

Zakon o dolgotrajni oskrbi – pomisleki:

1. Zakon dodatno obremenjuje upokoјence za plačilo zdravstvenega prispevka (kot je razvidno, znatni del predstavljajo zdravstvene storitve, manjši del pa socialne storitve). Iz tega vidika je ureditev diskriminatorna do starostnikov. Starostniki se v enem delu izključujejo iz sistema klasičnega zdravstvenega zavarovanja;
2. Glede na določbo drugega odstavka 7. člena bo pri določanju javne mreže eden od kriterijev dostopnost do različnih načinov opravljanja dolgotrajne oskrbe. To pomeni, da bo javna mreža prilagojena kadrovskim sposobnostim, preostali bodo dobivali denarni dodatek (kar pa verjetno ne bo zadoščalo za pokrivanje stroškov) – država pa bo prikazovala, da ima urejeno dolgotrajno oskrbo.
3. Sistem vodenja kakovosti je popolna dimna zavesa in ne bo reševal problemov pomanjkljive dolgotrajne oskrbe. Nasprotno, tak sistem bo vzdrževal nejasni položaj. Od ocenjevalcev in dostopnosti pa bo odvisno, kakšne bodo ocene kakovosti. To se dogaja že sedaj na področju zdravstva. Sistem vodenja kakovosti dejansko vodi v popolno neakovost in dodatne stroške za izvajalce dejavnosti. Glede na sedanjo prakso bo to pomenilo, da bodo zaradi poenostavitve sicer standardi okvirno določeni, vendar pa bodo to izenačili tudi s pridobljenimi certifikati s strani akreditacijskih inštitucij (že videno na več področjih v RS – kakovost pa dejansko pada iz leta v leto; ob kadrovske pomanjkanju sistem kakovosti ne deluje, akreditacijske inštitucije praviloma ne pregledujejo spornih zadev, ker imajo interes vzdrževati akreditacijo).
4. Uvajanje strokovnega sveta po 9. členu pomeni izogibanje ministra za sprejete odločitve oz. skrivanje za »kvazi-stroko.« Gre za institut franšizne države.
5. Pravice do dolgotrajne oskrbe se pomanjkljive in dejansko ne sledijo zahtevam dolgožive družbe – manjkajo vmesne oblike od bivanja na domu do bivanja v domovih za starejše občane (varovana stanovanja, bivalne skupnosti, medgeneracijska naselja...).
6. Določba 1. alineje tretjega odstavka 11. člena sodi med prehodne in končne določbe. Po uveljavitvi zakona naj bi se že dodeljeni dodatki za pomoč in postrežbo po drugi zakonodaji ukinili in določili po tem zakonu;
7. Neenaka obravnava zavarovancev – v primeru, da zavarovanec biva v domu, bo v celoti plačal namestitev ter celotne stroške prehrane, doma bo plačal samo stroške nabave, ostalo bo krilo zavarovanje (glej tretji odstavek 14. člena).
8. Predlog zakona znižuje pridobljene pravice – v primeru, da bo država določila posamezniku, glede na kadrovske zmožnosti, denarni prejemek, potem bo namesto

sedanji skoraj 498 EUR prejemnik dodatka za pomoč in postrežbo prejemal zgolj 491 EUR. To pa posledično pomeni, da zakon zmanjšuje socialni položaj prejemnikov tega dodatka.

9. Ocena psihofizične sposobnosti pri IK ZPIZ po tretjem odstavku 20. člena je iracionalna, ker postopki trajajo predolgo (že izdelava ostalih mnenj, kjer so udeleženi psihiatri ali psihologi, zaradi pomanjkanja kadra trajajo nerazumno dolgo). Zavarovanci bodo dalj časa brez oskrbe (glede na izključujočnost pravic).
10. Pri oskrbi na domu manjkajo določbe o sofinanciranju nabave ali izposoje tehničnih pomagal (npr. jedilni pribor za parkinsonike, stoli za pomoč pri dviganju oseb, sofinanciranje prilagoditev bivalnih prostorov za starostnike in oskrbovalce,...). Skratka, zakon tudi v tem delu ne sledi logiki dolgožive družbe temveč zgolj povzroča nepotrebno povečevanje stroškov dolgotrajne oskrbe ali zniževanja socialne varnosti oskrbovancev.
11. Določba 25. člena je diskriminatorna do oskrbovalcev saj jim omejuje pravico do letnega dopusta. Zadeve so neustrezne in ne bodo delovale – bolj smiselno bi bilo uvesti nadomestno pravico v domovih za starejše občane.
12. Pravice iz 32. člena so pravice, ki bi morale biti krite iz OZZ. Drugače gre za diskriminatorno obravnavo zavarovanih oseb.
13. Določbo 33. člena bi bilo potrebno uskladiti v smeri, da se storitev krije v polnem obsegu, račune pa neposredno krije zavarovalnica, ki tudi sklepa pogodbe za e-oskrbo na podlagi javnega naročanja (glej še 46. člen).
14. Določba 34. člena dejansko pomeni možnost še večje neenakopravne obravnave zavarovancev in statistično izkazovanje države, da je ustrezno poskrbela za dolgotrajno oskrbo.
15. Glede na določbo 35. člena v povezavi s 7. členom bodo pravice določanje glede na obseg razpoložljivih sredstev ter kadrovske razpoložljivostjo na terenu. Določba 35. člena tudi omogoča legalno nadaljevanje stanja, ko bodo starostniki brez izbranega zdravnika.
16. Zakon je nekonsisten – če gre za izvajanje javne službe, ki se izvaja neprofitno, potem ne more in ne sme biti pogodb med zavarovancem in izvajalcem (določba 42. člena).
17. Določba 47. člena naj se črta – gre za pravno nedopustno rešitev. Zakaj bi prejemnik odgovarjal za napake drugih. Naj se uvede zavarovanje za pravno zaščito ali pa odgovornost po pravilih za napako državnih organov.
18. V izogib težavam, ki so prisotne v zdravstvu mora zakon obvezno upoštevati dvoje: storitve javne službe morajo biti v celoti financirane iz obveznega prispevka ter na

področju javne službe so enake storitve trga prepovedane (določba 57. člena naj se črta).

19. Določba 77. člena bi morala vsebovati ureditev, po kateri vzorec koncesijskega akta za občine objavi ministrstvo (ustavno načelo enakosti).

Pripravil dr. Borut Stražišar – pravnik, član DeSUS OO Jesenice