

podpori družinskim članom in neformalnim oskrbovalcem.

Vzdržen sistem financiranja vključuje tako javne kot zasebne vire. Številne države članice tak sistem šele oblikujejo. Druga potrebna sprememba je uskladitev različnih nivojev oskrbe, ki služi tako finančni in sistemski vzdržnosti kot tudi kakovosti in dostopnosti storitev. Zaželen je splošen dostop do dolgotrajne oskrbe, ki ni odvisen od posameznikove plačilne zmožnosti.

Dolgotrajna oskrba naj bi se premaknila iz formalnih institucij v domačo ali skupnostno oskrbo. Različni nivoji oskrbe naj bi se poenotili z vidika standardov, kakovosti in ocenjevanja. Dodatni izziv predstavlja tudi zagotavljanje ustrezne delovne sile, še posebno v državah, kjer podobnih kadrov že primanjkuje. S tem pa je povezano tudi urejanje neformalnih oblik oskrbe in izobraževanje neformalnih oskrbovalcev.

Martina Starc

Bundesministerium für Gesundheit (2009). Ratgeber Pflege: Alles, was Sie zur Pflege wissen müssen. <http://www.bmg.bund.de/>

NASVETI NEMŠKEGA ZVEZNEGA MINISTRSTVA ZA ZDRAVJE O NEGI IN OSKRBI

Nemško zvezno ministrstvo za zdravje je izdalo več publikacij o negi in oskrbi. Namenjene so vsem, ki potrebujejo nego, in pa družinskim in poklicnim oskrbovalcem. Za našo revijo bomo predstavili knjižico Nasveti o negi: vse, kar morate vedeti o negi (*Ratgeber Pflege: Alles, was Sie zur Pflege wissen müssen*), ki je izšla lansko leto. Prinaša splošne informacije o dolgotrajnem zavarovanju za oskrbo, nasvete, kam se lahko obrnemo v primeru, ko potrebujemo pomoč, informacije za družinske oskrbovalce ipd.

Knjižica, ki obsega 108 strani, je razdeljena na šest poglavij. Prvo poglavje je namenjeno zavarovanju za dolgotrajno oskrbo: kaj pomeni, kdo je upravičen do zavarovanja, kako se to financira.

V Nemčiji so zakon o zavarovanju za dolgotrajno oskrbo uvedli 1. januarja 1995 kot peti steber socialnega zavarovanja (poleg zdravstvenega, nezgodnega, pokojninskega in zavarovanja v primeru brezposelnosti). Leta 2008 je bila uvedena njegova reforma (*das Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung*), ki prinaša številne novosti, kot npr. postopno zvišanje prispevkov do leta 2012; možnost, da imajo osebe v domovih, ki potrebujejo posebno nego in oskrbo, osebne pomočnike; zakonska pravica do individualnega svetovanja o oskrbi; družinski oskrbovalci imajo pravico do uveljavljanja dopusta za oskrbo za največ šest mesecev ipd. V Nemčiji število ljudi, ki koristijo tovrstno zavarovanje, narašča. Leta 2009 je bilo okoli 2,25 milijona upravičencev, pri čemer jih je večina (okoli 1,53 milijona) koristila ambulantne storitve, stacionarno nego in oskrbo pa jih je koristilo okoli 0,72 milijona. Cilj zakona je bil omogočiti starim ljudem, da čim dlje ostanejo na svojem domu; od njegove uvedbe se je število ljudi, ki koristijo institucionalno oskrbo, zmanjšalo.

Oseba, ki potrebuje nego in oskrbo, je v zakonu o dolgotrajni oskrbi opredeljena kot oseba, ki je zaradi telesne ali duševne bolezni ali nezmožnosti pri osebni higieni, prehrani, mobilnosti ali gospodinjskih opravilih – najmanj za šest mesecev – odvisna od pomoči drugih oseb. Potreba po negi lahko načeloma nastopi v vseh obdobjih življenja, ne le v starosti.

Zavarovanje za dolgotrajno oskrbo je obvezno za vse, ki imajo sklenjeno javno obvezno zdravstveno zavarovanje. Vsakdo, ki ima urejeno tovrstno zavarovanje, je avtomatično zavarovan tudi za dolgotrajno oskrbo. Po njem so zavarovani tudi družinski člani (otroci, ki imajo pravico do preživitve, zakonski in zunajzakonski partnerji, katerih redni mesečni prihodki ne presegajo 360 oz. 400 EUR). Zavarovanci, ki imajo sklenjeno zasebno obvezno zdravstveno zavarovanje, morajo skleniti zasebno obvezno zavarovanje za dolgotrajno oskrbo. Višina

prispevkov zanj se odmerja glede na prihodke oz. zmogljivosti zavarovanca. Javno obvezno zavarovanje krije le stroške za osnovno oskrbo, zato je smiselna sklenitev zasebnega dodatnega zavarovanja za dolgotrajno oskrbo, ki ga ponujajo številne zdravstvene zavarovalnice in zavarovalne družbe. To je možno na več načinov: v obliki rentnega zavarovanja, zavarovanja za stroške oskrbe in kot zavarovanje dnevnega nadomestila.

Zavarovanje za dolgotrajno oskrbo je paritetno financirano. Od 1. julija 2008 znaša prispevek za zavarovanje 1,95 % bruto dohodka. Osebe brez otrok morajo plačevati doplačilo (z izjemami zavarovancev, ki so rojeni pred 1. januarjem 1941, zavarovancev do dopolnjenega 23. leta, prejemnikov nadomestila za brezposelne, oseb, ki služijo vojaški rok oz. so na civilnem služenju vojaškega roka). Plačevanje doplačila se upošteva pri eksistenčnem minimumu, saj socialno ogroženi v tem primeru prejmejo višjo socialno pomoč. Za osebe, ki prejmejo nadomestilo za brezposelne, preživnino ipd., zvezni urad za delo plačuje doplačilo, za kar ima na voljo pavšalno 20 milijonov EUR sredstev.

Poseben razdelek govori o tem, kako v Nemčiji poteka postopek za uveljavljanje storitev za dolgotrajno oskrbo. Zavarovanec izpolnjuje pogoj za to, če je v zadnjih desetih letih pred vložitvijo vloge dve leti zavarovan za dolgotrajno oskrbo (ali zavarovan kot družinski član). Zavarovanec mora pri svoji zavarovalnici vložiti vlogo (namesto njega to lahko stori tudi pooblaščen oseba), medicinska služba zdravstvenega zavarovanja (Medizinische Dienst der Krankenversicherung – MDK) pa nato ugotavlja upravičenost do dolgotrajne oskrbe. Rok za izdelavo izvedenskega mnenja je pet tednov; v primeru, da je zavarovanec v bolnišnici, v hospicu ali v ambulantni paliativni oskrbi, se skrajša na teden dni. Izvedenec – praviloma pri najavljenem obisku na domu – oceni potrebe zavarovanca po oskrbi in ga uvrsti v eno izmed treh negovalnih stopenj. Te se razlikujejo med seboj glede na potrebo po oskrbi:

- 1. stopnja: osebe, ki potrebuje pomoč najmanj enkrat dnevno pri osnovni negi (osebna higiena, prehranjevanje, gibanje ipd. – več kot 45 minut) in večkrat na teden pri gospodinjskih in drugih opravilih (najmanj 90 minut dnevno);
- 2. stopnja: osebe, ki najmanj trikrat dnevno ob različnem času potrebujejo pomoč pri osnovni negi (najmanj 2 uri) in večkrat na teden pri gospodinjskih in drugih opravilih (najmanj 3 ure dnevno);
- 3. stopnja: osebe, ki potrebujejo pomoč 24 ur na dan (najmanj 4 ure dnevno) in večkrat na teden pomoč pri gospodinjskih in drugih opravilih (najmanj 5 ur dnevno).

Osebe, ki so v omejeni meri zmožne opravljati osnovna vsakodnevna opravila in ne sodijo v nobeno od omenjenih stopenj – gre za t. i. »0. stopnjo« – lahko po novem zaprosijo za denarno pomoč pri oskrbovanju. Na koncu poglavja najdemo nekaj priporočil za tiste, ki nameravajo zaprositi za storitve dolgotrajne oskrbe. Avtorji jim priporočajo, naj sami vodijo dnevnik o tem, pri katerih opravilih potrebujejo pomoč in za koliko časa; naj sami presodijo, ali naj se oskrba izvaja na njihovem domu ali v negovalni ustanovi, presodijo naj, ali bodo oskrbo lahko v celoti izvajali svojci ali bo potrebna pomoč ambulantne negovalne službe ipd.

Drugo poglavje govori o oblikah dolgotrajne oskrbe, kar je odvisno tudi od tega, kakšno obliko oskrbe onemogla oseba potrebuje in v kakšni meri ji lahko nudijo pomoč svojci. Pri dolgotrajni oskrbi na domu nudi pomoč ambulantna negovalna služba, in sicer pri osnovni negi (osebna higiena, prehrana ipd.), domači bolniški negi (dajanje zdravil, oskrbovanje ran, dajanje injekcij ipd.), svetovanju in posredovanju drugih storitev (prinašanje hrane na dom, prevozi v bolnišnico, nakupovanje, čiščenje ipd.). Oseba, ki potrebuje oskrbo, sama odloča o tem, kdo ji bo nudil oskrbo; višina oskrbovalnine se določa glede na negovalno stopnjo. Poleg tega ima pravico

koristiti oskrbovalnino v obliki plačila storitev dolgotrajne oskrbe ali denarnega nadomestila ali pa kombinira oboje. Do denarnega nadomestila je upravičena v primeru, če ima zagotovljeno oskrbo na domu in sama odloča o tem, kako ga bo porabila za storitve dolgotrajne oskrbe; lahko ga kot nagrado nameni svojcu, ki ji nudi oskrbo. V času, ko je družinski oskrbovalec na dopustu ali na bolniški, zavarovalnica prevzame stroške za nadomestno nego (za največ štiri tedne v koledarskem letu); oskrbovalec lahko uveljavlja pravico v primeru, če vsaj šest mesecev oskrbuje onemoglega človeka.

Vedno več ljudi se odloča za to, da v starosti biva skupaj s sovrstniki, npr. v stanovanjskih skupnostih za stare, kjer imajo tudi svoje lastne prostore. Mogoče je, da stanovalci koristijo storitve pri isti negovalni službi, kar pomeni prihranek časa in denarja. Kadar oskrba na domu ali delna stacionarna oskrba nista mogoči, je zavarovanec upravičen do kritja stroškov za polno stacionarno oskrbo, pri čemer zavarovalnica plačuje pavšalni znesek za storitve neposredno negovalnemu domu. Druge oblike dolgotrajne oskrbe so: a) delna stacionarna oskrba, ki je lahko dnevna ali nočna – običajno jo koristijo oskrbovanci, katerih svojci so čez dan v službi; b) začasna oskrba: oskrbovanci potrebujejo oskrbo le začasno, kot npr. po odpustitvi iz bolnišnice; c) institucionalno varstvo: oskrba v domovih za stare, stanovanjskih domovih za stare in negovalnih domovih. Reforma zakona dopušča, da domovi zaposlujejo zdravnike, če zadovoljive oskrbe v domu ni mogoče zagotoviti s sodelovanjem konziliarnih zdravnikov.

Posebej je poskrbljeno tudi za bolnike z demenco, ki lahko zaprosijo za dodatna sredstva za varstvo (nem. Betreuungsgeld), kar velja tudi za osebe, ki imajo omejeno zmožnost opravljanja osnovnih vsakodnevnih opravil (»0. negovalna stopnja«). Pravico imajo tudi do obiskov svetovalca na domu, in sicer vsakih šest mesecev. Prav tako se je izboljšala tudi oskrba dementnih ljudi

v negovalnih domovih, ki imajo po novi reformi zakona možnost zaposliti dodatno oskrbovalno osebje – oskrbovalec skrbi za okoli 25 bolnikov (kritje stroškov prevzamejo javne in zasebne zavarovalnice za oskrbo). Negovalne domove, ki si še posebej prizadevajo za aktiviranje in rehabilitacijo oskrbovancev, zavarovalnica nagraduje z bonitetnimi plačili.

Zavarovalnica za oskrbo krije tudi stroške za plačilo pripomočkov, ki so potrebni za izvajanje dolgotrajne oskrbe; večje si je mogoče izposoditi, za manjše prispeva zavarovanec delež v višini 10%. Poleg tega je zavarovanec upravičen tudi do enkratne subvencije za prilagoditev stanovanja za izvajanje oskrbe, kot je npr. razširitev vrat, namestitvev stopniščnega dvigala, prilagoditev kopalnice in WC-ja ipd. Zdravstvena zavarovalnica pa prevzame kritje stroškov za zdravstveno oskrbo na domu (osnovno in bolniško nego) v času do štirih tednov, če to zavarovancu omogoča, da se izogne bivanju v bolnišnici ali se le-to skrajša oz. če bivanje v bolnišnici iz določenih razlogov ni mogoče. Pri odpustitvi iz bolnišnice lahko zdravstveno oskrbo na domu predpiše pogodbeni zdravnik oz. bolnišnični zdravnik, ki lahko bolniku za največ tri dni po odpustitvi iz bolnišnice predpiše zdravstveno oskrbo na domu in zdravila. Pri odpustitvi iz bolnišnice je za organizacijo oskrbe bolnika pristojno usposobljeno negovalno osebje, pomagajo pa tudi svetovalci za oskrbo. Po novi reformi zakona zavarovalnica za oskrbo krije tudi stroške rehabilitacije, če je ta potrebna.

Posebno poglavje v knjižici je namenjeno družinskim oskrbovalcem. Oskrbovalnina se ne izplačuje oskrbovalcem, ampak oskrbovancem, ki jo lahko kot nagrado namenijo svojcem, ki jim nudijo pomoč. Oskrbovalcu, ki najmanj 14 ur tedensko oskrbuje svojca in je zaposlen manj kot 30 ur tedensko, zavarovalnica plačuje prispevke za pokojninsko zavarovanje – višina je odvisna od obsega oskrbovanja in od negovalne stopnje oskrbovanca. Prav tako krije tudi stroške

za nadomestno oskrbo, če oskrbovalec zboli ali ima dopust, in sicer največ do štiri tedne na leto. Nadalje organizira tudi tečaje za družinske oskrbovalce, na katerih dobijo praktična navodila in informacije, nudi pa jim tudi svetovanje in podporo.

Osebe, ki so v delovnem razmerju, imajo pravico do neplačanega dopusta za oskrbo (v tem času so socialno zavarovani) za dobo šest mesecev, in sicer v primeru, če oskrbujejo svojca, ki sodi najmanj v 1. negovalno stopnjo – zakonskega oz. zunajzakonskega partnerja, starše, stare starše, sestre ali brate, otroke oz. posvojene otroke, vnuke, tasta/taščo ali zeta/snaho. Prav tako imajo možnost, da delajo krajši delovni čas ali da si ga same razporedijo. Dopust za oskrbo je mogoče predčasno končati le s privolitvijo delodajalca (z izjemo v primeru, če oskrbovanec umre, če je premeščen v javno ustanovo ali če ga oskrbovalec iz določenih razlogov ne more več oskrbovati). V primeru, da svojec za krajši čas potrebuje oskrbo, ima oskrbovalec pravico do desetdnevne odsotnosti z dela. V času dopusta za oskrbo ima oskrbovanec krite stroške za pokojninsko zavarovanje (če oskrbuje vsaj 14 ur na teden), za zdravstveno zavarovanje in za zavarovanje za dolgotrajno oskrbo pa, če je zavarovan kot družinski član, sicer mora skleniti prostovoljno zavarovanje.

Tretje poglavje govori o tem, kam se je mogoče obrniti po nasvete o oskrbovanju. Z reformo zakona o dolgotrajni oskrbi so bile ustanovljene oskrbne svetovalnice, ki na enem mestu nudijo celotno svetovanje o oskrbovalnih, zdravstvenih in socialnih storitvah. V Nemčiji od 1. januarja 2009 obstaja zakonska pravica do svetovanja za oskrbo. Usposobljeni svetovalci nudijo oskrbovancem individualno svetovanje in skrbijo za koordinacijo storitev, ki jih potrebujejo. Svetovanje je neodvisno in brezplačno. Prizadevajo si, da bi bile svetovalnice čim lažje dostopne, zato je bil namen zgraditi njihovo čim gostejšo mrežo. Svetovalci pridejo po potrebi tudi na dom. So

sodelavci zavarovalnice za oskrbo in imajo znanja s področja socialnega prava, oskrbe in socialnega dela. Za zagotavljanje kakovostne oskrbe na domu imajo zavarovanci, ki prejemajo oskrbnino in sodijo v 1. ali 3. negovalno stopnjo, enkrat na šest mesecev pravico do svetovanja na domu.

V okviru reforme so bili sprejeti tudi ukrepi za izboljšanje kakovosti in transparentnosti oskrbe. Pomemben instrument pri zagotavljanju kakovosti so strokovni standardi. Pri preverjanju kakovosti, ki je praviloma nenapovedano, se ne ocenjuje le osebna dokumentacija, ampak se preverja tudi zdravstveno stanje oskrbovanca: ali je oskrba pomanjkljiva, ali je podhranjen ipd. Za preverjanje oskrbe v ambulantnih in stacionarnih negovalnih ustanovah je pristojna medicinska služba zdravstvenega zavarovanja. Do sedaj so preverjanja potekala v povprečju vsakih pet let, od leta 2011 pa bodo pogostejša, in sicer enkrat letno. Od leta 2008 je uvedeno ocenjevanje z ocenami, s katerimi se ocenjuje nega in zdravstvena oskrba zavarovanca, ravnanje z bolniki z demenco, socialno varstvo in organizacija vsakdanjika, kakovost bivanja, oskrbe, gospodinjskih opravil in higiene.

Zadnji del knjižice prinaša slovar najpomembnejših izrazov s področja oskrbe. Omenjena knjižica je zelo informativna in vsebuje koristne informacije o zavarovanju za dolgotrajno oskrbo v Nemčiji.

Tanja Pihlar