UNIVERZA V LJUBLJANI
EKONOMSKA FAKULTETA

MAGISTRSKO DELO

RAZVOJ ZAVAROVANJ ZA DOLGOTRAJNO OSKRBO

Ljubljana, september 2013 Elizabeta Špela Potočnik

IZJAVA O AVTORSTVU

Podpisana Elizabeta Špela Potočnik, študentka Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani, izjavljam, da sem avtorica magistrskega dela z naslovom Razvoj zavarovanj za dolgotrajno oskrbo, pripravljenega v sodelovanju s svetovalcem dr. Sašo Polancem.

Izrecno izjavljam, da v skladu z določili Zakona o avtorski in sorodnih pravicah (Ur. l. RS, št. 21/1995 s spremembami) dovolim objavo zaključne strokovne naloge/diplomskega dela/specialističnega dela/magistrskega dela/doktorske disertacije na fakultetnih spletnih straneh.

S svojim podpisom zagotavljam, da

- je predloženo besedilo rezultat izključno mojega lastnega raziskovalnega dela;

- je predloženo besedilo jezikovno korektno in tehnično pripravljeno v skladu z Navodili za izdelavo zaključnih nalog Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani, kar pomeni, da sem poskrbela, da so dela in mnenja drugih avtorjev oziroma avtoric, ki jih uporabljam v magistrskem delu, citirana oziroma navedena v skladu z Navodili za izdelavo zaključnih nalog Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani, in pridobila vsa dovoljenja za uporabo avtorskih del, ki so v besedilu uporabljena v celoti (v pisni ali grafični obliki), in sem to tudi jasno zapisala;

- se zavedam, da je plagiatorstvo – predstavljanje tujih del (v pisni ali grafični obliki) kot mojih lastnih – kaznivo po Kazenskem zakoniku (Ur. l. RS, št. 55/2008 s spremembami);

- se zavedam posledic, ki bi jih na osnovi predložene magistrskega dela dokazano plagiatorstvo lahko predstavljalo za moj status na Ekonomski fakulteti Univerze v Ljubljani v skladu z relevantnim pravilnikom.

V Ljubljani, dne 23. 9. 2013 Podpis avtorice:_____

KAZALO

UVOD **1**
1 DEFINICIJA DOLGOTRAJNE OSKRBE **2**
2 POTREBE PO DOLGOTRAJNI OSKRBI V SLOVENIJI IN TUJINI **2**
2.1 Demografski trendi **3**
2.1.1 Staranje prebivalstva 3
2.1.1.1 Indeks staranja prebivalstva 4
2.1.1.2 Koeficient starostne odvisnosti 5
2.1.2 Življenje z omejitvami 6
2.1.3 Mobilnost ljudi 7
2.1.4 Spremenjena vloga družine 8
2.2 Javni in zasebni izdatki za dolgotrajno oskrbo danes in projekcije za prihodnost **8**
2.2.1 Izdatki za dolgotrajno oskrbo v Sloveniji 8
2.2.2 Izdatki za dolgotrajno oskrbo v tujini 10
2.2.2.1 Nemčija 12
2.2.2.2 ZDA 12
2.2.2.3 Francija 12
2.2.2.4 Velika Britanija 13
2.2.2.5 Nizozemska 14
2.2.3 Trendi 14
3 PROBLEMATIKA DOLGOTRAJNE OSKRBE V SLOVENIJI **16**
3.1 Trenutne potrebe po dolgotrajni oskrbi v Sloveniji **16**
3.2 Trenutna ureditev na področju dolgotrajne oskrbe **17**
3.2.1 Značilnosti dolgotrajne oskrbe v Sloveniji 18
3.2.2 Načini zagotavljanja dolgotrajne oskrbe 18
3.2.3 Oskrbovalni programi za osebe, ki potrebujejo dolgotrajno oskrbo 19
3.3 Višina izdatkov za dolgotrajno oskrbo **20**
3.4 Financiranje dolgotrajne oskrbe v Sloveniji **21**
3.5 Pravice oseb, ki potrebujejo dolgotrajno oskrbo (financirane iz javnih finančnih sredstev) **21**
3.5.1 Dodatek za pomoč in postrežbo 21
3.5.2 Inštitut družinskega pomočnika 22
3.5.3 Pravica do zdravstvenega varstva v institucionalnem varstvu 23
3.5.4 Pravica do patronažnega zdravstvenega varstva (nega na domu) 23
3.5.5 Pravica do pomoči na domu 24

4 ZAVAROVANJE ZA DOLGOTRAJNO OSKRBO 25
4.1 Povpraševanje po zavarovanju dolgotrajne oskrbe 25
4.2 Opis zavarovanja za dolgotrajno oskrbo 26
4.3 Posledice uvedbe zavarovanj za dolgotrajno oskrbo 26
4.3.1 Na področju zavarovanj 26
4.3.2 Na makroekonomskem področju 27
5 MOŽNOSTI RAZVOJA PRODUKTOV 28
5.1 Socialno ekonomski položaj starejših oseb v Sloveniji 28
5.1.1 Struktura izdatkov po dohodkovnih razredih v Sloveniji 30
5.2 Razvoj produktov dolgotrajne oskrbe po svetu 31
5.2.1 Zasebna zavarovanja v Nemčiji 33
5.2.1.1 Zavarovanje stroškov dolgotrajne oskrbe 35
5.2.1.2 Zavarovanje dnevnega nadomestila za primer dolgotrajne oskrbe 35
5.2.1.3 Rentno zavarovanje za dolgotrajno oskrbo 36
5.2.2 Primeri ponudb zasebnih zavarovalnic v Nemčiji 36
5.2.2.1 Ponudba zavarovalnice DKV (Deutsche Krankenversicherung AG) 36
5.2.2.2 Ponudba zavarovalnice Allianz A.G. 38
5.2.3 Primer zasebnih zavarovanj v Veliki Britaniji 40
5.2.3.1 Ponudba zavarovalnice Partnership Assurance 40
5.2.4 Možnost razvoja produktov za dolgotrajno oskrbo v Sloveniji 41
5.2.4.1 Produkti za osebe, ki že potrebujejo dolgotrajno oskrbo 42
I. zavarovanje dolgotrajne oskrbe z obratno hipoteko 42
5.2.4.2 Produkti za osebe, ki bodo potrebovale dolgotrajno oskrbo 42
I. Nadomestilo za primer dolgotrajne oskrbe 43
II. Zavarovanje stroškov dolgotrajne oskrbe 43
III. Dopolnilno zavarovanje za dolgotrajno oskrbo 43
IV. Nadstandardno zavarovanje za dolgotrajno oskrbo 44
V. Življenjska zavarovanja z dodatkom za primer dolgotrajne oskrbe 44
VI. Nezgodna zavarovanja z dodatkom za primer dolgotrajne oskrbe 44
VII. Zavarovanja kritičnih bolezni z dodatkom za primer dolgotrajne oskrbe 44
5.2.5 Možnosti razvoja ponudbene strani dolgotrajne oskrbe 45
SKLEP 46
LITERATURA IN VIRI 49
PRILOGA
Tabela 1: Cena storitev v domu starejših občanov; marec 2013 2

UVOD

Dolgotrajna oskrba v zadnjih letih zavzema vedno vidnejše mesto v okviru socialne politike tako v državah Evropske unije kot tudi drugih gospodarsko razvitih državah. Razlog so demografske spremembe (kot posledica staranja prebivalstva in nizke stopnje rodnosti), vedno večja mobilnost prebivalcev (emigracije in imigracije) in spreminjanje vloge klasične družine zaradi vedno večjega zaposlovanja žensk. Prav zaradi vedno večjega ozaveščanja o tem problemu in zaradi družbenih sprememb, ki se že čutijo v vsakdanjem življenju ter intenzivnega tehnološkega razvoja, je dolgotrajna oskrba vedno pomembnejša tema socialne politike.

Zaradi naraščajočega števila ljudi, ki potrebujejo pomoč, in zaradi njihovih specifičnih potreb obstoječi programi socialne varnosti ne zadoščajo več. Sodobne potrebe zahtevajo sistematično in integrirano organizacijo te pomoči ter pravno ureditev področja in njenega financiranja.

Določena področja, ki vsebinsko urejajo nekatera vprašanja, ki jih v drugih državah označujejo kot socialno zavarovanje za dolgotrajno oskrbo, pri nas urejajo različni področni zakoni (Zakon o socialnem varstvu, o pokojninskem in invalidskem zavarovanju, o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, zakon o vojnih veteranih in vojnih invalidih, o družbenem varstvu duševno in telesno prizadetih oseb). Kljub temu ostaja del področja sistemsko neurejen oziroma je tu pravna praznina. Zato je zakonodaja za dolgotrajno oskrbo v pripravi že od leta 2005 dalje, vendar zaradi nedorečenosti in pomanjkanja politične volje ni bila sprejeta.

Namen magistrskega dela je s pomočjo razpoložljive literature, analize tujih trgov zavarovanj za dolgotrajno oskrbo ter tujih sistemov financiranja dolgotrajne oskrbe preučiti možnost razvoja zavarovanj za dolgotrajno oskrbo v Sloveniji.

Cilj magistrskega dela je preučiti optimalno ponudbo zavarovanj glede na prihodnjo ureditev javno finančnega financiranja stroškov dolgotrajne oskrbe. Poleg tega želim raziskati tudi priložnosti za razvoj ponudbe storitev dolgotrajne oskrbe.

Magistrska naloga se začne z opisom vsebine, pomena in namena dolgotrajne oskrbe, sledi pregled sistemov dolgotrajne oskrbe in zavarovalniških produktov v primerljivih evropskih državah ter dogajanje na tem področju v Sloveniji. V zaključku pa je navedenih nekaj možnih smernic razvoja storitev in zavarovanj na področju dolgotrajne oskrbe v Sloveniji.

1 DEFINICIJA DOLGOTRAJNE OSKRBE

Dolgotrajna oskrba pomeni zagotavljanje pomoči osebam, ki ne morejo samostojno opravljati temeljnih življenjskih aktivnosti, na njihovem domu oz. v institucionalni oskrbi, ko bivanje na domu ni več možno oziroma ekonomsko ni smiselno. Skrb za onemogle osebe si delita država in družina.

Dolgotrajna oskrba obsega pomoč ljudem, ki so dlje časa delno ali popolnoma odvisni od tuje pomoči, s čimer sta jim zagotovljeni integrirana zdravstvena in socialna oskrba. Storitve dolgotrajne oskrbe izhajajo iz potreb posameznika, vključujejo pa tako pomoč pri opravljanju temeljnih življenjskih aktivnosti kot tudi storitve in aktivnosti za vključevanje v socialno okolje.

V prvi vrsti je dolgotrajna oskrba namenjena starejšim ljudem, vendar pokriva tudi potrebe mlajših oseb, ki zaradi bolezni ali poškodb ali prirojene telesne oziroma duševne prizadetosti potrebujejo pomoč druge osebe. Veliko starejših je namreč kronično bolnih, onemoglih in nesposobnih skrbeti zase. Poleg njih pa so tudi osebe, ki so zaradi bolezni, degenerativnih sprememb, poškodb, invalidnosti ali drugih razlogov pri opravljanju osnovnih življenjskih aktivnosti odvisne od pomoči drugih oseb. Temeljne življenjske aktivnosti so tiste, ki jih mora opraviti človek vsak dan, kot so npr. hranjenje, oblačenje, umivanje, gibanje in nameščanje v ustrezno lego ter sposobnost nadzorovanja odvajanja. Zahtevnost in časovni obseg pomoči pri opravljanju teh aktivnosti se z leti običajno povečujeta in trajata do konca življenja.

Namen dolgotrajne oskrbe ni le omogočiti preživetja človeku, ki potrebuje tujo pomoč, temveč tudi zagotoviti čim kakovostnejše življenje ob njegovih psihofizičnih sposobnostih ter omogočiti varnost v domačem okolju ali v posebnem organiziranem institucionalnem varstvu. Temeljna usmeritev dolgotrajne oskrbe je omogočiti osebam, ki so odvisne od tuje pomoči, da čim dlje ostanejo na svojem domu. To bistveno vpliva na kakovost življenja in uspešnost dolgotrajne oskrbe. Institucionalna oskrba je smiselna le v primeru, ko je tako zahtevna, da je ni mogoče več izvajati na domu ali bi bilo to ekonomsko nesprejemljivo.

2 POTREBE PO DOLGOTRAJNI OSKRBI V SLOVENIJI IN TUJINI

Dandanes se po vsem razvitem svetu povišuje delež starejših oseb, ki bodo ob koncu svojega življenja, da bi lahko vzdrževale svoje osnovne življenjske aktivnosti, potrebovale pomoč drugih oseb. Zaradi današnjega načina življenja, ki potrebuje za svojo podporo dobršen del finančnih sredstev, je potrebno razmisliti, kako bi ta problem lahko rešili.

Zato tudi Slovenija, kot veliko drugih držav, za to problematiko že namenja delež javnofinančnih sredstev, s katerimi priskoči na pomoč družinskim oskrbovalcem, ki skrbijo za svoje družinske člane, ki potrebujejo dolgotrajno oskrbo. Hkrati pa so na voljo tudi institucionalne ustanove, v katerih se izvaja zahtevnejša dolgotrajna oskrba.

Zaradi vedno višjih izdatkov za starostnike – za pokojnine, zdravstveno oskrbo in sedaj vedno aktualnejšo dolgotrajno oskrbo pa država vsega sčasoma ne bo mogla več financirati v zamišljenem obsegu. To je razvidno že iz nevzdržnosti pokojninskega kakor tudi zdravstvenega sistema. Tako se na področju pokojninskega in zdravstvenega varstva že dlje časa pojavljajo tudi druge oblike zasebnih zavarovanj, v primeru dolgotrajne oskrbe pa imajo nekatere države tudi že oblikovano zasebno obliko zavarovanj, kar pa pri nas še ni del ponudbe zasebnih zavarovalnic.

2.1 Demografski trendi

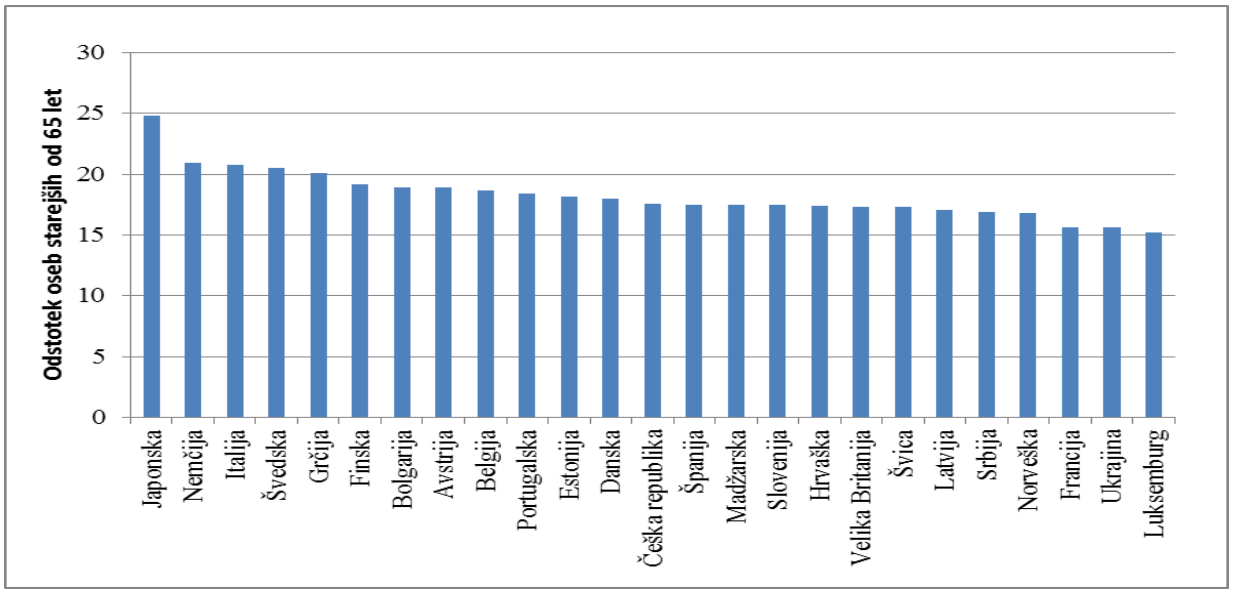
Med trenutnimi trendi v razvitih državah lahko opazimo, da se povečuje pričakovana življenjska doba, hkrati pa se povečuje delež starejših oseb v primerjavi z mlajšimi osebami. Tako je v večini držav opaziti, da se razmerje med številom starejših in mlajših obrača v prid starejši populaciji.

2.1.1 Staranje prebivalstva

Razlog za naraščanje pomena področja dolgotrajne oskrbe temelji predvsem na staranju prebivalstva, ki se kaže v vse večjem številu in deležu starejše populacije v celotnem prebivalstvu gospodarsko razvitejših držav, kot na primer v Severni Ameriki, pretežnem delu Evrope, na Japonskem in v Avstraliji. Slika 1 prikazuje države z največjim deležem starejše populacije, med katerimi je tudi Slovenija, kjer je glede na oceno za leto 2013 kar 17,5 % celotnega prebivalstva starejšega od 65 let. To nas uvršča med narode z najvišjim odstotkom starejšega prebivalstva, saj si skupaj s Španijo in z Madžarsko delimo 13. mesto med državami z najvišjim odstotkom starejšega prebivalstva (CIA Factbook).

Po Eurostatovih projekcijah prebivalstva EUROPOP2010 naj bi se starostna sestava prebivalstva Slovenije v naslednjih 50 letih zelo spremenila. Leta 2010 so osebe, stare več kot 64 let, predstavljale 16,5 % prebivalstva, do leta 2060 naj bi se ta delež povzpel že na 31,6 %, torej bo star več kot 64 let povprečno že vsak tretji prebivalec. Skrb pa vzbujajo napovedi, da bo delež mladih, starih od 0 do 14 let, začel po letu 2020 upadati in da naj bi v letu 2060 znašal 13,7 %. Koeficient starostne odvisnosti starejših – to je kazalnik, ki pove, koliko starejših oseb je odvisnih od 100 delovno sposobnih (tj. oseb, starih od 15 do 64 let) – je v letu 2010 znašal 24, v letu 2060 pa naj bi znašal že kar 58. (Statistični urad Republike Slovenije, 2013)

Slika 1: Države z največjim deležem starejšega prebivalstva (starejši od 65 let)

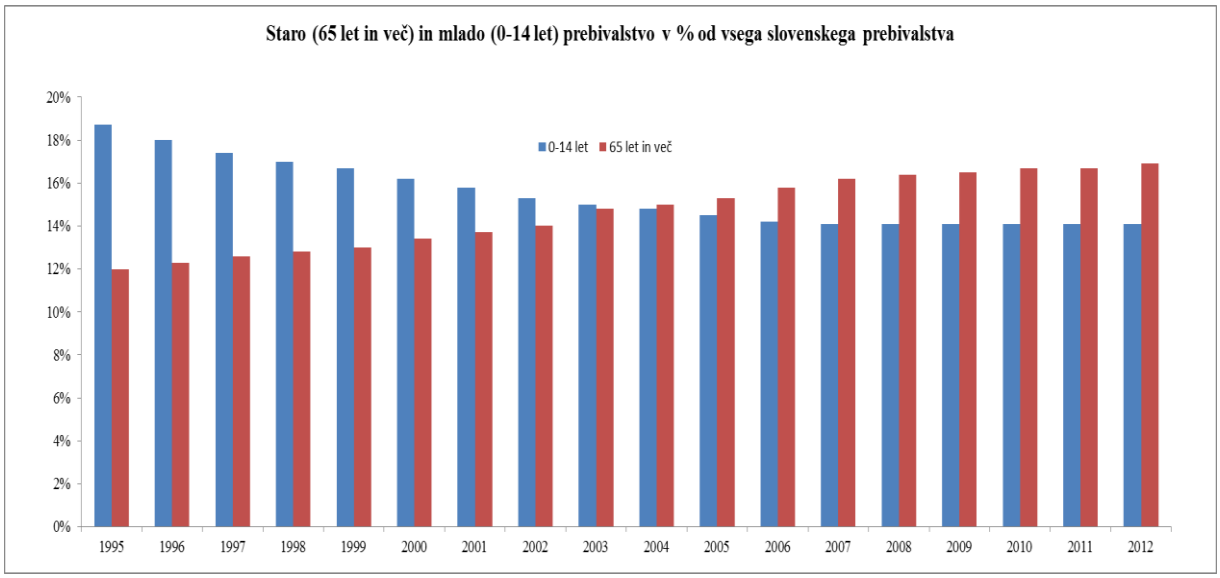


Vir: CIA, Factbook 2012, People and Sociaty, Age structure, 2013.

2.1.1.1 Indeks staranja prebivalstva

Če poleg tega pogledamo še slovenski indeks staranja prebivalstva, ki kaže razmerje med odstotkom starejšega prebivalstva (oseb, starejših od 65 let) in odstotkom mladega prebivalstva (oseb, starih od 0 do 14 let), vidimo, da se je leta 2004 razmerje med starejšimi in mlajšimi obrnilo v prid starejših oseb, tako da smo trenutno glede staranja prebivalstva nad evropskim povprečjem. V letu 2012 je bil v Sloveniji tako delež starejšega prebivalstva za skoraj 20 % večji od deleža mlajšega.

Slika 2: Indeks staranja prebivalstva v Sloveniji, 2012



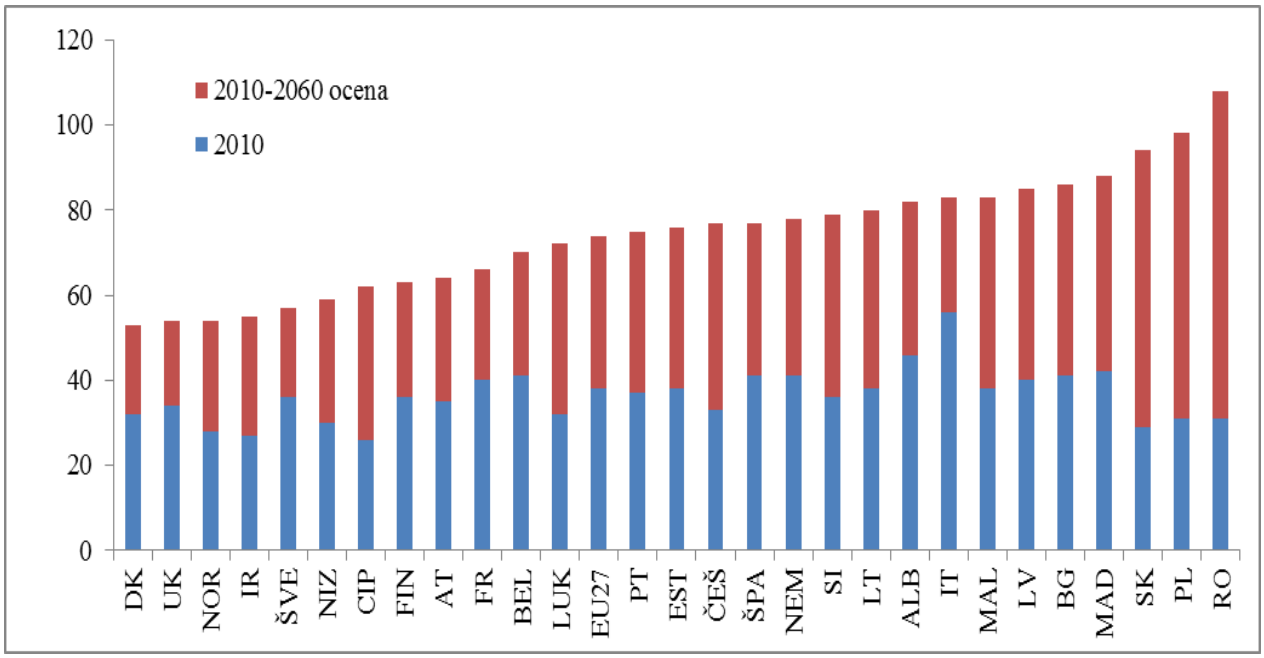
Vir: SURS 2012, preračuni UMAR

2.1.1.2 Koeficient starostne odvisnosti

S koeficientom starostne odvisnosti starega prebivalstva lahko pogledamo razmerje med številom oseb v starosti 65 let in več ter številom delovnega kontingenta (15–64 let). Ta je v Sloveniji nižji kot v povprečju EU, vendar se razlika tudi zaradi že omenjenih vplivov staranja prebivalstva zmanjšuje. Iz spodnjega grafa je tako razvidno, da je predviden koeficient starostne odvisnosti starega prebivalstva za Slovenijo zelo visok in nas po ocenah postavlja nad evropsko povprečje. V večini večjih držav članic EU je pričakovana življenjska doba daljša kot v Sloveniji, zato je tudi delež starega prebivalstva v celotnem prebivalstvu EU v povprečju višji. Tudi v drugih državah Evropske unije imajo tako kot v Sloveniji nizek delež otrok, delež delovno sposobnega prebivalstva pa se zmanjšuje, tako da so težave, povezane s staranjem prebivalstva, podobne. Leta 2012 se je koeficient starostne odvisnosti starega prebivalstva v vseh državah EU razen v Litvi, kjer se ni spremenil, povečal (EU 2012: 26,8 na 100 delovno sposobnih, kar je bilo za 2,4 odstotne točke več kot v Sloveniji). Ta razlika, ki se je do leta 2009 počasi manjšala, se je zadnja tri leta celo nekoliko povečala. Najvišji koeficient starostne odvisnosti starega prebivalstva je še naprej v Nemčiji, Italiji in Grčiji, ki imajo tudi najvišje deleže starega prebivalstva, najvišji delež prebivalstva nad 80 let pa ima poleg naštetih še Švedska (UMAR, 2013).

Posebej ranljiva skupina prebivalstva med starejšimi so osebe, ki živijo same; v letu 2011 jih je bilo med starejšimi kar 27,7 %. V gospodinjskih skupnostih, ki so jih sestavljale po dve starejši osebi, je živelo nekaj več kot 121.000 ali 35,7 % vseh starejših.

Slika 3: Koeficient starostne odvisnosti v državah EU in ocena koeficienta v prihodnosti



Vir: B. Lipszyc, E. Sail & A. Xavier, Long-Term Care: need, use and expenditure in the EU-27, 2012.

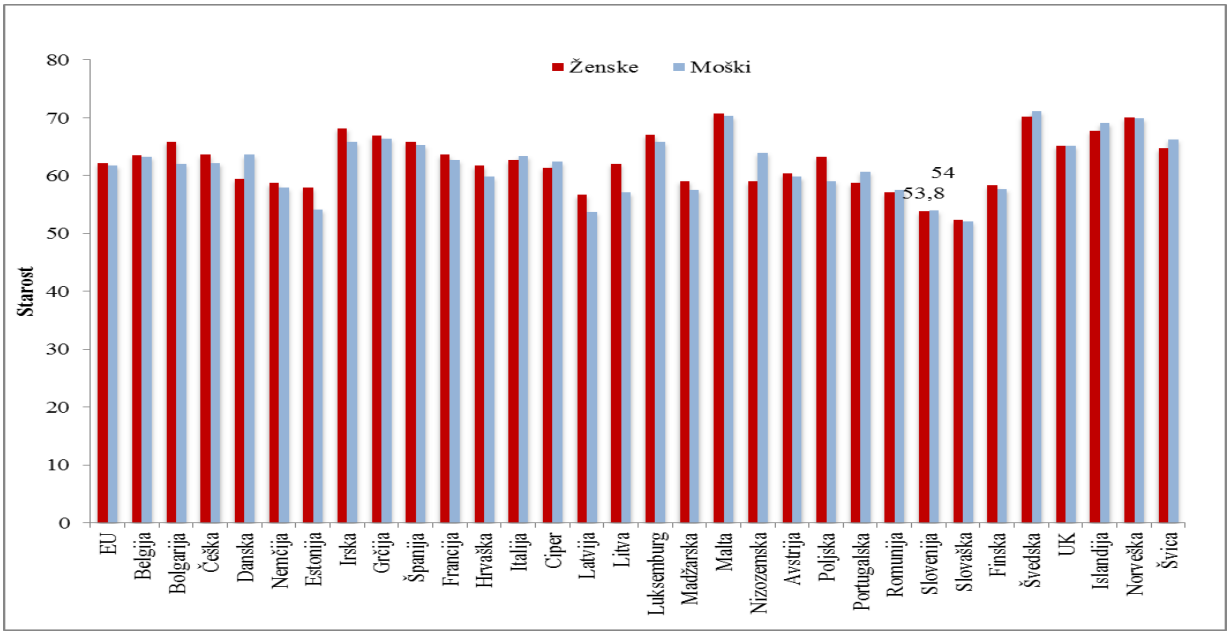
Ta pojav je povezan s spremenjenimi gospodarskimi in socialnimi razmerami v zadnjih desetletjih, kakor tudi z razvitostjo zdravstvenega sistema, ki omogoča uspešnejše obvladovanje kroničnih in degenerativnih obolenj. Staranje prebivalstva prinaša s seboj posledice, na katere večina razvitejših družb ni dovolj pripravljena.

2.1.2 Življenje z omejitvami

Staranje prebivalstva ni edini indikator, ki nakazuje na nujnost razvoja dolgotrajne oskrbe. Pomemben indikator je tudi delež prebivalcev, ki zaradi svojih psihofizičnih sposobnosti potrebujejo pomoč pri opravljanju temeljnih življenjskih opravil, in delež starejših prebivalcev, ki živijo sami.

Tako je eden izmed kazalnikov, ki nakazuje vedno večje potrebe na področju razvoja dolgotrajne oskrbe, tudi kazalnik let zdravega življenja. Zadnji dve leti se Slovenija po kazalniku let zdravega življenja uvršča na sam rep držav EU. Dolžina življenja brez omejitev pri vsakdanjih opravilih, ki se je za ženske v obdobju 2005–2009 že približala povprečju EU, se je v letih 2010 in 2011 od tega precej oddaljila (EU 2011: 62,2 leta za ženske in 61,8 leta za moške) – pri obeh spolih se je zmanjšala za okoli 8 let (bolj pri ženskah), kar je pomenilo drugo najkrajše obdobje zdravega življenja v EU. Zadnji dve leti (2010 in 2011) je bila Slovenija država z najkrajšim deležem trajanja življenja brez omejitev v pričakovanem trajanju življenja med državami EU ter tako država z največjo razliko med pričakovanim trajanjem življenja in leti zdravega življenja, s čimer ta kazalnik nakazuje veliko razliko v kakovosti življenja starejših v primerjavi z državami EU (UMAR, 2013).

Slika 4: Pričakovana leta zdravega življenja ob rojstvu 2011



Vir: Eurostat European Commission, 2013

Slabšanje kazalnikov let zdravega življenja in koeficienta starostne odvisnosti kažeta na gotovo povečanje potreb po dolgotrajni oskrbi v bližnji prihodnosti in to ne le osebe po 79. letu starosti, temveč tudi dosti mlajših oseb. Glede na to, da imamo med vsemi državami EU največjo razliko med pričakovanim trajanjem življenja in leti zdravega življenja, lahko predvidevamo še večje potrebe po dolgotrajni oskrbi.

Vsekakor je težko napovedati, kolikšna bo stopnja odvisnosti za različne starostne skupine v prihodnosti. Glede na dejstvo, da demografske projekcije predvidevajo občutno povečanje življenjskega pričakovanja, ne bi bilo nepravilno predvideti določenega povečanja stopnje neodvisnosti (*Disability Free Life Expectancy*, v nadaljevanju DFLE) – t. j. del življenja, v katerem oseba ne potrebuje pomoči pri opravljanju temeljnih življenjskih aktivnosti. Dejstvo je, da določene komparativne študije kažejo, da se bodo stopnje odvisnosti v prihodnosti zniževale in s tem upočasnile rast predvidenih stroškov dolgotrajne oskrbe. Optimistična hipoteza bi bila, da bi DFLE rastla premo sorazmerno z rastjo pričakovane življenjske dobe, kar bi pomenilo, da bi se celotno podaljšana življenjska doba pretvorila v podaljšano življenjsko dobo brez potrebe po oskrbi. Bolj črnogleda hipoteza pa predvideva, da bi bila rast življenjske dobe posledica ohranjanja bolnih ljudi pri življenju dlje časa, kar bi pomenilo, da ne bi prišlo do povečanja stopnje neodvisnosti. Kakorkoli, potreba po dolgotrajni oskrbi ni odvisna le od DFLE, temveč tudi od možnih sprememb v strukturi oskrbe. Prvič, kot že nakazano, se bo v večini držav EU potreba po formalni oskrbi povečala zaradi predvidenega povečanega zaposlovanja ženske delovne sile. Drugič, opazne preference do formalne oskrbe na domu v primerjavi s formalno oskrbo v institucijah bodo v nekaterih državah vodile k spremembam od institucionalne k oskrbi na domu. Posledično bo s tem prišlo do izrazitih možnosti za občutno povečanje formalne oskrbe na domu.

2.1.3 Mobilnost ljudi

EU omogoča vedno večjo mobilnost prebivalcev in tudi delovne sile med državami. Emigracije in imigracije bodo bistveno vplivale na stabilnost sistemov dolgotrajne oskrbe in finančno vzdržnost. Še posebej velik problem za stabilnost sistemov predstavljajo emigracije delovno aktivnega prebivalstva in njihov povratek na “stara leta”.

Poleg problematičnega vidika mobilnosti ljudi znotraj Evropske Unije pa so migracije tudi priložnost za razvoj dolgotrajne oskrbe. Z migracijami se lahko v državah Evropske Unije po eni strani pridobijo novi oskrbovalci, ki bi nudili uporabnikom dolgotrajno oskrbo, po drugi strani pa bi se lahko ljudje odločili za preselitev v drugo državo zaradi tamkajšnje boljše ponudbe storitev dolgotrajne oskrbe.

2.1.4 Spremenjena vloga družine

Pojem klasične družine se v zadnjih desetletjih spreminja, saj je v razvitejših državah opaziti trend vedno večje zaposlenosti žensk. Nekoč je bila oskrba izključno stvar družine, danes, ko je odgovornost porazdeljena med družino in državo, se zastavlja vprašanje, kako to razmejitev najustrezneje urediti. Večina ljudi želi, da se jim zaradi potrebe po oskrbi ne bi bilo treba preseliti v ustanovo. Oskrbo bi zato morali organizirati tako, da jim bo to omogočeno, vendar se v teh primerih oskrba naj ne bi reševala le v družini. Prelaganje prevelikega dela odgovornosti na družino lahko pomeni po eni strani preobremenjenost družine, zlasti žensk, ki najpogosteje skrbijo za druge, po drugi strani pa tudi finančno breme.

Kljub temu je povsem nedvoumno, da je družina tista celica, ki je moralno dolžna aktivno in pozitivno sodelovati pri zagotavljanju pomoči in oskrbe svojemu onemoglemu, ostarelemu ali kronično bolnemu oziroma invalidnemu članu. Ta naloga se nanaša tako na pomoč pri izvajanju storitev DO kot tudi na zagotavljanje finančnih sredstev za pokrivanje storitev, ki niso predmet kritja s področja socialne varnosti. Odgovornost družine ima torej poleg moralnega tudi pomemben ekonomski učinek. Ta moralna obveza družinskih članov pa je lahko zelo nevarna, saj pomembno vpliva na materialni položaj in kakovost življenja družinskega člana, ki skrbi za onemoglega svojca. Nekatere države to rešujejo tako, da nudijo družinskim članom določeno plačilo kot delno nadomestilo za vložen trud in izgubljen dohodek, ki bi ga sicer lahko zaslužili.

2.2 Javni in zasebni izdatki za dolgotrajno oskrbo danes in projekcije za prihodnost

V letu 2010 je za celotne (javne in zasebne) izdatke povprečje 25 držav OECD znašalo 1,41 % BDP (2009: 1,42 %) oziroma za 19 evropskih držav 1,56 % BDP. Vendar je za mednarodne primerjave še vedno zanesljivejši podatek o zgolj javnih izdatkih, poročanje o zasebnih izdatkih je namreč še vedno zelo pomanjkljivo. Za javne izdatke je povprečje 19 evropskih držav v letu 2010 znašalo 1,37 % BDP (2009: 1,36 %), skoraj enako tudi v 25 državah OECD (1,29 % BDP). 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 vlogi družine in neformalne oskrbe (UMAR, 2013).

2.2.1 Izdatki za dolgotrajno oskrbo v Sloveniji

Slovenija po obsegu celotnih in javnih izdatkov za dolgotrajno oskrbo, izraženih v deležu BDP, še naprej zaostaja za povprečjem OECD. Tudi države OECD dosegajo hitro rast izdatkov za dolgotrajno oskrbo, hkrati pa izboljšujejo tudi statistični zajem teh izdatkov,

tako da zadnji razpoložljivi podatki za leto 2010 kažejo višje povprečje za države OECD kot v preteklih letih (UMAR, 2013).

Celotni izdatki za dolgotrajno oskrbo so se v Sloveniji v letu 2010 povečali. Izraženi v deležu BDP so znašali 1,26 % BDP (2009: 1,20 %), od tega javni 0,94 % BDP, zasebni pa 0,32 % BDP. Kljub sprejetim varčevalnim ukrepom je bila realna rast javnih izdatkov za dolgotrajno oskrbo v letu 2010 še razmeroma visoka, 4,8-odstotna, še bolj pa so se povečali zasebni izdatki (za 8,6 %), in sicer predvsem za storitve dolgotrajne socialne oskrbe. Ti večinoma pomenijo doplačila za nastanitev in prehrano v domovih za starejše. Obseg izdatkov za ta namen se povečuje 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. Zaradi tega se je v celotnih izdatkih za dolgotrajno oskrbo v letu 2010 v strukturi po virih financiranja ponovno povečal delež zasebnih izdatkov (na 25,1 %), v strukturi po namenu pa delež izdatkov za storitve dolgotrajne socialne oskrbe (na 41,5 %). Zasebni izdatki se povečujejo bistveno hitreje od javnih že nekaj let (UMAR, 2013).

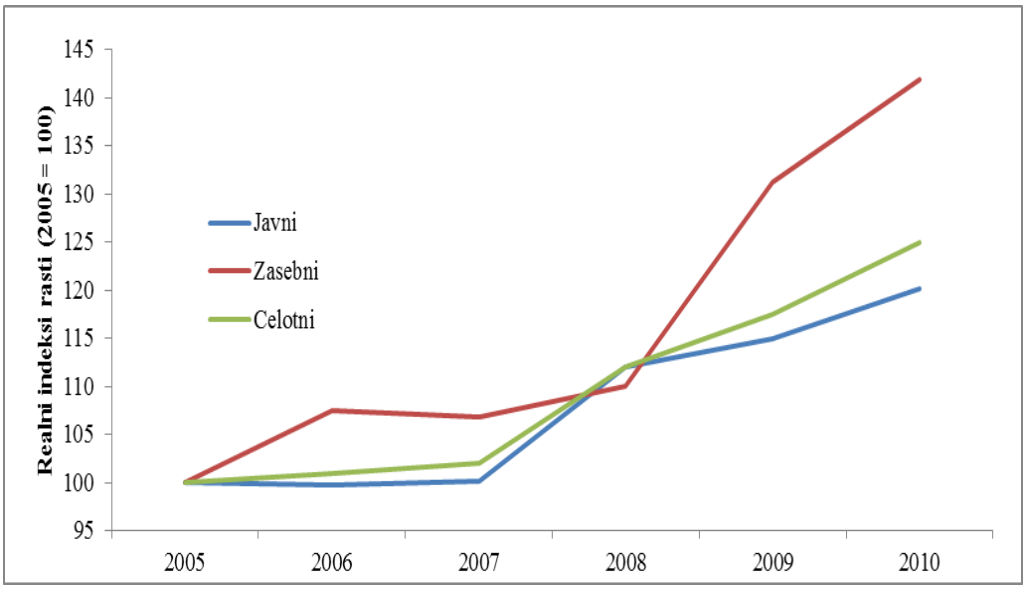
Dolgoročne projekcije javnih izdatkov za dolgotrajno oskrbo kažejo, da naj bi se njihov delež v BDP do leta 2060 več kot podvojil. Po referenčnem scenariju AWG, ki upošteva predvsem staranje prebivalstva, naj bi se javni izdatki za dolgotrajno oskrbo v Sloveniji do leta 2020 povečali za 0,3 odstotne točke BDP oziroma do leta 2060 za 1,6 o. t. BDP; po najvišjem scenariju, ki upošteva tudi povečanje pokritosti s formalno dolgotrajno oskrbo do ravni povprečja EU, pa že do leta 2020 za 0,5 odstotne točke BDP, do leta 2060 pa kar za 4,2 odstotne točke BDP (UMAR, 2013).

Tabela 1: Izdatki za dolgotrajno oskrbo po virih financiranja in po namenu,2005-2010

	v mio EUR			Delež v BDP, v %			Struktura, v %			Realna rast, v %	Povp. letna realna rast, v %
	2005	2009	2010	2005	2009	2010	2005	2009	2010	10/09	2005-2010
Dolgotrajna oskrba	315	428	447	1,1	1,2	1,26	100	100	100	5,8	4,6
Po virih financiranja											
javni izdatki	246	323	335	0,86	0,91	0,94	77,9	75,6	74,9	4,8	3,8
Zasebni izdatki	70	104	112	0,24	0,29	0,32	22,1	24,4	25,1	8,6	7,3
Po namenu											
zdravstvena oskrba	195	257	262	0,68	0,72	0,74	62	60	58,5	3,2	3,4
socialna oskrba	120	171	186	0,42	0,48	0,52	38	40	41,5	9,7	6,4

Vir: UMAR, Poročilo o razvoju, 2013.

Slika 5: Realna rast izdatkov za dolgotrajno oskrbo



Vir: UMAR, Poročilo o razvoju, 2013.

2.2.2 Izdatki za dolgotrajno oskrbo v tujini

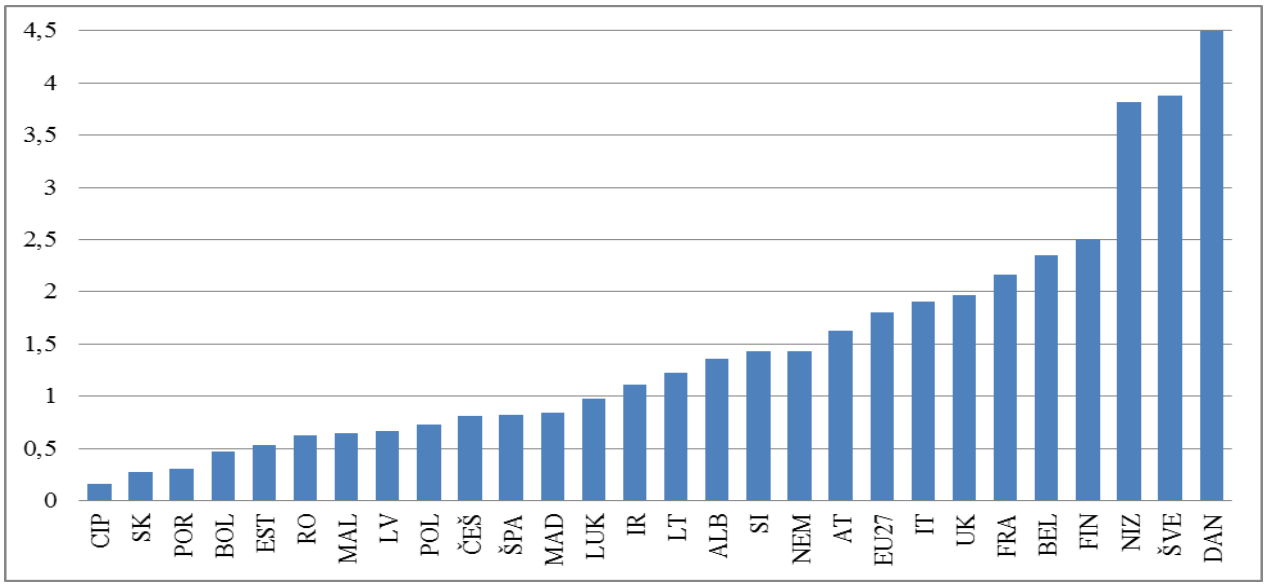
Rast javnih izdatkov za dolgotrajno oskrbo je bila v obdobju 2005–2010 v državah OECD v povprečju bistveno višja kot v Sloveniji. Na to je vplivala hitrejša rast izdatkov za zdravstveni del dolgotrajne oskrbe. V Sloveniji je bila rast javnih izdatkov za zdravstveni del dolgotrajne oskrbe (75 % vseh javnih izdatkov za dolgotrajno oskrbo) v obdobju 2005–2010 sicer višja od rasti javnih izdatkov za zdravstvo (dolgotrajna oskrba 3,6 %; zdravstvo 3,3 %), vendar pa je močno zaostala za povprečno rastjo javnih izdatkov za zdravstveni del dolgotrajne oskrbe v državah OECD (6,8 %). Poglavitna razlika je ta, da v drugih razvitih državah hitro naraščajo tudi javni izdatki za dolgotrajno zdravstveno oskrbo na domu (patronaža in dodatki za pomoč pri opravljanju temeljnih vsakodnevnih opravil), v Sloveniji pa so ti v obdobju 2005–2010 realno celo upadli (v povprečju letno za 2,1 %). Posledično so javni izdatki za zdravstveno dolgotrajno oskrbo na domu upadli tudi kot delež celotnih javnih izdatkov za zdravstveno dolgotrajno oskrbo (s 30 % v letu 2005 na le 22 % v letu 2010) (UMAR, 2013).

Večina razvitih držav je razvila socialno zavarovanje za primer dolgotrajne oskrbe. Zavarovanje je obvezno, običajno preko prispevkov ali premij. V nekaterih državah lahko upravičenci v primeru dolgotrajne oskrbe prejmejo denarno nadomestilo, ponekod pa zavarovanje neposredno krije stroške izvajalcev storitev.

Države EU namenjajo za dolgotrajno oskrbo različen obseg javnih sredstev. Javni izdatki za dolgotrajno oskrbo so med 27 članicami Evropske unije leta 2010 v povprečju predstavljali 1,8 % BDP (največ na Danskem 4 %, Švedskem 3,8 % in na Nizozemskem

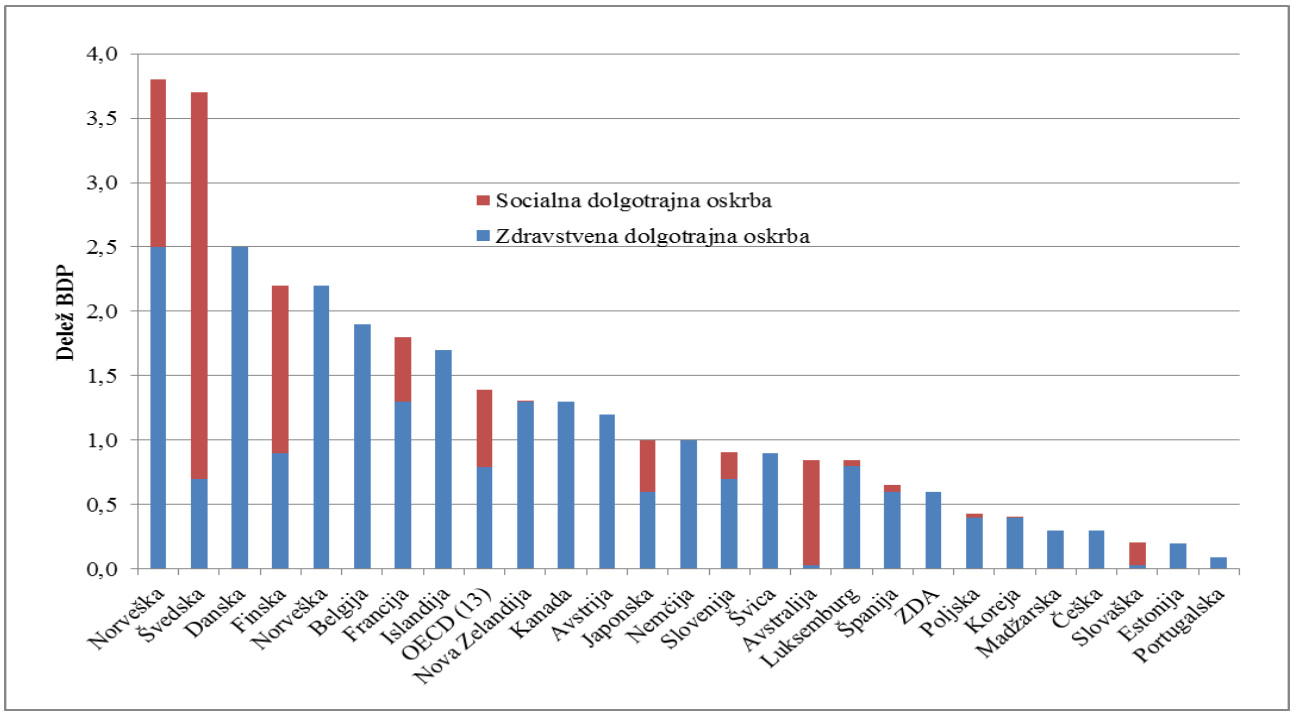
3,7 %). V povprečju v EU naj bi se javni izdatki za DO do leta 2020 povečali za 0,3 do 0,5 o. t. BDP (različni scenariji) oziroma do leta 2060 za 1,5 do 3,1 o. t. BDP (European Commission in Economic Policy Committee, 2012 Ageing Report, maj 2012).

Slika 6: Delež javne porabe za dolgotrajno oskrbo po posameznih državah EU



Vir: B.Lipszyc, E. Sail,& A. Xavier, Long-Term Care: need, use and expenditure in the EU-27, 2012.

Slika 7: Javni izdatki za dolgotrajno oskrbo (socialni in zdravstveni del) v državah OECD v l. 2009



Vir: OECD Health Data, 2011

V nadaljevanju so predstavljeni nekateri načini reševanja dolgotrajne oskrbe v tujih državah.

2.2.2.1 Nemčija

V Nemčiji so leta 1995 uvedli obvezno zavarovanje za dolgotrajno oskrbo, ki pa ne pokriva vseh stroškov dolgotrajne oskrbe. Sprva je bila prispevna stopnja za zavarovanje za dolgotrajno oskrbo 1,7 %, v letu 2008 pa se je dvignila na 1,95 %. Osebe brez otrok pa imajo 0,25 % pribitek na prispevno stopnjo. Zakon daje prednost oskrbi na domu pred institucionalno oskrbo. Višina prejemkov je odvisna od stopnje zahtevnosti oskrbe. Zakon predvideva 3 različne stopnje zahtevnosti oskrbe, dodatno zasebno zavarovanje za dolgotrajno oskrbo, ki si ga zavarovanci lahko sami izberejo, pa pokriva tiste stroške dolgotrajne oskrbe, ki jih obvezno ne pokriva.

2.2.2.2 ZDA

V ZDA lahko osebe, ki bodo potrebovale dolgotrajno oskrbo, izbirajo med različnimi ponudniki zasebnih zavarovanj za dolgotrajno oskrbo. Tržni delež zavarovanj za dolgotrajno oskrbo je zanemarljiv, število zavarovancev pa se zmanjšuje. Obveznega socialnega zavarovanja za primer dolgotrajne oskrbe ZDA ne nudijo. Trenutno ZDA za dolgotrajno oskrbo skupaj namenijo 0,6 % BDP-ja. Ciljna skupina zasebnih zavarovanj za dolgotrajno oskrbo sta višji in srednji razred, država pa ponuja davčne spodbude za sklepanje zavarovanj za dolgotrajno oskrbo. Tako je trenutno skoraj polovica vseh primerov dolgotrajne oskrbe v ZDA financirana iz socialnega programa Medicaid, manj kot 10 % primerov pa krije privatno zavarovanje (Gleckman, 2010).

Odstotek prebivalstva, starega 65 let in več, ki ocenjuje svoje zdravstveno stanje kot dobro oziroma boljše, ostaja enak že več kot 30 let v večini držav, v katerih se spremlja ta podatek. Izboljšanje pa je vidno le v Združenih državah Amerike, kjer se je ta odstotek dvignil s 70 % v l. 1980 na 76 % v l. 2009 (OECDiLibrary). Število onemoglih starejših oseb, ki potrebujejo dolgotrajno oskrbo, se je v ZDA občutno zmanjšalo. Hkrati pa je opazen porast števila onemoglih med osebami, mlajšimi od 65 let, kar bi postopoma lahko vodilo do višjih stopenj odvisnosti med starejšimi. Ena izmed študij tako predvideva, da se bo padajoči trend odvisnosti med starejšimi obrnil, kar bi vodilo k višjim stopnjam institucionalne oskrbe, kot obstaja danes.

2.2.2.3 Francija

Francija je leta 2002 uvedla nov sistem socialnega zavarovanja za dolgotrajno oskrbo Allocation Personnalisee d'Autonomie (v nadaljevanju APA). Višina prejemkov iz naslova zavarovanja je odvisna od zahtevnosti nege in dohodka upravičenca. Celotni sistem se financira iz davkov. Zahtevnost nege se določa po sistemu 6 AGGIR stopenj (Autonomie,

Gerontologie, Groupes Iso-Ressources), ki je bil zakonsko uveden leta 1996, upravičenost do prejemkov pa je zagotovljena za stopnje od GIR-1 (najzahtevnejša potreba po oskrbi) do GIR-4 – t. j. zahtevnost nege, ko osebe, ki potrebujejo nego, niso več sposobne samostojnega opravljanja samostojnih življenjskih aktivnosti. Zavarovanje v primeru dolgotrajne oskrbe omogoča izplačilo denarnega nadomestila.

V Franciji obstaja visoka stopnja zavedanja o tveganosti dolgotrajne oskrbe zaradi poznavanja APA. Ker socialno zavarovanje ne pokriva vseh stroškov dolgotrajne oskrbe, imajo osebe možnost sklenitve dodatnih zasebnih zavarovanj za dolgotrajno nego, s čimer lahko pokrijejo preostale stroške v primeru dolgotrajne oskrbe. Sklenitev zasebnih zavarovanj prav tako spodbuja država z davčnimi olajšavami. Tako v Franciji trg zasebnih zavarovanj za dolgotrajno oskrbo dosega visoke rasti. V letu 2007 je imelo tako kar 3 milijone oseb (okoli 25 % populacije, ki je stara 60 let in več) kritje iz naslova zasebnih zavarovanj. V letu 2007 je skupaj 1 milijon oseb prejemalo prejemke iz naslova socialnega zavarovanja (vir: Gleckman, H., Long-term care financing reform: Lessons from the U. S. and Abroad, 2010).

2.2.2.4 Velika Britanija

Zdravstvena oskrba je v okviru NHS (zdravstvenega sistema) omogočena vsem državljanom. Nega oseb, ki potrebujejo dolgotrajno oskrbo, se krije iz naslova sistema za dolgotrajno oskrbo. Pravice iz sistema za dolgotrajno oskrbo lahko prejmejo zgolj osebe, ki si zaradi finančne situacije tega ne morajo financirati same. Osebe, ki imajo več kot 23.250 £ premoženja (v večini primerov se v skupno vrednost premoženja šteje tudi vrednost nepremične), niso upravičene do državne pomoči, tiste, ki so pod to mejo, pa morajo plačati doplačilo do celotne vrednosti.

Dolgotrajna oskrba se tako trenutno financira iz javnofinančnih sredstev, lokalnih davkov in doplačila upravičencev. Okoli 5 % oseb, starejših od 65 let, je v institucionalni oskrbi. Konec novembra 2009 je bila uvedena brezplačna pomoč za osebe, ki potrebujejo najvišjo stopnjo zahtevnosti nege. V 90. letih 20. stol. je zasebno zavarovanje za dolgotrajno oskrbo vzbudilo veliko zanimanja, vendar je preveč agresiven pristop ponudnikov tako znižal donose, da je sčasoma prišlo do zloma trga zavarovanj za dolgotrajno oskrbo. V zadnjem času je tako opaziti zelo malo sklenjenih zavarovanj za dolgotrajno oskrbo.

Zaradi vedno težjih socialno ekonomskih razmer upravičencev do dolgotrajne oskrbe so v letošnjem letu v Veliki Britaniji razmišljali, da bi za financiranje dolgotrajne oskrbe dvignili mejo premoženja oseb, ki bi potrebovale dolgotrajno oskrbo, s 23.250 na 123.000 £, kar bi zavarovancem omogočilo lažji dostop do storitev. To trenutno še ni bilo realizirano in če ne bo dovolj politične volje, se verjetno trenutni sistem financiranja dolgotrajne oskrbe v Veliki Britaniji ne bo spremenil.

2.2.2.5 Nizozemska

Nizozemska je prva država, ki je uvedla univerzalno socialno zavarovanje za dolgotrajno oskrbo (AWBZ), in sicer že leta 1968. Zavarovanje krije dolgotrajno oskrbo starejših oseb in oseb s kroničnimi boleznimi. Tako zavarovanje krije pomoč na domu, institucionalno oskrbo starejših oseb ter oseb z mentalnimi in telesnimi ovirami ter institucionalno oskrbo v psihiatričnih ustanovah. Socialno zavarovanje upravljajo zasebne zavarovalnice, ki pa ne nosijo finančnega tveganja. Prispevki so odvisni od dohodka zaposlenih in odražajo višino stroškov za dolgotrajno oskrbo. Usklajujejo se letno, vendar že nekaj časa naraščajo – tako so bile premije leta 2008 za okoli 21 % višje kot desetletje pred tem.

Z vsakim nastopom nove vlade se vsaka štiri leta določi višino proračuna za zdravstveno in dolgotrajno oskrbo. Ministrstvo za zdravje, socialo in šport (VWS) nato skrbi, da izdatki tega zavarovanja ne prekoračijo višine proračuna. Socialno zavarovanje za dolgotrajno oskrbo (AWBZ) se financira s socialnimi prispevki, davki in lastnimi doplačili. Leta 2005 je bilo 70 % dolgotrajne oskrbe financirane iz socialnih prispevkov, 22 % iz davkov, 8 % stroškov dolgotrajne oskrbe pa so krili upravičenci sami.

Program je med ljudmi zelo priljubljen, do sedaj je bil edini izziv celotnega sistema naraščanje stroškov dolgotrajne oskrbe. V letu 2008 je koristilo pravice iz socialnega zavarovanja za dolgotrajno oskrbo 3,6 % prebivalcev Nizozemske. AWBZ plačuje tako dolgotrajno oskrbo na domu kot dolgotrajno oskrbo v institucionalni oskrbi.

2.2.3 Trendi

Glede na pričakovana demografska gibanja in pričakovani porast števila oseb, ki bodo potrebovale DO, vseh stroškov ne bo mogoče pokriti izključno z javnimi sredstvi. Zato je potrebno dolgotrajno oskrbo vzpostaviti na konceptu mešanega javno-zasebnega sektorja, v katerem bo financiranje temeljilo na delitvi odgovornosti med posameznikom, družino in državo, država pa mora zagotoviti pomoč, ki je družina svojcu ne more zagotoviti.

V Nemčiji so naredili projekcijo prihodnje vzdržnosti sistema socialnega zavarovanja za dolgotrajno oskrbo. Trenutno je opazno močno medgeneracijsko financiranje, saj večino sredstev za dolgotrajno oskrbo prispevajo mlajše, ki večinoma ne potrebujejo teh storitev. Glede na predvidene projekcije staranja prebivalstva pa se bo število zaposlenih (t. j. oseb, ki največ prispevajo v sistem) močno zmanjšalo po letu 2020, hkrati se bodo izdatki za dolgotrajno oskrbo povečali in bodo dosegli vrhunec leta 2055. *Pay-as-you-go* sistem tako dolgoročno brez zviševanj prispevnih stopenj ni vzdržen. Zaradi tega prevladuje med ekonomisti mnenje, da bi se moralo zavarovanje za dolgotrajno oskrbo oblikovati na principih kapitalsko kritih zavarovanj (Fetzer, 2008).

Tako se posledice demografskih sprememb že odražajo na področju vzdržnosti sistema financiranja socialnega varstva. Zaradi tega se že danes spreminjajo tako pravice iz naslova javnega zdravstvenega varstva kot tudi ostale socialno varstvene pravice. Hkrati pa se z večanjem potreb po dolgotrajni oskrbi povečuje potreba po regulaciji in zakonski ureditvi tega področja. Poleg tega se na področju dolgotrajne oskrbe odpira možnost novega trga storitev. Zato lahko na področju dolgotrajne oskrbe pričakujemo naslednje trende:

- Krajšo ležalno dobo v bolnišnicah, kar povečuje potrebe po storitvah dolgotrajne oskrbe.

- Pričakovati je, da bo v nadaljnjem razvoju dolgotrajne oskrbe potekal boj med dvema strujama (prvo, ki temelji na zdravstveni dejavnosti, in drugo, ki temelji na socialnih storitvah in socialni integraciji). Druga bo po vsej verjetnosti postajala vse pomembnejša, s čimer bo pomembno vplivala na zakonodajo in financiranje dolgotrajne oskrbe.

- Trenutne tendence kažejo na to, da se bo v prihodnosti spremenilo razmerje med državo, neprofitnim in profitnim sektorjem, in sicer z vse večjo rastjo zasebnega sektorja. To bo odprlo nove priložnosti za razvoj podjetništva in storitev na področju dolgotrajne oskrbe.

- Trenutni trend vsesplošne emancipacije in individualizacije oseb bo zagotovo povzročil večje povpraševanje po specifičnih in individualnih storitvah dolgotrajne oskrbe in s tem omogočil raznovrstno ponudbo individualnih, posameznikovim potrebam in željam, posebej prilagojenih storitev.

- S staranjem prebivalstva narašča potreba po storitvah dolgotrajne oskrbe. Pri tem se bodo pojavile tudi težave pri zagotavljanju dovolj velikega števila negovalnega osebja zaradi staranja obstoječega osebja. Predvidoma bodo te težave trajale neko prehodno obdobje, dokler se ne izšola ustrezen obseg osebja.

- Posledica prostega pretoka delovne sile v Evropski uniji omogoča selitve delovne sile in s tem osebja, ki nudi dolgotrajno oskrbo. Poleg tega bo turizem na področju dolgotrajne oskrbe po vsej verjetnosti postal običajen pojav. Nekateri nizozemski izvajalci dolgotrajne oskrbe že nudijo možnost koriščenja dolgotrajne oskrbe v Španiji, kjer so posamezniki deležni dobre oskrbe, hkrati pa uživajo v prijetni klimi. Zavarovalnice storitve “turizma dolgotrajne oskrbe” krijejo v enakem obsegu kot na Nizozemskem.

- Javni zdravstveni in medicinski razvoj bi lahko prav tako pomembno vplival na potrebo po dolgotrajni oskrbi. Medicinske inovacije lahko vodijo do prelomnih odkritij na področju zdravljenja nevrodegenerativnih bolezni, kot npr. Parkinsonove in

Alzheimerjeve bolezni. Na drugi strani pa povečevanje prekomerne teže v razvitih državah povečuje tveganje razvoja kardiovaskularnih bolezni z zelo verjetnimi posledicami za zdravje starejših oseb.

- Na razvoj dolgotrajne oskrbe pomembno vpliva tudi razvoj »assistive technologies« t. j. tehnologij, ki omogočajo večjo samostojnost onemoglim na njihovem domu. Naloga teh tehnologij je: razbremeniti posledice pomanjkanja zdravstvenega osebja in osebja, ki nudi socialne storitve, zmanjšati breme družinskih negovalcev ter omogočiti ljudem večji občutek neodvisnosti in zasebnosti.

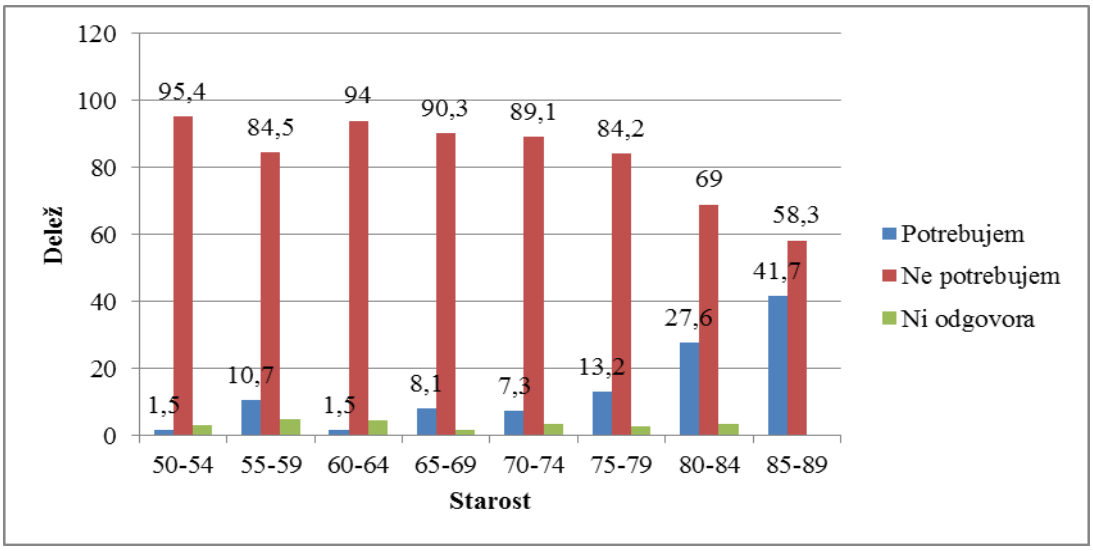
3 PROBLEMATIKA DOLGOTRAJNE OSKRBE V SLOVENIJI

3.1 Trenutne potrebe po dolgotrajni oskrbi v Sloveniji

V raziskavi, ki je bila predstavljena na mednarodni konferenci Medgeneracijska solidarnost in staranje na Brdu pri Kranju novembra 2012, so bile predstavljene potrebe, zmožnosti in stališča starejših prebivalcev Slovenije – oseb, starih 50 let in več. Anketa, ki jo je opravil Inštitut Antona Terstenjaka, se je dotaknila različnih področij – področja zdravja, zdravstva, vsakdanjih opravil, gibljivosti, starosti prilagojenih stanovanj, odnosov z bližnjimi in ostalih demografskih vprašanj.

Rezultati raziskave so pokazali, da z leti potreba po dolgotrajni oskrbi narašča, z izjemo starostnega razreda 55–59 let, v katerem se je večje število oseb opredelilo, da potrebujejo dolgotrajno nego. Opazno je, da so starejši ljudje v večini samostojni do 79. leta, nato pa se potreba po pomoči druge osebe povečuje.

Slika 8: Osebna ocena starejših oseb glede potreb po dolgotrajni oskrbi



Vir: Inštitut Antona Terstenjaka, 2012.

3.2 Trenutna ureditev na področju dolgotrajne oskrbe

V Sloveniji je področje dolgotrajne oskrbe javnosti manj znano, čeprav je problem zagotavljanja posebne pomoči osebam, ki potrebujejo pomoč pri opravljanju temeljnih življenjskih aktivnosti, enako prisoten kot v večini drugih držav. Število oseb, ki potrebujejo tovrstno pomoč, v zadnjih letih narašča. Problem smo v preteklosti reševali predvsem z ustanavljanjem domov starejših občanov, posebnih zavodov ter negovalnih oddelkov v bolnišnicah. Osebam, ki so odvisne od tuje pomoči, je zagotovljena tudi finančna pomoč po predpisih s področja pokojninskega in invalidskega zavarovanja in drugih socialnih področij. V zadnjih letih so se začele razvijati tudi določene oblike pomoči na domu, ki jih nudijo centri za socialno delo, domovi starejših občanov, posebni zavodi in v določenem obsegu tudi patronažna služba. Slovenija trenutno nima integriranega sistema dolgotrajne oskrbe, zato veliko število storitev in koristi zagotavlja iz različnih naslovov in virov (zdravstvo, socialno varstvo, pokojninsko in invalidsko zavarovanje).

Posebne zakonodaje o dolgotrajni oskrbi nimamo, saj je ta problematika oskrbe urejena v različnih zakonih. Tako imamo področje dolgotrajne oskrbe trenutno urejeno z naslednjimi zakoni:

- Zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju,
- Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju,
- Zakon o starševskem varstvu in družinskih prejemkih,
- Zakon o vojni veteranih,
- Zakon o vojnih invalidih,
- Zakon o socialnem varstvu,
- Zakon o uveljavljanju pravic iz javnih sredstev,
- Zakon o socialnovarstvenih prejemkih,
- Zakon o družbenem varstvu duševno in telesno prizadetih.

V letu 2005 smo v Sloveniji želeli celovito urediti financiranje na področju dolgotrajne oskrbe. Tako se je oblikoval Predlog Zakona o dolgotrajni oskrbi in zavarovanju za dolgotrajno oskrbo, ki bi povečal in zagotovil stabilne vire financiranja. Predlog zakona je predvideval uvedbo socialnega zavarovanja za dolgotrajno oskrbo. Za financiranje bi se koristila javna sredstva, zasebna sredstva uporabnikov ter prostovoljna zavarovanja. V veliki meri se je naslonil na nemški model socialnega zavarovanja za primer dolgotrajne oskrbe. Žal pa ni bilo dovolj politične volje, da bi se problem dolgotrajne oskrbe celovito rešil. Tako področje dolgotrajne oskrbe še vedno pokriva več različnih zakonov in osebe lahko prejmejo socialne transferje iz različnih naslovov.

3.2.1 Značilnosti dolgotrajne oskrbe v Sloveniji

Sedanje značilnosti ureditve dolgotrajne oskrbe, ki otežujejo dostopnost do storitev in zmanjšujejo njihovo kakovost, ter kot take zahtevajo izboljšave, so:

- obstoječe storitve in prejemki niso povezani v enovit sistem,
- v praksi tudi ni najboljše koordinacije med službami, ki jih zagotavljajo (zaradi pomanjkanja strokovnjakov, informacij),
- osebe, ki ostanejo v domačem okolju, so zaradi različnega obsega storitev v primerjavi z institucionalnim varstvom v slabšem položaju zlasti zato, ker jim nista omogočeni integrirana zdravstvena in socialna oskrba,
- soočamo se s pomanjkljivim nadzorom in neaktivno vlogo uporabnika oziroma družine,
- v lokalnih okoljih je ponudba prehodnih pomoči, kot so dnevni centri, prehodne namestitve, pomoč na domu, ki bi omogočili uporabniku bivanje v domačem okolju, nezadostna.

3.2.2 Načini zagotavljanja dolgotrajne oskrbe

- Del storitev se zagotavlja v institucionalnih oblikah zdravstvenega varstva, kot npr. neakutna bolnišnična obravnava, ki ima predvsem značaj prehodne oskrbe in se izvaja v negovalnih oddelkih ter podaljšanem bolnišničnem zdravljenju, ki pa se v zadnjem času skrajšuje. Na primarni ravni dolgotrajno oskrbo izvajamo v okviru patronažnega varstva in zdravstvene nege na domu.
- Del storitev se zagotavlja v sklopu sistema socialnega varstva, kot so: dnevne in celodnevne oblike institucionalnega varstva, storitve (socialne) pomoči na domu, pravica do družinskega pomočnika, oskrba v oskrbovanih stanovanjih ter različni socialno-varstveni programi osebne asistence za invalidne osebe.
- Osebe, za katere se ugotovi, da potrebujejo tujo pomoč lahko iz tega naslova dobijo tudi denarne prejemke, s katerimi si zagotavljajo neformalne oblike pomoči oziroma si s temi sredstvi (do)plačujejo že naštete storitve. Do denarnih prejemkov za dolgotrajno oskrbo so upravičeni prejemniki starostnih in invalidskih pokojnin, prejemniki denarnih socialnih pomoči, osebe, ki so zaradi težke invalidnosti nezaposljive, ter vojni invalidi in vojaški veterani.

3.2.3 Oskrbovalni programi za osebe, ki potrebujejo dolgotrajno oskrbo

V strukturi izdatkov za dolgotrajno oskrbo po namenu se razmerje med zdravstveno in socialno oskrbo giblje okoli 60:40. V obdobju 2003-2011 je sprva naraščal delež izdatkov za zdravstveni del dolgotrajne oskrbe, ki se večinsko financira iz javnih virov (96,8% v letu 2010), v letih 2009-2011 pa se zaradi varčevalnih ukrepov v javnem sektorju (znižanje plač) in ukrepov za stabilno poslovanje ZZZS, hitreje povečujejo izdatki za socialni del dolgotrajno oskrbo, ki se 56-odstotno pokrivajo iz zasebnih virov (UMAR, 2013).

Tako je bilo v letu 2011 še vedno kar 77% izdatkov za dolgotrajno oskrbo namenjeno inštitucijam, od tega največ za domove za starejše (55 %). S 16% sledijo socialni zavodi, kot so varstveno delovni centri, posebni socialni zavodi, zavodi za usposabljanje ipd. Delež bolnišnic, kjer izvajajo dolgotrajno zdravstveno nego, paliativno oskrbo, obravnavo dementnih in oseb s telesnimi in intelektualnimi ovirami, pa je 5%. Ostali izvajalci, npr. družinski pomočniki, osebni asistenti, izvajalci pomoči na domu oz. socialni oskrbovalci in zdravstveni domovi s patronažno službo, ki izvajajo pretežno dolgotrajno oskrbo na domu pa predstavljajo 23% sredstev, namenjenih za dolgotrajno oskrbo (UMAR, 2013).

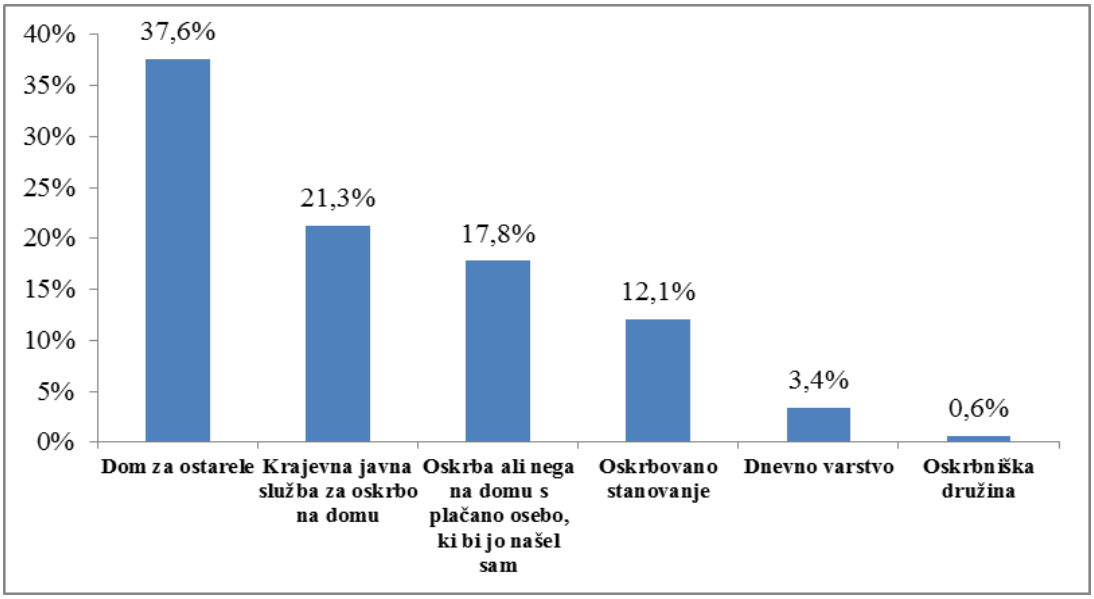
Ob začetku leta 2013 je bilo v Sloveniji na voljo 20.077 mest v 99 domovih za starejše občane in posebnih zavodih na 122 lokacijah (Skupnost socialnih zavodov Slovenije, 2013). Število uporabnikov oskrbe na domu narašča že od leta 2006. Večina uporabnikov (53,4 % uporabnikov pomoči na domu) je starejša od 80 let, 34,8 % uporabnikov pa so osebe v starostnem razredu od 65. do 79. leta starosti. Poleg tega se vedno več oseb, ki potrebujejo dolgotrajno oskrbo, odloča za družinskega pomočnika (Inštitut za ekonomska raziskovanja, 2010).

V letu 2011 so pospešeno povečevali število mest v domovih za starejše. Število oskrbovancev se je v tem letu povečalo za 720 oseb, od leta 2005 pa za več kot eno četrtino. Domovi za starejše so tako omogočali oskrbo 5 % prebivalcev, starih 65 let ali več. Pri pomoči na domu je napredek skromen, njihovo skupno število je bilo v primerjavi s številom oskrbovancev v domovih za starejše skoraj dve tretjini manjše in je predstavljalo manj kot 2 % starejšega prebivalstva. Visok delež starejših, ki so po lastni presoji zelo omejeni pri dnevnih opravilih, kaže, da je v Sloveniji veliko starejših odvisnih od neformalnih oblik dolgotrajne oskrbe. Njihov delež narašča, je pa tudi večji kot v povprečju EU190. Slovenija za evropskimi državami z dobro razvito dolgotrajno oskrbo še naprej zaostaja zaradi slabe razvitosti oskrbe na domu (UMAR, 2013).

Glede na raziskavo Inštituta Antona Terstenjaka se v Sloveniji največ oseb, ki potrebujejo dolgotrajno oskrbo, poslužuje oskrbe na domu, in sicer kar 39,1 % oskrbovancev. 21,3 % si jih je našlo pomoč na domu s pomočjo krajevnih služb, 17,8 % oseb pa si je samo našlo osebo, ki jim nudi storitev dolgotrajne oskrbe za plačilo. Med oskrbovalci (osebami, ki skrbijo za starejše, ki potrebujejo dolgotrajno oskrbo) je kar 19,3 % ljudi starejših od 50

let. Med njimi pa je kar dve tretjini žensk; nekateri oskrbujejo več ljudi hkrati. 37,6 % oseb, ki potrebujejo dolgotrajno oskrbo, se poslužuje nege in dolgotrajne oskrbe v domovih za ostarele.

Slika 9: Oskrbovalni programi oseb, ki potrebujejo dolgotrajno oskrbo (v %)



Vir: Inštitut Antona Terstenjaka, 2012.

»Število uporabnikov pomoči na domu ostaja na enaki ravni, ležalne dobe v bolnišnicah pa se krajšajo. Vendar se kljub temu vse več zasebnih in državnih domov v javni mreži sooča z resnimi težavami zaradi vse manjše zasedenosti ...« opisuje trenutno situacijo na področju dolgotrajne oskrbe v Sloveniji Boris Koprivnikar, predsednik upravnega odbora Skupnosti socialnih zavodov Slovenije (Vir: Černoga, M., Domovi le še za bogate?, Nedeljski dnevnik, 28. 8. 2013).

3.3 Višina izdatkov za dolgotrajno oskrbo

Povprečna cena zdravstvene nege v Sloveniji je trenutno 15,06 EUR/dan, povprečna cena celodnevne oskrbe pa znaša v povprečju okoli 18,93 evrov/dan (oskrba 1) (gl. Tabelo 1 v prilogi) (Vir: Skupnost socialnih zavodov, 2013). Oskrbo v domovih praviloma krijejo upravičenci sami ali s pomočjo svojcev, zato lahko to ceno primerjamo s povprečno potrjeno ceno pri pomoči na domu, ki jo uporabnik dejansko plača (upoštevana subvencija občine). Povprečna potrjena cena, ki jo plača uporabnik storitve pomoči na domu, znaša okoli 5 evrov/uro oziroma 18 evrov/dan (Vir: Aleksander Kešeljević, Dolgotrajna oskrba kot resnični izziv, Dnevnik, januar 2013).

3.4 Financiranje dolgotrajne oskrbe v Sloveniji

Trenutno se pravice iz naslova dolgotrajne oskrbe (storitve in prejemki) delno financirajo iz davkov (zagotavljajo se v državnem in občinskih proračunih), delno pa iz prispevkov za socialno zavarovanje (zagotavljajo se v okviru obveznega zdravstvenega zavarovanja in obveznega pokojninskega in invalidskega zavarovanja). Socialno-varstvene storitve so krite iz javnih virov le v primeru nezmožnosti lastnega plačila, sicer pa jih plačujejo uporabniki oziroma njihovi svojci.

Tabela 2:Izdatki za dolgotrajno oskrbo po virih financiranja in po namenu, 2003-2011

						Indeks 2011/2003
	2003	2005	2007	2009	2011	
Izdatki po virih financiranja (v mio EUR)	**255,3**	**317**	**350,6**	**437**	**477**	**186,8**
javni izdatki	193,4	247,4	271,6	332,7	354,6	183,4
zasebni izdatki	61,9	69,6	79	104,2	122,4	197,6
Delež v BDP (v %)	**1,01**	**1,1**	**1,01**	**1,23**	**1,32**	
javni izdatki	0,77	0,86	0,79	0,94	0,98	
zasebni izdatki	0,25	0,24	0,23	0,29	0,34	
Struktura (v %)	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	
javni izdatki	75,7	78	77,5	76,1	74,3	
zasebni izdatki	24,3	22	22,5	23,9	25,7	
Izdatki po namenu (v mio EUR)	**255,3**	**317**	**350,6**	**437**	**477**	**186,8**
zdravstvena oskrba	154,3	197,1	219,2	263,3	273,8	177,4
socialna oskrba	101	119,9	131,4	173,6	203,2	201,2
Struktura po namenu, v %	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	
zdravstvena oskrba	60,4	62,2	62,5	60,3	57,4	
socialna oskrba	39,6	37,8	37,5	39,7	42,6	

Vir: Statistični urad Republike Slovenije

3.5 Pravice oseb, ki potrebujejo dolgotrajno oskrbo (financirane iz javnih finančnih sredstev)

Dolgotrajna oskrba se financira iz različnih virov, za kar so podlaga različni zakoni. V nadaljevanju bomo pogledali, kakšne možnosti so na razpolago osebam, ki potrebujejo dolgotrajno oskrbo.

3.5.1 Dodatek za pomoč in postrežbo

Osebe, ki potrebujejo dolgotrajno oskrbo, lahko uveljavljajo Dodatek za pomoč in postrežbo pri Zavodu za pokojninsko in invalidsko zavarovanje. V primeru, da oseba zaradi trajnih sprememb v zdravstvenem stanju ne more zadovoljevati vseh ali večine

osnovnih življenjskih potreb, lahko vloži pri isti instituciji zahtevek za nujno potrebo po tuji pomoči in postrežbi.

Z zakonom so opisno določeni trije možni zneski dodatka za pomoč in postrežbo v razmerju do najnižje pokojninske osnove, veljavne v decembru 2012, ki se izplačujejo od njegove uveljavitve, in sicer v višini:

- 53 % te osnove, če je namenjen za opravljanje vseh osnovnih življenjskih potreb ter slepo in neokretno osebo,

- polovice zneska za opravljanje vseh osnovnih življenjskih potreb, če je namenjen za opravljanje večine osnovnih življenjskih potreb ter slabovidnemu in

- 76 % te osnove, če je namenjen uživalcu pokojnine, ki potrebuje 24-urni nadzor svojcev (laična pomoč) in obvezno strokovno pomoč (najmanj zdravstvenega tehnika) za stalno izvajanje zdravstvene nege (SPIZ, 2013).

3.5.2 Inštitut družinskega pomočnika

Inštitut družinskega pomočnika, ki je bil uveden leta 2004, je namenjen polnoletnim osebam s težko motnjo v duševnem razvoju ali težko gibalno oviro, ki potrebujejo dolgotrajno oskrbo in ne želijo prejemati oskrbe v institucionalnem varstvu.
Družinski pomočnik je lahko oseba, ki ima isto stalno prebivališče kot oseba, ki potrebuje dolgotrajno oskrbo oziroma eden od družinskih članov te osebe. Družinski pomočnik se financira iz občinskih proračunskih sredstev ter ima v skladu z Zakonom o socialnem varstvu pravico do:

1. delnega plačila za izgubljeni dohodek oziroma

2. do sorazmernega dela plačila za izgubljeni dohodek, če poleg opravljanja nalog družinskega pomočnika ostaja v delovnem razmerju s krajšim delovnim časom od polnega,

3. obveznega pokojninskega zavarovanja, zavarovanja za primer brezposelnosti in starševskega varstva (Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve, 2013).

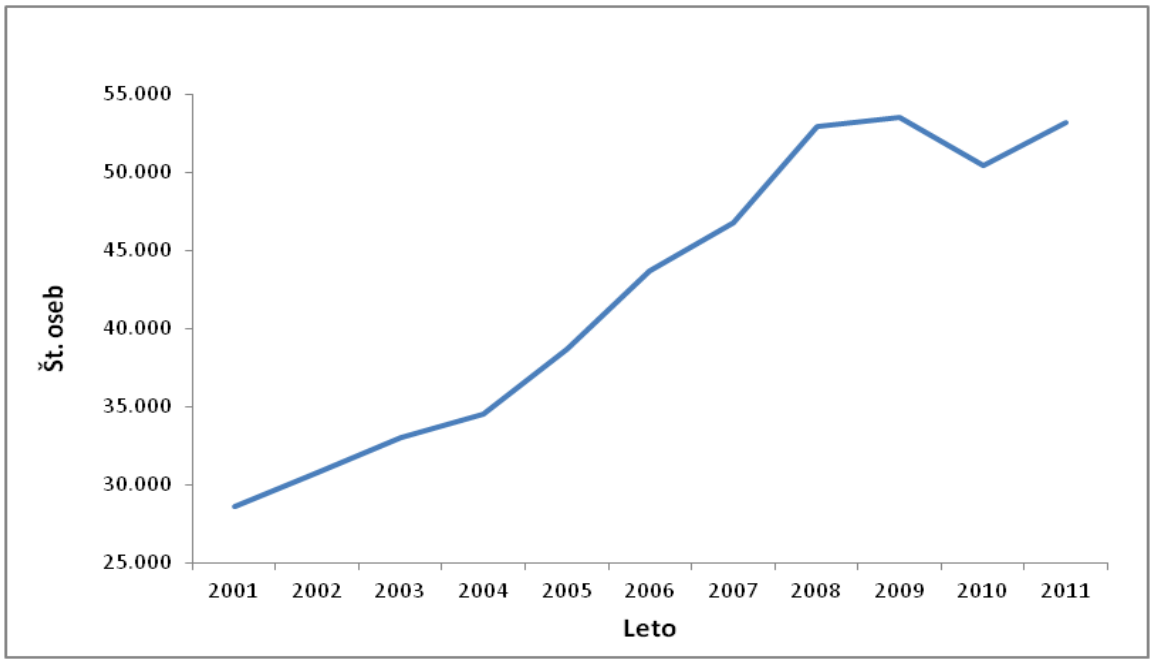
3.5.3 Pravica do zdravstvenega varstva v institucionalnem varstvu

Zavod za zdravstveno zavarovanje omogoča kritje stroškov osebam, ki potrebujejo zdravljenje in zdravstveno nego, če so premeščeni iz bolnišnice v institucionalno oskrbo. Zavod za zdravstveno zavarovanje prav tako krije fizioterapijo in storitve iz drugih področij, ki jih glede na zdravstveno stanje potrebujejo osebe, ki so v domu za ostarele. Med te pravice spadajo tudi zdravila, obvezilni material in medicinsko-tehnični pripomočki v skladu s Pravili obveznega zdravstvenega zavarovanja in pogodbo z zavodom (Zavod za zdravstveno zavarovanje, 2013).

3.5.4 Pravica do patronažnega zdravstvenega varstva (nega na domu)

Zdravstvena nega na domu je nadaljevanje bolnišnične zdravstvene nege, ki jo opravlja patronažna služba. Patronažno zdravstveno varstvo financira Zavod za zdravstveno zavarovanje. V letu 2006 je bilo opravljenih 1.069.186 obiskov na domu, ki so jih opravile patronažne sestre, kar v povprečju pomeni 4,5 obiskov na domu na patronažno sestro na dan. V spodnjem grafu vidimo, kako narašča število (prvih) obiskov starejših oseb na domu iz naslova patronažnega zdravstvenega varstva.

Slika 10: Število oseb, starejših od 60 let, ki so potrebovale pomoč na domu, l. 2001–2011



Vir: Zdravstveni statistični letopis, Inštitut za varovanje zdravja, 2001–2011.

3.5.5 Pravica do pomoči na domu

Pomoč na domu je namenjena tistim osebam, ki potrebujejo dolgotrajno oskrbo, vendar zaradi različnih razlogov ne morejo ali pa ne želijo koristiti institucionalne oskrbe, njihovi svojci pa jim ne morejo nuditi take nege, kot bi jo potrebovali. Pomoč na domu se prilagodi potrebam upravičenca in obsegu gospodinjske pomoči, pomoči pri temeljnih dnevnih opravilih in ohranjanju socialnih stikov.

Gospodinjska pomoč obsega:

- prinašanje pripravljenih obrokov ali pripravo obrokov,
- nabavo živil,
- pomivanje posode,
- čiščenje stanovanja in
- postiljanje (Vir: MDDSZ).

Pomoč pri temeljnih opravilih obsega:

- pomoč pri oblačenju,
- hranjenje in vzdrževanje osebne higiene (umivanje, opravljanje osnovnih življenjskih potreb) (Vir: MDDSZ).

Pomoč pri ohranjanju socialnih stikov pa obsega:

- ohranjanje stikov s sorodniki upravičenca,
- spremljanje upravičenca pri opravljanju administrativnih in ostalih obveznosti z uradnimi inštitucijami (Vir: MDDSZ).

Pomoč družini na domu izvajajo v okviru javne mreže javni socialnovarstveni zavodi ter druge pravne in fizične osebe, ki imajo koncesijo za opravljanje storitve pomoči na domu. Koncesijo za storitev pomoč družini na domu podeljujejo občine, ki so tudi zadolžene za organizacijo, razvoj in financiranje te storitve v okviru javne mreže. Občina lahko za izvajanje izbere javni socialnovarstveni zavod, lahko pa objavi javni razpis za podelitev koncesije za izvajanje pomoči na domu za druge pravne ali fizične osebe. Če se storitev izvaja v okviru javne mreže, bo del celotnih stroškov storitve (najmanj 50 %) financirala občina, del pa uporabniki (Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve, 2013).

Pomoč na domu lahko izvajajo tudi:

- domovi za starejše (javni socialnovarstveni zavodi),
- centri za socialno delo,
- posebni javni zavodi, ustanovljeni v občinah prav za ta namen, lahko pa tudi
- zasebni izvajalci na podlagi pridobljene koncesije ali dovoljenja za delo

4 ZAVAROVANJE ZA DOLGOTRAJNO OSKRBO

Iz opisanega vidimo, da upravičenci dolgotrajne oskrbe v primeru potreb po dolgotrajni oskrbi lahko prejmejo veliko različnih storitev, ki jih nudi država. A če želimo, da bi bila upravičencu krita celotna dolgotrajna oskrba, je veliko večino storitev potrebno doplačati. Tu pa se pojavi vprašanje, kako bi si upravičenci še lahko financirali doplačila, ki jih morajo drugače kriti iz lastnega žepa.

Zagotovo bi bilo zavarovanje za dolgotrajno oskrbo za osebe, ki potrebujejo dolgotrajno oskrbo, idealna rešitev. Zato bomo v nadaljevanju pogledali, kako se oblikuje povpraševanje po zavarovanjih in kaj običajno krije zavarovanje za dolgotrajno oskrbo in kako bi nova zavarovanja vplivala na odločitve zavarovancev po sklenitvi zavarovanja ter kakšen bi bil makroekonomski vpliv uvedbe novih zavarovanj (v povezavi s politično odločitvijo o financiranju dolgotrajne oskrbe iz naslova socialnega zavarovanja). Nato pa bomo pogledali trenutni socialno-ekonomski položaj starejših oseb in različne možnosti zavarovanj, ki bi jih lahko razvili.

4.1 Povpraševanje po zavarovanju dolgotrajne oskrbe

Kot za vsa zavarovanja tudi za zavarovanje za dolgotrajno oskrbo veljajo značilnosti povpraševanja po zavarovanjih. Osebe, ki se zavarujejo, namenijo del svojega dohodka za nepredvidljiv dogodek v prihodnosti. Povpraševanje po zavarovanju je tako odvisno od višine dohodka osebe in percepcije tveganja glede oskrbe v primeru onemoglosti v prihodnosti. Visoki stroški institucionalne oskrbe in želja, da svojim naslednikom ne bi naprtili previsokih finančnih izdatkov, je vsekakor eden izmed motivov za sklenitev zavarovanja za dolgotrajno oskrbo. Vendar pa obstaja kljub zavedanju o visokih stroških dolgotrajne oskrbe visoka elastičnost povpraševanja po tovrstnih zavarovanjih, kar ima za posledico visok moralni hazard na področju zavarovanj za dolgotrajno oskrbo. V primeru dolgotrajne oskrbe pa naj bi obstajala še druga vrsta moralnega hazarda (Pauly v Handbook of Health Economics, 1990), in sicer želja, da bi zapustili svojim potomcem večje premoženje, kot bi ga v situaciji brez sklenjenega zavarovanja za dolgotrajno oskrbo. Povpraševanje po zavarovanjih vključuje tudi možnost t. i. 'negativne selekcije' – t. j. izbora zavarovanja na podlagi premije, kar bi posledično vodilo do večjega portfelja oseb z višjim tveganjem in posledično do težav z likvidnostjo zavarovalnice.

K manjšemu povpraševanju po zavarovanjih za dolgotrajno oskrbo pa bi lahko prispeval tudi strah starejših oseb, da bi jih njihovi bližnji v primeru potrebe po dolgotrajni oskrbi dali v institucionalno varstvo.

4.2 Opis zavarovanja za dolgotrajno oskrbo

Zavarovanje za dolgotrajno oskrbo običajno krije pomoč na domu, nego odraslih, stacionarno oskrbo v domovih za starejše osebe in ostalo stacionarno oskrbo. Zavarovanec lahko izbira med možnostjo, da zavarovalnica sama krije stroške pri izvajalcih dolgotrajne oskrbe ali pa da kot upravičenec do storitve dolgotrajne oskrbe prejme denarno nadomestilo, s katerim si sam krije storitve dolgotrajne oskrbe.

V osnovi ponujajo zavarovalnice tri različne vrste zavarovanj za dolgotrajno oskrbo:

- zavarovanje stroškov dolgotrajne oskrbe,
- dnevno nadomestilo za primer dolgotrajne oskrbe,
- doživljenjsko rento v primeru dolgotrajne oskrbe.

V primeru zavarovanja stroškov dolgotrajne oskrbe zavarovalnica lahko opravljeno storitev neposredno plača izvajalcem, lahko pa si osebe same plačajo storitev in na podlagi predloženih računov uveljavljajo povračilo stroškov. Dnevno nadomestilo je primer zavarovanja, ki je močno uveljavljeno v Nemčiji, zavarovanec pa prejme glede na zahtevnost dolgotrajne oskrbe denarno nadomestilo, s katerim si lahko sam financira želeno dolgotrajno oskrbo pri želenem izvajalcu. Doživljenjska renta je lahko dodatek življenjskemu zavarovanju, ki omogoča zavarovancu ob nastopu okoliščin, ko potrebujejo pomoč pri temeljnih življenjskih aktivnostih, izplačilo rente za dolgotrajno oskrbo. Z rento si lahko upravičenci financirajo dolgotrajno oskrbo pri želenih izvajalcih.

Kritje doživljenjske rente za primer dolgotrajne oskrbe si lahko zavarovanci dodajo k življenjskemu zavarovanju, lahko pa prejmejo doživljenjsko rento v primeru že obstoječih potreb po dolgotrajni oskrbi tudi iz naslova zastave nepremičnine (t. i. obratna hipoteka). V Veliki Britaniji je mogoče namesto doživljenjske rente prejeti tudi enkratno izplačilo na podlagi enkratnega vložka oziroma zastave nepremičnine.

4.3 Posledice uvedbe zavarovanj za dolgotrajno oskrbo

Uvedba zasebnih zavarovanj za dolgotrajno oskrbo bi vplivala tako na makroekonomske kazalnike kot tudi na sam trg zavarovanj.

4.3.1 Na področju zavarovanj

Z uvedbo zavarovanj za dolgotrajno oskrbo bi se zagotovo vzpostavil preglednejši sistem financiranja dolgotrajne oskrbe, hkrati pa bi omogočili ljudem, da si z zavarovanjem lahko zagotovijo varno starost brez previsokih finančnih izdatkov.

Uvedba zavarovanja za dolgotrajno oskrbo bi lahko privedla do **ex-post moralnega hazarda** za primer dolgotrajne oskrbe, saj zavarovanje lahko poveča uporabo storitev in tako vpliva na prekoračitev načrtovanih stroškov dolgotrajne nege. Empirično je dokazano, da so se v državah, v katerih so uvedli tovrstna zavarovanja, stroški ob prehodu iz popolne nezavarovanosti do polne zavarovanosti celo podvojili (Zweifel in Manning v Handbook of Health Economics, 2000).

Poleg tega pa bi lahko prišlo tudi do t. i. **ex-ante moralnega hazarda**, ko posamezniki, ki vedo, da bodo v primeru, če bodo v zadnjem življenjskem obdobju potrebovali dolgotrajno oskrbo, preskrbljeni, in zato storijo za svoje zdravje manj, kot bi sicer.

4.3.2 Na makroekonomskem področju

Vpliv na makroekonomsko področje je predvsem odvisen od prihodnje politične volje in političnih odločitev, kako se bomo lotili problema dolgotrajne oskrbe na javno-finančnem področju. Če se bomo lotili reševanja dolgotrajne oskrbe po scenariju, ki je bil predviden s Predlogom Zakona o dolgotrajni oskrbi leta 2005 in naj bi bil po zadnjih informacijah sprejet leta 2014, se nam zagotovo obeta nižja konkurenčnost gospodarstva zaradi višjih prispevkov na plače. Če pa se dolgotrajne oskrbe lotimo na način, kot sta se je lotili ZDA in VB, teh težav ne bomo imeli, vendar je pričakovati, da bo v Sloveniji, tako kot se to dogaja v ZDA in VB, veliko število oseb, ki bodo zaradi težkih socialnih razmer na stara leta zaradi dolgotrajne oskrbe potrebovale pomoč države (iz državnega proračuna). Kot je že bilo ugotovljeno v različni ameriški literaturi s področja zdravstvene ekonomike in ekonomike dolgotrajne oskrbe, je povpraševanje po produktih dolgotrajne oskrbe zelo elastično in zaradi tega obstaja veliko tveganje moralnega hazarda pri osebah, ki bi se lahko zavarovale za dolgotrajno oskrbo.

Poleg tega lahko opazimo, da je trg zasebnih zavarovanj za dolgotrajno oskrbo v državah, ki nimajo socialnega zavarovanja za dolgotrajno oskrbo, zelo majhen oziroma se iz leta v leto krči. Dejansko je veliko manjši kot v državah, ki imajo urejeno socialno zavarovanje za dolgotrajno oskrbo.

Tu se pojavi vprašanje, kaj bi bilo makroekonomsko najbolj smiselno. Zagotovo je rešitev, kot si jo je zamislila Nizozemska, verjetno najmanj obremenjujoča za konkurenčnost gospodarstva. Po drugi strani pa je francoski model socialnega varstva za dolgotrajno oskrbo, ki je financiran iz davkov, gospodarski konkurenčnosti prijaznejši kot uvedba novega prispevka na plače.

Če ne pride v prihodnosti do sprememb na področju socialnega varstva oseb, ki potrebujejo dolgotrajno oskrbo, in ostanemo pri trenutnem sistemu, predvsem ostaja vprašanje, na kolikšno povpraševanje bi naletela zasebna zavarovanja za dolgotrajno oskrbo.

Glede na napisano je uvedba zasebnih zavarovanj v veliki meri odvisna od političnih odločitev, vendar bi vsekakor zagotovila reden pritok sredstev za dolgotrajno nego, kar bi ustvarilo nova delovna mesta, novo infrastrukturo za dolgotrajno oskrbo, razvoj informacijske tehnologije na tem področju in posledično zahtevnejše uporabnike, hkrati pa tudi rast stroškov na tem področju.

5 MOŽNOSTI RAZVOJA PRODUKTOV

Iz zavarovalniškega vidika je najbolj optimalno razviti produkte, ki ustrezajo osnovnim zahtevam zavarovanja – da krije negotove in nepredvidljive dogodke v prihodnosti. Vendar pa je trenutno najbolj pomembna ciljna skupina, ki bi bila zainteresirana za nakup zavarovanj za dolgotrajno oskrbo, skupina starejših, ki storitve dolgotrajne oskrbe že potrebuje ali pa jih bo v bližnji prihodnosti potrebovala. Zaradi tega je smiselno pogledati, v kakšnem socialno ekonomskem položaju so te osebe v Sloveniji, kar je tudi dodaten argument za sklenitev zavarovanja za dolgotrajno oskrbo ter kakšna zavarovanja za primer dolgotrajne oskrbe so razvili v tujini.

5.1 Socialno ekonomski položaj starejših oseb v Sloveniji

Kot je razvidno iz spodnje tabele, je bilo v Sloveniji 12 odstotkov celotnega prebivalstva izpostavljenega revščini, kar je manj kot je bilo povprečje 27-tih držav Evropske unije. Vendar pa lahko vidimo, da je v Sloveniji v primerjavi z EU večji delež tako žensk kot moških, starejših od 65 let, ki so izpostavljeni revščini. Poleg tega je v Sloveniji odstotek žensk, starejših od 65 let, ki so izpostavljene revščini, večji.

Tabela 2: Odstotek prebivalstva, izpostavljenega revščini v Sloveniji in EU-27, 2008

	Prebivalstvo 65+		Celotno prebivalstvo
	Ženske (v %)	Moški (v %)	
Slovenija	28	21	12
EU-27	22	16	17

Vir: Inštitut Antona Terstenjaka, 2012

Če pogledamo prihodke starejših oseb (Tabela 3) v Sloveniji, lahko vidimo, da velika večina starejših prejema iz naslova pokojnin zelo nizke prihodke. Tako je bilo v letu 2010 kar 49,2 % moških in 71,3 % žensk, ki so prejemali pokojnino v višini 70 % in manj povprečne neto plače v Sloveniji.

Prav tako lahko vidimo, da so starejše ženske pri nas v primerjavi z moškimi na slabšem, saj je njihov delež glede na pokojnino, ki je enaka ali nižja od 40, 50, 60, 70 ali 100 % povprečne neto plače, precej višji od moških. To še dodatno potrjuje dejstvo, da so starejše ženske bolj izpostavljene revščini kot moški.

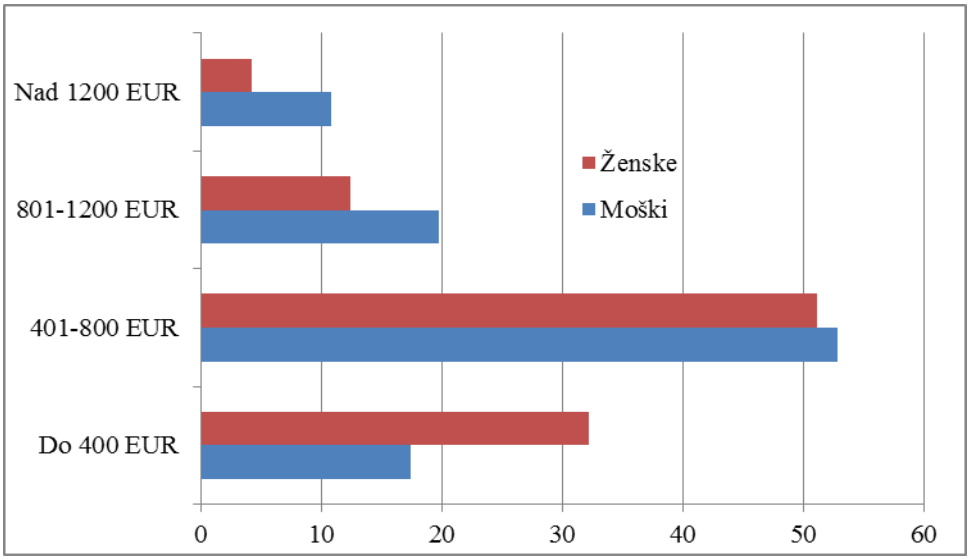
Tabela 4: Delež upokojencev s pokojnino, nižjo od povprečne neto plače v Sloveniji v l. 2010

Odstotek	Moški (v %)	Ženske (v %)
≤ 40 %	5,8	9,5
≤ 50 %	16,2	36,6
≤ 60 %	30,9	56,5
≤ 70 %	49,2	71,3
≤ 100 %	81,8	92,7

Vir: Inštitut Antona Terstenjaka, 2012.

Iz ankete Inštituta Antona Terstenjaka vidimo, da je velika večina oseb v dohodkovnem razredu od 401 do 800 EUR.

Slika 11: Dohodkovna skupina anketiranih, starih 50 let in več, po spolu in v odstotkih



Vir: Inštitut Antona Terstenjaka, 2012.

Tabela 5: Povprečni bruto zneski pokojnin iz obveznega zavarovanja v dec. 2012

Vrsta pokojnine	v EUR
Starostna	615,00
Invalidska	478,37
Družinska oz. vdovska	388,27
Del vdovske	62,70

Vir: ZPIZ, Pokojninsko in invalidsko zavarovanje v številkah, 2012.

V Sloveniji je delež starejših ljudi pod pragom revščine in socialne izključenosti višji kot med ostalim prebivalstvom. Še posebej so prizadete ženske, starejše od 65 let, ki so najbolj izpostavljene revščini.

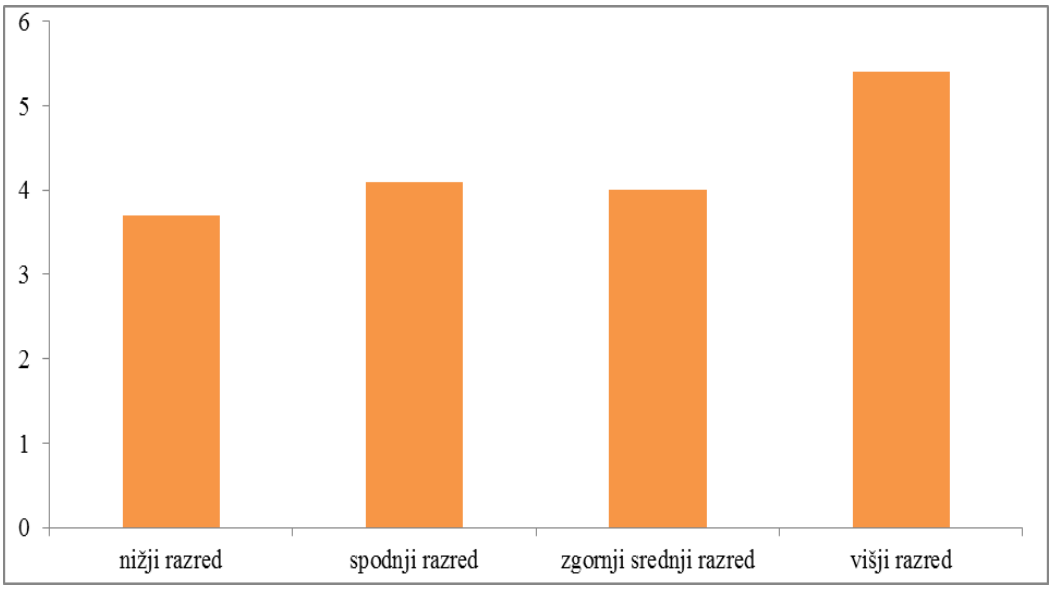
Leta 2011 je bila stopnja tveganja revščine starejših od 65 let 20,9-odstotna (v povprečju EU 16-odstotna). Kako živijo starejši, kaže tudi podatek o stopnji materialne prikrajšanosti starejših od 65 let, ki je leta 2011 dosegla 19,5 % (v EU 15,2 %). Pri obeh kazalnikih je v Sloveniji opaziti predvsem visoko razliko med starejšimi (65+) in povprečjem za celotno prebivalstvo (13,6 % oz. 17,2 %); te razlike so v EU precej manjše. Opaziti je tudi precej višjo stopnjo tveganja revščine in materialne prikrajšanosti pri starejših ženskah v primerjavi z moškimi, vrednosti obeh kazalnikov pa so se v času od začetka krize povišale (UMAR, 2013).

Iz zgornjih podatkov lahko vidimo, da je velika večina starejših oseb v nezavidljivem socialno-ekonomskem položaju. V primeru potrebe po dolgotrajni oskrbi bi si velika večina težko zagotovila dolgoročno financiranje dolgotrajne oskrbe.

5.1.1 Struktura izdatkov po dohodkovnih razredih v Sloveniji

Med pomembnejšimi indikatorji za potencialen nakup zavarovanja za dolgotrajno oskrbo je zagotovo tudi potrošnja tovrstnih produktov po dohodkovnih razredih. Kot lahko vidimo, namenijo največ za življenjska zavarovanja in ostale nepotrošne izdatke* osebe iz višjega dohodkovnega razreda.

Slika 12: Delež izdatkov za nepotrošne izdatke po dohodkovnih razredih (v %)



Vir: UMAR, Socialni razgledi, 2009.

* **Drugi nepotrošni izdatki:** izdatki za življenjsko zavarovanje, prostovoljno pokojninsko in zdravstveno zavarovanje, denarne kazni, nadomestila škode, davki in samoprispevki, varčevanje itd.

Pri oblikovanju smernic za razvoj zavarovanj je smiselno upoštevati zgoraj opisano socialno-ekonomsko stratifikacijo, kakor tudi strukturo potrošnje za t. i. nepotrošne izdatke, ki vključujejo izdatke za različne vrste zavarovanj.

Glede na opisan socialno-ekonomski položaj starejših oseb v Sloveniji in glede na to, da največ izdatkov za zavarovanja namenijo osebe iz višjega dohodkovnega razreda, je potrebno razmisliti, kakšne produkte bi lahko ponudili starejšim osebam, ki že potrebujejo dolgotrajno oskrbo in si s trenutnimi finančnimi sredstvi ne morejo v celoti financirati oskrbe in kakšne produkte za dolgotrajno oskrbo lahko ponudimo osebam iz višjega dohodkovnega razreda, ki bi si to zavarovanje glede na strukturo izdatkov najverjetneje privoščili.

Po drugi strani pa je potrebno razmisliti, kako bi nagovorili delovno aktivne osebe in ne zgolj osebe iz višjega dohodkovnega razreda, da bi se zavarovale za primer dolgotrajne oskrbe v prihodnosti.

5.2 Razvoj produktov dolgotrajne oskrbe po svetu

Na trgih, na katerih je poskrbljeno za javno financiranje dolgotrajne oskrbe, je bila potrebna odločitev, ali se bo zasebno dodatno zavarovanje za dolgotrajno oskrbo naslonilo na socialni sistem in obseg pravic iz socialnega zavarovanja oziroma ali se bo oblikovalo neodvisno od obsega socialnih pravic po ADL kriterijih. Naslonitev na socialni sistem je velika prednost za marketing, hkrati pa so lahko statistike socialnega zavarovanja osnova kalkulacij. Za ponudnike je vsekakor priporočljivo, da si v tem primeru pridržijo pravico do lastnega preverjanja upravičenosti do dolgotrajne oskrbe. Vsekakor je velik izziv osnovati produkt, ki vsebinsko odgovarja zakonskim določilom dolgotrajne nege, hkrati pa ni avtomatsko vezan na zakonsko razvrščanje do upravičenosti socialnega zavarovanja (Vir: Pasdika, 2007).

Večina ponudnikov po svetu je osnovala svojo ponudbo na t. i. ADL (angl. Activites of Daily Living) kriterijih (kriteriji opravljanja vsakdanjih aktivnosti). Upravičenost do izplačila zavarovalnine je tako osnovana na številu aktivnosti, ki jih zavarovanec ne more več opravljati brez tuje pomoči. Samo poimenovanje aktivnosti je brez dvoma popolnoma nezadovoljivo za namene kalkulacij in preverjanja storilnosti. Pomembna je tudi dodatna zahteva, da je kljub uporabi pripomočkov za opravljanje določene aktivnosti potrebna pomoč druge osebe. Prav tako ADL kriteriji ne zaobjemajo vseh oseb, ki bi potrebovale pomoč tuje osebe. Dementna obolenja, kot npr. Alzheimerjeva bolezen, so namreč povezana z zahtevno dolgotrajno splošno oskrbo, ki ni toliko povezana z opravljanjem vsakdanjih aktivnosti, kakor s potrebo po oskrbi pod nadzorom z namenom preprečevanja nevarnosti. Te nevarnosti nastanejo npr. z nekontroliranimi izhodi od doma, napačno oceno nevarnih situacij, z nepravilnim upravljanjem s pripomočki ali pa ker takšna oseba preprosto pozabi opraviti aktivnosti vsakdanjega življenja. Zaradi tega je razširitev

kriterijev z dodatnim kriterijem za dementna obolenja smiselno in upravičeno. Vsekakor je potrebno zaradi tega preveriti vpliv na višino premij (Vir: Pasdika, 2007).

V večini držav so na trgu produkti, ki ponujajo fiksna izplačila zavarovalnine – rente za primer dolgotrajne oskrbe in dnevne odškodnine. Osnova za razvoj produkta, ki omogoča nadomestilo stroškov dolgotrajne oskrbe, je predvsem dobro razvita infrastruktura za primer dolgotrajne oskrbe. Glede na izkušnje teh držav pa zavarovanci dajejo prednost produktom s fiksno dogovorjeno zavarovalnino, saj so v primeru potrebe po dolgotrajni oskrbi bolj fleksibilne pri njeni porabi (Vir: Pasdika, 2007).

Visokim enkratnim izplačilom se je pametno izogibati, čeprav so določena enkratna plačila smiselna in upravičena za npr. financiranje preureditve stanovanja oziroma za plačilo enkratnih pristojbin pri nastopu stacionarne oskrbe. Prav tako je smiselna uvedba čakalne dobe (npr. 3 mesecev) od trenutka nastopa potrebe po dolgotrajni oskrbi, kar je mednarodno običajna praksa. S tem se lahko ugotovi trajanje potrebe po dolgotrajni oskrbi in krajša doba upravičenosti v primeru izboljšave zavarovančevega stanja oziroma smrti zavarovanca, saj se tako izognemo visokim stroškom upravljanja in preverjanja upravičenosti. Upravičenost do izplačila zavarovalnine za nazaj je samoumevna, če potreba po dolgotrajni negi obstaja tudi po preteku čakalne dobe. Pri oblikovanju produktov za dolgotrajno nego je prav tako smiselno preveriti možnosti integracije asistenčnih produktov, kot so npr. odprta linija za svetovanje, storitve obiskovanja ali organizacija storitev in tehničnih pripomočkov. Ta komponenta produkta je za zavarovance pomembna dodana vrednost zavarovanju, hkrati pa ponudniku produkta omogoča možnosti oblikovanje preverjanja do upravičenosti.

Kalkulacija za produkte dolgotrajne oskrbe je zelo zahtevna. Kljub vidnemu napredku na področju razumevanja biometrije rizikov dolgotrajne nege v zadnjih letih še vedno ostajajo znatne negotovosti na tem področju. Dodaten izziv predstavlja tudi oblikovanje produktov. Do sedaj na mnoge trge ni uspelo uvrstiti produktov za dolgotrajno nego kot nek množičen produkt.

Zaradi tega bodo za zavarovanje dolgotrajne oskrbe brez dvomov potrebne nove kreativne zasnove, npr. s privlačnimi kombinacijami z ostalimi produkti življenjskega in zdravstvenega zavarovanja, v povezavi s posebnimi marketinškimi strategijami.

Glede naraščajoče potrebe po zasebni preventivi za primer dolgotrajne oskrbe in velike možnosti oblikovanja produktov ter glede na dosedanje izkušnje ponuja zavarovanje za dolgotrajno oskrbo zanimivo področje ne samo razvijalcem produktov.

Tuje zavarovalnice imajo na razpolago široko izbiro možnih oblik zavarovanja za starejše osebe in za primer dolgotrajne oskrbe, kot na primer:

- rentna življenjska zavarovanja z možnostjo zavarovanja za primer dolgotrajne oskrbe.

- možnost dodatnega kritja pri nezgodnih zavarovanjih za primer dolgotrajne nege,

- zavarovanje kronično bolnih starejših oseb, ki bi se jim na podlagi temeljitega zdravstvenega pregleda ocenila preostala življenjska doba in ponudila doživljenjska renta na podlagi finančnega vložka,

- zavarovanja z uporabo tele-informacijske tehnologije,

- zavarovanja za kritične bolezni.

5.2.1 Zasebna zavarovanja v Nemčiji

V Nemčiji se lahko osebe zavarujejo za različne vrste zavarovanj za primer dolgotrajne oskrbe. Tako lahko izbirajo med naslednjimi vrstami zavarovanj:

- **zavarovanje stroškov dolgotrajne oskrbe,**

- **zavarovanje dnevnega nadomestila za primer dolgotrajne oskrbe,**

- **rentno zavarovanje za dolgotrajno oskrbo.**

Pri vseh oblikah zavarovanja se vedno upošteva tudi stopnja zahtevnosti dolgotrajne oskrbe/nege. Glede na splošne pogoje Združenja zasebnega zdravstvenega zavarovanja (nem. Verband der privaten Krankenversicherung) se za različna področja vsakdanjega življenja upoštevajo različne aktivnosti.

Različne stopnje zahtevnosti dolgotrajne oskrbe/nege:

- **STOPNJA 1:** osebe, ki potrebujejo pomoč najmanj <u>pri dveh aktivnostih</u>:
  - s področij osebne nege,
  - prehranjevanja in
  - mobilnosti

  najmanj enkrat dnevno;

- **STOPNJA 2:** osebe, ki potrebujejo pomoč na področjih:
  - osebne nege,
  - prehranjevanja in
  - mobilnosti

  najmanj trikrat dnevno;

- **STOPNJA 3:** osebe, ki potrebujejo pomoč na področjih:
  - osebne nege,
  - prehranjevanja in
  - mobilnosti

  24 ur na dan.

(Za vse stopnje velja, da je potrebna večkratna tedenska pomoč v gospodinjstvu.)

Področje osebne nege obsega:

- umivanje,
- tuširanje,
- nego zob,
- česanje,
- britje,
- redno odvajanje blata in vode (Vir: pflegestufe.info).

Področje prehranjevanja obsega:

- ustrezno in redno pripravo ter
- uživanje obrokov (Vir: pflegestufe.info).

Področje mobilnosti obsega:

- samostojno vstajanje iz postelje in odpravljanje v posteljo,
- oblačenje in slačenje,
- hojo,
- vzpenjanje po stopnicah,
- odhod od doma in povratek domov (Vir: pflegestufe.info).

Področje gospodinjskih opravil pa obsega:

- nakupovanje,
- kuhanje,
- čiščenje,
- pomivanje posode,
- menjava in pranje perila ter
- npr. kurjenje (Vir: pflegestufe.info).

5.2.1.1 Zavarovanje stroškov dolgotrajne oskrbe

Tovrstno zavarovanje krije preostale stroške, ki jih ne krije obvezno socialno zavarovanje za dolgotrajno oskrbo. Zavarovanci lahko izbirajo med celotnim povračilom in delnim povračilom stroškov, ki bi jih sicer morali kriti sami. Zavarovanec pa mora v vsakem primeru dokazovati višino lastnega plačila in višino kritja z obveznim socialnim zavarovanem (Vir: Private Pflegeversicherung Vergleichen).

5.2.1.2 Zavarovanje dnevnega nadomestila za primer dolgotrajne oskrbe

Zavarovanje dnevnega nadomestila za primer dolgotrajne oskrbe nudi v primeru dolgotrajne oskrbe zavarovancem možnost izplačila dnevnega nadomestila v dogovorjenem znesku. Zavarovanci lahko izbirajo med dvema opcijama zavarovanja, in sicer med možnostjo vnaprej določenega dnevnega nadomestila (dnevne tarife) ali možnostjo fleksibilnega dnevnega nadomestila (dnevne tarife) (Vir: Private Pflegeversicherug Vergleichen).

I. VNAPREJ DOLOČENO DNEVNO NADOMESTILO

Zavarovanci lahko v primeru vnaprej določnega dnevnega nadomestila sami določijo višino dnevnega nadomestila za tretjo stopnjo zahtevnosti dolgotrajne nege.
Višina nadomestila za drugo in prvo stopnjo zahtevnosti se izračuna po vnaprej določenem razmerju glede na postavljeno višino dnevnega nadomestila za 3. stopnjo zahtevnosti dolgotrajne nege:

- Nadomestilo za 2. stopnjo zahtevnosti nege tako lahko predstavlja od petdeset do sedemdeset odstotkov dnevnega nadomestila 3. stopnje zahtevnosti nege.

- Nadomestilo za 1. stopnjo zahtevnosti nege pa predstavlja od petindvajset do štirideset odstotkov dnevnega nadomestila 3. stopnje zahtevnosti dolgotrajne nege.

  (Vir: Private Pflegeversicherug Vergleichen)

II. FLEKSIBILNO DNEVNO NADOMESTILO

V primeru fleksibilnega dnevnega nadomestila (dnevne tarife) zavarovanci lahko določijo višino dnevnega nadomestila za vse stopnje zahtevnosti dolgotrajne nege. Vendar kljub temu ni dovoljeno, da bi zavarovanec za nižjo stopnjo zahtevnosti določil višje dnevno nadomestilo kot za višjo stopnjo zahtevnosti dolgotrajne nege, lahko pa določi za vse zahtevnosti dolgotrajne nege enako višino dnevnega nadomestila – t. j. stoodstotno izplačilo za vse zahtevnosti dolgotrajne nege.

Prva oblika zavarovanja je priporočljiva za osebe, ki bodo kasneje želele imeti stacionarno oskrbo v domu za starejše osebe, medtem ko je druga oblika zavarovanja priporočljiva predvsem za osebe, ki bi želele imeti čim boljšo oskrbo v primeru 1. stopnje zahtevnosti dolgotrajne nege.

Prednost takšnega zavarovanja je, da ni potrebno dokazovati stroškov, ki jih je moral zavarovanec iz naslova dolgotrajne oskrbe kriti sam. Poleg tega je tovrstno zavarovanje fleksibilno in se prilagaja željam zavarovancev.

(Vir: Private Pflegeversicherung Vergleichen)

5.2.1.3 Rentno zavarovanje za dolgotrajno oskrbo

Rentno zavarovanje za dolgotrajno oskrbo je oblika življenjskega zavarovanja, ki v primeru potrebe po dolgotrajni oskrbi zavarovancu omogoča izplačilo mesečne rente. Višina izplačila je odvisna od zahtevnosti dolgotrajne oskrbe, kar je določeno s pogodbenimi določili med zavarovalcem in zavarovalnico. V okviru rentnega zavarovanja za dolgotrajno oskrbo je možnih veliko vrst zavarovanj.

5.2.2 Primeri ponudb zasebnih zavarovalnic v Nemčiji

Zavarovanje za dolgotrajno oskrbo v Nemčiji, ki je financirano iz prispevkov, ne krije v celoti vseh storitev, zato je smiselno, da se osebe zavarujejo tudi pri zasebnih zavarovalnicah in si s tem razbremenijo družinski proračun v primeru, če družinski član potrebuje dolgotrajno oskrbo. V nadaljevanju se nahajata ponudbi dveh nemških zavarovalnic.

5.2.2.1 Ponudba zavarovalnice DKV (Deutsche Krankenversicherung AG)
(Povzeto po spletni strani zavarovalnice Deutsche Krankenversicherung (DKV A.G.))

Zavarovalnica DKV (Deutsche Krankenversicherung AG) ponuja zavarovanje dnevnega nadomestila za primer dolgotrajne oskrbe.

Glede na stopnjo zahtevnosti dolgotrajne oskrbe se izplačuje dnevna odškodnina kot odstotek dogovorjenega dnevnega nadomestila (dnevne tarife).

Tabela 6: Odstotek dogovorjenega nadomestila glede na stopnjo zahtevnosti oskrbe

	Stopnja 1 (v %)	**Stopnja 2 (v %)**	**Stopnja 3 (v %)**
Oskrba na domu, polinstitucionalna oz. oskrba za krajši čas	25	50	75
Nujna institucionalna oskrba	/	/	100
Nenujna institucionalna oskrba	25	50	75

Vir: Spletna stran zavarovalnice Deutsche Krankenversicherung A.G. (DKV A.G).

Značilnosti zavarovanja dnevnega nadomestila zavarovalnice DKV AG:

- v posameznih primerih nege na domu, ko se potrebuje zelo zahtevna dolgotrajna oskrba, se lahko izplača 100 % dogovorjene dnevne tarife;
- enaka višina dnevne odškodnine se izplača, če dolgotrajno oskrbo nudi profesionalno oz. neprofesionalno osebje (npr. svojci in bližnji);
- lahko se zavarujejo osebe do 80. leta starosti;
- različna višina premije – glede na dogovorjeno dnevno tarifo (od 10 do 90 €).

*Tabela 7: Primeri premije za zavarovanje dnevnega nadomestila**

Starost 30 LET		**Starost 50 LET**		**Starost 80 LET**	
Dnevna tarifa (v €)	**Premija (v €)**	**Dnevna tarifa (v €)**	**Premija (v €)**	**Dnevna tarifa (v €)**	**Premija (v €)**
10	12,96	10	27,84	10	140,70
50	26,36	50	64,24	50	347,78
90	39,76	90	100,64	90	554,86

Vir: Spletna stran zavarovalnice Deutsche Krankenversicherung A.G. (DKV A.G).

Legenda: Zavarovalci lahko uveljavljajo tudi državno subvencijo pri sklenitvi zavarovanja za dolgotrajno oskrbo, kar vpliva na višino premije. V tem primeru je premija zasebnega zavarovanja višja.

5.2.2.2 Ponudba zavarovalnice Allianz A.G.
(Povzeto po spletni strani zavarovalnice Allianz A.G.)

Zavarovalnica Allianz A.G. ponuja šest različnih zavarovanj za dolgotrajno oskrbo:

I. *Dodatno zavarovanje za dolgotrajno oskrbo*

Zavarovanje lahko sklenejo vsi zaposleni in samozaposleni, ki imajo sklenjeno obvezno zasebno oz. obvezno zakonsko zavarovanje za dolgotrajno oskrbo.

Vsi zavarovanci imajo na razpolago 24-urno telefonsko asistenco Pflege-Hotline, ki jim omogoča svetovanje in informiranje o dolgotrajni oskrbi kakor tudi možnost brezplačne organizacije institucionalne oskrbe in oskrbe na domu.
Značilnosti zavarovanja so:

- lahko se zavarujejo osebe do 69. leta starosti,
- osebe, ki potrebujejo 3. stopnjo zahtevnosti dolgotrajne nege, so izvzete iz obveznosti plačevanja premije za zavarovanje,
- ob prvi predložitvi dokazila, da je zavarovanec upravičen do dolgotrajne nege, mu zavarovalnica izplača petdesetkratni znesek dnevnega nadomestila. S tem zneskom si lahko zavarovanec preuredi stanovanje za potrebe dolgotrajne nege;
- različna višina premije – glede na dogovorjeno dnevno nadomestilo (dnevno tarifo) – od 10 do 150 €.

Tabela 8: Primeri premije za zavarovanje dnevnega nadomestila

Starost 30 LET		**Starost 50 LET**		**Starost 69 LET**	
Dnevna tarifa (v €)	**Premija (v €)**	**Dnevna tarifa (v €)**	**Premija (v €)**	**Dnevna tarifa (v €)**	**Premija (v €)**
10	5,13	10	13,06	10	36
50	25,65	50	65,3	50	180
100	51,3	75	130,6	75	360
150	76,95	150	195,9	150	/

Vir: Spletna stran zavarovalnice Allianz d.d.

II. Zavarovanje za primer dolgotrajne oskrbe v primeru invalidnosti

Zavarovanje je namenjeno osebam, ki se želijo zavarovati za primer invalidnosti zaradi bolezni ali nezgode in primer dolgotrajne oskrbe zaradi invalidnosti. S tem zavarovanjem lahko zavarovanci v primeru invalidnosti in večjih potreb po dolgotrajni oskrbi prejmejo rento. Zavarovalnino lahko prejmejo tudi v primeru demence (večji stopnji zahtevnosti dolgotrajne nege).

III. Otroško rentno zavarovanje za dolgotrajno nego

Otroško rentno zavarovanje za dolgotrajno nego se običajno sklene k otroški polici (oblika naložbenega zavarovanja). V primeru potreb po dolgotrajni negi zaradi telesne, psihične ali duševne bolezni zavarovalnica izplačuje rento za nego otroka.

IV. Naložbeno zavarovanje za primer dolgotrajne nege

Naložbeno zavarovanje za primer dolgotrajne oskrbe omogoča zavarovancem izplačilo mesečne rente v primeru potreb po dolgotrajni oskrbi, in sicer za 2. in 3. stopnjo zahtevnosti dolgotrajne nege. Če zavarovanec ne potrebuje dolgotrajne oskrbe, po izteku zavarovanja prejme povrnjeno vloženo glavnico skupaj z obračunanimi obrestmi. Hkrati pa to zavarovanje nudi tudi zavarovanje za primer nezgode. Zavarovanec tako lahko prejme enkratno izplačilo v primeru 20 % invalidnosti ali pa doživljenjsko nezgodno rento v primeru 70- in več odstotne invalidnosti.

V primeru dolgotrajne oskrbe zavarovalnica izplača:

- za 3. stopnjo zahtevnosti dolgotrajne nege 100 % dogovorjenega zneska dnevnega nadomestila,

- za primer 2. stopnje zahtevnosti dolgotrajne nege pa 66 % odstotkov dogovorjenega zneska dnevnega nadomestila.

V. Klasično rentno zavarovanje za dolgotrajno nego

Klasično rentno zavarovanje je zavarovanje na podlagi enkratnega vložka. V tem primeru se vložek naloži po principih klasičnih življenjskih zavarovanj. S tem zavarovanjem si zavarovanci zagotovijo doživljenjsko mesečno rento v primeru dolgotrajne oskrbe. Poleg tega se zavarovanec lahko odloči, da se določen delež v primeru smrti izplača dedičem ali pa si izplača kapitalski vložek, ki je namenjen za primer smrti.

Zavarovanec prejme:

- v primeru 1. stopnje zahtevnosti dolgotrajne nege 30 % dogovorjenega zneska mesečne rente,

- v primeru 2. stopnje zahtevnosti dolgotrajne nege 60 % dogovorjenega zneska ter

- v primeru 3. stopnje zahtevnosti dolgotrajne nege 100 % dogovorjenega zneska mesečne rente.

VI. Obvezno zasebno zavarovanje za dolgotrajno oskrbo (zakonsko določeno)

V primeru da je oseba obvezno zasebno zdravstveno zavarovana (to možnost lahko izberejo osebe z višjimi osebnimi dohodki), mora v skladu z nemško zakonodajo skleniti tudi obvezno zasebno zavarovanje za dolgotrajno oskrbo.

5.2.3 Primer zasebnih zavarovanj v Veliki Britaniji

Zaradi preveč agresivnega pristopa ponudnikov na področju dolgotrajne oskrbe sta se v Veliki Britaniji trenutno obdržali vsega dve zavarovalnici, ki ponujata dolgotrajno oskrbo. Še pred petimi leti pa je bilo kar nekaj ponudnikov zavarovanj za dolgotrajno oskrbo, ki so ponujali različne možnosti in načine izplačil za primer dolgotrajne oskrbe.

V nadaljevanju je predstavljen primer ene izmed zavarovalnic, ki trenutno nudi dolgotrajno oskrbo v Veliki Britaniji.

5.2.3.1 Ponudba zavarovalnice Partnership Assurance
(Povzeto po spletni strani zavarovalnice Partnership Assurance)

Zavarovalnica ponuja naslednje možnosti zavarovanj:

I. Takojšnja doživljenjska renta za primer dolgotrajne oskrbe
(angl. *Immediate Care Plan)*

V primeru sklenitve tovrstnega zavarovanja je zavarovanec upravičen do takojšnje doživljenjske rente. Doživljenjsko rento zavarovanec lahko prejema v obliki neposrednega plačila izvajalcu institucionalne dolgotrajne oskrbe, kar je opravičeno plačila davka. Če pa se zavarovanec odloči, da bi želel sam prejemati rento za dolgotrajno oskrbo, je ta obdavčena.

Zavarovanec lahko takoj začne prejemati mesečno rento, in sicer na podlagi enkratnega vložka. Višina vložka se določi na podlagi želene višine mesečne rente in preferenc glede zaščite vložka proti inflacijskim tveganjem in možnosti izplačila preostalega vložka dedičem. Na višino zahtevanega vložka vplivajo tudi zdravstveno stanje, starost in spol zavarovanca.

II. Doživljenjska renta za primer dolgotrajne oskrbe s čakalno dobo
(angl. *Deferred Care Plan)*

Ta oblika zavarovanja je primerna za osebe, ki si trenutno še lahko same financirajo dolgotrajno oskrbo, vendar je v prihodnosti ne bodo uspele več plačevati iz lastnih sredstev. Tako si lahko same določijo, koliko časa bo preteklo do prejemanja mesečne rente za dolgotrajno oskrbo (običajno od 1 do 5 let). Dlje časa kot traja »čakalna doba«, nižji je vložek, na podlagi katerega se sklene zavarovanje.

Višina vložka se določi na podlagi želene višine mesečne rente, trajanja »čakalne dobe« in preferenc glede zaščite vložka proti inflacijskim tveganjem in možnosti izplačila preostalega vložka dedičem. Na višino zahtevanega vložka vplivajo tudi zdravstveno stanje, starost in spol zavarovanca.

III. Zavarovanje dolgotrajne oskrbe z obratno hipoteko
*(*angl. *Care Plan Payment Option)*

Zavarovanje dolgotrajne oskrbe z obratno hipoteko je namenjeno zavarovancem, ki nimajo dovolj finančnih sredstev za enkratni vložek, imajo pa v lasti nepremičnino, ki bi jo lahko zastavili, in na podlagi tega prejeli znesek, s katerim bi si financirali dolgotrajno oskrbo.

Zavarovanje je namenjeno osebam, ki so stare 80 let in več, so samske, ločene ali ovdovele. Zavarovanci si na ta način omogočijo takojšnje plačevanje nege v institucionalni oskrbi. Višina zneska, ki ga zavarovanec lahko prejme iz naslova nepremičnine, je odvisna od pričakovane življenjske dobe zavarovanca, vrednosti nepremičnine in starosti zavarovanca. V primeru da je nepremičnina že pod hipoteko, tovrstnega zavarovanja ni mogoče skleniti.

5.2.4 Možnost razvoja produktov za dolgotrajno oskrbo v Sloveniji

S 1. 1. 1995 je bilo na ZZZS uvedeno Dodatno prostovoljno zavarovanje Pomoč na domu, ki je pokrivalo področje dolgotrajne oskrbe na domu. Splošni pogoji so bili zelo ohlapni, število zavarovancev pa je bilo zaradi nepoznavanja produkta zelo nizko. Zavarovanje so v kratkem času ukinili. Samo področje dolgotrajne oskrbe trenutno ureja več zakonov, kar onemogoča preglednost delovanja in financiranja sistema. S predpostavko, da ohranimo trenutno socialno varstvo oseb, ki potrebujejo dolgotrajno oskrbo, in z zavedanjem, da je potrebno veliko vložiti v promocijo same smiselnosti tovrstnega zavarovanja, bi lahko razvili zavarovanja za dolgotrajno oskrbo tako za osebe, ki že potrebujejo dolgotrajno oskrbo, kot tudi za osebe, ki jo bodo v prihodnosti še potrebovale.

5.2.4.1 Produkti za osebe, ki že potrebujejo dolgotrajno oskrbo

Starejše osebe, ki živijo v težkih socialno ekonomskih razmerah, imajo relativno veliko premoženje glede na višino svojih tekočih dohodkov. Tako v Sloveniji več kot 82 odstotkov prebivalstva živi v lastniških stanovanjih in hišah. Zaradi tega bi bilo smiselno, da bi država oblikovala različne instrumente, ki bi spodbujali najem ali namensko odprodajo premoženja za poplačilo storitev dolgotrajne oskrbe. Ob tem moramo poskrbeti, da ne bi prihajalo do morebitnih zlorab starejših. Tak način je poznan v Veliki Britaniji in je zagotovo zanimiv produkt tudi za našo državo (Vir: Aleksander Kešeljević, Dolgotrajna oskrba kot resnični izziv, Dnevnik, januar 2013).

Za te osebe bi lahko razvili naslednji produkt:

I. ZAVAROVANJE DOLGOTRAJNE OSKRBE Z OBRATNO HIPOTEKO

Značilnost zavarovanja bi bila možnost takojšnjega koriščenja ob zagotovitvi začetnega zneska bodisi z enkratnim vplačilom ali s prepisom nepremičnine. Višina rente ali enkratnega izplačila bi se določila na podlagi temeljitega zdravstvenega pregleda, s katerim bi lahko ocenili trajanje potrebe po dolgotrajni oskrbi in predvideno življenjsko dobo.

Tako bi bilo zavarovanje zanimivo tudi za mlajše generacije, saj bi jim krilo tudi tveganje v primeru onemoglosti zaradi invalidnosti ali kronične bolezni. Zavarovanje bi omogočalo tudi kritje stroškov novejših tehnologij in prilagoditev stanovanja, ki omogočajo večjo samostojnost zavarovanca na domu ali pa stroške nadstandardne institucionalne oskrbe npr. v varovanem stanovanju.

5.2.4.2 Produkti za osebe, ki bodo potrebovale dolgotrajno oskrbo

Za delovno aktivno prebivalstvo je potrebno razmisliti, kako bi spodbudili k sklenitvi zavarovanja mlajših oseb, ki so dobrega zdravja. V primeru življenjskega zavarovanja bi tako lahko osebam, ki se želijo življenjsko zavarovati, ponudili tudi dodatno kritje za primer dolgotrajne oskrbe. Tako bi za njih lahko razvili zavarovanja, ki bi omogočala izplačilo zavarovalnine v primeru doživetja ali pa potrebe po dolgotrajni oskrbi. Poleg tega bi bilo smiselno, da bi ta zavarovanja vključevala mehanizme za spodbujanje oskrbe na domu. Ob sklenitvi zavarovanja bi zavarovanec lahko izbiral npr. med možnostmi zavarovanja za oskrbo na domu ali v instituciji in se tako odločal za nižjo ali višjo premijo. Ob uvedbi novih zavarovanj bi bilo potrebno zakonsko urediti tudi možnost davčnih ugodnosti.

Če bo v prihodnosti prišlo do predvidene spremembe na področju dolgotrajne oskrbe, je potrebno razmisliti, kakšne so možnosti sprememb na področju javnofinančnega

financiranja dolgotrajne oskrbe in kako bi to vplivalo na razvoj produktov dolgotrajne oskrbe.
Glede na obstoječe financiranje dolgotrajne oskrbe ali morebitno uvedbo zakona za dolgotrajno oskrbo bi lahko razvili naslednje produkte:

I. NADOMESTILO ZA PRIMER DOLGOTRAJNE OSKRBE

Zavarovancem, ki imajo pravico do dolgotrajne oskrbe zaradi trenutnega zdravstvenega stanja in so dobili odločbo za prejem dodatka za nego in postrežbo na Zavodu za pokojninsko in invalidsko zavarovanje bi to zavarovanje lahko nudilo dnevno odškodnino, s katero bi lahko krili razliko med zneskom, ki ga krijejo različni javnofinančni viri, in celotno ceno storitve (npr. za primer pomoči na domu, primer institucionalne oskrbe v domu za starejše osebe in ostalih storitev dolgotrajne oskrbe). Z nadomestilom bi lahko zagotovili nadstandardne storitve dolgotrajne oskrbe ali pa omogočili večji obseg storitev dolgotrajne oskrbe. Zavarovanje bi imelo omejeno dnevno zavarovalno vsoto. Pri tem zavarovanju bi bilo smiselno razmisliti tudi o možnosti, da bi dnevno nadomestilo lahko prejemal zavarovanec tudi za ostale družinske člane. Enako zavarovanje bi lahko razvili tudi v primeru uvedbe predvidenega zakona o dolgotrajni oskrbi.

II. ZAVAROVANJE STROŠKOV DOLGOTRAJNE OSKRBE

Zavarovancem, ki imajo pravico do dolgotrajne oskrbe zaradi trenutnega zdravstvenega stanja in so dobili odločbo za prejem dodatka za nego in postrežbo na Zavodu za pokojninsko in invalidsko zavarovanje, bi to zavarovanje lahko nudilo kritje stroškov dolgotrajne oskrbe pri izvajalcih storitev dolgotrajne oskrbe – pri izvajalcih pomoči na domu, v domovih za ostarele, pri prevozu starejših itd. V tem primeru bi bilo potrebno v okviru zavarovalnic razviti lastno mrežo izvajalcev ali pa se dogovoriti z obstoječimi izvajalci v javni mreži za neposredno plačilo storitev. Enako zavarovanje bi lahko razvili tudi v primeru uvedbe zakona o dolgotrajni oskrbi.

III. DOPOLNILNO ZAVAROVANJE ZA DOLGOTRAJNO OSKRBO

Če bomo uvedli zakon o dolgotrajni oskrbi, kot je bilo to zamišljeno leta 2005 in naj bi se uvedlo leta 2014, bi lahko razvili dopolnilno zavarovanje za dolgotrajno oskrbo po enakih principih, kot deluje dopolnilno zdravstveno zavarovanje v okviru zdravstvenega varstva. Zavarovanje bi krilo razliko doplačila do standarda, ki je predviden v okviru obveznega zavarovanja za dolgotrajno oskrbo, skladno z zakonskimi določili. V tem primeru bi bila kritja v dopolnilnem zavarovanju za dolgotrajno oskrbo zakonsko določena in ne bi omogočala večjega obsega storitev, kot je to predvideno z zakonom. Bi pa s tem zavarovanjem lahko neposredno krili stroške dolgotrajne oskrbe pri izvajalcih.

IV. NADSTANDARDNO ZAVAROVANJE ZA DOLGOTRAJNO OSKRBO

Prav tako bi v primeru uvedbe zakona za dolgotrajno oskrbo lahko razvili nadstandardno zavarovanje za dolgotrajno oskrbo. Zavarovanje bi bilo namenjeno osebam višjega in višjega srednjega dohodkovnega razreda, ki bi želele nadstandardne storitve dolgotrajne oskrbe in večji obseg storitev, kot jih določa zakon. To bi bilo dolgoročno zavarovanje z rezervacijami za starost. Ob sklenitvi zavarovanja bi se na podlagi zdravstvenega stanja, načina življenja (npr. športnik itd.) in poklica opravila ocena tveganja, ki vpliva na mesečno premijo.

V. ŽIVLJENJSKA ZAVAROVANJA Z DODATKOM ZA PRIMER DOLGOTRAJNE OSKRBE

Če bi osebe sklenile življenjsko zavarovanje z dodatkom za primer dolgotrajne oskrbe, bi lahko v primeru potreb po dolgotrajni oskrbi prejele rento ali pa izplačilo enkratnega zneska, s katerim bi si same financirale dolgotrajno oskrbo po lastnih željah. Kot dodatno možnost bi lahko življenjsko zavarovanje, poleg standardnih možnosti izplačila, t. j. v obliki rente ali enkratnega zneska, omogočalo tudi pokrivanje stroškov nadstandardne dolgotrajne oskrbe na domu ali v nadstandardnem institucionalnem varstvu oz. prilagoditve stanovanja.

VI. NEZGODNA ZAVAROVANJA Z DODATKOM ZA PRIMER DOLGOTRAJNE OSKRBE

Osebe, ki se nezgodno zavarujejo, bi lahko sklenile še dodatek za primer dolgotrajne oskrbe v primeru nezgode, kar bi zavarovancem omogočilo pokrivanje visokih stroškov dolgotrajne oskrbe. V primeru potreb po dolgotrajni oskrbi bi tako prejeli izplačilo enkratnega zneska ali pa bi lahko prejemali rento za storitev dolgotrajne oskrbe.

VII. ZAVAROVANJA KRITIČNIH BOLEZNI Z DODATKOM ZA PRIMER DOLGOTRAJNE OSKRBE

V primeru samostojnih zavarovanj kritičnih bolezni bi lahko osebam, ki bi sklenile tovrstno zavarovanje, ponudili tudi dodatno kritje za primer dolgotrajne oskrbe. V primeru težjih bolezni, ki običajno zahtevajo tudi dolgotrajno oskrbo, bi bilo smiselno razmisliti o posebni kategoriji zavarovanja dolgotrajne oskrbe. Zavarovanci bi lahko tako imeli ob nastopu zavarovalnega primera možnost enkratnega izplačila ali rentnega izplačila v primeru dolgotrajne oskrbe. Poleg tega bi lahko zavarovancem ponudili tudi koriščenje storitev nege na domu v okviru lastne mreže izvajalcev ali pa bi jim kot dodatno možnost kritja v primeru dolgotrajne oskrbe ponudili asistenčne storitve, ki bi jim omogočale lažje življenje s težjo boleznijo.

5.2.5 Možnosti razvoja ponudbene strani dolgotrajne oskrbe

V podporo razvoju zavarovanj je zagotovo smiselno razmisliti tudi o razvoju infrastrukture za dolgotrajno oskrbo, ki bi v primeru večjega koriščenja storitev dolgotrajne oskrbe lahko zadovoljila večje povpraševanje po storitvah dolgotrajne oskrbe.

Največje povpraševanje je opaziti na področju potreb pomoči na domu. Tako naj bi glede na trenutne potrebe pomoči na domu v 54 % slovenskih občin vsaj ena oseba potrebovala storitev pomoči na domu. Upravičenci do dolgotrajne oskrbe se pomoči na domu zaradi različnih razlogov ne poslužujejo. Razlogi za to so: pomanjkanje oskrbovalcev (negovalcev), povpraševanje po pomoči v tistem delu dneva, ko se ta ne izvaja, in povpraševanje po večjem obsegu pomoči na domu, kot je to dovoljeno (maksimalno 5 ur na dan). Največja neskladja med povpraševanjem in ponudbo so v dveh največjih mestih – v Ljubljani in Mariboru (Računsko sodišče Republike Slovenije, 2007).

I. LASTNE MREŽE IZVAJALCEV ZA POMOČ NA DOMU

Pomoč na domu je sestavljena iz zdravstveno patronažne oskrbe in socialne oskrbe. Zdravstveno patronažna oskrba na domu je financirana s strani zdravstvene blagajne, medtem ko je socialna oskrba stvar občin, različnih zavodov in ostalih ponudnikov, ki imajo dovoljenje za opravljanje oskrbe na domu. Tako je socialna oskrba deloma financirana iz javnih sredstev, del stroškov socialne oskrbe pa morajo upravičenci kriti sami.

Ena izmed prioritet zavarovalnic pri razvoju kvalitetne ponudbe zavarovanj bi prav gotovo bila zagotovitev dovolj velikega števila oskrbovalcev na domu, in sicer v okviru lastnih mrež izvajalcev dolgotrajne oskrbe na domu. Zavarovalnice bi tako kot dodatno storitev pri zavarovanju dolgotrajne oskrbe lahko ponudile možnost izbire izvajalca na domu v okviru lastne mreže izvajalcev dolgotrajne oskrbe. Glede na to, da je na področju socialne oskrbe potrebno za pomoč na domu doplačati, je to zagotovo dodaten argument za razvoj lastne mreže izvajalcev dolgotrajne oskrbe.

Tako bi zavarovalnice lahko razvile:

- samostojne mreže družinskih pomočnikov
- samostojne mreže patronažnih sester
- samostojne mreže socialnih oskrbovalcev
- samostojne mreže prevoznikov
- samostojne mreže gospodinjskih pomočnikov

S tem bi v primeru razvoja zavarovanja stroškov dolgotrajne oskrbe tudi lažje same nadzorovale škode. Enako bi lahko storile v primeru nadstandardnega zavarovanja za dolgotrajno oskrbo.

V primeru, da bodo zavarovalnice po sprejemu zakona za dolgotrajno oskrbo plačnice dela stroškov od celotne višine stroškov dolgotrajne oskrbe, kot imamo to trenutno urejeno na področju zdravstva bi bilo smiselno, da se zavarovancem, ki imajo pravico do te pomoči že po obstoječi zakonodaji, ponudijo določene ugodnosti, npr.:

- popust pri določenih izvajalcih ali
- boljše storitve oz.
- večji obseg storitev za ceno, ki se opira na občinski standard.

Na tem področju je tudi smiselno delovanje na lokalni ravni – vključevanje oz. sodelovanje pri projektih na področju npr. dnevno varstvenih centrov, dostave hrane na dom itd.

II. DODATNE ASISTENČNE STORITVE

Prav tako pa bi bilo smiselno, da se večini zavarovanj doda še možnost koriščenja asistenčnih storitev. V okviru asistenčnih storitev bi lahko zavarovanci zaprosili za pomoč na domu ali pa bi se vključili v sistem tele-medicinskih storitev in možnost koriščenja spletnih storitev ter novejših tehnologij, ki omogočajo večjo avtonomijo onemoglih na njihovem domu, npr.:

- opozarjanje na jemanje tablet preko telefona ali TV,
- detektorji za padce, dim itd.

To bi lahko zavarovalnice razvile same v okviru lastnih asistenčnih centrov ali pa bi se povezale z izvajalci, ki tovrstne storitve že izvajajo.

SKLEP

Glede na demografske tendence, ki so v razvitih državah sveta vedno bolj alarmantne, je neizogibno dejstvo, da se bomo morali na področju dolgotrajne oskrbe kmalu spoprijeti z visokimi finančnimi izdatki.

V Sloveniji sistem dolgotrajne oskrbe ni enovito rešen, ga pa pokriva veliko število različnih zakonov iz naslova socialnega varstva in je financiran iz različnih javno finančnih sredstev. Ker sistem kot tak v prihodnje ne bo več vzdržen, je potrebno razmisliti, na kakšen način bi lahko pokrili vedno večje potrebe po dolgotrajni oskrbi tako z javnofinančnega vidika kot tudi z vidika zasebnih zavarovanj, ki v Sloveniji trenutno še ne pokrivajo področja dolgotrajne oskrbe.

Kot je opaziti v drugih državah, v katerih se tudi spopadajo z vedno večjimi potrebami po dolgotrajni oskrbi, uporabljajo različne načine financiranja dolgotrajne oskrbe. Nemčija se je na primer odločila za rešitev problema dolgotrajne oskrbe z uvedbo dodatnega prispevka za primer dolgotrajne oskrbe. Francija se je odločila financirati dolgotrajno oskrbo iz naslova splošne obdavčitve, Nizozemska pa je uvedla socialno zavarovanje za dolgotrajno oskrbo, ki ga izvajajo privatne zavarovalnice. Od nas je odvisno, kako se bomo kot država odločili, da bomo v prihodnje financirali dolgotrajno oskrbo. Odločitev izbire sistema socialnega varstva pa bo posledično vplivala tudi na razvoj trga zavarovanj za dolgotrajno oskrbo.

Ko sem pred petimi leti prvič raziskovala trg zavarovanj za dolgotrajno oskrbo, se je zdelo, da imajo v ZDA in VB najboljše pogoje za razvoj zavarovanj za dolgotrajno oskrbo in da imata ravno ti dve državi tudi ogromen potencial za rast na tem področju zavarovanj. A če pogledamo trg zavarovanj v teh dveh državah danes in ju primerjamo s stanjem pred petimi leti, lahko rečem, da trg zasebnih zavarovanj veliko bolje 'cveti' v državah, ki imajo uvedeno socialno zavarovanje za dolgotrajno oskrbo. V VB se je velika večina zavarovalnic umaknila s trga zavarovanj za dolgotrajno oskrbo in še tiste, ki so ostale, ponujajo le še izplačilo doživljenjske rente ali enkratno izplačilo zavarovalnine na podlagi enkratnega vložka ali zastave nepremičnine. V ZDA pa je število zavarovancev v petih letih padlo z desetih na osem milijonov zavarovancev.

Glede na opažanja razvoja trgov zavarovanj za dolgotrajno oskrbo se mi zdi smiselno obdržati vsaj takšen socialni sistem, kot ga imamo, hkrati pa bi bilo smiselno razviti zasebna zavarovanja, ki bodo pomagala upravičencem pokriti celotne stroške dolgotrajne oskrbe.

Če pa se odločimo za spremembo sistema financiranja dolgotrajne oskrbe, je smiselno izbrati sistem, ki bo financiral dolgotrajno oskrbo iz prispevkov, ali pa sistem, ki se bo financiral iz splošne obdavčitve, kot so to storili v Franciji. Če pa se odločimo, da država financira dolgotrajno oskrbo le osebam, ki so ekonomsko prikrajšane, se bomo znašli v enakem položaju kot v ZDA in VB. Tam je namreč veliko število oseb, ki ne sklenejo zavarovanja za dolgotrajno oskrbo, saj so zelo občutljivi na višino premije zavarovanja, hkrati pa se zavedajo, da bodo v primeru nujne potrebe po dolgotrajni oskrbi zaradi ekonomskih razmer od države prejeli vsaj minimalno pomoč. V primeru takšnega sistema dolgotrajne oskrbe se bo verjetno dosti manjše število oseb odločilo za sklenitev zavarovanja za dolgotrajno oskrbo.

Predvsem glede na dejstvo, da je pri nas kar 28 odstotkov žensk in 21 odstotkov moških, starejših od 65 let, izpostavljenih revščini, bi bilo bolj smiselno razviti produkte, ki bodo omogočili izplačilo zavarovalnine ali rente na podlagi enkratnega denarnega vložka ali zastave nepremičnine. Vendar pa je vprašanje, kakšen bi bil javni odpor glede zastave

nepremičnine za kritje potreb dolgotrajne oskrbe. Verjetno bi bila v mestnem okolju celo dobrodošla, vprašanje pa je, kako bi to sprejeli na podeželju.

LITERATURA IN VIRI

1. Campbell, C. J., Ikegami, N., & Gibson, J. M. (2010). *Lessons From Public Long-Term Care Insurance in Germany and Japan*, Bethesda: Health Affairs.

2. Skupnost socialnih zavodov Slovenije. (b.l.). Cene in oblikovanja cen v domovih. Najdeno 14. junija 2013 na spletnem naslovu http://www.ssz-slo.si

3. Central Intelligence Agency (b.l.). Factbook 2012, People and Society, Age structure. Najdeno 16. junija 2013 na spletnem naslovu: https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/fields/2018.html

4. Comas-Herrera, A., Wittenberg, R., & Pickard, L. (2003) *European Study of Long-Term Care Expenditure*. London: London School of Economics.

5. Culyer, J. A., & Newhouse P. N. (2000). *Handbook of Health Economics.* Amsterdam: Elsevier Science B.V.

6. Černoga, M. (2013, 28. avgust). Domovi le še za bogate? *Nedeljski dnevnik,* str. 2. – 3.

7. Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve. (b.l.). Delovna področja. Najdeno 16. junija 2013 na spletnem naslovu http://www.mddsz.gov.si.

8. Driest, F. P. (2006). *Long-Term Care in Europe.* Utrecht: Netherlands Institute of Care and Welfare.

9. European Commission (2008). *Long-term care in the European Union*. Brussel: European Commission

10. European Commission. (2012). *The 2012 Ageing Report*. Brussel: European Commission.

11. Eurostat Portal. (b.l.). Health Data. Najdeno 15.aprila 2013 na spletni strani http://epp.eurostat.ec.europa.eu/.

12. Felder, S. & S. Fetzer (2008), Wait und See? Reforming the German Compulsory Long-*Term Care Insurance*, Wiesbaden: Zeitschrift des Deutschen Vereins für Versicherungswissenschaft e.V.

13. Finkelstein, A. & McGarry, K. (2004). *Multiple dimensions of private information: evidence from the long-term care insurance market*. Massachusetts: National Bureau of Economic Research.

14. Fuchs, R. V. (2008). *Individual and Social Responsibility: Child Care, Education, Medical Care, and Long-Term Care in America*. Massachusetts: National Bureau of Economic Research.

15. Gleckman, H. (2010). *Long-term Care Financing Reform: Lessons from the U.S. and Abroad*. Washington: The Urban Institute.

16. Greene, K. (2013, 1. julij). What You Need to Know About Long-Term Care Insurance. Najdeno 12. avgusta 2013 na spletnem naslovu http://online.wsj.com/

17. Inštitut Antona Terstenjaka. (2012). *Mednarodna konferenca Medgeneracijska solidarnost in staranje*, Ljubljana: Inštitut Antona Terstenjaka.

18. Inštitut za varovanje zdravja. (2001). Zdravstveni statistični letopis. Najdeno 2. septembra 2013 na spletni strani http://www.ivz.si/

19. Inštitut za varovanje zdravja. (2002). Zdravstveni statistični letopis. Najdeno 2. septembra 2013 na spletni strani http://www.ivz.si/

20. Inštitut za varovanje zdravja. (2003). Zdravstveni statistični letopis. Najdeno 2. septembra 2013 na spletni strani http://www.ivz.si/

21. Inštitut za varovanje zdravja. (2004). Zdravstveni statistični letopis. Najdeno 2. septembra 2013 na spletni strani http://www.ivz.si/

22. Inštitut za varovanje zdravja. (2005). Zdravstveni statistični letopis. Najdeno 2. septembra 2013 na spletni strani http://www.ivz.si/

23. Inštitut za varovanje zdravja. (2006). Zdravstveni statistični letopis. Najdeno 2. septembra 2013 na spletni strani http://www.ivz.si/

24. Inštitut za varovanje zdravja. (2007). Zdravstveni statistični letopis. Najdeno 2. septembra 2013 na spletni strani http://www.ivz.si/

25. Inštitut za varovanje zdravja. (2008). Zdravstveni statistični letopis. Najdeno 2. septembra 2013 na spletni strani http://www.ivz.si/

26. Inštitut za varovanje zdravja. (2009). Zdravstveni statistični letopis. Najdeno 2. septembra 2013 na spletni strani http://www.ivz.si/

27. Inštitut za varovanje zdravja. (2010). Zdravstveni statistični letopis. Najdeno 2. septembra 2013 na spletni strani http://www.ivz.si/

28. Inštitut za varovanje zdravja. (2011). Zdravstveni statistični letopis. Najdeno 2. septembra 2013 na spletni strani http://www.ivz.si/

29. Kešeljević, A. (2013, 11. januar). *Dolgotrajna oskrba kot resnični izziv.* Najdeno 25. aprila 2013 na spletni stani http://www.dnevnik.si/mnenja/kolumne/dolgotrajna-oskrba-kot-resnicni-izziv.

30. Lipszyc, B., Sail, E. & Xavier, A. (2012). *Long-term care: need, use and expenditure in the EU-27*, European Commission.

31. Malačič, J. (2008). *Demografske razmere v Sloveniji v luči evropskih trendov*. Slovensko zavarovalno združenje: 15. zavarovalniški dnevi.

32. Ministrstvo za zdravje (2007).*Predlog zakona o dolgotrajni oskrbi in zavarovanju za dolgotrajno oskrbo.* Najdeno 12. februarja 2013 na spletni strani http://www.mz.gov.si

33. Mot, E. (2010). *Dutch-System-Long Term Care*; CPB Dokument, Projekt ANCIEN.

34. Organizacija za gospodarsko sodelovanje in razvoj (2011). *Health at glance 2011*, OECDiLibrary.

35. Pasdika, U. (2007). *Die private Pflegeversicherung – ein Trend in internationalen Versicherungsmärkten?*, Köln: GEN RE LifeHealth.

36. Pflegezusatzversicherung (b.l.) v *Deutsche Krankenversicherung A.G.*. Najdeno 11. avgusta 2013 na spletni strani: http://www.dkv.com/.

37. Pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja (b.l.) v *Zavod za zdravstveno zavarovanje.* Najdeno 14. marca 2013 na spletni strani http://www.zzzs.si/.

38. Private Pflege- und Pflegezusatzversicherung (b.l.) v *Allianz Versicherung A.G.* Najdeno 11. avgusta 2013 na spletni strani http://www.allianz.de/.

39. Private Pflegeversicherung Vergleichen. Najdeno 22. Avgusta na spletni strani http://www.private-pflegeversicherung-vergleichen.de/.

40. Pflegestufe.info (b.l.) Najdeno 22. avgusta 2013 na spletni strani http://www. pflegestufe. info/.

41. Računsko sodišče Republike Slovenije. (2007). *Revizijsko poročilo Skrb za tiste, ki potrebujejo varstvo in nego drugih*. Ljubljana: Računsko sodišče Republike Slovenije.

42. Residential care fees (b.l.) v *Partnership Assurance.* Najdeno 16. avgusta 2013 na spletni strani http://www.partnership.co.uk/care/.

43. Rupel, P. V., & Ogorevc, M. (2010). *Long Term Care System in Slovenia*, Ljubljana: Inštitut za ekonomska raziskovanja.

44. Simon, E. (2013, 17. februar). *How to cope with long term care costs.* Najdeno 23. avgusta na spletni strani http://www.telegraph.co.uk/.

45. Sloan, A., F., & Norton, C., E. (1997). *Adverse Selection, Bequests, Crowding Out, and Private Demand for Insurance: Evidence from the Long-term Care Insurance Market*, Duke University.

46. Spinnewijn, J. (2013). *Heterogenity, Demand for Insurance and Adverse Selection*, London School of Economics.

47. Statistični urad Republike Slovenije. (2013). Mednarodni dan starejših. Najdeno 26. septembra 2013 na spletnem naslovu http://www.stat.si/novica_prikazi.aspx?id=5780

48. Statistični urad Republike Slovenije. (2013). Novinarske konference. Najdeno 15. septembra na spletnem naslovu http://www.stat.si/stat_novinarske_2013-07-31.asp

49. Stevenson, G. D., Cohen, A. M., Tell, J. E. & Burwell, B. (2010). *The Complementary of Public And Private Long.Term Care Coverage*, Health Affairs.

50. The Market for Long-Term Care Insurance (b.l.) v *The National Bureau of Economic Research*. Najdeno 22.3.2013 na spletni strani http://www.nber.org/.

51. Tsolova, S, & Mortensen J. (2006) T*he Cross-Atlantic Exchange to Advance Long-Term Care*, Brussels: Background paper prepared for the European Comission and AARP Joint Conference on Long-Term Care.

52. University of Oxford (2005) *Population Ageing and Health Care Expenditure*, Oxford: Ageing Horizons.

53. Urad za makroekonomske analize (2009). *Socialni razgledi 2009*, Ljubljana: Urad za makroekonomske analize.

54. Urad za makroekonomske analize (2013). *Poročilo o razvoju 2013*, Ljubljana: Urad za makroekonomske analize.

55. *Verband der privaten Krankenversicherung*. Najdeno 20. avgusta 2013 na spletni strani http://www.pkv.de/.
56. Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje. (2012). *Pokojninsko in invalidsko zavarovanje v številkah 2012,*. Ljubljana: Zavod za pokojninsko zavarovanje.

PRILOGA

Tabela 1: Cena storitev v domu starejših občanov; marec 2013

NAZIV DOMA STAREJŠIH OBČANOV	CENA v marcu 2013
DSO – Ajdovščina	16,75
DU – Celje	17
DSO – Črnomelj	17,16
DU – Domžale	17,31
DVZ – Prizma, Ponikve*	14,41
KDS – Dravograd	16,28
KDS – PE Slovenj Gradec	22,62
DSO – Grosuplje	17,2
DSO – Grosuplje, PE Loški_Potok	19,1
DS – Hrastnik	18,82
DU – Idrija, starejši	24,94
DSO – Ilirska Bistrica	18
DU – Izola	15,98
DU – Jesenice	16,79
DSO – Kamnik	17,27
DSO – Kočevje	16,04
ODU – Koper	16,44
DU – Kranj	17,4
DSO – Krško	17,7
Zavod – Hrastovec	17,96
DS – Lendava	16,85
Tisje, Šmartno pri Litiji	17,48
DSO – Lj. -_Bežigrad	17,48
DU – Center, Lj. - Center	17,17
DSO – Lj._Moste - Polje	16,89
DSO – Lj. -_Šiška	17,08
DSO – Lj._Vič - Rudnik, enota Bokalci	17,62
DSO – Lj. - Vič, enota Kolezija	17,8
DSO – Lj. - Fužine	17,73
DSO – Ljutomer	17,46

»se nadaljuje«

nadaljevanje

DS – Logatec	17,86
DU – Maribr, enota Pobrežje	16,04
DU – Maribr, enota Tabor	16,55
DU – Maribor - Tezno	17,6
Dom počitka Mengeš	16,99
Dom počitka Mengeš, PE Trzin	19,98
Dom počitka Metlika	16,1
Rakičan, Murska Sobota	16,93
Rakičan, MS, PE Sv. Jurij	22,41
CS – Murska Sobota	23,18
DU – Nova Gorica	17,58
DU – Nova Gorica, PE Podsabotin	22,51
DU – Gradišče	17,13
DSO – Novo_mesto	16,5
DU – Polzela	15,7
DU – Postojna	17,81
DSO – Preddvor	17,58
DSO – Preddvor, PE Naklo	24,62
Dom na Fari, Prevalje	17,77
DU – Ptuj	15,88
DU – Ptuj, enota v Kopru (Olmo)	18,28
Dom – Radovljica	16,53
DUO – Impoljca, enota Brežice	16,5
DUO – Impoljca, enota Sevnica	18,16
TDU – Loka	15,9
DU – Sežana	16,37
Dom – Poljčane	16,8
LD – Slovenske Konjice	17
DS – Šentjur	17,92
CSS – Škofja Loka	17,04
DU – Šmarje	16,96
DU – Podbrdo, Tolmin	16,49
DU – Trbovlje	16,76
DSO – Trebnje	17,51

»se nadaljuje«

nadaljevanje

DSO – Trebnje, PE Šmarjeta	22,05
Dom – Tržič	16,46
DVO – Velenje	16,6
DU – Vrhnika	17,75
DSO – Zagorje	16,61
COMMET, Rogaška Slatina	20,66
DEOS – Cerknica	23,37
DEOS – Gornji Grad	22,58
DEOS – Medvode	24,23
DEOS – Trnovo	30,4
DS – IDILA, Jarenina	19,4
Dom – MM, Logatec	18,82
Laško	20,19
CSO – Ormož	18,82
Penzion SREČA	21,24
Sončni dom	20,99
TALITA – KUM	17,47
DEOS – Horjul	22,66
Vitadom	22,51
Vojnik	20
Vransko	22,5
Čebela, sv. Ema	16,99
Zavod sv. Terezije	21,62
Beltinci	20,72
RIVE Ribnica	21,96
Zavod sv. Jožefa	21,76
DSO – Radlje	20,93
Dom Lenart	19,23
DSO – Gornja Radgona	22,36
DOSOR – Radenci	23,16
Dom LIPA	22,63
CSO – Lucija	24,77
DSO – Kuzma	21,79
Zavod sv. Martina	21,61

»se nadaljuje«

nadaljevanje

Dom Janeza Krstnika	25,97
Povprečna cena	**18,93**