

**UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA UPRAVO**

Diplomsko delo

**REFORMA SISTEMA DOLGOTRAJNE
OSKRBE V SLOVENIJI**

Mateja Trobec

Ljubljana, avgust 2011

**UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA UPRAVO**

DIPLOMSKO DELO

REFORMA SISTEMA DOLGOTRAJNE OSKRBE V SLOVENIJI

Kandidatka: Mateja Trobec
Vpisna številka: 04031246
Študijski program: visokošolski strokovni program Javna Uprava

Mentor: doc. dr. Aleksander Aristovnik

Ljubljana, avgust 2011

IZJAVA O AVTORSTVU DIPLOMSKEGA DELA

Podpisana Mateja Trobec, študentka Visokošolskega strokovnega programa Javna Uprava, z vpisno številko 04031246, sem avtorica diplomskega dela z naslovom: Reforma sistema dolgotrajne oskrbe v Sloveniji.

S svojim podpisom zagotavljam, da:

- je predloženo delo izključno rezultat mojega lastnega raziskovalnega dela
- sem poskrbela, da so dela in mnenja drugih avtorjev oz. avtoric, ki jih uporabljam v predloženem delu, navedena oz. citirana v skladu s fakultetnimi navodili,
- sem poskrbela, 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,
- sem pridobila vsa dovoljenja za uporabo avtorskih del, ki so v celoti prenesena v predloženo delo in sem to tudi jasno zapisala v predloženem delu,
- se zavedam, da je plagiatorstvo – predstavljanje drugih 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,
- se zavedam posledic, ki jih dokazano plagiatorstvo lahko predstavlja za predloženo delo in za moj status na Fakulteti za upravo,
- je elektronska oblika identična s tiskano obliko diplomskega dela ter soglašam z objavo dela v zbirki »Dela FU«.

Diplomsko delo je lektorirala Mojca Lorber, prof. slov.

Ljubljana, 29.8.2011

Podpis avtorice:

POVZETEK

Dolgotrajna oskrba je področje, ki v Sloveniji zavzema vedno vidnejše mesto v okviru socialne politike. S tem ko se podaljšuje življenjska doba, se podaljšuje tudi čas preživet v bolezni, kar pomeni vedno več ljudi, ki so potrebni tuje pomoči pri temeljnih življenjskih opravilih. Pri nas področje dolgotrajne oskrbe ureja več različnih sistemov, ki so med seboj slabo usklajeni. Predstavitev obstoječega sistema kaže problematiko, zaradi katere je potrebna reforma sistema dolgotrajne oskrbe. Rešitev tega sistema je po mnenju strokovnjakov sprejetje Zakona o dolgotrajni oskrbi in zavarovanju za dolgotrajno oskrbo. S to reformo bi država uvedla nov sistem, ki bi prinesel večjo socialno varnost in izboljšanje kakovosti življenja osebam, ki so potrebne pomoči druge osebe. Zakon je naravnan k izvajanju oskrbe na domu in k vključevanju svojcev kot nepoklicnih izvajalcev. Na ta način bi vzdrževanim osebam omogočili, da bi čim dlje ostale na svojem domu, torej v svojem okolju. V ta namen bi prav tako uredili posebno zavarovanje za dolgotrajno oskrbo, s katerim bi rešili finančno plat. V EU so nekatere države že uspešno začele reševati ta problem. Pri nas pa to področje zakonsko urejajo že od leta 2003, saj strokovnjaki ugotavljajo, da je v zakonu preveč nepravilnosti.

KLJUČNE BESEDE

Dolgotrajna oskrba, demografske spremembe, socialna varnost, življenjska doba, kakovost življenja, oskrba na domu, zavarovanje za dolgotrajno oskrbo.

SUMMARY

LONG-TERM CARE REFORM IN SLOVENIA

Long-term care in Slovenia is an area that occupies an increasingly visible role in the social policy. By extending the life expectancy the time spent in the disease is increasing. It means that there is and will be more people who needs foreign aid to do basic life tasks. In Slovenia long-term care is covered by several different systems that are poorly coordinated. The presentation shows the current system problems, which require long-term care system reform. The solution of this system is according to experts, the adoption of the long-term care and long-term care insurance. With this reform, the State introduced a new system that would provide greater social security and improving quality of life of persons who needs assistance of another person. The law encourages to implement home care, involving family members as non-professional artists, or long-term care in the community rather than in institutions. This would provide that the dependent people would stay, as long as possible in their homes, in their own environment. In this purpose a special term care insurance would be introduced, which would solve the financial side. In the European Union, certain countries have already successfully started to solve this problem. In Slovenia the Act is being regulated since 2003, because the opinion of experts is that in the Act is many of incorrects.

KEYWORDS

Long-term care, demographic changes, social security, life expectancy, quality of life, nursing home care, long-term care insurance.

KAZALO

IZJAVA O AVTORSTVU DIPLOMSKEGA DELA	iii
SUMMARY	v
KAZALO PONAZORITEV	viii
1 UVOD	1
2 DOLGOTRAJNA OSKRBA V SLOVENIJI	3
2.1 Opredelitev	3
2.2 Demografske spremembe v Sloveniji ter primerjava z EU.....	3
2.3 Medgeneracijska solidarnost	6
2.3.1 Medgeneracijska solidarnost v sodobnih oblikah družine	6
2.3.2 Družinsko življenje in staranje.....	6
3 SEDANJA UREDITEV DOLGOTRAJNE OSKRBE V SLOVENIJI	7
3.1 Zakonodaja, ki ureja dolgotrajno oskrbo.....	7
3.1.1 Zakon o socialnem varstvu.....	7
3.1.2 Zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju	7
3.1.3 Drugi zakoni	8
3.2 Strateške usmeritve na področju dolgotrajne oskrbe v Sloveniji	8
3.3 Predvideni ukrepi ter uresničevanje strateških usmeritev na področju dolgotrajne oskrbe v Sloveniji.....	10
3.4 Oblike oskrbe, nege in zdravstvene nege.....	14
3.4.1 Pomoč in oskrba na domu	14
3.4.2 Institucionalno varstvo	16
3.4.3 Družinski pomočnik	18
3.4.4 Dnevni centri za starejše	18
3.4.5 Socialni servis	18
3.4.6 Oskrba na domu na daljavo	19
3.4.7 Patronažno varstvo in zdravstvena nega na domu	19
3.5 Financiranje dolgotrajne oskrbe	20
3.6 Ocena potreb po dolgotrajni oskrbi v Sloveniji	22
4 REFORMA SISTEMA DOLGOTRAJNE OSKRBE	25
4.1 Razlogi za reformo sistema dolgotrajne oskrbe	25
4.2 Predlog Zakona o dolgotrajni oskrbi in zavarovanja za dolgotrajno oskrbo	26
4.2.1 Pomen.....	26
4.2.2 Dejavnost dolgotrajne oskrbe	26
4.2.3 Obvezno zavarovanje	28
4.2.4 Izvajalci storitev dolgotrajne oskrbe	29

4.2.4.1	Izvajalci v mreži javne službe	29
4.2.4.2	Izvajalci izven mreže javne službe	30
4.2.5	Postopki in način uresničevanja pravic iz obveznega zavarovanja za dolgotrajno oskrbo.....	30
4.2.6	Viri financiranja.....	31
4.2.7	Kakovost in varnost storitev dolgotrajne oskrbe	31
4.2.8	Zavod za zdravstveno zavarovanje in dolgotrajno oskrbo Slovenije.....	31
4.3	Cilji, načela in glavne rešitve iz predloga zakona	32
4.4	Stanje zakona danes in predividene spremembe povezane z njim	32
5	MNENJA, PRIPOMBE IN PREDLOGI DOLOČENIH INSTITUCIJ NA PREDLOG ZAKONA O DOLGOTRAJNI OSKRBI	35
5.1	Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.....	35
5.2	Inštitut Antona Trstenjaka	35
5.3	Skupnost socialnih zavodov Slovenije	36
5.4	Zveza društev upokojencev Slovenije	37
5.5	Zbornica zdravstvene in babiške nega Slovenije	38
5.6	Zveza društev civilnih invalidov Slovenije.....	38
6	DOLGOTRAJNA OSKRBA V EVROPSKI UNIJI	39
6.1	Opredelitev dolgotrajne oskrbe in potreb po dolgotrajni oskrbi.....	39
6.2	Oblike dolgotrajne oskrbe v EU	40
6.3	Financiranje sistema dolgotrajne oskrbe v EU	41
6.3	Ureditev dolgotrajne oskrbe v nekaterih evropskih državah	42
6.3.1	Danska.....	42
6.3.2	Nemčija.....	43
6.3.3	Avstrija.....	43
6.3.4	Švedska.....	44
6.3.5	Nizozemska	44
7	ZAKLJUČEK.....	46
	LITERATURA IN VIRI	48

KAZALO PONAZORITEV

KAZALO SLIK

Slika 1: Struktura uporabnikov pomoči na domu glede na starost v letu 2009	15
Slika 2: Projekcija gibanja deleža prebivalstva nad 65 let in 80 let v RS za obdobje 2008–2060	23
Slika 3: Razmerje med številom odvisnih oseb, ki so prejemale različne oblike oskrbe po posameznih državah članicah EU-27 v letu 2007	40
Slika 4: Javnofinančni izdatki za dolgotrajno oskrbo v obdobju 2007–2060 za države članice EU-27 (% BDP) (Scenarij fiksnih koeficientov).....	42

KAZALO TABEL

Tabela 1: Projekcija prebivalstva za Slovenijo po starostnih skupinah v obdobju 2008–2061 (v %).....	4
Tabela 2: Merila za razvoj storitev v javni socialni mreži do leta 2010	9
Tabela 3: Poročilo o izvajanju nalog iz strategije varstva starejših do leta 2010.....	12
Tabela 4: Število uporabnikov pomoči na domu v obdobju 2006–2009	14
Tabela 5: Izvajalci pomoči na domu v letu 2009.....	15
Tabela 6: Oskrbovanci oz. varovanci v javnih socialnovarstvenih zavodih	17
Tabela 7: Število oseb v Sloveniji, ki so stare nad 60 let in ki jih je na domu negovala patronažna služba, v obdobju 2001–2009.....	20
Tabela 8: Ocena števila uporabnikov dolgotrajne oskrbe in izdatkov zanje po različnih oblikah storitev* v evrih.....	21
Tabela 9: Število oseb vključenih v različne oblike in število prejemnikov različnih vrst denarnih prejemkov za dolgotrajno oskrbo v letu 2007	22

SEZNAM UPORABLJENIH KRATIC

BDP	Bruto domači proizvod
DCA	Dnevni center aktivnosti
DSO	Dom starejših občanov
EU	Evropska unija
EUROSTAT	Statistični urad Evropskih skupnosti
MDDSZ	Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve
RS	Republika Slovenija
SHARE	Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe
SSZS	Skupnost socialnih zavodov Slovenije
SURS	Statistični urad Republike Slovenije
VDC	Varstveno delovni centri

ZDOZDO Zakon o dolgotrajni oskrbi in zavarovanju za dolgotrajno oskrbo
ZDUS Zveza društev upokojencev Slovenije
ZZZS Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

1 UVOD

V diplomskem delu sem predstavila obstoječi sistem dolgotrajne oskrbe v Sloveniji in spremembe, ki bi jih prinesel Predlog zakona o dolgotrajni oskrbi in zavarovanju za dolgotrajno oskrbo (v nadaljevanju: Predlog zakona o dolgotrajni oskrbi) na področju dolgotrajne oskrbe. Poudarek je na sedanjem stanju, oceni za prihodnost, razlogih za reformo dolgotrajne oskrbe ter na vsebini Predloga zakona o dolgotrajni oskrbi.

V Sloveniji so različni sistemi socialnega varstva, ki urejajo določene naloge in pravice dolgotrajne oskrbe, vendar so med seboj slabo usklajeni. Že od leta 2003 se usklajuje Predlog zakona o dolgotrajni oskrbi, ki bi pokrival celotno področje dolgotrajne oskrbe pri nas. Sprememba sistema dolgotrajne oskrbe je nujno potrebna, saj se demografski trendi spreminjajo, življenjska doba pa se daljša, kar pomeni tudi več let preživetih v bolezni in s tem precej višjo potrebo po dolgotrajni oskrbi.

Cilj raziskave je ugotoviti, kakšen je obstoječi sistem dolgotrajne oskrbe v Sloveniji in pa kakšne spremembe, bi prinesel Predlog zakona o dolgotrajni oskrbi na področju dolgotrajne oskrbe. Odgovorila sem na nekaj pomembnih vprašanj, in sicer: kaj je dolgotrajna oskrba, kakšna je obstoječa zakonodaja, ki ureja področje dolgotrajne oskrbe, kakšne razvojne strategije je sprejela vlada v Sloveniji in kako so se strategije uresničile, kakšne so oblike oskrbe, kdo financira oskrbo, kakšna je ocena potreb po dolgotrajni oskrbi, kakšni so razlogi za spremembo sistema dolgotrajne oskrbe, kakšne spremembe bi prinesel Predlog zakona o dolgotrajni oskrbi, kako so dolgotrajno oskrbo uredili v drugih evropskih državah ter kakšna so stališča različnih organizacij do Predloga zakona o dolgotrajni oskrbi.

Pri izdelavi diplomskega dela sem uporabila deskriptivno metodo. Pomagala sem si z domačo in tujo literaturo. Informacije sem pridobivala tudi na podlagi trenutnih opazovanj.

Obravnavana tematika je razdeljena na 7 poglavij. Po uvodnem delu je v drugem poglavju opredeljen pojem dolgotrajna oskrba, ki je za diplomsko delo bistvenega pomena. Opisuje in primerja pa tudi demografske spremembe prebivalcev v Sloveniji in EU, ki vplivajo na dolgotrajno oskrbo. V podpoglavju je govora tudi o medgeneracijski solidarnosti.

Tretje poglavje govori o sedanji ureditvi dolgotrajne oskrbe v Sloveniji. Prvo podpoglavje opredeljuje zakonsko podlago, ki ureja dolgotrajno oskrbo. Drugo podpoglavje govori o strateških usmeritvah na področju dolgotrajne oskrbe v Sloveniji. Nadaljnje podpoglavje opisuje uresničevanje v prejšnjem podpoglavju omenjenih strateških usmeritvah. Četrto podpoglavje opisuje oblike oskrbe, nege in zdravstvene nege. Pomembno podpoglavje je tudi financiranje dolgotrajne oskrbe. Zadnje podpoglavje pa podaja oceno potreb po dolgotrajni oskrbi v Sloveniji.

Četrto poglavje, ki je rdeča nit mojega diplomskega dela, govori o reformi sistema dolgotrajne oskrbe. Podala sem razloge za reformo sistema dolgotrajne oskrbe in predstavila Predlog zakona o dolgotrajni oskrbi, ki je ključnega pomena za reformo sistema dolgotrajne oskrbe. V predzadnjem poglavju sem opredelila cilje, načela in glavne rešitve iz Predloga zakona. Zadnje podpoglavje umešča stanje zakona danes in pa predviden sprejem zakona v prihodnosti.

Peto poglavje predstavlja mnenja, pripombe in predloge raznih inštitucij na Predlog zakona o dolgotrajni oskrbi. V šestem poglavju sem opredelila dolgotrajno oskrbo in pa potrebe po dolgotrajni oskrbi v EU. S sliko sem prikazala, katere oblike dolgotrajne oskrbe so v EU najbolj izvajajo. Opisala sem, kako so se s problemom sistema dolgotrajne oskrbe spoprijele nekatere druge evropske države. V tem poglavju sem opredelila še financiranje sistema dolgotrajne oskrbe v Evropski uniji. V zadnjem poglavju so povzete najpomembnejše ugotovitve in spoznanja diplomskega dela.

2 DOLGOTRAJNA OSKRBA V SLOVENIJI

2.1 OPREDELITEV

Dolgotrajna oskrba je oblika pomoči ljudem, ki sami niso več sposobni poskrbeti zase. Ti ljudje dolgotrajno potrebujejo pri opravljanju dnevnih osnovnih življenjskih aktivnostih pomoč druge osebe. Med te aktivnosti spadajo opravila, kot so: hranjenje, umivanje, gibanje, nameščanje v ustrezno lego, varnost ter zadovoljevanje psihofizičnih in socialnih življenjskih potreb posameznika. Namenjena je predvsem starejšim, vendar pa je namenjena tudi mlajšim, ki so potrebni pomoči. Ne predstavlja le pomoči posamezniku, ampak tudi njegovi družini, še zlasti ženskam, ki so največkrat skrbnice onemoglih in so ponavadi zaradi zaposlitve in dela preobremenjene. V Sloveniji nimamo enotno urejenega sistema dolgotrajne oskrbe starejših, kronično bolnih, invalidnih in oslabelih oseb. Te pravice zagotavljajo zdravstveni sistem ter sistem pokojninskega in invalidskega zavarovanja (Toth, 2011).

Del storitev se zagotavlja v institucionalnih oblikah zdravstvenega varstva kot neakutna bolnišnična obravnava. Izvaja se na negovalnih oddelkih s podaljšanim bolnišničnim zdravljenjem ter na primarni ravni s patronažnim varstvom in zdravstveno nego na domu (Strategija varstva starejših do leta 2010, 2006, str. 18). Sistem socialnega varstva uporabnikom zagotavlja različne storitve, kot so: pomoč na domu, pravica do družinskega pomočnika ter institucionalno varstvo. Te oblike so najpogostejše, obstajajo pa še oskrba v oskrbovanih stanovanjih, dnevni centri ter različni socialnovarstveni programi za invalidne osebe. Če pa osebe ne uživajo pravic prej omenjenih storitev, pa lahko namesto tega prejmejo denarne prejemke in sicer t. i. dodatek za pomoč in postrežbo, s katerim si (do)plačujejo omenjene storitve. Upravičenci do denarnih prejemkov so tiste osebe, ki prejemajo starostne in invalidske pokojnine, prejemniki denarnih socialnih pomoči, vojni invalidi, vojaški veterani ter osebe, ki zaradi težke invalidnosti ne dobijo zaposlitve.

2.2 DEMOGRAFSKE SPREMEMBE V SLOVENIJI TER PRIMERJAVA Z EU

V Sloveniji ima rast deleža starejših v strukturi prebivalstva velik vpliv. Z upadanjem števila rojstev ter podaljševanjem življenjske dobe bo v prihodnje ta vpliv še izrazitejši. Glede na povprečno starost prebivalstva v Sloveniji, se je staranje prebivalstva začelo sredi 20. stoletja. Povprečna starost prebivalstva leta 1921 je bila 29 let, leta 1961 32 let, leta 2005 pa že 40,4 let (Šircelj, 2006, str. 60).

Podaljševanje življenjske dobe je eden glavnih dosežkov, ki izvira iz izboljševanja zdravstvenih pogojev, zlasti v razvitih državah. Zaradi upadanja števila rojstev, se zvišuje povprečna starost in dolgoročno upada skupno število prebivalcev. To velja tudi za

Slovenijo, saj sodi med države s starejšim prebivalstvom (Strategija varstva starejših do leta 2010, 2006, str. 41).

Zaradi zniževanja umrljivosti mladih in odraslih torej starost dočaka vedno več ljudi. V pogojih umrljivosti, kakršni so bili v Sloveniji v letih 1931–1933, bi od 1.000 živorojenih žensk bi jih 515 dočakalo starost 65 let;, od 1.000 živorojenih moških pa le 411 le-teh. V pogojih iz začetka 21. stoletja (2006–2007) pa bi to starost dočakalo 908 žensk in 780 moških. Moški in ženske, ki bodo dočakali starost 65 let, lahko pričakujejo precej daljše življenje kot njihovi predniki. Predvideno je, da se bo v prihodnosti umrljivost še zniževala, zato obstaja verjetnost, da bodo današnji 65-letniki v povprečju živeli še 16,4 leta, 65-letnice pa 20,4 leta (Hlebec, 2009, str. 31) .

Tabela 1:Projekcija prebivalstva za Slovenijo po starostnih skupinah v obdobju 2008–2061 (v %)

	STRUKTURA PREBIVALSTVA PO STAROSTI V %			
LETO	0 - 14	15 - 59	60+	80+
2008	13,9	65,0	21,1	3,5
2009	13,9	64,6	21,5	3,7
2010	13,8	64,2	22,0	3,9
2011	13,9	63,6	22,5	4,1
2012	13,9	63,0	23,1	4,3
2013	13,9	62,4	23,7	4,5
2014	14,0	61,7	24,3	4,7
2015	14,0	61,1	24,8	4,8
2016	14,1	60,5	25,4	5,0
2017	14,1	59,9	26,0	5,1
2018	14,1	59,3	26,5	5,2
2019	14,2	58,8	27,0	5,3
2020	14,2	58,3	27,5	5,4
2025	13,6	56,4	30,0	6,0
2030	12,8	54,9	32,3	6,7
2035	12,2	53,5	34,3	8,4
2040	12,1	51,4	36,6	9,9
2045	12,4	49,3	38,4	11,0
2050	12,8	47,8	39,4	12,0
2055	12,9	47,7	39,4	12,7
2060	12,8	48,2	39,0	13,9
2061	12,8	48,3	38,9	14,1

Vir: SURS, Eurostat (2008).

Tabela 1 kaže, da se delež prebivalstva, ki so stari od 60 let in več, sedaj giblje okoli 22,5 %. Delež prebivalcev, ki so stari najmanj 80 let, pa je pri nas okoli 4 %. Po osnovni varianti projekcij prebivalstva Slovenije EUROPOP2008 (SURSTAT, 2008), se bo do leta 2061 delež prvih (60+) povečal na 38,9 %, delež drugih (80+) pa na 14,1 %. To pomeni, da se bo povečalo število starejših od 60 let za približno 28,4%.

Podatki za Slovenijo z dne 1. 1. 2010 (Jakoš, 2010, str. 23) kažejo, da imajo generacije stare od 42 do 57 več kot 30 tisoč prebivalcev. Za tako številčne generacije pa sta vzrok povečano število rojstev po 2. svetovni vojni ter priseljevanje iz nekdanjih jugoslovanskih republik. Zaradi tako številčnih generacij lahko Slovenija pričakuje enega najvišjih deležev starejših v Evropi. Ko govorimo o bodočem demografskem razvoju Slovenije, je potrebno upoštevati tudi demografski potencial, ki ga predstavlja starostna spolna sestava prebivalstva. Pričakuje se, da se bo v desetih letih za četrtno znižalo število žensk v najbolj rodni dobi, zato bo verjetno število rojstev čez deset let nižje od 20 tisoč. Število umrlih bo počasi začelo naraščati in gotovo presegle 30 tisoč letno, kar pomeni, da Slovenija pričakuje negativno naravno rast, ki bo preseгла 10 tisoč prebivalcev letno (Jakoš, 2010, str. 24).

»Pričakujemo, da bodo kazalci starostne sestave začeli kazati bistveno slabšanje številčnih razmerij med omenjenimi starostnimi skupinami pri nas v drugi polovici naslednjega desetletja« (Vertot, 2010, str. 18). Lahko pričakujemo tudi upad števila prebivalcev. To dejstvo lahko omili le povečanje rodnosti ter priseljevanje. V Sloveniji je bilo še ne dolgo nazaj zelo malo starostnikov, ki so doživeli zelo visoko starost. Z napredkom medicine in z izboljšanjem načina življenja pa se povečuje število starejših, saj so dani pogoji za boljše življenje.

V Sloveniji stari ljudje umirajo predvsem zaradi bolezni srca in ožilja, za obolenji za rakom ter raznimi poškodbami. V Strategiji varstva starejših do leta 2010 (2006, str. 41) kažejo podatki o umrljivosti iz obdobja okoli leta 2000 v Sloveniji, da ljudje, ki so stari nad 65 let pogosto umirajo zaradi poškodb in samomorov. Temu sledijo rak dojke pri ženskah, rak pljuč pri moških ter bolezni povezane z uporabo alkohola, bolezni srca in ožilja ter prebavil.

Tudi v Evropi se spopadajo z demografskimi spremembami. Prevladuje predvsem nizka rodnost in smrtnost. Temu sledi nizka in že tudi negativna rast prebivalstva. Rast je večinoma posledica priseljevanja. Raste tudi starost mater ob rojstvu otrok. Proces staranja je najhitrejši v tistih državah, kjer se je rodnost v zadnjih desetletjih znižala daleč pod raven, ki bi še zagotavljala enostavno obnavljanje prebivalstva. Stopnja totalne rodnosti naj bi bila enaka 2,1, vendar v Evropi v letu 2004 ni bilo države, ki bi dosegla tako raven. Islandija je bila s stopnjo 2,04 najbližje. Staranje je bilo hitro v državah z rodnostjo nižjo od 1,5, med katere je spadala tudi Slovenija (v letih 1995–2005). V EU živijo ženske 5–10 % dlje kot moški, pri nas pa skoraj 10 % dlje od moških. Tudi proces staranja prebivalstva v Sloveniji bo hitrejši kot v Evropi, saj je stopnja rodnosti prenizka. Smrtnost v Sloveniji se je v letih 1994–2004 znižala hitreje kot v EU. Do leta 2060 naj bi

se število prebivalcev zmanjšalo tako v Sloveniji kot v Evropi. Povečal pa se bo delež starega prebivalstva (Malačič, 2008, str. 793-798).

2.3 MEDGENERACIJSKA SOLIDARNOST

2.3.1 Medgeneracijska solidarnost v sodobnih oblikah družine

Prebivalstvo se tako v Sloveniji kot tudi v Evropski uniji stara. Družba se spreminja in s tem tudi struktura družine. V preteklosti je bila skrb za starejše pretežno prepuščena družinam. Različne generacije so živele skupaj in skrbele druga za drugo, kar je veljalo za naravni red. Družbene spremembe pa so vplivale na strukturo družine – vedno več je namreč »nuklearnih« družin, ki ne vključujejo starih staršev. Stiki med različnimi generacijami so tako vedno redkejši, kar vodi do nerazumevanja ali celo konfliktov (Gračanin, 2008). Mnogi se bojijo prevzeti oskrbo ostarelega svojca, saj takšna oskrba ne dopušča izmikanja. Družine so preobremenjene in nimajo zadosti finančnih sredstev za zagotavljanje kakovostne oskrbe. Za oskrbo takšnih ljudi pa je potrebno veliko fizičnega, včasih celo neprijetnega dela.

Po mnenju Mateje Kožuh Novak (Gračanin, 2008) veliko starejših pomaga mlajšim generacijam. V projektu »starejši za starejše« je kar 58,7 % starejših od 69 let, ki živijo skupaj s svojimi otroki, vnuki, in pravijo, da pomagajo mlajšim generacijam. Brez njihove pomoči, bi bile mlade družine v večji revščini in stiski, kot so sedaj. S tem bi posledično bilo tudi manj otrok.

2.3.2 DRUŽINSKO ŽIVLJENJE IN STARANJE

Spreminjanje prehodov iz odraslosti v starost in podaljševanje starosti je vse izrazitejše. Tretje življenjsko obdobje, ki se prične s starostjo 65 let, se vedno bolj spreminja iz pasivnega v aktivno življenjsko obdobje. Hkrati pa se povečuje skupina oseb v četrtem življenjskem obdobju, to so starostniki (v starosti 80 let in več), pri katerih pa so potrebe po negi in pomoči močno povečane (Rener, 2006, str. 84).

Zelo pomemben segment družinskega življenja je družinska oziroma sorodstvena skrb in nega ostarelih ljudi. V večini je ta skrb pripisana ženskam. Po drugi strani pa so stari starši pomemben člen pri zagotavljanju varstva in nege predšolskih otrok. Opazimo lahko, da se večja potreba po vzajemni pomoči in sodelovanju med generacijami.

3 SEDANJA UREDITEV DOLGOTRAJNE OSKRBE V SLOVENIJI

3.1 ZAKONODAJA, KI UREJA DOLGOTRAJNO OSKRBO

3.1.1 ZAKON O SOCIALNEM VARSTVU

Zakon o socialnem varstvu ureja področju storitev, ki so jih lahko deležne starejše osebe, invalidne osebe, osebe z zmerno, težjo ali težko motnjo v duševnem razvoju. Med storitve spadajo (Predlog zakona o dolgotrajni oskrbi, 2006, str. 5):

- pomoč na domu. V primeru, da oskrba na domu lahko nadomesti institucionalno oskrbo;
- institucionalno varstvo, ki obsega vse oblike pomoči v zavodu, s katerimi se upravičencem nadomeščajo ali dopolnjujejo funkcije doma in lastne družine, zlasti pa bivanje, organizirana prehrana in varstvo ter zdravstveno varstvo;
- socialni servis. Ponuja pomoč v primeru bolezni, starosti, invalidnosti, rojstva otroka, nesreč ter v primerih, ko oseba potrebuje pomoč pri vsakdanjih opravilih.

Izvajalci, ki izvajajo zgoraj naštetih socialnovarstvenih storitev so (Predlog zakona o dolgotrajni oskrbi, 2006, str. 5):

- centri za socialno delo. To je javni socialnovarstveni zavod, opravljajo pa storitve pomoči na domu;
- domovi za starejše občane. Opravljajo storitve institucionalne oskrbe, nudijo pa tudi pomoč na domu;
- posebni socialnovarstveni zavodi, varstveno delovni centri in zavodi za usposabljanje. Ti zavodi opravljajo storitev institucionalne oskrbe za odrasle in mladino;
- zasebniki oziroma zasebni izvajalci. Dodeljena jim je koncesija za opravljanje prej naštetih socialnovarstvenih storitev;
- družinski pomočnik. Nudijo pomoč ter oskrbujejo invalidne osebe.

3.1.2 ZAKON O POKOJNINSKEM IN INVALIDSKEM ZAVAROVANJU

Zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju določa, da imajo pravico do dodatka za pomoč in postrežbo užívalci starostne, invalidske, vdovske ali družinske pokojnine, ki jim je za osnovne življenjske potrebe neogibna stalna pomoč in postrežba drugega. Pravico do dodatka za pomoč in postrežbo imajo tudi zavarovanci, ki so sklenili delovno razmerje ali začeli opravljati samostojno poklicno dejavnost kot slepi ali slabovidni opredeljeni v 2. skupini definicije slepote. Pravico imajo tudi zavarovanci, ki postanejo med delovnim razmerjem ali opravljanjem samostojne poklicne dejavnosti slepi ali slabovidni. Mednje spadajo tudi nepokretni zavarovanci, ki so zaposleni primerno svojim delovnim zmoglostim, vendar najmanj s polovico polnega delovnega časa, pod pogojem, da nimajo

pravice do dodatka za pomoč in postrežbo po kakšni drugi zakonski podlagi (Predlog zakona o dolgotrajni oskrbi, 2006, str. 5-6).

3.1.3 DRUGI ZAKONI

Pravico do dodatka za pomoč in postrežbo ima po zakonu o vojnih veteranih tudi vojni veteran, v višini in po predpisih o pokojninskem in invalidskem zavarovanju. Zakon o vojnih invalidih določa pravico do dodatka za pomoč in postrežbo tudi za vojne invalide, katere nepokretnost se ugotavlja po kriterijih in merilih, določenih po predpisih o pokojninskem in invalidskem zavarovanju. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju zagotavlja zdravljenje in nego na domu ter v socialnovarstvenih zavodih vsem zavarovanim osebam (Predlog zakona o dolgotrajni oskrbi, 2006, str. 6).

3.2 STRATEŠKE USMERITVE NA PODROČJU DOLGOTRAJNE OSKRBE V SLOVENIJI

Glede na stanje in pomanjkljivosti ureditve področja dolgotrajne oskrbe je Vlada Republike Slovenije sprejela več političnih dokumentov za razvoj tega področja. Eden ključnih dokumentov je Strategija varstva starejših do leta 2010 – Solidarnost, sožitje in kakovostno staranje prebivalstva. Drugi pomemben dokument pa je Resolucija o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2006–2010. Določenih področij se dotika tudi strategija Sporočilo Komisije »Evropa 2020«, ki jo je sprejela Evropska Komisija.

V Strategiji varstva starejših do leta 2010 (2006, str. 21-25) so postavljeni določeni cilji za izboljšanje sistema dolgotrajne oskrbe. Skladno z evropskimi merili daje Strategija prednost oskrbi na domu. Zaradi velikega povpraševanja predvideva tudi širitev kapacitet domske oskrbe, preko podeljevanja koncesij in spodbujanja javno zasebnega partnerstva. Pri novogradnji je potrebno, da so arhitekturno in programsko zasnovane tako, da bodo najbolj ustrezale potrebam starih ljudi. V že obstoječi mreži domov za starejše, pa je potrebno ohraniti kvaliteto ter vzdrževanje prilagoditi sodobnim konceptom manjših skupin. Potrebno je skrbeti tudi za mreže izvajalcev oskrbe v drugi družini ter mreže oskrbnih domov, kateri so namenjeni starejšim, ki si želijo samostojnega bivanja. Predvidena je vzpostavitev novih oblik (dnevno varstvo, pomoč na domu, varovana stanovanja, krajevni dom za starejše) ter programov (program za kakovostno staranje in sožitje med generacijami) v krajevnih medgeneracijskih središčih.

Drugi dokument, ki zadeva področje dolgotrajne oskrbe v Sloveniji je Resolucija o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2006–2010. Kot kaže Tabela 2 tudi ta dokument daje poudarek na pomoči na domu, mobilni pomoči, dnevni centrih, pomoč na daljavo itd. Torej je poudarek na obliki oskrbe, ki se izvaja izven institucionalnega varstva.

Tabela 2: Merila za razvoj storitev v javni socialni mreži do leta 2010

VRSTA STORITEV	CILJ	UČINEK
STORITVE POMOČI NA DOMU IN MOBILNE POMOČI	Zagotovi se socialna oskrba na domu za najmanj 3 % oseb, starih 65 in več let, ter za najmanj 0,05 % drugih odraslih oseb, ki potrebujejo pomoč na domu ali mobilno pomoč zaradi duševne, telesne ali senzorne motnje, hude bolezni ali iz drugih razlogov.	Zagotovljena socialna oskrba na domu za vsaj 10.000 oseb, starih nad 65 let, in za vsaj 900 drugih odraslih oseb.
INSTITUCIONALNO VARSTVO		
Organizirano varstvo v dnevni centrih	Vključenih najmanj 0,3 % starejših oseb, starih 65 let in več, ki potrebujejo dnevno organizirano varstvo.	Zagotovljenih vsaj 1.000 mest.
Varstvo in oskrba v domovih za starejše osebe	Vključenih najmanj 5 % prebivalcev, starih 65 let in več.	Zagotovljenih vsaj 16.600 mest za celodnevno obravnavo in vsaj 300 mest za kratkotrajne namestitve.
Oskrba v drugi družini	Vključenih najmanj 0,3 % prebivalcev, starih 65 let in več.	Zagotovljenih vsaj 1.000 mest za oskrbo v drugi družini.
Oskrba v oskrbovanih stanovanjih za starejše osebe kot posebna oblika pomoči na domu	Vključenih najmanj 0,5 % prebivalcev, starih 65 let in več.	Zagotovljene storitve za vsaj 1660 stanovalcev oskrbovanih stanovanj, od tega 1.300 novih.
Institucionalno varstvo oseb z motnjami v telesnem in duševnem razvoju, ki so vključene v storitev varstveno-delovnih centrov in potrebujejo organizirano oskrbo in varstvo.	Vključenih 35% vseh, ki so vključeni v programe varstveno-delovnih centrov in potrebujejo nastanitev ter oskrbo v zavodu, drugi družini ali bivanjski skupnosti.	Zagotovljenih vsaj 1.100 mest za celodnevno obravnavo, od tega 30 % v stanovanjskih skupinah.

Vir: Resolucija o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2006–2010 (2006).

Resolucija želi z uvedbo neposrednega individualnega financiranja spremeniti sistem financiranja dolgotrajne oskrbe. To pomeni, da lahko posameznik, glede na njegove

potrebe, sam izbira med cenovno različnimi ponudbami. Poudarek daje na pomoči družinam, v obliki nadomestil za izgubljeni dohodek zaradi odsotnosti z dela, v primeru nege starejšega družinskega člana. Uvaja finančno pomoč oskrbovalcem za delno kritje materialnih stroškov v zvezi z izvajanjem organiziranih oblik varstva ter za razvoj programov. Finančno pomoč nudi tudi za prilagoditev bivalnih prostorov, da s tem omogoči starejšim osebam bivanje v domačem okolju (Resolucija o nacionalnem programu socialnega varstva, 2006).

Evropska komisija je leta 2010 sprejela strategijo Sporočilo Komisije »Evropa 2020«. Sporočilo komisije opozarja na vse hitrejšo staranje prebivalstva, saj se število oseb, ki so starejše od 60 let v primerjavi pred letom 2007, sedaj povečuje dvakrat hitreje. V letih 2013-2014 se bo začel delež aktivnega prebivalstva zmanjševati, kar pomeni več upokojenih ljudi ter dodatna obremenjenost sistema socialnega varstva. (Sporočilo Komisije »Evropa 2020«, 2010, str. 7). Eden izmed ciljev pobud strategije je, reševanje težave, kot so demografske spremembe. Slovenija je v ta namen pripravila program, ki bo usmerjen v krepitev aktivnih oblik socialnega varstva ter socialne vključenosti (Nacionalni reformni program 2011-2012, 2011, str. 34-35).

3.3 PREDVIDENI UKREPI TER URESNIČEVANJE STRATEŠKIH USMERITEV NA PODROČJU DOLGOTRAJNE OSKRBE V SLOVENIJI

V obdobju od 2008 do 2013 so predvideni naslednji ukrepi na področju dolgotrajne oskrbe v Sloveniji (Poročilo o realizaciji nalog Strategije varstva starejših, 2009, str. 34-37):

- priprava predloga Zakona o dolgotrajni oskrbi ter zavarovanju za dolgotrajno oskrbo;
- ustanovitev vsaj petih negovalnih bolnišnic na območju Slovenije;
- vsaka pokrajina dobi vsaj eno negovalno enoto s paliativnim oddelkom;
- vzpodbujanje razvoja prostovoljstva;
- posodabljanje obstoječe mreže ter zmanjšanje števila neprimernih kapacitet;
- vzbujanje novih stanovanjskih oblik za starejše;
- uvrstitev oskrbe v oskrbovanih stanovanjih v javno mrežo;
- zagotavljanje enakomernega razvoja in dostopnosti programov po celotni Sloveniji;
- uvedba javnih razpisov, ki so namenjeni sofinanciranju programov za starejše;
- v okviru pomoči na domu: spremljanje razvoja storitve, preverjanje izvajanja finančnih obveznosti občin, sprememba metodologije o oblikovanju cen socialno varstvenih storitev;
- priprava javnega razpisa za podelitev koncesije za namen dnevnega oziroma celodnevnega varstva.

Poročilo o realizaciji nalog Strategije varstva starejših do leta 2010 (2009, str. 4) kaže, da se cilji strategije prepočasi realizirajo. Od vseh ciljev je bil samo cilj »širitev institucionalnega varstva« dosežen. Ocenjujejo, da je v letu 2009–2010 bil celo presežen. Kot je razvidno iz Tabele 3, so mreže kapacitet dnevnega varstva le delno posodobili. Delno sta bila izpolnjena cilja širjenja sistema oskrbovanih stanovanj ter širjenja mreže

izvajalcev sistema pomoči na daljavo. Cilj strategije, na katerem je bil največji poudarek, to je širitev pomoči na domu, tudi ni bil uspešen v zadostni meri, saj so predvidevali povprečno 1000 uporabnikov, dejansko pa jih je bilo uporabnikov 230 (Poročilo o realizaciji nalog Strategije varstva starejših, 2009, str. 10).

Pomoč na domu je do sredine leta 2011 subvencionirala država v povprečju 12% cene. Subvencijo so občine prejele v okviru aktivne politike zaposlovanja. Zaposlovali so osebe, ki so bile težje zaposljive. S tem so spodbujali razvoj pomoči na domu ter zmanjševali brezposelnost. Z ukinitvijo subvencije, se bo cena storitev dolgotrajne oskrbe po vsej verjetnosti zvišala, kar pa lahko povzroči, da bo storitev za uporabnika manj dostopna. To pa je ravno v nasprotju z ukrepi, ki so jih predvideli v Strategiji varstva starejših do leta 2010 (Kotnik, 2011).

Tabela 3: Poročilo o izvajanju nalog iz strategije varstva starejših do leta 2010

CILJI/NALOGA	REALIZIRANO (DA/NE/DELNO)	NOSILEC/SO DELUJOČI	REALIZACIJA V STRATEGIJI PREDVIDENIH UKREPOV/AKTIVNOST	KAZALCI (IZHODIŠČNI PODATEK ZA LETO 2006)
Širitev kapacitet domskega varstva (cilj: vključiti najmanj 5 % starejših od 65 let oz. 16.600 mest za celodnevno obravnavo in 300 mest za kratkotrajne namestitve).	Širitev mreže: DA	MDDSZ, DSO, lokalne skupnosti	- Konec leta 2008 je bilo 15.745 mest v domovih za starejše od 65 let, kar predstavlja mesta za trenutno 4,76 % starejših nad 65 let. Dodatno je že podeljenih 1.772 koncesij s pričetkom delovanja 2009 in 2010, odprt pa je razpis za 750 mest v Ljubljani in Mariboru Skupaj to pomeni 18.267 mest.	4 % 14.101 uporabnikov/2006
			- V fazi realizacije je prvi testni projekt gradnje doma z udeležbo zasebnega partnerja, po principu javno zasebnega partnerstva (DSO Idrija).	
Dograjevanje mreže kapacitet dnevnega varstva (cilj: vključiti najmanj 0,3 % starejših od 65 let).	Posodobitev obstoječe mreže: delno	MDDSZ, DSO, lokalne skupnosti	- Velik del nalog posodobitve obstoječih DSO nam ostaja za naslednje obdobje.	
Širjenje pomoči na domu (cilj: vključiti 3 % starejših od 65 let).	Delno	MDDSZ, DSO	Dosedanje aktivnosti niso bile uspešne v zadostni meri, zato je v pripravi javni razpis za podelitev koncesije tudi za namene dnevnega oz. celodnevnega varstva.	Realizacija: okoli 230 uporabnikov od predvidenih okoli 1000.

Širjenje sistema oskrbovanih stanovanj (cilj: vključiti najmanj 0,5 % starejših od 65 let).	Delno	MDDSZ, lokalne skupnosti, Inštitut RS za socialno varstvo		
Širjenje mreže izvajalcev sistema pomoči na daljavo (cilj: mreža izvajalcev, ki bo zajela celotno območje države).	Delno	Nepremičninski sklad RS za socialno varstvo	Izvedena je podrobna analiza storitve, pripravljajo se predlogi za nadaljnji razvoj storitve.	5.328 uporabnikov 2006. Realizacija: 5.596 od predvidenih 10.900 uporabnikov.
	MDDSZ, DSO, lokalne skupnosti		Storitev je zajeta v Normativih in standardih ministristva. Spremljajo se izvajanja storitve in v pripravi so predlogi nadaljnjega razvoja storitve – vključitev storitve oskrbe znotraj javne mreže. V sodelovanju s SSZS se iščejo možnosti, da se s pomočjo Republiškega klicnega centra storitev razvije v celotni Sloveniji.	Realizacija 447 uporabnikov od predvidenih 1.660. 6 centrov. Okoli 800 uporabnikov (vključeni tudi uporabniki oskrbovanih stanovanj).

Vir: Poročilo o realizaciji nalog Strategije varstva starejših, sprejete za obdobje 2006 do 2010 in Akcijski načrt nalog pristojnih ministrstev do izteka Strategije varstva starejših, do leta 2010 (2009, str. 10)

3.4 OBLIKE OSKRBE, NEGE IN ZDRAVSTVENE NEGE

3.4.1 POMOČ IN OSKRBA NA DOMU

Prva oblika pomoči je socialna oskrba na domu. Namenjena je upravičencem, ki imajo zagotovljene bivalne in druge pogoje za življenje v svojem bivalnem okolju. Vendar pa se zaradi starosti, invalidnosti ali kronične bolezni ne morejo oskrbovati in negovati sami, njihovi svojci pa take oskrbe in nege ne zmorejo ali zanju nimajo možnosti. Gre za različne oblike organizirane praktične pomoči in opravil, s katerimi se upravičencem vsaj za določen čas nadomesti potrebo po institucionalnem varstvu v zavodu, v drugi družini ali v drugi organizirani obliki.

Vrste storitev, ki so zajete v socialno oskrbo na domu (Pravilnik o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev, 6. člen):

- pomoč pri temeljnih dnevni opravilih, kamor sodijo naslednja opravila: pomoč pri oblačenju ali slačenju, pomoč pri umivanju, hranjenju, opravljanju osnovnih življenjskih potreb, vzdrževanje in nega osebnih ortopedskih pripomočkov;
- gospodinjska pomoč, kamor sodijo naslednja opravila: prinašanja enega pripravljenega obroka ali nabava živil in priprava enega obroka hrane, pomivanje uporabljene posode, osnovno čiščenje bivalnega dela prostorov z odnašanjem smeti, postiljanje in osnovno vzdrževanje spalnega prostora;
- pomoč pri ohranjanju socialnih stikov, kamor sodijo naslednja opravila: 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.

Tabela 4: Število uporabnikov pomoči na domu v obdobju 2006–2009

LETO	2006 *	prvo polletje 2007*	prvo polletje 2008*	2009* *
ŠTEVILO UPORABNIKOV POMOČI NA DOMU	5.328	5.595	5.780	6.502

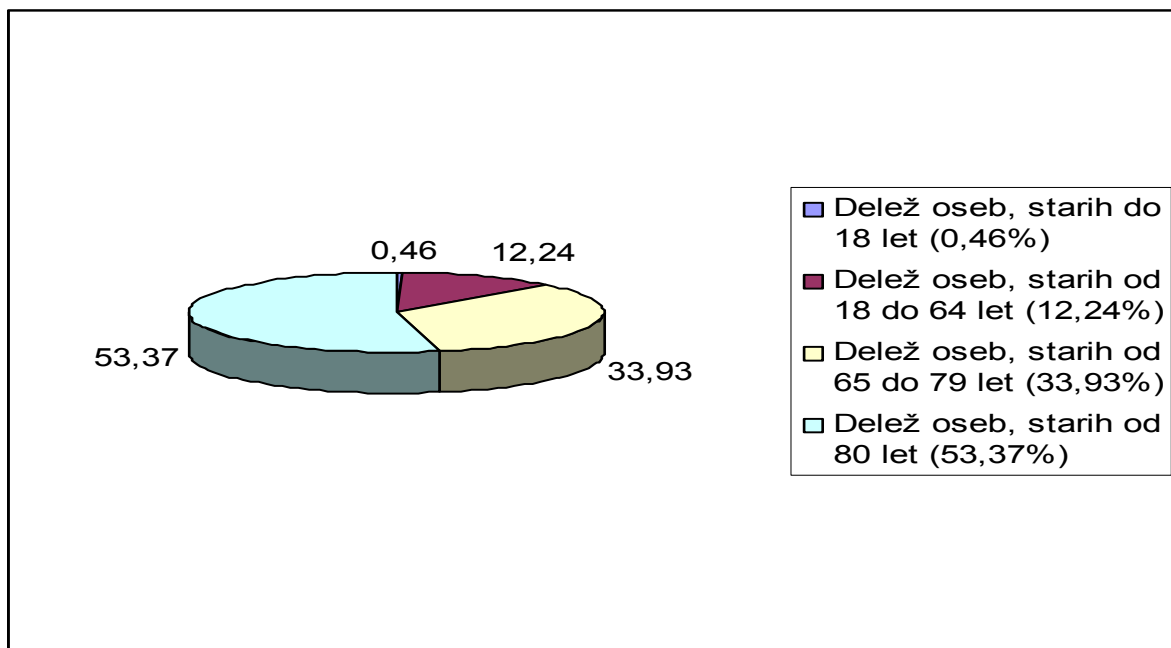
*povprečno število uporabnikov na mesec

**število uporabnikov na dan 1. 12. 2009

Vir: Smolej in dr. (2009, str. 12).

Število uporabnikov pomoči na domu se iz leta v leto povečuje. Iz Tabele 4 je razvidno, da je bilo v letu 2006 5.328,1 uporabnikov, konec leta 2009 pa že 6.502 uporabnika. V letu 2009 je bilo glede na starostno strukturo največ oseb, ki so potrebovale pomoč na domu, starih čez 80 let (53,37 %). Temu so sledile osebe stare od 65 do 79 let (33,93 %). Ostalo so bile osebe stare do 64 let (glej Grafikon 1).

Slika 1: Struktura uporabnikov pomoči na domu glede na starost v letu 2009



Vir: Smolej idr. (2009, str. 13).

Druga oblika pomoči je mobilna pomoč. Gre za obliko strokovne pomoči na domu, s katero se osebam z motnjami v duševnem in telesnem razvoju zagotavlja strokovna obravnava na domu. Odvisna je od potreb obravnavanih oseb, usmerjena pa je tudi na njihove svojce. Obsega opravila in postopke za korekcijo motenj ter za svetovalno in terapevtsko delo. Namenjena je predvsem specialno pedagoški obravnavi, socialni in psihološki obravnavi ter zaposlitvi. Upravičenci do mobilne pomoči so otroci, mladostniki in odrasle osebe z zmerno, težjo ali težko motnjo v duševnem in telesnem razvoju. Ta oblika storitev nadomešča institucionalno oskrbo kot tudi vodenje, varstvo in zaposlitev pod posebnimi pogoji. Pri tej pomoči je možno pričakovati ublažitev stanja oziroma ohranitev pridobljenih znanj in sposobnosti (Pravilnik o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev, 6. člen). Storitve pomoči na domu v večini opravljajo javni zavodi. Podatki za leto 2009 (glej Tabela 5) kažejo, da kar 59,2 % storitev opravijo uslužbenci Centra za socialno delo, 21,1 % domovi za starejše, zasebnikov pa je 14,5 %.

Tabela 5: Izvajalci pomoči na domu v letu 2009

IZVAJALCI POMOČI NA DOMU	ŠTEVILO	%
JAVNI ZAVODI		
center za socialno delo	45	59,2
domovi za stare	16	21,1
posebni socialnovarstveni zavod	1	1,3
ostali	3	3,9

OSTALI IZVAJALCI	11	14,5
SKUPAJ	76	100

Vir: Smolej et al. (2009, str. 12).

3.4.2 INSTITUCIONALNO VARSTVO

Institucionalno varstvo je oblika obravnave v zavodu, drugi družini ali drugi organizirani obliki, ki upravičencem nadomešča, dopolnjuje ali zagotavlja funkcijo doma ali lastne družine. Obsega osnovno oskrbo in socialno oskrbo v skladu s predpisi s področja socialnega varstva ter zdravstveno varstvo po predpisih s področja zdravstvenega varstva (Pravilnik o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev, 8. člen):

- za otroke in mladostnike, prikrajšane za normalno družinsko življenje, zajema institucionalno varstvo tudi vzgojo in pripravo na življenje;
- za otroke in mladostnike z motnjo v duševnem in telesnem razvoju pa obsega institucionalno varstvo tudi usposabljanje po posebnem zakonu, oskrbo in vodenje;
- odraslim osebam z motnjami v duševnem in telesnem razvoju se v okviru institucionalnega varstva zagotavljajo še posebne oblike varstva.

Osnovna oskrba zajema bivanje, organiziranje prehrane, tehnično oskrbo in prevoz. Socialna oskrba je strokovno vodena dejavnost, namenjena izvajanju vsebin socialne preventive, terapije in vodenja upravičencev. Vključuje izvajanje nalog varstva, posebnih oblik varstva, vzgoje in priprave na življenje in nalog vodenja.

Varstvo pomeni nudenje pomoči pri vzdrževanju osebne higiene in izvajanju dnevni aktivnosti (vstajanje, oblačenje, premikanje, hoja, komuniciranje in pri orientaciji). Posebne oblike varstva so namenjene ohranjanju in razvoju samostojnosti, razvoju socialnih odnosov, delovni okupaciji, korekciji in terapiji motenj, aktivnemu preživljanju prostega časa ter reševanju osebnih in socialnih stisk.

Izvajalci storitve so (Pravilnik o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev, 8. člen):

- domovi za starejše;
- posebni socialno varstveni zavodi;
- socialno varstveni zavodi za usposabljanje;
- nadomestne oblike bivanja in oskrbe.

Domovi za starejše, kot najpogostejša oblika, so imeli leta 1995 dobrih 10 tisoč uporabnikov. Do leta 2009 je ta številka narasla na dobrih 16 tisoč uporabnikov (glej Tabela 6), kar kaže, da iz leta v leto število uporabnikov narašča. V začetku leta 2010 je bilo v Sloveniji 94 domov (zasebnih in javnih) in posebnih zavodov (MDDSZ, 2011a).

Tabela 6: Oskrbovanci oz. varovanci v javnih socialnovarstvenih zavodih

OBLIKA VARSTVA	LETO						
	1995	2000	2005 ¹⁾	2006	2007	2008	2009
Zavodi za usposabljanje otrok in mladostnikov z motnjami v razvoju	794	821	577	465	422	403*	382
Domovi za starejše	10.757	11.905	13.641	13.699	13.856	15.235	16.192
Posebni socialnovarstveni zavodi ¹⁾	1.602	1.690	2.674	2.590	2.531	2.478	2.500
Varstveno-delovni centri	1.427	1.976	2.695	2.587	2.621	3.016	3.038

¹⁾ Od leta 2005 zajemajo podatki oskrbovance posebnih socialnovarstvenih zavodov ter enote za posebne oblike varstva odraslih znotraj domov za starejše oz. njihovih dislociranih enot. Zaradi takšnega popisa se je povečalo število oskrbovancev pri posebnih socialnovarstvenih zavodih.

Vir: SURS (2008).

Storitev institucionalnega varstva je lahko zagotovljena tudi v oskrbovanem stanovanju. Namenjena je starejšim, ki še vedno živijo dovolj samostojno življenje ob pomoči strokovnega osebja. Stanovalcem mora biti dana možnost uporabe storitev klicnih centrov na daljavo. Takšna stanovanja imajo tudi oskrbnika, ki skrbi za 24 urno pomoč stanovalcem. Ta stanovanja so običajno v bližini domov za starejše.

Osnovna oskrba v oskrbovanem stanovanju obsega (Pravilnik o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev, 9. člen):

- pomoč pri bivanju, kamor sodi: osnovno čiščenje vseh ali posameznih prostorov stanovanja z odnašanjem smeti in postiljanje;
- organizirano prehrano, kamor sodi: prinašanje pripravljenih obrokov ali priprava hrane v stanovanju in pomivanje uporabljene posode;
- pomoč pri pranju, sušenju in likanju perila.

Socialna oskrba v oskrbovanem stanovanju obsega (Pravilnik o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev, 9. člen):

- pomoč pri vzdrževanju osebne higiene in izvajanju dnevnih opravil, na primer pomoč pri oblačenju, slačenju itd.;
- varstvo in pomoč pri ohranjanju socialnih stikov. Sem spada obveščanje glede stanja in potreb upravičenca, vzpostavljanje stikov z sorodstvom in prostovoljci ter nadzor nad upravičencem pri opravljanju obveznosti.

3.4.3 DRUŽINSKI POMOČNIK

Družinski pomočnik je namenjen predvsem invalidnim osebam, ki si želijo zadostno intimnost, solidarnost, individualnost, domačnost in toplino. Upravičenec, ki ima pravico do institucionalnega varstva, lahko namesto celodnevnega institucionalnega varstva izbere družinskega pomočnika, seveda v primerih in pod pogoji, ki jih določa Zakon o socialnem varstvu. Družinski pomočnik nudi pomoč v domačem okolju. Skrbi za osebno oskrbo, zdravstveno oskrbo, socialno oskrbo in organizacijo prostočasnih aktivnosti ter gospodinjsko pomoč. Družinski pomočnik je lahko oseba, ki ima isto stalno prebivališče kot upravičenec, oziroma eden od družinskih članov invalidne osebe. Čeprav nudi pomoč 24-ur na dan ne gre za delovno razmerje, zato mu ne pripada regres, dopust, bolniški dopust. Pravico ima za delno plačilo za izgubljeni dohodek v višini minimalne plače, oziroma sorazmerni delež, če je v delovnem razmerju s krajšim delovnim časom. Pripada mu obvezno pokojninsko zavarovanje, zavarovanje za primer brezposelnosti in starševsko varstvo. Število družinskih pomočnikov (na dan 2. 2. 2007) je bilo 1349. Od tega jih je bilo glede na razmerje do invalidne osebe 78,8 % družinskih članov invalidne osebe ter 21,2 % drugih oseb z istim stalnim prebivališčem (MDDSZ, 2011b).

3.4.4 DNEVNI CENTRI ZA STAREJŠE

Dnevno varstvo je oblika storitev, ki spada v institucionalno varstvo. Namenjena je posameznikom, ki so aktivnosti sposobni in še ne potrebujejo celodnevnih oskrb. Posameznikom, ki si želijo družbe ter so pripravljene pomagati sebi in drugim. Edini pogoj, ki ga morajo izpolnjevati je, da se dnevno vračajo domov. Program dnevnega varstva se izvaja do 10 ur dnevno, 5 dni v tednu (Predlog zakona o dolgotrajni oskrbi, 2006, str. 10). Aktivnosti, ki se izvajajo v okviru dnevnega varstva so: razne delavnice, jutranja vadba, joga, razni literarni krožki, ročna dela, tuji jeziki, kuhanje, šivanje, športne dejavnosti, vaje za urjenje spomina itd.

Te storitve se pretežno izvajajo v okviru domov za starejše občane. V Ljubljani pa je leta 2005 začel delovati program Dnevni centri aktivnosti za starejše DCA, izven okvira institucionalne storitve. Financirata ga Mestna občina Ljubljana in Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve. Člani plačujejo zgolj članarino, ki znaša 5 evrov na mesec (Mestna zveza upokojencev, 2011). V Ljubljani izvajajo takšen program v treh enotah.

3.4.5 SOCIALNI SERVIS

Socialni servis 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. Storitve obsega zlasti naslednja opravila: prinašanje pripravljenih obrokov hrane, nakup in prinašanje živil ali drugih potrebščin, priprava drv ali druge kurjave, nabava ozimnice, manjša hišna popravila, pranje in likanje perila, vzdrževanje vrta in okolice stanovanja, čiščenje v stanovanju, opremljanje, spremljanje pri obiskih trgovin, predstav, sorodnikov ali na počitnicah,

organiziranje in izvajanje drugih oblik družabništva, pedikerske, frizerske in druge podobne storitve za nego telesa in vzdrževanje videza, pomoč pri opravljanju bančnih poslov, plačevanju računov, sprejemanju in odpošiljanju poštnih pošilk – po pooblastilu upravičenca, kontrola jemanja zdravil, varovanje in nadziranje stanja uporabnika preko noči, celodnevna povezava preko osebnega telefonskega alarma (Pravilnik o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev, 7. člen). Socialni servis ne sodi v javno službo.

3.4.6 OSKRBA NA DOMU NA DALJAVO

Leta 1992 se je pričela oskrba na domu na daljavo, kot oblika pomoči na domu, z programom »rdeči gumb«. Ta »rdeči gumb« je poseben telefon za klic na pomoč, v primeru ogroženega zdravja, ki velja 24 ur na dan, vse dni v letu. Pri nas delujeta dva centra za pomoč na domu, ki ponujata omenjeno storitev. Število uporabnikov je zelo malo, saj varujejo okoli 500 uporabnikov. Ta sistem pa je mogoče nadgrajevati z napravami (telecare rešitev), ki uporabniku pomagajo nadomestiti določene izgubljene osnovne sposobnosti, predvsem pri dementnih osebah. Te naprave uporabnika elektronsko opozorijo npr. kdaj vzeti tablete, si dati injekcijo ... Vse pogosteje pa se uveljavljajo tudi namenske naprave, s katerimi lahko spremljamo funkcionalno zdravje oseb v domačem okolju. Te naprave opozorijo skrbnika, če se poslabša zdravstveno stanje uporabnika. Pri nas poznamo »ročno uro«, ki meri srčni utrip, spremlja gibanje, vlažnost kože, poznan je detektor padca, detektor vlage v postelji. V tujini vlagajo velike napore, da bi s pomočjo »telecare rešitev« omogočili čim bolj samostojno življenje tudi ljudem s posebnimi potrebami. To velja tudi za osebe z demenco, pa naj bo to v domačem okolju ali v okviru socialnih zavodov (Rudel, 2008, str. 19).

3.4.7 PATRONAŽNO VARSTVO IN ZDRAVSTVENA NEGA NA DOMU

Patronažno varstvo je lahko organizirano v okviru osnovnega zdravstvenega varstva v zdravstvenih domovih ali pa kot samostojna služba. To dejavnost opravlja medicinska sestra, ki je zaposlena v javnem zavodu ali pa opravlja službo v obliki koncesije. Ta oblika oskrbe je vključena v mrežo javnega zdravstva. Izvaja se 24 ur na dan vse dni v letu. Preventivno skrbi za posameznike in družino, zdravstveno nego novorojenčka in otročnice, kurativno pa za zdravstveno nego bolnika na domu. Preventivno patronažno zdravstveno varstvo obsega oskrbo invalidov in oseb starejših od 65 let, 6 obiskov pri novorojenčkih in dojenčkih do prvega leta starosti, 1 obisk pri otroku v drugem in tretjem letu, pri slabovidnih in slepih osebah dva obiska, en obisk pri nosečnici, dva obiska pri otročnici ter dva obiska pri osebah, ki so zavarovane in stare nad 25 let. V oskrbo spadajo še bolniki z aktivno tuberkulozo, tetraplegiki in paraplegiki, bolniki z mišičnem in živčnem obolenju, bolniki z kroničnim obolenjem, multiplo sklerozo ter cerebralno paralizo (predlog Zakona o dolgotrajni oskrbi, 2006, str. 8-9).

Tabela 7: Število oseb v Sloveniji, ki so stare nad 60 let in ki jih je na domu negovala patronažna služba, v obdobju 2001–2009

STAROSTNA SKUPINA	LETO						
	2001	2003	2005	2006	2007	2008	2009
60–69	6.937	7.145	7.485	8.119	8.525	9.471	9.016
70–74	7.102	7.708	8.214	9.165	8.884	9.067	8.516
75 in več	14.518	18.125	22.982	26.402	29.365	34.385	35.929
SKUPAJ	28.557	32.978	38.681	43.686	46.774	52.923	53.461

Vir: Zdravstveni statistični letopis Slovenije 2001, 2003, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009.

Patronažno varstvo je zelo pomembno, saj zmanjšuje nastanek odvisnosti od tuje pomoči. Glede na to kako pomembna je ta oblika oskrbe, pa je delež le-tega premajhen (predlog Zakona o dolgotrajni oskrbi, 2006, str. 8-9). V letih od 2001 pa do 2009 se število oseb, ki jih je doma negovala patronažna služba, skoraj podvojilo. Kot kaže Tabela 7, se je drastično povečalo število oseb, ki so stare 75 let in več, kar pomeni, da je vedno več oseb, ki dočakajo visoko starost.

3.5 FINANCIRANJE DOLGOTRAJNE OSKRBE

Dodatek za postrežbo in pomoč je oblika pomoči, za katero sredstva zagotavlja Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje. Zavod za zdravstveno zavarovanje zagotavlja nego v institucionalni obliki, zdravljenju na domu ter ostalih socialnih zavodih. Del sredstev se zagotavlja za doplačila oskrbe v zavodih za usposabljanje, splošnih in posebnih zavodih ter bivalnih enotah varstveno-delovnih centrov iz proračuna države ter občin. V primeru nezmožnosti lastnega plačila se storitve krijejo iz javnih sredstev. Dejstvo je, da obstoječe storitve in prejemki niso povezani v enovit sistem in da v praksi tudi ni najboljše koordinacije med službami, ki jih zagotavljajo. Vse to otežuje dostopnost do storitev in zmanjšuje njihovo kakovost. Storitve v bivalnem okolju so še vedno relativno nerazvite, kar dodatno povzroča pritisk na podaljševanje dragih hospitalizacij in širitev institucionalnih oblik oskrbe (Strategija varstva starejših do leta 2010, 2006, str. 19).

Po oceni raziskav (Flaker et al., 2010, str. 42), kažejo podatki v Tabeli 8, da je malo več kot polovica populacije (55,98 %), ki živi v skupnosti doma. Od tega jih večina prejema dodatek za pomoč in postrežbo (34,7 %). Pomoč na domu prejema 11,47 % populacije. V vmesne strukture (dnevni centri, dnevni obiskovalci varstveno delovnih centrov, stanovanjske skupine) je vključenih skoraj 5 % populacije. Ostali so vključeni v institucionalno varstvo (39,27 %), za katerega gre tudi daleč največ izdatkov, kar 76,29 % vseh sredstev, ki so namenjeni dolgotrajni oskrbi. Od tega gre skoraj polovica (49,39 %) izdatkov samo za domove za starejše.

Tabela 8: Ocena števila uporabnikov dolgotrajne oskrbe in izdatkov zanje po različnih oblikah storitev* v evrih

OBLIKE STORITEV	ŠTEVILO	%	MESEČNO NA UPORABNIKA	LETNO NA UPORABNIKA	CELOTNI LETNI IZDATKI	%
patronažne službe	3.000	5,95	54	650	1.950.000	0,58
osebna pomoč (vodenje)	600	1,19	75	900	540.000	0,16
samo dodatek	17.483	34,7	190	2.279	39.836.978	11,81
pomoč na domu	5.780	11,47	237	2.844	16.442.637	4,88
družinski pomočnik	841	1,67	525	3.300	3.131.100	0,93
osebna asistenca	497	0,99	550	6.600	3.280.200	0,97
dnevni centri	530	1,05	216	2.592	1.375.036	0,41
dnevni obiskovalci VDC	1.627	3,23	557	6.804	11.070.108	3,28
stanovanjske skupine	236	0,47	825	9.894	2.335.090	0,69
domovi za starejše	15.235	30,24	911	10.932	166.549.020	49,39
posebni socialni zavodi	2.478	4,92	1.446	17.354	43.002.716	12,75
stanovalci VDC	1.234	2,45	1.803	21.636	26.698.688	7,92
zavodi za usposabljanje	839	1,67	2.082	24.984	20.967.986	6,22
SKUPAJ	50.380	100			337.179.559	100

*Tabela vsebuje ocene vrednosti, ki so jih pridobili iz različnih virov. Nekatere ocene so precej natančne, druge pa precej približne. Namen tabele ni pridobiti in pokazati natančnih podatkov. Teh žal v obstoječem sistemu poročanja in beleženja ni mogoče dobiti. Kot taka ima tabela le orientacijsko vrednost, ki naj bi omogočala boljši pregled na terenu v segmentu dolgotrajne oskrbe.

Vir: Flaker et al. (2010, str. 44).

Dolgotrajna zdravstvena oskrba je večinoma financirana iz javnih virov (95 %). Dolgotrajna socialna oskrba pa je iz javnih virov pokrita približno v 52 % (državni ter občinski proračuni). 48 % financiranja s področja socialne oskrbe (prehrana, nastanitve) krijejo zasebni viri (Aphal Vučkovič, 2006, str. 31).

3.6 OCENA POTREB PO DOLGOTRAJNI OSKRBI V SLOVENIJI

Pri oceni potreb po dolgotrajni oskrbi si lahko pomagamo s podatki o številu oseb, ki so prejemale denarne prejemke za dolgotrajno oskrbo, kot obliko pomoči, ter podatku o številu oseb, ki so bile deležne storitev dolgotrajne oskrbe. Vendar pa iz teh podatkov, ki so razvidni iz Tabele 9, ni mogoče sklepati, kakšne so dejanske potrebe po dolgotrajni oskrbi. Pri ugotavljanju dejanskih potreb nam pomagajo le ocene in izkušnje drugih držav. Evropska komisija na podlagi več študij ocenjuje, da je oseb, ki so močno odvisne od druge pomoči 3 do 3,5 %, pri nekaterih dnevni temeljnih funkcijah, pa pomoč potrebuje okoli 15 % oseb. Po ocenah Evropske komisije bi to za Slovenijo pomenilo, da okrog 60 tisoč oseb potrebuje dolgotrajno oskrbo (Predlog zakona o dolgotrajni oskrbi, 2006, str. 12). Vendar je v Sloveniji prebivalstvo nekoliko mlajše kot prebivalstvo zahodnih in severno evropskih držav, zato je ta številka nekoliko nižja in sicer se giblje med 41 in 45 tisoč oseb. Po oceni Strategije varstva starejših (2006, str. 12), bi v Sloveniji pri prebivalcih, ki so stari nad 60 let, potrebovalo manjši obseg in sicer okoli 100 tisoč oseb, za večji obseg storitev dolgotrajne oskrbe pa okoli 40 tisoč oseb. V kolikor se bo nadaljeval trend podaljševanja življenjske dobe in ne bo prihajalo do izboljšanja zdravstvenega stanja, pa bo do leta 2015 v Sloveniji med 60 in 65 tisoč oseb, ki bodo potrebovale storitve dolgotrajne oskrbe (Predlog zakona o dolgotrajni oskrbi, 2006, str. 12).

Tabela 9: Število oseb vključenih v različne oblike in število prejemnikov različnih vrst denarnih prejemkov za dolgotrajno oskrbo v letu 2007

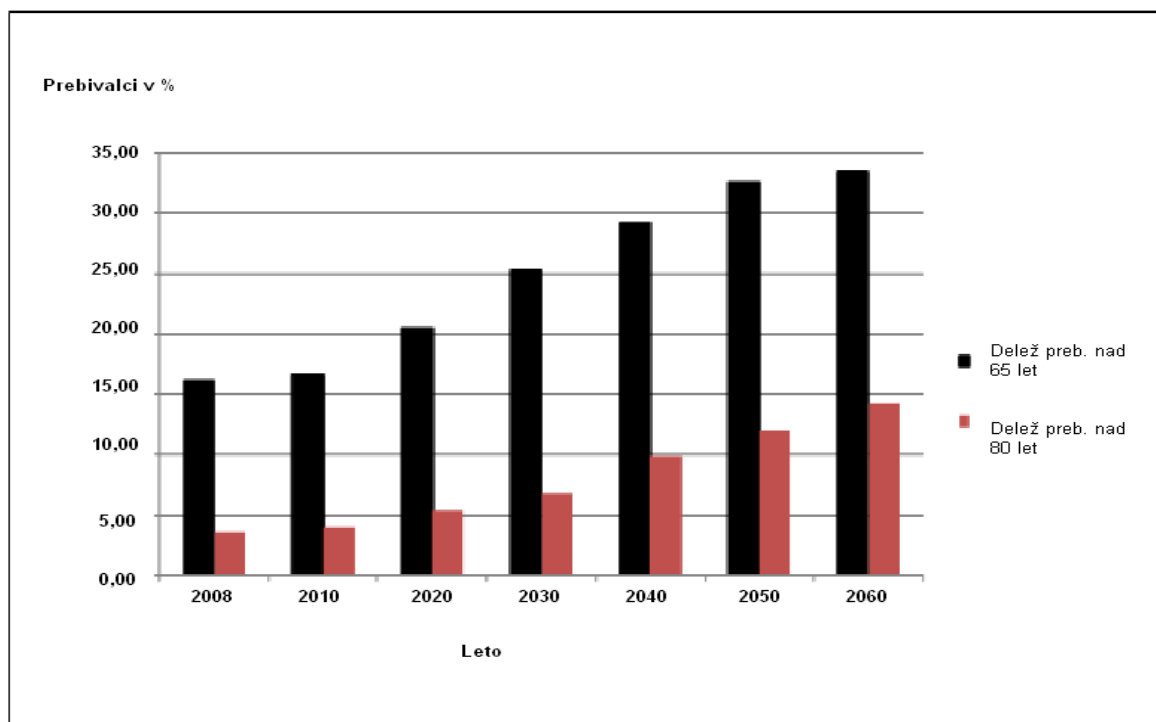
DOLGOTRAJNA OSKRBA - STORITVE	
VRSTA DOLGOTRAJNE STORITVE	ŠTEVILO VKLJUČ. OSEB
Institucionalno varstvo starejših	14.232
Institucionalno varstvo posebnih skupin	3.340
Patronažno varstvo in zdravstvena nega na domu	ni podatka
Neakutna bolnišnična obravnava	ni podatka
Storitve pomoči na domu in osebne asistence	5.810
Družinski pomočnik	900
SKUPAJ	24.282
DOLGOTRAJNA OSKRBA - DENARNI PREJEMKI	
VRSTA DENARNEGA PREJEMKA DOLGOTRAJNE OSKRBE	ŠTEVILO PREJEMNIKOV
Dodatek za pomoč in postrežbo po predpisih pokojninskega in invalidskega zavarovanja	29.288
Dodatek za pomoč in postrežbo prejemniki denarne socialne pomoči	322
Dodatek za tujo nego in pomoč po predpisih o družbenem varstvu telesno in duševno prizadetih oseb	4.301

Dodatek za pomoč in postrežbo po predpisih o vojnih invalidih in veteranih	485
SKUPAJ	34.396

Vir: Nacionalno poročilo o strategijah socialne zaščite in socialnega vključevanja za obdobje 2008–2010 (2008, str. 103).

EUROSTAT je pripravil projekcije prebivalstva, ki kažejo, da bo do leta 2060 že okoli 33 % oseb starih nad 65 let, ter približno 14 % oseb starejših od 80 let, ki bodo potrebovale tujo pomoč. To nazorno prikazuje Slika 2. Ti podatki veljajo ob predpostavki, da se zdravstveno stanje prebivalstva občutno ne izboljša ter da se nadaljuje podaljševanje pričakovane povprečne življenjske dobe.

Slika 2: Projekcija gibanja deleža prebivalstva nad 65 let in 80 let v RS za obdobje 2008–2060



Vir: Predlog zakona o dolgotrajni oskrbi (2010, str. 6).

Ocena potreb za Slovenijo kaže, da dolgotrajne oskrbe ne bomo mogli več reševati na sedanji način. Če nadaljujemo pretežno samo z institucionalno obliko pomoči, se morajo zmogljivosti domov za starejše ter ostalih socialnih zavodov povečati za trikrat. Tega si Slovenija ob svoji ekonomski moči ne more privoščiti, saj bi takšen podvig zahteval precejšnja investicijska sredstva. Zraven prostorskih zmogljivosti pa institucionalna oskrba zahteva tudi določen kader. Že sedaj je v institucionalnih ustanovah zaposlenih preko 8

tisoč ljudi. Ob predpostavki, da kapacitete povečamo, bi to pomenilo tudi trikratno povečanje kadra. Tolikšnega kadra v Sloveniji ni in bi ga bilo potrebno izšolati. Rešitve se kažejo predvsem v razvijanju oskrbe na domu. Zelo pomembno za uporabnike oskrbe na domu je tudi dejstvo, da je ta oblika storitev precej cenejša kot institucionalna oblika. Vključevanje svojcev, znancev in prostovoljcev v izvajanje dolgotrajne oskrbe na domu pa bi bil pomemben prispevek h krepitvi zavesti. Pomembno je, da se v družini poskrbi za vsakega člana, kar pa pripomore k uresničevanju načela o primarni odgovornosti družine za pomoč svojcu, ki ni zmožen več poskrbeti zase (Predlog zakona o dolgotrajni oskrbi, 2006, str. 13).

4 REFORMA SISTEMA DOLGOTRAJNE OSKRBE

4.1 RAZLOGI ZA REFORMO SISTEMA DOLGOTRAJNE OSKRBE

Slovenija se je reševanja problema dolgotrajne oskrbe lotila na različne načine (Predlog zakona o dolgotrajni oskrbi, 2006, str. 6–7):

- z ustanavljanjem in širjenjem zmogljivosti domov za starejše občane;
- z zagotavljanjem finančne pomoči, v obliki dodatka za postrežbo in pomoč;
- z izvajanjem določene oblike pomoči na domu, ki jo nudijo centri za socialno delo; domovi za starejše ter specializirani zavodi;
- patronažna služba z izvajanjem zdravljenja in zdravstvene nege na domu;
- dnevni centri;
- družinski pomočniki.

Vse te oblike ne zadoščajo več, saj je povpraševanje večje kot ponudba, ki pa je za nekatere ljudi težko sprejemljiva tako iz finančnega kot tudi socialnega vidika, saj to za njih pomeni izločitev iz domačega okolja. Razlogov za reformo sistema dolgotrajne oskrbe je več. Eden izmed njih izhaja iz ugotovitev o premalo učinkoviti ureditvi dolgotrajne oskrbe, kar je med drugimi tudi posledica neustrezne zakonodaje, saj dolgotrajno oskrbo ureja več zakonov. Za vse osebe, ki so odvisne od tuje pomoči, zakonodaja ne daje možnosti zadovoljevanja njihovih potreb, saj se pojavljajo neupravičene razlike v dosegu teh pravic.

Sprememba zakonodaje bi Sloveniji prinesla številne pozitivne ukrepe (Predlog zakona o dolgotrajni oskrbi, 2006, str. 3):

- osredotočili bi se na oskrbo na domu, kar bi pomenilo, da bi ta storitev bila za uporabnike bolj dostopna ter enakomernejša;
- vse storitve bi bile dostopne iz enega mesta;
- Ne glede na kraj domovanja ter vrsto pomoči, bi upravičenci dosegli izenačenost pravic;
- dosežena bi bila večja učinkovitost in s tem tudi transparentnost sredstev, ki so namenjena dolgotrajni oskrbi;
- izvajalci dolgotrajne oskrbe bi se povezali v sistem, ki bi bil racionalen, funkcionalno dovršen ter učinkovit;
- spodbudilo bi se družine k izvajanju oskrbe
- Financiranje dolgotrajne oskrbe bi bilo solidarno;
- socialna varnost bi se povečala zaradi uvedbe posebnega zavarovanja za dolgotrajno oskrbo.

Eden od razlogov za reformo sistema dolgotrajne oskrbe je tudi, da vsem osebam, ki so potrebne tuje pomoči, niso dane enake možnosti zadovoljevanja njihovih potreb. To se najbolj kaže med mesti in podeželjem. Poseben razlog je potreba po večji socialni varnosti

ter izboljšanju kakovosti življenja oseb, ki so odvisne od pomoči drugih oseb. Vse večja je potreba po vključevanju svojcev, kar pomeni, da je nujno potrebna medgeneracijska pomoč. Pri reformi sistema dolgotrajne oskrbe ne gre le za osebe in družine, ki že potrebujejo pomoč. Gre predvsem za kasnejše generacije, saj kot kažejo demografski trendi, bo starejših oseb precej več, kot jih je danes. Že sedaj ni dolgotrajna oskrba zagotovljena vsem, zato se je na prihodnost potrebno pripraviti (Predlog zakona o dolgotrajni oskrbi, 2006, str. 4).

4.2 PREDLOG ZAKONA O DOLGOTRAJNI OSKRBI IN ZAVAROVANJA ZA DOLGOTRAJNO OSKRBO

4.2.1 POMEN

Zakon o dolgotrajni oskrbi in zavarovanju za dolgotrajno oskrbo predstavlja zelo pomembno in veliko inovacijo. S sprejetjem bo prinesel veliko novosti, zato je potrebno s premislekom snovati novo zakonodajo ter ga uvajati postopoma (Flaker et al., 2010, str. 70). Nov sistem bo potrebno povezati že z obstoječimi sistemi (zdravstveno in socialno zavarovanje, socialno in zdravstveno varstvo). Paziti bo potrebno, da ti sistemi ne prevladajo in uveljavijo svoje logike, saj se bo vzpostavil nov steber socialne varnosti, ki bo pomenil zavarovanje za primer potrebe po drugi pomoči. Potreba po ureditvi te veje socialne varnosti je nujna, saj je vedno več ljudi, ki potrebujejo dolgotrajno oskrbo ter vedno manj ljudi, ki bi nudili takšno pomoč. Pri zavarovanju za dolgotrajno oskrbo ne bo merilo delovna doba, višina plače in podobno, pač pa bodo merilo potrebe posameznika. Pomembna bo potreba po tuji oskrbi in količina potrebnih storitev.

V sedanjem sistemu zdravstvena blagajna plača standardne storitve uporabnikom v okviru zdravstvenega in socialnega varstva. Nov sistem bo omogočal neposredno in individualizirano plačevanje storitev, kar pomeni, da uporabnik ne bo več le upravičenec ampak tudi naročnik storitev. To pomeni za uporabnike tudi kakovostnejše storitve (Flaker et al., 2010, str. 71).

4.2.2 DEJAVNOST DOLGOTRAJNE OSKRBE

Predlog zakona predvideva naslednje oblike izvajanja dolgotrajne oskrbe (Predlog zakona o dolgotrajni oskrbi, 2010, str. 15):

- dolgotrajna oskrba na domu;
- institucionalna dolgotrajna oskrba (celodnevno ali v krajšem trajanju podnevi ali ponoči);
- kombinirana dolgotrajna oskrba, ki je kombinacija prve in druge oblike oskrbe.

Kot posebna oblika izvajanja dolgotrajne oskrbe na domu je tudi pomoč, ki jo nudi osebni pomočnik.

Storitve dolgotrajne oskrbe so (Predlog zakona o dolgotrajni oskrbi, 2010, str. 15):

- storitve, namenjene pomoči pri opravljanju temeljnih dnevnih opravil;

Pod temeljna dnevna opravila spadajo prehranjevanje in pitje, osebna higiena, oblačenje in slačenje, izločanje in odvajanje, gibanje ter spanje in počitek. Ta opravila so nujna za ohranjanje in vzdrževanje življenjskih funkcij.

- storitve, namenjene pomoči pri opravljanju podpornih dnevnih opravil;

Podporna dnevna opravila vključujejo predvsem gospodinjska in druga hišna opravila, kot so: nakupovanje, kuhanje, pranje, urejanje bančnih poslov, poštnih ali telefonskih storitev, povezava z okoljem s pomočjo telekomunikacijskih naprav, prevoz in spremljanje in druga opravila, povezana z izvajanjem temeljnih dnevnih opravil. Ta opravila omogočajo posamezniku živeti neodvisno v domačem ali drugem okolju čim dlje.

- rehabilitacija;

Storitve, ki jih zagotavlja rehabilitacija so storitve, ki se izvajajo kot telesne aktivnosti, storitve na področju komunikacije, storitve na psihosocialnem področju ter storitve na področju kognitivnega funkcioniranja. Te storitve so namenjene temu, da pripravijo posameznika do stopnje, ki pri posamezniku v največji možni meri zmanjšuje odvisnost od pomoči druge osebe. Pogoj za pridobitev te pravice je končana medicinska rehabilitacija.

- svetovanje in učenje;

To so strokovno svetovanje in učenje upravičenca in svojcev ter uporabe različnih pripomočkov, opreme in veščin, ki so potrebne za izvajanje dolgotrajne oskrbe oziroma zmanjšujejo potrebo po njej.

Storitve in pravice, ki niso dolgotrajna oskrba, pač pa se krijejo v skladu s področnimi predpisi so (Predlog zakona o dolgotrajni oskrbi, 2010, str. 8):

- zdravila, zdravljenje ter medicinsko-tehnični pripomočki izhajajo iz pravic obveznega in prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja;
- razni programi usposabljanja, ki izhajajo iz pravic socialnega varstva;
- iz predpisa o usmerjanju otrok s posebnimi potrebami izhajajo še programi vzgoje in izobraževanja;
- pravice, ki jih po zakonu ureja znakovni jezik;
- iz naslova rehabilitacije in zaposlovanja invalidov, razni programi in ukrepi;
- razni programi in storitve ter pravice, ki izhajajo iz drugih predpisov, ki urejajo področje pravic oseb, ki so potrebni pomoči.

Upravičenec je v okviru dolgotrajne oskrbe na domu ali v institucionalni ali kombinirani dolgotrajni oskrbi, sam dolžan kriti stroške nastanitve, bivanja in prehrane. Upravičenec do dolgotrajne oskrbe ima možnost izbire uveljavljanja, oblike in izvajalca dolgotrajne oskrbe. Pravice do storitev lahko uveljavlja kot plačilo storitev oskrbe v obsegu in okviru standardov kot denarno nadomestilo, kot kombinacijo denarnega nadomestila in plačila storitev, ali pa kot plačilo pravic do osebnega pomočnika. Med oblikami pa lahko izbira med dolgotrajno oskrbo na domu, institucionalno dolgotrajno oskrbo ter kombinirano dolgotrajno oskrbo.

4.2.3 OBVEZNO ZAVAROVANJE

Obvezno zavarovanje za dolgotrajno oskrbo (v nadaljnjem besedilu: obvezno zavarovanje) je socialno zavarovanje. Temelji zavarovanja izhajajo iz načela solidarnosti, prav tako pa iz odgovornosti posameznika, da zagotavlja lastno socialno varnost ter socialno vastnost svojih družinskih članov. V okviru standardov pripada upravičencu pravica do plačila storitev dolgotrajne oskrbe. Oseba se vključi v obvezno zavarovanje takrat, ko pridobi status zavarovane osebe v obveznem zdravstvenem zavarovanju v Republiki Sloveniji. Zavarovanci in drugi zavezanci za plačilo prispevka so dolžni izpolnjevati svoje obveznosti do obveznega zavarovanja, zavarovane osebe pa lahko uveljavljajo pravice iz obveznega zavarovanja (Predlog zakona o dolgotrajni oskrbi, 2010, str. 1).

Pogoji za uveljavljanje pravic iz obveznega zavarovanja so (Predlog zakona o dolgotrajni oskrbi, 2010, str. 11):

- da je oseba stara 70 let ali več, zavarovana najmanj 1 leto, zanjo pa je bil ves ta čas plačan prispevek za obvezno zavarovanje;
- da je oseba stara 60 let in več, vendar ne več kot 70 let, zavarovanja najmanj 2 leti, zanjo pa je bil ves ta čas plačan prispevek za obvezno zavarovanje;
- da je oseba mlajša od 60 let, zavarovana najmanj 3 leta, zanjo pa je bil ves ta čas plačan prispevek za obvezno zavarovanje.

Obvezno zavarovanje zavarovani osebi zagotavlja kritje stroškov storitev dolgotrajne oskrbe, kritje stroškov za prilagoditev stanovanja ter plačilo pripomočkov za izvajanje dolgotrajne oskrbe. Obstaja več načinov kritja stroškov storitev dolgotrajne oskrbe, katere lahko zavarovanja oseba uveljavlja bodisi kot plačilo storitev dolgotrajne oskrbe v okviru standardov, ki so določeni po Predlogu zakona o dolgotrajni oskrbi, ali pa kot denarno nadomestilo. Možna je tudi kombinacija plačila storitev dolgotrajne oskrbe in denarnega nadomestila. Kritje stroškov se lahko uveljavlja tudi kot plačilo pravic osebnega pomočnika.

Pravico do plačila za storitev dolgotrajne oskrbe ima upravičenec, ki izbere izvajalca v mreži javne službe. Obvezno zavarovanje zagotavlja upravičencu plačilo storitev nad zneskom 230 evrov (temelji na izračunu, da si mora vsak uporabnik plačati sam 12 ur dolgotrajne oskrbe na domu na mesec, trenutno storitev pomoči na domu stane povprečno 19 evrov) priznane cene paketa storitev za vsak koledarski mesec (Predlog zakona o dolgotrajni oskrbi, 2010, str. 85). Če upravičenec izbere osebnega pomočnika, mu pravica plačila za storitev dolgotrajne oskrbe ne pripada.

Pravico do denarnega nadomestila za dolgotrajno oskrbo ima upravičenec, ki izbere izvajalca izven mreže javne službe. Denarno nadomestilo znaša 40 % priznane cene paketa storitev, ki ga mesečno izplačuje Zavod za zdravstveno zavarovanje in dolgotrajno oskrbo Slovenije (v nadaljevanju: Zavod). Upravičenec je dolžan denarno nadomestilo uporabljati za storitev dolgotrajne oskrbe. Upravičenec lahko uveljavlja pravico do osebnega pomočnika, vendar v tem primeru nima pravice do denarnega nadomestila. Ima

pa pravico do prilagoditve stanovanja in do pripomočkov, pravico do zdravstvenih storitev ter storitev rehabilitacije. Kriterije za ugotavljanje upravičenosti do pravic iz obveznega zavarovanja določi Zavod po predhodnem mnenju nacionalnega strokovnega sveta ter ob soglasju pristojnih ministrstev. Če si upravičenec izbere višji standard storitev, mora sam plačati razliko med zneskom, ki ga zagotavlja obvezno zavarovanje ter zneskom nadstandarda (Predlog zakona o dolgotrajni oskrbi, 2010, str. 85-87).

4.2.4 IZVAJALCI STORITEV DOLGOTRAJNE OSKRBE

Dolgotrajno oskrbo izvajajo poklicni in nepoklicni izvajalci. Med poklicne izvajalce uvrščamo javne zavode za izvajanje dolgotrajne oskrbe (v nadaljevanju: javni zavodi), pravne in fizične osebe, ki imajo koncesijo za izvajanje dolgotrajne oskrbe ter pravne in fizične osebe, ki imajo dovoljenje za izvajanje dolgotrajne oskrbe. Poklicni izvajalci so dolžni zagotavljati izvajanje vseh vrst storitev, ki so vključene v dolgotrajno oskrbo. Poleg dolgotrajne oskrbe lahko izvajajo tudi socialno varstvene oziroma zdravstvene storitve. Nepoklicni izvajalci so osebni pomočnik, svojci upravičenca, osebe, ki te storitve izvajajo kot osebno dopolnilno delo ter nevladne organizacije, ki imajo status društva v javnem interesu na področju socialnega ali zdravstvenega varstva. Nepoklicni izvajalci morajo biti ustrezno usposobljeni izvajajo pa lahko le storitve, ki so določene v individualnem načrtu.

4.2.4.1 Izvajalci v mreži javne službe

Izvajalci v mreži javne službe so poklicni izvajalci. Mednje spadajo javni zavodi, pravne in fizične osebe, s koncesijo. Financirajo se iz sredstev obveznega zavarovanja. Med javne zavode sodijo (Predlog zakona o dolgotrajni oskrbi, 2010, str. 89):

- oskrbni domovi, ki izvajajo celodnevno in nočno oskrbo, zagotavljajo tudi bivanje in prehrano;
- zavodi za oskrbo na domu, ti izvajajo oskrbo na domu;
- dnevni centri, izvajajo le dnevno oskrbo ter nudijo prehrano.

Javne zavode ustanovi država za izvajanje institucionalne dolgotrajne oskrbe ter občina za izvajanje dolgotrajne oskrbe na domu.

Pravne in fizične osebe lahko pridobijo koncesijo za izvajanje dolgotrajne oskrbe pod naslednjimi pogoji (Predlog zakona o dolgotrajni oskrbi, 2010, str. 30):

- morajo imeti ustrezne kadre ter opremo;
- da nimajo prepovedi izvajanje storitev dolgotrajne oskrbe;
- imajo zagotovljene dejavnosti ustrezne kadre in opremo;
- izvajanju kombinirane ali institucionalne dolgotrajne oskrbe, morajo imeti ustrezne prostore.

4.2.4.2 Izvajalci izven mreže javne službe

Izvajalci izven mreže javne službe so pravne in fizične osebe. Pridobljeno morajo imeti dovoljenje za izvajanje dolgotrajne oskrbe. Ena izmed oblik izvajalca izven mreže javne službe je tudi osebni pomočnik. Osebni pomočnik je fizična oseba. Imeti mora opravljen program usposabljanja po predpisih. Pravice osebnega pomočnika so pravica do delnega plačila za izgubljeni dohodek, pravica do počitka ter pravica do vključitve v socialna zavarovanja. Pomoč, ki jo nudi pa mora biti v skladu z individualnim načrtom (Predlog zakona o dolgotrajni oskrbi, 2010, str. 39). Druga oblika izvajalcev izven mreže javne službe pa so nepoklicni izvajalci. Dejavnost dolgotrajne oskrbe opravljajo kot dopolnilno delo. Imeti morajo opravljen program usposabljanja po predpisih, če je tako določeno v individualnem načrtu. V večini primerov so ti izvajalci svojci upravičenca. Pripada jim storitev svetovanja ter učenja. Ostali izvajalci so izvajalci v okviru nevladne organizacije. Ti izvajalci nimajo koncesije ali dovoljenja za opravljanje dejavnosti dolgotrajne oskrbe, vendar pa morajo obvezno imeti opravljen program usposabljanja po predpisih (Predlog zakon o dolgotrajni oskrbi, 2010, str. 48).

4.2.5 POSTOPKI IN NAČIN URESNIČEVANJA PRAVIC IZ OBVEZNEGA ZAVAROVANJA ZA DOLGOTRAJNO OSKRBO

Sedaj se različne vrste pravic iz dolgotrajne oskrbe uveljavljajo na različnih obrazcih in različnih področjih. Zakon predvideva enotno vlogo za pridobitev pravic iz obveznega zavarovanja. Vlogo se vloži na območni enoti Zavoda. Zavod določi koordinatorskega za dolgotrajno oskrbo, kateri po predhodnem pogovoru z upravičencem, pripravi individualni načrt za osebo, ki potrebuje dolgotrajno oskrbo. Koordinator mora pridobiti vse potrebne podatke, načrt pa predstaviti komisiji dolgotrajne oskrbe. Po strinjanju s predlogom komisije Zavod izda odločbo zavarovani osebi, s katero odloči o pravicah, ki izhajajo iz individualnega načrta.

Koordinatorji dolgotrajne oskrbe opravljajo naloge svetovanja in pomoči. Izvajajo naloge organizacije dolgotrajne oskrbe in sodeluje pri delu komisije. Najpomembnejše naloge koordinatorja so (Predlog zakona o dolgotrajni oskrbi, 2010, str. 40):

- da v sodelovanju s pristojnimi socialnimi službami v bolnišnici ali pri tistem, ki izvaja dolgotrajno oskrbo pomaga zagotoviti zavarovani osebi primerno zdravstveno in socialno oskrbo, velja za prehodno obdobje;
- da pomaga pri pripravi vloge;
- da seznanijo zavarovano osebo kakšne oblike dolgotrajne oskrbe obstajajo;
- da vključi zavarovano osebo v pripravo individualnega načrta;
- da v sodelovanju z zavarovano osebo pripravi predlog individualnega načrta;
- da upošteva predlog zavarovane osebe pri iskanju izvajalca dolgotrajne oskrbe;
- če se stanje zavarovane osebe spremeni, da pripravi predlog o ponovni oceni potreb po dolgotrajni oskrbi.

Individualni načrt je upravičencu prilagojen načrt storitev in drugih pravic. Načrt vsebuje oceno potreb upravičenca glede na kriterije, ki jih pridobi koordinator ter vse ostale

potrebne podatke. Temeljiti mora na želji upravičenca glede oblike dolgotrajne oskrbe, izvajalca ter glede pravic iz obveznega zavarovanja, katere želi uveljavljati.

4.2.6 VIRI FINANCIRANJA

Dolgotrajna oskrba se financira iz javnih virov. To so sredstva Zavoda, sredstva državnega proračuna in občinskih proračunov ter zasebnih virov. Sredstva zasebnih virov so sredstva, ki jih upravičenci ali drugi zavezanci za plačilo pravic dolgotrajne oskrbe namenjajo za dolgotrajno oskrbo (Predlog zakona o dolgotrajni oskrbi, 2010, str. 46).

Pravice iz obveznega zavarovanja se financirajo z naslednjimi sredstvi (Predlog zakona o dolgotrajni oskrbi, 2010, str. 56):

- s plačili prispevkov za obvezno zavarovanje, katere plačajo upravičenci ali drugi zavezanci za plačilo pravic dolgotrajne oskrbe (prispevek v višini 230 evrov);
- iz proračuna Republike Slovenije;
- z donacijami pravnih in fizičnih oseb, katera sredstva lahko uveljavljajo kot davčno olajšavo po predpisih, ki urejajo dohodnino;
- z drugimi prihodki Zavoda.

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 bolezen in poškodbe izven dela. Prispevke za obvezno zavarovanje zavezanci plačujejo Zavodu.

4.2.7 KAKOVOST IN VARNOST STORITEV DOLGOTRAJNE OSKRBE

Kakovost in varnost storitev morajo zagotavljati Zavod ter pristojni ministrstvi. Za izboljšanje kakovosti morajo sprejeti potrebne ukrepe. Javnost je potrebno seznaniti, kakšen pomen ima dolgotrajna oskrba za celotno družbo in kako nujna je medgeneracijska solidarnost. Na predlog nacionalnega strokovnega sveta, Zavod v soglasju s pristojnima ministrstvoma določi minimalne standarde kakovosti in varnosti. Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve vodi evidenco poklicnih izvajalcev dolgotrajne oskrbe, evidenco osebnih pomočnikov pa vodi Zavod. Strokovni nadzor nad izvajanjem dolgotrajne oskrbe izvajata Ministrstvo za zdravje ter Socialna inšpekcija (Predlog zakona o dolgotrajni oskrbi, 2010, str. 56).

4.2.8 ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE IN DOLGOTRAJNO OSKRBO SLOVENIJE

Predvideno je, da se Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije preoblikuje v Zavod za zdravstveno zavarovanje in dolgotrajno oskrbo. Ta zavod opravlja naloge iz področja obeh vrst zavarovanj. Glavne naloge so: vodenje evidenc, vključevanje in preverjanje statusa zavarovancev, sklepanje pogodb z izvajalci dolgotrajne oskrbe ter zbiranje sredstev za obvezno zavarovanje. Zaradi boljše dostopnosti ima Zavod območne enote. Sredstva, zbrana iz naslova obveznega zavarovanja za dolgotrajno oskrbo, se vodijo ločeno od

sredstev, ki so namenjena zdravstvenemu zavarovanju. Zavod mora po eni strani vzpostaviti zavarovanje, mora postaviti posebno zavarovalno hišo, zagotoviti evidenco zavarovancev, zbirati prispevke, poslovati z zbranim denarjem itd. Po drugi strani pa mora skrbeti za distribucijo sredstev, se pravi za ugotavljanje upravičenosti, plačevanje storitev, izplačila denarnih nadomestil ipd. Zagotoviti mora organizacijo dolgotrajne oskrbe, vzpostaviti nekatere storitve, jih načrtovati, zagotoviti izvajanje in spremljanje storitev in nenazadnje usklajevati izvajalce itd. (Flaker et al., 2010, str. 88–89).

4.3 CILJI, NAČELA IN GLAVNE REŠITVE IZ PREDLOGA ZAKONA

Glavni cilj je izboljšati kakovost življenja oseb, ki so odvisne od tuje pomoči pri opravljanju vsakdanjih življenjskih aktivnosti ter povečati socialno varnost. Za doseg tega cilja pa je potrebno doseči še druge cilje (Predlog zakona o dolgotrajni oskrbi, 2010, str. 6).

- po načelu humanosti in racionalnosti pri organiziranju je eden od ciljev preusmeritev od institucionalne oblike pomoči k oskrbi na domu. Za to obliko izvajanja dolgotrajne oskrbe bi bilo potrebno vključevanje družine in njenih članov ter nepoklicnih izvajalcev, za kar bi ti izvajalci dobili s strani Zavoda določeno podporo. S tem bi razbremenili ženske, ki so največkrat nepoklicni izvajalci, vzdrževanim osebam pa bi omogočili, da čim dlje ostanejo v svojih domovih.
- eden izmed ciljev je zagotoviti dostopnost do dolgotrajne oskrbe vsem prebivalstvu pod enakimi pogoji. To pomeni odpraviti razlike v možnostih uveljavljanja potreb po dolgotrajni oskrbi zlasti med mesti in podeželjem.
- cilj je tudi uvesti solidarnostno financiranje dejavnosti dolgotrajne oskrbe, kar pomeni, da za potrebe ne bi koristili le javnih sredstev temveč tudi zasebna sredstva uporabnikov.
- da bi dosegli čim večjo kakovost in učinkovitost ter zadovoljstvo zavezancev pa je potrebno izvajalce dolgotrajne oskrbe povezati v enoten in celovit sistem, kar je tudi eden izmed ciljev.

Iz Predloga zakona o dolgotrajni oskrbi je pričakovati, da bo nov sistem potreboval več osebja. Večina storitev dolgotrajne oskrbe ni visoko strokovno zahtevna, gre namreč za spretnosti, gospodinjske pomoči, osnovnih negovalnih dejavnosti, spremljanja, druženja itd. (Flaker et al., 2010, str. 154). Predvideva se, da bodo to delo opravljale predvsem ženske. Predlog zakona o dolgotrajni oskrbi ima trojno nalogo: zagotoviti sredstva za izvajanje dolgotrajne oskrbe, ustvariti organizacijo dolgotrajne oskrbe ter določiti postopek, ki omogoča zavarovancem, da uveljavijo pravice in si zagotovijo potrebne storitve (Flaker et al., 2010, str. 72).

4.4 STANJE ZAKONA DANES IN PREDVIDENE SPREMEMBE POVEZANE Z NJIM

Dolgotrajna oskrba se v Slovenji že izvaja, vendar v različnih sistemsko neurejenih oblikah. Storitve dolgotrajne oskrbe in obseg sta za posamezno obliko zelo različna.

Podobno velja tudi za višino denarnih prejemkov, kateri spadajo v dolgotrajno oskrbo. Dolgotrajna oskrba se izvaja v obliki institucionalnega varstva, predvsem domov za starejše. V domači oskrbi se izvaja kot pomoč na domu, za invalidne osebe pa z družinskim pomočnikom in osebno asistenco. Posebna oblika zgolj denarne pomoči pa je dodatek za pomoč po Zakonu o pokojninskem in invalidskem zavarovanju in postrežbo in dodatek za tujo nego in pomoč po Zakonu o družbenem varstvu telesno in duševno prizadetih oseb (Koprivnikar, 2010a).

Pomanjkljivosti trenutnega sistema se kažejo v tem, da (Peternelj in Dominkuš, 2011):

- ni enotnega sistema za obstoječe storitve in prejemke;
- v praksi ni integriranih storitev (zdravstvo, sociala) oz. ni najboljše koordinacije med službami, ki storitve zagotavljajo;
- je obseg pravic odvisen od formalne podlage in vrste storitev;
- je neenakomerno razvita mreža (manjša dostopnost do storitev na nekaterih območjih);
- je pomanjkljiv nadzor in neaktivna vloga uporabnika oz. družine;
- je premajhna ponudba storitev v bivalnem okolju, kot so: dnevni centri, pomoč na domu, v večini samo institucionalna oblika varstva;

Z Zakonom o dolgotrajni oskrbi bomo te pomanjkljivosti odpravili (Peternelj in Dominkuš, 2011).

- zakon bo urejal dejavnost dolgotrajne oskrbe in sistem zavarovanja za dolgotrajno oskrbo. Dejavnost dolgotrajne oskrbe vključuje integrirane družbene, skupinske in individualne aktivnosti, ukrepe in storitve dolgotrajne oskrbe, denarna nadomestila in druge pravice.
- vstop uporabnika v sistem bo omogočen skozi "ena vrata" in s pomočjo koordinatorja dolgotrajne oskrbe. Zakon bo urejal dejavnost dolgotrajne oskrbe in sistem zavarovanja za dolgotrajno oskrbo. Zagotovljeno bo individualno načrtovanje storitev dolgotrajne oskrbe skladno s potrebami uporabnika.
- javna mreža integrirane dolgotrajne oskrbe bo posamezniku zagotovila enakomerno dostopnost do kakovostnih storitev.
- z zakonom bodo vzpostavljeni mehanizmi za spodbujanje aktivnosti nevladnih organizacij in prostovoljcev, s katerimi se bo povečala socialna vključenost posameznika, hitrejše prepoznavanje potreb po dolgotrajni oskrbi in zmanjšala izolacija in osamljenost;
- izvajanje dolgotrajne oskrbe bo prednostno potekalo na uporabnikovem domu, in sicer v formalnih in neformalnih oblikah.
- financiranje storitev bo temeljilo na solidarnosti in vzajemnosti in bo omogočilo pravičnost in dostopnost do storitev prejemkov dolgotrajne oskrbe.
- Predvidene vire sredstev za zagotavljanje izvajanja pravic, ki bodo izhajale iz obveznega zavarovanja, bodo zagotovili delodajalci in zavarovanci.

Po novem zakonu je upravičenec, ki je vključen v obvezno zdravstveno zavarovanje, vključen tudi v obvezno zavarovanje. Zavarovanje se financira s prispevki, ki bi jih

plačevali zavarovanci in delodajalci. V okviru obveznega zavarovanja je upravičenec upravičen do kritja stroškov storitev dolgotrajne oskrbe v obsegu standardov ali do denarnega nadomestila ali pa kombinacije prej omenjenih storitev. Obvezno zavarovanje krije tudi stroške za prilagoditev stanovanja, pravico do plačila osebnega pomočnika ter plačilo pripomočkov za izvajanje dolgotrajne oskrbe. Upravičenec ali njegovi zavezanci plačujejo tudi odbitni znesek v višini 230 evrov. Upravičenec ima pravico do uveljavljanja pravic pod pogojem, da je potreba po tuji pomoči vsaj štiri ure tedensko in traja več kot tri mesece. Po prejetju vloge zavod določi koordinatorskega, ki na podlagi zbranih podatkov izdelal individualni načrt (ocena potreb, oblika oskrbe ...). Izvajalca dolgotrajne oskrbe si upravičenec izbere sam. Zavod na podlagi mnenja komisije izda odločbo, s katero odločil o pravicah iz individualnega načrta (Predlog zakona o dolgotrajni oskrbi, 2010, str. 10–69).

5 MNENJA, PRIPOMBE IN PREDLOGI DOLOČENIH INSTITUCIJ NA PREDLOG ZAKONA O DOLGOTRAJNI OSKRBI

5.1 ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE SLOVENIJE

Po mnenju Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, kot enega od predlagateljev predloga, bi se z uvedbo posebnega zavarovanja za dolgotrajno oskrbo Slovenija uvrstila v krog držav, ki imajo to področje sistemsko urejeno (Toth, 2009, str. 24). Z zavarovanjem za dolgotrajno oskrbo bi nudila pomoč osebam, ki so onemogle in potrebujejo tujo pomoč. Pomoč bi nudili tudi ostalim socialnim tveganjem (materinstvo, bolezen, poškodba, invalidnost, starost), katerim je izpostavljen človek tekom življenja. S tem bi bil zagotovljen ustrezen obseg in kakovost storitev na področju dolgotrajne oskrbe. Z uvedbo zavarovanja za dolgotrajno oskrbo, bi prišlo do sprememb tudi na področju obveznega zdravstvenega ter invalidskega in pokojninskega zavarovanja ter tudi na drugih področjih socialne varnosti.

V ZZZS si od uveljavitve novega zakona obetajo predvsem jasno razmejitev našega področja od področja dolgotrajne oskrbe v smislu organizacije služb, glede opredelitve in zagotavljanja pravic zavarovanim osebam iz enega in drugega zavarovanja ter jasne razmejitev v prispevkih in virih za eno in drugo zavarovanje. Vsako od teh zavarovanj bi razpolagalo in upravljalo z lastnimi sredstvi, v okviru katerih bi tudi uravnavalo pravice zavarovanih oseb in urejalo odnose z izvajalci storitev. S tem novim zavarovanjem bi dosegli tudi izenačenje pravic in pogojev njihovega uresničevanja ne glede na kraj bivanja ali obliko pomoči (na domu ali institucionalno), ki jo oseba potrebuje (Toth, 2009, str. 24).

Z uvedbo Zakona o dolgotrajni oskrbi in zavarovanju za dolgotrajno oskrbo, bi dobili novo vlogo tudi socialno varstveni zavodi. Kot izvajalci institucionalne oblike storitev, bi bili tudi izvajalci dolgotrajne oskrbe na domu za širša območja. S to pridobitvijo pa bi morali postopoma spremeniti tudi vsebine programov, njihove kadrovske zmogljivosti ter navsezadnje tudi cene storitev.

5.2 INŠTITUT ANTONA TRSTENJAKA

Po mnenju Inštituta Antona Trstenjaka (Inštitut Antona Trstenjaka, Firis Imperl & CO. d. n. o., 2010) je nujno potrebno sprejeti Zakon o dolgotrajni oskrbi, ki bo celovito uredil to področje v Sloveniji. Namreč glede urejenosti sistema ter razvoju programov, Slovenija v primerjavi z ostalimi evropskimi državami zaostaja. Predlog Zakona o dolgotrajni oskrbi in zavarovanju za dolgotrajno oskrbo ima po njihovem mnenju nekatere dobre rešitve. Ena izmed njih je da uvaja enotnost financiranja storitev dolgotrajne oskrbe. To pomeni, da tiste osebe, ki jim oskrbo nudijo svojci ali imajo javno oskrbo na domu ali so v domu za starejše, tako zasebnem kot javnem, niso več v neenakopravnem položaju. S tem se ne

glede na način oskrbe, starost ali kraj bivanja, vzpostavlja enakopravnost. Druga dobra rešitev, ki izhaja iz predloga zakona je, da posameznik lahko izbira vrsto dolgotrajne oskrbe, kar pomeni, da ga iz naslova financ postavlja v neodvisen položaj glede izvajalcev oskrbe. Tretja rešitev je poudarek ter prednost na oskrbi na domu, kateri pripada tudi javna in strokovna pomoč. S tem, tako kot druge evropske države, uskladimo nesorazmerje med oskrbo na domu in institucionalno oskrbo. Dobra stran predloga zakona je tudi ta, da se dosedanje vire, ki so namenjeni dolgotrajni oskrbi ohrani v okviru zavarovanja za dolgotrajno oskrbo (Inštitut Antona Trstenjaka, Firis Imperl & CO. d. n. o., 2010).

Menijo, da je v sedanjem predlogu Zakona potrebno spremeniti naslednje rešitve, ker so razvojno slabe tako z vidika uspešnih rešitev v drugih državah kakor z vidika slovenskih potreb in možnost (Inštitut Antona Trstenjaka, Firis Imperl & CO. d. n. o., 2010). Slabost predloga zakona je, da je sam postopek določitve programa preveč administrativen. To zavira strokovni razvoj storitev in programov za uporabnike. Druga slabost je, da bi zavarovalnica morala imeti dober nadzor nad namensko uporabo javnih sredstev za dolgotrajno oskrbo, s tem so mišljeni tudi jasni kriteriji in kompetence za zbiranje javnih sredstev. Tretja šibka točka je pri predpisih minimalnih standardov, saj niso jasno predpisani za posamezno storitev. So tudi mnenja, da bi moral zakon bolj upoštevati lokalno pristojnost (Inštitut Antona Trstenjaka, Firis Imperl & CO. d. n. o., 2010).

5.3 SKUPNOST SOCIALNIH ZAVODOV SLOVENIJE

Skupnost socialnih zavodov Slovenije pravi, da Predlog zakon o dolgotrajni oskrbi ne prinaša želenih in nujnih sprememb, v njem opažajo številne nepravilnosti. So menja, da se na področju izvajanja storitev uvaja zapletene postopke. Ti postopki bodo dolgotrajnejši v primerjavi s sedanjimi in bodo zahtevali dodatne finančne in kadrovske vire. Obveznosti kritja stroškov nastanitve in prehrane so izvzete iz Predloga zakona. V skupnosti so prepričani, da bi zakon moral zagotavljati enotno ureditev sistema, vendar pa bi pravice, poleg novega zakona, morala še vedno urejati sedanja zakonodaja (SSZS, 2010b).

Opažajo, da predlagani zakon kaže zgolj interese predlagateljev zakona (Zavod za zdravstveno zavarovanje, Ministrstvo za zdravje ter Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve). Skupnost se bo trudila, da predlagatelje seznaniti z nevarnostmi, ki jih prinaša sedanji Predlog zakona. Zavedajo se, da je čimprejšnji sprejem zakona nujen, vendar z ustreznimi spremembami (SSZS, 2010b).

Pripombe SSZS na Predlog zakona o dolgotrajni oskrbi (SSZS, 2010a):

- enotna ureditev za osebe potrebne tuje pomoči ni dosežena, saj se za iste skupine upravičencev ureja primerljivo dejavnost v drugih zakonih. S tem bi novi zakon ponovno dopuščal različne kriterije za izvajanje primerljivih storitev to pa je v nasprotju z namenom zakona in obstoječe razlike ne odpravlja;
- širitev pravic, kroga uporabnikov in bistveno povečanje virov, ki bodo potrebni za delovanje mehanizmov, ki jih opredeljuje zakon, bodo ob predvidenih

- (nespremenjenih) virih dejansko zmanjšali pravice upravičencev oz. povečali obremenitev zasebnih virov ali znižali standard storitev;
- vloga Zavoda je v več pogledih definirana preširoko in ne zagotavlja varstva interesa upravičencev, saj Zavod po eni strani zagotavlja izvajanje financiranja storitev, po drugi strani pa določa pogoje, obseg pravic, odloča o dostopu do pravic.
 - pomembne opredelitve pravic upravičencev so prepuščene podzakonskim aktom, kar onemogoča dejansko oceno vplivov zakona za uporabnike ter vplivov na izvajanje, financiranje, postavitve mreže, financiranje;
 - celoten zakon temelji na sistemu zdravstvenega zavarovanja in vpeljuje zakonitosti, ki so uveljavljene v zdravstvenem sistemu – tako se izgublja socialna komponenta izvajalcev socialnovarstvenih storitev, ki bodo vstopili v sistem dolgotrajne oskrbe;
 - način vstopa v pravico je v primerjavi s sedanjim neprimerno bolj zapleten, dolgotrajen in zahteva obsežne dodatne vire, ki ne predstavljajo nove kvalitete za upravičenca;
 - upravičenost in način nadzora do porabe finančnih nadomestil široko odpirata možnosti zlorabe pravic starejših zaradi njihovih prihodkov ter dopuščata nenamensko porabo sredstev in s tem zmanjševanje kvalitete in obsega potrebnih storitev za upravičence;
 - naloge koordinatorjev so definirane izredno obsežno, zato tudi ocenjeno število potrebnih koordinatorjev verjetno ne bo dovolj ali pa bodo naloge izvedene pomanjkljivo, s tem pa po ogrožena zaščita pravic upravičencev ali dostop do potrebnih storitev;
 - pogrešamo strokovno, neodvisno in realno oceno potrebnih virov (finančnih in kadrovskih) za izvajanje zakona, oceno njegovih vplivov na dodano vrednost za uporabnika, oceno vplivov na obstoječe izvajalce, financiranje, uporabnike. Zakon tudi v veliki meri posega na področja, ki jih urejajo drugi zakoni, zato bi morale biti spremembe pripravljene in uvedene paralelno in usklajeno;
 - trajanje javne razprave je za tako pomemben zakon odločno prekratko in ni skladno s predhodnimi zagotovili pripravljavcev.

5.4 ZVEZA DRUŠTEV UPOKOJENCEV SLOVENIJE

Komisija za socialna vprašanja ZDUS-a je mnenja, da je Predlog zakona o dolgotrajni oskrbi v neskladju z izhodišči drugih zakonov (Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, Zakon o paliativni oskrbi, Zakon o zavodih), in ne zagotavlja celovitega financiranja namenov dolgoročne oskrbe. Obstaja bojazen, da osnutek zakona v delu financiranja ne bo zagotavljal finančne stabilnosti, saj ni bilo izdelane nobene projekcije stabilnih virov financiranja. Strokovna javnost in uporabniki so bili premalo vključeni pri pripravi Predloga zakona o dolgotrajni oskrbi. ZDUS sicer podpira cilje in namene zakona, vendar opozarja, da je vsebina zakona precej kompleksna. To pa pomeni, da bo uveljavitev zakona v praksi zahtevala daljše časovno obdobje. Prilagoditi se bo moral predvsem kader, ki bo izvajal dolgotrajno oskrbo ter strokovne institucije. Predvideno je tudi povečanje administrativnih del v zvezi z izvajanjem zakona. ZDUS

pričakuje tudi ustrezne podzakonske akte, s katerimi bodo podrobneje razdelano izvajanje zakona (ZDUS, 2010).

5.5 ZBORNICA ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE SLOVENIJE

Na Zbornici so menja, da je potrebno poudariti vrsto izvajalca, saj določene storitve lahko izvajajo le strokovnjaki s tega področja. Področje paliativne zdravstvene nege in oskrbe ne spada v področje, ki bi ga urejal Zakon o dolgotrajni oskrbi. Zakon opredeljuje kriterije za ugotavljanje sposobnosti samooskrbe, nima pa opredeljeno, kako te kriterije vrednotiti. Menijo, da mora zakon vključevati tudi kategorije, ki opredeljujejo stopnjo zahtevnosti dolgotrajne oskrbe. Nekaj ustanov institucionalnega varstva na podlagi teh kriterijev stanovalce že razvršča v kategorije. Pričakujejo, da bo tudi zdravstvenim domovom omogočeno, da se vključijo kot partnerji v izvajanje storitev dolgotrajne oskrbe, seveda ob ustreznem preoblikovanju. Zbornica se ne strinja, da bi preoblikovani Zavod imel hkrati še pristojnosti odločanja o vstopu v zavarovanje, standardih in paketu storitev namenjenih uporabnikom. To bi lahko pripeljalo do zmanjševanja pravic uporabnikov (Zveza zdravstvene in babiške nege Slovenije, 2010).

5.6 ZVEZA DRUŠTEV CIVILNIH INVALIDOV VOJN SLOVENIJE

Ob obravnavi Predloga zakona o dolgotrajni oskrbi in zavarovanju za dolgotrajno oskrbo so člani komisije podali naslednje pripombe, stališča in mnenja (Zveza društev civilnih invalidov vojn Slovenije, 2010, str. 7):

- zakon je zelo obširen in premalo določljiv (npr. manjkajo določila o domači oskrbi; opredelitev višine denarnih nadomestil; preveč sredstev se bo porabilo za samo funkcioniranje sistema ipd);
- zakon obravnava predvsem bolne ostarele, invalidi pa potrebujemo dodatek za pomoč in postrežbo predvsem oziroma tudi zaradi socialne vključenosti, pri čemer pa je spekter potreb in stroškov posameznega invalida tako širok, da jih ne more zajeti noben zakon;
- po določilih 184. člena ZDOZDO bi invalide po zakonu o vojnih invalidih delili v dve skupini (na tiste do uveljavitve tega zakona in tiste, ki bi uveljavljali pravice po uveljavitvi tega zakona); kar pa pomeni neenakost med invalidi istega statusa;
- Zakon o vojnih invalidih se s sprejetjem ZDOZDO ne sme v ničemer spreminjati.

6 DOLGOTRAJNA OSKRBA V EVROPSKI UNIJI

6.1 OPREDELITEV DOLGOTRAJNE OSKRBE IN POTREB PO DOLGOTRAJNI OSKRBI

Dolgotrajna oskrba je področje, katero je potrebno nujno vključiti v sistem socialne varnosti vsake države. Osebam, ki potrebujejo tujo pomoč je potrebno zagotoviti sredstva za plačilo stroškov dolgotrajne oskrbe. Potrebno je sodelovanje in povezanost vseh, ki odločajo med izvajalci dolgotrajne oskrbe na vseh ravneh in socialni politiki države. Pri posameznih nalogah se pričakuje aktivno sodelovanje svojcev, sorodnikov, kot pomembnih izvajalcev dolgotrajne oskrbe (Predlog zakona o dolgotrajni oskrbi, 2006, str. 2).

Dolgotrajna oskrba združuje številne zdravstvene in socialne storitve za osebe, ki potrebujejo pomoč pri osnovnih dejavnostih vsakdanjega življenja zaradi kroničnih telesnih in duševnih bolezni (Evropska komisija, 2011). Sedanji sistem dolgotrajne oskrbe zaradi predvidenih demografskih sprememb kmalu ne bo več zmožen zadovoljiti vseh potreb. Države članice iščejo rešitve za spremembo obstoječega sistema. Poudarek dajejo na domačo ali skupnostno oskrbo pred institucionalnim varstvom. Različni nivoji oskrbe naj bi se poenotili z vidika standardov, kakovosti in ocenjevanja. Dodatni izziv predstavlja tudi zagotavljanje ustrezne delovne sile, še posebno v državah, kjer podobnih kadrov že primanjkuje. S tem pa je povezano tudi urejanje neformalnih oblik oskrbe in izobraževanje neformalnih oskrbovalcev (Starc, 2010, str. 55).

Potrebe po dolgotrajni oskrbi se bodo zaradi demografskih sprememb znatno povečale. Raziskava v okviru projekta SHARE (zajetih več kot 30 tisoč posameznikov starih nad 50 let) kaže, da ima 20 % prebivalcev v starosti 65 let in več neko obliko invalidnosti, ki povzroči odvisnost od pomoči drugih pri opravljanju vsakodnevnih življenjskih opravil. Z višanjem starosti se odvisnost povečuje. Povečevanje stopnje odvisnosti od pomoči drugih s starostjo je precejšnje: omenjena raziskava kaže, da naj bi bilo v državah EU v letu 2004 v starosti 65–70 let odvisnih 7,1 % moških in 9,4 % žensk, v starosti 80 let in več pa kar 27,7 % moških in 36,3 % žensk (Socialni razgledi 2006, 2006, str. 101). Na podlagi več študij Evropska komisija ocenjuje, da je oseb starejših od 65 let, ki so odvisne od tuje pomoči od 3 do 5%, takšnih, ki potrebujejo le delno tujo pomoč pa kar 15 %. Po njenem mnenju v povprečju potrebujejo pomoč in oskrbo okrog 3–3,5 % vsega prebivalstva. Podatek se nanaša na države članice Evropske unije pred njeno razširitvijo (Predlog zakona o dolgotrajni oskrbi, 2006, str. 12).

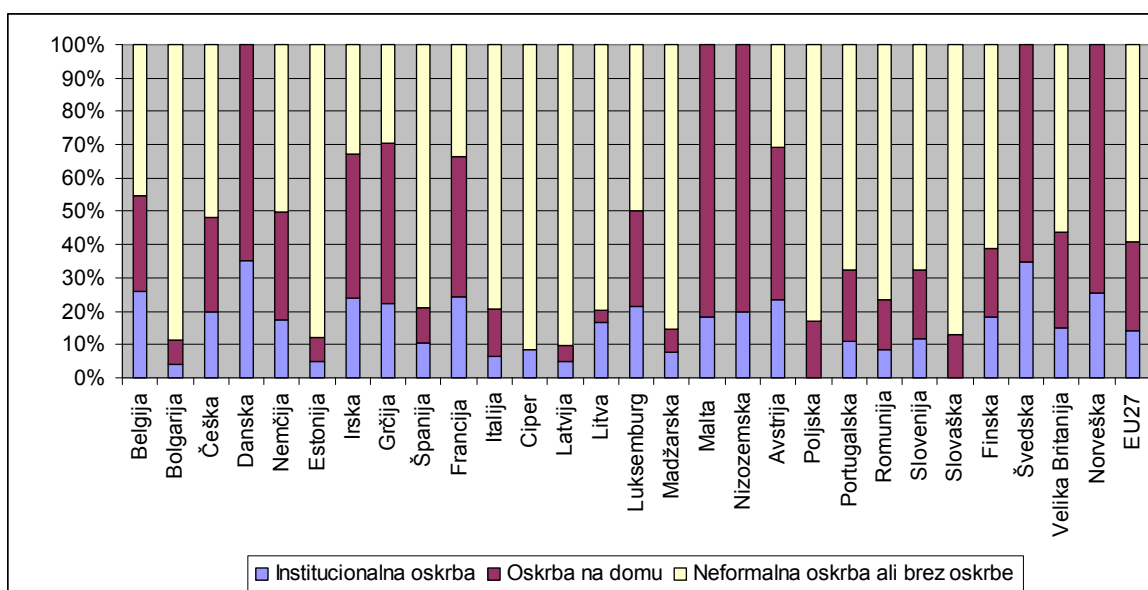
Zaradi staranja prebivalstva, podaljševanja življenjske dobe, povečevanja zahtev in potreb po storitvah dolgotrajne oskrbe, je Komisija za socialno varnost Evropske unije leta 2004 v zvezi z zdravstvenim varstvom in dolgotrajno oskrbo za članice zapisala tri cilje. Prvi cilj, katerega naj bi članice uveljavile v svoji zakonodaji in strategiji razvoja, je, zagotoviti

dostopnost do visoke kakovosti dolgotrajne oskrbe, ki bo temeljila na načelih pravičnosti, solidarnosti in vsesplošni dostopnosti. Izključene ne bi smele biti osebe, ki so bolne, invalidne, poškodovane ali onemogle zaradi starosti. Drugi cilj je uveljaviti tako kakovostno oskrbo, da se izboljša zdravstveno stanje in kakovost življenja. Zadnji cilj pa je zagotoviti dolgoročno finančno vzdržnost, ki bo dosegljiva vsem prebivalcem (Strategija varstva starejših do leta 2010, 2006, str. 19).

6.2 OBLIKE DOLGOTRAJNE OSKRBE V EU

Tako kot v Sloveniji tudi v EU težijo k dejstvu, da naj stari ljudje čim dlje časa ostanejo v domačem okolju. V državah Zahodne Evrope je sistem pomoči na domu že precej razvit. Tu je tudi opazen upad števila domov za ostarele. V državah Vzhodne in Centralne Evrope, pa še vedno prevladujejo institucionalne oblike varstva starejših, saj je razvoj pomoči na domu še precej na začetku (Pristavec Đogić, 2007, str. 2). Kot je razvidno iz Slike 3, v Evropski uniji prevladuje neformalna oblika (pomoč nudijo družinski člani, svojci) ali pa oskrbe sploh ni, temu sledi oskrba na domu, najmanj pa se izvaja institucionalna oskrba, ki je že v splošnem zelo nepriljubljena oblika oskrbe.

Slika 3: Razmerje med številom odvisnih oseb, ki so prejemale različne oblike oskrbe po posameznih državah članicah EU-27 v letu 2007



Vir: Economic Policy committee & European Commission, 2009 Ageing Report: Economic and budgetary projections for the EU-27 Member States (2008–2060) (2009, str. 138, Tabela 34).

6.3 FINANCIRANJE SISTEMA DOLGOTRAJNE OSKRBE V EU

Financiranje sistema dolgotrajne oskrbe je v EU različno in je odraz različnih tradicij in prioritet. Pri tem pa so pomembni štirje dejavniki (Evropska komisija, 2008, str. 10):

- programi in prebivalstvo, ki jih zajema dolgotrajna oskrba;
- ureditev financiranja socialnega skrbstva v državi;
- stopnja vključenosti zasebnih virov financiranja;
- razmejitev odgovornosti za dolgotrajno oskrbo med javnim in zasebnim sektorjem.

Obsežne javne programe je mogoče financirati prek (Evropska komisija, 2008, str. 10):

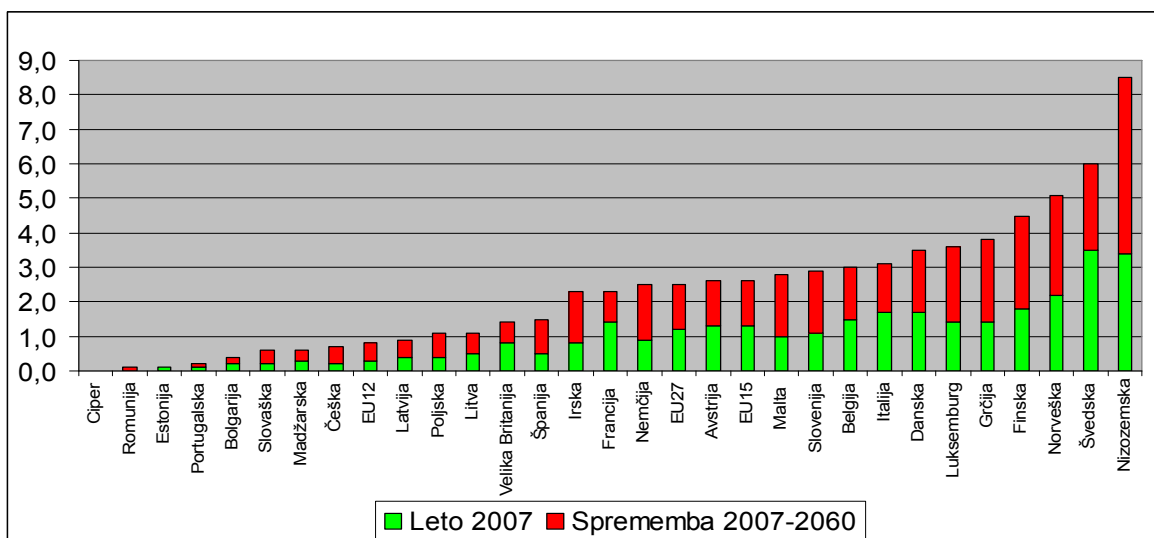
- socialnega zavarovanja (Nemčija, Španija, Luksemburg);
- davkov (nordijske države, Latvija);
- sistemov ugotavljanja dohodkovnega in premoženjskega stanja (Ciper, Združeno kraljestvo);
- kombiniranih sistemov financiranja, ki združujejo sredstva iz programov zavarovanja in davkov ter vključujejo različne proračune in institucije, odgovorne za izvajanje in financiranje storitev dolgotrajne oskrbe (Belgija, Grčija, Francija).

Ob vse močnejšem priznavanju potrebe po trdni dolgoročni podlagi za financiranje dolgotrajne oskrbe, si več držav članic prizadeva tako podlago zagotoviti bodisi z vzpostavitvijo namenskih univerzalnih sistemov socialnega zavarovanja in prispevkov (Nemčija, Luksemburg, Nizozemska, Švedska) ali prek obdavčevanja (Avstrija, Švedska) (Evropska komisija, 2010, str. 10).

Ob spoznanju, da je treba poiskati ustrezno kombinacijo javnih in zasebnih virov financiranja, obstaja splošno soglasje, da je sistem, ki temelji na socialnem zavarovanju ali davkih, učinkovitejši od sistema, ki je v celoti prepuščen zasebni pobudi. Države članice sočasno razmišljajo o možnosti kombinacije javnih in zasebnih izvajalcev, zlasti v socialnem sektorju. Zasebni viri financiranja praviloma vsebujejo dva ločena elementa. Prvi zajema zasebno zdravstveno zavarovanje za dolgotrajno oskrbo, drugi pa sistem, po katerem posamezniki v sistem javne oskrbe plačujejo posebne prispevke, za katere so predvidena zelo majhna povračila ali pa jih sploh ni (Evropska komisija, 2010, str. 11).

Komisija Evropske skupnosti in Odbor za gospodarsko politiko sta leta 2007 pripravila, na podlagi Eurostatovih projekcij prebivalstva EUROPOP2008, projekcijo javnofinančnih izdatkov za dolgotrajno oskrbo. Predvidevajo, da se bodo javnofinančni izdatki v obdobju od 2007 do 2060 v EU-27 podvojili. Podatki kažejo, da naj bi se v EU-27 od leta 2007, ko je bil BDP 1,2 % narasli na 2,5 % BDP do leta 2060 (Economic Policy committee & European Commission, 2009, str. 146). Za posamezne države je porast razviden iz Slike 4, spodaj.

Slika 4: Javnofinančni izdatki za dolgotrajno oskrbo v obdobju 2007–2060 za države članice EU-27 (% BDP) (Scenarij fiksnih koeficientov)



Vir: Economic Policy committee & European Commission, 2009 Ageing Report: Economic and budgetary projections for the EU-27 Member States (2008–2060) (2009, str. 146).

6.3 UREDITEV DOLGOTRAJNE OSKRBE V NEKATERIH EVROPSKIH DRŽAVAH

Države članice so se za ureditev dolgotrajne oskrbe, želje po zagotovitvi čim bolj kakovostne storitve in v želji, da bi le-to približale vsem državljanom, zavezale modernizaciji sistemov socialnega varstva. V nadaljevanju je predstavljen razvoj nekaterih držav za katere velja, da so vpeljale v prakso dober sistem dolgotrajne oskrbe.

6.3.1 DANSKA

Danska je bila med razvitimi državami prva, ki je vpeljala sistem oskrbe. Velik poudarek je namenjen samoodločanju in nemnožičnosti, prioriteta je oskrba na domu. Imajo najbolj napredne programe za starejše (Voljč, 2010, str. 50). Na Danskem je zdravstvena oskrba javna dejavnost in kar 85 % storitev se plača iz javnih sredstev. Odgovornost za socialne storitve nosi 275 občin. Občine načrtujejo, organizirajo in plačujejo oskrbo in pomoč na domu. Stroške storitve dolgotrajne oskrbe pokrivajo z lokalnimi davščinami, pomaga pa tudi država z različnimi skladi ter kompenzacijami. Skrbnik dvakrat letno opravi preventivni obisk pri starejših od 75 let, da se seznanijo z njihovimi potrebami in stopnjo neodvisnosti. Občine za starejše gradijo ustrezni pomoči prilagojena neinstitucionalna bivalna okolja, ki so v bližini negovalnih ustanov. S tem dosežejo, da znižajo stroške ter povečujejo izkoriščenost osebja in opreme.

6.3.2 NEMČIJA

Pred letom 1994 je bil nemški sistem usmerjen predvsem v institucionalno oskrbo. Zaradi vse večjega naraščanja potreb ter vse večjih proračunskih težav, se sistem ni obnesel. Uvedli so dolgotrajni oskrbi namenjeno zavarovanje za socialno odvisnost. Prispevek za zavarovanje znaša 1,7 % posameznikove plače. Upravičence uvrščajo v tri kategorije, od tega ima vsaka kategorija tri vrste plačevanja. Plačilo upravičencu, ki je doma, plačilo izvajalcu za storitve na domu ter plačilo izvajalcu za institucionalno oskrbo. Če so stroški višji, upravičenec lahko dobi, glede na njegov dohodek, kritje iz socialnega sklada.

Administracijo urejajo zdravstvene zavarovalnice. Zavarovanci morajo biti zavarovani pri isti zavarovalnici za akutno in dolgotrajno oskrbo. Komisije ocenjujejo storitve s kriteriji in sklepajo pogodbe z izvajalci, prav tako komisija ureja sredstva.

Novost, ki dopolnjuje zavarovalni sistem, je zadruga starejših državljanov, ki izmenjuje prostovoljce in plačano osebje. Vključujejo sosedsko pomoč za gospodinjska dela, prevoze, obiske, tolažbo po telefonu in skupine za samopomoč. Širijo se tudi bivališča, ki imajo zagotovljene potrebne storitve. Stroški se sofinancirajo z vladnimi sredstvi, ali se ta sredstva dopolnjujejo z državno socialno pomočjo. Drug način s storitvami obogatene bivanja je namenjen srednjemu ali višjemu sloju med starejšimi. Ta stanovanja upravljajo neprofitne organizacije, ker pa stanovalci ne prejemajo sredstev za bivanje, jih prispevajo sami. Na voljo jim je široka izbira storitev; od skromnih internetnih storitev do širokih socialnih aktivnosti in oskrbovalnih storitev (Voljč, 2010, 51).

6.3.3 AVSTRIJA

Avstrija potreb po dolgotrajni oskrbi ne zagotavlja v obliki storitev, temveč v obliki denarnih nadomestil. To področje so zaradi predvidenih demografskih sprememb leta 1993 uredili z uveljavitvijo posebnega zveznega zakona. Niso uvedli zavarovanja za dolgotrajno oskrbo pač pa črpajo sredstva iz zveznih in deželnih proračunov. Zvezna vlada zagotavlja sredstva iz zveznega proračuna, pokrajine pa zagotavljajo sredstva za tiste upravičence, katerih vlada ne krije. To so tudi naloge in pristojnosti, katere sta podpisala zvezna vlada in dežele v svojem sporazumu. Pokrajine morajo skrbeti za razvoj mreže storitev v domačem okolju, kombiniranih oblikah ter institucionalnih oblikah standardnih storitev. Zvezne in deželne oblasti pa morajo poskrbeti za usposabljanje kadra s področja dolgotrajne oskrbe (Predlog zakona o dolgotrajni oskrbi, 2006, str. 23).

Izhodišče zakona je, da ima upravičenec do dolgotrajne oskrbe možnost izbire med različnimi storitvami. Pomoč ni odvisna od prihodkov upravičenca. Programi v lokalni skupnosti imajo prednost pred institucionalno obravnavo. Z uvedbo dnevnihi centrov se razbremenijo družinske članke. Sistem izvajanja dolgotrajne oskrbe v Avstriji redno spremljajo. Ocenjujejo, da so cilji reforme doseženi, vendar pa strmijo k izboljšavam.

6.3.4 ŠVEDSKA

Švedska je z reformo skrbi za starejše začela že leta 1992. Plačevanje in vodenje oskrbovanih ustanov je prenesla iz okrožij na 289 občin, ki so že imele oskrbovalne in socialne storitve. Občine so prevzele tudi odgovornost za dolgotrajno oskrbo bolnikov v ustanovah. Dosegli so, da so zmanjšali zasedenost bolniških postelj za polovico, zagotovili so ustrežnejše in pravočasne premestitve v ustanove za dolgotrajno oskrbo, povečali ponudbo bivanja v posebnih pogojih in povečali tako kapacitete kot tudi kakovosti tistih storitev na domu, ki jih zagotavljajo občine. S tem je bil cilj, da utrdijo zdravstveno in socialno oskrbo, dosežen.

Občine so na področjih preskrbe, izvajanja, plačevanja in organiziranosti oskrbe razmeroma samostojne. 80–85 % stroškov oskrbe je pokritih z lokalnimi davščinami, za ostanek pa poskrbi vlada. Švedski sistem se razlikuje od univerzalnega modela socialne skrbi za starejše. Dolgoživost med Švedi narašča, 17 % jih je starejših od 65 let in vse težje je najti zadostna sredstva zgolj z davki (Voljč, 2010, str. 55). Ker primanjkuje zadostnih sredstev, so občine postopoma začele uvajati tudi doplačila oskrbovancev.

6.3.5 NIZOZEMSKA

Na Nizozemskem reformirajo dolgotrajno oskrbo že 20 let. Leta 1994 je Komisija za posodobitev oskrbe starejših pripravila dokument z naslovom Skrb za starejše v prihodnosti. Predlagala je boljši in bolj koordiniran sistem, ki bi izhajajoč iz skupnosti nudil bolj individualne storitve. Vlada je kasneje sprejela precej predlogov Komisije. V skladu z Nizozemsko konsenzualno naravo pa sodelovanja ne uveljavlja, ampak ga podpira s skladi, subvencijami in posebnimi sredstvi (Voljč, 2010, str. 52).

Državljeni Nizozemske so leta 1968 sprejeli zakon o izrednih izdatkih za zdravstvo. Ta zakon zavaruje osebe za katastrofična zdravstvena tveganja, osebe, ki potrebujejo dolgotrajno oskrbo pa tudi za stroške domske oskrbe. Od leta 1997 dalje pa zavaruje tudi za bivanje v upokojenskih domovih, ustanovah za invalide ter hospitalizacije, ki so daljše od enega leta. Prispevki znašajo 8,8 % do 9,6 %, katere večji del plača delodajalec. Določen del se pokriva tudi iz proračuna ter s sofinanciranjem. Imajo tudi osebni proračun, ki posameznim invalidnim skupinam omogoča nakup potrebne oskrbe.

Do spremembe oskrbovalnega sistema je prišlo s primeri povezovanja organizacij istega tipa. Model povezovanja so prevzeli od Velike Britanije in Združenih držav. Nastalo je vse bolj konkurenčno okolje, kar je privedlo do bolj učinkovite in stalne oskrbe. Povezovanje je usmerjeno v potrebe oskrbovancev, nadaljnji razvoj pa je namenjen predvsem dolgotrajnim bolnikom in invalidom.

Vlada podpira domačo in skupnostno oskrbo, širi dostopnost do najemniških ali lastnih stanovanj, v katerih so stanovalci deležni zunanje pomoči. Na tem področju so predvsem aktivna neprofitna stanovanjska podjetja, vendar pa vanj vstopajo tudi podjetniki. Poskušajo tudi z različnimi kombinacijami bivanja in storitev v prilagodljivih oskrbovalnih hišah (Voljč, 2010, str. 53).

7 ZAKLJUČEK

Dolgotrajno oskrbo bo potrebovalo vedno več ljudi, saj demografske spremembe kažejo na porast starejših ljudi ter upad rojstev. Izboljševanje zdravstvenih pogojev vpliva na podaljševanje življenjske dobe, kar pa pomeni več let preživetih v bolezni ter vedno več oseb odvisnih od tuje pomoči. Glede na to da mlajše in starejše generacije v večini ne živijo skupaj, bo potreba po vzajemni pomoči in sodelovanju med generacijami še kako nujna, saj Evropska komisija spodbuja k oskrbi na domu, kar pa pomeni vključevanje svojcev in bližnjih. Pri nas prevladuje institucionalna oblika oskrbe, za katero stroške po večini plačajo uporabniki sami. Čakalne liste so že sedaj dolge, mnogi starejši ljudje pa si tega niti ne morejo privoščiti, saj so njihove pokojnine premajhne. V prihodnosti bo takšnih ljudi vedno več, zato je potreba po oskrbi na domu, ki je cenejša, še toliko večja.

Komisija za socialno varnost Evropske unije je leta 2004 zapisala tri cilje, katere naj bi države članice uveljavile v svojih zakonodajah ter strategijah. Cilji so: dostopnost do visoke kakovosti dolgotrajne oskrbe, uvajanje tako kakovostne oskrbe, da se izboljša zdravstveno stanje ter kakovost življenja. Tretji cilj pa je zagotoviti dolgoročno vzdržnost, ki bo dosegljiva vsem prebivalstvu. Določene države članice so te cilje že začele izpolnjevati. Sredstva za izvajanje dolgotrajne oskrbe si zagotavljajo: iz socialnega zavarovanja, davkov, sistemov ugotavljanja dohodkovnega in premoženjskega stanja ter kombiniranih sistemov financiranja. V Avstriji zagotavljajo obliko pomoči le v denarnih nadomestilih, na Danskem je poudarek na oskrbi na domu, Nemški model je v mnogih pogledih podoben našemu predvidenemu sistemu, prav tako so uvedli prispevek za posebno zavarovanje za dolgotrajno oskrbo, na Nizozemskem delodajalci plačujejo prispevke za katastrofična zdravstvena tveganja, za osebe, ki potrebujejo dolgotrajno oskrbo pa tudi za stroške domske oskrbe.

Vlada Republike Slovenije je leta 2004 sprejela Strategijo varstva starejših do leta 2010, v kateri je postavila cilje, kako izboljšati področje dolgotrajne oskrbe. S strategijo so želeli povečati storitve pomoči na domu, povečati kapacitete oskrbnih domov, vključiti več ljudi v dnevne centre itd. Poročila so pokazala, da se cilji realizirajo zelo počasi, pa še to le delno. Povečati jim je uspelo le kapacitete oskrbnih domov.

Cilje Komisije skuša vlada vzpostaviti z Zakonom o dolgotrajni oskrbi in zavarovanju za dolgotrajno oskrbo že od leta 2003, s čimer bi uvedli reformo sistema dolgotrajne oskrbe. Glede na to da v Sloveniji dolgotrajno oskrbo ureja več zakonov in nimamo enovitega sistema, je potreba po vzpostavitvi novega sistema še kako nujna. Zakon bi prinesel veliko novosti. Ena od teh je zavarovanje za dolgotrajno oskrbo, ki bi bilo obvezno in neprofitno, predstavljajo pa bi novo vejo socialnih zavarovanj. Pri zavarovanju ne bi bilo merilo delovna doba, višina plače in podobno, pač pa potrebe posameznika. Dolgotrajna oskrba bi se financirala iz javnih ter zasebnih sredstev. Poleg obveznega zavarovanja pa bi uvedli tudi prostovoljno zavarovanje za prehodno in dolgotrajno oskrbo. Iz tega zavarovanja bi

se krili stroški bivanja, nastanitve, prehrane, višjega standarda in raznih doplačil, kar pa obvezno zavarovanje ne krije.

V preteklih letih smo v Sloveniji težili k institucionalnemu varstvu, novi zakon pa predvideva pretežno oskrbo na domu. Cilje je, čim dalj zadržati ljudi na domu, v domačem okolju in jim zagotoviti kakovostno oskrbo ter kakovostno starost. Uresničitev ciljev bi zagotovilo dolgoročno finančno stabilen sistem ter izboljšanje sedanjega stanja oskrbe za starejše. Ne gre le za osebe, ki že potrebujejo pomoč, ampak tudi za prihodnje generacije, katerih število bo precej večje od sedanjega. Vse to je po mnenju predlagateljev zakona o dolgotrajni oskrbi in zavarovanja za dolgotrajno oskrbo možno le s sprejetjem le-tega.

Stališča različnih organizacij opozarjajo na nepravilnosti v predlogu. Pripravljajo pripombe k predlogu zakona, predlagatelje opozarjajo na določene neustreznosti v zakonu. Dokler predlog ne bo usklajen, se reforma sistema dolgotrajne oskrbe še ne bo začela izvajati. Glede na okoliščine in prihajajoče spremembe pa časa ni več na pretek.

LITERATURA IN VIRI

1. APHAL VUČKOVIČ, Lidija (2006). *Življenski pogoji - stanje in trendi*. V: JAVORNIK, Jana S. (ur.): *Socialni razgledi 2006*. Urad RS za makroekonomske analize in razvoj. Ljubljana.
2. Economic Policy committee & European Commission (2009). *Ageing Report: Economic and budgetary projections for the EU-27 Member States (2008–2060)*. Brussels. Dostopno 14.4.2011 na: http://www.google.si/#hl=sl&source=hp&biw=1148&bih=688&q=2009+ageing+report&btnG=Iskanje+Google&rlz=1R2ADSA_slSI384&aq=f&aqi=&aql=&oq=2009+ageing+report&fp=d3d1361b68dc3a0c.
3. Evropska komisija (2008). *Dolgotrajna oskrba v Evropski uniji*. Urad za uradne publikacije Evropskih skupnosti. Luxembourg. Dostopno 16.3.2011 na: http://www.google.si/search?q=zagotavljanje+visoke+ravni+za%C5%A1%C4%8Dite&rls=com.microsoft:sl&ie=UTF-8&oe=UTF-8&startIndex=&startPage=1&rlz=1I7ADSA_sl.
4. Evropska komisija (2011). *Dolgoročno zdravstveno varstvo*. Dostopno 16.3.2011 na: http://ec.europa.eu/health-eu/care_for_me/long_term_care/index_sl.htm.
5. Evropska komisija (2010). *Sporočilo Komisije »Evropa 2020«*. Dostopno 3.3.2010 na: http://ec.europa.eu/eu2020/pdf/1_SL_ACT_part1_v1.pdf.
6. FLAKER, Vito, NAGODE, Mateja, RAFAELIČ, Andreja, UDOVIČ, Nataša (2010). *Individualiziranje financiranja storitev socialnega varstva: Protislovja uvajanja dolgotrajne oskrbe*. Inštitut Republike Slovenije za socialno varstvo in Fakulteta za socialno delo. Ljubljana. Dostopno 21.3.2011 na: [http://www.fsd.uni-lj.si/mma_bin.php/\\$fId/2010041610423307/\\$fName/protislovja+dolgotrajne+oskrbe.pdf](http://www.fsd.uni-lj.si/mma_bin.php/$fId/2010041610423307/$fName/protislovja+dolgotrajne+oskrbe.pdf).
7. GRAČANIN, Eva (2008). *Stališča nevladnih organizacij*. Dostopno 14.5.2008 na: <http://www.predsedovanje.si/Medgeneracijsko-sodelovanje/nvo-stalisca.html>.
8. HLEBEC, Valentina (2009). *Starejši ljudje v družbi sprememb*. Dialogi : humanistična in družboslovna zbirka. Aristej, Maribor.
9. Inštitut Antona Trstenjaka, Firis Imperl & CO. d. n. o. (2010). *Izjava o Zakonu o dolgotrajni oskrbi*. Dostopno 12.8.2010 na: <http://v2.inst-antonatrstenjaka.si/tisk-clanek.asp?ID=832>.

10. Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije (2011). *Zdravstveni statistični letopis Slovenije*. Dostopno 4.4.2011 na: http://ivz.si/Mp.aspx?srcSearch=LETOPIS&nn=Iskalnik&pi=6&_6_action=SearchResults.
11. JAKOŠ, Aleksander (2010). *Realnost demografskega razvoja Slovenije*. V: Malačič, Janez, GAMS, Matjaž (ur.): *Informacijska družba –IS 2010*. Institut »Jožef Stefan«, Ljubljana. Dostopno 23.5.2011 na: <http://is.ijs.si/zborniki/Zbornik%20B%20-%20Celoten%20zbornik%20-%20Demografija.pdf>.
12. KOGOJ, Nataša (2010). *Pripombe ZDCIVS na posamezne zakone povezane z varstvom civilnih invalidov vojn*. Naše vezi. Letnik 2010, št. 42, str. 7. Dostopno 25.5.2010 na: <http://www.zdvis.si/uploads/NaseVezi%20MAREC%202010.pdf>.
13. KOTNIK, Mateja (2011). *Subvencije po novem v celoti breme občin in uporabnikov*. Dostopno 10.7.2011 na: <http://m.delo.si/clanek/162057>.
14. MALAČIČ, Janez (2008). *Socialnoekonomske posledice staranja prebivalstva*. Zdravstveni vestnik. Letnik 2008, št. 77, str. 793–798. Dostopno 6.11.2008 na: <http://vestnik.szd.si/st08-12/793-798.pdf>.
15. Mestna zveza upokojencev (2011). *DCA se predstavi*. Dostopno 20.4.2011 na: http://www.mzu.si/dca/index.php?option=com_content&view=article&id=2&Itemid=6.
16. Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve (2011a). *Domovi za starejše*. Dostopno 20.4.2011 na: http://www.mddsz.gov.si/si/delovna_podrocja/sociala/izvajalci_na_podrocju_socialnega_varstva/domovi_za_starejse/.
17. Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve (2011b). *Družinski pomočnik*. Dostopno 14.4.2011 na: http://www.mddsz.gov.si/si/delovna_podrocja/sociala/druzinski_pomocnik/.
18. Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve (2008). *Nacionalno poročilo o strategijah socialne zaščite in socialnega vključevanja za obdobje 2008-2010*. Dostopno 14.4.2011 na: http://www.mddsz.gov.si/fileadmin/mddsz.gov.si/pageuploads/dokumenti__pdf/npszsv08_10.pdf.
19. Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve (2010). *Predlog zakona o dolgotrajni oskrbi in zavarovanju za dolgotrajno oskrbo*. Dostopno 12.3.2010 na: http://www.mddsz.gov.si/fileadmin/mddsz.gov.si/pageuploads/dokumenti__pdf/ZDOZDO_uvod__cleni_in_obrazlozitev_-_12.03.2010.pdf.

20. Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve (2006). *Strategija varstva starejših do leta 2010 – solidarnost, sožitje in kakovostno staranje*. Dostopno 14.2.2011 na: http://www.mddsz.gov.si/si/zakonodaja_in_dokumenti/pomembni_dokumenti/.
21. Ministrstvo za zdravje (2007). *Predlog zakona o dolgotrajni oskrbi in zavarovanju za dolgotrajno oskrbo. Pogosta vprašanja in odgovori*. Dostopno 7.3.2007 na: http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/aktualno/javna_razprava/zakon_o_dolgotrajni_oskrbi/Microsoft_Word_-_Pogosta_vprasanja_in_odgovori_o_Zakonu_o_dolgotrajni_oskrb....pdf.
22. PETRNELJ, Andreja, DOMINKUŠ, Davor (2011). *Predstavitev izhodišč Zakona o dolgotrajni oskrbi in zavarovanja za dolgotrajno oskrbo*. Dostopno 22.5.2011 na: http://www.pf.uni-mb.si/medicina-in-pravo/MIP07_files/gradivo/peternelj_dominkus.pdf.
23. 1995. Pravilnik o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev. Ur. list RS, št. 52/95, 2/98, 61/98, 19/99, 127/03, 125/04, 120/05, 90/08, 45/10. Dostopno 17.2.2011 na: <http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?urlid=201045&stevilka=2321>.
24. PRISTAVEC ĐOGIĆ, M. (2007). *Ureditev instituta družinskega pomočnika*. Državni zbor Republike Slovenije. Ljubljana.
25. 2006. Resolucija o nacionalnem programu socialne varnosti za obdobje 2006–2010 (ReNPSV06-10). Ur. list RS, št. 39/06.
26. RENER, Tanja (2006). *Družina in njene nove podobe*. V: JAVORNIK, Jana S. (ur.): *Socialni razgledi 2006*. Urad RS za makroekonomske analize in razvoj. Ljubljana.
27. RUDEL, Drago (2008). *Zdravje na domu na daljavo za stare osebe*. Informatika Medica Slovenica. Letnik 13, št. 2, str. 19. Dostopno 20.3.2011 na: [http://ims.mf.uni-lj.si/archive/13\(2\)/IMS13\(2\)web.pdf](http://ims.mf.uni-lj.si/archive/13(2)/IMS13(2)web.pdf).
28. Služba vlade RS za razvoj in evropske zadeve (2011). *Nacionalni reformni program 2011-2012*. Dostopno 1.8.2010 na: http://www.svez.gov.si/fileadmin/svez.gov.si/pageuploads/docs/Razvojni_dokumenti/CIST_NOV_NRP_2_18_4.pdf.
29. Skupnost socialnih zavodov Slovenije (2010a). *Predlog zakona o dolgotrajni oskrbi*. Dostopno 21.12.2010 na: <http://www.ssz-slo.si/apl/doc/2974AEFF.pdf>.
30. Skupnost socialnih zavodov Slovenije (2011). *Splošno o domovih in posebnih zavodih*. Dostopno 4.4.2011 na : <http://www.ssz-slo.si/slo/main.asp?id=2361E17F>.

31. Skupnost socialnih zavodov Slovenije (2010b): *Sporočilo za medije*. Dostopno 16.3.2010 na: <http://www.ssz-slo.si/slo/main.asp?id=7BD9BCFE>.
32. SMOLEJ, Simona, NAGODE, Mateja, JAKOB KRAJAN, Polonca (2009). *Izvajanje pomoči na domu*. Inštitut Republike Slovenije za socialno varstvo. Dostopno 4.4.2011 na: http://www.mddsz.gov.si/fileadmin/mddsz.gov.si/pageuploads/dokumenti__pdf/pomoc_na_domu_2009.pdf.
33. STARC, Martina (2010). *Dolgotrajna oskrba v Evropski uniji*. Kakovostna starost. Letnik 13, št. 1, str. 54-57. Dostopno 3.5.2010 na: <http://v2.inst-antonatrstenjaka.si/tisk-clanek.asp?ID=806>.
34. Statistični urad Republike Slovenije. *Eurostatove projekcije prebivalstva za Slovenijo, 2008–2060*. Dostopno 13.6.2008 na: http://www.stat.si/novica_prikazi.aspx?id=1683.
35. ŠIRCELJ, Milivoja (2006). *Družina in njene nove podobe*. V: JAVORNIK, Jana S. (ur.): *Socialni razgledi 2006*. Urad RS za makroekonomske analize in razvoj. Ljubljana.
36. TOTH, Martin (2009). *Stanje in razvojne možnosti zdravstvene nege v socialnih zavodih*. V: VOLASKO-TRATNIK, Marjeta (ur.): *Sistemske spremembe na področju institucionalnega varstva starejših v Sloveniji*. Državni svet Republike Slovenije. Ljubljana. Dostopno 15.4.2011 na: http://www.ds-rs.si/dokumenti/publikacije/Zbornik_09-3.pdf.
37. TOTH, Martin (2011). *Dolgotrajna oskrba - nova veja socialne varnosti*. Dostopno 17.5.2011 na: http://www.planetgv.si/upload/htmlarea/files/8.Globalna_varnost/Toth_%20Martin.pdf.
38. VERTOT, Nelka (2010). *Starejše prebivalstvo v Sloveniji*. Zbirka brošur. Statistični urad Republike Slovenije. Ljubljana. Dostopno 29.9.2010 na: <http://www.stat.si/doc/StarejsePrebivalstvo.pdf>.
39. VOLJČ, Božidar (2010). *Dolgotrajna oskrba v razvitih Evropskih državah*. Kakovostna starost. Letnik 13, št. 1, str. 50–54. Dostopno 3.5.2010 na: <http://v2.inst-antonatrstenjaka.si/tisk-clanek.asp?ID=806>.
40. 1999. Zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju (ZPIZ-1-UPB4). Ur. list RS, št. 26/03, 20/04, 104/05, 109/06. Dostopno 1.2.2011 na: http://zakonodaja.gov.si/rpsi/r01/predpis_ZAKO1431.html.

41. 1992. Zakon o socialnem varstvu (ZSV). Ur. list RS, 54/92, 36/04, 3/07. Dostopno 1.2.2011 na: http://zakonodaja.gov.si/rpsi/r09/predpis_ZAKO869.html.
42. 2001. Zakon o starševskem varstvu in družinskih prejemkih (ZSDP). Ur. list RS, št. 97/01, 110/3, 110/06. Dostopno 1.2.2011 na: http://zakonodaja.gov.si/rpsi/r00/predpis_ZAKO1430.html.
43. 1995. Zakon o vojnih invalidih (Zvojl). Ur. list RS, št. 63/95. Dostopno na: http://zakonodaja.gov.si/rpsi/r01/predpis_ZAKO961.html (1.2.2011) Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ). Ur. list RS, 72/06. Dostopno 1.2.2011 na: http://zakonodaja.gov.si/rpsi/r03/predpis_ZAKO213.html.
44. Zavod Seniorji.info (2011). *Dnevni centri aktivnosti*. Dostopno 20.4.2011 na: http://www.seniorji.info/DCA_-_Dnevni_centri_aktivnosti_LJ.
45. Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije. *Izjava za javnost – Predlog zakona o dolgotrajni oskrbi in zavarovanju za dolgotrajno oskrbo*. Dostopno 13.4.2010 na: <http://www.zbornica-zveza.si/Dokument.aspx?ID=56>.
46. Zveza društev upokojencev Slovenije (2010). *Zapisnik Komisije za socialna vprašanja*. Dostopno 29.3.2010 na: http://www.zdus-zveza.si/attachments/092_Zapisnik%20seje%20KSV%2025.3.2010.doc.