

Natalija Perišić¹

*Univerzitet u Beogradu
Fakultet političkih nauka*

Dugotrajna zaštita starih u sistemu socijalne sigurnosti Srbije²

Apstrakt

Elementi dugotrajne zaštite starih u Srbiji nalaze se najvećim delom unutar sistema zdravstva i socijalne zaštite i uopšteno obuhvataju prava na određene naknade i usluge. Deo javne politike koji se odnosi na zadovoljavanje potreba za dugotrajnom zaštitom implicitno se oslanja na podršku porodice, odnosno na različite vidove neformalne pomoći. Postojeći i projektovani demografski trendovi, socijalna situacija, kao i zdravstveno stanje populacije starih, zahtevaju integrativan pristup dugotrajnoj zaštiti i upućuju na brojne izazove postojećeg koncepta. Oni se podjednako odnose na pristup i kvalitet, koliko i na finansijsku održivost programa i mera. Glavni problemi egzistiraju u sferi neadekvatnog obuhvata starih institucionalnim i vaninstitucionalnim programima, uz upitan kvalitet nekih mera i ograničene finansije. Uočeni nedostaci u postojećem konceptu dugotrajne zaštite starih u Srbiji upućuju na potrebu direktnijeg povezivanja svih aktera, uz adekvatnije balansiranje državnog i privatnog sistema, institucionalne i vaninstitucionalne podrške, materijalnih i nematerijalnih davanja i usluga, republičkih i lokalnih nadležnosti.

Ključne reči:

dugotrajna zaštita, socijalna zaštita, zdravstvo, stari, Srbija

¹ Email: natalija.perisic@fpn.bg.ac.rs

² Rad je nastao u okviru naučno-istraživačkog projekta Univerziteta u Beogradu – Fakulteta političkih nauka, *Politički identitet Srbije u regionalnom i globalnom kontekstu* (evidencioni broj: 179076), koji finansira Ministarstvo prosvete i nauke Republike Srbije.

FRAGMENTIRANOST DUGOTRAJNE ZAŠTITE STARIH³

Koncepti dugotrajne zaštite starih u evropskim državama brojni su i međusobno različiti, kao što ne postoji jedinstven način sistemskog, institucionalnog i finansijskog uređenja ove oblasti javne politike. Oni uopšteno obuhvataju rehabilitaciju i obezbeđivanje osnovnih zdravstvenih usluga, kućnu negu, pripremu i serviranje obroka, dnevni boravak, socijalnu podršku, okupacione i podržavajuće aktivnosti (poput pomoći u instrumentalnim aktivnostima u svakodnevnom životu).⁴ Tako definisana, dugotrajna zaštita u Srbiji nije izdvojena kao zaseban sistem ili tzv. peti stub socijalne sigurnosti.⁵ Najveći deo aktivnosti dugotrajne zaštite starih u Srbiji nalazi se unutar sistema socijalne zaštite, a zatim i zdravstva. Od kraja 2010. godine, izvesni elementi dugotrajne zaštite starih ponovo su uvedeni i u sistem penzijskog i invalidskog osiguranja. Jednim delom, dugotrajna zaštita preneti je i na sferu privatnog obezbeđenja, posredstvom angažovanja privatnog, kako profitnog, tako i ne-profitnog sektora. Konačno, uprkos svemu, najznačajniji udeo u obezbeđivanju dugotrajne zaštite starih u Srbiji i dalje imaju porodice.

I – U sistemu *socijalne zaštite*, dugotrajna zaštita starih organizovana je na dva „koloseka“: institucionalnom i van-institucionalnom. *Institucionalne usluge* pružaju se u 49 državnih domova za stare, čiji smeštajni kapaciteti iznose 9.320 osoba preko 65 godina starosti.⁶ Reformom zakonskog osnova sistema socijalne zaštite, predviđeno je osnivanje socijalno-zdravstvenih ustanova „za korisnike koji zbog svog specifičnog socijalnog i zdravstvenog statusa imaju potrebu i za socijalnim zbrinjavanjem i za stalnom zdravstvenom zaštitom ili nadzorom.“⁷ Osnivanje socijalno-zdravstvenih ustanova predstavlja za sada jedinu opciju direktnog povezivanja ova dva razdvojena

³ U ovom radu dugotrajna zaštita analizirana je samo sa stanovišta starenja i zaštite starih, a ne i osoba sa invaliditetom.

⁴ European Commission, *Long-term Care in the European Union*, 2008. Dostupno preko <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=768&langId=en> (Pristupljeno 7. maja 2013), str. 3.

⁵ Natalija Perišić, „Karakteristike i dometi primene Otvorenog metoda koordinacije u evropskom i nacionalnom kontekstu“, *Godišnjak FPN*, Vol. 7, br. 7, str. 226.

⁶ Ministarstvo rada, zapošljavanja i socijalne politike, *Smeštaj starih lica u dom*, 2011, Dostupno preko <http://www.minrzs.gov.rs/cms/sr/smestaj-starih-lica-u-dom> (Pristupljeno 15. aprila 2011).

⁷ „Zakon o socijalnoj zaštiti“, *Službeni glasnik Republike Srbije*, Dostupno preko http://www.parlament.gov.rs/content/cir/akta/akta_detalji.asp?Id=1067&t=Z (Pristupljeno 15. aprila 2011), čl. 60.

delu sistema i verovatnog posledičnog poboljšanja pružanja usluga, kao i njihove koordinacije.

Istovremeno, zakonski se ustanovljava i mogućnost da usluge domskog smeštaja za stare, između ostalih, pruža „pružalac usluga socijalne zaštite koji je za to licenciran kroz postupak javne nabavke usluga socijalne zaštite“,⁸ u onim slučajevima u kojima one ne mogu da se obezbede u potrebnom obimu u državnim ustanovama socijalne zaštite. Upravo u ovom delu *Zakona o socijalnoj zaštiti* vidljive su naznake povećanja udela privatnog obezbeđenja dugotrajne zaštite starih.

Pružanje usluga domskog smeštaja za stare predstavlja jednu od oblasti za koju duži niz godina postoji veliko interesovanje privatnog sektora. Razlog za to odnosi se na nepostojanje dovoljnih kapaciteta u državnim ustanovama za zbrinjavanje starih i lista čekanja, koje su rezultovale kao posledica neusklađenosti između potreba i mogućnosti. Privatnim domovima za stare, čije je osnivanje u prethodnom periodu bilo naročito intenzivno, međutim, manjka kvalifikovano osoblje, i to ne toliko medicinsko, koliko socijalni radnici.⁹ Usled nemogućnosti zadovoljavanja tog kriterijuma, ali i drugih standarda, koji su zakonski vrlo striktni, privatni domovi za stare u praksi retko su registrovani kao smeštajni kapaciteti za stare, iako se *de facto* bave tom delatnošću. Zbog brojnih nepoznanica povezanih sa ovim problemima, nije poznat broj ustanova koje zaista pružaju usluge domskog zbrinjavanja starih, kao ni broj korisnika. Prema podacima Ministarstva za rad i socijalnu politiku, u Srbiji je od 2004. do kraja 2010. godine osnovano 46 privatnih domova za stare, čiji su smeštajni kapaciteti oko 1.252 osobe.¹⁰ U periodu koji je usledio, sve do avgusta 2012. godine, kada se njihov broj uvećao na 93 (od čega je 37 imalo zabranu za rad), smeštajni kapaciteti su udvostručeni i iznose oko 2.431.¹¹

Za razliku od domskog smeštaja, pomoć u kući, koja se ubraja u *vaninstitucionalne usluge*, predstavlja formu podrške boravku korisnika u porodici i to u onim slučajevima u kojima osoba nije u stanju da se stara o sebi, odnosno ukoliko porodica nije u mogućnosti da pruži odgovarajuću podršku ili ne

⁸ Ibidem, čl. 64.

⁹ Pokrajinski zavod za socijalnu zaštitu, *Privatni domovi za stara lica u sistemu socijalne zaštite AP Vojvodine*, Dostupno preko: www.pzs.gov.rs/multimedia/.../_Analiza%20privatnih%20domova.doc (Pristupljeno 7. maja 2013).

¹⁰ Ministarstvo rada, zapošljavanja i socijalne politike, *Smeštaj starih lica u dom*, 2011, op. cit.

¹¹ Ministarstvo rada, zapošljavanja i socijalne politike, *Smeštaj starih lica u dom*, 2011, Dostupno preko <http://www.minrzs.gov.rs/doc/porodica/stari/PRIVATNI%20domovi%20SRBIJA%20-%20avgust%202012.doc> (Pristupljeno 7. maja 2013).

postoji. Ona obuhvata usluge obavljanja delatnosti u domaćinstvu – čišćenje i raspremanje, kupovinu hrane i ostalih potrepština, itd. Pomoć u kući pruža se u 113 opština u Srbiji, predstavljajući uslugu za stare koja se najviše razvija, ali je istovremeno i najdeficitarnija. U 2010. godini, stari su činili 87,4% korisnika ove usluge, kojih je bilo ukupno 13.272. Istovremeno, čak 1.693 starih nalazi se na listi čekanja za pomoć u kući.¹²

Konačno, hraniteljstvo starijih osoba u praksi realizuje se kroz dva modaliteta: smeštajem stare osobe u hraniteljsku porodicu i/ili ostankom starije osobe u sopstvenom domu i primanjem hraniteljske porodice. Međutim, ova opcija primenjuje se neopravdano retko u Srbiji.¹³

Prava koja se takođe odnose na dugotrajnu zaštitu starih unutar sistema socijalne zaštite jesu prava na materijalnu podršku, tj. naknade – novčanu socijalnu pomoć i dodatak za negu i pomoć drugog lica. Kada je u pitanju pravo na novčanu socijalnu pomoć, stari preko 65 godina tretiraju se kao pojedinci koji nisu sposobni za rad, tako da imaju pravo na uvećanu novčanu socijalnu pomoć (20% uvećanje u odnosu na regularni iznos), i to neprekidno, tokom čitave godine. Sam iznos čak i uvećane naknade izuzetno je skroman i ne obezbeđuje zadovoljavanje osnovnih potreba. Dodatno, uslovi za ostvarivanje prava izuzetno su striktni i praćeni brojnim administrativnim procedurama.

Pravo na dodatak za pomoć i negu drugog lica mogu da ostvare oni korisnici kojima je pomoć i nega drugog lica „neophodna radi zadovoljenja osnovnih životnih potreba i koje ne može da ustane iz kreveta, da se kreće unutar stana bez upotrebe pomagala, da se hrani, svlači, oblači ili da održava osnovnu ličnu higijenu bez pomoći drugog lica“.¹⁴ Broj korisnika ovog prava tokom poslednjih godina je u porastu. Mesečni iznos ove naknade sličan je iznosu socijalne pomoći. Pravo na uvećanu naknadu za tuđu negu i pomoć imaju lica sa stoprocentnim telesnim oštećenjem po jednom osnovu ili trajnim poremećajem neurološkog i psihičkog tipa i lica sa više oštećenja, s tim da nivo oštećenja iznosi po sedamdeset i više procenata po najmanje dva osnova.

¹² Lidija Kozarčanin, „Izveštaj o radu centara za socijalni rad za 2010. godinu (skraćena forma)“, *Glas centara*, 15. januar 2012, str. 27.

¹³ Dragana Dinić, „Promovisanje hraniteljstva kao oblika zbrinjavanja ostarelih osoba“, u Dragana Dinić (ur), *Detekcija i hraniteljstvo starijih ljudi*, Gerontološko društvo Srbije, str. 71.

¹⁴ „Zakon o socijalnoj zaštiti“, *Službeni glasnik Republike Srbije*, op. cit, čl. 92. Mesečni iznos ove naknade regulisan je zakonski u iznosu od 7.600 RSD, a uvećane naknade u iznosu od 20.050 RSD (*Ibidem*, op. cit, čl. 93 i 94). Za februar 2013. godine iznosi su 9.157 RSD i 24.699 RSD respektivno. Ministarstvo rada, zapošljavanja i socijalne politike, *Visine socijalnih davanja*, 2013, Dostupno preko <http://www.minrzs.gov.rs/socijalna-davanja-visina.php> (Pristupljeno 28. marta 2013).

II – U sistemu *zdravstvene zaštite*, lica starija od 65 godina predstavljaju naročito izdvojenu grupu, ka kojoj se usmerava posebna pažnja, s obzirom na povećanu izloženost rizicima obolevanja.¹⁵ Izuzev toga, ne postoje specifično definisana ili šira prava starih na zdravstvenu zaštitu, u odnosu na druge starosne grupe.

Sprovedenje i obezbeđivanje palijativnog zbrinjavanja na primarnom nivou organizovano je posredstvom službi za kućno lečenje i negu u domovima zdravlja. Međutim, čak nešto preko 40% domova zdravlja nema službu za kućno lečenje i negu,¹⁶ već se delatnosti ovih službi obavljaju kao deo delatnosti zdravstvene zaštite odraslih (opšta medicina, hitna pomoć, polivalentna patronažna služba).

Broj i struktura zaposlenih lekara u službama kućne nege i lečenja, kao i njihova opterećenost, u skladu su sa usvojenim nacionalnim standardima rada. Nasuprot tome, broj medicinskih sestara i tehničara nije dovoljan, a posledično je i njihova opterećenost iznad propisanih standarda.

Dugotrajna medicinska nega pruža se na odeljenjima za tzv. produženo lečenje i negu, i to na sekundarnom (u opštim i specijalnim bolnicama), kao i na tercijarnom nivou (klinike). Ustanove koje pružaju usluge produženog lečenja i nege jesu zapravo one bolnice i klinike koje u najvećem procentu zbrinjavaju gerijatrijske bolesnike, koje se bave palijativnom negom, hemioterapijom, psihijatrijskim lečenjem, neurologijom, fizikalnom medicinom i rehabilitacijom. „Postoji direktiva da između 10% i 15% svih bolničkih postelja mora biti na raspolaganju starijim pacijentima i za palijativno zbrinjavanje, ali samo tokom perioda od najduže 30 dana. Međutim, usled deficitarosti usluga u zajednici, i dalje je prilično uobičajeno da se stari hospitalizuju i smeste u takve ustanove radi dugotrajne nege.“¹⁷

III – U sistemu *penzijskog i invalidskog osiguranja*, na osnovu zakonskih izmena u 2010. godini, ponovo je uvedeno (prethodno ukinuto) pravo na isplatu novčane naknade za tuđu negu i pomoć, između ostalog, i korisnicima smeštenim u domove za stare. Pravo na tuđu negu i pomoć u sistemu penzijskog i invalidskog osiguranja mogu da ostvare samo oni koji su

¹⁵ „Zakon o zdravstvenoj zaštiti“, *Službeni glasnik Republike Srbije*, br. 107/05, 72/09, 88/10, 99/10, čl. 13.

¹⁶ Vlada Republike Srbije, *Odgovori na Upitnik Evropske komisije*, 2011a, Dostupno preko: http://www.seio.gov.rs/upload/documents/upitnik/odgovori_na-upitnik_ek.zip (Pristupljeno 4. aprila 2011).

¹⁷ Marija Kolin, „Ageing and the Welfare Mix Policy in Serbia“ in August Österle (ed.), *Long-term Care in Central and South-Eastern Europe*, Peter Lang, Frankfurt am Main, 2011, p. 156.

uplaćivali doprinose za penzijsko i invalidsko osiguranje (a ne svi građani) koji su nepokretni ili nisu u stanju da se samostalno kreću, hrane, svlače, oblače i održavaju ličnu higijenu, kao i slepa lica.¹⁸ Ovo pravo ne može se ostvariti ukoliko ga lice ostvaruje u sistemu socijalne zaštite. Iznos ove naknade po osnovu penzijskog i invalidskog osiguranja je fiksna i prima je oko 77.000 korisnika penzija u Srbiji.¹⁹

IV – Uloga *porodice* u zadovoljavanju potreba za dugotrajnom zaštitom starih u Srbiji je značajna i višestruka – najveći broj starih oslanja se na porodičnu podršku u zadovoljavanju različitih potreba i „može se pretpostaviti da se ta brojka kreće i preko 90% starih“.²⁰ Ona je, međutim, suočena sa izvesnim suštinskim preprekama, odnosno nije sigurno da će porodice u Srbiji u budućnosti biti u mogućnosti da obezbeđuju obuhvatnu dugotrajnu zaštitu svojih starih članova. U kontekstu postojećih demografskih trendova, koji se odlikuju izraženim starenjem i uvećanjem udela najstarijih starih, sasvim je izvesno da će potrebe za dugotrajnom zaštitom imati sve veći broj stanovnika. Dodatno, s obzirom na duže godine očekivanog života žena, veći je broj starih žena koje imaju potrebu za dugotrajnom zaštitom, nego muškaraca.

Specifičnost potreba najstarijih starih vrlo često zahteva institucionalno zbrinjavanje, jer nije moguće njihovo zadovoljavanje u porodici. Liste čekanja u državnim domovima primoravaju porodice na traženje alternativnih rešenja. Privatni domovi predstavljaju održivu opciju samo za one koji imaju dovoljna finansijska sredstva, što nije posebno raširena pojava. Slično se odnosi i na privatno angažovanje neformalnih negovateljica. S druge strane, u slučaju opredeljenosti porodice za usluge državnih službi (poput pomoći u kući i geronto-domaćica), javljaju se značajne nepokrivene praznine, odnosno potrebno je bar izvesno vreme angažovati privatne negovateljice ili se članovi porodice sami moraju angažovati na zadovoljavanju potreba za dugotrajnom zaštitom njihovih najstarijih članova. To je često onemogućeno

¹⁸ „Zakon o izmenama i dopunama Zakona o penzijskom i invalidskom osiguranju“, *Službeni glasnik Republike Srbije*, Dostupno preko http://www.parlament.gov.rs/content/cir/akta/akta_detalji.asp?Id=1045&t=Z# (Pristupljeno 1. aprila 2011), čl. 19.

¹⁹ Prema poslednjim raspoloživim podacima, naknada za tuđu negu i pomoć u sistemu penzijskog i invalidskog osiguranja iznosi 15.439 RSD. Fond PIO, *Naknada za pomoć i negu drugog lica*, 2013, Dostupno preko <http://www.pio.rs/lat/novcane-naknade.html> (Pristupljeno 26. marta 2013).

²⁰ Michael Sauer, „Poređenje režima dugotrajne zaštite – studija slučaja Srbije“, u Drenka Vuković, Natalija Perišić (ur), *Rizici i izazovi socijalnih reformi*, Fakultet političkih nauka, Beograd, 2012, str. 86.

i/ili otežano fizičkim barijerama, poput teritorijalne udaljenosti i skromnog komfora u stambenom prostoru čija veličina ne omogućuje preseljenje stare osobe. Pošto su, po pravilu, u tim slučajevima negovatelji ženski članovi porodice, vrlo je verovatno da su „dvostruko opterećeni“: osim pružanja nege starim članovima, angažovani su i oko mlađih članova porodice (za koje često nisu dostupni odgovarajući mehanizmi zbrinjavanja u vrtiće, a rasporedi rada javnih škola nisu usklađeni sa radnim vremenom roditelja). Dodatno, mali broj porodica uspeva da zadovoljavajuće uskladi potrebe za dugotrajnom zaštitom i radnim obavezama.

Sasvim sigurno, porodicama je potrebno osnaživanje za obavljanje uloge zbrinjavanja najstarijih starih. To je posledica različitih objektivnih nepovoljnih trendova u društvu i podrazumeva razvoj niza servisa, na koje bi porodica mogla da se osloni i ravnomernije raspodeli svoj teret brige o starima. S druge strane, empirijski (ali i teorijski) neistražena tema porodične solidarnosti posle više od dvadeset kriznih godina u Srbiji, svakako bi predstavljala važan izvor saznanja za problematiku zbrinjavanja i zadovoljavanja potreba starih.

V – Konačno, brojne *nevladine organizacije (civilno društvo)* bave se pružanjem različitih usluga dugotrajne zaštite starima, pre svega onima iz socijalnog domena, poput pomoći u kući i psiho-socijalne podrške, ali isto tako i medicinske nege, kao i što se bave zastupanjem prava starih. Jedan od osnovnih nedostataka odnosi se na njihovo finansiranje, koje je često projektno, tj. ograničenog trajanja, što ima za posledicu kratkoročnost usluga. One se često realizuju u saradnji sa lokalnom zajednicom, koordinisane su sa programima međunarodnih donatora i prevashodno su dopunjujuće u odnosu na porodicu i javni sektor. Od 2004. godine, u Srbiji je organizovana HumanaS, kao mreža koja okuplja humanitarne organizacije i udruženja građana, ali i verske organizacije, koja se bavi pružanjem usluga starima. Njeni članovi su, između ostalog, i Crveni krst koji tradicionalno pruža usluge podrške starima, kao i Gerontološko društvo Srbije, Caritas, Čovekoljublje, Kolo srpskih sestara, Savez penzionera, Univerzitet za treće doba i dr. Prema postojećim procenama, oko 27.000 starih koristi usluge civilnog društva u Srbiji.²¹

FINANSIRANJE DUGOTRAJNE ZAŠTITE

Segment dugotrajne zaštite koji pripada zdravstvu se, prema procenama iz Nacionalnog zdravstvenog računa, u periodu od 2003. do 2006. godine finansirao sa 0,04% BDP (sa izuzetkom 2005. godine, kada su izdaci za dugotrajnu

²¹ Marija Kolin, „Ageing and the Welfare Mix Policy in Serbia,“ op. cit., p. 165.

negu iznosili 0,05%).²² Istovremeno, oni su predstavljali 0,33% ukupne potrošnje u zdravstvu 2003. godine, a 2008. godine 1%.²³ Drugim delom, koji pripada socijalnoj zaštiti, dugotrajna zaštita finansirana je sa 0,74% BDP u 2007. godini, a 0,84% u 2008. godini.²⁴

Deo zdravstvene zaštite i zdravstvenog osiguranja kojima su *de facto* regulisana prava koja se odnose na dugotrajnu negu finansira se na isti način kao i čitav sistem zdravstva.²⁵ Lica preko 65 godina starosti oslobođena su plaćanja participacije prilikom ostvarivanja prava na zdravstvenu zaštitu.

Sistem socijalne zaštite finansira se iz poreza, odnosno državnog budžeta. Iz republičkog budžeta finansiraju se usluge domskog smeštaja i državni domovi za stare, a iz opštinskih budžeta dnevne usluge u zajednici. U proseku, samo oko 2% opštinskih budžeta usmerava se ka programima socijalne zaštite.²⁶

Smeštaj u domovima za stare jednim delom finansiraju sami korisnici, a drugim delom država – u pitanju je tzv. supsidirano finansiranje, odnosno učešće korisnika u troškovima usluga. Iznos koji korisnik plaća uslovljen je visinom njegovih prihoda, zdravstvenim stanjem, porodičnim statusom i vlasništvom nad nepokretnošću. Stari bez prihoda ostvaruju ovo pravo u potpunosti o trošku budžeta. Privatni smeštaj finansiraju korisnici u celosti, a njegova cena podložna je tržišnim uslovima.

U *Memorandumu o budžetu sa projekcijama do 2013. godine* nisu razloženi troškovi za dugotrajnu negu unutar opšte projekcije rashoda za sistem zdravstva, tako da nije moguće ostvariti uvid u planirane trendove ovih izdataka. Isto se odnosi i na presek troškova za socijalnu zaštitu, koji ne sadrže pojedinačne stavke. S druge strane, formirana je Radna grupa za izradu podzakonskih akata za Zakon o socijalnoj zaštiti, čija je Grupa za standarde najavila kreiranje pravilnika o minimalnim nacionalnim standardima u socijalnoj zaštiti. U okviru toga, planirano je definisanje standarda višeg kvaliteta kod smeštaja starih, a najavljen je i rad na definisanju socio-zdravstvenih usluga i analizi finansija dugotrajne zaštite.²⁷

²² Milena Gajić-Stevanović, Nevenka Teodorović, Snežana Dimitrijević, Dragan Jovanović, „Ispitivanje finansijskih tokova u zdravstvenom sistemu Republike Srbije u periodu od 2003. do 2006. godine“, *Vojnosanitetski pregled*, Vol. 67, br. 5, str. 399.

²³ Vlada Republike Srbije, *Odgovori na Upitnik Evropske komisije*, 2011a, op. cit.

²⁴ *Ibidem*, op. cit.

²⁵ Zaposleni i poslodavci uplaćuju doprinose, dok država plaća zdravstvenu zaštitu iz budžeta za one koji to nisu u mogućnosti da plaćaju sami.

²⁶ Vlada Republike Srbije, *Odgovori na Upitnik Evropske komisije*, 2011a, op. cit.

²⁷ Vlada Republike Srbije, *Revidirani memorandum o budžetu i ekonomskoj i fiskalnoj politici za 2011. godinu sa projekcijama za 2012. i 2013. godinu*, 2010, Dostupno preko:

PROCENE POTREBA ZA DUGOTRAJNOM ZAŠTITOM STARIH

Srbija pripada vrlo starim populacijama u Evropi – sa 1.233.412 starih preko 65 godina, koji sačinjavaju 16,9% njene ukupne populacije, došlo je do izjednačavanja broja stanovnika mladih od 15 i broja stanovnika preko 65 godina. Stanovništvo visoke starosti (80 i više godina) iznosi 1,9% ukupne domaće populacije.²⁸ Istovremeno, veliki procenat starih živi sam ili u domaćinstvu sa osobom koja je takođe stara.

Rezultati postojećih projekcija o broju stanovnika Srbije upućuju na dalje starenje populacije u prvoj polovini XXI veka. „Stanovništvo Srbije će demografski stariti ukoliko se ostvari ma koja kombinacija pretpostavki na kojima se baziraju varijante projekcija. Razlike po varijantama ispoljile bi se jedino u brzini procesa starenja.“²⁹ Prema varijanti srednjeg fertiliteta, udeo osoba starije preko 65 godina porašće na 23,2% u 2050. godini, kao i što će se uvećati udeo lica preko 80 godina starosti.³⁰

Stopa rizika siromaštva lica preko 65 godina starosti je natprosečna. U 2009. godini iznosila je 18,2%, sa izraženom polnom razlikom, odnosno većom izloženosti starih žena siromaštvu. Uticaj socijalnih transfera na smanjenje siromaštva starih izuzetno je skroman (sa 18,9% na 18,2%).³¹

U analizi sektora dugotrajne zaštite u Srbiji, Kolin (2011) polazi od nepodesnosti statističkih podataka za procenu potreba za sistemom dugotrajne zaštite starih. Njena procena broja korisnika programa dugotrajne zaštite kreće se od toga da polovina starih preko 80 godina (što znači oko 70.000 ljudi) ima potrebu za uslugama dugotrajne zaštite, sve do toga da bi oko jedne trećine do jedne četvrtine starih mogli biti korisnici ovog sistema (300.000 do 400.000 ljudi).³²

http://www.mfin.gov.rs/UserFiles/File/dokumenti/Revidirani%20memorandum%20o%20budžetu%20i%20ekonomskoj%20i%20fiskalnoj%20politici%20za%202011_%20godinu%20sa%20projekcijama%20za%202012_%20i%202013_%20godinu.pdf (Pristupljeno 5. aprila 2011).

²⁸ RZS, *Statistički kalendar Republike Srbije 2011*, Republički zavod za statistiku, Beograd, 2011a.

²⁹ RZS, *Projekcije radne snage Republike Srbije 2010–2050*, Republički zavod za statistiku, Beograd, 2011b, str. 9.

³⁰ RZS, *Projekcije radne snage Republike Srbije 2010–2050*, op. cit., str. 9.

³¹ Vlada Republike Srbije, *Revidirani memorandum o budžetu i ekonomskoj i fiskalnoj politici za 2011. godinu sa projekcijama za 2012. i 2013. godinu*, 2010, op. cit.

³² Marija Kolin, „Ageing and the Welfare Mix Policy in Serbia,“ op. cit., str. 160–162.

Značajan aspekt toga predstavlja i činjenica da četiri petine starih pati od neke vrste zdravstvenih problema, najčešće od multimorbiditeta. U morbiditetu starih dominiraju hronične bolesti, a njihova incidenca povećava se sa godinama života.

Na ogroman značaj istraživanja u ovoj oblasti upućuju rezultati studije koju je 2007. godine sprovedla nevladina organizacija *Amity* i koja govori u prilog tome da sa informacijama o dugotrajnoj zaštiti nisu dovoljno upoznati ni sami stari. Na primer, stari ne poseduju dovoljno informacija o pravima i uslugama u sistemu vaninstitucionalne zaštite. Prema samoprocenama starih, uprkos postojanju hroničnih bolesti kod 80% anketiranih starijih od 70 godina, većina je ocenila da je funkcionalno sposobna za život u sopstvenom domaćinstvu, pod uslovom da dobije neku pomoć druge osobe. Podrška porodice starih u rešavanju njihovih svakodnevnih problema predstavljala je najvažniju formu pomoći, za razliku od institucionalnih mera, koje su samo marginalno zastupljene. Izvesne usluge pomoći koristilo je tek 9% starih preko 70 godina, većinom oni koji su hronično bolesni ili koji su boljeg materijalnog stanja. Ispitanici sa višim prihodima koristili su usluge pomoći u kući i dnevne nege, kao što vrlo često posećuju klubove za stare. Ovo istraživanje pokazalo je da usluge pomoći u kući i dnevne nege koristi samo 0,28% anketiranih preko 65 godina starosti, a klubove 1% starih preko 60 godina.³³

POSTOJEĆI STRATEŠKI OKVIR ZA DALJI RAZVOJ DUGOTRAJNE ZAŠTITE STARIH

Period reformi zaobišao je dugotrajnu zaštitu, što se naročito odnosi na segment koji pripada zdravstvu. Dugotrajno zbrinjavanje u sistemu socijalne zaštite modifikovano je u pravcu razvoja vaninstitucionalnog smeštaja i pružanja usluga starima u njihovim domovima i načinjeni su izvesni reformski iskoraci, pre svega na nivou usvajanja strateških dokumenata. Različiti aspekti koji pripadaju oblasti dugotrajnog zbrinjavanja i poboljšanja situacije i položaja starih razmatrani su u nizu strateških dokumenata usvojenih u poslednjih desetak godina.

Problematika politike dugotrajne zaštite, unutar konteksta socijalne zaštite, najprepoznatljivija je u *Strategiji razvoja socijalne zaštite* (2005) i *Nacionalnoj strategiji o starenju* (2006). Obe strategije usklađene su načelno sa ciljevima dugotrajne zaštite proklamovanim za države članice Evropske unije, i to u kontekstu Otvorenog metoda koordinacije.

³³ Nadežda Satarić, Mirjana Rašević, *Vaninstitucionalna zaštita starijih ljudi u Srbiji – jaz između potreba i mogućnosti*, Amity, Beograd, 2007, str. 30–33.

U *Strategiji razvoja socijalne zaštite*, princip dostupnosti dugotrajne zaštite istaknut je kao osnovni cilj razvoja socijalne zaštite, kroz „stvaranje mreže raznovrsnih, dostupnih usluga u zajednici u skladu sa potrebama i najboljim interesom korisnika“.³⁴ Njegovu značajnu dopunu predstavlja i to da se „uvođenjem sistema kvaliteta usluga obezbeđuje standardizacija u radu službi i profesionalaca u socijalnoj zaštiti, a odgovarajući nivo usluga i zaštite omogućava permanentno praćenje efekata zaštite“.³⁵ U *Strategiji* je istaknuto i da čitav sistem socijalne zaštite treba da bude efikasniji, a naročito za rizične grupe, kojima pripadaju i stari; da je potrebno afirmisati udeo lokalne zajednice u brizi o starima i podstaći učešće neprofitnog i privatnog sektora; kao i da je potrebno razviti nove usluge, uz povećanje obima i kvaliteta postojećih.

Nacionalnom strategijom o starenju prioritet je dat, između ostalog, merama za obezbeđivanje kvaliteta, bržeg razvoja i ravnomernijeg teritorijalnog razmeštaja odgovarajućih kapaciteta socijalne zaštite. Njen glavni cilj je „zdravstvenu i socijalnu zaštitu, tržište rada i obrazovanje, uskladiti sa demografskim promenama“.³⁶ U *Strategiji* su iznete i pretpostavke prema kojima će uvećanje broja starih, naročito onih preko 80 godina, „zbog iznemoglosti, bolesti i invalidnosti, odnosno bez podrške porodičnog okruženja biti upućeni na korišćenje odgovarajućih usluga socijalne, zdravstvene zaštite i drugih usluga, uključujući i obezbeđivanje nekih osnovnih životnih uslova“.³⁷ U vezi sa tim, konstatuje se i da ovakve procene promena zahtevaju razvijanje pojedinih segmenata sistema socijalne sigurnosti.

U radnom dokumentu-nacrtu, *Bolja primarna zaštita za sve nas – Smernice zdravstvene politike za jačanje sistema primarne zdravstvene zaštite u Srbiji od 2010. do 2015. godine*, ukratko je obrađena dugotrajna nega, sa zdravstvenog aspekta. Ona se posmatra zajedno sa kućnom negom i lečenjem. Istovremeno, predviđa se varijetet ambijenata u kojima se mogu pružati usluge dugotrajne zaštite, ravnopravnim uzimanjem u obzir i smeštajnih kapaciteta i prirodnog okruženja starih.

U *Strategiji za palijativno zbrinjavanje* preporuke za organizaciju palijativne nege odnose se na integraciju palijativne nege u sistem zdravstva, unapređenje i realizaciju najboljeg kvaliteta života za pacijenta i njegovu porodicu,

³⁴ Vlada Republike Srbije, „Strategija razvoja socijalne zaštite“, 2005, Dostupno preko <http://www.inkluzija.gov.rs/wp-content/uploads/2010/03/Strategija-razvoja-socijalne-zastite.pdf> (Pristupljeno 8. septembra 2009), str. 20.

³⁵ Vlada Republike Srbije, „Strategija razvoja socijalne zaštite“, 2005, op. cit., str. 20.

³⁶ Vlada Republike Srbije, *Nacionalna strategija o starenju*, 2006, Dostupno preko: <http://www.minrzs.gov.rs/doc/podrobnosti/strategije/Nacionalna%20strategija%20o%20starenju.pdf> (Pristupljeno 12. juna 2007), str. 2.

³⁷ Vlada Republike Srbije, *Nacionalna strategija o starenju*, 2006, op. cit., str. 12.

ustanovljavanje nacionalnih standarda, usklađivanje nacionalnih propisa sa relevantnim međunarodnim dokumentima, itd.³⁸

U *Prvom nacionalnom izveštaju o socijalnom uključivanju i smanjenju siromaštva i u Odgovorima Vlade Republike Srbije na Upitnik Evropske komisije o kandidaturi Srbije za članstvo u Evropskoj uniji* ukazuje se na fragmentiranost institucija za dugotrajnu zaštitu i na njihovu nedovoljnost. Povrh toga, u ovim dokumentima naglašava se nedovoljna razvijenost vaninstitucionalne mreže, kao i nedosledno sprovođenje koncepta deinstitutionalizacije, uporedo sa „nepostojanjem dovoljno rešenja u svakodnevnoj praksi, poput centara za mentalno zdravlje i drugih oblasti integracije zdravstvene i socijalne zaštite“.³⁹

IZAZOVI I PREPREKE ZA STVARANJE INTEGRALNOG SISTEMA DUGOTRAJNE ZAŠTITE STARIH

Demografska, socijalna i zdravstvena situacija starih u Srbiji nije predstavljala polazište potencijalne analize potreba, a zatim i troškova i koristi organizovanja sistema dugotrajne zaštite.⁴⁰ Istraživanje i procene (ne)raspoloživosti kadrova koje bi takav sistem zapošljavao, standarda kvaliteta koje bi ispunjavao i usluga koje bi pružao, za sada nisu dostupni, tako da ova problematika predstavlja nepoznanicu. Nedostaju i potencijalne projekcije i prognoze proširenja izvora i aktera finansiranja dugotrajne zaštite, iako se sa velikom verovatnoćom može pretpostaviti da su (kako formalni, tako i neformalni) izdaci porodica za zadovoljavanje potreba njenih članova za dugotrajnom zaštitom vrlo visoki.

Ne postoje naznake koncipiranja izdvojenog, samostalnog sistema dugotrajne zaštite, iako dugotrajna zaštita počinje da zadobija širi prostor, pre svega kod profesionalaca koji se bave ovom problematikom, kako u

³⁸ Vlada Republike Srbije, *Strategija za palijativno zbrinjavanje*, 2008, Dostupno preko: <http://www.zdravlje.gov.rs/downloads/Zakoni/Strategije/Strategija%20Za%20Palijativno%20Zbrinjavanje.pdf> (Pristupljeno 29. septembra 2010), str. 6–7, 9–10.

³⁹ Vlada Republike Srbije, *Prvi nacionalni izveštaj o socijalnom uključivanju i smanjenju siromaštva*, 2011b. Dostupno preko <http://www.inkluzija.gov.rs/wp-content/uploads/2011/03/Prvi-nacionalni-izvestaj-o-socijalnom-ukljucivanju-i-smanjenju-siromastva1.pdf> (Pristupljeno 5. maja 2011), str. 18–19.

⁴⁰ Nepostojanje podataka rezultuje nužnošću za stvaranjem značajnog broja pretpostavki, čemu doprinosi i razmatranje brojnih problema povezanih sa dugotrajnom negom preko posrednih i indirektnih veza. Na taj način, ponekad je otežano davanje utemeljenih informacija, a brojni aspekti povezani sa dugotrajnom zaštitom izmiču preciznim uvidima.

državnom, tako i u nedržavnom sektoru, a zatim i u naučnim krugovima. Razlozi i prepreke za to odnose se najviše na finansijska i organizaciona ograničenja, ali je vrlo verovatno da će pritisak očekivanih promena (u sferi demografije, rada i porodice) uputiti Vladu na razmatranje njegovog osamostaljivanja. Položaj starih mnogo više je u fokusu sa stanovišta njihove materijalne deprivacije, nesigurnih prihoda u starosti i iznad prosečne izloženosti siromaštvu, a zatim i problema ostvarivanja prava na lečenje. Ove teme svakako pripadaju dugotrajnoj zaštiti, ali je ne iscrpljuju i nisu *diferentia specifica* dugotrajne zaštite.

U *Izveštaju na temu postupaka preduzetih na nacionalnom nivou povodom UNECE-ove Strategije regionalnog sprovođenja Madridskog međunarodnog plana akcije u vezi sa starenjem u Republici Srbiji*, Saveta za pitanja starenja i starosti Vlade Republike Srbije, identifikovani su brojni izazovi u vezi sa starenjem uopšteno. Međutim, neki od njih odnose se direktno na dugotrajnu zaštitu u Srbiji, sa stanovišta procena o postojanju brojnih problema u obezbeđivanju sredstava za implementaciju organizovanijeg povezivanja resora zdravlja sa resorom socijalne zaštite u jedinstven koncept i program politike dugotrajne zaštite. To se posebno odnosi na usluge u lokalnoj zajednici namenjene dementnim i invalidnim osobama i njihovim porodicama. Istovremeno, kao neki od identifikovanih izazova jesu i nužnost osnaživanja porodica starijih, uprkos razvijanju usluga u zajednici, sa stanovišta toga da je porodica primarni okvir i okruženje u kom većina starih u Srbiji nalazi osnovnu podršku i sigurnost. To obuhvata i podršku neformalnim negovateljima i veću pomoć porodici koja brine o izrazito starim i bolesnim osobama.⁴¹

Rastuća potreba za dugotrajnom zaštitom za sada nije dovela do povećanja *pristupa* pravima. Taj pristup otežava i samo nepostojanje sistema – u praksi postoje izvesna (manja) preklapanja prava, ali mnogo češće postoje praznine. One se ne odnose čak ni na kompletno odsustvo zakonodavnog okvira, koliko na njegovu neimplementaciju. U tom kontekstu, nepostojanje određenih vrsta institucionalnog smeštaja i/ili nedovoljni kapaciteti upućuju na nemogućnost zadovoljavanja potreba za dugotrajnom zaštitom onih kojima su domovi jedina opcija. U Srbiji, smeštajni kapaciteti u javnim i privatnim domovima zajedno ne „pokrivaju“ ni 1% populacije starih.⁴² Situacija u vezi sa razvijenošću

⁴¹ Savet za pitanja starenja i starosti, *Izveštaj sa uputstvom na temu postupaka preduzetih na nacionalnom nivou povodom UNECE-ove Strategije regionalnog sprovođenja (RIS= Madridskog međunarodnog plana akcije u vezi sa starenjem (MIPAA))*, Savet za pitanja starenja i starosti, Beograd, 2011, str. 1–2.

⁴² U evropskim državama, najviša stopa pokrivenosti starih uslugama domskog smeštaja je na Islandu, gde iznosi 8,3%, a najniža u Makedoniji, gde iznosi 0,2%. European Commission, *Long-term Care for the Elderly*, Publication Office of the European Union, Luxembourg, 2012, p. 7.

vaninstitucionalne mreže komparativno je lošija (iako bi mogla predstavljati manji trošak po državu, uz istovremeno veće zadovoljstvo korisnika). Problem regionalne neujednačenosti je akutan, kada su u pitanju i institucionalne i vaninstitucionalne socijalne usluge, kao i na relaciji selo–grad. Pristup novčanim naknadama vrlo je striktan – uprkos povećanju broja korisnika, obuhvat ovim vidom zaštite izuzetno je nizak. Dodatno, skorašnja analiza ukazuje da su stari imali najmanju korist od izmena propisa o ostvarivanju prava na novčanu socijalnu pomoć.⁴³ Sa izvesnošću se može tvrditi da se to ponajviše odnosi na stare u ruralnim predelima, zbog posedovanja zemljišta.

Pravo na zdravstvenu zaštitu i na zdravstveno osiguranje gotovo je univerzalno, ali istraživanja socijalne isključenosti ukazuju na faktičku nedostupnost zdravstvenih usluga brojnim vulnerabilnim kategorijama, naročito starima. Situacija u ruralnim i manjim mestima, bez izuzetka, dodatno vodi ka faktičkoj nemogućnosti ostvarivanja prava. Palijativno zbrinjavanje i razvoj kapaciteta u ovoj oblasti tek treba da usledi i za sada je dostupan izuzetno malom procentu starih. Problem neinformisanosti o pravima na dugotrajnu zaštitu, koji je i inače izražen, postoji naročito kod onih grupa, kod kojih je zastupljena i ova kumulacija rizika. Dodatno, „za sada nisu uloženi adekvatni naponi u upoznavanje korisnika sa njihovim pravima“.⁴⁴

Osnovano se može pretpostaviti da bi integrisanje sistema dugotrajne zaštite vodilo i ka poboljšanju *kvaliteta* (bar sa stanovišta zadovoljstva korisnika), s obzirom na to da bi suštinsko priznavanje dvojake prirode potrebe za dugotrajnom zaštitom moglo da ponudi prevazilaženje izvesnih nedostataka kvaliteta.

Istraživanja kvaliteta uslugama pruženim u zdravstvu pokazuju natprosečno zadovoljstvo starih, što može biti objašnjeno i nižim stepenom njihovih očekivanja od zdravstvenog sistema. Kvalitet usluga u zdravstvu prati se i evaluira duži niz godina, dok se standardi za usluge u socijalnoj zaštiti finalizuju. Kvalitet usluga u segmentu socijalne zaštite, koji se odnosi na dugotrajno zbrinjavanje, uslovljen je često time da li se realizuje u institucionalnom ili u prirodnom okruženju stare osobe. Postoje naznake da je kvalitet vaninstitucionalnih usluga viši u odnosu na kvalitet domskog smeštaja.

Kvalitet usluga u privatnom sektoru konstantno izmiče uvidima, jer se njegova kontrola ne vrši dovoljno transparentno. Analiza rada privatnih domova Pokrajinskog zavoda za socijalnu zaštitu upućuje na neadekvatnu zastupljenost socijalnih radnika i na ograničenost delokruga njihovog rada na

⁴³ Nadežda Satarić, Marko Mihić, Marija Todorović, Vlade Satarić, *Analiza primene Zakona o socijalnoj zaštiti u delu novčanih socijalnih pomoći i cost benefit analiza servisa pomoć u kući za stara lica*, Amity, Beograd, 2013, str. 32–33.

⁴⁴ Michael Sauer, „Poređenje režima dugotrajne zaštite – studija slučaja Srbije“, op. cit., str. 87.

socioanamnestičku aktivnost i formiranje dosijea korisnika.⁴⁵ U Izveštaju Zaštitnika građana ukazuje se i na zanemarenost medicinske komponente u privatnim domovima (na često nepostojanje zdravstvenih kartona korisnika i sl.), kao i na često nepostojanje saglasnosti stare osobe sa smeštajem („... sa mnogih strana se ukazuje i na zloupotrebe prilikom smeštaja korisnika protiv njihove volje, jer teritorijalno nadležan centar za socijalni rad nema nikakvu ulogu u takvom smeštaju, a osobe koje se smeštaju u takve domove najčešće se ne pitaju za saglasnost, pa je za njihov smeštaj i boravak potrebno samo redovno plaćanje cene smeštaja“).⁴⁶

Kontrola kvaliteta nije dovoljno zastupljena ni u javnim domovima, a razlozi se nalaze, između ostalog, u nedorađenom sistemu inspekcije i nedovoljnom broju inspektora socijalne zaštite.⁴⁷ Akreditacija programa obuke u socijalnoj zaštiti ima za cilj uvođenje sistema kvaliteta u oblast stručnog usavršavanja,⁴⁸ a programi obaveznog kontinuiranog edukovanja zaposlenih, kako u zdravstvu, tako i socijalnoj zaštiti, svakako će imati pozitivan uticaj na unapređenje kvaliteta usluga. Nesumnjivo će tome doprineti i licenciranje organizacija koje pružaju usluge, kao i profesionalaca, naročito kada postane obligatorno.⁴⁹

Osnovni nedostaci na koje istraživanja kvaliteta u javnim domovima upućuju kreću se od česte „prenaseljenosti“ i loše higijene, preko nedovoljnog broja zaposlenih (pre svega negovateljica i medicinskog osoblja, a zatim i socijalnih radnika) i sve izraženijeg zdravstvenog profila domova,⁵⁰ u smislu izraženih zdravstvenih potreba korisnika usled duboke starosti.

Podela ovog segmenta politike između zdravstvene i socijalne zaštite, sa posledičnom podelom resursa za njihovo finansiranje, uporedo sa privatnim

⁴⁵ Pokrajinski zavod za socijalnu zaštitu, *Privatni domovi za stara lica u sistemu socijalne zaštite AP Vojvodine*, Dostupno preko www.ppsz.gov.rs/multimedia/.../_Analiza%20privatnih%20domova.doc, (Pristupljeno 7. maja 2013), str. 5.

⁴⁶ Ibidem, str. 4.

⁴⁷ Trenutno postoji pet inspektora socijalne zaštite. Ministarstvo rada, zapošljavanja i socijalne politike, *Smeštaj starih lica u dom*, 2012, op. cit.

⁴⁸ „Zakon o socijalnoj zaštiti“, *Službeni glasnik Republike Srbije*, op. cit., XV poglavlje.

⁴⁹ Pravilnik o licenciranju organizacija socijalne zaštite i Pravilnik o licenciranju stručnih radnika u socijalnoj zaštiti, kojima je predviđeno obavezno licenciranje, u procesu su usvajanja.

⁵⁰ „Posebno je uočeno da su domovi starih sve više zdravstvene ustanove, a stacionarni delovi namenjeni nepokretnim korisnicima postaju najveća odeljenja tih ustanova.“ Zaštitnik građana Republike Srbije, *Poseban izveštaj Zaštitnika građana o obavljenim nadzorima u ustanovama socijalnog staranja za smeštaj starih lica u 2010. godini*, Republika Srbija – Zaštitnik građana, Beograd, 2011, str. 72.

plaćanjima za izvesne usluge i sa neformalnim radom ženskih članova porodice, onemogućava procenjivanje rashoda za dugotrajnu zaštitu. Troškovi koje porodice imaju se potcenjuju, iako su se oni dodatno povećali tokom perioda krize, jer se ne izražavaju uvek i direktno materijalno. Dodatno, potcenjuju se i posredni troškovi koje društvo ima u vezi sa tim. Privatna plaćanja za dugotrajnu zaštitu, kao dopuna državnog sistema, nisu dugoročno održiva opcija zbog niske kupovne moći stanovništva. *Održivost* sistema mogla bi se graditi na pravom miksru državnog i privatnog sistema, institucionalne i vaninstitucionalne podrške, materijalnih i nematerijalnih davanja i usluga, republičkih i lokalnih nadležnosti.

Uočeni nedostaci u pogledu pristupa, kvaliteta i održivosti sistema zahtevaju intervencije usmerene ka umrežavanju svih aktera koji učestvuju u obezbeđivanju dugotrajne zaštite, paralelno sa jačanjem postojećih „kapaciteta“ i stvaranjem pretpostavki za konstituisanje novih. Ograničene državne finansije i inercija institucija najveća su prepreka za konstituisanje integrativne zaštite, uprkos očiglednosti potrebe za integrativnim pristupom. Prihvatanje pretpostavke o optimalnosti porodičnog ambijenta u starosti ne podrazumeva smanjenu odgovornost države za dugotrajno zbrinjavanje, već kreiranje programa kompletnije podrške porodicama koje se staraju o svojim starim članovima. Istovremeno, uprkos potrebi za širenjem usluga u zajednici, neophodno je i uvećanje smeštajnih kapaciteta u javnom sektoru, uporedo sa njihovim diverzifikovanjem u skladu sa karakteristikama korisnika. Razvoj privatnog sektora dugotrajne zaštite predstavlja specifičan izazov zbog niskog životnog standarda.

BIBLIOGRAFIJA

- [1] Dinić, Dragana, „Promovisanje hraniteljstva kao oblika zbrinjavanja ostarelih osoba“, u Dragana Dinić (ur), *Detekcija i hraniteljstvo starijih ljudi*, Gerontološko društvo Srbije, str. 58–83.
- [2] European Commission, *Long-term Care for the Elderly*, Publication Office of the European Union, Luxembourg, 2012.
- [3] European Commission, *Long-term Care in the European Union*, 2008. Dostupno preko <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=768&langId=en> (Pristupljeno 7. maja 2013).
- [4] Fond PIO, *Naknada za pomoć i negu drugog lica*, 2013. Dostupno preko <http://www.pio.rs/lat/novcane-naknade.html> (Pristupljeno 26. marta 2013).
- [5] Gajić-Stevanović, Milena, Teodorović, Nevenka, Dimitrijević, Snežana, Jovanović, Dragan, „Ispitivanje finansijskih tokova u zdravstvenom sistemu Republike Srbije u periodu od 2003. do 2006. godine“, *Vojnosanitetski pregled*, Vol. 67, br. 5, str. 397–402.
- [6] Kolin, Marija, „Ageing and the Welfare Mix Policy in Serbia“, in August Österle (ed.), *Long-term Care in Central and South-Eastern Europe*, Peter Lang, Frankfurt am Main, 2011, pp. 151–174.
- [7] Ministarstvo rada, zapošljavanja i socijalne politike, *Visine socijalnih davanja*, 2013. Dostupno preko: <http://www.minrzs.gov.rs/socijalna-davanja-visina.php> (Pristupljeno 28. marta 2013).
- [8] Ministarstvo rada, zapošljavanja i socijalne politike, *Smeštaj starih lica u dom*, 2011. Dostupno preko: <http://www.minrzs.gov.rs/cms/sr/smestaj-starih-lica-u-dom> (Pristupljeno 15. aprila 2011).
- [9] Ministarstvo rada, zapošljavanja i socijalne politike, *Smeštaj starih lica u dom*, avgust 2012. Dostupno preko: <http://www.minrzs.gov.rs/doc/podrocna/stari/PRIVATNI%20domovi%20SRBIJA%20-%20avgust%202012.doc> (Pristupljeno 7. maja 2013).
- [10] Kozarčanin, Lidija, „Izveštaj o radu centara za socijalni rad za 2010. godinu (skraćena forma)“, *Glas centara*, 15. januar 2012.
- [11] Perišić, Natalija, „Karakteristike i dometi primene otvorenog metoda koordinacije u evropskom i nacionalnom kontekstu“, *Godišnjak FPN*, Vol. 7, br. 7, str. 226.
- [12] Pokrajinski zavod za socijalnu zaštitu, *Privatni domovi za stara lica u sistemu socijalne zaštite AP Vojvodine*. Dostupno preko: www.pzsz.gov.rs/multimedia/.../_Analiza%20privatnih%20domova.doc (Pristupljeno 7. maja 2013).
- [13] RZS, *Statistički kalendar Republike Srbije 2011*, Republički zavod za statistiku, Beograd, 2011.
- [14] RZS, *Projekcije radne snage Republike Srbije 2010–2050*, Republički zavod za statistiku, Beograd, 2011.
- [15] Satarić, Nadežda, Mihić, Marko, Todorović, Marija, Satarić, Vlade, *Analiza primene Zakona o socijalnoj zaštiti u delu novčanih socijalnih pomoći i cost benefit analiza servisa pomoć u kući za stara lica*, Amity, Beograd, 2013.

- [16] Satarić, Nadežda, Rašević, Mirjana, *Vaninstitucionalna zaštita starijih ljudi u Srbiji – jazi između potreba i mogućnosti*, Amity, Beograd, 2007.
- [17] Sauer, Michael, Poređenje režima dugotrajne zaštite – studija slučaja Srbije“, u Drenka Vuković, Natalija Perišić (ur), *Rizici i izazovi socijalnih reformi*, Fakultet političkih nauka, Beograd, 2012, str. 79–95.
- [18] Savet za pitanja starenja i starosti, *Izveštaj sa uputstvom na temu postupaka preduzetih na nacionalnom nivou povodom UNECE-ove Strategije regionalnog sprovođenja (RIS= Madridskog međunarodnog plana akcije u vezi sa starenjem (MIPAA))*, Savet za pitanja starenja i starosti, Beograd, 2011.
- [19] Vlada Republike Srbije, *Odgovori na Upitnik Evropske komisije*, 2011a. Dostupno preko: http://www.seio.gov.rs/upload/documents/upitnik/odgovori_na-upitnik_ek.zip (Pristupljeno 4. aprila 2011).
- [20] Vlada Republike Srbije, *Prvi nacionalni izveštaj o socijalnom uključivanju i smanjenju siromaštva*, 2011b. Dostupno preko: <http://www.inkluzija.gov.rs/wp-content/uploads/2011/03/Prvi-nacionalni-izvestaj-o-socijalnom-ukljucivanju-i-smanjenju-siromastva1.pdf> (Pristupljeno 5. maja 2011).
- [21] Vlada Republike Srbije, *Revidirani memorandum o budžetu i ekonomskoj i fiskalnoj politici za 2011. godinu sa projekcijama za 2012. i 2013. godinu*, 2010. Dostupno preko: http://www.mfin.gov.rs/UserFiles/File/dokumenti/Revidirani%20memorandum%20o%20budzetu%20i%20ekonomskoj%20i%20fiskalnoj%20politici%20za%202011_%20godinu%20sa%20projekcijama%20za%202012_%20i%202013_%20godinu.pdf (Pristupljeno 5. aprila 2011).
- [22] Vlada Republike Srbije, *Strategija za palijativno zbrinjavanje*, 2008. Dostupno preko: <http://www.zdravlje.gov.rs/downloads/Zakoni/Strategije/Strategija%20Za%20Palijativno%20Zbrinjavanje.pdf> (Pristupljeno 29. septembra 2010).
- [23] Vlada Republike Srbije, *Nacionalna strategija o starenju*, 2006. Dostupno preko: <http://www.minrzs.gov.rs/doc/porodica/strategije/Nacionalna%20strategija%20o%20starenju.pdf> (Pristupljeno 12. juna 2007).
- [24] Vlada Republike Srbije, *Strategija razvoja socijalne zaštite*, 2005. Dostupno preko <http://www.inkluzija.gov.rs/wp-content/uploads/2010/03/Strategija-razvoja-socijalne-zastite.pdf> (Pristupljeno 8. septembra 2009).
- [25] „Zakon o izmenama i dopunama Zakona o penzijskom i invalidskom osiguranju“, *Službeni glasnik Republike Srbije*. Dostupno preko: http://www.parlament.gov.rs/content/cir/akta/akta_detalji.asp?Id=1045&t=Z# (Pristupljeno 1. aprila 2011).
- [26] „Zakon o socijalnoj zaštiti“, *Službeni glasnik Republike Srbije*. Dostupno preko: http://www.parlament.gov.rs/content/cir/akta/akta_detalji.asp?Id=1067&t=Z (Pristupljeno 15. aprila 2011)
- [27] „Zakon o zdravstvenoj zaštiti“, *Službeni glasnik Republike Srbije*, br. 107/05, 72/09, 88/10, 99/10.
- [28] Zaštitnik građana Republike Srbije, *Poseban izveštaj Zaštitnika građana o obavljenim nadzorima u ustanovama socijalnog staranja za smeštaj starih lica u 2010. godini*, Republika Srbija – Zaštitnik građana, Beograd, 2011.

Natalija Perišić

LONG-TERM CARE IN SERBIA

Abstract

The elements of long-term care in Serbia can be found within the systems of health care and social welfare and they generally comprise of rights to certain services and benefits. A part of the public policy dealing with long-term care needs implicitly relies on the support of families, i.e. different forms of informal help. Existing and projected demographic trends, social situation, as well as health conditions in elderly, require an integrative approach to long-term care and point to various challenges of the current concept. They equally refer to the accessibility and quality as well as financial sustainability of long-term care programmes and measures. The main problems rest within the spheres of inadequate coverage of elderly with institutional and out-of – institutional programmes, with disputed quality of certain measures and limited finances. Observed shortages of the current concept of long-term care in Serbia require the creation of direct connections among all stakeholders, along with adequate balancing between the public and private sectors, institutional and out-of-institutional programmes, cash benefits and in-kind benefits and services, Republic and local competencies.

Key words:

long-term care, social welfare, health care, elderly, Serbia