



PRIPOMBE NA PREDLOG ZAKONA O DOLGOTRAJNI OSKRBI IN OBVEZNEM ZAVAROVANJU ZA DOLGOTRAJNO OSKRBO

Inštitut RS za socialno varstvo je že desetletje vpet v različne aktivnosti na področju dolgotrajne oskrbe, tako preko rednih nalog Ministrstva za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti, kot preko številnih mednarodnih in nacionalnih projektov. V zadnjih letih smo aktivno sodelovali tudi pri strokovnih podlagah za pripravo zakona, tako preko vpetosti v različne delovne skupine, kot tudi z mnogimi strokovnimi gradivi¹. Na inštitutu torej pozdravljamo namero Ministrstva za zdravje po sistemski ureditvi področja dolgotrajne oskrbe, saj naj bi predlagani *Zakon o dolgotrajni oskrbi in obveznem zavarovanju za dolgotrajno oskrbo*, ki je bil dan v javno obravnavo dne 20. 10. 2017, premostil ključne izzive trenutne ureditve slovenskega sistema dolgotrajne oskrbe: nepreglednost sistema oz. njegova urejenost v različnih sistemih socialne varnosti, slaba koordinacija med službami, nedostopnost do (kakovostnih) storitev, prevladujoča institucionalna oskrba in podhranjena skupnostna oskrba ipd. Naše stališče je, da je sistemska ureditev dolgotrajne oskrbe nujna, kljub temu pa bi v nadaljevanju tega besedila želeli opozoriti na ključne slabosti, pomanjkljivosti oz. nejasnosti predlaganega zakona.

V uvodu v zakon je zelo jasno in večkrat poudarjeno, da z zakonom o dolgotrajni oskrbi želimo v Sloveniji predvsem krepiti in razvijati **skupnostno oskrbo oz. oskrbo na domu**, in s tem, kot je formulirano tudi v enem izmed dvanajstih ciljev predlaganega zakona, »zavarovani osebi, ki to želi, omogočiti, da ob ustrezni pomoči čim dlje ostane v domačem okolju«. Dejstvo je, da trenutno v Sloveniji na področju skrbi za starejše še vedno prevladuje oskrba in nastanitev v institucionalnem varstvu, ki predvsem temelji na t. i. medicinskem pristopu, sistem je dokaj tog, saj ne upošteva individualnih potreb uporabnika², po drugi strani pa gredo mednarodna priporočila v smeri deinstitutionalizacije storitev³. Republika Slovenija si že več kot desetletje v okviru različnih strateških dokumentov⁴, sicer prizadeva za doseg omenjenega cilja, pri čemer

¹ glej npr. Priprava podlag za izvedbo pilotnih projektov, ki bodo podpirali prehod v izvajanje systemskega zakona o dolgotrajni oskrbi (Lebar idr. 2017); Orodje za analizo stanja občin na področju dolgotrajne oskrbe (<http://65plus.irssv.si/>); Mednarodna delavnica o ocenjevanju potreb, načrtovanju storitev in določanju upravičenosti v dolgotrajni oskrbi (<http://www.irssv.si/category-list-potreben-za-bt-slider/718-mednarodna-delavnica>); Podpora samostojnemu bivanju v domačem okolju in dolgotrajna oskrba. Analitsko poročilo DP5 projekta AHA.SI (Drole in Lebar 2015); Dolgotrajna oskrba – uporaba mednarodne definicije v Sloveniji, DZ št. 2/2014, let. XXIII, UMAR (Nagode idr. 2014); Pregled izvajanja socialne oskrbe na domu po evropskih državah s poudarkom na ocenjevanju potreb uporabnikov. Ljubljana, IRSSV (Nagode in Lebar 2014); Podpora samostojnemu bivanju v domačem okolju in dolgotrajna oskrba. Zaključni dokument projekta s predlogi ukrepov (Drole idr. 2015); Analiza kadra v dolgotrajni oskrbi (Smolej Jež idr. 2016).

² Adequate social protection against long-term care needs in an ageing society, Report jointly prepared by the Social Protection Committee and the European Commission services. 2014.

³ npr. Konvencija o pravicah invalidov (2006).

⁴ Nacionalni program socialnega varstva do 2005 (Ur. l. RS 31/2000), Resolucija o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2006–2010 (Ur. l. RS 39/06), Resolucija o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2013–2020 (Ur. l. RS 39/13), Strategija varstva starejših do leta 2010 – solidarnost, sožitje in kakovostno staranje prebivalstva (MDDSZ, 2006), Strategija dolgožive družbe (UMAR, 2017), Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016–2025 »Skupaj za družbo zdravja (Ur. l. RS 25/2016).

pa prizadevanja ostajajo predvsem na deklarativni ravni. S strokovnim delom tudi na inštitutu stalno opozarjamo na pomemben premik oskrbe za starejše iz institucij v skupnost in pa predvsem na razvoj, krepitev in širitev storitev oskrbe na domu⁵. Menimo, da se z uveljavitvijo zakona o dolgotrajni oskrbi ponuja edinstvena priložnost za dejansko realizacijo omenjenega cilja, pri čemer je ključno naslednje:

- v 22. členu je treba sprostiti omejitev izbire formalne oskrbe na domu za osebe v 5. kategoriji (od 90 do 100 točk) upravičenosti do oskrbe ter po isti diktaciji spremeniti drugo točko 14. člena⁶. Takšna omejitev je po našem mnenju neskladna z osnovno usmeritvijo in ključnimi cilji predlaganega zakona ter ne omogoča razvoja skupnostne oskrbe.
- Oseba v 4. kategoriji upravičenosti do oskrbe bo za formalno oskrbo na domu prejela 957 EUR (670 JV in 287 ZS), kar pomeni 58 ur na mesec⁷ oz. cca. 14,5 ur na teden, kar predstavlja maksimalno število ur formalne oskrbe na domu na teden (tj. je iz systemskega financiranja). Takšen obseg storitev (cca. 14,5 ur na mesec) je precej manjši kot to dopušča trenutno veljavna ureditev⁸, ki je, kot ugotavljajo na OECD⁹, problematična z vidika zakonske omejitve maksimalnega števila ur pomoč na domu (20 ur na teden), v okviru katere je še zagotovljena systemska podpora financiranju. namreč, ko oseba potrebuje večji obseg storitev, je primorana svoje storitve kupovati po precej višji tržni ceni ali pa na črnem trgu, kjer je predvsem vprašljiva kakovost izvedbe storitve. V Analizi izvajanja storitve pomoč družini na domu vrsto let¹⁰ opozarjamo, da je že obstoječa omejitev (največ 20 oz. 26 ur tedensko) neustrezna, saj obstaja določen delež uporabnikov, ki bi storitev želel prejemati v večjem obsegu, pa mu trenutno veljavna zakonodaja tega ne omogoča, hkrati je storitev socialnega servisa preslabo razvita in za večino uporabnikov predraga. Po predlaganem zakonu bi torej storitev za tiste, ki bi želeli storitve prejemati doma, postala še dražja, kar je nedvomno v neskladju s ključnimi vodili deinstitucionalizacije in prizadevanji predlaganega zakona po krepitvi in širitvi skupnostnih oblik oskrbe.
- Upoštevana cena storitve na domu v predlaganem zakonu znaša 16,5 EUR na uro. Naši podatki na dan 31. 12. 2016 kažejo, da znaša povprečna ekonomska cena pomoči na domu 16,89 EUR na uro, poleg tega pa se bo zvišal tudi izhodiščni plačilni razred socialnih oskrbovalk¹¹, kar bo posledično vplivalo na višjo maso sredstev za plače, zato predlagamo višjo osnovno ceno storitve na domu.

⁵ npr. Analiza izvajanja storitve pomoč družini na domu (Nagode idr. 2016, Lebar idr. 2017); Potencial nevladnih organizacij v okviru deinstitucionalizacije skrbi za starejše (Smolej Jež idr. 2015); Development and challenges in home help in Slovenia (Nagode and Smolej 2011); Dramatičen razkorak med dolgotrajno oskrbo na domu in v instituciji?(Smolej in Nagode 2017); Organizirana pomoč za stare ljudi, ki živijo na domu: pomoč na domu in varovanje na daljavo (Nagode 2009); Dolgotrajna oskrba – formalna oskrba z vidika socialnega varstva (Nagode 2017).

⁶ V: *če se upravičenec odloči za formalno oskrbo na domu, lahko svojo pravico uveljavlja v vseh kategorijah iz 22. člena tega zakona.*

⁷ Če delimo s 16,5 EUR na uro.

⁸ glej Pravilnik o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev (20 ur na teden oz. v določenih primerih 26 ur).

⁹ Smolej in Nagode (2017): Dramatičen razkorak med dolgotrajno oskrbo na domu in v instituciji? V *Kakovostna starost*, letnik 20 (2017), 1.

¹⁰ Npr. Analiza izvajanja storitve pomoč družini na domu (Nagode idr. 2016, Lebar idr. 2017); Dramatičen razkorak med dolgotrajno oskrbo na domu in v instituciji?(Smolej in Nagode 2017); Dolgotrajna oskrba – formalna oskrba z vidika socialnega varstva (Nagode 2017).

¹¹ glej https://www.uradni-list.si/_pdf/2017/Ur/u2017046.pdf.

Sicer pa menimo, da je **finančni vidik v predlaganem zakonu**, predstavljen premalo transparentno in iz zapisanega ni povsem jasno ali bo uporabnik dolgotrajne oskrbe po predlaganem sistemu za (bolj kakovostne?) storitve v povprečju plačeval več, manj ali enako kot sedaj. Po naši interpretaciji bo npr. zavarovanec za formalno oskrbo na domu po predlaganem zakonu plačeval več kot plačuje sedaj, saj bo v okviru sistemske podpore upravičen do manjšega obsega ur pomoči, kar je po našem mnenju nesprejemljivo. Predlagamo torej bolj jasno in natančno predstavitev finančnih tokov (sredstva, cene, prispevki) na konkretnih primerih.

Kot sledi iz definicije, gre pri dolgotrajni oskrbi za novo področje socialne varnosti. Priprava zakona v vseh teh letih se je izkazala kot izziv, saj to področje povezuje več ministrstev, številne izvajalce storitev ter posledično številne interese in zahteva veliko medsebojnega razumevanja in usklajevanja. Treba je opozoriti, da je dolgotrajna oskrba samostojno področje in je vsebinsko ne moremo priključiti javnemu zdravstvenemu sistemu, da gre za področje, kjer prvenstveno poudarjamo vlogo uporabnika in katerega cilj (v nasprotju z zdravstvenim sistemom) ni krepitev, ohranitev in povrnitev zdravja prebivalstva, pač pa predvsem zagotavljanje pomoči in podpore ljudem, ki so od te odvisni v daljšem časovnem obdobju in jo potrebujejo za opravljanje temeljnih dnevnih aktivnosti. Menimo, da zakon v več delih tega ne odraža oz. je **preveč medicinsko orientiran**, in sicer: pri storitvah, predvsem storitvah podpore oskrbe, ter pri profilih izvajalcev storitve. Navajate, da bodo storitve določene v osebni načrt, kjer omenjate svobodno izbiro posameznika pri koriščenju storitev, vendar pa na drugi strani podporna dnevna opravila, ki trenutno predstavljajo največji delež storitev, ki jih prejemajo uporabniki pomoči na domu, omejujete na do največ 20 odstotkov vrednosti vseh storitev formalne oskrbe. Obenem opozarjamo, da storitev pomoči na domu trenutno omogoča tudi pomoč pri ohranjanju socialnih stikov, ki pa jih v sklopu storitev ne omenjate; gre predvsem za spremljanje upravičenca pri opravljanju nujnih obveznosti, njegovo zagovorništvo, krepitev moči, mediacijo, pomoč in podporo pri uveljavljanju zdravstvenih in socialnih pravic. V zakonu predvideni profili so preveč orientirani na medicinski kader, kar se kaže predvsem v primeru koordinatorja dolgotrajne oskrbe (29. člen), torej tistega, ki skrbi za usklajenost izvajanja oskrbe z načrtom in za mrežo storitev. Predvideno je, da koordiniranje lahko opravlja zgolj diplomirana medicinska sestra. Na podlagi predvidenih nalog koordinatorja in na podlagi trenutne prakse, ko imamo v Sloveniji 107 vodij in koordinatorik na področju pomoči na domu, ki so večinoma socialne delavke (78,5 %)¹², na inštitutu menimo, da bi koordiniranje dolgotrajne oskrbe kompetentno lahko izvajali tudi diplomirani socialni delavci. Poleg tega ocenjujemo, da bi tudi socialnega oskrbovalca lahko doizobrazili za izvajanje storitev neakutne zdravstvene nege (tako kot osebnega pomočnika) oz. je smiselno, da se razmišlja o enotnem poklicnem profilu izvajalca dolgotrajne oskrbe (ne pa ločevanje na socialni oskrbovalec, bolničar, tehnik zdravstvene nege ipd.). To je pomembno na eni strani z vidika uporabnikov, ki jim je pomembno, da jih oskrbuje čim manj različnih strokovnih delavcev, ter na drugi strani z vidika stroškov (stroškov dela, poti, ipd).

Strokovni svet IRSSV

Ljubljana, 8. 11. 2017

¹² Analiza izvajanja storitve pomoči na domu – analiza stanja v letu 2016 (Lebar idr. 2017).