

POLICY BRIEF - Stare, nemoćne i napuštene osobe

Tema: Socijalna i zdravstvena zaštita starih, bolesnih i napuštenih osoba

Fokus: slučaj Dragana Samardžića iz Berkovića i moguća primjena elemenata austrijskog modela brige o starima

Namijenjeno: lokalnim zajednicama, centrima za socijalni rad, domovima zdravlja, entitetskim ministarstvima zdravlja i socijalne zaštite, organizacijama civilnog društva

1. Sažetak problema

Slučaj Dragana Samardžića iz Berkovića pokazuje kako u Bosni i Hercegovini stara, bolesna i nemoćna osoba često ne ostaje bez pomoći zato što problem nije poznat, nego zato što sistem nema dovoljno razvijen mehanizam da reaguje na vrijeme. Samardžić je dugogodišnji dijabetičar, zbog komplikacija je ostao bez obje noge, a istovremeno brine o nepokretnoj majci koja ima 95 godina. Preživljavaju od porodične penzije, male lične penzije i djelimične naknade za tuđu njegu i pomoć. Iako ima pravo na hitan medicinski prevoz, u praksi se do bolnice prevozi uz pomoć prijatelja i pojedinaca.¹

Ovaj slučaj nije samo priča o siromaštvu i bolesti. To je primjer sistemskog propusta: osoba sa visokim stepenom zavisnosti od tuđe pomoći nema obezbijeđenu redovnu kućnu njegu, koordinisan zdravstveno-socijalni nadzor, pouzdan prevoz do zdravstvenih ustanova i plan dugoročne podrške.

2. Zašto je ovo javni problem?

Bosna i Hercegovina se suočava sa starenjem stanovništva, iseljavanjem mlađih članova porodice i sve većim brojem starijih osoba koje ostaju same ili zavisne od povremene pomoći komšija, rodbine, humanitaraca i lokalnih pojedinaca. Hilfswerk International upozorava da će osobe starije od 65 godina do 2060. činiti više od 30% stanovništva BiH, dok je kućna njega u BiH uglavnom nesistemska, nedostupna ili ograničena na pojedinačne lokalne projekte.²

Evropska komisija je još 2019. upozorila da BiH nema razvijen sistem dugoročne njege, da su naknade niske i različite po administrativnim jedinicama, da su kapaciteti institucionalne njege ograničeni, a usluge u zajednici nerazvijene.³

To znači da se teret brige najčešće prebacuje na porodicu. Problem nastaje kada porodice nema, kada je i sama bolesna, siromašna ili fizički nemoćna. Tada sistem reaguje tek kada slučaj postane dramatičan, medijski vidljiv ili humanitarno urgentan.

¹ <https://www.gerila.info/sudbina-dragana-samardzica-iako-bez-nogu-brine-i-o-nepokretnoj-95-godisnjoj-majci/>

² <https://hwi.ba/en/projects/social-protection-inclusion/elderly-homecare-sustainable-service-provision-in-bosnia-herzegovina/3>

³ <https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=21516&langId=en>

3. Šta postojeći sistem već omogućava, a ne koristi dovoljno?

U Republici Srpskoj pravni osnov za pomoć postoji. Zakon o socijalnoj zaštiti RS predviđa pravo na dodatak za pomoć i njegu drugog lica za osobe kojima je, zbog tjelesnih, mentalnih, čulnih ili zdravstvenih promjena, potrebna stalna pomoć druge osobe. Visina dodatka iznosi 22% osnovice za osobu koja potpuno zavisi od druge osobe, odnosno 11% za osobu kojoj je potrebna djelimična pomoć.⁴

Isti zakon poznaje i pravo na pomoć i njegu u kući, koje se obezbjeđuje starijem iznemoglom, teško oboljelom ili drugom licu koje nije u stanju da se brine o sebi. Ta pomoć obuhvata kućne poslove, održavanje lične higijene, nabavku hrane, organizovanje ishrane i druge svakodnevne potrebe. Uslugu mogu pružati ustanove socijalne zaštite, udruženja, vjerske zajednice i druga pravna lica koja ispunjavaju uslove.

Problem, dakle, nije samo u tome što prava ne postoje. Problem je u tome što ona često nisu dovoljno dostupna, proaktivna, koordinisana i prilagođena stvarnim potrebama ljudi poput Dragana Samardžića.

4. Šta pokazuje austrijski model?

Austrijski model nije važan zato što ga BiH može doslovno prepisati, nego zato što pokazuje drugačiju logiku: stara i nemoćna osoba ne smije zavisiti samo od porodice ili slučajne humanosti. Gerila podcast sa Amelom Mušanović upravo polazi od te razlike: u Austriji se pomoć starim i nemoćnim osobama organizuje kroz kombinaciju novčane naknade za njegu, kućne pomoći, socijalnih radnika, bolnica, lokalnih zajednica i organizacija koje obilaze korisnike.⁵

Austrija ima sedam nivoa naknade za njegu, zavisno od procijenjenog broja sati potrebne njege mjesečno. Od 1. januara 2026. iznosi se kreću od 206,20 evra za prvi nivo do 2.214,80 evra za sedmi nivo. Procjena potrebe za njegom vrši se kroz stručnu procjenu zdravstvenog stanja i svakodневnih funkcionalnih potreba osobe.⁶

Austrijski sistem ne počiva samo na novčanoj naknadi. Ministarstvo za socijalna pitanja Austrije navodi da mobilne i ambulantne socijalne usluge omogućavaju osobama kojima je potrebna njega da duže ostanu u vlastitom domu, a uključuju kućnu pomoć, kućnu njegu i dostavu obroka. Dom za stare se posmatra kao rješenje kada potrebe više ne mogu biti zadovoljene mobilnim uslugama.⁷

⁴ <https://www.paragraf.ba/propisi/republika-srpska/zakon-o-socijalnoj-zastiti.html>

⁵ <https://www.gerila.info/tesko-je-bit-star-tamo-gdje-sistem-ne-pomaze-sta-bih-moze-nauciti-od-austrije/>

⁶ <https://pflge.gv.at/en/care-allowance-levels>

⁷ <https://www.sozialministerium.gv.at/en/Topics/Care/Services-Social-Services.html>

5. Ključni zaključak

BiH, Republika Srpska i lokalne zajednice ne moraju odmah graditi skup i centralizovan sistem po uzoru na Austriju. Prvi realan korak je mnogo jednostavniji: uspostaviti lokalni sistem ranog prepoznavanja, kućne podrške i koordinacije između centra za socijalni rad, doma zdravlja, lokalne uprave i organizacija koje već rade na terenu.

Drugim riječima, humanost pojedinaca treba ostati važna, ali ne smije biti zamjena za institucije.

6. Preporuke

a) Uvesti lokalni registar rizičnih starijih i nemoćnih osoba

Svaka opština/grad, preko centra za socijalni rad i doma zdravlja, treba imati ažuriranu evidenciju osoba koje su stare, same, teško bolesne, nepokretne, bez redovne porodične podrške ili zavisne od tuđe njege. Registar ne bi smio biti samo administrativna lista korisnika naknada, nego operativni alat za obilazak, procjenu i intervenciju.

b) Uvesti obaveznu procjenu nakon bolničkog liječenja ili amputacije

Slučaj Dragana Samardžića pokazuje da zdravstveni događaj, poput amputacije, mora automatski pokrenuti socijalnu procjenu. Nakon otpusta iz bolnice, dom zdravlja i centar za socijalni rad treba da naprave zajednički plan: prevoz, kućna njega, pomagala, higijena, ishrana, kontrolni pregledi i podrška članu porodice koji takođe treba negu.

c) Razviti mobilne timove za pomoć i negu u kući

Lokalne zajednice treba da formiraju ili ugovore mobilne timove koji bi pružali osnovnu pomoć: obilazak korisnika, održavanje higijene, pomoć pri nabavci hrane i lijekova, mjerenje osnovnih zdravstvenih parametara, organizaciju prevoza i kontakt sa ljekarom ili centrom za socijalni rad. Takvi timovi mogu biti organizovani kroz javne ustanove, udruženja građana, Crveni krst, vjerske organizacije ili licencirane pružaoce usluga.

d) Obezbijediti funkcionalan medicinski i socijalni prevoz

Osobama koje su nepokretne, bez nogu, bez pratnje ili bez porodice mora biti garantovan prevoz do bolnice, doma zdravlja, komisije ili centra za socijalni rad. Pravo koje postoji na papiru nije dovoljno ako se u praksi osoba prevozi zahvaljujući prijatelju ili lokalnom funkcioneru.

e) Povezati novčanu naknadu sa stvarnom uslugom

Dodatak za tuđu negu i pomoć često nije dovoljan da osoba zaista kupi negu na tržištu. Zato naknadu treba kombinovati sa uslugama: kućna pomoć, dnevni boravak, dostava obroka, patronažna njega, psihosocijalna podrška i pomoć njegovateljima.

f) Uvesti lokalni „case manager“ model

Za najteže slučajeve treba imenovati odgovornu osobu u centru za socijalni rad ili zajedničkom timu. Ta osoba bi pratila slučaj, komunicirala sa domom zdravlja, porodicom, opštinom, bolnicom i organizacijama, umjesto da korisnik sam pokušava da razumije sistem.

g) Dom za stare tretirati kao posljednju, a ne jedinu opciju

Kao što pokazuje austrijski pristup, cilj treba biti da osoba što duže ostane u vlastitom domu, ako je to bezbjedno i moguće. Institucionalni smještaj treba koristiti kada kućna njega više ne može zadovoljiti osnovne potrebe, a ne kao jedino rješenje zato što lokalna zajednica nema razvijene usluge.

7. Minimalni model koji lokalna zajednica može uvesti u roku od 6 mjeseci

Lokalna zajednica može pokrenuti pilot-program sa četiri elementa:

- 1) mapiranje korisnika: centar za socijalni rad + dom zdravlja + mjesne zajednice;
- 2) mobilni tim: najmanje jedan socijalni radnik, medicinska sestra/patronažna služba i njegovatelj/gerontodomaćica;
- 3) hitni protokol: ko reaguje kada osoba ostane bez hrane, prevoza, lijekova, njege ili pratnje;
- 4) mjesečni izvještaj: broj obilazaka, broj korisnika, najčešće potrebe, troškovi i preporuke za budžet.

Ovakav model ne traži čekanje velikih reformi. Može početi kao lokalni program, a zatim se širiti kroz entitetske fondove, donatorsku podršku i partnerstvo sa organizacijama civilnog društva.

8. Predloženi indikatori uspjeha

- broj identifikovanih starijih i nemoćnih osoba bez adekvatne podrške;
- broj korisnika uključenih u kućnu njegu;
- broj mjesečnih kućnih posjeta;
- broj obezbijeđenih medicinskih prevoza;
- smanjenje hitnih intervencija zbog zapuštenosti, gladi, pada, infekcija ili neliječenih stanja;
- broj korisnika koji su ostali u vlastitom domu uz podršku;
- broj slučajeva u kojima su dom zdravlja i centar za socijalni rad zajednički izradili plan njege;
- zadovoljstvo korisnika i porodica.

9. Završna poruka

Slučaj Dragana Samardžića pokazuje najtežu tačku sistema: kada je osoba istovremeno bolesna, siromašna, fizički zavisna od drugih i odgovorna za još nemoćnijeg člana porodice. Takvi slučajevi ne smiju zavisiti od slučajne pomoći komšija, prijatelja ili humanih pojedinaca.

BiH već ima dio pravnog okvira. Ono što nedostaje jeste funkcionalna veza između prava i stvarnog života: neko mora doći na vrata, procijeniti potrebe, organizovati njegu, obezbijediti prevoz i pratiti da li osoba zaista može preživjeti u vlastitom domu. To je minimum dostojanstva u starosti.