

DUGOTRAJNA NEGA STARIH U SRBIJI – STANJE, POLITIKE I DILEME

*Gordana MATKOVIĆ**

Obezbeđenje dugotrajne nege za sve veći broj starih, u uslovima očekivanog produženja života, i to ne samo u dobrom zdravlju već i sa invaliditetom, svakako je jedno od pitanja sa kojim će Srbija morati da se suoči u kontekstu sve izraženijeg starenja stanovništva i promenjenih porodičnih modela. Elementi državnog sistema za dugotrajnu negu u Srbiji su novčane naknade, naknada i dodatak za negu i pomoć drugog lica, i nenovčane, prvenstveno u vidu obezbeđenja institucionalnog smeštaja i usluga u zajednici. Zdravstvene usluge dugotrajne nege su tek u procesu uspostavljanja, osim kućnog lečenja u Beogradu. Uz pretpostavku da svi stari primaju samo jednu vrstu naknada, ukupan broj korisnika bi iznosio približno 90.000 ili preko 7% starijih od 65 godina u Srbiji. Pod uslovom savršene targetiranosti, naknadama i uslugama bi bile zadovoljene potrebe samo najugroženijih starih lica.

Rashodi države za dugotrajnu negu se veoma grubo mogu proceniti na 0,55% BDP, od čega najviše na novčane naknade (0,37%). Ovi su rashodi značajno niži nego u EU, gde su 2004. godine u proseku iznosili 0,9% BDPa.

Odgovor države na potrebe starih za dugotrajnom negom koji je do sada uspostavljen svakako je nesistematičan i nesistemski. Povezanost između pojedinih segmenata koji se mogu smatrati elementima sistema dugotrajne nege nije uspostavljena, a nije ni dovoljno istražena. Posebno se kao otvorena nameću pitanja adekvatnosti novčanih naknada i njihova povezanost sa uslugama, pospešivanja daljeg razvoja usluga u zajednici i suočavanje sa jazom između potreba i mogućnosti.

Ključne reči: *starenje, dugotrajna nega, naknada za negu i pomoć, pomoć u kući, javni rashodi za dugotrajnu negu*

Demografski trendovi

Kao i mnoge druge evropske zemlje i Srbija se poslednjih decenija suočava sa ozbiljnim demografskim problemima i izazovima. Smanjenje stanovništva, kontinuirani pad fertiliteta i sve izrazitije starenje predstavljaju osnovna demografska obeležja Srbije početkom 21. veka. Tranzicija kroz koju zemlja prolazi tokom poslednje decenije osnažila je determinate koje utiču na niske reproduktivne norme, dok je kapacitet društva i države da reaguje na nepovoljna kretanja smanjen.

* Fakultet za ekonomiju, finansije i administraciju, Beograd.

Negativne posledice ovakvih demografskih kretanja pre svega su izražene u sferi starenja stanovništva, koje je u Srbiji dostiglo zabrinjavajuće razmere. Proces starenja se pre svega duguje niskom rađanju, koje je ispod nivoa koji je neophodan za prosto obnavljanje stanovništva od sredine 20-og veka. Produženje srednjeg trajanja života je takođe uticalo na proces starenja, ali u manjoj meri nego u razvijenim zemljama. Posebno treba ukazati da se produženje očekivanog trajanja života u prošlosti više duguje smanjenju mortaliteta odojčadi nego produženju očekivanog trajanja života starih (Penev, 2006). Starenju su u manjoj meri doprinele i migracije i to prevashodno emigraciona kretanja.

Procenjuje se da je u Srbiji 2010. godine više od 1,2 miliona lica ili približno 17% ukupnog stanovništva staro 65 i više godina. Prisutan je i trend povećavanja stanovništva visoke starosti. Udeo stanovnika starijih od 80 godina dostigao je 3,5% ukupne populacije. Podaci na nivou opština pokazuju da je u znatnom broju lokalnih samouprava demografska situacija još nepovoljnija od proseka za Srbiju (Penev, 2006).

Projekcije stanovništva upozoravaju da će se proces starenja, ne samo nastaviti, već da će doći do njegovog intenziviranja, kao i do starenja starog stanovništva. Prema procenama Republičkog zavoda za statistiku ukupan broj stanovnika u Srbiji do 2030. godine će nastaviti da se smanjuje, dok će broj starih značajno da poraste. Kao rezultat ovakvih kretanja udeo starih lica će se povećati na preko 21%, a udeo starih starih (80+) će da poraste na 5%.

Prema studiji Svetske banke o starenju stanovništva u istočnoj Evropi i bivšem Sovjetskom Savezu (World Bank, 2007) Srbija je svrstana među *ostarele zemlje koje su kasno ušle u reforme (aging, late reformers)* i koje će se suočiti sa najvećim izazovima, imajući u vidu nerazvijene institucije i izraženo starenje. Ocenjuje se da ove zemlje zbog kašnjenja u reformama neće moći da adekvatno odgovore na posledice starenja stanovništva. Obezbeđenje dugotrajne nege za sve veći broj starih, u uslovima očekivanog produženja života i to ne samo u dobrom zdravlju već i sa invaliditetom, je svakako jedno od pitanja koje u ovom kontekstu zaslužuje posebnu pažnju.

Dugotrajna nega starih

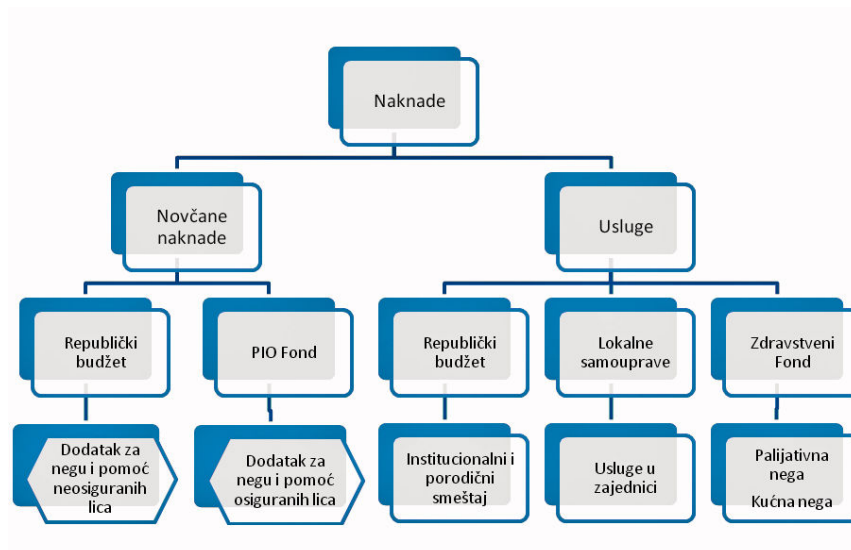
O potrebama starih ljudi za uslugama dugotrajne nege u Srbiji, moguće je suditi na osnovu dve ankete koje su sprovedene poslednjih godina u Srbiji.

Nalazi ankete među 826 osoba starijih od 70 godina u istraživanju o vaninstitucionalnoj zaštiti koje je sprovedeno 2006. godine (Satarić, Rašević, 2007) pokazuju da je veliki broj starih kojima je potrebna pomoć za odlazak

kod lekara i nabavku lekova, za održavanje domaćinstva ili plaćanje računa (preko 33%), ili za pripremanje hrane ili hranjenje (26%). Svakoj sedmoj osobi starijoj od 70 godina potrebna je pomoć za održavanje lične higijene (15%), a svakoj desetoj pomoć za kretanje po domaćinstvu (10%). U apsolutnim ciframa moglo bi se proceniti da je neka vrsta podrške u vidu pomoći u kući potrebna za približno 280 hiljada starijih od 70 godina, a da je neophodna za svakodnevno funkcionisanje za oko 78 hiljada.

Drugo relevantno istraživanje značajno za sagledavanje potreba starih za dugotrajnom negom je anketa koja je 2006. godine sprovedena sa ciljem sagledavanja zdravstvenog stanja stanovnika Srbije (Republika Srbija Ministarstvo zdravlja, 2007). Anketirano je 6875 domaćinstava izabranih na osnovu reprezentativnog uzorka. Prema nalazima ankete 6,6% starijih od 65 godina ili preko 82 hiljade, bez tuđe pomoći ne može da obavlja aktivnosti vezane za samozbrinjavanje (ne može da se samostalno hrani, oblači, leže i ustaje iz kreveta i održava ličnu higijenu). Ove potrebe su značajno izraženije u populaciji starijih od 75 godina. U najtežoj situaciji su nepokretna stara lica kojih je prema procenama blizu 27 hiljada, dok je neka vrsta pomoći potrebna za preko 313 hiljada starijih od 65 godina.

Slika 1.
Naknade, mandat i finansiranje dugotrajne nege



U Srbiji se potreba za dugotrajnom negom tradicionalno ostvaruje u okviru porodice. Napuštanje tradicionalnih porodičnih modela, emigraciona

kretanja na nivou opština, ali i na nivou zemlje u celini, te individualizam kao sve prisutniji sistem vrednosti, nameću, međutim, pitanje održivosti staranja o starima uz prevashodno oslanjanje na porodicu.

U Srbiji postoje i elementi državnog sistema za dugotrajnu negu, i to u vidu novčanih naknada i nenovčanih, prvenstveno kroz obezbeđenje institucionalnog smeštaja i usluga u zajednici. Novčane naknade su u mandatu republičke vlade i finansiraju se iz republičkog budžeta i Fonda za penzijsko-invalidsko osiguranje. U mandatu Republičke vlade je i usluga smeštaja, dok je obezbeđenje usluga u zajednici u mandatu lokalnih samouprava. Zdravstvene usluge dugotrajne nege su u mandatu republičke vlade i finansiraju se iz Fonda za zdravstveno osiguranje.

Novčana naknada za dugotrajnu negu

U Srbiji se pravo na pomoć i negu drugog lica, kao novčana naknada ostvaruje prevashodno u okviru dva sistema – penzijsko-invalidskog osiguranja i sistema socijalne zaštite.¹ U oba sistema pravo je namenjeno licima koja zbog bolesti ili invalidnosti ne mogu da brinu sami o osnovnim životnim potrebama. Zajedničko za oba sistema je kategorijsko targetiranje, tj. dobijanje naknade je uslovljeno isključivo zdravstvenim stanjem, a ne i materijalnim položajem korisnika.

Prema *Zakonu o penzijskom i invalidskom osiguranju* novčanu naknadu za pomoć i negu drugog lica mogu da ostvare osiguranici i penzioneri. Ovo pravo spada u naknade po osnovu osiguranja i finansira se iz doprinosa koji se prikupljaju u Fondu za penzijsko i invalidsko osiguranje. Visina stope doprinosa za naknadu nije posebno određena, već se ono finansira iz ukupnog doprinosa za penzijsko-invalidsko osiguranje.

U decembru 2011. godine naknada je iznosila 14.630 dinara. Prema podacima Fonda broj korisnika naknade starijih od 65 godina iznosio je preko 48,5 hiljada lica, od kojih je prema proceni² desetak procenata tzv. zatečenih korisnika, koji su nastavili da koriste prava po zakonskim propisima iz 90-ih, pa čak i 80-ih godina, koja su u međuvremenu ukinuta. Iznosi naknada za ovu grupu korisnika veoma se razlikuju u zavisnosti od momenta kada su odgovarajuća prava ukinuta i variraju u širokom rasponu od 2.050 do 8.780 dinara.

¹ Naknada za negu i pomoć koja postoji u okviru boračko-invalidske zaštite neće biti predmet analize u ovom radu, zbog specifičnosti ovog sistema.

² Procena je napravljena na osnovu udela zatečenih korisnika u ukupnom broju korisnika ove naknade.

U 2011. godini izdaci za novčanu naknadu za pomoć i negu u sistemu penzijsko-invalidskog osiguranja za starije od 65 godina mogu se proceniti³ na preko 8,6 milijardi dinara.

Dodatak za pomoć i negu drugog lica regulisan je *Zakonom o socijalnoj zaštiti*. Pravo je u mandatu republičke vlade i finansira se iz republičkog budžeta. Pored osnovnog prava na dodatak, zakon prepoznaje i pravo na uvećani dodatak za osobe sa visokim stepenom invaliditeta.⁴ Dodatno, korisnici naknade za negu i pomoć iz penzijsko-invalidskog sistema mogu da ostvare pravo na doplatu iz sistema socijalne zaštite.

U decembru 2011. godine osnovni dodatak je iznosio 8.300 dinara, a pravo je ostvarivalo preko preko 9 hiljada korisnika starijih od 65 godina. Uvećani dodatak je iznosio približno 22.000 dinara, a pravo je ostvarivalo preko 4 hiljade starih. Doplatu je ostvarivalo 8 hiljada starih koji su osnovno pravo ostvarili preko penzijsko-invalidskog osiguranja. Procenjuje se da je po osnovu prava iz socijalne zaštite za novčane naknade pomoći i nege za starije od 65 godina u toku 2011. godine izdvojeno 3 milijarde dinara.

Iz oba sistema ukupan broj korisnika starijih od 65 godina je iznosio približno 62 hiljade (5% od ukupnog broja starijih od 65 godina), a ukupni rashodi za ove namene preko 11,6 milijardi dinara (0,37% BDP-a).⁵

Usluge socijalne zaštite na nacionalnom nivou

Usluge dugotrajne nege starih u Srbiji na nacionalnom nivou u najvećoj meri su prisutne u vidu rezidencijalnog smeštaja. Usluga smeštaja se pruža u ustanovama socijalne zaštite koje osniva Republika, odnosno autonomna pokrajina Vojvodina, i to u skladu sa odlukom o mreži ustanova. Pružaoci usluga mogu biti i nedržavne ustanove. Definisane standarde i kontrola rada ovih ustanova takođe se nalazi u mandatu republičke vlade.

Stari kojima je kao mera zaštite potrebna usluga smeštaja, umesto u dom mogu da budu upućeni na porodični smeštaj, ali je ova usluga nerazvijena i i koristi je svega približno 300 starih lica (Republički zavod za socijalnu zaštitu, 2010).

U Srbiji je 2011. godine funkcionisalo 39 državnih ustanova za smeštaj starih lica, i to 13 domova i 25 gerontoloških centara, sa 8.900 korisnika. Korisnici se u zavisnosti od svojih kapaciteta i sposobnosti za samostalan

³ Procena je napravljena imajući u vidu ukupne izdatke i broj korisnika po starosti.

⁴ Invaliditet od 100% po jednom osnovu ili po najmanje dva osnovu za invaliditet viši od 70%.

⁵ Prema proceni Ministarstva finansija iz juna 2012. godine BDP-a Srbije u 2011. godini je iznosio 3.175 milijardi dinara

život dele na nezavisne, poluzavisne i zavisne. Prema podacima Ministarstva za rad i socijalnu politiku udeo poluzavisnih i zavisnih korisnika (uglavnom nepokretnih ili u terminalnoj fazi) iznosi 70%, te se može zapravo konstatovati da većim delom rezidencijalne institucije za stare u Srbiji imaju ulogu domova sestrinske nege. Jedan broj ustanova zadovoljava visoke standarde smeštaja, ali je u celini posmatrano kvalitet usluga i standarda neujednačen.

Prema navodima *Strategije za razvoj socijalne zaštite* državne ustanove za stare "smeštaju znatan broj korisnika sa medicinskim indikacijama, psihijatrijskim problemima i hroničnim bolestima, sve do terminalnih stanja, često bez adekvatnih materijalnih i kadrovskih uslova" (Vlada Republike Srbije, 2005). Nema posebnih domova psihogerijatrijskog tipa, a u državnim ustanovama za smeštaj osoba sa invaliditetom i duševno obolelih lica smešteno je oko 250 starih lica (Izveštaj MRS, 2007).

Poslednjih godina je porastao broj privatnih domova za stare koji imaju dozvolu za rad resornog ministarstva i podležu njegovoj kontroli. Prema podacima nadležnog ministarstva 2011. godine registrovano je 99 privatnih domova, (čak 72 u Beogradu), sa ukupno 2.675 korisnika.

Ukupan broj starih na institucionalnom smeštaju u Srbiji dakle iznosi preko 11,6 hiljada korisnika, što je približno 1% od ukupnog broja stanovnika starijih od 65 godina. Nakon pojave brojnih privatnih domova za stare u Beogradu se smanjio pritisak na smeštaj u državnim institucijama. Nejasno je i koliko su privatni domovi kompenzovali nedostatak državnih u istočnoj i zapadnoj Srbiji. Pri tom svakako treba imati u vidu i da privatni domovi u kojima korisnici sami plaćaju pune troškove smeštaja, nisu za sve dostupni. U preostalim delovima Srbije se procenjuje da su državni institucionalni kapaciteti u skladu sa potrebama.

Finansiranje državnih ustanova za smeštaj regulisano je na način da se deo sredstava obezbeđuje iz republičkog budžeta i to za opremu i investicije i plate većine stručnih radnika, deo iz zdravstvenog fonda (koji pokriva zarade medicinskog osoblja i relevantne materijalne troškove), dok deo koji uključuje neposredne materijalne troškove i zarade preostalog osoblja pokrivaju sami korisnici ili njihovi srodnici. U slučaju da su sredstva korisnika nedovoljna, razliku pokriva republički budžet. Ukupni javni rashodi za 8.900 starih u državnim institucijama iznosili su 2011. godine 1,8 milijardi ili 0,06% BDP.

Palijativno zbrinjavanje i kućno lečenje i nega starih u okviru zdravstvene zaštite

Dugotrajna nega i lečenje u Srbiji se za sada obavlja u 13 ustanova zdravstvene zaštite na sekundarnom nivou zaštite, u kojima su formirane jedinice za palijativno zbrinjavanje sa 140 postelja (Republika Srbija, 2010). Posebne zdravstvene institucije za palijativnu negu i zbrinjavanje pacijenata u terminalnoj fazi bolesti ne postoje.

Na primarnom nivou zdravstvene zaštite posebno organizovanu službu kućnog lečenja i nege ima svega 40% domova zdravlja u Srbiji, čije su usluge usmerene na opštu populaciju. Jedino u Beogradu postoji specijalizovana ustanova za kućno lečenje, negu i palijativno zbrinjavanje starih lica – Gradski zavod za gerontologiju. U ovoj ustanovi se obezbeđuju usluge zdravstvene zaštite, najčešće kao deo produženog bolničkog lečenja, ili se pružaju usluge palijativnog zbrinjavanja za stara lica. Prema podacima Gradskog zavoda za gerontologiju u 2007. godini, od 2.239 starih na kućnom lečenju i nezi 46,4% su činili nepokretni i inkontinentni bolesnici (Republika Srbija Ministarstvo zdravlja, 2007). Finansiranje ovih programa je iz sredstava Fonda za zdravstveno osiguranje.

Prema procenama iz Nacionalnog zdravstvenog računa, u Srbiji su izdvajanja za dugotrajnu negu u okviru zdravstvenog sistema iznosila svega 0,08% BDP-a u 2008. godini (Gajić-Stevanović, Dimitrijević, Vukša, 2009).

Usluge u zajednici – pomoć u kući za stare

Prema Zakonu o socijalnoj zaštiti obezbeđenje usluge pomoć u kući je u u mandatu lokalnih samouprava. U domenu finansiranja, novi zakon uvodi mogućnost da se deo sredstava za usluge u zajednici obezbeđuje i sa centralnog nivoa, kroz namenske transfere.

Prema različitim dostupnim izvorima do 2000. godine usluga pomoći u kući je bila značajnije prisutna jedino u Beogradu i u nekoliko većih gradova u Vojvodini. U ostalim delovima Srbije ona praktično nije ni postojala. Tokom proteklih nekoliko godina, došlo je do snažnog razvoja ove usluge, pre svega zahvaljujući donatorskoj pomoći i posebnim reformskim mehanizmima, kao što je Fond za socijalne inovacije. Procenjuje se da je 2003. godine usluga pomoć u kući bila prisutna u samo 35 od 145 lokalnih samouprava (Satarić, Rašević, 2007), dok je 2010. prisutna u 113 (Republički zavod za socijalnu zaštitu, 2011).

Prema podacima Republičkog zavoda za socijalnu zaštitu ukupan broj korisnika usluge pomoć u kući koja se finansira iz lokalnih budžeta 2011. godine dostigao je 13 hiljada lica, od kojih su približno 11,7 hiljada stariji od

65 godina. U Srbiji je i dalje veoma mali udeo starih koji koriste uslugu pomoć u kući, približno 0,9%. Značajan broj lokalnih samouprava, 32 ili gotovo svaka peta, još uvek nema ovu vrstu usluge.

Upoređivanje podataka koji su prikupljeni kroz analizu rada centara za socijalni rad i podataka nedržavnih organizacija, koje pružaju neki od programa pomoći u kući, pokazuje da jedan deo podrške za stare nije obuhvaćen prethodnom analizom.

Među nedržavnim organizacijama koje pružaju podršku starima kroz neki deo programa usluge pomoći u kući u Srbiji prisutni su Crveni krst i Caritas. Program Crvenog krsta pomoć u kući se sprovodi u 54 opštine za oko 6.300 starih.⁶ Korisnici su stariji od 65 godina, sa malim primanjima ili siromašni, koji žive u samačkim domaćinstvima. Program kućne nege Caritas namenjen je starim, bolesnim i osobama sa invaliditetom i obuhvata mesečno 2.800 korisnika u 15 opština, mahom u Vojvodini. Program se finansira iz donatorskih sredstava, a za korisnike je besplatan.

Među primerima dobre prakse se mogu naći i nevladine organizacije koje pružaju uslugu pomoć u kući i finansiraju se na osnovu ugovora iz sredstava lokalne samouprave, ali je takvih organizacija malo (Satarić, 2008). Privatni pružaoci usluga, iako postoje, praktično su u svojoj zoni poslovanja i o njima nema kredibilnih izvora podataka.

U celini posmatrano, može se proceniti da makar 9 hiljada starih u Srbiji ostvaruje neku vrstu podrške ili deo programa usluge pomoći u kući koju pružaju nedržavne organizacije, najviše Crveni krst i Caritas. Ove usluge su usmerene ka izrazito siromašnim starim licima, po pravilu su besplatne za korisnike, a pristup budžetskim izvorima finansiranja je ograničen ili ne postoji.

Kao ni o razvijenosti usluga ni o javnim rashodima za uslugu pomoć u kući se ne zna dovoljno. Uzorak od dvadesetak opština, koje su za projektne potrebe⁷ popunjavale upitnik o usluzi, pokazuje da su njihovi rashodi u 2011. godini za 4.700 korisnika iznosili približno 480 miliona dinara. Ako pretpostavimo da se broj korisnika koji se finansiraju iz lokalnih budžeta nije povećao, za blizu 11,7 hiljada korisnika javni rashodi za ovu uslugu 2011. bi se mogli veoma grubo proceniti na približno 1,2 milijardi dinara (0,04% BDP-a).

⁶ Interni podaci Crvenog krsta.

⁷ Projekti "Unapređenje procesa u oblasti socijalnog uključivanja i smanjenja siromaštva" Tim za socijalno uključivanje i smanjenje siromaštva Vlade Republike Srbije i "Podrška lokalnim samoupravama u decentralizaciji društvenih delatnosti", SKGO, CLDS i KS.

U većini lokalnih samouprava usluga je besplatna za korisnike. Manji broj njih naplaćuje participaciju u iznosu koji se formira kao procenat od visine novčane naknade za pomoć i negu, dok u Beogradu korisnici plaćaju participaciju od svega približno 1.090 dinara mesečno.

Veoma niska participacija koja pokriva izuzetno mali deo realnih troškova i koja je mnogo niža od cene koja se formira na neformalnom tržištu ukazuje na neiskorišćenu mogućnost da se sa njenim povećanjem, bez dodatnih budžetskih izdataka, značajno proširi broj korisnika kojima se pruža usluga na lokalnom nivou.

Najvažnija pitanja za formulisanje politike

Segmentiranost dugotrajne nege i potreba za uspostavljanjem sistema

Analiza relevantnih nacionalnih strateških dokumenata pre svega upućuje na zaključak da je u Srbiji prepoznata potreba za društvenim odgovorom na izražene probleme starenja stanovništva danas i u budućnosti. Prepoznata je i potreba da se razvijaju usluge u zajednici za stare, ustanove zdravstvene zaštite za dugotrajnu negu i palijativno zbrinjavanje, a u pojedinim dokumentima je naglašena i potreba za povezivanjem zdravstvenih i usluga socijalne zaštite.

U realnosti, međutim, sistem dugotrajne nege u Srbiji zapravo ne postoji. Kao što je prethodna analiza pokazala, deo dugotrajne nege je regulisan kroz novčane naknade, deo kroz institucionalnu zaštitu i usluge u zajednici, a deo se tek uspostavlja u okviru zdravstvenog sistema. Povezanost između ovih segmenata nije međutim čvrsta, a nije ni dovoljno istražena.

Odsustvo sistemskog pristupa rezultira u previdima poput onoga u Nacionalnoj strategiji o starenju (Vlada Republike Srbije, 2006) koja ne analizira, pa čak ni ne pominje novčane naknade za pomoć i negu, koje, barem po javnim rashodima, predstavljaju jedan od najznačajnijih segmenata dugotrajne nege u Srbiji. Posledično, nema ni pomena o bojazni da će ovi troškovi usled starenja stanovništva značajno da porastu u budućnosti.

Takođe i prepoznavanje potrebe o povezivanju pojedinih delova dugotrajne nege je često formalno, a ne i suštinsko. U Strategiji o palijativnom zbrinjavanju (Vlada Republike Srbije, 2009) se pominje međusektorska saradnja, ali je u osnovi ova strategija u potpunosti fokusirana na zdravstvo, tako da čak i ne prepoznaje kapacitete ustanova za smeštaj u okviru sistema socijalne zaštite koji danas, objektivno, značajnim delom služe i za negu

starijih korisnika u terminalnoj fazi. Međusektorska saradnja se pominje i u drugim dokumentima, ali se koraci u pravcu njenog uspostavljanja u praksi ne preduzimaju.

Čini se čak da se potreba za međusektorskom saradnjom pre prepoznaje, pa i ostvaruje na lokalnom nivou. Tako se, na primer, u jednom od izveštaja o razvijenosti usluga na lokalnom nivou ukazuje da u sferi pružanja pomoći i nege starima u opštinama i gradovima postoji dobra komunikacija između institucija zdravstvene i socijalne zaštite (Vuletić, 2009). Ova saradnja ne postoji međutim u Beogradu, koji ima najrazvijenije službe i za kućnu negu i za pomoć u kući. Lokalne samouprave prepoznaju ograničenja koja su rezultat ne samo neadekvatne međusektorske saradnje, već i nedostatka komunikacije između centralnog i lokalnog nivoa vlasti (Antić, Kovačević, 2010).

U institucijama socijalne zaštite do sada zdravstveni sistem nije bio adekvatno prisutan. Određeni pomak u ovom smislu se može očekivati nakon usvajanja novog zakona o socijalnoj zaštiti koji predviđa osnivanje socijalno-zdravstvenih ustanova i socijalno-zdravstvenih organizacionih jedinica za korisnike koji imaju potrebu i za socijalnim zbrinjavanjem i za stalnom zdravstvenom zaštitom, kako u okviru zdravstvenih, tako i u okviru ustanova socijalne zaštite. Posebno je značajno što bi dva resorna ministarstva zajednički donosila standarde za pružanje usluga u ovim ustanovama. Takođe je predviđeno i da Ministarstvo zdravlja obavlja inspeksijski nadzor u ustanovama socijalne zaštite u kojima se obavlja zdravstvena delatnost, što do sada nije bio slučaj. Očekuje se da će ova rešenja poboljšati uslove za pružanje usluga i u domovima za stare, što je pogotovo značajno za deo kapaciteta u kojima su smešteni korisnici sa posebnim potrebama i u terminalnoj fazi bolesti. Novi zakon posebno pominje i međusektorske usluge, za koje je predviđeno zaključivanje protokola o saradnji.

Pomaci se u narednom periodu mogu očekivati i u okviru zdravstvenog sistema, koji se sve više suočava sa neophodnošću razvijanja usluga u zajednici, smanjenja troškova bolničke nege, i razvoja usluga za dugotrajnu medicinsku negu starih, uviđajući neophodnu čvršću povezanost sa sistemom socijalne zaštite (Republika Srbija, 2010).

U okviru sistemskog prisustva neophodno je i da se razmori podrška za članove porodice koji se neformalno staraju o starima. Na idejnom nivou potreba za uvođenjem ove vrste podrške je prepoznata u Nacionalnoj strategiji o starenju (Vlada Republike Srbije, 2006). Kao i mnoga druga

strateška dokumenta u Srbiji i ovaj je, međutim, više lista poželjnih nego realnih rešenja i u osnovi nema obavezujući karakter.

Adekvatnost novčanih naknada, nepovezanost sa sistemom usluga

U Srbiji postoje tri iznosa novčane naknade za pomoć i negu, kao što je u prethodnoj analizi ukazano. Osnovni iznos naknade u sistemu socijalne zaštite je nizak i dostiže manje od polovine minimalne zarade. Naknada u penzijsko-invalidskom sistemu iznosi pak 80% minimalne zarade, dok je iznos uvećanog dodatka, namenjen osobama sa najvišim stepenom invaliditeta, veći od minimalne zarade za približno 20%.⁸ Poslednje dve naknade dostižu između trećine i polovine neto prosečne plate, pa se ne može smatrati da su one u Srbiji u relativnom izrazu neadekvatne.⁹

Kao neadekvatno se, međutim, može oceniti što se potreba za naknadom za pomoć i negu u svim sistemima utvrđuje pre svega prema medicinskim kriterijuma, a ne prema intenzitetu podrške. Dodatno, raspon između iznosa dodatka za osnovnu i uvećanu negu je veliki, a nepostojanje skale koja bi omogućila ustanovljenje i drugih iznosa između ova dva, ne samo što po prirodi stvari ne može da odražava realistično stanje u pogledu individualnih potreba, već može i da podstiče komisije da veći broj korisnika svrstavaju u kategoriju sa većim iznosom.

U smislu prethodnih zaključaka promene u sistemu naknada bi trebalo da predvide veću skalu iznosa pomoći, koji bi se vezivali za intenzitet podrške koja je potrebna starima, odnosno osobama sa invaliditetom. Realizacija ovih promena mora se, međutim, uskladiti i sa budžetskim mogućnostima, a zakonske promene u jeku svetske ekonomske krize svakako nisu baš najbolji momenat za dodatne budžetske rashode.

Takođe, treba imati u vidu da su ukupni doprinosi za penzijsko-invalidskog osiguranje relativno niski i da doprinosi za negu i pomoć nisu posebno markirani. Bez obzira na reforme u penzijskom sistemu, niske stope doprinosa doprinele su opstajanju visokog deficita u PIO fondu koji se finansira iz budžeta. U ovakvim uslovima pravo na pomoć i negu je samo formalno pravo po osnovu osiguranja. Postavlja se i pitanje da li se sa tako niskim doprinosima osiguranci zaista osiguravaju, ne samo od rizika koji

⁸ Prosečna neto zarada po zaposlenom u 2011. godine iznosila je 43.887 dinara, dok je minimalna zarada u periodu jun – decembar iznosila približno 18 hiljada dinara.

⁹ Poređenja radi, u Sloveniji je iznos dodatka za tuđu negu i pomoć u apsolutnom iznosu svakako značajno veći, ali je maksimiziran na 30% neto prosečne zarade po zaposlenom.

podrazumevaju isplatu penzije, već i isplatu naknade za pomoć i negu i nekih drugih prava.

Najzad, sistem naknada u socijalnoj zaštiti je veoma administrativno-tehnički iskomplikovan doplatama koje se isplaćuju zatečenim korisnicima penzijsko-invalidskog osiguranja, posebno onima koji su pravo ostvarili kao invalidna deca, a kojih ima čak 17 različitih kategorija sa različitim iznosima doplate.

Informisanost starih o novčanim naknadama je dosta visoka, u poređenju sa nekim drugim pravima, ali se procenjuje da gotovo 30% starih nisu upoznati sa pravom na naknadu za pomoć i negu (Satarić, Rašević, 2007). Ovo očito ukazuje na potrebu da se obezbedi mnogo bolje informisanje starije populacije o njihovim pravima, ali i da im se obezbedi pomoć u prikupljanju neophodne dokumentacije i ispunjenju zahtevnih procedura.

Najzad, novčane i nenovčane naknade u Srbiji u osnovi nisu deo potpuno povezanog i jedinstvenog sistema. Korisnici novčanih naknada ostvaruju istovremeno i pravo na institucionalni smeštaj. U pokrivanju troškova institucionalnog smeštaja, korisnici učestvuju sa svim svojim prihodima i imovinom. Tokom vremena zakonska rešenja su se menjala u pogledu prava lica koja su smeštena u dom da istovremeno zadrže i naknadu za negu i pomoć. Ukidanje i kasnija reintitucionalizacija naknade prilikom smeštanja starih u dom ukazuju na lutanja u traženju sistemskih rešenja i potrebu da se ona podrobnije istraže.

Kada su u pitanju usluge u zajednici, mnoge lokalne samouprave organizuju ovu uslugu kao besplatnu za korisnike, što može da dovede do apsurdne situacije da sa aspekta javnih rashoda vaninstitucionalne usluge budu skuplje od institucionalnih (Matković, 2009). Prema novom zakonu o socijalnoj zaštiti za korisnike novčanih naknada predviđena je obavezna participacija od 20% visine naknade u ceni usluga koje su usmerene na zadovoljenje potreba pomoći i nege. Kao i u mnogim drugim rešenjima koja su regulisana na nacionalnm nivou, a tiču se usluga u zajednici, i za ovo se postavlja pitanje – da li će ova zakonska odredba u praksi da bude primenjena i da li će njeno sprovođenje da bude kontrolisano.

Nerazvijenost i neadekvatnost usluga u zajednici

U Srbiji je proteklih godina ostvaren značajan pomak u razvoju usluga u zajednici, pa i u razvoju usluga za stare. U 32 lokalne samouprave, ove usluge međutim uopšte nisu dostupne ili postoje samo na projektnoj osnovi i državni sistem nije u stanju da ih registruje.

O kvalitetu pruženih usluga se ne zna dovoljno, ali se po uniformnosti u pogledu modela pružanja usluga (broja sati pružanja usluge po korisniku) može zaključiti da su one po svojoj prilici, makar u tom smislu, nedovoljno izdiferencirane i individualizovane u skladu sa potrebama korisnika. Neadekvatnost proizilazi i iz nepovezanosti zdravstvenih i socijalnih usluga.

Razlozi za ovakvo stanje se mogu naći u istorijskoj postavci sistema, nerazvijenosti i siromaštvu mnogih lokalnih samouprava, ali i u nedostatku kapaciteta na lokalnom nivou i neosnaženosti korisnika socijalne zaštite.

Nerazvijenost usluga je svakako posledica činjenica da je prema predreformskoj doktrini rezidencijalna institucionalna zaštita zauzimala središnju, najvažniju ulogu u obezbeđenju socijalne sigurnosti građana. Sistem je naime očito postavljen na način da je država na centralnom nivou zadržala "najvažnija" prava, a na lokalnom nivou je prepustila one oblike zaštite koji, iako obavezni, i kada nisu obezbeđeni navodno ne ugrožavaju korisnike, jer postoji "izlaz i rešenje" koje pruža centralni nivo.

Nedostatak sredstava, posebno u nerazvijenim lokalnim samoupravama, svakako predstavlja drugi važan razlog, ali često i opravdanje za neuspostavljanje usluga. Činjenica je da najnerazvijenije opštine raspolažu sa veoma malim budžetima u apsolutnim iznosima i da postoji velika kompeticija između različitih socijalnih potreba u ovim sredinama. Iskustva različitih donatorskih programa koji su u Srbiji sprovedeni poslednjih godina pokazuju da je i u ovakvim uslovima ipak moguće da se usluge uspostave i da se za njih obezbede makar i mala sredstva u lokalnim budžetima.

Nedostatak kapaciteta, ali i nezainteresovanost lokalnih samouprava za razvoj usluga socijalne zaštite identifikovani su i u *Strategiji razvoja socijalne zaštite* koja ukazuje da "Lokalna samouprava nema ni dovoljno samostalnosti, niti je dovoljno zainteresovana za zadovoljavanje potreba građana razvijanjem raznovrsnih usluga u svojoj sredini" (Vlada Republike Srbije, 2005). Neka ranija istraživanja pokazuju da se programima socijalne zaštite ne pridaje politički značaj, odnosno da se ne smatraju značajnim za privlačenje birača (Matković, 2006).

Nerazvijenost usluga je posledica i činjenice da stari nisu dovoljno upoznati sa svojim pravima, a nisu ni dovoljno osnaženi da se za njih izbore. Prema istraživanju o vaninstitucionalnoj zaštiti starih, tek njih 40% je upoznato sa pravom na pomoć u kući, a siromašni stari manje koriste ove usluge, bilo zbog neinformisanosti, bilo zbog problema sa procedurom prijavljivanja (Satarić, Rašević, 2007).

Očekuje se da će novi zakon sa pojedinim rešenjima uspeti da pospeši razvoj usluga u zajednici. Pored pokušaja da formalno postavi usluge u zajednici u centar sistema zaštite, kao što je već ukazano, novi zakon predviđa i uvođenje namenskih transfera. Na kvalitet usluga trebalo bi da deluje kako donošenje minimalnih standarda, tako i uspostavljanje sistema licenciranja, akreditacija programa obuka, kao i unapređenje kontrolnih mehanizama. Dodatno, na unapređenje kvaliteta trebalo bi da se pozitivno odrazi i uvođenje konkurencije kroz javne nabavke usluga.

Dodatni naponi na centralnom nivou su, međutim, potrebni kako bi se obezbedio i razvoj stručnih kapaciteta na lokalnom nivou, razmena iskustava dobre prakse, sistematično prikupljanje i analiza informacije o uslugama u lokalnoj nadležnosti, radi formulisanja odgovarajućih politika. Prikupljanje podataka o uslugama za stare tako bi, na primer, trebalo da obuhvati ne samo broj opština i broj korisnika, već da obuhvati mnogo specifičnije i detaljnije podatke o pružaocima usluga, sadržaju i kvalitetu usluge, nivou participacije korisnika, povezanosti sa uslugama iz zdravstvenog sektora, strukturnim pokazateljima o korisnicima, uključiv i udeo starih starih, potpuno nepokretnih, siromašnih i slično. Prikupljanje ovih informacija može da se poveri i nevladinom sektoru, pre svega organizacijama kao Amity koje su već razvile određene kapacitete u tom smislu.

U narednom periodu bi bilo dobro i da se formuliše koji je to minimalan, ali i optimalan nivo usluga na lokalnom nivou. To bi bilo posebno značajno i da bi se sa ad hoc razvoja usluga putem konkursa i namenskih transfera prešlo na sistematičniji odgovor na potrebe u lokalnim sredinama. Kada su u pitanju usluge za stare bilo bi potrebno da se definiše koji je to obuhvat starih lica i na centralnom i na lokalnom nivou koji u Srbiji može da se postavi kao ciljni, u skladu sa budžetskim mogućnostima, ali i sa potrebama.

Neka pitanja dalje decentralizacije i podele nadležnosti

Kao što je već ukazano, novčane naknade za pomoć i negu, institucije za smeštaj starih, porodični smeštaj i usluge zdravstvene zaštite se u Srbiji nalaze u mandatu nacionalnog nivoa, dok su usluge socijalne zaštite u mandatu lokalnih samouprava.

Dalja decentralizacija sistema socijalne zaštite u Srbiji je definisana kao jedan od osnovnih pravaca reforme sistema (Vlada Republike Srbije, 2005) i to u sferi usluga. U oblasti novčanih naknada je, naime na osnovu iskustava drugih zemalja, ali i u skladu sa načelnim stavovima, postignut konsezus da se minimalna prava definišu i ostvaruju na nacionalnom nivou i po nacionalnim kriterijumima, kako bi svim građanima bili dostupni na jednak način (Matković, 2006).

U sferi usluga se, pak, kao prethodno postavilo najpre pitanje podsticanja razvoja usluga koje se već nalaze u potpunosti u mandatu lokalnih samouprava. Na kratak rok, a imajući u vidu i značajna budžetska ograničenja, rešenje je pre svega ponuđeno u formi namenskih transfera za manje razvijene opštine, kao što je već rečeno.

Dugoročno posmatrano, namenski transferi bi mogli da budu namenjeni svim lokalnim samoupravama, formulisani tako da se sredstva dodeljuju opštinama na bazi formule koja bi uvažavala fiskalni kapacitet, ali i potrebe za uslugama socijalne zaštite (DfID, 2005: 16). Potrebe bi mogle da budu iskazane kroz pokazatelje kao što su udeo stanovništva starijeg od 65 godina, udeo osoba sa invaliditetom, udeo romske populacije koja živi u slamovima i sl. Da bi se izbegli efekti finansijske supstitucije, od opština može da se zahteva da u lokalnim budžetima obezbede odgovarajuća dodatna sredstva, te da transferi dobiju formu komplementarnog granta. Suštinski, opštine bi tako dobijale sredstva koja bi morala da budu potrošena na usluge socijalne zaštite, ali bez specificiranja i nametanja koje su to vrste usluga koje moraju da se finansiraju iz ovih sredstava. Tako bi se obezbedila fleksibilnost i uvažavanje lokalnih specifičnosti, kao i veća odgovornost lokalnih vlasti.

Oko nastavka procesa decentralizacije u sferi usluga socijalne zaštite u Srbiji i dalje postoje nedoumice. Među najvažnijim ograničenjima za nastavak procesa decentralizacije, a koja su neposredno vezana za oblast socijalne zaštite, potrebno je ukazati na odsustvo regionalnog nivoa vlasti u Srbiji, na velike razlike u veličini i stepenu razvijenosti pojedinih lokalnih samouprava, kao i na ograničenja u pogledu kapaciteta lokalnih vlasti i neosnaženosti korisnika socijalne zaštite (Matković, 2006).

Jedno od važnih ograničenja koje onemogućava da prednosti decentralizacije dođu do izražaja je i činjenica da se proces u različitim sektorima u Srbiji odvija različitom brzinom. Za razvoj usluga u zajednici za stare je tako, na primer, posebno važno povezivanje zdravstvenih i usluga socijalne zaštite. S obzirom da se zdravstvene usluge u Srbiji zapravo finansiraju iz Fonda za zdravstveno osiguranje, nema naznaka i nije realno očekivati da se u dogledno vreme izvrši decentralizacija ovog dela sistema. U uslovima finansiranja zdravstvenog sistema kroz osiguranje, mogućnosti uticaja i kontrole lokalnih samouprava nad zdravstvom su po pravilu veoma ograničeni (Davey, 2006).

Prostor za dalju decentralizaciju usluga u socijalnoj zaštiti svakako postoji u spuštanju nadležnosti za smeštaj starih, prenošenjem funkcija na pokrajinu Vojvodinu i na grad Beograd, za domove koji se nalaze na njihovoj teritoriji (asimetrična decentralizacija), ili na gradove.

Jaz između potreba i mogućnosti

Prema anketnim istraživanjima pomoć u kući je potrebna za svakodnevno funkcionisanje za približno 80 hiljada starih, od kojih je najneophodnija za oko 27 hiljada potpuno nepokretnih. Neki vid podrške za samozbrinjavanje iskazalo je ukupno blizu 300 hiljada starih.

Kao što se iz sprovedenih istraživanja moglo videti novčanu naknadu za negu i pomoć u Srbiji prima 62 hiljade starih (5%), institucionalnom zaštitom je obuhvaćeno manje od 9 hiljada starih (0,7%), a podršku kroz uslugu pomoći u kući dobijalo je oko 11,7 hiljada (1%). Dodatno u Beogradu je i preko 2 hiljade starih uključeno u kućno lečenje i palijativno zbrinjavanje u kući. Ukupan broj starih koji primaju neku vrstu naknada nije moguće proceniti, jer nema podataka o tome koliko korisnika istovremeno ostvaruje i novčane i nenovčane naknade. Ako bismo i u najboljem slučaju pretpostavili, iako to nije realno, da svi stari primaju samo jednu vrstu naknada ukupan broj korisnika bi iznosio približno 90 hiljada ili 7% starijih od 65 godina u Srbiji. Pod uslovom da su naknade veoma dobro targetirane to bi pokrilo potrebe samo najugroženijih starih.

Rashodi države u Srbiji za ove namene se veoma grubo mogu proceniti na 0,55% BDP, od čega najviše na novčane naknade (0,37%). Ovi su rashodi značajno niži nego u EU, gde su 2004. godine u proseku iznosili 0,9% BDP-a. Ipak varijacije između zemalja i u Evropi su velike, te su u gotovo trećini zemlja EU rashodi na istom ili na nižem nivou nego u Srbiji (European Commission, 2008).

Na srednji i duži rok posmatrano, državni rashodi za dugotrajnu negu u Srbiji će neminovno značajno da rastu, pre svega, usled povećanja broja i udela starih lica i produženja godina života i to ne samo onih u dobrom zdravlju, već i onih u kojima je povećana invalidnost. Na porast rashoda će neminovno da utiču i promena porodičnih modela, te sve većeg broja starih koji će da žive sami, kao i smanjenje mogućnosti za oslanjanje na najužu porodicu, pogotovo imajući u vidu emigraciona kretanja i na lokalnom i nacionalnom nivou. Najzad, ne treba zanemariti ni efekte ugledanja na razvijenije zemlje, ali i pritisak EU da se adekvatno odgovori na potrebe najstarijih.

Prema procenama Evropske komisije do 2050. godine javni rashodi za dugotrajnu negu u EU će da porastu na 1,9% BDP-a (European Commission, 2008). Prema procenama Svetske banke rashodi države za dugotrajnu negu bi do 2050. godine prema pesimističnom scenariju mogli da dostignu između 2 i 4% BDP-a (World Bank, 2007). Sistemski, sveobuhvatan, pravovremen i fiskalno odgovoran odgovor države i društva je otuda neophodno što pre

formulisati. Ovaj odgovor mora da bude formulisan uz prepoznavanje kapaciteta svih aktera i uz pronalaženje odgovarajućeg mesta u sistemu za sve koji pružanju i obezbeđuju dugotrajnu negu za stare.

Literatura

- AMITY (2007). *Informator o organizacijama civilnog društva koje rade sa starima/za stare* (Beograd: Amity).
- ANTIĆ, A., V. KOVAČEVIĆ (2010). *Promovisanje i osnaživanje partnerstva između centralne i lokalnih vlasti u planiranju i pripremi politika za socijalnu inkluziju*. Izveštaj za tim za socijalno uključivanje i smanjenje siromaštva, Interni dokument (Beograd).
- DAVEY, K. (2006). *Finansiranje zdravstvene zaštite. Ka reformi javnog zdravstva u Srbiji*. (Beograd: Local Government and Public Services Reform Initiative, Fond za otvoreno društvo – Srbija).
- DĐD SOCIAL POLICY TEAM (2005). *Strategija razvoja socijalne zaštite - ključna pitanja finansiranja*. (Beograd: DĐD).
- EUROPEAN COMMISSION (2008). *Long-term care in the European Union* (Brussel).
- GAJIĆ-STEVAŃOVIĆ, M., S. DIMITRIJEVIĆ, A. VUKŠA (2009). *Zdravstveni sistem i potrošnja u Srbiji od 2004 do 2008*. (Beograd: Institut za javno zdravlje Srbije "Dr Milan Jovanović Batut").
- MATKOVIĆ, G. (2006). *Decentralizacija socijalne zaštite u Srbiji* (Beograd: CLDS).
- MATKOVIĆ, G. (2009). "Dnevni boravak kao pravo i usluga u sistemu socijalne zaštite", *Stanovništvo*, br. 1, 69-88.
- PENEV, G. (2006). *Struktura stanovništva po polu i starosti*, u: Goran Penev (ur.) *Stanovništvo i domaćinstva Srbije prema popisu 2002. godine*. (Beograd: Republički zavod za statistiku, Institut društvenih nauka – Centar za demografska istraživanja, Društvo demografa Srbije).
- RZSZ (2011). *Analiza izveštaja o radu centara za socijalni rad* (Beograd: Republički zavod za socijalnu zaštitu).
- RZS (2009). *Procene stanovništva Srbije po tipu naselja i opštinama, 2003-2007*. (Beograd: Republički zavod za statistiku)
- RZS (2010). *Statistički godišnjak Srbije* (Beograd: Republički zavod za statistiku).
- REPUBLIKA SRBIJA (2007). *Istraživanje zdravlja stanovnika Republike Srbije* (Beograd: Ministarstvo zdravlja Republike Srbije).
- REPUBLIKA SRBIJA (2010). *Prvi nacionalni izveštaj o socijalnom uključivanju* (Beograd: Vlada Republike Srbije).
- SATARIĆ, N. (2008). *Kako organizacije civilnog društva u Srbiji doprinose razvoju vaninstitucionalne zaštite starijih* (Beograd: Amity).
- SATARIĆ, N., M. RAŠEVIĆ (2007). *Vaninstitucionalna zaštita starih ljudi u Srbiji – jaz između potreba i mogućnosti* (Beograd: Amity).

- VLADA REPUBLIKE SRBIJE (2006). *Nacionalna strategija o starenju 2006-2015*.
- VLADA REPUBLIKE SRBIJE (2009). *Strategija palijativnog zbrinjavanja*.
- VLADA REPUBLIKE SRBIJE (2005). *Strategija razvoja socijalne zaštite*.
- VULETIĆ, V. (2009). *Rasprostranjenost oblika socijalne pomoći u Srbiji*. Interni dokument, UNDP, MRSP.
- WORLD BANK (2007). *From Red to Graz* (Washington D.C.: World Bank).

Gordana Matković

Long-Term Care of the Elderly – Current Status, Policies and Dilemmas

S u m m a r y

In Serbia, the long-term care as a system does not actually exist. One part of the system is regulated through cash benefits, one part through institutional social care and community-based social services, and one part is just being established under the health care system. The linkages among these segments are not strong and there is insufficient awareness of the need to regard the different parts of the system as being interdependent and interconnected.

According to the different surveys, home care is needed for the daily functioning of more than 80,000 elderly people, especially for around 27,000 of those who are completely immobile. More than 300 thousand elderly persons have indicated that they are in need of some type of self-care support.

By tradition, elderly people in Serbia rely primarily on family support. Some are getting the state support as well. Research shows that 62 thousand elderly persons (5 percent) receive attendance allowance; 9,000 elderly are accommodated in institutions (0.7 percent), while 11.7 thousand (1 percent) persons received some type of support through home care community based services. In addition, in Belgrade there are also 2,000 elderly who are beneficiaries of medical and palliative care at home. The government expenditures for these purposes can be very roughly estimated at 0.55 percent of GDP, largely for cash benefits (0.37 percent).

Considered over a medium and longer term, the government expenditures on long-term care in Serbia will inevitably increase significantly, primarily due to an increase in the number and share of elderly people and the increase in additional life years spent in ill health or in need of assistance. An increase in the expenditures will also be influenced by a change in the family models and the increasing number of elderly that will be living alone, as well as the diminishing possibilities for reliance on the closest family members, especially due to emigration flows both at local and national levels. Finally, it is important not to neglect the effect of emulating more developed countries, as well as the EU's pressure to adequately respond to the needs of the elderly.

Therefore, the state and society must promptly prepare a systematic, comprehensive, timely and fiscally responsible response. This response must recognize the capacities of all stakeholders, from family to state and non-state and match the capacities with the appropriate roles in the system of long-term care provision.

Keywords: *ageing, long-term care, attendance allowance, home care services, long term care, public expenditures*