

Mateja Nagode, Eva Zver, Stane Marn, Anita Jacovič, Davor Dominkuš

Dolgotrajna oskrba - uporaba mednarodne definicije v Sloveniji

Delovni zvezek št. 2/2014, let. XXIII

Objava in povzemanje prispevkov sta dovoljena delno ali v celoti z navedbo vira. Avtorstvo je treba pripisati avtorju prispevka in ne Uradu RS za makroekonomske analize in razvoj. Mnenja, ugotovitve in sklepi so namreč v celoti avtorjevi in ne odražajo nujno uradnih stališč Urada RS za makroekonomske analize in razvoj.

Kratka vsebina: Za sistemsko ureditev področja dolgotrajne oskrbe je nujno usklajeno in sistematično zbiranje podatkov o izdatkih in prejemnikih dolgotrajne oskrbe v skladu z mednarodno standardizirano metodologijo (OECD, Eurostat, WHO). V delovnem zvezku predstavljamo izhodišča za ustanovitev in delovanje medresorske delovne skupine ter ključne rezultate spremljanja ureditve dolgotrajne oskrbe v Sloveniji po mednarodni definiciji.

Ključne besede: dolgotrajna oskrba, mednarodna definicija, izdatki, prejemniki

Izdajatelj:
Urad RS za makroekonomske analize in razvoj
Gregorčičeva 27
1000 Ljubljana
Tel: (+386) 1 478 1012
Telefaks: (+386) 1 478 1070
E-naslov: gp.umar@gov.si

Odgovorna urednica: mag. Mateja Kovač (mateja.kovac@gov.si)

Delovni zvezek: Dolgotrajna oskrba - uporaba mednarodne definicije v Sloveniji

Avtorji: mag. Mateja Nagode (Inštitut RS za socialno varstvo; mateja.nagode@guest.arnes.si), mag. Eva Zver (Urad za makroekonomske analize in razvoj; eva.zver@gov.si), mag. Stane Marn (Statistični urad RS; stane.marn@gmail.com), Anita Jacovič (Statistični urad RS; anita.jacovic@gov.si) in Davor Dominkuš (Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti; davor.dominkus@gov.si).

Pri pripravi pregleda statistike izdatkov in prejemnikov dolgotrajne oskrbe v Sloveniji (5. poglavje) in prevodu mednarodne definicije so poleg avtorjev sodelovali vsi člani medresorske delovne skupine za statistično spremljanje dolgotrajne oskrbe (po abecednem vrstnem redu): Tanja Frank (Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije), Boris Kramberger (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije), Liljana Kropivšek (Skupnost socialnih zavodov Slovenije), Darja Lavtar (Nacionalni inštitut za javno zdravje), dr. Boris Majcen (Inštitut za ekonomska raziskovanja), Zdenka Tičar (Ministrstvo za zdravje), Jana Trdič (Nacionalni inštitut za javno zdravje), mag. Cveto Uršič (Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti), Lidija Apohal Vučkovič (Urad za makroekonomske analize in razvoj) in Darinka Džananovič Zavrl (Nacionalni inštitut za javno zdravje).

Delovni zvezek ni lektoriran.
Delovni zvezek je recenziran.

Ljubljana, junij 2014

CIP - Kataložni zapis o publikaciji
Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

338(497.4)(0.034.2)

DOLGOTRAJNA oskrba - uporaba mednarodne definicije v Sloveniji [Elektronski vir] / Mateja Nagode ... [et al.]. - El. knjiga. - Ljubljana : Urad RS za makroekonomske analize in razvoj, 2014. - (Zbirka Delovni zvezki UMAR ; letn. 23, 2)

ISBN 978-961-6839-24-2 (pdf)

1. Nagode, Mateja, 1977-
274368768

KAZALO VSEBINE

1.	UVOD.....	6
2.	UREDITEV DOLGOTRAJNE OSKRBE V SLOVENIJI	8
3.	POMEN PODATKOV O DOLGOTRAJNI OSKRBI	11
4.	MEDNARODNA DEFINICIJA DOLGOTRAJNE OSKRBE	13
4.1.	Razvoj mednarodne definicije dolgotrajne oskrbe.....	13
4.2.	Mednarodna definicija dolgotrajne oskrbe po SHA 2011	14
4.3.	Študija o možnostih razvrščanja izdatkov za dolgotrajno oskrbo po SHA 2011	18
5.	PREGLED STATISTIKE IZDATKOV IN PREJEMNIKOV DOLGOTRAJNE OSKRBE V SLOVENIJI GLEDE NA MEDNARODNO DEFINICIJO	20
5.1.	Dolgotrajna oskrba (zdravstveni del) (HC.3)	21
5.1.1.	Dolgotrajna oskrba v institucijah (zdravstveni del) (HC.3.1 SHA 2011; HC.3.1 SHA 1.0)	21
5.1.2.	Dolgotrajna dnevna oskrba (zdravstveni del) (HC.3.2 SHA 2011; HC.3.2 SHA 1.0)	22
5.1.3.	Dolgotrajna ambulantna oskrba (zdravstveni del) (HC.3.3 SHA 2011; kategorija v SHA 1.0 ni opredeljena)	23
5.1.4.	Dolgotrajna oskrba na domu (zdravstveni del) (HC.3.4 SHA 2011; HC.3.3 SHA 1.0)	23
5.2.	Dolgotrajna oskrba (socialni del) (HC.R.1 SHA 2011)	25
5.2.1	Dolgotrajna socialna oskrba v naravi (HC.R.1.1 SHA 2011; HC.R.6.1 SHA 1.0)	25
5.2.2	Dolgotrajna socialna oskrba v denarju (HC.R.1.2 SHA 2011; kategorija v SHA 1.0 ni opredeljena)	26
6.	ANALIZA IZDATKOV IN PREJEMNIKOV DOLGOTRAJNE OSKRBE PO MEDNARODNI DEFINICIJI	27
6.1.	Izdatki za dolgotrajno oskrbo, Slovenija in OECD, 2003–2011.....	27
6.2.	Prejemniki dolgotrajne oskrbe, Slovenija in OECD, 2011	31
6.2.1.	Dolgotrajna oskrba v institucijah	32
6.2.2.	Dolgotrajna oskrba v dnevni obliki	33
6.2.3.	Dolgotrajna oskrba na domu	34
6.2.4.	Denarni prejemki	35
6.2.5.	Skupno število prejemnikov dolgotrajne oskrbe	37
7.	SKLEP	40
8.	SEZNAM LITERATURE IN VIROV	42
9.	PRILOGA 1: Viri podatkov za izdatke in prejemnike	45
10.	PRILOGA 2: Opis storitev in denarnih prejemkov.....	46

Kazalo tabel in slik

Tabela 1: Celotni izdatki za dolgotrajno oskrbo v okviru klasifikacije namenov zdravstvenega varstva po definiciji SHA 2011.....	14
Tabela 2: Meje med zdravstvenim delom (HC.3) in socialnim delom (HC.R.1) dolgotrajne oskrbe	16
Tabela 3: Kategorije dolgotrajne oskrbe po definiciji SHA 2011 in primerjava s SHA 1.0	17
Tabela 4: Spremembe v kazalnikih izdatkov za zdravstvo in izdatkov za dolgotrajno oskrbo ob upoštevanju SHA 2011	19
Tabela 5: Dolgotrajna oskrba v institucijah (zdravstveni del) – HC.3.1	22
Tabela 6: Dolgotrajna dnevna oskrba (zdravstveni del) – HC.3.2	22
Tabela 7: Dolgotrajna oskrba na domu (zdravstveni del) – HC.3.4	24
Tabela 8: Dolgotrajna socialna oskrba v naravi (HC.R.1.1)	26
Tabela 9: Izdatki za dolgotrajno oskrbo po virih financiranja in po namenu, 2003–2011	28
Tabela 10: Prejemniki dolgotrajne oskrbe v institucijah na dan 31. 12. 2011.....	32
Tabela 11: Prejemniki dolgotrajne oskrbe v dnevni obliki na dan 31. 12. 2011	33
Tabela 12: Prejemniki dolgotrajne oskrbe na domu na področju dolgotrajne oskrbe na dan 31. 12. 2011	35
Tabela 13: Prejemniki denarnih dodatkov na dan 31. 12. 2011	36
Tabela 14: Prejemniki storitev in prejemkov dolgotrajne oskrbe po posameznih področjih, na dan 31. 12. 2011	38
Tabela 15: Viri podatkov za statistiko izdatkov in prejemnikov dolgotrajne oskrbe v Sloveniji	45
Slika 1: Razlogi za rast potreb po dolgotrajni oskrbi	6
Slika 2: Dolgotrajna oskrba kot del izdatkov za zdravstvo in izdatkov za socialno varstvo	13
Slika 3: Dolgotrajna oskrba po definiciji SHA 2011	20
Slika 4: Realna rast izdatkov za dolgotrajno oskrbo v Sloveniji v obdobju 2003–2011	28
Slika 5: Izdatki za dolgotrajno oskrbo po načinu izvajanja	29
Slika 6: Izdatki za dolgotrajno oskrbo kot delež v BDP, Slovenija in države OECD, 2011	29
Slika 7: Izdatki za dolgotrajno oskrbo v USD PPP, 2011	30
Slika 8: Realna rast izdatkov za dolgotrajno oskrbo, Slovenija in OECD, 2003–2011	30
Slika 9: Strukturiranost socialnovarstvenih in zdravstvenih storitev ter denarnih prejemkov na področju dolgotrajne oskrbe (prirejeno po definiciji SHA in OECD)	32
Slika 10: Prejemniki storitev institucionalnega varstva po petletnih starostnih skupinah in spolu, 31. 12. 2011.....	33
Slika 11: Prejemniki storitev dolgotrajne oskrbe v dnevni obliki po petletnih starostnih skupinah in spolu, 31. 12. 2011	34
Slika 12: Prejemniki storitev oskrbe na domu / skupnosti po petletnih starostnih skupinah in spolu, 31. 12. 2011.....	35
Slika 13: Prejemniki denarnih dodatkov po petletnih starostnih skupinah in spolu, 31. 12. 2011.....	36
Slika 14: Prejemniki denarnih dodatkov po petletnih starostnih skupinah in spolu, ki prejemajo zgolj denarni dodatek, 31. 12. 2011	37
Slika 15: Prejemniki storitev in denarnih prejemkov dolgotrajne oskrbe po posameznih področjih, 31. 12. 2011	37
Slika 16: Populacija stara 65+, ki prejema dolgotrajno oskrbo, 31. 12. 2011	39

Povzetek

Dolgotrajna oskrba je pomembna družbena tema, ki je v zadnjih letih deležna intenzivnih razprav na mednarodni ravni. Neposredno je povezana s pojavom t. i. dolgožive družbe, kar pomeni, da se v družbi spreminjajo demografska razmerja. Predvsem narašča delež starejšega prebivalstva, podaljšuje se življenjska doba ljudi ter naraščajo potrebe po dolgotrajni oskrbi. To so nekateri izmed razlogov, da lahko v prihodnosti pričakujemo vse večji delež populacije, ki bo postal odvisen od dolgotrajne oskrbe. Mnoge evropske države so že pred leti pristopile k sistemskemu urejanju dolgotrajne oskrbe (npr. sprejetje posebnega zakona za to področje), danes pa se praktično vse države soočajo s pomembnim vprašanjem, kako organizirati učinkovit in finančno vzdržen sistem dolgotrajne oskrbe.

V Sloveniji dolgotrajna oskrba še ni sistemsko urejena, pač pa se zagotavlja v okviru različnih zakonodaj oz. preko ločenih sistemov socialne varnosti (zaščite). Zakon, ki bo urejal to področje, je v pripravi že vrsto let, zadnji osnutek zakona pa je bil v javni razpravi leta 2010. Poleg tega, da je za področje nujna vsebinska ureditev (sprejetje zakona), pa igra pomembno vlogo tudi statistično oz. podatkovno spremljanje omenjenega področja. Kaže se namreč velika potreba po organiziranem, usklajenem in sistematičnem zbiranju tovrstnih podatkov, saj gre za področje, ki zahteva enovit pristop. Podatki so čedalje bolj pomembni tudi na mednarodni ravni, saj omogočajo primerjave različnih sistemov dolgotrajne oskrbe, med drugim pa predstavljajo tudi vhodni podatek za dolgoročne projekcije javnih izdatkov, povezanih s staranjem prebivalstva, ki so pomembni za oceno javnofinančne vzdržnosti države.

Glede na to, da so sistematsko zbrani podatki izjemno pomembni tako za nacionalno (sprejetje zakona) kot tudi za mednarodno raven (projekcije, poročanje OECD-ju itd.), je v letu 2012 Statistični urad RS imenoval medresorsko delovno skupino, ki jo skupaj s Statističnim uradom RS vodi in koordinira Inštitut RS za socialno varstvo. V delovno skupino so vključeni predstavniki vseh glavnih akterjev zagotavljanja podatkov s področja dolgotrajne oskrbe (poleg že omenjenih še Urad za makroekonomske analize in razvoj, Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti, Ministrstvo za zdravje, Skupnost socialnih zavodov Slovenije, Nacionalni inštitut za javno zdravje, Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje, Inštitut za ekonomska raziskovanja ter Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije). Glavni namen delovne skupine je, da vzpostavi pogoje za sistematično statistično in analitično spremljanje stanja in razvoja na področju dolgotrajne oskrbe v Sloveniji.

V delovnem zvezku predstavljamo izhodišča za ustanovitev in delovanje medresorske delovne skupine ter ključne rezultate spremljanja ureditve dolgotrajne oskrbe v Sloveniji po mednarodni definiciji (OECD, Eurostat, WHO).

Summary

Long-term care is an important social issue which has in recent years been the subject of intensive discussions at the international level. It is directly linked to the phenomenon of the so-called long-living society, which means that the society experiences changes in demographic relationships. The share of older people is growing, life expectancy is increasing and the need for long-term care is rising. This is one of the reasons why in the future we can expect that a larger share of the population will become dependent on long-term care. Many European countries have already started to systematically regulate long-term care (e.g. by adopting special acts regulating this area), and today practically all countries are faced with the important question of organising an effective and sustainable system of long-term care.

In Slovenia long-term care has not yet been systematically regulated. It is provided within the framework of different legislation and via separate social protection systems. The act regulating this area was being prepared for several years; the last draft was publicly discussed in 2010. In addition to the fact that long-term care needs to be urgently regulated in terms of content (adoption of the mentioned act), an important role is played by statistical monitoring of the mentioned area. There is namely a large need for organised, coordinated and systematic collection of such data, since this is an area that requires a more uniform approach. The data are increasingly important also at the international level, since they enable comparisons of different systems of long-term care and present input data for long-term projections of public expenditure related to population ageing, which are important for estimating the public finance sustainability of the country. Since systematically collected data are very important both nationally (adoption of the act) and internationally (projections, OECD reporting, etc.), in 2012 the Statistical Office of the Republic of Slovenia appointed an inter-institutional working group led and coordinated together with the Social Protection Institute of the Republic of Slovenia. The working group includes representatives of all main actors providing data on long-term care (in addition to already mentioned institutions, the Institute of Macroeconomic Analysis and Development, the Ministry of Labour, Family Social Affairs and Equal Opportunities, the Ministry of Health, the Slovenian Community of Social Institutions, the National Institute of Public Health, the Pension and Disability Insurance Institute, the Institute for Economic Research and the Health Insurance Institute of Slovenia). The main purpose of this working group is to establish the conditions for systematic statistics and monitoring of performance and development of long-term care in Slovenia.

The paper presents the platform for establishing and operation of the inter-institutional working group and key results of monitoring long-term care in Slovenia according to the international (OECD, Eurostat, WHO) definition.

SEZNAM KRATIC

ADL	Temeljna dnevna opravila (ang. activities of daily livnig)
AWG	Ageing Working Group pri Evropski komisiji
CUDV	Center za usposabljanje, delo in varstvo
DNO	Dodatek za nego otroka
DO	Dolgotrajna oskrba
DSO	Dom za starejše občane
ESSPROS	European System of integrated Social PROtection Statistics
FIHO	Fundacija za financiranje invalidskih in humanitarnih organizacij v Republiki Slovenije
HC	Klasifikacija izdatkov za zdravstvo po namenu (ang. Classification of Health Care Functions)
IADL	Podporna dnevna opravila (ang. instrumental activities of daily living)
IRSSV	Inštitut RS za socialno varstvo
MDDSZ	Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti
NIJZ	Nacionalni inštitut za javno zdravje
NVO	Nevladne organizacije
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
PND	Pomoč na domu
POS	Posebni socialnovarstveni zavod
SHA	Sistem zdravstvenih računov (ang. System of Health Accounts)
SSZS	Skupnost socialnih zavodov Slovenije
SURS	Statistični urad RS
UMAR	Urad za makroekonomske analize in razvoj
VDC	Varstveno delovni center
ZPIZ	Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje
ZPIZ-2	Zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju
ZZZS	Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije
ZDUS	Zveza društev upokojencev Slovenije
ZDVDTP	Zakon o družbenem varstvu duševno in telesno prizadetih oseb
ZSDP	Zakon o starševskem varstvu in družinskih prejemkih
ZSV	Zakon o socialnem varstvu
ZUDV	Zavod za usposabljanje, delo in varstvo
ZVojl	Zakon o vojnih invalidih
ZVV	Zakon o vojnih veteranih
WHO	World Health Organization

1. UVOD

Dolgotrajno oskrbo mednarodne institucije (OECD, Eurostat, WHO) v enotni definiciji opredeljujejo kot niz storitev, ki jih potrebujejo ljudje z zmanjšano stopnjo funkcionalne zmožnosti (fizične ali kognitivne) in ki so posledično v daljšem časovnem obdobju odvisni od pomoči pri izvajanju temeljnih in/ali podpornih dnevnih opravil. Temeljna dnevna opravila (ADL¹) oz. storitve osebne oskrbe se pogosto zagotavljajo v kombinaciji z osnovnimi zdravstvenimi storitvami kot so zdravstvena nega², zdravstvena preventiva, rehabilitacija ter paliativna oskrba. Podporna dnevna opravila (IADL³) oz. storitve podporne oskrbe so povezane predvsem s pomočjo v gospodinjstvu (Colombo in drugi, 2011: 11-12).

Dolgotrajna oskrba je področje, ki je v velikem porastu in se bo v prihodnosti še dodatno širilo. Colombo in drugi (2011, 38) naštejejo vsaj štiri razloge za nadaljnjo rast. Prvi je ta, da bodo demografske spremembe povečale povpraševanje po storitvah dolgotrajne oskrbe v vseh družbah, torej ne glede na različno hitrost staranja prebivalstva po državah. Drugič, vzporedno s spreminjanjem družbenih modelov, kot sta npr. krčenje družinskih struktur in porast vključevanja žensk na trg delovne sile, bomo verjetno pričali pomanjkanju neformalnih oskrbovalcev, kar bo posledično vplivalo na povpraševanje po plačani oskrbi. Kot tretji razlog izpostavijo vedno večje bogastvo družb, potrebo ljudi po večji kakovosti in bolj odzivnih ter k uporabniku usmerjenim sistemom socialne zaščite. Četrto, tehnološke rešitve povečujejo možnosti zagotavljanja velikega dela dolgotrajne oskrbe doma, na domu, kar pa posledično zahteva reorganizacijo oskrbe.

Slika 1: Razlogi za rast potreb po dolgotrajni oskrbi



Vir: prirejeno po Colombo in drugi (2011)

Temeljno vprašanje je torej, kako zagotoviti in organizirati takšen sistem dolgotrajne oskrbe, da bo finančno vzdržen in učinkovit ter bo obenem upošteval omejitve kolektivne in individualne odgovornosti. Ureditev sistema dolgotrajne oskrbe je postalo pereče vprašanje javnega pomena, evropske države pa so se, ene prej ene

¹ Temeljna dnevna opravila (ang. (Basic) Activities of Daily Living - ADL) vključujejo kopanje, oblačenje, hranjenje, leganje v posteljo in vstajanje iz nje, gibanje in uporabo stranišča. Pogosto gre za osebno oskrbo (Colombo in drugi 2011, 11).

² Npr. pomoč pri previjanju ran, protibolečinska terapija, zdravljenje, spremljanje zdravja.

³ Podporna dnevna opravila (ang. Instrumental Activities of Daily Living - IADL) so predvsem priprava hrane, pranje perila, prevozi in čiščenje.

pozneje, sistemskega urejanja tega področja lotile na različne načine. Tako npr. v Sloveniji in v večini srednje in južnoevropskih državah področje še ni sistemsko urejeno, medtem ko se večina severnih in zahodnoevropskih držav s tem področjem intenzivneje ukvarja zadnjih dvajset let (več v Toth in drugi, 2004; Lundsgaard, 2005; Flaker in drugi, 2008; Huber in drugi, 2009; Glendinning in Moran, 2009; Schubert, 2009; Costa – Font, 2011; Flaker in drugi, 2011a; Flaker in drugi, 2011b; Oesterle, 2011).

Priprava reform in sprememb financiranja dolgotrajne oskrbe mora nujno temeljiti na ustreznih analizah in projekcijah, zato se je povpraševanje po kakovostnih in verodostojnih podatkih o dolgotrajni oskrbi v zadnjih letih močno povečalo. Ob tem je izpostavljen pomen mednarodne primerljivosti podatkov in pomen standardiziranih metodologij, ki omogočajo tudi razvoj mednarodno primerljivih kazalnikov delovanja sistemov dolgotrajne oskrbe. Leta 2011 so pri OECD, skupaj z Eurostatom in WHO, objavili revizijo metodologije sistema zdravstvenih računov za spremljanje izdatkov za zdravstvo in dolgotrajno oskrbo (A System of Health Accounts, 2011; v nadaljevanju SHA 2011), ki bolj podrobno kot prva verzija⁴, definira področje dolgotrajne oskrbe. V okviru dolgotrajne oskrbe postavlja tudi jasno ločnico med zdravstvenim in socialnim delom dolgotrajne oskrbe. Predvidoma bodo mednarodne institucije (OECD, Eurostat) definiciji SHA 2011 prilagodile tudi metodologijo spremljanja podatkov o prejemnikih, posteljah in kadrih v dolgotrajni oskrbi.

V delovnem zvezku predstavljamo uporabo mednarodne definicije dolgotrajne oskrbe na nacionalnem nivoju. V prvem delu najprej kratko povzemamo ureditev dolgotrajne oskrbe v Sloveniji in poudarimo pomen zagotavljanja natančnih podatkov in ureditve evidenc podatkov v dolgotrajni oskrbi. V nadaljevanju je prikazan razvoj definicije dolgotrajne oskrbe, kjer povzemamo tudi študijo OECD o možnostih evidentiranja izdatkov za dolgotrajno oskrbo v skladu z zadnjo, revidirano mednarodno definicijo. Kakšno je trenutno stanje glede razpoložljivosti podatkov tako o izdatkih kot tudi prejemnikih dolgotrajne oskrbe (ob tem, da upoštevamo mednarodno definicijo dolgotrajne oskrbe), pa predstavljamo v petem poglavju.

⁴ (A System of Health Accounts 1.0, 2000; v nadaljevanju: SHA 2000)

2. UREDITEV DOLGOTRAJNE OSKRBE V SLOVENIJI

V Sloveniji nimamo veljavne enotne definicije dolgotrajne oskrbe, področje niti ni sistemsko urejeno (npr. s posebnim zakonom). Dolgotrajna oskrba je trenutno urejena v okviru različnih zakonodaj oz. se izvaja preko ločenih sistemov socialne varnosti (zaščite), in sicer:

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

Že vrsto let je v pripravi krovni zakon, ki bi urejal področje dolgotrajne oskrbe. Da veljavna ureditev dolgotrajne oskrbe v Sloveniji iz različnih razlogov ni ustrezna, je znano že dalj časa. Nedavno so bili pripravljeni kar trije predlogi za zakon o dolgotrajni oskrbi - eden je nastal pod okriljem Ministrstva za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti (v nadaljevanju MDDSZ)⁵, drugi pod okriljem Zveze društev upokojencev Slovenije (v nadaljevanju ZDUS)⁶, tretji pa v okviru Skupnosti socialnih zavodov Slovenije⁷ (v nadaljevanju SSZS). Oblikovanje različnih verzij zakonov in pobud k sistemski ureditvi področja ter številčne razprave v strokovni javnosti odražajo velik pritisk, potrebo in apel k sistemski ureditvi tega področja. MDDSZ je v Nacionalnem poročilu o strategijah socialne zaščite in socialnega vključevanja za obdobje 2008–2010 (MDDSZ 2008) v letu 2008 identificiralo več pomanjkljivosti obstoječega sistema, med drugim tudi, da:

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

Posebno pozornost področju dolgotrajne oskrbe Slovenija že dalj časa namenja tudi v različnih strateških dokumentih (npr. Strategija varstva starejših do leta 2010 - solidarnost, sožitje in kakovostno staranje prebivalstva, Resolucija o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2006–2010, Resolucija o nacionalnem programu socialnega varstva (2013–2020)), kjer poskuša predvsem slediti ciljem za preureditev

⁵ Predlog Zakona o dolgotrajni oskrbi in zavarovanju za dolgotrajno oskrbo (MDDSZ, 2006a, 2010).

⁶ Predlog Zakona o dolgotrajni oskrbi in zavarovanju za dolgotrajno oskrbo (ZDUS, 2011).

⁷ Predlog Zakona o dolgotrajni negi in pomoči (SSZS, 2010).

sistema, kot so zapisani v Nacionalnem poročilu o strategijah socialne zaščite in socialnega vključevanja za obdobje 2008–2010 (MDDSZ 2008):

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

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

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

Glede na zdajšnjo ureditev dolgotrajne oskrbe lahko rečemo, da jo v Sloveniji zagotavljamo na različne načine, preko različnih storitev s področja socialnega in zdravstvenega varstva ter denarnih prejemkov. Natančneje kako, lahko prikažemo na vsaj dva načina, saj se je tako pri nas kot tudi v mednarodnem merilu, uveljavilo različno prikazovanje in razvrščanje storitev dolgotrajne oskrbe. V primeru, da upoštevamo razvrstitev, ki jo uporabljajo npr. Huber in drugi (2009), Oesterle (2011), lahko zagotavljanje dolgotrajne oskrbe prikažemo skozi triado storitev institucionalnega varstva, skupnostne oskrbe/oskrbe na domu ter denarnih prejemkov. V drugem primeru, ko sledimo razvrstitvi, ki jo uporabljajo Jorens in drugi (2011), Flaker in drugi (2011a), Rafaelič in Nagode (2012), pa lahko rečemo, da storitve dolgotrajne oskrbe v Sloveniji zagotavljamo v okviru:

- institucionalnega varstva (bivanje v instituciji kot je npr. dom za starejše, posebni socialnovarstveni zavod itd.),

- na domu oz. v okviru skupnostne oskrbe (npr. pomoč na domu, patronažno varstvo),
- vmesnih oz. dnevnih oblik (varstveno delovni centri (dnevni del), dnevni centri itd.) in
- denarnih prejemkov (npr. dodatek za pomoč in postrežbo).

Z namenom, da vzpostavi pogoje za sistematično spremljanje stanja in razvoja na področju dolgotrajne oskrbe pri nas, je bila ustanovljena medresorska delovna skupina za statistično spremljanje dolgotrajne oskrbe. Pomanjkljivost in neurejenost nacionalnih podatkovnih zbirk o dolgotrajni oskrbi v Sloveniji je bil eden izmed poglavitnih vzgibov za ustanovitev omenjene delovne skupine. Za njeno ustanovitev so bile izražene pobude iz več resorjev. Tako je bil na tretji seji Statističnega sosveta za statistiko življenjske ravni in socialne zaščite (18. 11. 2011)⁸ izražen vzajemen interes in predlagana konkretna pobuda o ustanovitvi omenjene medresorske delovne skupine. Februarja 2012 je bila dejansko ustanovljena z namenom, da:

- preuči nacionalne in mednarodne zahteve po podatkih s področja dolgotrajne oskrbe;
- opredeli in definira vsebine, ki določajo dolgotrajno oskrbo, tako z vidika nacionalne zakonodaje kot tudi z vidika mednarodnih priporočil;
- identificira in opredeli razpoložljive vire podatkov;
- razmeji pristojnosti med institucijami glede zagotavljanja podatkov;
- sodeluje in pripravi metodološke rešitve med sodelujočimi institucijami, npr. v zvezi z ocenjevanjem določenih kategorij, z modeliranjem in podobno;
- sodeluje pri dolgoročni ureditvi evidenc podatkov o dolgotrajni oskrbi;
- sodeluje pri objavi relevantnih podatkov s področja dolgotrajne oskrbe.

V okviru delovne skupine smo doslej zbrali in analizirali izdatke in prejemnike dolgotrajne oskrbe, ki jih prikazujemo v nadaljevanju.

⁸ Več na: http://www.stat.si/drz_stat_sosveti_seznam1.asp?id=265.

3. POMEN PODATKOV O DOLGOTRAJNI OSKRBI

Na splošno lahko z vidika pomena in uporabe podatkov o dolgotrajni oskrbi v Sloveniji razlikujemo širši, mednarodni vidik in ožji, nacionalni vidik.

Na nacionalni ravni se je zaradi priprave prvega predloga zakona o dolgotrajni oskrbi in zavarovanju za dolgotrajno oskrbo že leta 2005 pokazala potreba po oceni celotnih izdatkov za dolgotrajno oskrbo. Za pripravo politik na področju zagotavljanja in financiranja storitev dolgotrajne oskrbe je pomembna informacija o deležih javnega in zasebnega financiranja storitev dolgotrajne oskrbe, spremembah v strukturi financiranja, stopnjah rasti izdatkov za dolgotrajno oskrbo in deležu izdatkov za dolgotrajno oskrbo v BDP. Hkrati je na nacionalni ravni pomembna tudi mednarodna primerljivost podatkov in kazalnikov o izdatkih za dolgotrajno oskrbo, ker ponujajo širši kontekst za postavitve in spremljanje uresničevanja ciljev na področju dolgotrajne oskrbe.

Zaradi velike razdrobljenosti v organizaciji in financiranju dolgotrajne oskrbe je leta 2005 Statistični urad RS (v nadaljevanju SURS) v pripravo podatkov o izdatkih za dolgotrajno oskrbo vključil vrsto institucij: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju ZZZS), Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje (v nadaljevanju ZPIZ), Nacionalni inštitut za javno zdravje (v nadaljevanju NIJZ), SSZS in MDDSZ. Interes vseh institucij za vzpostavitev ustreznih evidenc ter dobra koordinacija s strani SURS je omogočila, da so bili prvi mednarodno primerljivi podatki o izdatkih za dolgotrajno oskrbo objavljeni (SURS 2006) že leta 2007, v naslednjih letih pa so se podatkovno še dopolnjevali. Analize kazalnikov o izdatkih za dolgotrajno oskrbo in mednarodne primerjave so vsako leto prikazane v Poročilu o razvoju UMAR, nazadnje v letu 2014 (UMAR 2014). Podatki in kazalniki so služili tudi pri pripravi naslednjih predlogov Zakona o dolgotrajni oskrbi in zavarovanju za dolgotrajno oskrbo (MDDSZ, 2006a; MDDSZ, 2010)⁹, Nacionalnega poročila o strategijah socialne zaščite in socialnega vključevanja za obdobje 2008–2010 (MDDSZ, 2008), Resolucije o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2013–2020 (MDDSZ, 2013) in drugih dokumentov (npr. Programi stabilnosti 2009, 2010, 2011, 2012, 2013 (Ministrstvo za finance), The Ageing Report 2009, 2012 (European Commission, 2009, 2012), Economic Survey of Slovenia 2013 (OECD, 2013), Nacionalni reformni program 2014–2015 in podobno).

V mednarodnem kontekstu so podatki o dolgotrajni oskrbi pomembni za mednarodne primerjave in iskanje najboljših praks. Mednarodne institucije spremljajo zdravstvo in socialno varstvo v posameznih državah ter na osnovi primerjav različnih sistemov poskušajo poiskati najboljše prakse in priporočila za uresničevanje ciljev držav članic na področju dolgotrajne oskrbe. Poročanje mednarodnim institucijam (OECD, Eurostat, Evropska komisija) Sloveniji hkrati zagotavlja tudi vključenost v različne publikacije s primerjalnimi analizami, ki so lahko pomembna podlaga pri določanju ciljev dolgotrajne oskrbe in pripravi sistemskih rešitev glede financiranja in organizacije formalne dolgotrajne oskrbe. Na primer: Health at a Glance 2011 (OECD, 2011a), Help Wanted? (Colombo in drugi, 2011), A Projection Method for Public Health and Long-term Care Expenditures (Maisonnette de la, Christine in Oliveira Martins Joaquim 2013), Long-term Care: Need, Use and Expenditure in the EU-27 (Lipszyc in drugi, 2012).

SURS že od leta 2006 dalje posreduje podatke o izdatkih za dolgotrajno oskrbo za Slovenijo v okviru Skupnega vprašalnika Eurostata, OECD in WHO za zdravstvene

⁹ Prvi predlog zakona je bil pripravljen leta 2004 (Toth in drugi, 2004). Predlog je služil za podlago pri pripravi kasnejših predlogov (2006a, 2010).

račune. Zadnje razpoložljive podatke (za leto 2011) o izdatkih in virih financiranja zdravstvenega varstva je SURS objavil junija 2013 (SURS 2013), podatke in kazalnike izdatkov za dolgotrajno oskrbo, pa podrobneje predstavljamo v Prilogi 1. Podatki se nadalje stekajo v mednarodne baze podatkov¹⁰.

Poleg podatkov o izdatkih je v letu 2010 SURS v sodelovanju z NIJZ mednarodnim institucijam prvič posredoval¹¹ tudi podatke o posteljah, prejemnikih in kadrih v okviru dolgotrajne oskrbe, in sicer za od leta 2006 naprej. Vendar so bili podatki o prejemnikih in kadrih pomanjkljivi, saj imamo ustrezne podatkovne zbirke le za institucionalno varstvo (domove za starejše, posebne socialnovarstvene zavode in varstveno delovne centre) ter za pomoč na domu, medtem ko so nekatera ostala področja dolgotrajne oskrbe, zlasti patronažno varstvo, podatkovno slabo pokrita oz. obstoječi podatki ne omogočajo identifikacije prejemnikov dolgotrajne oskrbe. Medresorska delovna skupina je zato v zadnjih dveh letih v ta namen na področju patronažnega varstva izvedla pilotni projekt¹², s pomočjo katerega smo ocenili, koliko prejemnikov patronažnega varstva je dejansko tudi prejemnikov dolgotrajne oskrbe. Prvič smo izračunali tudi prekrivanje prejemnikov med storitvami dolgotrajne oskrbe in denarnimi dodatki. To je omogočilo izračun ustrezne ocene prejemnikov zgolj denarnega dodatka, s katerim prej nismo razpolagali. Tako je SURS v februarju 2014 v okviru OECD vprašalnika prvič poročal ustrezno dopolnjeno oceno prejemnikov dolgotrajne oskrbe v institucijah in na domu po petletnih starostnih razredih in spolu.

Poleg obveznosti poročanja podatkov o dolgotrajni oskrbi v mednarodne baze Eurostata in OECD mora Slovenija izpolnjevati tudi zahteve Evropske komisije glede ocenjevanja fiskalnega tveganja in dolgoročne vzdržnosti javnih financ z vidika staranja prebivalstva. V okviru delovne skupine za staranje (AWG) pri Evropski komisiji se vsake tri leta pripravi dolgoročne projekcije javnih izdatkov povezanih s staranjem, to je izdatkov za pokojnine, zdravstvo, dolgotrajno oskrbo, izobraževanje in nadomestila brezposelnim. Ustrezni podatki o izdatkih in prejemnikih dolgotrajne oskrbe, ki vstopajo v model za projekcije, morajo biti zelo podrobno razčlenjeni po spolu in starosti prejemnikov ter dovolj natančni, da so rezultati zanesljivi. Te projekcije so deloma upoštevane tudi pri oceni srednjeročnih fiskalnih ciljev ter so podlaga tudi celoviti oceni fiskalne vzdržnosti posameznih držav EU (European Commission, 2009, 2012; Lipszyc B. in drugi, 2012). Podobno pripravi dolgoročne projekcije izdatkov za dolgotrajno oskrbo tudi OECD (Maisonnewe de la, Christine in Oliveira Martins Joaquim, 2013).

Zahteve po podatkih o dolgotrajni oskrbi se povečujejo. Poleg tega, da na nacionalni ravni nujno potrebujemo sistemske rešitve na področju dolgotrajne oskrbe, se hkrati na mednarodni ravni povečujejo pritiski po poročanju vse bolj podrobnih podatkov o dolgotrajni oskrbi. Vedno bolj se tako kaže potreba po organiziranem, usklajenem in sistematičnem zbiranju in spremljanju statističnih podatkov, saj gre za področje, ki zahteva celovit pristop.

¹⁰ Podatki v bazi Eurostata so razpoložljivi na spletnem naslovu:

http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/health/public_health/data_public_health/database.

V okviru OECD Stat so podatki o dolgotrajni oskrbi večinoma razpoložljivi, delno pa je za dostop do podrobnejših podatkov potrebno geslo: <http://www.oecd.org/health/health-systems/oecdhealthdata2012.htm>.

¹¹ Podatke je pridobil od različnih institucij.

¹² Delovna skupina je konec leta 2012 na pobudo predsednice Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v patronažni dejavnosti pri Zbornici zdravstvene in babiške nege Slovenije pristopila k pilotnemu projektu, v katerem je sodeloval Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor kot eden izmed zdravstvenih domov, ki ima urejeno natančno in obsežno evidentiranje dela patronažnih sester.

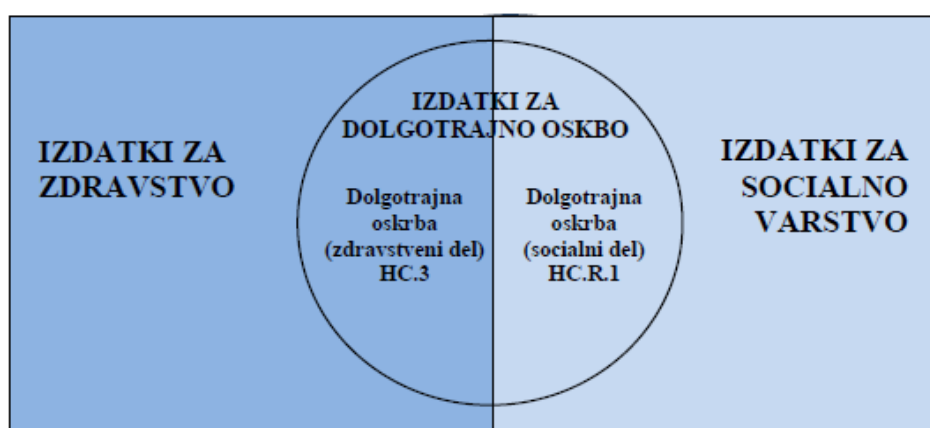
4. MEDNARODNA DEFINICIJA DOLGOTRAJNE OSKRBE

4.1. Razvoj mednarodne definicije dolgotrajne oskrbe

Mednarodna definicija dolgotrajne oskrbe je bila prvič jasno postavljena v letu 2006 v okviru metodologije sistema zdravstvenih računov. Tri mednarodne institucije - Eurostat, OECD in WHO - so takrat v metodoloških navodilih za poročanje izdatkov za zdravstvo (OECD, WHO, Eurostat, 2006) prvič objavile celovito in bolj natančno definicijo za spremljanje izdatkov za dolgotrajno oskrbo, s poudarkom na razmejitvi med izdatki dolgotrajne oskrbe, ki spadajo v zdravstveni in socialni del storitev dolgotrajne oskrbe.

Glavni razlog, da se je prva definicija dolgotrajne oskrbe oblikovala v okviru metodologije sistema zdravstvenih računov, je bila slaba primerljivost med državami pri kazalnikih o izdatkih za zdravstvo. Prav razlike v zajemu izdatkov za dolgotrajno oskrbo med izdatke za zdravstvo so namreč ena najbolj kritičnih točk mednarodne primerljivosti izdatkov za zdravstvo. Dejstvo je, da je dolgotrajna oskrba v vseh državah mešanica zdravstvenih storitev in storitev socialne oskrbe, posledica tega pa je, da države med zdravstvene izdatke zajemajo različne dejavnosti dolgotrajne oskrbe, največkrat glede na to, pod katero področje spada dolgotrajna oskrba v nacionalni zakonodaji ali glede na to, kdo financira posamezne dejavnosti dolgotrajne oskrbe. Da bi se zagotovila primerljivost izdatkov za zdravstvo in izločil vpliv razlik v zajemu dolgotrajne oskrbe, je bilo sicer že v prvi verziji metodologije SHA (OECD, 2000) v grobem načrtano, da se pod zdravstvo (kategorija HC.3) uvršča poleg dolgotrajne medicinske in zdravstvene nege (npr. paliativna oskrba, patronažno varstvo) tudi osebna oskrba, povezana s pomočjo pri temeljnih dnevnih opravilih (ADL). Vse druge storitve, povezane zgolj z pomočjo pri podpornih dnevnih opravilih (IADL), pa so uvrščene izven zdravstva pod kategorijo HC.R.1 (oz. HC.R.6.1 v SHA 1.0), zajete pa so tudi k izdatkom za socialno zaščito po metodologiji ESSPROS.

Slika 2: Dolgotrajna oskrba kot del izdatkov za zdravstvo in izdatkov za socialno varstvo



Vir: Povzeto po OECD (2007)

Definicija iz leta 2006 (OECD, WHO, Eurostat, 2006) je določila razmejitev med zdravstvom in socialno ter agregat celotnih izdatkov za dolgotrajno oskrbo. Celotni izdatki za dolgotrajno oskrbo so postali pomembna dodatna kategorija, ki se spremlja v okviru sistema zdravstvenih računov, in sicer kot vsota izdatkov za zdravstveni del

dolgotrajne oskrbe (HC.3) in izdatkov za socialni del dolgotrajne oskrbe (HC.R.6.1 oz. po SHA 2011 kategorija HC.R.1). V skladu s to metodologijo smo tudi v Sloveniji v letu 2006 že pripravili prve ocene celotnih izdatkov za dolgotrajno oskrbo.

Tabela 1: Celotni izdatki za dolgotrajno oskrbo v okviru klasifikacije namenov zdravstvenega varstva po definiciji SHA 2011

Šifra ICHA-HC	Nameni zdravstvenega varstva
HC.1	Storitve kurativnega zdravljenja
HC.2	Storitve rehabilitacije
HC.3	Storitve dolgotrajne oskrbe (zdravstveni del)
HC.4	Pomožne zdravstvene storitve
HC.5	Zdravila in medicinski pripomočki (namenjeni zunajbolnišničnim bolnikom)
HC.6	Preventiva
HC.7	Upravljanje sistema zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja
HC.9	Ostale zdravstvene storitve (ni mogoče razvrstiti po namenu)
Tekoči izdatki za zdravstvo (HC.1 – HC.9)	
	Dejavnosti povezane z zdravstvom
HC R.1	Dolgotrajna oskrba (socialni del)
HC.R.2	Promocija zdravja
Celotni izdatki za dolgotrajno oskrbo (HC.3 + HC.R.1)	

Definicija je že določala tudi razmejitve posameznih kategorij stroškov (npr. nastanitev, prehrana v institucionalni oskrbi) med zdravstveno in socialno komponento. Določeno je bilo, da morajo biti iste vrste stroškov v različnih institucijah, v katerih se izvaja dolgotrajna oskrba (bolnišnicah, domovih za starejše in posebnih socialnovarstvenih zavodih), upoštevane po enakem načelu. Določili so, da stroške nastanitve in prehrane uvrščamo pod zdravstvo (postavko HC.3) v primeru, da večji del stroškov institucionalne dolgotrajne oskrbe predstavlja medicinska oskrba in/ali osebna oskrba bolnikov, ki so odvisni od pomoči pri temeljnih dnevnih opravilih (ADL). Kadar pa je prevladujoči del stroškov v institucijah povezan s storitvami pri podpornih vsakodnevnih opravilih (IADL), kot so npr. priprava hrane, prevozi, čiščenje in druge socialne storitve, pa celotne stroške dolgotrajne oskrbe te institucije beležimo izven zdravstva (pod postavko HC.R.6.1 oz. po novem priročniku HC.R.1) (OECD, 2005; OECD, Eurostat, WHO, 2011).

V okviru revizije metodologije sistema zdravstvenih računov, ki je potekala v letih 2006–2011, je bila dolgotrajna oskrba deležna posebne pozornosti. Tako so pri OECD v letu 2007 objavili poglobljeno študijo izdatkov za dolgotrajno oskrbo in potencialnih virov podatkov (OECD, 2007) ter začrtali še podrobnejšo in jasnejšo definicijo dolgotrajne oskrbe. Definicijo so na delavnicah v letih 2008–2011 še dodatno dopolnjevali. Obrazložena je v novi revidirani verziji priročnika sistema zdravstvenih računov (ang. System of Health Accounts) (OECD, Eurostat, WHO, 2011), mi pa jo prikazujemo v nadaljevanju prispevka.

4.2. Mednarodna definicija dolgotrajne oskrbe po SHA 2011

Splošna definicija po SHA 2011, ki je opredeljena v uvodu tega prispevka, pri opredelitvi storitev, vključenih v kategorijo dolgotrajna oskrba, upošteva dva kriterija, in sicer:

- da so to storitve, namenjene osebam, ki so zaradi bolezni, invalidnosti, starosti in drugih razlogov odvisne od pomoči druge osebe ali druge ustrezne podpore pri opravljanju temeljnih in/ali podpornih dnevnih opravil;

- da je odvisnost osebe od tuje pomoči trajna in ponavljajoča. Ob tem SHA 2011 ne opredeli natančno, kaj pomeni izraz »trajno«. V državah se je oblikovala praksa, da mora ta odvisnost od tuje pomoči trajati vsaj tri mesece.

SHA 2011 navaja štiri skupine dolgotrajne oskrbe:

- Medicinska oskrba in/ali zdravstvena nega vključuje obvladovanje simptomov, ki obsega nudenje medicinskih in paramedicinskih storitev ter nego, tj. lajšanje bolečin ipd., dajanje zdravil, opravljanje medicinske diagnostike in manjših operacij, previjanje ran, zdravstveno svetovanje družinam ter zagotavljanje čustvene in duhovne podpore pacientom in njihovim družinskim članom. Takšna oskrba vključuje:
 - vrsto preventivnih storitev, zlasti da bi se izognili večjemu poslabšanju pacientovega šibkega zdravstvenega stanja,
 - vrsto situacij obvladovanja kroničnih bolezni,
 - storitve rehabilitacije za povrnitev funkcionalnosti in
 - oskrbo, katere cilj je zaviranje ali zmanjševanje poslabšanja funkcionalnosti ali ohranjanja funkcionalnosti; na kratko, zagotavljanje visoke kakovosti življenja, ne glede na vrsto zdravstvenih težav.
- Storitve osebne oskrbe so potrebne kot odgovor na omejitve pri osebni negi, ki je posledica invalidnosti ali bolezni. Te storitve zagotavljajo pomoč pri temeljnih dnevnih opravilih (ADL) kot so hranjenje, kopanje, umivanje, oblačenje, leganje v posteljo in vstajanje iz nje, uporaba stranišča ter obvladovanje inkontinence. Večina storitev v institucijah, pa tudi določen del storitev dnevne oskrbe in storitev na domu, vključuje storitve osebne oskrbe kot del paketa storitev. Te storitve se običajno opravljajo neposredno ali pod nadzorom negovalnega osebja. Poudariti je pomembno, da so te storitve vključene v zdravstveno oskrbo, ker je namen takšne oskrbe povezan s preživetjem in z vzdrževanjem zdravstvenega stanja. Poleg tega je potreba po storitvah osebne oskrbe največkrat povezana z določenim osnovnim zdravstvenim stanjem.
- Storitve podporne oskrbe se nanašajo na oskrbo, ki osebi omogoča, da živi neodvisno v lastni hiši ali stanovanju. Zagotavljajo pomoč pri vodenju gospodinjstva (tj. pomoč pri podpornih dnevnih opravilih, IADL), kot so nakupovanje, pranje perila, sesanje, kuhanje in opravljanje gospodinjskih del, upravljanje financ, uporaba telefona ipd. Te storitve so običajno zagotovljene v okviru storitev pomoči na domu, oskrbovanih stanovanj ipd.
- Druge storitve socialne oskrbe vključujejo podporo pri izvajanju dejavnosti v skupnosti in zaposlitveno podporo, ki so posameznikom zagotovljene stalno ali občasno. Sem spadajo dejavnosti, katerih primarni namen je socialen in prostočasen.

Tabela 2: Meje med zdravstvenim delom (HC.3) in socialnim delom (HC.R.1) dolgotrajne oskrbe

Meje	Primarne potrebe po dolgotrajni oskrbi			
	Medicinska oskrba in zdravstvena nega	Osebna oskrba (ADL)	Podporna oskrba (IADL)	Druge storitve socialne oskrbe ¹³
Dolgotrajna oskrba - zdravstveni del (HC.3)				
Dolgotrajna oskrba - socialni del (HC.R.1)				
Delno izven mej dolgotrajne oskrbe				

Vir: prirejeno po SHA 2011.

V mednarodni definiciji dolgotrajne oskrbe po SHA 2011 je bolj natančno določeno, katere vrste storitev spadajo pod zdravstveni in katere pod socialni del dolgotrajne oskrbe. V osnovi je sicer razmejitev med zdravstvenim delom in socialnim delom dolgotrajne oskrbe ostala enaka, kot je bila postavljena že leta 2006. Ta je že določala, da k zdravstvenemu delu dolgotrajne oskrbe (HC.3) spadajo storitve dolgotrajne medicinske in zdravstvene nege ter storitve osebne oskrbe, povezane s pomočjo pri temeljnih dnevnih opravilih (ADL). Vse druge storitve, povezane zgolj s pomočjo pri podpornih dnevnih opravilih (IADL), pa spadajo pod kategorijo socialnega dela dolgotrajne oskrbe (HC.R.1) (glej Tabelo 2). Vendar pa je že navedena študija iz leta 2007 pokazala, da je mednarodna primerljivost podatkov o izdatkih za zdravstvo še vedno problematična predvsem zaradi razlik v evidentiranju izdatkov za storitve osebne oskrbe (ADL). Še danes namreč nekatere države k izdatkom zdravstvenega dela dolgotrajne oskrbe (in s tem k izdatkom za zdravstvo) ne zajemajo storitev osebne oskrbe (ADL), spet druge države pa zajemajo k zdravstveni komponenti celo del storitev podporne oskrbe (IADL). Zato je definicija v SHA 2011 še bolj podrobno in natančno definirala tudi, katere vrste storitev in denarnih prejemkov so vključene pod posamezne kategorije dolgotrajne oskrbe (glej definicije v poglavju 5). Posebej velja opozoriti, da se denarni prejemki, ki so namenjeni osebam, ki potrebujejo pomoč pri izvajanju temeljnih dnevnih opravil evidentirajo kot storitve (ang. in-kind) pod kategorijami dolgotrajne oskrbe (zdravstveni del) (HC.3) in torej ne kot denarni prejemki (ang. cash benefits). Razlog je v tem, da so ti denarni prejemki običajno namenski in so porabljeni za plačilo storitev (OECD, 2012b). V Sloveniji so tako vsi denarni prejemki, ki so namenjeni osebam, ki potrebujejo pomoč pri opravljanju temeljnih dnevnih opravil (ADL) uvrščeni pod storitve dolgotrajne oskrbe (zdravstveni del) HC.3, in sicer največ pod dolgotrajno oskrbo na domu (HC.3.4), deloma pa tudi po dolgotrajno oskrbo v institucijah (HC.3.1)¹⁴ (glej poglavje 5.1.4).

¹³ V SHA 2011 se izraz »druge storitve socialne oskrbe« ne uporablja dosledno. V alinejah v besedilu so pod tem izrazom te uvrščene med štiri skupine dolgotrajne oskrbe, v tabelarnem prikazu kategorij dolgotrajne oskrbe pa so izločene. Iz podrobnejših definicij v nadaljevanju je razbrati, da je potrebno ločiti med »drugimi storitvami socialne oskrbe«, katerih glavni namen je vključevati osebe »v prostočasne aktivnosti in družabno življenje«, te so namreč vključene v dolgotrajno oskrbo (v kategorijo HC.R.1), od »drugih storitev socialne oskrbe«, katerih namen je vključevanje oseb v delovno okolje (socialna in delovna rehabilitacija), ki pa so izven mej DO (Marn in drugi 2012).

¹⁴ V prikazani seriji izdatkov za dolgotrajno oskrbo 2003-2011 v poglavju 6. so bili v dolgotrajno oskrbo (zdravstveni del) HC.3. zajeti le dodatki za pomoč in postrežbo po ZPIZ, ostali dodatki pa so bili vključeni v dolgotrajno oskrbo (socialni del) HC.R.6.1, vendar bo to ob objavi serije 2003-2012 popravljeno in bodo vsi dodatki zajeti po dolgotrajno oskrbo (zdravstveni del).

Tabela 3: Kategorije dolgotrajne oskrbe po definiciji SHA 2011 in primerjava s SHA 1.0

SHA 2011		SHA 1.0	
DOLGOTRAJNA OSKRBA		DOLGOTRAJNA OSKRBA	
HC.3.	Dolgotrajna oskrba (zdravstveni del)*	Dolgotrajna zdravstvena oskrba	HC.3.
HC.3.1	Dolgotrajna oskrba v institucijah	Dolgotrajna oskrba v institucijah	HC.3.1
HC.3.2	Dolgotrajna oskrba v dnevnih oblikah	Dolgotrajna oskrba v dnevnih oblikah	HC.3.2
HC.3.3	Ambulantna dolgotrajna oskrba	/	/
HC.3.4	Dolgotrajna oskrba na domu	Dolgotrajna oskrba na domu	HC.3.3
HC.R.1	Dolgotrajna oskrba (socialni del)	/	/
HC.R.1.1.	Dolgotrajna socialna oskrba v naravi	Dolgotrajna socialna oskrba v naravi	HC.R.6.1
HC.R.1.2	Dolgotrajna socialna oskrba v denarju	/	del HC.R.7

Vir: SHA 1.0 (OECD, 2000) in SHA 2011 (OECD, Eurostat, WHO, 2011).

Opomba: * V SHA 2011 uporabljajo pojem *ang. long-term care – health*, zato to prevajamo kot dolgotrajna oskrba – zdravstveni del; vendar pa se je v preteklih letih po SHA 1.0. uporabljalo izraz *ang. long-term nursing care* kadar je šlo za zdravstveni del dolgotrajne oskrbe in *ang. long-term social care* kadar je šlo za socialni del dolgotrajne oskrbe. Zato ustreza tudi prevod dolgotrajna zdravstvena oskrba in dolgotrajna socialna oskrba. K agregatu celotnih izdatkov za zdravstvo se prišteva samo HC.3 dolgotrajna zdravstvena oskrba.

SHA 2011 bolj natančno določa tudi delitev dolgotrajne oskrbe glede na način izvajanja. V definiciji SHA 2011 je poleg bolj natančne razmejitve med zdravstveno in socialno komponento dolgotrajne oskrbe poudarek tudi na razvrščanju storitev dolgotrajne oskrbe glede na način izvajanja dolgotrajne oskrbe (oskrba v institucijah, dnevnih oblikah, ambulantna oskrba in oskrba na domu) (glej Tabelo 3). V primerjavi s SHA 1.0 (OECD, 2000) je sprememba pri zdravstvenem delu dolgotrajne oskrbe, kjer je dodana kategorija HC.3.3. – Ambulantna dolgotrajna oskrba (za definicijo glej Tabelo 5 v poglavju 5), ter pri socialnem delu dolgotrajne oskrbe, kjer je dodana kategorija HC.R.1.2 – Dolgotrajna socialna oskrba v denarju. V slednji se posebej evidentira tista denarna nadomestila, ki so namenjena plačilu za pomoč pri podpornih dnevnih opravilih (IADL). Po prejšnji verziji so bila ta nadomestila, skupaj z bolezninami in drugimi nadomestili za izgubljeni dohodek, zajeta pod HC.R.7 (denarna nadomestila za bolezen in invalidnost). Skupaj z vsemi drugimi denarnimi nadomestili za izgubljeni dohodek zaradi bolezni ali invalidnosti (in kot del HC.R.7) niso bila prišteta k agregatu celotnih izdatkov za dolgotrajno oskrbo. Po SHA 2011 imamo tako tudi novo skupno kategorijo za socialni del dolgotrajne oskrbe (HC.R.1 – Dolgotrajna oskrba (socialni del)), ki je torej vsota storitev socialne dolgotrajne oskrbe v naravi in denarnih prejemkov, namenjenih za podporna dnevna opravila. Pomembno je še poudariti, da so ti zajeti le v primeru, če so obvezno/namensko porabljeni za plačilo storitev pri podpornih dnevnih opravilih (OECD 2012b).

4.3. Študija o možnostih razvrščanja izdatkov za dolgotrajno oskrbo po SHA 2011

V letu 2012 so pri OECD pozvali nekaj držav k sodelovanju pri testnem preverjanju razporejanja izdatkov za dolgotrajno oskrbo po novih podkategorijah kot jih določa SHA 2011. V študiji je sodelovala tudi Slovenija (Marn in drugi, 2012), poleg Nizozemske, Švice, Švedske, Japonske in Češke. V okviru študije so poskušale države dosledno implementirati pravila, kot jih določa SHA 2011.

V Sloveniji smo identificirali vse vrste storitev dolgotrajne oskrbe, opredelili nosilce in financerje teh storitev, vire podatkov in ali so že ali še ne vključeni v nacionalne zdravstvene račune. Na podlagi študije smo izpopolnili zajetje dolgotrajne oskrbe in dosledneje upoštevali kriterije razmejevanja izdatkov za dolgotrajno oskrbo za zdravstveni in socialni del. V glavnem z implementacijo ni bilo večjih težav. Kot rezultat študije smo navedli primere, ko viri podatkov za določene oblike dolgotrajne oskrbe (še) ne omogočajo doslednega ločevanja med storitvami dolgotrajne oskrbe od tistih, ki to niso. Takšna področja so npr. podaljšana bolnišnična obravnava, bolnišnična obravnava psihiatričnih bolnikov, ki so trajno odvisni od pomoči, ločeno spremljanje zdravstvene obravnave bolezni, ki je vzrok za trajno odvisnost od pomoči od obravnav drugih bolezni, patronažno varstvo s področja dolgotrajne oskrbe, ki vključuje tako preventivo kot tudi kurativo. Poleg tega smo navedli, za katere oblike dolgotrajne oskrbe v Sloveniji še niso vzpostavljeni ustrezni viri podatkov (ambulantna paliativna oskrba, socialni servis z dostavo kosil in varovanjem na daljavo oz. tele-care, oskrbovana stanovanja in podobno). Omenjena področja so identificirana tudi kot predmet nadaljnjega raziskovanja v okviru medresorske delovne skupine za statistično spremljanje dolgotrajne oskrbe.

Za Slovenijo bi dosledno upoštevanje metodologije SHA 2011 pri razmejevanju med zdravstvenim delom in socialnim delom dolgotrajne oskrbe prispevalo k povečanju agregata zdravstvenega dela in s tem tudi k povečanju tekočih izdatkov za zdravstvo v BDP (po oceni za 0,6 o.t.; glej Tabelo 4). Doslej smo pri sestavi zdravstvenih računov pri razvrščanju vseh izdatkov za dolgotrajno oskrbo pretežno upoštevali načelo financerja, tj. če je dolgotrajno oskrbo financiral ZZS in ZPIZ, smo izdatke vključili v izdatke zdravstvenega dela dolgotrajne oskrbe (in s tem k izdatkom za zdravstvo), izdatke preostalih financerjev pa v socialni del dolgotrajne oskrbe (Marn in drugi 2007). SHA 2011 pa določa, da je potrebno pri razvrščanju izdatkov za dolgotrajno oskrbo v institucijah upoštevati pretežnost storitev, ki se v posamezni instituciji izvajajo in glede na to institucijo vključiti kot celoto bodisi v zdravstveni ali v socialni del dolgotrajne oskrbe. Če se torej v instituciji opravljajo pretežno storitve pomoči pri opravljanju temeljnih dnevnih opravil (ADL) (npr. pri nas domovi za starejše), bi morali vse izdatke za to institucijo vključiti v zdravstveni del dolgotrajne oskrbe (to pomeni vključno z izdatki za nastanitev in prehrano). Če je delež storitev zdravstvene in osebne podpore manjši od polovice, se vse izdatke za to institucijo vključi v socialni del dolgotrajne oskrbe. Za razliko od institucionalne oskrbe pa za razvrščanje izdatkov za dolgotrajno oskrbo na domu, še naprej velja, da je potrebno ločiti izdatke za zdravstveni del oskrbe na domu od izdatkov za socialni del dolgotrajne oskrbe na domu, torej se načela pretežnosti tu ne upošteva.

Po prvi oceni bi za Slovenijo obe zgoraj navedeni pravili SHA 2011 prispevali k povečanju agregata za zdravstveni del dolgotrajne oskrbe in zmanjšanju agregata socialnega dela dolgotrajne oskrbe. Pri umeščanju izdatkov v ustrezni del dolgotrajne oskrbe na domu smo se zaradi pomanjkanja ustreznih podatkov odločili, da uporabimo pravne akte, v katerih so natančno določeni pogoji, kdo je lahko upravičenec za dolgotrajno zdravstveno ali socialno oskrbo bodisi v naravi ali v denarju. Izdatki se bodo

vključili v zdravstveni del dolgotrajne oskrbe na domu v primeru, ko je pogoj za pridobitev pravic potreba po pomoči pri opravljanju temeljnih dnevnih opravil (ADL).

Tudi preostale sodelujoče države ugotavljajo, da bo upoštevanje pravil SHA 2011 prispevalo k znatnemu povečanju zdravstvenega dela dolgotrajne oskrbe (HC.3) in s tem tudi povečanju izdatkov za zdravstvo. Izdatki za zdravstveni del dolgotrajne oskrbe (kategorija HC.3.) se močno povečajo državam, ki so doslej izdatke za storitve osebne oskrbe (ADL) uvrščale k socialnim izdatkom za dolgotrajno oskrbo (Nizozemska, Japonska, Švedska). Podobno kot za Slovenijo ta prenos iz socialnega v zdravstveni del dolgotrajne oskrbe ne vpliva na povečanje agregata celotnih izdatkov za dolgotrajno oskrbo, pomembno pa vpliva na povečanje agregata izdatkov za zdravstvo. Rezultati so pokazali, da se delež izdatkov za dolgotrajno zdravstveno oskrbo v tekočih izdatkih za zdravstvo navedenim trem državam poveča za več kot 10 o.t., kar vpliva na povečanje kazalnika tekočih izdatkov za zdravstvo v BDP za okoli 1,0 o.t.. Za Slovenijo bi se po teh preliminarnih ocenah delež izdatkov za dolgotrajno oskrbo v tekočih izdatkih za zdravstvo povečal za 5,2 o.t., delež tekočih izdatkov za zdravstvo v BDP pa za 0,6 o.t.; ker bi šlo pri tem le za prenos iz socialnega dela v zdravstveni del dolgotrajne oskrbe, pa bi agregat celotnih izdatkov za dolgotrajno oskrbo ostal nespremenjen. V nekaterih državah je prišlo tudi do spremembe v agregatu celotnih izdatkov za dolgotrajno oskrbo (glej Tabelo 4), kar pa je povezano z ustreznijšim evidentiranjem oz. izboljšanjem zajema podatkov.

Tabela 4: Spremembe v kazalnikih izdatkov za zdravstvo in izdatkov za dolgotrajno oskrbo ob upoštevanju SHA 2011

	SHA 1.0			SHA 2011		
	Delež HC.3. v tekočih izdatkih za zdravstvo	Delež tekočih izdatkov za zdrav. v BDP	Delež celotnih izdatkov za dolgotrajno oskrbo v BDP	Delež HC.3. v tekočih izdatkih za zdravstvo	Delež tekočih izdatkov za zdravstvo v BDP	Delež celotnih izdatkov za dolgotrajno oskrbo v BDP
Nizozemska (2009)	13,5 %	10,0 %	3,9 %	23,9 %	11,1 %	3,9 %
Japonska (2008)	8,9 %	8,4 %	1,2 %	17,1 %	9,4 %	1,7 %
Švedska (2010)	7,5 %	9,1 %	3,7 %	20,5 %	10,5 %	3,4 %
Švica* (2010)	19,8 %	11,4 %	2,2 %	13,5-19,1 %	10,5 -11,3 %	2,8 %
Slovenija** (2010)	8,6 %	8,6 %	1,3 %	13,8 %	9,2 %	1,3 %

Vir: Guidelines for Accounting Long-Term Care Expenditure under SHA 2011. OECD (2012c). Legenda: *Niz možnih scenarijev za SHA 2011; ** preliminarni/začasni rezultati; HC3 zdravstveni del dolgotrajne oskrbe.

OECD v zaključku študije ugotavlja, da so za nekatere vrste storitev in denarnih prejemkov, povezanih z dolgotrajno oskrbo, potrebne dodatne obrazložitve in še bolj natančna navodila glede razvrščanja k zdravstvenemu oz. socialnemu delu dolgotrajne oskrbe oz. izven dolgotrajne oskrbe. Rezultati omenjene študije so bili predstavljeni na OECD delavnici v Parizu, ki je potekala oktobra 2012¹⁵. Zaključki študije in delavnice so prispevali k dodatnim navodilom v zvezi z razvrščanjem izdatkov za dolgotrajno oskrbo, ki jih je OECD objavil decembra 2012 (OECD, 2012b).

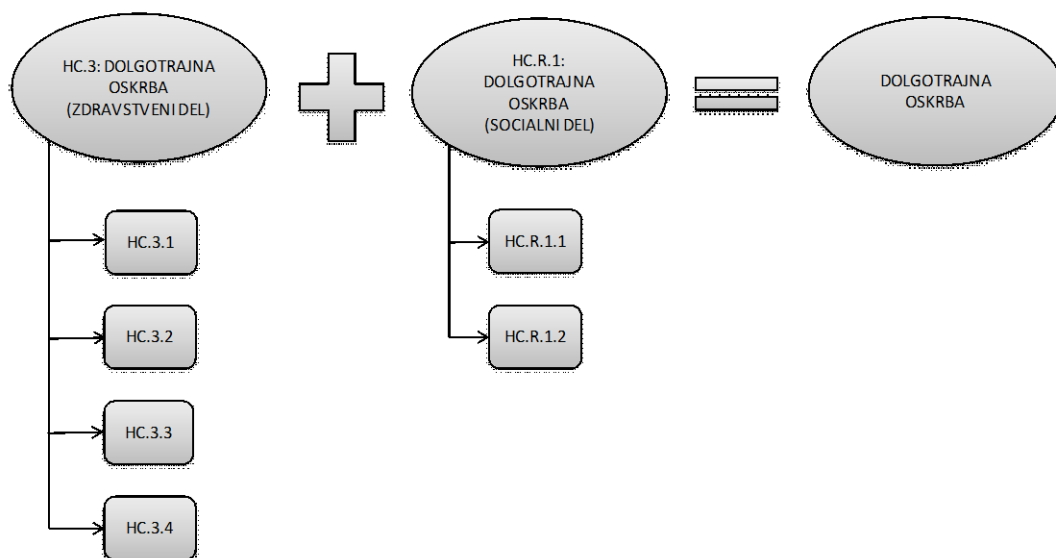
Na pobudo Slovenije je bilo sprejeto tudi stališče, da bo potrebno definicijo prejemnikov dolgotrajne oskrbe, ter postelj in kadrov, tj. statistike, ki se poroča na OECD v okviru posebnega vprašalnika nemonetarnih statistik, ustrezno prilagoditi definiciji dolgotrajne oskrbe, kot jo določa SHA 2011. V primerjavi s podatki o izdatkih dolgotrajne oskrbe, ki so na mednarodni ravni že relativno dobro urejeni, je namreč na področju podatkov o prejemnikih dolgotrajne oskrbe še več odprtih vprašanj.

¹⁵ Meeting of Health Accounts Experts and Correspondents for Health Expenditure Data (OECD).

5. PREGLED STATISTIKE IZDATKOV IN PREJEMNIKOV DOLGOTRAJNE OSKRBE V SLOVENIJI GLEDE NA MEDNARODNO DEFINICIJO

V nadaljevanju predstavljamo pregled statistike izdatkov in prejemnikov s področja dolgotrajne oskrbe v Sloveniji, kakor so trenutno zajeti v nacionalnih zdravstvenih računih (serija 2003–2011) po SHA 1.0¹⁶, vendar jih razvrščamo po novi klasifikaciji SHA 2011 ter ob tem večinoma že upoštevamo spremembe v metodologiji. Na odstopanja od zahtev nove metodologije in nekatere manjkajoče podatke v tekstu posebej opozorimo. V tabeli, ki jo je pripravila omenjena medresorska delovna skupina, so na enem mestu združeni tako izdatki kot prejemniki dolgotrajne oskrbe, tako da gre za prvi celovit pregled statističnih podatkov dolgotrajne oskrbe pri nas. Predstavljene so tudi glavne definicije, povzete po SHA 2011¹⁷ in bistvene informacije glede posameznih storitev in prejemkov, ki jih uvrščamo med posamezne komponente dolgotrajne oskrbe (glej v poglavju 4 Tabela 3) in, ki se v grobem delijo na dva dela - zdravstvenega in socialnega (Slika 3). Za vsako storitev oz. izvajalca storitve sta tako za izdatke kot tudi za prejemnike opredeljena tudi razpoložljivost podatkov (vir) ter morebitne pomanjkljivosti (npr. možne samo ocene). Pri evidentiranju prejemnikov smo sledili predvsem definiciji OECD¹⁸, ki prejemnike dolgotrajne oskrbe opredeljuje kot osebe, ki jim oskrbo zagotavljajo plačani izvajalci, vključno z neprofesionalnimi izvajalci, ki za izvajanje oskrbe prejemajo določena denarna sredstva. Definicija vključuje tudi prejemnike denarnih dodatkov oz. prejemkov, katerih primarni namen je zagotavljanje oskrbe ljudem z dolgotrajnimi potrebami. Ne vključuje pa prejemnikov dolgotrajne oskrbe v bolnišnicah. Analiza prejemnikov se nahaja v Poglavju 6.2, opis posameznih storitev oz. njihovih prejemnikov pa v Prilogi 2.

Slika 3: Dolgotrajna oskrba po definiciji SHA 2011



Vir: lastni prikaz

¹⁶ Glej analizo v Prilogi 1.

¹⁷ Podrobnejše definicije vsake od komponent dolgotrajne oskrbe so predstavljene v SHA 2011, str. 88 – 97 in na str. 114.

¹⁸ OECD Health Data Questionnaire.

5.1. Dolgotrajna oskrba (zdravstveni del) (HC.3)

5.1.1. Dolgotrajna oskrba v institucijah (zdravstveni del) (HC.3.1 SHA 2011; HC.3.1 SHA 1.0)

Definicija SHA 2011: *Dolgotrajno zdravstveno oskrbo v institucijah zagotavljajo zdravstvene, socialnovarstvene in druge institucije, kjer gre za prenočitev z zdravstvenim nadzorom.* Zajema zdravstveno nego in pomoč pri temeljnih dnevnih opravilih (ADL), ki se običajno zagotavljajo skupaj s številnimi drugimi storitvami, kot so npr. nastanitvene in podporne storitve (IADL). Sem uvrščamo tudi dolgotrajno psihiatrično oskrbo pacientov z malo možnosti ozdravitve ali brez nje, ki so institucionalizirani predvsem zaradi nege in občasnih zdravniških obravnav. Dolgotrajna oskrba v institucijah ne vključuje prejemnikov v tistih oblikah nastanitve, kjer se zagotavlja manjši obseg medicinske oskrbe ali zdravstvene nege oz. se ti sploh ne zagotavljata (kot so to npr. stanovanjske skupine).

Kot je razvidno iz Tabele 5, se v Sloveniji dolgotrajna oskrba v institucijah (zdravstveni del) izvaja v okviru domov za starejše, centrov/zavodov za usposabljanje, delo in varstvo (CUDV/ZUDV), varstveno delovnih centrov (VDC), posebnih socialnovarstvenih zavodov, zdravstvene nege in paliativne oskrbe v bolnišnicah, dolgotrajne nege invalidne mladine v bolnišnicah ter hospitalizacije dementnih oseb.

Podatki o izdatkih so dosegljivi v podatkovnih zbirkah ZZZS, ZPIZ ter NIJZ. V okviru domov za starejše, centrov/zavodov za usposabljanje, delo in varstvo (CUDV/ZUDV), varstveno delovnih centrov (VDC) in posebnih socialnovarstvenih zavodov velja izpostaviti, da obstaja določen delež stanovalcev, ki prejemajo tudi dodatek za pomoč in postrežbo (ZPIZ) ali dodatek za tujo nego in pomoč (ZDVDTP), zato je dodatek deloma zajet k dolgotrajni oskrbi v institucijah (HC.3.1) in deloma k dolgotrajni oskrbi na domu (HC.3.4).

Podatki o prejemnikih dolgotrajne oskrbe v institucijah (zdravstveni del) so na voljo v podatkovnih zbirkah SSZS, SURS ter MDDSZ, in sicer razčlenjeni po spolu in petletnih starostnih skupinah. Prejemniki v institucijah, ki hkrati prejemajo tudi denarne dodatke za pomoč in postrežbo, so upoštevani le kot prejemniki v institucijah in ne kot prejemniki denarnega dodatka. OECD definicija prejemnikov se pri evidentiranju prejemnikov dolgotrajne oskrbe v bolnišnicah razlikuje od definicije SHA, in sicer so prejemniki v bolnišnicah izvzeti, zato jih na tem mestu ne upoštevamo.

Glavna odstopanja:

- s področja psihiatrije pri izdatkih zaenkrat (v časovni seriji 2003–2011, ki je prikazana v poglavju 6.1) še ni upoštevana hospitalizacija dementnih oseb;
- vključiti je potrebno še izdatke za inkontinenčne blazine;
- po SHA 2011 bi morali k zdravstvenemu delu dolgotrajne oskrbe v institucijah zajeti vse izdatke za oskrbo v domovih za starejše in drugih institucijah in ne le zdravstvenih izdatkov (glej Poglavje 4.3). Pri nas namreč zaenkrat socialni del oskrbe evidentiramo kot socialni izdatek, pod kategorijo HC.R.1.1.

Tabela 5: Dolgotrajna oskrba v institucijah (zdravstveni del) – HC.3.1

Vrsta izvajalca/storitve	Viri podatkov za izdatke	Viri podatkov za prejemnike
Domovi za starejše	- ZZZS - ZPIZ (deloma dodatek za pomoč in postrežbo, glede na oceno števila prejemnikov dodatka, ki bivajo v domovih za starejše)	- SSZS
Centri/zavodi za usposabljanje, delo in varstvo, varstveno delovni centri (odrasli in invalidna mladina)	- ZZZS	- SURS - MDDSZ
Posebni socialnovarstveni zavodi	- ZZZS	- SSZS
Zdravstvena nega in paliativna oskrba v bolnišnicah	- ZZZS	- po OECD definiciji se ne upoštevajo
Dolgotrajna nega invalidne mladine v bolnišnicah	- ZZZS	- po OECD definiciji se ne upoštevajo
Hospitalizacija dementnih oseb	- ZZZS in NIJZ (ocena bo upoštevana glede na število hospitaliziranih zaradi demence)	-po OECD definiciji se ne upoštevajo

Vir: delovno gradivo Delovne skupine za statistično spremljanje dolgotrajne oskrbe

5.1.2. Dolgotrajna dnevna oskrba (zdravstveni del) (HC.3.2 SHA 2011; HC.3.2 SHA 1.0)

Definicija SHA 2011: Dolgotrajna dnevna oskrba se zagotavlja v zdravstvenih in drugih institucijah (npr. bolnišnicah, negovalnih bolnišnicah, domovih za starejše ipd.), vendar brez prenočitve. V dnevne primere sodijo tudi starejši pacienti, ki čez dan živijo doma oz. v drugi organizirani obliki, medtem ko noč preživijo v eni od omenjenih institucij. V to kategorijo prav tako štejemo osebe s težavami v duševnem zdravju, ki v psihiatričnih ustanovah samo prenočujejo.

Dolgotrajna dnevna oskrba (zdravstveni del) se v Sloveniji izvaja v okviru domov za starejše, centrov/zavodov za usposabljanje, delo in varstvo (CUDV/ZUDV), varstveno delovnih centrov (VDC) in posebnih socialnovarstvenih zavodov. Razpolagamo s podatki o izdatkih za dnevno varstvo, ki jih financirajo ZZZS, MDDSZ in gospodinjstva. Podatki o prejemnikih so razpoložljivi pri SSZS in MDDSZ. Storitev dnevnega varstva pri varstveno delovnih centrih (VDC) in posebnih socialnovarstvenih zavodih je formalno sicer urejena, vendar v praksi še ni urejeno financiranje.

Tabela 6: Dolgotrajna dnevna oskrba (zdravstveni del) – HC.3.2

Vrsta izvajalca/storitve	Viri podatkov za izdatke	Viri podatkov za prejemnike
Dnevni centri v domovih za starejše	- ZZZS	- SSZS
Centri/zavodi za usposabljanje, delo in varstvo, varstveno delovni centri	- ZZZS - MDDSZ	- MDDSZ

Vir: delovno gradivo Delovne skupine za statistično spremljanje dolgotrajne oskrbe

5.1.3. Dolgotrajna ambulantna oskrba (zdravstveni del) (HC.3.3 SHA 2011; kategorija v SHA 1.0 ni opredeljena)

Definicija SHA 2011: *Dolgotrajna ambulantna oskrba zajema storitve, katerih namen je obvladovanje kroničnih zdravstvenih težav in z njimi povezanih kliničnih težav, ki so vzrok za odvisnost od dolgotrajne oskrbe.* Te storitve se lahko nanašajo na redne ambulantne zdravstvene obiske ali na vse pogostejše zagotavljanje storitev na daljavo za osebe, ki potrebujejo dolgotrajno oskrbo.

Ta kategorija v SHA 1.0 ni bila opredeljena, zato teh podatkov še nismo vključili v agregat. Poskusno so bili izdatki zajeti v OECD študiji (glej poglavje 4.3.), in sicer je bila vključena ocena dolgotrajne oskrbe, ki se izvaja v zdravstvenih ambulantah v domovih za starejše.

Omenjena kategorija je problematična z vidika izdatkov, ker trenutna podatkovna baza ZZZS s področja zdravstva za primarno raven ne razlikuje med različnimi vrstami ambulantne zdravstvene oskrbe. Še večji izziv bo oceniti prejemnike ambulantne dolgotrajne oskrbe (zdravstveni del).

5.1.4. Dolgotrajna oskrba na domu (zdravstveni del) (HC.3.4 SHA 2011; HC.3.3 SHA 1.0)

Definicija SHA 2011: *V primeru dolgotrajne zdravstvene oskrbe na domu gre za storitve dolgotrajne oskrbe, ki se zagotavljajo osebam na njihovih domovih (npr. patronažno varstvo) ali v drugih oblikah prilagojene nastanitve v skupnosti, ki veljajo za njihov dom in ne za kakršno koli obliko institucije.* Takšne skupnostne oblike nastanitve so prilagojena stanovanja za upokoјence ali oskrbovana stanovanja, ki ponujajo individualno nastanitev v kombinaciji z določenimi storitvami zdravstvene in socialne oskrbe. Pogosto so te oblike namenjene starejšim, ko postanejo bolj odvisni od pomoči drugih. Te storitve lahko vključujejo specializirano zdravstveno nego na domu in storitve za podporo neformalni oskrbi (npr. družina in skupnost).

Opomba: Sem lahko uvrščamo tudi elemente socialne oskrbe, v primeru da jih ne moremo ločiti od zdravstvenih (npr. pri patronažnem varstvu vključimo tudi socialni del patronažne storitve). Če socialni del lahko evidentiramo ločeno, ali če je ta prevladujoči del oskrbe, ga upoštevamo pri socialnem delu dolgotrajne oskrbe na domu.

V dolgotrajno oskrbo na domu (zdravstveni del) v Sloveniji štejemo patronažno varstvo, denarne prejemke, družinskega pomočnika, delno plačilo za izgubljeni dohodek (po Zakonu o starševskem varstvu) in osebno asistenco. Pri patronažnem varstvu so izdatki in prejemniki dolgotrajne oskrbe ocenjeni na podlagi podatkov ZZZS in NIJZ ter rezultatov pilotnega projekta v letu 2012 (glej Poglavje 3).

Do družinskega pomočnika ter denarnih prejemkov so upravičene osebe, ki potrebujejo pomoč pri opravljanju temeljnih dnevnih opravil (ADL), zato te izdatke in prejemnike uvrščamo v zdravstveni del dolgotrajne oskrbe na domu (za pojasnilo glej poglavje 4.2.). Podatki so večinoma dostopni pri ZPIZ in MDDSZ.

Glavna odstopanja:

- Razpoložljivi administrativni viri za patronažno varstvo ne omogočajo opredelitve storitve na način, iz katerega bi bilo razvidno, ali gre za storitev dolgotrajne oskrbe ali ne, zato so izdatki patronažnega varstva kot oblike dolgotrajne oskrbe ocenjeni v skladu z podatki ZZZS in NIJZ, prejemki pa na podlagi rezultatov pilotnega projekta medresorske delovne skupine v letu 2012 (glej Poglavje 3). V zvezi s tem potekajo

- še nadaljnje raziskave in poskusi ocen, obenem pa se pripravlja tudi prenova evidentiranja v patronažnem varstvu (E-Zdravje);
- Patronažno varstvo se izvaja tudi v oskrbovanih stanovanjih, organizacijsko pa je v teh primerih locirano v domovih za starejše. Podatek o izdatkih je zato dostopen v podatkih ZZS, podatka o številu prejemnikov pa iz podatkov NIJZ ni mogoče identificirati;
 - po SHA 2011 bi morali k zdravstvenemu delu dolgotrajne oskrbe na domu zajeti vse denarne prejemke, do katerih so upravičene osebe, ki potrebujejo pomoč pri opravljanju temeljnih dnevnih opravil (ADL). Pri nas zaenkrat (za podatke 2003 - 2011 glej Poglavje 6.1) v zdravstveni del uvrščamo dodatek za pomoč in postrežbo (po ZPIZ), dodatek za nego otroka, ki potrebuje posebno nego in varstvo (po ZSDP) ter delno plačilo za izgubljeni dohodek (po ZSDP). Ostale prejemke smo v razpoložljivi seriji 2003–2011, ki je prikazana v poglavju 6.1., evidentirali kot socialni izdatek. V letu 2014 bodo pri pripravi serije 2003–2012 prvič tudi vsi preostali prejemki (navedeni v Tabeli 8) uvrščeni v kategorijo HC.3.4.

Tabela 7: Dolgotrajna oskrba na domu (zdravstveni del) – HC.3.4

Vrsta izvajalca/storitve	Vir podatkov za izdatke	Viri podatkov za prejemnike
Patronažno varstvo	ZZS (ocena deleža patronažnega varstva, ki je povezan s storitvami dolgotrajne oskrbe)	- NIJZ (ocena deleža patronažnega varstva, ki je povezan s storitvami dolgotrajne oskrbe). - Rezultati pilotnega projekta medresorske delovne skupine.
Patronažno varstvo v oskrbovanih stanovanjih	- ZZS	ni podatka
Družinski pomočnik (po ZSV)	- MDDSZ	- MDDSZ
Dodatek za pomoč in postrežbo (po ZPIZ-2)	ZPIZ (deloma dodatek za pomoč in postrežbo, glede na oceno števila prejemnikov dodatka, ki bivajo doma oz. niso vključeni v institucionalno varstvo)	- ZPIZ
Dodatek za tujo nego in pomoč (po ZDVTDP)*	- MDDSZ	- MDDSZ
Dodatek za pomoč in postrežbo (po ZSV)*	- MDDSZ	- MDDSZ
Dodatek za pomoč in postrežbo (po ZVojl*)	- MDDSZ	- MDDSZ
Dodatek za pomoč in postrežbo (po ZVV)*	- MDDSZ	- MDDSZ
Dodatek za nego otroka, ki potrebuje posebno nego in varstvo (po ZSDP)	- MDDSZ	- MDDSZ
Delno plačilo za izgubljeni dohodek (po ZSDP)	- MDDSZ	- MDDSZ

Vir: delovno gradivo Delovne skupine za statistično spremljanje dolgotrajne oskrbe

Opomba: * Navedeni dodatki (po ZDVTDP, ZSV, ZVojl, ZVV) bodo šele v letu 2014 pri pripravi serije 2003–2012 šteti h kategoriji HC.3.4; prej smo jih zajemali k izdatkom za socialni del dolgotrajne oskrbe v kategorijo HC.R.6.1 oz. HC.R.1 (v socialni del so zato zajeti tudi v prikazani seriji izdatkov za dolgotrajno oskrbo v poglavju 6.1).

5.2. Dolgotrajna oskrba (socialni del) (HC.R.1 SHA 2011)

Definicija SHA 2011: *Storitve dolgotrajne oskrbe (socialni del) vključujejo pomoč pri podpornih dnevnih opravilih (IADL), kot je to npr. pomoč na domu, dostava hrane na dom, prevozi, dnevni centri ipd.* Delijo se na dve ločeni obliki: oskrbo v naravi ali v denarju. Elementi dolgotrajne oskrbe (socialni del) se lahko zagotavljajo in plačujejo kot paket storitev skupaj s storitvami dolgotrajne zdravstvene nege ter storitvami osebne oskrbe (ADL). Če lahko socialne storitve obravnavamo ločeno jih je treba vključiti v HC.R.1 Dolgotrajna oskrba (socialni del). Če jih ne moremo ločiti od zdravstvene in osebne oskrbe, upoštevamo načelo pretežnosti, to pomeni da jih razvrstimo v tiso kategorijo, ki je prevladujoča (bodisi HC.3.4 ali HC.R.1).

Znotraj omenjene kategorije so zajete tudi subvencije za stanovanjske storitve (kot tudi stroški nastanitve) v podpornih oblikah nastanitve za osebe s funkcionalnimi omejitvami (za osebe z motnjo v duševnem razvoju, z duševno motnjo ali za osebe, ki imajo težave zaradi zlorabe opojnih substanc), gospodinske storitve, storitve dnevne socialne oskrbe za osebe, ki potrebujejo pomoč druge osebe in prevoz v ustanove z dnevno oskrbo ter iz njih ali podobne socialne storitve za osebe s funkcionalnimi omejitvami. Sem ne sodijo storitve, ki so že vključene v zdravstveni del dolgotrajne oskrbe (HC.3). V to kategorijo tudi nista zajeta posebno šolanje za invalidne osebe in poklicna rehabilitacija.

5.2.1 Dolgotrajna socialna oskrba v naravi (HC.R.1.1 SHA 2011; HC.R.6.1 SHA 1.0)

K dolgotrajni socialni oskrbi v naravi v Sloveniji štejemo tako socialni del oskrbe v institucijah kot tudi storitve, ki se izvajajo na domu posameznika. Socialni del oskrbe v domovih za starejše, centrih/zavodih za usposabljanje, delo in varstvo (CUDV/ZUDV), varstveno delovnih centrih (VDC), posebnih socialnovarstvenih zavodih*** (npr. nastanitev, prehrana) v Sloveniji zaenkrat štejemo v socialni del dolgotrajne oskrbe HC.R.1.1., čeprav bi glede na mednarodna navodila SHA 2011 morali pri institucionalni oskrbi upoštevati načelo pretežnosti storitev, ki se v posamezni instituciji izvajajo. To pomeni, da je potrebno institucijo kot celoto vključiti bodisi v zdravstveni ali v socialni del dolgotrajne oskrbe.

K dolgotrajni oskrbi na domu trenutno zajemamo socialnovarstveno storitev pomoč na domu in stanovanjske skupine na področju duševnega zdravja. V skladu s SHA 2011 bi bilo potrebno v ta del vključiti tudi socialni servis¹⁹, kamor sodita tudi varovanje na daljavo in dovoz hrane na dom.

¹⁹ Analiza Inštituta RS za socialno varstvo (Nagode in Kovač 2013) je pokazala, da je ob koncu leta 2012 storitve socialnega servisa prejelo 209 uporabnikov, od tega je bilo skoraj tri četrtine uporabnikov varovanja na daljavo. Storitve je tudi draga, saj ura storitve v povprečju znaša okrog 11 EUR. Z analizo avtorici opozarjata, da sta izvajanje in domet socialnega servisa v Sloveniji izrazito podhranjena, saj ga prejema majhno število uporabnikov po visokih, nekonkurenčnih cenah. Apelirajo na čim prejšnjo (pre)ureditev socialnega servisa ter k tehtnemu razmisleku o smiselnosti obstoja socialnega servisa na način kot je urejen danes, saj se je izkazalo, da kljub nekaterim poskusom le ta v praksi ni zaživel.

Tabela 8: Dolgotrajna socialna oskrba v naravi (HC.R.1.1)

Vrsta izvajalca/storitve	Vir podatkov za izdatke	Viri podatkov za prejemnike
Domovi za starejše***	- SSZS	- SSZS
Centri/zavodi za usposabljanje, delo in varstvo, varstveno delovni centri***	-MDDSZ -ZPIZ	- SURS
Posebni socialnovarstveni zavodi***	- SSZS	- SSZS
Pomoč na domu (socialna oskrba na domu)	- IRSSV	- IRSSV
Stanovanjske skupine, ki jih organizirajo NVO	- MDDSZ, IRSSV	- MDDSZ,IRSSV
Osebna asistenca, ki jo organizirajo NVO	- MDDSZ, ZRSZ, FIHO	- MDDSZ

Vir: delovno gradivo Delovne skupine za statistično spremljanje dolgotrajne oskrbe

5.2.2 Dolgotrajna socialna oskrba v denarju (HC.R.1.2 SHA 2011; kategorija v SHA 1.0 ni opredeljena)

Definicija SHA 2011: *Zajema denarne transferje posameznikom in gospodinjstvom, namenjene storitvam dolgotrajne socialne oskrbe (pomoč pri opravljanju podpornih dnevnih opravil).* Običajno gre za denarno podporo družinskim članom, ki zagotavljajo neformalno socialno oskrbo ali pa za plačilo formalnih oskrbovalcev, ki nudijo pomoč pri opravljanju podpornih dnevnih opravil. Ne vključuje denarnih prejemkov, ki so povezani z zaščito pred izgubljenim dohodkom zaradi bolezni ali invalidnosti, kot so to boleznine in invalidnine.

Opomba: v Sloveniji nimamo izdatkov, ki bi jih lahko uvrščali pod to kategorijo dolgotrajne oskrbe. Vendar so bili v razpoložljivi seriji podatkov 2003–2011 (glej Poglavje 6.1) k dolgotrajni socialni oskrbi (v kategorijo HC.R.6.1) vključeni izdatki za dodatek za tujo nego in pomoč (po ZDVDTP) oz. dodatek za pomoč in postrežbo (po ZSV, po ZVojII in po ZVV) (Poglavje 6). V letu 2014 pa bodo pri pripravi serije 2003–2012 prvič vsi ti denarni dodatki štet k kategoriji HC.3.4. ker tudi za te dodatke, podobno kot za dodatek za pomoč in postrežbo po ZPIZ-2, velja, da so do njih upravičene osebe, ki potrebujejo pomoč pri opravljanju temeljnih dnevnih opravil (ADL).

Zaradi večje preglednosti v Prilogi 1 predstavljamo zbirno tabelo vseh virov podatkov za izdatke in prejemnike dolgotrajne oskrbe v Sloveniji, ki smo jo podrobneje opisali v tem poglavju.

6. ANALIZA IZDATKOV IN PREJEMNIKOV DOLGOTRAJNE OSKRBE PO MEDNARODNI DEFINICIJI

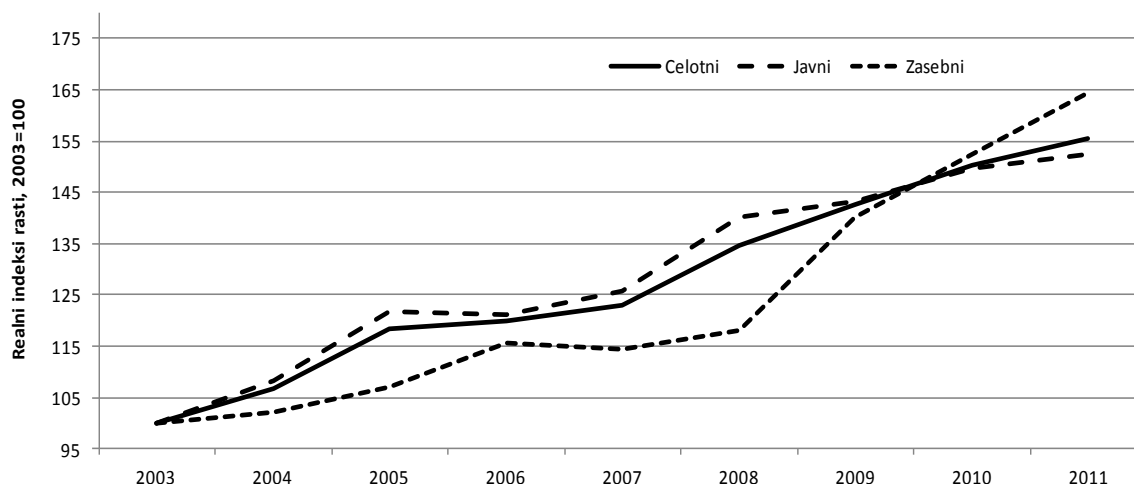
V analizi predstavljamo podatke o izdatkih in prejemnikih dolgotrajne oskrbe v Sloveniji s poudarkom na mednarodni primerjavi. Za analizo izdatkov je v okviru sistema zdravstvenih računov razpoložljiva časovna serija 2003–2011 pripravljena v skladu s klasifikacijo po SHA 1.0, vendar ob upoštevanju mednarodne definicije dolgotrajne oskrbe po SHA 2011, z nekaterimi odstopanji pojasnjenimi v prejšnjem poglavju. Za analizo prejemnikov so po mednarodni definiciji prvič pripravljene podatki za leto 2011.

6.1. Izdatki za dolgotrajno oskrbo, Slovenija in OECD, 2003–2011²⁰

Celotni izdatki za dolgotrajno oskrbo (DO) so leta 2011 v Sloveniji znašali 477 mio EUR oz. 1,32 % BDP, v tem so javni izdatki dosegli 0,98 % BDP, zasebni pa 0,34 % BDP. Od leta 2003 do 2011 so se izdatki za DO povečali bolj kot nominalna vrednost BDP. V letu 2011 so bili izdatki za DO večji za 87 % od tistih v letu 2003, medtem ko je BDP v isti primerjavi večji za 51 %. Posledica teh gibanj je povečanje deleža izdatkov za DO v BDP v navedenem obdobju za 0,31 o.t. na 1,32 % BDP.

V strukturi celotnih izdatkov za DO po virih financiranja izvira tri četrtine sredstev (74 %) iz javnih virov. V navedenem osemletnem razdobju, tj. od 2003 do 2011, pa so se hitreje kot javni povečevali zasebni izdatki za DO, tako da so se v strukturi povečali s 24 % na 26 % celotnih izdatkov za DO. Zasebni izdatki so namenjeni predvsem storitvam dolgotrajne socialne oskrbe (HC.R.6.1) in predstavljajo večinoma doplačila za nastanitev in prehrano v domovih za starejše in drugih oblikah institucionalne oskrbe ter izdatke gospodinjstev za storitve pomoči na domu. V strukturi javnih izdatkov za dolgotrajno oskrbo se polovica financira iz sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja. Tako je v letu 2011 ZZZS namenil za storitve DO 177 mio oz. 50 % vseh javnih izdatkov za DO. Ta sredstva so namenjena storitvam dolgotrajne zdravstvene oskrbe v domovih za starejše in v posebnih socialnovarstvenih zavodih, podaljšanemu bolnišničnemu zdravljenju ter tudi delu patronažne službe. K javnim izdatkom za DO prispeva skoraj četrtino še ZPIZ (v letu 2011 77 mio oz. 22 % javnih izdatkov), in sicer za dodatke za pomoč in postrežbo, ki jih deloma pokriva tudi MDDSZ (13 mio oz. 4 % javnih izdatkov). Z navedenimi sredstvi ZZZS, ZPIZ in MDDSZ (skupaj 75 % vseh javnih izdatkov) se financira zdravstveni del dolgotrajne oskrbe, zato spadajo tudi k izdatkom za zdravstvo. Preostalih 25 % javnih izdatkov je namenjenih za storitve socialne oskrbe, ki se deloma financirajo iz državnega proračuna (predvsem MDDSZ) in deloma iz občinskih proračunov (UMAR, 2014). V obdobju 2003 – 2011 so se celotni izdatki za dolgotrajno oskrbo realno povečali za 55 % oz. v povprečju letno za 5,7 %, in sicer javni izdatki za 52 % (letno za 5,4 %) in zasebni za 64 % (letno v povprečju za 6,4 %) (Slika 4).

²⁰ Pripravljeno za tiskovno konferenco SURS, 31. julij 2013; Objava: http://www.stat.si/stat_novinarske.asp
Mednarodno primerljivi indikatorji o izdatkih za dolgotrajno oskrbo za Slovenijo so na podlagi podatkov SURS že od leta 2007 prikazani tudi v Poročilu o razvoju UMAR, nazadnje glej Poročilo o razvoju 2014. http://www.umar.gov.si/publikacije/porocilo_o_razvoju/?no_cache=1

Slika 4: Realna rast izdatkov za dolgotrajno oskrbo v Sloveniji v obdobju 2003–2011

Vir podatkov: SURS, preračuni UMAR – Poročilo o razvoju 2014

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

Tabela 9: Izdatki za dolgotrajno oskrbo po virih financiranja in po namenu, 2003–2011

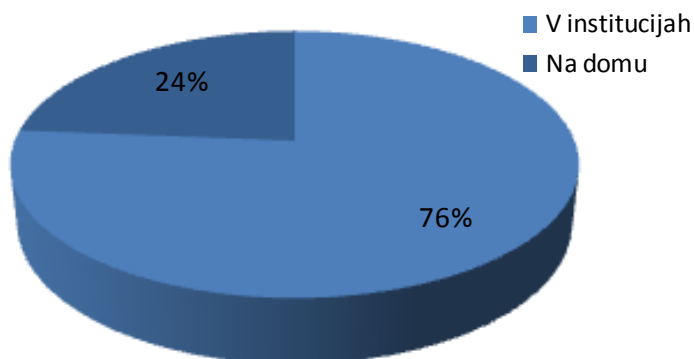
	2003	2005	2007	2009	2011	Indeks 2011/2003
Celotni izdatki po virih financiranja (v mio EUR)	255,3	317,0	350,6	437,0	477,0	186,8
javni izdatki	193,4	247,4	271,6	332,7	354,6	183,4
zasebni izdatki	61,9	69,6	79,0	104,2	122,4	197,6
Delež v BDP (v %)	1,01	1,10	1,01	1,23	1,32	
javni izdatki	0,77	0,86	0,79	0,94	0,98	
zasebni izdatki	0,25	0,24	0,23	0,29	0,34	
Struktura (v %)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	
javni izdatki	75,7	78,0	77,5	76,1	74,3	
zasebni izdatki	24,3	22,0	22,5	23,9	25,7	
Izdatki po namenu (v mio EUR)	255,3	317,0	350,6	437,0	477,0	186,8
zdravstvena oskrba (HC.3)	154,3	197,1	219,2	263,3	273,8	177,4
socialna oskrba (HC.R.6.1)	101,0	119,9	131,4	173,6	203,2	201,2
Struktura po namenu, v %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	
zdravstvena oskrba (HC.3)	60,4	62,2	62,5	60,3	57,4	
socialna oskrba (HC.R.6.1)	39,6	37,8	37,5	39,7	42,6	

Vir: SURS – Izdatki in viri financiranja zdravstva 2003–2011, 2013

V strukturi izdatkov za DO po načinu izvajanja je bilo v letu 2011 še vedno kar 76 % namenjeno DO v institucijah. Od tega največ za domove za starejše (55 %), s 16 % sledijo izdatki za socialnovarstvene zavode, kot so varstveno delovni centri, posebni socialnovarstveni zavodi, zavodi za usposabljanje ipd. Delež izdatkov za bolnišnice, kjer izvajajo dolgotrajno zdravstveno nego, paliativno oskrbo in oskrbo oseb s telesnimi in

intelektualnimi ovirami, je v tem razrezu 5 – odstoten. Naslednje kategorije so izdatki za DO na domu, ki predstavljajo skupaj 24 % sredstev: to so izdatki za družinske pomočnike, osebno asistenco, izvajalce pomoči na domu oz. socialne oskrbovalce, zdravstvene domove s patronažno službo ter denarne dodatke za prejemnike, ki niso vključeni v formalno oskrbo.

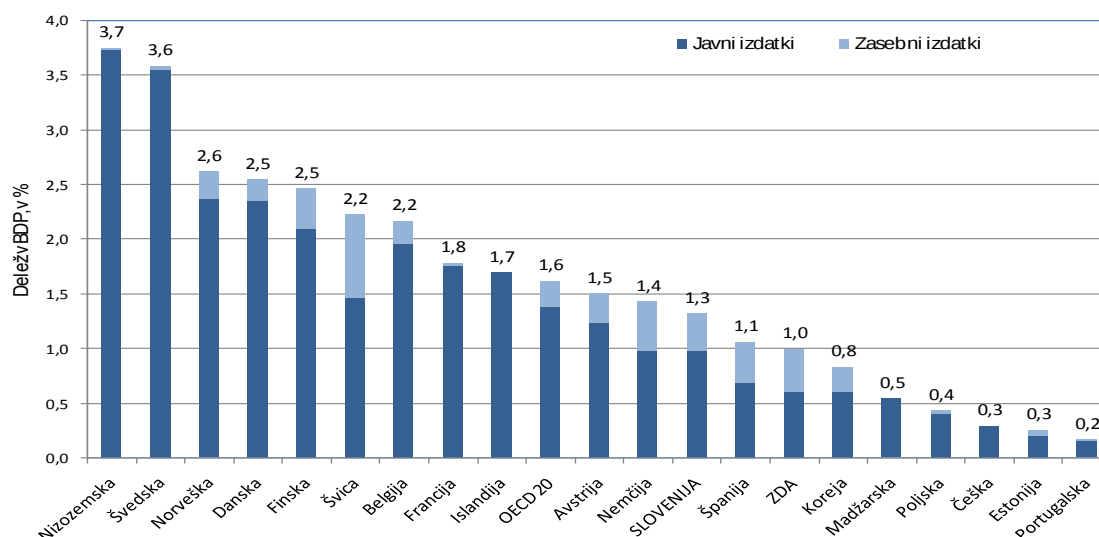
Slika 5: Izdatki za dolgotrajno oskrbo po načinu izvajanja



Vir: SURS – Izdatki in viri financiranja zdravstva 2003–2011, 2013

Slovenija po obsegu celotnih izdatkov za dolgotrajno oskrbo, izraženih v deležu BDP, zaostaja za povprečjem OECD. V letu 2011 je za celotne (javne in zasebne) izdatke povprečje 20-ih OECD držav znašalo 1,6 % BDP. Med državami so velike razlike. Izstopajo predvsem skandinavske države ter Nizozemska in Belgija, kjer je ta delež nad 2 do 4 % BDP. Velike razlike med državami niso le posledica različnih stopenj razvitosti držav, ampak tudi različnih sistemov dolgotrajne oskrbe, različnega vpliva demografskih dejavnikov ter razlik v življenjskih vzorcih, zlasti vloge družine in neformalne oskrbe.

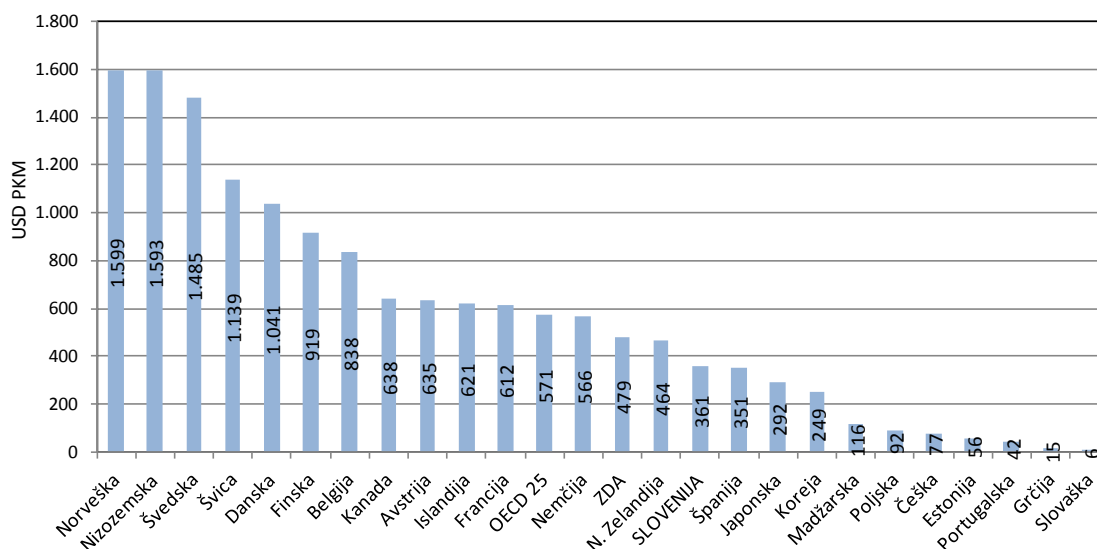
Slika 6: Izdatki za dolgotrajno oskrbo kot delež v BDP, Slovenija in države OECD, 2011



Vir: OECD Health Data 2013. Opomba: V povprečje je vključeno 20 držav OECD, za katere so razpoložljivi podatki.

Celotni izdatki za DO na prebivalca, izraženi v USD PKM nam kažejo primerjavo v obsegu opravljenih storitev med državami. V Sloveniji so znašali 351 USD PKM na prebivalca, v povprečju v 25 OECD državah pa 571 USD PKM, največ na Norveškem, Nizozemskem in Švedskem, in sicer med 1400 in 1600 USD PKM na prebivalca.

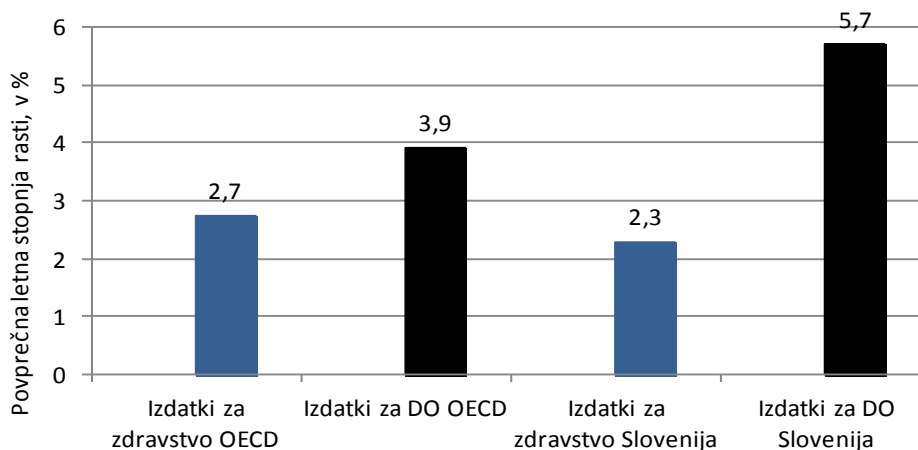
Slika 7: Izdatki za dolgotrajno oskrbo v USD PPP, 2011



Vir: OECD Health Data 2013. Opomba: V povprečje je vključeno 25 držav OECD za katere so razpoložljivi podatki.

V obdobju 2004–2011 izračun povprečne letne realne rasti izdatkov pokaže, da je bila rast izdatkov za DO tako v Sloveniji kot tudi v povprečju držav OECD hitrejša od rasti izdatkov za zdravstvo. Izdatki za zdravstvo so naraščali v Sloveniji letno realno za 2,3 % ter v OECD za 2,7 %, medtem ko je bila rast izdatkov za DO za Slovenijo letno realno 5,2 % in v OECD 3,9 %. V obdobju po začetku gospodarske krize 2009–2011 se je rast izdatkov za DO nekoliko umirila, v Sloveniji na letno realno rast 4,3 %, v povprečju OECD pa na 3,9 %.

Slika 8: Realna rast izdatkov za dolgotrajno oskrbo, Slovenija in OECD, 2003–2011



Vir: OECD Health Data 2013; Opomba: V povprečje je vključeno 20 držav OECD za katere so razpoložljivi podatki.

6.2. Prejemniki dolgotrajne oskrbe, Slovenija in OECD, 2011²¹

Storitve in prejemnike formalno organizirane dolgotrajne oskrbe razvrščamo v štiri različne sklope storitev – dolgotrajna oskrba v institucijah, dolgotrajna oskrba v dnevni obliki, dolgotrajna oskrba na domu ter denarni prejemki. Storitve in denarne dodatke (prejemke) smo identificirali po metodologiji SHA 2011, po kateri se izračunavajo tudi izdatki za dolgotrajno oskrbo ter po OECD definiciji prejemnikov dolgotrajne oskrbe. OECD definicija opredeljuje prejemnike dolgotrajne oskrbe kot osebe, ki jim dolgotrajno oskrbo zagotavljajo plačani izvajalci, vključno z neprofesionalnimi izvajalci, ki za izvajanje oskrbe prejemajo določena denarna sredstva. Definicija vključuje tudi prejemnike denarnih dodatkov oz. prejemkov, katerih primarni namen je zagotavljanje oskrbe ljudem z dolgotrajnimi potrebami. Ne vključuje pa prejemnikov dolgotrajne oskrbe v bolnišnicah.

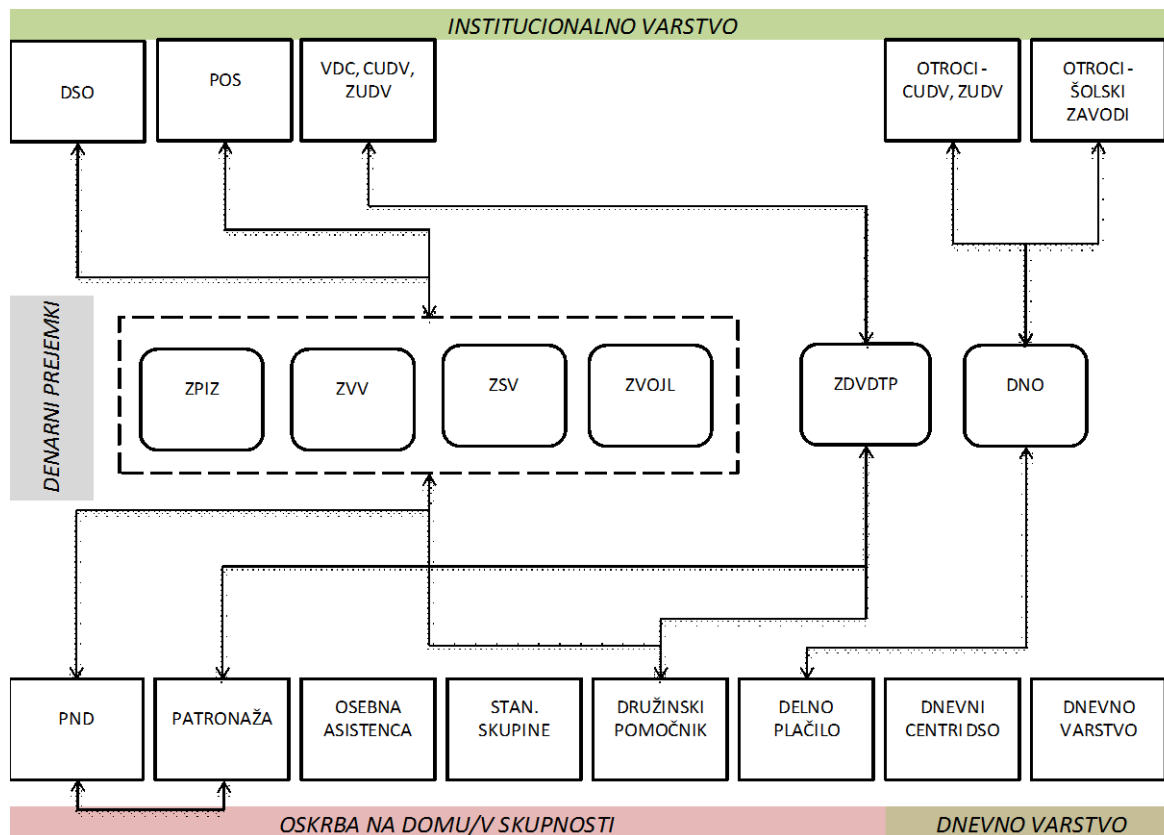
Število prejemnikov dolgotrajne oskrbe v Sloveniji po vseh sklopih storitev in skupno prikazujemo v tabelah v nadaljevanju; večina podatkov je zbranih za presečni datum 31. 12. 2011. Ker se navedeni definiciji med seboj razlikujeta, smo v primeru preštevanja prejemnikov sledili definiciji OECD²². Glede na naravo storitev in organiziranost sistema dolgotrajne oskrbe, lahko nekateri uporabniki obenem prejemajo več različnih storitev oz. lahko prejemajo tako storitve kot tudi denarni dodatek. Slednje dejstvo smo, na podlagi obstoječih podatkov, pri seštevku prejemnikov bodisi po posameznih področjih bodisi pri skupnem seštevku prejemnikov dolgotrajne oskrbe, ustrezno upoštevali - če ne bi upoštevali prekrivanja in bi npr. sešteli nominalno število prejemnikov po posameznih storitvah, bi bilo skupno število prejemnikov višje in precenjeno. V naslednji shemi prikazujemo posamezne storitve in prejemke po področjih dolgotrajne oskrbe, razvidne so tudi povezave med njimi. Povezave predstavljajo prekrivanje med storitvami in prejemki, tj. določen delež prejemnikov prejema obe povezani storitvi in/ali prejemek. Te povezave smo, kot že rečeno, ustrezno upoštevali tudi pri nadaljnji analizi prejemnikov dolgotrajne oskrbe²³. Prejemnika dveh storitev (in/ali prejemka) smo pri skupni oceni števila uporabnikov formalno organizirane dolgotrajne oskrbe šteli le enkrat.

²¹ Prejemniki dolgotrajne oskrbe so v tem delovnem zvezku prikazani kot rezultat pilotnega projekta Delovne skupine za statistično spremljanje dolgotrajne oskrbe, SURS namreč prejemnikov dolgotrajne oskrbe še ni uradno objavil.

²² Vir: OECD Health Data 2013; Glavna razlika med definicijo SHA, po kateri se evidentira izdatke in definicijo OECD po kateri se evidentira prejemnike, je v tem, da so po OECD definiciji prejemniki v bolnišnicah izvzeti in jih torej ne štejemo, medtem ko se k izdatkom po SHA definiciji prišteva tudi izdatke za dolgotrajno oskrbo v bolnišnicah (npr. in psihiatrija).

²³ Ne glede na to, da je to prvi celovit pregled prejemnikov storitev dolgotrajne oskrbe in denarnih dodatkov, moramo opozoriti tudi na ključne pomanjkljivosti tega pregleda: (1) zaradi različnih evidenc in pristopov k evidentiranju podatkov navajamo različne zajeme podatkov: različna leta npr. 2011 in 2012, različna presečna obdobja npr. 31. 12 in povprečno mesečno/letno, kapacitete; (2) ponekod ni moč razpolagati s podatki po petletnih starostnih skupinah in spolu, zato smo jih simulirali glede na podatke iz obstoječih evidenc (predvsem pri prekrivanju storitev in denarnega dodatka) ter (3) nekatera prekrivanja še vedno niso bila upoštevana (npr. prejemniki osebne asistence in denarnega dodatka ipd.).

Slika 9: Strukturiranost socialnovarstvenih in zdravstvenih storitev ter denarnih prejemkov na področju dolgotrajne oskrbe (prirejeno po definiciji SHA in OECD)



Legenda: DSO - domovi za starejše občane; POS - posebni socialnovarstveni zavodi; VDC - varstveno delovni centri; CUDV/ZUDV - centri/zavodi za usposabljanje varstvo in delo; PND - pomoč na domu; OTROCI - ŠOLSKI ZAVODI - otroci v zavodih za izobraževanje otrok s posebnimi potrebami; DNO - dodatek za nego otroka; DELNO PLAČILO - delno plačilo za izgubljeni dohodek; ZPIZ - Zakon o invalidskem in pokojninskem zavarovanju; ZSV - zakon o socialnem varstvu; ZVV - Zakon o vojnih veteranih; Zvojl - Zakon o vojnih invalidih; ZDVTDP - Zakon o družbenem varstvu duševno telesno prizadetih oseb

6.2.1. Dolgotrajna oskrba v institucijah

V dolgotrajno oskrbo v institucijah je bilo ob koncu leta 2011 skupno vključenih 21.093 oseb, med njimi največ v domove za starejše (82,4 %). Poleg domov za starejše v dolgotrajno oskrbo v institucijah uvrščamo še posebne socialnovarstvene zavode, varstveno delovne centre, centre oz. zavode za usposabljanje, varstvo in delo ter zavode za izobraževanje otrok s posebnimi potrebami.

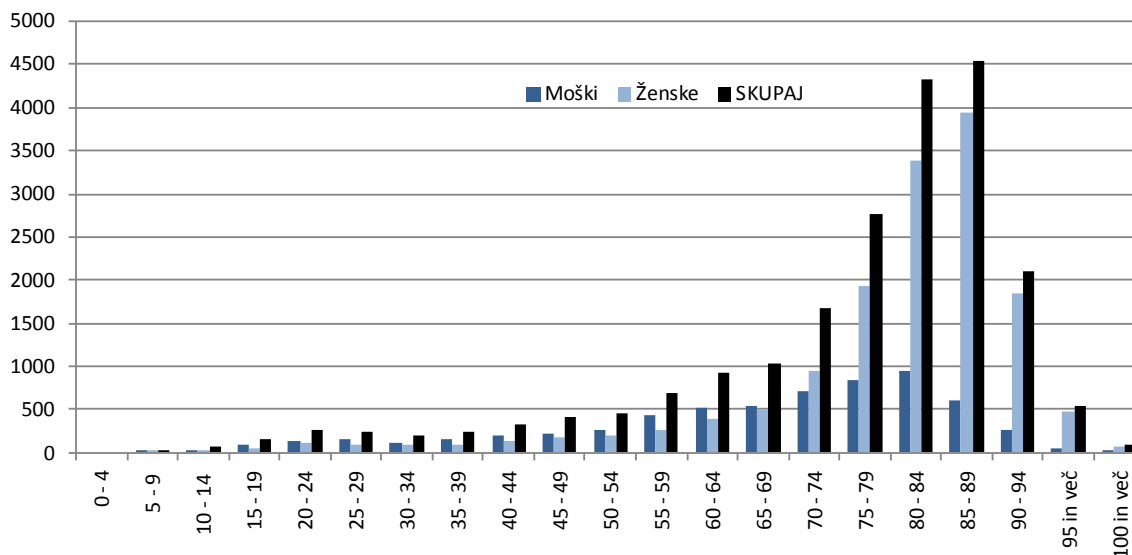
Tabela 10: Prejemniki dolgotrajne oskrbe v institucijah na dan 31. 12. 2011

Institucionalno varstvo v dolgotrajni oskrbi	število	%
Domovi za starejše	17.386	82,4
Posebni socialnovarstveni zavodi	2.337	11,1
Varstveno delovni centri, centri oz. zavodi za usposabljanje, varstvo in delo	1.080	5,1
Zavodi za izobraževanje otrok s posebnimi potrebami	290	1,4
Skupaj	21.093	100,0

Vir: Vodnik po statistiki prejemnikov s področja dolgotrajne oskrbe v Sloveniji (delovno gradivo delovne skupine za statistično spremljanje dolgotrajne oskrbe)

Med vsemi prejemniki dolgotrajne oskrbe v institucijah je ob koncu leta 2011 bilo 81,0 % starih 65 let ali več, več kot polovica (55 %) pa šteje 80 let in več. Skoraj dve tretjini je bilo žensk (70 %).

Slika 10: Prejemniki storitev institucionalnega varstva po petletnih starostnih skupinah in spolu, 31. 12. 2011



Vir: Vodnik po statistiki prejemnikov s področja dolgotrajne oskrbe v Sloveniji (delovno gradivo delovne skupine za statistično spremljanje dolgotrajne oskrbe)

6.2.2. Dolgotrajna oskrba v dnevni obliki

V dnevno varstvo je bilo ob koncu leta 2011 vključenih le 377 oseb, med njimi največ v dnevne centre pri domovih za starejše (60,7 %). Ostali so bili vključeni v dnevno varstvo pri centrih / zavodih za usposabljanje, delo in varstvo.

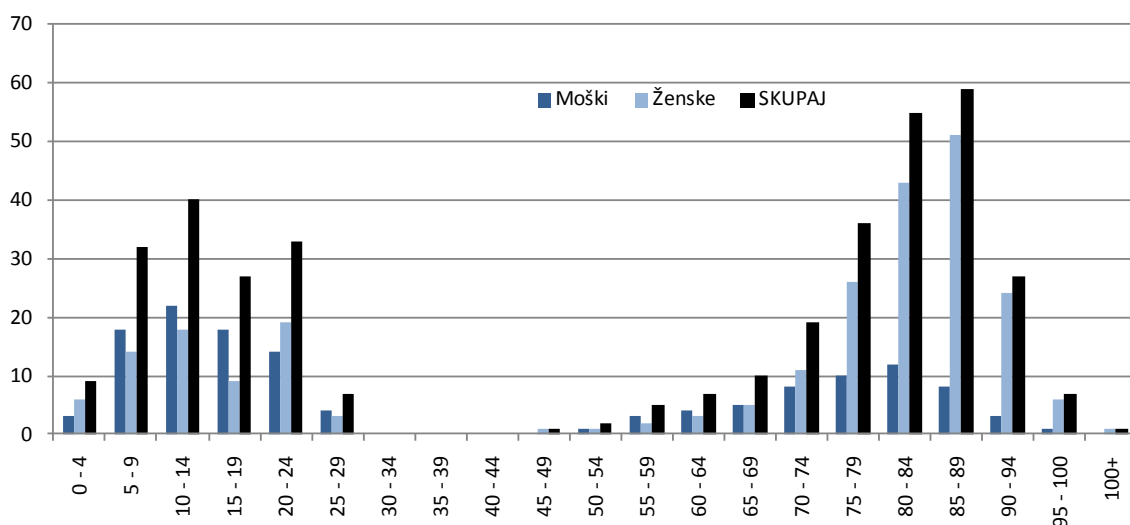
Tabela 11: Prejemniki dolgotrajne oskrbe v dnevni obliki na dan 31. 12. 2011

Dnevno varstvo v dolgotrajni oskrbi	število	%
Dnevni centri pri domovih za starejše	229	60,7
Dnevno varstvo pri centrih oz. zavodi za usposabljanje, varstvo in delo	148	39,3
Skupaj	377	100,0

Vir: Vodnik po statistiki prejemnikov s področja dolgotrajne oskrbe v Sloveniji (delovno gradivo delovne skupine za statistično spremljanje dolgotrajne oskrbe)

Med vključenimi v dnevno varstvo so bile večinoma ženske - skoraj dve tretjini vseh vključenih (64,5 %). Dobra polovica obiskovalcev dnevnih centrov je bila stara 65 let ali več (56,8 %), 39,5 % pa 80 let ali več. Kot je razvidno iz Slike 11, sta bili ob koncu leta 2011 v dnevno varstvo vključeni dve skupini ljudi - otroci in mladostniki, ki obiskujejo dnevne centre pri CUDV oz. ZUDV, ter starejši, ki obiskujejo dnevne centre v okviru domov za starejše.

Slika 11: Prejemniki storitev dolgotrajne oskrbe v dnevni obliki po petletnih starostnih skupinah in spolu, 31. 12. 2011



Vir: Vodnik po statistiki prejemnikov s področja dolgotrajne oskrbe v Sloveniji (delovno gradivo delovne skupine za statistično spremljanje dolgotrajne oskrbe)

6.2.3. Dolgotrajna oskrba na domu

Dolgotrajno oskrbo na domu je ob koncu leta 2011 prejelo 20.991 oseb, ob čemer smo upoštevali prekrivanje med socialnovarstveno storitvijo pomoč na domu in patronažno varstvo, za katerega ocenjujemo, da je med prekrivanji najbolj pogosto²⁴ (Tabela 12). V patronažno varstvo je po oceni²⁵ skupno (brez upoštevanja prekrivanja) vključeno 14.573 oseb, vendar jih po oceni 2.900 prejema tudi pomoč na domu, zato smo te osebe upoštevali le pri pomoči na domu, pri patronažnem varstvu pa smo jih odšteli. Prekrivanja med preostalimi storitvami zaradi pomanjkljivih podatkov nismo upoštevali (npr. osebna asistenca in patronažno varstvo). Iz tako zbranih podatkov ugotavljamo, da je med prejemniki dolgotrajne oskrbe na domu največ prejemnikov patronažnega varstva, sledijo prejemniki pomoči na domu. Bistveno manj prejemnikov beležimo pri ostalih storitvah oskrbe na domu - osebna asistenca, bivanje v stanovanjski skupini, družinski pomočnik ter delno plačilo za izgubljeni dohodek.

²⁴ Razlika je upoštevana pri patronažnem varstvu.

²⁵ S podatkom o številu prejemnikov patronažnega varstva v okviru dolgotrajne oskrbe do nedavnega v Sloveniji nismo razpolagali, zato smo to število ocenili na podlagi podatkov pilotnega projekta. V okviru pilotnega projekta v ZD dr. Adolfa Drolca Maribor smo evidentirali delež dolgotrajne oskrbe v patronažnem varstvu. Rezultate smo posplošili na nacionalno raven in jih lahko uporabljamo kot oceno.

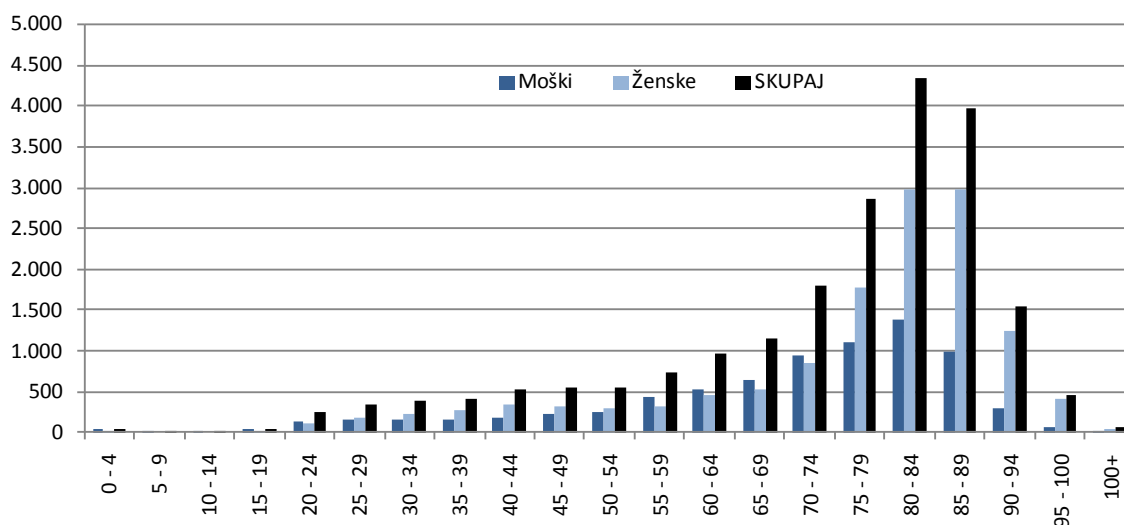
Tabela 12: Prejemniki dolgotrajne oskrbe na domu na področju dolgotrajne oskrbe na dan 31. 12. 2011

Oskrba na domu/v skupnosti v dolgotrajni oskrbi	brez prekrivanja		s prekrivanjem*	
	število	%	število	%
Patronažno varstvo*	14.573	61,0	11.673	55,6
Pomoč na domu	6.624	27,7	6.624	31,6
Družinski pomočnik	936	3,9	936	4,5
Osebna asistenca	793	3,3	793	3,8
Stanovanjske skupine na področju duševnega zdravja	252	1,1	252	1,2
Delno plačilo za izgubljeni dohodek	713	3,0	713	3,4
Skupaj	23.891	100,0	20.991	100,0

Vir: Vodnik po statistiki prejemnikov s področja dolgotrajne oskrbe v Sloveniji (delovno gradivo delovne skupine za statistično spremljanje dolgotrajne oskrbe)

*upoštevano je prekrivanje prejemnikov patronažnega varstva in pomoči na domu

Na podlagi tako zbranih podatkov ugotavljamo, da so bili ob koncu leta 2011 prejemniki dolgotrajne oskrbe na domu pretežno starejši ljudje - 77,2 % je bilo starih 65 let in več, 49,5 % pa 80 let in več. Med prejemniki dolgotrajne oskrbe na domu je bilo znatno več žensk (63,4 %) kot moških (36,6 %).

Slika 12: Prejemniki storitev oskrbe na domu / skupnosti po petletnih starostnih skupinah in spolu, 31. 12. 2011

Vir: Vodnik po statistiki prejemnikov s področja dolgotrajne oskrbe v Sloveniji (delovno gradivo delovne skupine za statistično spremljanje dolgotrajne oskrbe)

6.2.4. Denarni prejemki

Ob koncu leta 2011 je bilo v Sloveniji 41.832 prejemnikov denarnih dodatkov, od tega 35.916 prejemnikov dodatkov za pomoč in postrežbo oz. tujo nego in pomoč (po vseh zakonih) in 5.916 prejemnikov dodatka za nego otroka.

Ob koncu leta 2011 je bilo največ prejemnikov denarnega dodatka po Zakonu o pokojninskem in invalidskem zavarovanju (74,7 %), sledijo prejemniki dodatka za nego otroka (14,1 %) in prejemniki dodatka za tujo nego in pomoč po Zakonu o družbenem

varstvu duševno in telesno prizadetih oseb (9,4 %). Precej manj je bilo prejemnikov denarnega dodatka po Zakonu o socialnem varstvu (0,8 %), po Zakonu o vojnih invalidih (0,6 %) ter po Zakonu o vojnih veteranih (0,4 %)

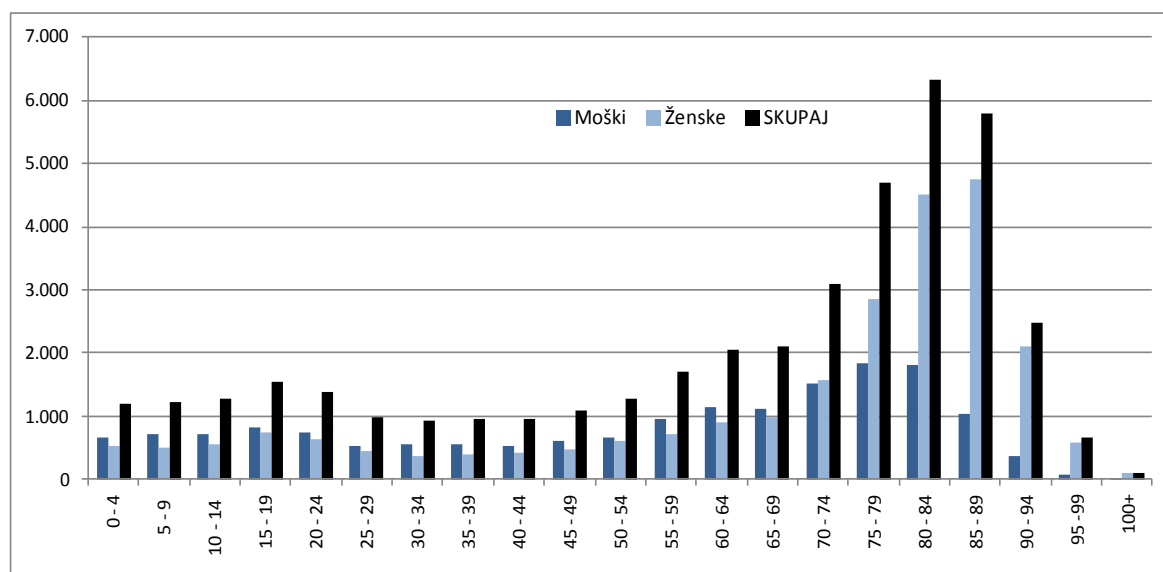
Tabela 13: Prejemniki denarnih dodatkov na dan 31. 12. 2011

Denarni dodatki v dolgotrajni oskrbi	število	%
Dodatek za tujo nego in pomoč po ZDVDTP	3.920	9,4
Dodatek za pomoč in postrežbo po ZPIZ	31.238	74,7
Dodatek za pomoč in postrežbo po ZSV	343	0,8
Dodatek za pomoč in postrežbo po ZVV	170	0,4
Dodatek za pomoč in postrežbo po Zvojl	245	0,6
Dodatek za nego otroka	5.916	14,1
Skupaj	41.832	100,0

Vir: Vodnik po statistiki prejemnikov s področja dolgotrajne oskrbe v Sloveniji (delovno gradivo delovne skupine za statistično spremljanje dolgotrajne oskrbe)

Med prejemniki denarnih dodatkov je bilo ob koncu leta 2011 več žensk (59 %) kot moških (41 %). Med prejemniki je bilo 60,5 % starih 65 let ali več, 36,7 % pa 80 let in več.

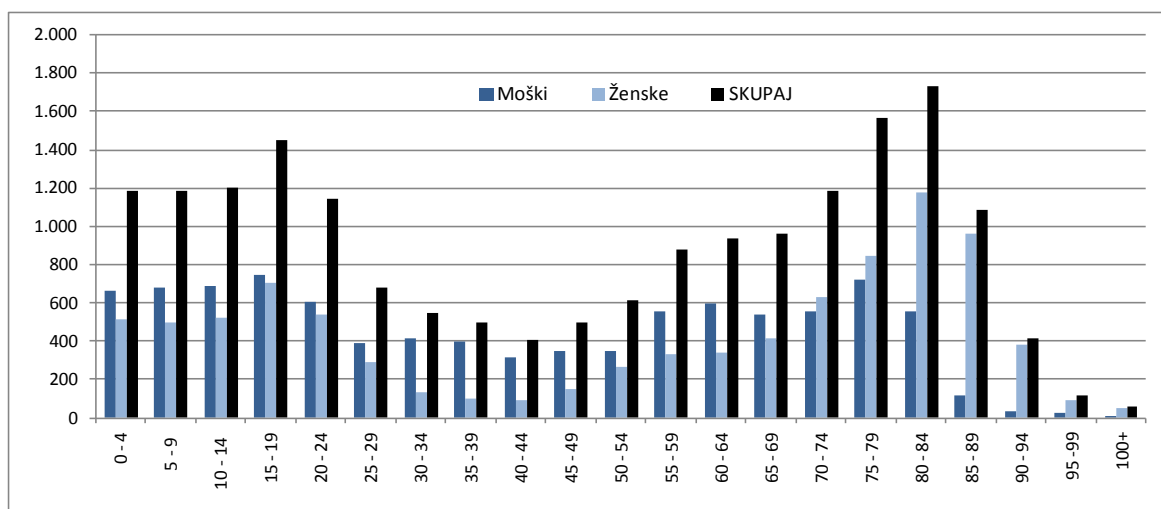
Slika 13: Prejemniki denarnih dodatkov po petletnih starostnih skupinah in spolu, 31. 12. 2011



Vir: Vodnik po statistiki prejemnikov s področja dolgotrajne oskrbe v Sloveniji (delovno gradivo delovne skupine za statistično spremljanje dolgotrajne oskrbe)

Ob upoštevanju dejstva, da so lahko prejemniki denarnih dodatkov obenem tudi koristniki več različnih storitev, bodisi so nastanjeni v zavodu (institucionalno varstvo) ali pa prejemajo storitev oskrbe na domu, ocenjujemo, da je bilo ob koncu leta 2011 18.334 prejemnikov dodatka, ki so *prejemali zgolj denarni dodatek* (torej niso bili vključeni v nobeno drugo formalno organizirano storitev) (Tabela 14). Ugotavljamo, da je bilo med prejemniki zgolj denarnega dodatka nekoliko več moških (51 %) kot žensk (49 %). Med prejemniki je bilo 38,8 % starih 65 let ali več, 18,5 % pa 80 let in več.

Slika 14: Prejemniki denarnih dodatkov po petletnih starostnih skupinah in spolu, ki prejemaajo zgolj denarni dodatek, 31. 12. 2011

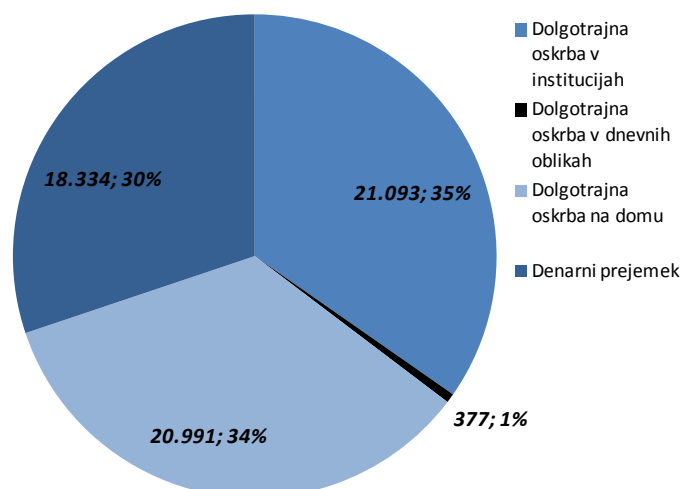


Vir: Vodnik po statistiki prejemnikov s področja dolgotrajne oskrbe v Sloveniji (delovno gradivo delovne skupine za statistično spremljanje dolgotrajne oskrbe)

6.2.5. Skupno število prejemnikov dolgotrajne oskrbe

Na podlagi predstavljene analize ocenjujemo, da je bilo v Sloveniji ob koncu leta 2011 skupno 60.795 prejemnikov dolgotrajne oskrbe. Pri tem smo sledili tako definiciji zdravstvenih računov SHA 2011 kakor tudi OECD definiciji. Kot je razvidno iz Slike 15, je v Sloveniji dobra tretjina prejemnikov dolgotrajne oskrbe v institucijah (35 %), približno tretjina je prejemnikov oskrbe na domu oz. v skupnosti (34 %), slaba tretjina prejema zgolj denarni dodatek (30 %), komaj odstotek pa je vključenih v dolgotrajno oskrbo v dnevni obliki.

Slika 15: Prejemniki storitev in denarnih prejemkov dolgotrajne oskrbe po posameznih področjih, 31. 12. 2011



Vir: Vodnik po statistiki prejemnikov s področja dolgotrajne oskrbe v Sloveniji (delovno gradivo delovne skupine za statistično spremljanje dolgotrajne oskrbe)

Tabela 14: Prejemniki storitev in prejemkov dolgotrajne oskrbe po posameznih področjih, na dan 31. 12. 2011

	Vsi prejemniki	Prejemniki v starosti 65 let in več	% od populacije stare 65 let in več (SI=341.192)
Dolgotrajna oskrba v institucijah	21.093	17.088	5,0
Dolgotrajna oskrba v dnevnih oblikah	377	214	0,1
Dolgotrajna oskrba na domu	20.991	16.199	4,7
Denarni prejemki (neformalna oskrba)	18.334	7.106	2,1
Skupaj	60.795	40.607	11,9

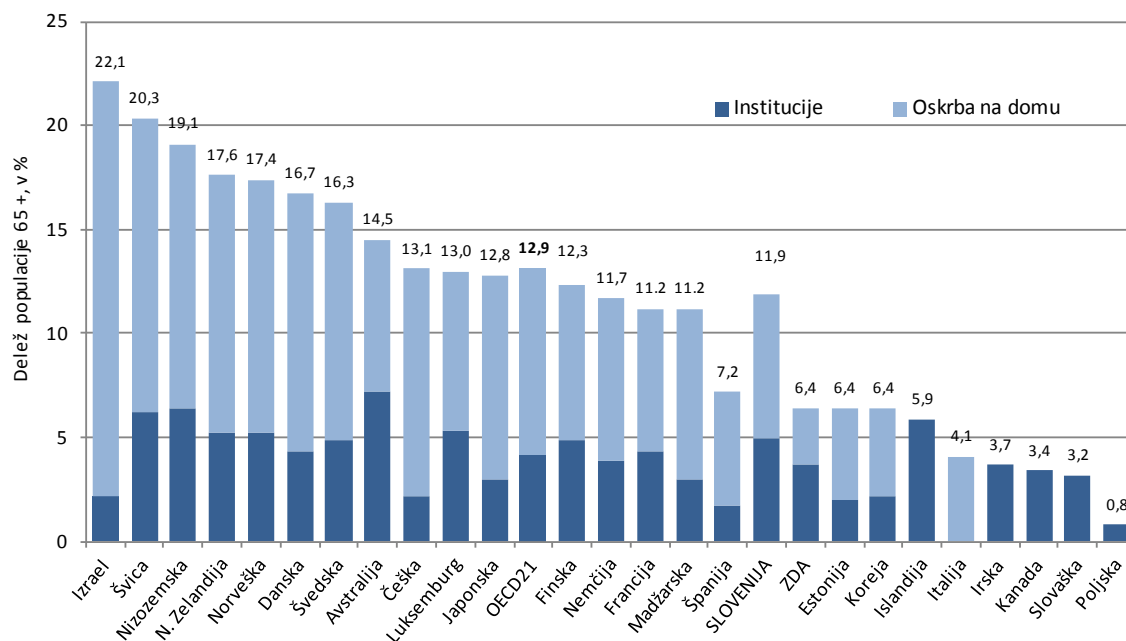
Vir: Vodnik po statistiki prejemnikov s področja dolgotrajne oskrbe v Sloveniji (delovno gradivo delovne skupine za statistično spremljanje dolgotrajne oskrbe)

Četudi je dolgotrajna oskrba namenjena tako starejšim ljudem kot tudi mlajšim invalidnim osebam, ki potrebujejo kontinuirano pomoč pri opravljanju temeljnih dnevnih opravil, je iz predstavljenih podatkov evidentno, da po posameznih področjih dolgotrajne oskrbe prevladuje delež starejših. Tako je tudi OECD za leto 2011 pripravil primerjavo (OECD Health at a Glance 2013) med državami glede na delež populacije v starosti 65 let in več, ki prejema bodisi dolgotrajno oskrbo v institucijah bodisi na domu. Pri tem naj navedemo, da OECD k oskrbi na domu prišteva tako prejemnike oskrbe na domu kot tudi prejemnike denarnih prejemkov ter uporabnike dolgotrajne oskrbe v dnevnih oblikah. V primerjavo za leto 2011 smo vključili tudi najnovejše podatke za Slovenijo in jih prikazujemo v nadaljevanju.

Ocenjujemo, da je bilo v slovenski populaciji, ki je stara 65 let in več, ob koncu leta 2011 v dolgotrajno oskrbo skupno vključenih 11,9 % ljudi, od tega 5,0 % v institucionalno dolgotrajno oskrbo, v dolgotrajno oskrbo na domu pa 6,9 % ljudi (vključujoč prejemnike oskrbe na domu, dnevnega varstva in prejemnike, ki prejemajo zgolj denarni dodatek), kar prikazujemo v prejšnji tabeli in na naslednji sliki. Sliko smo povzeli po OECD in jo za državo Slovenijo prilagodili glede na podatke, pridobljene s predstavljeno analizo. Glede na to, da države ne zbirajo podatkov o deležu vključenih po enotni metodologiji in da so sistemi dolgotrajne oskrbe v državah zelo različni, je lahko spodnja primerjava zgolj ilustrativna in jo je potrebno upoštevati z metodološkim zadržkom.

V primerjavi s podatki po prejšnjih podatkovnih virih Slovenija izstopa z velikim povečanjem deleža oseb vključenih v dolgotrajno oskrbo na domu. Na tem mestu velja opozoriti, da je nastala sprememba zlasti posledica ocene vključenih v izvajanje storitev dolgotrajne oskrbe v okviru patronažnega varstva, saj ta podatek v prejšnje podatkovne vire ni bil vključen. Poleg tega je prvič upoštevana tudi ocena števila tistih, ki prejemajo samo denarni prejemek in niso vključeni v nobeno formalno organizirano storitev. Iz podatkov analize je tako možno sklepati, da je delež vključenih v dolgotrajno oskrbo v Sloveniji večji, kot so to navajale dosedanje analize stanja, predvsem v dolgotrajno oskrbo na domu. Vendar pa v okviru formalne dolgotrajne oskrbe na domu prevladuje zdravstveni del, medtem ko je socialni del dolgotrajne oskrbe bistveno manj razvit in manj intenziven.

Slika 16: Populacija stara 65+, ki prejema dolgotrajno oskrbo, 31. 12. 2011



Vir: OECD Health at a Glance 2013.

Opomba: Prilagojeni podatki za Slovenijo in povprečje OECD21

7. SKLEP

Delovna skupina za statistično spremljanje dolgotrajne oskrbe je v letu 2012 oblikovala osnovne pogoje in izhodišča za kontinuirano spremljanje področja dolgotrajne oskrbe v Sloveniji in pri tem evidentirala izdatke in prejemnike dolgotrajne oskrbe. Pri oblikovanju nabora statističnih podatkov je sledila mednarodnim zahtevam (OECD, WHO, Eurostat, Evropska komisija) in upoštevala nacionalne omejitve. Pripravljena je bila študija izvedljivosti za OECD, s katero so bile opredeljene tudi ključne težave pri implementaciji pravil kot jih določa SHA 2011. V okviru prvega letnega poročila je delovna skupina oblikovala vodnik po statistiki izdatkov in prejemnikov s področja dolgotrajne oskrbe v Sloveniji, kjer so glede na mednarodna pravila (SHA 2011) razvrščene storitve, prejemki in izvajalci dolgotrajne oskrbe. Na podlagi tega sta bili pripravljeni tako analiza izdatkov (Poglavje 6.1) kot tudi analiza prejemnikov (Poglavje 6.2).

Delovna skupina ugotavlja, da so pri zajemu podatkov o izdatkih za dolgotrajno oskrbo odstopanja od mednarodne definicije SHA 2011 ostala minimalna, nanašajo pa se predvsem na nekatere kategorije izdatkov za socialni del dolgotrajne oskrbe, ki je posledično še nekoliko podcenjen. Tako so bili v letu 2013 v zdravstvene račune za obdobje 2003–2011 dodatno vključeni podatki o dodatkih za nego otroka in nadomestilih za izgubljeni dohodek ter za obdobje 2009–2011 izdatki za stanovanjske skupine, ki jih organizirajo NVO. V letu 2014 bodo v izdatke za dolgotrajno oskrbo vključeni tudi izdatki za zdravstveno nego dementnih oseb v psihiatričnih bolnišnicah ter izdatki za inkontinenčne blazine, ki jih nabavljajo domovi za starejše, posebni socialnovarstveni zavodi in druge socialnovarstvene ustanove na račun ZZZS. Ni ustreznih virov podatkov še za nekatere izdatke dolgotrajne oskrbe, med katerimi po naši oceni po pomenu izstopa le dostava hrane. Na podlagi tako zbranih podatkov o izdatkih za dolgotrajno oskrbo, Statistični Urad RS poroča, da so v letu 2011 celotni izdatki za dolgotrajno oskrbo v Sloveniji znašali 477 mio EUR oz. 1,32 % BDP. V strukturi celotnih izdatkov po virih financiranja izvira približno tri četrtine sredstev (74 %) iz javnih virov, v strukturi po namenu pa je razmerje med zdravstveno in socialno oskrbo okoli 60 : 40. Po načinu izvajanja je bilo ob koncu leta 2011 76 % izdatkov namenjenih izvajanju dolgotrajne oskrbe v institucijah, od tega največ domovom za starejše (55 %).

Pri podatkih o prejemnikih dolgotrajne oskrbe so problematični predvsem manjkajoči podatki na področju patronažnega varstva ter oskrbovanih stanovanj. Poleg tega so evidence pogosto urejene tako, da ne omogočajo pregleda prejemnikov po petletnih starostnih skupinah in spolu ter ne omogočajo pregleda »prekrivanja prejemnikov« različnih storitev in/ali denarnih prejemkov (npr. števila oseb, ki prejemajo pomoč na domu in patronažno varstvo). Problematičen je tudi različen časovni zajem podatkov (npr. na dan 31.12., na mesec (npr. december), na leto). Delovna skupina je mnoge pomanjkljivosti že odpravila. Na primer uredila je evidence prejemnikov po petletnih starostnih skupinah in spolu (za podatke o oskrbovancih domov za starejše in posebnih socialnovarstvenih zavodov ter za podatke o prejemnikih pomoči na domu). Poleg tega je z upoštevanjem prekrivanja prejemnikov ugotovila koliko prejemnikov dolgotrajne oskrbe prejema zgolj denarni prejemek. Na področju patronažnega varstva je vzpostavila pilotni projekt²⁶, s pomočjo katerega se je dalo oceniti, koliko prejemnikov patronažnega varstva je dejansko tudi prejemnikov dolgotrajne oskrbe. Kljub temu gre še vedno zgolj za oceno, ki jo je potrebno jemati z zadržkom. Na pobudo delovne skupine pa je Ministrstvo za zdravje med prioritete naloge na področju e-zdravja vključilo tudi posodobitev zbiranja podatkov o patronažnem varstvu, kar bo ob ustrezni implementaciji

²⁶ Glej Poglavje 3.

prvič omogočilo prešteti prejemnike dolgotrajne oskrbe tudi na področju patronažnega varstva.

Delovna skupina je tako na podlagi zbranih podatkov o prejemnikih dolgotrajne oskrbe za leto 2011, ugotovila, da je v sistem formalno organizirane dolgotrajne oskrbe v Sloveniji vključenih približno 61.000 ljudi. Največ je vključenih v institucionalno varstvo (35 %), sledijo prejemniki oskrbe na domu oz. v skupnosti (34 %) ter prejemniki denarnih dodatkov (30 %). Le en odstotek oseb je vključenih v dnevno varstvo. Ocenjujemo, da je v bilo v Sloveniji ob koncu leta 2011, v formalno organizirano dolgotrajno oskrbo vključenih 11,9 % ljudi v starosti 65 let in več, od tega 5 % v institucionalno dolgotrajno oskrbo in 6,9 % v dolgotrajno oskrbo na domu.

Kljub navedenim spremembam in doseženim ciljem bo v prihodnosti potrebno še izboljšati posamezne podatkovne zbirke (npr. petletne starostne skupine po spolu), jih povezovati med seboj ter za nekatera področja zagotoviti redne statistične podatke (npr. patronažno varstvo). Poleg tega bo v skladu z nacionalnimi potrebami in mednarodnimi zahtevami potrebno v evidence vključiti tudi zaposlene kadre v dolgotrajni oskrbi. S predstavitvijo mednarodne definicije dolgotrajne oskrbe in statističnega spremljanja dolgotrajne oskrbe v Sloveniji želimo med drugim opozoriti na dejstvo, da bo nova sistemska ureditev področja dolgotrajne oskrbe, močno posegla ne le na področje socialnega varstva (zaščite), temveč še bolj na področje zdravstvene dejavnosti in zdravstvenega zavarovanja. Pri iskanju ustreznih zakonskih rešitev je zato nujno sodelovanje ustreznih resorjev in medsebojno usklajevanje predlaganih rešitev.

8. SEZNAM LITERATURE IN VIROV

1. Colombo, F., Llena-Nozal, A., Mercier, J., Tjadens, F. (2011). Help Wanted? Providing and Paying for Long – Term Care. OECD Health Policy Studies, OECD Publishing.
2. Costa – Font, J. (2011). Reforming Long-term Care in Europe. Blackwell Publishing Ltd.
3. European Commission (2009). The 2009 Ageing Report. Economic and budgetary projections for the 27 EU Member States (2008 – 2060). European Economy 2/2009. Economic and Financial Affairs. Dosegljivo na:
http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/publication14992_en.pdf.
4. European Commission (2012). The 2012 Ageing Report. Economic and budgetary projections for the 27 EU Member States (2010–2060). European Economy 2/2012. Economic and Financial Affairs. Dosegljivo na:
http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/european_economy/2012/pdf/ee-2012-2_en.pdf.
5. Flaker, V., Mali, J., Kodele, T., Grebenc, V., Škerjanc, J., Urek, M. (2008). Dolgotrajna oskrba: Očrt potreb in odgovorov nanje. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
6. Flaker, V., Nagode, M., Rafaelič, A., Udovič, N. (2011a). Nastajanje dolgotrajne oskrbe: ljudje in procesi – eksperiment in sistem. Ljubljana, Fakulteta za socialno delo.
7. Flaker, V., Kersal, B., Nagode, M. (2011b). Needs and Beats: The Emerging Long-term Care System of Slovenia v Oesterle, August (ur) Long-term Care in Central and South Eastern Europe, Frankfurt: Peter Lang Publishing (189-212).
8. Glendinning, C., Moran, N. (2009). Reforming Long-term Care: Recent Lessons from Other Countries. York: University of York (Working Paper No. DHP 2318).
9. Huber, M., Rodrigues, R., Hoffmann, F., Gasior, K., Marin, B. (2009). Facts and Figures on Long-Term Care: Europe and North America. Dunaj: European Centre.
10. Joint OECD, Eurostat and WHO Health Accounts (SHA). Data Collection 2006 (2005). Electronic Questionare. Explanatory notes, Methodological information. December 2005.
11. Jorens, Y. (ur), Spiegel, B. (ur), De Cortazar, C.G., Fillon, J., Fuchs, M., Strban, G. (2011). Coordination of Long-term Care Benefits - current situation and future prospects. Think Tank Report 2011. Training and Reporting on Social Security (TRESS). Dosegljivo na:
http://www.tress-network.org/PUBLIC/EUROPEANREPORT/trESSIII_ThinkTankReport-LTC_20111026FINAL_amendmentsEC-FINAL.pdf (26. julij 2012).
12. Lundsgaard, J. (2005). Consumer Direction and Choice in Long - Term Care for Older Persons, Including Payments for Informal Care: How Can it Help Improve Care Outcomes, Employment and Fiscal Sustainability? OECD Health Working Papers no. 20.
13. Lipszyc, B., Sail, E., Xavier, A. (2012). Long-term Care: Need, Use and Expenditure in the EU-27. European Commission, Directorate-General for Economic and Financial Affairs. European Economy. Economic Papers 469. Dosegljivo na:
http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/economic_paper/2012/pdf/ecp469_en.pdf.
14. Maisonneuve de la, C., Martins J.O. (2013). A Projection Method for Public Health and Long-term Care Expenditures Economics Department Working Papers No. 1048. Economic Department OECD. ECO/WKP(2013)40. Dosegljivo na:
[http://search.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=ECO/WKP\(2013\)40&docLanguage=En](http://search.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=ECO/WKP(2013)40&docLanguage=En).

15. Marn, S., Kramberger, B., Dominkuš, D., Zver, E. (2007). Izdatki za dolgotrajno oskrbo v nacionalnih zdravstvenih računih za Slovenijo. Bilt.-ekon. organ. inform. zdrav., 2007, letn. 23, izredna številka, str.22. Dosegljivo na: http://www.ivz.si/javne_datoteke/bilten/datoteke/88-Bilten%20izredna.pdf
16. Marn S., Nagode, M., Jacovič, A., Dominkuš, D., Štok, J., Dimić, D., Zver, E. (2012). Accounting and mapping of long-term care expenditure under SHA 2011. OECD. Feasibility study: Slovenia. Ljubljana: Statistični urad RS.
17. Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve (2006a). Predlog Zakona o dolgotrajni oskrbi in zavarovanju za dolgotrajno oskrbo.
18. Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve (2006b). Strategija varstva starejših do leta 2010 - solidarnost, sožitje in kakovostno staranje prebivalstva.
19. Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve (2006c). Resolucija o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2006-2010. Uradni list RS št.39/2006.
20. Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve (2008). Nacionalno poročilo o strategijah socialne zaščite in socialnega vključevanja za obdobje 2008–2010. Dosegljivo na: http://www.mddsz.gov.si/fileadmin/mddsz.gov.si/pageuploads/dokumenti__pdf/npszs08_10.pdf.
21. Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve (2010). Predlog Zakona o dolgotrajni oskrbi in zavarovanju za dolgotrajno oskrbo. Dosegljivo na: http://www.mddsz.gov.si/fileadmin/mddsz.gov.si/pageuploads/dokumenti__pdf/ZDOZDO_uvod__cleni_in_obrazlozitev_-_12.03.2010.pdf.
22. Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti (2013). Resolucija o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2013-2020. Uradni list RS št.39/2013.
23. Ministrstvo za finance (2010). Program stabilnosti dopolnitev 2009. Dosegljivo na: http://www.mf.gov.si/fileadmin/mf.gov.si/pageuploads/tekgib/program_stabilnosti_2009.pdf.
24. Ministrstvo za finance (2011). Program stabilnosti dopolnitev 2011. Dosegljivo na: http://www.mf.gov.si/fileadmin/mf.gov.si/pageuploads/tekgib/SP_2011-2014_SI.pdf.
25. Ministrstvo za finance (2012). Program stabilnosti dopolnitev 2012. Dosegljivo na: http://www.mf.gov.si/fileadmin/mf.gov.si/pageuploads/tekgib/SP_2012-2015_SI.pdf.
26. Ministrstvo za finance (2013). Program stabilnosti dopolnitev 2013. Dosegljivo na: http://www.mf.gov.si/fileadmin/mf.gov.si/pageuploads/tekgib/SP_2013-2016_SI_s_prilogo1.pdf.
27. Nagode, M., Marn, S., Jacovič, A., Zver, E. (2012). Vodenje zbirke podatkov za spremljanje storitev in izdatkov za dolgotrajno oskrbo. Ljubljana: Inštitut RS za socialno varstvo.
28. Nagode, M. in Kovač, N. (2013). Analiza storitev, opravljenih na podlagi dovoljenja za delo in vpisa v register: končno poročilo. Ljubljana: Inštitut Republike Slovenije za socialno varstvo, 2013.
29. OECD (2000). A System of Health Accounts. Version 1.0. Paris: OECD Publishing.
30. OECD (2005). Draft guidelines for improving long-term care expenditure in OECD Health Data 2006/2007. Paris: OECD Directorate for Employment, Labor and Social Affairs. Group on Health. DELSA/HEA/HA (2005).
31. OECD (2007). Conceptual Framework and Methods for Analysis of Data Sources for Long-term Care Expenditure. Paris: OECD Publishing. Dosegljivo na: <http://www.oecd.org/els/healthpoliciesanddata/Conceptual%20Framework%20and%20Methods%20for%20Analysis%20of%20Data%20Sources%20for%20Long-Term%20Care%20Expenditure.pdf>

32. OECD (2011). Health at a Glance 2011: OECD Indicators. OECD Publishing. Dosegljivo na: <http://www.oecd.org/els/health-systems/49105858.pdf>
33. OECD (2012a). Long-term Care Data: Progress in Data Collection and Proposed Next Steps. 14th Meeting of Health Accounts Experts and Correspondents for Health Expenditure data. Paris, 10.–11. October 2012. Dosegljivo na: http://www.oecd.org/els/health-systems/Item%204_0_LTC.pdf
34. OECD (2012b). Accounting and Mapping of Long-term Care Expenditure under SHA 2011. December 2012. Dosegljivo na: <http://www.oecd.org/els/health-systems/AccountingMappingofLTC.pdf>
35. OECD (2012c). Guidelines for Accounting Long-Term Care Expenditure under SHA 2011. Dosegljivo na: <http://www.oecd.org/els/health-systems/asystemofhealthaccounts2011.htm>
36. OECD (2013). Economic Survey of Slovenia 2013. Dosegljivo na: http://www.oecd.org/eco/surveys/Overview_Slovenia.pdf.
37. OECD, WHO, Eurostat (2006). Guidelines for estimating long-term care expenditures in the Joint 2006 SHA Data Questionnaire, Explanatory Notes.
38. OECD, Eurostat, WHO (2011). A System of Health Accounts. Paris: OECD Publishing.
39. Oesterle, A. (2011). Long-term Care in Central and South Eastern Europe. Frankfurt: Peter Lang Publishing.
40. Rafaelič, A., Nagode, M. (2012). Uvajanje dolgotrajne oskrbe. Časopis za kritiko znanosti XXXIX (250): 47-61.
41. Schubert, K., Hegelich, S., Bazant, U. (ur.) (2010). The Handbook of European Welfare Systems. Routledge, UK.
42. Skupnost socialnih zavodov Slovenije (2010). Predlog Zakona o dolgotrajni negi in pomoči.
43. SURS (2006). Izdatki in viri financiranja zdravstva, Slovenija, 2003 in 2004. Prva objava. Dosegljivo na: http://www.stat.si/novica_prikazi.aspx?id=641.
44. SURS (2013). Izdatki in viri financiranja zdravstvenega varstva, Slovenija, 2011. Prva objava. Dosegljivo na: http://www.stat.si/novica_prikazi.aspx?id=5561.
45. Toth, M., Bagari N., Mlakar, N. (2004). Predlog zakona za uvedbo zavarovanja za dolgotrajno nego v RS. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
46. UMAR (2013). Poročilo o razvoju 2013. Ljubljana: Urad za makroekonomske analize in razvoj.
47. Zver, E. (2011). Dolgotrajna oskrba . Podatkovne podlage za projekcije javnih izdatkov za dolgotrajno oskrbo. Ljubljana: Sosvet za statistiko življenjske ravni in socialne zaščite, 18. november 2011.
48. Zver, E. (2012). Razvoj nacionalnih zdravstvenih računov za Slovenijo. Magistrsko delo. Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
49. Zveza društev upokojencev Ljubljana (2011). Predlog zakona o dolgotrajni oskrbi in zavarovanju za dolgotrajno oskrbo.

9. PRILOGA 1: VIRI PODATKOV ZA IZDATKE IN PREJEMNIKE

Tabela 15: Viri podatkov za statistiko izdatkov in prejemnikov dolgotrajne oskrbe v Sloveniji

Vrsta izvajalca/storitve	Vir podatkov	
	Izdatki	Prejemniki
HC.3 DOLGOTRAJNA OSKRBA (ZDRAVSTVENI DEL)		
HC.3.1 Dolgotrajna oskrba v institucijah (zdravstveni del)		
Domovi za starejše	- ZZSZ - ZPIZ (deloma dodatek za pomoč in postrežbo, glede na oceno števila prejemnikov dodatka, ki bivajo v domovih za starejše)	- SSZS
Centri/zavodi za usposabljanje, delo in varstvo, varstveno delovni centri (odrasli in invalidna mladina)	- ZZSZ	- SURS - MDDSZ
Posebni socialnovarstveni zavodi	- ZZSZ	- SSZS
Zdravstvena nega in paliativna oskrba v bolnišnicah	- ZZSZ	- po OECD definiciji se ne upoštevajo
Dolgotrajna nega invalidne mladine v bolnišnicah	- ZZSZ	- po OECD definiciji se ne upoštevajo
Hospitalizacija dementnih oseb	- ZZSZ in NIJZ (ocena bo upoštevana glede na število hospitaliziranih zaradi demence)	- po OECD definiciji se ne upoštevajo
HC.3.2 Dolgotrajna dnevna oskrba (zdravstveni del)		
Dnevni centri v domovih za starejše	- ZZSZ	- SSZS
Centri/zavodi za usposabljanje, delo in varstvo, varstveno delovni centri	- ZZSZ - MDDSZ	- MDDSZ
HC.3.3 Dolgotrajna ambulantna oskrba (zdravstveni del) (kategorija v SHA 1.0 ni bila opredeljena)		
HC.3.4 Dolgotrajna oskrba na domu (zdravstveni del) (SHA 1.0: HC.3.3)		
Patronažno varstvo	- ZZSZ (ocena deleža patronažnega varstva, ki je povezan s storitvami dolgotrajne oskrbe)	- NIJZ (ocena deleža patronažnega varstva, ki je povezan s storitvami dolgotrajne oskrbe) - Rezultati pilotnega projekta medresorske delovne skupine.
Patronažno varstvo v oskrbovanih stanovanjih	- ZZSZ	- /
Družinski pomočnik (po ZSV)	- MDDSZ	- MDDSZ
Dodatek za pomoč in postrežbo (po ZPIZ-2)	- ZPIZ (deloma dodatek za pomoč in postrežbo, glede na oceno števila prejemnikov dodatka, ki bivajo doma oz. niso vključeni v institucionalno varstvo)	- ZPIZ
Dodatek za tujo nego in pomoč (po ZVDTP)	- MDDSZ	- MDDSZ
Dodatek za pomoč in postrežbo (po ZSV)	- MDDSZ	- MDDSZ
Dodatek za pomoč in postrežbo (po ZVOJII)	- MDDSZ	- MDDSZ
Dodatek za pomoč in postrežbo (po ZVV)	- MDDSZ	- MDDSZ
Dodatek za nego otroka, ki potrebuje posebno nego in varstvo (po ZSDP)	- MDDSZ	- MDDSZ
Delno plačilo za izgubljeni dohodek (po ZSDP)	- MDDSZ	- MDDSZ
HC.R.1 DOLGOTRAJNA OSKRBA (SOCIALNI DEL)		
HC.R.1.1 Dolgotrajna socialna oskrba v naravi (SHA 1.0: HC.R.6.1)		
Domovi za starejše***	- SSZS	- SSZS
Centri/zavodi za usposabljanje, delo in varstvo, varstveno delovni centri***	- MDDSZ - ZPIZ	- SURS
Posebni socialnovarstveni zavodi***	- SSZS	- SSZS
Pomoč na domu (socialna oskrba na domu)	- IRSSV	- IRSSV
Stanovanjske skupine, ki jih organizirajo NVO	- MDDSZ, IRSSV	- MDDSZ, IRSSV
Osebná asistenco, ki jo organizirajo NVO	- MDDSZ, ZRSZ, FIHO	- MDDSZ
HC.R.1.2 Dolgotrajna socialna oskrba v denarju (kategorija v SHA 1.0 ni bila opredeljena): v Sloveniji nimamo izdatkov, ki bi jih lahko uvrščali pod to kategorijo.		

Vir: Delovno gradivo Delovne skupine za statistično spremljanje dolgotrajne oskrbe. Opomba: navedeni podatki (po ZVDTP, ZSV, ZVOJII, ZVV) bodo šele v letu 2014 pri pripravi serije 2003–2012 šteti h kategoriji HC.3.4; prej smo jih zajemali k izdatkom za socialni del dolgotrajne oskrbe v kategorijo HC.R.6.1 oz. HC.R.1.

10. PRILOGA 2: OPIS STORITEV IN DENARNIH PREJEMKOV

Institucionalno varstvo v domovih za starejše

Upoštevali smo prejemnike socialnovarstvene storitve institucionalno varstvo za starejše, ki jo izvajajo domovi za starejše (javni in / ali zasebni zavodi s koncesijo države). Podlaga za izvajanje storitve je prvi odstavek 16. člena Zakona o socialnem varstvu. Storitve obsega osnovno oskrbo (bivanje, čiščenje, pranje in prehrana) in socialno oskrbo v skladu s predpisi s področja socialnega varstva ter zdravstveno varstvo po predpisih s področja zdravstvenega varstva. Storitve je podrobneje opredeljena v Pravilniku o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev. Uporabniki storitve so osebe starejše od 65 let, vendar se pod določenimi pogoji lahko vključijo tudi osebe, ki so odvisne od tuje pomoči in so mlajše od 65 let, vendar ne mlajše ob 18 let.

Institucionalno varstvo v varstveno delovnih centrih in centrih / zavodih za usposabljanje, varstvo in delo

Upoštevali smo stanovalce varstveno delovnih centrov - javnih ali / in zasebnih zavodov s koncesijo države ter centrov / zavodov za usposabljanje varstvo in delo, ki izvajajo institucionalno varstvo za odrasle osebe s težavami v telesnem in duševnem razvoju. Podlaga za izvajanje storitve je prvi odstavek 16. in 17. člena Zakona o socialnem varstvu. Storitve obsega osnovno oskrbo (bivanje, čiščenje, pranje in prehrana), socialno oskrbo, zdravstveno nego in posebne oblike varstva. Vključili smo varovance v stalnem in občasnem varstvu z nastanitvijo in oskrbo. Storitve je podrobneje opredeljena v Pravilniku o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev, skladno z določili pravilnika so v storitev vključene osebe starejše od 18 let.

Institucionalno varstvo v posebnih socialnovarstvenih zavodih

Upoštevali smo prejemnike socialnovarstvene storitve institucionalno varstvo za odrasle osebe z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju in / ali razvoju, za osebe z gibalnimi in senzornimi motnjami ter za osebe z več motnjami, ki jo izvajajo posebni socialnovarstveni zavodi (javni zavodi). Podlaga za izvajanje storitve je prvi odstavek 16. člena Zakona o socialnem varstvu. Storitve obsega osnovno oskrbo (bivanje, čiščenje, pranje in prehrana), socialno oskrbo, zdravstveno nego in posebne oblike varstva. Storitve je podrobneje opredeljena v Pravilniku o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev skladno z določili pravilnika so v storitev vključene osebe, starejše od 18 let.

Institucionalno varstvo v centrih / zavodih za usposabljanje, varstvo in delo

Upoštevali smo prejemnike socialnovarstvene storitve institucionalno varstvo za otroke in mladostnike z motnjo v duševnem in telesnem razvoju, ki jo izvajajo centri za usposabljanje, delo in varstvo (javni zavodi). Storitve obsega osnovno oskrbo (bivanje, čiščenje, pranje in prehrana), socialno oskrbo, zdravstveno nego in posebne oblike varstva. Podlaga za izvajanje storitve je tretji odstavek 16. člena Zakona o socialnem varstvu. Storitve je podrobneje opredeljena v Pravilniku o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev. Skladno z določili pravilnika so v storitev vključene osebe od rojstva do 26 leta.

Celodnevno varstvo v zavodih za izobraževanje otrok s posebnimi potrebami

Upoštevali smo otroke in mladostnike v celodnevem varstvu na področju izobraževanja. Zajeli smo vse otroke iz Centra za izobraževanje, rehabilitacijo in usposabljanje Janka Premrla - Vojka Vipava (78) ter Centra za izobraževanje, rehabilitacijo in usposabljanje Kamnik (176). Zajeli smo tudi 10 % otrok iz: Zavoda za sluh in govor Ljubljana (176), Centra za sluh in govor Maribor, Centra za korekcijo sluha in govora Portorož (41) ter Zavoda za slepo in slabovidno mladino Ljubljana (30).

Dnevno varstvo v okviru domov za starejše

Upoštevali smo obiskovalce dnevnih centrov v okviru domov za starejše (javni ali zasebni s koncesijo države), ki dnevno varstvo praviloma izvajajo kot dodatno dejavnost. Gre za varstvo za starejše, ki živijo doma in vključuje oskrbne in zdravstvene storitve. Podlaga za izvajanje storitve je prvi odstavek 16. člena Zakona o socialnem varstvu. Storitve je podrobneje opredeljena v Pravilniku o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev. Uporabniki storitve so osebe, starejše od 65 let, vendar se pod določenimi pogoji lahko vključijo tudi osebe, ki so odvisne od tuje pomoči in so mlajše od 65 let, vendar ne mlajše ob 18 let.

Dnevno varstvo v CUDV centrih/zavodih za usposabljanje, varstvo in delo

Upoštevali smo otroke in mladostnike z zmerno, težjo in težko motnjo v duševnem razvoju v procesu usposabljanja, ki obiskujejo dnevno varstvo v okviru centrov za usposabljanje, delo in varstvo (javni zavodi), ki poleg institucionalnega varstva izvajajo tudi dnevno varstvo. Podlaga za izvajanje storitve je tretji odstavek 16. člena Zakona o socialnem varstvu. Gre za obiskovalce, ki se dnevno vračajo domov. V dnevnem varstvu izvajajo različne dejavnosti, kot so posebni program vzgoje in izobraževanja, socialna služba, zdravstvena nega. Storitve je podrobneje opredeljena v Pravilniku o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev

Patronažno varstvo na področju dolgotrajne oskrbe

Patronažno varstvo je organizirano kot samostojna služba ali organizacijska enota osnovnega zdravstvenega varstva v zdravstvenih domovih (Zakon o zdravstveni dejavnosti, Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju). Zdravstveno - socialna obravnava posameznika, družine in skupnosti ter zdravstvena nega nosečnice, otročnice in novorojenčka na domu sodi v preventivno, zdravstvena nega bolnika na domu pa v kurativno dejavnost. Zdravstvena nega je integralni del primarne zdravstvene nege in primarnega zdravstvenega varstva. Izvaja se v zdravstvenem domu, v lokalni skupnosti, na pacientovem domu in na terenu. Nosilka je diplomirana medicinska sestra; opravlja jo lahko tudi kot samostojno dejavnost (zasebnica s koncesijo), vendar je vključena v mrežo javnega zdravstva.

Na področju patronažnega varstva v okviru obstoječih podatkovnih zbirk ne razpolagamo s številom prejemnikov patronažne nege na področju dolgotrajne oskrbe. Na pobudo predsednice Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v patronažni dejavnosti pri Zbornici zdravstvene in babiške nege Slovenije, smo se v okviru delovne skupine za statistično spremljanje dolgotrajne oskrbe odločili za pilotni projekt, v katerem je sodeloval Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor, kot eden izmed zdravstvenih domov, ki imajo urejeno natančno in obsežno evidentiranje dela patronažnih sester. Evidentirali smo prejemnike patronažnega varstva, ki jih lahko uvrstimo na področje dolgotrajne oskrbe in jih ocenili na nacionalno raven. Pri uvrstitvi prejemnikov na področje dolgotrajne oskrbe smo upoštevali vse paciente, ki so prejemniki dodatka za pomoč in postrežbo, ki so pacienti kategorije V. (tj. pacient potrebuje stalno pomoč, podporo, opazovanje in nadzor patronažne medicinske sestre) ter tiste, ki so prejemale kurativno oskrbo vsaj dvakrat tedensko v obdobju vsaj šestih mesecev. Na podlagi tako pridobljenih podatkov in podatkov o pomoči na domu smo ocenili tudi prekrivanje med patronažnim varstvom - pomočjo na domu - denarnim dodatkom. Pridobljene podatke lahko jemljemo zgolj kot oceno.

Družinski pomočnik

Gre za upravičence do institucionalnega varstva, ki so namesto celodnevne institucionalnega varstva izbrali družinskega pomočnika, ki nudi pomoč v domačem okolju. Podlaga za izvajanje storitve je 18a člen Zakona o socialnem varstvu. Družinski

pomočnik invalidni osebi zagotavlja oskrbo v domačem okolju, in sicer osebno, zdravstveno in socialno oskrbo, organizira prostočasne aktivnosti in nudi gospodinjsko pomoč. Uporabniki storitve so osebe starejše od 18 let.

Dodatek za tujo nego in pomoč (po ZDVDTP)

Gre za denarni prejemek, ki je namenjen poplačilu dela stroškov, ki jih ima upravičenec, ker zaradi trajnih sprememb v zdravstvenem stanju za opravljanje osnovnih življenjskih potreb nujno in stalno potrebuje tujo nego in pomoč. Denarni prejemek lahko oseba prejme po različnih zakonih, upravičen je zgolj do enega. Po ZDVDTP se izplačujeta dva različna zneska, in sicer: za invalidne osebe, ki potrebujejo pomoč pri opravljanju vseh osnovnih življenjskih potreb 165,07 EUR (višji dodatek) ter za invalidne osebe, ki potrebujejo pomoč pri opravljanju večine osnovnih življenjskih potreb 82,54 EUR (nižji dodatek). Zneski veljajo od 1. junija 2011 (vir: spletna stran MDDSZ).

Dodatek za pomoč in postrežbo (po ZPIZ)

Gre za denarni prejemek, ki je namenjen poplačilu dela stroškov, ki jih ima upravičenec, ker zaradi trajnih sprememb v zdravstvenem stanju za opravljanje osnovnih življenjskih potreb nujno in stalno potrebuje tujo nego in pomoč. Denarni prejemek lahko oseba prejme po različnih zakonih, upravičen je zgolj do enega. Po ZPIZ in ZSV se izplačujejo trije različni zneski v naslednjih višinah (od 1. 1. 2013 dalje, Uradni list RS 9/2013)): za opravljanje vseh osnovnih življenjskih potreb ter slepim in nepokretnim osebam 292,11 evrov (višji dodatek), za opravljanje večine osnovnih življenjskih potreb ter za slabovidne osebe 146,06 evrov (nižji dodatek) ter za osebo, ki potrebuje 24 - urni nadzor svojcev in obvezno strokovno pomoč za stalno izvajanje zdravstvene nege 418,88 evrov (poseben primer).

Dodatek za pomoč in postrežbo po ZVojl

Gre za denarni prejemek, ki je namenjen poplačilu dela stroškov, ki jih ima upravičenec, ker zaradi trajnih sprememb v zdravstvenem stanju za opravljanje osnovnih življenjskih potreb nujno in stalno potrebuje tujo nego in pomoč. Denarni prejemek lahko oseba prejme po različnih zakonih, upravičen je zgolj do enega. Po Zvojl se izplačujejo trije različni zneski (MDDSZ po elektronski pošti, 2012), in sicer: za prvo stopnjo 1.104,77 evrov, za drugo stopnjo 552,39 evrov ter najvišji 1.389,976 evrov (prva stopnja+25%).

Dodatek za nego otroka

Dodatek za nego otroka je pravica, ki jo lahko uveljavlja eden od staršev za otroka, ki potrebuje posebno nego in varstvo. Podlaga za dodatek je 80. člen Zakona o starševskem varstvu in družinskih prejemkih. Do dodatka je upravičen dokler trajajo razlogi oz. do otrokovega 18. leta starosti. Dodatek za nego otroka je mesečni prejemek, ki od 1. julija 2011 (spletna stran MDDSZ) znaša 101,05 evrov, za otroke s težko motnjo v duševnem razvoju in težko gibalno oviranega otroka pa 202,17 evrov.

Delno plačilo za izgubljeni dohodek

Delno plačilo za izgubljeni dohodek je osebni prejemek, ki ga prejme eden od staršev, kadar prekine delovno razmerje ali začne delati krajši delovni čas zaradi nege in varstva otroka s težko motnjo v duševnem razvoju ali težko gibalno oviranega otroka. Pravico lahko uveljavlja tudi eden od staršev, ki neguje in varuje dva ali več otrok, ki potrebujejo posebno nego in varstvo. Podlaga za dodatek je 84. člen Zakona o starševskem varstvu in družinskih prejemkih.

Socialnovarstvena storitev pomoč na domu

Upoštevali smo prejemnike socialnovarstvene storitve pomoč na domu (socialna oskrba na domu), ki obsega pomoč pri temeljnih dnevnih opravilih, gospodinjsko pomoč in / ali pomoč pri ohranjanju socialnih stikov. Podlaga za izvajanje storitve je tretji odstavek 15.

člena Zakona o socialnem varstvu. Uporabniki prejemajo najmanj dve opravi iz dveh različnih sklopov opravil. Storitve izvajajo javni zavodi ali zasebniki z dovoljenem za delo, ki jim je občina podelila koncesijo za opravljanje storitve ali z njimi sklenila pogodbo. Storitve je podrobneje opredeljena v Pravilniku o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev.

Osebna asistenca

Upoštevali smo osebno asistenco, ki jo izvajajo nevladne organizacije, kot so YHD Društvo za teorijo in kulturo hendikepa, ki je razvilo in začelo z izvajanjem osebne asistencije pri nas, Društvo distrofikov, društva paraplegikov Slovenije ipd. Za izvajanje osebne asistencije prejemajo predvsem sredstva MDDSZ, FIHO in ZRSZ.

Stanovanjske skupine na področju duševnega zdravja

Upoštevali smo stanovanjske skupine s celovito 24 - urno podporo s področja duševnega zdravja, ki jih sofinancira MDDSZ. Izvajajo jih javni zavodi (npr. CSD Koper), predvsem pa nevladne organizacije (Šent, Altra, Ozara, Vezi ipd.).

Socialni servis

Socialni servis je socialnovarstvena storitev, ki ne sodi v mrežo javne službe. Obsega pomoč pri hišnih in drugih opravilih v primeru otrokovega rojstva, bolezni, v primeru nesreč ter v drugih primerih, ko je ta pomoč potrebna za vključitev osebe v vsakdanje življenje. Vendar socialni servis ne sodi v javno službo. Storitve obsega npr. prinašanje pripravljenih obrokov hrane, nakup in prinašanje živil ali drugih potrebščin, priprava kurjave, nabava ozimnice, pranje in likanje perila, vzdrževanje okolice stanovanja, temeljito čiščenje in popravila v stanovanju, opremljanje, organiziranje in izvajanje različnih oblik družabništva, pedikerske, storitve za nego telesa in vzdrževanje videza, nega hišnih živali, nadzor jemanja zdravil, varovanje in nadziranje stanja uporabnika prek noči. Uporabnik je vsakdo, ki naroči določen del storitve in prevzame obveznost plačila storitve in kritja stroškov v zvezi z opravljeno storitvijo. Storitve je podrobneje opredeljena v Pravilniku o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev.