



**XII. KONGRES in 144. SKUPŠČINA SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠKEGA DRUŠTVA
STARANJE SLOVENSKEGA PREBIVALSTVA –
GERONTOLOŠKI IN GERIATRIČNI IZZIVI**

Ljubljana, 17. in 18. oktober 2008

Pismo uredništvu/Letter to the editor

**POGLED MINISTRSTVA ZA ZDRAVJE NA STARANJE
PREBIVALSTVA IN UKREPI ZA ZADOVOLJEVANJE POTREB
STAROSTNIKOV**

MINISTRY OF HEALTH'S VIEW OF POPULATION AGEING AND MEASURES FOR
MEETING IN THE ELDER CARE NEEDS

Robert Medved, Zdenka Tičar

Ministrstvo za zdravje RS, Štefanova 5, 1000 Ljubljana

Povzetek

V Sloveniji kot tudi v ostalem razvitem svetu smo priča neugodnim demografskim spremembam, ki jih bo treba upoštevati pri načrtovanju zdravstvene politike in zmožljivosti sistema zdravstvenega varstva v prihodnjih obdobjih. Zaradi staranja prebivalstva in vse večjih potreb po gerontološki dejavnosti Ministrstvo za zdravje sodeluje z ostalimi ministri pri urejanju zakonskih podlag za področje dolgotrajne oskrbe in pri dejavnostih za obnovitev delovanja gerontološkega inštituta. Podajamo pogled in rešitve Ministrstva za zdravje glede problematike staranja prebivalstva.

V Sloveniji kot tudi v ostalem razvitem svetu smo priča neugodnim demografskim spremembam. Zmanjšuje se namreč delež delovno aktivnega prebivalstva, povečuje pa delež ljudi, starih 65 let in več. Po napovedih se bo tak trend še nadaljeval, kar bo imelo vse večji vpliv na finančno vzdržnost sistema zdravstvenega varstva, saj bo neugodno razmerje med aktivno in pasivno populacijo povzročilo znižanje zbranih sredstev, namenjenih za zdravstvo, po drugi strani pa povečanje zahtev po zdravstvenem varstvu in dolgotrajni oskrbi.

Ob nespremenjeni zdravstveni politiki naj bi v skladu z dolgoročnimi finančnimi projekcijami in ob nadaljevanju sedanjih demografskih gibanj javni izdatki za zdravstvo začeli hitro naraščati že po letu 2010 in se bodo kot delež v BDP predvidoma povečali s 6,2 odstotka BDP v letu 2005 na 8,9 odstotka v letu 2050.¹ To so zaskrbljujoče številke, ki jih bo treba zelo upoštevati pri načrtovanju zdravstvene politike in zmožljivosti sistema zdravstvenega varstva v prihodnjih obdobjih.

Potrebe po zdravstvenih storitvah pri starostnikih so drugačne kot pri ostali populaciji. Drugačne potrebe izhajajo predvsem iz patologije, ki je značilna za skupino starostnikov, pri katerih se pojavlja manj obolenosti za akutnimi nalezljivimi boleznimi, pogostej-

še pa so kronične nenalezljive bolezni. Da imajo starostniki specifične zdravstvene težave, ki jih je potrebno reševati na specifičen način, so se zavedali snovalci zdravstvene politike v našem prostoru že pred več kot 40 leti. Že leta 1966 je bil na pobudo prof. dr. Bojana Accetta ustanovljen Inštitut za gerontologijo in geriatrijo, umeščen v bolnišnici Trnovo, kar je bilo za tiste čase zelo napredno dejanje. Inštitut je deloval dobrih dvajset let, nato pa je z odhodom prof. dr. Bojana Accetta v pokoj v letu 1989 prenehal z delovanjem. To je bila za slovenski prostor neprecenljiva škoda, saj je s tem zamrla vsa dotedanja izobraževalna in raziskovalna dejavnost, ki je potekala na Inštitutu.² Zaradi staranja prebivalstva in vse večjih potreb po gerontološki dejavnosti so se ponovno pojavile težnje po obnovitvi delovanja gerontološkega inštituta. Ponovno vzpostavitev inštituta za gerontologijo in geriatrijo v interdisciplinarnem okviru z drugimi strokami in področji predvideva tudi vladni dokument Strategija varstva starejših do leta 2010 – solidarnost, sožitje in kakovostno staranje,³ sprejet leta 2006, v poglavju 3.6. Ker je Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje že opravljal javne naloge s področja socialne gerontologije in ker je Vlada RS postala leta 2004 soustanoviteljica Inštituta Antona Trstenjaka, sta Ministrstvo za zdravje in Inštitut

Antona Trstenjaka dne 5. 9. 2007 podpisala Pismo o nameri sodelovanja na področju geriatrije in gerontologije. V avgustu 2008 pa je Vlada RS potrdila Program dela Inštituta Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje za leto 2008, v okviru katerega se pričinja udeležati omenjeno Pismo o nameri, ki sta ga podpisala Ministrstvo za zdravje in Inštitut Antona Trstenjaka.

Potrjeni Program dela Inštitut Antona Trstenjaka zavezuje, da bo v letu 2008 za Vlado RS opravil naslednje naloge:

1. redna stalna naloga: »Zagotavljanje sodobnih spoznanj s področja gerontologije, geriatrije in medgeneracijskega sožitja v slovenskem prostoru«;
2. redna stalna naloga: »Organiziranje, uvajanje in vodenje zdravstvene gerontologije v Sloveniji«;
3. raziskovalna naloga: »Stališča, potrebe in potenciali tretje generacije v Sloveniji«;
4. projekt »Vzpostavljane slovenske mreže staranju prijaznih mest in njihovo vključevanje v svetovno mrežo Svetovne zdravstvene organizacije«;
5. projekt »Razvoj in vzpostavljane krajevnih medgeneracijskih središč v Sloveniji«.

Potrjeni Program dela ponovno vnaša v slovenski prostor izobraževalno in raziskovalno dejavnost s področja gerontologije in geriatrije.

Ministrstvo za zdravje predvideva v prihodnosti uvedbo specializacije iz gerontologije in geriatrije, saj so po ocenah ministrstva potrebe po tem kadru v Sloveniji take, da bi potrebovali enega gerontologa na 100 bolniških postelj. Delo Inštituta Antona Trstenjaka bo ob uvedbi specializacije v veliko pomoč.

V obdobju od leta 1989, ko je prenehal delovati Inštitut za gerontologijo in geriatrijo v Trnovem, Slovenija ni imela tovrstne ustanove. Inštitut Antona Trstenjaka je tako zapolnil nastalo praznino.

Ministrstvo za zdravje v sodelovanju z ostalimi ministrstvi posveča posebno pozornost tudi področju dolgotrajne oskrbe. Področje sistemsko še ni urejeno. Trenutno se na tem področju ločeno pojavljata zdravstvena dejavnost in dejavnost socialnega varstva, ki pa sta dokaj nepovezani. Področje dolgotrajne oskrbe ni enotno načrtovano oziroma vodeno, ker vsaka dejavnost deluje po svojih merilih kot posameznik. Obe dejavnosti stremita k približno enakim ciljem: doseganju boljšega zdravja, povečevanju kakovosti življenja v starosti, enakosti in pravičnosti, varstvu starejših in pomoči potrebnih oseb in medgeneracijskemu sožitju. Delovna skupina, ki je pripravila Zakon o dolgotrajni oskrbi in zavarovanju za dolgotrajno oskrbo in obsega preko 140 členov, je potrdila zadnjo verzijo, tako da je zakon pripravljen za javno obravnavo.

Zakon o dolgotrajni oskrbi in zavarovanju za dolgotrajno oskrbo temelji na obveznem zavarovanju za dolgotrajno oskrbo, ki temelji na načelih solidarnega in vzajemnega socialnega zavarovanja. Zakon bo združil dosedanje financiranje iz štirih dosedanjih oblik financiranja (socialnega, zdravstvenega, občinskega in državnega) v eno zavarovanje, ki ga bo vodil in organiziral na novo ustanovljeni Zavod.

Prostovoljno zavarovanje za dolgotrajno oskrbo bo krilo stroške dolgotrajne oskrbe, ki krije stroške v skladu z zakonom, izvajale ga bodo zavarovalnice, ki iz-

polnjujejo zakonske pogoje in so urejene v zakonu o zavarovalništvu.

Država in občine bodo po tem zakonu dolžne zagotavljati mrežo izvajalcev, v danem trenutku je predvsem pomembno izobraževanje zadostnega števila in ustrezno izobraženega kadra za izvajanje oskrbe na terenu. Pomanjkanje kadra v oskrbi se trenutno pojavlja tudi na področju socialnovarstvenih zavodov. Storitve dolgotrajne oskrbe se bodo določale na podlagi podrobnega individualnega načrta in izvedbenege načrta, ki ga bo pripravil koordinator za dolgotrajno oskrbo. Odločbo bo izdala komisija Zavoda na predlog koordinatorja. Zakon je storitve in pomoč razdelil v štiri skupine:

- Pomoči pri opravljanju temeljnih dnevnih opravil, to so prehranjevanje in pitje, umivanje, oblačenje in slačenje, izločanje, gibanje, spanje in počitek. Storitve, namenjene pomoči pri opravljanju temeljnih dnevnih opravil, so storitve pomoči in storitve zdravstvene nege in medicinsko tehnični posegi, ki so vezani na dolgotrajno oskrbo; priznana vrednost storitev je 75 %.
- Pomoči pri opravljanju podpornih dnevnih opravil, zajemajo podporna dnevna opravila, ki posamezniku omogočajo živeti neodvisno v domačem okolju in vključujejo gospodinjska dela, hišna opravila in opravila zunaj doma; priznana vrednost storitev je 75 %.
- Rehabilitacija pomeni izvajanje vseh storitev, povezanih z izvajanjem telesnih dejavnosti, komunikacije, storitve psihosocialnega področja in storitve na področju kognitivnega funkcioniranja; priznana vrednost je 85 %.
- Svetovanje in učenje zajemata strokovno svetovanje in učenje uporabnika in svojcev, ki je potrebno za izvajanje dolgotrajne oskrbe; priznana vrednost v celoti.

Upravičenec ima možnost, da si izbere izvajalce storitev dolgotrajne oskrbe v skladu z izvedbenim načrtom. Izvajalci v javni mreži so lahko samo poklicni, izvajajo pa jo lahko javni zavodi, pravne ali fizične osebe, ki pridobijo koncesijo, in osebni pomočniki.

Zakon ugodno opredeljuje tudi osebnega pomočnika, ki mu je z zakonom priznan dohodek v višini 1,5 minimalne plače oziroma sorazmerni del za izgubljeni dohodek. Prizna se mu tudi pravica do počitka. Pomembno je, da ni pogoj, da upravičenec in družinski pomočnik živita v istem gospodinjstvu.

Zakon o dolgotrajni oskrbi in zavarovanju za dolgotrajno oskrbo je možno uveljaviti, če bo trenutni osnutek dan v javno obravnavo in Državni zbor. Ob tej predpostavki bi bilo možno zakon začeti izvajati v letu 2012. Glede na trenutno stanje, v katerem smo se znašli, je zavedanje strokovne javnosti, da zakon potrebujemo, in to čim prej, zelo dobrodošlo.

V zadnjem letu je bila na področju dolgotrajne oskrbe s strani Ministrstva za zdravje sprejeta Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008–2013,¹ ki zajema tudi določene dejavnosti, ki posegajo na področje starostnikov. Področje obravnava podaljšano bolnišnično oskrbo, kjer se predvideva pet negovalnih bolnišnic v slovenskem prostoru, obstajata že Murska Sobota in Sežana, vsaka bolnišnica v

Sloveniji naj bi imela oddelek podaljšane bolnišnične nege.

V času, ko se je urejevalo in reševalo financiranje bolnišnic in se je skrajševala ležalna doba, je bilo v preteklosti premalo pozornosti posvečene problemom, ki bodo zaradi tega nastali na ravni zdravstvenega varstva, zato smo se v letu 2007 odločili, da se neakutna bolnišnična obravnava obračunava za tiste osebe, ki bodo tovrstno obravnavo potrebovali za šest dni ali več, ni pa več omejeno zgornje število dni (14. člen Področnega dogovora za bolnišnice 2007).⁴

Z večjo mobilnostjo bolnikov je povsod po svetu trend zmanjševanja zdravljenja v domovih, zaradi starajoče populacije pa se več nega oziroma oskrba na domu. Tako se je v zadnjih letih že pomembno zaježila napotitev na višjo raven, s pomembno širitvijo programa patronažne službe pa se je približala oskrba državljanov v domačem okolju. Ob omejenem številu kadrov se je ta širitev dosegla tudi z večjim številom podeljenih koncesij za patronažno oskrbo. V letu 2006 je bilo na primarni ravni izdanih 19 soglasij k podelitvi koncesije za področje zdravstvene nege in patronaže. V letu 2007 pa 10 soglasij in 2 širitvi programa zdravstvene nege na domu, podeljeni javnemu zavodu.

Na ravni EU je bil zaključen postopek izbire kazalcev za področje zdravja in dolgotrajne oskrbe. Določena so ciljna strateška področja in sicer dostopnost do zdravstvenega varstva, kakovost oskrbe in trajna vzdržnost sistema, ki vključuje stroške in učinke. S pomočjo Ministrstva za zdravje in Statističnega urada Republike Slovenije si prizadevamo, da bo večina kazalcev, ki so ustrezno definirani, mogoče objaviti že v letu 2009.

Literatura

1. Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008–2013. »Zadovoljni uporabniki in izvajalci zdravstvenih storitev« (ReNPZV). Ur l RS 72/08.
2. Ramovš J. Slovenski gerontološki inštitut – Zgodovina in današnje potrebe. In: Voljč B, Ramovš J, eds. Elaborat o potrebah in možnostih nadaljevanja zdravstvenega dela gerontološkega inštituta. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka; 2007. p. 1–8.
3. Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve. Strategija varstva starejših do leta 2010. Dosegljivo na: http://www.mdds.gov.si/fileadmin/mdds.gov.si/pageuploads/dokumenti__pdf/strategija_varstva_starejsih_splet_041006.pdf
4. Ministrstvo za zdravje. Področni dogovor za bolnišnice 2007. Dosegljivo na: <http://www.zzs-mcs.si/ozzs.asp?FolderId=458>

Prispelo 2008-09-01, sprejeto 2008-11-06