

УДК 613.98-053.9(497.11:4-672EU)

DOI: 10.5937/pr76-43698

Прегледни рад

*Владимир Јовановић**

Факултет за социјални рад, Лубљана

**КОНЦЕПТУАЛИЗАЦИЈА ПОЛИТИКА
ДУГОТРАЈНЕ НЕГЕ (*LONG TERM CARE*)
ЗА СТАРИЈУ ПОПУЛАЦИЈУ
– АНАЛИЗА (НЕ)УСАГЛАШЕНОСТИ
СРБИЈЕ СА КАРАКТЕРИСТИКАМА У
ПОЛИТИКАМА ПРИСУТНИМ У ЕУ**

Сажетак

Политике дуготрајне неге представљају важно поље односа држава према најугроженијим деловима становништва, а карактерише их (не)постојање могућности, избора, алтернатива, не(поштовање) аутономије избора, људских права, хуманости друштва. Дакле, кроз конципирање социјалних политика дуготрајне неге, уређује се друштвени однос према онима који су дугорочно зависни од туђе подршке како би обављали своје дневне активности, задовољавали основне потребе, били социјално интегрисани. У раду се приступа анализи усаглашености ових аспеката социјалне политике у Србији и Европској унији, применом компаративног метода, у односу на индикаторе релевантних области. Предмет истраживања фокусиран је на социјалне политике, и то у оном њиховом делу који се односи на дуготрајну негу старијег становништва. Територијално одређење предмета подразумева анализу стања у Републици Србији и државама Европске уније. Циљ рада је утврдити сличности и разлике у основним елементима политика дуготрајне неге, спровести

* vladimir.jovanovicfpn@gmail.com

компаративну анализу у односу на Републику Србију и релевантне представнике одговарајућих социјално-политичких модела који се препознају у државама чланицама Европске уније. У раду се настоји одговорити на питање да ли постоје разлике у формулацији и обезбеђењу дуготрајне неге, као и које су садржинске сличности и разлике, како у односу на опредељена средства, тако и на доступне активности подршке.

Кључне речи: дуготрајна нега, социјална политика, Европска унија, старије особе, корисник, Република Србија

УМЕСТО УВОДА

Овај рад има за замисао да истражи сличности и разлике у концептуализацији политика у контексту дуготрајне неге (*long term care*) старије популације унутар ЕУ земаља и Републике Србије, те укаже на предности и недостатке у контексту овог битног дела са аспекта социјално-политичког приступа.

Из претходне формулације, индиректно, може се закључити шта представља циљ и предмет истраживања. Предмет истраживања фокусиран је на социјалне политике, и то у оном њиховом делу који се односи на дуготрајну негу и заштиту старијег становништва. Територијално одређење предмета подразумева, анализу стања у Републици Србији и државама Европске уније. Услед недостатка простора и могућности да се анализира проблематика у свим ЕУ државама, у овом раду ће се представити по једна држава представник сваког од различитих социјално-политичких модела социјалне заштите који су присутни у ЕУ.

Следствено предмету, циљ истраживања јесте утврдити сличности и разлике у основним елементима политика дуготрајне неге и спровести компаративну анализу, и то у односу на Републику Србију и релевантне представнике одговарајућих социјално-политичких модела социјалне заштите који се препознају у државама чланицама Европске уније.

Полазна хипотеза од које се у раду приступа јесте да су разлике у формулацији и обезбеђењу дуготрајне неге присутне, и да се огледају како у самој садржини заштите, тако и у односу

на новчана издвајања, доступне услуге, те обим активности и укључености, као и подршке које су на располагању вулнерабилним категоријама становништва и њиховим сродницима (члановима породице, старатељима, неформалним неговатељима и другим особама од значаја за подршку).

ДУГОТРАЈНА НЕГА – ПОЛИТИКА ЗА СТАРОСТ ЗАСНОВАНУ НА МОГУЋНОСТИМА

Након што су кључне одреднице у претходном делу наведене, на овом месту треба указати и на појмовно категоријалну операционализацију рада како би се пренебрегле могућности погрешног и/или непотпуног разумевања текста. С тим у вези, на првом месту треба навести шта појам дуготрајне неге (*long term care*) подразумева. Дуготрајна нега подразумева услуге и активности које су неопходне особама које зависе од помоћи и подршке у обављању основних дневних потреба. Ова централна компонента личне неге често се пружа у комбинацији са основним медицинским услугама, као што су помоћ при превијању рана, лечењу боли, давању и надгледању узимања терапије, превенцијом, рехабилитацијом или палијативном негом (ОЕЦД 2005).

Још једну значајну дефиницију дуготрајне неге дала је Европска комисија и Комитет за социјалну заштиту. Они наводе да дуготрајна нега подразумева „низ услуга и помоћи људима који, услед менталних и/или физичких слабости и/или инвалидитета у дужем временском периоду зависе од помоћи и подршке у реализацији дневних животних активности и/или им је потребна стална медицинска нега” (Европска комисија и Комитет за социјалну заштиту 2014, 11). Наводи се, такође, да је дуготрајна нега систем који најчешће подразумева микс услуга социјалне заштите и неге, као и финансијске надокнаде – у целисти или делимично финансиране кроз систем социјалне заштите – на локалном, регионалном и/или националном нивоу.

У својој бити дуготрајна нега може се поделити на ону која се реализује у окружењу заједнице и у институционалном окружењу. Осим тога може се односити на подршку кроз пружање услуге/услуга, новчано давање или подршку неформалним неговатељима.

Друга битна термилошка одредница која произилази из самог наслова рада, јесте појам старија особа. Старија особа подразумева ону особу која је навршила 65 година живота. Сходно том старосном

одређењу и Закон о социјалној заштити одређује старијег корисника (Закон о социјалној заштити 2011).

Дакле, социјалне политике које препознају и на одговарајући начин формулишу дуготрајну негу заправо пружају могућности и изборе старијој популацији, које одговарају њиховим индивидуалним преференцијама. На тај начин ове политике прате принципе који превазилазе медицински модел збрињавања, а што је у сагласности са Конвенцијом о правима особа са инвалидитетом, коју је и наша држава ратификовала, а потом и потврдила Законом из 2009. године.

ОПШТЕ КАРАКТЕРИСТИКЕ СОЦИЈАЛНЕ ПОЛИТИКЕ У ДЕЛУ СОЦИЈАЛНЕ ЗАШТИТЕ У ЕУ

Један од аспеката дуготрајне неге, на основу ког се види суштински однос у имплементационој пракси представља одређење држава за концепте (де)институционализације. На самом почетку треба указати на чињеницу да је институционализација као облик заштите (барем декларативно) превазиђен у европској пракси (Јовановић и Бркић 2016). Тако деинституционализација, која представља више хуманизовано одређење и узима у обзир поштовање људских права свих становника заузима централни концепт у пракси. С тим у вези, узима се у обзир могућност аутономије и слободе избора корисника, пружа могућност за одређење провођења живота у институцијама или у властитом домаћинству. Један од одлучујућих аргумената који су допринели успостављању овог концепта у пракси јесте чињеница да резултати истраживања указују да већина особа изражава јасне тенденције да здравствено тешке периоде, као и друге ситуације у којима нису у могућности да самостално брину о себи, без додатне помоћи и подршке, ипак проведу у свом дому, а не у установи за смештај, институционалног типа (TNS Opinion and Social 2007).

Овај, управо наведени, податак представља својеврсни легитимитет за пружање подршке и помоћи у домаћинствима корисника. Ипак, иако један од најзначајнијих, овај аргумент није једини. Јер, пружање услуга из домена дуготрајне неге у домаћинствима корисника јесте и економски исплативије, него што је то случај са смештајем у институције. Нарочито је то изражено када се ради о неформалној подршци (Genet and Voergma 2014). Стога, у већини држава дугорочни планови несумњиво иду у правцу

пружања подршке, неге, бриге, помоћи у облику који подразумева деинституционални концепт и омогућује наставак животних активности у властитом дому, у заједници, уз обезбеђивање и формалне и неформалне подршке (ОЕЦД 2005).

Изузев наведеног, системи социјалне и здравствене заштите суочени су са све већим оптерећењем, и то како у односу на број корисника, тако и на њихове све сложеније потребе. Један од разлога због чега се дешавају промене ове врсте јесу и демографски фактори, као и друштвена кретања у већини европских земаља.

Посматрајући „ЕУ 27, тренутно на сваку особу старију од 65 година има четири радно запослена. Међутим, пројекције су да ће до 2050. године на сваку особу старију од 65 година бити само две радно ангажоване особе” (Genet and Voerman 2014, 3). Логична последица свега тога јесте да ће потреба за дуготрајном негом и заштитом бити у континуираном порасту у годинама које долазе. Актуелни став на који начин то обезбедити, а који заступају Владе држава чланица ЕУ није конзистентан у потпуности.

„С једне стране државне политике се налазе под притиском да дају предикцију будућих трендова и у односу на то развију макар визију обезбеђења становништва у стању потребе за додатном подршком и да самим тим предузму одговарајуће мере управљања. С друге стране, сектори социјалне и здравствене заштите у неким земљама показују очигледан тренд повлачења државног деловања и пружање све већег простора за приватне иницијативе” (Genet and Voerman 2014, 11).

У истраживању које је спроведено од стране ТНС истиче се да Европљани углавном (90% или више) заузимају став да би услуге и активности из домена система социјалне заштите требало да пружају јавне установе. Када је реч о финансирању и бризи, 48% испитаних мисли да би деца требала бити финансијски одговорна за бригу о старијим родитељима, уколико пензија и други приходи које остварују родитељи нису довољни. Али у том контексту, само 34% испитаних сматра да су услуге неге у домаћинствима корисника, финансијски приступачне (TNS Opinion and Social 2007).

Ипак, оно што карактерише савремене услове јесу и различите потешкоће. Између осталог, систем социјалне заштите се, услед све већег оптерећења, суочава са великим изазовом у обезбеђењу довољног и довољно компетентног броја професионалаца одговарајуће професије. Осим тог, проблем представља и све веће оптерећење

формалних система, а услед великог броја особа које немају сроднике који би им пружили потребну бригу и негу (Врачевић и др. 2022). Све ове ситуације и јесу нешто што се очекивало, јер уколико се узме у обзир однос броја радно способног и зависног становништва, а у контексту демографске реалности, јасно је да је све мање радно способних, а више особа зависних од подршке.

С тим у вези „питање недостатка неговатеља односи се како на формалне, професионално обучене особе, тако и на неформалне неговатеље (супружници, деца, други сродници, волонтери). У многим земљама неформална брига је све мање доступна, услед све веће мобилности, урбанизације и све већег учешћа жена на тржишту рада, које традиционално пружају у највећој мери неформалну негу (Genet and Voerma 2014). Такође, све је више и оних старијих и других вулнерабних група, који услед различитих разлога нису заснивали брак, немају децу, супружнике или неке друге сроднике који би о њима бринули.

Боерма и Генет (2014) су се бавили испитивањем начина обезбеђења услуга у смислу дугорочне неге и заштите, у кућним условима. У својим истраживањима утврдили су да је обезбеђење дуготрајне неге релативно нова појава која се односи на начин функционисања социјалне заштите у државама источне и централне Европе. Више је разлога који су узроковали ту појаву, тврде, а између осталих препознају се финансијски разлози (јер је пружање подршке и помоћи у кућним условима јефтиније) и хуманизација друштва. Ипак, као главни разлог издваја се аутономија и поштовање слободне воље корисника да упркос потешкоћама остану код куће. Актуелне пројекције говоре да услед све већег броја старијих особа у друштву и њихових очекиваних потреба и потешкоћа, постојаће велике потребе за разменом искустава добре праксе, како би се пронашао модел који омогућава пружање подршке, помоћи и неге, а која уравнотежује једнакост, доступност, квалитет и трошкове. Што значи садржи оптималну и праву комбинацију неформалне и формално обезбеђене неге у пракси и политикама (Genet and Voerma 2014).

Општи закључак је да је систем дугорочне неге старијих врло хетерогена категорија, различито организована. „Састоји се од пружања неге на дужи рок, краткотрајне подршке или палијативног збрињавања, а укључује, махом, социјалне и здравствене услуге” (Genet et al. 2012, 48). Оно што је карактеристично јесте и да се

„систем социјалне заштите чешће организује на локалном нивоу, да има нижи ниво професионализације и да се финансира мањим средствима у односу на здравствену заштиту” (Genet and Voerma 2014, 5). Област подршке у заједници је јако комплексна услед своје међузависности са другим секторима и областима, који имају улогу у пружању могућности корисницима да остану код куће – нпр. примарна здравствена заштита, становање, сектор социјалне заштите. „Координација је од суштинске важности, не само између професионалних пружаоца услуга, већ и између формалних и неформалних неговатеља” (Bonsang 2009, 150).

НАЧИНИ И МОДЕЛИ ОРГАНИЗАЦИЈЕ СОЦИЈАЛНЕ ПОЛИТИКЕ У ДЕЛУ СИСТЕМА СОЦИЈАЛНЕ ЗАШТИТЕ

„На нивоу ЕУ не постоји јединствена политика из области социјалне заштите. Сагласно принципу супсидијарности, државе чланице суверено регулишу ову област. Из тих разлога, постоје концептуалне и садржинске разлике међу европским државама у зависности од традиције и историјских околности” (Бркић 2013, 33).

Анализирајући доступне класификације модела, треба указати и на ону коју је понудио Шулц (Shultz 2010). Креирана примарно на концепту одговорности за кориснике, односно са аспекта ко је одговоран за имплементацију и спровођење социјално- политичких компоненти и доступност услуге кориснику, разликује 3 модела, и то: *модел државне подршке*, у ком је одговорност на држави; *модел породичне подршке*, у ком је одговорност на породици; *супсидијарни модел*, у ком је одговорност примарно на породици, али је и држава у обавези да пружа подршку како кориснику, тако и породици.

Значајну класификацију приредио је и Коломбо (*Colombo*) са сарадницима. Темљи се на опсегу права (таргетиран / универзалан), у том смислу да ли се држава определила за социјалну политику која се заснива на комбинацији мера или јединственом приступу. У односу на наведено разликују: *универзалне системе са јединственим програмом* (паралелни универзални програми који одликују Шкотску и земље Јужне и Источне Европе); *мешовите системе* – микс неколико универзалних или микс универзалних и таргетираних давања (системи са универзалним давањима чија висина зависи од прихода

корисника који одликују Француску, Ирску, Аустрију.); таргетиране системе (који комбинују универзална давања са таргетираним социјалним давањима који одликују Швајцарску, САД, Енглеску) (Colombo et al. 2011).

Професор др Мирослав Бркић у својој класификацији разликује пет различитих модела уређења социјално-политичких концепата у делу социјалне политике која је фокусирана на аспекте социјалне заштите. Он класификацију темељи на постојању идентичних или сличних социјално-политичких модела на којима се заснива одређени систем, и с тим у вези разликује: *либерални*; *социјалдемократски*; *корпоративистички*; *медитерански*; и *источноевропски* (Бркић 2013).

У наставку је компаративни приказ у ком су представљени различити модели система који се односе на дугорочну негу, а који представљају битне разлике и посебности у контексту регулисања система и имплементационе праксе.

Представљени су по један представник сваког од система који карактеришу политике дуготрајне заштиту у Европској унији. Стога су у наставку изложени представници социјалдемократског (Данска), корпоративистичког (Немачка) и медитеранског модела (Шпанија).

Источноевропски модел је конципиран на тај начин да је представник овог система и Република Србија, како у погледу својих карактеристика, институционалних решења, али проблема и изазова са којима се суочава. Наравно, као и код сваког другог модела, тако и код источноевропског, међу представницима постоје својеврсне различитости, али њихов обим, карактеристике нису значајне. Таква ситуација је присутна и имајући у виду Републику Србију као представника источноевропског модела. На овом месту, с тим у вези, треба указати и на налаз истраживања професора Бркића, где наводи да Република Србија по својим карактеристикама представља источноевропски модел, имајући у виду организацију система социјалне заштите (Бркић 2013). Услед претходно наведеног у раду је као представник источноевропског модела наведена Србија.

Како је Уједињено Краљевство престало да буде чланица ЕУ, а тема се односи на компарацију ЕУ земаља и Србије, због тога на овом месту се не налазе карактеристике неке од држава Уједињеног Краљевства. Уједињено Краљевство представља пример организације политика социјалне заштите у складу са либералним моделом. Он се примењује у земљама енглеског говорног подручја

(Енглеска, Велс, Ирска и Шкотска) и базира се на истицању личне одговорности за квалитет сопственог живота (2013). Уједињено Краљевство представља федерацију коју чине Енглеска, Шкотска, Велс и Северна Ирска. „Уједињено Краљевство Велике Британије и Северне Ирске карактеришу сличне политике, структуре и услуге којима се подржава живот у кућним условима” (Hutchinson 2013, 67). Дакле, у раду се из претходно наведених разлога, у наставку, не налази представник либералног модела, а то је чињеница да државе више нису чланице Европске уније.

КОМПАРАТИВНИ ПРИКАЗ

У овом делу изложене су карактеристике система дуготрајне неге за изабране представнике сваког од претходно наведених модела система социјалне заштите. Изабрани представници представљају карактеристичне примере три модела (корпоративистичког, социјалдемократског и медитеранског). А осим њих у раду су представљене и карактеристике система у Републици Србији (источноевропски).

Компаративни приказ је осмишљен тако што се састоји из домена од значаја за стање у области дуготрајне неге. Ови домени приказани су за сваку од наведених држава и представљају својеврсне варијабле. Њихова мерљивост илустрована је кроз индикаторе који су наведени у наставку.

Примењена методологија

Подаци који су коришћени у истраживачком делу рада припадају категорији секундарних извора података. Што значи да су коришћена доступна стручна, научна, истраживачка и друга релевантна сазнања објављена у другим радовима. Наведени подаци су мешовити и припадају реду како квантитативних, тако и квалитативних података, у зависности од конкретног домена и варијабле. Већи део података који је коришћен припада квантитативним, али један од домена је обрађен користећи се квалитативним подацима.

Претходно је наведено да ће карактеристике система бити приказане, а потом и компарирани путем домена који представљају области од значаја, те својеврсне варијабле на основу којих је извршен приказ. Домени који су у наставку рада обрађени су:

- 1) *Демографски показатељи* – Имајући у виду да се тема рада односи на старију популацију, приказ демографских података, али у контексту квантитативних индикатора којима се представља кретање старије популације, сматра се релевантним и као такав чини један од домена анализе. На основу демографских показатеља могуће је увидети тренутно оптерећење система дугорочне неге, као и будуће предикције, потенцијалне ризике.
- 2) *Корисници дуготрајне неге без смештаја у институцију* – Сходно чињеници да су све европске државе опредељене за концепт деинституционализације, значајно је указати на податке који се односе на кориснике дуготрајне неге без смештаја. Кроз ову варијаблу могуће је доћи до увида о обухвату социјално-политичким мерама дуготрајне неге у конкретной држави (која представља пример одговарајућег модела).
- 3) *Корисници дуготрајне неге у установама за смештај корисника* – Иако је деинституционализација облик заштите за који се државе опредељују, ипак смештај у установе некад је једини начин за пружање помоћи и подршке старијој популацији. Тако у свим државама, услед потреба за тим, постоји одређени број корисника дуготрајне неге који помоћ и подршку остварује кроз смештај у установе. Ова варијабла кроз индикатор процентуалне заступљености корисника у одговарајућој узрасној категорији приказује значајну компоненту начина организације дуготрајне заштите.
- 4) *Финансирање дуготрајне неге од стране државе* – Домен политика финансирања, у контексту финансијског издвајања приказује социјално-политичко опредељење конкретне државе за дуготрајну негу. Јер, финансије су неопходан услов за успостављање услуга и спровођење политике у пракси, а кроз финансијска издвајања омогућује се ангажовање потребних професионалаца, успостављање различитих услуга, пружање активности из домена здравствене, или социјалне заштите. Овај домен представљен је кроз две варијабле – издвајања за здравствену дуготрајну негу и издвајања за социјалну дуготрајну негу. Индикатор представља проценат БДП-а који се издваја у ту намену.
- 5) *Доступност услуга и начин организације дуготрајне неге* – Овај домен представља квалитативни, описни приказ стања у делу доступности и начина организације дуготрајне неге. Доступност подразумева различите услуге које су на

располагању. Осим тога, приказан је и положај неформалних неговатеља, који представљају битну компоненту у обезбеђењу дуготрајне заштите и неге.

Прва четири домена представљају и приказани су кроз квантитативне податке, док је последњи у својој бити квалитативни.

Немачка

Немачка представља модел коопоративистичког уређења социјалне заштите. „Принципи на којима је заснована социјална заштита у Немачкој су: солидарност, супсидијарност и децентрализација” (Бркић 2013, 39).

„Основе система социјалне заштите дефинисане су федералним законима, док су локалне самоуправе одговорне за обезбеђивање услуга и мера. Локалне заједнице располажу са делом укупних пореских прихода државе и обавезне су да помогну свима који властитим и породичним ресурсима не могу да задовоље основне социјалне потребе” (Бркић 2013, 40).

Демографски показатељи: Актуелни показатељи указују да је број становника Немачке око 82.500.000. Особе старије од 65 година чине око 22,5% популације (World Bank 2022). Оно што су актуелне предикције, то је да ће се проценат и број старијих особа континуирано повећавати у наредном периоду. Тренутни број најстаријих старијих (особа старијих од 85 година) износи око 4.000.000, а предикција је да ће се до 2050. године повећати на чак 10.000.000 становника (Garms - Номова 2013).

Корисници дуготрајне неге без смештаја у институцију: Подаци указују на релативно висок ниво заступљености корисника дуготрајне заштите међу старијом популацијом која живи у Немачкој. У том смислу од укупног броја особа старијих од 65 година живота, њих 9% јесу корисници ове врсте подршке. Када је реч о популацији старијој од 80 година живота, проценат корисника, очекивано, расте. У овој старосној групи овај проценат износи 21% (European Social Policy Network 2018).

Корисници дуготрајне неге у установама за смештај корисника¹: Сходно принципима деинституционализације које

¹ У ову категорију корисника не спадају они корисници који се налазе на привременом или трајном смештају у установе из области здравствене заштите.

Немачка следи, као и друге ЕУ државе, очекивано мањи проценат корисника дуготрајне неге ову врсту помоћи и подршке остварује у установама за смештај корисника. Међу старијима од 65 година, проценат њих који су корисници дуготрајне неге јесте 4%. Процент је значајно виши међу популацијом старијом од 80 година и он међу овим делом становништва износи 11% (ОЕЦД 2023).

Финансирање дуготрајне неге од стране државе: Немачка издваја на трошкове дуготрајне неге у делу здравствене заштите 1,8% свог БДП-а (Savina 2019). Овај проценат БДП-а сврстава Немачку у ред држава ЕУ које припадају групи која издваја више процената од просека. Наравно, треба имати на уму да је Немачка богата држава чији је БДП изузетно висок, тако да 1,8% чини позамашни новчани износ. Када је реч о *социјалној заштити* проценат БДП-а који Немачка издваја за дуготрајну негу је значајно мањи и износи 0,15% (Savina 2019).

Доступност услуга и начин организације дуготрајне неге: Немачки систем је организован на бази приватног и јавног обезбеђења дуготрајне заштите. Све активности које обезбеђују приватни и јавни пружаоци су исте, не постоје разлике. У основи три су врсте на који се дуготрајна нега организује – путем услуга у заједници; путем смештаја у резиденцијалне установе; и путем неформалне неге и додатака који се по том основу остварују (Council of the Europe 2014).

Неформални неговатељи су институционално препознати у Немачкој и као такви имају могућност многобројних облика помоћи и подршке. Облици подршке су: новчана надокнада као облик компензације за пружање неге; доступност различитих врста едукативних радионица у циљу унапређења знања и вештина релевантних за негу (тренинзи, саветовања и сл.); обављање послова неформалних неговатеља узима у обзир и пензиони фонд, те пружање овакве врсте неге може утицати на каснији износ пензије (Garms - Номова 2013).

У Немачкој се „новчана накнада генерално користи за „компензацију” неформалне неге од стране чланова породице” (Матковић и Станић 2014, 32). Значајно је напоменути и да су успостављене установе које имају за циљ унапређење положаја неформалних и породичних неговатеља, као што су Центри за заштиту. Предвиђено је и да сродници могу узети неплаћено одсуство и да у том периоду могу тражити подршку од државних институција у обезбеђењу услуге (Garms - Номова 2013).

Данска

Данска представља пример модела Скандинавског, социјал-демократског система социјалне заштите и пружања услуга, који сем Данске карактерише и Шведску, Норвешку и Финску (Бркић 2013).

Демографски показатељи: Сходно доступним подацима Светске Банке, у контексту становништва, из 2022. године, у Данској живи 5.500.000 људи. Око 20% становника (преко милион) чини популација старијих од 65 година, а удео особа старијих од 80 година је око 4%. Процене које важе и за Данску указују да ће се у наредном периоду повећавати број старијих особа (Fagerström and Willman 2014).

Корисници дуготрајне неге без смештаја у институцију: Од свих држава које су представљене у овом раду у Данској је највиши проценат старијег становништва којима се обезбеђује дуготрајна нега. У популацији изнад 65 година старости проценат корисника дуготрајне заштите износи 12%, док је код популације старије од 80 година живота тај проценат 29% (Eurostat, prema European Social Policy Network 2018).

Корисници дуготрајне неге у установама за смештај корисника: Значајно мања заступљеност корисника у установама је и очекивана. Ипак, како скандинавске земље пружају свеобухватну заштиту, очекивано је средње развијена заступљеност присутна и у односу на овај домен. Удео особа старијих од 65 година који помоћ и подршку добијају кроз смештај у установе није занемарљив и износи 4,5%. Процент лица која су старија од 80 година, а смештени су у установе значајно је већи, готово три пута. Тако проценат лица старијих од 80 година живота који су смештени у установе и на тај начин остварују дуготрајну негу износи 13% (ОЕЦД 2023).

Финансирање дуготрајне неге од стране државе: Данска, као и све друге Скандинавске земље издваја висок проценат БДП-а за дуготрајну негу у *делу здравствене заштите*, чак и за ЕУ стандарде. Овај проценат у Данској износи чак 2,55%. У Европи једино Шведска, Норвешка и Холандија издвајају виши проценат БДП-а него Данска (Savina 2018). За компоненте дуготрајне неге у *делу социјалне заштите* издвајања су очекивано значајно мања и износе 0,25% БДП-а (ОЕЦД 2023).

Доступност услуга и начин организације дуготрајне неге: Данска има експлицитну политику промовисања принципа

деинституционализације и као таква представља пионира у обезбеђењу услуга у заједници и омогућавања наставка живота у природном окружењу, упркос потешкоћама. Оно што је карактеристика савременог система дуготрајне неге у Данској јесте фокус на превенцији, рехабилитацији, успостављању и одржавању капацитета за самосталан живот. Општи циљ јесте обезбеђење континуитета у животу старијих особа упркос потешкоћама. Финансијски критеријуми нису елиминациони у Данској, него свако лице које има потребу за дуготрајном негом личну помоћ и негу добиће без обзира на године и имовно стање, а у складу са индивидуалним планом пружања услуге. Дуготрајна нега почива на принципима децентрализације и организована је на локалном нивоу, у 98 општина (Council of the Europe 2014).

Шпанија

Припада категорији медитеранског модела. Он је „развијен у Италији, Шпанији, Португалу и Грчкој. Поред снажне улоге државе, подстиче се ослонац на породичне и рођачке групе. Традиционални обрасци понашања и снажан утицај православља и католицизма доприносе породичној солидарности и ширењу мрежа услуга у заједници” (Бркић 2013, 35).

Демографски показатељи: Шпанија је једна од ЕУ земаља са високо очекиваним повећањем старења становништва у наредном периоду. Тренутни проценат становништва Шпаније који је старији од 65 година, чини око 20% укупне популације (World Bank 2022). Очекује се да ће у Шпанији до 2060. године удео особа старијих од 80 година порастати са тренутних 5,5% на 14,9% (Council of Europe 2014).

Корисници дуготрајне неге без смештаја у институцију: Доступни подаци указују да су 5% особа старијих од 65 година корисници дуготрајне неге у Шпанији. Посматрано у односу на популацију изнад 80 година старости тај проценат је виши и износи 15% од укупне популације старије од 80 година живота (European Social Policy Network 2018).

Корисници дуготрајне неге у установама за смештај корисника: У Шпанији се уочава низак проценат старијих особа који су корисници дуготрајне неге са смештајем у установу. То је и очекивано имајући у виду традицију и начин организовања система социјалне заштите. Процент особа старијих од 65 година који су

корисници дуготрајне неге износи 2%. Међу популацијом старијом од 80 година живота тај проценат је дупло виши, али и даље износи скромних 4% (ОЕЦД 2023).

Финансирање дуготрајне неге од стране државе: Од држава ЕУ које су у овом раду представљене, Шпанија издваја процентуално најмањи део свог БДП-а на дуготрајну негу корисника у делу система који припада *здравственој заштити*. Тај проценат у Шпанији износи 0,85% БДП-а према подацима Еуростат-а и Савине (Еуростат 2019, Savina 2018). Очекивано нижи проценат издваја се за активности из делокруга *социјалне заштите*. Овај проценат износи 0,05% БДП-а (Еуростат 2019, Savina 2018).

Доступност услуга и начин организације дуготрајне неге: Услуге које су доступне у оквиру дуготрајне заштите у Шпанији подразумевају помоћ на даљину, помоћ у кући, помоћ у личној нези, као и привремени смештај у резиденцијалну установу ради неге и смештај у резиденцијалну установу на неодређено. Успостављена је мрежа јавних институција које припадају регионалним владама, а оне заједно са локалним организацијама, националним референтним центрима и легално сертификованим приватним пружаоцима пружају ове врсте услуга. Такође, Законом који је почео са применом 2007. године (бр. 39/2006) препознате су могућности и новчаних давања, а оне се одобравају сходно степену зависности, имајући у виду економски статус особе (Council of the Europe 2014). Закон, такође, препознаје и *неформалне неговатеље* као значајни ресурс у пружању ове врсте подршке и предвиђа, у дефинисаним случајевима, новчане и услужне бенефите за ову категорију.

Стање у Републици Србији

На самом почетку треба указати на проблематику која је присутна у Републици Србији, а она се односи на чињеницу да дуготрајна нега као таква није терминолошки препозната у нормативним актима. Напротив, о њеном карактеру, распрострањености, капацитетима, могуће је доносити закључке само на основу дубље анализе. Она подразумева анализу садржаја активности свих појединачно доступних услуга које припадају дуготрајној нези сходно дефиницији шта она подразумева.

Тај принцип анализе садржаја доступних услуга и активности које оне подразумевају примењен је и на овом месту и сходно наведеном извођени су закључци.

Демографски показатељи: Република Србија прати негативне токове присутне у већини Европских држава, а који се односе на континуирано смањење броја становника. Осим тога, Републику Србију карактерише и све већа заступљеност, како процентуално, тако и у апсолутним бројевима старијих особа.

Последњи подаци из извештаја Републичког завода за статистику о попису становника (2022) указују да је број становника Србије мањи од 7.000.000 (6.647.003 становника). Како још увек нису објављени детаљни подаци последњег пописа, треба указати на последњу пројекцију кретања становништва РЗС. У њој се као проценат особа старијих од 65 година живота наводи 21,1% (Републички завод за статистику 2021). Неке предикције указују да би 2060. године у Србији могло да буде око 32% особа старијих од 65 година живота (Републички завод за социјалну заштиту 2022).

Корисници дуготрајне неге без смештаја у институцију: Из извештаја Републичког завода за социјалну заштиту (2022) види се да се проценат старијих особа који су корисници система социјалне заштите око 8%, са извесним, али не значајним, разликама у односу на регион. Доступни подаци указују на потребу за овом врстом подршке, али исто тако упућују на претпоставку о високој заступљености збрињавања кроз подршку коју пружају неформални неговатељи, који нису на евиденцији (Бабовић и др. 2022). Ипак, компарирајући резултате истраживања уочава се својеврстан раскорак у проценту старијих особа којима је доступна дуготрајна нега, у односу на проценат старијих који извештавају о потреби те врсте. Овај закључак изводи се јер „међу особама старијим од 65 година, чак 40,7% је оних којима је потребна дуготрајна нега због тешкоћа у функционисању” (63).

Из истраживања које је објављено 2016. године, ауторки Гордане Матковић и Милице Страњаковић, види се да је у том периоду број корисника износио око 16.300 корисника ове врсте. За највећи број корисника услуга дуготрајне неге реализована је посредством услуге Помоћ у кући (Матковић и Страњаковић 2016). Из актуелнијих података који су доступни, уочава се присуство истог тренда. Израчунавајући проценат старијег становништва који су корисници овог типа услуга долази се до податка да је он нешто нижи од 1.3%.

Корисници дуготрајне неге у установама за смештај корисника: Из истог извештаја Републичког завода може се доћи до података који број корисника користи услуге смештаја. Наиме, наводи се да је укупан број корисника услуге смештаја износи 21.348. Такође, у наставку се наводи да највећи број корисника услуга смештаја чине старије особе. Калкулацијом се добија податак да је број корисника 15.257 (Републички завод за социјалну заштиту 2022), што представља око 1,2% у укупном броју старијих.

Финансирање дуготрајне неге од стране државе: Посматрајући издвајања из БДП-а за дуготрајну негу, није могуће пронаћи званичан податак који је проценат намењен искључиво за ову намену, али постоје налази истраживања који су се бавили овом проценом. С тим у вези, као релевантан податак треба посматрати налаз истраживања професорке Матковић где наводи да „расходи државе за дуготрајну негу се могу грубо проценити на 0,55% БДП-а, од чега највише одлази за новчане накнаде” (Матковић 2012, 16). Овај податак говори да Србија процентуално издваја мање новца за финансирање услуга дуготрајне неге од наведених представника ЕУ, како процентуално из буџета, тако и последично у апсолутним износима које се опредељују за ову намену.

Доступност услуга и начин организације дуготрајне неге: Систем социјалне заштите, у оквиру ког се примарно обезбеђује дуготрајна нега, организован је кроз доступност услуга смештаја у установе за ову намену, али и кроз различите врсте услуга у заједници које подржавају останак у природном окружењу.

Иако је и наша држава заузела правац деинституционалног развоја система, ипак може се рећи да је значајан број установа за смештај организован на институционалним основама. Старијима су доступне различите услуге смештаја (превасходно кроз Установе за смештај одраслих и старих лица) и значајан број установа овог типа успостављен је и успоставља се у Србији. Осим тога, нормативно се препознаје модел за успостављање различитих услуга у заједници, али је проблем њихова мала доступност или потпуна недоступност у одређеним локалним самоуправама.

Систем почива на децентрализацији, јер су локалне самоуправе махом надлежне за организацију рада услуга (Дневне услуге у заједници) (Правилник о ближим условима и стандардима за пружање услуга социјалне заштите 2013). Пружаоци услуга могу бити јавне, државне установе, непрофитне организације али и

приватни пружаоци који су стекли лиценцу за рад (Правилник о лиценцирању организација социјалне заштите 2013).

Неформални неговатељи у Републици Србији нису формално препознати, па им због саме те чињенице нису доступни различити облици помоћи и подршке који би подржали њих као особе које се старају о блиским особама у стању потребе за таквом врстом подршке.

ЗАКЉУЧНА РАЗМАТРАЊА

Полазећи од уводне хипотезе закључно разматрање треба почети од напомене да је јасно да разлике постоје у функционисању и организацији дуготрајне неге, а нарочито је то изражено у делу који се односи на неформалну негу. Такође, разлике се уочавају и када је реч о издвајању финансијских средстава, односно процента БДП-а на дуготрајну негу. Процент становништва које припада категорији старијих особа, а пружа им се дугорочна нега, такође је различит. Ове различитости присутне су како унутар држава представника ЕУ, а нарочито у компарацији Србије и наведених ЕУ чланица.

Када је реч о сличностима, оне се највише уочавају у односу на *демографске трендове*. Демографски трендови су мање – више слични у свим приказаним државама. Ти трендови недвосмислено се уочавају кроз актуелне, али и предиктивне податке. Оно што су чињенице јесте да је за сва друштва карактеристично то да старе и да је све већи апсолутни број, али и процентуални удео у укупној популацији старијих особа, а последично све мање средње старосне доби, а нарочито младих. Осим тога, ваља напоменути да су предикције исто тако врло сличне. А оне указују да ће све мање становништва насељавати простор тих држава (нарочито је то изражено у Републици Србији), а да ће све већи удео у том укупном броју (који ће континуирано бити све мањи) чинити особе које су старије од 65 година живота.

Говорећи о финансијским издвајањима, такође, различитост се уочава у процентима БДП-а који су намењени за дуготрајну негу и заштиту и међу наведеним представницима ЕУ. Тако, представник медитеранског модела, Шпанија, издваја значајно мање него друге државе представнице које су описане. Република Србија издваја мање средстава из буџета од свих наведених представника ЕУ.

Компарирајући са три наведене државе чланице Србија је најближа по издвајању Шпанији (која издваја најмањи проценат БДП-а), али издваја мање средстава и од ње.

Замисао организације дуготрајне неге и заштите врло је слична у свим државама, а уочава се сличност и у регулацији у нашој држави и земљама ЕУ. Ипак сличност је идентификована кроз дубљу анализу, јер нормативни оквир не препознаје појам дуготрајне неге. Она се, такође, уочава у опредељењу да се следи концепт деинституционализације, али и у организацији услуга у заједници које подржавају могућност да корисници остану у свом природном окружењу. Ипак, тренд који је присутан у свим ЕУ државама, а квантитативно је представљен, говори да је тамо много већи број корисника услуга у заједници (односно без смештаја у установу), док је код нас скоро па једнак број корисника који се налазе на смештају у установи и оних који добијају подршку останку у заједници.

Велике и значајне разлике, поредећи Србију са ЕУ државама, уочавају се у препознавању и положају *неформалних неговатеља*. Они у Србији нису уопште препознати као категорија извршилаца дуготрајне неге. Самим тим њима није на располагању ни једна врста институционалне подршке (нпр. у унапређењу капацитета, јачању отпорности, психо-социјалној подршци и сл.). За разлику од Србије они су препознати у ЕУ државама, а нарочито им је доступна врло разноврсна подршка у Немачкој.

Положај и заступљеност неформалне и формалне неге различита је и унутар ЕУ држава, о чему говоре и подаци из истраживања где се указује да је „у Немачкој и Шпанији, формална нега релативно мало заступљена, а неформална развијена. Данска и Холандија су пример високо заступљене формалне неге која се комбинује са мањом улогом неформалне” (Kraus et al. 2010, 21).

Све у свему, компарирајући карактеристике дуготрајне неге и заштите које су присутне у ЕУ државама и Србији, јасно је да је доста разлика и понека сличност. Сличност се уочава у демографским индикаторима, као и у декларативном опредељењу за слеђење концепта деинституционализације. Ипак, слеђење овог концепта различито је у Србији и ЕУ државама, јер индикатори указују да је у ЕУ далеко већи број корисника услуга које подржавају останак код куће уз помоћ и подршку. У Србији је ситуација другачија и врло сличан број корисника услуга смештаја и подршке у природном

окружењу. Такође, разлика која је присутна у овом контексту јесте и у односу на проценат популације која користи услуге дуготрајне неге. Код нас је тај проценат значајно нижи него у ЕУ земљама.

Разлике су такође присутне и у односу на положај неформалних неговатеља, али о томе је било више речи у претходном делу.

РЕФЕРЕНЦЕ

- Бабовић, Марија, Тијана Вељковић, Наташа Тодоровић, Милутин Врачевић, Божидар Дакић, Јована Чворић, и Оливера Вуковић. 2022. *Приступ услугама дуготрајне неге у Републици Србији*. Београд: Црвени крст Србије.
- Врачевић, Милутин, Наташа Тодоровић, Дејана Станисављевић, и Наташа Милић. 2019. *Ментално здравље неформалних неговатеља*. Београд: Црвени крст Србије.
- Бркић, Мирослав. 2013. „Карактеристике система социјалне заштите у Србији и Европи.” *Социјална политика* 48 (1): 33 – 51. doi: 10.22182/sp.12013.2.
- Бркић, Мирослав. 2014. „Услуге у заједници – претпоставка процеса деинституционализације.” *Социјална политика* 49 (2): 31 – 44. doi: 10.22182/sp.22014.2.
- Закон о социјалној заштити, „Службени гласник Републике Србије”, бр. 24/2011.
- Јовановић, Владимир, и Мирослав Бркић. 2016. „Концепт нормализације.” *Социјална политика* 51 (1): 7–25. doi: 10.22182/sp.12016.1.
- Матковић, Гордана, и Милица Страњаковић. 2016. *Мапирање услуга социјалне заштите у надлежности јединица локалних самоуправа у Републици Србији*. Београд: Тим за социјално укључивање и смањење сиромаштва Владе Републике Србије.
- Правилник о ближим условима и стандардима за пружање услуга социјалне заштите, „Службени гласник Републике Србије”, бр. 42/2013.
- Правилник о лиценцирању организација социјалне заштите, „Службени гласник Републике Србије” бр. 42/2013.
- Републички завод за статистику [РЗС]. 2021. „Процене становништва, 2020.” *Републички завод за статистику*. Последњи приступ: 9. март 2023. <https://publikacije.stat.gov.rs/G2021/Pdf/G20211181.pdf>.

- Републички завод за социјалну заштиту [РЗС]. 2022. „Пунолетни у систему социјалне заштите у 2021. години.” *Републички завод за социјалну заштиту*. Последњи приступ: 11. март 2023. <http://www.zavodsz.gov.rs/media/2355/punoletni.pdf>.
- Републички завод за статистику [РЗС]. 2023. „Крајњи резултати Пописа становништва, домаћинства и станова 2022.” *Републички завод за статистику*. Последњи приступ: 7. мај 2023. <https://popis2022.stat.gov.rs/sr-latn/5-vestisaopstenja/news-events/20230428-konacnirezpopisa/?a=0&s=0>.
- Bonsang, Eric. “Does informal care from children to their elderly parents substitute for formal care in Europe?” *Journal for Health Economic*. 28 (1): 143–54. doi: 10.1016/j.jhealeco.2008.09.002.Epub.
- Council of the Europe [CoE]. 2014. *Adequate social protection for long-term care needs in an ageing society – Report jointly prepared by the Social Protection Committee and the European Commission services*. Luxemburg: Publication Office of the European Union.
- Colombo, Francesca, Ana Llana-Nozal, Jerome Mercier, and Frits Tjadens. 2011. *Help Wanted?: Providing and Paying for Long-Term Care*. Paris: OECD Health Policy Studies. doi: 10.1787/9789264097759-en.
- Fagerström, Cecilia, and Ania Willman. 2014. *Country report: Denmark – Home care across Europe*. London: European Observatory on Health System and Policies.
- Gabanyi, Monika. 2014. „Водeći principi dugotrajne zaštite starih u kućnom okruženju.” *Socijalna politika*. 49 (3): 29–49. doi: 10.22182/sp.32014.3.
- Genet, Nadine, and Wienke Boerma. 2014. *Home care across Europe – Current structure and future challenges*. London: European Observatory on Health System and Policies.
- Genet, Nadine, Wienke Boerma, and Madelon Kroneman. 2012. “Home care across Europe: current structure and future challenges.” *World Health Organization. Regional Office for Europe*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/327948>.
- Garms-Homolova, Vjenka, Harriett Finne – Soveri, Eva Topinková, Cordula Wagner, and Roberto Bernabei. 2016. “Proposal of a service delivery integration index of home care for older persons: Application in several European Cities.” *International Journal of Integrated Care*. 17 (6): 31–47. doi: 10.5334/ijidc.159.

- Hutchinson, Arthur. 2013. *Country report: Englandd – Home care across Europe*. London: European Observatory on Health System and Policies.
- Kraus, Markus, Monika Riedel, Esther Mot, Peter Williame, Gerald Rohrling, Thomas Czypionka. 2010. *A Typology of long – term care systems in Europe. Enepri Research Report No.91*. Brussels: European Network of Economic Policy Research Institutes.
- Matković, Gordana. 2012. “Long-Term Care of the Elderly – Current Status, Policies and Dilemmas.” *Stanovništvo* 50 (1), 1–18. doi: 10.2298/STNV1201001M.
- OECD. 2005. *Long-term care for older people*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development.
- OECD. 2013. *A Good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long-term Care*. Paris: OECD Health Policy Studies. https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/a-good-life-in-old-age_9789264194564-en.
- OECD. 2023. “Population (indicator).” Paris: *OECD*. <https://data.oecd.org/pop/population.htm>.
- Shultz, Erika. 2010. *The Long – Term Care System for Elderly in Denmark. European Network of Economic Policy Research Institutes. Enerpi Reasearch Report No. 73 – Contribution to WPI of the Ancien Project*. Brussels: European Network of Economic Policy Research Institutes.
- Spasova, Slavina. 2018. “Challenges in long-term care in Europe – A study of national policies”. *European Commission*. <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=en&catId=89&newsId=9185>.
- Spasova, Slavina. 2019. “Challenges in long-term care in Europe. A study of national policies. Synthesis report.” *European Social Policy Network (ESPN), European Commission*. <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=en&catId=1135&newsId=9185&furtherNews=yes>.
- TNS Opinion & Social. 2007. *Health and long-term care in the European Union. Special Eurobarometer 283/Wave 67.3*. Brussels: European Commission.
- World Bank. 2022. “Population ages 65 and above (% of total population).” *World Bank*. <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.65UP.TO.ZS>.

Vladimir Jovanović

Faculty of Social Work, Ljubljana

CONCEPTUALIZATION OF LONG-TERM CARE POLICIES FOR THE ELDERLY POPULATION – ANALYSIS OF SERBIA’S (IN)COMPLIANCE WITH THE CHARACTERISTICS OF THE POLICIES IN THE EUROPEAN UNION

Resume

Long-term care policies are aimed at the most vulnerable parts of the population and are characterized by the (non) existence of opportunities, choices, alternatives, lack of (or not) the autonomy of choice, human rights, and the humanity of society. Thus, through the conception of social policies of long-term care, the social relationship towards those who are long-term dependent on other people’s support in order to perform their daily activities, meet basic needs, and be socially integrated is regulated. This work focused on the analysis of the compliance of these aspects of social policy in Serbia and the European Union, using the comparative method, in relation to the indicators of the relevant areas. The subject of the research is focused on social policies and that part of them that refers to the long-term care of the elderly population. Territorial determination implies an analysis of the situation in the Republic of Serbia and the countries of the European Union. The aim of the work was to determine the similarities and differences in the basic elements of long-term care policies, and to conduct a comparative analysis in relation to the Republic of Serbia and relevant representatives of the corresponding social-political models recognized in the member states of the European Union. The paper tried to answer the question of whether there are differences in the formulation and provision of long-term care, as well as what are the similarities and differences in content, both in relation to the determined

funds and the available support activities. Through the analysis, it was determined that the comparison of Serbia and EU representatives identifies that the characteristics of long-term care that are present in EU countries and Serbia indicate many differences and some similarities. The similarity is observed in the demographic indicators, as well as in the declarative determination to follow the concept of deinstitutionalization. However, the following of this concept is different in Serbia and EU countries, because the indicators show that in the EU there is a far greater number of users of services that support staying at home with help and support. In Serbia, the situation is different and the number of users of accommodation and support services in a natural environment is very similar. Also, the difference that is present in this context is in relation to the percentage of the population that uses long-term care services. In our country, that percentage is significantly lower than in EU countries. Significant differences are also observed in relation to the position and support of informal caregivers. In the Republic of Serbia, this type of support is not even normatively recognized, and institutional mechanisms do not provide any assistance to these persons. Unlike Serbia, the EU has defined various support mechanisms for this category of population.

Keywords: Long-Term Care, Social Policy, European Union, Elderly, Beneficiaries, Republic of Serbia

* Овај рад је примљен 15. марта 2023. године, а прихваћен за штампу на састанку Редакције 8. маја 2023. године.