



GORDANA MATKOVIĆ
KATARINA STANIĆ

SOCIJALNA ZAŠTITA U STAROSTI: DUGOTRAJNA NEGA I SOCIJALNE PENZIJE



SOCIJALNA ZAŠTITA U STAROSTI: DUGOTRAJNA NEGA I SOCIJALNE PENZIJE

Januar 2014.

SOCIJALNA ZAŠTITA U STAROSTI: DUGOTRAJNA NEGA I SOCIJALNE PENZIJE

Autori:

Prof. dr Gordana Matković

Dr. Katarina Stanić

Recenzenti:

Prof. dr Jurij Bajec

Prof. dr Milica Bisić

Prof. dr Goran Pitić

Izdavači:

Fakultet za ekonomiju, finansije i administraciju, Beograd

Centar za socijalnu politiku, Beograd

Tim za socijalno uključivanje i smanjenje siromaštva, Vlada Republike Srbije

Dizajn:

Andreja Mirić

Štampa:

Standard2

Tiraž:

300



Vlada
Republike
Srbije



TIM ZA SOCIJALNO
UKLJUČIVANJE
I SMANJENJE SIROMAŠTVA



Centar za
socijalnu politiku

Izrada dokumenta omogućena je sredstvima Švajcarske agencije za razvoj i saradnju, u okviru projekta „Podrška unapređenju procesa socijalnog uključivanja u Republici Srbiji“.



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

**Swiss Agency for Development
and Cooperation SDC**

PREDGOVOR

Ova publikacija je rezultat rada na dve studije koje je inicirao i finansirao Tim za socijalno uključivanje i smanjenje siromaštva Vlade Republike Srbije.

Autori publikacije su prof. dr Gordana Matković i dr Katarina Stanić. Gordana Matković je glavna autorka prvog dela publikacije – Dugotrajna nega starih u Srbiji. Katarina Stanić je napisala poglavlje 1.3. Davanja u oblasti sistema dugotrajne nege; poglavlje 2. Modeli dugotrajne nege i deo Projekcije rashoda za DTN u okviru poglavlja 4.3. Javni rashodi za DTN. Katarina Stanić je glavna autorka drugog dela publikacije – Opcije za uvođenje socijalnih penzija u Srbiji, dok je Gordana Matković autorka poglavlja 3.3. Novčana socijalna pomoć kao izvor prihoda i koautorka preporuka.

Svi pojmovi koji se koriste u ovom istraživanju u muškom rodu obuhvataju iste pojmove u ženskom rodu.

Ova publikacija ne predstavlja zvaničan stav Vlade Republike Srbije. Isključivu odgovornost za sadržaj i informacije koje se nalaze u publikaciji snose autorke.

SADRŽAJ

SKRAĆENICE	6
TERMINOLOŠKI REČNIK	7

I DUGOTRAJNA NEGA STARIH U SRBIJI

1. ANALITIČKI OKVIR I OSNOVNI POJMOVI	11
1.1. Osnovni pojmovi i uloga države	11
1.2. Opravdanja za državnu intervenciju	14
1.3. Davanja u oblasti sistema dugotrajne nege	17
2. MODELI DUGOTRAJNE NEGE	20
2.1. Nordijski model – usluge dostupne svima, finansirane iz poreza	24
2.2. Holandija – univerzalna podrška, finansirana kao deo zdravstvenog osiguranja ..	25
2.3. Belgija – „medicinski” model DTN	27
2.4. Francuska – novčano davanje čija visina zavisi od prihoda i čija se upotreba kontroliše	28
2.5. Nemački sistem – obavezno osiguranje, kombinacija novčanih naknada i usluga..	30
2.6. Austrija – sistem novčanih davanja	32
2.7. Engleski (liberalni) model – skromna univerzalna novčana davanja, usluge za materijalno ugrožene	34
3. TRAŽNJA ZA DUGOTRAJNOM NEGOM STARIH U SRBIJI	37
3.1. Demografski trendovi	37
3.2. Potrebe starih za dugotrajnom negom	42
4. DUGOTRAJNA NEGA STARIH U SRBIJI	48
4.1. Podrška porodice (neformalna nega)	48
4.2. Državni odgovor	50
4.2.1. Novčana davanja za dugotrajnu negu	51
4.2.2. Usluge socijalne zaštite na nacionalnom nivou	60
4.2.3. Palijativno zbrinjavanje i kućna nega starih u okviru zdravstvene zaštite	64
4.2.4. Usluge socijalne zaštite na lokalnom nivou – pomoć u kući za stare	65
4.3. Javni rashodi za DTN	76
5. PREPORUKE	81
5.1. Najvažnija pitanja za formulisanje politike	81
5.2. Elementi za preporuke	87
BIBLIOGRAFIJA	93
Aneks 1: Rezultati ankete „Briga o starima”, 2011.	98
Aneks 2. Dodatak za pomoć i negu	105
Aneks 3. Mapa LS prema dostupnosti usluge pomoći u kući (udeo korisnika usluge 65+ u ukupnoj populaciji 65+ po LS)	107
Aneks 4. Mapa LS prema modelu pružanja usluge	108
Aneks 5. Metodologija Evropske komisije za projekciju rashoda DTN	109

II OPCIJE ZA UVOĐENJE SOCIJALNIH PENZIJA U SRBIJI

1.	UVOD	113
2.	OSNOVNI POJMOVI I DILEME	116
2.1.	Definicija socijalne penzije	116
2.2.	Vrste socijalnih penzija i davanja za obezbeđenje minimalnog dohotka u starosti	117
2.3.	Pregled davanja za obezbeđenje minimalnog dohotka u starosti po zemljama	121
2.4.	Dileme pri odabiru vrste minimalnog garantovanog davanja za stare	122
3.	SRBIJA: IZVORI PRIHODA I MINIMALNI DOHODAK U STAROSTI	126
3.1.	Penzija kao osnovni izvor prihoda u starosti	127
3.1.1.	Najniža penzija kao minimalni dohodak u starosti	128
3.1.2.	Porodična penzija i najniži iznosi	128
3.1.3.	Poljoprivredna penzija	137
3.1.4.	Siromaštvo penzionera	139
3.2.	Procena broja starijih bez penzije i njihove karakteristike	142
3.3.	Novčana socijalna pomoć kao izvor prihoda	165
4.	PROCENE TROŠKOVA RAZLIČITIH SCENARIJA	151
4.1.	„Beogradski model”	151
4.2.	Podizanje najniže porodične penzije	152
4.3.	„Garantovana” penzija	154
4.4.	NSP za stare	155
5.	ZAKLJUČCI I PREPORUKE	157
	BIBLIOGRAFIJA	162
	Aneks	164

SKRAĆENICE

- APA** – novčano davanje za tuđu negu i pomoć u Francuskoj
- AWBZ** – osiguranja za slučaj „neuobičajenih” medicinskih rashoda u Holandiji
- CESU** (Chèques emploi service universel) – vaučeri za zapošljavanje u Francuskoj
- CNSA** (Caisse Nationale de Solidarité pour l’Autonomie) - Nacionalni solidarni fond za nezavistan život, Francuska
- CIZ** – Centar za procenu potrebe za negom, Holandija
- CSR** – Centar za socijalni rad
- DFID** – Odeljenje za međunarodni razvoj Velike Britanije
- DTN** – dugotrajna nega
- ELSA** – English Longitudinal Study of Ageing
- IDA** – instrumentalne dnevne aktivnosti
- IPSOS** – Ipsos Strategic Marketing
- LS** – lokalna samouprava
- MOP** – materijalno obezbeđenje porodice
- MINRZS** – Ministarstvo rada, zapošljavanja i socijalne politike
- NHS** (National Health Service) – Nacionalna zdravstvena služba, Ujedinjeno Kraljevstvo
- NSP** – novčana socijalna pomoć
- OECD** – Organization for Economic Cooperation and Development
- ODA** – osnovne dnevne aktivnosti
- RZS** – Republički zavod za statistiku
- SILC** – Survey on Income and Living Conditions (Anketa o prihodima i uslovima života)
- UNDP** – Program Ujedinjenih nacija za razvoj

TERMINOLOŠKI REČNIK

Dodatak/naknada za pomoć i negu drugog lica (cash allowance, attendance allowance) – novčano davanje koje se isplaćuje korisniku DTN i koje je namenjeno da pokrije deo troškova; ne postoji obaveza formalnog zapošljavanja negovatelja.

Dodatak za negovatelja (carer allowance) – novčano davanje koje se isplaćuje negovatelju i ima za cilj da delimično kompenzuje propušteni prihod.

Domovi sestrinske nege (nursing homes) - institucije koje pružaju zdravstvenu i ličnu negu zavisnim (ODA) korisnicima.

Dnevni boravak (day-care) –usluga dnevne nege i nadzora, često u posebnoj instituciji gde korisnik boravi nekoliko sati dnevno.

Hospis nega (hospice care) - podrazumeva negu umirućih pacijenata, za koje se pretpostavlja da neće živeti duže od šest meseci i koji više ne primaju nikakvu medicinsku terapiju sem one za umanjeње bolova.

Instrumentalne dnevne aktivnosti IDA (instrumental activities of daily living-IADL) – aktivnosti vezane za kućne poslove kao što su kupovina, pranje veša, kuvanje i sređivanje stana, upravljanje finansijama i slično.

Osnovne dnevne aktivnosti ODA (activities of daily living ADL) – podrazumevaju kupanje, oblačenje, hranjenje, ustajanje iz kreveta ili stolice, korišćenje toaleta. Ove aktivnosti se često nazivaju „lična nega”.

Pomoć u kući (home care) – obuhvata uslugu lične nege u kućnim uslovima i pomoć u kućnim poslovima.

Pomoć u kućnim poslovima (domestic/home help) – pomoć u instrumentalnim dnevnim aktivnostima (IDA), podrazumeva kupovinu, pranje veša, kuvanje i sređivanje stana, upravljanje finansijama, telefoniranje i slično.

Usluge u zajednici (community-based services) - usluge koje se pružaju u kućnim uslovima ili negde drugde u zajednici, kao što su, na primer, dnevni boravci ili usluga predaha.

Usluge lične nege (personal care) - pomoć u osnovnim dnevnim aktivnostima (ODA), kao što su hranjenje, kupanje, oblačenje, odlazak u toalet.

Usluga predah smeštaj (respite care) - aranžman kratkotrajne privremene nege, koji omogućava „predah” primarnom negovatelju.

Zdravstvena nega (nursing care) – usluge koje pruža medicinsko, paramedicinsko i sestrinsko osoblje; ove usluge podrazumevaju previjanje rana, prevenciju i lečenje dekubitisa, davanje lekova, umanjeње bolova, praćenje zdravstvenog stanja i slično.

Palijativno zbrinjavanje (palliative care) – nega koja poboljšava kvalitet života pacijenta i njegove porodice, suočenih sa neizlečivom bolešću, kroz prevenciju i olakšanje patnji putem identifikovanja i lečenja bola i drugih problema (fizičkih, psihosocijalnih i duhovnih).



DUGOTRAJNA NEGA STARIH U SRBIJI





1. ANALITIČKI OKVIR I OSNOVNI POJMOVI

1.1. OSNOVNI POJMOVI I ULOGA DRŽAVE

Dugotrajna nega (DTN) obuhvata usluge zdravstvene i socijalne zaštite, koje se pružaju u kući ili u institucionalnom okruženju pojedincima kojima je neophodna podrška u obavljanju svakodnevnih aktivnosti tokom dužeg vremenskog perioda.

Podrška podrazumeva:

- pomoć u obavljanju osnovnih dnevnih aktivnosti (ODA) kao što su kretanje, hranjenje, oblačenje, obavljanje lične higijene;
- pomoć u kućnim poslovima, pripremanju hrane, kupovini, prevozu, itd. (instrumentalne dnevne aktivnosti, IDA);
- sestrinsku i palijativnu negu (previjanje rana, prevenciju i lečenje dekubitisa, davanje lekova, umanjeње bolova, praćenje zdravstvenog stanja) (Colombo, 2011; European Commission, 2008).

Korisnici dugotrajne nege su osobe sa invaliditetom, hronično i terminalno oboleli, dominantno iz najstarijih kohorti. U širem smislu sistem dugotrajne nege uključuje i preventivne aktivnosti (prevencija padova, preventivni pregledi...), medicinsku rehabilitaciju (okupaciona i fizikalna terapija), podršku za uključivanje u društvene aktivnosti (odlazak u crkvu, kod prijatelja), pomoć u iznajmljivanju asistivne tehnologije, podršku neformalnim/porodičnim pružaocima nege i drugo.

Bez izuzetka, u svim društvima najveći deo nege pruža porodica kroz neplaćeno angažovanje (WHO i World Bank, 2011). U obezbeđenju dugotrajne nege učestvuje i država u meri u kojoj zavisi od preovlađujućih socijalnih i etničkih normi, dominantnog ideološkog koncepta, nivoa ekonomske razvijenosti, ali i brojnih društvenih specifičnosti (Colombo, 2011). Uloga države u obezbeđenju dugotrajne nege može se identifikovati u sferi finansiranja, regulacije, ali i direktnog pružanja usluga. Državne šeme mogu da budu univerzalne ili usmerene na siromašne, obezbeđujući naknade u novcu i/ili u vidu usluga.

Smatra se da su na dugi rok najveći izazovi u domenu javne politike u oblasti DTN obezbeđenje dostupnosti usluga i obuzdavanje porasta rashoda za ove namene (Colombo, 2011).

Očekuje se da u budućnosti uloga države u obezbeđenju dugotrajne nege poraste. Porast uloge države se objašnjava povećanjem tražnje i to u uslovima smanjene porodične neplaćene podrške, te neminovnog povećanja ukupnih rashoda za ove namene, za koje sredstva neće moći da se obezbede na efikasan način samo kroz privatnu štednju i/ili kroz osiguranje na privatnom tržištu.

Na potencijalno **povećanje tražnje** za DTN prevashodno će uticati **starenje stanovništva**. Prema procenama Svetske zdravstvene organizacije osobe sa invaliditetom čine 15% svetske populacije. Na porast broja i udela osoba sa invaliditetom najviše je uticalo starenje stanovništva, a u mnogim sredinama i porast oboljenja kao što su dijabetes, kardiovaskularne bolesti, mentalni poremećaji, rak, respiratorne bolesti i povrede (WHO i World Bank, 2011, s. 44). Prema različitim procenama udeo osoba sa visokim stepenom invaliditeta kreće se između 2,2 i 3,8% svetske populacije, a najviši stepen invaliditeta je prisutan u starosnoj grupi 80-89 godina. Ovo je ujedno starosna grupa sa najbržim stopama rasta, što ukazuje na značaj demografskih faktora na porast invaliditeta u svetu (WHO i World Bank, 2011, s. 35). Prema projekcijama stanovništva 2050. godine, udeo lica starijih od 80 godina u svetu će da dostigne 4%, a u OECD zemljama i u EU će da poraste sa sadašnjih 4% na 10%, odnosno na 11% respektivno (Colombo, 2011, s.62; European Commission, 2008, s. 10).

U kojoj meri će starenje stanovništva da dovede do povećanja tražnje za DTN **zavisiće od prevalence invalidnosti kod starih lica**. Stope invaliditeta starih u budućnosti mogu i da se povećaju i da se smanje, što zavisi od velikog broja faktora od kojih su mnogi nepoznanice. Posebno je teško da se proceni kretanje morbiditeta za neurološke i kognitivne bolesti kao što je demencija. Dodatno, na dugi rok, napredak medicine može da omogući da ljudi u proseku budu duže funkcionalni, da budu zdraviji i da se smanji broj godina tokom kojih će nega da im bude potrebna (pronalazak pilula koje odlažu demenciju). Međutim, moguće je i da medicinski napredak deluje u suprotnom smeru - da omogući da se značajno produži deo životnog veka sa invaliditetom, tokom kojeg je neophodna podrška (Barr, 2010). Podaci o kretanju očekivanog trajanja života bez invaliditeta za starije od 65 godina po zemljama nisu jednoznačni (Colombo, 2011), a buduće procene se značajno razlikuju prema pojedinim scenarijima (European Commission, 2008). Na osnovu analize kretanja invalidnosti starih lica u jednom broju razvijenijih OECD zemalja iz 2007. godine zaključeno je da u budućnosti ipak može da se očekuje povećanje broja starih sa visokim stepenom invaliditeta, kako zbog značajnog starenja stanovništva, tako i zbog daljeg povećanja očekivanog trajanja života (Colombo, 2011).

Najzad, **na povećanu tražnju za DTN može da utiče i trend deinstitucionalizacije**, koji podrazumeva orijentaciju ka pružanju usluga u kući umesto u institucionalnom okruženju. Odlazak u instituciju često predstavlja veoma tešku odluku koja se odlaže do poslednjeg momenta, što donekle smanjuje tražnju za formalnom DTN, a što nije slučaj kada pre-

ovlađuje model pružanja usluga u kući. Dodatno, očekuje se da u istom pravcu deluje i nastojanje da se skupa bolnička nega zameni uslugama socijalne zaštite. S druge strane, procenjuje se da asistivne tehnologije (pomagala) i robotizacija mogu da umanje ili čak da eliminišu potrebu za pojedinim uslugama (WHO i World Bank, 2011).

Povećana tražnja i veći broj korisnika DTN, posebno usled starenja stanovništva, delovaće u pravcu **povećanja rashoda za DTN**. Moguće je čak da će starenje stanovništva u relativnom smislu više da utiče na povećanje rashoda za DTN nego za zdravstvo, jer prema empirijskim nalazima ovi rashodi još brže rastu sa godinama starosti (Brown & Finkelstein, 2011). Međutim, teško je predvideti na dugi rok kako će se kretati troškovi radne snage, što će odlučujuće da utiče na rashode ukoliko i u budućnosti pružanje usluga nege bude pretežno radno intenzivna delatnost (Barr, 2011).

Iako uticaj svih determinanti nije potpuno jasan, procenjuje se da će na povećanje uloge države i porast i privatnih i javnih rashoda za dugotrajnu negu značajno da deluje i **smanjenje porodične podrške, koja u današnjim uslovima najčešće podrazumeva neplaćenu negu i pomoć**. Porodični modeli se značajno menjaju i sve je veći broj pojedinaca koji u starosti ne mogu da računaju na podršku porodice, bilo zato što ne stupaju u brak i/ili ne rađaju decu, bilo zbog migracionih kretanja, ali i zbog sve manje prihvatljivosti zajedničkog života u višečlanim domaćinstvima. Smanjenje neposredne porodične podrške praktično znači nemogućnost oslanjanja na neplaćenu negu, pa samim tim podrazumeva povećanje privatnih i javnih rashoda za ove namene. Dodatno, sve je veća zaposlenost žena u formalnom sektoru, koje su se u prošlosti kao neplaćena radna snaga dominantno brinule o starima i osobama sa invaliditetom u porodičnom okruženju (Colombo, 2011). Otvoreno je pitanje kolika će biti spremnost budućih generacija da se „žrtvuju” na način koji podrazumeva neposredno pružanje nege, što će bar jednim delom zavisiti i od spremnosti društva da podrži ovakvu vrstu aktivnosti.

Rast izdataka za DTN se može očekivati i usled **povećanja životnog standarda** koji u načelu omogućava kvalitetnije (i skuplje) zadovoljenje potreba, kao i zadovoljenje nezadovoljenih potreba. U mnogim zajednicama povećanje standarda dovodi i do povećanog pritiska na društvo da preuzme veću brigu o ranjivim grupama, uključujući i stare. Jedan broj zemalja EU se obavezao da obezbedi univerzalan pristup kvalitetnoj DTN (European Commission, 2008).

Ovo je praćeno inicijativama da se definišu **jedinstveni principi za uvođenje nacionalnih standarda kvaliteta za DTN**, kao što je na primer publikacija „European Quality Framework for long-term care services”, koju je u okviru WEDO projekta¹ objavila Evropska komisija.

Ne treba, takođe, zaboraviti ni da se u budućnosti može očekivati **bolje informisanje** starih o njihovim pravima, kao i pritisak da se ona što potpunije realizuju, pa i prošire.

U pravcu povećanja javnih rashoda će sasvim sigurno da deluje i činjenica da u većini zemalja stari postaju **rastući i sve značajniji deo biračkog tela**. U manje razvijenim zemljama ne treba potceniti ni značaj **faktora ugledanja**, a za one koje streme Evropskoj uniji i pritisak da se za stare i za osobe sa invaliditetom u svim delovima zajednice obezbedi adekvatna podrška (European Commission, 2008).

Uprkos nedoumicama o mogućem dejstvu pojedinih determinanti, relevantne studije mahom predviđaju značajno povećanje **javnih rashoda za DTN** u budućnosti. Prema procenama Evropske komisije moguće je da će se javni rashodi za DTN kao udeo u BDP-u u zemljama EU do 2050. godine gotovo duplirati, a po nekim scenarijima čak i triplirati (European Commission, 2009). I procene OECD-a su konzistentne sa ovim nalazima (Colombo,

¹ Evropski projekat (2010-2012) „Wellbeing and Dignity of Older people”.

2011). Ovako značajno povećanje javnih rashoda, a samim tim i uloge države, bar jednim delom može da se objasni uverenjem da su alternativni načini finansiranja DTN nedovoljni i manje efikasni.

1.2. OPRAVDANJA ZA DRŽAVNU INTERVENCIJU

Teorijski posmatrano *DTN može da se finansira* iz privatnih izvora, pre svega iz lične štednje/imovine i privatnog osiguranja (sa ili bez državne podrške u vidu poreskih olakšica i subvencija) i iz javnih izvora kroz socijalno osiguranje, ili iz budžetskih sredstava/opštih poreza. Dodatno finansiranje se delom obezbeđuje i iz sredstava humanitarnih organizacija (Glendinning, Davies, Pickard, & Comas-Herrera, 2004; WHO i World Bank, 2011).

Klasična štednja radi obezbeđenja dugotrajne nege u starosti predstavljala bi veoma veliko opterećenje za pojedinca, imajući u vidu da bi ona trebalo da omogući da se pokriju rashodi nege tokom njenog maksimalnog potencijalnog trajanja, a koje se u današnjim uslovima može proceniti i na više od 20 godina. Štednja kao način za obezbeđenje DTN ne bi predstavljala optimalan način za ujednačenje potrošnje tokom životnog ciklusa, ne bi omogućavala redistribuciju od pojedinaca sa manjim ka onima sa većim potrebama i značajno bi više opteretila žene koje se suočavaju sa većim rizikom u sferi DTN (Glendinning, et al., 2004). Najzad, štednja ne bi omogućila adekvatnu zaštitu, uključujući i onu koja podrazumeva posedovanje imovine ili posebnih štednih računa za najsiromašniji deo populacije, ali ni za one sa najvećim rizikom. U realnosti finansiranje iz štednje prisutno je pre svega u onim sredinama u kojima je državni sistem DTN nerazvijen ili dizajniran na način da pokriva samo jedan deo rashoda za negu (Colombo, 2011).

Činjenica da dugotrajna nega neće biti potrebna svima, da će nekima trebati svega nekoliko godina, a pojedincima i punih 20, jasno govori u prilog korisnosti udruživanja rizika, odnosno *osiguranja*. Ukupna izdvajanja za premije osiguranja svakako su višestruko manja od štednje ukoliko bi svaki pojedinac kroz štednju prikupljao iznos kojim bi trebalo da se pokriju celokupni rashodi u maksimalnom trajanju DTN. Ako je osiguranje poželjno, postavlja se pitanje *da li privatno tržište osiguranja u ovoj oblasti može da bude efikasno?*

Neefikasnost i nerazvijenost privatnog tržišta osiguranja u oblasti DTN može da nastane kao rezultat više problema koji se javljaju i na strani ponude i na strani tražnje.

Prvi problem na strani ponude je iz domena nesavršenih informacija, imajući u vidu teškoću da se *proceni verovatnoća nastupanja rizika*, odnosno verovatnoća da će pojedincu u jednom trenutku da bude potrebna DTN (Barr, 2004). Verovatnoća je poznata za sadašnje kohorte starih, ali za najveći broj osiguranika rizik će da nastupi tek za nekoliko decenija. Na tako dugi rok verovatnoća je nepoznata. „Dugi rok” onemogućava ne samo da se proceni verovatnoća nastupanja rizika, već i *istribucija verovatnoće*, imajući u vidu da je različitim pojedincima potrebna DTN različitog trajanja (nekima godinu dana, nekima pet, a nekima 20 godina). Teškoća da se proceni verovatnoća da li će i koliko dugo postojati potreba za DTN otežava *i da se izračuna premija koja treba da se naplati osiguranicima*. U oba slučaja nepoznat je čak i pravac promene. „Na dugi rok se govori zapravo o neizvesnosti, a ne o riziku” (Barr, 2004, s. 178), a osiguranje od neizvesnosti ne može efikasno da se obezbedi u tržišnim uslovima.

Dodatno, neizvesno je i kretanje *godišnjih rashoda za DTN*, koji mogu da se smanje, ali i povećaju usled pojave novih medicinskih i tehnoloških dostignuća (jeftina robotizacija ili

jeftini lekovi koji mogu da smanje angažovanje skupe radne snage). ***Sve ove neizvesnosti onemogućavaju dobru procenu iznosa osigurane sume, pa samim tim dodatno otežavaju računanje premije*** (Barr, 2010). Kolike su teškoće da se izvedu precizne računice u ovoj sferi pokazuje i veliki raspon u procenama o kretanju rashoda za dugotrajnu negu u budućnosti pojedinih vlada, OECD i EU (Colombo, 2011, 72; European Commission, 2008).

Poseban problem na privatnom tržištu osiguranja nastaje u uslovima kada ***verovatnoće nastupanja rizika nisu međusobno nezavisne***. U slučaju DTN moguće je da medicinski napredak na isti način utiče na sve osiguranike u smislu da na dugi rok potreba za negom kod svih osiguranika poraste. Preduslov (efikasnog) aktuarskog osiguranja je pak da su verovatnoće nastupanja rizika nezavisne kako bi mogli da se pojave i gubitnici i dobitnici. Osiguranje je moguće u slučaju pojedinačnog, ali nije moguće u slučaju zajedničkog, sistenskog rizika (Norton, 2000; Barr, 2004).

Dugoročna priroda ugovora osiguranja stvara i druge vrste problema. Ako se, na primer, ugovorom predviđa finansiranje institucionalne zaštite, veliko je pitanje da li će takva vrsta nege u trenutku nastupanja rizika uopšte da bude prihvatljiva za osiguranika, imajući u vidu da se organizacija i način pružanja usluga DTN tokom vremena menjaju (Brown i Finkelstein, 2011, s. 25). U slučaju dugoročnih ugovora potencijalni kupci polise mogu da budu obeshrabreni i zbog opasnosti od bankrota osiguravajućeg društva ili od značajnog povećanja premija, kao što se desilo na američkom tržištu osiguranja DTN tokom 2010. godine (Brown i Finkelstein, 2011, s. 26).

Nesavršenosti tržišta značajno umanjuju efikasnost i utiču na nerazvijenost privatnih tržišta osiguranja. Da bi se u uslovima nesavršenih informacija zaštitila, osiguravajuća društva dizajniraju polise na način koji će im obezbediti smanjenje poslovnog rizika. ***U realnosti to rezultira previsokim premijama i polisama koje nedovoljno pokrivaju rashode***. Empirijski nalazi pokazuju da u Americi polise osiguranja za slučaj DTN nisu sveobuhvatne, da pokrivaju svega između trećine i dve trećine očekivanih rashoda nege, kao i da su premije znatno više od onoga što može da se proceni kao aktuarski pravično (Brown i Finkelstein, 2009; Brown & Finkelstein, 2011).

Kao i kod drugih vrsta osiguranja, i kod privatnog osiguranja za slučaj DTN problemi nastaju usled asimetričnih informacija sa kojima su povezani fenomeni ***negativne selekcije i moralnog hazarda***.

I prilikom osiguranja za slučaj DTN osiguranici mogu da prikriju da su visokorizični, što vodi negativnoj selekciji i onemogućava pojedince da kupe polise po aktuarski pravičnim cenama. Prema nalazima različitih istraživanja na američkom tržištu prikrivanje se zaista i dešava, a visokorizični pojedinci više kupuju polise osiguranja za slučaj DTN (Sloan i Norton, 1997; Norton, 2000; Brown i Finkelstein, 2011). Sam strah da osiguranje privlači visokorizične klijente može da utiče na neefikasnost tržišta (Barr, 2010). Empirijski nalazi koji upućuju na efekte negativne selekcije u osiguranju za slučaj DTN mogu se videti i na primeru Francuske (Pestieau i Pontihiere, 2011). Kao odgovor na negativnu selekciju, osiguravajuća društva usavršavaju mehanizme provere osiguranika, odbijajući značajan broj starijih aplikantata sa zdravstvenim rizikom (Norton, 2000).

Pored fenomena negativne selekcije, prisutan je i problem moralnog hazarda. Kod ovog osiguranja slično kao i kod zdravstvenog, moralni hazard rezultira potrošnjom koja je iznad optimalnog nivoa usled fenomena „plaćanja od strane trećeg lica”. Ni pružalac usluge ni osiguranik nemaju motiv da štede, jer troškove pokriva treće lice, odnosno osiguranje. I u slučaju DTN osiguravajuća društva na različite načine pokušavaju da smanje preteranu potrošnju, najčešće zahtevajući od osiguranika neku vrstu učešća u troškovima (na primer,

da osiguranik sam plaća prvih X dana boravka u instituciji ili da kofinansira određeni deo ukupnih troškova) (Norton, 2000).

U literaturi se u slučaju dugotrajne nege identifikuje i jedna *specifična vrsta moralnog hazarda* na koju je ukazao Pauly (Barr, 2010; Norton, 2000). Kada postoji osiguranje, porodica je manje motivisana da se uključi u pružanje DTN, što može da utiče na preuranjenu institucionalizaciju, odnosno potrošnju koja je veća nego što bi bila kada bi se nega finansirala iz sopstvenih sredstava. Kod pojedinaca pak može da se pojavi strah da će, ako se osiguraju, protiv svoje volje da budu smešteni u dom u trenutku kada više ne mogu samostalno da donose odluke o institucionalizaciji. Pojedinaac koji ne želi da u starosti bude smešten u instituciju, već želi da dugotrajnu negu nametne porodici, neće da kupi osiguranje. Suprotne ovome su teze da pojedinci kupuju osiguranje upravo da bi sačuvali deo svoje imovine i ostavili je porodici u nasleđstvo i/ili da ne bi opteretili porodicu troškovima nege (Norton, Sloan, 1997; Norton, 2000; Barr, 2010).

Empirijski nalazi za Ameriku ne pokazuju da broj dece i, s tim u vezi, motiv da se ostavi nasleđe utiču na tražnju za DTN (Sloan, Norton, 1997). Nalazi za Francusku upućuju da je, kao i kod životnog osiguranja, i kod osiguranja za slučaj DTN moguća altruistična linija rezonovanja - pojedinci koji imaju decu osiguravaju se u većoj meri da ne bi porodicu opteretili visokim troškovima nege (Pestieau i Pontihiere, 2011).

Nesavršenosti tržišta iz sfere nesavršenih informacija se javljaju se i na strani tražnje.

U slučaju DTN, kao i kod nekih drugih vrsta osiguranja, informacije su suviše kompleksne, a sposobnosti potencijalnih osiguranika da ih shvate su ograničene. Pojedini istraživači smatraju da ni akademske studije nisu u stanju da pronađu i procesiraju sve podatke koji su neophodni za analizu različitih polisa osiguranja (Barr, 2010). Otuda je teško i da se pretpostavi da su pojedinci u stanju da uporede kvalitet i cene pojedinih polisa i da na osnovu toga izaberu odgovarajuće osiguranje, što značajno umanjuje efikasnost tržišta.

Iako nema empirijskih podataka o uticaju nesavršenih informacija na strani tražnje u oblasti DTN, na veličinu problema bi mogli da ukažu podaci o osnovnoj *finansijskoj (ne)pismenosti*. Prema istraživanjima koja su na primeru nekoliko industrijski razvijenijih zemalja sprovedli Lusardi i Mičel (Lusardi i Mitchell) 2007. godine, veliki deo populacije nije u stanju da izračuna procenat, kamatu ili čak da podeli dva broja. Dodatno, i poznavanje osnovnih finansijskih proizvoda je veoma skromno. Druga istraživanja pokazuju pak da je finansijska nepismenost velika prepreka za donošenje odgovarajućih odluka u vezi sa penzijama i štednjom uopšte, pa je otuda moguće pretpostaviti da se problemi ove vrste javljaju i na tržištu osiguranja za slučaj DTN (Brown i Finkelstein, 2009).

Na strani tražnje svakako je prisutna *miopija*, potcenjivanje potrebe za negom, pa čak i odbijanje da se o ovim temama razmišlja. U meri u kojoj je ovaj poslednji faktor nedovoljne tražnje i nerazvijenosti privatnih tržišta osiguranja relevantan, prostor za intervenciju je smanjen. U slučaju kada su prva dva faktora relevantna, moguće je da se deluje kroz edukaciju i širenje informacija (Pestieau i Pontihiere, 2011).

Miopija utiče na odlaganje odluke o kupovini osiguranja, pa se tako, na primer u Americi, polisa uobičajeno kupuje tek u 60-im godinama života. Ova okolnost skraćuje period od momenta sklapanja ugovora do momenta nastupanja rizika - to donekle smanjuje problem nesavršenih informacija na strani ponude, ali i korist od udruživanja rizika pošto se u osiguranje uključuje manji broj kohorti, i to upravo onih sa većim rizikom. Dodatno, kupovina polisa u starijim godinama je važan razlog zbog koga se osiguranje za DTN prodaje kao pojedinačno, a ne kao grupno, uz učešće poslodavaca. Ova činjenica ne samo da povećava administrativne troškove (Norton, 2000), već dodatno smanjuje efikasnost privatnog

tržišta osiguranja za slučaj DTN. Naime, podaci pokazuju da grupne polise, uz učešće poslodavaca, smanjuju problem negativne selekcije i omogućavaju da se realizuju prednosti ekonomije obima (Brown & Finkelstein, 2011).

Najzad, tražnja za privatnim osiguranjem za slučaj DTN značajno zavisi i od politike države u ovoj oblasti. Gotovo sva empirijska istraživanja američkog tržišta pokazuju da, osim među najbogatijim društvenim slojevima "Medicaid" u velikoj meri smanjuje tražnju za privatnim DTN osiguranjem (Norton, 2000) (Brown & Finkelstein, 2009; Brown i Finkelstein, 2011). Logično je otuda što na strani tražnje poseban problem predstavljaju nedoumice o (ne)pokrivenosti rizika, imajući u vidu da je nepoznato kako će da se kreće državna politika u ovoj oblasti. Ukoliko država, u bilo kom vidu, obezbedi više nege u budućnosti, osiguranje obezbeđeno kroz kupovinu privatne polise može da se pokaže kao prekomerno i obrnuto (Barr, 2010).

U realnosti, privatno dobrovoljno tržište osiguranja za slučaj DTN je malo. Čak i u Americi u kojoj je privatno tržište osiguranja inače veoma razvijeno, segment osiguranja u slučaju potrebe za dugotrajnom negom nije razvijen. Imajući u vidu da značajan broj Amerikanaca provede više godina u izuzetno skupim domovima, očekivalo bi se da je za pojedince koji su neskloni riziku motivacija da se osiguraju veoma velika. Međutim, samo 14% Amerikanaca starijih od 60 godina poseduje polisu, i to pretežno iz bogatijih slojeva, a prema podacima kongresne budžetske kancelarije, samo 4% troškova za DTN se finansira kroz polise osiguranja, za razliku od, na primer, zdravstvenog sektora u kojem privatno osiguranje pokriva 35% rashoda (Brown i Finkelstein, 2011). U pojedinim evropskim zemljama privatno osiguranje u slučaju DTN se javlja kao supstitutivno (Nemačka) ili komplementarno (Francuska, Belgija) u odnosu na javno socijalno osiguranje (Colombo, 2011). U uslovima u kojima državni sistem DTN nije razvijen ili podrazumeva značajno kofinansiranje od strane korisnika, privatno tržište osiguranja može da ima značajnu ulogu u smanjenju rizika od pokrivanja rashoda na najneefikasniji način - iz klasične štednje. Procenjuje se, međutim, da veća uloga privatnog osiguranja nije realna (Colombo, 2011).

Inferiornost štednje kao načina da se obezbedi zaštita od rizika, ali i veliki broj indicija koje upućuju na nedovoljnu efikasnost privatnog osiguranja, stvaraju značajan prostor i opravdanje za angažovanje države u finansiranju i obezbeđenju DTN. Angažovanje države obezbeđuje udruživanje rizika i redistribuciju, kao i manje specifičan ugovor, što omogućava osiguranje ne samo od rizika, već i od nezvesnosti koju dugi rok neminovno donosi (Barr, 2004).

1.3. DAVANJA U OBLASTI SISTEMA DUGOTRAJNE NEGE

Davanja u okviru DTN sistema se mogu podeliti na novčana i nenovčana davanja, odnosno usluge.

Novčana davanja omogućavaju fleksibilnost i izbor korisniku i/ili podršku za neformalnu porodičnu negu. Lundsgaard (2005) i OECD (2005) razlikuju tri osnovne grupe novčanih davanja: „personalne budžete” i direktno zapošljavanje profesionalnih negovatelja, novčani dodatak koji se isplaćuje korisniku, a koji on/a troši po sopstvenom izboru, i novčani dodatak koji se plaća direktno negovatelju.

„Personalni budžeti” i „direktna plaćanja” su novčana davanja koja korisnik mora da upotrebi za kupovinu usluge od profesionalne agencije ili direktno od individualnog negovate-

lja. U svakom slučaju ovo davanje nužno podrazumeva formalni ugovor o zapošljavanju, čak i kada su u pitanju rođaci (Lundsgaard, 2005). Ovakva davanja postoje u Holandiji, SAD i u Ujedinjenom Kraljevstvu gde na lokalnom nivou postoji mogućnost izbora tzv. „direktnih plaćanja” (direct payments) umesto usluge.

U skandinavskim zemljama postoji mogućnost da *opština direktno zaposli negovatelja* po izboru korisnika umesto uobičajene prakse korišćenja usluge koju organizuje lokalna zajednica. Gledenning (2007) ovakvu vrstu aranžmana klasifikuje kao posebnu vrstu novčane naknade, dok je Lundsgaard (2005) i OECD (2005) svrstavaju u istu grupu sa personalnim budžetima i direktnim plaćanjima.

Dodatak za pomoć i negu drugog lica daje se korisniku i namenjen je pokrivanju dela troškova DTN, pri čemu u principu ne postoji obaveza zapošljavanja negovatelja. Ovakva vrsta novčanog davanja postoji u Nemačkoj, Austriji, Ujedinjenom Kraljevstvu i Luksemburgu.² U većini slučajeva dodatak se troši u okviru porodičnog budžeta (Gledenning, 1997). Tako su istraživanja pokazala da u Austriji, gde je iznos naknade relativno visok, porodice sa nižim prihodima zadržavaju naknadu u okviru porodičnog budžeta, dok one nešto bogatije zapošljavaju negovatelja, uglavnom na „sivom” tržištu rada (Gledenning, 2007, kao u Kreimer, 2006).

Dodatak za negovatelja ima za cilj da delimično kompenzuje propušteni prihod negovatelja. Ovaj dodatak je obično nizak i često podrazumeva i neke dodatne materijalne kriterijume za njegovo dobijanje (Gledenning, 2007). Dodatak za negovatelja nije zamišljen tako da u potpunosti kompenzuje vrednost propuštenog rada, već da obezbedi minimum prihoda onome ko zbog nege drugog lica nije u mogućnosti da radi. Ova vrsta naknade postoji u Australiji, Irskoj i Engleskoj (OECD, 2005).

Kao posebnu kategoriju Gledenning (2007) razlikuje dodatak za negovatelja koji se daje u simboličnom iznosu kao priznanje za njihov rad. To je, na primer, neoporezivi dodatak od 250 evra godišnje u Holandiji ili univerzalni dodatak za negovatelje u Australiji.

Nenovčana davanja tj. **usluge** možemo posmatrati prema **tipu/vrsti** usluge koja se pruža, nezavisno od mesta na kome se pruža. Tako razlikujemo zdravstvenu negu i u okviru nje palijativnu negu i hospis, uslugu lične nege, pomoć u instrumentalnim dnevnim aktivnostima i druge usluge socijalne zaštite.

Usluge **zdravstvene ili sestrinske nege** pruža medicinsko, paramedicinsko i sestrinsko osoblje. Ove usluge podrazumevaju previjanje rana, prevenciju i lečenje dekubitisa, davanje lekova, umanjeње bolova, praćenje zdravstvenog stanja i slično (SHA, 2011). **Palijativno zbrinjavanje** podrazumeva podršku u smislu poboljšanja kvaliteta života životno ugroženim bolesnicima i njihovim porodicama kroz prevenciju i olakšanje tegoba putem tretmana umanjeња bola i pružanjem fizičke, psihološke, pa čak i spiritualne podrške (WHO, 2012). **Hospis nega** je deo palijativne nege i podrazumeva negu umirućih pacijenata, za koje se pretpostavlja da neće živeti duže od šest meseci i koji više ne primaju nikakvu medicinsku terapiju sem one za umanjeње bolova (Pratt, 2010; University of Maryland, 2012).

Usluge lične nege podrazumevaju pomoć u osnovnim dnevnim aktivnostima (ODA), kao što su hranjenje, kupanje, oblačenje, odlazak u toalet (SHA, 2011).

² Novčano davanje koje postoji u Francuskoj i koje se često prevodi kao „dodatak” bi ipak pre moglo da se klasifikuje u grupu sa personalnim budžetima i direktnim davanjima, s obzirom da se način korišćenja ovog davanja kontroliše. Gledenning ga klasifikuje u dodatak koji se daje korisniku, dok ga OECD ne klasifikuje ni u jednu grupu (za detalje videti poglavlje 2).

Usluge *podrške u instrumentalnim dnevnim aktivnostima* (IDA) podrazumevaju kupovinu, pranje veša, kuvanje i sređivanje stana, upravljanje finansijama, telefoniranje i slično (Ibid). Ove usluge se obično vezuju za usluge dugotrajne nege u kućnim uslovima, ali su prisutne i u institucionalnim uslovima.

Ostale usluge socijalne zaštite pre svega podrazumevaju podršku učešću u društvenim aktivnostima, druženju, itd. (SHA, 2011).

Kada posmatramo usluge prema mestu gde se pružaju, onda se može u najširem smislu reći da se one pružaju u institucionalnim ili vaninstitucionalnim uslovima. Za vaninstitucionalne usluge češće se koristi izraz usluge u zajednici kao širi pojam pod koji spadaju i usluge koje se pružaju u kućnim uslovima (Pratt, 2010).

Usluge institucionalne nege su usluge DTN – podrška u osnovnim i instrumentalnim dnevnim aktivnostima (ODA i IDA) i zdravstvena nega - koje se pružaju u instituciji koja je u isto vreme i prebivalište korisnika (OECD, 2005). Ovde spadaju domovi sestrinske nege, domovi starih i rezidencijalni smeštaj, kao što je stanovanje uz podršku³.

Domovi sestrinske nege su institucije koje pružaju sestrinsku i ličnu negu zavisnim (ODA) korisnicima (OECD, 2005). **Stanovanje uz podršku** je rezidencijalni smeštaj, obično u vidu apartmana, uz koji se nudi i profesionalna usluga nege.

Usluge u zajednici obuhvataju usluge koje se pružaju u kućnim uslovima i druge usluge kao što su, na primer, dnevni boravci ili usluga predaha.⁴

Usluga **pomoć u kući** je usluga DTN koja se korisniku pruža u kućnim uslovima. Ona obuhvata uslugu lične nege (pomoć u osnovnim dnevnim aktivnostima, ODA) i uslugu pomoći u kućnim poslovima (podrška u instrumentalnim aktivnostima, IDA).

Usluga predaha je aranžman kratkotrajne privremene nege sa ciljem da negovatelju omogućí kraći odmor od uobičajenih obaveza (OECD, 2005).

Usluga **dnevnog boravka** je usluga dnevne nege i nadzora koja olakšava porodici korisnika svakodnevnu negu, pa na taj način omogućava duži boravak u kućnim uslovima i prolongira odlazak u instituciju. Pored nege i nadzora, dnevni boravak pruža i mogućnost socijalne interakcije i druge programe (Pratt, 2010).

3 OECD (2007) institucionalni i rezidencijalni smeštaj posmatra kao odvojenu kategoriju, dok ih OECD izveštaj (2011) klasifikuje u istu.

4 OECD (2011) sve ove usluge, uključujući i uslugu predaha i dnevne boravke, klasifikuje kao usluge koje se pružaju u domu korisnika sa obrazloženjem da su to usluge koje omogućavaju korisniku da ostane u kućnom okruženju.

2. MODELI DUGOTRAJNE NEGE

Slično klasifikacijama modela države blagostanja i njenih pojedinih delova, kao što su penzijski, zdravstveni sistemi i slično, može se postaviti i pitanje klasifikacije modela dugotrajne nege.

Međutim, kao i pri svakoj klasifikaciji, a u ovom slučaju još izraženije, javlja se problem velike raznovrsnosti sistema i velikog broja varijabli prema kojima je moguće vršiti klasifikaciju. Osnovni elementi sistema dugotrajne nege su filozofija sistema u smislu ko snosi odgovornost (porodica ili država), način na koji država organizuje negu (usluge, novčana davanja, kombinacija), finansiranje sistema (socijalno osiguranje ili budžet) i stepen veličnosti podrške države. Sve ove elemente je istovremeno komplikovano uzeti u obzir, pa su mnogi autori pribegavali klasifikaciji na osnovu samo jednog ili dva kriterijuma.

Tako su, na primer, Antonen i Sipila (1996) klasifikovali sisteme usluga socijalne zaštite zapadnoevropskih zemalja na osnovu načina organizovanja i obima usluga. Oni razlikuju „skandinavski model” zasnovan na sveobuhvatnim uslugama koje organizuje država, „tradicionalni model” zasnovan na brizi porodice sa ograničenom ponudom usluga, potom „britanski model” u kome je država odgovorna za pružanje usluga, ali u malom obimu, tj. „rezidualno”⁵, i na kraju smatraju da je moguće izdvojiti i „supsidijaran centralnoevropski model”, koji kombinuje odgovornost porodice uz pomoć države.

Slično ovoj klasifikaciji, na osnovu pitanja ko snosi odgovornost za DTN, Shultz (2010) smatra da se evropski modeli socijalne nege generalno mogu klasifikovati u tri kategorije: modeli gde odgovornost snosi država (state responsibility), modeli u kojima je odgovorna porodica (family models) i supsidijarni modeli (subsidiary model) u kojima je odgovorna porodica uz pomoć države.

5 Samo onima koji prođu proveru materijalnog stanja.

TABELA 1. RAZLIČITE KLASIFIKACIJE SISTEMA DTN

KLASIFIKACIJA	KRITERIJUM KLASIFIKACIJE	MODELI	KARAKTERISTIKE MODELA
Antonen i Sipil (1996)	Način organizovanja usluga/obim usluga	Skandinavski model Tradicionalni model Britanski model Supsidijaran centralno evropski model	Sveobuhvatne usluge koje organizuje država Briga porodice sa ograničenom ponudom usluga Država pruža usluge rezidualno (siromašnima) Kombinuje odgovornost porodice uz pomoć države
Shultz (2010)	Ko snosi odgovornost	Model državne podrške Porodični model Subsidijaran model	Odgovornost snosi država Odgovornost snosi porodica Odgovorna porodica uz pomoć države Skandinavske zemlje Austrija, Nemačka, Italija, Češka, Engleska
Rodriguez (2011)	Način na koji država organizuje negu	Model pružanja usluga Model novčanih davanja Usluge uz proveru materijalnog stanja	Koji se finansiraju iz poreza (nordijske zemlje) Koji se finansiraju iz izdvojenog socijalnog osiguranja (Nemačka, Japan, Koreja, Luksemburg i Holandija) Iz zdravstvenog osiguranja (Belgija)
Colombo et al. (2011)	Opseg prava (univerzalan vs. targetiran) Jedinstven program ili kombinacija mera	Univerzalni sistemi sa jedinstvenim programom Mešoviti (miks nekoliko univerzalnih ili miks univerzalnih i targetiranih davanja) Targetirani sistemi	Paralelni univerzalni programi (Škotska i zemlje Južne i Istočne Evrope) Sistemi sa univerzalnim davanjima čija visina zavisi od prihoda korisnika (Francuska, Irska, Austrija) Kombinuju univerzalna davanja sa targetiranim socijalnim davanjima (Švajcarska) SAD i Engleska
Kraus et al. (2011) klasifikacija I	Dubina organizacije (pristup/pravo, dostupnost novčanih davanja, mogućnost izbora pružaoca usluge, provera kvaliteta usluge, integracija/koordinacija sistema) Finansijske varijable: visina javnih rashoda u BDP-u i participacija korisnika	Prvi klaster Drugi klaster Treći klaster Četvrti klaster	Najbolja organizacija i velikodušnost (Skandinavija, Holandija, Nemačka, Francuska i Belgija) Osrednja organizacija i velikodušnost sistema (Engleska, Slovenija, Italija, Španija, Austrija, Finska, Letonija) Skroman sistem, „dublja” organizacija (Estonija, Bugarska, Slovačka i Češka) Skroman sistem, „plića” organizacija (Litvanija, Rumunija, Poljska i Mađarska)

Rodriguez (2011), u najvećoj meri uzimajući u obzir način na koji država organizuje negu, evropske zemlje deli u tri grupe: one koje pružaju usluge (skandinavske), one koje dodeljuju novčana davanja (Austrija, Nemačka, Italija, Češka) i one koje obezbeđuju uslugu na osnovu provere materijalnog stanja (Engleska).

Colombo et al. (2011) smatraju da se, i pored vrlo kompleksnih načina na koji su sistemi DTN organizovani (u smislu različitih kombinacija novčanih davanja i usluga), ipak mogu razlikovati klasteri zemalja sa sličnim pristupom. Uzimajući u obzir dva kriterijuma – opseg prava (univerzalan vs. targetiran) i da li je sistem postavljen kao jedinstven program ili kombinacija mera, oni sisteme dugotrajne nege OECD zemalja klasifikuju u tri klastera: univerzalni sistemi sa jedinstvenim programom, mešoviti, koji mogu biti miks nekoliko univerzalnih programa ili miks univerzalnih i targetiranih davanja, i targetirani sistemi. Unutar ove podele dalje razlikuju podgrupe na osnovu dodatnih karakteristika, npr. kako se sistem finansira (doprinosi ili porezi), da li je program deo zdravstvenog osiguranja, itd.

U prvom klasteru (univerzalni sistemi sa jedinstvenim programom), Colombo et al. (2011) razlikuju one koji se finansiraju iz poreza gde spadaju nordijske zemlje, potom sisteme posebnog, izdvojenog socijalnog osiguranja gde ubrajaju Nemačku, Japan, Koreju, Luksemburg i Holandiju, i one koji su organizovani u okviru zdravstvenog osiguranja, tzv. „medicinski model” koji reprezentuje Belgija.

U drugom klasteru, tzv. mešoviti sistemi, Colombo et al. (2011) razlikuju podgrupu sistema sa paralelnim univerzalnim programima, u kojima se, na primer, medicinska nega finansira iz zdravstvenog sistema, a paralelno postoje programi finansiranja lične nege. Tipični primeri ovakvog sistema su Škotska i zemlje Južne i Istočne Evrope, koje kombinuju univerzalan pristup domovima sestrinske nege i zdravstvene nege kroz sistem zdravstvenog osiguranja, a paralelno postoje novčana davanja namenjena pokrivanju usluge pomoći u kući. Druga podgrupa su sistemi sa univerzalnim davanjima čija visina zavisi od prihoda korisnika, u koju ubrajaju Irsku, Australiju i Francusku, ali i Austriju zbog dodatka za 24-časovnu negu⁶. Treća podgrupa su zemlje koje kombinuju univerzalna davanja sa socijalnim davanjima, koja se dodeljuju na osnovu provere materijalnog stanja - u nju spada Švajcarska koja obezbeđuje univerzalni pristup uslugama sestrinske (medicinske) nege kroz obavezno zdravstveno osiguranje, a dodatno dodeljuje i novčano davanje namenjeno ličnoj nezi samo onima koji nemaju dovoljno visoke prihode i imovinu.

Najzad, Colombo et al. (2011) razlikuju treći klaster zemalja sa sistemima u kojima je DTN deo mreže socijalne sigurnosti (pomoći), u kojima se dodeljuje pravo na osnovu materijalnog stanja – u ovaj klaster se tradicionalno ubrajaju SAD i Engleska, pored toga što Engleska ima i univerzalno novčano davanje nešto nižeg iznosa.

Kraus et al. (2011) su u okviru ANCIEN projekta⁷ Evropske komisije pokušali da klasifikuju DTN modele evropskih zemalja uzimajući u obzir što veći broj varijabli u primeni klaster analize. Klasifikacija je rađena na dva načina.

Prvo, urađena je klasifikacija na osnovu indeksa koji opisuje karakteristike sistema i indeksa koji opisuje finansijsku velikodušnost sistema, a koji su kreirani na osnovu sledećih ordinalnih⁸ varijabli dobijenih na osnovu podataka iz specijalno definisanog upitnika za

6 Austrija je 2007. godine uvela ovaj dodatak koji se daje samo onima koji nemaju dovoljno prihoda. Sve ostale novčane naknade u Austriji, a ima sedam nivoa, ne zavise od visine prihoda (detaljno o Austriji u nastavku ovog poglavlja).

7 Istraživački projekat Evropske komisije „Assessing Needs of Care in European Nations (ANCIEN)”, finansiran kroz FP7.

8 Brojevi mereni na ordinalnoj skali.

ove potrebe. Varijable koje definišu dubinu organizacije su: pristup/pravo (na koji način se stiče pravo u sistemu), dostupnost novčanih davanja, mogućnost izbora pružaoca usluge, provera kvaliteta usluge, integracija/koordinacija sistema i dve finansijske varijable: visina javnih rashoda u BDP-u i participacija korisnika u troškovima (da li postoji ili ne). Na osnovu ova dva indeksa rađena je klaster analiza i identifikovana su četiri klastera. U prvom klasteru (koji je najbolji sa aspekta korisnika jer obezbeđuje najbolju organizaciju u smislu dostupnosti usluga, izbora i velikodušnosti DTN sistema) su skandinavske zemlje, Holandija, Nemačka, Francuska i Belgija. Drugi klaster je „srednji” klaster, u kome su zemlje sa osrednjom organizacijom i finansijskom velikodušnošću sistema, s tim što se od prvog klastera više razlikuju po organizaciji nego po finansijskoj velikodušnosti. U ovom klasteru su se izdvojile Engleska, Slovenija, Italija, Španija, Austrija, Finska, Letonija. U trećem i četvrtom klasteru, u kojima javni rashodi za DTN ne prelaze 0,5% BDP-a, našle su se zemlje Istočne Evrope, ali se one razlikuju po dubini organizacije - tako su Estonija, Bugarska, Slovačka i Češka u klasteru zemalja sa „dubljom” organizacijom, a Litvanija, Rumunija, Poljska i Mađarska sa „plićom” organizacijom DTN sistema.

Drugi način klasifikacije koji su ovi autori koristili bazira se na kvantitativnim pokazateljima, kao što su javni i privatni rashodi za DTN kao procenat BDP-a, broj korisnika starijih od 65 godina koji koriste formalnu negu i onih koji koriste neformalnu negu, kao procenat ukupnog broja starijih od 65, itd. Primenom različitih metoda klaster analize ovi autori dobijaju i različite rezultate. Ukratko, samo kada koriste manji broj varijabli jasno se izdvaja skandinavski model, dok su ostali klasteri prilično heterogeni.

Dakle, klasifikacija sistema DTN je prilično komplikovana, i to iz dva osnovna razloga. Prvo, sistemi DTN su kompleksni, s obzirom da je u pitanju oblast koja obuhvata i zdravstveni i socijalni sektor, kombinuje novčane naknade sa uslugama uz različite pružaoce usluga i način njihovog izbora, itd. Drugo, sistemi DTN su nastajali prilično kasno, sem u slučaju skandinavskih zemalja, pa se postavlja pitanje da li su kod njih istorijske razlike prisutne i evidentne kao u drugim segmentima države blagostanja, kao na primer u penzijskom ili zdravstvenom sistemu⁹.

Kada govorimo o zemljama EU, možemo zaključiti da, sem nordijskog modela koji se jasno razlikuje od ostalih, sve ostale zemlje imaju vrlo različite sisteme, zasnovane na različitim kombinacijama socijalnih davanja, načina finansiranja, organizovanja, kriterijumima za dobijanje prava, različitoj ulozi zdravstvenog sistema, te ih je vrlo teško klasifikovati i definisati. Najbliži nordijskom modelu, u smislu odgovornosti države i velikodušnosti sistema, jeste holandski, iako je on organizovan u okviru zdravstvenog osiguranja i najvećim delom finansiran iz doprinosa. S druge strane, iako se engleski model vrlo često izdvaja kao poseban i klasifikuje kao model socijalne pomoći ili rezidualni model, treba napomenuti da je on zapravo takav samo u delu usluga, dok novčana davanja imaju univerzalni karakter. Ipak, pošto su iznosi novčanih davanja prilično niski, njega izdvajamo kao samostalan model koji nazivamo engleskim liberalnim modelom - pojedinac/porodica prevashodno treba da obezbede pomoć i negu, dok je država odgovorna samo za najsiromašnije, a tek u simboličnoj meri i za sve druge kojima je podrška potrebna. Pored ova dva modela, izdvaja se Južno/Istočnoevropski model koji se prvenstveno bazira na brizi porodice. Najzad, za najveći broj zemalja karakterističan je mešoviti model sa miksom usluga i novčanih davanja, u kome su prisutni različiti načini organizacije i različita pokrivenost DTN sistemom.

9 Reimat (2009) je pokušala da testira da li su sistemi DTN uslovljeni istorijskim nasleđem u smislu različitih država blagostanja (tzv. „put zavisnosti”) ili je kod njih došlo do konvergencije pri samom nastajanju. Ona pokazuje, doduše ne potpuno adekvatnim izborom varijabli, da je istorijsko nasleđe imalo snažan uticaj kod razvoja ovih sistema.

U nastavku teksta sledi pregled najvažnijih razvijenih DTN modela u okviru Evropske unije. Iako se Srbija obično poredi prvenstveno sa zemljama koje su kasnije pristupile EU (tzv. tranzicione zemlje), ovog puta one nisu analizirane s obzirom da su njihovi sistemi DTN tek u povoju.

2.1. NORDIJSKI MODEL — USLUGE DOSTUPNE SVIMA, FINANSIRANE IZ POREZA

Sistem dugotrajne nege u nordijskim zemljama počeo je da se razvija još krajem 40-ih i početkom 50-ih godina prošlog veka (Karlsson et al., 2010). Osnovna karakteristika ovog modela je jaka uloga države koja putem lokalnih vlasti obezbeđuje visoko razvijene usluge dugotrajne nege dostupne svima kojima su potrebne.

Odmah, međutim, treba napomenuti da je i u ovim zemljama uloga porodice i dalje izuzetno važna, ako ne i dominantna (Daatland, 2012). Tako, na primer, neke studije procenjuju da je u Skandinaviji odnos u angažovanju države i porodice 50:50 kada je u pitanju pomoć u osnovnim dnevnim aktivnostima, a ako bi se uzele u obzir i emocionalna i socijalna podrška, onda bi uloga države zapravo bila značajno umanjena (Daatland, 2012. kao u Huber, 2009).

Glavna obeležja skandinavskog modela su integrisana politika DTN, univerzalna pokrivenost uslugama, velika autonomija opština u organizaciji i finansiranju usluga i finansiranje usluga putem poreza.

Usluge su osnovni instrument dugotrajne nege u Skandinaviji. One su sveobuhvatne i dostupne svima kojima su potrebne bez obzira na materijalno stanje, s tim što se u nekim zemljama (Švedska, na primer) plaća participacija. Pored usluga lične nege, pružaju se i usluge pomoći u kućnim poslovima, stanovanje uz podršku, pomoć pri adaptiranju stanova i kupovini pomagala (Colombo, 2011).

Iako smeštaj i nega u institucijama beleže drastično smanjenje u poslednjih 20-30 godina, oni i dalje postoje, i to na vrlo visokom nivou. U domovima sestrinske nege sobe su uglavnom jednokrevetne, a odnos osoblja i korisnika je vrlo visok - jedan zaposleni po krevetu (Daatland, 2010).

Lokalne samouprave imaju izuzetno važnu ulogu kako u organizovanju i obezbeđenju, tako i u finansiranju socijalnih usluga, dok su kontrola i zakonska regulativa na centralnom nivou. Lokalne vlasti imaju ovlašćenja i za prikupljanje poreza, dok država obično učestvuje u finansiranju usluga dugotrajne nege putem nenamenskih transfera (Colombo, 2011).

Do početka 90-ih usluge je obezbeđivala isključivo država tj. opštine, da bi početkom 90-ih Švedska uvela mogućnost obezbeđivanja usluga i od strane privatnih pružaoaca, dok je Danska to uradila početkom 2000-ih. Mogućnost izbora između javnih i privatnih pružalaca usluga manja je u Norveškoj (Karlsson et al., 2010). U nordijskim zemljama se mogućnost izbora po pravilu ostvaruje putem vaučera, sa kojim korisnici mogu da kupe usluge od licenciranih pružalaca usluga. Studije koje su se bavile efektima uvođenja vaučera pokazuju veće zadovoljstvo korisnika, ali nema jasnih dokaza o većoj efikasnosti (Colombo, 2011).

Univerzalna dostupnost visoko kvalitetnih i sveobuhvatnih usluga rezultira prilično visokim javnim rashodima za dugotrajnu negu - od preko 2% BDP-a u Danskoj, pa do čak 3,6% u Švedskoj (Colombo, 2011).

Što se tiče pokrivenosti stanovništva 65+ uslugama DTN, ona je prilično visoka – prosečno je obuhvaćeno oko 15% ove populacije. Prema podacima OECD-a, u Švedskoj je u 2006. godini oko 9,8% stanovništva starijeg od 65 godina bilo pokriveno uslugama DTN kod kuće, a oko 6,8% u instituciji, dok je u Danskoj 4,8% primalo uslugu kod kuće, a 9,5% u institucionalnom/rezidencijalnom smeštaju¹⁰. Što se tiče Norveške, u 2008. godini oko 5,5% populacije 65+ primalo je uslugu kod kuće, a 12,4% u instituciji, a u Finskoj 7,6% u kući, a 4,6% u instituciji. Pri tome treba imati u vidu da se pod institucionalnim smeštajem uzimaju u obzir i alternative tradicionalnom institucionalnom smeštaju, kao što je „zaštićeno stanovanje” i slično (Daatland, 2010).

2.2. HOLANDIJA — UNIVERZALNA PODRŠKA, FINANSIRANA KAO DEO ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

Slično skandinavskim zemljama, filozofija holandskog modela je da je država odgovorna za pružanje dugotrajne nege.

U Holandiji sistem osiguranja za dugotrajnu negu postoji jos od 1968. godine kao deo zdravstvenog osiguranja, tačnije u okviru obaveznog osiguranja za slučaj „neuobičajenih” medicinskih rashoda (AWBZ)¹¹. Ovo osiguranje pored dugotrajne nege pokriva i troškove vezane za sve vrste hroničnih bolesti, tačnije sve veće troškove koje privatno osiguranje ne bi pokrilo (Mot, 2010).

Procenu kome će AWBZ pružiti pomoć daje nezavisna institucija CIZ – Centar za procenu potreba za negom¹². Kriterijum su funkcije koje potencijalni korisnik ne može da obavlja. Ne postoje opšte klasifikacije nivoa invaliditeta, već se procene potrebne podrške vrše na osnovu jasnih uputstava za svakog korisnika pojedinačno.

Što se tiče usluga dugotrajne nege, AWBZ pokriva ličnu i zdravstvenu negu, dnevne boravke, personalne asistente i institucionalnu negu, uključujući institucije za smeštaj osoba sa invaliditetom, kao i psihijatrijske ustanove. Iako je neformalna porodična nega u Holandiji manje važna u odnosu na ostale zemlje, postoji mogućnost da AWBZ finansira uslugu pre-daha (Mot, 2010).

Sem u slučaju institucionalnog smeštaja, korisnik može da bira između usluge i novčane naknade. Novčana naknada se isplaćuje u vidu „personalnog budžeta” čija je vrednost 25% niža od vrednosti usluge. Ukoliko se opredeli za novčanu naknadu, korisnik mora da prikaže na koji način je naknadu potrošio, tj. mora da dokaže da ju je upotrebio za kupovinu usluge (pri kupovini ima slobodu izbora pružaoca usluge). Novčana naknada u zavisnosti od procene CIZ-a iznosi od 15 do 18 hiljada evra godišnje, što je približno na nivou minimalne nadnice (Colombo, 2011 i EUROSTAT). Takođe, pružalac nege ima pravo na neoporezivi dodatak od 250 evra godišnje (OECD, 2011e; European Commission, 2011b).

Za organizaciju usluga u okviru osiguranja AWBZ nadležne su regionalne kancelarije. Inspektorat za zdravstvenu negu (IGZ) kontroliše kvalitet usluga, a Uprava za zdravstvenu negu (NZA) vrši monitoring (Mot, 2010).

¹⁰ U klasičnim institucijama smešteno je oko 5% starijeg stanovništva (OECD, 2010; prezentacija Ministarstva socijalne politike i integracija, Kraljevina Danska).

¹¹ Zdravstvena nega u Holandiji pokrivena je sa dve odvojene osiguravajuće šeme.

¹² Centrum Indicatiestelling Zorg (Centre for Care Assessment)

Usluga pomoći u kućnim poslovima je do 2007. godine takođe bila pokrivena ovim osiguranjem, ali je tada prebačena u socijalnu zaštitu. Ova usluga se sada finansira iz centralnog budžeta tako što se blok transferi prebacuju lokalnim zajednicama koje su odgovorne za organizovanje usluge. Lokalne zajednice vrše i procenu kome je ova usluga potrebna¹³. One su samostalne u organizovanju usluga onako kako smatraju da je najefikasnije, ali moraju da omoguće korisniku vođenje domaćinstva, kretanje u okviru i van domaćinstva, kao i socijalne kontakte.

Pored usluge pomoći u kućnim poslovima, iz sredstava socijalne zaštite pokriva se i „hrana na točkovima”, transport korisnika, kao i adaptacija stanova.

Prema podacima OECD-a, u 2008. godini je oko 6,7% stare populacije bilo smešteno u institucionalnom smeštaju, dok je uslugu pomoći u kući primalo oko 12,9% populacije starih (OECD, 2011e). Neformalna porodična nega u Holandiji nije značajna kao u kontinentalnoj i južnoj Evropi. Tako, na primer, procene i podaci iz 2006. ukazuju da je ukupna tražnja za DTN između 700 i 800 hiljada starih, od čega je oko 150 hiljada u institucionalnom smeštaju, 490 hiljada koristi uslugu pomoći u kući (tu su uključeni i oni koji je koriste samo privremeno), a ukupno 88 hiljada koristi novčane naknade (tu su i odrasla invalidna lica, dakle značajno manji broj starih), dok oko 157 hiljada prima neformalnu porodičnu negu (Mot, 2010.).

AWBZ se finansira iz doprinosa, participacije i poreza u slučaju deficita. Stopa doprinosa iznosi 12,25% ukupnih prihoda uz „plafon” na prihod koji je u 2009. godini iznosio oko 32.000 evra godišnje (Maarse, 2012. i MISSOC, 2012)¹⁴. Participacija se razlikuje za institucionalne i vaninstitucionalne korisnike. Za vaninstitucionalne usluge koje se finansiraju iz AWBZ korisnici treba da učestvuju sa 12,6 evra po satu. Međutim, pri određivanju visine participacije za pomoć u kući, pored prihoda korisnika, uzima se u obzir i sastav domaćinstva u kome živi, kao i godine života. Tako za stariju osobu koja živi sama, sa prihodom nižim od 14.812 evra godišnje, participacija može da iznosi maksimalno 17,2 evra za četiri nedelje, dok za istu osobu sa 40.000 evra prihoda participacija maksimalno iznosi 308 evra, što je oko 15% ukupne cene. Na sličan način se određuje i participacija za pomoć u kućnim poslovima. Što se tiče institucionalne nege, postoje dva nivoa participacije. Niži nivo važi za prvih šest meseci u instituciji ili za neke specijalne slučajeve kao što je, na primer, situacija kada partner ostaje da živi samostalno u zajedničkom domu. Visina participacije iznosi 12,5% prihoda i kreće se od minimalnih 141,2 evra do maksimalnih 741,2 evra mesečno. U slučaju višeg nivoa participacije, kada korisnik ostaje duže od šest meseci, maksimum participacije je oko 2.000 evra mesečno (Mot, 2010).

Ukupni javni rashod za DTN je 3,5% BDP-a, što je značajno iznad proseka za OECD zemlje, tačnije posle Švedske najviša potrošnja za DTN. Učešće participacije korisnika je u 2009. godini bilo oko 8% ukupnih troškova (Maarse, 2012).

Što se tiče reformskog procesa u Holandiji, fokus je prvenstveno na održivosti sistema i smanjenju troškova. U tom smislu se promovise individualna odgovornost za stare, s obzirom da se neformalna porodična nega minimalno koristi iako postoji velika fleksibilnost u pogledu radnog vremena na tržištu radne snage (Mot, 2010). Druga važna tema su novčana davanja (tzv. personalni budžeti). Broj korisnika personalnih budžeta se značajno uvećao, sa 13 hiljada u 1998. godini na 148 hiljada u 2008. godini (Maarse, 2012). Jedna studija je pokazala da se čak 2/3 korisnika novčane naknade ne bi prijavilo za usluge DTN, dakle

13 U ovom procesu lokalne zajednice se često oslanjaju i na neke druge institucije. Tako, na primer, 52% lokalnih zajednica procenu radi zajedno sa CIZ-om ili nekom drugom organizacijom, 28% procenu radi samostalno, dok je 21% lokalnih zajednica procenu potpuno prepustilo CIZ-u ili nekoj drugoj organizaciji (Mot *et al.*, 2010).

14 Još jednom treba napomenuti da AWBZ ne pokriva samo DTN.

prosto je došlo do „monetarizacije neformalne nege” (Maarse, 2012:25). Iako se smatra da postoje velike prednosti ove naknade za korisnike, Sekretarijat za zdravstvo je najavio delimično ukidanje personalnih budžeta u 2013/2014. godini (Ibid). Takođe, razmatra se uzimanje u obzir visine štednje korisnika pri računanju participacije za institucionalnu negu (Maarse, 2012. i OECD, 2011e).

2.3. BELGIJA — „MEDICINSKI” MODEL DTN

Sistem DTN u Belgiji je mešoviti – karakteriše ga ekstenzivna formalna nega finansirana od strane države uz komplementarnu neformalnu negu unutar porodice (Willeme, 2010). Dugotrajna nega se u Belgiji prvenstveno smatra zdravstvenim rizikom, te institucionalni aranžman reflektuje tzv. „medicinski” model dugotrajne nege (OECD, 2011b).

Sistem je prilično komplikovan zbog komplikovane organizacije nadležnosti u okviru države.¹⁵ Najveći deo usluga pokriven je zdravstvenim osiguranjem dok su „zajednice” tj. regioni zaduženi za usluge koje imaju karakter socijalne zaštite (Segaert, 2012). Flamanska zajednica je 2001. osnovala posebnu šemu osiguranja DTN koja je obavezna za sve koji žive u regionu Flandrije, a dobrovoljna za stanovnike Brisela (Willeme, 2010).

Procenu potrebe za uslugama DTN vrši lekar opšte prakse, kvalifikovana medicinska sestra i/ili socijalni radnik na osnovu univerzalne skale. U sledećoj instanci procenu vrši zdravstveni radnik koji radi kod pružaoca usluga. Dakle, ne postoji posebno nezavisno telo koje ex ante vrši procenu za potrebama, ali se ex post rutinski vrše evaluacije od strane Nacionalnog instituta za zdravstveno osiguranje. Procenom korisnik dobija određen broj poena na varijanti „Katz skale”, koji ukazuje na visinu invaliditeta (Ibid)¹⁶.

Sistem je koncipiran tako da sve što je vezano za zdravstvenu negu pokriva zdravstveno osiguranje uz manju participaciju korisnika, dok sve ostale troškove snosi sam korisnik. Kada korisnik nema dovoljno finansijskih sredstava, može da dobije dodatnu pomoć od države.

Sistem DTN se sastoji od novčanih davanja i usluga, s tim što se može reći da su usluge važnija komponenta sistema.

Postoje dve vrste novčanih davanja. Na federalnom nivou dodatak za pomoć starijim licima daje se osobama sa minimum sedam poena na skali koja uzima u obzir i ODA i IDA ograničenja. Visina ovog davanja zavisi od finansijske situacije korisnika, uzimajući u obzir i prihod i imovinu. Dodatak je u 2010. godini iznosio od 925,06 do 6.209,71 evra godišnje, što znači, u poređenju sa minimalnom nadnicom koja je iznosila blizu 17 hiljada evra godišnje, da je najviše davanje bilo nešto niže od 40% minimalne nadnice (Colombo, 2011. i EUROSTAT)¹⁷.

Novčana naknada koju dobijaju stanovnici Flandrije je univerzalna, dakle nezavisna od imovinskog stanja, ali je uslovljena sa minimum pet godina boravka u Flandriji ili Briselu i uplatom doprinosa. Ova naknada iznosi 130 evra mesečno, tj. 1.560 evra godišnje, što je manje od 10% minimalne nadnice.

Usluge koje organizuje zdravstveno osiguranje su kućna zdravstvena nega, institucionalni

¹⁵ U Belgiji je podela na regione komplikovana zbog postojanja različitih zajednica (flamanska, francuska i nemačka zajednica). Stoga je i sam sistem DTN prilično komplikovan.

¹⁶ Skala koja se koristi za procenu ODA zavisnosti.

¹⁷ Pandan ovoj naknadi je tzv. *integrisani dodatak* koji je namenjen licima od 21 do 65 godina starosti. Ovaj dodatak je nešto višeg iznosa, kreće se od oko 1.100 evra do blizu 10.000 evra godišnje (MISSOC).

smeštaj, dnevni boravak i usluge predaha, kao i stanovanje uz podršku. Usluga pomoći u kući (lična nega i pomoć u kućnim poslovima) su u nadležnosti zajednica. Delimično dolazi do preklapanja kućne nege koja se pruža u okviru zdravstvenog osiguranja i zajednica (Segaert, 2012).

Veliki broj korisnika DTN je u institucionalnom smeštaju – oko 50% korisnika DTN, tj. 6,6% stanovnika starijih od 65 godina. Institucionalni smeštaj se obezbeđuje kroz dva tipa smeštaja – domove za stare za one koji imaju umerene teškoće u obavljanju osnovnih dnevnih aktivnosti i domove sestrinske nege za zavisne i dementne korisnike. Cena institucionalnog smeštaja je obično podeljena na „hotelske troškove” koje snosi sam korisnik i koji prosečno iznose oko 1.185 evra mesečno, dok troškove nege pokriva zdravstveno osiguranje (OECD, 2011b; Colombo, 2011).

Što se tiče pomoći u kući, ova usluga je u nadležnosti regiona, ali delimično dolazi do preklapanja sa kućnom zdravstvenom negom koju organizuje zdravstveno osiguranje (Segaert, 2012). Od 2003, sa ciljem smanjenja sive ekonomije u ovoj oblasti, uveden je sistem vaučera koji su većim delom subvencionisani od strane države (oko 13 evra na sat), dok ostatak od oko 7,5 evra na sat plaća korisnik, a taj iznos se oduzima pri godišnjem oporezivanju (Willeme, 2010).

Sistem DTN se finansira iz različitih izvora. Sve što je vezano za medicinsku DTN negu finansira se u okviru zdravstvenog osiguranja, dakle iz doprinosa uz delimičnu dopunu iz budžeta. Korisnici participiraju, ali do izvesne granice - tzv. „maximum billing system”. Od februara 2010. participacija za medicinsku kućnu negu snižena je sa dotadašnjih 15% na 10% (Segaert, 2012).

Novčana davanja se finansiraju iz federalnog budžeta. Univerzalne naknade za stanovnike Flandrije se finansiraju delimično iz doprinosa koji iznose oko 25 evra godišnje, a delimično iz poreza. Što se tiče pomoći u kući, koja je u nadležnosti regiona/zajednica, najveći deo se finansira iz poreza, manji deo iz doprinosa, a nešto više od 10% iz participacije korisnika (Willeme, 2010).

Ukupni javni rashodi za DTN u Belgiji iznose oko 2% BDP-a, s tim što najveći deo odlazi na institucionalni smeštaj (OECD, 2011b i Huber et al., 2012).

2.4. FRANCUSKA — NOVČANO DAVANJE ČIJA VISINA ZAVISI OD PRIHODA I ČIJA SE UPOTREBA KONTROLIŠE

Sistem dugotrajne nege u Francuskoj je mešovit i zasniva se na dva stuba. Prvi stub je zdravstveno osiguranje koje pokriva troškove zdravstvene nege u institucionalnom smeštaju, jedinice DTN u bolnicama i kućnu sestrinsku negu. Drugi stub je sistem novčanih davanja (APA – dodatak za gubitak nezavisnosti), čiji je cilj pomoć u finansiranju troškova nege koji nisu pokriveni zdravstvenim osiguranjem (Palier et al., 2012)¹⁸.

U mandatu lokalnih zajednica¹⁹ su procena potrebe za DTN, definisanje potrebnog paketa usluga za svakog korisnika, monitoring i evaluacija usluge i finansiranje većeg dela APA naknade (Joël et al., 2010).

18 Zdravstveno osiguranje u Francuskoj je podeljeno u četiri grane: ambulantna nega, bolnička nega, lečenje bolesti zavisnosti i socijalna nega u koju spada DTN (http://www.cnsa.fr/article.php3?id_article=364).

19 Tzv. „departmani” - teritorijalno i administrativno organizovane jedinice u Francuskoj, kojih ima 96.

Procena potrebe za DTN se vrši na osnovu nacionalne standardizovane skale zavisnosti, tzv. skale AGGIR. Prema ovoj skali stara lica su klasifikovana u šest stepena zavisnosti, gde je AGGIR 1 potpuno zavisno lice, dok je AGGIR 6 nezavisno lice (Joel et al., 2010).

Novčano davanje za starija lica, tzv. APA, dodeljuje se starijima od 60 godina²⁰ koji su klasifikovani u prve četiri AGGIR grupe, bilo da se nalaze u institucionalnom ili kućnom smeštaju. Ovo je univerzalna naknada, ali njena visina, pored kategorije zavisnosti, zavisi i od visine prihoda korisnika. Ova naknada je u 2010. godini iznosila od maksimalnih 529,56 evra za četvrtu kategoriju do maksimalnih 1.235,65 evra mesečno za prvu kategoriju zavisnosti, što znači da je najviši iznos naknade na oko 93% minimalne nadnice (OECD, 2011c i EUROSTAT). Međutim, maksimalnu moguću naknadu dobijaju samo korisnici sa niskim prihodima, a kako prihod raste tako se APA progresivno umanjuje čak i do 80%. Konkretno, starija lica čiji su prihodi ispod 689,50 evra mesečno su oslobođena participacije, što znači da dobijaju punu naknadu, dok participacija za one sa prihodima preko 2.600 evra mesečno može da iznosi i do 90% cene usluge (Palier et al., 2012. i Alzheimer Europe, 2012).

Prosečan iznos APA za korisnike u institucionalnom smeštaju je u 2007. godini iznosio 410 evra (Joël et al., 2010). APA institucionalnim korisnicima doprinosi pokrivanju velikog dela troška „zavisnosti“, dok preostalih oko 33% troška snose sami (OECD, 2011c). Kada je u pitanju pomoć u kući, prosečan iznos APA je u 2007. godini iznosio 490 evra, dok je participacija prosečno iznosila 88 evra, tj. oko 15% cene usluge (Joël et al., 2010).

Značajna karakteristika APA je da se način njenog korišćenja kontroliše. Korisnici moraju da plate stručnu pomoć ili da zaposle člana porodice, ali to ne može biti bračni partner (Riedel i Kraus, 2011).

APA može da se isplati na nekoliko načina. Jedan je direktno plaćanje usluge pomoći u kući, čiji pružaoci mogu da budu opštine, neprofitne organizacije, ali i komercijalne firme. APA može da se isplaćuje i kao novčano davanje na bankovni račun korisnika, ali on/a mora da potvrdi da je novac iskorišćen za kupovinu profesionalne usluge ili da je zaposlio/la negovatelja. Još jedan od načina isplate APA je kroz vaučer za zapošljavanje (CESU - Chèques emploi service universel) koji olakšava formalno zapošljavanje radnika za potrebe „ličnih usluga“, kao što su pomoć u kući, čuvanje dece, itd. Zapravo, isplata usluge vaučerom automatski formalizuje status negovatelja kao zaposlenog, bez posebnog potpisivanja ugovora i slično. Postoje i određene poreske olakšice, kao što su oslobađanje od plaćanja doprinosa za sve starije od 70 godina koji zaposle nekog radi nege u kući, zatim oslobađanje plaćanja poreza na prihod na prvih 10.000 evra svih zavisnih korisnika, a oni koji su smešteni u instituciji na još dodatnih 2.500 evra (OECD, 2011c).

Od ukupno 1.174.000 korisnika APA u junu 2010. godine, što je oko 11% stare populacije, nešto više od 60% su korisnici pomoći u kući, a oko 40% su korisnici u institucionalnom smeštaju (CSNA, 2013).

Institucionalnom negom u Francuskoj je zbrinuto oko 6,7% stanovništva starijeg od 65 godina. Rezidencijalni smeštaj uključuje oko 6.500 tradicionalnih staračkih domova, oko 2.800 jedinica zaštićenog stanovanja i oko 900 domova sestrinske nege, od čega je oko 57% u državnom vlasništvu, 27% su neprofitne organizacije, a oko 16% su privatne profitne institucije (OECD, 2011c).

²⁰ Starosna granica za penziju u Francuskoj je 60 godina (65 godina je granica za punu penziju), te je to verovatno razlog za definisanje stare populacije kao starije od 60 godina (Stanić, 2010). Pandan ovog davanja za mlađu populaciju je „dodatak za kompenzaciju invalidnosti“, koji se odnosi na populaciju mlađu od 60 godina i nešto je višeg iznosa (MISSOC, OECD 2011c).

Trošak institucionalne nege je podeljen na tri dela: zdravstveni trošak, trošak „zavisnosti” i „hotelski” trošak. Korisnik sam snosi „hotelski” trošak sem u slučaju kada nema dovoljno finansijskih sredstava, jer tada može da konkuriše za pokriće troškova stanovanja. Korisnik takođe pokriva i trošak „zavisnosti”, ali uz pomoć novčane naknade koju dobija od države (Ibid). Trošak zdravstvene nege pokriva zdravstveno osiguranje. Prema Joel et al. (2010), „hotelski” trošak čini 60% ukupne cene, trošak zdravstvene nege 30%, a trošak „zavisnosti” 10 % ukupne cene institucionalnog smeštaja.

Što se tiče finansiranja, APA se finansira sa lokalnog nivoa, ali se od 2004. godine jednim delom (oko 33% ukupnog iznosa APA)²¹ finansira i isplaćuje od strane Nacionalnog solidarnog fonda za nezavisnost (CNSA), a koji se finansira iz doprinosa zdravstvenog osiguranja, poreza i specijalnog „poreza solidarnosti” od 0,1%, koji je u osnovi porez na fond zarada. Takođe, CNSA je uveo tzv. „solidarni doprinos za nezavisnost” u vidu jednog „nacionalnog dana solidarnosti”, koji kompanije doniraju radeći taj dan „besplatno”, tj. svi zaposleni se odriču jedne dnevnicke godišnje (Joel et al., 2012). Ovaj doprinos korespondira sa oko 0,3% ukupnog godišnjeg prihoda firmi i čini oko 12% ukupnog CNSA budžeta (CNSA i Ministarstvo zdravstva i socijalne politike, 2012).

Pored finansiranja, CNSA ima zadatak da vodi računa o jednakom teritorijalnom tretmanu korisnika u smislu eliminisanja eventualnih regionalnih razlika, kao i da obezbedi ekspertsku podršku kada je u pitanju DTN. Na taj način CNSA je u isto vreme „fond” za finansiranje i agencija koja pruža tehničku pomoć (Joel et al. i CNSA, 2012).

Ukupni javni rashodi za DTN u Francuskoj su u 2008. godini iznosili 1,7% BDP-a (Colombo et al., 2011). Od toga, 60% je finansirano od strane zdravstvenog osiguranja, 20% od lokalnih vlasti, 15% od strane CNSA i 2% iz republičkog budžeta u vidu poreskih olakšica (Joel et al., 2010).

Što se reformskog procesa tiče, u Francuskoj je od 2007. godine postojala ideja da se uvede tzv. „peto socijalno osiguranje” - osiguranje za DTN, ali je ta namera usled finansijske krize napuštena (Ibid).

Zanimljivo je da je u Francuskoj, pored SAD, najrazvijenije tržište privatnog osiguranja DTN, a posmatrajući pokrivenost stanovništva čak i najrazvijenije – 15% stanovnika starijih od 40 godina je osigurano u poređenju sa 5% u SAD (OECD, 2011c).

2.5. NEMAČKI SISTEM – OBAVEZNO OSIGURANJE, KOMBINACIJA NOVČANIH NAKNADA I USLUGA

Nemačka je sistem DTN ustanovila tek januara 1995. godine uvođenjem obaveznog osiguranja za dugotrajnu negu. Do tada je dugotrajna nega bila prvenstveno briga porodice i sistema socijalne pomoći za one koji nemaju dovoljno sredstava (Gledening i Morane, 2007; Degavre, 2012).

Osiguranje za dugotrajnu negu direktno je povezano sa zdravstvenim osiguranjem, tako da su svi oni koji su osiguranici zdravstvenog osiguranja (bilo socijalnog ili privatnog) automatski „upisani” u osiguranje za dugotrajnu negu, socijalno ili privatno (Augurzky and Mennicken, 2012). S obzirom da je osiguranje obavezno za sve zaposlene, a oni koji nisu zaposleni osigurani su preko članova porodice, pravo na dugotrajnu pomoć je praktično univerzalno.

²¹ Ostatak (blizu 70% iznosa za APA) finansiraju lokalne zajednice.

Pravo mogu da ostvare svi oni koji su uplaćivali doprinose najmanje dve godine u periodu od deset godina koje prethode zahtevu²², a koji ispunjavaju medicinske uslove za dugotrajnu negu bez obzira na godine života i imovinsko stanje (OECD, 2011d; Shultz, 2010).

Osiguranje pokriva tri vrste naknada: novčane naknade, uslugu pomoći u kući i institucionalni smeštaj. Korisnici biraju vrstu naknade, a mogu da izaberu i kombinaciju novčane naknade i usluge.

Novčana naknada (dodatak za negu) se smatra naknadom za neformalnu negu, dok se usluge i institucionalni smeštaj smatraju formalnom negom (Augurzky and Mennicken, 2012).

Postoje tri nivoa novčanih naknada koje su značajno niže od vrednosti usluga, čak i više nego duplo. Ako najvišu naknadu uporedimo sa minimalnom zaradom npr. čistača koja iznosi oko 1.500 evra bruto mesečno²³, ona je na nivou od ispod 47% minimalne nadnice.

Novčana naknada se generalno koristi za „kompenzaciju” neformalne nege od strane članova porodice (Degavre, 2012). Ukoliko neformalni negovatelj pruža više od 14 sati pomoći nedeljno i nije zaposlen (ili radi manje od 30 sati nedeljno), osiguranje za dugotrajnu negu mu uplaćuje i doprinose za penziju (Shultz, 2010).

Da bi se poboljšao kvalitet nege, korisnici novčanih naknada su u obavezi da dva puta godišnje kontaktiraju profesionalnog pružaoca nege koji podnosi izveštaj osiguranju (Shultz, 2010).

TABELA 2. IZNOSI NAKNADA U 2012. GODINI, NEMAČKA, DUGOTRAJNA NEGA

	MINIMALNO DNEVNO POTREBNA NEGA	NOVČANA NAKNADA	USLUGE POMOĆI U KUĆI	INSTITUCIONALNI SMEŠTAJ
Nivo I	> 90 minuta	235 €	450 €	1.023 €
Nivo II	> 180 minuta	440 €	1.100 €	1.279 €
Nivo III	> 300 minuta	700 €	1.550 €	1.550 €
Teški slučajevi	1.918 €	1.918 €

Izvor: Augurzky and Mennicken (2012) i Ministarstvo finansija Nemačke, 2012.

Što se tiče usluge pomoći u kući, u pitanju je profesionalna/stručna nega za razliku od neformalne porodične, a vrednost usluga je značajno viša od novčanih naknada. Pružaoce usluga direktno plaća osiguranje.

Novčana naknada i usluga mogu da se kombinuju. Na primer, korisnik može delimično da koristi uslugu, a da u proporcionalnom iznosu prima novčanu naknadu (European Commission, 2011). Takođe, ako je neformalni negovatelj na odmoru, osiguranje pokriva troškove profesionalnog negovatelja u periodu do četiri nedelje u maksimalnoj vrednosti od 1.550 evra (Schultz, 2010. i Ministarstvo finansija Nemačke, 2012).

Što se tiče institucionalnog smeštaja, regionalni nivo određuje cenu, a osiguranje refundira troškove nege u fiksnom iznosu, koji u proseku iznose 46% ukupne cene smeštaja u domu. Cenu smeštaja i hrane (tzv. „hotelski smeštaj”) dužan je da plati sam korisnik, a ukoliko nije u mogućnosti onda je to obaveza njegove porodice (prvo koleno). Ukoliko ni njihovi prihodi nisu dovoljni da izmire troškove, razlika se pokriva iz budžeta. Trenutno socijalna po-

22 Ovaj uslov važi od 2008. godine. Do tada je uslov bio minimum pet godina uplate doprinosa.

23 Nemačka nema jedinstvenu minimalnu zaradu. Za potrebe ove analize uzeli smo minimalnu nadnicu profesije koja je „radno intenzivna”. Minimalna nadnica za čistača iznosi 8,82 evra po satu (izvor: <http://www.guardian.co.uk/money/2012/oct/26/real-cost-labour-reforms-germany?newsfeed=true>)

moć iz budžeta učestvuje sa 12% u finansiranju domova za stare. Što se tiče investicionih troškova, njih bi trebalo da pokrije regionalna vlast (provincije), ali praksa nije ujednačena i može se desiti da se i ovaj trošak „prevali” na korisnika. U tom slučaju iznos participacije postaje vrlo visok (Shultz, 2010. i Augurzky and Mennicken, 2012).

Nešto više od 2% ukupnog, tj. 11% starog stanovništva, pokriveno je nekom od naknada iz osiguranja za dugotrajnu negu (podaci za 2007, Shultz (2010)). Iako je ideja bila da usluga pomoći u kući bude dominantan oblik dugotrajne nege, ipak se mnogo veći procenat opredeljuje za novčane naknade. Konkretno, u 2009. godini od 2,34 miliona korisnika davanja za dugotrajnu negu, 1,07 miliona ili 47% primalo je novčanu naknadu, 560 hiljada (24%) opredelilo se za usluge pomoći u kući, dok je 720 hiljada ili 31% smešteno u domove za stare; to znači da oko 5% starih dobija novčanu naknadu, oko 2,6% uslugu pomoći u kući, a 3,4% je smešteno u instituciju (Augurzky and Mennicken, 2012). Dakle, ako posmatramo samo korisnike izvan institucija, skoro 2/3 se opredeljuje za novčane naknade. Ipak, primećuje se vrlo blag, ali postepeni porast onih koji biraju usluge ili kombinaciju usluga i novčane naknade (Gledening i Morane, 2007).

Dugotrajna nega se finansira iz posebnog doprinosa. Stopa doprinosa za socijalno osiguranje za slučaj dugotrajne nege je do 2008. godine iznosila 1,7% bruto zarada, a potom je povećana na 1,95%, a za one koju su stariji od 23 godine i nemaju decu na 2,2% bruto zarade²⁴. Zaposleni i poslodavac dele premiju po pola, dok penzioneri plaćaju ceo iznos. Što se tiče premija za obavezno privatno osiguranje, one nisu vezane za prihod već za starosnu dob, ali visina premije ne sme da pređe maksimum iz obaveznog socijalnog osiguranja.

Ukupni rashodi na DTN iznose oko 1,3% BDP-a, od čega se 0,9% pokriva iz socijalnog osiguranja, a 0,4% iz privatnog osiguranja.

2.6. AUSTRIJA — SISTEM NOVČANIH DAVANJA

Sistem dugotrajne nege u Austriji je prvenstveno zasnovan na novčanim davanjima, a manjim delom na uslugama sa lokalnog nivoa. Ovakav sistem je uspostavljen 1993. godine kada je uveden jedinstveni novčani dodatak u nadležnosti Republike i manjim delom regiona (provincija), a od 2012. godine nadležnost za novčane dodatke je u potpunosti prebačena na centralni nivo. Usluge su u nadležnosti provincija koje ih obezbeđuju u saradnji sa lokalnim zajednicama (Fink, 2012).

Pravo na dodatak ima svaki pojedinac sa fizičkim, mentalnim ili psihičkim invaliditetom, uključujući i senzorni. Dodatni uslov je da se očekuje da će invaliditet/onesposobljenost da traje najmanje tokom narednih šest meseci, kao i da je za dati stepen invaliditeta potrebna nega u trajanju od najmanje 60 sati mesečno. Pravo je uslovljeno isključivo potrebom, ne zavisi od materijalne situacije pojedinca/porodice, starosti ili od načina na koji je invaliditet nastao (BMASK, 2012).

Odluku o nivou podrške donosi doktor, uključeni su i eksperti drugih profila (negovateljice, na primer), a pregled se obavlja u domu korisnika. Regulatorna na kojoj se bazira donošenje odluke sadrži precizno vreme potrebno za obavljanje pojedinih dnevnih aktivnosti (oblačenje, svlačenje, hranjenje, itd.).

U zavisnosti od težine invaliditeta, postoji sedam nivoa novčanih davanja. Vrlo je teško oce-

²⁴ Razlog za povećanje doprinosa su veći rashodi od prihoda, koji su doveli do pada rezervi formiranih u prve 3-4 godine postojanja osiguranja za dugotrajnu negu (Augurzky and Mennicken, 2012. i Arntz et al., 2007)

niti visinu davanja u odnosu na minimalnu zaradu s obzirom da Austrija nema statutornu minimalnu zaradu, već se ona određuje na osnovu kolektivnih pregovora za svaki sektor. Okvirno, možemo reći da je najviše davanje (za kategoriju VII) negde u visini minimalne zarade²⁵. I pored toga, davanja su ispod tržišne cene potrebne da se angažuje profesionalna nega, a najveći deo korisnika je pokriven neformalnom negom. Prema najnovijim dostupnim podacima, citiranim u izveštaju ASPIS iz 2012. godine, 58% svih onih kojima je nega potrebna primaju neformalnu dugotrajnu negu, 24% kombinaciju neformalne nege i formalnih usluga lokalnih zajednica, 16% je u institucionalnom smeštaju, a samo 2% (uz ogradu da podaci moguće izostavljaju neke korisnike) plaćaju pomoć i negu.

TABELA 3. VISINA DAVANJA I NIVO INVALIDITETA

	BROJ SATI	IZNOS (EUR)
Kategorija I	> 60 sati	154,,20
Kategorija II	> 85 sati	284,30
Kategorija III	> 120 sati	442,90
Kategorija IV	> 160 sati	664,30
Kategorija V	> 180 sati*	902,30
Kategorija VI	> 180 sati*	1.260,00
Kategorija VII	> 180 sati*	1.655,80

* dodatni kvalitativni kriterijumi sa dodatno postepeno izdiferenciranim potrebama i kvalitetom nege (intenzitet prisustva tokom vikenda, noću...).

Izvor: BMASK (2012)

Pored ovih sedam nivoa davanja, u cilju podrške 24-časovne nege u kućnim uslovima Ministarstvo je razvilo model podrške u vidu novčane doplate od 1.100 evra za ugovor o zapošljavanju ili 550 evra za ugovor o delu (samozapošljavanje). Ugovor o nezi mora da bude sklopljen sa pojedincem (koji ima odgovarajuće kvalifikacije ili profesionalnu autorizaciju, ili na adekvatan način brine o podnosiocu zahteva duže od šest meseci) ili sa NVO pružaocem usluge.

Da bi ostvario pravo na ovu doplatu, pojedinac kome je potrebna takva vrsta nege mora da ispunjava uslove za najmanje 3. nivo podrške prema zakonu koji reguliše pravo na novčano davanje za dugotrajnu negu. Takođe, ovo dodatno davanje je uslovljeno prihodima korisnika – oni moraju biti manji od 2.500 evra mesečno, s tim da se pri obračunu prihoda ne uzimaju u obzir dodatak za dugotrajnu negu, dečiji dodatak i dodatak za stanovanje. Takođe, za svakog izdržavanog člana porodice „dozvoljeni” ukupni prihodi se uvećavaju za 400 evra. Imovina korisnika se ne uzima u obzir (European Commission, 2012a).

Usluge su u nadležnosti provincija (regiona) i one se implementiraju u saradnji sa lokalnim zajednicama i nevladinim organizacijama (Fink, 2012).

Kada je u pitanju institucionalni smeštaj, korisnik je dužan da svoj boravak finansira svojim prihodima i imovinom, pre svega penzijom i dodatkom za negu. Ukoliko nema dovoljno sredstava, razlika se pokriva iz centralnog budžeta. U tom slučaju korisnik zadržava 20% svoje penzije i 10% dodatka za negu nivoa 3 kao svoj „džeparac” sa kojim pokriva parti-

²⁵ Ukoliko uzmemo u obzir da je, na primer, početkom godine minimalna zarada za sektor turizma ispregovarana na 1.455 evra mesečno (izvor: <http://www.wageindicator.org/main/collective-bargaining/2009/austria-1450-euro-minimum-wage-demand-in-the-tourism-sector-march-23-2012>), a da se u Austriji prima 14 zarada godišnje.

cipaciju za lekove i slično. Entitet koji finansira socijalnu pomoć (provincija) ima pravo da traži refundaciju ovih troškova od porodice (tzv. regress), ali se ova praksa različito primenjuje. Pri tom, 2009. godine je promenjen zakon tako da se refundacija može tražiti samo od bračnog partnera, a ne od dece, što je rezultiralo automatskim porastom tražnje za mestima u domovima (Riedel i Kraus, 2010).²⁶ Učešće budžeta u ukupnom finansiranju institucija je vrlo veliko, skoro 50% ukupnih troškova. Nešto više od 40% čine prihodi korisnika (penzije i naknade za negu), dok porodica i imovina korisnika učestvuje samo sa 7% (Ibid).

Preko 400 hiljada korisnika prima novčano davanje, što je nešto više od 5% ukupnog stanovništva, a skoro 30% od populacije starije od 65 godina (BMASK, 2012; Riedel i Kraus, 2010). Nešto iznad 70 hiljada, tj. 0,9% ukupne populacije se nalazi u institucionalnom smeštaju, što je skoro 5% stanovništva starijeg od 65 godina (OECD, 2011a).

Finansiranje sistema dugotrajne nege je iz budžeta. Ukupni troškovi za novčana davanja u 2010. iznosili su 2,4 milijarde evra, tj. 0,8% BDP-a, a za usluge 1,6 milijardi evra ili 0,5% BDP-a, što je ukupno 1,3% BDP-a (BMASK, 2012; OECD, 2011a).

2.7. ENGESKI (LIBERALNI) MODEL — SKROMNA UNIVERZALNA NOVČANA DAVANJA, USLUGE ZA MATERIJALNO UGROŽENE

Sistem dugotrajne nege u Engleskoj vrlo je komplikovan, što je delimično rezultat njegovog porekla. Sistem je nastajao kao deo programa socijalne pomoći namenjen isključivo siromašnima, a potom se postepeno proširivao i razvijao zadržavajući osnovnu karakteristiku targetiranosti na ugroženije stare (Comas-Herrera et al., 2010a).

Današnji sistem dugotrajne nege sastoji se od velikog broja različitih davanja u okviru dve glavne komponente, a to je sistem univerzalnih novčanih davanja uz komplementaran sistem usluga na lokalnom nivou, ali koje su finansirane samo za one čiji su imovina i prihod ispod određenog nivoa.

Kada su u pitanju novčana davanja, osnovno davanje za starije preko 65 godina kojima je potrebna pomoć je dodatak za negu (attendance allowance). Ovaj dodatak se isplaćuje za dva nivoa invaliditeta. Niži nivo, koji u 2012. godini iznosi 51,85 funti nedeljno (oko 20% minimalne zarade), isplaćuje se onima kojima su nega i pomoć potrebne ili tokom dana ili tokom noći (nega manjeg intenziteta), dok se viši nivo od 77,45 funti nedeljno isplaćuje onima kojima su potrebne pomoć i nega i u toku dana i tokom noći. Ova davanja su univerzalna, tj. isplaćuju se svima kojima su nega i pomoć potrebne, nezavisno od materijalnog imovinskog stanja.²⁷

Način korišćenja dodatka se ne kontroliše. Podaci ankete o starenju u Engleskoj (ELSA) pokazali su da samo 27% korisnika dodatka za negu i pomoć koristi formalne usluge so-

²⁶ Zbog toga se ponovo razmatralo uvođenje traženja refundacije i od dece i nije do kraja jasno da li je ona vraćena (u vreme pisanja ENEPRI izveštaja, još uvek nije bilo jasno da li će i koje provincije vratiti tzv. regress).

²⁷ Pandan ove naknade za mlade od 65 godina je *dodatak za život osoba sa invaliditetom (disability living allowance)*, koji se sastoji iz dve komponente – komponenta za negu i komponenta za „mobilnost”. Iznos komponente za negu je jednak iznosu dodatka za tuđu negu i pomoć, samo što postoji još jedan niži nivo (od 20,55 funti nedeljno) za one kojima je potrebna samo pomoć u pripremanju hrane. Što se tiče komponente za mobilnost, postoje dva nivoa – niži od 20,55 i viši od 54,05 funti nedeljno.

cijalne zaštite, bilo da su financirane od strane države ili privatno, dok se 44% oslanja na neformalnu negu. Prema ovoj anketi čak 29% korisnika dodatka za negu i pomoć zapravo ne dobija nikakvu negu i pomoć (Wanless et al., 2006: 94).

Osoba koja pruža pomoć i negu korisniku ovog davanja, i to minimum 35 sati nedeljno, starija je od 16 godina, ne zarađuje više od 95 funti nedeljno i ima pravo na dodatak za negovatelja. U 2012. godini on iznosi 58,45 funti nedeljno, što je oko 23% minimalne nadnice za osmočasovno radno vreme²⁸. Pored ove naknade, svako ko pruža bar 20 sati nege nedeljeno ima prava na „penzijski kredit”, odnosno na pripisivanje penzijskih doprinosa (UK Government, 2012). Dodatak za negovatelja se ne smatra zaradom već „kompenzacijom izgubljenih prihoda” (Comas-Herrera et al., 2010b: 14).

Prema Comas-Herrera et al. (2010b), u 2006. godini je oko 1,2 miliona lica primalo dodatak za tuđu negu i pomoć, što je oko 11% starih, dok je oko 335 hiljada primalo i dodatak za negovatelje. Novčana davanja se financiraju iz poreza, dakle nisu vezana za sistem socijalnog osiguranja.

Drugi stub dugotrajne nege i pomoći u Engleskoj su usluge i „direktna plaćanja” umesto usluga, koji su u nadležnosti lokalne zajednice. Za ovu vrstu pomoći kvalifikuju se samo oni kojima je pomoć neophodna, a čiji su imovina i prihodi vrlo niski.

Da bi se pojedinac kvalifikovao za finansijsku pomoć lokalne zajednice pri plaćanju doma za stare ili sestriinske nege, ne sme da ima imovinu, u koju ulazi i kuća²⁹, veću od 23.250 funti. I u slučaju kada je njegova imovina ispod 23.250, on je i dalje obavezan da delom imovine učestvuje u troškovima, dok samo oni čija je imovina ispod 14.250 funti u plaćanju doma ne učestvuju imovinom, već samo prihodom. Pri tom, lokalna zajednica je dužna da korisniku ostavi dodatak za ličnu potrošnju od 23,5 funti nedeljno. Korisnici dodatka za tuđu negu i pomoć, koji su subvencionisani od strane lokalne zajednice, prestaju da primaju dodatak najkasnije četiri nedelje od prijema u dom, dok oni koji plaćaju punu cenu nastavljaju da ga primaju bez promena. Ukoliko starački dom obezbeđuje i zdravstvenu negu, NHS (National Health Service) snosi taj deo troška s obzirom da su zdravstvene usluge u Engleskoj besplatne (AGE UK, 2012). Ovo su pravila koja važe na nacionalnom nivou, dakle jednaka su za sve lokalne zajednice.

Što se tiče ostalih usluga lokalne zajednice, tipove usluga, organizaciju, kriterijume za njihovo dobijanje, kao i visinu participacije propisuje sama lokalna zajednica. Prioritet su oni kojima je nega najpotrebnija u smislu intenziteta i okolnosti u kojima žive (samačka domaćinstva), a koji pri tome imaju imovinu ispod nivoa propisanog od strane lokalne zajednice. Postoji uputstvo od strane centralne vlasti o načinu naplate participacije, koje sugeriše da se korisniku ostavi prihod koji je najmanje 25% iznad iznosa socijalne pomoći (Comas-Herrera et al., 2010a). I pored toga, velike su razlike u uslugama i visini participacije između opština (OECD, 2011f).

Usluge pružaju i same lokalne zajednice i privatni pružaoci usluga, kojih je u poslednjih deset godina sve više. Lokalna zajednica sa njima direktno pregovara cene usluga (Comas-Herrera et al., 2010a).

U kontekstu davanja mogućnosti većeg izbora korisniku, umesto direktnog organizovanja usluga za korisnika uvedena je mogućnost „samoupravljanja podrškom”. Tako je od 1997. godine³⁰ uveden sistem „direktnih plaćanja” onima koji to žele, a koji su se kvalifikova-

28 Minimalna zarada po času iznosi 6,19 funti (<https://www.gov.uk/national-minimum-wage-rates>).

29 Sem u slučaju da u njoj ostaje da živi partner.

30 Za starije od 65 godine ova mogućnost važi od 2000-te.

li za usluge lokalne zajednice. Ovaj novac se može koristiti za zapošljavanje personalnih asistenata ili negovatelja koji ne mogu da budu najbliži članovi porodice. Korišćenje ove mogućnosti od strane starih lica je vrlo malo (Comas-Herrera et al., 2010a). Kasnije su u okviru ovog programa uvedeni i drugi načini podrške, kao što su personalizovani budžeti, pilot projekat individualnih budžeta, individualizovani zdravstveni budžeti, itd. Takođe, postoji i „Fond za nezavisan život” namenjen samostalnom životu invalida, koji funkcioniše u partnerstvu sa lokalnom zajednicom (OECD, 2011f).

Što se tiče finansiranja usluga, u pitanju je kombinacija blok grantova, lokalnih poreza i participacije korisnika. Zdravstvena komponenta usluga je besplatna za sve korisnike, nezavisno od njihovog materijalnog stanja, a finansirana je iz opštih poreza.

Iz svega prethodno navedenog može se zaključiti da je sistem dugotrajne nege u Engleskoj vrlo komplikovan, neintegrisan, sa velikim razlikama između različitih lokalnih zajednica. Takođe, usled vrlo oštrog imovinskog kriterijuma za ostvarivanje prava, veliki broj onih kojima je pomoć potrebna ostaje van sistema, te se suočavaju sa vrlo visokim troškovima dugotrajne nege.

Sa ciljem reformisanja sistema dugotrajne nege Vlada je osnovala „Dilnotovu komisiju” koja, između ostalog, sugeriše povećanje imovinskog kriterijuma sa sadašnjih 23,5 hiljada funti na 100 hiljada, standardizaciju kriterijuma na nacionalnom nivou, kao i limitiranje ukupnih rashoda za dugotrajnu negu na 35 hiljada funti, nakon čijeg bi dostizanja i država preuzela trošak na sebe.

3. TRAŽNJA ZA DUGOTRAJNOM NEGOM STARIH U SRBIJI

3.1. DEMOGRAFSKI TRENDVI

Kao i mnoge druge evropske zemlje, 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.

Nepovoljne demografske tendencije prisutne su u Srbiji poslednjih pedesetak godina i pre svega se mogu pripisati nedovoljnom rađanju, nižem od nivoa koji je neophodan za prosto obnavljanje stanovništva (Matković, 1997). Tranzicija kroz koju zemlja prolazi tokom poslednje decenije je osnažila determinante koje utiču na niske reproduktivne norme, dok je kapacitet društva i države da reaguje na nepovoljna kretanja smanjen.

TABELA 4. IZABRANI DEMOGRAFSKI POKAZATELJI ZA SRBIJU, 2002. I 2011.

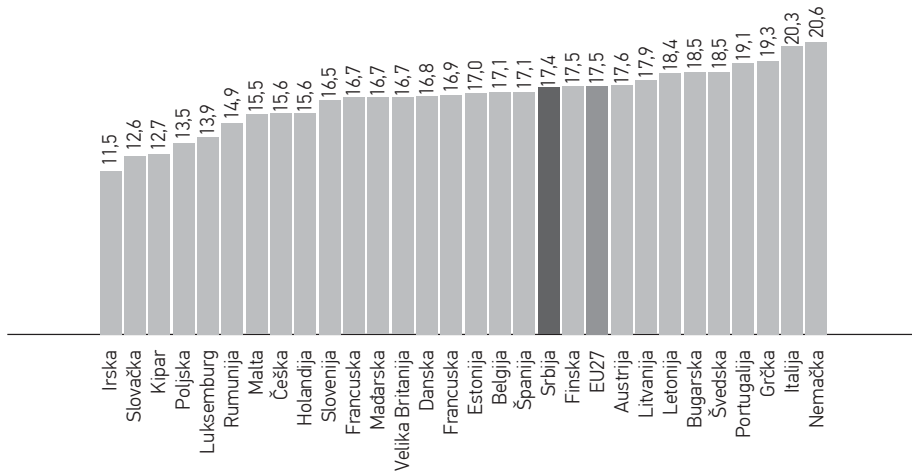
DEMOGRAFSKI POKAZATELJI	2002.	2011.
Broj stanovnika	7.498.001	7.186.862
Opšta stopa nataliteta (‰)	10,4	9,0
Opšta stopa mortaliteta (‰)	13,7	14,2
Stopa prirodnog priraštaja (‰)	-3,3	-5,2
Stopa ukupnog fertiliteta	1,6	1,4

Izvor: Statistički godišnjak Srbije, 2012.

Negativne posledice ovakvih demografskih promena su najizraženije u sferi starenja stanovništva, koje je u Srbiji dostiglo zabrinjavajuće razmere.

Prema Popisu (2011) u Srbiji je približno 1.250.000 lica ili 17,4% stanovništva staro 65 i više godina (Tabela 4). Udeo starih u Srbiji je na nivou proseka koji je zabeležen u Evropskoj uniji 2010. godine i viši je nego u većini zemalja EU (Grafikon 1).

GRAFIKON 1. UČEŠĆE STANOVNIŠTA 65+ U UKUPNOM



Izvor: EUROSTAT, podaci za 2011; Popis (2011) za Srbiju

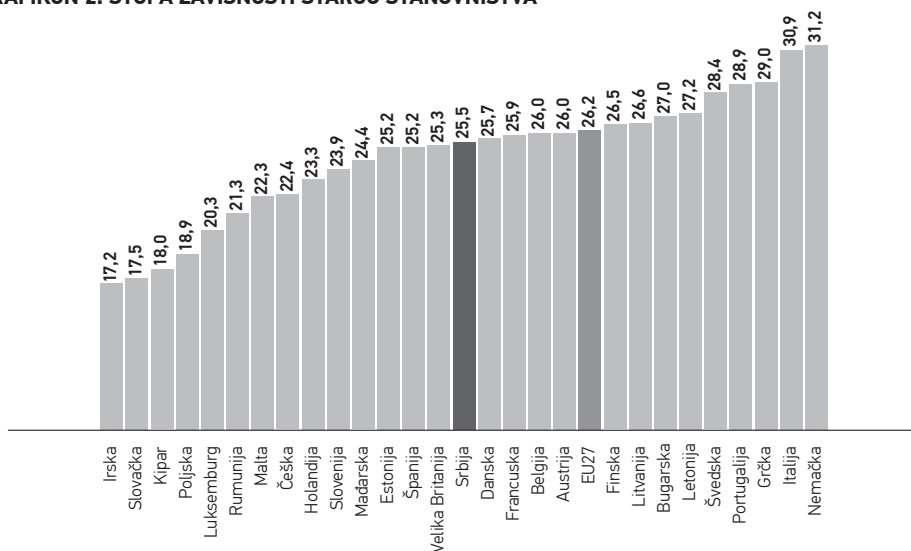
Starenje i od baze i od vrha starosne piramide rezultiralo je izjednačenjem broja dece i starih (indeks 98,8) i povećanjem stope zavisnosti starijeg stanovništva³¹. Prema podacima Popisa (2011) ova stopa u Srbiji iznosi preko 25%, što znači da na četvero radno sposobnih stanovnika dolazi jedno lice starije od 65 godina. Ovaj nivo stope zavisnosti je približno jednak proseku u EU (25,9% 2010. godine).

Podaci na nivou opština pokazuju da je u znatnom broju lokalnih samouprava demografska situacija još nepovoljnija od proseka za Srbiju. Ovo je i očekivano imajući u vidu snažna emigraciona kretanja na nivou pojedinih opština koja su značajno doprinela starenju stanovništva. Prema podacima Popisa (2011), u 51 lokalnoj samoupravi u Srbiji (35% od ukupnog broja opština i gradova) udeo starijih od 65 godina je iznosio preko 20%.

Kao i u drugim zemljama, i u Srbiji je prisutan trend povećavanja stanovništva visoke starosti. Broj stanovnika starijih od 80 godina 2011. godine je iznosio približno 258.000, što čini 3,6% ukupne populacije. Ovaj udeo je značajno niži od proseka EU (4,7%), što je uglavnom rezultat više smrtnosti stanovništva Srbije u starijim godinama³².

31 Stopa zavisnosti starijeg stanovništva pokazuje broj starijih od 65 godina na 100 radno sposobnih stanovnika (15-64) i zapravo indicira potencijal zemlje za suočavanje sa ekonomskim posledicama starenja.

32 U odnosu na Srbiju, manji udeo stanovnika starijih od 80 godina u EU beleže samo zemlje sa mladom starosnom strukturom (na primer Irska) ili zemlje Centralne i Istočne Evrope u kojima je smrtnost starijeg stanovništva viša nego u drugim zemljama EU (na primer Rumunija i Slovačka).

GRAFIKON 2. STOPA ZAVISNOSTI STAROG STANOVNIŠTVA


Izvor: EUROSTAT, Popis (2011) za Srbiju

Starenje stanovništva u Srbiji se pre svega duuguje **smanjenju fertiliteta**. Stopa ukupnog fertiliteta se od 3,13 u 1950. godini svela na svega 1,4 u 2011. godini. Produženje očekivanog 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 duuguje smanjenju mortaliteta odojčadi nego produženju očekivanog trajanja života starih (Penev, 2006).

TABELA 5. OČEKIVANO TRAJANJE ŽIVOTA STARIH 65 GODINA U SRBIJI, 2002. I 2011.

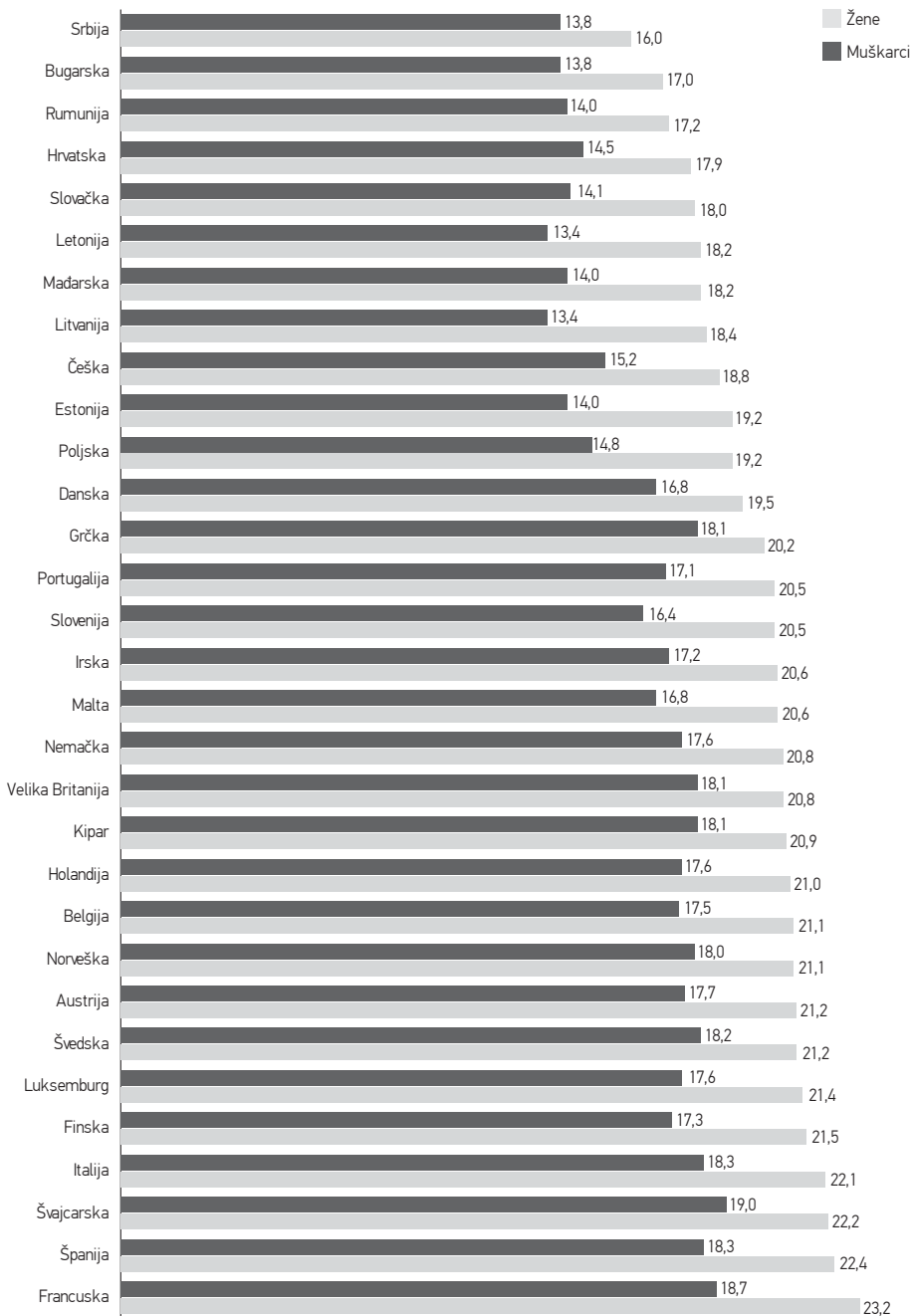
	2002.	2011.
OČEKIVANO TRAJANJE ŽIVOTA PRI ROĐENJU		
Muškarci	69,7	71,6
Žene	75,0	76,8
OČEKIVANO TRAJANJE ŽIVOTA 65		
Muškarci	12,8	14
Žene	14,9	16,4
Prosečna starost	40,2	41,6

Izvor: Republički zavod za statistiku (2011) i EUROSTAT za očekivano trajanje sa 65

Očekivano trajanje života starih 65 godina³³ 2011. godine se procenjuje na 14 za muškarce i 16,4 za žene, dok se za 2008. procenjuje na 13,5 i 15,6, respektivno (Tabela 5). Ove vrednosti su među najnižima u Evropi, pogotovo za žene za koje je očekivano trajanje života sa 65 godina kraće nego u bilo kojoj zemlji Evropske unije. Za muškarce, tako niske vrednosti kao u Srbiji zabeležene su 2009. godine još jedino u Letoniji, Litvaniji i Bugarskoj (između 13,4 i 13,6 godina) (Grafikon 3).

33 Očekivano trajanje života starih 65 godina znači da će lice starosti 65 godina živeti u proseku još „n” godina ako u pogledu mortaliteta budu postojali uslovi koji su bili prisutni u vreme izrade tablica (Republički zavod za statistiku, 2009).

GRAFIKON 3. OČEKIVANO TRAJANJE ŽIVOTA U 65-TOJ GODINI



Izvor: EUROSTAT, podaci za 2009. godinu

Za razliku od očekivanog trajanja života pri rođenju, koje je u Srbiji značajno poraslo poslednjih decenija, očekivano trajanje života starih 65 godina ne samo da je manje poraslo, već su tokom 90-ih godina zabeleženi i reverzibilni procesi u kretanju vrednosti ovog indikatora (Radivojević, 2002). Otuda se i u Srbiji na duži rok mogu očekivati tendencije produženja očekivanog trajanja života starih i intenzivnije starenje stanovništva pod uticajem ove determinante.

Sa starenjem se ne produžavaju samo godine života u dobrom zdravlju, već i godine sa invaliditetom. Prema podacima Svetske zdravstvene organizacije za 2007. godinu očekivano trajanje života u dobrom zdravlju³⁴ za muškarce u Srbiji iznosi 64, a za žene 66 godina - približno između 7 i 10 godina kraće od očekivanog trajanja života³⁵.

Starenju stanovništva u Srbiji su u manjoj meri doprinele i *migracije*. Veliki broj izbeglica i raseljenih lica koji je tokom 90-ih našao utočište u Srbiji usled ratnih zbivanja na prostoru bivše Jugoslavije nije značajnije uticao na starenje stanovništva, jer se doseljavalo celokupno stanovništvo sa istom starosnom strukturom i sličnim reproduktivnim normama (Matković, 1996). Otuda su na starenje u ovom periodu pre svega delovala emigraciona kretanja. Tokom 90-ih zemlju je napustilo više od 320 hiljada, mahom mladih i obrazovnijih stanovnika (Penev, 2006), umanjujući njen demografski, obrazovni, ali i demokratski kapacitet.

Projekcije stanovništva upozoravaju da će proces demografskog starenja u Srbiji ne samo da se nastavi, već će doći i do njegovog intenziviranja, kao i do starenja starog stanovništva. Kao što može da se vidi iz Tabele 5, pod datim pretpostavkama ukupan broj stanovnika u Srbiji će nastaviti da se smanjuje, dok će broj starih značajno da se poveća. Kao rezultat ovakvih kretanja udeo starih lica (65+) će da se poveća na gotovo 23%, a udeo starih starih (80+) će da poraste sa 3,6 na preko 6%. Stopa zavisnosti starijeg stanovništva će značajno da se pogorša i da dostigne 36%.

TABELA 6. STARENJE STANOVNIŠTVA, 2011. GODINA I PROJEKCIJE ZA 2041. GODINU, VARIJANTA SREDNJEG FERTITILETA

	2011.	2041.
Broj stanovnika	7.186.862	6.702.139
Broj starijih od 65	1.250.316	1.527.611
Broj starijih od 80	258.118	410.548
Udeo 65+	17,4	22,8
Udeo 80+	3,6	6,1
Stoga zavisnosti starijeg stanovništva	25,5	36,3

Napomena: Projekcije na bazi prethodnih podataka Popisa (2011), varijanta srednjeg fertiliteta

Izvor: Statistički godišnjak Srbije 2012. i podaci Republičkog zavoda za statistiku

³⁴ SZO je razvila pokazatelj Health-adjusted life expectancy (HALE), koji se računa tako što se od očekivanog trajanja života pri rođenju (ili za određenu starosnu grupu) oduzme očekivano trajanje života sa lošim zdravstvenim stanjem (World Health Organization, 2010). Eurostat je pak razvio indikator *zdrave godine života* (*healthy life years-HLY*), koji pokazuje koliko još godina može da se očekuje da pojedinac nastavi da živi u zadovoljavajućim zdravstvenim uslovima, bez bolesti i invalidnosti. Ovaj indikator za Srbiju nije dostupan. U većini zemalja novih članica EU, preostale zdrave godine života za stare (65) se procenjuju na 5 do 6 godina („Healthy life years statistics” - Statistics Explained (2013/4/5) <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Healthy_life_years_statistics#

³⁵ Očekivano trajanje života 2007. godine za muškarce je iznosilo 70,7, a za žene 76,2 godine.

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 adekvatno da odgovore na posledice starenja stanovništva. Pored izazova u oblasti penzijskog i zdravstvenog sistema, posledice starenja koje će da zahtevaju državni odgovor su sasvim sigurno i u oblasti obezbeđenja dugotrajne nege.

3.2. POTREBE STARIH ZA DUGOTRAJNOM NEGOM

Potrebe starih za uslugama DTN u Srbiji mogu da se sagledaju na osnovu podataka popisa (deo o funkcionisanju i socijalnoj integrisanosti) i na osnovu posebne ankete koja je sprovedena za potrebe ovog istraživanja („Briga o starim licima u Srbiji”, IPSOS, 2012).

Prema preliminarnim rezultatima Popisa (2011), preko 60 hiljada starijih od 65 godina (4,9% populacije 65+) ne mogu samostalno da obavljaju osnovne dnevne aktivnosti (samostalnost pri odevanju, hranjenju, održavanju lične higijene) ili ih obavljaju sa velikim teškoćama. Od tog broja gotovo polovina je starija od 80 godina. Od ukupnog broja najstarijih starih, odgovarajući udeo iznosi približno 11,6%.

Dodatno, zbog problema sa pamćenjem i gubitkom koncentracije, preko 30 hiljada starih je onemogućeno u obavljanju svakodnevnih aktivnosti ili ih obavlja sa velikim teškoćama. I u ovoj grupi dominiraju najstariji.

Dakle, na osnovu popisnih podataka moglo bi da se proceni da je **za približno 93 hiljade starih (7,4%) neophodna podrška u obavljanju osnovnih dnevnih aktivnosti**, među kojima je gotovo 45% starije od 80 godina.

TABELA 7. STARI KOJI SU ONEMOGUĆENI U OBAVLJANJU SVAKODNEVNIH AKTIVNOSTI ILI IH OBAVLJAJU SA MNOGO POTEŠKOĆA, UKUPNO I PREMA RAZLOGU, 2011.

STAROST	GUBITAK KONCENTRACIJE/ PAMĆENJE	SAMOSTALNOSTI PRI ODEVANJU/ HRANJENJU/ ODRŽAVANJU LIČNE HIGIJENE	UKUPNO	UDEO U POPULACIJI (%)
65-79	19.218	31.658	50.876	5,1
80+	11.945	29.887	41.832	16,2
ukupno (65+)	31.163	61.545	92.708	7,4

Izvor: Popis (2011), preliminarni rezultati

Aproksimativno, za procenu potreba za podrškom u obavljanju instrumentalnih dnevnih aktivnosti mogu se koristiti podaci o starijima od 65 godina koji su se u popisu izjasili da imaju mnogo poteškoća ili su potpuno onemogućeni u obavljanju svakodnevnih aktivnosti (jer ne mogu da hodaju/penju se uz stepenice). **Tako bi se broj starih kojima je neophodna podrška u obavljanju instrumentalnih dnevnih aktivnosti mogao proceniti na približno 225 hiljada (18,1%),** od kojih preko jedne trećine pripada najstarijoj starosnoj grupi (80+) (Tabela 8).

TABELA 8. STARIJI OD 65 GODINA KOJI SU ONEMOGUĆENI U OBAVLJANJU SVAKODNEVNIH AKTIVNOSTI ILI IH OBAVLJAJU SA MNOGO POTEŠKOĆA ZBOG PROBLEMA SA HODANJEM / PENJANJEM UZ STEPENICE, 2011.

STAROST	UKUPNO	UDEO U POPULACIJI (U%)
65-79	145.512	14,7
80+	80.141	31,1
ukupno (65+)	225.653	18,1

Izvor: Popis (2011), preliminarni rezultati

Nalazi ankete koja je sredinom 2012. godine sprovedena na uzorku od 1.381 lica starijih od 65 godina (IPSOS, 2012) pokazuje da je podrška za obavljanje osnovnih dnevnih aktivnosti (ODA) potrebna za približno 7% starih, a da je podrška za obavljanje instrumentalnih aktivnosti (IDA) potrebna za 15-18% starih. Svakoj petoj osobi starijoj od 65 godina je potrebna podrška za obavljanje makar jedne od instrumentalnih aktivnosti.

Sudeći prema anketi, u apsolutnim ciframa izraženo, moglo bi da se proceni da je neki vid podrške za IDA potreban za 190 do 230 hiljada starih, a da je neophodan za obavljanje osnovnih dnevnih aktivnosti za približno 90 hiljada lica (Tabela 9). Ove procene približno odgovaraju i nalazima anketnih istraživanja iz ranijih godina (Republika Srbija, Ministarstvo zdravlja, 2007³⁶; Satarić i Rašević, 2007³⁷).

Kada se potrebe detaljnije analiziraju prema starosnoj strukturi, uočljivo je da se udeo onih kojima je potrebna podrška postepeno povećava sa godinama starosti, **a da naglo raste za starije od 80 godina**. Ova pravilnost se uočava kod svih aktivnosti. Prema anketi, svakoj petoj osobi starijoj od 80 godina potrebna je podrška za obavljanje osnovnih dnevnih aktivnosti (kao što su kretanje u okviru domaćinstva ili održavanje lične higijene), a svakoj drugoj je potrebna pomoć za obavljanje makar jedne od instrumentalnih aktivnosti - za održavanje domaćinstva, odlazak kod lekara, kretanje po gradu ili za zdravstvenu prevenciju i pomoć pri uzimanju lekova (Tabela 9).

U odnosu na druge starosne grupe među starijima od 80 godina veći je udeo onih koji smatraju da im je zdravstveno stanje znatno lošije u odnosu na vršnjake (32 prema 22% u populaciji starijih od 65 godina), a očekivano je veći i udeo onih koji pate od nekih hroničnih oboljenja (90% prema 81,7% u populaciji starijih od 65 godina) (Aneks 1, Tabela 1. i 2).

³⁶ Prema nalazima ankete Ministarstva zdravlja iz 2006. godine, 6,6% starijih od 65 godina bez tuđe pomoći ne može da obavlja aktivnosti vezane za samozbrinjavanje (ne može samostalno da se hrani, oblači, leže i ustaje iz kreveta i održava ličnu higijenu). 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 (Matković, 2012).

³⁷ Nalazi ankete koja je sprovedena 2006. godine pokazuju da je podrška u vidu pomoći u kući potrebna približno 280 hiljada starijih od 70 godina, a da je neophodna za svakodnevno funkcionisanje oko 78 hiljada (Satarić i Rašević, 2007).

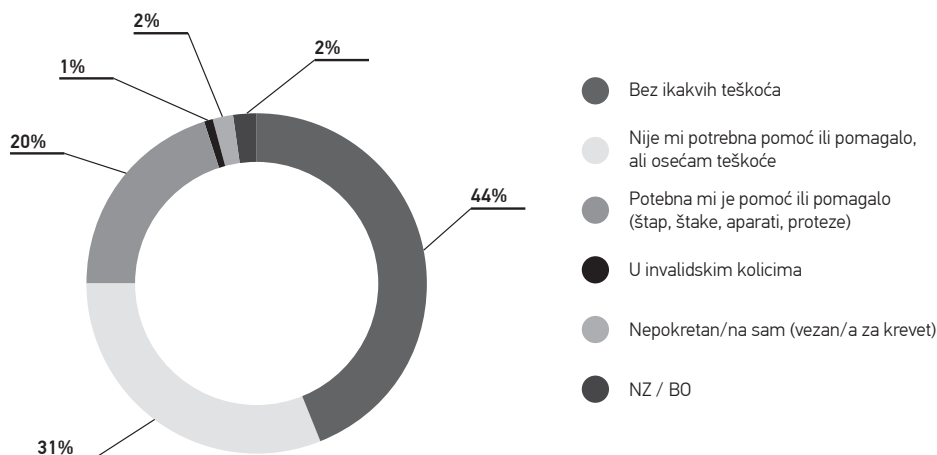
TABELA 9. STARIJI OD 65 I OD 80 GODINA KOJIMA JE NEOPHODNA POMOĆ ZA OBAVLJANJE SVAKODNEVNIH AKTIVNOSTI, 2012.

Pomoć je (trajno) potrebna za:	65+		80+	
	(%)	Broj	(%)	Broj
Održavanje lične higijene	7,2	89.952	21,6	55.718
Kretanje u domaćinstvu	6,6	82.456	19,3	49.785
Pripremanje hrane i pri hranjenju	11,0	137.427	28,2	72.743
Kretanje po gradu	16,4	204.892	43,1	111.179
Održavanje higijene stana	18,3	228.629	41,9	108.083
Zdravstvenu prevenciju i uzimanje lekova	15,4	192.398	41,1	106.020
Socijalne kontakte	13,6	169.910	35,9	92.606
Obavljanje barem jedne IDA	22,3	278.603	50,7	130.783

Izvor: Anketa „Briga o starim licima u Srbiji”, IPSOS, 2012.

Među ispitanicima svakako su **u najtežoj poziciji oni koji su potpuno nepokretni (vezani za krevet) ili oni koji mogu da se kreću samo uz pomoć invalidskih kolica**. Može se proceniti da je među starijima od 65 godina broj ovih lica približno 27.500 (2,2%) (Grafikon 4), te da je njima neophodna intenzivna kombinovana podrška u vidu socijalnih i zdravstvenih usluga da bi ostali izvan institucionalnog okruženja.

GRAFIKON 4. KAKO SE KREĆETE?



Izvor: Anketa „Briga o starim licima u Srbiji”, IPSOS, 2012.

Posmatrano po velikim teritorijalnim celinama (Vojvodina, Beograd, Centralna Srbija bez Beograda) razlike u potrebama nisu uočljive, kao ni razlike između urbanog i stanovništva koje živi izvan urbanih sredina (ostalo). Ni polne razlike nisu uočljive ili nisu statistički značajne (Aneks 1, Tabele 3-10). Dodatna analiza potreba otkriva, međutim, da **manje obrazovani i siromašniji smatraju da su ugroženiji**, konzistentno izražavajući veće potrebe za podrškom u obavljanju svakodnevnih aktivnosti (Tabela 10. i Tabela 11).

TABELA 10. UDEO STARIJIH OD 65 GODINA KOJIMA JE NEOPHODNA POMOĆ ZA OBAVLJANJE SVA-KODNEVNIH AKTIVNOSTI UKUPNO, MANJE OBRAZOVANI I SIROMAŠNIJI, 2012. (U %)

POMOĆ JE (TRAJNO) POTREBNA ZA:	UKUPNO	SA NEZAVRŠENOM OSNOVNOM ŠKOLOM	SA PRIHODOM PO ČLANU DOMAĆINSTVA DO 9.000 DIN.
Održavanje lične higijene	7,2	11,3	10,8
Kretanje u domaćinstvu	6,6	10,2	8,9
Pripremanje hrane i pri hranjenju	11,0	17,3	16,7
Kretanje po gradu	16,4	25,1	21,5
Održavanje higijene stana	18,3	25,3	22,4
Zdravstvenu prevenciju i uzimanje lekova	15,4	24,2	20,1
Socijalne kontakte	13,6	21,0	16,9
Obavljanje barem jedne IDA	22,3	30,0	NSIG

Izvor: Anketa „Briga o starim licima”, IPSOS, 2012.

Veća potreba manje obrazovanih i siromašnijih za podrškom može, po svojoj prilici, da se objasni njihovom lošijom zdravstvenom situacijom, odnosno percepcijom da im je zdravstveno stanje lošije i da u većoj meri pate od hroničnih bolesti.

TABELA 11. PERCEPCIJA HRONIČNIH OBOLJENJA I ZDRAVSTVENOG STANJA STARIJIH OD 65 GODINA, UKUPNO, PREMA OBRAZOVANJU I PREMA MATERIJALNOM STANJU, 2012. (U %) I

	UKUPNO	OBRAZOVANJE				PRIHOD PO ČLANU DOMAĆINSTVA				
		Nezavršena osnovna škola	Osnovna škola	Srednja	Viša ili visoka	Do 9.000 RSD	9.001 - 13.000	13.001 - 26.000	Preko 26.000 RSD	Odbija da odgovori
DA LI PATITE OD NEKIH HRONIČNIH OBOLJENJA?										
Da	81,7	88	84	74	72	88	83	82	72	75
Ne	18,3	12	16	26	28	12	17	18	28	25
KAKO BISTE OCENILI SVOJE ZDRAVSTVENO STANJE U ODNOSU NA DRUGE OSOBE VAŠIH GODINA?										
ocena	2,5	2,2	2,4	2,9	3,2	2,1	2,3	2,7	3,0	2,8

Izvor: Anketa „Briga o starim licima”, IPSOS, 2012.

Jasna pravilnost može da se uoči i u izraženoj potrebi za podrškom u zavisnosti od **porodičnog modela, odnosno tipa domaćinstva u kojima stari žive**. Najsamostaljniji su stari koji žive sami, a podrška je iznadprosečno potrebna onima koji žive u mešovitim višečlanim domaćinstvima. Ugroženiji od proseka su i stari u staračkim domaćinstvima, a treba imati u vidu da su oni i siromašniji od proseka (Matković, Mijatović, 2011).

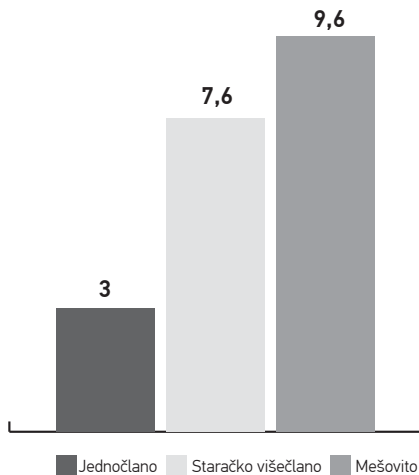
Očekivano je da stari koji žive sami iskazuju najmanju potrebu za podrškom, jer bi inače morali da traže druga rešenja u institucionalnom ili širem porodičnom okruženju. Najfragilniji stari potrebu za dugotrajnom negom ostvaruju u okviru višegeneracijske porodice. Međutim, veliki broj starih ne živi u ovakvim zajednicama.

TABELA 12. STARIJI OD 65 GODINA KOJIMA JE NEOPHODNA POMOĆ ZA OBAVLJANJE SVAKODNEVNIH AKTIVNOSTI, UKUPNO I U DOMAĆINSTVIMA RAZLIČITOG TIPA, 2012. (U %)

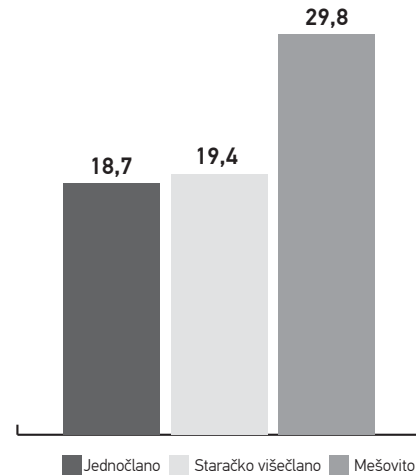
POMOĆ JE (TRAJNO) POTREBNA ZA:	UKUPNO	TIP DOMAĆINSTVA		
		Jednočlano	Staračko višečlano	Mešovito
Održavanje lične higijene	7,2	3,0	7,6	9,6
Kretanje u domaćinstvu	6,6	3,0	6,8	8,8
Pripremanje hrane i pri hranjenju	11,0	5,2	9,7	17,6
Kretanje po gradu	16,4	12,5	14,1	23,2
Održavanje higijene stana	18,3	13,8	15,7	25,8
Zdravstvenu prevenciju i uzimanje lekova	15,4	11,4	13,2	22,0
Socijalne kontakte	13,6	9,8	11,3	20,2
Obavljanje barem jedne aktivnosti	22,3	18,7	19,4	29,8

Izvor: Anketa „Briga o starim licima”, IPSOS, 2012,

GRAFIKON 5. OSNOVNE DNEVNE AKTIVNOSTI (ODA) PO POROĐIČNOM MODELU

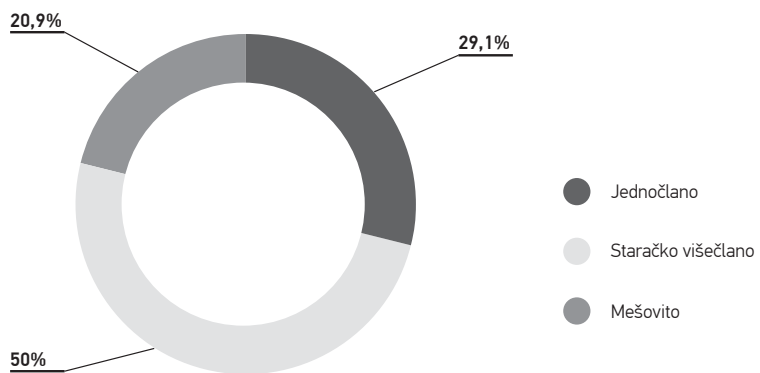


GRAFIKON 6. INSTRUMENTALNE DNEVNE AKTIVNOSTI (IDA) PO POROĐIČNOM MODELU



Izvor: Anketa „Briga o starim licima u Srbiji”, IPSOS, 2012.

Popisni podaci na osnovu kojih bi mogli da se sagledaju porodični modeli u Srbiji još uvek nisu dostupni. Na osnovu ankete moguće je da se proceni da značajan broj starih, preko 70%, živi u staračkim domaćinstvima u kojima su svi članovi domaćinstva stariji od 65 godina. Od toga preko 260 hiljada živi u jednočlanim, a preko 625 hiljada u višečlanim staračkim domaćinstvima. Ovi podaci ukazuju na smanjenu mogućnost za neformalnu brigu i negu starih u porodičnom okruženju pošto **u mešovitim višegeneracijskim domaćinstvima živi tek oko 30% starijih od 65 godina** (približno 364 hiljade).

GRAFIKON 7. STRUKTURA STARIH PREMA TIPU DOMAĆINSTVA U KOJEM ŽIVE, 2012.

Izvor: Anketa „Briga o starim licima u Srbiji“ IPSOS, 2012.

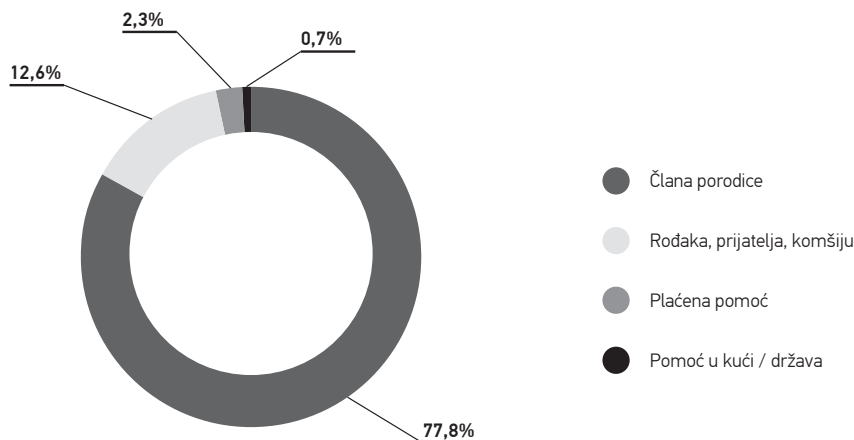
4. DUGOTRAJNA NEGA STARIH U SRBIJI

Ukoliko postavimo pitanje ko snosi odgovornost za DTN, onda možemo reći da Srbija spada u model koji Antonen i Sevilla, kao i Shultz nazivaju „supsidijaran“- u njemu primarnu ulogu ima porodica uz pomoćnu ulogu države. Prema Rodriguez-ovoj podeli, Srbija spada u grupu zemalja u kojoj se DTN prvenstveno zasniva na dodeljivanju novčanih naknada, dok bi po Colombo et al. načinu klasifikovanja ona verovatno pripala grupi zemalja sa paralelnim univerzalnim programima.

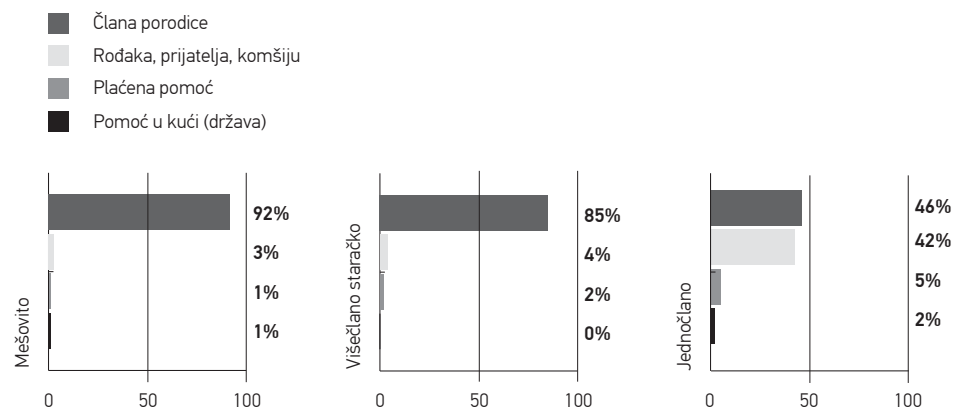
4.1. PODRŠKA PORODICE (NEFORMALNA NEGA)

U Srbiji se stari uglavnom tradicionalno oslanjaju na pomoć porodice. Prema nalazima anketnog istraživanja, stare osobe kojima je potrebna podrška u najvećoj meri se oslanjaju na porodicu - njih 78%. Dodatno, na pomoć rođaka, komšija i prijatelja se oslanja 13% starih. Plaćena pomoć je dostupna samo malom broju (2,3%), a pomoć koju organizuje država još manjem broju (0,7%). Model podrške se ne razlikuje značajno ni u zavisnosti od pola i starosti, ni od mesta/regiona u kojem stari žive, a ne zavisi ni od njihove materijalne situacije.

Značajnija razlika se uočava samo kod starijih koji žive sami, među kojima je oslanjanje na porodicu i dalje u velikoj meri, ali je uočljivo manje prisutno (46%). U ovakvim uslovima podršku velikom broju starih pružaju prijatelji, rođaci i komšije (42%), koji pak imaju veoma mali značaj za stare koji žive u drugačijim porodičnim modelima. Visok procenat starih koji se oslanja na porodicu u višočlanim staračkim domaćinstvima (85%) ukazuje verovatno na značaj bračnih partnera u obezbeđenju međusobne podrške.

GRAFIKON 8. VRSTA PODRŠKE, 2012.

Izvor: Anketa „Briga o starim licima u Srbiji”, IPSOS, 2012.

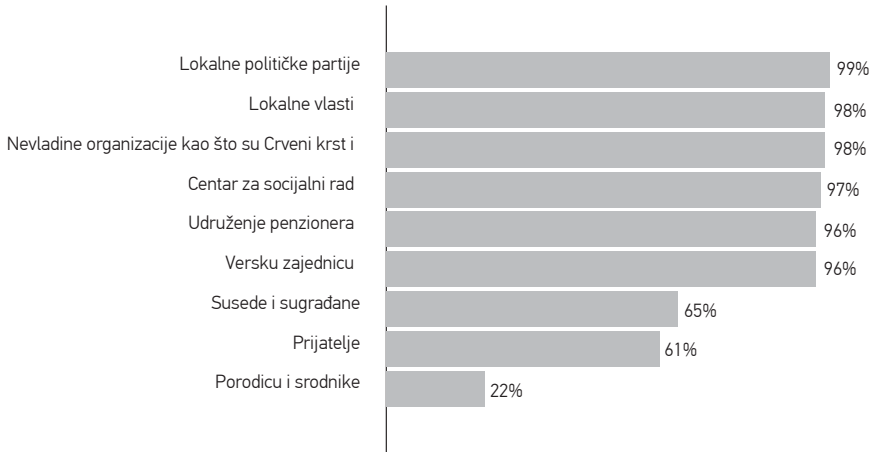
GRAFIKON 9. VRSTA PODRŠKE PO TIPU DOMAČINSTVA: „AKO VAM JE ZA BILO KOJU OD NAVEDENIH AKTIVNOSTI NEOPHODNA POMOĆ DRUGE OSOBE, NA KOGA SE PRETEŽNO OSLANJATE?”

Izvor: Anketa „Briga o starim licima u Srbiji”, IPSOS, 2012.

Preko 95% starih ne percipira ni vladine ni nevladine organizacije kao izvor podrške za rešavanje svakodnevnih problema. Ovaj nalaz je očekivan imajući u vidu da stari koji se nalaze na institucionalnom smeštaju nisu uključeni u anketu, kao i da je broj korisnika usluga u zajednici u Srbiji mali.

Napuštanje tradicionalnih porodičnih modela, sve veći broj starih koji žive sami, emigraciona kretanja na nivou opština, ali i na nivou zemlje u celini, te individualizam kao sve prisutniji sistem vrednosti, nameću pitanje održivosti staranja o starima uz prevashodno oslanjanje na porodicu.

GRAFIKON 10. MOLIM VAS DA NA SKALI OD 1 DO 5 OCENITE U KOJOJ MERI SE PRI REŠAVANJU SVAKODNEVNIH PROBLEMA OSLANJATE NA SLEDEĆE OSOBE ILI INSTITUCIJE - NE OSLANJAM SE NA NJIH (OCENE 1+2)

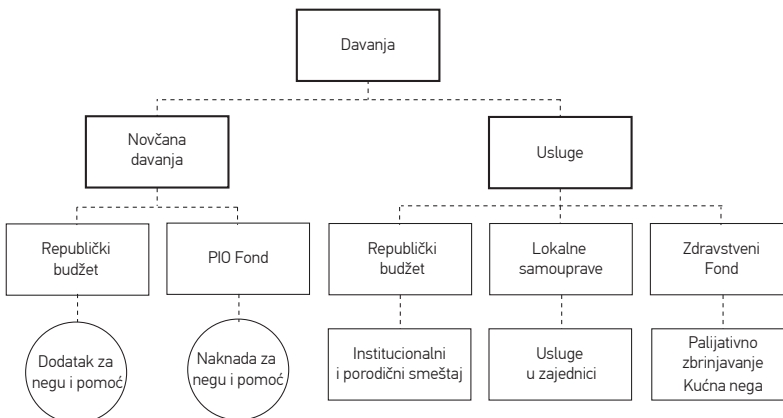


Izvor: Anketa „Briga o starim licima“, IPSOS, 2012.

4.2. DRŽAVNI ODGOVOR

U Srbiji postoje i elementi državnog sistema za dugotrajnu negu, i to u vidu *novčanih i nenovčanih davanja*, prvenstveno kroz obezbeđenje *institucionalnog smeštaja i usluga u zajednici*. Novčana davanja su u mandatu republičke vlade i finansiraju se iz republičkog budžeta i Fonda za penzijsko-invalidsko osiguranje. U mandatu republičke vlade je i usluga institucionalnog 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.

SLIKA 1. DAVANJA, MANDAT I FINANSIRANJE DUGOTRAJNE NEGE



4.2.1. NOVČANA DAVANJA ZA DUGOTRAJNU NEGU

REGULACIJA

U Srbiji se pravo na pomoć i negu drugog lica kao novčano davanje ostvaruje prevashodno u okviru sistema penzijsko-invalidskog osiguranja i sistema socijalne zaštite.³⁸

U oba sistema pravo na pomoć i negu drugog lica je novčano davanje, namenjeno licima koja zbog bolesti ili invalidnosti ne mogu samostalno da obavljaju osnovne dnevne aktivnosti. Dalje preciziranje upućuje da pravo mogu da ostvare osobe kojima je potrebna podrška za hranjenje, oblačenje, obavljanje lične higijene i koja ne mogu bez pomagala da se kreću ni u okviru stana.

Zakonskim rešenjima iz 90-ih godina korisnici ova dva sistema su bili jasno razgraničeni. Pravo iz penzijsko-invalidsko osiguranja ostvarivali su osiguranici i penzioneri, a sva ostala lica su pravo na pomoć i negu ostvarivala preko socijalne zaštite. Novija zakonska rešenja su donekle izmenila ovakvu podelu.

Zajedničko za oba sistema je tzv. kategorijsko targetiranje, što znači da je pravo uslovljeno isključivo zdravstvenim stanjem, a ne i materijalnim položajem korisnika. Takođe, zajedničko je i da postupak za ostvarivanje prava i u okviru osiguranja i u okviru socijalne zaštite sprovode organi veštačenja u sistemu Fonda za penzijsko-invalidsko osiguranje (Fond PIO).

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 socijalnog osiguranja i finansira se iz doprinosa osiguranika koji se prikupljaju u Fondu PIO. Doprinos za ovo pravo nije posebno određen i izdvojen, već se ono finansira iz doprinosa za penzijsko-invalidsko osiguranje koji iznosi 22% na bruto zaradu (11% na teret zaposlenog i 11% na teret poslodavca).³⁹

Pored korisnika koji ostvaruju pravo na zakonski definisan iznos naknade, u penzijsko-invalidskom sistemu postoje i tzv. zatečeni korisnici. Po ustavu, sa promenom propisa i ukidanjem osnova za ostvarivanje pojedinih prava, zatečeni korisnici zadržavaju sve prinađležnosti koje su definisane po ranijim propisima.⁴⁰

Dodatak za pomoć i negu drugog lica i uvećani dodatak za pomoć i negu drugog lica regulisani su Zakonom o socijalnoj zaštiti. Ova prava su u mandatu republičke vlade i finansiraju se iz republičkog budžeta. Dakle, korisnici ostvaruju ova prava bez plaćanja osiguranja, odnosno doprinosa.

Pravo na dodatak ostvaruje lice kome je zbog telesnog ili senzornog oštećenja, intelektualnih poteškoća ili promena u zdravstvenom stanju neophodna pomoć i nega drugog lica da bi zadovoljilo svoje osnovne životne potrebe.⁴¹

38 Naknada za negu i pomoć postoji i u okviru boračko-invalidske zaštite. Zbog specifičnosti ove vrste zaštite, kao i činjenice da ona nije prevashodno usmerena na zaštitu starih lica, pravo na pomoć i negu u okviru sistema neće biti predmet analize u ovoj monografiji.

39 U osiguranju samostalnih delatnosti i poljoprivrednika osnovica za plaćanje doprinosa je oporeziva dobit, odnosno prihod na koji se plaća porez.

40 Raniji penzijski propisi su, na primer, predviđali da deca sa invaliditetom čiji su roditelji osiguranici mogu da budu korisnici novčane naknade za pomoć i negu drugog lica. Kada je to pravo ukinuto zakonskim promenama 1992. godine, ostao je jedan broj korisnika kojima se i danas isplaćuje naknada kao „invalidnoj deci”.

41 Član 92. *Zakona o socijalnoj zaštiti*, Službeni glasnik RS, br. 24/2011.

Pravo na doplatu do punog iznosa dodatka mogu da ostvare i korisnici naknade za pomoć i negu drugog lica PIO fonda, koji su pravo ostvarili kao invalidna deca po penzijskim propisima važećim do 1992. godine (zatečeni korisnici).

Lica sa najvišim stepenom invaliditeta, od 100% po jednom osnovu, ili više od 70% po više osnova, ostvaruju pravo na **uvećani dodatak**⁴². Ukoliko ispunjavaju ove uslove u pogledu stepena invaliditeta, i korisnici naknade za pomoć i negu drugog lica PIO fonda mogu da ostvare pravo na doplatu do iznosa uvećanog dodatka.

IZNOSI NAKNADA I KORISNICI

Visina **novčane naknade za pomoć i negu drugog lica** prema Zakonu o penzijsko–invalidskom osiguranju određuje se u nominalnom iznosu i usklađuje na način predviđen za usklađivanje penzija.

U decembru 2011. godine naknada je iznosila 14.630 dinara za približno 66 hiljada korisnika. Najveći broj korisnika, preko 80%, je iz osiguranja zaposlenih, koje ima i daleko najveći broj osiguranika.

Broj tzv. zatečenih korisnika je približno sedam hiljada. Iznosi naknada za ovu grupu korisnika veoma se razlikuju u zavisnosti od momenta kada su odgovarajuća prava ukinuta, te variraju u širokom rasponu od približno dve do gotovo devet hiljada dinara.

TABELA 13. KORISNICI I IZNOSI NOVČANE NAKNADE ZA POMOĆ I NEGU PIO FONDA, DECEMBAR 2011.

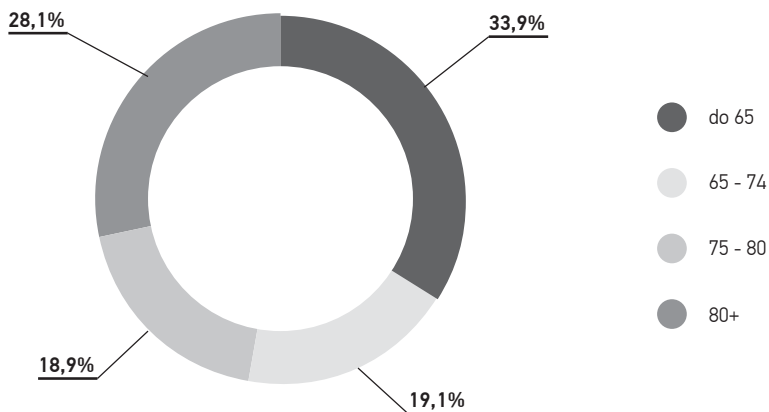
KORISNICI	BROJ KORISNIKA	IZNOS NAKNADE
Prema aktuelnom zakonu	66.315	14.630
Zatečeni korisnici	7.065	2.050-8.780
Ukupno	73.380	2.050-14.630

Izvor: PIO fond

Napomena: Bez korisnika sa Kosova i Metohije

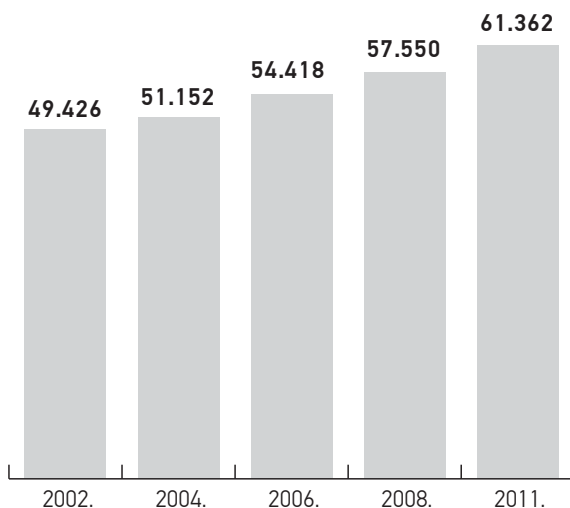
Analiza starosne strukture pokazuje da je približno dve trećine korisnika naknade starije od 65 godina, a čak 28% starije od 80 godina (Grafikon 11).

42 Pravo na uvećani dodatak za pomoć i negu drugog lica ima lice iz člana 92. stav 1. ovog zakona za koje je, na osnovu propisa o penzijskom i invalidskom osiguranju, utvrđeno da ima telesno oštećenje od 100% po jednom osnovu ili da ima organski trajni poremećaj neurološkog i psihičkog tipa, i lice iz člana 92. stav 1. ovog zakona koje ima više oštećenja, s tim da nivo oštećenja iznosi po 70% i više po najmanje dva osnova. (Član 94. Zakona o socijalnoj zaštiti).

GRAFIKON 11. STAROSNA STRUKTURA KORISNIKA NAKNADE IZ PIO, DECEMBAR 2011. (U %)

Izvor: PIO fond

Broj korisnika naknade je postepeno rastao poslednjih desetak godina. U osiguranju zaposlenih broj korisnika je od 2002. godine porastao od 49,4 na 61,3 hiljade, odnosno za približno 25%.

GRAFIKON 12. BROJ KORISNIKA NAKNADE U OSIGURANJU ZAPOSLENIH, 2002-2011.

Izvor: PIO fond

Visina dodatka za pomoć i negu drugog lica, kao i uvećanog dodatka prema Zakonu o socijalnoj zaštiti utvrđena je u nominalnom iznosu i usklađuje se dva puta godišnje sa inflacijom.

U decembru 2011. godine preko 19 hiljada korisnika je ostvarivalo dodatak u iznosu od 8.300 dinara, dok je uvećani dodatak u iznosu od približno 22.000 dinara ostvarivalo 14,5 hiljada korisnika.

Doplata je ostvarivalo preko 18 hiljada lica koja su osnovno pravo ostvarila preko penzijsko-invalidskog osiguranja. Iznosi doplate kreću se od manje od dve do gotovo 20 hiljada dinara (Aneks 2).

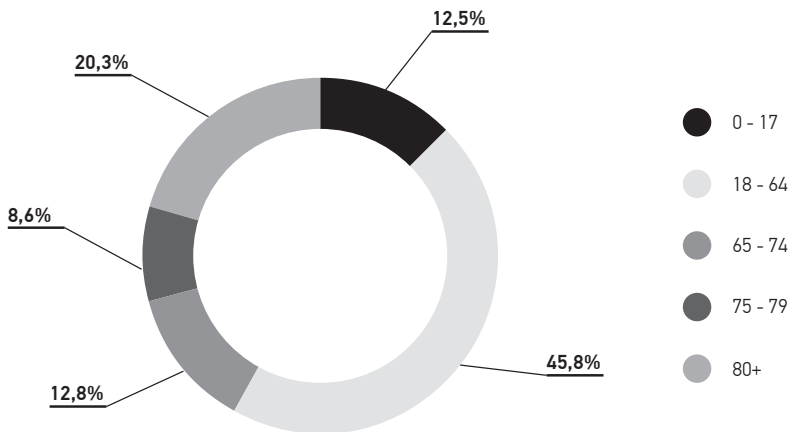
TABELA 14. KORISNICI I IZNOSI DODATKA I UVEĆANOG DODATKA ZA POMOĆ I NEGU DRUGOG LICA, 2011.

PRAVA	IZNOS	BROJ KORISNIKA		
		Ukupno	65+	Udeo 65+ (%)
Dodatak	8.300	19.194	9.381	48,9
Uvećani dodatak	22.000	14.504	4.201	29,0
Doplata korisnicima PIO	1.815-19.930	18.286	8.082	44,2
Ukupno		51.984	21.664	41,7

Izvor: Ministarstvo rada, zapošljavanja i socijalne politike

Za razliku od korisnika PIO, u strukturi budžetskih korisnika dominiraju osobe sa invaliditetom starosti 18-64, posebno među korisnicima koji pravo na uvećani dodatak ostvaruju u celini u sistemu socijalne zaštite (Tabela 14. i Grafikon 13). U ukupnom broju korisnika udeo starijih od 65 godina iznosi neznatno preko 40%, a najstarijih starih (80+) preko 20% (Grafikon 13).

GRAFIKON 13. STAROSNA STRUKTURA KORISNIKA DODATKA I UVEĆANOG DODATKA, DECEMBAR 2011.



Izvor: Ministarstvo rada, zapošljavanja i socijalne politike

Broj korisnika prava na pomoć i negu iz sistema socijalne zaštite se od 2000-e godine udvostručio. Delimično objašnjenje ovog porasta se svakako može naći u uključivanju korisnika koji su pravo ostvarili po osnovu penzijskog osiguranja, a koji u socijalnoj zaštiti ostvaruju samo pravo na doplatu.

Ako pak analiziramo samo korisnike koji su u potpunosti ostvarili pravo u sistemu socijalne zaštite, može se uočiti da se broj korisnika gotovo udvostručio i da je u relativnom smislu najsnažnije porastao pre donošenja izmena i dopuna Zakona o socijalnoj zaštiti 2005. godine.

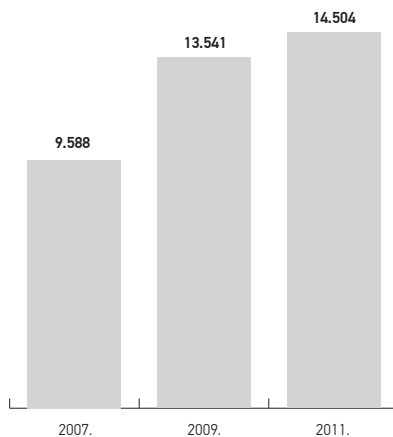
TABELA 15. BROJ KORISNIKA DODATKA I UVEĆANOG DODATKA ZA POMOĆ I NEGU DRUGOG LICA, 2000-2011.

GODINA		KORISNICI
2000.		17.251
2005.		24.890
2009.	Ukupno	49.208
	iz socijalne zaštite	33.130
	iz penzijskog sistema	16.078
2011.	Ukupno	51.984
	iz socijalne zaštite	33.698
	iz penzijskog sistema	18.286

Izvor: Ministarstvo rada, zapošljavanja i socijalne politike

Velika kašnjenja u isplatama, kao i obezvređeni i niski iznosi socijalnih davanja usloveli su veliko smanjenje broja korisnika svih prava u socijalnoj zaštiti tokom 90-ih godina (Matković, 2005). Krajem 2000-e godine zatečena su kašnjenja u isplati dodatka za pomoć i negu drugog lica od čak 32 meseca. Isplata dugova, redovno finansiranje i znatno povećanje realnog iznosa davanja podstakli su potencijalne korisnike da (re)apliciraju za pomoć.

Postepeno, broj korisnika je nastavio da se povećava i tokom narednih pet godina, posebno nakon zakonskih izmena iz 2005. godine kojim je uvedeno pravo na uvećani dodatak. Uvećani dodatak, koji je prevazišao iznos neto minimalne zarade, svakako je predstavljao snažan podsticaj za povećanje broja korisnika (Grafikon 14).

GRAFIKON 14. BROJ KORISNIKA UVEĆANOG DODATKA IZ SISTEMA SOCIJALNE ZAŠTITE, 2007-2011.

Izvor: Ministarstvo rada, zapošljavanja i socijalne politike

Ukupan broj korisnika starijih od 65 godina, koji su osnovno pravo ostvarili bilo u sistemu penzijsko-invalidskog osiguranja, bilo u sistemu socijalne zaštite, iznosio je 2011. godine približno 62 hiljade (5,0% ukupne populacije starih). Među starijim korisnicima očekivano dominiraju najstariji (80+), kojih ukupno ima preko 28 hiljada (11% odgovarajuće starosti).

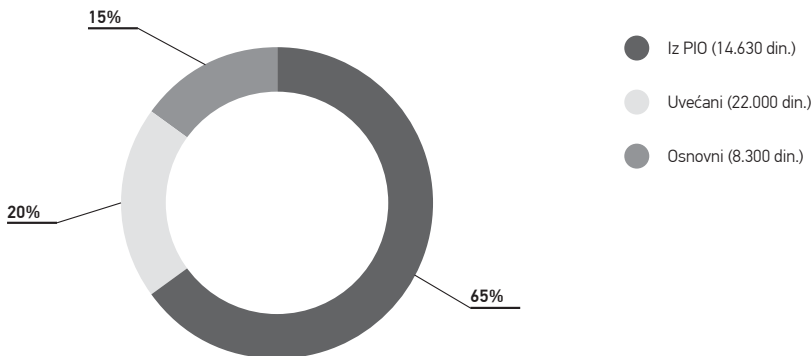
TABELA 16. KORISNICI NOVČANIH DAVANJA STARIJI OD 65 I OD 80 GODINA, 2011.

KORISNICI	65+	UDEO U STANOVNIŠTVU 65+ (U %)	80+	UDEO U STANOVNIŠTVU 80+ (U %)
PIO fonda (isključivo)	40.380	3,9	17.776	8,0
Doplate (i PIO i budžet)	8.082	0,6	2.879	1,1
Dodatak	9.381	0,8	5.509	2,1
Uvećani dodatak	4.201	0,3	2.152	0,8
Ukupno	62.044	5,0	28.316	11,0

Izvor: PIO fond i Ministarstvo rada, zapošljavanja i socijalne politike

Poređenje dostupnosti novčanog davanja za DTN u Srbiji i u EU veoma je kompleksno zbog toga što se pojedine zemlje u različitoj meri oslanjaju na ovaj instrument podrške. U odnosu na zemlje sa kojima podaci za Srbiju mogu da budu uporedivi, udeo starijih korisnika novčanog davanja za DTN u Srbiji je značajno niži –tako je, na primer, odgovarajuće učešće u Engleskoj 11%, a u Austriji čak 30% .

Analiza strukture korisnika novčanih davanja koji su stariji od 65 godina prema visini davanja pokazuje da najveći broj korisnika prima naknadu od blizu 15 hiljada dinara (koji čine veći deo korisnika PIO).

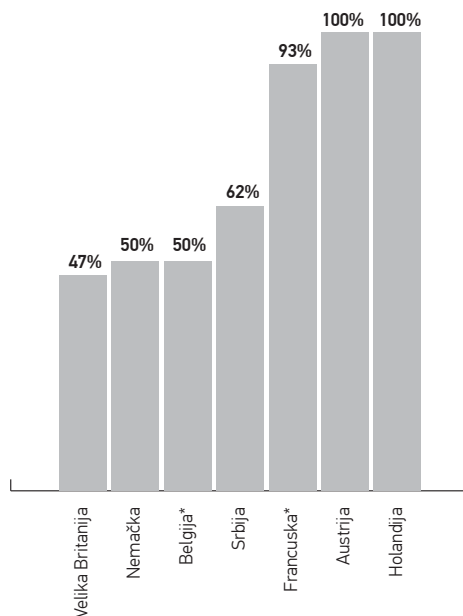
GRAFIKON 15. STRUKTURA KORISNIKA 65+ PREMA VISINI NOVČANOG DAVANJA

Izvor: PIO fond i Ministarstvo rada, zapošljavanja i socijalne politike (podaci za 2011. godinu)

Poređenje uvećanog dodatka sa maksimalnim iznosima za DTN u odabranim zemljama pokazuje da je u odnosu na minimalnu (bruto) zaradu davanje u Srbiji relativno više nego u Nemačkoj, Engleskoj i Belgiji, a niže nego u Austriji i Holandiji, dok je u Francuskoj davanje više samo za one koji imaju niske prihode⁴³.

⁴³ Visina naknade za DTN u Francuskoj zavisi od visine prihoda, pa tako maksimalno davanje dobijaju samo oni koji pored najvišeg nivoa invaliditeta imaju i prihode ispod 689 evra mesečno.

GRAFIKON 16. MAKSIMALAN IZNOS NOVČANOG DAVANJA ZA DTN U ODNOSU NA MINIMALNU (BRUTO) NADNICU



*Maksimalnu naknadu ostvaruju samo oni sa niskim prihodima.

Izvor: Colombo et al. (2011); EUROSTAT; UK Government; <http://www.guardian.co.uk/money/2012/oct/26/real-cost-labour-reforms-germany?newsfeed=true>

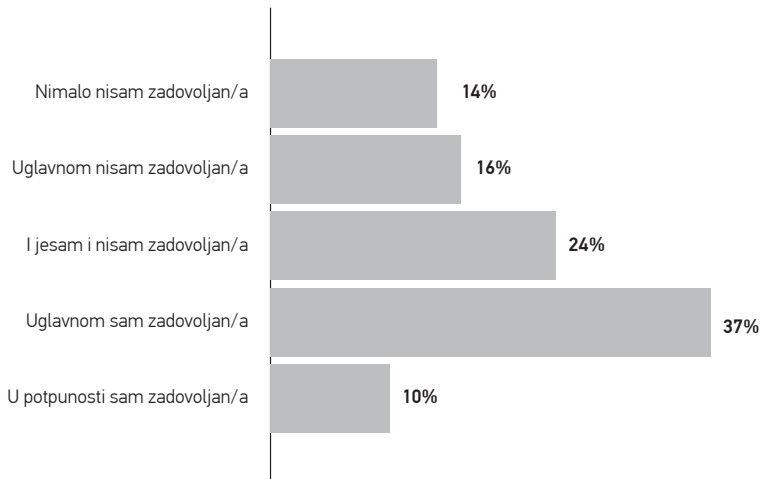
INFORMISANOST I STAVOVI STARIH O NOVČANIM DAVANJIMA ZA DTN

Poređenje administrativnih podataka o korisnicima novčanih davanja (Tabela 14) sa popisnim podacima o funkcionisanju i socijalnoj integrisanosti (Tabela 7) pokazuje da je broj starih korisnika novčanih davanja približno jednak tek broju starih koji su se izjasnili da im je neophodna podrška pri odevanju/hranjenu/održavanju lične higijene. Međutim, i popisni i anketni podaci indiciraju da je ukupan broj starih kojima je potrebna podrška veći za približno tridesetak procenata. Ova razlika je delimično rezultat nedovoljne informisanosti potencijalnih korisnika o pojedinim pravima.

Nalazi ankete pokazuju da je **manje od polovine starih upoznato sa novčanim pravom na pomoć i negu drugog lica (46%)**, a da je među najstarijima (80+) ovaj procenat još manji (37%). Ovaj udeo je približno jednak među starima koji su se izjasnili da im je podrška neophodna i među onima koji mogu da funkcionišu potpuno samostalno (Aneks 1, Tabela 11). Kao i za većinu drugih prava, i za ovo su primarni izvor informacija prijatelji i rođaci (58%) i TV (44%). Dodatno, određeni značaj ima i dom zdravlja, koji je verovatno najrelevantniji izvor informacija za one koji ostvaruju pravo (Aneks 1, Grafikon 2).

Među korisnicima koji ostvaruju pravo približno polovina je zadovoljna visinom naknade (Grafikon 17).

GRAFIKON 17. NA SKALI OD 1 DO 5 OCENITE SVOJE ZADOVOLJSTVO USLUGOM/PROGRAMOM, GDE 1 ZNAČI DA NISTE NIMALO ZADOVOLJNI, A 5 DA STE U POTPUNOSTI ZADOVOLJNI - NAKNADA/DODATAK ZA POMOĆ I NEGU DRUGOG LICA



Izvor: Anketa „Briga o starim licima u Srbiji“, IPSOS, 2012.

Gotovo tri četvrtine korisnika ne koristi davanje za plaćanje usluga (72%), ocenjujući da ono pre svega doprinosi poboljšanju njihovog (porodičnog) životnog standarda (Grafikon 18).

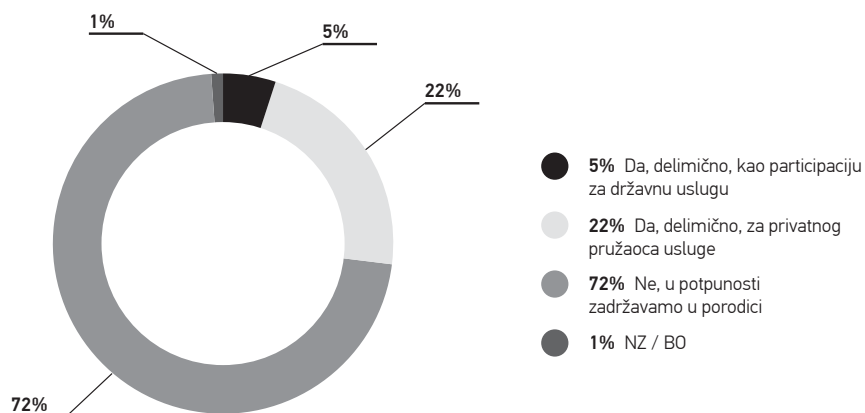
Ovakvi nalazi ne iznenađuju i potvrđuju funkciju „dodatka“ kao davanja koje omogućava neformalnu porodičnu negu. Slična struktura potrošnje novčanih davanja za dugotrajnu negu prisutna je i u drugim zemljama (poglavlje 2).

RASHODI ZA NOVČANA DAVANJA

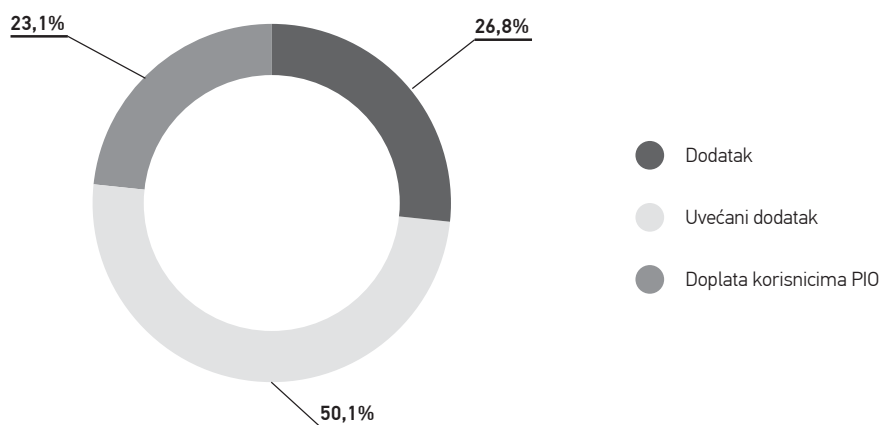
U 2011. godini izdaci za novčanu naknadu za pomoć i negu u sistemu penzijsko-invalidskog osiguranja iznosili su preko 12,6 milijardi dinara (Republički fond za penzijsko i invalidsko osiguranje, 2012). Izdaci za korisnike starije od 65 godina mogu da se procene na približno 8,3 milijarde dinara.⁴⁴

Po osnovu prava iz socijalne zaštite za pomoć i negu drugog lica u toku 2011. godine je izdvojeno gotovo 7,86 milijardi dinara. U strukturi ukupnih izdataka polovinu čine izdaci za uvećani dodatak za pomoć i negu (Grafikon 19). Značajna sredstva su izdvojena za doplatu korisnicima PIO fonda (1,8 milijardi, odnosno 23% ukupnih budžetskih sredstava za novčana davanja). Na osnovu starosne strukture korisnika može se proceniti da je za korisnike starije od 65 godina izdvojeno približno 3,2 milijarde dinara.

⁴⁴ Procena je napravljena imajući u vidu ukupne izdatke i broj korisnika po starosti.

GRAFIKON 18. DA LI NAKNADU KORISTITE ZA PLAĆANJE USLUGE POMOĆI I NEGE U KUĆI?


Izvor: Anketa „Briga o starim licima u Srbiji“, IPSOS, 2012.

GRAFIKON 19. STRUKTURA BUDŽETSKIH RASHODA ZA NOVČANA DAVANJA ZA POMOĆ I NEGU PREMA TIPU NAKNADE, 2011.


Izvor: Ministarstvo rada, zapošljavanja i socijalne politike

Ukupni rashodi iz oba sistema *za starije od 65 godina* iznosili su približno 11,5 milijardi dinara (**0,36% BDP-a⁴⁵**).

⁴⁵ Prema proceni Ministarstva finansija iz juna 2012. godine, BDP u Srbiji je u 2011. godini iznosio 3.175 milijardi dinara.

4.2.2. USLUGE SOCIJALNE ZAŠTITE NA NACIONALNOM NIVOU

U segmentu usluga koje se obezbeđuju na nacionalnom nivou, dugotrajna nega starih u Srbiji regulisana je najvećim delom u sistemu socijalne zaštite i to kroz domski smeštaj. Veoma mali broj starih je zaštićen kroz porodični smeštaj.

REGULACIJA

Prema Zakonu o socijalnoj zaštiti domski smeštaj se obezbeđuje starim licima koja nisu u mogućnosti da žive u porodici ili kojima ne mogu da se obezbede usluge u zajednici i porodični smeštaj (član 52).

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 institucije. Definisanje standarda i kontrola rada ustanova nalaze se u mandatu republičke, odnosno pokrajinske vlade.

Finansiranje državnih ustanova za smeštaj zakonski je regulisano na način da se deo sredstava obezbeđuje iz republičkog budžeta (za opremu, investicije i za program rada - plate većine stručnih radnika), deo iz zdravstvenog fonda (koji pokriva zarade medicinskog osoblja i relevantne materijalne troškove), dok deo koji se naziva cena usluge (i uključuje neposredne materijalne troškove i zarade preostalog osoblja) pokrivaju sami korisnici. Korisnici po zakonu učestvuju u ceni sa svim svojim prihodima i imovinom. Ukoliko korisnici nisu u mogućnosti da svojim sredstvima pokriju cenu usluge, troškovi padaju na lica koja prema porodičnom zakonu snose obavezu njihovog izdržavanja (na primer odrasla deca za stara lica). U slučaju da su i ta sredstva nedovoljna ili da nema obveznika izdržavanja, razliku pokriva republički budžet. Cene u državnim institucijama propisuje nadležno ministarstvo.

Prema Zakonu o penzijsko-invalidskom osiguranju koji je važio do 1. januara 2011. godine, korisnicima domskog smeštaja se obustavljala isplata novčane naknade za pomoć i negu, dok je najnovijim izmenama i dopunama ovog zakona ovo pravo ponovo uspostavljeno.

Prema Zakonu o socijalnoj zaštiti, dodatak i uvećani dodatak za pomoć i negu drugog lica pripadaju korisniku i kada je smešten u instituciju.

U privatnim domovima korisnici u potpunosti plaćaju smeštaj.

Stari kojima je kao mera zaštite potrebna usluga smeštaja mogu da budu upućeni na porodični smeštaj umesto u dom. Porodični smeštaj je u reformskom kontekstu od 2000. godine izuzetno dobio na značaju i veoma je proširen kao vid zaštite dece bez roditeljskog staranja⁴⁶. Smeštaj starih u drugu porodicu ostao je, međutim, potpuno izvan fokusa reformi. Prema izveštajima centara za socijalni rad iz 2011. godine, na porodičnom smeštaju se nalazilo svega 191 staro lice (Republički zavod za socijalnu zaštitu, 2012).

⁴⁶ 2003. godine se u hraniteljskim porodicama nalazilo 1.600 dece, a u institucijama za smeštaj 2.200; danas ih je preko 5.000 u hraniteljstvu, a svega 800 u domovima za decu bez roditeljskog staranja.

MREŽA USTANOVA I KORISNICI

U Srbiji je 2011. godine funkcionisalo 39 *državnih ustanova za smeštaj starih lica* - 13 domova i domskih odeljenja pri centrima za socijalni rad i 25 gerontoloških centara sa 8.895 korisnika, od kojih su 7.135 stariji od 65 godina (**0,6% ukupne populacije starih**)⁴⁷. Korisnici se razlikuju u zavisnosti od svojih kapaciteta i sposobnosti za samostalan život. Prema podacima Ministarstva za rad, zapošljavanje i socijalnu politiku udeo korisnika kojima je neophodna podrška u obavljanju svakodnevnih aktivnosti (uključujući i nepokretne, kao i korisnike u terminalnoj fazi) iznosi 70%, te se može zapravo konstatovati da rezidencijalne institucije za stare u Srbiji značajnim delom ispunjavaju ulogu domova sestrinske nege, a delom i hospisa.

Broj korisnika po domu se kreće od 50 do 220 u manjim mestima i opštinama. U većim gradskim sredinama domovi su po pravilu organizovani u okviru gerontoloških centara, koji se uglavnom sastoje od više domskih jedinica. Tako, na primer, Gerontološki centar Beograd objedinjuje četiri doma u kojima se broj korisnika kreće od 120 do 550 (ukupno 1.160 korisnika). 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:strana 8). U Srbiji nema posebnih domova psihogerijatrijskog tipa, a u državnim ustanovama za smeštaj osoba sa invaliditetom i duševno obolelih lica smešteno je oko 350 starih.

Poslednjih godina izuzetno je porastao broj privatnih domova za stare koji imaju dozvolu za rad resornog ministarstva i podležu njegovoj kontroli. Prema podacima nadležnog ministarstva 2011. godine je registrovano 99 privatnih domova, od kojih je čak 72 u Beogradu. Kapaciteti privatnih domova su znatno manji od državnih. U većini se broj korisnika kreće od 15 do 35, a samo nekolicina smešta preko 60 korisnika. **U privatnim domovima za stare** ukupno je smešteno 2.675 korisnika, **oko 0,2% populacije starih**.

Nakon pojave brojnih privatnih domova za stare, posebno u Beogradu, pritisak na smeštaj u državnim institucijama se smanjio. Pri tom svakako treba imati u vidu i da privatni domovi, u kojima korisnici sami plaćaju pune troškove smeštaja, nisu za sve dostupni (nedostatak kapaciteta je evidentan u pojedinim delovima Istočne i Zapadne Srbije). Sudeći prema popunjenosti ustanova, procenjuje se da u drugim delovima zemlje državni kapaciteti zadovoljavaju tražnju korisnika.

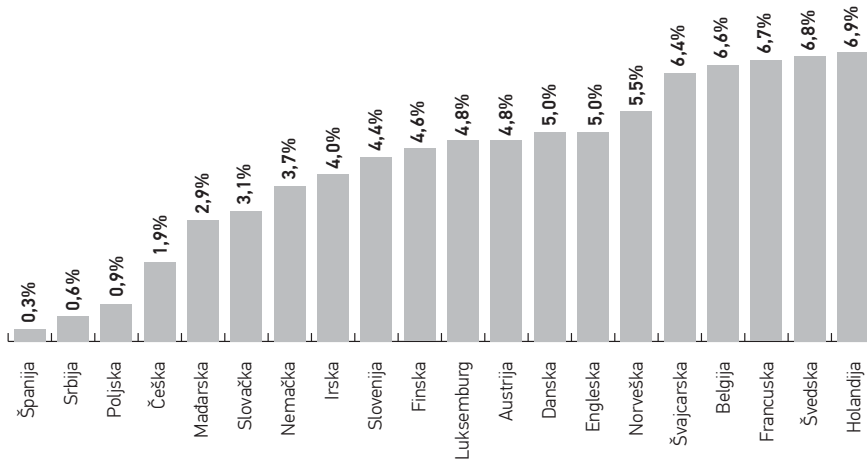
Prema podacima ustanova 2011. godine, u približno polovini institucija koje vode evidenciju na listama čekanja za smeštaj se nalazilo svega 175 starih lica (Republički zavod za socijalnu zaštitu, 2012a). Iako podaci iz ranijih godina nisu iz istog izvora, ima indicija da se broj starih koji čekaju na smeštaj smanjuje (Republički zavod za socijalnu zaštitu, 2011).

Relevantna strateška dokumenta, pored razvoja usluga u zajednici za stare kojima se daje apsolutni prioritet, predviđaju i izgradnju manjih smeštajnih kapaciteta u državnom sektoru ili u saradnji sa privatnim i nevladinim organizacijama u delovima Srbije u kojima za sada nema odgovarajućih institucionalnih kapaciteta (Vlada Republike Srbije, 2006) (Vlada Republike Srbije, 2005).

⁴⁷ Prema najnovijim rešenjima, svi domovi za smeštaj punoletnih lica su domovi za smeštaj odraslih i starijih korisnika (Uredba o mreži ustanova socijalne zaštite, Službeni glasnik RS 16/2012).

U odnosu na druge zemlje, u Srbiji je izuzetno mali broj starih u institucionalnoj zaštiti (Grafikon 20), što svakako pre može da se objasni kulturološkim ili ekonomskim razlozima nego reformama u socijalnoj zaštiti. U okviru prethodno prezentiranih modela, udeo starih u institucijama u Austriji je oko 5%, dok je u drugim zemljama ovaj udeo još viši, posebno u Francuskoj, Holandiji i Belgiji (nešto manje od 7%).

GRAFIKON 20. KORISNICI USLUGA DUGOTRAJNE NEGE U INSTITUCIJAMA, % STANOVNIŠTVA 65+, 2008.



Izvor: OECD Health Data, 2010; za Austriju i Francusku poglavlje 1.6, za Englesku Rodrigues et al. (2012)

PROCENE O POTREBI USLUGE SMEŠTAJA

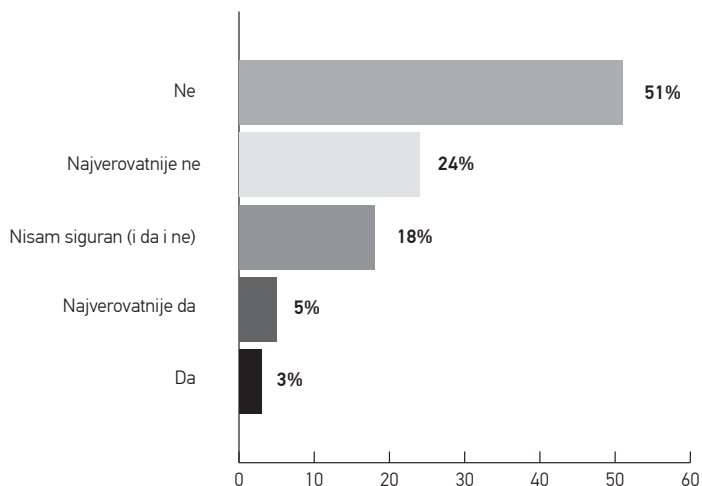
Prema rezultatima ankete čak tri četvrtine starih smatra da im domski smeštaj neće ni biti neophodan (Grafikon 21), dok samo 7,3% (najverovatnije ili sa sigurnošću) procenjuje da će imati potrebu za njim. Ovaj udeo je u osnovi približan udelu starih koji su korisnici institucionalnog smeštaja u većem broju razvijenijih zemalja EU (Grafikon 20).

Iznadprosečnu potrebu za domskim smeštajem iskazuju stari u Beogradu, što je razumljivo imajući u vidu da je u velikom gradu manje višeporodičnih i višegeneracijskih zajednica⁴⁸, ali i da postoji velika ponuda domova za stare. Očekivano, nešto veću potrebu od proseka predviđaju stari koji žive u jednočlanim domaćinstvima i koji teže mogu da obezbede podršku porodice, ali i boljestojeći, koji su očit sigurni da mogu da finansiraju domski smeštaj (Aneks 1, Tabela 12).

Među onima koji nisu zainteresovani za domski smeštaj gotovo dve trećine procenjuje da im takva vrsta zaštite neće biti potrebna, a samo je mali broj onih koji nisu spremni da finansiraju ove usluge (4%). Za svakog desetog u ovoj grupi anketiranih postoji problem finansijske prirode, pa je očit potrebno da se unapredi sistem informisanja kako bi stari postali svesni mogućnosti državnog finansiranja usluge za one koji ne mogu da je plate.

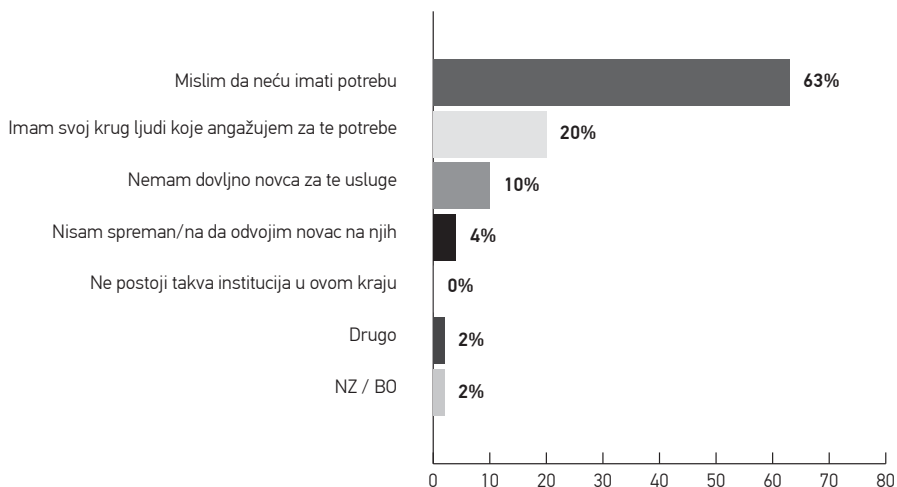
⁴⁸ Prema Popisu (2002) udeo domaćinstava sa više od četiri člana u Beogradu je iznosio 10,5%, a u Srbiji 14,9% (Republički zavod za statistiku, 2010)

GRAFIKON 21. DA LI SMATRATE DA ĆE VAM U DOGLEDNOJ BUDUĆNOSTI BITI POTREBAN SMEŠTAJ U DOMU ZA STARE ILI U NEKOJ DRUGOJ INSTITUCIJI?



Izvor: Anketa „Briga o starim licima”, IPSOS, 2012.

GRAFIKON 22. ZAŠTO NISTE ZAINTERESOVANI ZA SMEŠTAJ U DOM ZA STARE ILI INSTITUCIJU?



Izvor: Anketa „Briga o starim licima”, IPSOS, 2012.

CENE SMEŠTAJA I JAVNI RASHODI ZA INSTITUCIONALNI SMEŠTAJ

U toku 2011. godine iz budžeta Republike za domove za stare je izdvojeno oko 248 miliona dinara za program rada, 140 miliona za opremu i investicije, dok je u „ceni smeštaja” državni budžet učestvovao sa preko 940 miliona dinara. Iz zdravstvenog fonda domovi su finansirani sa 500 miliona. Ukupni godišnji javni rashodi su tako za 8.895 korisnika iznosili približno 1,8 milijardi, tj. približno 17 hiljada dinara po korisniku na mesečnom nivou.

Prosečna mesečna cena smeštaja, kao deo troškova u kojem participiraju korisnici, u domovima za stare 2011. godine je iznosila približno 25.000 dinara. Visina cene se razlikuje u zavisnosti od statusa korisnika i standarda ustanove. Najmanja cena, za korisnike kojima nije potrebna podrška u obavljanju svakodnevnih aktivnosti (tzv. nezavisni korisnici), u proseku iznosi 21,5 hiljada dinara, a najviša, za korisnike kojima je potreban najviši intenzitet podrške (zavisni korisnici), preko 30 hiljada.

Godišnji rashodi korisnika za domski smeštaj su u 2011. godini iznosili 1,9 milijardi dinara, što je preko 50% ukupnih rashoda za domski smeštaj za stare.

Ako se pretpostavi da je udeo javnih rashoda za starije od 65 godina (7.135 korisnika) proporcionalan njihovom učešću u ukupnom broju korisnika, ***javni rashodi za institucionalni smeštaj starijih od 65 godina u 2011. godini bi mogli da se procene na 1,47 milijardi dinara (0,05% BDP-a).***

TABELA 17. GODIŠNJI I MESEČNI RASHODI, UKUPNI I PO KORISNIKU U DOMOVIMA ZA STARE, 2011.

	GODIŠNJI RASHODI (U MIL. DIN.)	MESEČNI RASHODI PO KORISNIKU	STRUKTURA (U %)
1. Zdravstvo	500	4.684	13,4
2. Program rada	248	2.323	6,6
3. Investicije i oprema	140	1.312	3,7
4. Doplata budžeta	943	8.835	25,3
5. Participacija korisnika	1.905	17.847	51,0
Ukupno	3.736	35.001	100,0

Napomena: tačke 4. i 5. čine tzv. cenu smeštaja

Izvor: Podaci Ministarstva rada, zapošljavanja i socijalne politike

Uslovi smeštaja i cena u privatnim domovima se neposredno ugovaraju sa osnivačima doma putem ugovora. Cena smeštaja u privatnim domovima za stare se kreće između 300 i 1.000 evra na mesečnom nivou.

4.2.3. PALIJATIVNO ZBRINJAVANJE I KUĆNA NEGA STARIH U OKVIRU ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Dugotrajna nega i lečenje u Srbiji se za sada obavlja u 13 ustanova zdravstvene zaštite na sekundarnom nivou, 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 iz deset gradskih opština. Dodatno, usluge obuhvataju i rehabilitaciju u kućnim uslovima i parenteralnu terapiju. Prema podacima Gradskog zavoda za gerontologiju iz 2011. godine, od 1.500 korisnika na kućnom lečenju

i nezi⁴⁹ blizu dve trećine su nepokretni i inkontinentni bolesnici. Preko 70% korisnika su stariji od 80 godina, dok je nešto više od 25% iz grupe 70-79. Među zaposlenima, preko 80% su medicinske sestre (Ševo, 2012). Ovaj program se finansira iz sredstava Fonda za zdravstveno osiguranje.

U Srbiji je 2009. godine izrađena i usvojena Strategija za palijativno zbrinjavanje, koja na nivou primarne zdravstvene zaštite predviđa da se u domovima zdravlja, u okviru službi kućnog lečenja i nege, formiraju timovi za palijativno zbrinjavanje, a na nivou sekundarne zdravstvene zaštite predviđa formiranje posebnih jedinica za palijativno zbrinjavanje (Vlada Republike Srbije, 2009). Do 2015. godine, u skladu sa Strategijom, pored već 13 formiranih biće osnovan još jedan broj jedinica za palijativno zbrinjavanje u bolnicama i kliničkim centrima, sa ukupno 160 postelja. Strategijom je predviđeno i osnivanje Centra za razvoj palijativnog zbrinjavanja pri Institutu za onkologiju i radiologiju, čiji bi zadatak bio da prati, istražuje i predlaže mere za unapređenje razvoja palijativnog zbrinjavanja. U okviru evropskih sredstava iz pretpripravnih IPA fondova predviđeno je i finansiranje projekta Razvoj službi palijativne nege u Srbiji (IPA 2010) (Republika Srbija 2010).

Prema podacima Nacionalnog zdravstvenog računa, u Srbiji su ukupna izdavanja za dugotrajnu negu u okviru zdravstvenog sistema iznosila svega 0,11% BDP-a u 2010. godini, dok su javni rashodi iznosili 0,07% BDP-a (Gajić-Stevanović i Dimitrijević, 2011). Prema preliminarnim podacima za 2011. godinu, javni rashodi su iznosili približno 0,08% BDP-a. Kada se od ovih rashoda oduzmu oni koji su već uračunati kod domova za stare, preostali javni rashodi za DTN starih u okviru zdravstvenog sistema se mogu proceniti⁵⁰ na 950 miliona dinara (0,03% BDP-a).

4.2.4. USLUGE SOCIJALNE ZAŠTITE NA LOKALNOM NIVOU — POMOĆ U KUĆI ZA STARE

Među uslugama socijalne zaštite koje su u mandatu lokalnih samouprava, za dugotrajnu negu starih je značajna pre svega usluga pomoći u kući. Ostale usluge u zajednici za stare ili su nedovoljno razvijene ili nisu značajne za temu dugotrajne nege (kao, na primer, klubovi za stara lica).

REGULACIJA

Prema nacrtu Pravilnika o minimalnim standardima, usluga pomoći u kući je dostupna licima koja „imaju ograničenja fizičkih i psihičkih sposobnosti usled kojih nisu u stanju da nezavisno žive u svojim domovima bez redovne nege i nadzora, pri čemu je porodična podrška nedovoljna ili nije raspoloživa”. Ova usluga treba da omogući pomoć pri kretanju, održavanju lične higijene, pomoć u obavljanju neophodnih kućnih poslova (održavanje čistoće stana, nabavku hrane...), ali i nabavku i nadgledanje uzimanja lekova, posredovanje u obezbeđivanju različitih vrsta usluga i slično. Jedan od najvažnijih ciljeva pomoći u kući je odlaganje institucionalizacije, odnosno odlaska u dom. Sudeći prema standardima, usluga

49 Informator o radu Gradskog zavoda za gerontologiju.

50 Na finansiranje beogradskog Zavoda za gerijatriju se odnosi 295 miliona, a od preostalog iznosa za DTN koji je zabeležen u nacionalnom zdravstvenom računu pretpostavljeno je da je približno polovina potrošena za stare, imajući u vidu da je taj udeo ustanovljen kod domskog smeštaja.

pomoći u kući bi trebalo da omogući podršku i ODA i IDA tipa, tj. i ličnu negu i pomoć u kućnim poslovima, snabdevanju i sl.

Obezbeđenje usluge pomoći u kući je u mandatu lokalnih samouprava koje finansiraju uslugu, utvrđuju cenu usluge, kao i kriterijume za izbor korisnika. Zakon iz 2011. godine predviđa i učešće korisnika u ceni usluge, za koje kriterijume i merila takođe donosi lokalna samouprava, s tim što su korisnici novčanih davanja za pomoć i negu obavezni da učestvuju u troškovima usluge sa najmanje 20% iznosa naknade. Utvrđivanje standarda i kontrolni mehanizmi su u nadležnosti nacionalnog nivoa.

Pružaoци usluge pomoći u kući mogu da budu državni i nedržavni. U lokalnim samoupravama u kojima postoje ustanove za smeštaj starih, one uglavnom tradicionalno pružaju i uslugu pomoći u kući. Novi zakon je uveo institut javnih nabavki usluga, stavljajući u ravnopravan položaj pružaoce usluga iz različitih sektora – državnog, privatnog i nevladinog. Kako je predviđeno da se na ovaj način obezbeđuju nedostajuće usluge, ovo rešenje je posebno značajno za usluge u zajednici koje nisu dovoljno razvijene, a u mnogim lokalnim samoupravama još nisu ni pokrenute. Prema novom zakonu pružaoци usluge će morati da budu licencirani, a neposredni pružaoци usluga će morati da prođu adekvatnu obuku u okviru akreditovanih programa.

Radi dodatnog podsticaja za razvoj vaninstitucionalnih usluga na lokalnom nivou, novi zakon uvodi mogućnost da se deo sredstava za usluge u zajednici obezbeđuje i sa centralnog nivoa, putem namenskih transfera. Predviđena su **tri tipa namenskih transfera**, koje će lokalne samouprave moći da koriste za razvoj usluga socijalne zaštite u njihovoj nadležnosti. Prvi tip namenskih transfera namenjen je za opštine i gradove koji se nalaze ispod republičkog proseka, u skladu sa propisima kojima se uređuje razvrstavanje jedinica lokalne samouprave prema stepenu razvijenosti⁵¹. Za namenske transfere ovog tipa moći će da konkuriše preko 75% lokalnih samouprava, s tim što bi prednost trebalo da imaju najmanje razvijene sredine.

Drugi tip namenskih transfera namenjen je lokalnim samoupravama u kojima se nalaze ustanove za domski smeštaj u transformaciji. Ove lokalne samouprave se nalaze pred posebnim izazovom – da preuzmu finansiranje vaninstitucionalnih usluga koje se razvijaju u ustanovama za domski smeštaj koje smanjuju svoje smeštajne kapacitete. Namenski transferi bi trebalo da omoguće pokrivanje tranzicionih troškova koje ovakvi procesi neminovno nameću. U narednom periodu ovi namenski transferi bi pre svega trebalo da budu namenjeni lokalnim samoupravama u kojima se nalaze domovi za decu bez roditeljskog staranja i u kojima je proces transformacije bio posebno intenzivan u procesu reformi.

Treći tip namenskih transfera namenjen je za razvoj inovativnih usluga, za koje još nisu definisani standardi i koje nemaju svoje jasno mesto u sistemu socijalne zaštite. Ova sredstva bi bila namenjena i za razvoj usluga koje su značajne za unapređenje socijalne zaštite na celoj teritoriji Srbije, a koje nisu nužno prepoznate kao značajne na lokalnom nivou. Suštinski, ovaj tip namenskih sredstava pre svega institucionalizuje dobra iskustava Fonda za socijalne inovacije, koji je značajno doprineo reformskim procesima u prvim godinama tranzicije.

Zakon predviđa da Vlada uredbom utvrđuje visinu namenskih transfera, kriterijume za njihovu raspodelu po pojedinim jedinicama lokalne samouprave i dinamiku prenosa sredsta-

⁵¹ Uredbom Vlade Republike Srbije sve lokalne samouprave su razvrstane u četiri grupe prema stepenu razvijenosti, uzimajući u obzir najpre ekonomske kriterijume (budžetski prihodi po stanovniku, zarade i penzije), korigovane kompenzacionim kriterijumima, kao što su smanjenje broja stanovnika u poslednjih 30 godina, stopa nezaposlenosti, učešće lica sa visokim i višim nivoima obrazovanja u aktivnom stanovništvu i sl.

va. Prema nacrtu podzakonskih akata, namenski transferi će se dodeljivati putem konkursa za usluge koje su u skladu sa lokalnim strategijama razvoja socijalne zaštite, uz odobravanje višegodišnjeg finansiranja i obavezno finansijsko učešće lokalnih samouprava (komplementarni grantovi).

Za razvoj pomoći u kući posebno je značajan prvi tip namenskih transfera. Pilotiranje ideje o ovom tipu namenskih transfera, koje je sprovedeno kroz konkurs Ministarstva za rad, zapošljavanje i socijalnu politiku krajem 2010. godine, pokazuje da se od približno 90 odobrenih projekata preko 60 odnosi na finansiranje usluge pomoći u kući za stare i za osobe sa invaliditetom. Preostali podržani projekti su mahom fokusirani na usluge u zajednici za decu i mlade sa invaliditetom. Sredstva u ukupnom iznosu od 400 miliona dinara je dobilo 70 nerazvijenih opština.

Pomoć u kući je takođe prepoznata kao jedna od prioritarnih usluga u gotovo svim strategijama razvoja socijalne zaštite na lokalnom nivou. Procenjuje se da je tokom poslednjih pet godina preko 120 lokalnih samouprava izradilo lokalne planove socijalne politike i učestvovalo u procesima strateškog planiranja na lokalnom nivou.⁵² Otuda se može očekivati da će i po usvajanju uredbe o namenskim transferima većina lokalnih samouprava nastaviti da razvija upravu uslugu pomoći u kući.

RAZVIJENOST USLUGA, KORISNICI I PRUŽAOCI USLUGA

Iako postoji zakonska obaveza lokalnih samouprava da obezbede usluge vaninstitucionalne zaštite, one su sve do 2000-ih u Srbiji bile gotovo potpuno nerazvijene. Pojedine usluge su bile prisutne samo u velikim gradovima, a neke samo u Beogradu.

Do nedavno se na centralnom nivou nisu ni prikupljali podaci o uslugama koje su u mandatu lokalnih samouprava, već su saznanja o njima prikupljena ad hoc, kroz anketna i druga istraživanja (Satarić i Rašević, 2007; Matković, 2007).

Od 2007. godine Republički zavod za socijalnu zaštitu je počeo da prikuplja i analizira ove podatke na osnovu izveštaja o radu centara za socijalni rad. Ipak, ni ovi podaci nisu sveobuhvatni, pogotovo što centri često nemaju uvid u programe koji se finansiraju iz vanbudžetskih i donatorskih sredstava. Dodatno, nakon donošenja novog zakona 2011. godine format prikupljanja podataka se promenio.

Prema različitim izvorima, do 2000-e 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 je došlo do snažnog razvoja ove usluge, pre svega zahvaljujući posebnim reformskim mehanizmima i donatorskoj pomoći.

Procenjuje se da je 2003. godine usluga pomoći u kući bila prisutna u samo 35 od 145 gradova i opština⁵³ (Satarić i Rašević, 2007), dok je 2010. prisutna u 113 (Republički zavod za socijalnu zaštitu, 2011).

Prema podacima prikupljenim kroz izveštaje o radu CSR, ukupan broj korisnika pomoći u kući 2010. godine je dostigao 13 hiljada lica, od kojih je približno 11,6 hiljada starije od 65 godina. Od 2002. godine broj korisnika usluge je porastao šest puta, naročito na području

52 Uz donatorsku podršku DFID-a, Kraljevine Norveške i UNDP/EU.

53 U Srbiji 2011. godine lokalne samouprave čine 23 grada, 122 opštine i 22 gradske opštine (beogradske i niške). Kako je pomoć u kući u Beogradu i Nišu organizovana na nivou grada, u tekstu je dat podatak o broju lokalnih samouprava kao zbir gradova i opština, bez gradskih opština.

Centralne Srbije gde usluga gotovo i nije bila prisutna, a najmanje u Beogradu, gde je ranije bila najrazvijenija (Republički zavod za socijalnu zaštitu, 2010. i 2011). Posmatrano po velikim teritorijalnim jedinicima, usluga je najrazvijenija u Vojvodini⁵⁴.

TABELA 18. KORISNICI POMOĆI U KUĆI PREMA VELIKIM PODRUČJIMA U SRBIJI, 2002-2010.

	2002.	2003.	2006.	2007.	2008.	2009.	2010.	
							UKUPNO	65+
Centralna Srbija	195	370	855	1.698	2.719	5.275	5.239	4.626
Vojvodina	474	577	971	1.838	3.908	4.275	5.400	4.769
Grad Beograd	1.465	1.565	1.970	2.451	2.446	2.486	2.515	2.221
Ukupno	2.134	2.512	3.796	5.987	9.073	12.036	13.154	11.616
Broj LS	-	35	58	-	78	98	113	113

Izvor: Republički zavod za socijalnu zaštitu, 2010. i 2011, za broj LS u kojima je usluga uspostavljena 2003. i 2006. godine, Satarić i Rašević, 2007.

Prema evidenciji CSR, na listama čekanja se 2010. godine nalazilo 1.693 lica (Republički zavod za socijalnu zaštitu, 2011), što indicira da je tražnja za uslugom značajno veća od ponude. Međutim, ovaj raskorak je verovatno potcenjen, imajući u vidu da CSR ne izdaju rešenje o pravu na uslugu kada procene da su liste čekanja već preduge, te da su zbog nedovoljnog kapaciteta pružaoca usluga mali izgledi da će iskazana tražnja moći da se realizuje u dogledno vreme (Satarić i Rašević, 2007).

Tokom 2012. godine sprovedeno je mapiranje usluga socijalne zaštite u Srbiji (Stranjaković, 2013), kojim su obuhvaćeni svi vidovi usluge pomoći u kući. Prema ovim podacima, procenjuje se da je **u 2011. godini u 124 lokalne samouprave uslugu dobijalo približno 15 hiljada starih** (1,2% populacije 65+).

Uz napomenu da jednoznačno poređenje dostupnosti ove usluge između pojedinih zemalja nije odgovarajuće, između ostalog i zbog razlika u modelu pružanja usluge, ali i zbog problema u komparativnim podacima, vrednosti ovog indikatora u Srbiji su veoma niske – u Nemačkoj, koja se prvenstveno oslanja na novčanu naknadu, sličnu uslugu koristi 2,6%, a u Holandiji i nordijskim zemljama, u kojima vaninstitucionalne usluge socijalne zaštite predstavljaju dominantan segment veoma razvijene dugotrajne nege, udeo starih je više-struko veći – preko 10% stare populacije.

Rezultati mapiranja omogućavaju detaljniji uvid u podatke za 2012. godinu, kada se usluga pružala u 122 lokalne samouprave za 14,5 hiljada korisnika starijih od 65 godina. Prema ovom istraživanju, paralelno sa razvojem usluge došlo je i do njenog postepenog širenja na ruralne sredine, te je 2012. godine tek neznatno preko 50% ukupnog broja korisnika iz gradova. Očekivano, među korisnicima dominiraju žene (preko 70%). Kao i u drugim zemljama, visok udeo žena se objašnjava njihovim dužim životnim vekom i dominacijom u ukupnoj populaciji starih⁵⁵.

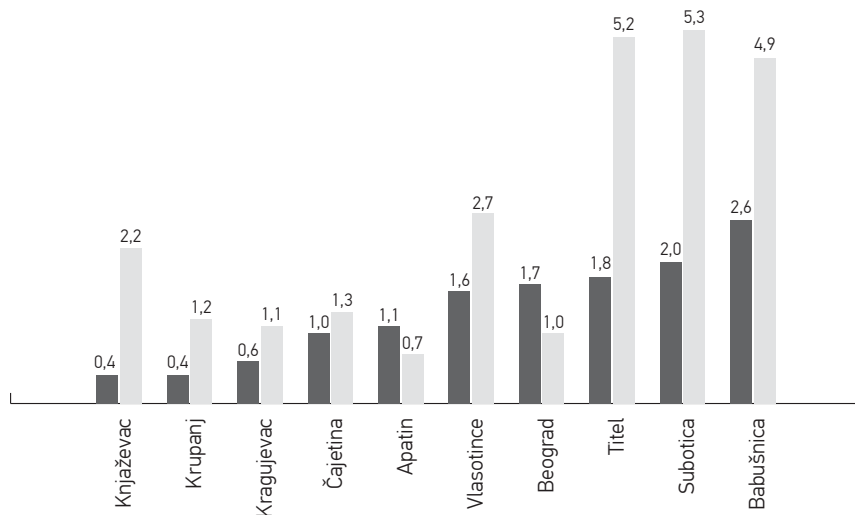
Mapiranje usluga pokazuje veoma velike razlike u dostupnosti usluge na lokalnom nivou. U 50 LS udeo starih kojima se pruža usluga je manji od 1%, dok je u 26 LS između 1 i 2%. U preostalim lokalnim samoupravama (46) udeo starih je veći (Aneks 3, Mapa LS prema dostupnosti usluge pomoći u kući).

⁵⁴ Ovi podaci ne obuhvataju projektno uspostavljene usluge

⁵⁵ Prema Popisu (2011) udeo žena u populaciji 80+ je iznosio 63% (Republički zavod za statistiku, 2012).

I podaci iz 2011. godine na uzorku od 10 lokalnih samouprava pokazuju razlike u dostupnosti usluge na lokalnom nivou. U izabranim lokalnim samoupravama uslugom pomoći u kući je obuhvaćeno od 1%, pa čak do 5% starijih od 65. Razlike u dostupnosti usluge su manje ako se pretpostavi da je model pružanja usluge jednak u svim lokalnim samoupravama, te da svaki korisnik dobija jedan sat usluge dnevno.

GRAFIKON 23. UDEO KORISNIKA POMOĆI U KUĆI, STVARAN I STANDARDIZOVAN (SVAKI KORISNIK DOBIJA JEDAN SAT USLUGE DNEVNO) U POPULACIJI 65+, 2011.



Izvor: Kalkulacije autora na osnovu podataka prikupljenih tokom projekta „Unapređenje procesa u oblasti socijalnog uključivanja i smanjenja siromaštva”.

Međutim, prilikom poređenja mora se imati u vidu da se model pružanja usluga veoma razlikuje po pojedinim lokalnim sredinama. Najveći broj LS uslugu obezbeđuje svakom korisniku više od sat vremena dnevno (približno 2/3 LS).

U preostalim LS korisnici dobijaju podršku svega nekoliko sati, jednom do dva puta nedeljno. U pojedinim LS u ovoj grupi udeo starih obuhvaćenih uslugom je veoma visok, pa sam podatak o obuhvatu, bez broja sati pružanja usluge može da stvori pogrešnu sliku o razvijenosti ove usluge socijalne zaštite (Aneks 3, Mapa LS prema modelu pružanja usluge).

Naravno, moguće je argumentovati da je sasvim legitimno pravo lokalnih samouprava da, u uslovima veoma niskih budžeta, izaberu obezbeđivanje usluge manjeg intenziteta, ali za veći broj starih, kao i obrnuto. Otvoreno je, međutim, pitanje da li prema minimalnim standardima podrška koja traje manje od dva sata nedeljno može uopšte da se klasifikuje kao usluga socijalne zaštite.

Prilikom poređenja LS u pogledu dostupnosti usluge posebno treba imati u vidu i da se u pojedinim sredinama usluga pretežno finansira iz spoljnih izvora, te da je neodrživa za veći broj korisnika. Dodatno, u svakoj petoj LS nisu čak donete ni odgovarajuće pravne odluke o uspostavljanju usluge.

Najzad, treba još jednom istaći da, prema najnovijim podacima, u 23 lokalne samouprave usluga ni u jednom vidu nije prisutna. Očekivano, najveći broj takvih LS pripada 2. i 3. grupi prema stepenu razvijenosti. Usluga se pruža u gotovo svim najrazvijenijim sredinama, dok

je za najmanje razvijene (4. grupa) očito značajna podrška donatora ili centralnog nivoa u vidu projektnih sredstava. Ipak, u svim grupama je zabeležen značajan pomak u odnosu na istraživanja iz ranijih godina (Vuletić, 2009), te je i u 2. i 3. grupi usluga prisutna u 75%, odnosno 80% LS, respektivno.

TABELA 19. BROJ OPŠTINA PREMA NIVOU RAZVIJENOSTI I RAZVIJENOSTI USLUGE POMOĆI U KUĆI, 2012.

	UKUPNO	SA USLUGOM		BEZ USLUGE
		SA ODLUKOM	BEZ ODLUKE	
I grupa	23	19	3	1
II grupa	33	21	4	8
III grupa	43	25	9	9
IV grupa	46	32	9	5
Ukupno	145	97	25	23

Izvor: Stranjaković (2013)

Pružaoци usluge pomoći u kući su pretežno iz državnog sektora, najčešće pri gerontološkim centrima ili centrima za socijalni rad, prisutni u gotovo 100 LS. Preko 10 hiljada starijih koristi upravo uslugu pomoći u kući koja je organizovana u okviru državnog sektora (74% od ukupnog broja korisnika).

Prema rezultatima mapiranja, u tridesetak lokalnih samouprava za nešto manje od četiri hiljade starih uslugu pružaju nevladine organizacije, uključujući one sredine u kojima su prisutni i državni i nedržavni sektor (Zrenjanin, Subotica, Šabac, Valjevo, Novi Sad, Kanjiža). Među nevladinim organizacijama koje pružaju usluge za stare najprisutniji su Crveni krst i Karitas (ukupno 2.462 korisnika).

Od 2002. godine Crveni krst za 11 hiljada korisnika sprovodi Program brige o starima, koji obuhvata četiri vrste aktivnosti: zdravstveno-preventivne, pomoć u kući, psihosocijalnu podršku i klupske aktivnosti. Prema internim podacima Crvenog krsta za 2010. godinu, program pomoći u kući se sprovodio u 54 opštine. Korisnike biraju komisije u čijem radu učestvuju i CSR. Korisnici su lica starija od 65 godina koja žive u samačkim domaćinstvima sa malim primanjima. U pružanju usluga je angažovano oko 1.000 volontera, mahom starije generacije (preko 55 godina starosti). Program se finansira uz podršku Međunarodne federacije Crvenog krsta i Crvenog polumeseca i španskog Crvenog krsta (Todorović i Vračević, 2009). Pojedine lokalne organizacije Crvenog krsta su za pružanje usluge pomoći u kući dobijale i podršku Fonda za socijalne inovacije ili sredstva iz javnih radova.

Veoma značajnu ulogu u pružanju usluga pomoći u kući ima i religiozna organizacija Karitas Srbije i Crne Gore. Program kućne nege Karitas započet je u Srbiji još 1996. godine. Namenjen je starim, bolesnim i osobama sa invaliditetom u desetak opština, mahom u Vojvodini. Program se značajnim delom finansira iz donatorskih sredstava, usmeren je ka izrazito siromašnim licima i za korisnike je besplatan. Poslednjih godina je i jedan broj lokalnih samouprava počeo da finansira programe ove organizacije.

Značajan pomak u uključivanju nevladinog sektora u pružanje usluge socijalne zaštite, uvid u njihove programe, ali i pristup lokalnim budžetima može se očekivati tek sa uvođenjem licenciranja svih pružaoца usluga.

Privatni pružaoци usluga, iako postoje, praktično su u sivoj zoni poslovanja i o njima nema kredibilnih izvora podataka.

Usluga pomoći u kući u Beogradu⁵⁶

Grad Beograd je među lokalnim samoupravama koje imaju najrazvijeniju uslugu pomoći u kući, koja je uvedena još 1986. godine. Usluga je organizovana u okviru posebne službe Gerontološkog centra Beograd⁵⁷ i pokriva 14 od 17 beogradskih opština. Pored usluge pomoći u kući, ova služba pruža i usluge dnevnog boravka, ishrane, raznošenja hrane u domove korisnika, pranja i peglanje veša i sl. Pravo na pomoć u kući imaju stari i bolesni, kojima srodnici ne mogu da pruže adekvatnu zaštitu. Pomoć po pravilu traje dva sata dnevno i organizuje se radnim danima. Za veoma mali broj najugroženijih korisnika pomoć se organizuje četiri sata dnevno. Uslugom pomoći u kući 2011. godine je obuhvaćeno 2.011 korisnika, od kojih samo 30 dobija uslugu koja traje četiri sata dnevno. Ostalim uslugama koje pruža služba obuhvaćeno je oko 8.000 korisnika.

Prema internim podacima, najveći broj korisnika pomoći u kući u Beogradu su žene (80%), stariji od 70 godina (84%) i lica koja žive sama (80%). Gotovo svi korisnici su penzioneri (lični ili porodični) i mahom su obrazovaniji (preko $\frac{3}{4}$ je sa završenom srednjom, visokom ili višom školom). Svega 15 starih su korisnici novčane socijalne pomoći, dakle izrazito siromašni.

Tražnja za ovom vrstom usluge u Beogradu je velika, o čemu svedoči i činjenica da je trenutno na listi čekanja prijavljeno preko 600 lica.

Između jedinice za pomoć u kući Gerontološkog centra kao ustanove socijalne zaštite i Gradskog zavoda za gerontologiju kao gradske zdravstvene ustanove koja pruža medicinsku kućnu negu ne postoji nikakva saradnja, pa čak ni ona koja podrazumeva razmenu informacija o korisnicima.

Podaci o usluzi pomoći u kući koji se odnose na Beograd ukazuju na nekoliko zaključaka. Prvo, da je usluga nedovoljno razvijena, na šta upućuje kako mali obuhvat starih ovom uslugom, tako i veliki broj starih na listama čekanja. Drugo, iako je ideo korisnika u Beogradu neznatno ispod republičkog proseka, usluga je održiva i obezbeđuje veći broj sati podrške po korisniku nego u mnogim drugim sredinama.

Analiza korisnika usluge u Beogradu potvrđuje nalaze nekih ranijih studija da su usluge u većoj meri usmerene prema obrazovanim i boljestojećim slojevima stanovništva (Satarić i Rašević, 2007), ali ukazuje i na dobru targetiranost korisnika u pogledu porodičnog statusa (s obzirom da 80% korisnika koji primaju uslugu žive sami, te nemaju neposrednu podršku porodice).

Činjenica da je trajanje usluge jednako za većinu korisnika ukazuje na nefleksibilnost u organizaciji i neusklađenost sa individualnim potrebama korisnika.

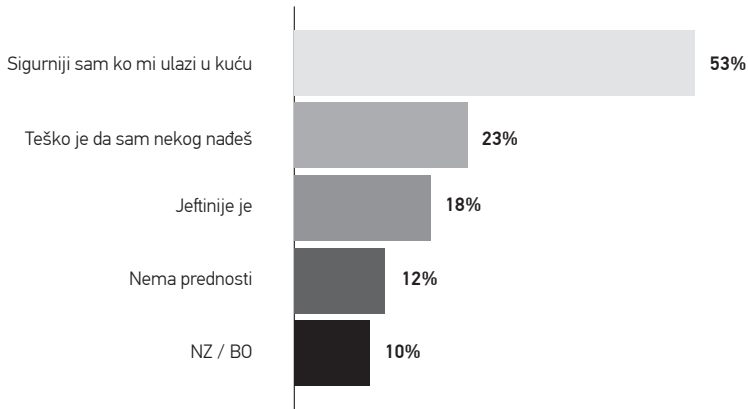
Poslednjih godina u obezbeđenje usluga počele su da se uključuju i pojedine gradske opštine, kao na primer opština Stari grad. Svojim sugrađanima koji su na listi čekanja za gradsku uslugu opština Stari grad obezbeđuje besplatne usluge nešto manjeg obima (dva sata dva-tri puta nedeljno).

⁵⁶ Podaci prikupljeni pomoću upitnika kroz projekat „Unapređenje procesa u oblasti socijalnog uključivanja i smanjenja siromaštva” Tima za socijalno uključivanje i smanjenje siromaštva Vlade Republike Srbije.

⁵⁷ Gerontološki centar Beograd obuhvata tri doma za stare i stacionar u Beogradu, koji su ustanove u mandatu nacionalnog nivoa, i službu za dnevni boravak i pomoć u kući, koja se finansira iz gradskog budžeta.

Istraživanja sa fokus grupama indiciraju da stari imaju više poverenja u državne usluge od onih koje mogu da se obezbede na neformalnom tržištu i da su spremni da plate više za uslugu koja bi trajala više sati u toku dana, kao i tokom praznika i vikenda (Satarić i Rašević, 2007). I najnovije anketno istraživanje (IPSOS, 2012) potvrđuje da se stari osećaju sigurnijim kada država obezbeđuje uslugu, kao i da nije jednostavno da se privatno organizuje podrška koja dnevno traje svega sat do dva. Dodatno, jedan broj starih ističe i da je usluga koju organizuje država jeftinija (za korisnike).

GRAFIKON 24. ŠTA MISLITE DA JE PREDNOST PRUŽANJA OVE USLUGE ORGANIZOVANE OD STRANE DRŽAVE? (VIŠESTRUKI ODGOVOR)



Izvor: Anketa „Briga o starim licima u Srbiji”, IPSOS, 2012.

Prema saznanjima iz različitih projekata, u najvećem broju LS sadržaj usluge pomoći u kući je pre svega usmeren na podršku IDA, uz manje prisustvo personalne nege (ODA).

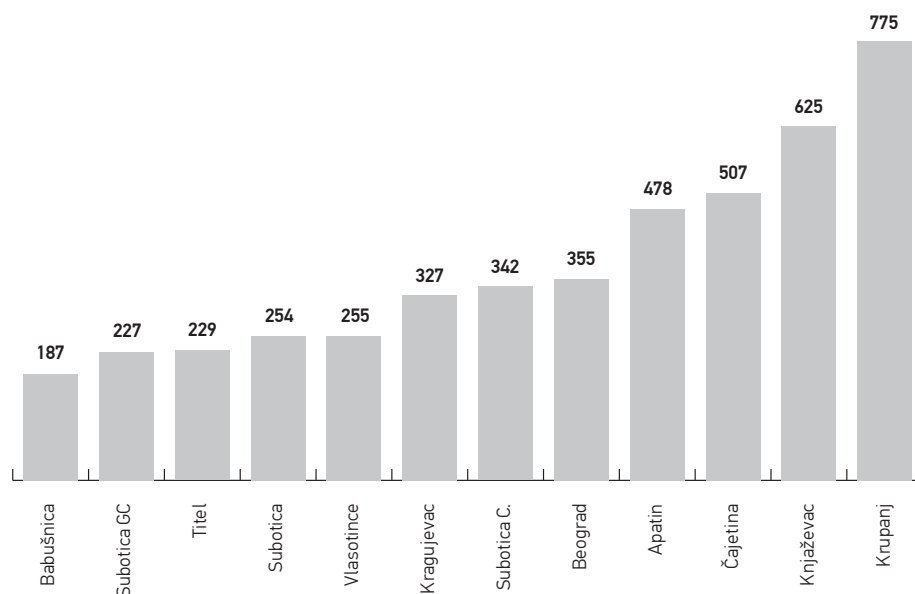
CENE, RASHODI I VANBUDŽETSKI IZVORI FINANSIRANJA

O cenama i rashodima za uslugu pomoći u kući se ne zna dovoljno. Ovi podaci se ne prikupljaju sistematično, pa o njima može da se sudi pre svega na osnovu mapiranja i pojedinih projekata koji su analizirali usluge u zajednici.

Prema ovako prikupljenim podacima, mesečni rashodi po korisniku u 2011. godini su se kretali od 2.000 i 4.000 dinara u manjim opštinama, pa sve do 15 hiljada dinara u Beogradu. Na izdvajanja po korisniku odlučujuće utiče model pružanja usluga, koji se, kao što je ukazano, značajno razlikuje po pojedinim LS.

Jedinični troškovi usluge se u najvećem broju lokalnih samouprava **kreću između 200 i 350 dinara**. Izazov za efikasno uspostavljanje usluge posebno je izražen u pojedinim ruralnim sredinama (Krupanj, Knjaževac, Čajetina), u kojima su korisnici često u udaljenim, nepristupačnim naseljima. Ipak, i među ruralnim opštinama se mogu naći primeri onih koje su uspele da uslugu postave uz izuzetno niske rashode (na primer, opština Babušnica).

GRAFIKON 25. JEDINIČNI TROŠKOVI USLUGE POMOĆI U KUĆI ZA STARE (U DINARIMA), IZABRANE LS, 2011.



Napomena: Subotica GC se odnosi na podatke Gerontološkog centra kao pružaoca usluge, a Subotica C na podatke Karitasa kao pružaoca usluge.

Izvor: Kalkulacije autora na osnovu podataka prikupljenih tokom projekta „Unapređenje procesa u oblasti socijalnog uključivanja i smanjenja siromaštva”.

Na osnovu podataka mapiranja, lokalne samouprave su samostalno ili uz pomoć republičkog budžeta za uslugu pomoći u kući izdvojile **približno 840 miliona dinara u 2011. godini (svoga 0,03% BDP-a)**. Ukupni rashodi su, računajući donatorska sredstva i participaciju, iznosili preko jedne milijarde dinara.

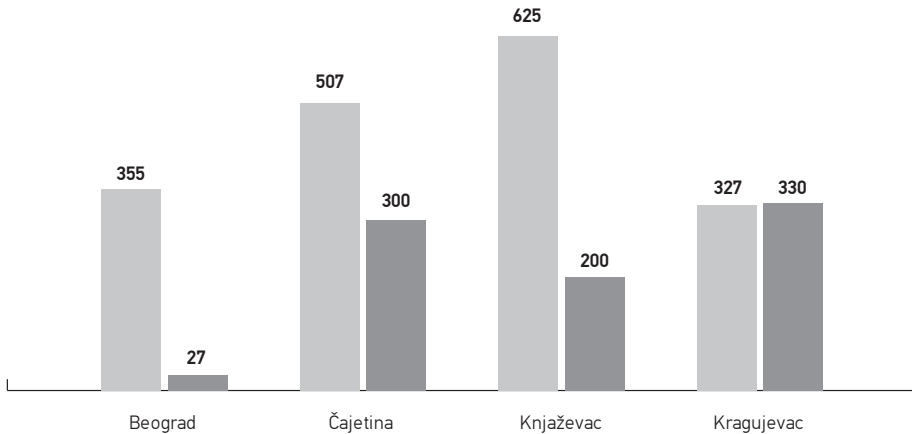
Međutim, tek svaka treća LS (njih 44) finansira u potpunosti uslugu sopstvenim sredstvima, bez pomoći nacionalnog budžeta i/ili donatora. Otuda se tek za približno pet hiljada starijih iz ovih sredina može smatrati da dobijaju uslugu koja je u potpunosti održiva. Na suprotnom kraju je dvadesetak opština u kojima nisu uopšte izdvojena sredstva iz lokalnog budžeta, pa je održivost usluge za 2.400 starijih iz ovih opština upitna.

Kao što je već ukazano, lokalne samouprave uspostavljaju kriterijume i merila za učešće korisnika u ceni usluga u zajednici. Manji broj lokalnih samouprava naplaćuje participaciju u iznosu koji se formira kao procenat od visine novčanih davanja za pomoć i negu, dok u Beogradu svi korisnici plaćaju jednaku participaciju od 1.092 dinara mesečno.

Nalazi mapiranja usluga pokazuju da je samo približno jedna trećina LS uvela participaciju, dok među preostalima značajan broj i ne planira da je uvede (34%). Rašireno je mišljenje da uvođenje participacije nije prihvatljivo imajući u vidu težak materijalni položaj porodica koje se staraju o starima i o osobama sa invaliditetom i da bi „prevaljivanje” dela troškova na porodicu uticalo na smanjenje broja korisnika usluga. Međutim, ima i stavova da je to pitanje koje je naknadno teško razrešiti i da se participacija prihvata bez problema ukoliko se uvede na samom startu, prilikom uspostavljanja usluge (Matković, 2009).

Veoma niska participacija, koja pokriva izuzetno mali deo realnih troškova i koja je mnogo niža od cene koja se formira na neformalnom tržištu za slične usluge, ukazuje na neiskorišćenu mogućnost da se sa njenim povećanjem, bez dodatnih budžetskih izdataka, poveća broj korisnika kojima se pruža usluga na lokalnom nivou. Na nivou grada Beograda pripremljen je neformalan predlog da se uvede diferencirana participacija u skladu sa prihodima korisnika.

GRAFIKON 26. JEDINIČNI TROŠKOVI USLUGE POMOĆI U KUĆI I CENA PO SATU, IZABRANE LS, 2011.



Izvor: Kalkulacije autora na osnovu podataka prikupljenih tokom projekta „Unapređenje procesa u oblasti socijalnog uključivanja i smanjenja siromaštva”.

Za razvoj usluga socijalne zaštite i posebno pomoći u kući proteklih godina poseban značaj su imali Fond za socijalne inovacije, javni radovi i pojedini donatorski projekti.

Fond za socijalne inovacije je pokrenut 2003. godine kao jedan od reformskih mehanizama za razvoj vaninstitucionalne socijalne zaštite na lokalnom nivou (Matković, 2005). Kroz fond su finansirani uspostavljanje i razvoj usluga, za koje su u partnerstvu konkurisale organizacije iz vladinog i nevladinog sektora. Iako je fokus Fonda za socijalne inovacije u većoj meri trebalo da bude na „novim” i „inovativnim” uslugama, on je osmišljen i da bi podstakao lokalne vlasti da pokrenu usluge koje su već u njihovoj nadležnosti. Od fonda se očekivalo i da „probudi” potrebe među korisnicima, koji bi se osnažili i „zahtevali” nastavak finansiranja već uspostavljenih usluga. Fond je predstavljao i važan mehanizam za prenošenje dobre prakse, ali i za unapređenje znanja i kapaciteta svih učesnika u reformi (Golicić i Ognjanov, 2010).

Tokom šest godina funkcionisanja Fonda finansirano je gotovo 300 lokalnih projekata u 100 lokalnih samouprava sa preko sedam miliona evra⁵⁸ (Golicić i Ognjanov, 2010). Na osnovu različitih izvora moguće je proceniti da je, od ukupnog broja projekata koji su podržani kroz Fond, gotovo svaki peti bio usmeren na razvoj pomoći u kući. Analiza prva dva konkursna ciklusa u periodu 2003-2005. godine pokazuje da je ovu uslugu koristilo preko 1.560 starih. U većini opština usluga pomoći u kući je uspostavljena po prvi put (Satarić i Rašević, 2007; Fond za socijalne inovacije, 2005).

⁵⁸ Od ukupnih sredstava preko 4,3 miliona su obezbedili donatori (EU, UNDP, Ministarstvo spoljnih poslova Kraljevine Norveške (NMFA) i Odeljenje za međunarodni razvoj Velike Britanije (DfID), a 2,7 miliona evra republički budžet.

Javni radovi su takođe predstavljali važan izvor finansiranja, ali i motiv za uspostavljanje usluge pomoći u kući u mnogim nerazvijenim opštinama. Javni radovi su kao aktivna mera zapošljavanja u Srbiji uvedeni 2006. godine i usmereni su na dugoročno nezaposlena lica, a prevashodno se sprovode u manje razvijenim područjima.

Ukupna sredstva koja se izdvajaju za javne radove u Srbiji variraju na godišnjem nivou, a o komponenti koja se izdvaja za finansiranje pomoći u kući može da se sudi na osnovu podataka iz 2009. godine. Od 396 projekata javnih radova u 2009. svaki četvrti je pripadao socijalno i kulturno-humanitarnim aktivnostima, a prema internoj dokumentaciji Nacionalne službe za zapošljavanje 60 projekata je uključivalo komponentu pomoći i/ili medicinske nege u kući za stare. Na ovim projektima je tokom šest meseci bilo angažovano oko 1.000 lica, a svaka četvrta organizacija-implementator bila je iz nevladinog sektora (Anđelković i Golicin, 2010).

Praćenje i evaluacija programa javnih radova nije bila posebno usmerena na usluge pomoći u kući, ali na osnovu drugih, indirektnih izvora postoje indicije da su ovi programi u pojedinim opštinama omogućili da se po prvi put uvede pomoć u kući i/ili da se obezbede izvori finansiranja nakon prekida projektnih aktivnosti finansiranih iz drugih izvora (Fond za socijalne inovacije, donatorski projekti). Prilikom donošenja odluke o dodeli sredstava za javne radove čini se da se uopšte nije vodilo računa o održivosti usluga, niti o budžetskim mogućnostima lokalnih samouprava da programe nastave, te je u nekim malim i nedovoljno razvijenim opštinama usluga uvedena za vrlo veliki broj starih. Prekidi u obezbeđenju usluge i „čekanje” novog ciklusa javnih radova stvarali su dodatne organizacione probleme. Uprkos tome ne mogu se negirati neke važne pozitivne posledice uvođenja ovakvog tipa javnih radova - stari i ugroženi u nerazvijenim sredinama bili su u mogućnosti da dobiju ovu uslugu, značajan broj lica je obučen za pružanje usluge, a svest o potrebi obezbeđenja usluge u lokalnim sredinama je podignuta. Dodatno, lokalni lideri su uvideli da kroz ovaj program mogu istovremeno da ostvare dva cilja - i zapošljavanje i pomoć starima, što je povećalo političku atraktivnost uvođenja ove usluge socijalne zaštite.

Vanbudžetski izvori finansiranja za uslugu pomoći u kući poslednjih godina su bili dostupni i kroz **donatorske programe**. Projekti „Podrška lokalnom razvoju” i „Podrška lokalnim zajednicama za ostvarivanje socijalne inkluzije”⁵⁹, koji su u periodu od 2006. do kraja 2010. godine finansijski podržavani od strane Kraljevine Norveške, bili su usmereni na unapređenje kapaciteta najnerazvijenijih opština kako bi adekvatno odgovorili na potrebe svojih građana u socijalnoj sferi. U projekte je postepeno uključivan sve veći broj lokalnih samouprava, tako da je tokom poslednje godine obuhvaćeno ukupno 23 opštine sa približno 320 hiljada stanovnika. Tri četvrtine ovih opština zahvatilo je izrazito starenje stanovništva sa udelom starijih od 65 godina koji se kreće od približno 19%, pa do preko 30%, pa je prirodno da je u gotovo svim planovima razvoja socijalne zaštite prioritarno mesto zauzelo uspostavljanje usluge pomoći u kući.

Tokom projekta usluga pomoći u kući je uvedena u 21 opštini. U 2010. broj korisnika starijih od 65 godina se procenjuje na 720 (0,9% populacije starije od 65 godina u ovim opštinama). Kroz ovaj projekat je obezbeđena podrška za gotovo četvrtinu od ukupnog broja novospostavljenih usluga pomoći u kući (Vuković i Čalošević, 2009). Eksterna evaluacija projekta⁶⁰ je

⁵⁹ Implementatori projekata su bili CLDS, Stalna konferencija gradova i opština i International Management Group.

⁶⁰ Ex-post evaluacija tri norveška projekta u okviru projekta „UVODENJE SISTEMA MONITORINGA I EVALUACIJE MEĐUNARODNE POMOĆI, ORIJENTISANOG KA REZULTATIMA” (identifikacioni broj NOR83/OC/03), Komponenta II: SOCIJALNA ZAŠTITA NA LOKALNOM NIVOU, Finalni izveštaj, Multiservis, Beograd, November 2010

pokazala da su u svim opštinama značajno unapređeni profesionalni i administrativni kapaciteti i da je podignuta svest o potrebi razvoja usluge, kako od strane lokalnih samouprava, tako i među korisnicima.

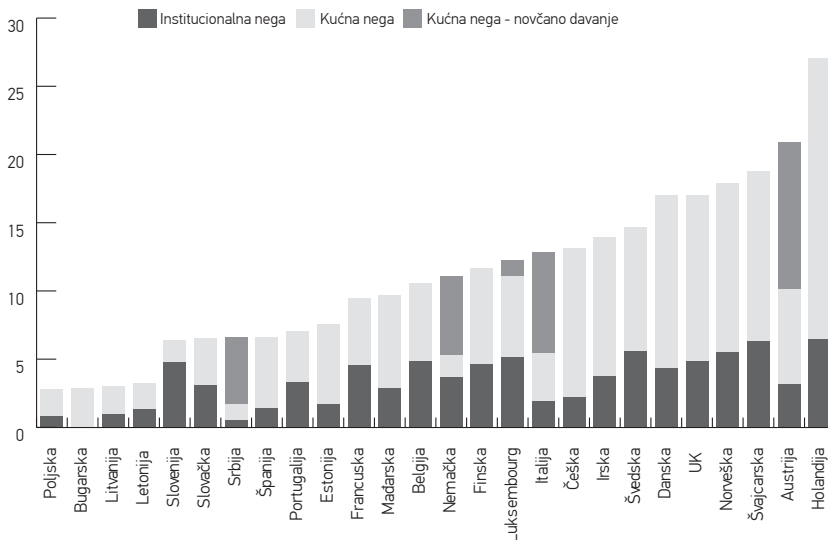
Iskustva iz ovog projekta, ali i iskustva Fonda za socijalne inovacije su poslužila kao osnova za predlog o uvođenju namenskih transfera za razvoj usluga socijalne zaštite.

4.3. JAVNI RASHODI ZA DTN

Prema podacima popisa i anketnih istraživanja, podrška za osnovne dnevne aktivnosti (ODA) je potrebna za svakodnevno funkcionisanje približno 90 hiljada starih, a neki vid podrške za instrumentalne dnevne aktivnosti (IDA) potreban je za 190 do 230 hiljada starih. Jedan deo potrebne podrške ostvaruje se u okviru porodice, sa ili bez novčane pomoći od strane države.

U okviru podrške koja dolazi iz javnog sektora, iz sprovedenog istraživanja se moglo videti da novčano davanje za DTN u Srbiji prima približno 62 hiljade starih (5%), institucionalnom zaštitom u državnim institucijama je obuhvaćeno preko sedam hiljada starih (0,6%), a podršku kroz uslugu pomoći u kući, barem delom finansiranu kroz lokalne budžete, dobijalo je oko 15 hiljada (1,2%). Dodatno, u Beogradu je i približno 1,5 hiljada starih uključeno u palijativno zbrinjavanje i pružanje zdravstvene nege u kući. Ukupan broj starih koji primaju neku vrstu davanja nije moguće proceniti, jer nema podataka o tome koliko korisnika istovremeno ostvaruje i novčana i nenovčana davanja. Ako bismo pretpostavili, iako to nije realno, da svi stari ostvaruju samo jednu vrstu prava, **ukupan broj korisnika bi iznosio približno 85,5 hiljada ili manje od 7% starijih od 65 godina u Srbiji**. Pod uslovom da su davanja veoma dobro targetirana i da nema preklapanja moglo bi se smatrati da su pokrivene potrebe najugroženijih starih kojima je neophodna ODA podrška.

GRAFIKON 27. KORISNICI DTN PODRŠKE, % POPULACIJE 65+ (2009. GODINA)



Izvor: Rodrigues et al. (2012); za Srbiju procena autora.

Javni rashodi za dugotrajnu negu u Srbiji se grubo mogu proceniti na 0,5% BDP-a, od čega najviše za novčana davanja (0,36%).

TABELA 20. KORISNICI 65+ I JAVNI RASHODI ZA DTN (%), 2011.

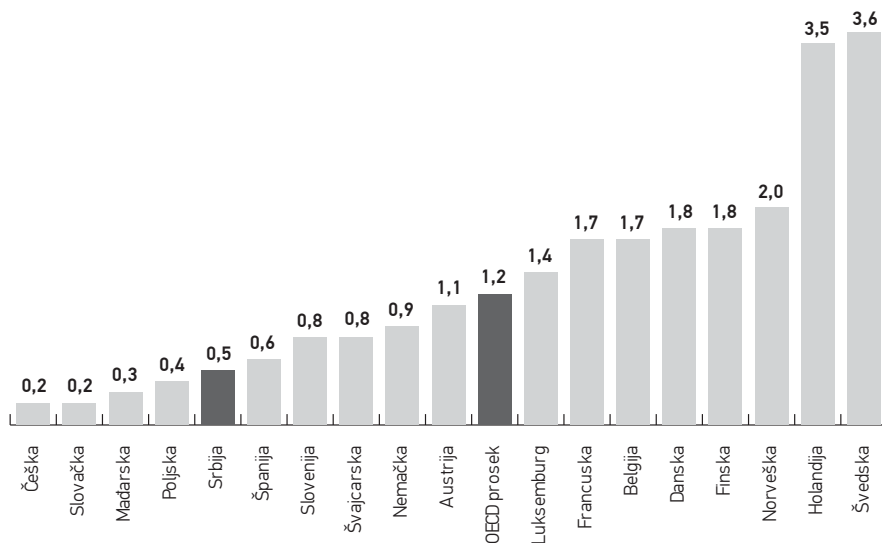
VRSTA DAVANJA	UDEO U STANOVNIŠTVU 65+	UDEO JAVNIH RASHODA U BDP-U
Novčana davanja	5,0	0,36
Domski smeštaj	0,6	0,05
DTN u zdravstvenoj zaštiti	0,1	0,03
Usluge u zajednici	1,2	0,03
Ukupno	6,9	0,47

Izvor: Procena autora

Ovi su rashodi značajno niži nego u EU, gde su 2004. godine u proseku iznosili 0,9% BDP-a. Ipak, varijacije i između zemalja u Evropi su velike, te su u gotovo trećini zemlja EU rashodi na istom ili na nižem nivou nego u Srbiji (European Commission, 2008).

Najnoviji raspoloživi podaci OECD-a, i pored metodoloških problema koji otežavaju uporedivost, nedvosmisleno pokazuju da se Srbija nalazi među zemljama sa najmanjim rashodima za DTN (Grafikon 28).

GRAFIKON 28. RASHODI ZA DTN KAO U OECD ZEMLJAMA (% BDP-A, 2008. GODINA)



Izvor: Colombo et al. (2011), procena autora za Srbiju (podatak za 2011).

Na srednji i duži rok posmatrano, javni 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 godina u dobrom zdravlju, već i onih tokom kojih je povećana invalidnost. Na porast rashoda će da utiče i promena porodičnih modela, porast 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 na nacionalnom nivou. Nesumnjivo je da će na javne rashode da utiče i opredeljenje o ulozi države u obezbeđenju DTN, ali i sveukupni nivo ekonomske razvijenosti (Matković, 2003). Najzad, na srednji rok ne treba zanemariti ni efekte ugledanja na razvijenije zemlje, ali ni pritisak EU da se adekvatno odgovori na potrebe najstarijih.

PROJEKCIJE RASHODA ZA DTN

Za projekciju javnih rashoda za DTN korišćen je jednostavan model makrosimulacija, sličan modelu koji koristi Evropska komisija (vidi Aneks 4). Pri projekciji rashoda razmatrani su samo troškovi koji se odnose na novčane naknade, dok troškovi institucionalnog smeštaja, usluge koje se finansiraju sa lokalnog nivoa, kao i troškovi iz zdravstvene zaštite nisu uzeti u obzir. Polazne pretpostavke prikazane su u Okviru 2.

Polazne pretpostavke

Za demografske projekcije korišćena je srednja varijanta projekcija RZS do 2041. godine, koja je detaljnije prikazana u delu 3.1.

Polazna pretpostavka o prevalenci invalidnosti je 4,3% za populaciju 65-80 i 18,9% za populaciju 80+. Ove stope su izvedene ukrštanjem podataka o potrebama za nekom vrstom podrške iz Popisa (2011) i ankete „Briga o starim licima u Srbiji” (prosek potreba iz oba izvora) i podataka o broju stanovnika ove dve starosne grupe iz Popisa (2011).

Polazna pretpostavka o stopi korišćenja prava (take-up) iznosi oko 70% za populaciju stariju od 65 godina, 79,3% za populaciju 65-80, a 58% za populaciju 80+. Ove stope procenjene su na osnovu podataka iz Popisa (2011) i ankete „Briga o starim licima u Srbiji”, po kojima potrebu za nekom vrstom podrške ODA tipa ima oko 90 hiljada lica, dok pravo na novčano davanje koristi oko 62 hiljade.

Početni iznos novčanog davanja je 15.000 dinara, što je otprilike na nivou prosečnog davanja.

Polazna pretpostavka je da se sva novčana davanja indeksiraju rastom cena. Ovo je delimično pojednostavljeno s obzirom da se naknada koja se isplaćuje iz PIO fonda usklađuje na isti način kao i penzijska naknada - sa rastom potrošačkih cena, sem u slučaju ako je realni rast BDP-a veći od 4%.

Pomoću simulacija se razmatra nekoliko hipotetičkih scenarija na osnovu kojih se sagledava kako promene određenih faktora mogu da utiču na rast javnih rashoda za DTN u budućnosti. Različiti scenariji, čije su pretpostavke sumirane u Tabeli 20, razlikuju se u zavisnosti od variranja pojedinih varijabli. Osnovni scenario – Scenario 1 prikazuje projekcije za sistem koji bi u narednih 30 godina izgledao isto kao što izgleda sada (novčana davanja koja se usklađuju sa rastom cena, stopa korišćenja prava oko 70%, ista prevalenca invalidnosti). Scenario 2 – „čist demografski scenario” sve polazne pretpostavke ostavlja konstantnim sem indeksacije novčanih naknada, koje usklađuje sa realnim rastom BDP-a i na taj način „hvata” efekat demografskih promena. Scenario 3 – „smanjenje prevalenice invalidnosti” pokazuje za koliko se efekat demografskih promena umanjuje ukoliko bi se usled poboljšanja zdravstvene zaštite funkcionalnost starijeg stanovništva poboljšala. Scenario 4 – „formalizacija nege” u poređenju sa osnovnim scenarijom pokazuje efekat povećanja korišćenja prava na novčano davanje sa sadašnjih 70% na 90% od 2021. godine.

Scenario 5 – „rast novčanih davanja sa životnim standardom” pokazuje koji bi efekat na rashode izvršila promena indeksacije novčanih davanja. Scenario 6 – „kombinacija novčanih davanja i usluga” je scenario koji pokazuje efekat uvođenja mogućnosti izbora između novčanog davanja i usluge (u skladu sa preporukama iz dela 5). I na kraju Scenario 7 – „scenario visokih rashoda” služi da pokaže koliko bi troškovi za ODA podršku mogli da porastu ukoliko bi, pored demografskih efekata, u isto vreme došlo i do formalizacije nege uz uvođenje mogućnosti izbora usluga (koje su po definiciji skuplje od novčanih naknada) i uz rast davanja u skladu sa realnim rastom BDP-a.

TABELA 21. PRETPOSTAVKE RAZLIČITIH SCENARIJA ZA PROJEKCIJU JAVNIH DTN RASHODA U SRBIJI

	PREVALENCA INVALIDNOSTI	KORIŠĆENJE PRAVA	KOMBINACIJA NOVČANIH DAVANJA I USLUGA	INDEKSACIJA NOVČANIH DAVANJA
Scenario 1: osnovni scenario	Polazna	Polazno	Samo novčana davanja	Rastom cena
Scenario 2: čist demografski	Polazna	Polazno	Samo novčana davanja	Realnim rastom BDP-a
Scenario 3: smanjenje prevalencije invalidnosti za 65-80	Prevalenca invalidnosti za 65-80 pada na 2,5% do 2031.	Polazno	Samo novčana davanja	Realnim rastom BDP-a
Scenario 4: formalizacija nege	Polazna	Take up 90% za sve starosne grupe od 2021.	Samo novčana davanja	Rastom cena
Scenario 5: rast novčanih davanja sa životnim standardom	Polazna	Polazno	Samo novčana davanja	Polovina rasta BDP-a (realni rast zarada)
Scenario 6: kombinacija novčanih davanja i usluga	Polazna	Polazno	Izbor, 2/3 bira novčano davanje, 1/3 bira uslugu (cena usluge duplo skuplja)	cene
Scenario 7: scenario visokih rashoda	Polazna	Take up 90% za sve starosne grupe od 2021.	Izbor, 2/3 bira novčano davanje, 1/3 bira uslugu (cena usluge duplo skuplja)	Realnim rastom BDP-a

Napomena: Projekcija stanovništva RZS (Tabela 6, poglavlje 3.1.); Realni rast BDP-a 2% godišnje

Projekcije prikazane u osnovnom scenariju pokazuju da demografske promene, ukoliko bi svi ostali elementi DTN sistema ostali nepromenjeni, ne bi dovele do povećanja rashoda. Štaviše, pod pretpostavkom da BDP realno raste 2% godišnje, udeo rashoda za DTN bi se smanjio kao posledica indeksiranja novčanih davanja sa rastom cena.

Da bi se „uhvatio” demografski efekat, pretpostavljeno je indeksiranje novčanih davanja sa realnim rastom BDP-a. Takav „čist demografski scenario” pokazuje da bi demografski efekat povećao rashode za novčana davanja za približno trećinu ili za 0,1% BDP-a u narednih 30 godina.

Ukoliko bi došlo do smanjenja prevalencije invalidnosti efekat na rashode bi bio ublažen, pa bi po scenariju 3 došlo do povećanja rashoda u 2041. godini za oko 0,03%.

Formalizacija nege bi mogla da dovede do povećanja rashoda isto koliko i demografski efekti. Ako uporedimo osnovni scenario sa scenarijom 4 – formalizacija nege, vidimo da povećanje formalizacije nege na 90% sa sadašnjih 70% dovodi do većih rashoda od oko 0,1% BDP-a. U slučaju indeksacija novčanih davanja realnim rastom zarada, koji je pretpostavljen da raste duplo sporije od BDP-a, rashodi ostaju na približno istom nivou kao i danas.

TABELA 22. PROJEKCIJE JAVNIH RASHODA ZA NOVČANA DAVANJA ZA DTN, % BDP-A

	2011.	2016.	2021.	2026.	2031.	2036.	2041.
Scenario 1: osnovni scenario	0,352	0,348	0,339	0,311	0,299	0,282	0,260
Scenario 2: čist demografski	0,352	0,385	0,413	0,419	0,444	0,463	0,471
Scenario 3: smanjenje prevalencije invalidnosti za 65-80	0,352	0,376	0,393	0,346	0,348	0,374	0,381
Scenario 4: formalizacija nege	0,352	0,424	0,449	0,408	0,399	0,383	0,354
Scenario 5: rast novčanih davanja sa životnim standardom	0,352	0,366	0,375	0,362	0,364	0,362	0,350
Scenario 6: kombinacija novčanih davanja i usluga	0,352	0,464	0,452	0,415	0,398	0,376	0,346
Scenario 7: scenario visokih rashoda	0,352	0,624	0,729	0,733	0,791	0,838	0,854

Reforma sistema DTN, koja podrazumeva uvođenje opcije izbora usluga umesto novčanog davanja, u prvoj deceniji bi dovela do povećanja rashoda za oko 0,1% BDP-a; ali, pod pretpostavkom da se novčana davanja indeksiraju rastom cena i da cena usluga samo nominalno raste, tokom godina bi se trošak smanjivao i 2041. godine vratio na početni nivo.

Konačno, u kombinaciji faktora, tj. po scenariju 7 koji bi podrazumevao, pored demografskih, i promene u smislu uvođenja mogućnosti izbora usluga uz indeksaciju i novčanih davanja i cene usluga sa realnim rastom BDP-a, troškovi za ODA podršku bi mogli da porastu više nego duplo – na 0,85% u 2041. godini. Kada se ovome dodaju i drugi troškovi za DTN, kao što su usluge sa lokalnog nivoa za IDA podršku, institucionalni smeštaj, usluge DTN koje spadaju u zdravstvenu zaštitu, tada bi se ukupan javni rashod za DTN mogao projektovati na oko 1,5% BDP-a.

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). Srbija bi se približila ovom proseku samo ukoliko bi se ostvario tzv. scenario visokih rashoda.

5. PREPORUKE

5.1. NAJVAŽNIJA PITANJA ZA FORMULISANJE POLITIKE

SEGMENTIRANOST DUGOTRAJNE NEGE I POTREBA ZA USPOSTAVLJANJEM SISTEMA

Analiza relevantnih nacionalnih strateških dokumenata, zakonske regulative, pa i stručne literature 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, kapaciteti 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, u Srbiji postoje elementi sistema, ali sistem dugotrajne nege zapravo ne postoji. Kao što je prethodna analiza pokazala, deo dugotrajne nege je regulisan kroz novčana davanja, deo kroz institucionalnu zaštitu i usluge u zajednici, a deo se tek uspostavlja u okviru zdravstvenog sistema. Međutim, ovi segmenti nisu povezani u integralni celoviti sistem DTN.

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 novčana davanja za pomoć i negu, koje, barem po javnim rashodima, predstavljaju najznačajniji segment 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 za povezivanjem pojedinih delova dugotrajne nege je često formalno, ali 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 ni ne prepoznaje kapacitete domova za smeštaj u okviru sistema socijalne zaštite, koji danas objektivno značajnim delom obezbeđuju negu starih 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 uočava na lokalnom nivou. Lokalne samouprave prepoznaju ograničenja koja su rezultat ne samo neadekvatne međusektorske saradnje, već i nedostatka komunikacije između centralnog i lokalnog nivoa vlasti (Antić i Kovačević, 2010).

Međutim, realizacija međusektorske saradnje na lokalnom nivou nije jednostavna imajući u vidu različit stepen decentralizacije usluga zdravstvene i socijalne zaštite. Za razliku od pomoći u kući koja je u potpunosti u mandatu lokalnog nivoa, u uslovima finansiranja zdravstvenog sistema kroz doprinose mogućnosti uticaja i kontrole lokalnih samouprava nad zdravstvom su po pravilu veoma ograničene (Davey, 2006). Tako je, na primer, u Beogradu uočljivo odsustvo u komunikaciji između službe pomoći u kući koja se finansira iz gradskog budžeta i Zavoda za gerontologiju kao ustanove za kućno lečenje, negu i palijativno zbrinjavanje starih, koja se finansira iz zdravstvenog fonda.

U institucijama socijalne zaštite zdravstveni sistem do sada nije bio adekvatno prisutan.

Određeni pomak u ovom smislu se može očekivati nakon implementacije novog zakona o socijalnoj zaštiti; on 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 inspekcijski 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.

U narednom periodu pomaci mogu da se očekuju 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).

Dodatno, posebno je važno da se razume i značaj zdravstvene politike u oblasti **preventive i rehabilitacije** (European Commission, 2008). Jasno je da će i tražnja i rashodi za DTN da zavise i od preventivne zdravstvene zaštite (koja se sprovodi u vidu imunizacije, vakcinacije i skrining programa), odgovarajuće zaštite od povreda na radu, prevencije povreda i padova kod starih, kao i od preventivnih politika promovisanja zdravih stilova života (zdravo starenje, prevencija gojaznosti, zloupotrebe alkohola, pušenja...). Možda još neposredniji značaj ima rehabilitaciona politika koja se može smatrati integralnim segmentom sistema DTN.

U okviru sistemskog, celovitog pristupa neophodno je i da se razmori **podrška članovima porodice koji se neformalno staraju o starima**. Za razliku od razvijenih zemalja u kojima se sve više razmišlja ili se i uvode različiti oblici podrške za članove porodice koji se neformalno staraju o starima, u Srbiji ova podrška nije prisutna.

Na idejnom nivou potreba za uvođenjem ove vrste podrške je prepoznata u Nacionalnoj strategiji o starenju (Vlada Republike Srbije, 2006). Kao jedan od ciljeva ove strategije definiše se i obezbeđivanje posebne podrške porodicama koje brinu o ostarelim i zavisnim članovima. Među aktivnostima koje je potrebno preduzeti između ostalog se navode: uvođenje fleksibilnog radnog vremena za članove porodice ili srodnike - davaoce nege; pomoć za prilagođavanje stambenog prostora i fizičkog okruženja; uvođenje različitih vrsta obuke i edukacije za one koji brinu o teško obolelim, odraslim i starijim licima, kao i uvođenje organizovane psihosocijalne podrške, savetovanja, obezbeđenja informacija o drugim izvorima podrške i pomoći... Dodatno, predviđa se i promovisanje sistema podrške od strane srodnika, prijatelja, suseda, kao i uspostavljanje koordinacije i intenzivnija saradnja između različitih delova sistema zaštite. Kao i mnoga druga strateška dokumenta u Srbiji, i ovaj je više lista poželjnih nego realnih rešenja i nema obavezujući karakter.

ADEKVATNOST NOVČANIH DAVANJA, NEPOVEZANOST SA SISTEMOM USLUGA

U Srbiji postoje tri iznosa novčanih davanja za pomoć i negu, kao što je u prethodnoj analizi ukazano. Iznos dodatka u sistemu socijalne zaštite je nizak i dostiže manje od polovine minimalne neto 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%⁶¹. Poslednja dva davanja dostižu između trećine i polovine neto prosečne plate, pa se **ne može smatrati da su one u Srbiji u relativnom izrazu neadekvatne** (Matković, 2012). To potvrđuju i međunarodna poređenja (Grafikon 16).

Kao neadekvatno se, međutim, može oceniti što se **prava na novčana davanja utvrđuju pre svega prema medicinskim kriterijumima, a ne prema intenzitetu podrške**. Dodatno, raspon između iznosa dodatka i uvećanog dodatka 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. Promene u sistemu novčanih davanja bi otuda trebalo da predvide veću skalu iznosa pomoći, koja bi se vezivala za različit intenzitet podrške potreban pojedincima. Realizacija ovih promena se mora uskladiti i sa budžetskim mogućnostima, a produžena ekonomska kriza svakako nije baš najbolji momenat za dodatne budžetske rashode.

Takođe, treba imati u vidu da su ukupni doprinosi za penzijsko-invalidsko osiguranje relativno niski i da **doprinosi za pomoć i negu nisu posebno markirani**. Bez obzira na reforme, u penzijskom sistemu je konstantno prisutan visoki deficit koji se finansira iz budžeta (Stanić, 2011). U ovakvim uslovima pravo na pomoć i negu je samo formalno pravo po osnovu osiguranja. Postavlja se i pitanje da li se sa relativno niskim doprinosima osiguranici zaista osiguravaju, ne samo od rizika koji podrazumeva isplatu penzije, već i isplatu naknade za pomoć i negu drugih lica i nekih drugih prava.

Sistem davanja u socijalnoj zaštiti je pak veoma administrativno-tehnički iskomplikovan doplatama koje se isplaćuju korisnicima penzijsko-invalidskog osiguranja, posebno onima koji su pravo ostvarili kao invalidna deca, a kojih ima čak 16 različitih kategorija sa različitim iznosima doplate (Aneks 2).

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

Dodatno, različita istraživanja ukazuju i na različit nivo informisanosti starih o novčanim davanjima, ali se procenjuje da preko polovine starih nisu upoznati sa pravom na novčana davanja (Aneks 1, Grafikon 1; Satarić i Rašević, 2007). **Posebno je zabrinjavajući podatak da gotovo 30% starih nije upoznato ni sa jednim pravom ili uslugom u oblasti DTN** (Aneks 1, Grafikon 1). 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 u ispunjavanju zahtevnih procedura.

Najzad, novčana i nenovčana davanja u Srbiji u osnovi nisu shvaćena kao deo celovitog sistema dugotrajne nege. 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 reinstitucionalizacija naknade prilikom smeštanja starih u dom ukazuje na lutanja u traženju sistemskih rešenja i potrebu da se ona detaljnije 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). Dodatno, treba imati u vidu da se kroz usluge pomoći u kući starima uglavnom obezbeđuje podrška IDA tipa, koja se korisnicima institucionalne zaštite naplaćuje u potpunosti. Prema novom Zakonu o socijalnoj zaštiti, za korisnike novčanih davanja je predviđena obavezna participacija od 20% visine naknade u ceni usluga koje su usmerene na zadovoljenje potreba pomoći i nege. Kao i za mnoga druga rešenja koja su regulisana na nacionalnom nivou, a tiču se usluga u zajednici, i za ovo se postavlja pitanje da li će u praksi da bude primenjeno.

NERAZVIJENOST I NEADEKVATNOST USLUGA U ZAJEDNICI

U Srbiji je poslednjih godina ostvaren značajan pomak u razvoju usluga u zajednici, pa i u razvoju usluga za stare. Međutim, u 23 lokalne samouprave usluga pomoći u kući uopšte nije dostupna, a u još dvadesetak lokalnih samouprava usluge postoje samo na projektnoj osnovi.

O kvalitetu pruženih usluga se ne zna dovoljno, ali se po često prisutnoj uniformnosti u pogledu modela pružanja usluga (broja sati pružanja usluge po korisniku) može zaključiti da su one po svoj 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. Naime, sistem je očito postavljen na način da je država zadržala na centralnom nivou „najvažnija” prava, dok je lokalnom nivou prepustila one oblike zaštite koji, iako obavezni, navodno ne ugrožavaju korisnike i kada nisu obezbeđeni, 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, međutim, 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 i obavezama koje lokalna samouprava ima prema njima. Na osnovu različitih istraživanja tek približno 40% starih je upoznato sa uslugom pomoći u kući (Aneks 1, Grafikon 1; Satarić i Rašević, 2007), a siromašni stari manje koriste ove usluge, bilo zbog neinformisanosti, bilo zbog problema sa procedurom prijavljivanja (Satarić i 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, kao i sistematično prikupljanje i analiza informacija o uslugama u lokalnoj nadležnosti.

Periodično prikupljanje podataka o uslugama DTN za stare trebalo bi da obuhvati i mnogo specifičnije i detaljnije podatke kako o pružaocima usluga, tako i o sadržaju i kvalitetu usluge, nivou participacije korisnika, povezanosti sa uslugama iz zdravstvenog sektora, strukturnim pokazateljima o korisnicima, uključujući i udeo starih, potpuno nepokretnih, siromašnih i sl. Prikupljanje dodatnih informacija u ovoj sferi može da se poveri i nevladinom sektoru, pre svega organizacijama koje su već razvile određene kapacitete u tom smislu (npr. Amiti).

U narednom periodu bi bilo važno i da se formuliše koji je to minimalan, a koji optimalan nivo usluga na lokalnom nivou koje bi mogle da budu podržane iz javnih sredstava. To bi bilo značajno kako 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. Naravno, prethodno pitanje je definisanje sistema DTN u Srbiji.

U lokalnim sredinama je posebno važno i da se odgovori na pitanje kriterijuma za izbor korisnika, posebno u smislu targetiranja siromašnijih i manje obrazovanih, starijih od 80 godina, itd.

NEKA PITANJA DALJE DECENTRALIZACIJE

Kao što je već ukazano, novčana davanja za pomoć i negu, usluge za smeštaj starih i usluge zdravstvene nege se u Srbiji nalaze u mandatu nacionalnog nivoa, dok su vaninstitucionalne 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 davanja je, na osnovu iskustava drugih zemalja, ali i u skladu sa načelnim stavovima, postignut konsenzus da se minimalna prava definišu i ostvaruju na nacionalnom nivou i po nacionalnim kriterijumima kako bi svim građanima bila dostupna na jednak način (Matković, 2006).

U sferi usluga se, pak, kao prethodno postavilo pitanje podsticanja razvoja usluga koje se već u potpunosti nalaze 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 ukazano.

Dugoročno posmatrano, namenski transferi bi mogli da budu namenjeni svim lokalnim samoupravama, formulisani tako da se dodeljuju 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 dece i osoba sa invaliditetom, udeo romske populacije koja živi u slamovima i sl. Da bi se izbegli efekti finansijske supstitucije, od lokalnih samouprava može da se zahteva da u lokalnim budžetima obezbede odgovarajuća dodatna sredstva, te da transferi dobiju formu komplementarnog granta. Suštinski, lokalne samouprave bi tako dobijale sredstva koja bi morala da budu potrošena na usluge socijalne zaštite, ali bez specificiranja i nametanja vrsta usluga koje moraju da se finansiraju iz ovih sredstava. Tako bi se obezbedili fleksibilnost i uvažavanje lokalnih specifičnosti, kao i veća odgovornost lokalnih vlasti.

Opređenje da ovi transferi treba da budu namenski ne mora da bude i na dugi rok utemeljeno. Današnja situacija u većini lokalnih samouprava u Srbiji nameće opredeljenje za ovaj tip transfera, imajući u vidu da socijalna zaštita uvek gubi bitku sa zdravstvom i obrazovanjem, na primer, ne samo zbog njihovog objektivno većeg značaja, nego i zbog činjenice da su i korisnici i zaposleni u ovim sektorima brojniji i uticajniji. Sa ekonomskim i društvenim razvojem ovi argumenti mogu da izgube na značaju.

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, na velike razlike u veličini, stepenu razvijenosti i kapacitetima pojedinih lokalnih samouprava, kao i na neosnaženost korisnika socijalne zaštite (Matković, 2006).

Na kratak rok posmatrano, prostor za dalju decentralizaciju u socijalnoj zaštiti svakako postoji, pre svega u spuštanju nadležnosti za domski smeštaj starih na gradove, ili na pokrajinu Vojvodinu i na grad Beograd za domove koji se nalaze na njihovoj teritoriji (asimetrična decentralizacija) (Matković, 2006).

5.2. ELEMENTI ZA PREPORUKE

Detaljne preporuke za politiku u oblasti dugotrajne nege je veoma teško formulisati u okviru jednog istraživanja. Pošto je oblast multidisciplinarna, u formulisaniu sveobuhvatnih preporuka moraju da učestvuju predstavnici različitih struka, kreatori, ali i korisnici sistema. U ovom delu će otuda biti ukazano samo na pojedina moguća rešenja, pre svega na idejnom nivou.

Međutim, posebno je važno da se ukaže da nije jednostavno do kraja formulisati ni pojedina idejna rešenja, imajući u vidu nepoznanice u smislu reformi koje se trenutno sprovode ili promišljaju u oblasti socijalne zaštite (izrada podzakonskih akata koji prate novi zakon o socijalnoj zaštiti, uključujući i definisanje socijalno-zdravstvenih ustanova, promena načina finansiranja institucija i sl.), ali i promene u oblasti zdravstva, a posebno u kontekstu nove strategije palijativnog zbrinjavanja, čija je izrada u toku. Nejasno je i da li će se na srednji rok zadržati opredeljenje da se zdravstvena zaštita finansira iz osiguranja ili će se preći na budžetsko finansiranje.

1. Preispitivanje finansiranja novčanih davanja za DTN

- Novčana davanja za DTN u Srbiji se trenutno kao pravo ostvaruju u okviru dva sistema, te se finansiraju i iz penzijsko-invalidskog sistema i iz budžeta za socijalnu zaštitu.
- Ovakvo rešenje može da se zadrži, mada je, komparativno posmatrano, neuobičajeno. DTN je najčešće deo sistema zdravstvene ili socijalne zaštite (u užem smislu).
- Ukoliko naknada za pomoć i negu drugog lica ostane i u okviru penzijsko-invalidskog sistema, za njeno finansiranje bi morao da se odredi *poseban, izdvojen doprinos*.
- To bi morao da bude ne samo poseban, već i dodatni doprinos, jer je u postojećem sistemu neodrživo da se sa stopom doprinosa, koja je nedavno povećana na 24%, obezbeđuju i penzije (starosne, invalidske i porodične) i zdravstveno osiguranje penzionera, i naknada za DTN, i telesno oštećenje, i troškovi sahrane, i administrativni troškovi sistema... Donedavno je republički budžet doplaćivao 40% nedostajućih sredstava za ove namene.
- Ako se, međutim, uvodi poseban doprinos za DTN, onda ima smisla da se iz tih sredstava finansiraju i ustanove za DTN i odgovarajuće usluge na lokalnom nivou, odnosno sve potrebe u vezi sa dugotrajnom negom. To bi zapravo značilo uvođenje doprinosa za još jedan vid socijalnog osiguranja, pored osiguranja u slučaju nezaposlenosti, zdravstvenog i penzijsko-invalidskog osiguranja (kao u Nemačkoj i perspektivno u Sloveniji), a što bi umanjilo problem odsustva adekvatne koordinacije između zdravstvenog i socijalnog sektora i rešilo potencijalne probleme oko finansiranja socijalno-zdravstvenih ustanova.
- Osiguranici bi praktično bili svi građani Srbije, uključujući i penzionere, slično osiguranicima u zdravstvu, čime bi se proširila baza osiguranika u odnosu na postojeće osiguranike PIO.
- Zagovornici uvođenja socijalnog osiguranja za DTN smatraju da izdvajanja za DTN lakše mogu da se „brane” u kontekstu socijalnog osiguranja nego u kontekstu budžetskih rashoda. Imajući u vidu demografske projekcije koje upućuju na snažan porast ukupnih javnih rashoda za stare u budućnosti, ovaj argument dobija na značaju.

- Međutim, trenutno u Srbiji ne bi bilo moguće, kao što je predviđeno u Sloveniji, da se novi doprinos za socijalno osiguranje u slučaju DTN formira tako što bi se za određenu sumu umanjili doprinosi za PIO i za zdravstvo, proporcionalno njihovim rashodima za DTN.
- Imajući u vidu brojne pritiske na povećanje rashoda za zdravstvenu zaštitu, te eksplicitni ili implicitni deficit poslednjih godina, nerealno je da se predvidi smanjenje doprinosa za zdravstveno osiguranje, dok je povećanje neravnoteže u penzijskom sistemu potpuno neprihvatljivo.
- S druge strane, nerealno je da se predvidi ukupno povećanje socijalnih doprinosa, koji bi dodatno uticali na poskupljenje radne snage, pogotovo u kontekstu sve češćeg zagovaranja da se poveća udeo indirektnog oporezivanja.
- Iz sadašnje perspektive čini se da je logičniji izbor da se novčana davanja za DTN finansiraju kao pravo samo iz budžetskih sredstava za socijalnu zaštitu i da se prekine sa iluzijom da se novčane naknade za ove namene ostvaruju kao pravo po osnovu socijalnog osiguranja. Na duži rok, u drugačijoj ekonomskoj realnosti, možda je moguć i povratak na ideju novog vida socijalnog osiguranja.

2. Druga pitanja u vezi sa novčanim davanjima

- Prema postojećim zakonskim rešenjima novčana davanja se i u sistemu PIO i u socijalnoj zaštiti dodeljuju samo korisnicima kojima je neophodna podrška u obavljanju osnovnih dnevnih aktivnosti (ODA).
- Međutim, jasno je da u praksi ova zakonska rešenja teško mogu da se ispoštuju, te da ne mogu u potpunosti ni da se implementiraju sve dok se za dodelu prava na DTN koriste medicinski, a ne funkcionalni kriterijumi (skale podrške). Funkcionalne kriterijume treba da koriste i komisije PIO fonda, ali i Centri za socijalni rad prilikom procene potreba korisnika. Slično kao u Austriji, dodatno bi bilo važno i da se nivoi podrške povežu sa potrebnim brojem sati podrške, što bi omogućilo i lakše kombinovanje usluga i novčanih davanja.
- Nezavisno od sistema u kojem bi se novčano davanje dodeljivalo, trebalo bi zadržati rešenje da pravo procenjuju komisije PIO fonda kako se ne bi povećavao broj različitih komisija koje se bave pitanjima invaliditeta... U nadležnosti ovih komisija su i procene vezane za ostvarivanje prava na invalidsku penziju, kao i procene radne sposobnosti radi zapošljavanja osoba sa invaliditetom. U meri u kojoj se ove komisije koriste i za procenu prava proisteklih iz drugih zakona, treba delimično da se plaćaju i iz budžetskih sredstava, a ne, kao do sada, samo iz sredstava PIO fonda.
- Visina novčanih davanja, posebno uvećanog dodatka i novčane naknade iz PIO fonda, nije neadekvatna u komparativnom i u relativnom smislu (u odnosu na minimalnu zaradu), ali na duži rok ima osnova da se razmišlja o još nekom iznosu davanja između najvišeg i najnižeg nivoa. Postojeće rešenje je neadekvatno zbog velikog raspona iznosa koji ne korespondira razlikama u stepenu potrebne podrške, što dodatno podstiče dodeljivanje prava na najviši iznos.
- Ukoliko se zadrži postojeći sistem, iz tehničkih razloga zatečeni korisnici novčanih naknada, koji ostvaruju pravo u PIO fondu, treba da se „prevedu” u sistem socijalne zaštite da bi se izbeglo administriranje 16 različitih grupa korisnika kojima se dodeljuju doplate iz budžeta. Alternativno, moguće je predvideti u zakonu koji reguliše PIO da

nivo naknada zatečenih korisnika prati naknade koje se isplaćuju iz budžetskih sredstava, čime bi se eliminisala potreba za doplatama.

- Najzad, informisanje starih o njihovim pravima, ne samo na novčane naknade već i na usluge DTN, svakako je obaveza i centralnog i lokalnog nivoa vlasti. U slučaju novčanih naknada lokalni nivo bi trebalo da bude posebno zainteresovan za informisanje i podršku starima da ostvare ova prava, s obzirom da mogu da unaprede njihov položaj bez opterećenja sopstvenih budžeta.

3. Preispitivanje uloge zdravstvenog osiguranja

- Prema Zakonu o zdravstvenom osiguranju podrška u obavljanju osnovnih dnevnih aktivnosti se, kao lična nega, ne obezbeđuje kroz sistem zdravstvenog osiguranja ukoliko nema za cilj dijagnostiku, terapiju ili rehabilitaciju zbog bolesti ili povrede (član 61).
- U jednom broju zemalja u kojima se zdravstvena zaštita obezbeđuje preko osiguranja, lična nega (ODA) je uključena u zdravstveno osiguranje (Holandija, delimično Francuska), dok se finansiranje podrške za instrumentalne dnevne aktivnosti (IDA) obezbeđuje ili iz budžeta ili iz sopstvenih sredstava korisnika.
- Prema OECD-u, podrška za obavljanje osnovnih dnevnih aktivnosti je deo zdravstvene zaštite. Sudeći prema formulaciji člana 61. Zakona o zdravstvenom osiguranju, i naš sistem prihvata da je ovaj deo DTN zdravstvena zaštita, ali koja ne treba da bude pokrivena obaveznim zdravstvenim osiguranjem.
- Postojeće rešenje u datim okolnostima može da se smatra razumnim. Kada je korisnicima u procesu dijagnostifikovanja, terapije i rehabilitacije potrebna i lična nega, rashodi za podršku za obavljanje osnovnih dnevnih aktivnosti su pokriveni zdravstvenim osiguranjem. U ostalim slučajevima za pokriće ovih rashoda dodeljuju se novčana davanja za pomoć i negu drugog lica.
- Palijativno zbrinjavanje i deo DTN koji mogu da pružaju samo medicinske sestre bi pak trebalo da budu finansirani iz zdravstvenog osiguranja i budžetskih sredstava za zdravstvenu zaštitu.

4. Socijalno-zdravstvene ustanove

- Prema novim rešenjima u Zakonu o socijalnoj zaštiti predviđeno je osnivanje socijalno-zdravstvenih ustanova i organizacionih jedinica u postojećim ustanovama za korisnike koji imaju potrebu i za socijalnim zbrinjavanjem i za stalnom zdravstvenom zaštitom ili nadzorom. Mrežu ovih ustanova/organizacionih jedinica bi trebalo da utvrdi vlada, a standarde ministri nadležni za socijalnu zaštitu i zdravlje. Iako je zakon donet još krajem prvog kvartala 2011. godine, socijalno-zdravstvene ustanove, koje su posebno značajne upravo sa aspekta obezbeđenja DTN, nisu bile predmet razmatranja ni vlade ni nadležnih ministarstava.
- Među postojećim ustanovama socijalne zaštite za stare, socijalno-zdravstvenim se svakako mogu smatrati organizacione jedinice domova za stare koje pružaju usluge poluzavisnim i zavisnim korisnicima, odnosno onima kojima pretežno treba smeštaj uz intenzivnu podršku.
- U meri u kojoj se u ovim organizacionim jedinicama pruža palijativno zbrinjavanje i sestrińska nega (previjanje rana, prevencija i lečenje dekubitisa, umanjeње bolova,

praćenje zdravstvenog stanja), rad lekara i medicinskih sestara treba da reguliše i finansira zdravstveno osiguranje i/ili budžet iz sredstava namenjenih za zdravstvenu zaštitu.

- Takođe, nova strategija palijativnog zbrinjavanja treba da uzme u obzir i kapacitete ustanova za socijalnu zaštitu u kontekstu planiranja novih kapaciteta za palijativnu negu u Srbiji.
- Nije racionalno ni da se „mreža” domova sestrinske nege planira bez razmatranja kapaciteta ustanova socijalne zaštite za smeštaj starih korisnika kojima je potreban visok nivo podrške. Zakonskim izmenama je već predviđeno da ustanove za smeštaj starijih mogu da primaju i odrasla lica, pa je potrebno da se istraži da li se organizacione jedinice domova za smeštaj starih kojima je potreban najviši nivo podrške (tzv. zavisni korisnici) suštinski razlikuju od domova sestrinske nege.
- U ovom kontekstu je posebno važno da se preispita i status domova u kojima su trenutno prevashodno smeštena odrasla lica sa mentalnim teškoćama.
- Formulisanje socijalno-zdravstvenih ustanova i organizacionih jedinica je značajno i da bi se rešili nesporednosti u finansiranju takozvanih zdravstvenih rashoda u ustanovama socijalne zaštite, oko kojih postoji decenijski spor između dva nadležna ministarstva.

IZVOR FINANSIRANJA USLUGA SOCIJALNE ZAŠTITE I POVEZIVANJE USLUGA I NOVČANIH NAKNADA

- Podrška starima u obavljanju i osnovnih i instrumentalnih dnevnih aktivnosti obezbeđuje se prevashodno kroz uslugu pomoći u kući i kroz domsku zaštitu, dok su novčana davanja (po zakonskim rešenjima) namenjena kao pravo onima koji imaju potrebu za podrškom u obavljanju osnovnih dnevnih aktivnosti.
- Usluge socijalne zaštite najvećim delom se finansiraju iz lokalnog ili iz centralnog budžeta, i to iz sredstava namenjenih za socijalnu zaštitu i iz sredstava korisnika, uključujući i novčana davanja za DTN.
- U suštini, u domovima korisnici zadržavaju novčano davanje za DTN ako ga dobijaju i iz tih sredstava i drugih prihoda i imovine pokrivaju troškove lične nege (rad negovateljica), troškove podrške IDA tipa (rad spremačica, domara, kuvara) i troškove smeštaja (hrane, sredstava za higijenu, manjeg investicionog održavanja, amortizacije..). Izuzetak su jedino korisnici (i njihove porodice) koji nemaju dovoljno sredstava i kojima budžet doplaćuje i za smeštaj i za DTN u domovima. Značajan deo ukupnih rashoda domskog smeštaja za sve korisnike pokriva se iz budžetskih sredstava. Ova sredstva su namenjena za investicije, opremu i plate stručnog i rukovodećeg osoblja u domovima.
- Formiranje cena socijalnih usluga koje su niže od troškova nije neuobičajeno. Međutim, postavlja se pitanje mere ove „ukupne subvencije” i da li bi sa podizanjem opšteg standarda u cenu trebalo da počnu da se uključuju i troškovi za rukovodeće i administrativno osoblje, kao i veći deo troškova za investicije i opremu.
- Takođe je značajno da se pri formiranju cena za korisnike vodi računa da se onima koji ne koriste usluge podrške za osnovne dnevne aktivnosti ne računavaju rad negovateljica i pripadajući materijalni troškovi. S druge strane, postavlja se pitanje da li korisnici domskog smeštaja koji dobijaju novčanu naknadu za DTN treba da vrate deo naknade ako je ona veća od odgovarajućih troškova (ODA).

- Sudeći prema standardima, usluga pomoći u kući u Srbiji obuhvata i usluge lične nege (ODA) i usluge podrške za instrumentalne dnevne aktivnosti (IDA). U praksi, ona u većoj meri podrazumeva IDA tip podrške.
- Lokalne samouprave uglavnom ne naplaćuju usluge pomoći u kući ili je participacija korisnika u ovim troškovima veoma niska.
- Odluka o participaciji je na lokalnoj samoupravi, a zakon je predvideo obaveznu participaciju za korisnike novčanih davanja koja se ne vezuje za sadržaj usluge, već za iznos naknade.
- U osnovi nije prihvatljivo da korisnici u domovima plaćaju usluge DTN, a da ih u kućnim uslovima dobijaju besplatno. Naravno da je moguće da se argumentuje da je ovakva vrsta podsticaja u pravcu deinstitucionalizacije pozitivna mera. Sa aspekta javnih rashoda moguće je, međutim, da se dođe u situaciju da vaninstitucionalne usluge budu skuplje od institucionalnih.
- U ovom kontekstu posmatrano, važno je da se obezbedi da lokalne samouprave naplaćuju participaciju, te je potrebno da se u te svrhe koriste svi raspoloživi mehanizmi, a pre svega namenski transferi.

JEDAN MOGUĆI PREDLOG MODIFIKOVANOG MODELA SISTEMA DTN ZA STARE

- Predlog polazi od stava da država treba da obezbedi sredstva za DTN i to samo za deo troškova lične nege (ODA) i palijativnog zbrinjavanja, dok IDA rashode treba da snose sami korisnici. Dakle,
- **Sredstva za palijativno zbrinjavanje i sestrinsku negu** se obezbeđuju iz zdravstvenog fonda i/ili budžetskih sredstava za zdravstvenu zaštitu.
- **Sredstva za ličnu negu (podršku ODA tipa)** se obezbeđuju iz republičkog budžeta za socijalnu zaštitu u vidu **novčanog davanja**.
- Postoji više nivoa davanja i ona zavise od stepena podrške koji je potreban korisniku i koji se određuje na osnovu **funkcionalnih kriterijuma**. Najviši nivo davanja (dodatka) ne treba da pređe iznos minimalne neto zarade.
- Novčano davanje može da zadrži porodica kada obezbeđuje negu, a CSR treba da proveravaju da li se nega zaista obezbeđuje.
- Pošto su novčana davanja namenjena za usluge lične nege (ODA) korisnicima se, kada su na **domskom smeštaju u državnom sektoru**, obustavlja pravo, ali im se te usluge obezbeđuju besplatno (budžet uplaćuje odgovarajuća sredstva domovima za rad negovateljica i pripadajuće materijalne troškove).
- Novčano davanje se korisnicima privremeno ukida i kada duže vreme koriste uslugu lične nege (ODA) u zdravstvenom sistemu.
- Korisnici koji ostvaruju **pravo na novčano davanje mogu da biraju da umesto novčane naknade dobijaju besplatne usluge lične nege (vaučer)** u nominalno dvostrukom iznosu. Moguća je i kombinacija novčanog davanja i „besplatne” usluge. Vaučer se naplaćuje iz centralnog budžeta, a usluga može da se pruža i u okviru državnog i u okviru nedržavnog sektora.

- Kada dobijaju novčano davanje tj. vaučer i koriste usluge lične nege (ODA) kroz usluge u zajednici (pomoć u kući), korisnici u potpunosti plaćaju uslugu.
- I pri domskom smeštaju i pri korišćenju usluga u zajednici (pomoć u kući) podršku za *instrumentalne dnevne aktivnosti (IDA)* finansiraju sami korisnici.
- Ako korisnici nemaju dovoljno sredstava za usluge smeštaja, razliku doplaćuje porodica, odnosno republički budžet.
- U slučaju da nemaju dovoljno sredstava a koriste usluge IDA u zajednici, lokalna samouprava treba da subvencionise korisnika.
- Kako bi usluge bile jeftinije za sve korisnike, lokalna samouprava može da odredi cenu nižu od troškova i da deo troškova pokriva iz lokalnog budžeta; može da odredi i skalu prema kojoj korisnici participiraju u plaćanju troškova usluge, ali bi svakako trebalo da oslobodi plaćanja najsiromašnije korisnike.
- Pri Vladi bi trebalo da se uspostavi institucija koja se bavi dugotrajnom negom kao naročito važnom međusektorskom temom. U mandatu te institucije bi trebalo da budu i novčana davanja, socijalno-zdravstvene ustanove, ali i monitoring usluga i socijalne i zdravstvene zaštite, uključujući i one na lokalnom nivou.

Predloženi sistem

OBLIK DTN VRSTA USLUGE	DOMSKI SMEŠTAJ	NOVČANA DAVANJA (DODATAK)	USLUGE U ZAJEDNICI
Zdravstvena nega (medicinske sestre)	Zdravstveno osiguranje		Zdravstveno osiguranje
Lična nega ODA (negovateljice)	Obustava novčanog dodatka/direktno budžet	MINRZS budžet	Vaučeri (MINRZS budžet i lokalna zajednica)
IDA usluge (geronto-domaćice)	Korisnik (materijalno stanje)		Korisnik u zavisnosti od materijalnog stanja i lokalna samouprava

BIBLIOGRAFIJA

AGE UK (2012). *Paying For For Permanent Residential Care*, Factsheet 10.

Amity (2007). *Informator o organizacijama civilnog društva koje rade sa starima / za stare*. Beograd: Amity.

Anđelković, B. & Golicin, P. (2010). *Procesna evaluacija javnih radova sprovedenih u Srbiji u 2008. i 2009. godini*. Beograd: Tim za socijalno uključivanje i smanjenje siromaštva pri kabinetu potpredsednika Vlade za evropske integracije.

Antić, A. V. & Kovačević, V. (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, Beograd.

Arntz, M., Sacchetto, R., Spermann, A., Steffes, S., and Widmaier, S. (2007). *The German Social Long-term Care Insurance: Structure and Reform Options*, IZA Discussion Paper, No. 2625, Bonn, February.

Augurzky, B., and Mennicken, R. (2012). *Health And Long-term Care In Schmahl*, Annual National Report 2011: Germany. ASISP.

Bajec, J. i Stanić, K. (2005). *Koliki je stvarno deficit penzionog sistema u Srbiji?* Kvartalni monitor ekonomskih trendova i politika u Srbiji, br.13, FREN.

Barr, N. (2004). *Economics of the Welfare State*. New York: Oxford University Press.

Barr, N. (2010). *Long-term Care: A Suitable Case For Social Insurance*. Social policy & administration, 44 (4) , 359-374.

BMASK (2012), *Social Protection In Austria*

Brown, J. R., & Finkelstein, A. (2009). *The Private Market for Long-term Care Insurance in the U.S.: A Review of the Evidence*. Journal of Risk and Insurance 76 (1) , 5-29.

Brown, J., & Finkelstein, A. (2011). *Insuring Long Term Care in the US*. NATIONAL BUREAU OF ECONOMIC RESEARCH.

Colombo, F. et al. (2011). *Help Wanted? Providing and Paying for Long-term Care*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing.
<http://dx.doi.org/10.1787/9789264097759-en>

Comas-Herrera, A., Wittenberg, R., and Pickard, L. (2010a), *The Long Road to Universalism? Recent Developments in the Financing of Long-term Care in England*, Social Policy & Administration, vol 44, n°4, p 375-391.

Comas-Herrera, A., Pickard, L., Wittenberg, R., Malley, J., and King, D. (2010b). *The English Long-term Care System*. ENEPRI Research Report No. 74, 28 May 2010.

CSNA (2013). *Cash or in-kind? Experience of France*, presentation, 24th June 2013 Serbian delegation's visit.

Daatland, S.O. (2012). *Chapter 6 – Population ageing and Long-term care: the Scandinavian case in Universal Coverage of Long-term Care in the United States: Can We Get There from Here?*, eds. Wolf, D. and Folbre, N. Rasell Sage Foundation, 2012.

Davey, K. (2006). *Finansiranje zdravstvene zaštite. Ka reformi javnog zdravstva u Srbiji* (pp. 3-5). Beograd: Local Government and Public Services Reform Initiative, Fond za otvoreno društvo, Srbija.

Degavre, F. (2012). *Care Regimes On The Move: Comparing Home Care For Dependent Older People In Belgium, England, Germany and Italy* (No. info: hdl: 2078.1/112096). Université catholique de Louvain.

DfID Social Policy Team. (2005). *Strategija razvoja socijalne zaštite - ključna pitanja finansiranja*. Beograd: DfID.

Dinkić, M. (2008). *Servisi socijalne zaštite za osobe sa invaliditetom*. Beograd: UNDP. Centar za samostalan život invalida Srbije.

European Commission. (2008). *Long-term Care In The European Union*.

European Commission. (2012a). *Your Social Security Rights In Austria*.

European Commission. (2012b). *Your Social Security Rights In Netherlands*.

Eurostat. (2012). *Health in the EU27 in 2010*. Eurostat.

Fond za socijalne inovacije. (2005). *Izveštaj o radu 2005*.

Gajić-Stevanovic, M., & Dimitrijević, S. (2011). *Zdravstveni sistem i potrošnja u Srbiji od 2004. do 2010*. Beograd: Institut za javno zdravlje Srbije Dr Milan Jovanović Batut.

Glendinning, C., Davies, B., Pickard, L., & Comas-Herrera, A. (2004). *Funding Long-term Care For Older People: Lessons From Other Countries*. York: Joseph Rowntree Foundation.

Glendinning, C., and Moran, N. (2009). *Reforming Long-term Care: Recent Lessons From Other Countries*. Social Policy Research Unit, University of York.

Golicin, P., and Ognjanov, G. (2010). *Assessment of Results of the Social Innovation Fund*. Belgrade: UNDP, FREN.

Joel, M-E., Dufour-Kippelen, S., Duchene, C., and Marmier, M. (2010). *The Long-term Care System for the Elderly in France*. ENEPRI Research Report No. 77, June 2010.

Karlsson, M., Iversen, T., and Ø. Henning (2010). *Scandinavian Long-term care financing, HERO On line Working Paper Series 2010:2*, Oslo University, Health Economics Research Programme.

Maarse, H. (2011). *Health And Long-term Care In Donders, P., and Maarse, H. (2011). Annual National Report 2011: Netherlands. ASISP*

Matković, G. & Vujnović, B. (1996). *Ratom ugrožena lica u SR Jugoslaviji*. Stanovništvo 3-4, 7-42.

Matković, G. (1994). *Demografski činiooci i ponuda radne snage*. Ekonomski institut, Beograd

Matković, G. (1997). *Demografska budućnost i populaciona politika. Osnovi populacione politike: ciljevi, institucije, mere*, Srpska akademija nauka i umetnosti, Demografski zbornik knjiga IV, 41-56.

Matković, G. (2005). *Reforma mreže socijalne sigurnosti i socijalne zaštite*. In B. B. (ed), *Četiri godine tranzicije u Srbiji* (pp. 347-357). Beograd: CLDS.

- Matković, G. (2003). *Pomena uloge države u socijalnom sektoru*, Socijalna misao 4, 7-21.
- Matković, G. (2006). *Decentralizacija socijalne zaštite u Srbiji*. Beograd: CLDS.
- Matković, G. (2009). *Dnevni boravak kao pravo i usluga u sistemu socijalne zaštite*. Stanovništvo 1, 69-88.
- Matković, G. (2010). *Instrumenti, mehanizmi i primeri dobre prakse razvoja usluga socijalne zaštite u malim i nedovoljno razvijenim opštinama u Srbiji*. draft.
- Matković, G., & Mijatović, B. (2011). *The Effects of Proposed Tax Changes On Poverty And Vulnerable Groups in Serbia*, Economic annals, 27-58.
- Matković, G. (2012). *Dugotrajna nega starih u Srbiji – stanje, politike i dileme*. Stanovništvo 1, 1-18.
- Mot, E., Aouragh, A., De Groot, M., & Mannaerts, H. (2010). *The Dutch System of Long-term Care*. ENEPRI Research Report No. 90, 15 June 2010.
- OECD (2007). *Conceptual Framework and Methods for Analysis of Data Sources for Long-term Care Expenditure*
- OECD (2011a). *Help Wanted Country Notes and Highlights: Austria*
- OECD (2011b). *Help Wanted Country Notes and Highlights: Belgium*
- OECD (2011c). *Help Wanted Country Notes and Highlights: France*
- OECD (2011d). *Help Wanted Country Notes and Highlights: Germany*
- OECD (2011e). *Help Wanted Country Notes and Highlights: Netherlands*
- OECD (2011f). *Help Wanted Country Notes and Highlights: United Kingdom*
- Palier, B., Naczyk, M., and Morel, N. (2011). *Annual National Report 2011: France*. ASISP
- Penev, G. (2006). *Struktura stanovništva po polu i starosti*. In e. Goran Penev, Stanovništvo i domaćinstva Srbije prema Popisu 2002. godine (p. 284). Beograd: Republički zavod za statistiku, Institut društvenih nauka - Centar za demografska istraživanja, Društvo demografa Srbije.
- Pratt, J. (2010). *Long-term Care: Managing Across Continuum*. 3rd edition. Sudbury, Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers
- Radivojević, B. (2002). *Smanjenje smrtnosti starog stanovništva u Jugoslaviji*. Stanovništvo 1-4, 35-52.
- Rašević, M., & Penev, G. (2009). *Opštine Srbije 2009 - osnovni demografski, ekonomski i socijalni pokazatelji relevantni za populacionu politiku*. Beograd: Društvo demografa Srbije.
- Republički fond za penzijsko i invalidsko osiguranje. (2012). *Izveštaj o finansijskom poslovanju Republičkog fonda za penzijsko i invalidsko osiguranje za 2011. godinu*. Beograd: Republički fond za penzijsko i invalidsko osiguranje.
- Republički zavod za socijalnu zaštitu. (2011). *Analiza izveštaja o radu centara za socijalni rad za 2010. godinu*
- Republički zavod za socijalnu zaštitu. (2012). *Izveštaj o radu centara za socijalni rad u 2011. godini*.

Republički zavod za socijalnu zaštitu. (2012a). *Izveštaj o radu ustanova za smeštaj starijih u Srbiji za 2011. godinu.*

Republički zavod za statistiku. (2010). *Opštine u Srbiji.* Beograd: Republički zavod za statistiku.

Republički zavod za statistiku. (2009). *Procene stanovništva Srbije po tipu naselja i opštinama, 2003-2007.* Beograd: Republički zavod za statistiku.

Republički zavod za statistiku. (2009). *Skraćene aproksimativne tablice mortaliteta Republika Srbija 2002-2008.* Beograd: Republički zavod za statistiku.

Republički zavod za statistiku. (2010). *Statistički godišnjak Srbije.* Beograd: Republički zavod za statistiku.

Republički zavod za statistiku. (2010a). *Opštine u Srbiji 2010.* Beograd: Republički zavod za statistiku.

Republički zavod za statistiku. (2013). *Starost i pol. Popis stanovništva, domaćinstva i stanova 2011.* Beograd: Republički zavod za statistiku.

Republika Srbija, Ministarstvo zdravlja. (2007). *Istraživanje zdravlja stanovnika Republike Srbije.* Beograd: Republika Srbija.

Republika Srbija. (2010). *Prvi nacionalni izveštaj o socijalnom uključivanju.* Beograd: Vlada Republike Srbije.

Riedel, M., and Kraus, M. (2011). *Analysis of Informal Care Provision across Europe: Regulation and Profile of Providers* (No. 96). ENEPRI Research Report.

Satarić, N. (2008). *Kako organizacije civilnog društva u Srbiji doprinose razvoju vaninstitucionalne zaštite starijih.* Beograd: Amity.

Satarić, N. & Rašević, M. (2007). *Vaninstitucionalna zaštita starih ljudi u Srbiji-jaz između potreba i mogućnosti.* Beograd: Amity.

Segaert, S. (2012). *Annual National Report 2012:* Belgium. ASISP

Sloan, F. A., & Norton, E. C. (1997). *Adverse Selection, Bequests, Crowding Out, and Private Demand for Insurance: Evidence from the Long-term Care Insurance Market.* Journal of Risk and Uncertainty 15, 201–219.

Stranjaković, M. (2013). *Mapiranje usluga socijalne zaštite u nadležnosti lokalnih samouprava.* Beograd: UNICEF/SIRPU/CLDS

Stanić, K. (2010). *Penzijski sistem u Srbiji–dizajn, karakteristike i preporuke.* Beograd: CLDS

Stanić, K. (2011). *Efekti dosadašnjih i nove promene u penzijskoj sistemu u Institucionalne reforme u 2010. godini,* Beograd: CLDS

Ševo, G. (2012). *Dugotrajna nega u Srbiji – perspektiva zdravstvenog sektora.* Power Point prezentacija sa TAIEX radionice o dugotrajnoj nezi.

UK Gov <https://www.gov.uk>

Vlada Republike Srbije. (2007). *Izveštaj o aktivnostima u Republici Srbiji na sprovođenju Regionalne strategije za implementaciju Madridskog međunarodnog akcionog plana za starenje.*

-
- 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*.
- Vuković, D., & Čalošević, A. (2009). *Socijalna zaštita, regionalne nejednakosti i moguća nova uloga Fonda za socijalne inovacije*. Beograd: UNDP.
- 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 .
- Wanless, D., Forder, J., Fernandez, J.-L., Poole, T., Beesley, L., Henwood, M. and Moscone, F. (2006). *Securing Good Care for Older People: Taking a Long-term View*, London: King's Fund.
- WHO and World Bank. (2011). *World report on disability 2011*. World Health Organization 2011.
- Willeme, P. (2010). *The Belgian Long-term Care System*. ENEPRI Research Report No. 70, 28 May 2010.
- Tim za socijalno uključivanje i smanjenje siromaštva i Republički zavod za statistiku. (2010). *Praćenje socijalne uključenosti u Srbiji*. Beograd: Vlada Republike Srbije.
- Todorović, N., & Vračević, M. (2009). *Crveni krst Srbije i briga o starijima u XX veku*. Gerontologija , vol. 36, br. 1., pp. 204-212.
- World Health Organization. (2010). *World Health Statistics*. France: World Health Organization.
- Zakon o socijalnoj zaštiti i obezbeđenju socijalne sigurnosti građana. (2006).

ANEKS 1:

REZULTATI ANKETE „BRIGA O STARIMA”, 2011.

TABELA 1. KAKO BISTE OCENILI SVOJE ZDRAVSTVENO STANJE U ODNOSU NA DRUGE OSOBE VAŠIH GODINA?

	UKUPNO	POL		STAROSNA GRUPA			
		Muški	Ženski	65-69	70-74	75-80	80+
N	1.381	551	830	384	370	371	256
Prilično lošije	22,6	20	24	15	20	27	32
Nešto lošije	22,4	18	25	23	25	21	21
Sum -	45,0	38	50	37	45	48	52
Prosečno	39,5	42	38	42	40	39	36
Sum +	15,3	20	12	20	15	13	12
Nešto bolje	9,4	11	8	11	10	8	7
Prilično bolje	5,9	0	0	0	5	5	5
NZ/BO	0,2	0	0	0		0	
Ukupno							
Mean	2,5	2,7	2,4	2,8	2,5	2,4	2,3

TABELA 2. DA LI PATITE OD NEKIH HRONIČNIH OBOLJENJA?

	UKUPNO	POL		STAROSNA GRUPA			
		Muški	Ženski	65-69	70-74	75-80	80+
N	1.381	551	830	384	370	371	256
sig		0.00		0.00			
Da	81,7	76	85	72	84	84	90
Ne	18,3	24	15	28	16	16	10

TABELA 3. ODRŽAVANJE LIČNE HIGIJENE (UPOTREBA TOALETA, KUPANJE, PRESVLAČENJE, PRANJE KOSE, SEČENJE NOKTIJU) - DA LI MOŽETE SAMOSTALNO DA OBAVLJATE SLEDEĆE AKTIVNOSTI?

	UKUPNO	POL		REGION			TIP NASELJA	
		Muški	Ženski	Vojvodina	Beograd	Centralna Srbija	Grad	Ostalo
N	1.381	551	830	393	286	702	707	674
Sig		0,22		0,00			0,01	
Ne, trajno mi je neophodna pomoć	7,2	6,5	7,7	7,3	7,4	7,2	6,9	7,6
Ne, trenutno mi je neophodna pomoć usled kratkotrajne onesposobljenosti	2,8	2,3	3,1	2,2	2,4	3,3	3,1	2,5
Da, ali sa teškoćama	21,2	18,9	22,8	12,4	20,1	26,6	17,4	25,2
Da, u potpunosti samostalno	68,6	72,3	66,1	78,0	69,6	63,0	72,5	64,5
NZ/BO	0,2		0,3	0,2	0,5		0,1	0,2

TABELA 4. ODRŽAVANJE HIGIJENE STANA (PRANJE, PEGLANJE, ČIŠĆENJE)

	UKUPNO	POL		REGION			TIP NASELJA	
		Muški	Ženski	Vojvodina	Beograd	Centralna Srbija	Grad	Ostalo
N	1.381	551	830	393	286	702	707	674
Sig		0,07		0,00			0,13	
Ne, trajno mi je neophodna pomoć	18,3	18,0	18,4	14,9	18,7	20,0	18,0	18,6
Ne, trenutno mi je neophodna pomoć usled kratkotrajne onesposobljenosti	5,3	5,2	5,4	5,7	6,1	4,8	6,2	4,4
Da, ali sa teškoćama	25,1	21,4	27,5	17,5	26,9	28,6	22,8	27,5
Da, u potpunosti samostalno	50,6	54,2	48,2	61,8	45,5	46,4	52,0	49,1
NZ/BO	0,7	1,2	0,4	0,2	2,8	0,2	1,0	0,5

TABELA 5. ISHRANA (SPREMANJE HRANE, HRANJENJE)

	UKUPNO	POL		REGION			TIP NASELJA	
		Muški	Ženski	Vojvodina	Beograd	Centralna Srbija	Grad	Ostalo
N	1.381	551	830	393	286	702	707	674
Sig		0,25		0,00			0,00	
Ne, trajno mi je neophodna pomoć	11,0	11,5	10,8	0	9,6	13,8	8,7	13,5
Ne, trenutno mi je neophodna pomoć usled kratkotrajne onesposobljenosti	4,4	4,9	4,1	4,2	5,1	4,3	5,2	3,7
Da, ali sa teškoćama	21,5	19,0	23,2	13,8	22,6	25,4	19,0	24,2
Da, u potpunosti samostalno	61,4	62,6	60,7	73,8	58,9	55,6	65,3	57,3
NZ/BO	1,6	2,1	1,2	1,0	3,8	0,9	1,8	1,3

TABELA 6. KRETANJE PO KUĆI (SEDANJE/USTAJANJE SA STOLICE, LEGANJE/USTAJANJE IZ KREVE-
TA, PENJANJE/SILAŽENJE STEPENICAMA)

	UKUPNO	POL		REGION			TIP NASELJA	
		Muški	Ženski	Vojvodina	Beograd	Centralna Srbija	Grad	Ostalo
N	1.381	551	830	393	286	702	707	674
Sig		0,00		0,00			0,00	
Ne, trajno mi je neophodna pomoć	6,6	6,4	6,7	6,5	6,5	6,7	6,6	6,6
Ne, trenutno mi je neophodna pomoć usled kratkotrajne onesposobljenosti	2,3	1,7	2,7	1,1	2,7	2,8	2,3	2,3
Da, ali sa teškoćama	26,8	21,6	30,3	19,6	25,3	31,5	22,4	31,4
Da, u potpunosti samostalno	64,2	70,1	60,3	72,9	65,5	58,9	68,6	59,6
NZ/BO	0,1	0,2				0,1	0,1	

TABELA 7. KRETANJE PO GRADU (ODLAZAK DO LEKARA, PLAĆANJE RAČUNA, NABAVKA POTREPŠTINA, KORIŠĆENJE PREVOZA)

	UKUPNO	POL		REGION			TIP NASELJA	
		Muški	Ženski	Vojvodina	Beograd	Centralna Srbija	Grad	Ostalo
N	1.381	551	830	393	286	702	707	674
Sig		0,00		0,00			0,42	
Ne, trajno mi je neophodna pomoć	16,4	12,2	19,2	13,7	13,3	19,2	15,0	18,0
Ne, trenutno mi je neophodna pomoć usled kratkotrajne onesposobljenosti	6,0	4,4	7,1	0	5,4	7,8	6,1	6,0
Da, ali sa teškoćama	23,7	21,0	25,5	16,6	29,8	25,2	22,9	24,6
Da, u potpunosti samostalno	53,7	62,4	47,9	66,0	51,0	47,9	56,1	51,2
NZ/BO	0,2		0,3	0,3	0,5			0,4

TABELA 8. ZDRAVSTVENA NEGA I PREVENCIJA (KONTROLA PRITISKA ILI ŠEĆERA U KRVI, NABAVKA I UZIMANJE LEKOVA)

	UKUPNO	POL		REGION			TIP NASELJA	
		Muški	Ženski	Vojvodina	Beograd	Centralna Srbija	Grad	Ostalo
N	1.381	551	830	393	286	702	707	674
Sig		0,00		0,00			0,01	
Ne, trajno mi je neophodna pomoć	15,4	11,5	18,0	12,9	12,5	18,0	13,4	17,5
Ne, trenutno mi je neophodna pomoć usled kratkotrajne onesposobljenosti	5,9	5,3	6,3	3,6	4,0	0	5,8	6,1
Da, ali sa teškoćama	21,1	18,4	22,9	13,2	26,4	23,5	18,9	23,5
Da, u potpunosti samostalno	57,3	64,8	52,3	70,2	56,6	50,4	61,8	52,5
NZ/BO	0,2		0,4	0,2	0,5	0,2	0,1	0,4

TABELA 9. SOCIJALNI KONTAKTI, UČEŠĆE U AKTIVNOSTIMA ZAJEDNICE

	UKUPNO	POL		REGION			TIP NASELJA	
		Muški	Ženski	Vojvodina	Beograd	Centralna Srbija	Grad	Ostalo
N	1.381	551	830	393	286	702	707	674
Sig		0,00		0,00			0,00	
Ne, trajno mi je neophodna pomoć	13,6	9,5	16,3	11,6	11,5	15,5	13,3	13,9
Ne, trenutno mi je neophodna pomoć usled kratkotrajne onesposobljenosti	4,8	4,0	5,4	3,6	4,7	5,5	5,2	4,4
Da, ali sa teškoćama	21,4	19,5	22,6	14,9	20,1	25,5	17,1	25,8
Da, u potpunosti samostalno	56,6	63,5	52,0	68,8	52,6	51,4	60,7	52,3
NZ/BO	3,7	3,6	3,7	0	11,1	0	3,7	3,6

TABELA 10. TRAJNO POTREBNA POMOĆ ZA BAREM JEDNU OD SLEDEĆIH AKTIVNOSTI: PRIPREMANJE HRANE, KRETANJE PO GRADU, ODRŽAVANJE HIGIJENE STANA, ZDRAVSTVENA PREVENCIJA

	UKUPNO	POL		REGION			TIP NASELJA	
		Muški	Ženski	Vojvodina	Beograd	Centralna Srbija	Grad	Ostalo
N	1.381	551	830	393	286	702	707	674
Sig		0,09		0,09			0,38	
trajno potrebna pomoc	22,3	20,0	23,8	18,6	22,1	24,4	21,3	23,3
nije trajno potrebna pomoc	77,7	80,0	76,2	81,4	77,9	75,6	78,7	76,7

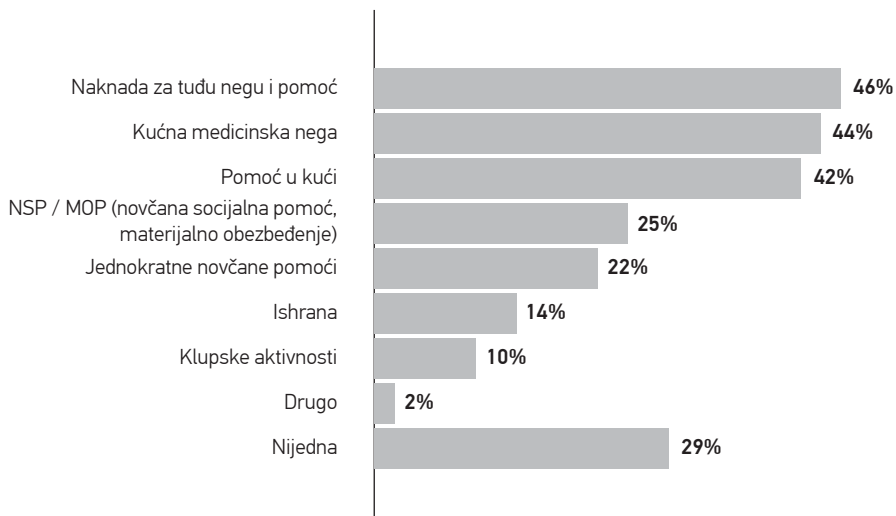
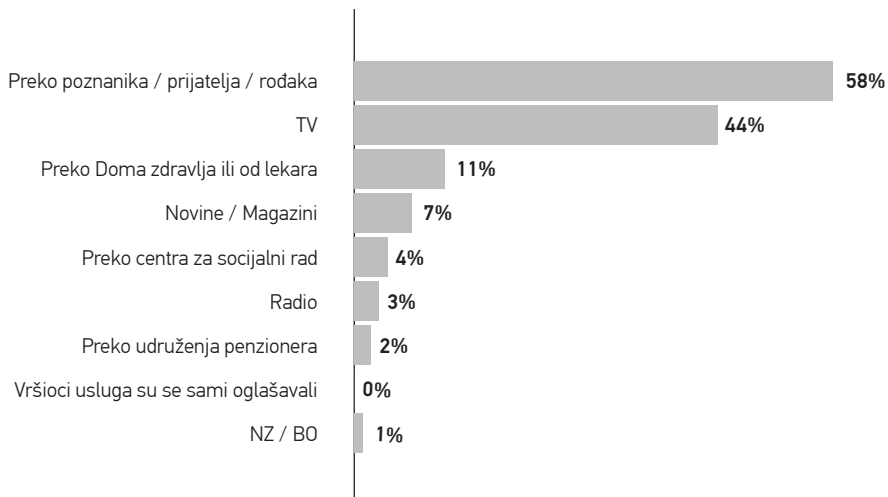
TABELA 11. INFORMISANOST O DAVANJIMA PREMA STEPENU SAMOSTALNOSTI (OSOBE KOJE SU ČULE ZA DAVANJE)

	TOTAL	ZA KOJE SVE USLUGE I PROGRAME NAMENJENE POMOĆI ILI SOCIJALNE ZAŠTITE STARIH STE ČULI?								
		Klupske aktivnosti	Pomoć u kući	Kućna medicinska nega	Ishrana	NSP/MOP (novčana socijalna pomoć, Materijalno obezbeđenje)	Jednokratne novčane pomoći	Naknada za tuđu negu i pomoć	Drugo	Nijedna
N	1.381	141	573	609	190	338	297	635	23	396
sig										
Ne, trajno mi je neophodna pomoć	7,2	3,5	4,2	7,0	3,2	3,9	2,6	7,4		8,2
Ne, trenutno mi je neophodna pomoć usled kratkotrajne onesposobljenosti	2,8	2,8	1,8	2,0	2,4	2,4	2,3	1,9	4,3	4,8
Da, ali sa teškoćama	21,2	16,7	20,5	22,5	16,7	20,2	20,9	21,5	13,3	23,3
Da, u potpunosti samostalno	68,6	77,0	73,2	68,1	77,6	73,3	74,2	69,2	82,4	63,6
NZ/BO	0,2		0,3	0,3		0,2				

Baza: Ukupna ciljna populacija

TABELA 12. DA LI SMATRATE DA ĆE VAM U DOGLEDNOJ BUDUĆNOSTI BITI POTREBAN SMEŠTAJ U DOMU ZA STARE ILI U NEKOJ DRUGOJ INSTITUCIJI?

		Do 9.000 RSD	9.001-13.000	13.001-26.000	Preko 26.000 RSD	Odbija da odgovori	Jednočlano	Staracko, sa više članova	Mešovito
N	1.381	326	266	478	160	151	288	691	402
Ne	50,9	61	49	49	42	49	41	53	55
Najverovatnije ne	23,8	23	25	24	20	26	25	23	24
Sum -	74,7	84	74	74	62	75	67	76	79
Nisam siguran (i da i ne)	18,0	13	17	20	23	19	23	18	15
Sum +	7,3	3	10	7	15	6	11	7	6
Najverovatnije da	4,8	2	6	4	0	5	6	5	4
Da	2,5	1	3	2	6	1	0	2	2

GRAFIKON 1. ZA KOJE SVE USLUGE I PROGRAME NAMENJENE POMOĆI ILI SOCIJALNE ZAŠTITE STARIH STE ČULI? (VIŠESTRUKI ODGOVOR)

GRAFIKON 2. IZ KOG IZVORA STE SAZNALI ZA MOGUĆNOST KORIŠĆENJA NAKNADE ZA TUĐU NEGU I POMOĆ?


ANEKS 2.

DODATAK ZA POMOĆ I NEGU

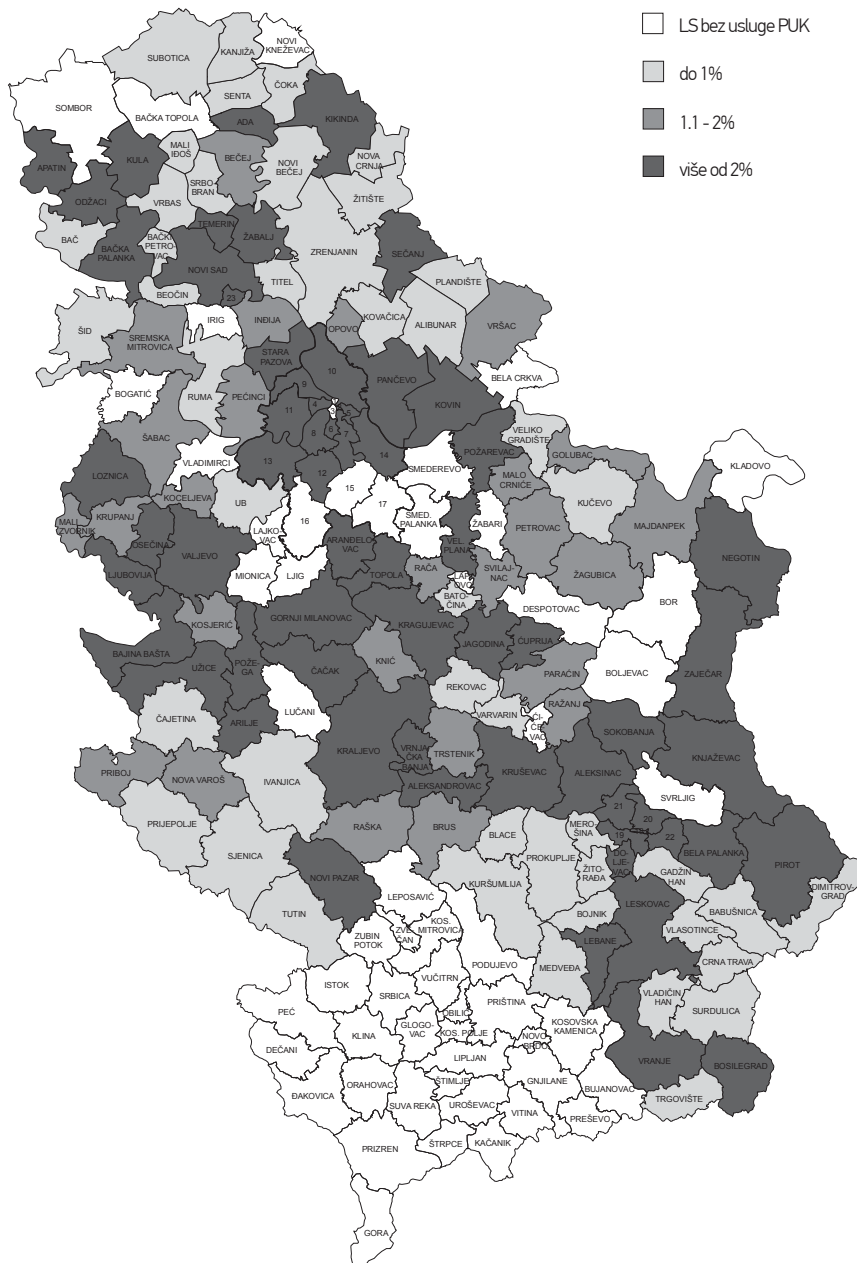
KATEGORIJA	POJEDINAČNI IZNOS	BROJ KORISNIKA	UKUPAN IZNOS
Dodatak za pomoć i negu po čl.25 (šifra 1)	8.246,00	19.293	185.808.236,20
Uvećan dodatak za pomoć i negu po čl.25a (šif.2)	22.243,00	13.858	334.041.820,80
Razlika do uvećanog dodatka za pomoć i negu za penzionere I grupa 100% (šif.31)	7.786,00	14.874	126.315.422,90
Razlika do uvećanog dodatka za pomoć i negu za penzionere II grupa 60% (šif.33)	13.569,00	138	1.958.771,00
Razlika do uvećanog dodatka za pomoć i negu za penzionere II grupa 50% (šif.34)	15.014,00	51	805.565,00
Razlika do uvećanog dodatka za pomoć i negu za penzionere II grupa 70% RFPIO samostalne i poljoprivredne delatnosti (šif.35)	18.195,00	10	181.950,00
Razlika do dodatka za pomoć i negu utvrđenog u odeljku II tačka 1. ovog rešenja za invalidnu decu I grupa 60% (šif.4)	0,00	2	27.138,00
Razlika do dodatka za pomoć i negu utvrđenog u odeljku II tačka 1. ovog rešenja za invalidnu decu II grupa 40% (šif.5)	2.463,00	635	1.577.793,40
Razlika do dodatka za pomoć i negu utvrđenog u odeljku II tačka 1. ovog rešenja za invalidnu decu – stečeno pravo 30% za invalidnu decu, izuzev za decu sa teritorije AP Vojvodine (šif.6)	3.925,00	261	1.061.519,70
Razlika do dodatka za pomoć i negu utvrđenog u odeljku II tačka 1. ovog rešenja za invalidnu decu – stečeno pravo 30% za invalidnu decu na teritoriji AP Vojvodine (šif.9)	1.815,00	54	112.007,00
Razlika do dodatka za pomoć i negu utvrđenog u odeljku II tačka 1. ovog rešenja za invalidnu decu I grupa 60% RFPIO samostalne i poljoprivredne delatnosti (šif.16)	4.776,00	5	37.877,00
Razlika do dodatka za pomoć i negu utvrđenog u odeljku II tačka 1. ovog rešenja za invalidnu decu I grupa 50% RFPIO samostalne i poljoprivredne delatnosti (šif.17)	5.355,00	1	5.355,00
Razlika do dodatka za pomoć i negu utvrđenog u odeljku II tačka 1. ovog rešenja za invalidnu decu II grupa 40% RFPIO samostalne i poljoprivredne delatnosti (šif.18)	5.933,00	9	53.397,00
Razlika do dodatka za pomoć i negu utvrđenog u odeljku II tačka 1. ovog rešenja za invalidnu decu II grupa 35% RFPIO samostalne i poljoprivredne delatnosti (šif.19)	6.222,00	1	6.222,00

Razlika do dodatka za pomoć i negu utvrđenog u odeljku II tačka 2. ovog rešenja za invalidnu decu I grupa 60% (šif.10)	13.569,00	1.017	13.863.889,40
Razlika do dodatka za pomoć i negu utvrđenog u odeljku II tačka 2. ovog rešenja za invalidnu decu II grupa 40% (šif.11)	16.460,00	302	5.186.213,60
Razlika do dodatka za pomoć i negu utvrđenog u odeljku II tačka 2. ovog rešenja za invalidnu decu – stečeno pravo 30% za invalidnu decu, izuzev za decu sa teritorije AP Vojvodine (šif.12)	17.922,00	53	1.403.193,00
Razlika do dodatka za pomoć i negu utvrđenog u odeljku II tačka 2. ovog rešenja za invalidnu decu – stečeno pravo 30% za invalidnu decu na teritoriji AP Vojvodine (šif.15)	15.812,00	334	5.297.020,00
Razlika do dodatka za pomoć i negu utvrđenog u odeljku II tačka 2. ovog rešenja za invalidnu decu I grupa 60% RFPIO samostalne i poljoprivredne delatnosti (šif.21)	18.773,00	7	131.411,00
Razlika do dodatka za pomoć i negu utvrđenog u odeljku II tačka 2. ovog rešenja za invalidnu decu I grupa 50% RFPIO samostalne i poljoprivredne delatnosti (šif.22)	19.352,00	0	0,00
Razlika do dodatka za pomoć i negu utvrđenog u odeljku II tačka 2. ovog rešenja za invalidnu decu II grupa 40% RFPIO samostalne i poljoprivredne delatnosti (šif.23)	19.930,00	3	59.790,00
Razlika do dodatka za pomoć i negu utvrđenog u odeljku II tačka 2. ovog rešenja za invalidnu decu II grupa 35% RFPIO samostalne i poljoprivredne delatnosti (šif.24)	20.219,00	0	0,00
UKUPNO uvećan dodatak za pomoć i negu drugog lica		31.615	492.126.355,80
UKUPNO		50.908	677.934.592,00

ANEKS 3.

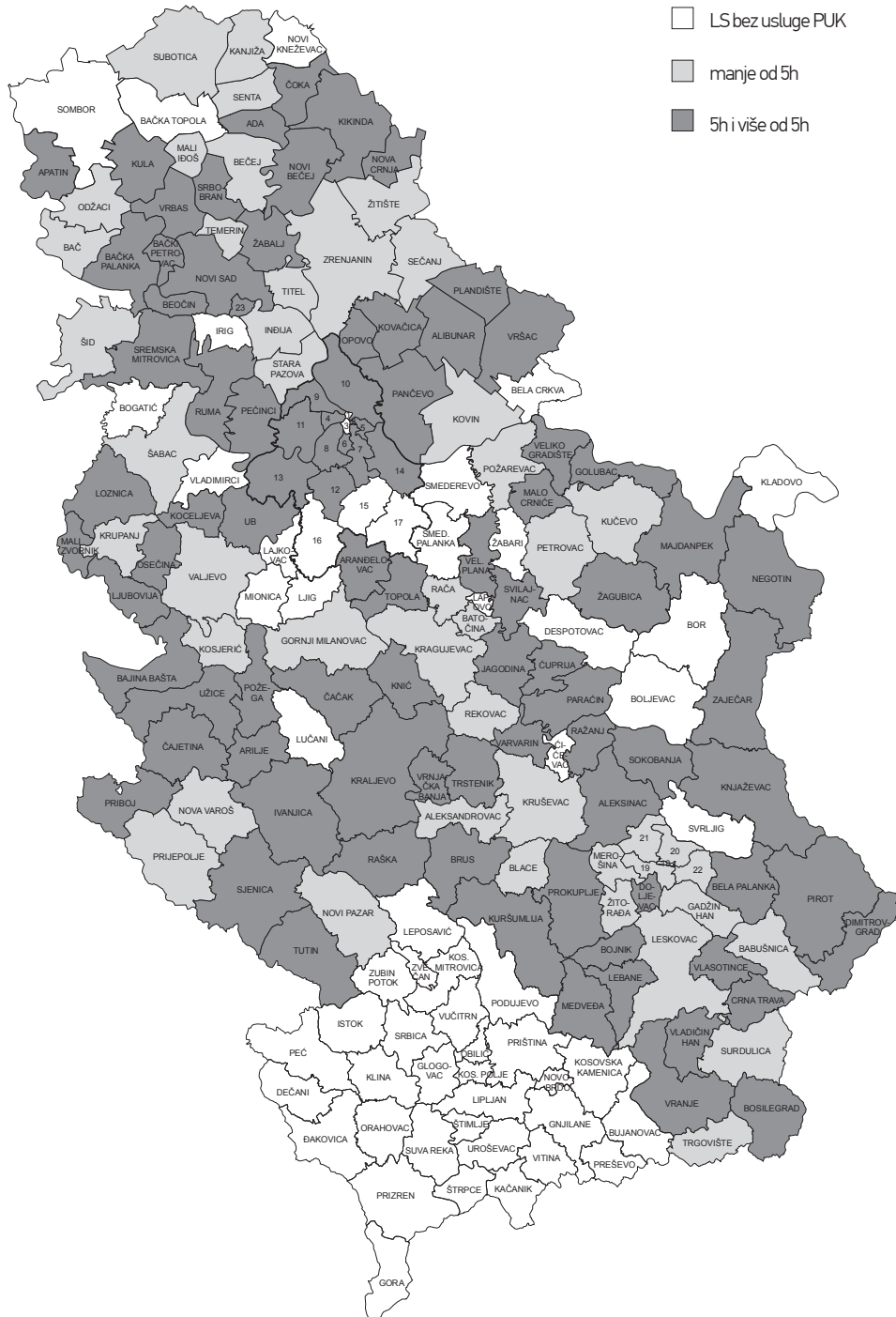
MAPA LS PREMA DOSTUPNOSTI USLUGE POMOĆI U KUĆI

(udeo korisnika usluge 65+ u ukupnoj populaciji 65+ po LS)



ANEKS 4.

MAPA LS PREMA MODELU PRUŽANJA USLUGE



ANEKS 5.

METODOLOGIJA EVROPSKE KOMISIJE ZA PROJEKCIJU RASHODA DTN

Evropska komisija pri izradi projekcija rashoda za DTN koje objavljuje u Izveštaju o starenju koristi jednostavan model makrosimulacija. Model polazi od populacionih grupa dezagregiranih po starosti, polu, zdravstvenom statusu, tipu nege, itd. Izvor polaznih demografskih podataka i projekcija stanovništva je EUROSTAT (EUROPOP), podaci o invaliditetu dobijeni su iz EU-SILC; podaci o tipu nege (formalna institucionalna i vaninstitucionalna), kao i podaci o visini jediničnog troška formalne nege dobijeni su iz administrativnih podataka država članica EU.

Promene pojedinih obeležja dovode do promena u rashodima za DTN. Model omogućava ispitivanje različitih scenarija koji uključuju promenu starosne strukture, invaliditeta, odnosa između neformalne i formalne nege, promene u odnosu između institucionalne i vaninstitucionalne nege, promene jediničnog troška nege, itd.

U najnovijem izveštaju iz 2012. godine predstavljeno je sedam scenarija. Čist demografski scenario polazi od pretpostavke da nema nikakvih drugih promena sem demografskih. Stope invaliditeta po starosnim grupama su konstantne, što znači da se sav „dobitak” od produženja životnog veka praktično provodi u lošem zdravlju. Jedinični trošak nege raste na nivou rasta BDP-a per capita. Osnovni scenario je sličan čistom demografskom, s tim što polazi od pretpostavke da jedinični trošak usluga DTN raste paralelno sa porastom BDP-a po radniku, dok jedinični trošak novčanih davanja za DTN raste paralelno sa porastom BDP-a per capita. Scenario višeg očekivanog trajanja života polazi od pretpostavke dužeg očekivanog trajanja života za sve starosne grupe. Scenario konstantnog invaliditeta podrazumeva promenu stopa-invaliditeta sa pomeranjem očekivanog trajanja života. Scenario povećanog učešća formalne nege sagledava efekte većeg angažovanja države u obezbeđenju DTN. Prema ovom scenariju svake godine 1% onih koji su dobijali neformalnu negu počne da prima formalnu negu, i tako narednih deset godina. Scenario konvergencije u pokrivenosti DTN je sličan prethodnom, s tim što pokrivenost uslugama raste u zemljama gde su one ispod proseka EU-27 na nivo proseka, tako da se 2060. izjednačavaju. I na kraju, scenario konvergencije troškova analizira efekte mogućeg rasta jediničnog troška za DTN tako što bi u svim zemljama trošak dostigao visinu prosečnu za EU-27.



OPCIJE ZA UVOĐENJE SOCIJALNIH PENZIJA U SRBIJI





UVOD

Dva su osnovna cilja penzijskog sistema: prvi je obezbeđenje minimuma sredstava za život u starosti (apsolutni životni standard), što doprinosi prevenciji i smanjenju siromaštva starih; drugi cilj je obezbeđenje prihoda koji su u skladu sa onim što je pojedinac ranije zarađivao, tj. održanje životnog standarda na nivou približnom onom koji je pojedinac imao pre penzionisanja (relativni životni standard).

Shodno tome, penzijski sistemi se obično sastoje od bar dve komponente – komponente koja obezbeđuje minimalni dohodak u starosti (apsolutni životni standard) i komponente koja obezbeđuje održanje prihoda u starosti na relativnom nivou u odnosu na ranija primanja (relativni životni standard).⁶²

Penzijsko osiguranje kao osnovni cilj ima održanje relativnog životnog standarda, ali ujedno obezbeđuje i apsolutni životni standard. Koliko će sistemi penzijskog osiguranja biti uspešni u prevenciji i smanjenju siromaštva starih pre svega zavisi od pokrivenosti radne snage osiguranjem (što posledično utiče na pokrivenost starog stanovništva penzijom), ali i od visine penzija po osnovu osiguranja i visine minimalne penzije.

Socijalne penzije i ostala novčana davanja usmerena na obezbeđenje minimalnog dohotka u starosti u osnovi služe da se ostvari cilj - prevencija i smanjenje siromaštva u starosti. To je tzv. redistributivna komponenta, koja je stub penzijskog sistema i koja predstavlja ex post intervenciju u pravcu smanjenja siromaštva starih (Robalino i Holzmann, 2009)⁶³.

62 Većina zemalja ima i treću, dopunsku komponentu na dobrovoljnoj osnovi, koja takođe za cilj ima obezbeđenje održanja relativnog životnog standarda.

63 Drugi pristup povećanju pokrivenosti stanovništva penzijama i smanjenju siromaštva starih ex ante intervencije - one podrazumevaju uparene doprinose (*matching contributions*) i pripisivanje doprinosa (*pension credit*) tokom perioda nezaposlenosti, materinstva, nege starih lica i slično, nisu predmet ove studije.

Budući da je trend da se redistributivni mehanizmi, koji su nekad postojali i unutar sistema penzijskog osiguranja, ukidaju i da sve više jača veza između uplaćenih doprinosa i visine penzijske naknade, jasno je da će za ostvarenje prevencije i smanjenje siromaštva biti potrebno da se sve više inveneriše instrumentima izvan penzijskog osiguranja, tj. kroz redistributivnu komponentu penzijskog sistema. Takođe, starenje stanovništva uz težnju da se javni rashodi za penzije stabilizuju doveli su do smanjenja očekivanih stopa zamena u zemljama EU, kao i do indeksacije penzija samo cenama, što će voditi sve većem oslanjanju na privatne penzije i štednju. Sve ovo ukazuje da će davanja za obezbeđenje minimalnog dohotka za stare sve više dobijati na značaju (Goedeme, 2012).

Adekvatno dizajniranje redistributivne komponente penzijskog sistema tj. novčanih davanja za obezbeđenje minimalnog dohotka za stare je važno i iz perspektive koncepta „minimuma socijalne zaštite“⁶⁴, koji sve više zastupaju međunarodne institucije kao što su Svetska banka, MMF, a pre svega Međunarodna organizacija rada⁶⁵. To je sistem koji garantuje materijalnu sigurnost i pristup osnovnim socijalnim uslugama u svim fazama životnog ciklusa, a obezbeđenje materijalne sigurnosti za stare je jedno od četiri prava koja ovaj koncept podrazumeva⁶.

Kada govorimo o garantovanom minimalnom dohotku za stare, postavlja se i pitanje koliko taj dohotak treba da iznosi. Jedan od repera bi mogla da bude linija siromaštva, ali se tu postavlja pitanje definicije linije. Prosečno minimalno davanje namenjeno starima u razvijenim OECD zemljama je oko 20% prosečne zarade, a oko 30% za one koji su radili pun staž. Međutim, kada posmatramo visinu davanja vrlo je važno imati u vidu i o kakvoj se vrsti države blagostanja radi. Preciznije, važno je i ko pokriva troškove lečenja i lekova, dugotrajne nege, stanovanja i da li država obezbeđuje još neka socijalna davanja. Kada se govori o minimumu koji treba da obezbedi penzijsko osiguranje, Konvencija 102 Međunarodne organizacije rada postavila je kao standard stopu zamene od minimum 40% prethodnih primanja za one koji su radili i uplaćivali doprinose 30 godina.

Kada je u pitanju Srbija, istraživanja siromaštva pokazuju da je siromaštvo penzionera niže od siromaštva ukupne populacije, iz čega možemo zaključiti da sistem penzijskog osiguranja prilično dobro ispunjava cilj održanja apsolutnog životnog standarda. Takođe, obuhvat starog stanovništva penzijom je solidan – oko 84% stanovništva starijeg od zakonski propisane starosne granice je za penzionisanje (60 godina za žene, 65 za muškarce), dok još malo više od 2% radi i zarađuje (Popis, 2011).

I pored toga, socijalne penzije i davanja usmerena na obezbeđenje minimalnog dohotka za stare su vrlo važna tema. Zbog neophodnih ušteda u sistemu penzijskog osiguranja, koja su u prethodnom periodu podrazumevala indeksaciju penzija samo rastom cena ili čak i zamrzavanje penzija, vrlo često se pominju minimalne penzije koje treba izuzeti od takvih mera. Čak se pominje i povećanje iznosa minimalne penzije u kombinaciji sa smanjenjem troškova za penzije kroz smanjenje ostalih penzija. U skladu sa ovim razmišljanjem, grad Beograd od novembra 2008. godine isplaćuje tzv. jednokratnu novčanu pomoć najugroženijim penzionerima - prvo su to bili penzioneri sa penzijom nižom od 13.000 dinara, a kasnije je cenzus porastao na oko 16.000 dinara. U septembru 2012. godine ovaj model je prenet i na Republiku, tako da su svi penzioneri čije penzije u avgustu iste godine nisu prešle 15.000 dinara dobili do jula 2013. godine četiri rate od po 4.000 dinara.

64 Social protection floor.

65 U junu 2012. godine preko 150 zemalja je na konferenciji ILO u Ženevi odobrilo novu Preporuku o minimalnoj socijalnoj zaštiti.

Postavlja se pitanje adekvatnosti ovakve politike. Da li su korisnici minimalnih penzija zaista najugroženiji penzioneri ili su ugroženiji oni sa nešto višom penzijom, ali koji žive u jednočlanom domaćinstvu? Ili su možda još ugroženiji penzioneri sa penzijom višom od minimalne, a čiji član(ovi) domaćinstva nemaju nikakve prihode? Bez uvida u prihode i celokupno materijalno stanje domaćinstva u kome penzioner/ka živi, na osnovu podataka o visini penzije mi ne možemo da znamo njegov/njen ekonomski status. Jedino što na osnovu podataka PIO fonda znamo o korisnicima jeste da je u slučaju minimalne penzije u pitanju redistribucija ka penzionerima koji su imali kratak radni staž, a ne ka onima koji su bili nisko plaćeni kao radnici. Stoga se postavlja pitanje da li je svako povećanje minimalne penzije mera koja je efektivna sa aspekta rashoda. Ovo pitanje je posebno važno imajući u vidu da, i pored solidnog obuhvata starog stanovništva penzijom, u Srbiji i dalje postoji oko 240.000 lica starijih od starosne granice bez penzije (Popis, 2011).

Drugi problem koji otvara potrebu za promišljanjem o promeni redistributivne komponente penzijskog sistema je sadašnja niska pokrivenost radne snage penzijskim osiguranjem. Trenutno je manje od 50% stanovništva starog od 20-65 godina osigurano⁶⁶. Od 90-ih godina do danas tržište rada karakterišu visoka nezaposlenost i siva ekonomija, kao i prijavljivanje radnika na najnižu osnovicu. Posledice takvog stanja na tržištu rada postaće vidljive u penzijskom sistemu za 15-20 godina, što će rezultirati vrlo niskim penzijama, velikim brojem korisnika minimalne penzije i značajnim brojem onih koji neće ni ostvariti pravo na penziju.

Stoga je u Srbiji pitanje obezbeđenja minimalnog dohotka u starosti važna tema koja za služi analizu i promišljanje.

⁶⁶ Prema Anketi o radnoj snazi, gde ulaze i zaposleni u sivoj ekonomiji i poljoprivrednici koji nisu uvek osigurani, u aprilu 2013. godine bilo je zaposleno samo 49,2% stanovništva uzrasta 20-65.

2. OSNOVNI POJMOVI I DILEME

2.1. DEFINICIJA SOCIJALNE PENZIJE

Socijalna penzija je penzija koja se ne zasniva na uplati doprinosa već se finansira iz budžeta, iz opštih poreskih prihoda. Ona predstavlja čist transfer, a ne štednju ili osiguranje (Palacios i Sluchynsky, 2006). Cilj socijalne penzije je prevencija i smanjenje siromaštva u starosti.

U najvećem broju slučajeva davanja namenjena obezbeđenju minimalnog dohotka u starosti imaju karakter socijalnih penzija. Međutim, postoje određena davanja koja po definiciji nisu socijalne penzije, a imaju za cilj obezbeđenje minimalnog dohotka u starosti. To su davanja u okviru programa zasnovanih na uplati doprinosa, kao što je na primer minimalna penzija. Sasvim precizno, minimalna penzija je instrument prevencije i smanjenja siromaštva starih samo za onaj deo starih koji je bio osiguran. Dakle, minimalna penzija sprečava i smanjuje siromaštvo bivših radnika, a ne kompletnog stanovništva. Međutim, Pearson i Whitehose (2009) sva davanja u okviru prvog, redistributivnog stuba penzijskog sistema smatraju socijalnim penzijama, nezavisno da li su zasnovana na uplati doprinosa ili ne. Njihov argument je da većina razvijenih zemalja ionako pripisuje doprinose⁶⁷ za periode koje osiguranici provode van tržišta rada, kao što su periodi nezaposlenosti, invalidnosti, brige o deci ili starima.

Ono što je svakako tačno je da su sva davanja namenjena obezbeđenju/garantovanju minimalnog dohotka u starosti po svom karakteru redistributivna – i ona koja su zasnovana na uplati doprinosa i ona koja to nisu. Razlika je praktično u tome ko finansira tu redistribuciju. Kada su u pitanju socijalne penzije, tj. davanja koja se finansiraju iz opštih poreza, onda

⁶⁷ Pension credit.

je to svakako celokupno stanovništvo. U slučaju minimalnih davanja zasnovanih na uplati doprinosa, to je radno stanovništvo, iako i tada „prelivanje” jednim delom može biti finansirano od strane celokupne populacije (što je slučaj subvencionisanja deficita penzijskog osiguranja iz budžeta) i/ili eksplicitno finansirano iz budžeta (kada se razlika od ostvarene do minimalne penzije finansira na ovaj način), kao što i jeste slučaj u Srbiji.

2.2. VRSTE SOCIJALNIH PENZIJA I DAVANJA ZA OBEZBEĐENJE MINIMALNOG DOHOTKA U STAROSTI

S obzirom na veliki broj različitih rešenja i činjenicu da neka rešenja obuhvataju karakteristike različitih tipova penzija, prilično je teško klasifikovati davanja za obezbeđenje minimalnog dohotka u starosti.

Prema klasifikaciji Evropske komisije (2006) postoje tri osnovne vrste novčanih davanja namenjenih za obezbeđenje minimalnog dohotka starih: jedinstvena penzija⁶⁸, minimalna penzija u okviru sistema penzijskog osiguranja i davanje za stare u okviru programa socijalne pomoći.

OECD (2005) klasifikuje sisteme minimalnih davanja za stare u četiri grupe: opšti programi socijalne pomoći, targetirane⁶⁹, osnovne⁷⁰ i minimalne penzije. Kada su u pitanju targetirane penzije, razlikuje tri forme targetiranja: prema penzijskom prihodu, prema široj definiciji prihoda (koja uzima u obzir i prihod od štednje) i prema materijalnom stanju (i prihodu i imovinu). OECD (2007) malo menja tipologiju – targetirane penzije i davanja za stare iz opšteg programa socijalne pomoći klasifikuje zajedno i naziva penzijama koje se dodeljuju uz proveru raspoloživih sredstava⁷¹; zatim, umesto tri načina targetiranja razlikuje dva (proveru na osnovu prihoda i na osnovu materijalnog stanja), dok garantovanu penziju koja se dodeljuje na osnovu provere penzijskih prihoda svrstava u grupu minimalnih penzija, iako je primaju i oni koji nisu osigurani.

Na osnovu navedenih i drugih različitih klasifikacija⁷², minimalna novčana davanja za stare klasifikujemo u četiri osnovne grupe – univerzalne, targetirane, penzije zasnovane na uplati doprinosa i davanja za stare iz programa socijalne pomoći namenjenih opštoj populaciji.

Univerzalna penzija pripada nasleđu Beveridžovog sistema⁷³. Ovu penziju dobija svako staro lice, nezavisno od statusa u penzijskom sistemu i drugih prihoda i imovine. Ova vrsta penzije se finansira iz opštih poreza.

Postoje dva tipa univerzalne penzije – *jedinstvena univerzalna penzija* i univerzalna penzija čiji iznos zavisi od godina boravka u zemlji.

68 Na engleskom *flat-rate* - penzije koje se po jedinstvenoj tarifi dodeljuju svima.

69 Penzija koja se dodeljuje nakon provere dohotka ili materijalnog stanja. Detaljnije u nastavku teksta.

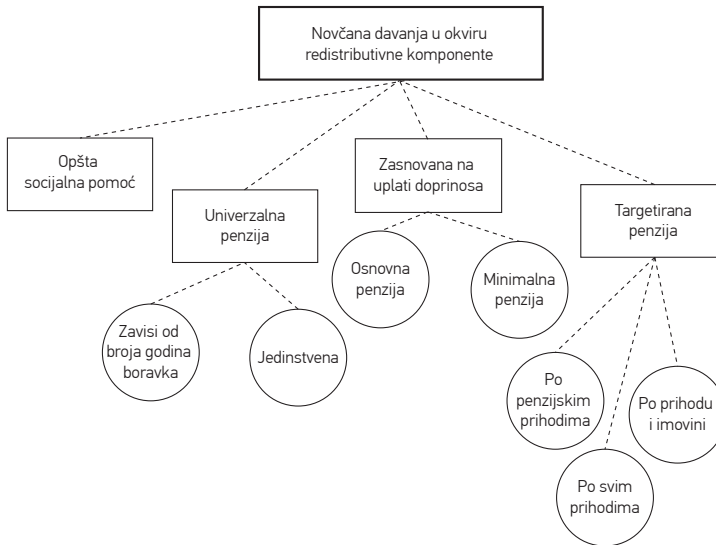
70 U ovoj klasifikaciji OECD pod „osnovnim penzijama” podrazumeva univerzalne penzije koje dobija svako lice na osnovu državljanstva ili prebivališta, kao i osnovnu penziju koja je zasnovana na uplati doprinosa. O oba tipa penzije više u nastavku teksta.

71 Resource-tested.

72 Kao što su Willmore (2007), Robalino & Holzmann (2009), Piggott *et al.* (2009) i drugi.

73 Penzijski sistemi koji su nastali sa osnovnim ciljem da smanje siromaštvo u starosti i obezbede minimalni prihod za starost (apsolutni životni standard). Ovakav tip sistema nastao je još 1891. godine u Danskoj i nekoliko godina kasnije na Novom Zelandu, iako nosi ime po ser Viliamu Beveridžu koji je tek 1942. godine izradio izveštaj kojim je predložio sličan program socijalnog osiguranja u Velikoj Britaniji.

SLIKA 1. VRSTE NOVČANIH DAVANJA ZA STARE U OKVIRU REDISTRIBUTIVNE KOMPONENTE PENZIJSKOG SISTEMA



Jedinstvena univerzalna penzija podrazumeva isplatu istih iznosa penzije svim licima sa državljanstvom i/ili prebivalištem u zemlji nakon propisane starosne granice. Od razvijenih zemalja ovakva penzija u današnje vreme postoji samo na Novom Zelandu.

Univerzalna penzija čiji iznos zavisi od godina boravka u zemlji podrazumeva određen broj godina boravka u zemlji da bi se neko kvalifikovao za pun iznos penzije (obično 40 godina), dok se za manji broj godina boravka iznos penzije proporcionalno umanjuje.

Univerzalna penzija se smatra socijalnom penzijom, iako je ne dobijaju nužno siromašna stara lica. Štaviše, po uvođenju u sistem univerzalne penzije su dobijali svi nezavisno od materijalnog statusa i drugih prihoda, pa i oni sa vrlo visokim prihodima. Doduše, takve penzije su nastale u razvijenim zemljama u kojima je oporezivanje prihoda globalno i gde i same univerzalne penzije ulaze u oporezivi prihod. Pored toga, noviji trend uključuje „brojne mere usvojene u proteklim godinama kojima se univerzalni sistem čini selektivnim” (ILO, 2000: 133). Na primer, Kanada je 1989. uvela program „OAS claw back”, koji predstavlja poseban porez kojim se umanjuje iznos penzije, a lica sa visokim primanjima je praktično i ne dobijaju⁷⁴. U Norveškoj i Danskoj univerzalna penzija je uslovljena visinom prihoda od zarade ukoliko penzioner radi, tako da se smanjuje ukoliko taj prihod premaši određeni nivo. Švedska i Finska su zamenile svoje univerzalne penzije zasnovane na prebivalištu garantovanim minimalnom penzijom uz proveru visine penzijskih primanja. Danas su u razvijenim OECD zemljama (osim Novog Zelanda i Holandije) univerzalne penzije predmet barem neke vrste uslova.

Minimalna novčana davanja zasnovana na uplati doprinosa mogu biti organizovana kao *minimalna penzija* ili *osnovna penzija* koja zavisi od godina penzijskog staža.

Osnovna penzija zasnovana na uplati doprinosa zavisi isključivo od dužine radnog staža i finansira se iz doprinosa (OECD, 2007). Tipični primer je osnovna državna penzija u Ve-

⁷⁴ U 2013. godini penzija se umanjuje za svakog čiji godišnji neto prihodi iznose \$70.954 tako što se za svaki \$1 prihoda iznad ovog limita iznos penzije umanjuje za \$0,15; stoga oni sa prihodom većim od 114.634\$ ne primaju penziju (izvor: <http://www.retirementadvisor.ca>)

likoj Britaniji, koja je uvedena 1946. godine. Puni iznos ove penzije isplaćuje se licima sa punim radnim stažom (44 godine za muškarce, 39 godina za žene do 2007. godine, kada je smanjeno na 30 godina za oba pola). Lica koja doprinose uplaćuju kraće od punog staža dobijaju parcijalnu penziju. Osnovna penzija se ne može koristiti pre dostizanja starosne granice, ali se korišćenje penzije može odložiti, a zauzvrat se dobija viši iznos državne penzije (10,4% povećanja za svaku godinu odlaganja). Na ovu penziju se dodaju druge vrste penzija, kao što je obavezna „druga državna penzija”⁷⁵ koja zavisi od visine zarade, ali i druge penzije na osnovu penzijskih planova poslodavaca i/ili individualnih planova.

Minimalna penzija se formuliše u sistemu penzijskog osiguranja sa ciljem da najniže penzije ne budu manje od određenog zakonom definisanog nivoa (OECD; 2005). Ona predstavlja deo sistema penzijskog osiguranja i finansira se putem doprinosa. Minimalna penzija može biti organizovana kao: *jedinstvena*, gde se svima kojima bi penzija bila ispod propisanog minimuma ona podiže na taj određeni minimum, ili *višestruka*, gde visina minimalne penzije zavisi od dužine radnog staža. Višestruka minimalna penzija zapravo liči na osnovnu penziju zasnovanu na uplati doprinosa i po svojoj suštini se može reći da to i jeste. Razlika je praktično u celokupnoj organizaciji penzijskog sistema. Dok se osnovna penzija na osnovu doprinosa isplaćuje svakom osiguraniku nezavisno od drugih penzijskih prihoda, minimalna penzija se isplaćuje samo onim penzionerima koji su ostvarili veoma nisku penziju, nižu od unapred definisanog minimuma.

Targetirana penzija podrazumeva dodeljivanje penzijskog davanja samo siromašnim starim licima ili starim licima bez prihoda. Izvor finansiranja su po pravilu opšti porezi. Postoje tri načina targetiranja.

Targetiranje se može vršiti samo *na osnovu prihoda od penzije*, kao što je slučaj sa finskom penzijom po osnovu prebivališta (*Kansanelake*) i švedskom garantovanom penzijom (*Garantipension*). Ovaj tip penzije predstavlja vrstu zaštite za lica koja ne ispunjavaju uslove za penziju iz penzijskog osiguranja ili čija penzija je, po njihovim kriterijumima, izuzetno niska. U Švedskoj i Finskoj se pun iznos zagarantovane penzije isplaćuje licima sa prebivalištem koja nemaju nikakvu drugu penziju, dok se niži iznosi isplaćuju kao dodatak penzionerima sa veoma niskim penzijama sve dok ne dostignu zagarantovani minimum.

Ovakva penzija jeste u jednom svom delu slična jedinstvenoj minimalnoj penziji, zbog čega je OECD od 2007. godine, kao i Pearson i Whitehouse (2009) klasifikuju kao minimalnu penziju. Ona se, međutim, ipak značajno razlikuje od minimalne penzije po institucionalnoj organizaciji, finansiranju i po uslovima za dobijanje. Najvažnija razlika jeste uslov za sticanje penzije. Samo oni penzioneri koji su uplaćivali doprinose u penzijski sistem ispunjavaju uslove za minimalnu penziju. Sa druge strane, garantovana penzija se u Švedskoj i Finskoj isplaćuje i starim licima koja nikada nisu bili osiguranici, već koji su jednostavno rezidenti.

Targetiranje se može vršiti *po osnovu ukupnih prihoda*. To znači da se posmatraju i drugi prihodi pored penzijskih, kao što su npr. prihodi po osnovu štednje. Takođe, targetiranje može biti i *po osnovu materijalnog stanja – i prihoda i imovine*.

Neke zemlje nemaju posebne programe socijalne pomoći za stare tj. socijalne penzije, već stari koji su siromašni imaju pravo na **programe socijalne pomoći koji su dostupni celokupnom stanovništvu** (OECD, 2007). Tipičan primer je Nemačka, koja je prototip Bizmarkovog tipa penzijskog sistema⁷⁶.

75 Second state pension (S2P).

76 Bizmarkovi penzijski sistemi nazvani su po kancelaru Bizmarku koji je 1889. uveo penzijski program za industrijske radnike. Cilj ovakvog tipa sistema je održanje prihoda u starosti (relativni životni standard).

TABELA 1. MINIMALNO DAVANJE ZA STARE (% PROSEČNE ZARADE)

	Targetirana			Univerzalna	Osnovna zasnovana na doprinosima	Minimalna	Opšta socijalna pomoć	Ukupno (za pun staž)
	Po penzijskom prihodu	Po prihodu	Po prihodu i imovini					
Razvijene OECD zemlje								
Australija			23					23
Austrija			26					26
Belgija			22			28		28
Danska		18		18				36
Finska	18							18
Francuska			22			23		23
Grčka	11					34		34
Holanija				31				31
Nemačka							19	19
Novi Zeland				39				39
Irska			32		34			34
Italija			22					22
Japan			19	16				19
Kanada		18		14				32
Luksemburg					10	38	36	38
Norveška		31		16				31
Portugalija		16				32		32
SAD			18					18
Španija						27	17	27
Švedska	26							26
Švajcarska			24			18		24
Velika Britanija		19			14			28
Prosek	18	20	23	22	19	29	24	28
Istočna Evropa								
Bugarska		14				16		16
Češka					8	11.7	13.7	23
Estonija			14		12.4			14
Mađarska						14.6		
Letonija						33	10	33
Litvanija					17		15	17
Poljska						22.6	17	24
Rumunija						25	14	25
Slovačka							24.7	23
Slovenija			32.1			13.8		35
Prosek		14	23		12	20	16	23

Izvor: OECD (2009); SPC (2006)

2.3. PREGLED DAVANJA ZA OBEZBEĐENJE MINIMALNOG DOHOTKA U STAROSTI PO ZEMLJAMA

U razvijenim zemljama socijalne penzije obično predstavljaju dopunu predominantnom sistemu penzijskog osiguranja, obezbeđujući minimalnu socijalnu zaštitu za stare. Kada su u pitanju zemlje u razvoju, imajući u vidu nepostojanje i/ili slabu pokrivenost stanovništva penzijskim osiguranjem, socijalne penzije imaju značajniju ulogu sa ciljem da zaštite starije stanovništvo od deprivacije i siromaštva (Piggott *et al.*, 2009).

Razvijene zemlje imaju redistributivnu komponentu koja obezbeđuje minimalni dohodak. Neke države koriste jedan instrument za sprečavanje siromaštva u starosti i obezbeđenje minimalnog dohotka za stare, dok druge koriste kombinaciju dva ili čak tri instrumenta. Tabela 1. prikazuje vrste minimalnih davanja za stare širom država članica OECD i Istočne Evrope i njihov iznos u odnosu na prosečnu zaradu u zemlji.

Od posmatrane 22 razvijene OECD zemlje, sedam zemalja kao osnovni instrument obezbeđenja minimalnog dohotka u starosti koristi minimalnu penziju organizovanu u okviru sistema penzijskog osiguranja, šest univerzalnu penziju, a tri osnovnu penziju zasnovanu na doprinosima. Uglavnom sve zemlje, sem Novog Zelanda i Holandije čije su univerzalne penzije prilično visoke, imaju i neki tip targetirane penzije ili bar opšti program socijalne pomoći, bilo kao osnovni program ili kao dopunu, tako da garantuju minimalni dohodak i onima koji nisu bili osigurani.

U razvijenim OECD zemljama ova komponenta prosečno obezbeđuje minimalni dohodak u visini od oko 20% za targetirane do 28% prosečne zarade za one koji su radili pun radni staž. Davanja su posebno visoka u Belgiji, Luksemburgu i na Novom Zelandu. Najniža su u Finskoj, Nemačkoj, Mađarskoj, Japanu i SAD, gde su niža od 20% prosečne zarade u zemlji. Važno je pomenuti da mnoge države obezbeđuju penzionerima razna davanja kao što su naknada za stanovanje, razna nenovčana davanja i socijalne usluge, pokrivanje kompletnih troškova lečenja, nega i pomoć drugog lica i slično, što treba imati u vidu pri komparativnoj analizi visina minimalnih i socijalnih penzija. Međutim, podaci o ovim naknadama nisu sistematično uređeni i dostupni.

Što se tiče zemalja Istočne Evrope, najveći broj koristi minimalnu penziju kao obezbeđenje minimalnog dohotka u starosti – 7 od 10 zemalja, uz opšte programe socijalne pomoći za zaštitu onih koji nisu osigurani. Estonija i Litvanija imaju osnovnu penziju zasnovanu na doprinosima kao glavno obezbeđenje minimalnog dohotka u starosti, s tim što je u Estoniji ta penzija prilično niska – oko 12% prosečne zarade, a dopunska mera je targetirana penzija, takođe prilično niska (14% prosečne zarade). Prosečno minimalno davanje za stare sa punim radnim stažom u Istočnoj Evropi je na nivou od 23% prosečne zarade. Najniži nivo zaštite je u Estoniji, Litvaniji i Bugarskoj.

Što se tiče srednje razvijenih (bez zemalja Istočne Evrope) i nerazvijenih zemalja, kod njih je pokrivenost penzijskim osiguranjem vrlo niska – od prosečnih samo 6% radne snage u Subsaharskoj Africi (gde je u mnogim zemljama pokrivenost manja od 5%), preko 20% u Kini, do najviših 44% u Istočnoj Aziji. U ovim zemljama socijalne penzije su novijeg datuma i daleko manje zastupljene nego u razvijenim, ali je zbog niske pokrivenosti osiguranjem njihov značaj veći (Robalino i Holzman, 2009).

Među srednje i nisko razvijenim zemljama mogu se razlikovati dve grupe zemalja koje su uvele socijalne penzije. Prva grupa, u kojoj je pokrivenost socijalnim penzijama ispod 20%

populacije 65+, uključuje zemlje u kojima postoje programi penzijskog osiguranja (npr. Alžir, Argentina, Čile, Kolumbija). Socijalne penzije u ovim zemljama targetiraju pojedince sa niskim prihodima koji nisu pokriveni osiguranjem. Druga grupa su zemlje sa univerzalnim penzijama ili je stanovništvo skoro potpuno pokriveno socijalnim penzijama (npr. Bolivija, Južna Afrika), u kojima penzijsko osiguranje ne postoji ili ima marginalnu ulogu (Robalino i Holzman, 2009)⁷⁷. Univerzalne penzije imaju i Bocvana, Nepal, Namibija, Brunei, Samoa (Willmore, 2007; PWD, 2012). U ovu grupu zemalja spada i Mauricijus kao izuzetak, budući da je u ovoj zemlji pokrivenost osiguranjem osrednja, ali je univerzalna penzija uvedena kada je sistem osiguranja bio u začetku. Brazil, koji ima sistem socijalnog osiguranja, drugi je izuzetak. To je zato što ruralno stanovništvo može da bira između osiguranja i univerzalne penzije, a većina se odlučuje za univerzalnu penziju, pa je pokrivenost socijalnim penzijama prilično visoka (Robalino i Holzman, 2007).

Što se tiče visine davanja, ono nije korelisano sa visinom BDP-a po stanovniku, a varijacije među zemljama su visoke.

2.4. DILEME PRI ODABIRU VRSTE MINIMALNOG GARANTOVANOG DAVANJA ZA STARE

Kada se govori o socijalnim penzijama, onda se pri postavljanju sistema pre svega javlja dilema targetirana vs. univerzalna penzija.

Osnovni argumenti protiv univerzalnih penzija su *fiskalna ograničenja*. Iznos potreban da se obezbede univerzalne penzije je značajan. Na primer, ukoliko se 15% stanovništva kvalifikuje za univerzalnu penziju, a visina iste iznosi 20% BDP-a *per capita*, onda je godišnje za isplatu univerzalnih penzija potrebno $(0.15)(0.2)=0.03$, tj. 3% BDP-a.

Postavlja se i pitanje troškovne efektivnosti univerzalnih penzija s obzirom na to da novac odlazi i onima koji nisu socijalno ugroženi, dakle po definiciji se pravi *greška uključenosti*. Takođe, postavlja se i pitanje kriterijuma vertikalne pravičnosti koju ovakva vrsta penzije ne ispunjava budući da se redistribucija ne vrši ka siromašnima, već ka celoj starosnoj grupi.

Willmore (2006: 44) kao jedan od argumenata koji se pojavljuje protiv univerzalnih penzija navodi nepravdu „s obzirom da bogati duže žive od siromašnih”, ali u isto vreme ističe da bogati plaćaju više poreze od siromašnih, što anulira regresivnost univerzalnih penzija.

S druge strane, univerzalne penzije imaju prednost u odnosu na targetirane s obzirom na to da su *jednostavnije i jeftinije za administriranje* (Hagemeyer, 2009).

Prema Sen (1995), targetiranje prouzrokuje mnogo direktnih i indirektnih troškova. Kao jedan od uzroka ovih troškova on navodi distorzije u informacijama, koje se suštinski svode na grešku isključenosti i uključenosti. Kako je greška uključenosti u svakom slučaju manja nego kod univerzalnih penzija, kod targetiranih se kao osnovni problem navodi *greška isključenosti*.

Drugi problem koji se često vezuje za targetiranje je *stigma*.

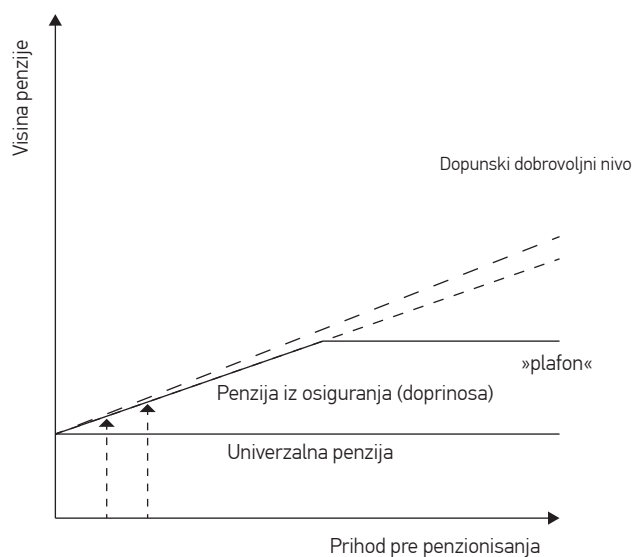
⁷⁷ Ovakav slučaj je i Kosovo.

Takođe, naročito kada je u pitanju targetiranje prema proveru materijalnog stanja (i prihoda i imovine), kao problem se ističe potreba za postojanjem *adekvatnih administrativnih kapaciteta*. Međutim, ukoliko zemlja ima administrativni kapacitet da targetira penzije, onda se targetiranjem postiže i fiskalna ušteda i čvršća redistribucija u odnosu na univerzalne penzije (Piggott *et al.*, 2009).

Kada govorimo o dilemi targetiranje vs. univerzalna penzija, važno je analizirati i njihov *uticaj na štednju*. Za svaku vrstu penzija koje se obezbeđuju u okviru javnog sektora (bilo iz osiguranja ili iz socijalne penzije) može se reći da destimulativno deluju na štednju, posebno kada su u pitanju manje plaćeni radnici. Međutim, ovi efekti se donekle razlikuju kod univerzalnog pristupa u odnosu na targetiranje.

Ukoliko posmatramo univerzalni pristup organizacije penzijskog sistema, pri kom se svim građanima starijim od zakonski propisane granice iz budžeta isplaćuje jednaka socijalna penzija na koju se dodaje deo penzije koji zavisi od zarade pojedinca tokom radnog veka, onda možemo videti da se i radnicima sa vrlo niskim primanjima ipak „isplati” da budu osigurani u obaveznom penzijskom sistemu pošto će im ukupan iznos penzije biti veći (Slika 2).

SLIKA 2. UNIVERZALNI PRISTUP



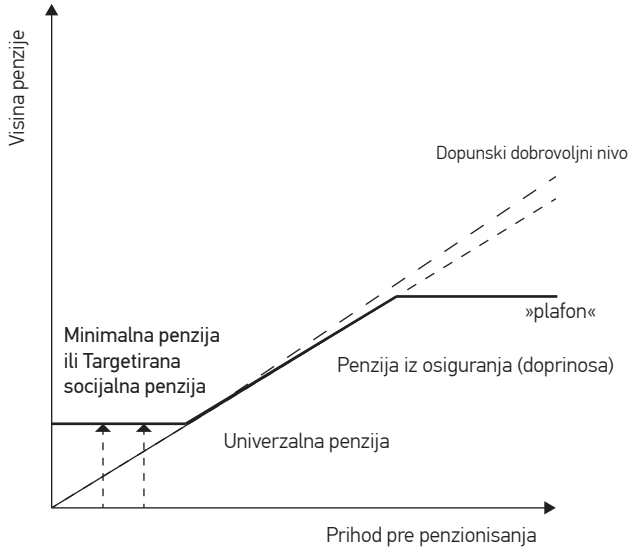
Izvor: Thompson (2001), uz izmene autora.

S druge strane, kod *pristupa popunjavanja*, tj. uklanjanja jaza između penzijskih prihoda koje bi korisnik inače ostvario na osnovu penzijskog osiguranja, i minimalnog nivoa neophodnog za obezbeđenje apsolutnog životnog standarda, radnici sa niskim zaradama i/ili u svojoj ekonomiji neće imati motiv da uplaćuju osiguranje. Naravno, ovo je sve pod pretpostavkom da, iako je obavezno, postoji mogućnost za evazijom uplata u penzijsko osiguranje, posebno kada su u pitanju niže-plaćeni radnici.

Dakle, prednosti i nedostaci se nalaze i kod jednog i kod drugog pristupa. Međutim, neophodno je imati u vidu da je dilema univerzalni vs. targetirani pristup zapravo relevantna pri samom postavljanju sistema. U slučaju kada već postoji razvijen sistem penzijskog osiguranja ova dilema se relativizuje, jer bi uvođenje univerzalne penzije finansirane iz bu-

džeta podrazumevalo radikalno smanjenje postojećeg sistema penzijskog osiguranja. Ovo je takođe moguća opcija, ali se u tom slučaju otvaraju i neka druga pitanja i dileme, kao što je dužina vremenskog perioda potrebna za takvu reformu, tranzicioni trošak i slična pitanja koja nisu predmet ove analize.

SLIKA 3. PRISTUP POPUNJAVANJA



Izvor: Thompson (2001), uz izmene autora

Dakle, za zemlje sa razvijenim sistemom penzijskog osiguranja, što podrazumeva i relativno visoke iznose penzija u odnosu na zaradu i visoku pokrivenost stanovništva penzijama, dilema se zapravo svodi na odabir instrumenata u okviru pristupa popunjavanja. To može biti minimalna penzija u okviru sistema penzijskog osiguranja koja tretira problem obezbeđenja minimalnog apsolutnog životnog standarda, ali samo za penzionere, tj. one koji su već pokriveni osiguranjem, ali ne rešava problem univerzalne pokrivenosti stanovništva minimalnim dohotkom. Zatim, to može biti garantovana penzija, targetirana penzija ili kombinacija svih ovih instrumenata.

Ukoliko poredimo garantovanu (tip švedske i finske penzije) i minimalnu penziju sa targetiranom, onda možemo reći da su prednosti i nedostaci slični dilemi univerzalne vs. targetirane, s tim što su garantovane, a posebno minimalne penzije svakako značajno jeftinije od univerzalnih. Međutim, i kod garantovanih i minimalnih penzija se u manjem obimu javlja greška uključenosti. S druge strane, one su takođe jednostavnije za administriranje od penzija targetiranih po osnovu materijalnog stanja.

Ukoliko razmišljamo o podsticajima za uplatu doprinosa u obavezno penzijsko osiguranje lošije plaćenih radnika i/ili onih koji su u sivoj ekonomiji, onda imamo različite situacije. Kada je u pitanju minimalna penzija, radnici će imati podsticaj da uplaćuju doprinose samo dok ne ispune minimum uslova da se kvalifikuju za minimalnu penziju (naravno, pod pretpostavkom dobre informisanosti) - nakon toga im se dalje uplaćivanje doprinosa „ne isplati”. Garantovana penzija, koja bi se dodeljivala i onima koji nisu stekli uslov za minimalnu penziju u okviru sistema penzijskog osiguranja, destimuliše one u sivoj ekonomiji da uopšte uplaćuju doprinose. S druge strane, targetirana penzija, koja predstavlja vrstu socijalne

pomoći, mogla bi da predstavlja stimulativniji instrument za rad i uplatu doprinosa upravo zahvaljujući svojim najčešće pominjanim nedostacima kao što su stigma, administrativne procedure za podnošenje zahteva i slično.

Kada govorimo o targetiranim socijalnim penzijama, onda se javlja i dilema oko postavljanja sistema - da li ići na poseban penzijski program targetiranih socijalnih penzija ili uključiti stare u opšti program socijalne pomoći. Grosh i Leite (2009) zagovaraju integraciju starih u opšti sistem socijalne pomoći, ističući pre svega prednost sinergije administrativnih troškova i izbegavanja problema horizontalne nejednakosti. Oni, međutim, navode i osnovne nedostatke integrisanog programa - veća stigma nego što bi bio slučaj sa odvojenim socijalnim programom za stare, nedovoljno jačanje pozicije starih u okviru domaćinstva, kao i slabija politička podrška ovakvom programu nego što bi to bio slučaj sa penzijskim programom.

Robalino i Holzmann (2009 :16) takođe ističu da bi najefikasnija strategija za prevenciju siromaštva u starosti bila uključivanje starih u opšti sistem socijalne pomoći. Zabrinutost da stari neće biti adekvatno uključeni i ojačani ovakvim programom može da se reši tako što bi se revidirao postojeći program ili bi se mogli dodati neki novi uslovi postojećem programu. Osnovni argument za ovakvu strategiju je horizontalna jednakost. Autori, međutim, navode i slučajeve u kojima su posebni institucionalni aranžmani za stare ipak potrebni a) kada su stari izloženi višem riziku od siromaštva u odnosu na ostatak populacije ili kada stari čine značajan deo siromašnih; (b) kada ne postoje opšti programi socijalne pomoći; i (c) kada su stari diskriminirani, pa bi direktni novčani transferi mogli da predstavljaju značajan instrument za jačanje njihove pozicije.

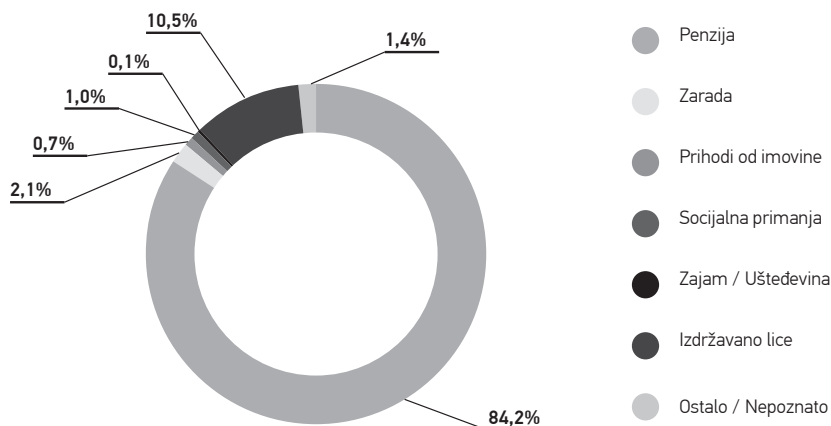
3. SRBIJA: IZVORI PRIHODA I MINIMALNI DOHODAK U STAROSTI

U Srbiji je osnovni izvor prihoda u starosti penzijski sistem u kome su penzije određene prema zaradama. Komponenta koja obezbeđuje minimalni dohodak za stare takođe je organizovana u okviru penzijskog sistema, te je i ona vezana za radnu istoriju.

Kada pogledamo rezultate Popisa (2011), vidimo da skoro 85% stanovništva iznad starosne granice (60 godina za žene/65 za muškarce) za osnovni izvor sredstava za život ima penziju. Manjem procentu ove populacije glavni izvor prihoda je još uvek zarada (nešto više od 2%), dok je 10,5% izdržavano (Grafikon 1.)

Za stara lica koja nikad nisu radila ili nisu radila minimalni broj godina potreban za dobijanje penzije ne postoji poseban program obezbeđenja minimalnog dohotka u starosti. Oni, međutim, imaju pravo na novčanu socijalnu pomoć ukoliko ispunjavaju uslove kao i svi ostali građani. Prema Popisu (2011) samo 1% populacije starije od starosne granice prima socijalnu pomoć (Grafikon 1).

Stara lica mogu da ostvare i naknadu za pomoć i negu drugog lica. Međutim, ovo novčano davanje nije davanje u cilju obezbeđenja dohotka, već je namenjeno zadovoljenju potreba vezanih za dugotrajnu negu.

GRAFIKON 1. IZVORI SREDSTAVA ZA ŽIVOT STANOVNIŠTVA 65+ (MUŠKARCI) / 60+ (ŽENE)

Izvor: Popis (2011), posebna obrada (pitanje 40 iz popisnice)

3.1. PENZIJA KAO OSNOVNI IZVOR PRIHODA U STAROSTI

U Srbiji je osnovni izvor prihoda u starosti penzijski sistem u kom su penzije određene prema zaradama tokom radnog veka. Posleratno penzijsko osiguranje za zaposlene uvedeno je 1947. godine⁷⁸, a 1965. godine prošireno i na samostalne delatnosti⁷⁹. Od 1978. godine u sistem penzijskog osiguranja uključeni su i poljoprivrednici - prvo putem dobrovoljnog, a polovinom 80-ih i putem obaveznog osiguranja⁸⁰. Na taj način su sve kategorije zaposlenih i samozaposlenih pokrivene obaveznim penzijskim osiguranjem, koje pored rizika od starosti i dugovečnosti (starosna penzija) osigurava i od rizika smrti (porodična penzija) i rizika invalidnosti (invalidska penzija).

Pokrivenost stanovništva starijeg od zakonske starosne granice (60 godina za žene, 65 za muškarce) penzijama je prema Popisu (2011) iznosila oko 85%, pri čemu je **pokrivenost muškaraca 65+ penzijom 93,3%**, a **žena starijih od 60 godina 79,3%**.

Podaci PIO fonda, zahvaljujući kojima možemo da analiziramo pokrivenost penzijama po starosnim grupama, ukazuju da je kod starijeg stanovništva (preko 80 godina starosti) pokrivenost penzijama nešto niža (Grafikon 2)⁸¹.

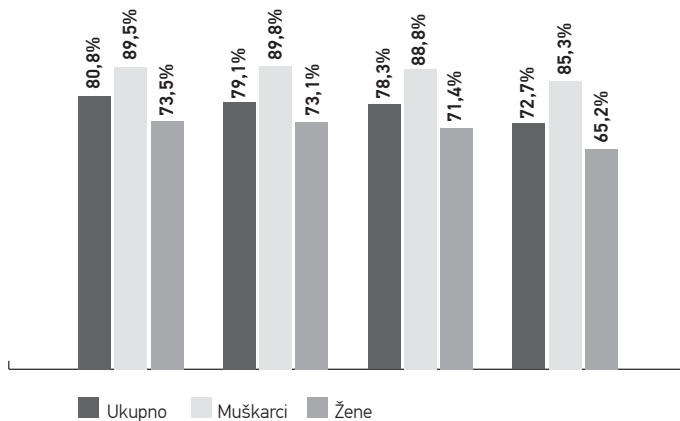
78 Zakon o socijalnom osiguranju radnika, nameštenika i službenika (Službeni list FNRJ 65/46).

79 Zakon o invalidskom i penzijskom osiguranju samostalnih zanatlija i samostalnih ugostitelja.

80 Dobrovoljno osiguranje poljoprivrednika (1978. godina), Obavezno osiguranje udruženih poljoprivrednika (1983. godina), Obavezno penzijsko i invalidsko osiguranje poljoprivrednika (1986. godina).

81 Administrativni podaci PIO fonda po starosnoj strukturi (izveštaj OS-5) nisu sasvim precizni s obzirom na to da ne uzimaju u obzir penzionere - profesionalna vojna lica, kojih je u februaru 2013. godine bilo nešto više od 45.000. Takođe, podaci PIO fonda po starosnim grupama (izveštaj OS-5) ne slažu se sa brojem ukupnih penzionera za koje je izvor takođe PIO fond - prema izveštaju OS-5 ima oko 40.000 korisnika manje u odnosu na godišnji izveštaj. I pored toga oni jesu dobra indikacija razlike u obuhvatu stanovništva penzijama po starosnim grupama.

GRAFIKON 2. POKRIVENOST STANOVNIŠTVA PENZIJAMA U 2011. GODINI



Napomena: Sve vrste penzija sem profesionalnih lica; penzioneri - stanje kraj 2011, stanovništvo - oktobar 2011.
Izvor: Popis (2011) i PIO fond (izveštaj OS-5)

Dakle, najvećem delu stare populacije penzija je osnovni izvor prihoda. Visina penzije zavisi od radne istorije – dužine staža i visine zarade.

Komponenta koja obezbeđuje minimalni dohodak u starosti takođe je organizovana u okviru sistema penzijskog osiguranja kao *najniža (minimalna) penzija*. Dakle, i instrument za ostvarenje minimalnog dohotka u starosti takođe je vezan za radnu istoriju i uplaćivanje doprinosa.

3.1.1. NAJNIŽA PENZIJA KAO MINIMALNI DOHODAK U STAROSTI

NAJNIŽA STAROSNA I INVALIDSKA PENZIJA

Do kraja 2001. godine najniža starosna i invalidska penzija u okviru osiguranja zaposlenih i samostalnih delatnosti bila je uređena po principu višestrukih minimalnih penzija koje su se utvrđivale kao procenat neto zarade koji je određen zavisno od dužine penzijskog staža. Najniža (minimalna) penzija, za staž do 20 godina, iznosila je 40% prosečne neto zarade u prethodnoj godini, a najviša, za preko 35 godina staža, iznosila je 80% prosečne neto zarade.

Izmenama saveznog zakona o osnovama PIO u decembru 2001. godine uveden je *jedinstven iznos* minimalne penzije na nivou od *20% prosečne mesečne (bruto) zarade* u prethodnoj godini uz uslov od najmanje 20 godina radnog staža umesto dotadašnjih višestrukih minimalnih penzija. Minimalna penzija je potom indeksirana kao i ostale penzije – švajcarskom formulom, što znači da je njen iznos u odnosu na prosečnu zaradu padao.

Izmenama Zakona iz 2005. godine minimalne penzije su u januaru 2006. godine jednokratno podignute na nivo od *25% prosečne zarade* iz prethodne godine. Predviđeno je da se potom indeksiraju kao i ostale penzije, ali uz uslov da, ukoliko je minimalna penzija niža od

20% prosečne zarade, te godine dođe do vanrednog usklađivanja 1. januara naredne godine za procenat koji „obezbeđuje da se najniži iznos penzije za prethodnu godinu dovede na nivo od 20% prosečne penzije u prethodnoj godini”⁸².

Izmenama Zakona iz 2010. godine najniže penzije su 1. januara 2011. godine vanredno povećane za „procenat kojim se obezbeđuje da učešće najnižeg iznosa penzije u prosečnoj zaradi bez poreza i doprinosa zaposlenih na teritoriji RS u 2010. godini bude veći za jedan procentni poen u odnosu na učešće najnižeg iznosa penzije isplaćene za 2010. godinu u prosečnoj zaradi bez poreza i doprinosa zaposlenih na teritoriji RS u 2010. godini”. Ovim izmenama zakona takođe je predviđeno da **najniža penzija ne može da padne ispod 27% od iznosa prosečne zarade bez poreza i doprinosa iz prethodne godine.**⁸³

TABELA 2. IZNOS NAJNIŽE PENZIJE 2002-2012.

	2002.	2003.	2004.	2005.	2006.	2007.	2008.*	2009.	2010.	2011.	2012.	April 2013.
Najniža penzija	2.691	3.213	3.781	4.569	6.878	7.667	9.946	11.088	11.106	11.956	12.602	13.156
% bruto zarade	20,3	19,3	18,4	17,9	21,7	19,8	24,5	25,1	23,4	22,7	21,9	20,5
% neto zarade	29,2	27,9	26,8	26,2	31,7	27,6	34,1	34,9	32,5	31,5	30,5	28,3

*promena metodologije praćenja zarada

Izvor: PIO fond i RZS

Tako se najniža (minimalna) penzija kretala oko 20% prosečne (bruto) zarade u 2002. godini i postepeno padala do 2006. godine, kada je izmenama zakona podignuta na 25% zarada iz prethodne godine (a što je bilo oko 22% zarade iz te godine). Sledeće povećanje minimalne penzije u odnosu na zaradu usledilo je 2008. godine usled vanrednog povećanja penzija, ali i promene metodologije statističkog praćenja zarada⁸⁴. Od tada, i pored malog povećanja najnižih penzija januara 2011. godine, ona u odnosu na prosečnu zaradu pada i trenutno (april 2013. godine) iznosi 13.156 dinara, što je nešto iznad 20% prosečne (bruto) zarade u Republici, a oko 28% neto zarade.

Ovaj iznos je još uvek uporediv sa zemljama EU za pun staž (Grafikon 3)⁸⁵, dok je za penzionere koji nemaju pun staž iznos najniže penzije verovatno viši.

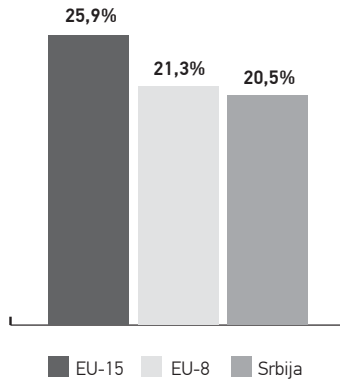
82 Službeni glasnik RS, br. 34/03, 64/04-VC, 84/04-dr. zakon, 85/05.

83 Službeni glasnik RS, br. 101/2/10.

84 U 2009. godini promenjena je metodologija tako da istraživanje pored redovne RAD-1 ankete obuhvata i zarade u malim preduzećima i kod preduzetnika. Na isti način preračunata je i 2008. Ova promena je dovela do statistički niže zarade nego što je to bilo obračunato po staroj metodologiji.

85 Treba imati u vidu da su raspoloživi podaci za EU zemlje samo za pun staž, što znači da je minimalna penzija niža za manji broj godina staža.

GRAFIKON 3. MINIMALNA PENZIJSKA NAKNADA KAO % PROSEČNIH PRIMANJA (ZA PUN STAŽ)



Izvor: OECD, Pension at Glance (2009); WB, Pension Panorama (2007) za Litvaniju, Letoniju i Estoniju; za Srbiju PIO fond i MINRZS, podaci za jun 2013.

Kada pogledamo distribuciju korisnika starosnih penzija iz osiguranja zaposlenih i samostalnih delatnosti prema visini penzija (Tabela 3), vidimo da je u aprilu 2013. godine **oko 6% njih na najnižoj penziji**.

TABELA 3. KORISNICI STAROSNIH PENZIJA (OSIGURANJE ZAPOSLENIH, PROFESIONALNA LICA I SAMOSTALNE DELATNOSTI) PO VISINI PENZIJA, APRIL 2013.

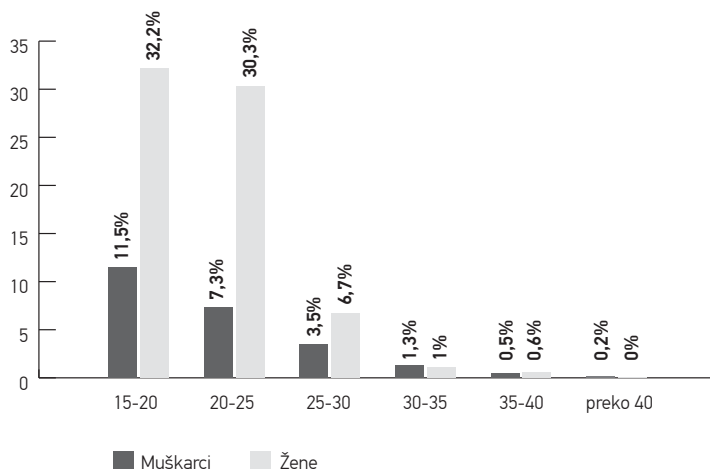
RASPONI (GRUPE IZNOSA PENZIJE)	BROJ KORISNIKA	UČEŠĆE
do 13.156,11	43.457	5,3%
13.156,12	50.551	6,1%
13.156,13 - 15.606	26.030	3,2%
15.606,01 - 17.850	41.885	5,1%
17.850,01 - 20.400	58.938	7,1%
20.400,01 - 24.034	111.405	13,5%
preko 24.034	492.259	59,7%
Ukupno	824.525	100%

Izvor: PIO fond

Oko 5% penzionera koji primaju nižu od najniže penzije prima tzv. srazmerne penzije. To su penzije koje je osiguranik ostvario u kombinaciji sa stažom iz neke druge zemlje, te ima pravo i na domaći i na inostrani deo penzije prema međunarodnom ugovoru. To znači da je samo iznos koji prima od PIO fonda Srbije niži od najniže penzije, ali njegova/njena ukupna penzija prelazi iznos najniže penzije. U slučaju da ne prelazi, osiguraniku pripada i iznos u visini razlike do najnižeg iznosa penzije i zbira „domaće” i inostrane penzije⁸⁶. Međutim, ukoliko osiguranik ispunjava minimalne uslove za ostvarenje penzije bez prikazivanja inostranog dela penzije tj. aktiviranja međunarodnog ugovora (ima minimum 15 godina staža u Srbiji), onda se iznos te penzije podiže do iznosa najniže, čak i kada faktički suma obe penzije prelazi iznos najniže penzije.

Važno je imati u vidu i strukturu korisnika najniže penzije prema stažu. Podaci iz decembra 2009. godine pokazuju da su korisnici najniže starosne penzije iz osiguranja zaposlenih žene koje su radile između 15 i 25 godina (Grafikon 4).

GRAFIKON 4. DISTRIBUCIJA KORISNIKA NAJNIŽE STAROSNE PENZIJE PREMA GODINAMA STAŽA I POLU, OSIGURANJE ZAPOSLENIH (DECEMBAR 2009)



Izvor: PIO fond

Dužina penzijskog staža za skoro 50% korisnika minimalne penzije je samo 20 godina, a **preko 85% korisnika minimalne penzije nije radilo duže od 25 godina**. Dakle, u najvećem broju slučajeva najniža (minimalna) penzija nije posledica niske zarade tokom radnog veka, već malog broja godina staža.

Kada visinu najniže penzije podelimo sa minimalnim brojem godina staža i opštim bodom, dobijemo „efektivni“ lični koeficijent – koliki je korisnicima najniže penzije zapravo dodeljen lični koeficijent. Kad tako posmatramo, „efektivni“ lični koeficijent je za korisnike najniže penzije sa 15 godina staža i u 2012. godini bio čak za 23,8% viši od ličnog koeficijenta nekog sa prosečnom zaradom (Tabela 4).

TABELA 4. „EFEKTIVNI“ LIČNI KOEFICIJENT ZA KORISNIKE NAJNIŽE PENZIJE

BROJ GODINA STAŽA	IZNOS „EFEKTIVNOG“ LIČNOG KOEFICIJENTA
15 godina	1,238
20 godina	0,928
25 godina	0,742
30 godina	0,619
35 godina	0,530
40 godina	0,464

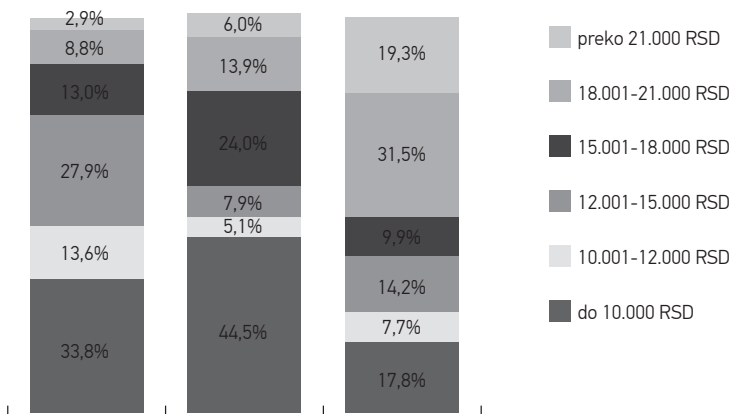
Izvor: Kalkulacija autora

Dakle, *najniže (minimalne) penzije su praktično redistributivni instrument ka onima sa kratkim penzijskim stažom, a ne niskim primanjima*. Kratak penzijski staž može odražavati nepovoljno stanje na tržištu rada - rad u sivoj zoni, plaćanje doprinosa na minimalnu osnovicu, itd. Međutim, kako je to karakteristika tržišta rada od 90-ih na ovamo, očekujemo da se problemi na tržištu rada tek odraze u penzijskom sistemu na srednji rok, dok sa sadašnjim korisnicima najnižih penzija to verovatno nije slučaj. Ovde pre možemo špekulirati da su u pitanju žene koje su odabrale kraći radni vek zbog porodičnih obaveza. To znači da sama činjenica da neko prima najnižu penziju ne znači nužno da je materijalno ugrožen, jer ukupan prihod domaćinstva može da kompenzuje nisku penziju. Stoga su nam podaci o ukupnim prihodima domaćinstva u kojima žive korisnici najnižih penzija vrlo važni.

Takvi podaci su nam trenutno dostupni samo iz ankete „Briga o starim licima” IPSOS (2012) sa veličinom uzorka od 1.381 ispitanika. Iako se pouzdanost nalaza smanjuje kada analiziramo korisnike prema vrsti prihoda - starosna penzija (673 ispitanika), invalidska penzija (104 ispitanika), porodična penzija (218 ispitanika), poljoprivredna (171 ispitanik) - u nedostatku pouzdanije/veće ankete, kao što će na primer biti SILC, ovi nalazi nam za sada mogu koristiti kao indikacija uz određenu ogradu⁸⁷.

Podaci iz Grafikona 5. pokazuju da su korisnici penzija u rasponu 10.000-15.000 dinara (najniža penzija u maju 2012. godine iznosila je 12.645 dinara) u velikom procentu imali prihod po članu domaćinstva koji je niži od 10.000 dinara –33,8%, dok je oko 47% imalo prihod po članu ispod 12.000 dinara. Oko 30% korisnika imalo je približno isti prihod po članu domaćinstva koliki im je otprilike i lični prihod, dok je više od 20% korisnika penzija do 15.000 dinara imalo prihod po članu domaćinstva veći od 15.000 dinara.

GRAFIKON 5. STUKTURA PRIHODA PO ČLANU DOMAĆINSTVA ZA KORISNIKE STAROSNE PENZIJE



Izvor: Anketa „Briga o starim licima”, IPSOS, 2012.

Što se tiče pensionera čija je penzija u julu 2012. godine iznosila između 15.000 -18.000 dinara, još je veći procenat onih sa primanjima nižim od 10.000 dinara po članu domaćinstva – njih 44,5%. Takođe, i kad su pensioneri sa penzijama između 18.000-21.000 dinara u pitanju, i dalje značajan broj ima prihode po članu domaćinstva niže od 10.000 dinara.

Ovo samo pokazuje da postoji prelivanje prihoda unutar domaćinstava, te govori u prilog neadekvatnosti posmatranja same penzije kao pokazatelja materijalnog stanja penzione-

87 Više o anketi u Aneksu.

ra. To potvrđuje i Grafikon 6, po kome vidimo da se distribucija visine starosnih penzija kao ličnog prihoda razlikuje od distribucije visine prihoda po članu domaćinstva korisnika starosne penzije, tj. da postoji „prelivanje” dohotka unutar domaćinstva.

Prelivanje unutar domaćinstva je sasvim očekivano budući da najveći procenat korisnika starosne penzije živi u višečlanom domaćinstvu (bilo da je u pitanju staračko ili mešovito), dok manje od 20% živi u jednočlanom domaćinstvu.

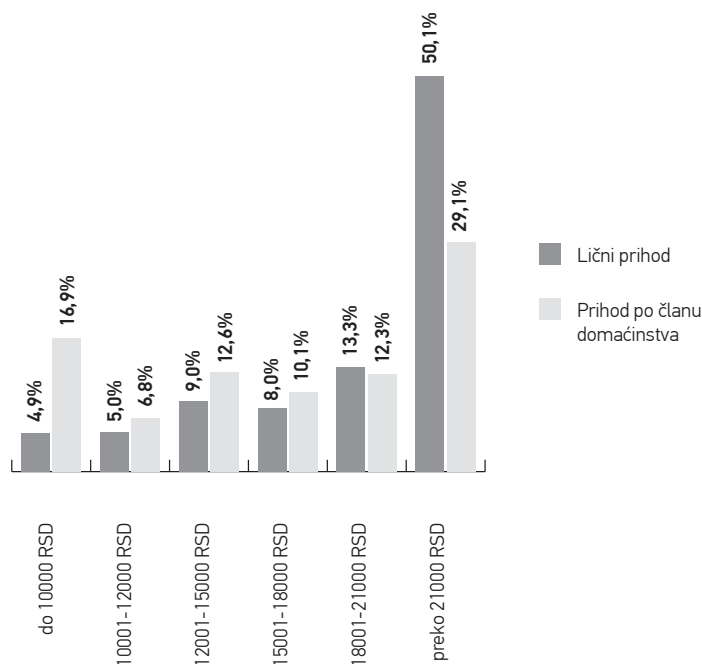
Što se tiče invalidskih penzija, kod njih je očekivano veći procenat onih sa najnižim penzijama - 13% (Tabela 5).

TABELA 5. KORISNICI INVALIDSKIH PENZIJA (OSIGURANJE ZAPOSLENIH, PROFESIONALNA LICA I SAMOSTALNE DELATNOSTI) PO VISINI PENZIJA, APRIL 2013.

RASPONI (GRUPE IZNOSA PENZIJE)	BROJ KORISNIKA	UČEŠĆE
do 13.156,11	14.643	4,5%
13.156,12	42.396	13,0%
13.156,13 - 15.606	19.419	6,0%
15.606,01 - 17.850	33.652	10,3%
17.850,01 - 20.400	38.614	11,9%
20.400,01 - 24.034	48.841	15,0%
preko 24.034	127.938	39,3%
Ukupno	325.503	100%

Izvor: PIO fond

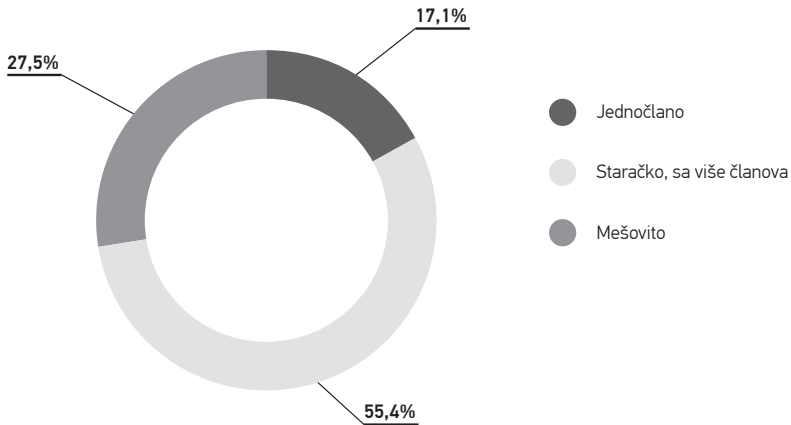
GRAFIKON 6. DISTRIBUCIJA VISINE STAROSNIH PENZIJA KAO LIČNOG PRIHODA VS. DISTRIBUCIJA PRIHODA PO ČLANU DOMAĆINSTVA KORISNIKA STAROSNIH PENZIJA



Izvor: Anketa „Briga o starim licima”, IPSOS, 2012.

Što se tiče anketnih podataka, uz veliku ogradu s obzirom na veoma mali broj korisnika invalidske penzije u Anketi (samo 104 ispitanika), rezultati pokazuju vrlo slične nalaze kao u slučaju starosnih penzija – prelivanje dohotka unutar domaćinstva, što je i očekivano s obzirom na to da 85% korisnika živi u domaćinstvima sa više članova.

GRAFIKON 7. TIP DOMAĆINSTVA U KOME ŽIVE KORISNICI STAROSNE PENZIJE



Izvor: Anketa „Briga o starim licima”, IPSOS, 2012.

Kada posmatramo i zatečene korisnike višestruke najniže penzije i korisnike jedinstvene najniže penzije, ukupan broj korisnika najnižih starosnih i invalidskih penzija se smanjuje i u apsolutnom i u relativnom iznosu. Ovo je rezultat ukidanja višestrukih najnižih penzija 2001. godine. Kada posmatramo samo korisnike jedinstvene penzije, onda vidimo da se broj korisnika povećava, naročito 2011. godine nakon vanrednog povećanja iznosa najniže penzije u januaru te godine. To je i dovelo do skoka sredstava koja se iz budžeta Ministarstva rada, zapošljavanja i socijalne politike izdvajaju za pokriće razlike do najnižeg iznosa penzija. **Dopuna do najniže penzije trenutno iznosi nešto više od 0,1% BDP-a** (Tabela 6). Iako to može da deluje malo, treba imati u vidu da je to celokupni iznos MOP-a u pojedinim godinama (npr. 2010. godine iznos za MOP je bio 0,15% BDP-a).

TABELA 6. UČEŠĆE KORISNIKA NAJNIŽIH PENZIJA I TRANSFER IZ BUDŽETA MINRZS ZA POKRIĆE RAZLIKE DO NAJNIŽEG IZNOSA PENZIJE (%BDP) - OSIGURANJA ZAPOSLENIH I SAMOSTALNIH DELATNOSTI

	2008.	2009.	2010.	2011.	2012.
Učešće korisnika najnižih penzija	17,2%	17,4%	16,2%	15,8%	15,3%
Učešće korisnika jedinstvene najniže penzije	3,6%	4,0%	4,1%	6,0%	6,1%
Transfer MRZS za pokriće razlike do najnižeg iznosa penzije (%BDP)	0,09%	0,09%	0,09%	0,14%	0,12%

Izvor: PIO fond (izveštaj „Broj korisnika najnižeg iznosa penzije” i finansijski izveštaj)

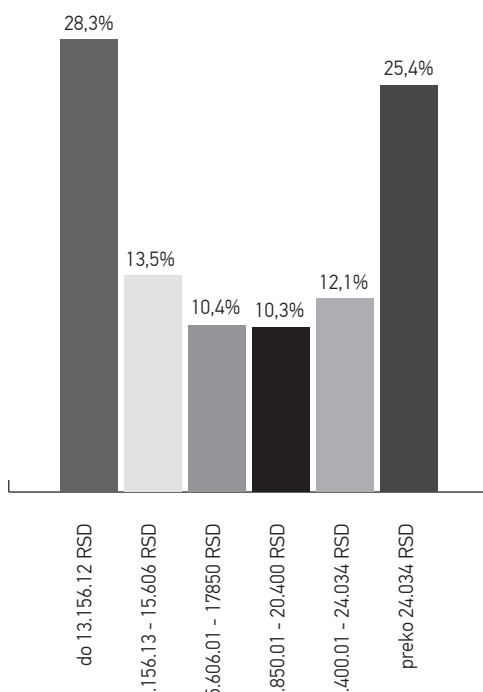
3.1.2. PORODIČNA PENZIJA I NAJNIŽI IZNOSI

Što se tiče porodične penzije, na nju se član o najnižoj penziji ne primenjuje direktno, al se primenjuje, ukoliko je potrebno, na starosnu ili invalidsku penziju u odnosu na koju se računa porodična penzija⁸⁸. Stoga porodična penzija može da bude veoma niska – samo 70% najniže penzije (kada je u pitanju jedan korisnik). Dakle, **najniži iznos porodične penzije u aprilu 2013. godine je iznosio 9.209 dinara za jednog korisnika porodične penzije.**

Značajan broj korisnika porodične penzije prima vrlo niske iznose penzija. Prema podacima PIO fonda za april 2013. godine oko 90 hiljada korisnika tj. skoro 30% porodičnih penzionera prima penziju koja je niža od najniže starosne/invalidske penzije⁸⁹.

Pri tom, veliki je procenat korisnika najnižih mogućih iznosa porodične penzije. Procena na osnovu poslednjih raspoloživih podataka (iz avgusta 2010. godine) pokazuje da skoro 40% od spomenutih 90 hiljada korisnika sa penzijom nižom od 13.156 dinara prima zapravo penziju jedva nešto višu od 9.000 dinara.

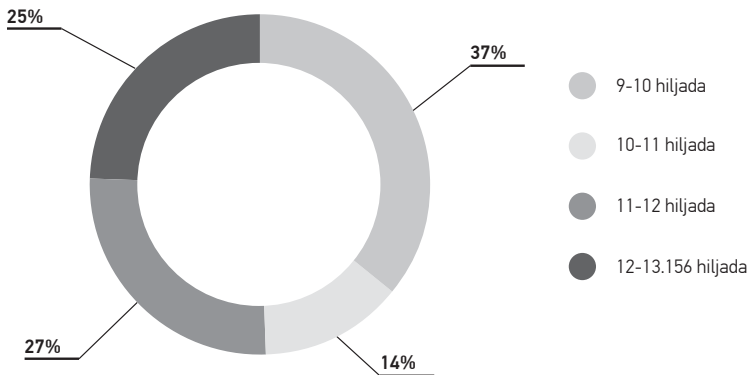
GRAFIKON 8. DISTRIBUCIJA VISINE PORODIČNIH PENZIJA (OSIGURANJE ZAPOSLENIH, PROFESIONALNA LICA I SAMOSTALNE DELATNOSTI), APRIL 2013.



Izvor: PIO fond, izveštaj OS-13

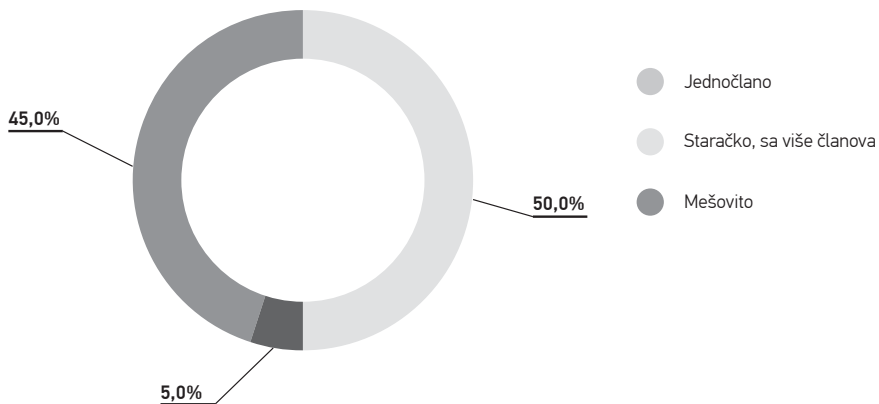
⁸⁸ Porodična penzija se određuje kao procenat starosne ili invalidske penzije koja bi osiguraniku ili korisniku pripadala u času smrti i u procentu koji se utvrđuje prema broju članova porodice koji imaju pravo na tu penziju – 70% najniže starosne/invalidske penzije za jednog korisnika, 80% za dva, 90% za tri korisnika, a na nivou najniže penzije samo kada porodičnu penziju koristi četiri ili više korisnika. Kao najmanji osnov za određivanje porodične penzije uzima se starosna penzija umrlog osiguranika, odnosno korisnika prava, određena za penzijski staž od 20 godina.

⁸⁹ Preciznije, u pitanju je 97.000 korisnika (iz osiguranja zaposlenih i samostalnih delatnosti), ali su u ovaj broj uključene i srazmerne penzije koje procenjujemo na oko 7.000 korisnika.

GRAFIKON 9. DISTRIBUCIJA KORISNIKA PORODIČNIH PENZIJA VISINE DO 13.156 DINARA

Izvor: Procena na osnovu podataka PIO fonda iz avgusta 2010. godine

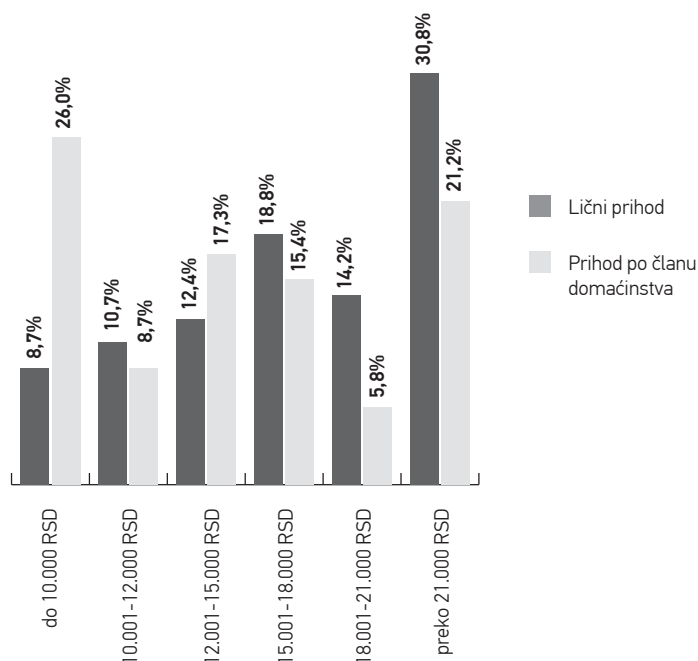
Takođe, treba imati u vidu da kod korisnika porodične penzije nema toliko mogućnosti za prelivanje prihoda unutar domaćinstva, kao što je to slučaj kod ostalih penzionera. Ovo potvrđuju i anketni podaci prema kojima 50% korisnika živi u jednočlanim domaćinstvima, dok 45% živi u mešovitim (Grafikon 10).

GRAFIKON 10. TIP DOMAĆINSTVA U KOME ŽIVE KORISNICI PORODIČNE PENZIJE

Izvor: Anketa „Briga o starim licima”, IPSOS, 2012.

Možemo špekulisati da je upravo neadekvatnost porodične penzije kao ličnog prihoda (kao i potrebe za dugotrajnom negom) razlog zbog koga je dolazilo do spajanja domaćinstava u mešovita.

GRAFIKON 11. DISTRIBUCIJA VISINE PORODIČNE PENZIJE KAO LIČNOG PRIHODA VS. DISTRIBUCIJA PRIHODA PO ČLANU DOMAĆINSTVA KORISNIKA PORODIČNIHPENZIJA



Izvor: Anketa „Briga o starim licima“, IPSOS, 2012.

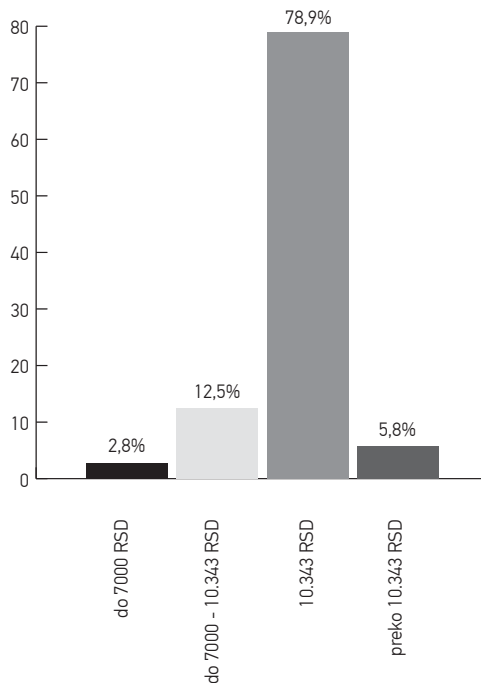
Prelivanje prihoda unutar domaćinstava je mnogo manje u slučaju korisnika porodičnih penzija nego što je to bio slučaj sa starosnim – u većem procentu se lični prihod po korisniku i po članu domaćinstva u kome živi podudaraju (Grafikon 11).

3.1.3. POLJOPRIVREDNA PENZIJA

Najniža starosna/invalidska penzija u osiguranju poljoprivrednika u aprilu 2013. godine **iznosila je 10.343 dinara**. Ona je, dakle, niža od najniže penzije u druga dva osiguranja. Ova razlika je nastala 2005. godine kada je minimalna penzija u osiguranju zaposlenih i samostalnih delatnosti povećana sa 20% na 25% prosečne zarade iz prethodne godine, dok je kod poljoprivrednika ostavljena visina minimalne penzije koliko je iznosila u tom trenutku (Mijatović, 2010). Ta razlika je samo delimično umanjena većim vanrednim povećanjem najniže poljoprivredne penzije u odnosu na rast najniže penzije iz osiguranja zaposlenih/samostalaca u januaru 2011. godine (tada je poljoprivredna penzija povećana sa tadašnjih oko 8.500 na 9.000 dinara).

Iz istog razloga **iznos porodične poljoprivredne penzije** je još niži nego što je to slučaj sa osiguranjem zaposlenih i samostalnih delatnosti – **7.240 dinara u aprilu 2013. godine** za jednog korisnika penzije.

GRAFIKON 12. DISTRIBUCIJA VISINE POLJOPRIVREDNIH PENZIJA, APRIL 2013.



Izvor: PIO fond, izveštaj OS-13

Oko 80% poljoprivrednih penzionera prima jedinstvenu minimalnu penziju. Ostali penzioneri uglavnom primaju penziju još nižu od najniže (minimalne) penzije. Najveći deo tih penzija su porodične penzije. Samo 5% penzionera prima penziju višu od najniže jedinstvene penzije, ali su i to u velikom broju zapravo korisnici najnižih penzija po starom zakonskom rešenju (višestruke najniže penzije).

Razlog za ovakvu specifičnost penzija iz poljoprivrednog osiguranja je visina minimalne osnovice na koju se uplaćuju doprinosi, po kojoj bi tek sa 40 godina penzijskog staža poljoprivredni osiguranik stekao pravo na starosnu penziju koja bi bila jednaka minimalnoj. Mehanizam obračuna penzija je kod poljoprivrednih osiguranika praktično suvišan pošto se najčešće dobija penzija koja je niža od minimalne (Mijatović, 2010). Još jedan razlog može bit „nezrelost“ ovog osiguranja – ono je postalo obavezno tek polovinom 80-ih godina, pa je veliki broj penzionera otišao u penziju sa malim brojem godina staža.

Dakle, učešće korisnika najnižeg iznosa penzije (gde ulaze i porodične koje su obračunate od najniže starosne) je preko 90%. Samim tim su i **transferi iz budžeta** koji služe **za pokrivanje razlike do najniže penzije prilično visoki – oko 0,3% BDP-a** (Tabela 7). Toliko, na primer, iznosi trošak celog programa dečijih dodataka, a tek posle promene Zakona o socijalnoj zaštiti (2011) i ceo program NSP.

TABELA 7. UČEŠĆE KORISNIKA NAJNIŽIH PENZIJA I TRANSFER IZ BUDŽETA MINRZS ZA POKRIĆE RAZLIKE DO NAJNIŽEG IZNOSA PENZIJE (%BDP) - OSIGURANJA POLJOPRIVREDNIKA

	2008.	2009.	2010.	2011.	2012.
Učešće korisnika najnižih penzija	93,3%	92,7%	91,8%	91,1%	90,3%
Učešće korisnika jedinstvene najniže penzije	82,3%	81,7%	80,6%	79,8%	78,9%
Transfer MRZS za pokriće razlike do najnižeg iznosa penzije (%BDP)	0,34%	0,35%	0,35%	0,30%	0,29%

Izvor: PIO fond (izveštaj „Broj korisnika najnižeg iznosa penzije” i finansijski izveštaji)

S obzirom na to da je ukupni rashod u 2012. godini za poljoprivredne penzije iznosio oko 0,7% BDP-a (skoro polovina rashoda dolazi iz budžeta kao dopuna za najnižu penziju), kao i da je veza između uplaćenih doprinosa i visine penzija slaba budući da je najveći broj korisnika „podignut” na najnižu penziju, možemo zaključiti da poljoprivredna penzija u značajnoj meri ima karakteristike socijalne penzije.

3.1.4. SIROMAŠTVO PENZIONERA

Siromaštvo pensionera je niže od siromaštva opšte populacije. Raspoloživi podaci iz Anketе o potrošnji stanovništva pokazuju da je siromaštvo pensionera niže kada ga posmatramo po apsolutnom konceptu po potrošnji, kao i kada ga posmatramo po relativnom konceptu po prihodima koji uključuju i prihod u naturi (Tabela 8. i Tabela 9).

TABELA 8. STOPA RIZIKA SIROMAŠTVA, % (RELATIVNO SIROMAŠTVO, SA PRIHODOM U NATURI)

	2006.	2007.	2008.	2009.	2010.
UKUPNA POPULACIJA %	20,9	21,0	17,9	17,7	18,3
Muškarci	20,1	20,7	17,7	17,7	18,1
Žene	21,6	21,3	18,1	17,8	18,4
PENZIONERI	15,6	15,4	14,1	12,9	11,5
Muškarci	14,5	15,9	14,1	12,6	9,7
Žene	16,6	15,1	14,1	13,2	13,0
PENZIONERI 75+	25,1	20,8	19,5	16,0	17,0
Muškarci	21,9	19,1	20,2	13,5	13,1
Žene	27,2	22,3	19,0	18,0	20,3

Izvor: RZS

TABELA 9. STOPA SIROMAŠTVA, % (APSOLUTNO SIROMAŠTVO, POTROŠNJA)

	2006.	2007.	2008.	2009.	2010.
UKUPNA POPULACIJA	8,8	8,3	6,1	6,9	9,2
Muškarci	8,5	8,0	6,1	7,1	9,5
Žene	9,1	8,5	6,0	6,8	8,8
PENZIONERI	7,2	6,3	5,4	5,3	6,1
Muškarci	7,9	7,7	5,7	6,3	6,7
Žene	6,6	5,2	5,1	4,6	5,6
PENZIONERI 75+	9,0	9,1	7,8	6,9	9,8
Muškarci	9,3	10,9	8,0	7,1	10,1
Žene	8,8	7,6	7,6	6,8	9,7

Izvor: RZS

Ova „prednost“ penzionera je posebno evidentna u 2010. godini kada se kao posledica ekonomske krize siromaštvo ukupne populacije značajno povećalo, dok penzioneri i pored zamrzavanja penzija krizu nisu osetili u tolikoj meri (pre svega zbog redovnosti isplate penzija, ali i zbog velikog povećanja krajem 2008. godine).

Penzioneri stariji od 75 godina su u nešto lošijem položaju od ostalih penzionera, ali generalno ne lošijem u odnosu na ukupnu populaciju; izuzetak je 2010. godina i to posmatrano po konceptu apsolutnog siromaštva - kada je siromaštvo penzionera 75+ iznosilo 9,8%, a ukupne populacije 9,2% (Tabela 9).

Prema Baronijan (2008)⁹⁰ razlike u siromaštvu penzionera prema starosti najviše se mogu pripisati tipu penzije koju primaju – penzioneri preko 75 godina su u najvećem procentu poljoprivredni i porodični penzioneri koji imaju najveći indeks siromaštva. Međutim, čak i u okviru drugih tipova penzije (starosne i invalidske iz osiguranja zaposlenih i samostalaca), indeks siromaštva raste sa godinama. Razlog tome leži u sledećim karakteristikama – stariji penzioneri su češće bez ikakvog obrazovanja (47% u odnosu na prosek za penzionere koji je 28%) i žive u jednočlanim domaćinstvima (28% u odnosu na 18%), 43% su udovice (u odnosu na 27%).

Zaključak analize Baronijan (2008) je da je stopa siromaštva u 2007. godini izraženija kod poljoprivrednih i porodičnih penzionera (12% i 8%), dok je siromaštvo invalidskih i starosnih penzionera iz osiguranja zaposlenih značajno ispod proseka - manje od 4% u odnosu na 6,6%, koliko je po ovoj anketi iznosilo siromaštvo opšte populacije. Istraživanje je pokazalo da je siromaštvo penzionera daleko izraženije kod manje obrazovanih penzionera. Takođe, iako postoji jaka veza između visine penzije i siromaštva, korisnici minimalne penzije nisu nužno siromašni kao što se obično percipira u javnosti. Konkretno, analiza je pokazala da je svega 10,3% penzionera iz prvog kvintila starosne penzije osiguranja zaposlenih bilo siromašno .

Kada se siromaštvo posmatra prema starosnim grupama, po pravilu se uvek primećivalo veće siromaštvo starijih od 65 godina u odnosu na ukupnu populaciju, radno aktivne i penzionere. Ovaj podatak se pre svega može objasniti teškim materijalnim položajem starih koji nisu ostvarili pravo na penziju. Međutim, i ovde je 2010. godine došlo do promene, pa je po prvi put siromaštvo starijeg stanovništva niže od siromaštva populacije do 65 godina starosti (Tabela 10).

⁹⁰ Ovo je jedino raspoloživo detaljno istraživanje o siromaštvu starih lica i penzionera, rađeno na osnovu Ankete o životnom standardu.

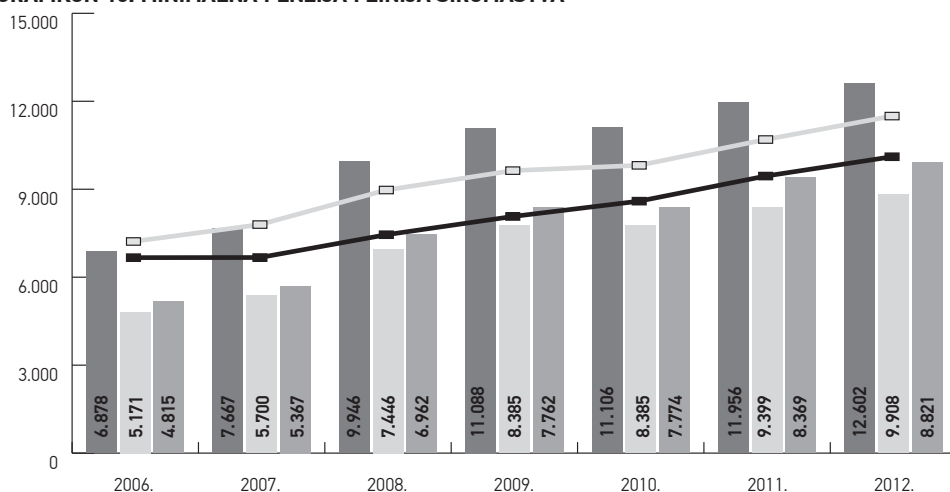
TABELA 10. STOPA SIROMAŠTVA PO STAROSNIM GRUPAMA, % (APSLUTNO SIROMAŠTVO, POTROŠNJA)

	2006.	2007.	2008.	2009.	2010.
0 - 64 GODINA	8,5	7,7	5,3	6,8	9,5
Muškarci	8,4	7,7	5,5	7,0	10,1
Žene	8,7	7,8	5,1	6,6	9,0
65 I VIŠE GODINA	10,0	10,3	7,1	7,5	7,9
Muškarci	9,2	9,7	6,6	7,5	7,3
Žene	10,6	10,8	7,5	7,6	8,3
0 - 74 GODINA	8,6	7,9	5,7	6,7	9,1
Muškarci	8,4	7,7	5,9	6,9	9,5
Žene	8,8	8,1	5,6	6,6	8,6
75 I VIŠE GODINA	10,8	12,1	9,7	8,8	10,2
Muškarci	9,3	12,3	9,1	9,1	10,0
Žene	11,9	12,0	10,1	8,6	10,4

Izvor: RZS

I Baronijan (2008) pokazuje da su lica starija od 65 godina koja nemaju prihod od penzije značajno pogođena siromaštvom - skoro 20% ove populacije je siromašno. Kod njih je od 2002. do 2007. godine došlo do veoma malog smanjenja stope siromaštva i pored opšteg smanjenja siromaštva u Republici. Ovaj nalaz potvrđuje važnu ulogu penzija u smanjenju siromaštva starih.

Na kraju, iako iznos penzije nije jedini faktor uticaja na materijalno stanje penzionera, zanimljivo je da uporedimo iznose najnižih penzija sa linijom siromaštva (Grafikon 13). Najniža starosna/invalidska penzija iz osiguranja zaposlenih i samostalaca uvek je bila viša od apsolutne linije siromaštva, a od 2008. godine viša je i od relativne. Poljoprivredna penzija je od 2008. godine takođe viša od apsolutne linije siromaštva, sem u 2010. godini kada je bila malo ispod. Međutim, najniži iznos porodične penzije je niži od linije siromaštva.

GRAFIKON 13. MINIMALNA PENZIJA I LINIJA SIROMAŠTVA

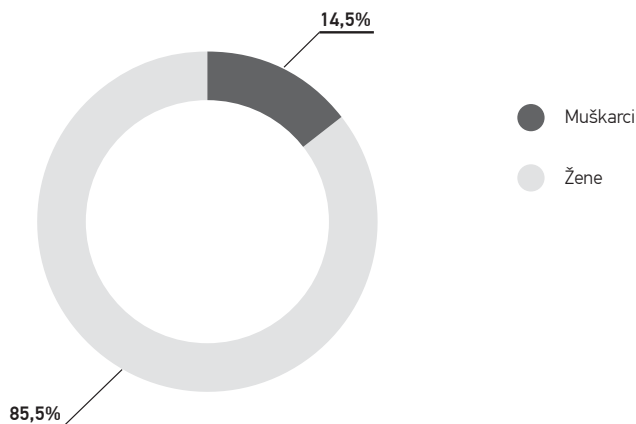
*Procena (apsolutna linija siromaštva raste koliko i indeks troškova života, a relativna nešto manje od rasta zarada).
Izvor: RZS i PIO Fond

3.2. PROCENA BROJA STARIJIH BEZ PENZIJE I NJIHOVE KARAKTERISTIKE

Na osnovu podataka Popisa (2011) možemo zaključiti da je oko 84% starijih obuhvaćeno penzijama, dakle 16% stanovništva starijeg od starosne granice (60 godina za žene, a 65 za muškarce) ne prima penziju.

Kada posmatramo polnu strukturu starije populacije bez penzijskih prihoda, vidimo da njom dominiraju žene – preko 85% (Grafikon 14).

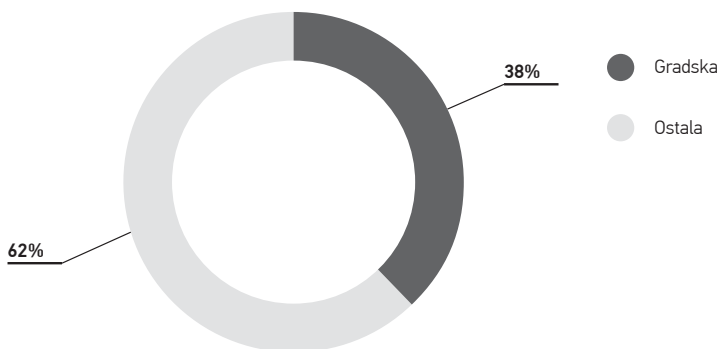
GRAFIKON 14. STARIJE STANOVNIŠTVO (ŽENE 60+, MUŠKARCI 65+) BEZ PENZIJE PO POLU



Izvor: RSZ, Popis (2011)

Među starijom populacijom bez penzije veći je procenat onih iz vangradskih (ostalih) područja (Grafikon 15).

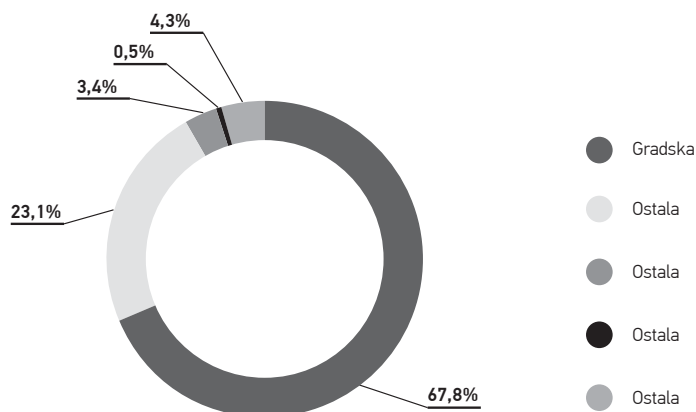
GRAFIKON 15. STARIJE STANOVNIŠTVO (ŽENE 60+, MUŠKARCI 65+) BEZ PENZIJE PREMA TIPU NASELJA



Izvor: RSZ, Popis (2011)

S obzirom na to da podaci najnovijeg popisa o domaćinstvima nisu bili dostupni tokom izrade ove analize, možemo samo da pretpostavimo na osnovu bračnog statusa u kom tipu domaćinstva žive starija lica bez prihoda. Grafikon 16. pokazuje da je najveći procenat ovih lica – skoro 70% – udato (oženjeno), iz čega možemo zaključiti da bar toliko njih živi u višechlanom domaćinstvu.

GRAFIKON 16. STARIJE STANOVNIŠTVO (ŽENE 60+, MUŠKARCI 65+) KOJE NEMA PENZIJU I NIJE PENZIONER, PO BRAČNOM STATUSU

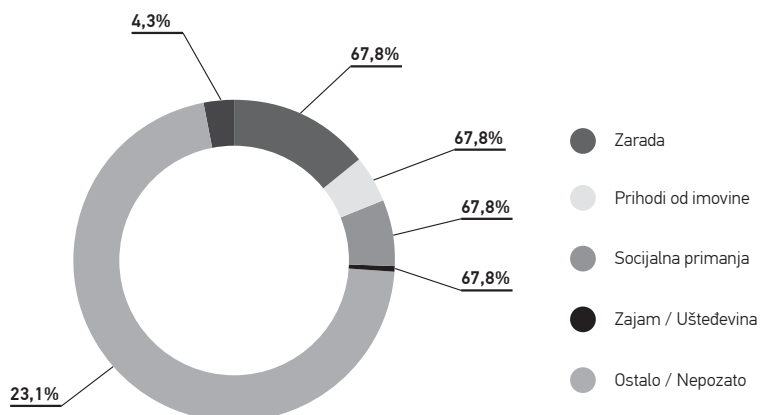


Izvor: RSZ, Popis (2011), posebna obrada

Takođe, podaci iz Popisa (2011) govore da je ukupno 223.317 domaćinstava u kome je bar jedna starija osoba (žena 60+/muškarac 65+) bez penzije, dok je ukupno 242.059 takvih lica. To znači da **ima najviše 18.742 domaćinstva u kojima žive dve starije osobe bez penzije, od čega je manji broj (oko pet hiljada) u gradskim područjima⁸.**

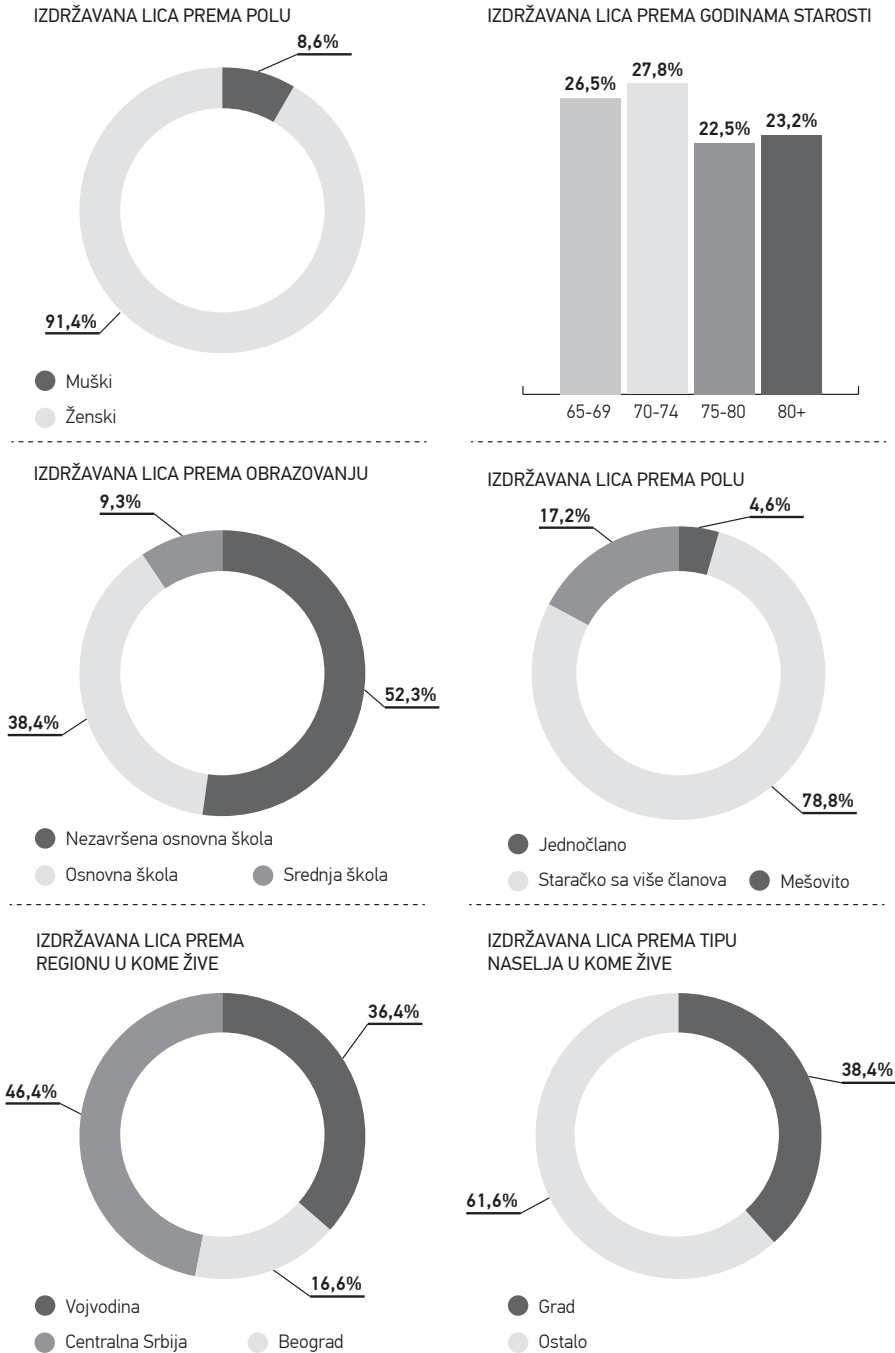
Podaci iz Popisa (2011) pokazuju da najveći procenat starijeg stanovništva (65+ muškarci, 60+ žene) bez penzije spada u izdržavana lica (70%), jedan broj je još uvek zaposlen i zarađuje (oko 14%), blizu 7% živi od socijalnih primanja, dok blizu 5% ovog dela stanovništva živi od prihoda od imovine (Grafikon 17).

GRAFIKON 17. STANOVNIŠTVO STARO 60+(ŽENE)/65+ (MUŠKARCI) KOJE NEMA PENZIJU I NIJE PENZIONER, PREMA IZVORIMA SREDSTAVA ZA ŽIVOT



Izvor: RSZ, Popis (2011)

GRAFIKON 18. KARAKTERISTIKE IZDRŽAVANIH LICA

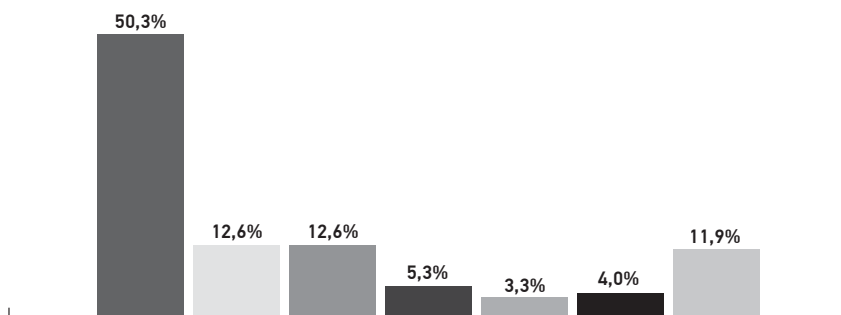


Još neke karakteristike izdržanih lica možemo saznati iz ankete „Briga o starim licima”, IPSOS (2012). Rezultati ove ankete pokazuju da oko 85% starih lica prima penziju.

Što se tiče profila izdržanih lica, u pitanju su dominantno osobe ženskog pola, niskog obrazovanja (samo 9,3% je završilo srednju školu, a preko 50% ni osnovnu). Ova lica uglavnom žive u staračkim domaćinstvima, što znači da su izdržavana od strane bračnog partnera. Najveći broj domaćinstava sa izdržanim starim licima nalazi se u Centralnoj Srbiji u vangradskim naseljima. Češće su izdržavana „mlađa starija lica“ od „starijih starih lica“ (Grafikon 18).

Kada posmatramo ukupan prihod domaćinstava u kojima žive izdržavana lica bez prihoda u naturi, možemo videti da polovina živi sa prihodom manjim od 10.000 po članu, a čak 75% njih sa prihodima manjim od 15.000 dinara po osobi (Grafikon 19).

GRAFIKON 19. PRIHODI PO ČLANU U DOMAĆINSTVIMA U KOJIMA ŽIVE IZDRŽAVANA LICA



Izvor: Anketa „Briga o starim licima”, IPSOS, 2012.

3.3. NOVČANA SOCIJALNA POMOĆ KAO IZVOR PRIHODA

Za razliku od penzija koje su u Srbiji konceptijski postavljene na način da prevashodno obezbeđuju ujednačenje potrošnje tokom životnog ciklusa, cilj novčane socijalne pomoći je smanjenje siromaštva.

Novčana socijalna pomoć (NSP) je koncipirana kao instrument socijalne zaštite koji se aktivira nakon što se iscrpe svi ostali mehanizmi podrške i spada u grupu socijalnih davanja za obezbeđenje garantovanog minimalnog dohotka. Pravo na pomoć se dodeljuje uz proveru materijalnog stanja, odnosno dohotka i imovine. Eksplicitni iznosi pomoći predstavljaju dopunu dohotka domaćinstva do zakonski definisanog nivoa. Maksimalni iznosi se razlikuju u zavisnosti od veličine i starosne strukture domaćinstva, a domaćinstvima u kojima su svi članovi nesposobni za rad dodeljuje se uvećana pomoć.

Zakon eksplicitno u apsolutnom iznosu definiše osnovicu za utvrđivanje visine NSP, koja se šestomesečno usklađuje sa indeksom potrošačkih cena. **Za pojedinca, odnosno nosioca prava, maksimalni iznos pomoći je jednak iznosu osnovice, za svakog narednog odraslog člana dodeljuje se po 0,5 od visine osnovice, a za dete po 0,3.** Dodatno, novčana socijalna pomoć se **uvećava za 20% za pojedinca, odnosno domaćinstvo u kome su svi članovi nesposobni za rad**, kao i za samohrane roditelje/jednoroditeljske porodice. Pravo može da se ostvari najviše za šest članova domaćinstva.

Pošto se korisnicima isplaćuju nedostajuća sredstva do maksimalnog iznosa pomoći, ovi iznosi ujedno predstavljaju dohodovni cenzus. Na osnovu *imovinskog cenzusa, koji uključuje i odgovarajući stambeni prostor i pokretnu imovinu*⁹¹, iz korišćenja prava su isključeni svi koji poseduju *više od 0,5 hektara zemlje, odnosno 1 hektar za porodice u kojima su svi članovi nesposobni za rad*. Pravo mogu da ostvare i oni sa većom imovinom uz saglasnost za upis hipoteke na nepokretnosti, tako da državni budžet može da „namiri” potraživanja u visini isplaćene NSP.

Od dodatnih uslova i ograničenja, pored onih koja su vezana za lica koja su sposobna za rad, treba naglasiti i da pravo ne mogu da ostvare pojedinci koji su zaključili ugovor o doživotnom izdržavanju. Podrazumeva se i da je za lica koja su nesposobna za rad precizirana obaveza izdržavanja od strane srodnika prema zakonu kojim se uređuju porodični odnosi.

Na osnovu podataka za 2012. godinu pravo na NSP je ostvarilo nešto manje od 95 hiljada domaćinstava sa približno 242 hiljade lica (3,4% ukupnog broja stanovnika). **U decembru 2012. godine osnovica je iznosila 7.275 dinara**, a isplaćeni iznosi pomoći u vidu dopune su se u proseku kretali od preko 7.000 dinara za pojedinca do 16.500 hiljada za porodicu sa šest i više članova. Korisnici NSP dodatno ostvaruju pravo na dečiji dodatak ako deca redovno pohađaju školu, a često i pravo na različite vrste podrške na lokalnom nivou (jednokratne novčane pomoći, subvencije za komunalne račune, humanitarnu pomoć i slično). Ukupni rashodi za NSP u 2012. godini iznosili su preko 10 milijardi dinara (preko 0,3% BDP-a).

TABELA 11. KORISNICI I IZDACI ZA NSP, UKUPNO I PREMA BROJU ČLANOVA PORODICE, 2012. (DECEMBAR)

BROJ ČLANOVA	BROJ PORODICA	BROJ POJEDINACA	MESEČNI IZDACI
1	33.683	33.683	243.509.476
2	19.621	39.242	182.295.195
3	13.705	41.115	150.399.835
4	14.804	59.216	187.855.261
5	7.492	3.746	108.146.898
6 i više	5.177	31.062	85.291.094
Ukupno	94.482	241.778	957.497.759

Izvor: Podaci MINRZS

Osnovica za jednočlano staračko domaćinstvo iznosila je u decembru 2012. godine 8.730 dinara. U slučaju dvočlanog staračkog domaćinstva administrativna linija siromaštva je iznosila 13.095 dinara.

Penzionerska domaćinstva samo u posebnim situacijama mogu da ispunjavaju uslove za NSP. Tabela 12. pokazuje na primeru iz decembra 2012. godine da jednočlano penzionersko domaćinstvo može da ostvari pravo na NSP samo u slučaju ako korisnik porodične poljoprivredne penzije ispunjava imovinski kriterijum. Dvočlano staračko domaćinstvo može teorijski da ostvari pravo na NSP kada je jedan član domaćinstva penzioner - korisnik najniže penzije iz osiguranja zaposlenih, a druga osoba izdržavano lice, ali je u ovom slučaju iznos pomoći samo 197 dinara. Iznos pomoći je značajniji ako je član domaćinstva koji prima penziju iz poljoprivrednog osiguranja. U tom slučaju dopuna može biti značajna – oko 3 hiljade dinara, pod uslovom da domaćinstvo ispunjava i imovinski kriterijum.

⁹¹ Pod „odgovarajućim stambenim prostorom” misli se na sobu po članu porodice, a pokretna imovina je ograničena na protivvrednost u visini šestostrukog iznosa NSP (član 82).

TABELA 12. IZNOSI DOPUNE DO GARANTOVANOG MINIMALNOG DOHOTKA ZA STARAČKA DOMAĆINSTVA PREMA PRIHODU NOSIOCA DOMAĆINSTVA I TIPU DOMAĆINSTVA, DECEMBAR 2012. (DINARI)

Tip staračkog domaćinstva	Nosilac domaćinstva				
	Bez prihoda	Porodični penzioner (70% najniže starosne penzije – 9.028)	Najniža starosna / invalidska penzija (12.898 dinara)	Poljoprivredni penzioner*	
				Starosni / invalidski (10.140 din)	Porodični (7.098 din)
Jednočlano staračko domaćinstvo	8.730 dinara	X	X	X	1.631 dinara
Dvočlano staračko domaćinstvo (drugi član izdržavano lice)	13.095 dinara	Nije primenljivo**	197 dinara	2.955 dinara	Nije primenljivo**

* u slučaju imovine manje od 1 hektara

** sem u slučaju da je u pitanju staračko domaćinstvo koje nije zasnovano na partnerstvu/braku (npr. dve sestre koje žive zajedno, jedna je porodični penzioner, druga nema prihode)

Broj korisnika NSP starijih od 65 godina u 2012. godini iznosio je **približno 11 hiljada lica**. Među korisnicima ubedljivo dominiraju žene (70%) i stari koji žive sami u jednočlanim domaćinstvima (70%). Stari korisnici NSP su zapravo samo malim delom prisutni u mešovitim domaćinstvima imajući u vidu da 84% njih živi u staračkim domaćinstvima sa jednim ili dva člana. Gotovo polovina korisnika je starija od 75 godina (43%).

Visok udeo žena među starijim (65+) korisnicima NSP se samo delimično može objasniti njihovim dužim životnim vekom. Kako je udeo žena u ukupnoj populaciji starih neznatno niži od 60%, deo razloga za njihovu izrazitiju dominaciju među korisnicima pomoći (70%) mora biti povezan i sa pitanjima siromaštva, odnosno činjenicom da je veći udeo žena bez penzije. Moguće je i da one ostaju da žive u jednočlanim domaćinstvima dok muškarci traže porodičnu podršku ili odlaze u dom.

Kada se već dostigne starosna granica od 65 godina, izgleda kao da se oslanjanje na pomoć ne intenzivira sa daljim starenjem iako se siromaštvo povećava (Tabela 10). Starosna struktura starijih korisnika NSP je gotovo identična onoj koja je karakteristična za ukupnu populaciju. I među starijima od 65 godina u ukupnoj populaciji, kao i među korisnicima NSP, udeo starijih od 75 godina iznosi oko 44%. Međutim, moguće je da nemoćni i siromašni stari umesto materijalne podrške nalaze utočište u domovima za stare u kojima država za njih snosi troškove smeštaja.

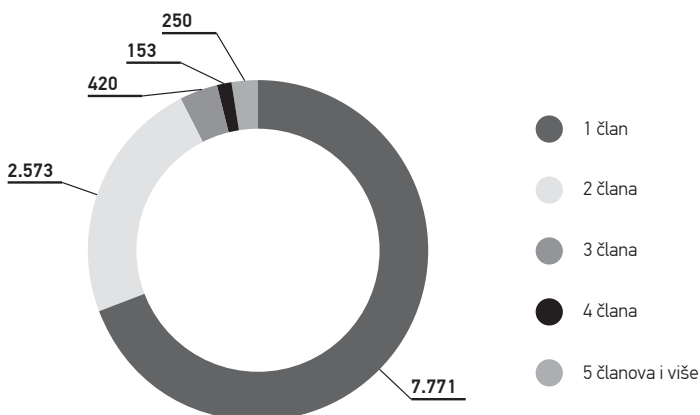
TABELA 13. BROJ KORISNIKA NSP 65+, UKUPNO, PO POLU I PO STAROSTI, 2012. (DECEMBAR)

STAROST	MUŠKARCI	ŽENE	UKUPNO	STRUKTURA (%)
65-69	1.341	2.086	3.427	30,9
70-74	979	1.898	2.877	25,9
75 +	1.005	3.799	4.804	43,2
Ukupno	3.325	7.783	11.108	100

Izvor: Podaci MINRZS

Iako podaci najnovijeg popisa o domaćinstvima još uvek nisu dostupni, sudeći prema rezultatima Popisa (2002) sasvim je sigurno da je udeo starih koji žive sami značajno veći među korisnicima NSP nego u ukupnoj populaciji (dva i po puta, ako se struktura po novom popisu nije izrazitije promenila⁹²). Ovakva situacija može biti posledica većeg siromaštva jednočlanih staračkih domaćinstava (u dvočlanim domaćinstvima je veća verovatnoća da bar jedan član ima penziju), ali i dizajna formule za određivanje pomoći koja i dalje ipak obezbeđuje veću dostupnost pomoći za manja domaćinstva (Matković i Mijatović, 2009).

GRAFIKON 20. BROJ KORISNIKA NSP 65+, PREMA VELIČINI DOMAĆINSTVA, 2012.



Izvor: Podaci MINRZS

Nedovoljan broj starih je zaštićen kroz instrument novčane socijalne pomoći. Na ovaj zaključak upućuje više indicija, a pre svega činjenica da je učešće starih među korisnicima NSP ispodprosečno, a siromaštvo nadprosečno.

Učešće starih među korisnicima NSP je nisko. U ukupnom broju korisnika NSP stari učestvuju sa svega 4,6%, što je gotovo četiri puta manje nego u ukupnoj populaciji (odgovarajuće učešće 17,4%). Ovo je delimično i očekivano, imajući u vidu da je sistem u Srbiji koncipiran na način da se socijalna sigurnost u starosti ostvaruje pre svega kroz penzijski sistem koji u osnovi prevenira siromaštvo u podmaklim godinama. S druge strane, značajan broj starih nije ostvario pravo na penziju ili sa minimalnom penzijom živi u domaćinstvima sa

92 Prema Popisu (2002), među domaćinstvima u kojima je bar jedan član stariji od 65 godina udeo jednočlanih staračkih domaćinstava je iznosio 28%, a udeo domaćinstava sa dva člana starija od 65 godina 33% (RZS, 2002)

veoma malim primanjima. Dodatno, novčana socijalna pomoć nije osnovni, već rezidualni instrument sigurnosti i za mladi deo populacije, pa se zapravo samim postojanjem penzijskog sistema ne može objasniti suviše nisko učešće starih među korisnicima NSP.

Drugo, stari su siromašniji, pa bi iz tog razloga njihov udeo trebalo da bude nadproporcionalan. Sve do 2010. godine siromaštvo starih je bilo neznatno iznad siromaštva ukupne populacije⁹³ (Republički zavod za statistiku, 2011), što je prevashodno rezultat nepovoljnog materijalnog položaja starih koji nisu ostvarili pravo na penziju. Prema podacima iz 2007. godine u ovoj grupi se čak 20% starih nalazilo ispod linije siromaštva (Republika Srbija, 2010).

Podatak o broju starih korisnika NSP koji nemaju penziju nije dostupan, ali je sasvim sigurno da velika većina nema nikakvih prihoda (bar u jednočlanim domaćinstvima koji čine 70% korisnika NSP, a koje bi prihod i od najniže penzije „izbacio” iznad cenzusa). Od ukupnog broja starih koji nisu ostvarili pravo na penziju oko 7% je zaštićeno kroz NSP (Popis, 2011) - dakle, tri puta manje nego što se procenjuje da je udeo siromašnih u ovoj grupi⁹⁴.

Među starima je verovatno glavna prepreka za korišćenje prava posedovanje zemljišta preko 1 hektara i/ili neinformisanost. Ranija istraživanja pokazuju da kombinacija velikog broja uslova neminovno sužava krug potencijalnih korisnika pomoći (Matković i Petrović, 2012). Za gotovo dve trećine domaćinstava koja su prema administrativnim kriterijumima siromašna po dohotku, ali ne dobijaju NSP, najveća barijera za pristupanje pravu je posedovanje zemljišta preko zakonskog ograničenja. Siromašna domaćinstva u proseku poseduju 2,2 hektara zemlje, s tim da približno tri četvrtine ne poseduje zemlju ili poseduje manje od 2 hektara.

Međutim, moglo bi da se tvrdi da je važnija barijera od posedovanja zemlje neinformisanost domaćinstva o mogućnosti da stave zemlju pod hipoteku i da na taj način ostvare pravo na NSP. Prema sprovedenom istraživanju, 94% ispitanika nije bilo upoznato sa ovom opcijom. Neinformisanost o postojanju programa NSP i kompleksnost procedura za apliciranje predstavljaju problem za određeni broj siromašnih. Takođe, uprkos teorijskim postavkama, važno je da se naglasi da stigma, suviše niski iznosi pomoći ili troškovi aplikacije gotovo uopšte nisu prisutni među razlozima za neprijavlivanje (Matković i Petrović, 2012).

Ugovor o doživotnom izdržavanju predstavlja objašnjenje za isključivanje iz prava relativno malog broja starih koji su siromašni.

Adekvatnost NSP u odnosu na druga davanja i naknade je na prihvatljivom nivou, mada je upitno do koje mere omogućava zadovoljenje osnovnih potreba.

Prema podacima Ministarstva rada, zapošljavanja i socijalne politike, ***stariji korisnici NSP su u decembru 2012. godine dobijali pomoć u iznosu od približno 7.300 dinara***, dok je maksimalan iznos pomoći neznatno prevazilazio nivo od 8.700 dinara po ekvivalentnom odraslom. U jednočlanom staračkom domaćinstvu iznos pomoći je praktično bio jednak maksimalnom nivou, a dvočlano staračko domaćinstvo je u proseku dobijalo oko 10 hiljada (maksimalan iznos pomoći je 12,5 hiljada dinara).

U odnosu na prag apsolutnog siromaštva po potrošnji koji je 2011. godine uspostavljen na nivou od približno 9,5 hiljada dinara po ekvivalentnom odraslom (Matković i Petrović, 2012), maksimalan iznos pomoći je prihvatljiv, pogotovo što se uvek podrazumeva da se

93 Pod 'siromaštvom' se podrazumeva apsolutno siromaštvo po potrošnji. Poslednji zvanični podaci objavljeni za ovaj pokazatelj su iz 2010. godine.

94 Pod pretpostavkom da niko od NSP korisnika starijih od 65 godina ne prima penziju.

jedan deo potreba zadovoljava kroz naturalnu potrošnju, ali i kroz druge vrste podrške koju korisnici socijalne pomoći dobijaju, naročito na lokalnom nivou. Međutim, prilikom ocene adekvatnosti treba imati u vidu da su skale ekvivalencije različite za računanje apsolutnog i administrativnog siromaštva (OECD i modifikovana OECD skala ekvivalencije). Drugim rečima, sa **povećanjem broja članova domaćinstva adekvatnost zaštite se smanjuje, jer se povećava diskrepanca između zakonskih maksimalnih iznosa pomoći i linije siromaštva.**

Za procenu adekvatnosti maksimalnog nivoa pomoći takođe je relevantno i koliko je on niži od penzije koja se ostvaruje na osnovu uplate doprinosa. Najniža penzija u penzijskom sistemu Srbije u decembru 2012. godine je iznosila nešto više od 10 hiljada dinara (penzija iz osiguranja poljoprivrednika). Jasno je da nivo socijalne pomoći ne sme da bude viši od penzija za koje su pojedinci uplaćivali dodatna sredstva, pa poljoprivredne penzije u Srbiji predstavljaju limit za maksimalni iznos NSP za pojedince koji su nesposobni za rad.

Imajući u vidu ove repere, ne postoji značajan prostor za povećanje iznosa pomoći za pojedinca, odnosno za promenu osnovice za obračun NSP. Međutim, bolja zaštita od siromaštva domaćinstava sa više članova mogla bi se ostvariti kroz dalju promenu skale ekvivalencije. Umesto modifikovane OECD skale moglo bi da se započne sa korišćenjem OECD skale ekvivalencije, prema kojoj bi se drugi odrastao član domaćinstva vrednovao sa koeficijentom 0,7 umesto sa 0,5, makar u domaćinstvima u kojima su svi članovi nesposobni za rad. Usled budžetskih ograničenja moguće je i da se predvidi da se promena skale ekvivalencije primeni samo na staračka domaćinstva i to kada su svi članovi domaćinstva npr. stariji od 70 ili 75 godina. Još bolje bi bilo da se ova starosna granica ne definiše u apsolutnom, već u relativnom iznosu u odnosu na starosnu granicu za penzionisanje. Za staračka domaćinstva eventualno može da se predvidi i relaksiranje nekih drugih uslova ili dodeljivanje dela pomoći umesto celokupnog iznosa po formuli koja bi zamenila binarno formulisane uslove (World Bank, 2011).

Prema podacima za 2012. godinu ukupni rashodi za NSP za staračka domaćinstva su iznosili približno 850 miliona dinara, što je 0,025% BDP-a. Za druga stara lica (koja žive u domaćinstvima koja nisu staračka), rashode procenjujemo na oko 0,005% BDP-a, što znači da ukupan rashod NSP za stare iznosi 0,03% BDP-a.

4. PROCENE TROŠKOVA RAZLIČITIH SCENARIJA

4.1. „BEOGRADSKI MODEL”

Od novembra 2008. godine grad Beograd isplaćuje tzv. „jednokratnu novčanu pomoć najugroženijim penzionerima”. Ta pomoć se isplaćuje kroz četiri godišnje rate od po 4.000 dinara, dakle 16.000 dinara godišnje. U 2008. godini pomoć su dobijali penzioneri sa penzijom nižom od 13.000 dinara da bi se taj cenzus već u 2009. godini povećao na oko 15.000 dinara, a u 2011. porastao na oko 16.000 dinara.

U septembru 2012. godine ovaj model prenet je i na Republiku, tako da su od septembra 2012. godine svi penzioneri čije penzije u avgustu iste godine nisu prešle 15.000 dinara dobili do sada četiri rate od po 4.000 dinara, što je ekvivalentno trinaestoj penziji od 16.000 dinara. Ovu pomoć je dobilo oko 460.000 penzionera.⁸

Što se tiče beogradskih penzionera, oni su od septembra 2012. godine takođe obuhvaćeni trinaestom penzijom koja se isplaćuje preko PIO fonda, dok im je grad Beograd dodavao još hiljadu dinara po rati, što znači da je ukupan iznos trinaeste penzije za beogradske penzionere iznosio 20.000 dinara. Takođe, grad je proširio svoju pomoć i na penzionere sa višim penzijama, pa su tako trinaestu penziju u iznosu od 20.000 dinara dobili i penzioneri sa penzijom nižom od 18.000 dinara, a oni čija penzija iznosi 18.000-20.000 dinara dobili su trinaestu penziju u vrednosti od 16.000 dinara iz gradskog budžeta.

Trenutno je nejasna i neizvesna budućnost ovog modela pomoći penzionerima. Ali, i pored toga vrlo je važno analizirati ovaj model budući da on već godinama funkcioniše u gradu, kao i da je od strane sadašnje gradske i republičke vlasti percipiran kao potreban i adekvatan.

Ovaj model ima dva osnovna problema. Prvi je način na koji je pomoć postavljena, a to je cenzus koji je eliminacioni za isplatu pomoći. Konkretno, penzioner koji ima penziju, na

primer, 14.900 dinara dobija trinaestu penziju i samim tim njegova mesečna penzija iznosi 16.233 dinara, dok će penzioner koji prima penziju od 15.100 ostati na tom iznosu. Slična situacija desila se beogradskim penzionerima pri isplati junske rate. Tako je zbog aprilskog usklađivanja od 2% određen broj penzionera „prošao lošije”. Konkretno, penzionerka sa penzijom od 19.650 dinara, koja je primila tri rate pomoći od po 4.000 dinara, zbog aprilskog usklađivanja je pomoć izgubila s obzirom na to da joj je penzija „za neki dinar” prešla cenzus od 20.000 dinara.⁹⁵

Drugi nedostatak ovog modela je odnos troškova i efektivnosti modela pomoći u smislu preveniranja siromaštva i poboljšanja životnog standarda starih. Isplata trinaeste penzije onima koji imaju penziju nižu od 15.000 dinara košta oko 0,22% BDP-a na godišnjem nivou (treba imati u vidu da se već nešto više od 0,1% BDP-a daje za dopunu do minimalne penzije i 0,3% BDP-a za dopunu do minimalne poljoprivredne penzije). Ako se ima u vidu da ova mera praktično znači za 1.333 dinara veću penziju za sve nezavisno od toga da li su u pitanju porodični penzioneri sa penzijom od oko 9.000 dinara koji žive u jednočlanom domaćinstvu ili starosni sa penzijom od 14.900 dinara od kojih oko 20% ima prihode po članu domaćinstva veće od 15.000 dinara⁹⁶, a stari bez penzije, koji imaju najveći rizik od siromaštva, opet ostaju nepokriveni - onda ne možemo reći da je u pitanju zanemarljiv rashod.

TABELA 14. PROCENA TROŠKOVA „BEOGRADSKOG MODELA”

	Godišnji rashodi (% BDP)
Trinaesta penzija za penzije < 15.000	0,22
Beogradski dodatak (penzije < 20.000 u Beogradu)	0,03
Beogradski model primenjen na Republiku	0,4

Izvor: procena autora na osnovu podataka PIO fonda i grada Beograda.

Napomena: U odnosu na BDP iz 2012. godine

Kada je u pitanju model pomoći kakav je trenutno u Beogradu (trinaesta penzija za sve kojima je penzija ispod 20.000 dinara), rashod za takav model na republičkom nivou iznosio bi oko 0,4% BDP-a.

Još jednom treba napomenuti da **sa ovakvim modelom uz troškove od 0,22% BDP-a i dalje ostaje oko 240 hiljada lica starijih od starosne granice bez penzije**. Stoga ovaj model nije analiziran kao potencijalna opcija za socijalne penzije, već kao ilustracija modela koji je u primeni.

4.2. PODIZANJE NAJNIŽE PORODIČNE PENZIJE

Podizanje najniže porodične penzije na nivo najniže starosne/invalidske je opcija koja ne zahteva nikakav dodatni administrativni kapacitet. Iako ova mera nije određena prema materijalnom stanju, ona je ipak više usmerena na ugroženiju populaciju penzionera nego što je to slučaj u prethodnom „beogradskom modelu” ili što bi bilo podizanje starosne/invalidske najniže penzije iz nekoliko razloga: prvo, najniži iznos porodične penzije je značajno niži od najnižeg iznosa starosne penzije - on je samo neznatno viši od cenzusa za novčanu socijalnu pomoć, a niži od apsolutne linije siromaštva; drugo, mogućnost za pre-

⁹⁵ <http://www.novosti.rs/vesti/naslovna/drustvo/aktuelno.290.html:433105-Bez-pomoci-zbog-sitne-povisice-penzije>

livanje dohotka unutar domaćinstva kod porodičnih penzionera je mnogo manja nego što je to slučaj kod starosnih/invalidskih penzionera, što se i može videti iz anketnih podataka; treće, istraživanje siromaštva na osnovu Ankete o životnom standardu iz 2007. godine nam pokazuje da su porodični penzioneri ugroženiji od ostalih penzionera.

TABELA 15. PODIZANJE PORODIČNE PENZIJE NA NIVO NAJNIŽE STAROSNE/INVALIDSKE IZ OSIGURANJA POLJOPRIVREDNIKA

RASPON PENZIJE	BROJ PENZIONERA	PROSEČNO MESEČNO DODAVANJE (DIN)	UKUPNO GODIŠNJE DODAVANJE (DIN)	UKUPNO GODIŠNJE DODAVANJE (% BDP)
do 5.000	811	4.941	48.085.812	0,00%
5.000-6.000 din	199	4.441	10.605.108	0,00%
6.000-7.000 din	21.891	3.441	903.923.172	0,03%
7.000 - 10.141 din	1.668	2.441	48.859.056	0,00%
10.141 - 10.343 din	42	200	100.800	0,00%
Ukupno	24.611		1.011.573.948	0,03%

Izvor: Procena autora na osnovu podataka PIO fonda (OS-13. maj 2012)

Napomena: U odnosu na BDP iz 2012. godine

Procena troškova podizanja porodične penzije na nivo najniže starosne/invalidske na primeru 2012. godine, zasnovanih na podacima PIO fonda o broju korisnika porodičnih penzija, ukazuje da bi trošak podizanja porodične penzije na nivo najniže starosne/invalidske penzije za osiguranje zaposlenih i samostalaca na godišnjem nivou iznosio oko 0,07% BDP-a (Tabela 16), a za osiguranje poljoprivrednika oko 0,03% BDP-a (Tabela 15). Dakle, **opcija podizanja najnižih porodičnih penzija na nivo najniže starosne/invalidske penzije u okviru sva tri osiguranja obuhvatila bi oko 115 hiljada penzionera, a ukupni trošak bi iznosio 0,1% BDP-a.**

TABELA 16. PODIZANJE PORODIČNE PENZIJE NA NIVO NAJNIŽE STAROSNE/INVALIDSKE IZ OSIGURANJA ZAPOSLENIH I SAMOSTALNIH DELATNOSTI

RASPON PENZIJE	BROJ PENZIONERA	PROSEČNO MESEČNO DODAVANJE (DIN)	UKUPNO GODIŠNJE DODAVANJE (DIN)	UKUPNO GODIŠNJE DODAVANJE (% BDP)
8.851-9.600 dinara	33.300	3.645	1.456.542.000	0,04%
9.601-10.600 dinara	12.600	2.645	399.924.000	0,01%
10.601-11.600 dinara	21.600	1.645	426.384.000	0,01%
11.601-12.645 dinara	22.500	645	174.150.000	0,01%
Ukupno	90.000		2.457.000.000	0,07%

Izvor: Procena autora na osnovu podataka PIO fonda (OS-13. maj 2012, bez srazmernih penzija)

Napomena: U odnosu na BDP iz 2012. godine

Alternativna opcija bi mogla da bude **podizanje najnižih porodičnih penzija samo iz osiguranja zaposlenih i samostalaca na nivo linije siromaštva**, što je u 2012. godini iznosilo malo više od 10.000 dinara. U tom slučaju, **trošak bi iznosio oko 0,045% BDP-a i obuhvatio bi oko 40 hiljada penzionera.**

4.3. GARANTOVANA PENZIJA

Jedna opcija socijalne penzije je *garantovana penzija* nalik na švedsku *garantipension*. Ova penzija bi se dodjeljivala određenoj starosnoj grupi uz uslov da prihodi od penzije (ili zarade) pojedinca ne prelaze unapred definisan iznos. To praktično znači da bi penziju dobili stariji građani koji nisu bili osigurani, te po tom osnovu ne ostvaruju nikakvu penziju, ali i oni čija je penzija niža od unapred utvrđenog iznosa.

Na primer, ukoliko bi garantovana penzija bila određena na nivou iznosa uvećane socijalne pomoći, koja je krajem 2012. godine iznosila 8.730 dinara, takvu penziju bi primalo blizu 190 hiljada starijih od 65 godina koji ne ostvaruju nikakvu penziju (i nisu formalno zaposleni); dopunu do 8.730 dinara dobijalo bi oko 20.000 poljoprivrednih porodičnih penzionera.

Ukoliko bi garantovana penzija iznosila, na primer, 10.000 dinara za sve građane starije od 65 godina, to znači da bi blizu 190 hiljada 65+ građana koji ne ostvaruju nikakvu penziju i ne rade dobijali po 10.000 dinara mesečno; dopunu od 10.000 dinara dobilo bi i oko 30 hiljada porodičnih penzionera iz osiguranja zaposlenih/samostalaca, kao i oko 25 hiljada porodičnih penzionera iz osiguranja poljoprivrednika.

Ukoliko bi garantovana penzija iznosila 12.000 dinara, onda bi dopunu od oko 1.500 dinara mesečno dobilo još 175.000 poljoprivrednih penzionera.

Troškovi potrebni za ovakvu vrstu socijalnih penzija izračunati su za različite scenarije, tj. različite starosne grupe (za starije preko 65, preko 70 i preko 75 godina) i ***kreću se od oko 0,3% BDP-a godišnje do oko 1% BDP-a u zavisnosti od starosne grupe kojoj bi se penzije dodjeljivale, kao i visine garantovane penzije*** (Tabela 17).

TABELA 17. PROCENA GODIŠNJIH TROŠKOVA ZA GARANTOVANU PENZIJU (% BDP)

	VISINA PENZIJE		
	8.730 din	10.000 din	12.000 din
STAROSNA GRUPA 65+			
Za lica bez penzije	0,583%	0,668%	0,801%
Dopuna za porodične penzionere	...	0,009%	0,039%
Dopuna za poljoprivrednu	0,016%	0,028%	0,160%
UKUPNO	0,599%	0,705%	1,001%
STAROSNA GRUPA 70+			
Za lica bez penzije	0,436%	0,499%	0,599%
Dopuna za porodične penzionere	...	0,008%	0,033%
Dopuna za poljoprivrednu	0,014%	0,023%	0,132%
UKUPNO	0,450%	0,531%	0,764%
STAROSNA GRUPA 75+			
Za lica bez penzije	0,298%	0,341%	0,409%
Dopuna za porodične penzionere	...	0,006%	0,023%
Dopuna za poljoprivrednu	0,010%	0,018%	0,090%
UKUPNO	0,308%	0,364%	0,523%

Izvor: Kalkulacija autora na osnovu Popisa (2011) i podataka PIO fonda.

Napomena: hipotetički za 2012. godinu

Osnovna prednost ovakvog tipa penzije je to što ne zahteva nekakav poseban administrativni kapacitet. Takođe, ova opcija je efektivnija je od „beogradskog modela”, tj. greška isključenosti je daleko manja jer se odnosi na lica bez penzije ili penzionere sa niskim penzijama za koje inače postoje manje mogućnosti za prelivanje unutar domaćinstva (kao što su porodični penzioneri). Međutim, sem u varijanti kada bi se dodeljivala samo licima 75+, ova penzija je prilično skupa, posebno kada se ima u vidu da u sebi sadrži grešku uključenosti, pa se opet postavlja pitanje odnosa troška i efektivnosti ovakvog instrumenta.

Pored toga, postavlja se pitanje da li bi uvođenje ovog tipa penzije imalo uticaja na sadašnje radnike. Ovakva penzija bi mogla destimulativno da deluje na radnike u sivoj ekonomiji i na one sa niskim primanjima u smislu motivacije za „prijavlivanjem” zarada, odnosno uplate doprinosa. Zato je važno da u slučaju uvođenja garantovane penzije starosna granica bude visoka, a opravdanje je i porast siromaštva kod starijih od 75 godina.

4.4. NSP ZA STARE

Jedna od mogućih opcija za obezbeđenje minimalnog garantovanog dohotka starih je poseban „modul” za stare u okviru opšteg programa socijalne pomoći. Taj „modul” bi podrazumevao ili višu osnovicu za staračka domaćinstva od postojeće i/ili veći koeficijent za svako staro lice – 0,7 umesto sadašnjih 0,5.

Ovde se razmatra nekoliko varijanti novčane socijalne pomoći za starije od 65 godina. Jedna varijanta je zadržavanje postojećeg cenzusa/osnovice za stara lica (20% uvećan cenzus za pojedinca koji nije sposoban za rad, odnosno porodicu u kojoj su svi članovi nesposobni za rad), što je na primeru iz decembra 2012. godine iznosilo 8.730 dinara, uz povećanje koeficijenta sa 0,5 na 0,7 za svako staro lice. Druga varijanta je značajno povećanje cenzusa/osnovice na 10.000 dinara za staračka domaćinstva uz dve podvarijante - koeficijent 0,5 ili 0,7 za svako staro lice. Takođe, za svaku opciju analizirani su različiti nivoi korišćenja prava: postojeći scenario, u kom je nivo korišćenja prava povećan za 20 procentnih poena za svaku prihodnu grupu, i hipotetički scenario, u kom se testira samo prihod domaćinstva (a ne imovina) i gde je nivo korišćenja prava 100%⁹⁶.

Rashodi za NSP u 2012. godini za staračka domaćinstva i ostala stara lica su iznosili samo 0,03% BDP-a. Procenjuje se da je nivo korišćenja prava na vrlo niskom nivou - oko 10% onih koji ispunjavaju kriterijume na osnovu testiranja prihoda⁹⁷. Za više od polovine starih lica sa prihodom ispod cenzusa, a koja ne primaju NSP, razlog nekorišćenja prava je neispunjavanje imovinskog kriterijuma (veći broj soba po članu domaćinstva nego što je to dozvoljeno i/ili posedovanje zemlje od preko 1 hektara), a za preostale su pre svega neinformisanost i neznanje, a potom i neispunjavanje uslova zbog obaveze srodnika da ih izdržava ili nekog drugog razloga⁹⁸. Ukoliko bi se nivo korišćenja prava podigao za 20 procentnih poena, trošak bi bio veći za malo više od 0,04% BDP-a. Čak i kad bi hipotetički potpuno ukinuli imovinski kriterijum (0,5 hektara za staračka domaćinstva, soba po članu domaćinstva, pokretna imovina) i pretpostavili da je nivo korišćenja prava 100%, uključujući i one koji bi dobijali dopunu od po par stotina dinara mesečno, ukupan godišnji rashod bi iznosio nešto iznad 0,2% BDP-a (Tabela 18).

⁹⁶ Detaljnije objašnjenje kako su izračunati potencijalni rashodi NSP za stare nalazi se u Aneksu.

⁹⁷ Ovo je procena koja se poklapa na osnovu dva izvora – na osnovu baze iz analize Matković i Petrović (2012) i poređenja broja lica koja po anketi „Briga o starim licima” (IPSOS, 2012) ispunjavaju dohodovni kriterijum, kao i na osnovu administrativnih podataka zahvaljujući kojima oko 11 hiljada starih lica koriste pravo.

⁹⁸ Za detalje u Aneksu videti podatke iz ankete za potrebe istraživanja Matković i Petrović (2012).

TABELA 18. PROCENA GODIŠNJIH TROŠKOVA ZA NSP ZA STARE, OSNOVICA ZA STARAČKA DOMAČINSTVA 8.730 DINARA (% BDP)

	SADAŠNJI NIVO KORIŠĆENJA PRAVA	NIVO KORIŠĆENJA PRAVA VEĆI ZA 20 PROCENTNIH POENA	NIVO KORIŠĆENJA PRAVA 100% (TESTIRANJE SAMO PRIHODA, BEZ IMOVINE)
Koeficijent 0,5	0,030	0,073	0,212
Koeficijent 0,7	0,033	0,086	0,262

Napomena: populacija 65+; hipotetički za 2012. godinu

Izvor: Kalkulacija autora na osnovu podataka iz ankete „Briga o starim licima”, IPSOS (2012) i podataka MINRZS

Kada bi koeficijent za svako staro lice iznosio 0,7 umesto sadašnjih 0,5, sa sadašnjim nivoom korišćenja prava trošak bi bio zanemarljivo veći – za 0,003% BDP-a, a u hipotetičkom slučaju ukidanja imovinskog kriterijuma i 100% korišćenja prava trošak bi iznosio 0,26% BDP-a.

Kada bi se osnovica za staračka domaćinstva značajno uvećala, npr. na 10.000 dinara (što je 37% više od osnovice za radno sposobna lica u 2012. godini), godišnji troškovi za NSP za stare ne bi bili mnogo veći. Tako bi, u hipotetičkom slučaju ukidanja imovinskog kriterijuma i 100% korišćenja prava i uz koeficijent za staro lice od 0,7, ukupan godišnji trošak iznosio 0,3% BDP-a (Tabela 19).

TABELA 19. PROCENA GODIŠNJIH TROŠKOVA ZA NSP ZA STARE, OSNOVICA ZA STARAČKA DOMAČINSTVA NA 10.000 DINARA (% BDP)

	SADAŠNJI NIVO KORIŠĆENJA PRAVA	NIVO KORIŠĆENJA PRAVA VEĆI ZA 20 PROCENTNIH POENA	NIVO KORIŠĆENJA PRAVA 100% (TESTIRANJE SAMO PRIHODA, BEZ IMOVINE)
Koeficijent 0,5	0,035	0,086	0,257
Koeficijent 0,7	0,038	0,099	0,303

Napomena: populacija 65+; hipotetički za 2012. godinu

Izvor: Kalkulacija autora na osnovu podataka iz ankete „Briga o starim licima”, IPSOS (2012) i podataka MINRZS.

5. ZAKLJUČCI I PREPORUKE

Kada se govori o socijalnim penzijama, često se misli na univerzalne penzije za sve građane starije od određene starosne granice.

Tačno je da značajan broj razvijenih OECD zemalja, pogotovu izvan EU, ima univerzalnu penziju. Važno je, međutim, napomenuti da su to zemlje sa Beveridž tradicijom gde su univerzalne penzije istorijski uvedene pre komponente penzijskog osiguranja, koja je samim tim i manje značajna. Takođe, važno je imati u vidu da je u tim zemljama po pravilu oporezivanje prihoda globalno, tako da i univerzalne penzije ulaze u oporezivi prihod. Pored toga, poslednjih godina postoji trend uvođenja raznih mera kojima se u univerzalni penzijski sistem unose elementi targetiranja, te su danas, sem na Novom Zelandu i u Holandiji, univerzalne penzije po pravilu uslovljene barem nekim prihodnim kriterijumom. Uvođenje univerzalnih penzija je novijeg datuma samo u srednje i nisko razvijenim zemljama u kojima penzijsko osiguranje ne postoji ili ima marginalnu ulogu.

Međutim, univerzalne penzije svakako nisu opcija za Srbiju s obzirom na to da je ovakav tip penzije vrlo skup i da ima smisla da se uvodi samo tamo gde penzijsko osiguranje ne postoji ili ima beznačajnu ulogu. Dakle, **za zemlju kao što je Srbija, gde je 85% stanovništva iznad starosne granice pokriveno penzijama iz penzijskog osiguranja, uvođenje univerzalnih penzija nije opcija.**

Takođe, kada je u pitanju obezbeđenje minimalnog dohotka penzionera, u Srbiji se najčešće govori o podizanju najniže (minimalne) penzije i merama kao što su jednokratna pomoć najugroženijim penzionerima ili trinaesta penzija za penzionere sa niskim penzijama. Zbog neophodnih ušteda u sistemu penzijskog osiguranja, koje podrazumevaju indeksaciju penzija samo sa rastom cena ili manje od toga, pa i zamrzavanje penzija, često se pominju minimalne penzije koje treba izuzeti od takvih mera i drugačije indeksirati. Tako su izmenama Zakona iz 2005. godine, kada je dugoročno predviđeno indeksiranje penzija

samo sa inflacijom, minimalne penzije u januaru 2006. godine jednokratno podignute na nivo od 25% *prosečne zarade* iz prethodne godine. Sledeće vanredno povećanje najnižih penzija, premda simbolično, usledilo je u januaru 2011. godine. Takođe, u skladu sa ovim razmišljanjem, grad Beograd od novembra 2008. godine isplaćuje tzv. jednokratnu novčanu pomoć najugroženijim penzionerima: prvo su to bili penzioneri sa penzijom nižom od 13.000 dinara, a kasnije je cenzus porastao na oko 16.000 dinara. U septembru 2012. godine ovaj model je prenet i na Republiku, tako da su svi penzioneri čije penzije u avgustu iste godine nisu prešle 15.000 dinara dobili jednu trinaestu penziju, dok je grad Beograd proširio svoju pomoć i na penzionere sa penzijama do 20.000 dinara.

Podizanje najniže (minimalne) penzije i jednokratna novčana pomoć tj. trinaesta penzija penzionerima sa niskim primanjima kao slične mere sadrže nekoliko problema. Korisnici najniže starosne i invalidske penzije nisu nužno najugroženiji. Kod penzionera sa najnižim penzijama postoji mogućnost „prelivanja” dohotka unutar domaćinstva, što nam potvrđuju i anketni podaci, dok u isto vreme oko 100 hiljada starijih lica 65+ ima prihod koji je niži od administrativne linije siromaštva (uvećani cenzus za novčanu socijalnu pomoć)⁹⁹. Stoga se postavlja pitanje troškovne efektivnosti ovog programa u smislu preveniranja siromaštva i poboljšanja životnog standarda starih. Iako isplata trinaeste penzije onima koji imaju penziju nižu od 15.000 dinara košta oko 0,22% BDP-a na godišnjem nivou, što na prvi pogled nije previsok trošak, treba imati u vidu da se već 0,1% BDP-a izdvaja za dopunu do najniže penzije iz osiguranja zaposlenih i samostalaca, a 0,3% za dopunu do najniže poljoprivredne penzije. Dakle, **izdvajanja od preko 0,6% BDP-a za dopunu do najniže penzije i za trinaestu penziju i dalje isključuju preko 240 hiljada starijih od starosne granice bez penzije, pri čemu** anketni podaci pokazuju da **oko 100 hiljada lica starijih od 65 godina nema novčane prihode ni na nivou uvećanog cenzusa za NSP po ekvivalentnom odraslom**. Istovremeno, ovo nisu mala sredstva ako se ima u vidu da su 0,6% BDP-a ukupni rashodi za program novčane socijalne pomoći i dečijeg dodatka kao dva osnovna programa koja su usmerena na siromašne u Srbiji.

Tačno je da ima smisla da se kroz socijalna davanja više štite i nagrađuju oni koji su radili i doprinosili. Međutim, tu se otvaraju dva pitanja. Prvo je **pitanje mere - koliko dodatno štiti one sa najnižim penzijama koji nisu nužno siromašni, dok postoji toliko veliki broj starijih građana koji nemaju prihode ni na nivou administrativne linije siromaštva**. Drugo, postavlja se i pitanje koga tačno štitimo podizanjem najniže penzije. Podaci pokazuju da najčešće nisu u pitanju bivši zaposleni sa niskim platama, već oni koji su kratko radili. **Najniže (minimalne) penzije su praktično redistributivni instrument ka onima sa kratkim penzijskim stažom, a ne ka onima sa niskim primanjima**, pa se postavlja pitanje da li je to zaista pravedno.

Poseban problem predstavlja način na koji je postavljen program trinaeste penzije i „beogradski model”, a to je eliminacioni cenzus za isplatu pomoći. To znači da neki penzioneri koji prime jednokratnu novčanu pomoć ili trinaestu penziju na kraju prime više od nekog ko nije ispunio uslov za ovu pomoć, kao i da je iznos pomoći za sve isti, nezavisno od toga da li je u pitanju porodični penzioner čija je penzija ispod linije siromaštva ili penzioner sa penzijom od 14.900 dinara.

Dakle, povećavanje najnižih penzija, trinaesta penzija/jednokratna pomoć penzionerima sa najnižim penzijama ili eventualno drugačija indeksacija najnižih penzija se ovde ne razmatraju kao adekvatne mere za obezbeđenje minimalnog dohotka u starosti.

99 Procena na osnovu ankete „Briga o starim licima”, IPSOS, 2012.

U ovoj studiji razmatrane su *tri moguće opcije za uvođenje socijalnih penzija*.

Prva, administrativno jednostavna opcija nalik na podizanje najniže penzije je **podizanje porodične penzije do visine najniže starosne/invalidske penzije**. Ukoliko želimo opciju u okviru postojećeg sistema bez ikakvih suštinskih promena, ona je svakako prihvatljivija od podizanja najniže starosne i invalidske penzije ili trinaeste penzije - porodične penzije su niže, često i od linije siromaštva a oko 50% korisnika porodičnih penzija živi u jednočlanim domaćinstvima bez mogućnosti preliivanja dohotka unutar domaćinstva¹⁰⁰.

Ova opcija bi obuhvatila oko 90 hiljada porodičnih penzionera iz osiguranja zaposlenih i samostalnih delatnosti uz godišnji trošak od oko 0,07% BDP-a i oko 25 hiljada porodičnih penzionera iz osiguranja poljoprivrednika uz godišnji trošak od oko 0,03% BDP-a. Dakle, ona podrazumeva **godišnji rashod od oko 0,1% BDP-a za meru koja bi obuhvatila oko 115 hiljada penzionera, od kojih približno 60 hiljada ima lična primanja niža od linije siromaštva**. Još jeftinija i efektivnija opcija mogla bi da bude **podizanje najnižih porodičnih penzija samo iz osiguranja zaposlenih i samostalaca na nivo linije siromaštva**, što je u 2012. godini iznosilo malo više od 10.000 dinara. U tom slučaju **trošak bi iznosio oko 0,045% BDP-a i obuhvatio bi oko 40 hiljada penzionera**. Argument za podizanje samo penzija iz osiguranja zaposlenih/samostalaca je pretpostavka da ovi penzioneri, za razliku od porodičnih penzionera iz osiguranja poljoprivrednika, nemaju prihode u naturi, a i činjenica da prema penzionerima iz osiguranja poljoprivrednika već postoji mnogo veći stepen redistribucije. Osnovni nedostatak ove opcije je isključenost starih lica bez penzije, ali i greška „uključenosti“ koja sigurno postoji, posebno u prvoj varijanti.

Druga opcija je **uvođenje garantovane penzije**. Ova penzija bi se dodeljivala određenoj starosnoj grupi, ne nužno starijima od zvanične starosne granice, već bi to mogle biti različite starosne grupe uz uslov da prihodi od penzije pojedinca ne prelaze unapred definisan iznos. Na primer, ukoliko bi garantovana penzija bila određena na nivou iznosa uvećane socijalne pomoći, koja je krajem 2012. godine iznosila 8.730 dinara za pojedinca nesposobnog za rad, takvu **penziju bi primalo blizu 190 hiljada starijih od 65 godina koji ne ostvaruju nikakvu penziju** (i nisu formalno zaposleni), a dopunu do 8.730 dinara dobijalo bi oko 20.000 poljoprivrednih porodičnih penzionera. Troškovi potrebni za ovakvu vrstu socijalnih penzija **kreću se od oko 0,3% BDP-a godišnje do oko 1% BDP-a, u zavisnosti od starosne grupe kojoj bi se penzije dodeljivale (75+, 70+, 65+) i visine garantovane penzije (8.730 dinara, 10.000 dinara ili 12.000 dinara)**.

Osnovna prednost garantovane penzije je ta što ne zahteva nekakav poseban administrativni kapacitet i što je greška isključenosti mala budući da obuhvata sva lica bez penzije; u slučaju viših iznosa garantovane penzije (10 ili 12 hiljada) obuhvata i penzionere sa niskim penzijama za koje inače postoji manje mogućnosti za preliivanje unutar domaćinstva (npr. porodični penzioneri). Međutim, sem u varijanti u kojoj bi se dodeljivala samo licima 75+, ova penzija je prilično skupa, posebno kada se ima u vidu potencijalno visoka greška uključenosti, pa se opet postavlja pitanje odnosa troška i efektivnosti ovakvog instrumenta. Ovo je naročito važno imajući u vidu da u Srbiji ne postoji sistem globalnog oporezivanja, da penzije inače nisu oporezovane, a da prihod od penzije ne ulazi ni u obračun godišnjeg poreza na prihod.

Pored toga, postavlja se pitanje da li bi uvođenje ovakvog tipa penzije imalo uticaja na sadašnje radnike i poljoprivrednike. Ovakva penzija bi mogla destimulativno da deluje na radnike u sivoj ekonomiji, na one sa niskim primanjima, kao i na poljoprivrednike u smislu motivacije za „prijavlivanjem“ zarada i prihoda, odnosno uplate doprinosa. Zato je važno

100 Na osnovu ankete „Briga o starim licima“, IPSOS, 2012.

da u slučaju uvođenja garantovane penzije starosna granica bude visoka, a opravdanje je i porast siromaštva kod starijih od 75 godina.

Treća opcija je obezbeđenje minimalnog dohotka starih kroz *poseban „modul” za stare u okviru opšteg programa socijalne pomoći*. Taj modul bi podrazumevao ili višu osnovicu za staračka domaćinstva od postojeće i/ili veći koeficijent za svako staro lice u porodici – 0,7 umesto sadašnjih 0,5.

Razmatrano je nekoliko varijanti. Prva varijanta je zadržavanje postojećeg cenzusa/osnovice sa stara lica (20% uvećan cenzus za pojedinca koji nije sposoban za rad, odnosno porodicu u kojoj su svi članovi nesposobni za rad), što je na primeru iz decembra 2012. godine iznosilo 8.730 dinara uz povećanje koeficijenta sa 0,5 na 0,7 za svako staro lice u porodici. Druga varijanta je značajno povećanje cenzusa/osnovice na npr. 10.000 dinara za staračka domaćinstva uz dve podvarijante - koeficijent 0,5 ili 0,7 za svako staro lice u porodici. Za svaku varijantu analizirani su različiti nivoi korišćenja prava: postojeći - scenario gde je nivo korišćenja prava povećan za 20 procentnih poena za svaku prihodnu grupu, i hipotetički - scenario u kome se ukida imovinski kriterijum i testira samo prihod domaćinstva i gde je nivo korišćenja prava 100%.

Procenjeni rashodi za NSP za stare kreću se od 0,033% BDP-a za varijantu sa postojećom osnovicom i nivoom iskorišćenosti prava, ali uz koeficijent za svako staro lice od 0,7 pa do 0,3% BDP-a kada bi se osnovica za staračka domaćinstva značajno uvećala – za oko 15% (10.000 dinara krajem 2012. godine) i ukinuo imovinski kriterijum, ali uz 100% korišćenje prava.

NSP za stare je troškovno značajno efektivniji od garantovane penzije. Tako, na primer, za isti iznos garantovane penzije i cenzusa/osnovice za NSP u vrednosti od 8.730 dinara i za starosnu grupu 65+, troškovi za NSP za stare bi uz koeficijent od 0,7 i pretpostavku o ukidanju imovinskog kriterijuma sa 100% iskorišćenosti prava bili duplo manji nego što bi to bio slučaj sa garantovanom penzijom – 0,26% BDP-a u odnosu na 0,59% BDP-a. Ovo je veoma značajno iz razloga što bi za NSP za stare kriterijum ispunilo oko 130 hiljada lica, dok bi program garantovane penzije obuhvatio oko 210 hiljada lica (190 hiljada starijih od 65 bez ikakve penzije i oko 20 hiljada poljoprivrednih porodičnih penzionera).

Dakle, osnovna prednost ovog programa je troškovna efektivnost s obzirom na to da se sa mnogo manjim sredstvima obuhvataju oni kojima je socijalna penzija najpotrebnija. Druga prednost ovakvog modela je manje nepovoljan uticaj na sadašnje radnike. Ovakva vrsta targetirane penzije bi mogla da bude stimulativnija za rad i uplatu doprinosa nego što bi to bio slučaj sa garantovanom i minimalnom penzijom, upravo zahvaljujući nedostacima najčešće pominjanim kod programa socijalne pomoći kao što su stigma, administrativne procedure za podnošenje zahteva i slično. Glavni nedostatak ove opcije je potreban administrativni kapacitet i neophodnost informisanja starih lica o postojanju ovog programa. Iako bi se ovaj program sprovodio u okviru postojećeg programa NSP za koji određen administrativni kapacitet već postoji, sa novih 130 hiljada korisnika ukupan broj korisnika (lica) bi se uvećao za 50%, tako da postojeći kapacitet ne bi bio dovoljan.

Načelno, NSP za stare predstavlja najprihvatljiviju opciju od tri opcije koje analiziramo. Ukoliko bi se opredelili za ovu opciju, postoji još pitanja koja se mogu razraditi. Prvo, potrebno je precizirati iznos cenzusa, a samim tim i pomoći za stare. Drugo, da li u potpunosti ukinuti imovinski kriterijum ili ga samo relaksirati (na primer sa 1 hektara za domaćinstva gde su svi nesposobni za rad povećati na 2 hektara). U slučaju potpunog ukidanja imovinskog kriterijuma ipak treba ostaviti neki „eliminacioni” kriterijum, kao što je npr. više od 5 hektara zemlje i/ili više od 90-100 m² stambenog prostora po osobi. Treće, moguće

je osmisliti i neki modalitet unutar NSP za stare koji bi indirektno uzeo u obzir prihode u naturi. Recimo, moglo bi se reći da za „mlađe starije” (65-70) koji imaju zemlju preko 0,5 hektara ili preko 1 hektara osnovica treba da bude nešto niža nego što bi to bio slučaj sa licima koja nemaju zemlju, a samim tim ni mogućnost proizvodnje za sopstvene potrebe (prihode u naturi).

Na kraju, u slučaju uspostavljanja NSP za stare postavlja se pitanje eventualnog ukidanja najniže penzije u penzijskom sistemu. S jedne strane, ima smisla ostaviti najnižu penziju kao nagradu za one koji su radili i doprinosili u odnosu na one koji to nisu. Međutim, imajući u vidu da je poljoprivredna penzija već u velikoj meri socijalna penzija – da je polovina rashoda za poljoprivredne penzije dopuna do najniže penzije i da je veza između uplaćenih doprinosa i visine penzije praktično izgubljena, postavlja se pitanje njenog opstanka u okviru penzijskog sistema. Takođe, iako ima smisla da oni koji su bili osigurani u okviru osiguranja zaposlenih i samostalnih delatnosti primaju veći iznos penzije nego što bi bila socijalna penzija u okviru NSP za stare, postavlja se pitanje adekvatnosti sadašnje najniže penzije. Naime, s obzirom na to da za one sa malim brojem godina staža koji dominantno i jesu korisnici najniže penzije postoji velika redistribucija, ukoliko bi se uveo NSP za stare koji bi bio garancija da ugroženo staro stanovništvo neće ostati bez prihoda, onda bi se moglo razmišljati o promeni uslova za ostvarenje najniže penzije u okviru osiguranja zaposlenih i samostalnih delatnosti. Konkretno, mogao bi se povećati broj godina staža koje predstavljaju neophodan uslov za ostvarenje najniže penzije, sa sadašnjih 15 bar na 20 godina (a možda i na 25), ili odrediti iznos minimalne penzije za pun staž, a da se minimalna penzija umanjí za svaku godinu staža ispod „punog” staža.

Na kraju, nezavisno od izbora opcije za uvođenje socijalne penzije, ostaje otvoreno pitanje značaja koji će socijalne penzije imati u budućnosti. Trenutno je u Srbiji obuhvat starijeg stanovništva penzijskim osiguranjem relativno visok. Pitanje je, međutim, šta će biti u budućnosti imajući u vidu da je trenutno osiguranjem pokriveno manje od 50% stanovništva starog od 20 do 65 godina¹⁰¹. Od 90-ih godina na ovamo tržište rada karakteriše visoka nezaposlenost i siva ekonomija, kao i prijavljivanje radnika na najnižu osnovicu za socijalno osiguranje. Posledice takvog stanja na tržištu rada postaće vidljive u penzijskom sistemu za 15-20 godina, što će rezultirati vrlo niskim penzijama, velikim brojem korisnika minimalne penzije i značajnim brojem onih koji pravo na penziju neće ni ostvariti. Samim tim će se i troškovi za rashode na penzije iz penzijskog osiguranja smanjivati, a može se očekivati veći značaj socijalnih penzija nego što je to slučaj sa sadašnjom generacijom starijih lica.

101 Prema Anketi o radnoj snazi, u koju ulaze i zaposleni u sivoj ekonomiji i poljoprivrednici koji nisu uvek osigurani, u aprilu 2013. godine bilo je zaposleno samo 49,2% stanovništva uzrasta 20-65.

BIBLIOGRAFIJA

Grosh, M., & Leite, P. G. (2009). *Defining Eligibility for Social Pensions: A View from a Social Assistance Perspective*. In R. Holzmann, D. A. Robalino & N. Takayama (Eds.), *Closing the Coverage Gap*. Washington, DC: World Bank.

Hagemejer, K. (2009). *Rights-Based Approach to Social Security Coverage Expansion*. In R. Holzmann, D. A. Robalino & N. Takayama (Eds.), *Closing the Coverage Gap*. Washington, DC: World Bank.

European Commission, SPC (Special Pension Study) - *Minimum Income Provision For Older People And Their Contribution To Adequacy in Retirement*, December 2006.

ILO (2000). *World Labour Report 2000: Income Security And Social Protection in a Changing World*. Geneva, Switzerland.

Matković, G. i Mijatović, B. (2009). *Analiza uticaja državne finansijske podrške siromašnima*, Tim potpredsednika Vlade za implementaciju strategije za smanjenje siromaštva.

Matković, G. i Petrović, M. (2012). *Life Under The Line: Determinants of Low Take-Up of FSA in Serbia*, Submitted to the International Labour Organization.

Mijatović, B. (2010). *Penzijsko osiguranje poljoprivrednika*, CLDS i USAID-SEGA.

OECD (2005). *Pension at Glance: Public Policies across OECD Countries*, OECD Publishing.

OECD (2007). *Pension at Glance: Public Policies across OECD Countries*, OECD Publishing.

OECD (2009). *Pension at Glance: Retirement-Income Systems in OECD Countries*, OECD Publishing.

OECD (2011). *Pension at Glance: Retirement-Income Systems in OECD and G20 Countries*, OECD Publishing.

Palacios, R. And Sluchynsky, O. (2006). *Social Pensions Part I: Their Role in the Overall Pension System*, Social Protection Discussion Paper No.0601, World Bank.

Republički zavod za statistiku (2011). *Siromaštvo u Republici Srbiji, 2008-2010*, Saopštenje br. 117.

Republika Srbija. (2010). *Prvi nacionalni izveštaj o socijalnom uključivanju i smanjenju siromaštva u Republici Srbiji*.

Robalino, D. A., & Holzmann, R. (2009). *Overview and Preliminary Policy Guidance*. In R. Holzmann, D. A. Robalino & N. Takayama (Eds.), *Closing the Coverage Gap*. Washington, DC: World Bank.

Sen, A. (1995). *Political Economy of Targeting*. In D. V. Nead (Ed.), *Public Spending and the Poor: Theory and Evidence*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press and the World Bank.

Social Pension Database. (2012, 17-September). Retrieved 2013, 5-Septembar from Pension Watch: <http://www.pension-watch.net/about-social-pensions/about-social-pensions/social-pensions-database/>

Stanić, K. (2002). *Reforma penzijskog sistema*, editorijal objavljen u: *Forum o ekonomskoj politici*, zbornik diskusija sa okruglih stolova Maj 2001 - Maj 2002, Ekonomski institut i CIPE, Beograd, str. 45-48.

Stanić, K. (2008). *Uloga penzijskog sistema u održanju nivoa prihoda u starosti–merenje i međunarodna poređenja*, Kvartalni monitor ekonomskih trendova i politika u Srbiji, br.13.

Stanić, K. (2010). *Penzijski sistem u Srbiji–dizajn, karakteristike i preporuke*. Beograd: CLDS.

Stanić, K. (2010). *Nove promene penzijskog zakona, Fokus: kvartalni izveštaj o institucionalnim reformama*, CLDS.

Stanić, K. (2011). *Efekti dosadašnjih i nove promene u penzijskom sistemu u Institucionalne reforme u 2010. godini*, Beograd: CLDS.

Stanić, K. (2012). *Pension System Design And Its Effect On Saving*. PhD thesis, University of Nottingham.

Whitehouse, E. (2006). *New indicators of 30 OECD countries' pension systems* *The Journal of Pensions Economics and Finance*. 5 (3), 275–298 , page 276.

World Bank. (2011). *Social Safety Nets in the Western Balkans Design, Implementation and Performance*.

ANEKS

ANKETA „BRIGA O STARIM LICIMA”, IPSOS, 2012.

Anketa „Briga o starim licima” sprovedena je od 5. do 15. jula 2012. godine od strane IPSOS, Srbija. Anketa je urađena na uzorku od 1.381 ispitanika. Anketirana su domaćinstva u kojima žive lica starija od 65 godina, a ispitanici su sva stara lica 65+ u domaćinstvu.

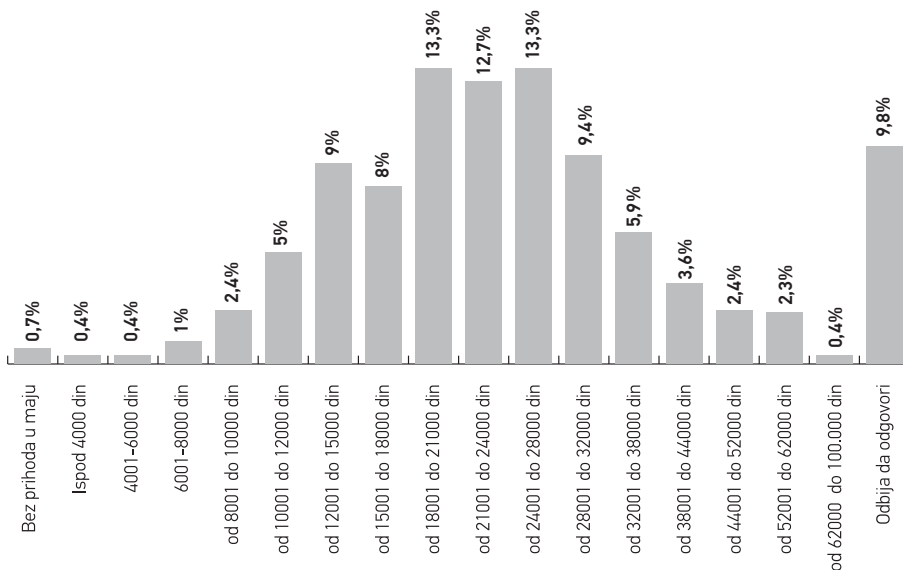
Što se tiče strukture penzionera, značajno je veći broj starosnih penzionera prema Anketi nego što je to zaista slučaj.

TABELA 20. RAZLIKA U STRUKTURI PENZIONERA PO ANKETI I IZ ADMINISTRATIVNIH PODATAKA

	ANKETA	PIO STRUKTURA
Starosna	57.7%	45.8%
Invalidska	8.9%	20.5%
Porodična	18.7%	20.2%
Poljoprivredna	14.7%	13.5%

Pre svega treba pomenuti da, iako distribucija korisnika starosnih penzija iz ankete jeste nalik na distribuciju iz administrativnih podataka, stiče se utisak da su prijavljeni niži iznosi penzija s obzirom na vrlo visok procenat korisnika penzija ispod najniže penzije – oko 10%¹⁰² (Grafikon 21).

GRAFIKON 21. DISTRIBUCIJA VISINE STAROSNIH PENZIJA (ANKETNI PODACI), MAJ 2012. GODINE



Izvor: Anketa „Briga o starim licima”, IPSOS, 2012.

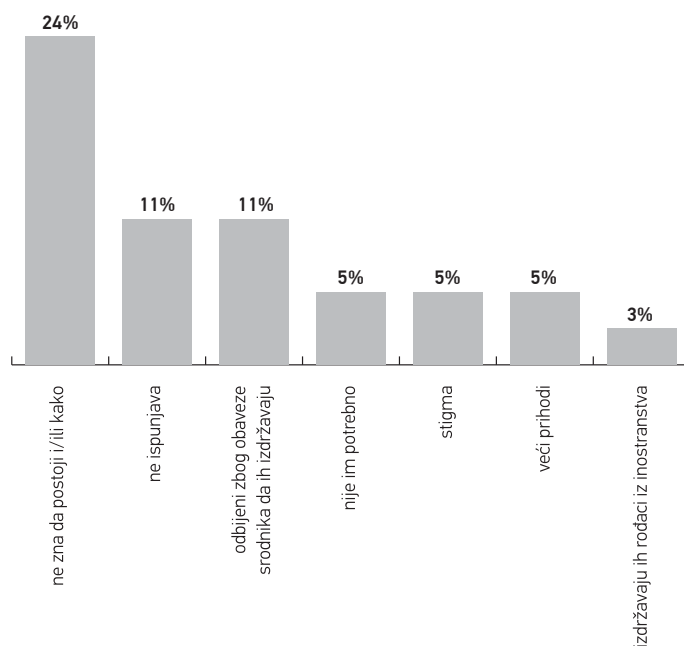
¹⁰² Ovo posebno čudi kada se ima u vidu da penzioneri sa srazmernim penzijama, koji se pojavljuju u administrativnim podacima i kojih ima oko 5%, u anketi ne bi ni trebalo da se prijave s obzirom na to da je njihova ukupna penzija (domaća i inostrana) iznad najniže penzije.

Anketa nije u potpunosti obuhvatila korisnike NSP – samo 0,145% uzorka prima NSP, dok prema administrativnim podacima NSP prima 11 hiljada korisnika starijih od 65 godina, što je 0,9% populacije 65+.

ANKETA ZA ISTRAŽIVANJE MATKOVIĆ I PETROVIĆ (2012)

Istraživanje iz 2012. godine je izvršeno na uzorku od 821 domaćinstva (2.865 članova starijih od 15 godina). Prema ovoj anketi, ukupno 87 domaćinstava sa starim licima je prema proveru dohotka siromašno u odnosu na administrativnu liniju siromaštva. Od toga, samo 11 domaćinstava prima NSP, što je nešto više od 10%. Od ukupnog broja starih lica sa prihodom ispod cenzusa koja ne primaju NSP (76 domaćinstava), **više od polovine ima veći broj soba po članu domaćinstva nego što je to dozvoljeno i/ili zemlju od preko 1 hektara**. Kod preostalih 37 domaćinstava sledeći su razlozi nedobijanja NSP – pre svega neinformisanost i neznanje (24%), potom neispunjavanje uslova zbog obaveze srodnika da ih izdržavaju ili nekog drugog razloga, dok je manji broj onih koji smatraju da im pomoć nije potrebna ili ih izdržavaju rođaci koji žive u inostranstvu (Grafikon 24).

GRAFIKON 22. NEKI OD RAZLOGA ZA NEPRIJAVLJIVANJE/NEDOBIJANJE NSP



Izvor: Baza podataka iz istraživanja Matković i Petrović (2012)

Od ukupnog broja domaćinstava sa starim licima koja su siromašna po administrativnoj liniji, oko 30% nema nikakvu zemlju, a nešto iznad 20% ima imovinu preko 1 hektara.

Preko 60% jednočlanih staračkih siromašnih domaćinstava ne zadovoljava kriterijum *broj soba po članu* (više od jedne sobe), dok, ako posmatramo sva siromašna domaćinstva sa članovima 65+, onda oko 23% ne zadovoljava kriterijum.

PROCENA TROŠKOVA ZA NSP ZA STARE

U cilju procene troškova za NSP za stare korišćeni su podaci o prihodima domaćinstava iz ankete „Briga o starim licima”, IPSOS, 2012. Prihodi domaćinstava su razvrstani po grupama, kako su i postavljena pitanja u anketi: bez prihoda, manje od 4.000 dinara, 4.000-6.000 dinara, 6.000-8.000,, 18.000-21.000, 21.000-24.000, 24.000-28.000, itd.

Troškovi NSP za stare izračunati su za dve varijante cenzusa – 8.730 dinara (20% više od cenzusa za radno sposobne), koliko je iznosio uvećani cenzus u 2012. godini, i za 10.000 dinara, što je skoro 40% više od cenzusa za radno sposobnog člana. Takođe, troškovi su izračunati za postojeću skalu ekvivalencije, kao i za uvećanu – 0,7 za svako sledeće lice 65+ u domaćinstvu. Radi simplifikacije, za višečlana domaćinstva se pošlo od pretpostavke da su svi članovi odrasli, bez dece, što može u manjoj meri da preceni troškove programa. U tabeli su prikazani cenzusi.

Pri tome su uzeti u obzir svi potencijalni korisnici, čak iako dopuna do cenzusa iznosi nekoliko stotina dinara, što takođe može dovesti do blagog precenjivanja rashoda. Procena maksimalnog broja korisnika, kada se posmatra samo dohodovni kriterijum, prikazana je u tabeli.

Urađena su četiri scenarija: *Scenario 1.* sa sadašnjim take-up od 11%, koliko je procenjeno da sada iznosi (na osnovu podataka iz ankete rađene u okviru istraživanja Matković i Petrović, 2012); *Scenario 2.* poboljšan take-up na 30% boljim informisanjem starih lica; *Scenario 3.* relaksirani imovinski kriterijumi na 2 hektara, take up 50%; *Scenario 4.* proveru samo dohotka, bez imovine.

Ova publikacija je štampana na recikliranom papiru.



CIP - Каталогизacija у публикацији
Народна библиотека Србије, Београд

364.4-053.9(497.11)

МАТКОВИЋ, Гордана, 1960-
Сocijalna заштита у старости : dugotrajna nega i socijalne penzije
/ [Gordana Matković, Katarina Stanić]. - Beograd : Fakultet za
ekonomiju, finansije i administraciju FEFA :
Centar za socijalnu politiku : Vlada Republike Srbije, Tim za
socijalno uključivanje i smanjenje siromaštva, 2014
(Beograd : Standard2). - 168 str. : ilustr. ; 25 cm

Tiraž 300. - Napomene i bibliografske
reference uz tekst. - Bibliografija: str.
95-99 i 164-165.

ISBN 978-86-917467-0-4 (CSP)
ISBN 978-86-86281-22-7 (FEFA)

1. Станић, Катарина [аутор]
а) Стари људи - Социјална заштита - Србија

COBISS.SR-ID 204177420



Vlada
Republike
Srbije



TIM ZA SOCIJALNO
UKLJUČIVANJE
I SMANJENJE SIROMAŠTVA



Centar za
socijalnu politiku

Izrada dokumenta omogućena je sredstvima Švajcarske agencije za razvoj i saradnju, u okviru projekta „Podrška unapređenju procesa socijalnog uključivanja u Republici Srbiji”.



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Swiss Agency for Development
and Cooperation SDC