

Др Марија Драгићевић,*

Доцент,

Правни факултет, Универзитет у Нишу

Република Србија

DOI: 10.5937/zrpfni-58118

О ПОТРЕБИ ЗА ДУГОТРАЈНОМ НЕГОМ И УЛОЗИ ДРЖАВЕ У ЊЕНОМ ОБЕЗБЕЂИВАЊУ**

Апстракт: Како се друштва крећу кроз процес индустријализације и развоја, она доживљавају демографску транзицију која резултира повећањем дуговечности, растом броја старијих лица у укупној популацији и опстанком субпопулацијских група које у прошлим временима неретко нису успевале да преживе рано детињство. Иако ефекат продуженог животног века на здравствено стање и преваленцу инвалидитета није јасан, а утицај напретка у медицинским наукама и пракси на квалитет живота старијих лица није лако проценити, продужетак животног века неоспорно резултира све већим бројем старијих лица којима је потребна нека услуга из система дуготрајне неге. Ову тражњу додатно појачава и све већа учесталост неког облика инвалидитета код осталих категорија становништва, као и промена породичних модела која је резултирала трансформацијом начина пружања дуготрајне неге од скоро искључивог фокуса на географски блиску породицу која пружа неплаћену директну свакодневну негу до све већег ослањања на механизме неге са дистанце. Упркос недоумицама о могућем међудејству наведених демографских, породичних и епидемиолошких трендова становништва, мало је сумње у све већу потребу за успостављем система дуготрајне неге лица зависних од туђе неге и помоћи. У овом раду се говори претежно о наведеној потреби, али и о улози државе у њеном обезбеђивању.

Кључне речи: дуготрајна нега, старија лица, особе са инвалидитетом, неговатељи.

* marijad@prafak.ni.ac.rs ; <https://orcid.org/0000-0002-2477-9835>

** Рад под истим називом је у виду усменог саопштења изложен на Међународној научној конференцији „Правни принципи у савременом праву“, која је одржана на Правном факултету Универзитета у Нишу априла 2024. године.

1. Увод

Како се друштва крећу кроз процес индустријализације и развоја, она доживљавају демографску транзицију која резултира повећањем дуговечности, растућом старијом популацијом и опстанком субпопулацијских група које раније можда не би преживеле рано детињство. У првој фази транзиције, претежно аграрна друштва карактерисала је висока стопа наталитета и висока, али променљива стопа смртности као резултат ратова, глади и епидемија. Током ове фазе, популација је остајала мала и млада, са одређеним бројем појединаца који би преживели до старости. Са развојем и индустријализацијом, побољшањем санитарних услова, мањим бројем епидемија, побољшаном здравственом заштитом и бољим животним условима, нивои смртности новорођенчади су опадали, услед чега је укупна популација почела да расте. Овај раст се наставио током времена мада успореним темпом, будући да је наталитет почео да опада, а стопа смртности је остајала ниска. На крају, у последњој (данас присутној) фази стопа смртности је ниска, али је и наталитет такође низак (иако понекад флукуира као резултат периодичних „бејби бумова“), услед чега се укупна популација стабилизује на високом нивоу.

Поред демографске транзиције кроз која се друштва крећу, постепено се мењају и типови болести и смрти, и то преваходно као резултат епидемиолошке транзиције. Истраживачи генерално сматрају да ова транзиција укључује три фазе. Прва фаза је, што одговара најранијим фазама демографске транзиције, фаза куге и глади коју карактеришу високе стопе смртности од хроничне неухрањености, куге и епидемија заразних болести као што су мале богиње и колера. Током друге фазе долази до постепеног опадања смртности од епидемија и глади и преласка на заразне болести као што су туберкулоза, упала плућа и инфлуенца као доминантни узроци смрти. Са побољшањем медицинске неге, ове болести постају далеко мање распрострањене међу млађим људима, али постају пошаст старости. У завршној фази епидемиолошке транзиције долази до померања са инфективних болести као примарног узрока смрти и инвалидитета на хроничне болести као главног узрока морбидитета и морталитета. Данас су доминантне хроничне болести као што су коронарне болести срца, хипертензија, дијабетес, артритис и канцери, које све више погађају старију популацију, али расте и број младих људи који пате од ових болести услед лоших животних навика, као што су нездрава исхрана, недостатак физичке активности и стрес. Ове болести су постале широко распрострањене и међу људима радног узраста, чему је допринео напредак у здравственој заштити који је омогућио продужење живота, али и повећање хроничних обољења (Rowles, Teaster, 2016: 11,12).

Један од кључних исхода наведених процеса је повећање стопе преживљавања, што подразумева да све већи број људи може да ужива у зрелој старости, иако се често суочавају са ограничењима услед хроничних болести. Овај тренд доводи до раста значаја дуготрајне неге као важне компоненте живота у савременим друштвима. Дуготрајна нега обухвата широк спектар услуга. Обично се дефинише као скуп услуга које се пружају, на периодичној или континуираној основи, особама са смањеним степеном функционалних способности (било физичких или когнитивних) које су, као последица тога, у дужем временском периоду зависне од туђе неге и помоћи у обављању основних и/или инструменталних активности свакодневног живота (Видети више: World Health Organization, 2004; European Commission & Social Protection Committee, 2021; OECD, 2021; World Health Organization, 2021).

Већина европских држава успоставила је системе дуготрајне неге који обезбеђују финансирање и пружање дуготрајних услуга, било у облику директних услуга “у натури” или путем новчаних накнада. На потребу за формирањем и имплементацијом ових система утицала су два основна фактора. Први фактор је старење становништва, које, ако није праћено одговарајућим побољшањем здравственог стања, доводи до раста броја зависних старих особа, чиме се повећава потреба за системом дуготрајне неге. Други фактор је пад доступности неформалне неге, који је резултат промена у друштвеним трендовима, развоју породичних структура и растућем учешћу жена на тржишту рада (European Commission, 2021: 138). Ови фактори доприносе све већој потреби за јавно финансираном (формалном) дуготрајном негом.

Предвиђање будућих трендова у области потреба за дуготрајном негом има кључну улогу у развоју одговарајућих јавних политика. То је нарочито важно како би се осигурало обезбеђивање квалитетних и приступачних услуга, а истовремено одржала фискална стабилност и одрживост система. Такви напори укључују, између осталог, оптимизацију управљања системом дуготрајне неге, као и приоритетно усмеравање ресурса на кориснике којима је нега најпотребнија, а који истовремено имају најмање могућности да је финансирају сами. Поред тога, важно је обезбедити доступност професионалних неговатеља кроз регулисање њиховог радноправног статуса, пружање неопходне психолошке подршке, као и промоцију њиховог здравља и континуирану едукацију, што ће допринети ефикаснијем функционисању система дуготрајне неге (European Commission, 2016: 155, 156).

2. Фактори који утичу на растуће потребе за дуготрајном негом: демографске и друштвене промене

Потражња и понуда услуга дуготрајне неге представљају сложену и међузависну динамику, која произлази из интеракције различитих фактора, чије међусобно утицање и условљавање обликују ову област на више нивоа и утичу на њен развој и ефективност. Најважнији фактор јесте, свакако, степен зависности популације од туђе неге и помоћи, што је резултат свеобухватних социјалних, демографских и епидемиолошких трендова. Повећан број старих и хронично болесних лица која су зависна од дуготрајне неге подразумева све већу потребу за овим услугама. Са друге стране, на страни понуде услуга значајан утицај има доступност квалификованих кадрова, односно неговатеља који су стручни и обучени да пруже квалитетну негу. Недостатак обучених радника може додатно компликовати приступ и квалитет ових услуга. Поред тога, економски фактори играју важну улогу у одређивању доступности и обима услуга дуготрајне неге. Стопе економског раста у великој мери утичу на ресурсну базу, која је потребна за развој и одржавање овог сектора. Напредак у медицинским и здравственим наукама, као и развој и примена нових технологија, такође имају значајан утицај на побољшање квалитета и доступности услуга. Ове иновације могу значајно упростити процес пружања неге, повећати ефикасност и олакшати рад неговатеља, што доприноси широј доступности и већој одрживости система дуготрајне неге.

2.1. Стопе зависности становништва

2.1.1. Старење становништва

Док је, према тврдњама демографа, XX век био век пораста броја светског становништва,¹ XXI век ће бити век старења становништва.

¹ Током четрдесетих година XX века, процењена годишња стопа раста светске популације износила је око 1%. У деценији која је уследила, током педесетих година, ова стопа је значајно порасла и достигла 1,8%, да би током шездесетих достигла врхунац од приближно 2,03% годишње. Ове, у историјском контексту, невиђено високе стопе раста навеле су демографа Коала (Coale) да укаже на потенцијално алармантне последице континуираног демографског експанзионизма. Он је, наиме, проценио да би, уколико би се такав тренд наставио, за мање од 700 година, густина насељености достигла ниво при ком би на сваком квадратном стопалу земаљске површине живела по једна особа, а да би за мање од 1.200 година укупна маса човечанства премашила масу саме планете (Coale, 51). Међутим, већ средином седамдесетих година долази до преокрета — глобална стопа раста становништва почиње да опада, спустивши се на 1,85% годишње. Током осамдесетих година та стопа је додатно смањена на 1,72%, да би у деведесетим годинама XX века износила око 1,4% годишње. Овај пад указује

„Развијени свет“ је већ деценијама уназад захваћен процесом демографског старења, који у основи подразумева повећање броја и удела старог становништва у укупној популацији. Према Извештају Европске комисије о старењу из 2021. године, животни век се повећао у већини развијених земаља од 60-их година XX века, уз извесну конвергенцију између мушкараца и жена (European Commission, 2021: 19). Тако се у Европској унији очекивани животни век при рођењу повећао за више од 10 година између 1960. и 2018. године, достигавши 77,3 године за мушкарце и 83 године за жене у 2018. години (European Commission, 2021: 19). Разлика између очекиваног животног века жена и мушкараца се у Европској унији од 2000. године смањила, пошто се очекивани животни век повећавао брже за мушкарце него за жене. Не постоји консензус међу демографима о дугорочним трендовима у очекиваном животном веку. Оцењује се да ће животни век нарочито зависити од тога да ли постоји природна биолошка граница дуговечности, затим од утицаја будућих медицинских открића и дугорочних ефеката програма јавног здравља, као и друштвеног понашања попут смањења стопе пушења или веће преваленције гојазности. Међутим, јесте важно напоменути да су претходне пројекције становништва генерално потцениле повећање очекиваног животног века при рођењу, што је у неким случајевима довело до потцењивања утицаја старења становништва на буџет. Већина званичних демографских пројекција ипак претпоставља да ће се повећање очекиваног животног века при рођењу успорити. То је зато што су стопе mortalитета у млађим годинама већ веома ниске и будућа повећања очекиваног животног века би захтевала побољшања у стопама mortalитета у старијим годинама (European Commission, 2021: 19).

Најновије пројекције Еуростата претпостављају континуирано повећање животног века од 2019. до 2070. године, иако различитим брзинама у државама чланицама. У Европској унији као целини, очекује се да ће се очекивани животни век продужити и за мушкарце и за жене, уз смањење полне разлике. За мушкарце се очекује да ће се очекивани животни век при рођењу повећати за 7,4 године, и то са 78,7 у 2019. години на 86,1 у 2070. години, док ће за жене порастаи за 6,1 годину, са 84,2 у 2019. години на 90,3 у 2070. години (European Commission, 2021: 20). Поред тога, очекује се да ће земље чланице које тренутно имају најнижи очекивани животни век при рођењу забележити највећа повећања, делимично сустижући остатак Европске уније. За мушкарце, у 2019. години, очекивани животни век се кретао између 70 и 75 година у Бугарској, Естонији, Летонији, Литванији, Мађарској, Пољској, Румунији

на постепено ублажавање демографске експанзије која је обележила послератни период (Nuse, Schieber, 2005: 10-11).

и Словачкој, а очекује се да ће у овим земљама порастати за 9 до 12 година до 2070. године. За жене, очекивани животни век је био око 80 година 2019. у Бугарској, Летонији, Мађарској и Румунији. У овим земљама се до 2070. године очекује раст од 8 до 9 година. Као резултат наведеног, разлика између земаља са највећим и најнижим очекиваним животним веком смањила би се са 10,8 година у 2019. години на 4,5 године у 2070. години за мушкарце, и са 8 на 3,7 година за жене (European Commission, 2021: 20).

И популација Србије је већ деценијама захваћена процесом демографског старења. Средином XX века становништво Србије је спадало у млађе популације Европе (Рашевић, 2006: 44). Међутим, под утицајем смањеног наталитета и смањене смртности старих лица, од средине прошлог века започиње интензивно и континуирано старење становништва. Последњих деценија интензитет старења достиже све веће размере, чему су посебно допринели поремећаји у старосном саставу наслеђени из прошлости. Од друге половине XX века до прве деценије XXI века у Централној Србији и Војводини број лица старих 65 и више година је готово четвороструко повећан – са 325 хиљада у 1948. години на 1.250 хиљада 2011. године, а њихов удео у укупном становништву порастао је са 5,6% на 17,4% (Михајловић: 2013: 73).

Овај тренд се наставио и након 2011. године. Па тако, према Статистичком годишњаку Републичког завода за статистику из 2024. године, просечна старост становништва Републике Србије порасла је са 42,1 годину у 2011. години на 43,9 година у 2023. години, што Србију сврстава у ред земаља дубоке демографске старости, и то не само у европским, већ и у светским размерама. Према индексу старења, однос броја старих 60 и више година наспрам броја млађих од 20 година, у периоду од 2011. до 2023. године повећан је са 121,9 на 150,5. У периоду 2011 – 2023, удео становништва млађег од 15 година и старијег од 65 година у укупном становништву кретао се следећом динамиком: проценат младих (0–14) остао је на истом нивоу од 14,4%, док је проценат старијих од 65 година порастао са 17,3% у 2011. години на 22,3% у 2023. години (Републички завод за статистику, 2024а: 26). У условима демографског старења, дошло је и до повећања коефицијента зависности старих, који указује на однос броја старих 65 и више година наспрам 100 лица радно способног контингента (15–64) и одражава потенцијал земље за суочавање са економским последицама старења, посебно у контексту одрживости пензионог система и опште економске стабилности. У 2022. вредност коефицијента је износила 34,7%, док се у 2052. години очекује пораст на 49,6%, што представља однос старијих наспрам радно способних лица у размери 1:2 (Републички завод за статистику, 2024б: 21).

Основна одлика кретања пројектованог становништва Републике Србије у периоду 2022 – 2052. јесте одвијање процеса депопулације. Наиме, према свакој варијанти пројекција, број становника 2052. године био би мањи него 2022. године, а Република Србија би била типично подручје негативног природног прираштаја. Очекује се да ће се за тридесет година удео лица старих 65 и више година повећати са 21,9% на 28,5%. Поред тога, у наредних тридесет година, предвиђа се и повећање дужине животног века популације старости 65 година приближно за три године. У контексту процене будуће потражње за услугама као што су здравствена и социјална заштита старијих, посебно је важно скренути пажњу на популацију стару 80 и више година. Удео најстаријих у укупном становништву повећаће се са 4,5% у 2022. години на 7,3% у 2052. години (Републички завод за статистику, 2024б: 21).

Према ставовима Светске здравствене организација (СЗО) старење становништва се дефинише као један од највећих успеха људског друштва (Девеџић, Стојилковић, 2012: 61), настао као резултат хуманих помака, односно смањења морталитета старих лица и њиховог дужег животног века, и то захваљујући напретку у медицини, фармакологији, јавном здрављу и промовисању здравих животних стилова (Девеџић, Стојилковић, 2012: 46). Међутим, ако се старост посматра као доба смањених физичких и психичких способности и повећаног инвалидитета, а демографско старење као повећање становништва које је зависно (у економском, социјалном и здравственом смислу), онда се овај феномен може сматрати и једним од највећих изазова савременог друштва (Девеџић, Стојилковић, 2012: 45).

Наиме, као последица биолошког процеса старења, долази до све већег присуства хроничних болести међу популацијом, као што су кардиоваскуларне болести, дијабетес, малигни поремећаји и други. Често се дешава да особе истовремено пате од више ових обољења, што резултира мултиморбидитетом (Радевић, 2017: 1). Паралелно са процесом старења, јавља се и повећан број особа које су функционално зависне, оних са психичким или физичким оштећењима, као и когнитивно оштећених лица, попут дементних особа. Старији људи се све чешће суочавају са економским препрекама у приступу здравственим услугама, услед пада куповне моћи који је резултат пензионисања и престанка активног радног века. Велики број старих особа губи своје способности за самосталан живот због ограничене покретљивости, психолошке слабости или других физичких проблема.² Стога, под свим осталим једнаким условима, очекује

2 Како је лепо приметио Batler (Butler), „трагедија старења није само у томе што сваки од нас мора да остари и умре, већ у томе што је тај процес постао непотребно мучан, болан, понижавајућ, ослабљујућ и изолован, услед несензибилности, незнања

се да ће се број зависних људи повећавати са порастом броја старијих људи, будући да су стопе зависности веће за старије старосне групе.

Државе које се суочавају са демографским старењем становништва озбиљно разматрају своју будућност, свесне да ће “пад наталитета и недовољна радна снага” изазвати значајне притиске на јавне финансије, што може угрозити економску стабилност (Девеџић, Стојиљковић, 2012: 45). У овом контексту, старење становништва представља кључни фактор који утиче на будући раст јавних расхода за систем дуготрајне неге. Све већи број старијих и веома старијих особа неизбежно ће довести до значајног увећања броја људи који ће имати потребу за дуготрајном негом, што ће захтевати не само промену у организацији здравствених и социјалних услуга, већ и дубље разматрање дугорочних политика које ће обезбедити квалитетну и доступну негу за све грађане, без угрожавања фискалне одрживости.

2.1.2. Здравствено стање становништва

Потреба за дуготрајном негом не произилази из самог старења, већ је уместо тога последица инвалидитета, болести или слабости (European Commission, 2021: 140). Наиме, подаци о издацима за дуготрајну негу указују на то да трошкови не расту линеарно са годинама. Анализа издатака према старосним групама коју су доставиле све државе чланице Европске уније и Норвешка за Извештај о старењу из 2021. године показује да потрошња (износ потрошен по кориснику у процентима од БДП-а по глави становника) не региструје релативни пораст трошкова за кориснике дуготрајне неге у вишим старосним групама у мери у којој то чини у профилима трошкова здравствене заштите, нити у мери у којој би то било очекивано према старосној структури зависности. Ово указује на то да трошкови дуготрајне неге по кориснику повезани са тешким инвалидитетом имају сложену интеракцију са старошћу. Зависиће од тога како је дефинисана зависност старосних група, при чему је могуће да се популација са зависношћу подели на млађу, инвалидну популацију (која је мања, али у неким случајевима са високим трошковима по особи) и старију популацију (која је већа, са типичним порастом зависности како старост напредује), а свака од ових група има различите потребе за негом (European Commission, 2021: 139).³

и сиромаштва“ (Butler, 1975). Услед тога, „вероватно један од највећих страхова у старости јесте шта ће се десити када дође до озбиљне и хроничне болести или губитка способности“ (Schulz, 2001: 2013).

3 Покривеност система дуготрајне неге такође има снажан утицај на профил трошкова по старосним групама. Системи дуготрајне неге са врло ограниченом покривеношћу обично се фокусирају само на оне који имају највеће потребе, примера

Наведено сугерише да трошкови дуготрајне неге по примаоцу имају сложени однос са годинама живота. То значи да потребе за дуготрајном негом не одређује нужно старост сама по себи, већ су оне условљене функционалним стањем организма. Њихово мерење, међутим, није ни мало једноставно. Ово пре свега због чињенице да постоји могућност да се задовољена или унапред искоришћена потреба више не доживљава као таква. Поред тога, околина у којој човек живи утиче на потребе, у смислу (не)постојања препрека које условљавају њихову појаву. Коначно, „постоји инхерентна субјективност у метрикама самоперцепције која отежава упоредивост“ (European Commission & Joint Research Centre (JRC), 2023: 7).

Једна стратегија за мерење потреба за дуготрајном негом је ослањање на број људи који имају користи од система дуготрајне неге. Она се, међутим, сматра погрешном јер број потребујућих зависи не само од стварног броја људи којима је дуготрајна нега потребна (страна потражње), већ и од доступности услуга дуготрајне неге (страна понуде). Стога, ослањање само на број људи који имају користи од система дуготрајне неге би довело до вероватног потцењивања броја људи којима је потребан овај систем и до питања упоредивости између земаља или, унутар земаља, међу групама које имају различит приступ систему дуготрајне неге (нпр. према приходу или полу) (European Commission & JRC, 2023: 7).

Друга стратегија подразумева фокусирање искључиво на страну потражње. У литератури постоји више међусобно повезаних концепата који се користе за процену потреба за дуготрајном негом, при чему сви они воде до различитих исхода при њиховој операционализацији. Ако размотримо овај спектар појмова дуж линије која означава општост концепта у опадајућем редоследу, први се налази појам здравља, који је најшире дефинисан и свеобухватан, затим појам слабости, који представља ограничену способност, следи појам зависности, који указује на потребу за спољном помоћи, а на крају је појам морбидитета или физичког стања оштећења, који се односи на конкретна медицинска стања и телесна ометања која утичу на функционисање појединца (Joint Research Centre (JRC), 2023: 7).

Неспорно је да је систем дуготрајне неге нераскидиво повезан са здрављем људи. Један од основних показатеља потребе за дуготрајном

ради, на младе особе са тешким инвалидитетом. Стога, њихов профил трошкова по старосним групама може показивати врло високе трошкове за младе и врло ниске трошкове за старије особе, с обзиром на то да систем обезбеђује минималну негу за старије. Насупрот томе, земље са свеобухватним системима дуготрајне неге пружиће покривеност и за младе особе са инвалидитетом и за старије особе, при чему ће њихов профил трошкова по старосним групама вероватно бити ближи релативним трошковима пружања неге за сваку старосну групу (European Commission, 2021: 139).

негом је здравствени статус појединца – особе са добрим здрављем имају мање шансе да буду зависне од овог система. Здравље се дефинише као свеобухватно стање физичког, менталног и социјалног благостања, а не само као одсуство болести или слабости, како је то дефинисано од стране Светске здравствене организације.⁴ Оно је комплексни производ различитих фактора који се крећу од биолошког стања организма, преко индивидуалног понашања, до социо-економских карактеристика и утицаја животне средине. Особама са здравственим проблемима може бити потребна здравствена нега, али то не подразумева увек потребу за дуготрајном негом, што указује на то да сам концепт здравља није увек поуздан индикатор за потребу за оваквим системом (Joint Research Centre (JRC), 2023: 7).

Стога, други концепт који се користи за процену потреба за системом дуготрајне неге јесте концепт слабости. Иако не постоји потпуни консензус о оперативној дефиницији слабости, значајан напредак је постигнут у последње две деценије, што се огледа у енормном порасту броја научних публикација које се баве овом темом. Светска здравствена организација дефинише слабост као „клинички препознатљиво стање код старијих особа које имају повећану рањивост, узроковану опадањем физиолошке резерве и функција вишеструких органа као последицу старења, чиме је угрожена способност за адаптацију на свакодневне или акутне стресоре“ (Светска здравствена организација, 2017: 9). Ова дефиниција препознаје слабост као специфичан клинички ентитет који се разликује од инвалидитета (који се односи на оштећење у извођењу активности свакодневног живота) и коморбидитета (који подразумева присуство две или више хроничних болести) (Светска здравствена организација, 2017: 9). Слабост се, стога, сматра претечом инвалидитета и обухвата димензије које се односе на погоршање здравственог стања (Joint Research Centre (JRC), 2023: 7). Међутим, концепт слабости такође није потпуно поуздан за процену потреба за дуготрајном негом, јер не узима у обзир све аспекте социјалне и емоционалне подршке који су од пресудног значаја за адекватну негу, као ни степен зависности који може бити специфичан за сваку особу.

На супротном крају спектра уопштености налазимо концепте који се односе на физичко стање или оштећење. До 2001. године, Светска здравствена организација је користила дефиницију инвалидитета која је била везана за физичка оштећења. Према тој дефиницији, инвалидитет се описивао као „ограничење или недостатак способности (посредством оштећења) да се извршавају активности на начин или у обиму који се

4 Constitution of the World Health Organization, Преузето: 15.1.2025. <https://apps.who.int/gb/bd/pdf/bd47/en/constitution-en.pdf>.

сматрају нормалним за људско биће⁵. У Извештају о старењу за 2021. годину, инвалидитет се поново дефинише као функционално оштећење организма (European Commission, 2021: 141). Међутим, ова дефиниција је у значајној мери ограничена за процену потреба за дуготрајном негом, јер ове потребе нису искључиво зависне од физичког стања организма, већ и од социјалног и економског окружења у којем особа живи. Како је истакнуто у истом извештају, инвалидитет у овом ужем смислу не може бити изједначен са зависношћу, јер неки људи са физичким оштећењима могу наставити да живе без зависности од помоћи других. Стога, зависност није идентична инвалидитету, јер она подразумева потребу за подршком у свакодневном животу, док инвалидитет одражава функционално оштећење појединца (European Commission, 2021: 141).

Отуда, као најпогоднији за процену потреба у систему дуготрајне неге сматра се концепт зависности. Традиционално, зависност се процењује кроз мере функционалног статуса, које обухватају алате за процену физичких, когнитивних, емоционалних и социјалних аспеката функционалне способности организма. Најчешће коришћени индикатор за процену потреба за дуготрајном негом односи се на способност појединца да извршава основне дневне активности живота (*Activities of Daily Living - ADLs*) (Clark et al. 2007: 321). Овим алатом процењују се способности самопомоћи у активностима као што су кретање, исхрана, облачење, лична хигијена, а процена се обично врши уз помоћ скале која садржи четири тачке: (1) потпуно независан, (2) захтева само механичку помоћ, (3) захтева помоћ друге особе и (4) неспособност за обављање активности (Katz et al. 1963: 914-919). Од увођења ове мере 1963. године, она је више пута модификована и данас је широко примењивана за мерење потреба у дуготрајној нези (OECD 2007; Colombo, F. et al. 2011; Atella et al. 2017; European Commission and Social Protection Committee 2021).

Друга често коришћена мера продубљује приступ, проширујући процену на способности које су важне за одржавање самосталног живота. Ову меру, која се односи на инструменталне активности свакодневног живота (*Instrumental Activities of Daily Living - IADLs*), увели су 1969. године амерички истраживачи Лотон (Lawton) и Броди (Brody). Овим алатом се процењује способност појединца да самостално обавља активности као што су куповина намирница, коришћење превоза, одржавање

5 World Health Organization, International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps: a manual of classification relating to the consequences of disease, 1976. Преузето. 2.2.2025. <https://iris.who.int/handle/10665/41003>

домаћинства, узимање лекова, управљање новцем и коришћење телефона (Lawton, Brody, 1969: 179–186).⁶

Једном када се идентификују одговарајуће мере за квантификовање потреба за дуготрајном негом, могуће је одредити и проценат популације која има потребу за овим системом.⁷ На основу различитих метрика, подаци из Еуростата и правне базе SHARE (The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe) показују да се број људи који пате од озбиљних ограничења у обављању активности, а самим тим и којима је потребан систем дуготрајне неге, креће од 13% у популацији старијој од 50 година, до 16% у популацији старијој од 65 година и 20% у популацији старијој од 55 година, са значајним разликама у приходу, полу и старосним групама (European Commission & JRC, 2023: 10).

Поред тренутног стања у погледу процене потреба за дуготрајном негом, такође је важно разматрати како ће се удео популације са потребама за овим системом кретати у будућности. Недавни Извештај Заједничког истраживачког центра (*Joint Research Centre - JRC*) Европске комисије предвиђа да ће се до 2070. године удео људи са потребама за

6 Без обзира на различите мере које се примењују за процену нивоа функционалне способности или инвалидитета појединаца, недвосмислено је да је популација која има потребу за дуготрајном негом изузетно разнолика и да је континуирано у порасту. Иако ова проблематика није ни мало једноставна, у социјално-политичким дискусијама, ова популација се често категорише у специфичне групе, најчешће на основу старосне доби и типа инвалидитета, са циљем да се услуге прецизније и ефикасније усмере према одређеним категоријама становништва. Тако једну групу чине особе са сметњама у развоју, особе са хроничним болестима, старије одрасле особе са физичким инвалидитетом, млађе особе са физичким инвалидитетом и одрасле особе са менталним поремећајима (Fortinsky, Shugrue, 2016: 421, 422; Zanjani, F. Hosier, A. 2016: 321–329). Здравствена стања која обухватају ову групу укључују артритис и друга реуматска обољења, хипертензију, болести срца, болести доњих респираторних органа, канцер, дијабетес, цереброваскуларне болести, мождани удар, деменцију, бубрежне болести и многа друга стања (Rowles, Teaster, 2016: 14). Друга група обухвата особе са оштећењима која су резултат трајних, обично неизлечивих дефеката узрокованих болешћу, повредом (као што је ампутација удова) или когнитивним ограничењем (нпр. Даунов синдром или урођене малформације као што је слепило од рођења). Хроничне болести и трајна оштећења воде ка инвалидитету, односно смањењу способности појединца да се самостално стара о себи и обавља свакодневне активности без помоћи. Услед овога, појединци постају зависни од туђе неге и помоћи у обављању основних и инструменталних дневних активности (Rowles, Teaster, 2016: 14).

7 Према већина држава користи неку од наведених мера како би утврдиле ниво и врсту дуготрајних потреба које особа има, а тиме и да ли има право на подршку, оне се међусобно разликују како по систему бодовања који се користи за оцену озбиљности потреба, тако и по томе како се ови бодови примењују у пракси. Не постоји универзално прихваћена међународна мера потреба за дуготрајном негом, што чини тешким упоређивање прагова за остваривање права (Muir, 2017: 18).

дуготрајном негом повећати са 11,6% у 2020. години на 14,1% у 2070. години. Ово представља пораст од 21% у броју људи старијих од 50 година којима ће бити потребна дуготрајна нега у 2070. години, у поређењу са 2020. годином (European Commission & JRC, 2023: 19). У апсолутним бројевима, број људи који имају потребу за дуготрајном негом у 19 земаља Европске уније повећаће се са 19,7 милиона у 2020. години на 20,9 милиона у 2025. години, на 27,1 милиона у 2050. години и на 28,7 милиона у 2070. години (European Commission & JRC, 2023: 19).

Истовремено, најновије процене Европског информационог система за канцер (*ECIS - European Cancer Information System*) указују на значајно повећање броја лица оболелих од канцера у Европској унији због пројектованих демографских промена до 2040. године, посебно међу популацијом од 65 и више година. Процењује се да ће се број нових случајева рака у земљама Европске уније и Европске асоцијације за слободну трговину (ЕФТА) повећати за 19% до 2040. године, док се у истом периоду очекује пораст смртности од рака за 27%.⁸ Ове дугорочне процене су израчунате под претпоставком да ће инциденција и ниво смртности од рака остати исти у периоду од 2022. до 2040. године, и показују да старење становништва различито утиче на појаву рака у различитим земљама, са процењеним порастом нових дијагноза рака у распону од +2% у Летонији до +57% у Луксембургу. Такође, старења становништва има јак ефекат и на смртност од рака и такође варира међу земљама, од +6% у Бугарској до +71% на Исланду.⁹ Овај тренд се јавља упркос напретку у лечењу рака и напорима да се промовише здраво старење.

2.2. Страна понуде - доступност услуга дуготрајне неге и људских ресурса

Иако су старење становништва, као и демографски и епидемиолошки процеси, кључни фактори који обликују растућу потражњу за дуготрајном негом, они представљају само један део сложеног проблема. На истој равни, посебно је важно размотрити растућу потребу за људским ресурсима, углавном члановима породица, који су често приморани да преузму одговорност за пружање дуготрајне неге. Они су, међутим, суочени са вишеструким и конкурентним обавезама, што отвара додатне изазове.

Ови аспекти потражње и понуде дуготрајне неге су повезани. Са једне стране, социодемографска кретања и здравствено стање

8 Cancer estimates up to 2040 factsheet. Преузето 20.1.2025. <https://ecis.jrc.ec.europa.eu/cancer-factsheets-eu-27-countries-2022>

9 *Ibid.*

становништва (посебно стопе зависности) чине основне факторе који утичу на растућу потребу за дуготрајном негом. Међутим, с друге стране, на понуду и организацију овог система утичу образци пружања дуготрајне неге, као и начин на који се државе ослањају на формалну, плаћену негу у односу на неформалну негу. Ови аспекти подразумевају и доступност људских ресурса, без обзира да ли су они ангажовани у формалној или неформалној нези. С обзиром да је сектор дуготрајне неге високо радно интензиван, очекује се да ће раст броја људи који ће бити зависни од овог система значајно повећати потражњу за радном снагом која ће бити потребна за пружање неге (Fujisawa, Colombo, 2009: 14).

2.2.1. Доступност неформалних неговатеља

Бивша прва дама Сједињених Америчких Држава, Елеонор Розалин Картер једном је рекла: „Постоје само четири врсте људи на свету – они који су били неговатељи, они који су тренутно неговатељи, они који ће бити неговатељи и они којима су неговатељи потребни“ (Carter, Golant, 1994: 3). И заиста, иако је процењена покивеност зависне популације неновчаним давањима из система дуготрајне неге доста висока, нарочито у појединим земљама чланицама Европске уније (примера ради у Холандији, Данској и Шведској), највећи део услуга дуготрајне неге у већини земаља света (примера ради у Грчкој, Летонији, Бугарској, Кипру, Румунији, Естонији, Португалу, Хрватској и др.) и даље пружају неформални неговатељи (European Commission, 2016: 142, 143). Па тако, неке процене указују да чак 80% дуготрајне неге у Европи пружају неформални неговатељи (Hoffmann, Rodrigues, 2010: 3).

За разлику од формалне неге која се плаћа и која функционише независно од друштвених односа, неформална нега се не плаћа и обавља се спонтано (између лица повезаних кроз породичне или ванпородичне, пријатељске односе), без закључења формалног уговора. У најширем смислу, под неформалном негом се подразумева свака врста помоћи или неге пружене старијим особама (члановима породице или другим), као и нега за одрасле радног узраста, младе и децу са инвалидитетом, као и особе са менталним потешкоћама (European Commission, 2018: 10). Овако схваћена, неформална нега обухвата две подврсте: професионалну негу коју пружају професионалци без закљученог уговора и лаичку негу коју обављају чланови породице, пријатељи, рођаци, комшије или волонтери (Dzakula et al. 2023: 449).

Прва врста неге, односно случајеви у којима пацијенти или чланови њихових породица ангажују трећу особу као неговатеља болесне или старије особе представљају велики изазов. Овај аранжман подразумева неформално радно ангажовање, са неговатељем који живи у истом

домаћинству као и особа о којој брине. У многим развијеним земљама, ови неговатељи су имигранти, суочени са језичким баријерама и разликама у друштвеном и културном пореклу (Dzakula et al. 2023: 449). У мање развијеним земљама сценарио је знатно другачији. Неформалну негу, односно сталну бригу и помоћ лицима којима је потребна подршка због физичких, когнитивних или менталних проблема најчешће пружају чланови породице и пријатељи. Њихова просечна старост у Европској унији варира у зависности од земље, али се процењује да су најчешћи неговатељи особе старије од 50 година. Према подацима ОЕЦД-а, око 13% особа старијих од 50 година пружа неформалну негу барем једном недељно (OECD, 2022: 13). Њихов број у Европи варира између 10% и 25% укупне популације, при чему се просечне вредности значајно разликују међу државама и зависе од начина на који се неформална нега дефинише и мери (European Commission, 2018: 10). Притом, процењује се да је 48% неформалних неговатеља у старосној групи од 45 до 64 године, 33% њих има 44 године или мање, а 22% има 65 или више година.¹⁰

Неформални неговатељи су често жене које пружају негу супружницима, родитељима или сродницима (Colombo et al. 2011). На нивоу Европске уније око 59% свих неформалних неговатеља (старости од 18 и више година) су жене, у распону од 52% (у Румунији) до 65-66% (у Чешкој, Литванији и Пољској).¹¹ Наведено, као и чињеница да се све више жена укључује на тржиште рада, те да се породични модели мењају, намеће питање колико ће у будућности бити доступних неформалних неговатеља. Да би се схватио овај будући тренд и повезани утицај неформалне неге на јавно пружање и финансирање услуга дуготрајне неге, у емпиријским истраживањима и литератури се, најчешће, узимају у обзир две димензије: будућа доступност потенцијалних неформалних неговатеља и њихова склоност пружању неге.

Посматрање пројектованог броја потенцијалних неговатеља, али и релативних промена у броју неговатеља и броја зависних од туђе неге и помоћи представља први показатељ будућег потенцијалних несташница у области дуготрајне неге. У том смислу, ваља истаћи да емпиријска истраживања показују да се у периоду од 2010. до 2060. године очекује повећање броја припадника старосне групе 65-79 и 80+ за 41%, односно за 163%, док се у истом периоду очекује да ће се старосна група од 45 до 64 године, у којој се налази већина потенцијалних неформалних неговатеља, смањити за 8,8% (European Commission, 2012: 28).

¹⁰ Eurocarers, The gender dimension of informal care, Position Paper, 2021, 4. Преузето. 5.2.2025. <https://eurocarers.org/publications/the-gender-dimension-of-informal-care/>

¹¹ *Ibid.*

С обзиром на то да се највећи број неговатеља примећује у старосној групи од 45 до 64 године, у истраживањима се као важно истиче и израчунавање „коефицијента зависности од неге“, у коме се сагледава пројектовани однос броја старих 65 и више година у односу на лица узраста од 45-64 године. У том смислу, ваља истаци да подаци показује да се број првих (лица старијих од 65 година) у односу на друге (лица старости од 45 до 64 године) удвостручава до 2060. године, док се однос старосне групе 80+ према старосној групи од 45 до 64 године повећава са 17,8 у 2010. на 51,3 у 2060. години, што је нешто мање од утрострочења. Другим речима, у 2060. години очекује се један да на једног потенцијалног неговатеља (тј. особу узраста од 45 до 64 године) долази 51 особа старија од 80 година. Ово наговештава потенцијални јаз између понуде и потражње за услугама дуготрајне неге (European Commission, 2012: 28).

Поред броја доступних неговатеља, кључно питање у погледу будуће доступности неформалне неге је спремност неговатеља да пружи негу, и што је важно, спремност да је пружи потребним интензитетом (тј. бројем потребних сати или захтеваном тежином задатака) (European Commission, 2018: 21). С обзиром да су жене доминантан добављач неформалних услуга дуготрајне неге, што су више ангажоване на тржишту рада, то мање могу да пруже неформалну негу (OECD, 2023: 21). Наиме, традиционално, жене су биле примарни пружаоци неформалне неге у породицама, што је део њихове друштвене улоге. Међутим, последњих деценија забележен је значајан пораст у учешћу жена на тржишту рада, што има вишеструке ефекте. Како жене све више учествују у радној снази, њихове могућности да посвете време и енергију пружању неформалних услуга драстично се смањују. Радни ангажман, често са захтевним радним временом, оставља мање простора за неформалне породичне обавезе. Поред тога, улазак жена на тржиште рада доноси са собом потребу за економском независношћу и професионалним усавршавањем, што може довести до смањења мотивације да се преузме додатно оптерећење неге, нарочито ако се не обезбеди адекватна компензација или подршка.

Стога, на склоност неговатеља да пружају негу директно ће утицати будуће учешће жена на тржишту рада (које су у овом тренутку главне неговатељице). Наиме, упркос великој варијабилности радне снаге међу земљама у Европској унији, генерално гледано, стопе учешћа жена су стално расле у последњих двадесет пет година. Извештај о старењу становништва показује да старији појединци (стари од 50 година и више) имају тенденцију да остану дуже на тржишту рада, посебно жене. На нивоу Европске уније, највећи пораст у стопама запослености до 2060. године очекује се код жена узраста 45–64 године, у просеку за 12,1 процентни поен, док се за мушкарце очекује пораст од само 3,5 процентна поена.

Сходно томе, предвиђа се да ће се родни јаз у стопама запослености значајно смањити у периоду до 2060. Иако се предвиђа да ће укупна стопа запослености особа у пуној радној снази (25-54) остати скоро непромењена на око 85% између 2010. и 2060. године, то је последица супротних трендова по половима - учешће жена на тржишту рада ће расти, док ће учешће мушкараца опадати (European Commission, 2012: 34).

Поред тога, способност пружања неге ће се вероватно смањити и због измењених породичних модела. Наиме, током последњих деценија дошло је до значајних промена у породичној структури које утичу на доступност неформалних неговатеља. Традиционалне вишегенерацијске породице, у којима су одрасли чланови блиско живели са старијим рођацима, све више уступају место мањим језгрима и појединачним домаћинствима (Meenu et al. 22: 806-813). Због нижих стопа наталитета и промене животних приоритета, број деце у породицама се смањује, што резултира мањим бројем потенцијалних неговатеља унутар исте породице. Поред тога, савремени трендови миграције, нарочито селидбе младих у веће урбане центре или иностранство, доводе до тога да чланови породице нису физички близу старијих чланова, отежавајући континуирану и свакодневну негу. Такође, савремено друштво карактеришу повећана независност и фокус на лични развој, што може резултирати мањим ангажовањем у традиционалним породичним обавезама, укључујући и пружање неге.

Још један важан фактор који ће утицати на будућу доступност неформалних неговатеља јесте недостатак институционалне подршке, односно недостатак политика које омогућавају флексибилно радно време или рад од куће често спречава запослене чланове породице да преузму улогу неговатеља. У многим земљама Европске уније, неформални неговатељи немају приступ адекватним програмима подршке, што може укључивати и обуку, саветовање или правну заштиту.

Такође, не треба занемарити ни чињеницу да пружање неге може имати негативне последице по здравствено стање неговатеља, смањујући њихову способност да се брину и да учествују на тржишту рада. Дуготрајно пружање неге, без адекватне помоћи, може довести до хроничне физичке и емоционалне исцрпљености, што смањује спремност појединаца да наставе са овом улогом. Наиме, у многим случајевима дуготрајна нега подразумева велики број активности које неговатељ преузима на себе спонтано или наметнуто. Дешава се да неговатељи морају да науче извесне здравствене третмане и да примењују неке од терапија, уз већ редовну подршку у извођењу свакодневних животних активности. Оптерећење овим обавезама може бити велико, и може довести до различитих негативних ефеката, од несанице, анксиозности,

депресивности и других здравствених проблема, до финансијских потешкоћа, што, са друге стране, може имати негативне последице које се крећу од лошег квалитета неге, преко психолошког оптерећења до психичког и физичког злостављања и занемаривања.

На крају, као један од кључних фактора који ће утицати на будућу доступност неформалних неговатеља ваља истаћи недостатак правне заштите. У многим земљама, неформални неговатељи немају дефинисан правни статус, што значи да нису заштићени радним и социјалним законодавством. Без законских мера које би гарантовале адекватну заштиту, здравствено осигурање или друга (неновчана или новчана) давања, многи се одлучују да не преузимају ову улогу, с обзиром на потенцијалне ризике и трошкове. Правни акти и смернице Европске уније, као и документи ОЕЦД-а, указују на важност стварања правног оквира који би обезбедио заштиту и подршку неформалним неговатељима, чиме би се повећала њихова спремност за преузимање ове одговорности.

3. Уместо закључка - о улози државе у обезбеђивању потреба за дуготрајном негом

Савремени демографски токови указују на значајну промену у структури становништва, пре свега кроз процес интензивног старења, пораст удела старијих особа – нарочито оних старијих од 80 година – у укупној популацији и истовремени пад броја радно способног становништва. Ови процеси неминовно доводе до повећања стопе зависности, односно до растућег односа између броја лица која зависе од помоћи других и броја оних који су потенцијални пружаоци такве помоћи. Истовремено, уочава се и све израженије слабљење капацитета неформалне неге, услед промена у породичној структури, урбанизације, миграција, као и све веће професионалне ангажованости чланова породице који су традиционално преузимали улогу неговатеља. Тиме се додатно продубљује јаз између потреба зависног становништва и реалних могућности за њихово задовољење кроз традиционалне, породичне облике бриге.

Наведени трендови указују на јасно растућу потребу за развојем свеобухватних, доступних и одрживих система дуготрајне неге (Слично: Gibson et al. 2003: 1). У том контексту, улога државе је кључна и вишеслојна. Први аспект улоге државе у обезбеђивању дуготрајне неге односи се, пре свега, на развој и имплементацију правног оквира који регулише право на дуготрајну негу. Држава мора обезбедити правну сигурност за кориснике услуга, дефинишући јасно права и обавезе свих актера у систему. Правни оквир треба да обухвати различите облике неге, од институционалне до

неинституционалне, и да прецизира стандарде квалитета услуга, као и одговорности пружалаца услуга и надлежних органа. Један од кључних изазова у обезбеђивању дуготрајне неге јесте регулисање радноправног статуса неформалних неговатеља, који често обављају овај посао унутар породице или у оквиру заједнице, без званичног, законског признања и без адекватне радноправне и социјалноправне заштите. Држава има одговорност да препозна специфичност ове групе радника и да развије одговарајуће законске и институционалне механизме за њихову заштиту (Слично и: Sjenčić et al. 2024: 1-17).

Други кључни сегмент улоге државе односи се на обезбеђивање финансијских средстава за покривање трошкова система дуготрајне неге. Улога државе је да створи адекватан механизам финансирања, како би услуге биле доступне свим корисницима, а не само онима са вишим приходима. То подразумева како финансирање институционалне неге, тако и развој програма који подржавају неформалне неговатеље. Такође, обезбеђивање равномерног распореда средстава на територији државе, нарочито у руралним подручјима, кључно је за избегавање територијалних неједнакости у приступу услугама.

Даље, улога државе у обезбеђивању дуготрајне неге подразумева развој образовних програма и система сертификације. Квалитет пружене неге у великој мери зависи од обучености неговатеља, како формалних, тако и неформалних. Од државе се очекује да успостави систем који омогућава обуку, сертификацију и континуирано усавршавање неговатеља, чиме се осигурава квалитет услуга и заштита интереса корисника. Такође, неопходно је развијати специјализоване програме обуке за неформалне неговатеље, који често сnose највећи терет у пружању неге, нарочито у контексту породичних одговорности.

Поред тога, држава игра кључну улогу у пружању подршке породицама и неформалним неговатељима. Непосредна подршка коју држава може пружити укључује пореске олакшице, социјална давања и различите облике психолошке и емоционалне подршке, који су неопходни за особе које пружају негу. Ове мере не само да помажу у смањењу стреса и исцрпљености неговатеља, већ и у побољшању њиховог општег благостања, имајући у виду велики физички и емоционални терет са којим се суочавају. Државна подршка такође подразумева и повећање доступности услуга за децу, чиме се смањује двоструки терет који пада на радну снагу, посебно на жене које често преузимају одговорност да истовремено пружају негу старијим и болесним члановима породице, као и да се брину о деци.

С обзиром на изазове демографских промена, улога државе у обезбеђивању дуготрајне неге не може се ограничити само на пружање

услуга, већ треба да обухвати и развој нових технологија и иновација у области неге. Употреба савремених технологија, попут паметних уређаја за праћење здравља и удаљеног надзора, може значајно олакшати процес неге и смањити потребу за сталном физичком присутношћу неговатеља. Држава треба да подстиче развој и имплементацију ових технологија, чиме се не само побољшава квалитет живота корисника, већ и омогућава рационализација ресурса и смањење трошкова.

На крају, важно је напоменути да држава треба да активно сарађује са приватним сектором и невладиним организацијама у стварању одрживог система дуготрајне неге. Јавно-приватна партнерства и сарадња са цивилним друштвом могу допринети ширењу мреже услуга, чинећи их приступачнијим и ефикаснијим. Овај интегративни приступ омогућава брже прилагођавање потребама корисника, као и имплементацију нових модела и услуга неге.

У закључку, улога државе у обезбеђивању система дуготрајне неге је комплексна и вишеструка. С обзиром на растуће потребе за дуготрајном негом, које су условљене демографским променама, смањењем броја неформалних неговатеља и повећањем стопе зависности, држава мора да развије адекватну стратегију која обухвата законски оквир, финансијску подршку, образовање неговатеља и развој технологија. На тај начин, држава може обезбедити одржив, правичан и ефикасан систем дуготрајне неге, који ће бити у могућности да задовољи потребе свих грађана. Јасно је да само свеобухватан и стратешки приступ, заснован на принципима правичности, солидарности и одрживости, може одговорити на изазове које намеће савремена демографска реалност и обезбедити достојанствен живот лицима која зависе од туђе неге и помоћи.

Литература

Atella, V. Belotti, F. Kim, D. Goldman, D. Gracner, T. Piano Mortari, A. Tysinger, B. (2021). The future of the elderly population health status: Filling a knowledge gap. *Health Economics*. 30. 11-29.

Butler, R. (1989). Productive Age. U Bengston V. L. Schaie, K. W. (Prir). *The Course of Later Life*. New York: Springer. 55-64.

Gibson, M. Gregory, S. Pandya, S. (2003). *Long-Term Care in Developed Nations: A Brief Overview*. Washington: The AARP Public Policy Institute.

Девеџић, М. Стојилковић, Ј. (2012). Ново поимање старости – перспективна старост. *Становништво*. Vol. 50. Бр. 1/2012. 45-68.

Zanjani, F. Hosier, A. (2016). Long-Term Care Populations: Persons With Mental Illness. U Rowles, G. Teaster, P. (Prir.). *Long-Term Care in an Aging Society*. New York: Springer. 331-360.

Carter, R. Golant, S. K. (1994). *Helping yourself help others: A book for caregivers*. New York: Three Rivers Press.

Clark, R. Burkhauser, R. Moon, M. Quinn, J. Smeeding, T. (2007). *The Economics of an Aging Society*. Malden/ Oxford/Carlton: Blackwell Publishing.

Coale, A. J. (1974). The History of the Human Population. *Scientific American* (September 1974). Vol. 231. No. 3. 40-51.

Colombo, F. et al. (2011). *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*, OECD Health Policy Studies. OECD Publishing.

Katz, S. Ford, A. Moskowitz, R. Jackson, B. Jaffe, M. (1963). Studies of illness in the aged. *Journal of the American Medical Association*. 185(12). 914-919.

Lawton, M. P. Brody, E. M. (1969). Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*. 9(3). 179-186.

Meenu, Dua. K. Yadav. P. (2022). Changing Family Structures and Impact on the Care of Elderly in Family: A Review. *International Journal of Advances in Engineering and Management*. Vol. 4. No. 7. 806-813.

Михајловић, Т. (2013). Демографско старење старог становништва Србије. *Зборник радова - Географски факултет Универзитета у Београду*. Бр. 61. 73-102.

Muir, T. (2017). Measuring social protection for long-term care. *OECD Health Working Papers*. No. 93. Paris: OECD Publishing.

Nyce, S. Schieber, S. (2005). *The Economic Implications of Aging Societies - The Costs of Living Happily Ever After*. Cambridge University Press.

Rowles, G. Teaster, P. (2016). The Context of Long-Term Care. U Rowles, G. Teaster, P. (Prir.). *Long-Term Care in an Aging Society*. New York: Springer. 3-32.

Радевић, С. (2017). *Родно специфичне особености старења становништва Републике Србије*. Докторска дисертација. Крагујевац: Факултет медицинских наука Универзитета у Крагујевцу.

Рашевић, М. (2006). Феномен старења становништва Србије. *Демографија*. Бр. 3. 43-58.

Schulz, J. H. (2001). *The Economics of Aging*. Seventh Edition. London: Auburn House.

Сјенчић, М. Миленковић, М. Николић Попадић, С. (2024). Неформални неговатељи старијих у Србији – ка препознавању формалног статуса?. *Становништво*. Бр. 1. 1-17.

Fortinsky, R. H. Shugrue, N. A. (2016). Understanding Long-Term Care Policy. U Rowles, G. Teaster, P. (Prir.). *Long-Term Care in an Aging Society*. New York: Springer. 419- 442.

Fujisawa, R. Colombo, F. (2009). *The long-term care workforce: overview and strategies to adapt supply to a growing demand*. OECD Health Working Papers No. 44. Paris: OECD Publishing.

Hoffmann, F. Rodrigues, R. (2010). *Informal Carers: Who Takes Care of Them?*. Policy Brief. 4/2010. Vienna: European Centre.

Džakula, A. Banadinović, M. Lončarek, K. Vočanec: D. (2023). Informal care: the indispensable pillar of care for complex patients. *Croatian Medical Journal*. 64(6). 448-451.

Извори права и документи

World Health Organization. (2017). *WHO Clinical Consortium on Healthy Ageing. Topic focus: frailty and intrinsic capacity*. Report of consortium meeting 1–2 December 2016. Geneva: World Health Organization, Department of Ageing and Life Course.

World Health Organization. (1976). *International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps: a manual of classification relating to the consequences of disease*. Преузето. 2.2.2025. <https://iris.who.int/handle/10665/41003>

World Health Organization. (2004). *The World health report: changing history*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2023). *Long-term care for older people: package for universal health coverage*. Geneva: World Health Organization.

Cancer estimates up to 2040 factsheet. Преузето 20.1.2025. <https://ecis.jrc.ec.europa.eu/cancer-factsheets-eu-27-countries-2022>

Eurocarers, The gender dimension of informal care, Position Paper, 2021, 4. Преузето. 5.2.2025. <https://eurocarers.org/publications/the-gender-dimension-of-informal-care/>

European Commission, Directorate-General for Economic and Financial Affairs. (2021). *The 2021 Ageing Report - Economic and Budgetary Projections for the EU Member States (2019-2070)*. Institutional paper 148. Brussels.

European Commission, Directorate-General for Economic and Financial Affairs. (2012). *Long-term care: Need, use and expenditure in the EU-27*. Economic Papers 469. Brussels.

European Commission, Directorate-General for Economic and Financial Affairs and Economic Policy Committee, Ageing Working Group. (2016). *Joint Report on Health Care and Long-Term Care Systems & Fiscal Sustainability*. Institutional paper 037. Luxembourg: Publications Office of the European Union,

European Commission, Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion Directorate A — Employment and Social Governance. (2018). *Informal care in Europe, Exploring Formalisation, Availability and Quality*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

European Commission, Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion Directorate C — Social Affairs. (2018). *Challenges in long-*

term care in Europe - A study of national policies 2018. Brussels: European Commission.

European Commission, Joint Research Centre (JRC). (2023). Demographic microsimulation of long-term care needs in the European Union - *Prototype for a microsimulation model projecting the demand for long-term care up to 2070*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

European Commission, Social Protection Committee. (2021). *Long-term care report. Trends, challenges and opportunities in an ageing society*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

Constitution of the World Health Organization. Преузето: 15. 1. 2025. <https://apps.who.int/gb/bd/pdf/bd47/en/constitution-en.pdf>.

OECD. (2007). *Trends in Severe Disability Among Elderly People: Assessing the evidence in 12 OECD countries and the future implications*. OECD Health Working Papers No. 26.

OECD. (2021). *Health at a Glance 2021: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing.

OECD. (2022). *OECD Employment Outlook 2022: Building Back More Inclusive Labour Markets*. Paris: OECD Publishing.

Републички завод за статистику. (2024). *Пројекције становништва Републике Србије 2022-2052*.

Републички завод за статистику. (2024). *Статистички годишњак Републике Србије*.

Marija Dragičević, LL.D.,
Assistant Professor,
Faculty of Law, University of Niš,

ON THE NEED FOR LONG-TERM CARE AND THE ROLE OF THE STATE IN PROVING SUCH CARE

Summary

As societies progress through the processes of industrialization and socio-economic development, they undergo a demographic transition characterized by increased life expectancy, a growing proportion of elderly persons in the overall population, and the survival of population subgroups which, in earlier times, often did not manage to reach adulthood. Although the effects of prolonged life expectancy on the overall health status and the prevalence of disability remain uncertain, while the influence of advancements in medical science and healthcare practices on the quality of life in old age is not easily quantifiable, it is clear that increasing longevity inevitably leads to a rising number of individuals requiring some form of long-term care services. This need is further reinforced by an increasing prevalence of chronic illnesses and disabilities not only among the elderly but also in younger age groups, as well as by significant transformations in family structures and care-giving models. The traditional model, based on geographically close family members providing unpaid and direct care, is gradually being replaced by models of care provision that increasingly rely on remote support and formal care-giving mechanisms. These socio-cultural and demographic shifts have significantly reduced the availability of informal caregivers, thereby increasing the pressure on formal care systems and the need for organized and institutional responses. Despite the uncertainties regarding the complex interplay of demographic aging, shifts in familial roles, and changing health profiles of the population, there is little doubt that contemporary societies are facing a steadily growing need for the establishment, regulation, and maintenance of comprehensive long-term care systems for persons dependent on the help and support of others in their daily lives. In this context, the role of the state becomes crucial, not only in terms of defining public policy priorities and legal frameworks but also in terms of ensuring equitable access, financial sustainability, and coordination of diverse service providers. This paper discusses the structural determinants of the growing need for long-term care and critically examines the responsibilities of the state in meeting this need, particularly in light of the increasing gap between the demand for care and the available human and institutional resources.

Keywords: long-term care, elderly persons, persons with disabilities, demographic change, carers.