

**СТУДИЈА ИЗВОДЉИВОСТИ ЗА УВОЂЕЊЕ
ОСИГУРАЊА ЗА ДУГОТРАЈНУ НЕГУ**

Београд, 2025. година

САДРЖАЈ

1. УВОД -----	4
2. УПОРЕДНИ ПРИКАЗ СИСТЕМА ДУГОТРАЈНЕ НЕГЕ У ИЗАБРАНИМ ЗЕМЉАМА -----	8
2.1. БЕЛГИЈА -----	9
2.2. БУГАРСКА -----	10
2.3. ЧЕШКА РЕПУБЛИКА -----	15
2.4. ГРЧКА -----	18
2.5. ШПАНИЈА -----	21
2.6. ХОЛАНДИЈА -----	24
2.7. СЛОВЕНИЈА -----	31
2.8. НЕМАЧКА -----	35
2.9. ЈАПАН -----	41
2.10. АУСТРИЈА -----	43
3. СИСТЕМ ДУГОТРАЈНЕ НЕГЕ У РЕПУБЛИЦИ СРБИЈИ ДАНАС -----	46
3.1. ДЕМОГРАФСКИ ТРЕНДОВИ И РАСТУЋА ПОТРЕБА ЗА ДУГОТРАЈНОМ НЕГОМ -----	47
3.2. ИНСТИТУЦИОНАЛНИ ОКВИР: ЗАКОНОДАВСТВО И ПРАВНИ ОКВИР -----	48
3.3. ВРСТЕ УСЛУГА ДУГОТРАЈНЕ НЕГЕ (ИНСТИТУЦИОНАЛНА НЕГА, КУЋНА НЕГА, УСЛУГЕ У ЗАЈЕДНИЦИ) -----	51
3.4. ФИНАНСИРАЊЕ ДУГОТРАЈНЕ НЕГЕ – ИЗВОРИ И ИЗАЗОВИ -----	56
3.5. ПРОБЛЕМИ И ИЗАЗОВИ У СИСТЕМУ ДУГОТРАЈНЕ НЕГЕ -----	59
3.6. МЕЋУОДНОС ЗДРАВСТВЕНОГ И СОЦИЈАЛНОГ СЕКТОРА -----	62
3.7. НЕФОРМАЛНИ НЕГОВАТЕЉИ И ЊИХОВ ЗНАЧАЈ -----	64
3.8. ПЕРСПЕКТИВЕ РАЗВОЈА И ПРЕПОРУКЕ -----	68
4. ПРЕДЛОГ УВОЂЕЊА ОСИГУРАЊА ЗА ДУГОТРАЈНУ НЕГУ У РЕПУБЛИЦИ СРБИЈИ -----	78
4.1. ПРЕДЛОГ МОДЕЛА ФИНАНСИРАЊА -----	79
4.2. ОРГАНИЗАЦИЈА И УПРАВЉАЊЕ -----	81
4.3. МОДЕЛ УГОВАРАЊА СА ПРУЖАОЦИМА УСЛУГА -----	85

4.4. ОБУХВАТ ОСИГУРАЊА И КРИТЕРИЈУМИ ЗА ПРИСТУП ПРАВИМА	90
4.5. УПРАВЉАЊЕ И КООРДИНАЦИЈА СИСТЕМА	91
5. МЕХАНИЗМИ ИМПЛЕМЕНТАЦИЈЕ ПРЕДЛОЖЕНОГ СИСТЕМА	92
5.1. ПРАВНИ ОКВИР	92
5.2. УСПОСТАВЉАЊЕ ИНСТИТУЦИОНАЛНИХ КАПАЦИТЕТА	93
5.3. СТАНДАРДИ КВАЛИТЕТА И МОНИТОРИНГ	93
5.4. ИНФОРМАЦИОНИ СИСТЕМ	94
5.5. ПЛАН ИМПЛЕМЕНТАЦИЈЕ	94
5.6. КОМУНИКАЦИЈА И ПОДИЗАЊЕ СВЕСТИ	95
6. ОЧЕКИВАНИ РЕЗУЛТАТИ, КОРИСТИ И РИЗИЦИ	95
6.1. ОЧЕКИВАНИ ПОЗИТИВНИ ЕФЕКТИ	95
6.2. ПОТЕНЦИЈАЛНИ РИЗИЦИ И ИЗАЗОВИ ИМПЛЕМЕНТАЦИЈЕ	96
6.3. ПРЕДЛОЗИ ЗА УБЛАЖАВАЊЕ РИЗИКА	97
6.4. ПРОЦЕНА ТРОШКОВА И ФИНАНСИЈСКА ОДРЖИВОСТ	97
7. ЗАКЉУЧАК	100

1. УВОД

Дуготрајна нега представља скуп услуга које се пружају особама које, због хроничних болести, инвалидитета или смањене функционалне способности, нису у могућности да самостално обављају основне животне активности током дужег временског периода или континуирано. Ове услуге обухватају медицинску и немедицинску подршку, која се пружа у циљу очувања или побољшања квалитета живота корисника. Дуготрајна нега не представља краткотрајно пружање интервенције или услуге, већ представља континуирану подршку која може трајати месецима, годинама или чак деценијама. У многим земљама, терминологија и дефиниција дуготрајне неге могу варирати, али се у суштини односе на исте потребе и услуге. Важно је разликовати дуготрајну негу од акутне здравствене интервенције или неге или услуга социјалне заштите које су ограничене по свом трајању.

Дуготрајна нега обухвата подршку у основним активностима свакодневног живота, као што су облачење, храњење, купање, кретање, коришћење тоалета и одржавање личне хигијене. Такође укључује инструменталне активности свакодневног живота, као што су припрема obroka, управљање кућним пословима, коришћење телефона, управљање финансијама, куповина и коришћење превоза. Медицинска нега и терапије су такође важне компоненте, укључујући давање лекова, превијање рана, физикалну терапију, дуготрајну негу и терапију као и друге специјализоване услуге. Сама дуготрајна нега може бити пружена у различитим окружењима. То може укључивати помоћ у кући, која омогућава корисницима да остану у познатом окружењу, услуге у заједници као што су дневни центри и клубови за старије особе, те институционалну негу у домовима за старе, установама за лица са инвалидитетом и другим установама за смештај корисника.

Ако се посматра демографска ситуација у свету, становништво стари услед повећања очекиваног дужине живота и смањења стопе наталитета, што доводи до пораста потреба за дуготрајном негом. Истовремено, традиционални обрасци неге, који су се ослањали на породицу и неформалну подршку, постају мање одрживи због урбанизације, миграција и промена у структури породица. Слична ситуација је и у Србији и у годинама и деценијама које следе може се очекивати још већа потреба за услугама дуготрајне неге, која је већ и сада значајна.

2.2. Системи на које дуготрајна нега утиче

Дуготрајна нега је мултидисциплинарна област која захтева интеграцију различитих сектора како би се ефикасно одговорило на потребе корисника. Кључни системи на које дуготрајна нега утиче укључују систем социјалне заштите, здравствени систем, економију и финансије, правни систем, образовни систем и друге.

Дуготрајна нега је саставни део система социјалне заштите, који обухвата политике и програме усмерене на заштиту најрањивијих чланова друштва. Социјалне услуге укључују помоћ у кући, личног пратиоца, дневни боравак и друге услуге које помажу корисницима да остану што дуже независн. Социјални систем такође пружа подршку неформалним неговатељима кроз саветовање, едукацију и обезбеђивање услуге предах смештаја.

Ако се посматра здравствена заштита, систем примарне здравствене заштите представља први контакт корисника са здравственим системом, где се идентификују потребе за дуготрајном негом. Специјализована здравствена нега укључује пружање специфичних медицинских услуга, као што су палијативна нега, рехабилитација и геријатријска медицина. Интеграција услуга социјалне заштите и здравствених услуга је од кључног значаја за холистички приступ потребама корисника.

Трошкови пружања дуготрајне неге могу бити велики и представљати оптерећење за кориснике и њихове породице. Чланови породице који брину о особи којој је потребна дуготрајна нега често морају да смање радно ангажовање или напусте посао, што утиче на економски положај породице. Финансирање дуготрајне неге утиче на јавне финансије и захтева осмишљавање одрживих модела финансирања. Законска регулатива мора да обезбеди заштиту права корисника на достојанствену и квалитетну негу. Регулисање тржишта пружалаца услуга укључује израду стандарда и мониторинг над пружаоцима услуга како би се осигурао квалитет и сигурност.

Врло важан елеменат јесте обука неговатеља, социјалних радника, медицинских сестара и других стручњака који пружају дуготрајну негу. Образовни програми који промовишу разумевање потреба старијих особа и особа са инвалидитетом такође су важни за подизање свести шире јавности. У пружању дуготрајне неге, важну улогу имају и технолошке иновације, као што су телемедицина, асистивне технологије и дигитална решења која побољшавају доступност и ефикасност услуга.

Дефинисање и имплементација адекватног система дуготрајне неге доноси бројне користи на личном, породичном и нивоу целе заједнице. То укључује побољшање квалитета живота корисника кроз персонализовану подршку, очување независности и психосоцијалну подршку. Смањење оптерећења на здравствени систем остварује се превенцијом хоспитализација и ефикаснијим коришћењем ресурса. Породице и неформални неговатељи добијају подршку која смањује њихов стрес и омогућава економску стабилност. Друштво профитира кроз смањење трошкова, отварање радних места за пружање дуготрајне неге, социјалну инклузију и равноправност, као и технолошки напредак који побољшава ефикасност и доступност услуга.

Различите земље користе различите моделе за организацију и финансирање дуготрајне неге, у зависности од својих социо-економских услова, културе и традиције. Јавни модели укључују буџетско финансирање и централизовану организацију, са предностима као што су јединствени стандарди и једнак приступ, али и недостацима попут ограничених буџетских ресурса и потреба за савладавањем бројних бирократских процедура. Приватни модели подразумевају тржишно оријентисани приступ са већим избором услуга и потенцијално вишим квалитетом због конкуренције, али могу водити ка неједнаком приступу услугама. Мешовити модели комбинују предности јавног и приватног сектора кроз јавно-приватна партнерства и ваучерске системе, али захтевају сложено управљање.

Осигурање за дуготрајну негу заснива се на обавезном осигурању и солидарности, пружајући одрживо финансирање и обеубеђујући једнакост у приступу услугама, али захтева ефикасну администрацију. Неформална нега, укључујући негу у оквиру породице и подршку заједнице, има своје предности у култури солидарности и емоционалној повезаности, али оптерећује породице и у доминантно таквим системима често недостаје формална подршка.

Увођење система осигурања за дуготрајну негу пружа бројне предности у поређењу са директним финансирањем из државног буџета. Одрживост финансирања постиже се кроз стабилне приходе од редовних доприноса запослених и послодаваца, што смањује оптерећење буџета. Једнакост и солидарност се остварују прогресивним финансирањем, где доприноси пропорционално расту са примањима, уз истовремени универзални приступ услугама без обзира на финансијске могућности корисника. Квалитет и ефикасност услуга се повећавају стандардизацијом и конкуренцијом међу пружаоцима. Финансијски терет за кориснике и њихове породице се смањује кроз покриће трошкова осигурањем, чиме се смањује ризик настанка сиромаштва. Боље

планирање и управљање ресурсима омогућавају предвидљивост и ефикасност кроз централизовану администрацију. Повећана свест и одговорност доприносе друштвеној солидарности и бољој контроли квалитета услуга.

Разумевање циљне популације и специфичних услуга је кључно за успешну имплементацију увођења система дуготрајне неге. Циљне групе укључују старију популацију, особе са инвалидитетом, хроничне болеснике и децу са посебним потребама. Старија популација се суочава са демографским трендовима старења, повећањем хроничних болести, смањеном мобилношћу и когнитивним променама. Особе са инвалидитетом имају различите врсте инвалидитета и специфичне потребе попут приступачности и персонализоване подршке. Хронични болесници захтевају континуирану медицинску негу, праћење стања и терапије, док деца са посебним потребама захтевају ране интервенције, едукативну подршку и интеграцију у заједницу. Услуге дуготрајне неге обухватају помоћ у кући, која укључује активности попут одржавања личне хигијене, облачења, храњења и одржавања домаћинства, чиме се очувава независност корисника. Медицинска нега у кући подразумева давање ињекција, превијање рана и мониторинг виталних функција, које пружају обучене медицинске сестре и техничари. Дневни боравак нуди социјалне активности, терапије и едукативне садржаје, подстичући социјалну инклузију и подржавајући породице на начин да се током дана преузима брига о кориснику. Лични пратилац помаже у кретању, комуникацији и учешћу у друштвеним активностима, посебно корисницима са инвалидитетом и деци са посебним потребама. Предах центар ослобађа породицу од бриге на одређено време кроз краткорочни смештај у установи или ангажовање професионалног неговатеља. Институционални смештај, као што су домови за старе и установе за лица са инвалидитетом, је неопходан када нега у кући није могућа или адекватна. Палијативна нега фокусира се на побољшање квалитета живота за особе са неизлечивим болестима кроз контролу симптома болести укључујући и бол, психолошку, социјалну и духовну подршку.

Асистивне технологије укључују технолошка помагала попут слушних апарата, инвалидских колица и комуникационих уређаја, као и адаптације простора попут приступних рампи и прилагођених купатила (туш кабине...). Саветовање и психолошка подршка пружа помоћ корисницима у прилагођавању на промене у здрављу и функционалности, као и подршку породицама у суочавању са стресом и изазовима неге.

Демографски, социо-економски и здравствени трендови указују на растућу потребу за ефикасним и одрживим системом дуготрајне неге у Републици Србији. Традиционални модели ослањања на породицу постају све мање одрживи, док ограничени буџетски ресурси отежавају пружање адекватних услуга кроз постојеће системе социјалне и здравствене заштите. Увођење осигурања за дуготрајну негу представља потенцијално решење које може одговорити на ове изазове. Такав систем би омогућио стабилно финансирање, праведуготрајну негуу расподелу ресурса и побољшање квалитета услуга. Такође, смањио би финансијски терет на појединце и породице, промовишући социјалну солидарност и инклузију. Ова студија изводљивости ће дати основе могућег увођења осигурања за дуготрајну негуу Србији, са циљем да пружи препоруке за даљи развој и имплементацију система који ће задовољити потребе корисника и бити одржив на дужи рок.

Дуготрајна нега је изазов са којим се суочавају многе земље широм света. Увођење система осигурања за дуготрајну негуу Републици Србији представља прилику да се одговори на растуће потребе становништва на одржив и праведан начин. Ова студија изводљивости има за циљ да пружи чврсту основу за такав подухват, узимајући у обзир специфичности нашег друштва и искуства других земаља. Кроз сарадњу свих релевантних актера и уз адекватно планирање, могуће је креирати систем који ће унапредити квалитет живота корисника, подржати породице и допринети укупном друштвеном и економском развоју Републике Србије.

2. УПОРЕДНИ ПРИКАЗ СИСТЕМА ДУГОТРАЈНЕ НЕГЕ У ИЗАБРАНИМ ЗЕМЉАМА

Овај приказ садржи искуства неколико европских земаља у организовању и спровођењу дуготрајне неге, уз посебан осврт на демографске процесе, институционалне оквире, финансијске изазове и најновија реформска кретања. Анализиране земљеприказују заједничка питања попут растуће потребе за бригом о старијима, подељених надлежности, неуједначеног финансирања и ослањања на неформалну породичну подршку, али и специфичне околности сваке земље које обликују њихове одговоре на потребама за развој дуготрајне неге.

2.1 Белгија

Белгија се, слично другим европским земљама, суочава са значајним старењем становништва. У 2019. години, особе старије од 65 година чиниле су 18,9% популације, а очекује се да ће тај удео порасти на 26,3% до 2050. године. Ови демографски трендови директно повећавају потражњу за услугама дуготрајне неге, с прогнозом да ће се број корисника са 992.200 (8,6% становништва) у 2019. повећати на 1.226.600 до 2050. године.

Систем дуготрајне неге у Белгији карактерише сложена вишеслојна административна структура. Одговорности су подељене између савезне владе, која финансира социјално и здравствено осигурање, и федералних ентитета (региона и општина), који су задужени за регулисање и финансирање социјалних услуга, попут кућне неге и домова за старије. Финансирање се обезбеђује путем доприноса, пореских субвенција и наменским порезима, при чему Национални институт за здравствено и инвалидско осигурање исплаћује трошкове здравствених услуга.

Постоје значајне регионалне разлике у управљању системом. У Фландрији, Агенција за негу и здравље (VAZG) и Фламанска социјална заштита (VSB) су надлежне за политику, планирање и финансирање неге. У Валонији, Агенција за квалитет живота (AViQ) обавља сличне функције, док у Бриселу ту улогу има организација Iriscare. Поред тога, постоји систем „ваучера за услуге“ који се користе за чишћење и превоз, а финансирају их федерални ентитети.

Белгијски систем пружа разноврсне услуге неге, укључујући домове за старије, дневне центре и помоћ у кући. Капацитети домова варирају по регионима, са попуњеношћу која може премашити 94% у Валонији и вишком слободних места у Бриселу. У власничкој структури домова доминирају непрофитне организације у Фландрији, док су у Бриселу најзаступљенији приватни домови. Осим формалних услуга, око 20% Белгијанаца старијих од 50 година делује као неформални неговатељи. Око 13,6% старијих од 65 година користило је услуге дуготрајне неге у 2018. години, с тим да коришћење зависи од старости, пола и социо-економског статуса. Финансијске препреке су и даље изазов, јер 24,4% домаћинстава не користи услуге због високих трошкова.

Прописи о квалитету доносе се на различитим нивоима. Савезно министарство поставља стандарде за здравствене раднике, док региони дефинишу стандарде за услуге. Главни изазови укључују недостатак медицинског особља, који ће се погоршати до 2050. године, као и организациону фрагментацију система, која отежава ефикасно управљање

и координацију. Пројекције указују на значајан раст потрошње за дуготрајну негу, са 2,2% БДП-а (2019) на 3,7-4,4% до 2050.

Белгија се може похвалити добро развијеним системом, али се суочава с притисцима услед демографског старења. Да би систем био одржив, неопходно је спроводити даље реформе, улагати у инфраструктуру и људске ресурсе, као и решавати проблем фрагментације. Ефикаснија управа и координација су кључни за побољшање квалитета и економичности услуга.

2.2 Бугарска

У 2019. години, Бугарска је имала популацију од 7,0 милиона становника (што представља пад од око 500 хиљада становника у поређењу са 2008). Овај демографски пад одвија се у контексту убрзаног старења становништва. У 2019. години, стопа зависности старијих особа износила је 33,2%, што је више у односу на просек ЕУ-27 од 31,4%, и означава пораст од 7,4 % у односу на 2008. годину. Од укупно 7 милиона становника, њих 1,5 милиона било је старије од 65 година (подаци за 2019), што је повећање од 200 хиљада у поређењу са 2008. Међу њима је било око 900 хиљада жена и 600 хиљада мушкараца. Удео старијих од 65 година износи 21,3% укупне популације. У односу на 2008. тај проценат је порастао за 3,5 процентних поена. Особе старије од 75 година чиниле су 8,8% становништва 2019, за 1,2 процентна поена више него 2008. Према подацима Националног статистичког института Бугарске, очекивани животни век при рођењу за период 2016 – 2018 је износио 74,8 година, што је знатно ниже од многих земаља Европске уније. Између 2008. и 2019. очекивани преостали животни век у 65. години порастао је за 0,7 година, на укупно просечно 16,3 године за мушкарце и жене, што је и даље знатно испод просека ЕУ, који износи 20,2 године. Период живота проведен у добром здрављу повећан је за 0,4 године, достигавши 9,8 година (2018), што је близу просека ЕУ (9,9 година).

Процена је да је у Бугарској 258.500 људи било у категорији потенцијално зависних особа од туђе помоћи. То чини 3,7% укупне популације, што је знатно ниже од просека ЕУ (7,0%) у 2019. години. Такође, удео старијих од 65 година којима су потребне услуге дуготрајне неге износи 27,9% особа, односно толико њих је имало је бар један озбиљан проблем који је отежавао њихово функционисање у области личне неге и/или кућних активности.

Очекује се да ће се становништво Бугарске смањити са 7,0 милиона 2019. на 6,5 милиона до 2030. и 5,7 милиона до 2050. Предвиђа се раст стопе зависности старијих на 39,0% до 2030. и 55,0% до 2050. Ове пројекције потврђују све већу потребу за услугама дуготрајне неге, јер ће све више старијих људи захтевати подршку.

За Бугарску је занимљиво то да су здравствени систем и систем социјалне заштите одвојени и уређени различитим законима – Законом о социјалним услугама и Законом о здравственим установама. Не постоји посебан, самосталан законски оквир за дуготрајну негу у Бугарској. Уместо тога, Национална стратегија за дуготрајну негу представља основу за доношење одговарајућих политика. Клинички протоколи који предвиђају пружање одређених услуга се финансирају из државног буџета и покривају поједине аспекте дуготрајне и палијативне неге, укључујући рану рехабилитацију након тешких стања и специјализоване терапије за хроничне или болести.

Услуге социјалне заштите, укључујући и дуготрајну негу су децентрализоване и оне су надлежност локалних самоуправа. Те надлежности су:

- Анализа потреба за социјалним услугама на локалном нивоу.
- Организовање пружања услуга социјалне заштите.
- Обезбеђивање поштовања стандарда квалитета.
- Надзор над потрошњом средстава.

Финансирање услуга социјалне заштите се врши из трансфера које држава обезбеђује локалним самоуправама. Пружаоце услуга социјалне заштите (укључујући и приватне) лиценцира Агенција за квалитет социјалних услуга, која такође спроводи и мониторинг.

Систем социјалне заштите у Бугарској обухвата разне облике социјалне помоћи, бенефиције у случају инвалидитета или за пензију, али не постоји издвојена бенефиција која је намњена искључиво за дуготрајну негу. Механизми подршке регулисани су различитим законима и условима:

Социјална помоћ:

- Додељује се након процене прихода, имовинског стања, брачног статуса, здравственог стања и запослења.
- Може бити месечна, циљна или једуготрајну негуократна.
- Загарантовани минимални доходак одређује Влада.
- Током 2019. године, 31.004 особа и породица примало је социјалну помоћ.

Новчане бенефиције за особе са инвалидитетом:

- Особе са инвалидитетом са више од 90% трајног смањења ране способности којима је потребна стална нега, имају право на додатак од 75% износа социјалне старосне пензије.
- У 2015. ови додаци чинили су 27% свих бенефиција за дуготрајну негу у Бугарској.

Покривеност и издаци за дуготрајну негу:

- Формалне услуге неговатеља у оквиру дуготрајне неге: 10,2% зависних старијих од 65 година користило је формалне неговатељске услуге.
- Новчане накнаде за дуготрајну негу: 28,7% старијих особа којима су биле потребне услуге дуготрајне неге примало је новчану надокнаду.
- Потрошња у оквиру локалних самоуправа: У 2015, општине су издвојиле 206 милиона БГН (~105 милиона ЕУР) за услуге дуготрајне неге (67% укупне социјалне потрошње за дуготрајну негу), углавном за лица са инвалидитетом. Услуге су обухватале смештај, рехабилитацију и дуготрајну негу и помоћ за болесне или особе са инвалидитетом.

Упркос овим видовима подршке, међународне процене (нпр. Светска банка) указују на то да мали износи накнада, недовољна покривеност и ограничени механизми за сузбијање злоупотреба подривају ефикасност система у смањењу сиромаштва и социјалне искључености најугроженијих.

Услуге дуготрајне неге

Постоји више услуга дуготрајне неге које су намењене старијим и особама са инвалидитетом:

- Институционални смештај
- Социјалне услуге у заједници
- Дуготрајне и саветодавне услуге у заједници
- Помоћ и нега у кућним условима

Према Закону о социјалним услугама, социјалне услуге се више не третирају само као конкретни “простори” већ као активности за подршку и оснаживање корисника. Услуге се деле на оне које су опште доступне (краткотрајне, информативне или саветодавне) и специјализоване (када постоји специфичан ризик или потреба). Бугарска пролази кроз процес деинституционализације дуготрајне неге, са циљем јачања услуга у заједници и у кућном окружењу.

Капацитет установа

- Закључно са децембром 2019, Бугарска је имала 161 специјализовану установу, са 10.881 смештајних места. У 2019. је основано 30 нових социјалних установа у заједници за одрасле, са укупно 506 места.
- До септембра 2020. број установа за социјалне услуге у заједници за старије и особе с инвалидитетом износио је 511, са 9.503 места, наспрам 335 установа и 6.887 места у 2012. години.

Услуге које се пружају у кућним условима:

- Пружају их државне/општинске власти или приватни пружаоци, често финансирани из државног буџета или из ЕУ фондова (нпр. Европски социјални фонд).
- Национални програм „Помоћ особама са инвалидитетом“ нуди кућну негу. У њему је било ангажовано 2.450 особа које су раније биле незапослене.
- У марту 2020. покренут је Национални програм „Обезбеђивање кућне неге“, који је заменио претходни програм и намењен је лицима са 80 до 90% умањене радне способности или старијима од 65 година који нису способни да самостално брину о себи, а који формално немају признат статус особа са инвалидитетом.
- Помоћ у кући је дефинисана као приоритет, што омогућава да особе старије од 65 година које се суочавају са проблемима у свакодневном функционисању добију помоћ код куће. Општине су обавезне да обезбеде пружање ових услуга.

Традиционално, породице чине основу пружања услуга дуготрајне неге у Бугарској. Иако нема прецизних података, огромну већину ових услуга пружају неформални неговатељи, пре свега унутар породица.

У јавним установама у којима се пружа дуготрајна нега, старија особа може платити до 80% износа своје пензије (али не преко стварног месечног трошка пружених услуга). Накнаде за социјалне услуге које финансира држава заснивају се на Уредби о

тарифама за социјалне услуге и обично се обрачунавају у проценту од прихода појединца. Према закону, накнаде за услуге финансиране из државног буџета могу бити смањене или укинуте у одређеним ситуацијама. Закон предвиђа да се годишња накнада за сваку услугу везује за проценат од стандарда дефинисаног за ту услугу, с циљем успостављања јасног ценовника и ширења изузећа за најугроженије.

Национална стратегија за дуготрајну негу и њен Акциони план покушавају да реше кључне проблеме, поготово непостојање универзалних стандарда квалитета за услуге социјалне заштите. Пројекат „Нови стандарди за социјалне услуге“ обухвата израду мерљивих критеријума и показатеља, као и свеобухватни систем надзора над пружаоцима услуга дуготрајне неге. Новооснована Агенција за квалитет социјалних услуга (при Министарству рада и социјалне политике) издаје лиценце приватним пружаоцима, прати трошење средстава и штити права корисника. Закон уводи интегрисани приступ у дуготрајну негу, омогућавајући да се здравствене и социјалне услуге пруже заједно за хронично оболеле или особе са трајним инвалидитетом. Упркос овим корацима, сматра се да је систем и даље превише регулисан, фрагментисан и без подстицаја за координисану или интегрисану негу.

Бугарска је 2019. године трошила само 0,3% БДП-а на дуготрајну негу, знатно испод просека ЕУ (1,7%). Према подацима, 69,2% потрошње у 2019. години на дуготрајну негу се трошило на услуге, а 30,8% на новчане исплате. Предвиђа се да ће се јавна потрошња за дуготрајну негу повећати на 0,4% БДП-а до 2050, што је и даље ниско у односу на просе у ЕУ.

Услуге дуготрајне неге се обезбеђују и особама са инвалидитетом. То је регулисано Законом о особама са инвалидитетом (на снази од јануара 2019.), Законом о персоналној асистенцији и пратећим актима. Подршка укључује посебне додатке, инвалидску пензију, додатак за туђу негу, као и месечне додатке деци са инвалидитетом (у распону од 179 до 475 ЕУР). Национална стратегија за дуготрајну негу и акциони план подразумевају и подршку пружања услуга у заједници и интегрисану подршку овим групама.

Све у свему, систем дуготрајне неге у Бугарској карактерише старење становништва, ограничена издвајања за дуготрајну негу из јавних средстава и реформски процес преласка ка већој заступљености услуга у заједници и у кућном окружењу. Реформе су усмерене ка јачању интеграције између здравствених и социјалних услуга, увођењу јединствених стандарда квалитета и ширењу обуке формалних и неформалних неговатеља. Ипак, постојећа средства и даље су недовољна како би се задовољиле све

потребе, а кључни изазови обухватају ниске стопе финансирања, миграцију радне снаге, регионалну неједнакост у покривености и проблем доступности.

2.3 Чешка Република

Предвиђања говоре да Чешка Република у наредних 30–50 година неће доживети велике промене у укупном броју становника, али се суочава са значајним трендом старења, слично другим земљама Европске уније. Ова промена у структури становништва значи пораст броја корисника услуга дуготрајне неге, уз очекиване проблеме са довољним бројем особа које могу пружати ове услуге.

Коефицијент зависности старијих је порастао са 20,6% (2008) на 30,4% (2019). Пројекције указују да ће износити 35,2% до 2030. и 49,8% до 2050. Ова кретања прате општи тренд у ЕУ, уз напомену да је процес старења у Чешкој Републици кренуо касније у поређењу с већином западних чланица ЕУ, па се сада одвија бржим темпом.

Учешће становништва старијег од 65 година је порасло са 14,6% (2008) на 19,6% (2019) и очекује се раст на 22,0% (2030) и 28,2% (2050). Учешће становништва старијег од 75 година ће порастати са 7,7% (2019) на 14,5% (2050), што представља релативно бржи раст.

Процењује се да 2019. године, 30,5% људи старијих од 65 у Чешкој је требало услуге дуготрајне неге (односно имали су бар једну озбиљну потешкоћу у одржавању личне хигијене или са пословима у домаћинству). Број здравих године живота после 65. године бележи чак мали пад (код жена: са 8,8 на 8,5; код мушкараца: са 8,5 на 8,1).

Број потенцијално зависних лица (оних којима је потребна нека врста помоћи) је износио 706.700 (6,6% целокупне популације) у 2019, а очекује се да ће их бити 806.700 (7,5%) до 2030. и 861.200 (8,2%) до 2050.

У Чешкој Републици не постоји јединствени закон о дуготрајној нези, нити посебно осигурање за дуготрајну негу. Одговорности и финансирање су јасно подељени на здравствени сектор и социјални сектор. Након увођења јавног здравственог осигурања (1993), пружаоци здравствених и социјалних услуга су били стриктно раздвојени. Од 2006. социјалним установама је омогућено пружање одређених здравствених услуга (претежно услуга неге) покривених јавним здравственим осигурањем, али је управљање и даље подељено, што изазива фрагментацију и слабу координацију.

Држава, региони и општине деле надлежности. Региони имају кључну улогу у планирању и координацији, док и региони и општине често оснивају установе које

пружају социјалне услуге. Велики део неге пружају чланови породице, иако не постоји законска обавеза потомака да се старају о родитељима.

У финансирању учествују корисници (нпр. до 85% пензије корисника може се користити за смештај и храну у домовима за старије особе). Државни трансфери се обезбеђују путем Министарства рада и социјалних послова и трансферишу се регионалним властима. Поједине услуге (нпр. социјална превенција, рехабилитација) могу бити бесплатне. Главни ресурс за здравствени сегмент дуготрајне неге (готово сви трошкови здравствених и услуга неге покривени су јавним осигурањем). Кључна социјална бенефиција, уведена законом из 2006. године о социјалним услугама, разврстана је у четири нивоа у зависности од степена зависности. Највиши износи су између 540 и 760 ЕУР месечно за најтеже случајеве. Упркос овим механизмима, чешки систем и даље нема јединствено осигурање за дуготрајну негу, већ почива на више извора финансирања (доприноси корисника, јавна средства, дотације и додатак за негу), уз недостатак интегрисане координације.

Сви становници имају универзални бесплатни приступ здравственим услугама у оквиру дуготрајне неге, које покрива јавно здравствено осигурање. Постоје старосно засноване олакшице за доплате за лекове (65–70 и преко 70 година).

У оквиру система социјалне заштите, додатак за негу се додељује у зависности од процене зависности (блажи, умерени, тешки, потпуни). Највиши ниво износи 525 до 760 ЕУР месечно за особе које нису у установи за резиденцијалну негу. Иако помоћ може бити висока, често није довољна за покривање свих трошкова 24-часовне неге. О правима одлучују локалне канцеларије за рад уз мишљење окружне социјалне осигуравајуће куће. Особе са инвалидитетом имају право на додатак за мобилност и додатак за посебна помагала. Што се неге тиче, већину немедицинске неге пружају породица и пријатељи. Дугорочни додатак за присуство (2018) uveden је ради финансијске подршке члановима породице који морају привремено напустити посао да би неговали чланове породице или рођаке после болничког лечења (минимално 7 дана, до 30 дана континуиране неге). Такође, држава покрива доприносе за здравствено осигурање оних који имају додатак за негу (нивои 2–4), као и особа које се о њима старају, укључујући и старање о деци до 10 година са нивоом 1 зависности. Као и у многим другим земљама, дуготрајна нега се у Чешкој традиционално сматра “породичном обавезом”, па су чланови породице најчешћи неговатељи.

У оквиру дуготрајне неге око 15% људи који имају потребу за њом налазе се у резиденцијалним установама, док већину неге пружају неформални неговатељи. Удео

старијих од 65 у коришћењу услуга дуготрајне неге је био подељен на начин да је 4,2% у резиденцијалним установама, 4,5% је остваривало право на услуге неге код куће, док је њих 12,0% примало новчане бенефиције.

У оквиру резиденцијалних установа постоје:

- Домови за старије
- Домови са посебним режимом (за лица са смањеном самосталношћу и болестима старења, нпр. деменцијом)
- Центри за боравак
- Стамбени домови за старије
- Установе за дуготрајну негу (под здравственим сектором)

У 2019. години постојало је 524 регистрована домова за старије са 36.688 кревета, 349 регистрованих домова са посебним режимом, са 20.904 кревета. Било је укупно 687,5 постеља за дуготрајну негу на 100.000 становника. Потражња знатно надмашује понуду; званични подаци показују преко 60.600 неиспуњених захтева за домове за старије и 26.100 за домове са посебним режимом (2019). Иако корисници шаљу више пријава, Удружење пружалаца социјалних услуга процењује да је реално око 20.000 лица на листи чекања. С обзиром на старење популације, потражња за резиденцијалном негом ће нагло расти у будућности.

У Чешкој Републици постоји недостатак услуга које се пружају у кући корисника и услуга у заједници (нпр. предах за неговатеље, лична асистенција, и дневни боровци). Предах од неге и психолошка подршка су нарочито неразвијени. Истраживања указују на велики јаз у задовољавању потреба за кућним и услугама подршке, које су неопходне за помоћ неформалним неговатељима.

Кључни изазови у обезбеђивању дуготрајне неге становништва старијег од 65 година су приступ и доступност. Издаци за формалну негу у кући могу премашити половину медијалног дохотка старије особе. Ипак, само 16,1% домаћинстава којима је потребна дуготрајна нега није користило услуге из финансијских разлога, што је испод просека ЕУ (35,7%). Постоје и географске разлике.

Систем провере квалитета разликује се у здравственом и социјалном сектору. Квалитет здравствених услуга се заснива на томе да пружаоци услуга морају увести унутрашњу процену квалитета и безбедности. Министарство здравља прописује

минималне стандарде. Постоји и спољашња сертификација која је добровољна. Такође, многе установе имају проблем да испуне стриктне захтеве за број лекара и сестара.

Лиценцирање пружалаца услуга социјалне заштите је обавезна, а може се одузети ако не испуњавају стандарде квалитета. Регионалне канцеларије контролишу неовлашћене/нелиценциране праксе, а казне су јако високе. Плате запослених у социјалној заштити су дуго биле ниске, отежавајући запошљавање и задржавање квалификованог кадра. То угрожава и квантитет и квалитет.

Јавна потрошња на дуготрајну негује порасла са 0,7% БДП (2013) на 1,5% БДП (2019). Пројекције говоре да ће износити 1,9% БДП до 2030. и 2,6% БДП до 2050.

2.4 Грчка

Број становника Грчке се смањивао између 2009. и 2019. и очекује се да ће наставити да опада. Та земља, такође, има једну од највећих стопа старења у ЕУ. У 2008. години, 18,7% становништва (око 2,1 милион људи) било је старије од 65 година, што се повећало на 22,0% (2,4 милиона) у 2019. Слично томе, удео оних од 75+ година порастао је са 8,7% на 11,2% током истог периода. Пројекције показују да ће до 2030. године 25,8% укупног становништва (~2,7 милиона људи) имати 65+ година, а до 2050. тај проценат ће бити 33,8% (~3,2 милиона људи). За узраст 75+ предвиђа се пораст на 13,3% до 2030. и 19,7% до 2050.

Коефицијент зависности старих повећао се са 28% (2008) на 34,6% (2019), што је изнад просека ЕУ-27 (31,4%). Пројекције кажу да ће 2030. достићи 41,9%, а 2050. 62,6%, надмашујући ЕУ-27 пројекцију од 39,1% и 52%. Очекивани животни век у 65. години је 20,4 година укупно (19,0 за мушкарце, 21,7 за жене) и благо је порастао током периода 2010 – 2019.

Вероватно да ће се тражња за дуготрајном негом додатно повећати јер се индикатор који показује колико је очекиваних “здравих година живота” након 65. смањивао између 2010. и 2018. Мушкарци од 65 могли су очекивати 7,4 здравих година (наспрам 8,7 у 2010). Жене од 65 могле су очекивати 7,2 здравих година (наспрам 8,2 у 2010). Поред тога, 29,1% људи од 65 и више година у 2019. имало је бар једну озбиљну потешкоћу у обављању активности свакодневног живота и/или других активности. Удео потенцијално зависних особа у укупној популацији био је 9,7% (1,034 милиона). Предвиђа се да ће порастати на 10,6% (1,090 милиона) до 2030. и 12,6% (1,195 милиона) до 2050.

С обзиром на наведену демографску ситуацију, потражња за услугама дуготрајне неге ће неизбежно расти. Међутим, дуготрајна нега и даље остаје занемарена. Тако, Грчка нема свеобухватан законски оквир за дуготрајну негу, јасну стратегију или интегрисани приступ, као ни адекватне аранжмане за управљање/организацију. Одређене услуге постоје, али нису јединствено организоване, а сам систем се у великој мери ослања на неформалну негу од стране породице, због снажних културних очекивања (иако не постоји законска обавеза да деца брину о родитељима).

Пошто не постоји јединствени оквир за дуготрајну негу, надлежности и регулаторни прописи остају веома фрагментирани и неструктурирани. Регионалне власти лиценцирају и прате институције / резиденцијалне услуге, док локалне власти регулишу пружаоце услуга дуготрајне неге у заједуготрајну негуици.

У 2019. години, јавна потрошња на услуге дуготрајне неге (здравствени и социјални сегмент) износила је 0,2% БДП-а, много испод просека ЕУ-27 где је износила 1,7%. Најновији показују да је Грчка издвојила 2,1% од укупне здравствене потрошње за дуготрајну здравствену негу. Нема података о сопственим (оут-оф-поцкет) и приватним осигурањима за дуготрајну негу, иако је удео личног финансирања (укључујући неформална плаћања) знатан и потцењен.

Новчане накнаде и пензије за инвалидуготрајну негуост подразумевају накнаде за старије особе или особе са инвалидитетом и подразумевају:

- Инвалидске и старосне пензије које се обезбеђују кроз Националну агенцију за социјално осигурање.
- Две новчане накнаде ограниченог обухвата за особе са инвалидитетом (укључујући старије особе):
 - о Накнада за потпуни инвалидитет за старосне пензионере који имају проблеме са видом или за инвалидске пензионере којима је потребна стална помоћ. Тражи оцену инвалидитета од 80% и више. Ова накнада износи 50% пензије (макс. 671,40 ЕУР месечно).
 - о “Non-Residential Care Benefit”: за осигуранике/пензионере (инвалидска, старосна, породична пензија) или чланове њихових породица са одређеним болестима, под условом да не примају накнаду за потпуни инвалидитет. Месечни износ је 671,40 ЕУР месечно.

Услуге дуготрајне неге се финансирају из буџета Министарства здравља, Министарства рада, социјалног осигурања и солидарности и Националну агенцију за

социјално осигурање. Углавном обухватају резиденцијалну/институционалну негу и услуге у заједници. Пријем старијих од 65 у јавне резиденцијалне установе заснива се на упуту локалних социјалних служби, регионалних центара за социјалну заштиту или јавних болница, узимајући у обзир финансијске тешкоће и озбиљност потребе за смештајем. Услуга је бесплатна након пријема.

Организација за социјалне бенефиције и солидарност пружа одређене бенефите (у новцу или натури) за оне са специфичним хроничним болестима или инвалидитетом. Постоји и цензусни “housing allowance”(станарина) за неосигуране особе старије од 65 година.

У Грчкој не постоје новчане или друге врсте накнаде за неговатеље. Породични неговатељи могу само индиректно да имају корист кроз скромне пореске олакшице за издржавање сродника са инвалидитетом.

Услуге дуготрајне неге у Грчкој укључују институционалну/резиденцијалну негу која се пружа кроз 12 регионалних центара социјалне заштите (44 социјалне јединице: 21 установа за хроничне болести, 13 заштитних центара за децу, 6 рехабилитационих центара, 4 осталих). Оне пружају резиденцијалну или полу-резиденцијалну негу углавном одраслима с инвалидитетом и старијима којима је помоћ неопходна. Постоје дуге листе чекања. Постоји и 510 резиденцијалних јединица за особе с менталним обољењима (јавне или непрофитне), са око 4.100 корисника. Око 2.100 постеља за старије особе с менталним проблемима, затим 338 постеља у јавним психијатријским болницама. Такође, ту су домови за пружање неге, њих 240 које воде приватне (профитне или непрофитне) организације или локалне власти, највише у урбаним центрима. Нема поузданих службених података о капацитетима. Постоје и они који су профитни и они се финансирају приватним плаћањем корисника/породице.

Постоје и услуге које се пружају особама које су оболеле од деменције. Покушава се са оснивањем дневних центара за деменцију, клиника за когнитивне поремећаје и палијативних хосписа. Формирани су и дневни центри за особе с инвалидитетом и дневни центри за старије који пружају услуге старијима који не могу у потпуности да се старају о себи, и чији сродници раде или их не могу неговати. Обично их воде општине. Програм “Help at Home”: нуди медицинску, социјалну и кућну помоћ.

Упркос бројним програмима, формална покривеност услугама дуготрајне неге је ограничена. Разлика између формалне и неформалне неге је велика; неформална покрива далеко највећи део потреба.

Јавна потрошња за услуге дуготрајне неге износи свега 0,2% БДП, далеко испод просека у Европској унији који је 1,7%. Очекује се да он остане 0,2% до 2050, док ће тада просек ЕУ вероватно достићи 2,5%. Међутим, старење становништва захтева далеко већа улагања у услуге дуготрајне неге да би се прошириле и модернизовале услуге.

Велики изазов остаје и пружање услуга другим групама становништва. Услуге за децу са инвалидитетом су слабо развијене; многа деца остају у установама, а мало је иницијатива за деинституционализацију.

Постоје одређени напори да се ситуација побољша. Формирани су центри за интегрисану негу старијих, њих 150, као огранци “центара” у општинама. Нуде информације о услугама дуготрајне неге и координацију локалних служби. Ради се и на реформи система оцене инвалидитета који поред медицинских треба да уведе и функционалне критеријуме.

2.5 Шпанија

Према подацима за 2019. годину, у Шпанији је 19,4% укупног становништва имало 65 и више година, што је нешто испод просека свих земаља ЕУ (20,3%). Пројекције показују да ће до 2030. године удео особа са 65 и више година достићи 23,8% (у поређењу са 24,2% у ЕУ), док ће до 2050. достићи 32,7% (у ЕУ 29,5%). Код становништва са 75 и више година проценат је био 9,6% у 2019 (у ЕУ 9,7%), а процењује се да ће бити 11,6% (2030) и 18,9% (2050).

Коефицијент зависности старијих износио је 29,5% (2019), са пројекцијама 37,2%(2030) и 59,5% (2050). До 2050. године, предвиђа се да ће Шпанија имати један од највиших удела становништва старијег од 65 и 75 година у ЕУ, уз највиши коефицијент зависности старих. Шпанија је, такође, једна од чланица ЕУ са најдужим преосталим животним веком у 65. години (22,0 године у 2019) и здравим годинама живота (11,4 године у 2018). У комбинацији, ови трендови могу значити већу вероватноћу раста броја људи којима ће бити потребна дуготрајна нега у будућности.

Дуготрајна нега у Шпанији је значајно унепређена 2007. године, након усвајања Закона о унапређењу личне аутономије и нези зависних лица. Тим законом је успостављен Систем за аутономију и негу зависности (SAAD), интегрисан у регионалне социјалне службе. Он подразумева да сва лица са најмање 5 година сталног борава у Шпанији, која испуне један од дефинисаних степена зависности/функционалности (умерени/степен I, тешки/степен II, високи/степен III), имају право на бенефиције.

Централна власт утврђује основне услове за коришћење и управља информационим системом. Путем Интертериторијалног савета координише се са регионима о кључним питањима (број услуга, износи новчаних бенефиција, критеријуми партиципације корисника и сл.). Регионалне власти спроводе процену функционалности корисника, воде регистар пружалаца, признају право на бенефиције и регулишу финансирање и организацију локалних општинских служби.

Локалне власти пружају већину услуга у заједници (нпр. дневни центри, помоћ у кући). Ипак, њихов утицај при доношењу одлука је ограничен. Финансирање се углавном ослања на опште приходе (национални и регионални буџети), уз партиципацију корисника на основу дохотка, односно имовине и типа услуге која се пружа. Региони могу проширити опсег бенефиција за своје становнике. Неформална нега и даље доминира – бројне услуге дуготрајне неге у пракси зависе од бриге коју пружају чланови породице.

Јавни издаци за услуге дуготрајне неге расту од доношења закона, али је финансијска структура неуравнотежена. По правилу, централна власт и региони треба да учествују сличним износима, али у стварности региони издвајају више.

Систем изгледа тако да стручњаци из регионалних социјалних служби спроводе процену (кућна посета, интервју). Коначном одлуком се додељује један од три степена зависности:

- Степен I (умерени): захтева повремену подршку мин. једна услуга дневно.
- Степен II (тешки): потребна интензивна подршка 2–3 пута дневно.
- Степен III (високи): неопходна континуирана подршка.

На основу тога, социјалне службе израђују индивидуални план, у коме наводе одговарајуће услуге или новчане бенефиције. Код погоршања стања, врши се нова процена и ревизија.

Уведене су накнаде за неформалну негу, коју мора пружати рођак (непрофесионални неговатељ). У изузетним ситуацијама то може бити и друга особа у кући. Добија се ако је кориснику најмање годину дана пре пријаве неопходна неформална нега, а нема доступне формалне услуге. Партиципација корисника зависи од дохотка, односно имовине. Новац треба да покрије трошкове које има неформални неговатељ, али се то практично не проверава. Постоји и накнада за личног асистента, која доприноси повећању аутономије корисника, помаже при свакодневним активностима, радним или образовним активностима. Корисник ангажује акредитованог

асистента (самостални или из овлашћене фирме), а мора доставити рачуне као доказ, како би остварио право на накнаду. Уведена је и накнада за “куповину” услуга. Користи се за ангажовање приватних лиценцираних пружалаца (кућна нега, дневни или ноћни центри, резиденцијална нега итд.) када јавне службе нису у могућности да их обезбеде директно. Корисник мора доставити рачуне како би оправдао наменско трошење средстава. Кумулација више новчаних бенефиција или комбиновање с услугама обично није дозвољено, осим у ретким случајевима.

Постоји четири главна типа услуга дуготрајне неге

- Техничка подршка: нпр. теле-асистенција (аларм, онлајн савет, праћење).
- Кућна нега: помоћ у кући, често за високо зависне кориснике чиме се растерећују породични неговатељи.
- Дневни и центри за предах.
- Резиденцијална нега: Сталан или привремен боравак за особе II или III степена функционаности.

Услуге дуготрајне неге у Шпанији и даље углавном пружа породица, где жене често преузимају највећи терет. Формалне услуге дуготрајне неге пружа око 275.000 особа али га карактеришу несигурност (привремени уговори, ниске плате, рад са пола радног времена). Такође, процењује се да 12,7% неформалне неге пружају странци.

У 2019. години, 1,115 милиона особа користило је бенефиције (80,5% од 1,385 милиона који испуњавају услове), а 269.854 особа је било на листама чекања. Међутим, у просеку чекање од дана пријаве до добијања бенефиције је било 426 дана, премашујући законски максимум од 180 дана. Статистички подаци показују да је око 31.000 људи умрло је пре остваривања права.

Квалитет услуга дуготрајне неге се обезбеђује кроз три нивоа. Први подразумева да су законом прописани минимални стандарди за број и квалификованост особља, акредитацију центара, итд. Међутим, сваки регион прилагођава националне смернице. Други ниво подразумева формалне провере, кроз процес акредитације центара на регионалном нивоу. Коначно, трећи ниво представља поштовања смерница добре праксе које су усвојене 2011. године, али које се не примењују у довољној мери.

Према статистичким подацима, Шпанија има 4,5 здравствених и социјалних професионалаца на 100 особа старијих од 65 година, што је укупно око 410.000 особа ангажованих у пружању услуга дуготрајне неге.

Према подацима, Шпанија, званично, издваја око 0,7% БДП-а за услуге дуготрајне неге (укључене су и здравствене и услуге социјалне заштите). Међутим, неке процене говоре да се издваја око 10,2 милијарде ЕУР, што чини око 0,82% БДП. Финансирање углавном обезбеђују региони, чак 63,7%, са 15,6% учествује централни ниво власти, док је 20,7% партиципација корисника. Предвиђа се раст трошкова на 0,9 – 1,0% БДП (2030) и 1,3 – 2,1% БДП (2050).

Услуге дуготрајне неге не користе само старије особе. Око 27,4% корисника (305.823 особа) је млађе од 65 година, и углавном се ради о особама са различитим врстама инвалидитета. Иако је систем универзалан, постоји недовољна покривеност за ретке болести или посебне потребе.

Између 2012. и 2015., уведене су мере штедње и ограничене могућности коришћења (нпр. смањење накнада, одлагање укључивања умерено зависних особа, обустава доприноса за неформалне неговатеље). Од априла 2019, држава поново покрива доприносе за неговатеље чланове породице. Потом, 15. јануара 2021. усвојен је нови план који је подразумевао:

- Повећање финансирања из државног буџета за 623 милиона ЕУР у 2021. године, са сличним износима у следеће 2 године.
- Мере за смањење листи чекања, побољшање услова рада и унапређење квалитета услуга.
- Средњорочна визија за реформисање система дуготрајне неге на основу свеобухватне евалуације.
- Паралелно, план “Next Generation EU” (компонента 22) укључује “план хитне помоћи за бригу о зависним лицима” и модернизацију јавних социјалних служби.

Систем дуготрајне неге у Шпанији је значајно напредовао, али се и даље суочава са значајним оперативним, финансијским и политичким препрекама.

2.6 Холандија

Холандија је укључила дуготрајну негу у универзални систем здравствене заштите 1968. године. У Холандији не постоји приватно осигурање за дуготрајну негу. Један програм јавног осигурања смноси трошкове старачких домова и других институционално пружених услуга, а други сноси трошкове услуга које се пружају код

куће.¹ Холандија, дакле, обезбеђује универзално јавно осигурање за дуготрајну негу целокупном становништву, и оно је свеобухватније него у многим другим земљама ОЕЦД-а. То значи широк приступ квалитетној кућној нези и нези у старачким домовима, док су сопствени трошкови корисника релативно ниски, а сродници су боље заштићени од терета пружања неформалне неге него у другим земљама. То се, међутим, остварује по цену највеће јавне потрошње за дуготрајну негу од свих земаља када се погледа учешће као удео у бруто домаћем производу (ОЕЦД 2022).²

Ова универзална здравствена покривеност се постиже кроз три комплементарне шеме јавног финансирања од којих свака плаћа за специфичне врсте неге. Прво, социјално осигурање за ДН плаћа институционалну негу (укључујући старачке домове и негу у хоспису). Друго, здравствено осигурање плаћа здравствено збрињавање (нурсинг) и личну негу код куће. Треће, Законом о социјалној подршци општине су одговорне за организовање и финансирање помоћи и социјалне подршке старима који живе на њиховој територији. Свака од ових јавних шема финансира збрињавање целокупне популације конкретне категорије.³ Социјално осигурање је обавезно. Две шеме социјалног осигурања се првенствено финансирају кроз наменске премије осигурања, а Закон о социјалној подршци је у потпуности финансиран путем општег опорезивања. Партиципације зависне од прихода износе 7% трошкова за институционалну негу, а партиципација за кућну негу, финансирану кроз Закон о социјалној подршци, износи 4%.⁴

Ово универзално и свеобухватно покривање трошкова дугорочне неге има своју цену. Као што је већ речено, Холандија троши 4 % свог бруто домаћег производа на ДН, што је више од било које друге земље (ОЕЦД 2022). Иако се ограничавање трошкова помиње као циљ политике када се најављују реформе политике, трошкови су се током последњих деценија значајно повећавали, како у апсолутним износима, тако и као удео у БДП-у. Удео издатака за ДН намењених институционалној нези у односу на кућну негу константан је, упркос повећању броја најстаријих. Вероватно је то делимично због мера

¹ Erasmus School of Health Policy & Management. 2023. What Long-Term Care Looks Like in The Netherlands. <https://www.eur.nl/en/eshpm/news/what-long-term-care-looks-netherlands>
https://www.nber.org/system/files/working_papers/w31823/w31823.pdf

² Bakx, P., Van Doorslaer, E., Wouterse, B. (2023). LONG-TERM CARE IN THE NETHERLANDS. Working Paper 31823. NATIONAL BUREAU OF ECONOMIC RESEARCH.

³ Исто

⁴ Исто

политике које промовишу „старење на месту“.⁵ Старење на месту је експлицитан политички циљ најмање три деценије. Ово је довело до низа реформи политике, укључујући повећање доступности кућне неге и строжије услове подобности за институционалну негу. Удео издатака за ДН намењен институционалном збрињавању сличан је као у Немачкој, а већи него у Сједињеним Државама и у Данској.⁶

Испуњеност услова за бенефиције се процењује за сваку од три шеме посебно, и то раде различите организације користећи различита правила. Међутим, у свим случајевима, подобност се заснива на потреби и не ограничава се приходом или старошћу. Део захтева се одбија због неиспуњености услова, али се апликанти могу упутити на негу која се финансира кроз другу шему.

Појединци који испуњавају услове за ДН могу бирати између неге у натури или ваучера (новчане накнаде) које могу користити да сами уговарају пружаоца неге. Услуге у натури пружају приватне организације. Општине уговарају пружаоце социјалне подршке и помоћи (Закон о социјалној подршци), здравствени осигураници уговарају пружаоце медицинског збрињавања (nursing) и личне неге (Социјално здравствено осигурање), а регионално се уговарају пружаоци институционалне неге (Социјално осигурање за ДН). Пружаоци преговарају о годишњем уговору и плаћају се на основу накнаде за услугу. Поред тога, уговори могу укључивати горњу границу буџета. Пружаоци кућне неге могу бити профитне или непрофитне организације, а пружаоци институционалне неге су непрофитне организације. Ваучери се могу користити за склапање уговора са непрофесионалним неговатељима, укључујући чланове породице. Удео неформалних неговатеља који пријављују да су плаћени је, међутим, само 3%.⁷

Поред избора између неге у натури и ваучера, појединци који испуњавају услове за институционално збрињавање могу изабрати да примају негу у натури у институционалном окружењу или код куће или у другом приватном окружењу. Остале стамбене опције су приватне иницијативе самих корисника или других приватних страна (профитних или непрофитних). Ту спадају нпр. објекти за становање уз подршку, домови који могу бити у потпуности прилагођени функционалним ограничењима корисника и станови који се граде уз старачки дом и који омогућавају људима да користе неке од садржаја старачког дома. Нега коју примају људи који живе у таквим стамбеним

⁵ Američki centri za kontrolu i prevenciju bolesti definišu starenje na mestu kao "sposobnost da se živi u sopstvenom domu i zajednici bezbedno, nezavisno i udobno, bez obzira na godine, prihod ili nivo sposobnosti".

⁶ Bakx, P, et al., Исто.

⁷ Исто

аранжманима обично се финансира из јавног система и за ову негу важе исти критеријуми подобности као и за негу у кући и институционалну негу. Када се нега користи у институционалном окружењу, трошкове собе и пансиона покрива социјално осигурање. У другим окружењима, ове трошкове плаћа појединац.⁸

Постоји растуће тржиште за врхунску негу старачких домова са око 300 врхунских старачких домова који су имали око 5.400 корисника у 2019. Стандардна нега се обично финансира из јавних средстава, али ови старачки домови дозвољавају допуну за додатне услуге и захтевају плаћање собе и пансиона.

У Холандији постоји 1.922 старачка дома, са 142 хиљаде кревета, што значи да просечан старачки дом има 74 кревета. Поред тога, 9.000 појединаца је добило институционалну негу у другом окружењу. Информације о листама чекања за негу у старачким домовима сугеришу да постоје значајне варијације у томе да ли је понуда старачких домова у стању да задовољи потражњу: листе чекања су нула или веома мале у већини региона, али значајне у неким регионима. У поређењу са другим земљама, број кревета у домовима за збрињавање (посматрано на 1000 особа од 65 година и више) је изнад просека ОЕЦД-а (ОЕЦД 2022).

Nursing homes	1,922
	(2017 figure)
Nursing home beds in 1000:	165 (2017)
theoretical	
Nursing home beds in 1000:	152 (2018)
operational	
Nursing home beds in 1000s	142
contracted	
Nursing home occupancy rate	.935 (2018)
Population size 65+	3,314,004
Beds per 1000 65+	43
Population size 85+	376,706
Beds per 1000 85+	377

Извор: CBS (2020a), TNO (2019, 2020). Note: figures for 2019 unless indicated otherwise., preuzeto iz Pieter Bakx, Eddy Van Doorslaer, Bram Wouterse, 2023.

⁸ Исто

Домови за старије су прилагођени потребама корисника. Корисници старачких домова су смештени у једнокреветним собама. Врсте и количина неге коју корисник добија зависе од врсте пакета неге на коју има право. У принципу, пружа им се између 11 и 29,5 сати неге и помоћи недељно.

Да би одговорила на забринутост у вези са квалитетом неге у старачким домовима, влада је повећала буџет за 2,1 милијарду годишње у 2017., што је приближно 10% укупног буџета. Организације које пружају институционалну негу могу да конкуришу за додатна средства.⁹

Лични неговатељи су највећа група здравствених радника у домовима за старе и у кућној нези. Лекари, регистроване медицинске сестре и други регистровани радници чине само једну десетину свих радника и систему дуготрајне неге. Број радника у старачким домовима је дупло већи него у кућној нези. Ово одражава веће потребе за негом корисника старачких домова у поређењу са корисницима кућне неге, а имајући у виду чињеницу да је број корисника кућне неге три пута већи од броја штићеника старачких домова.

Многи радници нису запослени пуно радно време; средњи еквивалент пуног радног времена по раднику је 0,63 у старачким домовима и 0,55 у кућној нези у 2021. години. Пошто посао са пуним радним временом у сектору дуготрајне неге износи 36 сати недељно, то значи да у просеку ови радници раде 20-23 сата недељно, што је ниже од укупног просечног радног времена (30 сати) који је за Холандију пријавио Еуростат (2021). Ово је случај за све врсте радника за које су подаци пријављени.

Постоје формални услови за обуку медицинског и парамедицинског особља, односно лекаре, регистроване медицинске сестре и фармацеуте, психотерапеуте, физиотерапеуте, медицинске психологе. Не постоје формални услови за друге врсте здравствених радника, али пружаоци услуга морају да обезбеде да су њихови радници довољно квалификовани за задатке који су им додељени и то проверава здравствена инспекција.¹⁰

Плата по сату за раднике који се баве дуготрајном негом је у 2019. била 23,6 ЕУР, што је било близу средње плате по сату у Холандији. У просеку, рад са пуним радним временом доноси годишњу бруто плату од 44 хиљаде ЕУР, што је једнако средњем приходу за све раднике. Плате се договарају на нивоу сектора од стране представника

⁹ Исто

¹⁰ Исто

послодавца и запослених и утврђују колективним уговором о раду. Плата запосленог зависи од врсте посла и броја година рада на тренутном послу.¹¹

У поређењу са радницима у формалној нези, неформални неговатељи су старији: удео формалних неговатеља старости 35 година или мање је више него двоструко већи од удела неформалних неговатеља старости испод 30 и старости од 30 до 39 година. Као и у другим земљама, већина (92%) свих формалних неговатеља су жене, док су 61% неформалних неговатеља жене. Неформалну негу релативно често пружају више образоване и ниже образоване особе у поређењу са формалном негом (средње образовање). 79% свих старатеља брине о другом члану породице, од чега отприлике половина родитељу, а половина супружник или други члан породице; 21% пружа негу пријатељу, комшији или неком другом.

У Холандији су трошкови пружања дуготрајне неге подељени између јавно финансиране формалне неге и неформалне неге.

У 2016. години је 211 хиљада појединаца користио институционално збрињавање, што је 6,4 % становништва Холандије 65+. Корисници старији од 65 година чине 67 одсто свих корисника институционалне заштите. Институционално збрињавање се у потпуности финансира из социјалног осигурања за дуготрајну негу. Укупно, 13,4 милијарде ЕУР потрошено је на негу у домовима за старије од 65 година. Већина ове неге се пружа у натури у институционалном окружењу које укључује смештај и исхрану, али корисници такође могу да одлуче да користе само негу у натури (искључујући смештај и исхрану) која се пружа у приватном окружењу или могу да се одреде да вредност услуге добију у новцу.¹²

Око 445.000 особа старијих од 65 година користи формалну персоналну негу и медицинско збрињавање, покривено јавним здравственим осигурањем. За ову врсту неге корисници не плаћају партиципацију. Укупна потрошња на ову негу је 2,8 милијарди ЕУР. Кућну негу и помоћ коју финансирају општине, користи око 367 хиљада особа старијих од 65 година. За услуге које су специфичне за особу, корисници плаћају фиксну месечну накнаду из свог џепа, која износи 3 одсто укупне потрошње за кућне здравствене услуге.

Укупни трошкови дуготрајне неге за популацију од 65+ година износе 31 милијарду ЕУР (4 % БДП-а). Трошкови неформалне неге чине око 34% укупних трошкова (1,3 % БДП-а). Упркос екстензивном јавном формалном систему неге,

¹¹ Исто

¹² Исто

трошкови неформалне неге су и даље значајни, како у апсолутном износу, тако и као проценат укупне потрошње на дуготрајну негу за популацију од 65+ година. Ових 34% укупне потрошње која се приписује неформалној нези је нижа од 50% у Немачкој, која се традиционално мање ослања на формалну негу, а више на неформалну. Процене за Сједињене Државе су сличне онима за Холандију, док су процене удела трошкова неформалне неге за Данску много ниже него за Холандију.¹³

Четири главна закључка, када се ради о ДН у Холандији су:

- Прво, ниједна земља не троши више по глави становника на јавно финансирану формалну негу од Холандије, према Систему здравствених рачуна ОЕЦД. Холандска дефиниција дуготрајне неге је релативно широка у смислу услуга и укључених група становништва, те се може рећи да Холандија има један од најопсежнијих и најсвеобухватнијих јавних система дуготрајне неге.

- Друго, обрачун неформалне неге не само да има велики утицај на процењени ниво трошкова дуготрајне неге, већ и на расподелу ових трошкова. Трошкови формалне неге плаћају се кроз јавне програме, а партиципација чини само неколико процената укупних прихода. Јавни програми се финансирају премијама зависним од прихода и општим опорезивањем. Насупрот томе, трошкове неформалне неге – као и здравствене трошкове – у потпуности сnose неформални неговатељи. Просечан неформални неговатељ пружа знатну количину неге, што значи да ови трошкови по неговатељу такође могу бити значајни. Надаље, демографски састав групе неформалних неговатеља показује да неке субпопулације, нпр. средовечне или старије жене, чешће пружају неформалну негу од других и стога преузимају већи терет.

- Треће, чини се да је праг за добијање формалне неге нижи у Холандији него у другим земљама. То јест, вероватноћа коришћења формалне неге је већ значајна при ниским или умереним нивоима ограничења. Ово важи и за кућну негу и за негу у старачким домовима. Међу 85+ са ограничењима нултог или првог степена, 44% прима формалну негу, од чега 19% (тј. 8% укупне популације) прима негу у старачким домовима. Ове особе могу имати друга ограничења (нпр. когнитивна) која нису обухваћена проценом функционалности која је утврђена, али која захтева потребу за негом. Ипак, овај проценат је двоструко већи од процента у другим земљама које су користиле сличне мере за пријављивање функционалних ограничења.

¹³ Исто

- Четврто, релативно велики удео формалних неговатеља у Холандији ради на пола радног времена. Ово сугерише да би се недостатак на тржишту рада због све веће потражње за формалном негом могао смањити ако се ови радници могу убедити да раде више сати.

2.7 Словенија

Данас је 20% људи у Словенији старије од 65 година и – према пројекцијама – овај удео ће се повећати на 30,8% до 2050. године. Када се ради о особама старијих од 80 година, предвиђа се повећање њиховог броја са 5,4% у 2019. на 11,2% до 2050 (Европска комисија, 2021). Старење становништва резултира повећаном потребом за дуготрајном негом.

Године 2023. у Словенији је донет Закон о дуготрајној нези¹⁴ (у даљем тексту: Закон). Пре доношења Закона, разне области дуготрајне неге биле су регулисане трима актима: Законом о здравственој заштити и здравственом осигурању¹⁵, Законом о пензијском и инвалидском осигурању¹⁶ и Законом о социјалној помоћи¹⁷. Ово је резултирало фрагментацијом права због разлика у прописима, недостатаком алата за униформну процену, сложеним административним процедурама, неразвијеношћу и недовољном доступношћу бриге у заједници (услуге нису биле доступне 24/7, постојала је већа потражња за услугама, а само су се одређене услуге пружале) и недостатком централизованог приступа информацијама. Стога је било потребно конзистентно законодавство за решавање ових изазова.¹⁸

Након две деценије преговора, припрема и бројних нацрта, Закон је усвојен у децембру 2021. године. Укључује неке нове функције, као што су one-stop shop, нове

¹⁴ Zakon o dolgotrajni oskrbi (ZDOsk-1), Uradni list RS, št. 84/23, <https://pisrs.si/pregledPredpisa?id=ZAKO8819>

¹⁵ Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ)

Uradni list RS, št. 72/06 – uradno prečiščeno besedilo, 114/06 – ZUTPG, 91/07, 76/08, 62/10 – ZUPJS, 87/11, 40/12 – ZUJF, 21/13 – ZUTD-A, 91/13, 99/13 – ZUPJS-C, 99/13 – ZSVarPre-C, 111/13 – ZMEPIZ-1, 95/14 – ZUJF-C, 47/15 – ZZSDT, 61/17 – ZUPŠ, 64/17 – ZZDej-K, 36/19, 189/20 – ZFRO, 51/21, 159/21, 196/21 – ZDOsk, 15/22, 43/22, 100/22 – ZNUZSZS, 141/22 – ZNUNBZ, 40/23 – ZČmIS-1 in 78/23, <https://pisrs.si/pregledPredpisa?id=ZAKO213>

¹⁶ Zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju (ZPIZ-2)

Uradni list RS, št. 48/22 – uradno prečiščeno besedilo, 40/23 – ZČmIS-1, 78/23 – ZORR, 84/23 – ZDOsk-1, 125/23 – odl. US in 133/23, <https://pisrs.si/pregledPredpisa?id=ZAKO6280>

¹⁷ Zakon o socialno varstvenih prejemkih (ZSVarPre)

Uradni list RS, št. 61/10, 40/11, 14/13, 99/13, 90/15, 88/16, 31/18, 73/18, 196/21 – ZDOsk in 84/23 – ZDOsk-1, <https://pisrs.si/pregledPredpisa?id=ZAKO5609>

¹⁸ Prevolnik, Rupel, V. (2022). Slovenia adopts the long-awaited Long-Term Care Act, European Social Policy Network, Flash Report 2022/09

услуге за очување независности корисника, новедефинисане категорије неге и нови алат за процену нивоа потреба за дуготрајном негом. Према новом систему, потреба особе за дуготрајном негом ће се процењивати на основу осам критеријума: мобилност у кућном окружењу, когнитивне и комуникационе вештине, понашање и ментално здравље, самопомоћ, способност да се особа носи са било којом болешћу и лечењем, уобичајене активности и социјални контакти, способност деловања ван кућног окружења средину и обављање кућних активности. Према дотадашњем систему, евалуација се, у суштини, заснивала на медицинској документацији; права на услуге дуготрајне неге су суштински дефинисана у смислу медицинских потреба, а „социјална компонента“ је много мање била присутна.

Законом су дефинисана неновчана и новчана права у вези са дуготрајном негом. Неновчана су права на: стамбено збрињавање, негу у заједници и неговатеља у породици (члан породице са истим пребивалиштем као корисник, који напушта тржиште рада или је незапослен, да би се бринуо о кориснику). Сваки корисник је слободан да бира између ових опција.¹⁹

Конкретна права из осигурања за дуготрајну негу су:

- право на неговатеља члана породице - ступило на снагу 1. јануара 2024. године,
- право на дуготрајну негу у кући - ступило на снагу 1. јула 2025. године,
- право на дуготрајну негу у установи почело је да се примењује 1. децембра 2025. године
- право на исплату у готовини почело је да се примењује 1. децембра 2025. године.

Постепено се уводе додатна права:

- право на услуге јачања и одржавања самосталности: ако се ради о корисницима дуготрајне неге у кући и неговатељима члана породице - почиње да се примењује од 1. јула 2025. године, а за кориснике дуготрајне неге у установи и кориснике дуготрајне неге у виду новчаних накнада од 1. 12. 2025. године;
- право на услуге е-неге: у случају корисника дуготрајне неге у кући, корисника старатеља члана породице и корисника старијих од 80 година почиње да се

¹⁹ Исто

примењује 1. јула 2025. године, а за кориснике дуготрајне неге збрињавање у виду новчане накнаде од 12.1.2025.²⁰

У подручним канцеларијама Завода за здравствено осигурање Словеније (ЗЗЗО) постоје места (one-stop shop), где потенцијални корисник дуготрајне неге може добити све потребне информације и пријавити се за услуге. Корисници су класификовани у пет категорија у зависности од нивоа неге која им је потребна. Законом је дефинисана вредност услуга и она се креће од 340 ЕУР месечно за кориснике са најмањим потребама за негом, до 1.870 ЕУР за оне са највећим потребама. Поређења ради, просечна нето месечна пензија у 2021. години износила је 817 ЕУР.

За сваког корисника се припрема план имплементације препоручених услуга. Закон разликује пет група услуга: три које већ постоје (везане за помоћ у активностима свакодневног живота и неге) и две нове (услуге е-неге и услуге за јачање и одржавање независности).²¹

Корисник може добити услуге е-неге у вредности до 31 € месечно, као и услуге за јачање и одржавање независности у вредности између 348 и 696 ЕУР годишње. Ови износи се разликују од претходних, али је тешко рећи шта то значи за појединог корисника с обзиром на то да су се променила и права и механизам процене за дефинисање категорија неге. Координатор дуготрајне неге, којег одреди влада и који је стално запослен, координира пружање услуга. Завод за здравствено осигурање Словеније је платилац услуга јавним и приватним пружаоцима услуга и утврђује цене услуга дуготрајне неге.

Закон уводи обавезно осигурање за дуготрајну негу. Осигураници су сва лица од 18 и више година која су укључена у систем обавезног здравственог осигурања у Словенији. Овај Закон ступио је на снагу јуна 2025. године, а до тог периода 3,8% средстава прикупљених од Завода за здравствено осигурање Словеније и 2,2% средстава прикупљених од стране Завода за пензијско и инвалидско осигурање Словеније се користило за финансирање дуготрајне неге. Услуге дуготрајне неге су се такође финансирале трансферима из државног буџета.²²

²⁰ Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, Obvezno zavarovanje za dolgotrajno oskrbo, <https://www.zzzs.si/dolgotrajna-oskrba/>

²¹ Prevolnik, Rupel, V., Исто.

²² Исто

Доприноси се плаћају по законској стопи доприноса из законске основице. Допринос за обавезно осигурање за ДН плаћа се од основице од које се плаћа здравствени допринос за осигурање за случај болести и повреде ван рада, основице од које се плаћа здравствени допринос из прихода пензионера, и из делатности која се обавља као споредна професија. Стопа доприноса је 1% за пореског обвезника појединца за уплату доприноса (допринос запосленог и допринос послодавца укупно 2%); 1% за обвезника плаћања доприноса, који је пензионер са пребивалиштем у Републици Словенији, који прима пензију по прописима Републике Словеније, или је пољопривредник који прима „алиментацију“ по прописима о алиментационој заштити пољопривредника; 2% за пореског обвезника који је и осигураник по основу: - радног односа, ако његов послодавац није у обавези да доприноси обавезном здравственом осигурању за случај болести и повреде ван рада по пропису којим се уређује обавезно здравствено осигурање или другим прописима, - самосталне привредне или професионалне делатности, - обављања пољопривредне делатности, или – обављања управљачких функција као партнер предузећа или оснивач института; 2% за обвезника доприноса који уплаћује допринос за осигураника који је осигуран као: - хранитељ који обавља хранитељску делатност као занимање у складу са прописима којима се уређује обављање хранитељске делатности и - лице које је стекло права по закону којим се уређује родитељско старање (корисници родитељских накнада којима је радни однос престао за време трајања родитељског одсуства; један од родитеља који по основу делатности уплаћује доприносе за социјално осигурање што негује најмање 20 часова недељно дете до треће године старости, један од родитеља који напушта тржиште рада ради бриге о четворо или више деце.)

Осигураници који не плаћају доприносе у обавезном здравственом осигурању, у обавезном осигурању за дуготрајну негу (тј. чланови породице, супружници или родитељи) плаћају од основице која износи 25 одсто последње познате просечне годишње бруто зараде запослених у Републици Словенији, обрачунао месечно.²³

Критичари законских решења наглашавају да се њиме не решава главни проблем који је толико дуго одлагао усвајање Закона: како обезбедити стабилно финансирање дуготрајне неге, будући да не постоје одговарајуће финансијске процене и пројекције. Процена потребних финансијских средстава за финансирање услуга дуготрајне неге

²³ Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, Obvezno zavarovanje za dolgotrajno oskrbo, <https://www.zzzs.si/dolgotrajna-oskrba/>

заснива се на тренутној ситуацији. Тврди се да нису узети у обзир ни трошкови услуга по кориснику, нити број корисника.²⁴

Словенија је спровела пилот пројекат, суфинансиран од стране Европске комисије, за тестирање неких предложених решења (нове услуге за очување независности корисника и нови механизам процене за улазак у систем ДН) у три различита окружења. Препоруке и закључци пилот пројекта нису у потпуности узети у обзир код израде Закона. Постоји неколико изазова, као што је чињеница да постоје два паралелна механизма за процену потреба и подобности за услуге дуготрајне неге (општи механизам процене и прелазна матрица), што може довести до неједнакости у уласку у систем дуготрајне неге. Такође, осигурање квалитета се углавном заснива на непосредном надзору и праћењу од стране Завода за здравствено осигурање и Министарства здравља Словеније, а не на системима квалитета пружалаца услуга.²⁵

Словеначки систем, међутим, не треба поредити са системима који већ деценијама постоје, јер су и они у току тог низа година били кориговани у складу са запаженим недостацима. Један од таквих је немачки систем дуготрајне неге и осигурања.

2.8 Немачка

Немачки систем дуготрајне неге ступио је на снагу 1995. године кроз пети стуб који је уграђен у систем социјалног осигурања. Осигурање за дуготрајну негу прати Бизмарков систем који се првенствено заснива на доприносима за социјално осигурање. Главни разлог за увођење овог 5. стуба био је стални пораст старијих који су зависни од социјалне помоћи и повећање трошкова социјалне заштите.

Имплементација система осигурања за дуготрајну негу подразумевала је дефинисање зависности, а потом и права на бенефиције. У то време, у фокусу је било физичко оштећење и резултат процене је разликовао три степена зависности, а у вези са дневним временом потребним за негу. Пакет погодности који је осигурање нудило састојао се од могућности давања у кешу или у натури и имао је за циљ стимулацију пружања услуга везаних за дневне активности.

Пружаоци услуга су могли бити невладине организације, приватни и јавни субјекти. Велику улогу у пружању услуга имају невладине и приватне организације, док су јавни пружаоци услуга мало заступљени. Без обзира на правну форму, пружаоци су

²⁴ Prevolnik, Rupel, V., Исто.

²⁵ Исто

по закону обавезни да испуне стандарде квалитета како би добили дозволу и споразум са фондовима дуготрајне неге.

Постоји добро развијен систем пружања професионалних услуга дуготрајне. Међутим, од почетка осигурања за дуготрајну негу око 2/3 свих корисника услуга живи код куће. Ово је снажно подржано аранжманима социјалног осигурања за неформалне неговатеље.

Финансирањем система управљају обавезна осигурања за дуготрајну негу. Од почетка примене система дуготрајне неге, приходи и расходи су уравнотежени, па чак и добро опскрбљени резервама. Контрола трошкова и одрживост постигнути су истим нивоом пакета бенефиција током дужег временског периода и подстицајима за кућну и неформалну негу, што расходе држи ниским.²⁶

Прва реформа система за дуготрајну негу започета је 2015. године, а друга реформа је ступила на снагу од јануара 2017. Реформе су имале су за циљ проширење подобности за бенефиције реформисањем дефиниције „потребна нега“ и метода процене, да повећају привлачност професија неге и да ојачају квалитет дуготрајне неге. Највећи изазов у Немачкој је проналажење довољног броја стручног особља за пружање дуготрајне неге, будући да недостатак особља наставља да расте због демографских и друштвених промена. У циљу успешног суочавања са недостатком професионалног особља сматра се да је потребно значајно повећање плата и побољшање услова рада.²⁷

Нова регулатива о бенефицијама и услугама систематски имплементира циљ нове дефиниције потреба за дуготрајну негу. Претходни систем се заснивао на три категорије неге везане за дневно потребно време, а замењен је са пет степена неге и узима у обзир физички, ментални и психички инвалидитет. Пакети бенефиција су повећани у кућној нези и неформални неговатељи имају право на доприносе за социјално осигурање.²⁸

Нови прописи о бенефицијама и услугама систематски спроводе циљеве нове дефиниције потреба за ДН – пружање помоћи у одржавању независности и максимално коришћење преосталих способности особе. Пет је степена неге који се примењују на сва лица којима је потребна ДН, без узимања у обзир времена које је потребно да се та нега пружи.²⁹

²⁶ Gabanyi, M., (2014-2019). Development of Old Age Services and Long Term Care System in Germany.

²⁷ Long-Term Care Report, Trends, challenges and opportunities in an ageing society, Country profiles, Volume II, Joint Report prepared by the Social Protection Committee (SPC) and the European Commission (DG EMPL), 2021, 70

²⁸ Gabanyi, M., Исто.

²⁹ Исто

Уместо да се посматра време потребно за активности неге, нови алат за процену служи за мерење степена независности особе у неколико различитих области које се – на основу различитих пондера – накнадно комбинују да би се формирала општа процена. Ово даје основу за повезивање особе са одређеним степеном неге.

Module	No. of items	Items
Mobility	5	Change of position, keeping stable sitting position, rising up from sitting position, moving along in dwelling place, climbing stairs
Cognitive and communication abilities	11	Recognition of significant others, spatial and temporal orientation, memory, decision-making in everyday life, understanding of facts and information, detection of risks and dangers, conveyance of basic needs, understanding of requests and participation in conversations
Behaviour and mental health	13	Agitation, nocturnal restlessness, self-endangering and auto-assaultive behaviour, verbal and other aggression, delusions/illusions, anxiety, refusal of supportive actions, vocal deviant utterances
Self-care	12	Items related to personal hygiene, dressing/undressing, eating, drinking, toileting
Ability to deal with illness-/therapy-related demands and burden	15	Medication, s.c./i.m./i.v. applications, taking and interpreting body parameters, dressing/woundcare, therapeutic measures in the home (e.g. exercises), visits to physicians/therapeutic facilities
Managing everyday life and social contacts	6	Shaping daily routine, resting and sleeping, occupying oneself, making plans for the future, interacting with people in direct social contact, contacting people outside the direct surroundings
Activities outside the house	7	Movements outside of the home, participation in various activities
Household maintenance	7	Grocery shopping, preparing basic meals, tidying and cleaning, use of services, regulating financial matters and administrative measures

Табела 1: Алат за процену степена независности особе

Извор: Gabanyi, M. *Development of Old Age Services and Long Term Care System in Germany*

Под одређеним условима, дакле, особе које пружају неформалну негу особама које од те неге зависе, могу стећи право на пензију, ако се старају о једном или више лица осигураних кроз обавезно или приватно осигурање за дуготрајну негу, за ниво 2 или виши ниво неге. У овом случају, фонд за дуготрајну негу плаћа пензијске доприносе за дотичног неговатеља. Ови доприноси се плаћају све док се неговатељ брине о особи која зависи од неге и стога нису временски ограничени. Како се период неге рачуна као период запослења у обавезном пензијском осигурању, он може повећати пензију неговатеља.³⁰

³⁰ Long-Term Care Report, Trends, challenges and opportunities in an ageing society, Country profiles, Volume II, Joint Report prepared by the Social Protection Committee (SPC) and the European Commission (DG EMPL). (2021). <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/b39728e3-cd83-11eb-ac72-01aa75ed71a1>, 75.

Иако су права на бенефиције широка, ово осигурање може покрити само део трошкова дуготрајне неге. Остатак покривају особе којима је дуготрајну негу потребна, или се трошкови покривају од стране чланова уже породице или социјалном помоћи.³¹

Сада се, међутим, партиципација више не повећава са вишим степеном потребе за негом, што представља олакшање за многе особе којима је потребна дуготрајна нега. Све особе у домовима за смештај којима је потребна дуготрајна нега и које су распоређене у разреде неге од 2 до 5 плаћају исти допринос за негу из свог џепа. Међутим, износи се могу разликовати од једног дома за смештај, до другог, због различитих цена.³²

Када трошкови премашују додељени износ, а корисник не може да плати партиципацију, иста се плаћа из социјалне помоћи (која се додељује преко немачких држава и општина).³³

У примању бенефиција дуготрајне неге, осигураници имају законско право на саветовање о нези. Фонд осигурања или приватно друштво за осигурање које обезбеђује осигурање за дугорочну негу пружа ову услугу. Постоје квалификовани консултанти који утврђују конкретну потребу за помоћи, пружају свеобухватне савете о доступним понудама и могу направити план личне неге. У овом контексту се успостављају тачке подршке (*Pflegestützpunkte*) које нуде савете, подршку, релевантне информације, формуларе за пријаву и практичну помоћ.³⁴

Последњих година законодавна власт је увела бројне реформе и иницијативе за даље побољшање инфраструктуре за ДН и осигурање за исту.

Од 2017. године, законско право на дуготрајне бенефиције и категорије људи који имају право на дуготрајне бенефиције су знатно проширене и процена потреба се у великој мери променила. Ова реформа је постигнута Другим законом о јачању неге (*Zweites Pflegestärkungsgesetz*), усвојеним 2015. године, који је побољшао приступ нези, посебно за људи који пате од деменције. Године 2020. ступио је на снагу Закон о смањењу терета сродника (*Angehörigenentlastungsgesetz*) који је усвојен 2019. године. Овим Законом су, из обавезе покрића преосталих трошкова неге, изузета деца особа којима је потребна нега, под условом да зарађују мање од 100.000 ЕУР.

³¹ Исто, 70.

³² Gabanyi, M., Исто.

³³ Bocquaire, E. (2016). Long-Term Care Coverage in Europe.

<https://www.soa.org/globalassets/assets/Files/Pubs/pub-2016-05-ltc-coverage-europe.pdf>

³⁴ Исто, 78

Од 2008. године постепено се оснивају Одбори за преглед давалаца услуга дуготајне неге, јачају се овлашћења за праћење усаглашености акредитованих пружалаца услуга дуготрајне неге са прописима који прописују захтеве за квалитет неге, укључујући инспекцију акредитованих домова без претходног упозорења. Закон о реформи професија неге (*Pflegeberufegesetz*), усвојен 2017, има за циљ модернизацију обука за негу, укључујући обуку за професионалце за ДН у циљу побољшања њеног квалитета и у циљу привлачења људских ресурса овој професији.³⁵

Уведено је неколико мера са циљем повећања плата у пружању дуготрајне неге. На пример, више пружалаца услуга кућне неге треба да буду укључено у колективне уговоре, што је прописано Законом о јачању особља за негу (*Pflegepersonal-Starkungsgesetz*) 2018. године. Овим Законом је стипулисано да се у домовима отвара око 13.000 додатних радних места за професионалце за дуготрајну негу. Трошкове морају сносити фондови законског здравственог осигурања. Савезна влада је увела правни основ за побољшање плата радника (*Pflegelohnverbesserungsgesetz*) и интензивирала је покушаје да се ангажују професионалци из иностранства, нпр. закључивањем уговора о пријему у радни однос, и то са другим земљама.³⁶

Стопе доприноса за осигурање за дуготрајну негу су значајно повећане правним актима усвојеним између 2008. и 2018. до 3,05%, и 3,30% за људе без деце у 2020. години, углавном због проширење бенефиција. Бројне реформе, усвојене између 2008. и 2019. године, имале су за циљ да олакшају и обезбеде подстицаје за неформалну негу у циљу одржавања трошкова дуготрајне неге.³⁷

У претходном периоду, стопа доприноса је, у 2016. години, износила укупно 2,35% (по 1,175% за послодавце и запослене). Осигураници без деце плаћају веће стопе – 1.425%, а укупна стопа је 2,6%. Пензионери плаћају пуну стопу доприноса од 2004. Приватна осигурања нуде основне тарифе, али и скалирана осигурања. У 2017. години стопа је повећана на 2,55% (по 1.275% за послодавце и запослене, као и пуна стопа за пензионере). Осигураници без деце су плаћали већу стопу – од 1.525%, а укупна стопа је износила 2,8% њихове зараде.³⁸

Немачка (као и Аустрија и Холандија) има систем који подржава појединца у његовим жељама и одлукама: примањима у кешу управљају финансијер и корисник.

³⁵ Исто, 83

³⁶ Исто, 83-84

³⁷ Исто, 84

³⁸ Gabanyi, М., Исто.

Први корак су индикације и процена у вези са врстом и дужином пружања услуге. Што се тиче ограничавања трошкова, како у натури, тако и бенефиција у готовини, мора постојати исти плафон у смислу новца који се може потрошити по клијенту месечно. У случају да се клијент определи за бенефиције у готовини он/она има могућност да купи услуге директно уговарајући са професионалним пружаоцем кућне неге или ангажованим рођацима или другим неформалних неговатељима.³⁹

У резиденцијалним установама за дуготрајну негу свако осигурано лице има право на додатне могућности неге које се углавном односе на друштвене активности. Установе су у обавези да закључе уговоре са фондовима за дуготрајну негу и да за ову сврху упосле додатно особље.

Други закон о јачању дуготрајне неге јача принцип 'рехабилитације пре дуготрајне неге'. Додељивање бенефиција за рехабилитацију служи да се избегне или барем одложи почетак потребе за дуготрајном негом. Препорука мера рехабилитације се огледа у новом алату за процену.

Неформални пружаоци неге сада су боље обезбеђени у оквиру пензијског осигурања и осигурања за случај незапослености. Осигурање за дуготрајну негу плаћа доприносе за пензију за све запослене који пружају најмање 10 сати неге недељно, распоређених на најмање два дана за особу којој је потребна нега од 2. до 5. разреда. Пензијски доприноси се такође повећавају у случају да расте потреба за дуготрајном негом. Свако лице које брине о сроднику који има изузетно велику потребу за помоћи (5. разред) прима 25% више пензијских доприноса него што је то био случај раније. Сродник који брине о лицу коме је потребна дуготрајна нега, а које болује од деменције, покривен је пензијским осигурањем. Унапређена је и покривеност осигурањем за случај незапослености. Осигурање за дуготрајну негу од сада уплаћује и доприносе за осигурање од незапослености за неформалне неговатеље који напуштају своје радно место да би могли да брину о рођацима којима је потребна дуготрајна нега, током целог периода неге. Као резултат тога, особе које имају каријеру, имају право на бенефиције за незапослене, као и на бенефиције, ако не успеју у несметаном преласку на посао након периода неге. Исто важи и за лица која прекидају примање накнаде из осигурања за случај незапослености ради пружања неге. Све ове мере подстичу неформалну бригу и оснажују зависне особе да остану код куће што је дуже могуће.⁴⁰

³⁹ Gabanyi, M. (2014). Guiding principles for long term care of elderly people at home, *Socijalna politika*, 3, UDC 364.4-053.951-63, <https://doi.org/10.22182/sp.32014.3>, 55.

⁴⁰ Gabanyi, M. (2014-2019), Исто.

У последњих пар година, дуготрајна нега је, у Немачкој, била предмет интензивних измена закона, а у вези са управљањем пандемијом КОВИД -19. Најважније измене су се тичале ограничених посета домовима како би се заштитили станари и запослени и обуздало ширење КОВИД -19. У домовима за становање и услугама кућне неге сви људи (укључујући запослене) могли су бити тестирани без обзира на то да ли је дошло до инфекције. КОВИД -19 или тестови на антитела су се плаћала из средстава јавног здравственог осигурања, чак и ако нема симптома; запослени у систему дуготрајне неге су добили једнократну премију за КОВИД -19 до 1.000 ЕУР у 2020. а били су ослобођени 500 ЕУР плаћања пореза; провере квалитета у домовима и саветодавне посете у кућној нези су обустављене на ограничени период како би се објекти дуготрајне неге и професионалци растеретили бирократије; Пружаоцима услуга кућне неге и смештаја дата је накнада за ванредне трошкове везане за КОВИД -19 или губитак прихода, одмах по подношењу захтева.⁴¹

2.9 Јапан

Осигурање за дуготрајну негу покренуто је у Јапану 2000. године. Након тога је овај систем осигурања претрпео неколико великих промена (2004, 2006, 2009, 2014), и сада има детаљан дизајн извора финансирања, услова и садржаја услуга. Према јапанском Закону о осигурању за дуготрајну негу, осигураник плаћа само 10% од укупних трошкова услуга дуготрајне неге, а преостале трошкове се покривају и то: 50% из премије коју плаћа осигураник и 50% који иду на трошак државе. Овакав начин финансирања може обезбедити да економско оптерећење породице не буде превише велико и не изазива превелики финансијски притисак, те обезбедити да јавни систем осигурања за дуготрајну негу буде стабилан. Осигурање за дуготрајну негу од јануара 2015. пружа бенефиције за преко пет милиона особа старијих од 65 година, тј. за око 17% ове старосне популације. Јапанско осигурање за дуготрајну негу је обавезан програм који обезбеђује бенефиције за дуготрајну негу старијих особа (за разлику од програма који нуде бенефиције млађим особама са инвалидитетом).⁴² Програм је јаван. Сва лица од 40 и више година доприносе плаћајући премију која варира у зависности од прихода. Буџетска средства су са националног нивоа (25%), префектура (12,5%) и општина

⁴¹ Long-Term Care Report, Исто, 84

⁴² Japan Health Policy Now. Long-term Care Insurance, <https://japanhpn.org/en/longtermcare/>

(12,5%).⁴³ Све особе старије од 65 година могу користити услуге. Особе од 40 и више година које имају неку врсту инвалидитета у вези са старењем, такође имају право на бенефиције. Сви, без обзира на приходе, имају исте бенефиције. Покривеност за особе старије од 65 година почиње када људи напуне 65 година, без обзира на потребе или приходе. Бенефицијама, које укључују институционалне, кућне и услуге у заједници, приступа се преко менаџера за негу. Преко стандардизованог упитника о активностима свакодневног живота и извештаја лекара, локална комисија утврђује ниво потреба корисника и одређује врсти и учесталост пружања услуга.⁴⁴ Сваки ниво потреба има своју горњу границу услуга након које појединци и породице плаћају већину трошкова, уз бенефиције за појединце са ниским примањима. Нивои потреба се процењују на сваке две године или на захтев након промене здравственог стања. Све услуге подлежу партиципацији од 10%. Особе могу да бирају менаџера неге, као и пружаоце услуга. Ова слобода избора услуга је важан начин контроле квалитета. Програмом управљају општине, које одређују премије. Пружаоци услуга могу бити профитна и непрофитна лица. Накнаде за услуге утврђује савезна влада и ревидирају се једном у три године.

Осигурање за дугорочну негу суочава се са следећим изазовима:

- Упркос великој потражњи за услугама, људски и финансијски ресурси, као и владини прописи који ограничавају изградњу нових објеката, остављају потенцијалне кориснике на дугим листама чекања. Становници највећих и најнасељенијих урбаних средина суочавају се са недостатком објеката за негу због пораста броја старијих становника.
- Постоји недостатак здравствених радника због чега установе за негу, укључујући установе за краткорочни одмор, немају довољно особља. Министарство здравља, рада и социјалне заштите предвиђа да ће до 2025. године постојати мањак од 300.000 радника. Малом броју радника у овом сектору доприносе ниске плате, па је Министарство предложио различите иницијативе за решавање ове ситуације. Јапан је 2008. и 2009. године потписао трговинске споразуме са Индонезијом, Филипинима и Вијетнамом како би повећао број радника из ових земаља.

⁴³ Yamada, M., Arai, H. (2020). Long-Term Care System in Japan. *Annals of Geriatric Medicine and Research*. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7533196/pdf/agmr-20-0037.pdf>, 175

⁴⁴ Videti: Yamada, M., Arai, H. (2020). Long-Term Care System in Japan. *Annals of Geriatric Medicine and Research*. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7533196/pdf/agmr-20-0037.pdf>, 176

Утицај осигурања за ДН на оптерећење неговатеља тек треба да буде детаљно процењен.⁴⁵

2.10 Аустрија

Као и у многим другим европским земљама, све до 1990-их, дуготрајна нега је првенствено била заснована на социјалној помоћи у складу са различитим врстама и нивоима подршке за различите групе којима је дуготрајна нега потребна. Дуготрајна нега је перципирана као породична одговорност. Аустрија је била једна од првих европских земаља која је спровела свеобухватну реформу дуготрајне неге 1990-их. За разлику немачке реформе спроведене 1995. године, Аустрија је напустила своју традицију социјалног осигурања и, за ову сврху, успоставила порески финансиран систем. Аустријска реформа се базира на две основе. Прво, систем универзалне дуготрајне неге утврђује накнаде које се исплаћују онима којима је нега потребна. Друго, реформа је створила и споразум између националног и покрајинског нивоа у циљу проширења постојеће структуре услуга неге у установама и кућне неге. Систем накнада за дуготрајну негу је постао искључива одговорност државе од 2012. чиме је смањена административне сложеност.⁴⁶ Додатак за дуготрајну негу, као накнада намењена за додатне трошкове везане за негу, додељује се на скали од седам нивоа према месечном обиму потребе за негом. То је, дакле, искључиво федерално питање и њиме управљају институције социјалног осигурања.⁴⁷

Бенефиције у натури за особе којима је потребна нега се добијају ако су особе трајно зависне од неге друге особе. Особе којима је потребна нега могу поднети захтев за надокнаду трошкова 24-часовне неге, за збрињавање у свом окружењу. Услови који треба да се испуне су: зависност од неге у просеку више од 65 сати месечно и да се може очекивати да ће нега трајати дуже од шест месеци. Право на дуготрајну негу постоји ако постоји физички или ментални инвалидитет или оштећење чула. Не постоји старосна граница за остваривање права на новчане накнаде и накнаде у натури за особе којима је потребна нега.

⁴⁵ Japan Health Policy Now. Long-term Care Insurance, <https://japanhpn.org/en/longtermcare/>

⁴⁶ Исто

⁴⁷ Statistics Austria. (2024). Long-term care allowance. <https://www.statistik.at/en/statistics/population-and-society/social-benefits/long-term-care-allowance>

Предуслови за доделу накнаде за 24-часовну негу су: постојање односа неге у складу са одредбама Закона о кућној нези; потреба за 24-сатном негом; право на накнаду за негу најмање 3. нивоа; обавезно осигурање неговатеља; захтеви квалитета неговатеља.

Однос неге може се заснивати на радном односу са особом којој је потребна нега или у сродству или потписивању уговора са непрофитним пружаоцем услуга или запошљавањем самозапосленог неговатеља.

Додатак се може добити ако месечни нето приход лица коме је потребна нега не прелази 2.500 ЕУР. Уопштено говорећи, приход се дефинише као збир свих средстава које особа прима у готовини или у натури континуирано. Лимит приход се повећава за 400 ЕУР за свако издржавано лице које има право на издржавање и за 600 ЕУР за издржавано лице са инвалидитетом које има право на издржавање. Ако приходи варирају, једна дванаестина прихода остварених у једној календарској години сматра се месечним приходом.⁴⁸

Његова сврха је да надокнади трошкове који произилазе из услуга неге и да издржаваним лицима обезбеди неопходну негу и подршку колико је то могуће. Намењен је повећању шансе за одржавање независног живота. Постоји седам категорија бенефиција за дуготрајну негу. Од категорије један, која је за особе којима је потребна нега између 65 и 95 сати месечно, до категорије седам, која је за оне којима је потребна нега дуже од 180 сати, ако или не могу да померају руке и ноге или постоји слична ситуација.

Табела. Нивои износа за дуготрајну негу (2022).		
Ниво	Сати збрињавања на месечном нивоу	Износи за дуготрајну негу на месечном нивоу
Ниво 1	Више од 65 сати	165.40 ЕУР
Ниво 2	Више од 95 сати	305.00 ЕУР
Ниво 3	Више од 120 сати	475.20 ЕУР
Ниво 4	Више од 160 сати	712.70 ЕУР
Ниво 5	Више од 180 сати и захтева се додатна нега	968.10 ЕУР

⁴⁸ European Commission. (2024). Austria - Long-term care.
<https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1101&langId=en&intPagId=4405>

Ниво 6	Више од 180 сати и нега не може бити кординисана у смислу времена или захтеваног сталног присуства неговатеља	1,351.80 ЕУР
Ниво 7	Више од 180 сати и корисник непокретан	1,776.50 ЕУР

Извор: oesterreich.gv.at, preuzeto iz: European Commission. (2024). Austria - Long-term care.

Медицинска процена или процена везана за негу врши се у складу са прописима које доноси надлежно савезно министарство. Индикатори су активности свакодневног живота, нпр. облачење и свлачење, лична хигијена, припремање хране, одлазак у тоалет, узимање лекова.⁴⁹

⁴⁹ Исто

3. СИСТЕМ ДУГОТРАЈНЕ НЕГЕ У РЕПУБЛИЦИ СРБИЈИ ДАНАС

Систем дуготрајне неге у Србији развијао се постепено, углавном у оквиру система социјалне заштите наслеђеног из периода социјалистичке Југославије. Традиционално се ослањао на породичну бригу о старијима и особама са инвалидитетом, док су институционалне услуге биле ограничене на домове за старе и установе за смештај лица без породичне подршке. Савремени концепт „дуготрајне неге“ (који обухвата континуирану подршку у обављању свакодневних активности због старости, хроничне болести или инвалидитета) релативно је нов у српском контексту и дуго није био издвојен као посебан домен политике. Све до последњих деценија, мере подршке старијим лицима и даље су биле фрагментисане у системима здравствене и социјалне заштите, без јединствене стратегије.

Кључни тренутак у новијој еволуцији система представља доношење Закона о социјалној заштити из 2011. године, којим су дефинисане многе услуге релевантне за дуготрајну негу и уведени стандарди квалитета и лиценцирање пружалаца услуга. Овај закон је заменио ранији правни оквир и поставио темеље модернизације – прописао је поделу надлежности између централне и локалне власти за пружање услуга, успоставио минимум стандарда за установе и услуге у заједници, те увео процес лиценцирања социјалних радника и пружалаца услуга.⁵⁰ Ипак, и поред нових законских решења, стручњаци истичу да Србија још нема свеобухватну политику дуготрајне неге усклађену са потребама старења становништва – постојећа решења и инструменти махом потичу од пре неколико деценија и нису реформисани у условима убрзаног демографског старења.⁵¹ То значи да су многи аспекти система (попут новчаних давања, институционалне неге, укључености породице) дизајнирани раније и остали у основи непромењени упркос промењеној структури становништва и савременим изазовима.

Историјски гледано, јавна формална нега у Србији обухватала је институционални смештај (државне домове за старе), ограничене облике дневне неге (клубови за старе) и помоћ у кући (углавном кроз центре за социјални рад и организације као што је Црвени крст). Такође постоје новчана давања за лица која требају туђу негу (првобитно уведена као додатак за помоћ и негу преко система пензијског и инвалидског осигурања). Међутим, обухват ових услуга традиционално је био низак, па је породица

⁵⁰ <https://www.redcross.org.rs/media/8802/pristup-uslugama-dugotrajne-nege-u-srbiji-studija-za-web.pdf>

⁵¹ <https://ravnopravnost.gov.rs/rs/1067-23-misljenje-na-predlog-strategije-aktivnog-i-zdravog-starenja-u-republici-srbiji-za-period-od-2024-do-2030-godine/>

остајала примарни ослонац бриге о старима. У последње време долази до повећаног интересовања за успостављање одрживог и интегрисаног система дуготрајне неге, под утицајем како унутрашњих потреба тако и међународних препорука (нпр. Европска комисија је 2018. истакла да Србија нема адекватну политику дуготрајне неге и позвала на реформе система⁵²). Тиме су постављени темељи за актуелне иницијативе које теже да модернизују и integriшу сектор дуготрајне неге у Србији.

3.1. Демографски трендови и растућа потреба за дуготрајном негом

Демографска кретања у Србији снажно утичу на повећану потребу за дуготрајном негом. Србија спада међу демографски најстарије нације у Европи – просечна старост становништва порасла је са 40,2 године (2002) на 43,8 године (2022), а данас је свака пета особа у Србији старија од 65 година.⁵³ У апсолутним бројевима, према проценама за 2019. годину, у Србији је живело око 1,4 милиона људи старијих од 65 година, што чини 20,7% популације (од тога преко 320 хиљада старијих од 80 година, ~4,6%).⁵⁴ Пројекције указују на даљу интензивну трансформацију старосне структуре – очекује се да ће до 2030. око 25% становништва бити 65+⁵⁵, а око 11% бити старије од 75 година. До 2040-2041. тај тренд се наставља, те се процењује да ће свака четврта особа бити старија од 65 година⁵⁶, док ће удео најстаријих (80+) такође значајно порастати (на око 7–8% становништва).⁵⁷

Овакви трендови старења становништва неминовно воде ка већој потреби за услугама дуготрајне неге. Старије особе чешће пате од хроничних болести, вишеструких обољења и функционалних ограничења у обављању свакодневних активности. Према истраживањима, у просеку око једне трећине особа старијих од 65 година има тешкоћа у обављању свакодневних активности (подаци за ЕУ).⁵⁸ За Србију је утврђено да око 37,6% старијих лица изјави да има проблеме у обављању свакодневних активности без помоћи⁵⁹, што указује на значајан потенцијални обим потреба за дуготрајном негом.

⁵² <https://ravnopravnost.gov.rs/rs/1067-23-misljenje-na-predlog-strategije-aktivnog-i-zdravog-starenja-u-republici-srbiji-za-period-od-2024-do-2030-godine/>

⁵³ <https://serbia.unfpa.org/en/news/making-serbia-more-demographically-resilient-through-healthy-ageing>

⁵⁴ <https://hdr.undp.org.rs/wp-content/uploads/2023/05/Chapter7-Population-Ageing-e1.pdf>

⁵⁵ <https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=19866&langId=en#:~:text=Demographic%20projections%20for%202030%20and,negative%20effect%20in%20terms%20of>

⁵⁶ <https://serbia.unfpa.org/en/news/making-serbia-more-demographically-resilient-through-healthy-ageing>

⁵⁷ <https://hdr.undp.org.rs/wp-content/uploads/2023/05/Chapter7-Population-Ageing-e1.pdf>

⁵⁸ <https://www.redcross.org.rs/media/8802/pristup-uslugama-dugotrajne-nege-u-srbiji-studija-za-web.pdf>

⁵⁹ [https://social.un.org/ageing-working-group/documents/ninth/Inputs NGOs/RCSerbia_LTC.pdf](https://social.un.org/ageing-working-group/documents/ninth/Inputs%20NGOs/RCSerbia_LTC.pdf)

Истовремено, бележи се тренд смањења породица које могу бринути о својим старијим члановима: фертилитет је низак, а миграције младих и радно способних (укључујући одлазак у иностранство) остављају многе старије особе самима или у бризи само старијих супружника.

Посебно су погођене руралне и средине у Србији са израженим процесом депопулације. У појединим малим општинама источне и јужне Србије удео становништва старијег од 65 година премашује 30% (нпр. општине Црна Трава, Гацин Хан, Рековац, итд.), што значи да су готово сваки трећи становник старије доби.⁶⁰ Ове општине припадају најсиромашнијим и најнеразвијенијим подручјима земље, где су млађе генерације малобројне. Таква концентрација старих лица у руралним крајевима, уз слабу економску основу локалних заједница, ствара огромну потребу за подршком и негом, али управо су ту формалне услуге најмање доступне. Истраживања показују да у мањим градовима и селима многе услуге или не постоје, или су физички недоступне (удаљене) и концентрисане су углавном у већим центрима.⁶¹ Старија домаћинства на селу често живе у сиромаштву, што додатно отежава ангажовање плаћене неге. Поред пораста броја старих, продужење очекиваног животног века и већа заступљеност хроничних незаразних болести доводе до тога да све већи број људи доживи дубоку старост уз одређени степен зависности од туђе помоћи. У будућности се очекује и пораст апсолутног броја зависних лица којима ће требати помоћ у обављању основних активности (од личне неге до вођења домаћинства).⁶² Комбинација ових демографских и здравствених трендова значи да ће притисак на систем дуготрајне неге расти, и то не само у урбаним центрима, већ и у руралним заједницама које већ трпе последице иселавања. Ови подаци наглашавају ургентност прилагођавања система дуготрајне неге – у смислу обима, доступности и врсте услуга – демографским реалностима савремене Србије.

3.2 Институционални оквир: законодавство и правни оквир

Институционални оквир дуготрајне неге у Србији дефинисан је кроз више прописа из области социјалне и здравствене заштите, при чему не постоји јединствен

⁶⁰ <https://hdr.undp.org.rs/wp-content/uploads/2023/05/Chapter7-Population-Ageing-e1.pdf>

⁶¹ [https://social.un.org/ageing-working-group/documents/ninth/Inputs NGOs/RCSerbia_LTC.pdf](https://social.un.org/ageing-working-group/documents/ninth/Inputs%20NGOs/RCSerbia_LTC.pdf)

⁶² <https://www.redcross.org.rs/media/8802/pristup-uslugama-dugotrajne-nege-u-srbiji-studija-za-web.pdf#:~:text=ove%20grupe%20i%20analiza%20se,mu%C5%A1kih>

закон који обухвата дуготрајну негу као засебну категорију. Кључни пропис је Закон о социјалној заштити („Сл. гласник РС“ 24/2011), који установљава врсте социјалних услуга, надлежности, финансирање и стандарде у овој области. Кроз овај закон и пратеће подзаконске акте (правилнике о стандардима услуга, лиценцирању итд.) успостављен је основни институционални оквир за формалну негу и помоћ одраслим и старијим лицима.

Према закону, одговорност за обезбеђивање различитих услуга дуготрајне неге подељена је вертикално између нивоа власти⁶³: централни ниво власти (Министарство за рад, запошљавање, борачка и социјална питања) надлежна је за установе резиденцијалне неге (домове за старе, геронтолошке центре, установе за смештај одраслих и др.), док су јединице локалне самоуправе одговорне за развој и пружање услуга у заједници, као што су дневни боравци и помоћ у кући.⁶⁴ Такође, локалне самоуправе надлежне су за одређене саветодавне и социјално-породичне услуге (нпр. подршка породици која брине о члану са инвалидитетом).⁶⁵ Оваква децентрализација омогућава прилагођавање услуга локалним потребама, али и доводи до разлика у доступности ресурса између богатијих и сиромашнијих општина.

Закон о социјалној заштити из 2011. по први пут је увео стандардизацију квалитета услуга и процес лиценцирања пружалаца. Прописани су минимални структурални и функционални услови за сваку врсту услуге (дефинисани у Правилнику о стандардима), које државни и приватни пружаоци морају испунити да би добили лиценцу за рад.⁶⁶ Такође, предвиђено је лиценцирање стручних радника у социјалној заштити (неговатеља, геронтодомаћица, социјалних радника итд.), чиме се жели обезбедити стручност кадра и континуирано усавршавање. Надзор над радом установа и пружалаца врши инспекција социјалне заштите при ресорном министарству, која контролише поштовање стандарда и услова лиценце.⁶⁷ Ови механизми квалитета треба да осигурају једнаку и безбедну негу корисницима, без обзира да ли услугу пружа јавна установа, приватни или невладин сектор.

У систему социјалне заштите дефинисан је и поступак приступа услугама: центри за социјални рад (ЦСР) у општинама су главни улаз за кориснике. ЦСР обавља процену потреба корисника (старије особе или особе са инвалидитетом) и упућује га на

⁶³ <https://www.redcross.org.rs/media/8802/pristup-uslugama-dugotrajne-nege-u-srbiji-studija-za-web.pdf>

⁶⁴ <https://www.redcross.org.rs/media/8802/pristup-uslugama-dugotrajne-nege-u-srbiji-studija-za-web.pdf>

⁶⁵ <https://www.redcross.org.rs/media/8802/pristup-uslugama-dugotrajne-nege-u-srbiji-studija-za-web.pdf#:~:text=jedinica%20lokalne%20samouprave>

⁶⁶ <https://www.redcross.org.rs/media/8802/pristup-uslugama-dugotrajne-nege-u-srbiji-studija-za-web.pdf>

⁶⁷ Исто

одговарајућу услугу. На основу административних података и те процене, центар такође одлучује о учествовању корисника у цени услуге – тј. утврђује да ли корисник (или његова породица) треба да плаћа део трошкова или пун износ, у зависности од материјалног стања. Овим се успоставља начело таргетирања социјалних давања ка онима који имају мање финансијске могућности, док сиромашнији корисници могу остварити потпуно или делимично финансирање из јавних средстава.

Поред система социјалне заштите, важан део институционалног оквира су прописи из области здравства. Закон о здравственој заштити и Закон о здравственом осигурању (донети 2019. године) препознају специфичне потребе старијих и хронично оболелих кроз одредбе о кућном лечењу, палијативној нези и превентивним прегледима за лица преко 65 година.⁶⁸ Примарна здравствена заштита укључује службу кућне неге и лечења (патронажна служба и кућне посете медицинских сестара/техничара), која има мандат да обилази старе, особе са инвалидитетом и тешко болесне у њиховом дому. Ова услуга се сматра делом дуготрајне неге са здравственог аспекта. Секундарни ниво (болнице) обухвата одељења продужене болничке неге намењена пацијентима којима је потребно дуже лечење и нега. Дакле, здравствени систем покрива медицинске аспекте дуготрајне неге, док социјални систем обезбеђује подршку у активностима свакодневног живота и социјалну бригу.

Међутим, фрагментираност надлежности остаје изазов – компонентама дуготрајне неге управљају одвојено ресорно министарство за социјална питања и министарство здравља, што захтева међусекторску координацију која није формално уређена једним прописом. Не постоји јединствени „закон о дуготрајној нези“ нити централизована управна структура посвећена искључиво овој области, као у неким земљама. Уместо тога, дуготрајна нега у пракси се остварује кроз више система истовремено, што може довести до преклапања или празнина у услугама.⁶⁹ Стратешки документи у прошлости (нпр. Национална стратегија о старењу 2006–2015) су препознавали значај развоја услуга за старе. Слично препознаје и нови стратешки документ о старењу који је недавно усвојен.

Укратко, постојећи институционални оквир чине модернизовани закони и правилници у социјалној заштити који су поставили темеље услуга дуготрајне неге, те прописи у здравству који адресирају медицинске потребе зависних лица. Ипак, одсуство јединствене стратегије и фрагментација прописа између сектора представљају

⁶⁸ [https://social.un.org/ageing-working-group/documents/ninth/Inputs NGOs/RCSerbia_LTC.pdf](https://social.un.org/ageing-working-group/documents/ninth/Inputs%20NGOs/RCSerbia_LTC.pdf)

⁶⁹ https://www.age-platform.eu/content/uploads/2023/11/LTC_in_the_Western_Balkans-report2023.pdf

ограничење за кохерентно функционисање система. У наредним поглављима разматрају се какве услуге су развијене у овом оквиру, како се финансирају, и са којим се проблемима систем суочава.

3.3 Врсте услуга дуготрајне неге (институционална нега, кућна нега, услуге у заједници)

У Србији тренутно постоји широк али недовољно развијен спектар услуга које спадају у домен дуготрајне неге. Оне се могу поделити у две главне категорије: резиденцијалне (институционалне) услуге и услуге у заједници (ванинституционалне), које обухватају кућну негу и разне облике подршке док корисник остаје у свом дому или локалној заједници. Поред тога, новчане накнаде и неформална породична нега играју значајну улогу као део укупног система бриге о зависним лицима.

Институционална нега (домски смештај):

Резиденцијални смештај обезбеђују пре свега домови за старе особе и геронтолошки центри, у којима корисници бораве 24 часа дневно уз обезбеђену негу, исхрану, медицинску контролу и социјалне активности. Ова услуга је намењена старијима (обично 65+ година) који због ограничења у функционалним способностима или због социјалне угрожености не могу да живе самостално без сталног надзора и помоћи. Крајем 2022. године у Србији је укупно 16.151 корисник користио услугу домског смештаја, од чега су 89% (14.374 лица) били старији од 65 година.⁷⁰ То представља око 1% укупне старе популације, што указује да је институционални обухват релативно мали. Услугу у домовима значајно више користе жене (око 65% корисника су жене) што одражава демографску структуру (жене чине већину најстарије популације) и чињеницу да су жене чешће удовице које немају породичну негу.

Институционалну мрежу чини комбинација јавних и приватних установа. Од укупно 297 регистрованих домова за старе у Србији (стање 2022), само 40 су јавне установе, док су остали приватно вођени домови различите величине. Јавни домови (геронтолошки центри у већим градовима попут Београда, Новог Сада, Ниша итд., као и домови за старе у већини округа) финансирају се из државног буџета и приоритетно

⁷⁰ <https://goltc.org/system-profile/serbia>

примају кориснике преко центара за социјални рад, често оне слабијег материјалног стања. Број приватних домова се знатно повећао последњих година – број лиценцираних приватних домова готово се удвостручио од 2015. до 2016. (са 60 на 119 према једном извештају) услед велике тражње и ограничених капацитета јавног сектора.⁷¹ Приватни пружаоци сада обезбеђују око две трећине укупних капацитета за смештај старих. Међутим, цена смештаја у приватним установама је висока и често неодржива за старију особу са просечним примањима – према подацима, месечни трошкови се крећу од око 300 ЕУР (за вишекреветне собе) до преко 600 ЕУР за једнокреветни смештај, што је изнад просечне пензије. Државни домови, с друге стране, субвенционишу трошкове за кориснике са нижим примањима. Ипак, капацитет државних домова је ограничен – често постоје листе чекања за пријем, посебно у већим градовима. То указује да потражња за институционалним смештајем превазилази понуду, услед чега неки корисници дуго чекају на место или су принуђени да потраже решење у приватном сектору.

Услуге у заједници (ванинституционалне услуге):

Услуге које омогућују да особа остане у свом дому или породици уз потребну помоћ преферирају се као хуманије и финансијски исплативије решење од институционализације, а српски систем их постепено развија. Најзначајније међу њима су:

- **Помоћ у кући** – подразумева да геронтодомаћица редовно посећује корисника у његовом дому и помаже у обављању свакодневних активности: одржавању личне хигијене, спремању оброка, набавци намирница, одржавању домаћинства, облачењу, кретању и сл. Ова услуга циљано помаже старијима са смањеном функционалношћу који живе сами или са немоћним супружником. Организација услуге је у надлежности локалних самоуправа – општине директно ангажују геронтодомаћице кроз центре за социјални рад или ове послове поверавају лиценцираним пружаоцима (приватним агенцијама или хуманитарним организацијама) финансирајући их из општинског буџета. Према подацима за 2021. годину, услугу помоћи у кући пружало је 130 лиценцираних организација у 129 општина (што покрива око 80% свих општина у земљи), и обухватила је нешто више од 13.000 корисника.⁷² То чини приближно 2%

⁷¹<https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=19866&langId=en#:~:text=In%20recent%20years%20the%20private,the%20public%20and%20private%20sectors>

⁷² <https://goltc.org/system-profile/serbia>

популације 65+, што и даље значи да велика већина старијих нема приступ овој услузи. Ипак, помоћ у кући је најраспрострањенија и најтраженија услуга у заједници за старије особе. У Београду, на пример, Геронтолошки центар организује овај вид подршке ангажујући неколико стотина геронтодомаћица које обилазе кориснике по територијалном принципу. Корисници углавном добијају неколико сати помоћи недељно према процењеним потребама. Финансирање долази из локалних буџета, а у неким општинама корисници са вишим примањима плаћају партиципацију. Студије показују да ова услуга значајно доприноси квалитету живота старих и одлаже њихово упућивање у дом⁷³, али капацитети су ограничени (многи градови имају листу чекања и за помоћ у кући).

- **Дневни центар за старије особе** – подразумева да старије особе током дана проводе време у специјализованим центрима где им се пружа надзор, организују оброци и активности (друштвене, рекреативне, радно-окупационе). Ово је корисно за старе који живе са породицом која ради, или за оне који су усамљени, али не захтевају 24-часовну негу. У Србији су дневни центри за старе релативно малобројни. Услуга дневног боравка за старије постоји у неким већим градовима кроз геронтолошке центре и општинске пројекте (тзв. клубови за старе), али према доступним подацима њен обухват је мали.⁷⁴ Ова статистика сугерише да формални дневни боравци за старе практично функционишу тек спорадично. Неформално, многи старији посећују клубове пензионера и активности које организује Црвени крст или удружења (што није евидентирано као социјална услуга), па је реални број старијих укључених у дневне активности већи. Али као вид социјалне заштите, дневни боравци за старе су недовољно развијени и углавном се фокус система пребацио на помоћ у кући као приоритет.

- **Персонална асистенција** – ова услуга првенствено је развијена за особе са инвалидитетом (млађе особе) и подразумева ангажовање личног асистента који помаже кориснику у специфичним активностима (мобилност, комуникација, запошљавање, студирање). Код старијих особа персонални асистенти се ретко користе, осим можда код старијих са тешким инвалидитетом где се програми преклапају. У 2021. години персонална асистенција била је обезбеђена у 28 општина углавном за особе са инвалидитетом, и није забележен већи број корисника старијих од 65. То показује да ова услуга још није примењивана као модел подршке старијима, али постоји потенцијал да

⁷³ <https://ravnopravnost.gov.rs/rs/1067-23-misljenje-na-predlog-strategije-aktivnog-i-zdravog-starenja-u-republici-srbiji-za-period-od-2024-do-2030-godine>

⁷⁴ <https://goltc.org/system-profile/serbia>

се у будућности прошири и на њих (посебно за оне којима треба интензивнија помоћ а желе да остану код куће).

- **Привремени смештај и предах смештај** – привремени (повремени) смештај је краткотрајни боравак у установи ради опоравка или ради предаха породице која брине о особи. Предах (respite) нега подразумева да неформални неговатељ може повремено поверити особу на бригу професионалцима како би се одморио. У Србији ове услуге нису довољно развијене. То значи да породице које брину о дементним или тешко покретним старијима ретко имају могућност да их краткотрајно сместе у установу ради одмора или одсуства – ова потреба је углавном недовољно препозната у систему.

- **Породични смештај (хранитељство за одрасле)** – ово је вид збрињавања где се одрасла или старија особа смешта у породицу која није њена, која пружа негу и прима накнаду за то. Иако ова услуга постоји, она је само спорадично развијена у неколико општина у којима постоји традиција пружања ове услуге. Ипак, око неколико стотина старијих особа користи ову услугу – често су то особе које немају живе рођаке, а нису у дому. Нормативно, ова услуга би могла бити алтернатива институционалном смештају, али у пракси наилази на препреке (мало је заинтересованих породица, потребно је обезбедити надзор и квалитет). Последњих година предузети су кораци да се дефинишу стандарди породичног смештаја и да се он више користи, јер може пружити породично окружење старијима уместо дома.

- **Патронажна служба и кућно лечење (медицинска нега код куће)** – иако формално део здравственог система, ове услуге су суштински важан сегмент дуготрајне неге. Патронажне сестре (запослене у домовима здравља) обилазе старија лица и пружају основну медицинску негу, прате здравствено стање, дају савете и едукују породицу о нези. Такође лекари опште праксе обилазе непокретне пацијенте у случају потребе. Према подацима Института за јавно здравље, у 2017. години редовним кућним посетама покривено је око 4% одраслих пацијената, а те године је обављено 232.541 патронажних посета старијим од 65 година. Ове бројке сугеришу да је значајан број старијих укључен у систем кућних посета (нпр. ако претпоставимо да је сваки корисник имао просечно десетак посета годишње, могло би значити да десетине хиљада старијих прима неку патронажну услугу). Патронажна служба је једна од ретких која достиже и удаљена подручја: организована је по територијалном принципу преко мреже домова здравља, па практично свака општина има бар неколико медицинских сестара које посећују села и засеоке. Ипак, капацитети су лимитирани.

- **Палијативно збрињавање** – брига о тешко оболелим и умирућим пацијентима такође је аспект дуготрајне неге. У Србији се палијативно збрињавање углавном спроводи у оквиру кућног лечења од стране домова здравља (где постоје тимови за палијативну негу) и кроз продужено болничко лечење на секундарном нивоу за најтеже пацијенте. Специјализоване хоспис установе не постоје, али постоје одељења за палијативу у неким болницама. Како старија популација расте, потреба за палијативним услугама (у дому или у болници) биће све већа. Она је организована и у сектору за социјалну заштиту. Примери за то су Геронтолошки центар у Крагујевцу и Бел Хоспис.

- **Клубови за старе и друге услуге подршке у заједници** – поред формалних услуга, ваља напоменути постојање мреже клубова за пензионере (под окриљем локалних самоуправа или удружења пензионера) и активности невладиних организација (Црвени крст организује програме као што су народне кухиње, волонтерске посете старијима итд.). Црвени крст Србије је, рецимо, успоставио „кутке за квалитетно старење“ у неким срединама као вид неформалне дневне неге.⁷⁵ Ове активности нису формално део система социјалне заштите, али допуњују га и утичу на бољу социјалну укљученост старијих.

Новчане накнаде и материјална подршка:

Дуготрајна нега се не односи само на услуге већ и на новчана давања која помажу корисницима да обезбеде негу. Најзначајније је право на „туђу негу и помоћ“ – финансијски додатак који примају лица која због старости, болести или инвалидитета не могу самостално да функционишу. Ову накнаду могу остварити пензионери или осигураници преко Фонда ПИО (ако им је због здравственог стања потребна стална нега), али и лица која нису осигурана кроз систем социјалне заштите (кроз тзв. увећани додатак на основу процене инвалидитета).⁷⁶ Сврха ових давања је да помогну кориснику да плати неговатеља – било формалног или неформалног. Висина накнаде је релативно скромна, али за многе породице представља важан вид подршке. Важно је да закон прописује да корисници који добијају ову накнаду морају учествовати са најмање 20% њеног износа у суфинансирању социјалних услуга уколико их користе.⁷⁷ То значи да, на пример,

⁷⁵ <https://serbia.unfpa.org/en/news/making-serbia-more-demographically-resilient-through-healthy-ageing>

⁷⁶ <https://www.redcross.org.rs/media/8802/pristup-uslugama-dugotrajne-nege-u-srbiji-studija-za-web.pdf>

⁷⁷ Исто

старија особа која прима додатак за туђу негу, а укључи се у услугу помоћи у кући, мора да издваја део тог додатка за покриће трошкова услуге. Ово правило је ту да спречи преклапање помоћи и подстакне наменско трошење додатка за негу.

У целини, палета услуга дуготрајне неге у Србији је разноврсна, али недовољно развијена. Институционални капацитети покривају врло мали проценат потреба ⁷⁸, а услуге у заједници, иако се шире, још увек не допиру до већине којима су потребне (помоћ у кући користи око 13 хиљада корисника). Већина старијих грађана који требају помоћ ослања се или на породицу, а често су ускраћени за подршку.

3.4 Финансирање дуготрајне неге – извори и изазови

Финансирање система дуготрајне неге у Србији је комплексно и такође фрагментисано између различитих нивоа власти и извора. Може се поделити на финансирање социјалних услуга дуготрајне неге и финансирање здравствене заштите повезане са дуготрајном негом, уз значајан допринос приватних средстава (домаћинстава).

- **Јавни извори (државни и локални буџети):** Буџет Републике Србије покрива трошкове резиденцијалне неге у јавним установама. Држава финансира рад домова за старе (плате запослених, материјалне трошкове) и субвенционише кориснике који немају довољно прихода. Локалне самоуправе финансирају услуге у заједници – пре свега помоћ у кући и дневне боравке, које организују центри за социјални рад или уговорени пружаоци. Свака општина у свом буџету опредељује средства за ове услуге у складу са локалним плановима социјалне заштите. То значи да финансирање варира: богатије општине могу пружити више услуга, док сиромашније често једва покривају минималне потребе. Поред буџетских средстава, општине понекад конкуришу за пројекте како би увеле нове услуге за старе.

- **Социјално осигурање и трансфери:** Кроз Фонд ПИО индиректно се финансира део дуготрајне неге – ПИО Фонд исплаћује новчане накнаде за туђу негу и помоћ осигураницима/пензионерима којима је то признато. Те накнаде корисници користе за плаћање неговатеља или услуга. Такође, систем обавезног здравственог осигурања финансира кућну здравствену негу и палијативу: домови здравља, патронажа

⁷⁸ <https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=19866&langId=en#:~:text=a%20third%20person>

и продужено лечење у болницама покривени су средствима Републичког фонда за здравствено осигурање (РФЗО). Практично сви пензионери имају здравствено осигурање, па имају право на кућне посете лекара/сестара бесплатно, што је важан вид подршке.

- **Допринос корисника (партиципација):** Систем је постављен тако да корисници и њихове породице учествују у трошковима у складу са могућностима. У домовима за старе, корисници плаћају месечну партиципацију из својих прихода (пензије), која може бити и цео износ цене смештаја уколико прелази цензус. У јавним домовима, око 55% корисника плаћа пуну економску цену, око 24% плаћа делимично, а око 21% су потпуно ослобођени плаћања јер немају приходе (њихов трошак сноси држава). Код помоћи у кући, многе општине пружају услугу бесплатно за најугроженије, док они који имају већа примања плаћају симболично или пуну цену услуге директно пружаоцу. У суштини, мешовит систем финансирања је на снази: трошкови се покривају комбинацијом јавних средстава и директних плаћања корисника/породица, зависно од економске ситуације корисника.

Укупно гледано, јавни издаци на дуготрајну негу у Србији су ниски у поређењу са развијеним земљама. Процена Европске комисије показује да је 2017. на све услуге и давања дуготрајне неге трошено око 0,45% БДП-а.⁷⁹ То је изузетно мало (поређења ради, просечно издвајање за дуготрајну негу у ЕУ земљама је око 1,7% БДП-а, а у најразвијенијим преко 2%⁸⁰). Низак ниво формалне услуге значи и мању јавну потрошњу. Већи део терета финансирања пренесен је на породице и саме кориснике. Старији често своју пензију практично усмеравају на плаћање неговатеља или дома, а породице доплаћују разлику. За оне који немају довољно средстава, постоји ризик да остану без потребне неге или да западну у сиромаштво покушавајући да је плате.

Овакав модел финансирања са собом носи више изазова:

- **Одрживост и адекватност средстава:** Буџети (државни и локални) ограничени су и често се услуге финансирају пројектно или са недовољно средстава за пуни обухват. Локално финансирање зависи од политичке воље и фискалног капацитета

⁷⁹<https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=19866&langId=en#:~:text=a%20low%20volume%20of%20supply,setting%20of%20norms%20and%20standards>

⁸⁰ https://www.oecd.org/en/publications/spending-on-long-term-care_e1f00970-en.html

општина, што ствара неједнакости. Неке сиромашније општине готово да не издвајају за помоћ у кући, док богатије покривају већи број корисника. Национални ниво нема посебно издвојен фонд за дуготрајну негу – трошкови се такмиче са осталим расходима социјалне заштите и здравства. Питање је колико ће тренутни модел бити одржив када број корисника значајно порасте у наредним деценијама.

- **Финансијски терет на породицама:** Када формални систем не обухвати све којима треба нега, породице су принуђене да саме финансирају алтернативу. Многи ангажују приватне неговатељице (често неформалне, нерегистроване) и плаћају их из свог џепа. То може бити велики издатак за домаћинства. Студија Црвеног крста истиче да недовољан приступ формалним услугама производи значајан финансијски терет за старе и њихове породице, који су принуђени на приватно тржиште где су цене тржишне, а пружаоци нерегулисани и без формалне обуке.⁸¹ Ово угрожава финансијску сигурност старих и може водити у дугове или осиромашење породице, посебно ако нега потраје дуже (више година).

- **Фрагментација финансирања:** Тренутно су токови финансирања раздвојени, што отежава координацију. Ово може довести до дуплирања (нпр. две институције финансирају слично, али и до пропуста – нико не финансира неку неопходну услугу јер се мисли да је у туђој надлежности).

- **Непредвидивост и зависност од пројеката:** Многе иновативне услуге зависе од временски ограничених донаторских пројеката. Кад пројекат истекне, одрживост је упитна, ако локална заједница не преузме финансирање.

- **Мањак улагања у превенцију:** Готово сва средства иду на збрињавање постојећих потреба, док се у превенцију губитка самосталности (нпр. програме активног старења, рехабилитације, адаптацију станова старијих) улаже минимално. Дугорочно, то чини систем мање економичним, јер се не спречавају тежа стања која су скупља за негу.

Сумарно, финансирање дуготрајне неге у Србији данас карактерише ниски ниво јавних улагања и висок удео приватних трошкова, уз фрагментирану надлежност. Овај модел је већ суочен са потешкоћама (листе чекања, регионалне разлике, оптерећење породица), а како се број зависних лица буде повећавао, притисак на финансије ће расти.

⁸¹ [https://social.un.org/ageing-working-group/documents/ninth/Inputs NGOs/RCSerbia_LTC.pdf](https://social.un.org/ageing-working-group/documents/ninth/Inputs%20NGOs/RCSerbia_LTC.pdf)

3.5 Проблеми и изазови у систему дуготрајне неге

Систем дуготрајне неге у Србији суочава се са бројним проблемима и изазовима који утичу на доступност, квалитет и ефикасност пружене неге. На основу анализа и извештаја, могу се издвојити следећи кључни изазови:

а) Фрагментација и недостатак координације: Као што је већ истакнуто, дуготрајна нега није интегрисана у јединствен систем, већ је подељена између више сектора (социјалног и здравственог) и нивоа власти. Ово доводи до слабе координације у пружању услуга. На пример, старија особа која има више потреба (медицинских и социјалних) мора паралелно да остварује права у дому здравља и у центру за социјални рад, пролазећи кроз два одвојена административна поступка. Не постоји јединствена процена потреба нити јединствена евиденција корисника дуготрајне неге. Последица је отежан приступ – корисници и породице често нису упућени у све могућности, или „падају кроз пукотине система“. Европска комисија је констатовала да су потребе за дуготрајном негом у Србији “ адресиране одвојено кроз установе здравствене и социјалне заштите, без систематске интеграције и сарадње”.⁸² То значи да су пружаоци ретко повезани: нпр. дом здравља и геронтолошки центар могу бринути о истој особи а да међусобно не размењују податке или планове неге. Оваква фрагментација смањује ефикасност и може довести до занемаривања појединих потреба (свако мисли да је нешто туђа надлежност).

б) Недовољни капацитети формалних услуга: Обим доступних услуга знатно заостаје за реалним потребама. Као што су подаци показали, покривеност старијих формалним видовима неге је врло ниска (укупно можда око 10% старијих прима било какву формалну помоћ⁸³). Институције су попуњене и имају листе чекања; услуге у кући не покривају све заинтересоване (многе општине имају ограничен број геронтодомаћица који не може да задовољи све потребе); дневни центри су ретки. Ограничени капацитети значе да се приоритет даје најугроженијима, док они са „средњим“ нивоом потреба често остају необухваћени док се њихово стање не погорша. Посебан проблем је мањак кадрова

⁸²<https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=19866&langId=en#:~:text=Serbia%20does%20not%20have%20a,LTC%20hereafter%29%20policy%20which>

⁸³ [https://social.un.org/ageing-working-group/documents/ninth/Inputs NGOs/RCSerbia_LTC.pdf](https://social.un.org/ageing-working-group/documents/ninth/Inputs%20NGOs/RCSerbia_LTC.pdf)

обучених за геријатријску негу: у Србији постоји недовољан број специјалиста у здравственом систему, као и недостатак социјалних радника у социјалном сектору. Постојећи кадар је оптерећен – нпр. центри за социјални рад раде са великим бројем предмета и немају посебне тимове само за старе. У здравственом сектору, патронажна служба не функционише адекватно у свим домовима здравља.⁸⁴ Одлазак здравствених радника и ограничења запошљавања у јавном сектору додатно су смањили кадровске капацитете.⁸⁵ Сви ови фактори доводе до недовољне понуде услуга – формални сектор не може да одговори на растућу тражњу.

ц) Приступачност услуга (географска и финансијска): Приступ дуготрајној нези неравномерно је распоређен. Географски, услуге су концентрисане у урбаним срединама. У многим сеоским општинама не постоји ниједан лиценцирани пружалац помоћи у кући, нити дом за старе у близини. Старији на селу често немају превоз ни информације како да дођу до услуге у граду. Као што је поменуто, “у неким заједницама услуге практично не постоје, док су у другим доступне тек мањем делу популације”. Такве неједнакости стварају ризик да старије особе у руралним подручјима остану потпуно без подршке осим породичне. Финансијска приступачност је други аспект – и када услуга постоји, питање је да ли корисник може да је приушти. Иако социјална заштита начелно циља на сиромашне, у пракси има примера да стари са нешто вишим пензијама не добију субвенцију и морају плаћати пуну цену дома (што не могу), па одустану од услуге. Процедура за доказивање имовинског стања и остварење права на олакшице може бити компликована и дестимулативна. За новчане накнаде (попут додатка за негу) такође постоје сложене комисијске процедуре које неки старији тешко пролазе, па ни не покушају да остваре то право. Дакле, административне баријере смањују приступ.

г) Прекомерно ослањање на неформалну негу и породичне неговатеље: Једна од најупечатљивијих карактеристика српског система је да породице сnose главни терет бриге о старима. Процене су да око 90% укупне неге старијих обаве породица, родбина или комшије, док формалне службе покривају највише 10% потреба. Неформалне неговатеље у огромној већини чине жене – супруге, кћери, снахе – које пружају

⁸⁴ [https://social.un.org/ageing-working-group/documents/ninth/Inputs NGOs/RCSerbia_LTC.pdf](https://social.un.org/ageing-working-group/documents/ninth/Inputs%20NGOs/RCSerbia_LTC.pdf)

⁸⁵ <https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=19866&langId=en#:~:text=With%20a%20low%20supply%20of,new%20employment%20in%20public%20institutions>

свакодневну помоћ (купање, храњење, давање терапије, вођење домаћинства). Ослањање на породичну солидарност јесте традиција, али постаје и нужда с обзиром на недостатак других опција. Ови неформални неговатељи често немају никакву подршку. Они могу трпети физичко, емоционално и финансијско оптерећење бринући се о немоћном члану породице. Због неге, многи одустају од посла или смањују радно време, што утиче и на економију (скривени трошкови). Истраживања показују да терет бриге у највећој мери пада на породице – чак и организације цивилног друштва које пружају помоћ имају врло ограничене капацитете, те “највећи терет и даље почива на породицама у обезбеђивању ове врсте неге”. Један изазов везан за то је старење самих неговатеља – није ретко да 70-годишња супруга брине о 75-годишњем мужу са деменцијом, или да се брачни пар у 80-им ослања само једно на друго. Други изазов је смањивање породичног потенцијала услед мањег броја деце и расипања породица (миграције). Све то значи да ће у будућности ослонац на породицу бити теже одржив. Тренутно, међутим, систем подразумева породицу као примарну – чак и прописи социјалне заштите имају уграђену претпоставку да ће се најпре испитати могућност породичног збрињавања пре одобравања услуге. Подршка неформалним неговатељима је недовољна – мало је програма психосоцијалне помоћи, саветовања или обуке за њих, а услуге предаха нису довољно развијене.⁸⁶ Одсуство овакве подршке може довести до сагоревања неговатеља и угрожавања и њих и корисника.

д) Квалитет услуга и надзор: Иако су уведени стандарди квалитета, у пракси постоје изазови да се они свуда одрже. Инспекција социјалне заштите има ограничене капацитете да обилази све домове (посебно приватне којих је много) и све пружаоце у заједници. Било је случајева нелегалних домова који раде без лиценце или злостављања корисника од стране особља у неким установама, што указује да надзор треба ојачати. У приватним домовима цене су високе, али то не гарантује увек и висок квалитет неге – стандарди прописују минимум услова, док су стварни услови варијабилни. Један проблем у установама је и недостатак обученог особља за рад, као и недовољно медицинског. Такође, квалитет услуга у кући може бити неуједначен – неке геронтодомаћице су веома посвећене, док друге можда не пружају пун обим помоћи кориснику. Систем повратних информација од корисника није развијен, па је тешко

⁸⁶ [https://social.un.org/ageing-working-group/documents/ninth/Inputs NGOs/RCSerbia_LTC.pdf](https://social.un.org/ageing-working-group/documents/ninth/Inputs%20NGOs/RCSerbia_LTC.pdf)

мерити задовољство и исход. У суштини, изазов је како квантитативно (подићи обухват) а да се при том квалитативно стандарди не наруше.

е) Руралне средине и ванредне ситуације: Посебан изазов је организација неге у руралним и удаљеним подручјима, где су старији раштркани по селима. Трошкови доласка до њих (превоз, време) су већи. Ту су кључни креативан приступ (мобилни тимови, укључивање локалних волонтера итд.). Још један аспект је спремност система на кризне ситуације. Пандемија КОВИД-19 је открила велику рањивост: током ванредног стања 2020. многе услуге су морале бити обустављене (дневни центри су затворени, приједи у долове заустављени, помоћ у кући смањена због ограничења кретања).⁸⁷ Истовремено, потребе старијих су порасле (изолација, болнички капацитети преоптерећени). Због тога су многи били ускраћени за подршку током пандемије, или су морали да плате приватну негу ако су могли. Ово искуство је показало да систем нема кризне протоколе за неометано пружање помоћи угроженим старима у ванредним условима. Посебно су били погођени корисници у заједници којима је одједном породица морала да надомести све (јер неговатељица није долазила због мера).

Укратко, изазови се могу сумирати: **системски (стратешки)** – непостојање јединствене политике и фрагментација; **структурни** – недовољни капацитети формалне неге и кадрова; доступност – географске и финансијске баријере; **социјални** – преоптерећеност породица и неформалних неговатеља; **квалитативни** – варијабилан квалитет и недовољан надзор; **специфични** – нпр. изазови руралне неге и отпорности на кризе. Сви ови проблеми захтевају пажњу у даљем унапређењу система. Следеће поглавље детаљније разматра **везу здравственог и социјалног сектора**, јер је то централно за решавање фрагментације поменуте овде.

3.6 Међуоднос здравственог и социјалног сектора

Дуготрајна нега по својој природи обухвата и здравствене и социјалне елементе. Старијој особи која је делимично самостална можда треба само помоћ у кући (социјална услуга), али особи са тешком деменцијом треба и медицински надзор, терапија, превикање рана и слично (здравствена нега). Идеално, систем би требало да интегрише

⁸⁷ <https://www.redcross.org.rs/media/8802/pristup-uslugama-dugotrajne-nege-u-srbiji-studija-za-web.pdf>

ова два аспекта неге како би корисник добио континуум услуга без подела. У Србији, међутим, као што је описано, историјски су се формирала два паралелна подсистема:

- **Социјални сектор** – задужен за *социјалну заштиту*
- **Здравствени сектор** – задужен за *здравствену заштиту*

Међуоднос ова два сектора често је недовољно усклађен. Социјална и здравствена заштита су регулисани различитим законима, финансирање и кадрове, па корисници дуготрајне неге се често „шетају” између њих. Нпр. старија особа са можданим ударом може истовремено бити корисник патронажне службе (здравствени сектор) и помоћи у кући (социјални сектор). Међутим, ти тимови не морају заједнички планирати негу – патронажна сестра ће се бавити медицинским аспектом (нпр. превити декубиталне ране, дати ињекције) а геронтодомаћица кућним пословима. Комуникација између њих зависи од личне иницијативе – није системски установљена редовна размена информација. То може довести до неоптималног исхода пружања услуга; рецимо, здравствено стање корисника се промени боље, али социјална служба не обезбеди већи обим помоћи у кући који је потребан.

У установама такође постоји раздвајање: домови за старе су социјалне установе, али корисници у дому користе здравствене услуге кроз (прекко запослених здравствених радника или путем уговор са здравственим установама који често могу бити фиктивни, а део услуга (прописивање лекова) морају да остваре преко изабраних лекара у дому здравља.

Још један пример недовољне сарадње је код палијативне неге: друштвена је одговорност збрињавање умирућих, али у кућним условима је породица носилац бриге уз посете здравствених радника. Социјални радници углавном нису укључени у палијативно збрињавање, а често услуге које су у сектору социјалне заштите остају незадовољене.

Разлози за недовољну сарадњу су вишеструки. **Структурално**, одвојено финансирање отежава интеграцију – РФЗО неће лако финансирати услугу коју пружа установа социјалне заштите, нити ће локална социјална служба покривати нешто што спада у здравствену делатност. **Културолошки**, професије су подељене – лекари гледају медицински део, социјални радници социјални, и не постоји традиција интегрисаних услуга. **Правно**, као што је наведено, права на услуге се остварују одвојеним процедурама, што дестимулише јединствен приступ.

Ипак, постоје примери **добре сарадње**: у неким општинама тим патронажне службе редовно обавештава центар за социјални рад о старим пацијентима који живе сами и у ризику, како би ЦСР могао да реагује (нпр. укључи помоћ у кући или смести особу ако процене занемаривање).

Системски, међутим, остаје изазов дефинисати јединствен концепт дуготрајне неге који би објединио ове сегменте. Многе анализе препоручују управо то – формулисање интегрисане политике и боље протоколе сарадње.

Тренутно, **нема институције која је водећа за дуготрајну негу**: Министарство за рад, запошљавање, борачка и социјална питања брине о социјалним услугама, Министарство здравља о здравственим, а не постоји нпр. стална међуресорна радна група или тело које би координисало све активности. У државама које су реформисале дуготрајну негу (попут Немачке и Словеније), често се успостави јединствени фонд за дуготрајну негу који обједини финансирање и управљање, што олакшава координацију.

Проблем недовољне сарадње између сектора видљив је и у празнинама: нпр. ако непокретан старији грађанин нема породицу, ЦСР може да му одобри услугу помоћ у кући, али њена обавеза није набавка лекова, праћење узимања терапије? То формално није ничија специфична надлежност, а у пракси геронтодомаћица обавља и те послове иако не би требала. Многи се једноставно ослањају на добру вољу појединаца и комшија.

Укратко, **сарадња здравственог и социјалног сектора** у пракси постоји али није системска. Потребне су хоризонталне везе (на нивоу локалних служби – тимови који укључују лекаре, социјалне раднике, неговатеље заједно планирају бригу о кориснику) и вертикална интеграција (заједничка политика и финансирање). Само такав приступ може обезбедити да корисник добије целовиту негу. Ово питање све више долази у фокус јер без интеграције неће бити могуће одржати ни финансијску ни оперативну одрживост система када број зависних лица порасте.

3.7 Неформални неговатељи и њихов значај

Неформални неговатељи – чланови породице, пријатељи, комшије или друге особе које нису професионалци плаћени из система – чине окосницу дуготрајне неге у Србији. Култура породичне бриге за старе дубоко је укорењена: очекује се да деца преузму бригу о остарелим родитељима, супружници једно о другом, или шира породица ако нема најближих. Чак и законодавство донекле рефлектује ову улогу породице

(Породични закон прописује дужност издржавања родитеља од стране деце уколико су ови неспособни за рад и немају довољно средстава).

Према доступним подацима, велика већина старијих зависних особа у Србији ослања се искључиво на **породичну негу**. Студија је показала да свега 10% старијих користи неку формалну услугу, док 90% примају помоћ од чланова домаћинства или родбине.⁸⁸ Ови неформални неговатељи обављају широк спектар задатака: од основних активности (купање, храњење, облачење) до вођења финансија, транспорта до лекара, административних послова и пружања емоционалне подршке. У суштини, они су незамењива карика без које би се систем суочио са хуманитарном кризом, с обзиром на то да формални капацитети не би могли преузети бригу о свим тим људима.

Профил неформалних неговатеља је такав да су то најчешће чланови породице средњих година или старији. У традиционалним срединама, снаха или кћер брину о старим родитељима; у другим случајевима супружник брине о свом партнеру са којим је остарио. Статистике и међународна искуства показују да су жене непропорционално заступљене – и због демографије (више жена доживи дубоку старост па их негују кћери или снахе) и због родних улога (често се сматра да је обавеза жена да негују старије особе). У Србији се то види и по томе што 63% популације старијих који требају негу чине жене (које често саме негују своје старије супруге пре него што оне требају ову врсту услуга).⁸⁹ Осим породице, ту су и комшије или пријатељи који помажу усамљеним старијима (нпр. доносе намирнице или их обиђу повремено). Но, главни терет је на блиској породици.

Значај неформалних неговатеља је вишеструк: они омогућавају старијима да остану у својим домовима (што већина жели) уместо да буду институционализовани; пружају негу која је културно блиска и пуна љубави; често реагују флексибилније од формалних служби (доступни су 24 сата ако треба). Такође, економски гледано, они штеде друштву огромна средства – када бисмо квантификовали вредност сати које породице утроше на негу, то би било равно великом буџетском издвајању које би држава морала да обезбеди.

Међутим, неформални неговатељи се суочавају с бројним потешкоћама и потребна им је подршка. Неки од главних проблема су:

⁸⁸ <https://www.redcross.org.rs/media/8802/pristup-uslugama-dugotrajne-nege-u-srbiji-studija-za-web.pdf>

⁸⁹ <https://www.redcross.org.rs/media/8802/pristup-uslugama-dugotrajne-nege-u-srbiji-studija-za-web.pdf>

- **Сагоревање (“burnout”):** Дуготрајна нега тешког болесника или дементне особе исцрпљујућа је. Неговатељи често пате од хроничног стреса, депресије, исцрпљености, па и сопствених здравствених проблема јер запоставе своје потребе. Старији неговатељи (нпр. супружници од 75-80 година) често и сами постану пацијенти због напора око неге.

- **Губитак радне и социјалне улоге:** Многи у радном добу морају смањити радно ангажовање или напустити посао да би бринули о члану породице. То значи губитак прихода и професионалне реализације. Такође, неговатељи имају врло мало слободног времена за социјални живот, хобије или одмор, што води изолацији.

- **Финансијски трошкови:** Осим изгубљене зараде, породица сноси и додатне трошкове – за лекове, посебну храну, хигијенска средства, евентуално адаптацију стана (нпр. прављење рампе за колица), ангажовање помоћне радне снаге понекад. Чак и са додатком за туђу негу, то често не покрива све издатке. Студије наводе да ова ситуација утиче на финансијску сигурност породице, некад доводећи до задуживања или трошења животних уштеђевина.

- **Недостатак знања и вештина:** Неформални неговатељи су ретко обучени за негу. Они уче успут, методом покушаја и грешке. То може бити опасно (нпр. неправилно померање пацијента може довести до повреде и пацијента и неговатеља). Већина неговатеља нема приступ стручним саветима како да правилно негују (како спречити декубит, како комуницирати са дементним лицем, итд.). Додатан терет је и емоционални – гледати вољену особу како пропада може узроковати тугу, фрустрацију, осећај кривице или беспомоћности.

- **Непрепознат статус и мањак формалне подршке:** Неформални неговатељи у Србији немају законски статус (за разлику од неких земаља где се региструју и остварују бенефиције). То значи да немају право на здравствено или пензионо осигурање по основу неге. Такође, врло мало програма је усмерено на њихову подршку. Услуге предаха ретко постоје – готово нигде не могу оставити своју блиску особу на неколико дана да би се одморили. Обуке и саветовање су ретке и углавном их спроводе невладине организације (нпр. Црвени крст повремено организује обуке). Групе за самопомоћ или психолошка подршка неговатељима су јако ретке и нису препознате у систему социјалне заштите. Све то води томе да се неговатељи често осећају препуштеним сами себи.

Ипак, постоје индиректне подршке - новчана давања као што је додатак за туђу негу се у суштини дају кориснику али завршавају код неговатеља (као нека врста „плате“ за бригу, иако недовољна). У неким општинама, услуга помоћ у кући помаже и неговатељу тиме што преузму део обавеза пар сати недељно. Патронажна служба, осим неге пацијента, има и улогу едукације породице – патронажне сестре често покажу породици како да пружају негу (нпр. како измерити притисак, дати инсулин, вежбе са непокретним особама итд.). Тако посредно оснажују неформалне неговатеље. Но, све то је спорадично и недовољно систематски.

Неговатељи су кључни и за будућност система - како се радна активност популације мора повећавати (и жене и мушкарци све више учествују на тржишту рада, и старосна граница за пензију се помера), биће све теже да члан породице напусти посао ради неге. Истовремено, ако држава не обезбеди услуге, неко мора бринути о растућем броју старих. То је заиста значајан друштвени изазов.

Зато стратегије за дуготрајну негу предлажу афирмацију и подршку неформалним неговатељима као један од стубова. То подразумева формално препознавање њихове улоге, пружање права (попут доприноса за пензију за године проведене у нези, флексибилно радно време за неговатеље који су запослени, право на боловање ради неге болесног члана итд.), те развијање сервиса подршке (саветовалишта, предах неге, обука).

Важно је нагласити да неформални неговатељи нису замена за систем, али јесу његова основа – стога систем мора градити око њих, а не паралелно или супротно од њих.

Ако се посматрају искуства других земаља и упореде са ситуацијом у Србији, то би значило следеће:

- **Потребно је кретати се ка интегрисанијем систему** – пример Словеније и Немачке показују да обједињавање права и финансирања кроз осигурање или централну стратегију доноси боље покриће и одрживост. Србија може размотрити увођење **обавезног осигурања за дуготрајну негу** (што би био велики реформски корак) или макар посебног фонда у оквиру постојећих осигурања.

- **Услуге у заједници су тренд свуда** – ЕУ наглашава деинституционализацију, тј. смањење ослањања на домове и развој локалних и услуга у кући. Србија треба наставити тим путем (што већ чини, али убрзати). Нордијске земље показују да је могуће да већина неге буде код куће уз адекватан број неговатеља и помоћ.

- **Новчане накнаде према услугама** – искуство Аустрије и Немачке показује да многи корисници желе да добију новац и да сами организују негу (често ангажују рођака или приватну неговатељицу). Србија већ има ту компоненту (додатак за негу), али је он недивиљан. Упоредо, аустријски “Pflegegeld” је много издашнији и 24-часовна нега се допуњава ангажовањем неговатељица. То је модел где држава плати део, а породица део.

- **Улога породице и државе** – У региону сви полазе од породице, али тренд је да се право на дуготрајну негу посматра као друштвена одговорност. Пример је препорука Савета Европе и ЕУ – право на достојанствену старост укључује право на негу без дискриминације. Повереник за равноправност у Србији 2018. је указао да старији од 65 често немају приступ здравственим услугама (попут геријатрије, палијативног збрињавања) што је облик дискриминације, те је препоручио министарствима да то поправе.⁹⁰ Дакле, постоји све већи притисак ка државама да системски реше питање дуготрајне неге, јер ослањање на породицу више не може бити једино решење како популација стари.

Очигледно је да Србија заостаје за просеком ЕУ у погледу покривености и улагања у дуготрајну негу, али дели много сличности са суседним земљама. Док неке, попут Словеније и Хрватске, већ предузимају кораке ка интеграцији и проширењу система, Србија је у фази у којој има прилику да из упоредних пракси извуче поуке. Европска искуства сугеришу да је комбинација снажније јавне подршке, одрживог финансирања, развијања услуга у заједници и подршке неговатељима пут ка ефективном систему. Та сазнања биће коришћена и у препорукама у наредном поглављу.

3.8 Перспективе развоја и препоруке

Стратешки кораци који би одговорили на идентификоване изазове – демографски притисак, фрагментацију, недовољне услуге, оптерећеност породица – и приближили систем стандардима достојанствене неге за све грађане старије доби или са трајним ограничењима као и препоруке сун следеће.

⁹⁰ [https://social.un.org/ageing-working-group/documents/ninth/Inputs NGOs/RCSerbia_LTC.pdf](https://social.un.org/ageing-working-group/documents/ninth/Inputs%20NGOs/RCSerbia_LTC.pdf)

1. Формулисање јединствене националне политике/стратегије за дуготрајну негу.

Први и најважнији корак је да држава **стратешки дефинише систем дуготрајне неге као целину**. Потребно је изградити и усвојити националну стратегију и акциони план који ће на **целовит начин** обухватити све аспекте – од здравствених до социјалних, од формалних до неформалних видова неге. Та политика би требало да прецизира **визију** (нпр. “сваки грађанин који зависи од туђе неге има право на доступну, квалитетну и одрживу подршку која му омогућава достојанствен живот”), да дефинише **циљеве** (повећати покривеност услугама, интегрисати сервисе, растеретити породице, осигурати одрживо финансирање) и **мере** за њихово достизање. Кроз такву стратегију, дуготрајна нега би била јасно препозната као **право грађана** на одређену подршку, уместо садашње имплицитне претпоставке породичне неге. Стратегија треба бити међусекторска – заједнички документ Министарства за рад, запошљавање, борачка и социјална питања и Министарства здравља (по могућности и других релевантних, попут финансија, локалне самоуправе). Ослонац могу бити и европски оквири попут недавне Европске стратегије за негу (2022) и препорука Савета ЕУ о приступу дуготрајној нези.

2. Успостављање интегрисаног система и уклањање фрагментације.

У складу са стратегијом, потребно је радити на бољој интеграцији здравственог и социјалног сектора у пракси. То се може постићи кроз неколико мера:

- **Јединствена процена потреба и упућивање:** Увести интегрисане тимове (медицински и социјални професионалци) на локалном нивоу који би заједнички оцењивали стање корисника и правили индивидуализовани план неге. Центри за социјални рад и домови здравља треба да развију протокол сарадње – нпр. када ЦСР добије захтев за услугом, по потреби укључи патронажну службу у процену, и обратно. Циљ је да корисник не мора сам да координише између служби. Може се размотрити креирање концепта “јединствене тачке приступа” (one-stop shop) за дуготрајну негу на локалном нивоу – места (физичког или макар телефонског сервиса) где старија особа или породица могу добити све информације и покренути процедуре за све видове подршке на једном месту. У Словенији је тако урађено преко филијала завода за здравствено

осигурање; Србија би могла да изгради сличан модел кроз центре за социјални рад (уз присуство здравственог радника).

- **Координациони механизми:** На националном нивоу, успоставити међуресорско тело за дуготрајну негу (повремено или трајно). То би могао бити савет или комисија са представницима министарстава, завода, локалних власти и НВО, који би пратили примену стратегије и решавали “интерсекторске” проблеме. Такође, дефинисати протоколе размене података – нпр. омогућити да ЦСР и дом здравља деле информације о заједничким корисницима кроз информациони систем (уз заштиту приватности).

- **Уклањање административних баријера:** Анализирати постојеће законске одредбе које отежавају интеграцију и предложити измене. На пример, ако Закон о здравственој заштити не препознаје неке услуге које би могле да буду део дуготрајне неге (попут дуготрајне рехабилитације у кући), размотрити допуне. Такође, поједноставити процедуре за остваривање права на социјалне услуге и новчана давања – скратити време обраде захтева, смањити непотребну документацију, како старији не би одустајали од подршке због бирократије.

- **Пилот-пројекти интегрисане неге:** Покренути пилот програме у неколико општина где би се тестирао модел интегрисаног пружања неге – нпр. **геријатријски центар** који обједињује социјалне и здравствене услуге (дневни центар са медицинским надзором, мобилни тим за кућну негу који чине заједно медицинска сестра и геронтодомаћица, итд.). Резултати тих пилот пројеката могу бити корисни за тачно дефинисање модела..

3. Повећање обухвата и диверзификација услуга у заједници (деинституционализација).

Приоритет система треба да буде да се што више потреба задовољи ван институција, јер је то и жеља корисника и финансијски одрживије. У том смислу препоручује се:

- **Даљи развој услуга помоћ у кући:** Циљ би могао бити да свака општина обезбеди помоћ у кући за одређени проценат својих старих (нпр. најмање 5% популације 65+ у наредних 5 година). То захтева улагање у обуку и запошљавање већег броја геронтодомаћица. Могло би се размотрити увођење стандардне услуге неге у кући на националном нивоу – нпр. увести занимање “лиценцирани неговатељ старијих” и

омогућити приватним фирмама и НВО да се лакше лиценцирају и склапају уговоре са локалним самоуправама. Посебно треба проширити покривеност у руралним подручјима: можда путем мобилних тимова који обилазе више села (уместо да свако село има стално запослене неговатеље, што није реално). Улагање у службена возила или путне трошкове за герантодомаћице у селима је неопходно. Такође, испитати могућност увођења теле-неге (remote monitoring) – нпр. да старији у селу имају паник тастер повезан са центром, што је концепт познат у развијеним земљама, како би се повећала сигурност оних који су сами, уз минималне трошкове.

- **Оживљавање дневних центара и клубова за старе:** Иако су тренутне бројке корисника мале, потенцијал дневних боравака је велики у урбаним срединама. Препорука је да се постојећи **клубови пензионера** и геронтолошки центри адаптирају у **дневне центре са елементима неге** – дакле, да не буду само друштвени клубови већ да пружају и надзор слабије покретним старијима током дана. Опремити те центре потребним садржајима (лежаљке, терапеутске активности) и обезбедити превоз до њих за кориснике који не могу сами да дођу до њих. Дневни центри олакшавају породицама (током радног времена они преузму бригу) и спречавају институционализацију. Као циљ, у сваком граду преко 50 хиљада становника треба да постоји бар један дневни центар за старије (могуће кроз јавно-приватно партнерство или донације, с обзиром да су улагања релативно мала).

- **Развој услуге привременог смештаја и предах неге:** Увести систем где домови за старе и геронтолошки центри имају одређени број постеља за краткотрајни смештај корисника чији неговатељи иду на пут, одмор или опоравак. Држава може подстицати ово тако што ће финансирати одређени број таквих привремених пријема годишње у сваком дому. Тиме би породице добиле могућност предах, што је кључно за спречавање њиховог сагоревања. Такође, треба развити мрежу привременог дневног збрињавања (пар сати или један дан недељно) за старије особе, како би породица у то време обавила неке своје обавезе.

- **Подршка палијативном збрињавању у заједници** - пошто је палијативно збрињавање део дуготрајне неге, треба је ојачати интеграцијом са социјалном подршком. Препоручује се оснивање мобилних палијативних тимова који укључују социјалног радника, по потреби психолога и волонтере, који би са лекарика и медицинским сарадницима, посећивали терминално оболеле код куће. Треба обезбедити да свако лице на кућном палијативном збрињавању добије и помоћ у кући, ако нема

породицу, када за тим постоји потреба. Ово захтева координацију са системом здравством, али може бити иницирано кроз заједничке протоколе.

- **Стимулација породичног смештаја за старије:** Да би се смањио притисак на домове и пружила породична атмосфера корисницима, може се радити на популаризацији и стандардизацији породичног смештаја. Министарство може повећати накнаде хранитељским породицама за старије и организовати кампање информисања у заједници (посебно у руралним подручјима где људи имају простор и вољу да брину о још једној старијој особи). Такође увести обуку и надзор за хранитеље како би квалитет био осигуран. Циљ би био повећати број старијих у породичном смештају. Тиме се део зависних особа збрине ван институционалног окружења.

4. Обезбеђивање одрживог финансирања – укључујући нове изворе и моделе.

Без решавања питања финансирања, проширење обима услуга није реално. Стога је кључна мера анализа и реформа финансијског оквира (увођење осигурања за дуготрајну негу) по угледу на Немачку или недавно Словенију. То би подразумевало доношење посебног закона који уводи нови допринос (нпр. 1% зараде запослених, уз евентуално учешће послодаваца) којим би се пунио наменски фонд за дуготрајну негу. Тај фонд би финансирао услуге и давања независно од тренутних буџетских ограничења. Ово је политички осетљиво јер значи ново оптерећење за радно активно становништво, али с друге стране представља улагање у сопствену будућност (сви постајемо потенцијални корисници). Ако потпуни модел осигурања није одмах остварив, размотрити **постепени приступ**: нпр. почети са малим доприносом и ограниченим правима, па ширити. Алтернативно или паралелно, размотрити увођење издвојене буџетске линије за дуготрајну негу (попут фонда који би се пунио из акциза на дуван или алкохол са образложењем да иде за негу старих). У сваком случају, циљ је обезбедити стабилније и дугорочније изворе јер ослањање искључиво на постојеће буџете неће пратити демографски раст потреба.

5. Подршка неформалним неговатељима (породична нега као део система):

Препознајући огроман значај породице у нези, политика треба да укључи мере које ће оснажити и олакшати улогу неформалних неговатеља уместо да их подразумева здраво за готово. Препоручује се:

- **Увођење права на предах (respite):** Као што је горе предложено, формирати систем привремене заменске неге. Законски омогућити неговатељима одређени број дана годишње предаха током којих ће држава преузети бригу о особи (кроз институционални смештај или слање стручног неговатеља у кућу). Ово може бити дефинисано правом слично годишњем одмору за запослене. Тиме се неговатељима даје психолошка сигурност да могу планирати одмор или решавање личних ствари.

- **Финансијска накнада неговатељима:** Размотрити ширење постојеће накнаде за туђу негу и помоћ – нпр. кроз институт “породичног персоналног асистента” где би члан породице могао формално бити запослен уз минималну плату за бригу о свом сроднику (ово постоји у неким земљама када постоји тежак инвалидитет). За почетак, можда увести да незапослени неговатељ који брине стално о члану породице може добити статус неговатеља и примати накнаду (макар у висини минималне зараде) из буџета. Ово би смањило финансијски терет таквим домаћинствима и спречило пад у сиромаштво због неге. Наравно, треба изградити критеријуме јер успостављање оваквог система може бити опасно по прекомерно трошење јавних средстава.

- **Пензијско и здравствено осигурање за неговатеље:** прописи би могли признати период неге као стаж осигурања. То би значило да држава уплаћује минималне пензионе доприносе неформалном неговатељу за време док брине о члану породице. Такође, омогућити да главни породични неговатељ буде здравствено осигуран (ако већ није) на терет државе.

- **Едукација и саветовалишта:** Увести редовне бесплатне обуке за породичне неговатеље у домовима здравља или центрима за социјални рад. Нпр. квартално организовати радионице о нези непокретних, правилној исхрани старих, комуникацији са дементнима итд. Штампати и дистрибуирати приручнике и водиче за неговатеље. Такође, успоставити психолошка саветовалишта или групе подршке (можда при геронтолошким центрима или ЦСР) где неговатељи могу доћи да поделе искуства, добију савет од психолога како да се носе са стресом. Овде НВО могу помоћи – држава може финансијски подржати пројекте подршке неговатељима.

- **Технолошка подршка неговатељима:** Размотрити увођење иновативних решења која помажу онима који негују: нпр. телемедицина – да неговатељ може консултовати лекара путем видеа у случају проблема; сензори у дому – за оне који ноћу морају пазити на дементне који могу да одлутају, технологија може помоћи (алармске наруквице, детектори покрета). Држава може субвенционисати таква помагала породицама.

- **Правно препознавање и интеграција у формални систем:** У стратегији експлицитно навести неформалне неговатеље као део система подршке, и укључити их у механизме планирања неге. Нпр. приликом процене корисника, ЦСР треба да разговара и са неговатељем, процени и његове потребе. Тако се приступ помера од “брига државе или породице” ка “брига државе и породице заједно”.

6. Јачање кадровских капацитета и услова рада у сектору дуготрајне неге.

Да би све предложене мере биле спроведене, неопходно је имати довољно мотивисаних и обучених професионалаца:

- **Планирање радне снаге:** Спровести пројекцију потребног броја геронтодомаћица, социјалних радника, лекара, медицинских сестара у наредних 20 година. На основу тога, повећати упис и обуке у тим профилима. Увести смерове за геронтологију на средњим медицинским школама и више неговатељске курсеве. Такође, подстаћи младе да улазе у ту професију стипендирајући ученике/студенте који се одреде за занимања која су повезана са негом старијих особа.

- **Побољшање услова рада и задржавање кадра:** Радници у домовима за старе и геронтодомаћице често имају ниске плате и тежак посао, што води ка одласку у иностранство (нпр. Немачка активно регрутује ове особе). Држава треба да размотри повећање надокнада у том сектору како би кадрови остали. Такође, омогућити стално запослење (уместо ангажовању на пројекту или привременог ангажмана) за неговатеље у општинским службама, са пуним социјалним осигурањем, да би тај посао био атрактивнији. Увести супервизију и подршку запосленима – нпр. психолошку подршку неговатељима да превенирају сагоревање.

- **Стручна усавршавања:** Редовно организовати обуке и семинаре за постојећи кадар – како за социјалне раднике (о геронтолошком саветовању, цесе манаџменту), тако и за медицинско особље (о палијативном збрињавању, о комуникацији са старима). Тиме се подиже квалитет неге.

7. Унапређење квалитета услуга и регулативе стандарда:

- **Ревизија и праћење стандарда** - након што су стандарди за услуге већ уведени, треба их периодично преиспитивати и унапређивати. Посебно се фокусирати на

стандардизацију услуга у заједници (шта је очекивани распон активности, максималан број корисника итд.). Увести индикаторе квалитета (попуњеност, задовољство корисника, исходи попут смањења хоспитализација) и почети прикупљати податке.

- **Појачан надзор над приватним пружаоцима** - с обзиром на раст броја приватних домова, инспекцијски надзор мора бити проактивнији. Повећати број инспектора социјалне заштите и увести чешће ненајављене контроле, посебно у приватним установама и код пружалаца услуга у кућним условима. Такође олакшати грађанима подношење притужби и успоставити механизам реаговања (нпр. анонимна линија за пријаву неправилности у дому за старије).

- **Лиценцирање и акредитација програма обуке** - већ постоји систем лиценцирања професионалаца, али га треба унапредити. Такође, развити више акредитованих програма обуке у специфичним вештинама (брига о дементним особама, палијативно збрињавање).

- **Укљученост корисника у евалуацију** - успоставити праксу да се мишљење корисника и породица узима при оцени квалитета. Анкетирати кориснике домова и услуга у кући о задовољству, третману, примедбама, и те повратне информације користити за побољшања.

8. Развој јавно-приватних партнерстава и иновативних модела пружања услуга.

- **Уговарање услуга са невладиним сектором:** подстицати да организације попут Црвеног крста, локалних удружења пензионера, преузимају пружање неких услуга (дневни центри, помоћ у кући у руралним срединама). Тако би се користла постојећа мрежа и капацитет ових организација, а држава би контролисала стандарде и плаћала за пружене сулуге.

- **Социјално предузетништво:** подржати оснивање социјалних предузећа (нпр. задруга геронтодомаћица) које би запошљавале локалне жене да пружају негу старијима, посебно у срединама где нема других пружалаца. Обезбедити почетна улагања и обуку у оквиру таквих иницијатива. То спаја циљеве запошљавања и подршке старијим особама.

- **Приватне иницијативе:** олакшати инвестиције у сектору – нпр. поједноставити процедуре за добијање лиценце за дом уз испуњење стандарда, пружити пореске олакшице онима који инвестирају у домове за старије особе.

- **Дигиталне услуге и иновације:** искористити технолошке могућности – рецимо, развити националну платформу или цалл-центар за подршку старијима (где могу позвати за савете или помоћ, можда повезану са волонтерском мрежом). Укључити и телемедицинске системе: експанзија интернета и мобилних апликација може помоћи старијима (нпр. подсетници за лекове, виртуелни асистенти). Држава може стимулисати start-up пројекте који се баве “silver tech” решењима, давањем грантова.

9. Фокус на рурална подручја и теже доступне популације: Посебне мере требају циљати оне најугроженије.

- **Мапирање потреба у руралним општинама:** Спровести свеобухватно мапирање општина где је удео старих екстремно висок (између 20 - 30% или више) и идентификовати села са великим бројем старих самачких домаћинстава. На основу тих података, усмерити додатне ресурсе у те општине за запошљавање геронтодомаћица, организовање мобилних тимова и др.

- **Мотивација кадра за рад у руралним срединама:** увести бенефиције за геронтодомаћице и медицинске сестре које одлазе у удаљена села (теренски додаци и сл.) како би се подстакли да раде тамо где је најпотребније.

- **Инфраструктурна подршка:** осигурати да свака општина има макар једно возило за превоз старијих до места где се пружају услуге. Сарадња са поштом или другим службама – поштари, рецимо, обилазе многа села, па могу бити обучени да идентификују старије у ризику и пријаве службама.

- **Заједница као ресурс:** у руралним пределима може да се искористи комшијска солидарност формализујући је – нпр. кроз програм “добровољни неговатељ” регрутовати и симболично наградити комшије који помажу старима (дати им нпр. месечну надокнаду или признање). То може бити прелазно решење док се не развију професионалне службе.

Све препоруке су међусобно повезане и требало би их фазно спроводити. **Краткорочно (1-2 године):** усвојити стратегију, основати координационо тело, повећати средства за постојеће услуге и покренути пилот интегрисаних услуга; **средњорочно (3-5 година):** увести осигурање или фонд за дуготрајну негу, значајно проширити кућне и дневне услуге, формализовати подршку неговатељима, отворити нове капацитете кроз ППП; **дугорочно (10 година):** постићи да се Србија приближи ЕУ просеку у

покривености – да барем 20-30% особа 80+ добија неку формалну негу и да се издвајања повећају према издвајању од 1% БДП-а.

Како становништво наставља да стари, улагање у систем дуготрајне неге није више питање избора већ нужности – и то не само социјалне, већ и економске (јер квалитетна нега смањује оптерећење здравственог система, продужава самосталност старијих, омогућава члановима породице да буду радно активни). Изазови су велики – од финансијских ограничења до промена у традиционалним улогама – али искуства других земаља показују да је могуће створити одржив систем који комбинује државну подршку, породичну бригу и приватну иницијативу. Србија има прилику да, уз подршку међународне заједнице и активно укључивање свих актера, изгради **модеран систем дуготрајне неге** који ће одговорити на потребе све бројнијих старих генерација достојанствено и ефикасно. У наредном периоду кључно ће бити политичко препознавање овог питања као приоритета и обезбеђивање потребних ресурса за имплементацију наведених препорука. Само холистичким приступом може се осигурати да старији грађани Србије добију негу какву заслужују у 21. веку – негу која чува њихово достојанство, квалитет живота и права, а друштво чини хуманијим и солидарнијим.

4 ПРЕДЛОГ УВОЂЕЊА ОСИГУРАЊА ЗА ДУГОТРАЈНУ НЕГУ У РЕПУБЛИЦИ СРБИЈИ

Након анализе тренутног стања, демографских трендова и изражене фрагментираности постојећег система, предлаже се успостављање **обавезног социјалног осигурања за дуготрајну негу** у Републици Србији. Овај модел има за циљ да обезбеди свеобухватан, правичан и одржив систем који ће одговорити на растуће потребе становништва за дугорочном негом, услед старења популације, хроничних болести и инвалидитета.

Модел би био заснован на **начелу солидарности**, што значи да би финансирање било колективно – кроз доприносе запослених, послодаваца, пензионера и државе – чиме се одговорност за негу прерасподељује на цело друштво.

Циљ је успоставити **универзалан систем**, доступан свим грађанима под једнаким условима, без обзира на њихов социо-економски статус, уз гарантовани минимум права за све. Систем би био **правично структурисан**, тако да се услуге обезбеђују на основу стварних потреба корисника, уз уважавање њихових материјалних могућности.

Један од кључних елемената предлога јесте **интеграција здравствених и социјалних услуга** – тренутно раздвојених по системима – у јединствен, координисан систем подршке. Тиме би се обезбедила ефикаснија употреба ресурса и виши квалитет услуга.

Предложени модел такође ставља **посебан фокус на деинституционализацију**, односно на развој услуга које корисницима омогућавају да остану у сопственом дому и заједници што је дуже могуће. Истовремено, осигурава се институционална нега за оне којима је она заиста потребна.

Квалитет услуга би био осигуран кроз јасне стандарде, континуирани мониторинг и укључивање различитих пружалаца услуга (јавни, приватни, невладин сектор), уз поштовање права и достојанства корисника.

Корисници би, где год је то могуће, имали **слободу избора** између различитих облика услуга и пружалаца, што доприноси индивидуализацији и већем задовољству корисника.

Посебна пажња била би посвећена **подршци неформалним неговатељима**, уз признање њихове улоге и пружање адекватне помоћи.

Овакав модел тежи да дуготрајну негу у Србији учини доступном, праведном и одрживом, у складу са савременим европским стандардима и демографској реалношћу.

4.1. Предлог модела финансирања

Одржив и ефикасан систем осигурања за дуготрајну негу мора се темељити на стабилним, праведним и предвидивим изворима финансирања. Уз растућу потребу за услугама дуготрајне неге, посебно због демографских промена и старења популације, неопходно је успоставити модел који ће омогућити поуздано финансирање у средњем и дугом року. Као најпримеренији приступ предлаже се увођење **наменских доприноса осигурања за дуготрајну негу** за осигурање дуготрајне неге, што омогућава већу транспарентност и повезаност између права и обавеза грађана.

Извори доприноса

Предложени модел предвиђа вишеструке изворе финансирања, са циљем да се терет расподели равномерно између различитих друштвених група, у складу са њиховим економским капацитетима:

Доприноси запослених:

Предлаже се увођење обавезне стопе доприноса из зараде запослених, слично доприносима за пензијско и инвалидско осгурање и доприносу за здравствено осигурање. Ова стопа би била релативно ниска и примењивала би се на све запослене.

Доприноси послодаваца:

Послодавци би такође плаћали допринос, кроз увођење стопе доприноса за дуготрајну негу по запосленом раднику. Тиме се осигурава да трошак дуготрајне неге не пада искључиво на раднике, већ и на послодавце као кључне актере у систему социјалног осигурања.

Доприноси пензионера:

С обзиром на то да су старије особе, од којих је највећи део корисници пензије, потенцијално најчешћи корисници услуга дуготрајне неге, и они би плаћали допринос за дуготрајну негу, али по сниженој стопи и уз уважавање њихових ограничених примања. Могуће је увести неопорезиви минимум пензије испод којег се доприноси не наплаћују, чиме се, додатно, штите социјално угрожени пензионери.

Доприноси државе:

Држава би из буџета покривала доприносе за све оне грађане који нису у могућности да сами плаћају – незапослене, кориснике новчане социјалне помоћи, лица са инвалидитетом, без прихода, лица на издржавању затворских казни и друге рањиве групе. Тиме се обезбеђује универзалност система и избегава искључење.

Доприноси пољопривредника и предузетника:

За самосталне делатности и пољопривреднике, доприноси би се обрачунавали према унапред дефинисаним основицама (као што је већ случај у другим видовима социјалног осигурања), у складу са категоријом осигурања у којој се налазе.

Прецизно одређивање висине доприноса захтева детаљну актуарску анализу, која би укључила пројекције броја корисника, трошкове услуга, очекивано трајање неге и друге факторе ризика. Такође, увођење доприноса може се реализовати постепено, како би се грађанима и привреди омогућило време за прилагођавање.

Постоји и могућност финансирања дуготрајне неге кроз буџет. То би обезбедило одређену флексибилност и могућност реаговања на краткорочне потребе система, али се не препоручује увођење оваквог модела финансирања. За то постоји више разлога. Први је тај што увођењем финансирања услуга дуготрајне неге кроз доприносе представља транспарентан начин финансирања који не зависи од политичког опредељења и приоритета који се постављају. Гаранција постојања континуираног финансирања ових услуга представља изузетно важан фактор развоја ове врсте услуга у циљу задовољавања стварних потреба становништва за њима.

4.2. Организација и управљање

Ефикасно, одговорно и транспарентно управљање средствима намењеним дуготрајној нези представља један од кључних стубова одрживости целокупног система. Грађани морају имати поверење да ће уплаћени доприноси бити наменски коришћени, уз строгу контролу трошкова и једнак приступ правима свих осигураника. Због тога је неопходно успоставити специјализовани институционални оквир који ће обезбедити високе стандарде управљања, надзора и партиципативности.

Оснивање Републичког фонда за осигурање дуготрајне неге (РФОДН)

Предлаже се формирање посебног правног лица у државној својини, које би функционисало као **самостална организација социјалног осигурања**, по узору на постојеће институције као што су РФЗО (Републички фонд за здравствено осигурање) и ПИО фонд. РФОДН би био централна институција у систему осигурања за дуготрајну негу, са следећим кључним функцијама:

- **Прикупљање и управљање доприносима:**

Фонд би био надлежан за организацију наплате доприноса од свих осигураника – запослених, послодаваца, пензионера, државе и других категорија. У том циљу би развијао сопствене системе обрачуна, праћења уплата и принудне наплате у случају кашњења или избегавања плаћања.

- **Финансирање услуга:**

РФОДН би уговарао услуге са акредитованим јавним, приватним и невладиним пружаоцима, на основу унапред дефинисаних критеријума и стандарда квалитета. Плаћање услуга би било директно из фонда према пружаоцима, чиме би се избегла додатна оптерећења за кориснике и омогућила контрола над ценама и квалитетом.

- **Управљање новчаним давањима:**

У случајевима када се део подршке корисницима исплаћује као новчана накнада, Фонд би био задужен за обрачун и исплату тих средстава, уз прецизно прописане услове и процедуре контроле.

- **Централна евиденција и база података:**

Фонд би управљао јединственом електронском базом корисника дуготрајне неге, са свим релевантним информацијама о њиховим правима, потребама, коришћеним услугама и трошковима. Ова база би омогућила свеобухватно праћење система, унапређење планирања и спровођење анализа и евалуација.

- **Мониторинг и контрола трошкова:**

Посебне службе унутар фонда биле би задужене за надзор над уговореним услугама, контролу испуњености стандарда, спречавање злоупотреба и оптимизацију потрошње средстава. Планира се успостављање интерних ревизорских тимова и сарадња са независним телима за екстерну ревизију.

Алтернатива: Проширење надлежности РФЗО

Као прагматична варијанта, која би омогућила бржу институционалну имплементацију, може да се размотри се могућност да се сектор дуготрајне неге инкорпорира у већ постојећи РФЗО. Предности овог модела укључују:

- **Већ постојећи административни капацитети:** РФЗО већ располаже развијеном инфраструктуром, искуством у управљању доприносима, уговарањем и базом осигураника.

- **Лакша интеграција са здравственим услугама:** Будући да услуге дуготрајне неге подразумевају и здравствене и услуге социјалне заштите, обједињавање са здравственим осигурањем може допринети бољој координацији.

Међутим, ова опција захтева озбиљне **организационе, кадровске и законске измене**, укључујући:

- Формирање посебног сектора унутар РФЗО за дуготрајну негу,
- Изградњу капацитета за уговарање и надзор социјалних услуга,
- Измену аката фонда и усклађивање са законодавством из области социјалне заштите.

Управни одбор фонда – принцип партиципативног управљања

Како би се осигурао баланс различитих интереса и транспарентност у доношењу одлука, неопходно је да **Управни одбор фонда** укључује представнике кључних актера у систему:

- **Представнике запослених (нпр. репрезентативни синдикати):** Који ће заступати интересе радно активног становништва које уплаћује доприносе.
- **Представнике пензионера и корисника услуга:** обзиром на то да су они најбројнији корисници система, њихово директно учешће у креирању политика и надзору је од суштинске важности.
- **Представнике послодаваца:** доприносе фонду и имају интерес за рационално и ефикасно функционисање система.
- **Представнике државе (Министарство здравља, Министарство за рад, запошљавање борацка и социјална питања и Министарство финансија):** обезбеђују законски оквир, надзор и финансијску подршку за рањиве категорије.
- **Стручњаке из области здравства, социјалног рада и економије:** доприносе анализом података, предлозима унапређења и оценом финансијске одрживости система.

Управни одбор би доносио стратешке одлуке, усвајао финансијске планове и завршне рачуне и надзирао спровођење закона и правилника у вези са осигурањем за дуготрајну негу. Предлаже се да све кључне одлуке (нпр. промене висине доприноса, критеријума за партиципацију, уговарања услуга) буду подложне јавним расправама и обављене на транспарентан начин.

Механизми надзора и ревизије фонда

За осигурање законитог, ефикасног и транспарентног коришћења средстава, неопходно је успоставити вишеслојни систем надзора који обухвата унутрашњу, екстерну и грађанску контролу рада фонда:

- **Унутрашња ревизија:**

Фонд би морао да поседује сопствену службу за унутрашњу ревизију, независну од оперативних сектора, са задатком да редовно проверава законитост и рационалност трошења средстава, поштовање процедура и уговора са пружаоцима услуга. Ревизорски извештаји би се презентовали Управном одбору и надлежним државним институцијама.

- **Екстерни надзор:**

Рад фонда би био предмет контроле од стране државних тела, укључујући:

- о **Државну ревизорску институцију (ДРИ),**
- о **Министарство финансија,**
- о **Министарство здравља,**
- о **Министарство за рад, запошљавање борачка и социјална питања,**
- о **Повереник за информације од јавног значаја и заштиту података о личности** (у контексту заштите базе корисника),
- о **Заштитник грађана (омбудсмана)** у случајевима повреде права корисника.

- **Грађански надзор и транспарентност:**

Фонд би био обавезан да редовно објављује:

- о Годишње и кварталне финансијске извештаје,
- о Статистичке податке о корисницима и коришћењу услуга,
- о Листе уговорених пружалаца и њихове цене,
- о Извештаје о жалбама и решавању спорова.

- **Дигитализација управљања**

Ефикасност система у великој мери зависи од његове способности да користи савремене информационе технологије. Зато је дигитализација кључни стуб функционисања фонда:

- **Јединствена дигитална база корисника:**

Фонд би успоставио централизован електронски регистар осигураника и корисника услуга, са подацима о:

- о Осигурању и плаћеним доприносима,
- о Врсти и обиму коришћених услуга,

- о Плану неге и праћењу потреба корисника.

Ова база би била повезана са базама Републичког фонда за здравствено осигурање, ПИО фонда, Министарства за рад, запошљавање борачка и социјална питања, Министарства здравља и других.

- **Дигитална платформа за пружаоце услуга:**

Успостављање платформе путем које би пружаоци могли:

- о Подносити захтеве за уговарање,
- о Водити евиденцију о извршеним услугама,
- о Електронски фактурисати и комуницирати са фондом.

- **Е-сервиси за грађане:**

Корисници би имали приступ личним порталима где би могли:

- о Проверити статус осигурања,
- о Прегледати доступне услуге и пружаоце,
- о Поднети захтев за процену потреба или покретање права,
- о Поднети жалбе и притужбе.

- **Аналитика и планирање:**

Дигитална обрада података омогућила би фондовима и држави да доносе одлуке на основу анализе трендова, потреба, трошкова и регионалних разлика, што доприноси бољим политикама и планирању капацитета.

4.3 Модели уговарања са пружаоцима услуга

Уговарање са пружаоцима услуга је кључни механизам за обезбеђивање квалитета и доступности услуга дуготрајне неге. Предлаже се следећи оквир:

- **Отворени позиви за уговарање:**

Фонд расписује јавне позиве на које се могу пријавити сви пружаоци који испуњавају законом прописане услове и стандарде квалитета. Уговарање би било временски ограничено (нпр. 3 до 5 година), са могућношћу продужења на основу евалуације учинка.

- **Стандардизовани уговори:**

Уговори са пружаоцима би морали да укључују јасно дефинисане:

- о Услуге које се пружају и њихов обим,
- о Цене услуга,
- о Начин фактурисања и плаћања,
- о Механизме за контролу квалитета и санкције за неизвршавање или кршење стандарда.

- **Евалуација и рангирање:**

Уведени систем периодичне евалуације квалитета услуга пружао би основ за:

- о Продужавање или раскид уговора,
- о Рангирање пружалаца и информисање корисника о њиховим перформансама.

- **Мрежа пружалаца по регионима:**

Фонд би водио рачуна о **географској расподели пружалаца**, како би се обезбедила равномерна доступност услуга у урбаним и руралним срединама. У недовољно покривеним срединама, могуће је користити додатне подстицаје за развој локалних капацитета.

- **Праћење испуњености стандарда:**

Фонд у сарадњи са инспекцијама и екстерним акредитационим телима прати:

- о Искуства корисника (анкете и жалбе),
- о Квалитет објеката и особља,
- о Резултате и исходе пружених услуга.

Партиципација корисника

Партиципација корисника у трошковима услуга дуготрајне неге је важан елемент финансијског модела који омогућава додатно учешће оних који то могу да приуште, уз истовремену заштиту најугроженијих група. Овакав приступ доприноси праведнијој расподели финансијског терета система, повећава његову фискалну одрживост и подстиче кориснике и њихове породице на активније планирање потреба за негом.

Партиципација заснована на приходима и имовини

Уместо јединственог износа или фиксног процента за све, предвиђа се **диференцирани модел партиципације** који у обзир узима **укупни социјално-економски статус корисника**:

- **Приходи:** У партиципацију се укључују редовни месечни приходи корисника – пензије, зараде, приходи од имовине (нпр. издавање некретнина), социјална давања, итд.
- **Имовина:** У процену може бити укључена и вредност непокретне и покретне имовине (нпр. додатна некретнина, већа уштеђевина, вредна возила), посебно уколико приходи нису довољно репрезентативни.
- **Чланови домаћинства:** Код заједничког домаћинства (нпр. старије особе живе са децом или унуцима), могуће је размотрити и укупни приход домаћинства, посебно када чланови заједнички располажу средствима.

Пример:

- Корисник са месечним приходом испод 30.000 РСД и без додатне имовине био би **ослобођен партиципације**.
- Корисник са пензијом од 65.000 РСД и додатним приходима од ренте плаћао би **нпр. 20% од цене услуге**, у складу са дефинисаном скалом.
- Корисник са вишим приходима и непокретностима могао би учествовати са **30–50% трошка**, уз поштовање заштитног лимита.

Дефинисане скале и цензуси

Да би систем био транспарентан и праведан, неопходно је успоставити **прецизну скалу партиципације**, која јасно дефинише:

- Прагове прихода и имовине за ослобађање или умањење партиципације,
- Процентуално учешће корисника по разредима (нпр. 0%, 10%, 20%, 30%),
- Периодичну ревизију скала у складу са инфлацијом и променама у животним трошковима.

Скале морају бити **једноставне и разумљиве**, а критеријуми примењени равномерно на целој територији државе, уз могућност додатне локалне подршке у општинама са нижим приходима.

Заштитни механизми

Како би се избегли **значајни трошкови за домаћинства**, који могу довести до осиромашења или одустајања од неопходних услуга, неопходно је увести **механизме финансијске заштите**:

- **Годишњи лимит партиципације:**

Предлаже се да укупна годишња партиципација једног корисника не може прећи одређени проценат његових годишњих прихода – нпр. 10% или 20%, чиме се осигурава да чак и корисници са вишим примањима не буду диспропорционално оптерећени.

- **Ограничења у случају вишеструких корисника у породици:**

У случају да више чланова истог домаћинства користи услуге дуготрајне неге, потребно је ограничити укупну партиципацију по домаћинству, како би се заштитили вишечлане сиромашне породице.

- **Привремено ослобађање у хитним случајевима:**

У случају наглог погоршања здравственог стања, смрти у породици, губитка прихода или катастрофа (поплава, пожар), корисници би могли привремено бити ослобођени партиципације хитним поступком.

Административни поступак утврђивања партиципације

Успостављање правичног и ефикасног система партиципације захтева јасно дефинисан и једноставан административни поступак који омогућава брзину, транспарентност и једнакост у одлучивању. Предлажу се следећи кораци:

1. Подношење захтева

Корисник (или његов законски заступник) подноси захтев за коришћење услуга дуготрајне неге. Стручне службе фонда, на основу података из социјалне карте корисника, врше процену и класификују корисника у одговарајући разред партиципације

(нпр. ослобођен, 10%, 20%, 30%). Овај поступак мора бити **временски ограничен** (нпр. највише 15 дана) како би се избегла кашњења у пружању услуга.

2. Решење о висини партиципације

Корисник добија **званично решење** које садржи:

- Припадајући разред партиципације,
- Период важења решења (нпр. 12 месеци),
- Упутство о праву на жалбу и роковима.

3. Редовно обнављање процене

Периодично (нпр. једном годишње) врши се **ревизија висине партиципације**, уз обавезу корисника да пријави све значајне промене у приходима и имовини. Такође, корисник има право да у било ком тренутку затражи **ванредну ревизију**, уколико сматра да му је статус промењен (нпр. због губитка посла или смрти члана домаћинства).

4. Механизми приговора, жалбе и управног спора

Ради заштите права корисника и изградње поверења у систем, неопходно је успоставити једноставне и доступне ожалбене механизме:

• Првостепени поступак:

Приговор се подноси фонду или локалној канцеларији која је донела решење, у року од 15 дана од пријема. Обавеза је да орган у року од 8 дана поново размотри случај и одговори на приговор.

• Другостепени орган:

Ако корисник није задовољан одговором, може поднети жалбу другостепеном телу – нпр. **Комисији при Министарству за рад, запошљавање, борачка и социјална питања**, која одлучује најкасније у року од 30 дана.

• Трећи степен:

Корисник у трећем степену има право и на тужбу Управном суду, односно право на управни спор.

- **Бесплатна правна помоћ:**

Посебно је важно да се старијим и рањивим корисницима омогући **бесплатна правна помоћ**, кроз локалне канцеларије или организације цивилног друштва.

Процена утицаја партиципације на приступ услугама

Приликом дизајнирања система партиципације, важно је узети у обзир његов потенцијални **утицај на понашање корисника и приступ услугама**:

Могући ризици:

- **Одустајање од коришћења услуга** због немогућности плаћања (посебно у руралним и сиромашнијим срединама),
- **Смањена мотивација породица** да траже професионалну помоћ, посебно у ситуацијама када неформална нега већ постоји.

Мере ублажавања:

- **Јасна комуникација и саветовање корисника** о правима, партиципацији и могућим олакшицама,
- **Увођење социјалних саветника** у центрима за социјални рад који ће помагати корисницима да разумеју систем,
- **Пилотирање система партиципације у различитим општинама**, како би се испитали ефекти и извршиле корекције пре пуне примене.

Мониторинг:

Предвиђа се **редовно праћење утицаја партиципације**, кроз:

- Анализу броја корисника који су се одрекли услуга због трошкова,
- Праћење жалби и притужби,
- Упоредне анализе по регионима и социјалним групама.

4.4. Обухват осигурања и критеријуми за приступ правима

- **Обухват осигураника** мора да буде такав да обезбеђује **универзални обухват** свих грађана Републике Србије, односно лица са сталним боравком. Права из осигурања стичу се на основу уплате доприноса (директно, односно од стране државе за лица која ни по једном основу не остварују право на осигурање за дуготрајну негу).
- **Потребе за дуготрајном негом**, односно право на услуге и/или новчана давања остварује се када се утврди да лице, услед трајних последица болести, старости или инвалидитета, **није у стању да самостално задовољи основне животне потребе** и обавља свакодневне активности.
- **Стандардизована процена потреба** је кључни корак и она подразумева увођење јединственог, стандардизованог инструмента за процену функционалне способности и потреба за подршком. Овај инструмент треба да обухвати процену способности обављања:
 - о *Активности дневног живота (АДЛ - Activities of Daily Living)*: лична хигијена, облачење, исхрана, кретање, контрола физиолошких потреба.
 - о *Инструменталних активности дневног живота (ИАДЛ - Instrumental Activities of Daily Living)*: припрема obroka, одржавање домаћинства, куповина, управљање финансијама, коришћење превоза, узимање лекова.
 - о Процена треба да укључи и здравствено стање, когнитивне способности (посебно код деменције), социјално окружење и капацитете неформалне подршке уколико постоји.
- **Процену би вршили мултидисциплинарни тимови** (нпр. социјални радник, лекар, психолог медицинска сестра) при центрима за социјални рад или при новим, специјализованим службама Фонда осигурања за дуготрајну негу. Процес мора бити транспарентан, заснован на јасним критеријумима, уз успостављен систем двостепеног одлучивања у случају жалбе. Као критеријуми се може користити Скала за процену функционалне способности корисника и одређивање потребног степена подршке (нпр. I - IV степен подршке), што директно утиче на врсту и обим услуга/давања на које корисник има право.

4.5. Управљање и координација система

Фрагментација је један од главних проблема постојећег система. Нови модел захтева снажну координацију:

- **Предлаже се формирање Међуресорног савета за дуготрајну негу** на нивоу Владе, састављеног од представника Министарства здравља, Министарства за рад, запошљавање, борачка и социјална питања, Министарства финансија, РФОДН (или РФЗО), Фонда за пензијско и инвалидско осигурање, Сталне конференције градова и општина (СКГО) и других релевантних актера. Савет би био одговоран за стратешко планирање, усклађивање политика, праћење имплементације и предлагање унапређења система.

- **Улога Фонда за осигурање дуготрајне неге (РФОДН)** би била таква да поред финансијске улоге, Фонд би био задужен за развој мреже услуга, дефинисање стандарда у сарадњи са министарствима, уговарање са пружаоцима, контролу квалитета и развој информационог система.

- Јединице локалне самоуправе (ЈЛС) би биле важни актери у **организацији и обезбеђивању доступности услуга на својој територији**, посебно услуга у заједници (помоћ у кући, дневни центри), директно или стимулисањем развоја услуга које би пружале невладине организације. Оне би сарађивале са Фондом, учествовале у планирању мреже услуга у складу са локалним потребама и могле би суфинансирати одређене услуге изнад стандарда покривеног осигурањем.

- **Интеграција подразумева и формирање локалних тимова** (ЦСР, дома здравља, болнице, локална самоуправа, пружаоци услуга) ради бољег планирања, упућивања корисника и праћења неге. Потребно је развити индивидуалне планове неге који обједињују здравствене и социјалне интервенције.

5 МЕХАНИЗМИ ИМПЛЕМЕНТАЦИЈЕ ПРЕДЛОЖЕНОГ СИСТЕМА

Увођење овако комплексног система захтева пажљиво планирање и фазну имплементацију, уз снажну политичку вољу и учешће свих релевантних актера.

5.1. Правни оквир:

- о **Доношење кровног Закона о осигурању за дуготрајну негу:** Овај закон ће дефинисати основне принципе, обухват осигураника, изворе финансирања, права и

обавезе, организацију и управљање системом, врсте услуга, стандарде, као и механизме мониторинга и евалуације.

- о **Измене и допуне постојећих закона:** Неопходне су измене Закона о социјалној заштити, Закона о здравственој заштити, Закона о здравственом осигурању, Закона о пензијском и инвалидском осигурању, Закона о финансирању локалне самоуправе, Закона о раду и других релевантних прописа како би се ускладили са новим системом.

- о **Подзаконски акти:** Израда бројних правилника који би детаљније регулисали: стандардизовани инструмент за процену потреба, критеријуме за остваривање права по степенима подршке, стандарде квалитета за сваку услугу, услове за лиценцирање пружалаца, начин уговарања и плаћања услуга, висину и услове партиципације, начин рада Фонда и координационих тела и други

5.2. Успостављање институционалних капацитета:

- о **Оснивање и опремање РФОДН (или реорганизација РФЗО):** Успостављање административних, стручних и техничких капацитета новог Фонда, укључујући регионалне филијале.

- о **Јачање Центара за социјални рад:** Едукација кадрова ЦСР за спровођење нове, стандардизоване процене потреба, управљање случајем (цасе манаџмент) и координацију са другим службама. Обезбеђивање довољног броја стручњака.

- о **Развој мреже пружалаца услуга:** Подстицање развоја и лиценцирања довољног броја пружалаца свих потребних услуга (јавних, приватних, НВО) широм земље, посебно у руралним и мање развијеним подручјима. Дефинисати јасне услове за улазак у мрежу уговорних партнера Фонда.

- о **Едукација и обука кадрова:** Развој и имплементација стандардизованих програма обуке и сертификације за све профиле стручњака и сарадника у систему дуготрајне неге (неговатељи, геронтодомаћице, персонални асистенти, социјални радници, медицинске сестре, физиотерапеути, радни терапеути). Унапређење формалног образовања у овим областима. Обезбеђивање адекватних услова рада и зарада ради привлачења и задржавања кадрова.

5.3. Стандарди квалитета и мониторинг:

- о Доношење или унапређење **Правилника о минималним стандардима** за све услуге дуготрајне неге, који ће бити обавезујући за све пружаоце у систему.
- о Унапређење система **лиценцирања** пружалаца услуга и стручних радника, као и система **акредитације** програма обука.
- о Успостављање ефикасног система **контроле и мониторинга** квалитета услуга од стране Фонда и надлежних инспекција (социјалне и здравствене). Укључити и механизме интерне контроле квалитета код пружалаца.
- о Развој **индикатора квалитета** и система за праћење исхода неге и задовољства корисника.
- о Успостављање јасног и доступног **механизма за жалбе** корисника и њихових породица.

5.4. Информациони систем:

- о Развој **централизованог и интегрисаног информационог система** за дуготрајну негу који би повезао Фонд, пружаоце услуга, ЦСР, домове здравља и друге релевантне актере. Систем треба да омогући:
 - ☐ Регистар корисника и пружалаца услуга.
 - ☐ Евиденцију процена потреба и донетих решења.
 - ☐ Праћење пружених услуга и утрошених средстава.
 - ☐ Електронско фактурисање и плаћање.
 - ☐ Генерисање извештаја за потребе планирања и евалуације.
 - ☐ Обезбеђивање заштите података о личности.

5.5. План имплементације (фазни приступ): Због сложености, систем треба уводити постепено:

- о *Нулта фаза (1-2 године):* Доношење законског оквира, оснивање Фонда/тела, израда подзаконских аката, развој информационог система, почетак обуке кадрова, јавна кампања.
- о *Пилот фаза (2-3 године):* Примена комплетног модела (процена, услуге, финансирање) у неколико одабраних пилот општина/региона различитих карактеристика (урбане, руралне, развијене, неразвијене). Пажљива евалуација пилот фазе.

- о *Фаза постепеног ширења (3-5 година):* На основу резултата пилот фазе, постепено увођење система на територију целе земље, могуће по регионима или сукцесивним увођењем појединих врста услуга или обухватом одређених категорија корисника.

- о *Пуна имплементација:* Достижање пуног функционисања система на националном нивоу.

5.6. Комуникација и подизање свести:

- о Спровођење свеобухватне медијске кампање ради информисања грађана о потреби за реформом, циљевима новог система, начину функционисања, правима и обавезама.

- о Континуирани дијалог са кључним актерима: корисницима, пензионерима, синдикатима, послодавцима, струковним удружењима, пружаоцима услуга, локалним самоуправама и НВО сектором. Њихово активно учешће у дизајну и имплементацији реформе је кључно.

6 ОЧЕКИВАНИ РЕЗУЛТАТИ, КОРИСТИ И РИЗИЦИ

6.1. Очекивани позитивни ефекти

Успостављање система осигурања за дуготрајну негу донело би вишеструке користи за појединце, породице и друштво у целини:

- **Побољшан приступ услугама:** Значајно већи број грађана којима је потребна нега имао би приступ формалним, квалитетним и стандардизованим услугама.
- **Финансијска заштита:** Смањено би се огроман финансијски терет који тренутно пада на породице, штитећи их од ризика сиромаштва услед високих трошкова неге (посебно код дуготрајних стања попут деменције).
- **Правичност и једнакост:** Систем би обезбедио једнакији приступ услугама без обзира на место становања или материјални статус.
- **Подршка останку у заједници:** Давањем приоритета кућним и ванинституционалним услугама, подржао би сеостанак старијих и особа са инвалидитетом у њиховом природном окружењу, што је у складу са њиховим жељама и доприноси бољем квалитету живота.

- **Интеграција и координација:** Превазишла би се постојећа фрагментација, обезбеђујући боље усклађену и ефикаснију подршку која интегрише здравствене и социјалне потребе.
- **Побољшан квалитет живота:** Доступност адекватне неге и подршке директно утиче на побољшање здравственог стања, функционалности и општег благостања корисника.
- **Подршка неформалним неговатељима:** Систематска подршка (предах, обуке, саветовање) смањује терет и побољшава квалитет живота неформалних неговатеља, омогућујући им боље усклађивање неге са послом и породицом.
- **Стимулација економије и запошљавања:** Развој сектора услуга дуготрајне неге створио би нова радна места (неговатељи, терапеути, социјални радници, медицинско особље). Формализација сектора допринела би и смањењу сиве економије у области неге.
- **Социјална кохезија:** Јачање међугенерациске солидарности кроз систем који заједнички финансирају све генерације.

6.2. Потенцијални ризици и изазови имплементације

Имплементација овако крупне реформе носи и значајне ризике:

- **Финансијска одрживост:** Ризик да пројектовани приходи од доприноса не буду довољни да покрију растуће трошкове (услед старења становништва, повећане потражње, раста цена услуга).
- **Политичка воља и континуитет:** Реформа захтева дугорочну политичку посвећеност која превазилази један изборни циклус. Промене власти могу угрозити континуитет.
- **Административни капацитети:** Недовољни капацитети новог Фонда, ЦСР и других институција за ефикасно управљање комплексним системом.
- **Недостатак квалификоване радне снаге:** Један од највећих изазова је обезбедити довољан број обучених и мотивисаних неговатеља и других стручњака.
- **Отпор променама:** Могућ отпор постојећих структура, интересних група или чак дела јавности према увођењу нових доприноса или промени начина пружања услуга.

- **Неједнака имплементација:** Ризик да се систем не развије равномерно на целој територији, продубљујући постојеће географске неједнакости у доступности услуга.
- **Обезбеђивање квалитета:** Изазов успостављања и одржавања високих стандарда квалитета код великог броја различитих пружалаца услуга (јавних, приватних, НВО).
- **Морални хазард:** Ризик да доступност формалних услуга смањи спремност породица да пружају неформалну негу, или да корисници траже виши ниво услуга него што им је објективно потребан.

6.3. Предлози за ублажавање ризика

- **Финансијска одрживост:** Редовне актуарске анализе, успостављање механизма за контролу трошкова, постепено увођење доприноса и услуга, диверсификација извора финансирања, редовно усклађивање стопа доприноса и обима права.
- **Политичка воља:** Постизање широког политичког и друштвеног консензуса око реформе, усвајање дугорочне стратегије.
- **Капацитети:** Значајна улагања у обуку кадрова, техничку опремљеност институција, јачање управљачких структура.
- **Радна снага:** Побољшање услова рада и зарада у сектору неге, стипендирање образовања, кампање за промоцију занимања.
- **Отпор променама:** Транспарентан процес реформе, укључивање свих актера од почетка, јасна комуникација користи система.
- **Неједнакост:** Посебне мере подршке за развој услуга у мање развијеним подручјима (нпр. додатно финансирање из Фонда, подстицаји за пружаоце).
- **Квалитет:** Снажан систем лиценцирања, мониторинга и евалуације, уз учешће корисника у процени квалитета.
- **Морални хазард:** Пажљиво дизајнирање критеријума за приступ правима, увођење партиципације, промоција партнерског односа формалних и неформалних система подршке.

6.4. Процена трошкова и финансијска одрживост

Прецизна процена трошкова и анализа дугорочне одрживости система осигурања за дуготрајну негу захтева **свеобухватне актуарске и економске анализе**, које треба да

буду један од првих корака у припремној фази имплементације. Овде се дају само оквирни елементи које треба узети у обзир.

6.4.1. Оквирна процена трошкова:

- **Административни трошкови:** Трошкови успостављања и функционисања РФОДН (плате запослених, инфраструктура, информациони систем), трошкови процене потреба (рад мултидисциплинарних тимова). Треба тежити да ови трошкови буду што нижи у укупним расходима система.
- **Трошкови услуга - Највећа ставка расхода. Зависе од:**
 - ☐ *Обухвата корисника:* Броја лица која ће остварити право на услуге, по различитим степенима подршке. Пројекције морају узети у обзир демографске трендове.
 - ☐ *Врсте и обима услуга:* Дефинисани пакет услуга (број сати помоћи у кући, дана у дневном центру, места у домовима).
 - ☐ *Цена услуга:* Цене које ће Фонд уговорати са пружаоцима (цене рада, материјала, амортизације).
- **Трошкови новчаних давања:** Укупан износ исплаћених накнада (ревидирани додатак за туђу негу, евентуални буџет за личну негу).
- **Трошкови подршке неформалним неговатељима:** Трошкови обука, саветовања, услуге предаха, евентуалних финансијских накнада.

Почетни трошкови имплементације (израда закона, студије, пилот пројекти) такође морају бити укалкулисани.

6.4.2. Пројекције прихода:

- Приходи се пројектују на основу предложеног модела финансирања (стопе доприноса на зараде, пензије, доприноси државе) и макроекономских пројекција (кретање запослености, зарада, пензија, БДП-а).
- Потребно је моделирати различите сценарије стопа доприноса како би се постигла равнотежа са пројектованим расходима.

6.4.2. Анализа финансијске одрживости:

- Кључни задатак је дугорочно пројектовање (20-30 година) прихода и расхода система под различитим демографским (старење становништва, миграције) и економским (раст/пад БДП-а, инфлација) сценаријима.
- Анализа треба да идентификује потенцијалне периоде суфицита или дефицита и предложи механизме за одржавање дугорочне солвентности Фонда (нпр. формирање резерви, периодично прилагођавање стопа доприноса или обима права).
- Поређење са искуствима других земаља са сличним системима може бити корисно.

6.4.3. Моделирање сценарија:

- **Демографски сценарио:** Утицај бржег/споријег старења, промена у очекиваном трајању живота, миграција.
- **Економски сценарио:** Утицај раста/стагнације БДП-а, запослености, зарада.
- **Сценарио обухвата услугама:** Утицај различитих стопа покривености становништва услугама.
- **Сценарио цена услуга:** Утицај раста трошкова рада и других инпута у сектору неге.

7 ЗАКЉУЧАК

Анализа система дуготрајне неге у Републици Србији јасно показује хитну потребу за увођењем свеобухватне реформе засноване на принципима универзалности, солидарности и правичности. Демографски трендови – убрзано старење становништва, повећање удела хроничних болести и смањење доступности неформалне породичне бриге – намећу ову реформу као друштвени приоритет.

Тренутно стање карактеришу изразита фрагментираност и недовољна доступност услуга, што резултира озбиљним оптерећењем породица, ограниченим приступом правима грађана и неједнаким стандардима широм Србије. Финансијска издвајања за постојећи систем дуготрајне неге недовољна су и неодржива на дуги рок, а институционални капацитети нису у стању да одговоре на растућу потребу.

Предложени модел обавезног социјалног осигурања за дуготрајну негу представља адекватан одговор на ове изазове, јер обезбеђује стабилно финансирање кроз наменски допринос грађана, послодаваца и државе. Увођењем овог модела не само да би се повећао обухват корисника, већ би се остварио и квалитетнији, координиранији приступ који обједињује социјалне и здравствене услуге.

Сматрамо да су кључне предности предложеног модела његова финансијска одрживост, правична расподела одговорности и обезбеђивање универзалног приступа услугама без дискриминације по основу економског статуса. Посебно треба истаћи његов потенцијал да подстакне развој локалних капацитета за пружање услуга и да значајно смањи неједнакости између урбаних и руралних средина.

Ипак, овај модел неће бити једноставан за спровођење. Идентификовани су важни изазови, укључујући политички консензус, институционалну спремност и капацитете, као и почетне фискалне притиске. Имплементација захтева постепени, пажљиво планирани приступ, уз широку политичку и друштвену сагласност.

Препоручујемо да даљи кораци укључе:

- Хитно доношење јасног и свеобухватног Закона о дуготрајној нези који ће обезбедити правни темељ реформе.
- Формирање централне институције (Фонда) која ће управљати системом и развити јединствене процедуре и стандарде за све кориснике.

- Постепену имплементацију, почевши од пилот пројеката у различитим регионима како би се смањио ризик од грешака и обезбедила ефикаснија национална примена.
- Улагање у едукацију и развој кадрова, као и креирање ефикасног система надзора и евалуације квалитета услуга.
- Покретање опсежне комуникационе кампање која ће информисати јавност о користима реформе, изградити поверење грађана и осигурати дугорочну подршку.

Стратешки гледано, ова реформа представља улагање у квалитет живота грађана и социјалну кохезију друштва. Она не само да решава тренутне проблеме већ креира основу за одрживо управљање будућим потребама становништва. Сматрам да је успостављање система дуготрајне неге заснованог на солидарности кључно за Србију, јер шаље јасну поруку о друштвеној одговорности, емпатији и спремности државе да се ефикасно носи са будућим демографским и социјалним изазовима.