

УДК 314.117–053.9 (497.11) ”199/...”
364.4–053.9 (497.11) ”199/...”

Прегледни чланак

Review article

Мирјана Рашевић

ФЕНОМЕН СТАРЕЊА СТАНОВНИШТВА СРБИЈЕ

Извод: Централна Србија и Војводина спадају у подручја где је демографски процес старења достигао велике размере. Процес старења становништва ће се наставити и у непосредној будућности, а нарочито интензивно ће бити старење популације старих. Сиромаштво је распрострањеније међу старима, а услови становања и структура потрошње лошији у поређењу са осталом популацијом. Истовремено, постоје јасне слабости у институционалном и инструменталном задовољењу потреба старих особа. Отуда је политички одговор неопходан. И то најмање тројструк. Директан, везан за препознавање и реализацију потреба старих људи, затим онај који се тиче повећања удела година у добром здрављу, као и одговор на недовољно рађање као најважнији узрок старења популације.

Кључне речи: старење становништва, стари, популациона политика

Abstract: Central Serbia and Vojvodina are the areas where the process of demographic ageing has reached great ranges. Population ageing process will continue in near future, especially among the elder population. Poverty is the most widespread among the elders, who suffer worse living conditions and consuming structure comparing to the rest of population. At the same time there are clear weaknesses in institutional and instrumental fulfilment of the needs of elders. That is why this issue requires a political answer. At least a triple one. A Direct one, related to the recognition and realization of elders' needs, than the one concerning the elongation of the period of good health, and finally the one that refers to insufficient natality as the main cause of population ageing.

Key words: population ageing, elders, population politics

ПОПУЛАЦИОНО СТАРЕЊЕ**Карактеристике и тенденције**

Централна Србија и Војводина спадају у подручја где је демографски процес старења достигао велике размере. Према резултатима пописа становништва спроведеног 2002. године више од 900.000 лица у централној Србији и око 300.000 лица у Војводини, односно шестина становништва обе популације, је стара 65 и више година. Према проценама Центра за демографска истраживања Института друштвених наука данас у Србији

(ван подручја Косова и Метохије) живи 1.274 155 особа са 65 и више година или 17,1% популације је старо.

Дубина процеса старења становништва се врло илустративно може сагледати анализом старосне структуре на нивоу мањих територијалних јединица. Она, наиме, показује да су, демографски посматрано, чак 157 од 161 општине у централној Србији и Војводини старе општине. Изузеци су Прешево, Тутин, Бујановац и Нови Пазар са уделом старог становништва мањим од 15%. Демографски најстарије општине су Црна Трава и Гаџин Хан у којима је сваки трећи становник старији од 65 година. Према последњем попису становништва одговарајући удели су 36,1 и 35,6.

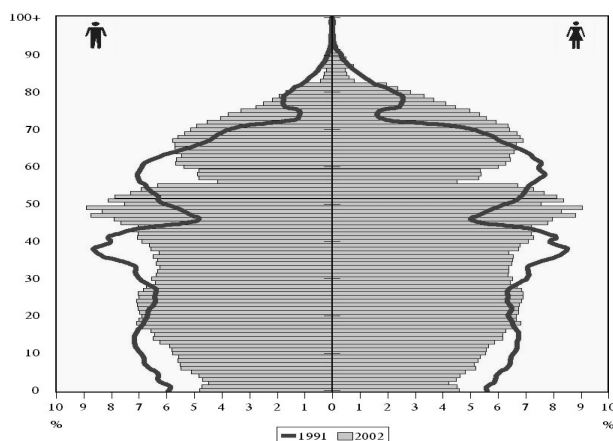
Старење популације је реалност и у развијеним земљама и у земљама у развоју. Међутим, релативно посматрано популације развијених земља су демографски најстарије. У 2003. години, међу европским популацијама, најстарија земља је Италија. Преко 18% Италијана има 65 или више година. На листи демографски најстаријих земаља затим следе Немачка, Грчка, Шведска, Шпанија, Белгија и Бугарска у којима удео лица старијих од 65 година износи између 17,0 и 17,5%. На осмом месту се налази Србија (територија ван подручја Косова и Метохије) са висином удела од 16,8. Штавише, када се као индикатор старости становништва посматра просечна старост, становништво Србије, односно централне Србије и Војводине, са старошћу од 40,4 године у 2003. години налази се у групи од пет демографски најстаријих европских држава заједно са Италијом, Немачком, Бугарском и Шведском.¹

Средином прошлог века, пак, становништво Србије је спадало у млађе популације Европе. Међутим, процес старења становништва на нископородичним подручјима Србије у другој половини XX века био је врло снажан. И апсолутни број и удео старог становништва је на подручју централне Србије и Војводине константно растао у периоду од 1950. до 2002. године. У централној Србији број старих је готово четворостручен (са 235 хиљада на 925 хиљада). У Војводини, пак, број лица старих 65 и више година је увећан са 113 хиљада на 315 хиљада или за више од два и по пута. Паралелно, удео старог становништва у укупној популацији се увећао три пута у централној Србији, односно 2,3 пута у Војводини. На оба подручја процес старења је нарочито интензиван у последњој деценији XX века.

Процес популационог старења се одвијао с врха старосне пирамиде (повећање удела старих) и од базе старосне пирамиде (смањење удела младих). Резултат је да је данас у Србији готово изједначен број становника млађих од 15 година и број становника старијих од 65 година.

¹ Council of Europe, **Recent Demographic Developments in Europe**, Council of Europe Publishing, Strasbourg, 2004.

Наиме, према подацима пописа из 2002. године у централној Србији и Војводини регистровано је 1.177 хиљада лица млађих од 15 година. Истовремено број становника старих 65 година или више година износио је 1.241 хиљада лица.



Слика 1. – Становништво по старости и полу: Србија 1991. и 2002. године (без Косова и Метохије)

Истовремено са еволуцијом старог становништва, и апсолутно и релативно посматрано, увећавало се и становништво високе старости (80 и више година). У посматраном периоду од пет деценија број старог-старог становништва се учетворостручио у централној Србији и утростручио у Војводини, а њихов удео се у обе популације више него удвостручио. Тако је према последњим пописним подацима, односе се на 2002. годину, у централној Србији регистровано 106.303, а у Војводини 39.174 лица старих 80 и више година, што представља удео од по 1,9% у обе популације.

Поред старења старог становништва, битна особина популације старих је и доминација жена. Број жена старих 65 и више година значајно превазилази број мушкараца исте старости. Основни разлог је што жене дуже живе од мушкараца као и губици мушког становништва у једној популацији проузроковани ратом и емиграцијом. Анализа полне структуре популације становништва од 65 и више година у периоду 1953–2002. године показује константан однос учешћа: око 40% мушкараца и око 60% жена. Према попису становништва у 2002. години одговарајући удели у популацији централне Србије су 43,1 и 56,9, а у Војводини 40,0 и 60,0.

Да би се једним делом објаснила полна дистрибуција старих навешћемо два примера. Први пример, заснован на вероватноћи доживљења, говори да је морталитет мушког становништва старог од 0–64 године око два

пута виши од морталитета жена исте старости, 1,8 пут у централној Србији односно 1,9 пут у Војводини. Такође, када достигне 65 година старости преостали део средњег трајања живота за жене је значајно виши него за мушкарце, разлика износи 1,9 година у централној Србији и 2,5 године у Војводини (према таблицама морталитета за 2004. годину 15,2 према 13,3 година, односно 14,5 према 12,0 година респективно).

Детерминистичка основа

Рађање као позитивна природна компонента непосредно утиче на ревитализацију обима становништва и његове старосне структуре. Оно врши ове две важне демографске функције само ако његов ниво задовољава најмање потребе простог обнављања становништва. Отуда било који ниво рађања који онемогућава да се врше ове две функције је недовољно рађање, које раније или касније води у депопулацију и прекомерно старење. Критичност недовољног рађања је тим већа што је оно дубоко законит и самим тим дугорочан феномен.

Недовољно рађање, поред непосредних утицаја на демографски развој, делује и посредно, што га чини још више критичним фактором. Ову врсту утицаја оно врши преко старосне структуре укупног становништва, пошто у условима све већег старења становништва расте општи морталитет и тиме додатно смањује ефекте ионако ниског и недовољног рађања. Сем тога трагови недовољног рађања у старосној структури дуго трају, тако да и у условима пораста репродукције до потреба простог обнављања депопулација и старење становништва се једно време настављају.

Као такво недовољно рађање је основно и истовремено најнеповољније обележје демографског развоја централне Србије и Војводине. Наиме, ниво стопе укупног фертилитета од око 2,1, потребна вредност за дугорочну просту замену генерација, на овим подручјима забележен је још средином 50-их година XX века. Већ у 1971. години стопа је била за око 15% нижа од потреба прости замене генерација у централној Србији, односно за готово 20% у Војводини. У том интервалу вредности стопа се углавном стабилизује у следеће две деценије на оба подручја.

Нисконаталитетна подручја Србије у деведесетим годинама XX века карактерише јасан пад рађања. У централној Србији стопа укупног фертилитета између 1991. и 1999. опала је са 1,73 на 1,40 или за 19,1%, а у Војводини са 1,72 на 1,43 односно за 16,9%. У 2000. и 2001. години се бележи лагани раст, а у периоду 2001–2004. стабилизација нивоа рађања на оба подручја. Но и поред тога, као и чињенице да је реч о нивоу рађања који је изнад европског просека, према последњим доступним подацима он је чак 25% нижи од потреба прости замене генерација, када се Србија посматра као целина (ван подручја Косова и Метохије), што зна-

чи да ће следећа генерација жена бити за једну четвртину мања по броју у односу на садашњу.

Промене у стопи укупног фертилитета реално одражавају промене у репродуктивном понашању жена и прецизан су индикатор нивоа рађања. Упечатљиво се, пак, транзиција фертилитета становништва може приказати и путем апсолутног израза. Тако се у периоду од 1950. до 2004. године број живорођене деце више него преполовио на оба подручја. Релевантни подаци за централну Србију су 120.412 и 57.980, односно 42.885 и 20.206 за Војводину.

Низак ниво рађања становништва је законит друштвени процес који на садашњем развојном и цивилизацијском нивоу не може да избегне ниједно развијено друштво. У детерминистичкој основи недовољног рађања становништва доминирају варијабле које се односе на репродуктивне норме, учешће становништва у репродукцији и такозване структурне препреке, које спречавају остварење и репродуктивних норми и учешће становништва у репродукцији.

Ниске репродуктивне норме су дубоко условљене и као такве припадају категорији дугорочних феномена. Управо дубока условљеност и дугорочност су особине које мало, ако уопште, остављају простора за спонтане промене актуелних тенденција нивоа рађања у догледној будућности. Наиме, неки од битних фактора ниских норми у сфери рађања су иманентни нашој цивилизацији, било да представљају њена позитивна достигнућа или њене изразите слабости.² Тако су, између осталог, на једној страни еманципација и индивидуализам, нуклеарна породица и измењен положај жене и деце у њој, инсистирање на квалитету сопственог живота и квалитету живота детета, либералан закон о абортусу и доступност ефикасне контрацепције, а на другој материјалистичка свест са потрошачким менталитетом и лични живот, разумљенији него икада раније. Ови и други узроци подстичу аспирације, било интелектуалне и професионалне или оне у приватној сфери, укључујући стицање и хедонизам. У новом систему вредности родитељство је задржало високо место, с тим што су се овом циљу придружили нови садржаји који су, такође, високо вредновани. Промене које су Лестиц и Ван ден Ка³ са разлогом назвали ”идеологијом индивидуалне аутономије” утицале су да ниске репродуктивне норме, које је проузроковао модеран развој, постану још ниже и недовољне за просто обнављање становништва. У савременим условима, када су деца изгубила важне социјалне и економске функције карактеристичне за традиционална друштва, жене и мушкарци се рационално опредељују за јед-

² М. Рашевић, **Развитак становништва Србије 1950–1991**, Центар за демографска истраживања Института друштвених наука, Београд, 1995.

³ R. Lesthaeghe, D. Van den Kaa, **Twee demografische transitities?**, наведено према R. Cliquet Below – **Replacement Fertility: A Case of Individual Societal Antagonism, sociobiologically explained**, Прилози демографским и економским наукама, Српска академија наука и уметности, Београд, 1994.

но или два детета, задовољавајући првенствено емоционалне и психолошке родитељске потребе уз истовремено избегавање ризика. То се чини у атмосфери у којима је слобода појединца далеко изнад одговорности и солидарности. Реч је о сопственој микро сфери, у којој нису присутне друштвене демографске потребе, о њима појединац не размишља и /или их не уважава, нити их друштво промовише.

Особине фактора који опредељују учешће становништва у репродукцији су такође продукт модерне културе, савременог начина живота и социјалних и економских услова. Међу њима све важније место имају цивилизацијски фактори који ”врше притисак на институције брака и породице, преко идеја о слободи личности, ерозије колективне свести, ширења потрошачког менталитета и хедонизма, све до алтернативних стилова живота”.⁴ Савремени модел суживота удвоје подразумева да је брак мање универзалан, ступање у брак касније, разводи чешћи, поново заснивање брачне заједнице ређе и краћег трајања, а алтернативне форме заједништва мушкарца и жене све бројније.

Поред опортуних препрека рађању, осећаја недовољне сигурности и у породици и у широј заједници и трошкова (цене) везаних за усклађивање родитељства и професионалне активности као и родитељства и задовољења различитих интересовања, и структурне препреке, незапосленост, нерешено стамбено питање, проблеми чувања деце, незадовољавајући економски стандард и друге појаве из овог круга, су како варијабла ниских репродуктивних норми тако и битна баријера за реализацију ставова о идеалном броју деце и учешће становништва у репродукцији. Мада структурне препреке не може да избегне ниједно развијено друштво, њихова важност је била велика у социјалистичким земљама. Значај набројаних структурних препрека је и данас посебно изражен у овим земљама које су ушле у процес транзиције социо-економског система, а њима су придодати и нови елементи могуће индивидуалне пасивизације као што су, на пример, осећај несигурности, социјални маладаптациони синдром на измењене вредности и норме или друштвена аномија.

Током 90-их година XX века интензиван процес старења становништва Србије је био не само под утицајем сталног пада нивоа рађања, већ и под знатним дејством специфичне старосне структуре миграционог салда (негативан миграциони салдо младог и млађег средовечног становништва, позитиван салдо старијег средовечног и старог становништва).

Одлучујући фактор старења популације у већини развијених земаља последњих година је пад морталитета становништва старог 65 и више година. Централна Србија и Војводина, пак, бележе супротне тенденције.

⁴ М. Мацура, **Актуелни проблеми популационе политике**, ”Основи популационе политике: Циљеви, институције, мере”, Српска академија наука и уметности, Београд, 1997.

Рађање, миграције и услови смртности до 65 година старости тежили су да повећају удео старог становништва у већој мери него што је то остварено. То значи да је морталитет изнад 65 година старости деловао негативно и његов утицај је смањео удео старог становништва.⁵

Предвиђања за прву половину XXI века

Према проценама Центра за демографска истраживања Института друштвених наука процес старења становништва Србије ће се у првој половини XXI века управо одвијати највише под дејством смањења смртности становништва, посебно под утицајем продужења очекиваног трајања живота старијег средовечног и старог становништва. Претпоставка је постављена на основу кретања очекиваног трајања живота у Србији у последњој деценији, тенденцијама овог показатеља у бившим социјалистичким земљама, сазнања о резерви за повећање просечног броја година живљења у свим фазама индивидуалног живота, уз истовремене процене о деловању психолошких и социо-економских фактора у детерминистичкој основи смртности становништва у будућности, као и о променама које се очекују у систему здравствене заштите укључујући и оне институционалне, али и програмске природе. Демографску будућност Србије карактеришаће и низак ниво рађања. Такође се претпоставља да ће Србија током пројекционог периода од емиграционог подручја постати подручје имиграционог типа.

Резултати свих шест варијанти аналитичких пројекција Центра за демографска истраживања Института друштвених наука из Београда указују да ће се процес популационог старења континуирано наставити у првој половини XXI века у Србији и да ће бити врло интензиван.⁶ Број особа старих 65 или више година ће се повећати за трећину (са 1.243 хиљаде колико је износио 2002. на око 1.640 хиљада у 2052) или за по 8.000 лица годишње према свим варијантама, осим оне која се базира на константном морталитету. Удео старих у укупном становништву ће се за педесет година, у зависности од варијанте пројекција, кретати од 18,7% до 27,5%. Нарочито интензивно ће бити старење популације старих. Према средњој варијанти пројекција број особа старих 80 или више година за пола века ће се утростручити (са 143 на 414 хиљада) и представљаће четвртину укупног броја старих, односно удео најстаријих ће се у укупној популацији повећати са 1,9 на 6,2%.

⁵ M. Rasević, **Population Ageing in Federal Republic of Yugoslavia and Health Care**, "European Population Conference", Hague, August 30th – September 3rd, 1999.

⁶ Г. Пенев, **Србија у првој половини 21. века. Да ли се могу избећи депопулација и интензивно демографско старење**, Србија и савремени процеси у Европи и свету, 26–27. мај, Тара, 2005.

У 2052. години број старих 65 или више година ће бити већи од броја становника млађих од 15 година и то уколико се оствари било која од шест варијанти пројекција становништва Центра за демографска истраживања Института друштвених наука.

СОЦИЈАЛНА СЛИКА СТАРИХ

Налази два репрезентативна истраживања нам омогућавају да прикажемо социјалну слику популације старих. Прво истраживање је током 2000. године спровео Институт за заштиту здравља Србије ”Др Милан Јовановић–Батут” на узорку од 1.324 жена и 978 мушкараца старијих од 65 година.⁷

Навешћемо најважније елементе социјалне слике старог становништва добијене овим анкетним истраживањем.

– Преко 80% анкетираних особа живи у сопственом стану или кући.
– Највећи број испитаника је у браку (58,9%), док је свака трећа анкетирана особа удовица односно удовац.

– Готово свака пета (18,8%) анкетирана стара особа живи сама.

– Пензија је главни извор прихода за више од половине (56,5%) анкетираних. На другом месту су рад у пољопривреди и приватни рад. Свака десета стара особа прима социјалну помоћ или је без прихода.

– Издаци за исхрану доминирају у структури потрошње. Но и поред тога млеко свакодневно користи мање од половине анкетираних.

– Највећи део слободног времена старије особе проводе у дружењу са пријатељима, децом и унучићима. Између 5 и 7% испитаника посећује биоскоп и позориште, чита књиге или часописе, односно бави се гимнастиком.

– Три четвртине старих особа је веома задовољно (14,4%) или задовољно (60,6%) сопственим животом.

– Међу анкетираним који нису задовољни сопственим животом, висина прихода убедљиво предводи листу узрока незадовољства.

– Старе особе најчешће наводе следеће здравствене тегобе: лако умарање, болови, нервоза и несаница.

– Мали број особа није функционално способно за обављање основних свакодневних активности. Тако се око 90% испитаника храни, умива, одлази у купатило, а око 80% устаје из кревета и облачи се без тешкоћа.

Друго истраживање, репрезентативна анкета о животном стандарду становништва у Србији, спроведено је у периоду мај–јун 2002. године

⁷ М. Јањић и Д. Нешић, **Карактеристике и потребе старијег становништва Србије**, Шести геронтолошки конгрес Југославије, Врњачка Бања, 12–16. мај, 2002.

на узорку од 6.386 домаћинстава, односно 19.725 лица. За потребе овог истраживања утврђена је линија сиромаштва на 4.489 динара за еквивалент одраслог, а на основу нутриционистичког стандарда за исхрану и економетријске оцене потрошње осталих артикала. У анализу је укључена и еквивалентна скала, односно узето је у обзир да остали чланови домаћинства ”коштају” мање од првог, пошто постоје и фиксни трошкови независни од броја чланова.⁸

Цитираћемо најважније налазе.

– Стопа сиромаштва старих лица (14,7%) значајно је виша него међу становништвом млађим од 64 године (9,7%).

– Међу старим лицима су најугроженији они најстарији (стопа сиромаштва расте од 13,4% колико износи у кохорти од 65 до 69 година до високих 21,2% међу старима преко 80 година).

– Жене старије од 65 година су сиромашније у односу на мушкарце исте старости (15,2 према 14,2%).

– Највећу стопу сиромаштва, посматрано по образовању, имају стара лица без основне школе (20,2%), а најнижу пак високо образовани (2,1%).

– Најсиромашнији су стари у Југоисточној Србији (стопа сиромаштва 26,1%), а најмање сиромашни стари у Београду (12,7%) и Војводини (13,7%).

– Висока стопа сиромаштва (18,6%) у руралним насељима је потврђена и за категорију старих.

– Стари грађани Србије имају месечну потрошњу од по 8.524 динара, што је за 16,4% ниже од потрошње припадника млађих генерација.

– Расходи за храну и становање чине две трећине потрошње старих. На трећем месту у структури потрошње налазе се трошкови за заштиту здравља.

– Међу старим људима у најповољнијем положају су пензионери, њихова потрошња је највиша (8.788 динара), а стопа сиромаштва најнижа (12,6%).

ПОЛИТИЧКИ ОДГОВОР

Човечанство мора да тражи одговор на феномен старења популације са свим последицама које оно доноси и на микро и на макро нивоу. Не може се очекивати да ће *homo sapiens* као рационално биће пронаћи одговор у блиској будућности. Потребно је време, које се мери не годинама већ деценијама, да се спонтано формира групна стратегија као рационалан од-

⁸ Б. Мијаговић, **Социјално-економски положај старих у Србији**, Социолошки преглед, бр. 3–4, 2003.

говор на феномен старења популације и све дужег индивидуалног живота. Отуда је у друштву које је, из демографске перспективе, старо, као што је Србија, и које ће и даље старити политички одговор неопходан. И то најмање трострук. Директан, везан за препознавање и реализацију потреба старих људи, затим онај који се тиче повећања удела година у добром здрављу, као и одговор на недовољно рађање као најважнији узрок старења популације.

Ка задовољењу потреба старих

Препознавање потреба старих људи и омогућавање да се оне реализују је битан део политичког одговора на старење популације у сваком друштву, а поготово у друштву које се налази у процесу транзиције социоекономског система и суочава се са низом изазова и јасном ценом која је саставни део овога процеса. У оквиру њега намеће се више праваца деловања. Најважнији су обезбеђивање економске сигурности у старости, популациона едукација о здравственим, психолошким и социјалним аспектима старења и старости, стварање услова да стари људе живе у кућама, трансформација и унапређење рада постојећих и развој нових капацитета и облика у институционалном смештају старих особа и обезбеђивање адекватне здравствене заштите старим особама.

Обезбеђивање економске сигурности у старости. – Јасна међугенерациска као и међуполна и међурегионална неравноправност у оквиру популације старих указује на постојање потребе дубоких промена да би се обезбедила економска сигурност старих лица и побољшао њихов социјални положај. То су, пре свега, родно изједначавање услова пензионисања, подизање старосне границе за одлазак у пензију, даља реформа пензионог система, укључивање већег броја сиромашних старих особа у програме социјалне помоћи и/или увођење социјалне пензије, подстицање штедње, промовисање радне активности здравих старих људи, омогућавање делимичног пензионисања.

Популациона едукација о здравственим, психолошким и социјалним аспектима старења и старости. – Циљ ове мере је стварање једне другачије културне климе и изградња новог статуса и улоге старе особе у модерном ”старом” друштву. У том смислу је, с једне стране, неопходна промена многобројних стереотипа, предрасуда и неразумевања везаних за старост, а с друге стране, важно је промовисати интергенерациску и интрагенерациску солидарност и трансфер. Посебан вид популационе едукације треба да представља и промоција здравог начина живота и индивидуалног понашања у старости.

Стварање услова да стари људе живе у кућама. – Стварање услова да стари људи живе у кућама подразумева, пре свега, форсирање породичног

окружења, односно живота старих лица у сопственом домаћинству уколико немају породицу или се она, из различитих разлога, не може активирати. Поред остваривања прагматичних захтева економске природе, на овај начин се задовољава низ потреба старих особа. Остваривање ове мере подразумева промоцију добробити вишегенерацијске породице, потпору породици са старом особом, развој породичног смештаја старих особа које немају могућности да живе у својој породици, пружање подршке и помоћи старим особама путем стварања мреже клубова за старе, центара за предах, дневних центара и центара кућне неге и отварање алтернативних облика становања за старе људе као што су заштићено становање, заједница становања и сеоска кућа.

Трансформација и унапређење рада постојећих облика у институционалном смештају старих особа, пре свих домова за старе. – Трансформација и унапређење рада домова за старе подразумева територијалне, архитектонске и садржинске промене. Прво, територијална трансформација треба да буде базирана на принципу смештаја старе особе у дому који је лоциран у близини њеног дотадашњег места боравка. Затим, стварање малих од великих домова и коришћење преосталог простора за нове садржаје, отклањање архитектонских баријера и прилагођавање стамбеног простора потребама старих, подизање санитарног и естетског нивоа простора и развој смештаја високе категорије на комерцијалној основи. Даље, развој различитих садржаја и диферентних услуга које ће се пружати кроз стационарни и ванстационарни део, структурирање корисника узимајући у обзир различите облике организованог смештаја, унапређење и других услова који чине квалитет живота старих у институцијама као што су организација живота, исхрана, нега, рекреација, забава. Отварање нових домова за старе такође је неопходно да би се смањила територијална неједнакост у дистрибуцији институција овога типа.

Развој дома сестринске неге као новог облика институционог збрињавања старих особа. – Дом сестринске неге је институција која обезбеђује услуге стационарне заштите индивидуама које имају потребу за социјалном подршком и квалификованом сестринском заштитом и другим медицинским услугама, али којима није потребно болничко лечење. Прописивање одређених услуга и контролу њиховог извођења врши лекар. Дом сестринске неге је по мишљењу многих аутора најзначајнији представник институционалне заштите старих, јер обезбеђује хуману атмосферу, квалификовану негу за физички, психички или социјално зависне особе и стални професионални надзор истовремено смањујући потребу за скупим болничким лечењем.

Обезбеђивање адекватне здравствене заштите старим особама. – У оквиру примарне здравствене заштите изабрани лекар са својим тимом и другим службама треба да излази у сусрет посебним потребама старих особа, укључујући заказивање посета, пружање медицинских услуга у кућ-

ним условима и посредовање у остваривању здравствене заштите на поликлиничком нивоу и у болницама. Болничке установе би првенствено требало оријентисати на лечење акутних стања и обољења. Здравствена заштита у домовима за стара лица, пак, треба да се организује на два начина: од стране територијално надлежног дома здравља, односно изабраног лекара и чланова његовог тима и формирањем стручних тимова (лекара, медицинских сестара, физиотерапеута) стално запослених у дому за стара лица.

Промоција здравља

На овом стадијуму епидемиолошке транзиције доминирају болести чији је узрок човек. Ако здравствено стање схватимо као резултанту две групе фактора, здравствено промотивних и здравствено хазардних, преко којих делују социјалне и економске детерминанте на менталне и биолошке механизме индивидуе, јасан пут за компресију морбидитета уместо пандемије болести у старости је форсирање превенције.

Многа патолошка стања у трећем и четвртом добу живота нису нужна последица биолошког старења већ су и резултат излагања ризичним факторима као што пушење, неадекватна исхрана, алкохолизам, недовољна физичка активност, одлагање одласка код лекара током читавог живота укључујући и старост. Пре свих, кардиоваскуларни и респираторни морбидитет. То је и разлог што се много може учинити промоцијом здравља. Могуће и више него раном дијагностиком и доступношћу здравствених установа и терапијских могућности. Адекватном превенцијом се фаталне болести могу одложити или спречити, као и успорити процес старења. Потготово ако се у младости, или чак у детињству, усвоји здрав начин живота.

Промоција здравља дефинише се као програм који тежи развоју и промоцији здравог начина живота у здравој животној средини, развијајући свест о индивидуалној одговорности за сопствено здравље. Она се остварује путем масовне едукације и законских мера укључујући и економске инструменте у комбинацији са развојем центара за промоцију здравља, повезивањем здравствене политике са образовном, економском и социјалном политиком, иницирањем *self-help* волонтерских покрета и финансирањем специјалних програма за групе на повећаном ризику.

Развијене земље, које су почетком 70-их година XX века усвојиле стратегију промоције здравља, утицале су на промену индивидуалног понашања. Усвајање новог, здравог стила живота је резултирало смањењем општег морталитета као и кардиоваскуларног морталитета и смртности од канцера дигестивног тракта и утеруса до 80 година старости.⁹ Поред пове

⁹ G. Caselli, **Long-term Trends in European Mortality**, European Population Conference, Paris, 1991.

ћања средњег трајања живота повећао се и удео година живота у добром здрављу ("здраве године") у свим фазама индивидуалног живота, укључујући и треће и четврто доба и код оба пола. У Италији, на пример, 1983. очекивано трајање живота за мушкарце са 60 година старости износило је 17,1 а 1990. године 19,1 година. Истовремено за исту старосну и полну групу очекивано трајање живота без фаталних болести се повећало са 14,4 на 15,9 година, а очекивано трајање живота у добром здрављу са 4,9 на 7 година. Средње трајање живота за жене старе 60 година износило је 21,3 и 23,5, односно 18,7 и 20,4; и 5,0 и 7,1 респективно. Направљен је помак у квалитативном смислу и за доба високе старости. Наиме, у истом временском периоду забележен је пораст очекиваног трајања живота за око 1,5 годину и код мушкараца и код жена старих 80 година, а удела без фаталних болести као и удела у добром здрављу за више од једне године, односно око пола године.¹⁰ У САД, пак, смањена је вероватноћа да ће мушкарац стар 62 године оболети од кардиоваскуларне болести са 0,435 на 0,389 у периоду од 1983–1993. година. Такође, у истом периоду је смањена вероватноћа да ће мушкарац стар 62 године који оболи од кардиоваскуларног обољевања имати јак степен болести са 0,027 на 0,021.¹¹

Исто тако, мада недостаје временска димензија, значајни су резултати истраживања спроведеног у Немачкој почетком 90-их година XX века који су показали да удео година у добром здрављу ("здраве године") после 70 година старости износи високих 75% за оба пола. Мање су оптимистички резултати холандске епидемиолошке студије по којима 37% (за мушки пол) и 47% (за женски пол) од очекиваних година живота после 70. је повезано са осећањем неспособности.¹² Упркос оградама методолошке природе за прихватање ових резултата, они дају основу за оптимизам у вези са могућностима за остваривање квалитативног помака током квантитативно продуженог индивидуалног живота.

Рехабилитација рађања

Питање политичког одговора на проблем ниског нивоа рађања је, међутим, вишеструко сложено. Пре свега услед недостатка научног и искуственог сазнања у погледу достизања нивоа рађања потребног за просто

¹⁰ V. Egidi & L. Frova, **Morbidity, Mortality and Health-related Quality of Life in Developed Countries: Concepts, Methods and Indicators**, International Population Conference, Beijing, 1997.

¹¹ E. Crimmins, **Trends in mortality, morbidity, and disability: what should we expect for the future of our ageing population**, International Population Conference, Beijing, 1997.

¹² M. Onkolski, **Health and Mortality**, European Population Conference – Proceedings, United Nations, Council of Europe, New York, Geneva, 1994.

обнављање генерација. Искуства индустријских земаља указују да, без обзира на значајне разлике у економским, друштвено-политичким и вредносним системима, као и приступу популационој политици, постоји значајан степен униформности у погледу циљева, праваца мера, као и дефинитивног израза примењених мера. Систем финансијске помоћи породици, усклађивање рада и родитељства, и систем збрињавања деце запослених родитеља постају стандарди политичког одговора индустријских земаља.¹³

Данас је у највећој мери присутан индиректан приступ којим се, преко политике подршке породици, односно низа релевантних социјалних политика (социјална сигурност, становање, запошљавање и др.), експлицитно или имплицитно тежи стварању услова који би могли стимулативно утицати на рађање. Он је резултат отпора директном уплићању политике у сферу репродуктивног понашања индивидуе. Историјско искуство, људска права, политичке препреке, неверовање у ефекте популационе политике или веровање у човека као рационалног бића су неке од претпоставки које се намећу. Такође, потребно је време, услед природе процеса, да се искусе прве последице незадовољавајућих демографских трендова. Индиректан приступ се, пак, суштински не разликује од отворено експлицитног пронаталитетног приступа који је карактерисао велики број источно-европских земаља и земаља Централне Европе током социјалистичког друштвеног уређења. Политика према фертилитету и у овим земљама је спроведена посредством политике према породици и других области социјалне политике, мада су пронаталитетни циљеви били интегрисани у њиховим развојним плановима.

Процена је да је максимални ефекат примењених мера пораст завршеног фертилитета становништва до 10%, што је у условима изузетно ниског нивоа рађања недовољно. Разлози изостајања жељених ефеката су, свакако, многобројни и недовољно познати. Могуће их је тражити у неадекватној операционализацији мера. Њен узрок може бити економске природе, неадекватан ниво економског развоја или одсуство спремности издвајања адекватних средстава, као и политичке природе, подређеност мера популационе политике другим областима социјалне политике, са којима се преплиће или у чијим оквирима се спроводи, а који се, са становишта краткорочних критерија функционисања друштвеног система, указују приоритетним (пре свега политика радне снаге). Обезбеђење адекватних финансијских средстава за програме намењене породици, родитељима и деци отежано је и повећаним потребама социјалне бриге о старима.

Ставови појединаца о узроцима ниског рађања и њихова очекивања од државе да својом активношћу отклони препреке реализацији већег

¹³ М. Рашевић и М. Петровић, **Искуства популационе политике у свету**, Институт друштвених наука, Београд, 1996.

броја деце указују на сагласност са постојећим системом мера. То показује да он, потенцијално, може имати већи пронаталитетни стимуланс уколико би могућност и спремност државе била већа да адекватно одговори на индивидуалне захтеве. При томе се мисли на реализацију жељеног броја деце, који је по правилу виши но реализовани, али и нижи но што је потребно за просту репродукцију становништва. Према проценама аналитичара завршени фертилитет становништва тада би могао бити виши за још 10%. Наравно, тиме би проблем недовољног рађања био ублажен, али не и решен, што упућује на другу страну проблема адекватног одговора на низак ново рађања. Односно поставља се много сложеније питање адекватности мера с обзиром на комплексну детерминистичку основу репродуктивног понашања у савременом друштву. У основи ниских репродуктивних норми налази се развијен систем потреба индивидуа и мноштва алтернативних опција њиховог задовољења. Доминантни вредносни систем обележава индивидуализам и материјализам у оквиру кога се одређује вредност и цена детета. Истраживања указују да је родитељство задржало високо место у систему вредности индивидуа, али и да се изменила његова суштина. Неегзистенцијална основа вредности детета (битан, чак, најважнији елемент емотивног живота и самоостварења индивидуе) постаје одредница репродуктивног понашања, јер се остварује са једним или двоје деце. Самим тим се отвара питање да ли има реалних простора за популациону политику у новом моделу репродуктивног понашања који је тако дубоко условљен да релативизује културно наслеђе условљавајући конвергентно, хомогенизовано репродуктивно понашање у развијеним земљама.

Резултати истраживања показују да постоје неке битне претпоставке за рехабилитацију рађања. Пре свега, добра информисаност о демографским проблемима и осетљивост на њих. Затим, високо вредновање брака и истицање породичног живота и деце као најважније животне аспирације и циља *per se*. Такође, више налаза упућује и на индивидуално препознавање структурних препрека као битне баријере између индивидуалних репродуктивних намера и понашања. Отуда постоји простор за популациону политику. Наредна битна претпоставка за рехабилитацију рађања је прихватање пронаталитетне политике и спремност да се позитивно реагује у условима које ће она створити. Дисонантно је, међутим, доминантно истицање индивидуалних потреба, затварање на микронивоу и истовремено постојање свести о проблему, али не и свести о личној улози у његовом решавању.¹⁴ Самим тим се отвара дилема – да ли би појединац на постојеће пронаталитетне мере, и у условима њихове адекватне операционализације, одговорио рађањем потребног броја деце? Отуда, и поред тога што се на-

¹⁴ М. Рашевић, **Планирање породице као стил живота**, Институт друштвених наука, Београд, 1999.

меће да акције у прилог рађања морају бити и интензивније, и целовитије и истраживачке, велики и можда најсложенији проблем који популациона политика треба да савлада налази се у сфери свести – државној, политичкој, друштвеној и индивидуалној.

Mirjana Rašević

PHENOMENON OF AGEING POPULATION OF SERBIA

Summary

Population of Serbia is among the oldest populations in the world. According to the estimations of the Demographic Research Centre at the Institute of Social Sciences, more than 950,000 people in Central Serbia and cc 300,000 people in Vojvodina (e.g. 1/6 of both populations) are 65 or more years old (952,106 or 17.6% and 322,049 or 16.1% respectively). Low and decreasing fertility represents basic cause of population ageing in Serbia. During 1990s, the ageing process was under the strong influence of specific age structure of migration balance (negative migration balance of people up to 39 years old, positive migration balance of people 40 or more years old). Ageing population process will continue in the near future and will be very intensive. The number of people 65 or more years old will rise by 1/3 during next 50 years, while the portion of elders in total population will be, depending on projected variation, between 18.7% and 27.5%. Population ageing process will be especially intensive among the elder population. Poverty is the most widespread among the elders, who suffer worse living conditions and consuming structure comparing to the rest of population. At the same time there are clear weaknesses in institutional and instrumental fulfilment of the needs of elders. That is why this issue requires a political answer. At least a triple one. A Direct one, related to the recognition and realization of elders' needs, than the one concerning the elongation of the period of good health, and finally the one that refers to insufficient natality as the main cause of population ageing. In the frame of a direct answer, important directions of actions are – provision of economic safety for the elders, population education on the issues of medical, psychological and social aspect of ageing and the old age, creation of conditions for old people to live in the houses, transformation and improvement of work of existing capacities as well as development of new capacities and forms in the institutional accommodations of elders and provision of the adequate health care.