

**UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE**

JANEZ DOLŠAK

**INSTITUCIONALNO VARSTVO STAREJŠIH –
NEPROFITNA ALI PROFITNA DEJAVNOST?**

MAGISTRSKO DELO

LJUBLJANA, 2010

**UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE**

JANEZ DOLŠAK

**INSTITUCIONALNO VARSTVO STAREJŠIH –
NEPROFITNA ALI PROFITNA DEJAVNOST?**

MAGISTRSKO DELO

MENTORICA: RED. PROF. DR. ZINKA KOLARIČ

LJUBLJANA, 2010

Institucionalno varstvo starejših – neprofitna ali profitna dejavnost?

Prebivalstvo sveta, še posebej gospodarsko razvitejših držav, se stara. Povečuje se delež populacije, starejše od 65 let, še posebej intenzivno pa se povečuje število oseb starejših od 80 let. Spremembe v starostni in socialno demografski strukturi povzročajo pritiske na zdravstvene in pokojninske sisteme, imajo pa tudi ekonomske, socialne in razvojne posledice za celotno družbo. S staranjem prebivalstva se večajo tudi potrebe po oskrbi starejših, saj so prav starejši tisti, ki v povprečju potrebujejo največ pomoči pri opravljanju temeljnih življenjskih aktivnosti. Področje dolgotrajne oskrbe starejših je v posameznih državah različno urejeno. Za razliko od večine evropskih držav, kjer je poleg oskrbe v krogu družine, prevladujoča oblika dolgotrajne oskrbe starejših pomoč na domu, je v Sloveniji najbolj razvita oblika institucionalno varstvo starejših, ki ga v okviru javne mreže izvajajo javni domovi in zasebni domovi s koncesijo, izven javne mreže pa še zasebni domovi z dovoljenjem za delo. Med izvajalci institucionalnega varstva starejših se pojavljajo zahteve po statusnih spremembah, ki bi izenačile pogoje poslovanja javnih in zasebnih domov za starejše. Zavzemajo se za statusno preoblikovanje javnih zavodov v gospodarske družbe.

Ključne besede: staranje prebivalstva, dolgotrajna oskrba starejših, institucionalno varstvo starejših, statusne spremembe

Institutional care of elderly people – a profit or non-profit activity?

The world's population, particularly of economically more developed countries, is getting older. The percentage of population over 65 is increasing and there is an especially strong increase of people over 80. The changes in the age and social-demographic structure cause pressures on health and pension schemes but also have economic, social and development implications for the entire society. Coupled with the ageing of the population is the increased need for care of elderly people because, on average, they need the most help in performing basic activities of daily living. The regulation of the long-term care of elderly people varies across countries. Unlike in the majority of European countries where apart from care within a family, home care is the prevailing form of the long-term care of elderly people, in Slovenia the most developed form is institutional care carried out within a public network by public elderly homes and private homes with a concession, as well as by private elderly homes with an operating permit outside the public network. Among the providers of institutional care there are claims for status changes that would equalize the operating conditions of public and private elderly homes. They strive for the status transformation of public institutions into corporate entities.

Key words: ageing of population, long-term care of elderly people, institutional care of elderly people, status changes

KAZALO

	UVOD	8
1	STARANJE PREBIVALSTVA	12
	1.1 STARANJE PREBIVALSTVA V SVETU	12
	1.2 STARANJE PREBIVALSTVA V SLOVENIJI	16
2	STARANJE PREBIVALSTVA IN SISTEMI POKOJNINSKEGA IN ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA	18
	2.1 STARANJE PREBIVALSTVA IN SISTEMI POKOJNINSKEGA ZAVAROVANJA	18
	2.2.1. Pokojninski sistem v Sloveniji	22
	2.2 STARANJE PREBIVALSTVA IN SISTEMI ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA	25
	2.3 SKLEP	29
3	DOLGOTRAJNA OSKRBA STAREJŠIH	30
	3.1 OPREDELITEV DOLGOTRAJNE OSKRBE STAREJŠIH	30
	3.2 SISTEMI DOLGOTRAJNE OSKRBE STAREJŠIH	32
	3.3 OBLIKE DOLGOTRAJNE OSKRBE STAREJŠIH	33
	3.4 FINANCIRANJE DOLGOTRAJNE OSKRBE STAREJŠIH	35
	3.5 INSTITUCIONALNO VARSTVO STAREJŠIH	39
	3.6 DOLGOTRAJNA OSKRBA STAREJŠIH: PRIMER AVSTRIJE IN FINSKE	43
	3.6.1 Dolgotrajna oskrba starejših v Avstriji	43
	3.6.2 Dolgotrajna oskrba starejših na Finskem	46
	3.6.3 Sklep	48
4	DOLGOTRAJNA OSKRBA STAREJŠIH V SLOVENIJI	49
	4.1 PREVLAJUJOČE OBLIKE DOLGOTRAJNE OSKRBE STAREJŠIH V SLOVENIJI	50
	4.1.1 Pomoč na domu	50
	4.1.2 Institucionalna mreža storitev za starejše	51
	4.1.3 Zdravstvena nega na domu	52
	4.2 FINANCIRANJE DOLGOTRAJNE OSKRBE STAREJŠIH	53
	4.3 RAZPOLOŽLJIVE KAPACITETE DOLGOTRAJNE OSKRBE STAREJŠIH	56

4.4	SKLEP	57
5	INSTITUCIONALNO VARSTVO STAREJŠIH V SLOVENIJI	59
5.1	RAZVOJ INSTITUCIONALNEGA VARSTVA STAREJŠIH V SLOVENIJI	59
5.2	DOMOVI ZA STAREJŠE DANES	60
5.3	FINANCIRANJE INSTITUCIONALNEGA VARSTVA STAREJŠIH ..	66
6	PRAVNI STATUS JAVNIH DOMOV ZA STAREJŠE IN PREDLOGI ZA NJEGOVO SPREMEMBO	68
6.1	PRAVNI STATUS DOMOV ZA STAREJŠE IN PROBLEMATIKA CEN	68
6.2	PRAVNI STATUS JAVNIH ZAVODOV	69
6.3	STATUSNO PREOBLIKOVANJE JAVNIH ZAVODOV	71
6.4	STATUSNO PREOBLIKOVANJE JAVNIH DOMOV ZA STAREJŠE .	72
6.5	SPREMEMBE, KI JIH NA PODROČJU INSTITUCIONALNEGA VARSTVA STAREJŠIH NAČRTUJE DRŽAVA	74
6.6	SKLEP	76
7	RAZISKAVA O STALIŠČIH DIREKTORJEV DOMOV ZA STAREJŠE O STANJU NA PODROČJU INSTITUCIONALNEGA VARSTVA STAREJŠIH	77
7.1	PREDMET RAZISKOVANJA	77
7.2	METODOLOGIJA	77
7.3	STRUKTURA ANKETIRANCEV	78
7.4	ANALIZA IN INTERPRETACIJA PODATKOV.....	79
	7.4.1 Splošni podatki	79
	7.4.2 Ekonomsko stanje in cena storitve	80
	7.4.3 Pravni status in javno-zasebno partnerstvo	82
	7.4.4 Zakonodaja	85
8	ZAKLJUČEK	87
	LITERATURA IN VIRI	92
	PRILOGA	105

KAZALO TABEL

Tabela 1.1: Distribucija populacije po starostnih skupinah (po izbranih državah), 2005 in 2050 .	13
Tabela 1.2: Deset držav z najstarejšo populacijo, po srednji starosti, leto 2005 in 2050	15
Tabela 1.3: Projekcija prebivalstva EU za obdobje 2005-2050, % spremembe	15
Tabela 1.4: Projekcije števila prebivalcev za Slovenijo, 2009-2060, Eurostat, EUROPOP2008 ...	16
Tabela 1.5: Število in naravno gibanje prebivalstva v Sloveniji	17
Tabela 1.6: Indeks staranja v Sloveniji, obdobje 1971- 2008	17
Tabela 2.1: Javni izdatki za pokojnine kot % BDP, 2004-2050	20
Tabela 2.2: Stopnja zaposlenosti med starejšim prebivalstvom (55-64 let)	21
Tabela 2.3: Projekcija deleža izdatkov za pokojnine, v % BDP	22
Tabela 2.4: Povprečna upokojitvena starost	23
Tabela 2.5: Število upokojencev socialnega zavarovanja, prebivalcev nad 65 let in plačnikov prispevkov (v 1000) ter prispevni količnik	24
Tabela 2.6: Izdatki za zdravstveno varstvo, obdobje 1980-2006, v % BDP; delež zasebnih izdatkov v celotnih izdatkih za zdravstvo, leto 2006, v %	27
Tabela 2.7: Število bolnišničnih postelj na 1000 prebivalcev, obdobje 1980-2006	28
Tabela 3.1: Izdatki za dolgotrajno oskrbo, % BDP, leto 2004 in projekcija za 2050	35
Tabela 3.2: Povprečno število oseb v sobi v domovih za starejše	41
Tabela 3.3: Razmerje med pomočjo v denarju in pomočjo v storitvah, ter deležem (do)plačljivih in brezplačnih storitev	43
Tabela 3.4: Kapacitete v institucionalnem varstvu v Avstriji, leto 2002	45
Tabela 3.5: Skrb za starejše na Finskem, 1995-2005	47
Tabela 4.1: Izdatki za dolgotrajno oskrbo po virih sredstev in namenu, 2004	55
Tabela 4.2: Pregled uresničevanja Nacionalnega programa socialnega varstva do 2005; cilji Resolucije o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2006-2010	56
Tabela 5.1: Kapacitete institucionalnega varstva starejših, 1990-2007	62
Tabela 5.2: Bivalni standard v domovih za starejše (na dan 31.12.2006)	63
Tabela 5.3: Oskrbovanci po načinu plačevanja oskrbnine, 2007	67
Tabela 7.1: Struktura sodelujočih v raziskavi	78
Tabela 7.2: Odgovori na vprašanja o ekonomskem stanju in ceni storitev	80
Tabela 7.3: Odgovori na vprašanja o pravnem statusu in javno-zasebnem partnerstvu	82
Tabela 7.4: Odgovori na vprašanja o ustreznosti področne zakonodaje	85

KAZALO GRAFOV

Graf 2.1: Razmerje med povprečno starostno pokojnino in povprečno plačo, v %	25
Graf 3.1: Javna in zasebna sredstva za dolgotrajno oskrbo, kot % BDP, leto 2000	36
Graf 3.2: Odstotek starejših od 65 let, ki živijo v institucijah in ki prejema (formalno) pomoč na domu, leto 2004	40
Graf 3.3: Struktura izdatkov za dolgotrajno oskrbo, med vsemi javnimi sredstvi za dolgotrajno oskrbo, leto 2000	42
Graf 4.1: Število oseb, starih nad 60 let, ki jih je na njihovem domu negovala patronažna služba	52
Graf 5.1: Oskrbovanci domov za starejše po starostnih skupinah, 2007	63
Graf 5.2: Oskrbovanci domov za starejše po kategorijah oskrbe, 2007	64
Graf 5.3: Povprečna struktura celotnega prihodka domov za starejše po virih plačil, leto 2004	66
Graf 5.4: Povprečna struktura celotnega prihodka domov glede na dejavnost, leto 2004	67

KAZALO SLIK

Slika 4.1: Viri financiranja socialnovarstvenih storitev	54
--	----

KAZALO PRILOG

Priloga A: Anketni vprašalnik	105
Priloga B: Prikaz dobljenih podatkov	110

UVOD

Živimo v družbi, v kateri živi toliko starih ljudi, kot jih ni še nikoli v človeški zgodovini. Staranje prebivalstva je proces, ki ima svetovne razsežnosti in je posledica različnih dejavnikov. Po eni strani je posledica podaljševanja življenjske dobe, ki ima vzroke v izboljšanju življenjskih pogojev, izkoreninjenju številnih smrtonosnih bolezni ter na splošno boljšem zdravstvenem varstvu, po drugi pa nanj vpliva nižja rodnost in s tem posledično manjše število mladega prebivalstva.

Podaljševanje življenjske dobe je nedvomno eden izmed največjih dosežkov družbe 20. stoletja, ki pa po drugi strani človeštvo postavlja v situacijo, v kakršni še ni bilo. Staranje družbe pomeni, da ljudje živimo dlje, kar prispeva k blaginji družbe in kakovosti življenja. Na kakovost življenja starejših vplivajo tako pokojninski in zdravstveni sistemi, kot tudi možnost oskrbe, možnosti za aktivnosti in izobraževanje, socialno vključenost, ustrezni delovni pogoji ter odnos družbe do starejših. Po drugi strani pa večanje deleža starih ljudi pomembno vpliva na povečevanje izdatkov za pokojnine, za zdravstvo, storitve oskrbe starejših in na druge, s staranjem povezane izdatke.

Zaradi demografskih trendov se bodo države soočale tako s pomanjkanjem delovne sile, kar bo povzročalo pritiske na višino plač, kot tudi z vedno večjim številom upokojencev in oseb, ki potrebujejo pomoč pri opravljanju vsakodnevnih aktivnosti. Financiranje velikega števila neaktivnega prebivalstva bo obremenilo javne finance in zaposlene ter povzročilo ekonomske in socialne posledice za celotno družbo. Izdatki za socialno varnost bodo vse težje obvladljivi, kar bo predstavljalo trajni vir nestabilnosti v nacionalnih javnih financah, vplivalo pa bo tudi na dojemanje družbene vloge starejše populacije ter na poglobljanje prepada med generacijami.

Da je ta prepad v naši družbi precej globok že danes, kaže raziskava Eurobarometra (Evropska Komisija 2009, 10-16) iz meseca marca 2009, ki je pokazala, da skoraj četrtina (23 %) Slovencev meni, da so starostniki breme za družbo (povprečje EU-27 je 14 %), kar 70,1 % jih ocenjuje, da bo zaradi prizadevanj vlade za podaljšanje delovne dobe vse manj možnosti za zaposlitev mladih (povprečje EU-27 je 55,4 %), večina vprašanih (62 %) pa celo dopušča možnost, da zaposleni ne bodo več želeli plačevati prispevkov za starejše (v državah EU-27 je to povprečje 52 %).

Dejstvo je, da naraščanje starejših skupin prebivalstva postavlja vsako državo, tudi Slovenijo, pred zahtevne naloge na številnih področjih. Poleg področja zaposlovanja, pokojninskih in zdravstvenih sistemov, bo eno izmed bistvenih področij v prihajajočih letih tudi ohranjanje in razvijanje dosedanjih oblik pomoči starejšim in hkrati organiziran razvoj novih oblik.

V Sloveniji so, če odmislimo pomoč, ki jo starostniki prejmejo v svojih družinah, domovi za starejše najbolj uveljavljena oblika varstva starejših, na kateri bolj ali manj temelji ves sistem. Drugih oblik pomoči starejšim skorajda ni, oziroma so zelo slabo razvite. V zadnjem času lahko v medijih pogosto zasledimo, da primanjkuje postelj v domovih za starejše, da so čakalne dobe izredno dolge, v nekaterih okoljih tudi po več let. Ljudje vlagajo prošnje leta pred želenim odhodom v dom, z namenom zagotoviti si posteljo, ko jo bodo potrebovali. Na ta način se ustvarjajo enormno dolge čakalne vrste. Število čakajočih je skoraj tolikšno, kot je vseh kapacitet v slovenskih domovih za starejše. Država, ki je dolžna skrbeti za razvijanje mreže institucionalnega varstva starejših, je gradnjo novih (javnih) domov skorajda povsem zaustavila, mrežo širi skoraj izključno s podeljevanjem koncesij. Takšno usmeritev utemeljuje s pomanjkanjem sredstev za gradnjo novih kapacitet ter s prepričanjem, da bodo zasebni izvajalci v sistem prinesli nove ideje in vsebine ter zagotavljali razvoj področja.

Skupnost socialnih zavodov Slovenije, združenje izvajalcev institucionalnega varstva za starejše, že leta opozarja, da obstoječi sistem institucionalnega varstva starejših na dolgi rok ni vzdržen in da so spremembe nujne. Opozarja na pretirano restriktivnost cenovne politike, preveliko centraliziranost upravljanja, na neustrezne kadrovske normative, na pretirano vmešavanje države v poslovanje posameznih zavodov.

Institucionalno varstvo starejših v okviru javne mreže izvajajo javni domovi za starejše in zasebni domovi s koncesijo, izven javne mreže pa še zasebni domovi z dovoljenjem za delo. Zasebni domovi za starejše s koncesijo imajo na splošno priznano višjo ceno oskrbe kot javni zavodi, saj jim je v ceni priznan tudi strošek investicije, ki javnim zavodom, ki jih je zgradila država ni priznan. Situacija, ko so cene v zasebnih domovih s koncesijo tudi za 30 % višje (Skupnost socialnih zavodov Slovenije 2009) kot v javnih domovih, povzroča občutek nezadovoljstva tako pri enih, kot pri drugih. Zasebniki vidijo v javnih domovih nelojalno konkurenco, saj njihovi uporabniki pogosto odidejo kakor hitro dobijo za to priložnost, oziroma ko dobijo mesto v javnem domu. To je razumljivo, saj v zasebnem domu za občutno višjo ceno ne dobijo več ali boljših storitev kot v javnem domu. Po drugi strani pa tudi javni

domovi v zasebnikih vidijo nelojalno konkurenco, saj so ti za isto delo precej bolje plačani, oziroma imajo priznано višjo ceno, posledično imajo višje prihodke in jim je lažje poslovati. V zadnjem času so se začele krepiti zahteve po statusnem preoblikovanju javnih domov za starejše, kateri naj bi se iz javnih zavodov preoblikovali v gospodarske družbe. Obstoječi sistem naj bi bil preživet in naj bi hromil nadaljnji razvoj. Statusno preoblikovanje naj bi prineslo večjo samostojnost pri upravljanju zavodov, kar bi omogočilo nadaljnji razvoj področja.

V magistrskem delu želim odgovoriti na temeljno raziskovalno vprašanje:

»Kakšno je stališče direktorjev slovenskih domov za starejše o:

- *ekonomskem stanju,*
- *ustreznosti cen,*
- *ustreznosti področne zakonodaje in kadrovskih normativov,*
- *možnostih javno-zasebnega partnerstva*
- *ter o potrebnosti statusnih sprememb na področju institucionalnega varstva starejših?«*

Magistrsko delo bo obsegalo teoretični in empirični del. Uvodni del magistrskega dela bodo sestavljala poglavja, ki obravnavajo proces staranja prebivalstva, vzroke za njegov nastanek in posledice, ki jih prinaša. Predvsem me bodo zanimale posledice staranja prebivalstva na pokojninske in zdravstvene sisteme ter dolgoročna vzdržnost omenjenih sistemov. V prvem poglavju bom predstavil fenomen staranja prebivalstva, vzroke za njegov nastanek ter demografske podatke za svet in Slovenijo. V drugem poglavju bom predstavil posledice staranja prebivalstva na pokojninske in zdravstvene sisteme. Tretje poglavje bo obravnavalo področje dolgotrajne oskrbe starejših. Zanimalo me bo, kako se posamezne države soočajo s povečanimi zahtevami in potrebami po negi, ki se pojavljajo kot posledica staranja prebivalstva. Predstavil bom principe na katerih temelji politika dolgotrajne oskrbe starejših v posameznih državah, prikazal katere oblike pomoči nudijo svojim državljanom, kakšno je razmerje med javnim in zasebnim, in kako je s financiranjem. Podrobneje bom predstavil sisteme dolgotrajne oskrbe starejših v Avstriji in na Finskem, pri čemer bom uporabil metodo deskripcije. Ti dve državi sem izbral, ker je Avstrija država, ki je s Slovenijo zgodovinsko in ozemeljsko tesno povezana in velja za državo, ki ima zelo dobro urejeno področje varstva starejših oseb, zaradi česar si jo pogosto jemljemo za vzor, medtem ko je ureditev dolgotrajne oskrbe starejših na Finskem skorajda diametralno nasprotna avstrijski. Četrto poglavje bo

namenjeno področju dolgotrajne oskrbe starejših v Sloveniji, obstoječim oblikam pomoči, izvajalcem, načinu financiranja ter zadostnosti obstoječih kapacitet. V petem poglavju bom podrobneje predstavil slovenski sistem institucionalnega varstva starejših, njegove začetke, razvoj, glavne značilnosti in težave s katerimi se spopadajo izvajalci institucionalnega varstva starejših – domovi za starejše. Ker se zadnje čase vse pogosteje pojavljajo zahteve po temeljitih reformah institucionalnega varstva starejših bo šesto poglavje namenjeno predstavitvi vzrokov, ki so pripeljali do takšnega stanja, argumentov za takšne spremembe ter predlaganim rešitvam. Empirični del magistrskega dela bo predstavljen v sedmem poglavju, v katerem bom predstavil izsledke raziskave, ki sem jo izvedel med direktorji slovenskih domov za starejše. Z raziskavo sem želel ugotoviti, katere so tiste bistvene težave, s katerimi se srečujejo pri svojem vsakodnevnem delu in kakšni so njihovi pogledi na vprašanja, ki zadevajo področja javno-zasebnega in profitno-neprofitnega. Ugotoviti sem želel tudi, kakšno je mnenje direktorjev o nujnosti korenitih reform sistema institucionalnega varstva ter o potrebnosti statusnega preoblikovanja javnih domov za starejše v gospodarske družbe. V tem poglavju bom predstavil tudi analizo in interpretacijo dobljenih podatkov. V sklepnem delu magistrskega dela bom naredi sintezo vseh prejšnjih poglavij, povzel glavne ugotovitve in podal svoje predloge. Na koncu bom navedel seznam literature in virov, uporabljenih pri pisanju magistrskega dela.

1 STARANJE PREBIVALSTVA

Staranje prebivalstva je posledica izboljšanja življenjskih pogojev, katero se kaže v podaljševanju pričakovanega življenja, in zmanjševanja števila rojstev, ki je posledica večje svobode izbire posameznika kdaj, in ali sploh, bo imel otroke. Staranje je proces, ki je posledica številnih dejavnikov, njegov rezultat pa je dolgoživa družba.

O staranju prebivalstva govorimo, kadar se delež prebivalstva nad določeno starostno mejo (običajno je to 65 let) povečuje, sočasno pa se zmanjšuje število otrok, mlajših od 15 let, in podaljšuje življenjska doba prebivalcev (Vertot 2008, 15). Na demografsko rast in starostno sestavo prebivalstva vplivajo tri osnovne komponente in sicer rodnost, umrljivost in selitve (Kraigher 2005, 15).

1.1 STARANJE PREBIVALSTVA V SVETU

Svetovna populacije se vedno bolj stara. V začetku dvajsetega stoletja je živel na svetu približno 600 milijonov starejših, kar je trikrat več, kot jih je ta starostna skupina prebivalstva štela petdeset let pred tem. Sredi enaindvajsetega stoletja bosta po predvidevanjih na svetu že približno 2 milijardi starejših, kar bo spet trikrat več kot pred petdesetimi leti. Projekcije napovedujejo, da bo do leta 2050 starejših od 65 let že 21,8 % vsega prebivalstva (Vertot 2008, 11).

Najhitreje narašča število tako imenovanih najstarejših starih, torej oseb starejših od 80 let. Medtem, ko se bo število starejših od 60 let do leta 2050 povečalo za trikrat, se bo število starih nad 80 let povečalo skoraj za petkrat - z 88 milijonov (kar predstavlja 1,3 % svetovne populacije) leta 2005, na 402 milijona leta 2050 (4,4 % svetovne populacije). Ta starostna skupina naraste vsako leto za 3,8 % in predstavlja več kot desetino (11 %) vseh starejših prebivalcev sveta, do sredine 21. stoletja pa bo po pričakovanjih dosegla že petino (več kot 19 %) vseh starejših (Združeni narodi 2007a, x).

Iz tabele 1.1. je razvidno, kako dramatično se bo po predvidevanjih povečevalo število starejših, še posebej pa število najstarejših starih. Skozi ta proces bodo šle skoraj vse države, izjema so le nekatere afriške države. V mnogih razvitih državah (med njimi tudi v Sloveniji)

bo po predvidevanjih leta 2050 skupina starejših od 80 let predstavljala že več kot desetino vsega prebivalstva, v nekaterih pa skoraj šestino vsega prebivalstva.

Tabela 1.1: Distribucija populacije po starostnih skupinah (po izbranih državah), 2005 in 2050

<i>Starostna skupina</i>	2005				2050			
	<i>0-14</i>	<i>15-59</i>	<i>60+</i>	<i>80+</i>	<i>0-14</i>	<i>15-59</i>	<i>60+</i>	<i>80+</i>
Slovenija	14,1	65,3	20,5	3,1	12,3	47,2	40,5	11,6
Avstrija	15,8	62,3	21,9	4,3	14,3	50,4	35,3	11,9
Brazilija	27,8	63,3	8,8	1,2	17,7	57,1	25,2	5,6
Bolgarija	13,8	63,3	22,9	3,2	12,4	47,3	40,2	8,6
Burkina Faso	46,2	49,4	4,5	0,7	30,0	61,9	8,1	0,8
Burundi	45,1	50,8	4,0	0,3	37,8	56,1	6,0	0,5
Ciper	19,9	63,3	16,9	2,7	16,0	54,4	29,7	7,3
Danska	18,8	60,0	21,2	4,1	16,0	54,6	29,4	9,2
Finska	17,4	61,3	21,4	4,0	16,0	52,5	31,5	10,0
Francija	18,4	60,8	20,8	4,6	16,0	52,2	31,8	10,2
Grčija	14,3	62,5	23,3	3,5	13,3	48,6	38,1	11,1
Gvineja- Bissau	47,4	47,9	4,7	0,3	36,1	58,6	5,2	0,4
Indija	33,0	59,6	7,5	0,7	18,2	61,6	20,2	3,1
Irska	20,7	63,9	15,3	2,7	16,8	53,9	29,3	6,7
Islandija	22,1	62,1	15,8	3,0	15,9	52,8	31,3	9,6
Italija	14,0	60,7	25,3	5,1	13,3	48,1	38,6	13,3
Japonska	13,9	59,7	26,4	4,8	11,3	44,8	44,0	15,5
Kanada	17,6	64,5	17,8	3,5	15,6	52,5	31,9	10,0
Kitajska	21,6	67,4	11,0	1,2	15,3	53,6	31,1	7,3
Luksemburg	18,5	62,8	18,7	3,2	17,5	57,6	24,9	6,9
Madžarska	15,8	63,4	20,8	3,2	14,3	51,3	34,4	7,2
Nemčija	14,4	60,6	25,1	4,4	13,7	49,4	37,0	13,1
Španija	14,4	63,9	21,7	4,3	14,3	46,7	39,0	12,2
Velika Britanija	18,0	60,8	21,2	4,5	16,2	53,6	30,1	9,2
ZDA	20,8	62,6	16,6	3,5	17,3	56,0	26,8	7,6

Vir: Združeni narodi 2007a, 61-65

Glavni razlog staranja svetovnega prebivalstva je znižanje rodnosti. Trenutno ženska v rodni dobi rodi 2,55 otroka, v petdesetih letih prejšnjega stoletja pa jih je rodila 5. Po napovedih se bo to število do leta 2050 zmanjšalo na 2,02 otroka (Združeni narodi 2007a, xi).

Šircelj (2006, 116) meni, da je zniževanje rodnosti posledica temeljnih sprememb v življenjskih razmerah ljudi. Prišlo je do preoblikovanja strukture proizvodnje, iz družinske v kapitalistično, in skupaj s prehodom iz vaškega v mestni način življenja je bila solidarnost iz družine prenesena na državo. Za zagotovitev varnosti na stara leta niso več potrebni otroci,

niti ni potrebno ostati poročen. Ker se je znižala umrljivost ni več nujno imeti veliko otrok. Moški in ženske morajo veliko pogosteje izbirati med družinskim in poklicnim življenjem. Te spremembe v načinu življenja so podkrepljene tudi s spremembami nekaterih temeljnih vrednot in s procesi sekularizacije, demokratizacije in individualizacije.

O spremembi modela družine govorita tudi Van de Kaa in Lesthaeghe (v Coleman 2005, 1), ki trdita, da se je zgodil velik zasuk pri procesu ustvarjanja družine. Tako imenovani meščanski model družine se je umaknil individualističnemu modelu, kar se manifestira v povečanem številu ločitev, izvenzakonskih skupnostih in večjemu številu otrok, rojenih v takih skupnostih.

Drugi faktor, ki pomembno vpliva na staranje prebivalstva, je zmanjšanje umrljivosti v odrasli dobi. Pričakovana življenjska doba (svetovnega prebivalstva) ob rojstvu, ki se je od obdobja 1970-1975, ko je znašala 58 let, v obdobju 2005-2010 dvignila na 67 let, se bo po predvidevanjih do 2045-2050 dvignila na 75 let. V razvitih državah se bo pričakovana življenjska doba iz trenutnih 77 let do sredine stoletja dvignila na 82 let, medtem ko se bo v manj razvitih področjih dvignila iz trenutnih 65 let na 74 let (Združeni narodi 2007a, xi).

Kraigher (2005, 22) meni, da bo razvoj medicine in bolj zdrav način življenja v prihodnosti pripeljal do nadaljnjega zniževanja stopenj umrljivosti pri obeh spolih, zlasti v starosti med 40. in 80. letom, pri moških pa tudi med 15. in 39. letom. To bo po eni strani prineslo podaljševanje življenjske dobe in povečanje obsega prebivalstva, starejšega od 65 let, po drugi strani pa bi lahko povzročilo tudi določene ekonomske probleme financiranja povečanega obsega pokojnin in zdravstvenega varstva starega prebivalstva, kar bi lahko čez deset do dvajset let zavrlo nadaljnje zmanjševanje stopenj umrljivosti in podaljševanje pričakovanega trajanja življenja.

V tabeli 1.2 je predstavljena lestvica prvih desetih držav po srednji starosti leta 2005 in projekcija za leto 2050. Srednja starost je indikator staranja prebivalstva in predstavlja leto, ki deli populacijo na dve enaki polovici, torej je polovica prebivalstva mlajša, polovica pa starejša od te starosti. Srednja starost svetovnega prebivalstva se bo v letih od 2005 do 2050 dvignila z 39 let na skoraj 47 let (Združeni narodi 2007b, x). Iz tabele je razvidno, da se Slovenija že sedaj uvršča na deveto mesto med najstarejšimi družbami na svetu, do leta 2050 pa se bo po lestvici povzpela še za eno mesto.

Tabela 1.2: Deset držav z najstarejšo populacijo, po srednji starosti, leto 2005 in 2050 (po srednji varianti)

2005			2050		
1.	Japonska	42,9	1.	Kitajska	55,5
2.	Nemčija	42,1	2.	Japonska	54,9
3.	Italija	42,0	3.	Republika Koreja	54,9
4.	Finska	40,9	4.	Singapur	53,7
5.	Bolgarija	40,8	5.	Martinik	53,0
6.	Hrvaška	40,6	6.	Poljska	52,4
7.	Belgija	40,3	7.	Bolgarija	52,3
8.	Švedska	40,2	8.	Slovenija	52,2
9.	Slovenija	40,2	9.	Kitajska	52,1
10.	Švica	40,1	10.	Kuba	52,1

Vir: Združeni narodi 2007b, 66

Tudi v Evropski Uniji se bo do leta 2050 delež starejšega prebivalstva podvojil. Po napovedih Evropskega statističnega urada (EUROSTAT) se bo do leta 2025 število prebivalcev EU povečalo za več kot 13 milijonov, iz 456,8 milijonov leta 2004, na 470,1 milijonov leta 2025. Tedaj bo začelo število prebivalcev upadati in bo leta 2050 doseglo 449,8 milijonov. Delež starejših od 65 let se bo v tem obdobju skoraj podvojil, iz 16,4 % leta 2004 na 29,9 % leta 2050, oziroma iz 75,3 milijonov na 134,5 milijonov (Evropska Komisija 2006, 15). Ta gibanja so predstavljena v tabeli 1.3, iz katere je razvidno, da se bo najbolj povečal delež najstarejših starih (starejših od 80 let), ti pa so hkrati tudi tista skupina, ki potrebuje največ pomoči pri opravljanju vsakodnevnih aktivnosti.

Tabela 1.3: Projekcija prebivalstva EU za obdobje 2005-2050, % spremembe

	<i>Obdobje</i> 2005-2050	2005-2010	2010-2030	2030-2050
Celotna populacija	- 1,9	1,2	1,1	- 4,2
Otroci (0-14 let)	- 18,6	- 3,1	- 8,5	- 8,2
Mladostniki (15-24 let)	- 24,3	- 4,1	- 12,0	- 10,2
Mladi odrasli (25-39 let)	- 25,0	- 3,9	- 15,6	- 7,5
Odrasli (40-54 let)	- 19,0	4,1	- 9,8	- 13,8
Starejša delovna populacija (55-64 let)	9,1	9,5	15,3	- 13,6
Stari (65-79 let)	44,5	3,4	37,3	1,8
Najstarejši stari (80+)	171,6	16,5	54,0	50,8

Vir: Evropska Komisija 2006, 15

1.2 STARANJE PREBIVALSTVA V SLOVENIJI

Slovenija se sooča z naglim povečevanjem števila in deleža prebivalstva v starosti nad 65 let, še posebej pa prebivalstva v starosti nad 80 let. Po predvidevanjih se bo okoli leta 2020 začelo pospešeno upadanje skupnega števila prebivalstva, upadalo bo tudi število delovno sposobnih prebivalcev, najkasneje do leta 2020 pa tudi število delovno aktivnih prebivalcev (Kraigher 2005, 8).

Tabela 1.4: Projekcije števila prebivalcev za Slovenijo, 2009-2060, Eurostat, EUROPOP2008

Leto	Starost (leta), 1. januar								
	Skupaj	0 - 14	15 - 59	60+	80+	0 - 14	15 - 59	60+	80+
	število					%			
2009	2,028,743	280,993	1,310,625	437,125	75,448	13,9	64,6	21,5	3,7
2010	2,034,220	281,651	1,305,198	447,371	79,622	13,8	64,2	22,0	3,9
2020	2,058,003	291,580	1,200,415	566,008	111,320	14,2	58,3	27,5	5,4
2030	2,022,872	258,508	1,110,151	654,213	135,110	12,8	54,9	32,3	6,7
2040	1,957,942	235,960	1,005,948	716,034	193,333	12,1	51,4	36,6	9,9
2050	1,878,003	239,902	898,509	739,592	224,641	12,8	47,8	39,4	12,0
2060	1,778,573	227,648	857,263	693,662	246,372	12,8	48,2	39,0	13,9

Vir: Vertot 2008, 18

Iz tabele 1.4 je razvidno, da bo po predvidevanjih leta 2060 število starejših od 80 let preseglo število otrok (populacije v starosti od 0 do 14 let), število vzdrževanega prebivalstva (otrok in starostnikov) pa bo večje od števila delovno aktivnega prebivalstva. Delež prebivalstva starejšega od 80 let bo leta 2060 znašal že skoraj 14 %.

Slovenija se uvršča med države z najnižjimi stopnjami rodnosti v Evropi, v kateri ženske v rodni dobi (v starosti 15–49 let) rodijo povprečno le 1,5 otroka. Da bi se prebivalstvo lahko enostavno obnavljalo po naravni poti, bi morala biti ta vrednost 2,1 otroka na žensko. S padanjem rodnosti se Slovenija sooča že več kot 100 let, posebno intenziven pa je ta pojav postal po letu 1980. Leta 2003 je rodnost dosegla najnižjo vrednost (17.321 živorojenih otrok), po tem letu pa rodnost postopoma narašča (Vertot 2008, 42). Ta gibanja so predstavljena v tabeli 1.5.

Tabela 1.5: Število in naravno gibanje prebivalstva v Sloveniji

	<i>1920</i>	<i>1945</i>	<i>1980</i>	<i>1990</i>	<i>1993</i>	<i>2001</i>	<i>2007</i>
<i>Živorojeni</i>	35.246	20.239	29.902	22.368	19.793	17.477	19.823
<i>Umrlji</i>	26.678	28.572	18.820	18.555	20.012	18.508	18.584
<i>Naravni prirast</i>	8.568	-8.333	11.082	3.813	-219	-1.031	1.239
<i>Naravni prirast (%)</i>	6.6	-5.9	5.8	1.9	-0.1	-0.5	0,6

Vir: Statistični letopis Republike Slovenije 2002, 2006

V naslednji tabeli (tabela 1.6) je predstavljena rast indeksa staranja prebivalstva Slovenije. Indeks staranja prebivalstva je indeks, ki predstavlja razmerje med starim in mladim prebivalstvom, izraža pa se v razmerju starih (starejših od 65 let) na 100 mladih (starih od 0 do 14 let). Iz tabele je razvidno, da se je indeks staranja v zadnjih 25 letih skoraj podvojil. V sredini leta 2008 je znašal 117,1, kar pomeni, da je populacija starejših od 65 let številčno precej močnejša od populacije otrok (mlajših od 15 let).

Tabela 1.6: Indeks staranja v Sloveniji, obdobje 1971- 2008

	<i>1971</i>	<i>1981</i>	<i>1991</i>	<i>2000*</i>	<i>2003</i>	<i>2008</i>
<i>skupaj</i>	62,5	62,4	78,7	87,8	101,9	117,1
<i>moški</i>	50,3	47,0	57,8	62,6	74,4	86,6
<i>ženske</i>	75,3	78,9	100,9	114,4	131,1	146,9

Vir: Statistični urad Republike Slovenije 2007b, *2008a

Pomemben kazalec starostne sestave prebivalstva je tudi indeks odvisnosti, ki predstavlja razmerje med vsoto starega in mladega prebivalstva in delovno sposobnim prebivalstvom. Ker se je obseg delovno sposobnega prebivalstva povečeval, obseg starega prebivalstva pa stagniral, se je v prvi polovici osemdesetih let zniževal tudi indeks odvisnosti starega prebivalstva, od leta 1988 dalje pa se ta indeks stalno povečuje. Leta 2001 je presegel 20, leta 2003 pa dosegel 21,2, kar je še vedno manj kot je bilo povprečje v EU-15 (Kraigher 2005, 15).

2 STARANJE PREBIVALSTVA IN SISTEMI POKOJNINSKEGA IN ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA

2.1 STARANJE PREBIVALSTVA IN SISTEMI POKOJNINSKEGA ZAVAROVANJA

Namen pokojninskih zavarovanj je zagotoviti socialno in materialno varnost osebam, ki niso več delovno aktivne. Pokojninski sistemi se oblikujejo na podlagi tega, katerim ciljem sledijo. Poznamo javne pokojninske sisteme, kjer je nosilec in izvajalec obveznega zavarovanja javna institucija in zasebne pokojninske sisteme, ki so organizirani predvsem na osnovi kapitalskih skladov, za katere je značilno, da ne obremenjujejo javnih financ in da prispevki ne sodijo med prispevke za socialno zavarovanje. V večini držav sta prisotna tako javni kot tudi zasebni pokojninski sistem (Bešter 1996, 28).

V Evropi sta se zgodovinsko razvila dva javna pokojninska sistema (Štrovs 2000, 10):

- sistem obveznega socialnega zavarovanja (imenovan tudi Bismarckov sistem), ki temelji na principu kontributivnosti (višina prispevkov je vezana na višino plače) in principu enakovrednosti (višina nadomestila je vezana na višino prispevka), vse pravice pa izvirajo iz predhodnega zavarovanja
- Beveridge sistem oziroma anglosaški sistem, v katerem ima vsak državljan pravico do minimalne socialne varnosti v starosti, v obliki nacionalne pokojnine

Sistem obveznega socialnega zavarovanja temelji na obveznem zavarovanju zaposlenih ter na medgeneracijskem sporazumu. V pokojninski sklad vplačujejo zaposleni, delodajalci in država, katera tudi jamči za njegovo relativno stabilnost. Zajema dosmrtno prejemanje starostne ali invalidske pokojnine, poklicno rehabilitacijo ob delni nezmožnosti, pokojnine za preživele družinske člane zavarovanca in razne dodatne pravice (Ramovš 2003, 283-292). Za ta pokojninski sistem je značilno, da zajema široko paleto socialnih pravic in daje sorazmerno visoko stopnjo socialne varnosti po preteku delovne dobe ali nastopu nezmožnosti za delo ter na ta način služi stabilizaciji obstoječe razredne strukture družbe (Kolarič 2009). Višina pokojnine je odvisna od plače, ki jo je imel zavarovani v določenem ali celotnem času zavarovanja in od katere je plačeval prispevke. Pokojnina se mu izplačuje do konca življenja, ne glede na njegovo premoženjsko stanje. Za prejemanje pokojnine velja pogoj upokojitve,

torej prenehanja zaposlitve in prejemanja plače. To zavarovanje ne ustvarja rezerv za starost, pač pa se zbrana sredstva tekoče (letno) porabijo za izplačilo pokojnin (Toth 2003, 236-237).

V sistemu, ki temelji na nacionalnih pokojninah, so do le-teh upravičeni vsi, ki dosežejo določeno starost, pri čemer ni pomemben njihov materialni položaj, premoženjsko stanje ali zaposlitev. Višina pokojnine je enaka za vse osebe in ni odvisna od njihove plače v preteklosti. Ne gre za zavarovanje, pač pa za pravico, ki jo zagotavlja država in se financira iz proračunskih sredstev. Pogosto je ta vrsta socialne varnosti kombinirana s pravico do dodatnih sredstev, ki jih delodajalci zagotovijo svojim zaposlenim s posebnim zavarovanjem, ter s sredstvi, ki si jih delavci zagotovijo s prostovoljnim pokojninskim zavarovanjem (Toth 2003, 238-239). Ta model zagotavlja bistveno manj socialnih pravic, njegov cilj pa je pokrivanje minimalnih življenjskih potreb. Služi zmanjševanju neenakosti na dnu družbene lestvice in zmanjševanju revščine, medtem ko se srednji in višji sloji dodatno privatno zavarujejo (Kolarič 2009). Socialna varnost na stara leta je v glavnem prepuščena zasebni odločitvi zaposlenega človeka ali posameznega podjetja, v kakšno pokojninsko zavarovanje bo vlagal in koliko. Ta sistem je za države veliko cenejši kakor sistem obveznega socialnega zavarovanja (Ramovš 2003, 284).

Pokojninski sistemi predstavljajo osnovo vseh držav blaginje in posledično izdatki za pokojnine v vseh državah predstavljajo največji del izdatkov povezanih s starostjo. V večini držav predstavljajo okoli dve tretjine vseh s starostjo povezanih izdatkov (Castles 2004, 126). S problemom staranja prebivalstva se srečujejo vsi pokojninski sistemi, vendar so bolj izpostavljeni pokojninski sistemi, ki temeljijo na obveznem zavarovanju, saj se z manjšanjem deleža delovno aktivne populacije in večanjem deleža upokojencev, zmanjšuje število tistih, ki v sistem prispevajo, povečuje pa število tistih, ki iz sistema črpajo (Bontout in Fischer 2009, 51-54). Castles (2004, 134) opozarja, da na višino sredstev za pokojnine, bolj kot naraščanje števila starega prebivalstva, vpliva tip pokojninskega sistema.

Iz tabele 2.1 je razvidno, da se bodo po predvidevanjih izdatki za pokojnine, ob predpostavki, da v pokojninskih sistemih ne bo prišlo do večjih sprememb, do leta 2050 v večini evropskih držav povečevali in da se Slovenija nahaja med državami, v katerih bo prišlo do največjega povečanja.

Tabela 2.1: Javni izdatki za pokojnine kot % BDP, 2004-2050

	2004	2010	2020	2030	2050	Sprememba 2004-2050
EU25	10,6	10,3	10,7	11,9	12,8	2,2
Belgija	10,4	10,4	12,1	14,7	15,5	5,1
Danska	9,5	10,1	11,3	12,8	12,8	3,3
Nemčija	11,4	10,5	11,0	12,3	13,1	1,7
Irska	4,7	5,2	6,5	7,9	11,1	6,4
Španija	8,6	8,9	9,3	11,8	15,7	7,1
Francija	12,8	12,9	13,7	14,3	14,8	2,0
Italija	14,2	14,0	14,0	15,0	14,7	0,4
Luksemburg	10,0	9,8	11,9	15,0	17,4	7,4
Madžarska	10,4	11,1	12,5	13,5	17,1	6,7
Nizozemska	7,7	7,6	9,0	10,7	11,2	3,5
Avstrija	13,4	12,8	12,8	14,0	12,2	-1,2
Poljska	13,9	11,3	9,7	9,2	8,0	-5,9
Portugalska	11,1	11,9	14,1	16,0	20,8	9,7
Slovenija	11,0	11,1	12,3	14,4	18,3	7,3
Finska	10,7	11,2	12,9	14,0	13,7	3,1
Švedska	10,6	10,1	10,4	11,1	11,2	0,6
Velika Britanija	6,6	6,6	6,9	7,9	8,6	2,0
Ciper	6,9	8,0	9,9	12,2	19,8	12,9

Vir: Salomaki 2006, 11

Zaradi vedno večjih pritiskov na pokojninske blagajne, s katerimi se sooča večina držav, so le-te prisiljene iskati rešitve za zagotavljanje dolgoročne vzdržnosti pokojninskih sistemov. Trudijo se zagotoviti čim višje stopnje zaposlenosti in tako zmanjšati pritiske na pokojninske blagajne. Večina držav članic EU v okviru reformiranja pokojninskih sistemov zvišuje starost za upokojitev in znižuje višino pokojnin. Za vse reforme pokojninskih sistemov so značilna dolga prehodna obdobja, kar v praksi pomeni, da posledice reform, ki jih sprejmejo sedanje generacije, v celoti občutijo šele prihajajoče generacije. Ta prehodna obdobja trajajo tudi po več desetletij (Marier 2008, Bonoli in Palier 2008, Evropska Komisija 2007).

Ena prednostnih nalog, ki si jo je zadala Evropska Unija na področju pokojninskih sistemov, je dvig stopnje zaposlenosti starejših (starih od 55 do 64 let). Do leta 2010 naj bi se dvignila na 50,0 %. Postopnemu dvigovanju stopnje zaposlenosti starejših smo priča tudi v Sloveniji, kjer naj bi se do leta 2013 stopnja delovne aktivnosti starejših dvignila na 43,5 % (Vertot 2008, 32), vendar je Slovenija še vedno v skupini držav, ki imajo najnižjo stopnjo

zaposlenosti med prebivalstvom, starim od 55 do 64 let (kar je razvidno iz tabele 2.2). Dimovski (2006 v Penger in Dimovski 2007, 47) poudarja, da je tako nizka stopnja zaposlenosti v tej starostni skupini, v veliki meri posledica množičnega predčasnega upokojevanja v devetdesetih letih prejšnjega stoletja, s katerim so vlade poskušale reševati problem naraščajoče brezposelnosti, kot posledice propada številnih podjetij.

Tabela 2.2: Stopnja zaposlenosti med starejšim prebivalstvom (55-64 let)

	2000	2002	2004	2006	2008
EU25	/	/	/	44,1	/
Belgija	26,8	26,9	30,0	34,0	35,0
Češka	35,9	41,7	42,8	44,7	48,0
Danska	56,3	57,5	59,2	61,2	56,1
Nemčija	/	/	/	49,9	54,7
Irska	45,8	48,4	50,0	53,0	52,5
Grčija	38,0	40,1	40,1	42,2	42,8
Španija	38,1	40,1	41,6	44,3	45,6
Francija	/	/	37,8	37,7	38,6
Italija	28,3	29,5	31,8	32,8	34,9
Luksemburg	/	/	30,4	33,2	30,9
Madžarska	23,3	27,3	32,3	33,7	32,1
Nizozemska	39,4	43,2	46,0	48,9	54,0
Avstrija	28,8	29,8	29,8	36,5	41,0
Poljska	26,7	26,1	26,5	28,8	32,0
Portugalska	49,8	50,2	50,7	50,0	50,4
Slovenija	23,4	22,3	28,9	31,5	32,7
Finska	43,4	48,6	51,0	55,7	56,6
Švedska	/	68,2	69,5	69,4	70,0
Velika Britanija	51,4	54,0	56,6	57,5	58,0
Norveška	65,7	66,2	65,9	68,1	69,2

Vir: EUROSTAT

2.1.1 Pokojninski sistem v Sloveniji

Slovenski pokojninski sistem sloni na obveznem pokojninskem in invalidskem zavarovanju (bismarijanski sistem). Financiran je na tako imenovan dokladen način, vanj pa so vključeni vsi zaposleni, samozaposleni, kmetje in druge z zakonom določene kategorije oseb. V obveznem zavarovanju se zavarovancem ob izpolnjevanju predpisanih pogojev zagotavljajo pravice do starostne, invalidske, vdovske, družinske ali delne pokojnine, pravice iz invalidskega zavarovanja ter dodatne (do varstvenega dodatka, do dodatka za pomoč in postrežbo) in druge pravice. V sistem obveznega zavarovanja so vgrajene vertikalna solidarnost med generacijo aktivnih in upokojenih (prispevki so obvezni in proporcionalni glede na prispevno osnovo; zavarovanci z višjimi plačami oziroma dohodki plačujejo prispevke od osnov, ki navzgor niso omejene, medtem ko se njihove pravice limitirajo z določitvijo najvišje pokojninske osnove), horizontalna solidarnost med upokojenci (maksimalno razmerje med pokojninami za enako dolgo dobo zavarovanja je 1:4) in solidarnost med upokojenci, ki so se upokojili v različnih obdobjih (Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve 2007, 18).

Po zgledu držav kontinentalne Evrope, predvsem Nemčije, je bilo tudi v Sloveniji zgodnje upokojevanje v preteklosti uporabljano za zmanjševanje rastoče brezposelnosti. Osebam, ki so se upokojevale je država sofinancirala del stroškov. Posledica je bila, da so izdatki za pokojnine skokovito narasli in so bili med najvišjimi med vsemi tranzicijskimi državami, zaradi česar so bile potrebne reforme pokojninskega sistema, ki so se ga slovenske oblasti lotile na začetku leta 2000 (Rončevič 2001, 193).

Tabela 2.3: Projekcija deleža izdatkov za pokojnine, v % BDP

	2000	2007	2020	2030	2040	2050	2060
Pokojnine iz socialnega zavarovanja	10,91	9,85	11,09	13,27	16,12	18,19	18,62
Starostne in predčasne pokojnine	7,47	7,01	8,44	10,44	12,93	14,70	15,05
Druge pokojnine	3,44	2,84	2,66	2,83	3,20	3,49	3,57
Zasebne (dodatne) pokojnine	0,00	0,00	0,08	0,26	0,48	0,69	0,78
Obvezne, kolektivne in posamične pokojnine	0,00	0,00	0,08	0,26	0,48	0,69	0,78
Skupaj izdatki za pokojnine	10,91	9,85	11,17	13,52	16,61	18,88	19,40

Vir: UMAR 2009, 4

Reforma slovenskega pokojninskega sistema je bila izpeljana leta 2000 z uveljavitvijo novega Zakona o pokojninskem in invalidskem zavarovanju. Tedaj je bil vzpostavljen tudi pravni okvir za dodatno pokojninsko zavarovanje, ki temelji na sistemu plačevanja premij in na prostovoljni naravi, tako glede vzpostavitve, kot tudi vključitve (Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve 2008, 45). V reformo pokojninskega in invalidskega zavarovanja iz leta 2000 so bili vgrajeni postopno zviševanje upokojitvene starosti, postopno zmanjševanje razlike pri pogojih za upokojitev med moškimi in ženskami, izenačitev indeksacije pokojninske osnove s formulo za izračun pokojnine, okrepitve povezave med pravicami in prispevki (podaljševanje obračunskega obdobja z najugodnejših 10 na 18 let, zniževanje letne odmerne stopnje, ...) ter kombiniranje različnih tipov financiranja zavarovanja (dokladnega in naložbenega sistema) (Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve 2007, 19).

V Sloveniji je z zakonom predpisana starost za uveljavitev polne starostne pokojnine (uvaja se jo postopoma) za ženske 63 let, za moške pa 65 let. Povprečna dejanska upokojitvena starost za prejemanje starostne pokojnine je v letu 2007 za ženske znašala 57 let in 7 mesecev, za moške pa 61 let in 10 mesecev (Vertot 2008, 50). Kot je razvidno iz tabele 2.4 je povprečna upokojitvena starost v Sloveniji med najnižjimi v Evropi, zgodnejše upokojevanje pa pomeni tudi večje število upokojencev in večji pritisk na pokojninsko blagajno. Po drugi strani pa je iz tabele razvidno tudi, da se povprečna upokojitvena starost v Sloveniji zvišuje precej hitreje, kot pa v večini ostalih držav EU območja. Tako se je med letoma 2002 in 2006, povprečna upokojitvena starost v Sloveniji zvišala za 3,2 leti, medtem ko se je v istem obdobju v državah EU25 ta starost zvišala le za 0,6 leta.

Tabela 2.4: Povprečna upokojitvena starost

	2002	2003	2006	2007
EU25	60,4	61,0	61,0	61,2
Danska	60,9	62,2	61,9	60,6
Nemčija	60,7	61,6	61,9	62,0
Španija	61,5	61,5	62,0	62,1
Francija	58,8	59,8	58,9	59,4
Italija	59,9	61,0	60,2	60,4
Nizozemska	62,2	60,5	62,1	63,9
Avstrija	59,3	58,8	61,0	60,9
Slovenija	56,6	56,2	59,8	/
Finska	60,5	60,4	62,4	61,6
Švedska	63,3	63,1	63,9	63,9
Norveška	62,5	62,8	63,8	64,4

Vir: EUROSTAT

Zmanjševanje števila rojstev in upočasnjevanje umrljivosti se tudi v Sloveniji kritično odraža v razmerju števila zavarovancev in upokoјencev. Koeficient razmerja med številom zavarovancev in upokoјencev, ki je v letu 1990 znašal 2,3, je v letu 2007 znašal le še 1,7. Projekcije kažejo, da se bo obremenjenost prebivalstva v delovni starosti s starim prebivalstvom, do leta 2050 povečala na več kot 2,5 kratno vrednost v primerjavi z letom 2005 (Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve 2008, 42).

Tabela 2.5: Število upokoјencev socialnega zavarovanja, prebivalcev nad 65 let in plačnikov prispevkov (v 1000) ter prispevni količnik

	2000	2007	2020	2030	2040	2050	2060
Število upokoјencev (I)	467.448	518.805	609.742	688.273	754.441	769.352	729.729
Število prebivalcev 65+ (II)	278.230	319.631	420.217	511.533	569.366	610.430	594.703
Razmerje med (I) in (II), v %	168,01	162,31	145,10	134,55	132,51	126,03	122,70
Število plačnikov prispevkov (III)	839.381	878.205	875.022	805.871	733.509	666.179	619.867
Količnik med (III) in (I) (prispevni količnik)	1,80	1,69	1,44	1,17	0,97	0,87	0,85

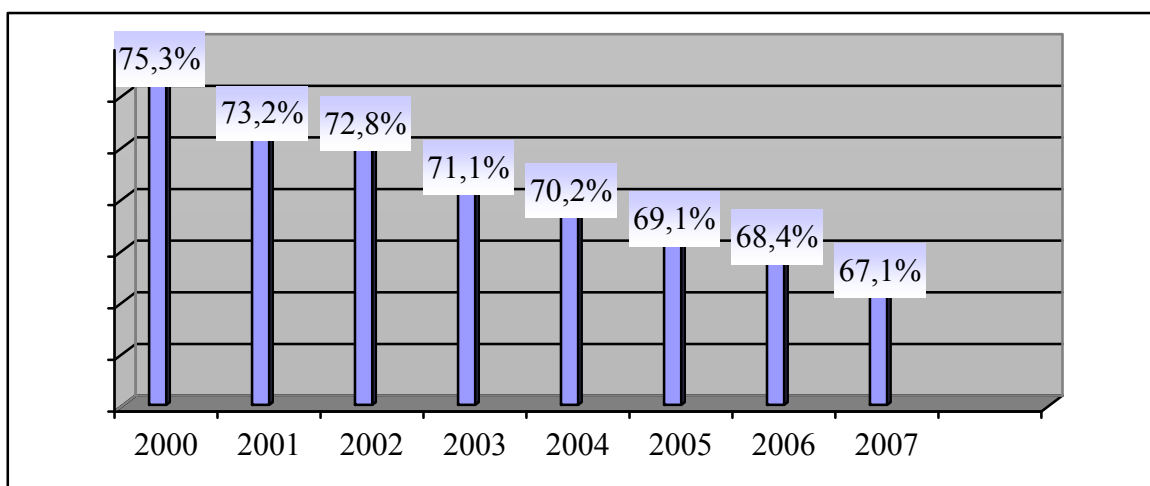
Vir: UMAR 2009, 15

Iz tabele 2.5 je razvidno, da se poslabšuje razmerje med številom zaposlenih in številom upokoјencev, kar pomeni, da število upokoјencev narašča hitreje kot število zaposlenih, ki vplačujejo v pokojninsko blagajno. Po napovedih bo morala Slovenija, ob predpostavki, da ne bo prišlo do večjih sprememb pokojninskega sistema in da se ne bodo povečale prispevne stopnje delodajalcev, za pokrivanje primanjkljaja v pokojninski blagajni leta 2050 nameniti kar desetino BDP-ja (Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve 2008, 54). Da bi znala imeti Slovenija v prihodnosti s svojim pokojninskim sistemom resne težave, opozori tudi Salomaki (2006, 12), ki Slovenijo izpostavi med državami (poleg nje še Ciper, Madžarsko in Češko), ki se bodo v prihodnosti srečale z največjimi težavami na področju vzdržnosti pokojninskega sistema.

Če se po eni strani izdatki za pokojnine konstantno povečujejo, pa se po drugi strani zmanjšuje nadomestitveno razmerje, ki predstavlja razmerje med povprečno neto starostno pokojnino in povprečno neto plačo. To pomeni, da je povprečna izplačana pokojnina v primerjavi z povprečno neto plačo, vedno nižja (ta gibanja so razvidna iz grafa 2.1). Na podlagi vedno nižjih pokojnin se povečuje tudi tveganje za revščino med upokoјenci, kar

potrjujejo tudi podatki Statističnega urada Republike Slovenije (Apohal Vučkovič in drugi 2009, 158), po katerih se je tveganje revščine glede na status aktivnosti v obdobju 2000-2007 povečalo za skupino upokojenih, medtem ko se je za skupini delovno aktivnih in brezposelnih tveganje zmanjšalo. Še posebej je ogrožena skupina žensk starejših od 65 let, ki živijo same.

Graf 2.1: Razmerje med povprečno starostno pokojnino in povprečno plačo, v %



Vir: Apohal Vučkovič in drugi 2008, 35

2.2 STARANJE PREBIVALSTVA IN SISTEMI ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA

Zdravje je razvitih družbah obravnavano kot osnovna človekova pravica. V Evropski Uniji je doseženo splošno soglasje, da dostop do zdravstvenega varstva ne sme biti omejen z posameznikovo plačilno sposobnostjo ali odvisen od posameznikovega dohodka oziroma premoženja in da potreba po oskrbi ne sme voditi v revščino ali finančno odvisnost (Evropska Komisija 2008b, 4). Socialna blaginja in v njenem okviru sistem zdravstvene oskrbe je področje na katerem se družno zasleduje cilje zunanje in notranje učinkovitosti ter socialne pravičnosti. V okviru doseganja teh ciljev večina držav v praksi izoblikuje določeno kombinacijo med povsem tržno ureditvijo sistemov zdravstvenega varstva in ureditvijo z določenim posegom države (Barr 2004 v Snoj 2008, 17).

Zgodovinsko sta se v državah EU razvila dva modela zagotavljanja in financiranja zdravstvenega varstva (Hassenteufel in Palier 2006, 41-42):

- model nacionalnega zavarovanja (»Beveridge« model), ki zagotavlja dostop do zdravstvenega varstva za vse državljane pod enakimi pogoji, za njegovo delovanje je odgovorna država, izdatki se financirajo predvsem iz splošnih davkov, povračila izvajalcem pa se posreduje na podlagi vnaprej določenega zdravstvenega proračuna. Dodeljevanje finančnih sredstev je pogosto decentralizirano, sredstva se z nacionalne ravni razdelijo na regionalne/mestne oblasti, katere nato naprej določajo način vračila stroškov izvajalcem. V primarni oskrbi povračilo stroškov poteka po principu glavarine ali kombinacije glavarine in plačila za storitev. Tak sistem imajo Švedska, Norveška, Danska, Finska, Velika Britanija, Italija, Španija, delno pa tudi Portugalska in Grčija.
- model socialnega zdravstvenega zavarovanja (»Bismarckov« model), za katerega je značilno, da se stroški za delovanje sistema večinoma pokrivajo iz prispevkov zavarovancev, povračila stroškov izvajalcem pa se izvajajo na podlagi dejansko nastalih izdatkov. Izvajalci storitev in plačniki so ločeni med seboj. Tak sistem imajo Nemčija, Francija, Avstrija, Belgija, Luksemburg, večina držav centralne in vzhodne Evrope, delno pa tudi Nizozemska in Švica.

Za model nacionalnega zavarovanja je značilen princip enakosti, pri čemer je potrebno upoštevati, da je obseg pravic iz naslova zdravstvene oskrbe v državah s tem sistemom zelo različen, od relativno visokih pravic v skandinavskih državah, do relativno nizkih v Veliki Britaniji. V modelu socialnega zdravstvenega zavarovanja pa so prispevki za zdravstveno zavarovanje odvisni od dohodka in so pogosto vezani na status zaposlenosti, z določeno ureditvijo za vzdrževane člane zaposlenih in upokojujence. Posamezniki pred vstopom na trg delovne sile ali po daljšem obdobju brezposelnosti so iz zdravstvenega zavarovanja lahko izključeni. Značilna je horizontalna redistribucija v korist družin. Sistema se razlikujeta tudi po dostopu do zdravstvenega osebja, saj je v modelu socialnega zdravstvenega zavarovanja precej večji poudarek na prosti izbiri pacientov, ki lahko proti plačilu direktno preidejo na sekundarno raven, medtem ko je v univerzalnem modelu večji nadzor nad gibanjem pacientov znotraj sistema s poudarjeno vlogo primarne oskrbe. V državah s univerzalnim sistemom zdravstvenega varstva paket pravic praviloma ni eksplicitno določen in obstaja precejšnja stopnja diskrecije glede storitev, ki jih zagotavlja zdravljenje, prav tako pa v tem sistemu pogosto poleg javnega sektorja zdravstvene oskrbe obstaja tudi zasebni sektor, pri čemer gre

običajno za sočasno javno in zasebno prakso zdravnikov. Stroške zasebne oskrbe običajno nosijo pacienti sami (Snoj 2008, 23-37).

Tabela 2.6: Izdatki za zdravstveno varstvo, obdobje 1980-2006, v % BDP; delež zasebnih izdatkov v celotnih izdatkih za zdravstvo, leto 2006, v %

	1980	1990	1995	2006*	delež zasebnih izdatkov (leto 2006)*
Avstrija	7,7	7,2	8,9	10,1	24,3
Danska	9,2	8,4	8,2	9,5	15,9
Finska	6,4	7,9	7,5	8,2	22,2
Francija	7,4	8,8	9,8	11,0	20,2
Irska	8,7	7,0	7,4	7,5	22
Italija	7,0	8,1	8,0	9,0	23,4
Nemčija	8,8	8,7	10,2	10,6	23,1
Nizozemska	8,3	8,8	8,9	9,3	37,6
Portugalska	5,8	6,4	7,7	10,2	27,7
Švedska	9,4	8,8	8,4	9,2	15,4
Velika Britanija	5,7	6,0	7,0	8,4	12,9
Češka	3,8	5,0	7,3	6,8	11,4
Norveška	7,0	7,8	8,0	8,7	16,1
Slovenija	/	/	8,2	8,3	27,7
Švica	6,9	8,3	9,6	11,3	39,8

Vir: Toth 2003, 125; * Apohal Vučkovič in drugi 2008, 141

Toth (2003, 127) pravi, da so razmerja med deleži javnih in zasebnih sredstev namenjenih zdravstvu, odvisna od pravne ureditve področja, obsega pravic zavarovanih oseb in njihove zdravstvene ter socialne varnosti v državi, razvitosti prostovoljnih zavarovanj in pripravljenosti ter sposobnosti ljudi, da si določene zdravstvene dobrine privoščijo z lastnimi sredstvi. Avtor trdi, da je v vseh evropskih državah, pa tudi v večini drugih držav, delež javnih sredstev za zdravstveno varstvo prevladujoč, zasebna sredstva pa so le dopolnilo javnim programom. Tudi dolgoročne usmeritve v razmerjih med javnimi in zasebnimi sredstvi za zdravstveno varstvo naj bi kazala, da se le-ta spreminjajo le malenkostno. Vendar pa nam pogled na tabelo 2.6 pokaže, da delež zasebnih sredstev med vsemi izdatki za zdravstvo le ni tako nizek, saj so leta 2006 v Sloveniji zasebni izdatki predstavljali 27,7 % celotnih izdatkov, medtem ko so v državah EU-27 predstavljali 27,4 % vseh izdatkov (Apohal Vučkovič in drugi 2009, 141). V strukturi zasebnih izdatkov v Sloveniji 47 % predstavljajo izdatki iz naslova prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj. Neposredni izdatki gospodinjstev so

v Sloveniji v primerjavi z državami EU nizki in v strukturi zasebnih izdatkov predstavljajo 42,5 %, medtem ko v EU-27 predstavljajo skoraj 80 % (Apohal Vučkovič in drugi 2009, 46).

Zaradi naraščajočih izdatkov za zdravstveno varstvo se vse evropske države poslužujejo varčevalnih ukrepov, ter iščejo možnosti za večjo racionalizacijo bolnišnične zdravstvene dejavnosti. To se odraža predvsem v skrajševanju trajanja stacionarnega zdravljenja in večjem obratu bolnišničnih posteljnih zmogljivosti, zaradi česar se na eni postelji letno zdravi in izmenja več bolnikov. K temu je vodilo spoznanje, da je mogoče enak obseg bolnišničnega zdravljenja uresničiti tudi z manjšimi bolnišničnimi zmogljivostmi. Ker le-te povzročajo določene stroške ne glede na to koliko so izkoriščene, so bile te ugotovitve odločilne za sprejem ukrepov za zmanjšanje bolnišničnih posteljnih zmogljivosti (Toth 2003, 114-115).

Tabela 2.7: Število bolnišničnih postelj na 1000 prebivalcev, obdobje 1980-2006

Država	1980	1990	1995	2006*	Indeks 2006/1980**
Avstrija	11,2	10,2	9,3	7,7	69
Danska	8,1	5,7	4,9	3,6	44
Finska	15,6	12,5	9,3	7,0	45
Francija	11,1	9,7	8,9	7,2	65
Grčija	6,2	5,1	5,0	4,7	76
Italija	9,9	7,2	6,3	4,0	40
Luksemburg	12,8	11,7	8,2	5,7	45
Nemčija	11,5	10,4	9,7	8,3	72
Švedska	15,1	12,4	4,9	2,9	19
Velika Britanija	8,1	5,9	4,7	3,8	47
Češka	11,3	11,3	9,5	8,2	73
Madžarska	9,1	10,1	9,1	7,9	87
Slovenija	7,2	5,9	5,8	4,8	67

Vir: Toth 2003, 116; *EUROSTAT; **lastni izračuni

Kot je razvidno iz tabele 2.7, se je število bolnišničnih postelj med leti 1980 in 2006 krepko zmanjšalo v vseh državah, najbolj pa na Švedskem (kar za dobrih 80 %). Kot opozarja Apohal Vučkovič (Apohal Vučkovič in drugi 2009, 44), se tudi v Sloveniji število bolnišničnih postelj hitro zmanjšuje, čeprav so v primerjavi z drugimi evropskimi državami zmogljivosti že sedaj relativno nizke. V obdobju 2000-2006 se je v Sloveniji število bolnišničnih postelj zmanjšalo za 15,6 %, medtem ko se je v EU zmanjšalo za slabo desetino. Seveda ima zmanjševanje števila bolnišničnih postelj poleg omenjenih varčevalnih učinkov tudi druge,

tako pozitivne, kot tudi negativne posledice. Tako hitrejši odpust in odhod v domače okolje za bolnika vsekakor predstavlja veliko prednost, saj se vrne v domače okolje, v krog svojih bližnjih, problem pa nastopi v primerih, ko nima nikogar, ki bi mu v domačem okolju lahko nudil pomoč.

Ko govorimo o vplivih staranja prebivalstva na izdatke za zdravstveno varstvo, je potrebno vedeti, da opravljene raziskave ne potrjujejo močnejše povezave med staranjem prebivalstva in naraščajočimi izdatki za zdravstvo. Na slednje imajo večji vpliv drugi faktorji, še posebej uvajanje novih tehnologij in metod zdravljenja (Rechel in drugi 2009, 9). Fukawa (2002, 30) meni, da bi lahko s preventivo in osveščanjem prebivalstva o bolj zdravem načinu življenja bistveno znižali stroške za zdravstveno varstvo.

2.3 SKLEP

V Evropi sta se zgodovinsko izoblikovala dva sistema pokojninskega in zdravstvenega zavarovanja - sistem obveznega (korporativnega) zavarovanja in sistem osnovnega (nacionalnega) zavarovanja. Prvi temelji na obveznem socialnem zavarovanju, drugi na pravicah na podlagi državljanstva. Razlike med njima so v ciljih, ki jih zasledujeta, upravljanju in financiranju sistema, ter v obsegu pravic. Razlike so tudi znotraj posameznih držav z istim sistemom.

Raziskave kažejo, da višina izdatkov za financiranje zdravstvenih in pokojninskih sistemov ni neposredno povezana s staranjem prebivalstva, pač pa je veliko bolj odvisna od vrste zdravstvenega in pokojninskega sistema v posamezni državi. V državah, kjer pravice bazirajo na socialnih zavarovanjih (Bismarckov model) so pravice vezane na vplačane prispevke in je vsakršno spreminjanje pokojninskega ali zdravstvenega sistema zelo oteženo, saj pomeni poseganje v zaslužene pravice, medtem ko imajo države z Beveridge modelom, kjer pravice ne bazirajo na socialnih zavarovanjih, veliko večji vpliv na izdatke. Raziskave kažejo, da na povečevanje zdravstvenih stroškov bolj kot samo staranje prebivalstva vpliva uvajanje novih tehnologij in metod zdravljenja, velike rezerve pa so še na področju preventive in bolj zdravega načina življenja.

3 DOLGOTRAJNA OSKRBA STAREJŠIH

3.1 OPREDELITEV DOLGOTRAJNE OSKRBE STAREJŠIH

S staranjem prebivalstva in večanjem števila starostnikov se poleg povečanega povpraševanja po zdravstvenih storitvah (zdravstveni negi), povečuje tudi potreba po pomoči pri opravljanju temeljnih življenjskih aktivnosti oziroma po storitvah socialne oskrbe. Potrebe po pomoči rastejo eksponentno z leti, tako da večino pomoči potrebujejo osebe starejše od 80 let (Huber in Hennessy 2005, 20). Ramovš (2005 v Penger in Dimovski 2007, 46) navaja, da v razvitem svetu kar 25% oseb starejših od 60 let potrebuje pomoč pri oskrbi, pri čemer naj bi po oceni ena tretjina od njih potrebovala veliko oziroma stalno oskrbo, dve tretjini pa delno in občasno pomoč.

Eden glavnih problemov, s katerim se sooča večina evropskih držav, je ločenost zdravstvenega in socialnega dela oskrbe, kar otežuje načrtovanje in koordiniranje pomoči. Starostniki potrebujejo tako zdravstveno nego (še posebej v primeru hujših kroničnih bolezni) in rehabilitacijo, kot tudi storitve socialne oskrbe (Huber 2007, 18-19). Na splošno je v evropskih državah področje zdravstvenega varstva, v primerjavi s področjem socialne oskrbe, veliko bolj urejeno, tako zakonsko, kot tudi z vidika financiranja. Ker tako stanje s sabo prinaša številne zaplete, se države EU trudijo združiti zdravstveni in socialni vidik oskrbe ter vzpostaviti tako imenovano integrirano oskrbo, ki je definirana kot »sklop dobro načrtovanih in dobro organiziranih različnih vrst storitev in služb, ki so usmerjene v mnogovrstne potrebe posameznika ali specifične skupine z namenom omogočiti posamezniku čim bolj neodvisno življenje«. Tak integriran pristop je v praksi najpogosteje uporabljen za področje prehodne in dolgotrajne oskrbe (Ministrstvo za zdravje 2006, 31).

Dolgotrajna oskrba je v Sloveniji relativno nov pojem, ki se je začel pogosteje uporabljati šele pri pripravi strokovnih podlag za uvedbo novega socialnega zavarovanja za primer dolgotrajne oskrbe, medtem ko je v številnih evropskih državah to že dobro uveljavljen pojem, pri čemer pa se same definicije dolgotrajne oskrbe med posameznimi državami delno razlikujejo in so odvisne od izvajanja zdravstvene in socialne politike, kulturnega okolja in ekonomskih možnosti. Organizacija za gospodarsko sodelovanje in razvoj (OECD) dolgotrajno oskrbo definira kot »izvajanje različnih vrst zdravstvene in socialne oskrbe, ki jih posameznik potrebuje pri opravljanju temeljnih življenjskih aktivnosti, glede na stopnjo in

vrsto odvisnosti v nekem časovnem obdobju, ki je posledica splošne oslabelosti, kronične bolezni, poškodbe ali druge bolezni« (Ministrstvo za zdravje 2006, 31). Takšna oskrba lahko vključuje rehabilitacijo, osnovno zdravljenje, patronažo, socialno oskrbo, storitve v zvezi z nastanitvijo ter druge storitve, kot so prevoz, prehrana, storitve varstveno delovnih centrov in pomoč pri vsakodnevnih opravilih (Evropska Komisija 2008b, 3). Republiški strokovni kolegij zdravstvene nege Slovenije definira dolgotrajno oskrbo kot »organizirano obliko pomoči uporabniku, ki obsega zdravstveno in socialno oskrbo, ne glede na mesto bivanja« (Ministrstvo za zdravje 2006, 32).

Ministrstvo za zdravje je pri pripravi osnutka Zakona o zavarovanju za dolgotrajno oskrbo dolgotrajno oskrbo definiralo kot »posebno dejavnost, ki se ukvarja s pomočjo osebam, ki ne morejo same opravljati temeljnih življenjskih aktivnosti in so pri tem odvisne od pomoči druge osebe, pri čemer je potreba po pomoči prisotna daljše časovno obdobje, njeni izvajalci pa so poklicni izvajalci in v določenem obsegu tudi ustrezno usposobljeni nepoklicni izvajalci, kot na primer svojci, bližnji, prostovoljci in drugi« (Ministrstvo za zdravje 2007, 3).

Flaker (Flaker in drugi 2008, 23-24) dolgotrajno oskrbo razume kot »fenomen, ki prinaša veliko novosti na ravni zagotavljanja socialne varnosti kot povsem drugačna paradigma *sui generis*, ki presega stare obrazce organiziranja oskrbe, načinov pristopa k človeški stiski, statusa uporabnikov in bistva procesov pomoči«. Nova paradigma temelji na storitvah po meri, na storitvah, ki si jih uporabnik izbere in želi in ki neposredno odgovarjajo njegovim potrebam, za razliko od tradicionalnega sistema, v katerem je uporabnik pogosto le pasivni prejemnik vnaprej pripravljenih paketov storitev (ibid.).

V svoji nalogi bom pri opisovanju področja dolgotrajne oskrbe starejših izhajal iz definicije dolgotrajne oskrbe OECD (2008b) in bom pod pojmom dolgotrajna oskrba starejših razumel vse oblike pomoči osebam, ki so se zaradi s starostjo povezanih sprememb znašle v situaciji, ko so pri opravljanju temeljnih življenjskih aktivnosti odvisne od dolgotrajne pomoči in podpore drugih ljudi. Ta pomoč vključuje tako storitve zdravstvene nege kot socialne oskrbe, ter zajema široko paleto oblik pomoči: institucionalno varstvo starejših (domovi za starejše), negovalne bolnišnice, dnevno varstvo, oskrbovana stanovanja, pomoč in oskrbo na domu, pomoč na daljavo, pomoč (v storitvah in finančno) družinskim oskrbovalcem (osebam, ki doma oskrbujejo svoje onemogle sorodnike in zakonske partnerje), osebno pomoč in paliativno oskrbo.

3.2 SISTEMI DOLGOTRAJNE OSKRBE STAREJŠIH

Države se pri vzpostavljanju celostnega sistema dolgotrajne oskrbe starejših srečujejo s tremi dilemami. Prva je izbira načina financiranja, torej na kakšen način zagotavljati sredstva za izvajanje storitev dolgotrajne oskrbe. Druga dilema se prav tako navezuje na financiranje in je povezana z odločitvijo ali naj bo shema univerzalna ali pa naj velja le za osebe, ki same ne zmorejo pokriti stroškov nege. Tretja dilema pa je, kdo naj sistem upravlja in kakšne naj bodo pristojnosti države, lokalnih skupnosti in skladov socialne varnosti (Da Roit in drugi 2008, 119; Mestheneos in Triantafillou 2005, 31).

Fernandez (Fernández in drugi 2009, 11-15) loči tri sisteme dolgotrajne oskrbe starejših, glede na to, kdo so upravičenci do storitev formalne pomoči:

- sisteme, ki zagotavljajo le »minimalno varnostno mrežo«, v katerih je vloga države zreducirana na minimum in je pomoč skoncentrirana le na tiste skupine prebivalstva z najnižjimi dohodki, ki si sami pomoči ne morejo privoščiti. Pomoč v takih sistemih je običajno omejena le na pomoč pri najbolj osnovnih življenjskih opravilih (hranjenje, umivanje, oblačenje). Ti sistemi, ki so financirani iz davkov, temeljijo na principu preverjanja potrebe ali premoženja odvisne ostarele osebe (in/ali njenega zakonca/otrok), ter določanja zmožnosti za prispevanje k plačilu za pomoč. Tak sistem poznajo v Avstraliji, na Cipru, v Angliji, na Irskem, Novi Zelandiji in v Združenih državah Amerike.
- univerzalne sisteme, ki zagotavljajo pomoč vsem osebam, ki pomoč potrebujejo, ne glede na njihovo finančno stanje. Lahko so financirani iz davkov (Danska, Švedska, Norveška, Škotska) ali pa iz prispevkov (socialno zavarovanje). Za slednje je značilna močna povezava med vplačanimi sredstvi in pričakovanim obsegom pomoči v primeru potrebe (Nemčija, Japonska, Luksemburg, Nizozemska).
- kombinirani (progresivni) sistemi, ki temeljijo na prvinah univerzalnega sistema, poznajo pa tudi princip preverjanja potrebe. Namen slednjega je, da se največ (javne) pomoči zagotovi tistim osebam, ki jo najbolj potrebujejo. Tak sistem poznajo v Avstriji, Belgiji, Franciji in Grčiji.

Odgovornost za dolgotrajno oskrbo oseb, ki zaradi s starostjo povezanih težav potrebujejo pomoč (bodisi v naravi ali v denarju), je v posameznih državah različno opredeljena. Lahko je

to odgovornost zakonca, otrok ali odgovornost države oziroma občine (Mestheneos in Triantafillou 2005, 13-14). V primeru primarne zakonske odgovornosti zakonca ali otrok, država prevzame odgovornost za oskrbo starostnika le v primeru, ko družina tega sama ne zmore. V primeru odgovornosti države ali občine, le-ta na nacionalnem, regionalnem ali na lokalnem nivoju prevzame primarno odgovornost za oskrbo onemoglih starejših državljanov.

Razlike med državami so tudi v pojmovanju odgovornosti otrok do svojih (onemoglih) staršev. Prepričanje, da so otroci odgovorni za skrb za svoje starše je najšibkejše v skandinavskih državah (na Švedskem tako meni 16 % oseb), najmočnejše pa v mediteranskih državah (89 % v Grčiji). Raziskave kažejo, da v skandinavskih državah manj kot 5 % odraslih pričakuje, da bodo njihovi otroci poskrbeli za njih, ko bodo potrebovali oskrbo, v deželah kontinentalne Evrope je takih okoli 15 %, v mediteranskih državah pa okoli 30 %. Edina izstopajoča izjema je Avstrija, kjer je odstotek oseb, ki menijo, da morajo otroci prevzeti glavnino skrbi za svoje starše, na ravni mediteranskih držav (Pommer in drugi 2007, 16-35).

3.3 OBLIKE DOLGOTRAJNE OSKRBE STAREJŠIH

V sklopu dolgotrajne oskrbe starejših obstajajo različne oblike pomoči in storitev namenjenih starostnikom, ki potrebujejo pomoč pri opravljanju temeljnih življenjskih aktivnosti ter njihovim oskrbovalcem. Službe formalne pomoči starostnikom so še posebej razvite v skandinavskih državah, za katere je značilna visoka stopnja pomoči v storitvah. Ta odstotek je visok tudi v Veliki Britaniji in na Nizozemskem, medtem ko vzhodnoevropske in južnoevropske države svojim državljanom nudijo relativno malo pomoči v storitvah (Reimat 2009, 12). Najbolj razširjena oblika pomoči je pomoč na domu, katere se poslužuje od 1 % starejših od 65 let v Italiji do več kot 20 % starejših od 60 let na Danskem (Mestheneos in Triantafillou 2005, 36-37).

Drugo obliko pomoči predstavljajo dnevni centri, katerih število se, ne glede na to, ali so del domov za starejše ali pa samostojne enote, stalno povečuje. Posebno velik pomen imajo v primerih obolelih za različnimi oblikami demence, ko lahko občutno razbremenijo svoje.

Število ljudi, ki obiskujejo take centre je po posameznih državah zelo različno in sega od 0,3 % starih med 65 in 70 let v Belgiji, 0,6 % starejših od 65 let na Češkem (kjer dnevni centri ponujajo svoje storitve tudi preko vikenda), do 5 % starejših od 65 let na Malti (Mestheneos in Triantafillou 2005, 36).

Naslednja oblika pomoči, ki pa je v mnogih državah EU, predvsem v njenih novih članicah in v državah južne Evrope, še zelo slabo razvita, so začasne namestitve. Le-te predstavljajo predvsem pomoč družinskim oskrbovalcem (osebam, ki so bodisi sorodstveno, bodisi s poroko, povezane z osebo katero oskrbujejo in ji pomagajo - večinoma gre za osebe ženskega spola), ko gredo na dopust ali v primeru ko zaradi bolezni ne morejo zagotavljati pomoči (Huber 2007, 22). Družinski oskrbovalci opravijo večino dela na področju oskrbe starejših, zato se države na različne načine trudijo, da bi jim vsaj malo olajšale njihovo delo. Pomoč vključuje obveščanje, usposabljanje, svetovanje, nadomestno oskrbo, formalizacijo socialne varnosti in finančno podporo. Posamezne države poznajo še druge oblike pomoči, kot so davčne olajšave, pravica do dopusta za oskrbo sorodnikov, vštetje obdobja negovanja v pokojninsko dobo ter formalizacija statusa nepoklicnih izvajalcev oskrbe in njihova vključitev v sisteme socialne varnosti - v pokojninsko in zdravstveno zavarovanje (Evropska Komisija 2008b, 15).

V mnogih evropskih državah je v porastu število uporabnikov varovanih stanovanj. V Veliki Britaniji v taki obliki namestitve živi 3,5 % starejših od 65 let in kar 19 % starejših od 85 let. Na Portugalskem mnoge domove za starejše, predvsem tiste starejšega datuma, preurejajo v oskrbovana stanovanja. V mnogih državah se kot pogoj za bivanje v takih stanovanjih postavlja odsotnost težjih bolezni (Mestheneos in Triantafillou 2005, 44). Bivanje v varovanem stanovanju se nahaja nekje na pol poti med bivanjem doma in bivanjem v instituciji in lahko predstavlja obliko mehkega prehoda v dom za starejše, v mnogih primerih pa tak prehod sploh ni več potreben. Velika prednost bivanja v varovanem stanovanju je, da je takšno bivanje zelo podobno bivanju v lastnem domu in se posamezniku ni potrebno prilagajati življenju v instituciji ter lahko še naprej v maksimalni meri ohrani svoje življenjske navade.

3.4 FINANCIRANJE DOLGOTRAJNE OSKRBE STAREJŠIH

Evropski sistemi dolgotrajne oskrbe starejših so v zadnjih desetletjih doživeli velike spremembe, tako na področju financiranja, zagotavljanja storitev, kot tudi napredka v kvaliteti. Sistemi organiziranja in financiranja dolgotrajne oskrbe starejših se med posameznimi državami zelo razlikujejo (Huber 2007, 12).

V večini držav znašajo izdatki za institucionalno varstvo več kot polovico javnih izdatkov za dolgotrajno oskrbo starejših, in to kljub temu, da se večina pomoči zagotavlja v obliki pomoči na domu. Razlog za to tiči v dejstvu, da je pomoč na domu precej cenejša od institucionalnega varstva, saj veliko dela opravijo družina, sorodniki in prijatelji, ki za svoje delo običajno niso plačani (Huber in drugi 2008, 105), odpadejo pa tudi stroški gradnje.

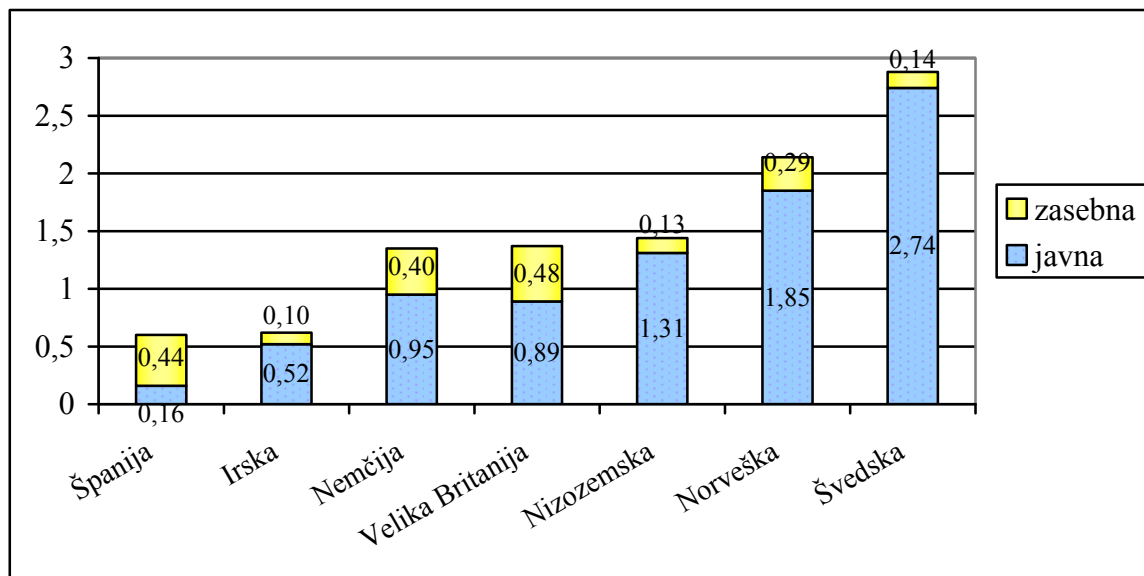
Tabela 3.1: Izdatki za dolgotrajno oskrbo starejših, % BDP, leto 2004 in projekcija za 2050

Država	2004	2050	Predvideni porast izdatkov 2004-2050
Avstrija	0,6	1,5	0,9
Belgija	0,9	1,9	1,0
Češka	0,3	0,7	0,4
Danska	1,1	2,2	1,1
Finska	1,7	3,5	1,8
Francija	0,3	0,5	0,2
Irska	0,6	1,2	0,6
Italija	1,5	2,2	0,7
Luksemburg	0,9	1,5	0,6
Madžarska	0,6	1,2	0,6
Nizozemska	0,5	1,1	0,6
Poljska	0,1	0,2	0,1
Slovenija	0,9	2,1	1,2
Švedska	3,8	5,5	1,7
Velika Britanija	1,0	1,8	0,8
EU-25	0,9	1,6	0,7

Vir: Evropska Komisija 2008a, 9

V večini evropskih držav predstavljajo javni izdatki večji delež izdatkov za dolgotrajno oskrbo starejših (graf 3.1).

Graf 3.1: Javna in zasebna sredstva za dolgotrajno oskrbo starejših, kot % BDP, leto 2000



Vir: Huber in Hennessy 2005, 26

Na splošno lahko sisteme financiranja sistemov dolgotrajne oskrbe starejših razdelimo na dve glavni skupini, in sicer na sisteme, kjer je večinski vir sredstev obvezno socialno zavarovanje in na sisteme, ki se večinoma financirajo iz davkov. Pri državah, kjer so glavni vir financiranja davki, se države med seboj močno ločijo pri razdeljevanju teh sredstev, saj se v nekaterih sredstva delijo preko socialnih pomoči po principu preverjanja prihodkov, medtem ko so v drugih pravice univerzalne in odvisne samo od potrebe po pomoči, ne pa od prihodkov.

V mnogih evropskih državah (Francija, Luksemburg, Avstrija, Poljska, Švedska in Velika Britanija) predstavljajo vedno večji delež izdatkov za socialno varnost denarni prejemki, namenjeni plačilu dolgotrajne oskrbe. Gre za denarna sredstva, do katerih so upravičene osebe, ki se znajdejo v situaciji potrebe po pomoči, zagotavljajo pa se iz proračuna (Huber 2007, 19). Med posameznimi državami, ki stroške dolgotrajne oskrbe starejših financirajo iz davkov, so razlike v tem, kdo je upravičen do teh sredstev, kako jih lahko porabi in za kako visoke zneske gre. V večini držav ta sredstva dobi v roke oseba, ki potrebuje pomoč, v posameznih državah (Finska, Velika Britanija, Belgija, Avstralija) pa se jih odobri osebi, ki potrebuje nego, izplača pa se jih neposredno njenemu negovalcu. Nadalje je lahko prejemek enak za vse upravičence, lahko pa je njegova višina odvisna od ugotovljene stopnje potrebe po pomoči. Prav tako je v nekaterih državah višina prejemkov enotna za vso državo, v drugih

pa se lahko njihova višina razlikuje po pokrajinah oziroma občinah (Glendinning in McLaughlin 1993; Sipilä 1993; Jenson in Jacobzone 2000).

Prednost sistema, kjer denar dobi v roke oseba, ki potrebuje nego (neposredno financiranje), je v tem, da to posamezniku omogoča, da se sam odloči kako bo porabil ta sredstva (Österle 2002, 15). Tak sistem zagotavlja več neodvisnosti in partnerstvo med izvajalci in uporabniki (Flaker in drugi 2008, 22). Seveda je tukaj na mestu pomislek, da lahko pride do zlorab in negativnega vpliva na kakovost oskrbe, saj je vprašanje ali je oseba, ki potrebuje pomoč, sposobna izbrati kakovostnega negovalca, vendar pa številne raziskave (Badelt in Holzmann 1993, Nemeth in Pochobradsky 2002 v Huber in Hennessy 2005, 60) kažejo, da dejstvo, da si lahko prejemniki denarnih sredstev sami izberejo vrsto pomoči, ki jo bodo prejeli, ne vpliva na kakovost storitev, ki jih prejema.

Drugi način financiranja stroškov dolgotrajne oskrbe starejših temelji na obveznem zavarovanju, kar pomeni, da morajo vsi zaposleni redno plačevati prispevke. Primeri držav, ki so uvedle tako zavarovanje so Nemčija, Luksemburg in Japonska. Po tej poti bo šla tudi Slovenija, saj si je država v Resoluciji o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2006-2010 (Ur. l. RS 39/2006), kot enega izmed prioritarnih ciljev zastavila pripravo zakona o zavarovanju za dolgotrajno oskrbo.

Prva država, ki je uvedla posebno zavarovanje za dolgotrajno oskrbo kot novo področje socialnega zavarovanja, je bila Nemčija. Tam je bilo tovrstno zavarovanje uzakonjeno že leta 1994 in sicer kot javno, solidarnostno in obvezno zavarovanje, v katerega se morajo vključiti vse osebe, ki so obvezno zdravstveno zavarovane. Upravičenci iz zavarovanja imajo pravico izbire med različnimi službami in izvajalci, ki opravljajo storitve zdravstvene nege in oskrbe. Prednost se daje oskrbi na domu, ki zahteva sodelovanje družinskih članov, svojcev in okolice. Cilj takšne usmeritve je osebo, ki potrebuje oskrbo, čim dlje zadržati v domačem okolju. Zakon daje prednost delni stacionarni dnevni ali nočni oskrbi ter premostitveni oskrbi pred popolno stacionarno oskrbo (Toth 2003, 286), posebno mesto pa daje tudi delu družinskih negovalcev in poskuša spodbujati svojce, da bi se pogosteje odločili, da bodo negovali svoje bližnje (Morel 2008, 95-96).

V nemškem sistemu obveznega zavarovanja za dolgotrajno oskrbo je upravičenost do pomoči (le-ta se lahko zagotavlja v obliki denarnih sredstev, storitev ali pa kot kombinacija obojega)

odvisna izključno od stopnje potrebe po pomoči in od tega ali oseba živi na svojem domu ali v domu za starejše. Denar se izplačuje neposredno zavarovancu, z njim pa le-ta lahko bodisi poplača delo družinskega člana ali pa drugega negovalca. V prvih letih po sprejetju zakona se je za denarno nadomestilo odločilo okoli 84 % oseb, do leta 2001 pa se je ta odstotek znižal na 72,6 %, kar pomeni, da prihaja do premika od pomoči v obliki denarnih sredstev k pomoči v obliki storitev oziroma k kombinirani obliki (Lundsgaard 2005, 27).

Toth (2003, 289) meni, da so v Nemčiji z zavarovanjem za dolgotrajno oskrbo omogočili pravično in dokaj enakomerno dostopnost te oblike socialne varnosti vsem zavarovancem, ki potrebujejo oskrbo. Meni, da zavarovanje v pravicah izenačuje tiste osebe, ki so oskrbe deležne v institucijah (domovi za ostarele, negovalne bolnišnice) in osebe, ki ostanejo v domačem okolju ter vzpodbuja oskrbo na domu, kar je za zavarovanca primernejše, za državo pa cenejše.

Pri uvajanju zavarovanja za dolgotrajno oskrbo pa so se v Nemčiji soočali tudi z določenimi težavami. Morel (2008, 95-96) ugotavlja, da se je od vzpostavitve tega zavarovanja, kot posledica večje količine razpoložljivih sredstev za nego, strmo povečalo povpraševanje po storitvah pomoči na domu, vendar pa temu povečevanju ni sledilo ustrezno povečevanje ponudnikov negovalnih storitev (usposobljenega kadra), tako da znaten del storitev opravi neusposobljen kader.

3.5 INSTITUCIONALNO VARSTVO STAREJŠIH

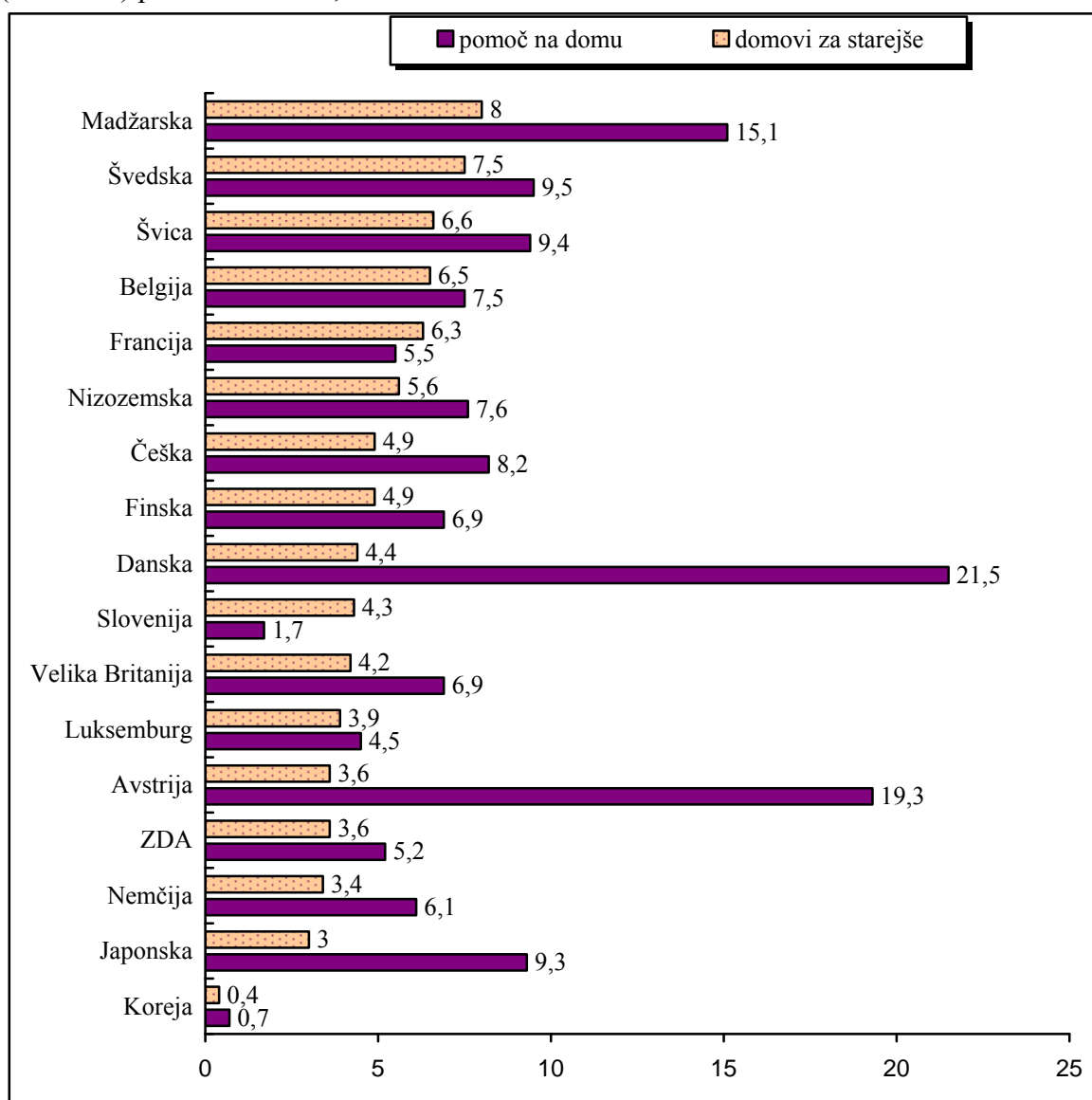
V Evropi obstajajo različne oblike institucionalnega varstva starejših (domovi za starejše, negovalni domovi, oskrbovani domovi, domovi za osebe z diagnozo demence, itd.), ki jih zagotavljajo javni, zasebni, profitni in neprofitni izvajalci. Prevladujejo javni ponudniki storitev in nevladne organizacije. Največ starostnikov živi v institucionalnem varstvu v skandinavskih državah, najmanj pa v državah južne Evrope. Razlogi za razlike v številu populacije v institucionalni obliki varstva starejših so številni, od zgodovinskih, političnih, do ekonomskih. Na splošno v domovih za starejše živi le manjši odstotek starejše populacije, delno zaradi tega, ker večina ljudi želi čim dlje ostati na svojih domovih, delno pa tudi zaradi tega, ker je bivanje v domovih zelo draga oblika pomoči (Huber 2007, 14).

V vseh državah se povišuje povprečna starost oskrbovancev in stopnja njihove odvisnosti, prav tako pa tudi število oseb z demenco, v vseh oblikah institucionalnega varstva. Kljub temu, da glavnino ponudbe v domovih za starejše in pomoči na domu zagotavlja javni sektor, v številnih državah (Avstrija, Finska, Nemčija, Grčija, Irska, Italija, Luksemburg, Nizozemska, Norveška, Poljska, Velika Britanija, Slovenija) narašča pomen zasebnega sektorja. Mestheneos in Triantafillou (2005) ugotavljata, da se storitev zasebnih (profitnih) izvajalcev večinoma poslužujejo premožnejši starostniki.

V večini evropskih držav je opazen trend zmanjševanja odstotka starostnikov, ki živijo v institucijah. Na Nizozemskem se je ta odstotek znižal z 7,6 % v letu 1995 na 5,6 % leta 2004, na Švedskem pa v istem obdobju z 8,8 % na 7,5 %. Delež starostnikov v institucijah se je v istem obdobju povečal v Avstriji, Nemčiji, Luksemburgu in na Japonskem. Povečanje števila starostnikov v institucionalnem varstvu v teh državah sovpada z uvedbo programov zavarovanja za dolgotrajno oskrbo (Avstrija 1993, Nemčija 1995, Luksemburg 1998, Japonska 2000), ki je zmanjšalo direktni finančni pritisk na posameznike in jim zagotovilo dodatna finančna sredstva, s katerimi si lahko zagotovijo potrebno pomoč (OECD 2007, 96).

Kot vidimo iz grafa 3.2, večina držav svojim, od pomoči druge osebe odvisnim starostnikom, glavnino pomoči nameni v obliki pomoči na domu. Izjemi sta Francija in Slovenija, kjer je v institucionalno varstvo vključenih več starostnikov, kot pa jih prejema pomoč na svojem domu. Za Slovenijo je značilen zelo nizek odstotek starostnikov, ki prejemajo pomoč na domu, medtem ko je odstotek oseb v institucionalnem varstvu primerljiv z drugimi državami.

Graf 3.2: Odstotek starejših od 65 let, ki živijo v institucijah in odstotek oseb, ki prejemajo (formalno) pomoč na domu, leto 2004



Vir: OECD 2007, 97; Apohal Vučkovič in drugi 2008, 47

Za uporabnike storitev institucionalnega varstva starejših pa ni pomemben samo podatek o kapaciteti te storitve, pač pa je vsaj toliko pomemben tudi podatek o kvaliteti storitev in standardu bivanja. Čeprav je npr. odstotek oseb vključenih v institucionalno varstvo starejših na Švedskem in na Madžarskem približno enak, pa je sama kakovost bivanja in storitev neprimerljiva. V švedskih domovih za starejše je bivalni standard, v primerjavi z standardom v madžarskih domovih, precej višji. Nasploh imajo na Švedskem in na Norveškem, kjer imajo praktično skoraj vsi negovalni domovi enoposteljne sobe ali apartmaje, starostniki na voljo višji bivalni standard, kot v mnogih drugih državah, kjer imajo še vedno tudi - dvo in - več posteljne sobe. Z izjemo Švedske in Norveške, kjer je pravica do enoposteljne sobe zakonska

pravica, povprečno število oseb na sobo v negovalnih domovih variira od 1,4 v Nemčiji, 2 na Nizozemskem ali še več v drugih državah (Huber 2007, 13-14).

Tabela 3.2: Povprečno število oseb v sobi v domovih za stare

	Leto	Povprečno število oseb v sobi	Odstotek vseh stanovalcev v x-posteljnih sobah				
			Eno-	Dvo-	Tri-	Štiri-	Pet- in več
Avstrija	2003	1,44	61	17	4	14	4
Nemčija	2001	1,40	47	49	3		1*
Japonska	2002	2,80	10	13	4	70	3
Nizozemska	2000	2,00	22	35	4	33	6
Norveška	2002	1,08	80	20	0	0	0
Slovenija	2006	/	23	48	14		15*
Švedska	2003	/	97			3**	
Velika Britanija	2003	/	84			16**	

Vir: Huber in Hennessy 2005, 77; Skupnost socialnih zavodov Slovenije 2007, 14

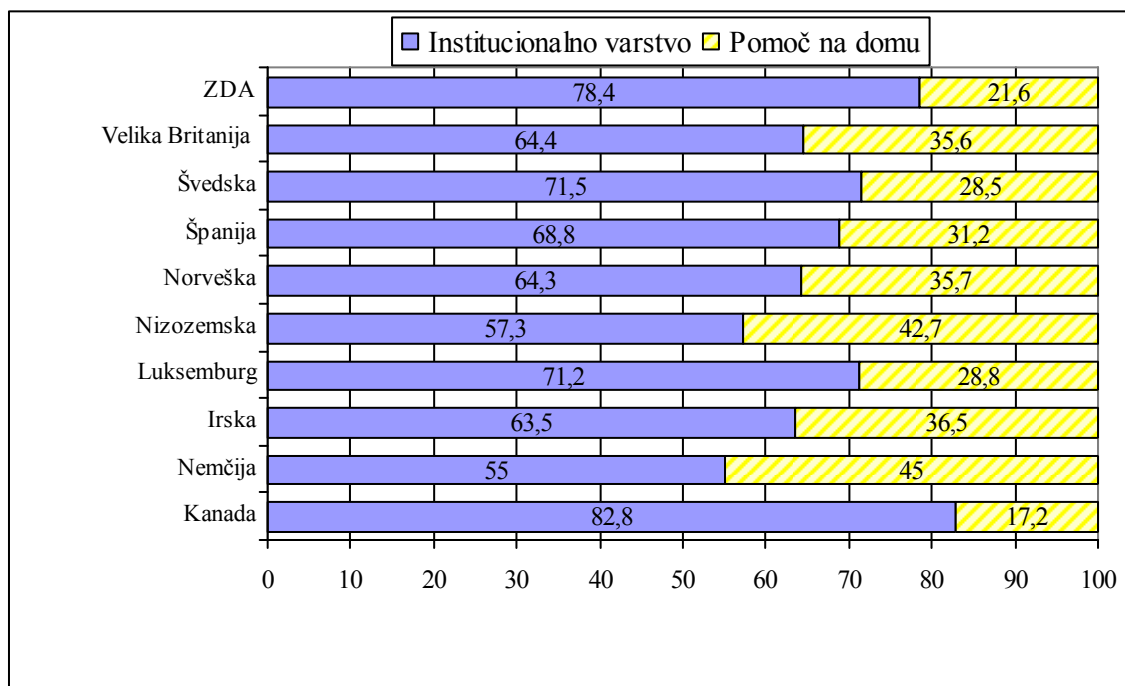
* podatek za štiri- in več- posteljne sobe

** podatek za dvo- in več- posteljne sobe

V mnogih državah je trend prehoda iz institucionalnega varstva k pomoči na domu, vendar pa se število postelj v domovih za starejše kljub temu ne zmanjšuje. Nekatere države z visoko stopnjo javnega financiranja institucionalnega varstva starejših (Avstrija, Danska, Švedska) ne povečujejo števila postelj v domovih za starejše, pač pa uvajajo druge oblike pomoči. Na Danskem so že v osemdesetih letih prejšnjega stoletja z zakonom ukinili gradnjo novih domov za starejše in jih začeli nadomeščati z oskrbovanimi stanovanji (bodisi z gradnjami novih objektov ali pa z adaptacijami obstoječih domov za starejše), z dnevnimi centri in z uvedbo 24-urne brezplačne pomoči na domu (Colmorton 2004, 149-150). Swane (1994, 108-111) ugotavlja, da je proces deinstitutionalizacije potekal prehitro, kar je privedlo do situacije, ko se je število postelj v institucijah zmanjševalo precej hitreje, kot pa so se lahko razvijale službe 24-urne pomoči na domu in dnevni centri.

Iz grafa 3.3 je razvidno, da v vseh državah, kljub temu, da večina upravičencev do storitev dolgotrajne oskrbe prejema pomoč na domu in kljub vedno večjemu pomenu, ki ga države dajejo pomoči na domu, izdatki za institucionalno varstvo še vedno predstavljajo večino vseh izdatkov za dolgotrajno oskrbo starejših. To kaže na dejstvo, da je institucionalno varstvo starejših draga oblika pomoči starejšim.

Graf 3.3: Struktura izdatkov za dolgotrajno oskrbo starejših, med vsemi javnimi sredstvi za dolgotrajno oskrbo starejših, leto 2000



Vir: Huber 2005, 26

Kot posledica staranja prebivalstva in vedno večjega števila starih ljudi, ki potrebujejo veliko pomoči, se v večini držav srečujejo s pomanjkanjem kapacitet v domovih in s čakalnimi vrstami. To še posebej velja za specializirane enote za osebe z demenco in za nove domove, ki nudijo višji standard bivanja. S problemom čakalnih vrst za sprejem v dom za starejše se države spopadajo na različne načine. Na Švedskem so občine (ki so po zakonu dolžne zagotavljati ustrezno število kapacitet institucionalnega varstva starejših) zakonsko obvezane plačevati stroške za tiste starostnike, ki po končanem zdravljenju zasedajo posteljo v bolnišnici, mesta v domu za starejše pa zaradi pomanjkanja kapacitet ne morejo dobiti (Johansson in Sundström 1994, 89-90). Po zgledu Švedske je podobno ureditev uvedla tudi Velika Britanija (Huber 2007, 19).

V večini držav so zasebna gospodinjstva oz. družine tiste, ki nosijo glavnino bremen financiranja dolgotrajne oskrbe starejših, bodisi v obliki (do)plačil javnih storitev ali pa plačil v celoti (Huber 2007, 22). Tako je tudi v državah, ki zagotavljajo univerzalno pravico do storitev dolgotrajne oskrbe, saj morajo tudi tam uporabniki poravnati vsaj stroške nastanitve in prehrane v domovih za starejše (t.i. »hotelske stroške«), torej stroške, ki bi jih imeli tudi, če bi bivali na svojem domu (Merlis 2004, 19).

3.6 DOLGOTRAJNA OSKRBA STAREJŠIH: PRIMER AVSTRIJE IN FINSKE

3.6.1 Dolgotrajna oskrba starejših v Avstriji

Za Avstrijo, ki spada med države z Bismarckovim tipom sistema blaginje, in kjer so za razvoj mreže ponudnikov storitev za uporabnike (sem spadajo storitve v domačem okolju, institucionalne in kombinirane oblike storitev), po zakonu odgovorne pokrajine, je značilno, da dolgotrajna oskrba starejših temelji na denarnih prejemkih, kateri se zagotavljajo tako iz zveznega proračuna, kot iz deželnih proračunov. Avstrija je skupaj z Nemčijo v vrhu evropskih držav, ki svojim državljanom zagotavljajo večino pomoči v denarju. Med sredstvi, ki jih v Avstriji namenijo področju socialnega varstva, predstavlja pomoč v denarju 70 %, medtem ko samo 30 % izdatkov predstavlja pomoč v storitvah, pri čemer gre predvsem za storitve na področju zdravstva, v negovalnih domovih za starejše in v vrtcih (Schenk 2007, 1).

Tabela 3.3: Razmerje med pomočjo v denarju in pomočjo v storitvah, ter deležem (do)plačljivih in brezplačnih storitev

	razmerje med pomočjo v denarju in pomočjo v storitvah	razmerje med (do)plačljivimi storitvami in brezplačnimi storitvami
EU-15	69 : 31	/
Avstrija	70 : 30	74 : 26
Nemčija	70 : 30	70 : 30
VB	64 : 36	43 : 57
Švedska	58 : 42	39 : 61

Vir: Schenk 2007, 1

Poseben zakon (*»Bundespflegegeldgesetz«*, sprejet leta 1993) določa, da so do denarnih prejemkov upravičene osebe, ki potrebujejo stalno osebno oskrbo, pomoč in asistenco zaradi mentalne, telesne ali senzorne prizadetosti, za katero se pričakuje, da bo daljša od 6 mesecev. Obseg potrebne pomoči osebi mora presegati 50 ur na mesec, osebe pa morajo imeti tudi stalno prebivališče v Avstriji (Jenson in Jacobzone 2000, 22; Grilz-Wolf in drugi 2004, 97). Denarne prejemke se podeljuje v sedmih različnih višinah, in sicer glede na ugotovljeno potrebo po pomoči, ki je definirana tako kot potreba po zdravstveni negi, kot tudi potreba po socialni oskrbi. Upravičenost do denarnih prejemkov ni pogojena s starostjo in ne temelji na preverjanju prihodkov. Denar se izplača osebi, ki potrebuje pomoč, le-ta pa lahko z njim

prosto razpolaga in si sama izbere obliko pomoči, ki jo želi. Če oseba, ki je upravičena do denarnih prejemkov živi v domu za starejše, ji mora po plačilu stroškov oskrbe določena vsota ostati za žepnino (Schenk 2007, 2). Denar lahko osebe, ki potrebujejo pomoč, namenijo tudi za plačilo družinskega oskrbovalca (Badelt in Holzmann 1993, Evers in drugi 1994, Grilz-Wolf in drugi 2004, Da Roit in drugi 2008). Višina denarnih prejemkov je odmerjena tako, da ne zadoščajo za kritje vseh stroškov oskrbe (Fernández in drugi 2009, 15).

Raziskave (Badelt 1997, Nemeth 2002 v Grilz-Wolf in drugi 2004, 109) kažejo, da okoli 90 % upravičencem do denarnih prejemkov večino pomoči zagotavljajo družinski člani, v večini primerov hčerke in snahe. Med vsemi zaposlenimi osebami v Avstriji jih okoli 1,5 % skrbi še za ostarelega sorodnika. Med osebami, ki negujejo družinskega člana, jih je bilo okoli 25 % primoranih pustiti redno zaposlitev, saj je ponudba formalnega sektorja pomoči v Avstriji zelo omejena in v situaciji, ko je zakonski partner živ ali pa onemogla oseba živi z drugim družinskim članom, le dve osebi izmed petih poiščeta pomoč še izven družine (Jenson in Jacobzone 2000, 31).

Konec leta 2005 je v Avstriji denarne prejemke za zagotavljanje storitev oskrbe starejših prejemale več kot 381.000 oseb oziroma okoli 4,8 % vse populacije. Leta 2003 je bilo skoraj 90 % prejemnikov denarnih sredstev starejših od 65 let (Petzl 2003 v Grilz-Wolf in drugi 2004, 104), okoli 80 % prejemnikov pa je bilo starejših od 80 let (Da Roit in drugi 2008, 124). Med prejemniki denarnih prejemkov jih 25 % prejema pomoč na domu, 15 % jih biva v domovih za starejše in v negovalnih domovih, medtem ko jih okoli 5 % poišče pomoč na sivem trgu. Na slednjem svoje usluge nudijo predvsem tujci, ki so pripravljeni za nizko plačilo delati tudi ob terminih, ko formalne pomoči ni na voljo. Večinoma gre za osebe ženskega spola, ki prihajajo iz sosednjih držav, predvsem Slovaške (Schenk 2007, 5).

V Avstriji predstavljajo pomembno interesno skupino pri zagotavljanju oskrbe starejšim neprofitne organizacije, kot so Rdeči križ, Karitas in Diakonie, ki so z nekaj izjemami (Rdeči križ), vse povezane bodisi s cerkvenimi organizacijami, bodisi s političnimi strankami. Prav slednje je avstrijska specifika, saj je avstrijska družba močno razdeljena in posledično so vsa področja družbenega življenja (šole, upokojenske organizacije, športna društva, ...) povezana z eno ali drugo politično opcijo (Grilz-Wolf in drugi 2004, 109).

Na področju institucionalnega varstva starejših obstaja močna tradicija prostovoljnih neprofitnih organizacij. Več kot 26 % vseh domskih kapacitet zagotavljajo neprofitne organizacije (45 % vseh mest v domovih za starejše in 25 % vseh mest v negovalnih bolnišnicah), 53 % jih zagotavlja javni sektor - občine in pokrajine (46 % vseh mest v domovih za starejše in 67 % mest v negovalnih bolnišnicah), okoli 21 % pa manjši profitni izvajalci (10 % vseh mest v domovih za starejše in 8 % v negovalnih bolnišnicah) (Badelt 1999 v Grilz-Wolf in drugi 2004, 107; Schenk 2007, 3). Med posameznimi pokrajinami in občinami obstajajo velike razlike, tako v kvaliteti, kvantiteti, kot tudi v pokritosti. Dnevni centrov, možnosti kratkotrajnih namestitev in varstva čez dan je zelo malo (Grilz-Wolf in drugi 2004, 107-110).

Institucionalnega varstva naj bi se posluževale le osebe, ki potrebujejo pomoč ali nego in je ne morejo dobiti na svojem domu, zato posledično v domove za starejše odhajajo predvsem osebe, ki potrebujejo veliko pomoči. Povprečna starost stanovalcev v domovih za starejše je preko 80 let. Tudi tisti domovi za starejše, ki so bili prvenstveno namenjeni bivanju samostojnih stanovalcev, svoje kapacitete vse bolj prilagajajo in običajne oddelke spreminjajo v negovalne oddelke. Tako danes skoraj vsi avstrijski domovi za starejše razpolagajo tudi z negovalnimi posteljami oziroma z oddelki, namenjenimi negi. Podobna situacija je tudi v ostalih evropskih državah (Grilz-Wolf in drugi 2004, 109).

Tabela 3.4: Kapacitete v institucionalnem varstvu v Avstriji, leto 2002

Vsa populacija	8.123,093
število starejših od 65 let	1.244,718
število starejših od 75 let	583,402
skupaj mest v vseh institucijah	68,511
mest v domovih za starejše	18,004
negovalne bolnišnice	49,769
začasne namestitve	738
število vseh institucij	740

Vir: Grilz-Wolf in drugi 2004, 107

3.6.2 Dolgotrajna oskrba starejših na Finskem

Finska je predstavnica skandinavskega sistema blaginje, za katerega so značilni princip univerzalnosti, močan javni sektor, financiranje iz davkov, enakost in relativno visoki socialni korektivi. Glavno vlogo na področju socialne zaščite igra javni sektor. Odgovornost za delovanje sistema socialnega in zdravstvenega varstva, torej tudi za področje varstva starejših, nosijo občine. Sredstva iz pobranih davkov predstavljajo glavnino sredstev, ki jih občine namenjajo za zagotavljanje storitev dolgotrajne oskrbe starejših. Občinam, ki nimajo dovolj lastnih sredstev, s subvencijami pomaga država. Te subvencije predstavljajo približno 33 % vseh stroškov občinskih socialnih in zdravstvenih storitev (Salonen in Haverinen 2004, 181-188).

Prevladujoče oblike dolgotrajne pomoči starejšim na Finskem sestavljajo oskrba na domu, stanovanjske namestitve, institucionalno varstvo in pomoč družinskim oskrbovalcem. Cilj socialne politike na področju varstva starejših je ohranjanje funkcionalne sposobnosti in neodvisnosti ter omogočiti starejšim, da bi lahko čim dlje živeli na svojem domu, v krogu svoje družine. Institucionalno varstvo je namenjeno predvsem osebam katerim 24-urna oskrba na domu ali v oskrbovanih stanovanjih ne zadošča več. Storitve institucionalnega varstva izvajajo domovi za starejše, negovalni domovi, negovalne bolnišnice in specializirani bolnišnični oddelki (Hansson 2007, 1).

V letu 2000 je javni sektor opravil 78 % vseh socialnih storitev, 17 % so jih opravile nevladne organizacije, 5 % pa zasebni izvajalci (Salonen in Haverinen 2004, 192). Storitve institucionalnega varstva starejših večinoma zagotavlja javni sektor, poleg njega pa te storitve izvajajo še nevladne organizacije in zasebna podjetja, pri čemer delež slednjih predstavlja manj kot 10 %. Krepi pa se pomen zasebnih izvajalcev oskrbe na domu (občine pogosto najemajo zunanje izvajalce) in med oskrbovalci varovanih stanovanj, kjer je zasebnikov že okoli 50 % (Hansson 2007, 2). Podobna je situacija na zdravstvenem področju, saj je leta 2001 javni sektor opravil 81 % vseh zdravstvenih storitev, 3 % storitev so opravile nevladne organizacije, 16 % pa zasebni izvajalci, pri čemer se vloga zasebnega sektorja vseskozi povečuje (Salonen in Haverinen 2004, 192).

Domovi za starejše, ki so bili v začetni fazi namenjeni revežem in ostarelim brez svojcev, so v petdesetih letih prejšnjega stoletja, ko so se v njih začeli seliti tudi premožnejši sloji

prebivalstva, počasi začeli izgubljati svoj negativni predznak. Vrhunec je institucionalno varstvo starejših doseglo v osemdesetih letih, nato pa se je v devetdesetih letih začela pojavljati politika deinstitutionalizacije, kar je posledično pomenilo manj postelj v domovih za starejše. V starostni skupini nad 85 let se je število stanovalcev v domovih za starejše med leti 1990 in 1996 zmanjšalo za 19 % in v starostni skupini 75-84 let za 20 %. Ta upad kapacitet v domovih je nadomestila večja ponudba varovanih stanovanj in večje kapacitete storitev oskrbe na domu (Jenson in Jacobzone 2000, 64), tako da se je število uporabnikov oskrbovanih stanovanj v tem obdobju povečalo za 170 % (Järvelin 2002, 64). Kljub temu, da po finski zakonodaji otroci niso odgovorni za negovanje svojih onemoglih staršev, starejši največ pomoči dobijo v krogu svoje družine, sorodnikov in prijateljev (Chartreau in drugi 2005, 173).

Tabela 3.5: Skrb za starejše na Finskem, 1995-2005

	1995	2000	2004	2005
% starejših od 75 let, ki živijo doma	/	89,8	89,7	89,6
stanovalci domov za starejše (skupaj)	23.088	21.325	20.052	19.488
nad 65 let	22.546	20.630	19.424	18.898
% populacije nad 65 let	3,1	2,7	2,3	2,2
nad 75 let	19.535	18.093	17.246	16.878
% populacije nad 75 let	6,5	5,3	4,5	4,3
negovalni oddelki v zdravstvenih centrih				
nad 65 let	12.255	12.164	11.102	11.198
% populacije nad 65 let	1,7	1,6	1,3	1,3
nad 75 let	10.312	10.360	9.602	9.758
% populacije nad 75 let	3,4	3,0	2,5	2,5
oskrbovana (varovana) stanovanja (skupaj)	14.661	22.189	25.897	25.949
nad 65 let	13.990	21.205	24.584	24.782
% populacije nad 65 let	1,9	2,7	3,0	2,9
oskrbovana stanovanja s 24-urno asistenco (% izmed vseh)	/	32,9	55,2	63,6
oskrbovanci	/	7.302	14.297	16.497
oskrbovanci starejši od 65 let	/	6.799	13.551	15.639

Vir: Stakes 2007, 14-15

Osebe, ki zaradi s starostjo povezanih težav potrebujejo pomoč druge osebe, so upravičene do denarnih prejemkov, pri čemer sredstva prejme negovalec in ne oseba, ki potrebuje pomoč. Upravičenost do teh sredstev in njihova višina nista odvisna od premoženja in prihodkov osebe, pač pa samo od tega, koliko pomoči ta oseba potrebuje. Leta 1998 je bilo do takšnih prejemkov upravičenih 145.000 oseb (Linehan 2006, 149). Plačilo storitve institucionalnega varstva je odvisno od uporabnikovih prihodkov in je enako v socialnih in v zdravstvenih ustanovah. Starostnik, ki živi v domu za starejše mora za plačilo stroškov nameniti do 80 % svojih prihodkov (Häkkinen in drugi 2007, 8). Doplačila uporabnikov so leta 2000 pokrila 20 % stroškov zdravstvene nege in 16 % stroškov pomoči na domu (NOSOSCO 2003, 105).

3.6.3 Sklep

Če primerjamo ureditev dolgotrajne oskrbe starejših na Finskem in v Avstriji lahko ugotovimo, da finski sistem temelji na zagotavljanju storitev, medtem ko avstrijski sistem temelji na denarnih prejemkih. V obeh državah večino formalne pomoči zagotavlja javni sektor, pri čemer Finska za zagotavljanje storitev dolgotrajne oskrbe starejših nameni skoraj trikrat več sredstev, merjeno v % BDP. Za zagotavljanje storitev so v obeh državah odgovorne občine oziroma pokrajine. Avstrija je za financiranje storitev dolgotrajne oskrbe starejših iz proračuna zagotovila poseben vir sredstev, ki jih upravičenci lahko po svoji izbiri namenijo za plačilo oskrbe. Denarne prejemke, do katerih so upravičene osebe, ki potrebujejo pomoč pri opravljanju vsakodnevnih življenjskih aktivnosti, poznajo tudi na Finskem, vendar gre tukaj za precej nižje zneske. Na Finskem denarna sredstva dobi v roke negovalec in ne oseba, ki potrebuje pomoč. V institucionalnem varstvu starejših v obeh državah živi približno enak odstotek oseb starejših od 65 let, upravičenci do te storitve pa so osebe, katerim druge oblike pomoči, predvsem pomoč na domu, ne zadoščajo več. V obeh državah so stanovalci domov za starejše dolžni kriti vsaj stroške bivanja oziroma tako imenovane »hotelske stroške«. Razlike med državama so v zakonski ureditvi odgovornosti skrbi za starše, saj so v večini avstrijskih zveznih dežel otroci dolžni skrbeti za svoje starše, medtem ko na Finskem ne poznajo takšne zakonske odgovornosti. Kljub temu v obeh državah večino dela na področju dolgotrajne oskrbe starejših opravi družina oziroma svojci osebe, katera potrebuje pomoč.

4 DOLGOTRAJNA OSKRBA STAREJŠIH V SLOVENIJI

Področje dolgotrajne oskrbe starejših v Sloveniji ni enotno zakonsko urejeno, saj ga urejajo različni področni zakoni (Zakon o socialnem varstvu, Zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju, Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, Zakon o vojnih veteranih in vojnih invalidih, Zakon o družbenem varstvu duševno in telesno prizadetih oseb), določen del področja pa je sistemsko neurejen oziroma obstaja pravna praznina (Ministrstvo za zdravje 2006).

Po Zakonu o socialnem varstvu (Ur. l. RS 54/1992) sodijo med storitve, ki so jih lahko deležni v pretežni meri bolni, invalidni in starejši ljudje pomoč na domu, ki obsega socialno oskrbo upravičenca v primeru invalidnosti, starosti ter v drugih primerih, ko socialna oskrba lahko nadomesti institucionalno varstvo, socialni servis, ki obsega pomoč pri hišnih in drugih opravilih v primeru otrokovega rojstva, bolezni, invalidnosti, starosti in v nekaterih drugih primerih ter institucionalno varstvo, kot oblika nadomeščanja in dopolnjevanja funkcij doma in lastne družine, zajema pa osnovno oskrbo, socialno oskrbo in zdravstveno varstvo.

Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve, ki v Sloveniji usmerja politiko na področju varstva starejših na podlagi petletnih strategij varstva starejših, v zadnjem času uvaja tudi nove storitve na področju skrbi za starejše, med katerimi je tudi opravljanje institucionalnega varstva v drugi družini, z namenom pridobiti nove izvajalce varstva v družini, ki ni sestavljena iz družinskih članov upravičenca, povečevanjem kapacitet oskrbovanih stanovanj in dnevnih centrov. V okviru institucionalnega varstva se ustanavlja manjše bivalne enote in stanovanjske skupine, uvedena je bila tudi pravica do družinskega pomočnika (Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve 2009c).

Na zdravstvenem področju Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Ur. l. RS 72/2006) zagotavlja vsem zavarovanim osebam v okviru zdravstvenega zavarovanja plačilo stroškov za zdravljenje in zdravstveno nego na domu ter v socialnovarstvenih zavodih. Po Zakonu o zdravstveni dejavnosti (Ur. l. RS 36/2004) se zdravstvena nega in rehabilitacija izvajata na primarni, sekundarni in terciarni ravni. Izvajalci zdravstvenih storitev v okviru integrirane oskrbe so oddelki za neakutno bolnišnično obravnavo, ki so namenjeni zdravstveni negi, delno nadaljevanju zdravljenja, rehabilitaciji ali paliativni oskrbi ter patronažno varstvo, ki izvaja zdravstveno nego na uporabnikovem domu.

4.1 PREVLADUJOČE OBLIKE DOLGOTRAJNE OSKRBE STAREJŠIH V SLOVENIJI

4.1.1 Pomoč na domu

Zakon o socialnem varstvu (Ur. l. RS 54/1992) v 15. členu določa, da pomoč družini zajema pomoč za dom, pomoč na domu in socialni servis. Pomoč družini na domu obsega socialno oskrbo upravičenca v primeru invalidnosti, starosti ter v drugih primerih, ko socialna oskrba na domu lahko nadomesti institucionalno varstvo, socialni servis pa pomoč pri hišnih in drugih opravilih v primeru otrokovega rojstva, bolezni, invalidnosti, starosti, v primeru nesreč ter v drugih primerih, ko je ta pomoč potrebna za vključitev osebe v vsakdanje življenje. V 43. členu zakon določa, da mrežo javne službe za pomoč družini na domu zagotavlja občina. Pravilnik o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev (Ur. l. RS 52/1995) določa, da lahko neposredno izvajanje storitve na upravičenca traja največ do 4 ure dnevno oziroma največ do 20 ur tedensko.

V skladu z 99. členom Zakona o socialnem varstvu (Ur. l. RS 54/1992) je občina obvezana financirati najmanj 50 % stroškov storitve. Če so pri izvajalcu tudi zaposleni na podlagi aktivne politike zaposlovanja (subvencionirane zaposlitve), posredno sofinancira storitev tudi Republika Slovenija oziroma v njenem imenu Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve. Razliko med celotnimi stroški storitve in občinsko subvencijo ter subvencijo Republike Slovenije plačajo uporabniki. Če uporabniki nimajo dovolj sredstev, doplačajo zavezanci oziroma lokalna skupnost. V povprečju so v letu 2008 občine zagotavljale 53,6 % subvencije k ceni storitve na uro, dodatno pa so za doplačila oziroma oprostitve prispevale še 6,2 % celotnih stroškov pomoči na domu. Tako so skupaj občine zagotavljale 59,8 % vseh sredstev za izvajanje pomoči na domu, 11,4 % sredstev je bilo zagotovljenih s strani države, 28,7 % pa so prispevali uporabniki. Povprečna potrjena cena (torej cena, ki jo plača uporabnik) storitve pomoči na domu na uro je v letu 2008 znašala 4,22 €, medtem ko je povprečen celoten strošek pomoči na domu na uro znašal 15 €. Leta 2008 so tri slovenske občine pomoč na domu izvajale brezplačno (Smolej in drugi 2008, 16-21).

Storitev pomoči na domu je leta 2008 mesečno prejemale povprečno 5.096 oseb starejših od 65 let, kar je predstavljalo 1,5 % oseb v tej starostni skupini. Med njimi je največ oseb starih

80 let in več, njihov delež je v prvi polovici leta 2008 znašal 53,4 % (Smolej in drugi 2008, 11-14).

4.1.2 Institucionalna mreža storitev za starejše

Institucionalna mreža storitev za starejše obsega tri oblike institucionalnega varstva in sicer dnevne centre, varovana oziroma oskrbovana stanovanja za starejše in domove za starejše.

Pravilnik o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev (Ur. l. RS 52/1995) določa, da je dnevno varstvo oblika institucionalnega varstva, namenjena posameznikom, ki še ne potrebujejo celodnevne, stacionarne oskrbe in si želijo oziroma potrebujejo pomoč, nadzor ali organizirano obliko bivanja le za določeno število ur dnevno. Dopolnjuje in razbremenjuje družinsko oskrbo ter podaljšuje bivanje ljudi v lastnih domovih. Osnovni pogoj za vključitev oseb v dnevno varstvo je, da se oskrbovanci dnevno vračajo domov. Večinoma se ta dejavnost izvaja v domovih za starejše, sredstva za izvajanje pa zagotavljajo uporabniki in lokalne skupnosti.

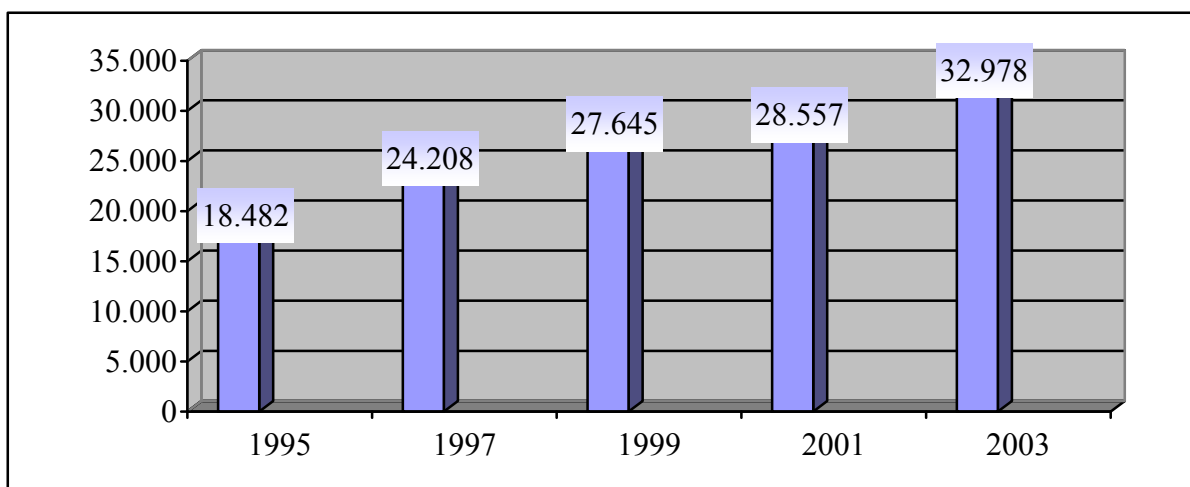
Oskrbovana stanovanja za starejše so stanovanja, ki so lokacijsko in funkcionalno prilagojena potrebam starejših in invalidnih oseb, v njih pa lahko stanovalci dobijo socialno in zdravstveno oskrbo 24 ur dnevno, preko celega leta in sicer iz določene ustanove, ponavadi so to domovi za starejše ali pa centri za pomoč na domu. Namenjena so osebam, ki se same ne morejo več v celoti oskrbovati ali negovati, kljub temu pa lahko še vedno živijo razmeroma samostojno življenje z večjo ali manjšo pomočjo strokovnega osebja. Varstvo v oskrbovanih stanovanjih obsega osnovno in socialno oskrbo ter zdravstveno varstvo in zdravstveno nego. Osnovna oskrba obsega pomoč pri bivanju (čiščenje, odnašanje smeti, postiljanje), organizirano prehrano (prinašanje obrokov, pomivanje posode) ter pomoč pri pranju, sušenju in likanju perila. V socialno oskrbo spadata pomoč pri vzdrževanju osebne higiene in izvajanju dnevnih opravil ter varstvo in pomoč pri ohranjanju socialnih stikov. Osnovno in dodatno socialno oskrbo plačujejo uporabniki oziroma svojci, zdravstvene storitve pa se zagotavljajo preko patronažne službe. Oskrbovana stanovanja ohranjajo prednosti bivanja v lastnem domu in so lahko lastniška ali pa najemna. Upravičenci v oskrbovanih stanovanjih imajo zagotovljeno tudi možnost uporabe celodnevne nujne pomoči preko klicnih centrov za pomoč na daljavo (Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve 2009a).

V 50. členu Zakona o socialnem varstvu (Ur. l. RS 54/1992) je določeno, da institucionalno varstvo starejših ljudi v Sloveniji opravljajo domovi za starejše občane. Namenjeni so predvsem starejšim, ki imajo določene zdravstvene težave ali pa so se iz različnih drugih razlogov odločili, da se preselijo v dom. Bivanje v domu je oblika življenja v zavodu, ki uporabnikom nadomešča ali dopolnjuje funkcijo doma ali lastne družine. Obsega osnovno oskrbo, socialno oskrbo in zdravstveno varstvo po predpisih s področja zdravstva. Za zagotavljanje mreže institucionalnega varstva je odgovorna država.

4.1.3 Zdravstvena nega na domu

Zdravstvena nega na domu se izvaja v okviru patronažnega varstva. Izvajalci storitev so zdravstveni domovi in zasebni izvajalci zdravstvene nege in patronažnega varstva na domu. Izvaja se tudi neakutna bolnišnična obravnava (obsega zdravstveno nego, podaljšano bolnišnično zdravljenje in paliativno oskrbo) na sekundarni ravni v negovalnih oddelkih in podaljšanem bolnišničnem zdravljenju. Zdravstvenih storitev rehabilitacije (fizioterapije ali delovne terapije) se na bolnikovem domu še ne izvaja. Obstoječe organizirane oblike ne omogočajo pokrivanja potreb prebivalstva po integrirani oskrbi, enaki dostopnosti, predvsem pa niso koordinirane (Ministrstvo za zdravje 2006, 34).

Graf 4.1: Število oseb, starih nad 60 let, ki jih je na njihovem domu negovala patronažna služba



Vir: Ministrstvo za zdravje 2006, 25

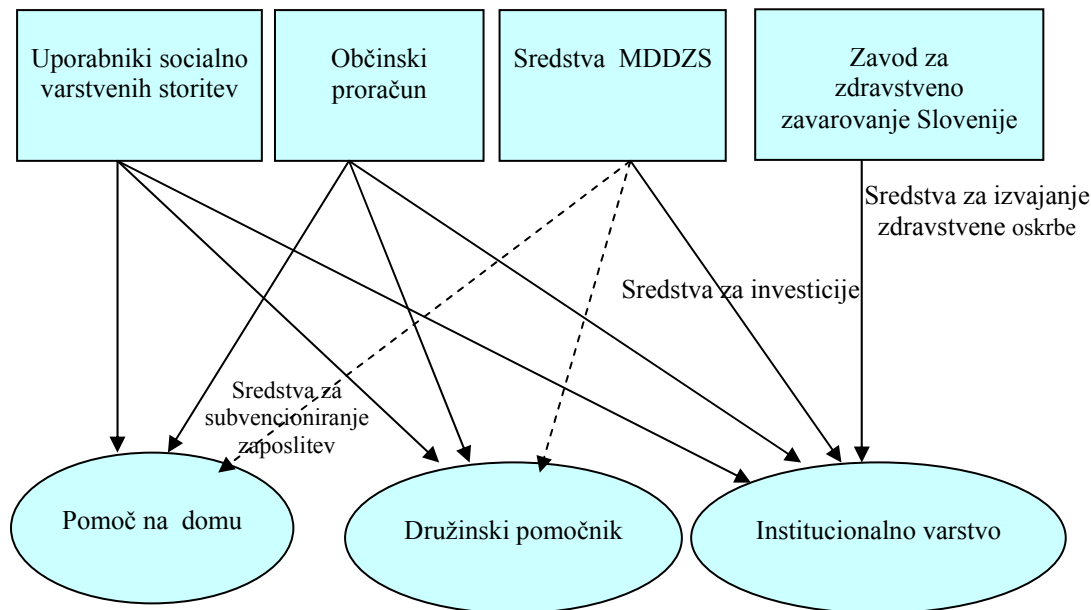
4.2 FINANCIRANJE DOLGOTRAJNE OSKRBE STAREJŠIH V SLOVENIJI

V Sloveniji nimamo enotno urejenega sistema financiranja dolgotrajne oskrbe starejših, kronično bolnih, invalidnih in oslabeledih oseb, ki pri opravljanju temeljnih življenjskih aktivnosti in ostalih dnevnih opravilih potrebujejo delno ali popolno pomoč druge osebe, ampak se različne storitve in prejemki zagotavljajo v okviru obstoječih sistemov socialne zaščite (zdravstvo, socialno varstvo, pokojninsko in invalidsko zavarovanje, skrb za vojne veterane). Osebe za katere se ugotovi, da potrebujejo tujo pomoč, lahko dobijo tudi denarne prejemke s katerimi si zagotavljajo neformalne oblike pomoči oziroma si (do)plačujejo formalne oblike pomoči. Do denarnih prejemkov so upravičeni prejemniki starostnih in invalidskih pokojnin, prejemniki denarnih socialnih pomoči, osebe, ki so zaradi težke invalidnosti nezaposljive ter vojni invalidi in vojaški veterani. Pravice (storitve in prejemki) se delno financirajo iz davkov, ki se zagotavljajo v državnem in občinskih proračunih, delno pa iz prispevkov za socialno zavarovanje, ki se zagotavljajo v okviru obveznega zdravstvenega zavarovanja, in obveznega pokojninskega in invalidskega zavarovanja (Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve 2008, 75).

Zakon o socialnem varstvu (Ur. l. RS 54/1992) v 98. členu določa, da se iz proračuna Republike Slovenije financirajo dejavnosti potrebne za delovanje in razvoj sistema socialnega varstva, socialna preventiva, prva socialna pomoč, pomoč družini za dom, izvrševanje javnih pooblastil, institucionalno varstvo, vodenje in varstvo ter zaposlitev pod posebnimi pogoji, denarna pomoč kot edini vir preživljanja, denarni dodatek, investicije v socialno varstvene zavode, skupne naloge socialnega varstva iz programa, ki ga vsako leto določi državni zbor, naloge socialne zbornice, prispevek delodajalcev za pokojninsko in zdravstveno zavarovanje rejnic in rejnikov, ki z osebnim delom samostojno kot edini ali glavni poklic opravljajo socialno varstvene storitve po tem zakonu. Iz proračuna občine se financirajo osebna pomoč in pomoč družini na domu (99. člen). Upravičenci in drugi zavezanci so dolžni plačati vse po tem zakonu opravljene storitve, razen storitev socialne preventive, prve socialne pomoči in institucionalnega varstva v socialno varstvenih zavodih za usposabljanje, ki so za vse upravičence brezplačne. Vlada Republike Slovenije predpiše merila, po katerih je upravičenec delno ali v celoti oproščen plačila storitev ter določi olajšave za upravičence do institucionalnega varstva (100. člen).

Dobri dve tretjini programov socialne zaščite se v Sloveniji financirata iz socialnih prispevkov delodajalcev in zavarovancev, slaba tretjina pa iz državnega proračuna, pri čemer delež prispevkov države postopoma narašča, delež prispevkov delodajalcev pa postopoma upada (Vertot 2007, 41). Viri financiranja socialnovarstvenih storitev v Sloveniji so prikazani na sliki 4.1.

Slika 4.1: Viri financiranja socialnovarstvenih storitev



Vir: Računsko sodišče 2008, 12

K celotnim izdatkom za dolgotrajno oskrbo spadajo izdatki za zdravstveno nego in izdatki za socialno oskrbo. Storitve zdravstvene nege so večinoma financirane iz javnih virov (95 %), pri čemer gre pretežno za sredstva Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, ki so namenjena storitvam zdravstvene nege v domovih za starejše, v posebnih socialnih zavodih, podaljšanemu bolnišničnemu zdravljenju in delu patronažne službe, ki izvaja zdravstveno nego ter za sredstva Zavoda za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije, ki so namenjena dodatkom za pomoč in postrežbo. Stroški za socialno oskrbo so v 52 % pokriti iz javnih virov, torej iz državnega in občinskih proračunov, 48 % izdatkov pa je pokritih iz zasebnih virov. Pri slednjih gre predvsem za izdatke oseb, ki so nastanjene v domovih za starejše in drugih oblikah institucionalne oskrbe in si morajo del storitev s področja socialne oskrbe (nastanitev, prehrana, ...) plačati same (Javornik 2006, 31). Podrobnejša struktura izdatkov za dolgotrajno oskrbo starejših je predstavljena v tabeli 4.1.

Tabela 4.1: Izdatki za dolgotrajno oskrbo starejših po virih sredstev in namenu, 2004

	Struktura, v %	Deleži v BDP, v %
<i>Dolgotrajna oskrba</i>	100	1,13
v tem:		
javni viri	77,8	0,88
zasebni viri	22,2	0,25
v tem:		
zdravstvena nega	59,9	0,68
socialna oskrba	40,1	0,45

Vir: Javornik 2006, 31

Kot mnoge druge države, tudi Slovenija razmišlja o zagotovitvi dodatnega stabilnega vira financiranja naraščajočih stroškov oskrbe starejših. Resolucija o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2006-2010 (Ur. l. RS 39/2006) je v ta namen, kot eno izmed prednostnih nalog, predvidela pripravo zakona o zavarovanju za dolgotrajno oskrbo. Prvi predlog zakona je leta 2006 pripravilo Ministrstvo za zdravje, vendar ni bil sprejet. Sedaj je zakon v pripravi na Ministrstvu za delo, družino in socialne zadeve. Eden izmed ciljev predloga iz leta 2006 je bil povečati in zagotoviti stabilne vire financiranja dejavnosti dolgotrajne oskrbe in zavarovanja tega področja. Za te potrebe naj ne bi koristili le javnih sredstev, temveč v večjem deležu kot doslej tudi zasebna sredstva uporabnikov, njihovih svojcev oziroma družin ter določenih oblik prostovoljnega zavarovanja. Obstoječi sistem naj bi preveč temeljil na institucionalnih oblikah pomoči in varstva oseb, ki potrebujejo tujo pomoč, takšna ureditev pa je po mnenju pripravljavcev zakona draga in ne upošteva želja ljudi, ki bi raje ostali na svojih domovih. Predlog zakona pomemben del odgovornosti nalaga družini, saj naj bi bila le-ta moralno dolžna aktivno in pozitivno sodelovati pri zagotavljanju pomoči in oskrbe svojemu onemoglemu, ostarelemu, kronično bolnemu ali invalidnemu članu. Ta naloga družine se ne nanaša le na izvajanje storitev dolgotrajne oskrbe, temveč tudi na zagotavljanje finančnih sredstev (Ministrstvo za zdravje 2006).

4.3 RAZPOLOŽLJIVE KAPACITETE DOLGOTRAJNE OSKRBE STAREJŠIH

Če upoštevamo oceno Ramovša (2005 v Penger in Dimovski 2007, 46), da v razvitem svetu kar 25 % oseb starejših od 60 let, potrebuje pomoč pri oskrbi, pri čemer naj bi po oceni ena tretjina od njih potrebovala veliko oziroma stalno oskrbo, dve tretjini pa delno in občasno pomoč, ugotovimo, da v Sloveniji oskrbo potrebuje 100.000 oseb, od tega 40.000 sorazmerno veliko oskrbe. Dejansko število oseb, ki prejemajo pomoč je razvidno iz tabele 4.2, v kateri je predstavljeno uresničevanje Nacionalnega programa socialnega varstva do 2005. Iz tabele je razvidno, da je država v veliki meri dosegla zastavljene cilje na področju pomoči na domu (kjer so bili le-ti, v primerjavi z drugimi državami, postavljeni relativno nizko) in na področju institucionalnega varstva starejših, medtem ko je pri uresničevanju ciljev na področju varstva v dnevni centrih in v varovanih stanovanjih, ostala na pol poti. V tabeli so predstavljeni tudi cilji, ki si jih je država zastavila v Resoluciji o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2006-2010 (Ur. l. RS 39/2006).

Tabela 4.2: Pregled uresničevanja Nacionalnega programa socialnega varstva do 2005; cilji Resolucije o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2006-2010

Socialno varstvene storitve	Načrtovano do 2005	Realizirano do 2005	% realizacije	Načrtovano do 2010*
pomoč na domu	5.000 oseb (1,8 % starejših od 65 let)	4.732	95 %	10.000 oseb (3 % starejših od 65 let)
organizirano varstvo v dnevni centrih za starejše osebe	300 mest	200	66 %	1.000 oseb (0,3 % starejših od 65 let)
varstvo in oskrba v domovih za starejše osebe	14.500 mest (4,2 % starejših od 65 let)	14.027	96 %	16.600 oseb (5% starejših od 65 let)
varstvo in oskrba v varovanih stanovanjih za starejše osebe	500 mest	364	73 %	1.600 oseb (0,5 % starejših od 65 let)
oskrba v drugi družini	/	/	/	1.000 oseb (0,3 % starejših od 65 let)

Vir: Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve 2003, 46; 2005

* Resolucija o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2006-2010

Konec leta 2007 je v Sloveniji delovalo še 30 dnevni centrih, 6 regijskih centrih za pomoč na daljavo, na 11 lokacijah po vsej državi so bila zgrajena oskrbovana stanovanja, delovala pa

je tudi mreža medgeneracijskih in drugih skupin za samopomoč ter drugih programov, ki v bivalnem okolju skrbijo za zmanjševanje socialne izključenosti starejših (Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve 2008, 64).

Nacionalno poročilo o strategijah socialne zaščite in socialnega vključevanja za obdobje 2008-2010 (Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve 2008, 75) ugotavlja, da so storitve v bivalnem okolju še vedno relativno nerazvite, kar povzroča dodaten pritisk na podaljševanje dragih hospitalizacij in širitev institucionalnih oblik oskrbe starejših. Obseg in vsebina storitve oskrbe starejših sta glede na izbrano obliko zelo različna. Sistem zagotavlja največji obseg pomoči osebam, ki so vključene v institucionalne oblike storitev, medtem ko so osebe ki ostanejo v domačem okolju, v slabšem položaju zlasti zato, ker jim ni omogočena integrirana zdravstvena in socialna oskrba. Trenutne kapacitete, ki so na razpolago v sistemu zdravstvenega in socialnega varstva, ne zadoščajo dejanskim potrebam. Kljub temu, da je skupno v različne oblike zdravstvenih in socialno varstvenih storitev letno vključenih povprečno 29.000 oseb, so čakalne dobe za vključitev v različne storitve še vedno relativno dolge in dosega več mesecev. Z obstoječo organiziranostjo oskrbe starejših uporabniku ni omogočena vedno v celoti kakovostna, enaka in potrebna dostopnost do storitev.

4.4 SKLEP

Ker obstoječe kapacitete še zdaleč ne zadoščajo ocenjenim potrebam po oskrbi starejših, bo v prihodnosti potrebno narediti spremembe v sistemu, ki trenutno sloni predvsem na institucionalnih oblikah varstva, k uporabniku bolj prijaznim oblikam, predvsem pomoči na domu. Slovenija se je po zgledu nekaterih držav odločila, da bo namenska sredstva za storitve dolgotrajne oskrbe starejših zagotovila z uvedbo novega obveznega socialnega zavarovanja - zavarovanja za dolgotrajno oskrbo. Države, ki so za financiranje dolgotrajne oskrbe starejših že zagotovile poseben vir financiranja, so se soočile tudi z določenimi težavami. Ko so se na »trgu« pojavila nova sredstva za zagotavljanje pomoči, se je nenadoma povečalo tudi število oseb, ki so pomoč potrebovale. To so osebe, ki so pomoč potrebovale že prej, vendar si je niso mogle privoščiti. Posledično so se države kar naenkrat soočile s pomanjkanjem delovne sile, ki bi bila sposobna zagotoviti potrebne storitve. V Avstriji (Huber in drugi 2008, 95) so se po uvedbi namenskih denarnih prejemkov soočili s skokovitim naraščanjem potreb po pomoči,

pa tudi s pomanjkanjem kvalificirane delovne sile. Ker formalne oblike pomoči niso bile sposobne zadostiti povpraševanju, so osebe, ki so potrebovale pomoč, le-to pogosto poiskale na sivem trgu, kjer svoje usluge nudijo brezposelne osebe oziroma nelegalni priseljenci. Avstrija pri tem ni osamljen primer, saj se s podobnimi težavami spopadajo skoraj vse evropske države. Problem sivega trga je še posebej velik v državah, ki so uvedle denarne prejemke za dolgotrajno oskrbo s katerimi lahko prejemnik razpolaga po svoji izbiri (Huber 2007, 14). Obstajajo ocene (Da Roit, Castegnaro 2004, Mesini 2006 v Da Roit in drugi 2008, 129), da v Italiji na področju oskrbe starejših na sivem trgu svoje usluge ponuja med 650.000 in 800.000 nelegalnih priseljencev, v Avstriji (Streissler 2004 v Da Roit in drugi 2008, 129) pa med 10.000 in 40.000. Glavni razlog za tolikšno razširjenost sivega trga je, da je takšna oskrba precej cenejša od formalnih služb pomoči, pogosto pa je njegova ponudba tudi precej bolj fleksibilna, saj ponuja tudi 24-urno pomoč. Pri uvajanju novega obveznega socialnega zavarovanja bo moral biti zakonodajalec pozoren tudi na ta vidik, saj se že sedaj številni domovi za starejše soočajo s pomanjkanjem kadra, prav tako pa bo moral veliko pozornosti nameniti tudi področju kadrovskih normativov in plačne politike, sicer se bo Slovenija kaj kmalu soočila s podobnimi težavami kot države, ki so pred njo uredile področje financiranja dolgotrajne oskrbe starejših.

5 INSTITUCIONALNO VARSTVO STAREJŠIH V SLOVENIJI

5.1 RAZVOJ INSTITUCIONALNEGA VARSTVA STAREJŠIH V SLOVENIJI

V Sloveniji ima skrb za starejše dolgo tradicijo, saj začetki segajo daleč v preteklost. Cizelj (1999, 10-14) razdeli dosedanji razvoj skrbi za starejše na štiri obdobja:

- prvo obdobje – *obdobje do konca druge svetovne vojne*: prva socialna ustanova na Slovenskem je bila ustanovljena že leta 1041. Obdobju »špitalov« do ustanovitve prve civilne bolnišnice leta 1786 v Ljubljani, so sledile gradnje azilskih ustanov in hiralnic, vse do prve namenske gradnje ustanov za stare ljudi ob koncu 19. stoletja (Slovenske Konjice 1870, Dravograd 1889) in v začetku 20. stoletja. Ustanovljene so bile ustanove za stare v nenamensko zgrajenih stavbah. Obdobje se je zaključilo z začetkom II. svetovne vojne, ko je v Sloveniji delovalo 63 domov za starejše, s kapaciteto 3.249 mest.
- drugo obdobje – *obdobje po II. svetovni vojni in do ustanovitve Sklada za gradnjo stanovanj in domov za upokojence pri Skupnosti pokojninsko-invalidskega zavarovanja Slovenije leta 1972*. V povojnem obdobju so mnogo domov zaradi nujnih potreb preuredili v zdravstvene ustanove. Veliko starih ljudi se je namestilo v stare, zasilno obnovljene gradove in druga nenamenska poslopja. Predvojno stanje je bilo doseženo šele leta 1964. Počasi so osebe brez sredstev za preživetje začeli nadomeščati upokojenci z urejenimi razmerami in s spremenjenimi potrebami. Leta 1966 je bil ustanovljen Inštitut za gerontologijo, leta 1969 pa je bilo ustanovljeno Gerontološko združenje SR Slovenije. V začetku leta 1966 je bil ustanovljen Sklad Republiške skupnosti socialnega zavarovanja za reševanje stanovanjskih potreb upokojencev in invalidov, ki je leta 1972 postal Sklad za gradnjo stanovanj in domov za upokojence pri Skupnosti pokojninsko-invalidskega zavarovanja Slovenije.
- tretje obdobje – *obdobje od ustanovitve Sklada za gradnjo stanovanj in domov za upokojence pri Skupnosti pokojninsko-invalidskega zavarovanja Slovenije leta 1972 do sprejetja Zakona o socialnem varstvu leta 1992*. Z določitvijo vira financiranja novih gradenj, sanacij in adaptacij ter normativov, se je pričelo obdobje pospešenega razvoja področja zavodskega varstva odraslih. Sklad je bil večinski vir sredstev za sanacije, adaptacije, dograditve in nove gradnje domov. To obdobje hitrega razvoja, ki je postavljalo v ospredje zagotavljanje prostorskih pogojev in v katerem se je zgradilo

največ domov, se je umirilo s koncem delovanja Sklada leta 1990. V svojem zadnjem, prehodnem obdobju, od leta 1986 dalje, je bil Sklad namenjen izključno izboljšanju neustreznih prostorskih razmer obstoječih zavodov.

- četrto obdobje – *obdobje od sprejetja Zakona o socialnem varstvu do danes*: z osamosvojitvijo Slovenije in uveljavitvijo nove zakonodaje sta bila ustanoviteljstvo in lastništvo zavodov prenesena na državo.

5.2 DOMOVI ZA STAREJŠE DANES

Dejavnost institucionalnega varstva starejših izvajajo domovi za starejše občane – javni zavodi, lahko pa jo kot javno službo opravljajo tudi druge pravne osebe oziroma zasebniki, na podlagi koncesije, ki jo ob soglasju Socialne zbornice podeli ministrstvo, pristojno za socialne zadeve. Storitve izven javne službe lahko opravljajo pravne in fizične osebe, ki pridobijo dovoljenje od pristojnega ministrstva. Zakon o socialnem varstvu (Ur. l. RS 54/1992) v 41. a členu določa, da je dejavnost socialnega varstva, kamor spada tudi institucionalno varstvo, nepridobitna. Upravičenci do storitve institucionalnega varstva so osebe starejše od 65 let, ki so državljani Republike Slovenije in imajo v Sloveniji stalno prebivališče ter tujci z dovoljenjem za stalno prebivanje v Sloveniji.

Zakon o socialnem varstvu (Ur. l. RS 54/1992) v 50. členu določa, da storitve institucionalnega varstva v domovih za starejše občane obsegajo vse oblike pomoči, s katerimi se upravičencem po zakonu nadomeščajo ali dopolnjujejo funkcije doma ali lastne družine, zlasti pa bivanje, organizirana prehrana ter zdravstveno varstvo. Domovi za starejše opravljajo tudi pomoč posamezniku in družini na domu ter naloge, ki obsegajo priprave okolja, družine in posameznikov na starost. V posebni enoti lahko organizirajo tudi institucionalno varstvo za mlajše invalidne osebe ter opravljajo gospodarsko dejavnost, namenjeno višji kvaliteti življenja in varstva starejših oseb.

Pravilnik o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev (Ur. l. RS 52/1995) določa, da obsega osnovna dejavnost domov za starejše bivanje oziroma namestitev v enoposteljnih in dvoposteljnih sobah, vzdrževanje prostorov, pranje perila, organizirano, zdravstvenemu stanju

primerno prehrano ter tehnično oskrbo, osebno pomoč, socialno oskrbo ter varstvo, zdravstveno nego in zdravstveno rehabilitacijo ter osnovno zdravstveno in specialistično konziliarno dejavnost, ki jo izvajajo zdravstveni domovi ali zasebni zdravniki.

Na podlagi 50. člena Zakona o socialnem varstvu (Ur. l. RS 54/1992), lahko javni domovi za starejše poleg osnovne dejavnosti opravljajo tudi tako imenovano gospodarsko (tržno) dejavnost, če je ta namenjena višji kvaliteti življenja in varstva starejših občanov. Sem spadajo različne dodatne oskrbne ali druge storitve za stanovalce domov, ki niso zajete v standardiziran obseg posamezne kategorije oskrbe, dnevno varstvo za starejše, ki živijo doma in ki vključuje oskrbne in zdravstvene storitve, oskrbne in zdravstvene storitve za stanovalce oskrbovanih stanovanj, zagotavljanje ustrezne prehrane in zdravstvene nege ter drugih oblik pomoči posamezniku in družini na domu, storitve socialnega servisa na domu, sodelovanje z drugimi sorodnimi organizacijami, društvi in posamezniki za izvajanje različnih oblik dejavnosti namenjenih starejšim ljudem zunaj doma ter opravljanje drugih storitev za starejše v njihovem domačem okolju.

Domovi za starejše v okviru osnovne dejavnosti za svoje oskrbovance izvajajo tudi zdravstveno dejavnost (zdravstveno nego in zdravstveno rehabilitacijo), ki je opredeljena z Zakonom o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Ur. l. RS 20/2004). Izvajanje in plačilo osnovne zdravstvene dejavnosti zagotovi Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) na podlagi pogodbe z posameznim domom za starejše. Le ta se sprejme na podlagi predhodno sprejetega splošnega dogovora (med tremi pogajalci: ZZZS, državo in predstavniki socialnih zavodov), na podlagi katerega pa se potem sprejme področni dogovor za zdravstveno dejavnost socialnovarstvenih zavodov (Kamnar 1999, 135). S pogodbo med ZZZS (kot financerjem izvajanja storitev) in posameznim domom za starejše (kot izvajalcem storitev) je ovrednoten letni obseg izvajanja programa zdravstvenih storitev.

V Sloveniji prevladujejo javni domovi za starejše, čeprav v zadnjem času naglo narašča število zasebnih domov s koncesijo, saj država širi mrežo institucionalnega varstva predvsem s podeljevanjem koncesij, gradnjo javnih domov pa je skoraj povsem ustavila. Med letoma 2000 in 2006 se je število zasebnih izvajalcev, bodisi koncesionarjev ali izvajalcev z dovoljenjem za delo, povečalo z 1 na 15 (Računsko sodišče 2008, 15).

Po podatkih Statističnega urada Republike Slovenije (2009, 1) je v letu 2007 v Sloveniji delovalo 69 domov za starejše (od katerih jih je bilo 13 zasebnih izvajalcev s koncesijo) in 14 posebnih socialnovarstvenih zavodov, ki opravljajo posebne oblike institucionalnega varstva za odrasle duševno in telesno prizadete osebe (tabela 5.1).

Tabela 5.1: Kapacitete institucionalnega varstva starejših, 1990-2007

	<i>Domovi za starejše</i>			<i>Posebni socialnovarstveni zavodi</i>		
	Domovi	Oskrbovanci skupaj	Delež žensk	Zavodi	Oskrbovanci skupaj	Delež žensk
1990	53	11.260	67,6	3	1.003	52,7
1995	47	10.757	71,5	6	1.602	49,3
2000	49	11.905	72,3	7	1.690	49,3
2001	55	12.346	72,6	7	1.713	49,0
2002	58	13.051	72,9	7	1.706	49,3
2003	61	13.498	73,0	7	1.697	49,0
2004	63	13.098	74,1	15	2.746	52,9
2005	68	13.641	74,1	14	2.674	52,7
2006	69	13.699	74,6	14	2.590	51,2
2007	69	13.856	74,6	14	2.531	49,6

Vir: Statistični urad Republike Slovenije 2009, 8

Porast števila posebnih zavodov v letih 2003-2004 je posledica spremembe metodologije, saj Statistični urad Republike Slovenije od leta 2004 dalje vodi oskrbovance osmih enot za posebne oblike varstva odraslih, ki delujejo kot posebne enote znotraj kombiniranih domov za starejše (to so domovi za starejše z enotami za posebne oblike varstva starejših, ki so bolni in bi sodili v posebne socialnovarstvene zavode) oziroma kot njihove dislocirane enote, skupaj s posebnimi socialnovarstvenimi zavodi. Do leta 2004 so te enote oziroma njihove oskrbovance popisovali pri domovih za starejše oziroma kombiniranih socialnovarstvenih zavodih.

Povprečni slovenski dom za starejše ima kapaciteto okoli 200 postelj (Statistični urad Republike Slovenije 2009, 4), kar pomeni, da so to v povprečju velike ustanove, v katerih se lahko posameznik hitro »izgubi« in so njegove potrebe spregledane. Na to nevarnost je že v letnem poročilu za leto 1999 opozoril Varuh človekovih pravic (2000, 15), ki meni, da lahko v velikih domovih za starejše hitreje pride do brezosebnih odnosov tako med stanovalci samimi, kot med njimi in osebjem, kar ima lahko škodljive posledice na stanovalce in na

ravnanje z njimi. Zato Varuh človekovih pravic spodbuja gradnjo manjših zgradb za domove za starejše, za manjše število stanovalcev in čim bližje domačemu okolju.

Pravilnik o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev (Ur. l. RS 52/1995) določa, da se institucionalno varstvo starejših izvaja v enoposteljnih in dvoposteljnih sobah. Iz tabele 5.2 je razvidno, da veliko število stanovalcev (4.045 oseb oziroma 29 % vseh stanovalcev) živi v podstandardnih triposteljnih in večposteljnih sobah.

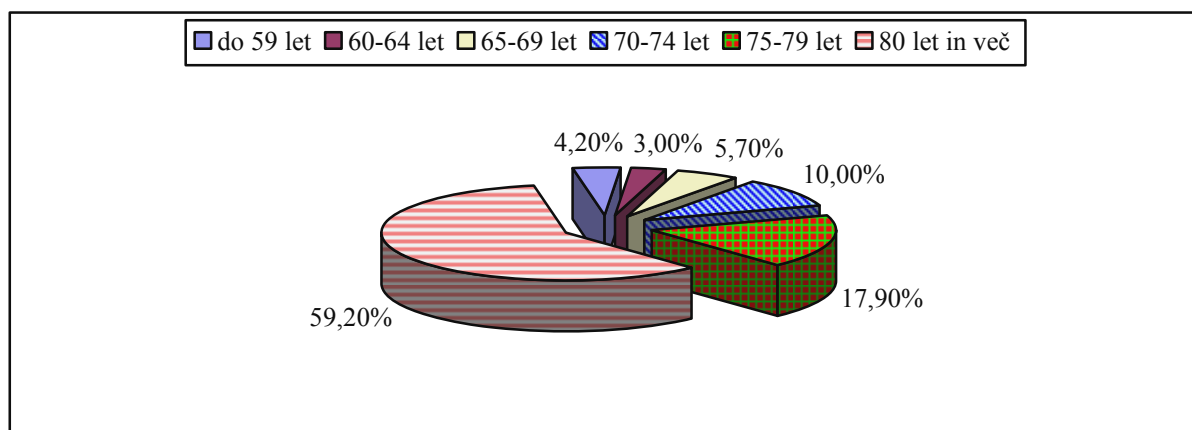
Tabela 5.2: Bivalni standard v domovih za starejše (na dan 31.12.2006)

	sobe		mesta	
	število	%	število	%
1 posteljne	3.263	42 %	3.263	23 %
2 posteljne	3.431	44 %	6.862	48 %
3 posteljne	663	9 %	1.989	14 %
4 in več posteljne	439	6 %	2.059	15 %
Skupaj	7.796	100 %	14.170	100 %

Vir: Skupnost socialnih zavodov Slovenije 2007, 14

Iz grafa 5.1 je razvidno, da je v domovih za starejše leta 2007 prebivalo 7,2 % stanovalcev, ki še niso dopolnili 65. leta starosti. Največjo skupino v slovenskih domovih za starejše predstavljajo osebe starejše od 80 let.

Graf 5.1: Oskrbovanci domov za starejše po starostnih skupinah, 2007

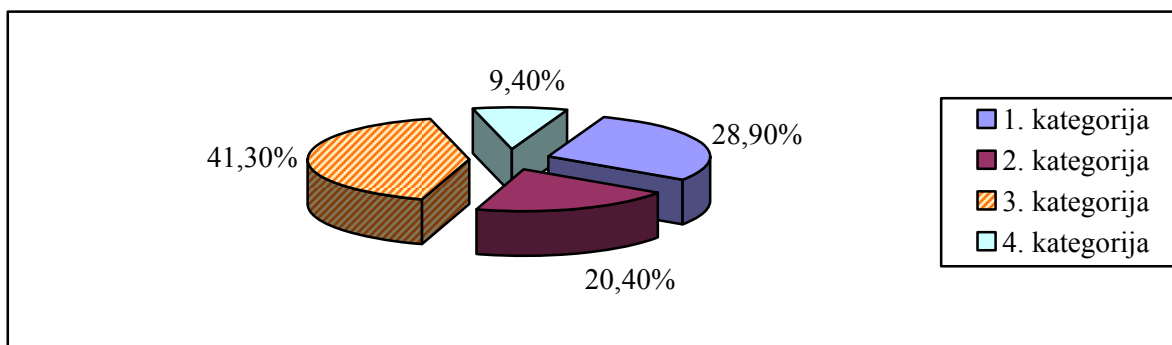


Vir: Statistični urad Republike Slovenije 2009, 2

Po vzroku prihoda v dom je bila v letu 2007 na prvem mestu starost (67,5 % oseb, med katerimi je bilo kar 83,7 % bolnih), sledila so hujša duševna in telesna obolenja (22,4 %), neurejene stanovanjske in družinske razmere (5,8 %) in v 4,3 % primerov drugi vzroki (Statistični urad Republike Slovenije 2009, 3).

V letu 2007 je bilo med vsemi oskrbovanci domov za starejše največ oskrbovancev z zahtevnejšimi starostnimi in zdravstvenimi težavami, ki so v celoti potrebovali neposredno osebno pomoč (III. kategorija oskrbe), sledili so oskrbovanci, ki so potrebovali delno neposredno osebno pomoč (I. kategorija oskrbe), nato oskrbovanci z zmernimi starostnimi in zdravstvenimi težavami, ki so potrebovali delno neposredno osebno pomoč (II. kategorija oskrbe), 9,4 % pa je bilo oskrbovancev z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju, ki so zaradi starostne demence ali sorodnih stanj potrebovali delno ali popolno osebno pomoč (IV. kategorija oskrbe) (Statistični urad Republike Slovenije 2009, 3).

Graf 5.2: Oskrbovanci domov za starejše po kategorijah oskrbe, 2007



Vir: Statistični urad Republike Slovenije 2009, 3

Velik problem s katerim se spopadajo slovenski domovi za starejše so čakalne vrste, saj obstoječe kapacitete še zdaleč ne pokrivajo vseh potreb. V letu 2007 je bilo tako za sprejem v domove za starejše oddanih 25.823 prošenj, izmed katerih jih je bilo pozitivno rešenih 15,8 % (Statistični urad Republike Slovenije 2009, 4), kar pomeni, da je bilo v tem letu odklonjenih kar 14.565 prosilcev. Število odklonjenih prosilcev vsako leto raste, leta 2006 jih je bilo 12.470 (Statistični urad Republike Slovenije 2007a, 14), leto prej 10.946 (Statistični urad Republike Slovenije 2006, 205) in leta 2004 7.420 (Statistični urad Republike Slovenije 2005, 201).

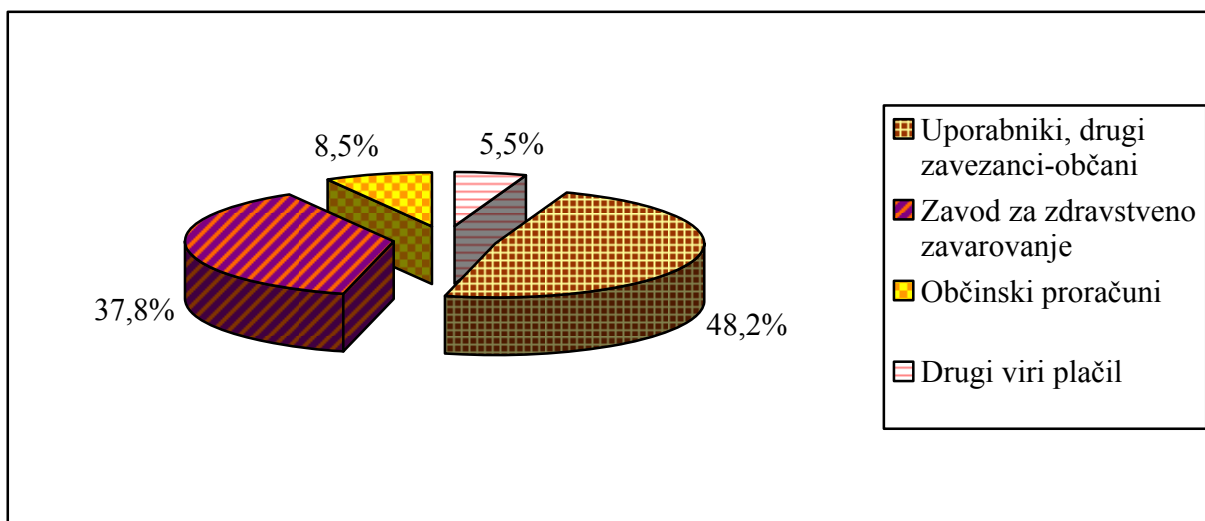
Resolucija o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje do leta 2010 (Ur. l. RS 39/2006) predvideva, da naj bi bilo do leta 2010 v domove za starejše vključenih vsaj 5 % prebivalcev, starejših od 65 let, vendar je ta cilj še precej oddaljen. Najugodnejše razmerje je bilo doseženo leta 2003, ko je bilo v domovih 4,5 % starejših od 65 let, od takrat pa se je vključenost postopno zniževala in je leta 2007 znašala 4,2 % (Vertot 2008, 47).

Računsko sodišče (2008, 4) je v revizijskem poročilu ugotovilo, da »socialno varstveni programi oziroma storitve ministrstva ne pokrivajo potreb, poleg tega pa obstoječa mreža storitev vsem upravičencem ne zagotavlja enakih možnosti vključevanja glede na kraj, v katerem bivajo«, medtem ko za Varuha človekovih pravic (2008, 198) predstavlja »(ne)dostopnost storitve institucionalnega varstva in dolge čakalne vrste temeljni problem slovenskega institucionalnega varstva«, saj »zmogljivosti še zdaleč ne zadoščajo potrebam« (ibid.). Varuh človekovih pravic sicer podpira temeljno zamisel, po kateri naj bi starejši čim dalj časa živeli v domačem okolju (seveda ob ustreznih oblikah pomoči), vendar je država dolžna zagotavljati zadostno število postelj v domovih za starejše. Dolge čakalne vrste v domovih za upokojece so zato z vidika varovanja človekovih pravic nesprejemljive. Prav tako Varuh opozarja tudi na problem pomanjkanja tako imenovanih negovalnih bolnišnic oziroma negovalnih oddelkov v bolnišnicah. Bolnišnice na svojce pritiskajo z odpustom, čeprav svojci za bolnika ne morejo ustrezno poskrbeti. Varuh meni, da je država dolžna zagotoviti zadostno število tovrstnih oddelkov (Varuh človekovih pravic 2008, 198-203).

5.3 FINANCIRANJE INSTITUCIONALNEGA VARSTVA STAREJŠIH

Zakon o socialnem varstvu (Ur. l. RS 54/1992) določa, da so upravičenci dolžni storitve institucionalnega varstva plačevati skladno s svojimi možnostmi. V primerih, kadar oskrbovanci ali njihove družine nimajo dovolj lastnih sredstev, lahko Center za socialno delo na zahtevo upravičenca odloči o delni ali celotni oprostitvi plačila storitev v skladu z merili, ki jih predpiše Vlada Republike Slovenije. V primeru, ko je upravičenec delno ali v celoti oproščen plačila storitve institucionalnega varstva, doplačilo stroškov do polne cene storitve financira lokalna skupnost, na območju katere ima upravičenec stalno bivališče. Takšna ureditev se kaže tudi v strukturi prihodkov domov za starejše, saj največji delež v strukturi celotnega prihodka domov za starejše predstavljajo plačila uporabnikov in njihovih svojcev, sledijo sredstva Zavoda za zdravstveno zavarovanje, občinska sredstva in drugi viri. Ta razmerja so razvidna iz grafa 5.3.

Graf 5.3: Povprečna struktura celotnega prihodka domov po virih plačil, leto 2004



Vir: Skupnost socialnih zavodov Slovenije

Cene oskrbe se oblikujejo po veljavni metodologiji in predpisanih standardih in normativih, določi pa jih Svet zavoda v soglasju z ustanoviteljem (državo oziroma pristojnim ministrstvom). Storitve zdravstvene nege se financirajo s strani Zavoda za zdravstveno zavarovanje Republike Slovenije iz sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja v obsegu, ki je dogovorjen vsako leto sproti.

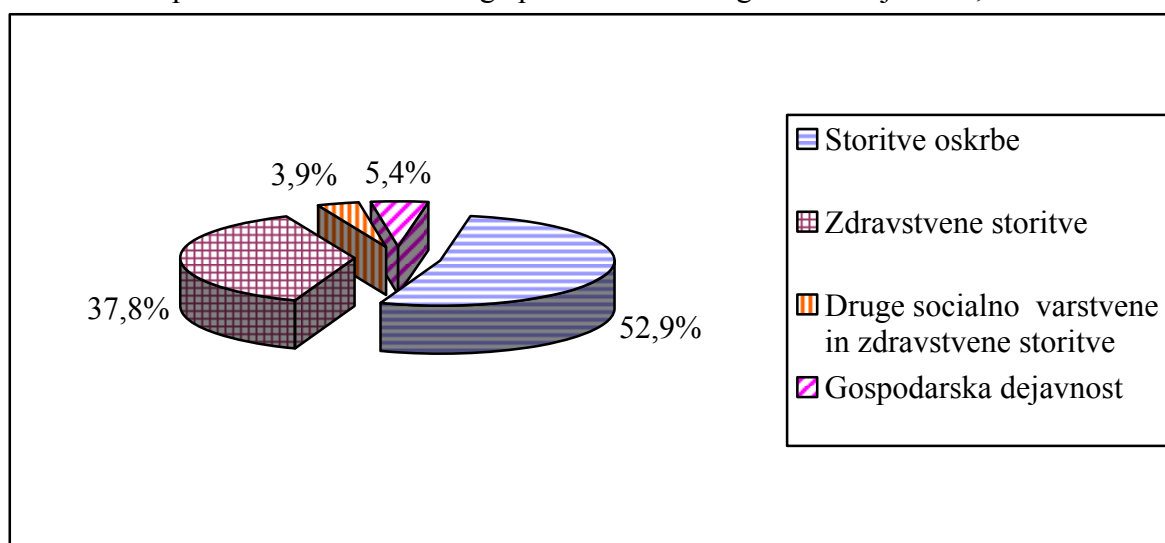
Tabela 5.3: Oskrbovanci po načinu plačevanja oskrbnine, 2007

	Način plačevanja oskrbnine							
	Skupaj	Oskrbovavec sam	Svojci v celoti	Oskrbovavec, svojci	Oskrbovavec, občina	Svojci, občina	Oskrbovavec, svojci, občina	Občina v celoti
Domovi za starejše	13.856	4.926	1.501	4.525	2.201	71	326	306
Posebni socialnovarstveni zavodi	2.531	242	106	251	1.519	31	88	294

Vir: Statistični urad Republike Slovenije 2009, 9-10

Iz grafa 5.4 je razvidno, da domovi za starejše večino prihodka ustvarijo iz storitev oskrbe, torej tistega dela storitev, ki so ga dolžni plačati neposredno uporabniki storitev. Zdravstvene storitve predstavljajo malo manj kot 40 % prihodkov, medtem ko tržna oziroma gospodarska dejavnost predstavlja le manjši del (5,4 %) izmed vseh prihodkov domov za starejše občane.

Graf 5.4: Povprečna struktura celotnega prihodka domov glede na dejavnost, leto 2004



Vir: Skupnost socialnih zavodov Slovenije

6 PRAVNI STATUS JAVNIH DOMOV ZA STAREJŠE IN PREDLOGI ZA NJEGOVO SPREMEMBO

6.1 PRAVNI STATUS DOMOV ZA STAREJŠE IN PROBLEMATIKA CEN

Med izvajalci institucionalnega varstva starejših se vse bolj utrjuje prepričanje, da je obstoječa ureditev področja institucionalnega varstva starejših neustrezna, da je zakonodaja zastarela in ne omogoča razvoja, ter da bodo potrebne temeljite spremembe sistema. Skupnost socialnih zavodov Slovenije, združenje izvajalcev institucionalnega varstva starejših, zagovarja statusno preoblikovanje domov v gospodarske družbe, saj naj bi le na ta način izvajalci imeli večji motiv in možnosti za razvoj. Javni zavod naj bi bila neustrezna statusna oblika za domove za starejše, kateri večino svojih prihodkov ustvarijo s plačili neposrednih uporabnikov njihovih storitev in niso odvisni od proračunskih sredstev. Statusno preoblikovanje bi izenačilo pogoje poslovanja javnih domov za starejše in zasebnih domov s koncesijo. V Skupnosti socialnih zavodov Slovenije izpostavljajo tudi problem (pre)nizkih cen oskrbe, ki javne zavode postavljajo v situacijo, ko jim primanjkuje sredstev za normalno delovanje in razvoj, po drugi strani pa javni zavodi s svojimi nizkimi cenami predstavljajo nelojalno konkurenco zasebnim izvajalcem, ki imajo priznano višjo ceno.

Do razlike v ceni oskrbe med javnimi zavodi in zasebnimi izvajalci s koncesijo prihaja zato, ker imajo slednji v strukturi cene priznan tudi strošek financiranja (strošek kapitala). Tako je bila dne 01.02.2009 povprečna potrjena cena oskrbe vseh domov skupaj 16,54 €, pri čemer je bila povprečna cena oskrbe v javnih zavodih 15,79 €, povprečna cena oskrbe v zasebnih domovih s koncesijo pa 20,35 € (Skupnost socialnih zavodov Slovenije 2009). Takšna ureditev za uporabnike storitev pomeni, da za isti nabor storitev v zasebnem domu plačajo precej več, kot pa bi plačali v javnem domu, pri čemer je res, da so zasebni domovi v povprečju novejši in ponujajo višji standard bivanja, saj imajo v povprečju več enoposteljnih sob.

Cena storitve domske oskrbe se oblikuje na podlagi določil Pravilnika o metodologiji za oblikovanje cen socialnovarstvenih storitev (Ur. l. RS 87/2006), ki v tretjem členu določa, da se kot elementi za oblikovanje cene upoštevajo stroški dela, stroški materiala in storitev, stroški amortizacije, stroški investicijskega vzdrževanja in stroški financiranja.

V 61. členu Zakona o socialnem varstvu (Ur. l. RS 54/1992) je določeno, da mora ustanovitelj socialno varstvenega zavoda zagotavljati sredstva za investicijsko vzdrževanje in druge obveznosti, določene z zakonom in aktom o ustanovitvi. V devetem členu Pravilnika o metodologiji za oblikovanje cen socialnovarstvenih storitev (Ur. l. RS 87/2006) je določeno, da lahko stroške financiranja (to so stroški ali nadomestilo za vloženi kapital) v ceno vkalkulirajo le izvajalci institucionalnega varstva starejših, ki nimajo statusa javnega zavoda. Prav tako Pravilnik med prehodnimi in končnimi določbami v 43. členu določa, da se stroški amortizacije uvajajo postopoma in bodo lahko izvajalci polno amortizacijo obračunali šele od 01.02.2011 dalje.

6.2 PRAVNI STATUS JAVNIH ZAVODOV

Leta 1991 sprejeti Zakon o zavodih (Ur. l. RS 12/1991) je organizacije združenega dela, ki so opravljale dejavnosti posebnega družbenega pomena na področju družbenih dejavnosti, preoblikoval v novo statusno obliko oseb javnega prava - javni zavod. Cilj zakona je bil, da ustvari poseben organizacijski model za nepridobitne dejavnosti, tako za tiste, ki naj bi se opravljale v javnem sektorju kot javne službe, kakor tudi za tiste, ki bi se opravljale v zasebnem sektorju kot nepridobitne. Za javni sektor je uveljavil obliko javnih zavodov, za zasebni pa obliko zasebnih zavodov (Bohinc 2005b, 276). Sprejem Zakona o zavodih je prinesel pomembne spremembe tudi na področju institucionalnega varstva starejših, saj je na Republiko Slovenijo prešlo tako ustanoviteljstvo domov za starejše, kot tudi premoženje v njihovem upravljanju.

Bohinc (2005a, 214) meni, da je ta prenos lastništva povzročil "pravno nesprejemljiv položaj, ko so javni zavodi samostojne pravne osebe, ki nimajo nikakršnega premoženja". Republika Slovenija v proračunu zagotavlja večino sredstev za nove investicije, delno pa pri investiranju sodelujejo tudi občine. Po avtorjevem mnenju je javni zavod »ena najbolj neustrezno uporabljenih statusnih oblik, zato bo nujno statusno preoblikovanje posameznih organizacij, ki po naravi svoje dejavnosti niso javni zavodi«, uveljavitev Zakona o zavodih pa predstavlja »svojevrstno podržavljanje prej družbenih dejavnosti, saj samoupravno regulacijo pretvarja v državno s pretvarjanjem družbene v državno lastnino« (ibid.).

Številni avtorji (Trpin 2004, Bohinc 2005a, 2005b, Tičar 2005) vidijo problem predvsem v dejstvu, da je tržno nastopanje slovenskih javnih zavodov v resnici gospodarska dejavnost, na katero se nanašajo vsa pravila evropskega prava. Tako je tržna dejavnost naših javnih zavodov v nasprotju s 87. členom Pogodbe o Evropski skupnosti, ki v svojem prvem odstavku med drugim določa, da je vsaka pomoč, ki jo dodeli država članica ali kakršna koli vrsta pomoči iz državnih sredstev, ki izkrivlja ali bi lahko izkrivljala konkurenco z dajanjem prednosti posameznim podjetjem, nezdružljiva s skupnim trgov, če škodi trgovini med državami članicami. Bohinc (2005a, 215) trdi, da »nastopanje naših javnih zavodov na trgu nedvomno pomeni kršitev te določbe, saj vsi zavodi pri tej dejavnosti uporabljajo sredstva, ki so jih brezplačno dobili od države, ter delovno silo, ki je v osnovi plačana iz proračuna«.

Tičar (2005, 524) pravi, da je »bistvena razlika za ločevanje nejavnega financiranja javnega zavoda in financiranja iz dopolnilne (tržne) dejavnosti v določenosti cene in v preglednosti porabe javnih sredstev. Cena storitev ali blaga dopolnilne dejavnosti ne sme nikdar vsebovati pokritja stroškov ali dela stroškov na račun javne službe. Tako bi bila takšna cena prikrito subvencionirana in nelojalno konkurenčna ceni istovrstnih storitev ali blaga, ki jih prodajajo drugi subjekti na trgu«.

Kamnar (1999, 184) vidi ureditev lastninskih razmerij med ustanoviteljem in javnim zavodom, vključno z ureditvijo vprašanja javne lastnine oziroma javnega dobra, kot eno od bistvenih vprašanj za prihodnji razvoj javnih zavodov. Lastnost javne lastnine ima po njenem prepričanju samo tisto premoženje, ki ga javni zavodi uporabljajo za opravljanje javne službe. Vprašanje razpolaganja s premoženjem v javni lasti ureja zadnji odstavek 65. člena Zakona o zavodih (Ur.l. RS 12/1991), ki se glasi: »Dokler ne bodo s posebnim zakonom opredeljene javne službe in urejena vprašanja razpolaganja s premoženjem, ki je kot javna lastnina namenjeno za opravljanje javnih služb, ni dovoljena odtujitev ali sprememba namembnosti nepremičnin, ki po prvem odstavku tega člena postanejo javna lastnina v upravljanju javnih zavodov in zavodov s pravico javnosti iz drugega odstavka 64. člena tega zakona.«

6.3 STATUSNO PREOBLIKOVANJE JAVNIH ZAVODOV

Možnost statusnega preoblikovanja javnih zavodov je ponudil Zakon o javno-zasebnem partnerstvu (Ur. l. RS 127/06), ki je začel veljati v začetku leta 2007. Odpravil je 80j. člen Zakona o javnih financah (člen, ki je določal da »kapitalskih naložb oziroma ustanoviteljskih pravic države oziroma občine v javnih zavodih, javnih gospodarskih zavodih in javnih podjetjih ni mogoče prenesti na drugo osebo, razen, če posebni zakon, ki ureja izvajanje javne službe na določenem področju, to dovoljuje«) omogočil preoblikovanje javnih zavodov, javnih gospodarskih zavodov in javnih podjetij v gospodarsko družbo ali v drugo pravno obliko. Zakon določa (141. člen), da o vrsti preoblikovanja odloča ustanovitelj najkasneje v treh letih po uveljavitvi zakona, kar pomeni da morajo ustanovitelji v tem času odločiti, ali je zavod primeren za preoblikovanje v subjekt javno-zasebnega partnerstva (Tičar 2008).

Bohinc (2005a, 216) omenja možnost, da se zavod organizira kot podjetje oziroma da se preoblikuje v gospodarsko družbo. Gospodarske družbe smejo po prvem odstavku 4. člena Zakona o gospodarskih družbah (Ur. l. RS 42/2006) kot dejavnost opravljati vse posle, razen tistih, ki se po zakonu ne smejo opravljati kot gospodarski posli. Dejavnost gospodarskih družb je praviloma pridobitna, lahko pa je tudi nepridobitna (Bohinc 2005b, 156-157).

Bohinc (2005b, 148) se ukvarja s vprašanjem, ali so »gospodarske družbe možna pravnoorganizacijska oblika tudi za pravne osebe javnega prava, ki so to zaradi drugih opredelilnih znakov, kot so javno ustanoviteljstvo (akt o ustanovitvi), javna služba, javna pooblastila,...« in sklene, da je to »sicer pravno možno, da pa je vprašanje, ali je to primerno in pravno smiselno, saj so gospodarske družbe izrazito pridobitne in v ustvarjanje dobička usmerjene pravne osebe«.

Bohinc (v Bohinc in drugi 1999, 42) v poglavju, ki govori o različnih pogledih na problematiko upravljanja v kapitalskih družbah in medsebojnih konfliktih poslovnih, ekonomskih, organizacijskih, socioloških in pravnih ved, priznava, da »korporacijska zakonodaja ne upošteva in ne varuje vseh mogočih interesov, ki jih opredeljujejo sociološke vede, temveč le določene, ki so z vidika korporacijskega prava bistveni«.

6.4 STATUSNO PREOBLIKOVANJE JAVNIH DOMOV ZA STAREJŠE

Skupnost socialnih zavodov Slovenije, združenje izvajalcev institucionalnega varstva, že vrsto let opozarja na slabosti trenutne ureditve področja institucionalnega varstva v Sloveniji in je že leta 2001 pripravila predlog statusnega preoblikovanja domov za starejše (*Statusna in organizacijska preobrazba domov za starejše v Sloveniji*), v katerega so zapisali, da želijo z njim »preseči sedanjo neučinkovitost v upravljanju, ki že povzroča zastoje v izvajanju nekaterih nujnih aktivnosti v domovih, izboljšati odzivnost na različne potrebe v okolju in dvigniti kvaliteto storitev tudi s pomočjo konkurenčnosti« (Skupnost socialnih zavodov Slovenije 2001, 1).

Slabosti obstoječega sistema institucionalnega varstva starejših naj bi bile onemogočena konkurenčnost, onemogočeno vlaganje zasebnega kapitala, neučinkovito in centralno izvajanje vseh upravljaljskih funkcij, kar posledično vpliva na razvoj domov, prepočasno odzivanje na zahteve in potrebe v različnih lokalnih okoljih, zastoj v razvoju dejavnosti zaradi rigidnosti sistema, nezmožnost in nezainteresiranost vodilnih delavcev, da vplivajo na razvoj dejavnosti ter ovirano kreativnost vodilnih kadrov (Skupnost socialnih zavodov Slovenije 2001, 3-4).

Skupnost socialnih zavodov Slovenije (2001, 8) opozarja, da ima »pretirana regulativa, ki skuša uveljaviti smotrno porabo denarnih sredstev in centralizacijo upravljanja, negativne posledice, ki v veliki meri izničujejo namen zakonodajalca, ko gre za tako specifične zavode, kot so domovi za starejše, ki večino svojih sredstev pridobijo s plačili neposrednih uporabnikov«. S statusnimi spremembami bi bilo omogočeno učinkovitejše razporejanje finančnih sredstev. Z uveljavitvijo sodobnejšega načina poslovanja bi »največ pridobili uporabniki socialnovarstvenih storitev, katerim bi se na ta način lahko nudile kakovostnejše in raznovrstnejše storitve« (ibid.). V Skupnosti socialnih zavodov Slovenije nadalje menijo, da za »vse dejavnosti, ki bi jih lahko izvajale socialnovarstvene organizacije in ki presegajo obvezno raven in obseg zagotavljanja socialnih storitev, ki jih določata Zakon o socialnem varstvu in Nacionalni program socialnega varstva ter Program varstva starejših oseb na področju socialnega varstva v RS, ni ovir, da se ne bi opravljale kot dodatne, glede na naravo lahko tudi kot pridobitne dejavnosti« in da bi lahko »socialnovarstvene organizacije v primeru delne liberalizacije urejanja tega področja del svoje dejavnosti financirale iz lastnih prihodkov, kar bi pospešilo zlasti njihov razvoj in širjenje storitev«.

Takšno preoblikovanje bi po mnenju Skupnosti socialnih zavodov Slovenije (2001, 11) prineslo koristi tako izvajalcem (domovom), kot tudi uporabnikom storitev. Tako bi lahko domovi svobodno izbirali, katere storitve bodo poleg javne službe ponudili na trgu in zanje tudi določali ceno, prosto bi lahko razpolagali s sredstvi, pridobljenimi z izvajanjem dejavnosti, v okviru njihove namembnosti, nagrajevanje vodstva in zaposlenih v domovih bi bilo neposredno povezano z uspešnostjo njihovega dela, vodstva domov bi lahko sprejemala dokončne poslovne odločitve v okviru njihovih pristojnosti in za to tudi nosila polno odgovornost, domovi bi bili deležni ekonomskih učinkov poslovanja pod okriljem močnega poslovnega sistema in razbremenjeni zahtevnih poslovnih funkcij, ki jih bo moč organizirati na nivoju krovne organizacije. Za uporabnike bi bil v okviru javne službe zagotovljen soliden standard osnovnih storitev, ki bi bile na voljo vsem uporabnikom, ne glede na njihovo plačilno sposobnost, uporabniki pa bi imeli na voljo tudi široko paleto dodatnih storitev, med katerimi bi izbirali glede na svoje potrebe in zmožnosti. Zaradi konkurenčnih odnosov med ponudniki storitev bi bili uporabniki postavljeni v vlogo kupca, ki odloča o storitvah, ki jih bo uporabil, zato bi se odnos do uporabnikov izboljšal, njihove potrebe bi bile obravnavane bolj individualno, imeli pa bi tudi večji vpliv na vrsto in način izvajanja storitev.

6.5 SPREMEMBE, KI JIH NA PODROČJU INSTITUCIONALNEGA VARSTVA STAREJŠIH NAČRTUJE DRŽAVA

Resolucija o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2006-2010 (v nadaljevanju: Resolucija) izpostavlja več ciljev, ki zadevajo področje institucionalnega varstva starejših. Resolucija je sestavljena tako, da opredeljuje prioritete cilje, ki jih je potrebno doseči, strategije za doseganje teh ciljev ter konkretne ukrepe. V nadaljevanju bom predstavil tiste dele Resolucije, ki se navezujejo na področje institucionalnega varstva starejših.

Med strategijami za doseg izboljšanja dostopa do storitev in programov (2. cilj Resolucije) je omenjeno, da je potrebno *»omogočati in spodbujati pluralnost izvajalcev in vstop novih izvajalcev v sistem socialnega varstva ob poenostavitvi pogojev in postopkov«* (strategija b), nadalje je potrebno *»spremeniti sistem financiranja in sredstva za plačljive storitve zagotavljati neposredno uporabnikom«* (strategija d), *»uvesti enovit sistem dolgotrajne oskrbe s povezanimi zdravstvenimi in socialnimi storitvami za vse starostne skupine, ki potrebujejo oskrbo«* (strategija e), ter nazadnje *»prenos izvajalske funkcije na področju socialnovarstvenih zavodov z države na druge subjekte (večja stopnja partnerstva države in lokalnih skupnosti ter civilne družbe in zasebnega sektorja)«* (strategija f).

Med ukrepi za izvajanje strategij in doseganje ciljev, v okviru strategije D, Resolucija navaja, da *»bomo sistem financiranja spremenili tako, da bo financer zagotavljal sredstva za brezplačne storitve in programe izvajalcu, za plačljive pa neposredno uporabniku (v denarju ali z naročilnico), kjer bo to smotrno in racionalno«*. Nadalje pravi, da: *»bomo za plačljive storitve z zakonom natančneje določili pravice uporabnika in postopek njihovega uveljavljanja ter uvedli njihovo individualno financiranje, kjer bo to smotrno in racionalno«*.

V okviru strategije E so naštetih trije ukrepi in sicer *»Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve bo skupaj z Ministrstvom za zdravje pripravilo zakon o zavarovanju za dolgotrajno oskrbo«* (ukrep 1), *»Do konca obdobja, tj. do leta 2010, bomo zagotovili potrebne pogoje za izvajanje enovitega sistema dolgotrajne oskrbe«* (ukrep 2) in *»V sodelovanju z Ministrstvom za zdravje in Ministrstvom za šolstvo in šport bomo pripravili nov program izobraževanja*

kadrov za izvajanje integrirane dolgotrajne oskrbe za različne skupine uporabnikov» (ukrep 3).

Strategija F govori o prenosu izvajalske funkcije na področju socialnovarstvenih zavodov z države na druge subjekte oziroma o večji stopnji partnerstva države in lokalnih skupnosti, ter civilne družbe in zasebnega sektorja. Naštevata tri ukrepe: *»Javno mrežo izvajalcev bomo oblikovali tako, da bodo v njej zastopani javni zavodi, zasebniki in nevladne organizacije. Pri javnih zavodih, katerih ustanoviteljica je država, bomo v določenem delu izvedli postopen prenos izvajalske funkcije na druge subjekte, kot so pokrajine, občine, zasebniki in nevladne organizacije« (ukrep 1), »Na podlagi javnega razpisa bomo pripravili in v praksi preizkusili model postopnega prenosa izvajalske funkcije na področju socialnovarstvenih zavodov (na primeru nekaj domov za starejše, posebnih socialnovarstvenih zavodov za odrasle in varstveno-delovnih centrov) z države na druge subjekte s pogojem, da nov subjekt prispeva k nadaljnjemu razvoju, večji kakovosti in širitvi mreže.« (ukrep 2) in »Prenos izvajalske funkcije države na druge subjekte bomo izvedli kot prenos izvajanja dejavnosti in ohranitve premoženja v lasti države.« (ukrep 3).*

Med strategijami za krepitev strokovne avtonomije, upravljaljske samostojnosti in racionalnega poslovanja na področju socialnega varstva (4. cilj) Resolucija v okviru strategije B (*»Decentralizacija in deregulacija sistemov na področju socialnega varstva«*), omenja, da je potrebno *»Zakonsko zavezati občine, da v večji meri sooblikujejo in odgovarjajo za socialni položaj prebivalstva na svojem območju ter jih spodbujati, da poleg storitev in programov, ki jih zagotavlja zakon o socialnem varstvu, razvijajo še druge socialne programe« (ukrep 2), ter »V ceno storitve v socialnovarstvenih zavodih vključiti celotno amortizacijo in sredstva za investicijsko vzdrževanje ter za njihovo materialno krepitev omogočiti vlaganje zasebnega kapitala v njihov razvoj.« (ukrep 4).*

V okvir 4. cilja spada tudi strategija E (*Večja učinkovitost in racionalnost v upravljanju javnih zavodov*), ki omenja naslednje ukrepe: *»Vodstvenim ekipam javnih zavodov omogočiti samostojno sprejemanje ukrepov in iskanja rešitev, ki prispevajo k boljšemu in učinkovitejšemu delu ter finančni racionalizaciji.« (ukrep 1) in »Vodstvene ekipe finančno stimulirati za primere, če pridobijo sredstva za izvajanje programov ali za izboljšanje kakovosti storitev za uporabnike iz drugih virov oziroma iz »nejavnih sredstev.« (ukrep 2).*

6.6 SKLEP

Na slabosti obstoječe ureditve področja javnih zavodov, predvsem tistega dela, ki se tiče opravljanja tržne dejavnosti, opozarjajo številni pravni strokovnjaki, ki trdijo, da je takšna ureditev v neskladju z evropsko zakonodajo in da so spremembe nujno potrebne. Sprememb si želijo tudi izvajalci institucionalnega varstva starejših, saj menijo da je obstoječa zakonodaja preveč toga in omejujoča ter kot taka zavira razvoj. Rešitev vidijo v statusnem preoblikovanju v gospodarske družbe in v večjih finančnih vlaganjih zasebnega kapitala. Pri tem je potrebno opozoriti, da Zakon o zavodih (Ur. l. RS 12/1991) v 20. členu določa, da lahko zavod, s soglasjem ustanovitelja, v okviru svoje dejavnosti ustanovi drug zavod ali podjetje, kar pomeni, da že obstoječa zakonodaja zavodom omogoča, da ustanovijo podjetje, pod pogojem, da se ustvarjeni dobiček vrača nazaj v osnovno dejavnost.

Spremembe na področju institucionalnega varstva starejših načrtuje tudi država, ki je v strateške dokumente zapisala, da bo postopno izvedla prenos izvajalske funkcije na področju socialnovarstvenih zavodov z države na druge subjekte (med njimi tudi na zasebnike) ter vzpostavila pogoje, ki bodo omogočili večjo stopnjo partnerstva države, lokalnih skupnosti, civilne družbe in zasebnega sektorja. Prav tako namerava vodstvom javnih zavodov podeliti večje pristojnosti pri upravljanju, hkrati pa jim naložiti tudi večjo odgovornost za opravljeno delo.

7 RAZISKAVA O STALIŠČIH DIREKTORJEV DOMOV ZA STAREJŠE O STANJU NA PODROČJU INSTITUCIONALNEGA VARSTVA STAREJŠIH

7.1 PREDMET RAZISKOVANJA

Za potrebe magistrskega dela sem med direktorji slovenskih domov za starejše izvedel raziskavo, s ciljem ugotoviti njihova stališča o stanju na področju institucionalnega varstva starejših v Sloveniji. Zanimalo me je, kateri so tisti ključni problemi s katerimi se srečujejo pri svojem delu in kje vidijo rešitve oziroma možnosti za izboljšave. Še posebej so me zanimala vprašanja ustreznosti statusne oblike javnih zavodov – domov za starejše, ekonomskega stanja, cenovne politike in javno-zasebnega partnerstva.

7.2 METODOLOGIJA

Raziskavo sem izvedel s pomočjo anketnega vprašalnika, ki sem ga dne 26.05.2008, po elektronski poti poslal vsem direktorjem domov za starejše, ki so bili tega dne objavljeni na spletni strani Ministrstva za delo, družino in socialne zadeve. Statistične analize rezultatov sem izvedel s pomočjo statističnega programa SPSS 17.0. Z izračunom koeficienta korelacije χ^2 sem preveril, kakšna je povezava med statusom doma (javni / zasebni) in odgovori na ostala vprašanja.

Vprašalnik, ki sem ga poslal direktorjem domov za starejše in je predstavljen v Prilogi A, sem sestavil sam, vsebuje pa 39 vprašanj, ki se nanašajo na naslednja področja:

- splošni podatki,
- ekonomsko stanje na področju institucionalnega varstva starejših v Sloveniji in na nivoju posamezne organizacije,
- cene storitev,
- pravni status izvajalcev institucionalnega varstva starejših,
- področna zakonodaja in kadrovske normativi,
- javno–zasebno partnerstvo.

7.3 STRUKTURA ANKETIRANCEV

Vprašalnike sem poslal 73 direktorjem domov za starejše, vrnjenih pa je bilo 43 vprašalnikov (59 % odzivnost). Podrobnejša struktura poslanih in prejetih vprašalnikov je predstavljena v tabeli 7.1.

Tabela 7.1: Struktura sodelujočih v raziskavi

Status	Poslani vprašalniki	Vrnjeni vprašalniki	Odzivnost (%)
Javni zavod	47	28	59,6
Javni - kombinirani	7	3	42,9
Zasebni - koncesija	18	12	66,7
Dovoljenje za delo	1	0	0

Na seznamu izvajalcev institucionalnega varstva starejših na spletni strani Ministrstva za delo, družino in socialne zadeve, so bili navedeni trije izvajalci, ki so imeli koncesijo samo za en del razpoložljivih kapacitet, za ostali del pa so imeli dovoljenje za delo. Te izvajalce sem upošteval pri zasebnih izvajalcih s koncesijo.

V raziskavi je sodelovalo 31 direktorjev javnih domov za starejše (28 direktorjev javnih zavodov in 3 direktorji javnih – kombiniranih zavodov) in 12 direktorjev zasebnih domov s koncesijo. Zasebni izvajalci z dovoljenjem za delo v raziskavi niso sodelovali. Za potrebe nadaljnje analize rezultatov sem domove, glede na pravni status, združil v dve skupini in sicer v skupino javnih domov in skupino zasebnih domov.

Prikaz dobljenih podatkov je predstavljen v Prilogi B.

7.4 ANALIZA IN INTERPRETACIJA PODATKOV

Interpretacija rezultatov je povezana z odgovori na posamezna vprašanja in je razdeljena na štiri sklope: splošni podatki, ekonomsko stanje na področju institucionalnega varstva starejših in cena storitve, pravni status in javno-zasebno partnerstvo ter ustreznost področne zakonodaje. Glavne ugotovitve raziskave so predstavljene v poglavjih 7.4.1 – 7.4.4.

7.4.1 *Splošni podatki*

V raziskavi je sodelovalo 43 direktorjev domov za starejše, od katerih jih je skoraj polovica (47 %) opravljala svoj prvi mandat. Med tistimi, ki imajo za sabo več mandatov prevladujejo direktorji javnih domov. Javni domovi so v primerjavi z zasebnimi domovi statistično značilno večji (imajo več postelj) in starejši. Med zasebnimi domovi, ki so sodelovali v raziskavi, ni bil nobeden starejši od 10 let. Vzrok, da so zasebni domovi manjši izvira iz dejstva, da država zadnje čase spodbuja gradnjo manjših domov, v katerih je večji občutek domačnosti. Več kot 151 postelj ima kar 91 % v raziskavi sodelujočih javnih domov in 42 % zasebnih domov.

Javni domovi pridobijo več prihodkov iz opravljanja tržne dejavnosti, saj v 67 % zasebnih domov tržna dejavnost predstavlja manj kot 3 % v strukturi vseh prihodkov, medtem ko v 58 % javnih domov predstavlja 3-6 % vseh prihodkov. V povprečju javni domovi opravljajo več dodatnih dejavnosti. Največ jih poleg osnovne dejavnosti nudi še storitev priprave in razvoza kosil, dnevnega varstva in kratkočasnih namestitev. Omenjene dodatne storitve so tiste, ki se jih največkrat opravlja tudi v zasebnih domovih, vendar v manjšem obsegu. Morda razlog za to, da zasebni domovi opravljajo manj dodatnih dejavnosti, tiči v dejstvu, da so zasebni domovi v povprečju novejši in bodo morali v prihodnosti dodatne storitve šele razviti, morda pa dodatne dejavnosti preprosto ne prinašajo dovolj prihodka. Večina domov, tako javnih kot zasebnih, iz naslova donacij, sponzorskih sredstev in zapuščin, pridobi manj kot 1 % izmed vseh prihodkov. V povprečju predstavljajo sredstva iz tega naslova višji delež v strukturi prihodkov v javnih zavodih. Razloge za to razliko med javnimi in zasebnimi domovi gre morda iskati v določilih Pravilnika o merilih za ugotavljanje delovne uspešnosti direktorjev s področja dela, družine in socialnih zadev (Ur. l. RS 28/2006), ki določa, da lahko direktorji javnih domov na letni ravni zaslužijo nagrado v višini dveh osnovnih mesečnih

plač, če dosegajo v pravilniku določena merila, med katerimi je tudi obseg dodatne dejavnosti. Zaradi tega so morda direktorjih javnih domov bolj motivirani, da njihove ustanove opravljajo čim več dodatnih dejavnosti.

7.4.2 *Ekonomsko stanje in cena storitve*

Tabela 7.2: Odgovori na vprašanja o ekonomskem stanju in ceni storitev

	<i>javni dom</i>	<i>zasebni dom</i>	<i>skupaj</i>
Odstotek oseb, ki so trenutno ekonomsko stanje na področju institucionalnega varstva starejših v Sloveniji ocenile <i>kot slabo</i> (vprašanje št. 5)	67,74	58,33	65,12
Odstotek oseb, ki so se v ustanovi kjer delajo, že (občasno ali pogosto) <i>znašle v situaciji, ko ni bilo dovolj sredstev za nemoteno redno poslovanje</i> (vprašanje št. 6)	66,67	54,55	63,41
Odstotek oseb, ki menijo, da je <i>cena oskrbe prenizka</i> in bi jo bilo <i>potrebno zvišati</i> (vprašanje št. 9)	90,00	80,00	87,50
Odstotek oseb, ki se jim zdi <i>neustrezna ureditev</i> , da imajo <i>zasebni domovi za starejše priznana višjo ceno</i> oskrbe kot javni zavodi (vprašanje št. 12)	82,14	27,27	66,66
Odstotek oseb, ki menijo, da naj domovi za starejše <i>ostanejo neprofitne ustanove</i> (vprašanje št. 15)	90,00	54,55	80,49
Odstotek oseb, ki menijo, da naj se <i>cena oblikuje prosto na trgu</i> , država naj le ustvari pogoje za opravljanje dejavnosti in izvaja nadzor (vprašanje št. 26)	50,00	63,64	53,85
Odstotek oseb, ki menijo, da je <i>prekomerna restriktivnost cenovne</i> politike privedla do stagnacije sistema (vprašanje št. 27)	93,11	90,91	92,50

Pri ocenjevanju trenutnega ekonomskega stanja na področju institucionalnega varstva starejših ni bistvenih razlik med direktorji javnih in zasebnih domov. Oboji situacijo ocenjujejo kot slabo, vendar jo v povprečju direktorji javnih domov ocenjujejo slabše od direktorjev zasebnih domov. Le slabih 19 % jih situacijo ocenjuje kot zadovoljivo, nihče izmed sodelujočih v raziskavi pa ni situacije ocenil kot dobre.

Dobrih 63 % direktorjev domov se je že znašlo v situaciji, ko niso imeli dovolj sredstev za nemoteno redno poslovanje. Med direktorji, ki se še niso soočili s tako situacijo, je višji delež direktorjev zasebnih domov, čemur najbrž botruje dejstvo, da imajo zasebni domovi priznane višje cene oskrbe. Večina direktorjev meni, da je trenutna priznana cena oskrbe prenizka in bi jo bilo potrebno zvišati. Odstotek tistih, ki menijo, da je cena ustrezna, je višji med direktorji

zasebnih domov. Nihče izmed sodelujočih v anketi ni izbral možnosti, da je obstoječa cena previsoka in bi jo bilo potrebno znižati, en direktor zasebnega doma pa je izpostavil, da je cena previsoka za uporabnika. Med tistimi, ki menijo da je cena prenizka, jih večina (53 %) meni, da bi jo bilo potrebno zvišati za do 10 %. V povprečju direktorji javnih domov podpirajo višje povišanje cen, kar je razumljivo, saj imajo zasebni domovi v povprečju priznane precej višje cene oskrbe. Oboji v veliki večini podpirajo rešitev, da naj breme morebitnega povišanja cen nosi država preko subvencij in ne uporabnik. Verjetno se zavedajo dejstva, da so že sedanje cene domskega varstva za povprečnega uporabnika (pre)visoke, sploh v primerjavi s povprečno pokojnino.

Prav prenizko ceno institucionalnega varstva starejših se pogosto omenja kot enega glavnih razlogov, zakaj se v Sloveniji ne razvije storitev pomoči na domu, ki v večini držav predstavlja temelj formalne pomoči starejšim osebam. Povprečna dnevna cena bivanja (v katero je zajeto bivanje, prehrana, čiščenje sobe in pranje perila) v javnem domu za starejše je trenutno približno enaka trem uram pomoči na domu, pri čemer je razpon zelo širok, saj je cena ene ure pomoči na domu, ki jo plača uporabnik, odvisna od posamezne občine in sega od brezplačne storitve pa vse do cene, ki je skoraj enaka povprečni ceni celodnevne institucionalne oskrbe v javnem domu za starejše. Logično je, da ob takšnih pogojih osebe, ki potrebujejo pomoč, predvsem pa njihovi svojci, le-to raje poiščejo v domu za starejše, kjer jim je zagotovljena celodnevna oskrba.

V raziskavi sem ugotovil statistično značilno razhajanje v odgovorih na vprašanje o ustreznosti višjih cen zasebnih domov v primerjavi z javnimi. Zasebniki takšno ureditev podpirajo, javnim zavodom se zdi neustrezna. Statistično značilne razlike so se pojavile tudi pri trditvi, da bi morale biti cene oskrbe enake, ne glede na to, ali je lastnik doma država ali zasebnik. Velika večina direktorjev javnih zavodov se s trditvijo strinja, medtem ko večina zasebnikov meni nasprotno. Nihče izmed sodelujočih v raziskavi ni izpostavil (morebitne) razlike v storitvah, ki bi opravičevala razliko v ceni.

Velika večina direktorjev javnih domov meni, da morajo domovi za starejše še naprej delovati na neprofitni osnovi, medtem ko kar 42 % direktorjev zasebnih domov meni, da bi morali delovati po tržnih načelih. Statistično značilnost razlike med odgovori direktorjev javnih in zasebnih domov je potrdil tudi izračun χ^2 . Takšna razlika v odgovorih je po mojem mnenju logična, saj je jasno, da je interes kapitalskih družb, ki jih je med zasebnimi izvajalci precej,

maksimiranje prihodkov. S tem se strinja tudi večina direktorjev javnih zavodov (81 %), ki menijo, da je poglobitni cilj zasebnih izvajalcev na področju institucionalnega varstva starejših povečevanje dobička, medtem, ko na drugi strani večina (92 %) zasebnikov meni, da temu ni tako. Zanimiv je podatek, da večina direktorjev meni, da naj se cena prosto oblikuje na trgu, država pa naj samo ustvarja pogoje za opravljanje dejavnosti in izvaja nadzor. Odstotek oseb, ki menijo tako, je višji med direktorjih zasebnih domov, visok pa je tudi med direktorji javnih domov.

7.4.3 Pravni status in javno-zasebno partnerstvo

Tabela 7.3: Odgovori na vprašanja o pravnem statusu in javno-zasebnem partnerstvu

	<i>javni dom</i>	<i>zasebni dom</i>	<i>skupaj</i>
Odstotek oseb, ki menijo, da naj se <i>pravni status javnih domov za starejše spremeni iz javnih zavodov v gospodarske družbe</i> , ki pa bodo še vedno v lasti države (vprašanje št. 14)	72,00	70,00	71,43
Odstotek oseb, ki <i>se ne strinjajo s trditvijo, da naj se izvajalska funkcija v javnih zavodih prenese na zasebnika</i> , infrastruktura pa naj ostane v državni lasti (vprašanje št. 17)	78,26	50,00	70,97
Odstotek oseb, ki se strinjajo s trditvijo, da naj se <i>lastništvo javnih domov za starejše z države prenese na občine oziroma regije</i> (vprašanje št. 18)	47,83	66,67	53,12
Odstotek oseb, ki <i>se ne strinjajo s trditvijo, da naj se javne zavode proda zasebnemu sektorju</i> (vprašanje št. 19)	93,10	63,64	85,00
Odstotek oseb, ki <i>se ne strinjajo s trditvijo, da naj država ustavi podeljevanje koncesij</i> in naj sama gradi domove za starejše (vprašanje št. 21)	65,38	100,00	76,32
Odstotek oseb, ki menijo, da so <i>zasebni izvajalci v sistem institucionalnega varstva starejših prinesli popestritev storitev in programov</i> (vprašanje št. 23)	43,33	83,33	54,76
Odstotek oseb, ki se strinjajo s trditvijo, da je <i>poglobitni cilj zasebnih izvajalcev na področju institucionalnega varstva starejših povečevanje dobička</i> (vprašanje št. 25)	81,48	8,33	58,97
Odstotek oseb, ki se strinjajo s trditvijo, da lahko <i>vstop zasebnega kapitala v javni sektor vodi v razgradnjo javnega sektorja</i> (vprašanje št. 37)	62,50	30,00	52,94
Odstotek oseb, ki se strinjajo s trditvijo, da bi se bilo <i>potrebno v prihodnosti bolj posluževati javno – zasebnega partnerstva</i> (vprašanje št. 34)	70,59	90,00	77,78
Odstotek oseb, ki se strinjajo s trditvijo, da naj <i>javni zavodi dejavnost širijo z najemom infrastrukture, zgrajene z zasebnim kapitalom</i> (vprašanje št. 35)	52,63	66,67	57,14

V stališčih do statusnih sprememb oziroma preoblikovanja javnih zavodov v gospodarske družbe, med direktorji javnih in zasebnih domov skorajda ni razlik, saj oboji v večini podpirajo takšno spremembo. Verjetno takšna podpora izhaja tudi iz dejstva, da eni v drugih vidijo nelojalno konkurenco in menijo, da bi sprememba statusa to področje uredila oziroma ustvarila primerljive pogoje poslovanja. Kljub veliki podpori statusnim spremembam, pa 47 % direktorjev javnih domov vseeno meni, da takšne spremembe ne bi bile potrebne, če bi se ustanovitelj držal pravil, ki si jih je sam postavil (investicijsko vzdrževanje, amortizacija,...) in katerih neizpolnjevanje postavlja mnoge zavode v situacijo, ko ne morejo zagotavljati sprotnega vzdrževanja, saj za kaj takega preprosto nimajo dovolj sredstev.

Večina direktorjev se ne strinja s trditvijo, da naj se izvajalska funkcija v javnih zavodih prenese na zasebnika (fizično ali pravno osebo), medtem ko naj infrastruktura ostane v državni lasti. Takšno rešitev podpira 50 % v raziskavi sodelujočih direktorjev zasebnih domov. Prav tako večina direktorjev (85 %) meni, da naj javni domovi za starejše ostanejo v državni lasti in naj se jih ne prodaja, medtem ko bi 36 % direktorjev zasebnih domov prodajo podprlo. S trditvijo, da naj država ustavi podeljevanje koncesij in naj sama gradi domove za starejše, se večina direktorjev ne strinja, bi pa takšno rešitev podprlo 34 % direktorjev javnih domov. Čeprav direktorji želijo več avtonomije pri svojem delu, pa se večina direktorjev javnih zavodov ne strinja s prenosom lastništva javnih domov z države na občine oziroma regije, kar je presenetljivo, saj je bistvo ideje o prenosu lastništva z države na nižje nivoje, torej regije ali občine, ravno v tem, da bi se na tak način ustanove približalo okolju v katerem delujejo in bi imeli novi lastniki več razumevanja za njihove potrebe. Po podatkih, ki sem jih uspel pridobiti, je Slovenija edina država v Evropi, kjer so javni domovi za starejše v lasti države.

Večina v raziskavi sodelujočih direktorjev javnih zavodov meni, da je pglavitni cilj zasebnih izvajalcev na področju institucionalnega varstva starejših povečevanje dobička, medtem ko se večina direktorjev zasebnih domov s to trditvijo ne strinja. Nadalje večina direktorjev meni, da so zasebni izvajalci v sistem institucionalnega varstva starejših prinesli popestritev storitev in programov, vendarle pa je ta odstotek pričakovano precej višji med zasebniki, kjer je takih 83 %, medtem ko se s tem strinja 43 % direktorjev javnih domov. Večina slednjih meni, da vstop zasebnih izvajalcev v sistem ni imel takšnih posledic. Razlika je tudi statistično značilna.

Večina direktorjev meni, da je javno – zasebno partnerstvo primerno za področje institucionalnega varstva starejših in se ga bo potrebno v prihodnje bolj posluževati. Pri obeh trditvah je odstotek strinjanja precej višji med direktorji zasebnih domov. Večina direktorjev se tudi strinja s trditvijo, da lahko vstop zasebnega kapitala vodi v razgradnjo javnega sektorja. Tako meni 63 % direktorjev javnih domov, medtem ko se 70 % direktorjev zasebnih domov s trditvijo ne strinja.

Mnenja o uspešnosti in potrebnosti javno-zasebnega partnerstva so zelo različna. Raziskave v Veliki Britaniji (Pollock, Shaul in Vickers v Mrkaić in Pezdir 2007, 57) na primer ugotavljajo, da javno-zasebna partnerstva na področju zdravstva ne »prinašajo nobenih novih kapitalskih naložb v zagotavljanje javnih storitev in predvsem pomenijo povečanje dolgoročnega javnega dolga«. Prav tako niso našli nobenih dokazov, da bi taka partnerstva vplivala na kakovost storitev. Tudi Fixler in Poole (v Rus 1993, 27) ugotavljata, da privatizacija pogosto ne vodi k znižanju stroškov, pač pa povzroča znižanje kakovosti storitev, vodi k neredni in nezanesljivi oskrbi uporabnikov, zmanjšuje svobodo oziroma sodelovanje državljanov ter povečuje neenake možnosti pri uporabi storitev. Velika Britanija pozna na področju javno-zasebnega partnerstva na področju zdravstvene službe celo zakonsko obvezo sodelovanja in upoštevanja mnenj končnih uporabnikov zdravstvenih storitev (Eror 2006, 7). To je rešitev, o kateri bi morda veljalo razmisliti tudi pri nas, saj bi na ta način omogočili lokalnemu prebivalstvu, ki bo živelo z ustanovo, da poda svoje mnenje in izrazi morebitno nestrinjanje z izbiro izvajalca. Nobenega dvoma ni, da bi v mnogih primerih prednost pred kapitalskimi družbami, ki jih vodi interes dobička in kakršnih med zasebnimi izvajalci institucionalnega varstva starejših v Sloveniji ni malo, dali organizacijam, ki jim ustvarjanje dobička ni prioriteta dejavnost.

7.4.4 Zakonodaja

Tabela 7.4: Odgovori na vprašanja o ustreznosti področne zakonodaje

	<i>javni dom</i>	<i>zasebni dom</i>	<i>skupaj</i>
Odstotek oseb, ki menijo, da bi moralo biti v <i>zakonu zapisano, da lahko koncesijo pridobijo zgolj organizacije, ki zasledujejo javno dobro</i> (vprašanje št. 22)	88,89	60,00	81,08
Odstotek oseb, ki se strinjajo s trditvijo, da je <i>potrebno posodobiti zakonodajo</i> , ki ureja področje institucionalnega varstva starejših (št. 29)	96,77	91,67	95,35
Odstotek oseb, ki se strinjajo s trditvijo, da je <i>potrebno kadrovske normative popraviti</i> , saj so glede na dejanske potrebe in koncepte dela nerealni in preveč togi (št. 30)	100,00	100,00	100,00
Odstotek oseb, ki se strinjajo s trditvijo, da potrebujejo izvajalci institucionalnega varstva starejših pri svojem delu <i>večjo avtonomijo in širše pristojnosti pri odločanju o strokovnih in poslovnih vprašanjih izvajanja dejavnosti</i> (št. 31)	100,00	100,00	100,00
Odstotek oseb, ki se strinjajo s trditvijo, da so zaposleni v domovih za starejše za svoje delo <i>premalo plačani</i> (št. 32)	100,00	90,00	97,50

Večina direktorjev meni, da bi moralo biti v zakonu zapisano, da lahko koncesijo za izvajanje institucionalnega varstva starejših pridobijo zgolj organizacije, ki delujejo v javno dobro. S tem se strinjam tudi sam, saj menim, da bi takšno dovoljenje morale dobiti le družbe in organizacije, katerih poslanstvo je javno dobro, nikakor pa ne kapitalske družbe, kakor je (pre)pogosta praksa pri nas. Logično je, da slednje zasledujejo interes dobička in da bodo do njega prišle na tak ali drugačen način, vloga države pa mora biti, da take apetite omeji oziroma jih onemogoči.

Zelo visoko stopnjo enotnosti so direktorji dosegli pri odgovorih na vprašanja o ustreznosti zakonodaje, kadrovskega normativov in plačila za delo. S trditvijo, da je potrebno posodobiti zakonodajo s področja institucionalnega varstva starejših, se ni strinjal samo en direktor zasebnega doma, medtem ko so se s trditvama, da je potrebno popraviti kadrovske normative in da potrebujejo izvajalci institucionalnega varstva starejših pri svojem delu večjo avtonomijo in širše pristojnosti pri odločanju o strokovnih in poslovnih vprašanjih izvajanja dejavnosti, strinjali prav vsi v raziskavi sodelujoči direktorji.

Zanimivo je, da kljub številnim problemom, ki so jih navedli v svojih odgovorih, velika večina (90 %) direktorjev meni, da je kvaliteta bivanja v slovenskih domovih za starejše

dobra. Pri tej trditvi sem ugotovil statistično značilno razliko med odgovori direktorjev javnih domov in odgovori direktorjev zasebnih domov. S trditvijo o kvaliteti bivanja se ne strinja 13 % direktorjev javnih domov. Morda gre za tisto skupino direktorjev, ki so pri vprašanju o želenem povišanju cene oskrbe odgovorili, da si želijo nadpovprečnega povišanja cene (za 21-30 % in nad 30 % - skupaj je tako odgovorilo 14 % direktorjev javnih domov in nihče iz zasebnega doma). Domnevam, da so ti domovi v najslabšem fizičnem stanju in najbolj potrebni obnove.

8 ZAKLJUČEK

Področje oskrbe starejših oseb, ki potrebujejo kontinuirano pomoč druge osebe pri opravljanju temeljnih življenjskih aktivnosti, je v posameznih državah različno urejeno. Večino storitev s področja dolgotrajne oskrbe starejših opravijo neformalni negovalci, torej družina in zakonski partnerji, predvsem ženske, z ali brez pomoči formalnih služb pomoči. To je značilno za vse evropske države, tudi za tiste, ki imajo dobro razvite javne mreže pomoči, kakršne so na primer skandinavske države. Tudi v Sloveniji glavino pomoči starejši dobijo v okviru svojih družin, pri čemer je slovenska posebnost relativno visok delež sester, ki negujejo svoje onemogle brate (Mestheneos in Triantafillou 2005, 19). V vseh državah so ravno starostniki tisti, ki se najpogosteje pojavljajo v vlogi družinskega oskrbovalca, kar pomeni, da starejši niso samo prejemniki pokojnin, zdravstvene in socialne oskrbe, pač pa prispevajo največji delež pomoči ostarelim in onemoglim, prav tako pa opravijo tudi veliko prostovoljnega dela.

Poznamo različne oblike formalne pomoči onemoglim starostnikom, nekatere temeljijo na zagotavljanju storitev, druge na denarnih prejemkih. Dolgotrajna oskrba starejših je v večini evropskih držav financirana pretežno iz javnih sredstev, konkretni sistemi financiranja pa so v posameznih državah različno urejeni. Nekatere države dolgotrajno oskrbo starejših financirajo predvsem iz obveznega socialnega zavarovanja, druge iz davkov, tretje pa se poslužujejo kombinacije različnih virov. Prevladujoča oblika formalne pomoči starejšim osebam, ki so odvisne od pomoči druge osebe, je v večini držav pomoč na domu. Le-ta je precej cenejša od institucionalnega varstva, saj veliko dela opravi družina, sorodniki in prijatelji, ki za svoje delo običajno niso plačani, poleg tega pa starostniku omogoča, da živi v znanem okolju, skupaj z osebami, ki so mu blizu. Zato je taka oblika pomoči, poleg tega, da je za državo cenejša, tudi bolj humana in sprejemljiva. Storitve institucionalnega varstva starejših se poslužujejo predvsem tiste osebe, ki ne zmorejo več bivati na svojem domu, ob pomoči družinskih članov oziroma formalnih oblik pomoči na domu.

V Evropi biva v institucionalnem varstvu starejših povprečno okoli 5 % populacije starejše od 65 let, največ v severnih deželah, najmanj na jugu Evrope. Razlogi za razlike v številu populacije v domovih za starejše so številni, najmočnejši so zgodovinski, politični in ekonomski. Glavnino ponudbe v domovih za starejše in pomoči na domu zagotavlja javni sektor, čeprav v številnih državah narašča pomen zasebnega sektorja. Večina zasebnih izvajalcev domskega varstva je neprofitno naravnanih, profitnih je malo, pri čemer so razlike

med posameznimi državami. Storitve zasebnih profitnih izvajalcev se večinoma poslužujejo premožnejši sloji prebivalstva. V večini držav predstavljajo izdatki za institucionalno varstvo več kot polovico javnih izdatkov za dolgotrajno oskrbo starejših. Uporabniki storitve morajo običajno poravnati vsaj stroške nastanitve in prehrane v domovih za starejše (t.i. »hotelske stroške«), torej stroške, ki bi jih imeli tudi v primeru, če bi bivali na svojem domu. Tako je tudi v državah, kjer je pravica do nege univerzalna. Pri plačilu stroškov se pogosto uporablja merilo preverjanja potreb in premoženja, pri čemer večina držav starostnikom omogoča, da jim po plačilu stroškov oskrbe ostane vsaj nekaj žepnine.

Slovenski sistem varstva starejših, za razliko od večine evropskih držav, v veliki meri temelji na institucionalnem varstvu starejših. Za to obstajajo zgodovinski razlogi, saj je skrb za stare ljudi v naši državi že od 14. stoletja naprej vezana na institucije (Mali 2008, 16). Medtem, ko je v razvitem svetu razmerje med starostniki, ki bivajo v domovih za starejše in tistimi, ki prejemajo pomoč na domu, ena proti tri, je pri nas situacija diametralno nasprotna. Storitve pomoči na domu je slabo razvita, medtem ko druge oblike varstva (oskrbovana stanovanja, začasne namestitve, negovalne bolnišnice, paliativna oskrba), ki so v drugih državah zelo pogoste, pri nas skorajda ne obstajajo. Posledično so domovi za starejše edini naslov, na katerega se lahko obrnejo osebe, ki potrebujejo pomoč, čeprav bi spričo svojih s starostjo povezanih težav, pogosto bolj sodile v druge oblike namestitve. Odstotek oseb starejših od 65 let, ki živijo v domovih za starejše, je povsem primerljiv z evropskim povprečjem, pa tudi sam standard bivanja je na precej visokem nivoju, čeprav je tu potrebno izpostaviti, da na tem področju počasi zaostajamo za Evropo. Evropski trend je, da se gradi manjše domove, ki omogočajo več zasebnosti in življenje, ki je kar najbolj podobno življenju pred odhodom v dom, prav tako pa je v marsikateri državi enoposteljna soba nekaj samoumevnega ter celo zakonska pravica, pri nas pa je za večino uporabnikov institucionalnega varstva enoposteljna soba nedosegljiva. Uporabniki se soočajo tudi z neenakomerno pokritostjo potreb po institucionalnem varstvu. Tako je v nekaterih predelih Slovenije pokritost že sedaj tolikšna, da domovi ne poznajo čakalnih vrst oziroma se soočajo s praznimi kapacitetami, medtem ko je na nekaterih področjih, predvsem v velikih mestih, nemogoče dobiti posteljo prej kot v nekaj letih. To je v veliki meri posledica dejstva, da se je zadnja leta domove gradilo predvsem tam, kjer je bila cena zemljišč nizka, pri tem pa se je računalo, da bodo osebe, ki potrebujejo pomoč, pripravljene oditi kamorkoli, veliko pa je bilo odvisno od vpliva in politične moči županov posameznih občin. Prevladujejo javni domovi za starejše, zadnja leta pa naglo narašča delež zasebnih domov s koncesijo. Slovenija je, po podatkih, ki so mi bili na voljo,

edina evropska država, kjer so javni domovi v lasti države, povsod drugod je lastnik bodisi pokrajina, dežela ali občina. Zadnji podatki (Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve 2009) kažejo, da je avgusta 2009 v Sloveniji v okviru mreže javne službe delovalo 83 domov za starejše, od katerih je bilo 55 javnih zavodov in 28 zasebnih domov s koncesijo. Zasebni domovi z dovoljenjem za delo niso konkurenčni javnim domovom in zasebnim domovom s koncesijo, saj jim zaradi tega, ker nimajo koncesije, zdravstvena zavarovalnica ne povrne stroškov zdravstvene nege in le-to zaračunajo neposredno uporabniku storitev, kar pomeni, da so njihove cene še precej višje od cen zasebnih domov s koncesijo.

V okviru magistrskega dela sem izvedel raziskavo, s katero sem želel od direktorjev domov za starejše izvedeti, kaj menijo o stanju na področju institucionalnega varstva starejših, o problematiki cenovne politike, o javno - zasebnem partnerstvu, ter o potrebnosti statusnega preoblikovanja javnih domov za starejše v gospodarske družbe.

Raziskava je pokazala, da večina v raziskavi sodelujočih direktorjev situacijo ocenjuje kot slabo, pri čemer je najbolj pereča problematika (pre)nizkih cen, ki ne omogočajo normalnega poslovanja, neustreznih kadrovskih normativov in zastarele zakonodaje. Rešitev vidijo v statusnem preoblikovanju v gospodarske družbe, ki ga podpira 71 % direktorjev, pri čemer skoraj polovica direktorjev javnih domov meni, da o statusnih spremembah ne bi razmišljali, če bi se država držala pravil, ki si jih je sama postavila, predvsem tistih, ki se tičejo dolžnosti ustanovitelja o zagotavljanju sredstev za investicijsko vzdrževanje. Sam sem do statusnega preoblikovanja precej skeptičen, saj menim, da statusno preoblikovanje, ki je zakonsko sicer možno in izvedljivo, ne bo ponudilo odgovora na vsebinske težave, s katerimi se soočajo domovi za starejše, prav gotovo pa ne bodo imeli veliko od njega uporabniki storitve, saj se le-ti že sedaj ne pritožujejo nad kakovostjo storitev domskega varstva, pač pa nad njegovo nedostopnostjo in (pre)visokimi cenami. Končna posledica takšnega preoblikovanja javnih domov za starejše, bi po mojem mnenju bila, da bi uporabniki za isto storitev plačevali več. Da zasebni izvajalci tudi na področje institucionalnega varstva starejših niso prinesli posebne dodane vrednosti, je pokazala tudi moja raziskava, saj skoraj polovica direktorjev domov za starejše meni, da zasebni izvajalci v sistem institucionalnega varstva starejših niso prinesli nobene popestritve storitev in programov. Pri tem v Sloveniji nismo nobena izjema. Huber (2007, 1-5) poroča o izkušnjah številnih držav, ki so z uvedbo novih oblik financiranja dolgotrajne oskrbe starejših želele povečati vlogo zasebnih izvajalcev in ustvariti konkurenco med njimi. Do tekmovanja med njimi je sicer prišlo, vendar »tekma« žal ne poteka na

področju kakovosti. Menim, da je pri predlogih o statusnih spremembah javnih domov mogoče zaznati predvsem težnje po izstopu iz javnega sektorja, zmanjšanju nadzorne vloge države, vstopu zasebnega kapitala v javni sistem, ter, v zadnjem koraku, po privatizaciji javnih domov. Interes zasebnega kapitala za vstop na področje institucionalnega varstva starejših je precej močan, saj projekcije nadaljnjih demografskih gibanj napovedujejo strmo rast števila starejših in s tem tudi večjih potreb po negi. Ocenjujem, da privatizacija za uporabnike ne bi prinesla drugega kot povišanje cen, saj je v interesu zasebnega kapitala, da v čim krajšem času povrne vložena sredstva in začne ustvarjati dobiček. Izkušnje kažejo, da je pri tem pogosto bolj kreativen pri iskanju zakonskih lukenj, kot pa pri načrtovanju novih storitev in programov za svoje uporabnike. Prepričan sem, da mora institucionalno varstvo starejših ostati neprofitna dejavnost, saj le to osebam, ki bodo zaradi s starostjo povezanih težav potrebovale pomoč pri opravljanju življenjskih aktivnosti zagotavlja, da bodo potrebno pomoč tudi dobile, ne glede na njihovo finančno stanje.

Velika sprememba, ki se obeta na področju dolgotrajne oskrbe starejših v Sloveniji, je uvedba novega obveznega socialnega zavarovanja za dolgotrajno oskrbo. Pri tem se v razpravah o upravičenosti uvedbe nove oblike zavarovanja pojavljajo pomisleki, da bo le-to enormno povečalo izdatke za oskrbo starejših, vendar primer Nemčije, pa tudi drugih držav, ki so uvedle posebna zavarovanja za primer dolgotrajne oskrbe (Luksemburg, Japonska) kaže, da so takšni pomisleki neupravičeni, saj je do izrazitega porasta stroškov prišlo le v prvi fazi (predvsem na račun naglega povečanja števila oseb, ki so iskale pomoč), kasneje pa se je ta rast umirila (Huber 2005, 30). Uvedba zavarovanja za dolgotrajno oskrbo bo imela drastične posledice na slovenski sistem varstva starejših, saj bo prej ali slej prišlo do premika z institucionalne oblike varstva starejših na druge oblike, kot so pomoč na domu, oskrbovana stanovanja, dnevni centri, pomoč na daljavo in podobno. Posledično se bodo zmanjšali pritiski na domove za starejše in skrajšale čakalne vrste za sprejem v dom. Prav tako bi takšno zavarovanje končno izenačilo v pravicah tiste osebe, ki živijo v institucionalnem varstvu (dostopnost do storitev fizioterapije, delovne terapije, drugih strokovnih pomoči), ki jih plačuje zdravstvena zavarovalnica in tiste, ki zaradi pomanjkanja kapacitet ne morejo dobiti prostora v domu in prav tako potrebujejo pomoč, ki pa si jo morajo plačati iz lastnih sredstev. Vendar pa uvedba takšnega zavarovanja lahko v sebi skriva tudi pasti, s katerimi so se morale soočiti številne države, ki so že uvedle posebna namenska sredstva za dolgotrajno oskrbo starejših, predvsem gre tukaj za pomanjkanje ustreznega kvalificiranega negovalnega kadra in za razširjenost sivega trga.

V prihodnosti bo potrebno razvijati predvsem nove modele pomoči družini s starim človekom, nove programe dolgotrajne oskrbe starih ljudi, ki bodo, bolj kot velike totalne ustanove, kamor sodijo tudi domovi za starejše, ustrezale njihovim potrebam in pričakovanjem ter druge podporne socialne mreže za kakovostno staranje in sožitje generacij v lokalni skupnosti. Pri oskrbi in negi starih ljudi bo potrebno najti ravnovesje med družino, novimi socialnimi programi za starejše ter nastanitvijo v domovih za starejše. Na področju institucionalnega varstva starejših pa bo potrebno poiskati nove rešitve, pri iskanju katerih morajo sodelovati vse vpletene skupine. Pri tem je potrebno upoštevati, da se področje institucionalnega varstva starejših tiče blaginje in varnosti ljudi, to pa je občutljivo področje, kjer je, kot pravi Kolaričeva (1993, 271), politika majhnih korakov dosti bolj smiselna, kot pa radikalni in revolucionarni premiki, ki so praviloma uspešnejši pri rušenju starega, kot pa pri vzpostavljanju novega.

LITERATURA IN VIRI

Apohal Vučkovič, Lidija, Brina Malnar in Srna Mandič. 2009. *Socialni razgledi 2008*. Ljubljana: UMAR.

Badelt, Christoph in Andrea Holzmann 1993. Care for the elderly in Austria: Innovative projects on the local level. V *Balancing pluralism. New welfare mixes in care for the elderly*, ur. Adalbert Evers in Ivan Svetlik, 147-177. Aldershot: Avebury.

Bešter, Helena. 1996. *Pokojninski sistemi v svetu in pri nas: magistrsko delo*. Ljubljana: Center marketing international.

Bohinc, Rado, Borut Bratina in Hilda Marija Pivka, ur. 1999. *Pravo gospodarskih družb. Gospodarsko pravo II*. Ljubljana: FDV.

Bohinc, Rado. 2005a. Preoblikovanje javnih zavodov in javnih podjetij. *Podjetje in delo* 31 (2): 209-226.

--- 2005b. *Osebe javnega prava: javni zavodi, javna podjetja, javne agencije, javni skladi*. Ljubljana: GV založba.

Bonoli, Giuliano in Bruno Palier. 2008. When past reforms open new opportunities: Comparing old-age insurance reforms in Bismarckian welfare systems. V *Reforming the Bismarckian welfare systems*, ur. Bruno Palier in Martin Claude, 21-39. Oxford: Blackwell.

Bontout, Olivier in Georg Fischer. 2009. European pension reforms. V *Pension reform in Southeastern Europe. Linking to labor and financial market reform*, ur. Robert Holzmann, Landis MacKellar in Jana Reparšek, 51-72. Washington: World Bank.

Castles, Francis. 2004. *The future of the welfare state. Crisis myths and crisis realities*. New York: Oxford university press.

Chartreau, Cecile, Marie-Jo Guisset, Andrea Kuhlmann, Monika Reichert, Aphrodite Teperoglou, Eftichia Teperoglou in Alain Villez. 2005. The role of the family in integrated

health. V *Integrating health and social care services for older persons. Evidence from nine European countries*, ur. Jenny Billings in Kai Leichsenring, 165-191. Vienna: Ashgate.

Cizelj, Milka in Zdravko Kaučič. 1999. *Strateški razvojni program organizirane skrbi za starejše Skupnosti socialnih zavodov Slovenije*. Ljubljana: Skupnost socialnih zavodov Slovenije.

Coleman, David. 2005. *Facing the 21st century: New developments, continuing problems*. Dostopno prek: http://www.unece.org/pau/_docs/pau/PAU_2005_Publ_NDRCh02.pdf (19. oktober 2008).

Colmorten, Ellinor, Thomas Clausen in Steen Bentgsson, ur. 2004. Providing integrated health and social care for older persons in Denmark. V *Providing integrated health and social care for older persons – A European overview of issues at stake*, ur. Kai Leichsenring in Andy M. Alaszewski, 139- 179. Vienna: Ashgate.

Da Roit, Barbara, Blanche Le Bihan in August Österle, ur. 2008. Long-term care policies in Italy, Austria and France: Variations in cash-for-care schemes. V *Reforming the Bismarckian welfare systems*, ur. Bruno Palier in Claude Martin, 117-135. Oxford: Blackwell. Str.

Direktiva 2004/18/ES Evropskega parlamenta in Sveta o usklajevanju postopkov za oddajo javnih naročil gradenj, blaga in storitev (31. marec 2004). Dostopno prek: http://www.mf.gov.si/slov/javnar/direktiva_evropskega_parlamenta_in_sveta_2004_18_ES.pdf (12. februar 2009).

Erar, Andrej in Romana Novak. 2006. Javno-zasebno partnerstvo. *IN – splošna informacija. Državni zbor Republike Slovenije*. Dostopno prek: <http://www.dz-rs.si/typo3conf/ext/acts/pi1/acts/getfile.php?cat=pr&id=2446398> (11. december 2008).

EUROSTAT. Dostopno prek: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page?_pageid=090,1&_dad=portal&_schema=PORTAL (21.01.2009).

Evropska Komisija. 2006. *Commission communication: The demographic future of Europe – from challenge to opportunity*. Brussels: Commission of the European communities.

--- 2007. *Joint report on social protection and social inclusion: Social inclusion, pensions, healthcare and long-term care*. Dostopno prek: http://ec.europa.eu/employment_social/spsi/docs/social_inclusion/2007/joint_report_en.pdf (16. januar 2009).

--- 2008a. *Long-term care in the European Union*. Dostopno prek: http://ec.europa.eu/employment_social/news/2008/apr/long_term_care_en.pdf (16. januar 2009).

--- 2008b. *Dolgotrajna oskrba v Evropski uniji*. Luxembourg: Urad za uradne publikacije Evropskih Skupnosti. Dostopno prek: http://ec.europa.eu/employment_social/spsi/docs/social_protection/brochure_ltc_b_080924_sl.pdf (16. januar 2009).

--- 2009. *Flash Eurobarometer 269 - Intergenerational solidarity. Analytical report*. Dostopno prek: http://ec.europa.eu/public_opinion/flash/fl_269_en.pdf (20. april 2009).

Ex, Carine, Klaas Gorter in Uschi Janssen. 2004. Providing integrated health and social care for older persons in the Netherlands. V *Providing integrated health and social care for older persons – A European overview of issues at stake*, ur. Kai Leichsenring in Andy M. Alaszewski, 415-454. Vienna: Ashgate.

Fernández, José-Luis, Julien Forder, Birgit Trukeschitz, Martina Rokosova in David McDaid. 2009. How can European states design efficient, equitable and sustainable funding systems for long-term care for older people? *Policy brief (11)*. Copenhagen: WHO Regional office for Europe. Dostopno prek: <http://www.euro.who.int/Document/E92561.pdf> (9. junij 2009).

Flaker, Vito, Jana Mali, Tadeja Kodele, Vera Grebenc, Jelka Škrejanc in Mojca Urek. 2008. *Dolgotrajna oskrba: očrt potreb in odgovorov nanje*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

Fukawa, Tetsuo. 2002. *Effects of the population ageing on public health and long-term care insurances in Japan and Germany*. Dostopno prek: <http://www.ipss.go.jp/webj-ad/WebJournal.files/SocialSecurity/2002/02DEC/fukawa2.pdf> (12. oktober 2008).

Glendinning, Caroline in Eithne McLaughlin. 1993. *Paying for care: Lessons from Europe*. London: HMSO.

Grilz-Wolf, Margit, Charlotte Strümpel, Kai Leichsenring in Kathrin Komp. 2004. Providing integrated health and social care for older persons in Austria. V *Providing integrated health and social care for older persons – A European overview of issues at stake*, ur. Kai Leichsenring in Andy M. Alaszewski, 97-137. Vienna: Ashgate.

Häkkinen, Unto, Pekka Martikainen, Anja Noro, Elina Nihtilä in Mikko Peltola, ur. 2007. *Aging, health expenditure, proximity of death and income in Finland*. Helsinki: Stakes. Dostopno prek: <http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/papers/DP1-2007-VERKKO.pdf> (12. avgust 2008).

Hansson, Aino-Inkeri. 2007. Social services of general interest (Finland). V: Huber, Manfred (2007). *The future of social services of general interest, Belgium*. Synthesis report, ur. Manfred Huber. Dostopno prek: http://www.peer-review-social-inclusion.eu/peer-reviews/2007/the-future-of-social-services-of-general-interest/finland_be07 (12. avgust 2008).

Hassenteufel, Patrick in Bruno Palier. 2008. Towards neo-bismarckian health care states? Comparing health insurance reforms in bismarckian welfare systems. V *Reforming the Bismarckian welfare systems*, ur. Bruno Palier in Claude Martin, 40-61. Oxford: Blackwell.

Hubert, Manfred in Patrick Hennessy. 2005. *Long-term care for older people*. Paris: OECD publishing.

Huber, Manfred. 2007. *Long-term care for older people: The future of social services of general interest in the European Union. Discussion paper*. Dostopno prek: http://www.peer-review-social-inclusion.eu/peer-reviews/2007/the-future-of-social-services-of-general-interest/pr_be_07_discussion-paper (12. november 2008).

Huber, Manfred, Mathias Maucher in Barbara Sak, ur. 2008. *Study on social and health services of general interest in the European Union. Final synthesis report*. Dostopno prek: http://ec.europa.eu/employment_social/spsi/docs/social_protection/2008/study_social_health_services_en.pdf (12. november 2008).

Järvelin, Jutta. 2002. Health care systems in transition: Finland. *European Observatory on Health Care Systems* 4 (1). Dostopno prek: <http://www.euro.who.int/Document/e74071.pdf>

Javornik, S. Jana. 2006. *Socialni razgledi 2006*. Ljubljana: UMAR. Dostopno prek: http://www.umar.gov.si/fileadmin/user_upload/publikacije/socrazgledi/SR2006.pdf (12. november 2008).

Jenson, Jane in Stephane Jacobzone. 2000. Care allowances for the frail elderly and their impact on women care-givers. *OECD Labour market and social policy occasional papers, No. 41., OECD Publishing*. Dostopno prek: <http://titania.sourceoecd.org/vl=14340072/cl=12/nw=1/rpsv/cgi-bin/wppdf?file=5lgsjhvj7rzv.pdf> (12. november 2008).

Johansson, Lennarth in Gerdt Sundström. 1994. Payments for care: The case of Sweden. V *Payments for care. A comparative overview*, ur. Adalbert Evers, Marja Pijl in Clare Urgerson, 87-100. Aldershot: Avebury.

Kamnar, Helena. 1999. *Javni zavodi med državo in trgov.* Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče.

Kolarič, Zinka. 1993. Privatizacija na področju socialnega varstva v slovenski, postsocialistični družbi. V *Privatizacija na področju družbenih dejavnosti*, ur. Peter Beltram, Mira Bitenc, Mitja Kamušič, Zinka Kolarič, Darja Piciga, Veljko Rus, Nada Stropnik in Miha Kovač, 267-306. Ljubljana: Državna založba Slovenije.

Kolarič, Zinka, Andreja Črnak-Meglič in Maja Vojnovič, ur. 2002. *Zasebne neprofitno-volonterske organizacije v mednarodni perspektivi*. Ljubljana: FDV.

Kraigher, Tomaž. 2005. *Srednjeročna in dolgoročna projekcija demografskega razvoja Slovenije in njegovih socialno-ekonomskih komponent*. Ljubljana: Urad RS za makroekonomske analize in razvoj.

Linehan, Christine. 2006. *Health indicators for people with intellectual disabilities. Pomona II (2005-2008). First interim report. Annex VIII part 3: Finland report*. Dostopno prek: http://www.pomonaproject.org/Annex_VIII3_Finland_Report.pdf (12. november 2008).

Lundsgaard, Jens. 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., OECD Publishing*.

Dostopno prek: <http://caliban.sourceoecd.org/vl=13961211/cl=23/nw=1/rpsv/cgi-bin/wppdf?file=51gp4zggpz6g.pdf>

Mali, Jana. 2008. *Od hiralnic do domov za stare ljudi*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

Marier, Patrik. 2008. *Pension politics: Consensus and social conflict in ageing societies*. Abingdon, New York: Routledge.

Merlis, Mark. 2004. *Long-term care financing: Models and issues*. Dostopno prek: http://www.nasi.org/usr_doc/Merlis_LongTerm_Care_Financing.pdf (12. november 2008).

Mestheneos, Elizabeth in Judy Triantafillou. 2005. *EUROFAMCARE. Services for supporting family carers of elderly people in Europe: Characteristics, coverage and usage*. Dostopno prek: http://www.uke.de/extern/eurofamcare/documents/nabares/peubare_a5.pdf (12. november 2008).

Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve. 2003. *Poročilo o izvajanju programa razvoja varstva starejših oseb na področju socialnega varstva do leta 2005*. Ljubljana: MDDSZ.

--- 2005. *Predlog resolucije o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2006-2010*. Ljubljana, december 2005.

--- 2007. *Strategija varstva starejših do leta 2010 – Solidarnost, sožitje in kakovostno staranje prebivalstva*. Ljubljana: MDDSZ.

--- 2008. *Nacionalno poročilo o strategijah socialne zaščite in socialnega vključevanja za obdobje 2008-2010*, september. Ljubljana: Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve.

--- 2009a. *Oskrbovana stanovanja*. Dostopno prek: <http://www.mddsz.gov.si/index.php?id=6800> (22. januar 2009).

--- 2009b. *Zaključen javni razpis za opravljanje institucionalnega varstva v domovih za starejše*. Dostopno prek: <http://www.mddsz.gov.si/si/splosno/cns/novica/article/1966/6181/73e6a9ee84/> (19. avgust 2009).

--- 2009c. Socialnovarstvene storitve. Dostopno prek: http://www.mddsz.gov.si/si/delovna_podrocja/sociala/socialnovarstvene_storitve/ (19. avgust 2009)

Ministrstvo za zdravje. 2006. *Strokovne in organizacijske podlage za vpeljavo in izvajanje integrirane prehodne in dolgotrajne oskrbe v Republiki Sloveniji. Osnutek predloga za razpravo. Verzija 0.0. Ljubljana, marec 2006*. Dostopno prek: http://www.mddsz.gov.si/fileadmin/mddsz.gov.si/pageuploads/dokumenti_pdf/word/zakon-do-koncni-avg06.doc (12. november 2008).

Ministrstvo za zdravje. 2007. *Predlog zakona o dolgotrajni oskrbi in zavarovanju za dolgotrajno oskrbo. Pogosta vprašanja in odgovori (07.03.2007)*. Dostopno prek: http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/aktualno/javna_razprava/zakon_o_dolgotrajni_oskrbi/Microsoft_Word_-Pogosta_vprasanja_in_odgovori_o_Zakonu_o_dolgotrajni_oskrb....pdf (12. november 2008).

Morel, Nathalie. 2008. From subsidiarity to "free choice": Child – and elder – care Policy reforms in France, Belgium, Germany and the Netherlands. V *Reforming the Bismarckian welfare systems*, ur. Bruno Palier in Claude Martin, 82-101. Oxford: Blackwell.

Mrkaić, Mićo in Rado Pezdir. 2007. Slovensko javno zdravstvo: Javno-zasebna neučinkovitost ali javna neproduktivnost? *Zdravstvena ekonomika* 1 (1): 37-67.

Nacionalni program socialnega varstva do leta 2005 (NPSV). Ur. l. RS 31/2000 (07. april 2000).

NOSOSCO. 2003. *Nordic/Baltic social protection statistics 2000. Scope, expenditure and financing*. Dostopno prek: <http://nososco-da.nom-nos.dk/filer/publikationer/nordbaltsoopro.pdf> (12. november 2008).

OECD. 2007. *Society at a glance: OECD social indicators – 2006 edition*. Dostopno prek: http://oberon.sourceoecd.org/v1=6956811/cl=20/nw=1/rpsv/society_glance/28.htm (12. november 2008).

--- 2008a. *Growth in health spending slows in many OECD countries, according to OECD Health data 2008*. Dostopno prek: http://www.oecd.org/document/27/0,3343,en_2649_34631_40902299_1_1_1_1,00.html (12. november 2008).

--- 2008b. Conceptual framework and definition of long-term care expenditure. V: *Revision of the health accounts*. Dostopno prek: <http://www.oecd.org/dataoecd/24/58/40760216.pdf> (12. november 2008).

Österle, Avgust. 2002. *Payments for care and equity*. Dostopno prek: <http://www.bath.ac.uk/eri/pdf/osterle.pdf> (22. julij 2008).

Palier, Bruno in Claude Martin. 2008. From "a frozen landscape" to structural reforms: The sequential transformation of Bismarckian welfare systems. V *Reforming the Bismarckian welfare systems*, ur. Bruno Palier in Claude Martin, 82-101. Oxford: Blackwell.

Penger, Sandra in Vlado Dimovski. 2007. Strategija aktivnega staranja prebivalstva Slovenije s poudarkom na kakovostnem staranju in medgeneracijskem sožitju. *IB Revija* 41 (1): 42-55. Dostopno prek: http://www.umar.gov.si/fileadmin/user_upload/publikacije/ib/2007/ib1-07.pdf#4 (12. november 2008).

Pommer, Evert, Isolde Woittiez in John Stevens, ur. 2007. *Comparing care: The care of elderly in ten EU-countries*. Hague: The Netherlands Institute for social research.

Pravilnik o metodologiji za oblikovanje cen socialnovarstvenih storitev. Ur. l. RS 87/2006 (16. avgust 2006).

Pravilnik o opredelitvi pridobitne in nepridobitne dejavnosti. Ur. l. RS 109/2007 (30. november 2007).

Pravilnik o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev. Ur. l. RS 52/1995 (8. september 1995).

Projektna dispozicija za modelni projekt preoblikovanja javnih domov za upokojence po ZJZP. 2007. Ljubljana: Nebra.

Računsko sodišče Republike Slovenije. 2008. *Revizijsko poročilo. Skrb za tiste, ki potrebujejo varstvo in nego drugih*. Dostopno prek: [http://www.rs-rs.si/rsrs/rsrs.nsf/I/K8B7D83CC899C8389C125742D0019531D/\\$file/KAM_RSP.pdf](http://www.rs-rs.si/rsrs/rsrs.nsf/I/K8B7D83CC899C8389C125742D0019531D/$file/KAM_RSP.pdf) (14. februar 2009).

Ramovš, Jože. 2003. *Kakovostna starost: socialna gerontologija in gerontagogika*. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka.

Rechel, Berndt, Yvonne Doyle, Emily Grundy in Martin McKee, ur. 2009. How can health systems respond to population ageing? *Policy brief (10)*. Copenhagen: WHO Regional office for Europe. Dostopno prek: <http://www.euro.who.int/Document/E92560.pdf> (7. junij 2009).

Reimat, Anne. 2009. *Welfare regimes and long-term care for elderly people in Europe. The European social model in a global perspective*. IMPALLA-ESPANet Joint conference, March 6-7. Dostopno prek: http://soc.kuleuven.be/ceso/impalla/ESPANET/docs/Reimat_paper.pdf (12. april 2009).

Resolucija o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2006-2010 (ReNPSV06-10). Ur. l. RS 39/2006 (13 april 2006).

Rončević, Borut. 2001. Slovenia. V *Addressing emergency: Welfare State Reform in South Eastern Europe*, ur. Alfred Pfaller, Dashimir Shehi, Salih Foco, Lyuben Tomev, Vlado Puljiz, Ardian Ashari, Antonija Josifovska, Goran Vujović, Irina Kausch, Milan Nikolić in Borut Rončević, 180-215. Beograd: Friedrich Ebert Stiftung, Regional Office Belgrad.

Rus, Veljko. 1993. Privatizacija kot most med socialno državo in družbo blaginje. V *Privatizacija na področju družbenih dejavnosti*, ur. Peter Beltram, Mira Bitenc, Mitja Kamušič, Zinka Kolarič, Darja Piciga, Veljko Rus, Nada Stropnik in Miha Kovač, 21-97. Ljubljana: Državna založba Slovenije.

Salomäki, Aino (2006). *Public pension expenditure in the EPC and the European Commission projection: an analysis of the projection results*. Dostopno prek: http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/publication825_en.pdf (12. december 2008).

Salonen, Paula in Riita Haverinen. 2004. Providing integrated health and social care for older persons in Finland. V: *Providing integrated health and social care for older persons – A European overview of issues at stake*, ur. Kai Leichsenring in Andy M. Alaszewski, 181-222. Vienna: Ashgate.

Schenk, Martin. 2007. *Freedom of choice and dignity for the elderly*. Dostopno prek: <http://www.peer-review-social-inclusion.eu/peer-reviews/2007/freedom-of-choice-and-dignity-for-the-elderly/austria-se07> (12. november 2008).

Sipilä, Jorma. 1993. Home allowances for the frail elderly – A contradictory innovation. V *Balancing pluralism. New welfare mixes in care for the elderly*, ur. Adalbert Evers in Ivan Svetlik, 255-276. Aldershot: Avebury.

Skupnost socialnih zavodov Slovenije. Dostopno prek: <http://www.ssz-slo.si/slo/main.asp> (14. januar 2009).

Skupnost socialnih zavodov Slovenije. 2001. *Statusna in organizacijska preobrazba domov za starejše v Sloveniji*. Ljubljana: Skupnost socialnih zavodov Slovenije.

--- 2007. *40 let Skupnosti socialnih zavodov Slovenije*. Ljubljana: Skupnost socialnih zavodov Slovenije.

--- 2009. *Cene na dan 1.2.2009*. Interno gradivo.

Smolej, Simona, Mateja Nagode, Polonca Jakob, Vid Žiberna, Petra Jerina, Aleš Kenda, ur. 2008. *Izvajanje pomoči na domu. Analiza stanja za obdobje januar-junij 2008. Končno poročilo*. Dostopno prek: <http://www.irssv.si/portal/index.php/publikacije/leto-2008.html> (23. februar 2009).

Snoj, Alenka. 2008. *Sistemi zdravstvenega varstva v EU: magistrsko delo*. Ljubljana: FDV.

Stakes. 2007. *Facts about Finnish social welfare and health care 2006*. Dostopno prek: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/stakes-factsaboutfinnish-01.pdf> (12. november 2008).

Statistični urad Republike Slovenije. 2002. *Statistični letopis Republike Slovenije 2002*. Dostopno prek: http://www.surs.gov.si/letopis/2002/04_2002/04-09-02.htm (13. november 2008).

--- 2005. *Statistični letopis 2005*. Ljubljana: Statistični urad Republike Slovenije. Dostopno prek: <http://www.stat.si/letopis/2005/10-05.pdf> (12. november 2008).

--- 2006. *Statistični letopis 2006*. Ljubljana: Statistični urad Republike Slovenije. Dostopno prek: <http://www.stat.si/letopis/2006/10-06.pdf> (12. november 2008).

--- 2007a. *Statistični letopis 2007*. Ljubljana: Statistični urad Republike Slovenije. Dostopno prek: <http://www.stat.si/letopis/2007/10-07-EUR.pdf> (12. november 2008).

--- 2007b. *Statistične informacije 2007, št. 36. Prebivalstvo*. Ljubljana: Statistični urad Republike Slovenije. Dostopno prek: <http://www.stat.si/doc/statinf/05-si-007-0701.pdf> (11. december 2008).

--- 2008a. *Slovenija v številkah 2008*. Ljubljana: SURS. Dostopno prek: http://www.stat.si/doc/pub/slo_figures_08.pdf (5. marec 2009).

--- 2008b. *Statistični letopis 2008*. Ljubljana: Statistični urad Republike Slovenije. Dostopno prek: <http://www.stat.si/letopis/2008/10-08.pdf> (5. marec 2009).

--- 2009. *Statistične informacije 2009, št. 1. Javni socialnovarstveni zavodi, Slovenija, 2007. Socialna zaščita*. Ljubljana: Statistični urad Republike Slovenije. Dostopno prek: <http://www.stat.si/doc/statinf/12-si-044-0901.pdf> (5. marec 2009).

Swane, Christine. 1994. Payments for care: The case of Denmark. V *Payments for care. A comparative overview*, ur. Adalbert Evers, Marja Pijl in Clare Urgerson, 101-124. Aldershot: Avebury.

Šircelj, Milivoja. 2006. *Rodnost v Sloveniji od 18. do 21. stoletja*. Ljubljana: Statistični urad Republike Slovenije.

Štrovs, Marko. 2000. *Pokojninsko in invalidsko zavarovanje*. Ljubljana: Gospodarski vestnik.

Tičar, Bojan 2005. Status javnih zavodov v javnem sektorju – pravno-ekonomska analiza. *Podjetje in delo* 31 (3-4): 515-526.

Toth, Martin. 2003. *Zdravje, zdravstveno varstvo, zdravstveno zavarovanje*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje.

Trpin, Gorazd. 2004. Javne službe in javni zavodi. *Podjetje in delo* 30 (6-7): 1376-1383.

Urad Republike Slovenije za makroekonomske analize in razvoj. 2009. *Poročilo o pripravi projekcij javnih izdatkov, ki so posledica staranja prebivalstva, z rezultati projekcij izdatkov*. Dostopno prek: <http://www.gov.si/arhiv-cns/index-arhiv-cns.php?vie=cnt&gr1=grObr&gr2=a08&url=18a6b9887c33a0bdc12570e50034eb54/6d34b67a34677411c125754600386569?> (12. april 2009).

Uredba o dodatni delovni uspešnosti v javnem zavodu. Ur. l. RS 14/2006 (14. februar 2006).

Varuh človekovih pravic Republike Slovenije. 2000. *Letno poročilo varuha človekovih pravic za leto 1999*. Dostopno prek: http://www.varuh-rs.si/fileadmin/user_upload/pdf/lp/vcp_lp_1999_slo.pdf (22. februar 2008)

Varuh človekovih pravic Republike Slovenije. 2008. *Letno poročilo varuha človekovih pravic za leto 2007*. Dostopno prek: http://www.varuh-rs.si/fileadmin/user_upload/pdf/lp/VCP-LP07-splet.pdf (22. februar 2008)

Vertot, Nelka. 2007. *Invalidi, starejši in druge osebe s posebnimi potrebami v Sloveniji*. Ljubljana: Statistični urad Republike Slovenije. Dostopno prek: <http://www.stat.si/doc/pub/invalidi-2007-SLO.pdf> (12. november 2008).

--- 2008. *Prebivalstvo Slovenije se stara – potrebno je medgeneracijsko sožitje*. Ljubljana: Statistični urad Republike Slovenije.

Zakon o davku od dohodkov pravnih oseb. Ur. l. RS 117/2006 (16. november 2006).

Zakon o gospodarskih družbah (ZGD-1). Ur. l. RS 42/2006 (19. april 2006).

Zakon o javnih financah (ZJF). Ur. l. RS 97/1999 (30. september 1999).

Zakon o javno-zasebnem partnerstvu (ZJZP). Ur. l. RS 127/06 (7. december 2006).

Zakon o sistemu plač v javnem sektorju (ZSPJS – UPB7). Ur. l. RS 95/2007 (19. oktober 2007).

Zakon o socialnem varstvu (ZSV). Ur. l. RS 54/1992 (4. november 1992).

Zakon o zavodih (ZZ). Ur. l. RS 12/1991 (22. marec 1991).

Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ – UPB3). Ur. l. RS 72/2006 (11. julij 2006).

Zakon o zdravstveni dejavnosti (ZZDej – UPB1). Ur. l. RS 36/2004 (13. april 2004).

Združeni narodi. 2007a. *World population prospects. The 2006 revision*. New York: United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2006). Dostopno prek: http://www.un.org/esa/population/publications/wpp2006/WPP2006_Highlights_rev.pdf (10. januar 2009).

--- 2007b. *World population ageing 2007*. New York: United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division. Dostopno prek: <http://www.un.org/esa/population/publications/WPA2007/ES-English.pdf> (10. januar 2009).

PRILOGA A: ANKETNI VPRAŠALNIK

I. SPLOŠNI PODATKI

1.1. Kakšen status ima Dom za starejše (v nadaljevanju: Dom), ki ga vodite:

- Javni zavod, institucionalno varstvo starejših
- Javni zavod, kombinirani zavod
- Zasebni zavod s koncesijo
- Zasebni zavod z dovoljenjem za delo
- Drugo: _____

1.2. Kapaciteta Doma:

- do 50 mest
- 51-100 mest
- 101-150 mest
- 151-200 mest
- 201-250 mest
- nad 251 mest
- drugo: _____

1.3. Starost Doma:

- do 10 let
- 11-20 let
- 21-30 let
- 31-40 let
- 41-50 let
- nad 50 let
- drugo: _____

1.4. Katere dejavnosti (poleg celodnevne institucionalne oskrbe) še izvajate v vašem Domu? (možnih je več odgovorov)

- dnevno varstvo
- pomoč na domu
- razvoz kosil
- oskrbovana stanovanja
- kratkočasne namestitve
- drugo (kaj): _____
- nič od tega

II. OCENA STANJA

2.1. Kako bi ocenili trenutno ekonomsko stanje na področju institucionalnega varstva starejših v Sloveniji?

- dobro
- zadovoljivo
- slabo
- zelo slabo
- ne vem
- drugo: _____

2.2. Ali ste se v ustanovi že znašli v situaciji, ko ni bilo dovolj sredstev za nemoteno redno poslovanje?

- ne, nikoli
- občasno
- da, pogosto
- ne vem
- drugo: _____

2.3. Kolikšen delež v strukturi prihodkov vašega Doma predstavlja tržna dejavnost?

- manj kot 3%
- 3-6%
- 7-9%
- več kot 9%
- ne vem
- drugo: _____

2.4. Kolikšen delež v strukturi prihodkov vašega Doma predstavljajo donacije, sponzorska sredstva in zapuščine?

- manj kot 1%
- 1-3%
- 4-6%
- več kot 6%
- ne vem
- drugo: _____

2.5. Kaj menite o višini cene oskrbe v vašem Domu?

- cena oskrbe je prenizka in bi jo bilo potrebno zvišati
- cena oskrbe je ustrezna (pojdite na vprašanje 2.7.)
- cena oskrbe je previsoka in bi jo bilo potrebno znižati (pojdite na vprašanje 2.7.)
- ne vem
- drugo: _____

2.6. Za koliko odstotkov bi se morale povišati cene oskrbe v vašem Domu (da bi omogočale normalno poslovanje)?

- do 10%
- 11-20%
- 21-30%
- nad 30%
- ne vem
- drugo: _____

2.7. Če bi se cena oskrbe v vašem Domu občutno povečala, kdo naj po vašem mnenju nosi to breme?

- uporabnik oziroma njegovi svojci
- država preko subvencije
- ne vem
- drugo: _____

2.8. Koncesionarski domovi za starejše imajo priznано višjo ceno oskrbe kot javni zavodi.

Takšna ureditev se mi zdi:

- ustrezna
- neustrezna
- ne vem
- drugo: _____

2.9. Ali se strinjate s trditvijo, da bi morale biti cene oskrbe enake, ne glede na to, ali je lastnik doma država ali zasebnik?

- da
- ne
- ne vem
- drugo: _____

III. TRDITVE

V zadnjem sklopu vprašalnika so našteje različne trditve o stanju na področju institucionalnega varstva starejših, ki se v zadnjem času pogosto pojavljajo, tako med strokovno, kot laično javnostjo. Prosim vas, da označite, kako se Vi osebno strinjate s posameznimi trditvami.

TRDITVE	S TRDITVIJO SE STRINJAM	NE VEM	S TRDITVIJO SE NE STRINJAM
pravni status javnih domov za starejše naj se iz javnih zavodov spremeni v gospodarske družbe, ki pa bodo še vedno v lasti države			
domovi za starejše naj ostanejo neprofitne ustanove			
pravnega statusa javnih zavodov ni potrebno spreminjati, ustanovitelj (država) naj se samo drži pravil, ki jih je sam postavil (investicijsko vzdrževanje, amortizacija, ...)			
izvajalska funkcija v javnih zavodih naj se prenese na zasebnika (fizično ali pravno osebo), infrastruktura pa naj ostane v državni lasti			
lastništvo javnih domov za starejše naj se z države prenese na občine oziroma regije			
javne zavode naj se proda zasebniku (fizični ali pravni osebi)			
institucionalno varstvo starejših naj se izvaja kot profitna dejavnost			
država naj ustavi podeljevanje koncesij in naj sama gradi domove za starejše			
v zakonu bi moralo biti zapisano, da lahko koncesijo pridobi zgolj organizacija, ki zasleduje javno dobro			
zasebni izvajalci so v sistem institucionalnega varstva starejših prinesli popestritev storitev in programov			
država zasleduje širše družbene cilje, cilj zasebnika pa je povečevanje dobička			
cena naj se oblikuje prosto na trgu, država naj le ustvari pogoje za opravljanje dejavnosti in izvaja nadzor			
prekomerna restriktivnost cenovne politike je privedla do stagnacije sistema			
ceno oskrbe naj še naprej regulira država			
zakonodajo, ki ureja področje institucionalnega varstva starejših, je potrebno posodobiti			
kadrovske normative je potrebno popraviti, saj so nerealni in preveč togi			
izvajalci institucionalnega varstva starejših potrebujejo pri svojem delu večjo avtonomijo in širše pristojnosti pri odločanju o strokovnih in poslovnih vprašanjih izvajanja dejavnosti			
zaposleni v domovih za starejše so za svoje delo premalo plačani			
primanjkuje ustreznega (negovalnega) kadra za delo v domovih			
v prihodnosti bi se bilo potrebno bolj posluževati javno-zasebnega partnerstva			
javni zavodi naj dejavnost širijo z najemom infrastrukture, zgrajene z zasebnim kapitalom			
javno-zasebno partnerstvo ni primerno za področje institucionalnega varstva starejših			

vstop zasebnega kapitala v javni sektor lahko vodi v razgradnjo javnega sektorja			
kvaliteta bivanja v slovenskih domovih za starejše je dobra			

Koliko let že opravljate funkcijo direktor/-ja/-ice:

- do 5 let
- 6-10 let
- 11-15 let
- nad 15 let
- drugo: _____

PRILOGA B: PRIKAZ DOBLJENIH PODATKOV

1. Kakšen status ima dom za starejše, ki ga vodite?

	frekvenca (f)	odstotek (%)
javni zavod, institucionalno varstvo starejših	28	65.11
javni zavod, kombinirani zavod	3	6.98
zasebni zavod s koncesijo	12	27.91
zasebni zavod z dovoljenjem za delo	0	0.00
SKUPAJ javni zavod (javni): javni zavod, institucionalno varstvo starejših in kombinirani zavod	31	72.09
SKUPAJ zasebni dom (zasebni): zasebni dom s koncesijo in zasebni dom z dovoljenjem za delo	12	27.91

2. Kapaciteta doma (število postelj)?

	<i>do 50</i>	<i>51–100</i>	<i>101 – 150</i>	<i>151 – 200</i>	<i>201 - 250</i>	<i>nad 251</i>	<i>skupaj</i>
<i>javni (%)</i> <i>N=31</i>	0,00	0,00	9,68	45,16	22,58	22,58	100,00
<i>zasebni (%)</i> <i>N=12</i>	41,67	0,00	16,67	41,67	0,00	0,00	100,00
<i>skupaj javni in zasebni (%)</i> <i>N=43</i>	11,63	0,00	11,63	44,19	16,28	16,28	100,00

Povezava s statusom doma (javni/zasebni) je statistično značilna ($\chi^2=11,48$, $p=0,001$).

3. Starost doma (v letih)?

	<i>do 10</i>	<i>11 – 20</i>	<i>21 - 30</i>	<i>31 – 40</i>	<i>41 - 50</i>	<i>nad 50</i>	<i>skupaj</i>
<i>javni (%)</i> <i>N=29</i>	17,24	10,35	24,14	31,03	0,00	17,24	100,00
<i>zasebni (%)</i> <i>N=11</i>	100,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	100,00
<i>skupaj javni in zasebni (%)</i> <i>N=40</i>	40,00	7,50	17,50	22,50	0,00	12,50	100,00

Povezava s statusom doma (javni/zasebni) je statistično značilna ($\chi^2=25,46$, $p=0,000$).

Pri možnosti odgovora »drugo« so sodelujoči v anketi navedli:

Javni domovi: 56 let, na sedanji lokaciji 30 let; stavbe so stare 68, 48, 32, 20 let

Zasebni domovi: koncesija 4 leta, delovanje pa že od 1999 leta

4. Katere dejavnosti (poleg celodnevne institucionalne oskrbe) še izvajate v vašem domu? (možnih je več odgovorov)

	<i>dnevno varstvo</i>	<i>pomoč na domu</i>	<i>razvoz kosil</i>	<i>oskrbovana stanovanja</i>	<i>kratkočasne namestitve</i>
<i>javni (%)</i>	58,06	19,35	58,06	16,12	51,61
<i>zasebni (%)</i>	33,33	25,00	41,67	8,33	33,33

Povezava s statusom doma (javni/zasebni) ni statistično značilna (*dnevno varstvo*: $\chi^2=2,118$, $p=0,146$; *pomoč na domu*: $\chi^2=0,167$, $p=0,683$; *razvoz kosil*: $\chi^2=0,935$, $p=0,334$; *oskrbovana stanovanja*: $\chi^2=0,167$, $p=0,683$; *kratkočasne namestitve*: $\chi^2=1,162$, $p=0,281$).

Pri možnosti odgovora »drugo« so sodelujoči v anketi navedli:

Javni domovi: kuhanje kosil za enoto pomoči na domu, storitve pralnice-pranje, šivanje; kuhanje kosil in dietne prehrane, pedikerske in frizerske storitve; rdeči gumb; priprava kosil (razvaža jih CSD); kosila, izposoja pripomočkov, pranje, kopanje; podaljšana bolnišnična rehabilitacija bolnikov po možganski kapi – 15 postelj; varstvo v drugi družini; rehabilitacija, kavarniška dejavnost, masaže; imamo možnost tudi razvoza kosil, a ni povpraševanja - slednje je razlog tudi za to, da niso razvite nekatere od ostalih naštetih dejavnosti; oskrbovana stanovanja

Zasebni domovi: možnost prevzemanja toplih obrokov za zunanje odjemalce; Materinski dom Postojna

5. Kako bi ocenili trenutno ekonomsko stanje na področju institucionalnega varstva starejših v Sloveniji?

	<i>dobro</i>	<i>zadovoljivo</i>	<i>slabo</i>	<i>zelo slabo</i>	<i>skupaj</i>
<i>javni (%)</i> <i>N=31</i>	0,00	19,35	67,74	12,90	100,00
<i>zasebni (%)</i> <i>N=12</i>	0,00	16,67	58,33	25,00	100,00
<i>skupaj javni in zasebni (%)</i> <i>N=43</i>	0,00	18,60	65,12	16,28	100,00

Povezava s statusom doma (javni/zasebni) ni statistično značilna ($\chi^2=0,975$, $p=0,614$).

6. Ali ste se v ustanovi že znašli v situaciji, ko ni bilo dovolj sredstev za nemoteno redno poslovanje?

	<i>ne, nikoli</i>	<i>občasno</i>	<i>da, pogosto</i>	<i>skupaj</i>
<i>javni (%)</i> <i>N=30</i>	33,33	53,33	13,33	100,00
<i>zasebni (%)</i> <i>N=11</i>	45,45	27,27	27,27	100,00
<i>skupaj javni in zasebni (%)</i> <i>N=41</i>	36,59	46,34	17,07	100,00

Povezava s statusom doma (javni/zasebni) ni statistično značilna ($\chi^2=5,237$, $p=0,155$).

Pri možnosti odgovora »drugo« so sodelujoči v anketi navedli:

Javni domovi: do leta 2002, nato pa ne več

Zasebni domovi: v prvem letu poslovanja, ko smo imeli težave z zapolnitvijo vseh razpoložljivih kapacitet

7. Kolikšen delež v strukturi prihodkov vašega doma predstavlja tržna dejavnost (v %)?

	<i>manj kot 3</i>	<i>3 – 6</i>	<i>7 – 9</i>	<i>več kot 9</i>	<i>skupaj</i>
<i>javni (%)</i> <i>N=31</i>	19,35	58,06	12,90	9,68	100,00
<i>zasebni (%)</i> <i>N=9</i>	66,67	33,33	0,00	0,00	100,00
<i>skupaj javni in zasebni (%)</i> <i>N=40</i>	30,00	52,50	10,00	7,50	100,00

Povezava s statusom doma (javni/zasebni) je statistično značilna ($\chi^2=13,18$, $p=0,010$).

Pri možnosti odgovora »drugo« so sodelujoči v anketi navedli:

Zasebni domovi: nič; tržna dejavnost se ne opravlja

8. Kolikšen delež v strukturi prihodkov vašega doma predstavljajo donacije, sponzorska sredstva in zapuščine (v %)?

	<i>manj kot 1</i>	<i>1 – 3</i>	<i>4 – 6</i>	<i>več kot 6</i>	<i>skupaj</i>
<i>javni (%)</i> <i>N=29</i>	79,31	20,69	0,00	0,00	100,00
<i>zasebni (%)</i> <i>N=7</i>	71,43	14,29	0,00	14,29	100,00
<i>skupaj javni in zasebni (%)</i> <i>N=36</i>	77,78	19,44	0,00	2,78	100,00

Povezava s statusom doma (javni/zasebni) ni statistično značilna ($\chi^2=3,237$, $p=0,198$).

Pri možnosti odgovora »drugo« so sodelujoči v anketi navedli:

Javni domovi: nimamo teh prihodkov; nič

Zasebni domovi: nič; do sedaj nimamo nič od naštetega; kadar so in če so; donacij ne prejemo; nič

9. Kaj menite o višini cene oskrbe v vašem domu?

	<i>cena oskrbe je prenizka in bi jo bilo potrebno zvišati</i>	<i>cena oskrbe je ustrezna</i>	<i>cena oskrbe je previsoka in bi jo bilo potrebno znižati</i>	<i>skupaj</i>
<i>javni (%)</i> <i>N=30</i>	90,00	10,00	0,00	100,00
<i>zasebni (%)</i> <i>N=10</i>	80,00	20,00	0,00	100,00
<i>skupaj javni in zasebni (%)</i> <i>N=40</i>	87,50	12,50	0,00	100,00

Povezava s statusom doma (javni/zasebni) ni statistično značilna ($\chi^2=3,183$, $p=0,204$).

Pri možnosti odgovora »drugo« so sodelujoči v anketi navedli:

Javni domovi: poleg prenizke cene oskrbe so problem tudi prihodki od zdravstvenih storitev in obveznost ustanovitelja za investicijsko vzdrževanje

Zasebni domovi: cena je previsoka za uporabnika; problem je ker v ceno niso priznani dejanski stroški financiranja, amortizacije, itd.

10. Za koliko odstotkov (%) bi se morale povežati cene oskrbe v vašem domu (da bi omogočale normalno poslovanje)?

	<i>do 10</i>	<i>11 – 20</i>	<i>21 - 30</i>	<i>nad 30</i>	<i>skupaj</i>
<i>javni (%)</i> <i>N=26</i>	46,15	38,46	3,85	11,54	100,00
<i>zasebni (%)</i> <i>N=8</i>	75,00	25,00	0,00	0,00	100,00
<i>skupaj javni in zasebni (%)</i> <i>N=34</i>	52,94	35,29	2,94	8,82	100,00

Povezava s statusom doma (javni/zasebni) ni statistično značilna ($\chi^2=5,940$, $p=0,312$).

Pri možnosti odgovora »drugo« so sodelujoči v anketi navedli:

Javni domovi: do 10 %, v kolikor bi obračunavali polno amortizacijo in bi ustanovitelj zagotovil investicijsko vzdrževanje; del cene bi morala za vse stanovalce pokrivati država, ker imamo v regiji nizke pokojnine in ljudje težko plačujejo že sedanjo oskrbo

Zasebni domovi: 4,7 %

11. Če bi se cena oskrbe v vašem domu občutno povečala, kdo naj po vašem mnenju nosi to breme?

	<i>uporabnik oz. njegovi svojci</i>	<i>država preko subvencije</i>	<i>skupaj</i>
<i>javni (%)</i> <i>N=27</i>	29,63	70,37	100,00
<i>zasebni (%)</i> <i>N=12</i>	16,67	83,33	100,00
<i>skupaj javni in zasebni (%)</i> <i>N=39</i>	25,64	74,36	100,00

Povezava s statusom doma (javni/zasebni) ni statistično značilna ($\chi^2=1,377$, $p=0,502$).

Pri možnosti odgovora »drugo« so sodelujoči v anketi navedli:

Javni domovi: porazdeljeno; država preko subvencije – namensko za investicije; strošek storitve = cena storitve (+ subvencija, če cena ne pokriva stroškov); sistemska ureditev financiranja vseh oblik storitev za starejše po zavarovalniškem principu

12. Kakšna se vam zdi ureditev, da imajo koncesionarski domovi za starejše priznana višjo ceno oskrbe kot javni zavodi?

	<i>ustrezna</i>	<i>neustrezna</i>	<i>skupaj</i>
<i>javni (%)</i> <i>N=28</i>	17,86	82,14	100,00
<i>zasebni (%)</i> <i>N=11</i>	72,72	27,27	100,00
<i>skupaj javni in zasebni (%)</i> <i>N=39</i>	33,33	66,66	100,00

Povezava s statusom doma (javni/zasebni) je statistično značilna ($\chi^2=12,65$, $p=0,002$).

Pri možnosti odgovora »drugo« so sodelujoči v anketi navedli:

Javni domovi: ustrezna, če je cena večja samo za strošek kapitala; neustavna; nepravilna do uporabnikov, ki zaradi višje cene niso deležni več ali boljših storitev

Zasebni domovi: še vedno je na nivoju regulative to področje premalo urejeno, saj nam ne priznavajo vseh stroškov

13. Ali se strinjate s trditvijo, da bi morale biti cene oskrbe enake, ne glede na to, ali je lastnik doma država ali zasebnik?

	<i>da</i>	<i>ne</i>	<i>skupaj</i>
<i>javni (%)</i> <i>N=30</i>	86,67	13,33	100,00
<i>zasebni (%)</i> <i>N=9</i>	44,44	55,56	100,00
<i>skupaj javni in zasebni (%)</i> <i>N=39</i>	76,92	23,08	100,00

Povezava s statusom doma (javni/zasebni) je statistično značilna ($\chi^2=10,10$, $p=0,006$).

Pri možnosti odgovora »drugo« so sodelujoči v anketi navedli:

Javni domovi: da, samo kdo naj pokrije strošek kapitala

Zasebni domovi: kdo bo pa zasebniku pokrila strošek kapitala (zemljišče, zgradba)?; ne enake, ampak v razumnem razmerju; predvsem bi to pomenilo za nas koncesionarje enakovredno konkurenco

14. Pravni status javnih domov za starejše naj se iz javnih zavodov spremeni v gospodarske družbe, ki pa bodo še vedno v lasti države.

	<i>se strinjam</i>	<i>se ne strinjam</i>	<i>skupaj</i>
<i>javni (%)</i> <i>N=25</i>	72,00	28,00	100,00
<i>zasebni (%)</i> <i>N=10</i>	70,00	30,00	100,00
<i>skupaj javni in zasebni (%)</i> <i>N=35</i>	71,43	28,57	100,00

Povezava s statusom doma (javni/zasebni) ni statistično značilna ($\chi^2=0,055$, $p=0,973$).

15. Domovi za starejše naj ostanejo neprofitne ustanove.

	<i>se strinjam</i>	<i>se ne strinjam</i>	<i>skupaj</i>
<i>javni (%)</i> <i>N=30</i>	90,00	10,00	100,00
<i>zasebni (%)</i> <i>N=11</i>	54,55	45,45	100,00
<i>skupaj javni in zasebni (%)</i> <i>N=41</i>	80,49	19,51	100,00

Povezava s statusom doma (javni/zasebni) je statistično značilna ($\chi^2=6,80$, $p=0,033$).

16. Pravnega statusa javnih zavodov ni potrebno spreminjati, ustanovitelj (država) naj se samo drži pravil, ki jih je sam postavil (investicijsko vzdrževanje, amortizacija, ...).

	<i>se strinjam</i>	<i>se ne strinjam</i>	<i>skupaj</i>
<i>javni (%)</i> <i>N=30</i>	46,67	53,33	100,00
<i>zasebni (%)</i> <i>N=10</i>	30,00	70,00	100,00
<i>skupaj javni in zasebni (%)</i> <i>N=40</i>	42,50	57,50	100,00

Povezava s statusom doma (javni/zasebni) ni statistično značilna ($\chi^2=3,203$, $p=0,202$).

17. Izvajalska funkcija v javnih zavodih naj se prenese na zasebnika (fizično ali pravno osebo), infrastruktura pa naj ostane v državni lasti.

	<i>se strinjam</i>	<i>se ne strinjam</i>	<i>skupaj</i>
<i>javni (%)</i> <i>N=23</i>	21,74	78,26	100,00
<i>zasebni (%)</i> <i>N=8</i>	50,00	50,00	100,00
<i>skupaj javni in zasebni (%)</i> <i>N=31</i>	29,03	70,97	100,00

Povezava s statusom doma (javni/zasebni) ni statistično značilna ($\chi^2=2,433$, $p=0,296$).

18. Lastništvo javnih domov za starejše naj se z države prenese na občine oz. regije.

	<i>se strinjam</i>	<i>se ne strinjam</i>	<i>skupaj</i>
<i>javni (%)</i> <i>N=23</i>	47,83	52,17	100,00
<i>zasebni (%)</i> <i>N=9</i>	66,67	33,33	100,00
<i>skupaj javni in zasebni (%)</i> <i>N=32</i>	53,12	46,88	100,00

Povezava s statusom doma (javni/zasebni) ni statistično značilna ($\chi^2=0,929$, $p=0,628$).

19. Javne zavode naj se proda zasebniku (fizični ali pravni osebi).

	<i>se strinjam</i>	<i>se ne strinjam</i>	<i>skupaj</i>
<i>javni (%)</i> <i>N=29</i>	6,90	93,10	100,00
<i>zasebni (%)</i> <i>N=11</i>	36,36	63,64	100,00
<i>skupaj javni in zasebni (%)</i> <i>N=40</i>	15,00	85,00	100,00

Povezava s statusom doma (javni/zasebni) ni statistično značilna ($\chi^2=5,429$, $p=0,066$).

20. Institucionalno varstvo starejših naj se izvaja kot profitna dejavnost.

	<i>se strinjam</i>	<i>se ne strinjam</i>	<i>skupaj</i>
<i>javni (%)</i> <i>N=28</i>	14,29	85,71	100,00
<i>zasebni (%)</i> <i>N=11</i>	36,36	63,64	100,00
<i>skupaj javni in zasebni (%)</i> <i>N=39</i>	20,51	79,49	100,00

Povezava s statusom doma (javni/zasebni) ni statistično značilna ($\chi^2=2,395$, $p=0,302$).

21. Država naj ustavi podeljevanje koncesij in naj sama gradi domove za starejše.

	<i>se strinjam</i>	<i>se ne strinjam</i>	<i>skupaj</i>
javni (%) <i>N=26</i>	34,62	65,38	100,00
zasebni (%) <i>N=12</i>	0,00	100,00	100,00
skupaj javni in zasebni (%) <i>N=38</i>	23,68	76,32	100,00

Povezava s statusom doma (javni/zasebni) je statistično značilna ($\chi^2=8,036$, $p=0,018$).

22. V zakonu bi moralo biti zapisano, da lahko koncesijo pridobijo zgolj organizacije, ki zasledujejo javno dobro.

	<i>se strinjam</i>	<i>se ne strinjam</i>	<i>skupaj</i>
javni (%) <i>N=27</i>	88,89	11,11	100,00
zasebni (%) <i>N=10</i>	60,00	40,00	100,00
skupaj javni in zasebni (%) <i>N=37</i>	81,08	18,92	100,00

Povezava s statusom doma (javni/zasebni) ni statistično značilna ($\chi^2=3,994$, $p=0,136$).

23. Zasebni izvajalci so v sistem institucionalnega varstva starejših prinesli popestritev storitev in programov.

	<i>se strinjam</i>	<i>se ne strinjam</i>	<i>skupaj</i>
javni (%) <i>N=30</i>	43,33	56,67	100,00
zasebni (%) <i>N=12</i>	83,33	16,67	100,00
skupaj javni in zasebni (%) <i>N=42</i>	54,76	45,24	100,00

Povezava s statusom doma (javni/zasebni) je statistično značilna ($\chi^2=6,012$, $p=0,049$).

24. Država zasleduje širše družbene cilje, cilj zasebnika pa je povečevanje dobička.

	<i>se strinjam</i>	<i>se ne strinjam</i>	<i>skupaj</i>
javni (%) <i>N=27</i>	88,89	11,11	100,00
zasebni (%) <i>N=11</i>	18,18	81,82	100,00
skupaj javni in zasebni (%) <i>N=38</i>	68,42	31,58	100,00

Povezava s statusom doma (javni/zasebni) je statistično značilna ($\chi^2=18,664$, $p=0,000$).

25. Poglavitni cilj zasebnih izvajalcev na področju institucionalnega varstva starejših je povečevanje dobička.

	<i>se strinjam</i>	<i>se ne strinjam</i>	<i>skupaj</i>
<i>javni (%)</i> <i>N=27</i>	81,48	18,52	100,00
<i>zasebni (%)</i> <i>N=12</i>	8,33	91,67	100,00
<i>skupaj javni in zasebni (%)</i> <i>N=39</i>	58,97	41,03	100,00

Povezava s statusom doma (javni/zasebni) je statistično značilna ($\chi^2=21,160$, $p=0,000$).

26. Cena naj se oblikuje prosto na trgu, država naj le ustvari pogoje za opravljanje dejavnosti in izvaja nadzor.

	<i>se strinjam</i>	<i>se ne strinjam</i>	<i>skupaj</i>
<i>javni (%)</i> <i>N=28</i>	50,00	50,00	100,00
<i>zasebni (%)</i> <i>N=11</i>	63,64	36,36	100,00
<i>skupaj javni in zasebni (%)</i> <i>N=39</i>	53,85	46,15	100,00

Povezava s statusom doma (javni/zasebni) ni statistično značilna ($\chi^2=0,613$, $p=0,736$).

27. Prekomerna restriktivnost cenovne politike je privedla do stagnacije sistema.

	<i>se strinjam</i>	<i>se ne strinjam</i>	<i>skupaj</i>
<i>javni (%)</i> <i>N=29</i>	93,11	6,89	100,00
<i>zasebni (%)</i> <i>N=11</i>	90,91	9,09	100,00
<i>skupaj javni in zasebni (%)</i> <i>N=40</i>	92,50	7,50	100,00

Povezava s statusom doma (javni/zasebni) ni statistično značilna ($\chi^2=0,102$, $p=0,950$).

28. Ceno oskrbe naj še naprej regulira država.

	<i>se strinjam</i>	<i>se ne strinjam</i>	<i>skupaj</i>
<i>javni (%)</i> <i>N=26</i>	53,85	46,15	100,00
<i>zasebni (%)</i> <i>N=10</i>	40,00	60,00	100,00
<i>skupaj javni in zasebni (%)</i> <i>N=36</i>	50,00	50,00	100,00

Povezava s statusom doma (javni/zasebni) ni statistično značilna ($\chi^2=0,554$, $p=0,758$).

29. Zakonodajo, ki ureja področje institucionalnega varstva starejših je potrebno posodobiti.

	<i>se strinjam</i>	<i>se ne strinjam</i>	<i>skupaj</i>
<i>javni (%)</i> <i>N=31</i>	96,77	3,22	100,00
<i>zasebni (%)</i> <i>N=12</i>	91,67	8,33	100,00
<i>skupaj javni in zasebni (%)</i> <i>N=43</i>	95,35	4,65	100,00

Povezava s statusom doma (javni/zasebni) ni statistično značilna ($\chi^2=0,509$, $p=0,476$).

30. Kadrovske normative je potrebno popraviti, saj so glede na dejanske potrebe in koncepte dela nerealni in preveč togi.

	<i>se strinjam</i>	<i>se ne strinjam</i>	<i>skupaj</i>
<i>javni (%)</i> <i>N=31</i>	100,00	0,00	100,00
<i>zasebni (%)</i> <i>N=12</i>	100,00	0,00	100,00
<i>skupaj javni in zasebni (%)</i> <i>N=43</i>	100,00	0,00	100,00

31. Izvajalci institucionalnega varstva starejših potrebujejo pri svojem delu večjo avtonomijo in širše pristojnosti pri odločanju o strokovnih in poslovnih vprašanjih izvajanja dejavnosti.

	<i>se strinjam</i>	<i>se ne strinjam</i>	<i>skupaj</i>
<i>javni (%)</i> <i>N=31</i>	100,00	0,00	100,00
<i>zasebni (%)</i> <i>N=12</i>	100,00	0,00	100,00
<i>skupaj javni in zasebni (%)</i> <i>N=43</i>	100,00	0,00	100,00

32. Zaposleni v domovih za starejše so za svoje delo premalo plačani.

	<i>se strinjam</i>	<i>se ne strinjam</i>	<i>skupaj</i>
<i>javni (%)</i> <i>N=30</i>	100,00	0,00	100,00
<i>zasebni (%)</i> <i>N=10</i>	90,00	10,00	100,00
<i>skupaj javni in zasebni (%)</i> <i>N=40</i>	97,50	2,50	100,00

Povezava s statusom doma (javni/zasebni) ni statistično značilna ($\chi^2=5,276$, $p=0,072$).

33. Primanjkuje ustreznega kadra za delo v domovih za starejše.

	<i>se strinjam</i>	<i>se ne strinjam</i>	<i>skupaj</i>
<i>javni (%)</i> <i>N=30</i>	83,33	16,67	100,00
<i>zasebni (%)</i> <i>N=12</i>	66,67	33,33	100,00
<i>skupaj javni in zasebni (%)</i> <i>N=42</i>	78,57	21,43	100,00

Povezava s statusom doma (javni/zasebni) ni statistično značilna ($\chi^2=1,831$, $p=0,400$).

34. V prihodnosti bi se bilo potrebno bolj posluževati javno – zasebnega partnerstva.

	<i>se strinjam</i>	<i>se ne strinjam</i>	<i>skupaj</i>
<i>javni (%)</i> <i>N=17</i>	70,59	29,41	100,00
<i>zasebni (%)</i> <i>N=10</i>	90,00	10,00	100,00
<i>skupaj javni in zasebni (%)</i> <i>N=27</i>	77,78	22,22	100,00

Povezava s statusom doma (javni/zasebni) ni statistično značilna ($\chi^2=4,598$, $p=0,100$).

35. Javni zavodi naj dejavnost širijo z najemom infrastrukture, zgrajene z zasebnim kapitalom.

	<i>se strinjam</i>	<i>se ne strinjam</i>	<i>skupaj</i>
<i>javni (%)</i> <i>N=19</i>	52,63	48,37	100,00
<i>zasebni (%)</i> <i>N=9</i>	66,67	33,33	100,00
<i>skupaj javni in zasebni (%)</i> <i>N=28</i>	57,14	42,86	100,00

Povezava s statusom doma (javni/zasebni) ni statistično značilna ($\chi^2=1,248$, $p=0,536$).

36. Javno – zasebno partnerstvo ni primerno za področje institucionalnega varstva starejših.

	<i>se strinjam</i>	<i>se ne strinjam</i>	<i>skupaj</i>
<i>javni (%)</i> <i>N=19</i>	21,05	78,95	100,00
<i>zasebni (%)</i> <i>N=10</i>	10,00	90,00	100,00
<i>skupaj javni in zasebni (%)</i> <i>N=29</i>	17,24	82,76	100,00

Povezava s statusom doma (javni/zasebni) ni statistično značilna ($\chi^2=2,544$, $p=0,280$).

37. Vstop zasebnega kapitala v javni sektor lahko vodi v razgradnjo javnega sektorja.

	<i>se strinjam</i>	<i>se ne strinjam</i>	<i>skupaj</i>
<i>javni (%)</i> <i>N=24</i>	62,50	37,50	100,00
<i>zasebni (%)</i> <i>N=10</i>	30,00	70,00	100,00
<i>skupaj javni in zasebni (%)</i> <i>N=34</i>	52,94	47,06	100,00

Povezava s statusom doma (javni/zasebni) ni statistično značilna ($\chi^2=3,271$, $p=0,195$).

38. Kvaliteta bivanja v slovenskih domovih za starejše je dobra.

	<i>se strinjam</i>	<i>se ne strinjam</i>	<i>skupaj</i>
<i>javni (%)</i> <i>N=31</i>	87,10	12,90	100,00
<i>zasebni (%)</i> <i>N=10</i>	100,00	0,00	100,00
<i>skupaj javni in zasebni (%)</i> <i>N=41</i>	90,24	9,76	100,00

Povezava s statusom doma (javni/zasebni) je statistično značilna ($\chi^2=6,73$, $p=0,035$).

39. Koliko let že opravljate funkcijo direktorja / direktorice?

	<i>do 5</i>	<i>6 – 10</i>	<i>11 – 15</i>	<i>nad 15</i>	<i>skupaj</i>
<i>javni (%)</i> <i>N=41</i>	41,93	16,13	16,13	25,81	100,00
<i>zasebni (%)</i> <i>N=12</i>	58,33	41,67	0,00	0,00	100,00
<i>skupaj javni in zasebni (%)</i> <i>N=43</i>	46,51	23,26	11,63	18,60	100,00

Povezava s statusom doma (javni/zasebni) ni statistično značilna ($\chi^2=0,935$, $p=0,334$).