší

podiel žien medzi opatrovateľmi, nemusí byť nutne vyššia celková dostupnosť tejto aktivity. Opatrovanie ostáva prevažne ženskou aktivitou, ale jeho intenzita nie je daná samotnou rodovou štruktúrou poberateľov príspevku.

- **Počet obyvateľov a počet opatrovateľov** – korelácia je veľmi slabá (-0,15). Väčšie okresy nemajú proporcionálne viac opatrovateľov, čo naznačuje, že využívanie príspevku sa neodvíja priamo od počtu obyvateľov, resp. veľkosti okresu, ale skôr od iných faktorov.

Banskobystrický kraj

Priemerný počet opatrovateľov na 1 000 obyvateľov bol 13,6 (mierne pod celoštátnym priemerom 14,3). Rozptyl je však výrazný – od 5 (Banská Bystrica) po 25 (Lučenec, Poltár). Index ekonomickej závislosti dosahoval priemer 30,3 %, čiže staršia populácia je v kraji mierne nad celoštátnym priemerom.

Miera nezamestnanosti bola 5,3 %, čo je výrazne vyššie než celoštátny priemer dosahujúci 4 %. V niektorých okresoch (Rimavská Sobota, Revúca, Poltár) sa pohybuje okolo 8 – 10 %, čím patrí medzi najvyššie hodnoty v krajine.

Podiel žien medzi opatrovateľmi dosiahol 76,5 %, čo je takmer identické so slovenským priemerom.

Korelačné vzťahy

- **Miera nezamestnanosti a počet opatrovateľov** – silná pozitívna korelácia (Pearson: 0,55; Spearman: 0,73). V okresoch s vyššou nezamestnanosťou je relatívne viac opatrovateľov na 1 000 obyvateľov. To naznačuje, že v regiónoch s obmedzenými pracovnými príležitosťami môže byť opatrovateľstvo zdrojom pravidelného príjmu.
- **Index závislosti starších osôb a počet opatrovateľov** – negatívna korelácia (-0,27 Pearson; -0,24 Spearman). Podobne ako na celoštátnej úrovni, ani v rámci BBSK vyšší podiel seniorov neznamena vyšší počet opatrovateľov.
- **Podiel žien a počet opatrovateľov** – veľmi silná negatívna korelácia (-0,72 Pearson; -0,63 Spearman). To poukazuje na to, že samotný vysoký podiel žien v opatrovateľstve nezvyšuje dostupnosť opatrovania – v okresoch s najvyššou feminizáciou profesie nie je nutne viac poberateľov opatrovateľského príspevku.
- **Veľkosť okresu a počet opatrovateľov** – mierne negatívny vzťah (-0,30 až -0,33). Väčšie okresy neznamena vyššiu intenzitu služieb na obyvateľa, čo naznačuje, že veľkosť populácie sama osebe neurčuje dostupnosť opatrovateľov.

Banskobystrický kraj patrí k štrukturálne najslabším regiónom Slovenska. Okresy ako Rimavská Sobota, Revúca a Poltár kombinujú vysokú nezamestnanosť, vyšší podiel staršej populácie a zároveň nadpriemerný počet opatrovateľov na 1 000 obyvateľov. Kraj celkovo starne rýchlejšie ako niektoré iné regióny Slovenska, index závislosti sa nepretavuje do vyššej dostupnosti opatrovateľských služieb. To poukazuje na nerovnomerné pokrytie a možné deficity v sociálnej infraštruktúre, najmä vo vidieckych oblastiach. Rodový rozmer je

rovnako výrazný – profesia je v kraji feminizovaná, avšak vysoký podiel žien sa nespája s vyšším počtom pracovníkov. To môže do budúcnosti znamenať riziko pri zabezpečovaní starostlivosti, ak nebude systém rozšírený a profesia atraktívnejšia aj pre mužov a mladšie generácie.

Deskriptívne štatistiky (79 okresov)

Premenná	Priemer	Medián	Rozptyl	Min	Max
Počet opatrovateľov / 1 000 obyv.	14,25	14,00	37,04	4	35
Počet obyvateľov	68 612	61 325	$1,47 \times 10^9$	10 606	175 406
Index ekonomickej závislosti (%)	29,01	28,81	18,28	17,61	40,01
Miera nezamestnanosti (%)	4,04	3,24	3,59	1,96	10,25
Podiel žien (%)	76,42	76,00	11,40	69	86

Korelačné koeficienty

	Pearsonov koeficient	Spearmanov koeficient
	Počet poberateľov opatrovateľského príspevku na 1 000 obyvateľov	
Počet obyvateľov	-0,15	-0,17
Index závislosti	-0,29	-0,35
Miera nezamestnanosti	0,46	0,46
Podiel žien	-0,41	-0,4

Príloha 2: Kritériá výberu FZO zapojených do projektu

Váha kritéria 10	1. Regionálne a mikroregionálne pokrytie službami dlhodobej starostlivosti v rámci BBSK a mikroregiónu	Body
Kritérium 1.1.	Zriadenie CISZS v mikroregióne prispeje k rovnomernému pokrytiu službami dlhodobej starostlivosti, poskytovanej prostredníctvom FZO na území celého kraja	
a)	Všetky obce FZO sa nachádzajú mimo okresov, v ktorých sa už služby dlhodobej starostlivosti pilotovali v rámci realizovaných projektov (okresy Rimavská Sobota, Revúca, Lučenec, Veľký Krtíš, Banská Štiavnica)	10
b)	Nadpolovičná väčšina obcí FZO sa nachádza mimo okresov, v ktorých sa už služby dlhodobej starostlivosti pilotovali v rámci realizovaných projektov (okresy Rimavská Sobota, Revúca, Lučenec, Veľký Krtíš, Banská Štiavnica)	6
c)	Minimálne 1 obec FZO je lokalizovaná mimo okresov, v ktorých sa už služby dlhodobej starostlivosti pilotovali v rámci realizovaných projektov (okresy Rimavská Sobota, Revúca, Lučenec, Veľký Krtíš, Banská Štiavnica)	4
d)	Všetky obce FZO sa nachádzajú v okresoch, v ktorých sa už služby dlhodobej starostlivosti pilotovali v rámci projektov AIS a EK (okresy Rimavská Sobota, Revúca, Lučenec, Veľký Krtíš, Banská Štiavnica)	2
Kritérium 1.2.	Zriadenie CISZS v mikroregióne zabezpečí dostupnosť integrovaných sociálno-zdravotných služieb v čo najväčšom počte obcí	
a)	V rámci FZO sa budú aktivity projektu realizovať vo všetkých obciach geograficky prirodzeného mikroregiónu	10
b)	V rámci FZO sa budú aktivity projektu realizovať v nadpolovičnej väčšine obcí geograficky prirodzeného mikroregiónu	6
c)	V rámci FZO sa aktivity projektu budú realizovať v minimálne 5 obciach geograficky prirodzeného mikroregiónu	4
d)	V rámci FZO sa aktivity projektu budú realizovať v menej ako 5 obciach geograficky prirodzeného mikroregiónu	2
Váha kritéria 8	2. Udržateľnosti CIZS po ukončení financovania z finančných prostriedkov EK	
Kritérium 2.2.	CISZS je zriadené na území združených obcí (mikroregión, FZO, MAS...), ktoré majú skúsenosť s prípravou a realizáciou spoločných projektov/aktivít	
a)	Obce združené vo FZO majú skúsenosť s prípravou, resp. realizáciou spoločných projektov na zlepšenie kvality života občanov na území mikroregiónu	10
b)	Obce združené vo FZO nemajú skúsenosť s prípravou, resp. realizáciou spoločných	5

	projektov na zlepšenie kvality života občanov na území mikroregiónu	
Kritérium 2.3.	Starostovia obcí FZO sa formálne pravidelne stretávajú a hľadajú spoločné riešenia krízových, sociálnych a iných problémov na území mikroregiónu	
a)	Starostovia združených obcí sa v rámci FZO (mikroregión, MAS...) pravidelne stretávajú	10
b)	Stretnutia starostov združených obcí nie sú pravidelné	5
Váha kritéria 6	3. Dostupnosť služieb CISZS pre občanov (seniori, občania so ZP, ľudia v krízovej sociálnej situácii)	
Kritérium 3.1.	V rámci FZO existuje prirodzená spádová obec s potrebnou občianskou vybavenosťou – zdravotná starostlivosť, lekáreň, potraviny, obchody, služby. Spádová obec je pre občanov okolitých obcí dostupná prostredníctvom medzimestskej autobusovej/vlakovej dopravy.	
a)	V rámci mikroregiónu existuje spádová obec s postačujúcou občianskou vybavenosťou	10
b)	V rámci mikroregiónu neexistuje spádová obec s postačujúcou občianskou vybavenosťou	5
Kritérium 3.2.	FZO plánuje zriadenie CISZS v spádovej obci mikroregiónu	
a)	Zriadenie CISZS je plánované v spádovej obci s dobrou občianskou vybavenosťou	10
b)	Zriadenie CISZS je plánované v obci, ktorá nespĺňa kritériá spádovej obce	5
c)	Nechcú sa zapojiť do projektu, alebo ešte nebola navrhnutá obec na zriadenie CISZS	0
Kritérium 3.3.	Obce združené vo FZO sú vzdialené od spádovej obce, čím je zabezpečená efektivita a dostupnosť služieb dlhodobej starostlivosti na území celého mikroregiónu	
a)	Všetky obce v rámci FZO sú vzdialené od spádovej obce najviac do 30 minút jazdy osobným autom (tolerancia 5 minút)	10
b)	V rámci FZO sú združené aj obce, ktoré sú od spádovej obce vzdialené viac ako 30 minút jazdy osobným autom (tolerancia 5 minút)	5
c)	Nechcú sa zapojiť do projektu, alebo ešte nebola navrhnutá obec na zriadenie CISZS	0
Váha kritéria 8	4. Potreba poskytovania služieb dlhodobej starostlivosti vzhľadom na sociálno-demografické charakteristiky mikroregiónu	
Kritérium 4.1.	Starnutie populácie v mikroregióne si vyžaduje zvýšenú pozornosť a plánovanie aktivít, ktoré podporia rozvoj služieb dlhodobej sociálno-zdravotnej starostlivosti o seniorov	
a)	Index starnutia všetkých obcí v rámci FZO je nad celoslovenským priemerom	10

b)	Index starnutia je vo viac ako polovici obcí v rámci FZO nad celoslovenským priemerom	6
c)	Index starnutia je v menej ako v polovici obcí v rámci FZO nad celoslovenským priemerom	4
Kritérium 4.2.	Mikroregión si vyžaduje zvýšenú pozornosť vzhľadom na vysoký počet občanov ohrozených chudobou a občanov žijúcich vo vylúčených komunitách	
a)	V Atlase rómskych komunít je zaradených viac ako polovica obcí FZO	10
b)	V Atlase rómskych komunít je zaradených menej ako polovica obcí FZO (minimálne 1 obec v ARK zaradená je)	6
c)	V Atlase rómskych komunít nie je zaradená ani jedna obec FZO	4
Váha kritéria 2	5. Dostupnosť sociálnych služieb v mikroregióne	
Kritérium 5.1.	Opatrovateľská služba je v rámci mikroregiónu dostupná sociálna služba	
a)	Všetky obce FZO poskytujú opatrovateľskú službu, resp. na území všetkých obcí je opatrovateľská služba zabezpečená prostredníctvom neverejného poskytovateľa	10
b)	Opatrovateľská služba je poskytovaná vo viac ako polovici obcí FZO	6
c)	Opatrovateľská služba nie je dostupná vo viac ako polovici obcí FZO	4
Kritérium 5.2.	FZO má záujem registrovať sa v Registri poskytovateľov sociálnych služieb ako poskytovateľ opatrovateľskej služby na území mikroregiónu	
a)	FZO má záujem zapojiť sa do implementácie Národného projektu Rozvoj opatrovateľskej služby	10
b)	FZO nemá záujem zapojiť sa do implementácie Národného projektu Rozvoj opatrovateľskej služby	0
Kritérium 5.3.	Na území mikroregiónu sú dostupné ambulantné a pobytové sociálne služby	
a)	Na území mikroregiónu sú poskytované ambulantné alebo pobytové sociálne služby (denný stacionár, domov sociálnych služieb, zariadenie pre seniorov, zariadenie opatrovateľskej služby)	5
b)	Na území mikroregiónu nie sú poskytované ambulantné alebo pobytové sociálne služby (denný stacionár, domov sociálnych služieb, zariadenie pre seniorov, zariadenie opatrovateľskej služby)	10
Váha kritéria 10	6. Spolufinancovanie projektu zo strany FZO	
Kritérium 6.1.	Zabezpečenie finančnej participácie obcí na plnení zákonných povinností v oblasti zabezpečenia sociálnych služieb pre občanov	

a)	FZO má záujem spolufinancovať aktivity projektu	10
b)	FZO nemá záujem, resp. finančné prostriedky na spolufinancovanie aktivít projektu	5

Zdroj: Webová stránka Rozvoj dlhodobej starostlivosti poskytovanej na komunitnej úrovni v BBSK. (n. d.).
Kritériá výberu združení obcí do spolupráce v Národnom projekte Rozvoj dlhodobej starostlivosti poskytovanej na komunitnej úrovni [Tabuľka]. Citované 5. septembra 2025, z <https://nprds.sk/kriteria-vyberu-zdruzeni-obci/>.

Príloha 3: Zoznam zapojených obcí (spolu s informáciou o rozpočte obce za rok 2024)

Územie FZO	Obec	ID obce	Počet obyvateľov 1.1.2024*	Výnos v roku 2024 CELKOM v EUR **	Z toho výnos z DPFO v EUR***	Z toho na občanov 62+ v EUR****
Fiľakovsko	Belína	511234	616	371 654.-	264 035.-	11 211.-
	Buzitka	511293	454	485 254.-	199 344.-	10 715.-
	Fiľakovo	511391	9683	7 429 249.-	4 712 218.-	208 352.-
	Fiľakovské Kováče	511404	904	711 947.-	339 373.-	15 081.-
	Holiša	511439	649	759 957.-	281 902.-	9 525.-
	Prša	511781	188	107 615.-	122 891.-	9 723.-
	Radzovce	511790	1548	1 014 481.-	654 442.-	32 292.-
	Šávoľ	511854	592	529 911.-	237 627.-	11 650.-
	Šiatorská Bukovinka	511862	268	247 491.-	78 229.-	6 745.-
	Šíd	511871	1429	1 236 430.-	520 874.-	20 029.-
	Šurice	511897	454	201 945.-	132 236.-	11 650.-
	Veľké Dravce	512010	686	1 023 008.-	300 127.-	11 752.-
	Biskupice	557315	1134	814 157.-	412 715.-	24 322.-
Mikroregión Horehron	Bacúch	508446	897	694 003.-	357 415.-	26 059.-
	Beňuš	508462	1148	1 315 141.-	601 409.-	27 489.-
	Braväcovo	508489	649	536 107.-	277 180.-	13 387.-
	Heľpa	508608	2398	2 257 213.-	1 296 322.-	67 651.-
	Pohorelá	508870	2093	2 100 315.-	962 302.-	65 300.-
	Polomka	508900	2864	3 322 343.-	2 101 655.-	69 081.-
	Šumiac	509043	1310	1 771 776.-	746 203.-	30 555.-
	Telgárt	509051	1525	1 592 588.-	729 351.-	24 526.-
	Valkovňa	509094	412	378 130.-	237 398.-	4 088.-
	Závadka n/Hronom	509124	2103	2 019 049.-	913 809.-	50 278.-
Mikroregión Kremnicko a okolie	Bartošova Lehôtka	516660	350	291 543.-	178 270.-	10 934.-
	Dolná Ves	516732	231	86 351.-	66 396.-	5 723.-
	Hronská Dúbrava	516821	424	262 230.-	191 304.-	8 073.-
	Ihráč	516848	473	304 866.-	212 245.-	13 591.-
	Janova Lehota	516872	905	2 359 050.-	436 042.-	26 774.-
	Jastrabá	516881	555	603 756.-	469 264.-	12 365.-
	Kopernica	516937	389	251 405.-	150 155.-	8 788.-
	Kosorín	516945	454	351 009.-	198 432.-	10 424.-
	Krahule	516961	259	1 377 155.-	87 918.-	6 642.-
	Kremnica	516970	4755	6 277 845.-	2 794 565.-	138 571.-
	Kremnické Bane	516988	246	129 243.-	81 350.-	5 416.-
	Kunešov	516996	203	203 582.-	92 885.-	4 701.-
	Lovčica-Trubín	517038	1571	1 085 969.-	653 678.-	36 176.-
	Lúčky	517046	196	104 984.-	767 539.-	38 015.-
	Nevoľné	517089	386	295 938.-	181 049.-	10 934.-
	Pitelová	517135	593	294 836.-	179 741.-	14 920.-
	Slaská	517259	550	345 087.-	159 388.-	12 365.-
	Stará Kremnička	517267	1118	858 416.-	460 946.-	23 913.-
	Trnavá Hora	517313	1256	954 385.-	583 408.-	28 000.-
	Horná Ves	581747	656	401 413.-	681 281.-	24 628.-
	Lutila	599336	1377	891 010.-	543 548.-	36 993.-

Územie FZO	Obec	ID obce	Počet obyvateľov 1.1.2024*	Výnos v roku 2024 CELKOM v EUR **	Z toho výnos z DPFO v EUR***	Z toho na občanov 62+ v EUR****
Mikroregión Nová Baňa	Hronský Beňadik	516830	1086	735 401.-	407 449.-	28 409.-
	Malá Lehota	517062	812	563 563.-	420 066.-	22 175.-
	Nová Baňa	517097	6858	7 318 017.-	3 536 013.-	168 513.-
	Rudno nad Hronom	517232	522	414 741.-	215 790.-	12 774.-
	Tekovská Breznica	517291	1199	974 057.-	573 532.-	32 190.-
	Veľká Lehota	517330	1018	566 617.-	447 482.-	25 548.-
	Voznica	517356	640	346 200.-	239 103.-	14 716.-
	Orovnica	580546	517	317 304.-	153 723.-	12 059.-
	Brehy	581607	997	919 677.-	527 281.-	25 752.-
Mikroregión Novohradské podzámkie - združenie obcí	Ábelová	511226	217	116 258.-	65 155.-	3 985.-
	Halič	511421	1647	1 391 563.-	838 841.-	37 504.-
	Lehôtka	511528	365	131 505.-	104 526.-	7 664.-
	Lentvora	511536	77	38 436.-	22 779.-	511.-
	Ľuboreč	511561	349	154 517.-	98 631.-	6 438.-
	Lupoč	511579	221	105 177.-	62 263.-	4 599.-
	Mašková	511609	327	168 009.-	89 790.-	6 745.-
	Podrečany	511749	519	296 741.-	217 268.-	13 796.-
	Polichno	511757	124	64 372.-	39 037.-	1 942.-
	Praha	511773	73	40 475.-	21 618.-	1 839.-
	Stará Halič	511846	645	374 210.-	254 633.-	11 854.-
	Tomášovce	511919	1335	1 046 101.-	950 814.-	24 628.-
	Vidiná	557307	1702	787 927.-	584 222.-	45 884.-
	Gregorova Vieska	557331	140	56 050.-	39 441.-	2 861.-
Mikroregión pri Stanej	Figa	514713	426	570 923.-	214 699.-	6 847.-
	Gemer	514721	915	801 220.-	399 023.-	14 920.-
	Hubovo	514934	113	87 512.-	33 182.-	2 964.-
	Chanava	514951	708	585 933.-	282 493.-	13 285.-
	Kesovce	515035	285	312 879.-	77 062.-	1 328.-
	Kráľ	515078	934	1 172 901.-	394 963.-	17 577.-
	Lenka	515141	200	99 294.-	56 138.-	5 621.-
	Neporadza	515205	302	586 788.-	318 307.-	18 292.-
	Rumince	515493	350	284 263.-	166 827.-	8 686.-
	Stránska	515566	363	132 427.-	94 285.-	6 949.-
	Tornaľa	515612	6741	5 886 149.-	3 419 045.-	162 177.-
	Štrkovec	515655	377	538 270.-	208 565.-	8 175.-
	Včelince	515710	809	622 234.-	307 171.-	13 591.-
	Abovce	557757	637	675 823.-	269 716.-	12 467.-
	Riečka	557765	215	442 120.-	331 481.-	17 781.-
Rimava-Rimavica	Čerenčany	514608	537	365 906.-	150 165.-	12 161.-
	Hrachovo	514888	777	649 004.-	440 616.-	18 292.-
	Kociha	515051	195	85 259.-	57 904.-	4 905.-
	Kružno	515108	359	292 327.-	153 122.-	8 584.-
	Ožďany	515264	1590	1 128 740.-	678 999.-	28 307.-
	Rimavská Baňa	515426	510	537 535.-	259 164.-	8 482.-
	Rimavské Brezovo	515451	506	243 111.-	187 716.-	9 197.-
	Sušany	515591	422	147 753.-	120 925.-	11 445.-
	Veľké Teriakovce	515736	845	415 189.-	309 306.-	19 110.-
	Vyšný Skálnik	515809	144	73 724.-	38 824.-	2 964.-

	Nižný Skálnik	557790	188	81 425.-	52 335.-	3 168.-
	Rimavské Zalužany	557811	338	220 754.-	159 699.-	8 686.-
	Zacharovce	557927	386	271 261.-	108 539.-	7 153.-
Združenie obcí mikroregiónu pliešovská kotlina	Babiná	518166	539	715 130.-	231 737.-	10 934.-
	Breziny	518191	370	166 137.-	108 347.-	7 562.-
	Bzovská Lehôtka	518221	130	65 012.-	39 860.-	2 964.-
	Dobrá Niva	518298	1852	1 511 854.-	855 270.-	46 395.-
	VO Lešť	518581	27			
	Pliešovce	518689	2265	1 703 506.-	1 042 742.-	50 176.-
	Podzámčok	518697	554	232 511.-	155 740.-	8 277.-
	Sása	518727	857	658 562.-	358 531.-	19 927.-
Združenie obcí Veľký potok-Ipeľ	Balog nad Ipľom	515868	763	992 143.-	598 752.-	19 008.-
	Čelovce	515922	424	456 590.-	207 073.-	5 723.-
	Dolinka	515957	457	365 175.-	186 576.-	10 832.-
	Ďurkovce	515990	114	38 801.-	32 474.-	3 066.-
	Hrušov	516040	818	1 263 089.-	521 374.-	17 577.-
	Ipeľské Predmostie	516074	553	452 240.-	230 264.-	12 876.-
	Kamenné Kosihy	516082	356	272 139.-	152 701.-	7 460.-
	Kleňany	516104	269	186 202.-	108 193.-	6 131.-
	Kosihy nad Ipľom	516139	381	234 440.-	139 725.-	10 321.-
	Sečianky	516333	323	273 996.-	131 299.-	7 358.-
	Širákov	516431	184	147 991.-	110 139.-	6 029.-
	Trebušovce	516457	159	86 471.-	43 763.-	5 212.-
	Veľká Čalomija	516465	582	776 192.-	402 441.-	15 635.-
	Veľká Ves n/Ipľom	516473	435	406 908.-	186 993.-	8 686.-
	Vinica	516520	1759	1 287 716.-	708 768.-	41 796.-
Združenie pre rozvoj Banskej Štiavnice a okolia Región Sitno	Svätý Anton	516597	1284	1 093 571.-	581 067.-	24 526.-
	Baďan	516601	149	479 971.-	45 260.-	4 190.-
	Banská Belá	516627	1159	789 687.-	535 615.-	26 161.-
	Banský Studenec	516651	461	264 340.-	144 540.-	11 037.-
	Beluj	516678	143	174 618.-	41 753.-	2 555.-
	Dekýš	516716	186	91 790.-	58 357.-	5 314.-
	Hodruša-Hámre	516759	1996	1 977 769.-	918 274.-	52 935.-
	Ilija	516856	358	318 567.-	182 102.-	8 788.-
	Kozelník	516953	167	159 126.-	48 616.-	3 372.-
	Močiar	517071	161	131 793.-	50 056.-	3 270.-
	Podhorie	517143	334	324 458.-	165 169.-	6 949.-
	Počúvadlo	517160	84	67 871.-	26 575.-	2 146.-
	Prenčov	517178	625	2 308 827.-	264 602.-	15 329.-
	Sklené Teplice	517241	376	470 787.-	175 768.-	10 628.-
	Štiavnické Bane	517283	832	1 099 626.-	566 654.-	19 519.-
	Vysoká	517372	125	75 630.-	39 528.-	2 248.-
	Kráľovce-Krnišov	518531	148	80 223.-	42 648.-	3 475.-
	Žibritov	518999	65	46 684.-	20 812.-	1 737.-

*zdroj: Štatistický úrad SR

**zdroj: Register finančných závierok, Finstat.sk

***zdroj: Ministerstvo financií SR

****zdroj: Výpočet autorov v zmysle Nariadenia vlády SR 668/200 o rozdeľovaní výnosu dane z príjmov územnej samospráve

Príloha 4: Populačná prognóza zapojených funkčných zoskupení obcí

Populačná prognóza obyvateľstva vybraných funkčných zoskupeniach obcí (ďalej ako mikroregiónov) Banskobystrického kraja bola konštruovaná kohortne-komponentnou metódou, ktorá predstavuje štandardný a na tieto účely najčastejšie používaný prístup. Opiera sa o posun jednotlivých vekových kohort smerom do budúcnosti prostredníctvom vývojových scenárov hlavných komponentov populačného vývoja – plodnosti, úmrtnosti a migrácie. Tieto scenáre boli nastavené na základe dôkladnej znalosti predchádzajúceho populačného vývoja jednotlivých mikroregiónov, a to od polovice 90. rokov minulého storočia. Prognóza bola pripravená v jednom najpravdepodobnejšom, scenári. Prahom prognózy bol koniec roka 2024 (31. december) a horizontom koniec roka 2050 (31. december). Pri analýze výsledkov a ich praktickej interpretácii je potrebné mať na zreteli, že jednotlivé mikroregióny predstavujú pomerne malé populačné entity, čo môže do určitej miery ovplyvňovať samotnú kvalitu prognózy. Tá je navyše – ako každý proces prognózovania – ovplyvňovaná určitou mierou neistoty. Preto nie je výsledkom akejkoľvek prognostickej činnosti získanie úplne presne predikovaných počtov osôb a ich vekovej štruktúry, ale naznačenie potenciálnych zmien a vývojových trendov smerom k horizontu prognózovaného obdobia.

Plodnosť

Plodnosť v jednotlivých skúmaných mikroregiónoch prešla od druhej polovice 90. rokov viacerými významnými zmenami, ktoré vo veľkej miere kopírujú hlavné vývojové trendy identifikované na celoslovenskej úrovni. Jednak je to dokončovanie znižovania intenzity rodenia detí v 90. rokoch a na začiatku nového milénia, následná stagnácia alebo len veľmi málo dynamické oživenie plodnosti, ktoré na začiatku druhej dekády 21. storočia opäťovne vo viacerých mikroregiónoch vystriedal pokles. Obdobie posledných desiatich rokov sa nieslo v znamení ďalšieho nárastu, ktorý sa však neprejavil v rovnakej miere vo všetkých mikroregiónoch, v niektorých z nich bolo možné dokonca identifikovať stagnáciu či mierny pokles plodnosti.

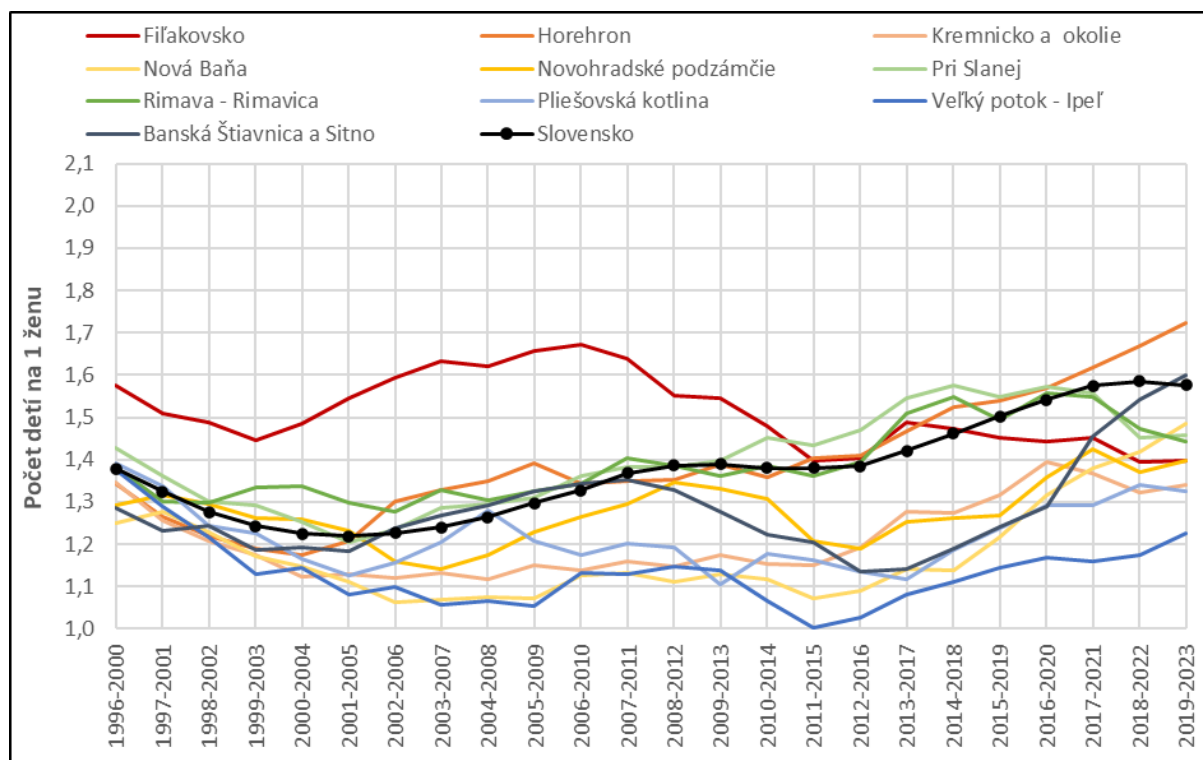
Výsledkom týchto vývojových zmien je tiež určitá diverzifikácia sledovaných mikroregiónov z hľadiska intenzity rodenia detí. Kým v druhej polovici 90. rokov minulého storočia v podstate s výnimkou Filakovska sa úhrnná plodnosť pohybovala v úzkom rozmedzí zhruba 1,2 – 1,4 dieťaťa na ženu, podľa posledných dostupných údajov (2019 – 2023) to bolo 1,2 – 1,7 dieťaťa.

Čiastočne sa zmenila aj pozícia jednotlivých mikroregiónov. Dlhodobu najvyššiu plodnosť dosahovali ženy v mikroregióne Filakovsko, v poslednej dekáde však došlo najprv k pomerne významnému poklesu, ktorý vystriedala len veľmi krátka a nevýrazná fáza oživenia. Navyše, veľmi skoro došlo k stagnácii a v poslednom období dokonca aj k

miernemu poklesu. Preto mikroregión Fiľakovsko dosahuje v porovnaní s ostatnými analyzovanými mikroregiónmi už len priemernú úroveň plodnosti.

Najmä vďaka pomerne významnému nárastu plodnosti v poslednom desaťročí bola najvyššia plodnosť (1,7 dieťaťa na ženu) registrovaná v mikroregióne Horehron. Podobný vývoj zaznamenal aj mikroregión Banská Štiavnica, jej okolie a región Sitna. Výsledkom je, že posledná známa hodnota úhrnnej plodnosti dosahovala približne 1,6 dieťaťa na ženu. Naopak, v prípade mikroregiónov Rimava-Rimavica a pri Slanej došlo v poslednom období k určitému poklesu, v dôsledku čoho tieto mikroregióny už tiež nepatria k priestorom s najvyššou intenzitou rodenia detí.

Dlhodobu najnižšiu plodnosť aj napriek určitému oživeniu nachádzame v mikroregióne Veľký potok-Ipeľ. Jej úroveň až v poslednom analyzovanom období prekročila opäť hranicu 1,2 dieťaťa na ženu. S pomerne výrazným odstupom nasledovali mikroregióny Pliešovská kotlina a Kremnicko a okolie, kde sa úhrnná plodnosť pohybovala tesne nad hranicou 1,3 dieťaťa na ženu.

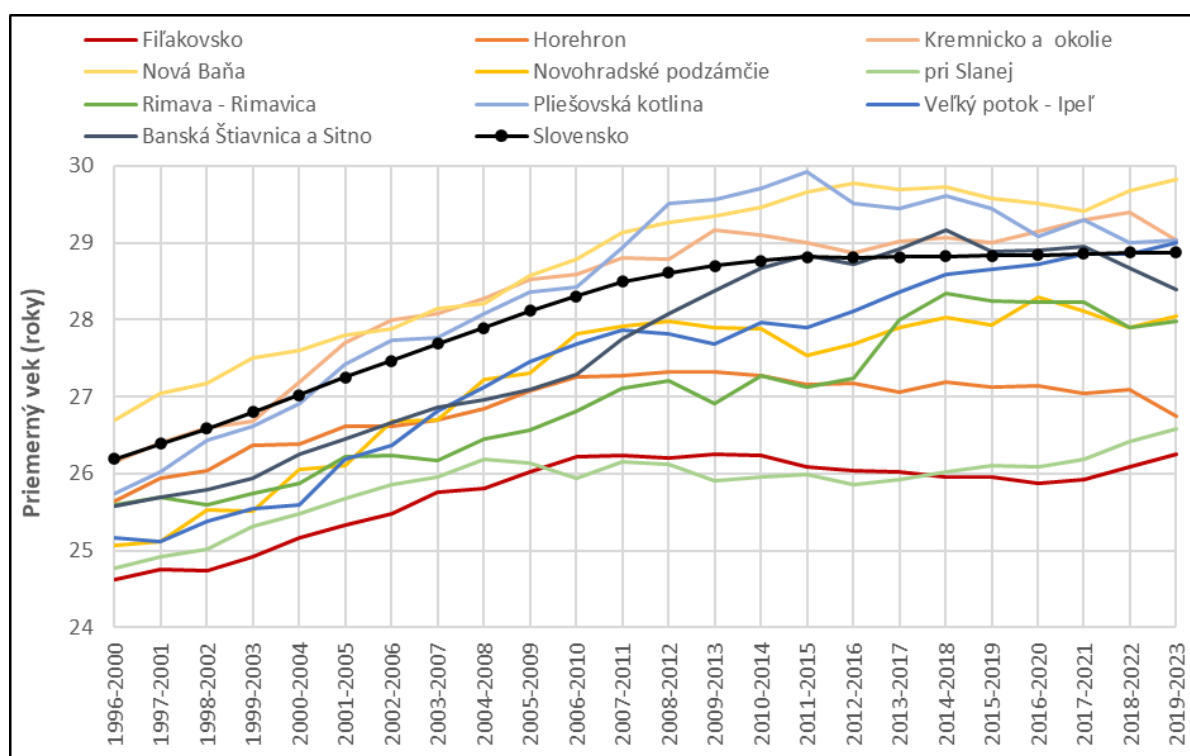


Graf 21 Úhrnná plodnosť v analyzovaných mikroregiónoch v období rokov 1996 – 2023
Zdroj: ŠÚ SR, výpočty autora

Dôležitými zmenami prešiel proces rodenia detí aj z hľadiska ich časovania. V podstate vo všetkých analyzovaných mikroregiónoch bolo možné identifikovať posun priemerného veku žien pri narodení dieťaťa. Aj v tomto prípade však platilo, že došlo vzhľadom na rozdielnú dynamiku tohto procesu k určitej diverzifikácii. Už v druhej polovici 90. rokov minulého storočia dosahovali najvyšší priemerný vek pri narodení dieťaťa ženy v mikroregióne Nová Baňa. Túto pozíciu si mikroregión v podstate udržal až do posledného

analyzovaného obdobia rokov 2019 – 2023, keď sa ženy stávali v priemere matkami vo veku takmer 30 rokov (graf 23). Nad hranicu 29 rokov sa vďaka pomerne výraznému posunu rodenia detí do vyššieho veku dostali tiež mikroregióny Pliešovská kotlina a Kremnicko a okolie.

Úplne odlišná situácia je v mikroregióne Fiľakovsko a pri Slanej. Už v druhej polovici 90. rokov sa tieto zoskupenia obcí vyznačovali najnižším priemerným vekom žien pri narodení dieťaťa a atribút skorých materstiev tu v podstate zotrval až do súčasnosti. Hodnota priemerného veku žien pri narodení dieťaťa sa po počiatočnom náraste z menej ako 25 rokov stabilizovala na hranici 26 rokov a tesne nad touto hranicou.

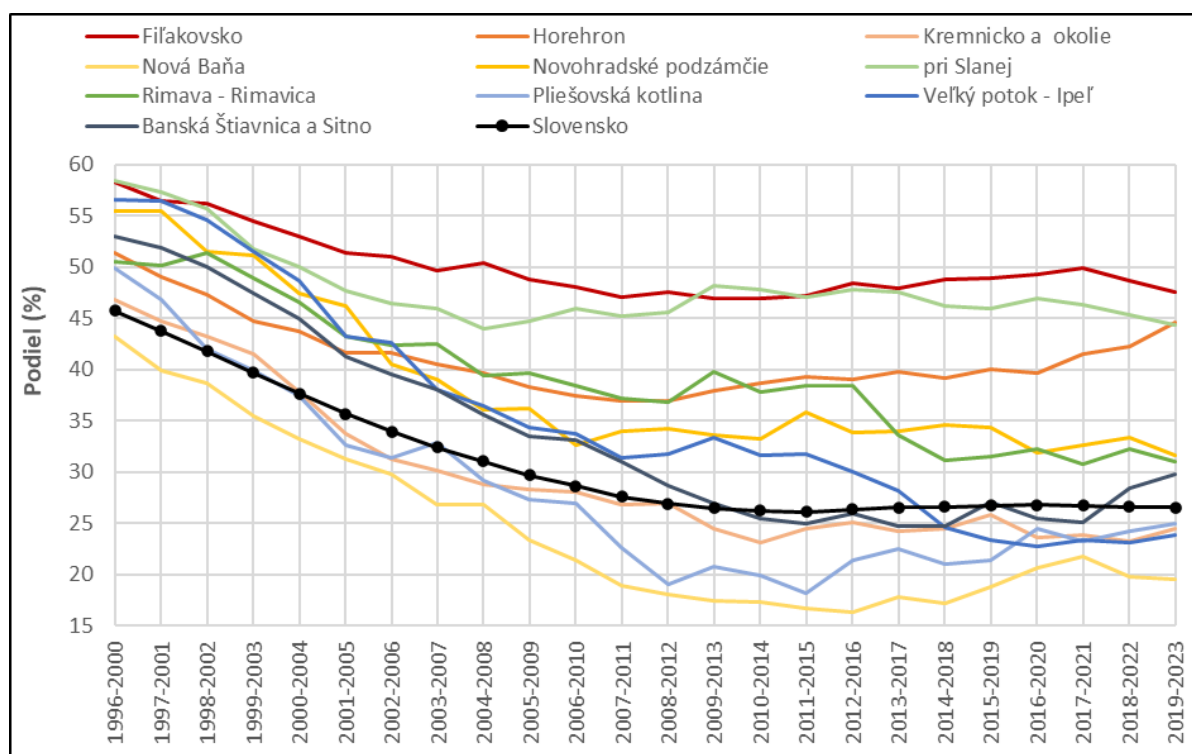


Graf 22 Priemerný vek žien pri narodení dieťaťa v analyzovaných mikroregiónoch v období rokov 1996 – 2023
Zdroj: ŠÚ SR, výpočty autora

Uvedené diferencie v hodnotách priemerného veku pri narodení dieťaťa a prvého dieťaťa sú výsledkom pomerne významných rozdielov v rozložení mier plodnosti podľa veku ženy pri pôrode. Potvrďuje to aj štruktúra príspevkov vybraných vekových skupín k celkovej plodnosti. Pre podrobnejšiu analýzu bola zvolená skupina vo veku do 25 rokov, ktorá symbolizuje realizovanú plodnosť v mladom a veľmi mladom veku (graf 24) a vo veku 30 a viac rokov (graf 25). Uvedený graf prezentuje plodnosť realizovanú v druhej polovici reprodukčného obdobia ženy.

Ako je zrejmé z grafu 24, vo všetkých analyzovaných mikroregiónoch síce došlo k určitému poklesu v podiele plodnosti žien do 25 rokov, no najmenej dynamický bol tento vývoj predovšetkým v mikroregióne Fiľakovsko a pri Slanej. V ich prípade stále plodnosť

v mladom a veľmi mladom veku tvorí 45 – 50 % z celkovej realizovanej plodnosti. Vyššie zastúpenie má aj v mikroregióne Horehron.

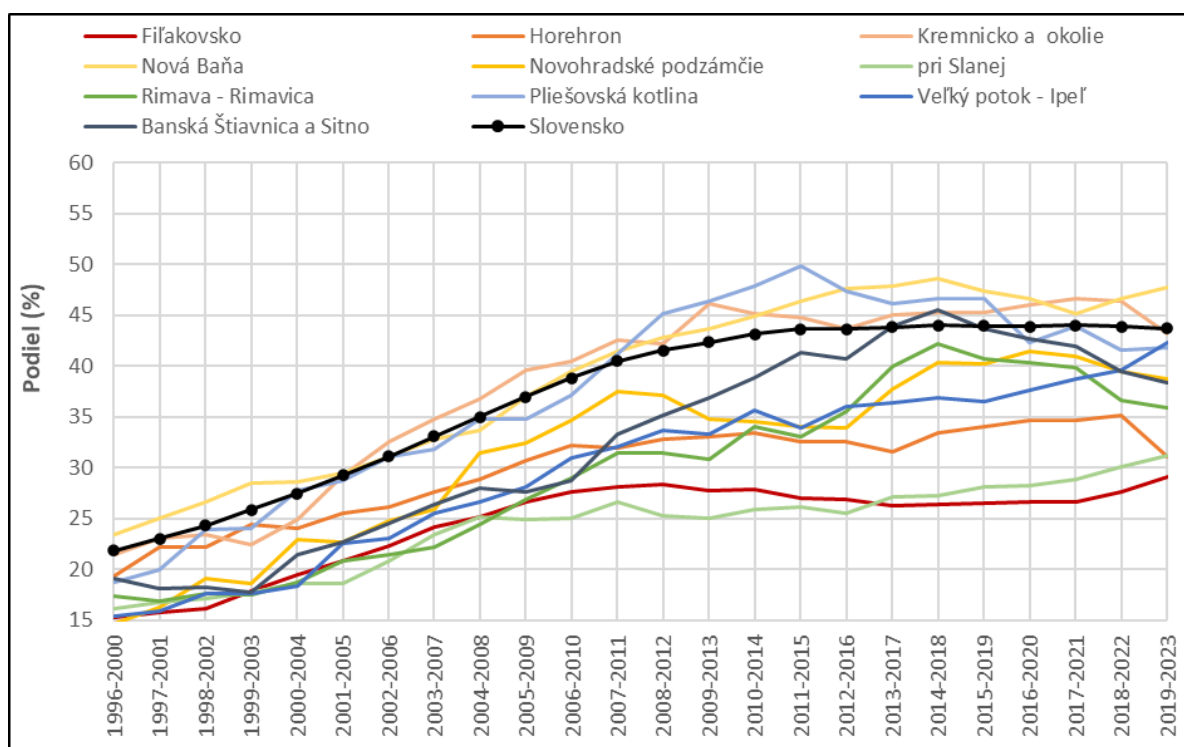


Graf 23 Podiel plodnosti žien vo veku do 25 rokov v analyzovaných mikroregiónoch v období rokov 1996 – 2023

Zdroj: ŠÚ SR, výpočty autora

Celkom opačná situácia vznikla nielen na počiatočnej najnižšej úrovni, ale aj vďaka pomerne dynamickému poklesu v mikroregióne Nová Baňa (graf 24). V tom prípade sa plodnosť žien do 25 rokov dostala na hranicu 20 % a dokonca aj pod ňu. Nízkú váhu (20 – 25 %) je možné sledovať aj v mikroregiónoch Pliešovská kotlina, Kremnicko a okolie a v posledných rokoch aj v mikroregióne Veľký potok-Ipeľ.

Posun rodenia detí do vyššieho veku znamenal, že vo všetkých analyzovaných mikroregiónoch došlo k nárastu podielu plodnosti žien realizovanej v druhej polovici reprodukčného veku. Súčasne je z grafu 25 zrejmé, že vzhľadom na rozdielnú dynamiku tohto procesu pozorujeme aj významnú priestorovú diverzifikáciu. Kým v druhej polovici 90. rokov minulého storočia sa podiel plodnosti žien vo veku 30 a viac rokov pohyboval v rozmedzí 15 – 25 %, podľa posledných dostupných údajov ide približne o 30 – 50 %. Platí pritom, že najvyššie zastúpenie dosahoval tento segment v mikroregiónoch (Nová Baňa, Kremnicko a okolie, Pliešovská kotlina), v ktorých aj celkovo priemerný vek žien pri narodení dieťaťa dosahoval vyššie a najvyššie hodnoty. Celkom opačná situácia zostáva v mikroregiónoch, v ktorých sa ženy stávajú matkami v priemere najskôr. Ide najmä o spomínané mikroregióny Filakovo a pri Slanej, kde sa v druhej polovici reprodukčného obdobia realizuje len približne 25 – 30 % z celkovej hodnoty úhrnnej plodnosti.



Graf 24 Podiel plodnosti žien vo veku 30 a viac rokov v analyzovaných mikroregiónoch v období rokov 1996 – 2023

Zdroj: ŠÚ SR, výpočty autora

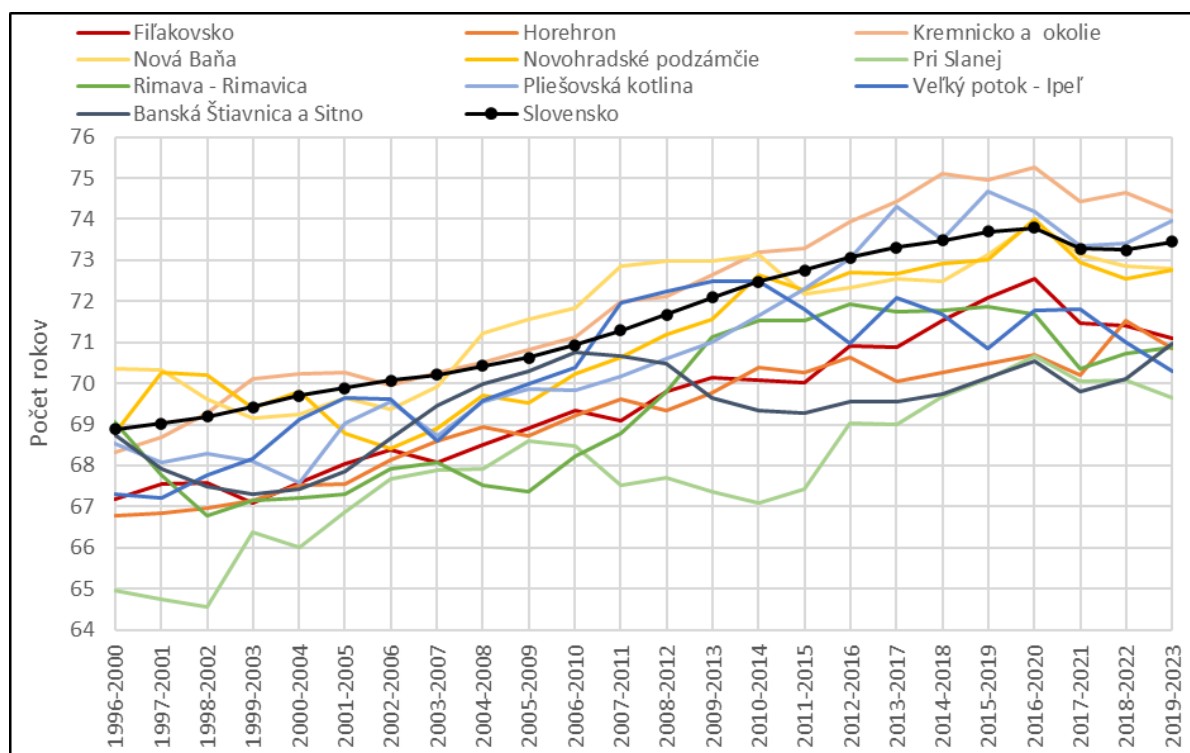
Obdobie posledných troch desaťročí prinieslo v analyzovaných mikroregiónoch viaceré významné zmeny v intenzite aj vekovom rozložení plodnosti. Kým z hľadiska intenzity sme boli svedkami pomerne turbulentného vývoja bez jednoznačného smerovania, v prípade časovania identifikujeme proces starnutia plodnosti. Súčasne však došlo k pomerne značnej diverzifikácii, keďže v niektorých mikroregiónoch tento proces prebieha len málo dynamicky a veľká časť celej plodnosti je stále realizovaná v mladom a veľmi mladom veku. Nezanedbateľnú časť predstavujú aj tehotenstvá a narodenie detí u -náštročných dievčat, čo môžeme vnímať ako problematický jav.

Úmrtnosť

Hlavným vývojovým trendom až do začiatku pandémie ochorenia COVID-19 bolo vo všetkých analyzovaných mikroregiónoch a u oboch pohlaví predlžovanie života. Tento proces pritom prebiehal o niečo dynamickejšie u mužov. Súčasne výsledky predkladanej analýzy potvrdili pretrvávajúce pomerne významných priestorových rozdielov v hodnotách strednej dĺžky života pri narodení. Počas sledovaného obdobia sa výraznejšie nezmenili.

Najdynamickejšie zlepšovanie úmrtnostných pomerov do začiatku pandémie (medzi obdobiami 1996 – 2000 a 2015 – 2019) identifikujeme u mužov v mikroregiónoch Kremnicko a okolie a Pliešovská kotlina. V ich prípade sa hodnota strednej dĺžky života pri narodení zvýšila o viac ako 6 rokov. Najnižšia dynamika predlžovania života sa vyskytuje v mikroregiónoch Banská Štiavnica, jej okolie a región Sitna a v mikroregióne Nová Baňa.

Potenciálny počet rokov života práve narodených chlapcov sa tu zvýšil o približne 1,5 – 3,0 roka. Aj vďaka tejto diferenciácii sa medzi populácie s najlepšimi úmrtnostnými pomermi popri mikroregióne Kremnicko a okolie dostala Pliešovská kotlina. Naopak, mikroregión Novej Bane, ktorý tiež patril k priestorom s priaznivou úmrtnosťou, začal zaostávať. Z dlhodobého hľadiska najhoršie úmrtnostné pomery vykazuje mikroregión pri Slanej, ku ktorému sa v poslednom desaťročí pripojil aj mikroregión Banská Štiavnica, jej okolie a región Sitna a Horehron.

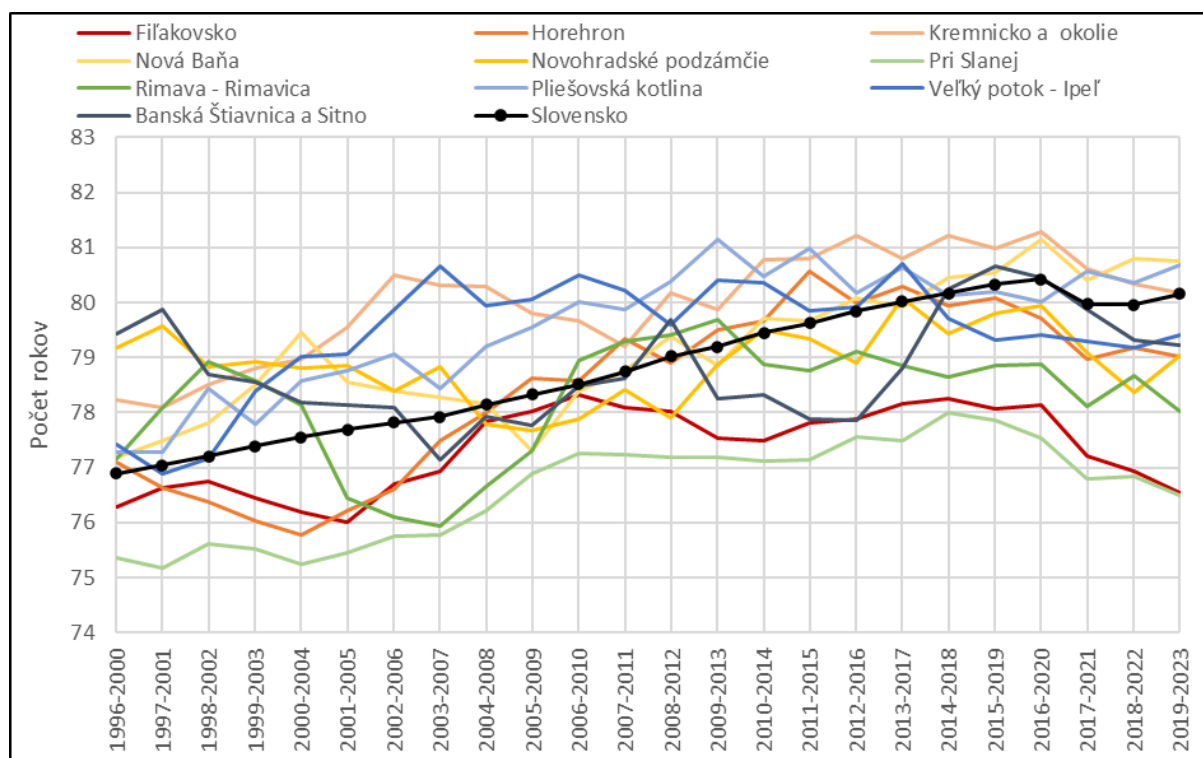


Graf 25 Stredná dĺžka života mužov pri narodení v analyzovaných mikroregiónoch v období rokov 1996 – 2023
Zdroj: ŠÚ SR, výpočty autora

Vývoj v posledných obdobiach negatívne poznačili pandemické roky 2020 a 2021, keď došlo k pomerne významnému zhoršeniu úmrtnosti na Slovensku, pričom výnimkou neboli ani analyzované mikroregióny. Z dostupných údajov je pritom zrejmé, že k najväčšiemu skráteniu dĺžky života u mužov došlo v priestore mikroregiónu Rimava-Rimavica a v mikroregióne Pliešovská kotlina. Vývoj v rokoch 2019 – 2023 v prípade viacerých mikroregiónov však tiež naznačuje, že išlo len o dočasný jav a postupne po odznení nepriaznivých vplyvov pandémie budeme svedkami návratu ďalšieho zlepšovania úmrtnostných pomerov.

V ženskej časti populácie nebolo takéto výrazné zlepšenie úmrtnosti v jednotlivých mikroregiónoch pozorované. Do začiatku pandémie najviac vzrástla hodnota strednej dĺžky života žien pri narodení v mikroregióne Nová Baňa a Horehron (3,0 – 3,3 roka). V mikroregiónoch Novohradské podzámčie a Banská Štiavnica, jej okolie a región Sitna bola situácia opačná, keďže tu sa potenciálny počet rokov práve narodených dievčat zvýšil len o 0,6 – 1,2 roka. Rovnako ako u mužov, aj u žien pozorujeme, že posledné obdobia priniesli

zvrátenie tohto pozitívneho trendu ako dôsledok nepriaznivej epidemiologickej situácie v rokoch 2020 a 2021. Aj v tomto prípade sa však dá očakávať, že v najbližších rokoch budeme svedkami opätovného nástupu zlepšovania úmrtnostných pomerov.



Graf 26 Stredná dĺžka života žien pri narodení v analyzovaných mikroregiónoch v období rokov 1996 – 2023
Zdroj: ŠÚ SR, výpočty autora

Aj napriek určitým vývojovým fluktuáciám v dôsledku pomerne malej populačnej početnosti sa dá identifikovať aj u žien existencia niektorých priestorových diferencií. Najhoršie úmrtnostné pomery dlhodobo nachádzame najmä v mikroregiónoch pri Slanej a Filákovsko. Naopak, najvyššie hodnoty strednej dĺžky života žien pri narodení dosahovali Kremnicko a okolie, Pliešovská kotlina a v posledných rokoch sa k nim pridali aj mikroregión Nová Baňa. Rozdiely medzi jednotlivými mikroregiónmi však boli o niečo menšie ako v prípade mužov.

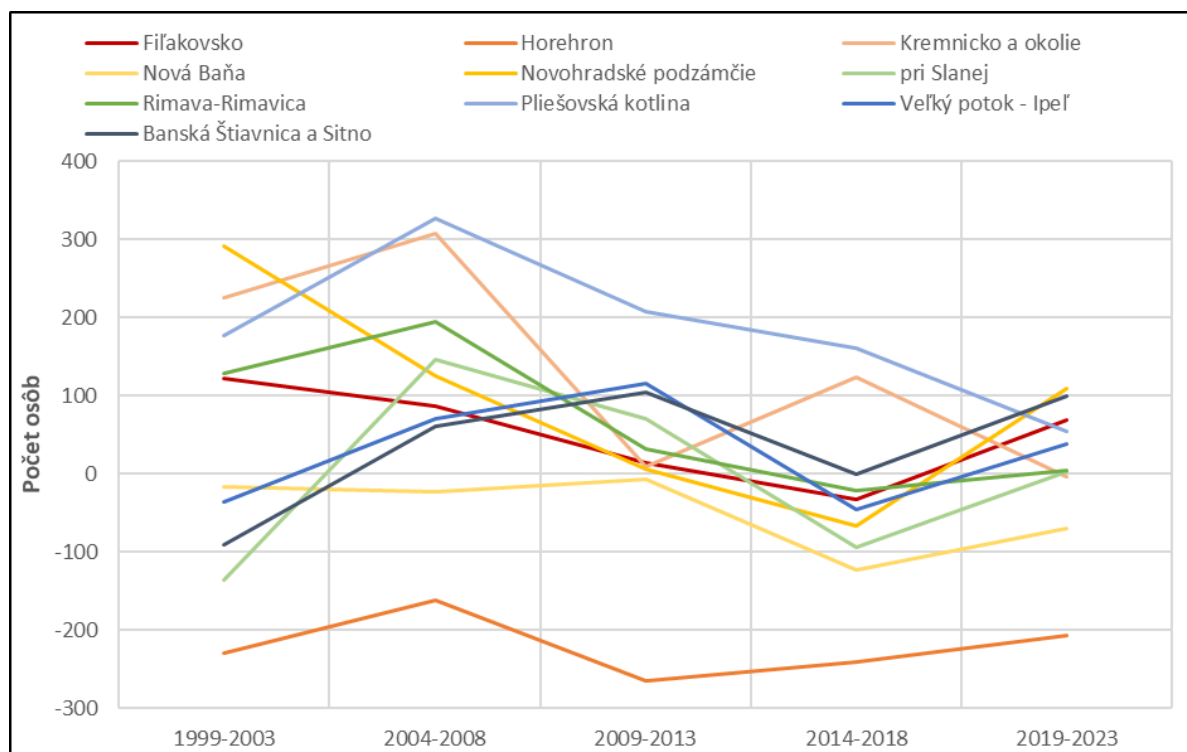
Migrácia

Migrácia predstavuje tretí hlavný proces vstupujúci priamo do populačného vývoja a formujúci budúce smerovanie každej populácie. Súčasne je to komponent, ktorý je najmenej stabilný, ovplyvňovaný veľkým množstvom externých faktorov, ktoré je obzvlášť v prípade malých populačných jednotiek ťažké prognózovať. Táto nestabilita v kombinácii s vysokou mierou neurčitosti vytvára z migrácie najhoršie predikovateľný komponent. Ako ukazuje graf 28, v prípade analyzovaných mikroregiónov je možné hovoriť o niekoľkých základných zisteniach.

Predovšetkým môžeme pozorovať určité znižovanie objemu migračného salda.

V poslednom 5-ročnom období v podstate len v troch mikroregiónoch predstavoval rozdiel medzi počtom prisťahovaných a vystahovaných 100 a viac osôb, kým na konci 90. a na začiatku milénia to bolo v siedmich mikroregiónoch. Znamená to, že význam migrácie na samotnom populačnom vývoji mikroregiónov sa znižuje. Potvrdzujú to aj samotné empirické údaje, keď v podstate v 3 mikroregiónoch v rokoch 2019 – 2023 sa hodnota migračného salda blížila k nule (menej ako 5 osôb).

Druhým dôležitým zistením je existencia pomerne stabilného priestoru s celkovým úbytkom obyvateľstva migráciou. Konkrétne ide o mikroregión Horehron a Nová Baňa, v ktorých prevláda dlhodobý počet vystahovaných nad prisťahovanými osobami. Záporné migračné saldo v posledných dvoch obdobiach však začali dosahovať aj niektoré ďalšie mikroregióny (Fiľakovsko, Kremnicko a okolie, Novohradské podzámčie, Veľký potok-Ipeľ, pozri graf 28).

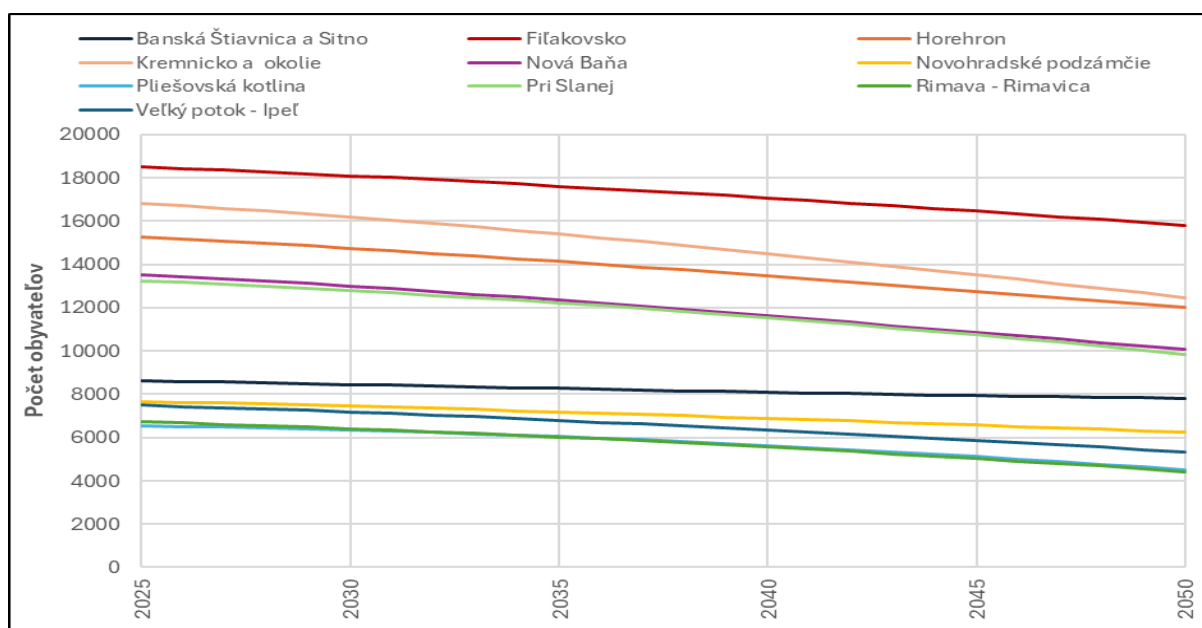


Graf 27 Migračné saldo v analyzovaných mikroregiónoch v 5-ročných obdobiach rokov 1999 – 2023
Zdroj: ŠÚ SR, výpočty autora

Dlhodobý najvyšší migračný prírastok pozorujeme v priestore Pliešovskej kotliny, Kremnicka a okolia a Novohradského podzámčia. V absolútnom vyjadrení však išlo kumulatívne od roku 2000 približne len o 300 – 900 osôb. Ako však bolo naznačené, z vývojového hľadiska môžeme skôr hovoriť o určitom utlmovaní. Aj keď z grafu 28 je zrejmé, že s výnimkou mikroregiónu Pliešovská kotlina, Kremnicko a okolie došlo v ostatných celkoch k určitému nárastu objemu migračného salda, uvedená zmena bola pomerne malá, ako aj samotná hodnota migračného salda je nízka, a preto táto zmena nemohla výraznejšie ovplyvniť počet obyvateľov v príslušnom mikroregióne.

Výsledky prognózy

Kombinácia nastavených vývojových scenárov hlavných komponentov populačného vývoja (plodnosť, úmrtnosť, migrácia) v prepojení na poslednú známu vekovo-pohlavnú štruktúru obyvateľstva jednotlivých mikroregiónov vytvára obraz o ich možnom budúcom populačnom smerovaní. Základné výsledky populačnej prognózy pomerne jednoznačne poukazujú na nástup, resp. v niektorých prípadoch ďalšie prehĺbovanie populačných úbytkov a tým zmenšovanie miestnej populácie. V absolútnom vyjadrení by bol pri naplnení predpokladov vývoja jednotlivých komponentov do roku 2050 najviac stratovým mikroregión Kremnicko a okolie (pokles o takmer 4,4 tis. obyvateľov), nasledovaný mikroregiónmi Nová Baňa, pri Slanej a Horehron (pokles 3,2 – 3,5 tis. osôb). Naopak, najmenší pokles sa očakáva v mikroregióne Banská Štiavnica, jej okolí a regióne Sitna, kde by do konca prognózovaného obdobia mohlo ubudnúť menej ako 1 000 obyvateľov. Aj z relatívneho hľadiska by išlo o najmenší pokles, keďže index zmeny by dosahoval hranicu 90 %. Najväčší relatívny pokles voči súčasnému počtu obyvateľov nachádzame v mikroregióne Pliešovská kotlina a Rimava-Rimavica (65 – 68 %).

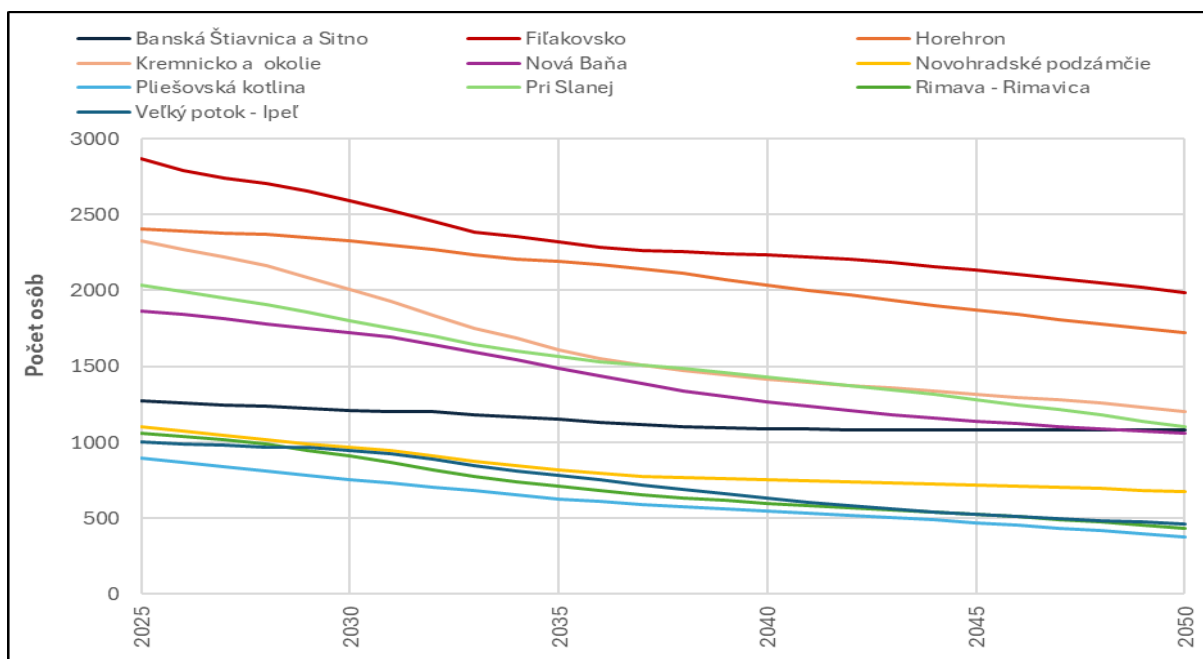


Graf 28 Prognóza počtu obyvateľov v analyzovaných mikroregiónoch v rokoch 2025 – 2050

Zdroj: ŠÚ SR, výpočty autora

Dôležité zmeny je však možné očakávať aj v jednotlivých populačných zložkách. Detská zložka (osoby do 15 rokov) bude mať vo všetkých analyzovaných mikroregiónoch klesajúcu tendenciu. Najvýraznejší absolútny pokles (o viac ako 1000 detí) by sa pri naplnení predpokladov prognózy odohral v mikroregióne Kremnicko a okolie. Tesne pod touto hranicou by sa nachádzal mikroregión Pri Slanej. Naopak, najmenší absolútny pokles sa očakáva v Banskej Štiavnici a Sitne (menej ako 200 detí). Vzhľadom na rozdielnú populačnú veľkosť jednotlivých mikroregiónov je však dôležitejší poznatok o vývoji relatívnych zmien. Až v troch mikroregiónoch (Rimava-Rimavica, Veľký Potok-Ipeľ a Pliešovská kotlina) by sa počet detí do 15 rokov mohol v polovici 21. storočia dostať na polovicu súčasného stavu

a pod túto úroveň. Výrazný relatívny pokles sa očakáva aj v Kremnicku a okolí, Pri Slanej a mikroregiónu Nová Baňa, kde by sa počet detí v roku 2050 pohyboval na úrovni 50 – 60 % z hodnôt na prahu prognózy. Najmenšie relatívne zmeny signalizujú výsledky prognózy v prípade mikroregiónu Banská Štiavnica a Sitno (pokles o 15 p. b.) a Horehron (pokles o necelých 30 p. b.). Uvedený predpokladaný vývoj bude tiež znamenať znižujúce sa zastúpenie detskej zložky na celej populácii jednotlivých mikroregiónov. Kým v súčasnosti sa ich váha pohybuje od 13 % (Veľký potok-Ipeľ, Pliešovská kotlina, Kremnicko a okolie po takmer 16 % (Rimava-Rimavica, Horehron), v polovici 21. storočia sa očakáva, že deti do 15 rokov by tvorili maximálne 14 % (Horehron, Banská Štiavnica a Sitno) a minimálne len 8 – 9 % (Veľký potok-Ipeľ, Pliešovská kotlina).



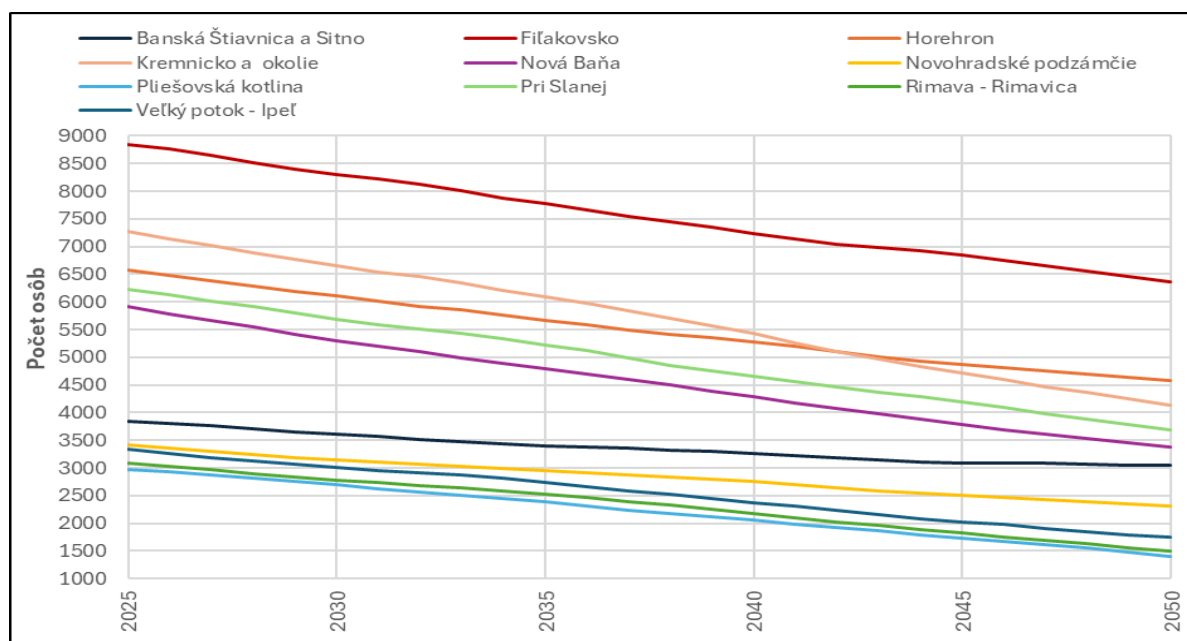
Graf 29 Prognóza počtu detí do 15 rokov v analyzovaných mikroregiónoch v rokoch 2025 – 2050

Zdroj: ŠÚ SR, výpočty autora

Predpokladaný vývojový trend počtu a podielu detskej zložky v analyzovaných mikroregiónoch bude jednak výsledkom pretrvávajúcej pomerne nízkej plodnosti (hlbšie pod hranicou 2 detí), jednak a najmä postupného zmenšovania reprodukčnej základne. Z vekovej skupiny 15 – 49 rokov sa dostali preč početné generácie zo 70. rokov a rovnako smerom k horizontu prognózy z nej budú odchádzať aj početnejšie skupiny mužov a žien narodených v 80. rokoch. Naopak, do mladších vekov reprodukčného intervalu sa dostali a dostávajú oveľa menej početné generácie zo začiatku 21. storočia a prvých dvoch desaťročí tohto milénia. Okrem toho na početnosť osôb v reprodukčnom veku bude s najväčšou pravdepodobnosťou negatívne pôsobiť aj predpokladaná negatívna migračná bilancia, keďže práve vo veku 20 – 40 rokov je intenzita migrácie najvyššia.

Zmršťovanie reprodukčnej základne v podstate vo všetkých mikroregiónoch potvrdzujú aj výsledky predkladanej populačnej prognózy. V absolútnom vyjadrení by tento jav mal nastať predovšetkým v Kremnicku a okolí, ktoré by do roku 2050 malo stratiť viac ako 3 tis.

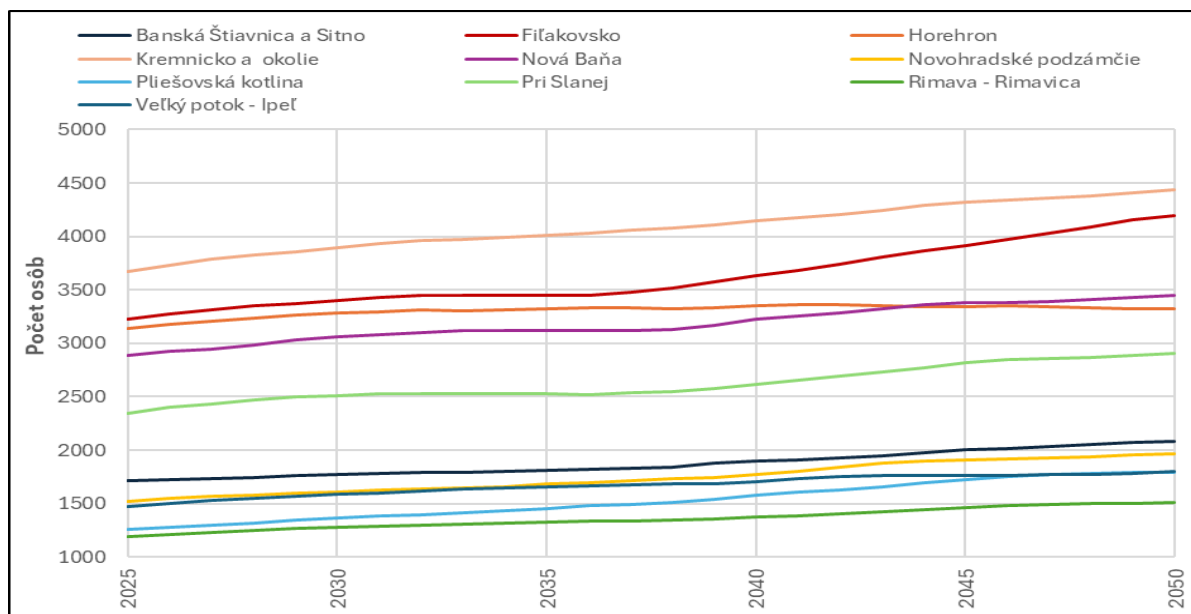
osôb v reprodukčnom veku. Pokles o približne 2,5 tis. osôb sa dá očakávať tiež vo Fiľakovsku, v mikroregióne Nová Baňa a Pri Slanej. Najmenšie absolútne straty by mal dosahovať mikroregión Banská Štiavnica a Sitno (okolo 800 osôb). Ak sa na budúci vývoj počtu osôb v reprodukčnom veku pozrieme v relatívnom vyjadrení, na polovicu súčasného stavu by sa dostali v mikroregiónoch Pliešovská kotlina, Rimava-Rimavica a Veľký Potok-Ipeľ. Na 70 % by sa pohybovalo Fiľakovsko a Horehron a len v mikroregióne Banská Štiavnica a Sitno by pokles predstavoval len približne 20 p. b.



Graf 30 Prognóza vývoja počtu osôb vo veku 15 – 49 rokov v analyzovaných mikroregiónoch v rokoch 2025 – 2050

Zdroj: ŠÚ SR, výpočty autora

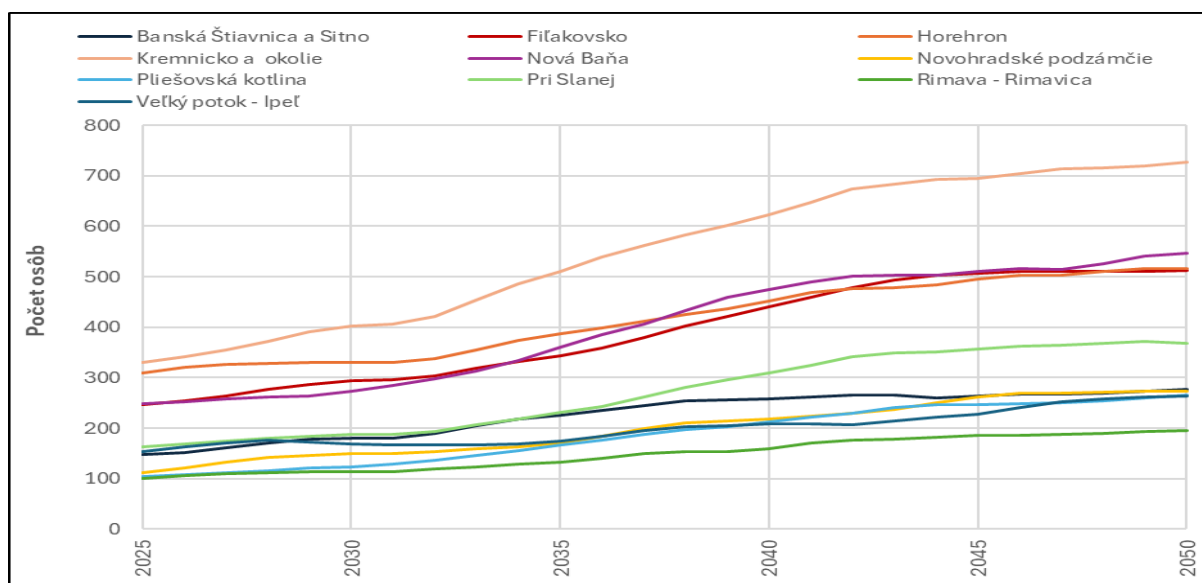
Celkom opačný trend indikujú výsledky populačnej prognózy pre vývoj seniorskej zložky. Počet osôb vo veku 65 a viac rokov by mal vo všetkých analyzovaných mikroregiónoch postupne, až do konca prognózovaného obdobia, rásť. Najväčšie absolútne prírastky seniorov je pritom možné očakávať do roku 2050 v mikroregióne Kremnicko a okolie (nárast o 760 osôb) a Fiľakovsko (970 osôb). V relatívnom vyjadrení však najvýraznejšie vzrastie seniorská zložka v mikroregióne Pliešovská kotlina (o takmer 43 p. b.). Celkom opačná situácia bude pritom z absolútneho i relatívneho pohľadu v mikroregióne Horehron, kde sa očakáva nárast menej ako 200 osôb vo veku 65 a viac rokov, čo by predstavovalo len približne 6 p. b. Uvedené skutočnosti sa premietnu aj do zastúpenia seniorov v jednotlivých mikroregiónoch. Vo všetkých dôjde do roku 2050 k jeho nárastu, a to zo súčasných 17 % (Fiľakovsko, Rimava-Rimavica, Pri Slanej) až 21 % (Kremnicko a okolie, Nová Baňa) na 27 % (Banská Štiavnica a Sitno, Fiľakovsko, Horehron) až 40 % (Pliešovská kotlina).



Graf 31 Prognóza vývoja počtu osôb vo veku 65 a viac rokov v analyzovaných mikroregiónoch v rokoch 2025 – 2050

Zdroj: ŠÚ SR, výpočty autora

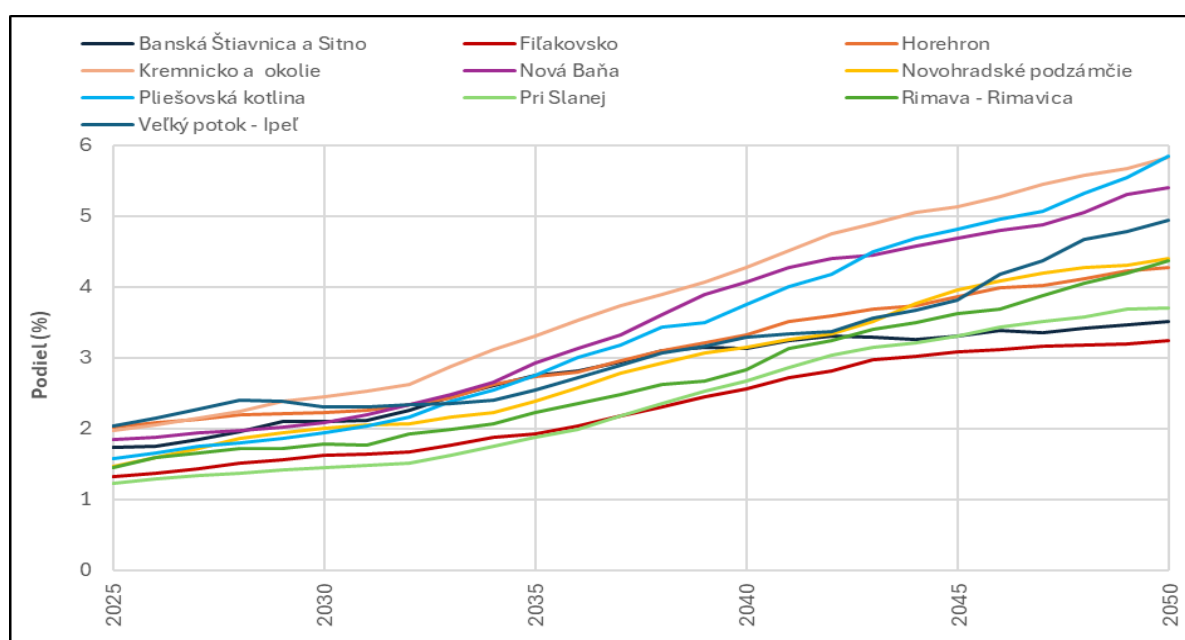
Nemenej významný, najmä z pohľadu poskytovania služieb dlhodobej starostlivosti, bude rast počtu a zastúpenia najstarších osôb. Skupina tzv. oldest-old (85 a viac rokov) je v súčasnosti najpočetnejšia v priestore Kremnicka a okolia (viac ako 300 osôb) a mikroregiónu Horehron (280 osôb). Menej ako 100 osôb v tomto veku je registrovaných v Pliešovskej kotline a mikroregióne Rimava-Rimavica. Do roku 2050 by sa ich počty mohli zdvojnásobiť až strojnásobiť. Najpočetnejšou skupinou by oldest-old zostali v mikroregióne Kremnicko (viac ako 700 osôb). Približne 500 – 550 osôb vo veku 85 a viac rokov by mali mať tiež mikroregióny Horehron, Fiľakovsko, Nová Baňa.



Graf 32 Prognóza vývoja počtu osôb vo veku 85 a viac rokov v analyzovaných mikroregiónoch v rokoch 2025 – 2050

Zdroj: ŠÚ SR, výpočty autora

Nárast počtu osôb vo veku 85 a viac sa premietne aj na pomerne dynamickom náraste ich zastúpenia. Vo všetkých mikroregiónoch očakávame do roku 2050 zvyšovanie ich podielu, pričom v polovici 21. storočia by najvyššiu váhu mali dosahovať v mikroregióne Kremnicko a okolie a Pliešovská kotlina s takmer 6 %. Nižšie podiely by sa mohli zachovať v mikroregiónoch Filakovsko a Banská Štiavnica a Sitno. Súčasne je z grafu 34 zrejmé, že nasledujúci vývoj prinesie aj zvýraznenie určitých rozdielov medzi mikroregiónmi z hľadiska podielu osôb vo veku odleť-old na celkovej populácii.



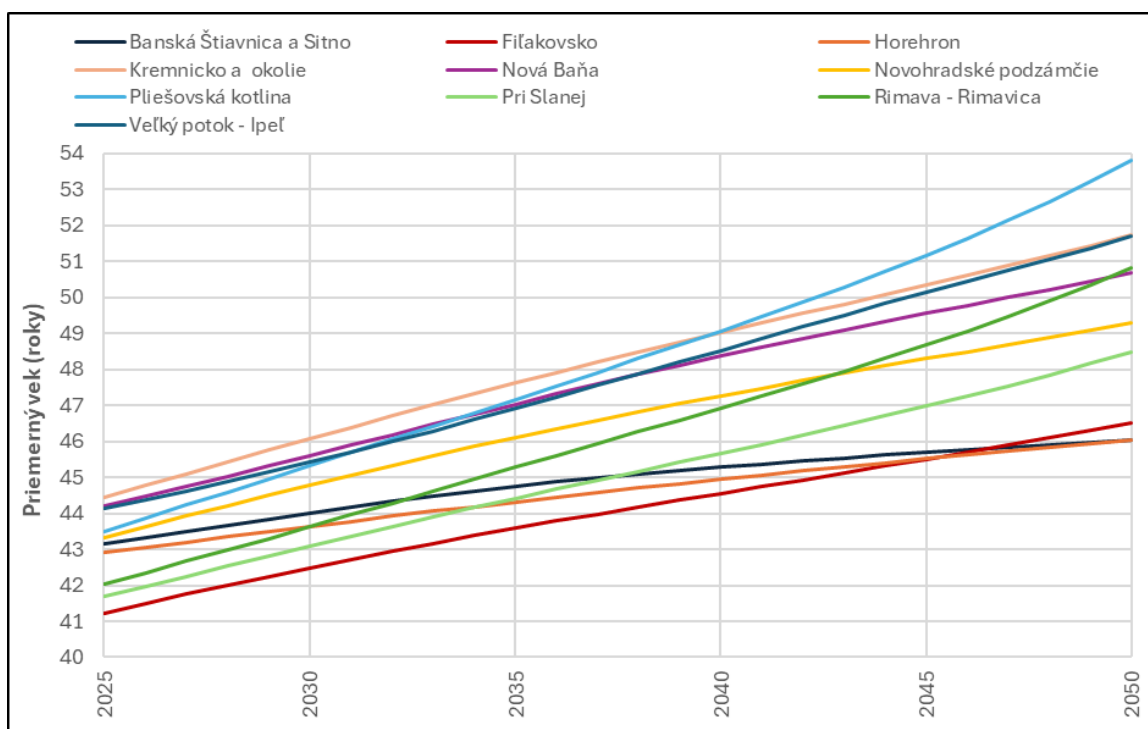
Graf 33 Prognóza vývoja podielu osôb vo veku 85 a viac rokov v analyzovaných mikroregiónoch v rokoch 2025 – 2050

Zdroj: ŠÚ SR, výpočty autora

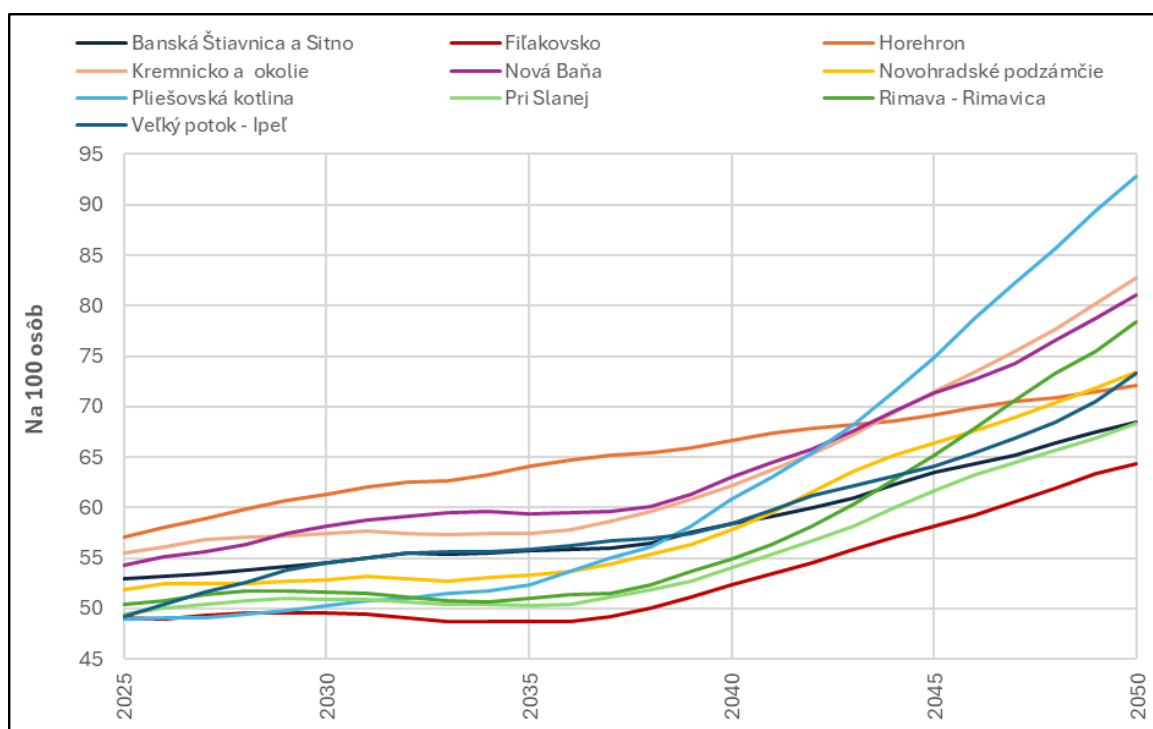
Celková premena počtu a zastúpenia jednotlivých vekových zložiek sa premietne aj do vývoja priemerného veku (graf 35) či zaťaženia produktívnej časti miestnej populácie (graf 3). Súčasne dôjde aj k určitej diferencii vekového zloženia analyzovaných mikroregiónov vzhľadom na dynamiku starnutia. Najvyšší priemerný vek v polovici 21. storočia môžeme očakávať v mikroregióne Pliešovská kotlina (takmer 54 rokov). Nad hranicu 50 rokov by sa pritom mohol dostať aj mikroregión Veľký Potok-Ipeľ, Kremnicko a okolie, Nová Baňa a Rimava-Rimavica. Hlbšie pod touto úrovňou (okolo 46 rokov) by sa, naopak, mohli nachádzať mikroregióny Horehron, Filakovsko a Banská Štiavnica a Sitno.

Najväčšie zaťaženie produktívnej zložky (počet osôb v detskom a seniorskom veku pripadajúcich na osoby v produktívnom veku 15 – 64 rokov) sa očakáva vzhľadom na predpokladaný vývoj najmä seniorskej zložky v mikroregióne Pliešovskej kotliny. Kým v súčasnosti tu na 100 osôb v produktívnom veku pripadá približne 48 seniorov a detí do 15 rokov, v polovici tohto storočia by to už mohlo byť viac ako 90 neproduktívnych osôb. Nad hranicou 80 seniorov a detí na 100 mužov a žien v produktívnom veku by sa mohli nachádzať aj mikroregióny Kremnicko a Nová Baňa. Naopak, najnižšie ekonomické zaťaženie

signalizujú výsledky našej populačnej prognózy pre Fiľakovsko, Pri Slanej a mikroregión Banská Štiavnica a Sitno so 64 – 68 deťmi a seniormi na 100 osôb vo veku 15 – 64 rokov.



Graf 34 Prognóza vývoja priemerného veku populácie analyzovaných mikroregiónov v rokoch 2025 – 2050
Zdroj: ŠÚ SR, výpočty autora



Graf 35 Prognóza vývoja indexu celkového zaťaženia produktívnej zložky analyzovaných mikroregiónov v rokoch 2025 – 2050

Pozn.: index vyjadruje počet osôb vo veku 65 a viac spolu s deťmi do 15 rokov pripadajúcimi na 100 osôb vo veku 15 – 64 rokov

Zdroj: ŠÚ SR, výpočty autora

Príloha 5: Hustota sociálnych služieb v jednotlivých FZO

Názov mikroregiónu		Terénna a ambulantná forma služby					Pobytová služba v odkázanosti		
		Opatrovateľská služba	Prepravná služba	Požičovňa pomôcok	Denný stacionár	DSS, ŠZ, RS	Počet služieb	Kapacita	Počet poskytovateľov
Fiľakovsko	priamo v regióne	1	1	0	1	0	2	53	1
	vzdialenosť do 30 km*	15	4	13	2	4	22	720	25
Mikroregión Horehron	priamo v regióne	8	0	0	1	1	5	148	3
	vzdialenosť do 30 km*	3	0	1	1	1	4	180	5
Mikroregión Kremnicko a okolie	priamo v regióne	1	1	20	0	0	4	58	5
	vzdialenosť do 30 km*	5	1	2	0	1	10	299	10
Mikroregión Nová Baňa	priamo v regióne	1	1	0	0	3	9	247	4
	vzdialenosť do 30 km*	6	2	1	2	0	10	108	11
Mikroregión Novohradské podzámčie – združenie obcí	priamo v regióne	16	0	14	0	0	1	10	5
	vzdialenosť do 30 km*	11	4	5	3	3	14	504	28
Mikroregión pri Slanej	priamo v regióne	14	2	0	2	0	2	159	7
	vzdialenosť do 30 km*	5	3	2	2	2	4	184	11
Rimava-Rimavica	priamo v regióne	1	0	0	0	1	5	103	4
	vzdialenosť do 30 km*	8	3	1	1	3	15	377	22
Združenie obcí mikroregiónu Pliešovská kotlina	priamo v regióne	0	0	0	0	0	0	0	0
	vzdialenosť do 30 km*	9	1	0	1	3	9	384	18
Združenie obcí Veľký potok-Ipeľ	priamo v regióne	6	1	0	2	0	0	0	8
	vzdialenosť do 30 km*	9	2	0	2	0	4	188	12
Združenie pre rozvoj Banskej Štiavnice a okolia Región Sitno	priamo v regióne	8	4	0	1	2	10	260	16
	vzdialenosť do 30 km*	8	1	3	2	0	8	138	13

Zdroj: Informačný systém sociálnych služieb a výpočet autorov

*vzdialenosť je meraná od obce, v ktorej sídli CISZS

Príloha 6: Počet klientov sociálnych služieb poskytovaných ambulantnou a terénnou formou na úrovni zapojených obcí

		Rehabilitačné stredisko			Domov sociálnych služieb			Špecializované zariadenia			Denný stacionár			Celkový súčet ambulantná forma			Opatrovateľské služby		
Názov mikroregiónu	Obec	2022	2023	2024	2022	2023	2024	2022	2023	2024	2022	2023	2024	2022	2023	2024	2022	2023	2024
Fiľakovo	Belina	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Buzitka	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Fiľakovo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	9	0	4	9	28	35	40
	Fiľakovské Kováče	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Holiša	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Prša	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Radzovce	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Šávoľ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Šiatorská Bukovinka	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Šíd	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Šurice	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Veľké Dravce	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Biskupice	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	9	0	4	9	28	35	40
Mikroregión Horehron	Bacúch	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11	12	11
	Beňuš	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	5
	Braväcovo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	4	5
	Heľpa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	12	15	16	12	15	16	23	25	31
	Pohorelá	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	29	31	38
	Polomka	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	28	30	25
	Šumiac	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	12	14	11
	Telgárt	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Vaľkovňa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	2	3
	Závadka nad Hronom	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	23	21	20
		0	0	0	1	1	1	0	0	0	12	15	16	13	16	17	131	142	149
Mikroregión Kremnicko a okolie	Bartošova Lehôtka	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Dolná Ves	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Hronská Dúbrava	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Ihráč	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Janova Lehota	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0

	Jastrabá	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Kopernica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Kosorín	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Krahule	0	0	0	0	0	0	0	0	9	10	11	9	10	11	0	0	0
	Kremnica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	23	26	39
	Kremnické Bane	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Kunešov	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Lovčica-Trubín	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Lúčky	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Nevolné	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Pitelová	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Slaská	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Stará Kremnička	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Trnavá Hora	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Horná Ves	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Lutila	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		0	0	0	0	0	0	0	0	9	10	11	9	10	11	24	27	39
Mikroregión Nová Baňa	Hronský Beňadik	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Malá Lehota	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Nová Baňa	4	4	5	14	15	16	2	2	2	0	0	0	20	21	23	1	1
	Rudno nad Hronom	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Tekovská Breznica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Veľká Lehota	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
	Voznica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Orovnica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Brehy	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		4	4	5	14	15	16	2	2	2	0	0	0	20	21	23	2	1
		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Mikroregión Novohradské podzámkie - združenie obcí	Ábelová	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Halič	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	4
	Lehôtka	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Lentvora	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Ľuboreč	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Lupoč	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Mašková	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Podrečany	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Polichno	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Praha	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Stará Halič	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Tomášovce	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1
	Vidiná	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	5	5
	Gregorova Vieska	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	8	10
Mikroregión Pri Stanej	Figa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2
	Gemer	0	0	0	0	0	0	0	0	15	15	15	15	15	15	0	1	1
	Hubovo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	Chanava	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Kesovce	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

	Kráľ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	2
	Lenka	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	Neporadza	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Rumince	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	1	
	Stránska	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Tornaľa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	33	54	62	
	Štrkovec	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	1	
	Včelince	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	4	3	
	Abovce	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	
	Riečka	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	3	
		0	0	0	0	0	0	0	0	0	15	15	15	15	15	15	41	71	79
Rimava-Rimavica	Čerenčany	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Hrachovo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Kociha	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Kružno	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Ožďany	0	0	0	3	3	3	0	0	0	0	0	0	3	3	3	2	3	2
	Rimavská Baňa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Rimavské Brezovo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Sušany	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Veľké Teriakovce	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Vyšný Skálnik	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Nižný Skálnik	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Rimavské Zalužany	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Zacharovce	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		0	0	0	3	3	3	0	0	0	0	0	0	3	3	3	2	3	2
Združenie obcí mikroregiónu Pliešovská kotlina	Babiná	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Breziny	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Bzovská Lehôtka	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Dobrá Niva	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	VO Lešt	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Pliešovce	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Podzámčok	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Sása	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Združenie obcí Veľký potok-Ipeľ	Balog nad Ipľom	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Čelovce	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
	Dolinka	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	5	3	
	Ďurkovce	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Hrušov	0	0	0	0	0	0	0	0	11	12	16	11	12	16	2	2	2	
	Ipeľské Predmostie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Kamenné Kosihy	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Kleňany	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Kosihy nad Ipľom	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Sečianky	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	3	3	
	Širákov	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

	Trebušovce	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Veľká Čalomija	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	9	10	8	9	10	0	0	0
	Veľká Ves nad Ipľom	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Vinica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	1	7
		0	0	0	0	0	0	0	0	0	19	21	26	19	21	26	16	11	20
Združenie pre rozvoj Banskej Štiavnice a okolia Región Sitno	Svätý Anton	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Baďan	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Banská Belá	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	4	2
	Banský Studenec	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Beluj	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Dekýš	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Hodruša-Hámre	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0
	Ilija	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
	Kozelník	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Močiar	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Podhorie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Počúvadlo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Prenčov	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	3
	Sklené Teplice	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Štiavnické Bane	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Vysoká	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Kráľovce-Krnišov	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Žibritov	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	13	5	5

Príloha 7: Analýza niektorých aspektov potrebnosti a poskytovania sociálnych služieb prostredníctvom výberového zisťovania EHIS 2019

The European health interview survey alebo Európske zisťovanie o zdraví (ďalej ako EHIS) predstavuje medzinárodné harmonizované zisťovanie, ktoré sa v roku 2019 realizovalo na území Slovenska v 3. vlne. Jeho hlavnou snahou je vo všeobecnosti získať údaje a z nich konštruovať nástroje na systematickú tvorbu harmonizovaných štatistík o zdravotnom stave, zdravotnej starostlivosti a o faktoroch ovplyvňujúcich zdravotný stav obyvateľstva jednotlivých členských štátov Európskej únie. Zber údajov na území Slovenska realizoval Štatistický úrad SR v približne 8 000 súkromných domácnosti od júla do konca decembra 2019. Cieľovou vzorkou sú osoby, ktoré vo veku 15 a viac rokov žili v prevažnom období roku na Slovensku v súkromných domácnostiach. Zo zisťovania sú vylúčené osoby žijúce v kolektívnych domácnostiach a inštitúciách, ako aj deti do 15 rokov.

Dotazník sa skladá z troch tematických a dvoch identifikačných modulov:

- 1) Identifikačný modul,
- 2) Základné informácie o respondentovi a jeho domácnosti,
- 3) Európsky modul o zdravotnom stave,
- 4) Európsky modul o zdravotnej starostlivosti,
- 5) Európsky modul o faktoroch ovplyvňujúcich zdravotný stav.

Skúmané oblasti

Pre potreby predkladanej analýzy sme pracovali s údajmi zisťovanými v 2. – 5. z uvedených modulov. Z pohľadu základných informácií o respondentovi pôjde konkrétne o oblasť miesta jeho bydliska (Stredné Slovensko), jeho pohlavie a vek (v 5-ročných vekových skupinách). V súvislosti s koncepciou zisťovania upozorňujeme na jedno obmedzenie: zisťovanie EHIS je reprezentatívne do úrovne oblastí (NUTS-2), a preto nemôže poskytovať informácie špeciálne len za Banskobystrický kraj. Z tohto dôvodu boli pre účely tejto analýzy využité údaje za oblasť Stredné Slovensko, do ktorej Banskobystrický samosprávny kraj administratívne patrí.

Z [tretieho modulu](#) sú spracovávané odpovede na otázky, ktoré reflektujú ťažkosti osôb vo veku 55 a viac rokov v niektorých činnostiach osobnej starostlivosti či starostlivosti o domácnosť. Konkrétne znenie otázok:

1) Teraz by som bol/a rád/a, keby ste porozmýšľali o činnostiach vašej osobnej starostlivosti. Tu je zoznam činností. Neberte do úvahy, prosím, vaše prechodné problémy. Máte zvyčajne ťažkosti, keď robíte bez pomoci niektorú z týchto činností?

- A) Najesť sa / napiť sa
- B) Lahnúť si / vstať z postele, sadnúť si / vstať zo stoličky
- C) Obliecť sa / vyzliecť sa, obuť sa / vyzuť sa
- D) Použiť toaletu
- E) Kúpať sa alebo osprchovať sa.

2) Teraz by som bol/a rád/a, keby ste porozmýšľali o činnostiach v domácnosti. Tu je zoznam činností. Neberte do úvahy, prosím, vaše prechodné problémy. Máte zvyčajne ťažkosti, keď robíte bez pomoci niektorú z týchto činností?

- A) Príprava jedla
- B) Telefonovanie
- C) Nakupovanie
- D) Užívanie liekov
- E) Ľahké (bežné) domáce práce
- F) Príležitostné ťažké domáce práce
- G) Starostlivosť o financie a bežné administratívne úlohy.

Respondenti mohli v oboch prípadoch reflektovať nasledujúce odpovede: žiadne ťažkosti, určité ťažkosti, veľké ťažkosti, nedokážem to urobiť.

Obe otázky následne sprevádzali doplňujúce otázky (opätovne len pre osoby vo veku 55 a viac rokov), zameriavajúce sa na to, či osobe, ktorá aspoň v jednom prípade reflektovala minimálne určitú formu ťažkostí, niekto alebo niečo pomáha pri danej činnosti. Následne sa dopytujúci respondenta ešte pýtali, či by potreboval väčšiu pomoc, resp. ak pomoc nedostáva, či ju potrebuje.

Zo [štvrtého modulu](#) o zdravotnej starostlivosti sme sa zamerali na odpovede umožňujúce analyzovať využívanie služieb domácej starostlivosti. Otázka sa opätovne kládla všetkým respondentom vo veku 15 a viac rokov a bola formulovaná nasledovne:

Využívali ste vy osobne počas posledných 12 mesiacov niektorú zo služieb domácej starostlivosti? (Áno, Nie)⁵¹

Z posledného, [piateho modulu](#) zameriavajúceho sa na faktory ovplyvňujúce zdravotný stav išlo o problematiku sociálnej opory, konkrétne o otázku, ako ľahko osoba (vo veku 15 a viac rokov) získa praktickú pomoc od svojich susedov, keby ju potrebovala (veľmi ľahko, ľahko, je to možné, ťažko, veľmi ťažko) a poskytovanie neformálnej starostlivosti alebo pomoci ľuďom so zdravotnými problémami. Konkrétne:

Poskytujete starostlivosť alebo pomoc jednej osobe trpiacej problémami alebo

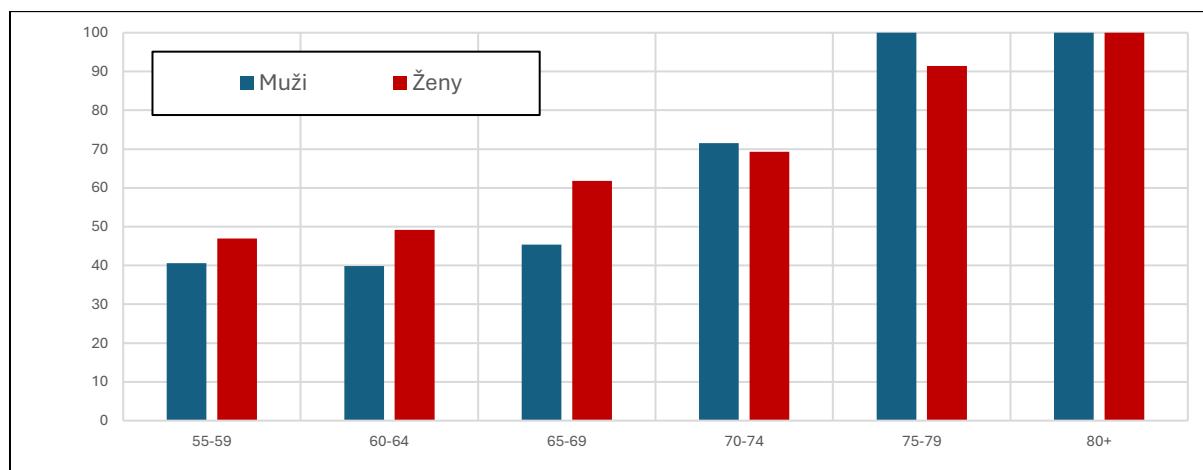
⁵¹ Súčasťou otázky bolo aj toto usmernenie: Nasledujúca otázka sa týka služieb domácej starostlivosti, ktoré zahŕňajú širokú škálu zdravotných a sociálnych služieb poskytovaných osobám so zdravotnými problémami v ich domácnostiach. Tieto služby obsahujú napríklad službu domácej starostlivosti poskytovanú zdravotnou sestrou alebo pôrodnou asistentkou, pomoc pri domácich prácach alebo pomoc starším ľuďom, donášku stravy domov alebo prepravnú službu. Zahŕňajú sa len služby poskytované profesionálnymi zdravotníkmi alebo sociálnymi pracovníkmi.

viacerým osobám trpiacim problémami súvisiacimi s vysokým vekom, dlhodobým (chronickým) ochorením alebo zdravotným problémom alebo vrodenu alebo získanou telesnou chybou aspoň raz za týždeň? (Áno, Nie)

Výsledky zisťovania

Minimálne určité ťažkosti s vybranými činnosťami osobnej starostlivosti vo veku 55 a viac rokov deklarovala v oblasti Stredného Slovenska približne štvrtina mužov a takmer tretina žien. Pri detailnejšom pohľade na štruktúru odpovedí podľa veku je možné konštatovať logickú súvislosť, najmä to, že v najstarších vekových skupinách sa zastúpenie mužov a žien reflektujúcich ťažkosti osobnej starostlivosti výrazne zvyšuje. Súčasne platí, že tieto ťažkosti sa týkajú viac druhov činností osobnej starostlivosti. Dôležitým je aj zistenie, že s výnimkou najstaršej a najmladšej vekovej skupiny identifikujeme v podstate vo všetkých ostatných vekových skupinách o niečo častejšiu prítomnosť ťažkostí na strane žien. Tento výsledok môže odzrkadľovať horšiu zdravotnú situáciu v ženskej časti populácie, no môže byť aj dôsledkom častejšej reflexie nejakých problémov pri vykonávaní niektorej z činností osobnej starostlivosti v porovnaní s mužmi (ktorí tento problém v zisťovaniach priznávajú menej často).

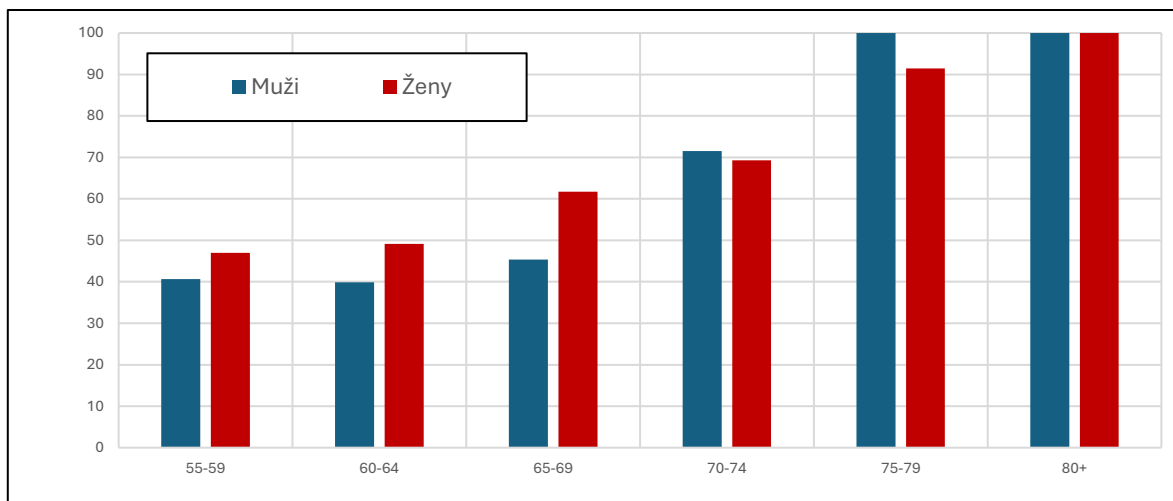
Ešte vyššia miera ťažkostí bola reflektovaná v spojitosti s vykonávaním činností v domácnosti. Vo veku 55 a viac rokov aspoň určité ťažkosti deklarovalo približne 55 % mužov a takmer dve tretiny žien. Opätovne, s vekom váha odpovedí, podľa ktorých je minimálne jedna z činností vnímaná ako problematická, rastie, pričom v najstarších vekoch to v podstate platilo takmer pre všetkých respondentov bez ohľadu na pohlavie.



Graf 36 Podiel mužov a žien vo veku 55 a viac rokov deklarujúcich minimálne určité ťažkosti pri vykonávaní niektorej z činností osobnej starostlivosti v oblasti Stredného Slovenska

Zdroj: EHIS, 2019

Odpoveď na otázku: Teraz by som bol/a rád/a, keby ste porozmýšľali o činnostiach vašej osobnej starostlivosti. Tu je zoznam činností. Neberte do úvahy, prosím, vaše prechodné problémy. Máte zvyčajne ťažkosti, keď robíte bez pomoci niektorú z týchto činností? a) Najesť sa / napiť sa; b) Lahnúť si / vstať z postele, sadnúť si / vstať zo stoličky; c) Oblieť sa / vyzliecť sa, obuť sa / vyzuť sa; d) Použiť toaletu e) Kúpať sa alebo osprchovať sa“



Graf 37 Podiel mužov a žien deklaráujúcich minimálne určité ťažkosti pri vykonávaní niektorej z činností v domácnosti v oblasti Stredného Slovenska

Zdroj: EHIS, 2019

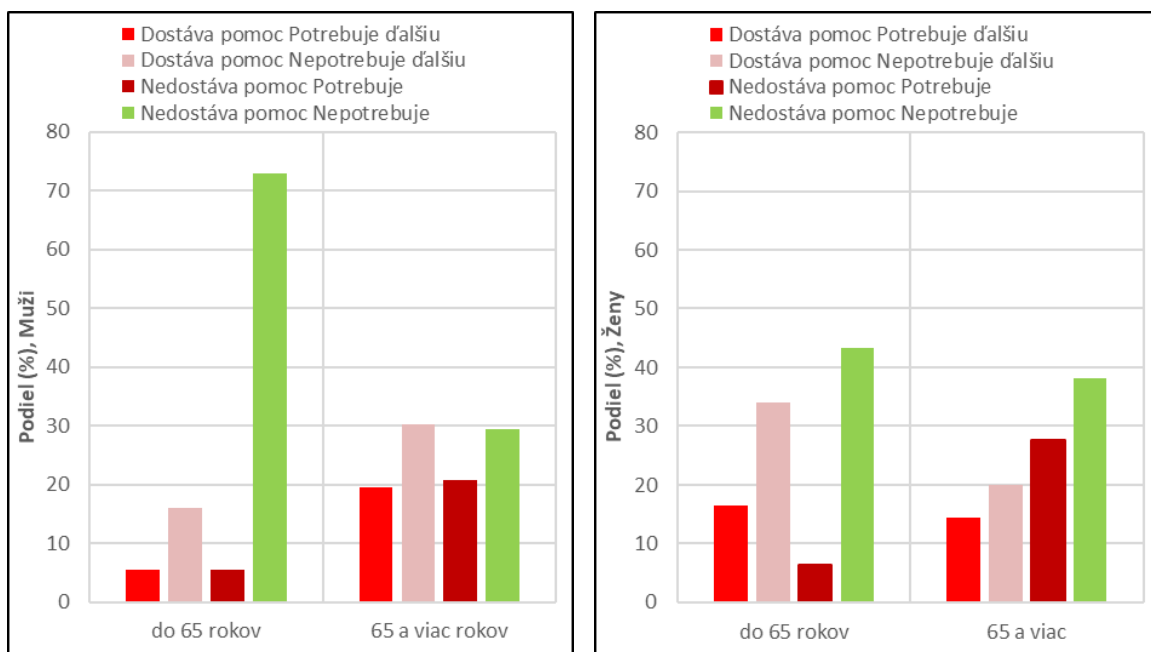
Odpoveď na otázku: Teraz by som bol/a rád/a, keby ste porozmýšľali o činnostiach v domácnosti. Tu je zoznam činností. Neberte do úvahy, prosím, vaše prechodné problémy. Máte zvyčajne ťažkosti, keď robíte bez pomoci niektorú z týchto činností? a) Príprava jedla; b) Telefonovanie; c) Nakupovanie; d) Užívanie liekov; e) Ľahké (bežné) domáce práce; f) Príležitostné ťažké domáce práce; g) Starostlivosť o financie a bežné administratívne úlohy.

Pri takom vysokom podiele osôb, ktoré majú problémy s činnosťami osobnej potreby (sebaobslužných činnostiach) a najmä s činnosťami v domácnosti sa do popredia dostáva otázka, či sa im dostáva nejaká pomoc, resp. či oni sami vnímajú že by vo svojom stave potrebovali pomoc.

Výsledky EHIS 2019 pre oblasť Stredného Slovenska ukazujú, že u osôb deklaráujúcich určité ťažkosti s činnosťami osobnej starostlivosti sa mužom vo veku 55 a viac rokov nedostáva žiadna pomoc v približne 60 % prípadov. Ešte o niečo horšie na tom sú ženy (62 %). Ak sa však pozrieme detailnejšie na aspekt potrebnosti tejto pomoci, zistíme, že vo veku do 65 rokov prevažujú prípady, keď muži deklarájú, že aj napriek tomu, že ťažkosti reflektujú, zrejme nie sú také závažné, aby potrebovali nejakú formu pomoci. V seniorskom veku je situácia komplikovanejšia. Prípady, keď pomoc nedostávajú a súčasne nepotrebujú, tvoria u mužov s určitými ťažkosťami v osobných činnostiach len necelú tretinu. Ďalších 30 % pripadalo na mužov, ktorí nejakú pomoc dostávali, ale ďalšiu už nevyžadovali. Najhoršie na tom sú však prípady, keď pomoc potrebujú, ale nedostávajú. Takáto skupina mužov v seniorskom veku tvorila asi pätinu všetkých osôb s identifikovanými minimálne určitými ťažkosťami v osobných činnostiach. V kontexte potrebnosti pomoci je dôležitou aj podskupina, keď muži nejakú pomoc dostávajú, ale potrebovali by ešte ďalšiu. Takéto prípady podľa výsledkov EHIS 2019 predstavovali v oblasti Stredného Slovenska zhruba jednu pätinu.

U žien je situácia ešte zložitejšia. Pomoc nedostáva a nepotrebuje ju asi 40 % osôb. Vo veku do 65 rokov približne tretina dostáva nejakú formu pomoci, ale nepotrebuje ďalšiu. Ďalšiu

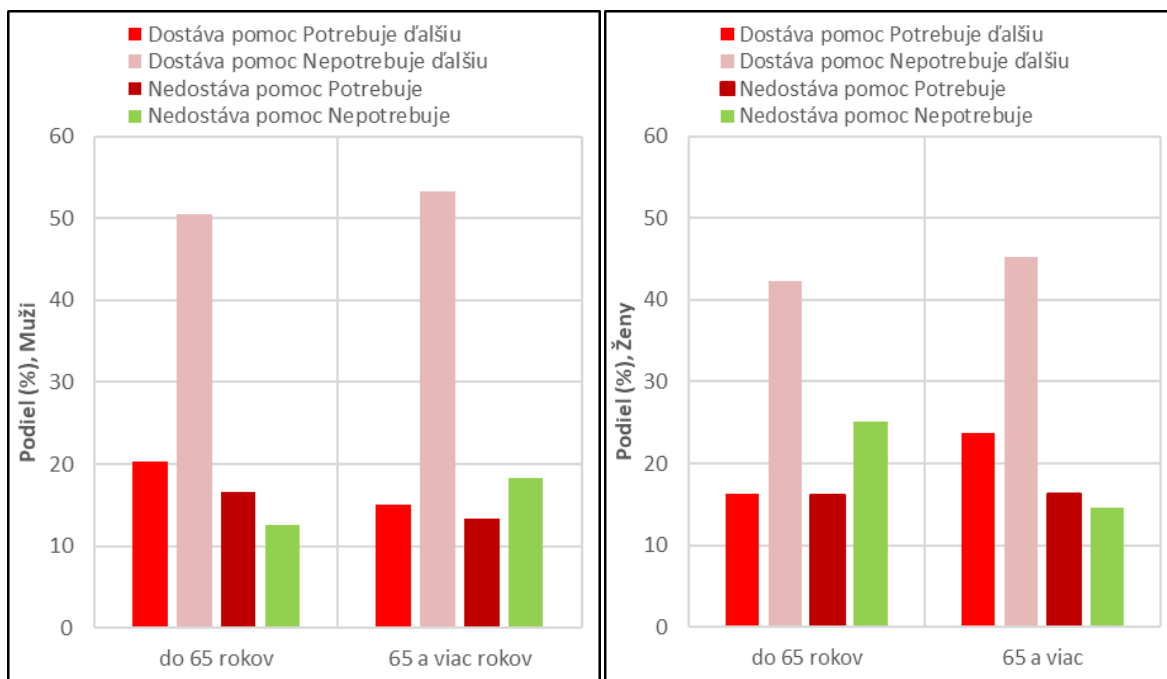
pomoc potrebuje asi 16 % žien vo veku do 65 rokov a približne 5 % žien nedostáva a potrebuje pomoc v osobných činnostiach. V seniorskom veku sa zvyšuje podiel takých prípadov (na takmer 30 %), keď ženy pomoc nedostávajú, ale deklarujú, že ju potrebujú. Zhruba 14 % žien síce nejakú pomoc dostávalo, ale v dotazníku uviedlo, že by potrebovali ďalšiu. Zvyšná pätina žien vo veku 65 a viac rokov deklarovala, že pomoc dostáva a ďalšiu nepotrebuje.



Graf 38 Štruktúra mužov a žien vo veku 55 a viac rokov s minimálne určitými ťažkosťami v osobných (sebaobslužných) činnostiach podľa toho, či dostávajú nejakú formu pomoci a jej potrebnosti v oblasti Stredného Slovenska, EHIS 2019

Zdroj: EHIS, 2019

Z pohľadu činností v domácnosti bola situácia výrazne lepšia. Nejakú formu pomoci vo veku 55 a viac rokov dostávalo necelých 70 % mužov a približne dve tretiny žien. To sa následne odzrkadľovalo aj na štruktúre osôb podľa potrebnosti pomoci, resp. ďalšej pomoci. U oboch pohlaví a v oboch hlavných vekových skupinách (55 – 64, 65 a viac rokov) prevažovali prípady, keď osoby dostávali nejakú formu pomoci, ale súčasne uvádzali, že ďalšiu nepotrebujú. Situácie, keď osoby nedostávali a nepotrebovali pomoc, sa pohybovali v rozmedzí od 10 do 20 % a len u žien vo veku do 65 rokov dosahovali približne 25 %. Približne v rovnakom rozsahu sa vyskytovali aj také situácie, keď pomoc osoby nedostávali, ale v zisťovaní uvádzali, že ju potrebujú.



Graf 39 Štruktúra mužov a žien vo veku 55 a viac rokov s minimálne určitými ťažkosťami v činnostiach v domácnosti podľa toho, či dostávajú nejakú formu pomoci a jej potrebnosti v oblasti Stredného Slovenska
Zdroj: EHIS, 2019

Využitie služieb domácej starostlivosti⁵² v posledných 12 mesiacoch reflektovala len veľmi malá časť respondentov vo veku 15 a viac rokov⁵³. Je otázne, či je to odraz skutočnej reality z hľadiska nedostupnosti týchto služieb, nevedomosti, že takéto služby môžu byť respondentovi poskytnuté, alebo z dôvodu, že tieto služby skutočne nepotrebuje využívať. Treba tiež brať do úvahy, že ide o výberové zisťovanie, ktoré niektoré špecifické skupiny osôb nemusia v plnej miere reflektovať. Aj napriek tomu je však zrejmé, že s vekom využívanie služieb domácej starostlivosti postupne rastie.

Väčšina respondentov bez ohľadu na vek či pohlavie sa v zisťovaní EHIS 2019 zhodla, že ak by potrebovala praktickú pomoc od svojich susedov⁵⁴, získali by ju ľahko, alebo by to bolo aspoň možné. Celkovo boli formy negatívnych odpovedí reflektované len zhruba v desatine prípadov (opätovne približne rovnako často u oboch pohlaví a vo všetkých vekových skupinách 15+ rokov).

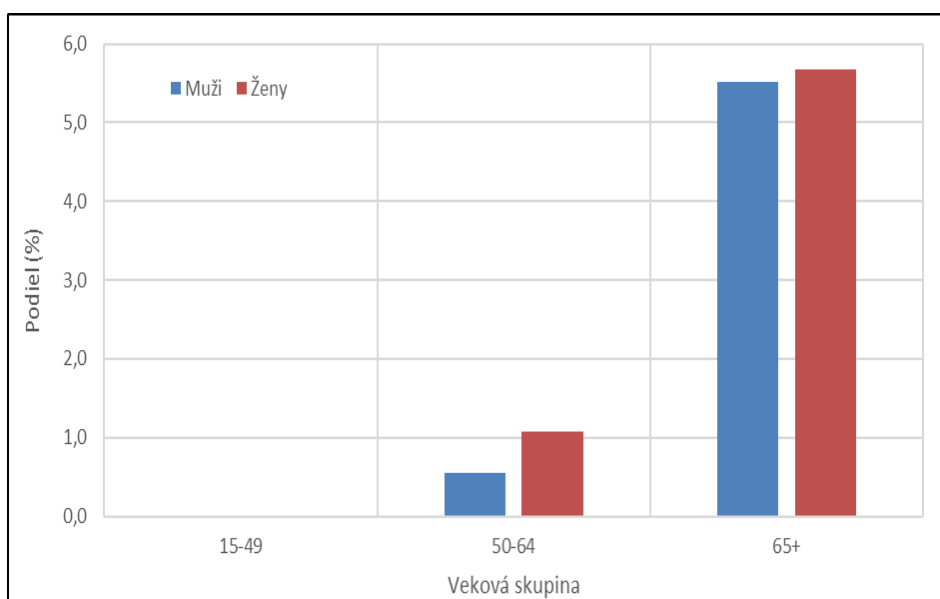
Mieru poskytovania starostlivosti alebo pomoci jednej alebo viacerým osobám so zdravotnými problémami súvisiacimi s vysokým vekom, s chronickými zdravotnými problémami alebo postihnutím v rozsahu minimálne raz týždenne s výnimkou profesionálnych činností v Stredoslovenskej oblasti deklarovalo v zisťovaní EHIS 2019 najviac osôb vo veku 50 – 64 rokov. Išlo pritom zhruba o pätinu žien a necelých 14 % mužov v tomto veku. V mladšom veku miera poskytovania týchto služieb klesala. Tiež je možné

⁵² Otázka: Využívali ste vy osobne počas posledných 12 mesiacov niektorú zo služieb domácej starostlivosti? (Áno, Nie).

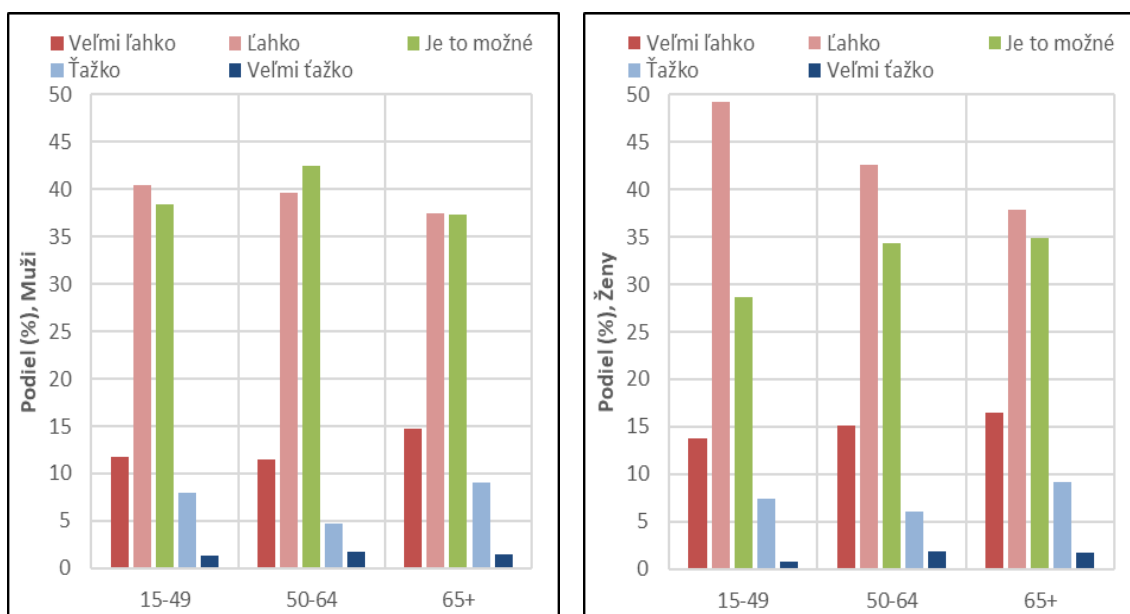
⁵³ Na túto otázku už reflektovali všetky osoby vo veku 15 a viac rokov.

⁵⁴ Otázka: Ako ľahko získate praktickú pomoc od svojich susedov, ak by ste ju potrebovali (Veľmi ľahko, Ľahko, Je to možné, Ťažko, Veľmi ťažko)

konštatovať, že najmenšie miera bola registrovaná v seniorskom veku. Vo všeobecnosti pritom výsledky zisťovania potvrdzovali, že mieru poskytovania starostlivosti alebo pomoci častejšie deklarovali ženy, s výnimkou najstaršej vekovej skupiny.



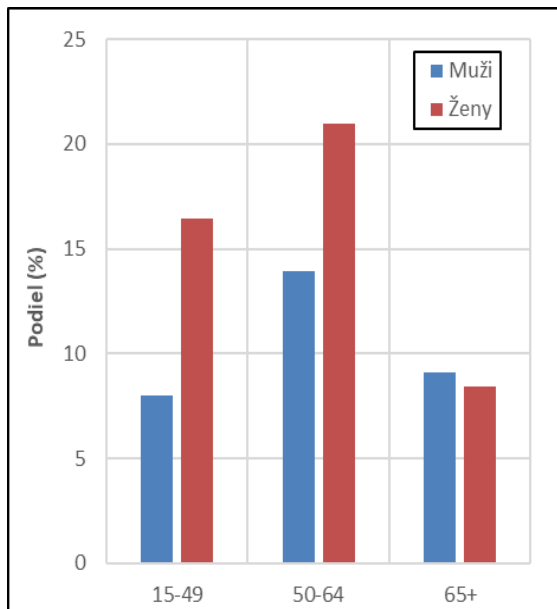
Graf 40 Podiel osôb uvádzajúcich využívanie nejakej zo služieb domácej starostlivosti počas posledných 12 mesiacov v oblasti Stredné Slovensko



Graf 41 Štruktúra respondentov v oblasti Stredné Slovensko podľa toho, ako ľahko dokážu získať praktickú pomoc od susedov
Zdroj: EHIS, 2019

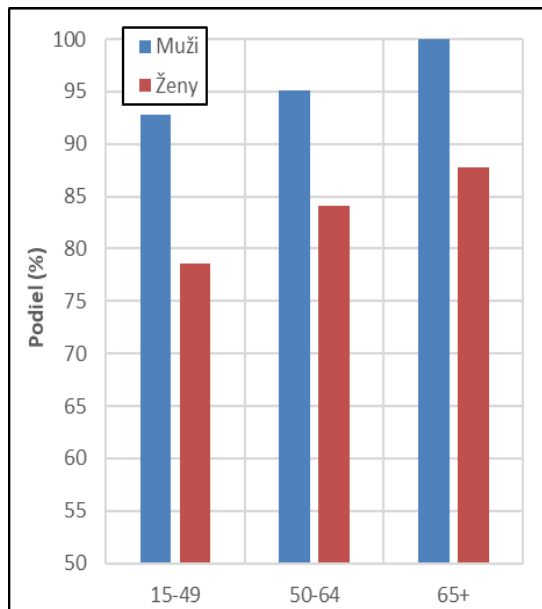
Ak osoby vo veku 15 a viac rokov vôbec poskytujú starostlivosť alebo pomoc osobám so zdravotnými problémami súvisiacimi s vysokým vekom, s chronickými zdravotnými problémami alebo postihnutím v rozsahu minimálne raz týždenne, v prevažnej miere ide

o rodinných príslušníkov. Platí to predovšetkým pre mužov. U žien vo veku do 50 rokov zhruba pätina deklarovala, že pomáhajú aj iným ako rodinným príslušníkom. Vo vyššom veku však aj v ich prípade dominujú jednoznačne príbuzné osoby.



Graf 42 Podiel mužov a žien deklarujúcich, že poskytujú starostlivosť alebo pomoc osobám so zdravotnými problémami súvisiacimi s vysokým vekom, s chronickými zdravotnými problémami alebo postihnutím v rozsahu minimálne raz týždenne

Zdroj: EHIS, 2019



Graf 43 Podiel mužov a žien deklarujúcich, že poskytujú starostlivosť alebo pomoc osobám so zdravotnými problémami súvisiacimi s vysokým vekom, s chronickými zdravotnými problémami alebo postihnutím v rozsahu minimálne raz týždenne, ALE LEN SVOJIM RODINNÝM PRÍSLUŠNÍKOM

Zdroj: EHIS, 2019

Príloha 8: Dotazník pre obce o skúsenosti s realizáciou projektu RDS BBSK

Cieľ dotazníka: Získať spätnú väzbu od starostov obcí zapojených do projektu Rozvoj dlhodobej starostlivosti poskytovanej na komunitnej úrovni v BBSK (ďalej ako RDS) ohľadom realizácie a budúceho pokračovania projektu

Cieľová skupina: Starostky a starostovia obcí zapojených do projektu

Forma dotazníka: online prostredníctvom google dotazníka

Obdobie zisťovania: jún 2025

I. Úvodné informácie

1. Veľkosť obce

- do 300 obyvateľov
- 300 – 1 000 obyvateľov
- 1 001 – 5 000 obyvateľov
- 5 001 a viac obyvateľov

2. Odhad podielu obyvateľov v post-produktívnom veku (65+) na celkom počte obyvateľov obce

- menej ako 10 %
- 10 – 20 %
- viac ako 20 %

3. Počet aktuálne platných posudkov odkázanosti fyzickej osoby na pomoc inej fyzickej osoby v obci

4. Koľko obyvateľov obce je aktuálne umiestnených v pobytových službách?

(Ak nepoznáte presné číslo, uveďte, prosím, odhad. Ak si netrúfnete odhadnúť počet uveďte, prosím, „neviem“.)

5. Aké sociálne služby určené pre seniorov vami reprezentovaná obec pre svojich občanov poskytuje/zabezpečuje?

(Uveďte, prosím, služby, ktoré sú v obci poskytované/zabezpečované nepretržite minimálne jeden rok.)

6. Aké sociálne služby určené pre seniorov by vami reprezentovaná obec pre svojich občanov CHCELA poskytovať/zabezpečovať?

(Uveďte, prosím, typy služieb, o ktorých poskytovanie/zabezpečovanie by obec v prípade dostatočných finančných zdrojov mala záujem.)

II. Skúsenosti s projektom RDS

7. Ako hodnotíte doterajšiu spoluprácu s BBSK v rámci projektu RDS?

(Hodnotenie na stupnici 1 – 5, pričom 1 je najlepšie.)

8. Podľa Vášho názoru, do akej miery aktivity projektu reflektujú reálne potreby vašej obce?

(Hodnotenie na stupnici 1 – 5, pričom 1 je najlepšie.)

9. Aké aktivity podľa Vášho názoru v projekte chýbajú?

Voľná odpoveď.

10. Ktoré služby poskytované v rámci projektu RDS považujete za najprínosnejšie pre vašu obec? (možnosť viacerých odpovedí)

- Základné sociálne poradenstvo
(výber z možností: veľmi dôležité / skôr dôležité / skôr nepodstatné / nepodstatné / nebolo v našej obci poskytované / neviem posúdiť)
- Sprostredkovanie požičiavania zdravotníckych pomôcok
(výber z možností: veľmi dôležité / skôr dôležité / skôr nepodstatné / nepodstatné / nebolo v našej obci poskytované / neviem posúdiť)
- Sprevádzanie seniorov odkázaných na pomoc inej osoby
(výber z možností: veľmi dôležité / skôr dôležité / skôr nepodstatné / nepodstatné / nebolo v našej obci poskytované / neviem posúdiť)
- Preventívne aktivity pre seniorov
(výber z možností: veľmi dôležité / skôr dôležité / skôr nepodstatné / nepodstatné / nebolo v našej obci poskytované / neviem posúdiť)
- Sprostredkovanie lekárskej starostlivosti
(výber z možností: veľmi dôležité / skôr dôležité / skôr nepodstatné / nepodstatné / nebolo v našej obci poskytované / neviem posúdiť)
- Sprostredkovanie dobrovoľníckej činnosti pre seniorov
(výber z možností: veľmi dôležité / skôr dôležité / skôr nepodstatné / nepodstatné / nebolo v našej obci poskytované / neviem posúdiť)
- Spracovanie posudkov o odkázanosti fyzickej osoby na pomoc inej fyzickej osoby
(výber z možností: veľmi dôležité / skôr dôležité / skôr nepodstatné / nepodstatné / nebolo v našej obci poskytované / neviem posúdiť)
- Iné:

11. Ako vnímate mieru odbornosti zamestnankýň Centra integrovanej sociálno-zdravotnej starostlivosti?

Pýtame sa na skúsenosť so zamestnankyňami/zamestnancami centra, s ktorým spolupracuje vaša obec, nie na všetky centrá.

(Hodnotenie na stupnici 1 – 5, pričom 1 je najlepšie.)

12. Ako vnímate osobný prístup a motiváciu zamestnankýň Centra integrovanej sociálno-zdravotnej starostlivosti pri práci so seniormi?

Pýtame sa na skúsenosť so zamestnankyňami/zamestnancami centra, s ktorým spolupracuje vaša obec, nie na všetky centrá.

(Hodnotenie na stupnici 1 – 5, pričom 1 je maximálne pozitívne.)

13. Ak je to relevantné, tak v ktorých oblastiach by podľa vás bolo vhodné ďalej rozvíjať odborné znalosti a zručnosti zamestnankýň/zamestnancov centra?

(Voľná odpoveď)

III. Udržateľnosť služieb

14. Plánuje mikroregión, v ktorom vaša obec pôsobí, pokračovať v poskytovaní služieb zavedených v rámci projektu RDS aj po ukončení projektu?

- Áno, v plnom rozsahu
- Áno, ale iba v obmedzenom rozsahu
- Nie
- Zatiaľ nevieme.

15. Ak áno, aké opatrenia plánujete prijať na zabezpečenie udržateľnosti týchto služieb? (možnosť viacerých odpovedí)

- Zabezpečenie financovania z rozpočtu mikroregiónu (príspevky členských obcí)
- Hľadanie externých zdrojov financovania (granty, fondy)
- Zapojenie dobrovoľníkov
- Posilnenie agendy sociálnych služieb v rámci spoločnej úradovne
- Iné:

16. Ak nie, aké sú hlavné dôvody, prečo neplánujete pokračovať v poskytovaní týchto služieb? (možnosť viacerých odpovedí)

- Nedostatok personálnych kapacít
- Nízky záujem obyvateľov
- Nízky záujem členských obcí

- Služby, ktoré boli s rámci projektu realizované, nie sú pre náš mikroregión podstatné
- Nedostatok finančných prostriedkov
- Iné:

IV. Výzvy a potreby

17. Aké hlavné výzvy vnímate pri zabezpečovaní dlhodobej starostlivosti na úrovni vašej obce? (možnosť viacerých odpovedí)

- Veľký záujem zo strany klientov a ich rodín, ktorý obec nevie pokryť
- Nezáujem zo strany klientov a ich rodín
- Absencia neverejných poskytovateľov, s ktorými by obec mohla spolupracovať
- Nedostatok kvalifikovaného personálu
- Nedostatočná infraštruktúra (napr. absencia vhodných priestorov)
- Nedostatok finančných prostriedkov potrebných na zabezpečovanie služieb na strane obce
- Neschopnosť klientov prispievať na financovanie služieb (finančná spoluúčasť klienta/rodiny)
- Iné:

18. Aké formy podpory by ste uvítali zo strany BBSK alebo iných inštitúcií na zabezpečenie udržateľnosti služieb? (možnosť viacerých odpovedí)

- Finančná podpora
- Metodická a odborná pomoc
- Zabezpečenie odborných kapacít (napr. zabezpečenie posudkového lekára)
- Vzdelávanie a školenia pre personál
- Zdieľanie príkladov dobrej praxe
- Iné:

V. Záverečné otázky

19. Ako hodnotíte naplnenie očakávaní, ktoré ste mali voči projektu?

(označte možnosť, s ktorou sa najviac stotožňujete)

- Projekt sme chceli realizovať a do realizácie by sme sa zapojili opäť
- Projekt sme chceli realizovať, ale do opätovnej realizácie by sme sa už nezapojili
- Do projektu sme sa zapojili najmä preto, že nás prehlasovali iné obce – sme však radi, že sa realizoval a zapojili by sme sa znova.

- Do projektu sme sa zapojili najmä preto, že nás prehlasovali iné obce – naša rezervovanosť však pretrváva.

20. Ktoré z nasledujúcich tvrdení najlepšie vystihuje vašu skúsenosť s realizáciou projektu

(označte možnosť, s ktorou sa najviac stotožňujete)

- Naša obec nemá reálne kapacity zabezpečovať služby pre seniorov a vďaka projektu sme aspoň čiastočne naplnili povinnosti, ktoré voči občanom v seniorskom veku máme
- Vďaka projektu sme sa lepšie zorientovali v povinnostiach, ktoré máme ako obec voči občanom v seniorskom veku, a realizované služby sa budeme snažiť poskytovať/zabezpečovať aj nezávisle od pokračovania projektu.
- Hoci bol projekt primárne zameraný na sociálne služby pre osoby v odkázanosti, vďaka centráam sa nám podarilo zabezpečovať aj iné typy sociálnych služieb, čím centrá čiastočne nahradili chýbajúce kapacity obce v téme sociálnych služieb a sociálnej starostlivosti.

21. Vyjadrite súhlas/nesúhlas s nasledujúcimi tvrdeniami

- Projekt CISZS preukázal jednoznačný prínos pre obce pri výkone ich kompetencií v oblasti sociálnych služieb
(hodnotenie na škále 1 – 5, 1 vyjadruje úplný súhlas a 5 úplný nesúhlas)
- Vznik centier výrazne posilnil dostupnosť sociálnych služieb v menších obciach a mikroregiónoch
(hodnotenie na škále 1 – 5, 1 vyjadruje úplný súhlas a 5 úplný nesúhlas)
- Projekt prispel k zníženiu tlaku na pobytové zariadenia
(hodnotenie na škále 1 – 5, 1 vyjadruje úplný súhlas a 5 úplný nesúhlas)
- Vďaka projektu vzrástol počet osôb, ktorým bol vydaný posudok o odkázanosti fyzickej osoby na pomoc inej fyzickej osoby
(hodnotenie na škále 1 – 5, 1 vyjadruje úplný súhlas a 5 úplný nesúhlas)
- Realizácia projektu pozitívne ovplyvňuje postoje verejnosti voči komunitnej forme v poskytovaní sociálnych služieb pre seniorov
(hodnotenie na škále 1 – 5, 1 vyjadruje úplný súhlas a 5 úplný nesúhlas)
- Projekt podporil budovanie infraštruktúry aj lokálneho know-how pre ďalší rozvoj služieb
(hodnotenie na škále 1 – 5, 1 vyjadruje úplný súhlas a 5 úplný nesúhlas)

- Projekt úspešne ukázal možnosti systémovej integrácie zdravotnej a sociálnej starostlivosti a podobné centrá by mali byť realizované aj v ďalších krajocho
(hodnotenie na škále 1 – 5, 1 vyjadruje úplný súhlas a 5 úplný nesúhlas)
- Odborná podpora a partnerstvo s VÚC boli pre úspešnú realizáciu projektu kľúčové
(hodnotenie na škále 1 – 5, 1 vyjadruje úplný súhlas a 5 úplný nesúhlas)
- Portfólio služieb Centier by malo byť rozšírené o ďalšie služby, najmä o opatrovateľskú a prepravnú službu.
(hodnotenie na škále 1 – 5, 1 vyjadruje úplný súhlas a 5 úplný nesúhlas)
- Portfólio služieb centier by sa malo rozšíriť aj o ďalšie kategórie sociálnych služieb, najmä o služby krízovej intervencie
(hodnotenie na škále 1 – 5, 1 vyjadruje úplný súhlas a 5 úplný nesúhlas)
- Model integrovaných centier by mal byť rozšírený aj do ďalších regiónov Slovenska
(hodnotenie na škále 1 – 5, 1 vyjadruje úplný súhlas a 5 úplný nesúhlas)

22. Ak máte akékoľvek ďalšie komentáre, návrhy alebo odporúčania týkajúce sa realizácie projektu RDS alebo jeho hodnotenia, uveďte ich, prosím, tu.

