



Evropska
komisija



Strokovni pregled
socialne zaščite in
socialne vključenosti

Dolgotrajna oskrba – problem trajnostnega financiranja

ZBIRNO POROČILO

Slovenija, 18.–19. november 2014

Ta publikacija je dobila podporo Programa Evropske unije za zaposlovanje in socialne inovacije „EaSI“ 2014–2020.

Program Evropske unije za zaposlovanje in socialne inovacije „EaSI“ 2014–2020 je finančni instrument, ki ga neposredno upravlja Evropska komisija, z namenom, da bi prispeval k izvajanju strategije Evropa 2020 z zagotavljanjem finančne podpore za cilje Unije, in sicer s spodbujanjem visoke ravni kakovostnega in trajnostnega zaposlovanja, zagotavljanjem ustrezne in spodobne socialne zaščite, bojem proti socialni izključenosti in revščini ter izboljševanjem delovnih razmer.

Več informacij najdete na:

<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1081&langId=en>.

Dolgotrajna oskrba – trajnostno financiranje

RICARDO RODRIGUES

EVROPSKI CENTER ZA SOCIALNO POLITIKO IN RAZISKAVE

ZBIRNO POROČILO

Evropska komisija

Generalni direktorat za zaposlovanje, socialne zadeve in vključevanje
Rokopis je bil dokončan februarja 2015.

To publikacijo so za Evropsko komisijo pripravili



© Ilustracija na naslovnici: Evropska unija

Evropska komisija in osebe, ki delujejo v njenem imenu, niso odgovorne za uporabo podatkov iz te publikacije.

Dodatne informacije o strokovnem pregledu so na voljo na:
<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1024&langId=en>.

*Europe Direct je služba za pomoč pri iskanju odgovorov
na vprašanja v zvezi z Evropsko unijo*

**Brezplačna telefonska številka (*):
00 800 6 7 8 9 10 11**

(* Informacije so brezplačne, kakor tudi večina klicev (nekateri operaterji,
telefonske govorilnice ali hoteli lahko klic zaračunajo).

Veliko dodatnih informacij o Evropski uniji je na voljo na internetu.
Dostop je mogoč na strežniku Europa (<http://europa.eu>).

Luxembourg: Urad za publikacije Evropske unije, 2015

ISBN 978-92-79-45720-3
doi: 978-92-79-45720-3

© Evropska unija, 2015
Reprodukcija je dovoljena z navedbo vira.

Vsebina

Povzetek	5
A. Kontekst politike na evropski ravni	7
B. Pregled dobre prakse države gostiteljice	18
C. Politike in izkušnje v primerljivih državah in prispevki zainteresiranih strani	20
D. Glavna vprašanja, obravnavana na zasedanju	23
E. Sklepne ugotovitve in pridobljena spoznanja	25
F. Prispevek strokovnega pregleda k strategiji Evropa 2020 in svežnju socialnih naložb	27
Reference	29





Povzetek

Slovenija se sooča s hitrim staranjem prebivalstva in vse večjo zaskrbljenostjo, da sedanji sistem financiranja potreb po dolgotrajni oskrbi ni primeren za zaščito tistih, ki jo potrebujejo. Zaradi obravnave teh vprašanj je v Sloveniji v teku razprava o možnih spremembah sistema dolgotrajne oskrbe. Ta strokovni pregled je prispevek k tej razpravi. Pričujoči dokument povzema ugotovitve strokovnega pregleda o dolgotrajni oskrbi – o problemu trajnostnega financiranja. Temelji na dokumentu za razpravo, dokumentu države gostiteljice o pripombah drugih držav udeleženk in zainteresiranih strani, ter na razpravi, ki je 18.–19. novembra 2014 potekala v Ljubljani. Poleg države gostiteljice, Slovenije, so pri tem strokovnem pregledu sodelovale naslednje države: Avstrija, Belgija, Bolgarija, Hrvaška, Češka, Danska, Madžarska, Irska, Latvija, Poljska in Španija. V strokovnem pregledu in v razpravi so sodelovali tudi predstavniki mreže AGE Platform Europe, združenja Eurocarers in GD Evropske komisije za zaposlovanje, socialne zadeve in vključevanje.

Ta strokovni pregled je bil namenjen razpravi o prednostih in slabostih različnih možnosti za financiranje dolgoročne oskrbe; o izkušnjah nekaterih držav, ki so temeljile na različnih pristopih financiranja dolgoročne oskrbe; o možnih alternativah za okrepitev solidarnosti med generacijami in znotraj njih; ter o morebitnih vprašanjih, ki se porajajo iz potrebe po usklajevanju zdravstvenega in socialnega varstva. Izhodišče za razpravo je bil predlog reforme slovenskega sistema dolgotrajne oskrbe.

Med ugotovitvami tega pregleda je močno soglasje o tem, da mora imeti država aktivno vlogo pri financiranju dolgotrajne oskrbe. To je povezano z omejitvami zasebnih rešitev, kot je prostovoljno zasebno zavarovanje za dolgotrajno oskrbo. Jasno je tudi, da obstajajo omejitve glede pripravljenosti davkoplačevalcev, da prispevajo k stroškom dolgotrajne oskrbe na podlagi višjih davkov ali prispevkov, in glede zmožnosti uporabnikov za neposredno plačevanje stroškov oskrbe. Med ključnimi obravnavanimi koncepti so bili preglednost dodeljevanja sredstev, posledice različnih finančnih možnosti za enakost in razširitev davčne osnove. Glede na vzajemno učinkovanje zdravstvenega in socialnega varstva v dolgotrajni oskrbi ter delitvijo odgovornosti med različnimi ravni vlade, ki je značilna za dolgotrajno oskrbo, je imelo pomembno vlogo v razpravi tudi upravljanje. Le to se neposredno nanaša na potrebo po povečanju učinkovitosti dolgotrajne oskrbe z boljšim usklajevanjem vseh zainteresiranih strani. Udeleženci so jasno povedali, da ne obstaja „čudežna rešitev“, ki bi zagotavljala trajnostno financiranje dolgotrajne oskrbe. Zato je potrebno v vsaki razpravi o trajnosti dolgotrajne oskrbe upoštevati, da je na povpraševanje (torej na potrebe starajočega prebivalstva) potrebno vplivati s preventivo, rehabilitacijo in prilagoditvami življenjskega okolja.



A. Kontekst politike na evropski ravni

V Evropi je javna poraba za dolgotrajno oskrbo kot odstotek BDP razmeroma majhna v primerjavi s porabo za zdravstveno varstvo in drugimi oblikami socialne zaščite, ki so povezane s starostjo (npr. starostne pokojnine), in se med državami zelo razlikuje. Demografsko staranje vzbuja zaskrbljenost glede prihodnjih ravni javne porabe in finančne trajnosti sedanjih finančnih ureditev za dolgotrajno oskrbo.

Hkrati pa obstaja vedno večje soglasje o potrebi po socialni zaščiti glede na potrebe po dolgotrajni oskrbi. To izvira iz dejstva, da so lahko stroški dolgotrajne oskrbe s stališča posameznika katastrofalni. Ocenjeni življenjski stroški dolgotrajne oskrbe so na primer v Angliji 21 400 GBP (pribl. 27 020 EUR) (kot mediana). Številka je še znatno višja za ženske, ocenjeni stroški za tiste v zgornjem decilu razporeditve potreb po dolgotrajni oskrbi pa so več kot štirikrat večji od navedenega zneska (Forder and Fernández 2009). Lastno zavarovanje v obliki prihrankov za mnoge ni realistično, saj se tveganja in stroški dolgotrajne oskrbe nagibajo predvsem k tistim z nižjimi dohodki. Poleg tega bo veliko ljudi oskrbo potrebovalo že v delovni dobi. Brez mehanizma za združevanje tveganj se lahko zgodi, da bodo tisti, ki ne bodo imeli dovolj sreče in se bodo znašli med osebami, ki potrebujejo dolgotrajno oskrbo, popolnoma odvisni od družinskih članov. To pomeni, da lahko potreba posameznika po dolgotrajni oskrbi učinkuje tudi na druge in morda škodljivo deluje na zmožnost delovno sposobnih otrok za zaslužek. Možnost, da bi bili odvisni zgolj od družinske oskrbe, v številnih državah EU ni priljubljena (European Commission 2007). Še več, družinska oskrba za številne starejše ljudi, ki nimajo ožjih sorodnikov, sploh ni mogoča. Nazadnje je lahko odvisnost od neformalne oskrbe neučinkovita tudi na družbeni ravni, če so visoko izobražene ženske prisiljene zapustiti trg dela, da bi skrbele za odvisne sorodnike. Zato je bolj zaželjena oblika razporeditve tveganj in delitve plačil dolgotrajne oskrbe združevanje tveganj v okviru večje skupine posameznikov (Fernández et al. 2009). To je mogoče doseči s socialnim zavarovanjem, javnimi sistemi na podlagi davkov (splošnimi ali na podlagi premoženjskega stanja) ali z zasebnim zavarovanjem (Rothgang and Engelke 2009). Vsaka od teh možnosti ima nekatere prednosti in slabosti, delovne primere vsake od njih pa je mogoče najti po vsej Evropi.

7

Socialno zavarovanje

Sistemi socialnega zavarovanja za dolgotrajno oskrbo imajo nekatere značilnosti, zaradi katerih so privlačnejši od sistemov, ki se financirajo iz davkov (in so obravnavani v nadaljevanju). Med drugim je pomembno:

- Preglednost dodeljevanja: pri dodeljevanju nadomestil se po navadi uporablja opredeljeni algoritem, zato dodeljevanje ni odvisno od diskrecijske pravice vodij oskrbe ali razpoložljivih sredstev. Socialno zavarovanje daje torej dokazljivo trdnejše zagotovilo glede upravičenosti do nadomestil. S tem, ko oskrba pomeni socialno pravico, ki je povezana s preteklimi plačili posebnih socialnih prispevkov, pa odpravlja tudi morebitna vprašanja stigmatizacije, ki se pojavljajo ob prejemanju nadomestil. Ker so sistemi socialnega zavarovanja po navadi dostopni na enotni točki ocenjevanja, nadomestila pa so usklajena, je mogoče trditi, da imajo tudi potencial za olajšanje dostopa in zmanjšanje geografske neenakosti.



- Finančna preglednost: za socialno zavarovanje je značilno, da se financira iz socialnih prispevkov (davek na izplačane plače), ki se dodeljujejo v poseben sistem in ne v splošen državni proračun. S tem se ustvarja zanesljiv in predvidljiv tok financiranja, poleg tega pa se lahko celo spodbudi pripravljenost ljudi, da vplačujejo dodatne socialne prispevke, če so ti povezani s posebnim tveganjem, za katerega menijo, da se je vredno pred njim zaščititi – kar ni zanemarljiva prednost pri prizadevanjih za zagotovitev socialne trajnosti sistema (torej sistema, ki uživa javno podporo) (Fernández et al. 2009).

Socialno zavarovanje za dolgotrajno oskrbo ima tudi številne potencialne prednosti pred zasebnim zavarovanjem (obravnavane v nadaljevanju). Prvič, socialni prispevki, ki se uporabljajo za financiranje socialnega zavarovanja za dolgotrajno oskrbo, so odvisni od dohodka, zato so skozi implicitno prerazporeditev od bogatejših k revnejšim dosegljivi za vse posameznike. Ta ista prerazporeditev omogoča domnevno plačilo socialnih prispevkov v obdobjih brezposelnosti ali nedejavnosti.

Drugič, s socialnim zavarovanjem je tveganja mogoče združevati ne le na družbeni ravni, temveč tudi med generacijami, in sicer s sistemom sprotnega plačevanja, tako kot pri starostnih pokojninah. Sedanja delovno sposobna generacija plačuje za nadomestila sedanjih starejših upravičencev pod pogojem, da bodo v njihovi starosti nadomestila plačevale prihodnje generacije. Ta „medgeneracijska pogodba“ omogoča, da se nadomestila izplačujejo od začetka programa (Rothgang and Engelke 2009).

Nazadnje, stopnja socialnega prispevka se zlahka kadar koli spremeni tako, da odraža in se prilagaja tveganjem in stroškom, zato je socialno zavarovanje prožnejše glede upoštevanja negotovosti v zvezi s potrebami in stroški dolgotrajne oskrbe.

Vendar pa imajo sistemi socialnega zavarovanja tudi potencialne slabosti. Nekateri od njih ne izvirajo iz koncepta socialnega zavarovanja samega, temveč iz načina upravljanja sistema. „Medgeneracijska pogodba“, ki jo vključuje sistem sprotnega plačevanja, ustvarja implicitno breme za prihodnje generacije, ki se z demografskim staranjem samo še poslabšuje. Dodeljevanje nadomestil s pomočjo dobro opredeljenega algoritma lahko povzroči, da so svežnji oskrbe preveč standardizirani in ne dopuščajo veliko možnosti za odražanje posebnih potreb posameznikov – čeprav bi bil lahko sistem prožnejši, če bi dopuščal prejemanje nadomestil v obliki gotovinskih plačil in s tem prejemnikom omogočil na primer najemanje osebnih pomočnikov ali plačilo neformalnih skrbnikov, tako kot v sistemih socialnega zavarovanja na Nizozemskem, v Nemčiji in Luksemburgu. S tem, ko so socialni prispevki povezani s plačami, imajo sistemi socialnega zavarovanja omejeno davčno osnovo, kar sproža vprašanja glede enakosti, saj se ne dotikajo dohodkov iz kapitala, ki so izvzeti iz plačil (Rothgang and Engelke 2009). Poleg tega socialni prispevki, ki se obračunavajo na plače, povečujejo davek na zaslužene plače in lahko vplivajo na njihovo izkrivljanje in konkurenčnost. Tudi zaradi tega je financiranje sistema občutljivo na gospodarska nihanja (npr. na povečanje skupne brezposelnosti v obdobjih gospodarskega upada in posledično zmanjšan dotok prihodka).

V EU je primere sistemov socialnega zavarovanja za dolgotrajno oskrbo mogoče najti v Nemčiji, na Nizozemskem in v Luksemburgu, pa tudi v belgijski regiji Flandriji.



Sistemi na podlagi davkov

Sistemi na podlagi davkov se financirajo iz sredstev državnega proračuna (centralne, regionalne ali lokalne vlade) in tako se sredstva zanje črpajo iz davkov, ki jih zaračunava država. V tem je ena največjih moči sistemov na podlagi davkov: imajo širšo davčno osnovo, zato financiranje ni omejeno na delež plač v BDP. Ker je vir financiranja tudi kapitalski dohodek, se sistem lahko šteje kot pravičnejši na družbeni ravni, čeprav je to navsezadnje odvisno od relativnega pomena različnih vrst davkov (npr. posredni davki na porabo po navadi vključujejo manj prerazporejanja kakor sorazmerni davki na dohodek).

Naslednja potencialna prednost sistemov na podlagi davkov je njihova prožnost in prilagodljivost pri zagotavljanju nadomestil, kar pomeni, da se lahko negotovost glede prihodnjih stroškov dolgotrajne oskrbe lažje rešuje. Potencialno nasprotje tega pa je dokazljivo manjša preglednost dodeljevanja teh istih nadomestil.

Morebitna slabost sistemov na podlagi davkov v primerjavi s sistemi socialnega zavarovanja je potencialna neenakost med skupinami uporabnikov s podobnimi potrebami. V nasprotju s socialnim zavarovanjem pri sistemih na podlagi davkov ni vnaprej opredeljenega algoritma za določitev upravičenosti in je to pogosto prepuščeno presoji vodij oskrbe ali pa je odvisno od razpoložljivih proračunov. Če je določitev upravičenosti ali razpoložljivosti storitev prepuščena lokalnim vladam, lahko to povzroči neenakost, ki temelji na „loteriji“.

Zasebno zavarovanje

Prostovoljno zasebno zavarovanje za dolgotrajno oskrbo se srečuje z različnimi ovirami za izvedbo (Pauly 1990; Fernández et al. 2009; Rothgang 2010; Barr 2010; Comas-Herrera et al. 2012). Glavna med njimi je napačna izbira, pri kateri bodo ljudje s „slabim tveganjem“ (to so ljudje, pri katerih je tveganje, da bodo potrebovali dolgotrajno oskrbo, večje) kupili zavarovanje, ljudje z „dobrim tveganjem“ pa ne in s tem povzročili zviševanje cen premij in na koncu razpad trga. Ameriški Zakon o storitvah in podpori skupnosti za pomoč v vsakodnevnem življenju – mehanizem javnega zavarovanja, ki je bil uveden leta 2009, vendar temelji na prostovoljnem vpisu – je primer učinkov napačne izbire na sistem prostovoljnega zavarovanja. Glede na obseg izboljšanja zdravljenja in spremembe oskrbe se lahko stroški v življenjskem obdobju zavarovane osebe (npr. če odvisni starejši ljudje s potrebami po dolgotrajni oskrbi živijo dlje) v primerjavi s potrebo po dolgotrajni oskrbi najboljše opredelijo kot negotovost in ne toliko kot tveganje¹, zaradi katerega bi bilo aktuarsko zavarovanje neizvedljivo (Barr 2010). Kljub kopici dokazov, ki kažejo na veliko možnost, da bo dolgotrajna oskrba na neki točki v teku življenja potrebna, so lahko mlajši ljudje pri ocenjevanju tveganja dolgotrajne oskrbe kratkovidni in se ne odločijo za nakup zavarovanja. To vodi v pomanjkanje osebnega kritja v starosti – problem, ki ga bodo na koncu, kot zadnja možnost, morali reševati javni sistemi. Pomanjkanje ozaveščenosti potencialnih kupcev zasebnega zavarovanja je dolgo veljalo za eno glavnih ovir pri sprejemanju zasebnega zavarovanja za dolgotrajno oskrbo (Comas-Herrera et al. 2012). Obstoj javnega sistema kot zadnje možnosti lahko sam po sebi odvrta ljudi od nakupa zasebnega zavarovanja, tako da lahkotorej javni sektor izrine

¹ Glede na dolga časovna obdobja dolgotrajne oskrbe, človek ne more izračunati, kakšna je verjetnost, da bo čez 30 let potreboval oskrbo. Dolgotrajna oskrba je zato pravzaprav negotovost, ki se ne more zavarovati. (Barr 2010)

zasebno zavarovanje. Nazadnje, za zasebno zavarovanje je po navadi potrebno zbrati nekaj kapitala v obliki plačanih premij, preden se lahko nadomestila sploh izplačujejo.

Zgoraj navedeni problemi, ki se nanašajo na napačno izbiro in kratkovidno obnašanje, se lahko rešujejo s tem, da postane zasebno zavarovanje za dolgotrajno oskrbo obvezno (Rothgang and Engelke 2009). Kljub temu bodo ostali trije problemi. Prvič, veliko ljudi – vključno s tistimi z nižjimi dohodki, tistimi, pri katerih že obstajajo pogoji, in tistimi, ki se bližajo starosti – si morda ne bo moglo privoščiti premij (v zasebnem zavarovanju premije odražajo bolj razlike v tveganju kot razlike v dohodku), zato bi bile potrebne javne subvencije. Subvencije bi bile potrebne tudi v obdobjih brezposelnosti ali nedejavnosti (npr. med študijem), ko ljudje nimajo zadostnih virov dohodka. Drugič, potreba po akumulaciji kapitala (predfinanciranju) bi ostala, kar pomeni, da sedanja starejša generacija ne bi imela kritja. Tretjič, problem negotovosti glede tveganja in povezanih stroškov bi ostal in bi lahko povzročil, da bi zavarovalnice dvignile premije, kar bi imelo negativne posledice za dostopnost (Brown and Finkelstein 2007). Namesto tega lahko zavarovalnice sprejmejo konservativen pristop in zagotovijo le omejena nadomestila, ki bi najverjetneje pokrila le del stroškov dolgotrajne oskrbe. To je možnost, ki jo resnično uporabljajo zasebne zavarovalnice za dolgotrajno oskrbo v državah, kot je Francija, ki je eden redkih primerov v EU, kjer je zasebno zavarovanje za dolgotrajno oskrbo pomembno in kjer je bilo po ocenah leta 2011 zasebno zavarovanih 5,5 milijona ljudi (FFSA 2011). Celo tam pa je zasebno zavarovanje dolgotrajne oskrbe omejeno na dopolnilno vlogo, predvsem med starejšimi delavci in tistimi z višjim dohodkom (Courbage and Roudaut 2008). Razen v Franciji je prostovoljno zasebno zavarovanje v EU v najboljšem primeru navzoče le v neznatni meri (Colombo et al. 2011). V Španiji se na primer ocenjuje, da je imelo leta 2013 zasebno zavarovanje za dolgotrajno oskrbo le okoli 21 000 ljudi, v Avstriji pa po zadnjih razpoložljivih podatkih 60 000 (2010). Pred kratkim so zasebne zavarovalnice v Angliji uvedle „rente za takojšnje potrebe“. Ti produkti omogočajo, da posamezni uporabniki izvedejo enotno vnaprejšnje plačilo za svoje življenjske stroške oskrbe, znesek pa je odvisen od starosti in zdravja osebe ter stroškov zajete oskrbe. Te rente se kupijo, ko je oskrba potrebna, in odpravljajo negotovost glede možnih življenjskih stroškov oskrbe ter s tem omogočijo boljše upravljanje morebitnega preostalega imetja.



Tabela 1: Povzetek prednosti in slabosti glavnih pristopov financiranja dolgotrajne oskrbe

Pristop financiranja	Prednosti	Slabosti	Nacionalni primeri
Zasebno zavarovanje	Teoretično nevtralen za javni proračun	Omejena davčna osnova Lahko so potrebne subvencije za tiste, ki imajo nizek dohodek ali niso dejavni (če je obvezno) Napačna izbira (razen če je obvezno) Težave pri ocenjevanju tveganja Predfinanciranje uvaja „čakalno dobo“	Nobena država v EU, z izjemo Francije, nima zasebnega zavarovanja za dolgotrajno oskrbo, ki je vse prej kot presežno
Socialno zavarovanje	Transparentnost: z vzpostavitvijo izrecne upravičenosti do nadomestila (manjša stigmatizacija) in namenskega financiranja Zanesljiv in predvidljiv prihodek Dosegljivi prispevki (če so povezani z dohodkom) Ni čakalne dobe (če gre za sprotne plačevanje)	Togost dodeljenih nadomestil Omejena davčna osnova Implicitni dolg (če gre za sprotne plačevanje)	Nemčija, Luksemburg, Belgija (Flandrija), Nizozemska (Splošen zakon o posebnih zdravstvenih izdatkih)
Sistem na podlagi davkov (splošen)	Širša davčna osnova Ni čakalne dobe (če gre za sprotne plačevanje) Potencialno večja prožnost dodeljenih nadomestil	Ni neposredne povezave med prihodi in nadomestili Manjša transparentnost pri dodeljevanju nadomestil (lahko so neposredno odvisna od razpoložljivega proračuna) Implicitni dolg (če gre za sprotne plačevanje)	Švedska in Danska (brez gotovinskih nadomestil) Avstrija in Češka (z gotovinskimi nadomestili)



Širina, obseg in globina pokritosti sistemov dolgotrajne oskrbe

S tem povezano vprašanje se nanaša na širino nadomestil za dolgotrajno oskrbo, in sicer na upravičenost do nadomestil za dolgotrajno oskrbo in na vprašanje, ali je dostop do teh nadomestil splošen (torej temelji le na potrebah) oz. na podlagi premoženjskega stanja. Po definiciji dajejo plačila premij v sistemih na podlagi zavarovanja (ali socialnih prispevkov v primeru javnih sistemov) upravičencem pravico do prejemanja nadomestil v primeru, da potrebujejo dolgotrajno oskrbo. Zato so ti sistemi po navadi splošni. V sistemih na podlagi davkov je obseg dostopa do nadomestil bodisi splošen (Danska, Španija, Avstrija) bodisi na podlagi premoženjskega stanja (Latvija, Hrvaška, Madžarska). Kljub temu so lahko med državami, celo med tistimi s splošnimi sistemi dolgotrajne oskrbe, velike razlike glede mejnih vrednosti za upravičenost dostopa do nadomestil za dolgotrajno oskrbo ali glede širine sistemov dolgotrajne oskrbe. Primer teh razlik je najnižji prag upravičenosti, ki je v Avstriji 60 ur oskrbe na mesec, v Nemčiji 1,5 ure na dan (mesečni ustreznik 45 ur), v Luksemburgu pa 3,5 ur na teden (mesečni ustreznik približno 15 ur).

Obstoječi javni sistemi dolgotrajne oskrbe redko pokrivajo celotne stroške dolgotrajne oskrbe, kar pomeni, da se lahko obseg pokritja (katere potrebe ali storitve se financirajo) in globina pokritja (kakšen delež stroškov se javno financira) v sistemih dolgotrajne oskrbe znatno razlikujeta in nista nujno povezana s tem, ali se sistem financira iz socialnega zavarovanja ali iz davkov. Glede na obseg pokritja sistemi dolgotrajne oskrbe običajno ne zajemajo stroškov bivanja in prehrane (razen pri socialni pomoči na podlagi premoženjskega stanja). Tak primer sta zavarovanje za dolgotrajno oskrbo v Nemčiji in zdravstveno zavarovanje v Belgiji, kjer te stroške plača neposredno uporabnik. Na Irskem se stroški bivanja in prehrane opredelijo glede na dohodek in imetje uporabnika.

12

Nekateri nacionalni sistemi dolgotrajne oskrbe prilagajajo obseg pokritja prihodku uporabnikov. Kljub temu, da v Franciji upravičenost do APA (*Allocation Personnalisée d'Autonomie*) temelji na potrebi sami, so mesečni zneski prilagojeni glede na dohodek uporabnika in se lahko gibljejo od 28,59 EUR do 1 312,67 EUR (Service Public Française 2014). Tudi v Španiji se znesek nadomestila za dolgotrajno oskrbo razlikuje glede na dohodek in imetje uporabnika. V Avstriji dostop do subvencionirane oskrbe ne dosega ocenjenih ur oskrbe, npr. nekdo, ki ima ocenjeno potrebo po 120 urah oskrbe na mesec, je upravičen do največ 60 ur subvencionirane oskrbe v Spodnji Avstriji (Leichsenring et al. 2009), zato mora uporabnik znaten del stroškov pokriti z lastnimi viri. Nazadnje, neposredni stroški lahko bremenijo ne le uporabnika, temveč tudi sorodnike (tabela 2).



Tabela 2: Povzetek pravil za neposredna plačila institucionalne oskrbe

	Neposredna plačila kot odstotek	Imetje se upošteva pri doplačilu	Plačila sorodnikov (zunaj gospodinjstva)
Belgija	Stroškov bivanja in prehrane ter nekaterih vrst oskrbe	Da	Da
Bolgarija	Uporabnikovega dohodka (50 % – 80 % dohodka)	---	Da
Češka	Stroškov bivanja in prehrane	Da	Da
Danska	Stroškov bivanja in prehrane	Ne	Ne
Nemčija	Stroškov bivanja in prehrane ter naložbenih stroškov	Da	Ne (a)
Španija	Uporabnikovega dohodka (70% – 80 % dohodka)	Da	---
Francija	Stroškov bivanja in prehrane ter nekaterih vrst oskrbe	Da	---
Hrvaška	Uporabnikovega dohodka	Da	Da
Irska	Uporabnikovega dohodka (približno 80 % dohodka)	Da (b)	Ne
Italija	Uporabnikovega dohodka	---	Da
Latvija	Uporabnikovega dohodka (do 90% dohodka)	Da	---
Litva	Uporabnikovega dohodka	Da	---
Madžarska	Uporabnikovega dohodka	Da	Da
Nizozemska	Uporabnikovega dohodka, vendar ob upoštevanju najvišjega neposrednega plačila	Ne	---
Avstrija	Uporabnikovega dohodka (približno 80 % dohodka)	Da	Ne
Poljska	Uporabnikovega dohodka (do 70% dohodka)	---	Da (b)
Finska	Uporabnikovega dohodka (približno 80 % dohodka)	Ne	Ne
Slovaška	Uporabnikovega dohodka	---	---
Slovenija	Uporabnikovega dohodka	---	Da
Švedska	Uporabnikovega dohodka, vendar ob upoštevanju najvišjega neposrednega plačila	Ne	Ne

Vir: Prirejeno po Rodrigues et al. (2012, p.101).

Opombe: (a) V izračunu plačila uporabnika je upoštevan dohodek otrok. (b) Ne v institucijah v okviru zdravstvenega sistema.



Tako kot pravila o upravičenosti (torej širina pokritosti), tudi globina in obseg pokritosti v glavnem nista povezana z načinom financiranja sistemov. Zato je slika deleža skupnih stroškov, ki se financirajo zasebno, med državami in sistemi financiranja neenotna. Kljub socialnemu zavarovanju za dolgotrajno oskrbo predstavljajo zasebni izdatki za dolgotrajno oskrbo v Nemčiji eno tretjino skupnih izdatkov za dolgotrajno oskrbo – veliko več kot na Danskem (10 %) ali v Avstriji (17 %) in celo več kot v Sloveniji (okrog 26 %) (European Commission 2014, based on OECD Health Database and national sources). V institucionalni oskrbi predstavlja zasebna poraba še večji delež skupne porabe v EU, in večino stroškov dejansko krijejo uporabniki (Rodrigues and Schmidt 2010).

V praksi so sistemi dolgotrajne oskrbe kombinacija splošnih značilnosti in značilnosti, ki temeljijo na premoženjskem stanju, v nekaterih sistemih, na primer v Sloveniji, pa hkrati obstajata vzporedna podsistema (Colombo et al. 2011). Kot je bilo opisano zgoraj, zavarovalni sistemi, kakršen je belgijski, po navadi ne pokrivajo vseh stroškov oskrbe (npr. bivanja in prehrane v institucionalni oskrbi), zato jih dopolnjuje sestavina socialne pomoči na podlagi premoženjskega stanja, ki deluje kot varnostna mreža za tiste, ki si ne morejo privoščiti neposrednih stroškov oskrbe. Podobno sta upravičenost in znesek avstrijskega zveznega dodatka za dolgotrajno oskrbo (na podlagi davkov) določena na podlagi potrebe, vendar vzporedno na regionalni ravni obstaja element socialne pomoči na podlagi premoženjskega stanja v podporo tistim, ki si ne morejo privoščiti oskrbe poleg javnih ugodnosti. Države z nadomestili na podlagi premoženjskega stanja imajo druge, vzporedne splošne ugodnosti, namenjene podpori ljudem s potrebami po dolgotrajni oskrbi, kot na primer dodatek za pomoč in postrežbo v Angliji. Tudi druge države, na primer Slovenija, Poljska in Italija, zagotavljajo dodatke za oskrbo vzporedno z drugimi nadomestili, ki so namenjeni starejšim ljudem s potrebami po dolgotrajni oskrbi.

14

Ob priznavanju več opozoril v zvezi s sistemi na podlagi premoženjskega stanja se pojavlja trend odmika od sistemov na podlagi premoženjskega stanja, kot glavne oblike zagotavljanja javne podpore za potrebe dolgotrajne oskrbe v evropskih socialnih državah (Colombo et al. 2011). Kljub temu, da lahko ugotavljanje premoženjskega stanja omogoča boljše usmerjanje javnih ugodnosti k tistim z omejenimi finančnimi viri, danes vse bolj prevladuje prepričanje, da lahko preverjanje premoženjskega stanja ustvari veliko neizpolnjenih potreb (zlasti med tistimi, ki so dovolj bolni, da potrebujejo oskrbo, vendar ne dovolj revni, da bi izpolnjevali merila za javno podporo, ali dovolj bogati, da bi neposredno plačevali za dolgotrajno oskrbo), stigmatizacijo in potencialno povečuje upravne stroške (Rothgang in Engelke 2009; Fernández et al. 2009; Colombo et al. 2011). Obstajajo tudi močni argumenti glede poštenosti, na primer v zvezi s tem, da je zapodpora za stroške potrebne dolgotrajne oskrbe, ki ni nujno povezana z izbiro življenjskega sloga, potrebno biti reven. Na to se navezujejo argumenti o potencialnem odvrčanju od zbiranja prihrankov, ki izhaja iz preverjanja premoženjskega stanja. Preverjanje premoženjskega stanja ustvarja na ravni posameznika tudi dodatne spodbude za posameznike, da si prizadevajo zamenjati storitve dolgotrajne oskrbe, ki temeljijo na premoženjskem stanju, z zdravstvenimi storitvami, ki so na točki uporabe brezplačne – to pa je učinek nadomestitve, ki na družbeni ravni morda ni stroškovno učinkovit. V Evropi sta se Španija in Češka v zadnjih letih preusmerili k splošnim nadomestilom za dolgotrajno oskrbo (glej Del C spodaj). Tudi Anglija načrtuje uvedbo znatnih sprememb v sistemu dolgotrajne oskrbe, ki bodo vključevale zgornjo mejo za skupna neposredna plačila uporabnika in tako omejile prispevek uporabnika k stroškom oskrbe (Commission on Funding of Care and Support 2011).



Vzporedno s tem odmikom od preverjanja premoženjskega stanja je prišlo do premika k zagotavljanju večje usmerjenosti k javnim virom, celo pri splošnem socialnem zavarovanju ali sistemih na podlagi davkov. V nekaterih primerih ta usmerjenost vključuje zmanjševanje širine sistemov dolgotrajne oskrbe, na primer s tem, da celo sistemi, ki temeljijo na socialnem zavarovanju, niso „slepi za skrbnika“. Na Nizozemskem se pri upravičenosti do nadomestil v okviru socialnega zavarovanja upoštevajo zneski neformalne oskrbe, ki bi jo morali zagotoviti sorodniki (ne glede na to, ali jo zagotavljajo ali ne) v okviru tako imenovane „običajne oskrbe“ (Grootegoed et al. 2014). Tudi v Latviji tvori ocena neformalne oskrbe, ki bi jo lahko zagotovili sorodniki, ki prebivajo skupaj, del merila upravičenosti do domače oskrbe. Na Švedskem politika dosledno osredotoča javne vire na posameznike z večjimi potrebami (Szebehely and Trydegård 2012) and discuss the distributional consequences of the changes by analysing two data sets from Statistics Sweden: the Swedish Level of Living surveys from 1988/1989 and 2004/2005 and a database on all users of tax deductions on household and care services in 2009. The analysis shows that the decline of tax-funded home care is not the result of changing eldercare legislation and was not intended by national policy-makers. Rather the decline was caused by a complex interplay of decision-making at central and local levels, resulting in stricter municipal targeting. The trend towards marketisation has been more clearly intended by national policy-makers. Legislative changes have opened up tax-funded services to private provision, and a customer-choice (voucher).

V drugih primerih večja usmerjenost vključuje spremembe obsega pokritosti, torej spremembe zasebnih prispevkov k stroškom dolgotrajne oskrbe. V Nemčiji je npr. znesek nadomestila za zavarovanje dolgotrajne oskrbe, ki se izplača upravičenim uporabnikom, nižji, če se odločijo za možnost, da denar porabijo za plačilo neformalnega skrbnika. Kot je bilo opisano zgoraj, se v Franciji znesek javnega splošnega nadomestila, *Allocation Personnalisée d'Autonomie* (APA), prilagodi glede na dohodek uporabnika v okviru tako imenovanega „progresivnega univerzalizma“ (Fernández et al. 2009, pp.14ff).

Delitev stroškov znotraj generacij in med njimi

Poleg pristopov k financiranju potreb dolgotrajne oskrbe in zgoraj obravnavanih vprašanj v zvezi s širino, obsegom in globino pokritosti obstajajo še druga vprašanja, ki so pomembna za trajnostno financiranje dolgotrajne oskrbe. Ta vključujejo nove vire financiranja (npr. zbrano imetje, kot je stanovanjski fond) in oblikovanje mehanizmov, ki zagotavljajo prilagodljivost sistemov dolgotrajne oskrbe na družbene in demografske spremembe (npr. mehanizmi predfinanciranja in druge oblike medgeneracijskega financiranja). V nadaljevanju je obravnavan vsaka posebej.

Kot prikazuje tabela 2, številne države vključujejo imetje, kot je stanovanje, v preverjanje premoženjskega stanja, da bi določile upravičenost do storitev dolgotrajne oskrbe (Rodrigues et al. 2012). Ker je bogastvo posameznika po navadi največje v času upokojitve in ima velik del tega bogastva obliko lastnine (Colombo et al. 2011), se lahko imetje smatra kot potencialni vir financiranja za potrebe dolgotrajne oskrbe, zlasti pri starejših ljudeh, ki se morajo preseliti v institucionalno oskrbo. Vendar gre za vprašanje, ki nima širšega soglasja med Evropejci, saj se mnogim ne zdi pošteno, da bi se morali odreči svojemu domu, da bi izpolnili pogoje za javno podporo svojih potreb po dolgotrajni oskrbi (European Commission 2007). Poleg tega bi to lahko razumeli kot kaznovanje ljudi, ki so v življenju varčevali,



in lahko predstavlja oviro za rehabilitacijo v okviru institucionalne oskrbe, če uporabniki nimajo doma, v katerega bi se vrnil v primeru uspešne rehabilitacije. Kljub temu pa so bile predlagane številne rešitve, ki omogočajo uporabo imetja, vloženega v lastno hišo, ob hkratni zaščiti večine njene vrednosti in brez zahteve po njeni prodaji (npr. obratna hipoteka) – kar je ustrezno vprašanje za tiste, ki potrebujejo domačo oskrbo. Na Irskem gre na leto do 7,5 % skupnega imetja človeka za financiranje njegove oskrbe; upoštevano imetje vključuje vrednost glavnega prebivališča, vendar le do višine 22,5 % njegove vrednosti. To plačilo se lahko odloži do smrti, za zaščito preživetja sorodnikov, ki živijo skupaj s to osebo in ostanejo v glavnem prebivališču, pa se uvedejo druga varovala (tudi prej navedena zgornja meja je v takšnih primerih nižja, 11,25 %).

Kot je bilo že obrazloženo, je ena od prednosti sistemov sprotnega plačevanja ta, da je izplačilo nadomestila mogoče takoj od trenutka, ko je sistem vzpostavljen. Nasprotno pa je za naložbene sisteme potrebno zbrati dovolj finančnih sredstev, preden se lahko začnejo nadomestila izplačevati. Ne glede na to dejstvo pa se lahko s predfinanciranjem preko rezervnih skladov učinki demografskega staranja ublažijo z omejitvijo zneska implicitnega dolga, ki se prenaša na naslednje generacije v okviru sistema sprotnega plačevanja. Druge možne prednosti elementov predfinanciranja, ki so vgrajeni v sisteme financiranja dolgotrajne oskrbe, vključujejo ublažitev možnih sprememb nadomestil ali prispevnih stopenj zaradi postopne izpolnitve stroškov oskrbe (Colombo et al. 2011). Številne države, ki imajo uvedene sisteme za financiranje dolgotrajne oskrbe, ki temeljijo na socialnem zavarovanju s sprotnim plačevanjem, imajo vzpostavljene tudi mehanizme predfinanciranja, čeprav zbrani zneski ustrezajo samo zelo omejenemu delu porabe; leta 2012 so npr. ustrezali samo 24 % letne porabe nadomestil za Luksemburg (Ministère de la Sécurité Sociale 2013). V Nemčiji je nedavna reforma zavarovanja za dolgotrajno oskrbo, ki bo začela veljati leta 2015, uvedla povečanje prispevne stopnje za 0,1 odstotne točke. Zbrana sredstva bodo shranjena v varnostnem skladu in se bodo uporabljala šele od leta 2035 dalje, da bi izravnala učinke demografskega prehoda države (BMG 2014).

V zgoraj opisanih primerih Nemčije in Luksemburga se za te predfinancirane rezerve daje na stran fiksno določeni odstotek letnih prihodkov. Vendar je mogoče najti druge rešitve, vključno z nekaterimi, ki bi lahko ublažile tudi problem morebitnega zmanjšanja davčne osnove. Za financiranje teh rezervnih skladov bi npr. lahko namenili fiksno določen odstotek DDV (npr. Portugalska za socialno varnost v celoti); ali rezervirali odstotek davčnih prihodkov iz drugih davkov (kot so lokalni davki na premoženje) (npr. Francija za dolgotrajno oskrbo). V praksi bi se s tem povečala davčna osnova za financiranje dolgotrajne oskrbe. Mehanizmi predfinanciranja in tukaj obravnavani primeri bi se lahko enako dobro izvedli v sistemih na podlagi davkov ali sistemih socialnega zavarovanja. Ostaja pa en problem, in sicer možnost, da bi se zbrana sredstva „zajela“ za financiranje državnih primanjkljajev ali porabe.

Možnosti predfinanciranja in rezervnih skladov ponujajo tudi načine za okrepitev znotrajgeneracijskega ravnotežja pri financiranju dolgotrajne oskrbe. Sedanje generacije zbirajo sredstva za prihodnje generacije, uporaba prihodkov iz davkov na porabo pa zagotavlja, da tudi starejši ljudje prispevajo k financiranju potreb dolgotrajne oskrbe. Zgoraj obravnavani flamski sistem zavarovanja za dolgotrajno oskrbo in nemški model zavarovanja za dolgotrajno oskrbo sta primera sistemov, ki izrecno obdavčujeta tudi socialne prispevke za starejše (upokojene). Demografsko staranje bo povečalo delež starejših v skupnem prebivalstvu, pa tudi relativno velikost deleža dohodka ali imetja, ki ga imajo starejši ljudje, s čimer bo postalo zanašanje samo na davke ali prispevke, ki se nalagajo vedno manjši



skupini delovno sposobnih ljudi, manj sprejemljivo (Colombo et al. 2011; Fernandez and Forder 2012). Drugi način okrepitve znotrajgeneracijskega ravnotežja so različna plačila glede na število otrok,² kot na primer v nemškem sistemu zavarovanja za dolgotrajno oskrbo od leta 2004 (ljudje brez otrok dodatno plačujejo 0,25 odstotne točke na prispevno stopnjo).

² Vendar gre za izredno sporno vprašanje, z močnimi moralnimi argumenti za in proti (see Tomlin 2014 for a review of some of the theoretical arguments).



B. Pregled dobre prakse države gostiteljice

Slovenija trenutno nima enotnega sistema dolgotrajne oskrbe. Namesto tega se zagotavljajo različne javne ugodnosti (stvarne in denarne), namenjene reševanju potreb po dolgotrajni oskrbi, preko zdravstvenega sistema, socialnih služb in sistemov pokojninske in invalidske socialne zaščite. Zato tudi ne obstaja enotna vstopna točka v sistem in upravičenost se ocenjuje za vsako ugodnost posebej. Obstajajo številna denarna nadomestila, ki se izplačujejo neposredno tistim, ki potrebujejo oskrbo (npr. dodatek za postrežbo v okviru sistemov invalidske in pokojninske socialne zaščite, dodatek za pomoč hujšim invalidom in dodatek za postrežbo za vojne veterane), merila za upravičenost pa se prekrivajo, čeprav lahko en posameznik prejema le eno denarno nadomestilo. Stvarni prejemki v naravi se zagotavljajo v okviru zdravstvenega sistema, občin in drugih državnih agencij.

Financiranje dolgotrajne oskrbe v Sloveniji odraža to razdrobljenost nadomestil za dolgotrajno oskrbo. Približno polovica javne porabe za dolgotrajno oskrbo se financira iz obveznega zdravstvenega zavarovanja in služi v glavnem za financiranje institucionalne oskrbe (European Commission 2014). Socialne sestavine dolgotrajne oskrbe (npr. oskrba v skupnosti) se financirajo prek centralne vlade in občin, dodatke za oskrbo pa uporabnikom izplačuje Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije. Znatno delež skupne porabe za dolgotrajno oskrbo plačujejo posamezniki, ki potrebujejo oskrbo, neposredno iz svojega denarja, približno četrtina skupne porabe pa se plača zasebno – kar je razmeroma velik delež v okviru EU (Colombo et al. 2011). Še več, delež zasebne porabe z leti nenehno narašča. Velik delež zasebne porabe je mogoče delno razložiti z dejstvom, da sistem dolgotrajne oskrbe v Sloveniji zagotavlja široko paleto storitev, čeprav le majhnemu deležu prebivalstva s potrebami po oskrbi, in ima torej razmeroma širok obseg, vendar omejeno širino pokritosti (European Commission 2014).

Sedanja javna poraba znaša 0,98 % BDP, zasebna poraba – v glavnem neposredna plačila – pa 0,37 % BDP. Skupno 11,9 % oseb, starih 65 let in več, prejema javne ugodnosti, približno 5 % ljudi, starih 65 let in več, pa je v oskrbi v institucijah.

V sedanji ureditvi se financiranje dolgotrajne oskrbe v Sloveniji srečuje s številnimi izzivi. Prvič, prebivalstvo v Sloveniji se hitro stara; posledično se bo delež ljudi, starejših od 65 let, v času od leta 2010 do 2060 dvignil s 17,4 % na 29,5 % skupnega prebivalstva. Delež tistih, ki so starejši od 80 let, se bo skoraj potrojil na 12 %. Drugič, delež zasebnih virov v skupni porabi za dolgotrajno oskrbo narašča – med letoma 2005 in 2012 se je dvignil za 7,3 %, skupna poraba v enakem obdobju pa se je povečala za 4,1 % – delno kot posledica naraščajočih potreb (Slovenija zaostaja v pričakovani zdravi življenjski dobi) in varčevalnih ukrepov, ki so omejili proračune centralne vlade in občin. Glede na pogostost revščine med starejšimi in raven povprečnih pokojnin je stalno naraščanje neposrednih plačil za dolgotrajno oskrbo družbeno netrajnostno. Tretjič, sistem se močno nagiba k institucionalni oskrbi, saj je približno polovica tistih, ki so deležni oskrbe, v institucijah. Ne le da dobivajo družine spodbudo, da raje uporabljajo institucionalno oskrbo kot oskrbo skupnosti (plačila iz zdravstvenega zavarovanja pomenijo, da je institucionalna oskrba za uporabnike z večjimi potrebami po oskrbi cenejša), temveč je v institucijah na voljo celovita oskrba, ki je v oskrbi skupnosti še vedno ni. Nazadnje sistem nima enotnega postopka upravičenosti in ene vstopne točke, zdi pa se tudi, da ugodnosti, ki jih je več in se včasih prekrivajo, niso učinkovite.



Zaradi obravnave zgoraj navedenih izzivov je nedavno izvoljena slovenska vlada določila reformo financiranja dolgotrajne oskrbe kot prioriteto nalogo. Glede na povezave med zdravjem in dolgotrajno oskrbo ter prispevki zdravstvenega sistema za financiranje dolgotrajne oskrbe v okviru sedanjega razdrobljenega sistema bo postopek reforme dolgotrajne oskrbe potekal vzporedno z reformo zdravstvenega sistema. V okviru novega zakona o dolgotrajni oskrbi, ki je v obravnavi, bo imela dolgotrajna oskrba naslednje vire financiranja:

- Obvezno (javno) socialno zavarovanje kot glavni finančni vir: to bo posledica združitve sedanjih sestavin zdravstvenega in pokojninskega socialnega zavarovanja³, iz katerega se trenutno financira dolgotrajna oskrba, v posebno vejo socialnega zavarovanja. Po pričakovanjih bodo socialne prispevke za dolgotrajno oskrbo plačevali ne le delovno sposobno prebivalstvo (delodajalci in zaposleni), temveč tudi upokojenci – ukrep, ki uživa podporo slovenskega združenja starostnih upokojencev.
- Zasebno zavarovanje dolgotrajne oskrbe, ki bo ponudilo dodatno zaščito pred tveganji dolgotrajne oskrbe ali namesto tega dajatev, namenjeno financiranju dolgotrajne oskrbe: za posameznike bo obvezno, da bodisi sklenejo zasebno zavarovanje dolgotrajne oskrbe ali plačajo progresivno dajatev, izračunano kot odstotek dohodka. Ta dajatev bo zamenjala dopolnilno zasebno zdravstveno zavarovanje, ki zdaj zajema skoraj 95 % prebivalstva in se financira iz pavšalne premije.⁴
- Neposredna plačila ali namesto tega prostovoljno zasebno zavarovanje dolgotrajne oskrbe: stroški bivanja in prehrane v institucionalni oskrbi, pa tudi storitve dolgotrajne oskrbe, ki ne spadajo v opredeljene storitve, ki so pokrite s socialnim zavarovanjem dolgotrajne oskrbe, se bodo financirale zasebno z neposrednimi plačili ali zasebnim zavarovanjem.

Načrtuje se enotna vstopna točka in enotno ocenjevanje potreb, ki bo vključevalo 15 meril, povezanih z dejavnostmi vsakdanjega življenja in pomembnimi dejavnostmi vsakdanjega življenja. Novo zavarovanje dolgotrajne oskrbe bo torej splošno. Predlog v razpravi vključuje najmanjši prag upravičenosti 3,5 ur oskrbe na teden pri izvajanju dejavnosti vsakdanjega življenja. Uporabniki bodo sodelovali v postopku ocenjevanja potreb in bodo dobili možnost, da ugodnost uporabijo v denarju, storitvah (vključno s prilagoditvijo stanovanja in tehničnimi pripomočki) ali kombinacijo obeh.

Namen reforme dolgotrajne oskrbe bo tudi izboljšanje preglednosti dodeljevanja sredstev in izboljšanje oskrbe skupnosti v primerjavi z institucionalno oskrbo.

Struktura upravljanja novega sistema dolgotrajne oskrbe je še vedno v razpravi. Kljub temu pa bodo občine ohranile odgovornost za razvoj storitev dolgotrajne oskrbe v okviru svojih omejitev, financiranje za to pa bo zagotovila centralna vlada. Ena od pomembnih nalog je izogniti se geografskim neenakostim pri zagotavljanju storitev, ki izhajajo iz razlik v virih, ki so na voljo občinam. Razporeditev finančnih sredstev med občinami je potrebno še določiti.

³ Kot del vzporednega postopka zdravstvene reforme, bo spremenjen tudi obseg zdravstvenega zavarovanja in morda bo iz pokritja izločeno nekaj zdravstvene oskrbe „nizke vrednosti“.

⁴ Sedanje dopolnilno zasebno zdravstveno zavarovanje se sklepa zato, da nadomesti neposredna plačila v zdravstveni sistem. Njegovi visoki upravni stroški in pavšalna premija veljajo za previsoke in so zaradi tega ovira za nekatere dohodkovne skupine. Dopolnilno zasebno zdravstveno zavarovanje sklepajo tudi upokojenci, zato sta njegova ukinitve in podaljšanje obveznosti plačevanja novega socialnega zavarovanja dolgotrajne oskrbe medsebojno povezana.

C. Politike in izkušnje v primerljivih državah in prispevki zainteresiranih strani

Zaskrbljenost glede finančne trajnosti in družbene primernosti sistemov dolgotrajne oskrbe je povzročila, da so številne primerljive države v preteklem desetletju uvedle obsežne reforme lastnih sistemov dolgotrajne oskrbe.

Leta 2007 je Španija uvedla splošen sistem financiranja dolgotrajne oskrbe na podlagi davkov (ki torej temelji na ocenjenih potrebah) s ciljem postopnega povečanja pokritja potreb po dolgotrajni oskrbi. Ugodnosti se zagotavljajo na podlagi potrebe, vendar posamezniki prispevajo k stroškom oskrbe glede na vrsto uporabljenih storitev, svoj dohodek in imetje – čeprav je glavno prebivališče izključeno iz teh izračunov. Ugodnosti se lahko prevzamejo v obliki denarja – možnost, ki je bila mišljena kot izjema, vendar predstavlja 42 % zagotovljenih ugodnosti. V okviru novega sistema so avtonomne regije obdržale svoje pristojnosti glede zagotavljanja storitev dolgotrajne oskrbe in določajo tudi raven neposrednih plačil – kar je povzročilo velike razlike v socialni zaščiti med regijami. Globoka gospodarska kriza in prizadevanja za fiskalno konsolidacijo pa so vodila v naknadne reforme, ki so zamaknile polno izvedbo reforme iz leta 2007 in zmanjšale nekatere ugodnosti.

Avstrija ima uveden splošen dodatek za dolgotrajno oskrbo na podlagi davkov že od leta 1993. Vzame se lahko tudi kot denarno nadomestilo in uporabi za plačilo neformalnih skrbnikov. Po podaljšanju javne razprave so avstrijske regije (Länder) pred nedavnim odpravile določbo, ki je zavezovala delovno sposobne otroke, da prispevajo k stroškom oskrbe svojih staršev, če le ti niso imeli dovolj sredstev. Čeprav dodatek za dolgotrajno oskrbo plačuje zvezna vlada, so regije odgovorne za razvoj storitev dolgotrajne oskrbe. Od leta 2010 dalje so regijam in občinam na voljo dodatni prenosni na podlagi davkov iz zvezne uprave, ki spodbujajo razvoj teh storitev.

Leta 2007 je tudi Češka uvedla splošni dodatek za dolgotrajno oskrbo za kritje potreb po dolgotrajni oskrbi, ki je podoben avstrijskemu dodatku za dolgotrajno oskrbo, in torej temelji na ocenjenih potrebah, se financira iz davkov in se lahko uporabi tudi za plačilo neformalne oskrbe. Reforma je pustila nerešeno delitev med storitvami zdravstvenega in socialnega varstva ter financiranjem storitev zdravstvenega in socialnega varstva, zato se uporabniki srečujejo z različnimi neposrednimi plačili glede na vrsto institucije, v kateri prejemajo oskrbo (ta so nižja v institucijah, ki jih upravlja zdravstveni sistem in lahko pomenijo spodbudo za institucionalizacijo). Trenutno je v obravnavi nov zakon o dolgotrajni oskrbi, ki bo reševal te razlike.

Flamska regionalna vlada (Belgija) je leta 2001 uvedla obvezno dopolnilno socialno zavarovanje (od starosti 26 let dalje). Ta program izplačuje upravičencem mesečno pavšalno nadomestilo in se financira iz dodatnih socialnih prispevkov (sistem je na voljo tudi tistim, ki živijo v bruseljski regiji, vendar le na prostovoljni podlagi). Dodatni prispevki (15 EUR letno) in nadomestila (130 EUR mesečno) so razmeroma skromni in nadomestila se ne spreminjajo glede na potrebe po oskrbi – kar je namerna odločitev, da bi izdatki ostali pod nadzorom. Kljub temu ima flamsko socialno zavarovanje samo dopolnilno vlogo pri kritju stroškov dolgotrajne oskrbe. Čeprav se lahko ta znesek uporablja za plačilo institucionalne oskrbe, je preizek, da bi resnično ponujal ustrezno socialno zaščito, in se za kritje stroškov dolgotrajne



oskrbe še vedno rutinsko uporablja imetje ter prispevki delovno sposobnih sorodnikov. To je bil edini primer socialnega zavarovanja dolgotrajne oskrbe med primerljivimi državami.

Tudi Irska je v drugi polovici prvega desetletja tega stoletja uvedla pomembne spremembe svojega sistema dolgotrajne oskrbe. Pri domači oskrbi se je od leta 2006 uporabljal pristop, v katerem so se ugodnosti osredotočale na ljudi v bolnišničnem okolju, ki so imeli velike potrebe po oskrbi in je bilo ocenjeno, da bi potrebovali institucionalno oskrbo, vendar je bilo dano mnenje, da lahko ostanejo doma, če bodo deležni pravih storitev oskrbe. Poleg tega za domačo oskrbo ni neposrednih plačil – sistem je usklajen s ciljem podpore, da najbolj obnemogli ostanejo doma. Za institucionalno oskrbo je bil leta 2009 sprejet program podpore za negovalne domove. Ta program je dejansko postavil zgornjo mejo življenjskih prispevkov, ki temeljijo na glavnem prebivališču uporabnikov, ki potrebujejo institucionalno oskrbo, na 22,5 % (11,25 % v primeru parov) vrednosti doma (drugo imetje prek določenega praga se v celoti upošteva za stroške dolgotrajne oskrbe). Celo ta prispevek pa se lahko odloži do smrti uporabnika ali zakonskega partnerja, da se zagotovi, da uporabnikom ni treba prodati doma v času svojega življenja, da bi financirali institucionalno oskrbo.

Danska je predstavila nordijski pristop k financiranju dolgotrajne oskrbe. Ta temelji na splošnih nadomestilih za dolgotrajno oskrbo, ki se večinoma zagotavljajo v naravi, z omejenimi neposrednimi plačili uporabnikov (prispevki delovno sposobnih otrok ali imetje niso med viri financiranja). Javna poraba za dolgotrajno oskrbo je na Danskem torej med najvišjimi v Evropi. Občine so v celoti odgovorne za financiranje (in pogosto za neposredno zagotavljanje) nadomestil za dolgotrajno oskrbo. To se izvaja preko občinskih davkov – ki imajo v nasprotju z drugimi državami pomembno vlogo pri financiranju dolgotrajne oskrbe – in prenosov iz proračuna centralne vlade, ki so namenjeni zagotavljanju delne prerazporeditve med občinami z različno strukturo dohodka in profila potreb.

Druge primerljive države – Poljska, Hrvaška, Bolgarija, Latvija in Madžarska – imajo vse razmeroma nizek delež javne porabe in razdrobljen sisteme dolgotrajne oskrbe na podlagi davkov, upravičenost do javnih nadomestil pa temelji na dohodku in pogosto na preverjanju premoženjskega stanja. V južnih evropskih državah so tudi delovno sposobni sorodniki dolžni prispevati k stroškom oskrbe svojih odvisnih staršev. Majhna razpoložljivost storitev, pomanjkanje usklajevanja med storitvami zdravstvenega in socialnega varstva ter zanašanje na neformalno oskrbo so verjetno glavna vprašanja v teh državah. Kljub temu in kljub starajočemu prebivalstvu pa samo na Poljskem resno razpravljajo o reformi financiranja dolgotrajne oskrbe, ki jo je delno spodbudila zaskrbljenost glede vpliva neformalne oskrbe na stopnje zaposlenosti žensk in potencial dolgotrajne oskrbe za ustvarjanje delovnih mest.

Predstavniki združenja Eurocarers so poudarili tudi omejeno razpoložljivost storitev dolgotrajne oskrbe in poznejše preveliko zanašanje na neformalne skrbnike. Vrzeli v pokritosti storitev domače oskrbe postanejo veliko pomembnejše, ko je vzpostavljeno preusmerjanje politik dolgoročne oskrbe k staranju; v odsotnosti ustreznih storitev pa to pomeni prenos odgovornosti na neformalne skrbnike. V nekaterih državah (na primer v zgornjem primeru Slovenija, vendar tudi Španija) so varčevalni ukrepi verjetno še bolj omejili razpoložljivost storitev domače oskrbe ali zmožnosti družin za plačilo storitev oskrbe.

Mreža AGE Platform Europe je opozorila na izjemno raznolikost evropskih ureditev za financiranje oskrbe. Čeprav nekateri zgoraj citirani primeri iz primerljivih držav poročajo o reformah dolgotrajne oskrbe, ki so si prizadevale razširiti socialno zaščito (npr. Španija, Irska,

Češka in belgijska regija Flandrija), je mreža AGE Platform opozorila na druge primere reform, ki so vodili v omejevanje sociale v dolgotrajni oskrbi. Eden od primerov je Nizozemska, ki namerava zmanjšati pokritost svojega dolgoletnega socialnega zavarovanja za dolgotrajno oskrbo in prenesti odgovornost za financiranje nazaj na občine in uporabnike. Ugotovljeno je bilo tudi, da imajo številne države uvedene zakonske mehanizme, da postanejo prispevki delovno sposobnih otrok za stroške oskrbe obvezni, če njihovi obnemogli starši nimajo potrebnih sredstev. Ta tveganja ustvarjajo neke vrste medgeneracijski prenos slabosti ali revščine, ker ti mehanizmi nesorazmerno prizadenejo manj premožne družine.



D. Glavna vprašanja, obravnavana na zasedanju

Upravljanje sistemov dolgotrajne oskrbe in vpliv na financiranje je bila ena glavnih tem, ki so bile obravnavane na zasedanju. Tema je vključevala vprašanja horizontalnega usklajevanja med zdravstvenim in socialnim varstvom na eni strani in vprašanja vertikalnega usklajevanja med centralno vlado (ali skladi socialnega zavarovanja) in občinami na drugi strani.

V zvezi s horizontalnim usklajevanjem je bilo podanih več primerov, ki so ponazarjali možne neučinkovitosti ali izkrivljene spodbude, ki bi jih lahko povzročilo pomanjkanje usklajevanja med zdravstvenim in socialnim varstvom. Glavni med njimi sta bili preventiva in rehabilitacija (kjer se pridobitve in prihranki pripišejo sektorju socialnega varstva, stroške pa po navadi krije zdravstveni sektor) ter spodbude za začetno pot institucionalizacije (glejte zgoraj o Češki in Sloveniji).

Vertikalno usklajevanje mora odpraviti možnost preusmerjanja stroškov, ki jo lahko vključuje decentralizacija. V Avstriji je leta 1993 uvedbo dodatka za dolgotrajno oskrbo, ki ga financira zvezna vlada, spremljala zaveza regij, da bodo prihranke, ki jih bo prinesel novi dodatek za dolgotrajno oskrbo (ta je predvsem odgovornost regij), uporabile za razvoj storitev oskrbe. V praksi se to ni zgodilo in dodatni prenos davkov na regije od leta 2010 dalje (glej zgoraj) so poskus, da bi to popravili in spodbudili razvoj storitev oskrbe. Na Danskem bodo občine kmalu postale odgovorne za del stroškov zdravstvenega varstva, kar je poskus povečanja učinkovitosti pri odpuščanju obnemoglih starejših ljudi iz akutnega bolnišničnega okolja v dolgotrajno oskrbo. V reformah dolgotrajne oskrbe je potrebno pogosto spremeniti obstoječe vladne strukture, tudi če to predstavlja dodatne probleme pri usklajevanju: španska reforma dolgotrajne oskrbe je morala upoštevati odgovornost avtonomnih regij za dolgotrajno oskrbo, ker je zapisana v ustavi, enako kot v Avstriji.

Obstaja splošno soglasje o potrebi po javnem financiranju potreb po dolgotrajni oskrbi, da bi posameznike zavarovali pred katastrofalnimi stroški dolgotrajne oskrbe. Hkrati so bile jasno priznane omejitve potenciala za zviševanje davkov in socialnih prispevkov davkoplačevalcev. V Avstriji je npr. razprava o uvedbi programa socialnega zavarovanja za dolgotrajno oskrbo naletela na močno nasprotovanje zaradi njenega vpliva na že tako visoke stroške dela (zaradi plačila dodatnih socialnih prispevkov). V tem okviru so primerljive države pozdravile pobudo za povečanje preglednosti uporabe davčnih prihodkov ali socialnih prispevkov.

Med alternativnimi viri financiranja potreb po dolgotrajni oskrbi so nekateri dobili očitno večjo podporo kakor drugi. Prostovoljno zasebno zavarovanje za dolgotrajno oskrbo ima v primerljivih državah obrobno vlogo in ni pričakovati, da se bo to v bližnji prihodnosti spremenilo. Njihove premije, ki temeljijo na profilih tveganja, naj bi bile nedosegljive za skupine z nižjim dohodkom, to pa so natančno tiste skupine, ki bodo najverjetneje potrebovale dolgotrajno oskrbo. Izraženi so bili tudi resni pomisleki o posameznikih, ki prostovoljno sklenejo zasebno zavarovanje za dolgotrajno oskrbo, ne nazadnje zaradi pomanjkanja zaupanja v zavarovalnice in negativne izkušnje s skladi zasebnega pokojninskega zavarovanja na začetku gospodarske krize. Spodbujanje prostovoljnega sklepanja z davčnimi olajšavami je sprožilo več vprašanj glede enakosti. Na ponudbeni strani je bilo menda zelo malo zanimanja zasebnih zavarovalnic za zagotavljanje kritja za tveganja dolgotrajne oskrbe glede na negotovost, povezano s prihodnjimi stroški. To se odraža na premijah, ki veljajo za previsoke. Druga možnost poleg prostovoljnega zasebnega

zavarovanja za dolgotrajno oskrbo bi bila lahko združitev tveganj v nepridobitnih vzajemnih zavarovalnih skladih, podobnih tistim, ki se uporabljajo v zdravstvenem varstvu.

Prispevki delovno sposobnih družin za stroške oskrbe njihovih obnemoglih staršev so že značilni za številne primerljive države (glejte tabelo 2). Nekatere navzoče zainteresirane strani so sprožile vprašanje morebitnih posledic teh prispevkov za enakost, ker lahko dejansko obremenijo manj premožne družine. Z demografskim staranjem lahko začnejo ti družinski prispevki vedno bolj obremenjevati otroke, ki so že sami upokojeni in imajo omejeno zmogljivost za zaslužek. Zamisel o rezervaciji prihodkov iz davka na dediščino – ki je že uvedena v številnih primerljivih državah – se zdi bolj poštena. Nazadnje je bilo doseženo soglasje, da je treba kakršnekoli prispevke za stroške, ki bi se črpali iz dohodka ali imetja uporabnikov in njihovih sorodnikov, če naj bi predstavljali rešitev, določiti na družbeno sprejemljivi ravni. V Sloveniji so starostni upokojenci, kot kaže, pripravljeni plačati dodatne prispevke, rezervirane za sistem dolgotrajne oskrbe.

Predfinancirani varnostni skladi lahko olajšajo stroške demografskega prehoda in povečajo solidarnost znotraj generacije. Vendar jih ovira tveganje politične polastitve (to je strah, da bi jih na primer vlade morda uporabile za pokrivanje primanjkljaja javnega sektorja) ali kratkovidnosti politike (to je, da bi bilo njihove koristi čutiti šele dolgo po sedanjem ali bližnjem političnem ciklu).

Glede na zgornje ovire, povezane z rešitvami na strani ponudbe (to je s financiranjem dolgotrajne oskrbe), je priporočljivo skrbno pregledati stran povpraševanja (to so potrebe). Možne poti za obravnavo dolgotrajne oskrbe s strani povpraševanja, ki so jih obravnavale primerljive države in zainteresirane strani, so vključevale zmanjšanje potrebe z vlaganjem v preventivo in rehabilitacijo. Vzporedno bi lahko naložbe v prilagoditev stanovanja in življenjskega okolja izboljšale neodvisnost življenja celo v primeru povečanja potreb po dolgotrajni oskrbi.

Nazadnje, možnost *laissez-faire*, oz. nevmešavanja in prepustitve tveganj dolgotrajne oskrbe brez ukrepanja, pomeni, da bi breme padlo na neformalne skrbnike. To bi na koncu vključevalo še druge stroške na ravni posameznika in družbe zaradi izgubljene zaposlitve ali zdravja. Kljub temu vprašanje financiranja dolgotrajne oskrbe v številnih primerljivih državah (npr. v Latviji, na Hrvaškem, Madžarskem, v Bolgariji) ni prav visoko na dnevnem redu politike in zlasti ne v tistih z nižjo razpoložljivostjo storitev dolgotrajne oskrbe. Vrzeli v potrebah po dolgotrajni oskrbi morajo v teh državah verjetno zapolniti neformalni skrbniki.



E. Sklepne ugotovitve in pridobljena spoznanja

Glede na omejitve posameznih rešitev ali združevanja tveganj na podlagi prostovoljnega zasebnega zavarovanja za dolgotrajno oskrbo, je med primerljivimi državami močno soglasje o tem, da mora imeti država pomembno vlogo pri zagotavljanju, da posamezniki ali njihove družine pri spopadanju s stroški dolgotrajne oskrbe ne bodo prepuščeni sami sebi. Slovenija priznava pomen dolgotrajne oskrbe kot novega socialnega tveganja in v teku je razprava o najboljšem načinu obravnave. Druge evropske države bi morale slediti vzgledu Slovenije. Raznolikost finančnih ureditev za dolgotrajno oskrbo v Evropi bi morala zagotoviti pomembno zbirko izkušenj, iz katere bi lahko črpale države, ki nameravajo reformirati svoje sisteme dolgotrajne oskrbe.

Glede financiranja dolgotrajne oskrbe ni neke večje naklonjenosti ne za socialno zavarovanje ne za sisteme na podlagi davkov. Primerljive države in zainteresirane strani pa se kljub temu strinjajo o pomembnosti široke davčne osnove kot sredstva za zagotavljanje trajnosti in enakosti v financiranju dolgotrajne oskrbe. To ne vključuje le prihodkov iz davkov na kapital, temveč tudi zbrane socialne prispevke starejših ljudi.

V tem strokovnem pregledu je bilo enako jasno, da obstajajo tudi omejitve zneska, ki ga države lahko namenijo za dolgotrajno oskrbo, in omejitve pripravljenosti davkoplačevalcev za plačilo. Primerljive države in zainteresirane strani so zelo pohvalile participativno naravo slovenskega postopka reforme dolgotrajne oskrbe. Kot kaže slovenski primer, lahko vključitev predstavnikov uporabnikov (v tem primeru starostnih upokoјencev) poveča pripravljenost za dodatno plačilo pri financiranju novega socialnega tveganja, če je to pošteno in pregledno. Sodelovanje družbe in doseganje soglasja sta tako lahko ključna dejavnika pri gradnji družbeno trajnostnih sistemov financiranja dolgotrajne oskrbe.

Pri zagotavljanju uravnoteženosti prispevkov uporabnikov (predvsem tistih, ki temeljijo na imetju), je pomembno, da se zagotovi neka stopnja varnosti in predvidljivosti, ter zagotovitev, da za plačilo oskrbe v času življenja uporabnikom in njihovim družinam ni potrebno zapustiti svojega doma. Dober primer je irski program podpore za negovalne domove, ki kombinira odložena plačila in zgornjo mejo prispevkov, ki temeljijo na vrednosti glavnega prebivališča. Tudi alternativni viri financiranja, na primer rezervacija prihodkov iz posebnih davkov, zlasti davka na dediščino, so naleteli na podporo primerljivih držav.

Reforma financiranja dolgotrajne oskrbe se pogosto odvija nesistematično in posveča premalo pozornosti vprašanju upravljanja. V vseh državah, ki so sodelovale, zdravstveno in socialno varstvo prispevata k zagotavljanju dolgotrajne oskrbe za odvisne starejše ljudi, s tem da imajo lokalne ravni vlade pomembno vlogo pri tem zagotavljanju. Kljub temu pa je zagotavljanje ustreznih spodbud za uporabo najprimernejših storitev (npr. institucionalna ali domača oskrba) v veliki meri odvisno od tega, kako sta organizirana horizontalno (med zdravstveno in socialno oskrbo) in vertikalno usklajevanje (med centralno in lokalnimi ravnimi vlade). Izboljšanje usklajevanja lahko zelo zmanjša neučinkovitost ter izboljša rezultate in izkušnje uporabnikov. Če sodimo po izkušnjah primerljivih držav, bo potrebno na tej ravni še veliko storiti.

Z obravnavo upravljanja bi nam uspelo omogočiti, da bi sistemi dolgotrajne oskrbe vplivali na potrebe uporabnikov s celovito in boljšo uporabo preventive, rehabilitacije in prilagoditve življenjskega okolja. Naložbe v preventivo in rehabilitacijo so pritegnile znatno pozornost in podporo, vendar pa razen na Danskem ni bilo narejeno veliko korakov v tej smeri.

Nazadnje je ta strokovni pregled poudaril tudi vrzel v primerljivih statistikah glede javne in zasebne porabe za dolgotrajno oskrbo. Kljub naraščajoči zaskrbljenosti glede fiskalne trajnosti dolgotrajne oskrbe, številne države še vedno nimajo zanesljive statistike o javni porabi za dolgotrajno oskrbo – kar je tudi simptom pomanjkanja usklajevanja med sistemoma zdravstvene in socialne oskrbe, ki tvorita dolgotrajno oskrbo. Glede zasebne porabe so podatki še manj zanesljivi ali primerljivi. Pomanjkanje ustreznih podatkov je močna ovira pri prizadevanjih za zdravo javno politiko in to vztrajno vrzel glede dolgotrajne oskrbe bi bilo potrebno obravnavati na evropski ravni v okviru Evropske komisije.

Financiranje dolgotrajne oskrbe je še naprej poglobljena tema v zvezi s starajočim prebivalstvom in tekočim prilagajanjem sistemov socialne zaščite pred novimi socialnimi tveganji. Primerljive države in zainteresirane strani so pozvale Evropsko komisijo, naj uporabi svoje nedavno poročilo o dolgotrajni oskrbi (European Commission 2014) kot izhodišče za nadaljnjo razpravo o financiranju dolgotrajne oskrbe, in da naj bo to še naprej ena glavnih tem za razpravo v Odboru za socialno zaščito.



F. Prispevek strokovnega pregleda k strategiji Evropa 2020 in svežnju socialnih naložb

Obravnavana starajočega prebivalstva je ena glavnih tem strategije Evropa 2020. Teme, obravnavane v tem strokovnem pregledu, lahko prispevajo k izpolnitvi najmanj dveh ciljev strategije Evropa 2020: povečanje stopnje zaposlenosti ter boj proti revščini in socialni izključenosti.

V zvezi s prvim ciljem strategija Evropa 2020 priznava, da je socialna zaščita lahko pomembna za zaposlovanje in rast. To je ključna utemeljitev svežnja socialnih naložb. Sveženj socialnih naložb zahteva reforme politike sistemov socialne zaščite, vključno z dolgotrajno oskrbo, da bodo postali finančno trajnostni in tudi socialno ustrezni s podporo potreb ljudi v odločilnih trenutkih njihovega življenja.

Strategija Evropa 2020 in sveženj socialnih naložb močno poudarjata ustvarjanje delovnih mest in povečanje udeležbe na trgu dela, zlasti za starejše delovno sposobne ženske. Trajnostno financiranje dolgotrajne oskrbe lahko odločilno prispeva k temu cilju na dva načina.

Prvič, v odsotnosti javnega sistema financiranja stroškov, povezanih s potrebami po dolgotrajni oskrbi, so se starejši odvisni ljudje prisiljeni zanašati na svojo družino, da dobijo oskrbo, ki jo potrebujejo. To pomeni, da za številne družine, zlasti za ženske, odločitev o tem, ali bodo zagotavljale neformalno oskrbo oz. ali bodo dejavne na trgu dela, ni več vprašanje izbire. Če so zaradi tega visoko izobražene ženske prisiljene zapustiti trg dela, je to neučinkovito na družbeni ravni.

Drugič, tudi zagotavljanje ustreznega financiranja potreb dolgotrajne oskrbe (to je ustreznost in pokritost) je mogoče šteti kot naložbo v ustvarjanje delovnih mest v dolgotrajni oskrbi. V državah z razvitejšimi storitvami dolgotrajne oskrbe te pomenijo pomemben delež delovnih mest, na katerih so zaposlene večinoma ženske. Dosegljive storitve dolgotrajne oskrbe lahko torej zvišujejo stopnje zaposlenosti z izboljšanim usklajevanjem oskrbe in plačanega dela ter neposrednim ustvarjanjem delovnih mest.

Kar zadeva socialno izključenost, lahko potreba po dolgotrajni oskrbi vključuje znatne stroške za posameznike in njihove sorodnike, tudi če so vzpostavljeni javni sistemi, zaradi neposrednih plačil, ki se zahtevajo od uporabnikov. Kot je bilo obravnavano v tem strokovnem pregledu, se ta plačila pogosto širijo tudi na otroke. To pomeni, da se lahko potreba po oskrbi prenese v povečano tveganje revščine in to ne zgolj za obnemogle starejše ljudi, temveč tudi za njihove sorodnike. Za odpravo tega tveganja je potreben način financiranja dolgotrajne oskrbe, ki bo fiskalno trajnostno in socialno primerno.

Sistemi dolgotrajne oskrbe lahko s preventivo in rehabilitacijo zelo zmanjšajo posledice demografskega staranja in prispevajo k zmanjšanju tveganja potrebe po oskrbi. V zvezi z rehabilitacijo je posebej pomembna vodilna pobuda Evropskega partnerstva za inovacije za dejavno in zdravo staranje. Trajnostno financiranje dolgotrajne oskrbe lahko prispeva k trojni ciljni koristi evropskega partnerstva za inovacije: okrepi aktivno in zdravo življenje, z npr. prej omenjenimi naložbami v preventivo in rehabilitacijo; izboljša trajnost in učinkovitost

zdravstvenega in socialnega sistema, npr. z izboljšanim usklajevanjem med zdravstveno in socialno oskrbo; ter ustvari nove priložnosti za poslovanje, npr. z uvedbo razvoja inovativnih rešitev za staranje. Tudi trajnostno financiranje dolgotrajne oskrbe lahko občutno prispeva k cilju evropskega partnerstva za inovacije s podaljšanjem povprečne pričakovane zdrave življenjske dobe evropejcev do leta 2020 za dve leti.



Reference

Barr, N., 2010. Long-term care: A suitable case for social insurance. *Social Policy & Administration*, 44(4), pp.359–374.

BMG, 2014. Entwurf eines Fünften Gesetzes zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch - Leistungsausweitung für Pflegebedürftige, Pflegevorsorgefonds [Draft amendment on the Law on long-term care insurance]. Dostopno na naslovu : http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/P/Pflegestaerkungsgesetze/Entwurf_Pflegestaerkungsgesetz_Stand_BT1.pdf

Brown, J. in Finkelstein, M., 2007. Why is the market for long-term care insurance so small. *Journal of Public Economics*, 91, pp.1967–1991.

Colombo, F. et al., 2011. Help Wanted? Providing and paying for long-term care. Paris: OECD Publishing.

Comas-Herrera, A. et al., 2012. Barriers and opportunities for private long-term care insurance in England: What can we learn from other countries? In A. McGuire and J. Costa-Font (eds), *The LSE Companion to Health Policy*. Cheltenham: Edward Elgar.

Commission on Funding of Care and Support, 2011. Fairer Care Funding [Dilnot Report]. Commission on Funding of Care and Support.

Courbage, C. and Roudaut, N., 2008. Empirical evidence of long-term care insurance purchase in France. *Geneva Papers on Risk and Insurance*, 36, pp.645–658.

Evropska Komisija, 2007. Special Eurobarometer: Health and long-term care in the European Union. Luksemburg: Evropska Komisija, GD za Zaposlovanje, socialne zadeve in enake možnosti.

Evropska Komisija, 2014. Adequate Social Protection for Long-Term Care Needs in an Ageing Society – Poročilo, ki sta ga pripravila Odbor za socialno zaščito in službe Evropske Komisije. Bruselj: Evropska Komisija ..

Fernández, J.L. et al., 2009. How can European states design efficient , equitable and sustainable funding systems for long-term care for older people ?, Copenhagen: WHO Health Systems and Policy Analysis - Policy Brief 11.

Fernandez, J.-L. in Forder, J.E., 2012. Reforming long-term care funding arrangements in England: International lessons. *Appl. Econ. Perspect. Pol.*, 34(2), pp.346–362.

FFSA, 2011. Les contract d'assurance dépendance en 2010. Dostopno na naslovu: http://www.ffsa.fr/sites/jcms/p1_415837/fr/les-contrats-dassurance-dependance-en-2010?cc=fn_7350

Forder, J. in Fernández, J.L., 2009. Analysing the costs and benefits of social care funding arrangements in England: Technical report. London: PSSRU Discussion Paper 2644.



Grootegoed, E., Barneveld, E. Van in Duyvendak, J.W., 2014. What is customary about customary care? How Dutch welfare policy defines what citizens have to consider 'normal' care at home. *Critical Social Policy*, ([Pred tiskano izdajo] DOI: 10.1177/0261018314544266).

Leichsenring, K. et al., 2009. Long-term care and social services in Austria. Paper prepared for the Workshop on Social and Long-term Care at the World Bank office in Vienna. Vienna: European Centre for Social Welfare Policy and Research.

Ministère de la Sécurité Sociale, 2013. Rapport Général sur la Sécurité Sociale au Grand-Duché de Luxembourg. Luxembourg: Ministère de la Sécurité Sociale.

Pauly, M.V., 1990. The rational nonpurchase of long-term care insurance. *Journal of Political Economy*, 91(1), pp.153–168.

Rodrigues, R. in Schmidt, A.E., 2010. Expenditures for long-term care – At the crossroads between family and the state. *GeroPsych*, 23(4), pp.183–193.

Rodrigues, R., Huber, M. in Lamura, G. (eds), 2012. Facts and Figures on Healthy Ageing and Long-term Care. Vienna: European Centre for Social Welfare Policy and Research.

Rothgang, H., 2010. Social insurance for long-term care: An evaluation of the German model. *Social Policy & Administration*, 44(4), pp.436–460.

Rothgang, H. in Engelke, K., 2009. EU Peer Review – Long-term care: How to organise affordable, sustainable long-term care given the constraints of collective versus individual arrangements and responsibilities – Discussion Paper.

Service Public Française, 2014. Personne âgée vivant en établissement: montant et versement de l'APA [Older people in institutions: amounts and payments of the APA]. Dostopno na naslovu: <http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F2112.xhtml#N100A9>

Szebehely, M. in Trydegård, G.-B., 2012. Home care for older people in Sweden: A universal model in transition. *Health & Social Care in the Community*, 20(3), pp.300–309.

Tomlin, P., 2014. Should kids pay their own way? *Political Studies*, ([Pred tiskano izdajo] DOI: 10.1111/1467-9248.12111).



Evropska komisija

Dolgotrajna oskrba – trajnostno financiranje

2015 — 30 pp. — 17.6×25 cm

ISBN 978-92-79-45719-7

doi: 10.2767/81488

Ta publikacija je na voljo v elektronski obliki v angleščini, francoščini, nemščini in slovenščini.

KAKO DO PUBLIKACIJ EVROPSKE UNIJE

Brezplačne publikacije:

- en izvod:
na spletni strani EU Bookshop (<http://bookshop.europa.eu>);
- več kot en izvod ter plakati in zemljevidi:
fpr pri predstavništvih Evropske unije (http://ec.europa.eu/represent_sl.htm), pri delegacijah v državah, ki niso članice EU (http://eeas.europa.eu/delegations/index_sl.htm), pri službi Europe Direct (http://europa.eu/eurodirect/index_sl.htm) ali s klicem na telefonsko številko 00 800 6 7 8 9 10 11 (brezplačna številka za celotno EU) (*).

(* Informacije so brezplačne, kakor tudi večina klicev (nekateri operaterji, telefonske govorilnice ali hoteli lahko klic zaračunajo)..

Publikacije, ki so naprodaj:

- na spletni strani EU Bookshop (<http://bookshop.europa.eu>).

Plačljive naročnine:

- pri prodajnih zastopnikih Urada za publikacije Evropske unije (http://publications.europa.eu/others/agents/index_sl.htm).

Dolgotrajna oskrba – trajnostno financiranje

Država gostiteljica: **Slovenija**

Primerljive države: **Avstrija – Belgija – Bolgarija – Hrvaška – Češka – Danska – Madžarska – Irska – Latvija – Poljska – Španija**

Tako kot večji del Evrope, se tudi Slovenija sooča s hitrim staranjem prebivalstva. To pomeni znatno obremenitev predvsem za dolgotrajno oskrbo, država pa nima enotnega sistema njenega zagotavljanja. Slovenija pripravlja veliko reformo svojega razdrobljenega sistema dolgotrajne oskrbe z uvedbo zavarovanja za dolgotrajno oskrbo. Strokovnega pregleda, ki je potekal v Ljubljani od 18. do 19. novembra 2014, se je udeležilo 12 držav članic in zainteresiranih strani, ki so razpravljale o vprašanju, kako zagotoviti ustrezno in trajnostno financiranje dolgotrajne oskrbe.

