

UNIVERZA V LJUBLJANI
EKONOMSKA FAKULTETA

MAGISTRSKO DELO

**POJASNJEVANJE IN PROJEKCIJE GIBANJA JAVNOFINANČNIH
IZDATKOV ZA ZDRAVSTVO IN DOLGOTRAJNO OSKRBO S
SPREMINJAJOČO SE STAROSTNO STRUKTURO PREBIVALSTVA**

Ljubljana, maj 2017

MATEJA ZUPANEC

IZJAVA O AVTORSTVU

Podpisana Mateja Zupanec, študentka Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani, avtorica predloženega dela z naslovom Pojasnjevanje in projekcije gibanja javnofinančnih izdatkov za zdravstvo in dolgotrajno oskrbo s spreminjajočo se starostno strukturo prebivalstva, pripravljena v sodelovanju s svetovalcem prof. dr. Jožetom Sambtom .

IZJAVLJAM

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

V Ljubljani, dne 15.05.2017

Podpis študentke: _____

KAZALO

UVOD	1
1 ZDRAVSTVO	3
1.1 Izdatki za zdravstvo.....	4
1.1.1 Izdatki za zdravstvo v okviru javnega financiranja	5
1.2 Dejavniki gibanja izdatkov za zdravstvo	8
1.3 Trenutne razmere glede izdatkov za zdravstvo	10
1.3.1 Možni scenariji naraščanja izdatkov za zdravstvo.....	11
1.3.2 Možne rešitve za omejevanje izdatkov za zdravstvo.....	12
2 DOLGOTRAJNA OSKRBA	16
2.1 Izdatki za dolgotrajno oskrbo	18
2.2 Dejavniki za odločanje o uvrstitvi oseb v skupino ADL ali IADL	19
2.3 Oskrba na domu in institucionalna oskrba	21
2.4 Projekcije na področju dolgotrajne oskrbe.....	22
2.4.1 Možni scenariji naraščanja izdatkov za dolgotrajno oskrbo	24
3 SLOVENIJA	26
3.1 Demografske razmere v Sloveniji	26
3.2 Splošne razmere v zdravstvu v Sloveniji	28
3.3 Področje dolgotrajne oskrbe v Sloveniji	30
3.4 Gibanje javnofinančnih izdatkov za dolgotrajno oskrbo v prihodnje	35
4 LASTNE PROJEKCIJE IZDATKOV ZA ZDRAVSTVO	IN
DOLGOTRAJNO OSKRBO V SLOVENIJI	37
4.1 Podatki in metodologija	38
4.1.1 Gibanje števila starih ljudi (nad 65 let) in zelo starih ljudi (nad 80 let) v Sloveniji	38
4.1.2 Delež ljudi, ki potrebujejo dolgotrajno oskrbo	40
4.2 Projekcije javnofinančnih izdatkov za zdravstvo in dolgotrajno oskrbo	44
4.2.1 Projekcije izdatkov za zdravstvo in dolgotrajno oskrbo na podlagi gibanja prebivalstva po starosti in po spolu.....	44
4.3 Rezultati in interpretacija	46
SKLEP	51
LITERATURA IN VIRI	53
PRILOGE	

KAZALO TABEL

Tabela 1: Izdatki za dolgotrajno oskrbo v letu 2060 kot % BDP in sprememba v obdobju od leta 2013 do 2060 v odstotnih točkah	36
Tabela 2: Delež starejših od 65 let in delež starejših od 80 let glede na celotno prebivalstvo v obdobju 2020–2060 v Sloveniji v %	39
Tabela 3: Delež starejših od 65 let in delež starejših od 80 let v Sloveniji v letih od 1995 do 2015 v %	40
Tabela 4: Delež ljudi, ki bodo v obdobju med 2020 in 2060 v Sloveniji potrebovali pomoč drugih ljudi (v %).....	41
Tabela 5: Delež ljudi, ki bodo med 2020 in 2060 v Sloveniji prejeli oskrbo v institucijah (v %).....	42
Tabela 6: Delež ljudi, ki bodo med 2020 in 2060 v Sloveniji prejeli dolgotrajno oskrbo doma (v %)	43
Tabela 7: Delež ljudi, ki bodo med 2020 in 2060 v Sloveniji prejeli denarno pomoč (v %)	43

KAZALO SLIK

Slika 1: Povprečni deleži postavk izdatkov za zdravstvo v 23 članicah Evropske unije v letu 2012.....	4
Slika 2: Gibanje izdatkov za zdravstvo in dolgotrajno oskrbo v % BDP in % starejših od 65 in starejših od 80 let v celotnem prebivalstvu v obdobju 1995–2013.....	45
Slika 3: Starostni profil za moške in ženske za gibanje izdatkov za zdravstvo v letu 2060 v € na prebivalca	46
Slika 4: Starostni profil za moške in ženske za gibanje izdatkov za dolgotrajno oskrbo v letu 2060 v € na prebivalca	47
Slika 5: Dejansko in simulirano gibanje izdatkov za zdravstvo v obdobju 1995–2013, kot % BDP.....	48
Slika 6: Dejansko in simulirano gibanje izdatkov za dolgotrajno oskrbo v obdobju 2003–2013, kot % BDP	49
Slika 7: Gibanje izdatkov za zdravstvo v % BDP v obdobju 2013–2060 in demografski scenarij AWG v letu 2060	50
Slika 8: Gibanje izdatkov za dolgotrajno oskrbo v % BDP v obdobju 2013–2060 in demografski scenarij AWG v letu 2060.....	51

UVOD

Prebivalstvo v Evropi se vse bolj stara. Hitro se povečuje delež ljudi starejših od 65 let, še hitreje pa tistih nad 80 let. Delež starejših od 65 let se bo v obdobju med 2013 in 2060 povečal z 18,4 % celotnega prebivalstva na 28,4 %, delež starejših od 80 let pa v istem obdobju s 5,1 % na 11,8 % celotnega prebivalstva (Eurostat, 2015c, str. 385). Posledice staranja prebivalstva so številne, med drugim vpliv na izdatke za zdravstvo. Iz tega razloga se bo vse več držav v svetu spopadalo s problemom preobsežnih proračunov za zdravstvo. Proračuni bodo tako postajali vse bolj nevzdržni. Po drugi strani pa obstajajo tudi razprave, ki trdijo, da starost ni glavni dejavnik za zviševanje izdatkov za zdravstvo, temveč so to tudi sodobnejša in bolj zapletena tehnologija, nova zdravila, drugačno poslovanje bolnišnic ter tudi čas do smrti in življenjsko pričakovanje (de Meijer, O'Donnell, Koopmanschap, & van Doorslaer, 2012, str. 96).

Povečali se bodo tudi izdatki za dolgotrajno oskrbo. To je del socialnega varstva, vezan predvsem na osebe, ki potrebujejo pomoč pri izvajanju dnevnih življenjskih opravil in so dolgoročno odvisne od pomoči drugih oseb (Toth, 2009, str. 10). Merila za uvrščanje ljudi v skupino oseb, ki potrebuje dolgotrajno oskrbo, se razlikujejo, vendar se Evropska unija (v nadaljevanju EU) trudi za njihovo poenotenje.

Vse navedeno velja tudi za Slovenijo. Delež starejših od 65 in od 80 let bo tudi v Sloveniji hitro naraščal. Delež prebivalcev starih 65 let ali več se bo predvidoma povečal s 17,3 % celotnega prebivalstva v letu 2013 na 29,4 % v letu 2060. Delež prebivalcev starih 80 let ali več pa se bo predvidoma povečal s 4,6 % leta 2013 na 12,4 % celotnega prebivalstva leta 2060 (Eurostat, 2015c, str. 219–220). Glede na leto 2013 naj bi se izdatki za zdravstvo v Sloveniji do leta 2060 po različnih scenarijih povečali v razponu od 6,3 do 8,5 % – izraženo kot odstotek bruto domačega proizvoda (v nadaljevanju BDP) (Eurostat, 2015c, str. 368). Povečali se bodo tudi izdatki za dolgotrajno oskrbo. Ti izdatki so sicer bistveno nižji kot izdatki za zdravstvo, vendar pa bo njihov relativni prirast predvidoma mnogo višji. Izdatki za dolgotrajno oskrbo se bodo kot odstotek BDP v obdobju 2013–2060 povečali z 1,4 % na raven med 2,8 in 4,3 % (Eurostat, 2015c, str. 369). Po podatkih Organizacije za ekonomsko sodelovanje in razvoj (angl. *Organisation for Economic Co-operation and Development*, v nadaljevanju OECD, 2013) bo od tega velika večina izdatkov namenjena dolgotrajni oskrbi v institucijah, preostali del pa za dolgotrajno oskrbo doma.

Namen raziskave je ugotoviti, kakšni so trendi na področju izdatkov za zdravstvo in za dolgotrajno oskrbo. S pomočjo teh ugotovitev bom lahko že približno predvidevala, kaj lahko v prihodnosti pričakujemo tudi v Sloveniji. Na podlagi preteklih podatkov in lastnih izračunov pa bom preverila, v kolikšni meri lahko porast izdatkov v preteklosti pojasnimo z demografskimi spremembami. S pričujočo raziskavo želim pomagati oblikovalcem pri načrtovanju ekonomskih politik in proračuna, pri načrtovanju in razporejanju sredstev za zdravstvo in dolgotrajno oskrbo v razmerah prihodnjega staranja prebivalstva. S pridobljenimi podatki in narejenimi mojimi izračuni bom potrdila ali ovrgla hipotezi, med katerimi ena trdi, da lahko z demografskimi dejavniki (spremenjeno starostno strukturo prebivalstva) pojasnimo

večino povečanja javnofinančnih izdatkov za zdravstvo v preteklosti, pri drugi hipotezi pa bom preverjala ali lahko z demografskimi dejavniki pojasnimo večino povečanja javnofinančnih izdatkov za dolgotrajno oskrbo v preteklosti. Hipoteza se potrdi, če rezultat primerjave znaša več kot 50.

Cilj mojega magistrskega dela je s pomočjo projekcij in s pomočjo preteklih podatkov ugotoviti, kakšen vpliv bo imelo staranje prebivalstva v Sloveniji na bodoče izdatke v zdravstvu in na izdatke za dolgotrajno oskrbo glede na predvidena prihodnja demografska gibanja. Na izbor tematike mojega magistrskega dela je vplivalo predvsem dejstvo, da se bo prebivalstvo tako v svetu kot v Sloveniji hitro staralo, življenjsko pričakovanje se bo podaljševalo, zaradi česar se pričakuje, da bodo posledično naraščali tudi izdatki za zdravstvo ter dolgotrajno oskrbo. Ta tematika bo v prihodnje postajala vse pomembnejša. Čeprav obstajajo raziskave, ki se osredotočajo na projekcije izdatkov v prihodnje, bom najprej izdelala projekcije za preteklost in dobljene rezultate primerjala z dejanskim gibanjem preteklih izdatkov. To mi bo osnova za oblikovanje lastnih projekcij gibanja javnofinančnih izdatkov za zdravstvo in dolgotrajno oskrbo v prihodnje – takih, ki bodo temeljile na dejanskem gibanju nedemografskih dejavnikov v preteklosti.

V prvem delu magistrskega dela bom predstavila izdatke za zdravstvo ter njihovo uvrstitev v javnofinančni sistem. Predstavila bom tudi trenutne okoliščine na področju izdatkov za zdravstvo. Omenila bom nekatere možne vzroke za porast izdatkov za zdravstvo ter navedla nekaj možnih rešitev za njihovo omejevanje.

V drugem delu se bom posvetila področju dolgotrajne oskrbe na splošno, kjer bom najprej predstavila sam koncept dolgotrajne oskrbe in omenila dejavnike za odločanje o tem, kateri ljudje potrebujejo dolgotrajno oskrbo in kateri ne. Omenila bom tako del dolgotrajne oskrbe, ki poteka na domovih samih oskrbovancev, kot del, ki poteka v institucijah, ustanovljenih v ta namen. Sledila bo predstavitev projekcije o prihodnosti dolgotrajne oskrbe v nekaterih državah.

V tretjem delu se bom osredotočila na Slovenijo. Po predstavitvi trenutnih demografskih razmer v državi in projekcij za prihodnost bom orisala razmere v zdravstvu v Sloveniji ter poglavje zaključila s področjem dolgotrajne oskrbe v Sloveniji in kako je le-to urejeno (predvsem s pravnega vidika).

Četrti, zadnji del, bo empirični. Najprej bom predstavila nekaj podatkov, ki jih bom potrebovala za raziskavo, kateri bo sledila sama predstavitev raziskave. V zadnjem poglavju bom predstavila dobljene rezultate, jih interpretirala in jih tudi kritično ocenila ter potrdila ali ovrgla postavljeni hipotezi.

1 ZDRAVSTVO

Zdravstvo je pomemben del vsakega sistema. Z njim se srečujemo tako rekoč na vsakem koraku. Vsakdo ceni svoje zdravje, saj lahko le s pomočjo zdravja v polnosti izpolnjuje svoje poslanstvo na različnih področjih.

Po doslej opravljenih raziskavah so se ljudje za zdravje zanimali že v starodavnih kulturah, kot so Egipt, Mezopotamija ali pa Grčija in Rim, kar potrjujejo različni arheološki dokazi (Indiana University, 2000b). V obdobju Mezopotamije so tudi že poznali različne osebe, ki so izvajale zdravljenja več vrst bolezni, med njimi tako imenovan "ashipu", ki je deloval kot nekakšen čarovnik. Ugotavljal je, kakšen bi lahko bil božanski izvor bolezni, lahko je tudi poskušal ozdraviti bolno osebo z različnimi uroki (Indiana University, 2000c). V starodavni Grčiji pa je zdravstvo doživelo razcvet. Grka Hipokrata imenujemo tudi oče medicine. Tako kot vsi takrat bolj priznani zdravniki je pripadal društvu, ki se je poimenovalo po bogu zdravljenja Asklepiju. Bil je tudi učitelj medicine (Indiana University, 2000a). Poznamo tudi Hipokratovo prisego, ki jo morajo izreči zdravniki ob zaključku izobraževanja. Kot nekakšno začetnico modernega zdravstva obravnavamo Florence Nightingale, ki je med krimsko vojno vodila medicinske pomočnice na bojišču. Po njej je poimenovana prisega, ki so ji zavezani vsi, ki se ukvarjajo z zdravstveno nego (Romih, Prebil, Savič, & Veber, 2011).

Dandanes je zdravstvena politika volivcem zelo pomembna in želijo biti vključeni v njeno oblikovanje. Prav tako pa so vpleteni tudi politični interesi, ki še dodatno otežujejo oblikovanje zdravstvenega sistema (OECD, 2015b, str. 36). Ljudje so bolj pripravljeni financirati zdravstvo kot pa javne investicije. Pripravljeni so plačati več, če to pomeni, da se bo zdravstvo ohranilo (OECD, 2015b, str. 38).

Že v preteklosti, še pred začetkom krize, leta 2008, so začeli javnofinančni zdravstveni izdatki naraščati. V času krize je sicer odstotek BDP, ki se namenja zdravstvu, začel upadati. Vendar je ta odstotek začel ponovno naraščati po letu 2011. Staranje prebivalstva bo povzročilo, da bodo izdatki za zdravstvo predvidoma postali eden največjih delov javnofinančnega sistema in bodo vlade za njih porabile skoraj 10 % BDP (OECD, 2015b, str. 36). Zato bodo morale razmišljati o tem, kako poskrbeti, da izdatki za zdravstvo zaradi svojega že sedaj velikega obsega in napovedane nadaljnje rasti ne bodo ušli nadzoru.

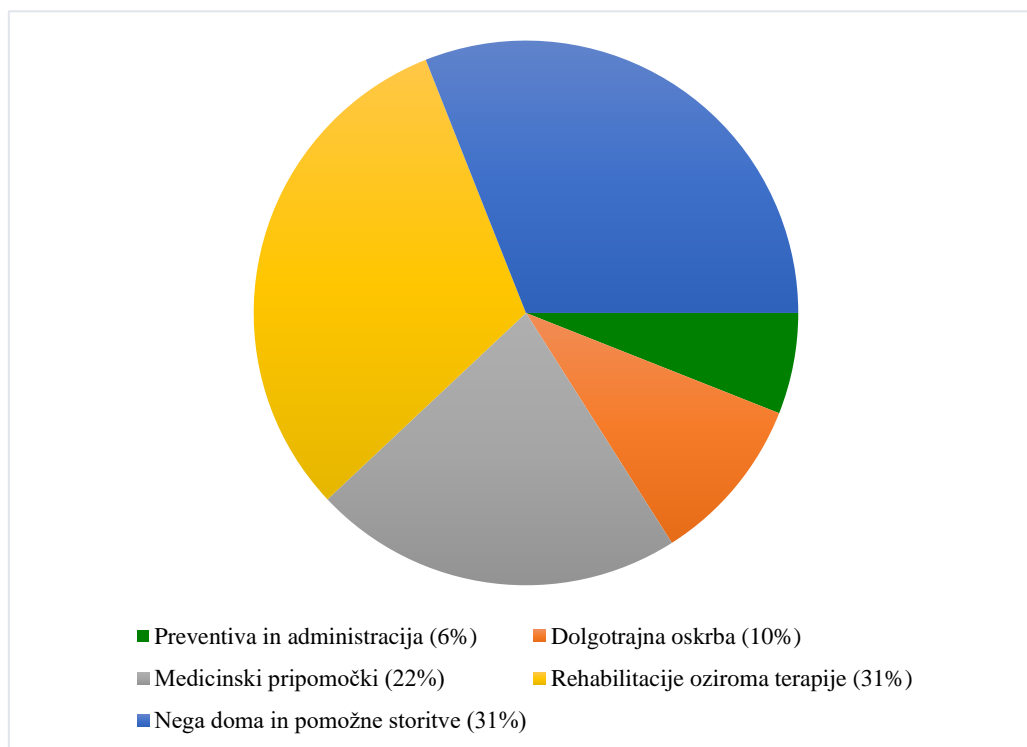
Staranje prebivalstva bo povezano tudi z vse večjimi izdatki za zdravstvo. Pojav staranja prebivalstva in naraščanja deleža starejših prebivalcev lahko opredelimo tudi z izrazom dolgoživa družba (Nagode, Zver, Marn, Jacović, & Dominkuš, 2014, str. 3). Te demografske spremembe bodo imele velik vpliv na prihodnjo dolgoročno nevzdržnost javnih financ (Sambt, 2005, str. 85). Eden bolj opaznih problemov bo vedno manjše število zaposlenih, ki bodo morali vzdrževati sistem ugodnosti za vse večje število upokojencev (Sambt, 2004, str. 1). Delež starejših od 65 let v Sloveniji bo v obdobju od 2013 do 2060 narasel 1,6-krat, delež starejših od 80 let pa za 2,7-krat (Eurostat, 2015c, str. 23).

Več avtorjev kot npr. Breyer (2012) trdi, da se izdatki in delež ljudi, ki potrebujejo zdravstveno oskrbo poveča v zadnjih letih življenja oziroma predvsem po 80. in 90. letu življenja. Izdatki za zdravstvo so v letih od 2003 do 2011 znašali 1.118,61 € na prebivalca v letu 2003, se nato do leta 2009 dvignili na 1.602,84 € na prebivalca, nato v letu 2010 padli na 1.542,04 € in se nekoliko dvignili ter v letu 2011 znašali 1.559,42 € izdatkov za zdravstvo na prebivalca (Eurostat, 2015a). V letu 2012 so izdatki za zdravstvo na prebivalca znašali 2.003 € (OECD, 2014, str. 121). V letu 2013 so se dvignili na 2.511 € na prebivalca (OECD, 2015e). OECD je objavila tabelo, kjer so zabeleženi celotni izdatki za zdravstvo v Sloveniji od leta 1995 do 2014. Najnižji odstotek glede na BDP je bil v letu 1995, in sicer 7,3 %. Prvič je znašal več kot 8 % v letu 2000. Bolj opazno (na 7,5 %) je padel v letu 2007 in se od leta 2009 do 2014 nenehno gibal na intervalu med 8,5 % in 8,7 % (OECD, 2015g).

1.1 Izdatki za zdravstvo

Izdatki za zdravstvo se v splošnem delijo na pet kategorij, in sicer: 1) rehabilitacija oziroma terapije, kjer so všteti tudi dnevi, preživeti v bolnišnici ter specialistični pregledi; 2) nega doma in pomožne storitve; 3) dolgotrajna oskrba; 4) medicinski pripomočki (v večini zdravila); 5) preventiva in administracija (OECD, 2014, str. 125). Kot je razvidno s Slike 1, je bil največji delež izdatkov za zdravstvo namenjen rehabilitaciji oziroma terapijam in negi doma, najmanj pa preventivi in administraciji.

Slika 1: Povprečni deleži postavk izdatkov za zdravstvo v 23 članicah Evropske unije v letu 2012



Vir: OECD, Health at a Glance: Europe 2014, 2014, str.125.

V letu 2015 je Ministrstvo za zdravje prejelo 87,65 milijona €, kar predstavlja 0,924 % vseh izdatkov v proračunu (Ministrstvo za finance, 2015a). Najpomembnejši porabnik sredstev za zdravstvo in dolgotrajno oskrbo v Sloveniji je Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju ZZZS). ZZZS je v letu 2015 kar 71,3 % svojih odhodkov oziroma 1,731 milijarde € namenil financiranju zdravstvenih storitev. Daleč največji delež pri financiranju zdravstvenih storitev je namenjen specialističnim ambulantam in bolnišničnem zdravljenju, ki predstavljajo 46,8 % celotnih odhodkov ZZZS. Večji delež odhodkov ZZZS predstavljajo še osnovno zdravstveno varstvo (16,4 % celotnih odhodkov) ter zdravila in ortopedski pripomočki, ki jim je namenjenih 14,6 % celotnih odhodkov (ZZZS, 2016, str. 97).

Primerjavo z Irsko sem izbrala z namenom, da predstavim enega izmed sistemov področja zdravstva v zahodnih državah ter tudi zato, ker je bila Irška ena izmed držav v Evropi in EU, ki jih je gospodarska kriza v letu 2008 najbolj prizadela. Na Irskem so omejili znesek za vsako izmed kategorij javnofinančnih izdatkov. Zato mora Ministrstvo za zdravje upoštevati omejitve zneska, ki jih določa država in delovati znotraj tega okvira. Zdravstvo spada med tri družbeno najpomembnejše resorje na Irskem (Government of Ireland, 2014, str. 4). V letu 2014 je bilo tamkajšnjem zdravstvu namenjenih 12,77 milijarde €, v letu 2015 pa 13,08 milijarde €. Za leto 2016 projekcija porabe znaša 13,25 milijarde €, za leto 2017 pa 13,29 milijarde € (Government of Ireland, 2014, str. 6). V letu 2015 bodo morali na ministrstvu za zdravje pokriti še deficit iz leta 2014, ki znaša 510 milijonov € (Health Service Executive, 2014, str. 14).

Eden najpomembnejših programov na Irskem so storitve primarne oskrbe, socialne izključenosti in program za povrnitev stroškov primarne oskrbe. Za ta program je namenjenih 3,4 milijarde € sredstev. V njegovem okviru želijo izboljšati dostop ljudi do storitev primarne oskrbe ter doseči čim boljše zdravstveno oskrbo prebivalstva (Health Service Executive, 2014, str. 28–31). V okviru programa storitev za oskrbo akutnih bolezenskih stanj (angl. *Acute services*) je glavni cilj predvsem reorganizacija bolnišnic za zdravljenje akutnih bolezenskih stanj. Temu programu je bilo v letu 2015 namenjenih 4,01 milijarde € (Health Service Executive, 2014, str. 34–38).

Pomemben je tudi program storitev duševnega zdravja (angl. *Mental Health Services*), ki mu je bilo namenjenih 790 milijonov €. Program skrbi za zdravljenje duševnih bolezni in ozaveščanje ljudi o pomembnosti skrbi za lastno duševno zdravje (Health Service Executive, 2014, str. 47–50). V prihodnosti bo ta program vse pomembnejši, saj se bo povečevalo število starejših z demenco. Še eden izmed programov pa je program socialne oskrbe, ki skrbi predvsem za to, da posamezniki z najrazličnejšimi omejitvami lahko živijo kar se da samostojno življenje, poleg tega pa poskušajo skrbeti za starejše državljane, da čim dlje ostanejo v domačem okolju. Temu programu so bile skupno namenjene 3 milijarde € (Health Service Executive, 2014, str. 51–57).

1.1.1 Izdatki za zdravstvo v okviru javnega financiranja

Volivcem v posamezni državi je urejeno področje javnega zdravstva eden dejavnikov, ki ga najbolj cenijo. Prav tako v zdravstvu ljudje tudi težje sprejemajo neenakosti (za primer

"preskakovanje" vrst). Vlade sicer ne morejo same zmanjševati oziroma izkoreniniti neenakosti v zdravstvu, lahko pa jih vsaj poskušajo omiliti. Osrednji oblikovalci proračuna sebe ne vidijo kot glavnih udeležencev pri samem oblikovanju zdravstvenih politik, vendar imajo velik vpliv na izdatke za zdravstveno nego in plačila za zdravstveno osebje in zdravila (OECD, 2015b, str. 43). Razdelitev in opredelitev izdatkov v tem podpoglavju je navedena v splošnem okviru in ne za točno določeno državo ali skupek držav. Namen je predstaviti, kako so razdeljeni izdatki za zdravstvo, kakšen je proces oblikovanja proračuna za zdravstvo ter kakšne so možnosti sistema uvrščenosti izdatkov za zdravstvo v splošni proračun.

Izdatki za zdravstvo so lahko zasebni ali javni. V primeru, da so javni, pomeni, da izdatke krije javnofinančni sistem iz svojih prihodkov, zunanjega izposojanja in sredstev socialnega zdravstvenega zavarovanja. Če pa so zasebni, pomeni, da vse izdatke za zdravstvo krije posamezno gospodinjstvo (The World Bank, 2015). V Sloveniji so izdatki za zdravstvo definirani v tako imenovanem proračunskem načrtu, ki je ena pomembnejših listin in predstavlja razporeditev državnih sredstev v določenem proračunskem letu. Prav tako je tudi v večini preostalih držav članic OECD, kjer se centralna vlada ne ukvarja z oblikovanjem in implementiranjem zdravstvenih politik (OECD, 2015b, str. 86).

Obseg javnofinančnih izdatkov za zdravstvo je zelo odvisen od prihodkov države. Zaradi različnih političnih ukrepov za nadzor izdatkov in prioritet se različnim področjem javnofinančnih izdatkov lahko nameni manjši ali večji znesek, s čimer se odvisnost med javnofinančnimi izdatki za zdravstvo in prihodki države zmanjša. Sami izdatki za zdravstvo so na individualni ravni visoko neelastični, medtem ko so na ravni države le delno odvisni od prihodkov države (Eurostat, 2015c, str. 120).

V večini držav za oblikovanje proračuna za zdravstvo uporabijo metodo "top - down". V najbolj zgodnji fazi oblikovanja proračuna je treba določiti zgornjo mejo porabe javnofinančnih izdatkov. Naslednji korak je oblikovanje ciljev po posameznih sektorjih, ki se v veliki večini primerov določajo srednjeročno in jih morajo odobriti oblikovalci proračuna (International Monetary Fund, 2009, str. 12–14).

Vlade se morajo ob oblikovanju proračuna za zdravstvo odločiti, kaj bo njihov cilj. Najprej se morajo odločiti, kako bodo uresničevali obljubo o ustrezni zdravstveni negi. Država lahko ustanovi urad (angl. *bureau programme*) ali organizacijo, ki bo zagotavljala zdravstvene storitve ali pa obljubo uresniči v obliki povračil denarja, ki so ga posamezniki namenili za določeno zdravstveno storitev. Državljeni imajo do pristojne organizacije ali urada prost vstop. Sredstva so iz proračuna najprej posredovana organizaciji ali uradu, ki posreduje sredstva nadaljnjim upravičencem. Sredstva organizacije so določena vnaprej. V zvezi s programom upravičenosti se oblikovalci proračuna odločijo za povrnitev izdatkov upravičencem v skladu z opravljenimi storitvami in pod določenimi pravili. Ta so določena s ceno zdravstvene storitve in s povpraševanjem po določenih storitvah. Točno vsoto namenjeno za program upravičenosti se tako težko določi (White, 2014, str. 92).

Druga pomembna odločitev, ki jo morajo sprejeti vlade ob oblikovanju proračuna, je, ali bodo izdatki za zdravstvo financirani iz namenskih (angl. *dedicated*) ali iz splošnih prihodkov. Vladni programi so v veliki večini primerov financirani iz splošnih prihodkov, medtem ko je po drugi strani opazna povezava med programom upravičenosti in namenskimi prihodki. Namenski prihodki so pridobljeni predvsem iz različnih za to namenjenih davkov (OECD, 2015b, str. 54–55).

Obstajajo trije sistemi uvrščenosti izdatkov za zdravstvo v sam državni proračun in državni sistem. Eden izmed teh je centraliziran državni zdravstveni sistem, kjer je celoten znesek za zdravstvo vključen v državni proračun in se o njem odloča skupaj s celotnim državnim proračunom. Drugi je sistem socialnih zavarovanj, ki ima poseben proračun za zdravstvo, h kateremu spadajo namenski prihodki, ki niso uvrščeni k državnem proračunu. Tretji sistem pa je decentraliziran zdravstveni sistem, kjer veliko večino izdatkov za zdravstvo nadzirajo vlade v pokrajinah, kantonih oziroma drugih oblikah organiziranosti države. Decentralizirane enote so odvisne od centra financiranja glede na prejeti znesek. Poleg tega decentraliziranim enotam državna vlada postavi cilje glede porabe denarja, namenjenega zdravstveni negi. Delovanje celotnega sistema nadzoruje ministrstvo za zdravje, ministrstvo za finance, parlament ali same decentralizirane enote (OECD, 2015b, str. 75–76).

Že pred začetkom krize leta 2008 se je večje število držav spopadalo s problemom fiskalne vzdržnosti proračuna za zdravstvo. V času krize pa so se težave le še povečevale. V preteklosti je bila namreč v veliki večini primerov stopnja rasti izdatkov za zdravstvo višja kot stopnja rasti BDP-ja. Izdatki za zdravstvo v državah predstavljajo kar precejšen odstotek javnofinančnih izdatkov. Ureditev razmer bo ena glavnih nalog za ponovno povečanje fiskalne stabilnosti javnih financ (Eurostat, 2015c, str. 113). Kriza je najbolj prizadela Grčijo. Morala je racionalizirati in konsolidirati poslovanje bolnišnic, prihraniti pri izdatkih za osebje (tako pri številu zaposlenih kot pri plačah), pri izdatkih za farmacevtske izdelke in uvesti strožji nadzor nad izdatki (OECD, 2015b, str. 164).

V Sloveniji so se racionalizacije izdatkov za zdravstvo lotili tako z uvedbo terapevtske skupine za zdravlila in s pilotskim projektom za skupno javno nabavo v zdravstvu. Znatne prihranke naj bi dosegli tudi skozi skupno nabavo, ki bo v letošnjem letu postala obvezna za vseh 28 bolnišnic po Sloveniji. Napovedan je tudi prihranek z uvedbo projekta eZdravje (European Commission, 2015, str. 53). Rezultati tega projekta naj bi omogočili večjo prilagoditev posameznikom, zmanjšala stroške zdravstvenih storitev ter olajšala mobilnost pacientov (Ministrstvo za finance, 2015b, str. 3–4).

Države si za lažji nadzor porabe denarja, namenjenega zdravstvu iz državnega proračuna, postavijo zgornjo mejo porabe. Zgornje meje pokažejo glavne prioritete, ki si jih je vlada postavila pri oblikovanju državnega proračuna. Kljub zastavljenim ciljem vlade velikokrat prekoračijo začrtano zgornjo mejo. Zato so države kot dodatni nadzorni mehanizem oblikovale še mehanizem, ki naj bi zaznal, kakšna naj bi bila poraba denarja, namenjenega zdravstvu prek

leta in tako ugotoviti, kateri deli so lahko problematični. Poseben izziv je nadzorovanje izdatkov v državah s sistemom socialnih zavarovanj (OECD, 2015b, str. 81).

1.2 Dejavniki gibanja izdatkov za zdravstvo

Dejavnike lahko delimo na demografske in nedemografske. Nedemografski so nadalje definirani še kot dohodek ali preostali dejavniki, kot za primer relativne cene, tehnologija ter institucije in politika (De la Maisonneuve & Oliveira Martins, 2013, str. 10). Do leta 2060 naj bi demografski dejavniki v državah OECD povzročili rast izdatkov za zdravstvo, izraženih v odstotkih glede na BDP, s 5,5 % (2013) na 6,2 % (2060). V državah, ki niso članice OECD, pa bodo izdatki za zdravstvo narastli z 2,4 na 3,2 % izraženih v odstotkih BDP (De la Maisonneuve & Oliveira Martins, 2013, str. 17). Dejavnike, ki vplivajo na rast izdatkov za zdravstvo, lahko delimo tudi glede na to, ali vplivajo na stran povpraševanja po zdravstvu in z njim povezanih storitev ali pa vplivajo na stran ponudbe zdravstvenih storitev. Na strani povpraševanja so ti dejavniki naslednji: velikost in starostna struktura populacije, zdravstveno stanje prebivalstva, dohodek posameznika in dohodek države, subvencije, ki regulirajo dostop do zdravstvenih izdelkov in storitev. Na strani ponudbe so dejavniki naslednji: dosegljivost oziroma razdalja do primernih zdravstvenih storitev, institucionalna ureditev in tehnološki napredek (Eurostat, 2015c, str. 115).

Staranje prebivalstva bi kot dejavnik lahko uvrstili k demografskim dejavnikom in k dejavnikom, ki na izdatke v zdravstvu vplivajo prek strani povpraševanja (Eurostat, 2015c, str. 219–220). Podaljševanje življenjske dobe posameznika brez izboljšane zdravstvenega stanja vodi tudi v povečano povpraševanje po storitvah v zdravstvu. Če bi bila dodatna leta življenja preživeta v dobrem zdravstvenem stanju, to ne bi znatno vplivalo na izdatke za zdravstvo. Nizka stopnja rodnosti (pod nadomestitveno stopnjo 2,1 otroka na žensko) bo še pospešila staranje prebivalstva. Po drugi strani se bo zaradi izboljšanih življenjskih razmer podaljševalo življenjsko pričakovanje (v okviru 28 članic Evropske unije, v nadaljevanju EU), ki bo v letu 2060 tako pri moških kot pri ženskah predvidoma znašalo krepko čez 80 let (moški 84,8 let in ženske 89,1 let). Med možnimi vzroki, povezanimi s staranjem prebivalstva, sta višji dohodek in višja izobrazba starejših ljudi v prihodnosti, zaradi česar bodo več denarja namenjali za boljšo kakovost življenja in zdravstvene storitve (Rechel et al., 2013, str. 4).

Nedemografski dejavniki naj bi pojasnjevali večji delež izdatkov za zdravstvo. Pod nedemografske dejavnike bi lahko šteli naprednejšo tehnologijo v zdravstvu, najrazličnejše institucije in preostale zunanje dejavnike, kot so ustanove in različne politike. V prihodnosti naj bi ti dejavniki v državah članicah OECD in tudi Združenih državah Amerike ter Franciji predstavljali med eno do dve tretjini celotnih izdatkov za zdravstvo (OECD, 2015b, str. 136).

Kot dejavnik za povečanje izdatkov za zdravstvo se šteje elastičnost dohodka. To pomeni, da so izdatki za zdravstvo v določeni meri odvisni tudi od dohodkov državljanov. Pri dohodku državljanov in z njim povezanimi izdatki, namenjenimi zdravstvu, je v ospredju predvsem vprašanje, ali bo ta posameznik bolj uporabljal sistem javnega ali zasebnega zdravstvenega

zavarovanja. Če v celoti uporablja sistem javnega zdravstvenega zavarovanja, njegov dohodek nima vpliva. V tem primeru je dohodkovna elastičnost njegovega dohodka enaka nič (Eurostat, 2015c, str. 119).

Med različnimi raziskavami v preteklosti so se namreč pojavile pristranskosti pri ocenjevanju velikosti različnih spremenljivk, kar je povzročilo, da je bila izračunana elastičnost dohodka večja kot 1. Običajno pa v sedanjih projekcijah upoštevajo dohodkovno elastičnost v okviru države, ki znaša 0,8. Ta številka je povprečje rezultatov številnih raziskav, opravljenih na to tematiko (De la Maisonnette & Oliveira Martins, 2013, str. 15). Če bi dohodkovna elastičnost znašala 1, bi države članice OECD po izračunih iz leta 2013, za zdravstvo v povprečju porabile 8,7 % svojega BDP-ja. Če pa bi bila dohodkovna elastičnost v isti skupini držav in glede na izračune iz istega leta enaka 0,8, bi izbrane države za zdravstvo v povprečju porabile 7,3 % svojega BDP-ja.

Napredek tehnologije v zdravstvu bi lahko šteli v skupino nedemografskih dejavnikov in v skupino dejavnikov, ki vplivajo na stran ponudbe v zdravstvu. Te tehnologije razširijo obseg in kvaliteto zdravstvenih storitev. Prav tako se poveča tudi uporaba zdravstvenih storitev nasploh (OECD, 2015b, str. 19). Ko želimo ugotoviti, ali tehnološki razvoj vpliva na povečanje ali zmanjšanje izdatkov za zdravstvo, bo to odvisno od vpliva dejavnika na določeno enoto njegove uporabe in tega, ali napredek dopolnjuje ali nadomešča že obstoječo tehnologijo. Če tehnološki napredek vodi k bolj učinkovitemu zdravljenju, to pomeni zmanjšanje stroškov na enoto. To se imenuje učinek nadomestitve (angl. *substitution effect*), kjer se manj učinkovito zdravljenje nadomesti z bolj učinkovitim (Eurostat, 2015c, str. 120).

Napredek tehnologije lahko zaradi svoje kompleksnosti povzroči tudi podaljševanje čakalnih vrst v zdravstvu. Običajno naj bi napredek v tehnologiji zmanjševal stroške, ne pa tudi v primeru zdravstva. Zdravljenja se namreč lahko podražijo, vanje je vključeno večje število ljudi, kar povzroči večje izdatke v zdravstvu, še posebno pri zdravlilih. Napredek v tehnologiji lahko tudi spremeni delovanje samih zaposlenih v zdravstvu (de Meijer et al., 2012, str. 90). Različni avtorji pripisujejo dejavniku napredka v tehnologiji od 27 % do kar 75 % celotnega porasta v izdatkih za zdravstvo v industrializiranih državah (OECD, 2015b, str. 20). Seshamani in Gray (2004, str. 560) v zaključku svojega članka navajata, da je velika možnost obstoja povezave med staranjem prebivalstva in razvojem tehnologije.

Pomemben dejavnik, ki vpliva na višanje izdatkov v zdravstvu, je tudi vpliv političnega oziroma institucionalnega okolja. Ta dejavnik vpliva predvsem na različne subvencije in doplačila za zdravstvene storitve, ki določajo uporabo različnih zdravstvenih storitev in posledično tudi izdatke za zdravstvo. Dejavnik z nezanemarljivim učinkom na izdatke za zdravstvo je človeški kapital v zdravstvu. To je eden najbolj delovno intenzivnih sektorjev. V tem primeru ima vsaka sprememba, povezana s človeškim kapitalom oziroma zaposlenimi v zdravstvu, velik vpliv na celotno zdravstvo. Takšno je za primer zmanjševanje števila zaposlenih v zdravstvu ali višanje plač zaposlenim. Nekatere raziskave so poskušale proučiti

povezavo med številom zdravstvenega osebja in izdatki za zdravstvo, vendar niso odkrile ničesar oprijemljivega (Eurostat, 2015c, str. 121).

Še eden dejavnikov, ki pa ga večina raziskovalcev v raziskavah o dejavnikih za povečanje izdatkov ne omenja, je samsko življenje v starejših letih. Lassila in Valkonen (2014, str. 4) v raziskavi Izdatki za zdravstvo in dolgotrajno oskrbo na Finskem v primeru samskega življenja samsko življenje opredelita kot enega izmed razlogov za povečanje izdatkov predvsem pri starejših posameznikih. Ti naj bi za zdravstvene izdatke porabili več denarja kot tisti, ki ne živijo sami. Če oseba živi sama, ji namreč v izrednih primerih nihče ne more nuditi prve pomoči, prav tako se takšne osebe tudi kasneje vrnejo domov iz bolnišnice. V prihodnosti naj bi se izdatki za zdravstvo zaradi oseb, ki živijo same, povečali v manjšem obsegu, kajti pričakovati je, da se bo delež oseb, ki živijo same, zmanjšal. V raziskavi, ki sta jo Lassila in Valkonen izvedla na Finskem, je bilo dokazano, da je samsko življenje res vplivalo na zdravstvene izdatke, vendar ne v veliki meri. Ugotovili so tudi, da so dodatni izdatki za zdravstvo pri posamezniku, ki ni živel sam, v zadnjih petih letih življenja znašali 5.000 €, pri posamezniku, ki je živel sam, pa 6.000 € (Lassila & Valkonen, 2014, str. 10).

1.3 Trenutne razmere glede izdatkov za zdravstvo

Kriza je povzročila, da se države še bolj intenzivno ukvarjajo z zaježitvijo naraščanja izdatkov za zdravstvo. Zato so uvedle številne reforme, ki so se predvsem dotikale področja števila zaposlenih in skupne mase plač, prav tako pa tudi izdatkov za zdravila in bolnišnična zdravljenja (Eurostat, 2015c, str. 121). Zmanjšalo se je število zaposlenih v zdravstvu, prav tako pa tudi skupna masa plač, namenjena zaposlenim. Pri izdatkih za zdravila, je bil uveden večji delež doplačevanja zdravil. Zaradi gospodarske krize se je znesek izdatkov za zdravstvo, izražen v odstotkih BDP, v obdobju od 2010 do 2012 zmanjšal. Leta 2010 je znesek izdatkov namenjenih zdravstvu, izražen v odstotkih BDP, v povprečju držav članic OECD znašal 9,36 %; v letu 2011 je v povprečju znašal 9,25 %, v letu 2012 pa 9,16 % (OECD, 2015b, str. 15).

Kar se tiče izdatkov za zdravstvo, so ti v letu 2013, v nasprotju s podatki za države OECD v 28 državah Evropske unije v povprečju obsegali 6,9 %, izraženega v odstotkih BDP (Eurostat, 2015c, str. 266). Glede na leto 2013 naj bi se izdatki v istih državah članicah po različnih scenarijih do leta 2060 povečali na interval od 6,3 do 8,5 %, ki je izražen kot odstotek BDP (Eurostat, 2015c, str. 265–270).

V zvezi z analizo izdatkov za zdravstvo je treba biti pozoren, ali so bili enota opazovanja posamezniki (mikro raven) ali država (makro raven). Mikro raziskave so v veliki večini primerov izvedene v okviru posamezne države. Na osnovi rezultatov so naredili projekcije za prihodnje izdatke za zdravstvo. Rezultate raziskav na makro nivoju pa so uporabili z namenom, da najdejo ekonomske in demografske determinante. Mikro raziskave uporabljajo le za analizo povpraševanja po storitvah dolgotrajne oskrbe, makro raziskave pa za raziskavo tako strani povpraševanja kot ponudbe (Bech, Christiansen, Khoman, Lauridsen, & Weale, 2011, str. 469).

Rešitev za vse bolj starajoče se prebivalstvo ne bo lahko najti, saj projekcije za prihodnje demografske razmere tako v Sloveniji kot na območju celotne Evropske unije niso optimistične. Pričakovati je namreč, da se bo v 28 članicah Evropske unije delež prebivalcev starih 65 let ali več, povečal z 18,4 % celotnega prebivalstva v letu 2013 na 28,4 % v letu 2060. Delež prebivalcev starih 80 let ali več pa se bo v državah Evropske unije predvidoma povečal s 5,1 % leta 2013 na 11,8 % celotnega prebivalstva leta 2060 (Eurostat, 2015c, str. 219–220). Tudi za stopnjo rodnosti se ne pričakuje bistvenega povečanja in ne bo dosegala nadomestitvene stopnje rodnosti (2,1 otroka na žensko). To bo pomenilo, da bo prebivalstvo Evropske unije vse starejše in da se bo samo število prebivalcev Evropske unije in tudi preostalih držav zmanjševalo. Leta 2013 je število prebivalcev Evropske unije znašalo 507,2 milijona, vrh pa naj bi doseglo leta 2048 z 525,6 milijona prebivalcev (Eurostat, 2015c, str. 22). Po tem letu naj bi prebivalstvo začelo upadati in leta 2060 doseglo 523 milijonov (Eurostat, 2015c, str. 1).

1.3.1 Možni scenariji naraščanja izdatkov za zdravstvo

Evropska komisija je pripravila več različnih scenarijev glede prihodnjega gibanja izdatkov za zdravstvo. Odstotek BDP-ja, ki bo namenjen izdatkom za zdravstvo, se razlikuje glede na uporabljene predpostavke. Prvi izmed scenarijev se imenuje demografski scenarij (angl. *demographic scenario*) in poskuša osamiti učinek staranja prebivalstva na izdatke za zdravstvo. Predvideva, da se starostno specifična obolevnost v času ne bo spreminjala. Ker je zdravstveno stanje konstantno in se življenjsko pričakovanje povečuje, se predpostavlja, da bo daljše življenje minilo v slabšem zdravstvenem stanju. Če pa se starostna struktura ne bi spreminjala, bi ostal odstotek izdatkov za zdravstvo v odstotku BDP enak (Eurostat, 2015c, str. 122).

Naslednji scenarij je scenarij z visokim življenjskim pričakovanjem (angl. *high life expectancy scenario*). Ta je zelo podoben demografskemu scenariju, razlikuje se le v tem, da se do leta 2060 predpostavlja za eno leto višje življenjsko pričakovanje kot pri demografskem scenariju (Eurostat, 2015c, str. 123). Eden možnih scenarijev je tudi scenarij konstantnega ali stalnega zdravja (angl. *constant health scenario*). Ta vsebuje predpostavko dinamičnega ravnovesja. Poskuša vključiti tako izboljšano tehnologijo v zdravstvu kot zmanjšanje stopnje mortalitete. Predvideva, da je število let, ki so preživeta v slabšem zdravstvenem stanju, konstantna oziroma stalna v celotnem obdobju projekcij, kar pomeni, da so vsa dodatna leta življenjskega pričakovanja preživeta v dobrem zdravstvenem stanju (Eurostat, 2015c, str. 123).

Naslednji mogoč scenarij je scenarij izdatkov, povezanih s umiranjem (angl. *death related cost scenario*). Večina izdatkov za zdravstveno nego je namreč skoncentriranih v zadnjih letih oziroma v zadnjem letu posameznikovega življenja. V slednjem naj bi moški tako porabili desetkrat večji znesek kot povprečni bolnik, ženska v zadnjem letu življenja pa štirikrat več kot povprečna bolnica. Podatki so rezultat raziskave, opravljene v Nemčiji glede na pridobljene podatke iz obdobja od 1997 do 2009 (Breyer, Lorenz, & Niebel, 2012, str. 11). Čas do smrti kot pomemben dejavnik omenjata tudi Karlsson in Klohn (2014, str. 533). Dejavniki naj bi bil celo bolj pomemben za ocenjevanje samih izdatkov za zdravstvo kot starost. De la Maisonneuve in Oliveira Martins v svoji razpravi (2013, str. 13) omenjata stroške, povezane s smrtjo (angl.

death related costs). Naštete teorije pridejo do izraza le v primeru, da so dodatna leta življenjskega pričakovanja preživeta v dobrem zdravstvenem stanju. Ta scenarij predvideva možnost prelaganja izdatkov v poznejše obdobje, kar je rezultat razvoja stopenj mortalitete (Eurostat, 2015c, str. 123).

Nadalje je Evropska komisija oblikovala scenarij dohodkovne elastičnosti (angl. *income elasticity scenario*). Omenjeni scenarij ocenjuje učinek dohodkovne elastičnosti povpraševanja po zdravstvenih storitvah, ki presega ena in kaj to pomeni za javne izdatke, namenjene zdravstveni oskrbi. V svojem bistvu je ta scenarij zelo podoben demografskemu scenariju, le da znaša v tem primeru elastičnost dohodka 1,1 v izhodiščnem letu in se postopoma znižuje na 1 v končnem letu projekcij (Eurostat, 2015c, str. 124). V prihodnosti bodo imeli starejši ljudje višji dohodek in bodo bolj izobraženi, kar bo povzročilo, da bodo več denarja namenjali za boljšo kakovost življenja in zdravstvene storitve (Rechel et al., 2013, str. 4).

Eden scenarijev je tudi scenarij približevanja izdatkov ravni 28 članic Evropske unije (v nadaljevanju EU 28). Ta predvideva, da se bodo države iz EU 28 s podpovprečnimi razmerjem med javnimi izdatki na prebivalca in BDP na prebivalca, zelo približale povprečju držav EU 28 (Eurostat, 2015c, str. 124). Možen scenarij je tudi scenarij delovne intenzivnosti (angl. *labour intensity scenario*), ki poskuša oceniti, kako naj bi se razvijali izdatki za zdravstvo v zvezi s predpostavko, da so izdatki na enoto povezani s spremembami v produktivnosti dela. Eden scenarijev je tudi scenarij, sestavljen iz sektorsko specifičnih indeksacij (angl. *sector-specific composite indexation scenario*). Ta poskuša zajeti pomembnost in različne pretekle trende glede najbolj pomembnih dejavnikov, povezanih z izdatki za zdravstvo, za primer plače, farmacevtski izdelki (Eurostat, 2015c, str. 124). Mogoč je tudi scenarij, ki ne vključuje demografskih dejavnikov (angl. *non-demographic determinants scenario*). Sem štejejo dejavniki, kot za primer dohodek, tehnologija.

Ageing Working Group (v nadaljevanju AWG) referenčni scenarij (angl. *AWG Reference Scenario*) predvideva, da bo polovica dodatnih let pri povišanju življenjskega pričakovanja preživeta v dobrem zdravstvenem stanju in da se dohodkovna elastičnost iz izhodišča na 1,1 do zadnjega leta zmanjša na 1 (Eurostat, 2015c, str. 124). Naslednji omenjeni scenarij je AWG scenarij tveganja (angl. *AWG risk scenario*). Ima podobne predpostavke kot AWG referenčni scenarij, vendar upošteva tudi tehnološke spremembe (Eurostat, 2015c, str. 126). Kot zadnjega izmed verjetnih scenarijev pa Evropska komisija navaja scenarij tveganja skupne produktivnosti faktorjev (angl. *Total factor productivity risk scenario*), ki vključuje možnost, da se skupna produktivnost faktorjev zniža pod raven, ki jo upošteva AWG referenčni scenarij (Eurostat, 2015c, str. 126).

1.3.2 Možne rešitve za omejevanje izdatkov za zdravstvo

Kot že omenjeno, sta dva od dejavnikov za povečanje izdatkov v zdravstvu, staranje prebivalstva in pa tehnološki napredek, povzročila daljšanje čakalnih vrst v zdravstvu. V

nekaterih državah so se zato odločili, da oblikujejo maksimalne čakalne dobe pri posameznih specialistih (de Meijer et al., 2012, str. 89).

Prva od možnosti je izboljšanje učinkovitosti javnih izdatkov. To pomeni, da se neustrezna nega in neustrezni oziroma zastareli procesi izločijo iz financiranja. Izdatki za zdravstvo bi se morali preusmeriti k najbolj stroškovno učinkovitim storitvam in tipom zdravljenja. V sklopu tega bi morale države spodbujati konkurenco in možnost izbire med zdravstvenimi zavarovalnicami, promovirati uporabo sodobnih informacijskih tehnologij v zdravstvu ter izboljšati delovanje javnih institucij na področju zdravstva (Coady, Francese, & Shang, 2014, str. 31–32).

Treba bi bilo tudi zmanjšati variabilnost in razlike v opravljanju zdravstvenih storitev. Ker so vidne razlike tako v samih državah, še bolj pa med različnimi državami, se postavlja vprašanje, ali so te storitve sploh primerljive. Opravičljive so razlike zaradi same različnosti pacientov med seboj, ne pa tudi razlike med nezadostno oziroma nezadovoljivo zdravstveno oskrbo. To težavo bi lahko najmanj omilila različna klinična navodila, postavljanje ciljev, ki jih je treba doseči. V to kategorijo bi lahko uvrstili tudi izboljšanje sodelovanja med ponudniki primarne nege (osebni zdravniki) in bolnišnicami. To bi zagotovilo boljšo učinkovitost zdravstvenega procesa in preprečevalo podvajanje zdravstvenih raziskav (OECD, 2015b, str. 24–25).

Naslednja izmed možnosti za zagotovitev večje fiskalne stabilnosti izdatkov za zdravstvo je, da vlada zagotovi več prihodkov. Te lahko zagotovi s pomočjo prerazporeditve ali z dvigom splošnih davkov, prispevkov za zdravstveno zavarovanje ali da uvede nov davek, ki bo zagotavljal več dohodkov. Z namenom, da bi zaščitile področje zdravstva, je velika večina držav v Evropski uniji uvajala trošarine na alkohol in cigarete, ki sta škodljiva za zdravje posameznika. S pomočjo trošarin država posledično poveča svoje javnofinančne prihodke, kar omogoča več sredstev, potencialno namenjenih zdravstvu (Kolassa, 2014).

Poskuša se uveljaviti tudi izboljšanje plačevanja za storitve, kar pomeni, da bi se te plačevale v skladu s posameznim primerom in ne tako kot sedaj, ko so opravljali in plačevali tudi storitve, ki morda sploh niso bile potrebne. Med možnostmi za znižanje izdatkov za zdravstvo sta tudi povečana in izboljšana promocija zdravja ter preventiva pred različnimi boleznimi. Vendar so se v času gospodarske krize od leta 2008 investicije v preventivo zelo znižale (OECD, 2015b, str. 25).

Kot eden uspešnejših ukrepov se je izkazala uporaba tržnih mehanizmov na področju zdravstvene oskrbe. Sem je vključena večja izbira med zdravstvenimi zavarovalnicami za posameznega pacienta, dovoljena večja konkurenca med ponudniki zavarovalnih storitev ter višja pomembnost zasebnih ponudnikov zdravstvenih storitev. Na to področje ukrepov spada tudi plačilo zdravstvenih storitev glede na skupine sorodnih diagnoz (angl. *diagnostic related groups*), ki za vsako podobno skupin diagnoz določi shemo izdatkov (Clements, Coady, Shang, & Tyson, 2011, str. 44).

Za omejitev rasti izdatkov bi bilo bolje, če bi boljše definirali košarico storitev javnega zdravstva. Treba bi bilo določiti, katere storitve naj bi bile dosegljive vsem brez doplačil. To naj bi bila vsa nujno potrebna zdravljenja. Vendar se merila za to po državah razlikujejo, zaradi česar so države vzpostavile zdravstvene agencije, odgovorne za nepristransko ocenjevanje katera zdravila, storitve in medicinska oprema naj bi bili vključeni v košarico ugodnosti (OECD, 2015b, str. 27).

Naslednja od možnosti bi bil lahko tudi višji delež udeležbe samih pacientov pri plačilu storitev, in sicer v obliki višjega doplačila zdravstvenih storitev ali povečanje obsega storitev v okviru zdravstvenega zavarovanja, kar že uporabljajo v Avstraliji, Kanadi ali Franciji (Clements et al., 2011, str. 44). Eden od ukrepov bi bila lahko tudi omejitev izdatkov na strani ponudbe zdravstvenih storitev, kar pomeni racionalizacijo tehnološke opreme. To lahko v določeni meri zniža rast javnofinančnih izdatkov za zdravstvo. Ta ukrep so uspešno uvedli v Kanadi in Franciji (Clements et al., 2011, str. 44).

Upoštevajoč strani povpraševanja v zdravstvu se je za uspešen ukrep izkazala delitev izdatkov. Vendar po drugi strani zaradi tega prihaja do razlik in povečevanja neenakosti predvsem pri bolj ranljivi populaciji. V kategorijo delitve izdatkov spadajo plačila uporabnikov za določeno storitev pri osebnem zdravniku ali pri zdravniku specialistu, kot tudi plačila za zdravila na recept, in sicer v obliki skupnih plačil (kot fiksni znesek), skupno plačilo zavarovanja (delež izdatkov) ali kot odbitek, kjer posamezniki povrnejo le minimalen strošek zdravstvene storitve ali zdravila (OECD, 2015b, str. 145).

Na področju menedžmenta, koordinacije in reform na finančnem področju se je za uspešnega izkazal neposreden nadzor nad cenami farmacevtskih izdelkov in nad dobički, ki jih imajo proizvajalci teh izdelkov. Takšen tip reforme so uvedli v Nemčiji, Franciji in Združenih državah. V Nemčiji je bil poglobitni ukrep obvezna menjava običajnih zdravil za generična zdravila, medtem ko je bil v Franciji glavni dejavnik uspeha povečan nadzor cen generičnih zdravil (OECD, 2015b, str. 147).

Mogoč ukrep je tudi decentralizacija trenutno centraliziranih zdravstvenih sistemov. Decentralizirane enote oziroma pokrajine, ki skrbijo za izdatke za zdravstvo, imajo dva glavna vira prihodkov: transferje z države in lastne prihodke. Decentralizacija centraliziranih zdravstvenih sistemov naj bi bolj okrepila zdravstveni sektor na ravni pokrajin ali posameznih mest, kar bi omogočilo večjo neodvisnost upravljanja s financami na ravni pokrajin ali mest (Salman, 2008, str. 104). Ukrep bi lahko bila tudi ponovna centralizacija zdravstvenih sistemov, ki so že bili decentralizirani. Ta trend se je pričel v prvih letih 21. stoletja in se še nadaljuje. Glavni razlogi za ponovno uvedbo sistema centralizacije zdravstvenih sistemov so med drugimi staranje prebivalstva, hiter napredek tehnologije v zdravstvu ter neuspešno delovanje decentraliziranega zdravstvenega sistema. V skandinavskih državah ter tudi v Nemčiji se je sistem ponovne centralizacije izkazal za uspešnejšega in bolj primernega, saj lahko občine oziroma pokrajine zdravstveni oskrbi namenjajo manjši obseg sredstev, kar je večkrat povzročilo neenakomerno kakovost oskrbe v različnih delih držav (Salman, 2008, str. 105).

Izdatki za administracijo bi bili v primeru iskanja prihrankov pri izdatkih za zdravstvo najprimernejši za zmanjšanje, kajti bolje bi bilo zmanjševati te izdatke kot pa izdatke, povezane z zdravljenjem pacientov (OECD, 2015b, str. 175).

Rechel in soavtorji (2013, str. 5) kot eno od rešitev predlagajo večjo odzivnost na problem staranja prebivalstva. Zaradi tega pojava bo v prihodnosti breme pokojnin in javnega zdravstvenega sistema nosilo manj oseb. Za to naj bi izvršilna veja oblasti poskušala ugotoviti, kako poskrbeti za to, da bodo dodatna leta življenja pri posamezniku preživeta v dobrem zdravstvenem stanju in izboljšati preskrbo potreb starejših državljanov ter uvesti reforme, ki bodo izboljšale sodelovanje zaposlenih oseb. Zdravstveni sistem bi po njihovem moral biti bolj prijazen do starejših posameznikov, kar pomeni, da bi moral omogočati boljše sodelovanje med osebnimi zdravniki, zdravniki specialisti in bolnišnicami, izboljšati sistema bolnišničnih sprejemov in odpustov.

Sodobna tehnologija tudi starejšim posameznikom omogoča lažji dostop do informacij, kako naj si pomagajo sami in tako bolje poskrbijo za svoje zdravje brez obiska splošnega zdravnika. Eden od ukrepov za izboljšanje zdravstvene samopomoči pri starejših posameznikih je spremljanje teh posameznikov. Avtorji članka prav tako poudarjajo izboljšanje koordinacije med institucijami zdravstvene nege, kamor vključujejo boljše usposobljeno delovno silo, podporni informacijski sistem in finančne ukrepe, ki spodbujajo sodelovanje oziroma integracijo (Rechel et al., 2013, str. 7).

Kot drugo skupino Rechel in soavtorji (2013, str. 5) omenjajo tudi boljšo promocijo zdravja in preventivo proti nekaterim boleznim. Kajti izboljšana promocija zdravja in preventiva ne prinašata samo daljšega življenja, temveč tudi pozitivne finančne učinke. Promocija naj bi vključevala ukrepe proti kajenju, prekomernem uživanju alkohola, prenajedanju, sedečem življenjskem slogu in slabim prehranjevalnim navadam. Ukrepi proti kajenju naj bi po njihovem poskrbeli za zmanjšano potrošnjo cigaret. To bi dosegli s pomočjo zvišanja cen tobačnih izdelkov ter z različnimi protikadilskimi zakoni. Prekomerno uživanje alkohola je nevarno predvsem za ljudi, ki uživajo različna zdravila na recept. To naj bi bil problem predvsem pri starejših ljudeh. Soseske, kjer med drugim prebivajo tudi starejši, naj bi omogočile prijetno bivalno okolje. K bolj prijaznemu in bolj zdravemu staranju pripomore tudi zadostna količina telesne aktivnosti. Poskušali naj bi tudi izboljšati prehranjevalne navade posameznikov, kar bi pripomoglo k boljšem zdravju in s tem k znižanju izdatkov za zdravstvo.

Na koncu mora vsaka država zase preveriti in razmisliti, kateri ukrepi in rešitve bi bili najprimernejši zanjo in za njeno ureditev zdravstvenega sistema. Uspešne prakse drugih držav, še posebej s primerjalnimi zdravstvenimi sistemi, so v veliko pomoč. Po drugi strani pa je treba biti pozoren na to, da reform zdravstvenega sistema ne bi bilo preveč, saj bi sicer te lahko negativno vplivale nanj.

2 DOLGOTRAJNA OSKRBA

Dolgotrajna oskrba pomeni nezmožnost biti samostojen tako v starejših kot mlajših letih, in potrebo po konstantni pomoči drugih oseb pri opravljanju osnovnih aktivnosti v vsakdanjem življenju. Dolgotrajna oskrba obsega širok spekter storitev. V nekaterih primerih je celo ločena od preostalega dela storitev socialnega varstva (Golinowska & Sowa, 2013, str. 9).

Po navedbah Nagode in soavtorjev (2014, str. 6) različne mednarodne organizacije, kot za primer OECD, Eurostat ter Svetovna zdravstvena organizacija (v nadaljevanju WHO), dolgotrajno oskrbo definirajo kot niz storitev, ki jih potrebujejo ljudje z zmanjšano stopnjo funkcionalne zmožnosti (fizične ali kognitivne) in ki so posledično v daljšem časovnem obdobju odvisni od pomoči pri izvajanju temeljnih in/ali podpornih dnevnih opravil.

Po besedah Martina Totha (2009, str. 10) je področje dolgotrajne oskrbe organizirana družbena pomoč osebam, ki dolgoročno ne morejo poskrbeti zase in so pri opravljanju življenjskih funkcij odvisni od drugih. Pomoč, ki naj bi jo ta skupina ljudi potrebovala, pa naj se ne bi nanašala samo na zdravstvene storitve, temveč predvsem na pomoč pri izvajanju dnevnih življenjskih aktivnosti, zagotavljanju varnosti osebam, ki se same niso sposobne orientirati v prostoru in času, in podobno. Vendar dolgotrajna oskrba kot oblika socialne pomoči ni namenjena samo starejšim osebam, temveč jo v nekaterih primerih potrebujejo tudi mlajše osebe zaradi nesreč, bolezni ter prirojene duševne ali fizične prizadetosti. Celotna dolgotrajna oskrba ni namenjena samo osebam, ki so odvisne od dolgotrajne oskrbe, temveč tudi njihovim družinam, ki so zelo obremenjene, če morajo same nuditi oskrbo enemu od članov družine (Toth, 2009, str. 11).

Z dolgotrajno oskrbo se v veliki večini primerov ukvarjajo ženske. Predvsem gre za primere dolgotrajne oskrbe starejših doma. Njihovo število v zadnjem času upada, kajti ženske so na delovnih mestih vse bolj aktivne in se vedno pozneje upokojujejo. Po drugi strani pa je veliko žensk z dolgotrajno oskrbo povezanih preko delovnega mesta, saj jih je v zdravstvu, še zlasti med medicinskimi sestrami, več kot moških (Golinowska & Sowa, 2013, str. 20).

Strokovnjaki menijo, da bi morali dolgotrajno oskrbo obravnavati ločeno od ostalih oblik socialne pomoči, saj rešuje družbeni problem, ki mu do sedaj nismo namenjali take pozornosti in ki se razlikuje od ostalih problemov (Golinowska & Sowa, 2013, str. 9). Problem je namreč, da lahko dejavnosti dolgotrajne oskrbe uvrstimo tako pod okrilje zdravstva kot socialnega varstva. Zato je bilo že s prvo verzijo *System of Health Accounts* (v nadaljevanju SHA) določeno, da se pod zdravstvo (kategorija HC.3.) poleg dolgotrajne medicinske in zdravstvene nege (za primer patronažno varstvo) uvršča tudi osebna oskrba, povezana s pomočjo pri temeljnih vsakodnevnih opravilih (angl. *Activities of Daily Life*, v nadaljevanju ADL). Druge, povezane s pomočjo pri podpornih dnevni opravilih (angl. *Instrumental Activities of Daily Living*, v nadaljevanju IADL), so uvrščene v kategorijo zunaj zdravstva pod HC.R.1 (Nagode et al., 2014, str. 13).

Sistem dolgotrajne oskrbe je možno razdeliti tudi na naslednje štiri komponente: 1) medicinska ali zdravstvena oskrba, 2) storitve osebne oskrbe, 3) podporne storitve ter 4) ostale storitve socialne oskrbe (OECD, Eurostat, World Health Organization, 2011, str. 93). Medicinska ali zdravstvena oskrba pomeni obvladovanje simptomov s pomočjo medicinskih, paramedicinskih ali storitev zdravstvene oskrbe, ki vključuje lajšanje bolečin in drugih simptomov, dajanje zdravil, opravljanje medicinske diagnostike in manjših operacij, previjanje ran, zdravstveno svetovanje družinam ter omogočanje psihične podpore bolnikom in njihovim družinskim članom. V to skupino spadajo različne preventivne storitve, ki preprečujejo poslabšanje bolnikovega zdravstvenega stanja, vrste obvladovanja različnih kroničnih bolezni, večji obseg rehabilitacijske oskrbe ter zdravstvena oskrba, ki zaustavi ali omili poslabšanje bolezni ter ohranjanje funkcionalnosti.

V skupino storitev osebne oskrbe spadajo storitve, opredeljene kot pomoč osebam s težavami v samooskrbi zaradi posledic različnih bolezni ali invalidnosti. Te storitve pomenijo pomoč pri temeljnih vsakodnevnih opravilih (ADL). Osebam, ki običajno potrebujejo storitve iz te skupine, pomaga za to usposobljeno negovalno osebje. Storitve osebne oskrbe so uvrščene pod kategorijo zdravstvene oskrbe, saj so povezane s samim preživetjem in ohranjanjem zdravstvenega stanja. V skupino podpornih storitev spadajo storitve, ki omogočajo, da osebe živijo samostojno v hiši ali stanovanju. Podporne storitve ponujajo pomoč pri opravljanju opravil, povezanih z vodenjem gospodinjstva (IADL). Takšen tip storitev je običajno priskrbljen v okviru pomoči na domu ali oskrbovanih stanovanj. Zadnja skupina drugih storitev socialne oskrbe pa je sestavljena iz storitev, ki vključujejo podporo pri izvajanju aktivnosti v skupnosti; posameznikom podporo ponujajo občasno ali stalno. Osnovni namen teh storitev je druženje (OECD, Eurostat, World Health Organization, 2011, str. 93).

Dolgotrajno oskrbo lahko financirajo zdravstveno zavarovanje ali državni proračuni, proračuni pokrajin ali celo lokalni proračuni, lokalne organizacije ali pa v primeru nege doma ožja družina (Golinowska & Sowa, 2013, str. 27). Možno pa je tudi tako imenovano neposredno financiranje. Rafaelič in Nagode (2012, str. 49) trdita, da neposredno financiranje pomeni bistven premik moči od institucij in strokovnjakov k uporabnikom. V sklopu neposrednega financiranja namreč uporabniki dobijo finančna sredstva, s katerimi ravnajo po lastnih željah.

Države morajo podatke izmenjevati, kar omogoči lažjo primerjavo na mednarodni ravni in lažje iskanje najboljših praks. Te podatke najbolj uporabljajo različne mednarodne institucije, ki po državah spremljajo področje zdravstva in socialnega varstva ter poskušajo tako najti najboljše prakse in oblikovati priporočila, ki bodo drugim državam pomagala pri postavljanju ciljev ter oblikovanju ukrepov na področju dolgotrajne oskrbe. Ti podatki pomagajo tudi samim državam, saj so prek poročanja vključene v različne primerjalne analize, kjer pridobijo tudi neposredne podatke za pomoč pri postavljanju politik in ciljev dolgotrajne oskrbe (Nagode et al., 2014, str. 11).

Staranje prebivalstva bo povzročilo tudi vse večje izdatke za dolgotrajno oskrbo. Vse več ljudi, ki kljub invalidnosti in kroničnim boleznim dočakajo visoko starost, bo potrebovalo pomoč in

oskrbo drugih ljudi (Dominkuš, 2010, str. 5). V starostni skupini nad 80 let med 20 % in 30 % ljudi potrebuje eno izmed oblik dalj časa trajajoče pomoči (Generalni sekretariat vlade Republike Slovenije, 2013, str. 7). Izdatki in delež ljudi, ki potrebujejo dolgotrajno oskrbo, se poveča v zadnjih letih življenja oziroma predvsem po 80. in 90. letu življenja (Breyer et al., 2012, str. 2).

V obdobju od leta 2003 do leta 2011 so zneski, ki so bili namenjeni izključno dolgotrajni oskrbi, znašali 1,01% BDP (2003) do 1,10 % (2005); po nekajletnem naraščanju je v 2008 padel na 1,07 % BDP. Od takrat do leta 2011 se je odstotek vsako leto višal: v 2011 je znašal 1,32 % BDP (Eurostat, 2015b). Povečanje izdatkov, povezanih s starostjo, se bo v Sloveniji približalo 6,5 odstotne točke. To bo drugi najvišji porast izdatkov v Evropski uniji; višjo rast bo doživela le Norveška (Eurostat, 2014d, str. 4). Najvišji odstotek v izdatkih bodo v letu 2060 še vedno predstavljale pokojnine, katerih letni znesek bo znašal 15% BDP. Pomembnejši delež izdatkov, povezanih s starostjo, je že v letu 2013 predstavljalo zdravstvo; takšna je tudi napoved za 2060 (Eurostat, 2014d, str. 5).

Dolgotrajno oskrbo lahko osebe, ki jo potrebujejo, prejemajo na domu ali pa v sklopu za to usposobljenih institucij. Osebe, ki potrebujejo dolgotrajno oskrbo, lahko prejemajo tudi denarno nadomestilo, kar bo podrobneje pojasnjeno v enem od naslednjih podpoglavij.

2.1 Izdatki za dolgotrajno oskrbo

Zaradi že večkrat omenjenega znatnega povečanja deleža starejšega prebivalstva predvsem v Evropi se bo potreba po dolgotrajni oskrbi povečala. Glede na različne scenarije obstaja tudi možnost, da se delež prebivalstva, ki potrebuje dolgotrajno oskrbo, ne bo povečal v tako zelo velikem obsegu, vendar pa upada števila oseb, ki bodo potrebovale dolgotrajno oskrbo, ni pričakovati.

Leta 2013 je v 28 državah Evropske unije dolgotrajno oskrbo potrebovalo 39,7 milijona ljudi. Do leta 2060 je pričakovati, da se bo število povečalo na vrednost med 48,3 in 55,7 milijona ljudi. Po različnih scenarijih sodeč je ta možnost najbolj verjetna (Eurostat, 2015c, str. 276–286).

Povečanje števila ljudi, ki potrebujejo dolgotrajno oskrbo, bo povečalo tudi višino izdatkov, namenjenih dolgotrajni oskrbi. V letu 2013 je odstotek BDP, ki je bil namenjen dolgotrajni oskrbi, v 28 državah Evropske unije v povprečju znašal 1,3 % BDP-ja. Po različnih projekcijah naj bi se ta odstotek do leta 2060 povečal na najmanj 2,6 % BDP-ja in nato v intervalu vse do 4,3 % BDP posamezne države Evropske Unije (Eurostat, 2015c, str. 271–276).

Dejavnike, ki vplivajo na izdatke za dolgotrajno oskrbo, lahko razvrstimo v dve večji skupini, in sicer na demografske in nedemografske. Demografski dejavnik je odvisen od števila odvisnih ljudi v populaciji. Razvoj tega dejavnika je odvisen od življenjskega pričakovanja ljudi. Nedemografski dejavniki pa so odvisni od spreminjanja dohodka in sprememb v povpraševanju po javno financiranih storitvah dolgotrajne oskrbe. Dohodek učinkuje neposredno prek zvišanja

življenjskega standarda, posredno pa prek učinkov, povezanih s stroški bolezni (angl. *cost-disease effect*) ali Baumolovega učinka. William Baumol je namreč trdil, da stroški za bolezni, ki jih povzroči nižja rast produktivnosti v zdravstvu, pomenijo, da bodo izdatki za zdravstvo še naprej rastle kot v normalnih razmerah (Rosenheck, 2012). Povpraševanje po javnem financiranju dolgotrajne oskrbe je odvisno od vključenosti žensk na trgu delovne sile (De la Maisonneuve & Oliveira Martins, 2013, str. 25). Tako kot pri izdatkih za zdravstvo imajo tudi pri izdatkih za dolgotrajno oskrbo nedemografski dejavniki večji vpliv (De la Maisonneuve & Oliveira Martins, 2013, str. 31).

Dejavnike, ki vplivajo na izdatke za dolgotrajno oskrbo, lahko razdelimo tudi glede na to, ali vplivajo na stran ponudbe ali povpraševanja po storitvah dolgotrajne oskrbe. Na strani povpraševanja je to razvoj na družbeno–demografskem področju ter zdravstveno stanje prebivalstva. Na strani ponudbe pa je to organizacija in financiranje sistema, posebej še, kako se posamezne države zanašajo na različne tipe formalne, plačane nege in/ali neformalne nege (Lipszyc, Sail, & Xavier, 2012, str. 20). Ekonomska rast in tehnološki napredek ne vplivata v veliki meri, vendar po drugi strani napredek v tehnologiji omogoča napredek tudi na področju dolgotrajne oskrbe.

Dolgotrajna oskrba se tesno prepleta z zdravstvom, kar kažejo tudi podatki iz publikacije OECD (2014, str. 70): v povprečju okoli 8 % vseh postelj, ki so na voljo v bolnišnicah, je namenjenih dolgotrajni oskrbi. Najvišji delež postelj, namenjenih dolgotrajni oskrbi, imajo na Finskem: kar 30 %.

Izdatki za dolgotrajno oskrbo bodo postajali vse večje breme za proračune držav. Iz tega lahko sklepamo, da bodo morale države ugotoviti, kako torej priti do več sredstev, ki bi zagotovila nemoteno delovanje sistema dolgotrajne oskrbe ali pa poiskati rešitve, kako postopoma zmanjševati količino sredstev, namenjenih dolgotrajni oskrbi.

Dejavniki, ki določajo, kateri ljudje potrebujejo dolgotrajno oskrbo in kateri ne, se razlikujejo po državah in tudi po zdravstvenih zavarovalnicah. Evropska unija si prizadeva, da bi se ti dejavniki poenotili, kar bi pomenilo večjo preglednost samega sistema dolgotrajne oskrbe in tudi večjo primerljivost med različnimi državami.

2.2 Dejavniki za odločanje o uvrstitvi oseb v skupino ADL ali IADL

V glavnem se dolgotrajno oskrbo nudi v obliki dveh vrst pomoči, in sicer kot pomoč pri opravljanju temeljnih dnevnih opravil (*ADL*) ter pomoč pri opravljanju podpornih dnevnih opravil (*IADL*). Kot že omenjeno, se storitve, ki spadajo v *ADL*, štejejo kot del izdatkov za zdravstvo, medtem ko se storitve, ki spadajo v *IADL*, ne štejejo kot del izdatkov za zdravstvo (De la Maisonneuve & Oliveira Martins, 2013, str. 23).

Kriterij *ADL* je najpogostejši vseh kriterijev, ki jih uporabljajo zavarovalnice. Pri *ADL* gre predvsem za nezmožnost izvajanja vsakodnevnih opravil brez pomoči drugih. Ti dejavniki se lahko razlikujejo med državami, vendar gre v veliki večini za zelo podobne aktivnosti. Izguba

te samostojnosti pomeni, da posameznik potrebuje formalno oziroma neformalno obliko pomoči, ki jo je treba plačati (De Castries, 2009, str. 32). ADL kot ena od oblik vstopa v sistem dolgotrajne oskrbe opazno poveča intenzivnost smrtnosti (Gouriéroux & Lu, 2013, str. 3).

Definicije aktivnosti, vključenih v ADL ali v IADL, se od avtorja do avtorja in od raziskave do raziskave razlikujejo. Kot navajajo Garcia – Munoz in soavtorji (2014, str. 13), v skupino ADL oziroma med temeljne vsakodnevne aktivnosti uvrščajo šest aktivnosti, in sicer: 1) oblačenje (vključno z obuvanjem nogavic in čevljev), 2) hoja po sobi, 3) kopanje oziroma tuširanje, 4) hranjenje (za primer rezanje hrane), 5) vstajanje s postelje in leganje v posteljo ter 6) uporaba stranišča, vključno s sedanjem in vstajanjem. Pod IADL pa uvrščajo sedem aktivnosti, in sicer naslednje: 1) uporaba zemljevida v neznanem kraju, 2) priprava toplega obroka, 3) nakupovanje življenjskih potrebščin, 4) opravljanje telefonskih klicev, 5) jemanje zdravil, 6) delo po hiši ali na vrtu ter 7) urejanje denarnih zadev, kot je plačevanje računov. Da je posameznik uvrščen v eno od skupin, je dovolj že, da samostojno ne more opravljati ene od navedenih aktivnosti pri eni od skupin (Eurostat, 2015c, str. 196).

V opredelitvi aktivnosti ADL, ki jo je zasnoval Sidney Katz, v to kategorijo spada šest aktivnosti: 1) kopanje, 2) oblačenje, 3) uporaba toaletnih prostorov, 4) vstajanje in leganje v posteljo ter vstajanje ali sedanje na stol, 5) kontinenca in 6) hranjenje. Vsako od kategorij je mogoče oceniti z nič ali eno točko. Ena točka pomeni samostojnost posameznika in opravljanje aktivnosti brez nadzora oziroma pomoči drugih oseb. Nič točk pa pomeni, da posameznik pri opravljanju te aktivnosti potrebuje nadzor, pomoč ali pa sam ne more opravljati te aktivnosti. Maksimalni skupni seštevek tako lahko znaša šest točk, kar pomeni, da je posameznik pri opravljanju temeljnih vsakodnevnih aktivnosti popolnoma samostojen in ne potrebuje nobene oblike pomoči. Minimalni skupni seštevek pa je nič točk, ki pomeni, da je posameznik povsem odvisen od pomoči drugih ljudi (Shelkey & Meredith, 2012).

V Lawtonovi opredelitvi spada v kategorijo aktivnosti IADL osem aktivnosti. Pri ocenjevanju, ki je navedeno na vprašalniku, je za vsako od kategorij navedenih od 3 do 5 možnosti. Pri vsaki teh kategorij je mogoče obkrožiti eno od možnosti, ki najbolj ustreza vsakemu posamezniku. Prva od kategorij je zmožnost uporabe telefona, kjer so našteje različne stopnje od neuporabe telefona do popolnoma samostojnega klicanja in odgovarjanja na klice. Druga od kategorij je nakupovanje. Tu stopnje segajo od popolne nezmožnosti samostojnega nakupovanja do povsem neodvisnega nakupovanja. Naslednja od kategorij je priprava hrane. Možnosti za odgovore segajo od tega, da morajo posamezniku obrok skuhati in postreči, do tega, da posameznik obrok načrtuje sam, ga pripravi in postreže. Četrta od kategorij je skrb za dom. V tej kategoriji je kot ena skrajnost navedena možnost, da posameznik ne more sodelovati pri nobenem od opravil pri skrbi za hišo in druga skrajnost, da posameznik sam vzdržuje hišo, z občasno pomočjo drugih, predvsem pri težjih opravilih. Naslednja med kategorijami je skrb za čisto perilo. Možni odgovori segajo od tega, da morajo za čisto perilo v celoti skrbeti drugi, do tega, da posameznik popolnoma sam poskrbi za to, da ima čisto perilo. Šesta kategorija je uporaba transportnih sredstev. Ta kategorija obsega možne izbire, po kateri posameznik sploh ne potuje, ali da popolnoma sam uporablja javni prevoz oziroma vozi avtomobil. Sedma kategorija je jemanje

zdravil. Možnosti segajo od tega, da posameznik ni odgovoren za jemanje zdravil do tega, da je popolnoma sam sposoben jemati zdravila ob pravem času in v pravih odmerkih. Zadnja kategorija je zmožnost upravljanja financ. V tej kategoriji so zajete možnosti od posameznikove nezmožnosti ravnanja z denarjem do njegove popolne samostojnosti pri upravljanju s finančnimi zadevami (Graf, 2013).

Razdelitev po sistemu, ki ga uporabljajo za oblikovanje vprašalnika v raziskavi *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe* (v nadaljevanju SHARE), ki je obenem najbolj uporabljana različica, je opisana v naslednjem odstavku. Aktivnosti, ki spadajo v ADL, so: 1) hoja 100 metrov, 2) sedenje približno dve uri, 3) vstajanje s stola po daljšem sedenju, 4) vzpenjanje po stopnicah več nadstropij brez počitka, 5) vzpenjanje po stopnicah eno nadstropje brez počitka, 6) sklanjanje, čepenje ali klečanje, 7) dvigovanje ali iztegovanje rok nad višino ramen, 8) premikanje večjih predmetov, kot je naslonjač v dnevni sobi, 9) dvigovanje ali nošenje bremen težjih od 5 kilogramov, kot je težka vrečka z živili in 10) pobiranje drobnega kovanca z mize. V skupini aktivnosti, ki spadajo v IADL, so: 1) oblačenje, vključno z obuvanjem čevljev in nogavic, 2) hoja po sobi, 3) kopanje ali tuširanje, 4) prehranjevanje, kot je rezanje hrane, 5) vstajanje s postelje in leganje vanjo, 6) uporaba stranišča, vključno z vstajanjem in sedanjem, 7) uporaba zemljevida v neznanem kraju, 8) priprava toplega obroka, 9) nakupovanje življenjskih potrebščin, 10) uporaba telefona, 11) jemanje zdravil, 12) delo po hiši ali na vrtu in 13) urejanje denarnih izdatkov, kot je plačevanje računov ali vodenje izdatkov (SHARE Slovenija, 2013, str. 100–101).

2.3 Oskrba na domu in institucionalna oskrba

Kot je bilo že omenjeno, lahko posamezniki dolgotrajno oskrbo prejemajo na domu ali v ustanovah, namenjenih dolgotrajni oskrbi. De Meijer in Koopmanschap skupaj s soavtorji (de Meijer, Koopmanschap, Bago d' Uvac, & van Doorslaer, 2011, str. 426) navajata, da pod institucionalno dolgotrajno oskrbo spadata tako začasni kot stalni sprejem v rezidenčne (angl. *residential*) in v oskrbovalne (angl. *nursing*) domove. Rezidenčni domovi ponujajo pomoč pri domačih opravilih, medtem ko oskrbovalni domovi ponujajo tudi pomoč pri zdravstveni oskrbi.

Dolgotrajno oskrbo lahko delimo tudi na uradno (angl. *formal*) ali neuradno (angl. *informal*). Del uradne dolgotrajne oskrbe ponujajo tako v zasebnem kot javnem sektorju. Pri tej obliki imajo pomembno vlogo negovalke, ki oskrbujejo ljudi, ki potrebujejo dolgotrajno oskrbo. Pogoji, da obliko dolgotrajne oskrbe na domu opredelimo kot neformalno, je, da takšna oblika ne zahteva plačila, kot je običaj pri storitvah, pri katerih v končni fazi oskrbovanec osebi, ki mu je nudila pomoč, plača. Posamezniki, ki potrebujejo dolgotrajno oskrbo, lahko prejmejo določen znesek, ki ga lahko porabijo za plačilo oskrbe na domu ali v instituciji ali pa se ta znesek izplača neuradnim negovalcem kot denarno nadomestilo. Osebo, ki je vključena v sistem dolgotrajne oskrbe, lahko v okviru neuradnega dela dolgotrajne oskrbe to prejema doma. Nego na domu lahko takšni osebi nudijo člani družine, kot so za primer zakonski partnerji in otroci (Lipszyc et al., 2012, str. 8).

V 28 državah Evropske unije je trenutno skupno 16,03 milijona ljudi, ki potrebujejo pomoč drugih ljudi, da lahko opravljajo vsakodnevne aktivnosti in prejemajo eno od treh oblik pomoči iz sistema dolgotrajne oskrbe. Daleč največ ljudi (10,2 milijona) prejema denarno pomoč. Približno 6,7 milijona ljudi prejema oskrbo na domu in okoli 4,2 milijona ljudi prejema oskrbo v temu namenjenih institucijah. Skupni seštevek prejemnikov teh treh oblik pomoči presega skupno vsoto prejemnikov pomoči, saj nekateri prejemajo več oblik pomoči (Eurostat, 2015c, str. 277).

V prihodnosti naj bi narastel delež oseb, ki prejemajo dolgotrajno oskrbo v formalni obliki in ne več v neformalni od družine oziroma prijateljev (Golinowska & Sowa, 2013, str. 35). Vse več ljudi je namreč zaposlenih, kar pomeni, da večino dneva preživijo na delovnih mestih, kar onemogoča kvalitetno nego onemoglega družinskega člana (Eurostat, 2015c, str. 147).

Največ izdatkov za institucionalno dolgotrajno oskrbo glede na posameznega prejemnika storitev dolgotrajne oskrbe v odstotku izraženem kot odstotek BDP na prebivalca je porabljenih pri osebah starih od 50 do 54 let. Podobno je v skupini držav, ki so postale nove članice Evropske unije v letu 2004, kamor spada tudi Slovenija (Eurostat, 2015c, str. 143).

Izdatki so merjeni kot izdatki za dolgotrajno oskrbo na domu na posameznika, ki je prejemnik storitev dolgotrajne oskrbe, izraženem kot odstotek BDP na prebivalca. V skupini 15 članic Evropske unije je odstotek najvišji v starostnem razredu od 35 do 39 let, v skupini novih članic Evropske unije iz leta 2004 pa v starostnem razredu od 20 do 24 let, vendar je krivulja gibanja skozi starostne razrede razmeroma položna, saj z nižjimi stopnjami izstopajo le začetna in končna leta posameznikovega življenja (Eurostat, 2015c, str. 144).

V raziskavi na Nizozemskem, izvedeni leta 2008, so ugotovili, da ima starost večji vpliv na izdatke za domačo in institucionalno dolgotrajno oskrbo pri ženskah kot pri moških (de Meijer et al., 2011, str. 429). V isti raziskavi so tudi ugotovili, da ljudje, ki živijo sami, v večji meri uporabljajo dolgotrajno oskrbo, posebej še tisto na domu (de Meijer et al., 2011, str. 433).

2.4 Projekcije na področju dolgotrajne oskrbe

Kot sem že večkrat zapisala, so glavni dejavniki za spremembe v prihodnosti na področju dolgotrajne oskrbe demografski. Izdatki za dolgotrajno oskrbo bodo v prihodnjih nekaj desetletjih povzročali veliko težav financam posameznikov in vladam več držav, kajti tovrstni izdatki so močno povezani s staranjem prebivalstva. Zato bi morali ljudje za izdatke za dolgotrajno oskrbo v starejši dobi začeli varčevati že zgodaj (De Castries, 2009, str. 26–27). Nekaj pritiskov na izdatke za dolgotrajno oskrbo naj bi povzročala tudi nižja produktivnost v celotnem gospodarstvu. V primeru, da bo zdravstveno stanje posameznikov ostalo dobro tudi v poznejših letih življenja in ob ustreznem odzivu na naraščajoče prihodke posameznikov, bodo imeli tako demografski dejavniki kot učinki dohodka na izdatke za dolgotrajno oskrbo imeli zelo majhen vpliv (De la Maisonneuve & Oliveira Martins, 2013, str. 7).

V sedanjem času si države v vsej Evropski uniji prizadevajo, da bi se rešile težav, ki so nastale kot posledica gospodarske krize in uravnale svoje proračune ter s tem tudi javnofinančne izdatke. Zato so sprejele različne ukrepe za razbremenitev javnih financ in za zagotovitev boljše fiskalne stabilnosti, kajti v letih od začetka gospodarske krize (2008) so se izdatki za dolgotrajno oskrbo znatno povečali.

Veliko držav je že oblikovalo program za dolgotrajno oskrbo – ali ga še bodo –, ki bo za glavni cilj imel nalogo, znižati izdatke mladih, namenjenih njihovim (ostarelim) staršem, ki bodo potrebovali dolgotrajno oskrbo (Tabata, 2005, str. 483–484). V prihodnjih letih in desetletjih se bo število posameznikov, ki potrebujejo eno od oblik dolgotrajne oskrbe, le povečeval. Kot je že bilo omenjeno, je do leta 2060 pričakovati, da bo število ljudi, ki bodo potrebovali dolgotrajno oskrbo, doseglo 48,3 milijona do 55,7 milijona (Eurostat, 2015c, str. 276–306).

Pričakovati je, da se bo delež ljudi, ki bodo v prihodnosti potrebovali storitve iz sklopa dolgotrajne oskrbe, povečal. V Italiji naj bi se število ljudi, ki potrebujejo pomoč drugih, v obdobju med 2000 in 2050 dvignilo za 107 % in v Nemčiji za 121 % (Costa-Font et al., 2007, str. 315). Sami izdatki za dolgotrajno oskrbo pa naj bi v istem obdobju (2000–2050) narastli v Italiji skoraj za 170 % in v Nemčiji za okrog 110 % (Costa-Font et al., 2007, str. 316).

Znaten delež oseb, ki potrebujejo dolgotrajno oskrbo, predstavljajo bolniki z demenco. Njihovo število bo naraščalo, prav tako pa bodo ti bolniki živeli dlje, kar pomeni, da se bodo posledično povečevali tudi izdatki, povezani z njimi (Comas-Herrera et al., 2011, str. 25). V letu 2015 je v 34 državah OECD v povprečju imelo demenco 15 ljudi na tisoč prebivalcev. Do leta 2035 naj bi se ta številka povečala na približno 24 ali 25 ljudi na tisoč prebivalcev posamezne države. Najvišje število obolelih za demenco med evropskimi državami v skupini proučevanih držav OECD je imela Italija, in sicer je tam leta 2015 v povprečju imelo demenco 22 ljudi na tisoč prebivalcev. V letu 2035 naj bi se ta številka povečala na nekaj več kot 30 ljudi na tisoč prebivalcev. Najnižje število obolelih na tisoč prebivalcev izmed evropskih držav pa naj bi imela Slovaška, in sicer v letu 2015 približno 9 ljudi na tisoč prebivalcev. Na Slovaškem naj bi se število bolnikov do leta 2035 povečalo na okrog 15 ljudi na tisoč prebivalcev. Najvišji delež prebivalstva, obolelega za demenco, bo v starostnem razredu nad 90 let (OECD, 2015a).

Ena od težav naj bi bila tudi zmanjšanje razpoložljivosti neformalne oblike dolgotrajne oskrbe. Ta trend se je pojavil zaradi vse večje zaposlenosti žensk, ki so v veliki večini primerov skrbele za ožje družinske člane, ki so potrebovali oskrbo. Zato se bo povečala potreba po bolj obsežni formalni oskrbi, kar posledično pomeni višje izdatke za ta del dolgotrajne oskrbe. Kot rešitev v prihodnosti bi se lahko pojavila boljša ureditev dela na delovnih mestih v sklopu formalne dolgotrajne oskrbe, ureditev razmerja med delom in zasebnim življenjem, kar bi omogočilo lažjo oskrbo doma ter boljše finančno podporo ljudem, ki nudijo oskrbo svojim družinskim članom (Lipszyc et al., 2012, str. 20). Vendar naj bi se po drugi strani povečalo število oseb, ki za družinske člane skrbijo tudi v poznejših letih in sicer starejših zakoncev oziroma otrok, ki so že upokojeni (Lipszyc et al., 2012, str. 35).

Na Nizozemskem izvedena raziskava iz leta 2011 je pokazala, da imajo predvidoma najvišje stroške za dolgotrajno oskrbo starejše ženske, ki živijo same. Razlika (v znesku) med njimi in ženskami, ki ne živijo same, je največja v starostnem razredu od 75 do 80 let in se nato v starejših letih izredno zmanjša oziroma je skoraj ni. Najnižje stroške pa naj bi imeli moški, ki ne živijo sami. Razlika z drugimi skupinami (ženske, ki živijo same; ženske, ki ne živijo same; moški, ki živijo sami) se začne bolj opazno pojavljati v starostni skupini od 70 do 75 let in pozneje (de Meijer et al., 2011, str. 431).

2.4.1 Možni scenariji naraščanja izdatkov za dolgotrajno oskrbo

Evropska komisija je tudi za projekcije naraščanja izdatkov za dolgotrajno oskrbo predvidela več možnih scenarijev naraščanja izdatkov v prihodnosti. Prvi od scenarijev je tako imenovani demografski scenarij. Scenarij s tem imenom je bil omenjen že pri možnih scenarijih za naraščanje izdatkov za zdravstvo, vendar se med seboj razlikujeta. Ta scenarij predvideva, da se delež starejšega prebivalstva, ki potrebuje eno od oblik storitev dolgotrajne oskrbe, ne spreminja v obdobju projekcij. Stalni deleži se prenesejo na projekcije deleža ljudi, ki potrebujejo pomoč drugih. Tako se delež prebivalstva, ki potrebuje pomoč drugih, razvija v skladu z gibanjem deleža starejšega prebivalstva, kjer so vsa dodatna leta življenja preživeta v slabem zdravstvenem stanju (Eurostat, 2015c, str. 150).

Naslednji scenarij je osnovni scenarij (angl. *base case scenario*). Ta povezuje izdatke za dolgotrajno oskrbo na enoto ter BDP na posameznega zaposlenega – in ne BDP na prebivalca. Sektor dolgotrajne oskrbe je namreč visoko delovno intenziven in se spremembe v produktivnosti pokažejo šele sčasoma. Pri tem scenariju so izdatki povezani bolj s stranjo ponudbe kot pa s stranjo povpraševanja po storitvah dolgotrajne oskrbe. Eden od scenarijev je tudi scenarij visokega življenjskega pričakovanja. Tudi ta je bil omenjen že pri možnih scenarijih za naraščanje izdatkov za zdravstvo; scenarija sta v osnovi enaka, saj oba predstavljata alternativo demografskemu scenariju in predvidevata povišanje življenjskega pričakovanja, enako kot demografski scenarij, vendar s to razliko, da so starostni profili pri dolgotrajni oskrbi dosti bolj strmi kot pri zdravstvu. Izdatki za osebe, ki dolgotrajno oskrbo prejemajo v institucijah, so namreč dosti višji kot za tiste, ki oskrbe ne prejemajo v institucijah (Eurostat, 2015c, str. 150).

Eden od scenarijev je scenarij odložene invalidnosti (angl. *delayed disability scenario*). V skladu z njim bi lahko zmanjšanje invalidnosti, predvsem pri starejših osebah, vplivalo na zmanjšanje izdatkov za dolgotrajno oskrbo. Predvideva, da so dodatna leta življenja preživeta v dobrem zdravstvenem stanju in brez invalidnosti. Glavna podlaga za to domnevo je hipoteza o dinamičnem ravnovesju (Lipszyc et al., 2012, str. 39). Naslednji med scenariji je scenarij nespremenljive invalidnosti (angl. *constant disability scenario*). Ta scenarij je tesno povezan s teorijo dinamičnega ravnovesja, ki se pojavlja tudi pri scenariju konstantnega ali stalnega zdravstvenega stanja. Profili starostno specifičnih stopenj odvisnosti se spreminjajo v skladu s spremembami v življenjskem pričakovanju. Tako je stopnja odvisnosti enaka toliko let mlajši

osebi, za kolikor se je povišalo življenjsko pričakovanje, kar se pokaže v počasnem in postopnem zniževanju invalidnosti za vsako od kohort (Eurostat, 2015c, str. 150).

De la Maisonneuve in Oliveira Martins (2013, str. 7) omenjata predvsem scenarija zadrževanja izdatkov (angl. *cost containment*) in pritiska na izdatke (angl. *cost pressure*). Prvi predvideva, da bodo vlade v državah ukrepale konkretnije kot v preteklosti, kar bo zajezilo rast izdatkov za dolgotrajno oskrbo. V primeru tega scenarija je napovedana rast izdatkov za dolgotrajno oskrbo na 2,3 % BDP. V primeru drugega scenarija pa naj bi vlade ne uvedle nobenih novih ukrepov, ki bi skrbeli za zajezitev izdatkov, kar bi pripeljalo do tega, da naj bi izdatki do leta 2060 narastli na 2,9 % BDP.

Kot eden od scenarijev je tudi scenarij premika k formalni oskrbi (angl. *Shift to formal care scenario*). Ta predvideva, da letno 1 % starejših več, ki potrebujejo oskrbo, namesto neformalne oskrbe prejema formalno oskrbo. En odstotek več je predviden le v prvih desetih letih celotnega obdobja projekcije (od 2013 do 2060), nato se poveča tudi na 10,5 % premika od neformalne k formalni oskrbi (Eurostat, 2015c, str. 150–151). V nadaljevanju upoštevamo dejstvo, da je okrog 50 % novih koristnikov formalne oskrbe nastanjenih v namenskih institucijah (najdražja oblika storitev dolgotrajne oskrbe), drugih 50 % pa jih koristi storitve formalne oskrbe na domu (Lipszyc et al., 2012, str. 41).

Naslednji scenarij je scenarij konvergence pokritosti (angl. *coverage convergence*), ki predvideva, da se bo v primeru povečanih pričakovanj pri bolnikih in kombiniranja ter vpeljave dobrih praks povečala pokritost ljudi, ki potrebujejo oskrbo in pomoč drugih ljudi, saj bo v sistem zajela tudi tiste, ki še niso bili v sistemu dolgotrajne oskrbe. Države, ki so bile po pokritosti prebivalstva s storitvami dolgotrajne oskrbe pod povprečjem 28 držav EU, se bodo do leta 2060 povprečju močno približale (Eurostat, 2015c, str. 151). Še eden od scenarijev je scenarij konvergence izdatkov (angl. *cost convergence*). Za države, ki so imele velik delež neformalne oskrbe in s tem povezane nižje izdatke za dolgotrajno oskrbo na javnem nivoju, je predvideno, da se bo zgodil premik k formalnim storitvam dolgotrajne oskrbe. S tem povezan bo tudi porast izdatkov za storitve dolgotrajne oskrbe. Naslednji scenarij kombinira zgoraj omenjena scenarija konvergence pokritosti in konvergence izdatkov. Prihodnja stopnja povpraševanja predvideva tako konvergence izdatkov kot povečevanje pokritosti potreb po dolgotrajni oskrbi (Eurostat, 2015c, str. 151).

Referenčni AWG scenarij je bil omenjen že pri možnih scenarijih za povečevanje izdatkov v zvezi z zdravstvom. Ta scenarij kombinira demografski scenarij s scenarijem nespremenljive invalidnosti. Če je polovica dodatnih let življenjskega pričakovanja preživeta v dobrem zdravstvenem stanju in brez invalidnosti, to pomeni, da bo referenčni AWG scenarij nekakšno povprečje med demografskim scenarijem in scenarijem nespremenljive invalidnosti. Naslednji scenarij je AWG scenarij tveganja. Ohranja predpostavko, da je polovica dodatnih leta življenja preživetih brez invalidnosti. Prav tako je povezan s scenarijem konvergence pokritosti in izdatkov. V nasprotju z referenčnim AWG scenarija ta scenarij vključuje tudi dodatne dejavnike za povečanje izdatkov, kot za primer demografijo in zdravstveno stanje prebivalstva. Zadnji

omenjeni scenarij je scenarij tveganja za vse dejavnike produktivnosti (angl. *Total factor productivity risk scenario*). V nasprotju z referenčnim AWG scenarijem predvideva, da stopnja produktivnosti vseh dejavnikov namesto 1 % znaša 0,8 % (Eurostat, 2015c, str. 151–152).

3 SLOVENIJA

V naslednjem poglavju se bom osredotočila na predstavitev demografskih razmer, zdravstvo ter dolgotrajno oskrbo v Sloveniji. Kot že omenjeno, same demografske razmere v Sloveniji niso preveč spodbudne, saj se bo delež starejših povečeval. Po drugi strani pa bo vse manj mladih, ki bi nadomestili starejše, ko bodo ti odšli v pokoj.

Po projekcijah Eurostata (European Population Projections 2013, v nadaljevanju EUROPOP 2013) bo v obdobju med 2013 in 2060 v Sloveniji najnižje število prebivalcev v letu 2060, in sicer 2 milijona 41 tisoč. Najvišje število prebivalcev naj bi Slovenija dosegla v letu 2024: 2 milijona 91 tisoč (Eurostat, 2014b). V letu 2013 je bilo delovno aktivnih 1,3 milijona ljudi, kar bo glede na obdobje med 2013 in 2060 tudi najvišje število delovno aktivnih prebivalcev. Najnižje število delovno aktivnih bo v letu 2056: znašalo bo 1 milijon (Eurostat, 2015c, str. 22). Glede na navedeno lahko zaključimo, da se bo tako število prebivalcev Slovenije kot delovno aktivnih državljanov v prihodnosti zniževalo, vendar bo samo upadanje števila delovno aktivnih ljudi še bolj opazno, saj se bo, kot že omenjeno, število upokojenih državljanov povečevalo občutno hitreje kot število mladih oziroma delovno aktivnih prebivalcev. Po zadnjih podatkih Statističnega urada Republike Slovenije je 1. julija 2015 v Sloveniji prebivalo 2.063.077 ljudi (Statistični urad Republike Slovenije, 2015d). Zato bo tudi težje zagotoviti zadosti finančnih sredstev za naraščajoče izdatke za zdravstvo in dolgotrajno oskrbo, ki ju bo potrebovalo vse bolj starajoče prebivalstvo.

3.1 Demografske razmere v Sloveniji

V letu 2015 je bil velik delež prebivalstva, kamor sta vključena oba spola, starega med 30 in 65 let. Delež prebivalstva, mlajšega od 30 ali starejšega od 65 let, je bil znatno manjši. Mogoče je opaziti tudi večji delež žensk, starejših od 70 let, kot pa moških. V letu 2060 bo porazdelitev prebivalstva pri obeh spolih po starosti približno enaka. Opazno manj bo le prebivalstva nad 80 let in pa prebivalstva starega med 52 in približno 70 let. V letu 2080 je opazen malce večji delež oseb, starih med 30 in 40 let ter med 55 in 70 let (Statistični urad Republike Slovenije, 2015d). Po izračunih za leto 2200 naj bi se število prebivalcev Slovenije takrat gibalo med 326 tisoč in 2,59 milijona ljudi. Delež starejših od 65 let naj bi obsegal od 23,0 % do 25,5 % celotnega prebivalstva. Projekcije za toliko časa vnaprej so zelo negotove (Sambt, 2004, str. 33).

Stopnja celotne rodnosti je v Sloveniji v letu 2014 znašala v povprečju 1,58 otroka na žensko med 15. in 49. letom starosti. Merjena stopnja celotne rodnosti (od leta 1954 naprej) v Sloveniji je bila najvišja ravno v začetnih dveh letih merjenja, in sicer leta 1954 in 1955, ko je znašala v povprečju 2,58 otroka na žensko v rodnem obdobju. Pod nadomestitveno stopnjo rodnosti (2,1 otroka na žensko v rodnem obdobju) je prvič padla v letu 1974, se nato zopet malo dvignila in

ponovno padla pod nadomestitveno stopnjo v letu 1981. Od takrat naprej je stopnja celotne rodnosti konstantno padala vse do leta 2003, ko je bila najnižja pri 1,20 otroka. Po letu 2003 je začela naraščati in prišla na sedanjo raven, ko znaša v povprečju 1,58 otroka na žensko (Statistični urad Republike Slovenije, 2015a). Stopnja celotne rodnosti naj bi se do leta 2060 povečala na 1,75 otroka na žensko (Eurostat, 2015c, str. 367). Stopnja celotne rodnosti je vsota starostno specifičnih koeficientov rodnosti v koledarskem letu. Prikazuje število živorojenih otrok, ki bi jih v povprečju rodila posamezna ženska, če bi v njeni celotni rodni dobi veljale enake starostno specifične stopnje rodnosti, kot so bile izmerjene v obravnavanem koledarskem letu (UMAR, 2013, str. 210).

Življenjsko pričakovanje je v Sloveniji za dečke, rojene v letu 2014, znašalo 77,97 leta, za deklice, rojene v istem letu, pa 83,68 leta (Statistični urad Republike Slovenije, 2015e). Dečki, rojeni v letu 2060, bodo lahko pričakovali 84,3 leta življenja, deklice pa 88,9 leta (Eurostat, 2015c, str. 214–215). Po projekcijah Eurostata naj bi življenjsko pričakovanje za deklice, rojene v letu 2070, znašalo 90 let in v letu 2080 91 let. Dečki, rojeni v letu 2070, bodo lahko pričakovali 85,6 leta življenja, v letu 2080 pa 86,7 leta (Eurostat, 2014a).

Moški, ki so v letu 2013 dopolnili 65 let, bodo lahko pričakovali še 17,1 leta življenja. Do leta 2060 naj bi se življenjsko pričakovanje za moške, stare 65 let, povečalo na 22 let življenja. Ženske, ki so v letu 2013 dopolnile 65 let, lahko pričakujejo še 20,9 leta življenja. V letu 2060 naj bi življenjsko pričakovanje za ženske, stare 65 let, znašalo še 25,5 leta življenja (Eurostat, 2015c, str. 215–216). OECD je v svojem poročilu *Health at a Glance*, ki je izšlo v letu 2015, glede na podatke iz držav članic OECD razvila tudi krivuljo, ki povezuje BDP na prebivalca in življenjsko pričakovanje ob rojstvu. Slovenija se kot država nahaja malo višje od krivulje, kar pomeni, da ima glede na svoj BDP na prebivalca višje življenjsko pričakovanje kot je predvideno s krivuljo, ki povezuje oba dejavnika (OECD, 2015c).

Delež starejših od 65 let je 1. januarja 2015 v Sloveniji znašal 18 % celotnega prebivalstva, od tega je bilo približno tri petine žensk (Statistični urad Republike Slovenije, 2015c). Po podatkih na 1. julij 2015 je delež starejših od 65 let v Sloveniji znašal 18,2 %. Povprečna starost prebivalcev Slovenije je 1. julija 2015 znašala 42,6 leta (Statistični urad Republike Slovenije, 2015d). Delež starejših od 65 let naj bi v letu 2060 obsegal 29,4 % prebivalstva. Delež starejših od 80 let pa naj bi se s 4,6 % v letu 2013 povečal na 12,4 % vsega prebivalstva v letu 2060 (Eurostat, 2015c, str. 219–220).

Deklice, rojene v Sloveniji v letu 2012, lahko v povprečju pričakujejo približno 55 let življenja v dobrem zdravstvenem stanju. Pričakovana življenjska doba je bila v 2012 sicer višja od povprečja EU28 (v Sloveniji 83,3 leta in v EU 28 82,2 leta), vendar je bila dolžina življenja v dobrem zdravstvenem stanju, brez hujših zdravstvenih težav, v EU 28 za približno pet let daljša. Dečki, rojeni v letu 2012, lahko v povprečju pričakujejo približno 58 let življenja preživetega v dobrem zdravstvenem stanju. Sama pričakovana življenjska doba je bila v letu 2012 višja od povprečja EU 28, vendar se ponovijo okoliščine iz primera pri deklicah. Število let, preživetih

v dobrem zdravstvenem stanju, je namreč za približno 3 leta nižje kot pri povprečju EU 28 (OECD, 2014, str. 17).

Povprečna starost prebivalstva je konec leta 2014 znašala 42,3 leta. V 2014 se je v Sloveniji rodilo 21.165 oseb, umrlo pa v povprečju 9,2 ljudi na tisoč prebivalcev. Povprečna starost umrlih je znašala 76,9 leta. Iz Slovenije se je v letu 2014 izselilo 14.336 prebivalcev, v povprečju starih 35,6 leta. Število državljanov, ki so se priselili v Slovenijo, je znašalo 13.846 ljudi. Njihova povprečna starost je bila 32,8 leta. Naravni prirast prebivalstva je bil v letu 2014 pozitiven, saj se je rodilo 2.279 prebivalcev več, kot jih je umrlo. Selitveni prirast prebivalstva pa je bil negativen, kajti izselilo se je 490 prebivalcev več, kot se jih je priselilo. Skupni prirast prebivalstva je znašal 1.789 prebivalcev (Statistični urad Republike Slovenije, 2015f, str. 11).

3.2 Splošne razmere v zdravstvu v Sloveniji

V času gospodarske krize so se v Sloveniji plače zaposlenih v zdravstvu zniževale (Eurostat, 2015c, str. 128). Izdatki za zdravstvo so znašali 5,7 % kot odstotek BDP (Eurostat, 2015c, str. 367). V letu 2012 so bili skupni (javni in zasebni) izdatki za zdravstvo per capita nekoliko nižji od povprečje v EU 28 (2.193 €); znašali so 2.003 € (OECD, 2014, str. 121). Tretjina (30 %) vseh izdatkov je bila namenjena zdravljenju v bolnišnicah in različnim rehabilitacijam; 28 % oskrbi doma in vsem pomožnim storitvam; 10% je bilo namenjenih dolgotrajni oskrbi; 24 % medicinskim pripomočkom oziroma v veliki večini farmacevtskim izdelkom, medtem ko je bilo preostalih 8 % izdatkov namenjenih preventivi in administraciji (OECD, 2015d, str. 2).

Po podatkih iz leta 2013 so se izdatki za zdravstveno varstvo glede na leto 2012 znižali, saj se je zmanjšal znesek, namenjen izdatkom za zdravstveno varstvo (predvsem zaradi zmanjšanja investicij) za 0,9 %, medtem ko se je BDP povečal za 0,4 %. Skupno pa se je zaradi tega zmanjšal odstotek celotnih izdatkov, ki vključujejo tako javne kot zasebne izdatke za zdravstvo kot odstotek BDP, in sicer z 9,19 % na 9,07 %. Več kot tri četrtine celotnih izdatkov je bilo namenjenih storitvam kurativnega zdravljenja in medicinsko-tehničnim pripomočkom (Statistični urad Republike Slovenije, 2015b).

Kazalniki, povezani z zdravstvom, v Sloveniji kažejo dve različni sliki glede ravni umrljivosti. Na eni strani imamo eno najnižjih umrljivosti dojenčkov v Evropski uniji, po drugi strani pa je razmik med življenjskim pričakovanjem moških in življenjskim pričakovanjem žensk eden največjih v Evropi (European Commission, 2015, str. 52).

Slovenija je imela v letu 2011 med državami EU 28 tretjo najvišjo stopnjo umrljivosti za rakom pri moških in ženskah skupaj (OECD, 2014, str. 25). Istega leta je imela tretje najvišje število samomorov v krogu držav EU 28, več samomorov na 100.000 prebivalcev so našli le na Madžarskem in v Litvi (OECD, 2014, str. 29). Stopnja umrljivosti dojenčkov je bila v letu 2012 v Sloveniji najnižja v okviru držav EU 28 (OECD, 2014, str. 31). V letu 2012 je 63 % ljudi, starejših od 16 let, vključenih v raziskavo *European Union Statistics on Income and Living Conditions* (EU-SILC), odgovorilo, da je njihovo zdravstveno stanje dobro oziroma zelo

dobro, 24 % jih je odgovorilo, da je zadovoljivo, 12 % pa, da je slabo oziroma zelo slabo (OECD, 2014, str. 35).

V letu 2012 je bilo v Sloveniji osnovnemu zdravljenju v bolnišnicah namenjenih 80 % vseh postelj, ki so na voljo v bolnišnicah: 15 % postelj je bilo namenjenih bolnikom v psihiatričnih bolnišnicah, 3 % postelj je bilo namenjenih dolgotrajni oskrbi in 2 % drugim tipom zdravljenja v bolnišnicah. V celoti je bilo v Sloveniji v letu 2012 približno 4,2 postelje na tisoč prebivalcev (OECD, 2014, str. 71).

Slovenija ima eno najmanjših števil zdravnikov na tisoč prebivalcev v krogu držav EU 28, in sicer 2,5. Manj jih imata le še Romunija in Poljska (OECD, 2014, str. 63). Iz tega dejstva izhaja tudi trenutno glavni problem zdravstva v Sloveniji: to so dolge čakalne dobe za obisk pri zdravniku specialistu, v različnih zdravstvenih preiskavah ter za različne operacije. V poročilu z dne 1. novembra 2015, objavljenem na strani Nacionalnega inštituta za javno zdravje, v nobeni od revmatoloških ambulant niso spoštovali najdaljše dopustne čakalne dobe. Po njihovih podatkih je najdaljša čakalna doba pri operacijah hrbtenice v ortopediji, kjer znaša kar 606 dni. Dopustne čakalne dobe znašajo pri pregledih z oznako hitro 90 dni, pri pregledih z oznako redno pa 180 dni (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2015, str. 3). Nad dopustno čakalno dobo je v specialističnih ambulantah dne 1.10.2015 čakalo skoraj 10 % (natančneje 9,92 %) vseh čakajočih. Pri drugih zdravstvenih storitvah je delež čakajočih nad dopustno čakalno dobo znašal 19,92 % vseh čakajočih (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2015, str. 7).

Med pregledi pod oznako »redno«, dopustno čakalno dobo presegajo le pregledi v revmatoloških ambulantah, kjer povprečna čakalna doba znaša 444,2 dneva (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2015, str. 9–10). V sklopu pregledov z oznako hitro pa dopustno čakalno dobo poleg revmatoloških ambulant presegajo tudi pregledi v ambulantah za oralno kirurgijo, kjer pacienti v povprečju na pregled čakajo 105 dni. V revmatoloških ambulantah je povprečna čakalna doba v tem primeru 327,7 dneva (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2015, str. 10). Glede na podatke, iz katerih je razvidno, da večji delež ljudi čaka na pregled v specialističnih ambulantah pod oznako redno, je razumljivo, da je pri specialističnih pregledih z oznako redno veliko večji delež čakajočih, ki čakajo nad dopustno čakalno dobo in sicer kar 64,77 % vseh čakajočih nad dopustno čakalno dobo, drugi (35,23 %) pa čakajo na pregled pod oznako hitro (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2015, str. 15).

Med najbolj obsežnimi aktualnimi projekti je projekt eZdravje sestavljen iz več manjših projektov: 1) eNaročanje, ki zagotavlja informacijsko podporo pri napotitvi in naročanju pacientov na zdravstvene storitve na primarni ravni; 2) eRecept, ki zdravniku omogoča izdelavo elektronskega recepta, ki ga podpiše elektronsko in ga odda v sistem, kjer ga dobi lekarna ob izdaji zdravila; 3) TeleKap, ki skrbi za učinkovitejše zdravljenje možganske kapi; 4) Teleradiologija, ki zagotavlja prenos radioloških slik; 5) eTriaža, ki ponuja informacijsko podporo za postopek triaže v bolnišnicah in zdravstvenih domovih; 6) centralna informacijska podpora za referenčne ambulante; 7) LabPoštar, ki skrbi za izmenjavo digitalnih dokumentov med bolnišnicami in mikrobiološkimi laboratoriji; 8) eKomunikacija, ki skrbi za izmenjavo

dokumentov med urgencami in policijskimi upravami; 9) Upravljanje kliničnega znanja OpenEHR UKZ, v okviru katerega so zbrani klinični modeli podatkov in demografski modeli podatkov za uporabo v slovenskem zdravstvenem informacijskem sistemu; 10) sistem za upravljanje z informacijsko varnostjo, SUVI; 11) elektronski register o opravljenih cepljenjih, eRCO; 12) zNET, ki zagotavlja varne povezave med vsemi ponudniki zdravstvenih storitev ter 13) sistem CRPP, ki omogoča delovanje vseh zgoraj naštetih storitev (eZdravje, 2015).

3.3 Področje dolgotrajne oskrbe v Sloveniji

Storitve dolgotrajne oskrbe na domu spremlja Inštitut za varovanje zdravja (Nagode, 2014), po novem imenovan Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ). V letu 2010 je v Sloveniji delež ljudi, ki so prejeli oskrbo doma, obsegalo med 10 % in 17 % vseh ljudi, ki so potrebovali pomoč drugih ljudi (Lipszyc et al., 2012, str. 17). Mogoča pa je bila tudi izbira med prejetjem storitev v obliki storitev kot takih ali finančne pomoči (Lipszyc et al., 2012, str. 18). V letu 2013 je bilo 232 tisoč ljudi, ki so potrebovali pomoč drugih. Od teh je oskrbo v namenskih institucijah prejelo 21 tisoč ljudi, oskrbo doma jih je prejelo okrog 40 tisoč, 47 tisoč ljudi pa je prejelo finančno pomoč (Eurostat, 2015c, str. 276–277). Delež ljudi, ki potrebujejo dolgotrajno oskrbo, močno naraste v starosti nad 60 let. Izdatki za dolgotrajno oskrbo so zelo koncentrirani v najvišjih starostnih skupinah nad 80 in 90 let (Sambt, 2009, str. 67).

Storitve dolgotrajne oskrbe so razdeljene med storitve, ki so uvrščene v socialni del in storitve, ki so uvrščene k zdravstvu (Golinowska & Sowa, 2013, str. 30). Vendar je še vedno zaznati, da ljudje ne poznajo dobro sistema dolgotrajne oskrbe in ga zato mnogi enačijo oziroma celo zamenjujejo z zdravstveno oskrbo, socialno oskrbo ali raznimi drugimi oblikami skrbi za osebe, ki so odvisne od pomoči drugih (Toth, 2009, str. 16).

Dolgotrajno oskrbo v Sloveniji v povezavi z zdravstvenim delom sistema dolgotrajne oskrbe nudijo domovi za starejše, varstveno-delovni centri, posebni socialnovarstveni zavodi, centri oziroma zavodi za usposabljanje, delo in varstvo, paliativna oskrba in zdravstvena nega v bolnišnicah, dolgotrajna nega invalidne mladine v bolnišnicah in hospitalizacija dementnih oseb (Nagode et al., 2014, str. 21). Dolgotrajno dnevno oskrbo v okviru zdravstva izvajajo centri oziroma zavodi za usposabljanje, delo in varstvo, domovi za starejše, posebni socialnovarstveni zavodi in varstveno-delovni centri (Nagode et al., 2014, str. 22). Dolgotrajna ambulantna oskrba v zdravstvenem delu dolgotrajne oskrbe se izvaja v zdravstvenih ambulantah domov za starejše. V primeru dolgotrajne oskrbe na domu v okviru zdravstva pa gre predvsem za oskrbo, ki se izvaja na samem domu oskrbovanca (za primer patronažno varstvo) oziroma v drugih oblikah prilagojene nastanitve v skupnosti, ki niso institucionalne oblike. V to skupino oskrbe so poleg patronažne službe vključeni tudi denarni prejemki, družinski pomočniki, delno plačilo za izgubljeni dohodek ter osebna asistenca (Nagode et al., 2014, str. 23).

Dolgotrajna oskrba, ki je del socialnega varstva, se deli na dve skupini storitev in sicer na oskrbo v naravi ali oskrbo v denarju. Ta del dolgotrajne oskrbe vključuje pomoč pri podpornih dnevni opravilih, kot so dostava hrane na dom, prevozi, pomoč na domu, itd. Oskrbo v naravi zagotavljajo domovi za starejše, varstveno-delovni centri, centri oziroma zavodi za usposabljanje ter posebni socialnovarstveni zavodi, ki ponujajo prehrano in nastanitev (Nagode et al., 2014, str. 25).

Dolgotrajna socialna oskrba v denarju zajema denarne transferje tako posameznikom kot gospodinjstvom. Transferji so namenjeni storitvam dolgotrajne oskrbe na socialnem področju, to je na področju izvajanja podpornih dnevni opravil. Ti denarni transferji se v veliki večini primerov izplačujejo družinskim članom, ki skrbijo za svoje bližnje ali pa kot plačilo formalnim oskrbovalcem (Nagode et al., 2014, str. 26).

Na dan 31. 12. 2013 je v Sloveniji oskrbo na domu ponujalo 37 centrov za socialno delo, 24 domov za starejše in posebnih zdravstvenih zavodov, 2 specializirana zavoda za pomoč na domu in 19 zasebnikov s koncesijo občine – skupaj 82 izvajalcev pomoči na domu. Povprečna cena storitve je na omenjeni dan znašala 5,12 € na uro (Nagode, 2014).

Kot je že bilo omenjeno v podpoglavju 3.2., je bilo v letu 2012 v Sloveniji 3 % vseh postelj v bolnišnicah namenjenih dolgotrajni oskrbi. Oskrba v domovih za ostarele je razvrščena v štiri kategorije. V prvo spadajo osebe, ki se sicer lahko same premikajo, kronični bolniki in bolniki z lažjimi psihičnimi težavami. Na voljo so jim naslednje storitve: 1) menjava povojev oziroma obvez, 2) priprava in razdelitev zdravil, 3) spremljanje zdravstvenega stanja, 4) dajanje injekcij, 5) opazovanje in 6) spremljanje vitalnih funkcij. Dnevno naj bi oseba, ki spada v prvo kategorijo, potrebovala najmanj 15 minut pomoči drugih oseb pri navedenih aktivnostih (Prevolnik Rupel & Ogorevc, 2010, str. 3).

V drugo kategorijo spadajo osebe, ki so delno mobilne, delno inkontinentne, s srednjo stopnjo demence in nepsihotičnimi psihičnimi težavami ter osebe po amputaciji udov. Te osebe potrebujejo pomoč pri: 1) menjavanju povojev, 2) jemanju vzorcev za laboratorij, 3) katetrizaciji, 4) dovajanju kisika, 5) injiciranju intravenoznih injekcij, 6) skrbi za nestabilno sladkorno bolezen, 7) nadzoru nad jemanjem zdravil in 8) aktivnostih iz skupine ADL. Da se oseba uvrsti v to kategorijo, mora koristiti najmanj eno od storitev vsaj 30 minut dnevno (Prevolnik Rupel & Ogorevc, 2010, str. 4).

V tretjo kategorijo spadajo osebe, ki so nemobilne in potrebujejo pomoč zdravstvenega osebja pri fizičnih ali psihičnih omejitvah. Četrta kategorija se pojavlja zelo redko. Osebe iz te kategorije imajo težje vedenjske oziroma osebnostne motnje. Pri nekaterih aktivnostih so popolnoma odvisne od drugih ljudi in to predvsem zaradi fizičnih omejitev in posledične zapostavljenosti. Zaradi svojih fizičnih in psihičnih težav potrebujejo 24-urni nadzor (Prevolnik Rupel & Ogorevc, 2010, str. 4).

V letu 2008 so za lažje spremljanje povpraševanja po storitvah dolgotrajne institucionalne oskrbe in za lažje prilagajanje ponudbe povpraševanju vzpostavili čakalno listo. Ker je povpraševanje naraščalo, je bilo jasno, da sistem ni izpolnil svojega namena. Bilo je prisotnih tudi kar nekaj pomanjkljivosti, saj so nekatere posameznike na čakalni listi zabeležili tudi dvakrat zaradi prijave na čakalno listo pri dveh različnih institucijah, prav tako z liste niso izbrisali pokojnih (Prevolnik Rupel & Ogorevc, 2010, str. 21).

Oskrba doma je primerna za osebe, ki sicer potrebujejo pomoč pri vsakodnevnih opravilih, vendar so še sposobne živeti na svojem domu. Oskrba na domu je razdeljena na tri kategorije. Prva so domača opravila, med katera sodijo: 1) priprava obrokov, 2) nakupovanje hrane, 3) pomivanje posode, 4) osnovno čiščenje in 5) pospravljanje smeti ter 6) postiljanje. Druga med kategorijami je pomoč pri aktivnostih, povezanih z osebno higieno. Sem spadajo: 1) pomoč pri slačenju in oblačenju, 2) umivanje, 3) hranjenje in 4) pomoč pri osnovnih življenjskih aktivnostih. Tretja kategorija vključuje najrazličnejše družabne aktivnosti, kamor spada ohranjanje družabnih stikov v bližnji okolici, s sorodniki in prostovoljci (Prevolnik Rupel & Ogorevc, 2010, str. 7).

V Sloveniji poznamo tudi »institut« družinskega pomočnika. Upravičenec do oskrbe ima tako možnost, da namesto institucije za svojega oskrbovalca izbere enega članov svoje družine. Naloge družinskega pomočnika so povezane s pomočjo pri osebni higieni, zdravstveni oskrbi, družabnih aktivnostih in gospodinjstkih opravilih (Prevolnik Rupel & Ogorevc, 2010, str. 7).

V letu 2013 je Slovenija kot država za dolgotrajno oskrbo namenila sredstva v višini 1,4 % BDP. Ta odstotek se v 2013 giblje okrog povprečja držav EU 28, ki znaša 1,6 % in držav z območja evra, kjer znaša 1,7 % (Eurostat, 2015c, str. 271). Veliko večino sistema dolgotrajne oskrbe financira država in le majhen delež sredstev je zasebnih. Javna sredstva prihajajo iz državnega proračuna, proračuna posameznih občin, neposrednih plačil, prostovoljnih prispevkov in denarja, ki ga prispevajo razni sponzorji (Prevolnik Rupel & Ogorevc, 2010, str. 12). V letu 2011 je polovica sredstev, namenjenih za dolgotrajno oskrbo, izvirala iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Znašala so približno 177 milijonov €, namenjena so starejšim, invalidnim odraslim in invalidnim otrokom ter dolgotrajni oskrbi v bolnišnicah (UMAR, 2014, str. 176).

Opaziti je težnjo, da osebe, ki potrebujejo oskrbo, čim dlje časa ostanejo doma; poleg finančnih prednosti jim to prinaša tudi večjo kvaliteto življenja (Prevolnik Rupel & Ogorevc, 2010, str. 20). Spremembe so se zgodile tudi v času krize, ko je vlada sprejela najpomembnejši ukrep za zniževanje izdatkov dolgotrajne oskrbe: znižala je plače zaposlenih v javnem sektorju (Eurostat, 2015c, str. 152).

Ureditev področja javne dolgotrajne oskrbe je v letu 2008 kot koordinator prevzelo Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve. Delovno skupino za pripravo besedila zakona so sestavljali še predstavniki Ministrstva za finance, Ministrstva za zdravje ter predstavniki ZZZS, Združenja izvajalcev prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja, Urada za makroekonomske analize in

razvoj. V februarju leta 2010 so osnutek besedila zakona posredovali v javno obravnavo (Dominkuš, 2010, str. 8).

Besedilo predloga zakona je bilo sestavljeno tako, da je na eni strani definiralo področje zavarovanja v okviru dolgotrajne oskrbe, na drugi strani pa tudi dejavnost dolgotrajne oskrbe. Obvezno zavarovanje naj bi bilo urejeno kot nepridobitna dejavnost in javna služba. Skrb za zavarovanje naj bi prevzel ZZZS, ki naj bi se po reorganizaciji preimenoval v Zavod za zdravstveno zavarovanje in dolgotrajno oskrbo Slovenije. Cilj zakonskega predloga je bil zagotoviti in povečati stabilne vire za financiranje dejavnosti dolgotrajne oskrbe. Pogoj za uveljavljanje pravic dolgotrajne oskrbe bi bila potreba po pomoči vsaj štiri ure na teden, ki traja več kot tri mesece. Če pa oseba dalj časa ne bi bila sposobna za samostojno življenje, bi pomoč prešla v sistem dolgotrajne oskrbe (Dominkuš, 2010, str. 9). Predlog zakona je predvideval štiri oblike dolgotrajne oskrbe in sicer: 1) storitve, namenjene pomoči pri opravljanju temeljnih dnevnih opravil; 2) storitve za pomoč pri podpornih dnevnih opravil; 3) rehabilitacija in 4) svetovanje in učenje (Nagode et al., 2014, str. 9). Ta predlog ni uspel.

Po besedah Totha (2009, str. 14) naj bi nova zakonska ureditev dolgotrajne oskrbe pri nas takrat prinesla: 1) večjo dostopnost storitev dolgotrajne oskrbe tistim, ki jo potrebujejo; 2) izenačitev pravic med upravičenci do dolgotrajne oskrbe, ne glede na kraj bivanja oziroma ne glede na to ali prejemajo oskrbo v institucijah ali doma; 3) boljše in bolj enakomerno dostopnost storitev po celotni Sloveniji; 4) povezanost ponudnikov storitev v bolj enovit sistem; 5) večjo transparentnost sredstev, namenjenih dolgotrajni oskrbi; 6) uvedbo solidarnostnega financiranja področja dolgotrajne oskrbe; 7) večjo odgovornost in skrb družine za oskrbo svojcev, ki potrebujejo pomoč drugih oseb.

Ker tudi trenutno še ne premoremo krovnega zakona, ki bi urejal dolgotrajno oskrbo, sistem ureja več preostalih zakonov, kot so Zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju, Zakon o zdravstvenem varstvu in zavarovanju, Zakon o socialnem varstvu ter Zakon o vojnih invalidih. V okvir dokumentov, povezanih s področjem dolgotrajne oskrbe, bi lahko uvrstili tudi resolucijo o nacionalnem programu socialnega varstva v obdobju od 2013 do 2020 (Nagode et al., 2014, str. 8).

V letu 2012 je bila ustanovljena medresorska skupina, ki jo sestavljajo: 1) Inštitut za socialno varstvo, ki to skupino tudi vodi in koordinira; 2) Statistični urad Republike Slovenije, ki kot organizacija pomaga pri vodenju in koordiniranju; 3) Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti; 4) Urad za makroekonomske analize in razvoj; 5) Ministrstvo za zdravje; 6) Inštitut za ekonomska raziskovanja; 7) Nacionalni inštitut za javno zdravje; 8) Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje; 9) ZZZS; 10) Skupnost socialnih zavodov Slovenije (Nagode, 2014).

Nagode (2014) kot glavne naloge te skupine navaja: 1) pregled nacionalnih in mednarodnih zahtev po podatkih ter identifikacija razpoložljivih podatkov, 2) sistematično spremljanje statističnih podatkov na področju dolgotrajne oskrbe, 3) definiranje dolgotrajne oskrbe po

metodologiji SHA, 4) identificiranje in priprava podatkov o prejemnikih ter 5) identificiranje in priprava podatkov o izdatkih.

Zakon o dolgotrajni oskrbi, ki je v pripravi zadnjih nekaj let, naj bi reševal probleme neenakomernega financiranja dolgotrajne oskrbe, neuvrščенost storitev in koristi v enoten sistem, neenakomerno porazdelitev ponudnikov po regijah ter razmerje med ponudniki v mestu in na podeželju, pomanjkanje koordinacije med ponudniki storitev na področju zdravstvenega in socialnega dela dolgotrajne oskrbe ter urejal nerazvito preventivo, rehabilitacijo in nezadostno uporabo informacijske tehnologije. Ta zakon naj bi združil socialni in zdravstveni del dolgotrajne oskrbe v enovit sistem. Predvideva uvedbo enotne točke vstopa v sistem za vse pravice iz sistema dolgotrajne oskrbe. Oblikoval naj bi se enoten sistem ocenjevanja potreb po dolgotrajni oskrbi, uporabnik pa bi lahko sam izbral kategorijo storitve. Uvedli naj bi tudi bolj individualno obravnavo posameznikov, ki potrebujejo pomoč ter dali večji poudarek oskrbi doma oziroma v domačem okolju. Po časovnem načrtu je bilo predvideno, da naj bi se slovenska vlada začela z Zakonom o dolgotrajni oskrbi ukvarjati v septembru leta 2013. Nov Zakon o dolgotrajni oskrbi naj bi stopil v uporabo v letu 2016 (Dominkuš, 2013). Vendar se ta časovni načrt ni uresničil, saj Zakona o dolgotrajni oskrbi parlament sploh še ni obravnaval, s čimer tudi implementacijo zakona prestavlja v poznejši čas. Da pri reformi sistema dolgotrajne oskrbe še ni bilo napredka, je v svojem Priporočilu Sloveniji iz maja 2015 omenila tudi Evropska komisija (Evropska komisija, 2015, str. 4). Iz tega razloga je tudi priporočila, da Slovenija do konca leta 2015 sprejme reformo sistemov zdravstvenega varstva in dolgotrajne oskrbe (Evropska komisija, 2015, str. 6). Vlada Republike Slovenije si je v Nacionalnem reformnem programu za leto 2015–2016 zastavila, da bo v okviru strukturnih reform sočasno uredila področje dolgotrajne oskrbe in osebne asistencе (Vlada Republike Slovenije, 2015, str. 4). Javna razprava in sprejetje tega zakona sta uvrščena tudi med ključne naloge za obdobje 2015–2016 (Vlada Republike Slovenije, 2015, str. 12).

Zakon o dolgotrajni oskrbi, osebni asistenci in zavarovanju za dolgotrajno oskrbo naj bi torej na področju dolgotrajne oskrbe urejal: 1) definicijo pravic upravičencev; 2) ureditev zavarovanja za dolgotrajno oskrbo in njeno financiranje; 3) postopek uveljavljanja pravic iz sistema dolgotrajne oskrbe; 4) izvajanje storitev dolgotrajne oskrbe in 5) izvajalce zavarovanja in storitev dolgotrajne oskrbe. Na področju osebne asistencе pa bi zakon urejal: 1) definicijo osebne asistencе (kdo je upravičen do nje, katere izmed nabora storitev se financirajo); 2) posebnosti pri financiranju osebne asistencе; 3) izvajalce osebne asistencе; 4) postopek uveljavljanja pravic na področju osebne asistencе in povezava z uveljavljanjem pravic na področju dolgotrajne oskrbe in 5) izvajanje storitev osebne asistencе in povezava z izvajanjem storitev na področju dolgotrajne oskrbe (Generalni sekretariat vlade Republike Slovenije, 2013, str. 10).

Kot enega ključnih izzivov pri oblikovanju Zakona o dolgotrajni oskrbi izhodišče za pripravo predloga o dolgotrajni oskrbi, osebni asistenci in zavarovanju za dolgotrajno oskrbo omenja staranje prebivalstva (Generalni sekretariat vlade Republike Slovenije, 2013, str. 7). Med slabostmi omenja ne celovitost sistema dolgotrajne oskrbe in sistemsko neurejenost osebne

asistencije za invalide, ker se bo še povečeval delež neaktivnega oziroma odvisnega prebivalstva, zaradi katerega je že oteženo financiranje v potrebnem obsegu pomoči in pomoč vsem, ki bi jo potrebovali. Posledično pa se vse večji delež finančnega bremena prenaša na posameznike, ki sami ne premorejo finančnih sredstev za zagotovitev storitev dolgotrajne oskrbe v potrebnem obsegu (Generalni sekretariat vlade Republike Slovenije, 2013, str. 8).

Na samem začetku izvajanja zakona (predviden začetek: 2015/2016) je bilo število upravičencev ocenjeno na 45 tisoč uporabnikov letno. Število uporabnikov naj bi se v obdobju petih let povečalo za 5 tisoč. Pogoji za vstop v sistem dolgotrajne oskrbe pa naj bi bila potreba po pomoči pri izvajanju podpornih dnevniških aktivnosti in temeljnih dnevniških aktivnosti v obsegu najmanj 3,5 ure na teden vsaj šest mesecev (Generalni sekretariat vlade Republike Slovenije, 2013, str. 9).

Financiranje bi zagotovili s kombinacijo obveznega javnega socialnega zavarovanja in obveznega zasebnega zavarovanja. V primeru prvega bi prispevek plačevali vsi, ki so na območju republike Slovenije tudi obvezno zdravstveno zavarovani. V drugi sistem pa bi vstopili vsi, ki so obvezno zdravstveno zavarovani v Sloveniji (tako aktivni kot neaktivni). Premije naj bi se plačevale iz zasebnih sredstev in bile povezane s statusom, materialnim položajem zavarovanca in starostjo zavarovanca (Generalni sekretariat vlade Republike Slovenije, 2013, str. 10).

Da bi posameznik pridobil pravice iz sistema dolgotrajne oskrbe, bi se moral najprej prijaviti na pristojni izvedenski komisiji. Ta bi izbrala koordinatorja postopka, ki bi na podlagi zbranih podatkov in ocene potreb izdelal individualni načrt za vsakega posameznika. Individualni načrt bi vseboval: 1) oceno potreb upravičenca na podlagi 15 kriterijev; 2) storitve iz sistema dolgotrajne oskrbe, ki bi jih upravičenec potreboval, in njihov obseg; 3) obliko dolgotrajne oskrbe; 4) obseg in vrsto drugih pravic iz sistema obveznega zavarovanja ter 5) priznana vrednost storitev dolgotrajne oskrbe in drugih pravic. Izbrani izvajalec bi potem pripravil izvedbeni načrt, a le v primeru, če bi bil izbrani izvajalec vključen v mrežo javne službe. V primeru neformalnih izvajalcev dolgotrajne oskrbe bi načrt vseboval podatke o neformalnem izvajalcu, osnovne veščine za izvajanje storitev tega neformalnega izvajalca in druge podatke, potrebne za odločitve o pravicah iz sistema obveznega zavarovanja (Generalni sekretariat vlade Republike Slovenije, 2013, str. 11).

3.4 Gibanje javnofinančnih izdatkov za dolgotrajno oskrbo v prihodnje

Izdatki za dolgotrajno oskrbo so v letu 2013 znašali 1,4 % BDP. V Tabeli 1 je predstavljen odstotek izdatkov za dolgotrajno oskrbo po različnih možnih scenarijih v letu 2060 kot odstotek BDP. V tretjem stolpcu je predstavljena sprememba po posameznem scenariju v obdobju od 2013 do 2060 v odstotnih točkah. Največja sprememba oziroma porast sta pri scenariju konvergence pokritosti in izdatkov in pri AWG scenariju tveganja (Eurostat, 2015c, str. 271–276).

Tabela 1: Izdatki za dolgotrajno oskrbo v letu 2060 kot % BDP in sprememba v obdobju od leta 2013 do 2060 v odstotnih točkah

Scenarij	Izdatki kot % BDP v letu 2060	Sprememba 2013–2060 (v odstotnih točkah)
Referenčni AWG scenarij	2,9	1,5
Demografski scenarij	2,8	1,4
Scenarij visokega življenjskega pričakovanja	3,1	1,7
Osnovni scenarij	3,0	1,6
Scenarij nespremenljive invalidnosti	2,8	1,4
Scenarij pomika k formalni oskrbi	3,6	2,1
Scenarij konvergence pokritosti	3,4	1,9
Scenarij konvergence izdatkov	3,9	2,5
Scenarij konvergence pokritosti in izdatkov	4,3	2,9
AWG scenarij tveganja	4,2	2,7
Scenarij tveganja za vse dejavnike produktivnosti	2,9	1,5

Vir: Eurostat, The 2015 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections for the 28 EU Member States (2013–2060), 2015, tabela III.1.113, str.271; Eurostat, The 2015 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections for the 28 EU Member States (2013–2060), 2015, tabela III.1.114, str.271; Eurostat, The 2015 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections for the 28 EU Member States (2013–2060), 2015, tabela III.1.115, str.272; Eurostat, The 2015 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections for the 28 EU Member States (2013–2060), 2015, tabela III.1.116, str. 272; Eurostat, The 2015 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections for the 28 EU Member States (2013–2060), 2015, tabela III.1.117, str. 273; Eurostat, The 2015 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections for the 28 EU Member States (2013–2060), 2015, tabela III.1.118, str. 273; Eurostat, The 2015 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections for the 28 EU Member States (2013–2060), 2015, tabela III.1.119, str. 274; Eurostat, The 2015 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections for the 28 EU Member States (2013–2060), 2015, tabela III.1.120, str. 274; Eurostat, The 2015 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections for the 28 EU Member States (2013–2060), 2015, tabela III.1.121, str. 275; Eurostat, The 2015 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections for the 28 EU Member States (2013–2060), 2015, tabela III.1.122, str. 275; Eurostat, The 2015 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections for the 28 EU Member States (2013–2060), 2015, tabela III.1.123, str. 276.

V primeru AWG referenčnega scenarija bi se skupno število ljudi, ki potrebuje pomoč drugih, povišalo na 282 tisoč v letu 2060. Okrog leta 2045 bi ta številka znašala tudi 286 tisoč ljudi. Število oseb, ki prejemajo oskrbo v primernih institucijah, naj bi se do leta 2060 povečalo na 43 tisoč. Število oseb, ki bi prejemale oskrbo doma, pa bi se v istem obdobju povečalo na 66 tisoč. Denarno pomoč bi v letu 2060 predvidoma prejelo 100 tisoč oseb (Eurostat, 2015c, str. 276–278). Demografski scenarij predvideva, da naj bi se skupno število ljudi, ki so odvisni od drugih, do leta 2060 povečalo na 301 tisoč. Število oseb, ki bi prejemale institucionalno dolgotrajno oskrbo, naj bi se do leta 2060 povečalo na 45 tisoč. Oskrbo doma naj bi v letu 2060 prejelo 69 tisoč oseb. Oskrbo v obliki denarne pomoči pa naj bi v istem letu prejelo 103 tisoč ljudi (Eurostat, 2015c, str. 278–280).

Pri scenariju nespremenljive invalidnosti naj bi se število ljudi, ki potrebujejo pomoč drugih, v letu 2060 povečalo na 263 tisoč, medtem ko bi vrh doseglo v letu 2045, ko bi znašalo 272 tisoč oseb. V institucijah bi v letu 2060 dolgotrajno oskrbo prejelo 42 tisoč ljudi. V domačem okolju bi v istem letu dolgotrajno oskrbo prejelo 63 tisoč oseb. Število prejemnikov denarne pomoči bi se povečalo na 96 tisoč ljudi (Eurostat, 2015c, str. 280–282). V primeru scenarija premika k formalni obliki dolgotrajne oskrbe bi se število oseb, ki so odvisne od drugih, do leta 2060 povečalo na 301 tisoč. Institucionalno obliko dolgotrajne oskrbe bi v letu 2060 prejelo 56 tisoč oseb. Dolgotrajno oskrbo doma bi v istem letu prejelo 89 tisoč ljudi. Število prejemnikov denarne pomoči pa naj bi se do leta 2060 povečalo na 103 tisoč ljudi (Eurostat, 2015c, str. 282–284).

Scenarij konvergence pokritosti v letu 2060 predvideva isto število oseb, ki so odvisne od drugih, kot scenarij premika k formalni obliki dolgotrajne oskrbe, torej 301 tisoč. Dolgotrajno oskrbo v institucijah naj bi v istem letu (2060) prejelo 52 tisoč oseb. Število oseb, ki naj bi v letu 2060 prejemale dolgotrajno oskrbo doma, naj bi znašalo 80 tisoč ljudi. Število prejemnikov denarne pomoči v letu 2060 pa je zopet enako kot pri scenariju premika k formalni obliki dolgotrajne oskrbe (Eurostat, 2015c, str. 284–286).

4 LASTNE PROJEKCIJE IZDATKOV ZA ZDRAVSTVO IN DOLGOTRAJNO OSKRBO V SLOVENIJI

V tem poglavju magistrskega dela bom najprej predstavila gibanje izdatkov za zdravstvo in dolgotrajno oskrbo v preteklosti in prihodnosti ter teoretične predpostavke, povezane z njim. Predstavila bom rezultate projekcij izdatkov za zdravstvo in dolgotrajno oskrbo za preteklost, upošteva je sedanjo porazdelitev izdatkov po starosti in demografskega gibanja v preteklosti. Izdatke za zdravstvo lahko spremljamo dlje v preteklost kot pa izdatke za dolgotrajno oskrbo, saj je bil pojem dolgotrajne oskrbe omenjen dokaj pozno, in sicer v Franciji ter tedanji Češkoslovaški v poznih sedemdesetih letih dvajsetega stoletja (Lipszyc et al., 2012, str. 9). Za projekcije bom potrebovala podatke o številu prebivalcev v posamezni starosti v preteklosti. Projekcije bom izdelala ločeno, posebej za zdravstvo in posebej za dolgotrajno oskrbo.

4.1 Podatki in metodologija

Za pripravo sprememb financiranja dolgotrajne oskrbe in reform potrebujemo ustrezne analize in projekcije (Nagode et al., 2014, str. 7). Pri pripravi lastnih projekcij o izdatkih za zdravstvo in dolgotrajno oskrbo glede na spreminjajočo starostno strukturo sem potrebovala podatke o porazdelitvi izdatkov za zdravstvo in dolgotrajno oskrbo po starosti, ki so bili objavljeni v publikaciji Evropske komisije *Ageing Report 2015* (Eurostat, 2015c) in projekcije prebivalstva Slovenije po starosti in spolu. Iz teh rezultatov bo mogoče razbrati, ali bo rast izdatkov za zdravstvo in dolgotrajno oskrbo tesno povezana s staranjem prebivalstva ali pa bo le v določeni meri odvisna od demografskih dejavnikov in v večji meri od drugih dejavnikov. V publikaciji, ki pojasnjuje uporabljeno metodologijo pri projekcijah *Ageing Report 2015: Underlying Assumptions and Projection Methodologies* (2014d), je za vsakega od mogočih scenarijev za izdatke za zdravstvo v prihodnosti navedena enačba, po kateri se izračunava znesek javnofinančnih izdatkov za zdravstvo v odstotkih BDP. Vsaka od enačb vsebuje v števcu znesek javnofinančnih izdatkov za posamezno leto, v imenovalcu pa se nahaja znesek BDP v navedenem letu, ki se ujema z letom v števcu. Ker se v tem magistrskem delu bolj osredotočam na demografski del dejavnikov za rast izdatkov, je spodaj zapisana enačba (1) tista, ki predstavlja izračun javnofinančnih izdatkov za zdravstvo kot odstotek BDP po demografskem scenariju (Eurostat, 2014d, str. 119). Iz nje je razvidno, da je odstotek BDP po demografskem scenariju (T^d_t) mogoče izračunati kot kvocient med javnofinančnimi izdatki za zdravstvo za vse osebe po spolu (g), starosti (a) in letu (t) ter zneskom BDP v posameznem letu (Y_t)

$$T^d_t = \frac{\sum S^d_{g,a,t}}{Y_t} \quad (1)$$

Najprej bom s pomočjo pridobljenih podatkov naredila projekcije izdatkov za zdravstvo in dolgotrajno oskrbo za preteklost. Nato bom izračunane vrednosti primerjala z dejanskimi podatki iz posameznega leta v preteklosti, kar bo tudi predstavljalo osnovo za projekcije, ki jih bom izračunala za izdatke za zdravstvo in dolgotrajno oskrbo v prihodnosti. Glede na samo povezanost ali nepovezanost z demografskimi dejavniki bo mogoče oceniti, v kolikšni meri bodo demografski dejavniki oziroma staranje prebivalstva vplivali na prihodnjo rast izdatkov za zdravstvo in dolgotrajno oskrbo.

4.1.1 Gibanje števila starih ljudi (nad 65 let) in zelo starih ljudi (nad 80 let) v Sloveniji

V izračunih bom uporabila projekcije prebivalstva Slovenije, ki jih je izdelal Eurostat in jih skupaj s projekcijami prebivalstva drugih držav Evropske unije združil pod naslovom EUROPOP 2013. Te projekcije obsegajo obdobje med letom 2013, ko so projekcije začele nastajati, in letom 2060. Celotne projekcije obsegajo podatke in projekcije za področja pokojnin, izdatkov za zdravstvo, izdatkov za dolgotrajno oskrbo, izdatkov za izobraževanje in ugodnosti za primer brezposelnosti. V projekcije so vključene tudi projekcije po posameznih državah glede stopenj rodnosti, življenjskega pričakovanja in neto migracij. Podrobno je po posameznih državah razčlenjen tudi delež posameznih skupin prebivalstva, kot so otroci (pod

14 let), delovno aktivno prebivalstvo (15–64 let), stari ljudje (nad 65 let), zelo stari ljudje (nad 80 let). Po petletnih razmikih je izračunan odstotek posameznih skupin v celotni populaciji. Odstotek zelo starih ljudi je po enakih petletnih razmikih izračunan tudi kot odstotek glede na populacijo starih ljudi in populacijo delovno aktivnih prebivalcev.

Delež starejših od 65 let naj bi se v obdobju od leta 2013 do 2060 povečal za 0,7-krat, torej za 70 %, delež starejših od 80 let pa naj bi se v istem obdobju povečal za približno 1,7-krat, torej za 170 % (Eurostat, 2015c, str. 43). V Tabeli 2 je prikazano, kako naj bi se delež starejših od 65 let in delež starejših od 80 let v celotnem prebivalstvu gibal od leta 2020 do leta 2060 glede na izračune, podane v demografskih projekcijah EUROPOP 2013.

Tabela 2: Delež starejših od 65 let in delež starejših od 80 let glede na celotno prebivalstvo v obdobju 2020–2060 v Sloveniji v %

Leto	Delež starejših od 65 let (v %)	Delež starejših od 80 let (v %)
2020	20,4	5,4
2025	22,7	6,0
2030	24,8	6,7
2035	26,6	8,3
2040	27,8	9,5
2045	29,0	10,5
2050	29,8	11,1
2055	30,1	11,5
2060	29,5	12,3
2065	28,6	12,9
2070	27,7	13,0
2075	27,6	12,4
2080	28,1	11,7

Vir: Eurostat, Main Scenario – Projected demographic balances and indicators, 2014.

Po Tabeli 2 sodeč začne med leti 2055 in 2060 delež starejših od 65 let padati, medtem ko delež starejših od 80 let še vedno narašča. V obdobju od leta 2055 do 2060 bodo namreč v 65. leto starosti vstopale generacije, ki so bile rojene med leti 1990 in 1995, ko je bilo število rojenih otrok zelo nizko. Opazno pa je tudi, da med leti 2070 in 2075 začne upadati delež starejših od 80 let. To je posledica dejstva, da bodo omenjene generacije, rojene med 1990 in 1995, vstopale v starostni razred 80+. V obeh primerih je gibanje deleža starih in zelo starih v manjši meri odvisno tudi od procesov rodnosti in selitev, ki vplivajo na število in delež mladih v celotnem prebivalstvu, s tem pa tudi na delež starih in zelo starih.

Tabela 3 prikazuje podatke o deležu starejših od 65 let in starejših od 80 let v Sloveniji v obdobju od leta 1995 do 2015. V letu 1995 delež starejših od 65 let znaša 12,1 % celotnega prebivalstva, delež starejših od 80 let pa 2,6 % celotnega prebivalstva. Že v obdobju izbranih 20 let se je delež starejših od 65 let dvignil za 5,8 odstotne točke, delež starejših od 80 let pa za 2,2 odstotne točke.

Tabela 3: Delež starejših od 65 let in delež starejših od 80 let v Sloveniji v letih od 1995 do 2015 v %

Leto	Delež starejših od 65 let (v %)	Delež starejših od 80 let (v %)
1995	12,1	2,6
2000	13,9	2,3
2005	15,3	3,0
2010	16,5	3,9
2015	17,9	4,8

Vir: Statistični urad Republike Slovenije, *Prebivalstvo – Število in sestava prebivalstva, 2015*.

4.1.2 Delež ljudi, ki potrebujejo dolgotrajno oskrbo

V tem podpoglavju bodo predstavljeni deleži ljudi, ki so oziroma bodo v prihodnosti potrebovali pomoč drugih ljudi ter bodo prejeli najmanj eno od oblik storitev iz sistema dolgotrajne oskrbe. Med 3,5 % in 4 % ljudi, ki so stari 65 let ali več, naj bi potrebovalo storitve dolgotrajne oskrbe (Toth, 2009, str. 13). V letu 2013 je dolgotrajno oskrbo prejelo 2,9 % prebivalstva Slovenije. Od tega veliko večino predstavlja oskrba za prebivalce, stare 65 let ali več (OECD, 2015f). Dne 31. 12. 2014 je pomoč na domu prejelo 6.888 uporabnikov. Celotno število uporabnikov v letu 2014 je znašalo 9.664, kar je pokazatelj visoke fluktuacije uporabnikov. Celotni dnevni stroški pomoči na domu so na dan 31. 12. 2014 v povprečju znašali 16,77 € (Inštitut Republike Slovenije za socialno varstvo, 2016).

Rezultati temeljijo na demografskih projekcijah EUROPOP 2013, iz katerih sem izračunala deleže po posameznih starostnih razredih. Hkrati tudi predstavljam izračune Evropske komisije za vse države EU, ki jih je predstavila v poročilu *The 2015 Ageing Report* (Eurostat, 2015c). V Tabeli 4 lahko vidimo delež ljudi, ki naj bi v obdobju 2020 in 2060 v Sloveniji potrebovali pomoč drugih – po različnih scenarijih, omenjenih že v podpoglavju številka 2.4.1. Podatki za 2011 kažejo, da je dolgotrajno oskrbo v eni izmed oblik prejelo 40.606 oseb, starih 65 let ali več, ta številka je predstavljala 11,9 % vseh oseb, ki so bile takrat stare 65 let ali več. Od tega je 17.088 oseb prejelo oskrbo v namenskih institucijah, kar je predstavljalo 5 % vseh oseb, starejših od 65 let. Do dnevnega varstva je bilo upravičenih 214 oseb, kar je predstavljalo 0,1 % oseb, starejših od 65 let. Formalno oskrbo na domu ali v skupnosti je prejela 16.201 oseba, kar je enako 4,7 % oseb, ki so bile stare 65 let ali več. Dodatke oziroma prejemke, ki se štejejo kot neformalna oskrba, pa je prejelo 7.103 oseb ali 2,1 % vseh oseb, starih 65 ali več let (Nagode, 2014).

Samo število uporabnikov pomoči na domu je naraslo s 5.328 na začetku leta 2006 na 6.540 ob koncu leta 2012. Vseh uporabnikov pomoči na domu v letu 2013 je bilo 9.425 (Nagode, 2014). Dne 31. 12. 2011 je dolgotrajno oskrbo v institucijah prejelo 21.093 oseb. Od tega jih je 17.386 oziroma 82,4 % dolgotrajno oskrbo prejelo v domovih za starejše. Razliko predstavljajo še posebni socialnovarstveni zavodi, varstveno-delovni centri in zavodi za izobraževanje otrok s posebnimi potrebami. Med vsemi prejemniki dolgotrajne oskrbe v

institucijah je bilo 81 % prejemnikov starejših od 65 let, 55 % pa jih je bilo starejših od 80 let (Nagode et al., 2014, str. 32–33). V dnevnik oblikah dolgotrajne oskrbe je pomoč prejelo 377 oseb, od tega 229 ali 60,7 % v dnevnik centrih domov za starejše, drugih 148 oseb ali 39,3 % pa v dnevnik centrih zavodov za usposabljanje, varstvo in delo. Kar 56,8 % oseb je bilo starih 65 let ali več, 39,5 % pa jih je bilo starejših od 80 let (Nagode et al., 2014, str. 33–34). Dolgotrajno oskrbo na domu je prejelo 20.991 oseb, od teh je manjši delež oseb prejelo tako storitve patronažnega varstva kot pomoči na domu. Največ oseb je prejelo storitve v obliki patronažnega varstva (okrog 55% vseh oseb), znatnejši delež (okoli 32 %) pa predstavlja še pomoč na domu. V sklop storitev dolgotrajne oskrbe na domu so vključeni še družinski pomočnik, osebna asistenca, stanovanjske skupine na področju duševnega zdravja in delno plačilo za izgubljeni dohodek. Kar 77,2 % vseh prejemnikov dolgotrajne oskrbe na domu je bilo starih 65 let ali več, 49,5 % pa jih je bilo starejših od 80 let (Nagode et al., 2014, str. 35).

Tabela 4: Delež ljudi, ki bodo v obdobju med 2020 in 2060 v Sloveniji potrebovali pomoč drugih ljudi (v %)

Leto	Referenčni AWG scenarij	Demografski scenarij	Nespremenljiva invalidnost	Premik k formalni oskrbi	Konvergenca pokritosti
2020	11,86	12,00	11,71	12,00	12,00
2025	12,29	12,57	12,05	12,57	12,57
2030	12,71	13,10	12,38	13,10	13,10
2035	13,14	13,62	12,67	13,62	13,62
2040	13,48	14,05	12,90	14,05	14,05
2045	13,62	14,29	12,95	14,29	14,29
2050	13,57	14,33	12,90	14,33	14,33
2055	13,52	14,38	12,71	14,38	14,38
2060	14,10	15,05	13,15	15,05	15,05

Vir: Eurostat, The 2015 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections for the 28 EU Member States (2013–2060), 2015, tabela III.1.124, str. 276; Eurostat, The 2015 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections for the 28 EU Member States (2013–2060), 2015, tabela III.1.128, str. 278; Eurostat, The 2015 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections for the 28 EU Member States (2013–2060), 2015, tabela III.1.132, str. 280; Eurostat, The 2015 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections for the 28 EU Member States (2013–2060), 2015, tabela III.1.136, str. 282; Eurostat, The 2015 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections for the 28 EU Member States (2013–2060), 2015, tabela III.1.140, str. 284.

V Tabeli 5 lahko vidimo delež ljudi, ki bodo med 2020 in 2060 v Sloveniji predvidoma prejeli dolgotrajno oskrbo v namenskih institucijah (domovi za starejše, dnevni centri, itd.) po že omenjenih scenarijih. V obdobju med 2020 in 2060 se bo največ povečal delež ljudi v povezavi s scenarijem konvergenca pokritosti in sicer za 1,36 odstotne točke, najmanj pa po scenariju nespremenljive invalidnosti za 0,91 odstotne točke.

Tabela 5: Delež ljudi, ki bodo med 2020 in 2060 v Sloveniji prejeli oskrbo v institucijah (v %)

Leto	Referenčni AWG scenarij	Demografski scenarij	Nespremenljiva invalidnost	Premik k formalni oskrbi	Konvergenca pokritosti
2020	1,19	1,19	1,19	1,48	1,24
2025	1,29	1,29	1,29	1,71	1,33
2030	1,38	1,43	1,38	1,86	1,52
2035	1,57	1,57	1,52	2,05	1,71
2040	1,71	1,76	1,67	2,24	1,95
2045	1,86	1,90	1,81	2,43	2,14
2050	1,95	2,00	1,90	2,52	2,29
2055	2,00	2,10	1,95	2,62	2,38
2060	2,15	2,25	2,10	2,80	2,60

Vir: Eurostat, The 2015 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections for the 28 EU Member States (2013–2060), 2015, tabela III.1.125, str. 277; Eurostat, The 2015 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections for the 28 EU Member States (2013–2060), 2015, tabela III.1.129, str. 279; Eurostat, The 2015 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections for the 28 EU Member States (2013–2060), 2015, tabela III.1.133, str. 281; Eurostat, The 2015 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections for the 28 EU Member States (2013–2060), 2015, tabela III.1.137, str. 283; Eurostat, The 2015 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections for the 28 EU Member States (2013–2060), 2015, tabela III.1.141, str. 285.

Iz Tabele 6 je mogoče razbrati delež ljudi v Sloveniji, ki bodo dolgotrajno oskrbo prejeli doma v obdobju med leti 2020 in 2060 po petih izdelanih scenarijih. V obdobju med leti 2020 in 2060 naj bi največji porast deleža ljudi, ki bodo prejeli dolgotrajno oskrbo doma, predstavljal scenarij konvergence pokritosti, ki predvideva porast za 1,81 odstotne točke, najmanjši porast napoveduje scenarij nespremenljive invalidnosti – 1,05 odstotne točke.

Prejemniki so denarno pomoč prejeli tudi kot dodatek za nego otroka, dodatek za tujo nego in pomoč po Zakonu o družbenem varstvu duševno in telesno prizadetih oseb, dodatek za pomoč in postrežbo po Zakonu o socialnem varstvu, po Zakonu o vojnih veteranih in po Zakonu o vojnih invalidih. Od teh so 74,7 % predstavljali tisti, ki so denarno pomoč v obliki dodatka za pomoč in postrežbo prejeli po Zakonu o pokojninskem in invalidskem zavarovanju. (Nagode et al., 2014, str. 36).

Tabela 7 prikazuje delež ljudi, ki bodo v obdobju med leti 2020 in 2060 v Sloveniji prejeli dolgotrajno oskrbo v obliki denarne pomoči. Največji porast deleža ljudi naj bi dobili ob upoštevanju referenčnega AWG scenarija (za 2,57 odstotne točke), medtem ko bi najmanjši porast (za 2,18 odstotne točke) dobili ob upoštevanju scenarija nespremenljive invalidnosti.

Tabela 6: Delež ljudi, ki bodo med 2020 in 2060 v Sloveniji prejeli dolgotrajno oskrbo doma (v %)

Leto	Referenčni AWG scenarij	Demografski scenarij	Nespremenljiva invalidnost	Premik k formalni oskrbi	Konvergenca pokritosti
2020	2,10	2,14	2,10	2,71	2,19
2025	2,24	2,29	2,24	3,14	2,38
2030	2,43	2,48	2,38	3,33	2,62
2035	2,62	2,67	2,52	3,57	2,90
2040	2,81	2,90	2,71	3,81	3,14
2045	2,95	3,05	2,86	4,00	3,38
2050	3,05	3,14	2,90	4,40	3,57
2055	3,10	3,24	2,95	4,14	3,67
2060	3,30	3,45	3,15	4,45	4,00

Vir: Eurostat, *The 2015 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections for the 28 EU Member States (2013–2060)*, 2015, tabela III.1.126, str. 277; Eurostat, *The 2015 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections for the 28 EU Member States (2013–2060)*, 2015, tabela III.1.130, str. 279; Eurostat, *The 2015 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections for the 28 EU Member States (2013–2060)*, 2015, tabela III.1.134, str. 281; Eurostat, *The 2015 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections for the 28 EU Member States (2013–2060)*, 2015, tabela III.1.138, str. 283; Eurostat, *The 2015 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections for the 28 EU Member States (2013–2060)*, 2015, tabela III.1.142, str. 285.

Prejemnikov denarne pomoči je bilo skupaj 41.832. Med prejemniki jih je bilo 60,5 % starih 65 let ali več, 36,7 % pa 80 let ali več (Nagode et al., 2014, str. 36).

Tabela 7: Delež ljudi, ki bodo med 2020 in 2060 v Sloveniji prejeli denarno pomoč (v %)

Leto	Referenčni AWG scenarij	Demografski scenarij	Nespremenljiva invalidnost	Premik k formalni oskrbi	Konvergenca pokritosti
2020	2,43	2,67	2,62	2,67	2,67
2025	2,90	2,90	2,86	2,90	2,90
2030	3,14	3,19	3,05	3,19	3,19
2035	3,38	3,48	3,29	3,48	3,48
2040	3,76	3,86	3,67	3,86	3,86
2045	4,19	4,29	4,05	4,29	4,29
2050	4,43	4,57	4,29	4,57	4,57
2055	4,62	4,76	4,48	4,76	4,76
2060	5,00	5,15	4,80	5,15	5,15

Vir: Eurostat, *The 2015 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections for the 28 EU Member States (2013–2060)*, 2015, tabela III.1.127, str. 278; Eurostat, *The 2015 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections for the 28 EU Member States (2013–2060)*, 2015, tabela III.1.131, str. 280; Eurostat, *The 2015 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections for the 28 EU Member States (2013–2060)*, 2015, tabela III.1.135, str. 282; Eurostat, *The 2015 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections for the 28 EU Member States (2013–2060)*, 2015, tabela III.1.139, str. 284; Eurostat, *The 2015 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections for the 28 EU Member States (2013–2060)*, 2015, tabela III.1.143, str. 286.

4.2 Projekcije javnofinančnih izdatkov za zdravstvo in dolgotrajno oskrbo

V tem poglavju bom predstavila samostojni izdelek: potek oblikovanja projekcij javnofinančnih izdatkov tako za zdravstvo kot za dolgotrajno oskrbo. Projekcije bodo usmerjene v preteklost, kjer bom poskušala ugotoviti, kako je delež starejših ljudi nekdanj vplival na izdatke za zdravstvo in dolgotrajno oskrbo. Iz primerjave napovedanega stanja v preteklosti in dejanskih izdatkov bom ugotovila, v kolikšni meri demografski dejavniki (torej spreminjanje starostne strukture prebivalstva ob sedanji porazdelitvi izdatkov na prebivalca posamezne starosti) pojasnjujejo gibanje izdatkov v preteklosti. Iz te ugotovitve bom izpeljala projekcije gibanja izdatkov v prihodnosti. Pri izračunih bom upoštevala spreminjanje starostne strukture prebivalstva v prihodnje, kakor izhaja iz Eurostatovih demografskih projekcij, hkrati pa uporabila ugotovljeni odstotek izdatkov, ki je v preteklosti izhajal iz drugih naslovov. Tako bom ugotavljala, do kolikšnega poviševanja izdatkov za zdravstvo in dolgotrajno oskrbo bi ob takih predpostavkah prišlo v prihodnje. Najprej bom predstavila projekcije javnofinančnih izdatkov za zdravstvo.

4.2.1 Projekcije izdatkov za zdravstvo in dolgotrajno oskrbo na podlagi gibanja prebivalstva po starosti in po spolu

V prvem delu projekcij sem poskušala ugotoviti, v kolikšni meri spreminjajoča starostna struktura prebivalstva v preteklosti pojasnjuje gibanje izdatkov za zdravstvo in dolgotrajno oskrbo, če predpostavljamo porazdelitev stroškov na prebivalca iz izhodiščnega leta projekcij (2013). Iz zneskov, ki so bili dejansko namenjeni zdravstvu in dolgotrajni oskrbi ter izračunanimi vrednostmi, sem ugotovila, da so izdatki, izraženi kot odstotek BDP, naraščali hkrati z naraščanjem deleža starih prebivalcev; prikaz je na Sliki 2.

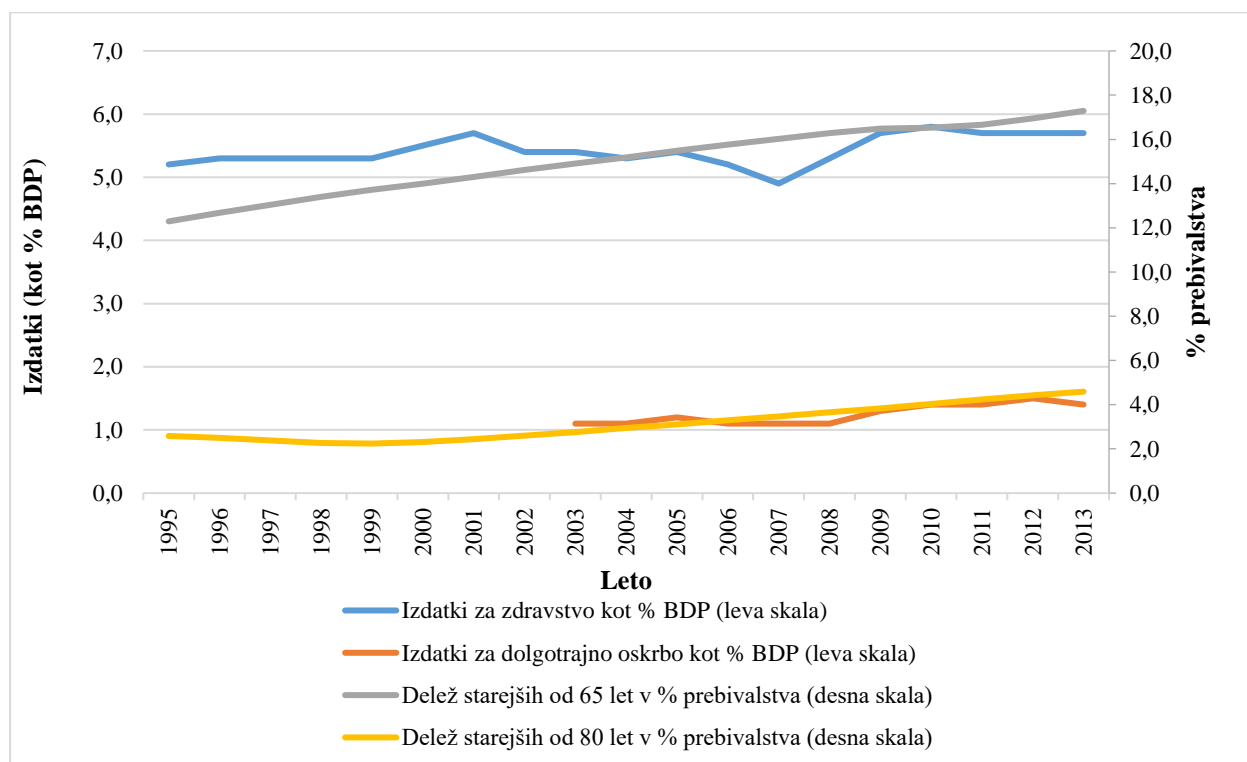
Za pripravo projekcij, povezanih z izdatki za zdravstvo in dolgotrajno oskrbo, sem uporabila model za projekcije izdatkov za zdravstvo in dolgotrajno oskrbo, ki ga je posredoval Sambt (2016). Uporabila sem ga za projekcije izdatkov za preteklost in rezultate primerjala z dejanskimi vrednostmi izdatkov, zbranih iz javno dostopnih virov. Šlo je za zoženo obliko omenjenega modela, kjer se povprečni izdatki na prebivalca za zdravstvo in dolgotrajno oskrbo iz baznega leta (in ki se po predpostavki povečujejo z rastjo BDP na prebivalca) kombinirajo s projekcijami prebivalstva za prihodnje (Eurostat, 2015c) oziroma z dejanskim gibanjem prebivalstva v preteklosti.

Tehnično je postopek izračunov naslednji: za vsak spol pomnožimo tabelo povprečnih izdatkov na prebivalca po posameznih starostnih razredih v prihodnje (kjer so starostni razredi v vrsticah in koledarska leta v stolpcih tabele) s tabelo projekcij prebivalstva (kjer so prav tako starostni razredi v vrsticah in koledarska leta v stolpcih tabele). Pri prihodnjem gibanju izdatkov na prebivalca predpostavljamo, da se bodo stroški gibali z rastjo BDP na prebivalca. Projekcije BDP so enake kot v izračunih Evropske komisije in reproducirane z modelom (Sambt, 2016). Predpostavljeno gibanje produktivnosti v prihodnje vsebinsko nima vpliva na rezultate, saj v enakem odstotku vpliva tako na rast števca (izdatki za zdravstvo oziroma dolgotrajno oskrbo) kot na rast imenovalca (BDP). Pomembne pa so predpostavke o gibanju stopenj zaposlenosti.

Pri tem sem uporabila makroekonomske predpostavke Evropske komisije, uporabljene v izračunih za Ageing report 2015. Podatke o starostni strukturi prebivalstva po posameznih starostnih razredih in ločeno po spolu sem pridobila iz Statističnih letopisov iz posameznih let v preteklosti; izdajal jih je Statistični urad Republike Slovenije. Večja omejitev se je pojavila pri podatkih o dejanskih izdatkih za zdravstvo in dolgotrajno oskrbo v preteklosti, saj so bili podatki o izdatkih, namenjenih zdravstvu po kategorijah sistema zdravstvenih računov (SHA) na voljo le do leta 1995, podatki o izdatkih za dolgotrajno oskrbo pa le do leta 2003.

Za pripravo izračunov je bilo treba pridobiti tudi podatke o BDP po posameznih letih v preteklosti. Do leta 2007 je bilo podatke o BDP-ju enostavno najti, saj so bili dostopni v sedanji uradni valuti Republike Slovenije, to je v evrih. Prav tako sem na strani Statističnega urada našla podatke, prevedene v evre s pomočjo tečaja zamenjave tolarja za evro, to je 239,64 slovenskega tolarja za 1 €. Viri, ki sem jih uporabila za izračune v modelu so navedeni v Prilogi 11. Pri projekcijah, povezanih z napovedovanjem izdatkov za zdravstvo in dolgotrajno oskrbo v prihodnosti, je opazno še intenzivnejše povečevanje števila starejših oseb, višanje življenjskega pričakovanja tako pri moških kot pri ženskah in tudi izboljševanje tehnologije v zdravstvu, kar bo omogočilo še boljše zdravljenje bolnim osebam.

Slika 2: Gibanje izdatkov za zdravstvo in dolgotrajno oskrbo v % BDP in % starejših od 65 in starejših od 80 let v celotnem prebivalstvu v obdobju 1995–2013



Vir: Statistični urad Republike Slovenije, Prebivalstvo – Število in sestava prebivalstva, 2015.

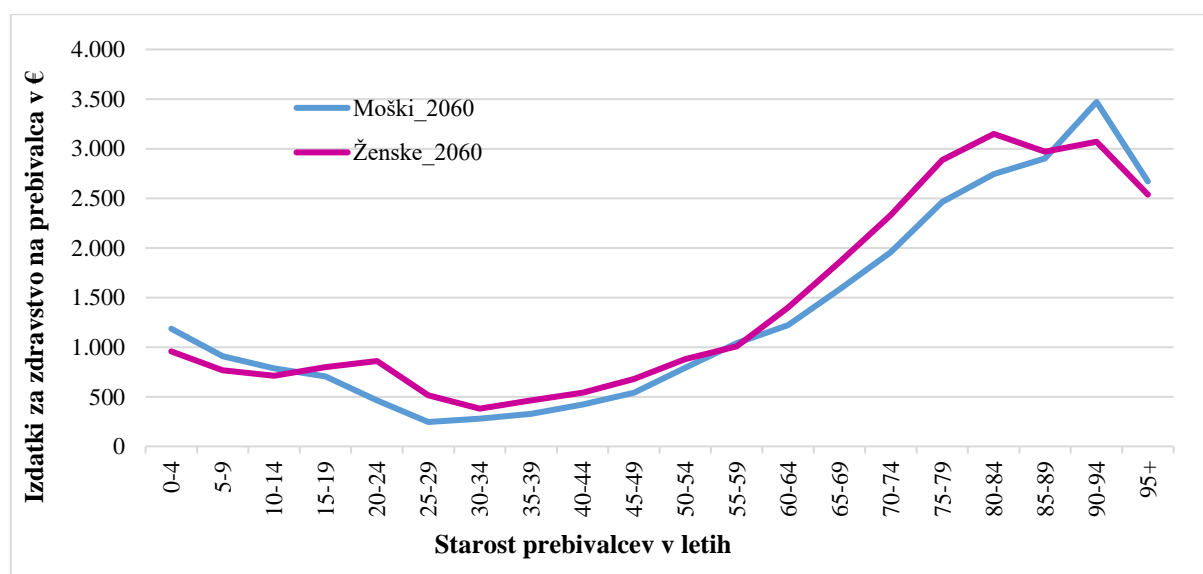
4.3 Rezultati in interpretacija

V primeru, da napovedana zdravstvena reforma ne bo udeležena v obliki novega zakona o zdravstvu, bo samo stanje izdatkov za zdravstvo in dolgotrajno oskrbo še močnejše vplivalo na državni proračun, ki v končni fazi krije razliko med izdatki in pobranimi prispevki za zdravstvo. Izdatki za zdravstvo in dolgotrajno oskrbo bi sčasoma predstavljali vedno večji odstotek BDP in bi začeli povzročati velike težave oblikovalcem proračuna, saj bi delež postavk zdravstva in dolgotrajne oskrbe prerastel vse okvirje.

V obdobju 1995 do 2013 so izdatki za zdravstvo naraščali počasneje oziroma manj, kot bi pričakovali glede na spreminjanje števila in starostne strukture prebivalstva (»demografski dejavniki«). V delu projekcij, povezanih z zdravstvom, sem izračunala povišanje dejanskih in simuliranih vrednosti. Iz tega razmerja sem izpeljala 18. koren in tako dobila podatke, koliko bi morali v povprečju vsako leto rasti izdatki za manj kot napovedano z demografskim modelom, tako da bi z ravni v letu 1995 s projekcijami dosegla dejansko raven v letu 2013.

Pri projekcijah, ki sem jih izdelala, je opaziti, da je tako pri zdravstvu kot pri dolgotrajni oskrbi znesek izdatkov za zdravstvo in za dolgotrajno oskrbo občutno višji pri starejših. Slika 3, ki predstavlja starostni profil izdatkov za zdravstvo za moške in ženske v letu 2060, to dejstvo le še potrjuje. Izdatki, namenjeni zdravstvu, so občutno višji pri ženskah, starejših nad 65 let, nakar začnejo padati po 90. letu starosti. Očitno je tudi, da je znesek izdatkov za zdravstvo na prebivalca nižji pri ženskah starejših od 85 let kot pri moških v istem starostnem razredu.

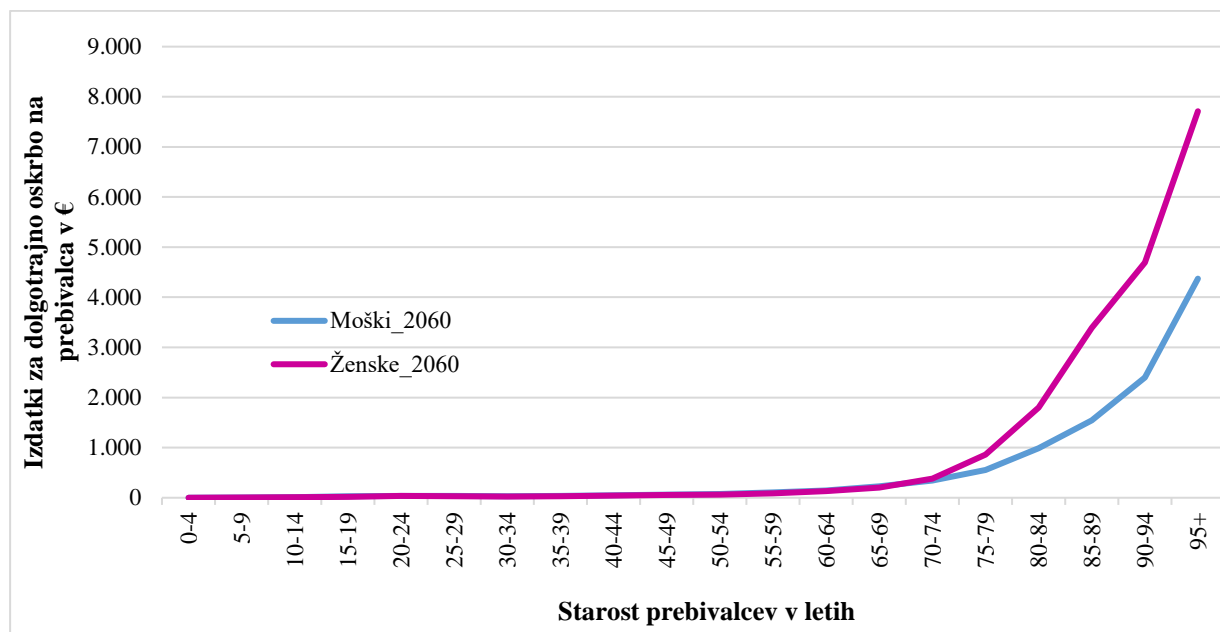
Slika 3: Starostni profil za moške in ženske za gibanje izdatkov za zdravstvo v letu 2060 v € na prebivalca



Slika 4 predstavlja starostni profil za izdatke za dolgotrajno oskrbo za moške in ženske. Vidno je, da se znesek, namenjen dolgotrajni oskrbi, stalno povišuje. V začetku življenja je minimalen in začne naraščati šele po 65. letu starosti. Pri moških je znesek najvišji pri več kot 95. letih in

znaša blizu 4.500 €, pri ženskah pa se najvišji znesek giblje okoli 8.000 € in je tako občutno višji kot pri moških.

Slika 4: Starostni profil za moške in ženske za gibanje izdatkov za dolgotrajno oskrbo v letu 2060 v € na prebivalca



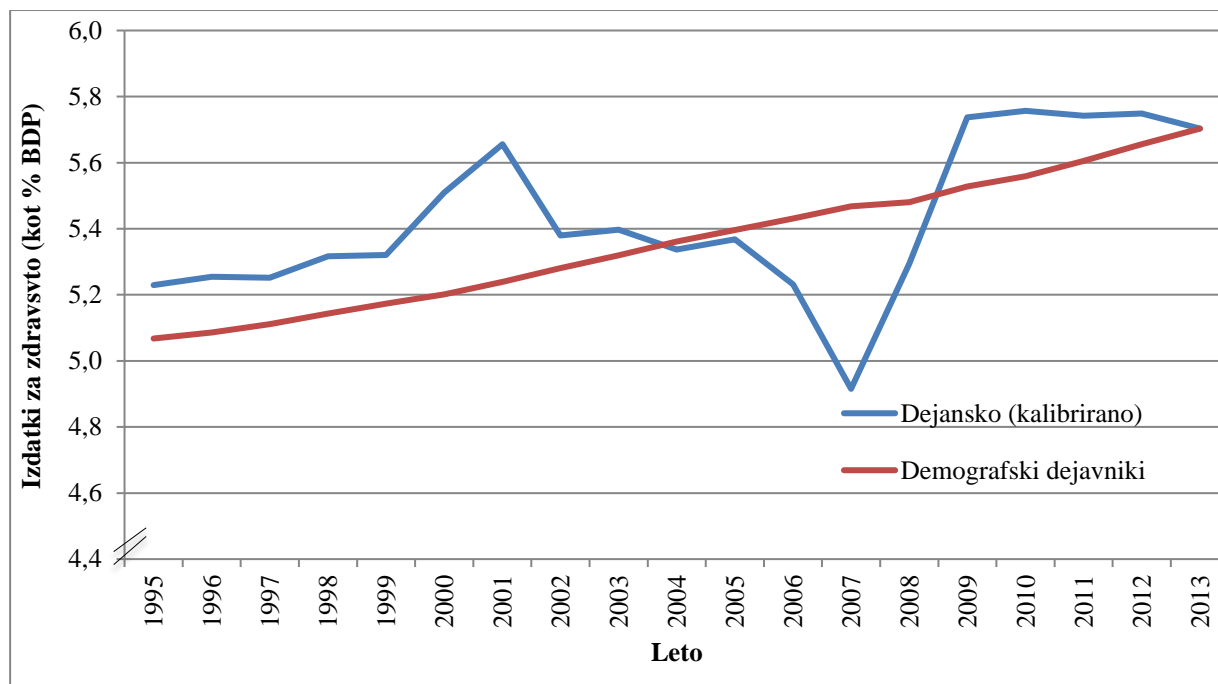
V proučevanem obdobju smo bili priče velikemu nihanju izdatkov za zdravstvo – še posebej v letih 2007 (navzdol) in 2001 (navzgor). To moramo torej imeti v mislih pri interpretiranju rezultatov projekcij za naprej, kjer se morebitni nihaj v začetnem in končnem obdobju v samih projekcijah potencira. Glede na gibanje, predstavljeno na Sliki 5, sicer menim, da v začetnem (1995) in končnem letu (2013) projekcij za preteklost posebnih nihajev ni bilo.

Pri dolgotrajni oskrbi so bili procesi ravno obratni. Dejansko so izdatki v obdobju od 2003 do 2013 naraščali hitreje oziroma bolj kot bi napovedal model z demografskimi dejavniki (število in struktura prebivalstva po starosti), kar je razvidno s Slike 6. Z nje lahko razberemo tudi, da se dejanski in simulirani rezultati niso pretirano razlikovali glede na višino samega odstotka v BDP. Medtem ko se je pri izdatkih za zdravstvo iz razmerja izračunal 18. koren (za oceno nedemografskih dejavnikov), se pri izdatkih za dolgotrajno oskrbo izračuna deseti koren, saj je obdobje proučevanja ustrezno krajše, torej 10 namesto 18 let. Primerljivi podatki o gibanju izdatkov za dolgotrajno oskrbo so torej žal razpoložljivi še za bistveno krajše obdobje kot v primeru zdravstva.

Rezultati modela, ki predstavljajo projekcije za nazaj, kažejo, da je skupaj s staranjem prebivalstva naraščal tudi odstotek javnofinančnih izdatkov za zdravstvo in dolgotrajno oskrbo, izraženih v odstotkih BDP. Leta 1995 je ta znašal 5,70 %. Podatki po letu 1995 kažejo, da so se izdatki za zdravstvo sčasoma povečevali. V letu 2000 so izdatki za zdravstvo, izraženi v odstotkih BDP, prvič znašali več kot 6 %. Med leti 2002 in 2008 so padli pod 6 % in do leta 2013 narastli na 6,22 %. V projekcije so bili uvrščeni le javni, ne pa tudi zasebni izdatki za

zdravstvo. Delež izdatkov za dolgotrajno oskrbo, izražen v odstotkih BDP, se je nenehno gibal nad 1 %. Najvišji odstotek je glede na projekcije za nazaj dosegel ravno v zadnjih letih projekcij, 2012 in 2013, in sicer 1,33 % in 1,31 %.

Slika 5: Dejansko in simulirano gibanje izdatkov za zdravstvo v obdobju 1995–2013, kot % BDP

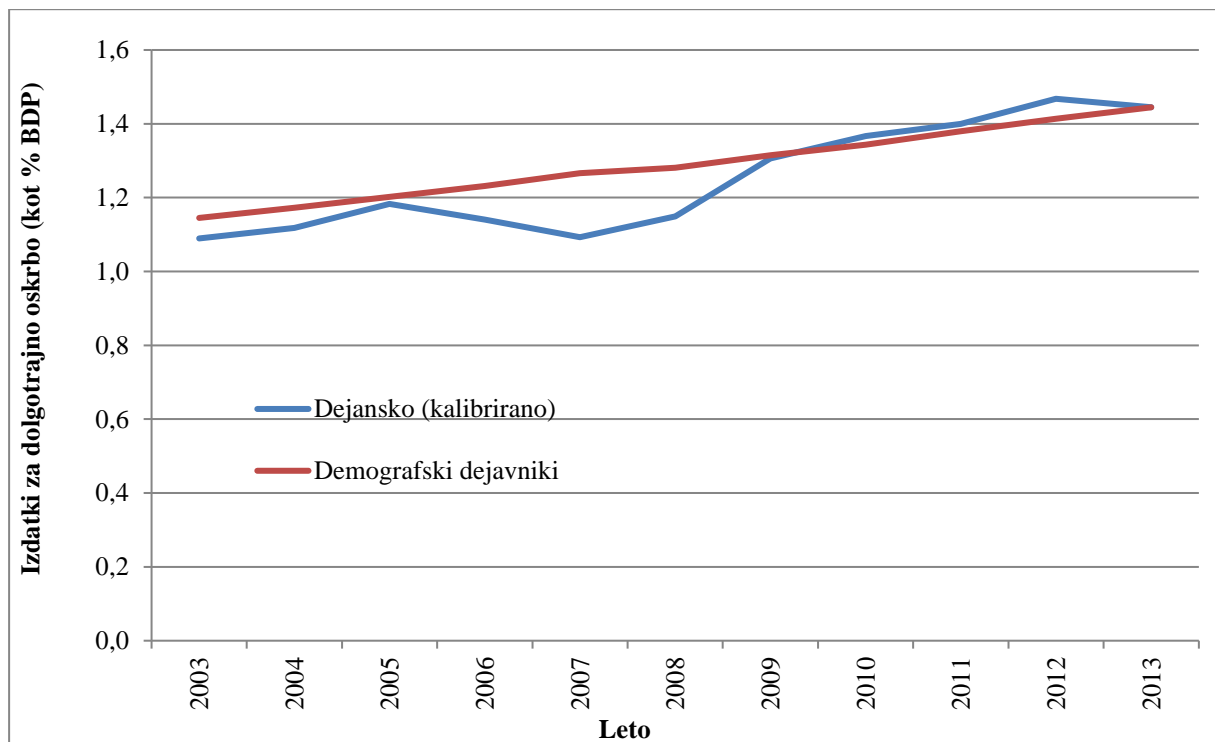


Rezultati modela, ki predstavlja projekcijo izdatkov za zdravstvo in dolgotrajno oskrbo za prihodnost, kažejo, da se bodo izdatki predvidoma še naprej povečevali. Projekcije gibanja izdatkov za zdravstvo predstavlja Slika 7. V letu 2013 so izdatki za zdravstvo predstavljali 5,72 % izdatkov, izraženih v odstotkih BDP. Prvič naj bi se povečali prek 6 % BDP v letu 2022, ko bodo znašali 6,04 %. V prvem obdobju do leta 2035 bodo izdatki za zdravstvo kot odstotek BDP zelo naraščali, saj bo rast znašala med 0,04 in 0,05 odstotne točke na leto. Po letu 2035 do leta 2044 se bo rast upočasnila, in sicer bo znašala med 0,02 in 0,03 odstotne točke na leto. Po letu 2045 in do konca obdobja se bo rast izdatkov za zdravstvo kot odstotek BDP skoraj popolnoma ustavila in bo predvidoma znašala le še 0,01 odstotne točke na leto. V končnem letu projekcij, v letu 2060, bo delež izdatkov za zdravstvo predstavljal 7,0 % BDP.

Dobljeni odstotki BDP se ne razlikujejo veliko od rezultatov projekcij za demografski scenarij, ki jih je izdelal AWG in predstavil v EUROPOP 2013. Za primerjavo sem uporabila ravno demografski scenarij, ki je po metodologiji izračuna enak metodologiji, ki sem jo uporabila v okviru projekcij za prihodnost. V začetnem letu projekcij, letu 2013, se odstotka ne razlikujeta, saj temeljita na istih dejanskih vrednostih, to je 5,7 % BDP. V letu 2060, ki je končno leto projekcij, bi bil tako delež izdatkov za zdravstvo 7 % BDP, po AWG izračunih pa 7,1 %. To pomeni, da z upoštevanjem samo demografskih dejavnikov praktično reproduciram rezultate demografskega scenarija AWG. Vendar pa za našo osnovno varianto rezultatov upoštevam še

to, da je bila v preteklosti rast zdravstvenih izdatkov v Sloveniji nižja kot bi jo napovedali z demografskimi dejavniki. Če upoštevam nižjo povprečno letno rast tudi za vse obdobje projekcij, bi bili rezultati ustrezno nižji. Do leta 2060 bi se tako izdatki za zdravstvo povečali bistveno manj – in sicer samo na 6,2 % BDP.

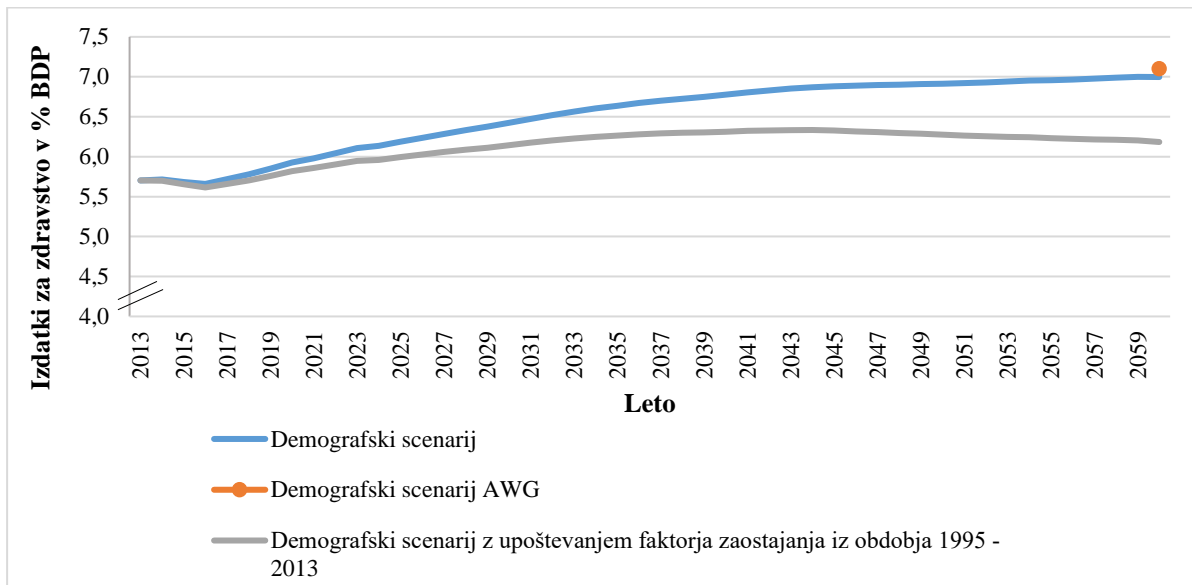
Slika 6: Dejansko in simulirano gibanje izdatkov za dolgotrajno oskrbo v obdobju 2003–2013, kot % BDP



Prva hipoteza, ki sem jo preverjala, trdi, da lahko z demografskimi dejavniki (spremenjeno starostno strukturo prebivalstva) pojasnimo večino povečanja javnofinančnih izdatkov za zdravstvo v preteklosti. S primerjanjem dejanskih javnofinančnih izdatkov za zdravstvo v preteklosti in izdatki kot bi izhajali iz spreminjanja števila in starostne strukture prebivalstva sem prišla do izračuna, ki kaže, da so izdatki, ki bi izhajali le iz spreminjanja števila in starostne strukture prebivalstva bili višji, kot so bili dejanski izdatki. Dejanski izdatki za zdravstvo v obdobju od 1995 do leta 2013 narasli za 0,47 odstotne točke. Izdatki za zdravstvo, ki bi izhajali iz spreminjanja starostne strukture pa so v istem obdobju narasli za 0,64 odstotne točke. V tem primeru bi demografski dejavniki pojasnili 134 % povečanja, kar pomeni, da se hipoteza potrди.

Rezultate iz projekcij za izdatke za dolgotrajno oskrbo predstavlja Slika 8. V letu 2013 je delež izdatkov za dolgotrajno oskrbo, izraženih kot odstotek BDP, znašal 1,44 %. V vsem obdobju bo predvidoma postopoma naraščal z rastjo med 0,01 in 0,05 odstotne točke na leto in v letu 2031 prvič predvidoma znašal več kot dva odstotka (2,01%). Do leta 2060 naj bi delež izdatkov, namenjenih dolgotrajni oskrbi, predvidoma narastel na 3,03 % BDP.

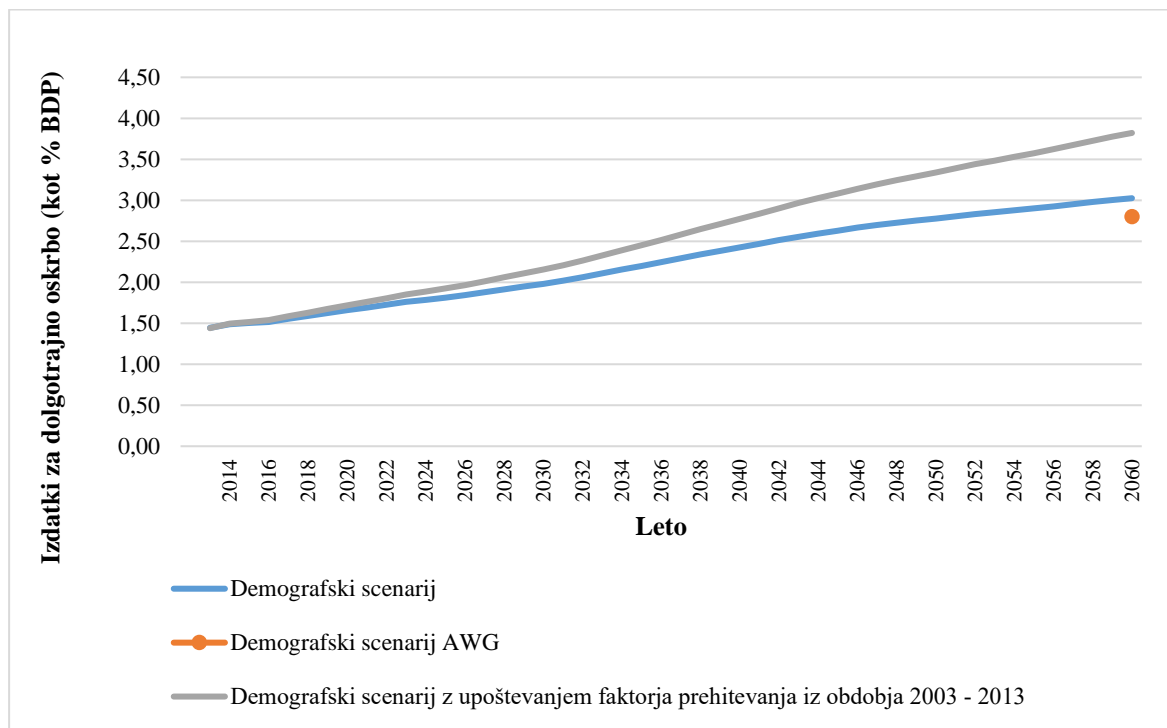
Slika 7: Gibanje izdatkov za zdravstvo v % BDP v obdobju 2013–2060 in demografski scenarij AWG v letu 2060



Za primerjavo sem ponovno izbrala rezultat projekcij za dolgotrajno oskrbo po demografskem scenariju. Za leto 2060 so pri AWG napovedali, da bo delež izdatkov, namenjenih dolgotrajni oskrbi predvidoma znašal 2,8 %, medtem ko v mojih projekcijah ta delež znaša 3 %. Tudi tokrat pa v svojo osnovno varianto rezultatov vključim še vpliv nedemografskih dejavnikov iz projekcij za preteklost, kjer so dejanski izdatki za dolgotrajno oskrbo naraščali hitreje kot izračunani izdatki v projekcijah oziroma kot bi izhajalo iz demografskih dejavnikov. Tako napovedujem, da bo v letu 2060 delež izdatkov za dolgotrajno oskrbo znašal 3,8 % BDP.

Druga hipoteza, ki sem jo preverjala, trdi, da lahko z demografskimi dejavniki (spremenjeno starostno strukturo prebivalstva) pojasnimo večino povečanja javnofinančnih izdatkov za dolgotrajno oskrbo v preteklosti. S primerjanjem dejanskih javnofinančnih izdatkov za dolgotrajno oskrbo v preteklosti in izdatki, kot bi izhajali iz spreminjanja števila in starostne strukture prebivalstva, sem prišla do izračuna, ki kaže, da so izdatki, ki bi izhajali le iz spreminjanja števila in starostne strukture prebivalstva, bili nižji kot so bili dejanski izdatki. Dejanski izdatki za dolgotrajno oskrbo so v obdobju od 2003 do leta 2013 narasli za 0,36 odstotne točke. Izdatki za dolgotrajno oskrbo, ki bi izhajali iz spreminjanja starostne strukture pa so v istem obdobju narasli za 0,30 odstotne točke. V tem primeru bi demografski dejavniki pojasnili 84 % povečanja, kar pomeni, da se hipoteza potrди.

Slika 8: Gibanje izdatkov za dolgotrajno oskrbo v % BDP v obdobju 2013–2060 in demografski scenarij AWG v letu 2060



SKLEP

Prebivalstvo se tako v Sloveniji kot v Evropi hitro stara. Pričakovana življenjska doba prebivalcev se bo podaljševala in bo pri moških v Evropski uniji v letu 2060 znašala v povprečju 84,8 leta, pri ženskah pa 89,1 leta. Poglavitno vprašanje je, kakšno bo zdravstveno stanje starejših prebivalcev v prihodnje: ali se bo obdobje življenja, preživetega v dobrem zdravstvenem stanju, podaljšalo ali pa bo po dolžini ostalo enako kot prej, kar pomeni, da bodo starejši prebivalci potrebovali zdravstveno oskrbo v daljšem obdobju kot sedaj oziroma bodo glede na sedanji slog življenja zdravstveno oskrbo in pomoč potrebovali že prej, kar bo obdobje življenja preživetega v slabšem zdravstvenem stanju, le še podaljšalo. Hkrati je vprašanje, kako se bodo gibali izdatki na posameznika. Evropska komisija vsake tri leta izda poročilo o staranju, najnovejše je *Ageing report 2015*. V poročilu so predstavljene projekcije prihodnjega gibanja izdatkov, povezanih s staranjem, torej tudi za zdravstvo in dolgotrajno oskrbo. Pri tem uporablja poleg demografskih dejavnikov še različne druge predpostavke, ki dajo različne scenarije prihodnjega gibanja izdatkov. Vsi tovrstni scenariji kažejo porast izdatkov, namenjenih zdravstvu in dolgotrajni oskrbi, predvsem na rovaš staranja prebivalstva in povečevanja števila ljudi, ki bodo potrebovali zdravstveno oskrbo ali pomoč pri opravljanju vsakodnevnih opravil znotraj dolgotrajne oskrbe. V svojem magistrskem delu sem se osredotočila na javnofinančne izdatke za zdravstvo in dolgotrajno oskrbo.

Oblikovala sem projekcije gibanja javnofinančnih izdatkov za zdravstvo in dolgotrajno oskrbo v prihodnje. Najprej sem izdelala projekcije javnofinančnih izdatkov za zdravstvo in

dolgotrajno oskrbo za preteklost. Pri tem sem upoštevala obstoječe izdatke na prebivalca v posameznem starostnem razredu ter njihovo spreminjanje z BDP na prebivalca. Skupaj z dejanskim gibanjem števila prebivalstva po starosti in spolu v preteklosti sem dobila rezultate projekcij za preteklost. Primerjala sem jih z gibanjem dejanskih izdatkov za zdravstvo in dolgotrajno oskrbo v preteklosti. Za zdravstvo sem uspela dobiti primerljive podatke do leta 1995, za dolgotrajno oskrbo pa do leta 2003. Rezultati projekcij za preteklost so pokazali, da je imelo staranje prebivalstva pomembno vlogo pri naraščanju javnofinančnih izdatkov za ti dve kategoriji, saj so s povečevanjem deleža starih prebivalcev naraščali tudi javnofinančni izdatki, izraženi kot odstotek BDP. Vendar so rezultati pokazali, da so dejanski javnofinančni izdatki za zdravstvo (kot odstotek BDP) naraščali počasneje, kot jih simulirajo projekcije za preteklost zgolj na osnovi demografskih dejavnikov. Na drugi strani sem pri dolgotrajni oskrbi s pomočjo modela napovedala počasnejšo rast javnofinančnih izdatkov za dolgotrajno oskrbo od njihovega dejanskega gibanja v preteklosti. Razliko pripisujem nedemografskim dejavnikom, ki so v preteklosti poleg demografskih vplivali na gibanje izdatkov.

V nasprotju z Evropsko komisijo, ki je projekcije izdelala na osnovi različnih teoretičnih predpostavk, sem pri svojih projekcijah izhajala iz dejanskega vpliva vseh drugih dejavnikov (razen demografskih) v preteklosti. Pri javnofinančnih izdatkih za zdravstvo moje projekcije kažejo postopno rast izdatkov za zdravstvo s 5,7 % BDP v letu 2013 na 6,2 % BDP v letu 2060, kar je nižja vrednost kot v referenčnem scenariju Evropske komisije (6,8 % BDP). Glede dolgotrajne oskrbe sem z modelom izračunala, da naj bi se javnofinančni izdatki povečali z 1,4 % BDP v letu 2013 na 3,8 % BDP v letu 2060. To pa je bistveno več, kot je napovedala Evropska komisija v referenčnem scenariju (2,9 % BDP v letu 2060). Ugotavljam torej, da čaka Slovenijo do leta 2060 za 0,6 odstotne točke BDP nižji javnofinančni pritisk v obliki zdravstvenih izdatkov, kot ga napoveduje Evropska komisija v referenčnem scenariju, in hkrati za 0,9 odstotne točke BDP višji pritisk v obliki izdatkov za dolgotrajno oskrbo. Ob tem se zavedam omejitev, da je bilo preteklo gibanje nedemografskih dejavnikov ocenjeno na osnovi relativno kratkega časovnega obdobja (18 let za zdravstvo in 10 let za dolgotrajno oskrbo), pri čemer je bilo v preučevanem obdobju tudi veliko nihanj v gibanju dejanskih izdatkov. Hkrati bodo lahko nedemografski dejavniki v prihodnje bistveno drugačni, kot so bili v preteklosti.

V primeru, da se bo trend glede staranja in nadaljnjega naraščanja javnofinančnih izdatkov za zdravstvo in dolgotrajno oskrbo nadaljevale, bodo razmere vedno bolj nevzdržne. Če prištejemo še javnofinančne izdatke za pokojnine, za katere projekcije prav tako napovedujejo močno povišanje, bi vse tri kategorije javnega proračuna predstavljale (pre)visok delež v javnofinančnem sistemu. Če obstajajo v sistemu zdravstva in dolgotrajne oskrbe rezerve in neučinkovitosti, bi bilo treba najprej odpraviti te. Sicer pa se bo morala družba odločati med omejevanjem ugodnosti in/ali povečevanjem davčnih obremenitev; a slednje zmanjšujejo mednarodno konkurenčnost.

LITERATURA IN VIRI

1. Bech, M., Christiansen, T., Khoman, E., Lauridsen, J., & Weale, M. (2011). Ageing and health care expenditure in EU-15. *The European Journal of Health Economics*, 12(5), 469–478.
2. Breyer, F., Lorenz, N., & Niebel, T. (2012, 19. januar). Health Care Expenditures and Longevity: Is there a Eubie Blake effect? Najdeno 21. februarja 2015 na spletnem naslovu <https://www.uni-trier.de/fileadmin/fb4/prof/VWL/SAM2/Dokumente/Health-care-expenditures.pdf>
3. Clements, B., Coady, D., Shang, B., & Tyson, J. (2011). Healing Health Care Finances. *Finance & Development*, 48(1), 42–45.
4. Coady, D., Francese, M., & Shang, B. (2014). The Efficiency Imperative. *Finance & Development*, 51(4), 30–32.
5. Comas-Herrera, A., Northey, S., Wittenberg, R., Knapp, M., Bhattacharyya, S., & Burns, A. (2011). Future costs of dementia-related long-term care: exploring future scenarios. *International Psychogeriatrics*, 23(1), 22–30.
6. Costa-Font, J., Wittenberg, R., Patxot, C., Comas-Herrera, A., Gori, C., di Maio, A., . . . Rothgang, H. (2007, 5. junij). Projecting Long-Term Care Expenditure in Four European Union Members States: The Influence of Demographic Scenarios. Najdeno 21. februarja 2015 na spletnem naslovu <http://eprints.lse.ac.uk/4213/>
7. De Castries, H. (2009). Ageing and Long-Term Care: Key Challenges in Long-Term Care Coverage for Public and Private Systems. *Geneva Papers on Risk & Insurance*, 34(1), 24–34.
8. De la Maisonnette, C., & Oliveira Martins, J. (2013, 14. junij). A projection method for public and long-term care expenditures. Najdeno 20. julija 2015 na spletnem naslovu [http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=ECO/WKP\(2013\)40&docLanguage=En](http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=ECO/WKP(2013)40&docLanguage=En)
9. de Meijer, C., Koopmanschap, M., Bago d' Uvac, T., & van Doorslaer, E. (2011). Determinants of long-term care spending: Age, time to death or disability? *Journal of Health Economics*, 30(2), 425–438.
10. de Meijer, C., O'Donnell, O., Koopmanschap, M., & van Doorslaer, E. (2012). Health Expenditure growth: Looking beyond the average through decomposition of the full distribution. *Journal of Health Economics*, 32(1), 88–105.
11. Dominkuš, D. (2010). Zakon o dolgotrajni oskrbi. *Kakovostna starost*, 13(1), 3–10.
12. Dominkuš, D. (2013, november). *Long-Term Care Policies and Reform in Slovenia*. Ljubljana: Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve.
13. European Commission. (2015). *Commission Staff Working Document: Country Report Slovenia 2015*. Najdeno 29. julija 2015 na spletnem naslovu http://ec.europa.eu/europe2020/pdf/csr2015/cr2015_slovenia_en.pdf
14. Eurostat. (2014a). Main scenario - Life expectancy by age and sex. Najdeno 31. januarja 2016 na spletnem naslovu http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=proj_13nalexp&lang=en

15. Eurostat. (2014b). Main scenario - Population on 1st January by age and sex. Najdeno 29. julija 2016 na spletnem naslovu http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=proj_13npms&lang=en
16. Eurostat. (2014c). Main Scenario - Projected demographic balances and indicators. Najdeno 29. julija 2016 na spletnem naslovu http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=proj_13ndbims&lang=en
17. Eurostat. (2014d). *The 2015 Ageing Report: Underlying Assumptions and Projection Methodologies*. Najdeno 28. julija 2015 na spletnem naslovu http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/european_economy/2014/pdf/ee8_en.pdf
18. Eurostat. (2015a). Expenditure of selected health care functions by providers of health care - per inhabitant. Najdeno 31. januarja 2016 na spletnem naslovu http://ec.europa.eu/eurostat/en/web/products-datasets/-/HLTH_SHA1H
19. Eurostat. (2015b). Health care expenditure on long-term care. Najdeno 31. januarja 2016 na spletnem naslovu http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_sha_ltc&lang=en
20. Eurostat. (2015c). *The 2015 Ageing Report: Economic and Budgetary projections for the 28 EU Member States (2013–2060)*. Najdeno 28. julija 2015 na spletnem naslovu http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/european_economy/2015/pdf/ee3_en.pdf
21. Eurostat. (2016, 25. julij). Population on 1 January by five years age group and sex. Najdeno 29. julija 2016 na spletnem naslovu http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=demo_pjangroup&lang=en
22. Evropska komisija. (2015, 13. maj). *Priporočilo Sveta v zvezi z nacionalnim programom reform Slovenije za leto 2015 in mnenje Sveta o programu Slovenije za stabilnost za leto 2015*. Najdeno 20. januarja 2016 na spletnem naslovu http://ec.europa.eu/europe2020/pdf/csr2015/csr2015_slovenia_sl.pdf
23. eZdravje. (2015). eZdravje - Projekti. Najdeno 15. novembra 2015 na spletnem naslovu <http://www.ezdrav.si/category/projekti/>
24. Garcia - Munoz, T., Neuman, S., & Neuman, T. (2014). Subjective Health Status of the Older Population: Is it related to Country-Specific Economic Development Measures? Najdeno 20. februarja 2015 na spletnem naslovu <http://econ.biu.ac.il/files/economics/working-papers/2014-02.pdf>
25. Generalni sekretariat vlade Republike Slovenije. (2013, 23. september). *Izhodišča za pripravo Predloga zakona o dolgotrajni oskrbi, osebni asistenci in zavarovanju za dolgotrajno oskrbo – novo gradivo št. 1*. Ljubljana: Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti.
26. Golinowska, S., & Sowa, A. (2013, 28. januar). The Development of Long-Term Care in Post-Socialist Member States of the EU. Najdeno 06. julija 2015 na spletnem naslovu http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2207861

27. Gouriéroux, C., & Lu, Y. (2013, 31. oktober). Long Term Care and Longevity. Najdeno 20. februarja 2015 na spletnem naslovu http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2347735
28. Government of Ireland. (2014). *Part II: Expenditure Allocations 2015–17*. Najdeno 17. novembra 2015 na spletnem naslovu <http://www.budget.gov.ie/Budgets/2015/Documents/Part%20II%20Expenditure%20Allocations%202015%20-%202017.pdf>
29. Graf, C. (2013). The Lawton Instrumental Activities of Daily Living (IADL) Scale. Najdeno 04. julija 2015 na spletnem naslovu http://consultgerirn.org/uploads/File/trythis/try_this_23.pdf
30. Health Service Executive. (2014, november). *National Service Plan 2015*. Najdeno 17. novembra 2015 na spletnem naslovu <http://www.hse.ie/eng/services/publications/corporate/sp2015.pdf>
31. Indiana University. (2000a). Foundations Of Hippocratic Medicine. Najdeno 03. septembra 2015 na spletnem naslovu <http://www.indiana.edu/~ancmed/foundations.htm>
32. Indiana University. (2000b). Medicine in Ancient Egypt. Najdeno 03. septembra 2015 na spletnem naslovu <http://www.indiana.edu/~ancmed/egypt.HTM>
33. Indiana University. (2000c). Medicine in Ancient Mesopotamia. Najdeno 03. septembra 2015 na spletnem naslovu <http://www.indiana.edu/~ancmed/meso.HTM>
34. Inštitut Republike Slovenije za socialno varstvo. (2016). Pomoč na domu, socialna oskrba na domu. Najdeno 20. februarja 2016 na spletnem naslovu <http://www.irsv.si/socialne-zadeve/dolgotrajna-oskrba-in-varstvo-starejsih/pomoc-na-domu-socialna-oskrba-na-domu>
35. International Monetary Fund. (2009). *Top-Down Budgeting—An Instrument to Strengthen Budget Management*. Najdeno 15. novembra 2015 na spletnem naslovu <https://www.imf.org/external/pubs/ft/wp/2009/wp09243.pdf>
36. Karlsson, M., & Klohn, F. (2014). Testing the red herring hypothesis on an aggregated level: ageing, time-to-death and care costs for older people in Sweden. *The European Journal of Health Economics*, 15(5), 533–551.
37. Kolassa, D. (2014, april). Indirect levying of excise duties on alcohol, tobacco products and energy. Najdeno 24. oktobra 2015 na spletnem naslovu http://www.europarl.europa.eu/atyourservice/en/displayFtu.html?ftuId=FTU_5.11.3.html
38. Lassila, J., & Valkonen, T. (2014). Health and Long-Term Care Expenditure in Finland When Living Alone Increases. Najdeno 01. avgusta 2015 na spletnem naslovu http://www.nopecjournal.org/NOPEC_2014_a01.pdf
39. Lipszyc, B., Sail, E., & Xavier, A. (2012). European Economy: Long-term care: need, use and expenditure in the EU-27. Najdeno 04. julija 2015 na spletnem naslovu http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/economic_paper/2012/pdf/ecp469_en.pdf
40. Ministrstvo za finance. (2015a). *II. POSEBNI DEL*. Najdeno 04. septembra 2015 na spletnem naslovu http://www.mf.gov.si/fileadmin/mf.gov.si/pageuploads/Prora%C4%8Dun/Sprejeti_prora%C4%8Dun/2015/SP2015_POS.pdf

41. Ministrstvo za finance. (2015b). *Ministrstvo za zdravje: Obrazložitev predloga proračuna Republike Slovenije za leto 2015*. Najdeno 04. septembra 2015 na spletnem naslovu http://www.mf.gov.si/fileadmin/mf.gov.si/pageuploads/Prora%C4%8Dun/Sprejeti_prora%C4%8Dun/2015/PFN2711_2015.pdf
42. Nacionalni inštitut za javno zdravje. (2015, november). *Nacionalno spremljanje čakalnih dob: Mesečno poročilo za stanje na dan 1.11.2015*. Najdeno 03. decembra 2015 na spletnem naslovu http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/porocilo_nacas_1.11.2015.pdf
43. Nagode, M. (2014, 6. maj). *Dolgotrajna oskrba v luči dezinstucionalizacije*. Brdo pri Kranju: Inštitut za socialno varstvo.
44. Nagode, M., Zver, E., Marn, S., Jacovič, A., & Dominkuš, D. (2014). *Dolgotrajna oskrba - uporaba mednarodne definicije v Sloveniji*. Najdeno 06. julija 2015 na spletnem naslovu http://www.umar.gov.si/fileadmin/user_upload/publikacije/dz/2014/DZ_02_14p.pdf
45. Organization for Economic Co-operation and Development – OECD. (2013). *Health at a Glance: OECD Indicators*. Najdeno 01. avgusta 2015 na spletnem naslovu http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2013_health_glance-2013-en;jsessionid=t45ffn4fs4t9.x-oecd-live-02
46. Organization for Economic Co-operation and Development – OECD. (2014). *Health at a Glance: Europe 2014*. Najdeno 01. avgusta 2015 na spletnem naslovu http://ec.europa.eu/health/reports/docs/health_glance_2014_en.pdf
47. Organization for Economic Co-operation and Development – OECD. (2015a). *Dementia prevalence. Ageing and Long-Term Care*. Najdeno 17. oktobra 2015 na spletnem naslovu http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2015/dementia-prevalence_health_glance-2015-74-en#page1
48. Organization for Economic Co-operation and Development – OECD. (2015b). *Fiscal Sustainability of Health Systems: Bridging Health and Finance Perspectives*. Pariz: OECD.
49. Organization for Economic Co-operation and Development – OECD. (2015c). *Life expectancy at birth. Health at a Glance 2015*. Najdeno 20. oktobra 2015 na spletnem naslovu <http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/8115071ec006.pdf?expires=1450347395&id=id&accname=guest&checksum=56B4D2FF135A1782FD7B6E8E62ED9EF1>
50. Organization for Economic Co-operation and Development – OECD. (2015d). *Health expenditure by function. Health at a Glance: OECD Indicators*. Najdeno 01. avgusta 2015 na spletnem naslovu <http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/8115071ec061.pdf?expires=1450871185&id=id&accname=guest&checksum=056C38AE8369EE0156CB37EC79DCC4D0>
51. Organization for Economic Co-operation and Development – OECD. (2015e). *Health expenditure per capita. Health at a Glance: OECD Indicators*. Najdeno 01. avgusta 2015 na spletnem naslovu <http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/8115071ec059.pdf?expires=1454580738&id=id&accname=guest&checksum=BB813685E406FA78F1B925B668A69738>

52. Organization for Economic Co-operation and Development – OECD. (2015f). Recipients of long-term care. *Health at a Glance: OECD Indicators*. Najdeno 01. avgusta 2015 na spletnem naslovu <http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/8115071ec075.pdf?expires=1455873228&id=id&accname=guest&checksum=608AEDDE77A2A1E0DED06112F3272795>
53. Organization for Economic Co-operation and Development – OECD. (2015g). *Health Statistics*. Najdeno 01. februarja 2016 na spletnem naslovu <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-statistics.htm>
54. Organization for Economic Co-operation and Development – OECD. (2016, 26. januar). OECD.Stats – Population. Najdeno 28. julija 2016 na spletnem naslovu http://stats.oecd.org/Index.aspx?DatasetCode=POP_FIVE_HIST#
55. Organization for Economic Co-operation and Development – OECD, Eurostat, WHO. (2011). *A System of Health Accounts: 2011 Edition*. Najdeno 30. oktobra 2015 na spletnem naslovu <http://www.who.int/health-accounts/methodology/sha2011.pdf?ua=1>
56. Prevolnik Rupel, V., & Ogorevc, M. (2010, junij). Long-Term Care System in Slovenia. Najdeno 03. julija 2015 na spletnem naslovu <http://aei.pitt.edu/14604/1/Slovenia.pdf>
57. Rafaelič, A., & Nagode, M. (2012). Uvajanje dolgotrajne oskrbe. *Časnik za kritiko znanosti, domišljijo in novo antropologijo*, 39(250), 47–61.
58. Rechel, B., Grundy, E., Robine, J.-M., Cylus, J., Mackenbach, J. P., Knai, C., & McKee, M. (2013, 27. marec). Ageing in the European Union. Najdeno 30. julija 2015 na spletnem naslovu <http://www.healthyageing.eu/sites/www.healthyageing.eu/files/resources/Ageing%20in%20the%20EU%20The%20Lancet.pdf>
59. Romih, K., Prebil, A., Savič, K. S., & Veber, M. M. (2011). Prisega Angele Boškin za diplomante študijskega programa prve stopnje Zdravstvena nega. Najdeno 03. septembra 2015 na spletnem naslovu http://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/doc_attachments/clanek_avtoric_o_pomenu_prisege_v_zdravstveni_negi_in_nastajanju_prisege_angele_boskin_0.pdf
60. Rosenheck, D. (2012, 2. oktober). Health care, education and the arts: The incurable cost disease. *The Economist*. Najdeno 17. septembra 2015 na spletnem naslovu <http://www.economist.com/blogs/freeexchange/2012/10/health-care-education-and-arts>
61. Salman, R. B. (2008). Decentralization, re-centralization and future European health policy. *European Journal of Public Health*, 18(2), 104–106.
62. Sambt, J. (2004). *Generacijski računi za Slovenijo* (magistrsko delo). Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
63. Sambt, J. (2005). Dolgoročne projekcije izdatkov za zdravstvo in dolgotrajno oskrbo s pomočjo metode generacijskih računov. *IB Revija*, 39(3), 85–96.
64. Sambt, J. (2009). *National Transfer Accounts for Slovenia* (doctoral dissertation). Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
65. Sambt, J. (2016). *Model ZdravstvoInLTC*.

66. Seshamani, M., & Gray, A. (2004). Time to death and health expenditure: an improved model for the impact of demographic change on health care costs. *Age & Ageing*, 33(6), 556–561.
67. SHARE Slovenija. (2013). Vprašalniki v 4. valu raziskave. Najdeno 28. julija 2015 na spletnem naslovu http://www.share-slovenija.si/pages.php?id_meni=42&id=50
68. Shelkey, M., & Meredith, W. (2012). Katz Index of Independence in Activities of Daily Living (ADL). Najdeno 02. julija 2015 na spletnem naslovu http://consultgerirn.org/uploads/File/trythis/try_this_2.pdf.
69. Statistični urad Republike Slovenije. (1997a). Prebivalstvo. *Statistični letopis 1997*. Najdeno 16. maja 2016 na spletnem naslovu <http://www.stat.si/StatWeb/doc/letopis/1997/04-97.pdf>
70. Statistični urad Republike Slovenije. (1997b). Bruto domači proizvod. *Statistični letopis 1997*. Najdeno 04. avgusta 2016 na spletnem naslovu <http://www.stat.si/StatWeb/doc/letopis/1997/27-97.pdf>
71. Statistični urad Republike Slovenije. (1998). Prebivalstvo po starosti in spolu, 30. 6. 1997 in 31. 12. 1997. *Statistični letopis 1998*. Najdeno 16. maja 2016 na spletnem naslovu http://www.stat.si/StatWeb/doc/letopis/1998/04_98/04-09-98.htm
72. Statistični urad Republike Slovenije. (1999). Prebivalstvo po starosti in spolu, 30. 6. 1998 in 31. 12. 1998. *Statistični letopis 1999*. Najdeno 16. maja 2016 na spletnem naslovu http://www.stat.si/StatWeb/doc/letopis/1999/04_99/04-09-99.htm
73. Statistični urad Republike Slovenije. (2000). Prebivalstvo po starosti in spolu, 30. 6. 1999 in 31. 12. 1999. *Statistični letopis 2000*. Najdeno 16. maja 2016 na spletnem naslovu http://www.stat.si/StatWeb/doc/letopis/2000/04_00/04-09-00.htm
74. Statistični urad Republike Slovenije. (2001). Prebivalstvo po starosti in spolu, 30. 6. 2000 in 31. 12. 2000. *Statistični letopis 2001*. Najdeno 16. maja 2016 na spletnem naslovu http://www.stat.si/StatWeb/doc/letopis/2001/04_01/04-07-01.htm
75. Statistični urad Republike Slovenije. (2002). Prebivalstvo po starosti in spolu, 30. 6. 2001 in 31. 12. 2001. *Statistični letopis 2002*. Najdeno 16. maja 2016 na spletnem naslovu http://www.stat.si/StatWeb/doc/letopis/2002/04_02/04-07-02.htm
76. Statistični urad Republike Slovenije. (2003). Prebivalstvo po starosti in spolu, 30. 6. 2002 in 31. 12. 2002. *Statistični letopis 2003*. Najdeno 17. maja 2016 na spletnem naslovu http://www.stat.si/StatWeb/doc/letopis/2003/04_03/04-10-03.htm
77. Statistični urad Republike Slovenije. (2004). Prebivalstvo po starosti in spolu, 30. 6. 2003 in 31. 12. 2003. *Statistični letopis 2004*. Najdeno 17. maja 2016 na spletnem naslovu http://www.stat.si/StatWeb/doc/letopis/2004/04_04/04-10-04.htm
78. Statistični urad Republike Slovenije. (2005). Prebivalstvo po starosti in spolu, 30. 6. 2004 in 31. 12. 2004. *Statistični letopis 2005*. Najdeno 17. maja 2016 na spletnem naslovu http://www.stat.si/StatWeb/doc/letopis/2005/04_05/04-04-05.htm
79. Statistični urad Republike Slovenije. (2006). Prebivalstvo po starosti in spolu, 30. 6. 2005 in 31. 12. 2005. *Statistični letopis 2006*. Najdeno 17. maja 2016 na spletnem naslovu http://www.stat.si/StatWeb/doc/letopis/2006/04_06/04-04-06.htm

80. Statistični urad Republike Slovenije. (2007). Prebivalstvo po starosti in spolu, 30. 6. 2006 in 31. 12. 2006. *Statistični letopis 2007*. Najdeno 17. maja 2016 na spletnem naslovu http://www.stat.si/StatWeb/doc/letopis/2007/04_07/04-04-07.htm
81. Statistični urad Republike Slovenije. (2008). Prebivalstvo po starosti in spolu, 30. 6. 2007 in 31. 12. 2007. *Statistični letopis 2008*. Najdeno 17. maja 2016 na spletnem naslovu http://www.stat.si/StatWeb/doc/letopis/2008/04_08/04-04-08.htm
82. Statistični urad Republike Slovenije. (2009). Prebivalstvo po starosti in spolu, 30.6.2008 in 31.12.2008. *Statistični letopis 2009*. Najdeno 18. maja 2016 na spletnem naslovu http://www.stat.si/StatWeb/doc/letopis/2009/04_09/04-04-09.htm
83. Statistični urad Republike Slovenije. (2010). Prebivalstvo po starosti in spolu, 1. 7. 2009 in 01.01.2010. *Statistični letopis 2010*. Najdeno 18. maja 2016 na spletnem naslovu http://www.stat.si/StatWeb/doc/letopis/2010/04_10/04-04-10.htm
84. Statistični urad Republike Slovenije. (2011). Prebivalstvo po starosti in spolu, 1. julij 2010 in 1. januar 2011. *Statistični letopis 2011*. Najdeno 18. maja 2016 na spletnem naslovu http://www.stat.si/StatWeb/doc/letopis/2011/04_11/04-04-11.htm
85. Statistični urad Republike Slovenije. (2012). Prebivalstvo po starosti in spolu, 1. julij 2011 in 1. januar 2012. *Statistični letopis 2012*. Najdeno 18. maja 2016 na spletnem naslovu http://www.stat.si/StatWeb/doc/letopis/2012/04_12/04-03-12.htm
86. Statistični urad Republike Slovenije. (2013). Prebivalstvo po starosti in spolu, 1. julij 2012 in 1. januar 2013. *Statistični letopis 2013*. Najdeno 18. maja 2016 na spletnem naslovu http://www.stat.si/StatWeb/doc/letopis/2013/04_13/04-03-13.html
87. Statistični urad Republike Slovenije. (2015a). Stopnja celotne rodnosti 1954–2014. Najdeno 15. decembra 2015 na spletnem naslovu <http://pxweb.stat.si/pxweb/Dialog/Saveshow.asp>
88. Statistični urad Republike Slovenije. (2015b). *Celotni izdatki za zdravstveno varstvo so v letu 2013 znašali 3.278 milijonov EUR in so se zmanjšali*. Najdeno 15. decembra 2015 na spletnem naslovu <http://www.stat.si/StatWeb/prikazinovico?id=5306&idp=10&headerbar=8>
89. Statistični urad Republike Slovenije. (2015c). Mednarodni dan starejših 2015. Najdeno 15. decembra 2015 na spletnem naslovu <http://www.stat.si/statweb/prikazinovico?id=5477&idp=17&headerbar=15>
90. Statistični urad Republike Slovenije. (2015d). Prebivalstvo – Število in sestava prebivalstva. Najdeno 15. decembra 2015 na spletnem naslovu <http://www.stat.si/StatWeb/pregled-podrocja?idp=17&headerbar=15>
91. Statistični urad Republike Slovenije. (2015e). Rojeni in umrli. Najdeno 15. decembra 2015 na spletnem naslovu <http://www.stat.si/statweb/pregled-podrocja?idp=95&headerbar=15>
92. Statistični urad Republike Slovenije. (2015f). *Statopis 2015*. Najdeno 16. decembra 2015 na spletnem naslovu http://www.stat.si/dokument/8732/statopis_2015.pdf
93. Statistični urad Republike Slovenije. (2016a). Bruto domači proizvod, Slovenija, letno. Najdeno 03. avgusta 2016 na spletnem naslovu http://pxweb.stat.si/pxweb/Dialog/varval.asp?ma=0301910S&ti=&path=../Database/Ekonomsko/03_nacionalni_racuni/05_03019_BDP_letni/&lang=2

94. Statistični urad Republike Slovenije. (2016b). Prebivalstvo po velikih in petletnih starostnih skupinah in spolu, statistične regije, Slovenija, letno. Najdeno 27. julija 2016 na spletnem naslovu
http://pxweb.stat.si/pxweb/Dialog/varval.asp?ma=05C2002S&ti=&path=../Database/Dem_soc/05_prebivalstvo/10_stevilo_preb/10_05C20_prebivalstvo_stat_regije/&lang=2
95. Tabata, K. (2005). Population aging, the costs of health care for the elderly and growth. *Journal of Macroeconomics*, 27(3), 472–493.
96. The World Bank. (2015). Health expenditure, public (% of total health expenditure). Najdeno 16. oktobra 2015 na spletnem naslovu
<http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.PUBL>
97. Toth, M. (2009). Dolgotrajna oskrba – nova veje socialne varnosti. *Delo in varnost*, 54(2), 9–21.
98. UMAR. (2013, maj). *Poročilo o razvoju 2013*. Najdeno 26. julija 2016 na spletnem naslovu
http://www.umar.gov.si/fileadmin/user_upload/publikacije/pr/2013/POR_2013s.pdf
99. UMAR. (2014, julij). *Development report 2014*. Najdeno 07. julija 2015 na spletnem naslovu
http://www.umar.gov.si/en/publications/development_report/publication/zapisi/porocilo_o_razvoju_2014/35/?tx_ttnews%5Bsyar%5D=2014&cHash=8d30721ef4
100. Vlada Republike Slovenije. (2015, april). *Nacionalni reformni program 2015–2016*. Najdeno 16. januarja 2016 na spletnem naslovu
http://ec.europa.eu/europe2020/pdf/csr2015/nrp2015_slovenia_sl.pdf
101. White, J. (2014). The challenge of budgeting for healthcare programmes. *OECD Journal on Budgeting*, 14(4), 73–107.
102. ZZZS. (2016, marec). *Poslovno poročilo za leto 2015*. Najdeno 27. julija 2016 na spletnem naslovu
[http://www.zzzs.si/ZZZS/info/egradiva.nsf/0/817e8f5609c531d2c1257f7600499948/\\$FILE/Poslovno%20poro%C4%8Dilo%20ZZZS%20za%20leto%202015_sprejeto%20na%20seji%20Skup%C5%A1%C4%8Dine_30.3.2016.pdf](http://www.zzzs.si/ZZZS/info/egradiva.nsf/0/817e8f5609c531d2c1257f7600499948/$FILE/Poslovno%20poro%C4%8Dilo%20ZZZS%20za%20leto%202015_sprejeto%20na%20seji%20Skup%C5%A1%C4%8Dine_30.3.2016.pdf)

PRILOGE

KAZALO PRILOG

Priloga 1: Seznam pogosto uporabljenih kratic.....	1
Priloga 2: Povzetek možnih scenarijev naraščanja izdatkov za zdravstvo in dolgotrajno oskrbo ter vrednosti za leto 2060 v % BDP.....	2
Priloga 3: Izdatki za zdravstvo v obdobju 2013–2060 v Avstriji v % BDP.....	4
Priloga 4: Izdatki za dolgotrajno oskrbo v obdobju 2013–2060 v Avstriji v % BDP.....	5
Priloga 5: Izdatki za zdravstvo v obdobju 2013–2060 na Hrvaškem v % BDP.....	6
Priloga 6: Izdatki za dolgotrajno oskrbo v obdobju 2013–2060 na Hrvaškem v % BDP.....	7
Priloga 7: Izdatki za zdravstvo v obdobju 2013–2060 v Italiji v % BDP.....	8
Priloga 8: Izdatki za dolgotrajno oskrbo v obdobju 2013–2060 v Italiji v % BDP.....	9
Priloga 9: Izdatki za zdravstvo v obdobju 2013–2060 na Madžarskem v % BDP.....	10
Priloga 10: Izdatki za dolgotrajno oskrbo v obdobju 2013–2060 na Madžarskem v % BDP.....	11
Priloga 11: Viri za izračune v modelu.....	12

PRILOGA 1: Seznam pogosto uporabljenih kratic

ADL	Activities of Daily Life (temeljna vsakodnevna opravila)
AWG	Ageing Working Group
BDP	Bruto domači proizvod
EU	Evropska unija
EU 28	Evropska unija z 28 članicami
EU-SILC	European Union Statistics on Income and Living Conditions (Anketa o življenjskih pogojih)
EUROPOP 2013	European Population Projections 2013
IADL	Instrumental Activities of Daily Living (podporna vsakodnevna opravila)
OECD	Organization for Economic Co-operation and Development (Organizacija za ekonomsko sodelovanje in razvoj)
SHA	System of Health Accounts (Sistem zdravstvenih računov)
SHARE	Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (Anketa o zdravju, procesu staranja in upokojevanju v Evropi)
WHO	World Health Organization (Svetovna zdravstvena organizacija)
ZZZS	Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

PRILOGA 2: Povzetek možnih scenarijev naraščanja izdatkov za zdravstvo in dolgotrajno oskrbo ter vrednosti za leto 2060 v % BDP

Tabela 1: Možni scenariji naraščanja izdatkov za zdravstvo in dolgotrajno oskrbo ter vrednosti za leto 2060 v % BDP

Scenarij	Osnovne značilnosti scenarija	Zdravstvo	Dolgotrajna oskrba
Demografski	Osami učinek staranja, zdravstveno stanje konstantno	7,1	2,8
Visoko življenjsko pričakovanje	Višje življenjsko pričakovanje kot pri demografskem scenariju	7,4	3,1
Konstantno zdravstveno stanje	Število let v slabem zdravstvenem stanju konstantno	6,3	/
Izdatki povezani s staranjem	Možno prelaganje izdatkov v poznejše obdobje	6,9	/
Dohodkovna elastičnost	V izhodiščnem letu elastičnost 1, v končnem letu 1,1	7,3	/
Približevanje izdatkov ravni EU	Države pod povprečjem se temu približujejo	7,7	/
Delovna intenzivnost	Izdatki na enoto, povezani s produktivnostjo	8,0	/
Iz sektorsko specifičnih indeksacij	Pomembnost dejavnika plač in farmacevtskih izdelkov	6,5	/
Nedemografski dejavniki	Dejavniki kot za primer dohodek, tehnologija	8,5	/
AWG referenčni	Polovica dodatnih let v dobrem zdravstvenem stanju	6,8	2,9
AWG tveganje	Upošteva tehnološke spremembe	7,5	4,2
Skupna produktivnost faktorjev	Skupna produktivnost faktorjev se zniža pod raven v referenčnem scenariju	6,8	2,9

Se nadaljuje

Tabela 1: Možni scenariji naraščanja izdatkov za zdravstvo in dolgotrajno oskrbo ter vrednosti za leto 2060 v % BDP (nad.)

Scenarij	Osnovne značilnosti scenarija	Zdravstvo	Dolgotrajna oskrba
Osnovni	Povezuje izdatke na enoto ter BDP na prebivalca	/	3,0
Odložena invalidnost	Dodatna leta brez bolezni in invalidnosti	/	2,9
Nespremenljiva invalidnost	Stopnja odvisnosti podobna toliko let mlajši osebi, kolikor višje je življenjsko pričakovanje	/	2,8
Zadrževanje izdatkov	Konkretnejši ukrepi na področju izdatkov za oskrbo	/	2,3
Pritisk na izdatke	Nobenih novih ukrepov	/	2,9
Premik k formalni oskrbi	Letno 1 % več starejših prejema formalno oskrbo	/	3,6
Konvergenca pokritosti	Poveča se pokritost z oskrbo ljudi, ki potrebujejo pomoč in oskrbo	/	3,4
Konvergenca izdatkov	Porast izdatkov za dolgotrajno oskrbo	/	3,9
Konvergenca pokritosti in izdatkov	Kombinirano povečanje pokritosti z oskrbo in porast izdatkov	/	4,3

Vir: Eurostat, The 2015 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections for the 28 EU Member States (2013–2060), 2015, str. 368–369; Lipszyc et al., European Economy: Long – term care: need, use and expenditure in the EU-27, 2012, tabela 9, str. 49; De la Maisonneuve & Oliveira Martins, A projection method for public and long-term care expenditures, 2013, tabela 6, str. 31.

PRILOGA 3: Izdatki za zdravstvo v obdobju 2013–2060 v Avstriji v % BDP*Tabela 2: Izdatki za zdravstvo v obdobju 2013–2060 v Avstriji v % BDP*

Scenarij	2013	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050	2055	2060
AWG referenčni	6,9	7,2	7,4	7,6	7,8	7,9	8,1	8,2	8,2	8,2
Demografski	6,9	7,2	7,4	7,6	7,8	8,1	8,2	8,4	8,4	8,5
Visoko življenjsko pričakovanje	6,9	7,2	7,5	7,7	8,0	8,2	8,5	8,6	8,8	8,9
Konstantno zdravstveno stanje	6,9	7,1	7,2	7,3	7,4	7,5	7,6	7,6	7,8	7,6
Izdatki povezani s staranjem	6,9	7,2	7,4	7,5	7,7	7,9	8,1	8,2	8,2	8,2
Dohodkovna elastičnost	6,9	7,3	7,5	7,7	8,0	8,2	8,4	8,6	8,6	8,7
Približevanje izdatkov ravni EU	6,9	7,2	7,4	7,7	7,9	8,1	8,3	8,4	8,5	8,5
Delovna intenzivnost	6,9	7,1	7,4	7,8	8,2	8,5	8,7	9,0	9,1	9,3
Iz sektorsko specifičnih indeksacij	6,9	7,1	7,2	7,3	7,5	7,6	7,7	7,8	7,8	7,9
Nedemografski dejavniki	6,9	7,4	7,8	8,2	8,6	9,0	9,3	9,6	9,8	9,9
AWG tveganje	6,9	7,4	7,6	7,9	8,2	8,5	8,7	8,8	8,9	8,9
Skupna produktivnost faktorjev	6,9	7,2	7,4	7,6	7,7	7,9	8,1	8,2	8,2	8,2

Vir: Eurostat, The 2015 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections for the 28 EU Member States (2013–2060), 2015, str. 356.

PRILOGA 4: Izdatki za dolgotrajno oskrbo v obdobju 2013–2060 v Avstriji v % BDP*Tabela 3: Izdatki za dolgotrajno oskrbo v obdobju 2013–2060 v Avstriji v % BDP*

Scenarij	2013	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050	2055	2060
AWG referenčni	1,4	1,5	1,6	1,8	1,9	2,1	2,3	2,5	2,7	2,7
Demografski	1,4	1,5	1,6	1,8	1,9	2,1	2,3	2,5	2,7	2,7
Visoko življenjsko pričakovanje	1,4	1,5	1,7	1,8	2,0	2,2	2,4	2,7	3,0	3,1
Osnovni	1,4	1,5	1,6	1,8	1,9	2,1	2,3	2,6	2,8	2,8
Nespremenljiva invalidnost	1,4	1,5	1,6	1,7	1,8	2,0	2,2	2,4	2,5	2,5
Premik k formalni oskrbi	1,4	1,7	1,8	2,0	2,2	2,3	2,6	2,8	3,0	3,1
Konvergenca pokritosti	1,4	1,5	1,6	1,8	2,0	2,1	2,3	2,6	2,8	2,8
Konvergenca izdatkov	1,4	1,6	1,8	2,1	2,4	2,7	3,2	3,7	4,1	4,4
Konvergenca pokritosti in izdatkov	1,4	1,6	1,8	2,1	2,4	2,7	3,2	3,7	4,1	4,5
AWG tveganje	1,4	1,6	1,8	2,1	2,3	2,6	3,1	3,5	3,9	4,2
Skupna produktivnost faktorjev	1,4	1,5	1,6	1,8	1,9	2,1	2,3	2,5	2,7	2,7

Vir: Eurostat, The 2015 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections for the 28 EU Member States (2013–2060), 2015, str. 357.

PRILOGA 5: Izdatki za zdravstvo v obdobju 2013–2060 na Hrvaškem v % BDP*Tabela 4: Izdatki za zdravstvo v obdobju 2013–2060 na Hrvaškem v % BDP*

Scenarij	2013	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050	2055	2060
AWG referenčni	5,7	6,8	6,9	7,1	7,2	7,3	7,4	7,4	7,5	7,5
Demografski	5,7	6,8	7,0	7,2	7,3	7,4	7,5	7,6	7,6	7,7
Visoko življenjsko pričakovanje	5,7	6,8	7,0	7,2	7,4	7,6	7,7	7,8	7,9	8,0
Konstantno zdravstveno stanje	5,7	6,6	6,7	6,7	6,8	6,8	6,8	6,8	6,7	6,7
Izdatki povezani s staranjem	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Dohodkovna elastičnost	5,7	6,9	7,1	7,3	7,5	7,7	7,8	7,9	8,0	8,0
Približevanje izdatkov ravni EU	5,7	6,9	7,2	7,4	7,7	7,9	8,1	8,3	8,5	8,5
Delovna intenzivnost	5,7	6,8	6,9	7,1	7,2	7,3	7,4	7,6	7,8	7,9
Iz sektorsko specifičnih indeksacij	5,7	6,7	6,9	7,0	7,1	7,2	7,3	7,4	7,4	7,4
Nedemografski dejavniki	5,7	7,1	7,5	7,9	8,4	8,8	9,2	9,4	9,6	9,7
AWG tveganje	5,7	7,0	7,3	7,6	7,8	8,1	8,3	8,4	8,4	8,4
Skupna produktivnost faktorjev	5,7	6,8	6,9	7,1	7,2	7,3	7,4	7,4	7,4	7,4

Vir: Eurostat, The 2015 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections for the 28 EU Member States (2013–2060), 2015, str. 329.

PRILOGA 6: Izdatki za dolgotrajno oskrbo v obdobju 2013–2060 na Hrvaškem v % BDP*Tabela 5: Izdatki za dolgotrajno oskrbo v obdobju 2013–2060 na Hrvaškem v % BDP*

Scenarij	2013	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050	2055	2060
AWG referenčni	0,4	0,4	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
Demografski	0,4	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
Visoko življenjsko pričakovanje	0,4	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,6
Osnovni	0,4	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
Nespremenljiva invalidnost	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4
Premik k formalni oskrbi	0,4	0,7	0,8	0,8	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	1,0
Konvergenca pokritosti	0,4	0,5	0,5	0,5	0,6	0,6	0,6	0,7	0,8	0,8
Konvergenca izdatkov	0,4	0,5	0,5	0,6	0,7	0,7	0,8	1,0	1,1	1,3
Konvergenca pokritosti in izdatkov	0,4	0,5	0,6	0,6	0,7	0,9	1,0	1,2	1,4	1,7
AWG tveganje	0,4	0,5	0,5	0,6	0,7	0,8	0,9	1,1	1,3	1,6
Skupna produktivnost faktorjev	0,4	0,4	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5

Vir: Eurostat, The 2015 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections for the 28 EU Member States (2013–2060), 2015, str. 330.

PRILOGA 7: Izdatki za zdravstvo v obdobju 2013–2060 v Italiji v % BDP*Tabela 6: Izdatki za zdravstvo v obdobju 2013–2060 v Italiji v % BDP*

Scenarij	2013	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050	2055	2060
AWG referenčni	6,1	6,2	6,3	6,4	6,5	6,6	6,7	6,8	6,8	6,7
Demografski	6,1	6,2	6,3	6,5	6,6	6,7	6,8	6,9	6,9	6,9
Visoko življenjsko pričakovanje	6,1	6,2	6,3	6,5	6,7	6,8	7,0	7,1	7,1	7,2
Konstantno zdravstveno stanje	6,1	6,1	6,1	6,2	6,3	6,4	6,4	6,4	6,4	6,3
Izdatki povezani s staranjem	6,1	6,1	6,3	6,4	6,5	6,6	6,7	6,7	6,7	6,7
Dohodkovna elastičnost	6,1	6,2	6,4	6,5	6,7	6,8	7,0	7,0	7,0	7,0
Približevanje izdatkov ravni EU	6,1	6,2	6,4	6,5	6,7	6,9	7,0	7,1	7,2	7,2
Delovna intenzivnost	6,1	6,1	6,1	6,3	6,6	6,8	7,1	7,2	7,2	7,1
Iz sektorsko specifičnih indeksacij	6,1	6,0	6,0	6,1	6,1	6,2	6,2	6,2	6,2	6,2
Nedemografski dejavniki	6,1	6,3	6,5	6,8	7,1	7,4	7,6	7,8	7,9	8,0
AWG tveganje	6,1	6,2	6,4	6,6	6,8	7,0	7,1	7,2	7,3	7,2
Skupna produktivnost faktorjev	6,1	6,2	6,3	6,4	6,5	6,6	6,7	6,7	6,7	6,7

Vir: Eurostat, The 2015 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections for the 28 EU Member States (2013–2060), 2015, str. 332.

PRILOGA 8: Izdatki za dolgotrajno oskrbo v obdobju 2013–2060 v Italiji v % BDP*Tabela 7: Izdatki za dolgotrajno oskrbo v obdobju 2013–2060 v Italiji v % BDP*

Scenarij	2013	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050	2055	2060
AWG referenčni	1,8	1,9	1,9	2,0	2,1	2,2	2,4	2,5	2,6	2,7
Demografski	1,8	1,9	2,0	2,1	2,1	2,3	2,4	2,6	2,7	2,8
Visoko življenjsko pričakovanje	1,8	1,9	2,0	2,1	2,2	2,4	2,5	2,7	2,9	3,0
Osnovni	1,8	1,9	1,9	2,0	2,1	2,3	2,5	2,6	2,8	2,8
Nespremenljiva invalidnost	1,8	1,9	1,9	1,9	2,0	2,1	2,3	2,4	2,5	2,5
Premik k formalni oskrbi	1,8	2,2	2,4	2,5	2,6	2,8	3,0	3,2	3,4	3,4
Konvergenca pokritosti	1,8	1,9	2,0	2,1	2,2	2,4	2,6	2,8	3,0	3,1
Konvergenca izdatkov	1,8	1,9	1,9	2,0	2,1	2,3	2,5	2,6	2,8	2,8
Konvergenca pokritosti in izdatkov	1,8	1,9	2,0	2,1	2,2	2,4	2,6	2,8	3,0	3,1
AWG tveganje	1,8	1,9	2,0	2,0	2,2	2,3	2,5	2,7	2,8	2,8
Skupna produktivnost faktorjev	1,8	1,9	1,9	2,0	2,1	2,2	2,4	2,5	2,6	2,7

Vir: Eurostat, The 2015 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections for the 28 EU Member States (2013–2060), 2015, str. 333.

PRILOGA 9: Izdatki za zdravstvo v obdobju 2013–2060 na Madžarskem v % BDP*Tabela 8: Izdatki za zdravstvo v obdobju 2013–2060 na Madžarskem v % BDP*

Scenarij	2013	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050	2055	2060
AWG referenčni	4,7	4,8	5,0	5,1	5,2	5,3	5,3	5,4	5,4	5,4
Demografski	4,7	4,9	5,0	5,2	5,3	5,4	5,5	5,6	5,7	5,7
Visoko življenjsko pričakovanje	4,7	4,9	5,0	5,2	5,4	5,5	5,6	5,8	5,9	5,9
Konstantno zdravstveno stanje	4,7	4,7	4,7	4,8	4,8	4,8	4,8	4,8	4,8	4,8
Izdatki povezani s staranjem	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Dohodkovna elastičnost	4,7	4,9	5,1	5,3	5,5	5,6	5,7	5,8	5,9	5,9
Približevanje izdatkov ravni EU	4,7	5,0	5,3	5,5	5,8	6,0	6,3	6,5	6,8	7,0
Delovna intenzivnost	4,7	4,7	4,8	4,9	5,1	5,3	5,6	5,8	6,0	6,1
Iz sektorsko specifičnih indeksacij	4,7	4,7	4,7	4,7	4,7	4,7	4,8	4,9	4,9	4,9
Nedemografski dejavniki	4,7	5,1	5,5	5,9	6,2	6,5	6,8	7,0	7,2	7,3
AWG tveganje	4,7	5,0	5,3	5,6	5,7	5,9	6,0	6,1	6,2	6,2
Skupna produktivnost faktorjev	4,7	4,8	5,0	5,1	5,2	5,3	5,3	5,4	5,4	5,4

Vir: Eurostat, The 2015 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections for the 28 EU Member States (2013–2060), 2015, str.347.

PRILOGA 10: Izdatki za dolgotrajno oskrbo v obdobju 2013–2060 na Madžarskem v % BDP

Tabela 9: Izdatki za dolgotrajno oskrbo v obdobju 2013–2060 na Madžarskem v % BDP

Scenarij	2013	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050	2055	2060
AWG referenčni	0,8	0,8	0,8	0,8	0,9	0,9	1,0	1,1	1,1	1,2
Demografski	0,8	0,8	0,9	0,9	1,0	1,0	1,1	1,1	1,1	1,2
Visoko življenjsko pričakovanje	0,8	0,8	0,9	0,9	1,0	1,1	1,1	1,2	1,2	1,3
Osnovni	0,8	0,8	0,8	0,9	0,9	1,0	1,1	1,2	1,2	1,3
Nespremenljiva invalidnost	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,9	0,9	1,0	1,0	1,0
Premik k formalni oskrbi	0,8	1,1	1,3	1,4	1,5	1,6	1,7	1,7	1,8	1,9
Konvergenca pokritosti	0,8	0,9	1,0	1,2	1,5	1,8	2,1	2,4	2,9	3,5
Konvergenca izdatkov	0,8	0,8	0,9	1,0	1,1	1,3	1,5	1,7	1,9	2,2
Konvergenca pokritosti in izdatkov	0,8	1,0	1,1	1,4	1,7	2,2	2,8	3,4	4,3	5,5
AWG tveganje	0,8	0,9	1,1	1,3	1,6	2,1	2,6	3,1	3,9	5,0
Skupna produktivnost faktorjev	0,8	0,8	0,8	0,8	0,9	0,9	1,0	1,1	1,1	1,2

Vir: Eurostat, The 2015 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections for the 28 EU Member States (2013–2060), 2015, str. 348.

PRILOGA 11: Viri za izračune v modelu

1. Eurostat. (2014c). Main Scenario - Projected demographic balances and indicators. Najdeno 29. julija 2016 na spletnem naslovu http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=proj_13ndbims&lang=en
2. Eurostat. (2016, 25. julij). Population on 1 January by five years age group and sex. Najdeno 29. julija 2016 na spletnem naslovu http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=demo_pjangroup&lang=en
3. Organization for Economic Co-operation and Development – OECD. (2016, 26. januar). OECD.Stats – Population. Najdeno 28. julija 2016 na spletnem naslovu http://stats.oecd.org/Index.aspx?DatasetCode=POP_FIVE_HIST#
4. Statistični urad Republike Slovenije. (1997a). Prebivalstvo. *Statistični letopis 1997*. Najdeno 16. maja 2016 na spletnem naslovu <http://www.stat.si/StatWeb/doc/letopis/1997/04-97.pdf>
5. Statistični urad Republike Slovenije. (1997b). Bruto domači proizvod. *Statistični letopis 1997*. Najdeno 04. avgusta 2016 na spletnem naslovu <http://www.stat.si/StatWeb/doc/letopis/1997/27-97.pdf>
6. Statistični urad Republike Slovenije. (1998). Prebivalstvo po starosti in spolu, 30. 6. 1997 in 31. 12. 1997. *Statistični letopis 1998*. Najdeno 16. maja 2016 na spletnem naslovu http://www.stat.si/StatWeb/doc/letopis/1998/04_98/04-09-98.htm
7. Statistični urad Republike Slovenije. (1999). Prebivalstvo po starosti in spolu, 30. 6. 1998 in 31. 12. 1998. *Statistični letopis 1999*. Najdeno 16. maja 2016 na spletnem naslovu http://www.stat.si/StatWeb/doc/letopis/1999/04_99/04-09-99.htm
8. Statistični urad Republike Slovenije. (2000). Prebivalstvo po starosti in spolu, 30. 6. 1999 in 31. 12. 1999. *Statistični letopis 2000*. Najdeno 16. maja 2016 na spletnem naslovu http://www.stat.si/StatWeb/doc/letopis/2000/04_00/04-09-00.htm
9. Statistični urad Republike Slovenije. (2001). Prebivalstvo po starosti in spolu, 30. 6. 2000 in 31. 12. 2000. *Statistični letopis 2001*. Najdeno 16. maja 2016 na spletnem naslovu http://www.stat.si/StatWeb/doc/letopis/2001/04_01/04-07-01.htm
10. Statistični urad Republike Slovenije. (2002). Prebivalstvo po starosti in spolu, 30. 6. 2001 in 31. 12. 2001. *Statistični letopis 2002*. Najdeno 16. maja 2016 na spletnem naslovu http://www.stat.si/StatWeb/doc/letopis/2002/04_02/04-07-02.htm
11. Statistični urad Republike Slovenije. (2003). Prebivalstvo po starosti in spolu, 30. 6. 2002 in 31. 12. 2002. *Statistični letopis 2003*. Najdeno 17. maja 2016 na spletnem naslovu http://www.stat.si/StatWeb/doc/letopis/2003/04_03/04-10-03.htm
12. Statistični urad Republike Slovenije. (2004). Prebivalstvo po starosti in spolu, 30. 6. 2003 in 31. 12. 2003. *Statistični letopis 2004*. Najdeno 17. maja 2016 na spletnem naslovu http://www.stat.si/StatWeb/doc/letopis/2004/04_04/04-10-04.htm
13. Statistični urad Republike Slovenije. (2005). Prebivalstvo po starosti in spolu, 30. 6. 2004 in 31. 12. 2004. *Statistični letopis 2005*. Najdeno 17. maja 2016 na spletnem naslovu http://www.stat.si/StatWeb/doc/letopis/2005/04_05/04-04-05.htm

14. Statistični urad Republike Slovenije. (2006). Prebivalstvo po starosti in spolu, 30. 6. 2005 in 31. 12. 2005. *Statistični letopis 2006*. Najdeno 17. maja 2016 na spletnem naslovu http://www.stat.si/StatWeb/doc/letopis/2006/04_06/04-04-06.htm
15. Statistični urad Republike Slovenije. (2007). Prebivalstvo po starosti in spolu, 30. 6. 2006 in 31. 12. 2006. *Statistični letopis 2007*. Najdeno 17. maja 2016 na spletnem naslovu http://www.stat.si/StatWeb/doc/letopis/2007/04_07/04-04-07.htm
16. Statistični urad Republike Slovenije. (2008). Prebivalstvo po starosti in spolu, 30. 6. 2007 in 31. 12. 2007. *Statistični letopis 2008*. Najdeno 17. maja 2016 na spletnem naslovu http://www.stat.si/StatWeb/doc/letopis/2008/04_08/04-04-08.htm
17. Statistični urad Republike Slovenije. (2009). Prebivalstvo po starosti in spolu, 30.6.2008 in 31.12.2008. *Statistični letopis 2009*. Najdeno 18. maja 2016 na spletnem naslovu http://www.stat.si/StatWeb/doc/letopis/2009/04_09/04-04-09.htm
18. Statistični urad Republike Slovenije. (2010). Prebivalstvo po starosti in spolu, 1. 7. 2009 in 01.01.2010. *Statistični letopis 2010*. Najdeno 18. maja 2016 na spletnem naslovu http://www.stat.si/StatWeb/doc/letopis/2010/04_10/04-04-10.htm
19. Statistični urad Republike Slovenije. (2011). Prebivalstvo po starosti in spolu, 1. julij 2010 in 1. januar 2011. *Statistični letopis 2011*. Najdeno 18. maja 2016 na spletnem naslovu http://www.stat.si/StatWeb/doc/letopis/2011/04_11/04-04-11.htm
20. Statistični urad Republike Slovenije. (2012). Prebivalstvo po starosti in spolu, 1. julij 2011 in 1. januar 2012. *Statistični letopis 2012*. Najdeno 18. maja 2016 na spletnem naslovu http://www.stat.si/StatWeb/doc/letopis/2012/04_12/04-03-12.htm
21. Statistični urad Republike Slovenije. (2013). Prebivalstvo po starosti in spolu, 1. julij 2012 in 1. januar 2013. *Statistični letopis 2013*. Najdeno 18. maja 2016 na spletnem naslovu http://www.stat.si/StatWeb/doc/letopis/2013/04_13/04-03-13.html
22. Statistični urad Republike Slovenije. (2016a). Bruto domači proizvod, Slovenija, letno. Najdeno 03. avgusta 2016 na spletnem naslovu http://pxweb.stat.si/pxweb/Dialog/varval.asp?ma=0301910S&ti=&path=../Database/Ekonomsko/03_nacionalni_racuni/05_03019_BDP_letni/&lang=2
23. Statistični urad Republike Slovenije. (2016b). Prebivalstvo po velikih in petletnih starostnih skupinah in spolu, statistične regije, Slovenija, letno. Najdeno 27. julija 2016 na spletnem naslovu http://pxweb.stat.si/pxweb/Dialog/varval.asp?ma=05C2002S&ti=&path=../Database/Dem_soc/05_prebivalstvo/10_stevilo_preb/10_05C20_prebivalstvo_stat_regije/&lang=2