

## Regionálne nerovnosti v zdravotnej a sociálnej starostlivosti o seniorov na Slovensku

Marcela KÁČEROVÁ, Slavomír ONDOŠ, Miriam MILÁČKOVÁ

### *Regional inequalities of the senior health and social care in Slovakia*

**Abstract:** *This study aims to identify and assess inequity between regions in access to health and social care. Focusing on two age groups above 65 and 80, we investigate a possibility that in some regions health and social care deteriorates towards substandard level. We use a static regression test in spatial Durbin specification for the relationships between distribution of demand for health and social care in senior population, and distribution of service providers' network: general practitioners and medical specialists in the first domain, residential social care facilities in the second domain. Significant regression parameters reveal that health and social care correlate in a complex pattern, including indices of population density, settlement hierarchy and competition. Difference between public and private subjects suggests existence of cost effectiveness driving capacities into suburban area. Current intensity of population aging and related growth in cohort size in senior age encourage a novel attitude and reassessment of wellbeing, housing, security, formal and informal support. Increasing longevity creates a simultaneous participation of three or four generations in the family networks at the same time. Social and economic problems arise on basis of inter-generational responsibility. Social care for senior population is one of the most important components of state's institutional sphere. Despite long history and adaptive capacity of public social sector, on background of different socioeconomic contexts, their scope, structure, and spatial accessibility signal inequities. Regional qualities seem structurally linked with healthcare facilities, part of which evolves in a commercial regime. Supply side may avoid the burden of healthcare in old age when health and mobility decline. We pay attention to relationships between healthcare and social care capacities and suggest practical identification of regions and their parts at the municipality scale, in which inaccessibility aggregates. These regions need future spatially well-focused interventions correcting increasing commercial motive shaping distribution of service providers.*

**Keywords:** *aging, disparity, healthcare, social care, spatial autocorrelation, Slovakia.*

### Úvod

Ľudský život sa spravidla pevne spája s rodinou, s miestom bydliska a s komunitou, ktorá na tomto mieste vzniká každodennou interakciou. V životnom cykle nastáva obdobie staroby, ktoré významným spôsobom a definitívne zmení jeho charakter. Odchod človeka z aktívneho života do penzie zasiahne každodenné prežívanie. Tento proces sa týka čoraz väčších počtov starnúcich ľudí a preto sa vážne dotýka celej spoločnosti. Populačné starnutie slovenskej spoločnosti sa zintenzívňuje. Počet obyvateľov nad 65 rokov stúpol za posledných tridsať rokov na Slovensku o 346-tisíc (1989 – 2019) a počet obyvateľov nad 80 rokov stúpol v rovnakom období o 75-tisíc. Narastá veľkosť skupiny obyvateľov, ktorí sú odkázaní, okrem podpory najbližších, aj na pomoc zo strany spoločnosti (Koubská a Koukolík 2011). Odhaduje sa, že 13 % seniorov potrebuje pomoc v domácnosti, 7 až 8 % potrebuje sústavnejšiu domácu starostlivosť a 5 % potrebuje inštitucionálnu starostlivosť (Holmerová et al. 2007).

DOI: <https://doi.org/10.33542/GC2021-2-02>

Starostlivosť o seniorov je podstatnou zložkou sektora sociálnych služieb. Napriek dlhej histórii na Slovensku majú ich veľkosť, štruktúra a priestorové rozmiestnenie regionálne špecifická. Stav starostlivosti o seniorov odráža vývoj v spoločnosti aj podľa Vávrovej (2015). Na preferenciu formy sociálnej podpory v starobe vplýva kultúrne a historické dedičstvo. Molzahn et al. (2011) hovoria o postsocialistickom syndróme, v ktorom sa obyvatelia nedokážu plnohodnotne identifikovať s občianstvom a komunitou. Namiesto toho sa uzatvárajú do súkromia rodiny. Súčasťou postsocialistického dedičstva môže byť princíp nedôvery k verejným a komerčným inštitúciám, ktoré okrem sociálnych služieb zahŕňajú aj zdravotnú starostlivosť, s ktorou situácia seniorov podstatne súvisí.

V starobe sa kumulujú zdravotné ťažkosti, klesá individuálna mobilita. Obyvatelia a ich rodiny sú časom nútení služby lekárov a ošetrovateľov využívať s rastúcou intenzitou. Vzdialenosť kapacít služieb od bydliska môže limitovať kvalitu a dĺžku života. Cieľom tejto štúdie je preskúmať priestorové nerovnosti v dostupnosti zdravotných a sociálnych služieb s lokalizovanou kapacitou, ktoré poskytujú starostlivosť o seniorov na Slovensku. Konkrétnym zámerom je priestorové ekonometrické otestovanie smeru a veľkosti vzájomných vzťahov medzi geografickou distribúciou odhadovaného dopytu od seniorov a distribúciou kapacít všeobecných lekárov, špecialistov a pobytových zariadení sociálnych služieb. Výsledky nám dovoľia nahliadnuť na charakter lokalizačného mechanizmu v interakcii dopytu a ponuky služieb, za ktorými musia seniori pravidelne cestovať a niekedy natrvalo opustiť miesto svojho bydliska, rodinu a komunitu.

### **Vzťah starnutia a starostlivosti o seniorov**

Priestorová dostupnosť k zdravotníckym službám je kľúčovým faktorom z hľadiska verejného zdravia. Jeho hodnotenie je založené na rôznych koncepciách, pričom najčastejšie sa používa vzdialenosť k zdravotníckemu pracovníkovi, najbližšej nemocnici alebo najbližšiemu referenčnému ošetrovaciemu centru. Čím väčšia je vzdialenosť, tým nižší je prístup k zdravotníckemu zariadeniu (ESN 2008). Demografické zmeny, ktoré spôsobujú nárast dopytu v starostlivosti o seniorov, sú vážnou výzvou pre verejnú sféru. Čo je na jednej strane podmienené úrovňou a dynamikou populačného starnutia na Slovensku, ktoré sú aj v európskom kontexte posledných desaťročí výrazné (Káčerová a Ondačková 2015). V priebehu posledných tridsiatich rokov stúpol počet obyvateľov nad 65 rokov o 63 %, zatiaľ čo veľkosť populácie vcelku stúpila o 3 %. Proporcija vekovej kategórie narástla z 10 % v roku 1989 na 16 % v roku 2019. Počet obyvateľov nad 80 rokov sa zväčšil o vyše 70 %. Na strane druhej, dnešní starí ľudia sú z hľadiska úrovne aktivity a zdravia heterogénnou skupinou. Mladší starí ľudia (65 – 75 rokov) sú fyzicky nezávislí a zdraví, zatiaľ čo starí starší ľudia (75 – 85 rokov) majú vyššie riziko straty autonómie, s najväčšou pravdepodobnosťou trpia zlým zdravotným stavom a sú často závislí od ostatných (Haberkern et al. 2012). Popri intenzívnejšej podpore zdravotníkov sa objavuje dopyt po sociálnych službách, bez ktorých sa často rodiny ani pri najlepšej vôli postarajú o svojich starých členov už v súkromí nedokážu. Extrémna úroveň populačného starnutia v Európe bude v blízkej budúcnosti určovať rýchlosť rastu trhu s opatrovateľskými službami a prognózy naznačujú, že tlak na systémy zdravotnej starostlivosti budú monumentálne (European Healthcare 2020).

Starostlivosť o seniorov v teoretickej rovine možno vymedziť dvoma modelmi ako uvádza Jeřábek (2009): model „*rodinnej starostlivosti*“ a model „*nerodinnej starostlivosti*“. Preferencia rodiny pred inými inštitúciami súvisí s pozorovaním, že rodina je miestom budovania medzigeneračnej komunity (Podmanický a Podmanická 2018), čo má spoločenské a historické súvislosti. V minulosti sa väčšina ľudí počas života pohybovala v úzkom kruhu dôverných vzťahov. Keller (2004) uvádza, že rodina má zásadnú socializačnú funkciu. Človek vzdialený od komunity v skutočnosti nezískava viac skutočnej slobody. Naopak, čelí neznesiteľnej osamelosti, úzkosti a obavám. Pocit domova je jedným zo základných aspektov ľudskej existencie

(Dekkers 2011) a podporuje zmysel byť samým sebou (de Jonge et al. 2011), vo vzťahu k sebe, k ostatným ľuďom, k pocitu byť obklopený vlastnými „vecami“ a to nielen v hmotnom zmysle (Zingmark et al. 1995). Historicky je rodina prvým miestom podpory a pomoci v starobe. Medzigeneračné zabezpečenie starostlivosti o seniorov medzi členmi úzkej rodiny reflektuje „*teória starnutia na mieste*“, ktorej podstatou je taká forma podpory seniorov, aby mohli zostať do konca života vo svojej rodine a komunite a čo najdlhšie nezávislí. Seniori by sa mali dostať k pomoci aj od profesionálnych opatrovateľov bez toho, aby boli nútení opustiť bydlisko (Davey et al. 2004). Pri starnutí na mieste sú podstatné vzťahy s konkrétnymi životnými príbehmi a domovom. Majú nenahraditeľnú úlohu v udržiavaní kontinuity životného cyklu starého človeka (Sixsmith et al. 2014). Ľudia v starobe, ak sa ocitnú inštitucionalizovaní v zariadení sociálnej starostlivosti, stratia príslušnosť k domovu. Na novom mieste si ju už nedokážu vybudovať (Zingmark et al. 1993).

V súčasnej perspektíve slovenskej populácie sa nárast generácie seniorov prelína s málopočetnou generáciou detí. Rodičia a deti žijú vedľa seba päť aj šesť desaťročí. Hagestad a Uhlenberg (2007) si všimajú, že väčšina dospelých ľudí v modernej spoločnosti má aspoň jedného starnúceho rodiča. Trávia viac času spolu ako dospelí, než ako rodičia vychovávajúci deti (Hrozinská a Dvořáčková 2013). Do popredia sa dostáva dlhodobá starostlivosť o seniorov, ktorá je z historickej perspektívy novým spoločenským prvkom. S nárastom strednej dĺžky života v dôchodku súvisia zmeny v kapacite rodiny poskytovať podporu starým členom neformálnou starostlivosťou v ich súkromí. Opatrovateľské vzťahy si vyžadujú geografickú blízkosť. Starostlivosť o staršie osoby sa môže pohybovať od týždenných návštev po nepretržitú starostlivosť (Haberkern et al. 2012). V súvislosti s tým, považuje za určitý spôsob riešenia Jeřábek (2009) hybridné formy starostlivosti o seniorov, ktoré môžu byť zlučiteľné s rodinnou starostlivosťou o seniorov za predpokladu, že rodina zostane aktívna, ponechá si zodpovednosť a bude rozhodovať všetkých významných otázkach týkajúcich sa starostlivosti o svojich seniorov.

## **Systémové súvislosti**

Podľa Centrálného registra poskytovateľov sociálnych služieb na Slovensku pôsobilo na konci marca 2020 takmer tritisíc subjektov, ktoré vyvíjajú činnosť určenú seniorom (Tab. 1. a 2). Štyri subjekty z desiatich poskytujú terénnu formu služieb, čo je v súlade s trendom odinštitucionalizovať sociálnu starostlivosť a podporovať komunity. Pobytová forma sociálnych služieb je poskytovaná u rovnako veľkej časti subjektov. Práve títo seniori sú ohrození izoláciou od rodiny a komunity, stratou nezávislosti v každodennom živote, úpadkom do neosobných rutín bez aktivít (Káčerová et al. 2013). Ambulantne pôsobilo na Slovensku 13 % subjektov. Len malý fragment (pod 3 %) poskytoval zriedkavú formu týždenného pobytu.

Sociálne služby pre seniorov sa ešte v bývalom Československu rozvinuli do štandardu zariadení s veľkou kapacitou, ktoré slúžili aj pre iné znevýhodnené skupiny obyvateľov (Krupa et al. 2006). Kým v západnej Európe sa už od 70. rokov pristúpilo k deinštitucionalizácii a oživeniu komunitnej starostlivosti, v Československu trvala dominancia inštitucionálnej sociálnej starostlivosti (Káčerová et al. 2014). Malíková (2011) uvádza, že umiestňovanie seniorov do štátnych domovov dôchodcov bolo u nás dlho prakticky jediným ponúkaným riešením straty schopnosti nezávislej existencie v domácnosti zo strany sektora sociálnych služieb. Také rozhodnutie však Vágnerová (2000) vníma kriticky, ako nezvratný zlom v spôsobe a kvalite života. Život v domovoch sa spája so stratou osobného zázemia, súkromia, autonómie. Signalizuje blížiaci sa koniec života. Zasahuje hlboko do kognitívnej a behaviorálnej roviny životnej skúsenosti seniorov. Ide o riešenie, ktorého odvrátenou stranou je veľmi pravdepodobne neúnosné utrpenie, hoci hmotné podmienky života, v porovnaní so životom v domácnosti, značne zlepši.

**Tab. 1.** Typológia služieb pre seniorov podľa zákona a subjekt zriaďovateľa v % (2020)

Typ služby	Neverejný	Verejný			Spolu
		Obec, mesto	Zriadený obcou, mestom	Zriadený krajom	
Opatrovateľská služba	23,6	74,1	2,3	0,0	1 284
Denný stacionár	65,9	25,6	8,1	0,4	223
Odfahčovací služba	4,8	85,7	9,5	0,0	21
Zariadenia opatrovateľskej služby	46,6	30,8	22,6	0,0	146
Zariadenia pre seniorov	55,9	6,1	22,2	15,8	506
Domov sociálnych služieb	30,4	1,2	5,5	62,9	483
Špecializované zariadenia	45,1	0,7	2,7	51,5	297
<b>Slovensko</b>	<b>36,6</b>	<b>37,5</b>	<b>7,7</b>	<b>18,2</b>	<b>2 960</b>

Zdroj: MPSVR SR (2020)

**Tab. 2.** Typológia služieb pre seniorov podľa zákona a typu služby v % (2020)

Typ služby	Počet služieb	Terénna	Pobytová		Ambulantná
			Ročná	Týždenná	
Opatrovateľská služba	1 284	100,0	0,0	0,0	0,0
Denný stacionár	223	0,0	0,0	0,0	100,0
Odfahčovací služba	21	90,5	9,5	0,0	0,0
Zariadenia opatrovateľskej služby	146	0,0	95,8	2,1	2,1
Zariadenia pre seniorov	506	0,0	97,6	0,8	1,6
Domov sociálnych služieb	483	0,0	64,9	11,7	24,4
Špecializované zariadenia	297	0,0	84,2	4,7	11,1
<b>Slovensko</b>	<b>2 960</b>	<b>44,0</b>	<b>40,5</b>	<b>2,6</b>	<b>12,9</b>

Zdroj: MPSVR SR (2020)

Opatrovateľská služba je dlhodobou najrozšírenejším typom sociálnych služieb (Káčerová et al. 2013). Zriaďovateľom sociálnych služieb pre seniorov je v dvoch tretinách (63 %) verejný subjekt. Rozvoj služieb súkromných subjektov brzdí legislatíva, ktorá vytvára rozdielne podmienky v prístupe k informáciám a finančným zdrojom. Zákon č. 195/1998 Z. z. o sociálnej pomoci určuje, že poskytovateľ získa finančný príspevok len ak činnosť nevykonáva s účelom tvorby zisku a sociálna služba je nedostatková. Súkromné neziskové subjekty oprávnené považujú tento zákon za obmedzenie. Znemožňuje spravodlivú súťaž. Woleková a Petijová (2007) poukázali, že nezámerným dôsledkom zákona je, že nedochádza k rozvoju v súlade s ekonomickou efektívnosťou ani k motivovaniu zvyšovať kvalitu služieb. Neverejné subjekty majú pomerne vyšší podiel v kategóriách denných stacionárov a zariadení pre seniorov.

Kancelária verejnej ochrankyne práv zrealizovala prieskum vybraných zariadení pre seniorov. Urbániková et al. (2019) na jeho základe uvádzajú, že sociálne služby boli na Slovensku poskytované pre vyše 18 tisíc seniorov, pričom približne 50 % má formu inštitucionálnej starostlivosti. Na službu čaká skoro 6-tisíc seniorov v domácnostiach. Identifikovali problém s nedostatkom pracovníkov na pozíciách opatrovateľov a zdravotných sestier. Dôvodom je nedostatočné platové ohodnotenie v porovnaní s rovnakým zamestnaním v zahraničí. Chýbajúce financie sa odrážajú v nedostatku pracovníkov a nedostatky boli odhalené aj v súčasnom systéme kontroly zariadení pre seniorov.

## Metódy a dáta

Centrálny register poskytovateľov sociálnych služieb umožňuje subjekty vykonávajúce zákonom definované sociálne služby lokalizovať do obcí. Údaje sme získali od správcu registra k dátumu 31. marca 2020 bez možnosti analyzovať historickú databázu, ktorá by umožnila explicitne uchopiť samotný lokalizačný proces. Registrácia sociálnej služby sa opiera o zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách. Seniorom sú určené: (1) Opatrovateľská služba podľa § 41 vo forme terénnej sociálnej služby v domácnosti; (2) Denný stacionár podľa § 40 v zariadení v priebehu časti dňa; (3) Odľahčovacia služba podľa § 54; (4) Zariadenie opatrovateľskej služby podľa § 36, pobytová služba na určitý čas; (5) Zariadenie pre seniorov podľa § 35, ktorá poskytuje celoročný alebo týždenný pobyt; (6) Domov sociálnych služieb podľa § 38, ktorá poskytuje denný, týždenný alebo celoročný pobyt; (7) Špecializované zariadenie podľa § 39 s denným, týždenným alebo celoročným pobytom. Primárnou databázou našej analýzy bude lokalizovaná sieť subjektov pobytových sociálnych služieb pre seniorov v roku 2020. Explicitný panelový model pre proces preto nemôžeme vybudovať. Dokážeme sa však k nemu priblížiť statickou aproximáciou.

Päť predmetných právnych foriem služieb poskytuje denný, týždenný alebo celoročný pobyt v zariadeniach – na tieto sa aj ďalej výhradne sústredíme. Opatrovateľská a odľahčovacia služba majú terénnu formu, ktorá nenaruša vzťahy s komunitou a domovom, preto ich z našej analýzy vynechávame. Ostatných päť typov zariadení lokalizujeme podľa miest výkonu služby, čo pri opatrovateľskej a odľahčovacej forme ani nie je v databáze dostupné, podobne ako je registrovaný kapacitný limit služieb, ktorý je pre koncept analýzy dôležitý.

Kapacity zdravotných služieb považujeme za referenčný prvok lokalizačného procesu sociálnych služieb. S pribúdajúcim vekom ich ľudia potrebujú častejšie a v čoraz viac špecializovanej forme. Rozhodli sme sa pri nich pracovať s priemernou strednodobou kapacitou (2014 až 2018), ktorá chronologicky predchádza pozorovaniu stavu siete sociálnych služieb v roku 2020, čím v modeli dosiahneme požadovanú časovú následnosť. Tieto premenné konštruujeme na základe časového radu počtu samostatných ambulancií praktických lekárov pre dospelých a lekárov špecialistov, ktoré zverejňuje Štatistický úrad SR (2020). Obdobným spôsobom sme si pripravili aj strednodobé bilancie miestnych populácií podľa veku. Na dopytovej strane máme k dispozícii údaje o vekovom zložení obyvateľstva obcí, ktoré opäť zverejňuje Štatistický úrad SR (2020). Z neho nás zaujíma počet obyvateľov nad 65 rokov, alternatívne nad 80 rokov. S posunom životného cyklu očakávame možnú zmenu vzťahu dopytu a ponuky zdravotných a sociálnych služieb, ktoré očakávame pevnejšie zviazané v pokročilejšej starobe.

Vzťahy medzi trojicou typov služieb preskúmame sériou dvanástich priestorových ekonometrických modelov v Durbinovej špecifikácii podľa Baltagiho a Yena (2014), ktorý sme implementovali v prostredí R 4.0.3 a balíka *spdep* 1.1-8 (Bivand et al. 2020):

$$y = \rho W y + X \beta + W X \theta + \varepsilon \quad (1)$$

Využijeme maticu priestorových váh ( $W$ ), v ktorej zoberieme do úvahy autokoreláciu medzi priestorovými pozorovaniami v bezprostredne susediacich obciach. Do modelu jej dovoľíme vstúpiť cez vzťah medzi závislou premennou ( $\rho$ ) a aj medzi nezávislými premennými ( $\theta$ ). Postupne v troch variantoch – pre všetky subjekty, verejné a neverejné subjekty otestujeme systém vzťahov medzi premennými merajúcimi relatívnu kapacitu zdravotných ( $X$ ) a sociálnych služieb ( $y$ ). Priestorový autoregresívny proces využívame v rozšírení konvenčného regresného modelu. Vektor závislej premennej  $y$  obsahuje pomery dostupnosti služby pre každé pozorovanie. Matica  $X$  obsahuje exogénne vysvetľujúce premenné. Vektor  $\beta$  obsahuje regresné parametre, ktoré k nim prislúchajú. Priestorovo posunutá závislá premenná  $W y$  odráža priemer dostupnosti služby v susedných regiónoch špecifikovaných maticou  $W$ . Skalárny parameter  $\rho$  meria silu tejto priestorovej závislosti. Ak má parameter  $\rho$  hodnotu nula, model

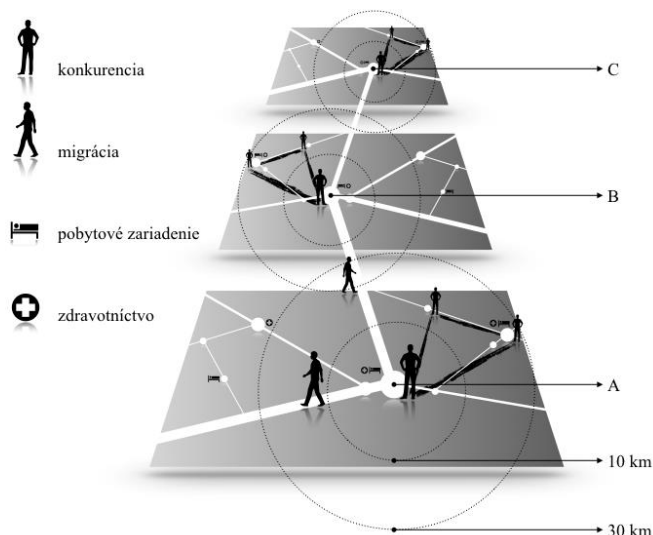
sa zjednoduší na bežný lineárny regresný model. Účelom pridania priestorového posunu je predpoklad, že priemerné dostupnosti v susedných pozorovaniach pomáhajú vysvetliť variáciu závislej premennej. Priemerná sila tohto vzťahu v rámci vzorky sa určuje odhadom skalárneho parametra  $\rho$ .

V našej aplikácii využívame zložitejšiu modelovú špecifikáciu, ktorá do priestorového vplyvu na závislú premennú pridáva aj premenné zahrnuté v matici  $X$  zo susedných pozorovaní. Opäť ho zahrnieme vstupom priemeru vysvetľujúcich premenných susedných pozorovaní pomocou priestorových váh  $WX$ . Tento variant regresného modelu sa označuje ako priestorový Durbinov model. Vektor parametrov  $\theta$  meria silu tejto priestorovej závislosti. Ak majú parametre  $\theta$  hodnotu nula, model sa zjednoduší na regresný model s priestorovým posunom závislej premennej. Existujú mnohé iné špecifikácie, ktoré elaborujú priestorový autoregresívny proces. My sme sa rozhodli pre uvedenú verziu.

Premenné sú vždy štandardizované na tisíc obyvateľov vo veku 65 a viac rokov, alternatívne vo veku 80 a viac rokov. Získame merateľné vyjadrenie vzťahu kapacít ponukovej strany trhu so zdravotnou a sociálnou starostlivosťou a potenciálnym dopytom v populácii seniorov. Keďže lokalizované kapacity nevyužíva len miestna populácia, namiesto prepočtov vnútri jednotlivých obcí uprednostníme prepočty do obcí s ich okolím do vhodnej prahovej vzdialenosti z hľadiska typickej územnej distribúcie zariadení na Slovensku.

Využijeme kruhové okolia okolo obcí do 10 km, alternatívne do 30 km, k nim vyčíslíme lokalizovaný dopyt aj kapacity ponuky služieb. Najbližšia obec s nenulovou kapacitou bytových sociálnych služieb sa na Slovensku nachádza priemerne 5,4 km od bydliska seniora. Súčasne, medzi najbližšími obcami s nenulovou bytovou kapacitou sociálnych služieb, je dodatočná priemerná vzdialenosť 8,4 km. Do prahu 10 km preto spadajú najbližšia obec s nenulovou kapacitou, nie však už ďalšie vzdialenejšie obce. Kontrastný 30 km okruh nám následne dokreslí obraz o charaktere lokalizačného procesu v realistickej priestorovej mierke. Územné vzťahy dopytu a ponuky teda vstupujú do našej metódy merania dvojako. Najprv výpočtom kapacít a dopytu v obciach s ich okolím, a následne v autokorelačnom vzťahu pozorovaní susedných obcí s ich okoliami. Vplyvy nezávislých premenných v použitej špecifikácii nemožno interpretovať priamo z regresných koeficientov. Priestorová autokorelácia v závislej a v nezávislých premenných je zacyklená v slučke spätnej väzby, ktorú dokážeme simulácie obísť výpočtom priamych, nepriamych a celkových vplyvov metódou Markovových reťazcov Monte Carlo. Aj tento výpočet sme implementovali v prostredí R a balíka *spdep* (Bivand et al. 2020). Zatiaľ čo priame vplyvy merajú obvyklú koreláciu zdravotných a sociálnych služieb vnútri predmetného územia, nepriame vplyvy merajú koreláciu sociálnych služieb vnútri so zdravotnými službami v susedných územiach voči predmetnému – vplyvy medzi susedmi. Metodiku prehľadne ilustrujeme v schéme (Obr. 1).

Mapy (Obr. 2) sme skonštruovali na základe výpočtu lokálneho Moranovho I, ktoré je lokálnou štatistikou priestorovej autokorelácie založenej na štatistike Moranovho I. Postup bol vyvinutý Anselinom (1995) a reaguje na praktickú potrebu mať v analýze lokálny indikátor priestorovej asociácie hodnôt premennej. V našom prípade ide o kritickú otázku lokálnej dostupnosti sociálnych služieb pre seniorov. Lokálny index pre každé pozorovanie poskytuje údaj o rozsahu významného priestorového zhľukovania podobných hodnôt okolo tohto pozorovania. Zoskupenie nízkych hodnôt dostupnosti v blízkosti iných nízkych hodnôt (*low-low*) indikuje pravdepodobný lokálny problém v procese zabezpečenia sociálnych služieb, na ktorý môžu reagovať buď poskytovatelia alebo zodpovedné verejné inštitúcie. Analýzou lokálneho Moranovho I môžeme potvrdiť, že v tejto oblasti nielen existuje štatisticky významná priestorová autokorelácia, ale aj vyvodit' záver, že zoskupenie nízkych hodnôt dostupnosti sa týka konkrétnych pozorovaní – u nás obcí a miest. Pre výpočet využívame prostredie GeoDa 1.18.0, z ktorého výstup v podobe príslušností obcí do klastrov *high-high*, *high-low*, *low-high* a *low-low* vizualizujeme selektívne (*low-low*) v prostredí QGis 3.16.2.



**Obr. 1.** Konkurenčné vzťahy priestorovo distribuovaného dopytu v populácii a ponukou územne lokalizovaných zdravotných a pobytových sociálnych služieb, ktoré na nich reagujú. V modeloch si všímame štatistické vzťahy medzi situáciami v kruhových okoliach obcí. Priestorové modely nám umožňujú merať aj vplyvy medzi okoliami susedných obcí. Susedmi obce B sú tu obce A a C.

**Tab. 3.** Regionálna variácia v dopyte. Priemerný počet obyvateľov vo veku 65 a 80 a viac rokov na jedného všeobecného lekára a špecialistu (2014–2018) a pobytové miesto sociálnych služieb (2020)

Kraj	65 a viac			80 a viac		
	Všeobecní lekári	Špecialisti	Sociálne služby	Všeobecní lekári	Špecialisti	Sociálne služby
Bratislava	369	65	21	140	25	8
Trnava	436	134	16	165	51	6
Trenčín	444	119	17	173	46	7
Nitra	429	119	15	165	46	6
Žilina	406	91	18	159	35	7
Banská Bystrica	414	96	18	161	37	7
Prešov	370	94	13	146	37	5
Košice	350	75	19	135	29	7
<b>Slovensko</b>	<b>398</b>	<b>93</b>	<b>17</b>	<b>154</b>	<b>36</b>	<b>6</b>

Zdroj: Štatistický úrad SR (2020), Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny SR (2020)

## Výsledky

Porovnanie intenzity očakávaného dopytu po zdravotných a sociálnych službách (Tab. 3) naznačuje, že dostupnosť k aktuálnym kapacitám v regiónoch je diferencovaná. V prepočte na priemerný počet seniorov zisťujeme, že rýchlo starnúce regióny Bratislavy a Košíc majú problém s nedostatkom sociálnych služieb. Kontrastne voči nim, Trnavský a Nitriansky kraj majú kapacity sociálnych služieb nad slovenským priemerom, ale sú poddimenzované v zdravotných službách. Komplementárne sú Prešovský a Žilinský kraj. Zatiaľ čo na severovýchode štátu chýbajú kapacity špecialistov, na severozápade chýbajú všeobecní lekári a sociálne služby. Trenčiansky a Banskobystrický kraj sú napokon zhodne poddimenzované v každej

skupine služieb. Štatistické vzťahy medzi dopytom seniorskej populácie a kapacitou zdravotných a sociálnych služieb naznačujú prítomnosť systematického procesu za týmito údajmi. Vzťahy sme podrobili testovaniu v alternatívne pokročilosti staroby (65 a 80 a viac rokov), a prahovej vzdialenosti (10 km a 30 km od miesta bydliska). Výsledky regresného modelovania zachytáva Tab. 4. V tabuľke (Tab. 4) sú uvedené simulované odhady regresných vplyvov. V zátvorkách sú štandardné chyby. Simulačný výpočet vplyvov z priestorových posunov je potrebný na správnu interpretáciu regresných vzťahov. Dôvodom je prítomnosť prelievania priestorových procesov vnútri modelu. Priame, nepriame a celkové vplyvy zachytávajú či ide o vzťahy, ktoré pôsobia vo vnútri hraníc pozorovaní alebo cez hranice pozorovaní. Hodnoty koeficientov sú nasimulované technikou *Markov chain Monte Carlo* (MCMC), ktorá je implementovaná v prostredí R 4.0.3 a balíka *spdep* 1.1-8 (Bivand et al. 2020).

Vypočítané vplyvy z ekonometrických modelov ukazujú, že dostupnosť kapacít sociálnych služieb sa bez ohľadu na vzdialenosť od bydliska seniorov vo veku 65 a viac rokov viaže medzi všeobecnými lekármi aj špecialistami celkovým pozitívnym vplyvom. Každý 1-percentný nárast kapacít lekárov v 10 km okolí obce sa spája s nárastom kapacít sociálnych služieb o 0,48 %. Pri špecialistoch spôsobí 1-percentný nárast kapacít dodatočný nárast sociálnych služieb o 0,11 %. Okrem toho, štatistické súvislosti skutočne existujú medzi situáciami okolí susedných obcí. Štatisticky významný vplyv nachádzame v smere od kapacít lekárov – pokles -0,57 %. Vplyvy vo vzťahu k dopytu sú mierne výraznejšie v kategórii 80 a viac rokov pri všeobecných lekároch – nárast o 0,53 %, aj pri špecialistoch – nárast o 0,13 %. Negatívny efekt všeobecných lekárov je na úrovni -0,64 %. V rozsiahlejšom okolí do 30 km sa vplyvy stávajú v porovnaní s lokálnou mierkou (do 10 km) nepatrné. Významné elasticity sú len v smere od lekárskejších špecialistov a priamo v okolí (0,03 % v každej vekovej kategórii). Kapacity sa tu štatisticky kompenzujú vďaka tomu, že do okolí spadajú mestá s koncentrovanou infraštruktúrou služieb aj zázemia miest.

Premenné sa na seba pozitívne viažu priamo v okolí obce bez výnimky v 10 km okolí. V 30 km okolí sa vplyvy viac diverzifikujú a sú niekedy negatívne. Pokles -0,15 % sa týka vzťahu kapacít lekárskejších špecialistov a výhradne neverejných subjektov sociálnych služieb. Nepriame vplyvy sa vyskytujú sporadicky, v smere od lekárov k verejným subjektom – pokles -1,22 % vo veku 65 a viac a pokles -1,13 % vo veku 80 a viac rokov. Tieto zistenia pravdepodobne indikujú prítomnosť konkurenčných režimov v lokalizácii služieb. V okolí do 10 km zistenia naznačujú komplementaritu opäť od všeobecných lekárov pri verejných aj neverejných subjektoch sociálnych služieb – zhodne ide o pokles -0,83 % a iba vo vekovej skupine 80 a viac rokov.

Na základe vzájomných vzťahov kapacít služieb a potenciálneho dopytu od seniorov môžeme obce kategorizovať do jedného zo siedmich „režimov nedostupnosti“ (Obr. 2). Slovensko je štruktúrované zníženou dostupnosťou zdravotnej a sociálnej starostlivosti o seniorov v 30 km okolí okolo bydliska. Regióny majú v mnohých častiach územia štatisticky sa prejavujúci nedostatok všeobecných lekárov. Niekde sa však miestna situácia komplikuje aj zníženou dostupnosťou lekárskejších špecialistov. Západné Slovensko, s vysokou hustotou zaľudnenia, (Korec a Ondoš In Mládek a kol. 2006, Bleha ed. 2014.) je s výnimkou území okolo Bratislavy a Nitra, problematické takmer všade. Zónu s kumulovanou nedostupnosťou všetkých troch typov služieb nachádzame na horskom rozhraní medzi menej rozvinutými regiónmi Banskej Bystrice, Prešova a Košíc.

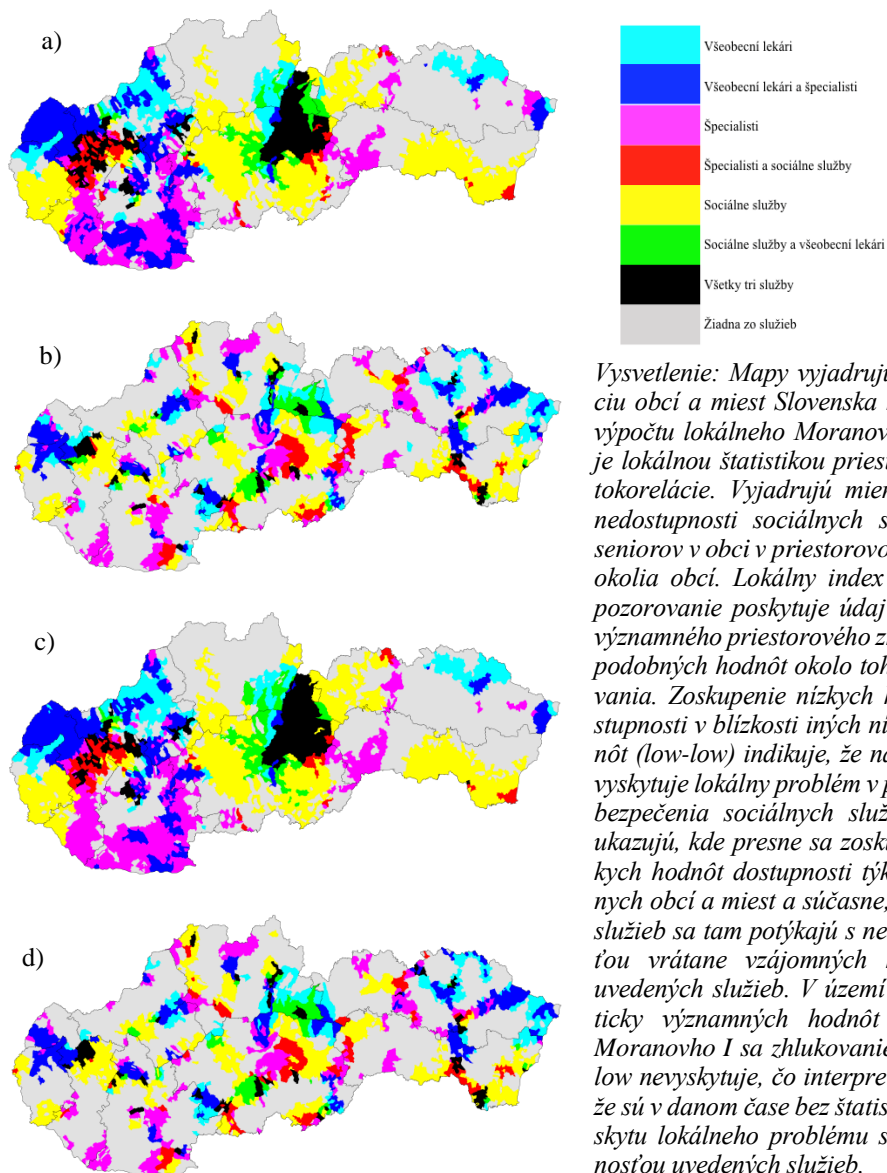
Znížená dostupnosť sociálnej starostlivosti o seniorov sa črtá najmä v strednej časti štátu a blízko najľudnatejších mestských centier, Bratislavy a Košíc (Korec a Ondoš In Mládek a kol. 2006). Vzhľadom na nižšie úrovne zaľudnenia sa kapacitne bezproblémovo javia územia regiónov na severozápade a východe. Výnimočné sú pohraničné obce na severovýchode, kde chýbajú všeobecní lekári, podobne ako na kapacitne poddimenzovanom západe. V detailnom pohľade na kategorizáciu situácie, v okolí do 10 km, sa obraz územia rozdrobí do pestrejšej mozaiky. Mapa naznačuje problém s lokálnou dostupnosťou služieb na hraniciach okresov vo všetkých kombináciách horšie dostupných kapacít služieb. Štatistické výsledky štúdie môžu na jednej strane slúžiť riadiacej sfére a na druhej strane subjektom poskytujúcim zdravotné a sociálne služby. Lokalizácia budúcich uvažovaných kapacít služieb sa môže zlepšiť tak, že sa sústreďí na horšie obslužené regióny a skupiny obcí, kde sa v súčasnosti koncentruje neuspokojený dopyt seniorov.



**Tab. 4. Odhad vzájomných vplyvov dostupností zdravotnej a sociálnej starostlivosti o seniorov vo veku 65 a 80 a viac rokov v priestorovej Durbinovej špecifikácii regresných modelov na úrovni okolí obcí**

<b>30 km, 65 a viac</b>	<b>Priame</b>	<b>Nepriame</b>	<b>Celkom</b>
		Subjekty spolu	
Všeobecní lekári	0,042 (0,033)	-0,349 (0,238)	-0,307 (0,240)
Špecialisti	0,031 (0,014)**	-0,148 (0,109)	-0,117 (0,110)
		Verejné subjekty	
Všeobecní lekári	0,032 (0,056)	-1,219 (0,309)***	-1,187 (0,313)***
Špecialisti	0,210 (0,024)***	-0,070 (0,146)	0,139 (0,147)
		Neverejné subjekty	
Všeobecní lekári	0,174 (0,054)***	0,073 (0,376)	0,247 (0,383)
Špecialisti	-0,154 (0,022)***	-0,161 (0,180)	-0,315 (0,183)*
<b>30 km, 80 a viac</b>	<b>Priame</b>	<b>Nepriame</b>	<b>Celkom</b>
		Subjekty spolu	
Všeobecní lekári	0,059 (0,032)*	-0,355 (0,222)*	-0,296 (0,222)
Špecialisti	0,033 (0,015)**	-0,153 (0,107)	-0,120 (0,108)
		Verejné subjekty	
Všeobecní lekári	0,058 (0,058)	-1,132 (0,314)***	-1,074 (0,312)***
Špecialisti	0,214 (0,026)***	-0,081 (0,155)	0,134 (0,155)
		Neverejné subjekty	
Všeobecní lekári	0,182 (0,051)***	0,006 (0,375)	0,189 (0,378)
Špecialisti	-0,150 (0,022)***	-0,161 (0,184)	-0,311 (0,186)*
<b>10 km, 65 a viac</b>	<b>Priame</b>	<b>Nepriame</b>	<b>Celkom</b>
		Subjekty spolu	
Všeobecní lekári	0,478 (0,047)***	-0,568 (0,227)**	-0,090 (0,234)
Špecialisti	0,106 (0,016)***	-0,012 (0,083)	0,094 (0,086)
		Verejné subjekty	
Všeobecní lekári	0,549 (0,062)***	-0,654 (0,348)*	-0,105 (0,360)
Špecialisti	0,230 (0,022)***	0,227 (0,124)*	0,457 (0,128)***
		Neverejné subjekty	
Všeobecní lekári	0,329 (0,063)***	-0,685 (0,378)*	-0,356 (0,388)
Špecialisti	0,128 (0,022)***	-0,013 (0,141)	0,116 (0,145)
<b>10 km, 80 a viac</b>	<b>Priame</b>	<b>Nepriame</b>	<b>Celkom</b>
		Subjekty spolu	
Všeobecní lekári	0,527 (0,054)***	-0,638 (0,230)***	-0,111 (0,232)
Špecialisti	0,126 (0,019)***	-0,019 (0,086)	0,107 (0,087)
		Verejné subjekty	
Všeobecní lekári	0,593 (0,076)***	-0,829 (0,397)**	-0,235 (0,402)
Špecialisti	0,289 (0,026)***	0,276 (0,144)*	0,565 (0,146)***
		Neverejné subjekty	
Všeobecní lekári	0,396 (0,076)***	-0,833 (0,385)**	-0,437 (0,395)
Špecialisti	0,188 (0,026)***	-0,021 (0,152)	0,167 (0,156)

Poznámka: Štatistická významnosť \* $p < 0,1$ ; \*\* $p < 0,05$ ; \*\*\* $p < 0,01$ . Priame vplyvy pôsobia v okolí obce do 10 km alebo 30 km, nepriame vplyvy medzi okoliami obcí zdieľajúci spoločnú hranicu.



*Vysvetlenie: Mapy vyjadrujú klasifikáciu obcí a miest Slovenska na základe výpočtu lokálneho Moranovho I, ktoré je lokálnou štatistikou priestorovej autokorelácie. Vyjadrujú mieru lokálnej nedostupnosti sociálnych služieb pre seniorov v obci v priestorovom kontexte okolia obcí. Lokálny index pre každé pozorovanie poskytuje údaj o rozsahu významného priestorového zhlukovania podobných hodnôt okolo tohto pozorovania. Zoskupenie nízkych hodnôt dostupnosti v blízkosti iných nízkych hodnôt (low-low) indikuje, že na mieste sa vyskytuje lokálny problém v procese zabezpečenia sociálnych služieb. Mapy ukazujú, kde presne sa zoskupenie nízkych hodnôt dostupnosti týka konkrétnych obcí a miest a súčasne, ktoré typy služieb sa tam potýkajú s nedostupnosťou vrátane vzájomných kombinácií uvedených služieb. V území bez štatisticky významných hodnôt lokálneho Moranovho I sa zhlukovanie typu low-low nevyskytuje, čo interpretujeme tak, že sú v danom čase bez štatistického výskytu lokálneho problému s nedostupnosťou uvedených služieb.*

**Obr. 2.** Obce podľa lokálneho indexu priestorovej autokorelácie kapacít všeobecných lekárov, špecialistov a sociálnych služieb samostatne a v kombináciách. Nedostupnosť indikujú klastre typu LISA low-low. Varianty analýzy (a) 30 km, 65 a viac, (b) 30 km, 80 a viac, (c) 10 km, 65 a viac, (d) 10 km, 80 a viac rokov. Zdroj: Štatistický úrad SR (2020), Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny SR (2020), GKÚ Bratislava (2020)

Výsledky merania vplyvov so zahrnutím priestorových vzťahov medzi dopytom a ponukou zdravotných a sociálnych služieb pre seniorov naznačujú, že lokalizačný proces reaguje na miestny a regionálny kontext s miernou odlišnosťou. Na miestnej úrovni sa tri merané typy služieb agregujú. Všeobecní lekári sú do 10 km od bydliska prítomní v súlade so vzorom hustoty zaľudnenia. Okrem toho, lekárski špecialisti reagujú aj na hierarchiu veľkosti sídiel. Sociálne služby nachádzame v súhre s obidvomi typmi zdravotných služieb. Sú lepšie dostupné

v hustejšie zaľudnených územiach okolo miest. Medzi susednými okoliami obcí je prítomný negatívny nepriamy vplyv medzi všeobecnými lekármi a sociálnymi službami. Sociálne služby sa lokalizujú do suburbánnych zón regionálnych centier všetkých hierarchických úrovní.

Obyvatelia miest majú šancu tráviť roky na konci života v zariadeniach blízko svojho domova, kde môžu aspoň čiastočne udržiavať sociálne kontakty s rodinou a komunitou. To sa týka aj vidieckych území, ktoré tiež disponujú hierarchickým usporiadaním veľkostí obcí. Obyvatelia vidieka majú šancu, že zostanú žiť v niektorej z blízkych väčších obcí. Prechodom z lokálnej do regionálnej mierky okolí sa agregáčna spätná väzba stratí medzi všeobecnými lekármi a sociálnymi službami u verejných subjektov. Všeobecní lekári namiesto toho vplyvajú na konkurenciu medzi susednými okoliami, čo sa dá interpretovať v súlade s verejnoprospešným motívom, cestou ako rovnomerne obslúžiť spravované územie. Vo vzťahu lekárskeho špecialistov a neverejných subjektov sa priamy vplyv stáva negatívnym. Mestá vybavené vyššou infraštruktúrou zdravotných služieb sú v kontraste so zázemím. Neverejné sociálne služby preferujú vidiecku lokalizáciu kapacít. Lokalizačný mechanizmus obsahuje prvok identifikovanej spätnej väzby s miestnym prostredím. Dopyt po sociálnych službách riadi lokalizáciu siete na ponukovej strane v prospech seniorov, ich rodín a komunít.

## Diskusia

Ekonometrické testovanie vzťahu medzi geografickou distribúciou dopytu v populácii seniorov a distribúciou sietí zdravotných a pobytových sociálnych služieb sme realizovali podobne ako k nim pristúpili McDonald et al. (2010), Paez et al. (2010), alebo Launay et al. (2019). V ich vzťahoch sa otvára niekoľko prakticky cenných otázok, ktoré majú význam pre život starších ľudí. Slovenská republika zostáva hlbšie v intenciách nastolených vzorcov starostlivosti z predchádzajúceho obdobia. Na Slovensku po roku 1990 prevládal odpor k akémukoľvek plánovaniu, do rozvoja sociálnych služieb sa investovalo málo financií, sústredilo sa najmä na dokončenie začatých stavieb. Túto situáciu navyše komplikovali reštitúcie a tak sa mnohé „staré“ sociálne zariadenia sťahovali do týchto novovznikajúcich priestorov (Woleková a Petijová 2007), avšak bez navýšenia početnosti či druhej rozmanitosti poskytovaných sociálnych služieb. Zariadenia vytvárajú a rozvíjajú subjekty z verejnej aj súkromnej sféry, pričom ich motivácie sa môžu významne odlišovať. Najmarkantnejšou bariérou rozvoja neštátnych organizácií v oblasti sociálnych služieb je financovanie, ktoré je riešené formou centrálnych riadených dotácií, avšak so žiadnou víziou rozvoja sociálnych služieb, udeľovaním dotácií iba na jeden rok a pravidelným meškaním tak výsledkov dotačného riadenia, ako aj samotných platieb (Nešporová a Svobodová 2006, Matoušek et al. 2007).

V prípade obcí, miest a krajov ide subjektom o výkon verejne-prospešnej služby. Rieši sa nimi konkrétny dopyt v regióne. Starostlivosť o seniorov môže byť aj príležitosťou pre tvorbu zisku aj keď je teraz znevýhodnená zákonom. Neverejný sektor môže zvyšovať kvalitu služieb a komfort ďaleko za limity ekonomicky efektívnej služby z obmedzených verejných zdrojov.

Na druhej strane modelovaného trhu služieb sú seniori a ich rodiny, ktorí hľadajú riešenie svojej situácie v takej forme a za takých podmienok, aké im umožňujú ich praktické možnosti. Vplyv rozdielneho dopytu po pobytových službách na Slovensku je determinovaný faktorom religiozity obyvateľstva a z toho vyplývajúceho silnejšieho prorodinného správania (Káčerová, Ondačková a Mládek 2013). Vhodné zariadenie s vyhovujúcou formou služby potrebujú mať čo najbližšie k miestu bydliska. Dá sa vnímať, že dopyt a ponuka sa na trhu stretávajú cestou optimalizačného rozhodovania subjektov. Záujmom je čo najmenšia vzdialenosť medzi bydliskom a pobytovým zariadením aj s ohľadom na finančnú náročnosť služby. Medzi verejnými a súkromnými zariadeniami môže byť rozdiel v kvalite služieb. Sieť ziskovo motivovaných subjektov sa môže rýchlejšie a intenzívnejšie rozvinúť na miestach a v regiónoch s lepším ekonomickým zázemím obyvateľov, kde príjmová situácia vytvára lepšie predpoklady pre schopnosť pokryť dodatočné náklady nad hladinu dosiahnuteľnú za podmienok obvyklých vo

verejných zariadeniach. Na dopyt v skutočnosti vplýva rastúca početnosť starších obyvateľov obcí, ale rovnako aj ich ekonomické zázemie.

Vzájomná geografická blízkosť obyvateľov, ktorí tvoria dopyt v službách pobytových sociálnych zariadení a ich kapacity vytvárajú komplikovanú vzájomnú súhrnu potenciálnych interakcií, medzi ktorými sa seniori a ich rodiny rozhodujú na základe komparatívnych výhod. V našej analýze sme sledovali iba geografickú vzdialenosť medzi bydliskom a obcami, v ktorých sa sústreďujú kapacity pobytových zariadení sociálnych služieb a referenčných zdravotných služieb. Rozhodovanie pri umiestňovaní seniorov do kapacitne limitovaných zariadení sociálnych služieb zjavne prebieha s ohľadom na geografickú vzdialenosť. Ukázali sme, že kapacity sú na trhu so zdravotnými a sociálnymi službami rozmiestnené lokalizačným procesom, ktorý optimalizuje rozhodovacie kritériá a siete služieb približuje k ich požiadavkám. Vychádza skutočne z dopytovej strany trhu, ktorú ďalej špecificky štruktúruje.

## Záver

Podporu v starobe si navzájom dokážu poskytovať najmä blízki členovia rodiny a komunity. Zdieľanie spoločného miesta, ulice alebo domu nezriedka prehĺbi vzájomné vzťahy tak, že priateľské a susedské vzťahy sa stanú rodinným ekvivalentné. Členovia rodín žijú v súčasnosti rozptýlení v rôznych regiónoch Slovenska, čoraz častejšie v zahraničí. Profesionálne opatrovanie do života vstupuje v každej inej situácii, keď rodina a komunita nemôže seniorom poskytnúť plnohodnotnú každodennú podporu alebo je pomoc potrebná na vysokej odbornej úrovni.

V modernej spoločnosti vzniká v sústave sektorov zdravotných a sociálnych služieb nové hospodárske odvetvie, ktorého podstatou sú služby uľahčujúce situáciu rodín a komunit. Poskytuje seniorom zabezpečenie lepšej životnej úrovne, pričom seniori zostávajú v pohodlí vlastného domova, nezávislí do takej miery akú im dovoľuje zdravotný stav. Poslednou možnosťou, ktorá niekedy prichádza do života seniorov, je umiestnenie do pobytového zariadenia. Významne sa tým naruša osobná sloboda. Rodiny a komunity sa tejto možnosti obvykle bránia, pretože si uvedomujú hĺbku zásahu do situácie jedného zo svojich členov, s ktorými ich pútajú silné medziľudské väzby. Zdravotný stav alebo iné okolnosti môžu spôsobiť, že iné praktické možnosti už nie sú.

Poskytovatelia sociálnych služieb vytvárajú kapacity v pobytových zariadeniach a vstupujú do vzťahu s rodinou aj na ekonomickej báze. S populačným starnutím narastá značný priestor pre podnikanie v sociálnej doméne. Preskúmali sme ponukovú stranu trhu so sociálnymi službami vo vzťahu k zdravotným službám na Slovensku, pričom sme sa zamerali na územnú distribúciu zariadení vo vzťahu k populácii seniorov vytvárajúcich s vekom narastajúci dopyt. Ak sa pobytové zariadenie nachádza priamo v mieste bydliska alebo v jeho blízkosti, situácia je nepochybne znesiteľnejšia pre rodiny aj seniorov. Ako sme ukázali, obmedzené kapacity v niektorých regiónoch Slovenska stále nútia mnoho rodín k riešeniu ďaleko od bydliska.

## Literatúra

- ANSELIN, L. 1995: The local indicators of spatial association – LISA. *Geographical Analysis*, 27(2), 93-115. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1538-4632.1995.tb00338.x>.
- BALTAGI, B. H., YEN, Y. F. 2014: Hospital treatment rates and spillover effects: Does ownership matter? *Regional Science and Urban Economics*, 49, 193-202. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.regsciurbeco.2014.01.005>.
- BIVAND, R. et al. 2020: Package spdep. Dostupné na: <https://cran.r-project.org/web/packages/spdep/spdep.pdf>.
- BLEHA, B., VAŇO, B., BAČÍK, V. eds. 2014: *Demografický atlas Slovenskej republiky*. Bratislava (Geo-Grafika).

- DAVEY, J. A., DE JOUX, V., NANA, G., ARCUS, M. 2004: *Accommodation options for older people in Aotearoa/New Zealand*. Christchurch (Centre for Housing Research).
- DE JONGE, D. M., JONES, A., PHILLIPS, R., CHUNG, M. 2011: Understanding the essence of home: Older people's experience of home in Australia. *Occupational Therapy International*, 18(1), 39-47. DOI: <https://doi.org/10.1002/oti.312>.
- DEKKERS, W. 2011: Dwelling, house and home: Towards a home-led perspective on dementia care. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 14(3), 291-300. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11019-011-9307-2>.
- EUROPEAN SOCIAL NETWORK 2008: *Services for older people in Europe*. Dostupné na: [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental\\_health/docs/services\\_older.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental_health/docs/services_older.pdf).
- EUROPEAN HEALTHCARE 2020: *Elderly Care Market, Research 2020*. Dostupné na: <https://content.knightfrank.com/research/656/documents/en/european-healthcare-care-homes-elderly-care-market-2020-6902.pdf>.
- HABERKERN, K., SCHMID, T., NEUBERGER, F., GRIGNON, M. 2012: The role of the elderly as providers and recipients of care. In *OECD 2012. The Future of Families to 2030*. Paris (OECD Publishing), pp. 189-247. DOI: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264168367-en>.
- HAGESTAD, G. O., UHLENBERG, P. 2007: The impact of demographic changes on relations between age groups and generations: A comparative perspective. In Schaie, K. W., Uhlenberg, P. eds. *Social structures: Demographic changes and the well-being of older persons*. New York (Springer), 239-261.
- HOLMEROVÁ, I., JURÁŠKOVÁ, B., ZIKMUNDOVÁ, K. et al. 2007: *Vybrané kapitoly z gerontologie (3. vydání)*. Praha (Gerontologické centrum).
- HROZENSKÁ, M., DVOŘÁČKOVÁ, D. 2013: *Sociální péče o seniory*. Praha (Grada).
- JEŘÁBEK, H. 2009: Rodinná péče o seniory jako „práce z lásky“: nové argumenty. *Sociologický časopis / Czech Sociological Review*, 45(2), 243-265. DOI: <https://doi.org/10.13060/00380288.2009.45.2.03>.
- KÁČEROVÁ, M., ONDAČKOVÁ, J., MLÁDEK, J. 2014: Time-space differences of population ageing in Europe. *Hungarian Geographical Bulletin*, 63(2), 177-199. DOI: <https://doi.org/10.15201/hungeobull.63.2.4>.
- KÁČEROVÁ, M., ONDAČKOVÁ, J., MLÁDEK, J. 2013: Social services for seniors, types, size and spatial differentiation-a comparison of Czech and Slovak Republics. *Regionální Studia*, 1, 51-66.
- KÁČEROVÁ, M., ONDAČKOVÁ, J. 2015: The process of population ageing in countries of the Visegrad Group (V4). *Erdkunde*, 69(1), 49-68. DOI: <https://doi.org/10.3112/erdkunde.2015.01.04>.
- KELLER, J. 2004: *Úvod do sociologie (Páté vydání)*. Praha (Slon).
- KOUBSKÁ, L., KOUKOLÍK, F. 2011: *Všechno dopadne jinak*. Praha (Vyšehrad).
- KRUPA, S. et al. 2006: *Rozvoj komunitných sociálnych služieb: učebné texty k projektu Transformácia zariadení sociálnych služieb s cieľom sociálnej a pracovnej integrácie ich obyvateľov*. Bratislava (Rada pre poradenstvo v sociálnej práci).
- LAUNAY, L., GUILLOT, F., GAILLARD, D., MEDJKANE, M., SAINT-GÉRAND et al. 2019: Methodology for building a geographical accessibility health index throughout metropolitan France. *PLOS One*, 14(8). DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0221417>.
- MALÍKOVÁ, E. 2011: *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha (Grada).
- MATOUŠEK, O. et al. 2007: *Sociální služby: Legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha (Portál).

- MOLZAHN, A. E., KALFOSS, M., SCHICK MAKAROFF, K., SKEVINGTON, S. M. 2011: Comparing the importance of different aspects of quality of life to older adults across diverse cultures. *Age and ageing*, 40(2), 192-199. DOI: <https://doi.org/10.1093/ageing/afq156>.
- McDONALD, J. T., CONDE, H. 2010: Does geography matter? The health service use and unmet health care needs of older Canadians. *Canadian Journal on Aging*, 29(1), 23-37. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0714980809990389>.
- MINISTERSTVO PRÁCE, SOCIÁLNYCH VECÍ A RODINY SR 2020: *Centrálny register poskytovateľov sociálnych služieb*. Bratislava (Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky).
- NEŠPOROVÁ, O., SVOBODOVÁ, K. 2006: *Nestátní sféra v oblasti podpory rodin a služieb pro rodiny*. Praha (VÚPSV).
- ONDOŠ S., KOREC, P. 2006: Vývoj hustoty zaľudnenia v regiónoch Slovenska. In Mládek a kol. eds. *Demografická analýza Slovenska*. Bratislava (Comenius University).
- PAEZ, A., MERCADO, R. G., FARBER, S., MORENCY, C., ROORDA, M. 2010: Accessibility to health care facilities in Montreal Island: an application of relative accessibility indicators from the perspective of senior and non-senior residents. *International Journal of Health Geographics*, 9(1), 52. DOI: <https://doi.org/10.1186/1476-072X-9-52>.
- PODMANICKÝ, I., PODMANICKÁ, Z. 2018: Dialóg pri budovaní medzigeneračného „communio“. *Studia Scientifica Facultatis Paedagogicae Universitas Catholica Ružomberok*, 17(3), 28-36.
- SIXSMITH, J., SIXSMITH, A., FÄNGE, A. M., NAUMANN, D. et al. 2014: Healthy ageing and home: The perspectives of very old people in five European countries. *Social Science and Medicine*, 106, 1-9. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.01.006>.
- ŠÚ SR 2020: *Vekové skupiny - obce*. Bratislava (Štatistický úrad Slovenskej republiky).
- ŠÚ SR 2020: *Zdravotníctvo*. Bratislava (Štatistický úrad Slovenskej republiky).
- URBÁNIKOVÁ, M., JANDO, J., TRNKOVÁ, K. 2019: *Systém kontroly v zariadeniach sociálnych služieb so zameraním na seniorov*. Bratislava (Kancelária verejnej ochrankyne práv).
- VÁGNEROVÁ, M. 2000: *Vývojová psychologie: Dětství, dospělost, stáří*. Praha (Portál).
- VÁVROVÁ, S. 2015: Decision-making in seniors regarding residential social services. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 174, 908-915. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.01.711>.
- WOLEKOVÁ, H., PETIJOVÁ, M. 2007: *Sociálne služby na Slovensku. Analýza ponuky a dopytu*. Bratislava (Socia).
- ZINGMARK, K., NORBERG, A., SANDMAN, P. O. 1993: Experience of at-homeness and homesickness in patients with Alzheimer's disease. *American Journal of Alzheimer's Care and Related Disorders and Research*, 8(3), 10-16. DOI: <https://doi.org/10.1177/153331759300800302>.
- ZINGMARK, K., NORBERG, A., SANDMAN, P. O. 1995: The experience of being at home throughout the life span. Investigation of persons aged from 2 to 102. *The International Journal of Aging and Human Development*, 41(1), 47-62. DOI: <https://doi.org/10.2190/N08L-42J5-31D2-JUQA>.

**Pod'akovanie:** Príspevok bol spracovaný s podporou projektu APVV-15-0184 Medzigeneračné sociálne siete v starnúcich mestách, kontinuita a inovácie, APVV 20-0432 Suburbanizácia: Komunita, identita a každodennosť a projektu VEGA číslo 2/0037/21 Priestorovo diferencované dopady a prejavy COVID-19 na Slovensku.

---

*Adresy autorov*

**Marcela Káčerová**

Katedra ekonomickej a sociálnej geografie, demografie a územného rozvoja  
Prírodovedecká fakulta, Univerzita Komenského v Bratislave  
Ilkovičova 6, Mlynská dolina  
842 15 Bratislava  
Slovensko  
[marcela.kacerova@uniba.sk](mailto:marcela.kacerova@uniba.sk)

**Slavomír Ondoš**

Katedra ekonomickej a sociálnej geografie, demografie a územného rozvoja  
Prírodovedecká fakulta, Univerzita Komenského v Bratislave  
Ilkovičova 6, Mlynská dolina  
842 15 Bratislava  
Slovensko  
[slavomir.ondos@uniba.sk](mailto:slavomir.ondos@uniba.sk)

**Miriam Miláčková**

Geografický ústav, Slovenská akadémia vied  
Štefánikova 49  
814 73 Bratislava  
Slovensko  
[miriam.milackova@savba.sk](mailto:miriam.milackova@savba.sk)