

**UNIVERZA V LJUBLJANI
EKONOMSKA FAKULTETA**

MAGISTRSKO DELO

VALERIJA ROGELJ

UNIVERZA V LJUBLJANI
EKONOMSKA FAKULTETA

MAGISTRSKO DELO

**PRIČAKOVANO TRAJANJE ŽIVLJENJA
OB VSTOPU V SOCIALNOVARSTVENI ZAVOD
KOT MERILO KAKOVOSTI IZVAJANJA DOLGOTRAJNE OSKRBE**

Ljubljana, junij 2016

VALERIJA ROGELJ

IZJAVA O AVTORSTVU

Podpisana Valerija Rogelj, študentka Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani, avtorica predloženega dela z naslovom Pričakovano trajanje življenja ob vstopu v socialnovarstveni zavod kot merilo kakovosti izvajanja dolgotrajne oskrbe, pripravljenega v sodelovanju s svetovalcem prof. dr. Miroslavom Verbičem.

IZJAVLJAM

1. da sem predloženo delo pripravila samostojno;
2. da je tiskana oblika predloženega dela istovetna njegovi elektronski obliki;
3. da je besedilo predloženega dela 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 oziroma navajam v besedilu, citirana oziroma povzeta v skladu z Navodili za izdelavo zaključnih nalog Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani;
4. da se zavedam, da je plagiatstvo – predstavljanje tujih del (v pisni ali grafični obliki) kot mojih lastnih – kaznivo po Kazenskem zakoniku Republike Slovenije;
5. da se zavedam posledic, ki bi jih na osnovi predloženega dela dokazano plagiatstvo lahko predstavljalo za moj status na Ekonomski fakulteti Univerze v Ljubljani v skladu z relevantnim pravilnikom;
6. da sem pridobila vsa potrebna dovoljenja za uporabo podatkov in avtorskih del v predloženem delu in jih v njem jasno označila;
7. da sem pri pripravi predloženega dela ravnala v skladu z etičnimi načeli in, kjer je to potrebno, za raziskavo pridobila soglasje etične komisije;
8. da soglašam, da se elektronska oblika predloženega dela uporabi za preverjanje podobnosti vsebine z drugimi deli s programsko opremo za preverjanje podobnosti vsebine, ki je povezana s študijskim informacijskim sistemom članice;
9. da na Univerzo v Ljubljani neodplačno, neizključno, prostorsko in časovno neomejeno prenašam pravico shranitve predloženega dela v elektronski obliki, pravico reproduciranja ter pravico dajanja predloženega dela na voljo javnosti na svetovnem spletu preko Repozitorija Univerze v Ljubljani;
10. da hkrati z objavo predloženega dela dovoljujem objavo svojih osebnih podatkov, ki so navedeni v njem in v tej izjavi.

V Ljubljani, dne 7. julija 2016

Podpis študentke: _____

KAZALO

UVOD	1
1 DOLGOTRAJNA OSKRBA	5
1.1 Mednarodna definicija dolgotrajne oskrbe v sistemu zdravstvenih računov	6
1.2 Dolgotrajna oskrba v Sloveniji.....	7
1.2.1 Izvedba dolgotrajne oskrbe.....	8
1.2.2 Individualni načrt oskrbovanca	13
1.2.3 Merjenje izvajanja dolgotrajne oskrbe	15
1.2.4 Kategorije dolgotrajne oskrbe	17
1.2.5 Financiranje dolgotrajne oskrbe	20
1.3 Dolgotrajna oskrba v tujini.....	25
1.3.1 Primer Španije	25
1.3.2 Primerjava kategorij oskrbe v drugih evropskih državah.....	29
1.4 Kakovost dolgotrajne oskrbe.....	30
1.4.1 Certificiranja, akreditacije in standardi kakovosti dolgotrajne oskrbe	32
1.4.2 Evropska listina pravic	32
2 ZAKONODAJNI OKVIR DOLGOTRAJNE OSKRBE	33
2.1 Zakonodaja v Sloveniji.....	33
2.1.1 Zakon o socialnem varstvu	34
2.1.2 Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju	34
2.1.3 Zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju	36
2.1.4 Dodatek za pomoč in postrežbo.....	37
2.1.5 Dodatek za tujo nego in pomoč	38
2.2 Reforma sistema dolgotrajne oskrbe	39
2.2.1 Operativni program za izvajanje Evropske kohezijske politike v obdobju 2014–2020	39
2.2.1 Modra knjiga	40
2.2.2 Optimalno koriščenje danih resursov za oskrbo starostnikov, ki so odvisni od pomoči drugih.....	41
2.2.3 Pomen podatkov o dolgotrajni oskrbi.....	42
2.2.4 Predlog zakona o dolgotrajni oskrbi in zavarovanju za dolgotrajno oskrbo	45
3 POROČANJE IZVAJALCEV DOLGOTRAJNE OSKRBE	48
3.1 Socialnovarstveni zavodi v lasti občin in države	48
3.2 Gospodarske družbe – koncesionarji kot ponudniki dolgotrajne oskrbe	48
3.3 Določitev poročevalskih standardov	49
3.3.1 Letno poročilo izvajalcev dolgotrajne oskrbe	49
3.3.2 Nacionalna statistika.....	51
3.4 Tveganja pri poslovanju izvajalcev dolgotrajne oskrbe	52

3.5	Nadzor nad poslovanjem in poročanjem po predlogu ZDOZDO	54
4	MERJENJE KAKOVOSTI OSKRBE	55
4.1	Pričakovano trajanje življenja kot merilo kakovosti izvajanja dolgotrajne oskrbe	55
4.1.1	Model tablic smrtnosti.....	55
4.1.2	Pričakovano trajanje življenja v Sloveniji.....	58
4.1.3	Analiza pričakovanega trajanja življenja v Evropi	59
4.1.4	Aktuarski model mnogoterih pojemanj.....	59
4.1.5	Model kategorij zdravstvene nege.....	62
4.1.6	Numerični primer mnogoterih pojemanj.....	68
4.2	Preverjanje hipotez.....	78
4.2.1	Hipoteza 1	80
4.2.2	Hipoteza 2	81
5	RAZVOJ STATISTIČNIH RAZISKAV NA PODROČJU DOLGOTRAJNE OSKRBE	82
5.1	Statistično spremljanje dolgotrajne oskrbe v Španiji.....	82
5.2	Statistično spremljanje dolgotrajne oskrbe v Sloveniji.....	83
5.2.1	Razvoj dolgotrajne oskrbe in statistično spremljanje dolgotrajne oskrbe.	84
5.2.2	Statistično spremljanje financiranja dolgotrajne oskrbe	85
	SKLEP.....	87
	LITERATURA IN VIRI.....	91
	PRILOGE	

KAZALO TABEL

Tabela 1:	Pregled prošenj in prostih mest v domovih za starejše in posebnih socialnovarstvenih zavodih na dan 24. 4. 2016.....	12
Tabela 2:	Primerjava števila mest po vrsti zavodov na dan 1. 1. po letih	13
Tabela 3:	Pregled kapacitet po vrstah zavodov na dan 1. 1. 2016	13
Tabela 4:	Točkovanje v slovenski različici CDS (LOSS lestvica).....	16
Tabela 5:	Primerjava vrste oskrbe in obseg oskrbe (v točkah)	17
Tabela 6:	Delež oskrbovancev v kategorijah oskrbe v socialnovarstvenih zavodih, po letih na dan 1. januar	17
Tabela 7:	Kriteriji razporeditev oskrbovancev v kategorije zdravstvene nege	19
Tabela 8:	Razporeditev oskrbovancev v kategorije socialne oskrbe.....	20
Tabela 9:	Prihodki od prodaje storitev socialnovarstvenih zavodov v Sloveniji, v letih od 2012 do 2014	22
Tabela 10:	Število ustanov in zaposlenih ter prihodki in odhodki izvajalcev v Sloveniji v letu 2014.....	22
Tabela 11:	Obračun storitev dolgotrajne oskrbe v socialnovarstvenem zavodu X	24

Tabela 12: Maksimalni zneski denarnih prejemkov v letu 2015 glede na stopnjo odvisnosti v Španiji.....	27
Tabela 13: Stopnja in ravni odvisnosti v dolgotrajni oskrbi v Španiji	28
Tabela 14: Stopnje odvisnosti v Španiji	28
Tabela 15: Stopnje potrebne podpore pri aktivnostih dnevnega življenja.....	29
Tabela 16: Stopnja in ravni odvisnosti v Španiji z dodatki iz leta 2013	29
Tabela 17: Pregled stanja prebivalstva, delež starejših nad 65 let in ocenjevalne lestvice po posameznih državah, v letu 2013.....	30
Tabela 18: Število upravičencev do pokojnin in izplačila v mio EUR po letih v Sloveniji	37
Tabela 19: Dodatek za pomoč in postrežbo v letih 2013, 2014 in 2015	38
Tabela 20: Projekcija prebivalstva Slovenije do leta 2060.....	40
Tabela 21: Prejemniki storitev in prejemkov dolgotrajne oskrbe v Sloveniji, po letih.....	44
Tabela 22: Primerjava obsega poročanja gospodarskih družb in javnih zavodov.....	50
Tabela 23: Zasnova ključnih podatkov (atributov) za pripravo baznih podatkov.....	51
Tabela 24: Zunanji in notranji dejavniki tveganj pri delovanju socialnovarstvenih zavodov	52
Tabela 25: Populacijski model	60
Tabela 26: Pregled prehodov oskrbovancev iz/v kategorijo zdravstvene nege in v stanje umrli.....	64
Tabela 27: Število starostnikov in oskrbovancev na začetku/koncu proučevanega obdobja in vsi prehodi – populacija A.....	70
Tabela 28: Število prehodov oskrbovancev za j stanj – populacija A.....	71
Tabela 29: Verjetnost prehodov oskrbovancev za j stanj – populacija A	72
Tabela 30: Verjetnost preživetja v stanju in vsota produktov verjetnost preživetja v stanju – populacija A.....	73
Tabela 31: Število oskrbovancev na začetku/koncu proučevanega obdobja in vsi prehodi – populacija B	74
Tabela 32: Število prehodov oskrbovancev za j stanj – populacija B	75
Tabela 33: Verjetnost prehodov oskrbovancev za j stanj – populacija B.....	76
Tabela 34: Verjetnost preživetja v stanju in vsota produktov verjetnost preživetja v stanju – populacija B	77
Tabela 35: Povzetek ugotovitev za celotno populacijo socialnovarstvenih zavodov tipa A80	
Tabela 36: Povzetek ugotovitev za celotno populacijo socialnovarstvenih zavodov tipa B81	
Tabela 37: Pregled poročevalskih kategorij v Španiji na dan 29. februar 2016.....	82
Tabela 38: Pregled statističnih tabel v Španiji in primerjava s Slovenijo	83

KAZALO SLIK

Slika 1: Prikaz obravnave oskrbovanca v socialnovarstvenem zavodu X.....	14
Slika 2: Prikaz obravnave oskrbovanca v ZZZS (po predlogu ZDOZDO).....	15
Slika 3: Gibanje ravni funkcionalnih zmožnosti oseb od rojstva do pozne starosti in kategorije dolgotrajne oskrbe starostnika	63

UVOD

Če hoče Slovenija ostati socialna država, kot je to zapisano v Ustavi Republike Slovenije (2. in 50. člen Ustave Republike Slovenije, Ur.l. RS št. 68/2006), in zagotoviti ustrezen sistem dolgotrajne oskrbe, mora razviti sistem, ki učinkovito koristi družbene resurse, za sprejemanje optimalnih odločitev pa potrebuje ustrezno podatkovno podlago, vključno s statističnim zajemanjem, obdelavo in poročanjem podatkov o izvajanju in financiranju socialnovarstvenih storitev ter upadanju funkcionalnih zmožnosti prebivalstva, ki so odvisni od pomoči drugih.

Naša naloga kot državljanov je, da se odločimo, kakšno raven oskrbe si želimo, koliko nas bo to stalo in da se odločimo, kako bomo to plačali. Za informirano odločitev na tem področju in za učinkovito organizacijo izvajanja storitev potrebujemo ustrezno informacijsko podlago, kar je vezano na normative dela, cene dela, vlaganja v objekte in naprave ter prostorsko porazdelitev oziroma disperzijo le-teh.

Skladno z Operativnim programom za izvajanje Evropske kohezijske politike v obdobju 2014–2020, ki je bil objavljen 11. decembra 2014 (v nadaljevanju Operativni program), je Slovenija kot ključno področje razvoja opredelila Spodbujanje razpoložljivosti cenovno dostopnih, trajnostnih in visoko kakovostnih storitev, vključno z zdravstvenimi in socialnimi storitvami splošnega pomena. Med te storitve sodi tudi dolgotrajna oskrba in je obravnavana v točki 2.9.4 Operativnega programa (Evropska komisija, 2014).

V sistem dolgotrajne oskrbe v Sloveniji so vključene osebe, ki so odvisne od pomoči drugih (2013: 60.795 oseb) in vključujejo otroke do 18 let, odrasle od 18 do 65 let in osebe, stare 65 let in več (2013: 21.093 oseb). Projekcije Evropske komisije, ki so bile objavljene v poročilu o staranju za obdobje od 2013 do 2060 (2015, angl. *Ageing Report 2015*, v nadaljevanju Ageing Report) ocenjujejo, da bo število oseb, odvisnih od pomoči drugih in vključenih v sistem dolgotrajne oskrbe v letu 2060 med 104.575 in 144.295 oseb. Za leto 2013 je bilo po podatkih Statističnega urada Republike Slovenije (2013, v nadaljevanju SURS) za dolgotrajne oskrbe namenjenih skupno 471 mio EUR (1,3 % BDP), od tega samo za zdravstveni del 314 mio EUR ali 67 % vseh izdatkov, ki so namenjeni dolgotrajni oskrbi (SURS, 2015).

Ključno vprašanje, na katerega bo poskušalo odgovoriti magistrsko delo in na katerega do sedaj še ni bilo odgovorjeno, je, kako razviti kvantitativni model merjenja kakovosti socialnovarstvenih storitev za starostnike, ki bi omogočil tako primerjanje kakovosti izvajanja socialnovarstvenih storitev med različnimi izvajalci v Republiki Sloveniji, kot tudi primerjanje kakovosti izvajanja z izvajalci v ostalih državah članicah Evropske unije (v nadaljevanju EU) ter z izvajalci v državah članicah v okviru Organizacije za ekonomsko sodelovanje in razvoj (angl. *Organisation for Economic Cooperation and Development*, v nadaljevanju OECD).

Kot navaja Operativni program, Slovenija trenutno nima sistemsko urejenega področja dolgotrajne oskrbe. Storitve in pravice izhajajo iz različnih obstoječih sistemov – zdravstvenega zavarovanja, pokojninskega in invalidskega zavarovanja ter iz sistema socialnega varstva. Glede na demografsko strukturo, ki jo prikazuje oziroma obravnava tudi Evropska komisija v Ageing Reportu, in naraščanje deleža s starostjo povezanih izdatkov, se kaže potreba po reformi, ki bo omogočila vzpostavitev enotnega sistema dostopnih in kakovostnih skupnostnih storitev za tiste, ki pomoč najbolj potrebujejo. Namen reforme je dezinstucionalizacija, ki bo zmanjšala ali odložila vključevanje v institucionalne oblike varstva (Evropska komisija, 2014).

V Sloveniji se pripravlja nova zakonodaja na področju dolgotrajne oskrbe, s katero bo celovito urejeno izvajanje in financiranje tega področja (MDDSZ, Predlog Zakona o dolgotrajni oskrbi in zavarovanju za dolgotrajno oskrbo, 2010, v nadaljevanju predlog ZDOZDO). Čeprav naj bi v najmanj dveh letih zagotovili pogoje za izvajanje dolgotrajne oskrbe, predlog ZDOZDO še ni vložjen v parlamentarni postopek. Na strokovnem posvetu dne 13. maja 2016 z naslovom »Dezinstucionalizacija: izhodišča in pristopi« je Ministrstvo za dom, družino in socialne zadeve ter enake možnosti (v nadaljevanju MDDSZ) napovedalo, da bo zakon vložjen v obravnavo še to jesen, v okviru dodatnih pojasnil s strani uslužbenke MDDSZ pa v prihodnjem letu.

Predlog ZDOZDO predvideva vzpostavitev in delovanje enotnih vstopnih točk, v okviru katerih bo potekala priprava za obravnavo starostnikov (enotni triažni postopek), ki ga bodo izvedle interdisciplinarne komisije za ocenjevanje potreb. Raziskave in pilotski projekti, ki določajo upravičenosti do integriranih zdravstvenih ter socialnih storitev dolgotrajne oskrbe, spremljanje upravičencev do storitev in sredstev dolgotrajne oskrbe ter koordinacija razvoja integriranih skupnostnih storitev, opredeljuje tudi Operativni program (Evropska komisija, 2014).

Med elemente teh novih aktivnosti sodi tudi usposabljanje potrebnega kadra ter razvoj informacijske in komunikacijske tehnologije kot podpore izvajanju storitev. Nihče pa v dokumentih ne omenja posebej, da je za uspešno opravljanje storitev potrebna tudi dobra podatkovna baza; ne samo za operativno delo, ampak tudi za merjenje in kontrolo uspešnosti delovanja sistema dolgotrajne oskrbe. Za merjenje uspešnosti delovanja sistema pa je potrebno postaviti tudi kriterije.

Namen. Magistrsko delo bo podalo model za merjenje kakovosti izvajanja socialnovarstvenih storitev v sistemu dolgotrajne oskrbe, za kar celo dokumenti OECD navajajo, da še ni razvit (OECD, 2015).

Potrebne so obsežne reforme za izboljšanje storitev za slabotne in ranljive starejše ljudi, ki jih je potrebno zaščititi pred substandardno oskrbo. Do danes so mnoge članice OECD in

države članice EU že uvedla zakonodajo, ki zahteva od upraviteljev socialnovarstvenih zavodov, da pridobijo ustrezno licenco (fizične osebe) oziroma koncesijo (organizacije). Zakonodaja določa le minimalne standarde bivalnega okolja in kadrovskega razmerja, ne določa pa informacijskih in upravljaljskih temeljev za izvajanje in nadzor.

Da bi zadovoljili potrebe po večji kakovosti oskrbe in transparentnost delovanja izvajalcev, kar bi omogočalo boljšo izbiro s strani oskrbovanca, morata zakonodajalec in regulator zagotoviti, da so potrebni podatki o kakovosti oskrbe na voljo javnosti. Avstralija, Kanada, Anglija, Finska, Nemčija, Irska in nekatere druge države so to do neke mere že izvedle in omogočajo uporabnikom, da primerjajo kakovosti različnih izvajalcev oziroma upraviteljev socialnovarstvenih zavodov s spremljanjem indeksa smrtnosti, kar pa še ni dovolj dober kazalnik uspešnosti oziroma kakovosti oskrbe (OECD in Evropska komisija, 2013).

S tem magistrskim delom želim prispevati k reševanju te problematike v Sloveniji. V ta namen bo zbrana in proučena domača ter tuja strokovna literatura s področja dolgotrajne oskrbe, zakonodaja v tujini in Sloveniji ter letna poročila pravnih oseb, ki trenutno ponujajo storitev dolgotrajne oskrbe. V magistrskem delu bom razvila instrument za merjenje kakovosti dolgotrajne oskrbe, ki bo temeljil na aktuarsko-matematičnih metodah.

Cilji. Pri predlogih OECD za ureditev razmer na tem področju manjkajo aktuarsko-matematične metode za ocenjevanje kakovosti dolgotrajne oskrbe in navodila za zbiranje statističnih podatkov, pomembnih za vso državo, ki bi omogočili javnosti, da spremlja uspešnost in učinkovitost dela socialnovarstvenih zavodov.

Tako je cilj magistrskega dela razviti aktuarski model za spremljanje kakovosti oskrbe v sistemu dolgotrajne oskrbe, kakor tudi pripraviti predlog za model zajemanja in obdelave podatkov v sistemu statističnih raziskav, pomembnih za vso državo.

V magistrskem delu bom preverila naslednji hipotezi:

Hipoteza 1: Pričakovano trajanje življenja ob vstopu v socialnovarstveni zavod in pričakovano trajanje življenja v posamezni kategoriji funkcionalnih zmožnosti je primeren, merljiv kazalnik za merilo kakovosti izvajanja socialnovarstvenih storitev, predvsem dolgotrajne oskrbe.

Hipoteza 2: Funkcionalne zmožnosti oskrbovancev upadajo z različno intenzivnostjo, v odvisnosti od kakovosti oskrbe, kar lahko merimo s prehodi med kategorijami dolgotrajne oskrbe, kot sledi iz aktuarskega modela mnogoterih pojemanj (Bogataj, Ros McDonnell & Bogataj, 2015a,b).

Metode dela. Magistrsko delo vsebuje podroben pregled in analizo strokovne literature, znanstvenih razprav, raziskav ter člankov tako domačih kot tujih strokovnjakov s področja obravnavane teme, kot je to navedeno v seznamu literature. Sinteza spoznanj bo izvedena z vidika aktuarske stroke in bo temeljila na aktuarsko-matematičnih izračunih, to je modelu pričakovanega trajanja življenja in modelu mnogoterih pojemanj (angl. *Multiple Decrement Model*).

V magistrskem delu bom proučila, kako je model mnogoterih pojemanj, ki je znan v aktuarstvu, kakor ga je posebej za problem upadanja funkcionalnih zmožnosti v različnih grajenih okoljih razvil Bogataj s sodelavci (Bogataj et al., 2015a), mogoče smiselno preoblikovati in uporabiti tako, da bo omogočal uspešno merjenje kakovosti dolgotrajne oskrbe starostnikov.

Spremljanje krivulje upada funkcionalnih zmožnosti oskrbovanca od vstopa v dolgotrajno oskrbo do njegove smrti omogoča postaviti lestvico kakovosti izvajanja storitev dolgotrajne oskrbe in rangirati oziroma razvrščati izvajalce, kar bo še posebej v korist bodočim prosilcem za odločitev o izbiri izvajalca pri vstopu v dolgotrajno oskrbo.

Magistrsko delo bo podalo pričakovano trajanje življenja v posamezni kategoriji oskrbe v okviru posamezne starostne skupine ob vstopu v socialnovarstveni zavod kot merilo kakovosti izvajanja dolgotrajne oskrbe. Tako bi javnost poleg kazalnikov, ki jih že navaja OECD, to je podatkov o smrtnosti starostnikov, pridobila vpogled tudi v lestvico kakovosti izvajanja storitev dolgotrajne oskrbe, državna statistika pa bi podatke o kategorijah dolgotrajne oskrbe na lestvici mnogoterih pojemanj organizirala in objavljala ter jih tako vključila v nabor statističnih podatkov, pomembnih za vso državo.

V prvem poglavju bo kratko predstavljena osnovna opredelitev dolgotrajne oskrbe, podana bodo izhodišča problema in specifičnosti oskrbe starostnikov, posebnosti problematike dolgotrajne oskrbe v Sloveniji in primerjava s tujino, kot je na voljo v dokumentih OECD, Evropske komisije in posameznih avtorjev v visoko rangiranih znanstvenih revijah, kot je razvidno iz priloženega seznama literature.

V drugem poglavju bo predstavljen slovenski dosedanji zakonodajni okvir in zakonodaja v pripravi. Najpomembnejši zakoni, podzakonski akti in predlogi zakonov so podani v seznamu literature.

V tretjem poglavju se bom osredotočila na sedanjo neenotno predstavitev javno objavljenih letnih poročil ponudnikov storitev dolgotrajne oskrbe (javni zavodi in koncesionarji) ter predloge za nujno potrebne dopolnitve. Obseg razkritij v okviru letnih poročil bom smiselno primerjala z lastnimi ugotovitvami v izvedenih revizijskih postopkih socialnovarstvenih zavodov, ne da bi posebej razkrivala nejavne podatke o posameznih oskrbovalcih.

V četrtem poglavju bom na podlagi izhodišč, izbranih metodologij in danih omejitev izdelala metodo za izračun pričakovanega trajanja življenja v posamezni kategoriji oskrbe kot merilo kakovosti storitev. Pokazala bom, kako bi uveljavitev take metode v zakonodaji vplivala na možnost rangiranja izvajalcev po kakovosti izvajanja storitev.

V petem poglavju bom podala potrebno razširitev nabora kazalnikov, ki naj bi jih spremljala SURS ter SSZS in pri tem izhajala iz dobrih praks v Evropi.

Omejitev obsega. Predlagani sistem dolgotrajne oskrbe se nanaša izključno na starostnike, starejše od 65 let in ne na posameznike iz drugih starostnih skupin, ki imajo zmanjšane fizične in/ali kognitivne funkcionalne zmožnosti. Ker v Sloveniji ne obstajajo javnosti dostopni podatki o številu, starosti in spolu oskrbovancev v socialnovarstvenem zavodu po posameznih kategorijah, bom uporabila hipotetični primer.

1 DOLGOTRAJNA OSKRBA

Na splošno dolgotrajna oskrba pomeni skrb za osebe, ki so odvisne od pomoči drugih. Storitve dolgotrajne oskrbe obsegajo storitve aktivnosti dnevnega življenja (fizične) in storitve pri opravljanju pomožnih aktivnosti v pomoč človeku kot socialnemu bitju. Zametki dolgotrajne oskrbe segajo v petdeseta leta prejšnjega stoletja, ko je Sidnay Katz s svojimi sodelavci v Clevelandu opredelil koncept oskrbe in pomoči pri izvajanju osnovnih dnevnih opravil, ki jih mora opravljati posameznik (Katz, b.l.). Dolgotrajno oskrbo mednarodne institucije (OECD, Eurostat, WHO) v enotni definiciji opredeljujejo kot niz storitev, ki jih potrebujejo ljudje z zmanjšano stopnjo funkcionalne zmožnosti (fizične ali kognitivne), ki so posledično v daljšem časovnem obdobju odvisni od pomoči pri izvajanju temeljnih in/ali podpornih dnevnih opravil.

Temeljna dnevna opravila ali storitve osebne oskrbe (angl. *Basic Activities of Daily Living*, v nadaljevanju BADL oskrba) se običajno zagotavljajo v kombinaciji z osnovnimi zdravstvenimi storitvami, kot so: zdravstvena nega, zdravstvena preventiva, rehabilitacija ter paliativna oskrba. Podporna dnevna opravila ali storitve podporne oskrbe (angl. *Instrumental Activities of Daily Living*, v nadaljevanju IADL oskrba) pa so povezane predvsem s pomočjo v gospodinjstvu (UMAR, 2014; Colombo, Llena-Nozal, Mercier & Tjadens, 2011).

Natančneje je bil pojem dolgotrajne oskrbe sistematiziran v sistemu zdravstvenih računov, ki se delijo na zdravstveni del in socialni del (UMAR, 2014).

1.1 Mednarodna definicija dolgotrajne oskrbe v sistemu zdravstvenih računov

Tri mednarodne institucije – OECD, Eurostat, in Svetovna zdravstvena organizacija (ang. World Health Organization, v nadaljevanju WHO) so leta 2006, ko je bila mednarodna definicija dolgotrajne oskrbe prvič jasno opredeljena v okviru metodologije sistema zdravstvenih računov (angl. *The System of Health Accounts 2011*, v nadaljevanju SHA 2006), v metodoloških navodilih za poročanje izdatkov za zdravstvo (OECD, Eurostat & WHO, 2011) prvič objavile celovito in natančno definicijo za spremljanje izdatkov za dolgotrajno oskrbo, s poudarkom na razmejitvi med izdatki dolgotrajne oskrbe, ki spadajo v zdravstveni in socialni del storitev dolgotrajne oskrbe (OECD, Eurostat & WHO, 2005).

Leta 2011 so pri OECD, skupaj z Eurostatom in WHO, objavili revizijo metodologije sistema zdravstvenih računov za spremljanje izdatkov za zdravstvo in dolgotrajno oskrbo (angl. *A System of Health Accounts*, v nadaljevanju SHA 2011; OECD, Eurostat & WHO, 2011).

Splošna definicija po SHA 2011 (OECD, Eurostat & WHO, 2011) pri opredelitvi storitev, vključenih v kategorijo dolgotrajna oskrba, upošteva dva kriterija, in sicer, da:

- so to storitve, namenjene osebam, ki so zaradi bolezni, invalidnosti, starosti in drugih razlogov odvisne od pomoči druge osebe ali druge ustrezne podpore pri opravljanju temeljnih in/ali podpornih dnevnih opravil;
- je odvisnost osebe od tuje pomoči trajna in ponavljajoča. Ker SHA 2011 ne opredeli natančno, kaj pomeni izraz »trajno«, se je v državah OECD oblikovala praksa, da mora ta odvisnost od tuje pomoči trajati vsaj tri mesece.

SHA 2011 (OECD, Eurostat & WHO, 2011) podrobneje opredeljuje štiri skupine dolgotrajne oskrbe (Priloga 7):

- medicinska oskrba in/ali zdravstvena nega – oskrba, ki osebi zagotavlja nudenje medicinskih in paramedicinskih storitev;
- storitve osebne oskrbe – BADL oskrba ali oskrba, ki osebi zagotavlja pomoč pri temeljnih dnevnih opravilih, kot so na primer: hranjenje, kopanje, umivanje, oblačenje, leganje v posteljo in vstajanje iz nje, uporaba stranišča ter obvladovanje inkontinence. Ker so tovrstne storitve največkrat povezane z določenim osnovnim zdravstvenim stanjem, se te storitve navadno opravljajo neposredno ali pod nadzorom negovalnega osebja in so vključene v zdravstveno oskrbo, ker je namen takšne oskrbe povezan s preživetjem in z vzdrževanjem zdravstvenega stanja;
- storitve podporne oskrbe – IADL oskrba, ki osebi omogoča, da živi neodvisno v lastnem stanovanju ali lastni hiši in se izvaja v okviru oskrbovanih stanovanj ter

pomoči na domu. Tovrstna oskrba zagotavlja pomoč pri vodenju gospodinjstva, kot je na primer: nakupovanje, pranje perila, sesanje, kuhanje ter opravljanje gospodinjških del, upravljanje financ, uporaba telefona in podobno;

- druge storitve socialne oskrbe – oskrba, ki ima primarno socialen in prostočasen namen, podpora pri izvajanju dejavnosti v skupnosti in zaposlitvena podpora. To so storitve, ki so posameznikom zagotovljene stalno ali občasno. Sem spadajo dejavnosti, katerih primarni namen je socialen in prostočasen.

Da bi se dosegla mednarodna primerljivost podatkov in razvile standardizirane metodologije, so iste tri mednarodne organizacije, torej OECD, Eurostat in WHO, vzpostavile mednarodno primerljive kazalnike delovanja sistemov dolgotrajne oskrbe v okviru SHA 2011; med drugim tudi podatke o prejemnikih, posteljah in kadrih v dolgotrajni oskrbi. Tovrstna harmonizacija pojmov v okviru dolgotrajne oskrbe predstavlja pomemben prispevek pri pripravi reforme in spremljanja sprememb financiranja dolgotrajne oskrbe, ki temelji na ustreznih analizah in projekcijah (UMAR, 2014).

1.2 Dolgotrajna oskrba v Sloveniji

Država zagotavlja mrežo javne službe za socialnovarstvene storitve v skladu z Zakonom o socialnem varstvu (Ur.l. RS, št. 3/2007-UPB2, v nadaljevanju ZSV). Država ali občina pa lahko za opravljanje javne službe podelita koncesijo za posamezno vrsto storitve, krajevno območje storitve in trajanje storitve.

V okviru mreže javne službe na področju socialnega varstva se izvajajo javne socialnovarstvene storitve ter programi, ki so na voljo posameznikom in družini, kadar se znajdejo v socialnih stiskah in materialnih težavah. To so socialna preventiva, prva socialna pomoč, svetovanje ter organiziranje socialne pomoči, storitve pomoči na domu in mobilne pomoči ter institucionalno varstvo. Institucionalno varstvo se poleg varstva otrok in mladostnikov organizira tudi za starejše. Storitve institucionalnega varstva starejših se organizirajo v dnevni centrih, varstvo in oskrba v domovih za starejše, oskrba v drugi družini, oskrba v oskrbovanih stanovanjih za starejše osebe pa kot posebna oblika pomoči na domu.

Iz Resolucije o nacionalnem programu socialnega varstva, 2013 (2006) izhaja, da naj bi bilo v domovih starejših občanov vključenih 4,8 % (5 %) prebivalcev starih 65 let in več. Zagotovljenih naj bi bilo vsaj 20.000 mest za celodnevno obravnavo (16.600 mest) ter 1.100 mest za kratkotrajne namestitve (300 mest). V letu 2013 naj bi uvedli tudi 300 mest izven domov za starejše. (MDDSZEM, ReNPSV13–20, 2013 ; MDDSZ, ReNPSV06–10, 2006).

Namen strategije varstva starejših je usmeritev Republike Slovenije, da bi zagotovila pogoje za ohranitev solidarnosti in kakovostnega medčloveškega sožitja med tretjo,

srednjo in mlado generacijo ter za kakovostno staranje in oskrbo naglo rastočega deleža tretje generacije (MDDSZ, 2006b).

1.2.1 Izvedba dolgotrajne oskrbe

SHA 2011 natančno določa delitev dolgotrajne oskrbe glede na način izvajanja (Priloga 7):

- oskrba v institucijah;
- oskrba v dnevnik oblikah;
- ambulantna oskrba in
- oskrba na domu.

Kot pa določa Pravilnik o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev (Ur.l. RS, št. 45/2010, 28/2011, 104/2011), se obstoječa dolgotrajna oskrba v Sloveniji izvaja v institucijah in v družinah oziroma na domu.

1.2.1.1 Institucionalna oskrba

Institucionalno varstvo je oblika obravnave v zavodu, drugi družini ali drugi organizirani obliki, ki upravičencem nadomešča, dopolnjuje ali zagotavlja funkcijo doma ali lastne družine. Institucionalna oblika dolgotrajne oskrbe je lahko le dnevna ali stalna in se izvaja v socialnovarstvenih zavodih, drugih družinah ali v drugi organizirani obliki, ki upravičencem nadomešča, dopolnjuje ali zagotavlja funkcijo doma ali lastne družine. V skladu s Pravilnikom o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev (Ur.l. RS, št. 45/2010, 28/2011, 104/2011) institucionalna oskrba obsega osnovno oskrbo (bivanje, organiziranje prehrane, tehnično oskrbo in prevoz) ter socialno oskrbo in zdravstveno varstvo po predpisih s področja zdravstvenega varstva. Institucionalna oblika dolgotrajne oskrbe se v Sloveniji izvaja v okviru (Pravilnik o postopkih pri uveljavljanju pravic do institucionalnega varstva, Ur.l. RS, št. 38/2004, 23/2006, 42/2007, 4/2014):

- domov za starejše;
- posebnih socialnovarstvenih zavodov;
- varstveno delovnih centrov (v nadaljevanju VDC);
- centrov/zavodov za usposabljanje, delo in varstvo (v nadaljevanju CUDV/ZUDV);
- hospitalizacije dementnih oseb;
- zdravstvene nege in paliativne oskrbe v bolnišnicah in
- dolgotrajne nege invalidne mladine v bolnišnicah.

Dom za starejše opravlja institucionalno varstvo starejših ter pomoč posamezniku in družini na domu (Zakon o socialnem varstvu, Ur.l. RS 3/2007). Zakon o socialnem varstvu ga uvršča v javno službo ter opredeljuje vse oblike pomoči v zavodu, s katerimi se

upravičencem nadomeščajo ali dopolnjujejo funkcije doma ali lastne družine, zlasti bivanje, organizirana prehrana, varstvo ter zdravstveno varstvo. Obsega osnovno oskrbo in socialno oskrbo v skladu s Pravilnikom o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev (Ur.l. RS, št. 45/2010, 28/2011, 104/2011) ter zdravstveno varstvo po predpisih s področja zdravstvenega varstva.

1.2.1.2 Skupnostna oskrba

Skupnostna oblika dolgotrajne oskrbe pa se izvaja kot (Smolej Jež, Lebar & Kobal Tomc, 2015):

- oskrba na domu in
- oskrba v oskrbovanih stanovanjih.

Operativni program za izvajanje Evropske kohezijske politike v obdobju 2014–2020 navaja trenutne skupnostne storitve kot so: pomoč na domu, patronažna služba in zdravstvena nega na domu, osebna asistenca (zaposleni, zaposljivi invalidi) ter družinski pomočnik. V prihodnje je cilj, ki izhaja iz Operativnega programa, določene od teh storitev nadgraditi, preoblikovati ali integrirati, po potrebi pa tudi razviti nove (Evropska komisija, 2014).

Socialna oskrba na domu je namenjena upravičencem, ki imajo zagotovljene bivalne in druge pogoje za življenje v svojem bivalnem okolju, če se zaradi starosti ali hude invalidnosti ne morejo oskrbovati in negovati sami, njihovi svojci pa take oskrbe in nege ne zmorejo ali zanj nimajo možnosti. Gre za različne oblike organizirane praktične pomoči in storitve, s katerimi se upravičencem vsaj za določen čas nadomesti potrebo po institucionalnem varstvu v zavodu, v drugi družini ali v drugi organizirani obliki. Storitve v okviru oskrbe na domu se prilagodi potrebam posameznega upravičenca in obsega (Smolej Jež et al., 2015):

- gospodinjsko pomoč, kamor sodijo: prinašanja enega pripravljene obroka ali nabava živil ter priprava enega obroka hrane, pomivanje uporabljene posode, osnovno čiščenje bivalnega dela prostorov z odnašanjem smeti, postiljanje in osnovno vzdrževanje spalnega prostora;
- pomoč pri vzdrževanju osebne higiene, kamor sodijo: pomoč pri oblačenju ali slačenju, pomoč pri umivanju, hranjenju, opravljanju osnovnih življenjskih potreb, vzdrževanje in nego osebnih ortopedskih pripomočkov ter
- pomoč pri ohranjanju socialnih stikov, kamor sodijo: vzpostavljanje socialne mreže z okoljem, s prostovoljci in s sorodstvom, spremljanje upravičenca pri opravljanju nujnih obveznosti, informiranje ustanov o stanju in potrebah upravičenca ter priprava upravičenca na institucionalno varstvo.

Skupnostna oblika v okviru oskrbovanih stanovanjih pa obsega (Smolej Jež et al., 2015):

- osnovno in socialno oskrbo v oskrbovanih stanovanjih ter
- zdravstveno varstvo in zdravstveno nego po predpisih o zdravstvenem varstvu.

Storitve se izvajajo v funkcionalno povezanih in potrebam starejših ljudi prilagojenih stanovanjih. Osnovna oskrba v oskrbovanem stanovanju obsega (Smolej Jež et al., 2015):

- pomoč pri bivanju, kamor sodijo: osnovno čiščenje vseh ali posameznih prostorov stanovanja z odnašanjem smeti in postiljanje;
- organizirano prehrano, kamor sodijo: prinašanje pripravljenih obrokov ali priprava hrane v stanovanju in pomivanje uporabljene posode;
- pomoč pri pranju, sušenju in likanju perila kamor sodijo: prinašanje ter odnašanje čistega in umazanega perila ter pranje, sušenje in likanje posteljnega in/ali osebnega perila.

Socialna oskrba v oskrbovanem stanovanju obsega (Smolej Jež et al., 2015):

- pomoč pri vzdrževanju osebne higiene in izvajanju dnevnih opravil, kamor sodijo pomoč pri oblačenju ali slačenju, pomoč pri umivanju, hranjenju, opravljanju osnovnih življenjskih potreb, vzdrževanje in nega osebnih ortopedskih pripomočkov;
- varstvo in pomoč pri ohranjanju socialnih stikov, kamor sodijo: vzpostavljanje socialne mreže z okoljem, s prostovoljci in s sorodstvom, spremljanje upravičenca pri opravljanju nujnih obveznosti, informiranje ustanov o stanju ter potrebah upravičenca.

Poleg osnovne in socialne oskrbe mora biti upravičencem zagotovljena tudi možnost uporabe celodnevne nujne pomoči preko klicnih naprav za pomoč na daljavo, ki jih zagotovi izvajalec storitve sam ali v ta namen sklene pogodbo z drugim izvajalcem, ki v okviru svoje redne dejavnosti opravlja naloge neprekinjene nujne pomoči (npr. zdravstveni zavod, regijski center za pomoč na domu). (Smolej Jež et al., 2015).

Vzpostavitev naselij in vasi za starostnike z varovanimi ter oskrbovanimi stanovanji kot del skupnostne oskrbe ali tako imenovane dezinstitutionalizacije dolgotrajne oskrbe v Sloveniji še do danes niso uspele. V Sloveniji se še vedno spominjamo primera Zbilski gaj iz leta 2002 (Delo, 23. 6. 2011, <http://www.delo.si/novice/slovenija/afera-zbiljski-gaj-hipoteke-knifcevih-bodo-le-izbrisane.html>) in zloglasnega hotelskega kompleksa Črni les iz leta 2003 (Delo, 20. 9. 2005, <http://www.delo.si/clanek/o88806>), kjer zakonodajalec ni predpisal ustreznih kapitalskih in likvidnostnih zahtev oziroma standardov pri vlaganju v socialno infrastrukturo. Ko gre za infrastrukturo posebnega socialnega pomena, je potrebno postaviti zahteve po zadostnih finančnih sredstvih, kar pomeni, da investitor izkazuje zadostna finančna sredstva za dokončanje projekta, kar bi morala preveriti aktuar in revizor.

Tudi investicije v objekte, kjer nastopajo investitorji v javno zasebnem partnerstvu, so lahko rizične. Ker investitorji niso izkazali zadostnih finančnih sredstev za dokončanje projekta izgradnje doma starejših občanov v občini Vrtojba, so morali investitorji (priznane terjatve upnikov so znašale 10,7 mio EUR) prodati kompleks nedokončanih nepremičnin Družbi za upravljanje terjatev bank (DUTB) za 4,2 mio EUR (Delo, 13. 1. 2015, <http://www.delo.si/gospodarstvo/infrastruktura/nedokoncani-dom-starejsih-iz-vrtojbe-na-drazbi-kupil-dutb.html>). Zaradi neurejene zakonodaje na tem področju in kapitalske neustreznosti investitorjev oziroma nezadostnih finančnih sredstev za dokončanje projekta posledično občina skupnosti ni zagotovila 120 mest oziroma ležišč ter 38 varovanih stanovanj v okviru organizirane dolgotrajne oskrbe.

Starostniki, ki so že vključeni v dolgotrajno oskrbo na domu imajo raje oskrbovana stanovanja, deloma pritlična stanovanja, v starostniku prijaznem okolju na robu mesta kot dolgotrajno oskrbo v socialnovarstvenih zavodih. Več kot 50 % starostnikov, oskrbovanih na domu, ki so vključeni v občinske programe dolgotrajne oskrbe, v anketi, izvedeni v Sloveniji, se zaveda, da ne bodo mogli ostati v lastnem domu do svoje smrti zaradi preprek, ki jih predstavlja grajeno okolje (Kavšek & Bogataj, 2016).

1.2.1.3 Patronažno varstvo

Patronažno varstvo se izvaja za vse tiste starostnike, ki niso deležni institucionalne oskrbe. Kot del dolgotrajne oskrbe je lahko organizirano kot samostojna služba ali kot organizacijska enota osnovnega zdravstvenega varstva v zdravstvenih domovih (Zakon o zdravstveni dejavnosti, ZZDej-UPB2, Ur.l. RS, št. 23/2005; Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, Ur.l. RS, št. 72/2006) za zdravstveno socialno obravnavo posameznika ter družine in skupnosti. Zdravstvena nega je integralni del primarne zdravstvene nege in primarnega zdravstvenega varstva. Patronažno varstvo se izvaja v zdravstvenem domu, v lokalni skupnosti, na pacientovem domu in na terenu. Te naloge opravlja diplomirana medicinska sestra, lahko tudi kot samostojno dejavnost (zasebnik s koncesijo), vendar je vključena v mrežo javnega zdravstva.

Po podatkih iz leta 2010 je v Sloveniji mreža patronažne službe zelo dobro razvita. Več kot 800 patronažnih medicinskih sester, ki poznajo svoje terensko območje, posameznike, družine in lokalno skupnost, skrbi za povprečno 2500 prebivalcev (Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije in Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2010).

Na področju patronažnega varstva v okviru obstoječih podatkovnih zbirk v Sloveniji po informacijah SURS in Skupnosti socialnih zavodov Slovenije (v nadaljevanju SSZS) ne razpolagamo s točnimi podatki o izdatkih za patronažno varstvo in številu prejemnikov patronažne nege po starosti in kategorijah oskrbe. Poleg tega ne moremo iz obstoječih

podatkov razbrati in razvrstiti posameznih storitev patronaže, ki se nanašajo na področje dolgotrajne oskrbe.

1.2.1.4 Razpoložljive kapacitete v socialnovarstvenih zavodih

Iz pregleda trenutnega stanja prošenj in prostih mest v domovih za starejše ter posebnih socialnovarstvenih zavodih na dan 24. 4. 2016 (Tabela 1 in Priloga 6 - Tabela 22) je razvidno, da trenutne kapacitete ne zadostujejo. Informacijski sistem v okviru SSZS izkazuje 18.569 evidentiranih prošenj oziroma 6.124 aktualnih prošenj. Kot evidentirane (aktivne) prošnje so prikazane vse popolne sprejete prošnje, za katere dom vodi postopek po veljavnem Pravilniku, kot aktualne prošnje pa so prikazane tiste, za katere odgovorna oseba oziroma komisija pri izvajalcu vè, da želijo takojšnjo namestitev.

Tabela 1: Pregled prošenj in prostih mest v domovih za starejše in posebnih socialnovarstvenih zavodih na dan 24. 4. 2016

Organizacijska enota ZZZS	Kapacitete	Prosta mesta	Evidentirane prošnje (aktivne)	Aktualne prošnje
Celje	2.039	0	1.526	418
Koper	1.491	2	689	325
Kranj	1.621	1	2.510	456
Krško	981	2	616	355
Ljubljana	6.188	1	8.954	3.500
Maribor	3.374	6	2.136	510
Murska sobota	1.498	3	188	77
Nova gorica	1.108	20	613	156
Novo mesto	973	0	759	124
Ravne na Koroškem	1.212	8	578	203
Skupaj	20.485	43	18.569	6.124

Vir: povzeto in prirejeno iz SSZS, Pregled prošenj in prostih mest v domovih za starejše in posebnih socialnovarstvenih zavodih, 24. 4. 2016 (Priloga 6 - Tabela 22).

SSZS na svojih internetnih straneh v skladu z Zakonom o socialnem varstvu javno objavlja statistike o številu mest in številu izvajalcev ter število evidentiranih in aktualnih prošenj (Ur.l. RS 3/2007, 68. b člen, točka 2 in Priloga 6 - Tabela 22). Podlaga za prikaz Poudarkov iz analiz področja institucionalnega varstva starejših in odraslih s posebnimi potrebami predstavlja pregled števila mest po izvajalcih, pripravljen v Excelu (Tabela 2).

Tabela 2: Primerjava števila mest po vrsti zavodov na dan 1. 1. po letih

Število mest	1. 1. 2013	1. 1. 2014	1. 1. 2015	1. 1. 2016	Delež po izvajalcih 1. 1. 2016
- Javni zavodi	13.755	13.833	13.907	13.837	67 %
- Zasebni zavodi	4.857	4.851	4.849	5.152	25 %
Skupaj javni in zasebni zavodi	18.612	18.684	18.756	18.989	92 %
- Posebni zavodi	1.552	1.552	1.552	1.548	7 %
- Z dovoljenjem za delo	161	161	161	161	1 %
Skupaj vsi zavodi	20.325	20.397	20.469	20.698	100 %

Vir: Povzeto in prirejeno iz SSZS, 2016, Register z zdravstvom na dan 1. 1. 2016 (excel).

Največji delež razpoložljivih kapacitet izkazujejo javni zavodi (67 %), tretjina le-teh se nahaja na območni enoti ZZZS Ljubljana (Tabela 3).

Tabela 3: Pregled kapacitet po vrstah zavodov na dan 1. 1. 2016

OE ZZZS	JZ	ZD	Skupaj	JZ v deležih	ZD v deležih	Skupaj v deležih
Celje	1.007	787	1.794	5 %	4 %	9 %
Koper	1.114	206	1.320	6 %	1 %	7 %
Kranj	1.267	354	1.621	7 %	2 %	9 %
Krško	981	0	981	5 %	0 %	5 %
Ljubljana	4.172	1.872	6.044	22 %	10 %	32 %
Maribor	1.944	803	2.747	10 %	4 %	14 %
Murska Sobota	710	479	1.189	4 %	3 %	6 %
Nova Gorica	972	136	1.108	5 %	1 %	6 %
Novo mesto	935	38	973	5 %	0 %	5 %
Ravne na Koroškem	735	477	1.212	4 %	3 %	6 %
Skupaj	13.837	5.152	18.989	73 %	27 %	100 %

Legenda: JZ – javni zavod – dom za starejše, ZD – zasebni dom za starejše s koncesijo.

Vir: Povzeto in prirejeno iz SSZS, 2016, Register z zdravstvom na dan 1. 1. 2016 (excel).

1.2.2 Individualni načrt oskrbovanca

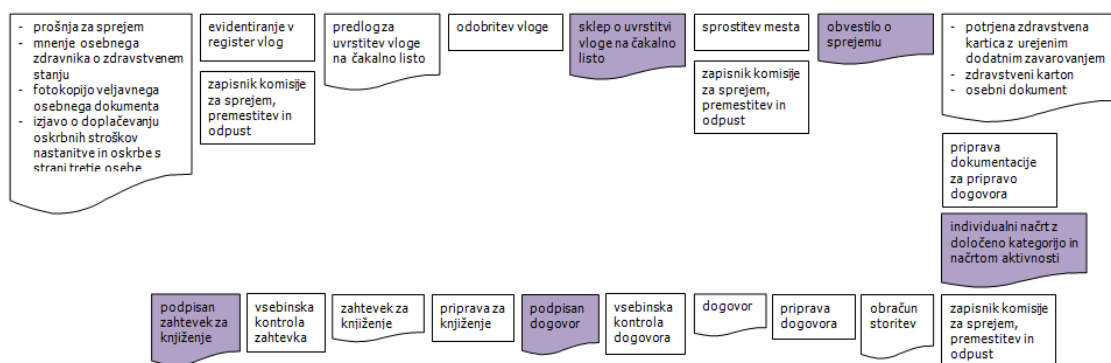
Predlog Zakona o dolgotrajni oskrbi in zavarovanju za dolgotrajno oskrbo (MDDSZ, 2010, v nadaljevanju predlog ZDOZDO) predvideva kot instrument načrtovanja in spremljanja fizičnih ter umskih sposobnosti in ukrepov za optimalno oskrbo starostnika pripravo individualnega načrta, ki bi nastal v postopku sprejemanja v socialnovarstveni zavod. Priprava individualnega načrta se sedaj izvaja po Pravilniku o postopkih pri uveljavljanju pravice do institucionalnega varstva (Ur.l. RS, št. 4/2014) in Pravilniku o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev (Ur.l. RS, št. 45/2010), ki določata merila za

določanje fizičnih in umskih sposobnosti oskrbovancev v okviru dolgotrajne oskrbe, a je zaradi nepopolnosti kategorizacije stanj oskrbovancev primerjava kakovosti izvedbe dolgotrajne oskrbe onemogočena.

Kot navajata Kavšek in Bogataj (2015), ocenjevalne lestvice in mere še niso predpisane, a je potrebno za namen sistematičnega spremljanja uporabnikov dolgotrajne oskrbe in primerjav uspešnosti ter učinkovitosti zavodov vzpostaviti kvantitativno merjenje in spremembe stanj. Tovrstne ocenjevalne lestvice bi omogočile smotrno načrtovanje in razporejanje razpoložljivih virov (človeški viri in grajeno okolje) ter njihovo financiranje, tudi določanje prispevnih stopenj za zavarovanje, pa tudi točno število mest in popolno poročanje podatkov o kategorijah dolgotrajne oskrbe v okviru letnih poročil in državne statistike. Zato morajo biti ocenjevalne lestvice sestavni del dokumentacije ob sprejemu oskrbovanca v dolgotrajno oskrbo in na tej podlagi izdelan individualni načrt (predlog ZDOZDO, 109. člen).

Socialnovarstveni zavod na podlagi Pravilnika o postopkih pri uveljavljanju pravice do institucionalnega varstva (2004, 12. člen) v okviru internih pravil predpiše obseg dokumentacije, ki jo mora bodoči oskrbovanec predložiti ob prošnji za sprejem. V nadaljevanju je prikazan potek obravnave oskrbovanca od prve obravnave pa do sprejema in obračuna storitev v socialnovarstvenem zavodu (Slika 1).

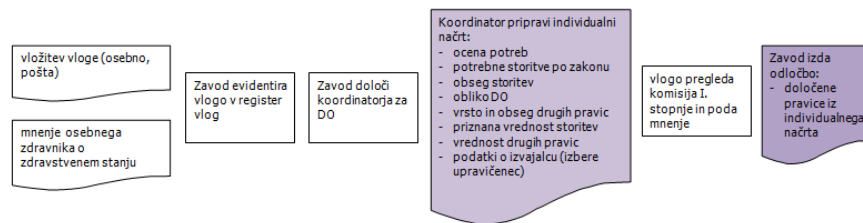
Slika 1: Prikaz obravnave oskrbovanca v socialnovarstvenem zavodu X



Vir: Prirejeno po sedanjem sistemu izvajanja dolgotrajne oskrbe.

Po predlogu ZDOZDO se predvideva prva obravnava starostnikov na ZZZS kot zavodu, kjer naj bi bila določena tudi vrsta in kategorija oskrbe oziroma obseg oskrbe (Slika 2).

Slika 2: Prikaz obravnave oskrbovanca v ZZS (po predlogu ZDOZDO)



Vir: Prirejeno po predlogu ZDOZDO.

Ker bo opredelitev ravni oskrbe zavarovancev oziroma oskrbovancev z uveljavitvijo ZDOZDO pomembno vplivala tako na obseg storitev kot način izvajanja, v nadaljevanju predstavim merjenje izvajanja storitev v socialnovarstvenih zavodih, opredelitev kategorij zdravstvene nege in financiranje storitev.

1.2.3 Merjenje izvajanja dolgotrajne oskrbe

Sposobnost samooskrbe oskrbovanca, ki je odvisna od njegovih fizičnih in umskih sposobnosti se v socialnovarstvenih zavodih na splošno meri s CDS lestvico (angl. *Care Dependency Scale*, v nadaljevanju CDS lestvica). S točkovanjem področij obravnave oskrbovanca se oceni sposobnost in kakovost samooskrbe. Funkcionalne zmožnosti prikazujeta avtorja Kalache & Kickbusch (1997), proces upadanje funkcionalnih zmožnosti pa je mogoče meriti z modelom mnogoterih pojemanj, ki ga podrobneje predstavim v naslednjih poglavjih v povezavi s proučevanim pričakovanim trajanjem življenja.

Leta 1994 so na Nizozemskem razvili CDS lestvico kot instrument za merjenje pacientovih potreb in odvisnosti od pomoči drugih. Nato je leta 1997 Evropska raziskovalna skupina za oskrbo starejših v okviru nizozemskega raziskovalnega projekta (EURECARE) razširila namen in postavila lestvico CDS, ki temelji na petnajst (15) temeljnih človekovih potrebah (področja od A do O) oziroma meri šestnajst (16) kriterijev (CDS-R lestvica) in so ocenjene z Likartovo lestvico od 1 do 5 (Dijkstra, Smith, White, 2006). Oskrbovanec je ocenjen na vsaki točki, ali je popolnoma odvisen, skoraj odvisen, delno odvisen, skoraj neodvisen, ali je popolnoma neodvisen od nege, pri čemer nizki rezultati o postavkah kažejo, da so oskrbovanci v celoti odvisni od nege, visoko število točk pa pomeni, da so oskrbovanci skoraj neodvisni od nege oziroma pomoči drugih (Dijkstra, Smith, White, 2006, Manual Care Dependency Scale).

Veljavnost, zanesljivost in uporabnost CDS lestvice je bila dokazana v nizozemskih, kanadskih, italijanskih, nemških in norveških domovih za starostnike ter v nemških bolnišnicah ter socialnovarstvenih zavodih za otroke.

V Sloveniji se v socialnovarstvenih zavodih uporablja CDS lestvica, le da je prevedena v slovenski jezik in se točkovanje po področjih obravnave, potreb oziroma kazalnikov izvaja v obratnem vrstnem redu kot pri CDS lestvici. Imenuje se Lestvica ocene sposobnosti samooskrbe ali LOSS lestvica (v nadaljevanju: LOSS lestvica) in služi kot instrument za oceno potreb in načrtovanja oskrbe starostnika tako pri institucionalni oskrbi kot tudi oskrbi na domu. Točkovanje posameznih kazalnikov se vrednoti po lestvici od 1 (samostojen) do 5 (odvisen), pri čemer so lahko potrebe oskrbovanca s točkovanjem ocenjene od skupno 0 (popolnoma samostojen od oskrbe) do 75 točk (odvisen).

Priloga 3 k zakonu ZDOZDO (2010) predvideva točkovanje, ki vrednoti po lestvici od 1 (odvisen) do 5 (samostojen), kar pa je v nasprotju z dosedanja prakso vrednotenja v socialnovarstvenih zavodih v Sloveniji in bo v primeru sprejetja zakona potrebno dosedanje vrednotenje oskrbovancev ustrezno preoblikovati, da se bo zagotovilo usklajeno poročanje na nacionalni ravni.

Po tem, ko je bil starostnik sprejet v socialnovarstveni zavod, ga Komisija za sprejem, premestitev in odpust na podlagi opazovanja glede na stopnjo poznavanja njegovih fizičnih in umskih sposobnosti ter osebnih potreb pregleda in izpolni vprašalnik. Od stopnje poznavanja potreb oskrbovanca in funkcionalnih zmožnosti je odvisna natančnost ocene, v nadaljevanju pa se ocena lahko spreminja zaradi spreminjanja sposobnosti samooskrbe oziroma potreb oskrbovanca. Opazovanje se izvaja neprekinjeno v stalnem kontaktu z oskrbovancem. Ob ugotovljeni potrebi po dodatnem obsegu pomoči lahko socialnovarstveni zavod z oskrbovancem sklene dodatek k dogovoru in/ali ponudi izvajanje dodatnih storitev. Glede na zmožnosti samooskrbe oskrbovanca v socialnovarstvenem zavodu in ugotovljeno število točk po slovenski različici CDS (Tabela 4), je oskrbovancu dodeljena kategorija oskrbe (Tabela 5).

Tabela 4: Točkovanje v slovenski različici CDS (LOSS lestvica)

Število točk	Oseba je pri izvajanju temeljnih življenjskih opravil in dnevnih opravil samostojna/odvisna od pomoči druge osebe
61–75	Popolnoma odvisna
46–60	Večji del odvisna
31–45	Ves čas delno odvisna
16–30	Občasno odvisna
do 15	V večini samostojna, ne potrebuje pomoči druge osebe

Vir: Peternelj, b.l.

Določitev spodnjih in zgornjih mej razredov oskrbe za namen določitve kategorije oskrbe v zakonskih ali podzakonskih aktih še ni predpisano, a jih nekateri socialnovarstveni zavodi uporabljajo (Tabela 5):

Tabela 5: Primerjava vrste oskrbe in obseg oskrbe (v točkah)

Vrsta oskrbe		Vsi oskrbovanci	
Oskrba I	LOSS I	minimum storitev	maksimum storitev
Oskrba II	LOSS II	16	32
Oskrba IIIa	LOSS III, IV	33	65
Oskrba IIIb	LOSS IV, V	66	75
Oskrba IV	LOSS III, IV, nadzor	16	65

Vir: Interna pravila nekaterih socialnovarstvenih zavodov.

SSZS vsako leto na podlagi poročevalskih tabel izvajalcev dolgotrajne oskrbe pripravi podrobno analizo področja institucionalnega varstva starejših in odraslih s posebnimi potrebami, ki jo javnosti predstavi v okviru poročila Poudarki iz analize področja institucionalnega varstva starejših in odraslih s posebnimi potrebami.

Iz analize (Tabela 6) je razvidno, da socialnovarstveni zavodi poročajo o oskrbovancih in kategoriji oskrbe, vendar so podatki združeni in neuporabni za nadaljnjo analizo pričakovanega trajanja življenja.

Tabela 6: Delež oskrbovancev v kategorijah oskrbe v socialnovarstvenih zavodih, po letih na dan 1. januar

Kategorija	2009	2010	2011	2012	2013	2014
I	27,8	29,8	26,4	29,9	31,0	27,1
II	19,1	18,5	19,4	19,3	18,4	19,6
III	47,2	45,7	46,1	41,3	40,8	42,8
IV	5,9	6,1	8,1	9,5	9,9	10,6
število oskrbovancev	18.705	19.177	19.723	19.600	19.872	20.161

Vir: Prirejeno iz SSZS, Poudarki iz analiz področja institucionalnega varstva starejših in odraslih s posebnimi potrebami (2012, 2013, 2014).

1.2.4 Kategorije dolgotrajne oskrbe

Ker predstavljajo aktivnost BADL oskrbe v okviru LOSS lestvice ali tako imenovane CDS lestvice osnovo za točkovanje potreb oskrbovanca in ker je lestvica neposredno osnova za določitev kategorije dolgotrajne oskrbe posameznega oskrbovanca in izhodišče za izračun pričakovanega trajanja življenja v okviru modela mnogoterih pojemanj, jo v nadaljevanju pojasnim podrobneje. V okviru sprejema oskrbovanca v socialnovarstveni zavod se financiranje aktivnosti, ki izhajajo iz individualnega načrta storitev, izvaja za naslednje:

- rehabilitacije (neposredno v breme zdravstvene blagajne, ZZZS);
- zdravstvene nege (neposredno v breme ZZZS, občinskega proračuna) ter

- socialne oskrbe (BADL oskrba in drugih storitev socialne oskrbe, v breme oskrbovanca neposredno in/ali delno/v celoti po odločbi CSD v breme občinskega proračuna).

Terminološki slovar Ministrstva za zdravje (Prevolnik Rupel, Simčič & Turk, 2014) opredeljuje naslednje ključne pojme pri obravnavi dolgotrajne oskrbe na področju zdravstva:

- zdravstveno oskrbo predstavljajo medicinski in drugi posegi za preprečevanje bolezni ter krepitev zdravja, diagnostiko, terapijo, rehabilitacijo in zdravstveno nego ter druge storitve oziroma postopke, ki jih izvajalci zdravstvenih storitev opravijo pri obravnavi pacienta;
- zdravstveno varstvo obsega sistem družbenih, skupinskih ter individualnih aktivnosti, ukrepov in storitev za krepitev zdravja, preprečevanje bolezni, zgodnje odkrivanje, pravočasno zdravljenje, nego in rehabilitacijo zbolelih ter poškodovanih;
- zdravstvena nega je zdravstvena dejavnost, ki obravnava posameznika, družino in družbeno skupnost v času zdravja in bolezni, s ciljem doseči čim višjo stopnjo zdravja, z nalogo omogočiti pacientom njihovo neodvisnost pri opravljanju osnovnih življenjskih funkcij, krepiti zdravje, negovati bolne in sodelovati v procesu zdravljenja, rehabilitacije ter paliativne oskrbe. Nosilka dejavnosti zdravstvene nege je diplomirana medicinska sestra oziroma diplomirani zdravstvenik.

Zahtevane izobrazbe zdravstvenega osebja so opredeljene v okviru dokumentov Poklicne aktivnosti in kompetence v zdravstveni in babiški negi (Železnik & Filej, 2008) in Standardi aktivnosti zdravstvene nege (Ivanuša & Železnik, 2008). Normative dela določa dokument Splošni dogovor za pogodbeno leto 2015, objavljen v Občasniku ZZZS, Akti & navodila št. 1 z dne 12. 6. 2015 s priložo SVZ II/e-3 z nazivom Merila za razvrščanje oskrbovancev po zahtevnosti zdravstvene nege, kjer so določeni normativi dela za storitev »dan zdravstvene nege« v domovih za starejše in posebnih socialnovarstvenih zavodih (ZZZS, 2015a,b).

Celovita zdravstvena oskrba se izvaja v okviru zdravstvenega varstva in zdravstvene nege na podlagi predpisov s področja zdravstvenega varstva v sodelovanju z izvajalci zdravstvenega varstva v javni mreži. Kategorije zdravstvene nege opredeljujejo čas, ki se porabi za zdravstveno negovalne intervencije pri oskrbovancih, ki jim upadajo fizične in/ali umske sposobnosti. Glede na potrebne aktivnosti in sposobnosti samooskrbe oskrbovanca pri zagotavljanju življenjskih aktivnosti ter dnevne porabe časa zdravstveno negovalnega tima (Tabela 7) ločimo zahtevnost zdravstvene nege:

Tabela 7: Kriteriji razporeditev oskrbovancev v kategorije zdravstvene nege

Zahtevnost zdravstvene nege	Obseg aktivnosti
I	Storitve se praviloma nanašajo na oskrbovance, ki so ves čas delno odvisni (od pomoči drugih) pri izvajanju življenjskih aktivnosti in sta potrebni najmanj dve (2) različni aktivnosti zdravstvene nege za zagotavljanje življenjskih aktivnosti, ki skupno dnevno zahtevata nad petnajst (15) minut časa zdravstveno negovalnega tima na oskrbovanca.
II	Storitve se praviloma nanašajo na delno pokretne, delno inkontinentne osebe, oskrbovance s srednjo stopnjo demence in nepsihотиčnimi duševnimi motnjami, nestabilne somatske kronične oskrbovance, oskrbovance po amputacijah okončin. Lahko pa gre za eno samo storitev iz nege II, ki se dnevno ponavlja trikrat in več ter skupno dnevno zahteva nad trideset (30) minut časa negovalnega tima.
III	Storitve se praviloma nanašajo na nepokretne oskrbovance, ki so odvisni od pomoči zdravstvenih delavcev zaradi fizične ali psihične prizadetosti oziroma obeh – zelo zmedeni, nemirni in delirantni bolniki (bolniki z blodnjami); vse potrebe jim zagotavljajo zdravstveni delavci, vključno tudi potrebo po varovanju; potrebujejo pomoč, nadzor in zdravstveno nego v vseh treh izmenah; to skupino opredeljuje predvsem povečan obseg dela zaradi dodatnih zdravniških naročil po meritvah, posegih, nadzoru, opazovanju ter dajanju zdravil v vseh oblikah na določene ure.
(IV)	Storitve se nanašajo na oskrbovance, ki so premeščeni iz bolnišnice v socialnovarstveni zavod, pri katerih sta bistveno povečana obseg dela zdravstvene ekipe in poraba materiala za zdravstveno nego. Gre pretežno za oskrbovance, ki so popolnoma odvisni od zdravstvenega osebja in potrebujejo stalno oziroma 24-urno obravnavo in nadzor.

Vir: ZZZS, Splošni dogovor za pogodbeno leto 2015, 2014; Vlada RS, 2011.

Poleg zdravstvene oskrbe, ki je neposredna posledica bolezni ali poškodbe, je potrebno oskrbovancu oziroma pacientu skladno z navodili zdravniškega osebja zagotavljati tudi ustrezno zdravstveno nego. Glede na individualni načrt, v katerem se nahaja tudi izpolnjena LOSS lestvica in dodatne ugotovitve lečečega zdravnika, se v breme zdravstvene blagajne oziroma občinskega proračuna oskrbovancu zagotavlja tudi pomoč, ki je predvidena v okviru petnajstih (15) področij obravnave, potreb oskrbovanca. Gre za izvajanje temeljnih aktivnosti dnevnega življenja ali BADL oskrbo (OECD, Eurostat, WHO, 2011; Peternelj, b.l.): a) prehranjevanju in pitju; b) izločanju; c) položaju telesa; d) gibanju; e) spanju in počitku; f) oblačenju, slačenju in izbiri ustrezne obleke; g) vzdrževanju telesne temperature; h) osebni higieni; i) izogibanju nevarnostim v okolju; j) komunikaciji; k) navezovanju stikov; l) prepoznavanju pravil in zakonitosti; m) dnevnih aktivnostih, smiselnem delu; n) razvedrilu in rekreaciji ter o) sposobnosti učenja.

Glede na zgoraj opredeljena področja sposobnosti samooskrbe, točkovanja posameznih aktivnosti oziroma potreb oskrbovanca in na podlagi izpolnjenega individualnega načrta, so oskrbovanci razporejeni v naslednje kategorije socialne oskrbe (Tabela 8):

Tabela 8: Razporeditev oskrbovancev v kategorije socialne oskrbe

Kategorija socialne oskrbe	Upravičenci so osebe, starejše od 65 let
I	Osebe, ki zaradi starosti ali drugih razlogov, ki spremljajo starost, niso sposobne za popolnoma samostojno življenje in potrebujejo manjši obseg neposredne osebne pomoči
II	Osebe z zmernimi starostnimi in zdravstvenimi težavami, ki potrebujejo večji obseg neposredne osebne pomoči
III	A: osebe z najzahtevnejšimi starostnimi in zdravstvenimi težavami, ki v celoti potrebujejo neposredno osebno pomoč za opravljanje vseh osnovnih življenjskih potreb
	B: najtežje prizadete osebe
IV	Osebe z zahtevnejšimi dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju, ki zaradi starostne demence ali sorodnih stanj potrebujejo delno ali popolno osebno pomoč in nadzor

Vir: Pravilnik o metodologiji za oblikovanje cen socialnovarstvenih storitev, Ur.l. 87/2006, 24. člen.

V okviru socialne oskrbe pa socialnovarstveni zavod obravnava tudi naslednja področja pri presoji potreb oskrbovanca, in sicer:

- IADL oskrba kot pomoč pri (OECD, Eurostat, WHO, 2011): a) uporabi telefona, b) nakupovanju; c) pripravi hrane; d) čiščenju bivanjskega prostora; e) pranju perila; f) uporabi prevoznih sredstev; g) uporabi zdravil ter h) upravljanju financ;
- izvedbo drugih storitev socialne oskrbe.

Tovrstne storitve socialnovarstvenega zavoda se izvajajo neposredno v breme oskrbovanca in/ali njegovih svojcev. Le-te pripomorejo k boljši kakovosti življenja oskrbovanca v socialnovarstvenem zavodu ter posledično tudi daljšemu pričakovanemu trajanju življenja.

1.2.5 Financiranje dolgotrajne oskrbe

Aktivnosti dolgotrajne oskrbe, ki jih izvajajo socialnovarstveni zavodi, se financirajo različno, glede na naravo aktivnosti. To so aktivnosti zdravstvene nege in aktivnosti socialne oskrbe. V nadaljevanju predstavim vire financiranja, kaj predstavljajo celotni prihodki in odhodki socialnovarstvenih zavodov, kako je oblikovana cena vseh storitev in na čem temelji določanje cen zdravstvene nege.

1.2.5.1 Izdatki in viri financiranja

OECD et al. (2011; SURS, 2015) razvršča izdatke za dolgotrajno oskrbo med izdatke za zdravstvo in izdatke za socialno varstvo. Naloga vsake države je, da priredi dosedanje spremljanje dolgotrajne oskrbe na način, da zagotovi primerljivost podatkov. Slovenija še ni uspela v celoti izpolniti zahtev po pripoznavanju izdatkov skladno z definicijami, opredeljenimi v SHA 2011 (UMAR, 2014). Merjenje finančnih učinkov dolgotrajne oskrbe v Sloveniji ni v celoti usklajeno z zahtevami EU. Razhajanja se kažejo predvsem na področju patronaže, namenjene starostnikom in opredelitvi ter financiranje dodatka za pomoč in postrežbo. Izdatki za dolgotrajno oskrbo se financirajo iz zdravstvenega in pokojninskega sistema, zato ni znano točno, kateri ljudje prejema en ali oba vira. Ta problem bo urejen predvidoma s sprejetjem ZDOZDO in sistemsko ureditvijo tega področja.

Izvajanja in financiranje dolgotrajne oskrbe je kompleksno, saj se izvajanje prepleta med zdravstvenim in socialnim področjem delovanja, financiranje pa se izvaja iz javnih in zasebnih virov. V Sloveniji je financiranje socialnovarstvenih storitev iz naslova dolgotrajne oskrbe razdeljeno na več virov financiranja. Izdatki za zdravstveno varstvo (SURS 2014, 2015), ki se nanašajo na dolgotrajno oskrbo, so v Sloveniji za leto 2013 znašali 471 mio EUR (Priloga 5 - Tabela 18) in so predstavljali 1,3 % BDP (2012: 480 mio EUR ali 1,4 % BDP). Trendi kažejo na porast socialnega dela, država pa je pred izzivom, kako pravočasno zagotoviti vire financiranja. Zadnji podatki, ki jih je objavil SURS, se nanašajo na leto 2013. Največji del financiranja dolgotrajne oskrbe je v letu 2013 (Priloga 5 - Tabela 19) zagotavljala država (72 %), kar pa je bilo namenjeno predvsem financiranju zdravstvenega dela dolgotrajne oskrbe (64 %). Iz pregleda je razvidno, da se dolgotrajna oskrba financira iz javnih in zasebnih finančnih virov, zato se mora nadzor nad porabo izboljšati. Število prejemnikov se vztrajno povečuje (Tabela 21) in pričakuje se, da se bo število oskrbovancev in prejemnikov finančnih nadomestil do leta 2060 skoraj potrojilo (s 4,6 % v letu 2013 na 12,4 % v letu 2060; Priloga 3 - Tabela 11). SURS je za leto 2013 (podatki za leto 2014 so še v pripravi in bodo objavljeni predvidoma do konca junija 2016) predstavil izdatke za dolgotrajno oskrbo v okviru izdatkov za zdravstveno varstvo (Priloga 5 - Tabela 18) in jih v skladu s SHA 2011 razdelil na zdravstveni in socialni del. Leta 2013 so izdatki za dolgotrajno oskrbo znašali 471 mio EUR (2012: 480 mio EUR). Največji delež izdatkov za zdravstveno varstvo je namenjeno socialnovarstvenim zavodom, kar 44 % (Priloga 5 - Tabela 20).

Na izdatke za dolgotrajno oskrbo vplivajo cene socialnovarstvenih storitev, po posamezni kategoriji ter število posameznikov v posameznih kategoriji in število prejemnikov nadomestil v posamezni kategoriji.

1.2.5.2 Celotni prihodki in odhodki izvajalcev dolgotrajne oskrbe

SSZS vsako leto na podlagi poročil izvajalcev dolgotrajne oskrbe v socialnovarstvenih zavodih pripravi poročilo s področja institucionalnega varstva starejših in odraslih s posebnimi potrebami (SSZS, 2015b), kjer prikaže število ustanov in zaposlenih pri izvajalcih dolgotrajne oskrbe za starostnike ter prihodke od prodaje storitev socialnovarstvenih zavodov v koledarskem letu. V nadaljevanju predstavim primerjavo prihodkov od prodaje storitev v socialnovarstvenih zavodih (Tabela 9 in Tabela 10). Poročilo SSZS je za leto 2015 do dne priprave tega magistrskega dela še v pripravi zaradi zamud pri poročanju izvajalcev v informacijski sistem KISS DO (skrbnik je podjetje e-Soft, Škofja loka). Socialnovarstveni zavodi morajo poročati do 31. marca oziroma do 30. aprila za preteklo leto.

Tabela 9: Prihodki od prodaje storitev socialnovarstvenih zavodov v Sloveniji, v letih od 2012 do 2014

Kategorija zdravstvene nege	2012			2013			2014		
	Število dni	Prihodki od prodaje (v mio EUR)	Povprečna cena na oskrbni dan (v EUR)	Število dni	Prihodki od prodaje (v mio EUR)	Povprečna cena na oskrbni dan (v EUR)	Število dni	Prihodki od prodaje (v mio EUR)	Povprečna cena na oskrbni dan (v EUR)
I	1.288.068	18,511	14,37	1.202.107	16,806	13,98	1.171.210	16,378	13,98
II	339.282	4,995	14,72	353.283	5,069	14,35	347.680	4,985	14,34
III	5.110.394	77,976	15,26	5.190.553	76,699	14,78	5.313.267	78,211	14,72
		101,482			98,574			99,575	
Prihodki od prodaje:		2012			2013			2014	
- Zdravstvena nega		101,482			98,574			99,575	
- Ostalo zdravstvo		4,700			3,233			5,773	
Zdravstvo skupaj		106,182			101,807			105,348	
Oskrba		199,755			204,429			210,344	
Ostalo		22,694			24,584			24,127	
Prihodki od prodaje skupaj		328,631			330,820			339,819	

Vir: Prirejeno po SSZS, 2015a.

Tabela 10: Število ustanov in zaposlenih ter prihodki in odhodki izvajalcev v Sloveniji v letu 2014

Izvajalci v letu 2014	Število ustanov	Število zaposlenih	Prihodki (v mio EUR)	Odhodki (v mio EUR)	Razlika (v mio EUR)	Prihodki na oskrbni dan (v EUR)	
						oskrba	zdravstvo
Domovi za starejše	49	5.904	186,389	179,647	6,741	25,40	13,80
Koncesionarji	38	2.448	85,375	82,560	2,814	31,80	13,30
Kombinirani domovi	6	1.217	38,427	37,017	1,410	26,20	13,70
Posebni zavodi	5	941	29,629	28,715	0,914	32,50	18,40
Skupaj	98	10.510	339,819	327,939	11,879		14,06

Vir: Prirejeno po SSZS, 2015b.

1.2.5.3 Oblikovanje cene

Cene storitev dolgotrajne oskrbe v socialnovarstvenem zavodu za starostnike so objavljene v ceniku in jih določi zavod na podlagi kalkulacije stroškov za oskrbo, ki poleg cene za oskrbni dan vsebujejo tudi stroške prehrane in namestitve. Potem ko je v individualnem načrtu oskrbovanca določena kategorija oskrbe, socialnovarstveni zavod v skladu z Metodologijo za določanje splošnih elementov za oblikovanje cen socialnovarstvenih storitev v okviru Pravilnika o metodologiji za oblikovanje cen socialnovarstvenih storitev (Ur.l. RS, št. 6/2012) določi ceno storitev dolgotrajne oskrbe in pripravi pogodbo z oskrbovancem (v nadaljevanju metodologija cen).

Elementi za oblikovanje cen (stroški dela, stroški materiala in storitev, stroški amortizacije, stroški investicijskega vzdrževanja ter stroški financiranja) so podrobneje določeni v Pravilniku o metodologiji za oblikovanje cen socialnovarstvenih storitev in jih za namen magistrskega dela ne obravnavam podrobneje. Po metodologiji cen se cene socialnovarstvenih storitev določijo na osnovi načrtovanih povprečnih mesečnih stroškov za tekoče leto – elementov za oblikovanje cen, preračunanih na enoto storitve in skladno s soglasjem pristojnega pravnega organa.

Cene storitev institucionalnega varstva se za posamezne skupine uporabnikov določijo glede na kategorijo oskrbe (24. člen Pravilnika o metodologiji za oblikovanje cen socialnovarstvenih storitev), v katero je oseba razporejena v okviru skupin; to je starejših od 65 let v kategorije oskrbe od I do IV ali za odrasle osebe z motnjami v duševnem razvoju, s težavami v duševnem zdravju, s senzornimi motnjami in motnjami v gibanju (odrasli s posebnimi potrebami) v kategorije oskrbe od I do VI. Ker ni namen magistrskega dela obravnavati tudi slednjih, jih v nadaljevanju dodatno ne pojasnujem in proučujem.

Cena storitve institucionalnega varstva se določi na oskrbni dan. Storitve se za uporabnike oziroma oskrbovance izvaja v trajanju 24 ur dnevno (celodnevno institucionalno varstvo), krajši čas od 24 ur, in sicer v primeru dodatne vključitve oskrbovanca v drugo socialnovarstveno storitev (storitev zaposlitvene rehabilitacije ali zaposlitev), 8 ur dnevno ali krajši čas (dnevno varstvo) ter občasno varstvo 24 ur dnevno med časom dopustov. Storitve oskrbe plačujejo oskrbovanci sami v celoti in/ali s pomočjo svojcev. Iz občinskega proračuna se oskrbnina plačuje po odločbi centra za socialno delo. Po merilih uredbe se določajo oprostitve plačil za socialnovarstvene storitve, ki jih v okviru mreže javne službe ter v skladu s predpisanimi standardi in normativi opravi javni socialnovarstveni zavod ali koncesionar (Uredba o merilih za določanje oprostitve pri plačilih socialnovarstvenih storitev, 2004).

Zdravstvene storitve, v obliki zdravstvenega varstva in zdravstvene nege, se financirajo iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Program zdravstvenih storitev ter oblikovanje cen za pogodbeno leto je izdelan na podlagi števila opravljenih storitev v enoti »dan

zdravstvene nege« v preteklem letu vsakega socialnovarstvenega zavoda posebej. Obračun storitev dolgotrajne oskrbe v socialnovarstvenem zavodu za posameznega oskrbovanca je izdelan na podlagi predhodno podpisanega dogovora z oskrbovancem. Celotni prihodki od prodaje, pretežno storitev, na ravni socialnovarstvenega zavoda, se obračunajo za zdravstveni in socialni del (Tabela 11).

Tabela 11: Obračun storitev dolgotrajne oskrbe v socialnovarstvenem zavodu X

	Oskrbovanec 1	Oskrbovanec 2	Oskrbovanec 3a	Oskrbovanec 3b	Oskrbovanec 4
1. ZDRAVSTVENI DEL	Zdravstvena nega I	Zdravstvena nega I	Zdravstvena nega I	Zdravstvena nega I	Zdravstvena nega I
- Zdravstvena nega I (določi ZZS)	14,93	14,93	14,93	14,93	14,93
SKUPAJ – zdravstveni del	14,93	14,93	14,93	14,93	14,93
2. SOCIALNI DEL	oskrba I	oskrba II	oskrba IIIa	oskrba IIIb	oskrba IV
- Nameštitev, prehrana, program	17,51	17,51	17,51	17,51	17,51
- Dodatek za pomoč in prehrano	0,00	4,80	9,60	13,77	0,00
- Doplačilo za demenco	0,00	0,00	0,00	0,00	12,17
SKUPAJ – socialni del	17,51	22,31	27,11	31,28	29,68
Prihodek od prodaje socialnovarstvenega zavoda na dan na oskrbovanca	32,44	37,24	42,04	46,21	44,61
Število dni	30	30	30	30	30
Mesečni prihodek socialnovarstvenega zavoda na dan na oskrbovanca	973,20	1.117,20	1.261,20	1.386,30	1.338,30
VIRI FINANCIRANJA:					
- ZZS za zdravstveno nego	447,90	447,90	447,90	447,90	447,90
- Oskrbovanec in/ali svojci	525,30	669,30	813,30	938,40	890,40
	973,20	1.117,20	1.261,20	1.386,30	1.338,30
ali:					
- ZZS za zdravstveno nego	447,90	447,90	447,90	447,90	447,90
- Oskrbovanec in/ali svojci za nameštitev in prehrano	525,30	525,30	525,30	525,30	525,30
- ZPIZ za DPP	0,00	144,00	288,00	413,10	365,10
	973,20	1.117,20	1.261,20	1.386,30	1.338,30

Vir: Prirejeno po MDDSZ, b.l.

Če je uporabnik storitve, ki uveljavlja oprostitev plačila storitve institucionalnega varstva, lastnik nepremičnine, se mu z odločbo o oprostitvi plačila prepove odtujiti in obremeniti nepremičnino, katere lastnik je, v korist občine, ki zanj financira institucionalno varstvo (Uredba o merilih za določanje oprostitev pri plačilih socialnovarstvenih storitev, 2004). O prepovedi odtujitve in obremenitve nepremičnine v korist občine pristojni center za socialno delo odloči v izreku odločbe o oprostitvi plačila storitve institucionalnega varstva. Prepoved odtujitve in obremenitve se zaznamuje v zemljiški knjigi na podlagi dokončne odločbe iz prejšnjega odstavka (Uredba o merilih za določanje oprostitev pri plačilih socialnovarstvenih storitev, 2004).

1.2.5.4 Letni načrt izvedbe števila zdravstvenih neg

Celovita oskrba posameznega oskrbovanca v okviru socialnovarstvenega zavoda je sestavljena iz aktivnosti zdravstvene nege in aktivnosti socialne oskrbe. Aktivnosti zdravstvene nege so financirane s strani ZZZS, zato mora vsak socialnovarstveni zavod za namen uveljavljanja povračila stroškov izvajanja zdravstvene nege pri ZZZS v obračunskem obdobju na podlagi realizacije števila zdravstvenih neg v preteklem obdobju pripraviti »Načrt realizacije števila zdravstvenih neg«, za koledarsko leto. Ker letni načrt realizacije števila zdravstvenih neg za koledarsko leto ni predmet magistrskega dela, ga v nadaljevanju podrobneje ne obravnavam.

1.3 Dolgotrajna oskrba v tujini

Pregledala sem raziskave za posamezne države članice EU z naslovom »The long-term care system for the elderly«, ki so bili pripravljene pod okriljem European Network of Economic Policy Research Institutes (v nadaljevanju ENEPRI) v okviru projekta Assessing Needs of Care in European Nations (2010, v nadaljevanju ANCIEN) in ugotovila, da so za namen poročanja o dolgotrajni oskrbi v Španiji s kraljevim zakonodajnim odlokom zagotovili oziroma določili zahteve za obravnavo starostnikov in obseg poročanja; to je število starostnikov po spolu, skupinah starosti ter kategorijah oskrbe starostnikov, in sicer mesečno.

1.3.1 Primer Španije

Država članica EU, Španija, ima 46,6 mio prebivalcev in na dan 29. 2. 2016 izkazuje 1,6 mio zahtevkov iz naslova dolgotrajne oskrbe. Ustava Kraljevine Španije od javnih organov (državnih, regionalnih, lokalnih) zahteva razvoj sistema starostnikom ustrezne zdravstvene oskrbe in vzpostavitev sistema, ki bo zagotavljal starostnikom primerno bivališče, kar izpostavlja še posebej v zvezi s skrbjo za starostnike.

Oskrba starostnikov je zakonsko opredeljena pod okriljem Ministrstva za zdravje, socialne storitve in enake možnosti (špan. *Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad*) v okviru naslednjih zakonov in podzakonskih aktov:

- Zakon o spodbujanju samostojnosti in oskrbe oseb, ki so odvisne od pomoči drugih (Kraljevi zakonodajni odlok, 2006);
- Zakon o pravicah oseb z zmanjšanimi funkcionalnimi zmožnostmi in njihovi socialni vključenosti (Kraljevi zakonodajni odlok, 2013a);
- Kraljevi odlok 174/2011, ki določa lestvico za oceno sposobnosti samooskrbe oziroma odvisnosti (Kraljevi zakonodajni odlok, 2011);
- Kraljevi odlok 1050/2013, ki določa lestvico za oceno sposobnosti samooskrbe oziroma odvisnosti (Kraljevi zakonodajni odlok, 2013b);

- Odločba SSI/2371/2013, ki ureja informacijski sistem za spremljanje odvisnosti z dne 18. 12. 2013 (Kraljeva zakonodajna odločba, 2013).

Zakon o spodbujanju samostojnosti in oskrbe oseb, ki so odvisne od pomoči drugih (2006), sistemsko ureja dolgotrajno oskrbo, podaja katalog temeljnih storitev in prejemkov, do katerih imajo pravico vsi državljani na temelju državljanstva, ostali rezidenti pa na temelju meddržavnih pogodb. Določa, katere storitve so neposredno dosegljive in za katere prejme upravičenec denarni prejemek, določa kriterije, po katerih se določa višina prejema, višina participacije upravičencev v stroških storitev in določa lestvico za oceno funkcionalnih zmožnosti. Zakon določa sistem pomoči za doseganje maksimalne možne avtonomije in oskrbe oseb, ki so odvisne od pomoči drugih. (Bogataj, Szander, Ros McDonnell, 2015).

S sistemom dolgotrajne oskrbe v Kraljevini Španiji upravljajo država, avtonomne regije, izvajalci pa se lahko vključijo v sistem ne glede na lastništvo in upravljavca, pri čemer veljajo za vse enaka pravila na področju posamezne avtonomne regije. Objekti in naprave so lahko v lasti države, avtonomne regije, lokalne skupnosti, neprofitne zasebne organizacije ali gospodarske družbe. Upravljevec je lahko država ali organizacija v lasti države, avtonomna regija ali organizacija v lasti avtonomne regije, lokalne skupnosti ali organizacije lokalne skupnosti, neprofitna zasebna organizacija ali zasebna gospodarska družba. (Bogataj, Szander, Ros McDonnell, 2015).

Zakon o spodbujanju samostojnosti in oskrbe oseb, ki so odvisne od pomoči drugih (2006) določa sistem financiranja, pri čemer vse osnovne storitve krije Kraljevina Španija, avtonomne regije pa morajo prispevati enak znesek kot država, lahko pa znotraj teh okvirov regije same organizirajo dolgotrajno oskrbo in nudijo nadstandard. Sistem opredeljuje teritorialne in ostale svete, ki so zadolženi za razvoj sistema skladno z razvojem potreb prebivalstva po dolgotrajni oskrbi. Zakon zahteva določitev lestvice sposobnosti samooskrbe in na njenem temelju grupiranje v stopnje (tri stopnje) in ravni (dve ravni na stopnjo) odvisnosti. Zakon tudi obvezuje, da se statistično spremlja število prosilcev in upravičencev po starosti, spolu, vrsti storitve oziroma nadomestilu in regijah, število odobrenih zahtevkov za dolgotrajno oskrbo, obvezuje izvajalce k poročanju o tem ter državno statistiko, da pojav spremlja in ga javno objavlja z namenom učinkovitega upravljanja z družbenimi resursi tako v javni (državni lasti ali lasti avtonomnih regij) kot zasebni lasti, pri čemer še posebej izpostavlja pomen vključevanje neprofitnih organizacij v sistem (razne fundacije, verske institucije). Zakon za vse institucije, ki so vključene v sistem, določa, da se zanje statusno-pravna oblika in upravljavska struktura ohranja. (Bogataj, Szander, Ros McDonnell, 2015).

Junija 2015 je začel v Španiji delovati nov informacijski sistem za socialne storitve (špan. *el Sistema de Información del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia*, v nadaljevanju SISAAD), ki predstavlja večjo transparentnost in učinkovitost informiranja

strokovnjakom na področju skrbi za starostnike in druge osebe, ki so odvisne od pomoči drugih, kakor tudi vsem državljanom, ki hočejo boljšo obveščenost in preglednost socialnih sistemov, kar dviguje podporo državljanov temu sistemu. (Bogataj, Szander, Ros McDonnell, 2015).

Avtonomne regije so zavezane k izboljševanju organizacijske strukture oziroma optimalni strukturi vrste storitev, zato tudi težijo k optimalni organiziranosti dolgotrajne oskrbe, kar vodi do prilagajanja prostorske razpršenosti prebivalstva v regiji. Ta značilno vpliva na strukturo storitev dolgotrajne oskrbe po katalogu storitev in prejemkov. (Bogataj, Szander, Ros McDonnell, 2015).

Katalog storitev dolgotrajne oskrbe in prejemkov iz tega naslova v Španiji vključuje socialne storitve, storitve za spodbujanje osebne samostojnosti in preprečevanje odvisnosti ter zdravstvene nege oseb, ki so odvisne od pomoči drugih:

- storitve preprečevanja odvisnosti in spodbujanje osebne avtonomije;
- pomoč na daljavo;
- storitve pomoči na domu kot pomoč gospodinjstvom in izvajanje osebne nege;
- storitve dnevnih in nočnih centrov, ki obsegajo: dnevni center za starejše, dnevni center za mlajše od 65 let, dnevni center za specializirano nego in nočni center.

Po tem katalogu je bilo število upravičencev do dolgotrajne oskrbe po regijah v Španiji 1,6 mio ali 3,44 % (Priloga 4 - Tabela 16). Katalog storitev in prejemkov prikazuje tudi število oseb, ločeno po spolu in skupinah starosti, ki so vložile zahtevek za uveljavljanje pravic iz dolgotrajne oskrbe, ki jo v Španiji objavljajo mesečno (Priloga 4 - Tabela 16).

Kraljevi odlok določa maksimalne zneske denarnih prejemkov, ki so določeni za koledarsko leto (Tabela 12).

Tabela 12: Maksimalni zneski denarnih prejemkov v letu 2015 glede na stopnjo odvisnosti v Španiji

Stopnja	Storitve javne mreže niso dostopne	Storitve osebnega asistenta	Storitve družinske oskrbe
I	300,00	300,00	153,00
II	426,12	426,12	268,79
III	715,07	715,07	387,64

Vir: SAAD (Información estadística del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia).

Kraljevi odlok iz leta 2011 (174/2011) določa lestvico za oceno sposobnosti samooskrbe (odvisnosti) in prikazuje lestvico funkcionalnih zmožnosti starostnikov. Prosilec glede na zmožnosti izvajanja posameznih aktivnosti na podlagi presoje odgovorne osebe pridobi

določeno število točk, na temelju katerih je razvrščen v stopnjo in raven oskrbe oziroma mu pripada denarno nadomestilo. Zakon razlikuje med različnimi stopnjami odvisnosti, na temelju katerih so bile določene pravice do storitev in denarnih prejemkov. V navedeni lestvici sposobnosti samooskrbe za vsako vrsto opravil A_i , $i = 1, 2, \dots, 11$ obstajajo posamezna opravila $B_{i,j}$ in za vsako od teh ima posamezni oskrbovanec koeficient podpore $k_{i,j}$, ki ima vrednosti v skladu z lestvico, če oskrbovanec pri posameznih opravilih potrebuje pomoč, in $k_{i,j} = 0$, če te pomoči ne potrebuje (Tabela 14, Tabela 16). Skupno število točk, po katerem se ocenjuje stopnja funkcionalne (ne)zmožnosti oskrbovanca, se računa po formuli: $N = \sum_i A_i \sum_j k_{i,j} B_{i,j}$.

Glede na N so določeni intervali stopenj in ravni odvisnosti, kakor jih opredeljuje Kraljevi odlok 174/2011 kot razvrstitev oskrbovancev v stopnje in ravni ter obseg aktivnosti, ki jih pripisujejo posamezni stopnji odvisnosti od pomoči drugih (Tabela 13):

Tabela 13: Stopnja in ravni odvisnosti v dolgotrajni oskrbi v Španiji

Stopnje osvisnosti	Ravni odvisnosti	Točke N
Visoka odvisnost	2	90–100
	1	75–89
Resna odvisnost	2	65–74
	1	50–64
Zmerna odvisnost	2	40–49
	1	25–39
Ni odvisnosti		0–24

Vir: Kraljevi zakonodajni odlok, 2011.

Tabela 14: Stopnje odvisnosti v Španiji

Stopnja	Odvisnost	Obseg aktivnosti
I	Zmerna	Ko oseba rabi pomoč pri izvajanju različnih osnovnih aktivnosti dnevnega življenja vsaj enkrat dnevno, ali ko oseba rabi to pomoč s presledki ali omejeno podporo za osebno avtonomijo (pri demenci)
II	Resna	Ko oseba rabi pomoč pri izvajanju različnih osnovnih aktivnosti dnevnega življenja dva ali trikrat na dan, vendar oseba ne želi trajne prisotnosti in podpore oskrbovalca ali ko oseba potrebuje obsežno podporo za doseganje svoje osebne avtonomije.
III	Visoka	Ko oseba potrebuje pomoč za izvajanje različnih osnovnih aktivnosti dnevnega življenja večkrat na dan zaradi njene popolne izgube fizične, kognitivne, intelektualne ali senzorične avtonomije. Ko oseba rabi trajno podporo druge osebe ali vseobsežno podporo za doseganje osebne avtonomije.

Vir: Kraljevi zakonodajni odlok, 2011.

Vsaka od teh treh stopenj odvisnosti je razdeljena na dve ravni glede na avtonomijo osebe in intenziteto oskrbe, ki jo potrebuje. Kraljevi odlok za namen izračuna skupnega števila točk opredeljuje tudi koeficient podpore (Tabela 21):

Tabela 15: Stopnje potrebne podpore pri aktivnostih dnevnega življenja

Koeficient podpore	Zakonsko določeno	Aktivnost
0,90	Nadzor	Če oskrbovanec potrebuje tretjo osebo samo, da mu pripravi potrebne stvari za opravljanje aktivnosti
0,90	Delna fizična pomoč	Če mora tretja oseba sodelovati pri aktivnostih oskrbovanca
0,95	Maksimalna fizična pomoč	Če mora tretja oseba nadomestiti oskrbovanca pri izvedbi aktivnosti
1,00	Posebna pomoč	Če ima oseba večje motnje v obnašanju, ki onemogočajo tretjo osebo pri izvedbi aktivnosti

Vir: Kraljevi zakonodajni odlok, 2011.

Kraljevi odlok od leta 2013 določa še vedno tri stopnje in dve ravni oskrbe (Tabela 16), vendar potrebo po oskrbi dodatno opredeljuje v številu ur mesečno in tedensko.

Tabela 16: Stopnja in ravni odvisnosti v Španiji z dodatki iz leta 2013

Stopnje odvisnosti		Ravni odvisnosti	Število ur oskrbe mesečno
I	Zmerna odvisnost	1	12–20
		2	21–30
II	Resna odvisnost	1	30–40
		2	40–55
III	Visoka odvisnost	1	55–70
		2	70–90

Vir: Kraljevi zakonodajni odlok, 2013b.

Glede na ureditev dolgotrajne oskrbe v Španiji, ki se je oblikovala na temelju desetletnih izkušenj, naj Slovenija za namen določitve kategorij oskrbe po zgledu Španije pripravi podzakonski akt in poročanje ter nadzor v okviru ZDOZDO. Ureditev dolgotrajne oskrbe in nadzora po predlogu ZDOZDO predstavim v okviru poglavja 2.2.4, način poročanja pa v okviru poglavja 5.

1.3.2 Primerjava kategorij oskrbe v drugih evropskih državah

Ključno izhodišče pri uporabi modela mnogoterih pojemanj za namen izračuna pričakovanega trajanja življenja so kategorije oskrbe, zato predstavim opredelitve kategorij oskrbe za nekatere evropske države, na podlagi katerih proučevane države razporejajo

oskrbovance po kategorijah oskrbe in na temelju katerih je mogoče izračunati prehode med kategorijami in pričakovano trajanje življenja (Tabela 17):

Tabela 17: Pregled stanja prebivalstva, delež starejših nad 65 let in ocenjevalne lestvice po posameznih državah, v letu 2013

2013		Populacija (mio)	Delež oseb, starejših od 65 let	Število oseb starejših od 65 let izračun (v mio)	Pričakovano trajanje življenja pri starosti 65 let - moški	Pričakovano trajanje življenja pri starosti 65 let - ženske	Kategorije oskrbe
Bolgarija	BG	7,26	19,35	1,41	14,00	17,30	I >90% odvisnost, II 71%–90%, III 50%–70%
Nemčija	DE	81,35	20,97	17,06	18,00	21,00	I, II, III, III+ (glede na število ur)
Španija	ES	46,59	17,92	8,35	18,60	22,50	ZO1, ZO2, RO1, RO2, VO1, VO2 - odvisen (glede na število ur)
Francija	FR	65,72	17,78	11,69	18,90	22,90	GIR1 - odvisen do GIR6 - neodvisen
Madžarska	HU	9,89	17,35	1,72	14,50	18,10	8 kategorij (točkovanje 16 aktivnosti po 5 točk)
Avstrija	AT	8,48	18,19	1,54	17,90	21,20	I >60h, II >85h, III >120h, VI >160h, Va,b,c >180h
Romunija	RO	19,99	16,39	3,28	14,50	17,70	I.A - odvisen I.B, I.C, II.A, II.B, II.C, III.A, III.B
Slovenija	SI	2,06	17,29	0,36	17,10	20,90	I, II, III a, III b, IV - odvisen
Švedska	SE	9,60	19,27	1,85	18,60	21,10	različne lestvice: ADL, FIM, SF-36, CAN
Anglija	UK	64,06	17,34	11,11	18,40	20,80	I. kritično, II. bistveno, III. zmerno, IV. nizko

Vir: Povzeto in prirejeno iz EK, 2015a; www.ancien-longtermcare.eu – po državah.

1.4 Kakovost dolgotrajne oskrbe

Po definiciji OECD (2013) je kakovostna dolgotrajna oskrba varna, učinkovita in osredotočena na uporabnika, skrbniki so odzivni na njegove potrebe, storitve so

koordinirane tako da zagotavljajo skladnost izvajanja aktivnosti zdravstvene nege ter oskrbe po standardih aktivnosti zdravstvene nege in oskrbe. Uporabniki storitev dolgotrajne oskrbe naj bi imeli zagotovljen način oskrbe, ki je vseobsegajoč, celovito urejen in usklajen znotraj sistema nastanitev oziroma socialnovarstvenih zavodov oziroma domov starejših občanov. Kot navajata Kavšek in Bogataj (2015) je celovita kakovost oskrbe odvisna od prostorskih zmožnosti institucije kot izvajalke storitev dolgotrajne oskrbe, števila zaposlenih in posloводства, negovalnega okolja ter informacijske in komunikacijske tehnologije, ki jih institucija uporablja, ter tehnologij pomoči, ki so ključnega pomena za kakovost storitev dolgotrajne oskrbe.

Nadalje Kavšek in Bogataj (2015) navajata, da mora sistem kakovosti in varnosti temeljiti na kazalnikih, ki vključujejo strukturo, procese in izide, tudi v dolgotrajni oskrbi. Tudi OECD razvršča različne kazalnike po tem sistemu. Merila za ocenjevanje kakovosti izvajanja dolgotrajne oskrbe postajajo vse bolj izpopolnjena in zanesljiva, vendar ni globalnih standardov za ocenjevanje kakovosti izvajanja dolgotrajne oskrbe. Nacionalni organi obravnavajo potrebo po ukrepih za izboljšanje kakovosti:

- z uporabo ukrepov podeljevanja akreditacij za kakovost v povezavi s sistemi spremljanja kakovosti (Nemčija, Grčija, Francija, Ciper, Nizozemska, Slovaška);
- z uporabo kliničnih smernic na podlagi medicine, ki temeljijo na znanstvenih dokazih (Nemčija, Luksemburg);
- s preprečevanjem regionalne neenakosti pri izvajanju dolgotrajne oskrbe z uporabo enotnih mehanizmov zagotavljanja kakovosti (Češka, Nemčija, Estonija, Latvija, Litva, Švedska, Slovenija, Velika Britanija) (Evropska komisija, 2008).

Dolgotrajna oskrba pomeni skrb za ljudi, ki so odvisni od pomoči drugih, pri čemer je pomembno, da izvajalec dolgotrajne oskrbe zadovolji potrebe in želje oskrbovancev s celovito koordinacijo zaposlenih. V primerjavi s sistemom merjenja kakovosti medicinskih oziroma kliničnih vidikov v zdravstvu, kjer se navadno pride do povrnitve v prvotno stanje, je merjenju kakovosti dolgotrajne oskrbe bolj kompleksno, saj zaradi upadanja kognitivnih in fizičnih funkcionalnih zmožnosti starostnikov do povrnitve v prvotno stanje pride le redko. Zaradi kompleksnosti merjenja se premalo pozornosti posveča kakovosti oskrbe ljudi, ki jo potrebujejo. Pogosto je "kakovost oskrbe" težko meriti zaradi subjektivne dimenzije te komponente. Ta se nanaša na sposobnost samooskrbe oskrbovanca ter doseganje njegove najvišje možne telesne, duševne, čustvene in socialne zmogljivosti v okviru upadanja njegovih kognitivnih in fizičnih funkcionalnih zmožnosti. Problem merjenja kakovosti oskrbe je v tem kako meriti samostojnost, dostojanstvo, individualnost, udobje, dobro počutje in varnost ter odnose in družbeno udejstvovanje kot nematerialne dejavnike. Zato je sistem za merjenje kakovosti oskrbe težko vzpostaviti, kakovost oskrbe pa težko meriti. Razlog za to je, da morajo biti meritve nepristranske, ustrezne, primerljive, zanesljive in veljavne, vendar pa je pri merjenju kakovosti oskrbe

uporabnikov razlikovanje med subjektivnimi mnenji in objektivno oceno pogosto težko določiti.

1.4.1 Certificiranja, akreditacije in standardi kakovosti dolgotrajne oskrbe

Kot pojasnjujeta Kavšek in Bogataj (2015), so glavni instrumenti za urejanje kakovosti dolgotrajne oskrbe v institucionalnih okoljih licence, akreditacije in standardi izvajanja dolgotrajne oskrbe. Skoraj vse države OECD zahtevajo od institucij dolgotrajne oskrbe dovoljenje za opravljanje storitev dolgotrajne oskrbe. Akreditacija je proces ocenjevanja, ki ocenjuje kakovost oskrbe in storitev. Namen akreditacije je spodbujati kakovost in varnost skozi kombinacijo skladnosti ter kakovosti, ki lahko doseže trajno izboljševanje kakovosti izvajanja storitev dolgotrajne oskrbe. Postopek akreditacije navadno vključuje samooceno ponudnikov dolgotrajne oskrbe, pregledovanje standardov, določenih s strani akreditacijskega organa, ter spremljanje in skladnost izvajanja dolgotrajne oskrbe s takimi standardi.

Standardi kakovosti, kot so na primer EFQM (angl. *European Foundation for Quality Management*), ISO 9001-2015 (angl. *International Organisation for Standardisation*), QualiCert (francoski certifikat za kakovost, ki ga izda SGS Francija), E-Qalin (angl. *European quality-improving learning*), AFNOR (fran. *Association Francaise de Normalisation*), BSC (angl. *Balanced Score Card*) in TQM (angl. *Total Quality Management*) so le nekateri notranji mehanizmi, ki lahko zagotavljajo kakovost in merjenje kakovosti na organizacijski ravni v okviru socialnovarstvenih zavodov.

1.4.2 Evropska listina pravic

Tudi Evropska listina pravic in odgovornosti starejših, potrebnih dolgotrajne oskrbe in podpore (2010, v nadaljevanju Listina) predstavlja prostovoljni evropski okvir kakovosti za socialne storitve in si prizadeva razviti skupno razumevanje o kakovosti socialnih storitev v EU ter ugotavljanje kakovosti načel, ki jih te storitve morajo izpolnjevati. Listina predlaga vrsto metodoloških smernic, okvir kakovosti, ki bo pomagal tudi javnim organom, pristojnim za organizacijo in financiranje socialnih storitev, da na ustrezni ravni razvijejo posebna orodja za opredelitev, merjenje ter vrednotenje kakovosti socialnih storitev.

V preambuli Listine (2010) je zapisano, da je človekovo dostojanstvo nedotakljivo. Starost in odvisnost sama po sebi ne opravičujeta omejevanja katere koli od neodtujljivih človekovih pravic in državljskih svoboščin kot jih priznavajo mednarodni standardi in kot so vtakane v demokratične ustave. Vsakdo ima ne glede na spol, starost ali odvisnost pravico, da te pravice ter svoboščine uživa, in vsak posameznik je pooblaščen, da svoje človekove pravice ter svoboščine brani. Pravice starostnikov predstavljajo razširitev človekovih pravic, ki jih obravnavajo mednarodni dokumenti že od osemdesetih leti

prejšnjega stoletja. Listina (2010) navaja pravice do: a) dostojanstva, telesnega in duševnega blagostanja, svobode in varnosti; b) samoodločanja; c) zasebnosti; d) kakovostne in prilagojene oskrbe; e) informacij o potrebah oskrbovancev; f) nepretrgane komunikacije, participacije v družbi in kulturnega udejstvovanja; g) svobode izražanja, misli in vesti: prepričanje, kultura in religija; h) paliativne oskrbe in podpore ter do spoštovanja in dostojanstva pri umiranju in smrti; i) zadoščenja; j) odgovornosti.

Listina prikazuje, kakšna naj bo dolgotrajna oskrba, pravice ter odgovornosti in kakšno ravnanje se pričakuje od izvajalcev storitev dolgotrajne oskrbe.

2 ZAKONODAJNI OKVIR DOLGOTRAJNE OSKRBE

V nadaljevanju predstavim zakone, ki sestavljajo pravne temelje za financiranje in izvajanje dolgotrajne oskrbe. Ker pa zakoni ne urejajo tega področja sistemsko, tako da bi za vse državljane in prebivalce RS veljala enaka merila za pridobitev pravice do storitev dolgotrajne oskrbe in pridobitev dodatka za pomoč in postrežbo, so se vlade in zakonodajalec v zadnjih 12 letih aktivno ukvarjali s sistemsko ureditvijo dolgotrajne oskrbe v okviru reforme sistema dolgotrajne oskrbe.

2.1 Zakonodaja v Sloveniji

Dolgotrajna oskrba je trenutno urejena v okviru različnih zakonov oziroma se izvaja preko ločenih sistemov socialne varnosti (zaščite) v okviru:

- socialnih prejemkov in socialnovarstvenih storitev oziroma Zakona o socialnem varstvu (2007, v nadaljevanju ZSV), Zakona o socialnovarstvenih prejemkih in Zakona o uveljavljanju pravic iz javnih sredstev;
- zdravstvenega zavarovanja oziroma Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (2006, v nadaljevanju ZZVZZ);
- pokojninskega in invalidskega zavarovanja oziroma Zakona o pokojninskem in invalidskem zavarovanju (2012, v nadaljevanju ZPIZ-2);
- skrbi za vojne veterane oziroma Zakona o vojnih veteranih (v nadaljevanju ZVV) in Zakona o vojnih invalidih (v nadaljevanju ZVojI);
- zavarovanja za starševsko varstvo oziroma Zakona o starševskem varstvu in družinskih prejemkih (v nadaljevanju ZSDP);
- v okviru Zakona o družbenem varstvu duševno in telesno prizadetih (v nadaljevanju ZDVEDTP).

2.1.1 Zakon o socialnem varstvu

Socialnovarstvena dejavnost po Zakonu o socialnem varstvu (Ur.l. RS 3/2007, 1. in 2. člen, v nadaljevanju ZSV-UPB2) obsega preprečevanje in reševanje socialne problematike posameznikov, družin ter skupin prebivalstva. Država zagotavlja in razvija delovanje socialnovarstvenih zavodov, ustvarja pogoje za zasebno delo v socialnovarstveni dejavnosti ter podpira in spodbuja razvoj samopomoči, dobroteljnosti, oblik neodvisnega življenja invalidov ter drugih oblik prostovoljnega dela na področju socialnega varstva.

Storitve, namenjene odpravljanju socialnih stisk in težav so (ZSV-UPB2, Ur.l. RS 3/2007, 11. člen): a) prva socialna pomoč; b) osebna pomoč; c) pomoč družini; d) institucionalno varstvo; e) vodenje in varstvo ter zaposlitev pod posebnimi pogoji; f) pomoč delavcem v podjetjih, zavodih ter pri drugih delodajalcih.

Osebna pomoč obsega svetovanje, urejanje in vodenje z namenom, da bi posamezniku omogočili razvijanje, dopolnjevanje, ohranjanje ter izboljšanje socialnih zmožnosti. (ZSV-UPB2, Ur.l. RS 3/2007, 6. člen) Institucionalno varstvo obsega vse oblike pomoči v zavodu, v drugi družini ali drugi organizirani obliki, s katerimi se upravičencem nadomeščajo ali dopolnjujejo funkcije doma in lastne družine, zlasti pa bivanje, organizirana prehrana in varstvo ter zdravstveno varstvo (ZSV-UPB2, Ur.l. RS 3/2007, 16. člen). Dejavnosti, potrebne za delovanje in razvoj sistema socialnega varstva, obsegajo zlasti vzpostavitev, vzdrževanje in razvijanje zbirk podatkov s področja socialnega varstva in informacijski sistem, raziskovalne dejavnosti, eksperimentalne in razvojne programe, izobraževanje in usposabljanje kadrov po programih, ki ustrezajo potrebam dejavnosti in mednarodnim standardom, načrtovanje in spremljanje socialne in socialnovarstvene politike ter razvoj stroke (ZSV-UPB2, Ur.l. RS 3/2007, 6. člen). Upravičencu do denarne socialne pomoči, ki je zaradi starosti, bolezni ali invalidnosti nezmožen za delo in mu je za opravljanje temeljnih vsakodnevnih aktivnosti nujna pomoč druge osebe in ne prejema dodatka za tujo nego in pomoč po drugih predpisih, se denarna socialna pomoč poveča za dodatek za pomoč in postrežbo. To je običajno oseba, ki ni pridobila pravice do starostne pokojnine po ZPIZ-u. Višina dodatka za pomoč in postrežbo kot socialne pomoči se določi v isti višini, kot bi upravičencu pripadal, če bi bil do njega upravičen po predpisih o pokojninskem in invalidskem zavarovanju (ZSV-UPB2, Ur.l. RS 3/2007, 31.a člen). Potrebo po nujni pomoči druge osebe ugotavlja invalidska komisija po predpisih o pokojninskem in invalidskem zavarovanju.

2.1.2 Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju

Dolgotrajna oskrba je v Sloveniji deloma urejena v okviru zdravstvenega zavarovanja oziroma Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Ur.l. RS, št. 72/2006-UPB3, v nadaljevanju ZZVZZ). Izvajalec obveznega zdravstvenega zavarovanja je Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju ZZVS), prostovoljna

zdravstvena zavarovanja pa izvajajo druge zdravstvene zavarovalnice. Zdravstveno zavarovanje zagotavlja ustrezno zdravstveno in socialno varnost v času bolezni ali poškodbe, saj pokriva stroške za tveganja v primerih, ko zbolimo, se poškodujemo ali imamo kakšne druge zdravstvene potrebe. Pravice izhajajo iz zavarovanja in plačila ustreznega prispevka (obvezno zdravstveno zavarovanje) ali premije za plačilo razlike do polne vrednosti zdravstvenih storitev (prostovoljno zdravstveno zavarovanje). Ministrstvo za zdravje, Zdravniška zbornica Slovenije, Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije, Lekarniška zbornica Slovenije, Skupnost slovenskih naravnih zdravilišč, SSZS, Skupnost organizacij za usposabljanje Slovenije in ZZZS kot partnerji vsako leto v mesecu oktobru za naslednje koledarsko leto na podlagi 63. člena ZZVZZ sklenejo splošni dogovor za pogodbeno leto (ZZZS, 2015a). S Splošnim dogovorom partnerji določijo program zdravstvenih storitev in izhodišča za njegovo izvajanje ter oblikovanje cen v Republiki Sloveniji za pogodbeno leto. Splošni dogovor (ZZZS, 2015a) določa:

- program, ki opredeljuje vrsto in obseg programov zdravstvenih dejavnosti iz obveznega zdravstvenega zavarovanja;
- zmogljivosti, potrebne za izvedbo dogovorjenega programa;
- obseg sredstev za dogovorjene programe;
- globalno delitev finančnih sredstev po zdravstvenih dejavnostih opredeljenih v Splošnem dogovoru;
- izhodišča za oblikovanje vrednosti programa oziroma cen zdravstvenih storitev;
- druge podlage za sklepanje pogodb med ZZZS in javnimi zdravstvenimi zavodi ter drugimi pravnimi in fizičnimi osebami, ki opravljajo zdravstveno dejavnost na podlagi koncesije kot izvajalci.

ZZZS plačuje oziroma krije stroške zdravstvene nege v socialnovarstvenih zavodih, ki imajo koncesijo. Pretežni del upravičencev iz naslova zdravstvene nege so starostniki nad 65 let (pretežno upokojnenci), zato je za prijavo v obvezno zavarovanje in plačilo prispevka zavezan Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije.

Kot pojasnjuje Čok (2010), je obstoječi sistem plačevanja prispevkov nekonsistenten in diskriminatoren, ker so znotraj njega različne skupine zavezancev in je kot tak generator davčnega izogibanja in mednarodno nekonkurenčen, zato je edina možnost za večji priliv denarja v zdravstvo zvišanje prispevne stopnje. Za namen dolgotrajne oskrbe pa je Nemčija uvedla poseben prispevek.

Po predlogu ZDOZDO bo ZZZS kot inštitucija plačilo zdravstvene nege vključila v sistem financiranja dolgotrajne oskrbe, prispevne stopnje pa bo določal Zakon o prispevkih za socialno varnost.

2.1.3 Zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju

Področje pokojnin ureja Zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju (Ur.l. RS št. 96/2012, v nadaljevanju ZPIZ-2). Na osnovi pokojninskega zavarovanja in v odvisnosti od realizacije zavarovanega dogodka lahko zavarovanec oziroma njegovi družinski člani pridobijo pravico pokojnine. Višina in vrsta se z vidika financiranja dolgotrajne oskrbe v socialnovarstvenih zavodih loči kot sledi:

- starostna pokojnina, ki predstavlja zaporedje mesečnih prejemkov, ki pripadajo zavarovancu od dopolnitve določene starosti in pokojninske dobe do smrti;
- invalidska pokojnina, ki predstavlja zaporedje mesečnih prejemkov, ki pripadajo zavarovancu od nastanka invalidnosti, to je od trenutka, ko zavarovanec trajno ni zmožen za delo in je s tem nezmožen sebi zagotavljati sredstva za življenje, do smrti;
- družinska pokojnina, ki predstavlja zaporedje mesečnih prejemkov, ki pripadajo družinskemu upravičencem umrlega zavarovanca, ob izpolnjevanju pogojev, zapisanih v pokojninskem načrtu.

Tako imenovani »hotelski del«, ki ga predstavlja nastanitev, prehrana oskrbovanca in program v socialnovarstvenem zavodu, se financira iz naslova pokojnin. Če pokojnine niso dovolj visoke za pokrivanje teh stroškov oziroma če nima oskrbovanec ostalih virov financiranja (z drugimi lastnimi sredstvi in sredstvi svojcev, otrok), je za financiranje storitev dolgotrajne oskrbe v socialnovarstvenem zavodu odgovorna občina. Po Bogataju (2012b) finančno pokrivanje storitev dolgotrajne oskrbe lahko posamezniki zagotovijo tudi z individualnimi pokojninskimi zavarovanji in skupinskimi pokojninskimi zavarovanji, in sicer pri izvajalcih javnih ter pretežno iz zasebnih pokojninskih zavarovanj. Individualna pokojninska zavarovanja so zavarovanja, ki zagotavljajo pravico natanko določeni osebi (zavarovancu) ali vnaprej določenim upravičencem, ki so največkrat v družinskem razmerju z oskrbovancem. Temeljna razlika med individualnimi in skupinskimi pokojninskimi zavarovanji je, da slednja krijejo skupino ljudi, se pravi da zavarovalnica izplača zavarovalno vsoto oziroma pokojninsko rento posameznemu upravičencu, ko se članu zavarovane sheme realizira zavarovani dogodek, individualna pa se nanašajo na eno samo osebo, čeprav je lahko upravičencev (po smrti zavarovanca) več. Skupinska pokojninska zavarovanja običajno krijejo zaposlene ali skupino zaposlenih v določenem podjetju.

Leta 2013 je v Evropi znašal delež oseb, starejših od 65 let, 18,4 % (v Sloveniji: 17,3 %). Po projekcijah Aging reporta (Priloga 3 - Tabela 10) se predvideva, da bo leta 2060 ta delež narasel na 28,4 % (v Sloveniji 29,4 %). Tudi zaradi dejstva, da se Slovenija uvršča med države, katere upokojitvena doba je bila v preteklosti nizka, navaja Verbič (2008), bo težje izpolniti zaveze iz naslova sistema PAYG (angl. *Pay-as-you-go system*) in pokriti druge potrebe starajočega se prebivalstva z javnimi sredstvi; tudi potrebe dolgotrajne oskrbe. Celovita obravnava javnih izdatkov na področju pokojninskega (2013: 12,1 %

BDP) in zdravstvenega (2013: 9,3 % BDP, od tega 1,3 % BDP za zdravstveni in socialni del dolgotrajne oskrbe) sistema kot tudi na področju socialnega varstva (2013: 24,7 % BDP, od tega izdatki za bolezni in zdravstveno varstvo 7,5 % BDP in 10,3 % BDP za starost) je zato nujna, tako v Evropi kot v Sloveniji (SURS, 2014). Gre za kompleksna področja javnih izdatkov, zato se zahteva sistematičen pristop k reševanju problematike letih. Sambt in Čok (2011) menita, da bo poviševanje starosti ob upokojitvi skupaj z drugimi predlaganimi ukrepi po izračunih ZPIZ-2 stabilizirala javnofinančne izdatke za pokojnine v prihodnjih desetih do petnajstih letih. Kljub temu bodo za dolgoročno vzdržnost pokojninskega sistema v prihodnje potrebni nadaljnji ukrepi.

Bela knjiga o pokojninah (MDDSZEM, 2016), ki je izšla pri MDDSZEM aprila 2016, na temelju demografskih sprememb in projekcij za namen proučitve zagotavljanja javnofinančne vzdržnosti obravnava problematiko pogojev upokojevanja ter predvsem financiranja pokojninskega sistema v Sloveniji. Kot pomemben pokazatelj trendov se je izkazalo tudi pričakovano trajanje življenja.

Po podatkih SURS je bilo v letu 2012 v Sloveniji 629.791 upravičencev do pokojnin. Izdatki za pokojnine so v letu 2012 znašali 4.418 mio EUR, kar je 11,6 % BDP 2012 (EU: 13,2 %) in se glede na preteklo leto povečali (2011: 11,4 % BDP). ZPIZ izkazuje v letnih poročilih izplačila pokojnin in v statističnih pregledih po letih naslednje število upravičencev do pokojnin (Tabela 18):

Tabela 18: Število upravičencev do pokojnin in izplačila v mio EUR po letih v Sloveniji

Število upravičencev do pokojnin	2013	2014	2015
- Starostne	418.408	426.757	432.545
- Invalidske	88.361	87.250	85.749
- Družinske	51.870	48.781	44.904
- Vdovske	43.672	46.097	48.820
Skupaj število upravičencev do pokojnin	602.311	608.885	612.018
Pokojnine (v mio EUR), od tega:	4.253,905	4.288,144	4.197,430
- Letni dodatek k pokojninam	89,162	87,230	0
- Prenos letnega dodatka k pokojninam med »Transferji za zagotavljanje socialne varnosti«	0	0	107,493
Udeležba izdatkov za pokojnine v BDP v %	12,19	11,55	10,90

Vir: ZPIZ, Statistični pregled, leto 2015 in letna poročila 2013, 2014, 2015.

2.1.4 Dodatek za pomoč in postrežbo

Dodatek za pomoč in postrežbo je mesečni denarni prejemek, ki ga lahko po zakonu pridobi (ZPIZ-2, 2012) uživalec pokojnine in določeni zavarovanec (v nadaljevanju tudi DPP). S tem prejemkom naj bi uživalec poravnal izdatke, nastale zaradi trajnih sprememb v zdravstvenem stanju, zaradi katerih ne more zadovoljevati osnovnih življenjskih potreb

in zato nujno ter stalno potrebuje tujo nego in pomoč. Z ZPIZ-2 so opisno določeni trije možni zneski dodatka za pomoč in postrežbo v razmerju do najnižje pokojninske osnove, ki se izplačujejo od njegove uveljavitve, in sicer v višini (se usklajuje po zakonu, s katerim je urejeno usklajevanje transferjev posameznikom in gospodinjstvom v Republiki Sloveniji, 1. 1. 2015):

- 53 % te osnove, če je namenjen za opravljanje vseh osnovnih življenjskih potreb ter slepo in nepokretno osebo (292,11 EUR);
- polovice zneska za opravljanje vseh osnovnih življenjskih potreb, če je namenjen za opravljanje večine osnovnih življenjskih potreb ter slabovidnemu (146,06 EUR) 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 (418,88 EUR).

Dodatek za pomoč in postrežbo se začasno preneha izplačevati upravičencu v času:

- preživetem v bolnišnici ali drugem stacionarnem zavodu za čas nad šest mesecev takšne oskrbe oziroma
- ko stalno prebiva v tujini, ne glede na to, ali ima v Republiki Sloveniji dovoljenje za stalno ali začasno prebivanje.

Dodatek za pomoč in postrežbo je ZPIZ v letu 2015 izplačal 30.852 upravičencem v skupnem znesku 79,058 mio EUR (2014: 76,751 mio EUR 30.343 upravičencem) (Tabela 19).

Tabela 19: Dodatek za pomoč in postrežbo v letih 2013, 2014 in 2015

Število upravičencev	2013	2014	2015
- Najtežje prizadeti	529	564	603
- Višji zneski	40.418	10.438	10.459
- Nižji zneski	18.279	18.713	19.163
- Sorazmerni	614	628	627
Skupaj število upravičencev do DPP	59.840	30.343	30.852
Dodatek za pomoč in postrežbo (v mio EUR)	76,171	76,751	79,058
Udeležba izdatkov za DPP v BDP v %	0,26	0,24	n/p

Vir: ZPIZ, Letno poročilo za leta 2013, 2014, 2015 in Statistični pregled 2013, 2014, 2015.

2.1.5 Dodatek za tujo nego in pomoč

Dodatek za tujo nego in pomoč ureja Zakon o družbenem varstvu duševno in telesno prizadetih oseb (ZDVDTTP, 1983) in je ena od oblik družbenega varstva. Zakon ureja oblike družbenega varstva zmerno, težje in težko duševno ter najtežje telesno prizadetih oseb, ki se ne morejo usposobiti za samostojno življenje in delo (v nadaljevanju invalidi) in

pri katerih je ugotovljeno, da je prizadetost nastala v otroški oziroma mladostni dobi do dopolnjenega 18. leta starosti oziroma v času rednega šolanja, vendar najdlje do dopolnjenega 26. leta starosti. Za ugotavljanje upravičenosti do dodatka za tujo nego in pomoč se smiselno uporabljajo kriteriji, določenimi s splošnimi akti skupnosti socialnega skrbstva ter pokojninskega in invalidskega zavarovanja. Ker se navedeni dodatek nanaša pretežno na osebe mlajše od 65 let, pri nadaljnjem delu ni predmet obravnave.

2.2 Reforma sistema dolgotrajne oskrbe

Evropska kohezijska politika kot odgovor na staranje prebivalstva predvideva financiranje razvoja dolgotrajne oskrbe in pilotskih projektov za učinkoviti izvedbo dolgotrajne oskrbe. Aktivnosti in financiranje so opredeljeni v Operativnem programu. V Sloveniji je bilo izdelanih že veliko dokumentov o reformi dolgotrajne oskrbe. V nadaljevanju predstavim le ključne: Modro knjigo in predlog Zakona o dolgotrajni oskrbi in zavarovanju za dolgotrajno oskrbo, poudarim pa tudi pomen podatkov o dolgotrajni oskrbi.

2.2.1 Operativni program za izvajanje Evropske kohezijske politike v obdobju 2014–2020

Skladno z operativnim programom za izvajanje Evropske kohezijske politike v obdobju 2014–2020 (Evropska komisija, 2014), ki je bil objavljen 11. decembra 2014, je Slovenija kot ključno področje razvoja opredelila Spodbujanje razpoložljivosti cenovno dostopnih, trajnostnih in visoko kakovostnih storitev, vključno z zdravstvenimi ter socialnimi storitvami splošnega pomena. Med te storitve sodi tudi dolgotrajna oskrba. Operativni program (Evropska komisija, 2014) navaja, da bo večina Evropskih strukturnih sredstev (v nadaljevanju ESS) namenjena aktivnostim za razvoj in pilotno izvedbo integriranih skupnostnih storitev za starejšo populacijo v okviru vzpostavitve enotnega sistema dolgotrajne oskrbe, manjši del pa bo namenjen tudi aktivnostim za razvoj in pilotno izvedbo storitev v kontekstu dezinstytucionalizacije na področju duševnega zdravja in obravnave oseb z motnjo v duševnem razvoju, invalidom ter tistim, ki so vključeni v varstveno delovne centre, socialnovarstvene zavode, posebne in kombinirane socialne zavode, zavode za usposabljanje, tistim, ki potrebuje krizne nastanitve oziroma nastanitve ob izhodu iz sistema rejništva. Delež starostnikov, starejših od 65 let, vztrajno raste (SLO/EU 2013: 17,3 % / 18,4 %, SLO/EU 2060: 29,4 % / 28,4 %). Iz javno objavljenih informacij (Tabela 20) je razvidno, da že sedaj potrebujemo dodatne kapacitete za izvajanje dolgotrajne oskrbe. Potreba po celoviti reformi je kljub ZPIZ-2 že sedaj nujna.

Tabela 20: Projekcija prebivalstva Slovenije do leta 2060

	2013	2016 R*	2020	2030	2040	2050	2060
Število prebivalcev v Sloveniji	2.059.843	2.071.857	2.087.876	2.087.111	2.078.467	2.069.393	2.039.681
Starih 65 in več let	356.186	387.776	430.428	522.518	580.099	618.296	599.208
Starih 80 in več let	94.527	103.132	114.752	142.602	200.462	230.246	253.598
Starih 65 in več let	17,3	18,7	20,6	25,0	27,9	29,9	29,4
Starih 80 in več let	4,6	5,0	5,5	6,8	9,6	11,1	12,4
Potrebno število mest ** (5 % starih 65 in več let)	17.809	19.389	21.521	26.126	29.005	30.915	29.960
Trenutno število mest	18.612	18.989					

Legenda: * R – linearna interpolacija, ** v institucionalnem varstvu.

Vir: Povzeto in prirejeno iz EK, 2015; SSZS, 2016.

Za zagotovitev potreb po dolgotrajni oskrbi bomo morali kapacitete v socialnovarstvenih zavodih zaradi hitrega večanja deleža prebivalstva starejših od 80 let in upoštevajoč 5 % delež prebivalstva, starejšega od 65 let, ki institucionalno varstvo potrebuje, do leta 2060 povečati približno za 13.000 mest (2016: 18.201 razpoložljivih mest, 6.124 aktualnih prošenj). Na drugi strani pa iz projekcij Evropske komisije, ki so bile objavljene v Aging report 2015 za obdobje od 2013 do 2060 izhaja, da bo potrebno za del prebivalstva Republike Slovenije, ki bo leta 2060 odvisen od pomoči drugih, v socialnovarstvenih zavodih in na domu zagotoviti med 41.517 in 55.747 mest.

Delež prebivalstva, ki je odvisen od pomoči drugih, predvsem delež oseb, starejših od 80 let, se povečuje, odvisnost od pomoči drugih s starostjo narašča, ne upadajo samo fizične sposobnosti, ampak so v visoki starosti v upadanju tudi kognitivne oziroma umske sposobnosti.

Reforma sistema dolgotrajne oskrbe (Colombo, Llena-Nozal, Mercier, & Tjadens, 2011) je pomembna zaradi demografskih sprememb (povečanje povpraševanja po storitvah dolgotrajne oskrbe v vseh družbah), spreminjanja družbenih modelov (pomanjkanje osebja zaradi krčenja družinskih struktur in porast vključevanja žensk na trg delovne sile), naraščajočega bogastva družb (potreba po kakovostni in odzivni ter uporabniku usmerjenem sistemu dolgotrajne oskrbe) in tehnoloških rešitev (reorganizacija oskrbe zaradi zagotavljanja dela dolgotrajne oskrbe na domu oziroma skupnosti).

2.2.1 Modra knjiga

Temeljno vprašanje, ki ga izpostavlja Modra knjiga (Razširjeni strokovni kolegij za zdravstveno nego, 2013), je, kako zagotoviti in organizirati takšen sistem dolgotrajne oskrbe, da bo finančno vzdržen in učinkovit ter bo obenem zadovoljil potrebe po oskrbi starajočega se prebivalstva, predvsem v starosti nad 80 let, katerega delež se bo povečal s 4,6 % v letu 2013 na 12,4 % v letu 2060.

Modro knjigo standardov in normativov v zdravstveni in babiški negi in oskrbi so pripravili in izdali razširjeni strokovni kolegij za zdravstveno nego Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije skupaj s Sindikatom zdravstvenih delavcev Slovenije na temelju raziskave o potrebah po novih kadrovske normativih.

Modra knjiga določa višje normative zdravstvene oskrbe od trenutno veljavnih, posledično bi tako imeli zdravstveni delavci, negovalci na razpolago več časa za oskrbovanca in dosegali bi višjo kakovost zdravstvene oskrbe. Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije je Modro knjigo predložila ZZS, a do soglasja še ni prišlo, kljub zavezi države Slovenije, da bo ostala socialna država.

Glede na prostorske možnosti starostnikov in njihovo razpršenost v prostoru bi bilo potrebno Modro knjigo obravnavati resneje, še posebej z vidika ustreznega pokrivanja stroškov človeških virov v dolgotrajni oskrbi ter normative poostri. Primerna obremenjenost in vrednotenje dela bi zagotovila kakovostno dolgotrajno oskrbo v Sloveniji.

Potrebno bi se bilo odločiti, kakšno kakovost oskrbe hočemo, kakšne normative zdravstvene nege si želimo in koliko bomo plačali za bolj ali manj kakovostno oskrbo (s prispevki, samoplačniško ali iz zasebnega zavarovanja). Ob sistemski ureditvi področja dolgotrajne oskrbe bi bilo potrebno določiti, kakšno kakovost storitev krije zavarovanje za dolgotrajno oskrbo, temu primerno in na mesto izvajanja storitev določiti standarde za posamezne kategorije oskrbe ter izračunati realno ceno za oskrbni dan po posamezni kategoriji.

Kot navaja Bogataj et al. (2015), bi bilo potrebno na temelju teh kalkulacij podatke povezati s projekcijo demografskih gibanj, razviti demografske tabele mnogoterih pojemanj in izvesti aktuarski izračun prispevnih stopenj za osnovni standard ter za nadstandarde v primeru dopolnilnega oziroma dodatnega zavarovanja.

2.2.2 Optimalno koriščenje danih resursov za oskrbo starostnikov, ki so odvisni od pomoči drugih

Kakovost oskrbe je odvisna od usposobljenosti osebja, od časovnih resursov oziroma normativov ter prostorskih kapacitet. Uveljavljanje in izvajanje oskrbe zagotavlja sistem za izvajanje dolgotrajne oskrbe, resursi pa so vezani na normative in cene dela, vlaganja v objekte in naprave ter prostorsko disperzijo oziroma razpršenost le-teh.

Za učinkovito koriščenje družbenih resursov moramo sprejeti optimalne odločitve, za kar pa potrebujemo ustrezno podatkovno podlago, ki nam jo lahko zagotovi le popolno

statistično zajemanje podatkov ter njihova obdelava in poročanje o njih. O optimalnem koriščenju danih resursov govorimo, ko dosežemo največji učinek v zvezi z doseganjem kakovosti oskrbe pri danih resursih, ki jih družba nameni za dolgotrajno oskrbo.

2.2.3 Pomen podatkov o dolgotrajni oskrbi

O dolgotrajni oskrbi v Sloveniji lahko z vidika pomena in uporabe podatkov na splošno razlikujemo širši, mednarodni vidik pa tudi ožji, nacionalni vidik. Že leta 2005 se je pri pripravi prvega predloga ZDOZDO na nacionalni ravni pokazala potreba po oceni celotnih izdatkov za dolgotrajno oskrbo. Priprava politik na področju financiranja in zagotavljanja storitev dolgotrajne oskrbe temelji na informacijah o deležu izdatkov za dolgotrajno oskrbo v BDP, o stopnjah rasti izdatkov za dolgotrajno oskrbo, o spremembah v strukturi financiranja ter o deležih zasebnega in javnega financiranja storitev dolgotrajne oskrbe. Na nacionalni ravni je pomembna tudi mednarodna primerljivost podatkov in kazalnikov o izdatkih za dolgotrajno oskrbo, ker ponujajo širši kontekst za postavitve ter spremljanje uresničevanja ciljev na področju dolgotrajne oskrbe. Prav zaradi velike razdrobljenosti v organizaciji in financiranju dolgotrajne oskrbe je SURS leta 2005 v pripravo podatkov o izdatkih za dolgotrajno oskrbo vključil vrsto institucij:

- Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve (v nadaljevanju MDDSZ);
- Nacionalni inštitut za javno zdravje (v nadaljevanju NIJZ);
- Skupnosti socialnih zavodov Slovenije;
- Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje (v nadaljevanju ZPIZ);
- Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju ZZZS).

Interes vseh institucij za vzpostavitev ustreznih evidenc ter dobra koordinacija s strani SURS je omogočila, da so bili prvi mednarodno primerljivi podatki o izdatkih za dolgotrajno oskrbo objavljeni že leta 2007, v naslednjih letih pa so se podatkovno še dopolnjevali. Urad za makroekonomske analize (v nadaljevanju UMAR) vsako leto pripravi analize kazalnikov o izdatkih za dolgotrajno oskrbo in mednarodne primerjave in jih prikaže v Poročilu o razvoju UMAR; nazadnje v letu 2014 (UMAR, 2014). Podatki in kazalniki so služili tudi pri pripravi naslednjih dokumentov:

- predloga ZDOZDO (MDDSZ, 2006a; MDDSZ, 2010);
- Nacionalnega poročila o strategijah socialne zaščite in socialnega vključevanja za obdobje 2008–2010 (MDDSZ, 2008);
- Resolucije o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2013–2020 (MDDSZ, 2013) in
- drugih dokumentov:
 - the Ageing Report 2009, 2012 (Evropska komisija, 2009, 2012);
 - the Economic Survey of Slovenia 2013 (OECD, 2013);

- programi stabilnosti 2009, 2010, 2011, 2012, 2013 (Ministrstvo za finance RS);
- nacionalni reformni program 2014–2015.

V mednarodnem pogledu so podatki o dolgotrajni oskrbi pomembni za mednarodne primerjave in iskanje najboljših praks. Mednarodne institucije spremljajo zdravstvo in socialno varstvo v posameznih državah ter na osnovi primerjav različnih sistemov poskušajo poiskati najboljše prakse in priporočila za uresničevanje ciljev držav članic na področju dolgotrajne oskrbe. S poročanjem mednarodnim institucijam (OECD, Eurostat, Evropska komisija) Slovenija hkrati zagotavlja tudi vključenost v različne publikacije s primerjalnimi analizami, ki so lahko pomembna podlaga pri določanju ciljev dolgotrajne oskrbe ter pripravi sistemskih rešitev glede financiranja in organizacije formalne dolgotrajne oskrbe.

SURS že od leta 2006 dalje posreduje podatke o izdatkih za dolgotrajno oskrbo za Slovenijo v okviru Skupnega vprašalnika OECD, Eurostata in WHO za zdravstvene račune. Zadnje razpoložljive podatke (za leto 2011) o izdatkih in virih financiranja zdravstvenega varstva je SURS objavil junija 2013 (SURS, 2013). Podatki so se zbirali v mednarodne baze podatkov, v obdobju do 2015 pa je za zbiranje podatkov odgovoren SSZS.

Poleg podatkov o izdatkih je SURS v letu 2010 v sodelovanju z NIJZ mednarodnim institucijam prvič posredoval tudi podatke o prejemnikih, posteljah, in kadrih v okviru dolgotrajne oskrbe, od leta 2006 naprej. Vendar so bili podatki o prejemnikih in kadrih pomanjkljivi, saj imamo ustrezne podatkovne zbirke le za institucionalno varstvo (domove za starejše, posebne socialnovarstvene zavode in varstveno delovne centre) ter za pomoč na domu, medtem ko so nekatera ostala področja dolgotrajne oskrbe, zlasti patronažno varstvo, podatkovno slabo pokrita oziroma obstoječi podatki ne omogočajo identifikacije prejemnikov dolgotrajne oskrbe. Ustrezni podatki o izdatkih in prejemnikih dolgotrajne oskrbe, ki vstopajo v model za projekcije, morajo biti zelo podrobno razčlenjeni po spolu in starosti prejemnikov ter dovolj natančni, da so rezultati zanesljivi (UMAR, 2014). Podobno pripravi dolgoročne projekcije izdatkov za dolgotrajno oskrbo tudi OECD v sodelovanju z mednarodnimi strokovnjaki (SURS z Age Working Group pri Evropski komisiji – Europop).

Zahteve po podatkih o dolgotrajni oskrbi se povečujejo. Poleg tega, da na nacionalni ravni nujno potrebujemo sistemske rešitve na področju dolgotrajne oskrbe, se hkrati na mednarodni ravni povečujejo pritiski po posredovanju vse bolj podrobnih podatkov o dolgotrajni oskrbi. Vedno bolj se kaže potreba po organiziranem, usklajenem in sistematičnem zbiranju in spremljanju statističnih podatkov, saj gre za področje, ki zahteva celovit pristop (UMAR, 2014). Podatki o izdatkih so dosegljivi v podatkovnih zbirkah ZZZS, ZPIZ ter NIJZ, podatki o prejemnikih dolgotrajne oskrbe v institucijah (zdravstveni del) pa so na voljo v podatkovnih zbirkah SSZS, SURS ter MDDSZ, in sicer razčlenjeni po

spolu in petletnih starostnih skupinah. Prejemniki v institucijah, ki hkrati prejemajo tudi denarne dodatke za pomoč in postrežbo, so upoštevani le kot prejemniki v institucijah in ne kot prejemniki denarnega dodatka. OECD definicija prejemnikov se pri evidentiranju prejemnikov dolgotrajne oskrbe v bolnišnicah razlikuje od definicije SHA 2011, in sicer so prejemniki v bolnišnicah izvzeti, zato jih na tem mestu ne upoštevam.

V okviru domov za starejše, centrov/zavodov za usposabljanje, delo in varstvo (CUDV/ZUDV), varstveno delovnih centrov (VDC) in posebnih socialnovarstvenih zavodov določen delež stanovalcev prejema tudi dodatek za pomoč in postrežbo (ZPIZ) ali dodatek za tujo nego in pomoč (ZDVDTP), zato je dodatek deloma zajet v dolgotrajni oskrbi v institucijah (HC.3.1) in deloma v dolgotrajni oskrbi na domu (HC.3.4).

Kot izhaja iz študije Nagode, Zver, Marn, Jacović, & Dominkuš (2014), podatki kažejo (Tabela 27), da je bilo leta 2011 v delu slovenske populacije, ki je bila stara 65 let in več, ob koncu leta 2013 v dolgotrajno oskrbo skupno vključenih 11,9 % prebivalcev, od tega 5,0 % v institucionalno dolgotrajno oskrbo, v dolgotrajno oskrbo na domu pa 6,9 % prebivalcev (vključujoč prejemnike oskrbe na domu, dnevnega varstva in prejemnike, ki prejemajo zgolj denarni dodatek). V primerjavi s podatki po prejšnjih podatkovnih virih Slovenija izstopa z velikim povečanjem deleža oseb, vključenih v dolgotrajno oskrbo na domu.

V Sloveniji je bilo leta 2013 skupno 60.312 prejemnikov dolgotrajne oskrbe (Nagode et al., 2014): dobra tretjina prejemnikov dolgotrajne oskrbe v institucijah (36 %), približno tretjina je bilo prejemnikov oskrbe na domu oz. v skupnosti (34 %), slaba tretjina je prejela zgolj denarni dodatek (28 %), manj kot odstotek pa je bilo vključenih v dolgotrajno oskrbo v dnevni obliki (Tabela 21). Podatki za leti 2014 in 2015 so pri SURS trenutno še v pripravi. Objavljeni bodo predvidoma julija 2016.

Tabela 21: Prejemniki storitev in prejemkov dolgotrajne oskrbe v Sloveniji, po letih

Prejemniki dolgotrajne oskrbe	2011			2012	2013
	Vsi	65 let in več	Delež*	Vsi	Vsi
V institucijah	21.093	17.088	5,0	20.974	21.902
V dnevni obliki	377	214	0,1	444	485
Na domu	20.991	16.199	4,7	20.446	20.744
Denarni dodatki	18.334	7.106	2,1	17.261	17.181
Skupaj	60.795	40.607	11,9	59.125	60.312

Legenda: * je % od populacije stare 65 let in več (SI=341.192)

Vir: Nagode et al., 2014; SURS 2014, 2015.

Nagode et al. (2014) opozarjajo, da je nastala sprememba zlasti posledica ocene vključenih v izvajanje storitev dolgotrajne oskrbe v okviru patronažnega varstva, saj ta podatek v prejšnje podatkovne vire ni bil vključen. Poleg tega je prvič upoštevana tudi ocena števila tistih, ki prejemajo samo denarni prejemek in niso vključeni v nobeno formalno organizirano storitev. Iz podatkov analize je tako mogoče sklepati, da je delež vključenih v dolgotrajno oskrbo v Sloveniji večji kot so to navajale dosedanje analize stanja, predvsem v dolgotrajno oskrbo na domu. Vendar pa v okviru formalne dolgotrajne oskrbe na domu prevladuje zdravstveni del, medtem ko je socialni del dolgotrajne oskrbe bistveno manj razvit in manj intenziven (Črnak Meglič, Drole, Kobal Tomc, Koprivnikar, Lebar, Nagode, Peternelj, Smole, Šonc, & Toth, 2014).

2.2.4 Predlog zakona o dolgotrajni oskrbi in zavarovanju za dolgotrajno oskrbo

Slovenija se po pričakovanem trajanju življenja uvršča približno na sredino evropske lestvice (Priloga 3 - Tabela 3 do Tabela 6). V prvi polovici devetdesetih let smo v Sloveniji ponovno doživeli zastoj podaljševanja življenja, ki ga pripisujemo posledicam prehoda v nov družbeni sistem. Ta zastoj je posledica povečane umrljivosti med prebivalstvom srednjih let. V drugi polovici devetdesetih let se je umrljivost začela zmanjševati pri vseh starostih. Življenjska doba se tudi v Sloveniji podaljšuje, število zdravih, aktivnih starejših ljudi se povečuje, povečuje se število starejših in bolnih starejših. Delež starih nad 65 let se povečuje iz leta v leto in med njimi je čedalje več ljudi brez zdravstvenih težav. Ker pa se število najstarejših nad 85 let zelo hitro povečuje in v tej starosti organizem hitreje izgublja sposobnost obnavljanja in prilagajanja, se povečuje število ljudi z zelo hudimi zdravstvenimi težavami (Pahor, Domanjko, & Hlebec, 2009).

Področje dolgotrajne oskrbe v Sloveniji ni sistemsko urejeno in se zagotavlja v okviru različnih zakonov oziroma preko ločenih sistemov socialne varnosti. Zakon, ki naj bi uredil to področje, je v pripravi že vrsto let, zadnji osnutek zakona pa naj bi bil v javni razpravi predvidoma jeseni letos. Poleg tega, da je za področje nujna vsebinska ureditev (sprejetje zakona), predstavlja pomembno vlogo tudi statistično oziroma podatkovno spremljanje omenjenega področja. Kaže se namreč velika potreba po organiziranem, usklajenem in sistematičnem zbiranju tovrstnih podatkov, saj gre za področje, ki zahteva enovit pristop. Podatki so čedalje bolj pomembni tudi na mednarodni ravni, saj omogočajo primerjave različnih sistemov dolgotrajne oskrbe, med drugim pa predstavljajo tudi vhodni podatek za dolgoročne projekcije javnih izdatkov, povezanih s staranjem prebivalstva, ki so pomembni za oceno javnofinančne vzdržnosti države (UMAR, 2014).

V Sloveniji nimamo veljavne enotne definicije dolgotrajne oskrbe, področje niti ni sistemsko urejeno (npr. s posebnim zakonom). Kot navajajo Nagode et al. (2014), je krovni zakon, ki bi urejal področje dolgotrajne oskrbe, v pripravi že vrsto let (Toth, Bagari, Mlakar, 2004). Da veljavna ureditev dolgotrajne oskrbe v Sloveniji iz različnih razlogov ni ustrežna, je znano že dalj časa. Leta 2010 so bili pripravljene kar trije predlogi za zakon o

dolgotrajni oskrbi: eden je nastal pod okriljem Ministrstva za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti (2006a in 2011, v nadaljevanju MDDSZ), drugi pod okriljem Zveze društev upokojencev Slovenije (2011), tretji pa v okviru Skupnosti socialnih zavodov Slovenije (2010). Oblikovanje različnih verzij zakonov in pobud k sistemski ureditvi področja ter številčne razprave v strokovni javnosti odražajo velik pritisk, potrebo in apel k sistemski ureditvi tega področja. MDDSZ je v Nacionalnem poročilu o strategijah socialne zaščite in socialnega vključevanja za obdobje 2008–2010 (MDDSZ, 2008) v letu 2008 prepoznalo več pomanjkljivosti obstoječega sistema, med drugim tudi, da:

- obstoječe storitve in prejemki niso povezani v enovit sistem;
- v praksi ni najboljše koordinacije med službami, ki zagotavljajo različne storitve, kar otežuje dostopnost do storitev in zmanjšuje njihovo kakovost;
- uporabniku ni vedno v celoti omogočena kakovostna, enaka in potrebna dostopnost do storitev;
- so storitve v bivalnem okolju še vedno relativno slabo razvite, kar dodatno povzroča pritisk na podaljševanje dragih hospitalizacij in širitev institucionalnih oblik dolgotrajne oskrbe.

Strateški dokumenti glede dolgotrajne oskrbe (Strategija varstva starejših do leta 2010 – solidarnost, sožitje in kakovostno staranje prebivalstva, Resolucija o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2006–2010 in Resolucija o nacionalnem programu socialnega varstva 2013–2020) poskušajo slediti ciljem za preureditev sistema kot so zapisani v Nacionalnem poročilu o strategijah socialne zaščite in socialnega vključevanja za obdobje 2008–2010 (MDDSZ, 2008):

- omogočiti dostopnost storitev dolgotrajne oskrbe vsemu prebivalstvu, ki jih potrebuje;
- spodbujati odgovornost posameznika in njegove družine za zagotavljanje primerne ravni dolgotrajne oskrbe;
- načrtno razvijati preventivno delovanje na tem področju in spodbujati rehabilitacijo v dolgotrajni oskrbi;
- spodbujati uporabo sodobnih tehnologij na področju dolgotrajne oskrbe;
- zagotoviti boljšo in enakomernejšo dostopnost teh storitev po območjih Republike Slovenije, pri čemer naj bi imela prednost oskrba na domu;
- doseči izenačenost pravic med vsemi upravičenci ne glede na kraj bivanja ali na vrsto pomoči (institucionalna ali na domu);
- doseči večjo učinkovitost in transparentnost sredstev, ki se vlagajo v dolgotrajno oskrbo;
- povezati izvajalce dolgotrajne oskrbe v funkcionalno celovit, racionalen in učinkovit sistem;
- uvesti solidarnostno financiranje področja dolgotrajne oskrbe na načelih socialnih zavarovanj;

- z uvedbo posebnega zavarovanja za dolgotrajno oskrbo povečati socialno varnost in kakovost oskrbe ljudi, ki imajo zmanjšano sposobnost samooskrbe in potrebujejo pomoč pri opravljanju dnevnih življenjskih aktivnosti.

Predlog Zakona o dolgotrajni oskrbi in zavarovanju za dolgotrajno oskrbo (MDDSZ, 2010), ki je bil v javni razpravi leta 2010, predvideva tri oblike dolgotrajne oskrbe. Te so: dolgotrajna oskrba na domu, institucionalna dolgotrajna oskrba ter kombinirana dolgotrajna oskrba kot kombinacija dolgotrajne oskrbe na domu in institucionalne dolgotrajne oskrbe. Kot posebno obliko dolgotrajne oskrbe na domu predlog ZDOZDO predvideva tudi osebnega pomočnika (sedaj družinski pomočnik), ki pa se ne more izvajati kot kombinirana dolgotrajna oskrba. Institucionalna dolgotrajna oskrba se lahko izvaja v trajanju 24 ur dnevno (celodnevna oskrba) ali v krajšem trajanju podnevi ali ponoči (dnevna ali nočna oskrba). Zakon predvideva tudi denarno nadomestilo za plačevanje storitev. Storitve, ki jih predvideva predlog ZDOZDO so naslednje:

- storitve, namenjene pomoči pri opravljanju temeljnih dnevnih opravil (BADL oskrba);
- storitve, namenjene pomoči pri opravljanju podpornih dnevnih opravil (IADL oskrba);
- rehabilitacija ter
- svetovanje in učenje.

Glede na zdajšnjo ureditev dolgotrajne oskrbe se v Sloveniji zagotavlja oskrba na različne načine, preko različnih storitev s področja socialnega in zdravstvenega varstva ter denarnih prejemkov:

- institucionalnega varstva (bivanje v instituciji kot je npr. dom za starejše, posebni socialnovarstveni zavod itd.);
- na domu oziroma v okviru skupnostne oskrbe (npr. pomoč na domu, patronažno varstvo);
- vmesnih oziroma dnevnih oblik (varstveno delovni centri – dnevni del, dnevni centri itd.) in
- denarnih prejemkov (npr. dodatek za pomoč in postrežbo).

Z namenom, da se vzpostavi pogoje za sistematično spremljanje stanja in razvoja na področju dolgotrajne oskrbe tudi pri nas, je bila ustanovljena medresorska delovna skupina za statistično spremljanje dolgotrajne oskrbe. Pomanjkljivost in neurejenost nacionalnih podatkovnih zbirk o dolgotrajni oskrbi v Sloveniji je bil eden izmed poglobitnih vzgibov za ustanovitev omenjene delovne skupine. Medresorska delovna skupina je imela nalogo, da:

- prouči nacionalne in mednarodne zahteve po podatkih s področja dolgotrajne oskrbe;
- opredeli in definira vsebine, ki določajo dolgotrajno oskrbo, tako z vidika nacionalne zakonodaje kot tudi z vidika mednarodnih priporočil;

- identificira in opredeli razpoložljive vire podatkov;
- razmeji pristojnosti med institucijami glede zagotavljanja podatkov;
- sodeluje in pripravi metodološke rešitve med sodelujočimi institucijami, npr. v zvezi z ocenjevanjem določenih kategorij, z modeliranjem in podobno;
- sodeluje pri dolgoročni ureditvi evidenc podatkov o dolgotrajni oskrbi;
- sodeluje pri objavi relevantnih podatkov s področja dolgotrajne oskrbe.

3 POROČANJE IZVAJALCEV DOLGOTRAJNE OSKRBE

Spremljanje stanja zasedenosti oziroma razpoložljivih kapacitet vseh socialnovarstvenih zavodov za namen dolgotrajne oskrbe starostnikov v Sloveniji izvaja Skupnost socialnih zavodov Slovenije. Poročilo vsebuje pregled izvajalcev dolgotrajne oskrbe v Sloveniji, to je gospodarskih družb, zasebnih in javnih zavodov ter posebnih socialnovarstvenih zavodov (tudi po poslovnih enotah), kapacitete (ležišča) po enotah, število prošenj ter prostih mest v domovih za starejše in posebnih socialnovarstvenih zavodih.

3.1 Socialnovarstveni zavodi v lasti občin in države

Pretežni del kapacitet za izvajanje dolgotrajne oskrbe zagotavljajo socialnovarstveni zavodi v lasti občin in države (64 % mest starostnikom zagotavljajo občine, 24 % gospodarske družbe, preostalo pa so mesta zasedena za posebne potrebe, SSZS, 24. 4. 2016). Zavodi v lasti občin poročajo v skladu z zahtevami Zakona o zavodih (Ur.l. RS, št. 12/1991, 8/1996, 36/2000–ZPDZC in 127/2006–ZJZP) ter Pravilnika o sestavljanju letnih poročil za proračun, proračunske uporabnike in druge osebe javnega prava (Ur.l. RS 115/2002, 21/2003, 134/2003, 126/2004, 120/2007, 124/2008, 58/2010, 60/2010, 104/2010 in 104/2011).

3.2 Gospodarske družbe – koncesionarji kot ponudniki dolgotrajne oskrbe

Institucionalno dolgotrajno oskrbo v Sloveniji poleg zavodov v lasti občin in države izvajajo tudi gospodarske družbe, ki so pridobile koncesijo (v nadaljevanju: koncesionarji). Koncesionarji so lahko registrirani kot družbe z omejeno odgovornostjo ali kot delniške družbe. Skladno z Zakonom o gospodarskih družbah (v nadaljevanju ZGD) so družbe zavezane poročati letno, najkasneje do 31. marca, za preteklo leto in pripraviti Letno poročilo, ki vsebuje poslovni in računovodski del. Zahteve o razkritjih opredeljujejo tudi Slovenski računovodski standardi 2016 in Mednarodni standardi računovodskega poročanja. Dodatnih zahtev glede poročanja družb, ki se ukvarjajo z dolgotrajno oskrbo, računovodski standardi ne predvidevajo. Koncesionarji morajo imeti v računovodskih pravilnikih zapisane računovodske usmeritve, ki jih pri vodenju računovodskih evidenc

upoštevajo. Letno poročilo mora biti revidirano, če presega vsaj dva kriterija velikosti podjetja za srednje podjetje.

V nadaljevanju obravnavam primerjavo trenutnih razkritij v okviru letnih poročil pri gospodarskih družbah in zavodih v lasti občin.

3.3 Določitev poročevalskih standardov

Pregledno in celovito spremljanje poslovanja socialnovarstvenih zavodov zahtevajo zakonski in podzakonski akti ter poročevalski standardi oziroma strokovna pravila. Izvajalci dolgotrajne oskrbe poročajo letno v okviru letnih poročil in državni oziroma nacionalni statistiki.

3.3.1 Letno poročilo izvajalcev dolgotrajne oskrbe

Za namen razkritij v letnih poročilih na podlagi pregleda zahtev obsega poročanja za gospodarske družbe v okviru Zakona o gospodarskih družbah, Slovenskih računovodskih standardov 2015, Mednarodnih standardov računovodskega poročanja ter za zavode v okviru Zakona o zavodih in Pravilnika o sestavljanju letnih poročil za proračun, proračunske uporabnike in druge osebe javnega prava. Ugotavljam, da za področje dolgotrajne oskrbe v Sloveniji dodatne zahteve glede poročanja niso zakonsko določene ali kako drugače opredeljene v strokovnih pravilih, razen tistih, ki so navedene kot dodatne v okviru Zakona o zavodih in Pravilnika o sestavljanju letnih poročil za proračun, proračunske uporabnike in druge osebe javnega prava ter zahtev s strani SSZS:

- število postelj oziroma kapacitete po posameznih domovih;
- zasedenost postelj po posameznih domovih;
- število mest za starejše – koncesija;
- število koncesijskih mest z maksimalnim dovoljenim povečanjem;
- dodatno število mest z dovoljenjem za delo;
- število mest v oskrbovanih stanovanjih;
- stanovalci v domovih po starostnih razredih na določen dan;
- število dni oskrbe/nege po kategorijah in po mesecih (po starostnih skupinah);
- število opravljenih storitev v oskrbovanih stanovanjih v dnevih (glede na velikost paketa oziroma v skladu s pogodbami).

Poročanje v okviru letnih poročil o izvajanju in financiranju dolgotrajne oskrbe v Sloveniji do sedaj še ni bilo celovito obravnavano. Trenutno poročanje socialnovarstvenih zavodov je za pripravo natančnih dolgoročnih projekcij potreb o socialnovarstvenih storitvah in storitvah zdravstvene nege neustrezno. Strokovnjaki s področja računovodstva bi v okviru zveze računovodij morali pripraviti za potrebe poročanja izvajalcev socialnovarstvenih storitev standard računovodskega poročanja, strokovna pravila in v okviru tega opredeliti

pripoznavanje in merjenje ter poročanje na način, kot ga predvidevajo računovodski standardi (točka B, Letno poročilo ter vrste in vsebine posebnih razkritij in pojasnil k računovodskim izkazom). Zakonski akt, ki je trenutno v pripravi, predlog ZDOZDO, bi moral dodatno opredeliti nadzor in obseg poročanja, kot ga poznajo zavarovalnice v Sloveniji in svetu, v Združenih državah Amerike pa v okviru stanovanjskih skupnostih starostnikov (angl. *Continuing Care Retirement Communities*, v nadaljevanju CCRC), saj je financiranje dolgotrajne oskrbe vezano na trajanje življenja in na izračun sedanje vrednosti stroškov oziroma izdatkov oskrbe za posameznega zavarovanca in portfelj zavarovalcev, kjer se uporablja aktuarska matematika (Official Internet Site of the Florida Legislature, 2015).

Na podlagi pregleda letnih poročil izvajalcev dolgotrajne oskrbe, to je gospodarskih družb in javnih zavodov, v nadaljevanju povzemam področja, kjer bi bilo potrebno področje poročanja za namen usklajevanja osnovnih podatkov o oskrbovancih in potrjevanja stanj ob zaključku koledarskega leta ter gibanj med letom, tako glede števila kot vrednosti na oskrbovanca na dan 31. decembra, uskladiti in/ali dopolniti (Tabela 22). Pregledno poročanje socialnovarstvenih zavodov bi prispevalo k uskladitvi stanj in transakcij na letni ravni z zdravstveno in pokojninsko blagajno, tudi v skladu z zahtevami Mednarodnih standardov finančnega poročanja za javni sektor (angl. *International Public Sector Accounting standards*, IPSAS) in Mednarodnimi standardi računovodskega poročanja (angl. *International financial reporting standards*, IFRS).

Tabela 22: Primerjava obsega poročanja gospodarskih družb in javnih zavodov

Pomembne razlike	Gospodarske družbe	Javni zavodi
1. Poslovni del		
Poročevalski okvir	MSRP, SRS, ZGD	Zakon o zavodih Pravilnik o sestavljanju letnih poročil za proračun, proračunske uporabnike in druge osebe javnega prava
Lastništvo (imensko in v deležu)	Razkrito	Ni razkrito
Cene po ravneh oskrbe od datuma do datuma	Ni razkrito	Ni razkrito
2. Računovodski del		
Primerjalni podatki	Tekoče in primerjalno preteklo leto	Le tekoče leto
Kategorija rezultata od poslovanja	Čisti poslovni izid obračunskega obdobja	Presežek prihodkov nad odhodki po zaključnem računu
Prihodkih od prodaje	Prihodkih po področnih in območnih odsekih, brez navedbe javnih virov	Prihodki javne službe, tržne dejavnosti in drugi prihodki
Izdatki v breme javnih blagajn (ZPIZ in ZZZS)	Podatki niso razkriti, zato bi z uvedbo IT sistema kot povezavo na zdravstveno blagajno zagotovili prikaz usklajenih podatkov med izplačili blagajn in državnim proračunom na eni strani ter prihodki zavodov na drugi strani, le za del, ki se nanaša na institucionalno obravnavo starostnikov	
Tveganja v zvezi z delovanjem na področju dolgotrajne oskrbe (poglavje 0)	Razkrito le v okviru ZGD	Ni razkrito
3. Poročanje SSZS, MDDSZ – poročanje za namen statistike, v letnih poročilih le po 5 letnih razredih		
Število oskrbovancev s prehodi med kategorijami oskrbe v okviru posameznih starostnih razredov, vključno z davčno številko za potrebe usklajevanj z viri financiranja	Ni razkrito	Ni razkrito

Vir: Ugotovitve na podlagi pregleda izbranih Letnih poročil izvajalcev dolgotrajne oskrbe.

Na podlagi opredelitve in ureditve podatkovnih baz v okviru podzakonskih aktov ter po vzoru CCRC-jev, bi morali socialnovarstveni zavodi razkrivati tržni in javni del prihodkov. Čeprav socialnovarstveni zavodi niso finančne institucije, pa bi morali za namen odgovornega družbenega ravnanja poleg zakonsko določenih tveganj pri poslovanju celovito predstaviti tudi tveganja, s katerimi se najpogosteje srečujejo in pojasniti, kako z njimi upravljajo.

3.3.2 Nacionalna statistika

V Sloveniji bi bilo potrebno vzpostaviti nacionalno informacijsko bazo za spremljanje dolgotrajne oskrbe po vzoru Španije. Za potrebe vzpostavitve nacionalne statistike bi morali socialnovarstveni zavodi na letni ravni poročati tudi o datumu rojstva, uvrstitvi v kategorijo oskrbe z datumom uvrstitve, vsa nakazila oziroma izdatke na davčno številko – oskrbovanca. Za ta namen bi bila lahko na tej osnovi izdelana baza vseh oskrbovancev v vseh socialnovarstvenih zavodih za obdobje od 1. 1. do 31. 12. in bi jo lahko SURS uporabil za proučitev kakovosti izvajanja storitev socialnovarstvenih zavodov (Tabela 23).

Tabela 23: Zasnova ključnih podatkov (atributov) za pripravo baznih podatkov

Šifra zavoda / številka zavoda	Davčna številka	Številka zdravstvene kartice	Ime in priimek	Spol	Rojstni datum	Starostni razred (izračun)	Datum določitve kategorije	Kategorija	Število točk	Izplačano v EUR
01 /	12345678	...	ime in priimek	M	20.4.1950	65	1. 1. 2016	1	25	
01 /	23456789	...	ime in priimek	Ž	20.4.1950	65	1. 1. 2016	1	30	
01 /	34567890	...	ime in priimek	Ž	20.4.1951	65	21. 4. 2016	1	20	
01 /	34567890	...	ime in priimek	Ž	20.4.1951	65	23. 7. 2016	3	50	
		...								

Vir: Idejna zasnova baze podatkov.

Pri opredelitvi teritorialnega področja v Sloveniji bi lahko uporabili dosedanje zajemanje zavodov po področjih, to je številka O. E. ZZS (01 Celje do 10 Ravne na Koroškem). Za namen celovite priprave, zagotovitve statističnih podatkov in usklajevanja izdatkov za potrebe dolgotrajne oskrbe bi morali v Sloveniji vpeljati zakonsko zahtevo v okviru podzakonskega akta za poročanje ključnih podatkov o oskrbovancih, ki bi jih morali poročati socialnovarstveni zavodi, pri čemer bi morali posebej navesti število oskrbovancev po kategorijah in posameznih starostnih razredih, ki so bili v zavodu na dan 31. 12. obravnavanega leta oziroma koledarskega leta, a jih leto pred tem zavodi niso vključili v poročanje (število prihodov med letom) – za namen zbiranja informacij o kategoriji dolgotrajne oskrbe posameznih oskrbovancev kot primer za pripravo statistične podlage za poročanje.

3.4 Tveganja pri poslovanju izvajalcev dolgotrajne oskrbe

Poslovodstvo mora ugotoviti obstoj tveganj (nevarnosti in priložnosti), verjetnost tveganj ter presoditi učinek tveganj na delovanje socialnovarstvenih zavodov. Na podlagi ocene učinka in verjetnosti uresničitve tveganj poslovodstvo pripravi matriko izpostavljenosti tveganjem ter opredeli odzive na tveganja (sprejemljivo, zmanjšanje – vzpostavitev notranjih kontrol, nesprejemljivo tveganje – izogibanje ali prenos tveganj, na primer na zavarovalnico) z namenom določitve prednostnih tveganj in odločitve, katera tveganja socialnovarstvenega zavoda je potrebno prednostno obravnavati za zavarovanje strateškega cilja zavoda, to je zagotavljanja dosmrtna oskrbe ljudi, odvisnih od pomoči drugih (Tabela 24).

Tabela 24: Zunanji in notranji dejavniki tveganj pri delovanju socialnovarstvenih zavodov

1) Zunanje okolje	Dejavniki tveganj
<ul style="list-style-type: none"> Pravna tveganja: 	<ul style="list-style-type: none"> Izgube zaradi kršenja ali nepravilnega upoštevanja zakonov, podzakonskih aktov, navodil, priporočil, sklenjenih pogodb, notranji aktov, standardov, dobre prakse ali etičnih norm. Sprememba zakonodaje. Neizpolnjevanje pogodbenih obveznosti. Inšpekcijski pregledi. Tožbe oskrbovancev zaradi neizpolnjevanja obveznosti izvajalcev v skladu z dogovorom.
<ul style="list-style-type: none"> Politična tveganja: 	<ul style="list-style-type: none"> Makroekonomske nestabilnosti. Zamenjava posameznih nosilcev odločanja na državni ali lokalni ravni, v smislu usmeritve v druge prednostne naloge. Slaba plačilna disciplina (lahko tudi del ekonomskih tveganj).
<ul style="list-style-type: none"> Ekonomska tveganja: 	<ul style="list-style-type: none"> Vplivi trga oziroma okolja. Spremembe cen storitev. Financiranje (lastno).
<ul style="list-style-type: none"> Socialna tveganja: 	<ul style="list-style-type: none"> Neurejeno delovno okolje delavcev. Zaposlitve preko posrednikov. Pomanjkanje delavcev.
<ul style="list-style-type: none"> Naravna tveganja: 	<ul style="list-style-type: none"> Hitrejše in intenzivnejše podnebne spremembe.
2) Notranje okolje	Dejavniki tveganj
<ul style="list-style-type: none"> Poslovna tveganja: 	<ul style="list-style-type: none"> Tveganje, da storitve ne bodo dosegle pričakovanih koristi. Prepozno odzivanje na zahteve trga in konkurence. Zamude pri plačilih (likvidnost, solventnost plačnikov) zaradi možnost plačilne nesposobnosti oskrbovancev ali njihovih svojcev, plačnikov, tudi države, občine. Nezanesljivost dobaviteljev. Valutno tveganje (izven EUR). Odvisnost od enega dobavitelja/(kupca). Tveganja povezana z informacijsko tehnologijo.

se nadaljuje

2 Notranje okolje	Dejavniki tveganj
<ul style="list-style-type: none"> • Tehnična tveganja: 	<ul style="list-style-type: none"> • Sprememba tehnologije in zastaranja procesov dela. • Neprilagoditev na nove, naprednejše tehnične rešitve, alternativne in cenejše surovine, hitrejše postopke izvedbe, ki sicer zahtevajo dodatno izobraževanja, a omogočajo prihranke časa in stroškov. • Tveganje površne izvedbe zaradi hitrega projektiranja ali napak zaradi hitrosti gradnje. • Nepopolna, nedokončana ali protislovna dokumentacija o oskrbovancih.
<ul style="list-style-type: none"> • Tveganja povezana s kadri: 	<ul style="list-style-type: none"> • Pomanjkanje delovne sile. • Prekinitve pogodbe o zaposlitvi zaradi nemotiviranega in neizobraženega kadra. • Odvisnost od nekaj ključnih kadrov.
<ul style="list-style-type: none"> • Tveganja varnosti in zdravja pri delu: 	<ul style="list-style-type: none"> • Fizična tveganja. • Kemična tveganja. • Biološka tveganja. • Psihološka tveganja. • Poklicne bolezni.
<ul style="list-style-type: none"> • Tveganja povezana z logistiko in oskrbo: 	<ul style="list-style-type: none"> • Nepravočasne dobave surovin ali blaga za izvedbo storitev. • Prispelo blago ni ustrezne, zahtevane kakovosti.
<ul style="list-style-type: none"> • Tveganja, povezana s pogodbami: 	<ul style="list-style-type: none"> • Pogodba je lahko vezana na daljše časovno obdobje, zato se okoliščine velikokrat zelo spremenijo. • Tveganje slabe kakovosti oskrbe (kratkih rokov in hitrih načinov oskrbe). • Tveganje plačila kazni zaradi nekakovostne in nepravočasne oskrbe. • Tveganje, da nismo zajeli vseh aktivnosti, količin za izračun storitve. • Tveganje, da oskrbovanec, plačnik ne bo izpolnil svojih obveznosti, plačil.
<ul style="list-style-type: none"> • Tveganja, povezana z zdravstveno nego: 	<ul style="list-style-type: none"> • Tveganje za nezgodo, ki prizadene oskrbovanca, delavca.

Vir: Povzeto po revizijskih metodologijah Deloitte, KPMG in EY; Slovenski inštitut za revizijo, gradivo za notranje revizorje, 2016.

Pri pregledu letnih poročil izvajalcev socialnovarstvenih storitev sem ugotovila, da tveganja pri poslovanju niso razkrita ne v okviru Poslovnega dela ne v okviru Računovodskega dela letnih poročil. Niti predlog ZDOZDO (2011) ne predvideva teh razkritij. Poslovodstvo socialnovarstvenih zavodov bi moralo v skladu z Mednarodnimi standardi računovodskega poročanja pripraviti pregled tveganj, ki so jim pri poslovanju izpostavljeni in ukrepe za njihovo obvladovanje ter jih razkriti v okviru letnih poročil.

3.5 Nadzor nad poslovanjem in poročanjem po predlogu ZDOZDO

Kot v Sloveniji predvideva predlog ZDOZDO je za strokovno delo in poslovanje zadolžen direktor zavoda oziroma pravna ali fizična oseba, ki pridobi dovoljenje za izvajanje dolgotrajne oskrbe (48. in 62. člen). Direktor je odgovoren za vzpostavitev notranjih kontrol in njihovo delovanje. Nadzor nad poslovanjem izvaja koncendent oziroma izdajatelj koncesije v skladu s pogodbo o koncesiji (predlog ZDOZDO, 60. člen), strokovni in upravni nadzor ter inšpekcijski nadzor pa se izvaja v skladu s predlogom ZDOZDO in drugimi predpisi (62. člen).

Pobiranje ter nadzor nad obračunavanjem in plačevanjem prispevkov ter izterjavo neplačanih ali premalo plačanih prispevkov izvaja FURS v skladu s prepisi o javnih financah (predlog ZDOZDO, 121. člen). FURS je dolžan posredovati ZZZS vse podatke o izpolnjevanju obveznosti plačila prispevkov po zavezancih za posamezna obdobja, o obračunanih obveznostih, vplačanih prispevkih, o terjatvah in razlogih, da prispevki niso bili pobrani. Zavod, poslovna združenja izvajalcev dolgotrajne oskrbe, združenja dobaviteljev ter pristojni ministrstvu sprejmejo Dogovor o dolgotrajni oskrbi za enako obdobje kot proračun RS in v okviru tega Program dolgotrajne oskrbe, upoštevajoč kriterije in merila iz nacionalnega programa ter standarde in normative za izvajanje posameznih storitev in njegovo uresničevanje (predlog ZDOZDO, 142. člen). Predlog ZDOZDO predvideva, da bodo morali izvajalci dolgotrajne oskrbe ZZZS in pristojnima ministrstvoma enkrat letno poročati o (predlog ZDOZDO, 152. člen):

- doseženih rezultatih notranjega nadzora nad uporabo standardov kakovosti in doseženih kazalnikih uspešnosti;
- vzpostavljenih internih standardih kakovosti in varnosti;
- obsegu in rezultatih notranjega nadzora nad uporabo standardov kakovosti in varnosti;
- doseženih rezultatih kazalnikov kakovosti.

Strokovni nadzor nad izvajanjem dolgotrajne oskrbe in zavarovanja za dolgotrajno oskrbo izvaja Socialna inšpekcija in Ministrstvo za zdravje (ta lahko pooblasti Zbornico zdravstvene in babiške nege), nadzor nad uresničevanjem pravic iz obveznega zavarovanja in nad izvajanjem pogodb z izvajalci izvaja Zavod (predlog ZDOZDO, 165. člen), nadzor nad izvajanjem poslovanja Zavoda izvaja Računsko sodišče Republike Slovenije, upravni nadzor nad izvajanjem dolgotrajne oskrbe in zavarovanja za dolgotrajno oskrbo izvaja upravna inšpekcija ter nadzor nad izvajanjem zakona o dolgotrajni oskrbi izvajata pristojni ministrstvu (predlog ZDOZDO, 163. člen). Občinski organ, pristojen za socialne zadeve mora, v 8 dneh po vpisu v evidenco o podeljenih koncesijah, posredovati evidenco ministrstvu, enkrat letno pa podatke o vseh podeljenih koncesijah na svojem območju (61. člen). Skupščina Zavoda med drugim sprejema poslovni načrt, finančni načrt in letno poročilo s področja dolgotrajne oskrbe (predlog ZDOZDO 137. člen). Predlog ZDOZDO ne vsebuje dodatnih zahtev pri poročanju, kot je to na primer navedeno v okviru zakona številka 651 zvezne države ZDA Floride v zakonodajnem dokumentu Izvajanje

zdravstvene/socialne nege/oskrbe starostnikov v stanovanjskih skupnostih starostnikov oziroma CCRC-jih. Zato predlagam, da se za namen podrobnejših razkritij in za namen preprečevanja nepravilnosti v predlogu Zakona dopolni področje zahtevanih računovodskih razkritij v letnih poročilih.

4 MERJENJE KAKOVOSTI OSKRBE

Namen tega magistrskega dela je opredeliti kazalnik pričakovano trajanje življenja v posamezni kategoriji zdravstvene nege kot ključni kazalnik za merjenje kakovosti izvajanja dolgotrajne oskrbe starostnika ob vstopu v socialnovarstveni zavod, ko se odloči ali se zaradi nesposobnosti odločanja starostnika odločijo namesto njega njegovi svojci.

4.1 Pričakovano trajanje življenja kot merilo kakovosti izvajanja dolgotrajne oskrbe

Kot pojasnjuje OECD (2011), predstavlja ključno merilo kakovosti oskrbe oziroma človekovega zdravstvenega stanja poleg osebnega zadovoljstva z zdravstvenim stanjem tudi pričakovano trajanje življenja ob rojstvu. Pričakovano trajanje življenja je statistična mera pričakovanega trajanja človekovega življenja in meri, kako dolgo življenje lahko ljudje v povprečju pričakujejo, upoštevajoč stopnje smrtnosti oziroma popolne tablice umrljivosti prebivalstva v določeni državi (OECD, 2015 in SURS, 2009). Pričakovano trajanje življenja ob rojstvu temelji na dejanskih podatkih o številu umrlih v posameznem obdobju, v državi. Leta 2007 je znašalo v Sloveniji pričakovano trajanje življenja za moške 74,61 let (65 let starega: 15,75 let), za ženske pa 81,8 leta (65 let stare 19,94 let). Glede na popolne tablice umrljivosti 2007 se je pričakovano trajanje življenja do leta 2013 ob rojstvu podaljšalo za 2,3 leta za moške in 1,6 leta za ženske. Pričakovano trajanje življenja za moške raste hitreje kot za ženske, zato se zmanjšuje razlika med spoloma. S tem se je tudi razlika v pričakovanem trajanju življenja med moškimi in ženskami v Sloveniji, ki je v primerjavi z drugimi razvitimi državami, nadpovprečno visoka, nekoliko znižala (OECD, 2015 in SURS, 2009).

4.1.1 Model tablic smrtnosti

V nadaljevanju pojasnim model mnogoterih pojemanj kot izhodišče za izračun pričakovanega trajanja življenja.

4.1.1.1 Notacija komutacijskih števil

Pričakovano trajanje življenja e_x je statistična mera povprečnega trajanja število let življenja, ki ga oseba, stara x let, lahko pričakuje – če predpostavljamo, da bo umrljivost po

starosti od leta opazovanja dalje ostala nespremenjena (SURs, b.l.). Pričakovano trajanje življenja e_x se izračuna:

$$e_x = \frac{T_x}{l_x} \quad (1)$$

kjer je:

T_x vsotna funkcija preživetih let, ki predstavlja skupno število let, preživetih od starosti x do smrti in

l_x število živih, ki predstavlja število še živih ob vsakokratnem rojstnem dnevu od 100.000 živorojenih.

Vsotna funkcija preživetih let T_x predstavlja skupno število let, preživetih od starosti x do smrti:

$$T_x = \sum_x^{\omega} L_x \quad (2)$$

Preživeta leta ${}_nL_x$ je skupno število let, preživetih v posamezni starosti. Predpostavlja se enakomerno porazdelitev umrlih med starostjo x in $x+1$ (sicer 50:50, a le v prvem letu 10:90, SURs, b.l.):

$${}_nL_x = \frac{l_x + l_{x+1}}{2} \quad (3)$$

Verjetnost doživetja ${}_np_x$ oziroma preživetja se izračuna kot razlika med 1 in verjetnostjo smrtnosti:

$${}_np_x = 1 - {}_nq_x \quad (4)$$

Število umrlih ${}_nd_x$ je razlika med dvema zaporednima vrednostima funkcije l_x in se izračuna:

$${}_nd_x = l_x - l_{x+1} \quad (5)$$

Verjetnost smrti je razmerje med številom umrlih, starih med x in $x+1$ letom, ter številom živih, starih x let. Predstavlja osnovno funkcijo v tablicah umrljivosti, iz katere so izvedene vse ostale. Surova verjetnost smrti q_x je razmerje med opazovanim številom umrlih, starih med x in $x+1$ letom, ter opazovanim številom živih, starih x let.

4.1.1.2 Aktuarska notacija pričakovanega trajanje življenja

Po Gerberju (1996) je pričakovano trajanje življenja e_x osebe, stare x let:

$$e_x = \sum_{n=1}^{\infty} {}_n p_x \quad (6)$$

kjer je:

e_x pričakovano trajanje življenja osebe x let;

${}_n p_x$ verjetnost, da bo oseba stara x let, doživela starost $x+n$ let in

x starost v letih.

Verjetnost, da bo oseba stara natanko x let, doživela starost $x+n$ let, je:

$${}_n p_x = \frac{l_{x+n}}{l_x} \quad (7)$$

kjer je:

${}_n p_x$ verjetnost, da bo oseba stara x let, doživela starost $x+n$ let;

l_{x+n} število živih oseb na začetku proučevanega obdobja $x+n$, število živih leta $x+n$ in

l_x število oseb, starih x let na začetku proučevanega obdobja.

Število živih oseb starih $x+1$ na začetku naslednjega proučevanega obdobja je:

$$l_{x+1} = l_x - d_x \quad (8)$$

kjer je:

l_{x+1} število živih oseb na začetku naslednjega proučevanega obdobja $x+1$, število živih leta $x+1$;

l_x število živih oseb na začetku proučevanega obdobja x , število živih leta x in

d_x vsota izstopov v proučevanem obdobju, število smrti.

Verjetnost smrti za osebo, staro x let je:

$$q_x = \frac{d_x}{l_x} \quad (9)$$

kjer je:

q_x verjetnost smrti za osebo, staro x let;

d_x število smrti osebe, stare x let in

l_x število oseb, ki so bile na začetki obdobja stare x let.

V nadaljevanju prikažem izračun pričakovanega trajanja življenja v Sloveniji po Gerberju (1996).

4.1.2 Pričakovano trajanje življenja v Sloveniji

Iz popolnih tablic umrljivosti za moške in ženske (Priloga 2 - Tabela 1) je po Gerberju (1996) pričakovano trajanje življenja v Sloveniji predstavljeno na naslednji način:

- verjetnost smrti za moško populacijo:

$$q_0 = \frac{d_0}{l_0} = \frac{270}{100.000} = 0,00270$$

$$q_{65} = \frac{d_{65}}{l_{65}} = \frac{1.580}{78.928} = 0,02001$$

- verjetnost doživetja za moško populacijo:

$${}_n p_0 = 1 - {}_n q_0 = 1 - 0,00270 = 0,99730$$

$${}_n p_{65} = 1 - {}_n q_{65} = 1 - 0,02001 = 0,97999$$

- število preživetih let za moško populacijo:

$${}_n L_0 = 100.000 * 0,1 + 99.730 * 0,9 = 99.757$$

$${}_n L_{65} = (78.938 + 77.349) / 2 = 78.138$$

- vsotna funkcija števila preživetih let za moško populacijo:

$${}_n T_0 = \sum_{100}^1 L_{100} = 99.757 + \dots + 603 = 7.461.238$$

$${}_n T_{65} = \sum_{100}^{65} L_{100} = 78.138 + \dots + 603 = 1.243.352$$

- pričakovano trajanje življenja za moško populacijo v letih:

$$e_0 = T_0 * l_0 = 100.000 * 7.461.238 = 74,61$$

$$e_{65} = T_{65} * l_{65} = 78.928 * 1.243.352 = 15,75$$

V nadaljevanju predstavim pričakovano trajanje življenja v Evropi in aktuarski model mnogoterih pojemanj v okviru kategorij zdravstvene nege z numeričnim primerom mnogoterih pojemanj.

4.1.3 Analiza pričakovanega trajanja življenja v Evropi

Skladno s projekcijami Evropske komisije (2015) bo pričakovano trajanje življenja ob rojstvu v Sloveniji od leta 2013 do leta 2060 za moške zraslo za 7,1 let in bo leta 2060 znašalo 84,3 leta (Priloga 3 - Tabela 3 do Tabela 6). Dinamika staranja v Sloveniji se nahaja na meji med vzhodom in zahodom Evrope. Najhitreje bo naraščalo pričakovano trajanje življenja moških v vzhodnih državah članicah EU, kjer je pričakovano trajanje življenja bistveno krajše od povprečja EU (Litva, Latvija, Romunija, Estonija, Bolgarija). Pričakovano trajanje življenja ob rojstvu za ženske bo leta 2060 v Sloveniji znašalo skoraj 89 let, kar je skoraj 6 let več kot leta 2013. Podoben prirast pričakujemo za EU28 in tudi za ženske ugotovim, da se pričakuje, da bo dinamika staranja na vzhodu Evrope večja kot na zahodu, kar pomeni, da bo tudi socialni problem na vzhodu večji že zaradi staranja prebivalstva. Projekcije pričakovanega trajanja življenja v starosti 65 let, ko naj bi se delavci v Sloveniji in večini drugih držav članicah EU upokojili, od leta 2013 do leta 2060 za EU28 napovedujejo v povprečju za moške 22,4 let (ženske 25,6 leta) oziroma podaljšanje pričakovanega trajanja življenja za 4,8 let (ženske 4,6 let). Tudi v tem primeru pričakovano trajanje življenja moških po 65. letu starosti presega podaljšanje za 6 let v novih vzhodnoevropskih članicah. V Sloveniji se pričakuje, da bo pričakovano trajanje življenja moških, starih 65 let, od leta 2013 do leta 2060 poraslo iz 17,1 leta 2013 na 22 let oziroma za 4,9 let, pri ženskah pa bo po projekcijah rast nekoliko nižja, in sicer iz 20,9 leta na 25,5 let oziroma za 4,6 let. Projekcije prebivalstva Europop 2013, ki ga je pripravil Eurostat in je predstavljen v Aging Reporta za leto 2015 prikazuje, da se v EU28 pričakuje skupen porast prebivalstva za 15,6 milijonov do leta 2060. Največji porast se napoveduje v Angliji (16 milijonov), v Franciji (skoraj 10 milijonov), v Nemčiji pa se napoveduje upad števila prebivalcev za več kot 10 milijonov (Priloga 3 - Tabela 7).

V okviru analize funkcionalnih zmožnosti predstavim aktuarski model mnogoterih pojemanj, model kategorij storitev dolgotrajne oskrbe in numerični primer mnogoterih pojemanj.

4.1.4 Aktuarski model mnogoterih pojemanj

Po Promislowu (2011) predstavim osnovni aktuarski model mnogoterih pojemanj le z izstopi iz populacije.

Razlog za izstop iz populacije štejem od 1 do m in jih označim z j . Z τ označim celotno proučevano populacijo. To je lahko skupina oseb v neki kategoriji ali celotna populacija oseb. Ob predpostavki, da začnem s številom $l_0^{(\tau)}$, to je število novorojenih, leto 0, $l_x^{(\tau)}$ označim število oseb iz starostnega razreda, ki so še preživeli starost x , kar pomeni, da še niso bili pod vplivom kateregakoli razloga od 1 do m .

Število izstopov oseb, starih x let v proučevanem obdobju zaradi vseh j razlogov:

$$d_x^{(\tau)} = \sum_{j=1}^m d_x^{(j)} \quad (10)$$

kjer je:

$d_x^{(\tau)}$ število izstopov oseb, starih x let v proučevanem obdobju zaradi vseh j razlogov in

$d_x^{(j)}$ število izstopov oseb, starih x let v proučevanem obdobju zaradi j -tega razloga, $j = 1$ do m razlogov.

Število živih oseb starih $x+1$ let na začetku naslednjega obdobja:

$$l_{x+1}^{(\tau)} = l_x^{(\tau)} - d_x^{(\tau)} \quad (11)$$

kjer je:

$l_{x+1}^{(\tau)}$ število živih oseb, starih $x+1$ let na začetku naslednjega proučevanega obdobja,

$l_x^{(\tau)}$ število živih oseb, starih x let na začetku proučevanega obdobja in

$d_x^{(\tau)}$ število izstopov oseb, starih x let v proučevanem obdobju zaradi vseh j razlogov.

Promislow (2011) prikaže primer populacijskega modela (Tabela 25) in verjetnost izstopov v j -to kategorijo za osebo staro x let:

Tabela 25: Populacijski model

x	$l_x^{(\tau)}$	$d_x^{(1)}$	$d_x^{(2)}$
0	1000	50	100
1	850	60	105
2	685	70	120

Vir: Promislow, 2011.

Verjetnost izstopov v j -to stanje za osebo staro x let:

$$q_x^{(j)} = \frac{d_x^{(j)}}{l_x^{(\tau)}} \quad (12)$$

kjer je:

$q_x^{(j)}$ verjetnost izstopov v j -to stanje za osebo, staro x let,

$d_x^{(j)}$ število izstopov v j -to stanje iz kohorte oseb, starih x let in

$l_x^{(\tau)}$ število oseb, ki so bile na začetku proučevanega obdobja stare x let.

Število izstopov iz stanja *zdrav* (0) v j -to stanje:

$$d_x^{(j)} = l_x^{(\tau)} q_x^{(j)} \quad (13)$$

Verjetnost, da bo oseba, stara x let, ki se nahaja v stanju *zdrav* (0), ostala v tem stanju n let:

$${}_n p_x^{(\tau)} = \frac{l_{x+n}^{(\tau)}}{l_x^{(\tau)}} \quad (14)$$

Verjetnost, da bo oseba, stara x let, izstopila iz začetnega stanja v naslednjih n letih zaradi razloga j :

$${}_n q_x^{(j)} = \frac{\sum_{k=0}^{n-1} d_{x+k}^{(j)}}{l_x^{(\tau)}} \quad (15)$$

Verjetnost, da oseba, stara x let v začetnem stanju, preživi n let v tem stanju in izstopi iz tega stanja v letu $n+1$, zaradi razloga j :

$$\frac{d_{x+n}^{(j)}}{l_x^{(\tau)}} = {}_n p_x^{(\tau)} q_{x+n}^{(j)} \quad (16)$$

Število oseb, starih x let, ki se nahajajo v j -tem stanju je vsota števila vseh izstopov v obdobju do $100-x-1$ let:

$$l_x^{(j)} = \sum_{k=0}^{100-x-1} d_{x+k}^{(j)} \quad (17)$$

Vsota števila oseb, ki so bile v začetku proučevanega obdobja stare x let:

$$l_x^{(\tau)} = \sum_{j=0}^m l_x^{(j)} \quad (18)$$

Verjetnost, da oseba, stara x let ostane v začetnem stanju naslednjih n let:

$${}_n p_x^{(\tau)} = \frac{l_{x+n}^{(\tau)}}{l_x^{(\tau)}} \quad (19)$$

Pričakovano trajanje življenja osebe x let je:

$$e_x^{(\tau)} = \sum_{n=1}^{\infty} {}_n p_x^{(\tau)} \quad (20)$$

kjer je:

$e_x^{(\tau)}$ pričakovano trajanje življenja osebe, stare x let v začetnem stanju;

${}_n p_x^{(\tau)}$ verjetnost, da bo oseba, stara x let, ki se nahaja v začetnem stanju, preživela x let v začetnem stanju in

x starost v letih.

Na osnovi matematičnih formul in v nadaljevanju predstavljenem modelu kategorij zdravstvene nege kot kriterij je prikazan numerični primer mnogoterih pojemanj.

4.1.5 Model kategorij zdravstvene nege

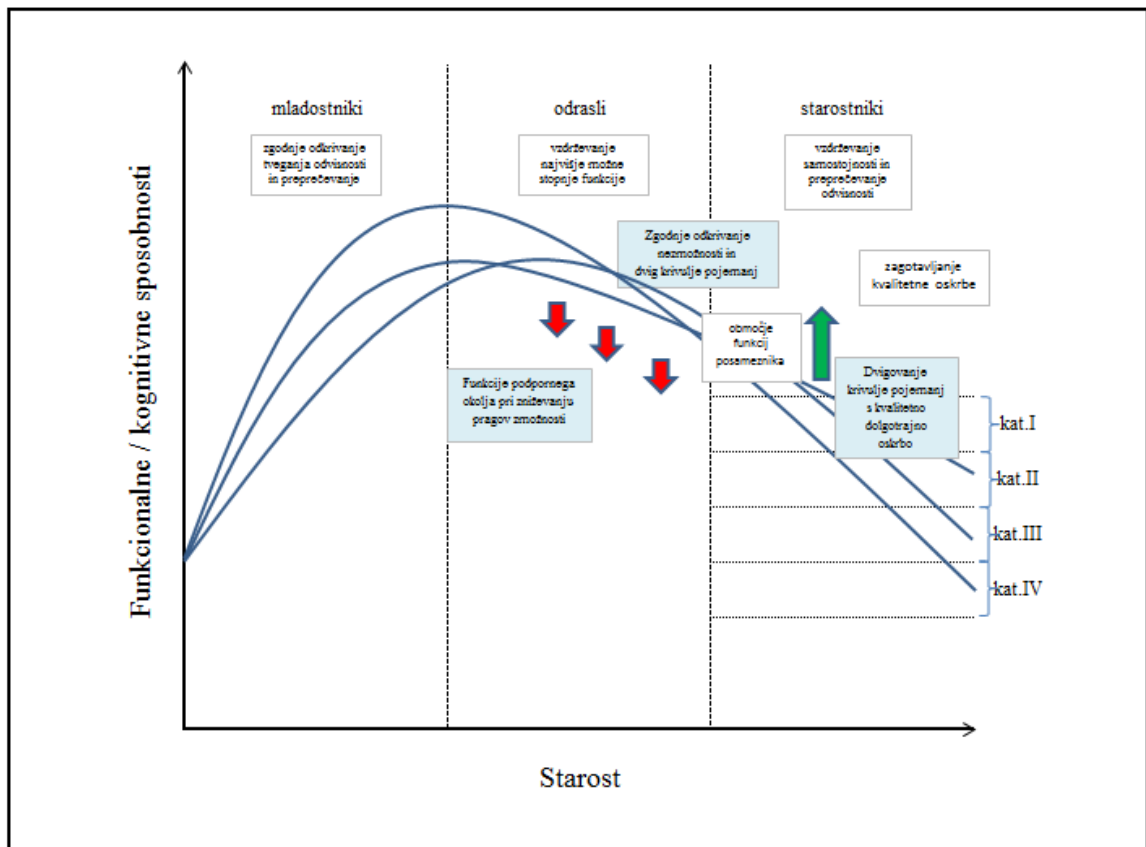
Kot primer študije prehodov, kjer se merijo prehodi med različnimi ravnmi sposobnosti samooskrbe oziroma funkcionalnih zmožnosti, podajam ugotovitve iz članka avtorjev Williams, Fries, Foley, Schneider in Gavazzi (1994), ki menijo, da je dinamika upada funkcionalnih zmožnosti najpomembnejši napovedovalec izdatkov zdravstvene nege v institucionalni obliki (angl. *nursing homes care*). S funkcionalnimi zmožnostmi merimo samosposobnost izvajanja dnevnih aktivnosti oskrbovancev (ADL oskrba). V analizi so bili proučevani podatki zajeti na osnovi Minimum Data Set (MDS) in testirani z uporabo analize variance (ANOVA). Z rekurzivno delitvenimi metodami določitve odnosa med omejitvami ADL in izdatkov za zdravstveno nego je bilo proučevanih 6.663 oskrbovancev oziroma uporabnikov zdravstvene nege v institucionalni oskrbi (angl. *nursing home residents*). Iz analize sledi, da je bil tako imenovani index ADL določen na temelju štirih ADL kategorij. Index ADL je kot merilo funkcionalnih zmožnosti oziroma statusa funkcionalnih zmožnosti uporabno orodje za razporeditev osebja oskrbe (angl. *nursing staff*) v institucionalni obliki nastanitve oskrbovancev in pri primerjavi statusa funkcionalnih zmožnosti skupin oskrbovancev analiza potrjuje 30 % variance izdatkov za zdravstveno nego v institucionalni obliki nastanitev oskrbovancev.

V Sloveniji socialnovarstveni zavodi pri poročanju v okviru letnih poročil že predstavljajo štiri (4) kategorije zdravstvene nege, ki izhajajo iz zbranih točk po LOSS lestvici oziroma upoštevanjem kriterijev uvrstitve v določeno kategorijo, zato jih na tej osnovi v nadaljevanju uporabim kot izhodišče za izračun učinkov prehodov oskrbovancev iz kategorije zdravstvene nege v kategorijo zdravstvene nege in kot primerjavo kazalnika pričakovanega trajanja življenja med socialnovarstvenimi zavodi v okviru modela mnogoterih pojemanj.

Rast in upad funkcionalnih zmožnosti posameznikov v življenjskem ciklu lahko predstavim s krivuljo funkcionalnih zmožnosti. Te krivulje se pri posameznikih obnašajo različno. Vrh lahko dosežejo že v poznih najstniških letih, a pri večini pozneje, do tridesetega leta. Vrh posamezniki lahko dosežejo zelo različno visoko. Poleg tega je hitrost upadanja posameznikovih sposobnosti odvisna tudi od načina življenja (zunanj, okoljski in gospodarski dejavniki).

Z upadanjem funkcionalnih zmožnosti posameznik prehaja iz kategorije v kategorijo dolgotrajne oskrbe, v večini primerov od manj zahtevne, I. kategorije, do bolj zahtevne, IV. kategorije (Slika 3).

Slika 3: Gibanje ravni funkcionalnih zmožnosti oseb od rojstva do pozne starosti in kategorije dolgotrajne oskrbe starostnika



Vir: prirejeno po Kalache & Kickbush, 1997.

Okolje vpliva na položaj posameznikovih krivulj, pri čemer boljše okolje krivuljo dvigne, slabše pa krivuljo zniža. Posameznikova krivulja je poleg njegovih lastnih funkcionalnih in kognitivnih zmožnosti odvisna tudi od okolja (angl. *age friendly environment*). Kakovostna oskrba lahko prispeva k daljšemu pričakovanemu trajanju življenja, kar pomeni, da dviguje krivuljo in podaljšuje neodvisnost ter s tem odlaga čas, ko posameznik potrebuje institucionalno oskrbo, torej podaljšuje pričakovano trajanje neodvisnega življenja.

V skladu z Merili za razvrščanje oskrbovancev po zahtevnosti zdravstvene nege (Vlada RS, 2011), sem v modelu mnogoterih pojemanj določila naslednja stanja:

- živ z zmanjšanimi funkcionalnimi zmožnostmi, potreben oskrbe v kategoriji I;
- živ z zmanjšanimi funkcionalnimi zmožnostmi, potreben oskrbe v kategoriji II;
- živ z zmanjšanimi funkcionalnimi zmožnostmi, potreben oskrbe v kategoriji III;
- živ z zmanjšanimi funkcionalnimi zmožnostmi, potreben oskrbe v kategoriji IV.

Pri upadu funkcionalnih zmožnosti je potrebno povečati intenzivnost zdravstvene nege oskrbovancev, zato je potrebno prekategorizirati oskrbovanca iz nižje v višjo kategorijo zdravstvene nege. Za namen hipotetičnega primera Tabela 26 prikazuje prehode

oskrbovancev iz/v kategorijo zdravstvene nege in stanje umrli. Ob predpostavki, da prehajajo oskrbovanci le iz nižje v višjo kategorijo zdravstvene nege, pomeni, da mora socialnovarstveni zavod zagotavljati vedno bolj zahtevno in dražjo oskrbo ali pa sprejeti ukrepe za ohranitev oskrbovancev v obstoječi kategoriji.

Tabela 26: Pregled prehodov oskrbovancev iz/v kategorijo zdravstvene nege in v stanje umrli

prehaja v			stanje (j)						
			zdrav	kategorijo				umrli	
stanje				0	I	II	III		IV
iz stanja (i)	zdrav	0	0		x	x	x	x	x
	iz katego-rije	I	1			x	x	x	x
		II	2				x	x	x
		III	3					x	x
		IV	4						x

Vir: Prirejeno po Vlada RS, 2011.

Za namen predstavitve modela mnogoterih pojemanj obravnavam populacijo ne glede na spol in predpostavim, da v proučevanem obdobju ni novih vstopov v proučevano populacijo. V primeru, da bi imeli sistem prehodov med mnogoterimi stanji, je možen prehod iz vseh stanj v vsa stanja (angl. *multistate transition model*). Vendar pa v praksi, ko obravnavamo prehode funkcionalnih oziroma kognitivnih zmožnosti starostnikov, ko le-te tako fizične kot umske upadajo, zanemarimo možnosti prehodov v stanja z višjimi funkcionalnimi zmožnostmi, zato se množica možnih rešitev zmanjša in sistem mnogoterih pojemanj je bolj obvladljiv (angl. *multiple decrement model*).

Promislow (2011) v modelu mnogoterih pojemanj predvideva, da so verjetnosti smrtnosti in verjetnosti preživetja že znane, v okviru magistrskega dela pa so predpostavljene meritve verjetnosti smrtnosti in verjetnosti prehodov med stanji ter iz statistične raziskave zajem celotne populacije Republike Slovenije in celotne populacije oseb v socialnovarstvenih zavodih, starejših od 65 let. Delitev populacije po spolu ni upoštevana z namenom, da so na splošno prikazani učinki staranja in zajemanje populacije v model po posameznih kategorijah zdravstvene nege ter prehodi med njimi.

Za populacijo v posameznem stanju modela mnogoterih pojemanj so modelirani le izstopi iz populacije, kjer je:

- i* stanje *i*, *i* = 0 do 4;
- j* izstop iz stanja *i* in prehod v stanje *j* zaradi upada funkcionalnih zmožnosti opazovane osebe, *j* = 1 do 5;

- τ celotno populacija v posamezni starostni kohorti x na začetku proučevanega intervala;
- (i, τ) vsi prehodi iz populacije v stanju i v starostni kohorti x v proučevanem obdobju;
- (τ, j) vsota vseh prehodov v stanje j starostno kohorto x v proučevanem obdobju;
- $l_x^{(\tau)}$ število vseh živih oseb v starosti x na začetku proučevanega obdobja, kar pomeni, da še niso izstopili iz stanja *zdrav* (0), zaradi katerega koli razloga $j, j = 1$ do 5;
- $l_{65}^{(0,\tau)}$ število vseh oseb, starih 65 let v stanju *zdrav* (0);
- $l_{65}^{(1,\tau)}$ število vseh oseb, starih 65 let v stanju 1 – kategorija zdravstvene nege I;
- $l_{65}^{(2,\tau)}$ število vseh oseb, starih 65 let v stanju 2 – kategorija zdravstvene nege II;
- $l_{65}^{(3,\tau)}$ število vseh oseb, starih 65 let v stanju 3 – kategorija zdravstvene nege III;
- $l_{65}^{(4,\tau)}$ število vseh oseb, starih 65 let v stanju 4 – kategorija zdravstvene nege V.

Število prehodov oseb, starih x let v stanju i v proučevanem obdobju zaradi vseh 5 razlogov, $j = 1$ do 5:

$$d_x^{(i,\tau)} = \sum_{j=1}^5 d_x^{(i,j)} \quad (21)$$

kjer je:

$d_x^{(i,\tau)}$ število prehodov oseb, starih x let iz stanja i v proučevanem obdobju zaradi vseh 5 razlogov in

$d_x^{(i,j)}$ število prehodov oseb, starih x let iz stanja i v stanje j v proučevanem obdobju.

Število živih oseb, starih $x+1$ let v stanju i na začetku naslednjega proučevanega obdobja:

$$l_{x+1}^{(i,\tau)} = l_x^{(i,\tau)} - d_x^{(i,\tau)} \quad (22)$$

kjer je:

$l_{x+1}^{(i,\tau)}$ število živih oseb, starih $x+1$ let v stanju i na začetku naslednjega proučevanega obdobja;

$l_x^{(i,\tau)}$ število živih oseb, starih x let v stanju i na začetku proučevanega obdobja in

$d_x^{(i,\tau)}$ število prehodov oseb, starih x let iz stanja i v proučevanem obdobju zaradi vseh 5 razlogov.

Verjetnost prehodov v j -to kategorijo za osebo staro x let v stanju i :

$$q_x^{(i,j)} = \frac{d_x^{(i,j)}}{l_x^{(i,\tau)}} \quad (23)$$

kjer je:

$q_x^{(i,j)}$ verjetnost prehoda osebe, stare x let iz stanju i v stanje j ;

$d_x^{(i,j)}$ število prehodov oseb, starih x let iz stanja i v stanje j v proučevanem obdobju in

$l_x^{(i,\tau)}$ število oseb, starih x let, ki so se nahajale v stanju i na začetku proučevanega obdobja.

S pomočjo verjetnosti, pridobljenih na temelju lastnega modela sem na podlagi verjetnosti prehodov med stanji in kategorijami (iz stanja $i = \text{zdrav}$ (0) v stanje j - kategorije zdravstvene nege I (1), II (2), III (3), IV (4) in v stanje $mrtvi$ (5)) izračunala število oseb, ki so izstopile iz opazovanega stanja i zaradi j -tega razloga.

Število prehodov oseb, starih x let iz stanja i v stanje j v proučevanem obdobju (Tabela 26):

$$M_x^{(i,\tau)} = \sum_{j=i+1}^5 M_x^{(i,j)} \quad (24)$$

kjer je:

$M_x^{(i,\tau)}$ število prehodov vseh oseb, starih x let iz stanja i v stanje j v proučevanem obdobju ($i = 0$ do 4, $j = i+1$ do 5, $i < j$) in

$M_x^{(i,j)}$ število prehodov oseb, starih x let iz stanja i v stanje j v proučevanem obdobju ($i = 0$ do 4, $j = i+1$ do 5, $i < j$).

Z uporabo formule (24) predstavim število prehodov med stanji v socialnovarstvenem zavodu tipa A (Tabela 28):

- število prehodov iz stanja 0 v stanje j za kohorto 65 let v proučevanem obdobju ($j = 1$ do 5):

$$\begin{aligned} {}^A M_{65}^{(0,\tau)} &= \sum_{j=1}^5 {}^A M_{65}^{(0,j)} = {}^A M_{65}^{(0,1)} + {}^A M_{65}^{(0,2)} + {}^A M_{65}^{(0,3)} + {}^A M_{65}^{(0,4)} + {}^A M_{65}^{(0,5)} = \\ &= 35 + 36 + 37 + 38 + 249 = 395 \end{aligned}$$

- vsota umrlih v vseh stanjih za starostno kohorto 65 let v proučevanem obdobju ($i = 0$ do 4):

$$\begin{aligned} {}^A M_{65}^{(\tau,5)} &= \sum_{i=0}^4 {}^A M_{65}^{(i,5)} = {}^A M_{65}^{(0,5)} + {}^A M_{65}^{(1,5)} + {}^A M_{65}^{(2,5)} + {}^A M_{65}^{(3,5)} + {}^A M_{65}^{(4,5)} = \\ &= 249 + 5 + 3 + 7 + 22 = 286 \end{aligned}$$

Na splošno velja, da je število živih oseb, starih $x+1$ na začetku naslednjega obdobja:

$$P_{x+1}^{(\tau)} = P_x^{(\tau)} - M_x^{(\tau)} \quad (25)$$

Število živih oseb, starih $x+1$ let v stanju i na začetku naslednjega obdobja:

$$P_{x+1}^{(i,\tau)} = P_x^{(i,\tau)} - M_x^{(i,\tau)} \quad (26)$$

kjer je:

$P_{x+1}^{(i,\tau)}$ število vseh živih oseb, starih $x+1$ let v stanju i na začetku naslednjega proučevanega obdobja;

$P_x^{(i,\tau)}$ število vseh živih oseb, starih x let v stanju i na začetku proučevanega obdobja in $M_x^{(i,\tau)}$ število prehodov oseb starih x let iz stanja i zaradi vseh 5 razlogov v proučevanem obdobju.

Verjetnost prehodov v j -to kategorijo za osebo staro x let v stanju i :

$$q_x^{(i,j)} = \frac{M_x^{(i,j)}}{P_x^{(i,\tau)}} \quad (27)$$

Število prehodov iz stanja i v stanje j v okviru modela mnogoterih pojemanj na podlagi ugotovljene verjetnosti prehoda osebe, stare x let iz stanja i v stanje j :

$$d_x^{(i,j)} = l_x^{(i,\tau)} q_x^{(i,j)} \quad (28)$$

Verjetnost, da bo oseba, stara x let, ki se nahaja v stanju i , ostala v tem stanju n let:

$${}_n p_x^{(i,\tau)} = \frac{l_{x+n}^{(i,\tau)}}{l_x^{(i,\tau)}} \quad (29)$$

Verjetnost, da bo oseba, stara x let, ki se nahaja v stanju i izstopila iz stanja i v naslednjih n letih zaradi razloga j :

$${}_n q_x^{(i,j)} = \frac{\sum_{k=0}^{n-1} d_{x+k}^{(i,j)}}{l_x^{(i,\tau)}} \quad (30)$$

Verjetnost, da bo oseba, stara x let, ki se nahaja v stanju i , preživela naslednjih n let v stanju i in izstopi iz stanja i v letu $n+1$:

$$\frac{d_{x+n}^{(i,j)}}{l_x^{(i,\tau)}} = {}_n p_x^{(i,\tau)} q_{x+n}^{(i,j)} \quad (31)$$

Število oseb, starih x let v stanju i je vsota števila prehodov do konca proučevanega obdobja (n let) iz stanja i :

$$l_x^{(i,\tau)} = \sum_{k=0}^{n-x-1} d_{x+k}^{(i,\tau)} \quad (32)$$

Vsota števila oseb, ki so bila v začetku proučevanega obdobja stare x let:

$$l_x^{(\tau)} = \sum_{i=0}^4 l_x^{(i,\tau)} = l_x^{(0,\tau)} + l_x^{(1,\tau)} + l_x^{(2,\tau)} + l_x^{(3,\tau)} + l_x^{(4,\tau)} \quad (33)$$

Če uporabim zapis formule za izračun iz modela mnogoterih pojemanj (Tabela 28), znaša vsota števila oseb oskrbovanih v socialnovarstvenem zavodu tipa A, ki so bila v začetku proučevanega obdobja stare x let, 22.851 oseb:

$$\begin{aligned}
A_l^{(i,\tau)} &= \sum_{i=0}^4 A_l^{(i,\tau)} = A_l^{(0,\tau)} + A_l^{(1,\tau)} + A_l^{(2,\tau)} + A_l^{(3,\tau)} + A_l^{(4,\tau)} = \\
&= 21.530 + 409 + 243 + 538 + 131 = 22.851
\end{aligned}$$

Osebe, ki so izstopile iz stanja i zaradi j -tega razloga je enako številu živih v starosti x v stanju i minus število živih v starosti $x+1$ v stanju i :

$$d_x^{(i,\tau)} = l_x^{(i,\tau)} - l_{x+1}^{(i,\tau)} \quad (34)$$

ali verjetnost, da bo oseba, stara x let, ki se nahaja v stanju i izstopila iz stanja i v naslednjih n letih zaradi vseh razlogov:

$${}_n q_x^{(i,\tau)} = \frac{l_x^{(i,\tau)} - l_{x+n}^{(i,\tau)}}{l_x^{(i,\tau)}} \quad (35)$$

Verjetnost, da bo oseba, stara x let, ki se nahaja v stanju i ostala v stanju i :

$${}_n p_x^{(i,\tau)} = \frac{l_{x+n}^{(i,\tau)}}{l_x^{(i,\tau)}} = p_x \times p_{x+1} \times p_{x+2} \times \dots \times p_{x+n} \quad (36)$$

Pričakovano trajanje življenja osebe, stare x let v stanju i :

$$e_x^{(i,\tau)} = \sum_{n=1}^{\infty} {}_n p_x^{(i,\tau)} \quad (37)$$

kjer je:

$e_x^{(i,\tau)}$ pričakovano trajanje življenja osebe, stare x let v stanju i in

${}_n p_x^{(i,\tau)}$ verjetnost, da bo oseba stara x let, doživela starost $x+n$ let v stanju i .

Po tem, ko sem prikazala razvoj matematičnega modela prehodov, v nadaljevanju prikažem izračun verjetnosti prehodov starostnikov iz stanja *zdrav* (0) v posamezne kategorije zdravstvene nege in stanje *mrtev* (V).

4.1.6 Numerični primer mnogoterih pojemanj

Stanje populacije na začetku proučevanega obdobja sem na dan 1. januar 2013 določila na osnovi statističnih podatkov SURS (2016) o številu oseb, starejših od 64 let po posameznih starostnih razredih. V letu 2013 je bilo po podatkih SURS 352.165 starostnikov, starejših od 64 let. Po podatkih SSZS je bilo na dan 1. 1. 2013 v Republiki Sloveniji v socialnovarstvenih zavodih 20.358 mest. Po podatkih SSZS so bili deleži oskrbovancev v kategorijah zdravstvene nege v letu 2013 v socialnovarstvenih zavodih v Republiki Sloveniji porazdeljeni takole: zdravstvena nega I – 31,0 %, zdravstvena nega II – 18,4 %, zdravstvena nega III – 40,8 % in zdravstvena nega IV – 9,9 %. Število oseb sem razporedila proporcionalno glede na poročane deleže SSZS.

Podatke o številu umrlih v letu 2013 po posameznih starostnih razredih sem pridobila z internetnih strani SURS (2016) in jih nato skladno z deleži oskrbovancev v posamezni kategoriji zdravstvene nege porazdelila po kategorijah. Število vseh ostalih prehodov sem določila arbitrarno. Število izstopov iz populacije zdravih oseb, starih 65 let je v proučevanem obdobju 395 oseb (v obdobju od x do $x+1$ oziroma od takrat ko je kohorta dosegla starost 65 let, do takrat, ko je kohorta dosegla 66 let):

$$d_{65}^{(0,\tau)} = \sum_{j=1}^5 d_{65}^{(0,j)} \Rightarrow d_{65}^{(0,1)} + d_{65}^{(0,2)} + d_{65}^{(0,3)} + d_{65}^{(0,4)} + d_{65}^{(0,5)} = 35 + 36 + 37 + 38 + 249 = 395$$

Ob koncu leta socialnovarstveni zavodi tipa A poročajo o številu oskrbovancev po posameznih starostnih razredih in kategorijah na dan 31. 12., tako da od začetnega stanja na dan 31. 12. preteklega leta odšteje vse prehode po posameznih kategorijah in starostnih razredih. Če se od števila starostnikov v stanju *zdrav* (0) v določenem starostnem razredu ob koncu preteklega obdobja odšteje vse prehode iz stanja *zdrav* (0), dobimo število starostnikov v stanju *zdravi* (0) na koncu leta. Število živih oseb v stanju *zdrav* (0), ki so na začetku naslednjega obdobja stare 66 let, je 21.135:

$$l_{x+1}^{(i,\tau)} = l_x^{(i,\tau)} - d_x^{(i,\tau)} \Rightarrow l_{66}^{(0,\tau)} = l_{65}^{(0,\tau)} - d_{65}^{(0,\tau)} = 21.530 - 395 = 21.135$$

Za socialnovarstveni zavod tipa A oziroma populacijo A na osnovi tabel stanj in prehodov starostnikov med stanji in kategorijami (Tabela 27, Tabela 28) izračunam verjetnost prehodov med stanji in kategorijami in verjetnosti preživetja v kategoriji (Tabela 29) in nato na tej podlagi še vsoto produktov verjetnosti preživetja v posameznem stanju oziroma kategoriji ter pričakovano trajanje življenja po posameznih stanjih oziroma kategorijah (Tabela 30). Postopek ponovim za socialnovarstveni zavod tipa B oziroma populacijo B (Tabela 31, Tabela 32, Tabela 33, Tabela 34).

Tabela 27: Število starostnikov in oskrbovancev na začetku/koncu proučevanega obdobja in vsi prehodi – populacija A

A	Začetno stanje						Vsi prehodi skupaj						Končno stanje					
	Zdrav	I.kat.	II.kat.	III.kat.	IV.kat.	Skupaj	Zdrav	I.kat.	II.kat.	III.kat.	IV.kat.	Skupaj	Zdrav	I.kat.	II.kat.	III.kat.	IV.kat.	Skupaj
65	21.530	409	243	538	131	22.851	395	68	23	129	22	637	21.135	341	219	409	109	22.214
66	19.367	368	218	484	118	20.555	372	57	36	106	22	592	18.995	311	182	379	96	19.963
67	14.039	267	158	351	85	14.901	252	32	20	57	21	383	13.788	234	138	294	64	14.518
68	17.002	323	192	425	103	18.045	319	45	28	82	21	496	16.683	278	163	343	82	17.549
69	18.738	356	211	469	114	19.888	395	54	34	100	22	606	18.343	302	177	368	92	19.283
70	18.559	353	209	464	113	19.698	408	53	34	99	22	616	18.151	299	175	365	91	19.082
71	17.270	328	195	432	105	18.330	410	48	30	87	22	597	16.860	280	165	345	83	17.733
72	17.010	323	192	425	103	18.054	417	47	29	85	22	600	16.593	276	162	340	81	17.454
73	16.377	311	185	410	99	17.382	449	45	28	80	22	625	15.928	266	157	329	77	16.757
74	15.462	294	174	387	94	16.411	470	42	26	73	22	633	14.992	252	148	313	71	15.778
75	14.812	281	167	370	90	15.721	476	39	24	68	23	631	14.336	242	143	302	67	15.090
76	14.751	280	166	369	90	15.656	554	41	25	70	23	713	14.197	240	141	299	66	14.943
77	13.781	262	155	345	84	14.627	538	37	23	62	23	683	13.243	225	133	282	61	13.944
78	13.142	250	148	329	80	13.949	555	35	22	59	23	694	12.587	215	127	270	57	13.255
79	12.472	237	141	312	76	13.237	592	34	21	55	23	724	11.880	203	120	257	52	12.513
80	12.090	230	136	302	73	12.832	655	34	20	54	24	787	11.435	196	116	248	50	12.045
81	11.009	209	124	275	67	11.685	713	32	19	49	24	837	10.296	177	105	226	43	10.847
82	10.788	205	122	270	65	11.450	764	32	19	49	25	889	10.024	173	102	221	41	10.561
83	8.945	170	101	224	54	9.494	711	27	16	39	24	816	8.234	143	85	185	30	8.677
84	8.163	155	92	204	50	8.664	727	25	15	36	24	827	7.436	130	77	169	25	7.837
85	7.236	137	82	181	44	7.679	664	22	13	30	24	754	6.571	115	69	151	20	6.926
86	6.159	117	69	154	37	6.537	692	21	12	27	24	777	5.468	96	57	127	13	5.761
87	5.408	103	61	135	33	5.740	616	19	10	23	24	692	4.793	84	51	112	9	5.049
88	4.274	81	48	107	26	4.536	612	17	10	20	24	683	3.662	64	39	87	2	3.853
89	3.703	70	42	93	22	3.930	591	16	9	18	4	638	3.112	55	33	74	19	3.293
90	2.900	55	33	73	18	3.078	515	14	7	15	3	555	2.385	41	25	58	15	2.524
91	2.258	43	25	56	14	2.396	506	13	7	14	3	543	1.752	30	18	43	11	1.853
92	1.571	30	18	39	10	1.667	392	11	6	10	2	421	1.179	19	12	29	7	1.246
93	1.077	20	12	27	7	1.143	277	8	4	7	2	298	800	12	8	20	5	845
94	520	10	6	13	3	552	163	6	3	4	1	177	357	4	3	9	2	375
95	330	6	4	8	2	350	115	5	2	3	1	126	214	1	1	5	1	224
96	265	5	3	7	2	281	88	5	2	2	0	97	177	0	1	5	1	184
97	237	4	3	6	1	251	70	4	2	2	0	78	166	0	1	4	1	173
98	208	4	2	5	1	221	87	3	2	2	0	94	121	1	0	3	1	127
99	141	3	2	4	1	150	47	2	1	1	0	52	94	1	0	2	1	98
100	211	4	2	5	1	224	110	3	2	3	1	118	101	1	0	3	1	106
	331.807	6.305	3.742	8.298	2.013	352.165	15.720	993	585	1.622	568	19.489	316.087	5.312	3.157	6.676	1.445	332.677

Tabela 28: Število prehodov oskrbovancev za j stanj – populacija A

A	Za eno stanje					Za dve stanji				Za tri stanja			Za štiri stanja		Za pet stanj
	Zdrav	I.kat.	II.kat.	III.kat.	IV.kat.	Zdrav	I.kat.	II.kat.	III.kat.	Zdrav	I.kat.	II.kat.	Zdrav	I.kat.	Zdrav
65	-35	-20	-10	-122	-22	-36	-21	-11	-7	-37	-22	-3	-38	-5	-249
66	-28	-16	-16	-99	-22	-29	-17	-17	-7	-30	-18	-3	-31	-5	-253
67	-15	-8	-8	-52	-21	-16	-9	-9	-5	-17	-10	-2	-18	-4	-186
68	-22	-12	-12	-76	-21	-23	-13	-13	-6	-24	-14	-3	-25	-5	-226
69	-26	-15	-15	-93	-22	-27	-16	-16	-8	-28	-17	-3	-29	-6	-283
70	-26	-15	-15	-91	-22	-27	-16	-16	-8	-28	-17	-4	-29	-6	-298
71	-22	-13	-13	-79	-22	-23	-14	-14	-8	-24	-15	-4	-25	-6	-314
72	-22	-12	-12	-76	-22	-23	-13	-13	-9	-24	-14	-4	-25	-7	-324
73	-20	-12	-11	-71	-22	-21	-13	-12	-10	-22	-14	-4	-23	-7	-363
74	-18	-10	-10	-63	-22	-19	-11	-11	-10	-20	-12	-5	-21	-8	-392
75	-17	-9	-9	-58	-23	-18	-10	-10	-11	-19	-11	-5	-20	-8	-404
76	-16	-9	-9	-57	-23	-17	-10	-10	-13	-18	-11	-6	-19	-10	-482
77	-14	-8	-8	-50	-23	-15	-9	-9	-12	-16	-10	-6	-17	-9	-475
78	-13	-7	-7	-46	-23	-14	-8	-8	-13	-15	-9	-6	-16	-10	-497
79	-12	-7	-7	-41	-23	-13	-8	-8	-14	-14	-9	-6	-15	-11	-539
80	-11	-6	-6	-39	-24	-12	-7	-7	-16	-13	-8	-7	-14	-12	-605
81	-9	-5	-5	-32	-24	-10	-6	-6	-17	-11	-7	-8	-12	-13	-671
82	-9	-5	-5	-31	-25	-10	-6	-6	-19	-11	-7	-8	-12	-14	-722
83	-6	-3	-3	-21	-24	-7	-4	-4	-18	-8	-5	-8	-9	-13	-681
84	-5	-3	-3	-18	-24	-6	-4	-4	-18	-7	-5	-8	-8	-14	-701
85	-4	-2	-2	-14	-24	-5	-3	-3	-17	-6	-4	-7	-7	-13	-642
86	-3	-2	-2	-10	-24	-4	-3	-3	-17	-5	-4	-8	-6	-13	-674
87	-2	-1	-1	-8	-24	-3	-2	-2	-16	-4	-3	-7	-5	-12	-601
88	-1	-1	-1	-5	-24	-2	-2	-2	-16	-3	-3	-7	-4	-12	-601
89	-1	-1	-1	-4	-4	-2	-2	-2	-15	-3	-3	-7	-4	-11	-581
90	-1	0	0	-2	-3	-2	-1	-1	-13	-3	-2	-6	-4	-10	-507
91	0	0	0	-1	-3	-1	-1	-1	-12	-2	-2	-6	-3	-9	-498
92	0	0	0	-1	-2	-1	-1	-1	-10	-2	-2	-4	-3	-7	-385
93	0	0	0	0	-2	-1	-1	-1	-7	-2	-2	-3	-3	-5	-270
94	0	0	0	0	-1	-1	-1	-1	-4	-2	-2	-2	-3	-3	-157
95	0	0	0	0	-1	-1	-1	-1	-3	-2	-2	-1	-3	-2	-109
96	0	0	0	0	0	-1	-1	-1	-2	-2	-2	-1	-3	-2	-82
97	0	0	0	0	0	-1	-1	-1	-2	-2	-2	-1	-3	-1	-64
98	0	0	0	0	0	-1	0	-1	-2	-2	-1	-1	-3	-2	-81
99	0	0	0	0	0	-1	0	-1	-1	-2	-1	0	-3	-1	-41
100	0	0	0	0	-1	-1	0	-1	-3	-2	-1	-1	-3	-2	-104
	-359	-205	-193	-1.258	-568	-395	-238	-229	-364	-431	-274	-164	-467	-276	-14.066

Tabela 29: Verjetnost prehodov oskrbovancev za j stanj – populacija A

A	Za eno stanje					Za dve stanji				Za tri stanja			Za štiri stanja		Za pet stanj
	Zdrav	I.kat.	II.kat.	III.kat.	IV.kat.	Zdrav	I.kat.	II.kat.	III.kat.	Zdrav	I.kat.	II.kat.	Zdrav	I.kat.	Zdrav
65	0,00162	0,04867	0,03993	0,22711	0,16560	0,00167	0,05111	0,04405	0,01252	0,00172	0,05355	0,01252	0,00176	0,01252	0,01159
66	0,00146	0,04378	0,07296	0,20429	0,18429	0,00151	0,04649	0,07754	0,01411	0,00156	0,04921	0,01411	0,00161	0,01411	0,01308
67	0,00106	0,03173	0,05289	0,14809	0,24946	0,00113	0,03548	0,05921	0,01470	0,00120	0,03923	0,01470	0,00127	0,01470	0,01327
68	0,00128	0,03843	0,06405	0,17934	0,20832	0,00134	0,04153	0,06927	0,01446	0,00140	0,04462	0,01446	0,00146	0,01446	0,01329
69	0,00141	0,04236	0,07059	0,19766	0,19208	0,00147	0,04516	0,07532	0,01619	0,00152	0,04797	0,01619	0,00157	0,01619	0,01512
70	0,00140	0,04195	0,06992	0,19577	0,19475	0,00145	0,04479	0,07470	0,01716	0,00151	0,04762	0,01716	0,00156	0,01716	0,01608
71	0,00130	0,03904	0,06506	0,18217	0,21021	0,00136	0,04208	0,07020	0,01937	0,00142	0,04513	0,01937	0,00147	0,01937	0,01821
72	0,00128	0,03845	0,06408	0,17943	0,21398	0,00134	0,04154	0,06929	0,02022	0,00140	0,04464	0,02022	0,00146	0,02022	0,01904
73	0,00123	0,03702	0,06170	0,17275	0,22461	0,00129	0,04023	0,06711	0,02336	0,00136	0,04345	0,02336	0,00142	0,02336	0,02214
74	0,00117	0,03495	0,05825	0,16310	0,23979	0,00123	0,03835	0,06398	0,02663	0,00129	0,04176	0,02663	0,00136	0,02663	0,02534
75	0,00112	0,03348	0,05580	0,15624	0,25114	0,00118	0,03703	0,06179	0,02863	0,00125	0,04059	0,02863	0,00132	0,02863	0,02728
76	0,00111	0,03334	0,05557	0,15560	0,25748	0,00118	0,03691	0,06158	0,03405	0,00125	0,04048	0,03405	0,00131	0,03405	0,03269
77	0,00104	0,03115	0,05192	0,14537	0,27505	0,00111	0,03497	0,05835	0,03589	0,00118	0,03879	0,03589	0,00126	0,03589	0,03444
78	0,00099	0,02971	0,04951	0,13863	0,29014	0,00107	0,03371	0,05626	0,03936	0,00114	0,03772	0,03936	0,00122	0,03936	0,03784
79	0,00094	0,02819	0,04698	0,13155	0,30907	0,00102	0,03241	0,05409	0,04480	0,00110	0,03663	0,04480	0,00118	0,04480	0,04320
80	0,00091	0,02733	0,04555	0,12753	0,32429	0,00099	0,03168	0,05288	0,05167	0,00108	0,03603	0,05167	0,00116	0,05167	0,05002
81	0,00083	0,02488	0,04147	0,11613	0,36211	0,00092	0,02966	0,04953	0,06274	0,00101	0,03445	0,06274	0,00110	0,06274	0,06092
82	0,00081	0,02438	0,04064	0,11379	0,37435	0,00091	0,02926	0,04886	0,06883	0,00100	0,03414	0,06883	0,00109	0,06883	0,06697
83	0,00067	0,02022	0,03370	0,09435	0,44685	0,00079	0,02610	0,04361	0,07837	0,00090	0,03199	0,07837	0,00101	0,07837	0,07614
84	0,00062	0,01845	0,03075	0,08610	0,49208	0,00074	0,02490	0,04161	0,08831	0,00086	0,03135	0,08831	0,00098	0,08831	0,08586
85	0,00055	0,01635	0,02726	0,07632	0,54706	0,00068	0,02363	0,03951	0,09155	0,00082	0,03090	0,09155	0,00096	0,09155	0,08878
86	0,00046	0,01392	0,02320	0,06497	0,64784	0,00063	0,02247	0,03760	0,11274	0,00079	0,03101	0,11274	0,00095	0,11274	0,10950
87	0,00041	0,01223	0,02038	0,05705	0,72420	0,00059	0,02196	0,03677	0,11481	0,00078	0,03169	0,11481	0,00096	0,11481	0,11111
88	0,00032	0,00966	0,01610	0,04508	0,91643	0,00056	0,02197	0,03685	0,14528	0,00079	0,03429	0,14528	0,00102	0,14528	0,14060
89	0,00028	0,00837	0,01395	0,03906	0,15700	0,00055	0,02258	0,03789	0,15700	0,00082	0,03679	0,15700	0,00109	0,15700	0,15700
90	0,00022	0,00656	0,01093	0,03059	0,17479	0,00056	0,02470	0,04150	0,17479	0,00091	0,04285	0,17479	0,00125	0,17479	0,17479
91	0,00017	0,00510	0,00851	0,02381	0,22078	0,00061	0,02841	0,04778	0,22078	0,00106	0,05173	0,22078	0,00150	0,22078	0,22078
92	0,00012	0,00355	0,00592	0,01657	0,24535	0,00075	0,03706	0,06237	0,24535	0,00139	0,07056	0,24535	0,00203	0,24535	0,24535
93	0,00008	0,00243	0,00406	0,01136	0,25109	0,00101	0,05130	0,08639	0,25109	0,00194	0,10017	0,25109	0,00287	0,25109	0,25109
94	0,00004	0,00118	0,00196	0,00549	0,30254	0,00196	0,10236	0,17243	0,30254	0,00388	0,20354	0,30254	0,00581	0,30254	0,30254
95	0,00002	0,00075	0,00124	0,00348	0,33143	0,00306	0,16033	0,27010	0,33143	0,00609	0,31991	0,33143	0,00912	0,33143	0,33143
96	0,00002	0,00060	0,00100	0,00279	0,30961	0,00380	0,19937	0,33588	0,30961	0,00757	0,39813	0,30961	0,01135	0,30961	0,30961
97	0,00002	0,00053	0,00089	0,00249	0,27092	0,00425	0,22306	0,37580	0,27092	0,00847	0,44558	0,27092	0,01270	0,27092	0,27092
98	0,00002	0,00047	0,00078	0,00220	0,38914	0,00482	0,00047	0,42658	0,38914	0,00962	0,25320	0,38914	0,01442	0,38914	0,38914
99	0,00001	0,00032	0,00053	0,00149	0,29333	0,00709	0,00032	0,62787	0,29333	0,01416	0,37268	0,29333	0,02124	0,29333	0,29333
100	0,00002	0,00048	0,00080	0,00223	0,49107	0,00475	0,00048	0,42089	0,49107	0,00949	0,24982	0,49107	0,01423	0,49107	0,49107

Na osnovi formul in podatkov iz numeričnega primera za populacijo A izračunam verjetnost prehoda 35 zdravih starostnikov, starih 65 let v kategorijo oskrbe I:

$$q_x^{(i,j)} = \frac{d_x^{(i,j)}}{l_x^{(i,\tau)}} \Rightarrow q_{65}^{0,1} = \frac{d_{65}^{(0,1)}}{l_{65}^{(0,\tau)}} = \frac{35}{21.530} = 0,00162$$

Verjetnost prehoda osebe, stare 65 let iz stanja zdrav v kategorijo oskrbe I, je 0,00162.

Tabela 30: Verjetnost preživetja v stanju in vsota produktov verjetnosti preživetja v stanju – populacija A

A	Verjetnost preživetja v stanju					Vsota produktov verjetnosti preživetja v stanju				
	Zdrav	I.kat.	II.kat.	III.kat.	IV.kat.	Zdrav	I.kat.	II.kat.	III.kat.	IV.kat.
65	0,98165	0,83415	0,90351	0,76038	0,83440	0,98165	0,83415	0,90351	0,76038	0,83440
66	0,98078	0,84641	0,83539	0,78160	0,81571	0,96277	0,70604	0,75479	0,59431	0,68063
67	0,98207	0,87885	0,87321	0,83721	0,75054	0,94551	0,62050	0,65908	0,49756	0,51084
68	0,98123	0,86096	0,85222	0,80619	0,79168	0,92777	0,53423	0,56168	0,40113	0,40442
69	0,97891	0,84832	0,83789	0,78615	0,80792	0,90820	0,45319	0,47063	0,31535	0,32674
70	0,97800	0,84848	0,83823	0,78707	0,80525	0,88822	0,38453	0,39449	0,24820	0,26311
71	0,97624	0,85438	0,84537	0,79846	0,78979	0,86711	0,32853	0,33350	0,19818	0,20780
72	0,97548	0,85515	0,84640	0,80035	0,78602	0,84585	0,28094	0,28227	0,15861	0,16334
73	0,97256	0,85595	0,84783	0,80389	0,77539	0,82264	0,24047	0,23932	0,12751	0,12665
74	0,96962	0,85831	0,85114	0,81027	0,76021	0,79764	0,20640	0,20369	0,10332	0,09628
75	0,96786	0,86027	0,85379	0,81513	0,74886	0,77200	0,17756	0,17391	0,08422	0,07210
76	0,96246	0,85522	0,84880	0,81036	0,74252	0,74302	0,15185	0,14762	0,06824	0,05354
77	0,96097	0,85920	0,85384	0,81874	0,72495	0,71402	0,13047	0,12604	0,05587	0,03881
78	0,95774	0,85951	0,85487	0,82201	0,70986	0,68385	0,11214	0,10775	0,04593	0,02755
79	0,95256	0,85797	0,85412	0,82364	0,69093	0,65141	0,09621	0,09203	0,03783	0,01904
80	0,94584	0,85329	0,84990	0,82080	0,67571	0,61613	0,08210	0,07822	0,03105	0,01286
81	0,93522	0,84827	0,84626	0,82114	0,63789	0,57621	0,06964	0,06619	0,02550	0,00820
82	0,92922	0,84339	0,84167	0,81738	0,62565	0,53543	0,05873	0,05571	0,02084	0,00513
83	0,92050	0,84332	0,84432	0,82727	0,55315	0,49286	0,04953	0,04704	0,01724	0,00284
84	0,91095	0,83700	0,83933	0,82559	0,50792	0,44897	0,04146	0,03948	0,01423	0,00144
85	0,90821	0,83757	0,84168	0,83213	0,45294	0,40776	0,03472	0,03323	0,01184	0,00065
86	0,88767	0,81986	0,82645	0,82229	0,35216	0,36196	0,02847	0,02746	0,00974	0,00023
87	0,88615	0,81932	0,82805	0,82814	0,27580	0,32075	0,02333	0,02274	0,00807	0,00006
88	0,85671	0,78880	0,80177	0,80963	0,08357	0,27479	0,01840	0,01823	0,00653	0,00001
89	0,84027	0,77526	0,79116	0,80394	0,84300	0,23089	0,01426	0,01443	0,00525	0,00000
90	0,82227	0,75111	0,77279	0,79462	0,82521	0,18986	0,01071	0,01115	0,00417	0,00000
91	0,77588	0,69397	0,72293	0,75540	0,77922	0,14731	0,00743	0,00806	0,00315	0,00000
92	0,75036	0,64348	0,68636	0,73808	0,75465	0,11053	0,00478	0,00553	0,00233	0,00000
93	0,74301	0,59501	0,65846	0,73755	0,74891	0,08213	0,00285	0,00364	0,00172	0,00000
94	0,68577	0,39038	0,52307	0,69198	0,69746	0,05632	0,00111	0,00191	0,00119	0,00000
95	0,65028	0,18759	0,39723	0,66509	0,66857	0,03662	0,00021	0,00076	0,00079	0,00000
96	0,66765	0,09229	0,35352	0,68760	0,69039	0,02445	0,00002	0,00027	0,00054	0,00000
97	0,70364	0,05991	0,35240	0,72659	0,72908	0,01721	0,00000	0,00009	0,00039	0,00000
98	0,58198	0,35672	0,18349	0,60866	0,61086	0,01001	0,00000	0,00002	0,00024	0,00000
99	0,66417	0,33335	0,07826	0,70518	0,70667	0,00665	0,00000	0,00000	0,00017	0,00000
100	0,48044	0,25815	0,08724	0,50670	0,50893	0,00320	0,00000	0,00000	0,00009	0,00000
Pričakovano trajanje življenja po stanjih:						17,462	5,705	5,884	3,862	3,857

Tabela 31: Število oskrbovancev na začetku/koncu proučevanega obdobja in vsi prehodi – populacija B

B	Začetno stanje						Vsi prehodi skupaj						Končno stanje					
	Zdrav	I.kat.	II.kat.	III.kat.	IV.kat.	Skupaj	Zdrav	I.kat.	II.kat.	III.kat.	IV.kat.	Skupaj	Zdrav	I.kat.	II.kat.	III.kat.	IV.kat.	Skupaj
65	21.530	409	243	538	131	22.851	355	38	23	119	22	557	21.175	371	219	419	109	22.294
66	19.367	368	218	484	118	20.555	372	57	36	106	22	592	18.995	311	182	379	96	19.963
67	14.039	267	158	351	85	14.901	252	32	20	57	21	383	13.788	234	138	294	64	14.518
68	17.002	323	192	425	103	18.045	319	45	28	82	21	496	16.683	278	163	343	82	17.549
69	18.738	356	211	469	114	19.888	395	54	34	100	22	606	18.343	302	177	368	92	19.283
70	18.559	353	209	464	113	19.698	408	53	34	99	22	616	18.151	299	175	365	91	19.082
71	17.270	328	195	432	105	18.330	410	48	30	87	22	597	16.860	280	165	345	83	17.733
72	17.010	323	192	425	103	18.054	417	47	29	85	22	600	16.593	276	162	340	81	17.454
73	16.377	311	185	410	99	17.382	449	45	28	80	22	625	15.928	266	157	329	77	16.757
74	15.462	294	174	387	94	16.411	470	42	26	73	22	633	14.992	252	148	313	71	15.778
75	14.812	281	167	370	90	15.721	476	39	24	68	23	631	14.336	242	143	302	67	15.090
76	14.751	280	166	369	90	15.656	554	41	25	70	23	713	14.197	240	141	299	66	14.943
77	13.781	262	155	345	84	14.627	538	37	23	62	23	683	13.243	225	133	282	61	13.944
78	13.142	250	148	329	80	13.949	555	35	22	59	23	694	12.587	215	127	270	57	13.255
79	12.472	237	141	312	76	13.237	592	34	21	55	23	724	11.880	203	120	257	52	12.513
80	12.090	230	136	302	73	12.832	655	34	20	54	24	787	11.435	196	116	248	50	12.045
81	11.009	209	124	275	67	11.685	713	32	19	49	24	837	10.296	177	105	226	43	10.847
82	10.788	205	122	270	65	11.450	764	32	19	49	25	889	10.024	173	102	221	41	10.561
83	8.945	170	101	224	54	9.494	711	27	16	39	24	816	8.234	143	85	185	30	8.677
84	8.163	155	92	204	50	8.664	727	25	15	36	24	827	7.436	130	77	169	25	7.837
85	7.236	137	82	181	44	7.679	664	22	13	30	24	754	6.571	115	69	151	20	6.926
86	6.159	117	69	154	37	6.537	692	21	12	27	24	777	5.468	96	57	127	13	5.761
87	5.408	103	61	135	33	5.740	616	19	10	23	24	692	4.793	84	51	112	9	5.049
88	4.274	81	48	107	26	4.536	612	17	10	20	24	683	3.662	64	39	87	2	3.853
89	3.703	70	42	93	22	3.930	591	16	9	18	4	638	3.112	55	33	74	19	3.293
90	2.900	55	33	73	18	3.078	515	14	7	15	3	555	2.385	41	25	58	15	2.524
91	2.258	43	25	56	14	2.396	506	13	7	14	3	543	1.752	30	18	43	11	1.853
92	1.571	30	18	39	10	1.667	392	11	6	10	2	421	1.179	19	12	29	7	1.246
93	1.077	20	12	27	7	1.143	277	8	4	7	2	298	800	12	8	20	5	845
94	520	10	6	13	3	552	163	6	3	4	1	177	357	4	3	9	2	375
95	330	6	4	8	2	350	115	5	2	3	1	126	214	1	1	5	1	224
96	265	5	3	7	2	281	88	5	2	2	0	97	177	0	1	5	1	184
97	237	4	3	6	1	251	70	4	2	2	0	78	166	0	1	4	1	173
98	208	4	2	5	1	221	87	3	2	2	0	94	121	1	0	3	1	127
99	141	3	2	4	1	150	47	2	1	1	0	52	94	1	0	2	1	98
100	211	4	2	5	1	224	110	3	2	3	1	118	101	1	0	3	1	106
	331.807	6.305	3.742	8.298	2.013	352.165	15.680	963	585	1.612	568	19.409	316.127	5.342	3.157	6.686	1.445	332.757

Tabela 32: Število prehodov oskrbovancev za j stanj – populacija B

B	Za eno stanje					Za dve stanji				Za tri stanja			Za štiri stanja		Za pet stanj
	Zdrav	I.kat.	II.kat.	III.kat.	IV.kat.	Zdrav	I.kat.	II.kat.	III.kat.	Zdrav	I.kat.	II.kat.	Zdrav	I.kat.	Zdrav
65	-25	-10	-10	-112	-22	-26	-11	-11	-7	-27	-12	-3	-28	-5	-249
66	-28	-16	-16	-99	-22	-29	-17	-17	-7	-30	-18	-3	-31	-5	-253
67	-15	-8	-8	-52	-21	-16	-9	-9	-5	-17	-10	-2	-18	-4	-186
68	-22	-12	-12	-76	-21	-23	-13	-13	-6	-24	-14	-3	-25	-5	-226
69	-26	-15	-15	-93	-22	-27	-16	-16	-8	-28	-17	-3	-29	-6	-283
70	-26	-15	-15	-91	-22	-27	-16	-16	-8	-28	-17	-4	-29	-6	-298
71	-22	-13	-13	-79	-22	-23	-14	-14	-8	-24	-15	-4	-25	-6	-314
72	-22	-12	-12	-76	-22	-23	-13	-13	-9	-24	-14	-4	-25	-7	-324
73	-20	-12	-11	-71	-22	-21	-13	-12	-10	-22	-14	-4	-23	-7	-363
74	-18	-10	-10	-63	-22	-19	-11	-11	-10	-20	-12	-5	-21	-8	-392
75	-17	-9	-9	-58	-23	-18	-10	-10	-11	-19	-11	-5	-20	-8	-404
76	-16	-9	-9	-57	-23	-17	-10	-10	-13	-18	-11	-6	-19	-10	-482
77	-14	-8	-8	-50	-23	-15	-9	-9	-12	-16	-10	-6	-17	-9	-475
78	-13	-7	-7	-46	-23	-14	-8	-8	-13	-15	-9	-6	-16	-10	-497
79	-12	-7	-7	-41	-23	-13	-8	-8	-14	-14	-9	-6	-15	-11	-539
80	-11	-6	-6	-39	-24	-12	-7	-7	-16	-13	-8	-7	-14	-12	-605
81	-9	-5	-5	-32	-24	-10	-6	-6	-17	-11	-7	-8	-12	-13	-671
82	-9	-5	-5	-31	-25	-10	-6	-6	-19	-11	-7	-8	-12	-14	-722
83	-6	-3	-3	-21	-24	-7	-4	-4	-18	-8	-5	-8	-9	-13	-681
84	-5	-3	-3	-18	-24	-6	-4	-4	-18	-7	-5	-8	-8	-14	-701
85	-4	-2	-2	-14	-24	-5	-3	-3	-17	-6	-4	-7	-7	-13	-642
86	-3	-2	-2	-10	-24	-4	-3	-3	-17	-5	-4	-8	-6	-13	-674
87	-2	-1	-1	-8	-24	-3	-2	-2	-16	-4	-3	-7	-5	-12	-601
88	-1	-1	-1	-5	-24	-2	-2	-2	-16	-3	-3	-7	-4	-12	-601
89	-1	-1	-1	-4	-4	-2	-2	-2	-15	-3	-3	-7	-4	-11	-581
90	-1	0	0	-2	-3	-2	-1	-1	-13	-3	-2	-6	-4	-10	-507
91	0	0	0	-1	-3	-1	-1	-1	-12	-2	-2	-6	-3	-9	-498
92	0	0	0	-1	-2	-1	-1	-1	-10	-2	-2	-4	-3	-7	-385
93	0	0	0	0	-2	-1	-1	-1	-7	-2	-2	-3	-3	-5	-270
94	0	0	0	0	-1	-1	-1	-1	-4	-2	-2	-2	-3	-3	-157
95	0	0	0	0	-1	-1	-1	-1	-3	-2	-2	-1	-3	-2	-109
96	0	0	0	0	0	-1	-1	-1	-2	-2	-2	-1	-3	-2	-82
97	0	0	0	0	0	-1	-1	-1	-2	-2	-2	-1	-3	-1	-64
98	0	0	0	0	0	-1	0	-1	-2	-2	-1	-1	-3	-2	-81
99	0	0	0	0	0	-1	0	-1	-1	-2	-1	0	-3	-1	-41
100	0	0	0	0	-1	-1	0	-1	-3	-2	-1	-1	-3	-2	-104
	-349	-195	-193	-1.248	-568	-385	-228	-229	-364	-421	-264	-164	-457	-276	-14.066

Tabela 33: Verjetnost prehodov oskrbovancev za j stanj – populacija B

B	Za eno stanje					Za dve stanji				Za tri stanja			Za štiri stanja		Za pet stanj
	Zdrav	I.kat.	II.kat.	III.kat.	IV.kat.	Zdrav	I.kat.	II.kat.	III.kat.	Zdrav	I.kat.	II.kat.	Zdrav	I.kat.	Zdrav
65	0,00116	0,02422	0,03993	0,20854	0,16560	0,00120	0,02667	0,04405	0,01252	0,00125	0,02911	0,01252	0,00130	0,01252	0,01159
66	0,00146	0,04378	0,07296	0,20429	0,18429	0,00151	0,04649	0,07754	0,01411	0,00156	0,04921	0,01411	0,00161	0,01411	0,01308
67	0,00106	0,03173	0,05289	0,14809	0,24946	0,00113	0,03548	0,05921	0,01470	0,00120	0,03923	0,01470	0,00127	0,01470	0,01327
68	0,00128	0,03843	0,06405	0,17934	0,20832	0,00134	0,04153	0,06927	0,01446	0,00140	0,04462	0,01446	0,00146	0,01446	0,01329
69	0,00141	0,04236	0,07059	0,19766	0,19208	0,00147	0,04516	0,07532	0,01619	0,00152	0,04797	0,01619	0,00157	0,01619	0,01512
70	0,00140	0,04195	0,06992	0,19577	0,19475	0,00145	0,04479	0,07470	0,01716	0,00151	0,04762	0,01716	0,00156	0,01716	0,01608
71	0,00130	0,03904	0,06506	0,18217	0,21021	0,00136	0,04208	0,07020	0,01937	0,00142	0,04513	0,01937	0,00147	0,01937	0,01821
72	0,00128	0,03845	0,06408	0,17943	0,21398	0,00134	0,04154	0,06929	0,02022	0,00140	0,04464	0,02022	0,00146	0,02022	0,01904
73	0,00123	0,03702	0,06170	0,17275	0,22461	0,00129	0,04023	0,06711	0,02336	0,00136	0,04345	0,02336	0,00142	0,02336	0,02214
74	0,00117	0,03495	0,05825	0,16310	0,23979	0,00123	0,03835	0,06398	0,02663	0,00129	0,04176	0,02663	0,00136	0,02663	0,02534
75	0,00112	0,03348	0,05580	0,15624	0,25114	0,00118	0,03703	0,06179	0,02863	0,00125	0,04059	0,02863	0,00132	0,02863	0,02728
76	0,00111	0,03334	0,05557	0,15560	0,25748	0,00118	0,03691	0,06158	0,03405	0,00125	0,04048	0,03405	0,00131	0,03405	0,03269
77	0,00104	0,03115	0,05192	0,14537	0,27505	0,00111	0,03497	0,05835	0,03589	0,00118	0,03879	0,03589	0,00126	0,03589	0,03444
78	0,00099	0,02971	0,04951	0,13863	0,29014	0,00107	0,03371	0,05626	0,03936	0,00114	0,03772	0,03936	0,00122	0,03936	0,03784
79	0,00094	0,02819	0,04698	0,13155	0,30907	0,00102	0,03241	0,05409	0,04480	0,00110	0,03663	0,04480	0,00118	0,04480	0,04320
80	0,00091	0,02733	0,04555	0,12753	0,32429	0,00099	0,03168	0,05288	0,05167	0,00108	0,03603	0,05167	0,00116	0,05167	0,05002
81	0,00083	0,02488	0,04147	0,11613	0,36211	0,00092	0,02966	0,04953	0,06274	0,00101	0,03445	0,06274	0,00110	0,06274	0,06092
82	0,00081	0,02438	0,04064	0,11379	0,37435	0,00091	0,02926	0,04886	0,06883	0,00100	0,03414	0,06883	0,00109	0,06883	0,06697
83	0,00067	0,02022	0,03370	0,09435	0,44685	0,00079	0,02610	0,04361	0,07837	0,00090	0,03199	0,07837	0,00101	0,07837	0,07614
84	0,00062	0,01845	0,03075	0,08610	0,49208	0,00074	0,02490	0,04161	0,08831	0,00086	0,03135	0,08831	0,00098	0,08831	0,08586
85	0,00055	0,01635	0,02726	0,07632	0,54706	0,00068	0,02363	0,03951	0,09155	0,00082	0,03090	0,09155	0,00096	0,09155	0,08878
86	0,00046	0,01392	0,02320	0,06497	0,64784	0,00063	0,02247	0,03760	0,11274	0,00079	0,03101	0,11274	0,00095	0,11274	0,10950
87	0,00041	0,01223	0,02038	0,05705	0,72420	0,00059	0,02196	0,03677	0,11481	0,00078	0,03169	0,11481	0,00096	0,11481	0,11111
88	0,00032	0,00966	0,01610	0,04508	0,91643	0,00056	0,02197	0,03685	0,14528	0,00079	0,03429	0,14528	0,00102	0,14528	0,14060
89	0,00028	0,00837	0,01395	0,03906	0,15700	0,00055	0,02258	0,03789	0,15700	0,00082	0,03679	0,15700	0,00109	0,15700	0,15700
90	0,00022	0,00656	0,01093	0,03059	0,17479	0,00056	0,02470	0,04150	0,17479	0,00091	0,04285	0,17479	0,00125	0,17479	0,17479
91	0,00017	0,00510	0,00851	0,02381	0,22078	0,00061	0,02841	0,04778	0,22078	0,00106	0,05173	0,22078	0,00150	0,22078	0,22078
92	0,00012	0,00355	0,00592	0,01657	0,24535	0,00075	0,03706	0,06237	0,24535	0,00139	0,07056	0,24535	0,00203	0,24535	0,24535
93	0,00008	0,00243	0,00406	0,01136	0,25109	0,00101	0,05130	0,08639	0,25109	0,00194	0,10017	0,25109	0,00287	0,25109	0,25109
94	0,00004	0,00118	0,00196	0,00549	0,30254	0,00196	0,10236	0,17243	0,30254	0,00388	0,20354	0,30254	0,00581	0,30254	0,30254
95	0,00002	0,00075	0,00124	0,00348	0,33143	0,00306	0,16033	0,27010	0,33143	0,00609	0,31991	0,33143	0,00912	0,33143	0,33143
96	0,00002	0,00060	0,00100	0,00279	0,30961	0,00380	0,19937	0,33588	0,30961	0,00757	0,39813	0,30961	0,01135	0,30961	0,30961
97	0,00002	0,00053	0,00089	0,00249	0,27092	0,00425	0,22306	0,37580	0,27092	0,00847	0,44558	0,27092	0,01270	0,27092	0,27092
98	0,00002	0,00047	0,00078	0,00220	0,38914	0,00482	0,00047	0,42658	0,38914	0,00962	0,25320	0,38914	0,01442	0,38914	0,38914
99	0,00001	0,00032	0,00053	0,00149	0,29333	0,00709	0,00032	0,62787	0,29333	0,01416	0,37268	0,29333	0,02124	0,29333	0,29333
100	0,00002	0,00048	0,00080	0,00223	0,49107	0,00475	0,00048	0,42089	0,49107	0,00949	0,24982	0,49107	0,01423	0,49107	0,49107

Na podlagi formul in podatkov iz numeričnega primera za populacijo B izračunam verjetnost prehoda 25 zdravih starostnikov, starih 65 let v kategorijo oskrbe I:

$$q_x^{(i,j)} = \frac{d_x^{(i,j)}}{l_x^{(i,\tau)}} \Rightarrow q_{65}^{0,1} = \frac{d_{65}^{(0,1)}}{l_{65}^{(0,\tau)}} = \frac{25}{21.530} = 0,00116$$

Verjetnost prehoda osebe, stare 65 let iz stanja zdrav v kategorijo oskrbe I, je 0,00116.

Tabela 34: Verjetnost preživetja v stanju in vsota produktov verjetnosti preživetja v stanju – populacija B

B	Verjetnost preživetja v stanju					Vsota produktov verjetnosti preživetja v stanju				
	Zdrav	I.kat.	II.kat.	III.kat.	IV.kat.	Zdrav	I.kat.	II.kat.	III.kat.	IV.kat.
65	0,98350	0,90748	0,90351	0,77895	0,83440	0,98350	0,90748	0,90351	0,77895	0,83440
66	0,98078	0,84641	0,83539	0,78160	0,81571	0,96460	0,76810	0,75479	0,60883	0,68063
67	0,98207	0,87885	0,87321	0,83721	0,75054	0,94730	0,67505	0,65908	0,50972	0,51084
68	0,98123	0,86096	0,85222	0,80619	0,79168	0,92952	0,58119	0,56168	0,41093	0,40442
69	0,97891	0,84832	0,83789	0,78615	0,80792	0,90992	0,49303	0,47063	0,32305	0,32674
70	0,97800	0,84848	0,83823	0,78707	0,80525	0,88990	0,41833	0,39449	0,25427	0,26311
71	0,97624	0,85438	0,84537	0,79846	0,78979	0,86875	0,35741	0,33350	0,20302	0,20780
72	0,97548	0,85515	0,84640	0,80035	0,78602	0,84745	0,30564	0,28227	0,16249	0,16334
73	0,97256	0,85595	0,84783	0,80389	0,77539	0,82420	0,26161	0,23932	0,13062	0,12665
74	0,96962	0,85831	0,85114	0,81027	0,76021	0,79915	0,22454	0,20369	0,10584	0,09628
75	0,96786	0,86027	0,85379	0,81513	0,74886	0,77347	0,19317	0,17391	0,08627	0,07210
76	0,96246	0,85522	0,84880	0,81036	0,74252	0,74443	0,16520	0,14762	0,06991	0,05354
77	0,96097	0,85920	0,85384	0,81874	0,72495	0,71537	0,14194	0,12604	0,05724	0,03881
78	0,95774	0,85951	0,85487	0,82201	0,70986	0,68514	0,12200	0,10775	0,04705	0,02755
79	0,95256	0,85797	0,85412	0,82364	0,69093	0,65264	0,10467	0,09203	0,03875	0,01904
80	0,94584	0,85329	0,84990	0,82080	0,67571	0,61729	0,08932	0,07822	0,03181	0,01286
81	0,93522	0,84827	0,84626	0,82114	0,63789	0,57731	0,07576	0,06619	0,02612	0,00820
82	0,92922	0,84339	0,84167	0,81738	0,62565	0,53644	0,06390	0,05571	0,02135	0,00513
83	0,92050	0,84332	0,84432	0,82727	0,55315	0,49379	0,05389	0,04704	0,01766	0,00284
84	0,91095	0,83700	0,83933	0,82559	0,50792	0,44982	0,04510	0,03948	0,01458	0,00144
85	0,90821	0,83757	0,84168	0,83213	0,45294	0,40853	0,03778	0,03323	0,01213	0,00065
86	0,88767	0,81986	0,82645	0,82229	0,35216	0,36264	0,03097	0,02746	0,00998	0,00023
87	0,88615	0,81932	0,82805	0,82814	0,27580	0,32135	0,02538	0,02274	0,00826	0,00006
88	0,85671	0,78880	0,80177	0,80963	0,08357	0,27531	0,02002	0,01823	0,00669	0,00001
89	0,84027	0,77526	0,79116	0,80394	0,84300	0,23133	0,01552	0,01443	0,00538	0,00000
90	0,82227	0,75111	0,77279	0,79462	0,82521	0,19022	0,01166	0,01115	0,00427	0,00000
91	0,77588	0,69397	0,72293	0,75540	0,77922	0,14758	0,00809	0,00806	0,00323	0,00000
92	0,75036	0,64348	0,68636	0,73808	0,75465	0,11074	0,00520	0,00553	0,00238	0,00000
93	0,74301	0,59501	0,65846	0,73755	0,74891	0,08228	0,00310	0,00364	0,00176	0,00000
94	0,68577	0,39038	0,52307	0,69198	0,69746	0,05643	0,00121	0,00191	0,00122	0,00000
95	0,65028	0,18759	0,39723	0,66509	0,66857	0,03669	0,00023	0,00076	0,00081	0,00000
96	0,66765	0,09229	0,35352	0,68760	0,69039	0,02450	0,00002	0,00027	0,00056	0,00000
97	0,70364	0,05991	0,35240	0,72659	0,72908	0,01724	0,00000	0,00009	0,00040	0,00000
98	0,58198	0,35672	0,18349	0,60866	0,61086	0,01003	0,00000	0,00002	0,00025	0,00000
99	0,66417	0,33335	0,07826	0,70518	0,70667	0,00666	0,00000	0,00000	0,00017	0,00000
100	0,48044	0,25815	0,08724	0,50670	0,50893	0,00320	0,00000	0,00000	0,00009	0,00000
Pričakovano trajanje življenja po stanjih:						17,495	6,207	5,884	3,956	3,857

4.2 Preverjanje hipotez

Kot sem omenila na začetku tega magistrskega dela, za dobro planiranje oskrbe starostnikov potrebujemo aktuarske metode. Za ocenjevanje kakovosti dolgotrajne oskrbe potrebujemo ustrezne podatke o oskrbovancih v socialnovarstvenih zavodih po spolu, starosti in kategorijah oskrbe.

Za ocenjevanje kakovosti dolgotrajne oskrbe potrebujemo verjetnosti prehodov med posameznimi stanji dolgotrajne oskrbe stanju in prehodih po starosti in kategorijah oskrbe.

V ta namen sem v nadaljevanju prikazala diskretni pristop k zveznemu aktuarskemu modelu mnogoterih pojemanj, ki so ga razvili Bogataj et al. (2015a) in ga namenila spremljanju kakovosti oskrbe v sistemu dolgotrajne oskrbe. Na osnovi te literature sem pripravila tudi predlog za model zajemanja in obdelave podatkov v sistemu statističnih raziskav, pomembnih za vso državo. Pokazala sem, kako je mogoče ob tako razvitih modelih in ob dosegljivosti predlaganih podatkovnih baz potrditi hipotezi kot sledi:

Hipoteza 1: Pričakovano trajanje življenja ob vstopu v socialnovarstveni zavod in pričakovano trajanje življenja v posamezni kategoriji funkcionalnih zmožnosti je primeren, merljiv kazalnik za merilo kakovosti izvajanja socialnovarstvenih storitev, predvsem dolgotrajne oskrbe.

Hipoteza 2: Funkcionalne zmožnosti oskrbovancev upadajo z različno intenzivnostjo, v odvisnosti od kakovosti oskrbe, kar lahko merimo s prehodi med kategorijami dolgotrajne oskrbe, kot sledi iz aktuarskega modela mnogoterih pojemanj.

Hipotezo 2 so dejansko za posamezne prehode potrdili že mnogi drugi avtorji (Bogataj, et al., 2015 a, b; Williams, Fries, Foley, Schneider, Gavazzi, 1994) in v literaturi ni mogoče zaslediti primera, ki bi prišel do nasprotujočih si zaključkov, vendar pa so vsi ti primeri obravnavali ali celoten model le teoretično (Bogataj et al, 2015a,b) ali pa parcialno (Williams et al, 1994). V magistrskem delu sem pokazala, kako je mogoče teorijo prvih avtorjev uporabiti na slovenskem primeru socialnovarstvenih zavodov ob upoštevanju parcialnih ugotovitev drugih zgoraj naštetih avtorjev.

Na osnovi javno dostopnih podatkov o strukturi prebivalstva in o številu umrlih (SURs, 2016a in 2016b) ter pridobljenih podatkov o oskrbovancih po kategorijah zdravstvene nege (SSZS, 2014) sem na podlagi hipotetičnega števila prehodov oskrbovancev med kategorijami zdravstvene nege izvedla simulacijo števila oskrbovancev v posameznih kategorijah zdravstvene nege in nato izračunala verjetnosti prehodov med posameznimi kategorijami zdravstvene nege kot primer dveh različnih kakovosti oskrbe obravnavanih

populacij izpostavljenih različnim kakovostim oskrbe v socialnovarstvenih zavodih. Za ti dve populaciji sem izdelala naslednje tabele in izračunala:

- tabela porazdelitve oseb po starosti in stanjih modela – začetno stanje: populacijo v Sloveniji, za osebe starejše od 64 let za leto 2013 sem na temelju podatkov SURS, objavljenih na podatkovnem portalu SURS (2016): »Prebivalstvo po: kohezijska regija, starost, polletje, spol« in podatkov iz SSZS, objavljenih »Povzetek 2014« pripravila porazdelitev prebivalstva na naslednja stanja:
 - živ s popolnimi funkcionalnimi zmožnostmi – *zdrav* (0);
 - živ z zmanjšanimi funkcionalnimi zmožnostmi, potreben oskrbe v kategoriji I;
 - živ z zmanjšanimi funkcionalnimi zmožnostmi, potreben oskrbe v kategoriji II;
 - živ z zmanjšanimi funkcionalnimi zmožnostmi, potreben oskrbe v kategoriji III in
 - živ z zmanjšanimi funkcionalnimi zmožnostmi, potreben oskrbe v kategoriji IV.
- tabele posameznih prehodov med stanji oziroma kategorijami oskrbe: upoštevajoč podatke SURS (2009) o številu umrlih v Republiki Sloveniji po starostnih razredih v letu 2013 sem izdelala število prehodov med kategorijami zdravstvene nege v letu 2013 po starosti in med posameznimi stanji:
 - živ s popolnimi funkcionalnimi zmožnostmi – *zdrav* (0);
 - živ z zmanjšanimi funkcionalnimi zmožnostmi, potreben oskrbe v kategoriji I;
 - živ z zmanjšanimi funkcionalnimi zmožnostmi, potreben oskrbe v kategoriji II;
 - živ z zmanjšanimi funkcionalnimi zmožnostmi, potreben oskrbe v kategoriji III;
 - živ z zmanjšanimi funkcionalnimi zmožnostmi, potreben oskrbe v kategoriji IV in
 - umrli.
- tabela vsote prehodov: tabele vseh posameznih prehodov po starosti in posameznimi kategorijami zdravstvene oskrbe seštejem in dobim vsoto vseh prehodov skupaj.
- tabela porazdelitve oseb po starosti in stanjih modela – končno stanje: število oseb starejših od 64 let v posameznih starostnih razredih in posameznih stanjih modela sem izračunala tako, da sem od začetnega stanja odštela število izhodov iz posameznih stanj in prištela število prihodov v posamezna stanja.
- tabela verjetnosti preživetja v posameznem stanju: s primerjavo končnega stanja števila oseb po posameznih starostnih razredih in posameznih stanjih modela z začetnim stanjem števila oseb po posameznih starostnih razredih in posameznih stanjih modela izračunam verjetnosti preživetja po posameznih starostnih razredih in posameznih stanjih modela.
- tabela vsote verjetnosti preživetja v posameznem stanju: z izračunom vsote verjetnosti preživetja za osebe starejše od 64 let izračunam pričakovano trajanje življenja za osebe izven zavodov in v zavodih, razporejenih po kategorijah zdravstvene nege.
- tabele verjetnosti prehodov: za posamezno skupino prehodov: a) prehodi za eno stanje; b) prehodi za dve stanji; c) prehodi za tri stanja; d) prehodi za štiri stanja in e) prehodi za pet stanj.

Po posameznih starostnih razredih in posameznih stanjih modela izračunam verjetnosti prehodov. Rezultati simulacije kažejo, da je pričakovano trajanje življenja v posameznem stanju modela primerno orodje za oceno kakovosti institucionalne oskrbe, kar v nadaljevanju potrdim v okviru naslednjih dveh hipotez.

4.2.1 Hipoteza 1

Hipoteza 1: Pričakovano trajanje življenja ob vstopu v socialnovarstveni zavod in pričakovano trajanje življenja v posamezni kategoriji funkcionalnih zmožnosti je primeren, merljiv kazalnik za merilo kakovosti izvajanja socialnovarstvenih storitev, predvsem dolgotrajne oskrbe.

Pričakovano trajanje življenja ob vstopu v socialnovarstveni zavod ocenim glede na pričakovano trajanje življenja v posamezni kategoriji funkcionalnih zmožnosti, kar pa je v korelaciji z ravniyo oskrbe, kar trdijo zgoraj navedeni avtorji (Bogataj, Ros McDonnell, Bogataj, 2015 a, b; Williams, Fries, Foley, Schneider, Gavazzi, 1994). Izdelala sem izračun pričakovanega trajanja življenja za dve različni populaciji v institucionalni oskrbi tipa A in B, ki sta izpostavljeni različnim kakovostim oskrbe in s tem potrdila hipotezo 1, da je kakovost oskrbe možno meriti na temelju pričakovanega trajanja življenja (Tabela 35 in Tabela 36).

Tabela 35: Povzetek ugotovitev za celotno populacijo socialnovarstvenih zavodov tipa A

Populacija A	Izven zavodov	I.kat.	II.kat.	III.kat.	IV.kat.	Skupaj zavodi	Populacija skupaj
Začetno stanje števila oseb	331.807	6.305	3.742	8.298	2.013	20.358	352.165
Število prehodov (pred spremembo kakovosti oskrbe)	15.720	999	605	1.622	568	3.794	19.515
Zmanjšanje števila prehodov	0	0	0	0	0	0	0
Število prehodov (po spremembi kakovosti oskrbe)	15.720	999	605	1.622	568	3.794	19.515
Končno stanje števila oseb	316.087	5.306	3.137	6.676	1.445	16.564	332.651
Pričakovano trajanje življenja (v letih)	17,46	5,71	5,35	3,86	3,85		
Delež oseb v zavodih po kategorijah (ZS)		31,0 %	18,4 %	40,8 %	9,9 %		

Vir: Prirejeno po SURS, 2016a, 2016b in SSZS, 2014.

Pri spreminjanju rasti kakovosti v posamezni kategoriji oskrbe se povečuje trajanje življenja v posamezni kategoriji, s tem pa na celotnem horizontu obravnavanega modela. Iz česar sledi, da model prikazuje vrednotenje primerne, merljivega kazalnika kakovosti izvajanja socialnovarstvenih storitev, predvsem dolgotrajne oskrbe v vsaki kategoriji posebej in na celotnem horizontu življenja starostnika.

Če se število prehodov med stanji zmanjša, v vsaki posamezni kategoriji dobim naslednje pričakovano trajanje življenja (Tabela 36):

Tabela 36: Povzetek ugotovitev za celotno populacijo socialnovarstvenih zavodov tipa B

Populacija B	Izven zavodov	I.kat.	II.kat.	III.kat.	IV.kat.	Skupaj zavodi	Populacija skupaj
Začetno stanje števila oseb	331.807	6.305	3.742	8.298	2.013	20.358	352.165
Število prehodov (pred spremembo kakovosti oskrbe)	15.720	999	605	1.622	568	3.794	19.515
Zmanjšanje števila prehodov	-40	-36	-20	-10	-0	-60	106
Število prehodov (po spremembi kakovosti oskrbe)	15.680	963	585	1.612	568	3.735	19.409
Končno stanje števila oseb	316.127	5.342	3.157	6.686	1.445	16.624	332.757
Pričakovano trajanje življenja (v letih)	17,49	6,21	5,88	3,96	3,86		

Vir: Prirejeno po SURS, 2016a, 2016b in SSZS, 2014.

4.2.2 Hipoteza 2

Hipoteza 2: Funkcionalne zmožnosti oskrbovancev upadajo z različno intezivnostjo, v odvisnosti od kakovosti oskrbe, kar lahko merimo s prehodi med kategorijami dolgotrajne oskrbe, kot sledi iz aktuarskega modela mnogoterih pojemanj (Bogataj, Ros McDonnell, Bogataj, 2015a,b).

V modelu sem upoštevala naslednja stanja proučevane populacije: a) živ s popolno funkcionalno zmožnostjo – *zdrav* (0); b) živ z zmanjšano funkcionalno zmožnostjo, potreben oskrbe v kategoriji I; c) živ z zmanjšano funkcionalno zmožnostjo, potreben oskrbe v kategoriji II; d) živ z zmanjšano funkcionalno zmožnostjo, potreben oskrbe v kategoriji III; e) živ z zmanjšano funkcionalno zmožnostjo, potreben oskrbe v kategoriji IV; f) mrtev.

Hipotezo 2 sem preverila tako, da sem izračunala verjetnosti prehodov po posameznih starostnih razredih in posameznih stanjih modela ter upoštevala naslednje skupine prehodov: a) prehodi za eno stanje; b) prehodi za dve stanji; c) prehodi za tri stanja; d) prehodi za štiri stanja in e) prehodi za pet stanj.

Večje kot je število oseb, ki preidejo v višjo kategorijo oskrbe, večja je verjetnost prehoda in krajše je pričakovano trajanje življenja. Z izračunom verjetnosti prehodov po posameznih starostnih razredih in posameznih stanjih modela ter primerjav tabel prehodov A in B potrdim hipotezo 2, da je možno funkcionalne zmožnosti oskrbovancev modelirati in da v tabeli A upadajo z drugačno intezivnostjo kot v tabeli B. Oskrbovanci v tabeli B so

bili izpostavljeni višji intezivnosti oskrbe kot oskrbovanci v tabeli A, kar lahko merimo s prehodi med stanji na temelju aktuarskega modela mnogoterih pojemanj. Pričakovano trajanje življenja v kategoriji I v skupini B je daljše kot pričakovano trajanje življenja v kategoriji I v skupini A.

5 RAZVOJ STATISTIČNIH RAZISKAV NA PODROČJU DOLGOTRAJNE OSKRBE

Statistično spremljanje števila upravičencev in financiranje dolgotrajne oskrbe je ključno izhodišče za učinkovito in uspešno načrtovanje prostorskih kapacitet ter potrebnih človeških virov za izvedbo nalog, aktivnosti dolgotrajne oskrbe. Zato sem po pregledu predstavitev organiziranosti dolgotrajne oskrbe po državah članicah EU za uporaben primer izbrala Kraljevino Španija in jo primerjala s sedanjim sistemom dolgotrajne oskrbe v Sloveniji.

5.1 Statistično spremljanje dolgotrajne oskrbe v Španiji

Ključni dokument za spremljanje potreb dolgotrajne oskrbe je »*Información estadística del sistema para la autonomía y atención a la dependencia*« (Tabela 37) in pripravljen na podlagi Kraljevega odloka in je objavljen na internetu, predstavlja pa pregled števila upravičencev ter izdatkov po avtonomnih regijah v Španiji.

Tabela 37: Pregled poročevalskih kategorij v Španiji na dan 29. februar 2016

Poročevalska tabela	Pokrajina	Populacija	Število in delež zahtevkov	Starostni razred	Spol	Število in delež odločb	Kategorije	Vrsta oskrbe
1	x		x					
2	x	x	x					
3			x	x	x			
4	x		x			x	x	
5	x	x				x		
6						x	x	
7	x							x
8				x	x			x
9	x	x						x
10	x							x

Vir: Povzeto in prirejeno po »*Información estadística del sistema para la autonomía y atención a la dependencia*« na dan 29. februar 2016.

Po zgledu Kraljevine Španije bi lahko v Sloveniji vzpostavili evidence in celovit pregled nad vlogami, odločbami, številom oskrbovancev, izdatki dolgotrajne oskrbe in podrobneje izdatki dolgotrajne oskrbe po kategorijah, ki jih je Kraljevina Španija že uveljavila.

S Kraljevim odlokom je mesečno statistično poročilo v Španiji predstavljano na internetu s tabelami v obliki Excela, dodatno pa prikažem tudi primerjavo s Slovenijo (Tabela 38).

Tabela 38: Pregled statističnih tabel v Španiji in primerjava s Slovenijo

Št.	Španija	Excel poročilo: estsisaad	Slovenija
1	Število zahtevkov in delež zahtevkov po avtonomnih regijah	Solicitudes.	Oddaja prošnje v IT sistem SSZS (www.ssz.slo.si) ali po pošti. Pokrajine opredeljene kot O.E. ZZS
2	Populacija in število zahtevkov po avtonomnih regijah	Solicitudes en relación a la población de las comunidades autónomas.	Primerjave števila zahtevkov s populacijo ni.
3	Število zahtevkov po spolu in starostnih razredih	Perfil de la persona solicitante: sexo y edad.	Primerjave števil zahtevkov po spolu in starostnih razredih ni.
4	Število zahtevkov, število odločb in kategorije oskrbe po avtonomnih regijah	Dictámenes.	Število zahtevkov, število odobrenih odločb in kategorije oskrbe po pokrajinah ni.
5	Populacija in število odločb po avtonomnih regijah	Dictámenes en relación a la población de las comunidades autónomas.	Le število zasedenih mest, brez primerjave s celotno populacijo.
6	Število odločb po kategorijah in ravneh ter deleža, po avtonomnih regijah	Grados y niveles.	Število odločb po kategorijah in ravneh ter deleža, po pokrajinah ni.
7	Število odločb in deleža po vrsti oskrbe, po avtonomnih regijah	Personas beneficiarias y prestaciones.	Število upravičencev in deleža po vrsti oskrbe, po pokrajinah ni.
8	Število oskrb po spolu in starostnih razredih	Perfil de la persona beneficiaria con prestación: sexo y edad.	Število oskrb po spolu in starostnih razredih ni.
9	Populacija in število oskrb po avtonomnih regijah	Personas beneficiarias con prestaciones en relación a la población de las ccaa.	Populacija in število oskrb po pokrajinah ni.
10	Število oskrb in oskrb na domu z deleži po avtonomnih regijah	Personas beneficiarias y agrupación prestaciones	Število oskrb in oskrb na domu z deleži po pokrajinah ni.

Vir: Povzeto in prirejeno po SAAD (Información estadística del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia), 29. 2. 2016

5.2 Statistično spremljanje dolgotrajne oskrbe v Sloveniji

Kot navajajo Carrera, Pavolini, Ranci, & Sabbatini (2013), sistemi dolgotrajne oskrbe tudi v Evropi niso sistematično urejeni in celostno informacijsko povezani, zato še danes mnogi podatki niso mednarodno primerljivi. V Sloveniji so za razvoj statističnih raziskav na področju dolgotrajne oskrbe odgovorna pristojna ministrstva, za vzpostavitev preglednega financiranja in poročanja o izvajanju dolgotrajne oskrbe pa je potrebno razviti celovit

informatijski sistem. Socialnovarstveni zavodi trenutno uporabljajo različne informacijske sisteme za spremljanje poslovanja. Informatijski sistem DomIS uporablja slaba petina socialnovarstvenih zavodov kot izvajalcev dolgotrajne oskrbe, preostali izvajalci socialnovarstvenih storitev pa uporabljajo informacijska sistema Pro-bit in Saop, sorazmerno.

5.2.1 Razvoj dolgotrajne oskrbe in statistično spremljanje dolgotrajne oskrbe

V Sloveniji je trenutno upravljanje in spremljanje dolgotrajne oskrbe zapleteno in nepregledno. Zakonodaja še ni sistemsko urejena, ker je pri pripravi udeleženih veliko institucij, ki pa so zakonsko že regulirane vsaka po svoje. Ključni udeleženci MDDSZ, ZZZS, SSZS, ZPIZ in SURS so pri pripravi predlogov precej zapisali okvire dolgotrajne oskrbe, pa vendarle predlog zakona o dolgotrajni oskrbi iz leta 2006, popravljen v letu 2010, še do danes ni bil predložen v parlamentarni postopek. Problem uvedbe dolgotrajne oskrbe je vseobsežen, saj poleg Ministrstva za zdravje in MDDSZ vključuje tudi ključno ministrstvo, to je Ministrstvo za finance. Enotno uporabo meril in metod za kategorizacijo po ravneh funkcionalnih zmožnosti v okviru podzakonskega akta, bi, kot je bilo predlagano že v okviru Smernic kakovosti dolgotrajne oskrbe (Kavšek in Bogataj, 2015), zagotovilo standardizacijo obravnave dolgotrajne oskrbe v socialno varstvenih zavodih na nacionalni ravni in primerljivost med njimi. Ker je za izračun pričakovanega trajanja življenja pomembno izhodišče kategorija oskrbe, moramo najprej vzpostaviti kategorizacijo po ravneh funkcionalnih zmožnosti. Če določimo vsa možna stanja, v katerih se lahko posameznik nahaja, stanja po starostih in funkcionalnih zmožnostih, lahko za kohorte, vključene v institucionalno oskrbo, izračunamo verjetnosti prehodov oziroma tranzicije. Pri razvrščanju v stanja lahko za statistične potrebe uporabimo obstoječe kategorije zdravstvene nege, pri tem pa se ne sprašujemo, ali je ta kategorizacija ustrezno določena. Z uvedbo centralizacije podatkovne baze bi bili določeni kriteriji dolgotrajne oskrbe poenoteni, razvrstitev oskrbovancev v kategorije bi potekala po enotnih kriterijih v okviru ZZZS, nadzor nad določitvijo kategorij pa bi izvajala Agencija za nadzor socialnovarstvenih storitev. Glede na ureditev dolgotrajne oskrbe v Španiji, ki se je oblikovala na temelju desetletnih izkušenj, naj Slovenija za namen določitve kategorij oskrbe po zgledu Španije pripravi podzakonski akt v okviru ZDOZDO, ki bi podrobneje opredelil:

- število kategorij oskrbe (Tabela 8);
- merila za določitev posamezne kategorije (Tabela 5) ter
- točkovanje posamezne aktivnosti samooskrbe (Tabela 4).

Socialnovarstveni zavodi na podlagi notranjih pravnih temeljev določajo merila za uvrstitev oskrbovanca v kategorijo (Tabela 5). Določitev kriterijev za uvrstitev v kategorijo bi morala biti prav tako pomembna naloga zakonodajalca, saj bi lahko z določitvijo meril

oziroma s poenotenjem kriterijev za vse socialnovarstvene zavode v državi pridobil celovito informacijo o kakovosti izvajanja dolgotrajne oskrbe.

Izvajalci dolgotrajne oskrbe v Sloveniji, to so družbe v zasebni lasti in zavodi v lasti občin, v letnih poročilih že poročajo o številu oskrbovancev ob koncu leta po kategorijah oskrbe (obravnavajo jih Navodila za izvajanje metodologije za oblikovanje cen socialnovarstvenih storitev, pripravljenih s strani Ministrstva za delo, družino in socialne zadeve, b.l.). A merila, kako naj socialnovarstveni zavod opredeli samooskrbo vsakega posameznega oskrbovanca, še niso zakonsko določena. Podatki o številu oskrbovancev po kategorijah po posameznih socialnovarstvenih zavodih, ki jih pridobiva SSZS, ne zadoščajo za napovedovanje potreb po dolgotrajni oskrbi tudi z vidika stanovanjskih oziroma namestitvenih potreb starostnikov (SSZS 2015a,b). Obravnava populacije za namen izračuna pričakovanega trajanja življenja ni mogoča, ker ni podatkov, ločeno po spolu, starosti in kategoriji oskrbe, o:

- začetnem stanju števila oskrbovancev v proučevani populaciji;
- številu novih oskrbovancev v proučevano populacijo;
- številu oskrbovancev, ki zaradi kakršnega koli drugega razloga prihajajo v socialnovarstveni zavod oziroma prehajajo med zavodi med letom
- številu oskrbovancev zaradi smrti.

V letnih poročilih so prikazani podatki po kategorijah in petletnih starostnih razredih, kar pa za namen izračuna pričakovanega trajanja življenja v posameznem socialnovarstvenem zavodu še ni ustrezen podatek.

5.2.2 Statistično spremljanje financiranja dolgotrajne oskrbe

Projekcije za obdobje do leta 2060 kažejo, da bi se ob osnovnem scenariju izdatki za staranje, ki vključujejo tako izdatke, povezane s pokojninskim sistemom, zdravstvenim sistemom kot tudi sistem dolgotrajne oskrbe, v Sloveniji povečali iz sedanjih 24,7 % na 31,5 % BDP. V Sloveniji naj bi se po projekcijah izdatki do leta 2060 povečali najbolj izmed vseh držav, po višini izdatkov v deležu BDP pa je Slovenija v samem vrhu (pred nami so Norveška, Finska in Belgija). (MDDSZ, 2016). Zaradi neurejenega sistema dolgotrajne oskrbe v Sloveniji in zakonodaje, ki je v pripravi že vse od leta 2006, posledično tudi financiranje ni obravnavano celovito, zakonsko urejeno, zato so pregled nad celoto in preveritve usklajenosti denarnih tokov onemogočeni in tako slabo nadzorovani. Za dolgotrajno oskrbo nimamo niti objave študije potreb po spremljanju statističnih podatkov. Imamo na voljo študijo o varstveno-delovnih centrih, kot posebnih primerih. Inštitut Republike Slovenije za socialno varstvo (v nadaljevanju IRSSZ) je kot izvajalec za naročnika MDDSZEM decembra 2015 pripravil izhodišča za spremljanje podatkov varstveno delovnih centrov. Pregledali so obstoječe podatkovne zbirke s

področja delovanja varstveno delovnih centrov ter nacionalne in mednarodne potrebe po tovrstnih podatkih, na podlagi katerih so ugotovili, da je to področje podatkovno neurejeno in izrazito podhranjeno. Predlagajo tudi vzpostavitev sistematičnega spremljanja podatkov, pri čemer se zavzemajo za individualno beleženje podatkov, ki bo omogočilo dobro podatkovno oporo za pripravo celovite analize stanja na področju delovanja varstveno delovnih centrov (Smolej Jež et al, 2015), o starostnikih pa ni še ničesar. Urejene evidence in zbirke podatkov naj bi omogočale celovit pregled vseh ključnih informacij, ki bi jih lahko Ministrstvo vpeljalo v Vprašalnike za statistično spremljanje. Kot je razvidno iz izhodišč IRSSZ, so za namen statističnega spremljanja obrazci pripravljene, vendar pa bi morali za namen spremljanja dodatno pridobiti tudi podatke na ravni letnih kohort, ločeno za žensko in moško populacijo in kategorijo oskrbe na določen dan, 31.12. Menim, da bi lahko za namen ugotavljanja izdatkov v okviru dolgotrajne oskrbe v okviru vprašalnikov vnesli tudi informacije o financiranju iz naslova pokojnin, prispevkov svojcev in iz naslova prispevkov državne blagajne, ločeno po virih financiranja (ZZZS, ZPIZ, MDDSZ, občine). Menim, da bi morali v Sloveniji uvesti digitalizacijo v okviru poročanja vseh ključnih podatkov za potrebe spremljanja in načrtovanja financiranja v Sloveniji, kar bi omogočalo sprotno usklajevanje podatkov, tako podatkov o številu oskrbovancev po kategorijah in starostnih razredih kot tudi finančnih podatkov. V izogib dvojnemu vnašanju podatkov in nerazumevanju zahtev s strani zakonodajalca, bi bil poudarek predvsem na enkratnem vnosu v informacijski sistem in takojšnji komunikaciji ob pojavu nejasnosti. Tovrstna evidenca bi zagotavljala sprotni, mesečni vnos vseh sprememb v zvezi z oskrbovanci v socialno varnostnih zavodih. Tako kot zdravniki in medicinske sestre v zdravstvenih domovih in bolnišnicah bi pooblaščen skrbniki v socialnovarstvenih zavodih skrbeli za sprotno dopolnjevanje podatkovne baze oskrbovancev, letno pa bi se izvajalo elektronsko potrjevanje in usklajevanje pravilnosti zajemanja podatkov, izdatkov v časovnem obdobju (koledarsko leto). Z ustreznim informacijskim sistemom bi zagotovili celovit nadzor tudi/in predvsem izdatkov iz javnih virov, kar je prav gotovo tudi namen reforme sistema dolgotrajne oskrbe.

Za namen preglednega in popolnega statističnega spremljanja in spremljanja sistema financiranja predlagam, da ZZZS v okviru 158. člena predloga ZDOZDO vključi v zapis podatkov pri zavarovani osebi tudi (Tabela 23):

- kategorijo oskrbe in število točk samooskrbe (določi nacionalna komisija na podlagi predložene dokumentacije, ki bi jo pripravilo osebje zavoda);
- datum določitve (spremembe) kategorije;
- mesečni obračun stroškov oskrbe v zavodu;
- viri financiranja oskrbe, ločeno za zdravstveni in socialni del (opis, znesek, datum ali mesečno) a) zdravstvena nega – ZZZS; b) pokojnina – ZPIZ; c) dodatek za pomoč in postrežbo – ZPIZ; d) občine – hipoteke; e) ostalo (lastni viri, svojci).

SKLEP

Dolgotrajna oskrba pomeni skrb za osebe, ki so odvisne od pomoči drugih. Aktivnosti dolgotrajne oskrbe obsegajo storitve temeljne aktivnosti dnevnega življenja in storitve pri opravljanju pomožnih aktivnosti v pomoč človeku kot socialnemu bitju.

Temeljno vprašanje naše družbe pri razvoju socialnovarstvenega sistema, ki ga obravnava tudi Operativni program, je, kako zagotoviti in organizirati učinkovit in finančno vzdržan sistem dolgotrajne oskrbe. Dolžnost posameznega državljana je, da se odloči, kakšno raven oskrbe si želi in da ugotovi, koliko ga bo to stalo. Celotna slovenska družba pa mora doseči konsenz glede pravic iz zavarovanja za dolgotrajno oskrbo in načina kako bomo to financirali. Pri tem procesu odločanja potrebuje vsak državljan ustrezne informacije, ki jih lahko zagotovi le ustrezna informacijska podlaga, na kateri sloni tudi učinkovita organizacija in planiranje storitev, katerih obseg ter intenzivnost zagotavljajo normativi in cene dela, ter zagotovljena sredstva za vlaganja v objekte in naprave, pri čemer pa je pomembna tudi prostorska razpršenost le-teh. To oskrbo lahko financiramo preko javnih socialnih zavarovanj, zasebnih zavarovanj in/ali družinskih prihodkov ter prihrankov. Socialna država, ki jo zagotavlja Ustava RS, pa bi morala razviti tak sistem, ki bi učinkovito koristil razpoložljive vire. Za sprejemanje optimalnih odločitev glede ureditve sistema na temelju doseženega konsenza pa odgovorna ministrstva potrebujejo ustrezno podatkovno podlago, vključno s statističnim zajemanjem in obdelavo ter poročanjem podatkov o izvajanju in financiranju socialnovarstvenih storitev pri osebah, ki jim upadajo funkcionalne zmožnosti in so odvisni od pomoči drugih.

Po zadnjih znanih podatkih SURS je bilo leta 2013 v Sloveniji 352.165 oseb, starejših od 65 let, v izvajanju dolgotrajne oskrbe pa vključenih 60.312 prejemnikov, od tega v institucionalni oskrbi 21.902 oskrbovancev. Izdatki za namen dolgotrajne oskrbe so v istem letu znašali 471 mio EUR in so predstavljali 1,3 % BDP. Od tega je bilo za namen financiranje zdravstvene nege porabljeno 227 mio EUR ali 48 % vseh izdatkov za dolgotrajno oskrbo. Finančna vzdržljivost in ureditev sistema dolgotrajne oskrbe je že danes ključen problem večine evropskih držav, ki so se ga lotile na različne načine. Medtem, ko v Sloveniji in v večini srednje in južnoevropskih državah to področje še ni sistemsko urejeno, se večina severnih in zahodnoevropskih držav s to problematiko intenzivneje ukvarja že zadnjih dvajset let.

Z raziskavo ugotavljam, da v Sloveniji na področju dolgotrajne oskrbe ni enotnega in celovitega sistema javnega statističnega spremljanja ter zajemanja podatkov o opravljenih storitvah in z njimi povezanih izdatkih ter denarnih nadomestilih. Iz tega sledi, da je potrebno, ne samo vzpostaviti celovito in poenoteno organizacijo dolgotrajne oskrbe pri ključnih izvajalcih teh storitev, temveč tudi vpeljati metodologijo zajemanja, obdelave in sporočanja podrobnejših podatkov o oskrbovancih, o izvedenih storitvah in izdatkih.

Izvajanje storitev, financiranje in izplačila denarnih nadomestil v dolgotrajni oskrbi je v Sloveniji urejeno z različnimi zakonskimi in podzakonskimi akti v okviru zdravstvenega in pokojninskega zavarovanja ter socialnega varstva, ni pa enotnega sistema, ki bi pregledno in celostno urejal to področje. Sedanja ureditev dolgotrajne oskrbe je potrebno ustrezno dopolniti in sistemsko povezati ter vzpostaviti celovit informacijski sistem, ki bi spremljal aktivnosti, zavarovanja, izvajanje in njeno financiranje. Novi informacijski sistem naj bi omogočal izmenjave podatkov in zagotavljal usklajevanje podatkov o financiranju uporabnikov, še posebej pa bi zagotovil popolne podatke pri zajemanju, obdelavi, poročanju ter izdelavi projekcij brez podvajanj. V informacijski sistem bi bili povezani izvajalci dolgotrajne oskrbe ter regulatorne in nadzorne institucije, kar bi moral urejati Zakon o dolgotrajni oskrbi in zavarovanju za dolgotrajno oskrbo ter ustrezni podzakonski akti. Dodatno pa bo potrebno določiti pravice in vloge uporabnikov ter sledljivost dostopa do sistema s strani administratorjev in uporabnikov. Zaradi hitrega naraščanja prebivalstva, starejšega od 80 let, ki je še posebej izpostavljeno tveganju, da postanejo odvisnosti od pomoči drugih zaradi upadanja njihovih funkcionalnih zmožnosti in s tem zmanjšane sposobnosti samooskrbe, je potrebno zagotoviti natančne podatke za pravočasno in učinkovito načrtovanje ter investiranje tako v infrastrukturo (objekte, naprave, oprema) kot tudi v človeške vire (strokovno usposobljeno osebje). Raziskava je pokazala, da bi morali izvajalci storitev dolgotrajne oskrbe v obstoječem informacijskem sistemu poleg števila in spola oskrbovancev sporočati tudi podatke o njihovih funkcionalnih zmožnostih po kategorijah zdravstvene nege in dopoljenih letih starosti, kar bi zagotovilo osnovo za spremljanje in načrtovanje potrebnih kapacitet.

Dosedanja prizadevanja OECD in SURS o poenotenju meril na tem področju segajo že v leto 2000. OECD je ugotovila, da različne države različno razvrščajo izdatke za zdravstveno in dolgotrajno oskrbo in da je v okviru SHA potrebno jasno določiti pravila za razvrščanje izdatkov, če hočemo imeti primerljive podatke med državami članicami EU ter zagotoviti oziroma usmerjati državne politike za dolgoročno vzdržnost javnih financ in adekvatnost socialnih sistemov. Pri tem pa je velik problem v tem, da pri večini članic ni ustreznih informacijskih sistemov, ki bi služili informiranju državnih organov; ne samo državnim organom in službam, ampak tudi koristnikom teh storitev ter njihovim družinskim članom v demokratičnih družbah. Zagotovilo, da bodo socialnovarstveni zavodi oziroma drugi izvajalci, potencialni koristniki in njihovi družinski člani odslej pridobili tudi povratno informacijo o skrbnem ravnanju z oskrbovanci, je, da bodo vsi prehodi oskrbovancev iz kategorije v kategorijo ustrezno ter pravočasno vneseni v novo vzpostavljeni informacijski sistem, kar zagotavlja tudi prepoznavo kakovosti delovanja izvajalcev in zaznavanje potencialnih potreb socialnovarstvenih zavodov oziroma splošno izvajalcev dolgotrajne oskrbe tako na zdravstvenem kot socialnem področju, kar vse lahko vodi do uvedbe potrebnih izboljšav. Razpoložljivi podatki dolgotrajne oskrbe so danes v lasti socialnovarstvenih domov, ki so javne institucije oziroma koncesionarji, vendar ti razkrivajo javnosti malo podatkov; delno tudi zato, ker jih SURS ne zahteva in ne

obdeluje. Ta pomanjkljivost se izkaže kot odsotnost enotnega in povezanega informacijskega sistema na področju dolgotrajne oskrbe v Republiki Sloveniji. Nacionalni informacijski sistem bi moral biti dopolnjen s kategorijami oskrbe in kriteriji za določitev kategorij ter dopolnjenimi leti starosti oskrbovancev in za namen strokovnih raziskav in načrtovanja javnih financ na razpolago SURS. Pri tem bi bilo potrebno zagotoviti popolno zaščito osebnih podatkov oskrbovancev dolgotrajne oskrbe. Popolni podatki o oskrbovancih na ravni države zagotavljajo poslovodstvu v socialnovarstvenih zavodih spremljanje uspešnosti v primerjavi z drugimi zavodi in upravljanju s tveganji na podlagi informacij iz informacijskega sistema. Pri velikem številu podatkov, zbranih na ravni države, je ocenjevanje pomembnih parametrov bolj zanesljivo. S pomočjo matrike tveganj, ki je sestavni del letnega načrta notranje revizijskih storitev, pa je lažje preverjati učinkovitost vzpostavljenih notranjih kontrol.

V magistrskem delu sem za izračun pričakovanega trajanja življenja uporabila le približke vrednosti stanj, ki naj bi jih statistična raziskava spremljala: poleg števila oseb v stanju »živ s popolnimi funkcionalnimi zmožnostmi« sem glede na strukturo oskrbovancev v socialnovarstvenih zavodih (pridobljeno na SURS in pri SSZS) in število le-teh določila tudi število oseb v posameznih kategorijah oskrbe po stanjih (kategorijah dodeljene oskrbe) kot jih predvideva slovenska zakonodaja:

- a) živ z zmanjšano funkcionalno zmožnostjo, potreben oskrbe v kategoriji I;
- b) živ z zmanjšano funkcionalno zmožnostjo, potreben oskrbe v kategoriji II;
- c) živ z zmanjšano funkcionalno zmožnostjo, potreben oskrbe v kategoriji III ter
- d) živ z zmanjšano funkcionalno zmožnostjo, potreben oskrbe v kategoriji IV.

Aktuarski model mnogoterih pojemanj je pokazal, da lahko izračunamo pričakovano trajanje življenja iz števila prehodov oziroma tranzicij med stanji. Na prehode oziroma tranzicije lahko vplivajo aktivnosti, ki jih izvajajo socialnovarstveni zavodi. Aktivnosti vplivajo na dolgoživost, saj so v svetu že izvedene študije, ki proučujejo vplive kakovosti oskrbe glede na aktivnosti. Obravnavane študije so že pokazale, da je daljše pričakovano trajanje življenja posledica boljše oskrbe, vendar pa študije še ne vključujejo kategorizacije in upoštevanih prehodov. Z vpeljavo verjetnosti prehodov med stanji, kjer je potrebna določena kategorija oskrbe, pa lahko pričakovano trajanje življenja uporabim kot merilo na lestvici kakovosti in za razvrščanje socialnovarstvenih zavodov v Sloveniji po kakovosti izvajanja storitev.

Za nadaljnje delo bo potrebno zbrati podatke vseh oskrbovancev po kategorijah v posameznih socialnovarstvenih zavodih in izdelati natančnejši izračun pričakovanega trajanja življenja. Proučiti bo potrebno tudi nabor parametrov, potrebnih za dolgoročno spremljanje izvajanja in financiranja dolgotrajne oskrbe za potrebe razširitve modela, predstavljenega v magistrskem delu.

V magistrskem delu se nisem ukvarjala z vprašanjem, ali so v Sloveniji kategorije pravilno določene. Nekatere države spremljajo starostnika dvodimenzionalno glede na kognitivne in fizične funkcionalne zmožnosti. V študiji kategorizacije sem tudi ugotovila, da ZZZS v okviru zdravstvene nege krije le oskrbo v primeru upada fizičnih funkcionalnih zmožnosti, zapostavlja pa zavarovanje upada kognitivnih zmožnosti, kar je poseben problem v obravnavi in modeliranju populacije slovenskih starostnikov, vključenih v dolgotrajno oskrbo. Zato je potrebno bolj skrbno proučiti današnje potrebe starostnikov, ki so odvisni od pomoči drugih, tako glede fizičnih kot kognitivnih zmožnosti, posebej za zdravstveno nego in posebej za socialno oskrbo. Ko se bomo odločili, kako bomo te potrebe tudi zadovoljevali in kako bomo te potrebe financirali, pa bo lahko model, ki sem ga predstavila, izhodišče za nadaljnji razvoj modela, ki bo pomagal tudi dolgoročno načrtovati kapacitete in kakovost dolgotrajne oskrbe.

LITERATURA IN VIRI

1. Bogataj, D. (2012a). *Matematični modeli pokojninskih zavarovanj*. MEORL, 12. Nova Gorica: MEDIFAS.
2. Bogataj, D. (2012b). *Nepremičnine v strukturi virov za zagotavljanje socialne varnosti starostnikov*. Doktorska disertacija. Nova Gorica.
3. Bogataj, D. (2013). *Pokojninska zavarovanja z matematičnimi modeli upravljanja*. MEORL, 12. Nova Gorica: MEDIFAS.
4. Bogataj, D., Ros McDonnell, D., & Bogataj, M. (2015a). Reverse Mortgage Schemes Financing Urban Dynamics Using the Multiple Decrement Approach. V: Jaime A (ur.). *Actuarial sciences and quantitative finance 135*: Bogota: ICASQF. Springer Proceedings in Mathematics & Statistics: Springer.
5. Bogataj, D., Ros McDonnell, D., & Bogataj, M. (2015b). Financing Urban Growth in Aging Societies: Modelling the Equity Release Schemes in the Welfare Mix for Older Persons. V: *Enhancing synergies in a collaborative environment*. Cham: Springer.
6. Bogataj, D., Szander, D., & Ros McDonnell, D. (2015). Španski model bivalnega prostora in zagotavljanje dolgotrajne oskrbe. V: Ros McDonnell, L., Bogataj, D., Kavšek, M. (ur.) *Dolgotrajna oskrba: izzivi in priložnosti: oskrbovalni in bivalni vidiki*, (MEORL, serijska št. 19). Šempeter pri Gorici: MEDIFAS; Ljubljana: Skupnost socialnih zavodov Slovenije.
7. Carrera, F., Pavolini, E., Ranci, C., Sabbatini, A. (2013). Chapter 2: Long-Term Care Systems in Comparative Perspective: Care Needs, Informal and Formal Coverage, and Social Impacts in European Countries. V Ranci C., & Pavolini E., *Reforms in Long-term care Policies in Europe Investigating Institutional Change and Social Impacts*. New York: Springer Science Business Media.
8. Colombo, F., Llana-Nozal, A., Mercier, J., Tjadens, F. (2011). *Help Wanted? Providing and Paying for Long – Term Care*. OECD Health Policy Studies, OECD Publishing.
9. Comas-Herrera, A., Pickard, L., Wittenberg, R., Malley, J., & King, D. (2010). The long-term care system for the elderly in England. *Enepri research report no. 74*. ANCIEN.
10. Comett domovi d.o.o. (2015). *Letno poročilo podjetja Comett domovi d.o.o. za leto 2014*. Ljubljana: Comett domovi d.o.o. Najdeno 15. junija 2016 na spletnem naslovu <http://www.ajpes.si/default.asp>
11. Czibere, K., & Gal R. I. (2010). The Long-Term Care System For The Elderly In Hungary. *Enepri research report no. 79*. ANCIEN.

12. Čok, M. (2010). *Večji priliv sredstev v zdravstvo možen z višjo prispevno stopnjo*, 20. 4. 2010. Ljubljana: Dnevnik.
13. Črnak Meglič, A., Drole, J., Kobal Tomc, B., Koprivnikar, B., Lebar, L., Nagode, M., Peternelj, A., Smole, H., Šonc, A., & Toth, M. (2014). *Podpora samostojnemu bivanju v domačem okolju in dolgotrajna oskrba*. Aktivno in zdravo staranje v Sloveniji. Analitsko poročilo DP5 projekta AHA.SI: Delovna verzija 1.
14. Delo. (2005). Afera Črni les se je razblinila, 20. 9. 2005. *Delo*. Najdeno 8. maja 2016 na spletnem naslovu <http://www.delo.si/clanek/o88806>
15. Deos d.d. (2015). *Letno poročilo podjetja Deos d.d. za leto 2014*. Ljubljana: Deos d.d. Najdeno 15. junija 2016 na spletnem naslovu <http://www.ajpes.si/default.asp>
16. Dijkstra, A., Smith, J., & White, M. (2006). *Measuring care dependency with the Care Dependency Scale (CDS), Manual*. Eurecare.
17. Dom starejših Hrastnik. (2015). *Letno poročilo zavoda Dom starejših Hrastnik za leto 2014*. Hrastnik: Dom starejših Hrastnik. Najdeno 15. junija 2016 na spletnem naslovu <http://www.ajpes.si/default.asp>
18. Dom starejših Logatec. (2015). *Letno poročilo zavoda Dom starejših Logatec za leto 2014*. Logatec: Dom starejših Logatec. Najdeno 15. junija 2016 na spletnem naslovu <http://www.ajpes.si/default.asp>
19. Dom starejših občanov Črnomelj. (2016). *Letno poročilo o delu za leto 2015*. Najdeno 15. junija 2016 na spletnem naslovu <http://www.ajpes.si/default.asp>
20. Dom starejših občanov Grosuplje. (2016). *Letno poročilo za leto 2015*. Najdeno 15. junija 2016 na spletnem naslovu <http://www.ajpes.si/default.asp>
21. Dom starejših občanov Trebnje. (2016). *Letno poročilo za leto 2015*. Najdeno 15. junija 2016 na spletnem naslovu <http://www.ajpes.si/default.asp>
22. Dom upokojencev Sežana. (2015). *Letno poročilo javnega socialnovarstvenega zavoda Dom upokojencev Sežana za leto 2014*. Sežana: Dom upokojencev Sežana. Najdeno 15. junija 2016 na spletnem naslovu <http://www.ajpes.si/default.asp>
23. Evropska komisija. (2008). *Dolgotrajna oskrba v Evropski uniji*. Luxembourg: Urad za uradne publikacije Evropskih skupnosti. Najdeno 18. aprila 2016 na spletnem naslovu <http://www.ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=2781&langId=sl>
24. Evropska komisija. (2014). *Operativni program za izvajanje Evropske kohezijske politike v obdobju 2014–2020*. Najdeno 8. maja 2016 na spletnem naslovu <http://www.eu-skladi.si/kohezija-do-2013/ostalo/operativni-programi>
25. Evropska komisija. (2015a). *The 2015 Ageing Report. Underlying Assumptions and Projection Methodologies*. Najdeno 18. aprila 2016 na spletnem naslovu

http://www.ec.europa.eu/ecomoy_finance/publications/european_economy/ageing_report/index_en.htm

26. Evropska komisija. (2015b). *The 2015 Ageing Report. Economic and budgetary projections for the 28 EU Member States (2013–2060)*. Najdeno 18. aprila 2016 na spletnem naslovu http://www.ec.europa.eu/ecomoy_finance/publications/european_economy/ageing_report/index_en.htm
27. AGE Platform Europe. (2010). *Evropska Listina pravic in odgovornosti starejših, potrebnih dolgotrajne oskrbe in podpore*.
28. Fukushima, N., Adami, J., & Palme, M. (2010). The long-term care system for the elderly in Sweden. *Enepri research report no. 89*. ANCIEN.
29. Gerber, H. U. (1996). *Matematika življenjskih zavarovanj*. Ljubljana: Društvo matematikov, fizikov in astronomov – 1281. Ljubljana: Zavarovalnica Triglav, d.d., Ljubljana.
30. Golinowska S. (2010). The Long-Term Care System For The Elderly In Poland. *Enepri research report no. 83*. ANCIEN.
31. Gutiérrez, L. F., Martin, S. J., Sanchez, R. V., & Vilaplana, C. (2010). The long-term care system for the elderly in Spain. *Enepri research report no. 88*. ANCIEN.
32. Hanc, M. (2011, 23. junij). Afera Zbiljski gaj: hipoteke Knifčevih bodo le izbrisane. *Delo*. Najdeno 15. maja 2016 na spletnem naslovu <http://www.delo.si/novice/slovenija/afera-zbiljski-gaj-hipoteke-knifcevih-bodo-le-izbrisane.html>
33. Ivanuša, I., Železnik, D. (2008). *Standardi aktivnosti zdravstvene nege*. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede. Univerza Maribor.
34. Je. G. (2015, 13. januar). Nedokončani dom starejših iz Vrtojbe na dražbi kupil DUTB. *Delo*. Najdeno 15. maja 2016 na spletnem naslovu <http://www.delo.si/gospodarstvo/infrastruktura/nedokoncani-dom-starejsih-iz-vrtojbe-na-drazbi-kupil-dutb.html>
35. Joël, M.E., Dufour-Kippelen, S., Duchêne, C., & Marmier, M. (2010). The long-term care system for the elderly in France. *Enepri research report no. 77*. ANCIEN.
36. Johansson, E. (2010). The Long-term Care System for the Elderly in Finland. *Enepri research report no. 76*. ANCIEN.
37. Kalache, A., & Kickbusch, I. (1997). A global strategy for healthy ageing. *World Health*, 50(4), 4–5.
38. Katz S. (b.l.). Index of Independence in Activities of Daily Living (Katz Index of ADL). Najdeno 15. aprila 2016 na spletnem naslovu <https://www.healthcare.uiowa.edu/igec/tools/function/katzADLs.pdf>

39. Kavšek, M., & Bogataj, D. (2016). Ageing in Place Driving Urban Transformations. *Journal of Universal Excellence*, 5(1), 1–12.
40. Kavšek, M., & Bogataj, D. (2015). Smernice kakovosti dolgotrajne oskrbe. V: Ros McDonnell, L., Bogataj, D., Kavšek, M. *Dolgotrajna oskrba: izzivi in priložnosti: oskrbovalni in bivalni vidiki*, (MEORL, serijska št. 19). Šempeter pri Gorici: MEDIFAS; Ljubljana: Skupnost socialnih zavodov Slovenije.
41. Kraljeva zakonodajna odločba, ki ureja informacijski sistem za spremljanje odvisnosti. (2013). *Boletín Oficial del Estado* št. BOE-A-2013-13231. (SSI/2371/2013).
42. Kraljevi zakonodajni odlok o pravicah oseb z zmanjšanimi funkcionalnimi zmožnostmi in njihovi socialni vključenosti. (2013a). *Boletín Oficial del Estado* št. BOE-A-2013-12632. (1/2013).
43. Kraljevi zakonodajni odlok o spodbujanju samostojnosti in oskrbe oseb, ki so odvisne od pomoči drugih. (2006); *Boletín Oficial del Estado* št. BOE-A-2006-21990. (39/2006).
44. Kraljevi zakonodajni odlok, ki določa lestvico za oceno sposobnosti samooskrbe oziroma odvisnosti. (2011). *Boletín Oficial del Estado* št. BOE-A-2011-3174. (174/2011).
45. Kraljevi zakonodajni odlok, ki določa lestvico za oceno sposobnosti samooskrbe oziroma odvisnosti. (2013b). *Boletín Oficial del Estado* št. BOE-A-2013-13810. (1050/2013).
46. Maisonneuve de la, C., Martins, J.O. (2013). *A Projection Method for Public Health and Long-term Care Expenditures Economics Department Working Papers No. 1048*. Economic Department OECD. ECO/WKP (2013) 40.
47. Mednarodni standardi računovodskega poročanja. (2016). *Evropska komisija* 1126/2008 z vsemi spremembami in dopolnitvami do 1. 1. 2016.
48. Mincheva, L., & Kanazireva, G. (2010). The Long-Term Care System For The Elderly In Bulgaria. *Enepri research report no. 71*. ANCIEN.
49. Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve (2006a). *Predlog Zakona o dolgotrajni oskrbi in zavarovanju za dolgotrajno oskrbo*. Ljubljana: Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve.
50. Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve. (2006b). *Strategija varstva starejših do leta 2010 - solidarnost, sožitje in kakovostno staranje prebivalstva*.
51. Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve. (2008). *Nacionalno poročilo o strategijah socialne zaščite in socialnega vključevanja za obdobje 2008–2010*.

52. Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve. (2010a). *Predlog Zakona o dolgotrajni oskrbi in zavarovanju za dolgotrajno oskrbo*. Ljubljana: Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve.
53. Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve. (2010b). *Priloga 3 k Predlogu Zakona o dolgotrajni oskrbi in zavarovanju za dolgotrajno oskrbo*. Ljubljana: Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve.
54. Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti. (2013). *Resolucija o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2013–2020 (ReNPSV13-20)*. Uradni list RS št. 39/2013.
55. Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti. (2016). *Bela knjiga o pokojninah*. Ljubljana: Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti.
56. Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti. (2015). *Izhodišča dezinstucionalizacije v Republiki Sloveniji – ločeni operativni povzetek*. Ljubljana: Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve in enake možnosti.
57. Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve. (2006). *Resolucija o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2006–2010 (ReNPSV06-10)*. Uradni list RS št. 39/2006.
58. Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve. (b.l). *Navodila za izvajanje metodologije za oblikovanje cen socialnovarstvenih storitev*. Tehnični pripomoček na podlagi 46. člena Pravilnika o metodologiji za oblikovanje cen socialnovarstvenih storitev. Uradni list RS, št. 87/2006, 127/2006, 8/2007, 51/2008.
59. Nagode, M., Zver, E., Marn, S., Jacovič, A., & Dominkuš, D. (2014). Dolgotrajna oskrba - uporaba mednarodne definicije v Sloveniji. *Delovni zvezek, 2/2014 (XXIII)*. Ljubljana: Urad RS za makroekonomske analize in razvoj.
60. Odločba SSI/2371/2013, ki ureja informacijski sistem za spremljanje odvisnosti z dne 17. 12. 2013 (špan. *Boletín oficial del estado, 18. 12. 2013, št. 302, anexo I, stran 100837*).
61. Official Internet Site of the Florida Legislature. (2015). Chapter 651, Continuing care contracts, (CCRC). *The 2015 Florida Statutes*, Title XXXVII – Insurance. Najdeno 8. maja 2016 na spletnem naslovu http://www.leg.state.fl.us/Statutes/index.cfm?App_mode=Display_Statute&URL=0600-0699/0651/0651.html.
62. Organisation for Economic Co-operation and Development, European Commission. (2013). *A Good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long-term Care*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264194564-en>.

63. Organisation for Economic Co-operation and Development, Eurostat, & World Health Organization. Health Accounts (SHA). *Data Collection 2006 (2005)*. Electronic Questionnaire. Explanatory notes, Methodological information. December 2005.
64. Organisation for Economic Co-operation and Development, Eurostat, & World Health Organization. (2011). *A System of Health Accounts*. Paris: OECD Publishing.
65. Organisation for Economic Co-operation and Development, Eurostat, & World Health Organization. (2006). *Guidelines for estimating long-term care expenditures in the Joint 2006 SHA Data Questionnaire*, Explanatory Notes.
66. Organisation for Economic Co-operation and Development. (2000). *A System of Health Accounts. Version 1.0*. Paris: OECD Publishing.
67. Organisation for Economic Co-operation and Development. (2011). *Compendium of OECD well-being indicators*. OECD Publishing.
68. Organisation for Economic Co-operation and Development. (2013). *Health at a glance 2013. OECD Indicators*. OECD Publishing.
69. Organisation for Economic Co-operation and Development. (2015). *Ensuring Quality of long-term care for older people*. OECD Publishing.
70. Pahor, M., Domanjko, B., Hlebec, V. (2009). Spleti zdravja in bolezni: socialna omrežja starejših kot dejavnik zdravja. Starejši ljudje v družbi sprememb. Zbirka *Dialogi*, 10, 221-236.
71. Perčič A. (2012). *Afera Zbilski gaj tik pred zastaranjem*, 13. 12. 2013. Ljubljana: Finance d.d.
72. Peternej A. (b.l.). *Navodila za ocenjevanje sposobnosti samooskrbe pri osebi s potrebami po prehodni ali dolgotrajni oskrbi*. Prosojnice.
73. Pravilnik o metodologiji za oblikovanje cen socialnovarstvenih storitev. *Uradni list RS*, št. 87/2006, 127/2006, 8/2007, 51/2008, 5/2009, 6/2012.
74. Pravilnik o minimalnih tehničnih zahtevah za graditev oskrbovanih stanovanj za starejše ter o načinu zagotavljanja pogojev za njihovo obratovanje. *Uradni list RS* št. 110/2004, 81/2009, 17/2011.
75. Pravilnik o minimalnih tehničnih zahtevah za izvajalce socialnovarstvenih storitev. *Uradni list RS* št. 76/2006.
76. Pravilnik o postopkih pri uveljavljanju pravice do institucionalnega varstva. *Uradni list RS* št. 38/2004, 23/2006, 42/2007, 4/2014.
77. Pravilnik o sestavljanju letnih poročil za proračun, proračunske uporabnike in druge osebe javnega prava. *Uradni list RS* št. 115/2002, 21/2003, 134/2003, 126/2004, 120/2007, 124/2008, 58/2010, 60/2010, 104/2010, 104/2011.

78. Pravilnik o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev. *Uradni list RS* št. 45/2010, 28/2011, 104/2011.
79. Prevolnik Rupel, V., Simčič, B., & Turk, E. (2014). *Terminološki slovar izrazov v sistemu zdravstvenega varstva*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
80. Promislow, S.D. (2011). *Fundamentals of Actuarial Mathematics*. Chichester: John Wiley & Sons, 11. Poglavje, stran 166–169.
81. Razširjeni strokovni kolegij za zdravstveno nego. (2013). *Modra knjiga standardov in normativov v zdravstveni in babiški negi ter oskrbi*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije in Sindikat delavcev v zdravstveni negi Slovenije.
82. Riedel, M., & Kraus, M. (2010). The Long-Term Care System For The Elderly In Austria. *Enepri research report no. 69*. ANCIEN.
83. Rupel-Prevolnik, V., & Ogorevc, M. (2010). Long-term Care System In Slovenia. *Enepri research report no. 87*. ANCIEN.
84. Sambt J., Čok M. (2011). *V primežu neugodnih demografskih trendov*, 21. 5. 2011. Ljubljana: Delo.
85. Schulz, E. (2010). The Long-Term Care System For The Elderly In Denmark. *Enepri research report no. 73*. ANCIEN.
86. Schulz, E. (2010). The Long-Term Care System For The Elderly In Germany. *Enepri research report no. 78*. ANCIEN.
87. Sistema para la Autonomia y Atencion a la Dependencia. (2016). *Información estadística del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia*. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (Imserso), 29. 2. 2016.
88. Skupnost socialnih zavodov Slovenije (b.l.). Predstavitev storitev za starejše in dejavnosti domov.
89. Skupnost socialnih zavodov Slovenije. (2010). *Predlog Zakona o dolgotrajni negi in pomoči*. Ljubljana: Skupnost socialnih zavodov Slovenije.
90. Skupnost socialnih zavodov Slovenije. (2015a). *Kumulativno statistično poročilo za leto 2014 – Pregled področja institucionalnega varstva starejših in odraslih s posebnimi potrebami*.
91. Skupnost socialnih zavodov Slovenije. (2015b). *Poudarki iz analiz področja institucionalnega varstva starejših in odraslih s posebnimi potrebami 2014*.
92. Skupnost socialnih zavodov Slovenije. (2016a). *Register z zdravstvom na dan 1. 1. 2016* (excel).

93. Skupnost socialnih zavodov Slovenije. (2016b). Pregled kapacitet in prostih mest v socialnovarstvenih zavodih dne 24. 4. 2016 (excel). Najdeno 25. aprila 2016 na spletnem naslovu.
94. Slovenski računovodski standardi. (2016). Ljubljana: Slovenski inštitut za revizijo.
95. Smolej Jež, S., Lebar, L., Kobal Tomc, B. (2015). *Potencial nevladnih organizacij v okviru dezinstucionalizacije skrbi za starejše*. Ljubljana: Inštitut Republike Slovenije za socialno varstvo.
96. Statistični urad Republike Slovenije. (2009). Popolne tablice umrljivosti prebivalstva Slovenije 2007.
97. Statistični urad Republike Slovenije. (2013). *Izdatki in viri financiranja zdravstvenega varstva, Slovenija, 2011*. Novice.
98. Statistični urad Republike Slovenije. (2014). *Dolgotrajna oskrba 2011-2012*. Podatkovni portal SI-STAT. Najdeno 18. aprila 2016 na spletnem naslovu <http://www.stat.si/StatWeb/prikazi-novico?id=4934&idp=21&headerbar=18>.
99. Statistični urad Republike Slovenije. (2015). *Dolgotrajna oskrba 2012-2013*. Podatkovni portal SI-STAT. Najdeno 18. aprila 2016 na spletnem naslovu <http://www.stat.si/StatWeb/prikazi-novico?id=4933&idp=21&headerbar=18>.
100. Statistični urad Republike Slovenije. (2016a). Podatkovni portal SI-STAT / Demografsko in socialno področje / Seznam tabel. http://pxweb.stat.si/pxweb/Dialog/varval.asp?ma=05C1002S&ti=&path=../Database/Dem_soc/05_prebivalstvo/10_stevilo_preb/05_05C10_prebivalstvo_kohez/&lang=2.
101. Statistični urad Republike Slovenije. (2016b). Podatkovni portal SI-STAT / Demografsko in socialno področje / Seznam tabel. http://pxweb.stat.si/pxweb/Dialog/varval.asp?ma=05L1002S&ti=&path=../Database/Dem_soc/05_prebivalstvo/32_Umrlijivost/05_05L10_umrli_SL/&lang=2.
102. Statistični urad Republike Slovenije. (2016c). Izdatki za financiranje dolgotrajne oskrbe po izvajalcih v Sloveniji, v letu 2013 v mio EUR.
103. Statistični urad Republike Slovenije. (b.l.). Metodološka pojasnila.
104. Tediosi, F., & Gabriele, S. (2010). The Long-Term Care System For The Elderly In Italy. *Enepri research report no. 80*. ANCIEN.
105. Toth, M., Bagari N., Mlakar, N. (2004). *Predlog zakona za uvedbo zavarovanja za dolgotrajno nego v Republiki Sloveniji*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
106. Urad RS za makroekonomske analize in razvoj. (2014). 4.9 Izdatki za dolgotrajno oskrbo. *Poročilo o razvoju 2014*. Kazalniki razvoja Slovenije.

107. Uredba o merilih za določanje oprostitev pri plačilih socialnovarstvenih storitev. *Uradni list RS* št. 110/2004, 124/2004.
108. Ustava Republike Slovenije. (2006). *Uradni list RS* št. 68/2006.
109. Verbič, M. (2008). The ageing population and the associated challenges of the Slovenian pension system. *Financial theory and practice*, 32(3), 321–338.
110. Vlada Republike Slovenije. (2011). *Priloga SVZ II/e-3: Merila za razvrščanje oskrbovancev po zahtevnosti zdravstvene nege*. Ljubljana: Vlada Republike Slovenije.
111. Williams, B. C., Fries, B. E., Foley, W. J., Schneider, D., & Gavazzi M. (1994). Activities of Daily Living and Costs in Nursing Homes. *Health Care Financing Review*, 15(4), 117-135.
112. Zakon o družbenem varstvu duševno in telesno prizadetih oseb (ZDVDTP). *Uradni list SRS* št. 41/83, *Uradni list RS* št. 114/06 – ZUTPG, 122/07 – odl. US, 61/10 – ZSVarPre in 40/1 1– ZSVarPre-A).
113. Zakon o gospodarskih družbah. (ZGD). *Uradni list RS* št. 65/2009.
114. Zakon o javno-zasebnem partnerstvu (ZJZP). *Uradni list RS* št. 127/2006.
115. Zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju (ZPIZ-2). *Uradni list RS* št. 96/2012.
116. Zakon o preprečevanju dela in zaposlovanja na črno (ZPDZC). *Uradni list RS* št. 36/2000.
117. Zakon o socialnem varstvu (ZSV-UPB2). *Uradni list RS* št. 3/2007.
118. Zakon o zavodih (ZZ). *Uradni list RS* št. 12/1991, 8/1996.
119. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ-UPB3). *Uradni list RS*, št. 72/2006, 114/2006 – ZUTPG, 91/2007, 76/2008, 62/2010 – ZUPJS, 87/2011, 40/2012 – ZUJF, 21/2013 – ZUTD-A, 91/2013, 99/2013 – ZUPJS-C, 99/2013 – ZSVarPre-C, 111/2013 – ZMEPIZ-1, 95/2014 – ZUJF-C in 47/2015 – ZZSDT.
120. Zakon o zdravstveni dejavnosti (ZZDej-UPB2). *Uradni list RS*, št. 9/1992 – ZZDej, 37/1995 – ZZDej-B, 8/1996 – ZZDej-C, 90/1999 – ZZDej-D, 31/2000 – ZZDej-E, 45/2001 – ZZDej-F, 2/2004 – ZZDej-G, 80/2004 – ZZDej-H, 23/2008 – ZZDej-I, 14/2013 – ZZDej-J.
121. Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije. (2010). *Dodatek za pomoč in postrežbo*. Uveljavljanje pravic. Najdeno 18. aprila 2016 na spletnem naslovu <http://www.zpiz.si/cms/?ids=content&inf=333>
122. Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije. (2016). *Poslovno poročilo za leto 2015*.

123. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. (2015a). *Splošni dogovor za pogodbeno delo 2015*. Ljubljana, 8. 7. 2015: Zavod za zdravstveno varstvo Slovenije.
124. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. (2015b). *ZZZS Občasnik Akti & navodila št. 1/2015*. Ljubljana, 12. 6. 2015: Zavod za zdravstveno varstvo Slovenije.
125. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. (2016). *Aneks št. 1 k Splošnemu dogovoru za pogodbeno delo 2015*. Ljubljana, 6. 1. 2016: Zavod za zdravstveno varstvo Slovenije.
126. Zveza društev upokojencev Slovenije (2011). *Predlog Zakona o dolgotrajni oskrbi in zavarovanju za dolgotrajno oskrbo*. Ljubljana: Zveza društev upokojencev Slovenije.
127. Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. (2010). *Na Predlog Zakona o dolgotrajni oskrbi in zavarovanju za dolgotrajno oskrbo so se odzvale tudi medicinske sestre*. Najdeno 22. aprila 2016 na spletnem naslovu <http://www.zbornica-zveza.si/sl/predlog-zakona-o-dolgotrajni-oskrbi-zavarovanju-za-dolgotrajno-oskrbo>
128. Železnik, D., & Filej, B. (2008). *Poklicne aktivnosti in kompetence v zdravstveni in babiški negi*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

PRILOGE

KAZALO PRILOG

Priloga 1: Seznam pogosto uporabljeni kratic	1
Priloga 2: Tablice umrljivosti (2007)	2
Priloga 3: Stanja in projekcije Ageing Report (2015)	6
Priloga 4: Dolgotrajna oskrba v Španiji	19
Priloga 5: Izdatki in viri financiranja v Sloveniji	20
Priloga 6: Pregled stanja socialnovarstvenih zavodih dne 24. 4. 2016.....	23
Priloga 7: Vsebina storitev dolgotrajne oskrbe po definiciji SHA 2011	27

Priloga 1: Seznam pogosto uporabljeni kratic

ADL	Osebna oskrba, povezana s pomočjo pri temeljnih dnevni opravilih
CCRC	Continuing Care Retirement Communities
CDS	Care Dependency Scale
CUDV/ZUDV	Centri/zavodi za usposabljanje, delo in varstvo
EFQM	Evropski sklad za upravljanje kakovosti
EC	European Commission
EK	Evropska komisija
Eurostat	Directorate-General of the European Commission located in Luxembourg to provide statistical information to the institutions of the European Union (EU)
HC	Health Care
HC.3	Izdatki za zdravstveni del dolgotrajne oskrbe
HC.R.6.1	Izdatki za socialni del dolgotrajne oskrbe
HP	Health Provider
IADL	Druge storitve, povezane s pomočjo pri podpornih dnevni opravilih
IPSAS	International Public Sector Accounting standards).
ISO	International Organisation of Standardisation
ISO 27001-2013	Standard ISO 27001-2013 za informacijsko tehnologijo
ISO 9001-2008	Standard ISO 9001-2008 za kvaliteto
LOSS	Lestvica ocene sposobnosti samooskrbe
MDDSZ	Ministrstva za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti
NIJZ	Nacionalni inštitut za javno zdravje
OECD	The Organisation for Economic Co-operation and Development
SHA	A System of Health Accounts
SISAAD	El Sistema de Información del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia
SSZS	Skupnost socialnih zavodov Slovenije
SURS	Statistični urad Republike Slovenije
SVZ	Socialnovarstveni zavodi
UMAR	Urad za makroekonomske analize
VDC	Varstveno-delovni centri
WHO	The World Health Organization
ZDUS	Zveza društev upokojencev Slovenije
DTNP	Dodatek za tujo nego in pomoč
ZDVDTP	Zakon o družbenem varstvu duševno in telesno prizadetih
ZPIZ	Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje
ZPIZ-2	Zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju
ZSDP	Zakon o starševskem varstvu in družinskih prejemkih
ZSV	Zakon o socialnem varstvu
ZSVP	Zakon o socialnovarstvenih prejemkih
ZUPJS	Zakon o uveljavljanju pravic iz javnih sredstev
ZVojI	Zakon o vojnih invalidih
ZVV	Zakon o vojnih veteranih
ZZVZZ	Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju
ZZZS	Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

Priloga 2: Tablice umrljivosti (2007)

Tabela 1: Popolne tablice umrljivosti prebivalstva Slovenije, 2007 – moški

Starost	Surova verjetnost smrti	Izravnaná verjetnost smrti	Verjetnost doživetja	Število živih	Število umrlih	Preživeta leta	Vsotna funkcija preživetih let	Pričakovano trajanje življenja
x	${}_nq_x$	${}_nq'_x$	${}_np_x$	l_x	${}_nd_x$	${}_nL_x$	T_x	e_x
(1)	(2)=(6)/(5)	(3)=(2)l/(2)0	(4)=1-(3)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
0	0,00270	0,00270	0,99730	100.000	270	99.757	7.461.238	74,61
1	0,00031	0,00032	0,99968	99.730	31	99.715	7.361.480	73,81
2	0,00032	0,00027	0,99973	99.699	27	99.685	7.261.766	72,84
3	0,00011	0,00023	0,99977	99.672	23	99.660	7.162.080	71,86
4	0,00033	0,00020	0,99980	99.649	20	99.639	7.062.420	70,87
5	0,00011	0,00016	0,99984	99.629	16	99.621	6.962.781	69,89
6	0,00010	0,00012	0,99988	99.613	12	99.608	6.863.160	68,90
7	0,00010	0,00009	0,99991	99.602	9	99.597	6.763.553	67,91
8	0,00011	0,00006	0,99994	99.593	6	99.590	6.663.955	66,91
9	0,00000	0,00004	0,99996	99.587	4	99.585	6.564.365	65,92
10	0,00000	0,00004	0,99996	99.583	4	99.581	6.464.780	64,92
11	0,00000	0,00006	0,99994	99.579	6	99.576	6.365.198	63,92
12	0,00020	0,00010	0,99990	99.573	10	99.568	6.265.622	62,92
13	0,00029	0,00014	0,99986	99.563	14	99.556	6.166.054	61,93
14	0,00000	0,00020	0,99980	99.549	20	99.539	6.066.497	60,94
15	0,00028	0,00029	0,99971	99.529	29	99.515	5.966.958	59,95
16	0,00052	0,00041	0,99959	99.501	41	99.480	5.867.443	58,97
17	0,00043	0,00057	0,99943	99.460	57	99.431	5.767.963	57,99
18	0,00056	0,00077	0,99923	99.403	76	99.365	5.668.531	57,03
19	0,00097	0,00098	0,99902	99.327	98	99.278	5.569.166	56,07
20	0,00155	0,00116	0,99884	99.229	115	99.172	5.469.888	55,12
21	0,00124	0,00124	0,99876	99.114	123	99.053	5.370.717	54,19
22	0,00128	0,00123	0,99877	98.991	122	98.930	5.271.664	53,25
23	0,00133	0,00117	0,99883	98.869	116	98.811	5.172.734	52,32
24	0,00088	0,00109	0,99891	98.753	108	98.700	5.073.923	51,38
25	0,00077	0,00106	0,99894	98.646	104	98.594	4.975.223	50,44
26	0,00120	0,00109	0,99891	98.542	107	98.488	4.876.629	49,49
27	0,00099	0,00116	0,99884	98.434	114	98.377	4.778.141	48,54
28	0,00146	0,00123	0,99877	98.320	121	98.259	4.679.764	47,60
29	0,00147	0,00126	0,99874	98.199	124	98.137	4.581.505	46,66
30	0,00124	0,00124	0,99876	98.075	121	98.014	4.483.368	45,71
31	0,00102	0,00120	0,99880	97.954	118	97.895	4.385.354	44,77
32	0,00115	0,00119	0,99881	97.836	117	97.777	4.287.459	43,82
33	0,00122	0,00122	0,99878	97.719	119	97.659	4.189.682	42,87
34	0,00123	0,00127	0,99873	97.600	124	97.538	4.092.023	41,93
35	0,00169	0,00133	0,99867	97.476	129	97.411	3.994.485	40,98
36	0,00123	0,00139	0,99861	97.346	136	97.279	3.897.074	40,03
37	0,00116	0,00151	0,99849	97.211	147	97.137	3.799.795	39,09
38	0,00178	0,00171	0,99829	97.063	166	96.981	3.702.658	38,15
39	0,00195	0,00193	0,99807	96.898	187	96.805	3.605.677	37,21
40	0,00233	0,00213	0,99787	96.711	206	96.608	3.508.873	36,28
41	0,00283	0,00230	0,99770	96.505	222	96.394	3.412.265	35,36
42	0,00194	0,00244	0,99756	96.283	235	96.166	3.315.870	34,44
43	0,00220	0,00268	0,99732	96.048	257	95.920	3.219.705	33,52
44	0,00343	0,00302	0,99698	95.791	289	95.647	3.123.785	32,61
45	0,00348	0,00341	0,99659	95.502	325	95.339	3.028.138	31,71
46	0,00347	0,00383	0,99617	95.177	364	94.995	2.932.799	30,81
47	0,00465	0,00429	0,99571	94.812	407	94.609	2.837.804	29,93
48	0,00476	0,00476	0,99524	94.405	449	94.181	2.743.195	29,06
49	0,00502	0,00524	0,99476	93.956	492	93.710	2.649.015	28,19
50	0,00642	0,00574	0,99426	93.464	536	93.196	2.555.304	27,34

se nadaljuje

Tabela 1: Popolne tablice umrljivosti prebivalstva Slovenije, 2007 – moški (nad.)

Starost	Surova verjetnost smrti	Izravnana verjetnost smrti	Verjetnost doživetja	Število živih	Število umrlih	Preživeta leta	Vsotna funkcija preživetih let	Pričakovano trajanje življenja
x	${}_nq_x$	${}_nq'_x$	${}_np_x$	l_x	${}_nd_x$	${}_nL_x$	T_x	e_x
(1)	(2)=(6)/(5)	(3)=(2)1/(2)0	(4)=1-(3)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
51	0,00548	0,00627	0,99373	92.928	583	92.637	2.462.108	26,49
52	0,00683	0,00691	0,99309	92.345	638	92.026	2.369.472	25,66
53	0,00797	0,00763	0,99237	91.707	700	91.357	2.277.445	24,83
54	0,00798	0,00838	0,99162	91.007	762	90.626	2.186.088	24,02
55	0,01000	0,00912	0,99088	90.245	823	89.833	2.095.462	23,22
56	0,00946	0,00982	0,99018	89.422	878	88.983	2.005.629	22,43
57	0,01078	0,01055	0,98945	88.544	934	88.076	1.916.647	21,65
58	0,01097	0,01138	0,98862	87.609	997	87.111	1.828.570	20,87
59	0,01145	0,01237	0,98763	86.612	1.072	86.076	1.741.460	20,11
60	0,01521	0,01350	0,98650	85.540	1.154	84.963	1.655.384	19,35
61	0,01427	0,01462	0,98538	84.386	1.234	83.769	1.570.421	18,61
62	0,01441	0,01584	0,98416	83.152	1.318	82.493	1.486.652	17,88
63	0,01832	0,01723	0,98277	81.835	1.410	81.130	1.404.158	17,16
64	0,01980	0,01861	0,98139	80.425	1.497	79.677	1.323.028	16,45
65	0,01863	0,02001	0,97999	78.928	1.580	78.138	1.243.352	15,75
66	0,02175	0,02164	0,97836	77.349	1.674	76.512	1.165.213	15,06
67	0,02396	0,02351	0,97649	75.675	1.779	74.785	1.088.701	14,39
68	0,02479	0,02565	0,97435	73.896	1.896	72.948	1.013.916	13,72
69	0,02879	0,02810	0,97190	72.000	2.023	70.988	940.968	13,07
70	0,03168	0,03082	0,96918	69.977	2.157	68.898	869.979	12,43
71	0,03191	0,03388	0,96612	67.820	2.298	66.671	801.081	11,81
72	0,03746	0,03744	0,96256	65.522	2.453	64.295	734.410	11,21
73	0,04454	0,04137	0,95863	63.068	2.609	61.764	670.115	10,63
74	0,04183	0,04558	0,95442	60.459	2.756	59.082	608.351	10,06
75	0,05020	0,05036	0,94964	57.704	2.906	56.251	549.270	9,52
76	0,05926	0,05551	0,94449	54.798	3.042	53.277	493.019	9,00
77	0,05843	0,06079	0,93921	51.756	3.146	50.183	439.742	8,50
78	0,06414	0,06650	0,93350	48.610	3.233	46.994	389.559	8,01
79	0,07712	0,07258	0,92742	45.377	3.294	43.730	342.565	7,55
80	0,08200	0,07869	0,92131	42.084	3.312	40.428	298.835	7,10
81	0,07945	0,08527	0,91473	38.772	3.306	37.119	258.407	6,66
82	0,08688	0,09325	0,90675	35.466	3.307	33.812	221.288	6,24
83	0,10900	0,10250	0,89750	32.159	3.296	30.511	187.476	5,83
84	0,11711	0,11182	0,88818	28.862	3.227	27.249	156.965	5,44
85	0,12972	0,12105	0,87895	25.635	3.103	24.084	129.716	5,06
86	0,11737	0,13158	0,86842	22.532	2.965	21.050	105.633	4,69
87	0,14337	0,14583	0,85417	19.567	2.853	18.141	84.583	4,32
88	0,15986	0,16413	0,83587	16.714	2.743	15.342	66.442	3,98
89	0,18202	0,18564	0,81436	13.971	2.593	12.674	51.100	3,66
90	0,23341	0,20853	0,79147	11.377	2.373	10.191	38.426	3,38
91	0,18291	0,23125	0,76875	9.005	2.082	7.963	28.236	3,14
92	0,29019	0,25422	0,74578	6.922	1.760	6.042	20.272	2,93
93	0,31473	0,27232	0,72768	5.162	1.406	4.460	14.230	2,76
94	0,25507	0,28621	0,71379	3.757	1.075	3.219	9.770	2,60
95	0,23892	0,30379	0,69621	2.681	815	2.274	6.551	2,44
96	0,29487	0,32686	0,67314	1.867	610	1.562	4.277	2,29
97	0,38462	0,34993	0,65007	1.257	440	1.037	2.715	2,16
98	0,45600	0,37299	0,62701	817	305	665	1.679	2,05
99	0,29167	0,39606	0,60394	512	203	411	1.014	1,98
100 +	0,17037	0,41913	0,58087	309	309	603	603	1,95

Vir: Statistični urad RS, 3. 6. 2009

Tabela 2: Popolne tablice umrljivosti prebivalstva Slovenije, 2007 – ženske

Starost	Surova verjetnost smrti	Izravnana verjetnost smrti	Verjetnost doživetja	Število živih	Število umrlih	Preživeta leta	Vsotna funkcija preživetih let	Pričakovano trajanje življenja
x	${}_nq_x$	${}_nq'_x$	${}_np_x$	l_x	${}_nd_x$	${}_nL_x$	T_x	e_x
0	0,00294	0,00294	0,99706	100.000	294	99.735	8.179.789	81,80
1	0,00011	0,00028	0,99972	99.706	27	99.692	8.080.053	81,04
2	0,00056	0,00026	0,99974	99.678	26	99.665	7.980.361	80,06
3	0,00024	0,00022	0,99978	99.652	22	99.642	7.880.696	79,08
4	0,00000	0,00017	0,99983	99.631	17	99.622	7.781.054	78,10
5	0,00000	0,00014	0,99986	99.614	14	99.607	7.681.432	77,11
6	0,00035	0,00014	0,99986	99.600	14	99.593	7.581.825	76,12
7	0,00011	0,00014	0,99986	99.586	14	99.579	7.482.232	75,13
8	0,00012	0,00014	0,99986	99.572	14	99.565	7.382.653	74,14
9	0,00011	0,00014	0,99986	99.558	14	99.551	7.283.088	73,15
10	0,00022	0,00015	0,99985	99.544	15	99.537	7.183.537	72,16
11	0,00011	0,00016	0,99984	99.529	16	99.521	7.084.000	71,17
12	0,00021	0,00018	0,99982	99.513	18	99.504	6.984.479	70,19
13	0,00010	0,00021	0,99979	99.495	21	99.484	6.884.975	69,20
14	0,00031	0,00025	0,99975	99.474	25	99.461	6.785.490	68,21
15	0,00039	0,00028	0,99972	99.449	28	99.435	6.686.029	67,23
16	0,00028	0,00028	0,99972	99.421	28	99.407	6.586.594	66,25
17	0,00018	0,00028	0,99972	99.393	28	99.379	6.487.187	65,27
18	0,00034	0,00028	0,99972	99.365	28	99.352	6.387.808	64,29
19	0,00032	0,00028	0,99972	99.338	28	99.324	6.288.456	63,30
20	0,00016	0,00029	0,99971	99.310	29	99.295	6.189.133	62,32
21	0,00016	0,00032	0,99968	99.281	32	99.265	6.089.838	61,34
22	0,00077	0,00034	0,99966	99.249	34	99.232	5.990.573	60,36
23	0,00015	0,00033	0,99967	99.216	32	99.199	5.891.340	59,38
24	0,00029	0,00030	0,99970	99.183	30	99.168	5.792.141	58,40
25	0,00021	0,00029	0,99971	99.153	28	99.139	5.692.973	57,42
26	0,00041	0,00027	0,99973	99.124	27	99.111	5.593.834	56,43
27	0,00020	0,00025	0,99975	99.098	25	99.085	5.494.723	55,45
28	0,00027	0,00024	0,99976	99.072	24	99.060	5.395.638	54,46
29	0,00014	0,00025	0,99975	99.048	25	99.036	5.296.578	53,47
30	0,00027	0,00028	0,99972	99.023	28	99.010	5.197.542	52,49
31	0,00040	0,00032	0,99968	98.996	31	98.980	5.098.532	51,50
32	0,00028	0,00035	0,99965	98.965	35	98.947	4.999.552	50,52
33	0,00056	0,00037	0,99963	98.930	37	98.912	4.900.605	49,54
34	0,00028	0,00038	0,99962	98.893	38	98.874	4.801.693	48,55
35	0,00042	0,00040	0,99960	98.855	39	98.836	4.702.819	47,57
36	0,00022	0,00043	0,99957	98.816	43	98.794	4.603.984	46,59
37	0,00072	0,00049	0,99951	98.773	48	98.749	4.505.189	45,61
38	0,00056	0,00054	0,99946	98.725	53	98.698	4.406.440	44,63
39	0,00061	0,00060	0,99940	98.671	59	98.642	4.307.742	43,66
40	0,00045	0,00068	0,99932	98.612	67	98.579	4.209.100	42,68
41	0,00082	0,00081	0,99919	98.545	79	98.506	4.110.522	41,71
42	0,00103	0,00095	0,99905	98.466	94	98.419	4.012.016	40,75
43	0,00124	0,00109	0,99891	98.372	107	98.318	3.913.597	39,78
44	0,00132	0,00122	0,99878	98.265	120	98.205	3.815.278	38,83
45	0,00124	0,00136	0,99864	98.145	134	98.078	3.717.074	37,87
46	0,00111	0,00157	0,99843	98.011	154	97.934	3.618.996	36,92
47	0,00213	0,00184	0,99816	97.857	180	97.767	3.521.062	35,98
48	0,00216	0,00211	0,99789	97.677	206	97.574	3.423.294	35,05
49	0,00245	0,00235	0,99765	97.471	229	97.357	3.325.720	34,12
50	0,00271	0,00256	0,99744	97.242	249	97.117	3.228.363	33,20

se nadaljuje

Tabela 2: Popolne tablice umrljivosti prebivalstva Slovenije, 2007 – ženske

Starost	Surova verjetnost smrti	Izravnana verjetnost smrti	Verjetnost doživetja	Število živih	Število umrlih	Preživeta leta	Vsotna funkcija preživetih let	Pričakovano trajanje življenja
x	${}_nq_x$	${}_nq'_x$	${}_np_x$	l_x	${}_nd_x$	${}_nL_x$	T_x	e_x
51	0,00270	0,00276	0,99724	96.993	267	96.859	3.131.246	32,28
52	0,00279	0,00298	0,99702	96.725	288	96.581	3.034.386	31,37
53	0,00288	0,00326	0,99674	96.437	315	96.280	2.937.805	30,46
54	0,00391	0,00359	0,99641	96.122	345	95.950	2.841.525	29,56
55	0,00410	0,00389	0,99611	95.777	373	95.591	2.745.576	28,67
56	0,00452	0,00413	0,99587	95.405	394	95.208	2.649.985	27,78
57	0,00354	0,00434	0,99566	95.011	412	94.805	2.554.777	26,89
58	0,00492	0,00460	0,99540	94.599	435	94.381	2.459.972	26,00
59	0,00555	0,00488	0,99512	94.164	460	93.934	2.365.591	25,12
60	0,00418	0,00521	0,99479	93.704	488	93.460	2.271.657	24,24
61	0,00587	0,00569	0,99431	93.216	530	92.951	2.178.196	23,37
62	0,00549	0,00628	0,99372	92.686	582	92.395	2.085.245	22,50
63	0,00848	0,00692	0,99308	92.104	637	91.785	1.992.850	21,64
64	0,00768	0,00745	0,99255	91.467	682	91.126	1.901.065	20,78
65	0,00749	0,00799	0,99201	90.785	725	90.422	1.809.939	19,94
66	0,00778	0,00872	0,99128	90.060	785	89.667	1.719.517	19,09
67	0,01061	0,00970	0,99030	89.275	866	88.842	1.629.850	18,26
68	0,01001	0,01088	0,98912	88.409	962	87.928	1.541.008	17,43
69	0,01352	0,01226	0,98774	87.447	1.072	86.911	1.453.080	16,62
70	0,01273	0,01379	0,98621	86.375	1.191	85.779	1.366.170	15,82
71	0,01678	0,01557	0,98443	85.184	1.326	84.521	1.280.390	15,03
72	0,01568	0,01759	0,98241	83.858	1.475	83.120	1.195.870	14,26
73	0,02082	0,01996	0,98004	82.383	1.644	81.560	1.112.749	13,51
74	0,02321	0,02253	0,97747	80.738	1.819	79.829	1.031.189	12,77
75	0,02567	0,02525	0,97475	78.919	1.993	77.923	951.361	12,05
76	0,02876	0,02823	0,97177	76.926	2.172	75.841	873.438	11,35
77	0,02963	0,03172	0,96828	74.755	2.371	73.569	797.597	10,67
78	0,03738	0,03596	0,96404	72.384	2.603	71.082	724.028	10,00
79	0,04157	0,04095	0,95905	69.781	2.858	68.352	652.946	9,36
80	0,04644	0,04686	0,95314	66.923	3.136	65.355	584.594	8,74
81	0,05211	0,05398	0,94602	63.787	3.443	62.066	519.239	8,14
82	0,06082	0,06252	0,93748	60.344	3.773	58.458	457.173	7,58
83	0,07468	0,07227	0,92773	56.571	4.088	54.527	398.715	7,05
84	0,07949	0,08274	0,91726	52.483	4.343	50.311	344.189	6,56
85	0,09930	0,09367	0,90633	48.140	4.509	45.886	293.877	6,10
86	0,09855	0,10455	0,89545	43.631	4.562	41.350	247.992	5,68
87	0,13191	0,11548	0,88452	39.069	4.512	36.813	206.641	5,29
88	0,11687	0,12643	0,87357	34.558	4.369	32.373	169.828	4,91
89	0,12475	0,13948	0,86052	30.189	4.211	28.083	137.455	4,55
90	0,17640	0,15519	0,84481	25.978	4.031	23.962	109.372	4,21
91	0,15245	0,17215	0,82785	21.946	3.778	20.057	85.410	3,89
92	0,20429	0,19104	0,80896	18.168	3.471	16.433	65.352	3,60
93	0,20848	0,21070	0,78930	14.698	3.097	13.149	48.919	3,33
94	0,22724	0,23128	0,76872	11.601	2.683	10.259	35.770	3,08
95	0,25360	0,25292	0,74708	8.918	2.255	7.790	25.511	2,86
96	0,28199	0,27504	0,72496	6.662	1.832	5.746	17.721	2,66
97	0,29300	0,29727	0,70273	4.830	1.436	4.112	11.975	2,48
98	0,31502	0,32027	0,67973	3.394	1.087	2.851	7.863	2,32
99	0,35014	0,34406	0,65594	2.307	794	1.910	5.012	2,17
100+	0,36682	0,36108	0,63892	1.513	1.513	3.102	3.102	2,05

Vir: Statistični urad RS, 3. 6. 2009

Priloga 3: Stanja in projekcije Ageing Report (2015)

Tabela 3: Stanje in projekcije – pričakovano trajanje življenja ob rojstvu – moški

Država		Sprememba 2013–2060	2013	2016 R*	2020	2030	2040	2050	2060
BE	Belgija	6,9	77,8	78,3	78,9	80,5	82,0	83,3	84,6
BG	Bolgarija	10,4	71,1	71,9	72,9	75,3	77,6	79,6	81,6
CZ	Češka	8,2	75,1	75,7	76,5	78,3	80,1	81,7	83,3
DK	Danska	6,6	78,2	78,6	79,3	80,8	82,2	83,5	84,8
DE	Nemčija	6,7	78,5	79,0	79,6	81,1	82,6	83,9	85,2
EE	Estonija	10,4	71,6	72,3	73,3	75,7	77,9	80,0	81,9
IE	Irska	6,4	78,7	79,2	79,8	81,3	82,6	83,9	85,2
EL	Grčija	6,9	78,0	78,5	79,2	80,8	82,2	83,6	84,9
ES	Španija	6,0	79,5	79,9	80,5	81,9	83,2	84,4	85,5
FR	Francija	6,6	78,6	79,1	79,8	81,3	82,7	84,0	85,2
HR	Hrvaška	8,7	74,0	74,6	75,4	77,4	79,3	81,0	82,7
IT	Italija	5,7	79,8	80,2	80,8	82,1	83,3	84,4	85,5
CY	Ciper	6,1	79,1	79,5	80,1	81,5	82,8	84,1	85,2
LV	Latvija	11,8	69,1	69,9	71,1	73,8	76,4	78,7	80,9
LT	Litva	12,2	68,7	69,6	70,8	73,6	76,3	78,7	80,9
LU	Luxemburg	6,3	79,1	79,5	80,2	81,6	83,0	84,2	85,4
HU	Madžarska	10,1	71,9	72,6	73,6	75,9	78,1	80,1	82,0
MT	Malta	6,4	78,7	79,1	79,8	81,3	82,6	83,9	85,1
NL	Nizozemska	6,0	79,3	79,7	80,3	81,6	82,9	84,1	85,2
AT	Avstrija	6,5	78,4	78,8	79,5	81,0	82,4	83,7	84,9
PL	Poljska	9,7	72,8	73,6	74,5	76,7	78,8	80,8	82,6
PT	Portugalska	7,1	77,4	77,9	78,6	80,2	81,7	83,1	84,5
RO	Romunija	10,6	71,2	72,0	73,0	75,5	77,8	79,9	81,8
SI	Slovenija	7,1	77,2	77,7	78,4	80,0	81,5	83,0	84,3
SK	Slovaška	9,7	72,7	73,4	74,3	76,5	78,6	80,5	82,3
FI	Finska	6,9	77,7	78,2	78,9	80,4	81,9	83,3	84,6
SE	Švedska	5,5	80,1	80,4	81,0	82,2	83,4	84,5	85,6
UK	Anglija	6,2	79,1	79,6	80,2	81,6	82,9	84,2	85,3
NO	Norveška	5,8	79,6	80,0	80,5	81,9	83,1	84,3	85,4
EU28	EU28	7,1	77,6	78,2	78,9	80,5	82,0	83,5	84,8
EA	EU18	6,5	78,7	79,1	79,8	81,3	82,7	84,0	85,2

Legenda: * R – linearna interpolacija.

Vir: Povzeto in prirejeno po EK, 2015 (priloga Tabela III.1.2)

Tabela 4: Stanje in projekcije – pričakovano trajanje življenja ob rojstvu – ženske

Država		Sprememba 2013–2060	2013	2016 R*	2020	2030	2040	2050	2060
BE	Belgija	6,0	82,9	83,4	84,0	85,3	86,6	87,8	88,9
BG	Bolgarija	8,4	78,0	78,6	79,4	81,3	83,1	84,8	86,4
CZ	Češka	6,7	81,2	81,7	82,3	83,8	85,3	86,6	87,9
DK	Danska	6,5	82,1	82,6	83,2	84,7	86,2	87,5	88,7
DE	Nemčija	5,9	83,2	83,6	84,2	85,5	86,8	87,9	89,1
EE	Estonija	7,0	81,3	81,8	82,5	84,1	85,6	87,0	88,3
IE	Irska	6,2	83,0	83,5	84,1	85,5	86,8	88,1	89,2
EL	Grčija	5,7	83,3	83,7	84,2	85,5	86,7	87,9	89,0
ES	Španija	4,8	85,2	85,5	86,0	87,1	88,1	89,1	90,0
FR	Francija	5,1	85,0	85,3	85,8	87,0	88,1	89,1	90,0
HR	Hrvaška	6,9	80,7	81,2	81,8	83,4	84,8	86,2	87,6
IT	Italija	5,1	84,7	85,0	85,5	86,6	87,7	88,7	89,7
CY	Ciper	5,6	83,3	83,7	84,3	85,5	86,7	87,8	88,9
LV	Latvija	8,2	78,9	79,5	80,3	82,2	83,9	85,5	87,0
LT	Litva	7,8	79,6	80,2	80,9	82,7	84,4	86,0	87,4
LU	Luxemburg	6,0	83,5	84,0	84,6	86,0	87,3	88,4	89,5
HU	Madžarska	8,2	78,8	79,4	80,2	82,1	83,8	85,5	87,0
MT	Malta	6,3	82,8	83,3	84,0	85,4	86,8	88,0	89,1
NL	Nizozemska	6,0	82,9	83,4	83,9	85,3	86,6	87,8	88,9
AT	Avstrija	5,6	83,5	83,9	84,4	85,7	86,9	88,0	89,1
PL	Poljska	7,1	80,9	81,5	82,2	83,8	85,3	86,8	88,1
PT	Portugalska	5,7	83,5	83,9	84,4	85,7	86,9	88,1	89,2
RO	Romunija	8,5	78,2	78,8	79,7	81,6	83,5	85,1	86,7
SI	Slovenija	5,9	83,1	83,5	84,1	85,4	86,7	87,8	88,9
SK	Slovaška	7,5	79,9	80,4	81,1	82,8	84,5	86,0	87,4
FI	Finska	5,6	83,5	84,0	84,5	85,8	87,0	88,1	89,2
SE	Švedska	5,5	83,6	84,0	84,5	85,8	87,0	88,1	89,2
UK	Anglija	6,1	82,8	83,3	83,9	85,3	86,6	87,8	89,0
NO	Norveška	5,6	83,5	83,9	84,5	85,8	87,0	88,1	89,1
EU28	EU28	6,0	83,1	83,5	84,1	85,5	86,8	88,0	89,1
EA	EU18	5,5	84,0	84,4	84,9	86,2	87,3	88,5	89,5

Legenda: * R – linearna interpolacija.

Vir: Povzeto in prirejeno po EK, 2015 (priloga Tabela III.1.3).

Tabela 5: Stanje in projekcije – pričakovano trajanje življenja ob dopolnjeni starosti 65 let
– moški

Država		Sprememba 2013–2060	2013	2016 R*	2020	2030	2040	2050	2060
BE	Belgija	4,6	17,6	17,9	18,4	19,4	20,4	21,3	22,2
BG	Bolgarija	6,3	14,0	14,4	15,0	16,4	17,7	19,1	20,3
CZ	Češka	5,5	15,7	16,1	16,6	17,8	19,0	20,1	21,2
DK	Danska	4,7	17,5	17,8	18,3	19,3	20,3	21,3	22,2
DE	Nemčija	4,7	18,0	18,3	18,7	19,8	20,8	21,8	22,7
EE	Estonija	6,1	14,9	15,3	15,9	17,2	18,5	19,8	21,0
IE	Irska	4,5	18,1	18,4	18,8	19,8	20,8	21,7	22,6
EL	Grčija	4,7	18,0	18,3	18,8	19,8	20,8	21,8	22,7
ES	Španija	4,3	18,6	18,9	19,3	20,2	21,1	22,0	22,9
FR	Francija	4,1	18,9	19,2	19,6	20,5	21,4	22,2	23,0
HR	Hrvaška	5,8	15,0	15,4	15,9	17,2	18,5	19,7	20,8
IT	Italija	4,3	18,4	18,7	19,1	20,0	21,0	21,8	22,7
CY	Ciper	4,2	18,3	18,6	18,9	19,9	20,8	21,7	22,5
LV	Latvija	6,6	13,8	14,2	14,8	16,3	17,7	19,1	20,4
LT	Litva	6,5	14,3	14,7	15,3	16,8	18,2	19,5	20,8
LU	Luxemburg	4,3	18,6	18,9	19,3	20,2	21,2	22,0	22,9
HU	Madžarska	6,3	14,5	14,9	15,5	16,8	18,2	19,5	20,8
MT	Malta	4,3	18,1	18,4	18,8	19,7	20,7	21,6	22,4
NL	Nizozemska	4,4	18,0	18,3	18,7	19,6	20,6	21,5	22,4
AT	Avstrija	4,5	17,9	18,2	18,7	19,7	20,6	21,6	22,4
PL	Poljska	5,9	15,4	15,8	16,3	17,7	18,9	20,1	21,3
PT	Portugalska	4,7	17,6	17,9	18,3	19,4	20,4	21,3	22,3
RO	Romunija	6,2	14,5	14,9	15,5	16,9	18,2	19,5	20,7
SI	Slovenija	4,9	17,1	17,4	17,9	19,0	20,0	21,1	22,0
SK	Slovaška	6,1	14,7	15,1	15,6	17,0	18,3	19,6	20,8
FI	Finska	4,6	17,8	18,1	18,5	19,5	20,5	21,5	22,4
SE	Švedska	4,1	18,6	18,9	19,2	20,1	21,0	21,9	22,7
UK	Anglija	4,3	18,4	18,7	19,1	20,0	21,0	21,9	22,7
NO	Norveška	4,2	18,4	18,7	19,0	20,0	20,9	21,8	22,6
EU28	EU28	4,8	17,6	18,0	18,4	19,5	20,5	21,5	22,4
EA	EU18	4,5	18,2	18,5	18,9	19,9	20,9	21,8	22,7

Legenda: * R – linearna interpolacija.

Vir: Povzeto in prirejeno po EK, 2015 (priloga Tabela III.1.4).

Tabela 6: Stanje in projekcije – pričakovano trajanje življenja ob dopoljnjeni starosti 65 let
– ženske

Država		Sprememba 2013–2060	2013	2016 R*	2020	2030	2040	2050	2060
BE	Belgija	4,5	21,1	21,4	21,8	22,8	23,8	24,7	25,6
BG	Bolgarija	6,1	17,3	17,7	18,2	19,6	20,9	22,2	23,4
CZ	Češka	5,3	19,2	19,5	20,0	21,2	22,4	23,5	24,5
DK	Danska	5,1	20,2	20,6	21,1	22,2	23,3	24,3	25,3
DE	Nemčija	4,6	21,0	21,3	21,7	22,7	23,7	24,7	25,6
EE	Estonija	5,0	20,1	20,4	20,9	22,0	23,1	24,1	25,1
IE	Irska	4,8	21,0	21,3	21,8	22,9	23,9	24,9	25,8
EL	Grčija	4,6	20,8	21,1	21,5	22,6	23,6	24,5	25,4
ES	Španija	3,8	22,5	22,8	23,1	24,0	24,8	25,6	26,3
FR	Francija	3,7	22,9	23,2	23,5	24,3	25,1	25,9	26,6
HR	Hrvaška	5,5	18,7	19,1	19,6	20,8	22,0	23,1	24,2
IT	Italija	4,0	22,0	22,3	22,6	23,5	24,4	25,2	26,0
CY	Ciper	4,4	20,8	21,1	21,4	22,4	23,4	24,3	25,2
LV	Latvija	5,8	18,4	18,8	19,4	20,6	21,9	23,1	24,2
LT	Litva	5,4	19,2	19,5	20,0	21,2	22,4	23,5	24,6
LU	Luxemburg	4,1	22,0	22,3	22,6	23,6	24,4	25,3	26,1
HU	Madžarska	6,0	18,1	18,5	19,1	20,4	21,7	22,9	24,1
MT	Malta	4,4	21,3	21,6	22,0	23,0	24,0	24,9	25,7
NL	Nizozemska	4,6	20,9	21,2	21,7	22,7	23,7	24,6	25,5
AT	Avstrija	4,4	21,2	21,5	21,9	22,9	23,8	24,7	25,6
PL	Poljska	5,3	19,6	20,0	20,5	21,7	22,8	23,9	24,9
PT	Portugalska	4,4	21,2	21,5	21,9	22,9	23,8	24,7	25,6
RO	Romunija	6,1	17,7	18,1	18,6	20,0	21,3	22,6	23,8
SI	Slovenija	4,6	20,9	21,2	21,6	22,7	23,6	24,6	25,5
SK	Slovaška	5,8	18,4	18,8	19,3	20,6	21,8	23,0	24,2
FI	Finska	4,3	21,4	21,7	22,1	23,1	24,0	24,9	25,7
SE	Švedska	4,5	21,1	21,4	21,8	22,8	23,8	24,7	25,6
UK	Anglija	4,8	20,8	21,1	21,6	22,7	23,7	24,6	25,6
NO	Norveška	4,5	21,1	21,4	21,8	22,8	23,8	24,7	25,6
EU28	EU28	4,6	21,0	21,3	21,8	22,8	23,8	24,7	25,6
EA	EU18	4,3	21,7	22,0	22,4	23,3	24,3	25,1	26,0

Legenda: * R – linearna interpolacija.

Vir: Povzeto in prirejeno po EK, 2015 (priloga Tabela III.1.5).

Tabela 7: Stanje in projekcije – celotno prebivalstvo v milijonih

Država		Sprememba 2013–2060	2013	2016 R*	2020	2030	2040	2050	2060
BE	Belgija	4,2	11,2	11,5	11,9	12,9	14,0	14,8	15,4
BG	Bolgarija	-1,8	7,3	7,1	7,0	6,5	6,1	5,8	5,5
CZ	Češka	0,6	10,5	10,6	10,7	10,8	10,9	11,1	11,1
DK	Danska	0,9	5,6	5,7	5,8	6,1	6,3	6,4	6,5
DE	Nemčija	-10,5	81,3	81,0	80,6	79,7	77,7	74,5	70,8
EE	Estonija	-0,2	1,3	1,3	1,3	1,2	1,2	1,1	1,1
IE	Irska	0,7	4,6	4,6	4,6	4,6	4,7	5,0	5,3
EL	Grčija	-2,5	11,0	10,9	10,7	10,1	9,6	9,1	8,6
ES	Španija	-0,5	46,6	46,2	45,7	44,5	44,7	45,6	46,1
FR	Francija	9,9	65,7	66,6	67,8	70,5	72,9	74,4	75,7
HR	Hrvaška	-0,6	4,3	4,2	4,2	4,1	4,0	3,8	3,7
IT	Italija	6,1	60,2	61,0	62,1	64,2	66,3	67,0	66,3
CY	Ciper	0,3	0,9	0,9	0,9	0,9	1,0	1,0	1,1
LV	Latvija	-0,6	2,0	2,0	1,9	1,6	1,5	1,5	1,4
LT	Litva	-1,1	3,0	2,8	2,6	2,2	2,0	1,9	1,8
LU	Luxemburg	0,6	0,5	0,6	0,6	0,8	0,9	1,1	1,1
HU	Madžarska	-0,7	9,9	9,9	9,8	9,7	9,5	9,3	9,2
MT	Malta	0,1	0,4	0,4	0,4	0,5	0,5	0,5	0,5
NL	Nizozemska	0,3	16,8	17,0	17,2	17,6	17,6	17,4	17,1
AT	Avstrija	1,2	8,5	8,6	8,8	9,3	9,6	9,7	9,7
PL	Poljska	-5,3	38,5	38,5	38,4	37,5	36,2	34,8	33,2
PT	Portugalska	-2,3	10,5	10,3	10,1	9,8	9,4	8,8	8,2
RO	Romunija	-2,6	20,0	19,8	19,7	19,0	18,4	17,9	17,4
SI	Slovenija	0,0	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	2,0
SK	Slovaška	-0,9	5,4	5,4	5,4	5,3	5,1	4,9	4,6
FI	Finska	0,8	5,4	5,5	5,6	5,9	6,1	6,2	6,2
SE	Švedska	3,5	9,6	9,8	10,2	11,0	11,8	12,5	13,1
UK	Anglija	16,0	64,1	65,3	66,9	70,6	74,0	77,3	80,1
NO	Norveška	3,1	5,1	5,3	5,6	6,4	7,1	7,7	8,2
EU28	EU28	15,6	507,2	509,6	512,8	518,8	523,7	525,5	522,8
EA	EU18	6,7	334,5	335,9	337,7	341,4	344,6	344,6	341,2

Legenda: * R – linearna interpolacija.

Vir: Povzeto in prirejeno po EK, 2015 (priloga Tabela III.1.8).

Tabela 8: Stanje in projekcije – delež prebivalstva v delovni dobi 25–54 let

Država		Sprememba 2013–2060	2013	2016 R*	2020	2030	2040	2050	2060
BE	Belgija	-4,3	40,9	40,2	39,2	37,7	37,6	37,0	36,6
BG	Bolgarija	-8,4	42,1	41,9	41,6	37,5	34,5	32,7	33,7
CZ	Češka	-8,0	43,3	43,0	42,5	38,0	35,5	34,6	35,3
DK	Danska	-3,7	39,4	39,0	38,4	36,8	37,2	36,4	35,8
DE	Nemčija	-9,0	42,1	40,6	38,7	35,6	34,3	33,3	33,1
EE	Estonija	-7,0	41,6	41,0	40,1	36,1	34,6	33,1	34,5
IE	Irska	-6,0	43,6	41,7	39,1	35,1	34,2	36,9	37,6
EL	Grčija	-9,3	42,6	41,7	40,6	36,2	33,3	32,8	33,3
ES	Španija	-9,9	45,7	44,1	41,9	36,0	33,3	34,6	35,8
FR	Francija	-3,9	39,0	38,1	36,9	35,0	34,9	35,3	35,1
HR	Hrvaška	-6,6	41,1	40,4	39,5	37,9	35,8	34,9	34,5
IT	Italija	-7,8	42,4	41,4	40,1	36,4	35,6	35,0	34,5
CY	Ciper	-7,1	44,3	44,1	43,9	40,8	37,9	36,4	37,1
LV	Latvija	-5,9	41,9	41,2	40,1	35,1	33,8	33,1	36,1
LT	Litva	-4,4	41,1	39,9	38,4	32,2	32,1	33,4	36,7
LU	Luxemburg	-7,8	45,5	44,6	43,4	41,9	40,8	39,4	37,8
HU	Madžarska	-7,5	41,8	42,2	42,6	39,6	36,5	34,7	34,3
MT	Malta	-6,2	40,9	40,6	40,3	39,0	36,5	34,9	34,7
NL	Nizozemska	-6,2	40,7	39,7	38,3	35,8	35,6	35,0	34,6
AT	Avstrija	-8,3	43,4	42,5	41,2	38,1	37,1	35,7	35,1
PL	Poljska	-10,0	43,6	43,4	43,0	40,7	36,3	33,8	33,6
PT	Portugalska	-10,1	42,3	41,3	39,9	36,7	34,0	33,3	32,2
RO	Romunija	-8,5	42,5	42,6	42,7	38,3	35,2	34,0	34,1
SI	Slovenija	-8,9	43,8	42,4	40,6	36,4	34,2	34,1	35,0
SK	Slovaška	-12,3	45,1	44,9	44,7	41,5	37,0	33,5	32,8
FI	Finska	-3,1	38,4	37,9	37,3	36,6	36,3	35,7	35,3
SE	Švedska	-2,8	39,0	39,0	39,0	36,8	37,2	36,3	36,2
UK	Anglija	-4,8	40,8	40,2	39,3	36,6	36,3	35,8	36,0
NO	Norveška	-4,6	41,1	40,9	40,6	39,0	38,7	37,6	36,5
EU28	EU28	-7,1	41,9	41,0	39,9	36,7	35,3	34,8	34,8
EA	EU18	-7,4	42,0	40,9	39,3	36,0	34,9	34,6	34,6

Legenda: * R – linearna interpolacija.

Vir: Povzeto in prirejeno po EK, 2015 (priloga Tabela III.1.10).

Tabela 9: Stanje in projekcije – delež prebivalstva v delovni dobi 15–64 let

Država		Sprememba 2013–2060	2013	2016 R*	2020	2030	2040	2050	2060
BE	Belgija	-5,9	65,3	64,6	63,6	61,3	60,4	60,0	59,4
BG	Bolgarija	-12,7	67,0	65,7	64,1	62,3	59,5	55,7	54,2
CZ	Češka	-11,6	68,0	66,2	63,8	63,0	60,6	56,7	56,4
DK	Danska	-5,7	64,6	64,1	63,4	60,7	59,0	59,9	58,9
DE	Nemčija	-11,5	66,1	65,2	64,0	59,0	56,2	55,5	54,6
EE	Estonija	-11,1	66,0	64,7	62,8	61,0	58,9	55,6	54,9
IE	Irska	-5,6	65,7	64,7	63,4	63,1	59,3	55,7	60,1
EL	Grčija	-10,9	65,1	64,6	63,9	61,9	57,0	53,2	54,2
ES	Španija	-10,4	66,9	66,3	65,4	63,0	57,1	53,4	56,5
FR	Francija	-5,7	63,7	62,8	61,6	59,1	57,2	57,4	57,9
HR	Hrvaška	-10,4	66,9	65,8	64,4	61,4	59,9	57,7	56,5
IT	Italija	-8,2	64,8	64,3	63,8	61,4	57,6	56,5	56,5
CY	Ciper	-12,5	70,2	68,9	67,0	64,0	63,0	59,7	57,7
LV	Latvija	-10,9	66,6	65,4	63,8	60,4	58,3	55,7	55,7
LT	Litva	-10,5	67,0	65,7	64,0	57,7	55,4	55,0	56,5
LU	Luxemburg	-7,7	69,0	68,5	67,9	65,2	63,5	62,7	61,3
HU	Madžarska	-12,1	68,2	67,0	65,3	63,7	61,1	58,1	56,1
MT	Malta	-11,9	68,0	66,2	63,9	60,2	60,7	58,7	56,1
NL	Nizozemska	-8,5	65,9	65,1	64,0	59,9	57,3	57,9	57,3
AT	Avstrija	-10,3	67,4	66,8	66,0	61,9	59,6	58,7	57,1
PL	Poljska	-16,4	70,5	68,7	66,3	63,7	62,2	56,9	54,1
PT	Portugalska	-11,6	65,7	65,2	64,6	61,5	56,7	53,8	54,1
RO	Romunija	-12,1	68,0	66,9	65,5	63,8	60,0	57,0	55,8
SI	Slovenija	-12,2	68,2	66,4	64,0	61,0	58,5	55,3	55,9
SK	Slovaška	-18,0	71,4	70,0	68,1	65,6	62,8	56,9	53,3
FI	Finska	-6,7	64,5	63,1	61,2	59,0	59,3	58,9	57,8
SE	Švedska	-5,4	63,8	62,8	61,6	60,4	60,2	59,9	58,4
UK	Anglija	-7,0	65,1	64,2	63,0	60,8	59,6	58,8	58,0
NO	Norveška	-6,3	65,9	65,4	64,7	62,7	61,4	61,1	59,7
EU28	EU28	-9,4	66,0	65,1	63,9	61,1	58,4	56,9	56,6
EA	EU18	-9,0	65,5	64,8	63,8	60,6	57,4	56,3	56,5

Legenda: * R – linearna interpolacija.

Vir: Povzeto in prirejeno po EK, 2015 (priloga Tabela III.1.11).

Tabela 10: Stanje in projekcije – delež prebivalstva v starosti 65 in več let

Država		Sprememba 2013–2060	2013	2016 R*	2020	2030	2040	2050	2060
BE	Belgija	6,0	17,7	18,2	18,9	21,3	22,5	22,8	23,7
BG	Bolgarija	12,3	19,4	20,4	21,7	24,3	27,2	30,2	31,7
CZ	Češka	11,1	17,1	18,4	20,2	22,3	24,7	27,5	28,2
DK	Danska	6,6	18,0	18,9	20,0	22,4	24,0	23,6	24,6
DE	Nemčija	11,3	21,0	21,9	23,2	28,1	31,2	31,8	32,3
EE	Estonija	11,7	18,2	19,2	20,6	24,3	26,8	28,8	29,9
IE	Irska	9,0	12,4	13,5	15,0	19,4	23,1	24,9	21,4
EL	Grčija	12,7	20,3	21,1	22,1	25,8	30,7	33,9	33,0
ES	Španija	12,1	17,9	18,9	20,1	25,3	31,0	33,3	30,0
FR	Francija	7,1	17,8	18,9	20,3	23,2	25,2	25,1	24,8
HR	Hrvaška	11,3	18,3	19,3	20,7	24,2	26,3	28,4	29,6
IT	Italija	8,8	21,2	21,7	22,4	25,3	28,9	29,9	30,0
CY	Ciper	13,4	13,4	14,7	16,3	20,5	23,1	25,5	26,8
LV	Latvija	9,2	18,9	19,7	20,7	25,5	27,9	28,3	28,0
LT	Litva	7,5	18,3	19,3	20,7	27,7	30,8	28,3	25,8
LU	Luxemburg	7,8	14,0	14,3	14,8	16,8	18,6	19,9	21,8
HU	Madžarska	12,1	17,4	18,6	20,3	21,9	24,7	27,6	29,5
MT	Malta	11,0	17,5	19,1	21,2	24,4	24,8	26,4	28,5
NL	Nizozemska	10,3	17,1	18,3	20,0	24,3	27,0	26,9	27,4
AT	Avstrija	10,7	18,2	18,7	19,5	23,5	26,4	27,4	28,9
PL	Poljska	18,5	14,5	16,1	18,4	22,7	25,1	29,9	33,0
PT	Portugalska	14,9	19,6	20,8	22,4	26,8	31,6	34,6	34,6
RO	Romunija	12,5	16,4	17,5	18,9	20,8	25,1	27,8	28,9
SI	Slovenija	12,1	17,3	18,7	20,6	25,0	27,9	29,9	29,4
SK	Slovaška	21,9	13,3	14,9	16,9	21,6	25,5	31,3	35,2
FI	Finska	7,0	19,1	20,4	22,1	24,5	24,4	24,7	26,0
SE	Švedska	4,9	19,3	19,8	20,4	21,5	22,5	22,5	24,2
UK	Anglija	7,5	17,3	17,9	18,7	21,4	23,3	23,9	24,8
NO	Norveška	7,5	15,8	16,4	17,1	19,0	20,7	21,5	23,3
EU28	EU28	10,0	18,4	19,3	20,5	24,1	27,0	28,2	28,4
EA	EU18	9,7	19,2	20,1	21,3	25,1	28,3	29,2	28,9

Legenda: * R – linearna interpolacija.

Vir: Povzeto in prirejeno po EK, 2015 (priloga Tabela III.1.12).

Tabela 11: Delež zelo starega prebivalstva v starosti 80 in več let za obdobje 2013–2060 v deležih

Država		Sprememba 2013–2060	2013	2016 R*	2020	2030	2040	2050	2060
BE	Belgija	3,6	5,3	5,4	5,4	6,1	7,5	8,7	8,9
BG	Bolgarija	7,8	4,4	4,6	4,9	6,7	8,3	9,6	12,2
CZ	Češka	7,6	3,9	4,0	4,2	6,6	7,9	8,4	11,5
DK	Danska	5,5	4,2	4,4	4,8	7,0	7,9	9,3	9,7
DE	Nemčija	7,9	5,5	6,3	7,4	8,2	10,6	14,2	13,4
EE	Estonija	7,0	4,8	5,3	6,1	7,2	9,3	10,4	11,8
IE	Irska	7,3	2,9	3,2	3,5	5,3	7,1	8,7	10,2
EL	Grčija	9,5	5,8	6,3	7,1	8,1	10,1	12,9	15,3
ES	Španija	9,4	5,6	5,8	6,2	7,7	9,8	12,7	14,9
FR	Francija	4,9	5,7	5,8	6,0	7,5	9,4	10,4	10,6
HR	Hrvaška	6,7	4,4	4,8	5,3	6,2	8,7	9,9	11,1
IT	Italija	6,8	6,3	6,7	7,1	8,1	9,3	11,9	13,1
CY	Ciper	6,5	3,0	3,3	3,8	5,6	7,4	8,5	9,5
LV	Latvija	6,3	4,7	5,2	5,9	7,1	9,2	10,6	11,0
LT	Litva	6,5	4,9	5,5	6,2	7,7	10,4	12,5	11,4
LU	Luxemburg	3,9	3,9	4,0	4,1	4,4	5,6	7,1	7,8
HU	Madžarska	7,5	4,1	4,3	4,6	6,1	8,1	8,6	11,7
MT	Malta	6,7	3,8	4,3	4,9	7,8	9,6	9,4	10,5
NL	Nizozemska	6,9	4,2	4,5	4,9	7,1	9,1	11,3	11,1
AT	Avstrija	6,1	5,0	5,2	5,5	6,8	8,4	11,2	11,1
PL	Poljska	8,5	3,8	4,0	4,4	5,8	9,2	9,5	12,3
PT	Portugalska	10,7	5,4	5,9	6,6	8,1	10,5	13,3	16,1
RO	Romunija	7,7	3,9	4,2	4,7	5,5	7,7	9,0	11,5
SI	Slovenija	7,8	4,6	5,0	5,5	6,8	9,6	11,1	12,4
SK	Slovaška	10,1	3,0	3,2	3,3	5,0	7,9	9,4	13,1
FI	Finska	4,8	5,0	5,2	5,6	7,9	9,4	9,7	9,8
SE	Švedska	3,7	5,2	5,2	5,3	7,2	7,6	8,5	8,9
UK	Anglija	4,8	4,7	4,9	5,1	6,6	7,7	9,3	9,5
NO	Norveška	4,1	4,4	4,3	4,1	5,6	6,6	7,8	8,5
EU28	EU28	6,7	5,1	5,4	5,9	7,2	9,1	11,0	11,8
EA	EU18	7,0	5,5	5,9	6,4	7,6	9,6	11,9	12,5

Legenda: * R – linearna interpolacija.

Vir: Povzeto in prirejeno po EK, 2015 (priloga Tabela III.1.13).

Tabela 12: Delež zelo starega prebivalstva v starosti 80 in več let v deležu starega prebivalstva (65+) za obdobje 2013–2060

Država		Sprememba 2013–2060	2013	2016 R*	2020	2030	2040	2050	2060
BE	Belgija	7,5	30,0	29,5	28,8	28,5	33,5	38,0	37,5
BG	Bolgarija	15,9	22,5	22,5	22,4	27,6	30,6	31,6	38,4
CZ	Češka	18,0	22,8	21,9	20,7	29,7	31,8	30,7	40,8
DK	Danska	16,2	23,1	23,4	23,8	31,5	33,1	39,5	39,2
DE	Nemčija	15,2	26,3	28,7	32,0	29,2	33,9	44,5	41,5
EE	Estonija	12,9	26,4	27,7	29,4	29,5	34,7	36,2	39,4
IE	Irska	24,2	23,7	23,6	23,6	27,2	30,6	34,9	47,8
EL	Grčija	17,8	28,7	30,1	31,9	31,5	32,9	38,1	46,5
ES	Španija	18,6	31,1	31,0	30,8	30,3	31,6	38,2	49,7
FR	Francija	10,7	32,0	31,0	29,7	32,1	37,1	41,5	42,6
HR	Hrvaška	13,7	23,9	24,7	25,8	25,5	32,9	34,8	37,5
IT	Italija	14,1	29,8	30,6	31,8	31,9	32,2	39,9	43,8
CY	Ciper	13,1	22,2	22,6	23,2	27,2	32,1	33,3	35,3
LV	Latvija	14,2	24,9	26,5	28,6	27,8	33,1	37,4	39,1
LT	Litva	17,4	26,7	28,2	30,2	27,6	33,8	44,1	44,2
LU	Luxemburg	7,7	28,1	27,9	27,6	26,1	30,0	35,7	35,8
HU	Madžarska	15,7	23,8	23,3	22,6	27,8	32,6	31,3	39,5
MT	Malta	15,1	21,7	22,3	23,1	31,8	38,9	35,6	36,7
NL	Nizozemska	15,8	24,7	24,5	24,3	29,3	33,8	42,0	40,5
AT	Avstrija	11,1	27,5	27,9	28,5	28,9	31,6	40,7	38,6
PL	Poljska	10,9	26,2	25,2	23,8	25,5	36,8	31,8	37,2
PT	Portugalska	18,8	27,7	28,4	29,4	30,3	33,2	38,3	46,5
RO	Romunija	16,3	23,6	24,1	24,6	26,3	30,6	32,5	39,9
SI	Slovenija	15,8	26,5	26,6	26,7	27,3	34,6	37,2	42,3
SK	Slovaška	14,6	22,6	21,4	19,8	23,1	31,1	30,0	37,1
FI	Finska	11,3	26,1	25,7	25,1	32,4	38,4	39,2	37,5
SE	Švedska	9,9	26,9	26,4	25,8	33,5	34,0	37,8	36,8
UK	Anglija	11,2	27,1	27,1	27,2	30,8	32,8	38,9	38,2
NO	Norveška	8,7	27,6	26,1	24,0	29,4	31,9	36,2	36,3
EU28	EU28	13,8	27,8	28,1	28,6	29,9	33,6	39,0	41,6
EA	EU18	14,5	28,8	29,4	30,3	30,4	33,7	40,7	43,2

Legenda: * R – linearna interpolacija.

Vir: Povzeto in prirejeno po EK, 2015 (priloga Tabela III.1.14).

Tabela 13: Delež zelo starega prebivalstva v starosti 80 in več let glede na delež delovnega prebivalstva za obdobje 2013–2060

Država		Sprememba 2013–2060	2013	2016 R*	2020	2030	2040	2050	2060
BE	Belgija	6,8	8,1	8,3	8,6	9,9	12,5	14,4	15,0
BG	Bolgarija	15,9	6,5	7,0	7,6	10,8	14,0	17,2	22,5
CZ	Češka	14,7	5,7	6,1	6,5	10,5	13,0	14,8	20,4
DK	Danska	10,0	6,4	6,9	7,5	11,6	13,4	15,6	16,4
DE	Nemčija	16,2	8,3	9,7	11,6	13,9	18,9	25,6	24,5
EE	Estonija	14,2	7,3	8,3	9,6	11,7	15,8	18,7	21,5
IE	Irska	12,6	4,5	4,9	5,6	8,4	11,9	15,6	17,0
EL	Grčija	19,3	8,9	9,8	11,0	13,1	17,7	24,3	28,3
ES	Španija	18,1	8,3	8,8	9,5	12,2	17,2	23,8	26,4
FR	Francija	9,4	8,9	9,3	9,8	12,6	16,4	18,1	18,3
HR	Hrvaška	13,1	6,5	7,3	8,3	10,1	14,5	17,2	19,6
IT	Italija	13,5	9,8	10,4	11,2	13,2	16,2	21,1	23,3
CY	Ciper	12,2	4,2	4,8	5,6	8,7	11,8	14,2	16,4
LV	Latvija	12,6	7,1	8,0	9,3	11,8	15,8	18,9	19,7
LT	Litva	12,9	7,3	8,4	9,8	13,3	18,8	22,7	20,2
LU	Luxemburg	7,0	5,7	5,8	6,0	6,7	8,8	11,3	12,7
HU	Madžarska	14,7	6,1	6,5	7,0	9,6	13,2	14,9	20,8
MT	Malta	13,1	5,6	6,5	7,7	12,9	15,9	16,0	18,7
NL	Nizozemska	12,9	6,4	6,9	7,6	11,9	15,9	19,5	19,4
AT	Avstrija	12,1	7,4	7,8	8,4	11,0	14,0	19,0	19,5
PL	Poljska	17,3	5,4	5,9	6,6	9,1	14,9	16,8	22,7
PT	Portugalska	21,5	8,3	9,1	10,2	13,2	18,5	24,6	29,7
RO	Romunija	15,0	5,7	6,3	7,1	8,6	12,8	15,9	20,7
SI	Slovenija	15,5	6,7	7,5	8,6	11,2	16,5	20,1	22,2
SK	Slovaška	20,3	4,2	4,5	4,9	7,6	12,6	16,5	24,5
FI	Finska	9,2	7,7	8,3	9,1	13,5	15,8	16,5	16,9
SE	Švedska	7,1	8,1	8,3	8,5	12,0	12,7	14,2	15,2
UK	Anglija	9,1	7,2	7,6	8,1	10,9	12,8	15,8	16,3
NO	Norveška	7,6	6,6	6,5	6,4	8,9	10,8	12,7	14,2
EU28	EU28	13,1	7,7	8,4	9,2	11,8	15,5	19,3	20,8
EA	EU18	13,7	8,4	9,1	10,1	12,6	16,6	21,1	22,1

Legenda: * R – linearna interpolacija.

Vir: Povzeto in prirejeno po EK, 2015 (priloga Tabela III.1.15).

Tabela 14: Projekcija stopnje zaposlenosti v starosti 15–74 let za obdobje 2013–2060

Država		Sprememba 2013–2060	2013	2016 R*	2020	2030	2040	2050	2060
BE	Belgija	0,6	54,8	55,3	55,9	55,3	56,0	56,1	55,4
BG	Bolgarija	2,2	52,0	52,7	53,7	55,2	54,5	53,2	54,2
CZ	Češka	2,7	59,9	60,1	60,2	60,7	60,0	60,7	62,6
DK	Danska	6,1	63,8	64,9	66,3	68,0	68,2	69,8	69,9
DE	Nemčija	0,1	64,4	65,2	66,2	63,7	64,2	65,4	64,5
EE	Estonija	-1,5	62,5	62,5	62,4	61,1	61,9	61,0	61,0
IE	Irska	3,4	55,8	56,0	56,3	56,3	57,4	56,9	59,3
EL	Grčija	19,2	42,9	45,4	48,8	54,9	59,5	60,3	62,1
ES	Španija	16,9	48,6	51,1	54,5	59,9	62,6	62,5	65,5
FR	Francija	2,9	56,7	56,3	55,8	57,6	58,7	59,6	59,6
HR	Hrvaška	-0,2	47,7	48,0	48,3	48,9	50,2	48,4	47,5
IT	Italija	5,7	48,5	49,6	51,1	52,9	52,6	53,6	54,3
CY	Ciper	10,5	55,6	56,8	58,5	62,8	66,0	66,3	66,1
LV	Latvija	2,7	58,4	58,7	58,9	58,2	60,7	60,9	61,2
LT	Litva	1,0	57,0	57,0	57,1	53,0	54,8	58,4	58,0
LU	Luxemburg	-1,2	59,5	59,8	60,3	60,2	60,3	59,8	58,3
HU	Madžarska	6,1	51,1	53,3	56,3	60,1	58,3	57,1	57,2
MT	Malta	4,8	53,7	54,6	55,7	59,3	60,8	59,2	58,5
NL	Nizozemska	4,9	66,0	66,4	66,9	68,6	69,5	71,2	70,9
AT	Avstrija	0,9	63,9	64,7	65,8	64,6	65,3	65,8	64,8
PL	Poljska	0,6	55,1	55,5	56,0	56,4	57,6	55,7	55,6
PT	Portugalska	7,6	55,0	56,1	57,7	61,3	61,7	61,5	62,6
RO	Romunija	-4,2	54,8	54,3	53,7	52,6	50,0	49,9	50,5
SI	Slovenija	3,4	56,8	57,5	58,5	59,2	59,3	59,0	60,2
SK	Slovaška	1,0	54,4	54,3	54,2	54,1	55,2	53,8	55,5
FI	Finska	0,6	60,3	60,3	60,3	61,1	62,0	61,5	60,9
SE	Švedska	1,9	66,0	66,7	67,8	68,4	68,3	69,1	67,9
UK	Anglija	2,9	63,5	63,9	64,5	64,3	65,7	66,9	66,4
NO	Norveška	-1,2	68,7	68,7	68,6	68,5	68,1	68,6	67,5
EU28	EU28	4,2	57,0	57,7	58,7	59,6	60,4	60,9	61,2
EA	EU18	4,8	56,1	57,0	58,0	59,1	60,0	60,6	61,0

Legenda: * R – linearna interpolacija.

Vir: Povzeto in prirejeno po EK, 2015 (priloga Tabela III.1.50).

Tabela 15: Razporeditev 28 članic EU glede na splošen pregled aktivnih starostnih indexov in drugih posameznih indikatorjev

Splošno			Zaposlovanje			Socialna participacija			Neodvisno življenje			Zmožnosti aktivnega staranja		
Država	Index	Rang	Država	Index	Rang	Država	Index	Rang	Država	Index	Rang	Država	Index	Rang
Švedska	44,8	1	Švedska	43,4	1	Irska	25,2	1	Danska	79,0	1	Švedska	69,2	1
Danska	40,5	2	Estonija	39,7	2	Italija	24,1	2	Finska	79,0	2	Danska	65,1	2
Nizozemska	39,9	3	Danska	35,8	3	Luxemburg	22,6	3	Nizozemska	78,9	3	Luxemburg	63,6	3
Finska	39,6	4	Anglija	35,8	4	Švedska	22,6	4	Švedska	78,6	4	Nizozemska	61,8	4
Anglija	39,2	5	Nemčija	34,4	5	Francija	22,4	5	Luxemburg	76,7	5	Anglija	61,3	5
Irska	39,0	6	Nizozemska	33,9	6	Nizozemska	22,4	6	Francija	75,9	6	Finska	60,5	6
Luxemburg	35,9	7	Finska	33,7	7	Finska	22,4	7	Irska	74,9	7	Belgija	60,3	7
Nemčija	35,9	8	Portugalska	32,6	8	Avstrija	21,4	8	Nemčija	74,4	8	Irska	60,0	8
Francija	35,7	9	Latvija	32,0	9	Belgija	20,4	9	Slovenija	74,2	9	Francija	59,1	9
Avstrija	35,2	10	Ciper	31,4	10	Danska	20,1	10	Avstrija	73,8	10	Avstrija	58,2	10
Estonija	34,8	11	Romunija	31,0	11	Anglija	20,0	11	Anglija	73,7	11	Malta	57,1	11
Češka	34,6	12	Irska	30,6	12	Češka	19,4	12	Belgija	72,5	12	Španija	56,3	12
Ciper	34,4	13	Litva	30,5	13	Ciper	18,7	13	Češka	71,2	13	Nemčija	55,8	13
Italija	34,0	14	Češka	28,0	14	Španija	18,3	14	Malta	70,1	14	Češka	54,3	14
Belgija	33,8	15	Bolgarija	25,1	15	Malta	18,2	15	Španija	69,8	15	Italija	53,4	15
Portugalska	33,6	16	Avstrija	24,7	16	Hrvaška	17,8	16	Hrvaška	69,5	16	Hrvaška	52,8	16
Španija	32,8	17	Francija	24,1	17	Slovenija	16,7	17	Italija	69,0	17	Bolgarija	52,2	17
Malta	31,8	18	Španija	23,3	18	Madžarska	16,1	18	Madžarska	68,0	18	Portugalska	52,1	18
Litva	31,7	19	Italija	23,0	19	Litva	15,3	19	Ciper	68,0	19	Ciper	50,4	19
Latvija	31,6	20	Poljska	22,4	20	Nemčija	14,9	20	Estonija	67,3	20	Slovenija	50,0	20
Hrvaška	31,3	21	Slovaška	21,9	21	Portugalska	14,3	21	Portugalska	67,3	21	Latvija	48,2	21
Bolgarija	30,0	22	Luxemburg	21,9	22	Grčija	14,2	22	Litva	66,2	22	Poljska	47,9	22
Slovenija	29,9	23	Hrvaška	21,7	23	Latvija	13,9	23	Slovaška	65,8	23	Estonija	47,5	23
Romunija	29,7	24	Belgija	21,0	24	Slovaška	13,7	24	Poljska	64,9	24	Slovaška	47,1	24
Madžarska	28,6	25	Grčija	20,4	25	Estonija	13,3	25	Grčija	64,9	25	Madžarska	46,9	25
Slovaška	28,5	26	Malta	20,1	26	Romunija	12,9	26	Bolgarija	62,7	26	Grčija	45,8	26
Poljska	28,2	27	Madžarska	19,3	27	Bolgarija	12,9	27	Romunija	61,8	27	Litva	45,3	27
Grčija	27,7	28	Slovenija	19,1	28	Poljska	12,2	28	Latvija	58,7	28	Romunija	40,9	28

Vir: Povzeto in prirejeno po EK, The Aging report 2015. Economic for EU28 Member States.

Priloga 4: Dolgotrajna oskrba v Španiji

Tabela 16: Število prebivalcev in število zahtevkov za uveljavljanje pravic do dolgotrajne oskrbe po španskih regijah na dan 29. 2. 2016

Avtonomne regije		Število in % prebivalcev		Registrirani zahtevki za uveljavljanje pravic do dolgotrajne oskrbe	
Slovensko	Špansko	Število	%	Število prebivalcev	% prebivalstva
Andaluzija	Andalucía	8.399.043	18,01	375.649	4,47
Aregonija	Aragón	1.317.847	2,83	42.918	3,26
Asturija	Asturias (Principado de)	1.051.229	2,25	33.325	3,17
Balearski otoki	Balears (Illes)	1.104.479	2,37	23.902	2,16
Kanarski otoki	Canarias	2.100.306	4,50	42.110	2,00
Kantabrija	Cantabria	585.179	1,26	22.800	3,90
Kastilja in Leon	Castilla y León	2.472.052	5,30	113.969	4,61
Kastilja - Manča	Castilla-La Mancha	2.059.191	4,42	83.616	4,06
Katalonija	Catalunya	7.508.106	16,10	280.853	3,74
Valencija	Comunitat Valenciana	4.980.689	10,68	105.431	2,12
Extremadura	Extremadura	1.092.997	2,34	51.822	4,74
Galicija	Galicia	2.732.347	5,86	79.111	2,90
Madrid	Madrid (Comunidad de)	6.436.996	13,81	176.501	2,74
Murcia	Murcia (Región de)	1.467.288	3,15	44.779	3,05
Navara	Navarra (Comunidad Foral de)	640.476	1,37	17.323	2,70
Baskija	País Vasco Vasko	2.189.257	4,70	92.404	4,22
La Rioja	La Rioja	317.053	0,68	14.544	4,59
Ceuta in Melilla	Ceuta y Melilla	169.847	0,36	3.969	2,34
SKUPAJ		46.624.382	100,00	1.605.026	3,44

Vir: SAAD (Información estadística del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia), 29. 2. 2016.

Tabela 17: Število in struktura po starostnih razredih in spolu oseb, ki so vložile zahtevek za uveljavljanje pravic iz dolgotrajne oskrbe na dan 29. 2. 2016

Starostni razred	Ženske		Moški		SKUPAJ	
	Število	%	Število	%	Število	%
Manj kot 3	2.537	0,24	3.045	0,54	5.582	0,35
od 3 do 18 let	26.429	2,54	44.134	7,83	70.563	4,40
od 19 do 30 let	19.217	1,85	26.762	4,75	45.979	2,86
od 31 do 45 let	39.624	3,81	50.204	8,91	89.828	5,60
od 46 do 54 let	37.284	3,58	41.888	7,43	79.172	4,93
od 55 do 64 let	54.004	5,19	50.962	9,04	104.966	6,54
od 65 do 79 let	229.382	22,03	120.681	21,41	350.063	21,81
od 80 let dalje	632.797	60,77	226.076	40,10	858.873	53,51
Skupaj	1.041.274	100,00	563.752	100,00	1.605.026	100,00

Vir: SAAD (Información estadística del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia), 29. 2. 2016.

Priloga 5: Izdatki in viri financiranja v Sloveniji

Tabela 18: Izdatki in viri financiranja za dolgotrajno oskrbo po načinu izvajanja v Sloveniji

v mio EUR		2011			2012			2013		
Dolgotrajna oskrba (v mio EUR)		Sektor država	Zasebni sektorji	Skupaj	Sektor država	Zasebni sektorji	Skupaj	Sektor država	Zasebni sektorji	Skupaj
HC.3.1	V institucijah	223,356	8,672	232,028	228,077	12,220	240,296	218,641	8,267	226,907
HC.3.2	V dnevnih oblikah	0,960	0,000	0,960	0,899	0,008	0,907	0,859	0,009	0,868
HC.3.3	Na domu	83,835	4,464	88,299	81,820	3,515	85,335	82,906	3,659	86,565
HC.3	Zdravstveni del	308,151	13,136	321,287	310,796	15,743	326,538	302,406	11,934	314,340
HC.R.1	Socialni del	38,697	108,994	147,691	38,152	115,075	153,226	39,116	117,684	156,800
Skupaj ¹⁾		346,848	122,130	468,978	348,948	130,818	479,764	341,522	129,618	471,140

Vir: SURS 2014, 2015.

Tabela 19: Izdatki in viri financiranja za dolgotrajno oskrbo po načinu izvajanja v Sloveniji, v deležih

Dolgotrajna oskrba (v deležih)		2011			2012			2013		
		Sektor država	Zasebni sektorji	Skupaj	Sektor država	Zasebni sektorji	Skupaj	Sektor država	Zasebni sektorji	Skupaj
HC.3.1	V institucijah	48 %	2 %	49 %	48 %	3 %	50 %	46 %	2 %	48 %
HC.3.2	V dnevnih oblikah	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
HC.3.3	Na domu	18 %	1 %	19 %	17 %	1 %	18 %	18 %	1 %	18 %
HC.3	Zdravstveni del	66 %	3 %	69 %	65 %	3 %	68 %	64 %	3 %	67 %
HC.R.1	Socialni del	8 %	23 %	31 %	8 %	24 %	32 %	8 %	25 %	33 %
Skupaj		74 %	26 %	100 %	73 %	27 %	100 %	72 %	28 %	100 %

Vir: prirejeno po SURS 2014, 2015.

Tabela 20: Izdatki za financiranje dolgotrajne oskrbe po izvajalcih v Sloveniji, v letu 2013
v mio EUR

Izvajalci (v mio EUR)		V institucijah	V dnevnik oblikah	Na domu	Dolgotrajna oskrba – zdravstveni del	Dolgotrajna oskrba – socialni del	Skupaj dolgotrajna oskrba v Sloveniji v letu 2013
		HC.3.1	HC.3.2	HC.3.3	HC.3	HC.R.6.1	
HP.1.1	Splošne bolnice	12,571	-	-	12,571	-	12,571
HP.1.2	Psihiatrične bolnice	3,577	-	-	3,577	-	3,577
HP.1.3	Specialistične ambulante	4,089	-	0,041	4,130	-	4,130
HP.1	Bolnice	20,236	-	0,041	20,277	-	20,277
HP.2.1	Objekti in naprave za izvajanje zdravstvene nege	133,351	0,395	4,602	138,348	133,591	271,939
HP.2.2	Objekti za oskrbo mentalno zaostalih oseb, zaostalih v duševnem razvoju in za osebe s problemi z opojnimi substancami	66,316	0,473	0,751	67,540	-	67,540
HP.2.3	Objekti za oskrbo v skupnosti	2,358	-	-	2,358	-	2,358
HP.2.9	Objekti za druge oblike domske oskrbe	4,114	-	-	4,114	-	4,114
HP.2	Domovi za ostarele in drugi objekti	206,139	0,868	5,354	212,361	133,591	345,952
HP.3.1	Zdravniki	0,107	-	0,194	0,301	-	0,301
HP.3.2	Zobozdravniki	-	-	0,038	0,038	-	0,038
HP.3.3	Drugi zdravstveni delavci	0,317	-	0,469	0,787	-	0,787
HP.3.4	Drugi zdravstveni centri	0,062	-	13,170	13,231	-	13,231
HP.3.6	Izvajalci zdravstvene nege na domu	0,047	-	6,602	6,649	19,785	26,434
HP.3	Ambulantna zdravstvena oskrba	0,532	-	20,473	21,006	19,785	40,791
HP.7	Drugi	-	-	60,697	60,697	3,424	64,120
	Tekoči izdatki HP.1-HP.9	226,907	0,868	86,565	314,340	156,800	471,140

Legenda: HC (angl. *health care*, zdravstvena nega), HP (angl. *health provider*, izvajalec).

Vir: SURS, 2016c.

Tabela 21: Izdatki za financiranje in viri financiranja v Sloveniji v letih 2013 in 2012, v mio EUR

Izdatki za zdravstveno varstvo	Viri financiranja								2013		2012	
	Centralna država	Lokalna država	Skladi socialne varnosti	Družbe brez zavarovalnic	Zavarovalnice	Gospodinjstva	NPISG*	Tujina	mio EUR	delež v BDP	mio EUR	delež v BDP
	mio EUR	mio EUR	mio EUR	mio EUR	mio EUR	mio EUR	mio EUR	mio EUR				
BDP									36.144	100,0 %	35.319	100,0%
Izdatki za zdravstveno varstvo	187	132	2.363	244	477	631	6	4	4.045	11,2 %	3.308	9,4 %
Nameni zdravstvenega varstva	159	58	2.136	48	477	397	3	0	3.278	9,1 %		
HC 1 kurativa	1	1	1.355	0	179	139	0	0	1.675			
HC 2 rehabilitacija	1	0	31	0	25	9	1	0	67			
HC 3 dolgotrajna oskrba – zdravstveni del	33	32	237	0	2	9	1	0	314	0,9 %	327	0,9 %
HC 4 pomožne zdravstvene storitve	0	0	71	0	30	1	0	0	102			
HC 5 zdravila in pripomočki	1	0	330	0	176	239	0	0	746			
HC 6 preventiva in javne zdravstvene storitve	8	4	71	34	1	0	1	0	119			
HC 7 upravljanje	20	0	38	0	64	0	0	0	122			
HC R1 investicije	95	21	3	14	0	0	0	0	133			
Z zdravstvenim varstvom povezane storitve	28	74	227	196	0	234	3	4	767	2,1 %		
HC R2 Izobraževanje in usposabljanje zdravstvenega osebja	0	0	0	2	0	0	0	0	2			
HC R3 Raziskave in razvoj v zdravstvu	19	0	0	3	0	0	0	4	26			
HC R4 Kontrola živil, higiene in pitne vode	0	0	0	16	0	0	0	0	16			
HC R5 Medicinska ekologija	0	0	0	1	0	0	0	0	1			
HC R6 Socialne storitve za pomoč bolnim in onemoglim	8	37	0	0	0	117	1	0	163			
HC R61 Storitve dolgotrajne oskrbe - socialni del	1	37	0	0	0	117	1	0	157	0,4 %	153	0,4 %
HC R7 Upravljanje in zagotavljanje denarnih nadomestil	0	0	227	174	0	0	1	0	402			
Izdatki za dolgotrajno oskrbo	34	69	237	0	2	126	2	0	471	1,3 %	480	1,4 %

Legenda: Neprofitne organizacije, ki oskrbujejo gospodinjstva (angl. *non profit institutions serving households* ali krajše NPISG).

Vir: prirejeno po SURS, 2014, 2015.

Priloga 6: Pregled stanja socialnovarstvenih zavodih dne 24. 4. 2016

Tabela 22: Pregled prošenj in prostih mest v domovih za starejše in posebnih socialnovarstvenih zavodih

O.E. ZZZS	zap.št.	tip	izvajalec	kapaciteta	prosta mesta	evidentirane prošnje (aktivne)	aktualne prošnje
CELJE							
	1	J	Dom ob Savinji, Celje	250	0	193	137
	2	Z	Dom sveti Jožef, Celje	123	0	290	12
	3	Z	THERMANA d.o.o., Dom za starejše, Laško	165	0	105	93
	4	J	"Lambrechtov dom" Slovenske Konjice	160	0	143	9
	5	J	Dom starejših Šentjur	167	0	121	55
	6	J	Dom upokoencev Šmarje pri Jelšah	206	0	224	0
	7	Z	Lipa Celje, Dom Store	136	0	124	13
	8	J	Dom upokoencev Polzela	224	0	265	8
	9	Z	Comett domovi d.o.o., Pegazov dom, Rogaška Slatina	131	0	58	57
	10	Z	Contraco, Špesov dom Vojnik	169	0	210	6
	11	Z	Zavod sv. Rafaela, Vransko	63	0	24	21
	12	P	Dom Nine Pokorn Grmovje, Žalec	245	0	125	36
			SKUPAJ	2.039	0	1.882	447
			SKUPAJ PROSILCEV			1.526	418
KOPER							
	1	J	Dom starejših občanov Ilirska Bistrica	231	0	115	47
	2	J	Dom upokoencev Izola	205	0	165	162
	3	J	Obalni dom upokoencev Koper	179	0	206	16
	4	Z	Center za starejše občane Lucija, Piran	164	0	159	3
	5	J	Dom upokoencev Postojna	160	2	13	10
	6	Z	Talita Kum zavod Postojna	42	0	8	7
	7	J	Dom upokoencev Sežana	189	0	82	79
	8	P	Socialnovarstveni zavod Dutovlje, Sežana	171	0	29	24
	9	J	Dom upokoencev Ptuj, Enota Olmo, Koper	150	0	0	0
			SKUPAJ	1.491	2	777	348
			SKUPAJ PROSILCEV			689	325
KRANJ							
	1	Z	Comett domovi d.o.o., Podružnica Dom Viharnik Kranjska Gora	134	0	75	39
	2	Z	Dom sv.Martina, Srednja vas, Bohinj	70	0	42	39
	3	J	Dom upokoencev dr. Franceta Bergelja Jesenice	196	0	285	25
	4	J	Dom upokoencev Kranj	214	0	856	76
	5		Dom starejših občanov Preddvor	233			
	5.1	J	- Enota Preddvor - sedež zavoda	187	0	679	117
	5.2	J	- Enota Naklo	46	0	1	0
	6	J	Dom dr. Janka Benedika Radovljica	223	0	362	47
	7	J	Center slepih, slabovidnih in starejših Škofja Loka	220	1	356	74
	8	J	Dom Petra Uzarja Trzič	181	0	210	13
	9	Z	SVZ Taber	150	0	70	70
			SKUPAJ	1.621	1	2.936	500
			SKUPAJ PROSILCEV			2.510	456
NOVO MESTO							
	1	J	Dom starejših občanov Črnomelj	191	0	21	5
	2	J	Dom počitka Metlika	172	0	45	0
	3	J	Dom starejših občanov Novo mesto	355	0	390	74
	4	Z	Penzion Sreča, Šmarješke Toplice	38	0	15	2
	5		Dom starejših občanov Trebnje	217	0	360	49
	5.1	J	- Enota Trebnje - sedež zavoda	181	SV		
	5.2	J	- Enota Šmarješke Toplice	36	SV		
			SKUPAJ	973	0	831	130
			SKUPAJ PROSILCEV			759	124

se nadaljuje

Tabela 22: Pregled prošelj in prostih mest v domovih za starejše in posebnih socialnovarstvenih zavodih (nad.)

O.E. ZZZS	Zap.št.	Tip	Izvajalec	Kapaciteta	Prosta mesta	Evidentirane prošnje (aktivne)	Aktualne prošnje
LJUBLJANA							
	1	J	Dom upokojencev Domžale	170	0	559	1
	2	Z	Zavod sv.Terezije, Videm, Dobropolje	77	0	35	11
	3		Dom starejših občanov Grosuplje	243			
	3.1	J	- Enota Grosuplje - sedež zavoda	183	0	498	76
	3.2	J	- Enota Loški potok	60	0	0	0
	4	J	Dom starejših Hrastnik	131	0	65	17
	5		Dom upokojencev Idrija	295			
	5.1	Z	- Enota Idrija - sedež zavoda	153	0	204	12
	5.2	P	- Enota Marof	142	0	157	0
	6		SVZ Vitadom	281	1	35	1
	6.1	Z	- PE Dom za starejše Bor, Črni vrh na Idrijo	131			
	6.2	Z	- PE DSO Škofljica	150			
	7	J	Dom starejših občanov Kamnik	191	0	452	5
	8	J	Dom starejših občanov Kočevje	163	0	122	120
	9	J	Dom "Tisje" Šmartno pri Litiji	241	0	27	11
	10	J	Dom starejših občanov Ljubljana - Bežigrad	225	0	1.136	166
	11	J	Dom upokojencev Center, Tabor- Poljane	433	0	770	162
	12	J	Dom starejših občanov Fužine, Ljubljana	171	0	1.803	475
	13	J	Dom starejših občanov Ljubljana Moste-Polje	212	0	1.089	22
	14	J	Dom starejših občanov Ljubljana - Šiška	230	0	1.403	1.393
	15		Dom starejših občanov Ljubljana Vič- Rudnik	570			
	15.1	J	- Enota Bokalci, sedež zavoda	378	0	1.601	1.571
	15.2	J	- Enota Kolezija	192	0	894	26
	16	Z	Dom Janeza Krstnika, Karitas-Trnovo, Ljubljana	66	0	260	60
	17		DEOS Ljubljana	932			
	17.1	Z	- PE Center starejših Cerknica	157	0	194	0
	17.2	Z	- PE Center starejših Trnovo, Ljubljana	157	0	810	10
	17.3	Z	- PE Center starejših Medvode	195	0	798	9
	17.4	Z	- PE Center starejših Horjul	101	1	121	1
	17.5	Z	- PE Center starejših Notranje Gorice	165	0	158	0
	17.6	Z	- PE Center starejših Črnuče	157	0	282	0
	18	J	Dom starejših Logatec	164	0	381	11
	19	Z	Dom Marije in Marte Logatec	67	0	123	64
	20		Dom počitka Mengeš	261			
	20.1	J	- Enota Mengeš - sedež zavoda	204	0	432	199
	20.2	J	- Enota Trzin	57	0	1	0
	21	Z	RIVE Ribnica., Dom starejših občanov, Ribnica	154	0	140	3
	22		Dom upokojencev "Franca Salamona" Trbovlje	339	0	112	19
	22.1	J	- Enota Trbovlje	204			
	22.2	J	- Enota Prebold	135			
	23	J	Dom upokojencev Vrhnika	242	0	23	13
	24	J	Dom starejših občanov "Polde Eberl- Jamski" Izlake	186	0	176	5
	25	P	Delovnovarstveni zavod Prizma, Ponikve, Dobropolje	144	0	42	41
			SKUPAJ	6.188	2	14.903	4.504
			SKUPAJ PROSILCEV			8.954	3.500
KRŠKO							
	1	J	Dom starejših občanov Krško	214	0	198	192
	2		Dom upokojencev in oskrbovancev Impoljca, Sevnica	546			
	2.1	J	- Enota Brežice	156	0	116	1
	2.2	P	- Enota Impoljca - sedež zavoda	295	0	155	56
	2.3	J	- Enota Sevnica	95	0	91	4
	3	J	Trubarjev dom upokojencev Loka pri Zidanem mostu	221	2	126	118
			SKUPAJ	981	2	686	371
			SKUPAJ PROSILCEV			616	355

se nadaljuje

Tabela 22: Pregled prošenj in prostih mest v domovih za starejše in posebnih socialnovarstvenih zavodih (nad.)

O.E. ZZZS	Zap.št.	Tip	Izvajalec	Kapaciteta	Prosta mesta	Evidentirane prošnje (aktivne)	Aktualne prošnje
MURSKA SOBOTA							
	1	Z	Zavod sv.Cirila in Metoda, Beltinci	85	0	3	1
	2	Z	Dom starejših občanov Gornja Radgona	132	0	13	0
	3	Z	Dom Kuzma d.o.o.	64	0	8	4
	4	J	Dom starejših Lendava	172	0	50	37
	5	J	Dom starejših občanov Ljutomer	166	0	26	22
	6		Dom starejših Rakičan, Murska Sobota	372	0	63	0
	6.1	J	- Enota Rakičan - sedež zavoda	271	SV		
	6.2	J	- Enota Sv.Elizabeta, Rogašovci	35	SV		
	6.3	J	- Enota Murska Sobota	66	SV		
	7	Z	Dom starejših občanov Radenci	132	0	15	0
	8	Z	Zavod Čebela, Dom Velika Polana	66	3	0	0
	9	P	Dom Lukavci, Križevci pri Ljutomeru	309	0	13	13
			SKUPAJ	1.498	3	191	77
			SKUPAJ PROSILCEV			188	77
NOVA GORICA							
	1	J	Dom starejših občanov Ajdovščina	151	0	82	19
	2		Dom upokoencev Nova Gorica	318	8	345	0
	2.1	J	- Enota Nova Gorica - sedež zavoda	224	SV		
	2.2	J	- Enota Podsabotin, Brda	94	SV		
	3	J	Dom upokoencev Gradišče	143	7	39	39
	4	Z	TURZIS, Renče	32	4	0	0
	5		Dom upokoencev Podbrdo	360			
	5.1	J	- Enota Tolmin	138	0	65	31
	5.2	P	- Enota Petrovo brdo	95	0	50	35
	5.3	J	- Enota Podbrdo - sedež zavoda	127	0	48	25
	6	Z	Zavod Pristan, Center starejših Pristan, Vipava	104	1	18	9
			SKUPAJ	1.108	20	647	158
			SKUPAJ PROSILCEV			613	156
MARIBOR							
	1	Z	Dom Lenart	165	0	125	25
	2	Z	Dom starejših Idila, Jarenina	165	1	6	2
	3		Dom Danice Vogrincec Maribor	809			
	3.1	J	- Enota Pobrežje - sedež zavoda	609	0	895	28
	3.2	P	- Posebni	200	0	88	1
	4	J	Dom starejših občanov Tezno, Maribor	222	0	361	195
	5	Z	Sončni dom Maribor, Maribor	164	1	126	122
	6	Z	Dom pod Gorco, Maribor	152	2	174	96
	7	Z	Center za starejše občane Ormož	157	0	60	6
	8		Dom upokoencev Ptuj	503	2	453	21
	8.1	J	- Enota Ptuj - sedež zavoda	321	SV		
	8.2	J	- Enota Muretinci	113	SV		
	8.3	J	- Enota Kidričevo	69	SV		
	9	J	Dom dr. Jožeta Potrča Poljčane	354	0	69	43
	10	P	Zavod Hrastovec - Trate, Lenart	683	0	100	37
			SKUPAJ	3.374	6	2.457	576
			SKUPAJ PROSILCEV			2.136	510

se nadaljuje

Tabela 22: Pregled prošelj in prostih mest v domovih za starejše in posebnih socialnovarstvenih zavodih (nad.)

O.E. ZZSZ	Zap.št.	Tip	Izvajalec	Kapaciteta	Prosta mesta	Evidentirane prošnje (aktivne)	Aktualne prošnje
RAVNE NA KOROŠKEM							
	1		Koroški dom starostnikov Dravograd	355			
	1.1	J	- Enota Črneče - sedež zavoda	263	0	59	42
	1.2	J	- Enota Slovenj Gradec	92	0	46	8
	2	Z	Zavod Čebela, Dom Sv. Eme Šentjanž pri Dravogradu	21	0	2	0
	3	Z	DEOS Ljubljana, PE Center starejših Gornji grad	154	1	110	0
	4	J	Dom starejših na Fari, Prevalje	190	0	141	138
	5	Z	DOM HMELINA d.o.o., Dom starejših občanov Radlje ob Dravi				
	6	Z	PV Center starejših Zimzelen Topolšica	150	4	160	0
	7	J	Dom za varstvo odraslih Velenje	190	0	31	19
			SKUPAJ	1.212	8	614	207
			SKUPAJ PROSILCEV			578	203
			SKUPAJ VSEH	20.485	44	25.924	7.318
			SKUPAJ VSEH PROSILCEV			17.283	5.903

Opombe:

- izvajalci morajo zagotoviti prosilcem ustrezne storitve – namestitve glede na potrebe uporabnikov. Zato se lahko zgodi, da ima dom aktualne nerešene prošnje npr. za negovalni oddelek, hkrati pa prosto mesto na stanovanjskem oddelku;
- znotraj območnih enot in za celoten seznam so sešteti podatki o vseh prošnjah med katerimi je lahko tudi več prošelj istega prosilca in sešteti podatki o vseh prosilcih kjer se izločijo podvojene prošnje;
- kot evidentirane (aktivne) prošnje so prikazane vse popolne sprejete prošnje za katere dom vodi postopek po veljavnem Pravilniku, kot aktualne prošnje pa so prikazane tiste za katere odgovorna oseba oziroma komisija pri izvajalcu ve, da želijo takojšnjo namestitev.
- tipi izvajalcev: J - javni zavod – dom za starejše; Z - zasebni dom za starejše s koncesijo; P - posebni zavod oz. enota za varstvo odraslih s posebnimi potrebami; SV - skupno vodenje

Vir: SSZS, 24. 4. 2016

Priloga 7: Vsebina storitev dolgotrajne oskrbe po definiciji SHA 2011

	Vsebina storitve	SHA 2011	Opis		Pojasnilo
1	Zdravstvena obravnava / oskrba, zdravniške preiskave in diagnoze povezane z zdravstvenim stanjem pacienta, ki vodijo v odvisnost od storitev dolgotrajne oskrbe na domu, v skupnosti ali institucijah	HC.3	z	dolgotrajna oskrba	Te storitve naj bi bile del storitev dolgotrajne oskrbe (zdravstveni del), ker so povezane z zdravstvenim stanjem, ki vodi v odvisnost od dolgotrajne oskrbe.
2	Zdravstvena obravnava / oskrba, zdravniške preiskave in diagnoze za ostala bolezenska stanja, ki niso povezane z zdravstvenim stanjem pacienta, ki vodijo v odvisnost od storitev dolgotrajne oskrbe na domu, v skupnosti ali institucijah	HC.1	z	kurativa	Te storitve niso povezane z odvisnostjo od dolgotrajne oskrbe in naj bi se upoštevale ločeno kot zdravljenje ali rehabilitacijska zdravstvena nega.
		HC.2	z	rehabilitacija	
3	Zdravstvena nega (previjanje ran, spremljanje jemanja zdravil, injiciranje itd), ki jo izvaja kvalificirano zdravstveno osebje in je povezana z zdravstvenim stanjem pacienta, ki vodi v odvisnost od storitev dolgotrajne oskrbe na domu, v skupnosti ali institucijah	HC.3	z	dolgotrajna oskrba	Te storitve naj bi bile del storitev dolgotrajne oskrbe (zdravstveni del), ker so povezane z zdravstvenim stanjem, ki vodi v odvisnost od dolgotrajne oskrbe.
4	Zdravstvena nega (previjanje ran, spremljanje jemanja zdravil, injiciranje itd), ki jo izvaja kvalificirano zdravstveno osebje in ki niso povezane z zdravstvenim stanjem pacienta, ki vodi v odvisnost od storitev dolgotrajne oskrbe na domu, v skupnosti ali institucijah	HC.1	z	kurativa	Te storitve niso povezane z odvisnostjo od dolgotrajne oskrbe in naj bi se upoštevale ločeno kot zdravljenje ali rehabilitacijska zdravstvena nega (so povezane npr. povezane z operativnim posegom).
5	Pomoč pri opravljanju temeljnih dnevnih opravil (osebna higiena, hranjenje, oblačenje, gibanje, itd), ki jo izvaja kvalificirano zdravstveno osebje in je povezana z zdravstvenim stanjem pacienta, ki vodi v odvisnost od storitev dolgotrajne oskrbe na domu, v skupnosti ali institucijah.	HC.3	z	dolgotrajna oskrba	Te storitve naj bi bile del storitev dolgotrajne oskrbe (zdravstveni del), ker so povezane z zdravstvenim stanjem, ki vodi v odvisnost od dolgotrajne oskrbe.
6	Pomoč pri opravljanju temeljnih dnevnih opravil (osebna higiena, hranjenje, oblačenje, gibanje, itd), ki jo izvajajo nepoklicni izvajalci dolgotrajne oskrbe (npr. družinski člani ali družinski (osebni) pomočniki) in je povezana z zdravstvenim stanjem pacienta, ki vodi v odvisnost od dolgotrajne v domačem okolju, pod pogojem, da ti za svoje delo prejmejo denarno plačilo.	HC.3.4.	s	dolgotrajna oskrba	Te storitve naj bi bile del storitev dolgotrajne oskrbe (zdravstveni del), ker so povezane z zdravstvenim stanjem, ki vodi v odvisnost od dolgotrajne oskrbe. Denarno plačilo se smatra kot nadomestilo za plačilo storitve, čeprav je lahko bistveno nižje od povprečne plače, ki jo prejema zdravstveno negovalno osebje.
7	Pomoč pri opravljanju temeljnih dnevnih opravil (osebna higiena, hranjenje, oblačenje, gibanje, itd), ki jo izvajajo nepoklicni izvajalci dolgotrajne oskrbe (npr. družinski člani ali družinski (osebni) pomočniki) in je povezana z zdravstvenim stanjem pacienta, ki vodi v odvisnost od dolgotrajne v domačem okolju, kadar ti za svoje delo ne prejmejo denarnega plačila.	ni vključeno			Ker ni denarnih transakcij, gre za neplačano delo gospodinjstva in se kot tako ne upošteva v SHA.
8	Pomoč pri opravljanju podpornih dnevnih opravil (priprava obrokov, gospodinjstva in druga hišna opravila, nakupovanje, itd), ki jo izvaja kvalificirano zdravstveno osebje ali nepoklicni izvajalci dolgotrajne oskrbe (v primeru, da za svoje delo prejmejo denarno plačilo) v vseh oblikah neinstitucionalne oskrbe.	HC.R.1	s		Če se storitve pomoči pri opravljanju podpornih dnevnih opravil zagotavljajo ločeno, naj se obravnavajo kot HC.R.1. Če pa te opravijo nepoklicni izvajalci dolgotrajne oskrbe (npr. družinski člani ali družinski (osebni) pomočniki), ki za svoje delo ne prejmejo denarnega plačila, se te storitve smatrajo kot neplačano delo gospodinjstva.

se nadaljuje

	Vsebina storitve	SHA 2011		Opis	Pojasnilo
9	Pomoč pri opravljanju temeljnih dnevnih opravil (osebna higiena, hranjenje, oblačenje, gibanje, itd) v kombinaciji s pomočjo pri opravljanju podpornih dnevnih opravil (priprava obrokov, gospodinjska in druga hišna opravila, nakupovanje, itd), ki jo izvaja kvalificirano zdravstveno osebje ali nepoklicni izvajalci dolgotrajne oskrbe (v primeru, da za svoje delo prejmejo denarno plačilo) v vseh oblikah neinstitucionalne oskrbe.	HC.3, HC.R.1,	z s	dolgotrajna oskrba	Potrebno je določiti elemente paketa storitev in jih upoštevati ločeno. V kolikor delitev ni izvedljiva in v paketu prevladuje zdravstveni del (storitve pomoči pri opravljanju temeljnih dnevnih opravil), se celotni paket storitev obravnava kot HC.3. V kolikor delitev ni izvedljiva in v paketu prevladuje socialni del (storitve pomoči pri opravljanju podpornih dnevnih opravil), se celotni paket storitev obravnava kot HC.R.1.
10	Zdravstvena nega (previjanje ran, spremljanje jemanja zdravil, injiciranje itd) in pomoč pri opravljanju temeljnih in podpornih dnevnih opravil (na higiena, hranjenje, oblačenje, gibanje; priprava obrokov, gospodinjska in druga hišna opravila, nakupovanje), ki jo izvajajo bodisi kvalificiran zdravstveno osebje, bodisi nepoklicni izvajalci dolgotrajne oskrbe, ki jih neformalno (nelegalno) zaposlijo osebe, ki so odvisne od pomoči drugih.	HC.3, HC.R.1,	z s	dolgotrajna oskrba	Potrebno je upoštevati enaka pravila kot za formalno zaposlovanje. Eden izmed ciljev SHA 2011 je tudi vključitev aktivnosti sive ekonomije. V kolikor delitev ni izvedljiva in v paketu prevladuje zdravstveni del (storitve pomoči pri opravljanju temeljnih dnevnih opravil), se celotni paket storitev obravnava kot HC.3. V kolikor delitev ni izvedljiva in v paketu prevladuje socialni del (storitve pomoči pri opravljanju podpornih dnevnih opravil), se celotni paket storitev obravnava kot HC.R.1.
11	Zdravila, ki se zagotavljajo pacientom, kadar so sestavni del paketa storitev dolgotrajne oskrbe (najpogosteje v okviru bolnišnične obravnave ali oskrbe na domu)	HC.3	z	dolgotrajna oskrba	Sledi enaki logiki kot zdravila, ki se delijo v bolnišnici kot del zdravljenja (HC.1) – zdravila so dodatno upoštevana kot dejavnik zagotavljanja zdravstvene oskrbe v ICHA-FP klasifikaciji.
12	Zdravila, ki se zagotavljajo pacientom, kadar niso sestavni del paketa storitev dolgotrajne oskrbe (npr. pacient mora sam pridobiti zdravila iz lekarne oziroma so mu ta dostavljena)	HC.5	z	Zdravila in pripomočki	Ločena pridobitev zdravil mora biti kot taka tudi prikazana. Sledi enaki logiki kot v primeru zdravil, ki so namenjena zdravljenju v bolnišnični obravnavi (HC.1) ali ambulatnemu zdravljenju (HC.5).
13	Storitve dolgotrajne oskrbe v dnevnih (ali nočnih) centrih . Te storitve so lahko namenjen tako starejšim osebam kakor tudi gibalno ovirani osebam in osebam z motnjami v duševnem razvoju vseh starostnih skupin. oseba je v teh centrih deležna oskrbe določen del dneva (podnevi ali ponoči), ostali čas pa je v oskrbi na domu, po možnosti v oskrbi pri družinskih članih	HC.3.2	z	Dolgotrajna dnevna oskrba	Če je prevladujoč namen teh institucij zagotavljanje zdravstvene nege in storitev pomoči pri opravljanju temeljnih dnevnih opravil, jih je potrebno obravnavati kot HC.3. Če pa prevladuje socialna oskrba, jih je potrebno obravnavati kot HCR.1 (razen dela, ki se nanaša na storitve pomoči pri opravljanju temeljnih dnevnih opravil, ki naj bi se po možnosti obravnaval kot HC.3).
14	Začasna oskrba (angl. <i>respite care</i>) je namenjena družinskim članom, ki oskrbujejo osebo, odvisno od pomoči drugih in jim omogoča čas za počitek (bodisi daljši oddih enkrat letno, bodisi krajše oddihe tedensko). Med tem časom je oseba, odvisna od pomoči drugih, nameščena v celodnevno institucionalno oskrbo v institucijah, ki omogočajo kratkotrajne obilne namestitve	HC.3.2	z	Dolgotrajna dnevna oskrba	Čeprav se začasna oskrba zagotavlja v obliki bolnišnične obravnave, kratkotrajnost namestitve opravičuje opredelitev kot HC.3.2.
15	Poletni kampi, namenjeni osebam z različnimi oblikami oviranosti in /ali družinam, ki oskrbujejo otroka z različnimi oblikami oviranosti	HC.R.1 HC.3.2	s z	Dolgotrajna dnevna oskrba	V kolikor v paketu prevladuje zdravstveni del (storitve pomoči pri opravljanju temeljnih dnevnih opravil), se celotni paket storitev obravnava kot HC.3. V kolikor delitev ni izvedljiva in v paketu prevladuje socialni del (storitve pomoči pri opravljanju podpornih dnevnih opravil) se celotni paket storitev obravnava kot HCR.1.
16	Prilagoditev bivalnih prostorov vključuje gradbena in druga dela, potrebna za prilagoditev stanovanjskih prostorov, s čimer je odvisni osebi omogočeno, da čim dlje ostane v domačem okolju in se izogne premestitvi v dražje oblike institucionalne oskrbe (npr. širitev dostopa do prostorov, vgradnja tehničnih naprav kot so dvigala itd.	investicijske naložbe			Te transakcije naj bi se smatrale kot investicija na področju dolgotrajne oskrbe in ne kot končna potrošnja.

se nadaljuje

	Vsebina storitve	SHA 2011		Opis	Pojasnilo
17	Podporne storitve za neformalne oskrbovalce (npr. družinski člani), ki izvajajo dolgotrajno oskrbo (z ali brez denarnega nadomestila), ki lahko vključujejo svetovanje, osnovno usposabljanje iz dolgotrajne oskrbe, lahko pa tudi stroške zagotavljanja socialne varnosti oskrbovalcev (npr. obvezno zdravstveno ter pokojninsko in invalidsko zavarovanje itd.)	HC.3.4	z	Dolgotrajna oskrba na domu	Podporne storitve naj se obravnavajo kot HC.3, če so namenjene neformalnim oskrbovalcem, ki zagotavljajo pomoč pri opravljanju temeljnih dnevnih opravil. Podporne storitve, ki so namenjene neformalnim oskrbovalcem, ki zagotavljajo pomoč pri opravljanju podpornih dnevnih opravil, naj se obravnavajo kot HC.R.1.
		HC.R.1	s		
18	Storitve tematike z uporabo sodobnih informacijskih in telekomunikacijskih tehnologij (IKT), ki odvisni osebi omogoča, da čim dlje ostane v domačem okolju in se izogne premestitvi v dražje oblike institucionalne oskrbe (npr. namestitvev naprav za pomoč na daljavo in možnost klica na pomoč, namestitvev naprav za nadzor nad jemanjem zdravil in ključnih zdravstvenih parametrov itd)	HC.3.3	z	Ambulatna dolgotrajna oskrba	Če so storitve del paketa storitev dolgotrajne oskrbe (običajno iz obveznega zavarovanja), naj se obravnavajo kot HC.3. Pridobitev teh storitev in opreme na lastne stroške naj se obravnava kot HC.5.2.9.
19	Denarna nadomestila so sredstva iz zavarovalne sheme, ki so zagotovljena osebam, ki potrebujejo dolgotrajno oskrbo in so jih dolžna nameniti za organiziranje potrebne zdravstvene nege in/ali pomoči pri opravljanju temeljnih dnevnih opravil (običajno z neformalnimi oskrbovalci kot so npr. družinski člani)	HC.3.4	z	Dolgotrajna oskrba na domu	Denarno nadomestilo, ki se namenja za organiziranje zdravstvene nege ali pomoči pri opravljanju temeljnih dnevnih opravil, se obravnava kot HC.3.
20	Denarni prejemki za dolgotrajno oskrbo so nadomestila, namenjena osebam odvisnim od dolgotrajne oskrbe ali njihovim družinskim članom za plačilo neformalne socialne oskrbe (ali pomoč pri opravljanju podpornih dnevnih opravil)	HC.R.1	s		Denarni prejemki za dolgotrajno oskrbo za organiziranje pomoči pri opravljanju podpornih dnevnih opravil ali za kritje stroškov drugih socialnih storitev se obravnavajo kot HC.R.1. Če te storitve vključujejo elemente zdravstvene nege ali pomoči pri opravljanju temeljnih dnevnih opravil, se ta del – če je mogoče – obravnava ločeno kot HC.3.
21	Denarna socialna pomoč (angl. <i>cash benefits</i>), dodeljena osebam z zdravstvenimi težavami, različnimi oblikami oviranosti ali osebam odvisnim od dolgotrajne oskrbe, katerih osnovni namen je zagotavljanje socialne varnosti in ni neposredno povezana z zagotavljanjem zdravstvene nege ali pomoči pri opravljanju temeljnih oziroma podpornih dnevnih aktivnosti	ni vključeno			Denarna socialna pomoč se ne smatra kot oblika nadomestila za zagotavljanje storitev dolgotrajne oskrbe, če s tem transferjem ni povezana tudi obveznost organiziranja storitev dolgotrajne oskrbe.
22	Posebni program vzgoje in izobraževanja za otroke z motnjami v duševnem razvoju ali gibalno oviranostjo in potrebujejo določene elemente dolgotrajne oskrbe	ni vključeno			Osnovni namen posebnih programov vzgoje in izobraževanja za te otroke je v socialnem vključevanju in ne vključuje zdravstvene oskrbe. Če programi vključujejo elemente pomoči pri opravljanju temeljnih ali podpornih dnevnih opravil, ki jih je možno identificirati ločeno, naj bodo ti upoštevani kot HC.3 ali HC.R.1.
23	Programi usposabljanja za delo in zaposlitev pod posebnimi pogoji v varstveno delovnih centrih za odrasle osebe z motnjami v duševnem razvoju ali z gibalnimi oviranostmi, katerih osnovni namen je aktivno vključevanje v delovno okolje, prilagojeno stopnji oviranosti in zmogljivosti teh oseb. Delovanje varstveno delovnih centrov zagotavlja država.	ni vključeno			Osnovni namen teh programov je socialno vključevanje in ne vključuje elementov zdravstvene oskrbe. Če programi vključujejo elemente pomoči pri opravljanju temeljnih ali podpornih dnevnih opravil, ki jih je možno identificirati ločeno, naj bodo ti upoštevani kot HC.3 ali HC.R.1.
24	Dnevno varstvo / dnevni centri za osebe z motnjami v duševnem razvoju ali z gibalnimi oviranostmi, ki niso sposobne vključitve v usposabljanje za delo in zaposlitev pod posebnimi pogoji. Namen centrov je predvsem zagotavljanje socialnih in prostočasnih aktivnosti.	HC.R.1	s		Če je osnovni namen centrov zagotavljanje socialne aktivnosti, naj se obravnavajo kot HC.R.1. Če pa se zagotavljajo tudi storitve dolgotrajne oskrbe in jih je možno določiti kot take, se te obravnavajo kot HC.3.2.
		HC.3.2	z	Dolgotrajna dnevna oskrba	

se nadaljuje

	Vsebina storitve	SHA 2011		Opis	Pojasnilo
25	Dnevni centri za starejše zagotavljajo predvsem socialne aktivnosti, njihov namen pa običajno ni zagotavljanje zdravstvene oskrbe.	HC.R.1	s		Kot večina storitev, ki se osredotočajo na zagotavljanje socialnih aktivnosti, naj bodo te opredeljene kot HC.R.1 ali celo izven SHA. Zagotavljanje pomoči pri opravljanju temeljnih dnevnih opravil naj bo upoštevano kot HC.3.2.
		HC.3.2	z	Dolgotrajna dnevna oskrba	
26	Individualni načrt dolgotrajne oskrbe (angl. <i>case management</i>), ki ga pripravi koordinator dolgotrajne oskrbe, ki nudi pomoč pri administrativnih postopkih, svetovanje družinskim članom, pomoč pri zagotavljanju in koordiniranju ustrezne zdravstvene in socialne oskrbe s strani različnih izvajalcev dolgotrajne oskrbe ter sodeluje s pristojnimi službami pri izvajalcih dolgotrajne oskrbe.	HC.3.1	z	Dolgotrajna oskrba v institucijah	Čeprav so storitve koordinatorja dolgotrajne oskrbe bolj administrativne narave, jih je potrebno opredeliti kot HC.3, saj so tesno povezane z osebami, ki potrebujejo dolgotrajno oskrbo, in te storitve se običajno zagotavljajo izven tipičnih administrativnih teles finančnih / zavarovalnih shem.
		HC.3.4	z	Dolgotrajna oskrba na domu	
27	Ocena zdravstvenega stanja osebe, ki želi uveljaviti pravice iz zavarovanja za dolgotrajno oskrbo. Ocena temelji na zdravniških kriterijih za določitev funkcionalne oviranosti in splošnega zdravstvenega stanja osebe, na podlagi te pa se ocenijo potrebe ter določi oblika in obseg storitev dolgotrajne oskrbe oziroma se v primeru zgolj manjše funkcionalne oviranosti ugotovi, da oseba ni upravičena do storitev dolgotrajne oskrbe. Oceno opravi komisija, ki jo sestavljajo strokovnjaki s področja zdravstvene nege, zdravnik specialist in drugi ustrezni strokovnjaki.	HC.3.1	z	Dolgotrajna oskrba v institucijah	Ta administrativni postopek je ocena zdravstvenega stanja osebe, ki potrebuje dolgotrajno oskrbo in ga je zato potrebno upoštevati kot HC.3.
		HC.3.4	z	Dolgotrajna oskrba na domu	
28	Oskrbovana stanovanja za starejše (angl. <i>supported living arrangements</i>) so funkcionalno povezana in arhitekturno prilagojena stanovanja brez ovir, ki jih uporabljajo starejše osebe, ki ne zmorejo več živeti v domačem okolju, z organizirano pomočjo drugega in zagotovljenim zdravstvenim varstvom pa lahko samostojno živijo v bivalnem okolju in ne potrebujejo institucionalne namestitve v zavodu. Običajno stanovalci potrebujejo določeno obliko zdravstvene in socialne oskrbe, ki jo zagotavlja kvalificirano osebje. Oskrba vključuje tudi prinašanje pripravljenih obrokov ali pripravo hrane v stanovanju, osnovno čiščenje in druge storitve.	HC.R.1	s		Elemente zdravstvene nege in storitev pomoči pri opravljanju temeljnih dnevnih opravil v oskrbovanih stanovanjih je potrebno upoštevati kot HC.3. (največkrat kot HC.3.4, saj se smatrajo kot dom osebe). Storitve osnovne oskrbe, kot so čiščenje, prinašanje ali priprava obrokov itd. naj se upoštevajo kot HC.R.1. Subvencije k stroškom osnovne oskrbe in namestitve se upoštevajo kot HC.R.1. Če se navedene storitve zagotavljajo skupaj in jih ni možno ločevati, se opredelijo kot HC.R.1 ali HC.3 glede na prevladujoče elemente oskrbe.
		HC.3.4	z	Dolgotrajna oskrba na domu	
29	Stanovanjske skupine in bivalne enote za telesno in duševno prizadete odrasle osebe se razlikujejo glede na potrebe stanovalcev. Nekatere so lahko namenjene predvsem zagotavljanju zdravstvene nege in pomoči pri opravljanju temeljnih dnevnih opravil, druge pa zagotavljanju manjšega obsega oskrbe in imajo poudarek na zagotavljanju socialnih elementov.	HC.R.1	s		Elemente zdravstvene nege in storitev pomoči pri opravljanju temeljnih dnevnih opravil je potrebno upoštevati kot HC.3.4. Storitve osnovne oskrbe, kot so čiščenje, prinašanje ali priprava obrokov itd. naj se upoštevajo kot HC.R.1. Subvencije k stroškom osnovne oskrbe in namestitve se upoštevajo kot HC.R.1. Če se navedene storitve zagotavljajo skupaj in jih ni možno ločevati, se opredelijo kot HC.R.1 ali HC.3 glede na prevladujoče elemente oskrbe.
		HC.3.4	z	Dolgotrajna oskrba na domu	
30	Izvajalci oskrbe na domu pacientom zagotavljajo zdravstveno nego na domu, ki lahko vključujejo oskrbo stome, inkontinence, skrb za rane, hranjenje po sondi itd. Zdravstvena nega ni izključno omejena le na osebe, ki potrebujejo storitev dolgotrajne oskrbe. Poleg oskrbe negovalno osebje lahko nudi tudi osnovno svetovanje o uporabi pripomočkov.	HC.5	z	Zdravila in pripomočki	Zdravstvena nega v ambulantnem zdravljenju se opredeli kot HC.5. Če se zdravstvena nega zagotavlja kot integralni del paketa storitev dolgotrajne oskrbe, se jih obravnava kot HC.3.4. Če je zdravstvena nega del paketa storitev dolgotrajne oskrbe, ki se zagotavlja osebam, ki niso odvisne od dolgotrajne oskrbe, se obravnava kot HC.1.
		HC.3.4	z	Dolgotrajna oskrba na domu	
		HC.1	z	Kurativa	

se nadaljuje

	Vsebina storitve	SHA 2011		Opis	Pojasnilo
31	Prevoz uporabnikov dolgotrajne oskrbe do dnevnik oblik zdravstvene nege je lahko zagotovljen s strani države ali zavarovalnih shem v primeru dnevne oskrbe ali začasne oskrbe.	HC.3.2	z	Dolgotrajna dnevna oskrba	Storitve prevoza naj se upoštevajo kot HC.3.2, če so del paketa storitev dolgotrajne oskrbe, ki se financira iz obveznega zavarovanja. Če stroški prevoza nastanejo ločeno in je prevoz posledica zdravniškega priporočila, naj se upošteva kot HC.4.3. Kadar uporabnik sam zagotovi prevoz, se ta ne upošteva.
		HC.4.3	z	Pomožne zdravstvene storitve	
		ni vključeno			
32	Prevoz uporabnikov dolgotrajne oskrbe do dnevnik oblik socialne oskrbe.	HC.R.1	s		Storitve prevoza naj se upoštevajo kot HC.R.1, če so del paketa storitev dolgotrajne oskrbe, ki se financira iz obveznega zavarovanja ali nastanejo ločeno. Kadar uporabnik sam zagotovi prevoz, se ta ne upošteva (neplačano delo gospodinjstva).
		ni vključeno			
33	Prevoz telesno ali duševno prizadetih otrok do posebnih šol ali poletnih kampov ali prevoz odraslih telesno in duševno prizadetih oseb do varstveno delovnih centrov	ni vključeno			Če so storitve v teh institucijah izven okvira SHA (glej zgoraj), naj bodo tudi storitve prevoza.
34	Zdravstvena obravnava / oskrba, zdravstvena nega in pomoč pri opravljanju temeljnih dnevnik opravil za osebe s težavami v duševnem zdravju v psihiatričnih bolnišnicah (HP1.2) ali enotah za zdravljenje zasvojenosti (HP2.2), kjer je poudarek na namestitvi, oskrbi in varovanju.	HC.3.1	z	Dolgotrajna oskrba v institucijah	Te storitve se smatrajo kot storitve dolgotrajne oskrbe (zdravstveni del), kadar je poudarek na zdravstveni negi in storitvah pomoči pri opravljanju temeljnih dnevnik opravil. Odvisno od načina organiziranosti oskrbe v posamezni državi, se te storitve zagotavljajo v psihiatričnih bolnišnicah (HP1.2) ali enotah za zdravljenje zasvojenosti (HP2.2).
35	Zdravstvena obravnava / oskrba z občasno zdravstveno nego in pomočjo pri opravljanju temeljnih dnevnik opravil za osebe s težavami v duševnem zdravju v psihiatričnih bolnišnicah (HP1.2), kjer je poudarek na diagnostiki in zdravstveni obravnavi kakor tudi na svetovalnem delu z osnovnim namenom olajšati simptome bolezni oziroma zmanjšati resnost simptomov	HC.1.1	z	Kurativa	Te storitve se nanašajo na zdravljenje in ne na storitve dolgotrajne oskrbe.

Legenda:

HC 1	Kurativa	HC.3	Dolgotrajna oskrba – zdravstveni del	z	Dolgotrajna oskrba – zdravstveni del
HC 2	Rehabilitacija	HC.3.1	Dolgotrajna oskrba v institucijah	s	Dolgotrajna oskrba – socialni del
HC 3	Dolgotrajna oskrba – zdravstveni del	HC.3.2	Dolgotrajna dnevna oskrba		
HC 4	Pomožne zdravstvene storitve	HC.3.3	Ambulatna dolgotrajna oskrba		
HC 5	Zdravila in pripomočki	HC.3.4	Dolgotrajna oskrba na domu		
HC 6	Preventiva in javne zdravstvene storitve	HC.R.1	Dolgotrajna oskrba – socialni del		
HC 7	Upravljanje	HC.R.1.1	Dolgotrajna socialna oskrba v storitvah		
HC R1	Investicije	HC.R.1.2	Dolgotrajna socialna oskrba v denarju		
HC R2	Izobraževanje in usposabljanje zdravstvenega osebja				
HC R3	Raziskave in razvoj v zdravstvu				
HC R4	Kontrola živil, higiene in pitne vode				
HC R5	Medicinska ekologija				
HC R6	Socialne storitve za pomoč bolnim in onemoglim				
HC R61	Storitve dolgotrajne oskrbe - socialni del				
HC R7	Upravljanje in zagotavljanje denarnih nadomestil				

Vir: OECD, SURS, 2014, 2015.

