



XI. KONGRES in 141. SKUPŠČINA SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠKEGA DRUŠTVA STAROST, STARANJE IN SKRB ZA STARE

Ljubljana, 15. in 16. oktober 2004

KORIŠČENJE ZDRAVSTVENIH STORITEV PO ŽIVLJENJSKIH OBDOBJIH, ZLASTI PO 65. LETU STAROSTI

HEALTH SERVICES USAGE BY LIFE PERIODS AND ESPECIALLY AFTER AGE OF 65

Martin Toth

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, Miklošičeva 24, 1000 Ljubljana

Prispelo 2004-08-30, sprejeto 2004-09-16; ZDRAV VESTN 2004; 73: 731-5

Ključne besede: staranje; dolgotrajna nega; zdravstvene potrebe; zdravstvena ekonomika; demografske spremembe

Key words: aging; long term health care; health needs; health economics; demographic changes

Izvleček – Prebivalstvo gospodarsko razvitih držav se stara. Zaradi nizke rodnosti in podaljševanja povprečnega pričakovanega trajanja življenja dosega v teh državah delež populacije, stare 65 in več let, že 15 in tudi več odstotkov. Takšni demografski trendi vplivajo na ekonomske in družbene razmere posameznih držav, saj prihaja do občutnih sprememb med aktivno in vzdrževano populacijo, in sicer na škodo prve. To pogojuje tudi določene ekonomske spremembe in vpliva na možnosti ustvarjanja bruto domačega proizvoda, na kupno moč in standard prebivalstva. Staranje prebivalstva vpliva tudi na zdravstvene potrebe, ki se s starostjo povečujejo. Več študij kaže, da ima prebivalstvo nad 65 leti starosti od 2- do 5-krat večje potrebe po zdravstvenih storitvah in finančnih sredstvih za njihovo izvajanje kot ostala populacija. Podobno je po ocenah tudi v Sloveniji. Na podlagi istih ocen v Sloveniji pomeni povečanje starejše populacije za 1% realno povečanje potrebnih finančnih sredstev za 1,5 odstotka letno. Starejša populacija pa ne potrebuje samo več zdravstvenih storitev, ampak določene storitve v zvezi s pomočjo pri osebni higieni, pri gospodinjskih opravilih, pri gibanju itd. Gre za skupino ljudi, ki brez tuje pomoči ne morejo poskrbeti zase in so odvisni od pomoči drugih. Gre za potrebe po socialni oskrbi in pomoči, ki v kombinaciji z zdravstvenimi storitvami predstavlja področje dolgotrajne nege. Glede na stanje v Sloveniji predlaga Zavod za zdravstveno zavarovanje uvedbo posebnega zavarovanja za dolgotrajno nego kot novo vejo socialne varnosti, ki bi zagotavljalo osebam, ki so potrebne tuje pomoči, pomoč na njihovem domu ali v ustreznem socialnem zavodu. To naj bi bilo javno, obvezno in neprofitno zavarovanje, ki bi starejšim krilo stroške za socialno oskrbo in z njo povezane potrebne zdravstvene storitve.

Abstract – The population of economically developed countries is getting older. Due to low natality and prolonged average life span, a percentage of population older than 65 years reaches 15 percent or more. Such demographic trends affect the economic and social conditions of the individual countries as significant changes between active and supported population are apparent. All this leads to the certain economic changes. Consequently, country gross domestic product, purchasing power and population standard are affected. In addition, aging affects also the health needs which increase by age rise. Several studies confirm the fact that population aged above 65 has 2 to 5 times greater needs for health services and financing for their realisation in comparison to the rest of population. It is believed the situation in Slovenia is similar. Based on the aforementioned studies, an increase of older population in Slovenia by 1% means a real increase of financing by 1.5%. What is more, older generation needs also some additional services related to a personal hygiene help, household needs, mobility, etc. Here we are talking about the group of people who are not able to care for themselves independently and need an additional help. They need multiple services which comprise a field of a long term health care. According to the present situation in Slovenia, ZZZS proposes an introduction of a special health insurance for long term health care. This insurance will provide an adequate care and social security for insured persons at their home or at appropriate institutions. It should be a public, obligatory and non-profit insurance for covering expenses connected with social care and related health services.

Uvod

Glede demografskih značilnosti in trendov bi lahko države in območja sveta razdelili v dve veliki skupini. V pretežnem delu sveta in še zlasti v gospodarsko manj razvitih je problem hitra rast prebivalstva in visoka rodnost, hkrati pa visoka splo-

šna umrljivost, zaradi česar je v strukturi sorazmerno visok odstotek populacije v starosti od 0-14 let. V kazalcih zdravstvenega stanja izstopajo visoka splošna umrljivost, umrljivost dojenčkov, kratko pričakovano trajanje življenja, visok delež nalezljivih bolezni, podhranjenost in druga stanja, ki jih lahko

povezujemo s slabimi higienskimi in ekonomskimi razmerami v deželi in revščino (4). V drugo skupino lahko uvrstimo gospodarsko razvitejše države sveta, ki jih spremlja poleg drugih značilnosti pojav staranja prebivalstva. Do tega je prišlo zaradi vrste sprememb v družbenem in ekonomskem okolju, z izboljšanjem življenjskih in delovnih pogojev, večjo izobraženostjo ljudi, izboljšanjem zdravstvenega stanja in ne nazadnje tudi s podaljševanjem povprečnega trajanja življenja. Vse to spremlja tudi nizka rodnost v teh državah, kjer niso redki primeri negativne rasti prebivalstva, ki ga nadomeščajo z imigracijo iz drugih okolij.

Podaljševanje življenjske dobe in staranje prebivalstva

Na podaljševanje povprečne dobe preživetja in na staranje prebivalstva kažejo podatki o gibanju povprečnega pričakovanega trajanja življenja ob rojstvu in deležu populacije, starejše od 65 let, ki jih kažeta razpredelnici 1 in 2.

Razpr. 1. *Povprečno pričakovano trajanje življenja ob rojstvu v najrazvitejših državah v letih 1985 do 2000.*

Država		Pričakovano povprečno trajanje življenja v letih			
		1985	1990	1995	2000
Avstralija	M	72,4	73,9	75,0	76,6
	Ž	78,8	80,1	80,8	82,0
Danska	M	71,5	72,0	72,7	74,5
	Ž	77,5	77,7	77,8	79,3
Francija	M	71,3	72,8	73,9	75,2
	Ž	79,4	80,9	81,8	82,7
Italija	M	72,3	73,6	74,9	76,3
	Ž	78,7	80,1	81,3	82,4
Japonska	M	74,8	75,9	76,4	77,7
	Ž	80,5	81,9	82,9	84,6
Nemčija	M	71,5	72,0	73,3	74,9
	Ž	78,1	78,4	79,7	80,9
Švedska	M	73,8	74,8	76,2	77,4
	Ž	79,7	80,4	81,4	82,0
V. Britanija	M	71,7	72,9	74,0	75,4
	Ž	77,6	78,5	79,2	80,2

Vir podatkov: OECD Health Data, Credes, Paris 2003

Razpr. 2. *Delež prebivalstva, starejšega od 65 let, v najrazvitejših državah v obdobju od 1985 do 2000.*

Država	Delež (%) prebivalstva, starejšega od 65 let, v letih			
	1985	1990	1995	2000
Avstralija	10,3	11,1	11,9	12,4
Danska	15,1	15,6	15,2	14,8
Francija	12,9	14,0	15,2	16,1
Italija	13,1	14,9	15,2	18,1
Japonska	10,3	12,1	14,6	17,4
Nemčija	15,5	15,0	15,5	16,4
Švedska	17,2	17,8	17,5	17,3
V. Britanija	15,2	15,7	15,9	15,9

Vir podatkov: OECD Health Data, Credes, Paris 2003

Povprečna življenjska doba se je v najrazvitejših državah sveta v zadnjih 15 letih preteklega stoletja podaljšala za okrog 4 leta ali vsako koledarsko leto za nekaj več kot četrto leta. V pretežnem delu istih držav je že leta 2000 bil delež prebivalstva, starejšega od 65 let, nad 15 odstotki in se je v zadnjih 15 letih povečal med 0,1 (Švedska) in 7,1% (na Japonskem). V tem obdobju so npr. Italija, Švedska in Japonska imele že več kot 17% prebivalstva, starejšega od 65 let. Svetovna zdravstvena organizacija ocenjuje, da je na svetu okrog 600 milijonov prebivalstva, starega nad 60 let, in da se bo to število do leta 2025 povečalo na blizu 2 milijarde človeštva.

Zelo podobno stanje imamo tudi v Sloveniji, kjer znaša (leta 2001) delež populacije, stare 65 in več let, 14,3. Prav tako tudi pri nas beležimo povečevanje tega deleža prebivalstva, saj se je od leta 1985 povečalo za 4,3% oziroma od 10,0% na 14,3% (9).

Socialne in ekonomske posledice staranja prebivalstva

Vse večje število starejše populacije občutno vpliva na demografsko in sociodemografsko strukturo prebivalstva ter pomeni za družbo nove in posebne izzive na področju medgeneracijskih odnosov, socialne in ekonomske politike ter na področju zdravstvenega varstva. Zaradi staranja prebivalstva se namreč na vseh teh področjih pojavljajo bolj ali manj opazno določene spremembe, ki vplivajo na družbeni in ekonomski razvoj posamezne države. Staranje namreč posredno pomeni tudi povečevanje števila in deleža upokojencev med prebivalstvom, s čimer se spreminja razmerje med aktivno in vzdrževano populacijo. To pa ima vidne posledice za celoten gospodarski in socialni razvoj države. S spreminjanjem tega odnosa v škodo (zmanjševanje deleža) aktivnega prebivalstva se slabšajo možnosti ekonomskega razvoja države. S tem je relativni delež tistih, ki bi lahko delali in ustvarjali bruto domači proizvod, vse manjši, tako pa so slabše tudi možnosti gospodarske rasti in zagotavljanje materialnih pogojev za višjo raven socialne in zdravstvene varnosti. Hkrati mora ta relativno manjša skupina prebivalstva namenjati vse več sredstev za socialno šibkejšo oziroma za socialne transfere, kot so: otroški oziroma starševski dodatki, socialne pomoči in dajatve, nadomestila za čas brezposelnosti in dajatve iz pokojninskega ter invalidskega zavarovanja, v veliki meri pa tudi za zdravstveno zavarovanje. Preračunano na enega aktivnega prebivalca se potrebna sredstva za socialno varnost povečujejo vzporedno s staranjem oziroma upokojevanjem, deloma pa tudi z ukrepi socialne politike države. Konkretno nam takšno stanje najbolj ponazarja podatek, da je še leta 1990 vsak aktivni v Sloveniji vzdrževal okrog 0,9 neaktivnega prebivalca (otrok, nezaposlen, nezaposlen zakonski partner, oseba brez dohodka, upokojenec), leta 2003 pa že 1,3 osebe. Samo po sebi je razumljivo, da to zmanjšuje možnosti hitrejši rasti plač zaposlenih in večje rasti dohodka, ki bi lahko bil namenjen za druge razvojne programe, pa tudi za zdravstveno varstvo in zavarovanje. Ekonomske posledice staranja so opazne tudi drugje. Pretežni del populacije, starejši od 65 let, živi skoraj izključno od pokojnine. Od teh pa je bilo v Sloveniji, po podatkih Zavoda za pokojninsko in invalidsko zavarovanje, v letu 2003 več kot 55% nižjih od minimalne plače v republiki (106.000 SIT). Podatek kaže, da je tako precejšnje število starejših na robu revščine, ki vpliva na socialne in zdravstvene posledice posameznika in populacije kot celote. To pa še ni vse. Gledano iz čisto ekonomskega zornega kota spremlja takšno stanje še nizka kupna moč tega segmenta populacije, ki spet vpliva na nižje povpraševanje in proizvodnjo ter s tem na počasnejšo rast bruto domačega proizvoda (5).

Med ekonomske posledice staranja bi lahko šteli vrsto stroškov, ki jih namenja družba prek posameznih programov za potrebe starejše populacije. Poleg pokojnin so med temi npr. dodatek za postrežbo in nego, ki ga izplačuje Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje in ga prejema prav tako v glavnem pripadniki starejše populacije. Drug tak strošek so oskrbnine in socialna oskrba ter zdravstvena nega v domovih za starejše občane. V slednjih živi, po zadnjih podatkih, že nekaj več kot 14.000 ljudi, še dvakrat toliko pa bi jih želelo priti v te zavode. Oboji stroški skupaj dosegajo v Sloveniji (stanje 2002) nekaj več kot 53 milijard SIT oziroma okrog 0,9% bruto domačega proizvoda. Poleg tega potrebe na teh področjih naraščajo še hitreje kot potrebe po zdravstvenih storit-

vah (10). Iz tega je povsem jasno, da staranje prebivalstva ni le demografski pojav, ampak povzroča določene socialne in ekonomske spremembe in zahteve po njihovem reševanju.

Vpliv staranja na zdravstvene potrebe

Resne posledice staranja se pojavljajo tudi v zdravstvenem stanju prebivalstva. Starost sama po sebi sicer ni bolezen, je pa pogosto z njo tesno povezana, saj se s povečevanjem deleža starejših oseb povečuje tudi število kroničnih bolezni in stanj, s tem pa tudi potrebe in zahteve po njihovi ustrezni obravnavi. Slednje povečujejo potrebe po hospitalizaciji, po zdravljenju, medicinskih pripomočkih in obravnavah bolnikov na vseh ravneh zdravstvene službe. Po anketah v gospodarsko razvitejših državah Evrope (3) opredeljuje med starejšimi prebivalci svoje zdravstveno stanje kot »dobro« le med 23 (Italija) in 63 odstotkov (Danska). Gre za sicer subjektiven podatek, ki je lahko odvisen tudi od drugih dejavnikov, npr. od tega, kako ljudje ocenjujejo zdravstveni sistem. Kljub temu je glede tega vprašanja v povprečju populacije rezultat za ca. 20% višji. O tem, koliko so te potrebe večje kot v ostalih populacijskih skupinah, ni zanesljivih podatkov in tako ne vemo zanesljivo, koliko in katerih zdravstvenih storitev potrebujejo starejši prebivalci več kot ostali in kolikšna bi bila tudi potrebna finančna vlaganja za kritje njihovih potreb. Na to lahko sklepamo le na podlagi podatkov zdravstvene statistike, ki pa nam ne dajejo pravega odgovora o tem, koliko zdravstvene potrebe starejših tudi več stanejo, oziroma za koliko so potrebna za njihovo zdravstveno varstvo večja finančna sredstva in zdravstvene zmogljivosti. Takšno primerjavo je tudi težko pripraviti, ker so sistemi zdravstvenega varstva in zavarovanja po svetu dokaj različni in so s tem povezane tudi razlike v njihovi vsebini, pravicah oziroma področjih, ki jih zagotavljajo zavarovanim osebam. Področje dolgotrajne nege, ki je prvenstveno namenjeno starejšim, je npr. v Angliji, na Danskem in Nizozemskem sestavni del zdravstvenega varstva, v Nemčiji predstavlja posebno vejo socialne varnosti, v drugih državah pa ta pomeni pravico iz socialnega varstva oziroma zavarovanja. Prav tako najdemo razlike v vstevanju sredstev za izobraževanje in strokovno usposabljanje zdravstvenih delavcev in za raziskovalno delo na področju zdravstvenega varstva. Tudi nadomestila plač v času bolniške odsotnosti z dela niso v vseh državah pravica iz zdravstvenega zavarovanja, kar velja tudi za sredstva za izobraževanje in strokovno usposabljanje. Podobno je lahko z drugimi pravicami in področji, saj nacionalna zakonodaja različno ureja pravice, doplačila in standarde zdravstvenih storitev ter organizacijo in financiranje zdravstvene službe in je zaradi tega ugotavljanje in primerjanje razlik v potrebah starejših in ostalih prebivalcev negotova ali kvečjemu zelo orientacijska.

O tem, da je potrebno nameniti prebivalstvu, starejšemu od 65 let, večja sredstva, poročajo nekateri avtorji (1). Tako so v Veliki Britaniji (leta 1990) ugotovili, da potrebujejo osebe nad 65 let starosti 4-krat več zdravstvenih storitev kot tiste pod to starostno mejo. Podobno so ugotovili na Japonskem, da ob povprečni frekvenci potrebnih storitev na 1000 prebivalcev, ki znaša 400, dosega ta pri osebah nad 75 let že 550. Podobne podatke najdemo tudi v datoteki OECD Health Data. Gre za podatke nacionalnih zdravstvenih zavarovanj oziroma nacionalnih sistemov zdravstvene varnosti. Podatki sicer kažejo na povečane potrebe, so pa med državami precejšnje razlike, kar je tudi posledica navedenih razlik v sistemih zdravstvene-

ga varstva. Iz razpredelnice 3 lahko razberemo, da povprečna oseba, starejša od 65 let, v razvitejših državah potrebuje približno med 3- do 4,6-krat več finančnih sredstev kot povprečni prebivalec v starosti od 0–64 let. Še večja so potrebna sredstva za populacijo, staro 75 in več let, kjer se ta po posameznih državah povečajo v odnosu na populacijo v starosti med 0 do 64 let približno 3,1- do 7,7-krat. Lahko pa iz navedenih podatkov vendarle vidimo, da so potrebna sredstva za zdravstveno varnost in zavarovanje oseb, starejših od 65 (oziroma 75 ali celo 85 let), občutno višja kot za ostale populacijske skupine. Z leti naraščajo. Pri tem pa ne gre le za finančna sredstva, ampak za približno enako večje potrebe po raznih zdravstvenih storitvah in drugih bonitetah, ki jih zagotavlja zdravstveni sistem. Vse to je povezano z večjimi potrebami po zdravstvenih zmogljivostih, kot so zdravstveni kadri, bolnišnice, ambulante, oprema in razna sredstva za zdravljenje.

Razpr. 3. *Mnogokratnik potrebnih sredstev za osebe, starejše od 65 oziroma 75 let, v primerjavi z osebami v starosti od 0 do 64 let v gospodarsko razvitejših državah.*

Država	Leto, na katero se nanaša podatek	Mnogokratnik stroška na osebo 65 in več let in na osebo od 0 do 64 let	Mnogokratnik stroška na osebo 75 in več let in na osebo od 0 do 64 let
Avstralija	1993	4,09	5,86
Francija	1991	2,96	3,73
Kanada	2000	5,36	7,66
Nemčija	1994	2,68	3,17
N. Zelandija	1998	4,33	6,41
Japonska	1997	4,90	5,70
Švedska	1990	2,83	3,43
Švica	1991	4,00	5,70
V. Britanija	1997	3,35	4,62
ZDA	1995	4,60	6,40

Vir podatkov: OECD Health Data, Credes, Paris 2003

Kakšno je razmerje potreb po zdravstvenih storitvah starejših in ostale populacije v Sloveniji, nimamo. To velja za podatke o potrebah po raznih vrstah zdravstvenih storitev kot tudi za finančna sredstva za njihovo uresničevanje. Obstajajo določeni podatki, iz katerih lahko sklepamo, da so potrebe oseb nad 65 let večje od tistih, ki so mlajši. Vendar nam ti podatki služijo lahko le za oceno, nikakor pa za dovolj kakovostno načrtovanje zdravstvenega varstva. Prvi tak podatek se nanaša na stopnjo hospitalizacije v bolnišnicah, kar nam prikazuje razpredelnica 4. Iz nje vidimo, da se število bolnišničnih obravnav populacije nad 65 let v primerjavi s povprečjem Slovenije povečuje za nekaj več kot dvakrat (indeks 215), pri moških celo za 2,8-krat (indeks 287). Povečanje stopnje hospitalizacije starejših oseb je opazen pri vseh skupinah bolezni po MKB – 10, najvišji pa je pri boleznih obtočil, kjer je celo 4,2-krat višje od povprečja, medtem ko je pri drugih boleznih višja med 1,9- (pri mišičnoskeletnih boleznih) in 2,7-krat (pri neoplazmah).

Razpr. 4. *Stopnja hospitalizacije slovenskega prebivalstva 2000 in primerjava s skupino starejših od 65 let.*

Obravnave po diagnozah po MKB – 10	Stopnja hospitalizacije, vse prebivalstvo		Stopnja hospitalizacije, moški		Stopnja hospitalizacije, ženske	
	na 1000 oseb	na 1000 oseb nad 65 let	na 1000 vseh moških	na 1000 oseb nad 65 let	na 1000 vseh žensk	na 1000 žensk nad 65 let
Skupaj, vse bolezni	138,86	297,98	122,91	352,69	146,31	265,56
Od tega :						
- neoplazme	17,50	48,34	16,05	64,04	18,88	39,04
- bol. obtočil	18,18	76,15	19,51	92,85	16,91	66,25
- bol. dihal	11,78	27,44	14,07	41,68	9,59	18,99
- bol. prebavil	14,94	32,55	16,17	41,00	13,76	27,54
- bol. mišično-skeletnega s.	9,13	17,39	8,24	13,67	9,97	19,60

Vir podatkov: Zdravstveni statistični letopis, Slovenija 2002, Inštitut za varovanje zdravja, Ljubljana

Gotovo nimajo starejše osebe le večjih potreb po bolnišnični obravnavi, ampak tudi na vseh drugih področjih zdravstvenih dejavnosti, kot so pregledi in zdravljenja pri osebnih zdravnikih, zobozdravniki, zdraviliško zdravljenje, prevozi z reševalnimi vozili, zdravila, medicinski tehnični pripomočki in podobno. Še posebej je pri tem potrebno upoštevati potrebo po negi, ki jo izvajajo socialni zavodi in ki je v pretežni meri namenjena starejšim osebam. Po podatkih Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije in iz njegovih analiz lahko npr. razberemo, da je bilo v prvem polletju letošnjega leta za povprečnega moškega v starosti nad 65 let porabljen 9,3-krat in za povprečno žensko iste starostne strukture 9,7-krat več finančnih sredstev kot za povprečnega moškega v starosti od 20 do 45 let. Podobno je stanje pri izdatkih za medicinsko-tehnične pripomočke. V lanskem drugem polletju so povprečni izdatki na enega moškega v starosti 65 in več let bili 6,8-krat in pri ženskah 8-krat višji kot pri povprečnem zavarovancu (moškem) v starosti od 20–45 let. V starosti nad 85 let se te potrebe še dodatno skoraj podvojijo in dosegajo pri moških 13,5-kratnik, pri ženskah 18-kratnik.

Iz navedenega še vedno ne moremo dovolj natančno ugotoviti, kolikšne bi bile finančne posledice staranja prebivalstva na zdravstveno varstvo oziroma na zavarovanje. Po grobih ocenah lahko sklepamo, da so njihove potrebe med 2,5- do 3,5-krat višje od povprečnih stroškov na eno zavarovano osebo. Če bi upoštevali podatek, da so te potrebe trikrat večje od povprečja na enega povprečnega zavarovanca, bi to pomenilo, da se z vsakim odstotkom povečanja populacijske skupine v starosti 65 let in več povečajo izdatki zdravstvenega zavarovanja za 1,5 odstotka. Ob napovedih, da bo leta 2010 v Sloveniji okrog 18% prebivalstva preseglo starostno mejo 65 let, bo že to zahtevalo realno za 4,5% več sredstev za programe zdravstvenih storitev, kot jih imamo na voljo trenutno. To bi morali upoštevati pri pripravi finančnih načrtov in programov zdravstvenih storitev.

Izzivi, ki jih pogojuje staranje

Trendi, ki se odvijajo v zvezi s starostjo in staranjem in ki bodo takšni še v nekaj naslednjih desetletjih, postavljajo pred vse gospodarsko razvite družbe povsem nove izzive. To velja tudi za področje zdravstvenega zavarovanja in zdravstveno dejavnost. Vseh in vse večjih zahtev in potreb starejše populacije ne bo več mogoče zadovoljevati na sedanji način. Za to populacijo bo potrebno pripraviti nove programe in pristope in pri tem upoštevati njene spremenjene potrebe. To govori zato, da ne bi smeli preprosto enačiti starosti z boleznijo, čeprav se z njo najpogostejše povezuje. Svetovna zdravstvena organizacija pripravlja posebne programe (8) za starejšo populacijo, s katerimi poskuša pomagati članicam pri zagotavljanju čim boljših pogojev za zdravje, varnost in aktivno sodelovanje starih pri doseganju ustrezne kakovosti življenja. V ospredju teh dejavnosti je iskanje odgovorov na vprašanja, ali bi vse manjše število zaposlenih lahko vzdrževalo in zadovoljevalo vse potrebe starejših, kako ravnati, da potrebe starejših ne »sesujejo« zdravstvenega sistema, kako pomagati starejšim, da ostanejo neodvisni od pomoči drugih, kako usposobiti in pripraviti družino za zagotavljanje pomoči in nege starejšim, ko jo bodo potrebovali, in kako doseči čim večjo kakovost življenja osebam v visoki starosti.

Potrebe po dolgotrajni negi

Vsa ta vprašanja so aktualna tudi pri nas. Večina starejših ljudi je res kronično bolnih in imajo povečane zdravstvene potrebe in zahteve. Večina te populacijske skupine pa ne potrebuje vrhunske medicine in dragih preiskav, ampak rešitve za druge težave. Starost namreč ne spremlja le bolezni, ampak

so ti ljudje lahko hkrati osamel, onemogli in nesposobni sami poskrbeti zase pri opravljanju svojih življenjskih funkcij, pri vzdrževanju telesne higiene, pri gospodinjskih opravilih in podobno. Z drugimi besedami to pomeni, da je njihova eksistenca odvisna od pomoči drugih oseb, ki jim pri tem pomagajo. Njihove potrebe se neredko nanašajo prvenstveno na storitve socialne oskrbe, ki jim jih iz različnih razlogov ne zagotavljajo svoji oziroma člani družine, in v (povprečju) le v manjšem delu tudi zdravstvene storitve. Ker so te potrebe pri posamezniku, ko se pojavijo, trajne in vse večje, govorimo lahko o potrebi po dolgotrajni negi in oskrbi. Njena zahtevnost in časovni obseg se z leti in nadaljnjim staranjem običajno povečujeta in v bistvu (ob določenih izjemah) traja do konca življenja. Dolgotrajna nega ni področje, ki bi ga lahko uspešno obvladovalo le zdravstveno varstvo in zdravstveno zavarovanje. Že opis potreb starostnikov po oblikah pomoči v gospodinjstvu, pri gibanju, vzdrževanju telesne higiene in stikov z okoljem pove, da gre za kombinacijo socialnovarstvenih in zdravstvenih aktivnosti in storitev, ki morajo biti specifično prilagojeni posamezniku. V bistvu gre za novo vejo socialne varnosti, ki je mejno področje med socialnim varstvom, pokojninsko-invalidskim ter zdravstvenim zavarovanjem z nekimi svojimi posebnostmi.

Ker je to novo in pri nas še slabo poznano področje, je Zavod za zdravstveno zavarovanje pripravil poseben projekt, ki je razčlenil teoretične in praktične možnosti za uvedbo posebnega javnega zavarovanja za dolgotrajno nego. Šlo naj bi za obvezno, neprofitno zavarovanje, ki bi zagotavljalo vsakemu zavarovancu dostopnost storitev socialne oskrbe in zdravstvene nege, ko iz bolezenskih ali drugih razlogov ne more več poskrbeti zase in potrebujejo zaradi tega tujo pomoč. Ta pomoč bi vključevala različne storitve, kot so pomoč pri gospodinjskih opravilih, pri vzdrževanju osebne oziroma telesne higiene, pri gibanju v stanovanju in okolici in tudi potrebne storitve zdravljenja ter zdravstvene nege in pripomočke za nego in oskrbo na domu. Zavarovanje bi bilo usmerjeno tako, da bi dajalo prednost oskrbi in negi na zavarovanečevem domu, šele ko bi bile izčrpane možnosti zato, bi prišla v poštev oskrba v socialnem zavodu oziroma v domu za starejše občane. Izvajalci dolgotrajne nege bi bili zato usposobljeni delavci s področja socialnega varstva (zavodi za oskrbo na domu, centri za socialno delo, socialnovarstveni zavodi, zasebniki) in s področja zdravstvenega varstva (predvsem patronažna služba, lahko pa tudi druge dejavnosti). Vse navedene storitve socialne oskrbe tudi v tem zavarovanju ne morejo biti predmet absolutne solidarnosti v okviru predlaganega zavarovanja. Še vedno si bo moral posameznik ali njegovi svojci kriti izdatke za hrano, za pomoč pri gospodinjskih opravilih in še za nekatere druge storitve. Takšne storitve bi lahko bile pokrite le za zavarovance brez dohodkov in premoženja.

Zamisel je lahko zanimiva, vedno pa se ob njej postavlja vprašanje, koliko bi to stalo. Za storitve socialne oskrbe in nege se iz različnih virov (Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje, Zavod za zdravstveno zavarovanje, občine, posamezniki in njihovi svojci) že sedaj zbere nekaj več kot 50 milijard SIT. Ob predpostavkah, da bi v času 4–5 let lahko zagotovili oskrbo in nego okrog 40.000 varovancem (3-krat več kot sedaj) bi po ocenah zato potrebovali še dodatnih 50 milijard SIT. Gre sicer za precejšnja sredstva, toda prej ali slej bomo morali v Sloveniji pristopiti k sistemskemu urejanju tega področja. Zavedati se moramo, da gre za pomemben poseg v področje socialne politike države, ki bo sprožil resne polemike in nasprotujoča se stališča. Vendar je problem potreb starostnikov, zlasti pa njihove socialne oskrbe in zdravstvene nege toliko pereč, da se mu ne bo mogoče izogniti. Lahko se bomo rešitvi nekaj časa izmikali, vendar bo odlašanje prineslo še večje pritiske in še večje probleme, kot jih poznamo sedaj.

Predlagana novost ne bo mogla zaživeti brez ustrezne spremembe zakonov. Zdravniki in zdravstveni delavci pa so od-

govorni, da reševanje navedenega problema starejše populacije pravilno predstavijo javnosti in tistim, ki bodo sprejemali odločitve. Ob tem moramo tudi biti stvarni in vedeti, da za tak projekt v tem trenutku nimamo še na voljo dovolj usposobljenega kadra in ne vzpostavljene organizacije za dolgotrajno nego na domu. Zato bo potrebno računati s postopnostjo in prednostnim reševanjem največjih potreb in stisk in zajetjem vseh nege potrebnih v 3 do 4 letih po sprejemu zakona. Ob tem ne bi smeli dopustiti pojavov »stanovskega ljubosumja«, ki ga je slišati iz nekaterih koncev, ko posamezniki menijo, da je dolgotrajna nega v celoti domena zdravstvene dejavnosti. Gotovo, da ima ta pri tem zelo vidno vlogo, vendar že iz bežnega opisa storitev (predvsem socialne oskrbe) lahko razberemo, da gre za področje, ki ne more biti le skrb in odgovornost zdravstvene službe, ampak celotne družbe in zdravstvu sorodnih in mejnih področij. Njena uvedba pa bi lahko močno zmanjšala pritiske na določene zdravstvene zmogljivosti, a bi bila pomemben prispevek k reševanju vsakodnevnih težav starostnikov in dvigu kakovosti njihovega življenja.

Literatura

1. Hofmeyer UK, McCarthy TR. Financing health care. Dordrecht, Boston, London: Kluwer Academic Publishers, 1994.
2. Mutual Information System on Social Protection in the EU Member States and the EEA. Long-term Care, Luxembourg, 2001.
3. ECD: OECD Health Data 2003. Credes, Paris 2003.
4. Toth M. Zdravje, zdravstveno varstvo, zdravstveno zavarovanje. Ljubljana: Knjižnica ZZZS, 2003.
5. Toth M. Ekonomske dimenzije starosti. Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo, 2004.
6. ZZZS. Možnosti uvedbe zavarovanja za dolgotrajno nego. Projektna naloga. Ljubljana: ZZZS, 2004.
7. World Health Organisation, Regional Office for Europe. Health ageing home, Copenhagen, 2003. (www.who.org.dk/eprise/main/WHO/Progs/HEA/Home_Health_Ageing_home, 27. 07. 2004)
8. World Health Organisation, Regional Office for Europe. Ageing and life course. (www.who.int/hpr/international, 22. 07. 2004)
9. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Poslovno poročilo 2003. Ljubljana: ZZZS, 2004.
10. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Možnosti za uvedbo posebnega zavarovanja za dolgotrajno nego. Projektna naloga. Ljubljana: ZZZS, 2004.
11. Zdravstveni statistični letopis Slovenija 2002. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja, 2003.