

UNIVERZA V LJUBLJANI
EKONOMSKA FAKULTETA

MAGISTRSKO DELO

**EKONOMSKI IN SOCIALNI IZZIVI
STARANJA PREBIVALSTVA
Z VIDIKA POTREB PO DOLGOTRAJNI OSKRBI**

Ljubljana, junij 2009

MATEJA UŠLAKAR

IZJAVA

Študentka Mateja Ušlakar izjavljam, da sem avtorica tega magistrskega dela, ki sem ga napisala pod mentorstvom dr. Janeza Malačiča, in da v skladu s 1. odstavkom 21. člena Zakona o avtorskih in sorodnih pravicah dovolim njegovo objavo na fakultetnih spletnih straneh.

V Ljubljani, dne 10.6.2009

Podpis:

KAZALO

UVOD	1
1 DEMOGRAFSKA PODOBA EU IN SLOVENIJE.....	4
1.1 DEMOGRAFSKA PODOBA EU.....	4
1.1.1 <i>Staranje prebivalstva v EU</i>	4
1.1.1.1 Nizke stopnje rodnosti.....	5
1.1.1.2 Podaljševanje pričakovane življenjske dobe.....	5
1.1.1.3 Migracije	6
1.1.1.4 Kohorta izbruha rodnosti.....	7
1.1.2 <i>Projekcije evropskega prebivalstva</i>	8
1.2 DEMOGRAFSKA PODOBA SLOVENIJE.....	10
1.2.1 <i>Projekcije slovenskega prebivalstva</i>	11
2 POLITIKA IZVAJANJA DOLGOTRAJNE OSKRBE V EU.....	13
2.1 OPREDELITEV DOLGOTRAJNE OSKRBE IN POTREB PO DOLGOTRAJNI OSKRBI	13
2.2 EVROPSKI POLITIČNI OKVIR IZVAJANJA DOLGOTRAJNE OSKRBE	14
2.2.1 <i>Evropska socialna politika in posodabljanje sistemov socialne zaščite</i>	15
2.2.2 <i>Strateške usmeritve evropske politike na področju dolgotrajne oskrbe</i>	16
2.3 SPREMEMBA PARADIGME NA PODROČJU DOLGOTRAJNE OSKRBE	17
2.3.1 <i>Deinstitucionalizacija in premik k oskrbi na domu in v skupnosti</i>	18
2.3.2 <i>Individualizacija storitev dolgotrajne oskrbe</i>	19
2.3.3 <i>Integrirana dolgotrajna oskrba</i>	21
2.3.4 <i>Premik pri zagotavljanju dolgotrajne oskrbe iz javnega v zasebni in nevladni sektor</i>	22
2.4 ODGOVORNOST ZA ZAGOTAVLJANJE DOLGOTRAJNE OSKRBE IN IZVAJALCI DOLGOTRAJNE OSKRBE ..	22
2.4.1 <i>Razmejitve odgovornosti med izvajalci dolgotrajne oskrbe v nekaterih državah članicah EU</i>	24
2.5 FINANCIRANJE DOLGOTRAJNE OSKRBE	25
2.5.1 <i>Projekcije javnofinančnih izdatkov za dolgotrajno oskrbo in zagotavljanje finančne vzdržnosti</i> 25	
2.5.2 <i>Financiranje dolgotrajne oskrbe v nekaterih državah članicah EU</i>	29
2.6 ČLOVEŠKI VIRI NA PODROČJU DOLGOTRAJNE OSKRBE	30
2.6.1 <i>Zaposlovanje v sektorju dolgotrajne oskrbe</i>	30
2.6.2 <i>Neformalna oskrba</i>	32
2.6.2.1 Finančna podpora neformalni oskrbi	33
2.6.2.2 Storitve v podporo neformalni oskrbi.....	35
2.7 PRIMERJALNI PREGLED SISTEMOV DOLGOTRAJNE OSKRBE V DRŽAVAH ČLANICAH EU.....	36
3 POLITIKA IZVAJANJA DOLGOTRAJNE OSKRBE V SLOVENIJI	40
3.1 OCENA POTREB PO DOLGOTRAJNI OSKRBI V SLOVENIJI.....	40
3.2 ANALIZA STANJA NA PODROČJU DOLGOTRAJNE OSKRBE V SLOVENIJI	41
3.2.1 <i>Sistem socialnega varstva</i>	42
3.2.1.1 Institucionalno varstvo starejših	43
3.2.1.1.1 Domovi za starejše	43
3.2.1.1.2 Oskrbovana stanovanja	49
3.2.1.1.3 Oskrba v drugi družini	51
3.2.1.2 Pomoč na domu	51
3.2.1.3 Institut družinskega pomočnika.....	54
3.2.1.4 Dnevni centri za starejše.....	55
3.2.1.5 Socialni servis	56
3.2.1.6 Centri za pomoč na daljavo	57
3.2.1.7 Začasna oskrba	57
3.2.1.8 Dopolnilni programi socialnega varstva	58
3.2.2 <i>Sistem zdravstvenega varstva</i>	59
3.2.2.1 Neakutna bolnišnična obravnava.....	59
3.2.2.2 Patronažno varstvo in zdravstvena nega na domu	59
3.2.2.3 Paliativna oskrba	60
3.2.3 <i>Neformalna in družinska oskrba starih ljudi</i>	60
3.3 FINANČNI VIRI ZA ZAGOTAVLJANJE DOLGOTRAJNE OSKRBE	62
3.3.1 <i>Projekcije izdatkov za dolgotrajno oskrbo</i>	64
3.4 SISTEMSKA UREDITEV PODROČJA DOLGOTRAJNE OSKRBE	65

3.4.1	Strateške usmeritve na področju dolgotrajne oskrbe v Sloveniji.....	66
3.4.2	Uresničevanje strateških usmeritev na področju dolgotrajne oskrbe	69
3.4.3	Cilji in poglobitve rešitve predloga zakona o dolgotrajni oskrbi.....	70
4	NOVI IN INOVATIVNI PRISTOPI V DOLGOTRAJNI OSKRBI.....	71
4.1	UPORABA INFORMACIJSKIH IN KOMUNIKACIJSKIH TEHNOLOGIJ (IKT).....	71
4.1.1	Projekt »Dom IRIS«	73
4.1.2	Telemedicina, e-Zdravje in Telediagnostika	74
4.2	MODEL MEDGENERACIJSKEGA SREDIŠČA	74
4.3	PROJEKT »VAS BREZ OVIR TABER-ŠMARTNO«	75
4.4	DOMOVI ČETRTE GENERACIJE ZA STAREJŠE	75
4.5	ŠE NEKAJ INOVATIVNIH PRISTOPOV V DOLGOTRAJNI OSKRBI	76
	SKLEP	77
	LITERATURA IN VIRI.....	82

KAZALO TABEL

Tabela 1:	Novi pristopi na področju dolgotrajne oskrbe	18
Tabela 2:	Število oseb, vključenih v različne oblike dolgotrajne oskrbe in število prejemnikov različnih vrst denarnih prejemkov za dolgotrajno oskrbo v letu 2007.....	40
Tabela 3:	Povprečna struktura oskrbe in zdravstvene nege v domovih za starejše v letu 2006.....	47
Tabela 4:	Povprečne cene storitev oskrbe v domovih za starejše (po uskladitvi cen 1.3.2007.....	48
Tabela 5:	Viri sredstev za financiranje institucionalnega varstva starejših.....	48
Tabela 6:	Število družinskih pomočnikov po statističnih regijah.....	55
Tabela 7:	Izdatki za dolgotrajno oskrbo v Sloveniji po virih sredstev in po namenu	63
Tabela 8:	Izdatki za dolgotrajno oskrbo glede na število uporabnikov in odstotek porabljenih sredstev za institucionalno varstvo in skupnostno skrb v letu 2004	63
Tabela 9:	Projekcije javnih izdatkov za dolgotrajno oskrbo do leta 2020 (v % od BDP).....	65
Tabela 10:	Merila za razvoj storitev in programov v javni socialnovarstveni mreži do leta 2010	67

KAZALO SLIK

Slika 1:	Prebivalstvena piramida za EU-27 za obdobje 2008 – 2060 (Eurostat, projekcije prebivalstva EUROPOP2008, konvergenčni scenarij).....	8
Slika 2:	Struktura prebivalstva EU-27 po starostnih skupinah za obdobje 2008 – 2060 (Eurostat, projekcije prebivalstva EUROPOP2008).....	9
Slika 3:	Prebivalstvena piramida za Slovenijo za obdobje 2008 - 2060 (Eurostat, projekcije prebivalstva EUROPOP2008, konvergenčni scenarij).....	12
Slika 4:	Javnofinančni izdatki za dolgotrajno oskrbo v obdobju 2007 – 2060 za posamezne države članice EU-27 (% BDP)(Scenarij fiksnih koeficientov).....	26
Slika 5:	Porast javnofinančnih izdatkov za dolgotrajno oskrbo v odvisnosti od porasta števila odvisnih starih oseb v obdobju 2007 – 2060	27
Slika 6:	Porast javnofinančnih izdatkov za dolgotrajno oskrbo v obdobju 2007 - 2060 v odvisnosti od porasta števila odvisnih oseb in vrste formalne oskrbe, ki jo bodo prejemale	27
Slika 7:	Razmerje med številom odvisnih oseb, ki so prejemale različne oblike oskrbe (institucionalno oskrbo, oskrbo na domu ali samo neformalno oskrbo) po posameznih državah članicah EU-27 v letu 2007.....	38
Slika 8:	Kapacitete domov za starejše na tisoč prebivalcev, starih 65 let ali več, po statističnih regijah in razmerje med številom oddanih prošenj za sprejem v institucionalno varstvo ter razpoložljivimi kapacitetami.....	45
Slika 9:	Uporabniki pomoči na domu v letu 2006 in v prvem polletju 2007 (%)	52

KAZALO PRILOG

Tabela 1:	<i>Delež prebivalstva, starega 65 let ali več, za posamezne države članice EU-27 za obdobje 2008 – 2060 (Eurostat, projekcije prebivalstva EUROPOP2008, konvergenčni scenarij)....</i>	1
Tabela 2:	<i>Delež prebivalstva, starega 80 let ali več, za posamezne države članice EU-27 za obdobje 2008 – 2060 (Eurostat, projekcije prebivalstva EUROPOP2008, konvergenčni scenarij)....</i>	2
Tabela 3:	<i>Projekcije stopenj totalne rodnosti za posamezne države članice EU-27 za obdobje 2008 - 2060 (Eurostat, projekcije prebivalstva EUROPOP2008, konvergenčni scenarij).....</i>	3
Tabela 4:	<i>Pričakovana življenjska doba ob rojstvu za posamezne države članice EU-27 za obdobje 2008 - 2060 (Eurostat, projekcije prebivalstva EUROPOP2008, konvergenčni scenarij).....</i>	4
Tabela 5:	<i>Neto migracije za posamezne države članice EU-27 za obdobje 2008 - 2060 (Eurostat, projekcije prebivalstva EUROPOP2008, konvergenčni scenarij).....</i>	5
Tabela 6:	<i>Indeks starostne odvisnosti starih za posamezne države članice EU-27 za obdobje 2008 – 2060 (Eurostat, projekcije prebivalstva EUROPOP2008, konvergenčni scenarij).....</i>	6
Tabela 7:	<i>Javnofinančni izdatki za dolgotrajno oskrbo v obdobju 2007 – 2060 za posamezne države članice EU-27 (% BDP)(Scenarij fiksnih koeficientov).....</i>	7
Tabela 8:	<i>Zmogljivosti institucionalnega varstva starejših in število prošenj za sprejem v domove po statističnih regijah v Sloveniji.....</i>	8
Tabela 9:	<i>Projekcija skupnega števila odvisnih oseb po treh scenarijih AWG do leta 2020 in predlaganem sistemu dolgotrajne oskrbe v Sloveniji do leta 2020</i>	9
Tabela 10:	<i>Število odvisnih oseb, ki bodo prejemale neformalno oskrbo ali bodo brez oskrbe (Eurostat, projekcije prebivalstva).....</i>	10
Tabela 11:	<i>Število odvisnih oseb, ki bodo prejemale formalno oskrbo in število oseb, ki bodo prejemale neformalno oskrbo ali bodo brez oskrbe (Eurostat, projekcije prebivalstva EUROPOP2008, scenarij fiksnih koeficientov).....</i>	11
Seznam uporabljenih kratic		12

UVOD

Komisija Evropskih skupnosti v Zeleni knjigi z naslovom *Odziv na demografske spremembe: nova solidarnost med generacijami* ugotavlja, da se Evropa danes sooča z demografskimi spremembami, ki so po svojem obsegu in teži brez primere (Komisija Evropskih skupnosti, 2005, str. 2). Demografske napovedi predvidevajo, da se bo prebivalstvo Evropske unije (EU) zaradi upadanja rodnosti in podaljševanja pričakovane življenjske dobe pospešeno staralo. Staranje prebivalstva je opredeljeno kot naraščanje deleža starega prebivalstva nad določeno starostno mejo v celotnem prebivalstvu. Pri tem se za starostno mejo običajno jemlje 60. ali 65. leto starosti (Malačič, 2006, str. 19).

Podaljševanje pričakovane življenjske dobe je zlasti posledica znatnega napredka na gospodarskem, socialnem in zdravstvenem področju, zaradi česar lahko evropski državljani bolj kot kdaj koli prej upravičeno upajo in pričakujejo daljše, udobnejše in varnejše življenje. Podaljševanje življenjske dobe tako po eni strani pomeni enega največjih dosežkov družbe 20. stoletja, po drugi strani pa te spremembe s seboj prinašajo številne ekonomske in socialne izzive, s katerimi so soočene evropske in nacionalne politike. Naj med njimi omenimo samo vpliv na prihodnjo gospodarsko rast, na produktivnost in na trg dela, saj demografske projekcije napovedujejo zmanjšanje števila aktivnega prebivalstva. Spremenjena starostna struktura prebivalstva bo po pričakovanih povzročila tudi veliko povečanje javnih izdatkov, povezanih s staranjem prebivalstva, zlasti izdatkov za financiranje pokojnin, zdravstvene oskrbe in dolgotrajne oskrbe. To odpira številna vprašanja dolgoročne vzdržnosti sistemov socialne zaščite in s tem vprašanja solidarnosti in sožitja med generacijami.

Po zadnjih demografskih projekcijah Evropskega statističnega urada (v nadaljevanju Eurostat) bo do leta 2060 prebivalstvo, staro 65 let in več, obsegalo skoraj tretjino celotnega evropskega prebivalstva. Najizraziteje se bo povečal delež najstarejšega prebivalstva, to je prebivalstva starega 80 let ali več. Njihov delež v celotnem prebivalstvu EU naj bi se do leta 2060 skoraj potrojil in povečal iz 21,8 milijonov v letu 2008 na 61,4 milijonov v letu 2060 (Eurostat, 2008, str. 1). To bo vodilo k izjemno velikemu povečanju števila oseb, ki bodo zaradi starostne oslabelosti, kroničnega značaja s staranjem povezanih degenerativnih sprememb ali zaradi izgube samostojnosti odvisni od pomoči druge osebe. Govorimo o naraščajočih potrebah po dolgotrajni oskrbi, ki obsega zagotavljanje zdravstvenih in socialnih storitev osebam, ki zaradi nezmožnosti za samostojno življenje potrebujejo pomoč pri vsakodnevnih opravilih skozi daljše časovno obdobje. Področje dolgotrajne oskrbe in problematika zadovoljevanja potreb po dolgotrajni oskrbi je tudi predmet raziskave pričujočega magistrskega dela.

Dejstvo je, da je področje dolgotrajne oskrbe kljub velikim izzivom in pritiskom, ki jih ustvarja staranje prebivalstva, v EU še vedno slabo raziskano in doslej ni bilo deležno niti zadostne strokovne niti družbenopolitične pozornosti in podpore. Z vprašanjem urejanja dolgotrajne oskrbe so se države EU namreč začele resneje ukvarjati šele v zadnjih nekaj letih, saj potrebe po dolgotrajni oskrbi postajajo novo socialno tveganje, ki v večini evropskih držav ni ustrezno pokrito s tradicionalnimi sistemi socialne zaščite. Poleg tega, da potrebe po dolgotrajni oskrbi naraščajo, se spreminja tudi način skrbi za starejše. V preteklosti je bila

namreč družina oziroma sorodstvena mreža glavni oskrbovalec starih ljudi. Zaradi družbenih sprememb, ki vplivajo na spremembe v načinu življenja sodobne družine, pa danes ni več mogoče pričakovati, da bi se dolgotrajna oskrba tudi v prihodnje lahko izvajala znotraj družine v enakem obsegu kot doslej. Tako bo vse večje število starih ljudi odvisnih od formalnih oblik oskrbe v institucijah ali v domačem okolju, stroški tovrstne oskrbe pa pogosto presegajo finančne zmožnosti starega človeka in njegove družine. Pričakovano znatno povečanje porabe javnofinančnih sredstev za dolgotrajno oskrbo vzbuja zaskrbljenost glede dolgoročne finančne vzdržnosti sistemov socialne zaščite, zato področje dolgotrajne oskrbe v državah EU v zadnjih letih zavzema vse vidnejše mesto v okviru zdravstvenih in socialnih politik. Naj dodam, da so vprašanja dolgotrajne oskrbe vprašanja, ki so tesno povezana s solidarnostjo. Dolgotrajna oskrba starejših je oblika družbene skrbi, pri kateri so socialne razlike najbolj izražene, zato potrebuje našo posebno pozornost. Prav dolgotrajna oskrba je za vsako družbo preizkus njene humanosti in spoštovanja medčloveških vrednot.

Namen in cilji magistrskega dela

Glede na predviden drastičen porast deleža najstarejših ljudi v strukturi evropskega prebivalstva lahko pričakujemo, da bo področje dolgotrajne oskrbe predstavljalo enega izmed največjih ekonomskih in socialnih izzivov evropskih in nacionalnih politik. Namen magistrskega dela je ugotoviti, v kolikšni meri so evropske države in Slovenija pripravljene na izzive, ki jih prinašajo povečane potrebe po dolgotrajni oskrbi. V magistrskem delu bom raziskala stanje na področju dolgotrajne oskrbe v EU, pristope posameznih držav članic k oblikovanju politik na tem področju in skupne usmeritve evropske politike za soočanje z izzivi dolgotrajne oskrbe v prihodnje. Pri tem je cilj magistrskega dela potrditi ali ovreči hipotezo, da bo v prihodnje v EU in v Sloveniji problematika zagotavljanja dolgotrajne oskrbe dosegla razsežnosti, ki jih s sedanjimi načini reševanja ne bo mogoče več obvladovati, zato bo demografski razvoj zahteval reforme sistemov dolgotrajne oskrbe in oblikovanje novih in inovativnih pristopov na tem področju.

Namen magistrskega dela je tudi analiza stanja na področju dolgotrajne oskrbe v Sloveniji, s pomočjo katere želim ugotoviti, v kolikšni meri v Sloveniji uspemo zadovoljiti obstoječe potrebe po dolgotrajni oskrbi, kako se Slovenija pripravlja na prihajajoče izzive staranja prebivalstva in v kolikšni meri uspe slediti evropskim in svetovnim usmeritvam na področju dolgotrajne oskrbe. Pri tem je moj cilj potrditi ali ovreči hipotezo, da so v Sloveniji storitve na področju dolgotrajne oskrbe slabo razvite in da z njimi ne uspemo zadovoljiti niti obstoječih potreb po dolgotrajni oskrbi. V magistrskem delu želim preveriti tudi hipotezo, da Slovenija s trenutno oblikovano ponudbo storitev na področju dolgotrajne oskrbe ne sledi v celoti evropskim in svetovnim smernicam, kot so jih na področju dolgotrajne oskrbe začrtali pomembni evropski politični dokumenti.

Uvodnemu poglavju magistrskega dela sledi prvo poglavje, ki je namenjeno predstavitvi demografskih trendov v EU in Sloveniji, ki imajo za posledico staranje prebivalstva. Ocena teh trendov je tudi podlaga za projekcije prebivalstva EU in Slovenije.

Drugo poglavje je namenjeno analizi izvajanja dolgotrajne oskrbe v EU. Poglavje predstavi strateške usmeritve evropske politike in novosti, ki jih razvoj na tem področju ubira. Namenjeno je tudi primerjalnemu pregledu različnih sistemov dolgotrajne oskrbe v posameznih državah članicah EU. Poglavje zajame značilnosti financiranja dolgotrajne oskrbe in značilnosti razmejitve odgovornosti za izvajanje dolgotrajne oskrbe med različnimi nosilci. Posebna pozornost je posvečena tudi problematiki človeških virov na tem področju. Vse evropske države se namreč že danes soočajo s pomanjkanjem ponudbe delovne sile na tem področju, ta problem pa bo spričo demografskih trendov v prihodnjih desetletjih še toliko bolj pereč. Demografski trendi namreč napovedujejo upadanje števila aktivnega prebivalstva, tako da bo sedanjo srednjo generacijo v starosti oskrbovalo dvakrat manj odraslih ljudi, kot danes oskrbuje sedanjo staro generacijo (Ramovš, 2003, str. 235). Tako sta privabljanje ustrezno usposobljene delovne sile v sektor dolgotrajne oskrbe ter ustrezna porazdelitev odgovornosti za zagotavljanje oskrbe med formalni sistem oskrbe in družino dve izmed glavnih preokupacij držav na področju dolgotrajne oskrbe v zadnjih letih in načinom reševanja teh problemov bo v okviru tega poglavja posvečena posebna pozornost.

Tretje poglavje se osredotoča na analizo stanja na področju dolgotrajne oskrbe v Sloveniji. Poglavje zajema pregled obstoječe systemske ureditve tega področja in pregled pomembnih političnih dokumentov, ki so načrtali strateške usmeritve na tem področju v prihodnje. Poglavje zajema tudi analizo socialnovarstvenih in zdravstvenih storitev na področju dolgotrajne oskrbe kot formalnih oblik zagotavljanja oskrbe ter analizo neformalnih oblik dolgotrajne oskrbe, zlasti družinske oskrbe. Pomemben del poglavja je tudi oris poglobljenih rešitev posebnega zakona o dolgotrajni oskrbi in zavarovanju za dolgotrajno oskrbo, ki je trenutno v pripravi in s katerim poskuša Slovenija systemsko rešiti skrb za finančno vzdržnost in stabilnost financiranja dolgotrajne oskrbe.

Zaradi naglega naraščanja potreb po dolgotrajni oskrbi države skušajo najti tudi nove pristope k zadovoljevanju teh potreb. Četrto poglavje je zato namenjeno predstavitvi nekaterih inovativnih pristopov in novih možnosti na področju dolgotrajne oskrbe. Vključuje predstavitev inovacijskega potenciala, ki ga prinaša uporaba sodobnih informacijskih in komunikacijskih tehnologij v dolgotrajni oskrbi, in predstavitev alternativnih oblik bivanja starejših, ki lahko pripomorejo k večji kakovosti življenja starejših in hkrati k razbremenitvi zdravstvenih in socialnih sistemov. Sklepno poglavje je povzetek ključnih ugotovitev, ki izhajajo iz predhodnih poglavij, in je namenjeno tudi preverjanju izhodiščnih hipotez.

1 DEMOGRAFSKA PODOBA EU IN SLOVENIJE

1.1 Demografska podoba EU

Delež prebivalstva EU v svetovnem merilu upada. Leta 2000 je prebivalstvo EU obsegalo 7,9 % svetovnega prebivalstva, kar je skoraj polovico manj od 14,7 % kolikor je ta delež znašal v letu 1950. Po projekcijah Organizacije združenih narodov (v nadaljevanju OZN) naj bi se ta delež do leta 2050 zmanjšal na 5,5 % svetovnega prebivalstva (Economic Policy Committee, 2009, str. 49).

Rodnost se je v zadnjih desetletjih zniževala povsod po Evropi. Po drugi svetovni vojni so nekatere evropske države sicer doživele izbruh rodnosti, vendar je le-ta sredi šestdesetih let začela upadati. Današnja demografska podoba EU tako zaznamuje nizke stopnje rodnosti, dolga življenjska doba in obsežni migracijski tokovi. Te značilnosti povzročajo pomembne strukturne spremembe in oblikujejo novo družbo, v kateri bo vedno manj otrok, mladih in delovno sposobnih odraslih ter vedno več starejših (65 - 79 let) in ostarelih (80 let ali več). Zaradi upadanja števila rojstev in podaljševanja življenjske dobe se evropsko prebivalstvo pospešeno stara.

1.1.1 Staranje prebivalstva v EU

Evropa ima danes najstarejše prebivalstvo na svetu. Srednja starost, ki deli prebivalstvo na dve po starosti enaki polovici, je v letu 2008 dosegla 40,4 let in naj bi se do leta 2060 povišala na 47,7 let (Economic Policy Committee, 2009, str. 41). Za primerjavo naj dodam podatek, da je v svetu današnja srednja starost prebivalstva 28,1 let, do leta 2050 pa naj bi se ta povišala na okoli 38 let (United Nations, 2009, str. 6).

Danes prebivalstvo, staro 65 let ali več, zajema 17,1 % celotnega prebivalstva EU, do leta 2060 pa naj bi se ta delež povišal na 30 % celotnega prebivalstva. Število starejšega prebivalstva se bo torej skorajda podvojilo, in sicer bo naraslo iz 85 milijonov v letu 2008 na 151 milijonov v letu 2060. Še hitreje bo naraščal delež najstarejšega prebivalstva, starega 80 let ali več, ki danes zajema 4,4 % celotnega prebivalstva, v letu 2060 pa naj bi se ta delež povzpел na 12,1 %. To pomeni, da se bo število najstarejšega prebivalstva v projiciranem obdobju skorajda potrojilo, in sicer bo naraslo iz 22 milijonov v letu 2008 na 61 milijonov v letu 2060 (Economic Policy Committee, 2009, str. 41). Eurostatove projekcije deležev obeh skupin prebivalstva za posamezne države članice EU-27 za obdobje 2008 - 2060 so razvidne iz Tabele 1 in iz Tabele 2 v prilogi.

Staranje prebivalstva je posledica štirih demografskih trendov, ki vplivajo drug na drugega, in sicer nizkih stopenj rodnosti, podaljševanja pričakovane življenjske dobe in migracij, velik vpliv pa ima tudi prehod starostnih kohort različnih velikosti skozi življenjski cikel. V nadaljevanju so opisane glavne značilnosti teh trendov v EU.

1.1.1.1 Nizke stopnje rodnosti

Rodnost je v EU v zadnjih desetletjih močno upadla. Stopnja totalne rodnosti, to je povprečno število živorojenih otrok na žensko v njeni rodni dobi, se je z več kot 2,5 otrok na žensko v drugi polovici 1960-ih znižala pod stopnjo, ki je potrebna za obnavljanje prebivalstva in jo demografi ocenjujejo na 2,1 otroka na žensko. V letu 2006 je stopnja totalne rodnosti v EU znašala 1,53 otroka na žensko (Commission of the European Communities, 2008a, str. 30). Nizke stopnje rodnosti, ki vztrajajo že desetletja, so povzročile staranje prebivalstva, saj število otrok v celotnem prebivalstvu upada. V redkih državah stopnja totalne rodnosti presega 1,8 otrok na žensko (v Franciji, Veliki Britaniji, na Irskem, Švedskem, Danskem in Finskem), številne države pa imajo stopnjo totalne rodnosti pod 1,4 otroka na žensko (Bolgarija, Češka, Nemčija, Estonija, Grčija, Španija, Italija, Latvija, Litva, Madžarska, Avstrija, Poljska, Romunija, Slovenija in Slovaška). Rodnost še vedno upada v Nemčiji, Litvi, Luksemburgu, Romuniji, na Cipru, Malti, na Poljskem, Portugalskem in Slovaškem. V številnih državah pa je v zadnjih letih zaznati porast rodnosti, in sicer v Bolgariji, Estoniji, Grčiji, Španiji, Franciji, Latviji, Veliki Britaniji, na Češkem, Danskem, Finskem in Švedskem (Economic Policy Committee, 2009, str. 35). Eurobarometrova raziskava je pokazala, da si Evropejci pravzaprav želijo več otrok kot pa jih dejansko imajo, in sicer si v povprečju želijo 2,3 otroka v nasprotju z 1,5 otroka kot jih dejansko imajo (Commission of the European Communities, 2007a, str. 8). Problem nizke rodnosti je v veliki meri posledica odlaganja rojstev v kasnejša leta. Povprečna starost žensk ob rojstvu prvega otroka se je v EU z 24,4 let v letu 1960 povišala na 27,5 let v letu 2003 (Commission of the European Communities, 2008a, str. 31).

V prihodnje Eurostat ocenjuje, da se bo odlaganje rojstev v kasnejša leta upočasnilo in se bo rodnost do leta 2060 rahlo zvišala. Po novih Eurostatovih projekcijah prebivalstva EUROPOP2008 naj bi se do leta 2060 stopnja totalne rodnosti zvišala z 1,54 otrok na žensko v letu 2008 na 1,60 otrok na žensko v letu 2030 in na 1,64 otrok na žensko v letu 2060. Vendar pa bo stopnja totalne rodnosti v vseh državah članicah EU še vedno ostala pod ravni, ki zagotavlja enostavno obnavljanje prebivalstva. Največji porast lahko pričakujejo Slovaška, Poljska, Romunija in Slovenija, ki so imele v letu 2008 najnižje stopnje rodnosti v EU. V teh državah naj bi se rodnost zviševala postopno in dosegla trenutno povprečje EU šele v letu 2060 (Economic Policy Committee, 2009, str. 36). Eurostatove projekcije stopenj totalne rodnosti za posamezne države članice EU-27 za obdobje 2008 - 2060 so razvidne iz Tabele 3 v prilogi.

1.1.1.2 Podaljševanje pričakovane življenjske dobe

Podaljševanje pričakovane življenjske dobe je posledica manjše umrljivosti v zgodnjem življenjskem obdobju, splošnega družbenoekonomskega napredka in izboljšane zdravstvenega varstva prebivalstva. Po letu 1960 se je pričakovana življenjska doba ob rojstvu v vseh državah članicah EU občutno podaljšala, še zlasti za ženske. V zadnjih štirih desetletjih se je podaljšala za več kot deset let tako za ženske kakor tudi za moške

(Commission of the European Communities, 2008a, str. 35). V letu 2006 se je pričakovana življenjska doba za ženske gibala v razponu od 76,2 let v Romuniji do 84,4 let v Španiji in Franciji, in za moške v razponu od 65,3 let v Litvi do 78,8 let na Cipru in na Švedskem (Economic Policy Committee, 2009, str. 37). Francija, Italija, Švedska in Španija sodijo med deset držav na svetu z najdaljšo pričakovano življenjsko dobo (United Nations, 2009, str. 72).

Nove Eurostatove projekcije prebivalstva EUROPOP2008 do leta 2060 predvidevajo nadaljnje podaljševanje pričakovane življenjske dobe, zmanjšale pa naj bi se tudi razlike med posameznimi državami. Pričakovana življenjska doba ob rojstvu naj bi se do leta 2060 za moške podaljšala za 8,4 let, in sicer s 76 let v letu 2008 na 84,5 let v letu 2060, za ženske pa naj bi se podaljšala za 6,9 let, in sicer z 82 let v letu 2008 na 89 let v letu 2060. To pomeni, da se bo razlika med pričakovano življenjsko dobo moških in žensk postopoma zmanjšala. Pričakovana življenjska doba pri 65 letih naj bi se do leta 2060 za moške podaljšala za 5,5 let in za ženske za 5,2 let. Tako naj bi v letu 2060 pričakovana življenjska doba pri 65 letih dosegla 21,8 let za moške in 25,1 let za ženske (Economic Policy Committee, 2009, str. 37). Podaljševanje življenjske dobe pomeni večanje deleža starejšega prebivalstva (65+) v primerjavi z deležem otrok (0 - 14) in deležem aktivnega prebivalstva (15 - 64) in je tako pomemben dejavnik staranja prebivalstva. Eurostatove projekcije pričakovane življenjske dobe ob rojstvu za posamezne države članice EU-27 za obdobje 2008 - 2060 so razvidne iz Tabele 4 v prilogi.

1.1.1.3 Migracije

V zadnjem desetletju so neto migracije¹ v EU naraščale, in sicer so se z okoli 500.000 migrantov v letu 1998 povečale na več kot 2 milijona v letu 2003. Vendar pa del tega porasta ni samo odraz vstopa novih migrantov, pač pa tudi uvedbe pristopov, ki so začeli v uradnih statistikah zajemati tudi prebivalstvo, ki v EU biva ilegalno. V letu 2007 so se neto migracije zmanjšale na 1.880.000 migrantov. Razlike v migracijskih tokovih so med državami članicami velike. Tradicionalno so Nemčija, Francija in Velika Britanija beležile največji priliv migrantov, v zadnjem obdobju pa velik priliv beležijo tudi Italija, Španija in Irska (Economic Policy Committee, 2009, str. 39).

Prihodnje trende je pri migracijah najtežje napovedovati, saj bodo odvisni od številnih dogodkov na ekonomskem, družbenem in političnem področju. Eurostatove projekcije prebivalstva EUROPOP2008 neto migracijske tokove v EU-27 za celotno obdobje do leta 2060 ocenjujejo na skupno 59 milijonov migrantov. Projekcije predvidevajo upad migracijskih tokov, in sicer z 1.680.000 migrantov v letu 2008 (kar pomeni 0,33 % evropskega prebivalstva) na 980.000 v letu 2020 in na 800.000 migrantov v letu 2060 (kar pomeni 0,16 % evropskega prebivalstva). Migracijski tokovi naj bi se koncentrirali na nekaj ciljnih držav, in sicer na Italijo, Španijo, Nemčijo in Veliko Britanijo. Za države, ki se danes

¹ Neto migracije se merijo kot razlika med celotnim prebivalstvom med 31. decembrom in 1. januarjem istega koledarskega leta minus naravni prirastek (razlika med številom rojstev in številom smrti) (Economic Policy Committee, 2009, str. 39).

soočajo z migracijskimi odlivi, je v naslednjih desetletjih pričakovati, da se bo ta trend ustavil oziroma obrnil (Economic Policy Committee, 2009, str. 40). Eurostatove projekcije neto migracijskih tokov za posamezne države članice EU-27 za obdobje 2008 - 2060 so razvidne iz Tabele 5 v prilogi.

Migracije so v številnih državah postale glavna determinanta demografskih sprememb in osnova demografske rasti. V obdobju od leta 1994 do leta 2006 se je število prebivalstva EU-27 sicer povečalo za 19 milijonov, vendar je bilo 15 milijonov oziroma 79 % tega povečanja rezultat priseljevanja. V Nemčiji in Italiji bi prebivalstvo brez priseljevanja že upadlo, v Španiji pa je stopnja priseljevanja desetkrat večja od naravnega prirastka (Vertot, 2007a, str. 127). Po projekcijah bo do leta 2020 prebivalstvo postopoma naraščalo v 17 državah članicah EU in v polovici od njih bo rast posledica priseljevanja, (v Grčiji, Španiji, Italiji, Avstriji, na Malti, Češkem, Poljskem in Portugalskem) (Economic Policy Committee, 2009, str. 47).

Na začetku leta 2007 je bilo okoli 4 % prebivalstva EU-27 neevropskih narodnosti (Commission of the European Communities, 2008a, str. 7). EU torej sprejema veliko število priseljencev, ki izhajajo iz tretjih držav, pričakovati pa je, da bo zaradi upadanja aktivnega prebivalstva in posledičnega pomanjkanja delovne sile v naslednjih dvajsetih letih še vedno pritegnila veliko število priseljencev (Komisija Evropskih skupnosti, 2006a, str. 10). Po projekcijah, ki ne upoštevajo migracijskih tokov, bi se aktivno prebivalstvo do leta 2030 postopoma zmanjšalo za 10 %, do leta 2060 pa celo za 20 % (Economic Policy Committee, 2009, str. 48).

Migracije imajo morda pomembno vlogo pri reševanju problema pomanjkanja delovne sile, vendar pa njihov vpliv na staranje prebivalstva ostaja majhen. Izračuni so pokazali, da bi bili za zaustavitev staranja prebivalstva potrebni množični dotoki mladih migrantov. Nemčija bi na primer za ohranitev nespremenjene strukture prebivalstva potrebovala preko 3 milijone migrantov letno. Povečane migracije lahko le delno odpravijo posledice, ki jih v starostni strukturi evropskega prebivalstva povzročata nizka rodnost in podaljševanje pričakovane življenjske dobe in same po sebi ne morejo bistveno ublažiti negativnih učinkov staranja prebivalstva (Commission of the European Communities, 2007a, str. 30).

1.1.1.4 Kohorta izbruha rodnosti

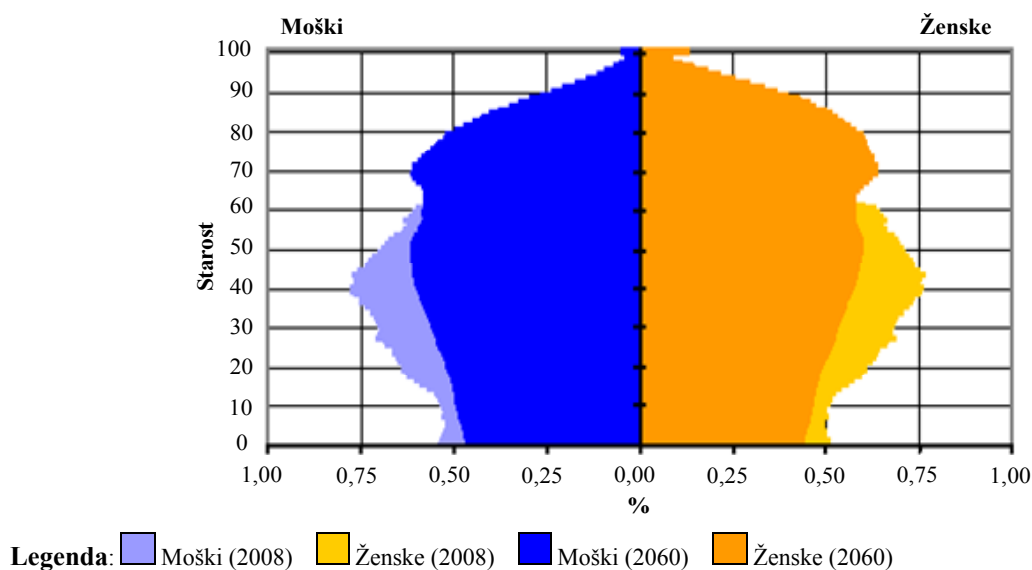
Na demografske spremembe močno vplivajo tudi različne velikosti kohort. Za povojno obdobje je bila značilna visoka rodnost, zato je danes prebivalstvo, staro med 45 in 65 let, zelo številčno. Govorimo o kohorti izbruha rodnosti, včasih poimenovani tudi »baby boom« generacija. Ta velika kohorta trenutno še vedno predstavlja aktivno prebivalstvo, vendar pa čedalje več ljudi iz te generacije dosega upokojitveno starost. To bo v prihodnje pomenilo veliko spremembo v razmerju med aktivnim in vzdrževanim prebivalstvom. Povzročilo bo znatno povečanje deleža starejših oseb, ki jih bo moralo finančno podpirati vse manjše število aktivnih odraslih. Čez približno petnajst let pa lahko pričakujemo, da bo ta kohorta ustvarjala velik pritisk na sisteme zdravstvenega varstva in dolgotrajne oskrbe.

1.1.2 Projekcije evropskega prebivalstva

Po novih Eurostatovih projekcijah prebivalstva EUROPOP2008 se bo starostna struktura evropskega prebivalstva v prihajajočih desetletjih dramatično spremenila, tako da bo njena podoba v letu 2060 z očmi današnjega opazovalca težko prepoznavna. Prebivalstvo EU bo v letu 2060 rahlo številčneje kot danes, vendar občutno starejše. Povečalo naj bi se s 495,4 milijonov prebivalcev v letu 2008 na 520,1 milijonov prebivalcev v letu 2030, ko bo doseglo vrh, kar pomeni porast za skoraj 5 %. Nato naj bi prebivalstvo do leta 2060 postopoma upadlo za 3 %, in sicer na 505,7 milijonov prebivalcev, kar je rahlo več v primerjavi z letom 2008. Vendar pa bodo med državami članicami obstajale velike razlike. Medtem ko naj bi v približno polovici držav prebivalstvo naraslo (v Belgiji, Španiji, Franciji, Luksemburgu, Avstriji, Veliki Britaniji, na Cipru, Danskem, Irskem, Nizozemskem, Portugalskem, Finskem in Švedskem), pa naj bi v drugi polovici držav upadlo (v Bolgariji, Nemčiji, Estoniji, Grčiji, Italiji, Latviji, Litvi, Romuniji, Sloveniji, na Malti, Češkem, Madžarskem, Poljskem in Slovaškem) (Economic Policy Committee, 2009, str. 41).

Bolj pomembna pa je pričakovana sprememba v starostni strukturi evropskega prebivalstva. Kot že omenjeno, je glavna značilnost demografskih trendov staranje prebivalstva, ki ga najbolj ponazori prebivalstvena piramida, ki kaže strukturo prebivalstva po spolu in starostnih skupinah. Prebivalstvena piramida za EU-27 za obdobje 2008 - 2060, ki je razvidna iz Slike 1, jasno kaže, da se bo vrhnji del piramide širil kot posledica dejstva, da kohorte starejših postajajo vse bolj številčne, istočasno pa se bo spodnji del piramide krčil, saj so zaradi nizke rodnosti kohorte mladih vse manj številčne. Posledično se oblika piramide vse bolj spreminja v obliko stebra.

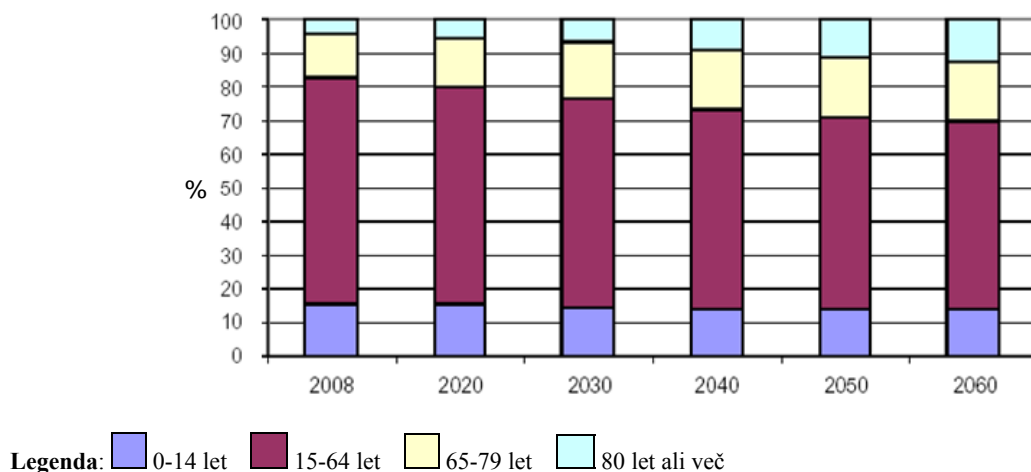
Slika 1: Prebivalstvena piramida za EU-27 za obdobje 2008 – 2060 (Eurostat, projekcije prebivalstva EUROPOP2008, konvergenčni scenarij)



Vir: Eurostat, Ageing characterises the demographic perspectives of the European societies. Statistics in focus 72/2008, 2008, str. 3, slika 5.

Projekcije prebivalstva za posamezne starostne skupine kažejo, da se bo število otrok po letu 2020 začelo postopno zmanjševati. Danes je v celotnem prebivalstvu 3,5-krat več otrok kot najstarejšega prebivalstva (80+). V letu 2060 bo število otrok sicer še vedno presevalo število najstarejšega prebivalstva, vendar bo slednje obsegalo že 80 % števila vseh otrok. Število najstarejšega prebivalstva se bo, kot že omenjeno, do leta 2060 potrojilo in ta starostna skupina bo skorajda tako številčna kot starostna skupina otrok (14 %) (Economic Policy Committee, 2009, str. 41). Vse te spremembe se bodo odrazile v upadanju deleža aktivnega prebivalstva, ki bo do leta 2060 upadlo za 15 % (Economic Policy Committee, 2009, str. 19). Predvidene spremembe v strukturi prebivalstva po glavnih starostnih skupinah za EU-27 v obdobju 2008 - 2060 so razvidne iz Slike 2.

Slika 2: Struktura prebivalstva EU-27 po starostnih skupinah za obdobje 2008 – 2060 (Eurostat, projekcije prebivalstva EUROPOP2008)



Vir: Economic Policy Committee & European Commission, 2009 Ageing Report: Economic and budgetary projections for the EU-27 Member States (2008-2060). European Economy 2 (provisional version), 2009, str. 45, slika 15.

Kot posledica teh trendov naj bi se indeks starostne odvisnosti starih, ki je izražen kot razmerje med številom prebivalstva, starega 65 let ali več, in številom aktivnega prebivalstva (15 - 64), v projiciranem obdobju več kot podvojil, in sicer z 25,4 % na 53,5 %. To pomeni, da bo EU namesto sedanjega razmerja štiri aktivne osebe na eno osebo, staro 65 let ali več, v letu 2060 prešla na razmerje dva na enega (Economic Policy Committee, 2009, str. 45). EU je že leta 1950 imela najvišji indeks starostne odvisnosti starih na svetu, OZN pa ocenjuje, da bo to značilno zanjo tudi v letu 2050 (Economic Policy Committee, 2009, str. 50). Projekcije indeksa starostne odvisnosti starih za posamezne države članice EU-27 za obdobje 2008 - 2060 so razvidne iz Tabele 6 v prilogi. Indeks starostne odvisnosti najstarejših, ki je izražen kot razmerje med številom prebivalstva, starega 80 let ali več, in številom aktivnega prebivalstva (15 - 64), naj bi se v projiciranem obdobju več kot potrojil, in sicer s 6,5 % na 22 % (Economic Policy Committee, 2009, str. 45).

Staranje prebivalstva bo torej tudi v prihodnje ključna značilnost demografske podobe EU in bo predvsem posledica pričakovanega podaljševanja življenjske dobe, kljub pričakovanim

pozitivnim neto migracijskim tokovom in rahlemu dvigu stopenj rodnosti (Economic Policy Committee, 2009, str. 41).

1.2 Demografska podoba Slovenije

Po sedanjih demografskih razmerah se Slovenija uvršča v skupino razvitega evropskega prebivalstva, kar pomeni, da se srečuje s podobnimi demografskimi značilnostmi in problemi kot ostale članice EU. Prebivalstvo Slovenije že nekaj časa sodi med stara prebivalstva, v prihodnjih desetletjih pa se bo ob nadaljnji nizki rodnosti vse bolj približevalo fazi pretiranega staranja² (Malačič, 2006, str. 21).

Demografske razmere v Sloveniji kažejo nizko rodnost ter nizek in občasno negativen naravni prirastek. Od začetka 1980-ih let so se demografske razmere na področju rodnosti v Sloveniji pospešeno slabšale. Stopnja totalne rodnosti se je v obdobju od leta 1980 do leta 2003 znižala z 2,1 na 1,20 otroka na žensko, do leta 2007 pa nekoliko dvignila, in sicer na 1,38 otroka, vendar je še vedno med najnižjimi v Evropi (Eurostat, 2009, str. 43). To kaže, da je Slovenija ob začetku 21. stoletja vstopila v posebno kritično fazo demografskega razvoja, saj se je rodnost znižala na 60 % ali celo manj tiste ravni, ki bi zagotavljala enostavno obnavljanje prebivalstva. Nizka rodnost v zadnjih letih zagotovo pomeni največji demografski problem v Sloveniji (Malačič, 2008, str. 99).

V zadnjih dveh desetletjih je zaznati konstanten porast deleža prebivalstva, starega 65 let ali več. Ob popisu prebivalstva leta 1991 je ta delež znašal 11,2 %, ob popisu leta 2002 14,7 %, ob koncu leta 2005 pa 15,6 % celotnega prebivalstva (Strategija varstva starejših, 2006, str. 42). Ob koncu leta 2007 se je ta delež povečal že na 16,1 % celotnega prebivalstva, kar pomeni, da je v tej starostni skupini že več kot 326.847 prebivalcev Slovenije (Poročilo o realizaciji nalog Strategije varstva starejših, 2009). Delež najstarejšega prebivalstva (80+) naj bi v letu 2008 po ocenah Eurostata znašal 3,52 % celotnega prebivalstva, kar pomeni okoli 71.200 prebivalcev (Eurostat, 2008, str. 8-10). Leta 2003 je število prebivalcev, starih 65 let ali več, prvič preseгло število otrok (Strategija varstva starejših, 2006, str. 42). Delež slednjih je ob koncu leta 2007 znašal 13,9 % celotnega prebivalstva (Eurostat, 2009, str. 43). Slovenija sodi med deset držav na svetu z najstarejšim prebivalstvom. Srednja starost je v letu 1950 znašala 27,7 let, v letu 1980 31,7 let, v letu 2009 naj bi znašala 41,4 let, do leta 2050 pa se bo po napovedih OZN povišala na 48,7 let (United Nations, 2009, str. 63).

Indeks starostne odvisnosti starih je v zadnjih 20-ih letih narasel za 53,2 % in je sredi leta 2007 znašal 22,9 %. V skladu z demografskimi projekcijami se bo njegova vrednost do leta 2050 povišala na 60,3 %. To pomeni, da se bo obremenjenost aktivnega prebivalstva s starim

² Ločimo mlada, zrela in stara prebivalstva. Mlada prebivalstva so opredeljena z odstotkom starega prebivalstva (65+) do 5 in z indeksom staranja do 15, zrela prebivalstva z odstotkom starih od 5 do 7 in z indeksom staranja med 15 in 25, stara prebivalstva pa z odstotkom starih nad 7 in z indeksom staranja nad 25. Razmisliti pa bi bilo potrebno še o uvedbi pojma zelo starega ali pretirano starega prebivalstva. Meja za to kategorijo bi lahko bila 20 odstotkov starih 65 let in več (Malačič, 2006, str. 19).

prebivalstvom do leta 2050 povečala na več kot 2,5-kratno vrednost (Nacionalno poročilo o strategijah socialne zaščite in socialnega vključevanja, 2008, str. 42). Indeks starostne odvisnosti starih je trenutno v Sloveniji še nižji od povprečja EU, ker je proces staranja prebivalstva v Sloveniji še nekoliko počasnejši, projekcije pa kažejo, da se bo ta proces pospešil že v naslednjem desetletju. Hitre spremembe se pričakujejo zlasti po letu 2015 in bodo v Sloveniji bolj intenzivne kot v povprečju EU. Okoli leta 2030 bo imela Slovenija že bolj staro prebivalstvo kot EU-25 (Vertot, 2007a, str. 128; Malačič, 2008, str. 100).

Pričakovana življenjska doba se tudi v Sloveniji zvišuje. V zadnjih treh desetletjih se je za moškega podaljšala za 8,2 let, za žensko pa za 7,7 let (Eurostat, 2009, str. 44). Deček rojen v letu 2008 lahko po oceni Eurostata pričakuje, da bo dočakal 74,7 let, deklica pa 81,9 let (Commission of the European Communities, 2008, str. 51).

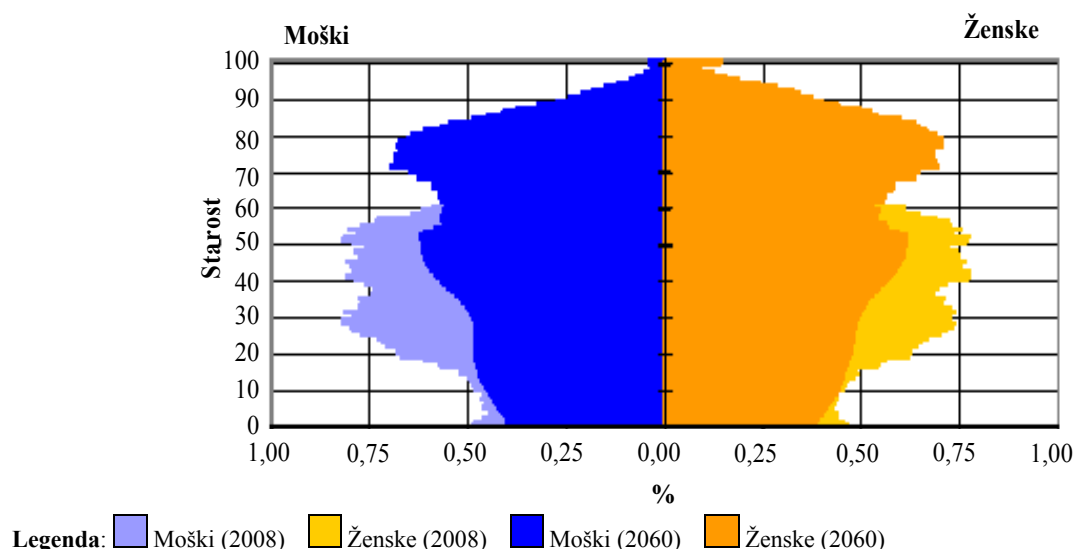
Po podatkih Statističnega urada Republike Slovenije je imela Slovenija na dan 31. december 2008 2.032.362 prebivalcev. V primerjavi s stanjem konec leta 2007 se je število prebivalcev povečalo za 1,1 %. Opazneje se je povečal delež tujih državljanov med prebivalstvom, ki je konec leta 2007 znašal 2,6 %, konec leta 2008 pa 3,5 % celotnega prebivalstva (http://www.stat.si/novica_prikazi.aspx?ID=2319). V letih 2006 in 2007 je Slovenija zabeležila pozitiven naravni prirastek, kar je posledica pozitivnih neto migracij, ki so v zadnjih letih višje od negativnega naravnega prirastka. Že v kratkem pa lahko pričakujemo, da se bo začelo število prebivalstva v Sloveniji zmanjševati, saj bodo pozitivne neto migracije čez nekaj let zaostale za negativnim naravnim prirastkom (Malačič, 2008, str. 99).

1.2.1 Projekcije slovenskega prebivalstva

Novo Eurostatove projekcije prebivalstva EUROPOP2008 za obdobje 2008-2060 kažejo, da se bo prebivalstvo Slovenije do leta 2019 še povečevalo, po tem letu pa bo začelo upadati in bo do leta 2060 za 12,1 % manjše kot leta 2008. Tako se bo s sedanjih 2,02 milijona prebivalcev do leta 2019 povečalo na skoraj 2,06 milijona prebivalcev, nato pa bo počasi, a vztrajno upadalo in se bo do leta 2060 znižalo na 1,76 milijona prebivalcev. Tak razvoj bo posledica stalnega podaljševanja življenjske dobe, skromnega povečevanja rodnosti in razmeroma skromnega selitvenega prirasta (Vertot, 2008, str. 17).

Projekcije kažejo na nadaljnje naraščanje deleža starejših v Sloveniji. Delež prebivalstva, starega 65 let ali več, naj bi se do leta 2060 več kot podvojil in naj bi znašal 33,44 % celotnega prebivalstva, kar bi pomenilo že blizu 600.000 prebivalcev. Delež najstarejšega prebivalstva, starega 80 let ali več, naj bi se do leta 2060 povečal na skoraj 4-kratno vrednost in bi zajemal 13,85 % celotnega prebivalstva, to bi pomenilo že okoli 250.000 prebivalcev. Prebivalstvena piramida za Slovenijo za obdobje 2008 - 2060, ki je pripravljena na osnovi Eurostatovih projekcij prebivalstva EUROPOP2008, je razvidna iz Slike 3.

Slika 3: Prebivalstvena piramida za Slovenijo za obdobje 2008 - 2060 (Eurostat, projekcije prebivalstva EUROPOP2008, konvergenčni scenarij)



Vir: Commission of the European Communities, Demography Report 2008: Meeting Social Needs in an Ageing Society, 2008a, str. 26.

Stopnja totalne rodnosti naj bi se do leta 2060 dvignila na 1,52 otroka na žensko (Eurostat, 2008, str. 7-11). Po napovedih OZN bi stopnja totalne rodnosti v Sloveniji že v letu 2050 dosegla 1,82 otrok na žensko (United Nations, 2009, str. 67). Pričakovana življenjska doba ob rojstvu bo za moškega 83,7 let, za ženske pa 88,8 let. Letni selitveni prirast iz tujine bo po predvidevanjih do leta 2060 v prvih letih znašal okoli 6.000 oseb letno, nato pa se bo postopno zmanjševal, vendar z različno intenzivnostjo. Tako bo leta 2020 znašal okoli 4.500 oseb, leta 2040 okoli 3.500 oseb in leta 2060 okoli 2.300 oseb letno (http://www.stat.si/novica_prikazi.aspx?ID=2319). Slovenija bi za ohranitev deleža aktivnega prebivalstva na ravni iz leta 2008 v obdobju od leta 2008 do leta 2020 po ocenah potrebovala skupno neto migracij v višini 10 % prebivalstva iz leta 2008 (Economic Policy Committee, 2009, str. 47).

Po projekcijah prebivalstva, ki jih je za Slovenijo pripravil Malačič (2008, str. 102) bi se v obdobju od leta 2006 do leta 2041 po konstantni varianti projekcij³ prebivalstvo Slovenije zmanjšalo z 2.005.055 prebivalcev na 1.610.056 prebivalcev, kar pomeni za 19,7 %. Ob tem bi se v Slovenijo neto priseljevalo 2.400 ljudi na leto. Če migracijskega prirastka ne bi bilo, bi se število prebivalstva zmanjšalo še bolj. Delež starih 65 let in več bi se s 15,6 % povečal na 26,6 %. Najmanjše zmanjšanje prebivalstva po Malačiču (2006, str. 326-331) predvideva visoka varianta projekcij. Delež starih 65 let ali več bi se po tej varianti povečal na 26 %, medtem ko naj bi se po srednji varianti povečal na 27,7 % in po nizki varianti na 29,5 %. V vseh primerih naj bi prišlo do izrazitega staranja prebivalstva, ki bi bilo še bolj izrazito, če bi projekcije upoštevale le naravno rast prebivalstva. Vendar se tudi pri projekcijah, ki upoštevajo

³ Projekcije prebivalstva Slovenije v obdobju od leta 2006 do leta 2041 so izdelane v konstantni, nizki, srednji in visoki varianti. Kritičnost sedanjih demografskih razmer v Sloveniji se najbolj izrazi v konstantni varianti, pri kateri zamrzemo sedanje stanje demografskih procesov in jih podaljšamo v prihodnost. Vse variante projekcij predpostavljajo pozitivne neto migracije (Malačič, 2006, str. 323 - 331; Malačič, 2008, str. 102).

migracije, pokaže, da tudi večje imigracije v Slovenijo le malo omilijo proces staranja prebivalstva Slovenije.

2 POLITIKA IZVAJANJA DOLGOTRAJNE OSKRBE V EU

2.1 Opredelitev dolgotrajne oskrbe in potreb po dolgotrajni oskrbi

Organizacija za ekonomski razvoj in sodelovanje (v nadaljevanju OECD) je dolgotrajno oskrbo opredelila kot vrsto storitev za osebe, ki so skozi daljše časovno obdobje odvisne od pomoči drugih pri izvajanju temeljnih dnevnih opravil (angl. *basic activities of daily living (ADLs)*)⁴. Ta osebna oskrba se pogosto nudi v kombinaciji z osnovnimi zdravstvenimi storitvami (na primer previjanjem obvez, protibolečinsko terapijo, paliativno oskrbo itd.) (OECD, 2005a, str. 17). Dolgotrajna oskrba vključuje tudi socialno oskrbo kot razne oblike pomoči, ki osebi omogočajo, da živi čim bolj neodvisno življenje in so opredeljene kot podporna dnevna opravila (angl. *instrumental activities of daily living (IADLs)*)⁵ (Commission of the European Communities, 2008b, str. 3). Dolgotrajno oskrbo je potrebno razlikovati od zdravljenja ali rehabilitacijske nege, ki imata namen izboljšati zdravstveno stanje, medtem ko dolgotrajna oskrba le nadomešča izgubljene sposobnosti za opravljanje dnevnih opravil. Se pa, kot je bilo že omenjeno, to dvoje pogosto prepleta z dolgotrajno oskrbo (Lundsgaard, 2005, str. 9). Namen dolgotrajne oskrbe je torej zagotavljanje čim večje kakovosti življenja oseb, ki potrebujejo pomoč druge osebe, z upoštevanjem njihovih omejenih psihofizičnih sposobnosti.

Potrebe po dolgotrajni oskrbi niso vezane le na obdobje starosti, vendar pa s starostjo naraščajo. Po mnenju nekaterih avtorjev naj bi začele po 75 letu eksponentno naraščati (Lundsgaard, 2005, str. 9). Ocene potreb po dolgotrajni oskrbi se med različnimi avtorji razlikujejo. Redburn (1998, str. 14) ugotavlja, da v razvitem svetu potrebuje 25 % ljudi, ki so stari nad 60 let, pomoč pri vsakodnevni oskrbi, od tega okoli 15 % sorazmerno malo pomoči, okoli 10 % pa veliko oskrbe in nege. Raziskava v okviru projekta SHARE⁶ kaže, da ima 20 % prebivalcev v starosti 65 let ali več neko obliko invalidnosti, ki povzroči odvisnost od pomoči drugih pri opravljanju dnevnih opravil. Z višanjem starosti se odvisnost od pomoči drugih povečuje. Raziskava kaže, da naj bi bilo v državah EU v letu 2004 v starosti med 65 in 70 let

⁴ Temeljna dnevna opravila so osebna opravila samooskrbovanja in vključujejo umivanje, hranjenje, oblačenje, vstajanje in leganje v posteljo, gibanje po hiši oziroma stanovanju, uporaba toaleta in vzdrževanje osebne higiene (OECD, 2005a, str. 17).

⁵ Podporna dnevna opravila so opravila, ki osebi omogočajo neodvisno življenje v hiši oziroma stanovanju in vključujejo pripravo obrokov hrane, čiščenje, pranje perila, upravljanje z denarjem, nakupovanje špecerije in osebnih potrebščin, nudenje transporta, gospodinjska opravila in uporabo telefona (OECD, 2005a, str. 17).

⁶ SHARE je kratica za Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe. Gre za multidisciplinarno mednarodno raziskavo podatkov o zdravstvenem stanju, socialno-ekonomskem statusu in socialnih mrežah več kot 30.000 posameznikov, starih nad 50 let. Raziskavo financira Evropska komisija in se je v zadnjih nekaj letih izvajala v enajstih državah EU.

odvisnih 7,1 % moških in 9,4 % žensk, v starosti 80 let ali več pa kar 27,7 % moških in 36,3 % žensk (Socialni razgledi 2006, 2006, str. 101). Komisija Evropskih skupnosti na podlagi več študij ocenjuje, da je med 3 in 5 % oseb, starejših od 65 let, močno odvisnih od pomoči druge osebe, okoli 15 % pa jih rabi pomoč le pri nekaterih dnevni opravilih. V povprečju okoli 3 do 3,5 % vsega prebivalstva potrebuje tujo pomoč in oskrbo (Predlog zakona o dolgotrajni oskrbi, 2006, str. 12). Nekateri strokovnjaki ocenjujejo, da izguba samostojnosti prizadene več kot 70 % prebivalstva, starejšega od 75 let (Evropski ekonomsko-socialni odbor, 2005, str. 137).

2.2 Evropski politični okvir izvajanja dolgotrajne oskrbe

Dolgotrajna oskrba je področje, ki v okviru zdravstvenih in socialnih politik evropskih držav v zadnjih letih zavzema vse pomembnejše mesto. Vedno bolj se namreč v ospredje postavlja potreba, ki je doslej evropski politični prostor ni zaznaval, in se kaže kot potreba po novem stebru socialne varnosti. Socialna država 20. stoletja je namreč ustvarila mehanizme socialne varnosti za primere brezposelnosti, bolezni, invalidnosti in starosti, ne pa tudi za primer dolgotrajne oskrbe. Pomoč je bila v primeru tovrstnih potreb po večini odvisna od solidarnosti in neformalne pomoči neposrednega okolja, predvsem družine, medtem ko je bila oseba formalne oskrbe, običajno v obliki institucionalnega varstva v domovih za starejše, deležna praviloma šele v primeru, ko je neformalna mreža pomoči odpovedala (Flaker et al., 2008b, str. 26).

Družba se danes sooča z dvema vrstama pomembnih sprememb. V prvi vrsti gre za demografske spremembe, ki prinašajo naraščanje števila ljudi, ki potrebujejo dolgotrajno oskrbo, hkrati pa se zmanjšuje število aktivnega prebivalstva, ki oskrbo lahko nudi. Poleg demografskih sprememb smo v družbi priča tudi spremembam v načinu sodobnega življenja družine, zaradi česar ni mogoče pričakovati, da bi se dolgotrajna oskrba lahko tudi v prihodnje izvajala znotraj družine v enakem obsegu kot doslej. To pomeni, da se razmerje med tistimi, ki dolgotrajno oskrbo potrebujejo, in tistimi, ki jo lahko nudijo, radikalno spreminja. Vse večje število oseb bo odvisnih od formalnih oblik oskrbe, bodisi v obliki institucionalnega varstva bodisi v obliki pomoči na domu, stroški tovrstne oskrbe pa pogosto presegajo finančne zmožnosti oseb, ki tovrstno pomoč potrebujejo. Tako potreba po dolgotrajni oskrbi postaja novo socialno tveganje, ki ni ustrezno pokrito s tradicionalnimi sistemi socialnega varstva in zato zahteva ustrezno prilagoditev (Council of the European Union, 2003, str. 13). V nekaterih državah je dolgotrajna oskrba že nov, samostojen steber socialne varnosti, kot so ti vzpostavljeni za primere brezposelnosti, bolezni, invalidnosti in starosti. V mnogih državah pa je to tveganje deljeno med zdravstvenim in socialnim sistemom (Commission of the European Communities, 2008b, str. 2).

2.2.1 Evropska socialna politika in posodabljanje sistemov socialne zaščite

Sistemi socialne zaščite, ki so vzpostavljeni v državah članicah EU, imajo za cilj vsem državljanom zagotoviti socialno varnost. Sistem socialne zaščite je način pokrivanja stroškov na ravni celotne družbe, s čimer v primeru potreb po dolgotrajni oskrbi zagotavlja, da plačevanje oskrbe ne vodi v osiromašenje in da je tudi osebam z nižjimi dohodki zagotovljen dostop do ustrezne dolgotrajne oskrbe. Stroški dolgotrajne oskrbe namreč pogosto presegajo finančne zmožnosti posameznika oziroma njegove družine. Ta cilj države članice EU dosegajo preko različnih sistemov s pomočjo zavarovanja ali neposrednega zagotavljanja storitev dolgotrajne oskrbe na domu ali v institucijah (Commission of the European Communities, 2008b, str. 2). Tako visok nivo socialne varnosti, kakršnega zagotavljajo sistemi socialne zaščite v Evropi, v svetu skorajda nima primerjave (Commission of the European Communities, 2004, str. 2).

Za EU je značilno, da nima enotnega sistema socialne zaščite. V skladu z načelom subsidiarnosti je oblikovanje pravnih okvirov, organizacija in financiranje področij socialne zaščite v pristojnosti držav članic na nacionalni ravni. EU na ta področja posega le s priporočili, spodbujanjem medsebojnega usklajevanja socialnih politik, finančno pomočjo iz strukturnih skladov in s pripravo skupnih smernic ali skupnih ukrepov, saj ima večina držav članic enake težave.

Obstoječi sistemi socialne zaščite se soočajo z naraščajočimi javnimi izdatki, ki so posledica demografskih sprememb in staranja prebivalstva. Ti sistemi so bili oblikovani v drugačnih demografskih okoliščinah in odgovarjajo drugačnim družbenim potrebam. Da bi bili kos prihajajočim demografskim izzivom in da bi se zagotovila njihova finančna vzdržnost, so se države članice zavezale k posodabljanju sistemov socialne zaščite, to posodabljanje pa zadeva tudi sisteme zdravstvenega varstva in dolgotrajne oskrbe (Commission of the European Communities, 2008b, str. 2).

Sistemi dolgotrajne oskrbe se med državami članicami EU zelo razlikujejo, vendar pa so določeni problemi skupni vsem sistemom. Mednje sodijo zlasti ovire pri dostopu do storitev dolgotrajne oskrbe kljub načelni vsesplošni dostopnosti, pogosto neustrezna kakovost storitev ali nezadostna ponudba storitev v primerjavi s potrebami, dolge čakalne dobe ter finančna nestabilnost. Vse navedeno poudarja potrebo po posodobitvi teh sistemov, poudarja pa tudi potrebo po koordiniranem in poenotenem pristopu v vseh članicah, da bi se zagotovil ustrezen razvoj tega področja. Za namen posodobitve sistemov dolgotrajne oskrbe je Komisija Evropskih skupnosti predlagala uporabo odprte metode usklajevanja⁷, ki naj bi ob

⁷ Odprta metoda usklajevanja pomeni prožen način usklajevanja politik držav članic na področjih, ki so v pristojnosti članic, brez zakonodajnega omejevanja ali omejevanja načela subsidiarnosti. Članice se opredeljujejo do skupnih ciljev na področju socialnega vključevanja (od leta 2000), pokojninskih sistemov (od leta 2001), z letom 2004 pa tudi na področju zdravstvenega varstva in dolgotrajne oskrbe. Rezultat odprte metode usklajevanja je oblikovanje skupnih razvojnih strategij in reform, ki jih Evropska komisija in Svet Evropske unije predstavljata v skupnih poročilih o socialni zaščiti in socialni vključenosti. Skupno poročilo za leto 2007 je integrirano obravnavalo prvi sklop nacionalnih poročil o politikah socialnega vključevanja, pokojnin, zdravstvenega varstva in dolgotrajne oskrbe (Commission of the European Communities, 2007b).

upoštevanju načela subsidiarnosti pomagala oblikovati skupen okvir za nacionalne reforme sistemov dolgotrajne oskrbe (Commission of the European Communities, 2004, str. 2).

2.2.2 Strateške usmeritve evropske politike na področju dolgotrajne oskrbe

Komisija Evropskih skupnosti je za potrebe posodabljanja sistemov socialne zaščite in s tem tudi dolgotrajne oskrbe podala nekaj temeljnih usmeritev. Predlagala je tri skupne cilje, ki pomenijo splošno strategijo EU na področju dolgotrajne oskrbe, in sicer (Commission of the European Communities, 2001, str. 9-13):

1. dostop do primerne dolgotrajne oskrbe, ki ne sme biti omejen s posameznikovo plačilno zmožnostjo ali odvisen od posameznikovega dohodka oziroma premoženja. Potreba po dolgotrajni oskrbi ne bi smela voditi v revščino ali finančno odvisnost;
2. visoka kakovost storitev dolgotrajne oskrbe;
3. dolgoročna finančna vzdržnost sistemov dolgotrajne oskrbe, ne da bi bilo potrebno odtegniti sredstva drugim sektorjem ali političnim prioritetam.

Komisija Evropskih skupnosti je aprila 2008 pripravila študijo o dolgotrajni oskrbi v EU, v kateri je ugotavljala, v kolikšni meri se zadani cilji in usmeritve tudi uresničujejo. Čeprav so se države članice zavezale k zagotavljanju splošne dostopnosti do storitev dolgotrajne oskrbe, pa v povezavi z uresničevanjem tega cilja obstajajo številne ovire. Komisija Evropskih skupnosti ocenjuje, da je ponudba storitev dolgotrajne oskrbe nezadostna že za pokritje obstoječih, še manj pa prihodnjih potreb po dolgotrajni oskrbi. Še vedno obstaja pomanjkanje določenih oblik oskrbe in geografsko neenakomerna razporeditev ponudbe, nerazvito je zavarovanje za dolgotrajno oskrbo, individualni stroški plačevanja storitev so visoki, čakalne dobe za določene oblike pomoči so dolge, značilno je tudi pomanjkanje informacij in zapleteni administrativni postopki (Commission of the European Communities, 2008b, str. 17).

Ena izmed največjih ovir za zagotavljanje splošnega dostopa do dolgotrajne oskrbe je plačljivost nekaterih storitev. Pogosto določene storitve zdravstvene in socialne oskrbe niso krite iz osnovnega zavarovanja, zaradi česar so potrebna doplačila s strani uporabnikov ali pa morajo ti storitev plačati v celoti (angl. *out-of-pocket payments*). Veliko držav zahteva doplačila s strani uporabnikov, plačilo zavarovalnih premij ali pa imajo vpeljane sisteme preverjene potrebe⁸. Visoki stroški za uporabnike lahko pomenijo znatno finančno breme in s tem ovirajo dostop do storitev. Nekatere države so z namenom zmanjšanja finančnega bremena za uporabnike uvedle različne vrste pomoči, od denarnih pomoči starejšim, ki so odvisni od pomoči druge osebe, kritja stroškov dolgotrajne oskrbe s strani države za gospodinjstva z nizkimi prihodki (na primer Francija, Nizozemska, Belgija, Madžarska, Nemčija) pa do pristopov, ki višino doplačil vežejo na višino dohodka oziroma dopuščajo

⁸ Nekatere države (Velika Britanija, Ciper) imajo uveljavljene sisteme preverjene potrebe (angl. *means-tested systems*), v katerih je upravičenost uporabnika do dolgotrajne oskrbe, ki jo prejme bodisi v obliki storitev bodisi v obliki denarnega nadomestila, podvržena preverjanju glede na dohodek oziroma premoženjsko stanje uporabnika (OECD, 2005a, str. 24).

oprostitve doplačil in uvajanja državnih subvencij za koriščenje storitev zasebnih ponudnikov (Commission of the European Communities, 2008b, str. 18). V Nemčiji se iz tega razloga poleg posebnega obveznega zavarovanja za dolgotrajno oskrbo in sistema socialne pomoči za kritje stroškov dolgotrajne oskrbe razvija tudi trg prostovoljnega zasebnega dopolnilnega zavarovanja, ki pa je trenutno še skromen in zajema približno 1 % prebivalstva (OECD, 2005a, str. 118). Pomanjkanje javnih storitev dolgotrajne oskrbe ima za posledico tudi dolge čakalne dobe, zlasti za institucionalne oblike oskrbe. Zaslediti je tudi neenakomerno geografsko razporeditev ponudbe, in sicer tako med posameznimi evropskimi regijami kakor tudi med mestnim in urbanim okoljem, kar je posledica dejstva, da so za zagotavljanje storitev večinoma odgovorne lokalne oblasti. Na manjšo dostopnost pa vpliva tudi fragmentirano zagotavljanje storitev dolgotrajne oskrbe, to je delitev na zdravstveno in socialno oskrbo.

Države članice so se zavezale tudi k zagotavljanju visoko kakovostne dolgotrajne oskrbe in prilagajanju oskrbe spreminjajočim se potrebam in preferencam družbe in posameznikov. Kakovost storitev dolgotrajne oskrbe se med državami članicami zelo razlikuje, v mnogih državah pa je slaba kakovost vzrok za zaskrbljenost tako javnosti kakor tudi politike. Dokazi o slabi kakovosti dolgotrajne oskrbe so v preteklosti prihajali iz več različnih virov: iz novic medijev, s strani zagovorniških skupin, v obliki ugotovitev akreditacijskih postopkov, kot rezultati rednih nadzorov kakovosti in podobno. Tudi raziskave, ki so pokazale na nezadovoljstvo uporabnikov, so spodbudile države članice, da so se zavezale k izboljševanju kakovosti storitev. Med primere neustrezne dolgotrajne oskrbe sodijo neprimerne nastanitvene kapacitete, pomanjkanje zasebnosti v institucijah, podhranjenost oskrbovancev, nizka sanitarna varnost, slabi socialni odnosi, neprimerna uporaba psihofarmakoloških sredstev, pa tudi primeri zlorab (OECD, 2005a, str. 66). Zaskrbljenost glede pomanjkljive kakovosti storitev, še zlasti v institucijah, so spodbudile članice k sprejetju ustreznih ukrepov, ki med drugim vključujejo tudi uveljavljanje standardov kakovosti in mehanizmov nadzora (Svet Evropske unije, 2008, str. 12). Vendar pa Komisija Evropskih skupnosti ocenjuje, da je spremljanje kakovosti storitev v večini držav še vedno v povojih.

Zagotavljanju tretje izmed temeljnih usmeritev evropske politike na področju dolgotrajne oskrbe, to je doseganju finančne vzdržnosti, bo več pozornosti posvečene v poglavju o financiranju dolgotrajne oskrbe.

2.3 Sprememba paradigme na področju dolgotrajne oskrbe

Dolgotrajna oskrba na političnem področju prinaša veliko novosti, ne le v smislu potrebe po zagotavljanju novega stebra socialne varnosti, temveč tudi kot uveljavljanje povsem drugačne paradigme, ki presega obstoječe načine organiziranja dolgotrajne oskrbe. Uvajanje dolgotrajne oskrbe ni le nadgradnja obstoječih sistemov socialne varnosti, socialnega in zdravstvenega varstva, temveč pomeni prekinitev in paradigmatški prelom, ki ustvarja novo solidarnost in nove pristope pomoči (Flaker et al., 2008b, str. 17). Novi pristopi na področju dolgotrajne oskrbe so na kratko povzeti v Tabeli 1.

Tabela 1: Novi pristopi na področju dolgotrajne oskrbe

	STARA PARADIGMA	NOVA PARADIGMA
Organizacija ponudbe	Ločen sistem zdravstvenega in socialnega varstva	Posebno polje dolgotrajne oskrbe
Upravičenost do pomoči	Status in diagnoza	Potrebe
Višina sredstev	Glede na zaposlitev in višino dohodkov	Glede na potrebne storitve
Plačilo	Posredno – prejmejo izvajalci storitev	Neposredno – prejmejo uporabniki
Razmerje do izvajalcev oskrbe in strokovnjakov	Odvisnost Pokroviteljstvo	Neodvisnost Partnerstvo
Položaj uporabnika	Ločenost od skupnosti Razvrednotene vloge	Sodelovanje v skupnosti Cenjene vloge
Organizacija oskrbe	Drama institucionalizacije	Kontinuiteta oskrbe
Metode načrtovanja in izvajanja oskrbe	Standardne storitve Pasivni prejemniki	Storitve po meri Uporabnikova izbira in želja
Neformalni pomočniki	Preobremenjeni ali izključeni	Podpora Povezave s skupnostjo
Podoba uporabnika	Nemoč, odvisnost	Produktivni potrošnik
Prejete storitve	Glede na ponudbo Včasih tudi nepotrebne	Glede na povpraševanje uporabnikov Prejmejo natančno to kar potrebujejo
Financiranje	Nejasno	Transparentno

Vir: V. Flaker et al., *Evalvacija procesov dezinstucionalizacije v posebnih socialnih zavodih v Sloveniji, 2008b, str. 27.*

2.3.1 Deinstucionalizacija in premik k oskrbi na domu in v skupnosti

V 70-ih letih prejšnjega stoletja se je med zdravstvenim osebjem in drugimi strokovnjaki pojavilo gibanje, ki je bilo kritično do institucionalizacije starejših, saj je stroka začela razkrivati negativne in destruktivne vidike institucij. Odtlej smo v svetu priča trendu deinstucionalizacije, ki pomeni zapiranje velikih ustanov, kamor lahko štejemo tudi domove za starejše, in vzpostavljanje drugačnih oblik skrbi za starejše v skupnosti. Čeprav v Evropi še vedno veliko število starejših biva v institucijah, je deinstucionalizacija postala ena izmed temeljnih usmeritev na področju dolgotrajne oskrbe. Deinstucionalizacija ne pomeni zgolj organizacijske spremembe, temveč pomeni tudi spremembo vrednot v družbi. Gre za spremembo razmišljanja, da stari ljudje zaradi svoje oslabelosti ne smejo biti zaprti v institucije, temveč imajo pravico do bivanja v skupnosti, da so vključeni v družbene tokove in da o svoji usodi lahko odločajo sami, četudi so bolni, onemogli ali celo manj prisebni (Flaker, 2008; Jenson & Jacobzone, 2000, str. 12).

Ta spoznanja so vodila v pospeševanje oskrbe na domu (angl. *home care*) in skupnostne skrbi za starejše (angl. *community care*) kot bolj primernih in tudi stroškovno bolj učinkovitih oblik

oskrbe. Države so razvile nove oblike bivanja za starejše, na primer oskrbovana stanovanja, pospešil pa se je tudi razvoj in širitev formalnih storitev pomoči na domu. Oskrba na domu se smatra kot najboljša možna rešitev tako v ekonomskem smislu kakor tudi v smislu kakovosti bivanja starejšega človeka (Jenson & Jacobzone, 2000, str. 12).

Obseg institucionalne oskrbe v večini držav upada. Splošna usmeritev politik na področju dolgotrajne oskrbe torej zasleduje tako imenovani koncept staranja v domačem okolju (angl. *ageing in place*), ki odobrava zagotavljanje institucionalne oskrbe zgolj v primerih, ko postane oskrba tako zahtevna, da je ni več mogoče izvajati na domu ali pa bi bilo to z ekonomskega vidika nesprejemljivo (OECD, 2005a, str. 40). Staranje v domačem okolju je navsezadnje tudi želja večine Evropejcev. Posebna Eurobarometrova raziskava o dolgotrajni oskrbi je namreč pokazala, da bi se v primeru, da bi potrebovali dolgotrajno oskrbo, kar 86 % Evropejcev odločilo za oskrbo na svojem domu ali na domu sorodnika, le 8 % pa bi jih izbralo oskrbo v ustreznih institucijah (Special Eurobarometer Report, 2007, str. 17). Institucionalna oskrba je na splošno zelo nepriljubljena opcija. Največ Evropejcev bi si želelo, da bi zanje skrbeli bližnji sorodniki (45 %). Zanimiv pri tem pa je podatek, da bi jih izjemno malo (5 %) želelo tudi bivati na domu otroka, ki bi zanje skrbel, temveč bi želeli ostati na lastnem domu (Special Eurobarometer Report, 2007, str. 95). Rezultati raziskave nakazujejo še en trend na področju dolgotrajne oskrbe. Stari ljudje namreč pogosto ne želijo živeti s svojimi otroci, ampak si želijo tako imenovane intimnosti na daljavo (angl. *intimacy at a distance*). Ta trend je še zlasti razširjen v skandinavskih deželah. Kljub temu, da si stari ljudje najbolj želijo pomoči domačih, pa jih hkrati ne želijo preveč obremenjevati oziroma biti od njih neposredno odvisni in želijo ohranjati svojo avtonomijo. Seveda pa ta koncept lahko zaživi, če v okolju obstaja zadosti razvita ponudba formalnih storitev za pomoč na domu (Alber & Köhler, 2004, str. 68-77).

2.3.2 Individualizacija storitev dolgotrajne oskrbe

Vzporedno z deinstitucionalizacijo in tudi kot njena posledica se pojavlja potreba po individualizaciji oskrbe. Novi pristopi, ki so alternativa institucionalni oskrbi, v ospredje postavljajo posameznika in večje priznavanje njegovih specifičnih potreb. Oblikovali so se različni načini organiziranja osebnih paketov storitev ter individualiziranega in neposrednega financiranja paketov storitev (Flaker et al., 2008b, str. 17), torej na uporabnika usmerjene storitve dolgotrajne oskrbe (angl. *consumer directed care*).

Način izvajanja in načrtovanja dolgotrajne oskrbe v tradicionalnem sistemu temelji na standardnih storitvah, kar pomeni, da je uporabnik deležen vnaprej sestavljenega paketa storitev, ki odgovarja nekim povprečnim potrebam. V takšnem sistemu je uporabnik pasivni prejemnik storitev in se mora prilagajati obstoječi ponudbi (angl. *supply driven approach*). Včasih je prisiljen prejemati tudi storitve, ki jih pravzaprav ne potrebuje, na primer oseba, ki si zmore sama kuhati, v domu za starejše dobi kosilo, ki ji morda ni všeč. Pomanjkljivost standardne ponudbe storitev se je pokazala še zlasti tam, kjer je potrebno odgovoriti na specifične potrebe posameznikov. Nova paradigma poudarja nabor storitev, ki si jih uporabnik

izbere sam in neposredno odgovarjajo njegovim specifičnim potrebam. Ta fleksibilnost in samoodločanje je pomembno, saj dolgotrajna oskrba nenazadnje zadeva najbolj intimne aspekte človekovega življenja. Individualiziran pristop k zagotavljanju storitev, kjer ima uporabnik pogodbeno moč ali celo sredstva za plačevanje storitev, pomeni, da je nabor storitev v večji meri določen s strani povpraševanja (angl. *demand driven approach*). Uporabniki prejmejo natančno to, kar potrebujejo, kar je tudi z vidika stroškovne učinkovitosti vsekakor boljša rešitev (Flaker et al., 2008b, str. 17; European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2006, str. 75). Omogočanje večje izbire pomeni večjo stopnjo samoodločanja s strani uporabnikov. Raziskave so pokazale, da programi, ki omogočajo večjo izbiro in zagotavljajo storitve, prilagojene potrebam uporabnika, lahko prispevajo k boljši kakovosti življenja ob stroških, ki so primerljivi s tradicionalnimi načini zagotavljanja storitev, v kolikor so ti programi ustrezno selekcionirani in namenjeni tistim, ki te storitve dejansko potrebujejo (OECD, 2005a, str. 12).

Prizadevanja povečati izbiro in fleksibilnost na področju dolgotrajne oskrbe se prekrivajo z načrtovanjem finančne podpore novim oblikam dolgotrajne oskrbe. V dosedanjem sistemu javnega financiranja dolgotrajne oskrbe prevladuje posredno financiranje storitev, saj finančna sredstva prejmejo izvajalci storitev. Ena izmed pomembnih novosti je uveljavljanje individualnega in neposrednega financiranja storitev (angl. *direct payment schemes*) tako, da sredstva prejmejo neposredno uporabniki, običajno v obliki tako imenovanega osebnega proračuna (angl. *personal budget*), z njim pa po lastni presoji kupujejo storitve, ki jih izvajajo različni ponudniki. Lahko postanejo tudi delodajalci in zaposlijo osebnega oskrbovalca (angl. *consumer directed employment*). Ta pristop bistveno spreminja razmerja med uporabniki in izvajalci storitev. Medtem ko so v sistemu posrednega financiranja storitev uporabniki v odvisnem položaju v odnosu do izvajalcev storitev, pa neposredno financiranje oskrbe uporabnikom zagotavlja večjo mero neodvisnosti in partnerski odnos med izvajalci in uporabniki. V odvisnem položaju morajo uporabniki na nek način sprejemati družbeno razvrednotene vloge, ki krepijo vtis njihove nemoči, medtem ko v sistemu neposrednega financiranja partnerski odnos uporabnike postavlja v cenjene, aktivne vloge, saj jim daje pogodbeno moč in ustvarja podobo uporabnika kot kupca in produktivnega potrošnika oziroma kot osebe, ki lahko prispeva k skupnosti tudi na ta način, da zaposli druge kot svoje pomočnike. Individualizacija oskrbe in neposredno financiranje v primerjavi z institucionalno oskrbo povečata transparentnost in učinkovitost porabe javnofinančnih sredstev (Flaker, 2008; Lethbridge, 2005, str. 3). Sistem neposrednega financiranja storitev bi moral predstavljati vodilo pri oblikovanju prihodnjih rešitev (Državni svet RS, 2006).

Eden od bistvenih premikov je povezan tudi z načinom ugotavljanja upravičenosti do dajatev in storitev. Upravičenost v nasprotju z ustaljenimi pristopi ni več utemeljena na posameznikovem statusu (na primer predhodni zaposlitvi) in diagnozi (bolezen, invalidnost) temveč na njegovih objektivnih potrebah po oskrbi. Tudi višine sredstev, ki jih posameznik prejme v okviru neposrednega financiranja dolgotrajne oskrbe, ne določata posameznikova prejšnja zaposlitev in višina dohodkov, temveč obseg potrebnih storitev (Flaker et al., 2008b, str. 18).

Neposredno financiranje storitev se je že uveljavilo v večini evropskih držav. Izkušnje so pozitivne, saj se je kakovost življenja oseb, ki prejemajo neposredne dajatve, izboljšala, povečala se je izbira storitev in nadzor nad njimi, okrepila se je moč uporabnikov, poročajo pa tudi o transparentnejši in učinkovitejši porabi sredstev in zelo redkih zlorabah takšnega sistema. Čeprav je vsem sistemom skupno, da uporabniki prejmejo denar in sami plačajo storitve, da je osnova za dodelitev denarja ocena potreb in da višina zneskov ni odvisna od višine dohodkov in drugih prejemkov, pa obstajajo med sistemi neposrednega financiranja tudi razlike in sicer v višini sredstev, ki jih uporabniki prejmejo (na primer v Veliki Britaniji višina ni omejena, v Avstriji pa je določen najvišji znesek) in v nadzoru nad porabo sredstev (v Avstriji ni nadzora, v Veliki Britaniji pa obstaja popoln računovodski nadzor in regulacija porabe) (Flaker et al., 2007, str. 16).

2.3.3 Integrirana dolgotrajna oskrba

Nov pristop na področju dolgotrajne oskrbe se kaže tudi v spremembi organizacije oskrbe. Gre za preseganje tradicionalne delitve oskrbe med zdravstveni in socialni sektor in omogočanje sinergije različnih strok v skupnem pristopu k dolgotrajni oskrbi. Potrebe starejših ljudi so namreč kompleksne, saj običajno zajemajo tako potrebe po storitvah zdravstvene kakor tudi socialne oskrbe. Storitve teh dveh sektorjev pogosto med seboj niso usklajene in imajo tako za uporabnika manjši učinek kakršen bi ta lahko bil v primeru večje povezanosti, pomenijo pa tudi manj optimalno koriščenje že tako omejenih finančnih sredstev.

Sprememba v organizaciji oskrbe se kaže tudi kot preseganje ostre delitve med neformalno oskrbo v domačem okolju na eni strani in institucionalno oskrbo v domovih za starejše na drugi strani s pomočjo razvijanja storitev v podporo neformalnim oblikam oskrbe. Gre za uveljavljanje tako imenovanega koncepta kontinuitete oskrbe (angl. *continuum of care*). V tradicionalnem sistemu dolgotrajne oskrbe je ločnica med institucionalno oskrbo in oskrbo v domačem okolju zelo ostra, saj je namestitev v ustanovi običajno mogoča šele, ko posameznik izčrpa vse možnosti neformalne pomoči v domačem okolju. Strokovnjaki govorijo o tako imenovani drami institucionalizacije, ko je potrebna zaostritev razmer do dramatičnih razsežnosti, da je institucionalno varstvo upravičeno. Nov pristop razvija vrsto storitev oskrbe na domu, ki so namenjene zlasti v podporo neformalni oskrbi, in kjer je institucionalno varstvo obravnavano kot zadnja možnost, oziroma zgolj kot ena izmed možnosti (Flaker, 2008).

Eden od glavnih ciljev zasledovanja koncepta kontinuitete oskrbe je torej povezovanje storitev zdravstvene in socialne oskrbe in nudenje celovitega pristopa na ravni posameznega uporabnika (OECD, 2005a, str. 33-40). Za uresničevanje tega koncepta je ključnega pomena koordinacija storitev, saj lahko uporabnik potrebuje različne storitve v istem času in na istem mestu. Potrebno je tudi koordiniranje prehodov iz ene oblike oskrbe v drugo, saj se potrebe uporabnika sčasoma spreminjajo. V tem okviru je posebna pozornost posvečena glatkemu prehodu iz akutnega bolnišničnega zdravljenja v domačo oskrbo ali v institucionalno oskrbo.

Nemčija na primer pozna tak sistem prenosa oskrbe, ki jo za konkretnega uporabnika oziroma za posamezne primere organizirajo koordinatorji oskrbe (angl. *case managers*) (Commission of the European Communities, 2008b, str. 18). To hkrati pomeni tudi učinkovitejšo porabo javnih sredstev, saj koncept omejuje podvajanje storitev.

2.3.4 Premik pri zagotavljanju dolgotrajne oskrbe iz javnega v zasebni in nevladni sektor

Med novostmi je opaziti tudi premik pri zagotavljanju dolgotrajne oskrbe iz javnega v zasebni in nevladni sektor. Ta premik sovпада s trendom deinstitucionalizacije in pospeševanjem skupnostne skrbi. Značilnosti tega premika so predstavljene v nadaljevanju v okviru razmejevanja odgovornosti za zagotavljanje dolgotrajne oskrbe med različnimi izvajalci.

2.4 Odgovornost za zagotavljanje dolgotrajne oskrbe in izvajalci dolgotrajne oskrbe

Za področje dolgotrajne oskrbe je značilen mešan sistem (angl. *mixed economy of care*), v katerem je odgovornost za zagotavljanje dolgotrajne oskrbe porazdeljena med javni sektor (država in lokalne skupnosti), zasebni sektor (organizacije, ki zasledujejo načelo profita), tretji sektor (civilne nevladne in neprofitne organizacije) in neformalni sektor (družina, sorodstvo, soseska, prijatelji idr.). Postopek posodabljanja sistemov dolgotrajne oskrbe je povzročil spreminjanje razmerij med temi sektorji. Čeprav je v posameznih državah članicah EU odgovornost med posameznimi sektorji različno razporejena, obstajajo tudi skupni vidiki tega posodabljanja (Komisija Evropskih skupnosti, 2006c, str. 5; Ascoli & Ranci, 2002b, str. 3):

- decentralizacija državne odgovornosti in prenos finančne in planske pristojnosti z države na lokalni nivo, kar ima namen zagotoviti bolj specializirane storitve, ki so prilagojene lokalnim potrebam;
- prenos izvajanja nalog z javnega sektorja na zasebni in nevladni sektor, pri čemer se organi oblasti spreminjajo v regulativne in nadzorne organe;
- razvoj partnerstev med javnim, zasebnim in nevladnim sektorjem ter uporaba drugih oblik dodatnega financiranja poleg javnega financiranja;
- uvajanje menedžerskih pristopov, značilnih za zasebni profitni sektor (angl. *New Public Management approach*);
- jasna razmejitev med odgovornostjo financiranja in odgovornostjo izvajanja storitev: lokalne oblasti so prevzele odgovornost za financiranje in regulativo, dejansko izvajanje storitev pa prenesle na zasebni sektor in nevladne organizacije preko pogodbenih razmerij (angl. *contracting-out*). Za opravljanje socialnih storitev splošnega pomena, kamor štejemo tudi dolgotrajno oskrbo, se vse pogosteje uporabljajo javno-zasebna partnerstva. To je državo in lokalne oblasti prestavilo iz vloge ponudnika storitev (angl. *care provider*) v vlogo kupca storitev (angl. *care purchaser*). Logika tega premika je pospeševanje razvoja neodvisnega sektorja, povečanje izbire storitev, spodbujanje inovativnih pristopov in podjetništva

(European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2006, str. 71). Pomembna novost na področju dolgotrajne oskrbe je torej pluralizacija izvajalcev storitev.

Prenos odgovornosti za zagotavljanje dolgotrajne oskrbe iz javne v zasebno sfero ima lahko vrsto posledic. Po eni strani obstaja resna nevarnost, da bi mehanizem prostega trga izključil ljudi, ki so pomoči najbolj potrebni, ker storitev ne bodo sposobni plačevati (European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2006, str. 71). Država se lahko odloči za nadzor delovanja trga, saj teh storitev trg brez udeležbe javnega financiranja ne bi zmozel zagotoviti po za vsakogar dostopni ceni. Po drugi strani pa podpora podjetništvu in zdravi konkurenci med izvajalci lahko vodi do bolj kakovostnih storitev in do večje usmerjenosti na specifične potrebe uporabnikov.

Tretji sektor, torej nevladne in neprofitne organizacije, imajo v primerjavi z javno mrežo storitev zaradi svoje umeščenosti v civilno družbo in na lokalno raven možnost razviti storitve, ki so bolj prilagojene specifičnim potrebam posameznikov. Vendar pa je učinek standardizacije storitev v veliki meri zadužil fleksibilnost in inovativno vlogo nevladnih organizacij, ki se počasi spreminjajo iz neodvisne alternative javnemu vladnemu sektorju v nove hibridne oblike organizacij, ki postajajo mešanica prostovoljskih organizacij, storitvenih agencij in državne birokracije (Ascoli & Ranci, 2002a, str. 240).

Ena od pomembnejših pridobitev političnih razprav o prihodnosti dolgotrajne oskrbe je ponovno odkritje ključne vloge, ki jo ima pri tem družina kot vir neformalne oskrbe. Nekoč je bila oskrba izključno stvar družine in njena samoumevna odgovornost. Kasneje je bila odgovornost porazdeljena med družino in državo, pri čemer je bil sistem osnovan na dualističnem pristopu, ki je bodisi delegiral odgovornost za oskrbo družinam (denarni transferji) bodisi v celoti nadomeščal družinsko oskrbo s premestitvijo odgovornosti na javno mrežo institucionalne oskrbe. Temeljal je torej na ideji, da sta formalna in neformalna oskrba medsebojno izključujoči si možnosti. Danes še vedno večino oskrbe zagotavlja družina, ta pa se spreminja in družinska oskrba bo vse težje dostopna. Ženske se namreč v vedno večji meri zaposlujejo, poleg tega vedno več odraslih otrok živi daleč stran od staršev. Družine ne bodo zmogle več v tolikšni meri prevzemati odgovornosti za oskrbo in bodo v prihodnje potrebovale več podpore s strani države.

V prihodnje bo torej potrebna ustrezna razporeditev družbene odgovornosti med državo, družino in trgov. Nov pristop na področju dolgotrajne oskrbe ne obravnava formalne in neformalne oskrbe kot dveh alternativnih rešitev, pač pa kot komplementarni dejavnosti, kjer je namen javnih storitev in finančne podpore pravzaprav dopolnjevanje družinske oskrbe. Prihodnost dolgotrajne oskrbe je torej v delitvi odgovornosti, ki bo temeljila na partnerstvu in medsebojno usklajenem delovanju vseh sektorjev v smeri doseganja skupnega cilja, to je zagotavljanja celovite oskrbe.

2.4.1 Razmejitev odgovornosti med izvajalci dolgotrajne oskrbe v nekaterih državah članicah EU

V državah članicah EU je odgovornost za zagotavljanje dolgotrajne oskrbe med posamezne sektorje različno razporejena. Skandinavske države imajo na primer zelo razširjeno institucionalno oskrbo, ki jo zagotavlja javni sektor, medtem ko so mediteranske države glede tega znatno pod povprečjem EU. To je povezano z različno tradicionalno vlogo družinske mreže, ki v teh državah zagotavlja neformalno oskrbo.

Na Danskem je za oskrbo starih ljudi v glavnem odgovoren javni sektor. Država je namreč velik del odgovornosti oskrbe v 60-ih in 70-ih letih prejšnjega stoletja prevzela z ramen družine. V Veliki Britaniji družina po zakonu ni zavezana oskrbovati starih družinskih članov, vendar pa skupnostne oblike skrbi za starejše, ki si prizadevajo starega človeka čim dlje zadržati v domačem okolju, predvidevajo visoko stopnjo sodelovanja družine, tako da družina ostaja temeljni kamen skupnostne oskrbe. V Belgiji imajo odgovornost za oskrbo tako starši do otrok kot tudi zakonci drug do drugega in otroci do staršev. V Nemčiji velja, da je družinska oskrba sama po sebi umevna in da je dolžnost družine prevzeti oskrbo starih družinskih članov. V južnoevropskih državah je praksa ravno nasprotna kot na Danskem. V grški družbi odgovornost družine do oskrbe starega družinskega člana pomeni ključno vrednoto in velja za podaljšek običajnih družinskih vlog. V ruralni Španiji se pričakuje, da bodo hčerke oskrbovale svoje starše (Salvage, 1995, str. 23).

V Veliki Britaniji se je po reformi leta 1990 na področju dolgotrajne oskrbe starejših močno povečalo število zasebnih izvajalcev in zagotavljanje storitev s strani komercialnega sektorja, kar je v nekaj letih pomembno zmanjšalo prisotnost nevladnega sektorja. Velika Britanija je država, ki je izpeljala najbolj korenit prehod izvajanja oskrbe iz javnega v zasebni sektor. To se je pokazalo v povečanju števila zasebnih domov za starejše. Z uvedbo zakona iz leta 1990, ki poudarja skupnostno skrb za starejše (*Community care act*), se je povečala tudi oskrba na domu. Lokalne oblasti sedaj namesto neposrednega zagotavljanja storitev najemajo vedno več storitev od zasebnih in neprofitnih organizacij. Uvedba neposrednega financiranja storitev uporabnikom je omogočila, da ti lahko sami kupijo storitev neposredno od izvajalcev. Velika Britanija pa je leta 2000 sprejela zakon o standardih nege (*Care standards act*), ki je vpeljal nove minimalne standarde za domove, kar je povzročilo propad številnih manjših domov, saj niso bili sposobni zadostiti zahtevanim standardom. Danes na trgu dolgotrajne oskrbe v Veliki Britaniji dominira skupina petih podjetij⁹ (Lethbridge, 2005, str. 23).

V Franciji so pomoč in oskrbo na domu do leta 2001 izvajale predvsem neprofitne organizacije, kasneje pa so se tudi večja zasebna podjetja usmerila v izvajanje teh storitev, na primer *Medidep* in *Medica France*. V nordijskih državah štiri velika multinacionalna podjetja obvladujejo polovico vseh storitev oskrbe v nordijskih državah (Švedska, Finska, Norveška).

⁹ *BUPA care services, Four seasons healthcare group, Southern cross healthcare Ltd., Craegmoor group Ltd. in Westminster healthcare group*. Kot zanimivost naj dodam podatek, da Westminster Healthcare Group zaposluje 12.000 ljudi (Lethbridge, 2005, str. 42). Ta podjetja izvajajo storitve za starejše, za osebe s posebnimi potrebami in v nekaterih primerih nudijo tudi nego in pomoč otrokom, storitve pa izvajajo v domovih ali na domu.

Vendar pa je zanimivo, da so zasebni izvajalci bolj prisotni v urbanem okolju in ne tam, kjer so gospodinjstva raztresena po širšem območju, kar je pomemben ekonomski dejavnik (Lethbridge, 2005, str. 26).

V številnih državah so poleg družinske mreže glavni izvajalec oskrbe nevladne organizacije. Brez prisotnosti teh bi nacionalni sistem dolgotrajne oskrbe skorajda ne obstajal v Italiji in Španiji, bil bi prepolovljen v Franciji in Nemčiji in bil bistveno okrnjen tudi na Norveškem. Nevladni sektor se v splošnem pojavlja v znatno večjem obsegu kot zasebni tržni sektor, ne glede na primer Velike Britanije, kjer je reforma sistema leta 1990 odprla prostor obsežni komercializaciji storitev dolgotrajne oskrbe. Zagotavljanje storitev s strani tega sektorja je v osrednji in južni Evropi nedvomno večje od obsega storitev, ki jih zagotavlja država, medtem ko v Veliki Britaniji in na Norveškem ta sektor igra le dopolnilno vlogo. Kljub pičli pozornosti, ki jo je ta sektor deležen v političnih razpravah na področju socialnega varstva, marsikje v Evropi pomeni glavni kanal za distribucijo socialnovarstvenih storitev in storitev dolgotrajne oskrbe. Zato si v prihodnje evropske politike ne morejo privoščiti ignoriranja pomembne vloge in potenciala tega sektorja (Ranci, 2002, str. 27).

2.5 Financiranje dolgotrajne oskrbe

Naraščanje deleža starejšega prebivalstva bo pomembno vplivalo na povečanje javnofinančnih izdatkov za dolgotrajno oskrbo in na povečanje deleža teh izdatkov v BDP v prihodnje. Javnofinančni izdatki za dolgotrajno oskrbo so namreč bistveno bolj skoncentrirani v višjih starostnih razredih in bodo tako podvrženi vplivom povečevanja deleža starejšega prebivalstva, še zlasti najstarejšega prebivalstva (Sambt, 2005, str. 91).

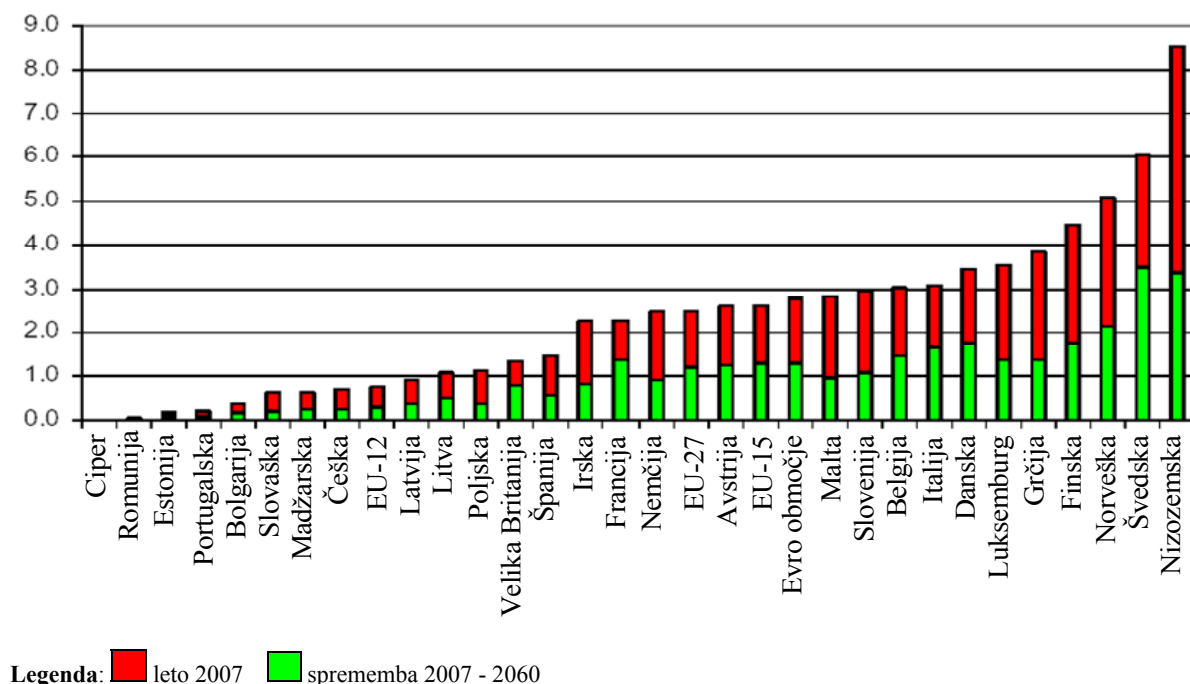
2.5.1 Projekcije javnofinančnih izdatkov za dolgotrajno oskrbo in zagotavljanje finančne vzdržnosti

Projekcije javnofinančnih izdatkov za dolgotrajno oskrbo, ki sta jih pripravila Komisija Evropskih skupnosti in Odbor za gospodarsko politiko¹⁰ na podlagi novih Eurostatovih projekcij prebivalstva EUROPOP2008, predvidevajo, da se bodo javnofinančni izdatki za dolgotrajno oskrbo v EU-27 v obdobju od leta 2007 do leta 2060 podvojili, in sicer naj bi se z 1,2 % BDP v letu 2007 povzpeli na 2,5 % BDP v letu 2060. Porast javnofinančnih izdatkov bo po posameznih državah članicah različen, od manj kot 0,25 % BDP v Bolgariji, Estoniji, Romuniji, na Cipru in na Portugalskem, do več kot 2,5 % BDP na Nizozemskem, Finskem, Švedskem in Norveškem. Precejšen porast se pričakuje tudi v Sloveniji, in sicer iz 1,1 % BDP v letu 2007 na 2,9 % BDP v letu 2060. Povečanje izdatkov je v veliki meri odvisno od trenutne višine izdatkov, ki jih posamezne države namenjajo za dolgotrajno oskrbo, in se giblje v razponu od 60 % trenutne višine izdatkov v Franciji, Veliki Britaniji in na Švedskem

¹⁰ Economic Policy Committee & European Commission: 2009 Ageing Report: Economic and budgetary projections for the EU-27 Member States (2008-2060). European Economy 2 (provisional version), 2009.

pa do preko 170 % trenutne višine izdatkov na Malti, Češkem, Slovaškem in v Romuniji (Economic Policy Committee, 2009, str. 146-155). Porast javnofinančnih izdatkov za dolgotrajno oskrbo po posameznih državah članicah EU-27 v obdobju 2007 - 2060 je razviden iz Slike 4 spodaj in iz Tabele 7 v prilogi.

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



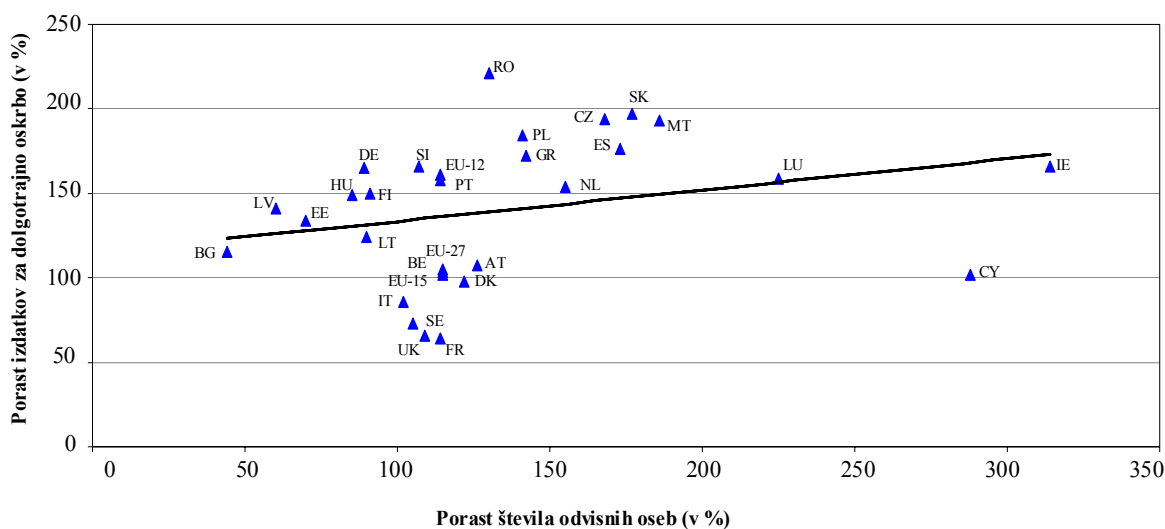
Vir: Economic Policy Committee & European Commission, 2009 Ageing Report: Economic and budgetary projections for the EU-27 Member States (2008-2060). European Economy 2 (provisional version), 2009, str. 146, slika 73.

Predviden porast javnofinančnih izdatkov za dolgotrajno oskrbo v odvisnosti od porasta celotnega števila odvisnih starih oseb po posameznih državah članicah EU-27 v obdobju 2007 - 2060 je razviden iz Slike 5. Razlike v pričakovanih izdatkih odražajo različne pristope držav k zagotavljanju in financiranju dolgotrajne oskrbe. V splošnem glede predvidenega porasta javnofinančnih izdatkov za dolgotrajno oskrbo lahko ugotovimo, da se pričakuje večji porast izdatkov, ki bodo namenjeni financiranju oskrbe na domu kot pa financiranju institucionalne oskrbe.

Kar zadeva projekcije javnofinančnih izdatkov za dolgotrajno oskrbo obstaja precejšnja negotovost. Povečanje izdatkov je lahko še večje od predvidenih, saj navedene projekcije predpostavljajo, da države v tem obdobju ne bodo spreminjale politike na področju dolgotrajne oskrbe (angl. *no policy change scenario* ali *pure demographic scenario*) in tako ne upoštevajo možnih sprememb, ki jih lahko prinesejo družbeni trendi. Število starejših, ki bodo odvisni zgolj od neformalne oskrbe, se bo po ocenah v obdobju do leta 2060 skoraj podvojilo in se bo v sedmih državah članicah povečalo za več kot 120 % (v Luksemburgu, Romuniji, na Češkem, Irskem, Cipru, Poljskem in Slovaškem). Istočasno lahko spremembe v

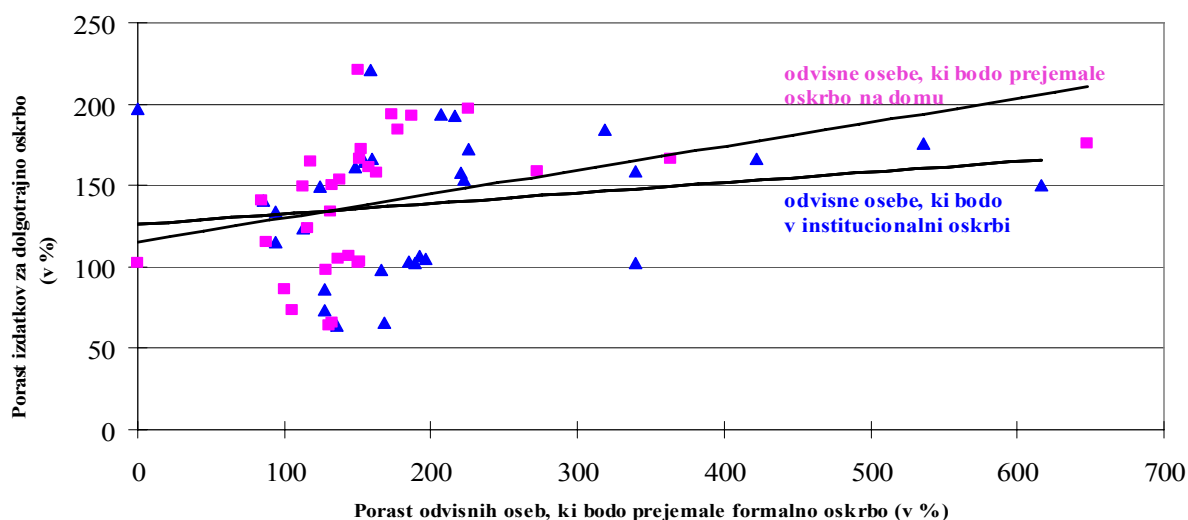
strukturi družine in povečana udeležba žensk na trgu dela v prihodnje omejijo razpoložljivost neformalne oskrbe znotraj družin. Tako se brez sprememb v politiki zagotavljanja dolgotrajne oskrbe v prihodnje lahko pojavi vrzel med potrebami po dolgotrajni oskrbi in možnostmi za zadovoljitev teh potreb. Zato lahko v primeru držav, ki imajo danes slabše razvit sistem formalne oskrbe in posledično izkazujejo tudi nizke javnofinančne izdatke za dolgotrajno oskrbo, projekcije ne odlikavajo dejanskega pritiska na javne finance, ki bi se lahko pojavil kot rezultat obsežnejšega zagotavljanja formalnih oblik oskrbe (Economic Policy Committee, 2009, str. 145). Dejansko danes mnoge države šele začenjajo z razvojem formalnih oblik dolgotrajne oskrbe.

Slika5: Porast javnofinančnih izdatkov za dolgotrajno oskrbo v odvisnosti od porasta števila odvisnih starih oseb v obdobju 2007 - 2060



Vir: Tabela 7 in Tabela 11 v prilogi.

Slika 6: Porast javnofinančnih izdatkov za dolgotrajno oskrbo v obdobju 2007 - 2060 v odvisnosti od porasta števila odvisnih oseb in vrste formalne oskrbe, ki jo bodo prejemale



Vir: Tabela 7 in Tabela 11 v prilogi.

Projekcije javnofinančnih izdatkov so občutljive tudi na trende v zdravstvenem stanju starejšega prebivalstva. V primeru, da bi starejši ljudje podaljšano življenjsko dobo preživel v boljšem zdravstvenem stanju in z zmanjšano potrebo po dolgotrajni oskrbi, bi bilo pričakovano povečanje izdatkov lahko nižje za 0,1 odstotne točke. V povezavi s prihodnjim razvojem sistema formalne oskrbe pa so projekcije močno odvisne tudi od razmerja med formalno oskrbo, ki se bo zagotavljala v obliki institucionalne oskrbe, in formalno oskrbo, ki se bo zagotavljala v bivalnem okolju, saj so stroški institucionalne oskrbe bistveno višji (Economic Policy Committee, 2009, str. 29). Vsekakor pa je pri interpretaciji projekcij vendarle potrebna previdnost, saj projekcije niso napovedi, so pa lahko resen opozorilni znak, na katerega je potrebno poiskati ustrezne odgovore že danes.

Projekcije javnih izdatkov za dolgotrajno oskrbo vzbujajo zaskrbljenost glede dolgoročne finančne vzdržnosti sistemov dolgotrajne oskrbe. V vseh državah članicah je vedno bolj v ospredju potreba po oblikovanju trdne finančne osnove in zadostnih finančnih virov za zagotavljanje dolgotrajne oskrbe. Ta potreba je v zadnjih letih v številnih državah vodila v reforme financiranja dolgotrajne oskrbe, v središču katerih je vprašanje, kako zagotoviti širši in bolj enakomeren dostop do dolgotrajne oskrbe znotraj omejitev, ki jih postavlja problem dolgoročne finančne vzdržnosti. Nekatere države so se odločile pridobiti dodatna sredstva z uvajanjem dodatnih prispevkov preko namenskih shem zavarovanja (Nemčija, Luksemburg, Nizozemska, Slovenija) ali davkov (Avstrija, Švedska) (Commission of the European Communities, 2008b, str. 25), druge pa so se lotile omejevanja izdatkov bodisi preko osredotočanja pomoči zgolj na tiste uporabnike, ki so pomoči najbolj potrebni, bodisi preko uvajanja doplačil s strani uporabnikov storitev (OECD, 2005a, str. 79).

Vse bolj jasno postaja, da vseh stroškov dolgotrajne oskrbe ne bo mogoče pokriti izključno z javnimi sredstvi. Za zagotovitev vzdržnega sistema financiranja dolgotrajne oskrbe bo potrebno najti primerno kombinacijo med javnimi in zasebnimi viri financiranja. Naraščajoča zaskrbljenost glede dolgoročne finančne vzdržnosti države sili v to, da vedno bolj prelagajo breme financiranja na starejše in njihove družine. Pri kombiniranju javnih in zasebnih virov je udeležba zasebnih virov možna na dva načina (Commission of the European Communities, 2008b, str. 25):

- preko zasebnega zavarovanja za dolgotrajno oskrbo, ki je pogosto dopolnilno in dostopno skupinam prebivalstva z višjimi dohodki;
- preko zasebnih plačil uporabnikov v obliki doplačila javnih storitev ali plačila storitev, ki jih je potrebno pokriti v celoti (angl. *out-of-pocket spending*).

V splošnem v vseh državah velja, da se storitve dolgotrajne oskrbe v institucionalnem varstvu le delno pokrivajo iz javnih sredstev in morajo uporabniki sami pogosto pokrivati stroške namestitve, razen če so zaradi nizkih dohodkov oproščeni plačila teh storitev. V nekaterih državah, ki imajo uveljavljen sistem preverjene potrebe, so uporabniki dolžni plačevati tudi stroške zdravstvene in osebne nege. Vendar pa so tudi v sistemih, ki zagotavljajo vsesplošen dostop do storitev dolgotrajne oskrbe, lahko zahteve po doplačilih s strani uporabnikov precejšnje, čeprav so morda bolj enakomerno porazdeljene med uporabnike kakor v primeru sistemov preverjene potrebe. Doplačila s strani uporabnikov so torej pomemben vir

financiranja institucionalne oskrbe, ki v mnogih državah (Nemčija, Velika Britanija) obsegajo 30 % ali celo več celotnih sredstev, potrebnih za kritje stroškov institucionalne oskrbe (OECD, 2005a, str. 25-29).

Ker so se države članice EU zavezale k zagotavljanju vsesplošnega dostopa do storitev dolgotrajne oskrbe, je pomembno zagotoviti, da višina prispevka s strani uporabnika oziroma nezmožnost plačila storitev ne ovira dostopa do dolgotrajne oskrbe. Kako ta cilj uspešno uresničevati v praksi, še vedno ostaja izziv za večino držav članic. Za posamezna gospodinjstva oziroma uporabnike je namreč financiranje stroškov dolgotrajne oskrbe lahko precejšnje finančno breme. Posebna Eurobarometrova raziskava o dolgotrajni oskrbi je pokazala, da 5 % državljanov EU namenja za dolgotrajno oskrbo svojih ostarelih staršev več kot polovico celotnih prihodkov gospodinjstva, 9 % državljanov pa med 31 - 50 % celotnih prihodkov gospodinjstva (Special Eurobarometer Report, 2007, str. 87).

2.5.2 Financiranje dolgotrajne oskrbe v nekaterih državah članicah EU

Države članice EU za dolgotrajno oskrbo namenjajo različen obseg javnih sredstev. Javni izdatki za dolgotrajno oskrbo v starih državah članicah EU-15 so v letu 2004 v povprečju obsegali 0,9 % BDP (največ na Švedskem 3,8 %, Finskem 1,7 % in Danskem 1,1 %), v novih državah članicah EU-10 pa 0,2 % BDP (Socialni razgledi 2006, 2006, str. 32). V grobem lahko rečemo, da se javni izdatki za dolgotrajno oskrbo v večini držav članic EU gibljejo med 0,5 % in 1,6 % BDP. Norveška in Švedska izstopata po višini javnih izdatkov za dolgotrajno oskrbo. Čeprav sodita med države z najvišjim deležem starejšega prebivalstva, pa so visoki javni izdatki tudi posledica obsežnega spektra in visoke kakovosti storitev oskrbe, še zlasti institucionalne oskrbe (OECD, 2005a, str. 27). Na Danskem, Nizozemskem, Švedskem in na Malti so javnofinančni izdatki za dolgotrajno oskrbo med najvišjimi v EU, se pa v teh državah potrebe po dolgotrajni oskrbi v celoti pokrivajo v okviru sistemov formalne oskrbe (Economic Policy Committee, 2009, str. 145).

Države članice EU uporabljajo dva osnovna pristopa za zagotavljanje in financiranje dolgotrajne oskrbe, in sicer nudenje oskrbe v naravi (angl. *benefits-in-kind*), torej zagotavljanje različnih oblik storitev za uporabnike in financiranje izvajalcev teh storitev, ali pa nudijo pomoč v obliki denarnih nadomestil oziroma denarne podpore (angl. *cash allowances*), lahko pa uporabljajo tudi kombinacijo obeh pristopov.

Nekatere države zagotavljajo obsežne javne programe na področju dolgotrajne oskrbe, ki so financirani iz sistemov socialnega zavarovanja za dolgotrajno oskrbo (Nemčija, Luksemburg, Španija), večina držav pa financira programe preko davkov (skandinavske dežele, Latvija). Nekatere države imajo kombiniran sistem financiranja (Belgija, Francija, Grčija), ki kombinira sredstva iz shem socialnega zavarovanja in davkov ter vključuje različne proračune in institucije, ki so odgovorne za izvajanje in financiranje storitev dolgotrajne oskrbe (Commission of the European Communities, 2008b, str. 25).

V večini držav javni izdatki za institucionalno oskrbo obsegajo več kot polovico vseh javnih izdatkov za dolgotrajno oskrbo. V zadnjih letih programi oskrbe na domu pridobivajo vse več pozornosti in postajajo bolj zaželeni oblika usmerjanja javnofinančnih sredstev, saj je v tem primeru starejšim ljudem poleg profesionalnih storitev na voljo tudi največkrat neplačana dodatna pomoč družinskih članov ali sorodnikov. Tako je v mnogih primerih oskrba na domu cenejša alternativa institucionalni oskrbi. Zato države namenjujejo vedno več sredstev za spodbujanje storitev oskrbe na domu in v skupnosti in za različne oblike finančne podpore družini pri oskrbovanju ostarelih družinskih članov (OECD, 2005a, str. 28). Kljub dejstvu, da večina držav želi pospeševati oskrbo na domu in skupnostne oblike skrbi za starejše, bodisi iz finančnih razlogov bodisi zaradi zagotavljanja uporabnikom bolj prilagojenih storitev, pa je delež javnih sredstev za oskrbo na domu med celotnimi izdatki za dolgotrajno oskrbo v nekaterih državah še vedno majhen. Večina držav za oskrbo na domu namenja okoli 30 % celotnih javnih izdatkov za dolgotrajno oskrbo (OECD, 2005a, str. 28).

Avstrija, Luksemburg, Nemčija, Italija, Irska in Velika Britanija visok nivo javnega financiranja dolgotrajne oskrbe namenjujejo podpori neformalnim oblikam oskrbe. Ta se izvaja bodisi preko izplačila nadomestil neposredno uporabnikom (na primer Avstrija, Nemčija, Italija, Luksemburg) bodisi preko izplačila nadomestil sorodnikom, ki oskrbo izvajajo (na primer Irska, Velika Britanija). Norveška in Švedska imata visok nivo javnega financiranja, vendar je večino tega usmerjenega v zagotavljanje formalne oskrbe. Na Švedskem manj kot 4 % starejših živi s svojimi otroki, zato so formalne storitve oskrbe tudi zelo razvite (Lundsgaard, 2005, str. 12-32).

2.6 Človeški viri na področju dolgotrajne oskrbe

Raziskava OECD je pokazala, da je že danes največja siva lisa na področju dolgotrajne oskrbe pomanjkanje delovne sile in njena neustrezna usposobljenost, v prihodnje pa lahko pričakujemo, da bo ta problem samo še bolj pereč (OECD, 2005a, str. 13). Zato je pridobivanje ustrezno usposobljenega kadra v sektorju dolgotrajne oskrbe v številnih državah najpomembnejša skrb politik na tem področju.

2.6.1 Zaposlovanje v sektorju dolgotrajne oskrbe

Kljub velikim potrebam po zaposlovanju v sektorju dolgotrajne oskrbe, pa za privabljanje in zadrževanje delovne sile v tem sektorju obstajajo številne ovire. Raziskava¹¹ Evropske fundacije za izboljšanje življenjskih in delovnih razmer je ugotovila, da nepriljubljenosti teh zaposlitev botrujejo kratkotrajne oblike zaposlitve ali zaposlitve s krajšim delovnim časom, slabo plačano delo, pomanjkljive možnosti izobraževanja in izpopolnjevanja, slabe karijerne priložnosti in slabi delovni pogoji. Plačilo izvajalcem dolgotrajne oskrbe je na splošno nizko,

¹¹ Raziskava je vključila 13 držav članic EU: Finsko, Francijo, Nemčijo, Grčijo, Italijo, Veliko Britanijo, Češko, Madžarsko, Litvo, Poljsko, Slovenijo in obe v času raziskave še kandidatki Bolgarijo in Romunijo.

v mnogih državah je blizu minimalne plače in to kljub velikim fizičnim in psihičnim obremenitvam, ki jih tovrstno delo nalaga (European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2006, str. 14-65).

Velika ovira je tudi nizek ugled oskrbovalnega dela. Razlog za to gre iskati v dejstvu, da se velika večina tega dela opravi znotraj zasebnih gospodinjstev s strani družinskih članov, zato družbeni pomen tovrstnega dela v javnosti ostaja neviden in neprepoznan. Družba ga prepozna šele, kadar pride do koriščenja formalnih profesionalnih storitev ali koriščenja javnih sredstev. Poleg tega mediji sektor dolgotrajne oskrbe pogosto prikazujejo kot sektor, ki družbi in državi nalaga zgolj finančno breme. Lahko rečemo, da je oskrbovalno delo močno podcenjeno oziroma da obstaja protislovje med visoko družbeno vrednostjo dolgotrajne oskrbe in njenim nizkim finančnim vrednotenjem. Morda gre razlog za takšno stanje iskati tudi v dejstvu, da je tovrstno delo že po naravi tretirano kot žensko delo in da v tem sektorju prevladuje slabše izobražena ženska delovna sila.

Za področje dolgotrajne oskrbe je značilna visoka stopnja fluktuacije delovne sile in visoka stopnja neprijavljenega dela. Veliko tega dela opravijo migranti¹². Mobilnost delovne sile na področju dolgotrajne oskrbe odpira številna vprašanja. Ker narava dela zahteva veliko osebnega stika, so kulturne in jezikovne ovire lahko zelo moteč dejavnik pri zagotavljanju kakovostne oskrbe. V izogib temu agencije za zaposlovanje v nekaterih državah že predhodno usposobijo potencialne migrante v njihovih matičnih državah¹³. Vsekakor mobilnost delovne sile lahko ustvari primanjkljaj delovne sile v državah, od koder migranti prihajajo. Kot ugotavlja Ewijk s sodelavci (Ewijk, Hens, Lammersen & Moss, 2002) se je potrebno zavedati, da je storitveni sektor dolgotrajne oskrbe v mnogih državah še vedno v začetnih fazah profesionalizacije. Dolgotrajna oskrba predstavlja sektor, ki se hitro razvija in ima velik potencial za rast in ustvarjanje novih delovnih mest, saj ustvarja nove potrošniške trge in je področje številnih priložnosti ter na ta način vzpodbuja tudi podjetništvo.

¹² V Italiji je bilo v kampanji, ki jo je izvedla vlada v letih 2002 in 2003, identificiranih 341.000 neprijavljenih migrantov, ki so delovali kot pomočniki v gospodinjstvih. Neprijavljeno delo v gospodinjstvih je razširjeno tudi v Nemčiji, kjer po oceni 3 milijone pomočnikov dela na črno. V Franciji so bila v okviru projekta *Chéque emploi-service (CES)* gospodinjstva spodbujena, da prijavijo delo oskrbovalcev, pri čemer jim je država omogočila davčne olajšave in oprostitev plačila prispevkov delodajalca za določeno kategorijo oskrbovanih oseb. Po uvedbi projekta je kar 1.200.000 francoskih gospodinjstev formalno zaposlilo oskrbovalca, kar je bistveno več od 500.000 oskrbovalcev, kolikor jih je bilo registriranih pred uvedbo projekta (European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2006, str. 40).

¹³ Italija je že leta 2003 začela izvajati projekt usposabljanja migrantov kandidatov za oskrbovalce v njihovih matičnih državah (Romuniji, Tuniziji in Latinski Ameriki). Po opravljenem usposabljanju in selekciji so migranti povabljeni, da živijo in delajo v Italiji. Na ta način so bila do leta 2006 za dobo dveh let podeljena delovna dovoljenja že 22.000 migrantom. Projekt je nastal iz potrebe po pridobitvi kvalificirane delovne sile in reguliranju migrantskih tokov, saj je v Italiji med migranti veliko dela na črno. Usposabljanje se je izkazalo kot velika prednost, saj se ti prilagodijo italjanskim navadam še preden se dejansko preselijo v Italijo (European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2006, str. 25-41).

2.6.2 Neformalna oskrba

Dolgotrajna oskrba starega človeka je lahko tudi neformalne narave, kadar jo kot neplačljivo pomoč opravljajo družinski člani, sorodniki, prijatelji, sosedje ali prostovoljci. Jenson in Jacobzone (2000, str. 9) menita, da je javni sistem formalnih storitev dolgotrajne oskrbe le izpostavljeni del ledene gore, dejansko pa se večina dolgotrajne oskrbe zagotavlja s strani neformalnih oskrbovalcev, in sicer ti po njihovih ocenah zagotavljajo dve tretjini do štiri petine vse potrebne oskrbe. Glede na predvideno naraščanje potreb po dolgotrajni oskrbi in glede na usmeritev evropske politike, ki skuša starega človeka čim dlje zadržati v domačem okolju, lahko upravičeno pričakujemo, da se bodo v prihodnje potrebe po neformalni družinski oskrbi še občutno povečale.

Vendar pa je potrebno opozoriti, da se sodobna družina spreminja in da se njena tradicionalna vloga pri skrbi za ostarele družinske člane zmanjšuje. Zato strokovnjaki opozarjajo na potencialno nevarnost, da bo družinska oskrba v prihodnosti vse težje dostopna. Salvageova (1995, str. 66) opozarja, da bomo v prihodnjih desetletjih pričali krizi oskrbovanja, kot je v Evropi nismo še nikoli izkusili, v kolikor se bodo dejavniki, ki negativno vplivajo na razpoložljivost družinskih oskrbovalcev, izrazili v polni meri. Najpogosteje omenjen dejavnik, ki bi lahko vplival na manjšo dostopnost družinske oskrbe v prihodnosti, je večja udeležnost žensk na trgu dela, h kateri teži evropska politika zaposlovanja. Obstajajo pa še številni drugi gospodarski in družbeni dejavniki, ki povzročajo spremembe v organizaciji sodobnega družinskega življenja. Nizka rodnost pomeni vse manj otrok, ki bi potencialno lahko skrbeli za svoje ostarele starše. Narašča število starih ljudi, ki živijo sami ali skupaj z drugim starim človekom. Pomemben dejavnik so tudi naraščajoče delovne migracije in povečana mobilnost družin med državami EU in tudi izven njenih meja, kar pomeni, da so zaposleni otroci zaradi delovnih obveznosti ali geografske oddaljenosti vse manj na razpolago (European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2006, str. 9).

Raziskava, ki je bila izvedena med družinskimi oskrbovalci v šestih državah EU¹⁴, je pokazala, da je med družinskimi oskrbovalci največ žensk (76%). Med vsemi oskrbovalci je bilo 41 % oskrbovalcev zaposlenih, od teh jih je 15 % zaradi oskrbovanja moralo zmanjšati obseg zaposlitve. Raziskava je tudi jasno pokazala, da je družinska oskrba starega človeka dolgoročna obveza, saj je v času raziskave v povprečju trajala že 60 mesecev (Triantafillou et al., 2006, str. 254). Veliko oskrbovalcev torej nosi dvojno breme oskrbovanja in zaposlitve. Ker se povprečna starost žensk ob rojstvu prvega otroka zvišuje, obstaja tudi vse večja verjetnost, da bodo ženske takrat, ko naj bi prevzele oskrbo ostarelega starša, imele mlajše otroke. Govorimo o tako imenovani sendvič generaciji, saj postajajo ženske srednje generacije vedno bolj vpete med službo, oskrbo starega človeka in skrbjo za lastno družino.

¹⁴ Primerjalna raziskava v okviru projekta Eurofamcare o storitvah za podporo družinskim oskrbovalcem starih ljudi v EU je bila izvedena v šestih državah EU (Nemčija, Grčija, Italija, Poljska, Švedska in Velika Britanija) in je zajela 6.000 družinskih oskrbovalcev odvisnih starejših oseb (po 1.000 družinskih oskrbovalcev iz vsake države), s katerimi so bili opravljeni intervjui na podlagi enakega vprašalnika. Šlo je za longitudinalno študijo v kateri so anketirali iste oskrbovalce prvič v letu 2004 in ponovno po enem letu od prvega anketiranja. Razširjen projekt raziskave je poleg navedenih 6 držav zajel še 17 evropskih držav, med njimi tudi Slovenijo (Mestheneos & Triantafillou, 2005, str. 3).

Družinski oskrbovalci, ki poskušajo kombinirati zaposlitev in oskrbovanje, imajo v službi veliko bolj omejene možnosti napredovanja. Večja odsotnost z dela in težja vrnitev na trg dela v primeru, če so zaradi oskrbovanja prekinili zaposlitev, tudi pomembno vplivajo na poznejšo finančno in socialno varnost oskrbovalca, na primer na pravico do pokojnine in na njeno višino (Salvage, 1995, str. 52). Poleg problematike usklajevanja poklicnih obveznosti z obveznostmi oskrbovanja se družinski oskrbovalci srečujejo tudi s številnimi fizičnimi in psihičnimi obremenitvami. Pogosto se počutijo preobremenjeni, nenehno jih spremlja strah pred poslabšanjem bolezni oskrbovane osebe, pred brezmejnem trajanjem takšnega stanja, pred slabšo delovno učinkovitostjo na delovnem mestu in podobno. Ti neprestani strahovi so razlog, da so družinski oskrbovalci nenehno pod stresom in pogosto tožijo tudi zaradi socialne izolacije. Dolgotrajna oskrba brez premorov je pogost vzrok psihosomatskih težav in povečane uporabe psihofarmakov (Svetičič, 2002, str. 64-70).

Glede na številne negativne posledice in obremenitve, ki jih oskrbovanje prinaša družinskim oskrbovalcem, je v družbi potrebno preseči sprejemanje družinske oskrbe kot same po sebi umevne. Medtem ko je družinska oskrba očitno zelo pomemben in tudi stroškovno učinkovit vir oskrbe, pa dejstva dokazujejo, da ta pomemben prispevek v družbi ni temu primerno tudi cenjen. Družba in politika le počasi prepoznavata njeno visoko vrednost in pa dejstvo, da družina spričo demografskih in družbenih sprememb v prihodnje sama brez ustreznih mehanizmov podpore ne bo zmogla zagotavljati enake stopnje oskrbe in pomoči starim ljudem kot jo danes. Zato so nekatere države že uvedle ukrepe v podporo neformalni družinski oskrbi, ki lahko vključujejo različne oblike finančne pomoči ali podpornih storitev in so podrobneje predstavljene v nadaljevanju.

2.6.2.1 Finančna podpora neformalni oskrbi

Oblike finančne podpore neformalni oskrbi so med državami članicami EU zelo različne. V nekaterih primerih je finančna podpora namenjena oskrbovani osebi, v drugih primerih pa neposredno oskrbovalcu. Oblike podpore lahko razdelimo v tri glavne skupine (Lundsgaard, 2005, str. 14):

- tako imenovani osebni proračun (angl. *personal budget*), ki je namenjen oskrbovani osebi, s pomočjo katerega ima ta možnost zaposliti osebne oskrbovalca. Oskrbovalci lahko sklenejo formalno zaposlitveno razmerje, četudi so ožji sorodniki oskrbovane osebe. Plačani so za določeno število ur oskrbe, njihovo plačilo pa ni odvisno od morebitnih drugih virov dohodka. V največji meri je ta pristop uveljavljen na Nizozemskem;
- denarno nadomestilo oskrbovani osebi, s katerim ta po svoji presoji pokriva izdatke za dolgotrajno oskrbo. V praksi se del teh nadomestil porabi za plačilo neformalne oskrbe. V Nemčiji osebe, ki so upravičene do nadomestila iz naslova zavarovanja za dolgotrajno oskrbo (angl. *Cash Allowance for Care*) lahko izbirajo med storitvami v določeni protivrednosti ali denarnim nadomestilom. V Avstriji se vsa pomoč nudi v obliki denarnega nadomestila. Ne glede na to, da ni zelo restriktivnih omejitev glede porabe denarnega nadomestila, pa mora oskrbovana oseba prejemati ustrezno raven

oskrbe, kar v Nemčiji vsakih nekaj mesecev preverja pooblaščenca agencija, ki v primeru nezadostne oskrbe denarno nadomestilo zamenja z ustreznimi storitvami. V Veliki Britaniji so pogoji za pridobitev denarnega nadomestila (angl. *Attendance Allowance*) še bolj ohlapni in tudi ne obstajajo omejitve glede porabe teh sredstev. Oseba namreč lahko denarno nadomestilo prejme celo, če ji nihče ne zagotavlja oskrbe. Dokler oseba živi doma in ne v instituciji in ima najmanj 6 mesecev potrebo po oskrbi, je upravičena do denarnega nadomestila, ki tudi ni odvisno od dohodka ali premoženja te osebe;

- nadomestilo neformalnim oskrbovalcem za izgubljeni dohodek (angl. *income support payments*), katerega namen je delno nadomestiti izgubo dohodka, ki nastane zaradi obveznosti oskrbovanja. To nadomestilo nima namena v celoti nadomestiti vrednosti opravljenega oskrbovalnega dela, njegov namen je vzdrževanje minimalne ravni dohodka za oskrbovalce, ki zaradi oskrbovanja ne morejo ohraniti zaposlitve za polni delovni čas. Zato je ponekod to nadomestilo namenjeno samo tistim z najnižjimi dohodki. Takšen je na primer *Carer's Allowance* na Irskem in v Veliki Britaniji. Na Švedskem je to nadomestilo višje in nadomesti 55 - 80 % oskrbovalčevega običajnega dohodka.

Z uvajanjem finančne podpore neformalnim oskrbovalcem postaja meja med neformalno in formalno obliko oskrbe vse manj jasna. Ta trend je oblikoval novo skupino plačanih izvajalcev oskrbe, večinoma družinskih članov ali sorodnikov, ki so prej po vsej verjetnosti opravljali isto delo brez plačila. Tradicionalno neplačano delo, ki ga pretežno izvajajo ženske znotraj gospodinjstev, se vse bolj spreminja v plačano obliko zaposlitve. Ta premik pomeni potencial za ustvarjanje novih zaposlitvenih priložnosti in zagotavljanje večjega obsega oskrbe. Ta proces je potrebno izkoristiti tudi s spodbujanjem podjetništva. Na Norveškem so razširjena oblika formalne zaposlitve neodvisni oskrbovalci s statusom samostojnega podjetnika (angl. *free-lance contract*) (Lundsgaard, 2005, str. 22). Tudi v Sloveniji poznamo obliko formalizacije družinske oskrbe in sicer institut družinskega pomočnika, ki je podrobneje predstavljen v tretjem poglavju.

Vendar pa se v zvezi s finančno podporo neformalni oskrbi pojavljajo tudi pomisleki. Izkazalo se je, da ima lahko finančna podpora, ki se izplača oskrbovani osebi in jo te porabijo po svoji presoji, tudi negativne učinke na reguliranje področja dolgotrajne oskrbe. Lahko se razširi neprijavljeno in nestrokovno delo, najeti oskrbovalci pa lahko postanejo žrtve izkoriščanja in pogosto nimajo dostopa do socialnih in drugih pravic, ki izhajajo iz delovnega razmerja. V Italiji so na primer starejše osebe, ki so prejemale finančno podporo za oskrbo, najemale oskrbovalce, ki niso imeli stalnega prebivališča v Italiji (Lethbridge, 2005, str. 9).

Pomisleki se pojavljajo tudi v zvezi z ekonomsko upravičenostjo finančne podpore neformalnim oskrbovalcem. Upravičenost je v veliki meri odvisna od vezanosti oskrbovalcev na trg dela. Za oskrbovalce, ki ohranjajo stik s trgom dela, ta nadomestila pomenijo zgolj zavarovanje pred izgubo dohodka, kateri so izpostavljeni, kadar zaradi oskrbovanja zmanjšajo število ur zaposlitve ali so odsotni z dela. Do mere, do katere tak način podpore družinski oskrbi nadomešča dražjo institucionalno oskrbo, je z javnofinančnega vidika učinek

nadomestil pozitiven in upravičen. Za tiste oskrbovalce, ki so zaradi oskrbovanja prekinili zaposlitev, pa sorazmerno visoka nadomestila znižujejo interes za ponovno vzpostavitev stika s trgom dela, še zlasti če so v kombinaciji z nadomestilom za brezposelnost, saj v tem primeru zlasti pri manj kvalificiranih oskrbovalcih z nižjimi dohodki lahko celotni znesek nadomestil celo preseže dohodek, ki bi ga oseba pridobila, če bi bila zaposlena. K tovrstnemu tveganju so še posebno nagnjene ženske, ki pri svojih 50-ih letih opustijo zaposlitev zaradi nege in oskrbe svojih staršev. Na ta način so visoka nadomestila privlačna past, saj dolgoročno lahko vodijo v izgubo ekonomske varnosti. Zato nekatere države časovno omejujejo pravico do prejemanja nadomestil in pravico do dopusta zaradi oskrbe z namenom, da oskrbovalci ne bi izgubili stika s trgom dela (Lundsgaard, 2005, str. 36).

Nadaljnji pomisleki glede finančne podpore neformalni oskrbi so vezani na problem finančne vzdržnosti. V mnogih državah obseg neformalne oskrbe nekajkrat presega obseg formalne oskrbe. Če bo politika dolgotrajne oskrbe zelo naklonjena finančnim oblikam podpore neformalni oskrbi, so posledice za javnofinančna sredstva lahko dramatične. Zato morajo države finančne ukrepe v podporo neformalni oskrbi previdno načrtovati in razmisliti tudi o drugih možnih oblikah podpore, na primer razvoju formalnih oblik storitev dolgotrajne oskrbe.

2.6.2.2 Storitve v podporo neformalni oskrbi

Oskrba ostarelega družinskega člana je lahko fizično in psihično zelo zahtevna. Zato v nekaterih primerih oskrbovalcem več pomenijo različne oblike profesionalnih storitev, ki jim omogočajo razbremenitev in olajšujejo usklajevanje poklicnega in oskrbovalnega dela. Pridobljeni čas je lahko za oskrbovalce včasih še bolj pomemben kakor finančna podpora in ob vedno bolj omejenih proračunskih sredstvih je vsak pristop, ki ne vključuje neposrednih denarnih transferjev, zelo dobrodošla alternativa. Tako so države pred izzivom, da razvijejo oblike pomoči oskrbovalcem v obliki storitev, ki se izvajajo v domačem okolju in so vezni člen med družinsko oskrbo in institucionalnim varstvom. Številne evropske države tudi kombinirajo finančno podporo in storitve, da bi podprle neformalno oskrbo (angl. *cash and care programs*).

Pomembna oblika storitev je začasna oskrba (angl. *respite care*), ki je lahko v obliki oskrbe v dnevni centrih ali v obliki kratkotrajne institucionalne namestitve, v zadnjem času pa tudi kot začasna oskrba na domu (angl. *in-home respite*) bodisi kot nekaj urno varstvo, kot na primer varstvo babic (angl. *granny sitting*), ali pa varstvo čez vikend ali med dopustom oskrbovalcev. Razvitost in dostopnost začasne oskrbe se med državami zelo razlikuje. Začasna oskrba je dobro razvita v Belgiji, na Nizozemskem, na Norveškem, Švedskem, v Veliki Britaniji, na Danskem in v Franciji. Slabo razvita pa je v Grčiji, Italiji, na Poljskem, Portugalskem, v Španiji in v Sloveniji (Mestheneos & Triantafillou, 2005, str. 46). Nemčija v okviru zavarovanja za dolgotrajno oskrbo družinskim oskrbovalcem, ki oskrbujejo težko gibljivo ali drugače prizadete osebe, omogoča pravico do štirih tednov začasne oskrbe letno (OECD, 2005a, str. 46). Finska zakonodaja družinskim oskrbovalcem, ki nudijo 24-urno oskrbo, omogoča dva prosta dneva na mesec. Za čas oddiha so lokalne oblasti dolžne

zagotoviti nadomestno oskrbo, za katero pa lahko zahtevajo plačilo (European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2006, str. 39).

Evropski parlament poziva članice, naj v okviru ukrepov za spodbujanje družinske oskrbe priznajo družbeno in gospodarsko vrednost tega dela in preučijo možnosti za priznanje delovne dobe, socialnega zavarovanja in pokojninskih pravic za tiste, ki opravljajo tovrstno delo. Države naj bi omogočale tudi zaposlitve s prilagodljivim ali skrajšanim delovnim časom za osebe, ki skrbijo za ostarele sorodnike, bolj fleksibilne oblike zaposlovanja in dela, kot je na primer delo na domu, in pravico do dopusta za nego in oskrbo ostarelega družinskega člana (Evropski parlament, 2008, str. 9-12). V Nemčiji je reforma sistema dolgotrajne oskrbe v letu 2008 za zaposlene uvedla možnost dopusta za oskrbo družinskega člana (angl. *care leave*). Zaposleni so upravičeni do dopusta v trajanju do 6 mesecev z zagotovljeno vrnitvijo na isto delovno mesto, med tem časom pa se krijejo tudi prispevki za socialno zavarovanje (Commission of the European Communities, 2008b, str. 34). Za države, v katerih je zelo razvita mreža storitev za pomoč na domu, kot je to na primer v skandinavskih državah, so značilne višje stopnje zaposlenosti žensk, saj tovrstna pomoč olajša udeležbo žensk na trgu dela (Lundsgaard, 2005, str. 35). V splošnem pa OECD ocenjuje, da je ponudba storitev v podporo neformalnim oskrbovalcem v državah članicah EU še premajhna (OECD, 2005a, str. 46).

2.7 Primerjalni pregled sistemov dolgotrajne oskrbe v državah članicah EU

Komisija Evropskih skupnosti ugotavlja, da so primerjave med članicami otežene zaradi različnih opredelitev dolgotrajne oskrbe v posameznih državah. Neskladnosti v opredelitvah se pojavljajo glede časovnega trajanja potreb po oskrbi, opredelitve uporabnikov in stopnje odvisnosti. Razlike obstajajo v razmejitvi zdravstvene in socialne komponente dolgotrajne oskrbe in v razmejitvi odgovornosti med javnim in zasebnim sektorjem ter družino. Nekatere države so bolj naklonjene bivanju v institucionalni oskrbi, druge bolj oskrbi v domačem okolju. Omenjene neenotnosti imajo za posledico raznolikost sistemov dolgotrajne oskrbe. Z nekaj izjemami bi lahko opredelili tri osnovne vzorce. Glavna ločnica razlikuje južno in centralnoevropski model dolgotrajne oskrbe od severno in zahodnoevropskega. V katoliških državah južne Evrope in na Irskem prevladuje družinski tip oskrbe, medtem ko protestantske dežele severne Evrope in Nizozemska zagovarjajo zagotavljanje formalnih storitev s strani države. Ostale države kontinentalne Evrope pa se nahajajo nekje vmes med obema poloma (Alber & Köhler, 2004, str. 76).

Na družbeni ravni se vse bolj krepijo potrebe, da stari ljudje čim dlje časa ostajajo v domačem okolju. V nekaterih državah je tako že opazen upad števila domov za starejše in povečan obseg storitev za pomoč na domu. Ta trend je bolj značilen za države zahodne Evrope, kjer so sistemi formalne pomoči na domu že v precejšnji meri razviti. V državah centralne in vzhodne Evrope pa je razvoj tovrstnih storitev še relativno na začetku razvoja. V teh državah še vedno prevladujejo institucionalizirane oblike varstva starejših. Dolge čakalne vrste za sprejem v

domove niso redkost, ko je pomanjkanje kapacitet zelo veliko, se v ta namen uporablja tudi podaljšano bivanje v bolnišnicah (Pristavec Đogić, 2007, str. 2). Tudi Slovenija je do sedaj vlagala predvsem v zmogljivosti institucionalne oskrbe, manj pa je razvijala oskrbo na domu. Slednja se je začela razvijati šele konec devetdesetih let (Socialni razgledi 2006, 2006, str. 5).

Sicer pa je pri primerjavah institucionalne oskrbe med državami potrebna določena previdnost. Potrebno je upoštevati, da so določene razlike med državami posledica razlik v opredelitvi institucionalne oskrbe. Pri državah, ki imajo nižjo raven institucionalne oskrbe (Avstrija, Nemčija, Irska, Luksemburg) se tovrstna oskrba nanaša izključno na negovalne domove (angl. *nursing homes*) in podobne institucije, kjer nego zagotavlja profesionalno zdravstveno osebje. Pri državah, ki izkazujejo višjo raven institucionalne oskrbe, pa oskrba vključuje tudi nekatere domove, ki so namenjeni zgolj bivanju (angl. *residential homes*) in kjer uporabniki potrebujejo zgolj socialno oskrbo (OECD, 2005a, str. 40).

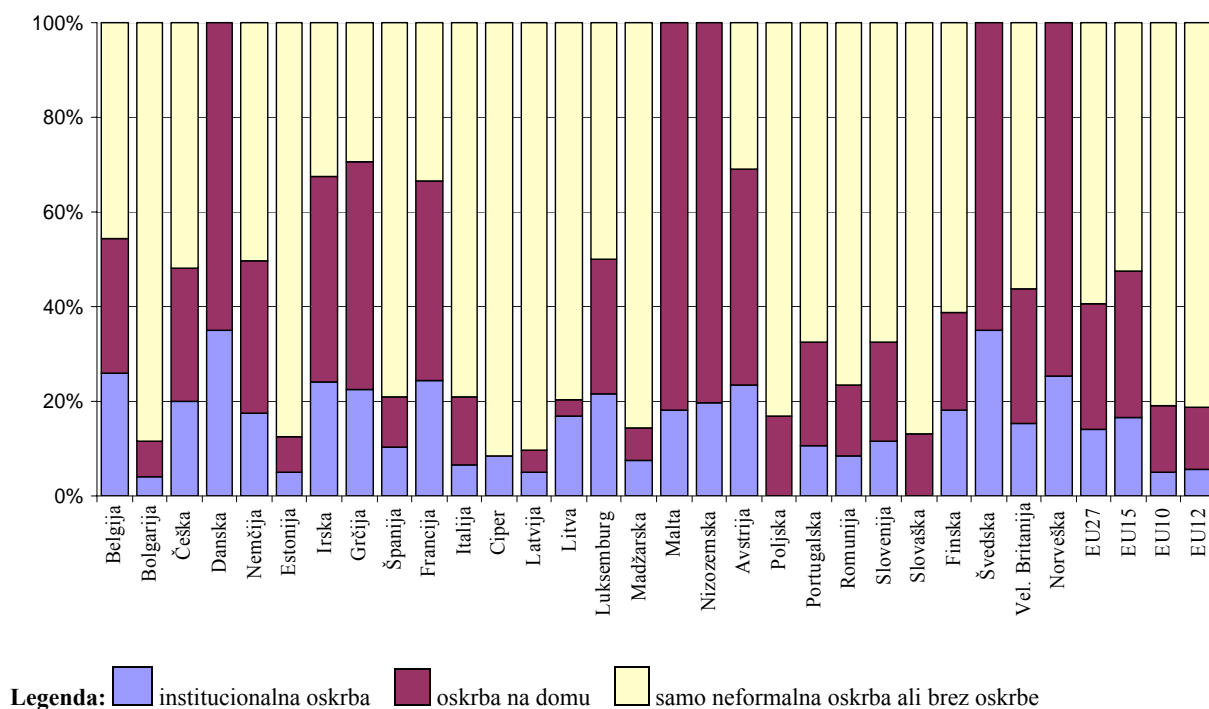
Kot že omenjeno, je institucionalna oskrba v splošnem zelo nepriljubljena oblika oskrbe. Švedska je edina država, kjer je relativna večina naklonjena institucionalni oskrbi. Razlog je morda v tem, da je kakovost institucionalne oskrbe izjemno visoka in da je prisotno veliko zaupanje v institucije in javne storitve (Alber & Köhler, 2004, str. 74). Temu pritrjuje tudi podatek, da med vsemi državljani EU prav Švedi v najmanjši meri prepoznavajo slabo ravnanje, zanemarjanje in zlorabe starejših kot razširjen pojav (Special Eurobarometer Report, 2007, str. 108). Potrebno pa je dodati, da institucionalna oskrba v skandinavskih državah podpira tesno sodelovanje s svojci, saj družina svojim članom zagotavlja neke vrste oskrbo in pomoč tudi takrat, ko so ti že institucionalizirani. Oseba se v dom za starejše lahko preseli tudi skupaj s svojim partnerjem (Triantafillou et al., 2006, str. 257).

Večini držav je torej skupno to, da pospešujejo oblike oskrbe na domu in se skušajo čim dlje izogniti institucionalni oskrbi, ki je draga in pogosto tudi zelo omeji avtonomijo starega človeka. Vendar pa v tej smeri nekatere države pospešujejo razvoj profesionalnih storitev, ki jih izvajajo različne agencije (Nizozemska, Norveška, Švedska), druge pa tak razvoj pospešujejo preko različnih oblik podpore neformalni oskrbi (Avstrija, Nemčija) (Lundsgaard, 2005, str. 33). Odvisnost od neformalne družinske oskrbe je toliko večja, kolikor slabše so razvite različne profesionalne oblike pomoči starejšim in te so bistveno slabše razvite v novih državah članicah oziroma v vzhodnoevropskih državah.

Države imajo torej različne modele razmerij med neformalno družinsko oskrbo in zagotavljanjem profesionalnih storitev. Zlasti štiri države so se oddaljile od široke podpore ideji družinske oskrbe. Na Danskem, Finskem, Švedskem in na Nizozemskem se pri starejših ljudeh vse bolj uveljavlja ideja relativno avtonomnega življenja s pomočjo profesionalnih storitev pomoči na domu. Za Dansko je značilen velik medgeneracijski razkol, pa tudi Finska in Švedska izstopata kot državi, kjer večina mlajše generacije smatra medgeneracijsko družinsko odgovornost za slabo. Nizka naklonjenost družinski oskrbi je prisotna tudi v Belgiji, Franciji, Luksemburgu in na Nizozemskem. Te države so tudi v največji meri razvile sistem formalnih storitev oskrbe na domu. Nasprotno pa je v južnoevropskih državah tudi pri mlajših generacijah močno prisotno zagovarjanje družinske oskrbe (Alber & Köhler, 2004,

str. 68). Razmerje med številom odvisnih oseb, ki so prejemaajo posamezne oblike oskrbe so za posamezne države članice EU-27 razvidne iz Slike 7.

Slika 7: Razmerje med številom odvisnih oseb, ki so prejemale različne oblike oskrbe (institucionalno oskrbo, oskrbo na domu ali samo neformalno oskrbo) po posameznih državah članicah EU-27 v letu 2007



Vir: Economic Policy Committee & European Commission, 2009 Ageing Report: Economic and budgetary projections for the EU-27 Member States (2008-2060). European Economy 2 (provisional version), 2009, str. 148, tabela 34.

Zanimiva je tudi povezava med sistemom dolgotrajne oskrbe in stopnjo zaposlenosti žensk. Države z visoko zaposlenostjo žensk, na primer skandinavske države, so bolj usmerjene k organiziranju profesionalnih storitev oskrbe. Države z nižjim deležem zaposlenih žensk, na primer Velika Britanija, Nemčija, Avstrija, Luksemburg, pa imajo manj razvito formalno sfero oskrbe in so bolj usmerjene v podporo neformalni oskrbi. To kaže, da na sistem dolgotrajne oskrbe vpliva tudi kulturno zgodovinski moment v družbi (Pristavec Đogić, 2007, str. 17).

Integriran sistem dolgotrajne oskrbe je splošen cilj vseh držav članic EU, vendar imajo nekatere države še vedno ločen zdravstveni in socialni del dolgotrajne oskrbe. Integriran pristop na področju dolgotrajne oskrbe države pospešujejo z različnimi ukrepi, vključno z oblikovanjem nacionalne strategije in nacionalnih standardov (na primer Španija, Švedska, Velika Britanija), kar omogoča oblikovanje skupnega pristopa k zagotavljanju storitev. Primer zagotavljanja integrirane oskrbe je Velika Britanija, ki pozna managerje dolgotrajne oskrbe (angl. *care managers*), ki skrbijo za ustrezno koordinacijo zdravstvenih in socialnih storitev. Uspešen primer takšnih ukrepov so tudi multidisciplinarni timi za oceno potreb uporabnika (Nizozemska, Velika Britanija) (OECD, 2005a, str. 36).

Portugalska je nedavno uvedla reformo sistema dolgotrajne oskrbe z namenom razvijanja novega modela, ki bo integriral zdravstveni in socialni sektor in tako zagotavljal celovit in multidisciplinaren pristop k uporabniku (Commission of the European Communities, 2008b, str. 26).

Sistem dolgotrajne oskrbe v Avstriji je kombinacija zagotavljanja storitev in denarnih dajatev, storitve pa še niso integrirane, zato sta socialna in zdravstvena oskrba ločeni. Celovita ureditev področja dolgotrajne oskrbe je bila vzpostavljena s posebnim zakonom iz leta 1993. Avstrija se ni odločila za uvedbo zavarovanja za dolgotrajno oskrbo, ampak sredstva zagotavlja iz zveznega in deželnih proračunov. Storitve, ki se izvajajo v lokalni skupnosti in skušajo na različne načine zmanjšati obremenitve družinskih oskrbovalcev, imajo prednost pred institucionalno oskrbo (Predlog zakona o dolgotrajni oskrbi, 2006, str. 23).

Tudi Luksemburg je področje dolgotrajne oskrbe uredil s posebnim zakonom leta 1999. Oblikoval je mešan finančni sistem, po katerem se dolgotrajna oskrba v 45 % financira iz državnega proračuna, delno pa s posebnimi prispevki za dolgotrajno oskrbo preko obveznega zavarovanja. Vzpostavljena je mreža storitev dolgotrajne oskrbe s ciljem obdržati posameznika čim dlje v domačem okolju. Zakon omogoča pomoč uporabnikom dolgotrajne oskrbe v obliki storitev ali denarnega nadomestila, pri čemer ima pomoč v obliki storitev prednost pred denarno pomočjo. Integriranost sistema omogoča sistem koordinatorjev oskrbe, ki predstavljajo za uporabnika vstopno točko za organizacijo vseh vrst potrebne oskrbe, pomembna značilnost sistema pa so tudi multidisciplinarne ocenjevalne službe (Predlog zakona o dolgotrajni oskrbi, 2006, str. 24).

V Nemčiji je sistem dolgotrajne oskrbe organiziran po načelih obveznega zavarovanja, ki je bilo uvedeno s posebnim zakonom iz leta 1994. Zavarovanje za dolgotrajno oskrbo omogoča pomoč v obliki storitev ali v obliki denarne pomoči, lahko pa tudi kot kombinacijo obeh oblik. Zakon daje prednost oskrbi na domu. Nosilci zavarovanja so blagajne za dolgotrajno oskrbo (nem. *Pflegekassen*), ki z izvajalci storitev sklenejo ustrezne pogodbe. Dosedanja praksa v Nemčiji je pokazala na utemeljenost uvedbe zavarovanja. S tem je bila omogočena dokaj enakomerna dostopnost do dolgotrajne oskrbe in izenačene pravice tistih, ki so deležni institucionalne oskrbe in tistih, ki ostanejo v domači oskrbi (Predlog zakona o dolgotrajni oskrbi, 2006, str. 25).

V Italiji v zadnjih petnajstih letih ni bilo reform sistema dolgotrajne oskrbe, čeprav so bili izvedeni nekateri poskusi na regionalni in lokalni ravni, ki so v pretežni meri temeljili na programih denarnih transferjev posameznikom in družinam, toda v primerjavi s povpraševanjem je njihov obseg še vedno zelo omejen. Spričo odsotnosti nacionalnih reform si je italijanska družba stvari uredila po svoje in se zatekla k trgu storitev, pogosto neformalnemu, ki se v veliki meri zanaša na migrantsko delovno silo (Ranci & Pavolini, 2007, str. 9).

Velika Britanija je izvedla občuten prehod izvajanja oskrbe iz javnega sektorja v zasebni sektor. Verjetno je prva država v Evropi, ki je eksplicitno oblikovala model zagotavljanja

storitev oskrbe, ki temelji na tržnih mehanizmih s tem, ko je dejansko ločila funkcije naročnikov oziroma kupcev storitev (angl. *purchasers*) na eni strani in ponudnikov oziroma izvajalcev storitev (angl. *providers*) na drugi strani. Gre za sistem, pri katerem lokalne oblasti najemajo storitve od zasebnih in neprofitnih organizacij in niso več same zadolžene za njihovo zagotavljanje (Ranci & Pavolini, 2007, str. 10).

3 POLITIKA IZVAJANJA DOLGOTRAJNE OSKRBE V SLOVENIJI

3.1 Ocena potreb po dolgotrajni oskrbi v Sloveniji

Pri oceni potreb po dolgotrajni oskrbi v Sloveniji si lahko nekoliko pomagamo s podatki o številu oseb, vključenih v različne oblike dolgotrajne oskrbe, in s podatki o številu prejemnikov različnih vrst denarnih prejemkov za dolgotrajno oskrbo, ki so prikazani v Tabeli 2, vendar so ti podatki verjetno samo vrh ledene gore.

Tabela 2: Število oseb, vključenih v različne oblike dolgotrajne oskrbe in število prejemnikov različnih vrst denarnih prejemkov za dolgotrajno oskrbo v letu 2007

DOLGOTRAJNA OSKRBA – STORITVE	
Vrsta storitve dolgotrajne oskrbe	Število vključenih oseb
Institucionalno varstvo starejših	14.232
Institucionalno varstvo posebnih skupin	3.340
Patronažno varstvo in zdravstvena nega na domu	ni podatka
Neakutna bolnišnična obravnava	ni podatka
Storitve pomoči na domu in osebne asistence	5.810
Družinski pomočnik	900
Skupaj	24.282
DOLGOTRAJNA OSKRBA – DENARNI PREJEMKI	
Vrsta denarnega prejemka za dolgotrajno oskrbo	Število prejemnikov
Dodatek za pomoč in postrežbo po predpisih o pokojninskem in invalidskem zavarovanju	29.288
Dodatek za pomoč in postrežbo po prejemkih denarne socialne pomoči	322
Dodatek za tujo nego in pomoč po predpisih o družbenem varstvu telesno in duševno prizadetih oseb	4.301
Dodatek za pomoč in postrežbo po predpisih o vojnih invalidih in vojnih veteranih	485
Skupaj	34.396

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

Po oceni naj bi v Sloveniji pri 400.000 prebivalcih, starih nad 60 let, potrebovalo manjši obseg pomoči okoli 100.000 oseb, okoli 40.000 oseb pa naj bi stalno potrebovalo relativno veliko oskrbe (Strategija varstva starejših, 2006, str. 12). Potrebe po dolgotrajni oskrbi je za Slovenijo ocenila tudi Komisija Evropskih skupnosti. Po teh ocenah naj bi bilo dolgotrajne oskrbe potrebnih 58.000 prebivalcev (14 % moških in 22 % žensk, skupaj 19 % prebivalcev v starosti 65 let in več) (Socialni razgledi 2006, 2006, str. 102). Avtorji predloga zakona o dolgotrajni oskrbi, ki je v Sloveniji trenutno v pripravi, ocenjujejo, da je dejansko število verjetno nekoliko nižje. Po ocenah teh avtorjev naj bi v Sloveniji potrebovalo dolgotrajno oskrbo med 41.000 in 45.000 oseb. Ocena je oblikovana glede na sedanje število prebivalstva in sedanjo starostno strukturo, ki pa se bo v prihodnosti spreminjala. V naslednjih letih se bo ta ocena povečala skladno z naraščanjem števila oseb, starejših od 65 let. V kolikor ne bo prišlo do občutnega izboljšanja zdravstvenega stanja prebivalstva in se bo nadaljeval tudi trend podaljševanja življenjske dobe, lahko pričakujemo, da bo leta 2015 v Sloveniji že med 60.000 in 65.000 oseb, ki bodo potrebovali dolgotrajno oskrbo (Predlog zakona o dolgotrajni oskrbi, 2006, str. 12).

3.2 Analiza stanja na področju dolgotrajne oskrbe v Sloveniji

V Sloveniji nimamo enotno urejenega sistema dolgotrajne oskrbe, ampak se različne storitve in prejemki zagotavljajo v okviru obstoječih sistemov socialne zaščite, in sicer zdravstva, socialnega varstva, pokojninskega in invalidskega zavarovanja in skrbi za vojne veterane.

Del storitev dolgotrajne oskrbe se zagotavlja v institucionalnih oblikah zdravstvenega varstva kot neakutna bolnišnična obravnava, ki ima predvsem značaj prehodne oskrbe in se izvaja na negovalnih oddelkih in s podaljšanim bolnišničnim zdravljenjem. Na primarni ravni pa se dolgotrajna oskrba v sistemu zdravstvenega varstva izvaja v okviru patronažnega varstva in zdravstvene nege na domu. Večji del storitev dolgotrajne oskrbe pa se odvija v okviru sistema socialnega varstva. Poleg storitev dnevnega in celodnevnega institucionalnega varstva, ki so v preteklih letih prevladovale, se zagotavljajo tudi različne storitve, kot so pomoč na domu, pomoč na daljavo, dejavnost dnevnih centrov, oskrba v oskrbovanih stanovanjih, pravica do družinskega pomočnika ter različni socialnovarstveni programi osebne asistencije za invalidne osebe. Pri tem država in lokalne skupnosti predvsem spodbujajo storitve, ki omogočajo, da starejši, ki zaradi starosti ali zdravstvenih težav ne morejo več shajati brez pomoči druge osebe, ostanejo v domačem okolju in se čim kasneje odločijo za odhod v institucionalno obliko bivanja.

Poleg storitev sistem omogoča tudi pravico do denarnih prejemkov, do tako imenovanega dodatka za pomoč in postrežbo, do katerega je oseba upravičena v primeru, ko sama ni sposobna opravljati temeljnih dnevnih opravil in pri tem potrebuje pomoč druge osebe. S pomočjo dodatka si zagotavlja neformalne oblike pomoči oziroma si s temi sredstvi (do)plačuje prej naštete storitve (Strategija varstva starejših, 2006, str. 21). Dodatek se zagotavlja na podlagi različnih zakonov, in sicer Zakona o pokojninskem in invalidskem zavarovanju, Zakona o družbenem varstvu duševno in telesno prizadetih oseb, Zakona o

socialnem varstvu, Zakona o vojnih veteranih in Zakona o vojnih invalidih. Oseba je do dodatka upravičena le na podlagi enega zakona, zagotavlja pa se v obliki dodatka k starostni pokojnini, invalidski pokojnini, invalidnini, denarni socialni pomoči ali invalidnini za vojne veterane. Denarni prejemki so relativno nizki in uporabnikom, ki potrebujejo nekoliko več pomoči, ne zadostujejo za ohranjanje samostojnega življenja.

Vse našteje pravice, torej storitve in denarni prejemki, se delno financirajo iz davkov (iz državnega in občinskih proračunov), delno pa se zagotavljajo iz prispevkov za socialno zavarovanje v okviru obveznega zdravstvenega zavarovanja ter obveznega pokojninskega in invalidskega zavarovanja. Socialnovarstvene storitve plačujejo uporabniki oziroma njihovi svojci, iz javnih virov so krite le v primeru nezmožnosti plačila s strani uporabnikov ali njihovih svojcev (Strategija varstva starejših, 2006, str. 21). V nadaljevanju sledi podrobnejši pregled posameznih socialnovarstvenih in zdravstvenih storitev ter oblik neformalne oskrbe, ki so starejšim ljudem v Sloveniji na voljo.

3.2.1 Sistem socialnega varstva

Sistem socialnega varstva je glavni ponudnik storitev dolgotrajne oskrbe. Razvoj dolgotrajne oskrbe v Sloveniji se je začel z institucionalno oskrbo v domovih za starejše. Šele proti koncu devetdesetih let so se bolj intenzivno začele razvijati tudi ostale oblike skrbi za starejše. Med izvajalci socialnovarstvenih storitev so najštevilnejši javni socialni zavodi, novost od leta 2004 pa predstavlja institut družinskega pomočnika, katerega lahko izvajajo le fizične osebe. V izvajanje socialnovarstvenih storitev so tako vključeni (Revizijsko poročilo, 2008, str. 12):

- država, lokalne skupnosti in institucije socialnega zavarovanja kot regulatorji in financerji;
- javne, zasebne in nevladne organizacije kot izvajalci, in sicer:
 - javne:
 - centri za socialno delo, ki opravljajo storitve pomoči na domu;
 - domovi za starejše, ki opravljajo institucionalno varstvo starejših in storitve pomoči na domu;
 - centri za izvajanje pomoči na domu;
 - dnevni centri;
 - zasebne:
 - koncesionarji in drugi zasebniki, ki na podlagi koncesije države ali lokalne skupnosti ali pa dovoljenja za delo opravljajo vse našteje socialnovarstvene storitve;
- družinski pomočniki, ki zagotavljajo pomoč in oskrbo invalidnim osebam;
- družina, sorodstvena mreža, prostovoljske organizacije.

3.2.1.1 Institucionalno varstvo starejših

Institucionalno varstvo¹⁵ je socialnovarstvena storitev, ki 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 (Zakon o socialnem varstvu, 2007). Institucionalno varstvo v domovih za starejše je med temi oblikami storitev najbolj uveljavljeno in ima tudi najdaljšo tradicijo.

3.2.1.1.1 Domovi za starejše

Institucionalno varstvo v domovih za starejše vključuje osnovno dejavnost, ki obsega bivanje, organizirano in zdravstvenemu stanju primerno prehrano, socialno oskrbo in zdravstveno nego ter osnovno zdravstveno in specialistično konziliarno dejavnost. Zdravstveno dejavnost izvajajo zdravstveni domovi ali zasebni zdravstveni delavci s koncesijo. Storitve v okviru osnovne dejavnosti domov za starejše so standardizirane in se izvajajo v skladu s predpisi¹⁶. Dopustna so odstopanja od standarda navzgor zaradi nadstandardnih bivalnih pogojev (na primer lastne sanitarije ali kopalnica, balkon, dodatna oprema, apartma ali garsonjera s kuhinjo itd.) ali odstopanja navzdol zaradi bivalnih pogojev, ki so nižji od standardnih. Ta odstopanja vplivajo tudi na višino cene oskrbe. Domovi za starejše lahko ob osnovni opravljajo tudi dodatne dejavnosti, ki obsegajo dnevno varstvo za starejše, oskrbne in zdravstvene storitve za stanovalce oskrbovanih stanovanj, razvoz kosil, začasno varstvo, nudenje zdravstvene nege ter drugih oblik pomoči posamezniku ali družini na domu, storitve socialnega servisa na domu ter druge storitve. Domovi za starejše lahko po zakonu opravljajo tudi tržne dejavnosti, pridobljena sredstva pa namenjajo izboljševanju pogojev za izvajanje svoje osnovne dejavnosti (Skupnost socialnih zavodov Slovenije, 2007, str. 8).

Izvajalci domskega varstva in zmogljivosti domov

V obdobju po osamosvojitvi smo v Sloveniji na področju izvajanja institucionalnega varstva starejših začeli sistematično spodbujati pluralizacijo izvajalcev. Tako domsko varstvo ni več izključna domena države oziroma javnih socialnovarstvenih zavodov, ampak so z zakonom dane možnosti za delo na tem področju tudi zasebnemu sektorju. Zasebni izvajalci lahko pridobijo koncesijo za izvajanje javne službe, možno pa je tudi zasebno delo izven javne službe na podlagi dovoljenja za delo, ki ga izda pristojno ministrstvo. V zadnjih treh letih se je poleg koncesionarjev in javnih zavodov uveljavilo tudi sodelovanje javnega in zasebnega kapitala, ki pomeni mešano lastnino. V teh primerih gre za skupna vlaganja zasebnega

¹⁵ V skladu s predvidenimi spremembami na področju socialnovarstvenih storitev bo dosedanje institucionalno varstvo nadomestila socialna oskrba z namestitvijo, saj dosedanji izraz »institucionalno varstvo« ne odraža vedno dejanskega stanja namestitve upravičenca, ki ni nujno v instituciji (Nacionalno poročilo o strategijah socialne zaščite in socialnega vključevanja, 2008, str. 30).

¹⁶ Pravilnik o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev in Pravilnik o minimalnih tehničnih zahtevah za izvajalce socialnovarstvenih storitev.

kapitala in lokalnih skupnosti, ki so se odločile, da z namenom zagotavljanja institucionalnega varstva na lokalnem območju vstopijo v javno-zasebna partnerstva. Na ta način so običajno zgrajene manjše enote obstoječih zavodov.

Konec leta 2007 je institucionalno varstvo starejših opravljalo 60 javnih domov za starejše in 18 koncesionarjev. Število koncesionarjev se povečuje, od leta 2005 do leta 2007 se je povečalo skoraj za tretjino. Tako je bilo konec leta 2007 v Sloveniji v skupno 78 domovih 14.277 mest namenjenih starejšim od 65 let¹⁷ (Nacionalno poročilo o strategijah socialne zaščite in socialnega vključevanja, 2008, str. 32). Od tega je bilo 1.974 mest zagotovljenih pri zasebnikih s koncesijo (Skupnost socialnih zavodov Slovenije, 2008). Konec leta 2008 je bilo v domovih za starejše na voljo 15.745 mest (Poročilo o realizaciji nalog Strategije varstva starejših, 2009, str. 10).

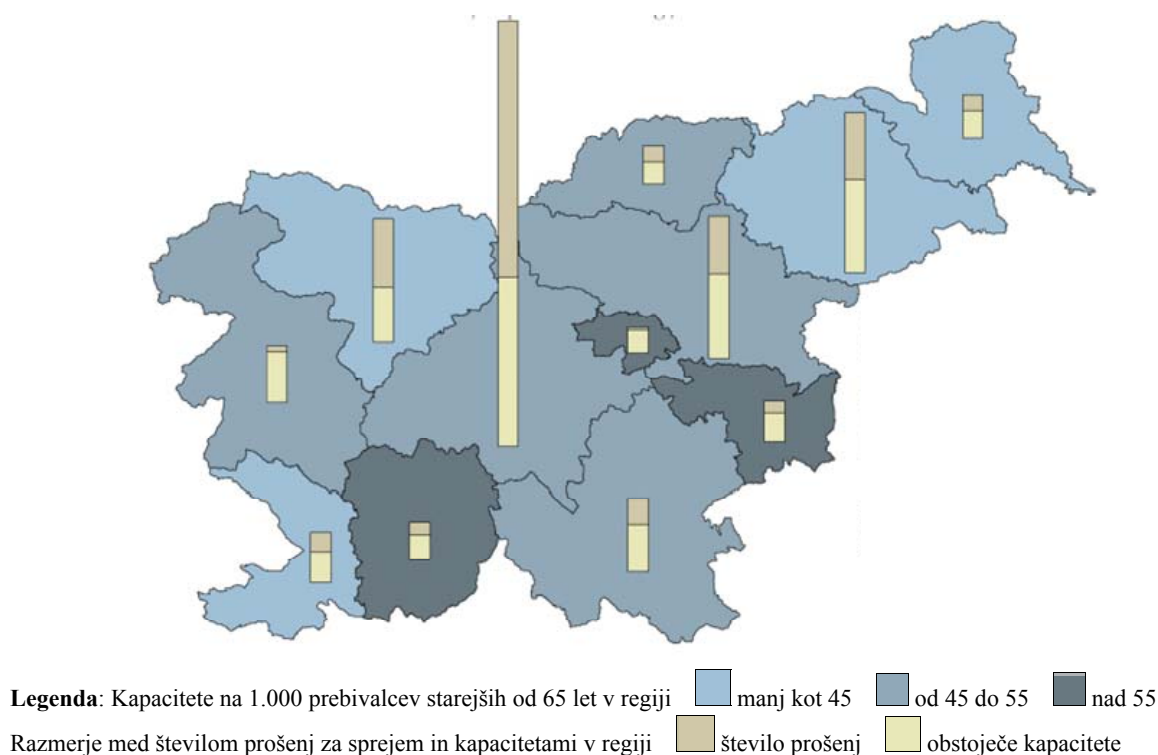
Nacionalni razvojni dokumenti širjenje kapacitet institucionalnega varstva predvidevajo izključno v zasebnem sektorju v okviru podeljevanja koncesij zasebnikom in na podlagi javno-zasebnega partnerstva. Cilj je do leta 2010 doseči povečanje kapacitet institucionalnega varstva in čimbolj enakomerno teritorialno porazdeljenost kapacitet (Resolucija o nacionalnem programu socialnega varstva, 2006). Glede na mednarodne izkušnje je utemeljeno načrtovati institucionalno varstvo za okoli 5 % prebivalstva starejšega od 65 let. Ob upoštevanju teh smernic naj bi do leta 2010 zagotovili vsaj 16.600 mest v domovih za starejše (Nacionalno poročilo o strategijah socialne zaščite in socialnega vključevanja, 2008, str. 32). Danes z navedenimi zmogljivostmi dosegamo 4,76-odstotno pokritost ciljne skupine. Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve je v letu 2008 podelilo koncesije za novih 1.772 mest, ki bodo na voljo v letu 2009 in 2010, s posebnim razpisom za območje Ljubljane in Maribora pa še dodatnih 750 mest (Poročilo o realizaciji nalog Strategije varstva starejših, 2009, str. 10). Dosedanjim 18 koncesionarjem se bo tako pridružilo več kot 20 novih koncesionarjev. S pomočjo podeljenih koncesij se bo število mest v domovih povečalo na najmanj 18.267 mest. S tem bo dosežen cilj 5-odstotne vključitve oseb starejših od 65 let v institucionalno varstvo, prav tako pa bo dosežena enakomernejša regionalna pokritost, saj bodo do konca leta 2009 domovi za starejše vzpostavljeni v vseh upravnih enotah po Sloveniji. Ministrstvo ocenjuje, da je razmerje javno-zasebnega partnerstva zelo dobro in se približuje razmerju 50:50 in s tem sledi načrtanim usmeritvam nacionalnih razvojnih dokumentov (http://www.siol.net/slovenija/novice/2008/03/starejsi_cotmanova.aspx). Poleg pristopa v obliki podeljevanja koncesij za nove kapacitete institucionalnega varstva se bodo v sodelovanju z lokalnimi skupnostmi na podlagi javno-zasebnega partnerstva zagotovile tudi širitve kapacitet v obstoječih zavodih. V letu 2007 je ministrstvo izdalo soglasje za takšno širitev na dveh lokacijah, v letu 2008 pa na štirih lokacijah, tako da je zagotovljenih skupno več kot 400 novih mest. Poleg obeh navedenih pristopov se je v širitev kapacitet domov za starejše vključil tudi Nepremičninski sklad pokojninskega in invalidskega zavarovanja, ki bo v obdobju do leta 2010 zagotovil nove kapacitete na treh lokacijah, in sicer skupno 204 novih

¹⁷ V okviru posebnih enot nekaterih domov za starejše se izvaja tudi institucionalno varstvo za odrasle s posebnimi potrebami. Konec leta 2007 je bilo v domovih 2.368 takšnih mest, te kapacitete pa predstavljajo okoli 5 % vseh razpoložljivih mest v domovih za starejše. Tovrstni domovi se imenujejo kombinirani zavodi (Nacionalno poročilo o strategijah socialne zaščite in socialnega vključevanja, 2008, str. 63).

mest (Nacionalno poročilo o strategijah socialne zaščite in socialnega vključevanja, 2008, str. 18).

V povprečju je v Sloveniji na tisoč prebivalcev, starih 65 let ali več, namenjenih 46 namestitev v domovih za starejše, vendar pa so zmogljivosti institucionalnega varstva po statističnih regijah zelo neenakomerno porazdeljene. Tako Pomurska regija premore le 31 namestitev, medtem ko kapacitete v Zasavski regiji zadoščajo za namestitev 67 oskrbovancev (Revizijsko poročilo, 2008, str. 17). Največje pomanjkanje zmogljivosti institucionalnega varstva starejših je v Ljubljani¹⁸. Pregled zmogljivosti institucionalnega varstva in števila prošenj za sprejem v domove po statističnih regijah v Sloveniji je razviden iz Tabele 8 v prilogi, iz grafičnega prikaza na Sliki 8 pa je razvidno tudi razmerje med številom oddanih prošenj in razpoložljivimi kapacitetami.

Slika 8: Kapacitete domov za starejše na tisoč prebivalcev, starih 65 let ali več, po statističnih regijah in razmerje med številom oddanih prošenj za sprejem v institucionalno varstvo ter razpoložljivimi kapacitetami



Vir: Revizijsko poročilo: Skrb za tiste, ki potrebujejo varstvo in nego drugih, 2008, str. 18, slika 3.

¹⁸ Za območje Mestne občine Ljubljana je ugotovljeno veliko pomanjkanje kapacitet institucionalnega varstva starejših. Ocenjeno je, da v domovih za starejše primanjkuje med 500 in 1.000 postelj. Trenutno v Mestni občini Ljubljana deluje šest domov za starejše, ki imajo skupno 1.911 posteljnih kapacitet, s čimer so zagotovljena mesta za 4,1 % starejših občank in občanov (na dan 31.12.2006 je bilo v Mestni občini Ljubljana 46.424 občanov starejših od 65 let). Predvidena je gradnja Centra za starejše v Trnovem s 160 posteljami v domu za starejše in 60 oskrbovanimi stanovanji, katerih soinvestitorja sta Javni stanovanjski sklad Mestne občine Ljubljana in Deos d.d.. Na isti lokaciji ima Župnijska Karitas v načrtu izgradnjo manjšega doma za starejše s kapaciteto okoli 60 postelj. Z novimi gradnjami se bodo kapacitete povečale vsaj za 10 % (Strategija razvoja socialnega varstva v mestni občini Ljubljana, 2007, str. 11-37).

Domovi za starejše so polno zasedeni. Dejstvo je, da zmogljivosti ne zadoščajo potrebam po namestitvah v institucionalno varstvo. Dokaz za to trditev so izjemno dolge čakalne vrste, število prošelj za sprejem v domove pa iz leta v leto narašča. Po evidenci Skupnosti Socialnih zavodov Slovenije je bilo v začetku maja 2009 evidentiranih 16.486 nepodvojenih prošelj za sprejem v domove¹⁹. Kljub ocenam, da je precejšen del prosilcev oddalo vlogo prej, kot so dejansko pripravljeni iti v dom, torej »na zalogo«, je takšno število prošelj ob skupni kapaciteti domov, ki znaša nekaj preko 16.600 mest, zelo zaskrbljujoče. Zanimiv je podatek, da je 7.182 prošelj evidentiranih v območni enoti Zavoda za zdravstveno zavarovanje Ljubljana, torej blizu polovice vseh nerešenih prošelj. Poleg tega je večje pomanjkanje kapacitet zaznati še v zahodni Sloveniji, v vzhodni Sloveniji pa je pokritost bistveno boljša. Računsko sodišče Republike Slovenije ocenjuje, da četudi bo dosežen cilj 5-odstotne vključenosti upravičencev starih nad 65 let v domove za starejše, oziroma bo v domovih do konca leta 2010 zagotovljenih okoli 17.000 mest, to ne bo zadostilo obstoječega povpraševanja (Revizijsko poročilo, 2008, str. 40).

Značilnosti oskrbovancev in vrste oskrbe v domovih

V letu 2006 je bilo v domovih 56,3 % oskrbovancev starih 80 let ali več. Med oskrbovanci prevladujejo ženske, ki jih je bilo v letu 2006 74,6 %. Kar 84,3 % oskrbovancev je bilo bolnih (Vertot, 2007b, str. 24), zato ima v domovih za starejše zdravstvena nega osrednjo vlogo. Zdravstvena struktura oskrbovancev se vztrajno slabša, značilen je tudi izredno hiter porast števila oseb z demenco, saj v zadnjih desetih letih podatki kažejo na porast diagnosticiranih demenc z 12 % na preko 40 % (Koprivnikar, 2008).

Oskrba v domovih zajema osnovno in socialno oskrbo²⁰ ter zdravstveno nego po predpisih s področja zdravstvenega varstva (Pravilnik o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev, 1995). Oskrba se razlikuje glede na potrebe oskrbovancev, to je glede na njihovo samostojnost oziroma stopnjo odvisnosti od pomoči drugih, in je razvrščena v štiri kategorije oskrbe²¹. Tudi zdravstvena nega se izvaja v štirih kategorijah. Struktura oskrbe in zdravstvene nege v domovih za starejše v letu 2006 je razvidna iz Tabele 3.

¹⁹ Podatek o številu čakajočih iz skupne evidence velja na dan 17. maj 2009. Upoštewane so vloge javnih zavodov za starejše, zasebnih domov s koncesijo in javnih kombiniranih zavodov (http://prosnje.ssz-slo.si/SSZSHTMLPregledi/pregled_cakajocih.aspx).

²⁰ Osnovna oskrba vključuje bivanje, organizirano prehrano, vzdrževanje prostorov in perila ter nujne prevoze. Socialna oskrba vključuje pomoč pri izvajanju osebne higijene in pri dnevnih aktivnostih ter pomoč pri ohranjanju samostojnosti in vzdrževanju socialnih stikov (Pravilnik o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev, 1995).

²¹ Domovi za starejše oskrbovance razvrščajo v naslednje kategorije (Skupnost socialnih zavodov Slovenije, 2007, str. 13):

- oskrba 1 je namenjena stanovalcem, ki ne potrebujejo neposredne osebne pomoči in so samostojni pri opravljanju vseh življenjskih funkcij. Samostojno prihajajo v jedilnico doma in samostojno skrbijo za osnovno vzdrževanje bivalnih prostorov ter osebno higieno;
- oskrba 2 je namenjena stanovalcem z zmernimi starostnimi in zdravstvenimi težavami, ki občasno potrebujejo pomoč pri opravljanju večine življenjskih funkcij oziroma potrebujejo manjši obseg neposredne osebne pomoči;

Tabela 3: Povprečna struktura oskrbe in zdravstvene nege v domovih za starejše v letu 2006

Vrsta oskrbe	v %	Vrsta zdravstvene nege	v %
Oskrba 1	30,2	Zdravstvena nega 1	18,7
Oskrba 2	20,2	Zdravstvena nega 2	6,2
Oskrba 3 A	39,5	Zdravstvena nega 3	75,0
Oskrba 3 B	10,1	Zdravstvena nega 4	0,1

Vir: Skupnost socialnih zavodov Slovenije: 40 let Skupnosti socialnih zavodov Slovenije, 2007, str. 12.

Podatki Skupnosti socialnih zavodov Slovenije v zadnjih petih letih kažejo nenehno naraščanje števila oskrbovancev, ki potrebujejo najzahtevnejše kategorije zdravstvene nege. Posamezni domovi v večjih mestih beležijo od 40 - 50 % sprejemov neposredno iz bolnišnic. Tako ima večina oskrbovancev napredujoče kronične bolezni, za obvladovanje teh pa je potrebno vedno več strokovno usposobljenega medicinskega osebja. To ni samo posebnost Slovenije, temveč vseh razvitih držav, kjer pa so za obvladovanje tega problema ustanovljene posebne ustanove. Pri nas so to vlogo ponekod prevzeli domovi za starejše, čeprav funkcionalno, kadrovsko in materialno za to niso niti ustrezno opremljeni, niti finančno stimulirani. Tako so domovi postali nekakšen vmesni člen med kliničnimi ustanovami in osnovno zdravstveno službo, in nekakšne negovalne bolnišnice s pomanjkljivo opremo in kadrom (Lunder & Logar, 2003, str. 646). V domovih je zaradi neustreznih normativov čutiti pomanjkanje kadra. Delo je fizično in psihično naporno, ob tem pa tudi premalo cenjeno in plačano. Skupnost socialnih zavodov Slovenije ugotavlja, da restriktivna kadrovska politika države ter vedno večje obremenitve domov ogrožajo že dosežen nivo kakovosti storitev. Opozarja, da bo nadaljevanje takšnih pogojev dela v domovih neizbežno povzročilo slabšo kakovost storitev in preobremenjenost ter odliv usposobljenega kadra (<http://www.ssz-slo.si/slo/main.asp>).

Cene oskrbe in financiranje dejavnosti domov

V Sloveniji ne obstaja enotna cena institucionalnega varstva. Cene oskrbe oblikujejo pristojni organi domov na podlagi Pravilnika o metodologiji za oblikovanje cen socialnovarstvenih storitev (2006), zanje pa je potrebno pridobiti soglasje pristojnega ministrstva. Povprečne cene storitev oskrbe so navedene v Tabeli 4. Iz podatkov je razvidno, da cene oskrbe v zasebnih domovih v povprečju za 25 - 30 % presegajo cene oskrbe v javnih domovih. Razlog za odstopanje je v tem, da so koncesionarjem in zasebnikom za razliko od javnih domov v ceni oskrbe priznani stroški amortizacije in investicijskega vzdrževanja, saj sami financirajo

- oskrba 3 A je namenjena dvema skupinama stanovalcev z zahtevnejšimi starostnimi in zdravstvenimi težavami, in sicer tistim, ki potrebujejo stalno neposredno osebno pomoč drugih oseb pri opravljanju osnovnih življenjskih funkcij ter najtežje prizadetim stanovalcem, ki potrebujejo stalno neposredno osebno pomoč drugih oseb pri zagotavljanju osnovnih življenjskih funkcij. Stanovalcem v tej kategoriji oskrbe domovi zagotavljajo 24 urno spremljanje ter izvajanje nege in oskrbe;
- oskrba 3 B je namenjena stanovalcem z zahtevnejšimi dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju, ki zaradi starostne demence ali sorodnih stanj potrebujejo celodnevno delno ali popolno osebno pomoč in nadzor.

izgradnjo objektov, medtem ko javnim zavodom ti stroški niso priznani, saj naj bi se sredstva za financiranje investicij zagotavljala iz državnega proračuna (Revizijsko poročilo, 2008, str. 15). Skupnost socialnih zavodov Slovenije opozarja, da na ta način javni domovi ne morejo v tolikšni meri vlagati v investicije in razvoj novih storitev in zato že začenjajo zaostajati za zasebnimi domovi, poleg tega pa tudi vedno manj investirajo v obnovo domov (Skupnost socialnih zavodov Slovenije, 2008).

Tabela 4: Povprečne cene storitev oskrbe v domovih za starejše (po uskladitvi cen 1.3.2007)

Cena na dan v €	Oskrba 1	Oskrba 2	Oskrba 3 A	Oskrba 3 B
Javni zavodi	12,91	17,16	21,41	25,05
Zasebniki s koncesijo	17,40	21,66	25,91	29,55
Cena na mesec v €	Oskrba 1	Oskrba 2	Oskrba 3 A	Oskrba 3 B
Javni zavodi	387,30	514,80	642,30	751,50
Zasebniki s koncesijo	522,00	649,80	777,30	883,50

Vir: Skupnost socialnih zavodov Slovenije, 40 let sodelovanja slovenskih domov za starejše, 2007, str. 14.

V skladu z Zakonom o socialnem varstvu oskrbni del storitev institucionalnega varstva najprej bremeni same oskrbovance oziroma njihove svojce. V primeru, da ti ne morejo kriti stroškov oskrbe, se potrebna sredstva v skladu z Uredbo o merilih za določanje oprostitev pri plačilih socialno varstvenih storitev (2004) zagotavljajo iz proračunov občin oziroma iz državnega proračuna (Skupnost socialnih zavodov Slovenije, 2007, str. 13). Leta 2006 je več kot 35 % oskrbovancev plačalo oskrbnino iz svojih sredstev, 31 % s pomočjo svojcev, 17 % oskrbovancem je pri plačilu oskrbnine pomagala občina, 11,4 % pa svojci v celoti. Za 2,5 % oskrbovancev je stroške oskrbnine v celoti poravnala občina (Vertot, 2007b, str. 29). Zdravstvene storitve v domovih so zagotovljene iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, stroške zdravstvenih storitev pa plača Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Viri sredstev, iz katerih se financira institucionalno varstvo starejših, so prikazani v Tabeli 5.

Tabela 5: Viri sredstev za financiranje institucionalnega varstva starejših

VIRI PRIHODKOV v domovih za starejše	
Oskrbnine	55% (89% oskrbnin plačajo uporabniki sami ali njihovi svojci, 11% doplačajo ali plačajo občine po principu stalnega prebivališča oskrbovanca)
Zdravstvene storitve	37% (pravica iz obveznega zdravstvenega zavarovanja v celoti, plačnik ZZS)
Druge dejavnosti	8% (različni viri plačil, tudi trg)

Vir: 40 let Skupnosti socialnih zavodov Slovenije, 2007, str. 15.

Prihodnji razvoj domov

Že danes preobremenjen sistem institucionalnega varstva v domovih za starejše ni pripravljen za soočenje s prihajajočimi zahtevami. Današnji sistem je bil zasnovan v osemdesetih letih, od takrat pa so se razmere temeljito spremenile in terjajo ustrezne systemske prilagoditve. V prihodnje domovi za starejše kot izvajalci institucionalnega varstva pričakujejo strokovno in poslovno avtonomijo, razpolaganje z vodstvenimi ter upravljavskimi mehanizmi ter priznavanje realnih stroškov poslovanja in razvoja (Koprivnikar, 2008). Krepitev strokovne avtonomije in upravljavske samostojnosti izvajalcev na področju socialnega varstva, ki bo izvajalcem dodelila širše pristojnosti pri odločanju o poslovnih in strokovnih vprašanjih, je tudi cilj Resolucije o nacionalnem programu socialnega varstva (2006). Praksa, da ustanoviteljske in lastniške pravice izvaja odmaknjen lastnik, to je država, se je doslej izkazala prej zaviralno kot spodbujevalno za razvoj domov. Natančno predpisovanje pogojev delovanja in poslovanja brez upoštevanja pomembnih specifičnosti posameznih domov in okolja ovira samostojno, lokalnim potrebam ter možnostim posameznega zavoda prilagojeno upravljanje in poslovanje. Na takšen način lastnik odvzema odgovornost poslovnim strukturam, ob tem pa se ne more odzivati na morebitne posledice in ne zmore nadzirati izvajanja svojih odločitev. Domove na takšen način tudi postavlja v vse bolj odvisen položaj (Cizelj et al., 1999, str. 53). Zato so potrebne korenite spremembe v upravljanju državnih domov kakor tudi njihovo statusno preoblikovanje.

Eden izmed pomembnih problemov je zagotovo tudi vprašanje investicij, posodabljanja in vzdrževanja javnih zavodov. Ti so v primerjavi z zasebnimi zavodi v neenakopravnem položaju, saj se le zasebnim zavodom v ceni priznavajo stroški vložnega kapitala. Cene oskrbe so zato pri zasebnikih višje, s tem pa tudi možnosti za vlaganje v razvojne projekte. Potrebna bo izenačitev pogojev poslovanja javnih in zasebnih izvajalcev. V letu 2008 je Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve začelo izvajati pilotski projekt z naslovom »Preizkus javno-zasebnega partnerstva pri investicijah v institucionalno varstvo starejših« kot projekt statusnega preoblikovanja domov. V okviru tega projekta ministrstvo načrtuje izvedbo skupnega vlaganja države in zasebnika v prenovo obstoječih kapacitet in prenos upravljanja javnega zavoda na zasebnika na način, da država obdrži lastništvo objekta, medtem ko zasebni partner prevzame odgovornost za celotno poslovanje zavoda. Na podlagi izkušenj pilotskega projekta bo ministrstvo oblikovalo primere dobre prakse in jih uporabljalo v prihodnjih letih (Revizijsko poročilo, 2008, str. 20).

3.2.1.1.2 Oskrbovana stanovanja

Institucionalno varstvo starejših je lahko zagotovljeno tudi v oskrbovanih stanovanjih, včasih poimenovanih tudi varovana stanovanja. Ta storitev je praviloma namenjena starejšim ljudem, ki se sami ne morejo več v celoti oskrbovati ali negovati, kljub temu pa lahko še vedno živijo razmeroma samostojno življenje, pri tem pa potrebujejo bližino raznih servisnih služb za pomoč pri vsakodnevnih potrebah. V ta namen so se začele graditi sodobne funkcionalno povezane stanovanjske enote, ki so arhitektonsko prilagojene starejšim in imajo v svojem

okviru tudi ponudbo raznih storitev. Institucionalno varstvo v oskrbovanih stanovanjih obsega osnovno in socialno oskrbo, izvajalec storitve institucionalnega varstva v oskrbovanih stanovanjih pa je dolžan zagotoviti tudi izvajanje zdravstvenega varstva in zdravstvene nege po predpisih o zdravstvenem varstvu. Osnovna oskrba obsega pomoč pri čiščenju prostorov, organiziranje prehrane (prinašanje pripravljenih obrokov ali priprava hrane v stanovanju) in pomoč pri vzdrževanju perila. Socialna oskrba obsega pomoč pri vzdrževanju osebne higiene in izvajanju dnevnih opravil ter varstvo in pomoč pri ohranjanju socialnih stikov. Stanovalcem mora biti zagotovljena tudi možnost uporabe 24-urne nujne pomoči preko klicnih centrov za pomoč na daljavo (Pravilnik o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev, 1995).

Oskrbovana stanovanja so bila v Sloveniji v glavnem zgrajena po letu 2000. Praviloma so zgrajena v bližini domov za starejše, tako da za socialno oskrbo in zdravstveno nego ponavadi poskrbi socialno-zdravstvena služba doma za starejše, ki je dosegljiva 24 ur dnevno. Stanovanja so najemna ali odkupna. Konec leta 2007 so bila oskrbovana stanovanja zgrajena na 11 lokacijah²² po vsej državi (Nacionalno poročilo o strategijah socialne zaščite in socialnega vključevanja, 2008, str. 63), v njih pa je bilo doslej 447 stanovalcev (Poročilo o realizaciji nalog Strategije varstva starejših, 2009, str. 11). Resolucija o nacionalnem programu socialnega varstva (2006) do leta 2010 predvideva širjenje oskrbe v oskrbovanih stanovanjih, tako da bo mogoča vključitev vsaj 0,5 % prebivalstva, starega 65 let ali več, kar pomeni kapacitete za vsaj 1.660 stanovalcev, od tega 1.300 novih. Gradnja oskrbovanih stanovanj se je do sedaj financirala iz sredstev Nepremičninskega sklada pokojninskega in invalidskega zavarovanja in iz sredstev zasebnih investitorjev.

V tujini je takšna oblika bivanja starejših zelo razširjena in pogosto nadomešča bivanje v domovih za starejše oziroma časovno odmika potrebo po odhodu v dom. V Sloveniji je zanimanje za oskrbovana stanovanja precejšnje, dejansko pa se stanovanja polnijo razmeroma počasi. Vzrok za to so visoke cene, neprimerne lokacije, zlasti pa dejstvo, da ljudje v Sloveniji niso vajeni, da bi na starost prodali svoj dom in se preselili v manjše stanovanje (Ramovš, 2003, str. 311). Veliko je bilo v medijih tudi pisanega o tem, da oskrbovanih stanovanj primanjkuje, zato so postala naložbeni hit. Številni investitorji takšna stanovanja gradijo za trg. Marsikdo kupi stanovanje kot naložbo in ga želi oddati najugodnejšemu ponudniku, ki pa zaradi visoke zahtevane najemnine ni nujno starejša oseba. Zato se pojavlja problem ohranjanja namenskosti teh objektov in bi bilo potrebno v prihodnje sprejeti ukrepe, s katerimi bi zaščitili namen oskrbovanih stanovanj in stanovalce omejili zgolj na starejše uporabnike (Žmahar, 2008, str. 19).

²² Celje, Laško, Šentjur pri Celju, Sevnica, Logatec, Medvode, Maribor, Ljutomer, Tolmin, Nova Gorica, Postojna (http://www.mddsz.gov.si/si/delovna_podrocja/sociala/izvajalci_na_podrocju_socialnega_varstva/Oskrbovana_stanovanja/).

3.2.1.1.3 Oskrba v drugi družini

Storitev institucionalnega varstva v drugi družini se izvaja v družini, ki ni sestavljena iz družinskih članov upravičenca. Storitev se izvaja na podlagi pogodbe, ki jo z oskrbniško družino sklene center za socialno delo ali izvajalec institucionalnega varstva. Oskrbniška družina je dolžna zagotoviti izvajanje zdravstvenega varstva in zdravstvene nege v sodelovanju z zdravstvenim domom ali izvajalcem s koncesijo na področju zdravstvenega varstva. Kadar je pogodba sklenjena z izvajalcem institucionalnega varstva, je le-ta dolžan zagotoviti tudi izvajanje zdravstvenega varstva. Normativ za izvajanje te storitve je en izvajalec oskrbe na tri oskrbovance, in sicer tako, da skupno število oskrbovancev v posamezni družini ni večje od šest (Pravilnik o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev, 1995).

Slovenska javna mreža sicer predvideva to možnost oskrbe, ki naj bi pomenila tudi pomemben korak v smeri deinstitucionalizacije, vendar pa je v praksi doslej razvita le v manjši meri, na primer v obliki, ko je dom za starejše zaradi zasedenosti kapacitet iskal oskrbniške družine v svoji okolici, da je lahko sprejel čakajoče. V zadnjem času pa je potreba po sistematični podpori razvoju oskrbniških družin čedalje bolj živa (Ramovš, 2003, str. 316). Nacionalni program socialnega varstva predvideva, da bo do leta 2010 v oskrbo v drugi družini vključenih najmanj 0,3 % prebivalcev, starih 65 let in več, oziroma zagotovljenih vsaj 1.000 mest (Resolucija o nacionalnem programu socialnega varstva, 2006). Kot pravi Ramovš (2005, str. 30), je potrebno računati na to, da je za razvojni projekt oskrbniških družin potrebno dve do tri leta intenzivnega razvojnega dela. V tem času je realno pričakovati 50 novih oskrbniških družin letno, ki bi imele v oskrbi povprečno dva oskrbovanca. Že to ni malo, saj pomeni vsako leto za en dom novih namestitvenih kapacitet. Uvajanje tega projekta bi pomenilo najcenejšo rešitev za perečo problematiko pomanjkanja kapacitet.

3.2.1.2 Pomoč na domu

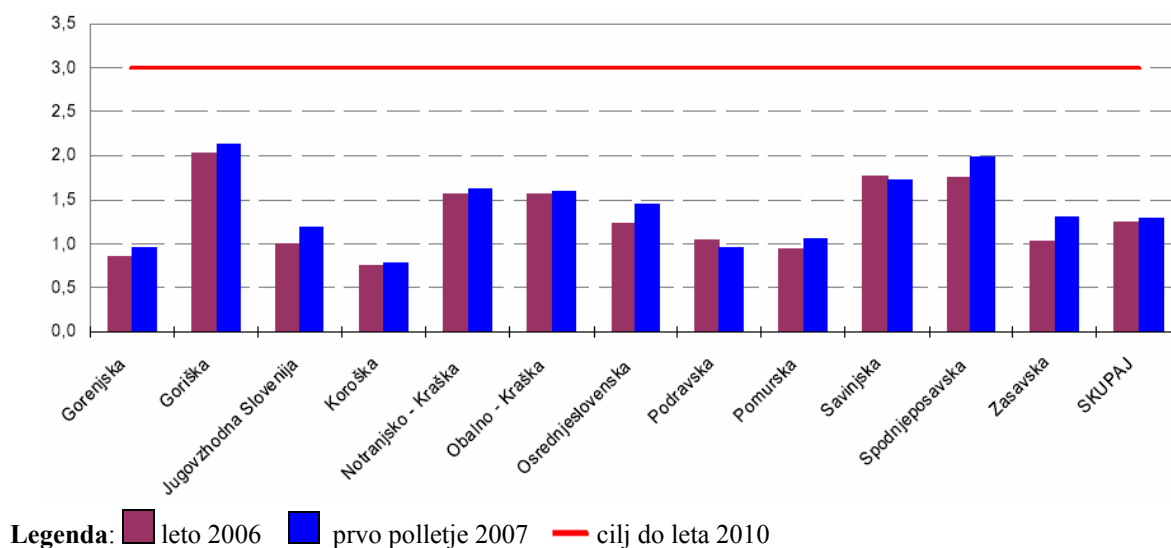
Socialnovarstvena storitev pomoč na domu se je v Sloveniji začela v večji meri razvijati šele konec devetdesetih let in se izvaja, kadar socialna oskrba na domu lahko nadomesti institucionalno varstvo (Zakon o socialnem varstvu, 2007). Vsebuje socialno oskrbo na domu, ki je namenjena upravičencem, ki imajo zagotovljene bivalne in druge pogoje, če se zaradi starosti ali hude invalidnosti ne morejo oskrbovati in negovati sami, njihovi svojci pa takšne oskrbe in nege ne zmorejo ali zanju nimajo možnosti. Gre za različne oblike organizirane praktične pomoči, ki obsega gospodinjsko pomoč, pomoč pri vzdrževanju osebne higiene in pomoč pri ohranjanju socialnih stikov tako, da se upravičencem vsaj za določen čas nadomesti potreba po institucionalnem varstvu v zavodu, v drugi družini ali v drugi organizirani obliki (Pravilnik o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev, 1995). Tovrstna pomoč ne zajema zdravstvene nege in se izvaja kot dopolnilo in pomoč družinskim oskrbovalcem.

Mrežo javne službe za pomoč na domu je dolžna zagotavljati občina (Zakon o socialnem varstvu, 2007). Pomoč na domu lahko izvajajo javni zavodi (na primer centri za socialno delo, domovi za starejše), zasebni izvajalci na podlagi podeljene koncesije s strani občine ter pravne in fizične osebe z dovoljenjem za delo. Raziskava, ki je zajela vseh 210 slovenskih občin, je ugotovila, da se v prvi polovici leta 2007 pomoč na domu v trinajstih slovenskih občinah ni izvajala, od tega v šestih občinah te storitve sploh ni bilo zagotovljene, v sedmih občinah pa po tovrstni pomoči ni bilo povpraševanja. V tem obdobju je storitev izvajalo 74 različnih izvajalcev, od tega 85,1 % javnih zavodov (med njimi 69,8 % centrov za socialno delo in 22,2 % domov za starejše) in 13,5 % koncesionarjev (Smolej, Jakob, Nagode & Žiberna, 2008, str. 11).

V prvi polovici leta 2007 je pomoč na domu prejelo povprečno 5.595 uporabnikov na mesec, kar je rahel porast v primerjavi z letom 2006. Med uporabniki je bilo skoraj polovica starih 80 let ali več (Smolej et al., 2008, str. 15). Resolucija o nacionalnem programu socialnega varstva (2006) predvideva, da se bo do leta 2010 zagotovila pomoč na domu za najmanj 3 % prebivalcev, starih 65 let in več, torej za vsaj 10.000 oseb. Iz navedenega izhaja, da so slovenske občine v prvi polovici leta 2007 zagotavljale to storitev za 1,3 % ciljne skupine prebivalstva, zato ocenjujem, da zagotavljanje te storitve še močno zaostaja za ciljem iz nacionalnega programa.

Prav tako uporabnikom niso zagotovljene enake možnosti dostopa do te storitve. Pomoč na domu je bila v največji meri zagotovljena v Goriški regiji (2,1 %), najslabše pa v Koroški regiji, kjer ni dosegla niti 1 % ciljne skupine. V manj kot polovici občin (45 %) je storitev zagotovljena tudi v popoldanskih urah, ob sobotah, nedeljah in praznikih (Smolej et al., 2008, str. 17-53).

Slika 9: Uporabniki pomoči na domu v letu 2006 in v prvem polletju 2007 (%)



Vir: S. Smolej et al., Analiza izvajanja pomoči na domu, 2008, str. 18, slika 3.

Cena, ki jo za storitev plačujejo uporabniki, ne pokriva celotnih stroškov storitve. K nižji ceni za uporabnike pomembno prispevajo občine, ki so iz proračuna dolžne subvencionirati najmanj 50 % celotne cene storitve²³ (Zakon o socialnem varstvu, 2007). Če ima izvajalec storitve zaposleno tudi osebje preko ukrepov aktivne politike zaposlovanja (subvencionirane zaposlitve), posredno storitev sofinancira tudi Zavod Republike Slovenije za zaposlovanje in te subvencije v povprečju pokrijejo okoli 15 % celotnih stroškov storitve. Uporabnik torej plača razliko med celotnimi stroški storitve in subvencijo s strani občine in zavoda. Če uporabniki nimajo zadosti lastnih sredstev, storitev doplačajo svojci oziroma občina v višini, za katero je upravičenec delno ali v celoti oproščen plačila storitve po Uredbi o merilih za določanje oprostitev pri plačilih socialno varstvenih storitev (2004). Povprečna cena, ki jo je plačal uporabnik v prvi polovici leta 2007, je znašala 4,3 €/uro. Najvišjo ceno so plačevali uporabniki v Obalno-kraški regiji in sicer dobrih 6 €/uro, najnižjo pa v Koroški regiji, kjer je ta znašala 2,5 €/uro. Celotni stroški storitve so v povprečju znašali 13,9 €/uro (Smolej et al., 2008, str. 40). Med posameznimi regijami in občinami torej obstajajo precejšnje razlike v ceni, ki jo plačujejo uporabniki. Naj dodam še podatek Eurobarometrove javnomnenjske raziskave, ki je pokazala, da skoraj polovica vprašanih v Sloveniji meni, da storitve pomoči na domu niso na razpolago po dostopni ceni (Special Eurobarometer Report, 2007, str. 77).

Pravilnik o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev (1995) določa, da neposredno izvajanje storitve na domu upravičenca traja do največ 4 ure dnevno oziroma do največ 20 ur tedensko. Normativ zahteva po enega izvajalca neposredne oskrbe, to je socialna oskrbovalka, na vsakih pet upravičencev. Omenjena raziskava je pokazala, da ena socialna oskrbovalka v povprečju pokriva sedem uporabnikov, kar govori o tem, da so oskrbovalke v splošnem preobremenjene. Tudi v tem pogledu obstajajo velike razlike med posameznimi regijami oziroma občinami, saj nekatere izkazujejo izjemno visoko število uporabnikov na posamezno socialno oskrbovalko²⁴ (Smolej et al., 2008, str. 50-53).

V splošnem je raziskava o izvajanju pomoči na domu pokazala na velike razlike med občinami. V nekaterih manjših občinah povpraševanja po tej storitvi ni veliko. Razlogi se lahko skrivajo v premajhni informiranosti potencialnih uporabnikov o storitvi, previsoki ceni storitve in podobno. Po drugi strani pa nekatere večje slovenske občine (na primer Ljubljana) ne zmorejo zadovoljiti vseh potreb po tej obliki pomoči. V teh občinah imajo težave tudi s pridobivanjem zadostnega kadra za izvajanje neposredne pomoči (Smolej et al., 2008, str. 61). Razlog, da se v splošnem ta storitev ni razvila v večji meri, je lahko tudi preslaba medsebojna povezanost socialnih in zdravstvenih služb, zaradi česar pomoč na domu velikokrat ne zmore zadostiti potrebam po zahtevnejši oskrbi (Socialni razgledi 2006, 2006, str. 102).

²³ Mestna občina Ljubljana subvencionira 70 % celotne cene storitve pomoči na domu. S tako visoko subvencijo se uvršča med tiste občine, ki za to storitev prispevajo največ (Poročilo o programih in dejavnostih za starejše v Ljubljani, 2006, str. 13).

²⁴ Nekatero občino izkazujejo tudi več kot 20 uporabnikov na posamezno socialno oskrbovalko. Pri teh obstaja verjetnost, da so upoštevani tudi tisti uporabniki, ki prejemajo samo kosila, in je s tem navidežno povečana obremenjenost socialnih oskrbovalk (Smolej et al., 2008, str. 50). Seveda pa je potrebno upoštevati, da se potrebe od občine do občine tudi razlikujejo, kar je med drugim odvisno od načina življenja na posameznem območju (mestno ali ruralno okolje) ter od razvitosti drugih oblik pomoči.

3.2.1.3 Institut družinskega pomočnika

Institut družinskega pomočnika, ki je bil uveden leta 2004, je nastal iz potrebe po uvajanju novih pristopov in rešitev na področju skrbi za starejše in po bolj celoviti ureditvi neformalne oskrbe. Ta pristop je uvedel finančno podporo in določene pravice neformalnim izvajalcem oskrbe, kar naj bi pripomoglo k dvigu kakovosti njihovega dela, saj so se družinski pomočniki dolžni udeleževati tudi programov usposabljanja.

Upravičenci do institucionalnega varstva lahko namesto celodnevnega institucionalnega varstva izberejo družinskega pomočnika²⁵. Invalidni osebi je družinski pomočnik dolžan nuditi pomoč, ki jo potrebuje pri opravljanju vseh osnovnih življenjskih potreb v skladu z njenimi potrebami in interesi, ni pa dolžan kriti materialnih stroškov za življenje invalidne osebe (Pravilnik o pogojih in postopku za uveljavljanje pravice do izbire družinskega pomočnika, 2007). Družinski pomočnik ima pravico do plačila v višini minimalne plače oziroma do sorazmernega dela plačila za izgubljeni dohodek, če poleg opravljanja nalog družinskega pomočnika ostaja v delovnem razmerju s krajšim delovnim časom od polnega. Ima tudi pravico do obveznega pokojninskega zavarovanja, zavarovanja za primer brezposelnosti in za starševsko varstvo (Zakon o socialnem varstvu, 2007). Potrebno je poudariti, da pri statusu družinskega pomočnika ne gre za vzpostavitev delovnega razmerja, kot ga ureja delovnopravna zakonodaja, zato družinski pomočnik tudi nima pravic, ki izhajajo iz delovnega razmerja (na primer pravice do regresa, letnega dopusta, bolniškega dopusta in druge pravice) (http://www.mdds.gov.si/si/delovna_podrocja/sociala/druzinski_pomocnik/). Glede na to, da nudi pomoč pri najtežjih oblikah odvisnosti, ki zahtevajo 24-urno pomoč in postržbo, je presenetljivo, da družinskemu pomočniku ne pripada pravica do bolniškega dopusta ali letnega dopusta. Nekatere pomanjkljivosti sedanje ureditve tega statusa naj bi odpravil zakon o dolgotrajni oskrbi, ki je v pripravi. Zakon naj bi uvedel pravico do počitka in možnost, da bo imela invalidna oseba v času odsotnosti pomočnika pravico do drugih oblik oskrbe (<http://www.mdds.gov.si/si/splosno/cns/novica/article/1939/5806/?cHash=52332f6b60>).

Družinski pomočnik je lahko oseba, ki ima isto stalno prebivališče oziroma je eden od družinskih članov upravičenca, in se je z namenom, da bi postala družinski pomočnik, odjavila iz evidence brezposelnih oseb ali je zapustila trg dela oziroma je v delovnem razmerju s krajšim delovnim časom od polnega (Zakon o socialnem varstvu, 2007).

V Sloveniji je bilo februarja 2007 registriranih 1.349 oseb s statusom družinskega pomočnika (http://www.mdds.gov.si/si/delovna_podrocja/sociala/druzinski_pomocnik/). Njihovo število se po statističnih regijah precej razlikuje, pri tem pa močno prednjači Spodnjeposavska regija. Število družinskih pomočnikov po statističnih regijah je razvidno iz Tabele 6.

²⁵ Upravičenci do izbire družinskega pomočnika so polnoletne osebe s težko motnjo v duševnem razvoju ali polnoletne težko gibalno ovirane osebe, ki potrebujejo pomoč pri opravljanju osnovnih življenjskih potreb. Zakon te osebe skrajšano poimenuje invalidne osebe (Zakon o socialnem varstvu, 2007). Največ upravičencev (59,9 %) je starih nad 65 let, zato ima institut pomembno vlogo pri ohranjanju kakovostne starosti invalidnih oseb (http://www.mdds.gov.si/si/delovna_podrocja/sociala/druzinski_pomocnik/).

Tabela 6: Število družinskih pomočnikov po statističnih regijah

Statistična regija (1)	Število vloženih vlog (2)	Število družinskih pomočnikov (3)	Število prebivalcev (31.12.2005) (4)	Število družinskih pomočnikov na 1000 prebivalcev (5)=(3)/(4)*1000
Pomurska	168	130	122.453	1,06
Podravska	348	207	319.235	0,65
Koroška	44	44	73.754	0,60
Savinjska	307	214	257.375	0,83
Zasavska	45	33	45.356	0,73
Spodnjeposavska	210	159	69.899	2,27
Jugovzhodna Slovenija	117	85	139.746	0,61
Osrednjeslovenska	322	241	500.021	0,48
Gorenjska	130	119	199.085	0,60
Notranjsko-kraška	52	23	51.173	0,45
Goriška	131	103	119.628	0,86
Obalno-kraška	119	79	105.632	0,75

Vir: Revizijsko poročilo: skrb za tiste, ki potrebujejo varstvo in nego drugih, 2008, str. 28, tabela 6.

Pravica do izbire družinskega pomočnika je sprva naletela na zelo velik odziv, nato pa je z letom 2007 interes upadel, kar je bila posledica spremembe v načinu financiranja družinskega pomočnika²⁶, ki je začel v večji meri bremeniti uporabnike in tako storitev naredil finančno težje dostopno samim uporabnikom (Revizijsko poročilo, 2008, str. 27). Ambrož (2007, str. 23-27) ocenjuje, da je ta sprememba uvedla bolj namensko porabo dodatka za pomoč in postrežbo, z uvedbo plačljivosti storitve pa to storitev tudi bolj izenačila z ureditvijo plačevanja storitev institucionalnega varstva in pomoči na domu. Nasploh Ambrož ugotavlja, da je institut družinskega pomočnika pozitivna rešitev, ki daje možnost za razvoj tako novih oblik in načinov pomoči starejšim kakor tudi načinov urejanja statusa izvajalcev pomoči.

3.2.1.4 Dnevni centri za starejše

Dnevni centri so oblika začasnega dnevnega varstva starejših oseb, ki potrebujejo nadzor, varovanje in pomoč ter praviloma ne potrebujejo zahtevne zdravstvene nege. Pomembno

²⁶ Spremembo je vpeljal Zakon o spremembah in dopolnitvah zakona o socialnem varstvu (Uradni list RS, št. 105). Do te spremembe so stroški izvajanja instituta v celoti bremenili občinski proračun, tako da je bila storitev za uporabnike brezplačna. Izjemno velik interes za koriščenje te pravice je posledično povzročil nepričakovano povečanje proračunskih izdatkov občin. Sprememba zakona pa je občinam bistveno olajšala financiranje storitve, saj morajo po novem uporabniki občini povrniti del sredstev, in sicer tako, da dovolijo Zavodu za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije, da njihov dodatek za pomoč in postrežbo izplačuje neposredno občin. Družinski pomočnik se dodatno financira s sredstvi uporabnika oziroma zavezancev za preživljanje do višine njihove plačilne sposobnosti. Le v primeru, da ta sredstva skupaj z dodatkom ne zadostujejo za financiranje pravic družinskega pomočnika, razliko doplača občina (Zakon o socialnem varstvu, 2007).

lahko dopolnjujejo družinsko oskrbo in razbremenjujejo družinske oskrbovalce. Do sedaj se je dnevno varstvo pretežno izvajalo v okviru domov za starejše, ki to obliko varstva nudijo kot dodatno storitev. Namenjena je posameznikom, ki še ne potrebujejo celodnevne stacionarne oskrbe in potrebujejo pomoč oziroma organizirano obliko bivanja le za določeno število ur dnevno. Storitve dnevnega varstva lahko vključuje tudi prevoz (Pravilnik o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev, 1995). Storitev je samoplačniška in znaša okoli 70 % cene običajne dnevne oskrbe. Dnevne oblike varstva v domovih za starejše skupno zagotavljajo nekaj več kot 200 mest (Predlog zakona o dolgotrajni oskrbi, 2006, str. 7).

Številni stari ljudje pa imajo do domov za starejše odpor, zato strokovnjaki opozarjajo, da bi bilo potrebno to storitev ponuditi tudi izven okvira domov za starejše, saj bi bila kot takšna za mnoge bolj sprejemljiva. Zato so dnevne centre za starejše kot dopolnilne programe socialnega varstva začele vzpostavljati tudi nevladne organizacije. Konec leta 2007 je v Sloveniji delovalo 30 dnevnih centrov (Nacionalno poročilo o strategijah socialne zaščite in socialnega vključevanja, 2008, str. 63), v to obliko varstva pa je doslej vključenih okoli 230 uporabnikov (Poročilo o realizaciji nalog Strategije varstva starejših, 2009, str. 10). Vendar pa praksa kaže, da ta storitev še ni zaživela. Razlog za majhno zanimanje bi lahko bila visoka cena, pa tudi neenakomerna dostopnost te storitve. Resolucija o nacionalnem programu socialnega varstva (2006) predvideva, da naj bi bilo do leta 2010 v dnevne centre vključeno najmanj 0,3 % oseb, starih 65 let in več, oziroma v ta namen zagotovljenih vsaj 1.000 mest.

3.2.1.5 Socialni servis

Socialni servis obsega pomoč pri hišnih in drugih opravilih v primerih, ko je ta pomoč potrebna za vključitev osebe v vsakodnevno življenje (v primeru bolezni, invalidnosti, starosti itd.). Storitve obsega zlasti prinašanje pripravljenih obrokov hrane, nakup in prinašanje živil ali drugih potrebščin, pripravo drv ali druge kurjave, nabavo ozimnice, pranje in likanje perila, vzdrževanje vrta in okolice, temeljito čiščenje in popravila v stanovanju, spremljanje pri obiskih trgovin ali prireditvah, nego hišnih živali, pedikerske, frizerske in druge podobne storitve za nego telesa in vzdrževanje videza, celodnevno nadzorovanje preko osebnega telefonskega alarma, varovanje in nadziranje stanja uporabnika preko noči in kontrola jemanja zdravil (Pravilnik o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev, 1995). Socialni servis ne sodi v javno službo, zato to storitev izvajajo zasebni izvajalci, ki so pridobili dovoljenje za delo. Večinoma gre za samoplačniške storitve, v nekaterih primerih pa uporabnikom storitev delno financira občina²⁷. Dostop do storitev socialnega servisa je tako pogosto omejen na tiste uporabnike, ki zmorejo sami kriti stroške.

²⁷ Mestna občina Ljubljana na primer subvencionira 60 % cene storitve socialnega servisa (Poročilo o programih in dejavnostih za starejše v Ljubljani, 2006, str. 15).

3.2.1.6 Centri za pomoč na daljavo

Komunikacija med centrom za pomoč na daljavo in starim človekom poteka preko telekomunikacijskih naprav. Gre za storitev poimenovano »Rdeči gumb«, ki pomeni hitro in poenostavljeno telefonsko zvezo, pri kateri uporabnik, kadar je v stiski, pritisne na rdeči gumb na posebnem telefonu ali obesku, ki ga ves čas nosi okrog vratu, in se na ta način takoj poveže z dežurno službo. Dežurna služba se odziva na klice 24 ur na dan vse dni v letu ter organizira ustrezno pomoč tako, da bodisi aktivira uporabnikovo neposredno socialno mrežo, bodisi strokovne službe (na primer socialno službo, zdravnika, patronažno službo) (<http://www.dom-iris.si/storitve.php?id=2>).

Konec leta 2007 je v Sloveniji delovalo šest regijskih centrov za pomoč na daljavo, v okviru katerih deluje varnostni telefonski sistem klica na pomoč, in sicer v Ljubljani, Mariboru, Celju, Kopru, Novi Gorici in Slovenj Gradcu (Nacionalno poročilo o strategijah socialne zaščite in socialnega vključevanja, 2008, str. 63). V sistem je vključenih okoli 800 uporabnikov, vključno z uporabniki oskrbovanih stanovanj (Poročilo o realizaciji nalog Strategije varstva starejših, 2009, str. 11). Finančni prispevek uporabnikov za to storitev se med posameznimi centri razlikuje. V Ljubljani storitev zagotavlja Zavod za oskrbo na domu Ljubljana, ceno storitve pa Mestna občina Ljubljana subvencionira v višini 80 % (Poročilo o programih in dejavnostih za starejše v Ljubljani, 2006, str. 16).

Sicer dobra zamisel pa ima v praksi toliko pomanjkljivosti, da kljub močni zagonski podpori za drago tehnično opremo še ni uspela zaživeti kot množična oblika skrbi za starejše, ampak zgolj kot nadstandardna ponudba za manjše število starejših (Ramovš, 2003, str. 309). Osnovna omejitev pri širitvi te storitve je slabo poznavanje storitve med potencialnimi uporabniki, po drugi strani pa verjetno relativno draga oprema in nepripravljenost lokalnih skupnosti, da bi se pri izvajanju dejavnosti povezale in s tem bolje izkoristile drago tehnično opremo ter na ta način pocenile storitev za uporabnike. V prihodnje je predvideno širjenje mreže izvajalcev sistema pomoči na daljavo preko skupnih vlaganj države in lokalnih skupnosti tako, da bo mreža izvajalcev zajela celotno območje države (Strategija varstva starejših, 2006, str. 24).

3.2.1.7 Začasna oskrba

V Sloveniji še nimamo široko dostopne začasne oskrbe, ki bi omogočala družinskim oskrbovalcem začasen oddih. Neke vrste začasno oskrbo sicer izvajajo domovi za starejše, ki storitev imenujejo začasni sprejem, vendar jo zagotavlja zgolj peščica domov. Posebej rezervirane postelje za začasni sprejem so tesno povezane s prostimi kapacitetami, problem pa je, da so domovi polno zasedeni. Cena za začasni sprejem je večinoma enaka ceni redne namestitve, ponekod pa je višja od redne cene. Možno trajanje začasne namestitve se med domovi razlikuje. Nekateri domovi postavljajo časovne omejitve, drugi ne, se pa v okviru te storitve v domu biva v povprečju od enega do treh mesecev. Drugi izvajalec začasne oskrbe so splošne bolnišnice, kjer se storitev imenuje negovalna postelja. Storitev vključuje prehrano in dnevni obisk zdravnika.

Cena negovalne postelje, ki jo mora plačati uporabnik sam, je nekajkrat višja od cene oskrbe v domu za starejše (Hvalič Touzery, 2006, str. 150).

3.2.1.8 Dopolnilni programi socialnega varstva

Poleg javne mreže socialnovarstvenih storitev v zadnjih letih postajajo nevladne organizacije s svojimi programi čedalje pomembnejši akterji pri oskrbi starejših. Njihova prednost je zlasti v tem, da delo temelji na skupnostnem pristopu, glede na njihovo vpetost v civilno sfero pa imajo možnost razviti storitve, ki so bolj prilagojene specifičnim potrebam starih ljudi.

K boljši kakovosti življenja starih ljudi pomembno prispeva tudi zadovoljevanje njihovih čustvenih in socialnih potreb. To so potrebe, katerim je v okviru javnih socialnovarstvenih storitev pogosto namenjeno premalo pozornosti in nenazadnje tudi kadrovske možnosti. V tem pogledu so izjemnega pomena skupine starih ljudi za samopomoč ter drugi programi, ki v bivalnem okolju skrbijo za zmanjševanje socialne izključenosti starejših. Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve sofinancira 18 izvajalcev tovrstnih programov, ki imajo skupno kapaciteto več kot 1.319 skupin za starejše (Nacionalno poročilo o strategijah socialne zaščite in socialnega vključevanja, 2008, str. 63). Velja poudariti, da v Sloveniji s tovrstnimi prostovoljskimi programi skupinskega in individualnega medgeneracijskega družabništva prednjačimo tudi v svetovnem merilu (Strategija varstva starejših, 2006, str. 13), saj je bilo v letu 2007 v tovrstne programe vključenih že 66.000 uporabnikov (Poročilo o realizaciji nalog Strategije varstva starejših, 2009, str. 12).

Zanimiva oblika skrbi za starejše je program Zveze društev upokojencev Slovenije, v katerem se starejši vključujejo v aktivnosti pomoči vrstnikom. Prostovoljci lokalnih društev obiskujejo sokrajane, starejše od 69 let, ki živijo doma, in jim v skladu z njihovimi potrebami in željami organizirajo pomoč pristojnih institucij (Centra za socialno delo, patronažne službe, zavoda za pomoč na domu, Karitasa, Rdečega križa). Pomagajo tudi z nudenjem različnih oblik laične pomoči ali z vključevanjem osamljenih starih ljudi v aktivnosti lokalnih društev. Program gradi nacionalno mrežo prostovoljske pomoči, zaradi česar doseže visok delež starejših, ki živijo doma. V letu 2007 je 1.384 prostovoljcev opravilo 39.681 obiskov in pri tem obiskalo 50.982 starejših sokrajanov, kar je zajelo 56 % ciljne skupine. Program pomembno prispeva k izboljšanju kakovosti življenja starejših in zmanjšuje potrebo po premestitvi v institucionalno oskrbo. S pridom koristi znanja, izkušnje in energijo upokojenih ljudi, ki se na ta način tudi sami izognejo socialni izključenosti, v kateri se pogosto znajdejo po upokojitvi (Nacionalno poročilo o strategijah socialne zaščite in socialnega vključevanja, 2008, str. 38).

Pomembne dopolnilne programe socialnega varstva izvajajo tudi druge nevladne organizacije, kot na primer Rdeči križ, Karitas, Slovenska Filantropija, Hospic, Slovensko združenje za pomoč pri demenci Spominčica in druge. Oblike pomoči, ki jih nudijo, so zelo raznolike, in segajo od materialne pomoči do družabništva, svetovanja in izobraževanja.

3.2.2 Sistem zdravstvenega varstva

Zdravstveni del dolgotrajne oskrbe vključuje vse zdravstvene storitve, ki se zagotavljajo v okviru domov za starejše, neakutne bolnišnične obravnave in v okviru patronažne službe in zdravstvene nege na domu. Zdravstvene storitve so večinoma v celoti financirane iz zdravstvenega zavarovanja.

3.2.2.1 Neakutna bolnišnična obravnava

V neakutno bolnišnično obravnavo se sprejmejo pacienti po končani bolnišnični obravnavi ali pacienti, pri katerih je potrebno nadaljevanje zdravljenja, rehabilitacija, zdravstvena nega ali paliativna oskrba. Z razvijanjem neakutne bolnišnične obravnave je starejšim osebam omogočena priprava na varen odpust iz bolnišnične obravnave v domače okolje ali v institucionalno varstvo. Kot neakutna bolnišnična obravnava se šteje namestitev do 30 dni, daljše obravnave pa pomenijo izvajanje programa podaljšanega bolnišničnega zdravljenja, ki ga trenutno izvajata le bolnišnici v Sežani in Murski Soboti. V letu 2006 je neakutno bolnišnično obravnavo izvajalo 19 slovenskih bolnišnic, ki so v tem letu skupaj obravnavale 18.305 primerov (Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva, 2008). Pripravljajo se nove posteljne zmogljivosti negovalnih oddelkov v bolnišnicah v Ljubljani in na Ptuj, in sicer 35 postelj od leta 2009 dalje (Poročilo o realizaciji nalog Strategije varstva starejših, 2009, str. 9). Zaradi skrajševanja ležalne dobe v bolnišnicah bo v prihodnjem obdobju potrebno zagotoviti ustrezno število kapacitet za neakutno bolnišnično obravnavo. Načrtuje se ustanavljanje tako imenovanih negovalnih oddelkov pri vseh regijskih bolnišnicah (Strategija varstva starejših, 2006, str. 28).

3.2.2.2 Patronažno varstvo in zdravstvena nega na domu

Patronažno varstvo je organizirano kot samostojna služba ali organizacijska enota osnovnega zdravstvenega varstva v zdravstvenih domovih. Nosilke dejavnosti patronažne zdravstvene nege so medicinske sestre. Patronažno varstvo se organizira 24 ur na dan vse dni v letu. Obsega preventivno dejavnost in kurativno dejavnost, slednja je v letu 2003 obsegala 78,5 % celotne dejavnosti. Visok delež kurativne dejavnosti je dejanski odraz potreb po dolgotrajni oskrbi. Storitve zdravstvene nege na domu so financirane iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. V letu 2003 je patronažna služba na domu negovala 32.978 oseb, starih nad 60 let. Delež ljudi, ki potrebujejo zdravstveno nego na domu, s starostjo narašča in je izrazito večji po 75. letu starosti (Predlog zakona o dolgotrajni oskrbi, 2006, str. 8).

Vloga patronažne službe je zelo pomembna, saj na terenu med prvimi zaznava zdravstvene in socialne stiske ter potrebe posameznikov in družin. Žal pa je, kot ugotavlja Ramovš (2003, str. 307), patronažna nega na domu, ki je bila v Sloveniji pred leti izjemno razvita, potisnjena na rob pozornosti zdravstva. Organizacijska kriza slovenskega zdravstvenega sistema je patronažno službo zelo okrnila, se je pa razvila socialna oskrba v obliki pomoči na domu. Obe službi pa na

terenu delujeta povsem neuskklajeno, medtem ko bi stari ljudje potrebovali enovit pristop, ki je ne le učinkovitejši, ampak tudi cenejši.

3.2.2.3 Paliativna oskrba

Naraščajoče število starih oseb povečuje tudi potrebe po paliativni oskrbi. To je celostna oskrba kronično ali neozdravljivo bolnih in umirajočih bolnikov ter pomoč njihovim svojcem. Paliativna oskrba v slovenskem zdravstvenem sistemu ni urejena, organizirana je sporadično v posameznih zdravstvenih ustanovah. Slovenija se po razvitosti paliativne oskrbe uvršča na sam evropski rep. Paliativnih oddelkov v bolnišnicah in v domovih za starejše ni. Celostno paliativno oskrbo na domu trenutno izvaja le Slovensko društvo Hospic. Tako je pritisk na negovalne oddelke in domove za starejše vedno večji, standardi in normativi pa več ne dopuščajo povečevanja števila oskrbovancev s potrebami po najvišjih kategorijah oskrbe (Lunder & Logar, 2003, str. 643).

Cilj dobro razvite paliativne oskrbe je omogočiti organizirano oskrbo dovolj zgodaj in kadar je le mogoče na bolnikovem domu. V Sloveniji nimamo ustreznega šolanega paliativnega tima oziroma organizirane mreže za paliativno oskrbo, ki bi s hišnimi obiski družinskih zdravnikov ter 24-urnim dežurstvom negovalnih timov omogočala, da umirajoči ne bi bili po nepotrebnem usmerjeni na urgentne oddelke bolnišnic. V prihodnje bo potrebno sprejeti nacionalni program paliativne oskrbe in nacionalne standarde kakovosti paliativne oskrbe. Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva (2008) poudarja potrebo po ustanovitvi paliativnih oddelkov v bolnišnicah in sicer naj bi v obdobju od 2008 do 2013 dobili v vsaki pokrajini vsaj eno negovalno enoto s paliativnim oddelkom. Velja omeniti tudi, da je Mestna občina Ljubljana pridobila lokacijo za izgradnjo objekta za nego umirajočih in za pomoč svojcem ter v sodelovanju s Slovenskim društvom Hospic pripravila strokovna izhodišča za prostorsko zasnovo objekta (Strategija razvoja socialnega varstva v mestni občini Ljubljana, 2007, str. 24).

3.2.3 Neformalna in družinska oskrba starih ljudi

V Sloveniji je več kot polovica starih ljudi, ki potrebujejo oskrbo, povsem odvisna od neformalne socialne mreže. Večinoma so to družina in sorodniki, nekaj malega sosedje, prostovoljci in drugi (Ramovš, 2005, str. 11). Strategija varstva starejših (2006, str. 9) ugotavlja, da je v Sloveniji v domači oskrbi še vedno večina starih ljudi, ki potrebuje oskrbo.

Kljub temu, da je bila večina starih ljudi v Sloveniji doslej deležna zgolj družinske oskrbe in se ključna vloga le te pričakuje tudi v prihodnje, se o pomembni vlogi družine pri oskrbi starega človeka premalo govori in se smatra kot sama po sebi umevna. Družinski oskrbovalci v Sloveniji trenutno niso deležni skorajda nikakršne javne podpore, njihova pomembna vloga v družbi pa je spregledana (Hvalič Touzery, 2007, str. 15). Poleg tega je domača oskrba tudi slabo raziskana,

kar je tudi eden od glavnih razlogov, da ta pomembna socialnovarstvena mreža doslej ni bila deležna zadostne politične podpore (Strategija varstva starejših, 2006, str. 9).

V prvi obsežnejši raziskavi družinske oskrbe starih ljudi v Sloveniji, ki je zajela 218 družinskih oskrbovalcev z območja celotne Slovenije, je Hvalič Touzeryeva (2007, str. 95) ugotovila, da se je število potencialnih oskrbovalk starih ljudi v Sloveniji zmanjšalo, in sicer s 3,58 žensk v letu 1995 na 2,94 žensk v letu 2005²⁸. Steber družinske oskrbe v Sloveniji zagotavlja ženski del sorodstvene mreže, saj je bilo med oskrbovalci kar 87,6 % žensk. Povprečna starost oskrbovalcev je bila 51,9 let, 40,4 % oskrbovalcev je bilo zaposlenih (Hvalič Touzery, 2007, str. 190-204). Zanimiv je tudi podatek, da so bili v mestnem okolju med oskrbovalci močno zastopani partnerji (43,48 %), ki so bili v primestnem in podeželskem okolju po zastopanosti daleč za otroki. Gre torej za pomembno razliko v značilnosti družinske oskrbe glede na življenjsko okolje, v katerem oskrbovana oseba živi (Hvalič Touzery, 2007, str. 245).

Veliko družinskih oskrbovalcev je oskrbovalo starega človeka skozi ves dan, več kot tretjina (35,1 %) oskrbovalcev je oskrbovala več kot 40 ur tedensko, kar je enakovredno zaposlitvi s polnim delovnim časom. Skoraj polovica oskrbovalcev (48,6%) je starega človeka oskrbovala več kot pet let, več kot petina oskrbovalcev (21,1 %) pa celo več kot deset let. Ob tem pa je zaskrbljujoč podatek, da je v času oskrbovanja odšla na večdnevni oddih manj kot polovica oskrbovalcev, v najmanjši meri prav tisti, ki so oskrbovali zelo odvisne osebe več kot 40 ur tedensko (Hvalič Touzery, 2007, str. 206-223). Pomanjkanje oddiha in razbremenitve vodi v preobremenjenost in izgorelost družinskih oskrbovalcev, kar posledično pomeni slabšo kakovost oskrbe.

Najpogostejši motiv za oskrbovanje je občutek dolžnosti in moralna odgovornost do starega človeka. Ekonomski motiv za oskrbovanje je v Sloveniji skorajda zanemarljiv, saj obstaja le nekaj zakonov, ki posredno vplivajo tudi na družinske oskrbovalce: oskrbovana oseba ima pravico do dodatka za pomoč in postrežbo, Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju pa omogoča nadomestilo zaradi nege ožjega družinskega člana. Samo Zakon o socialnem varstvu omogoča oskrbovalcem s statusom družinskega pomočnika finančno nadomestilo, vendar pa je to tako nizko, da za družinske oskrbovalce ni bistvenega pomena pri odločitvi za oskrbovanje (Hvalič Touzery, 2007, str. 255).

Večina oskrbovalk mora oskrbovanje usklajevati s poklicnim življenjem. V Sloveniji je redka praksa, da bi ženske zaradi oskrbovanja zapustile trg dela. Stopnja delovne aktivnosti žensk je v Sloveniji visoka, poleg tega pa so ženske v glavnem zaposlene za polni delovni čas. V Sloveniji imamo od leta 1990 uzakonjeno možnost dela za polovični delovni čas, vendar Slovenija sodi v skupino držav, v katerih so tovrstne oblike zaposlitev slabo zaživele. Tudi fleksibilne oblike dela v Sloveniji niso uveljavljena praksa. Delež žensk, zaposlenih za krajši delovni čas, je v Sloveniji med najnižjimi v EU (Socialni razgledi 2006, 2006, str. 89). Med zaposlenimi oskrbovalkami jih je 83 % imelo otroke in kar je še pomembnejše, polovica izmed teh mladoletne otroke (Hvalič

²⁸ Število potencialnih oskrbovalk starih ljudi je izračunano po Walkerjevi metodi kot razmerje med številom žensk, starih med 45 in 70 let, in številom vseh prebivalcev, starih 70 let ali več (Hvalič Touzery, 2007, str. 95).

Touzery, 2007, str. 299). To poleg poklicnih obveznosti pomeni še dvojno breme oskrbovanja, iz česar lahko sklepamo na veliko obremenjenost družinskih oskrbovalk.

Družinski oskrbovalci najbolj pogrešajo možnost daljšega oddiha oziroma dopusta (Hvalič Touzery, 2007, str. 407). Dejstvo je, da je v Sloveniji trenutno le malo urejenih možnosti, ki bi omogočale začasno oskrbo. S tega vidika je velikega pomena razvoj programov za kratkotrajne oblike podpore in razbremenjevanje družine, ki jih predvideva Resolucija o nacionalnem programu socialnega varstva (2006). Resolucija predvideva tudi določeno nadomestilo za izgubljeni zaslužek zaradi odsotnosti z dela zaradi negovanja družinskega člana. Raziskava je pokazala, da si družinski oskrbovalci želijo tudi hitrejšega sprejema bolnega starega človeka v dom za starejše (Hvalič Touzery, 2007, str. 397). To je povezano zlasti s pomanjkanjem storitev, ki bi oskrbovalcem omogočale manj stresno usklajevanje zaposlitve in oskrbovanja. Tako oskrbovalci zaradi preobremenjenosti pogosto ne vidijo druge možnosti za starega človeka, to dejstvo pa povečuje pritisk na domove.

3.3 Finančni viri za zagotavljanje dolgotrajne oskrbe

K celotnim izdatkom za dolgotrajno oskrbo sodijo izdatki za dolgotrajno zdravstveno oskrbo in izdatki za dolgotrajno socialno oskrbo. Celotni izdatki za dolgotrajno oskrbo so v letu 2006 znašali 1,1 % BDP, od tega 0,8 % BDP javni izdatki in 0,2 % BDP zasebni izdatki. Od tega je bilo okoli 60 % izdatkov namenjenih storitvam dolgotrajne zdravstvene oskrbe in okoli 40 % storitvam dolgotrajne socialne oskrbe (Socialni razgledi 2006, 2006, str. 31). Slovenija je glede na višino javnih izdatkov za dolgotrajno oskrbo primerljiva z EU-15. Izdatki za dolgotrajno oskrbo po virih sredstev in po namenu so razvidni iz Tabele 7.

Podatki o izdatkih za dolgotrajno oskrbo kažejo, da obstaja stalna rast v izdatkih glede na porabljena finančna sredstva, medtem ko ostaja delež BDP relativno stabilen. Največji porast kažejo javni izdatki za dolgotrajno zdravstveno oskrbo. Izdatke za dolgotrajno oskrbo lahko delimo tudi na sredstva, ki se namenjujejo za institucionalno varstvo, in na izdatke, ki se namenjujejo za skupnostno skrb. Podatki iz Tabele 8 kažejo, da je uporabnikov institucionalnega varstva veliko več kot uporabnikov storitev skupnostne skrbi, medtem ko je razmerje porabljenih sredstev ravno obratno. Institucionalno varstvo je skoraj 6-krat dražje kot skupnostna skrb. Institucionalno varstvo nedvomno zavzema dominanten del področja dolgotrajne oskrbe v Sloveniji (Flaker et al., 2008a, str. 31).

Tabela 7: Izdatki za dolgotrajno oskrbo v Sloveniji po virih sredstev in po namenu

	Izdatki za dolgotrajno oskrbo v mio € (trenutne cene)				Realni indeks	Realna letna rast v %		
	2003	2004	2005	2006	2006/2003	2003-2006		
	Dolgotrajna oskrba	267	286	311	333	114,6	4,7	
od katere:								
javna sredstva	202	220	241	257	116,9	5,3		
privatna sredstva	65	66	70	76	107,4	2,4		
od katere:								
dolgotrajna zdravstvena oskrba	164	178	194	208	116,6	5,2		
dolgotrajna socialna oskrba	103	108	117	125	111,5	3,7		
	Struktura v %				Delež BDP v %			
	2003	2004	2005	2006	2003	2004	2005	2006
Dolgotrajna oskrba	100,0	100,0	100,0	100,0	1,08	1,07	1,10	1,09
od katere:								
javna sredstva	75,7	76,9	77,5	77,2	0,82	0,82	0,85	0,84
privatna sredstva	24,3	23,1	22,5	22,8	0,26	0,25	0,25	0,25
od katere:								
dolgotrajna zdravstvena oskrba	61,4	62,2	62,4	62,5	0,66	0,67	0,69	0,68
dolgotrajna socialna oskrba	38,6	37,8	37,6	37,5	0,42	0,40	0,41	0,41

Vir: V. Flaker et al., Individualiziranje financiranja storitev socialnega varstva (Raziskovalno poročilo za leto 2007), 2008a, str. 30, tabela 3.

Tabela 8: Izdatki za dolgotrajno oskrbo glede na število uporabnikov in odstotek porabljenih sredstev za institucionalno varstvo in skupnostno skrb v letu 2004

	Število uporabnikov	Izdatki v %
Institucionalno varstvo	16.686	61,07
Skupnostna skrb	38.011	11,05
Denarni prejemki	30.015	27,80

Vir: V. Flaker et al., Individualiziranje financiranja storitev socialnega varstva (Raziskovalno poročilo za leto 2007), 2008a, str. 30, tabela 5.

Javnofinančna sredstva za dolgotrajno oskrbo se zagotavljajo iz sredstev Zavoda za pokojninsko in invalidsko zavarovanje (za izplačila dodatka za pomoč in postrežbo), iz sredstev Zavoda za zdravstveno zavarovanje (za zdravstveno nego v domovih za starejše in drugih socialnih zavodih, v podaljšanem bolnišničnem zdravljenju in delu patronažne službe) ter iz proračuna države in občin (za doplačila oskrbe v zavodih in za izplačila dodatkov za pomoč in postrežbo) (Predlog zakona o dolgotrajni oskrbi, 2006, str. 10-12).

Poleg javnofinančnih sredstev so pomemben vir financiranja dolgotrajne oskrbe, ki se izvaja v domovih za starejše, tudi plačila oskrbovancev oziroma njihovih svojcev, to so oskrbnine. Vendar pa gre pri tem za precejšen delež sredstev, ki so jih upravičenci prejeli kot dodatek za pomoč in postrežbo in so v bistvu javna sredstva. Tako pri ugotavljanju, kolikšna sredstva v Sloveniji namenjamo za dolgotrajno oskrbo, lahko približno ocenimo le javna sredstva. Problem je v razmejitvi deleža javnih in zasebnih sredstev. Zasebni izdatki obsegajo manj kot četrtno vseh sredstev, ki so namenjena dolgotrajni oskrbi. Dolgotrajna zdravstvena oskrba je večinoma financirana iz javnih virov (95 %). Za dolgotrajno socialno oskrbo pa je približno polovica izdatkov pokritih iz javnih virov (52 %), in sicer iz državnega in občinskih proračunov, ter polovica iz zasebnih virov (48 %) (Socialni razgledi 2006, 2006, str. 31).

Za kritje stroškov dolgotrajne oskrbe torej v Sloveniji že razpolagamo z določenimi sredstvi. Vprašanje pa je, ali so ta sredstva zadostna, ali so merila za zbiranje sredstev in za njihovo razporejanje ustrezna in ali so sredstva tudi ustrezno porabljena. Še zlasti se odpira vprašanje, ali se sredstva pravično delijo med zavarovanci glede na njihove potrebe. Sredstva namreč razporeja več nosilcev socialne varnosti, pri čemer ima vsak od njih svoja pravila in svoja merila za pridobitev določene pravice (Predlog zakona o dolgotrajni oskrbi, 2006, str. 12).

3.3.1 Projekcije izdatkov za dolgotrajno oskrbo

Predpostavke za izračun projekcij izdatkov za dolgotrajno oskrbo izhajajo iz ocene števila upravičencev do dolgotrajne oskrbe. Ta temelji na osnovni varianti projekcije prebivalstva, ki jo je za Slovenijo pripravil Eurostat. Na tej podlagi je izračunana projekcija odvisnega prebivalstva, pri čemer so upoštevani trije osnovni scenariji bodočega razvoja spolno-starostno specifičnih koeficientov odvisnosti starega prebivalstva in sicer scenarij fiksnih koeficientov odvisnosti, scenarij padajočih koeficientov odvisnosti in referenčni scenarij AWG²⁹ (Predlog zakona o dolgotrajni oskrbi, 2006, str. 16).

Po vseh treh scenarijih naj bi se v primerjavi s sedanjim stanjem število uporabnikov povečevalo. Ob predpostavki, da bo od projiciranega števila odvisnih oseb okoli 60 % oseb takšnih, ki bodo izpolnjevali kriterije za vstop v sistem dolgotrajne oskrbe po novem zakonu, bi bilo po scenariju fiksnega koeficienta v sistem dolgotrajne oskrbe v letu 2020 vključenih skoraj 51.000 uporabnikov. Nekaj manj uporabnikov predvideva AWG referenčni scenarij, po katerem bi število uporabnikov v letu 2020 naraslo na 46.800. Po scenariju padajočih koeficientov pa bi se število uporabnikov dolgotrajne oskrbe v letu 2020 povečalo na dobrih 43.000 uporabnikov (Predlog zakona o dolgotrajni oskrbi, 2006, str. 16). Projekcije števila odvisnih oseb po vseh treh scenarijih do leta 2020 so prikazane v Tabeli 9 v prilogi.

²⁹ Scenarij fiksnih koeficientov odvisnosti (angl. *Pure Ageing Scenario*) predpostavlja nespremenjene koeficiente odvisnosti za celotno obdobje projekcije. Scenarij padajočih koeficientov odvisnosti (angl. *Constant Disability Scenario*) predpostavlja upadanje koeficientov v istem razmerju, kot naj bi upadala umrljivost v posameznih spolno-starostnih skupinah. Po referenčnem scenariju AWG (angl. *AWG (Ageing Working Group) Reference Scenario*) naj bi koeficienti odvisnosti v posameznih spolno-starostnih skupinah upadali za polovico počasneje kot umrljivost v teh skupinah.

Projekcije javnih izdatkov za dolgotrajno oskrbo, ki jih je pripravil Urad za makroekonomske analize in razvoj do leta 2020, so prikazane v Tabeli 9 spodaj.

Tabela 9: Projekcije javnih izdatkov za dolgotrajno oskrbo do leta 2020 (v % od BDP)

	2004	2010	2015	2020
Po predlaganem sistemu predloga zakona o dolgotrajni oskrbi				
Scenarij fiksnih koeficientov (Pure ageing)	0,93	1,09	1,14	1,25
AWG referenčni scenarij	0,93	1,06	1,09	1,16
Scenarij padajočih koeficientov	0,93	1,03	1,04	1,07
Po veljavnem sistemu				
Scenarij na podlagi demografskih računov	0,84	0,91	0,96	1,02

Vir: Predlog Zakona o dolgotrajni oskrbi in zavarovanju za dolgotrajno oskrbo, 2006, str. 19, tabela 17.

Projekcije javnofinančnih izdatkov za dolgotrajno oskrbo za obdobje od leta 2010 do leta 2050 je pripravilo tudi Ministrstvo za finance. Po teh projekcijah naj bi se izdatki za dolgotrajno oskrbo do leta 2030 povišali na 1,4 % BDP, v letu 2050 pa naj bi znašali 2 % BDP (Socialni razgledi 2006, 2006, str. 105). Po Sambtovih (2005, str. 93) ocenah naj bi se celotni izdatki za dolgotrajno oskrbo v Sloveniji do leta 2030 povzpeli na 1,39 % BDP, od tega bodo javnofinančni izdatki obsegali 1,22 % BDP. Do leta 2050 naj bi se delež celotnih izdatkov za dolgotrajno oskrbo povečal na 2,04 % BDP, od tega bo javnofinančnih izdatkov 1,77 % BDP.

Vpliv staranja prebivalstva na proračunske izdatke je v vseh državah zaskrbljujoč, vendar med njimi obstajajo razlike v ocenjenih stopnjah tveganja v zvezi z dolgoročno vzdržnostjo javnih financ. Komisija Evropskih skupnosti (2006b, str. 6) je Slovenijo uvrstila med države z visokim tveganjem, za katere je značilno zelo veliko dolgoročno povečanje izdatkov, povezanih s staranjem prebivalstva.

3.4 Sistemska ureditev področja dolgotrajne oskrbe

Vprašanja, ki se vsebinsko nanašajo na področje dolgotrajne oskrbe, v Sloveniji urejajo različni področni zakoni, in sicer:

- Zakon o socialnem varstvu (2007) določa storitve, do katerih so upravičene osebe starejše od 65 let, invalidne osebe in kronično bolne osebe. Te storitve so institucionalno varstvo, pomoč na domu in socialni servis. Izvajanje socialnovarstvenih storitev podrobneje ureja Pravilnik o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev (1995);
- Zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju (2006) določa pravico do dodatka za pomoč in postrežbo, do katerega so upravičeni uživalci starostne,

invalidske, vdovske ali družinske pokojnine ter upravičenci v nekaterih drugih primerih;

- Zakon o vojnih veteranih (2006), Zakon o vojnih invalidih (1995) in Zakon o družbenem varstvu duševno in telesno prizadetih oseb (1983) tudi urejajo pravico do dodatka za pomoč in postrežbo. To pravico imajo osebe, ki potrebujejo pomoč druge osebe pri opravljanju osnovnih dnevnih opravil;
- Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (2006) zagotavlja vsem zavarovanim osebam v okviru zdravstvenega zavarovanja plačilo stroškov za zdravljenje in zdravstveno nego na domu ali v institucionalnem varstvu. Te storitve so po sedANJI ureditvi zagotovljene zavarovanim osebam v celoti, to je brez doplačila.

Področje dolgotrajne oskrbe je sistemsko neustrezno urejeno, saj so različni področni zakoni in sistemi med seboj slabo usklajeni in delujejo vsak po svojih načelih, nobeden pa ne obvladuje celotnega področja dolgotrajne oskrbe. To ne omogoča enotne organizacije tega področja in povezanega delovanja različnih izvajalcev, hkrati pa tudi zmanjšuje preglednost delovanja sistema in njegovega financiranja.

3.4.1 Strateške usmeritve na področju dolgotrajne oskrbe v Sloveniji

Kot odgovor na obstoječe stanje in na pomanjkljivosti ureditve področja dolgotrajne oskrbe je Vlada Republike Slovenije v zadnjih letih sprejela več pomembnih političnih dokumentov, ki so začrtali usmeritve in okvire nadaljnjega razvoja na tem področju, in sicer:

- Strategijo varstva starejših do leta 2010 - Solidarnost, sožitje in kakovostno staranje prebivalstva³⁰;
- Resolucijo o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2006-2010 (ReNPSV06-10);
- Resolucijo o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008-2013 »Zadovoljni uporabniki in izvajalci zdravstvenih storitev« (ReNPZV).

Eden izmed ključnih dokumentov za področje dolgotrajne oskrbe je *Strategija varstva starejših do leta 2010 - Solidarnost, sožitje in kakovostno staranje prebivalstva*. Strategija skladno z evropskimi smernicami daje prednost oskrbi na domu, vendar pa zaradi velikega povpraševanja hkrati predvideva tudi širitev kapacitet institucionalnega varstva preko spodbujanja javno-zasebnega partnerstva in podeljevanja koncesij zasebnikom za gradnjo domov za starejše. Pri tem naj bi novogradnje sledile sodobnemu konceptu tako imenovanih

³⁰ Strategijo varstva starejših do leta 2010 - Solidarnost, sožitje in kakovostno staranje prebivalstva je Vlada RS sprejela 21. septembra 2006. Strategija temelji na skupno oblikovanih ciljih različnih vladnih resorjev, lokalnih skupnosti in civilne družbe pri načrtovanju in izvajanju ukrepov za kakovostno staranje prebivalstva. Predvideva strateške ukrepe na dvanajstih področjih, in sicer na področju dela in zaposlovanja, sistema pokojninskega in invalidskega zavarovanja, dolgotrajne oskrbe, socialnega varstva, družine, zdravstvenega varstva, vzgoje in šolstva, kulture in informiranja, znanosti in raziskovanja, stanovanjske politike in prostorskega planiranja, prometa ter osebne varnosti starih ljudi. Strategija ima torej namen doseči intersektorsko in interdisciplinarno povezanost.

domov četrte generacije³¹, ki tako po arhitekturni kakor tudi po programski zasnovi bolje ustrezajo potrebam starega človeka. Tudi obstoječa mreža domov naj bi se postopoma prilagajala temu sodobnemu konceptu manjših skupin. Poleg uveljavljenih oblik institucionalnega varstva strategija predvideva razvoj mreže izvajalcev oskrbe v drugi družini in mreže oskrbnih domov, namenjenih starejšim, ki si želijo samostojnega bivanja v zanje posebej prilagojenih objektih. Strategija predvideva tudi širitev mreže dnevnega varstva, sistema oskrbovanih stanovanj in mreže izvajalcev sistema pomoči na daljavo. Merila za razvoj teh storitev in programov do leta 2010 so razvidna iz Tabele 10.

Tabela 10: Merila za razvoj storitev in programov v javni socialnovarstveni mreži do leta 2010

Vrsta storitve	Cilj določen na osnovi normiranega obsega	Nominalni končni učinek - rezultat
STORITVE POMOČI NA DOMU IN MOBILNE POMOČI	zagotovi se socialna oskrba na domu za najmanj 3 % oseb, starih 65 in več let, ter za najmanj 0,05 % drugih odraslih oseb, ki potrebujejo pomoč na domu ali mobilno pomoč zaradi duševne, telesne ali senzorne motnje, hude bolezni ali iz drugih razlogov	zagotovljena socialna oskrba na domu za vsaj 10.000 oseb, starih nad 65 let, in za vsaj 900 drugih odraslih oseb
INSTITUCIONALNO VARSTVO		
▪ Organizirano varstvo v dnevnih centrih	vključenih najmanj 0,3 % starejših oseb, starih 65 let in več, ki potrebujejo dnevno organizirano varstvo	zagotovljenih vsaj 1.000 mest
▪ Varstvo in oskrba v domovih za starejše	vključenih najmanj 5 % prebivalcev, starih 65 let in več	zagotovljenih vsaj 16.600 mest za celodnevno obravnavo in vsaj 300 mest za kratkotrajne namestitve
▪ Oskrba v drugi družini	vključenih najmanj 0,3 % prebivalcev, starih 65 let in več	zagotovljenih vsaj 1.000 mest za oskrbo v drugi družini
▪ Oskrba v oskrbovanih stanovanjih za starejše osebe kot posebna oblika pomoči na domu	vključenih najmanj 0,5 % prebivalcev, starih 65 let in več	zagotovljene storitve za vsaj 1.660 stanovalcev oskrbovanih stanovanj, od tega 1.300 novih

Vir: Resolucija o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2006-2010, 2006.

Predvideno je tudi uvajanje novih oblik družbene skrbi za starejše, kakršna so na primer krajevna medgeneracijska središča kot način systemskega povezovanja različnih storitev in dejavnosti na krajevni ravni. Strategija spodbuja oblike organiziranega medgeneracijskega prostovoljstva in v tej smeri predvideva tudi državno podporo za razvoj nevladnega sektorja. V splošnem izpostavlja potrebo po pluralizaciji izvajalcev in programov dolgotrajne oskrbe, ki bodo prilagojeni potrebam različnih kategorij starih ljudi, od preventivnih programov in programov za dementne do paliativne oskrbe in hospicev za spremljanje umirajočih. Poudarja tudi potrebo po podpori družinski oskrbi, in sicer v obliki krajevnih servisnih pomoči in

³¹ Koncept domov četrte generacije je podrobneje obrazložen v poglavju o novejših in inovativnih pristopih v dolgotrajni oskrbi.

večjih možnosti za začasno oskrbo. V tej smeri podpira sprejem ukrepov za fleksibilnejši delavnik in pravico do skrajšanega delovnega časa, ne da bi zaposlena oseba izgubila socialno varnost zaradi skrbi za ožjega družinskega člana (Strategija varstva starejših, 2006, str. 21-25).

Pomembno pozornost strategija namenja tudi zdravstvenemu varstvu starejših. Predvideva širitev dejavnosti zdravljenja na domu, zdravstveni problemi starejših pa naj bi se v prihodnje reševali v interdisciplinarnem zdravstvenem timu, ki se bo povezoval s službami s področja socialnega varstva. Strategija vidi pomembno mesto patronažnega varstva pri koordiniranju integrirane dolgotrajne oskrbe. V prihodnjem obdobju bo potrebno zagotoviti ustrezno število kapacitet v okviru neakutne bolnišnične obravnave, zato predvideva ustanavljanje negovalnih oddelkov pri vseh regijskih bolnišnicah. Predvideva tudi vzpostavitev organizirane paliativne oskrbe znotraj zdravstvenega sistema (Strategija varstva starejših 2006, str. 26-30). Veliko pozornosti se bo v prihodnje posvečalo tudi preventivni dejavnosti na področju dolgotrajne oskrbe, saj ta lahko zmanjšuje potreben obseg storitev in posredno tudi izdatke za dolgotrajno oskrbo.

Pomembne usmeritve, ki zadevajo področje dolgotrajne oskrbe, je začrtala tudi *Resolucija o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2006-2010*. Tudi ta skladno s svetovnimi smernicami daje poudarek razvoju storitev in programov, ki omogočajo skupnostno skrb, torej pomoč na domu, pomoč na daljavo, razvoj mobilne pomoči, dnevnih centrov, oskrbe v drugi družini in ostalih oblik oskrbe, ki se izvajajo izven institucionalnega varstva. Ta razvoj naj bi bil povezan s spodbujanjem pluralnosti izvajalcev preko vstopa zasebnih in nevladnih izvajalcev v javno mrežo, pri čemer bo pozornost posvečena tudi regionalni uravnoveženosti ponudbe.

Resolucija v smeri spremembe paradigme na področju dolgotrajne oskrbe predvideva spremembo sistema financiranja in uvedbo neposrednega individualnega financiranja, kjer bo to smotrno in racionalno. To bi hkrati pomenilo individualiziranje izvajanja programov in storitev ter usklajevanje s potrebami uporabnika, ki bi lahko sami izbirali med cenovno in drugače različnimi ponudbami. Poudarja tudi ukrepe v podporo družini, med kakršne sodijo finančna nadomestila za izgubljeni zaslužek zaradi odsotnosti z dela zaradi negovanja ostarelega družinskega člana, delno kritje materialnih stroškov v zvezi z izvajanjem organiziranih oblik varstva, razvoj programov za kratkotrajne oblike podpore in razbremenjevanje družine, na primer nadomestna oskrba, ki bi oskrbovalcu omogočila krajši premor, pa tudi finančno pomoč za prilagoditev bivalnih prostorov, kar bo osebam, ki bi sicer potrebovale vključitev v institucionalno varstvo, omogočalo, da lahko še naprej bivajo v domačem okolju (Resolucija o nacionalnem programu socialnega varstva, 2006).

Nadaljnji razvoj na področju socialnega varstva, ki zadeva tudi področje dolgotrajne oskrbe, predvideva decentralizacijo in vzpostavitev sistema, v katerem bo država oblikovala cilje, politiko in regulativo, izvedbo pa bo vedno bolj prepuščala podjetniški javno-zasebni mreži organizacij, ki uporabljajo javne in zasebne vire financiranja. Izvajalska funkcija se bo prenesla z države na druge subjekte, kot so pokrajine, občine, zasebniki ter nevladne

organizacije in bo izveden kot prenos izvajanja dejavnosti in ohranitve premoženja v lasti države. Takšen model postopnega prenosa izvajalske funkcije naj bi se preizkusil na primeru nekaj domov za starejše s pogojem, da nov subjekt prispeva k nadaljnjemu razvoju in večji kakovosti storitev. Takšen razvoj naj bi vodil k večji učinkovitosti in racionalnosti v upravljanju javnih zavodov (Resolucija o nacionalnem programu socialnega varstva, 2006). Merila za razvoj storitev in programov v javni socialnovarstveni mreži do leta 2010 so povzeta v Tabeli 10.

Naslednji pomemben strateški dokument za področje dolgotrajne oskrbe je *Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008-2013 »Zadovoljni uporabniki in izvajalci zdravstvenih storitev«*. Resolucija predvideva ustanovitev novih negovalnih bolnišnic in paliativnih oddelkov v bolnišnicah. Cilj za obdobje od leta 2008 do leta 2013 je, da bi dobili v vsaki pokrajini vsaj eno negovalno enoto s paliativnim oddelkom in ustanovili vsaj pet negovalnih bolnišnic na območju celotne Slovenije. Poudarja tudi potrebo po interdisciplinarni obravnavi pacientov in ustanovitev multidisciplinarnih timov, kar pomeni prizadevanja v smeri integrirane celostne obravnave pacientov, ki potrebujejo podaljšano bolnišnično zdravljenje, zdravstveno nego ali paliativno oskrbo (Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva, 2008).

3.4.2 Uresničevanje strateških usmeritev na področju dolgotrajne oskrbe

Poročilo o realizaciji nalog Strategije varstva starejših (2009, str. 4), ki ga je sprejela Vlada Republike Slovenije v aprilu 2009, ugotavlja, da se cilji strategije prepočasi realizirajo, usmeritve strategije pa se ponekod ne upoštevajo v predvidenem obsegu. Širjenje kapacitet dnevnega varstva ni bilo uspešno v zadostni meri, saj je bilo doslej v to obliko varstva vključenih manj kot četrtina predvidenih uporabnikov. Zato je v pripravi javni razpis za podelitev koncesije za namene dnevnega varstva. Tudi storitev pomoči na domu je doslej zajela le polovico od predvidenega števila uporabnikov te storitve. V sistem oskrbovanih stanovanj je doslej vključenih le dobra četrtina predvidenih stanovalcev. Edinole v zvezi s širitvijo kapacitet institucionalnega varstva poročilo ocenjuje, da je cilj strategije že dosežen oziroma je z upoštevanjem podeljenih koncesij s pričetkom delovanja v letu 2009 in 2010 celo presežen, res pa je tudi, da bo leta 2010 število starejših večje, kot je bilo predvideno. V fazi realizacije je tudi prvi testni projekt gradnje doma za starejše po principu javno-zasebnega partnerstva, in sicer Dom starejših občanov Idrija. Pri izvajanju sistema pomoči na daljavo mreža izvajalcev ni razvita v zadostni meri, zato je v pripravi njen nadaljnji razvoj, tako da bo storitev z izvajanjem preko enotnega Republiškega klicnega centra zajela celotno območje države.

Na področju zdravstvenega varstva se cilj povečanja zmogljivosti negovalnih in paliativnih oddelkov v bolnišnicah ter ustanavljanja negovalnih bolnišnic le počasi uresničuje. Pripravljajo se nove posteljne zmogljivosti negovalnih oddelkov v Ljubljani in na Ptuj, v pripravi je Zakon o zdravstveni dejavnosti, v pripravi pa so tudi trije projektni timi in

delavnice paliativne oskrbe. Pripravljen je tudi nov predlog Zakona o dolgotrajni oskrbi in zavarovanju za dolgotrajno oskrbo, ki naj bi bil v letošnjem letu posredovan v javno obravnavo (Poročilo o realizaciji nalog Strategije varstva starejših, 2009, str. 10-35).

3.4.3 Cilji in poglobitve rešitve predloga zakona o dolgotrajni oskrbi

V Sloveniji se pripravlja poseben zakon o dolgotrajni oskrbi in zavarovanju za dolgotrajno oskrbo, ki naj bi v sistem zagotavljanja socialne varnosti vnesel pomembno reformo in vzpostavil pravne temelje za novo vejo socialnega zavarovanja. Tako bi področje dolgotrajne oskrbe razmejil od drugih vej socialnih zavarovanj ter ga hkrati povezal z njimi v celovit sistem socialne varnosti. Nove sistemske rešitve naj bi prispevale k razvoju ustrežnejših storitev in k zagotovitvi potrebnih sredstev za izvajanje dolgotrajne oskrbe.

Razlogi za sprejem zakona izhajajo iz ugotovitev o nezadostni in premalo učinkoviti ureditvi področja dolgotrajne oskrbe, ki ga, kot že omenjeno, ureja več zakonov, kar ne omogoča enotne organizacije tega področja. Z družbenega vidika bi zakonska ureditev dolgotrajne oskrbe in uvedba posebnega obveznega zavarovanja za to področje krepila zavest po nujnosti medgeneracijske pomoči in solidarnosti med mlajšimi in starejšimi. Ne gre namreč le za osebe, ki že danes potrebujejo pomoč, pač pa tudi za generacije, ki bodo potrebovale dolgotrajno oskrbo v prihodnosti in katerih število bo precej večje od današnje generacije starejših. Za te namreč ni zagotovljene ustrezne oskrbe, zato se je na prihodnje povečane potrebe in izzive potrebno pravočasno pripraviti.

Slovenija celotno področje socialne varnosti izvaja po modelu socialnih zavarovanj in tako naj bi se uredilo tudi področje dolgotrajne oskrbe, zavarovanje pa bi temeljilo na načelu solidarnosti. Za dolgotrajno oskrbo bi prispevali vsi skladno s svojimi dohodkovnimi zmoglostmi, do pravic pa bi bili upravičeni tisti, ki bi skladno s predpisi dolgotrajno oskrbo potrebovali. S prenosom vseh že doslej razpoložljivih javnofinančnih sredstev na enega nosilca javnega zavarovanja bi se tudi povečala preglednost porabe teh sredstev. Pomemben cilj, ki ga predlog zakona zasleduje, je torej povečati in zagotoviti stabilne vire financiranja dolgotrajne oskrbe, kakor tudi doseči večjo učinkovitost in transparentnost porabe sredstev, ki se vlagajo v dolgotrajno oskrbo. Pri tem zakon poleg koriščenja javnih sredstev v večjem deležu kot doslej predvideva tudi koriščenje zasebnih sredstev v te namene. To bi pomenilo vzpostavitev mešanega javno-zasebnega modela dolgotrajne oskrbe, kot je to običaj v skoraj vseh državah članicah EU. Poleg obveznega zavarovanja je predvideno tudi prostovoljno zavarovanje za dolgotrajno oskrbo, ki bo pokrivalo stroške tistih storitev, ki jih ne bo pokrilo obvezno zavarovanje, oziroma večji obseg storitev ali višji standard teh storitev.

Eden izmed ciljev predloga zakona je preusmeritev sedanjih pretežno institucionalnih oblik pomoči k organiziranju in širitvi oskrbe na domu. Ob tem zakon predvideva tudi večjo odgovornost in večje vključevanje družine in drugih neformalnih izvajalcev v oskrbo kot doslej, kar naj bi pripomoglo k racionalizaciji izvajanja dolgotrajne oskrbe, pripomoglo pa bi tudi k enakomernejši dostopnosti do storitev po različnih območjih Slovenije in k večji

izenačenosti pravic med upravičenci ne glede na kraj bivanja ali na vrsto pomoči, ki jo prejemajo.

Predlog zakona izpostavlja nujnost povezovanja izvajalcev dolgotrajne oskrbe, ki sedaj delujejo na različnih področjih. Ena izmed bistvenih dosedanjih ovir za doseganje učinkovite dolgotrajne oskrbe je namreč ločenost med oskrbo, ki jo zagotavljata zdravstveni in socialni sektor. Sistem integrirane dolgotrajne oskrbe ne bo delil zdravstvenih in socialnih storitev, pač pa bo omogočal sinergije različnih strok v skupnem pristopu k uporabniku. Potrebe starejših ljudi so namreč kompleksne in običajno pomenijo hkratno potrebo tako po zdravstveni kakor tudi socialni oskrbi. Storitve teh dveh sektorjev pogosto med seboj niso usklajene in imajo tako manjši učinek za uporabnika, pomenijo pa tudi manj optimalno koriščenje že tako omejenih finančnih sredstev (Predlog zakona o dolgotrajni oskrbi, 2006, str. 4-14).

4 NOVI IN INOVATIVNI PRISTOPI V DOLGOTRAJNI OSKRBI

Države članice EU in tudi drugod po svetu ugotavljajo, da zaradi naglega naraščanja deleža starejšega prebivalstva obstoječi pristopi k zadovoljevanju potreb po dolgotrajni oskrbi v prihodnje ne bodo več zadoščali. Države so pred izzivom, da poleg ohranjanja in razvijanja dosedanjih oblik pomoči starejšim hkrati iščejo tudi nove in inovativne pristope na tem področju. V tem poglavju so predstavljeni nekateri izmed novih možnih pristopov k organiziranju dolgotrajne oskrbe.

4.1 Uporaba informacijskih in komunikacijskih tehnologij (IKT)

Sodobne informacijske in komunikacijske tehnologije (IKT) pomenijo inovativne rešitve, ki pomagajo obvladovati težave, ki jih v starosti prinaša upad telesnih, čutnih in kognitivnih sposobnosti. S takšnimi težavami se v vsakodnevem življenju srečuje 45 % oseb, starih 75 let in več (Komisija Evropskih skupnosti, 2007, str. 3). Proizvodi in storitve s področja IKT lahko starejšim ljudem pomagajo pri ohranjanju visoke stopnje neodvisnosti, mobilnosti in s tem tudi dostojanstva. Na ta način pripomorejo k večji kakovosti življenja in omogočajo relativno samostojno bivanje v domačem okolju, kar zmanjšuje potrebo po institucionalni oskrbi. Tako igrajo IKT zelo pomembno vlogo pri uresničevanju sodobnih usmeritev na področju dolgotrajne oskrbe, ki dajejo prednost oskrbi na domu in skupnostni skrbi za starejše.

Uporaba novih IKT bi lahko omejila izdatke za zdravstveno varstvo in dolgotrajno oskrbo, poleg tega pa olajša tudi samo oskrbovanje, saj zmanjšuje fizične obremenitve osebja in potrebo po osebni asistenci (Komisija Evropskih skupnosti, 2006a, str. 9). Na ta način uporaba IKT nadomešča človeške vire, kar bi lahko kljub pričakovanemu pomanjkanju

delovne sile tudi v prihodnje pomagalo ohraniti potrebno ravnovesje med potrebami po dolgotrajni oskrbi in možnostmi za njihovo zadovoljitev.

Pomembno pridobitev uporaba IKT pomeni tudi za neformalne oskrbovalce. Veliko oskrbovanih oseb je bilo namreč institucionaliziranih zaradi izčrpanosti oskrbovalcev, ki so v premetitvi ostarelega sorodnika v institucijo videli edino možno rešitev. Uporaba številnih tehničnih pripomočkov in sistemov nadziranja (angl. *tele-monitoring*) lahko neformalnim oskrbovalcem pomaga pri spremljanju oskrbovane osebe in tako olajša tudi usklajevanje zaposlitve in oskrbovanja. Zaradi oskrbovanja morajo namreč oskrbovalci pogosto zmanjšati število ur zaposlitve, preiti s polnega na polovični delovni čas ali pa celo prenehati z zaposlitvijo. Rešitev, ki jo ponujajo sodobne IKT in bi lahko bistveno povečala fleksibilnost dela, je tudi tako imenovano tele-delo. Seveda pa je pri uporabi sodobne IKT potrebno upoštevati tudi etične vidike, da se izključi kršenje zasebnosti, na primer s tehničnim nadzorovanjem gibalno oviranih ali dementnih oseb.

Razvoj izdelkov in storitev na področju dolgotrajne oskrbe, ki temeljijo na IKT, pomeni velik inovacijski potencial in priložnost za rast in krepitev konkurenčnosti evropskega gospodarstva. Če se bo EU pravočasno odzvala na izzive, lahko razvoj teh izdelkov in storitev postane gibalno za nova delovna mesta in gospodarsko rast. Vendar pa Komisija Evropskih skupnosti (2007, str. 3-7) ugotavlja, da trg trenutno ne vlaga dovolj v inovacije za smiselne in cenovno sprejemljive rešitve na tem področju. Trg izdelkov in storitev IKT za prijetno staranje je še vedno na samem začetku razvoja. Poleg tega prevladujoči izdelki in storitve pogosto niso prilagojeni potrebam starejših uporabnikov ali niso v zadostni meri na voljo³². Razlogi, da trg do sedaj potreb starejših ni ustrezno obravnaval, so povezani z nizko stopnjo ozaveščenosti tako evropske industrije na področju IKT kakor tudi samih uporabnikov. Razvoj trga na splošno ovira tudi pomanjkanje izmenjave praktičnih izkušenj ter pomanjkanje smernic in skupnih standardov. Zato je Komisija Evropskih skupnosti pripravila akcijski načrt za prijetno staranje v informacijski družbi³³, katerega namen je ustvariti politično spodbudo večjemu prizadevanju za razvoj in uporabo IKT. Posamezni raziskovalni in razvojni programi potekajo na nacionalni ravni držav članic, vendar medsebojno niso usklajeni in na evropski ravni ne omogočajo celostnega pristopa k razvoju inovacij na področju IKT. Zato je več držav članic³⁴ že pristopilo k oblikovanju skupnega raziskovalnega in razvojnega programa z naslovom »Podpora iz okolja pri samostojnem življenju« (angl. *Ambient Assisted Living*), ki je namenjen določanju zakonskega okvira za sodelovanje med državami na tem področju (Odločba Evropskega parlamenta, 2008, str. 50).

³² Po podatkih podjetja Senior Watch kar 48 % oseb, starejših od 50 let, meni, da sedanja oprema in storitve IKT ne ustrezajo njihovim potrebam (Evropska komisija, 2007, str. 6).

³³ Sporočilo Komisije Evropskemu parlamentu, Svetu, Evropskemu ekonomsko-socialnemu odboru in Odboru Regij: Prijetno staranje v informacijski družbi - Pobuda i2010 - Akcijski načrt za informacijske in komunikacijske tehnologije ter staranje. COM (2007) 332 končno.

³⁴ Program »Podpora iz okolja pri samostojnem življenju« skupaj izvajajo Belgija, Danska, Nemčija, Irska, Grčija, Španija, Francija, Italija, Ciper, Luksemburg, Madžarska, Nizozemska, Avstrija, Poljska, Portugalska, Romunija, Slovenija, Finska, Švedska in Velika Britanija kot sodelujoče države članice, ter Izrael, Norveška in Švica (Odločba Evropskega parlamenta, 2008, str. 51).

4.1.1 Projekt »Dom IRIS«

Primer uporabe sodobnih IKT v praksi so tako imenovani pametni domovi (angl. *smart home*), ki starejšim osebam in invalidom omogočajo neodvisno bivanje v domačem okolju. V slovenskem prostoru Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo s sodelujočimi partnerji³⁵ uvaja inovativen projekt, imenovan »Dom IRIS«. IRIS je kratica, sestavljena iz začetnic besed »Inteligentne Rešitve in Inovacije za Samostojno življenje« (angl. *Independent Residing enabled by Intelligent Solutions*). Gre za demonstracijsko stanovanje, v katerem je nameščena prilagojena oprema, tehnični pripomočki in številni sodobni elektronski sistemi, ki uporabniku omogočajo upravljanje bivalnega okolja (na primer odpiranje vrat in oken, dviganje in spuščanje senčil, upravljanje televizije, radia, telefona, nadzor ogrevanja in svetil itd.) na različne načine (na primer z daljinskim upravljalnikom, govornim ukazom, preko upravljalne ročice invalidskega vozička, preko TV, z gibanjem očesnih zrkel itd.). Demonstracijsko stanovanje je opremljeno s (<http://www.ir-rs.si/filelib/dom-iris/dom-iris.htm>):

- stikali in različnimi senzorji, ki spremljajo stanje v prostoru (na primer detektorji gibanja, ki locirajo in sledijo uporabniku; blazina pred posteljo, ki zazna, ali je oseba stopila iz postelje na tla; brezžično stikalo v kopalnici, s katerim oseba lahko javi, da je v stiski itd.);
- sistemom za samodejno identifikacijo uporabnika in obiskovalcev pametnega doma;
- sistemom za spremljanje aktivnosti osebe v prostoru, ki v primeru nepredvidene situacije (na primer padca ali neodzivanja na pozive) sproži reševalno akcijo;
- samodejnim in uporabniku prilagojenim nastavljanjem višine elementov v prostoru (na primer kuhinjskih elementov, miz, kopalniških elementov, računalniškega kotička itd.)
- kopalniško opremo, ki je prilagojena invalidom (na primer dvižne WC-deske, po višini nastavljivi umivalniki in posebna kad za nego uporabnikov s težjimi invalidnostmi);
- kuhinjo, ki je inovacija in plod domačega znanja. Zasnovana je kot vrtljiv otok sredi prostora, pri čemer so posamezni sklopi nastavljivi po višini in globini. Tako so vsi elementi (na primer mikrovalovna pečica, hladilnik, štedilnik itd.) dostopni iz invalidskega vozička.

Cilj projekta je pripraviti različne rešitve, od najenostavnejših pa do tehnično najbolj izpopolnjenih, ki jih bo mogoče prenesti v bivanjsko okolje uporabnikov in z njimi olajšati oskrbo. Komisija Evropskih skupnosti ocenjuje, da se bo trg aplikacij za pametne domove v obdobju od leta 2005 do leta 2020 potrojil, in sicer s 13 milijonov na 37 milijonov potencialnih uporabnikov (Komisija Evropskih skupnosti, 2007, str. 8).

³⁵ Pri zasnovi »Doma IRIS« sodelujejo Fakulteta za elektrotehniko Univerze v Ljubljani, SmartCom d.o.o - Informacijski in komunikacijski sistemi, MKS elektronski sistemi d.o.o. in Zavod SETCCE. Realizacijo projekta neposredno podpirajo Vlada RS, ki je projekt tudi finančno podprla, Ministrstvo za visoko šolstvo, znanost in tehnologijo, Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve in Ministrstvo za zdravje (<http://www.dom-iris.si/index.php?id=4>).

4.1.2 Telemedicina, e-Zdravje in Telediagnostika

Cilj uvajanja modelov telemedicine na domu, ki temeljijo na rešitvah IKT, je zagotavljanje finančne vzdržnosti zdravstvenega sistema z zmanjšanjem nepotrebnih obremenitev zdravstvenih služb z obiski v ambulantah, zagotavljanje boljše dostopnosti do zdravstvenih storitev ter izboljšanje kakovosti in gospodarnosti zdravstvenih storitev (Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva, 2008). Storitve *e-Zdravje* je dostopna 24 ur na dan vse dni v tednu. Gre za bazo znanja, ki se oblikuje z vpisi zdravnikov in zdravstvenega osebja, tako da so uporabniku ves čas na voljo odgovori s pomočjo pametnega vmesnika, ki zna sam poiskati odgovore na zastavljena vprašanja in uporabnika vodi kronološko skozi opis vse do definiranja bolezni ali zdravstvenih težav. Prav tako je omogočeno zajemanje določenih zdravstvenih podatkov, ki jih uporabnik sam vnaša v sistem, na drugi strani pa jih zbira in vrednoti zdravstveno osebje. *Telediagnostika* pomeni spremljanje podatkov na daljavo. Uporabnik si na domu v predpisanih časovnih intervalih meri krvni tlak in srčni utrip, njegov merilnik pa izmerjene vrednosti pošilja na strežnik v internetnem omrežju. Do njih lahko dostopa uporabnik prek TV-sprejemnika ali računalnika in zdravnik oziroma zdravstvena služba preko računalnika. Takšno spremljanje zdravstvenega stanja na domu kroničnim bolnikom in osebam šibkega zdravja prinaša večjo varnost, saj stalen vpogled v zdravstveno stanje uporabnika pomeni boljšo odzivnost medicinskega osebja v primerih poslabšanja stanja. Gre za prijaznejšo in cenejšo zdravstveno storitev, ki omogoča manjše število obiskov pri zdravniku, in manj poti in stroškov, kar je še zlasti za starejšega človeka zelo pomembno (<http://www.dom-iris.si/storitve.php?id=2>).

4.2 Model medgeneracijskega središča

Resolucija o nacionalnem programu socialnega varstva (2006) predvideva vzpostavitev mreže petnajstih regionalnih medgeneracijskih središč. Medgeneracijsko središče je izvorni model za razvoj nove solidarnosti med generacijami v krajevni skupnosti, ki ga tvorita dva bistvena elementa. Prvi element je uvajanje vrste novih, sodobnih programov za kakovostno staranje in medgeneracijsko sožitje. Med osnovne programe medgeneracijskega središča sodijo razne oblike usposabljanja in pomoči družinam, ki oskrbujejo starega človeka, dnevno varstvo, pomoč na domu, razne oblike medgeneracijskega prostovoljstva, uvajanje vzgoje za medgeneracijsko povezanost in solidarnost v vrtcih in šolah, programi za stalno ozaveščanje in usposabljanje krajanov na področju skrbi za kakovostno staranje in solidarno sožitje med generacijami, sodoben krajevni dom za starejše, oskrbovana stanovanja, stalne možnosti začasne oskrbe, krajevni hospic za pomoč pri umiranju in žalovanju, pravna pomoč in socialno zagovorništvo za stare ljudi (Ramovš, 2008, str. 35).

Drugi element modela medgeneracijskega središča pa je sistemska povezava vseh političnih, civilnih in drugih programov, služb, organizacij in drugih subjektov, ki so v krajevni skupnosti pomembni za kakovostno staranje in solidarno sožitje med mlado, srednjo in tretjo generacijo (šolstva, socialnega varstva, zdravstva, kulture ter prostovoljskih, humanitarnih in prostočasnih organizacij itd.). Samo na tak način je možno doseči potrebno sinergijo in

učinek, ki ga ne more dati noben posamezni program ali subjekt (Ramovš, 2008, str. 26). Uvajanje modelov krajevnega medgeneracijskega središča trenutno poteka v treh različnih krajih po Sloveniji, in sicer v Komendi³⁶, Rušah in v Mariboru³⁷ (Ramovš, 2008, str. 41).

4.3 Projekt »Vas brez ovir Taber-Šmartno«

Občina Cerklje na Gorenjskem bo gradila »Vas brez ovir Taber-Šmartno«. Gre za naselje, ki bo prilagojeno bivanju starejših in invalidnih oseb, v ta namen pa bodo ustrezno arhitekturno zasnovani vsi objekti v naselju. Investicija je primer javno-zasebnega partnerstva, in sicer skupni projekt občine in gradbenega podjetja Gradbinec GIP. V ta namen je bil ustanovljen Zavod Taber, ki mu je Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve podelilo koncesijo za opravljanje storitve institucionalnega varstva starejših.

Kompleks bo v osrednjem delu naselja vključeval dom za starejše, oskrbovani dom s centralnim večnamenskim objektom in kompleks oskrbovanih stanovanj. Vse strukture bodo temeljile na konceptu manjših bivalnih skupin kot stanovanjske ali hišne skupnosti. V sklopu naselja bodo tudi družinske stanovanjske hiše, ki bodo omogočale samostojno bivanje starejšim, ki lahko še sami poskrbijo za večji del opravil, namenjene pa bodo tudi družinam, ki bodo prevzemale določene naloge v sklopu naselja ali družinam, za katere je ekološko naravnano in socialno varno naselje del njihovih življenjskih vrednot. Predviden je tudi objekt, namenjen začasemu bivanju zunanjih obiskovalcev. Ob vstopu v naselje se bo ob glavni prometnici nahajal informacijski objekt, ki bo zagotavljal tudi nadzor naselja. Naselje bo odprto do zunanjega okolja in bo razvijalo različne oblike ponudbe in storitev, ki bodo privabile obiskovalce iz okolja (Odlok o lokacijskem načrtu območja Vasi brez ovir Šmartno, 2005, str. 5-6). Idejna zasnova naselja torej predvideva vzpostavljanje socialno uravnovešene klime in zastopstvo različnih generacij in s tem sledi usmeritvam Strategije varstva starejših (2006, str. 34), ki poudarja pomen vključevanja starejših v medgeneracijske tokove in potrebo, da se starejših ne obravnava izolirano od ostalega prebivalstva.

4.4 Domovi četrte generacije za starejše

Domove za starejše strokovna literatura razvršča po generacijah, ki pomenijo različne koncepte dela in s tem povezane arhitekture objektov. Domovi prve generacije so bili špitali, namenjeni revežem po mestih in so bili aktualni do druge svetovne vojne. Domovi druge

³⁶ Zavod »Medgeneracijsko središče Komenda« je bil ustanovljen na sodobnem principu javno-zasebnega partnerstva. Ustanovili so ga Občina Komenda, Medgeneracijsko društvo Komenda, Društvo upokojencev Komenda in Ustanova Petra Pavla Glavarja, ki je lokalna socialna fundacija z več kot dvestoletnim izročilom.

³⁷ Pokrajinsko medgeneracijsko središče Antona Martina Slomška v Mariboru bo delovalo za širše področje Štajerske. V ta namen se prenavlja velika stavba na robu Maribora, v kateri bodo pod isto streho delovali številni programi: vrtec, osnovna šola, gimnazija, dijaški internat, študentski dom, ustanova za izobraževanje odraslih, rekreativni center s telovadnico, dom za starejše in morda še kaj. Projekt sledi sodobnemu konceptu, da bo ob lastni avtonomiji vsakega od programov v ospredju tudi sistemska povezanost vseh programov v medgeneracijsko središče z namenom, da se pri vseh udeležencih krepi medgeneracijska solidarnost.

generacije so bili hiralnice, ki so pri nas prevladovali dve desetletji po drugi svetovni vojni. Domovi tretje generacije, ki so trenutno v Sloveniji v pretežni meri vzpostavljeni, so zgrajeni po vzoru specializiranih bolnišnic in udobnih hotelov. Za oskrbovanca skrbi vrsta specializiranih služb od kuharskih, strežnih, negovalnih, zdravstvenih, fizioterapevtskih, delovnoterapevtskih pa do socialnih. Po letu 2000 se v Evropi naglo uveljavlja arhitekturni koncept domov četrte generacije. To je tip manjših stanovanjskih, gospodinjskih skupin, ki so po načinu življenja podobne življenju v veliki družini. V gospodinjski skupini je od 10 do 12 starih ljudi, ki imajo svoje sobe razporejene okrog velike bivalne kuhinje, v kateri se večino časa tudi zadržujejo. Glavna usmeritev te generacije domov je normalizacija življenja starega človeka. V skupini je ves dan prisotna hišna gospodinja, ki je nov oskrbovalni profil in za razliko od klasičnih ustanov, kjer so naloge razdeljene na različne profesionalne profile, hišna gospodinja izvaja celovito oskrbo, to je skrb za celotno gospodinjstvo (na primer kuhanje, pomivanje, likanje perila itd.), za tisti obseg nege, ki ne zahteva zdravstvene specializacije, ter za vzdušje domačnosti v skupini. Stanovalci lahko sodelujejo pri pripravi hrane, pospravljanju in drugih dejavnostih. Zdravstveno in ostalo osebje je zunanje in po določenem urniku obiskuje skupino. Celotna ustanova je sestavljena iz poljubnega števila gospodinjskih skupin. V današnji Nemčiji gre vsako leto precej domov tretje generacije v stečaj, ker niso zasedeni, domovi četrte generacije pa imajo dolge čakalne vrste. Poudarja se tudi tesno sodelovanje s svojci in prostovoljci. Po izkušnjah v tujini so se s prehodom na gospodinjske skupine podvojili obiski svojcev in mnogi svojci so spontano pristopili k sodelovanju pri aktivnostih, ki se dogajajo v skupini (Imperl, Žumbar & Ramovš, 2007). Ta oblika bivanja omogoča več zasebnosti (na primer enoposteljne sobe, lastni prostori za osebno higieno itd.) in bolj individualizirano storitev (na primer možnost opremljanja sobe z lastnim pohištvom, možnost hišnih ljubljencev itd.). V Sloveniji takšnih gospodinjskih skupin še ni, pridobljeno pa je že gradbeno dovoljenje za gradnjo dveh tovrstnih bivalnih skupnosti v Lendavi, od katerih bo vsaka imela po 12 ležišč (Žmahar, 2008).

4.5 Še nekaj inovativnih pristopov v dolgotrajni oskrbi

V državah članicah EU se pojavlja vse več novih oblik bivanja in pomoči starim ljudem, ki so alternativa bivanju v institucijah. Zanimive so prakse, ko star človek na svojem domu nudi bivanje drugi osebi, ta pa mu v zameno nudi pomoč, lahko kot primarni oskrbovalec ali pa le pri nekaterih manjših opravilih. Tako na primer v Avstriji poteka projekt *Nastanitev v zameno za pomoč*, ki ga izvajata društvo starih ljudi in združenje študentov Univerze v Gradcu. Stari ljudje, ki živijo v večjih stanovanjih in potrebujejo pomoči pri vsakodnevni opravi, zagotovijo študentom sobo v zameno za njihovo praktično pomoč. Študentje in zainteresirani stari ljudje imajo možnost, da se poprej spoznajo preko centra za koordinacijo (Hörl, 2005, str. 49). Podoben projekt z nazivom *Live and Live Together* (špan. *Viure I Conviure*) se izvaja v Španiji, kjer je bil v študijskem letu 1996/97 zasnovan za študente Univerze v Barceloni, sedaj pa je prerasel v nacionalni program, ki se izvaja v 27 mestih in na 31 univerzitetnih centrih širom celotne Španije (Pérez Salanova & Subirats, 2007, str. 9).

V provinci Zgornja Avstrija se izvaja še en zanimiv model oskrbe in sicer stara oseba živi na kmetiji skupaj z družino, ki ima v lasti kmetijo. Gre za oskrbniške družine, ki ponujajo novo obliko zaposlitve tudi za kmetice. Te morajo namreč pridobiti certifikat za oskrbovanje starih ljudi. Drug pogoj za pridobitev dovoljenja za oskrbniško družino je, da kmetija ne sme biti več glavni vir zaslužka. Sicer pa je določeno kaj vse mora biti na voljo staremu človeku, ki živi v takšni družini (na primer ločena in lahko dostopna soba, prost dostop do vrta, možnost uporabe alarmnega sistema itd.) (Hörl, 2005, str. 49).

Tudi Francija pozna oskrbniške družine (fran. *Accueil familial*). To pomeni zasebno nastanitev in oskrbo, ki je zakonsko regulirana, tako da se prepreči morebitna zloraba in zaščiti oskrbovane osebe. Družina lahko ponudi plačljivo nastanitev in oskrbo največ trem osebam starim 60 let in več. Ta oblika bivanja mora biti odobrena s strani lokalnih oblasti, med oskrbovano osebo in oskrbovalcem je sklenjena uradna pogodba, zagotovljeno je tudi stalno socialno in medicinsko spremljanje oskrbe. Oskrbovalci imajo pravico do mesečnega plačila, plačujejo enake socialne prispevke kot ostali zaposleni in imajo pravico do dopusta. Prihodke morajo oskrbovalci prijaviti davčni upravi, višino plačila za oskrbovanje pa določijo lokalne oblasti. Prednost, ki jo ta možnost prinaša družinskim oskrbovalcem je ta, da prejmejo določeno zagotovljeno plačilo in imajo zakonsko pravico do dopusta, prednost za oskrbovane osebe pa je v tem, da se kakovost oskrbe stalno preverja. Ta koncept oskrbniških družin je še posebno razvit v vaškem okolju, kjer so naselja premajhna, da bi bilo smotrno graditi dom za starejše, hkrati pa je prisotna želja, da stari ljudje ostanejo v svojem domačem okolju (Jani-Le Bris, 2004, str. 75).

SKLEP

Dolgotrajna oskrba je področje, ki mu države članice EU v zadnjem času posvečajo vse večjo politično pozornost. Razlog za to je v tem, da demografske spremembe in staranje prebivalstva, za katerega je značilno zlasti hitro naraščanje deleža najstarejšega prebivalstva, države postavljajo pred zahtevne ekonomske in socialne izzive.

Hitro naraščanje deleža najstarejšega prebivalstva namreč pomeni tudi hitro naraščanje potreb po dolgotrajni oskrbi. Namen magistrskega dela je bil ugotoviti, v kolikšni meri so države članice EU pripravljene na izzive, ki jih te naraščajoče potrebe prinašajo. Analiza stanja na področju dolgotrajne oskrbe v EU je pokazala, da so pristopi posameznih držav k oblikovanju politike na tem področju zelo različni. Sistemske razlike so posledica različnih zgodovinskih, kulturnih, ekonomskih in političnih ozadij, ki oblikujejo tudi sistem blaginje v posamezni državi. Toda čeprav se sistemi dolgotrajne oskrbe med državami zelo razlikujejo, pa so določeni problemi skupni vsem. V vseh državah se pojavljajo ovire in neenakomerne možnosti dostopa do storitev dolgotrajne oskrbe, kakovost storitev je pogosto neustrezna, ponudba storitev pa nezadostna v primerjavi s potrebami. Ovira za zagotavljanje učinkovite dolgotrajne oskrbe je v številnih državah tudi ločenost med oskrbo, ki jo zagotavljata zdravstveni in socialni sektor. Nekatere države so ta problem rešile z vzpostavitvijo dolgotrajne oskrbe kot samostojnega stebra socialne zaščite in kot mrežo integriranih storitev,

ki presegajo ločevanje na zdravstvene in socialne storitve ter omogočajo celovit pristop in sinergijo različnih strok. Večja koordinacija med zdravstvenimi in socialnimi storitvami omogoča tudi bolj učinkovito porabo sredstev, saj omejuje podvajanje sredstev.

Največji delež oskrbe se še vedno zagotavlja v domačem okolju znotraj družine oziroma sorodstvene mreže. Politika vse bolj prepoznava ključno vlogo, ki jo ima pri izvajanju oskrbe družina, in tudi njeno pomembno vlogo pri finančni razbremenitvi javnih sistemov socialne zaščite. Potrebe po družinski oskrbi bodo v prihodnje še večje, hkrati pa družbene spremembe v načinu življenja sodobne družine in vzpodbujanje večje udeleženi žensk na trgu dela zmanjšujejo razpoložljivost te oblike oskrbe oziroma zaposlenim družinskim oskrbovalcem nalagajo breme usklajevanja zaposlitve z oskrbovanjem ostarelega družinskega člana. Zato so države pred izzivom, da razvijejo ustrezne oblike podpore družinski oskrbi, bodisi z zagotavljanjem finančne podpore neformalni oskrbi bodisi z organiziranjem formalnih oblik dolgotrajne oskrbe, ki bodo pomenile dopolnjevanje in razbremenitev družinske oskrbe. V zadnjem desetletju se v številnih državah že razvija kompleksna ponudba profesionalnih storitev, ki so vezni člen med družinsko in institucionalno oskrbo, od storitev zdravstvene nege in oskrbe na domu, dnevnega in nočnega varstva pa do kratkotrajnih bolnišničnih ali domskih namestitev in pomoči na daljavo. V vseh državah so v zadnjih letih sistemi dolgotrajne oskrbe naredili pomemben napredek v smeri oddaljevanja od razumevanja oskrbe kot bodisi neplačane domače oskrbe na eni strani bodisi institucionalne oskrbe v domovih za starejše na drugi strani. Vsem državam je skupno to, da pospešujejo oskrbo na domu in skupnostne oblike skrbi za starejše kot bolj primerne in tudi stroškovno bolj učinkovite oblike oskrbe in se skušajo čim dlje izogniti institucionalnim oblikam, ki so drage in pogosto tudi zelo omejijo avtonomijo starega človeka. Deinstitutionalizacija je postala ena izmed temeljnih usmeritev na področju dolgotrajne oskrbe, ki oskrbo na domu smatra kot najboljšo možno rešitev tako v ekonomskem smislu kakor tudi v smislu kakovosti bivanja starejšega človeka.

Ena izmed pomembnih usmeritev na področju dolgotrajne oskrbe je tudi nov pristop k financiranju dolgotrajne oskrbe, pri katerem se javnofinančna sredstva namesto izvajalcem storitev nakazujejo neposredno uporabnikom. Ti po lastni presoji kupujejo storitve oskrbe, ki v največji meri ustrezajo njihovim individualnim potrebam, oziroma postanejo delodajalci osebnim pomočnikom. Ta pristop med ponudnike storitev vnaša elemente konkurenčnosti in potrebo po večji odzivnosti na specifične potrebe uporabnikov. Med novostmi pri zagotavljanju oskrbe je opaziti tudi premik iz javnega v zasebni in nevladni sektor katerega cilj je pluralizacija izvajalcev na področju dolgotrajne oskrbe.

Povpraševanje po formalnih oblikah oskrbe bo zahtevalo tudi ustrezno usposobljeno delovno silo. Prav pomanjkanje delovne sile in njena neustrezna usposobljenost pa sta danes največja siva lisa na področju dolgotrajne oskrbe, kar bo glede na predviden upad aktivnega prebivalstva v prihodnje še bolj pereč problem. Zato so številne strategije držav usmerjene k izboljšanju delovnih pogojev in povišanju plačila za oskrbovalno delo. Oskrbovalno delo je namreč močno podcenjeno in obstaja protislovje med visoko družbeno vrednostjo tovrstnega

dela in njegovim nizkim finančnim vrednotenjem. Področje dolgotrajne oskrbe bo predstavljalo velik potencial za ustvarjanje novih zaposlitvenih možnosti in podjetništva.

Sistemi dolgotrajne oskrbe se v vseh državah članicah soočajo s problemom dolgoročne finančne vzdržnosti in s potrebo po oblikovanju trdne finančne osnove. To je v zadnjih letih v številnih državah že vodilo v reforme financiranja dolgotrajne oskrbe, ki večinoma temeljijo na dveh pristopih, in sicer na regulaciji povpraševanja preko uvajanja doplačil s strani uporabnikov, uvedbe davkov ali socialnega zavarovanja, ali pa na regulaciji ponudbe storitev, ki ima namen spodbuditi konkurenco med izvajalci. Države se torej zavedajo, da vseh stroškov dolgotrajne oskrbe ne bo mogoče pokriti izključno z javnimi sredstvi, zato bo za zagotovitev vzdržnega sistema financiranja potrebna delitev odgovornosti med posameznikom, družino in državo in bo potrebno najti primerno kombinacijo med javnimi in zasebnimi viri financiranja. Pri tem pa je pomembno zagotoviti, da prispevek iz zasebnih virov ne bo ogrozil dostopa do dolgotrajne oskrbe. Uresničevanje cilja vsesplošne dostopnosti do storitev dolgotrajne oskrbe je namreč v praksi za večino držav še vedno velik izziv.

Pritisk na javne izdatke za dolgotrajno oskrbo lahko nekoliko ublaži razvoj novih in inovativnih pristopov k dolgotrajni oskrbi, ki lahko pripomorejo k večji kakovosti življenja starejših in hkrati k razbremenitvi zdravstvenih in socialnih sistemov. Primer tovrstnega pristopa je uporaba sodobnih informacijsko komunikacijskih tehnologij v dolgotrajni oskrbi, ki zmanjšuje potrebo po neposredni osebni pomoči in tako nadomešča pomanjkanje delovne sile. Področje informacijsko komunikacijskih tehnologij pomeni tudi priložnost za nastajajoč trg novih proizvodov in storitev, priložnost za nova delovna mesta in s tem priložnost za gospodarsko rast.

Vse navedeno, še zlasti pa pritisk na javnofinančna sredstva, zahteva prilagoditve v politiki zagotavljanja dolgotrajne oskrbe, ki bodo morale zagotoviti trdne temelje socialne varnosti. Ugotovitve analize stanja na področju dolgotrajne oskrbe v EU so potrdile mojo prvo hipotezo, da bo v prihodnje problematika zagotavljanja dolgotrajne oskrbe dosegla razsežnosti, ki jih s sedanjimi pristopi ne bo mogoče več obvladovati, zato bodo demografski in družbeni trendi zahtevali posodobitve sistemov dolgotrajne oskrbe in premišljeno sistemsko ureditev. Potrebne bodo reforme v načinu organizacije, zagotavljanja in financiranja sistemov dolgotrajne oskrbe, ki bodo zagotovile splošno dostopne in visoko kakovostne storitve dolgotrajne oskrbe ob hkratnem zagotavljanju dolgoročne finančne vzdržnosti. Ena bistvenih nalog bo tudi organiziran razvoj novih in inovativnih pristopov na tem področju.

Namen magistrskega dela je bila tudi analiza stanja na področju dolgotrajne oskrbe v Sloveniji, s pomočjo katere sem želela ugotoviti, v kolikšni meri v Sloveniji uspemo zadovoljiti potrebe po dolgotrajni oskrbi in kako je Slovenija pripravljena na prihajajoče izzive, ki jih prinaša staranje prebivalstva.

Strateški dokumenti, ki zadevajo področje dolgotrajne oskrbe, med pomembne cilje na tem področju postavljajo splošno dostopnosti do visoko kakovostnih storitev dolgotrajne oskrbe.

Vendar pa je trenutna podoba stanja v Sloveniji precej oddaljena od zelenega cilja. Na podlagi analize stanja na področju dolgotrajne oskrbe v Sloveniji ugotavljam, da trenutne potrebe po dolgotrajni oskrbi presegajo razpoložljive kapacitete, ki jih zagotavljata javni mreži na področju zdravstvenega in socialnega varstva. To dokazujejo dolge čakalne vrste za sprejem v domove za starejše, kjer se število čakajočih že približuje številu vseh razpoložljivih kapacitet. V Sloveniji se srečujemo z neenakomerno razvitostjo storitve pomoči na domu, ki je tudi relativno draga oblika oskrbe. Oblike dnevnega varstva, sistem oskrbovanih stanovanj in sistem pomoči na daljavo niso razviti v zadostni meri. V Sloveniji tudi skorajda ne razpolagamo z negovalnimi in paliativnimi oddelki v bolnišnicah oziroma ne poznamo negovalnih bolnišnic. Možnosti za začasno oskrbo je malo, kar vse ovira dostopnost do storitev. Tudi dejstvo, da obstoječe storitve in prejemi niso povezani v enovit sistem in da v praksi ni najboljše koordinacije med področji, ki te storitve in prejeme zagotavljajo, otežuje dostopnost do storitev in zmanjšuje njihovo kakovost. Relativna nerazvitost storitev, ki se izvajajo v bivanjskem okolju, dodatno povečuje pritisk na podaljševanje dragih hospitalizacij in na širitev institucionalnih oblik oskrbe. Slovenija je v strateških dokumentih sicer sprejela usmeritve, ki dajejo prednost oskrbi na domu pred institucionalno oskrbo, vendar je uresničevanje teh usmeritev šele na začetku. Zaradi akutne problematike pomanjkanja prostih mest v domovih za starejše in pomanjkanja drugih oblik oskrbe je še vedno prisiljena vlagati in širiti institucionalno oskrbo, medtem ko obseg tovrstne oskrbe v večini evropskih držav že upada. Slovenija na področju varstva starejših še ne sledi trendu deinstitutionalizacije. Vse navedene ugotovitve potrjujejo mojo drugo hipotezo, da so v Sloveniji storitve na področju dolgotrajne oskrbe slabo razvite in da z njimi ne uspemo zadovoljiti niti obstoječih potreb po dolgotrajni oskrbi.

Nezadostna razvitost ponudbe različnih oblik oskrbe in neenakomerna dostopnost do storitev imata za posledico tudi neenakopravno obravnavo uporabnikov. Cene storitev oskrbe v zasebnih domovih za starejše v povprečju za 25 - 30 % presegajo cene oskrbe v javnih domovih, saj država zasebnikom - koncesionarjem v nasprotju z javnimi domovi v ceni oskrbe priznava stroške investicijskih vlaganj in investicijskega vzdrževanja. Višja cena oskrbe, ki jo plačajo uporabniki, naj bi koncesionarjem povrnila investicijske stroške, ki jih javni domovi nimajo, saj so zgrajeni iz sredstev državnega proračuna. Razlika v ceni storitve se zdi z vidika koncesionarja upravičena, je pa nerazumno in nepravilno, da uporabniki za enake storitve, ki so podvržene istim tehničnim in kadrovskim normativom v okviru javne mreže, plačujejo različno ceno oskrbe zgolj zaradi drugačnega pravnega statusa izvajalca. V končni fazi to ni pravično niti do izvajalcev samih, saj se ti znajdejo v različnem položaju, ne da bi bil ta utemeljen v razlikah v dejavnosti. Uporabniki pa so v neenakopravnem položaju tudi glede na vrsto oskrbe, ki jo prejema. Uporabnik, ki plačuje storitve pomoči na domu, za eno do dve uri pomoči na domu plača približno isto ceno kot jo plača uporabnik osnovne oskrbe v institucionalnem varstvu za cel dan, pri čemer mu je za to ceno zagotovljeno bivanje s petimi obroki, čiščenje, zdravstvena nega in osnovna socialna oskrba. Na ta način se med uporabniki oskrbe ustvarjajo velike socialne razlike. Za uporabnika, ki ne dobi mesta v domu za starejše, je storitev pomoči na domu neprimerno dražja. Eden izmed ciljev systemske ureditve dolgotrajne oskrbe, ki jo predvideva predlog zakona o dolgotrajni oskrbi, je tudi

doseči izenačenost pravic med vsemi upravičenci, ne glede na kraj bivanja ali vrsto oskrbe, ki jo prejemajo.

Domovi za starejše so torej za uporabnika najcenejši način oskrbe, kar tudi pojasnjuje velik interes in pritisk na domove. Pri obstoječem razmerju cen med različnimi oblikami oskrbe je tudi težko pričakovati, da se bo oskrba na domu in ostale storitve, ki se izvajajo v bivanjskem okolju, začele hitro razvijati. Te sicer obstajajo, vendar niso razvite v zadostni meri, da bi razbremenile domove za starejše. V Sloveniji imamo po ocenah razmerje 2,5 oskrbovanca v domu za starejše na enega uporabnika pomoči na domu. V tujini je razmerje ravno obratno. To pomeni, da je v Sloveniji preveliko breme skrbi za starejše na domovih kot obliki institucionalnega varstva, kar ni niti racionalno niti sprejemljivo po strokovni plati. Vsak si namreč želi starost, če je le mogoče, preživeti v domačem okolju, kar omogoča večjo avtonomnost in s tem tudi dostojanstvo.

V Sloveniji je večina starih ljudi, ki potrebujejo pomoč, še vedno v domači oskrbi, potrebe po družinski oskrbi pa se bodo v prihodnje še občutno povečale. Vendar pa družinski oskrbovalci v Sloveniji trenutno niso deležni skorajda nikakršne javne podpore, njihova pomembna vloga v družbi pa je spregledana. Strateški politični dokumenti le počasi prepoznavajo pomemben prispevek družinske oskrbe in potrebo po oblikovanju različnih oblik podpore tej obliki oskrbe, ki so predvidene v obliki usposabljanja, finančne podpore in razvoja različnih oblik podpornih storitev.

Država za potrebe širitve ponudbe storitev dolgotrajne oskrbe spodbuja vstop zasebnih in nevladnih izvajalcev v javno mrežo preko podeljevanja koncesij in spodbujanja javno-zasebnega partnerstva, s čimer sledi trendu prenosa oskrbe iz javnega v zasebni in nevladni sektor. Spremembe, ki naj bi jih uveljavil zakon o dolgotrajni oskrbi, predvidevajo spremembo sistema financiranja in uvedbo individualiziranega in neposrednega financiranja dolgotrajne oskrbe kjer bo to smotno in racionalno.

V splošnem ugotavljam, da je dosednji razvoj dolgotrajne oskrbe v Sloveniji potekal predvsem v smeri razvijanja zmogljivosti institucionalne oskrbe in v tem pogledu ne odstopamo bistveno od bolj razvitih evropskih držav. Močno pa zaostajamo po obsegu ponudbe oskrbe na domu in drugih neinstitucionalnih oblik pomoči. Dolgotrajna oskrba tudi še ni organizirana kot nova veja socialnega zavarovanja. Tako ocenjujem, da Slovenija s trenutno oblikovano ponudbo storitev na področju dolgotrajne oskrbe ne uspe v celoti slediti evropskim in svetovnim usmeritvam na tem področju, kar potrjuje mojo tretjo hipotezo. Na podlagi analize stanja in vsebine ključnih strateških dokumentov ugotavljam, da Slovenija evropske in svetovne usmeritve ter novosti na področju dolgotrajne oskrbe sicer vključuje v pomembne razvojne politične dokumente in jih upošteva v viziji prihodnje systemske ureditve tega področja, vendar pa trenutno stanje na področju dolgotrajne oskrbe še močno zaostaja za načrtanimi smernicami in cilji. V praksi namreč sedanja ureditev sistema kaže številne pomanjkljivosti.

Področje dolgotrajne oskrbe v Sloveniji tako stoji pred pomembnimi izzivi, saj sedanje stanje zahteva celovito sistemsko ureditev tega področja. S predvidenim sprejetjem zakona o dolgotrajni oskrbi in zavarovanju za dolgotrajno oskrbo skuša Slovenija v skladu z evropskimi smernicami vzpostaviti dolgotrajno oskrbo kot novo vejo socialnega zavarovanja in kot samostojen steber socialne varnosti, ki naj bi zagotovil tudi stabilen vir financiranja dolgotrajne oskrbe.

Na podlagi ugotovljenega stanja na področju dolgotrajne oskrbe v EU in Sloveniji menim, da niti EU niti Slovenija nista povsem pripravljene na številne ekonomske in socialne izzive, ki jih prinaša predviden drastičen porast deleža najstarejših ljudi v strukturi prebivalstva. Starejša populacija ima namreč posebne potrebe, odgovori nanje pa bodo v prihodnje terjali večjo pozornost evropskih in nacionalnih politik.

Za zaključek naj dodam še misel, da bomo vsi nekoč stari in nihče ne ve, kdaj bomo potrebovali pomoč drugih. Zato ne dovolimo, da se do starih in onemoglih obnašamo kot do odvečnega dela družbe, saj nihče od nas ne želi starosti preživeti osamljen in na robu družbe. Zato z ukrepi, ki jih sprejemamo na področju dolgotrajne oskrbe danes, ustvarjamo tudi svojo lastno prihodnost. Dolgotrajno oskrbo je pomembno razumeti tudi kot področje številnih priložnosti v starajoči se družbi in ne zgolj kot breme za državo in družbo. Medgeneracijska solidarnost je stvar zavestne odločitve.

LITERATURA IN VIRI

1. Alber, J. & Köhler, U. (2004). *Quality of life in Europe: Health and care in an enlarged Europe*. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
2. Ambrož, M. (2007). *Analiza o delovanju instituta družinskega pomočnika v Republiki Sloveniji*. Ljubljana: Inštitut Republike Slovenije za socialno varstvo.
3. Ascoli, U. & Ranci, C. (2002a). Changes in the Welfare Mix: The European Path. V U. Ascoli & C. Ranci (ur.), *Dilemmas of the Welfare Mix: The New Structure of Welfare in an Era of Privatization* (str. 225-243). New York: Kluwer Academic.
4. Ascoli, U. & Ranci, C. (2002b). The Context of New Social Policies in Europe. V U. Ascoli & C. Ranci (ur.), *Dilemmas of the Welfare Mix: The New Structure of Welfare in an Era of Privatization* (str. 1-24). New York: Kluwer Academic.
5. Cilj petodstotne vključitve starejših v institucionalno varstvo bo dosežen [Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve]. (2008, 14. marec). Najdeno 10. maja na spletnem naslovu http://www.siol.net/slovenija/novice/2008/03/starejsi_cotmanova.aspx

6. Cizelj, M., Habjan, M., Koprivnikar, B., Novak, J., Šlenc Zver, M. & Švajncer, M. (1999). *Strateški razvojni program organizirane skrbi za starejše Skupnosti socialnih zavodov Slovenije*. Ljubljana: Skupnost socialnih zavodov Slovenije.
7. Commission of the European Communities. (2001). *The future of health care and care for the elderly: guaranteeing accessibility, quality and financial viability* [Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the Economic and Social Committee and the Committee of the Regions] - COM (2001) 723 final. (2001, 5. december). Brussels: Commission of the European Communities.
8. Commission of the European Communities. (2004). *Modernising social protection for the development of high-quality, accessible and sustainable health care and long-term care: support for the national strategies using the open method of coordination* [Communication from the Commission to the Council, the European parliament, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions] - COM (2004) 304 final (2004, 20. april). Brussels: Commission of the European communities.
9. Commission of the European Communities. (2007a). *Europe's demographic future: facts and figures* [Commission staff working document] - SEC (2007) 638. (2007, 11. maj). Brussels: Commission of the European Communities.
10. Commission of the European Communities. (2007b). *Joint Report on Social Protection and Social Inclusion 2007: Social inclusion, Pensions, Healthcare and Long Term care*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
11. Commission of the European Communities. (2008a). *Demography Report 2008: Meeting Social Needs in an Ageing Society* [Commission staff working document] – SEC (2008) 2911. Brussels: Commission of the European Communities.
12. Commission of the European Communities. (2008b). *Long-term Care in the European Union* [Review of the Long-term care part of the National Reports on Strategies for Social Protection and Social Inclusion 2006-2008 and updates 2007 - Memorandum of the Social Protection Committee]. (2008, 25. april). Brussels: Commission of the European Communities.
13. Council of the European union. (2003). *Joint report by the Commission and the Council on supporting national strategies for the future of health care and care for the elderly*. [7166/03]. (2003, 10. marec). Brussels: Council of the European union.
14. *Dom IRIS Smart Home* [Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo]. Najdeno 14. avgusta 2008 na spletnem naslovu (<http://www.ir-rs.si/filelib/dom-iris/dom-iris.htm>)

15. *Družinski pomočnik [Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve]*. Najdeno 9. maja 2008 na spletnem naslovu http://www.mddsz.gov.si/si/delovna_podrocja/sociala/druzinski_pomocnik/
16. Državni svet Republike Slovenije (2006, 14. junij). *Sklepi, sprejeti na podlagi razprave z mednarodnega posveta na temo neposrednega in individualiziranega financiranja storitev*. Najdeno 6. novembra 2008 na spletnem naslovu <http://www.ds-rs.si/kb/seje/?View=entry&EntryID=584>
17. Economic Policy Committee & European Commission. (2008). *The 2009 Ageing Report: Underlying Assumptions and Projection Methodologies. European Economy 7/2008 (provisional version)*. [Joint Report prepared by the European Commission (DG ECFIN) and the Economic Policy Committee (AWG)]. Brussels: European Commission.
18. Economic Policy Committee & European Commission. (2009). *2009 Ageing Report: Economic and budgetary projections for the EU-27 Member States (2008-2060). European Economy 2 (provisional version)* [Joint Report prepared by the European Commission (DG ECFIN) and the Economic Policy Committee (AWG)]. Brussels: European Commission.
19. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. (2006). *Employment in social care in Europe*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
20. Eurostat. (2008). *Ageing characterises the demographic perspectives of the European societies*. Statistics in focus 72/2008. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
21. Eurostat. (2009). *Demographic Outlook: National reports on the demographic developments in 2007*. 2008 edition. Eurostat Methodologies and Working papers. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
22. Evropski parlament. (2008). *Poročilo o demografski prihodnosti Evrope [(2007/2156 (INI). Dokument zasedanja A6-0024/2008]*. (2008, 30. januar). Najdeno 5. maja 2008 na spletnem naslovu http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//NONS_GML+REPO_RT+A6-2008-0024+0+DOC+PDF+V0//SL
23. Ewijk, H. van, Hens, H., Lammersen, G. & Moss, P. (2002). *Mapping of Care Services and the Care Workforce. Consolidated Report: Care work in Europe*. London: University of London.
24. Flaker, V., Cuder, M., Nagode, M., Podbevšek, K., Podgornik, N., Rode, N., Škerjanc, J. & Zidar, R. (2007). *Vzpostavljanje osebnih paketov storitev: poročilo o pilotskem*

projektu Individualiziranje financiranja storitev socialnega varstva. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

25. Flaker, V. (2008). *Long-term Care - A New Challenge to the Society and a New Paradigm of Care*. Presented at the Conference »Intergenerational Solidarity for Cohesive and Sustainable Societies«, Brdo pri Kranju, 27.-29. april 2008.
26. Flaker, V., Brišar, L., Jakob, P., Jurančič, I., Kresal, B., Nagode, M., Podbevšek, K., Podgornik, N., Škerjanc, J., Udovič, N. & Zidar, R. (2008a). *Individualiziranje financiranja storitev socialnega varstva (Raziskovalno poročilo za leto 2007)*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
27. Flaker, V., Čačinovič Vogrinčič, G., Grebenc, V., Kodele, T., Mali, J., Milošević Arnold, V., Rapoša Tajnšek, P., Rihter, L., Rode, N., Sedmak, M., Škerjanc, J., Urek, M. & Zaviršek, D. (2008b), *Evalvacija procesov dezinstucionalizacije v posebnih socialnih zavodih v Sloveniji (V5-0287). Zaključno poročilo*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
28. Hörl, J. (2005). *National Background Report for Austria. Eurofamcare: Services for Supporting Family Carers of Elderly People in Europe: Characteristics, Coverage and Usage*. Wien: Universität Wien.
29. Hvalič Touzery, S. (2007). *Družinska oskrba starih družinskih članov (doktorska disertacija)*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
30. Imperl, F., Žumbar, A. & Ramovš, J. (2007, 4. oktober). *Pojasnilo k drugi alineji 15. točke javnega razpisa - uporabe sodobnih konceptov in metod pri delu s starejšimi ljudmi (domovi četrte generacije)* [Javni razpis za podelitev koncesije za opravljanje storitev institucionalnega varstva v domovih za starejše]. Najdeno 12. maja 2008 na spletnem naslovu http://www.mddsz.gov.si/fileadmin/mddsz.gov.si/pageuploads/dokumenti_pdf/jr_koncesije_dso_07_pojasnilo.pdf
31. Jani-Le Bris, H. (2004). *National Background Report for France. Eurofamcare: Services for Supporting Family Carers of Elderly People in Europe: Characteristics, Coverage and Usage*. Hamburg: University Hospital Hamburg-Eppendorf
32. Javornik, J.S. (ur.) (2006). *Socialni razgledi 2006*. Ljubljana: Urad Republike Slovenije za makroekonomske analize in razvoj.
33. Jenson, J. & Jacobzone, S. (2000). *Care Allowances for the Frail Elderly and Their Impact on Women Care-Givers. OECD Labour market and social policy - Occasional papers No. 41*. Paris: OECD Publishing.

34. Klančar, T., Skornšek Pleš, T., Nahtigal, T. & Hodnik, T. (2007, 7. november). *Strategija razvoja socialnega varstva v mestni občini Ljubljana od 2007 do 2011*. Ljubljana: Mestna občina Ljubljana.
35. Komisija Evropskih skupnosti. (2005). *Zelena knjiga »Odziv na demografske spremembe: nova solidarnost med generacijami«* [Sporočilo Komisije] - COM (2005) 94 končno. (2005, 16. marec). Bruselj: Komisija Evropskih skupnosti.
36. Komisija Evropskih skupnosti. (2006a). *Demografska prihodnost Evrope - kako spremeniti izziv v priložnost* [Sporočilo Komisije] - COM (2006) 571 končno. (2006, 12. oktober). Bruselj: Komisija Evropskih skupnosti.
37. Komisija Evropskih skupnosti. (2006b). *Dolgoročna vzdržnost javnih financ v EU* {SEC (2006) 1247} [Sporočilo Komisije Svetu in Evropskemu parlamentu] - COM (2006) 574 končno. (2006, 12. oktober). Bruselj: Komisija evropskih skupnosti.
38. Komisija Evropskih skupnosti. (2006c). *Izvajanje programa Skupnosti iz Lizbone - Socialne storitve splošnega pomena v Evropski uniji* {SEC(2006) 516} [Sporočilo Komisije] - COM (2006) 177 končno. (2006, 26. april). Bruselj: Komisija Evropskih skupnosti.
39. Komisija Evropskih skupnosti. (2007). *Prijetno staranje v informacijski družbi - Pobuda i2010 - Akcijski načrt za informacijske in komunikacijske tehnologije ter staranje* {SEC(2007)811} [Sporočilo Komisije Evropskemu parlamentu, Svetu, Evropskemu ekonomsko-socialnemu odboru in Odboru Regij] - COM (2007) 332 končno. (2007, 14. junij). Bruselj: Komisija Evropskih skupnosti.
40. Koprivnikar, B. (2008, 23. oktober). Stanje na področju institucionalnega varstva starejših v Sloveniji in predlog statutarnih sprememb ter sprememb v upravljanju in financiranju izvajalcev institucionalnega varstva starejših. *Prispevek s posveta »Sistemske spremembe na področju institucionalnega varstva starejših v Sloveniji«*. Državni svet Republike Slovenije. Najdeno 29. novembra 2008 na spletnem naslovu <http://www.ds-rs.si/?q=dejavnost/posveti&EntryID=145>
41. Lethbridge, J. (2005, 20. februar). *Care Services in Europe*. London: Public Services International Research Unit, University of Greenwich.
42. Lunder, U. & Logar, V. (2003). Paliativna oskrba v Sloveniji in izzivi za prihodnost. *Zdravniški vestnik*, 72 (11), 643-647.
43. Lundsgaard, J. (2005). *Consumer Direction and Choice in Long-Term Care for Older Persons, Including Payments for Informal Care: How Can it Help Improve Care Outcomes, Employment and Fiscal Sustainability?* OECD Health Working Papers No. 20. Paris: OECD Publishing.

44. Malačič, J. (2006). *Demografija: teorija, analiza, metode in modeli*. Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
45. Malačič, J. (2008). Demografske razmere v Sloveniji v luči evropskih trendov. *Zbornik 15. dnevi slovenskega zavarovalništva, Portorož, 29. in 30. maj 2008* (str. 95 - 111). Ljubljana: Slovensko zavarovalno združenje.
46. Mestheneos, E. & Triantafillou, J. (2005). *Supporting Family Carers of Older People in Europe: The Pan-European Background Report*. Hamburg: University of Hamburg.
47. Mestna občina Ljubljana. (2006). *Poročilo o programih in dejavnostih za starejše v Ljubljani*. Ljubljana: Mestna občina Ljubljana.
48. Ministrstvo za delo že pripravlja spremembe na področju družinskih pomočnikov [Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve]. Najdeno 23. maja 2008 na spletnem naslovu <http://www.mddsz.gov.si/si/splosno/cns/novica/article/1939/5806/?cHash=52332f6b60>
49. Mnenje Evropskega ekonomsko-socialnega odbora o Sporočilu Komisije, namenjenem Svetu, Evropskemu parlamentu, Evropskemu ekonomsko-socialnemu odboru in Odboru regij - Posodabljanje socialne zaščite za razvoj visoko kakovostnega, dostopnega in trajnostnega zdravstvenega varstva in dolgoročne oskrbe: podpora nacionalnim strategijam ob uporabi »odprte metode koordinacije« COM (2004) 304 final. (2005). *Uradni list EU*. (Št. C 120, 20. maj 2005).
50. *Nacionalno poročilo o strategijah socialne zaščite in socialnega vključevanja za obdobje 2008 - 2010*. (2008). Ljubljana: Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve.
51. Odločba št. 742/2008/ES Evropskega parlamenta in Sveta z dne 9. julija 2008 o sodelovanju Skupnosti v programu za raziskave in razvoj, namenjenemu izboljšanju kakovosti življenja starejših z uporabo novih informacijskih in komunikacijskih tehnologij (IKT), ki ga je sprejelo več držav članic. (2008). *Uradni list EU*. (Št. L 201, 30. julij 2008).
52. *Odlok o lokacijskem načrtu območja Vasi brez ovir Šmartno*. (2005, 14. julij). Najdeno 15. maja 2008 na spletnem naslovu http://www.cerklje.si/fileadmin/cerklje_user_global/documents/AKP/akti_2005-julij/1_multipart_xF8FF_4_Odlok_o_LN_ob_mocja_Vasi_brez_ovir_smartno.pdf
53. Organisation for Economic Co-operation and Development. (2005a). *Long-term Care for Older People*. Paris: OECD Publishing.

54. *Oskrbovana stanovanja [Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve]*. Najdeno 5. maja 2008 na spletnem naslovu http://www.mddsz.gov.si/si/delovna_podrocja/social_a/izvajalci_na_podrocju_socialnega_varstva/oskrbovana_stanovanja/
55. Pérez Salanova, M. & Subirats, J. (2007). *Live and Live Together. A person-to-person experience*. Barcelona: Autonomus University of Barcelona.
56. *Pomen projekta Dom IRIS [Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo]*. Najdeno 14. avgusta 2008 na spletnem naslovu <http://www.dom-iris.si/index.php?id=4>
57. *Poročilo o realizaciji nalog Strategije varstva starejših, sprejete za obdobje 2006 do 2010 in Akcijski načrt nalog pristojnih ministrstev do izteka Strategije varstva starejših, do leta 2010*. (2009, april). Najdeno 5. aprila 2009 na spletnem naslovu http://www.mddsz.gov.si/fileadmin/mddsz.gov.si/pageuploads/dokumenti_pdf/strateg_starejsi_poroc_akc_nacrt.pdf
58. Pravilnik o metodologiji za oblikovanje cen socialno varstvenih storitev. (2006). *Uradni list RS*. (Št. 87/2006, 16. avgust 2006, 127/2006, 7. december 2006, 8/2007, 29. januar 2007, 51/2008, 23. maj 2008).
59. Pravilnik o minimalnih tehničnih zahtevah za izvajalce socialnovarstvenih storitev. (2006). *Uradni list RS*. (Št. 67/2006, 29. junij 2006).
60. Pravilnik o pogojih in postopku za uveljavljanje pravice do izbire družinskega pomočnika. (2007). *Uradni list RS*. (Št. 19/2007, 2. marec 2007).
61. Pravilnik o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev. (1995). *Uradni list RS*. (Št. 52/1995, 8. september 1995, 2/1998, 15. januar 1998, 61/1998, 4. september 1998, 19/1999, 26. marec 1999, 28/1999 - popr., 22. april 1999, 127/2003, 19. december 2003, 125/2004, 22. november 2004, 120/2005 Odl. US: U-I-192/05-29, 29. december 2005, 2/2006 - popr., 6. januar 2006, 140/2006, 29. december 2006, 120/2007, 27. december 2007, 90/2008, 22. september 2008).
62. *Predlog Zakona o dolgotrajni oskrbi in zavarovanju za dolgotrajno oskrbo*. (2006, avgust). Najdeno 9. novembra 2008 na spletnem naslovu http://www.mddsz.gov.si/fileadmin/mddsz.gov.si/pageuploads/dokumenti_pdf/word/zakon-do-koncni-avg06.doc
63. *Pregled števila čakajočih [Skupnost socialnih zavodov Slovenije]*. Najdeno 17. maja 2009 na spletnem naslovu http://prosnje.ssz-slo.si/SSZSHtmlPregledi/pregled_cakajoih.aspx
64. Pristavec Đogić, M. (2007). *Ureditev instituta družinskega pomočnika: primerjalni pregled*. Ljubljana: Državni zbor Republike Slovenije.

65. Ramovš, J. (2003). *Kakovostna starost. Socialna gerontologija in gerontagogika*. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka.
66. Ramovš, J. (2005). *Predlogi in izhodišča za nacionalni program socialnega varstva starih ljudi v obdobju 2006 do 2010 ter za nacionalno strategijo razvoja družbe z velikim deležem starega prebivalstva*. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje.
67. Ramovš, J. (2008). Krajevno medgeneracijsko središče. *Kakovostna starost*, 11 (1), 26-45.
68. Ranci, C. (2002). The Mixed Economy of Social Care in Europe. V U. Ascoli & C. Ranci (ur.), *Dilemmas of the Welfare Mix: The New Structure of Welfare in an Era of Privatization* (str. 25-46). New York: Kluwer Academic.
69. Ranci, C. & Pavolini, E. (2007, julij). *New trends of long-term care policy in Western Europe: towards a social care market?* Paper presented at the American Political Science Association Annual Meeting, August 30 - September 2, Chicago, Illinois. Najdeno 15. novembra 2008 na spletnem naslovu http://www.allacademic.com/meta/p_mla_apa_research_citation/2/0/8/9/2/pages208924/p208924-1.php
70. Redburn, E.D. (1998). The »Graying« of the World's Population. V E.D. Redburn & P.R. McNamara (ur.), *Social gerontology* (str. 1-16). Westport, Connecticut-London: Auburn House.
71. Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008-2013 »Zadovoljni uporabniki in izvajalci zdravstvenih storitev« (ReNPZV). (2008). *Uradni list RS*. (Št. 72/2008, 17. julij 2008, 74/2008-popr., 21. julij 2008).
72. Resolucija o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2006–2010 (ReNPSV06-10). (2006). *Uradni list RS*. (Št. 39/2006, 13. april 2006).
73. *Revizijsko poročilo: skrb za tiste, ki potrebujejo varstvo in nego drugih*. (2008). Ljubljana: Računsko sodišče Republike Slovenije.
74. Salvage, A.V. (1995). *Who will care? Future prospects for family care of older people in the European union*. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. Luxembourg: Office for official publications of the European communities.
75. Sambt, J. (2005). Dolgoročne projekcije izdatkov za zdravstveno varstvo in dolgoročno oskrbo s pomočjo metode generacijskih računov. *IB revija*, (39), 85-95.

76. Skupnost socialnih zavodov Slovenije: *40 let sodelovanja slovenskih domov za starejše*. (2007). Ljubljana: Skupnost socialnih zavodov Slovenije.
77. Skupnost socialnih zavodov Slovenije. (2008, 9. april). *Kakšen sistem institucionalnega varstva starejših želimo v Sloveniji?* Novinarska konferenca - gradivo za novinarje. Najdeno 20. maja 2008 na spletnem naslovu <http://www.ssz-lo.si/apl/doc/164BBCFF.pdf>
78. *Slabšanje kakovosti storitev oskrbe v domovih za starejše [Skupnost socialnih zavodov Slovenije]*. Najdeno 16. aprila 2008 na spletnem naslovu <http://www.ssz-slo.si/slo/main.asp?id=28EF1E7F>
79. Smolej, S., Jakob, P., Nagode, M. & Žiberna, V. (2008). *Analiza izvajanja pomoči na domu*. Ljubljana: Inštitut za socialno varstvo Republike Slovenije.
80. *Special Eurobarometer Report 283 / Wave 67.3 - Health and long-term care in the European Union*. (2007). Brussels: Commission of the European Communities.
81. Statistični urad Republike Slovenije. (2009, 30. april). Prebivalstvo, Slovenija, 31. december 2008. Prva objava. Najdeno 19. maja 2009 na spletnem naslovu http://www.stat.si/novica_prikazi.aspx?ID=2319
82. *Storitve v Domu IRIS [Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo]*. Najdeno 14. avgusta 2008 na spletnem naslovu <http://www.dom-iris.si/storitve.php?id=2>
83. *Strategija razvoja socialnega varstva v mestni občini Ljubljana od 2007 do 2011*. (2007). Ljubljana: Mestna občina Ljubljana. Najdeno 10. aprila 2008 na spletnem naslovu <http://www.ljubljana.si/file/719806/11s-15t.pdf>
84. *Strategija varstva starejših do leta 2010 - Solidarnost, sožitje in kakovostno staranje prebivalstva*. (2006). Ljubljana: Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve.
85. Svet Evropske unije. (2008). *Skupno poročilo o socialni zaščiti in socialni vključenosti za leto 2008 [7274/08]*. (2008, 4. marec). Bruselj: Svet Evropske unije.
86. Svetičič, B. (2002). *Spremembe v življenju oskrbovalcev: skrb za starega človeka v družini: diplomska naloga*. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.
87. Triantafyllou, J., Mestheneos, E., Bien, B., Döhner, H., Krevers, B., Lamura, G. & Nolan, M. (2006). Summary of main findings from the Trans-European Survey Report (TEUSURE) and their implications for policy and practice in the support of family carers. V Eurofamcare Consortium (ur.), *Services for Supporting Family Carers of Older Dependent People in Europe: Characteristics, Coverage and Usage. The Trans-*

European Survey Report (str. 251-260). Hamburg: University Medical Centre of Hamburg-Eppendorf.

88. United Nations. (2009). *World Population Prospects: The 2008 Revision. Highlights, Working Paper No. ESA/P/WP.210*. New York: United Nations.
89. Uredba o merilih za določanje oprostitev pri plačilih socialno varstvenih storitev. (2004). *Uradni list RS*. (Št. 110/2004, 11. oktober 2004, 124/2004 – neuradno prečišeno besedilo, 19. november 2004, 114/2006 – ZUTPG, 9. november 2006).
90. Vertot, P. (2007a). Družine in družinsko življenje v Sloveniji v številkah. V J. Malačič & M. Gams (ur.), *Slovenija pred demografskimi izzivi 21. stoletja: zbornik 10. mednarodne multikonference Informacijska družba IS 2007* (str. 126 - 133). Ljubljana: Inštitut Jožef Štefan.
91. Vertot, P. (ur.). (2007b). Invalidi, starejši in druge osebe s posebnimi potrebami v Sloveniji. Ljubljana: Statistični urad Republike Slovenije.
92. Vertot, P. (2008). *Prebivalstvo Slovenije se stara - potrebno je medgeneracijsko sožitje*. Ljubljana: Statistični urad Republike Slovenije.
93. Zakon o družbenem varstvu duševno in telesno prizadetih oseb. (1983). *Uradni list RS*. (Št. 41/1983, 3. oktober 1983, 114/2006 - ZUTPG, 9. november 2006, 122/2007 Odl. US: U-I-11/07-45, 28. december 2007).
94. Zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju. (2006). *Uradni list RS*. (Št. 109/2006 - uradno prečiščeno besedilo 4, 23. oktober 2006, 112/2006 Odl. US: U-I-358/04-13, 3. november 2006, 114/2006 - ZUTPG, 9. november 2006, 91/2007 Skl. US: U-I-325/05-5, 8. oktober 2007, 10/2008 – ZvarDod, 30. januar 2008).
95. Zakon o socialnem varstvu. (2007). *Uradni list RS*. (Št. 3/2007 - uradno prečiščeno besedilo 2, 12. januar 2007, 23/2007 - popr., 16. marec 2007, 41/2007 - popr., 11. maj 2007, 122/2007 Odl. US: U-I-11/07-45, 28. december 2007).
96. Zakon o vojnih invalidih. (2006). *Uradni list RS*. (Št. 63/1995, 6. november 1995, 62/1996 Skl. US, 8. november 1996, 2/1997 Odl. US: U-I-86/96, 17. januar 1997, 19/1997, 4. april 1997, 21/1997 popr., 11. april 1997, 75/1997, 5. december 1997, 19/2000 Skl. US: U-I-140/96, 3. marec 2000, 11/2006 Odl. US: U-I-170/05-9, Up-224/03-15, 3. februar 2006, 61/2006 - ZDru-1, 13. junij 2006, 114/2006 – ZUTPG, 9. november 2006).
97. Zakon o vojnih veteranih. (2006). *Uradni list RS*. (Št. 59/2006 - uradno prečiščeno besedilo 2, 8. junij 2006, 61/2006 - ZDru-1, 13. junij 2006, 101/2006 Odl. US: U-I-89/04-23, 3. oktober 2006).

98. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. (2006). *Uradni list RS*. (Št. 72/2006 - uradno prečiščeno besedilo 3, 114/2006 - ZUTPG, 9. november 2006, 91/2007, 8. oktober 2007, 71/2008, 14. julij 2008, 76/2008, 25. julij 2008, 118/2008 Skl. US: U-I-163/08-12, 15. december 2008).
99. Žmahar, A. (2008, januar). Stanovanj za starejše še premalo. *Vzajemnost*, št. 5, str. 19-21.

PRILOGE

Tabela 1: Delež prebivalstva, starega 65 let ali več, za posamezne države članice EU-27 za obdobje 2008 – 2060 (v %) (Eurostat, projekcije prebivalstva EUROPOP2008, konvergenčni scenarij)

	2008	2010	2020	2030	2040	2050	2060
EU-27	17,08	17,38	20,06	23,55	26,85	28,81	29,95
Belgija	17,04	17,22	19,51	22,87	25,03	25,70	26,52
Bolgarija	17,31	17,47	20,34	23,28	26,70	31,26	34,21
Češka	14,64	15,39	20,22	22,94	26,32	30,94	33,38
Danska	15,58	16,37	20,11	22,82	24,83	24,47	25,04
Nemčija	20,05	20,57	22,79	27,61	31,06	31,71	32,47
Estonija	17,16	16,99	18,77	21,74	24,18	27,42	30,72
Irska	11,16	11,33	13,28	16,02	19,36	23,74	25,20
Grčija	18,63	18,85	21,13	24,18	28,40	31,54	31,65
Španija	16,61	16,69	18,18	22,13	27,66	32,11	32,34
Francija	16,50	16,74	20,19	23,20	25,34	25,62	25,94
Italija	20,08	20,34	22,68	26,15	30,82	32,62	32,71
Ciper	12,39	12,65	15,03	17,95	19,97	23,23	26,17
Latvija	17,27	17,36	18,57	22,18	25,43	29,58	34,38
Litva	15,84	16,05	17,57	22,14	26,34	29,69	34,72
Luksemburg	14,15	14,28	16,20	19,57	22,20	22,99	23,57
Madžarska	16,17	16,61	19,82	21,95	24,96	29,35	31,93
Malta	13,83	14,76	20,34	24,20	25,69	29,05	32,43
Nizozemska	14,72	15,33	19,80	24,10	26,89	26,65	27,25
Avstrija	17,17	17,56	19,36	23,69	27,23	28,17	28,98
Poljska	13,46	13,56	18,22	22,99	25,90	31,63	36,18
Portugalska	17,42	17,79	20,08	23,25	26,83	30,12	30,85
Romunija	14,91	14,93	17,43	20,25	25,52	30,93	34,96
Slovenija	16,08	16,62	20,42	25,29	29,08	32,50	33,44
Slovaška	11,98	12,29	16,44	21,27	25,33	31,63	36,12
Finska	16,52	17,06	22,41	25,52	26,21	26,81	27,82
Švedska	17,52	18,16	20,81	22,52	24,27	24,72	26,60
Vel. Britanija	16,10	16,38	18,29	20,55	22,45	22,95	24,74
Norveška	14,64	15,03	18,10	21,01	23,76	24,39	25,42
Švica	16,41	16,93	19,65	23,38	26,13	27,00	28,01

Vir: Eurostat, Ageing characterises the demographic perspectives of the European societies. Statistics in focus 72/2008, 2008, str. 10, tabela 10.

Tabela 2: Delež prebivalstva, starega 80 let ali več, za posamezne države članice EU-27 za obdobje 2008- 2060 (v %) (Eurostat, projekcije prebivalstva EUROPOP2008, konvergenčni scenarij)

	2008	2010	2020	2030	2040	2050	2060
EU-27	4,41	4,66	5,70	6,93	8,86	10,99	12,13
Belgija	4,68	4,91	5,58	6,45	8,39	9,96	10,25
Bolgarija	3,57	3,78	4,57	6,10	7,97	9,60	12,83
Češka	3,37	3,59	4,10	6,64	8,40	9,32	13,39
Danska	4,11	4,12	4,69	7,07	8,13	9,73	10,04
Nemčija	4,73	5,06	7,09	7,98	10,29	13,99	13,20
Estonija	3,63	3,97	5,22	5,88	7,81	9,04	10,74
Irska	2,77	2,81	3,13	4,26	5,68	7,26	9,58
Grčija	4,10	4,57	6,48	7,10	8,92	11,24	13,47
Španija	4,60	4,80	5,42	6,38	8,31	11,28	14,48
Francija	5,02	5,31	6,03	7,31	9,34	10,49	10,79
Italija	5,50	5,85	7,32	8,51	9,98	13,11	14,91
Ciper	2,78	2,82	3,40	4,57	6,10	7,26	8,63
Latvija	3,57	3,92	5,22	5,92	7,92	9,88	11,90
Litva	3,27	3,64	4,91	5,60	7,85	10,66	11,99
Luksemburg	3,49	3,76	4,30	4,99	6,71	8,59	8,91
Madžarska	3,71	3,94	4,75	6,20	8,41	9,12	12,63
Malta	3,16	3,32	4,55	7,07	9,33	9,86	11,83
Nizozemska	3,75	3,90	4,72	6,93	8,96	11,09	10,88
Avstrija	4,61	4,74	5,20	6,69	8,38	11,45	11,35
Poljska	2,99	3,31	4,36	5,67	9,43	10,07	13,08
Portugalska	4,21	4,48	5,80	6,77	8,45	10,46	12,79
Romunija	2,78	3,03	4,21	4,93	7,44	9,42	13,09
Slovenija	3,52	3,91	5,41	6,68	9,87	11,96	13,85
Slovaška	2,59	2,73	3,23	4,74	7,77	9,34	13,19
Finska	4,32	4,64	5,64	8,18	10,13	10,77	10,80
Švedska	5,35	5,32	5,41	7,62	8,39	9,53	10,04
Vel. Britanija	4,52	4,61	4,97	6,27	7,26	8,93	8,97
Norveška	4,61	4,58	4,40	6,27	7,82	9,30	9,97
Švica	4,67	4,78	5,37	7,02	8,67	10,95	11,09

Vir: Eurostat, Ageing characterises the demographic perspectives of the European societies. Statistics in focus 72/2008, 2008, str. 10, tabela 11.

Tabela 3: Projekcije stopenj totalne rodnosti za posamezne države članice EU-27 za obdobje 2008 - 2060
(Eurostat, projekcije prebivalstva EUROPOP2008, konvergenčni scenarij)

	2008	2010	2020	2030	2040	2050	2060
EU-27							
Belgija	1.75	1.76	1.76	1.77	1.78	1.79	1.76
Bolgarija	1.38	1.39	1.42	1.46	1.49	1.55	1.39
Češka	1.33	1.34	1.38	1.41	1.45	1.52	1.34
Danska	1.85	1.85	1.85	1.85	1.85	1.85	1.85
Nemčija	1.34	1.35	1.38	1.42	1.45	1.53	1.35
Estonija	1.55	1.55	1.57	1.60	1.62	1.66	1.55
Irska	1.90	1.90	1.90	1.89	1.89	1.88	1.90
Grčija	1.41	1.41	1.45	1.48	1.51	1.57	1.41
Španija	1.39	1.39	1.43	1.46	1.49	1.56	1.39
Francija	1.98	1.98	1.97	1.96	1.95	1.93	1.98
Italija	1.38	1.39	1.42	1.46	1.49	1.55	1.39
Ciper	1.45	1.46	1.49	1.52	1.54	1.60	1.46
Latvija	1.36	1.36	1.40	1.43	1.47	1.54	1.36
Litva	1.35	1.35	1.39	1.43	1.47	1.54	1.35
Luksemburg	1.65	1.65	1.67	1.68	1.70	1.72	1.65
Madžarska	1.35	1.35	1.39	1.42	1.46	1.53	1.35
Malta	1.38	1.39	1.42	1.46	1.49	1.55	1.39
Nizozemska	1.72	1.72	1.73	1.74	1.75	1.77	1.72
Avstrija	1.41	1.42	1.45	1.48	1.51	1.57	1.42
Poljska	1.27	1.28	1.32	1.36	1.40	1.49	1.28
Portugalska	1.36	1.37	1.40	1.44	1.47	1.54	1.37
Romunija	1.32	1.33	1.37	1.41	1.44	1.52	1.33
Slovenija	1.32	1.33	1.37	1.40	1.44	1.52	1.33
Slovaška	1.25	1.26	1.30	1.34	1.38	1.47	1.26
Finska	1.84	1.84	1.84	1.84	1.84	1.84	1.84
Švedska	1.85	1.85	1.85	1.85	1.85	1.85	1.85
Velika Britanija	1.84	1.84	1.84	1.84	1.84	1.84	1.84

Vir: Commission of the European Communities, Demography Report 2008: Meeting Social Needs in an Ageing Society, 2008a, str. 49, tabela 1.13.

Tabela 4: Pričakovana življenjska doba ob rojstvu za posamezne države članice EU-27 za obdobje 2008 - 2060 (Eurostat, projekcije prebivalstva EUROPOP2008, konvergenčni scenarij)

MOŠKI	2008	2010	2020	2030	2040	2060
Belgija	76.7	77.0	78.7	80.2	81.7	84.4
Bolgarija	69.7	70.2	72.8	75.3	77.5	81.6
Češka	73.9	74.3	76.3	78.1	79.9	83.2
Danska	76.4	76.8	78.4	80.0	81.5	84.3
Nemčija	77.3	77.6	79.3	80.8	82.3	84.9
Estonija	68.0	68.6	71.4	74.0	76.5	80.8
Irska	77.5	77.9	79.5	81.1	82.5	80.2
Grčija	77.4	77.8	79.4	80.9	82.3	84.8
Španija	77.4	77.7	79.4	80.9	82.3	84.9
Francija	77.5	77.8	79.5	81.0	82.5	80.1
Italija	78.5	87.9	80.3	81.7	83.1	85.5
Ciper	78.2	78.5	80.0	81.5	82.8	85.2
Latvija	66.0	66.6	69.8	72.8	75.6	80.5
Litva	65.9	60.6	69.8	72.8	75.6	80.4
Luksemburg	76.3	76.7	78.5	80.2	81.7	84.5
Madžarska	69.7	70.2	72.9	75.4	77.7	81.9
Malta	76.0	76.4	78.2	79.9	81.5	84.3
Nizozemska	77.9	78.2	79.7	81.1	82.5	84.9
Avstrija	77.4	77.8	79.4	80.9	82.3	84.9
Poljska	71.4	71.9	74.3	76.6	78.8	82.5
Portugalska	75.8	76.2	78.0	79.7	81.2	84.1
Romunija	69.8	70.3	73.0	75.5	77.8	81.9
Slovenija	74.7	75.1	77.1	78.9	80.6	83.7
Slovaška	70.9	71.4	73.8	76.0	78.2	82.0
Finska	76.1	76.6	78.3	79.9	81.5	84.3
Švedska	79.0	79.2	80.6	81.8	83.1	85.4
Velika Britanija	77.4	77.7	79.4	80.9	82.4	85.0
ŽENSKE	2008	2010	2020	2030	2040	2060
Belgija	82.3	82.6	84.0	85.4	86.6	88.9
Bolgarija	76.7	77.1	79.3	81.3	83.1	86.5
Češka	80.2	80.5	82.1	83.7	85.1	87.8
Danska	81.0	81.4	83.0	84.5	85.9	88.4
Nemčija	82.6	82.9	84.3	85.6	86.8	89.1
Estonija	78.7	79.1	81.1	82.9	84.5	87.5
Irska	81.9	82.2	83.8	85.3	86.7	89.2
Grčija	82.6	82.8	84.1	85.3	86.5	87.7
Španija	83.9	84.1	85.4	86.5	87.6	89.6
Francija	84.3	84.6	85.8	87.0	88.1	90.1
Italija	84.2	84.5	85.7	86.9	88.0	90.0
Ciper	81.7	82.0	83.5	84.9	86.2	88.7
Latvija	76.7	77.1	79.4	81.5	83.4	86.8
Litva	77.4	77.9	80.0	81.9	83.7	86.9
Luksemburg	81.2	81.5	83.2	84.6	86.0	88.5
Madžarska	78.1	78.5	80.5	82.4	84.2	87.3
Malta	81.1	81.4	83.1	84.6	86.1	88.6
Nizozemska	82.2	82.5	83.9	85.3	86.6	88.9
Avstrija	82.9	83.2	84.6	85.8	87.0	89.2
Poljska	79.9	80.3	82.1	83.7	85.3	88.0
Portugalska	82.4	82.7	84.1	85.4	86.6	88.8
Romunija	76.6	77.1	79.3	81.3	83.2	86.6
Slovenija	81.9	82.2	83.7	85.1	86.4	88.8
Slovaška	78.7	79.1	81.0	82.7	84.4	87.4
Finska	83.0	83.3	84.7	85.9	87.1	89.3
Švedska	83.1	83.4	84.7	86.0	87.2	89.3
Velika Britanija	81.5	81.9	83.5	85.0	86.4	88.9

Vir: Commission of the European Communities, Demography Report 2008: Meeting Social Needs in an Ageing Society, 2008a, str. 51, tabela 1.14.

Tabela 5: Neto migracije za posamezne države članice EU-27 za obdobje 2008 - 2060 (Eurostat, projekcije prebivalstva EUROPOP2008, konvergenčni scenarij)

	Neto migracije v tisočih							% celotnega prebivalstva		kumulativno (v tisočih)
	2008	2010	2020	2030	2040	2050	2060	2008	2060	2008-2060
Belgija	51	47	36	31	27	25	23	0,5	0,2	1.680
Bolgarija	-1	0	0	0	2	2	-1	0,0	0,0	43
Češka	24	26	25	23	27	22	17	0,2	0,2	1.253
Danska	10	10	8	9	6	6	6	0,2	0,1	389
Nemčija	160	147	173	187	132	136	116	0,2	0,2	8.183
Estonija	-1	0	0	0	0	0	0	0,0	0,0	-1
Irska	63	53	22	9	6	7	9	1,4	0,1	869
Grčija	40	40	38	37	37	31	27	0,4	0,2	1.875
Španija	623	540	263	161	150	135	130	1,4	0,3	11.655
Francija	99	98	93	87	77	70	63	0,2	0,1	4.375
Italija	260	256	241	249	229	193	174	0,4	0,3	11.994
Ciper	9	9	8	8	7	7	6	1,2	0,4	402
Litva	-1	-1	0	-1	0	1	-1	0,0	0,0	-5
Latvija	-2	-2	0	0	0	1	0	-0,1	0,0	-4
Luksemburg	4	4	4	4	3	3	3	0,9	0,4	188
Madžarska	20	19	22	17	22	18	15	0,2	0,2	1.008
Malta	1	1	1	1	1	1	1	0,2	0,2	50
Nizozemska	8	8	11	14	7	7	8	0,0	0,1	512
Avstrija	33	33	31	31	26	25	22	0,4	0,2	1.501
Poljska	-16	-15	14	-1	17	26	8	0,0	0,0	538
Portugalska	52	51	48	46	45	39	34	0,5	0,3	2.346
Romunija	-6	-5	6	-1	13	13	4	0,0	0,0	357
Slovenija	6	5	4	3	3	3	2	0,3	0,1	193
Slovaška	4	3	5	4	6	6	4	0,1	0,1	258
Finska	10	10	8	6	5	5	4	0,2	0,1	334
Švedska	47	42	27	20	17	17	16	0,5	0,1	1.212
Velika Britanija	188	184	166	151	138	126	114	0,3	0,1	7.821
Norveška	22	21	15	12	11	10	10	0,5	0,2	695
EU-27	1.684	1.563	1.253	1.093	1.005	924	804	0,3	0,2	59.031
Evro območje	1.418	1.302	980	873	756	687	623	0,4	0,2	46.160
EA-12	1.402	1.287	966	861	744	676	614	0,4	0,2	45.515
EU-15	1.647	1.523	1.167	1.041	906	825	750	0,4	0,2	54.937
EU-10	44	45	79	54	84	85	51	0,1	0,1	3.694
EU-25	1.691	1.568	1.246	1.094	990	910	801	0,4	0,2	58.631

Vir: Economic Policy Committee & European Commission, *The 2009 Ageing Report: Underlying Assumptions and Projection Methodologies*. European Economy 7/2008 (provisional version), 2008 str. 39, tabela 1.7.

Tabela 6: Indeks starostne odvisnosti starih za posamezne države članice EU-27 za obdobje 2008 - 2060
(Eurostat, projekcije prebivalstva EUROPOP2008, konvergenčni scenarij)

	2008	2010	2020	2030	2040	2050	2060
EU-27	25,39	25,90	31,05	38,04	45,36	50,42	53,47
Belgija	25,80	26,09	30,60	37,58	42,27	43,87	45,84
Bolgarija	24,99	25,29	31,10	36,28	43,58	55,44	63,54
Češka	20,59	21,83	31,07	35,71	42,71	54,81	61,40
Danska	23,61	24,98	31,85	37,85	42,69	41,31	42,66
Nemčija	30,29	31,17	35,28	46,23	54,73	56,43	59,08
Estonija	25,23	25,01	29,18	34,42	38,96	47,19	55,55
Irska	16,31	16,67	20,23	24,63	30,60	40,40	43,57
Grčija	27,77	28,22	32,75	38,47	48,25	56,99	57,12
Španija	24,15	24,43	27,42	34,32	46,39	58,69	59,07
Francija	25,33	25,81	32,77	39,02	43,99	44,68	45,20
Italija	30,47	30,99	35,47	42,45	54,07	59,24	59,32
Ciper	17,69	18,00	22,26	27,44	30,76	37,65	44,47
Latvija	25,02	25,17	28,08	34,57	40,72	51,18	64,45
Litva	23,02	23,18	25,98	34,71	42,81	51,13	65,65
Luksemburg	20,92	21,07	24,23	30,80	36,31	37,82	39,10
Madžarska	23,50	24,22	30,31	34,06	40,11	50,83	57,64
Malta	19,79	21,19	31,25	39,14	41,71	49,77	59,07
Nizozemska	21,84	22,82	30,69	40,00	46,77	45,61	47,18
Avstrija	25,43	26,01	29,18	38,09	46,03	48,31	50,65
Poljska	18,95	18,98	27,19	35,98	41,29	55,69	68,97
Portugalska	25,91	26,58	30,66	36,63	44,59	52,96	54,76
Romunija	21,34	21,34	25,67	30,32	40,75	54,00	65,27
Slovenija	22,97	23,91	31,21	40,83	49,40	59,40	62,19
Slovaška	16,58	16,95	23,85	32,30	39,98	55,46	68,49
Finska	24,80	25,70	36,75	43,89	45,06	46,61	49,30
Švedska	26,66	27,81	33,69	37,43	40,78	41,91	46,71
Vel. Britanija	24,27	24,72	28,58	33,23	36,92	37,96	42,14

Vir: Eurostat, Ageing characterises the demographic perspectives of the European societies. Statistics in focus 72/2008, 2008, str. 9, tabela 8.

Tabela 7: Javnofinančni izdatki za dolgotrajno oskrbo v obdobju 2007 – 2060 za posamezne države članice EU-27 (% BDP)(Scenarij fiksnih koeficientov)

	Leto 2007	Porast 2007 - 2060		Leto 2060
		v % BDP	v %	
Belgija	1,5	1,6	105	3,0
Bolgarija	0,2	0,2	115	0,4
Češka	0,2	0,5	194	0,7
Danska	1,7	1,7	98	3,5
Nemčija	0,9	1,5	165	2,5
Estonija	0,1	0,1	134	0,1
Irska	0,8	1,4	166	2,3
Grčija	1,4	2,4	172	3,8
Španija	0,5	0,9	176	1,5
Francija	1,4	0,9	64	2,3
Italija	1,7	1,4	86	3,1
Ciper	0,0	0,0	102	0,0
Latvija	0,4	0,5	141	0,9
Litva	0,5	0,6	124	1,1
Luksemburg	1,4	2,2	159	3,6
Madžarska	0,3	0,4	149	0,6
Malta	1,0	1,9	193	2,8
Nizozemska	3,4	5,2	154	8,5
Avstrija	1,3	1,3	107	2,6
Poljska	0,4	0,7	184	1,1
Portugalska	0,1	0,1	158	0,2
Romunija	0,0	0,0	221	0,1
Slovenija	1,1	1,8	166	2,9
Slovaška	0,2	0,4	197	0,6
Finska	1,8	2,7	150	4,5
Švedska	3,5	2,6	73	6,0
Vel. Britanija	0,8	0,5	66	1,4
Norveška	2,2	2,9	135	5,1
EU-27	1,2	1,3	103	2,5
EU-15	1,3	1,3	102	2,6
EU-12	0,3	0,5	161	0,8

Vir: Economic Policy Committee & European Commission, 2009 Ageing Report: Economic and budgetary projections for the EU-27 Member States (2008-2060). European Economy 2 (provisional version), 2009, str. 146, tabela 32

Tabela 8: Zmožljivosti institucionalnega varstva starejših in število prošenj za sprejem v domove po statističnih regijah v Sloveniji

Regija	Povpraševanje (na dan 19. 9. 2007)	Obstoječe kapacitete	Faktor*	Število prebivalcev, starih 65 let ali več	Kapacitete na 1.000 prebivalcev starih 65 let ali več
	(1)	(2)	(3)=(1)/(2)	(4)	(5)=(2)/(4)*1000
Pomurska regija	342	593	0,58	19.103	31
Podravska regija	1.465	2.037	0,72	50.439	40
Koroška regija	349	483	0,72	10.547	46
Savinjska regija	1.280	1.823	0,70	37.319	49
Zasavska regija	59	492	0,12	7.348	67
Spodnjeposavska regija	251	645	0,39	11.394	57
Jugovzhodna Slovenija	572	1.030	0,56	20.962	49
Osrednjeslovenska regija	5.615	3.708	1,51	77.503	48
Gorenjska regija	1.517	1.184	1,28	30.858	38
Notranjsko-kraška regija	285	529	0,54	8.546	62
Goriška regija	123	1.078	0,11	20.935	52
Obalno-kraška regija	435	640	0,68	17.852	36
Skupaj	12.293	14.242	0,86	312.806	46

Opomba: *Faktor povpraševanja je razmerje med številom prošenj za sprejem v institucionalno varstvo starejših (v javnih zavodih in pri koncesionarjih) in številom obstoječih kapacitet.

Vir: Revizijsko poročilo: Skrb za tiste, ki potrebujejo varstvo in nego drugih, 2008, str. 19, tabela 4.

Tabela 9: Projekcija skupnega števila odvisnih oseb po treh scenarijih AWG do leta 2020 in predlaganem sistemu dolgotrajne oskrbe v Sloveniji do leta 2020

	2004	2010	2015	2020
Skupaj odvisno prebivalstvo (v tisočih)				
Scenarij fiksnih koeficientov	59,0	68,8	76,2	84,7
Referenčni scenarij AWG	59,0	66,5	72,2	78,0
Scenarij padajočih koeficientov	59,0	64,3	68,3	71,8
Od tega: Prejemniki institucionalne dolgotrajne oskrbe				
Scenarij fiksnih koeficientov	13,1	20,0	22,2	24,6
Referenčni scenarij AWG	13,1	20,0	21,7	23,5
Scenarij padajočih koeficientov	13,1	20,0	21,2	22,4
Prejemniki dolgotrajne oskrbe na domu				
Scenarij fiksnih koeficientov	10,0	10,6	11,8	13,1
Referenčni scenarij AWG	10,0	10,0	10,8	11,7
Scenarij padajočih koeficientov	10,0	9,3	9,9	10,4
Prejemniki denarnih nadomestil				
Scenarij fiksnih koeficientov	10,0	10,6	11,8	13,1
Referenčni scenarij AWG	10,0	10,0	10,8	11,7
Scenarij padajočih koeficientov	10,0	9,3	9,9	10,4
Odvisno prebivalstvo, ki po predlogu zakona ni upravičeno do dolgotrajne oskrbe				
Scenarij fiksnih koeficientov	26,0	27,5	30,5	33,9
Referenčni scenarij AWG	26,0	26,6	28,9	31,2
Scenarij padajočih koeficientov	26,0	25,7	27,3	28,7

Vir: Predlog Zakona o dolgotrajni oskrbi in zavarovanju za dolgotrajno oskrbo, 2006, str. 20, tabela 18.

Tabela 10: Število odvisnih oseb, ki bodo prejemale samo neformalno oskrbo ali sploh ne bodo prejemale oskrbe (Eurostat, projekcije prebivalstva EUROPOP2008, scenarij fiksnih koeficientov)

	Število oseb				Relativno kot % odvisnega prebivalstva		
	(v tisočih)		sprememba 2007 - 2060				sprememba 2007 - 2060
	2007	2060	absolutna	v %	2007	2060	v odstotnih točkah
Belgija	207	321	114	55	46	33	- 13
Bolgarija	744	1.023	279	38	88	85	- 4
Češka	133	333	199	150	52	48	- 3
Danska	:	:	:	:	:	:	:
Nemčija	1.612	2.359	747	46	50	39	- 11
Estonija	71	117	46	64	88	85	- 3
Irska	30	83	52	172	33	22	- 11
Grčija	100	160	60	61	29	20	- 10
Španija	1.366	2.215	849	62	79	47	- 32
Francija	758	1.327	569	75	33	27	- 6
Italija	1.992	3.998	2.006	101	79	79	- 1
Ciper	32	122	90	284	92	91	- 1
Latvija	110	173	63	58	90	88	- 2
Litva	152	281	129	85	80	77	- 2
Luksemburg	7	17	10	142	48	35	- 12
Madžarska	508	910	401	79	86	83	- 3
Malta	:	:	:	:	:	:	:
Nizozemska	:	:	:	:	:	:	:
Avstrija	83	125	42	51	31	21	- 10
Poljska	1.235	2.884	1.649	134	83	81	- 3
Portugalska	471	853	382	81	67	57	- 10
Romunija	743	1.658	915	123	76	74	- 2
Slovenija	52	95	44	85	68	61	- 7
Slovaška	208	562	353	170	87	85	- 2
Finska	168	260	92	55	61	50	- 12
Švedska	:	:	:	:	:	:	:
Vel. Britanija	1.741	3.151	1.410	81	56	49	- 8
Norveška	:	:	:	:	:	:	:
EU-27	12.272	22.328	10.502	84	59	50	- 9
EU-15	8.285	14.176	6.333	74	52	42	- 11
EU-10	2.500	5.471	2.975	119	81	78	- 3
EU-12	3.987	8.152	4.169	105	81	78	- 4

Vir: Economic Policy Committee & European Commission, 2009 Ageing Report: Economic and budgetary projections for the EU-27 Member States (2008-2060). European Economy 2 (provisional version), 2009, str. 147, tabela 33.

Tabela 11: Število odvisnih oseb, ki bodo prejemale formalno oskrbo in število oseb, ki bodo prejemale samo neformalno oskrbo ali sploh ne bodo prejemale oskrbe (Eurostat, projekcije prebivalstva EUROPOP2008, scenarij fiksnih koeficientov)

	Število odvisnih starih oseb				od katerih:											
					Število oseb, ki bodo prejemale formalno oskrbo								Število oseb, ki bodo prejemale samo neformalno oskrbo ali sploh ne bodo prejemale oskrbe			
			Sprememba 2007 - 2060		Institucionalna oskrba				Oskrba na domu						Sprememba 2007 - 2060	
	2007	2060	absolutna	v %	2007	2060	absolutna	v %	2007	2060	absolutna	v %	2007	2060	absolutna	v %
(tisoč)	(tisoč)			(tisoč)	(tisoč)			(tisoč)	(tisoč)			(tisoč)	(tisoč)			
Belgija	455	978	523	115	118	349	231	196	130	308	178	137	207	321	114	55
Bolgarija	841	1.207	366	44	35	68	33	94	62	116	54	88	744	1023	279	38
Češka	256	687	430	168	51	155	105	207	73	199	126	173	133	333	199	150
Danska	164	362	199	122	60	158	99	166	111	255	144	129	:	:	:	:
Nemčija	3.201	6.036	2.835	89	561	1.433	871	155	1.028	2.244	1.216	118	1.612	2.359	747	46
Estonija	81	137	57	70	4	8	4	94	6	13	8	132	71	117	46	64
Irska	93	383	291	314	22	113	92	422	40	187	147	364	30	83	52	172
Grčija	338	820	481	142	76	247	171	226	163	413	250	153	100	160	60	61
Španija	1.728	4.721	2.993	173	180	1.148	968	536	181	1.357	1.176	648	1.366	2.215	849	62
Francija	2.263	4.833	2.570	114	552	1.302	750	136	953	2.204	1.251	131	758	1.327	569	75
Italija	2.515	5.092	2.576	102	165	374	209	127	359	720	360	100	1.992	3.998	2.006	101
Ciper	35	134	100	288	3	12	9	340	0	0	0	0	32	122	90	284
Latvija	123	197	74	60	6	12	6	86	6	11	5	85	110	173	63	58
Litva	191	364	173	90	32	67	36	113	7	15	8	116	152	281	129	85
Luksemburg	14	47	32	225	3	14	11	340	4	17	12	273	7	17	10	142
Madžarska	594	1098	503	85	45	100	56	124	41	88	47	113	508	910	401	79
Malta	9	27	18	186	2	6	4	216	9	26	17	187	:	:	:	:
Nizozemska	387	984	598	155	123	398	275	223	499	1.189	690	138	:	:	:	:
Avstrija	268	607	339	126	63	184	121	192	122	298	176	144	83	125	42	51
Poljska	1485	3.582	2.096	141	1	2	2	319	250	696	446	178	1.235	2.884	1.649	134
Portugalska	698	1.494	796	114	75	240	165	220	152	401	249	163	471	853	382	81
Romunija	971	2.237	1.266	130	82	213	131	159	146	366	220	150	743	1.658	915	123
Slovenija	76	157	81	107	9	23	14	160	16	39	24	151	52	95	44	85
Slovaška	239	662	423	177	0	0	0	0	31	100	70	226	208	562	353	170
Finska	274	525	251	91	50	134	84	616	56	131	75	133	168	260	92	55
Švedska	312	639	327	105	111	253	141	127	207	424	218	105	:	:	:	:
Vel. Britanija	3.094	6.465	3.371	109	469	1.257	787	168	883	2.057	1.174	133	1.741	3.151	1.410	81
Norveška	155	385	230	149	41	124	82	200	120	311	191	159	:	:	:	:
EU-27	20.705	44.473	23.768	115	2.897	8.271	5.373	185	5.536	13.875	8.339	151	12.272	22.328	10.502	84
EU-15	15.804	33.985	18.182	115	2.629	7.604	4.975	189	4.890	12.205	7.315	150	8.285	14.176	6.333	74
EU-10	3.089	7.043	3.955	128	151	386	234	155	438	1.188	749	171	2.500	5.471	2.975	119
EU-12	4.902	10.488	5.587	114	269	666	398	148	646	1.670	1.024	158	3.987	8.152	4.169	105

Vir: Economic Policy Committee & European Commission, 2009 Ageing Report: Economic and budgetary projections for the EU-27 Member States (2008-2060). European Economy 2 (provisional version), 2009, str. 148, tabela 34.

Seznam uporabljenih kratic

BE	Belgija
BG	Bolgarija
CZ	Češka
DK	Danska
DE	Nemčija
EE	Estonija
IE	Irska
GR	Grčija
ES	Španija
FR	Francija
IT	Italija
CY	Ciper
LV	Latvija
LT	Litva
LU	Luksemburg
HU	Madžarska
MT	Malta
NL	Nizozemska
AT	Avstrija
PL	Poljska
PT	Portugalska
RO	Romunija
SI	Slovenija
SK	Slovaška
FI	Finska
SE	Švedska
UK	Velika Britanija