



REPUBLIKA SLOVENIJA  
DRŽAVNI SVET

Številka: 543-01/16-0002/  
Ljubljana, 7. 12. 2016

Državni svet Republike Slovenije je na 46. seji 7. 12. 2016, na podlagi 29. in 67. člena Poslovnika Državnega sveta (Uradni list RS, št. 70/08, 73/09, 101/10, 6/14 in 26/15) ter na podlagi *Posveta o dolgotrajni oskrbi*, sprejel naslednji

S K L E P

Državni svet Republike Slovenije je 24. oktobra 2016 z Ministrstvom za zdravje in Ministrstvom za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti, ob podpori Evropske komisije, soorganiziral Posvet o dolgotrajni oskrbi.

Posvet sta povezovala državna svetnica mag. Darija Kuzmanič Korva in državni svetnik mag. Peter Požun, udeležence posveta pa so uvodoma nagovorili predsednik Državnega sveta Mitja Bervar, ministrica za zdravje Milojka Kolar Celarc in državna sekretarka na Ministrstvu za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti Martina Vuk.

V uvodnem delu posveta so svoje poglede na sisteme dolgotrajne oskrbe v državah članicah EU in izzive, povezane z njimi, predstavili gosti iz tujine. Kai Leichsenring iz Evropskega centra za politike in raziskovanje na področju socialne zaščite je udeležencem posveta spregovoril o integrirani dolgotrajni oskrbi, neformalni oskrbi in deinstitucionalizaciji, Ricardo Rodrigues iz istega centra pa o enakosti, pravičnosti, vlogi lokalne in nacionalne oblasti v povezavi z dolgotrajno oskrbo. Samostojna strokovnjakinja iz Nemčije Monika Gabanyi je predstavila nemški sistem dolgotrajne oskrbe ter zavarovanja za dolgotrajno oskrbo, Charles Normand s Trinity Collegea iz Dublina pa financiranje dolgotrajne oskrbe.

V razpravi so svoja mnenja podali v. d. direktorja Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije Marjan Sušelj, predstavnik Skupnosti občin Slovenije Andrej Sluga, izvršna direktorica Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveze strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije Anita Prelec, predsednica Socialne zbornice Slovenije Valerija Bužan, sekretar Skupnosti socialnih zavodov Slovenije Jaka Bizjak, direktor Združenja zdravstvenih zavodov Slovenije Metod Mezek, Vito Flaker s Fakultete za socialno delo, Dane Kastelic iz Sveta za invalide RS in Zveze paraplegikov Slovenije, Klavdija Poropat iz društva YHD, Goran Kustura iz Nacionalnega sveta invalidskih organizacij Slovenije, Ivo Jakovljevič iz Društva distrofikov Slovenije, Polona Car iz Zveze društev slepih in slabovidnih Slovenije in Denis Padjan iz Sindikata zdravstva in socialnega varstva Slovenije.

Na podlagi predstavitev in razprave na posvetu so bili oblikovani naslednji predlogi, mnenja in ugotovitve, ki jih Državni svet pristojnim državnim organom priporoča v proučitvah in predlaga, da jih upoštevajo pri nadaljnjih korakih urejanja področja dolgotrajne oskrbe v Sloveniji:

## I. O DOLGOTRAJNI OSKRBI V SLOVENIJI

1. Ključni izzivi na področju dolgotrajne oskrbe so povezani z demografskimi trendi, ki nakazujejo na izrazito staranje slovenske populacije v prihodnjih desetletjih (do leta 2060 naj bi se delež starejših od 80 let v populaciji podvojil (s trenutnih 4,5 % na 12,3 %)). K povečanim potrebam po storitvah dolgotrajne oskrbe bodo prispevali tudi napredek tehnologije v zdravstvu, ozaveščenost ljudi in dosežki sodobne razvite družbe.
2. Poleg ocen potreb v prihodnosti je treba upoštevati tudi trenutno stanje, ki kaže na številne nezadovoljene potrebe prebivalstva v Sloveniji (kar 35.000 oseb nad 50 let, ki ima omejitve pri opravljanju vsaj enega dnevnega opravila, ima v celoti nezadovoljene potrebe po oskrbi (torej niti neformalne), 9.000 oseb nad 50 let, ki ima omejitve pri opravljanju vsaj enega dnevnega opravila pa ima neformalno oskrbo, kar skupaj predstavlja 5,5 % celotne populacije, starejše od 50 let)<sup>1</sup>.
3. K urejanju področja dolgotrajne oskrbe je treba pristopiti s sistemskimi ukrepi, katerih cilj je zagotovitev dostopa do storitev dolgotrajne oskrbe vsem posameznikom, pri čemer je treba paziti na dolgoročno finančno stabilnost sistema, fiskalno stabilnost z vidika države ter dolgoročno finančno stabilnost družin ali enočlanskih gospodinjstev, ki potrebujejo storitve dolgotrajne oskrbe.
4. Sistem dolgotrajne oskrbe mora temeljiti na splošnem družbenem dogovoru ter načelu solidarnosti kot temelju naše družbe. Zato je zelo pomembna pridobitev soglasja in vodenje dialoga z različnimi deležniki (financerji, izvajalci, lokalnimi skupnostmi, uporabniki sistema itd.). Pri tem je treba odgovoriti na vprašanje, kakšen sistem in zaščito tistih, ki potrebujejo dolgotrajno oskrbo, si želimo (določiti je treba košarico storitev, način, na katerega posameznik vstopa v sistem dolgotrajne oskrbe). Cilj je vzpostavitev enotnega sistema virov financiranja ter sistema financiranja storitev.
5. Pri oblikovanju svojega sistema se lahko veliko naučimo iz izkušenj in dobrih, že utečenih, praks nekaterih držav članic EU, v katerih takšen sistem že deluje. S tem se lahko izognemo ponavljanju njihovih napak in definiramo elemente njihovih sistemov, ki ustrezajo potrebam naše družbe.
6. Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti in Ministrstvo za zdravje sta zadnje pol leta na področju urejanja dolgotrajne oskrbe uspela doseči velik napredek, saj je bil v tem času pregledan in v večji meri usklajen nabor storitev dolgotrajne oskrbe (zajemajo zdravstveno nego, fizioterapijo, delovno terapijo ter storitve osebne in podporne oskrbe), ki zajema tako storitve v okviru institucionalnega varstva kot tudi oskrbo na domu.
7. Za dobro delujoč sistem dolgotrajne oskrbe bo treba:

---

<sup>1</sup> Povzeto po UMAR, Poročilo o razvoju 2016. Vir podatkov: Raziskava Share, 4. val, preračuni IER.

- a) Vzpostaviti enotno vstopno točko, ki bo predstavljala podlago za sistematično oceno integriranih potreb posameznika in pravic, ki mu pripadajo na podlagi individualnega načrta oskrbe. Da gre za pravilno usmeritev, potrjujejo tudi strokovnjaki iz tujine.
  - b) Oblikovati enoten izvedeniški organ, ki bo povezal naloge številnih komisij in organov, ki trenutno delujejo na različnih področjih, ki spadajo v vsebinski okvir dolgotrajne oskrbe.
  - c) Definirati vsebino košarice storitev dolgotrajne oskrbe, ki bo vplivala tudi na ostale elemente sistema dolgotrajne oskrbe, zlasti na sistem financiranja.
  - d) Zagotoviti integrirano financiranje in upravljanje finančnih virov na podlagi združitve virov financiranja. Kot najbolj racionalna rešitev se kaže vzpostavitev posebnega sklada v okviru Zavoda za zdravstveno varstvo Slovenije (ZZZS).
  - e) Zagotoviti nove (dodatne) vire financiranja storitev dolgotrajne oskrbe, pri čemer se zastavlja vprašanje števila različnih virov in njihovega obsega. Podlago za odločitve morajo predstavljati analize in ocene finančnih posledic posamezne možne ureditve in dejanskih zmožnosti izvedbe.
  - f) Poenotiti sistem izplačil različnih prejemkov, do katerih so trenutno upravičeni posamezniki (trenutno so krite potrebe iz številnih virov, kar vodi do visoke stopnje nepreglednosti sistema).
  - g) Določiti vstopni prag – določiti, kdaj oseba izpolnjuje pogoje za pridobitev pravic iz naslova dolgotrajne oskrbe.
  - h) Dostop do storitev je treba omogočiti vsem prebivalcem, ne glede na njihov siceršnji finančni položaj, zato je treba zagotoviti optimalno javno mrežo storitev in ne prepuščati oblikovanje mreže prostemu trgu ter načelom pridobitnosti.
  - i) Spodbuditi je treba razvoj neformalnega segmenta dolgotrajne oskrbe in razmišljati o potencialih za aktivacijo socialnega podjetništva na tem področju.
  - j) Zagotoviti podporo celotne družbe in različnih deležnikov (izvajalci, financerji, uporabniki, civilna družba, lokalne skupnosti ...).
  - k) Zagotoviti učinkovito koordinacijo izvajalcev prek vzpostavitve integriranih timov (strokovnjaki različnih strok) ter integrirane mreže izvajalcev storitev dolgotrajne oskrbe. Vse to bo omogočilo posamezniku dostop do informacij in naročilo storitev na enem mestu, kar ga bo v veliki meri razbremenilo.
  - l) Več poudarka dati preventivi, ozaveščanju, zgodnji rehabilitaciji, prilagajanju bivalnega okolja potrebam starejših prebivalcev ter učinkoviti uporabi informacijsko-komunikacijskih tehnologij.
8. V najkrajšem možnem času naj se v okviru Ministrstva za zdravje ustanovi direktorat za dolgotrajno oskrbo z ustrežno kadrovske sestavo. Prenos pristojnosti za politike dolgotrajne oskrbe z Ministrstva za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti na Ministrstvo za zdravje bo omogočil bolj integrirano izvajanje sistema in boljši pregled nad vsemi ključnimi dejavniki, ki vplivajo na izvajanje kompleksnega sistema dolgotrajne oskrbe. Gre za odločitve, ki je skladna s trendi upravljanja tega področja v Evropi, in ki naj bi preprečila preveliko medikalizacijo storitev dolgotrajne oskrbe po eni strani in prevelik ter nenadzorovan obseg socialnih storitev po drugi strani. Slednje namreč lahko po izkušnjah nekaterih drugih držav članic EU privede do neobvladljivo visokih izdatkov na nacionalnem nivoju.

9. Oblikuje naj se poklicni standard zdravstvenega delavca z nazivom »zdravstveno-socialni asistent«, v okviru katerega bi se združilo elemente zdravstvene in socialne oskrbe.
10. V povezavi s sistemom dolgotrajne oskrbe je treba razmišljati tudi o novih finančnih modelih socialne zaščite (ne moremo biti prvenstveno odvisni samo od prispevkov za socialno varnost, saj so slednji v veliki meri odvisni od stopnje zaposlenosti in gospodarske rasti) ter o novih oziroma dodatnih finančnih virih, ki bodo tudi v morebitnih kriznih časih predstavljali stabilno strukturo za financiranje potreb dolgotrajne oskrbe. Sredstva, zbrana na podlagi obstoječega sistema prispevkov za socialno varnost, namreč na dolgi rok po predvidevanjih ne bodo zadoščala za pokritje vseh potreb na področju dolgotrajne oskrbe.
11. Možne dodatne oziroma nove vire financiranja dolgotrajne oskrbe predstavljajo nove vrste splošnih obdavčitev (npr. poseben prispevek na različnih podlagah: v pavšalnih odstotkih od različnih osnov za obdavčitev; nadomestilo) ter proračun. Na podlagi izračunov, ki se trenutno pripravljajo, zlasti glede vsebine košarice, bodo sprejete najbolj optimalne rešitve.
12. Naloga vsakega posameznika je biti ozaveščen, skrbeti za prehrano in gibanje, da bo čim večji delež populacije sicer visoko pričakovano starost dočakal zdrav in vitalen. Na takšen način bo tudi sistem dolgotrajne oskrbe manj obremenjen.

## II. IZKUŠNJE IZ TUJINE:

1. Na splošno o dolgotrajni oskrbi in sistemu dolgotrajne oskrbe:
  - a) Cilj dolgotrajne oskrbe je zagotoviti kakovost življenja s čim večjo možno stopnjo samostojnosti, neodvisnosti, sodelovanja, osebne izpolnitve in človekovega dostojanstva. Pri tem je ključna opredelitev potreb po dolgotrajni oskrbi, ki so individualnega značaja in ki določajo splet storitev dolgotrajne oskrbe.
  - b) Jedro dolgotrajne oskrbe predstavlja skrb in ne zgolj zdravljenje, njeno uspešnost pa se lahko ocenjuje s kakovostjo življenja uporabnika storitev. Posledično je treba v čim večji meri zagotoviti, da lahko posameznik rešitev za svoje potrebe po dolgotrajni oskrbi dobi na enem mestu in da mu ni treba nenehno prehajati med različnimi sistemi.
  - c) Zaradi vedno večjih potreb na področju dolgotrajne oskrbe je treba vzpostaviti integriran in koordiniran sistem dolgotrajne oskrbe. Izkušnje kažejo, da so sistemi, ki so oblikovani na tak način, zelo uspešni.
  - d) Storitve dolgotrajne oskrbe predstavljajo presek med sistemom socialnega varstva in zdravstvenim sistemom. Zajemajo tako formalne kot neformalne oblike skrbi ter institucionalizirane oblike skrbi na eni strani in oskrbo na domu oz. skupnostno skrb na drugi. Pri tem je zelo pomembno najti načine za preseganje obstoječih ločnic med formalno in neformalno oskrbo, saj sta del istega sistema. Slednje je možno zagotoviti z večjo fleksibilnostjo sistema, ki pa je v veliki meri odvisna od definicije vsebine košarice pravic. Slednja v veliki meri vpliva tudi na vzdržnost sistema prek stroškov, ki nastajajo v povezavi s pravicami iz omenjene košarice. Določanje prioritet v sistemu je lahko s tega vidika bistvenega pomena.
  - e) Potrebe in splet storitev dolgotrajne oskrbe, ki so na voljo, lahko pomembno vplivajo na življenje posameznika (tako oskrbovanega kot oskrbovalca), še

- zlasti pri neformalnih oblikah skrbi, zato se dolgotrajno oskrbo pogosto dojema kot socialno tveganje, ki ga je treba na ustrezen način čim bolj zmanjšati (npr. prek ustreznih zavarovanj).
- f) Uspešnost delujočega in celovitega sistema storitev dolgotrajne oskrbe se kaže v pokritju potreb celotne populacije, ne zgolj njenih delov, in zmanjšanju odvisnosti starejših oseb v institucionalnih oblikah oskrbe od sistema socialnih pomoči.
  - g) Ključna je usmeritev sistema v kakovost oskrbe (mogoče z ustreznim nadzorom in dobro opredeljenimi potrebami uporabnikov) ter razvoj infrastrukture, ki omogoča dobro delovanje sistema.
  - h) Zelo pomembno je najti način za preseganje dosedanjih tradicionalnih razumevanj oskrbe v družini, saj so se razmere v družbi in zasebnem življenju zelo spremenile. Najti je treba nove načine oskrbe, prilagojene sodobnim potrebam posameznika in družbe; torej več alternativ obstoječim, že poznanim praksam.
  - i) Politike dolgotrajne oskrbe v praksi pogosto ne sledijo teoriji, po kateri bi morali ljudem omogočiti, da čim dlje ostanejo v domačem oziroma poznanem okolju. Predpogoj za to so prilagojeni, boljše razviti in bolj fleksibilni sistemi oskrbe oziroma varstva (presejati meje med zdravstveno in socialno oskrbo ter med storitvami kratkotrajne in dolgotrajne oskrbe; možnost kombiniranja različnih oblik storitev; omogočanje dnevnega varstva in kratkotrajne oskrbe). Prav tako je treba zagotoviti čim bolj fleksibilno delo tako v institucijah kot v okviru skupnostne skrbi ter preiščeno graditi nove objekte, saj moramo razmišljati o potrebah oskrbovancev čez 30 in več let (pomembne so odločitve o velikosti objektov, ki se jih gradi).
  - j) Trendi v tujini gredo v smeri zmanjšanja stopnje institucionalizacije in skrajšanja časa institucionalizacije. Stroški oskrbe v domovih namreč presejajo stroške domače oskrbe, kar ima tako kratkoročne kot dolgoročne posledice. Posledično se skuša krepiti oblike skupnostne skrbi oz. oskrbe na domu. Da takšen sistem dobro deluje, je treba razvijati soseske in krepiti delo v skupnosti.
  - k) Sistemi s prilagodljivimi organizacijami in s košaricami storitev, ki so bolj fleksibilnega značaja, omogočajo odpravo problema s t. i. »vrzeljo 3–24 ur« (večina storitev se zagotavlja za 3 ure, medtem ko mnogi potrebujejo 24-urno oskrbo, kar npr. pomeni, da se morajo oskrbovanci seliti iz ene namestitve v drugo) in omogočajo sledenje načela »vse na enem mestu«. Pri tem sta pomembna določitev enotne točke dostopa in prilagodljivost posameznih elementov sistema.
  - l) Za vpeljavo in uspešno delovanje sistema dolgotrajne oskrbe je treba veliko časa. Prav tako je treba sistem sproti spreminjati in prilagajati na podlagi ugotovljenih pomanjkljivosti in spremenjenih potreb v družbi (npr. sprotno prilagajanje metodologij po katerih se določa pogoje za dostop do pravic ter splet pravic in storitev; prilagajanje prispevnih stopenj; spremembe paradigme opredeljevanja stopnje potreb po oskrbi itd.).
  - m) Usmerjanje sistema zgolj v potrebe uporabnikov s fizičnimi omejitvami po izkušnjah iz tujine (primer Nemčije) ni ustrezno, zato je pri določanju spleta storitev dolgotrajne oskrbe treba upoštevati tudi potrebe ljudi s težavami v duševnem zdravju in težavami v komunikaciji.
  - n) Treba je razmišljati o spremembah paradigme določanja stopnje oskrbe, ki jo potrebuje posameznik, tako da se namesto opredeljevanja nesposobnosti (angl. incapability) izhaja iz definicije stopnje samostojnosti (angl. self-dependency).

2. Delovanje sistema:
- a) Učinkovitost in uspešnost delovanja sistema dolgotrajne oskrbe je v veliki meri odvisna od mehanizmov, struktur in orodij, ki so na voljo za njegovo delovanje, ter od načina financiranja storitev.
  - b) Zagotoviti je treba čim bolj trajne rešitve za delovanje sistema dolgotrajne oskrbe, ker se v mnogih državah, ki se soočajo s sistemi na robu vzdržnosti, začasne rešitve (npr. aktivacija migrantov kot oskrbovalcev) niso izkazale za uspešne.
  - c) Sistem mora biti čim bolj preprosto zastavljen, s čimer se razbremeni uporabnike in njihove svojce. Hkrati pa mora biti dovolj fleksibilen, da lahko zagotovi maksimalno možno upoštevanje individualnih potreb uporabnikov.
  - d) Za dobro delovanje sistema dolgotrajne oskrbe je treba ozaveščati celotno družbo, prilagoditi stavbno okolje, v čim večji meri uporabljati in izkoristiti prednosti informacijsko-komunikacijskih tehnologij, standardizirati integrirane storitve ter spodbujati interaktivni dialog, v katerega morajo biti vključeni tako uporabniki kot izvajalci, še zlasti v fazi oblikovanja politik.
3. Financiranje sistema:
- a) Financiranje storitev dolgotrajne oskrbe za posameznika predstavlja velik izziv, ker ljudje, ki potrebujejo storitve dolgotrajne oskrbe, v večini nimajo visokih dohodkov (nizke pokojnine; odvisnost od socialne pomoči itd.), če imajo premoženje, pa je to zelo pogosto vezano v manj likvidnih oblikah naložb (lastništvo nepremičnin), s čimer so povezane številne težave.
  - b) Dolgotrajna oskrba ne sme biti obravnavana zgolj kot izdatek, ampak predvsem kot investicijski vložek z ekonomskim in socialnim donosom. Predstavlja namreč investicijo v skupnost in je lahko pomemben generator novih delovnih mest (primer Španije) tako z vidika količine kot kakovosti (zlasti za ženske). Pomembno vlogo lahko odigra tudi v boju proti revščini in neenakosti ter nepravilnemu dostopu do storitev.
  - c) Pri vzpostavitvi podlag za financiranje sistema je treba v osnovi določiti najbolj sprejemljiv sistem financiranja (davki oz. druge oblike obveznih dajatev; zavarovanja (obvezna/prostovoljna/zasebna/vzajemna); plačila iz žepa) in pri tem razmisliti o možnosti njegove navezave na že obstoječe sisteme financiranja socialnega in zdravstvenega varstva v državi.
  - d) Praksa nekaterih držav kaže, da izključno zasebno financiranje sistema dolgotrajne oskrbe ni primerno za zagotavljanje vzdržnosti sistema (izkušnje iz ZDA) in lahko predstavlja zgolj dodaten vir financiranja ali možnost financiranja za posebne skupine prebivalstva z omejenim številom oseb.
  - e) V primeru odločitve za obvezno zavarovanje ostaja odprto vprašanje, ali se s slednjim krije vse storitve, ki izhajajo iz košarice pravic, ali zgolj delno (možna doplačila iz žepa, dodatna zasebna zavarovanja – primer Nemčije).
  - f) Vprašanje plačil iz žepa, ki je v veliki meri odvisno od stopnje potrebe po oskrbi, je vezano tudi na vprašanje pravičnosti in enakosti dostopa do storitev. S tega vidika se skuša zagotoviti, da je delež teh plačil v sistemu čim manjši, saj si prebivalstvo takšne obremenitve po navadi zaradi nizkih prihodkov (pokojnin, drugih dohodkov) težko privošči. V praksi se tako kaže, da v primeru, ko uporabnik storitev ni sposoben sam kriti doplačil za storitve oskrbe, pogosto njegovo obvezo prevzamejo družinski člani ali pa se ta krije iz sistema socialnih pomoči (primer Nemčije). V primeru odločitve za kritje večjega dela storitev po načelu »iz žepa«, je torej treba opraviti temeljito oceno sposobnosti prebivalstva, da doplačuje za storitve iz svojega žepa.

- g) Manjše število virov financiranja dolgotrajne oskrbe pomeni prednost z vidika boljše preglednosti in upravljanja sistema financiranja.
  - h) V Nemčiji, ki ima dolgoletne izkušnje s sistemom dolgotrajne oskrbe in ki dolgotrajno oskrbo financira na podlagi obveznega zavarovanja<sup>2</sup>, sistem financiranja dolgotrajne oskrbe deluje na podlagi načela »vse na enem mestu« (vezava upravljanja sistema zavarovanja za dolgotrajno oskrbo na obstoječi sistem zdravstvenih in/ali socialnih zavarovanj, a z ločenim vodenjem finančnih sredstev), saj to lahko bistveno zmanjša administrativne stroške, še zlasti ob zagonu sistema. Slednje lahko predstavlja primer dobre prakse za Slovenijo zaradi primerljivosti delovanja sistemov socialne varnosti v obeh državah, ki temeljijo na Bismarckovem modelu zavarovanj.
  - i) Za sistem financiranja dolgotrajne oskrbe je pomembna tudi odločitev o načinu zagotavljanja pravic iz naslova dolgotrajne oskrbe, pri čemer je na primer možno zagotavljati pravice v naravi (angl. *benefits in kind*; za tiste, ki prejemajo oskrbo v okviru institucij), v obliki denarnega nadomestila (angl. *benefits in cash*; za tiste, ki ostajajo v domači oskrbi) ali kombinacijo obeh variant (v primeru kombiniranja naročila storitev pri zunanjih izvajalcih in domače oskrbe).
  - j) Če želimo, da je sistem dolgotrajne oskrbe čim bolj fleksibilen, je treba omogočiti tudi čim bolj fleksibilne načine za plačilo storitev v njegovem okviru (to omogoča izbiro kombinacije različnih storitev, ki najbolj ustreza posamezniku).
  - k) Ne glede na ukrepe, lahko v prihodnje v vsakem primeru pričakujemo porast stroškov dolgotrajne oskrbe. Kljub temu se vzdržnost sistema vsaj deloma lahko zagotovi z ustreznim nadzorom nad stroški (npr. z določitvijo zgornjih meja izplačanih nadomestil za posamezne storitve) ter spodbudami za delovanje sistema.
4. Potrebe po oskrbi, storitve dolgotrajne oskrbe in njihova dostopnost:
- a) Pomembno je definirati, kaj se razume pod termini »primernost oskrbe« (ali je boljša domača ali institucionalna oskrba; v tesni povezavi s košarico pravic), »potreba po oskrbi« (ocenjevala naj bi se glede na količino zdravja, ki smo ga imeli pred potrebo po oskrbi) ter »enakost/neenakost oskrbe« (enaka uporaba, enaka dostopnost in enaki rezultati oskrbe, pri čemer je v praksi težko zagotoviti izpolnitev vseh treh principov enakosti hkrati).
  - b) O enakosti dostopa do storitev je možno govoriti z vidika vertikalne enakosti (osebe z enakimi potrebami prejemajo enako oskrbo) in horizontalne enakosti (osebam z različnimi potrebami nudimo različne oblike oskrbe).
  - c) Zelo raznolike potrebe otežujejo oceno potreb, na podlagi katere naj bi določali vsebino košarice pravic in posamezne elemente sistema (splet storitev, način financiranja). Ugotovitve iz prakse (npr. Nemčija) kažejo, da ljudje v okviru dolgotrajne oskrbe v veliki meri potrebujejo tudi socialno oskrbo, ne zgolj zdravstvene.
  - d) Opredelitev upravičencev do storitev dolgotrajne oskrbe je v osnovi odvisna od opredelitve odvisnosti od oskrbe in stopnje odvisnosti (lahko je vezana samo na fizične omejitve ali pa tudi na druge elemente (težave v duševnem zdravju)).

---

<sup>2</sup> Na podlagi prispevne stopnje od dohodka (ob vzpostavitvi sistema leta 1995 1 %, trenutno 2,35 %); zavezanci za plačilo so tako delodajalci kot delojemalci (ob vzpostavitvi sistema v razmerju 50 : 50); storitve iz zavarovanja so krite zgolj do določene mere, razlika do polne cene storitev se krije »iz žepa«.

- e) Dostopnost do storitev dolgotrajne oskrbe je lahko zelo odvisna od kraja bivanja, saj prihaja do določenih razlik med regijami ali lokalnimi skupnostmi glede enakosti dostopa do storitev. Na to naj bi v veliki meri vplivala sama opredelitev potreb in vsebina košarice pravic, tako da je treba več pozornosti nameniti vprašanju uporabe načela subsidiarnosti na tem področju.
- f) Na potrebe po storitvah dolgotrajne oskrbe pomembno vpliva tudi sestava gospodinjstva (enočlansko ali več-člansko), kar je treba upoštevati pri oblikovanju politik na tem področju (npr. več pozornosti nameniti enočlanskim gospodinjstvom, ki imajo zelo verjetno več potreb in drugačne potrebe od več-članskih).
- g) Že obstoječe storitve dolgotrajne oskrbe, ki se izvajajo v okviru zdravstvene in socialne oskrbe, je treba v čim večji meri skušati vključiti v nov sistem dolgotrajne oskrbe in tako povezati oba segmenta storitev.
- h) Splet storitev sistema dolgotrajne oskrbe in njihovo kakovost je treba sproti ocenjevati in ga prilagajati spremenjenim razmeram.

#### 5. Neformalna oskrba:

- a) Neformalna oskrba v številnih državah ostaja hrbtenica dolgotrajne oskrbe (neformalni oskrbovalci trenutno pokrivajo kar 90 % storitev dolgotrajne oskrbe), zato je temu področju treba nameniti več pozornosti.
- b) Neformalnemu oskrbovalcu je treba priznati pomembno vlogo v sistemu in jim nuditi spodbude in podporo, in sicer tako da:
  - se odpravi ločnice med formalno in neformalno oskrbo na podlagi razvijanja kulture, v okviru katere bodo neformalni oskrbovalci obravnavani kot partnerji formalnih oskrbovalcev (zlasti pomembno za neformalne oskrbovalce, ki še delajo);
  - na podlagi identifikacije različnih skupin oskrbovalcev (npr. tisti, ki še aktivno delajo in skrbijo za starše ali stare starše; v zadnjem času čedalje več mlajših oseb, tudi otrok) se prilagodi programe podpore in pomoči (drugačen način informiranja, usposabljanja);
  - se jim ustrezne informacije, usposabljanje in izobraževanje omogoči že takoj na začetku oskrbovanja, ko slednje najbolj potrebujejo. Redni stiki so priporočljivi.
  - se družinske člane s konkretnimi in načrtnimi ukrepi spodbudi, da se v večji meri odločajo za oskrbo na domu;
  - se jim omogoči, da navkljub skrbi za svoje lahko še vedno opravljajo delo v okviru svoje primarne zaposlitve (zlasti ženskam, ki so največkrat obremenjene s skrbjo za bližnje), saj dolgotrajnost oskrbe lahko vodi do dolgotrajne odsotnosti s trga dela, kar zmanjšuje možnosti ponovne zaposlitve;
  - se oceni potrebe posameznega oskrbovanca (preko t. i. funkcionalne preventive v obliki preventivnih obiskov na domu, ki bi lahko bili zaradi relativne majhnosti države v Sloveniji lažje izvedljivi kot v večjih državah);
  - se opravi ustrezne ocene potreb uporabnikov v njihovem običajnem okolju (ponavadi dom oskrbovanca) in se jih primerno ovrednoti. To je sicer zelo zahtevna naloga, saj ne zahteva zgolj ocen telesnih fizičnih potreb, ampak v veliki meri tudi druge vidike oskrbe (posebno pozornost je treba nameniti osebam z motnjami v duševnem zdravju);
  - se jim zagotovi ustrezno socialno varstvo, tako da niso izpostavljeni samo tveganju izgube obstoječe zaposlitve, ampak tudi drugim tveganjem zaradi (pre)obremenjenosti (zdravstvena, psihološka ...).



6. Zaposlovanje in dolgotrajna oskrba:
  - Za lažje sledenje potrebam oskrbovancev je treba oblikovati nove profile delovnih mest in nove profile strokovnjakov tako na področju oskrbe kot upravljanja z oskrbovalci (zaposleni v institucijah, neformalni oskrbovalci, prostovoljci). Priporoča se skupno usposabljanje in izobraževanje različnih profilov oskrbovalcev.

### III. MNENJA DELEŽNIKOV:

1. Podlaga za uveljavitev novega sistema dolgotrajne oskrbe je natančna definicija vsebine, ki mora biti skladna z značilnostmi slovenskega prostora in družbe, in usklajena s sedanjimi ter bodočimi uporabniki sistema.
2. Sistem dolgotrajne oskrbe naj se uvede na podlagi širokega političnega in družbenega konsenza ter ob upoštevanju splošnega javno-finančnega stanja, pri čemer mora povezovati tako področja zdravstvene kot socialne oskrbe. K njegovi vzpostavitvi se mora v prihodnje pristopiti bolj aktivno kot do zdaj.
3. Za dobro delovanje sistema se bo morala spremeniti tudi družba in njen odnos do vprašanja dolgotrajne oskrbe (postopna sprememba obstoječe paradigme delovanja).
4. K uvajanju sistema je treba pristopati premišljeno in postopoma, na podlagi pilotnih testiranj, da bodo spremembe obvladljive.
5. Nemški model dolgotrajne oskrbe bi lahko predstavljal dobro podlago za slovenski sistem dolgotrajne oskrbe, glede na to, da sta sistema socialne varnosti v obeh državah primerljiva.
6. Morebitne pomisleke glede dodelitve pristojnosti za področje dolgotrajne oskrbe enemu ali drugemu ministrstvu bi se lahko rešilo s prenosom pristojnosti na vlado kot celoto. Prav tako bi se na takšen način lahko pospešilo aktivnosti v zvezi z nadaljnjo de-institucionalizacijo sistema.
7. Financiranje dolgotrajne oskrbe naj bo urejeno sistemsko, pri čemer bo nujno zagotoviti dodatna finančna sredstva (najbolj verjetno z dodatnim prispevkom na podlagi bruto prihodkov posameznikov), saj obstoječa sredstva v zdravstveni in socialni blagajni ne bodo zadoščala. Za to bo potreben širok in trden politični konsenz.
8. Proračuni izvajalcev storitev (socialni in zdravstveni zavodi) so že zdaj preobremenjeni, prav tako tudi proračuni lokalnih skupnosti (že zdaj več kot 30 % vseh sredstev namenjajo za transfere t. i. družbenih dejavnosti, od tega za storitve, ki sodijo v okvir dolgotrajne oskrbe, od trenutne povprečnine v višini 525 evrov namenijo kar 50 evrov).
9. Lokalne skupnosti zaradi vzdržnosti proračunov pozivajo k prilagoditvi normativov na posameznih področjih zagotavljanja socialne varnosti trenutnemu finančnemu stanju lokalnih skupnosti in k zagotovitvi več vpliva občin kot plačnic storitev pri odločanju glede namestitvev uporabnikov znotraj sistema (namestitve v domovih s

koncesijo praviloma dražje od namestitev v domove, ki so jih v preteklosti občine zgradile iz lastnih sredstev). Nasprotno pa Socialna zbornica Slovenije meni, da ne bi bilo primerno, da bi lokalne skupnosti odločale o tem, kam se bo nameščalo osebe, ki potrebujejo dolgotrajno oskrbo, ali o primernih storitvah za posamezne uporabnike.

10. Lokalne skupnosti opozarjajo na nujnost zagotovitve določenih varovalk pred zlorabami sistema s strani uporabnikov, zato predlagajo uvedbo jasne zakonske podlage za izpodbijanje določenih pravnih poslov (npr. razdelitev vsega premoženja tik pred zaprosilom za subvencioniranje namestitve v institucionalnem varstvu).
11. Ne glede na velik pomen finančnih sredstev za uspešno delovanje sistema, je treba pri njegovem oblikovanju razmišljati predvsem o vsebini sistema, ki mora biti takšna, da bo v največjo korist uporabnikom z zelo raznolikimi potrebami.
12. V okviru sistema dolgotrajne oskrbe lahko pomembno vlogo odigrajo diplomirane medicinske sestre, ki imajo znanje s področja obvladovanja kroničnih bolezni, predvsem pa patronažne medicinske sestre, ki imajo že zdaj celovit pregled nad oskrbo uporabnika zdravstvenih storitev na domu.
13. Jedro sistema dolgotrajne oskrbe morajo predstavljati posameznik in njegove potrebe. Zgolj medicinski modeli uporabe obravnave uporabnikov ne bodo zadoščali, zato je treba pri prenosu pristojnosti za dolgotrajno oskrbo na Ministrstvo za zdravje paziti na to, da se bo v sistemu ohranil dovolj velik delež socialnih storitev.
14. Hkrati z uvajanjem sistema dolgotrajne oskrbe se predlaga razpis dodatnih izobraževalnih programov s področja dolgotrajne oskrbe v okviru visokošolskega izobraževalnega sistema (za medicinske sestre, na področju sociale, za morebitne nove profile zaposlenih v sistemu dolgotrajne oskrbe itd.).
15. Stališča posameznih deležnikov glede primernosti uvedbe enotne vstopne točke se razhajajo. Nasprotniki ideje menijo, da bi za uspešno delovanje sistema zadoščalo angažiranje obstoječih točk dostopa prek multidisciplinarnih timov, medtem ko podporniki trdijo, da jo nujno potrebujemo, saj so trenutno točke dostopa preveč razpršene, zaradi česar so tudi kriteriji za dodelitev pravic do oskrbe zelo različni.
16. V primeru vzpostavitve enotnega izvedeniškega organa bi bilo treba v njegovo oblikovanje in delovanje nujno vključiti predstavnike uporabnikov.
17. Zdravstveni domovi vse bolj postajajo centri za krepitev zdravja, zato bi lahko predstavljali pomembne akterje na področju dolgotrajne oskrbe v povezavi s krepitvijo zdravja. Že zdaj se v njihovem okviru izvaja določen del storitev dolgotrajne oskrbe (prek patronažne službe, prek ambulant v domovih za starejše, prek obiskov na domu ipd.).
18. Pri opredeljevanju spleta storitev dolgotrajne oskrbe ne smemo pozabiti na storitve paliativne oskrbe, ki jih že zdaj na visokem nivoju izvajajo posamezne bolnišnice, predvidena pa je tudi širitev na celoten sistem bolnišnic.

19. V povezavi z dolgotrajno oskrbo bo treba čim prej doreči tudi vprašanje urejanja osebne asistencе, za katero Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti napoveduje ureditev bodisi kot posebno poglavje v okviru zakona o dolgotrajni oskrbi ali pa kot ločen zakon. Pri tem potencialni uporabniki storitev osebne asistencе izražajo željo po čimprejšnjem sprejemu posebnega zakona, neodvisno od urejanja dolgotrajne oskrbe. Sistem dolgotrajne oskrbe se namreč po njihovem mnenju uvaja že predolgo časa, z vezanjem urejanja osebne asistencе nanj pa se hkrati oddaljuje možnost hitre ureditve omenjenega področja, ki je za določene ranljive skupine prebivalstva (invalidi) zelo pomembno.
20. Z vidika informiranja prebivalstva o pomenu dolgotrajne oskrbe za socialno varnost vsakega posameznika je zelo pomembna medijska podpora projektu vzpostavljanja celovitega sistema dolgotrajne oskrbe (objektivno obveščanje in ozaveščanje o tveganjih, povezanih s staranjem).

Mitja Bervar, mag. manag.  
predsednik