

Jože Ramovš – Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje

Ob predlogu Zakona o dolgotrajni oskrbi v Sloveniji

POMEN SODOBNEGA NACIONALNEGA SISTEMA DOLGOTRAJNE OSKRBE IN NJEGOVE ZAKONSKE UREDITVE

Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje odločno podpira voljo Vlade RS, da čim prej pripravi in v praksi preizkusi kakovosten sodobni sistem dolgotrajne oskrbe ter sprejme Zakon o dolgotrajni oskrbi v Sloveniji. S tem bo prekinila zaostajanje naše države v sodobnem reševanju te naloge, ki je ena od treh bistvenih nalog za uspešno reševanje demografskih sprememb ob staranju prebivalstva v prihodnjih letih; poleg nje sta enako pereči ohranitev produktivnosti ob staranju zaposlenih in prednostna vzgoja za lepše sožitje od vrtca do univerze za tretje življenjsko obdobje.

Evropske države, ki zadnjega četrto stoletja razvijajo svoje nacionalne sisteme dolgotrajne oskrbe kot celovit socialno-zdravstveni sistem, so dosegle velik napredek pri kakovosti in enakopravni dostopnosti oskrbe v človeški onemoglosti, pri finančni vzdržnosti tega sistema, pri naglem razvoju oskrbovalnih metod in modelov, pri zaščiti pred zlorabo nemočnih, s tem pa tudi pri vzpostavljanju mehanizma za sistematično vzgojo zdravih in močnih članov družbe v »novi solidarnosti med generacijami«. ¹ Kakovosten in z zakonom urejen sistem dolgotrajne oskrbe v Sloveniji je nepogrešljiv ukrep, ki bo v času staranja družbe omogočil dostojno preživetje starim ljudem, olajšal življenje in sožitje mladi generaciji, v slovenski družbi pa ohranil humanost.

Najugodnejši čas za sprejem sodobnega sistema dolgotrajne oskrbe v Sloveniji je bil v letih po osamosvojitvi države, ko so se temu problemu posvečale vodilne evropske države in sta bila v Sloveniji politično združena resorja zdravstvenega in socialnega varstva v enem ministrstvu; celovita povezava obeh področij je namreč nujen pogoj za kakovosten in finančno vzdržan sistem dolgotrajne oskrbe. Poznejši poskusi, da bi s pripravo Zakona o dolgotrajni oskrbi nadomestili zamudo (leta 2002 in 2010), niso rodili uspeha. Zaradi nepovezanosti socialnega in zdravstvenega vidika so bili za politiko predragi, s predlaganim konceptom administrativno vodenih storitev pa niso omogočali razvoja in kakovosti, ki bi bila primerljiva s sodobnim evropskim razvojem na tem področju; na te pomanjkljivosti smo se tedaj odzvali. ²

Poleg socialnega in zdravstvenega vidika sta v sodobni sistem dolgotrajne oskrbe vključena še zlasti naslednja dva.

1. Arhitekturno in infrastrukturno urejanje stanovanjskega in javnega prostora, vključevanje klasičnih in elektronskih tehničnih pripomočkov za lažje in učinkovitejše oskrbovanje, prav tako pa za krepitev samostojnosti starejših, kronično bolnih in invalidnih ljudi, da čim pozneje potrebujejo oskrbovalno pomoč.

¹ Zelena knjiga EU o odzivu na demografske spremembe v Evropi, 2005.

² Glej IZJAVA. V: *Kakovostna starost*, 2010, št. 2, str. 3–4.

2. Vzgoja vsega prebivalstva z informiranjem in ozaveščanjem o zdravem in dostojanstvenem staranju ter o medgeneracijski solidarnosti med zdravimi in onemogli mi člani skupnosti. Dvig ozaveščenosti o potrebah in možnostih pri tem je pogoj za finančno in kadrovsko vzdržnost sistema dolgotrajne oskrbe v prihodnje ob povečanih potrebah in upadanju socialnega kapitala tradicionalne solidarnosti. Vzgojne, izobraževalne, medijske in kulturne ustanove so nepogrešljiv deležnik pri reševanju demografskih nalog 21. stoletja.

VREDNOST PREDLOGA

Vrednost predloga Zakona o dolgotrajni oskrbi 2017 so zlasti naslednja dejstva in njegove usmeritve.

1. **Politična volja, da slovenski nacionalni sistem dolgotrajne oskrbe pripravimo in zakonsko uredimo** ob izkušnjah drugih držav EU in drugod po razvitem svetu.
2. **Enakopravnost vseh državljanov, ki imajo potrebo po dolgotrajni oskrbi.** Ko so se v 70. in 80. letih naglo razvijale metode zdravstvene nege in socialne oskrbe v oskrbovalnih ustanovah, je bil slovenski sistem med vodilnimi na svetu (dr. Bojan Accetto). V 90. letih se je v Evropi dogajal razvojni skok nacionalnih sistemov dolgotrajne oskrbe, razvoj oskrbovalnih konceptov in metod pa je bil od tedaj hitrejši kakor npr. v avtomobilski industriji. V Sloveniji so razvoju v metodah in konceptih oskrbe sledili posamezni delčki, zlasti nekateri javni domovi za stare ljudi, sistem pa je ostal na paradigmi izpred 90 let. Zato je sedanja sistemska neenakost v dostopnosti zdravstvene nege med manjšino, ki je oskrbovana v domovih za stare ljudi, in večino, ki je v oskrbi na domu, ustavno sporna (o tem so bile že pred leti objavljene analize), isto velja za neenakost med oskrbovanci v državnih in koncesijskih domovih glede plačevanja investicije v oskrbnem dnevu.
3. **Sistemska upoštevanje celote oskrbovanja in postopnosti pri vključevanju javne pomoči v oskrbovanje,** ki se običajno začena neformalno na lastnem domu (in pri mnogih ostaja do konca), nadaljuje s formalno oskrbo na domu (kar je dejansko le pomoč pri domači oskrbi) ter doseže vrh javne pomoči v polni ali delni institucionalni oskrbi. S tem se predlog vključuje v *evropska prizadevanja po deinstitutionalizaciji dolgotrajne oskrbe*,³ poleg tega pa rešuje sistemska nepravilnost v dosedanjem sistemu, omenjeno v prejšnji točki.
4. **Poenotenje sistema v individualnem financiranju upravičenca,** kriterijih upravičenosti, vstopni možnosti, svobodi odločanja o vrsti oskrbe in drugem, kar odgovarja osnovnim zahtevam današnjega človeka in je pogoj za finančno vzdržnost in humanost oskrbe.
5. **Uvod** v predlog zakona vsebuje vrsto sodobnih načel in spoznanj, ki v besedilu zakona nimajo konkretizacije, ali pa so v njem rešitve, ki uresničitev teh načel in spoznanj v praksi onemogočajo. Ker predlagano besedilo zakona v svojem konceptu in mnogih rešitvah ostaja za razvojem dolgotrajne oskrbe po letu 1990, ima uvod bistveno večjo vrednost pri pripravi novega zakona.

³ Glej članek Deinstitutionalizacija dolgotrajne oskrbe, *Kakovostna starost*, 2015, št. 3, str. 3–25.

POTREBNE IZBOLJŠAVE ZA NOV PREDLOG ZAKONA

Ob zgoraj navedenih dobrih izhodiščih ima predlog Zakona o dolgotrajni oskrbi v Sloveniji vrsto sistemskih pomanjkljivosti, ki onemogočajo uresničitev njegovih dobrih vidikov in namena. Nov predlog zakona bo moral upoštevati sodobno znanje in dobre izkušnje v drugih evropskih državah in pri nas. Opozarjamo zlasti na tista spoznanja in dobre izkušnje, na katerih naš gerontološko medgeneracijski Inštitut največ raziskuje, dela v praksi in sodeluje v mednarodni strokovni javnosti.

1.

Pogoj, da Slovenija uvede in razvija sistem dolgotrajne oskrbe po zgledu drugih evropskih držav, je politična odločitev, da **nameni dolgotrajni oskrbi delež slovenskega BDP, ki je enak povprečju v EU**, to je 1,3 %, medtem ko sedanja v Sloveniji dosega dve tretjini tega. V prihodnje bo dva- do trikrat večji delež potrebnih oskrbe, obvladovanje te naloge bo lahko toliko uspešno, kolikor danes evropske države uvajajo in razvijajo sodobne, humane in finančno vzdržne modele dolgotrajne oskrbe v skupnosti. Selektivno jemanje nekaj rešitev po zelo uspešnem nemškem sistemu brez vizije celovitega sodobnega reševanja te naloge, kakor to dela predlog zakona, je brez politične odločitve po ustreznem financiranju samoprevara, ki bi porušila ostanke tradicionalne solidarnosti pri samooskrbi v družini in razvoj v tistih slovenskih javnih oskrbovalnih ustanovah, ki so ga dosegle brez finančne podpore države kot svoje ustanoviteljice.

2.

Odločilna napaka predloga je **nepovezanost med neformalno in formalno oskrbo**. Pri obvladovanju dva- do trikrat povečanih potreb po oskrbi v prihodnje je že dolgo tudi politiki v EU jasno, da sta finančna vzdržnost in humanost oskrbe možni samo s sinergičnim komplementarnim povezovanjem oskrbovalnih resursov družine, ljudi v lokalni skupnosti (sosedje in prostovoljci), strokovnih izvajalcev (na domu in v ustanovah), lokalne samouprave kot neposrednega odgovornega nosilca za dolgotrajno oskrbo krajanov ter države kot ekonomskega in političnega garanta enakopravnosti, kakovosti in razvoja na tem področju. Sinergija niso tekoči trakovi storitev z alternativno izbiro oskrbe na enem od njih – kakor je to v predlogu, ampak komplementarno sestavljanje vseh možnih virov pomoči človeku, da so njegove potrebe v onemoglosti zadovoljene; pri vsakem upravičencu je treba optimalno sestaviti oskrbovalne možnosti vseh zgoraj navedenih in drugih možnih deležnikov. V naslednjih točkah analiziramo nekaj primerov systemskega onemogočanja sinergičnih učinkov med neformalno in formalno oskrbo v predlogu zakona.

3.

Predlog zakona upošteva samo tiste neformalne oskrbovalce, ki dobijo ta status v vstopni točki, če izberejo to alternativno obliko dolgotrajne oskrbe. Poleg njih bodo glavnino oskrbe opravljali svojci tudi a) pred vstopnim pragom v sistem in b) ob formalnih strokovnih oskrbovalcih na domu, saj storitve formalne

oskrbe na domu v predlaganem sistemu tudi v najtežjih primerih onemoglosti ne bodo dosegale 2 ur dnevno.

Podatki EU in Slovenije kažejo, da 75 % oskrbovanja nosijo svojci, to je **družinski oskrbovalci**. Predlog zakona (3. člen) izpušča že opredelitev družinskih oskrbovalcev; družinski oskrbovalci niso vsi svojci, ampak tisti svojci, ki dejansko oskrbujejo. Med neformalnimi oskrbovalci pa predlog zakona ne omenja sosedov – v Sloveniji jih okrog 40.000 pomaga po nekaj ur tedensko onemoglim sosedom. Zato predlagamo, da družinske oskrbovalce zakon definira in upošteva v skladu z evropsko organizacijo EUROCARERS.

Pri večanju deleža prebivalcev v oskrbi se evropski, severnoameriški in avstralski sistemi dolgotrajne oskrbe pospešeno trudijo za podporo, usposabljanje in razbremenitev vseh družinskih oskrbovalcev, saj so prepoznali, da so ključni za ohranitev vzdržnosti sistema v prihodnje in da brez podpore ne zdržijo težkega bremena oskrbe. Predlog ne vključuje v sistem neformalnih družinskih oskrbovalcev, ki bodo večino dneva oskrbovali predvidenih 20.000 prebivalcev Slovenije v formalni oskrbi na domu; pri tem tudi ne upošteva, da je formalna oskrba na domu v resnici le nekajurna pomoč pri celoti oskrbovanja. Prav tako ne vključuje vseh tistih, ki bodo brez znanja in podpore oskrbovali več kakor 20.000 ljudi, preden bodo dosegli prag za vstop v sistem dolgotrajne oskrbe, kljub temu pa potrebujejo redno pomoč pri osnovnih in podpornih vsakodnevnih opravilih. Ta »začetna« pomoč, ki jo opravljajo družinski oskrbovalci, je najbolj ugoden čas za njihovo usposabljanje in za nekaj javne pomoči, ki se sistemu večkratno povrne z njihovim oskrbovanjem ob stopnjevanju intenzivnosti.

Razvojni trend evropskih sistemov dolgotrajne oskrbe je **razbremenilna pomoč vsem družinskim oskrbovalcem**; samo ta prispeva k vzdržnosti javnega sistema ob naraščanju potreb po oskrbi. Minimalna pravica do razbremenilne pomoči vsem družinskim oskrbovalcev (tudi pred vstopnim pragom v sistem upravičencev do dolgotrajne oskrbe po zakonu in tistim, ki imajo formalno razbremenilno pomoč na domu) v sodobnih sistemih pomeni:

- a. brezplačna možnost do usposabljanja za kakovostno domače oskrbovanje in do povezovanja družinskih oskrbovalcev v kraju,
- b. brezplačna možnost za razbremenilni oddih (npr. v dolžini zajamčenega dopusta).

Kontekst predloga zakona kaže, da je s pojmom *nadomestna oskrba* strokovno povsem neustrezno poimenovana *razbremenilna pomoč* za oddih neformalnih oskrbovalcev.

4.

Sodobna dolgotrajna oskrba upošteva dejstva, da formalna oskrba na domu in v instituciji ob še tako dobrih storitvah zdravstvene nege in socialne oskrbe ne more imeti človeške kakovosti brez sodelovanja svojcev in prostovoljcev. Zato je treba v slovenski zakon **vnesti mehanizme za vključevanje, usposabljanje in organizirano vodenje prostovoljcev in drugih neformalnih oskrbovalcev pri formalni oskrbi v ustanovah in na domu**. Evropski sistemi (nemški), po katerih se predlog slovenskega zakona zgleduje, so pred leti uvedli sistematično podporo krepitvi prostovoljske solidarnosti pri oskrbi v skupnosti, tako da so delček javnega denarja za dolgotrajno oskrbo namenili sodelovanju usposobljenih in organiziranih prostovoljcev pri

formalni oskrbi (denarna nagrada prostovoljcu, ki dela v sistemu oskrbe 40 ur mesečno). Ta usmeritev je za sistem zelo majhen strošek, za kakovost oskrbe in krepitev medgeneracijske solidarnosti pa se je izkazala kot velik razvojni korak. Nekatere države gredo v smeri obveznega **služenja »socialnega leta«** v času osamosvajanja mladih, ki se lahko izvaja v dolgotrajni oskrbi, druge v smeri obveznega **socialnega služenja brezposelnih**, ki prejemajo socialne prejemke, pri koristnem delu v skupnosti in podobno. Pri nas je bila dobra izkušnja sodelovanja neformalnih oskrbovalcev v 90. letih **s civilnim služenjem vojaškega roka** v domovih za stare ljudi. Naša dobra izkušnja je, da kakovost bivanja stanovalcev v domu zelo dvignejo **prostovoljci iz okolice, ki tedensko vodijo skupino stanovalcev v domu**.

5.

Usodna pomanjkljivost predloga zakona je **sistemska ne vključenost krajevne skupnosti (občine) v odgovornost in preskrbo celovite dolgotrajne oskrbe za svoje krajanje**. Po predlogu se zdi, da bodo občine le bolj obremenjene kakor doslej, ob tem pa se jim bo zmanjšal sistemski vir denarja za te namene. Postavljene so v vlogo reševalca vseh primerov, ki jih centralizirani državni sistem dolgotrajne oskrbe ne bo zajel: vseh pred vstopnim pragom in ne vključenih, doplačila za ekonomsko manj premožne ... Sistem dolgotrajne oskrbe v Sloveniji bo lahko sledil sodobnemu organizacijskemu, konceptualnemu in metodičnemu razvoju teh sistemov v Evropi šele takrat, ko bo prenesen v krajevno skupnost enako sistemsko, kakor je otroško varstvo pred vstopom v šolo.

Centralizacija dolgotrajne oskrbe v predlogu nadaljuje že dve desetletji trajajoče pešanje centralizirane slovenske sociale po uspešni začetni tranziciji.⁴ Paradokсно pa centralizirani predlog slabo ureja tiste vidike, ki jih mora država zagotavljati centralno za vse enako, zlasti financiranje, kriterije zagotovljene ravni oskrbe in kontrolo nad kakovostjo izvajalcev oskrbe.

6.

Usodna šibka točka predloga zakona je tudi **»zdravstvenizacija« dolgotrajne oskrbe**. Predvidena formaliziranost »zdravstvenih storitev« bi bila sistemska uza-konitev enake nevarnosti kakor administrativna socialna formaliziranost, ki je bila šibki člen v predlogu tega zakona leta 2010 in smo na njeno nevzdržnost opozorili v tedanji IZJAVI.⁵ Za kakovost vsakdanje dolgotrajne oskrbe je kakovost odnosa med oskrbovalcem in oskrbovancem enako odločilna, kakor so storitve zdravstvene nege. Storitve zdravstvene nege pa v sodobni dolgotrajni oskrbi niso nič odločilnejše od storitev socialne oskrbe. Predlog zakona skorajda ne pozna konkretnih storitev socialne oskrbe, medtem ko sodobni evropski sistemi dolgotrajne oskrbe posvečajo izrecno pozornost storitvam psihosocialne pomoči, zlasti prisotnosti, pomoči na področju komunikacije, pomoči pri obvladovanju čustev, pomoči pri obvladovanju in

⁴ Glej Ramovš J. (1995). *Slovenska sociala med včeraj in jutri*. Druga predelana in dopolnjena izdaja. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka; <http://www.inst-antonatrstenjaka.si/izdelki/22.pdf> (1. izdaja 1992).

⁵ V: *Kakovostna starost*, 2010, št. 2, str. 3–4.

preprečevanju tveganih situacij, pomoči pri orientaciji, pomoči na področju osebnega aktiviranja, ki je primerno glede na potrebe, in kognitivno spodbujajočim ukrepom.

Danes se veliko hitreje kakor storitve zdravstvene nege in storitve socialne oskrbe razvijajo strokovna spoznanja in metode, ki vsem udeleženi v dolgotrajni oskrbi pomagajo, da sožitje in sodelovanje s človekom, ki je zelo odvisen od pomoči drugih, ohranjata njegovo človeško dostojanstvo in da se ob njegovem oskrbovanju krepi človeška solidarnost zdravih in močnih članov družbe. V predlogu manjka nujno potrebno ravnotežje med zdravstveno nego in socialno oskrbo, ki je pogoj za enovito dolgotrajno oskrbo – izrazje, kader in metodika storitev zdravstvene nege večkratno prevladujejo nad socialno oskrbo. Vsa skrb za krepitev človeškega odnosa v oskrbi je prepuščena morebitnemu usposabljanju oskrbovalcev in razvoju preko sistemov kakovosti. Ne pri enem ne pri drugem pa v predlogu ni mehanizmov za razvoj v smeri »odnosne nege«, za katero si danes prizadevajo po Evropi. Tudi kontrola nad izvajanjem dolgotrajne oskrbe je pri tem nemočna, zlasti če je neravnotežje sistematizirano v zakonu. Zato je nujno, da se v zakonu uravnoteži vidik zdravstvene nege s socialno oskrbo, oboje pa sistemsko usmeri v razvoj in krepitev človeškega odnosa med oskrbovalcem in oskrbovancem.

7.

Pri institucionalni oskrbi se je treba nasloniti na dobre domače primere. Slovenski domovi za stare ljudi so se v zadnjega četrta stoletja, odkar ni več systemskega financiranja investicij in vzdrževanja, po svoje prilagajali na kakovostno in vzdržno delovanje v težavnih razmerah poslovanja. Nekateri državni domovi so z intelektualno in moralno motivacijo sledili evropskim razvojnim dosežkom v oskrbovalnih metodah, pri organizaciji koncepta socialne oskrbe in zdravstvene nege ter pri urejanju bivalnih prostorov in spremljanju kakovosti.

Poznavalec stanja v Sloveniji in po svetu Franci Imperl ugotavlja: »Del domov za starejše pa deluje še na nivoju *funkcionalno organizirane nege* iz petdesetih let oz. t. i. *timske nege* iz šestdesetih let prejšnjega stoletja, ki temelji na centralno organizirani in vodeni negi in oskrbi; zaposleni delajo vsak v skladu s svojimi pristojnostmi na nivoju celotne ustanove, v kateri je komunikacija hierarhična; skratka tako, kakor je tipično v totalnih ustanovah. Ta model se je v naprednem delu Evrope začel spreminjati že v sedemdesetih letih. Pri delu v domovih za starejše nam to gibanje deinstitutionalizacije daje drugačen pogled – nagovarja nas, da na dogajanje gledamo z drugega zornega kota – naša ravnanja usmerjamo z očmi stanovalca: *Ali je to, kar počnemo, res tisto, kar si želi stanovalec?* Zadnjih dvajset let je v domovih za starejše v ospredju kongruentna odnosna nega. Če bi postavili skupne imenovalce strokovnega napora za vzpostavljanje človeka vrednega negovalnega in oskrbovalnega pristopa v domovih za starejše, so glavne spremembe na osnovi sodobnih konceptov v smeri *normalizacije življenja stanovalcev* in s tem tudi *celotnega delovanja doma*. Srž tega razvoja je v oskrbi, ki je usmerjena na osebo, v nasprotju z administrativno vodenimi zdravstvenimi in socialnimi storitvami. Te zaradi svoje specializirane parcialnosti ne morejo biti povezane v enovito oskrbo, katere značilnost je človeški odnos.«

Krhka človeška oseba v zadnjem obdobju življenja najbolj potrebuje osebni človeški pristop in je do njega upravičena. **Z zastarelo fiksiranostjo na storitve**

predlog obide in ruši ves razvoj zadnjih desetletij v naših najboljših domovih in usmerja institucionalno oskrbo v koncept zdravstvene negovalne bolnišnice s sistemsko ceno, ki je večkratno nižja od cene v sedanjih negovalnih bolnišnicah. Poleg tega predvidena nastanitvena cena (90 % pokojnine, kar je sedaj 450 EUR) ne more zagotavljati ne preživetja ustanovi ne minimalne kakovosti bivanja oskrbovancem. Predvideni sistem bi silil v velike podražitve za uporabnike ali v razpad celotne kakovosti in razvoja obstoječih domov.

8.

V predlogu je še vrsta bistvenih sistemskih, pravnih in strokovnih pomanjkljivosti, ki bi nov slovenski sistem dolgotrajne oskrbe v startu zapeljale na slepi tir. O njih govorijo drugi, nekatere bomo le še omenili.

- Nedodelan in zastarel je sistem kontrole nad minimalno kakovostjo pri vseh vrstah dolgotrajne oskrbe, kakor jo imajo sodobni sistemi (npr. nemški).
- V predlogu manjkajo merila za upravičenost pri vstopu v sistem in za poznejša sprotna ocenjevanja stanja, kriteriji zagotovljene kakovosti vsake od pravic ...; vse to mora vsebovati zakon in ne sprotne odredbe ministra enega od resorjev s področja dolgotrajne oskrbe.
- Predlog ne vsebuje mehanizmov za razvoj metod in modelov neformalne in formalne dolgotrajne oskrbe ter mehanizmov za razvoj celotnega sistema. Prvo omogočajo mehanizmi v sistemu za motiviranje oskrbovalnih ustanov, organizacij in zaposlenih za izboljševanje metod in modelov dolgotrajne oskrbe, drugo pa stalni pilotni projekti na nacionalni ravni, ki jih financira in nadzira država. V predlogu predvideni sistem s svojo statičnostjo onemogoča inovacije in razvoj še bolj kakor sedanji, saj bi sedanje dosežke najboljših domov za stare ljudi vrnil v stanje pred četrto stoletja.
- Veliki tveganosti in nedorečenosti Zakona o dolgotrajni oskrbi sta formalno-pravna ob dejstvu, da se sklicuje na še nesprejeto zdravstveno zakonodajo, in neuskkljenost s sedanjo socialno zakonodajo.

PREDLOG

Predlagamo, da vlada namesto sprejemanja strokovno, finančno in pravno nedodelanega Zakona o dolgotrajni oskrbi sproži 2-letni pilotni projekt na tistih izhodiščih predloga, ki so strokovno in finančno dobri; pilotni preizkus predvideva tudi predlog. Pilotni projekt naj v treh različnih variantah preizkusi sistem celovite dolgotrajne oskrbe v različnih krajih Slovenije in po različnih konceptih,⁶ nakar bi dokončno pripravili in sprejeli Zakon o dolgotrajni oskrbi v Sloveniji.

⁶ Razvojno najsodobnejši, najbolj celosten, izhajajoč iz potreb in zmožnosti lokalnih skupnosti, s tem pa tudi najbolj finančno vzdržen je model konzorcija osmih manjših in srednje velikih občin v obliki grozda majhnih občinskih domov kot središč celovite oskrbe v kraju; s tem modelom je pet od teh občin kandidiralo na zadnjem razpisu MDDSZ za koncesije domov za stare ljudi. Po merilih sodobnega razvoja dolgotrajnih sistemov v evropskih državah bi to bil dobrodošel primer za enega od pilotov za nov sistem dolgotrajne oskrbe v Sloveniji.