



Financiranje dolgotrajne oskrbe

Delovna verzija 1

Avtor:
mag. prim. Martin Toth

Kazalo vsebine

1. Uvod	3
2. Definicija dolgotrajne oskrbe.....	4
3. Zakaj potrebujemo dolgotrajno oskrbo?.....	5
4. Glavne značilnosti financiranja dolgotrajne oskrbe v državah OECD	6
5. Modeli financiranja dolgotrajne oskrbe iz javnih sredstev	8
6. Dejavniki, ki vplivajo na potrebe po dolgotrajni oskrbi in na finančna sredstva za njeno zagotavljanje	10
7. Višina stroškov za dolgotrajno oskrbo v izbranih državah OECD, v letu 2010.....	13
8. Podatki o financiranju dolgotrajne oskrbe v Sloveniji v letu 2011	15
8.1. Prednosti in slabosti ureditev v sistemih posameznih držav.....	16
8.2. Prednosti in slabosti v financiranju dolgotrajne oskrbe v Sloveniji.....	18
9. Možnosti financiranja dolgotrajne oskrbe v Sloveniji	19
9.1. Predlogi možnih rešitev za stabilnost in vzdržnost sistema	21
9.2. Razprava glede predlogov možnih rešitev - zaključki z 2. konference AHA.SI (8. januar 2015).....	23
10. Zaključki	24
11. Viri in literatura.....	26

1. Uvod

Dolgotrajna oskrba je področje, ki s staranjem prebivalstva vse bolj stopa v ospredje. Še nedaleč nazaj je bilo področje problem posameznika oziroma njegove družine, skladno z družbenimi spremembami pa postaja vse bolj sestavina socialne varnosti, kar še zlasti velja za gospodarsko razvitejše države sveta. Zaradi staranja prebivalstva in s tem povezanega porasta števila ljudi, ki potrebujejo pomoč druge osebe, pri opravljanju dnevnih življenjskih aktivnosti in nekaterih drugih družbenih sprememb dobiva področje dolgotrajne oskrbe v družbi vse vidnejšo vlogo, a odpira tudi nova vprašanja. Ob tem se v gospodarsko razvitem svetu odpirata predvsem dve vprašanji in sicer:

- kako organizirati dejavnost dolgotrajne oskrbe in čim boljšo dostopnost njenih storitev, tistim, ki jo potrebujejo;
- kako financirati dejavnost dolgotrajne oskrbe, da bo ta vzdržna in dostopna tistim, ki potrebujejo pomoč druge osebe, s katerimi viri in kakšna naj je pri njenem izvajanju vloga in delež države, lokalnih skupnosti, družine in posameznika.

Omenjena vprašanja porajajo posledično nadaljnja vprašanja, in sicer, ali je dolgotrajna oskrba in njeno izvajanje nova in posebna veja socialne varnosti prebivalstva neke države, ali naj temelji na načelih najširše solidarnosti ali na tržnih zakonitostih in kako naj bi ta nova dejavnost vplivala na celotni razvoj družbe. V zvezi z zadnjim se največ vprašanj pojavlja na področju njenega financiranja.

V svetu poznajo različne modele organiziranja in financiranja področja in dejavnosti dolgotrajne oskrbe. To ni nič posebnega, saj so med državami tudi razlike v opredelitvah področja dolgotrajne oskrbe, v njegovi organizaciji in izvajanju ter oblikah pomoči ljudem, ki jo potrebujejo kot tudi v celotni ureditvi področja socialne varnosti. Nekatere države dolgotrajno oskrbo še vedno opredeljujejo kot zasebni problem posameznika ali njegove družine, drugje morda kot socialni problem posameznika, ki njene storitve rabi, a si jih ne more zagotoviti z lastnimi sredstvi in podobno. Vse več držav, še zlasti v Evropi, obravnava dolgotrajno oskrbo enako kot druga področja, kjer se pojavljajo socialna tveganja, kot so bolezen, poškodba, invalidnost, onemoglost, starost idr., kar pomeni, da je to ena od vej socialne varnosti prebivalstva. V slednjih se vse bolj uveljavlja tudi načelo medgeneracijske solidarnosti pri zagotavljanju storitev, ki sodijo v njeno področje. Temu ustrezne so razlike med državami v načinu financiranja oziroma zagotavljanju materialnih podlag dejavnosti dolgotrajne oskrbe. Znani so zelo različni pristopi, ki so lahko politično, družbeno, ekonomsko ali drugače obarvani in so odraz gledanja družbe na problem zagotavljanja pomoči ljudem, ki so od nje odvisni. Za razumevanje teh razlik in sistemov in njihovih dobrih ali slabih moramo najprej definirati, kaj razumemo pod tem pojmom, kakšna in zakaj so odstopanja po posameznih državah in kako se le ta prepletajo ali dopolnjujejo z drugimi področji socialne varnosti prebivalstva. Te razlike namreč vplivajo tudi na način financiranja področja oziroma njegovih posameznih aktivnosti in programov na račun javnih ali tudi zasebnih sredstev.

2. Definicija dolgotrajne oskrbe

Pregled pravnih in organizacijskih ureditev ter vsebine dolgotrajne oskrbe po raznih državah kaže, da je predstava o tem, kaj naj bi le ta zajemala različna. Izhodišče je kljub temu za vse več ali manj definicija, ki jo uporablja OECD. Po tej je dolgotrajna oskrba dejavnost zagotavljanja pomoči ljudem, ki zaradi izgube določenih fizičnih, duševnih ali intelektualnih sposobnosti trajno potrebujejo pomoč drugih pri opravljanju temeljnih dnevnih življenjskih aktivnosti (ADL) in so od nje odvisni. Med te uvrščajo pomoč pri hranjenju, vzdrževanju osebne higiene, oblačenju ter poleganju v posteljo in vstajanju (OECD 2013).

Pri tem definicija odvisnosti pomeni :

"...resno omejitev v dnevnih življenjskih aktivnostih zaradi zdravstvenih težav, ki trajajo dalj čas oziroma najmanj 6 mesecev" (Lipszyc in drugi 2012,24).

Omenjena definicija OECD se z določenimi prilagoditvami in različicami uporablja praktično v vseh državah, a nacionalne zakonodaje področje dolgotrajne oskrbe ponekod razširjajo še na storitve podpornih funkcij, ki so potrebne istočasno ob zagotavljanju pomoči pri opravljanju temeljnih dnevnih življenjskih aktivnosti, na paliativno oskrbo, na pomoč pri določeni stopnji invalidnosti, na razne oblike socialne pomoči oziroma oskrbe, na nadzor ljudi, ki se ne morejo sami orientirati v prostoru in času (npr. pri demenci) in podobno. Po drugi strani pa jo zakonski predpisi posameznih držav tudi zožujejo s tem, ko določajo koliko časa dnevno, tedensko ali mesečno naj bi posamezniku bilo potrebno zagotavljati pomoč druge osebe oziroma koliko časa najmanj naj bi bil odvisen od pomoči drugih, da bi lahko govorili o dolgotrajni oskrbi. Nekaterе države omejujejo pravice do storitev dolgotrajne oskrbe tudi s starostjo upravičenca (starost nad 15, 20, 50 ali 65 let in podobno) ali tudi s predhodnim zavarovanjem, kot je to npr. v Nemčiji, Slednje pomeni minimalno dobo, za katero mora biti upravičenec zavarovan pred uveljavljanjem pravic in za katero morajo biti zanj plačani prispevki, s stalnim bivališčem na njenem območju itd. V Nemčiji je npr. pogoj za pridobitev pravic iz naslova dolgotrajne oskrbe vključitev zavarovane osebe v obvezno javno ali zasebno zdravstveno zavarovanje. Vse to poleg organizacije in zagotavljanja pomoči osebam, ki jo potrebujejo pri opravljanju temeljnih dnevnih aktivnosti, vpliva tudi na pravice iz te posebne in nove veje socialne varnosti in na njeno financiranje. V večini držav izhajajo iz spoznanja in zakonske ureditve, po kateri da je zagotavljanje pomoči ljudem, ki so pri opravljanju dnevnih življenjskih aktivnosti odvisni od pomoči drugih, enako socialno tveganje kot bolezen, poškodba, invalidnost, brezposelnost in starost in da jo je zaradi tega potrebno obravnavati enako kot druga socialna zavarovanja (Legislation of long term care insurance in the Grand Duchy Luxemburg 2005). V večini držav je poseben status te dejavnosti tudi zakonsko opredeljen.

Ob teh skupnih teoretičnih izhodiščih o dolgotrajni oskrbi so med državami razlike v opredelitvi področja dolgotrajne oskrbe, v njeni vsebini, merilih in kriterijih za določanje upravičenosti do njenih storitev in v razmejitvi s področjem zdravstvenega varstva in zavarovanja, socialno-varstvenega področja in invalidskega in pokojninskega zavarovanja itd. Te razlike vplivajo tudi na financiranje področja, ker so skladno z razlikami v zakonski opredelitvi področja tudi razlike v financiranju dejavnosti oziroma zavarovanju za dolgotrajno oskrbo, ki se kažejo v virih, v deležih

javnih in zasebnih sredstev za to dejavnost, v razpoložljivih sredstvih in višini BDP, ki ga posamezna država namenja za te potrebe.

3. Zakaj potrebujemo dolgotrajno oskrbo?

Čeprav na svetu že kar dolgo poznano področje dolgotrajne oskrbe, se še vedno srečujemo z vprašanji, zakaj moramo imeti ali urediti to „neko“ novo področje. Neredko naletimo na mnenja, da so problemi starih in starejših, ki potrebujejo pomoč drugih, stari toliko kot človeštvo in zato mnogi ne razumejo, zakaj naj bi zdaj potrebovali neko posebno ureditev ali neko posebno socialno varnost za osebe, ki so odvisne od pomoči drugih. Pri tem menijo, da bi te potrebe morali ali lahko reševali tako kot so jih ljudje morda pred 100 in več leti, ko so te potrebe reševali v okviru družine, sorodnikov ali s pomočjo sosedov. Takšne dileme in pogledi na področje prihajajo na površje predvsem, ko se delajo izračuni, koliko naj bi družba, ne glede ali v sistemu socialnega zavarovanja ali prek proračuna, namenila za financiranje dolgotrajne oskrbe. Čeprav v okvirih celotnega področja socialne varnosti v dolgotrajno oskrbo vlagajo povsod najmanjši delež BDP, se neredko pojavljajo vsaj dileme ali gre za nujno potrebno in družbeno opravičljivo investicijo. Če je že odgovor pozitiven, sledi vprašanje, ali in kako je možno tudi na tem področju doseči čim večjo racionalnost pri uporabi javnih sredstev in kako povečati dostopnost in kakovost dolgotrajne oskrbe na najbolj racionalen način in s kar se da nizkimi družbenimi vlaganji. Tudi na tem področju, se kot v sistemu zdravstvenega varstva in pokojninsko – invalidskega zavarovanja, srečujeta dva nasprotujoča si interesa. Eden teži k čim večji solidarnosti, kakovosti in dostopnosti storitev in pravic in s tem h kakovosti življenja, drugi pa k njihovem omejevanju, kar še posebej velja za finančna vlaganja iz javnih sredstev. Druga dilema v zvezi z dolgotrajno oskrbo, ki je prisotna v določenih krogih tudi pri nas, je ali je to res neko samostojno področje oziroma ali to ni sestavni del sistema javnega zdravstvenega ali socialno-varstvenega sistema. Res so v vrsti držav ta področja (ali še kakšno drugo) finančno in upravno združeni, vendar imata kljub temu povsem različne naloge in cilje ter zato tudi različno organizacijo, zakonske podlage in način financiranja. Nekateri namreč nagibajo k stališčem, da je dolgotrajna oskrba le neka drugačna oblika zdravstvenega varstva, s čimer se iz povsem strokovnih vidikov ni mogoče strinjati. Področje zdravstvenega varstva ima namreč za cilj krepitev, ohranitev in povrnitev zdravja vsega prebivalstva, medtem ko naj bi dolgotrajna oskrba zagotavljala pomoč ljudem, ki so od te odvisni in potrebni pri opravljanju temeljnih dnevnih aktivnosti. Pri slednji torej ne gre za krepitev, ohranitev ali povrnitev zdravja in zato ne predstavlja dela nalog sistema zdravstvenega varstva in to ne glede na dejstvo, da določene aktivnosti in naloge opravljajo isti zdravstveni delavci oziroma izvajalci. Ta razlika v funkcijah in nalogah obeh sistemov ne zmanjšuje vloge in pomena aktivnosti za krepitev zdravja in zdravstvene preventive, ki lahko zmanjšata ali odložita potrebe po dolgotrajni oskrbi med prebivalstvom na poznejša leta. Skladno z navedenimi razlikami obeh področij so tudi razlike v financiranju sistema zdravstvenega varstva in področja dolgotrajne oskrbe. Omenjene dileme so prisotne tudi v Sloveniji.

Razlogi, da potrebujemo posebno ureditev za področje dolgotrajne oskrbe so družbeni, demografski in zdravstveni. V razvitejših državah sveta se povprečna in dejansko doživeta

povprečna življenjska doba vse bolj podaljšujeta. V populaciji se povečuje delež oseb starejših nad 65 in še posebej tudi nad 80 let. S staranjem prebivalstva se povečuje število oseb s kroničnimi degenerativnimi obolenji, ki potrebujejo zdravstveno oskrbo skozi daljše obdobje in ki vodijo posledično v okvare zdravja ter slabšanje ali celo izgubo nekaterih fizičnih in psihičnih sposobnosti posameznika, zaradi katerih postane odvisen od pomoči drugih pri opravljanju dnevnih življenjskih aktivnosti. Napredek medicine, boljše možnosti zdravljenja in preživetja po bolezni in poškodbah, kot tudi izboljšanje življenjskih razmer vodita v podaljševanje življenja oziroma v nastajanje „dolgožive družbe“. Ta pa ima svoje posebne potrebe, med katerimi je tudi dolgotrajna oskrba oziroma organizirana pomoč ljudem, ki so od nje odvisni. Svoj nemajhen prispevek so k temu dodale tudi družbene spremembe, ki so privedle do postopnega razpada nekdanje klasične družine s tri do štiri starostnimi generacijami v isti družini in gospodinjstvu, v katerem je bila medsebojna pomoč vseh vsem samoumevna. V sodobnem času je vse več dva do tri članskih družin, v kateri zaradi zaposlenosti ni nikogar, ki bi lahko zagotavljal pomoč družinskemu članu, ki je le te potreben. Izjemoma je to možno in tudi zakonsko urejeno, če tako pomoč za krajši čas potrebujejo otroci ali zakonec, pa še to pod določenimi pogoji.

Poleg zdravstvenih razlogov, ki narekujejo potrebo po dolgotrajni oskrbi, so še ekonomski. Zagotavljanje storitev pomoči pri opravljanju dnevnih življenjskih aktivnosti skozi daljše obdobje zahteva tudi finančna sredstva, ki lahko posameznika privede v socialno in ekonomsko stisko in revščino, ki sama po sebi povečuje odvisnost človeka od drugih. To predvsem velja za osebe z nižjimi dohodki ali brez premoženja in v primerih, ko potrebujejo pomoč druge osebe skozi daljše obdobje, npr. nekaj let. Takšno stanje lahko privede v revščino tudi druge člane družine, s katerimi oseba, potrebna pomoči druge osebe, živi v skupnem gospodinjstvu.

Iz navedenih razlogov se vse bolj kaže potreba po organizirani družbeni pomoči ljudem, ki so pri opravljanju dnevnih življenjskih aktivnosti odvisni od drugih. Na navedenih razlogih in spoznanjih je začelo nastajati področje dolgotrajne oskrbe kot posebne veje socialne varnosti, kot plod spoznanj, da ima pomembno vlogo v celotnem sistemu socialne varnosti in države in nenazadnje tudi kot eno od področij, ki lahko občutno vpliva na celotni družbeni in ekonomski razvoj družbe in na medčloveške odnose med generacijami. V tem smislu ima področje tudi svojo ekonomsko dimenzijo. Normalno je pričakovati, da je zaposleni, ki bi sicer moral oskrbovati svojca, bolj predan in zbran na delovnem mestu, če ve da je le ta preskrbljen in tako ni razpet med zahtevami delovnega mesta in potrebe po nujenju pomoči prizadetemu svojcu. To pa gotovo vpliva tudi na njegovo storilnost.

4. Glavne značilnosti financiranja dolgotrajne oskrbe v državah OECD

Ko analiziramo področje dolgotrajne oskrbe in njeno financiranje moramo upoštevati dva vidika, ki se sicer medsebojno povezuje in dopolnjujeta, a hkrati kažeta na določena nasprotja in razlike med državami. Prvi se nanaša na dejavnost dolgotrajne oskrbe same, njeno organizacijo, izvajalce oziroma oskrbovalce in na možne oblike in vrste pomoči osebam, ki so od nje odvisni. V okviru tega iščejo v posameznih okoljih najprimernejše oziroma najbolj sprejemljive možnosti

zadovoljevanja potreb ljudi. Drugi vidik, ki je s prvim tesno povezan, zajema področje financiranja dejavnosti oziroma zagotavljanja dostopnosti in pravic, ki jih ljudje potrebujejo, pri čemer najdemo različne možne ureditve.

V večini gospodarsko najrazvitejših držav (OECD) poteka financiranje dolgotrajne oskrbe v pretežni meri znotraj javnih finančnih virov, ki jih le v posameznih primerih dopolnjujejo tudi zasebna sredstva uporabnikov storitev ali njihovih svojcev. Izjemo predstavljajo ZDA in še nekatere države, kjer si tovrstne stroške morajo kriti posamezniki iz zasebnih sredstev ali s privatnimi zavarovanji oziroma je le neznamen del teh storitev vključen v javno zdravstveno zavarovanje (MEDICARE in MEDICAID). Prevladujoča usmeritev na javna finančna sredstva je tesno povezana z dejstvom, da je dolgotrajna oskrba za posameznika enako tveganje, kot se pojavljajo na drugih področjih socialne varnosti in da bi finančna bremena za posameznika, če bi si moral sam kriti vse stroške, preveliki in jih ne bi zmogel. To še posebej velja za osebe z nizkimi dohodki ali z večjo stopnjo odvisnosti od pomoči drugih. Ti preprosto ne bi mogli biti deležni tuje pomoči, če bi ta bila organizirana po tržnih načelih, kar bi jih lahko pahnilo v revščino in socialne stiske. Zato je za ljudi, ki so odvisni od pomoči drugih potrebna širša družbena solidarnost oziroma vzajemnost znotraj celotne družbe. Ta pomoč je običajno tudi pomoč družini takega človeka. Zaradi tega je zagotavljanje dostopnosti storitev dolgotrajne oskrbe organizirano kot posebna veja socialnega zavarovanja ali državno, nacionalno organiziranje socialne varnosti prebivalstva. Skladno s to naravnostjo poteka financiranje dolgotrajne oskrbe v večini držav v Evropi in tudi v večini držav članic OECD in se tudi dejavnost izvaja pretežno po načelih javnih služb. Ta način financiranja dolgotrajne oskrbe je odgovor in rešitev za potencialne negotovosti in resne socialne posledice za posameznike ali njihove družine, če bi v primeru potrebe po tej oskrbi morali vse stroške zanjo kriti z lastnim, zasebnim denarjem. Organizirana in z javnimi sredstvi financirana dolgotrajna oskrba daje možnost vsem, ki potrebujejo oziroma so odvisni od pomoči drugih, da jo tudi dobijo. Po drugi strani je takšen način financiranja slika medčloveških odnosov v družbi, medsebojnega spoštovanja in humanosti ter preprečevanja izključevanja iz družbe tistih, ki potrebujejo pomoč drugih in so od nje odvisni. A tudi pri financiranju dejavnosti z javnimi finančnimi sredstvi so med državami razlike, saj je v nekaterih državah dolgotrajna oskrba financirana s prispevki za socialno varnost, v drugih z davki in v tretji skupini deloma s prispevki, deloma pa z davki.

Če je dolgotrajna oskrba dejavnost, ki je pomembna za socialno varnost ljudi in je kot taka potreba družbe sedanjega časa, ima tudi svoje ekonomske posledice. Stroške, ki nastanejo ob zagotavljanju pomoči ljudem v obliki zagotavljanja storitev oskrbe ali denarnega nadomestila mora nekdo tudi poravnati. Ker to praviloma niso posamezniki in ne njihova zasebna sredstva, je to „strošek“ ali vlaganje celotne družbe. Ti stroški sami v večji ali manjši meri povsod vzbujajo skrb gospodarstvenikov in politikov zaradi njihovega vpliva na gospodarski razvoj in na javna finančna posledice. Ta skrb ni toliko povezana z višino sedanjih vlaganj v to področje, temveč zaradi dejstva, da ta rastejo hitreje od rasti bruto domačega proizvoda v vseh državah sveta in da tako vplivajo na možnosti zadovoljevanje tudi drugih potreb, ki jih ima družba. Napovedi namreč kažejo, da se bodo javni izdatki za kritje stroškov dolgotrajne oskrbe v razvitejših državah do leta 2050 najmanj podvojili, ponekod celo potrojili. Tako postaja področje dolgotrajne oskrbe podobno kot druga socialna področja tudi ekonomski problem, ki zahteva tudi ustrezne ukrepe na področju socialne in ekonomske politike države.

Nekaj posebej zanimivih primerov ureditve sistema dolgotrajne oskrbe v državah OECD je prikazano v analitskem poročilu projekta AHA – Aktivno in zdravo staranje v Sloveniji (Drole, Lebar 2014), še več pa v podatkovni bazi Evropske komisije MISSOC data base¹.

Iz teh se vidijo razlike v razumevanju in definiranju področja, zakonski ureditvi pravic upravičencev, organizacija dejavnosti in druge opredelitve, ki pa vse imajo svoj vpliv na financiranje tovrstnih programov.

5. Modeli financiranja dolgotrajne oskrbe iz javnih sredstev

Čeprav je pojem in definicija dolgotrajne oskrbe znana, jo po državah različno opredeljujejo, razumejo in izvajajo. Poleg drugega je to eden od razlogov, da so med državami razlike v financiranju področja. To se ne nanaša le na delitev na javno ali zasebno dejavnost oziroma finančna sredstva, ampak tudi na načine financiranja javne dejavnosti dolgotrajne oskrbe. Kljub razlikam je vendarle možno modele financiranja dolgotrajne oskrbe v državah OECD razvrstiti v določene sorodne ali podobne skupine (OECD 2011). Kriteriji za njihovo razvrščanje so:

- upravičenost do storitev oziroma pravic do dolgotrajne oskrbe, ki je lahko zagotovljena vsem, ki izpolnjujejo zakonske pogoje (starost, državljanstvo itd.), ali je odvisna od premoženjskega stanja ali dohodka posameznika ali še od kakšnih drugih pogojev. Po tem kriteriju se ločujejo univerzalni sistemi in sistemi, ki pogojujejo možnost vključitve posameznika glede na njegovo dohodkovno stanje, premoženje ali druge kriterije, vključitev v eno izmed javnih socialnih zavarovanj, državljanstvo, stalno bivališče itd.;
- ureditve dolgotrajne oskrbe kot samostojnega enotnega področja socialne varnosti (ali zavarovanja) ali pa so storitve in programi dolgotrajne oskrbe razpršeni v več različnih njenih področjih in programih (npr. v zdravstvenem, pokojninskem in invalidskem, v drugih),
- financiranje v okviru enega od nosilcev socialnih zavarovanja ali z davki oziroma proračunskih sredstev ali s kombinacijo zavarovanja in proračunskih sredstev.

Na podlagi teh kriterijev in nekaterih drugih značilnosti so najbolj znani:

A) sistemi, v katerih je obseg oziroma raven pravic ter kritja stroškov iz javnih sredstev

- zagotovljen vsem brez izjem („univerzalen“) in ni odvisen od dohodka ali premoženja potencialnega upravičenca do pomoči druge osebe;
- odvisen od dohodka ali premoženja posameznika („means -tested“);

B) sistemi, v katerih je dolgotrajna oskrba:

- organizirana kot samostojno področje in to ne glede na to, ali je to posebna veja socialnega zavarovanja ali področje, s katerim upravlja neposredno država;
- področje, v katerem so posamezne pravice sestavni del drugih področij kot npr. obveznega

¹ Baza je dostopna prek:

<http://www.missoc.org/INFORMATIONBASE/COMPARATIVETABLES/MISSOCDATABASE/comparativeTableSearch.jsp>
(26.2.2015)

- zdravstvenega zavarovanja, pokojninsko-invalidskega zavarovanja, socialnega varstva itd., deloma pa tudi drugih področij, ki jih financirajo država, dežele, regije ali občine,
- področje, ki je sestavni del sistema zdravstvenega varstva.

C) ureditve glede pravic, ki jih lahko upravičenec uveljavlja:

- v obliki denarnega prejemka;
- v obliki storitev pomoči na svojem domu;
- v obliki delne dnevne ali nočne oziroma ali popolne institucionalne oskrbe v ustreznem zavodu;

D) mešani sistemi, ki vključujejo elemente posameznih poprej navedenih sistemov.

Opisano razvrščanje se nanaša le na javne sisteme dolgotrajne oskrbe in ne velja za privatne sisteme, ki jih poznajo v nekaterih državah (npr. ZDA). Ob tem pa je vendarle potrebno poudariti, da je v velikem številu držav ob uveljavljanju pravic iz javne dolgotrajne oskrbe potrebno prispevati določena zasebna sredstva uporabnikov v obliki doplačil ali plačil za določene pravice. Vse to je predmet zakonske ureditve posamezne države in njenega odnosa do področje socialne varnosti prebivalstva. Ti različni pristopi imajo vpliv na financiranje dejavnosti in na višino deleža BDP, ki ga posamezna država namenja za to vejo socialne varnosti. V nekaterih državah poteka financiranje dolgotrajne oskrbe znotraj ene ali več vej socialnega zavarovanja, v drugih državah krijejo stroške za izvajanje dolgotrajne oskrbe iz proračunov (države, dežele, občin), neredko pa tudi iz sredstev prostovoljnih zavarovanj in iz zasebnih sredstev oseb, ki potrebujejo pomoč ali sredstev njihovih svojcev. Najpogosteje srečamo mešane modele financiranja dolgotrajne oskrbe, v katerih pri kritju stroškov prevladujejo javna sredstva, a so vključena tudi zasebna sredstva. Ta so npr. v skandinavskih državah dokaj majhna, v nekaterih drugih državah OECD (npr. Nemčija) pa dosegajo tudi 30 % vseh stroškov dolgotrajne oskrbe. Skladno s tem so urejene tudi pravice oziroma bonitete, ki jih imajo upravičenci do storitev dolgotrajne oskrbe, in sicer tako, da so z javnimi sredstvi financirane le določene pravice, druge pa si morajo zagotoviti ljudje z zasebnimi sredstvi. To so tako imenovani mešani „public-private“ sistemi. Del stroškov za dolgotrajno oskrbo ostaja „skrit“ oziroma ga ni, saj opravljajo določene storitve neformalni izvajalci, kot so svojci, znanci, prostovoljci, razna društva in organizacije na prostovoljni osnovi in brez povračila za opravljeno delo, tako da „strošek“ sploh ne nastane.

Tudi ko gre za javna sredstva za financiranje dolgotrajne oskrbe je, skladno z zakonsko ureditvijo področja, znanih več virov, in sicer:

- sredstva posebnega zavarovanja za dolgotrajno oskrbo,
- sredstva (prispevki) za obvezno zdravstveno in pokojninsko zavarovanje,
- sredstva, namenjena za socialno varstvo skladno z zakoni;
- sredstva proračunov (na različnih ravneh).

Določene razlike so nato tudi v načinu upravljanja z zbranimi sredstvi. S sredstvi nosilcev socialnih zavarovanj (za dolgotrajno oskrbo, zdravstvenega ali invalidskega) upravljajo v okviru zakonsko opredeljenih pooblastil njihovi organi upravljanja, v katerih so zastopani predstavniki zavarovancev in predstavniki zavezancev za plačevanje prispevkov. Ti imajo javna pooblastila za odločanje ali

soodločanje o vrsti pomembnih vprašanj s svojega področja, najpomembnejše pa je njihovo pooblastilo, da avtonomno odločajo o sredstvih, zbranih s prispevki, ponekod celo o višini prispevkov ter o standardih pravic. S sredstvi proračunov seveda odločajo vlade posameznih držav oziroma ustrezni organi v občinah, regijah in deželah. Razlike po vseh teh vprašanjih so pogojene s tradicijami, z ravniyo socialne varnosti v državi in odnosa do teh področij, deloma pa tudi z razlikami v pogledih na družino kot osnovno celico družbe, ki naj bi skrbela v čim večji možni meri za vsakega svojega člana ne glede na starost, bolezen, spol ali druge lastnosti. V mnogih državah namreč prevladuje mnenje, da je zagotavljanje dolgotrajne oskrbe najprej dolžnost svojcev tistega, ki pomoč druge osebe potrebuje. Če je to veljalo nekoč, je danes to vse težje uresničljivo, saj so klasične družine s tremi ali štirimi generacijami pod isto streho redkost, pa tudi stopnja zaposlenosti tistih, ki bi lahko nudili pomoč je velika.

Razlike so tudi v statusu izvajalcev storitev in programov dolgotrajne oskrbe. Večino nalog in storitev dolgotrajne oskrbe v vseh država OECD še vedno opravijo najbližji družinski člani in svoji uporabnika. Kadar uporabnik teh nima, ali je obseg in zahtevnost pomoči, ki jo potrebuje, prevelika, da bi mu jo mogli zagotoviti svojci, jo izvajajo praviloma poklicni izvajalci, lahko pa tudi prostovoljci in neformalni izvajalci, ki za svoje delo ne prejemajo plačilo, medtem ko so ostali upravičeni do denarnega nadomestila s strani uporabnika ali nosilca zavarovanja ali iz proračuna. V večini držav s socialnim zavarovanjem oziroma državno zagotovljeno socialno varnostjo je izvajanje dolgotrajne oskrbe opredeljeno kot dejavnost posebnega družbenega pomena in kot neprofitna dejavnost, katere naloga in cilj je zadovoljevanje potreb prebivalstva. V nekaterih državah pa so lahko izvaja dolgotrajna oskrba tudi kot zasebna dejavnost in so izvajalci lahko tudi zasebniki.

Vse te razlike imajo vpliv na višino sredstev, ki jih država vlaga v dolgotrajno oskrbo, na obseg pravic upravičencev/zavarovancev, morebitna doplačila ali njihova zasebna sredstva, ki jih morajo prispevati v primeru uveljavljanja pravic na tem področju. Te razlike pa je treba poznati, da bi lahko razumeli tudi razlike v načinu financiranja in v višini sredstev za dolgotrajno oskrbo.

6. Dejavniki, ki vplivajo na potrebe po dolgotrajni oskrbi in na finančna sredstva za njeno zagotavljanje

Dejavnikov, ki vplivajo na potrebe po storitvah in programih dolgotrajne oskrbe je več. Lahko jih delimo na dejavnike, ki :

- temeljijo na potrebah prebivalstva po dolgotrajni oskrbi, a deloma tudi na pričakovanjih in zahtevah ljudi;
- izhajajo iz možnosti zadovoljevanja potreb, kot so raven in vrste pravic do dolgotrajne oskrbe, razmerja med formalno in neformalno oziroma neplačano in plačano oskrbo, dostopnost potrebnih zmogljivosti (kadrovskih, dnevnih centrov, posebnih domov itd.);

Če se osredotočimo na potrebe po dolgotrajni oskrbi bomo ugotovili, da je njihov obseg močno

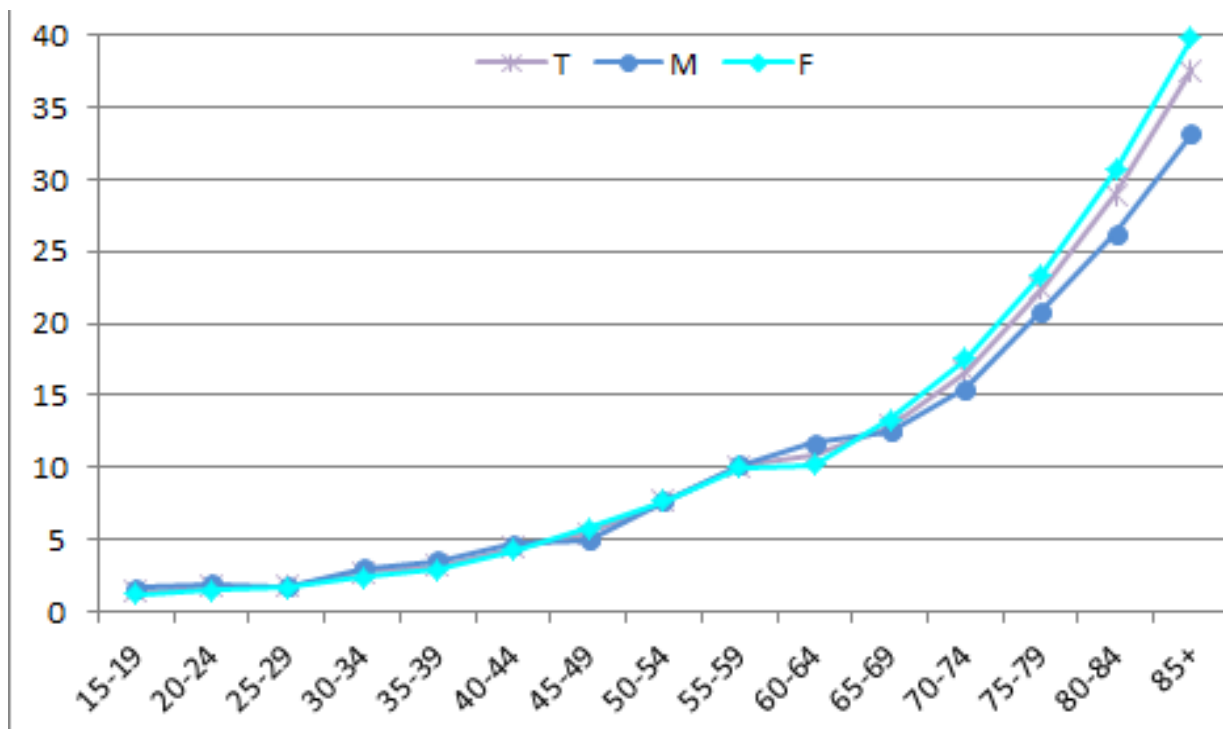
odvisen od staranja prebivalstva, od družbenih razmer in zdravstvenega stanja prebivalstva, predvsem njegovega starejšega dela in še posebej od stopnje odvisnosti („dependency ratio“) posameznih skupin od pomoči drugih. Podatki iz držav OECD kažejo, da delež oseb, ki so so potrebni dolgotrajne oskrbe (vključno z osebno asistenco) v starostnih skupinah do 65 let sorazmerno majhne. Po tej starosti začnejo naraščati in se delež ter število oseb, potrebnih pomoči drugih, s starostjo močno povečuje, kar še posebej velja za osebe, stare 80 let in več, kar nam kaže tudi spodnja preglednica (preglednica 1). V tej najstarejši skupini je v povprečju že nekaj več kot 35 % ljudi odvisnih od pomoči druge osebe oziroma potrebuje eno izmed oblik dolgotrajne oskrbe.

Nastajanje potreb in zahtev ali pričakovanj po dolgotrajni oskrbi poteka na relacij:

**zmanjšane fizične in mentalne sposobnosti, invalidnost → odvisnost od pomoči druge osebe
→ potreba po pomoči druge osebe → zahteva po pomoči → uvedba dolgotrajne oskrbe**

Ta povezanost med potrebami in staranjem prebivalstva je v enem delu posledica podaljševanja pričakovane življenjske dobe. Ta se zaradi izboljševanja življenjskih razmer, napredka in dosežkov medicinske znanosti in nekaterih drugih sprememb v družbi podaljšuje, a se zaradi tega med starejšimi povečuje delež tistih, ki boleajo za eno ali več kroničnimi boleznimi („multimorbidnost“), ki vodijo v oslabelost, zmanjševanje življenjskih funkcij, onemoglost, invalidnost, nesposobnost samostojnega življenja in odvisnost od pomoči drugih. Podaljševanje življenjske dobe povečuje delež starejših v populaciji in pomembno vpliva na potrebe po storitvah dolgotrajne oskrbe in njenem financiranju. Prav povečevanje deleža starejših med prebivalstvom je dejavnik, ki ima na te povečane potrebe največji vpliv. Po podatkih OECD se je v zadnjih 20 letih delež starejših v državah članicah te organizacije podvojil, ponekod celo potrojil. Strokovnjaki napovedujejo nadaljevanje tega trenda še naslednjih 40-50 let, kar samo po sebi kaže, da bodo dejanske in utemeljene potrebe po storitvah dolgotrajne oskrbe in potrebni finančni ter drugi viri za njihovo zadovoljevanje tudi v prihodnjih letih v porastu. Ta trend je eden od izzivov za vse države z dolgoživo populacijo, ki odpira vrsto vprašanj glede vzdržnosti financiranja javnega sistema dolgotrajne oskrbe.

Preglednica 1: Stopnja odvisnosti od pomoči drugih po starostnih skupinah v državah OECD (Povzeto po Eurostat/EU- SILC, ecp 469_en.pdf.)



Drugi dejavnik, ki vpliva na potrebe po dolgotrajni oskrbi je zdravstveno stanje prebivalstva in to še zlasti starejših. Sodobna medicina in medicinska tehnologija omogočata zdravljenje mnogih bolezni in stanj, za kar nekoč ni imela dovolj znanja in sredstev. Vendar rezultat zdravljenja ne pomeni vedno „povrnitve zdravja“, ampak le preprečitev najhujšega ali hujših možnih posledic bolezni in poškodb ter odložitvev nekaterih izmed njih na poznejša leta. Ta „odložitev“ pa se kaže v kroničnih degenerativnih boleznih, ki zahtevajo dolgoletno ali celo dosmrtno zdravljenje in po daljšem času vodijo v oslabelost, pešanje življenjskih funkcij in onemoglost ter postopoma tudi v odvisnost od pomoči drugih pri opravljanju dnevnih življenjskih aktivnosti. Takšne zdravstvene razmere so drug dejavnik, ki vpliva na potrebe po dolgotrajni oskrbi in rast vlaganj v to področje. Ta vpliv na potrebe sovпада s trendom rasti njihove rasti, ki je povezane s staranjem prebivalstva. Na zmanjšanje vpliva kroničnih degenerativnih obolenj naj bi sicer vplivali razni programi krepitev zdravja, preprečevanja in zgodnjega odkrivanja bolezni, njihovega uspešnega zdravljenja in rehabilitacije. Vsi ti ukrepi namreč predvsem omogočajo preživetje in podaljšanje preživetja, a puščajo posledice, ki se kažejo v oslabelosti, invalidnosti in večji ali manjši odvisnosti posameznika od drugih. To sicer ne pomeni, da so programi krepitev zdravja in preventive za obvladovanje potreb po dolgotrajni oskrbi nepomembni, temveč da jih je potrebno zastaviti drugače, predvsem že v zgodnejših življenjskih letih in izvajati skorajda skozi celo življenjsko obdobje.

Tretji dejavnik, ki vpliva na potrebe in deloma tudi na zahteve po storitvah dolgotrajne oskrbe so

pravice, ki jih dajejo zakoni in drugi predpisi prebivalcem in v enaki meri dostopnost do posameznih oblik storitev oziroma možnosti njihovega zadovoljevanja . V tem pogledu so razlike v sistemih glede na:

- socialno politiko države oziroma naravnost države. V državah z visokimi vlaganji v socialne transferje in razne oblike socialnih pomoči so tudi pravice, dostopnost in vlaganja v dolgotrajno oskrbo višja in obratno. Odnos do teh pomoči je tesno povezan s tradicijami, možnostmi družine, da pomaga svojim članom, stopnje zaposlenosti, stanovanjskimi, pogoji itd.
- zakonske opredelitve o vstopnem pragu za uveljavljanje pravic, ki določajo kolikšen naj bi bil minimalen obseg (čas) tuje pomoči oziroma najkrajše ocenjeno obdobje, ko naj bi zavarovanec bil odvisen od pomoči druge osebe. Tam, kjer so ti pogoji milejši glede vstopnega praga oziroma pogojev so potrebe ali boljše rečeno zahteve in tako tudi finančna vlaganja večja kot v državah, kjer so ti pogoji strožji;
- zakonsko opredelitev področja dolgotrajne oskrbe in pravic, ki jih tega naslova imajo upravičenci. V nekaterih državah imajo uporabniki le pravice do storitev zagotavljanja pomoči pri opravljanju dnevnih življenjskih aktivnosti in nekaj podpornih funkcij, v drugih je obseg storitev socialne pomoči in podpornih funkcij mnogo večji in zajema tudi zdravstveno-socialne stiske v starosti, storitve paliativne oskrbe, nadzora v primeru demence, psihoz, slabovidnosti, invalidnosti, do raznih pripomočkov, prilagoditve stanovanja itd.
- odvisnost obsega od socialnega in materialnega položaja potencialnega uporabnika in njegovih dohodkov. V državah, kjer so pravice opredeljene v odvisnosti od dohodkov posameznika, so potrebe oziroma zahteve po dolgotrajni oskrbi na račun javnih sredstev praviloma nižje;
- razmerje med poklicnimi (formalnimi) in neformalnimi izvajalci dolgotrajne oskrbe (svojci, prostovoljci, itd.). Večje ko je število neformalnih izvajalcev, nižji so stroški, ponavadi pa tudi boljše dostopnost do storitev;
- obliko in način izvajanja dolgotrajne oskrbe. Glede tega je pomembno, ali gre za oskrbo na domu, v institucionalni obliki (popolni ali delni) ali v obliki denarnega nadomestila oziroma od razmerja med temi možnostmi. Stroški so največji pri institucionalni obliki, a je prav zaradi tega ponavadi slabša dostopnost do takšne oskrbe, najcenejša pa je oskrba na domu.

7. Višina stroškov za dolgotrajno oskrbo v izbranih državah OECD, v letu 2010

V odvisnosti od navedenih dejavnikov so med državami razlike v višini sredstev, ki jih namenjajo za dolgotrajno oskrbo v nekaterih izbranih državah kot tudi za njene posamezne oblike, kar vidimo tudi iz preglednice 2.

Javna sredstva za dolgotrajno oskrbo so se leta 2010 v gospodarsko najrazvitejših državah sveta (OECD) leta 2010 gibala v razponu med 4,5 % (Danska) in 0,2 % BDP (Ciper). V posameznih državah namenajo za to dejavnost še zasebna sredstva uporabnikov. V državah OECD je njihov delež v celokupnih sredstvih za dolgotrajno oskrbo sorazmerno majhen ali celo nepomemben, v mnogih državah pa jih sploh ne poznajo. Tako je npr. (podatek za leto 2007) znašal 0 % na Nizozemskem in na Češkem in več kot 30 % vseh stroškov v Nemčiji in na Portugalskem. Med temi zasebnimi sredstvi so predstavljali glavino stroškov namestitve in prehrane v ustreznih zavodih za dolgotrajno oskrbo in je šlo predvsem za neposredna plačila posameznikov. Delež sredstev zasebnih zavarovanj za kritje stroškov dolgotrajne oskrbe je v vseh državah, z izjemo Belgije (9,8% vseh stroškov), neznaten ali pa jih sploh ne poznajo. V večini držav sredstev za kritje stroškov nastanitve in prehrane pri institucionalni dolgotrajni oskrbi ne všttevajo v področje in pravice iz dolgotrajne oskrbe in si jih krijejo posamezni uporabniki. Izjemoma so ti stroški kriti iz javnih sredstev le osebam, ki so brez dohodkov ali premoženja in si jih sami ne bi mogli poravnati. Za te prevzame stroške za prehrano in namestitev nosilec zavarovanja ali proračun (državni, deželni, občinski). (Adequate social protection for long - term care needs in an ageing society 2014)

Preglednica 2: Delež javnih sredstev v BDP za dolgotrajno oskrbo in njene oblike po izbranih državah OECD v letu 2012 (OECD 2013)

Država	% BDP za dolgotrajno oskrbo	Delež (%) BDP za		
		oskrbo na domu	institucionalno oskrbo	Denarna nadomestila
Avstrija	1,63	0,47	0,53	0,83
Danska	4,51	1,33	1,14	2,04
Finska	2,51	0,7	1,5	0,31
Nemčija	1,43	0,4	0,58	0,45
Slovenija	1,43	0,2	0,70	0,53
OECD	1,84	0,53	0,8	0,52

Skladno z nacionalno zakonsko ureditvijo je po državah različen tudi delež javnih sredstev za dolgotrajno oskrbo, ki ga krijejo proračunska sredstva oziroma nosilci socialnih zavarovanj. Leta 2007 je bil delež proračunskih sredstev v celokupnih stroških za dolgotrajno oskrbo najnižji na Portugalskem (2,0 %), na Nizozemskem (9,5 %) in v Sloveniji (18,3 %), najvišji na Švedskem (99,2 %), na Danskem (89,6 %) in v Avstriji (81,1 %). Delež sredstev, ki so jih namenjala za dolgotrajno oskrbo posamezna socialna zavarovanja pa je bil najvišji na Nizozemskem (90,4%), na Češkem (69,5%), v Belgiji (58,7%) in v Sloveniji (57,1%), najnižji pa na Danskem in Švedskem (0,0%) in v Avstriji (0,7%). Podatki OECD kažejo, da so vlaganja v dolgotrajno oskrbo (delež BDP) v določeni soodvisnosti od višine BDP posamezne države, od njene socialne politike in ravni socialne varnosti in deloma tudi od tega, kakšna oblika dolgotrajne oskrbe je prevladujoča. V državah, ki

zagotavljajo visoko raven socialne varnosti nasploh, je tudi delež BDP za dolgotrajno oskrbo med najvišjimi na svetu, kar velja npr. za skandinavske države in deloma tudi za Avstrijo. Po drugi strani države z nižjim ustvarjenim BDP in nižjo ravni socialne varnosti (mediteranske in vzhodnoevropske države) namenjajo tudi najmanjši delež BDP za dolgotrajno oskrbo. Pri tem ni pomembno ali ta finančna sredstva prihajajo iz proračunov ali prispevkov nosilcev socialnih zavarovanj.

8. Podatki o financiranju dolgotrajne oskrbe v Sloveniji v letu 2011

Po podatkih Ministrstva za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti (MDDSZ) naj bi celotni izdatki za dolgotrajno oskrbo v letu 2012 znašali 477 mio €. Od tega naj bi bilo nekaj več 387 mio javnih sredstev in 130 mio zasebnih sredstev. Po podatkih UMAR-ja in skladno z metodologijo SHA (Statistical Health Account) so se celotni izdatki za dolgotrajno oskrbo (DO) v Sloveniji v letu 2011 v primerjavi z letom poprej še povečali. Zaradi varčevalnih ukrepov v javnem sektorju se je realna rast javnih izdatkov v letu 2011 nekoliko umirila, in sicer na 1,8 %, bistveno hitreje pa so se še naprej povečevali zasebni izdatki (realno za 8,0 %), in sicer predvsem za storitve dolgotrajne socialne oskrbe. Ti večinoma predstavljajo doplačila za nastanitev in prehrano v domovih za starejše. Obseg izdatkov za ta namen se je v letu 2011 še naprej povečeval predvsem zaradi večanja zmogljivosti (odpiranja novih domov za starejše), pa tudi zaradi večanja obsega višjega (dražjega) standarda oskrbe v novih, večinoma zasebnih domovih s koncesijo. Zasebni izdatki se povečujejo bistveno hitreje od javnih že nekaj let. V Sloveniji se polovica vseh javnih izdatkov za dolgotrajno oskrbo financira iz sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja. V letu 2011 je ZZS namenil za storitve dolgotrajne oskrbe 177 mio € oziroma 50 % vseh javnih izdatkov za dolgotrajno oskrbo. Ta sredstva so namenjena storitvam zdravstvene oskrbe v domovih za starejše in v posebnih socialnih zavodih, podaljšanemu bolnišničnemu zdravljenju in delu patronažne službe. K javnim izdatkom za dolgotrajno oskrbo prispeva skoraj četrtno še ZPIZ (v letu 2011 77 mio € oziroma 22 % javnih izdatkov), in sicer za dodatke za pomoč in postrežbo, ki jih deloma pokriva tudi MDDSZ (13 mio € oziroma 4 % javnih izdatkov). Z navedenimi sredstvi ZZS, ZPIZ in MDDSZ (skupaj 75 % vseh javnih izdatkov) se financira zdravstveni del dolgotrajne oskrbe. Preostalih 25 % javnih izdatkov je namenjenih za storitve socialne oskrbe, ki se deloma financirajo iz državnega proračuna (predvsem MDDSZ) in deloma iz občinskih proračunov. Slovenija po obsegu celotnih in javnih izdatkov za dolgotrajno oskrbo, izraženih v deležu BDP, še naprej zaostaja za povprečjem OECD. Tudi v državah OECD se izdatki za dolgotrajno oskrbo zelo hitro povečujejo, hkrati pa te države izboljšujejo tudi statistični zajem teh izdatkov, tako da zadnji razpoložljivi podatki za večino držav kažejo višja povprečja kot v preteklih letih. V letu 2011 je za celotne (javne in zasebne) izdatke povprečje štiriindvajsetih držav OECD znašalo 1,54 % BDP (2010: 1,56 %) oziroma devetnajstih evropskih držav 1,52 % BDP. Vendar je za mednarodne primerjave še vedno zanesljivejši podatek o javnih izdatkih, saj je poročanje o zasebnih izdatkih še vedno zelo pomanjkljivo. Velike razlike med državami pa niso le posledica različnih stopenj razvitosti držav, ampak tudi različnih sistemov dolgotrajne oskrbe, različnega vpliva demografskih dejavnikov ter razlik v življenjskih vzorcih, zlasti vloge družine in neformalne oskrbe. Dolgoročne projekcije javnih izdatkov za dolgotrajno oskrbo kažejo, da naj bi se njihov delež v BDP do leta 2060 več kot podvojil. Po referenčnem scenariju

AWG, ki upošteva predvsem staranje prebivalstva, naj bi se javni izdatki za dolgotrajno oskrbo v Sloveniji do leta 2020 povečali za 0,3 odstotne točke BDP oziroma do leta 2060 za 1,6 odstotne točke BDP. (Kmet Zupančič 2014)

Pri primerjavi podatkov za dolgotrajno oskrbo v Sloveniji z drugimi državami OECD je potrebno upoštevati nekatera dejstva in jih uporabljati z določeno rezervo. V Sloveniji namreč nimamo zakonsko opredeljeno, kaj šteje v to področje in kje je meja med njim in zdravstvenim, pokojninsko-invalidskim ali socialno varstvenim področjem. Podatki za Slovenijo so le ocena, ki sicer temelji na teoretičnih podlagah in predvidevanjih o vsebini dolgotrajne oskrbe, a ta ni jasno določena v zakonu ali drugih predpisih. Stroški, ki jih krije ZZS za zdravstveno nego v socialnih zavodih niso v celoti namenjeni za storitve ali programe, ki bi šteli v dolgotrajno oskrbo, kar velja tudi za del stroškov za kritje storitev patronažne zdravstvene dejavnosti. Hkrati pa imamo precejšen del potreb ljudi po dolgotrajni oskrbi nepokritih. Tako ti podatki predstavljajo približno oceno dosedanjih vlaganj v dolgotrajno oskrbo.

8.1. Prednosti in slabosti ureditev v sistemih posameznih državah

V vseh državah (Avstrija, Danska, Finska, Nemčija), ki smo jih v projektu AHA.si izbrali za primerjavo, je področje dolgotrajne oskrbe urejeno s posebnimi zakoni. To področje ima v teh državah že več desetletno tradicijo. Druga pomembna značilnost ureditve dolgotrajne oskrbe v vseh navedenih štirih državah je, da gre za univerzalne sisteme, kar pomeni, da so pravice iz tega zavarovanja skladno z zakonskimi opredelitvami zagotovljene vsemu prebivalstvu. Celo, več, vključitev v obveznosti, povezane z dolgotrajno oskrbo, je z zakonom obvezno za vse. Gre za družbe z visoko zavestjo o nujnosti in koristnosti medčloveške in medgeneracijske pomoči ljudem, ki so odvisne od pomoči drugih, v določenih primerih pa tudi njihovim družinskim članom in svojcem. Na ta način je zagotovljena ljudem, ki so odvisni od pomoči drugih, zagotovljena sorazmerno visoka stopnja socialne varnosti in določena kakovost življenja ter možnost vključevanja v družbo. Gre za zelo pozitivno naravnost družbe v teh državah, kjer pomoč ljudem v stiski pomeni določeno vrednoto, ki jo neredko postavljajo celo pred materialne. To ni presenetljivo, saj navedene države po odnosu do socialne varnosti in njeni stopnji sodijo med vodilne v svetovnem merilu in glede tega občutno odstopajo od te ravni, na primer v vzhodnih in južnih evropskih držav in v gospodarsko manj razvitih držav OECD. Ljudem v teh državah ni potrebno skrbeti, kdo in kako jim bo zagotovil pomoč, če bodo le to potrebovali ali bodo celo od nje odvisni. Za uveljavitev pravic so po posameznih državah le določene manjše omejitve in sicer, da imajo osebe, ki potrebujejo pomoč stalno bivališče v državi, ali da so stari nad določeno starostno mejo (na primer v Avstriji nad 15 let), ali da so tudi vključeni v obvezno zdravstveno zavarovanje (v Nemčiji). Vendar so to prej pogoji za uveljavljanje pravic kot izključevalna merila.

Pomembna značilnost sistema dolgotrajne oskrbe v navedenih štirih državah je, da je področje jasno razmejeno s sistemom zdravstvenega varstva oziroma zavarovanja, čeprav veliko storitev dolgotrajne oskrbe opravljajo poklicni zdravstveni delavci. Zakoni in drugi predpisi opredeljujejo, kaj in kdaj gre pri uporabniku storitev za zdravstvene storitve in kdaj za storitve dolgotrajne

oskrbe. Na ta način je določena tudi meja med kadrovskimi, prostorskimi in drugimi viri in zmogljivosti za eno in drugo področje, kar velja tudi za finančna sredstva. V državah s socialnim zavarovanjem imata obe področji svojo prispevno stopnjo in prispevke, ki se medsebojno ne prelivajo oziroma mešajo. To je pomembno tudi iz vidika upravljanja s področjema in ukrepov za zagotavljanje vzdržnosti sistemov.

Nadaljnja dobra stran ureditve dolgotrajne oskrbe je široko zasnovana solidarnost, saj za financiranje dolgotrajne oskrbe prispevajo vsi, ki so zaposleni, oziroma imajo dohodke. Razlike so le v tem, da je dolgotrajna oskrba v Avstriji, na Danskem, Finskem financirana s sredstvi, zbranimi z davki, v Nemčiji pa s prispevki za zavarovanje za dolgotrajno oskrbo. V Nemčiji, kjer temelji dolgotrajna oskrba na načelih socialnih (Bismarckovih) zavarovanj je višina prispevka odvisna od višine zaslužka oziroma plače posameznika, saj gre za plačno naravnani sistem („earmarked“) prispevkov. Prav posebej velja omeniti, da so v Nemčiji kot tudi v drugih državah s socialnim zavarovanjem zavezanci za prispevke delodajalci in delojemalci oziroma zavarovanci.

Prednosti in dobra stran ureditve dolgotrajne oskrbe za uporabnike oziroma njihove družine navedenih državah je tudi visoka stopnja kritja stroškov za dolgotrajno oskrbo z javnimi, solidarnostnimi sredstvi. Poznajo sicer določena doplačila ali plačila iz zasebnih sredstev oseb, ki prejemajo pomoč oziroma storitve dolgotrajne oskrbe, ki pa so minimalna.

Kot prednost ureditve dolgotrajne oskrbe v vseh štirih opazovanih državah je nadalje v opredelitvi, da se ta dejavnost izvaja kot neprofitna dejavnost in da tako na račun nujenja pomoči ljudem, ki so od nje odvisni ni mogoče pričakovati ustvarjanje dobičkov. Ta dejavnost se izvaja kot ostale javne službe v državi.

V državah, ki jih v projektu AHA.si posebej proučujemo je mogoče oceniti kot pozitivno oziroma dobro stran ureditve, možnost in pravica upravičencev, da si izbirajo način uveljavljanja pravic. Izbirajo lahko med oskrbo na domu, v obliki institucionalnega varstva v določenih primerih pa v obliki denarnega nadomestila. Prav tako si lahko ob prejemanju denarnega nadomestila odločijo za možnost uveljavljanja pravic pri formalnih, profesionalnih ali pri neformalnih izvajalcih. Kakor je to sicer pozitivno vsebuje tudi določeno nevarnost oziroma lahko predstavlja tudi določeno slabost sistema. Upravičenci, ki se odločijo za uveljavljanje pravic v obliki denarnega nadomestila s temi sredstvi ravna običajno zelo racionalno in iščejo možnosti, da si zagotovijo oskrbo pri najcenejšem ali njim najprimernejšem izvajalcu. Neredko je med temi eden od svojcev, s čimer le ta ali celotna družina imata tudi določeno materialno nadomestilo za opravljeno delo v skrbi za enega izmed članov, kar je lahko tudi pomembno za socialni in ekonomski položaj celotne družine. Vendar obstoja možnost oziroma nevarnost, da družina upravičenca do denarnega nadomestila ali njegov skrbnik denar uporabita nenamensko in oseba ne dobi predvidene in potrebne oskrbe.

Visoka stopnja solidarnosti na področju dolgotrajne oskrbe pa ima tudi nekatere potencialne slabosti. Zagotovilo, da bo vsak posameznik deležen pomoči, če jo bo potreboval, lahko zmanjšuje odgovornost posameznika ter njegove družine za zdrav način življenja in aktivnosti za zdravo in aktivno staranje ter posredno tudi zmanjšuje medgeneracijsko solidarnost. Omogoča miselnost, da se bo „država“ pobrigala za pomoč človeku, ki jo potrebuje, ker je to pač njena dolžnost, skrb in odgovornost za zdravo starost pa se pri posamezniku in znotraj družine ali lokalne skupnosti pa se

zaradi tega zmanjšuje. To ima poleg drugih tudi finančne posledice.

Ureditev dolgotrajne oskrbe v večini razvitih držav OECD je vsekakor pomembna pridobitev prebivalstva do ustrezne socialne varnosti. Za prebivalce in osebe, ki so odvisne od pomoči drugih, je to velika pridobitev in prispevek h kakovosti življenja. Ima pa tudi določene makroekonomske posledice za družbo kot celoto in sicer s stroški, ki nastanejo za družbo za zagotavljanje storitev dolgotrajne oskrbe upravičencem. V državah z najvišjo stopnjo socialne varnosti in dostopnosti do dolgotrajne oskrbe namenjajo že zdaj med 3 in 4 % BDP za to področje, kar je npr. polovico deleža, ki ga v Sloveniji namenjamo za zdravstveno varstvo. Ob tem podatku je še bolj pomembna napoved, da se bodo potrebe in stroški za to področje socialne varnosti v nadaljnjih 15 do 20 glede na sedanje stanje podvojili. Ta podatek pa je iz makroekonomskih vidikov države zaskrbljujoč in odpira vprašanja vzdržnosti takega sistema oziroma celotnega področja socialne varnosti.

8.2. Prednosti in slabosti v financiranju dolgotrajne oskrbe v Sloveniji

V Sloveniji je težko ocenjevati prednosti ali slabosti v organizaciji oziroma financiranju dolgotrajne oskrbe. Glavni razlog za to je dejstvo, da vsaj pravno formalno gledano področja dolgotrajne oskrbe nimamo. Opravila in razne aktivnosti ter naloge, ki bi po vsebini sodila v dolgotrajno oskrbo se izvajajo deloma v zdravstveni dejavnosti, ki ga financira obvezno zdravstveno zavarovanje, deloma v okviru sociale, ki se financira iz sredstev proračuna občin, del nalog pa se financira tudi iz zasebnih sredstev uporabnikov ali njihovih svojcev. Zaradi tega je tudi podatek o vlaganjih in zmogljivostih izvajalcev dolgotrajne oskrbe približen in le ocenjen. Podatek o tem bo znan in dokončen lahko šele, ko bomo imeli uvedeno zavarovanje za dolgotrajno oskrbo in uvedeno ter organizirano dejavnost dolgotrajne oskrbe. Odsotnost ustrezne pravne ureditve je ena največjih pomanjkljivosti slovenske ureditve, saj tako tudi ne moremo govoriti o slovenskem sistemu dolgotrajne oskrbe.

Zaradi neurejenosti področja nimamo tudi jasne razmejitve med zdravstveno dejavnostjo in dejavnostjo dolgotrajne oskrbe in posledično tudi ne med njihovimi izvajalci. Velik del dejavnosti, ki bi morala soditi v dolgotrajno oskrbo, se opravlja v okviru zdravstvene dejavnosti, hkrati pa je velik del potreb prebivalstva nezadovoljen in nepokrit. Slednje še posebej velja za podeželje in odročne kraje. Ob vsem tem ni povsem jasno določenega nosilca področja dolgotrajne oskrbe in zavarovanja in glede tega zadeva nejasna tudi v okviru Vlade. To pa vpliva na organizacijo dejavnosti, na dostopnost do storitev in na financiranje, s katerim niso zadovoljni ne uporabniki in ne izvajalci oziroma plačniki storitev. V tej situaciji je mreža izvajalcev nedorečena in vse preveč naravnana na institucionalne oblike varstva ter na profesionalne izvajalce. Slabo pa so razvite neformalne oblike dolgotrajne oskrbe in razen oblike prostovoljstva. Vse to pa ima tudi svoje ekonomske posledice.

V Sloveniji dejavnost, ki bi jo lahko istovetili z dolgotrajno oskrbo vse preveč opravljajo poklicni izvajalci, zaposleni v javnih zavodih ali na podlagi koncesije. Premalo so razvite oblike, ki bi jih lahko opravljali neformalni izvajalci, svojci, prostovoljci ter razna društva in organizacije civilne družbe. To vpliva na dostopnost storitev ima pa tudi negativne finančne posledice, saj povzroča višje stroške. Orientacija na oskrbo v obliki institucionalnega varstva zahteva tudi vlaganja v investicije, ki bi jih lahko uporabili za druge potrebe. S tako organizacijo se zmanjšuje obseg oskrbe na zavarovančevem domu ter odgovornost in skrb družine do svojega člana, ki je potreben oskrbe. Tudi to ima negativne ekonomske posledice za družbo, neredko pa tudi za posameznega uporabnika.

V sedANJI ureditvi ni ekonomskih ali drugih spodbud za posameznike ali njihove svojce, da bi s svojim življenjem in vedenjem vplivali na zmanjšanje potreb po dolgotrajni oskrbi. Znano je, da se z zdravim življenjskim slogom (ukvarjanje s fizičnimi aktivnostmi, zdravju prijazno hrano, izogibanju stresu itd.) skozi celo življenje lahko zmanjšajo potrebe po dolgotrajni oskrbi. Za takšne življenjske navade je vse premalo spodbud in motivacij. Podobno bi lahko trdili za preventivo raznih kroničnih, degenerativnih bolezni. Takšne spodbude in aktivnosti pa so najboljši in najcenejši ukrep za zmanjševanje stroškov za dolgotrajno oskrbo.

9. Možnosti financiranja dolgotrajne oskrbe v Sloveniji

Ideja o vzpostavitvi in organiziranju posebne dejavnosti za dolgotrajno oskrbo in posebnem zavarovanju za dolgotrajno oskrbo kot novo in posebno socialno tveganje je tudi v Sloveniji stara že več kot 15 let. O najpomembnejših vprašanjih v zvezi s tem med različnimi deležniki so manjša, a ne nepremagljiva razhajanja. Vedno pa se je uresničitev ideje ustavila pri vprašanju zagotovitve zadostnih finančnih sredstev za tako dejavnost in zavarovanje. To je zanimivo še iz enega razloga. V Nemčiji in Avstriji je namreč osrednje vprašanje in problem dolgotrajne oskrbe vezan na zagotovitev potrebnih človeških virov (kadrov) za opravljanje dejavnosti dolgotrajne oskrbe. Tega vprašanja se v Sloveniji še nismo lotili, čeprav z njim moramo računati, če in ko se bo zavarovanje za dolgotrajno oskrbo uveden. Po ocenah ministrstva za delo bi za pokritje vseh potreb (za okrog 60.000 oseb), že ob ohranitvi dosedanjega obsega pravic in ob sedANJI „storilnosti“ izvajalcev za izvajanje dolgotrajne oskrbe potrebovali okrog 14.500 oskrbovalcev, kar je bistveno več od sedanjih zmogljivosti. Ta problem je lahko eden od dejavnikov, ki bo vplival tudi na financiranje področja.

Samo po sebi je umevno, da je prizadevanje za uvedbo zavarovanja za dolgotrajno oskrbo v Sloveniji hkrati tesno povezano z zagotovitvijo zadostnih javnih finančnih virov za potrebe tega področja. Ker naj bi šlo za zavarovanje, naj bi bili to predvsem prispevki zavezancev za njihovo plačevanje in v manjšem obsegu tudi davki. A le ti viri ne bodo zadoščali in bo potrebno predvideti in zagotoviti tudi del zasebnih sredstev zavarovancev oziroma uporabnikov storitev ali morda tudi sredstva prostovoljnih, zasebnih zavarovanj. Da bi lahko ocenili potrebna finančna sredstva za uvedbo zavarovanja za dolgotrajno oskrbo je najprej potrebna realna ocena potreb po teh storitvah v Sloveniji sedaj in v naslednjih letih. Po ocenah Ministrstva za delo naj bi bilo takih oseb

v Sloveniji okrog 60.000, kar pa bo tudi odvisno od tega, kakšen bo vstopni prag za pridobitev pravic iz zavarovanja za dolgotrajno oskrbo in raven pravic samih. Po istih ocenah naj bi za uresničevanje pravic iz tega zavarovanja potrebovali okrog 495 mio evrov, kar se glede na prej navedeno o pravicah prav tako lahko še spremeni. V tem znesku niso upoštevani stroški prehrane in nastanitve v okviru institucionalnega varstva, ki bi jih po novem morali v celoti kriti uporabniki sami. O teh ocenah je mogoče razpravljati. Vsi, ki bi sicer potrebovali pomoč, se iz različnih razlogov že sedaj za njo niso odločili in se najverjetneje ne bodo tudi v prihodnje. Hkrati pa moramo vedeti, da se bo s staranjem prebivalstva število kandidatov in uporabnikov storitev dolgotrajne oskrbe povečevalo.

Ob tej oceni potrebnih finančnih sredstev za novo zavarovanje za dolgotrajno oskrbo kaže poudariti, da le ta temelji na sedanjih normativih in standardih, ki pa so za nekatere naloge dolgotrajne oskrbe neustrezni in prenapihnjeni. Vrsto nalog, ki se nanašajo na zagotavljanje podpornih funkcij (čiščenje prostorov, pranje perila, priprava hrane, bančne in druge storitve), pa tudi delu tistih, ki so vezane na pomoč pri opravljanju dnevnih življenjskih aktivnosti, bi lahko po vzoru nekaterih drugih držav (npr. Nemčija) kot tudi pri podpornih storitvah bi lahko opravljal tudi kader z nižjo stopnjo izobrazbe oziroma usposobljenosti, kot jo določajo sedanji normativi. To bi že samo po sebi pocenilo tudi stroške delovne sile na področju dolgotrajne oskrbe. Pred pripravo osnutka zakona o zavarovanju za dolgotrajno oskrbo bo v tej smeri potrebno pripraviti realne ocene dejansko potrebnih sredstev za financiranje področja.

Ocena sedanjih vlaganj v storitve, ki naj bi sodile v dolgotrajno oskrbo se lahko tudi spremeni, ko bo povsem določno opredeljeno (z zakonom), kaj sodi v dolgotrajno oskrbo in bo financirano iz zavarovanja za dolgotrajno oskrbo, katere storitve in stanja ter potrebe pa sodijo zdravstveno ali druga področja. Brez te jasne razmejitve bo tudi težko razmejiti obveznosti pri zagotavljanju in financiranju dolgotrajne oskrbe med nosilci socialnih zavarovanj in drugimi. Povsem natančne razmejitve med tema dvema področjema še nimamo, zaradi česar se pojavljajo pri ZZZS določeni dvomi in vprašanja o realnosti ocenjenih podatkov in sredstvih, ki bi se iz zdravstvenega zavarovanja prenesla na zavarovanje za dolgotrajno oskrbo.

Za zavarovanje za dolgotrajno oskrbo naj bi zakon določil poseben prispevek, zavezanca za njegovo plačevanje, osnove in višino stopnje. Tu ne bi šlo za povsem nove obveznosti dosedanjih zavezancev za plačevanje socialnih prispevkov, ampak naj bi v pretežnem delu prišlo do prenosa denarja in obveznosti od dosedanjih nosilcev nalog, ki bodo ustrezale opredelitvam in merilom iz v zakona o zavarovanju za dolgotrajno oskrbo na nosilca tega zavarovanja. Že sedaj veliko storitev, ki bi sodile v dolgotrajno oskrbo, financira obvezno zdravstveno zavarovanje, nekatere financira pokojninsko-invalidsko zavarovanje in nekatere proračuni države ter občin. Zato bo ob uveljavitvi zavarovanja za dolgotrajno oskrbo nujno pripraviti pregled in oceno vseh zavarovancev, ki so doslej obravnavani v socialnih zavodih ali na domu, ker potrebujejo oziroma prejemajo pomoč druge osebe ali dodatek za postrežbo in nego, ali in kako bi bile njihove potrebe ocenjene na podlagi določil novega zakona. Le tiste pravice oziroma finančne obveznosti, ki bodo odgovarjale opredelitvam in merilom iz novega zakona, naj bi bile prenesene na nosilca novega zavarovanja, vse ostale pa bi morale biti obravnavane in financirane po veljavnih predpisih iz drugih področij. Ta „inventura“ bo pokazala realnejšo sliko o upravičencih do storitev oziroma pravic iz zavarovanja

za dolgotrajno oskrbo in na sredstva, ki se bodo prenesla iz dosedanjih zavarovanj na novo zavarovanje in kolikšna bodo potem manjkajoča sredstva za financiranje dolgotrajne oskrbe po novem.

9.1. Predlogi možnih rešitev za stabilnost in vzdržnost sistema

S prenosom obveznosti in pravic od dosedanjih k novemu nosilcu nalog dolgotrajne oskrbe še ne bo zagotovljeno dovolj finančnih sredstev za to zavarovanje in bo nujno zagotoviti dodatne vire in to že za sedanje potrebe, ki pa bodo z leti v nenehnem porastu. Iskanje in zagotavljanje novih virov ali in iskanje rešitev, ki bodo zagotovile vzdržnost in stabilnost sistema dolgotrajne oskrbe bo eno od osrednjih vprašanj ob sprejemanju zakona o dolgotrajni oskrbi. Možnosti za doseganje vzdržnosti so odvisne od političnih odločitev in zakonskih opredelitev, možnih pa je več rešitev in pristopov in sicer na naslednje načine:

A) **zvišanje prispevne stopnje** tako, da bi poleg dosedanjih sredstev zdravstvene in pokojninske blagajne ter proračuna, ki bi se prenesla na nosilca zavarovanja, vključila dodatna potrebna sredstva. Po nekaterih ocenah bi se prispevna stopnja morala zvišati med 0,80 do 1 % . Tolikšen dvig prispevne stopnje bi bil potreben, če bi dejansko prejemale storitve oziroma pravice iz zavarovanja za dolgotrajno oskrbo 60.000 zavarovancev in ob ohranitvi približno enake ravni pravic, kot veljajo že sedaj. Ta rešitev bi sicer najprej in najenostavneje pripeljala do cilja, ki ga zasledujejo naperi za uvedbo zavarovanja za dolgotrajno oskrbo. Realno gledano pa je njena uresničitev ob nenehnih pritiskih in zahtevah gospodarstvenikov in politikov po zmanjševanju cene delovne sile in posredno javnih finančnih vprašljiva;

B) še pred zvišanjem prispevne stopnje bi zakon **moral uveljaviti načelo enakih obveznosti in razširiti prispevne osnove**, tako da bi zavezanci za prispevke plačevali prispevke od vseh dohodkov in ne le od bruto plač in nekaterih drugih, sedaj veljavnih osnov. To bi sicer moralo veljati za vsa področja socialnih zavarovanj, ki pri nas ni dosledno uveljavljeno. A samo s tem ukrepom ne bo mogoče zagotoviti vseh potrebnih dodatnih sredstev, a bi bil korak k uveljavitvi prave in pravične solidarnosti, kot enega od temeljev sistemov socialnih zavarovanj. Solidarnost namreč mora začeti pri obveznostih, da bi se lahko uresničevala tudi pri pravicah uporabnikov. Ob tej načelni usmeritvi se odpira še vprašanje, kako ob tem splošno uveljavljenem načelu obravnavati upokojeince. Ti pri nas nimajo bruto, ampak le neto pokojnine in bi zato za izenačitev njihovega statusa in obveznosti bilo nujno ponovno uvesti bruto pokojnine ali iskati druge ustrezne rešitve.

C) z zakonom predvideti, **da za zavarovance, ki zaradi svojega socialnega stanja trajno ali začasno niso sposobni plačevati prispevkov za zavarovanje za dolgotrajno oskrbo to obveznost prevzamejo občine ali država**. Tudi to je eno izmed načel socialne države, po katerih država poskrbi za tiste, ki zaradi slabega materialnega položaja niso sposobni plačevati prispevkov in zaradi tega ne morejo biti izključeni iz solidarnostnih odnosov. To je eno od načel „socialne države“, ki pri nas v praksi prav tako ni dosledno uresničeno, ampak je v mnogih primerih

prenešeno na „solidarnost“ med tistimi, ki plačujejo prispevke;

D) **uvredba posebne dajatve za potrebe dolgotrajne oskrbe** kot nakazuje koalicijska pogodba. To je pri nas (pa tudi po drugih državah) precej neznana novost in bi zato moral zakon opredeliti zavezance za njeno plačevanje, osnove, od katerih bi se obračunavala in plačevala, morebitne oprostitve itd. Iz dosedanjih razprav o tem predlogu je sklepati, da bi bili zavezanci le fizične osebe in bi plačevale to dajatev iz neto plač oziroma dohodkov, s čimer naj ne bi povečevali cene delovne sile. Uresničitev tega predloga je zaenkrat nejasna in negotova, posebej ker naj bi se sredstva zbrana s to dajatvijo namenjala tudi za obvezno zdravstveno zavarovanje in ker gre tudi v tem primeru za javno finančne izdatke, ki jih država skuša omejevati in celo zmanjševati. Ne glede na dokončno odločitev o tej novi dajatvi (taksi, davku) bi ta morala zagotoviti dodatna manjkajoča sredstva za izvajanje in financiranje dolgotrajne oskrbe skladno z zakonskimi opredelitvami;

E) **zagotovitev proračunskih sredstev v višini razlike med sredstvi, ki se bodo zbrala s prispevki (prenešenimi od ZZS in ZPIZ) in razliko za kritje vseh potreb.** To razliko bi morale zagotavljati država in lokalne skupnosti, kar bi moral podrobneje predvideti zakon.

F) **zagotoviti ustrezno, družbeno sprejemljivo razmerje med javnimi in zasebnimi sredstvi za financiranje dolgotrajne oskrbe kot to priporoča tudi Evropska komisija** (glej: *Dolgotrajna oskrba v Evropski uniji, Generalni direktorat za zaposlovanje, socialne zadeve in enake možnosti, Luxembourg: Urad za uradne publikacije Evropskih skupnosti, 2008*)

G) uvedba sistema, v katerem bi **obseg pravic bil odvisen od dohodkovnega oziroma premoženjskega stanja uporabnika.** Po taki ureditvi, bi si osebe z visokimi dohodki npr. same krile stroške storitev podpornih funkcij (IADL), adaptacije stanovanja in nekatere druge storitve. Lahko pa bi zakon predvidel tudi različne ravni pravic, pri čemer bi premožnejšim zavarovanje krilo manjši obseg pravic, socialno šibkejšim pa večji obseg le teh. To bi se lahko nanašalo tudi na višino denarnega nadomestila za dolgotrajno oskrbo, če bo takšno možnost zakon predvidel;

H) **s sistemskimi ukrepi in ustreznimi spodbudami vključiti v izvajanje dolgotrajne oskrbe čim večje število nepoklicnih izvajalcev in prostovoljcev.** Ena od takih spodbud je npr. tudi možnost, da družinskemu članu, ki zapusti delovno mesto zaradi oskrbe svojca, za čas oskrbovanja in negovanja le tega teče delovna doba oziroma država (občina) zanj plačuje prispevke za zdravstveno in pokojninsko- invalidsko zavarovanje;

I) **določitev sorazmerno visokega vstopnega praga za pridobitev pravic, tako da bi do teh bili upravičeni le tisti, ki jih najbolj potrebujejo oziroma je njihova odvisnost od pomoči drugih največja.** S tem bi bil zmanjša krog upravičencev do pravic iz zavarovanja za dolgotrajno oskrbo in njihov obseg in s tem zmanjšani stroški zavarovanja;

J) **zaostritev normativov in standardov izvajalcev dolgotrajne oskrbe.** Predpisi nosilca zavarovanja bi morali doliti realne normative izvajalcev, ki bi temeljili na dejansko potrebni stopnji izobrazbe oziroma njihove usposobljenosti in na ustrezni in racionalni organizaciji

njihovega dela;

K) uvedba doplačil ali sistema, v katerem bi uporabniki storitev morali sami kriti določen del stroškov na mesec (npr. 80 – 150 evrov) v odvisnosti od materialnega položaja;

L) spodbujanje oskrbe na domu oziroma v lokalni skupnosti;

M) doseči, da bo čim večji del upravičencev uveljavljal svoje pravice v oblik denarnega nadomestila, s katerim si bodo sami poiskali izvajalce (svojce, prostovoljce, znance ali tudi poklicne oskrbovalce). Izkušnje iz drugih držav namreč kažejo, da se takšnim pristopom znižajo stroški za dolgotrajno oskrbo.

N) z zakonom in konkretnimi ukrepi predvideti določene preventivne in rehabilitacijske programe, s katerimi naj bi se zmanjšale potrebe po pomoči druge osebe in odvisnosti oziroma odložile te potrebe na čim poznejša leta.

Vse te može ukrepe bi bilo potrebno finančno ovrednotiti, kar bi olajšalo razprave in odločanje o tem katerega od njih naj bi sprejeli in uresničili, kateri pa je za naše razmere nesprejemljiv. Pri tem bi lahko koristili tudi nekatere dobre in slabe izkušnje iz tujine, ki so pri uvajanju dolgotrajne oskrbe pred nami. Zavedati pa se je treba, da bo za vzdržnost sistema potrebno sprejeti odločitve na več področjih in sicer take, ki bodo zmanjšale stroške oziroma prispevali k čim večji racionalnosti, a tudi takšne, ki bodo povečali javne in zasebne vire za potrebe dolgotrajne oskrbe.

9.2. Razprava glede predlogov možnih rešitev - zaključki z 2. konference AHA.SI (8. januar 2015)

8. januarja 2015 je v okviru projekta AHA.SI v okviru delavnice potekala razprava o financiranju dolgotrajne oskrbe. Sodelujoči so predhodno dobili predlog ukrepov, iz tega dokumenta. Komentarji i predlagane rešitve so opredeljeni v nadaljevanju.

I. Komentarji:

Člani skupine so pohvalili analitsko poročilo AHA.SI (Drole, Lebar 2014) in predlog ukrepov, ki so jih pripravili člani delovne skupine *Podpora samostojnemu bivanju v domačem okolju in dolgotrajna oskrba*. Poročilo je bogato s podatki in informacijami in možnimi predlogi rešitev posameznih vprašanj.

II. Predlagane rešitve:

Soglašamo, da je nujno urediti področje dolgotrajne oskrbe v Sloveniji in čimprej sprejeti ustreznih zakon. To mora postati nova in posebna veja socialne varnosti in socialnega zavarovanja. Temeljiti mora na načelih solidarnosti, univerzalnosti, pravičnosti in enakosti. Vključevati mora vse potrebne zdravstvene, socialne in podporne storitve.

Ob sprejemu zakona je potrebno zagotoviti finančno in vsebinsko vzdržen sistem.

Predlogi glede financiranja dolgotrajne oskrbe:

- 1) Šlo bi za obvezno javno zavarovanje. Za njegovo financiranje bi združili vire iz dveh obstoječih zavarovanj: iz zdravstvenega in pokojninskega in invalidskega zavarovanja (približno 50% sredstev)
- 2) Proračun države in lokalnih skupnosti: lokalne skupnosti že sedaj doplačujejo nekatere storitve. Dodali bi nov vir, in sicer sredstva iz nove dajatve, kot navaja koalicijska pogodba, ki bi nadomestila sredstva dosedanjega dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja. (Razdelil bi se na zdravstveno zavarovanje in dolgotrajno oskrbo - približno 30 – 35 % sredstev)
- 3) Doplačilo uporabnikov in njihovih svojcev. (približno 15-20 %)

Drugi predlogi:

Ena od možnosti pri financiranju je, da za del storitev, ki se nanašajo na podporne funkcije financirajo uporabniki oz. njihovi svojci sami. Možnost za to je uvedba 'odbitne franšize', doplačil pri uveljavljanju teh storitev ali postavitvev sorazmerno visokega praga za uveljavitev pravice. To naj bi spodbujalo širitev prostovoljstva in obsega dela neformalnih oskrbovalcev.

Člani skupine ocenjujemo, da bi uzakonitev pravic za dolgotrajno oskrbo v obliki denarnega nadomestila prispevala k večji odgovornosti in racionalnosti pri izvajanju oskrbe in pri trošenju sredstev.

Spodbujati je treba (tudi materialno) razne oblike pomoči s strani lokalne skupnosti, civilne družbe, svojcev, prostovoljcev, itd., kar lahko zmanjša stroške.

10. Zaključki

V svetu je veliko primerov dobre prakse dolgotrajne oskrbe ([glej: Dolgotrajna oskrba v Evropski uniji, Brochure LTCBis SL 081013%20\(9\).pdf](#)). Večina primerov dobre prakse navaja predvsem lastno skrb za dobro zdravje in ohranitev neodvisnosti od pomoči drugih, organizirane oblike samopomoči („selfcare“), visoko raven socialne varnosti in medgeneracijske solidarnosti, omogočanje starejšim, da so čim dalj časa aktivni in vključeni v družbo in podobno. Kot primeri dobre prakse izpostavljajo tudi dobro in usklajeno delovanje zdravstvene in socialne službe ter skrb države oziroma lokalnih skupnosti za osebe, ki so odvisne od pomoči drugih. Vse to ima tudi svoje ekonomske dimenzije, in sicer v pozitivnem smislu v visoki stopnji socialne varnosti, po drugi strani pa tudi v vlaganjih v dolgotrajno oskrbo in skrb za starejše, ki so odvisno od pomoči drugih. Vsaka država uresničuje vse te naloge v okviru lastnih družbenih in ekonomskih sposobnosti in ureditev in zato ni „recepta“, ki bi ga lahko prepisali in prenesli v Slovenijo.

Za zagotovitev stabilnosti in vzdržnosti sistema dolgotrajne oskrbe v Sloveniji ne bo zadoščal samo eden od navedenih možnih ukrepov, ampak bo potrebno uveljaviti več različnih in med seboj povezanih ukrepov. Povsem zagotovo bo potrebno uravnovesiti pravice iz zavarovanja z možnimi materialnimi možnostmi države, pri čemer bo verjetno potreben poseg oziroma omejitve pri pravicah in tudi v javno finančnih sredstvih. Prav zaradi bo za vzdržnost in kakovost sistema dolgotrajne oskrbe treba storiti čim več v smeri krepitve medgeneracijskega sožitja, solidarnosti in medsebojne pomoči v družini, njenem okolju in lokalni skupnosti. Z razvitimi tovrstnimi odnosi se

lahko izboljša kakovost življenja oseb, ki potrebujejo pomoč drugih in njihovih družin ter zmanjšajo individualni stroški in stroški zavarovanja oziroma države. Strokovnjaki s področja dolgotrajne oskrbe nasploh govorijo o stanjih, povezanih staranjem, kjer bodo nujne resne spremembe in prilagoditve novim zahtevam in potreba. To so poleg dolgotrajne oskrbe še področje zdravstvenega varstva in pokojninsko. Invalidskega zavarovanja, saj aktivnost in dobro zdravje zmanjšujeta stroške in potrebe na vseh treh področjih.

Ob zahtevah in upravičenih pričakovanjih po čim širši solidarnosti v zavarovanju za dolgotrajno oskrbo je treba sprejeti realnost, da vseh potreb ne bo mogoče zagotoviti samo z javnimi sredstvi. To še posebej velja za sedanje čase ekonomske krize. Tako kot je praksa v večini drža in kot priporoča Evropska komisija bomo tudi pri nas morali zagotoviti za nemoteno in vzdržno delovanje sistema dolgotrajne oskrbe določena zasebna sredstva. Kako to doseči, je predmet zakona, pri čemer so v gradivu navedene nekatere možne rešitve. Ob tem mešanem javno zasebnem sistemu pa ne sme nihče zaradi svojega socialnega oziroma materialnega položaja ostati izven sistema oziroma mu ne sme biti onemogočeno uveljavljanje pravic. To pa bo naloga zakonodajalca.

11. Viri in literatura

Adequate social protection against long-term care needs in an ageing society. 2014. Dostopno prek: <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=11906&langId=en> (29. januar 2015).

Drole, Janja, Lea lebar, ur. 2014. *Podpora samostojnemu bivanju v domačem okolju in dolgotrajna oskrba, Analitsko poročilo DP5 projekta AHA.SI. Delovna verzija 1.*

Kmet Zupančič, Rotija, odg.ur. 2014. *Poročilo o razvoju 2014*, Urad za makroekonomske analize in razvoj, Umar, Ljubljana. Dostopno prek: http://www.umar.gov.si/fileadmin/user_upload/publikacije/pr/2014/IV/4_9.pdf (2. februar 2015).

Legislation of long term care insurance in the Grand Duchy Luxemburg, Grand Duchy Luxemburg, General Inspection of Social Security, Luxemburg, 2005

Lipszyc, Barbara, Etienne Sail, Ana Xavier. 2012. *Long-term care: need, use and expenditure in the EU-27*, European Commission, Dostopno prek: http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/economic_paper/2012/pdf/ecp469_en.pdf (2. februar 2015).

OECD. 2011. *Financing Long -term Care Financing Arrangements in OECD Countries*, Dostopno prek: <http://www.oecd.org/els/health-systems/47884942.pdf>) (26. februar 2015).

OECD. 2013. *Public spending on health and long-term care: a new set of projections.* Dostopno prek: <http://www.oecd.org/eco/growth/Health%20FINAL.pdf> (26. februar 2015).