

UNIVERZA V LJUBLJANI

FAKULTETA ZA UPRAVO

Diplomsko delo

**SISTEM DOLGOTRAJNE OSKRBE V
SLOVENIJI IN MEDNARODNA
PRIMERJAVA**

Jože Potočar

Ljubljana, September 2011

**UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA UPRAVO**

DIPLOMSKO DELO

**SISTEM DOLGOTRAJNE OSKRBE V SLOVENIJI IN
MEDNARODNA PRIMERJAVA**

Kandidat/ka: Jože Potočar
Vpisna številka: 04036769
Študijski program: Visokošolski strokovni študijski program Uprava I. stopnje
Mentor: doc. dr. Aleksander Aristovnik

Ljubljana, avgust 2011

IZJAVA O AVTORSTVU DIPLOMSKEGA DELA

Podpisani Jože Potočar, študent visokošolskega strokovnega programa smer Poslovna uprava, z vpisno številko 04036769, sem avtor diplomskega dela z naslovom: Sistem dolgotrajne oskrbe v Sloveniji.

S svojim podpisom zagotavljam, da:

- je predloženo delo izključno rezultat mojega lastnega raziskovalnega dela,
- sem poskrbel, da so dela in mnenja drugih avtorjev oz. avtoric, ki jih uporabljam v predloženem delu, navedena oz. citirana v skladu s fakultetnimi navodili,
- sem poskrbel, da so vsa dela in mnenja drugih avtorjev oz. avtoric navedena v seznamu virov, ki je sestavni element predloženega dela in je zapisan v skladu s fakultetnimi navodili,
- se zavedam, da je plagiatorstvo - predstavljanje tujih del, bodisi v obliki citata bodisi v obliki skoraj dobesednega parafraziranja bodisi v grafični obliki, s katerim so tuje misli oz. ideje predstavljene kot moje lastne - kaznivo po zakonu (Zakon o avtorstvu in sorodnih pravicah, Ur. list RS, št. 21/95), kršitev pa se sankcionira tudi z ukrepi po pravilih Univerze v Ljubljani in Fakultete za upravo,
- je elektronska oblika identična s tiskano obliko diplomskega dela ter soglašam z objavo dela v zbirki Dela FU.

Diplomsko delo je lektoriral/la: Aleksandra Rožič, prof. slo

Ljubljana, 20. 8. 2011

Podpis avtorja:

POVZETEK

Sistem dolgotrajne oskrbe je sistem, ki ureja socialno in zdravstveno varstvo državljanov Slovenije, in pridobiva čedalje večji krog upravičencev storitev, zato je zelo potreben ter primeren za sedanjost in pa skoraj nujen v prihodnosti. V Evropski uniji in pa drugih ekonomsko razvitih državah sveta dobiva vedno večjo vlogo. Glavni razlog je seveda staranje prebivalstva, ki pa je še posebej na udaru v višje razvitih družbah. Pričakovana življenjska doba se povečuje in s tem potreba po storitvah po zaščiti ljudi, ki so je potrebni. Zato je pomembno, da zakonsko uredimo to področje in s tem poskrbimo za vse, ki potrebujejo pomoč. Diplomsko delo bo posvečeno obravnavi pojma dolgotrajna oskrba in iskanju primerne sistema za to oskrbo. To pomeni iskanje ustrezne zakonodaje, strokovne podlage in upoštevanje izkušenj razvitejših držav od nas. V veliko pomoč pri iskanju primerne sistema mi bodo primerjave drugih držav po različnih statističnih podatkih. Pogledali si bomo države, ki so v enakem razvoju in pa države, ki so v drugačnih situacijah, vendar imajo uspešne rešitve na tem področju. Da bom dosegel cilje sistema, morajo biti dosežene naslednje postavke: učinkovitost, ekonomičnost, boljša kakovost življenja, večja socialna in zdravstvena varnost ter stabilnost. Uresničiti te postavke prinaša pozitiven rezultat.

Ključne besede: demografske spremembe, pričakovana življenjska doba, staranje, invalidnost, dolgotrajna oskrba, socialno varstvo, zdravstveno varstvo, zavarovanje, kakovost storitev.

SUMMARY

SYSTEM OF A LONG-TERM CARE IN SLOVENIA AND INTERNATIONAL COMPARISON

System of long-term care is a system that regulates social and health care for Slovenian citizens, and derives a growing circle of beneficiaries of services, so it is very necessary and suitable for the present and almost necessary in the future. In the European Union and other economically developed countries of the world is becoming increasingly important role. The main reason for this is, of course, aging population, which is particularly hard hit in the higher developed societies. Life expectancy is increasing and the demand for services to protect people in need. It is therefore important to regulate this area and thus take care of all those who need help. Graduation paper will be devoted to considering the notion of long-term care and finding a suitable system for this care. This means the search for relevant legislation, expert opinions, and look towards experience of developed countries. Very helpful in finding me a suitable system will be comparison of statistical data of other countries. We will look at countries that are in the same development and the countries that are in different situations, however, successfully coping with this problem. To achieve the objectives of the system will have to be achieved the following headings: efficiency, economical, better quality of life, greater social and health security, and stability. Strive for these items gives a positive result.

Keywords: Demographic change, life expectancy, aging, disability, long term care, social security, health care, insurance, quality of service.

KAZALO

| | |
|--|----------|
| IZJAVA O AVTORSTVU DIPLOMSKEGA DELA | ii |
| POVZETEK..... | iii |
| SUMMARY | iv |
| KAZALO PONAZORITEV..... | vii |
| 1 UVOD | 1 |
| 2 VLOGA IN POMEN SISTEMA DOLGOTRAJNE OSKRBE | 3 |
| 2.1 OPREDELITEV | 3 |
| 2.2 SOCIOLOŠKE, DEMOGRAFSKE IN EKONOMSKE SPREMEMBE | 5 |
| 2.3 PROBLEMI STAROSTNIKOV IN REŠEVANJE LE-TEH..... | 6 |
| 3 SISTEM DOLGOTRAJNE OSKRBE V SLOVENIJI | 7 |
| 3.1 STATISTIČNI PODATKI | 7 |
| 3.2 STORITVE | 8 |
| 3.2.1 INSTITUCIONALNO VARSTVO | 8 |
| 3.2.2 OSEBNI TELEFONSKI ALARM | 10 |
| 3.2.3 INŠTITU DRUŽINSKEGA POMOČNIKA | 11 |
| 3.2.4 SOCIALNI SERVIS | 11 |
| 3.2.5 PATRONAŽNA ZDRAVSTVENA NEGA | 12 |
| 3.2.6 UPORABNIKI SOCIALNO VARSTVENIH STORITEV | 12 |
| 3.2.7 SOCIALNO VARSTVENA STORITEV POMOČ NA DOMU..... | 12 |
| 3.2.8 STORITEV OSKRBOVANIH STANOVANJ..... | 13 |
| 3.3 FINANCIRANJE STORITEV DOLGOTRAJNE OSKRBE | 13 |
| 3.3.1 VIRI FINANCIRANJA UPORABNIKOV STORITEV | 14 |
| 3.3.2 POKOJNINE | 15 |

| | |
|---|-----------|
| 3.4 PRAVNA PODLAGA IN MEDNARODNE OBVEZE..... | 18 |
| 3.5. PREDLOG ZAKONA O DOLGOTRAJNI OSKRBI IN ZAVAROVANJU ZA DOLGOTRAJNO OSKRBO 2010 | 18 |
| 3.5.1 OPREDELITEV TEMELJNIH POJMOV | 18 |
| 3.5.2 ZAVAROVANJE ZA DOLGOTRAJNO OSKRBO..... | 20 |
| 3.5.3 OBLIKE IZVAJANJA STORITEV | 20 |
| 3.5.4 STORITVE..... | 20 |
| 3.5.5 IZVAJALCI STORITEV..... | 21 |
| 3.5.6 NALOGE DRŽAVE IN OBČIN..... | 22 |
| 3.5.7 FINANCIRANJE DOLGOTRAJNE OSKRBE | 23 |
| 4 SISTEM DOLGOTRAJNE OSKRBE NA ŠVEDSKEM | 25 |
| 4.1 STATISTIČNI PODATKI | 25 |
| 4.2 STORITVE | 27 |
| 4.3 POSEBNOSTI SISTEMA | 28 |
| 4.3 PRAVNA PODLAGA..... | 28 |
| 5 SISTEM DOLGOTRAJNE OSKRBE V ZDA | 30 |
| 5.1 STATISTIČNI PODATKI | 30 |
| 5.2 FINANCIRANJE, STORITVE IN POSEBNOSTI..... | 30 |
| 5.2.1 ZASEBNO FINANCIRANJE | 32 |
| 5.2.2 JAVNO FINANCIRANJE | 35 |
| 6 PRIMERJAVA SISTEMOV | 37 |
| 6.1 SISTEM DOLGOTRAJNE OSKRBE V SLOVENIJI..... | 37 |
| 6.2 SISTEM DOLGOTRAJNE OSKRBE NA ŠVEDSKEM..... | 38 |
| 6.3 SISTEM DOLGOTRAJNE OSKRBE V ZDA | 40 |
| 6.4 PRIMERNI SISTEM..... | 40 |
| 6.5 PREDLOGI IZBOLJŠAV | 42 |

| | |
|--|-----------|
| 7 POGLED V PRIHODNOST | 43 |
| 7.1 UGOTAVLJANJE POTREB PO DOLGOTRAJNI OSKRBI..... | 43 |
| 7.2 PREDLOG ZAKONA O DOLGOTRAJNI OSKRBI IN ZAVAROVANJU ZA DOLGOTRAJNO OSKRBO..... | 45 |
| 8 ZAKLJUČEK..... | 47 |
| LITERATURA IN VIRI | 49 |

KAZALO PONAZORITEV

KAZALO GRAFOV

| | |
|--|----|
| Graf 1: Financiranje dolgotrajne oskrbe v Ameriki..... | 32 |
|--|----|

KAZALO TABEL

| | |
|--|----|
| Tabela 1: Predpostavke in rezultati projekcij prebivalstva EUROPOP 2010, Slovenija, 2010–2060..... | 7 |
| Tabela 2: Povprečno število, struktura in stopnje rasti povprečnega števila upokojencev iz obveznega zavarovanja, 2009 in 2010..... | 16 |
| Tabela 3: Povprečna dopolnjena pokojninska doba novih starostnih in invalidskih | 16 |
| upokojencev iz obveznega zavarovanja ob upokojitvi po spolu, 2000–2010 | 16 |
| Tabela 4: Izdatki za dolgotrajno oskrbo od 2003–2009 | 17 |
| Tabela 5: Projekcija prebivalstva 2011–2050 | 26 |
| Tabela 6: Število uporabnikov storitev dolgotrajne oskrbe na Švedskem po letih..... | 26 |
| Tabela 7: Projekcija prebivalstva in delež prebivalstva po letih..... | 30 |
| Tabela 8: Vrste plačil po zdravstvenih zahtevah | 33 |
| Tabela 9: Ekonomski pogoji v Sloveniji v roku 6-ih let..... | 41 |

| | |
|---|----|
| Tabela 10: Planirano starejše prebivalstvo v Sloveniji od leta 2010 do 2060 | 41 |
| Tabela 11: Prikaz uporabnikov različnih storitev dolgotrajne oskrbe v Sloveniji od leta 2006 do 2008..... | 41 |

1 UVOD

Področje dolgotrajne oskrbe je nov pojem in prihaja v uporabo zadnja leta. Pojem je zelo obsežen in ima čedalje večji pomen ne samo v naši državi, pač pa tudi v celotnem območju Evropske unije in drugih razvitih državah. Države dajejo dolgotrajni oskrbi večji pomen v okviru socialne politike.

Vzroke je potrebno iskati v demografskih podatkih. Najpomembnejši podatek je staranje prebivalstva, ki se kaže v čedalje večjem številu in deležu starejše populacije v celotnem prebivalstvu države. Poleg staranja prebivalstva pa je pomembno tudi, da se pričakovana življenjska doba in povprečno trajanje življenja podaljšujeta. Do tega prihaja izrazito v gospodarsko razvitejših državah. Razvitejše države imajo boljše socialno politiko in razvoj zdravstva, zato dosegajo daljšo pričakovano življenjsko dobo. Naraščanje potreb po dolgotrajni oskrbi je povzročil tudi razvoj medicine.

Vloga sistema dolgotrajne oskrbe je globalno gledana večkrat spregledana. Šele v zadnjem desetletju prihaja do večjih sprememb na tem področju. Dolgotrajna oskrba zaradi staranja in višje pričakovane življenjske dobe potrebuje boljše zakonodajo, financiranje, organizacijo, upravljanje, socialno in zdravstveno znanje. Sistem mora biti v prvi vrsti dosegljiv, potem pa učinkovit, enakopraven, napreden, ekonomičen. Najpomembnejša pri dolgotrajni oskrbi je dolgotrajna nega, ki združuje številne zdravstvene in socialne storitve za osebe, ki potrebujejo pomoč pri osnovnih dejavnostih vsakdanjega življenja zaradi kroničnih telesnih in duševnih bolezni. Takšno nego pogosto vsaj delno opravljajo laični negovalci, kot so sorodniki ali prijatelji. Pri oskrbi na domu s pomočjo bližnjih ljudi, ki nam pomagajo skozi življenje, si olajšamo temeljne življenjske aktivnosti.

Temeljne življenjske aktivnosti so tiste aktivnosti, ki jih človek opravlja vsak dan, torej hranjenje, skrb za osnovno higieno, gibanje ... Sam namen dolgotrajne oskrbe ni samo v preživetju, temveč tudi v doseganju čim boljše kakovosti življenja. V prvi vrsti je dolgotrajna oskrba namenjena starejši populaciji, vendar poskrbi tudi za mlajše ljudi, ki se srečujejo z različnimi boleznimi ali prizadetostmi, torej z nezmožnostjo opravljanja temeljnih življenjskih aktivnosti in zato potrebujejo pomoč druge osebe.

Pri vlogi družine v dolgotrajni oskrbi se pojavlja veliko dilem. Ali je družina tista, ki skrbi za člane družine ali pa bi morala zanje poskrbeti država? V sedanji ekonomski situaciji se pojavljajo nezavidljive okoliščine, ki polno zaposlijo družinske člane, to pa povzroči preobremenjenost ali celo razpad klasične družine in zato neuspešno skrb za člane. Zato mora država prevzeti dolžnost in poskrbeti za ljudi, ki potrebujejo pomoč in jim zagotavljati pomoč v obliki dolgotrajne oskrbe. Država lahko poskrbi za ljudi, ki potrebujejo oskrbo, na več načinov – z zakonodajo in z različnimi vejami socialnih zavarovanj. Odgovornost družine ni samo moralna, temveč tudi materialna oziroma

ekonomska, saj mora v primeru potreb družinskega člana, ki potrebuje storitve, ki niso krite s strani države, torej niso del socialne varnosti, poravnati stroške.

Zagotovitev storitev dolgotrajne oskrbe se razlikuje med državami, saj so razlike v socialnih in ekonomskih politikah. Vsaka država ima svoje usmeritve in sisteme socialne varnosti, zato prihaja do razlik pri zagotavljanju dolgotrajne oskrbe. Samo področje dolgotrajne oskrbe se povečuje zaradi posebnih, specifičnih potreb oskrbovancev in povečanega kroga uporabnikov.

V Sloveniji imamo različne sisteme socialnega zavarovanja. Najpomembnejše so obvezno zdravstveno zavarovanje, invalidsko in pokojninsko zavarovanje ter socialno varstveno področje. Vsako ureja svoje področje. Cilji sistema dolgotrajne oskrbe so finančna vzdržnost sistema, racionalna uporaba virov, kakovost storitev, zadovoljitev potreb, promocija aktivnega in zdravega življenja. Potrebujemo celoten sistem, ki bi pokril celotno področje dolgotrajne oskrbe. V Sloveniji prihaja do razlik v oskrbi, do različnih storitev med različnimi območji, pokrajinami, kaže se slaba porazdelitev sredstev med mesti in podeželjem. Pomembno vprašanje je tudi, če imamo dovolj primernih izvajalcev (usposobljenost in zadostno število), saj so v Evropi prišli do spoznanja, da ni mogoče zagotoviti primerne števila poklicnih izvajalcev, ki bi zagotovili izvajanje vseh potrebnih storitev. Treba je izobraževati ljudi, predvsem družinske člane, in s tem zmanjšati število potreb ter zagotoviti strokovne delavce le za tiste, ki potrebujejo strokovno znanje.

V prihodnosti bo prišlo po demografskih podatkih do povečanja števila starejših ljudi in bomo rabili še več kadra, ki bo skrbel za oskrbo, zato je treba graditi na medgeneracijski pomoči in solidarnosti. Z novim zavarovanjem za dolgotrajno oskrbo, ki bi bilo obvezno, bi dosegli spremembe na načelih solidarnosti. Vsi bi skladno z dohodki prispevali in tudi porabljali, če bi potrebovali pomoč in bili do nje upravičeni. S tem bi dosegli pravičen sistem, ki bi bil tudi finančno stabilen. V diplomskem delu sem predstavil probleme, s katerimi se srečujemo v naši državi v oskrbi in se osredotočil na iskanje najbolj primerne sistema dolgotrajne oskrbe. Cilj diplomskega dela je bil ugotoviti obstoječe stanje na področju dolgotrajne oskrbe v Sloveniji in podati primerne sisteme za izboljšanje oziroma čim boljše rešitev za našo državo na podlagi podatkov in izkušenj drugih izbranih držav. Na poti do cilja sem si zastavljal različna vprašanja, da sem prišel do konkretnih in ustreznih rešitev.

Po ustavi je Slovenija socialna in pravna država, zato bi morali imeti za vzgled skandinavske države, ki so zelo socialno podprte in uspešne. Ali je to za nas primeren sistem in dosegljiv, saj je njihova situacija ekonomsko vseeno drugačna? Po drugi strani pa je tudi možen zgled po zahodnih državah, kjer imajo urejeno tudi možnost, oziroma je to edina prava pot, opravljanja storitev v zasebnem sektorju. Vendar ali je to primerno in dovolj kakovostno? Najpomembnejša vprašanja za doseg cilja in s katerimi sem se srečeval skozi diplomsko delo so bila: Kaj je za našo državo najbolj primerno? Ali je Sistem finančno vzdržen in ima dovolj kakovostnih storitev? Ali je poleg elementa kurative vključen tudi element preventive?

2 VLOGA IN POMEN SISTEMA DOLGOTRAJNE OSKRBE

2.1 OPREDELITEV

Dolgotrajna oskrba je novo področje socialne varnosti, ki se ukvarja s pomočjo ljudem, ki so dolgoročno delno ali popolnoma odvisni od tuje pomoči in jim zagotavlja integrirano zdravstveno in socialno oskrbo. (Predlog Zakona o dolgotrajni oskrbi in zavarovanju za dolgotrajno oskrbo, 2010, str. 1)

"V zadnjih desetletjih se je na področju socialnega in zdravstvenega varstva in na področju organiziranja socialne varnosti razvila tema dolgotrajne oskrbe ljudi, ki potrebujejo dolgotrajno, organizirano pomoč in podporo drugih ljudi. Pojavila se je nova potreba, ki je prej nismo zaznali. Ta se kaže po eni strani kot potreba po novem stebru socialne varnosti, po drugi strani po drugačnem organiziranju odgovorov na potrebe ljudi. Socialna država dvajsetega stoletja je namreč ustvarila mehanizme socialne varnosti (zavarovanja) za primer nezaposlenosti, bolezni, invalidnosti oziroma hendikepa, ne pa za primer odvisnosti od pomoči drugih. Pomoč v takih primerih je bila stvar posameznika in solidarnosti neposrednega okolja (zlasti sorodnikov); formalne pomoči, po navadi institucionalnega varstva, je bil posameznik deležen praviloma le v primeru, da je ta mreža odpovedala." (Flaker in dr., 2008, str. 19)

Dolgotrajna nega po svojem delu sodi med zdravstveno oskrbo in socialno varstvo ter je običajno namenjena osebam, ki so telesno ali duševno prizadete, starejšim rahlega zdravja in posebnim skupinam, ki potrebujejo pomoč pri vsakdanjih dejavnostih. Zaradi različne razdelitve pristojnosti (zasebne/družinske/javne), različne organizacije zdravstvene oskrbe in socialnega varstva ter razlik pri opredelitvi ločnice med zdravstveno nego in socialnim varstvom so storitve dolgotrajne nege ter organizacija in vloga teh storitev v okviru sistemov socialne zaščite v državah članicah zelo raznovrstne. Namen oziroma pomen sistema bi bil v tem, da daje pomoč, oporo, če človek ne more opravljati temeljne življenjske aktivnosti, vendar pa ni namenjen samo preživetju, temveč tudi doseganju čim bolj kakovostnega življenja.

"Življenje ljudi v sodobni družbi je nenehno povezano z različnimi institucijami, čeprav se tega niti ne zavedamo. Začetek življenja, rojstvo, ki je bilo v preteklosti vezano na dom in družino, je danes vezano na posebno institucijo - porodnišnico. Večji del mladosti poteka v različnih institucijah – v vrtcu, osnovni šoli, srednji šoli, na fakulteti. Najbolj aktiven in produktiven del življenja preživimo v institucijah, kjer smo zaposleni. V starosti pa naletimo na druge institucije, zlasti bolnišnice in domove za stare." (Mali, 2008, str. 9)

"Življenju v institucijah se v sodobni družbi ni mogoče izogniti, kar potrjujejo številna prizadevanja, da bi zmanjšali ali celo povsem odpravili institucije. Življenje v institucijah se ne glede na funkcijo, ki jo opravljajo, spreminja. Spreminjata se odnos

do ljudi do institucij in vloga institucij v življenju ljudi, toda institucije ostajajo. Pravica starih ljudi do pokojnine je starim ljudem dala možnost, da so lahko za plačilo bivanja v instituciji zahtevali boljše pogoje življenja in boljšo oskrbo, kot so jo domovi izvajali pred tem."(Mali, 2008, str. 31)

Koncept dolgotrajne oskrbe je koncept celostne oskrbe posameznika v njegovem socialnem kontekstu, iz katerega tudi najpogosteje črpa vire podpore in pomoči za samostojno življenje v domačem okolju. Ljudi iz posameznikove socialne mreže, ki že sedaj v veliki meri opravljajo pomembno pomoč za ljudi, ki potrebujejo dolgotrajno oskrbo, to so najpogosteje svojci, je potrebno ustrezno podpreti, izobraziti in jim ponuditi različne oblike razbremenjevanja, da bi proces pomoči zmogli in v njem lahko vzdržali.

Sodelovanje med strokami, ki zagotavljajo oskrbo ljudi, med skrbstvenimi poklici, je nujno, prav tako pa je pomembno medsebojno spoznavanje in prepoznavanje ravnanj, ki so specifična za posamezno stroko. Timska obravnava, celostna, holistična in integrirana oskrba, so osrednje teme tudi predloga Zakona o dolgotrajni oskrbi in zavarovanju za dolgotrajno oskrbo. Tudi zato je nesmiselno nadaljevanje prakse na način, ki ne zagotavlja sodelovanja in partnerstva med strokami socialnega in zdravstvenega dela.(Seniorji info, 2009)

Opredelitev temeljnih storitev: Glede na to, da se v okviru obstoječe dolgotrajne oskrbe in nege izvajajo različne storitve iz različnih finančnih virov, je ključnega pomena krovna opredelitev temeljnih storitev, ki jasno opredeljuje njihovo vsebino in posledično tudi vir financiranja. To zagotavlja osnovno enakost uživanja storitev med uporabniki. Gre za naslednje temeljne storitve dolgotrajne oskrbe in nege:

- osnovna oskrba, ki zajema zagotavljanje osnovnih življenjskih pogojev za bivanje in je sestavljena iz nastanitvenega dela in servisnega dela (priprava hrane, vzdrževanje prostorov in oblačil uporabnika). Storitve osnovne oskrbe predstavljajo strošek uporabnika v celoti (razen v kolikor je ta upravičen do kakšnega socialnega transferja namenjenega njegovemu preživetju);
- socialna oskrba, ki zajema varstvo kot pomoč pri reševanju osebnih in socialnih stisk, pomoč pri vzdrževanju osebne higiene, pri vstajanju, oblačenju, premikanju, hoji, komunikaciji, orientaciji ter organiziranje prevozov, ki niso zdravstveno indicirani. Sem spadajo tudi ukrepi socialne rehabilitacije z namenom ohranjanja in povečevanju psihosocialnih sposobnosti. Storitve socialne oskrbe se financirajo iz virov, ki jih država zagotavlja za socialne storitve;
- zdravstvena oskrba, ki zajema zdravstveno nego in zdravstveno rehabilitacijo vključno s fizioterapijo in delovno terapijo. Storitve zdravstvene oskrbe se izvajajo v skladu s predpisi s področja zdravstvenega varstva in financirajo iz sredstev zdravstvenega zavarovanja.

Vsaka od navedenih temeljnih storitev je razdeljena na številne konkretne storitve, prilagojene stanju in potrebam uporabnikov. Uporabnik je upravičen do ene ali več konkretnih storitev v različnih možnih oblikah, ki jih opredeljuje zakon, za katere je tako jasno, iz katerega vira se financirajo in to enakovredno ne glede na izvajalca posamezne storitve. Tako je zagotovljena enakost pravic in enakovrednost storitev za uporabnika kakor tudi za izvajalce, seveda v okviru javne mreže izvajalcev dolgotrajne oskrbe in nege. (Skupnost socialnih zavodov Slovenije, 2010)

2.2 SOCIOLOŠKE, DEMOGRAFSKE IN EKONOMSKE SPREMEMBE

V zadnjih desetletjih se je na področju socialnega in zdravstvenega varstva ter na področju organiziranja socialne varnosti razvila tema dolgotrajne oskrbe za ljudi, ki potrebujejo dolgotrajno, organizirano pomoč in podporo drugih ljudi. Pojavila se je kot nova potreba, ki je posledica širših družbenih razmer – spremenjenih demografskih razmerij, oblik pomoči, drugačne kulture neformalne pomoči in napredka medicine – pa tudi spremenjenih oblik in vzorcev zagotavljanja pomoči. Vedno več je starejših ljudi. Razlog za to je v napredku medicine, boljši oskrbi in bolj kakovostnem življenju ter nižji rodnosti. Dejstvo je, da živimo dlje, česar se veselimo. Da bi tudi jesen življenja preživel čim bolj kakovostno, ne smemo spregledati, da s starostjo narašča tudi število ljudi, ki vseh opravil ne morejo več opraviti sami in potrebujejo oskrbo in nego. Spremembam v starostni strukturi prebivalstva se morajo zato prilagajati številna področja – zdravstvo, sociala, dolgotrajna oskrba, pokojninsko zavarovanje, zaposlovanje in druga področja. Zaradi teh podatkov so razvijali storitve dolgotrajne oskrbe in iskali primeren sistem.

Uvajanje dolgotrajne oskrbe narekuje usklajeno zagotavljanje zdravstvenih in socialnih storitev, polje medsebojnega sodelovanja, dialoga in usklajenega delovanja različnih strok. Dolgotrajna oskrba prinaša veliko novosti, ne le na ravni zagotavljanja socialne varnosti temveč tudi kot povsem drugačna paradigma skrbi, ki presega stare obrazce organiziranja oskrbe, načinov pristopa k človeški stiski, statusa uporabnikov in bistva procesov pomoči. V tem smislu dolgotrajna oskrba ni le nadgradnja obstoječih sistemov socialne varnosti, socialnega in zdravstvenega varstva, temveč je prekinitev, paradigmatški prelom in preboj, ki ustvarja nove obrazce solidarnosti, pomoči in strokovnosti. Z vzpostavljanjem novih mehanizmov socialne varnosti in novih organizacijskih struktur ter novih načinov zagotavljanja storitev pomoči in podpore, stojimo pred izzivom, kako na različnih ravneh vzpostaviti nove rešitve, ki bodo presegle stare delitve, paradokse in tudi krivice posameznikom in skupinam, kakor tudi ustvariti posebno polje dolgotrajne oskrbe, ki bo integrirano, kjer ne bo več večinoma nesmiselne delitve na zdravstvene in socialne storitve, kar bo omogočalo sinergije različnih strok v skupne strategije pomoči in solidarnosti. (Seniorji info, 2009)

Zadnje obdobje je ekonomsko neprijetno in nestabilno, zato pušča posledice tudi na dolgotrajni oskrbi, saj je virov financiranja vedno manj. V Sloveniji je vseeno bil

napredek, saj je prišlo do zvišanja socialnih prejemkov, kajti trenutna vlada je socialno orientirana, vendar pa je to vseeno premalo za bistven napredek na tem področju.

2.3 PROBLEMI STAROSTNIKOV IN REŠEVANJE LE-TEH

Prebivalstvo, ki bo zajeto pod sistem dolgoročne oskrbe, bo predvsem starejše s specifičnimi potrebami. Velik del starejšega prebivalstva je potreben pomoči druge osebe pri opravljanju osnovnih življenjskih aktivnosti. Do tega je prišlo zaradi družbenih in družinskih sprememb, saj so sedaj tudi ženske veliko bolj zaposlene in imajo manj časa ukvarjati se s starejšo populacijo. Starostniki imajo poleg zdravstvenih težav tudi finančne težave. V večini primerov, ko oseba potrebuje oskrbo v domu za ostarele, so stroški nege zelo visoki, velikokrat tudi previsoki za upokojence, ki imajo premajhne pokojnine. V tem primeru jim pomagajo družinski člani ali pa je socialni status oskrbovanca zelo slab in zato ga financira država preko svojih organizacij.

Ljudje, ki jim grozi odhod v ustanovo ali ki že tam bivajo, si želijo navadnih, osnovnih reči. Želijo si zasebnosti, da bi odločali o majhnih rečeh v svojem življenju, želijo si, da bi bili blizu ljudi, ki so jim blizu, ki jim nekaj pomenijo, da bi skupaj z njimi kaj počeli. Te navadne, preproste želje se pod grožnjo institucionalizacije izrazijo kot nekaj velikega. Večina, ki jih živi doma v domači oskrbi, so zadovoljni s svojim življenjem. (Flaker in dr., 2008, str. 31–32)

V prvi vrsti ključ do kakovostnega življenja ljudi, ki potrebujejo dolgotrajno oskrbo, ni v ocenjevanju njihovih potreb, temveč v odstranjevanju ovir, ki jim preprečujejo dostop do storitev dolgotrajne oskrbe. Opazili smo naslednje ovire: centraliziran pristop in prezrto posameznikovo izvedenstvo pri določanju oblik pomoči in podpore, omejujoča politika, ki ne zagotovi dodatnih sredstev, pomanjkanje stanovanj, revščina uporabnikov, odsotnost ustreznih skupnostnih oblik oskrbe, nevarnost birokratizacije postopkov, masifikacije dolgotrajne oskrbe in izguba vpliva uporabnikov, pomanjkljive metode dela pri vzpostavljanju dolgotrajne oskrbe, skrbniška strokovna kultura, pokroviteljstvo in nezaupanje uporabnikom, s formalizacijo postopkov onemogočeni izvorni nestandardni odgovori.

Ključni podatki za načrtovanje ukrepov, storitev in programov zato niso potrebe prebivalstva, temveč so to najprej ovire, ki preprečujejo posameznikom organizirati kakovostno življenje v skupnosti, in oblike pomoči in podpore, ki jih potrebuje za sledenje svojim ciljem, za izboljševanje kakovosti življenja. (Flaker in dr., 2008, str. 28–29)

3 SISTEM DOLGOTRAJNE OSKRBE V SLOVENIJI

V Sloveniji je sistem dolgotrajne oskrbe še zelo nepoznana tema. Tudi pri nas prihaja do problemov pri oskrbi ljudi, saj se število ljudi, potrebnih oskrbe povečuje. V preteklosti se je država lotila te tematike z ustanavljanjem novih zavodov ali posebnih oddelkov. Poleg samih storitev je država poskrbela za ljudi, ki so socialno ogroženi, s socialnimi prejemki in drugimi olajšavami. Z razvojem dolgotrajne oskrbe v svetu, smo tudi mi napredovali. Razvoj je viden v storitvah, ki so čedalje bolj orientirane na želje in potrebe ljudi. Primer tega je pomoč na domu, za katero skrbijo socialni centri, domovi za ostarele in ostali zavodi. V manjšem obsegu pa je možno tudi zdravljenje na domu preko patronažne službe. "Čeprav obstajajo v svetu poleg domov za stare ljudi tudi različne druge oblike pomoči starim ljudem, je za Slovenijo značilna izrazito institucionalna usmeritev. Razlogi za to so različni – družbeni, kulturni, politični, strokovni in drugi. Ne smemo zanemariti niti tradicije, saj najdemo zametke domskega varstva za stare ljudi že v 13. stoletju, ko je nemški viteški red ustanovil zavod za neozdravljive bolnike v Ljubljani, kmalu zatem pa je v Kamniku nastal še azilski zavod."(Mali, 2008)

3.1 STATISTIČNI PODATKI

V Sloveniji je bilo leta 1960 pričakovano trajanje življenja ob rojstvu 66,1 let za moške in 71,9 let za ženske, manj kot 40 let kasneje, leta 2008, pa že 75,4 za moške in 82,3 let za ženske. Te podatki lahko še dodatno ponazorijo dejstva, da je bilo leta 1995 v Sloveniji 33 ljudi, starejših od 100 let, leta 2008 pa je bilo teh ljudi že 179. Prebivalci Slovenije so bili 1. januarja 2011 povprečno stari 41,7 leta. V starostni skupini od 0–14 let je bilo 14,2 % prebivalstva, starejših (65 let ali več) pa 16,5 %. Torej je bilo 337.738 starejše populacije od 65 let naprej.

Tabela 1: Predpostavke in rezultati projekcij prebivalstva EUROPOP 2010, Slovenija, 2010–2060

| Leto | Število prebivalcev | Selitveni prirast | Celotna stopnja rodnosti | Pričakovano trajanje življenja ob rojstvu - moški (leta) | Pričakovano trajanje življenja ob rojstvu - ženske (leta) | Povprečje |
|------|---------------------|-------------------|--------------------------|--|---|-----------|
| 2010 | 2.046.976 | 10.952 | 1,54 | 75,8 | 82,3 | 79,1 |
| 2020 | 2.142.217 | 6.316 | 1,56 | 77,7 | 83,7 | 80,7 |
| 2030 | 2.154.609 | 5.654 | 1,58 | 79,4 | 85,1 | 82,3 |
| 2040 | 2.141.070 | 5.570 | 1,60 | 81,0 | 86,4 | 83,7 |
| 2050 | 2.114.985 | 5.018 | 1,63 | 82,5 | 87,6 | 85,1 |
| 2060 | 2.057.964 | 3.817 | 1,65 | 84,0 | 88,8 | 86,4 |

Vir: Eurostat, 2011

V Sloveniji je bilo leta 2010 2.046.976 prebivalcev. Pričakovana življenjska doba je bila 79,1 let. Iz podatkov – leta 2010 je bilo 337.738 ljudi starejših od 65 let – predvidevam, da je več kot 70.000 ljudi, ki imajo potrebo po dolgotrajni oskrbi. V zavodih in ostalih javnih in zasebnih ustanovah je prostora za približno 20.000 ljudi, kar verjetno ne zadostuje in je zato veliko čakalnih dob za sprejem v domove. Prav tako Tabela 1 prikazuje povečevanje prebivalstva, saj se v Sloveniji povečuje pričakovana življenjska doba ter nataliteta. Podatki kažejo tudi povečevanje ljudi, potrebnih dolgotrajne oskrbe v Sloveniji.

V začetku leta 2010 je bilo v Sloveniji na voljo 19.087 mest v 94 domovih in posebnih zavodih na 112 lokacijah. Od tega je v:

- javnih domovih za starejše 13.706 mest v 55 zavodih na 73 lokacijah,
- zasebnih domovih za starejše 3.865 mest pri 34 izvajalcih s koncesijo na 34 lokacijah,
- posebnih zavodih za odrasle 1.516 mest v 5 zavodih na 5 lokacijah. (Skupnost socialnih zavodov Slovenije, 2011)

3.2 STORITVE

Pri razvoju našega sistema je potrebno izpostaviti storitve, ki so že v uporabi ali pa so še v razvoju – najpogostejše storitve so še zmeraj oskrba na domu in pa institucionalno varstvo. Za pokritje vseh potreb je treba stremeti k čim boljšemu razvoju storitev in pa zaznavanju najpomembnejših ter ustreznih storitev.

3.2.1 INSTITUCIONALNO VARSTVO

V Sloveniji poznamo tri vrste institucij za sprejem ljudi. To so javni, zasebni domovi in posebni zavodi. Osnovna dejavnost domov je izvajanje institucionalnega varstva za starejše. Zakon o socialnem varstvu jo uvršča v javno službo ter opredeljuje kot obliko socialnovarstvene storitve, ki je namenjena odpravljanju osebnih stisk in težav starejših od 65 let in drugih oseb, ki zaradi starosti, bolezni ali drugih razlogov ne morejo živeti doma.

Institucionalno varstvo po zakonu obsega vse oblike pomoči v zavodu, drugi družini ali drugi organizirani obliki, s katerimi se upravičencem nadomeščajo ali dopolnjujejo funkcije doma in lastne družine, zlasti bivanje, organizirana prehrana, varstvo ter zdravstveno varstvo.

3.2.1.1 Domovi za starejše

Kot oblika storitev in pomoči so dobro znani že vrsto let. Namenjeni so vsem tistim, ki dnevni opravil, kot je oblačenje, prehranjevanje in nega, ne morejo več opravljati sami. Storitve, ki jih domovi zagotavljajo, obsegajo osnovno oskrbo, varstvo, zdravstveno nego, lahko tudi zdravstveno rehabilitacijo in različne prostočasne dejavnosti (krožki, ročne spretnosti, pletenje, vezenje, ples, telovadba, aerobika). Danes nekateri domovi poleg stalne namestitve omogočajo tudi začasno bivanje – med

dopusti ali med okrevanjem. Storitve, ki jih domovi za starejše nudijo, olajšajo tudi bivanje na domu. V domovih je na primer vsakodnevno na voljo kosilo, lahko pa vam ga dostavijo tudi na dom. Domovi za starejše so lahko javni zavodi, vse več pa je tudi zasebnih domov, t. i. koncesijskih domov. Storitve oskrbe plačujejo stanovalci sami oziroma s pomočjo svojcev in občin, če tega ne morejo. Cene oskrbe so oblikovane v skladu s predpisano metodologijo, sprejemajo pa jih pristojni organi upravljanja domov, ki morajo k tem cenam pridobiti tudi soglasje Ministrstva za delo, družino in socialne zadeve. Zdravstvene storitve v domovih so oskrbovancem zagotovljene iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Domovi si prizadevajo svojim stanovalcem zagotoviti čim bolj kakovostno in strokovno ustrezno oskrbo, nego in pomoč ter takšno življenje, kot ga dopuščata njihova starost in zdravstveno stanje. (Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve, 2011)

Do storitev v domovih so po zakonu upravičeni državljani Republike Slovenije, ki imajo v Sloveniji stalno prebivališče, ter tujci, ki imajo dovoljenje za stalno bivanje. O sprejemu, premestitvi oziroma odpustu iz doma odločajo domovi v soglasju z oskrbovanci ali njihovimi zastopniki. Ob namestitvi oziroma sprejemu v oskrbo stanovalec in dom sprejmeta dogovor, v katerem opredelita obseg in vrsto oziroma ustrezno kategorijo storitev oskrbe ter posebnosti pri izvajanju teh storitev. Osnovne storitve, ki jih morajo domovi zagotavljati, obsegajo:

- bivanje oziroma namestitvev v eno-, dvo- ali večposteljnih sobah;
- vzdrževanje prostorov in perila;
- organizirano in zdravstvenemu stanju primerno prehrano ter tehnično oskrbo;
- osebno pomoč, socialno oskrbo ter varstvo;
- zdravstveno nego in zdravstveno rehabilitacijo;
- osnovno zdravstveno in specialistično konziliarno dejavnost, ki jo v domovih izvajajo zdravstveni domovi ali zasebni zdravniki.

Vse storitve v okviru osnovne dejavnosti so standardizirane. Odstopanja od standarda so dopustna navzgor zaradi boljših (nadstandardnih) bivalnih pogojev, odstopanja navzdol pa zaradi bivalnih pogojev, ki so nižji od standardnih. Omenjena odstopanja seveda vplivajo tudi na višino cene oskrbe. Dodatne dejavnosti domov lahko obsegajo:

- različne dodatne oskrbne ali druge storitve za stanovalce domov, ki niso zajete v standardiziran obseg posamezne kategorije oskrbe;
- dnevno varstvo za starejše, ki živijo doma in vključuje oskrbne in zdravstvene storitve;
- oskrbne in zdravstvene storitve za stanovalce oskrbovanih stanovanj;
- zagotavljanje ustrezne prehrane in zdravstvene nege ter drugih oblik pomoči posamezniku in družini na domu;
- storitve socialnega servisa na domu za starejše oziroma druge, ki takšno pomoč potrebujejo;

- sodelovanje z drugimi sorodnimi organizacijami, društvi in posamezniki za izvajanje različnih oblik dejavnosti, namenjenih starejšim ljudem zunaj doma;
- opravljanje drugih storitev za starejše v njihovem domačem okolju.

Cene storitev tega dela dejavnosti določajo organi upravljanja domov. Domovi lahko po zakonu opravljajo tudi tako imenovane tržne dejavnosti, pridobljena sredstva pa namenjajo za izboljševanje pogojev za izvajanje svoje osnovne dejavnosti. Dejavnost domov spremljajo in nadzirajo:

- ministrstvi, pristojni za področji socialnega in zdravstvenega varstva (Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve, Ministrstvo za zdravje);
- socialna inšpekcija;
- Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije;
- računsko sodišče.

Domovi si prizadevajo svojim stanovalcem zagotoviti čim bolj kakovostno in strokovno ustrezno oskrbo, nego in pomoč ter življenje v takšnih okvirih, kot jih dopuščata njihova visoka starost in zdravstveno stanje. Domovi želijo biti tudi čim bolj odprte ustanove, ki se povezujejo z ožjim in širšim družbenim okoljem. (Skupnost socialnih zavodov Slovenije, 2011)

3.2.1.2 Dnevno varstvo

To je oblika institucionalnega varstva, namenjenega posameznikom, ki še ne potrebujejo celodnevne, stacionarne oskrbe in si želijo oziroma potrebujejo pomoč, nadzor ali organizirano obliko bivanja le za določeno število ur dnevno. Osnovni kriterij za vključitev oseb v dnevno varstvo je, da se uporabniki dnevno vračajo domov. Nekateri prihajajo le občasno ali po nekaj dni v tednu. Praviloma prihajajo zjutraj in se vračajo domov popoldan. Storitve dnevnega varstva se izvaja v dnevni centrih in medgeneracijskih središčih. V dnevnem centru poskrbijo za njihove dnevne aktivnosti, družabnost, prehrano, dnevni počitek, pa tudi varstvo in nego, kadar je to potrebno. Uporabniki so vključeni v različne aktivnosti, ki jih organizira izvajalec – prireditve, družabna srečanja, igre, izlete, prebiranje knjig, vaje za telo in podobno. Dnevni centri so po navadi organizirani v domovih za starejše, lahko pa oskrbo izvajajo tudi samostojni izvajalci. Nekateri uporabniki prihajajo v dnevne centre sami, druge pripeljejo svojci, večina izvajalcev pa nudi tudi prevoz, torej pridejo starejšega človeka iskat na njegov dom in ga popoldne znova odpeljejo domov. Vse več je tudi t. i. medgeneracijskih središč ali centrov aktivnosti starejših, ki so namenjeni tako medgeneracijskemu druženju kot tudi aktivnemu preživljanju časa tistih starejših, ki praviloma še ne potrebujejo pomoči drugih. V te centre prihajajo starejši praviloma sami. (Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve, 2011)

3.2.2 OSEBNI TELEFONSKI ALARM

Osebni telefonski alarm je prvi primer razvoja storitev dolgotrajne oskrbe na domu. Celodnevna povezava preko osebnega telefonskega alarma predstavlja uporabniku, njegovim svojcem in drugim osebam iz njegove socialne mreže socialno oporo in razbremenitev. (Ministrstvo za delo družino in socialne zadeve, 2011)

3.2.3 INŠTITU DRUŽINSKEGA POMOČNIKA

Pravica upravičenca do institucionalnega varstva, ki mu nudi pomoč v domačem okolju, s čimer je uporabniku zagotovljena večja intimnost, samostojnost, solidarnosti, osebna komunikacija, domačnost in toplina. Družinski pomočnik je lahko oseba, ki ima isto stalno prebivališče kot invalidna oseba, oziroma eden od družinskih članov invalidne osebe ali druga oseba pod pogoji, ki jih določa zakon. Družinski pomočnik je lahko le oseba, ki se je z namenom, da bi postala družinski pomočnik, odjavila iz evidence brezposelnih oseb ali je zapustila trg dela. Družinski pomočnik je lahko tudi oseba, ki je v delovnem razmerju s krajšim delovnim časom od polnega delovnega časa pri delodajalcu. Družinski pomočnik izvaja osebno in socialno oskrbo, organizira prostočasne aktivnosti in nudi gospodinjsko pomoč. Invalidna oseba uveljavlja pravico do izbire družinskega pomočnika pri pristojnem centru za socialno delo. Sistem financiranja družinskega pomočnika s strani občin je oblikovan v luči čim večje preglednosti porabe sredstev. Del sredstev se tako zagotovi tudi iz naslova dodatka za tujo nego in pomoč oziroma dodatka za pomoč in postrežbo. Občina od bruto zneska za pravice družinskega pomočnika plača vse potrebne prispevke in družinskemu pomočniku nakaže neto znesek, vendar pa morajo invalidne osebe in njihovi zavezanci za preživljanje občini povrniti del sredstev, ki jih je ta namenila za pravice družinskega pomočnika. (Ministrstvo za delo družino in socialne zadeve, 2011)

3.2.4 SOCIALNI SERVIS

Je ena izmed oblik socialnovarstvenih storitev, ki obsega pomoč pri hišnih in drugih opravilih v primeru invalidnosti, starosti, otrokovega rojstva, bolezni, v primeru nesreč ter v drugih primerih, ko je ta pomoč potrebna za vključitev osebe v vsakdanje življenje. Socialno varstvena storitev pomoč na domu je namenjena tistim ljudem, ki živijo doma in imajo zagotovljene bivalne in druge pogoje za življenje, če se zaradi starosti ali hude invalidnosti ne morejo oskrbovati sami, njihovi svojci pa take oskrbe ne zmorejo ali zanjo nimajo možnosti. Gre za dopolnilno dejavnost storitve pomoč družini na domu, ki jo opravljajo posebni servisi, s katerimi se priskoči na pomoč, razbremeni svojce in starostniku pomaga, da lahko ostane v okolju, v katerem se dobro počuti. Storitve vključuje prinašanje pripravljenih obrokov hrane, nakupe in prinašanje živil ali drugih potrebščin, pripravo drv ali druge kurjave, manjša hišna popravila, pranje in likanje perila, čiščenje stanovanja, organiziranje drugih oblik družabništva. Socialni servis se za razliko pomoči na domu ne opravlja kot javna služba, kar pomeni, da država oziroma občine ne podeljujejo koncesij, zato uporabnik v primeru socialnega servisa storitev v celoti plača sam. (Ministrstvo za delo družino in socialne zadeve, 2011)

3.2.5 PATRONAŽNA ZDRAVSTVENA NEGA

Storitev zdravstvenega varstva, ki spada v obseg pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja in je za uporabnike brezplačna. Izvaja se na pacientovem domu, v zdravstvenem domu in v lokalni skupnosti. Namenjena je posameznikom, družinam in lokalni skupnosti v vseh obdobjih zdravja in bolezni. Patronažna medicinska sestra skrbi za posameznike v vseh življenjskih obdobjih, svetuje o zdravem načinu življenja in obnašanja ter opozarja na rizične faktorje, ki lahko ogrozijo zdravje. Pomaga posameznikom in družinam na njihovih domovih, da se soočijo z boleznijo, kronično nezmožnostjo in s stresom. Je koordinatorka vseh oblik pomoči na domu in je vez med posameznikom ter njegovim osebnim zdravnikom. Področja dela v patronažnem varstvu so zdravstveno-socialna obravnava posameznika, družine in skupnosti, novorojenčka na domu in zdravstvena nega bolnika na domu. Zdravstveno-socialna obravnava posameznika, družine in skupnosti se načrtuje po lastni presoji na osnovi pravilnika za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni za varovance v patronažnem varstvu, zdravstvena nega pacienta na domu pa se načrtuje in izvaja na osnovi naročila, praviloma naročila izbranega zdravnika. Pogostost patronažnih obiskov v okviru zdravljenja in trajanje zdravstvene nege je odvisno od zdravstvenega stanja pacienta in njegovih socialno-ekonomskih zmožnosti. (Ministrstvo za delo družino in socialne zadeve, 2011)

3.2.6 UPORABNIKI SOCIALNO VARSTVENIH STORITEV

Dnevne ali celodnevne varstva oziroma pomoči na domu so lahko v celoti ali delno oproščeni plačila v primeru nezmožnosti plačevanja teh storitev. Po Zakonu o socialnem varstvu so upravičenci in drugi zavezanci socialno varstvenih storitev dolžni plačati. Na zahtevo upravičenca do storitve krajevno pristojni center za socialno delo odloči o delni ali celotni oprostitvi plačila storitve v skladu z merili, ki jih je predpisala Vlada RS. Oprostitve in prispevki upravičenca in njegovih zavezancev za preživetje se določijo glede na višino njihovih dohodkov. V primeru, da njihovi prispevki ne zadostujejo za pokritje vrednosti socialno varstvene storitve, razliko doplača občina. Posamezniki, ki se znajdejo v stiski, lahko uveljavljajo tudi nekatere druge pravice, kot sta na primer varstveni dodatek in denarna socialna pomoč. (Ministrstvo za delo družino in socialne zadeve, 2011)

3.2.7 SOCIALNO VARSTVENA STORITEV POMOČ NA DOMU

Namenjena je tistim ljudem, ki živijo doma in imajo zagotovljene bivalne in druge pogoje za življenje, če se zaradi starosti ali hude invalidnosti ne morejo oskrbovati sami, njihovi svojci pa take oskrbe ne zmorejo ali zanjo nimajo možnosti. Gre za različne oblike organizirane praktične pomoči in storitev, s katerimi se upravičencem vsaj za določen čas nadomesti potrebo po eni izmed oblik institucionalnega varstva, lahko pa pomoč na domu za nekatere ljudi pomeni tudi trajno rešitev. Storitev se prilagodi potrebam posameznega upravičenca in obsega:

- gospodinjsko pomoč, kamor sodijo prinašanje enega pripravljenega obroka, nabava živil, pomivanje uporabljene posode, osnovno čiščenje bivalnega dela prostorov z odnašanjem smeti, postiljanje in osnovno vzdrževanje spalnega prostora;
- pomoč pri opravljanju osnovnih življenjskih potreb, kamor sodijo pomoč pri oblačenju, umivanju in hranjenju, vzdrževanje in nega osebnih ortopedskih pripomočkov; v ta okvir sodi tudi zdravstvena nega pacienta na domu, ki se izvaja v okviru storitve patronažnega varstva;
- pomoč pri ohranjanju socialnih stikov, kamor sodijo vzpostavljanje socialne mreže z okoljem, s prostovoljci in s sorodstvom, spremljanje upravičenca pri opravljanju nujnih obveznosti, informiranje ustanov o stanju in potrebah upravičenca ter priprava upravičenca na institucionalno varstvo.

Pomoč na domu spada v pristojnost občin, saj je občina zadolžena za organizacijo te storitve na svojem območju, poleg tega pa občine tudi sofinancirajo del celotnih stroškov te storitve, tako da je cena za uporabnika nižja, kot bi bila sicer. Obseg storitve je omejen na največ 20 ur storitve tedensko na domu uporabnika. Pomoč na domu največkrat izvajajo centri za socialno delo, specializirani zavodi, pa tudi domovi za starejše, vse več pa je tudi zasebnih izvajalcev. (Ministrstvo za delo družino in socialne zadeve, 2011)

3.2.8 STORITEV OSKRBOVANIH STANOVANJ

Izvaja se v funkcionalno povezanih in potrebam starejših ljudi prilagojenih stanovanjih, ki uporabniku, ki se sam ne more več v celoti oskrbovati ali negovati, omogoča razmeroma samostojno življenje ob večji ali manjši pomoči strokovnega osebja. Institucionalno varstvo v oskrbovanih stanovanjih obsega osnovno in socialno oskrbo ter zdravstveno varstvo in zdravstveno nego. Stanovalci oskrbovanih stanovanj imajo praviloma možnost, da izbirajo posamezne storitve ali pakete storitev, ki so odvisni od obsega pomoči, ki jo posameznik glede na svoje zdravstveno stanje potrebuje. Upravičencem v oskrbovanih stanovanjih je zagotovljena tudi možnost celodnevne povezave preko osebnega telefonskega alarma, t. i. rdeči gumb. Nekatera oskrbovana stanovanja lahko uporabnik kupi, druga najame, vsa pa so prilagojena za gibalno ovirane. Praviloma se nahajajo v bližini domov za starejše. Oskrbovana stanovanja morajo imeti tudi oskrbnika, to je pravna ali fizična oseba, ki skrbi za 24-urno dnevno pomoč stanovalcem oskrbovanih stanovanj. Investitorji oskrbovanih stanovanj so običajno občinski stanovanjski skladi ter Nepremičninski sklad pokojninskega in invalidskega zavarovanja, lahko pa jih gradijo tudi zasebni investitorji. (Ministrstvo za delo družino in socialne zadeve, 2011)

3.3 FINANCIRANJE STORITEV DOLGOTRAJNE OSKRBE

Storitve dolgotrajne oskrbe so zelo drage storitve za državo in za posameznika. Večina ljudi si ne bi mogla privoščiti take oskrbe s svojimi viri dohodkov. V večini primerov je

seveda glavni dohodek pokojnina oz. invalidnina, ki pa je velikokrat premalo za plačilo storitev dolgotrajne oskrbe. Za ljudi, ki so socialno ogroženi, ker imajo premajhne dohodke, država stremi k socialnim prejemkom. Njihovi viri dohodkov so opisani v nadaljevanju.

3.3.1 VIRI FINANCIRANJA UPORABNIKOV STORITEV

- Invalidska pokojnina. Pravico do invalidske pokojnine pridobi zavarovanec, pri katerem je nastala invalidnost prve kategorije, invalidnost II. kategorije, če brez poklicne rehabilitacije ni zmožen za drugo ustrezno delo, ta pa mu ni zagotovljena, ker je star nad 50 let, invalidnost II. ali III. kategorije, če mu ni zagotovljena ustrezna zaposlitev oziroma prerazporeditev, ker je moški že dopolnil 63 let oziroma ženska 61 starosti.
- Nadomestilo za invalidnost. Pravica do nadomestila za invalidnost je pravica do denarnega nadomestila, ki je povezana s kategorijo invalidnosti in delovno pravnim statusom delovnega invalida. Pravico do nadomestila za invalidnost pridobi:
 - ✓ delovni invalid II. kategorije invalidnosti po dopolnjenem petdesetem letu starosti s preostalo delovno zmožnostjo in
 - ✓ delovni invalid III. kategorije invalidnosti, če je njegova delovna zmožnost za poklic zmanjšana za manj kot 50 % ali če še lahko dela v svojem poklicu s polnim delovnim časom, vendar ni zmožen za delo na delovnem mestu, na katero je razporejen, če:
 - ☞ je bil ob nastanku invalidnosti brezposeln oziroma ni bil obvezno zavarovan
 - ☞ mu je delovno razmerje prenehalo neodvisno od njegove volje
 - ☞ je delovno razmerje prekinil po lastni volji ali krivdi
 - ☞ se ponovno zaposli na drugem delovnem mestu
- Invalidnina je mesečna denarna dajatev, ki jo lahko pridobi zavarovanec ali uživalec pokojnine zaradi telesne okvare, nastale med zavarovanjem ali v času uživanja pokojnine. Telesna okvara je podana, če nastane pri zavarovancu izguba, bistvenejša poškodovanost ali znatnejša onesposobljenost posameznih organov ali delov telesa, kar otežuje aktivnost organizma in zahteva večje napore pri zadovoljevanju življenjskih potreb, ne glede na to, ali ta okvara povzroča invalidnost ali ne.
- Dodatek za pomoč in postrežbo je mesečni denarni prejemek, ki ga lahko po zakonu pridobijo uživalci pokojnine in določeni zavarovanci s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji. Namenjen je poplačilu dela stroškov, ki jih ima upravičenec, ker zaradi trajnih sprememb v zdravstvenem stanju za opravljanje osnovnih življenjskih potreb nujno in stalno potrebuje tujo nego in pomoč.
- Varstveni dodatek je mesečni denarni dodatek k pokojnini, s katerim je uživalcu zagotovljena socialna varnost, če za priznanje take pravice izpolnjuje predpisane pogoje. Varstveni dodatek ni samostojen denarni prejemek!

- Nadomestilo za čas poklicne rehabilitacije in začasno nadomestilo. Poklicna rehabilitacija je celosten proces, v katerem se zavarovanec strokovno, fizično in psihosocialno usposobi za drug poklic ali delo, tako da se lahko premesti na drugo delovno mesto oziroma zaposli oziroma ponovno vključi v delovno okolje. Poklicna rehabilitacija je tudi usposabljanje za opravljanje istega poklica ali dela, tako da se zavarovancu ustrezno prilagodi delovno mesto z ustreznimi tehničnimi pripomočki. V času poklicne rehabilitacije ostane delovni invalid v delovnem razmerju, pri katerem je bil zaposlen ob nastanku invalidnosti. V tem času ne prejema plače, temveč nadomestilo za čas poklicne rehabilitacije. Delovnemu invalidu, ki je bil ob nastanku invalidnosti brezposeln, se čas, ki ga preživi na poklicni rehabilitaciji, šteje v zavarovalno dobo.
- Dodatek za rekreacijo je pravica iz obveznega pokojninskega in invalidskega zavarovanja, ki je primerljiva s pravico do letnega regresa v delovni zakonodaji.

Nekaterim finančno še pomaga družina. Za preživetje pridejo prav tudi načini neposrednega pridobivanja sredstev za preživetje, npr. vrtički. Način, kako si olajšati preživetje, je tudi dnevna oskrba v bolnišnici, kjer is deležen "zastonjskih" rednih obrokov, potrafiš pa zgolj čas, ki ga porabiš za pot v bolnišnico ali za udeležbo bolnišničnih dejavnosti. V tem smislu je bolnišnica bolj vabljiva varianta kot bivanje v domu za ostarele, kjer gre večji del pokojnine za oskrbnino in stanovalcu ostane le žepnina, s katero si težko kupi kaj več kot cigarete. V bolnišnici pokojnina ostane v celoti pacientu. Kadar je posameznik nameščen v zavodu ali stanovanjski skupini, se večji del njegovih prihodkov, če jih ima, porabi za plačilo oskrbnine. Uporabniki, ki bivajo v zavodu, prejemajo žepnino, iz katere plačujejo dodatno zdravstveno zavarovanje, zato jim ne ostane denarja niti za najnujnejše stvari. (Flaker in dr., 2008, str. 168–171)

Viri financiranja s strani države se pridobivajo iz več prispevkov, proračuna ali različnimi doplačili in donacijami. Pravice dolgotrajne oskrbe se zagotavljajo s sredstvi :

- prispevkov obveznega zavarovanja za dolgotrajno oskrbo;
- s sredstvi proračuna RS in proračunov lokalnih skupnosti;
- z doplačili, določenimi s tem zakonom;
- sredstvi dopolnilnega zavarovanja za dolgotrajno oskrbo;
- donacijami pravnih in fizičnih oseb.

3.3.2 POKOJNINE

V letu 2010 je bilo povprečno 552. 561 uživalcev starostnih, invalidskih, družinskih, vdovskih in delnih pokojnin iz obveznega zavarovanja, kar je 14. 106 upokojencev oziroma 2,6 odstotka več kot v letu 2009. To je največji porast v zadnjem desetletju. V letu 2010 se je v primerjavi z letom 2009 med uživalci pokojnin iz obveznega zavarovanja povečalo število starostnih, vdovskih in delnih starostnih pokojnin, zmanjšalo pa število invalidskih in družinskih pokojnin. Število starostnih upokojencev se je v letu 2010 povečalo v povprečju za 14. 345 oziroma za 4,0 odstotke. To je

največji porast v zadnjih desetih letih. Število invalidskih upokojencev se je v tem letu zmanjšalo za 1.072 oziroma za 1,2 odstotka. Število uživalcev delnih starostnih pokojnin se je povečalo za 23 oseb oziroma za 9,4 odstotka. (SURS, 2011)

Tabela 2: Povprečno število, struktura in stopnje rasti povprečnega števila upokojencev iz obveznega zavarovanja, 2009 in 2010

| Vrsta upokojenca | 2009 | | 2010 | | Stopnja rasti |
|--------------------------------|---------|-----------|---------|-----------|---------------|
| | Število | Struktura | Število | Struktura | |
| 1. Starostni | 354.270 | 65,8 | 368.615 | 66,7 | 4 |
| 2. Invalidski | 92.123 | 17,1 | 91.051 | 16,5 | -1,2 |
| 3. Družinski in vdovski skupaj | 91.818 | 17,1 | 92.628 | 16,8 | 0,9 |
| 4. Delni starostni | 244 | 0 | 267 | 0 | 9,4 |
| 5. Skupaj | 538.455 | 100 | 552.561 | 100 | 2,6 |

Vir: ZPIZ, 2011

Tabela 3: Povprečna dopolnjena pokojninska doba novih starostnih in invalidskih upokojencev iz obveznega zavarovanja ob upokojitvi po spolu, 2000–2010

| Vrsta upokojenca | | | | |
|------------------|-----------|-------|------------|-------|
| Leto | Starostni | | Invalidski | |
| | Ženske | Moški | Ženske | Moški |
| | Let | Let | Let | Let |
| 2000 | 33,55 | 37,25 | 25,5 | 28,25 |
| 2001 | 33,91 | 37,08 | 25,33 | 28,16 |
| 2002 | 34,08 | 37 | 25,33 | 28 |
| 2003 | 34,42 | 37,42 | 26,33 | 28,92 |
| 2004 | 35,08 | 37,75 | 26,25 | 28,74 |
| 2005 | 35,33 | 38 | 25,92 | 28,33 |
| 2006 | 35,66 | 38,33 | 25,83 | 28,08 |
| 2007 | 35,83 | 38,25 | 26,5 | 28,59 |
| 2008 | 36 | 38,25 | 27 | 28 |
| 2009 | 35,66 | 38,16 | 26,66 | 28,25 |
| 2010 | 35,5 | 38 | 27,08 | 28,08 |

Vir: ZPIZ, 2010

Tudi dobe upokojevanja se povečujejo. Vseeno se iz Tabele 3 vidi, da je v zadnjem desetletju vseeno prišlo do višje upokojenske dobe, tako pri starostni in invalidski upokojitvi. Povprečna letna rast nominalnih vrednosti celotnih izdatkov za zdravstvo v obdobju od 2003 do 2009 je bila 7,1-odstotna, rast BDP v tem obdobju pa 5,9-odstotna. Več kot četrtnina tekočih izdatkov za zdravstvo se financira iz zasebnih virov. Povprečna letna rast tekočih javnih izdatkov za zdravstvo je bila v obdobju od 2003 do 2008 nižja od rasti teh izdatkov iz zasebnih virov (iz prvih virov je bila 6,9-odstotna, iz drugih 7,6-odstotna). Povprečna letna rast tekočih izdatkov za zdravstvo iz zdravstvenih zavarovanj (6,5-odstotna) je bila manjša od povprečne rasti izdatkov iz

skladov socialne varnosti (7,0-odstotna), povprečna rast izdatkov za zdravstvo gospodinjstev (8,6-odstotna) pa je bila večja od povprečne rasti izdatkov iz skladov socialne varnosti. Nominalna rast izdatkov za zdravstvo iz skladov socialne varnosti (3,3-odstotna) je bila manjša od rasti vseh tekočih izdatkov za zdravstvo (4,4-odstotna). Osnovni nosilec financiranja zdravstva v tem obdobju so bili skladi socialne varnosti: v letih 2003 in 2009 so pokrili 71 % oz. 70,4 % tekočih izdatkov za zdravstvo. Leta 2009 je delež sredstev za te izdatke iz zdravstvenih zavarovanj obsegal 13,3 %, delež sredstev iz neposrednih plačil gospodinjstev pa 13,8 %. Več kot tri četrtine tekočih izdatkov za zdravstvo v opazovanem obdobju (78,9 % v letu 2003 in 77,7 % v letu 2009) so bile porabljene za financiranje storitev kurativnega zdravljenja ter za zdravila in medicinsko tehnične pripomočke. Tem izdatkom so po deležu v celotnih tekočih izdatkih za zdravstvo sledili izdatki za storitve dolgotrajne zdravstvene oskrbe (v letu 2009 so obsegali 8,7 %). Celotni izdatki za dolgotrajno oskrbo, ki poleg izdatkov za dolgotrajno zdravstveno oskrbo (v letu 2009 v znesku 268 milijonov EUR) zajemajo tudi izdatke za socialne storitve dolgotrajne oskrbe (v tem letu v znesku 164 milijonov EUR), smo v letu 2009 namenili 1,2 % BDP.(SURS, 2011)

Tabela 4: Izdatki za dolgotrajno oskrbo od 2003–2009

| Izdatki za dolgotrajno oskrbo | Skupaj | Javno | | | Zasebno | |
|-------------------------------------|---------|------------------|----------------|--------------------------|---------------|---------------|
| | | Centralna država | Lokalna država | Skladi socialne varnosti | Zavarovalnice | Gospodinjstva |
| Dolgotrajna zdravstvena oskrba 2003 | 156.668 | 0 | 0 | 147.804 | 621 | 8.243 |
| Dolgotrajne socialne storitve 2003 | 104.790 | 18.473 | 27.604 | 1.763 | 0 | 56.950 |
| Dolgotrajna zdravstvena oskrba 2004 | 176.215 | 0 | 0 | 167.038 | 677 | 8.500 |
| Dolgotrajne socialne storitve 2004 | 113.129 | 19.851 | 31.306 | 1.791 | 0 | 60.180 |
| Dolgotrajna zdravstvena oskrba 2005 | 200.320 | 0 | 526 | 187.714 | 1554,7 | 10.525 |
| Dolgotrajne socialne storitve 2005 | 125.106 | 22.785 | 37.791 | 1.999 | 0 | 62.531 |
| Dolgotrajna zdravstvena oskrba 2006 | 206.014 | 0 | 0 | 191.881 | 2.589 | 11.544 |
| Dolgotrajne socialne storitve 2006 | 130.561 | 22.816 | 39.341 | 879 | 0 | 67.526 |
| Dolgotrajna zdravstvena oskrba 2007 | 217.863 | 0 | 0 | 201.247 | 1.908 | 14.708 |
| Dolgotrajne socialne storitve 2007 | 137.256 | 25.206 | 40.747 | 876 | 0 | 70.427 |
| Dolgotrajna zdravstvena oskrba 2008 | 258.734 | 0 | 0 | 239.976 | 1.744 | 17.014 |
| Dolgotrajne socialne storitve 2008 | 147.733 | 25.197 | 44.512 | 936 | 0 | 77.087 |
| Dolgotrajna zdravstvena oskrba 2009 | 268.007 | 0 | 0 | 248.336 | 2.727 | 16.944 |
| Dolgotrajne socialne storitve 2009 | 169.250 | 26.198 | 50.468 | 938 | 0 | 91.645 |

Vir: SURS,2011

3.4 PRAVNA PODLAGA IN MEDNARODNE OBVEZE

V Sloveniji se še nismo opredelili in zakonsko uredili sistema dolgotrajne oskrbe. Tema je zelo pomembna, zato sta ministrstvi, ki pokrivata to področje, že leta 2010 predstavili Predlog zakona o dolgotrajni oskrbi in zavarovanju za dolgotrajno oskrbo. Predlog bomo podrobneje predstavili v naslednjem poglavju. Trenutno zakonsko področje dolgotrajne oskrbe pokrivamo z več zakoni:

- Zakon o socialnem varstvu
- Zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju
- Zakon o vojnih veteranih
- Zakon o vojnih invalidih
- Zakon o družbenem varstvu duševno in telesno prizadetih oseb
- Zakon o starševskem varstvu in družinskih prejemkih
- Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju

Mednarodne obveze Republike Slovenije so dokumenti sprejeti na mednarodni ravni v Svetovni zdravstveni organizaciji, Svetu Evrope in Evropski uniji.

Pomembnejše obveze so:

- Zdravje 21 (cilji za 21. stoletje)
- Pomladno poročilo 2004 (Problem demografskega staranja)
- Evropski strateški plan 2011–2015

3.5. PREDLOG ZAKONA O DOLGOTRAJNI OSKRBI IN ZAVAROVANJU ZA DOLGOTRAJNO OSKRBO 2010

3.5.1 OPREDELITEV TEMELJNIH POJMOV

Za dojetje osnove problema in predstavitev potrebnih pojmov je pomembno predstaviti in opredeliti temeljne pojme. Po predlogu Zakona o dolgotrajni oskrbi in zavarovanju za dolgotrajno oskrbo so dejavnosti dolgotrajne oskrbe tiste, ki osebam, ki so zaradi posledic bolezni, poškodb, invalidnosti ali drugih vzrokov v daljšem časovnem obdobju odvisne od pomoči drugih, ter jim zagotavljajo pomoč pri opravljanju temeljnih dnevnih opravil in podpornih dnevnih opravil. Dejavnost dolgotrajne oskrbe obsega tudi storitve, namenjene ohranjanju preostalih psihofizičnih sposobnosti brez pomoči druge osebe ali zmanjšanju potrebe po pomoči na najmanjšo možno mero, v okviru možnosti pa tudi povrnitvi sposobnosti osebe za življenje brez pomoči druge osebe.

Dejavnost dolgotrajne oskrbe po tem zakonu predstavlja javni interes Republike Slovenije, s katerim se uresničuje pravica do socialne varnosti, in se izvaja na območju Republike Slovenije. V mreži javne službe dolgotrajne oskrbe se dejavnost dolgotrajne oskrbe izvaja nepridobitno, kar pomeni, da mora tak izvajalec dobiček oziroma presežek prihodkov nad odhodki nameniti za razvoj dejavnosti dolgotrajne

oskrbe.(Predlog Zakona o dolgotrajni oskrbi in zavarovanju za dolgotrajno oskrbo, 2010, str. 1)

Pomembnejši temeljni pojmi:

- dolgotrajna oskrba na domu – oblika dolgotrajne oskrbe, ki se izvaja na domu upravičenca;
- individualni načrt dolgotrajne oskrbe – upravičencu prilagojen načrt storitev in drugih pravic po tem zakonu, kot to določa 109. člen tega zakona;
- institucionalna dolgotrajna oskrba – oblika dolgotrajne oskrbe, ki se v izvaja v posebnih, za to namenjenih objektih za izvajanje institucionalne oskrbe v celodnevni, dnevni ali nočni oskrbi;
- izvajalka oziroma izvajalec dolgotrajne oskrbe – pravna ali fizična oseba, ki opravlja dejavnost oziroma storitve dolgotrajne oskrbe;
- izvedbeni načrt – dogovor med upravičencem in izvajalcem o izvajanju storitev dolgotrajne oskrbe, ki izhajajo iz individualnega načrta in so bile odobrene z odločbo o pravicah iz obveznega zavarovanja za dolgotrajno oskrbo, in medsebojnih pravicah in obveznostih, ki so s tem povezane;
- kombinirana dolgotrajna oskrba – oblika dolgotrajne oskrbe, ki se določen čas dneva (podnevi ali ponoči) izvaja na domu upravičenca, drugi del pa v objektih, ki so namenjeni izvajanju institucionalne dolgotrajne oskrbe;
- koordinatorka oziroma koordinator dolgotrajne oskrbe – uslužbenec Zavoda, ki skupaj z upravičencem pripravi predlog individualnega načrta, spremlja njegovo izvajanje in opravlja druge naloge v skladu s 106. členom tega zakona;
- mreža javne službe dolgotrajne oskrbe – obseg in prostorska razporeditev zmogljivosti za izvajanje dejavnosti dolgotrajne oskrbe, ki se določi z nacionalnim programom in jo izvajajo javni zavodi za izvajanje dolgotrajne oskrbe in koncesionarji in se financira iz sredstev obveznega zavarovanja v skladu s tem zakonom;
- prehodno obdobje – obdobje treh mesecev od dneva vložitve popolne vloge za pridobitev pravic iz obveznega zavarovanja za dolgotrajno oskrbo do dneva, s katerim je zavarovani osebi priznana pravica iz obveznega zavarovanja za dolgotrajno oskrbo.
- pristojni zbornici – Socialna zbornica Slovenije in Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije;
- strokovna komisija za dolgotrajno oskrbo – kolegijski organ pri Zavodu, ki ugotavlja upravičenost do dolgotrajne oskrbe in pravic iz obveznega zavarovanja in potrdi individualni načrt;
- upravičenka oziroma upravičenec – zavarovana oseba, ki so ji priznane pravice iz obveznega zavarovanja za dolgotrajno oskrbo;
- zavarovanka oziroma zavarovanec – oseba, ki ima status zavarovanca v obveznem zdravstvenem zavarovanju in je zavezanec za plačevanje prispevkov za obvezno zavarovanje, razen oseb iz 21. člena tega zakona;

- zavarovana oseba – zavarovanec in po njem zavarovan družinski član, ki je po predpisih o obveznem zdravstvenem zavarovanju zavarovan po osebi, ki ima status zavarovanca po teh predpisih;
- zavarovalna doba – doba, ko je bila zavarovana oseba vključena v obvezno zavarovanje in za katero je bil plačan tudi prispevek;
- zavezanka oziroma zavezanec za plačevanje prispevkov – pravna ali fizična oseba, ki plačuje prispevke od osnov, določenih po tem zakonu. (Predlog Zakona o dolgotrajni oskrbi in zavarovanju za dolgotrajno oskrbo, 2010, str. 2–3)

3.5.2 ZAVAROVANJE ZA DOLGOTRAJNO OSKRBO

Zavarovanje za dolgotrajno oskrbo v Sloveniji se loči na obvezno in prostovoljno. Obvezno zavarovanje za dolgotrajno oskrbo je socialno zavarovanje, ki temelji na načelih solidarnosti ter odgovornosti posameznika za zagotavljanje lastne socialne varnosti in socialne varnosti njegovih družinskih članov. Obvezno zavarovanje upravičencu zagotavlja plačilo storitev dolgotrajne oskrbe v obsegu in v okviru standardov v skladu s tem zakonom ter druge pravice, ki jih določa ta zakon, in do katerih je upravičen na način in pod pogoji, ki jih določa ta zakon. Obvezno zavarovanje se izvaja kot javna služba in nepridobitna dejavnost, ki jo na območju Republike Slovenije izvaja Zavod za zdravstveno zavarovanje in dolgotrajno oskrbo Slovenije.

Prostovoljno zavarovanje za dolgotrajno oskrbo je zavarovanje, ki zavarovancu po sklenjeni zavarovalni pogodbi zagotavlja kritje stroškov dolgotrajne oskrbe. Prostovoljno zavarovanje izvajajo zavarovalnice, ki izvajajo prostovoljno zdravstveno zavarovanje. (Predlog Zakona o dolgotrajni oskrbi in zavarovanju za dolgotrajno oskrbo, 2010, str. 1–2)

3.5.3 OBLIKE IZVAJANJA STORITEV

Oblike izvajanja storitev dolgotrajne oskrbe:

- dolgotrajna oskrba na domu,
- institucionalna dolgotrajna oskrba,
- kombinirana dolgotrajna oskrba kot kombinacija oskrbe iz 1. in 2. alineje
- kot posebna oblika dolgotrajne oskrbe na domu se izvaja pomoč, ki jo nudi osebni pomočnik v skladu s tem zakonom, ki pa se ne more izvajati kot kombinirana dolgotrajna oskrba.
- institucionalna dolgotrajna oskrba se lahko izvaja v trajanju 24 ur dnevno (celodnevna oskrba) ali v krajšem trajanju podnevi ali ponoči (dnevna ali nočna oskrba). (Predlog Zakona o dolgotrajni oskrbi in zavarovanju za dolgotrajno oskrbo, 2010, str. 6)

3.5.4 STORITVE

Kot pomoč se šteje neposredna fizična pomoč in drugi načini nudenja podpore in skrbi za upravičenca. Storitve dolgotrajne oskrbe vključujejo oceno, načrtovanje, koordinacijo, izvajanje in nadzor nad izvajanjem storitev. Storitve dolgotrajne oskrbe izvajajo izvajalci v okviru mreže javne službe ali izven okvira mreže javne službe. Te storitve so:

- storitve, namenjene pomoči pri opravljanju temeljnih dnevnih opravil,
- storitve, namenjene pomoči pri opravljanju podpornih dnevnih opravil,
- rehabilitacija ,
- svetovanje in učenje.(Predlog Zakona o dolgotrajni oskrbi in zavarovanju za dolgotrajno oskrbo, 2010, str. 6–7)

3.5.5 IZVAJALCI STORITEV

So fizične osebe, ki v skladu s tem zakonom pridobijo status osebnega pomočnika, ali osebe, ki te storitve izvajajo kot osebno dopolnilno delo v skladu s predpisi, ki urejajo preprečevanje dela in zaposlovanja na črno, svojci upravičenca in nevladne organizacije, ki imajo status društva v javnem interesu na področju socialnega ali zdravstvenega varstva in nimajo koncesije oziroma dovoljenja za izvajanje dolgotrajne oskrbe ter prostovoljci.

Poklicni izvajalci so v okviru svoje dejavnosti dolžni zagotavljati izvajanje vseh storitev iz 11. člena tega zakona. Za izvajanje storitev dolgotrajne oskrbe morajo zagotavljati minimalne normative in standarde ter izpolnjevati minimalne tehnične zahteve, ki jih na predlog nacionalnega strokovnega sveta določita pristojna ministra. Izvajalci socialno varstvenih in zdravstvenih storitev, ki opravljajo dejavnost na podlagi predpisov o socialnem varstvu oziroma zdravstveni dejavnosti, lahko izvajajo posamezne storitve iz 11. člena tega zakona, vendar se ne štejejo za izvajalce dolgotrajne oskrbe.

Nepoklicni izvajalci lahko izvajajo storitve dolgotrajne oskrbe, kot je določeno v individualnem načrtu. Za izvajanje dolgotrajne oskrbe so se dolžni udeležiti ustreznih programov usposabljanja oziroma pridobiti ustrezna znanja in veščine v skladu z individualnim načrtom. Poklicni izvajalci dolgotrajne oskrbe, izvajalci socialno varstvenih in zdravstvenih storitev in nepoklicni izvajalci lahko sodelujejo pri izvajanju dolgotrajne oskrbe posameznega upravičenca. Če se izvajanje dolgotrajne oskrbe financira iz sredstev obveznega zavarovanja, se način sodelovanja določi v izvedbenem načrtu. Dolgotrajno oskrbo izvajajo poklicni in nepoklicni izvajalci dolgotrajne oskrbe.

Poklicni izvajalci dolgotrajne oskrbe so:

- javni zavodi za izvajanje dolgotrajne oskrbe,
- pravne in fizične osebe, ki pridobijo koncesijo za izvajanje dolgotrajne oskrbe,
- pravne in fizične osebe, ki pridobijo dovoljenje za izvajanje dolgotrajne oskrbe

Nepoklicni izvajalci dolgotrajne oskrbe so:

- fizične osebe, ki v skladu s tem zakonom pridobijo status osebnega pomočnika,
- osebe, ki te storitve izvajajo kot osebno dopolnilno delo v skladu s predpisi, ki urejajo preprečevanje dela in zaposlovanja na črno
- svojci upravičenca
- nevladne organizacije, ki imajo status društva v javnem interesu na področju socialnega ali zdravstvenega varstva in nimajo koncesije oziroma dovoljenja za izvajanje dolgotrajne oskrbe ter prostovoljci. (Predlog Zakona o dolgotrajni oskrbi in zavarovanju za dolgotrajno oskrbo, 2010, str. 17–18)

3.5.6 NALOGE DRŽAVE IN OBČIN

3.5.6.1 Država

Država je nosilka pristojnosti in odgovornosti za socialno varnost. Skozi svoje programe socialne varnosti dosega varnost državljanov. Za zagotavljanje povezovanja in integracije aktivnosti ter ukrepov na ravni države in po občinah v korist zavarovanih oseb za dolgotrajno oskrbo medsebojno sodelujejo država in občine, Zavod, Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje in izvajalci s področja dolgotrajne oskrbe. Ti morajo sodelovati z izvajalci s področja zdravstvenega, socialnega in invalidskega varstva. Država in občine zagotavljajo mrežo javne službe dolgotrajne oskrbe v skladu s tem zakonom. Mreža javne službe dolgotrajne oskrbe je določena v Nacionalnem programu dejavnosti dolgotrajne oskrbe, ki ga na predlog Vlade Republike Slovenije sprejme Državni zbor Republike Slovenije. Država je dolžna:

- načrtovati razvoj in razvijati dejavnost dolgotrajne oskrbe, jo usklajevati z drugimi področji socialne varnosti in sprejemati temu ustrezne zakonske podlage,
- načrtovati razvoj in razvijati preventivne programe za zmanjševanje potreb po dolgotrajni oskrbi,
- v skladu z nacionalnim programom organizirati mrežo izvajalcev in potrebnih objektov za izvajanje institucionalne dolgotrajne oskrbe,
- zagotavljati pogoje in možnosti za čim bolj enakomerno dostopnost storitev dolgotrajne oskrbe na območju Republike Slovenije in za njeno učinkovito in racionalno organizacijo,
- zagotavljati pogoje za izobraževanje in usposabljanje zadostnega kadra za izvajanje storitev dolgotrajne oskrbe,
- plačevati prispevek za obvezno zavarovanje zavarovanih oseb, za katere plačuje tudi prispevek za obvezno zdravstveno zavarovanje,
- plačevati stroške dolgotrajne oskrbe za osebe, za katere po predpisih o obveznem zdravstvenem zavarovanju plačuje zdravstvene storitve,
- plačevati stroške dolgotrajne oskrbe za osebe neznanega bivališča in tujce s stalnim prebivališčem ali začasno mednarodno zaščito na območju Republike Slovenije, ki po tem zakonu niso zavarovane osebe v obveznem zavarovanju, in so skladno s predpisi s področja socialnega varstva delno ali v celoti oproščene

plačila odbitnega zneska ali razlike plačila za pripomočke iz 39. člena tega zakona,

- plačevati stroške dolgotrajne oskrbe osebam, ki imajo status invalida po predpisih o vojnih invalidih, ustvarjati pogoje za razvoj medgeneracijske solidarnosti na področju dolgotrajne oskrbe, zagotoviti sredstva za plačilo prispevkov za obvezno zavarovanje za zavezance, ki jim je odpisala dolg po 123. členu tega zakona,
- kriti plačilo odbitnega zneska za storitve po tem zakonu osebam, ki so skladno s predpisi s področja socialnega varstva delno ali v celoti oproščene plačila odbitnega zneska. (Predlog Zakona o dolgotrajni oskrbi in zavarovanju za dolgotrajno oskrbo, 2010, str. 3–4)

3.5.6.2 Občina

Občine poleg države izpolnjujejo svoje dolžnosti sekundarnega nosilca odgovornosti in dosegajo cilje sistema dolgotrajne oskrbe v skladu z nacionalnim programom s storitvami:

- v skladu z nacionalnim programom organizirajo mrežo izvajalcev za izvajanje storitev dolgotrajne oskrbe na domu,
- organizirajo razne oblike prostovoljne pomoči in zagotavljajo materialne in druge pogoje za organizacijo prostovoljne pomoči upravičencem in njihovo vključevanje v družbeno življenje oziroma za preprečevanje osamljenosti,
- lahko sodelujejo pri organiziranju mreže izvajalcev za izvajanje dolgotrajne oskrbe in potrebnih objektov za izvajanje institucionalne dolgotrajne oskrbe,
- plačujejo prispevke za obvezno zavarovanje za osebe, za katere plačujejo prispevek za obvezno zdravstveno zavarovanje,
- krijejo stroške bivanja in nastanitve osebam, ki skladno s predpisi s področja socialnega varstva tega ne zmorejo.

Če občina ne izvede katere od nalog iz 1. ali 5. točke prejšnjega odstavka, jo ministrstvo, pristojno za socialne zadeve, pozove in ji določi rok za izvedbo. Če občina v določenem roku ne izvede naloge v skladu s pozivom, nalogo izvede ministrstvo, pristojno za socialne zadeve, občina pa je sredstva, potrebna za izvedbo naloge, dolžna povrniti v skladu s predpisi, ki urejajo financiranje občin. (Predlog Zakona o dolgotrajni oskrbi in zavarovanju za dolgotrajno oskrbo, 2010, str. 4)

3.5.7 FINANCIRANJE DOLGOTRAJNE OSKRBE

Dolgotrajna oskrba po tem zakonu se zagotavlja s sredstvi iz:

1. javnih virov in
2. zasebnih virov

Javni viri iz prve alineje so sredstva Zavoda in sredstva iz državnega ter občinskih proračunov. Zasebni viri iz druge alineje tega člena so sredstva, ki jih upravičenci ali drugi zavezanci za plačilo pravic dolgotrajne oskrbe namenjajo za dolgotrajno oskrbo. Pravice iz obveznega zavarovanja se financirajo z naslednjimi sredstvi:

- s plačili prispevkov za obvezno zavarovanje,
- iz proračuna Republike Slovenije,
- z donacijami pravnih in fizičnih oseb,
- z drugimi prihodki Zavoda.

Izvajalci storitev dolgotrajne oskrbe ne smejo uporabnikom zaračunavati plačil ali delnih ali dodatnih plačil za pravice iz obveznega zavarovanja, razen v primerih, ki jih določa ta zakon. Prispevke za obvezno zavarovanje plačujejo zavezanci za plačevanje prispevkov. Zavezanci za plačevanje prispevkov so zavarovanci, njihovi delodajalci, Republika Slovenija, občine in druge pravne in fizične osebe, ki so po zakonu, ki ureja zdravstveno zavarovanje, dolžne plačevati prispevek za obvezno zdravstveno zavarovanje za bolezni in poškodbe izven dela. Zavezanci iz prejšnjega odstavka plačujejo prispevke od osnov, od katerih se v obveznem zdravstvenem zavarovanju plačujejo prispevki za zavarovanje za bolezni in poškodbe izven dela. Stopnje prispevkov se določijo z zakonom, ki ureja prispevke za socialno varnost. Delodajalec in delojemalec plačujeta prispevek za obvezno zavarovanje vsak do polovice stopnje, določene z zakonom iz prejšnjega odstavka. Plačilo prispevkov za osebe iz 6. točke tretjega odstavka 5. člena tega zakona zagotavlja Republika Slovenija, plačilo prispevkov za osebe iz 4. točke četrtega odstavka 5. člena tega zakona pa občine. Prispevki za obvezno zavarovanje se plačujejo Zavodu. (Predlog Zakona o dolgotrajni oskrbi in zavarovanju za dolgotrajno oskrbo, 2010, str. 46–47)

4 SISTEM DOLGOTRAJNE OSKRBE NA ŠVEDSKEM

Večina držav v Evropi je v procesu prilagajanja na starajočo se družbo. Švedska se je že dolgo tega zavedala izziva, ki prihaja, in je postopoma prilagajala nacionalno politiko. Švedska je znana po njeni socialni politiki, ki je zelo uspešna. To ji omogoča izvozna strategija, saj ima veliko število uspešnih izvoznih podjetij, ki so tehnološko napredna. Zaradi dobrega izvoznega gospodarstva in višjih davkov si država lahko privošči visok standard in kakovostne zdravstvene in socialne storitve. Prvi problem je zagotavljanje velikega finančnega proračuna za dolgotrajno oskrbo, drugi problem pa je enakopravnost. Ker je država zelo velika, obsega namreč 450,295 m², in ima veliko občin, okrajev, niso vsi državljani obravnavani enakopravno. Vzroki za to so tudi velike razdalje in manjša poseljenost na oddaljenih lokacijah.

Osredotočili so se na vprašanja kakovosti, preprečevanja poškodb, investicijske subvencijske programe. Enaki dostop do oskrbe, visoka kakovost in visoka stopnja učinkovitosti niso dovolj. Nesprejemljive so lokalne razlike ter čakalne vrste, nezadostna kakovost storitev, pomanjkanje strokovnega sodelovanja in nezadostno prilagajanje na potrebe ter razmere v posameznih prekinitvah kontinuitete oskrbe, varnost in dostojanstvo. Zaupanje v sistem temelji na sposobnosti, da dobro opravlja svoje naloge, da nudi storitve vedno in vsakomur, ki potrebuje formalno nego. To je zelo pomembno za naraščajoče število slabotnih oseb z zelo visoko starostjo, ki nimajo moči, da se pritožujejo ali borijo za svoje pravice.(AARP international, 2011)

Da bi izpolnili zahteve starejših ljudi v bližnji prihodnosti, si še naprej prizadevajo za spodbujanje učinkovitosti v oskrbi starejših, izboljšanje informacij in na ravni iz razlike v kakovost. Trajnostni pokojninski sistem z visoko udeležbo na trgu dela in nadaljnjo gospodarsko rast je temelj za nadaljnji razvoj sistema socialnega skrbstva.(AARP international, 2011)

4.1 STATISTIČNI PODATKI

V poznih 90-ih letih 20. stoletja je Švedska postala prva država na svetu, ki je imela 5 odstotkov prebivalstva starega 80 let ali več. Do leta 2030 se bo delež ljudi, ki bodo stari 65 let ali več, povečal s 17 odstotkov na 23 odstotkov, in delež oseb, starih 80 let ali več, se bo povečal s 5,4 odstotka na 7,6 odstotka. Švedska ima leta 2011 9. 499. 310 prebivalcev. Povprečna življenjska doba je 78 let za moške in 83 let za ženske. Pri 65-ih lahko ženska pričakuje, da živi še 21 let in moški še 17 let. Prebivalcev, ki so starejši od 65 let, je 1. 614. 881. Po raziskavah je povprečje ljudi, ki bo potrebovalo dolgotrajno oskrbo 70 % populacije po dopolnjenem 65. letu. Torej predvidevam, da ima Švedska vsaj 400. 000 prebivalcev, ki so potrebni dolgotrajne oskrbe. V letu 2008 je vključno z zdravstvenim in socialnim varstvom porabila 3,6 % BDP. 92. 000 ljudi je bilo deležnih dolgotrajne oskrbe v domovih za ostarele leta 2008, med tem ko je bilo slabih 200. 000 deležnih oskrbe na domu. Povprečna čakalna doba za sprejem v dom

je bila 57 dni. Švedska ima torej veliko porabo sredstev za zdravstveno in socialno varstvo ter pa število starostnikov po letu 75 se bistveno več povečuje kot pa drugje.

Tabela 5: Projekcija prebivalstva 2011–2050

| | 2011 | 2020 | 2030 | 2040 | 2050 |
|--------|---------|---------|----------|----------|----------|
| 0–4 | 569996 | 591207 | 557808 | 563358 | 588096 |
| 5–14 | 1020742 | 1171942 | 1197639 | 1125586 | 1164241 |
| 15–24 | 1246067 | 1071398 | 1215384 | 1241521 | 1172116 |
| 25–34 | 1186057 | 1369100 | 1177893 | 1314749 | 1341274 |
| 35–44 | 1273940 | 1225683 | 1396251 | 1216106 | 1350571 |
| 45–54 | 1247264 | 1294705 | 1216259 | 1384297 | 1211930 |
| 55–64 | 1171843 | 1193129 | 1255029 | 1178351 | 1343549 |
| 65–74 | 979614 | 1084693 | 1102745 | 1165724 | 1097478 |
| 75–84 | 551086 | 735812 | 864274 | 903661 | 964580 |
| 85–94 | 235367 | 236532 | 353902 | 411292 | 456266 |
| 95+ | 17334 | 22703 | 24181 | 40847 | 44528 |
| Skupaj | 9499310 | 9996904 | 10361365 | 10545492 | 10734629 |

Vir: SCB statistics Sweden, 2011

Tabela 6: Število uporabnikov storitev dolgotrajne oskrbe na Švedskem po letih

| Pomoč na domu | do 65 | 65–79 | nad 80 | Skupaj |
|----------------|--------|-------|--------|--------|
| 2000 | 120900 | 38000 | 82900 | 241800 |
| 2006 | 140300 | 38000 | 102400 | 280700 |
| Posebni zavodi | do 65 | 65–79 | nad 80 | Skupaj |
| 2000 | 118300 | 27000 | 91300 | 236600 |
| 2006 | 98600 | 19200 | 79400 | 197200 |

Vir: SCB statistics Sweden, 2008

Tabela 6 prikazuje število uporabnikov storitev pomoči na domu in domove za ostarele za dve leti. Po podatkih lahko vidimo, da je posebnost Švedske, da ima večina uporabnikov storitev v domači oskrbi ter tudi koliko je uporabnikov storitev bilo.

4.2 STORITVE

Življenje na domu je vodilno varstvo starejših na Švedskem, saj hočejo omogočiti starejšim, da so v svojih domovih čim dlje. Večina starejših oseb na Švedskem, 93 odstotkov, živi v običajnih stanovanjih. Splošni standard ohišja je zelo visok. Podpore za prilagajanje stanovanja omogočajo starejšim osebam s posebnimi potrebami, da opravijo posamezne prilagoditve na svojih domovih, da lahko ostanejo doma. Večina občin ponuja storitve, kot so:

- topli obroki
- varnostni alarmi
- dnevno varstvo
- nočno varstvo
- zdravljenje in socialno varstvo na domu
- kratko stanovanjsko bivanje
- prevozne storitve

Kratko stanovanjsko bivanje dopolnjuje kratkoročno nego na domu in storitev je vmesna stopnja med rednimi bivanji, posebnim zavodom in zdravstvenim varstvom, ki ljudem omogoča, da ostanejo na svojih domovih. Kratko stanovanjsko bivanje se uporablja za rehabilitacijo, nego po odpustu iz bolnišnice ali zdravstveno nego na domu in premor za družinske člane. Starejše in invalidne osebe, ki ne morejo uporabljati rednih javnih prometnih sredstev so upravičene do prevoznih storitev. Najpogostejša oblika je taksi, vendar so včasih vključena tudi posebna vozila.

Uporabniki, ki imajo potovanje izven območja lokalnih prevoznih storitev, jim lahko odobrijo prevoz pomoči na nacionalni ravni. Pod socialno zakonodajo spada Zakon o alternativnih stanovanjskih oblikah, ki pokriva ljudi, ki ne morejo več živeti v svojem domu. Od leta 1992 so občine za to odgovorne. Najpogostejše oblike so stanovanjske skupine za osebe z demenco in domovi za ostarele. Obstajajo tudi mesta za kratkoročno oskrbo v posebnem zavodu.

Nekatere občine zagotovijo finančno nadomestilo za družinske člane, ki zagotavljajo pomoč in oskrbo. V letu 2006 je bil sprejet nov zakon, ki dovoljuje občinam, da zagotovijo praktične storitve za starejše. Zakon je namenjen preprečevanju poškodb pri starejših zaradi padcev in ostalih nesreč. Zakon določa, da občine lahko za opravljanje storitev za starejše osebe, financirajo sredstva za primer, čiščenje in pranje, brez kakršnega koli ocenjevanja potreb.

Nekaj glavnih akterjev deluje po vsej državi in prevladujejo na trgu razpisov, zlasti za posebne stanovanjske in socialne storitve oskrbe na domu.

Klient izbire pomeni, da ima uporabnik več vpliva, kako se zagotavlja odobrena storitev, in tudi, da pridobi storitve, ki presegajo standard, bodisi za plačilo ali

brezplačno. Vendar pa ta izbira predpostavlja obstoj več ponudnikov, da lahko izbiraš med njimi.

4.3 POSEBNOSTI SISTEMA

Švedske bolnišnice se uporabljajo za zdravljenje kot sekundarna možnost, saj je primarno zdravstvo na domu. Nega na domu je glavna možnost, ko se odvisnost od drugih ljudi povečuje. To je tudi tisto, kar želi večina ljudi, celo do te faze življenja. Dom postane kraj, kjer prejemajo dolgotrajno oskrbo za čim daljši čas. Ko postanejo potrebe večje, na primer zaradi demence ali več bolezni, in potrebujejo takojšen dostop do osebja, lahko pridejo v nov dom za izpolnjevanje dodatnih potreb. V nekaterih občinah, je bilo veliko povpraševanja po posebnih stanovanjih, ki jih je premalo.

Zaradi reforme pokojninskega sistema, ima pokojninski sistem trajnost. Temelji na življenjskem dohodku in ne premika finančnega bremena na prihodnje generacije. Skupaj z dodatnimi stanovanji za tiste osebe v najnižjem dohodkovnem razredu pokojnine zagotavljajo vsakomur osnovno ekonomsko varnost. Vsi upokojenci živijo v lastnem gospodinjstvu. Nega na domu je mogoča, saj je veliko starejših oseb na Švedskem še vedno v dobrem zdravstvenem stanju do visoke starosti, kar pa je tudi posledica sodobnih standardov stanovanj in fleksibilnosti na področju storitev.

Tehnološki razvoj in medicinski napredek prav tako povečujeta možnosti daljšega življenja za starejše ljudi. V obdobju 1992–2003 se je število ljudi, starih 85 in več, povečalo za 32 odstotkov. V teh letih se je število presaditev kolka pri bolnikih, starih 85 let ali več, povečalo za 200 odstotkov. Enakost spolov in javna odgovornost za oskrbo starejših pozitivno vplivata na mlajše generacije za usklajevanje družinskega življenja in poklicnega življenja ter pomagata do višje rodnosti. To spodbuja visoko stopnjo sodelovanja v poklicnem življenju in ima pozitiven učinek na nacionalni dohodek.

Razvoj sistemov za zagotavljanje storitev socialnega skrbstva mora upoštevati pogoje tradicije, zgodovine in lokalne značilnosti. Posebnost Švedske je tudi tradicija lokalne samouprave. Za oskrbo skrbi 21 okrožnih svetov, ki so odgovorni za zdravstveno varstvo in 290 občin, ki so odgovorne za dolgotrajno oskrbo starejših oseb. Država je odgovorna za nacionalne cilje in za spremljanje, da imajo ljudje enak dostop do oskrbe. Temeljni nauk je, da vzdržnost pri financiranju pokojnin in zagotavljanje visoko kakovostne oskrbe za starejše osebe, ki mora biti splošno dostopna in odvisna od izbire strank, zagotavlja dosegljive cilje, ki so na dosegu roke. (AARP international, 2011)

4.3 PRAVNA PODLAGA

Švedska je svetovno znana po svoji široki podpori javnega financiranja zdravstvenih in socialnih storitev za državljane vseh starosti. Leta 1992 je reforma skrbi za starejše prenesla plačevanje in vodenje oskrbovalnih ustanov od okrožij na občine, ki so že imele oskrbovalne in socialne storitve. Hkrati so občine prevzele tudi odgovornost za

dolgotrajno oskrbo bolnikov v ustanovah. Namen teh ukrepov je bil utrditi zdravstveno in socialno oskrbo na lokalni ravni, demedikalizirati oskrbo starejših in uskladiti storitve. Cilj osvobajanja bolniških postelj in povečevanja postelj v ustanovah za dolgotrajno oskrbo ali postelj v domačem okolju je bil v glavnem dosežen.

Leta 1998 je bil sprejet nacionalni akcijski načrt politike do starejših, po katerem je 21 izbranih okrožij odgovornih za plačevanje, vodenje in izvajanje zdravstvenih storitev. Večina izvajalcev je javnih. Mesto prvega stika je okrožni zdravstveni center. Organiziranost bolnišnic je hierarhična. Močan poudarek je na geriatrični medicini, bolnišnice geriatrično in rehabilitacijsko ocenjujejo tudi storitve v zvezi s kroničnimi stanji.

Vse težje je najti zadostna sredstva zgolj z davki. Eden od predlogov je, da naj bi se ustvaril nekakšen kvazi-trg, ki bi ga vodila vlada, na katerem bi oskrbovanci z vavčerji prišli do potrebnih storitev, ki bi jih ponujali med seboj tekmujoči izvajalci. Švedska je dolgotrajno oskrbo prenesla na samoupravne občine. Glavni dosežki tega so bili: zmanjšanje zasedenosti postelj v bolnišnicah za polovico, ustreznejše in pravočasne premestitve v ustanove za dolgotrajno oskrbo, povečana ponudba bivanja v posebnih pogojih in povečanje tako kapacitet kot kakovosti tistih storitev na domu, ki jih zagotavljajo občine.

Bivanje v stanovanju, podprto s storitvami, podpirajo lokalne in vladne službe, zato lahko oskrbovanci v večji meri ostajajo v svojem okolju. Posebne rešitve ali izvedbe se v posameznih okoljih lahko precej razlikujejo, in čeprav vlada namenja določena sredstva, običajno 90 % stroškov plačuje občina, 10 % pa stanovalec. Ponudba storitev je razdeljena med upravljavce bivanja in občino. Poskuša se tudi z neprofitnim lastništvom bivalnih kompleksov, ki poleg običajnih ponujajo še zdravstvene storitve in pomoč na domu.

Tako so storitve za starejše organizirane različno v različnih delih države. Delo obeh, občin in okrožij, je urejeno z nacionalno zakonodajo. Zakon o socialnem varstvu je bil v veljavi od leta 2001. Ta zakon je okviren zakon, ki poudarja pravico posameznika do prejemanja storitev. Ljudje, ki potrebujejo pomoč, imajo pravico zahtevati pomoč, če njihove potrebe "ne bo mogoče doseči na drug način". Storitve, ki jih opravljajo socialne službe, temeljijo na ocenah posameznika. Oceno potreb se opravi na občini. Oseba, ki ni zadovoljena z odločitvijo, se lahko pritoži na upravno sodišče. Stroški za varstvo starejših se pobirajo po Zakonu o socialnih storitvah. Nacionalni predpisi so namenjeni za zaščito posameznika pred visokimi stroški. Od leta 2003 so imeli ljudje povsod v državi pravico do svobodne izbire zdravstvenega varstva. Prosta izbira pomeni, da lahko bolniki iščejo bolnišnično oskrbo kjerkoli v državi, pod enakimi pogoji kot v svojem območju občine ali okrožnega sveta. Ko svet občine odloča o poteku zdravljenja v bolnišnični oskrbi, lahko bolnik izbere bolnišnico kjerkoli v državi. (Voljč Božidar, 2010)

5 SISTEM DOLGOTRAJNE OSKRBE V ZDA

Združene države Amerike imajo zanimiv pogled na dolgotrajno oskrbo. Država preko programov skrbi za socialno ogrožene in subvencionira njihovo oskrbo. Večina prebivalstva, ki potrebuje dolgotrajno oskrbo, po izračunih bo približno 70 % ljudi, ki dosežejo 65 let, potrebovalo dolgotrajno oskrbo in bodo morali v večini plačevati sami za storitve oskrbe.

5.1 STATISTIČNI PODATKI

Leta 2010 so imele ZDA 310. 232. 863 prebivalcev. Njihova pričakovana življenjska doba je 78,11 let. Prebivalcev, ki so starejši od 65 let, je 39. 709. 798. Pričakujem, da je število ljudi, ki potrebujejo dolgotrajno oskrbo v ZDA, slabih 10 milijonov.

Tabela 7: Projekcija prebivalstva in delež prebivalstva po letih

| Projekcija Prebivalstva v ZDA | | |
|-------------------------------|-------------|---------|
| 2010 | 310,232,863 | |
| 2020 | 341,386,665 | |
| 2030 | 373,503,674 | |
| 2040 | 405,655,295 | |
| 2050 | 439,010,253 | |
| Delež prebivalstva po letih | | |
| 0–14 let | 61.944.831 | 20,20 % |
| 15–64 let | 205.794.364 | 67 % |
| več kot 65 let | 39.472.928 | 12,80 % |
| Skupaj | 307.212.123 | 100 % |

Vir: Wikipedia, 2011

Leta 2008 je okoli 9 milijonov Američanov, starejših od 65 let, potrebovalo dolgotrajno oskrbo. Do leta 2020 se bo to število povečalo na 12 milijonov. Medtem je večina ljudi, ki potrebujejo dolgotrajno oskrbo, stara 65 let ali več. Štirideset odstotkov ljudi, ki trenutno prejema dolgotrajno oskrbo, je odraslih, starih od 18 do 64 let starosti, 60 % pa starejših od 65 let.(Department of Health and Human Services,2011)

5.2 FINANCIRANJE, STORITVE IN POSEBNOSTI

Pomemben del načrtovanja za dolgotrajno oskrbo je odločitev, kako se bodo plačale storitve. To je zato, ker je plačilo dolgotrajne oskrbe v Združenih državah Amerike zelo drago, in v nasprotju s tem, kar mnogi ljudje verjamejo, njihov program Medicare ne bo pokrival vseh stroškov dolgotrajne oskrbe. Medtem ko so nekateri ljudje upravičeni do Medicaid, ki je glavni plačnik dolgotrajne oskrbe, je večina ljudi brez te možnosti. Obstajajo tudi drugi zvezni javni programi, kot so starejši zakoni ali državno financirani programi, ki plačajo nekatere obveznosti dolgotrajne oskrbe. Medicaid pa je namenjen

tistim ljudem, ki so socialno in finančno potrebni pomoči. Velika verjetnost je, da bo 70 % ljudi, starejših od 65 let, ki bodo potrebovali dolgotrajno oskrbo storitev, moralo plačati za nekatere ali vse stroške dolgotrajne oskrbe iz osebnega dohodka in sredstev.

Plačevanje za dolgotrajno oskrbo iz osebnega dohodka in sredstev, lahko pomeni pravi izziv. Tudi če ima posameznik zmerno potrebo po pomoči na domu z osebno nego, recimo 3-krat na teden, so povprečni stroški v letu 2008 znašali okoli 18.000 USD na leto za te storitve.(Department of Health and Human Services,2011)

Dolgotrajna oskrba vključuje široko paleto zdravstvenih storitev in podpore, ki jo ljudje potrebujejo, ko se starajo ali pa so invalidi. Večino storitev za osebno nego ali pomoč pri dnevni aktivnosti jim zagotavljajo njihove družine. Toda ko se skrb in potrebe povečajo, se navadno družine odločijo za dopolnitev storitev. Te storitve so negovalni dom ali pomoč na domu ali pa dom za ostarele. V ZDA obstajajo razlike v stroških glede na vrsto in količino nege, glede na ponudnika in kraj bivanja. Zdravstvene storitve, ki jih nudijo domovi, in storitve oskrbe na domu se računajo dnevno in so na splošno dražje v večernih urah ali ob vikendih in praznikih. Stroški storitev v nekaterih programih skupnosti, kot so dnevno varstvo, se pogosto obračunajo na dan, ampak se razlikujejo glede na režijske in programske stroške. Veliko ustanov zaračunava dodatne stroške za storitve, ki presegajo osnovne storitve, čeprav imajo morda komplet.

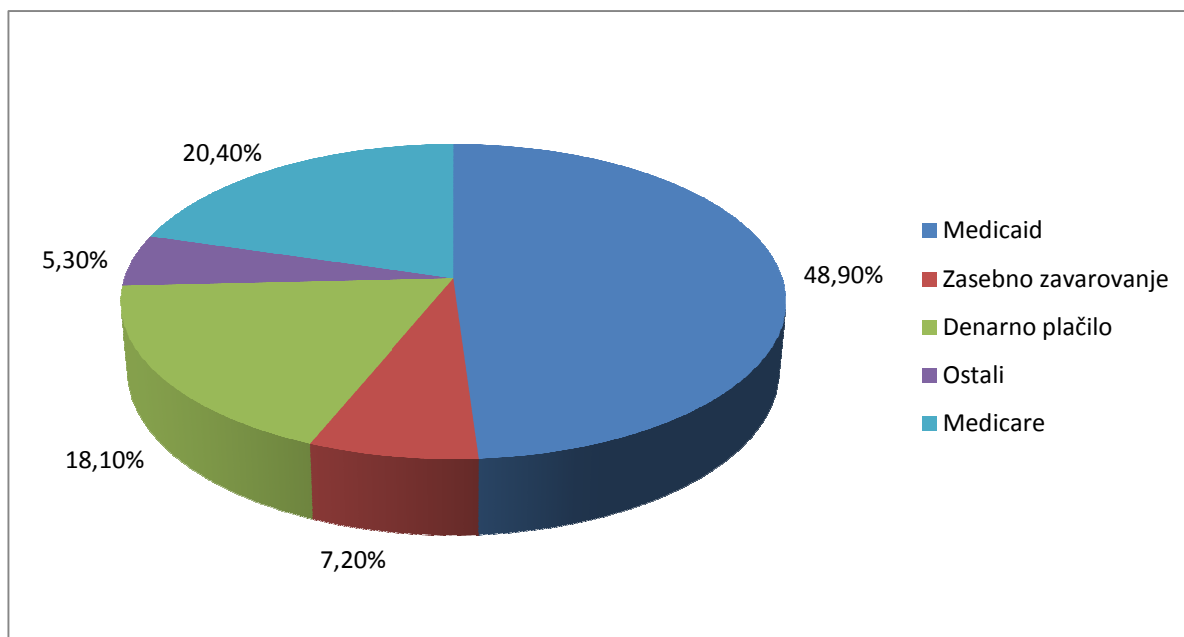
Povprečni stroški v ZDA leta 2009 so:

- 198 USD na dan za polzasebno sobo v domu za ostarele
- 219 USD na dan za zasebno sobo v domu za ostarele
- 3131 USD na mesec za oskrbo v posebnem domu
- 21 USD na uro za pomoč na domu
- 19 USD na uro za pomoč pri gospodinjskih in domačih opravilih
- 67 USD na dan za zdravstveno nego v dnevni centrih

Če ima oseba dovolj dohodkov in premoženja, bo verjetno sama plačala stroške oskrbe. Če izpolnjuje funkcionalna merila upravičenosti in ima omejene finančne vire, lahko Medicaid plača za oskrbo. Če oseba potrebuje oskrbo za kratek čas, je več možnosti, da bo Medicare plačal stroške. Starejši ameriški zakon je eden izmed zveznih programov, ki prispeva k plačilu za dolgotrajno oskrbo. Nekateri ljudje uporabljajo različne vire plačila, saj se njihove potrebe in finančne okoliščine spremenijo. Pri njih je predvsem odvisno od ekonomskega in socialnega statusa v državi, saj jih to pripelje do oskrbe, ki jo rabijo.

Skupni znesek, porabljen za dolgotrajno oskrbo v Združenih državah Amerike leta 2005, je bil 206.600.000.000 USD na in vključuje samo stroške oskrbe iz plačanih storitev. Na skupni osnovi je največji delež, 49 odstotkov, ki jih plača Medicaid, medtem ko Medicare skupno plača 20 odstotkov storitev dolgotrajne oskrbe, ampak samo v posebnih okoliščinah.(Department of Health and Human Services,2011)

Graf 1: Financiranje dolgotrajne oskrbe v Ameriki



Vir: Department of Health and Human Services, 2011

5.2.1 ZASEBNO FINANCIRANJE

Težko je napovedati, ali bo oseba imela družino ali prijatelje, ki bodo poskrbeli zanj, in koliko oskrbe bo potrebovala v življenju. Vendar pa je upravičeno napovedati v primeru, če bo ta oseba potrebovala veliko dolgotrajne oskrbe ali storitve v daljšem časovnem obdobju, da bo morala plačati za nekatere storitve ali celo vse iz osebnih financ. Zato v ZDA vse več ljudi uporablja zasebno možnosti financiranja, da bi jim pomagali plačati dolgotrajno oskrbo, če in ko jo potrebujejo.

V zasebno financiranje dolgoročne oskrbe vključujemo zavarovanja, sklade, rente in povratne hipoteke. Katera je najboljša možnost, je odvisno od številnih dejavnikov, vključno s starostjo, zdravstvenim stanjem, tveganjem, in od osebnega finančnega položaja. Nekateri načini plačila za dolgotrajno oskrbo zahtevajo, da se opravi zdravstveni pregled. Večina možnosti zahteva, da je oseba v relativno dobrem zdravstvenem stanju ter trenutno ne sme potrebovati dolgotrajne oskrbe in ne sme imeti kroničnih stanj, kot je Parkinsonova bolezen, ki bi skoraj zagotovo pomenila, da bo ta oseba potrebovala dolgotrajno oskrbo na koncu. Nasprotno, nekatere možnosti so na voljo le, če je bolnik v slabem zdravstvenem stanju.

Spodnja tabela 8 prikazuje, ali je trenutno zdravje upoštevano pri izpolnjevanju pogojev za vsako navedeno možnost vrste plačil. V njej so izrazi v angleščini, saj je njihov prevod v slovenščino zahteven. Kasneje so vse vrste plačil tudi pojasnjene.

Tabela 8: Vrste plačil po zdravstvenih zahtevah

| Dobro zdravje | Slabo zdravje, ali smrtonosna bolezen | Zdravje ni pomembno |
|--|---------------------------------------|---|
| Long-term Care Insurance | Accelerated Death Benefits | Annuities |
| Continuing Care Retirement Communities | Viatical Settlements | Using home equity to fund long-term care services |
| | | Trusts |
| | | Life Settlement |

Vir: Department of Health and Human Services,2011

"Long-term Care Insurance" je zavarovanje za dolgoročno oskrbo, ki je bilo razvita posebej za kritje stroškov dolgotrajne oskrbe, ki večinoma niso zajeti v tradicionalnih zdravstvenih zavarovanjih ali Medicaru. Vključuje storitve na domu, kot so pomoč pri dnevni aktivnosti, kot tudi skrb v različnih zavodih in skupnostih. Obstaja veliko izbire in fleksibilnosti pri dolgoročnih politikah zavarovanja nege. Izbere se lahko vrsta nege, možnosti, ki omogočajo, da najdejo storitve, ki zavarovancem najbolj ustrezajo. Stroški dolgotrajne oskrbe zavarovalne police so odvisni glede na vrsto in količino storitev ter od starosti, ko je zavarovanje kupljeno. Če je uporabnik v slabem zdravstvenem stanju ali pa že prejema dolgotrajno oskrbo, ne izpolnjuje pogojev za dolgotrajno zavarovanje ali pa bo lahko kupil le bolj omejen obseg pokritosti storitev ali pa imel višjo zavarovalno prispevno stopnjo.(Department of Health and Human Services,2011)

"Continuing Care Retirement Communities" je dogovor, v katerem živijo uporabniki

po navadi na enem kampusu, ki zagotavlja nastanitev, zdravstveno varstvo in socialne storitve, običajno za starejše ljudi. CCRCs ponujajo različne stopnje nege, od neodvisnih stanovanj do nege na domu.

- Odvisno od vrste CCRC je možnost za financiranje dolgotrajne oskrbe kot tudi ureditev življenja in način pridobitve dolgotrajne oskrbe.
- Tudi če ne potrebujejo nege, lahko živijo samostojno v svoji enoti stanovanj.
- Če in ko potrebujejo več skrbi, se premakne iz neodvisnih stanovanj v enoto ali v dom za ostarele glede na potrebe.
- Poleg tega, da plačujejo mesečno najemnino, ki je odvisna od velikosti prostora za bivanje, zaračunavajo tudi enkratno vstopnino.
- V nekaterih CCRCs je potrebno plačati dodatne zneske za pomoč na domu ali zdravstvene nege, v drugih je vse že vključeno v mesečno plačilo.
- Mesečna plačila in pogodbe so zelo različne.(Department of Health and Human Services,2011)

"Accelerated Death Benefits" je življenjsko zavarovanje v primeru smrti, izplačano vnaprej, neobdavčeno. Zagotavlja denarne predujme proti smrti, medtem ko zavarovanci še živijo. Včasih je potrebno plačati dodatno premijo, da bo v polici življenjskega zavarovanja, včasih pa je že vključena. Obstajajo različne vrste ADB, od katerih vsaka služi svojemu namenu. Količina denarja, ki ga lahko prejmejo od te vrste polic, se spreminja, vendar je običajno, da je znesek plačila omejen na 50 odstotkov. Nekatere police omogočajo uporabo celotnega zneska. Obstaja več vrst ADB-ja, vsako ima svoj poseben namen. Denar se dobi v primeru, ko:

- je oseba hudo bolna,
- ima življenjsko nevarne diagnoze,
- potrebuje dolgotrajno oskrbo za podaljšan čas ali
- je trajno omejena na dom za ostarele in so njene zmožnosti za opravljanje vsakodnevnih aktivnosti življenja omejene.(Department of Health and Human Services,2011)

"Viatical Settlements" omogoča bolniku, da proda svojo polico življenjskega zavarovanja tretji osebi in uporabi denar, ki ga prejme, za plačilo za oskrbo. Viatical settlements je možno le, če je oseba neozdravljivo bolna, to pomeni, da ima življenjsko dobo dveh let ali manj. Viatical podjetje plača znesek denarja, ki temelji na odstotku police življenjskega zavarovanja. Znesek, ki ga prejme zavarovanec, temelji na pričakovani življenjski dobi. Potem je podjetje Viatical lastnik police in je njegov upravičenec. Podjetje Viatical prav tako prevzame plačilo premij. Kot rezultat bo bolnik dobil denar za plačilo za oskrbo in podjetje prejme celotno izplačilo, ko umre. Za razliko od "life settlement" je denar, ki ga prejme oseba od Viatical settlements brez davka, če ima oseba pričakovano življenjsko dobo dveh let ali manj ali če je kronični bolnik.(Department of Health and Human Services,2011)

"Annuities" renta je vrsta rednih plačil v določenem časovnem obdobju. Sredstva za rento prihajajo iz enotnega plačila premije, ki ga posameznik položi na začetku. Na voljo sta dve vrsti:

- renta takojšne dolgotrajne oskrbe
- odložena renta dolgotrajne oskrbe(Department of Health and Human Services,2011)

"Using home equity to fund long-term care services" je razlika med ocenjeno vrednostjo zavarovančevega doma in koliko ta oseba dolguje na vseh hipotekah. Do takrat, ko potrebuje dolgotrajno oskrbo, ima lahko zelo zmanjšano ali izplačano hipoteko na dom. Vrednost tega doma se prav tako lahko poveča na višjo od dejanske nabavne cene. Hiša je lahko najbolj dragoceno finančno sredstvo.(Department of Health and Human Services,2011)

"Trusts" – zaupanje je, ko oseba (zaupnik) prenese nekaj vrednega (premoženje) na drugo osebo (pooblaščenec). Ko se to zgodi, pooblaščenec vodi in nadzoruje sredstva v

korist zaupnika oziroma za imenovanega upravičenca. Ena izmed uporab "zaupanja" je zagotoviti fleksibilen nadzor sredstev v korist mladoletnih otrok. Druga je, da se zagotovi fleksibilen nadzor sredstev v korist starejše ali invalidne osebe. (Department of Health and Human Services, 2011)

"Life Settlement" – življenjska poravnava da možnost za dvig denarja s prodajo police življenjskega zavarovanja. Z življenjsko poravnavo oseba proda svoje življenjsko zavarovanje za svojo sedanjo vrednost. Ta možnost je na voljo le ženskam starosti 74 let ali več ter moškim starosti 70 let in več. Ta denar se lahko uporablja kakorkoli, na primer za plačilo zavarovalne premije za dolgotrajno oskrbo ali plačila za dolgotrajno oskrbo storitev neposredno. (Department of Health and Human Services, 2011)

5.2.2 JAVNO FINANCIRANJE

Obstaja več javnih programov, ki zagotavljajo pomoč pri plačevanju za dolgotrajno oskrbo. Vsak program ima posebna pravila za vrste storitev, ki jih zajema, kako dolgo lahko nekdo prejema storitve, sama upravičenost do kritja, in v nekaterih primerih delitve stroškov. Na primer, nekateri programi, kot so starejši ameriški zakoni, se osredotočajo na storitve doma in temeljijo na skupnosti, medtem ko program Medicare plača le za kratkoročno nego na domu ter zdravstveno nego na domu. Naslednje poglavje vsebuje informacije o nekaterih večjih javnih programih, ki lahko pomagajo plačati dolgotrajno oskrbo.

Medicare je zvezni program, namenjen za kritje zdravstvenega varstva za ljudi, ki so starejši od 65 let, ter osebe mlajše od 65 let z nekaterimi posebnimi potrebami, in ljudi vseh starosti z boleznijo ledvic, ki rabijo dializo. Zajema zdravstveno nujno oskrbo in se osredotoča na zdravstveno nego (obiske pri zdravniku in bivanje v bolnišnici), torej stanje, ki naj bi se v zdravstveni oskrbi izboljšalo. Na splošno, Medicare ne plača za večino storitev. Medicare ne plača za storitve, kot so pomoč pri dnevni aktivnosti, ki so največji del dolgotrajne oskrbe. Medicare bo pomagal plačati, če osebe izpolnjujejo določene pogoje, ki so opisani v nadaljevanju:

- če je bila oseba nedavno v bolnišnici vsaj tri dni,
- če je oseba bila več kot 30 dni v zdravniški oskrbi izven bolnišnic,
- če imate usposobljen kader, da skrbi za vas.

Če so izpolnjeni vsi ti pogoji, Medicare plača del stroškov za do 100 dni. Za prvih 20 dni Medicare plača 100 odstotkov stroškov za objekt zdravstvene nege. 21–100 dni plačajo oskrbovanci svoje stroške do 133.50 USD na dan in Medicare plača razliko. Medicare plača 100 odstotkov stroškov za vsak dan bivanja v objektu zdravstvene nege za 100 dni, vključene so tudi zdravstvene storitve, socialna, zdravstvena oskrba in trajna medicinska oprema, kot so invalidski vozički, bolniške postelje, kisik. Za razliko od storitve nege na domu ni doplačila za zdravje na domu, ampak za trajno medicinsko opremo, ki jo plačajo 20 % od Medicare-ove odobritve. Ni omejitve glede trajanja

storitve, dokler je storitev še naprej medicinsko potrebna in zdravnik zahteva te storitve na vsakih 60 dni.(Department of Health and Human Services,2011)

Hospic je skrb za ljudi, ki se bojujejo s terminalnimi boleznimi, na splošno posamezniki, za katere se ne pričakuje, da bodo živeli več kot šest mesecev. Storitve vključujejo zdravila za nadzor simptomov in lajšanje bolečin, zdravstvene in podporne storitve iz Medicare-odobrenega ponudnika hospic, in druge storitve, ki niso drugače zajete v Medicare, kot so svetovanja. Hospic je običajno na voljo v domu za ostarele ali v posebnem objektu, hospic.

Medicare ima 53. 138 ležišč, 1. 113. 237 storitev, v povprečju krijejo 27 dni oskrbe in 1092 USD stroškov.(Department of Health and Human Services,2011)

Medicaid je program skupne zvezne vlade in državnih programov, ki prispeva k plačilu stroškov zdravljenja za nekatere ljudi z omejenimi dohodki in viri. Ljudje z Medicaid lahko dobijo kritje za storitve, kot je nega na domu ali zdravstvena nega na domu, če izpolnjujejo pogoje za Medicaid. Kdo je upravičen in katere storitve so zajete, se razlikuje od države do države. Najpogosteje se upravičenost meri glede na dohodek in osebna sredstva, vendar morajo za pokrivanje dolgotrajne oskrbe izpolnjevati tudi nekatera zdravstvena in funkcionalna merila. Najpogostejše vrste dolgotrajne oskrbe, ki jih Medicaid plača, so institucionalno varstvo in domače varstvo ter skupnostno varstvo. Medicaid ima 1. 031. 364 ležišč, 400. 122. 716 dni zdravstvene nege in 1. 667. 319 stanovalcev v objektih za nego.(Department of Health and Human Services,2011)

Starejši ameriški zakon oziroma akt je zvezni program za organizacijo, usklajevanje ter zagotavljanje, da bodo starejši ljudje bolje delovali v domačem okolju in se lažje prilagajali situacijam. Starejši ameriški zakon oz. akt zagotavlja sredstva s pomočjo državnih organov in lokalnih organov znan kot Aging Network, (omrežje proti staranju) za vrsto storitev, ki vključujejo prehranske programe v skupnosti in za starejše, ki želijo ostati doma, ter programe za starešine prvotnih prebivalcev, za manjšine. Medtem ko ni nobenih posebnih finančnih meril za starejše Američane, so v ospredju ljudje z nizkimi dohodki, slabotni, starejši od 60 let, in manjšinske starešine ter upokojniki, ki živijo na podeželju.(Department of Health and Human Services,2011)

Oddelek za veterane lahko zagotovi dolgotrajno oskrbo, če je človek v vojni postal invalid ali pa je upravičen veteran. Leta 1999 je Zakon o veteranih razširili zdravstvene programe in vključil mnoge, ki so zaradi staranja ali poškodb v vojni postali potrebni dolgotrajne oskrbe. Ta zakon širi dostop do domače zdravstvene nege in drugih storitev oskrbe na veterane, ki nimajo službe, so invalidi, ali pa pač ne morejo plačati stroškov nege, seveda ni nujno, da so se poškodovali v vojaških akcijah. Za tiste, ki izpolnjujejo pogoje, lahko koristijo finančno pomoč, vendar jih mora večina doplačevati, saj je znesek pomoči odvisen od njihovih prihodkov. Oddelek za veterane ima tudi pomoč za njihove zakonice, na primer za gospodinjo, ter storitve osebne nege in druge storitve, potrebne za pomoč pri dnevni aktivnosti in drugo pomoč na domu.(Department of Health and Human Services,2011)

6 PRIMERJAVA SISTEMOV

S primerjavo sistemov dolgotrajne oskrbe sem pridobil nove pomembne podatke, ki so me usmerjali v pravilno smer in jih tudi v kasnejših podpoglavjih prenesel na sistem za našo državo. Primerjal sem podatke Švedske, Združenih držav Amerike in pridobil uporabne podatke za nadaljevanje.

6.1 SISTEM DOLGOTRAJNE OSKRBE V SLOVENIJI

Po mnenju OECD-ja je približno 16,2 % slovenskega prebivalstva starejša od 65 let (povprečje OECD 15 %), 3,9 % pa je starejših od 80 let (povprečje OECD 3,9%). V skladu z OECD Zdravstvenimi podatki (2010) je Slovenija porabila 1,1 % BDP za dolgotrajno oskrbo v letu 2008, od tega je bilo 0,6 % povezanih z zdravljenjem za dolgotrajno oskrbo, medtem ko je 0,4 % bilo porabljenih za socialne storitve dolgotrajne oskrbe. Večina storitev dolgotrajne oskrbe se financira iz javnih sredstev. V letu 2008 je 4,8 % prebivalcev starejših od 65 let prejelo dolgotrajno oskrbo v institucionalnem okolju. Povprečje OECD je znašala 4,2 %. V letu 2007 je Slovenija porabila 354. 021. 000 EUR za storitve dolgotrajne oskrbe, 75 % iz javnih sredstev in 25 % iz zasebnih sredstev. Glede na leto 2009 je ocena skupne javne porabe za dolgotrajno oskrbo znašala 279 milijonov EUR ali 0,7 % BDP (263.400.000 EUR, oziroma 0,71 % BDP v letu 2008). Prav tako je bilo v letu 2009 v povprečju 60 % stroškov storitev oskrbe na domu financiranih s strani občin, 12,4 % s strani države in 27,6 % s strani strank (ali njihovih družinskih članov).

Sloveniji trenutno manjka integralni sistem za dolgotrajno oskrbo. Predlog zakona je v teku, vendar še ni sprejet v zakonodajni postopek. Cilj novega zakona je zagotoviti nacionalno pravno podlago za obvezno javno zavarovanje, na katerem bi temeljil sistem z obema vrstama storitev, institucionalne oskrbe in oskrbe na domu. Dolgotrajna oskrba v Sloveniji obsega storitve zdravstvenega varstva in socialnih storitev v obliki stanovanjskih zmožnosti ali storitev na domu in denarnih dajatev. Trenutno je sistem dolgotrajne oskrbe zakonsko urejen z več akti na področju socialne varnosti, kot so zdravstveno varstvo in zdravstveno zavarovanje, pokojninsko in invalidsko zavarovanje ter socialna pomoč. Denarne dajatve in domovi za ostarele so centralno organizirani, medtem ko so storitve oskrbe na domu na lokalni ravni. Trenutno so storitve oskrbe na domu manj razvite, od 2,2 % prebivalstva nad 65 let je večina še zmeraj v domovih za ostarele. Poleg tega povpraševanje presega ponudbo. Ocene so, da je prostora za 21. 000 uporabnikov v zavodih (od katerih je 17. 000 mest v domovih za ostarele), dodatno povpraševanje zaradi demografske situacije pa je še za 6. 000 več povpraševalcev. To ne zahteva le dodatnih ustanov, temveč tudi spodbuja Slovenijo, da vzpostavi preventivne programe.

Slovenija ima na voljo različne ugodnosti od bolnišnice do socialne varnosti, da prispevajo k stroškom oskrbe. Stroški, ki jih nosijo posamezniki so odvisni od njihove

finančne sposobnosti. V primeru, da upravičenec nima dovolj finančnih sredstev, občine krijejo stroške zavodov ali stroške domače oskrbe. Domača oskrba je organizirana na lokalni ravni, bodisi s centri za socialno delo, domovi za starejše in s pomočjo posebnih ustanov. Storitve vključujejo tudi nadzor socialne pomoči in zdravstvenih storitev. Domača zdravstvena oskrba je organizirana v skupnosti medicinskih sester. Poleg tega je mogoče razmišljati o dnevni centrih, prehodnih namestitvah, vendar je to še vedno v razvoju in nekatera območja (predvsem podeželje) so slabo pokrita.

Denarne dajatve, ki jih predpisujejo različni zakoni, se plačujejo direktno osebi, ki potrebuje nego. Zavarovanje za pomoč in postrežbo je odobreno za upokoјence in nekatere druge zavarovane osebe s stalnim prebivališčem v Sloveniji z invalidnostjo, omejeno mobilnostjo v in iz hiše, in nezmožnostjo opravljanja temeljnih življenjskih aktivnosti. Tudi drugi denarni prejemki so na voljo, temeljijo na bivanju in se financirajo iz proračuna: dodatek za nego in pomoč se odobri invalidnim osebam, ki potrebujejo stalno skrb za druge osebe. Ni enotnega vstopnega modela, upravičenost do storitev je odvisna od ocene, ki jo da multi disciplinarna ekipa z zdravnikom. Prednosti za izvajalce neformalne oskrbe (družinski pomočnik) so na voljo v obliki nadomestila za izpad dohodka. Prednosti so plačane po občinah in so znašale 565. 54 EUR v letu 2009.

Sredstva za izdatke dolgotrajne oskrbe prihajajo iz več virov. Prispevki izvirajo iz obveznega zdravstvenega zavarovanja premij z nižjimi stopnjami za upokoјence, pa tudi iz obveznih prispevkov za pokojninsko in invalidsko zavarovanje. Financiranje prav tako prihaja iz davčnih prihodkov, ker ima država posebno skrb za invalide in za vojne veterane. Občine zagotavljajo finančno pomoč pri storitvah na domu. Samostojni prispevki posameznikov predstavljajo preostala sredstva za dolgotrajno oskrbo.(OECD,2011)

6.2 SISTEM DOLGOTRAJNE OSKRBE NA ŠVEDSKEM

V letu 2010 je bilo 18 % švedskega prebivalstva starejšega od 65 let (povprečje OECD 15 %) in 5,3 % prebivalstva v starosti nad 80 (OECD povprečje 4 %). Švedska je porabila 3,6 % svojega BDP za dolgotrajno oskrbo v letu 2008, od tega 0,7 % za zdravje, povezano z dolgotrajno oskrbo, in 2,9 % za socialne storitve dolgotrajne oskrbe. Približno 0,4 % BDP se porabi za dolgotrajno oskrbo v institucijah in 0,3 % BDP za dolgotrajno oskrbo na domu. Leta 2007 je bilo 84,4 ležišč v ustanovah na 1. 000 prebivalcev, starih 65 let in več. V letu 2006 je približno 9,8 % prebivalcev Švedske, starejših od 65 let, prejelo dolgotrajno oskrbo na domu ter 6,8 % oskrbo v instituciji. To je relativno velik delež v primerjavi z drugimi državami OECD. Leta 2009 je bilo 23,3 formalnih delavcev dolgotrajne oskrbe na 1. 000 prebivalcev (13 % prebivalcev, starih 65 let in več), in leta 2006 je bilo ocenjeno, da je bilo 22 neformalnih delavcev dolgotrajne oskrbe na 1. 000 prebivalcev (12,7 % starih prebivalcev 65 let in več).

Švedska je znana po svojih obsežnih socialnih programih. Skupaj z Nizozemsko in Norveško ima Švedska najvišjo porabo za dolgotrajno oskrbo vseh držav OECD. Medtem je finančna odgovornost dolgotrajne oskrbe deljena na nacionalno, regionalno in lokalno raven. Leta 1992 je švedska vlada prestrukturirala obstoječe programe dolgotrajne oskrbe in predala glavno odgovornost na posamezne občine v prizadevanjih za poenostavitev in integracijo sistemov. Ker je večina sredstev za socialne programe, vključno z dolgotrajno oskrbo, subvencioniranih s pomočjo lokalnih davkov, obstaja zaskrbljenost, da bi prihodnje demografske in gospodarske spremembe zahtevale, da začne Švedska iskati nadomestne metode za povečanje financiranja. Vsi državljani Švedske so upravičeni do dolgotrajne oskrbe. V lokalnih občinskih uradih je organizirana presoja potreb. Uslužbenec z občine določa upravičenost ter ravni in vrste storitev. Uslužbenci ocenjujejo potrebe skozi intervjuje z osebo, ki zahtevajo nego. Upravičenost temelji na kognitivnih in funkcionalnih omejitvah in ne na premoženjskem stanju. Državljanji imajo pravico do pritožbe čez odločitev na upravnem sodišču.

Večina dolgotrajne oskrbe se financira prek lokalnih občinskih davkov (85 % vse porabe v letu 2010), preostanek je iz šolnine (3–4%) in sredstev iz nacionalne vlade (11–12%). Raven doplačila temelji na dohodku, zmanjšanem za stroške za nastanitev in osnovne potrebščine. Na voljo je najvišji prispevek zneska za pomoč na domu. Pravila in zakoni so namenjeni krepitvi varovanja posameznika pred pretirano visokimi stroški. Zakon določa, kakšni so lahko dohodki, višino zneska, rezerviranega in najvišja cena, ki se lahko izvede za storitve pomoči na domu.

Javno financirane ugodnosti zajemajo institucije, oskrbo na domu, dnevno varstvo, zagotavljanje pripomočkov in podporo nepoklicnim negovalcem, toda na koncu se razlikujejo glede na občino. Oskrba na domu je storitev, ki jo financirajo občine, zagotavljanje storitev pa poteka preko javnih in zasebnih ponudnikov. Poleg tega država daje subvencije za prostovoljne organizacije, ki dopolnjujejo javne storitve. Švedska d leta 2009 spodbuja zasebno zagotavljanje storitev in konkurenco med ponudniki z namenom spodbuditi stroškovno učinkovitost in kakovost. Zakon o sistemu izbire v javnem sektorju je začel veljati prvega januarja 2009. Namen zakonodaje je, da bi bilo lažje za različne akterje, da vstopijo na komercialni trg za zagotavljanje storitev pri skrbi za starejše. Vse javne službe sprejemajo bone kot plačilno sredstvo. Ideja je, da prejemniki storitev z izbiro ponudnika storitev, hkrati uredijo standarde kakovosti in storitev preko tega ponudnika. Vse več občin je uvedlo to vrsto izbiro potrošniškega sistema.

Švedska vlada se zaveda pomena neformalnih negovalcev in je poskrbela za številne koristi za te delavce. V skladu z zakonom dopusta za nego iz leta 1989, s popravki v letu 1994 in 2010, so nepoklicnim negovalcem dali pravico do plačanega dela dopusta do 80 % svojih prihodkov za 100 dni dopusta za nego družinskega člana, ki je v položaju terminale nege. Nepovratna sredstva so spodbuda države občinam v različnih letih za razvoj podpore za neformalne negovalce in družine. Dodatne prednosti so nadomestna oskrba (institucionalno, dnevno varstvo in nadomestni dom) in storitve

svetovanja skupine za skrbnike. V nekaterih občinah so nepoklicnim negovalcem dali tudi postrežbo, ki je neobdavčeno gotovinsko plačilo in se uporablja za plačilo družinskih članov (OECD, 2009). V letu 2009 je bila sprejeta nova zakonodaja v zvezi s podporo za neformalne negovalce in družine.(OECD,2011)

6.3 SISTEM DOLGOTRAJNE OSKRBE V ZDA

Izdatki za zdravje so v letu 2009 v ZDA predstavljali 17,4 % BDP, kar je daleč največji delež v OECD, in skoraj osem odstotnih točk višja od povprečja OECD (9,5 %). Združene države so v letu 2009 za zdravje porabile 7.960 USD na prebivalca, povprečje OECD je znašalo 3.223 USD. Američani so porabili več kot dvakrat toliko, kot razmeroma bogate evropske države, kot so Francija, Belgija in Velika Britanija.

V večini držav je poraba za zdravje v veliki meri financirana iz davkov ali prispevkov za socialno varnost, zasebno zavarovanje ali iz sredstev posameznikov. To pa ne velja v Združenih državah Amerike, ki so skupaj z Mehiko in Čilom, edina država, kjer ima vlada najmanjšo vlogo pri financiranju zdravstvene porabe. Delež javnih izdatkov za zdravstvo v Združenih državah Amerike je bil 47,7 % v letu 2009, precej nižji od povprečja OECD, ki je bil 71,7 %. Vendar pa je raven porabe v zdravstvu v Združenih državah Amerike tako visoka, da je javnih izdatkov za zdravstvo na prebivalca več kot v vseh drugih državah OECD, razen Norveške in Nizozemske. Javni izdatki v Združenih državah Amerike so izplačani preko Medicare in Medicaid, medtem ko v večini drugih OECD držav zagotovijo univerzalno zdravstveno zavarovanje. Javna poraba za zdravje v ZDA narašča hitreje kot zasebne potrošnje od leta 1990, v veliki meri zaradi širitve v pokritosti. Zasebno zavarovanje predstavljali 33 % skupne porabe zdravja v Združenih državah Amerike v letu 2009, kar je daleč največji delež med državami OECD.

Kljub relativno visoki ravni izdatkov za zdravstvo v Združenih državah Amerike je manj zdravnikov na prebivalca kot v večini drugih držav OECD. Leta 2009 so Združene države Amerike imele 2,4 zdravnike na 1. 000 prebivalcev, kar je pod povprečjem OECD, ki znaša 3.1 zdravnika na prebivalca. Po drugi strani pa je bilo 10,8 medicinske sestre na 1. 000 prebivalcev v Združenih državah Amerike leta 2009, torej več, kot je povprečje v državah OECD, kjer je 8,4 medicinske sestre na 1. 000 prebivalcev. Število ležišč kurativne bolnišnične oskrbe je v ZDA znašala 2,7 na 1. 000 prebivalcev v letu 2007, nižji od povprečja OECD za 3,5 postelj v letu 2009.(OECD,2011)

6.4 PRIMERNI SISTEM

Primerni sistem je zelo težko poiskati, saj je veliko vplivov in pogojev, ki znajo vplivati v enem okolju tako in v drugem drugače, zato so podatki, ki sem jih zbral, zelo relevantni, saj je potrebno najprej ugotoviti vse pogoje, podatke in jih primerjati, vendar kljub temu še ni 100 % jasno, kakšen bi bil primeren sistem. Naprej sem podal podatke različnih sistemov dolgotrajne oskrbe iz različnih držav ter ugotavljal prednosti, slabosti, ter njihove posebnosti in s tem poiskal primeren, ustrezen sistem za Slovenijo.

V tabeli so prikazani ekonomski pogoji, ki jih ima in bo imela Slovenija kot izhodna strategija v roku naslednjih 6-ih letih, kar nam da slutiti okolje za naš sistem dolgotrajne oskrbe.

Tabela 9: Ekonomski pogoji v Sloveniji v roku 6-ih let

| Letna sprememba v % | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|--|------|------|------|------|------|------|
| BDP | 3.7 | -8.1 | 0.9 | 2.5 | 3.1 | 3.3 |
| Zaposlovanje | 2.8 | -1.9 | -2.2 | -0.3 | 0.2 | 0.5 |
| Inflacija | 5.7 | 0.9 | 1.8 | 2.0 | 2.2 | 2.5 |
| Trenutni račun (% od BDP) | -6.7 | -1.5 | -0.9 | -1.0 | -1.1 | n.a. |
| Splošna državna bilanca (% od BDP – ESA95) | -1.8 | -5.8 | -5.6 | -4.8 | -3.8 | -2.6 |
| Skupni javni dolg (% of GDP) | 22.5 | 35.4 | 40.5 | 42.7 | 43.6 | 44.1 |

Vir: Gaspari Mitja, 2010

Ekonomski problemi so:

- konsolidacija v primerjavi z rastjo,
- dolgoročni proti kratkoročnim učinkom,
- reševanje neravnovesja (fiskalno ravnotežje, tekoči račun),
- strukturna vprašanja (produktivnost, konkurenčnost, upravljanje),
- nastavitev časovnega okvira in zavezanost za reševanje problemov,
- strukturni ukrepi, ki prispevajo k rasti gospodarstva.

Tabela 10: Planirano starejše prebivalstvo v Sloveniji od leta 2010 do 2060

| | Nad 65 let | Verižni indeks v % | Nad 80 let | Verižni indeks v % |
|------|------------|--------------------|------------|--------------------|
| 2010 | 338.151 | 100 | 79.622 | 100 |
| 2020 | 420.217 | 124 | 111.320 | 139,81 |
| 2030 | 511.533 | 122 | 135.110 | 121,37 |
| 2040 | 569.366 | 111 | 193.333 | 143,09 |
| 2050 | 610.430 | 107 | 224.641 | 116,19 |
| 2060 | 589.889 | 97 | 249.535 | 111,08 |

Vir: Skupnost socialnih zavodov Slovenije, 2010

Tabela 11: Prikaz uporabnikov različnih storitev dolgotrajne oskrbe v Sloveniji od leta 2006 do 2008

| | 2006 | 2007 | 2008 |
|----------------------|--------|--------|--------|
| Skupaj v okviru SSSZ | 16.440 | 16.660 | 18.012 |
| Pomoč na domu | 5.250 | 5.595 | 5.780 |
| Družinski pomočnik | 1.236 | 900 | 841 |
| Osebna asistenca | 485 | 460 | 479 |
| Skupno | 25417 | 25622 | 27120 |
| Verižni indeks | 100 | 100,81 | 105,85 |

Vir: SURS,2011

Če primerjam par podatkov, ima Slovenija 19. 087 postelj v domovih za ostarele, to je za 0,95 % prebivalstva, in pa približno 7. 000 storitev oskrbe na domu, kar je 0,35 %. Švedska ima približno 40. 000 postelj v domovih za ostarele, kar je 0,4 % in pa 240. 000 storitev oskrbe na domu, kar je 2,8 % prebivalstva in ZDA imajo 1. 705.808 postelj v domovih za ostarele.

Povprečni stroški v ZDA leta 2009 so:

- 198\$/dan za pol-zasebno sobo v domu za ostarele, kar je 138 EUR
- 219\$/dan za zasebno sobo v domu za ostarele, kar je 153 EUR

V Sloveniji so stroški za bivanje v dvoposteljni sobi:

- v javnem zavodu okoli 15 EUR na dan
- v domu s koncesijo pa okoli 21 EUR na dan

Pri teh podatkih je še potrebno omeniti tudi podatke o povprečnih plačah. V ZDA je 1800 EUR, v Sloveniji pa približno pol manj. Na podlagi zbranih podatkov sem prišel do naslednjih ugotovitev: za Slovenijo bi bil najbolj zaželen švedski model. Po osnovah sta si naši državi podobni, vendar smo ekonomsko in tudi socialno žal preveč oddaljeni.. Ameriški sistem bi tudi bil neuspešen, saj so naši prebivalci preveč navajeni na socialno državo in mislim, da bi bilo to neizvedljivo, ker smo premajhna država in ne bi imeli prave konkurence ter ker imamo preslab ekonomski položaj gledano na posameznika.

Torej pravi sistem je nekakšna sredinska pot med tema dvema modeloma dolgotrajne oskrbe. Želimo si kakovostnih storitev dolgotrajne oskrbe, predvsem prenos storitev iz institucionalne usmeritve v storitve domače oskrbe, saj bo to sigurno uspeh za državo kot tudi posameznike.

6.5 PREDLOGI IZBOLJŠAV

Problemi v naši državi so v večji meri zaradi pomanjkljive sistemske ureditve, torej nekega sistema, ki bi urejal celotno področje. V podsistemih pa je pomanjkljiva izgradnja infrastrukture, zakonodaje, financiranja. Izboljšave so naslednje:

- prenos institucionalnih storitev na storitve domače oskrbe,
- financiranje iz različnih virov (proračun, sklad, program),
- iskanje izkušenj iz drugih držav (strokovnjaki, praktično znanje),
- reforme na večjih področjih (pokojninska, delovno socialna zakonodaja),
- odprtje koncesijskega sistema za večjo konkurenco, znižanje pogojev in ostalih ovir,
- preventivni programi (razni izleti, dogodki za promoviranje oskrbe na domu),
- večje število zaposlenih v zavodih, saj jih je bistveno premalo,
- novi zavodi odprtega tipa (kratkotrajno obdobje).

7 POGLED V PRIHODNOST

V prihodnosti bo prioriteta držav odzivanje na spremembe. Glavni razlog je vedno večje povpraševanje po storitvah dolgotrajne oskrbe. Še večji bo problem financiranja, saj se bo število delovnih oseb, ki bi formalno in neformalno pomagalo, zmanjšalo, število starejših pa se bo povečalo. Če bodo države hotele zadostiti rastočim potrebam, bodo morale poiskati rešitve pri primanjkljaju osebja za izvajanje storitve dolgotrajne oskrbe, razviti primerno strategijo virov financiranja, tako javnega in zasebnega, da bo breme primerno razporejeno, ter se začeti usklajevati med različnimi sistemi zdravstvene in dolgotrajne oskrbe, in doseči, da bodo storitve dostopne vsakemu iskalcu storitev.

7.1 UGOTAVLJANJE POTREB PO DOLGOTRAJNI OSKRBI

Zelo pomemben je podatek, koliko in kakšne potrebe ima prebivalstvo, saj si s tem vprašanjem odpremo pogled, kako priti do primerne sistema dolgotrajne oskrbe. V prihodnosti bo prišlo do velikega povečanje potreb po dolgotrajni oskrbi zaradi bistvenega povečanja populacije in njene starosti, kar pomeni veliko več starejših ljudi, ki ne spadajo pod aktivno prebivalstvo, ter višja pričakovana življenjska doba in pa nižja rodnost, kar pomeni veliko več pritiska na države, da se organizirajo in pripravijo spremembe na področju dolgotrajne oskrbe.

Ugotovil sem, da je Slovenija tradicionalno, socialno vezana na storitve dolgotrajne oskrbe domov za ostarele, in tako menim, da so največje potrebe po domovih za ostarele. Navidezna slika o zasedenosti domov za starejše v Sloveniji je precej drugačna od realnih potreb. Na seznamu je trenutno okoli 16. 000 čakajočih, a številka ni realna, ker se ljudje radi poslužujejo možnosti, da posteljo rezervirajo 'za vsak primer', a se ob sprostitev prostega mesta ne preselijo. Mnogi upokoјenci pošljejo prošnje za sprejem v večje število domov veliko prej kot dejansko potrebujejo namestitve. Zato samo število prošenj ne odraža dejanskih potreb na nivoju države. Zaradi velikih razlik v pokritosti po posameznih območjih v Sloveniji se ustvarja zmotna slika o vsesplošnem velikem pomanjkanju domov, to pa še spodbuja upokoјence, da oddajo prošnje za sprejem mnogo prej, kot dejansko potrebujejo storitve. Ta čas je največ prostih mest, kjer lahko stanovalce sprejmejo takoj, v domovih na severovzhodu Slovenije, največje pomanjkanje pa v osrednji Sloveniji, še posebej v Ljubljani. Tu po njihovi oceni primanjkuje okrog dva tisoč mest, posamezni domovi pa imajo tudi več kot tisoč prošenj za sprejem. Sedanje stanje po eni strani ne ustreza starejšim, ki jim niso na voljo domovi tam, kjer jih najbolj potrebujejo, pa tudi ne izvajalcem, saj nekateri ne morejo zadostiti povpraševanju, drugi pa se soočajo s slabo zasedenostjo.

Poleg tega bi naj bila zaradi večjih kapacitet, najbrž pa tudi višjih cen, situacija v prihodnje takšna, da bodo imeli marsikateri domovi, še posebej na obrobju, težave z

zapolnitvijo kapacitet. Država domovom, tudi tistim s koncesijo, pušča le malo manevrskega prostora za dodatna prilagajanja cen.(Gorenjski Glas, 2009)

Za bivanje v dvoposteljni sobi v javnem zavodu je treba odšteti okoli 15 € na dan, v domu s koncesijo pa okoli 21 € na dan. Vendar si moraš marsikaj, kar ni "osnovna nega", doplačati, ker to za državo ni "nujno potrebno". Seveda je normalno, da država z davkoplačevalskim denarjem varčuje, le o področjih varčevanja bi se očitno moralo razpravljati, če mora nekdo, ki pri sedemdesetih pač še ni "v dovolj slabem stanju" za težjo kategorijo, doplačati, če želi hrano v sobo. V osnovno ceno oskrbe spada bivanje, prehrana (3 glavni obroki), čiščenje, pranje in uporaba skupnih prostorov. Doplačati je potrebno lastno kopalnico in dodatno opremo ter enoposteljno sobo (znesek je odvisen od tipa sobe). Prav tako tisti stanovalci, ki potrebujejo dietno prehrano, plačujejo tudi dodatek za dietno prehrano. Sicer pa se osnovna cena oskrbe določa glede na telesno in duševno stanje posameznika:

- I. kategorija – stanovalci ne potrebujejo neposredne pomoči pri izvajanju osnovnih življenjskih aktivnostih. Potrebujejo pa čiščenje, pranje in prehrano.
- II. kategorija – potrebujejo delno pomoč pri osnovnih življenjskih aktivnostih, kot so umivanje, oblačenje, prinašanje hrane v sobo, delna pomoč pri vstajanju s postelje in podobno.
- III. A kategorija – potrebujejo neposredno osebno pomoč pri opravljanju vseh osnovnih življenjskih potreb.
- III. B kategorija – za najtežje prizadete, ki potrebujejo hranjenje po sondi in so popolnoma nepremični.
- IV. kategorija – so varovanci z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju, ki zaradi starostne demence ali sorodnih stanj potrebujejo delno ali popolno pomoč in predvsem nadzor ter so pretežno mobilni.

Cena storitev z višjo kategorijo seveda raste. Razpon od prve do zadnje kategorije je približno 10 evrov. Druga stvar je kadrovska "podhranjenost" domov. Da bi delali zadovoljivo, bi na nekaterih oddelkih potrebovali skorajda enega negovalca na enega varovanca, a je resničnost daleč od tega. V mariborskem domu Danice Vogrinec to na primer rešujejo s pomočjo programa prostovoljstva.

S cenovnega stališča je tako, da so javni zavodi, katerih ustanovitelj je država, kakšen evro cenejši na dan. Zasebni domovi, ki so od države dobili koncesijo za opravljanje dejavnosti, imajo namreč dovoljenih nekaj odstotkov višjo ceno, da si na ta način povrnejo sredstva, ki so jih vložili v izgradnjo doma. Z bivanjskega stališča pa odgovor na vprašanje, ali javni zavod ali dom s koncesijo, ni tako jasen. Kriteriji o minimalnih standardih za gradnjo doma starejših so jasni, so se pa z leti močno spreminjali. Domovi s koncesijo so v Sloveniji relativno nova stvar in so zato grajeni po sodobnejših predpisih, medtem ko je država nekatere svoje ustanove zgradila pred kar nekaj desetletji in jih od takrat do danes le občasno obnavljala v smislu pleskanja, menjave

strehe ali pohištva. Precej težko je dobiti prosto posteljo hitro in blizu doma, če se v dom hočeš vseliti skupaj s partnerjem.

Zaradi denarja naj bi se trend v prihodnosti obračal v smislu, da bi starostniki ostajali doma, in prejeli storitve pomoči na domu, patronažne službe, nočno-dnevnega varstva pomoči na domu. Bistveno cenejše in blagodejno za posameznike, saj je skoraj vsak posameznik navezan na svoj dom.(Gorenjski Glas, 2009)

7.2 PREDLOG ZAKONA O DOLGOTRAJNI OSKRBI IN ZAVAROVANJU ZA DOLGOTRAJNO OSKRBO

Po ocenah Evropske komisije bi bilo treba v Sloveniji že v letu 2010 zagotoviti dolgotrajno oskrbo za približno 60. 000 ljudi, pri čemer bi bil vključeni tisti, ki so potrebovali različne tedenske oz. mesečne obsege pomoči. Po ocenah ministrstva pa bi več kot štiri ure redne pomoči in podpore na teden potrebovalo približno 44. 000 ljudi. To število pa bo v prihodnje še višje. Predlog Zakona o dolgotrajni oskrbi in zavarovanju za dolgotrajno oskrbo bo uvajal novo obvezno zavarovanje, kar pa ne pomeni dodatne obremenitve dela, pač pa se bosta znižali prispevni stopnji za zdravstveno in za pokojninsko zavarovanje. V zakonu naj bi bilo celovito urejena dolgotrajna pomoč posamezniku, vključena pa so tudi vprašanja prehrane, umivanja, oblačenja in gibanja, kar je bilo do zdaj omogočeno le v domovih za starejše.(RTV Slovenija,2010)

V obvezno zavarovanje bi bili vključeni vsi, ki so v Sloveniji tudi obvezno zdravstveno zavarovani. Zavarovanje bi se financiralo s prispevki, ki bi jih plačevali delodajalci in zavarovanci, navajajo na ministrstvu. Med viri tako ne bodo le javna sredstva, temveč v večjem deležu kot do zdaj zasebna sredstva uporabnikov, njihovih svojcev oz. naj bi za ta namen uvedli možnost prostovoljnega zavarovanja. Na podlagi obveznega zavarovanja naj bi bile zavarovane osebe, ki bodo izpolnjevale merila, upravičene do kritja stroškov za storitve dolgotrajne oskrbe v obsegu in v okviru standardov v skladu z zakonom, do denarnega nadomestila za dolgotrajno oskrbo, do kombinacije plačila za storitve dolgotrajne oskrbe in denarnega nadomestila, do plačila pravic osebnega pomočnika, do kritja stroškov za prilagoditev stanovanja in do plačila pripomočkov za izvajanje dolgotrajne oskrbe. Pogoji za uveljavljanje pravic po zakonu je potreba po vsaj štirih urah pomoči tedensko, ki traja več kot tri mesece. Koordinator za dolgotrajno oskrbo bo posamezniku izdelal predlog individualnega načrta z oceno potreb, ki jih posameznik ima, obliko dolgotrajne oskrbe, pa tudi vrsto in obseg drugih pravic iz obveznega zavarovanja. Nosilec zavarovanja pa bo izdal odločbo, s katero bo odločil o pravicah, ki izhajajo iz individualnega načrta. Zakonski predlog ob uveljavljanju pravic iz obveznega zavarovanja predvideva uvedbo doplačil v višini 230 evrov, znesek pa bi poravnal uporabnik. Če to ne bo mogoče, naj bi za doplačilo poskrbela občina.(RTV Slovenija,2010)

Mislím, da je nov Predlog Zakona pomemben napredek, že v miselnosti, saj se ozira po možnosti drugih oblik dolgotrajne oskrbe, konkretno v smeri oskrbe na domu. Vnaša

tudi vse novejšje tehnike in storitve na tem področju. Zagotovo prinaša boljše ravnotežje pri financah, čeprav naj bi še zmeraj nastajalo 60 milijonov dolga letno, vendar je to vseeno napredek, saj naredi novo razmerje financiranja med privatnim in javnim sektorjem. Država bi morala poiskati dodatne vire financiranja, saj menim, da novo zavarovanje ne bo zadostno. To naj bi bilo izvedeno iz proračunskih sredstev in drugih skladov. Sistem naj bi bil učinkovit, zato ker uvaja ocenjevanje potreb posameznika.

8 ZAKLJUČEK

V diplomskem delu sem naredil primerjavo sistemov dolgotrajne oskrbe in izpostavil njihove prednosti in slabosti ter navedel posebnosti. Poleg primerjave pa tudi podal moje videnje primerne sistema dolgotrajne oskrbe za Slovenijo. Sedanji sistem ne zagotavlja vsem prebivalcem zadostne dolgotrajne oskrbe in enakih pogojev. Zakonodaja je slabo pokrita, saj ne pokriva vseh potreb oseb. V Sloveniji je bil preveč razvit sistem institucionalnega varstva, nismo pa se usmerjali k domačemu okolju. Slovenija je sprejela ključne evropske usmeritve in s tem naredila korak naprej k boljšemu sistemu dolgotrajne oskrbe. Bistven problem dolgotrajne oskrbe je pomoč pri življenjskih aktivnostih, saj je to glavnina potreb in se v Sloveniji slabo pokriva. Poleg tega, da ne pokrivamo vseh potreb pa prihaja tudi do razlike v kakovosti storitev med različnimi pokrajinami. Zaradi bližnjih sprememb se bomo morali hitro odločiti, kako se lotiti tej problematiki in prvi korak je, pridobitev posluha politike, da se mora sistemsko urediti to področje.

Upam, da bo posluh politične volje zelo naklonjen sprejemanju zakona o dolgotrajni oskrbi, saj prinaša veliko dobrih stvari za Slovenijo. Zakon se zelo dolgo pripravlja in je zelo pričakovan, saj naj bi sistemsko uredil področje dolgotrajne oskrbe. Ko bo sprejet, bo zagotovo s poznejšimi dopolnili in popravki doživeljal enako usodo, kot to lahko vidimo tudi na primeru obeh predstavljenih držav. Slovenija bo z njim, ne oziraje se na vsebino predvidenih zakonskih določil, ki jih lahko primerjamo z rešitvami v drugih okoljih, vstopila v družbo držav, ki so že dolgo pred njo čutile potrebo, da to vrsto medgeneracijske solidarnosti uredijo na način, ki njihovim državljanom tudi v pozni starosti zagotavlja dostojno in človeka vredno življenje.

Državi deležni primerjave s Slovenijo se lotevajo te problematike po različnih poteh. Združene države Amerike se posvečajo s svojimi programi, ki subvencionirajo oziroma krijejo stroške dolgotrajne oskrbe samo ljudem, ki ustrezajo pogojem, po navadi so to ljudje slabšega socialnega statusa, za ostale pa je pomemben ekonomskih položaj, ki jim omogoča večjo in boljšo oskrbo, medtem ko se Švedska osredotoča na kakovostno oskrbo in kritje vseh državljanov, ter tudi daje poudarke oskrbi na domu, kar v ostalih državah ni pogosto. Seveda to predstavlja bistveno večje stroške države na tem področju in zato se bo morala tudi Švedska prilagoditi, tako da bo sprejela reforme, če bo hotela obdržati svoj standard.

Sistem dolgotrajne oskrbe v Sloveniji trenutno ni ustrezen. Prihaja do pomanjkanja v financiranju, infrastrukturi, kadrovskega primanjkljaja, medgeneracijske pomoči, napredka v medicini, strokovnosti, organizaciji in še bi lahko našteval. Vendar pa vseeno zadostuje trenutnim razmeram. Celotno stanje na tem področju je odvisno od gospodarskih razmer ne samo na državni ravni vendar tudi na globalni. Država se bo morala zavesti, da je to področje pomembno in se bo njena problematičnost bistveno povečala v bližnji prihodnosti, zato se bo treba pripraviti nanjo. Predlog zakona o

dolgotrajni oskrbi bi bil potreben in primeren korak, vendar ne končna rešitev, saj mislim, da bo ekonomsko in socialno premalo efektiven, ter tudi premalo napreden v pogledu storitev na domu, zato bi ga bilo potrebno dopolniti in prilagoditi situaciji in potem sprejeti.

Za konec pa še citat: "Razumen človek se prilagodi svetu; Nerazumen pa vztraja pri poskusih, da se prilagodi svet njemu. Zato je ves napredek odvisen od nerazumnega človeka." George Bernard Shaw (1856–1950), *Man and Superman (1903) "Maxims for Revolutionists"*

LITERATURA IN VIRI

- **Clark** Robert I., **Burkhauser** Richard V., **Moon** Marilyn, **Quinn** Joseph F., **Smeeding** Timothy M., 2004, The economics of an aging society, Blackwell publishing, United Kingdom
- **Flaker** Vito, **Mali** Jana, **Kodele** Tadeja, **Grebenc** Vera, **Škerjanc** Jelka, **Urek** Mojca, 2008, Dolgotrajna oskrba: očrt potreb in odgovorov nanje, Fakulteta za socialno delo, Ljubljana
- **Mali** Jana, 2008, Od hiralnic do domov za stare ljudi, Fakulteta za socialno delo, Ljubljana
- Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve, 2010, Predlog zakona o dolgotrajni oskrbi in zavarovanju za dolgotrajno oskrbo, Ljubljana.
- **Rus** Veljko, 1996, Privatizacija šolstva, zdravstva in kulture, Fakulteta za družbene vede

INTERNETNI VIRI

- AARP International, comperative data search, Dostopno 25. 7. 2011 na: http://www.aarpinternational.org/map_search/map_search_results.htm?c_51=545839&c_55=545830&c_63=531135&dv_0=0&dv_1=1&dv_2=2&dv_3=3&dv_4=4&dv_5=5&dv_6=6&dv_7=7&dv_8=8&dv_9=9&dv_10=10&dv_11=11&dv_12=12&sort=1
- Centers for disease control and prevention, Nursing home care, Dostopno 25. 7. 2011 na: <http://www.cdc.gov/nchs/fastats/nursingh.htm>
- Department of health and human services, National clearinghouse for long-term care information, 2010, Dostopno 25. 7. 2011 na: http://www.longtermcare.gov/LTC/Main_Site/Paying_LTC/Costs_Of_Care/Costs_Of_Care.aspx
- Eurostat, Predpostavke in rezultati projekcij prebivalstva EUROPOP 2010, Dostopno 25. 7. 2011 na: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home/>
- Familiy caregiver alliance, What is long-term care?, Dostopno 25. 7. 2011 na: http://www.caregiver.org/caregiver/jsp/content_node.jsp?nodeid=440
- **Feder** J., **Komisar** H., **Niefeld** M., Long-term care in the United States: an overview health affairs, 2000, Dostopno 25. 7. 2011 na: <http://content.healthaffairs.org/content/19/3/40.full.pdf>
- **Fukushima** Nanna, **Adami** Johanna, **Palme** Mårten, The long-term care system for the elderly in Sweden, 2010, Dostopno 25. 7. 2011 na: <http://www.ceps.eu/book/long-term-care-system-elderly-sweden>
- Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve, Veljavni predpisi, Dostopno 25. 7. 2011 na:

http://www.mddsz.gov.si/si/zakonodaja_in_dokumenti/veljavni_predpisi/#c8031

- Ministry of health and social affairs, Care for the Elderly in Sweden, 2010, Dostopno 25. 7. 2011 na: <http://www.sweden.gov.se/sb/d/12073/a/129494>
- **Moody** Errold F. jr., Nursing home statistics, Dostopno 25. 7. 2011 na: <http://www.efmoody.com/longterm/nursingstatistics.html>
- OECD, highlits from Help wanted? Providing and paying for long-term care, Dostopno 25. 7. 2011 na: <http://www.oecd.org/dataoecd/11/63/47902135.pdf>
- OECD, highlits from Help wanted? Providing and paying for long-term care, Dostopno 25. 7. 2011 na: <http://www.oecd.org/dataoecd/61/27/47878082.pdf>
- OECD, highlits from Help wanted? Providing and paying for long-term care, Dostopno 25. 7. 2011 na: <http://www.oecd.org/dataoecd/61/26/47878068.pdf>
- OECD, Health status, Dostopno 25. 7. 2011 na: http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT
- OECD, Help wanted? Providing and paying for long-term care, Dostopno 25. 7. 2011 na: http://www.oecd.org/document/23/0,3746,en_2649_37407_47659479_1_1_1_37407,00.html
- RTV Slovenija, Dolgotrajna oskrba - z novim zakonom lažja in dostopna?, 2010, Dostopno 25. 7. 2011 na: <http://www.rtvlo.si/zdravje/dolgotrajna-oskrba-z-novim-zakonom-lazja-in-dostopnejsa/223810>
- RTV Slovenija, 60.000 starejših potrebuje pomoč, 2007, Dostopno 25. 7. 2011 na: <http://www.rtvlo.si/slovenija/60-000-starejsih-potrebuje-pomoc/78654>
- RTV Slovenija, Starostnikov vse več; Kdo bo plačal oskrbo?, 2011, Dostopno 25. 7. 2011 na: <http://www.rtvlo.si/slovenija/starostnikov-vse-vec-kdo-bo-placal-oskrbo/248175>
- Skupnost socialnih zavodov Slovenije, Splošno o domovih in posebnih zavodih, Dostopno 25. 7. 2011 na: <http://www.ssz-slo.si/slo/main.asp?id=2361E17F>
- SURS, Demografsko prebivalstvo, Dostopno 25. 7. 2011 na: http://www.stat.si/tema_demografsko_prebivalstvo.asp
- SURS, Pomembnejši statistični podatki o Sloveniji, Ljubljana, 2011, Dostopno 25. 7. 2011 na: <http://www.stat.si/doc/pub/PSP/00-PS-912-1106.pdf>
- **Voljč** Božidar, Dolgotrajna oskrba v razvitih državah, 2010, Dostopno 25. 7. 2011 na: <http://v2.inst-antonatrstenjaka.si/tisk/kakovostna-starost/clanek.html?ID=806>
- Wikipedia, Demographics of United States of America, 2011, Dostopno 25. 7. 2011 na: http://en.wikipedia.org/wiki/Demographics_of_the_United_States#Projections
- ZPIZ, Mesečni statistični pregled junij 2011, Dostopno 25. 7. 2011 na: <http://www.zpiz.si/wps/wcm/connect/zpiz+internet/zpiz/prvastran/ozavarovanje/statisticnipodatki/statisticni+pregled+2011-06>
- ZPIZ, Pokojninsko in invalidsko zavarovanje v številkah 2010, Dostopno 25. 7. 2011

na:http://www.zpiz.si/wps/wcm/connect/06347f804738c6f6b7cef7cdb8f64959/zpiz_2010_03.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=06347f804738c6f6b7cef7cdb8f64959