

Republički zavod za socijalnu zaštitu
Jedinica za monitoring i evaluaciju (JME)
dr Lidija Kozarčanin, *koordinator*

O EVROPSKOM KONCEPTU DUGOTRAJNE ZAŠTITE i praktičnim iskustvima u pilot projektu akreditacije programa usluga dugotrajne zaštite u Srbiji

Rezime

U prvom delu teksta se na nivou EU¹ opisuje fenomen *dugotrajne zaštite*, njegove osnovne karakteristike, politika i ciljevi dugotrajne zaštite i trendovi razvoja prakse koja se realizuje u EU. Posebno mesto u dugotrajnoj zaštiti ima pitanje kvaliteta socijalnih i zdravstvenih usluga koje se pružaju starijim osobama. Ovo je istovremeno i važan deo koncepta po kome se u Srbiji, u partnerstvu našeg Ministarstva rada i socijalne politike i italijanskih NVO – Progetto Sviluppo i Ministarstva inostranih poslova Italije, već nekoliko godina realizuje Program „Podrška reformi politike zaštite starih lica u Srbiji“. U ciljevima tog programa sadrži se razvijanje dugotrajne zaštite, odnosno, *integrisane socijalne i zdravstvene zaštite starijih* kao i *jačanje stručnih kapaciteta za monitoring i evaluaciju integrisanih socijalno-zdravstvenih usluga* (usmereno na MRSP, MZ i Republički zavod za socijalnu zaštitu). U članku se analiziraju stečena iskustva u primeni modela monitoringa i evaluacije - *institucionalne akreditacije programa socijalno-zdravstvenih usluga za starije*. Akreditaciju je izveo tim (JME) sastavljen na nivou Ministarstva za rad i socijalnu politiku, Ministarstva zdravlja i Republičkog zavoda za socijalnu zaštitu u ustanovama socijalne i zdravstvene zaštite u Kragujevcu. Ceo proces je praćen podrškom NVO Progetto Sviluppo i ekspertskom podrškom iz Italije.

Ključne reči: *dugotrajna zaštita, integrisana socijalna i zdravstvena zaštita, institucionalna akreditacija usluga*

Pojam dugotrajne zaštite²

Unutar zajednice evropskih zemalja paralelno postoji više različitih definicija pojma dugotrajne socijalne zaštite. Kao najšira, polazna osnova koristi se odredjenje Organizacije za ekonomsku saradnju i razvoj (OECD)³ koje definiše dugotrajnu zaštitu kao „**politiku koja predstavlja presek situacije u pružanju određenog broja usluga za osobe koje su zavisne od tuđe pomoći u osnovnim dnevnim aktivnostima (ADLs)⁴ i tokom dužeg vremenskog perioda**“. U elemente

¹ Evropska Unija – u daljem tekstu, EU

² Iz Izveštaja Evropske komisije, (Odbora za zapošljavanje, socijalna pitanja i jednake mogućnosti EU) o dugotrajnoj socijalnoj zaštiti 2007. godine.

Prim. a.: Već u samom prevodu engleskog termina Long Term Care javlja se nedoumica. Sam termin Care znači briga ali ga u prevodu „smeštamo“ u socijalnu zaštitu i prevodimo kao zaštita jer je taj termin „odomaćen“ u našoj praksi.

³ Organizacija za ekonomsku saradnju i razvoj, 2005, Long Term Care for older People

⁴(ADLs) Dnevne aktivnosti obuhvataju sve aktivnosti koje osoba mora izvesti u toku dana kao što je kupanje, oblačenje, hranjenje, ustajanje i leganje, odnosno, sedanje, kretanje, korišćenje toaleta, i kontrolisanje fizioloških potreba

dugotrajne zaštite uključuje se rehabilitacija i osnovne medicinske usluge, kućna zdravstvena nega, socijalna podrška, dnevni boravak i usluge kao što je transport, priprema i serviranje obroka, okupacione i podržavajuće aktivnosti kao na primer pomoć u instrumentalnim aktivnostima svakodnevnog života (IADLs).⁵

Dugotrajna zaštita se pruža nemoćnim starim osobama i posebnim grupama ljudi, osobama koje imaju fizičke ili mentalne smetnje, kojima je neophodna podrška i pomoć u njihovim osnovnim dnevnim aktivnostima. Potrebe na koje se odgovara dugotrajnom zaštitom najčešće su kod grupa nastarijih osoba (80+) koje su istovremeno i u najvećem riziku od dugotrajnih hroničnih oboljenja koja vode u fizičke ili mentalne nesposobnosti, odnosno, zavisnost.⁶ Definicije dugotrajne zaštite se u evropskim zemljama razlikuju sa stanovišta određenja dužine korišćenja, određenja profila korisnika kao i obima i vrste usluga. I linija razgraničenja između zdravstvene i socijalne komponente u dugotrajnoj zaštiti se veoma različito praktikuje. Isto se može zaključiti i za odnos korišćenja rehabilitacionih usluga i vremena provedenog na lečenju u bolnici ili u nekoj drugoj instituciji.

Razlike u pojmu dugotrajne zaštite postoje i u viđenju „zavisnosti“ osobe koja je korisnik ovih usluga. Ponegde se „zavisnost“ posmatra u odnosu na mogućnosti konkretne zajednice da „pokriva“ određene rizike. Razlika se javlja i u odnosu na to da li se podrška pruža u vidu finansijskog benefita ili konkretne usluge. Isto tako razlika postoji i prema tome ko će biti definisan kao korisnik, npr. porodica ili pojedinac.

Razlike postoje i kod generalnog razgraničenja ko će biti pružaoci usluga celoj populaciji potencijalnih korisnika, odnosno, koja je i kakva uloga javnog i privatnog sektora ili se prioritet daje, pre svega, porodici. U stvari, najčešće se dugotrajna zaštita definiše kao varijetet zdravstvenih i socijalnih usluga koje se obezbeđuju u dužem vremenskom periodu za osobe kojima je pomoć neophodna kontinuirano, zbog prisutnih fizičkih ili mentalnih smetnji.

Izveštaj EU o dugotrajnoj zaštiti: politika

U EU se starenje stanovništva u smislu povećanja udela starijih građana u stanovništvu vidi kao „rezultat značajnog ekonomskog, socijalnog i medicinskog napretka koji je omogućio Evropljanima da dugo žive u udobnosti i sigurnosti što je bez presedana u našoj istoriji“.⁷ Starenje stanovništva se pažljivo prati da bi se sve zemlje EU na vreme i uspešno prilagođavale ovim izazovima i da bi koristile sve prednosti koje iz ovog procesa proizilaze. Iz ovih razloga su zemlje EU usvojile i zajedničke ciljeve za razvijanje zdravstvene i dugotrajne zaštite čijim će ostvarivanjem obezbediti dostupnu, visokokvalitetnu i održivu delatnost tako što će pristupiti osiguranju:

⁵ (IADLs) Instrumentalne aktivnosti dnevnog života su aktivnosti koje su vezane za nezavisan način života i uključuju pripremu obroka, rukovanje novcem, kupovinu namirnica i stvari za ličnu upotrebu, izvođenje lakših ili težih poslova u domaćinstvu i korišćenje telefona.

⁶ OECD Observer. „Dugotrajna zaštita: kompleksan izazov“ 2007. godina

⁷ The demographic future of Europe – from challenge to opportunity, European Commission, October 2006

1. svima dostupne zdravstvene i dugotrajne zaštite i da potreba za ovom zaštitom ne vodi u siromaštvo i finansijsku zavisnost korisnika a posebno će se obraćati pažnja na ishode neujednačenog pristupa uslugama u oblasti zdravlja i dugotrajne zaštite;

2. kvalitetne zdravstvene i dugotrajne zaštite uključujući razvoj prevencije i praćenja, promene potreba i prioriteta društva i pojedinca, i razvijanje standarda kvaliteta koji će odražavati primere najbolje međunarodne prakse, jačanje odgovornosti profesionalaca kao i odgovornosti pacijenata i korisnika zaštite;

3. da adekvatna i visokokvalitetna zdravstvena i dugotrajna zaštita ostane i dostupna i finansijski održiva kroz promociju racionalnog korišćenja resursa, korišćenjem adekvatnih stimulacija za korisnike i pružaoce usluga, dobrim rukovođenjem i koordinacijom sistema zaštite, državnih i privatnih institucija. Dugotrajna održivost i kvalitet zahtevaju promociju zdravog i aktivnog načina života i dobrih ljudskih resursa za sektor zaštite.

Izveštaj EU o dugotrajnoj zaštiti: pregled i projekcija potreba

Zemlje članice EU su u septembru 2006. godine predale svoje nacionalne izveštaje o socijalnoj uključenosti, socijalnim transferima i po prvi put, o zdravstvenoj i dugotrajnoj zaštiti.

Na osnovu ovih izveštaja sačinjen je pregled stanja u oblasti dugotrajne zaštite. U okviru zajednički prihvaćenih ciljeva analiziraju se glavni izazovi sa kojima se sreću zemlje članice kao i strategije rešavanja tih izazova u oblasti dugotrajne zaštite. Prema podacima koji su prikazani u ovom izveštaju - podgrupa za indikatore u okviru Komiteta za socijalnu zaštitu EU radi na *razvoju zajedničkih indikatora* za zdravstvenu i dugotrajnu zaštitu.⁸

Sredstva uložena u zdravstvo i dugotrajnu zaštitu su najveća posle redovnih i invalidskih penzija i predstavljaju znatan deo globalne potrošnje u socijalnoj zaštiti EU. Ipak, jedan od najvažnijih nalaza u ovom pregledu dugotrajne zaštite u EU je sledeći: „*Starenje stanovništva i društvene promene ne dovode obavezno do povećane potražnje za uslugama dugotrajne zaštite. Ono što povećava potrebu za uslugama dugotrajne zaštite je **produženje životnog veka i učestalost nesposobnosti i zavisnosti**. Produženje očekivanog životnog veka u trenutku rođenja za muškarce i za žene imaju jasne implikacije za trenutne i buduće potrebe u domenu dugotrajne zaštite.*“

Činjenica je da će produženi životni vek podstaći zahteve za uslugama dugotrajne zaštite i u formalnom (društveno organizovane službe i institucije) i neformalnom sektoru (porodica). Utvrđeno je da produženi životni vek već jeste i tek će nametnuti dodatne zahteve u pogledu rehabilitacije, prevencije lošeg zdravlja u starosti, adekvatnih životnih uslova za stariju populaciju (socijalna pomoć i penzije) kao i različitim politikama usmerenim na povećanje participacije u obrascima društvene aktivnosti i osnaživanja. Očekivana dužina života, koja se na nivou EU povećala za

⁸ http://ec.europa.eu/employment_social/spsi/common_indicators_en.htm

nekih 8 godina od 1960.godine, će prema procenama porasti za dodatnih 6 godina do 2050.⁹

Stopa rađanja ispod nivoa proste reprodukcije i starenje stanovništva će u budućnosti rezultirati većim udelom starih i veoma starih ljudi. Očekuje se da će se broj ljudi starih 65 i više godina, u EU povećati za 77% do 2050. godine. Za broj radno sposobnog stanovništva (od 15 do 64 godine) očekuje se da opadne za 16% do 2050.godine, i to, zbog stope rađanja ispod nivoa proste reprodukcije. Za proporciju starosti i zavisnosti, što se odnosi na broj ljudi starijih od 65 godina u odnosu na one starosti između 15 i 64, se predviđa da će se udvostručiti, dostižući 51% 2050.godine. Za Evropu se očekuje da će se prepoloviti njena proporcija starosti-zavisnosti, sa sadašnjih 4 radno sposobna čoveka na svakog starijeg građanina na 2 radno sposobna na jednog starog do 2050.godine.¹⁰

Starenje stanovništva dovodi do povećanja udela starih i veoma starih ljudi u populaciji, vodeći stvaranju novih obrazaca morbiditeta i mortaliteta, kao što je povećanje degenerativnih i hroničnih bolesti. U sumiranom Izveštaju su iskazi ispitanika, po starosnim grupama, o potrebi za dugotrajnom zaštitom pokazali prevalenciju zavisnosti i nesposobnosti za starije uzrasne grupe.

Starenje stanovništva, zajedno sa stopom nataliteta ispod novoa proste reprodukcije i prevalencijom hroničnih bolesti u starijim uzrasnim grupama mogu se razumeti kao znak za buduće potrebe za dugotrajnom zaštitom. Međutim, veća zastupljenost hroničnih bolesti i obrazaca zavisnosti u starosti ne znači i da je dugotrajna zaštita jedina briga starije populacije iako su oni glavni korisnici dugotrajne zaštite.

Prikupljanje podataka o učestalosti zavisnosti ili nesposobnosti je bio poseban izazov jer su različite zemlje koristile različite definicije kada se radi o stepenu intenziteta zavisnosti (umerena do teška) kao i različite koncepte kada mere učestalost hroničnih stanja. Inenzitet zavisnosti će neizbežno uticati i na tip prateće zaštite, odnosno, nege koja će biti pružena. Uprkos važnosti prikupljanja podataka o učestalosti javljanja hroničnih bolesti, samo mali broj zemlja u EU sakuplja ove podatke. Ipak, moglo se pouzdano zaključiti da: „Hronične bolesti predstavljaju jedan od najvažnijih problema za zdravstveni aspekt kvaliteta života, naročito za stare, i jedan je od glavnih razloga korišćenja zdravstvenih službi. Hronične bolesti često utiču na psihološke ili fizičke sposobnosti ljudi na duži vremenski period ili čak zauvek. Nekoliko ovih hroničnih bolesti su bitne jer su glavni uzroci smrti,

⁹ The impact of ageing on public expenditure: projections for the EU25 Member States on pensions, health care, long-term care, education and unemployment transfers (2004-2050), *Report prepared by the Economic Policy Committee and the European Commission (DG ECFIN)*, 2006
http://europa.eu.int/comm/economy_finance/epc/epc_publications_en.htm

¹⁰ The impact of ageing on public expenditure: projections for the EU25 Member States on pensions, health care, long-term care, education and unemployment transfers (2004-2050), *Report prepared by the Economic Policy Committee and the European Commission (DG ECFIN)*, 2006
http://europa.eu.int/comm/economy_finance/epc/epc_publications_en.htm

nesposobnosti ili hospitalizacije (povišen krvni pritisak, dijabetes, hronične bolesti srca ili šlog)".¹¹

Kao dodatak učestalosti javljanja zavisnosti i njene prevalencije kod starijih starosnih grupa i drugi faktori verovatno utiču na buduću potrebu za uslugama dugotrajne zaštite. To su predviđene promene u organizaciji i pružanju usluga dugotrajne zaštite kao troškovi jedinica za pružanje usluga, balans između formalne (organizovane službe i sl.) i neformalne (porodične) zaštite i u okviru formalnog pružanja usluga kao i balans između kućne i institucionalne nege.

U nekim zemljama članicama, projektovano povećanje potrebe za dugotrajnom zaštitom zajedno sa povećanom zaposlenosti žena uključuje i povećanu potrebu za uslugama formalne dugotrajne nege jer će žene biti manje dostupne za pružanje neformalnih usluga zaštite. Osim toga, trend koji se razvija u pravcu pružanja formalne dugotrajne zaštite (kod kuće rađe nego u institucionalnim uslovima) može u nekim zemljama dovesti do povećane potrebe za formalnom zaštitom kod kuće. Takva promena zahteva jasnu akciju na nacionalnom nivou kojom bi se promovisala kućna zaštita umesto institucionalne kao i korišćenje odgovarajućih pomoćnih i preventivnih tehnologija koje podržavaju autonomiju starih osoba.

Izveštaj EU o dugotrajnoj zaštiti: pregled odgovornosti i prakse

Usluge dugotrajne zaštite se razlikuju u zemljama članicama EU. Razlike postoje u smislu pokrivenosti stanovništva, obima usluga kao i u pogledu korišćenih organizacionih šema rada. Države su intenzivno fokusirane na povećanje usluga kod kuće „po meri korisnika“ i usluge lokalne zajednice i udaljavaju se od institucionalne zaštite. Ovo nikako ne znači da će usluge institucionalne zaštite u potpunosti nestati. Pre bi se moglo reći da se usluge institucionalne zaštite moraju očuvati zbog onih osoba sa najtežim oblicima nesposobnosti, odnosno, stanjima za koje kućna zaštita nije najadekvatnije rešenje. Većina zemalja je prvenstveno zaokupljena neophodnošću razvijanja i proširivanja kućne ili zaštite u lokalnoj zajednici, uz razvijanje odgovarajućeg nivoa kvaliteta dugotrajne zaštite koja bi dobijala podjednaku pažnju u svim zemljama koje su istraživane.¹²

U sredinama gde je to moguće, kućna ili zaštita u lokalnoj zajednici ima prednost nad institucionalnom zaštitom. Šta više, i tamo gde je pružena zaštita u institucijama poželjno je, da bude unutar lokalne zajednice jer se na taj način obezbeđuje socijalna uključenost i učestvovanje korisnika u skladu sa dominantnim sistemom vrednosti i normi.¹³ Cilj je da se pojedincima omogući da ostanu kod kuće dokle god je to moguće dok se u isto vreme pruža institucionalna zaštita kada je potrebno. Na ovaj način se, takođe, podržavaju lični izbori: uopšteno govoreći, ljudi žele da žive u svojoj kući dokle god je to moguće, blizu svoje porodice i prijatelja.¹⁴

¹¹ Health statistics, Key data on health 2002, PANORAMA OF THE EUROPEAN UNION 2002 EDITION, Data 1970-2001, Eurostat

¹² S.Jacobzone (1999), Ageing and Care for Frail Elderly Persons: an overview of international perspectives, OECD Labour Market and Social Policy Occasional Paper No.38

¹³ Ethical choices in long-term care: what does justice require? World Health Organization collection on long-term care, WHO 2002

¹⁴ The OECD Health Project, Long-term Care for Older People, OECD 2005

Eurobarometrovo istraživanje je pokazalo da su očekivanja ispitanika o tome kako će koristiti dugotrajnu zaštitu u najvećoj meri usklađena sa njihovim preferiranim načinima prihvatanja pomoći u situaciji zavisnosti. Zanimljivo je da njihova očekivanja i preferencije daju prednost zaštiti koja je vezana za kuću u odnosu na vidove institucionalne zaštite. Ispitanici i očekuju i najčešće žele da koriste dugotrajnu zaštitu u svom domu – bilo od strane svoje porodice (najpoželjnije i očekivano rešenje za 45% ispitanika), profesionalne službe ili od strane plaćenog negovatelja.

Među ispitanicima postoji visok stepen saglasnosti o tome da državni organi treba da omoguće adekvatnu dugotrajnu zaštitu za stare (93%), da država treba da plati profesionalne negovatelje kako bi oni odmenili i rasteretili porodične negovatelje (91%) i da država treba da obezbedi prihode osobama koje su morale da napuste posao ili da rade sa nepunim radnim vremenom da bi pružale negu (89%). Osim toga, značajna većina ispitanika (70%) smatra da bi pojedinci trebalo da budu obavezni da doprinose planu osiguranja koji finansira dugotrajnu zaštitu i da ne treba prodavati kuću osobe koja nije u mogućnosti da sebi priušti usluge dugotrajne zaštite, kako bi se platile neophodne usluge. Takođe su se pojavile i značajne varijacije između zemalja po prethodna dva pitanja. Značajno je i da preko 70% ispitanika smatra da su osobe zavisne od tuđe pomoći primorane da se previše oslanjaju na svoju decu. Iako se čini da na socio-demografskom nivou nema većih varijacija u ovakvom viđenju i ovde se pojavljuju razlike između zemalja.

Uprkos postojanja opisanog trenda udaljavanja od institucionalne nege u korist kućne ili zaštite u lokalnoj zajednici, usluge dugotrajne zaštite i dalje su neophodne u bolnicama u akutnoj (trenutnoj) ili ne-akutnoj formi (starački domovi). Dužina boravka i vrsta usluga koje se pružaju zavise od korisnikovog medicinskog i finansijskog stanja i porodičnih okolnosti. Kućne i usluge zajednice obično obuhvataju sledeće: a) kućne posete medicinske službe, kućna nega, pomoć u kući (na primer: čišćenje, kupovina, donošenje obroka) i prilagođavanje stambenog prostora potrebama korisnika (na primer: ograda, stojeća kada); b) dnevni ili kratki boravak u bolnici, dnevna nega (boravak) i prevoz, centri za noćnu negu, stanovanje uz podršku (što obično podrazumeva iznajmljivanje pojedinačnih stanova uz prateće medicinske i socijalne usluge) i c) pomoć preko telefona. Gerijatrijska, prelazna i odeljenja za rehabilitaciju su načini kojima se osigurava prelazak sa institucionalnog na kućni ambijent.

Neke zemlje više favorizuju duži ostanak u institucijama od nekih drugih zemalja. Neke zemlje u fokus stavljaju kontinuitet pružanja medicinske zaštite dok druge brže otpuštaju pacijente sa institucionalne nege istovremeno, stavljajući akcenat na prateće aktivnosti zaštite – rehabilitaciju i prevenciju. Struktura i organizacija sistema dugotrajne zaštite se razlikuje u evropskim zemljama na taj način što odražava organizacione osobenosti svakog sistema pre nego strukturu stanovništva i demografski razvoj. Razlike takođe odražavaju različite nacionalne pristupe porodičnoj solidarnosti (prisustvo neformalne nege i podrška onom ko je preuzeo ulogu negovatelja) kao i neuhvatljive nepodudarnosti između potrebe za uslugama i pružanjem usluga dugotrajne zaštite finansiranih javnim sredstvima.

Iako su kućna nega i usluge lokalne zajednice jeftinije od nege pružene u institucionalnim uslovima, sredstva koja su dodeljena sektoru kućne zaštite se razlikuju od zemlje do zemlje.

U većini zemalja na institucionalnu zaštitu i dalje odlazi više od polovine sredstava predviđenih za dugotrajnu zaštitu. Uprkos tome što većina zemalja žele da prošire usluge zajednice i kućne nege, da li iz finansijskih razloga ili zato da se pruže usluge koje su fokusirane na pacijenta, tek, varira udeo kućne nege kao dela javne potrošnje na dugotrajnu zaštitu. U zemljama sa najmanje razvijenim sistemom dugotrajne zaštite, udeo javnih troškova za kućnu negu je minimalan u ukupnoj potrošnji za dugotrajnu negu. Neke zemlje su napravile značajan pomak u pravcu povećanja javne potrošnje za potrebe kućne nege, odnosno, usluge lokalne zajednice. Zaključeno je da će šeme uključene u definiciju dugotrajne zaštite i zakonski status pružalaca dugotrajne zaštite uticati i na stepen uporedivosti različitih organizacionih šema i njihovih nivoa troškova.

Dugotrajna zaštita se ne odnosi na isti raspon usluga u svim zemljama. Neke zemlje se fokusiraju na medicinsku komponentu, razdvajajući medicinsku od socijalne zaštite. Obezbeđivanje integralnih usluga zavisnim i starim osobama, mada je usvojeno kao opšti cilj kome treba težiti u okviru dugotrajne zaštite uglavnom nije dostupan. Ova činjenica u velikoj meri sprečava obezbeđivanje kontinuirane zaštite sa odgovarajućim pratećim aktivnostima koja se pruža zavisnim i starim ljudima. Mnoge zemlje žele da vrše promociju rehabilitativne nege/zaštite (Portugal, Češka, Grčka, Finska, Francuska.) u smislu ponovnog uspostavljanja pacijentovih veština do mere da može da stekne dovoljno lične umešnosti (efikasnosti) kako bi funkcionisali na način koji je normalan ili gotovo normalan koliko je to moguće. Rehabilitaciona zaštita se može pružati u institucionalnim i u kućnim uslovima. I što je još važnije, usluge rehabilitacije bi trebalo pružati tako da one omogućavaju, tamo gde je to moguće, pacijentovo ponovno uključivanje na tržište rada.

Izveštaj EU o dugotrajnoj zaštiti: cilj ostvarivanja kvalitetnijih usluga

Nacionalni izveštaji su pokazali tesnu povezanost sva tri zajednički definisana cilja. Oni naglašavaju snažnu usaglašenost poboljšanja dostupnosti, povećanja kvaliteta i osiguravanja održivosti u brojnim politikama. *Međutim, imajući u vidu svrhu ovog predstavljanja EU koncepta dugotrajne zaštite sa naglaskom na kvalitet usluga bavićemo se pre svega, tim aspektom. Uz to za nas u Srbiji je svakako, značajan i prikaz dobre prakse integrisane zdravstvene i socijalne komponente dugotrajne zaštite.*

Kvalitet usluga dugotrajne zaštite za zavisne osobe varira kako između tako i unutar zemalja. Istraživalja o zadovoljstvu pacijenata pruženim uslugama i izveštaji o lošem kvalitetu su postala izvor zabrinutosti i podstakla javnu, privatnu i državnu inicijativu za poboljšanje kvaliteta usluga zaštite i stimulisanje izveštavanja o kvalitetu i mehanizmima procene. Dokazi o manjku kvaliteta u dugotrajnoj zaštiti su se pojavili iz brojnih izvora kao što su mediji, propagandne grupe, javni članci, pružaoci dugotrajne zaštite kao i od udruženja za akreditaciju kvaliteta i monitoring. Primeri lošeg ili neadekvatnog kvaliteta usluga, kako u institucionalnom tako i u konetkstu lokalne zajednice, odnose se na neprilagođeno odnosno, neadekvatno stanovanje (u

domovima), nedostatak privatnosti, slabu društvenu uključenost korisnika usluga i korišćenje prevelikog broja raznih zabrana za korisnika.¹⁵

Zabrinutost zbog lošeg kvaliteta usluga dugotrajne zaštite imala je i značajnu pokretačku snagu za reforme čiji je cilj bio povećanje dostupnosti usluga dugotrajne zaštite i povećanje sredstava za finansiranje ovog sektora. Mnoge zemlje članice su uvele ili poboljšale regulative i zakone za procenu i poboljšanje usluga dugotrajne zaštite.

Usavršavanje standarda kvaliteta ima ključnu ulogu u osiguravanju adekvatnog kvaliteta zaštite za zavisne osobe, bilo za usluge kućne zaštite ili u institucijama (formalnu zaštitu), bilo za neformalnu (porodičnu) zaštitu. U većem broju država je zaključeno da se mora uložiti napor za poboljšanje kvaliteta zaštite u ovoj oblasti za koju se često smatra da je na niskom nivou i koja ima tendenciju da snažno varira i unutar samih zemalja - kao na primer u Mađarskoj, Malti, Poljskoj, Portugalu, Estoniji i Grčkoj.

Sveobuhvatna priroda i porast obima usluga i broja i vrsta pružalaca usluga dugotrajne zaštite predstavlja težak i složen zadatak za definisanje kvaliteta i merenje. Indikatori kvaliteta zaštite se koriste za procenu i evaluaciju kvaliteta usluga koje se pružaju i u institucionalnom i u okruženju lokalne zajednice. Ti indikatori su vremenom razvijani i intenzivno korišćeni za domove za stare kao i u kućnoj zaštiti. Neizbežno je da se oni pre odnose na formalnu dugotrajnu zaštitu nego na neformalne usluge koje je mnogo teže meriti i evaluirati.

Indikatori se dele po dimenzijama: **strukture, procesa i rezultata**. Klasifikacija je korišćena da bi se obuhvatio širok dijapazon mogućih kvalitetnih indikatora i da se utvrde trendovi kretanja tokom vremena u oblasti procene kvaliteta i procedura kontrole. Zapažen je i rastući trend u razvoju indikatora kvaliteta.¹⁶ Osim ovoga, razvijene su i mere koje se odnose na rezultate kako bi se omogućila obuhvatnija procena nivoa kvaliteta usluga dugotrajne nege. To ne znači da su indikatori kvaliteta strukture i procesa nevažni već je neophodno potpunije proceniti i postojeći zdravstveni uticaj na populaciju zavisnih.

Regulativa kvaliteta za oblast dugotrajne zaštite se razvila od minimalnih zahteva u pogledu strukture i procesa zaštite ka obuhvatnijim i složenijim mehanizmima sigurnosti kvaliteta koji u sebi kombinuju indikatore usmerene ka proceduri, strukturi i rezultatima, kao što su: obaveza kontinuirane edukacije i treninga zaposlenih zajedno sa pacijentovim mehanizmima za zaštitu sopstvenih prava koji pacijentima omogućavaju viši stepen učestvovanja i konsultovanja.

¹⁵ The study "Deinstitutionalisation and community living – outcomes and costs: report of a European study. Volume 2: Main report", prepared by Masell J., Knapp M., Beadle-Brown J., and Beecham J. (2007) Canterbury: Tizard Centre, University of Kent, for the European Commission can be found at the following link: http://ec.europa.eu/employment_social/index/vol2_web_report_en.pdf

The Study confirms that institutional care often exhibits poor quality levels. Community-based services, when adequately established and managed, can deliver better outcomes in terms of quality of life and ensure that disabled people can live as full citizens. The Report makes the case that community-based services are often not more expensive than institutional care once the needs of residents and quality of care have been taken into account when calculating the costs.

¹⁶ The OECD Health Project, Long-term Care for Older People, OECD 2005, p.67

Kvalitetom usluga dugotrajne zaštite možemo se pozabaviti kroz *mehanizme formalne regulative* i *licenciranja*. Povećanim akcentom na promovisanju usluga dugotrajne zaštite u kućnim uslovima i na nivou lokalne zajednice naišlo se na novi izazov – kako osigurati kvalitet u drugačijem radnom okruženju za koji su postojeći indikatori strukture i procesa često bili neodgovarajući. Uzimajući dodatno u obzir da veći deo tereta zaštite u kućnim uslovima na sebe preuzimaju neformalni negovatelji (članovi porodice i srodnici), indikatori strukture za proporcionalnost kadrova i adekvatnost treninga bili su neprimenjivi za takve situacije.

U nacionalnim izveštajima se navode i raznovrsne mere preduzete za poboljšanje kvaliteta. Standardi kvaliteta za strukturu, proceduru i rezultate kao i mere akreditacije kvaliteta preduzimaju se u Holandiji i Slovačkoj, praćenje sistemom monitoringa kvaliteta, npr. u Kipru, Nemačkoj, Grčkoj, Francuskoj i Holandiji. To su samo neka od sredstava koje zemlje članice koriste kako bi osigurale visok kvalitet dugotrajne zaštite.

Kliničke smernice koje se zasnivaju na medicinskoj praksi koje koriste, npr. Nemačka i Luksemburg, samo su još jedno sredstvo za unapređenje kvaliteta. Povećanju kvaliteta takođe doprinosi i veći stepen usluga strukturiranih tako da je u njihovom fokusu pacijent/korisnik što uključuje kreiranje većeg broja usluga „po meri pacijenta“ uz veće učešće pacijenta u procesu donošenja odluka. Jednoobrazni mehanizmi garancije kvaliteta (koje koriste npr. Češka, Nemačka, Estonija, Španija, Švedska, Litvanija, Latvija, Slovenija i Velika Britanija) mogu biti efikasni kod problema nejednakog nivoa kvaliteta i u sprečavanju arbitrarnog diskrecionog prava u proceni pacijentovih potreba na regionalnom ili lokalnom nivou. Naglašena je, takođe, važnost još bližeg povezivanja usluga zdravstvene i socijalne zaštite.

Suštinski zahtev za osiguranje kvaliteta, koji je od posebne važnosti za dugotrajnu zaštitu, je aktivno obračunavanje sa pojavom maltretiranja ili zlostavljanja pacijenata. Ovo je naglašeno na Konferenciji na temu „Zaštita dostojanstva starih – prevencija zlostavljanja starih“ koja je održana u Briselu 17. marta, 2008. godine. Konferencija je omogućila otvaranje debate na temu zaštite dostojanstva i prevencije zlostavljanja starih. Potvrđeno je da je zaštita dostojanstva i osnovnih prava onemoćalih starih osoba postala ogroman izazov za društva širom Evrope. Razmatrani su brojni primeri dobre prakse (kampanje za podizanje nivoa svesti, telefonske linije podrške, standardi kvaliteta u uslugama dugotrajne/kućne zaštite i trening za profesionalne pružaoce usluga i podrška za neformalne negovatelje). Nekoliko zemalja je predstavilo svoje nacionalne strategije za rešavanje i prevenciju problema zlostavljanja starih a tokom diskusije predstavljen je čitav niz predloga za buduće političke akcije u promociji daljih aktivnosti koje će za cilj imati zaštitu dostojanstva u starosti i prevenciju zlostavljanja starih.

Izveštaj EU o dugotrajnoj zaštiti: koordinacija nivoa i sektora dugotrajne zaštite

Od suštinske važnosti za dostizanje visokog nivoa kvaliteta i efikasne upotrebe resursa u pružanju usluga dugotrajne zaštite u institucionalnim ili okvirima lokalne zajednice je koordinacija, odnosno, organizacija zaštite. Smatra da je najbitnije omogućiti kontinuitet zaštite nezavisno od različitih nivoa pružanja usluga (lokalni, regionalni, nacionalni) i organizacije pružanja usluga. Problemi koordinacije na tromeđi medicinske, socijalne zaštite i neformalne (porodične) zaštite može dovesti do negativnih ishoda po korisnike i do neefikasne upotrebe resursa.

Problemi koordinacije imaju snažan uticaj na finansiranje sistema, sa jedne strane (koordinacija ili njen nedostatak - između različitih vrsta budžeta koji učestvuju) a sa druge strane, na organizaciju pružanja usluga i koordinaciju, ili manjak koordinacije između različitih nivoa organizacija i između različitih sektora koji u zaštiti učestvuju (zdravstveni naspram socijalnih službi). Iz izveštaja prenosimo i primer dobre prakse u koordinaciji dugotrajne zaštite u Portugalu.

Integracija zdravstvene i socijalne zaštite – Portugal

Vlasti su nedavno donele dalekosežnu reformu sistema dugotrajne zaštite. Strateška namera Vlade je bila da razvije integrativni model zdravstvenog i socijalnog sektora koji bi trebalo da bude održiv i implementiran kao mreža. U okviru mreže će biti artikulirane različite usluge i na različitim nivoima sistema zdravstvene i socijalne zaštite.

Zaštita će biti pružena putem delovanja jedinica za oporavak, srednjeročnih jedinica i jedinica za rehabilitaciju. Dalje deluju dugoročne jedinice i jedinice za održavanje, jedinice za palijativnu zaštitu, dnevni centri i jedinice za promociju funkcionalne nezavisnosti, timovi za menadžment pri otpuštanju iz bolnice, bolnički timovi za podršku palijativne zaštite, timovi za kontinuiranu integrisanu zaštitu i timovi lokalne zajednice za podršku palijativnoj zaštiti.

Novi model integrisane socijalne i zdravstvene dugotrajne zaštite omogućava razvoj novih usluga ili pravaca zaštite, čiji je cilj da odgovori na potrebe različitih grupa starijih sa problemom zavisnosti u različitim tačkama razvoja bolesti i na moguće socijalne rizike koji se mogu pojaviti. Još je važnije, mreža favorizuje kontinuitet između zaštite na nivou lokalne zajednice, bolničke zaštite za akutne pacijente i socijalne podrške, upotpunjavajući primarnu zaštitu i nivoe specijalizovane bolničke zaštite.

Osobama koje žive u situaciji zavisnosti prilazi se sa globalnog, integralnog, multidisciplinarnog, ujednačenog, harmoničnog i na-zajednicu-fokusiranog stanovišta. Mreža se zasniva na fleksibilnom modelu koji pruža mogućnost adaptacije na različite teritorijalne potrebe, postepen razvoj različitih tipova usluga, veću efikasnost u korišćenju resursa i bolju kontrolu i sistematizaciju novih oblika intervencija, kao i veći stepen uključenosti profesionalaca kroz formiranje grupa eksperata i specijalizovanih profesionalaca koji podstiču i šire profesionalnu praksu koja je namenjena opštem oporavku stare osobe u situaciji zavisnosti.

Za višestruke i često uzajamno podstičuća hronična stanja, potrebna je integracija zaštite do određenog stepena jer ovakve situacije zahtevaju pružanje različitih oblika zaštite i ujedno pristup specijalizovanom lečenju. Profesionalci u oblasti zaštite bi trebalo da osiguraju da pacijenti prate jedan koherentan put zaštite uz odgovarajući tretman (lečenje) u adekvatni okolnostima nezavisno od organizacionih osobnosti sistema dugotrajne zaštite. Boljom koordinacijom socijalnih i zdravstvenih usluga moglo bi se takođe izbeći dupliranje akcija i pruženih usluga. Prebacivanje pacijenata dugotrajne zaštite iz oblasti akutne intenzivne zaštite i obezbeđivanje da se ta zaštita pruža u adekvatnijim uslovima, može redukovati finansijsko opterećenje vezano za

skupu akutnu (obično bolničku) zaštitu istovremeno podstičući unapredjenje kvaliteta pruženih usluga.

Koncept kontinuirane zaštite mora se oceniti po tome koliko dobro socijalna i zdravstvena zaštita, pružene skupa, odgovaraju jedna drugoj na nivou pojedinačnog pacijenta.¹⁷ Svaki pacijent ima specifične potrebe koje zahtevaju kombinaciju medicinskih, negovateljskih i socijalnih usluga. Često je na pružaocima usluga da procene individualne potrebe i pruže holističke usluge koje se zasnivaju na proceni svake pojedinačne potrebe i nude koordiniranu, strukturiranu po meri korisnika i za pacijenta specifičnu, kontinuiranu zaštitu. Smisleno je tvrditi da ne postoji model za pružanje kontinuirane zaštite jer će svaki pacijent zahtevati individualiziran pristup skrojen po meri njegovih potreba.

Koordinacija zaštite je zato od krucijalnog značaja za pružanje kontinuirane zaštite pojedinačnom pacijentu. Pristup kontinuirane zaštite teži promociji jedinstvenog i koordiniranog pružanja usluga. Ovde su značajna dva elementa, jedan je koordinirano pružanje čitavog repertoara usluga (posebno za kućne uslove gde pacijenti mogu tražiti da im se u isto vreme na istom mestu pruže različite usluge); a druga stvar je bolji menadžment tranzicije/prelaska između usluga i uslova (pacijentova kuća, akutni bolnički uslovi i dom). Zemlje članice već imaju ili uvode „mere osmišljene kako bi službe zajedno efikasnije radile i kako bi omogućile tranziciju između usluga na što efikasniji način, kako zarad dobrobiti korisnika tako i zarad boljeg korišćenja resursa.“¹⁸

Neke zemlje članice su radile na podsticanju koordinacije i jednog integralnog pružanja dugotrajne zaštite kreiranjem nacionalnih strategija i prioriteta. Nacionalne smernice i ciljevi mogu osigurati jedinstveno pružanje usluga širokog spektra pružalaca i uključivanje različitih nivoa vlasti u menadžment i finansiranje usluga dugotrajne zaštite. Obzirom da se dugotrajna zaštita obezbeđuje u strukturiranim uslovima i njome se upravlja sa nižih nivoa vlasti, nacionalni standardi mogu osigurati jednoobraznu pokrivenost uslugama i finansiranje u svim regionima države (kao npr. u Velikoj Britaniji, Španiji, Švedskoj). Ovakav pristup omogućava veću uključenost svih ovih aktera tako da su različite službe dobro obavestene jedne o drugima i mogu dati slične informacije pacijentima. Jedan drugačiji mehanizam oslanja se na okvirne ugovore između osiguranika dugotrajne zaštite i pružalaca usluga (npr. u Nemačkoj). Kao dodatak nacionalnim strategijama, integracija usluga dugotrajne zaštite i ujednačavanje finansija za dugotrajnu zaštitu takođe mogu doprineti poboljšanju kontinuiteta zaštite.

Integracija dugotrajne zaštite podrazumeva, sa jedne strane - formiranje jedinstvenog mesta ulaska ili lokalne timove za procenu (Holandija, Velika Britanija) a sa druge strane – prenos na niže nivoe vlasti i integraciju usluga dugotrajne zaštite na regionalnom ili lokalnom nivou (Velika Britanija, Španija, Švedska). Nekoliko zemalja (Finska, Belgija, Nemačka, Španija) su preduzele ili su u procesu ulaganja posebnih napora za podsticanje i promociju integrisane dugotrajne zaštite, na taj način stvarajući uslove za neprekinutu, kontinuiranu zaštitu za pacijente a multidisciplinarnim timovima (Velika Britanija) mogućnost za evaluaciju i mehanizme monitoringa.

¹⁷ The OECD Health Project, Long – term Care for Older People, OECD 2005, p.34

¹⁸ Ibid, p.35

Španija, na primer, ima iste standarde, na celoj svojoj teritoriji. Osim toga, mnoge zemlje su radile na tome da ujednače finansiranje dugotrajne zaštite u odnosu na komponente zdravstvene i socijalne zaštite: Nemačka je uvela obuhvatno osiguranje dugotrajne zaštite koje pruža podršku formalnim i neformalnim pružaocima zaštite; Austrija je integrisala davanja u dugotrajnoj zaštiti za potrebe formalne i neformalne zaštite; Španija je koordinirala finansiranje zdravstvenih i socijalnih usluga na regionalnom nivou dok je Švedska integrisala finansiranje akutne zdravstvene zaštite i dugotrajne zaštite na opštinskom nivou; Velika Britanija je većinu svojih sredstava za socijalne usluge razvila na lokalnom nivou uz mogućnost da bolnice naplate lokalnim vlastima ako nisu u mogućnosti da otpuste pacijenta usled nedostatka usluga dugotrajne zaštite.

Promovišu se politike za poboljšanje koordinacije zaštite, posebno između budžeta zdravstva i budžeta socijalne zaštite (na primer Francuska, Irska, Španija, Luksemburg, Latvija, Poljska, Portugal). Nekim zemljama je u planu, u cilju povećanja kvaliteta dugotrajne zaštite, razvoj jedinstvenih obrazaca procene i evaluacije od strane multidisciplinarnih timova koji bi definisali šeme zaštite koje bi se vodile potrebama korisnika (Velika Britanija, Irska, Belgija, Danska, Nemačka, Estonija, Španija, Švedska, Slovačka, Finska, Latvija, Portugal, Italija). Uloga koordinacije zaštite razmatrana je i u Velikoj Britaniji i opredeljena na čelnike lokalne zajednice, a u Italiji se budžet planira kroz uvodjenje funkcije oblasnih menadžera dugotrajne zaštite.

U procesu deinstitucionalizacije mnoge zemlje članice pokušavaju da koordiniraju usluge dugotrajne zaštite na lokalnom ili regionalnom nivou, sa mešovitim ishodima i efektima (Finska, Mađarska, Španija, Litvanija, Latvija, Švedska) u povećanoj dostupnosti i unapredjenju kvaliteta dugotrajne zaštite. Bavljenje pitanjima dostupnosti i obuhvata populacije ima značajne efekte za finansiranje sistema i obrnuto.

Decentralizacija usluga dugotrajne zaštite (kao npr. Češka, Finska, Belgija, Španija, Nemačka, Švedska, Litvanija, Latvija, Portugal) i promocija zaštite u kontekstu lokalne zajednice (većina zemalja članica) mora biti održiva, jer tako obezbeđuje koordinaciju finansiranja sistema između različitih budžeta i različitih nivoa organizacije (npr. Belgija, Češka, Nemačka, Francuska, Španija, Irska, Luksemburg, Latvija, Poljska).

Dugotrajna zaštita u Srbiji – pregled, 2007. godine

Prema najširem stanovištu razmatranom u Izveštaju Evropske Komisije, koje definiše dugotrajnu zaštitu kao „*politiku koja predstavlja presek situacije u pružanju određenog broja usluga za osobe koje su zavisne od tuđe pomoći u osnovnim dnevnim aktivnostima (ADLs)¹⁹ tokom dužeg vremenskog perioda*“.

U elemente dugotrajne zaštite uključuje se rehabilitacija i osnovne medicinske usluge, kućna zdravstvena nega, socijalna podrška, dnevni boravak i usluge

¹⁹(ADLs) Dnevne aktivnosti obuhvataju sve aktivnosti koje osoba mora izvesti u toku dana kao što je kupanje, oblačenje, hranjenje, ustajanje i leganje, odnosno, sedanje, kretanje, korišćenje toaleta, i kontrolisanje fizioloških potreba

transporta, pripreme i serviranja obroka, okupacione i podržavajuće aktivnosti kao pomoć u instrumentalnim aktivnostima svakodnevnog života (IADLs).²⁰ Zbog ovako široke lepeze usluga, teško je prikupiti sve potrebne informacije za pregled situacije u Srbiji. Razlog za to leži u organizacionoj i finansijskoj podvojenosti sistema zdravstvene i socijalne zaštite i zastarelom sistemu indikatora koji se koriste u monitoringu zdravstvene i socijalne zaštite.

Kada govorimo o politici dugotrajne zaštite u strateškim dokumentima Vlade Srbije koji su usvojeni u oblasti razvoja socijalne zaštite (Strategija razvoja socijalne zaštite, usvojena 2005. godine) i starenja (Nacionalna strategija o starenju, usvojena 2006. godine) postoji potpuna saglasnost sa navedenim globalnim ciljevima politike dugotrajne zaštite koji su istaknuti za zemlje EU.

U Strategiji razvoja socijalne zaštite definisan je osnovni cilj razvoja socijalne zaštite kao "stvaranje mreže raznovrsnih, *dostupnih usluga u zajednici* u skladu sa potrebama i najboljim interesom korisnika". Pored toga, u okviru cilja navedeno je, "*uvođenjem sistema kvaliteta usluga* obezbeđuje se standardizacija u radu službi i profesionalaca u socijalnoj zaštiti, a odgovarajući nivo usluga i zaštite omogućava *permanently praćenje efekata zaštite*".²¹

U Nacionalnoj strategiji starenja (2006.-2015.) su u okviru posebnog pravca aktivnosti - prilagodjavanja sistema socijalne zaštite (4) i konkretno definisane i povezane aktivnosti u uspostavljanju dugotrajne zaštite za starije i dostupnih i kvalitetnih usluga socijalne i zdravstvene zaštite:

"U skladu sa Strategijom razvoja socijalne zaštite i Strategijom reforme zdravstvene zaštite, obezbeđivati unapredjenje kvaliteta svih usluga za starija lica podsticanjem razvoja što većeg broja usluga i što veće dostupnosti usluga – koristeći sve vidove usavršavanja (i obuke) i kontrole kvaliteta usluga (supervizija, akreditacije, licence), kao i obetbeđivanja mehanizama za zaštitu prava starijih građana u oblasti socijalne i zdravstvene zaštite (2.5.)."²²

U Srbiji je već prisutan veliki udeo starijeg stanovništva (17,4% stanovnika ima 65 i više godina) kao i fenomen produžetka prosečnog trajanja životnog veka. To je uticalo i na povećanu učestalost hroničnih bolesti i zavisnosti. Pregled i projekcija potreba za dugotrajnom zaštitom mogu se sagledati i preciznije, na osnovu istraživanja koje je realizovano u 2007. godini na reprezentativnom uzorku građana Srbije starijih od 70 godina²³. Hronične bolesti dominiraju u morbiditetnom modelu ovog starog stanovništva jer, čak četiri od pet starijih osoba pati od nekog hroničnog oboljenja (bolesti kardiovaskularnog sistema, dijabetes, bolesti endokrinog i respiratornog sistema). Ispitane potrebe za različitim oblicima dugotrajne zaštite sa stanovišta svakodnevnog funkcionisanja (održavanje higijene stana, transport,

²⁰ (IADLs) Instrumentalne aktivnosti dnevnog života su aktivnosti koje su vezane za nezavisan način života i uključuju pripremu obroka, rukovanje novcem, kupovinu namirnica i stvari za ličnu upotrebu, izvođenje lakših ili težih poslova u domaćinstvu i korišćenje telefona.

²¹ Strategija razvoja socijalne zaštite, Ministarstvo rada, zapošljavanja i socijalne politike RS, Vlada, Beograd, decembar, 2005. godina, str. 19.

²² Nacionalna strategija o starenju, Ministarstvo rada, zapošljavanja i socijalne politike RS, Vlada, Beograd, septembar, 2006. godina, str. 20.

²³ Vaninstitucionalna zaštita starijih ljudi u Srbiji – jaz između potreba i mogućnosti, Nadežda Satarić, Mirjana Rašević, UNDP - Serbia, Beograd, 2007. godina

nabavke hrane i lekova) pokazale su da skoro jedna četvrtina ima potrebe za navedenim uslugama u različitom stepenu (procena oko 200.000 starijih u Srbiji)²⁴.

Stariji ljudi u Srbiji se dominantno oslanjaju na pomoć sopstvenih porodica i srodnika a samo oko 9% (oko 70.000) koristi usluge formalnog sistema - penzijsko invalidskog osiguranja, zdravstvene i socijalne zaštite. Prema Izveštaju o radu centara za socijalni rad i ustanova u oblasti socijalne zaštite u Srbiji za 2007. godinu, može se zaključiti da je uslugama u javnom sektoru socijalne zaštite obuhvaćeno ukupno oko 80.000 korisnika. Tome treba dodati i činjenicu da je razvojem usluga za starije u neprofitnom, nevladinom sektoru u istoj godini obuhvaćeno takodje, oko 15.000 starijih osoba. Jasno je da se za relativno kratko vreme moraju znatno više razviti kapaciteti dugotrajne zaštite kao odgovor naraslim potrebama.

U svakodnevnoj praksi dugotrajne zaštite se zdravstvene usluge u primarnoj zdravstvenoj zaštiti koriste u opštinskim domovima zdravlja (215 ustanova) koji pokrivaju celu teritoriju Republike (osnovne medicinske usluge, rehabilitacija, kućna zdravstvena nega - kada dom ima službu patronaže). Na isti način u opštinskim centrima za socijalni rad (162 centra za socijalni rad pokriva teritoriju Republike) stariji ostvaruju prava na socijalnu zaštitu (materijalno obezbedjenje, dodatak za tuđu pomoć i negu, jednokratne pomoći, pomoć u kući, smeštaj u ustanovu). Saradnja domova zdravlja i centara za socijalni rad na lokalnom nivou takodje je obremenjena teškoćama. Započet proces deinstitutionalizacije u 2007. godini je rezultirao velikim povećanjem (za 2/3) kapaciteta usluga pomoći u kući na oko 6.000 korisnika ali najveći broj korisnika je na urbanom području (pre svega Beograda).

Unapredjenje kvaliteta usluga u dugotrajnoj zaštiti je cilj kome se teži i u okviru zdravstvene i u okviru socijalne zaštite starijih korisnika. U oblasti socijalne zaštite u toku je niz aktivnosti koje proizilaze iz strategije razvoja, kao što je i definisanje standarda kvaliteta usluga a sa tim u vezi i jasno postavljenje minimuma standarda kvaliteta za koji će ubuduće država garantovati i kontrolisati nivo kvaliteta usluga. U zdravstvenoj zaštiti je u skladu sa Strategijom reforme zdravstvene zaštite izvršen postupak licenciranja a u domovima zdravlja je u toku postupak akreditacije usluga u okviru primarne zdravstvene zaštite.

Sa stanovišta ciljeva koje su proklamovale EU zemlje, u ovom kratkom pregledu se umesto zaključka može reći da je u Srbiji, u protekloj godini, najmanje učinjeno na promociji ekonomske održivosti sistema dugotrajne zaštite i uvođenju racionalnog korišćenja resursa. Sa druge strane, jasno je već duže vreme da su najveći izazovi u započetom razvoju dugotrajne zaštite (povećanju broja i vrsta usluga kao i broja i vrsta pružalaca usluga) upravo u tom segmentu, kao što su prisutni i na nivou socijalne zaštite u celini. Sledeći izazov je svakako bolja koordinacija socijalnih i zdravstvenih usluga ili što bi svakako bilo bolje, integrisane socijalne i zdravstvene usluge dugotrajne zaštite.

U oblasti koordinacije usluga i obezbedjenja kontinuiteta dugotrajne zaštite u Srbiji je 2002. godine ovaj proces pokrenut zahvaljujući međunarodnoj donaciji – države Italije i italijanskih nevladinih organizacija na čelu sa Progetto Sviluppo, kada je, pored ostalih ostalih aktivnosti podrške Srbiji pokrenut i zajednički program

²⁴ Ibid

konstituisanja integrisane zdravstvene i socijalne zaštite starijih stanovnika Kragujevca. Ovaj koncept obezbeđuje usluge dugotrajne zaštite za oko 350 korisnika. Ukratko, uz neposredno učešće lokalne samouprave Kragujevca podrazumeva neposrednu saradnju i zajednički rad (usaglašen i dogovoren protokolima o saradnji) zdravstvenih (dom zdravlja) i socijalnih ustanova (centar za socijalni rad i gerontološki centar) na pružanju Programa usluga starijima – usluge integrisane nege i pomoći u kući, dnevnog boravka i usluga rehabilitacije.

Program “Podrška reformi politike zaštite starih lica u Srbiji – druga faza”

Aktivnosti koje su planirane u drugoj fazi predstavljaju nastavak i proširenje već pomenutog programa “Podrška reformi politike zaštite starih lica u Srbiji (prva faza)”. Program su zajednički osmislili Progetto Sviluppo i ARCS uz podršku Ministarstva za inostrane poslove Italije. U partnerstvu sa Ministarstvom za rad i socijalnu politiku Republike Srbije, Progetto Sviluppo vrši ulogu NVO nosioca. Osim toga, zahvaljujući doprinosu iz prethodnih godina, računa se i na aktivno učešće različitih italijanskih regionalnih struktura, među kojima su Emilija Romanja, Pijemont, Lombardija i Toskana, pored Granskog sindikata SPI (Sindikat penzionera Italije) i Udruženja volontera AUSER.

Opšti cilj programa je pružanje doprinosa poboljšanju kvaliteta života starijih lica koja imaju preko 65 godina, povećanjem ponude i kvaliteta socijalnih i zdravstvenih usluga i podsticanjem socijalne integracije. Delovanje obuhvata tri specifična cilja koji se odnose na strateška usmerenja koja su uzajamno tesno povezana, uz očuvanje specifične autonomije svakog od njih:

- **Cilj A:** Ojačati kapacitete Ministarstva za rad, zapošljavanje i socijalnu politiku i Ministarstva zdravlja za sprovođenje procesa reforme politike zaštite starih lica.
- **Cilj B:** Povećati kapacitete institucija i zajednice u Kragujevcu za brigu o starijim licima, realizacijom pilot projekta koji obuhvata metodološki pristup i operativne modele koji su u skladu sa reformom, uz poseban akcenat na integraciji između socijalnog i zdravstvenog sektora.
- **Cilj C:** Povećati kapacitete institucija i zajednice u Novom Sadu za brigu o starim licima, realizacijom pilot projekta koji obuhvata metodološki pristup i operativne modele koji su u skladu sa reformom, uz poseban akcenat na diverzifikaciju pružalaca usluga i razvoju privatnog socijalnog sektora.

Program je usmeren na podršku procesa reforme socijalne politike u oblasti zaštite starih lica, koju sprovodi Ministarstvo za rad, zapošljavanje i socijalnu politiku Republike Srbije, delovanjem na dva nivoa. Prvi nivo se odnosi na jačanje kapaciteta za rukovođenje i upravljanje procesom promena na centralnom nivou, aktivnostima obrazovanja u oblasti planiranja, upravljanja, monitoringa, evaluacije i kontrole kvaliteta službi za stara lica, kao i na podršku koordinacije, monitoringa i evaluacije operativnih aktivnosti. Drugi nivo obuhvata realizaciju dva pilot projekta koji imaju za cilj povećanje kapaciteta za adekvatno rešavanje problema starih lica, jačanjem sistema dugotrajne zaštite na teritoriji delovanja, a istovremeno predstavljaju teren za verifikaciju efikasnosti, efektivnosti i održivosti usvojenih operativnih modela. Na taj

način delovanje na lokalnom nivou poprima opštiji značaj, doprinoseći izboru najboljih rešenja za situaciju u Srbiji u oblasti politike zaštite starih lica i organizacije službi.

Strategija delovanja je usmerena na jačanje kapaciteta institucija na centralnom i lokalnom nivou i na osnaživanje zajednice kako bi se starim licima garantovao sistem zaštite koji poštuje njihova osnovna prava. Realizacija programa je prvenstveno zasnovana na vrednovanju i razvoju postojećih potencijala institucija i civilnog društva, podsticanjem efikasnijeg i efektivnijeg korišćenja raspoloživih kapaciteta i resursa. Predviđeno je stavljanje na raspolaganje resursa, kompetencija i iskustava u cilju podsticanja unutrašnjih procesa poboljšanja i inovacija a takođe u cilju podrške napora za promenu sistema zaštite starih lica, stvarajući na taj način uslove za buduću održivost u okviru novog ustrojstva socijalne politike.

Imajući u vidu da je program eksperimentalnog karaktera, posebnu pažnju zaslužuje metodologija delovanja a pre svega:

- Participativni pristup koji podrazumeva uključivanje različitih subjekata uz razvijanje osećaja za pripadnost i preuzimanje odgovornosti;
- Usvajanje pristupa zasnovanog na učenju i fleksibilnosti u cilju poboljšanja efikasnosti delovanja, koristeći iskustva u toku realizacije projekta, uz konstantnu verifikaciju radnih hipoteza i uvođenje potrebnih izmena;
- Stalno vođenje računa o kvalitetu usluga u pravcu njegovog stalnog poboljšanja.

Finalni korisnici Projekta: ukupna nacionalna populacija starih lica, oko 1.200.000 starih lica, a direktni korisnici su stara lica u gradovima Novom Sadu i Kragujevcu.

Uspešno sprovedena reforma politike zaštite trebalo bi da stvori bolje mogućnosti za ostvarivanje prava starih lica, stvaranjem osetnog poboljšanja uslova života. Stara lica na području implementacije pilot projekata (oko 30.000 lica u Kragujevcu i oko 42.000 u Novom Sadu) imaće neposrednu dobit od većih mogućnosti korišćenja šireg spektra usluga boljeg kvaliteta, kao i od inicijativa koje doprinose njihovom učešću u društvenom životu i preuzimanju aktivne uloge.²⁵

Praktična iskustva Jedinice za monitoring i evaluaciju (JME)

Realizacija stručno-obrazovnog kursa za *monitoring i evaluaciju i formiranje i aktivnosti JME* predstavljaju ostvarivanje prvog cilja A, a realizacija Programa razvijanjem *socijalno – zdravstvenih usluga za starija lica* koji se od 2002. godine ostvaruje u Kragujevcu usmeren je na drugi cilj B, celovitog projekta.

U protekle dve godine operativno rukovodjenje realizacijom Programa je funkcija Izvršnog odbora celovitog projekta.²⁶ Progetto Sviluppo vrši ulogu NVO nosioca u

²⁵ Citiran uvodni deo teksta Projekta "*Podrška reformi politike zaštite starih lica u Srbiji (druga faza)*".

²⁶ Izvršni odbor Programa "*Podrška reformi politike zaštite starih lica u Srbiji*" čine predstavnici Progetto Svilupp, Ministarstva rada i socijalne politike – državni sekretar (predsednik Odbora), predstavnik Ministarstva zdravlja - specijalni savetnik Ministra, predstavnici lokalnih samouprava gradova Kragujevca i Novog Sada i predstavnici Republičkog zavoda za socijalnu zaštitu – direktor i koordinator Jedinice za monitoring i evaluaciju.

partnerstvu sa Ministarstvom za rad i socijalnu politiku Republike Srbije²⁷. Uspešno napredovanje dela Programa u Kragujevcu bio je i osnovni razlog zbog koga je na nivou Izvršnog odbora Programa 17.7.2007. godine odlučeno da se Jedinica za monitoring i evaluaciju (JME)²⁸ angažuje u pilotiranju procesa akreditacije kao i da pilotiranje akreditacije bude obavljeno na Programu socijalno-zdravstvenih usluga u Kragujevcu.

U novembru 2007. godine, na nivou Izvršnog odbora Programa potpisan je Operativni sporazum o funkcionisanju JME, čije je dejstvo produženo i na period 2008. godine do završetka Programa. Neposredan rad interesorske JME je po Programu posebno podržan ekspertskim konsultacijama stručnjaka iz Italije. Angažovanja članova Jedinice (službena putovanja, organizacija sastanaka na terenu i izrada finalnih izveštaja) finansirana su iz sredstava Programa. Svi ostali troškovi po sporazumu su troškovi Ministarstva rada i socijalne politike.

Od samog formiranja JME javljaju se teškoće u koordinaciji rada koje su inače prisutne u saradnji između resora socijalne i zdravstvene zaštite kao i zastoji, karakteristični za aktivnosti koje su projektnog karaktera a nisu sastavni delovi redovne radne aktivnosti u ministarstvima. Ove teškoće su samo donekle prevaziđene usvajanjem Operativnog sporazuma koji je obezbedio samo osnovni nivo radnog kontinuiteta u JME. Analiza prvih praktičnih iskustava ukazuje da bi za optimalno funkcionisanje JME u perspektivi bilo neophodno uspostavljanje konkretnije saradnje između Ministarstva za rad i socijalnu politiku (MRSP) i Ministarstva zdravlja MZ u vidu Protokola o saradnji u kome bi bila definisana uloga i ciljevi JME i uspostavljen monitoring i evaluacija saradnje ministarstava kao i rada Jedinice.

Predviđeno je da predmet rada Jedinice tokom naredne dve godine (2007. i 2008.) bude usmeren na povezivanje nacionalnog sa lokalnim nivoom delatnosti socijalne i zdravstvene zaštite starijih lica, da pomaže u kontroli rada i ostvarivanju boljeg kvaliteta službi/usluga, da ostvari jasne uvide u reformske procese u socijalnoj i zdravstvenoj zaštiti starijih lica na nacionalnom nivou, da podstiče reformske procese sa ciljem povećanja dostupnosti socijalno-zdravstvenih usluga za starija lica, povećanja kapaciteta i umnožavanja ustanova i umnožavanje vrsta usluga kao i davalaca usluga na nivou lokalnih zajednica.

U takvom kontekstu zadataka, priprema za pilotiranje procesa akreditacije integrisanih socijalno-zdravstvenih usluga se prirodno nametnula kao prva faza u radu Jedinice imajući u vidu da su paralelno sa ovim aktivnostima pripremljeni koncepti standarda odgovarajućih usluga kao i minimumi tih standarda kao garantovani nivo kvaliteta usluga.

²⁷ Sporazum o saradnji je proistekao iz Memoranduma o razumevanju, potpisanog 31.01.2002.godine, između Ministarstva za socijalna pitanja i nevladine organizacije Progetto Sviluppo – Italija. Jedinice operativnog rukovođenja postoje i na nacionalnom nivou i nivou lokalnih zajednica gradova Kragujevca i Novog Sada.

²⁸ Jedinica za monitoring i evaluaciju je interesorsko telo formirano na republičkom nivou u okviru realizacije Programa. Sedište Jedinice je u Republičkom zavodu za socijalnu zaštitu, sastoji se od 5 članova, stručnjaka za oblasti socijalne i zdravstvene zaštite: 2 savetnika iz Ministarstva rada i socijalne politike, 1 savetnika iz Ministarstva zdravlja i 2 savetnika u RZSZ. Radi odgovarajuće koordinacije u radu, od 2007. godine, direktor Zavoda i koordinator JME su ujedno i članovi Izvršnog odbora Programa.

Realizacija pilot projekta akreditacije je započeta promocijom i prihvatanjem zadatka na terenu u Kragujevcu a zatim je dobijena je i pismena saglasnost da se svi neophodni kapaciteti mreže ustanova dodatno angažuju da bi se kroz medjusobnu saradnju republičkog i lokalnog nivoa proces akreditacije Programa socijalno-zdravstvenih usluga nesmetano odvijao.²⁹ U zajedničkom radu timova JME i Kragujevca je u narednom periodu radjeno na usaglašavanju i prilagodjavanju zahtevima koji su formulisani u Priručniku o institucionalnoj akreditaciji.³⁰ Uspostavljen je veoma visok nivo saradnje JME sa predstavnicima pružalaca usluga programa dugotrajne zaštite u Kragujevcu³¹. Predviđeno je da se ubuduće proces akreditacije započinje drugačije – obavlja se na zahtev organizacije koja želi da akredituje svoje usluge.

Iako su se u toku rada JME u stručnoj javnosti javljale nedoumice (i diskusije) o osnovnim postavkama u pilotiranju akreditacije programa usluga JME, *definicija akreditacije, uputstva i obrazloženja vezana za budući normativni okvir ovih pitanja koji su navedni su kao polazni stavovi JME u potpunosti su usaglašeni i uklopljeni sa odgovarajućim tekućim reformskim projektima standardizacije i licenciranja i predlozima novih dokumenata u oblasti socijalne zaštite u Srbiji.*³²

Program usluga koji je ušao u proces akreditacije obuhvatio je sledeće usluge dugotrajne zaštite: integrisana nega i pomoć u kući, dnevni boravak i usluge fizioterapije. U radu JME na terenu kada su se proveravali dostignuti (strukturni a posebno funkcionalni) standardi usluga sa stručnjacima u okviru socijalnih i zdravstvenih ustanova kao i sa korisnicima, u stanu korisnika i u neposrednom kontaktu sa korisnicima u dnevnom boravku, nije bilo većih teškoća.

Iskustvo nam pokazuje da se u sledećem poduhvatu akreditacije mora planirati i izdvojiti više vremena za ovaj deo provere kvaliteta usluga na terenu. Pored toga, za usluge socijalne zaštite same ustanove u momentu pregleda nisu raspolagale konceptom minimuma standarda (što je razumljivo, jer je njihova izrada u toku) i samim tim novi standardi nisu ni bili uključeni u dokumenta politike organizacije i planiranja. Uzeli smo u obzir činjenicu da je Centar za integrisanu negu i pomoć u kući koji je glavni nosilac Programa usluga, bio i sam aktivno uključen u proces izrade standarda i prošao tri pilot kontrole kvaliteta usluga. Rezultati ove kontrole su

²⁹ period april-jun, 2008. godine

³⁰ Neposredna uputstva za institucionalnu akreditaciju zasnovana su na prevodu i prilagodjavanju (JME) teksta PRIRUČNIKA O INSTITUCIONALNOJ AKREDITACIJI koji je u upotrebi u Regiji Emilija Romanja i regionu severne Italije. Prethodnu edukaciju i stručno jačanje kapaciteta Ministarstava za socijalnu politiku i zdravlja, kao i stručnjaka Zavoda organizovali su i u partnerstvu realizovali Progetto Sviluppo i Ministarstvo rada, zapošljavanja i socijalne politike u toku 2006. godine. Stručno - obrazovni kurs i ekspertske konsultacije organizovao je i vodio prof. dr Gvido Džareli, ekspert sociologije medicine sa Bolonjskog univerziteta. Odgovarajuću edukaciju su realizovali i na terenu u Kragujevcu gde je formiran Tim za monitoring i evaluaciju.

³¹ Na samom početku smo upoznati da su u Programu integrisane dugotrajne zaštite neki akteri iz oblasti zdravstvene zaštite (bolnica) ali i neke usluge iz oblasti socijalne zaštite (klub za stare) izostali i nisu spremni za akreditaciju.

³² Definicije i uputstva su preneti su iz objavljenog članka Vladana Jovanovića u časopisu *Aktuelnosti* broj 2, iz 2007. godine. Vladan Jovanović je ekspert pravnik član OPM Tima Organizacije DFID iz Velike Britanije koja je takodje, u saradnji sa Ministarstvom rada i socijalne politike RS, projektno angažovana u podršci reformama i razvoju socijalne zaštite u Srbiji.

priključeni u Izveštaj o akreditaciji i pokazuju visoke ocene prema indikatorima postignuća koji su predviđeni u konceptu standarda.

Proces akreditacije koji se sastojao iz niza zajedničkih radnih sastanaka sa nosiocima Programa usluga oko usaglašavanja kontrolnih lista pitanja, terenskih poseta i rada JME kao i Tima za stare u Kragujevcu okončan je primenom metoda autoevaluacije i evaluacije JME. Po unapred pripremljenom upitniku koji se koristi kao finalni instrument procene na zajedničkim sastancima, prezentovane su ocene po elementima ekreditacije (10 ukupno) i nakon toga diskutovane ocene kao i razlike u ocenama. Finalni izveštaji o akreditaciji rade se na nivou nosilaca Programa usluga kao i na nivou JME.

Ovi Izveštaji nisu samo osnov za potvrdu o akreditaciji usluga već su i jedini odgovarajući osnov za praktikovanje sistema kvaliteta usluga u organizaciju koja je prošla kroz proces akreditacije. Isto tako Izveštaj o akreditaciji JME treba da bude detaljan presek evaluacije svih usluga u Programu kao osnova za potvrdu o akreditaciji (i garanciji određenog kvaliteta usluga) ali i startna pozicija za naredni period u kome se akreditacija usluga obnavlja (obično tri godine).

Zbog toga je jedno od poslednjih, značajnih iskustava JME problem koji se pojavio u samom sačinjavanju Izveštaja jer na početku procesa akreditacije nije unapred precizno dogovoreno i pojedinačno imenovano, ko je SVAKI IZVOR INFORMACIJA, koje su JEDINICE INFORMACIJA, koji je SVAKI INDIKATOR pojedinačno (odnos izmedju koje dve jedinice informacija) kao i precizno mesto u izveštaju gde će se i na koji način ovi podaci prezentovati. Ukoliko uspemo da se ovi problemi sada prevazidju u budućem potupku sve mora biti precizno isplanirano i realizovano kroz obavezne (najbolje unapred propisane) procedure i po fazama (pripreme, realizacije, izveštavanja). S'tim u vezi ostale su i nedoumice proistekle iz nedovoljne razmene prikupljenih podataka i znanja izmedju članova JME koji su predstavnici MRSP i MZ.

Zaključak

Poredeći jasno kontituisanu zajedničku politiku EU u oblasti dugotrajne zaštite sa stanjem u Srbiji možemo uočiti nekoliko karakteristika:

- postoje veoma razumljivi i bliski stavovi po pitanju potreba i projekcija potreba;
- u Srbiji ne postoji celovita politika dugotrajne zaštite koja bi obuhvatala sve njene segmente aktivnosti – od prevencije i pojave prvih znakova zavisnosti do palijativne zaštite, a posebno nedostaje holistički pristup po pitanju vrsta aktivnosti; ako ne računamo pojedinačne stručne stavove i diskusije u medijima vezane za probleme u zaštiti konkretnih, ugroženih ciljnih grupa (invalidi, stari), u Srbiji još ne raspoložemo jasno razvijenom svešću i saznanjima o potrebi vođenja jasne i definisane politike dugotrajne zaštite zajedno sa kontinuiranim preciznim uvidom u troškove;
- s'tim u vezi teško je i očekivati da u Srbiji postoje jasna opredeljenja kada govorimo o pojedinačnim izazovima koji se postavljaju pred praksu dugotrajne zaštite. Medjutim, kada razmatramo ciljeve politike dugotrajne zaštite u EU vidimo da se u određenoj meri u Srbiji ovi isti ciljevi pojavljuju i u socijalnoj i u

zdravstvenoj zaštiti ali, po sektorima strogo izolovano (na primer, cilj – visoka ravnomerna dostupnost usluga, pravo na lično učešće i mogućnost izbora usluga, pravo na visok kvalitet usluga, dok se cilj održivosti usluga - veoma stidljivo i samo povremeno pominje...);

- u odnosu na razvijenost dugotrajne zaštite u EU praksa dugotrajne zaštite u Srbiji je očigledno, u formalnom i javnom sektoru nedovoljno razvijena a organizovana društvena i državna zajednica porodici nedovoljno pomaže iako porodica prihvata skoro sav teret hroničnih bolesti i zavisnosti;
- primer koordinisane socijalne i zdravstvene zaštite u Kragujevcu je od posebnog značaja jer u praksi dugotrajne zaštite u Srbiji generalno, postoji stroga odvojenost zdravstvene i socijalne zaštite i istovremeno veoma neefikasni mehanizmi povezivanja i rešavanja otvorenih pitanja saradnje i kontinuiteta.

Pitanje kvaliteta usluga od izuzetnog je značaja za dugotrajnu zaštitu u EU kao i u Srbiji.

Jasno je, da je za pitanje kvaliteta usluga dugotrajne zaštite osnovna pretpostavka utvrđivanje jasnih razvojnih standarda i propisanih minimuma standarda usluga a istovremeno je neodvojivo i od uvođenja sistema unapredjenja kvaliteta usluga u sve ustanove i organizacije socijalne kao i zdravstvene zaštite u Srbiji. Utoliko su dragocenija i ova, prva praktična iskustva iz pilot projekta akreditacije Programa socijalno-zdravstvenih usluga u Kragujevcu.

Praktična iskustva ove akreditacije usluga nastala su u momentu u kome u oblasti socijalne zaštite, procesi standardizacije jos nisu realizovani i postoje samo u konceptu a uvođenje sistema kvaliteta je tek na samim počecima. Primer integrisane socijalne i zdravstvene zaštite starijih iz Kragujevca je uprkos nizu izazova i teškoća inače (a i po rezultatima ove akreditacije) već osvojio titulu primera najbolje prakse dugotrajne zaštite u Srbiji.