

# Sustavi dugotrajne skrbi za starije u Europi prema tipu socijalne države

---

Grgurić, Ivona

Master's thesis / Diplomski rad

2024

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, Faculty of Law / Sveučilište u Zagrebu, Pravni fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:199:911271>

Rights / Prava: [In copyright](#) / [Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-10-12**



Repository / Repozitorij:

[Repository Faculty of Law University of Zagreb](#)



SVEUČILIŠTE U ZAGREBU  
PRAVNI FAKULTET  
STUDIJSKI CENTAR SOCIJALNOG RADA

**Ivona Grgurić**

**SUSTAVI DUGOTRAJNE SKRBI ZA STARIJE U  
EUROPI PREMA TIPU SOCIJALNE DRŽAVE**

DIPLOMSKI RAD

Zagreb, 2024.

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU  
PRAVNI FAKULTET  
**STUDIJSKI CENTAR SOCIJALNOG RADA**  
DIPLOMSKI STUDIJ SOCIJALNE POLITIKE

**Ivona Grgurić**

**SUSTAVI DUGOTRAJNE SKRBI ZA STARIJE U  
EUROPI PREMA TIPU SOCIJALNE DRŽAVE**

DIPLOMSKI RAD

Mentor: prof. dr. sc. Zoran Šućur

Zagreb, 2024.

## Sadržaj

<b>1. Uvod .....</b>	<b>1</b>
<b>2. Dugotrajna skrb.....</b>	<b>4</b>
<b>3. Strateški dokumenti u području dugotrajne skrbi.....</b>	<b>8</b>
3.1. Europska strategija skrbi .....	9
3.2. Akcijski plan za provedbu Europskog stupa socijalnih prava.....	15
3.3. Direktiva (EU) 2019/1158 o ravnoteži između poslovnog i privatnog života roditelja i pružatelja skrbi.....	17
<b>4. Dugotrajna skrb u Njemačkoj .....</b>	<b>20</b>
4.1. Konzervativno korporativistički model.....	20
4.2. Demografski trendovi.....	21
4.3. Sustav dugotrajne skrbi za starije .....	22
<b>5. Dugotrajna skrb u Švedskoj .....</b>	<b>27</b>
5.1. Socijaldemokratski model .....	27
5.2. Demografski trendovi.....	28
5.3. Sustav dugotrajne skrbi za starije .....	29
<b>6. Dugotrajna skrb u Ujedinjenom Kraljevstvu .....</b>	<b>34</b>
6.1. Liberalni model .....	34
6.2. Demografski trendovi.....	35
6.3. Sustav dugotrajne skrbi za starije .....	35
<b>7. Dugotrajna skrb u Hrvatskoj .....</b>	<b>41</b>
7.1. Postkomunistički model .....	41
7.2. Demografski trendovi.....	42
7.3. Sustav dugotrajne skrbi za starije .....	43
<b>8. Rasprava .....</b>	<b>48</b>

<b>9. Zaključak.....</b>	<b>49</b>
<b>10. Literatura .....</b>	<b>51</b>

## Sustavi dugotrajne skrbi za starije u Europi prema tipu socijalne države

### Sažetak:

*Europski stup socijalnih prava sastoji se od 3 tematske cjeline te ukupno 20 načela, jedan od kojih je i dugotrajna skrb, a zagovara pravo svakoga pojedinca na pristupačne usluge skrbi dobre kvalitete, posebno na usluge kućne njege i skrbi u zajednici. Dugotrajna skrb obuhvaća usluge namijenjene osobama smanjenih funkcionalnih sposobnosti, ovisnih o tuđoj pomoći u obavljanju svakodnevnih aktivnosti tijekom dužeg razdoblja. Udio starijih osoba u ukupnom stanovništvu raste, mijenja se struktura obitelji, a povećava se i uključenost žena na tržište rada zbog čega je potreba za organizacijom sustava skrbi, posebice za starije, sve izraženija. Svaka od država članica EU, u skladu s tradicijom vlastite socijalne države i suvremenim tijekovima u društvu, nastoji na adekvatan način odgovoriti na potrebe svojih građana te različitim mjerama i reformama uspostaviti financijski i organizacijski održiv sustav dugotrajne skrbi. U ovom radu opisani su sustavi dugotrajne skrbi Njemačke, Švedske, Ujedinjenog Kraljevstva i Hrvatske, svaka kao primjer jednog od modela socijalne države. Navedeni sustavi prema tipologiji odgovaraju konzervativno-korporativističkom, socijaldemokratskom, liberalnom i postkomunističkom modelu, s naglaskom na specifičnosti organizacije, financiranja i pružanja skrbi u spomenutim državama.*

Ključne riječi: dugotrajna skrb, starije osobe, modeli socijalne države

## Long-term care systems for the elderly in Europe by the type of welfare state

### Abstract:

*The European Pillar of Social Rights consists of three thematic units and a total of 20 principles, one of which is long-term care. This principle advocates for the right of every individual to affordable, high-quality care services, with a particular emphasis on home and community care. Long-term care includes services intended for people with reduced functional abilities who are dependent on someone else's help in performing daily activities over an extended period. The share of elderly people in the total population is growing, the structure of the family is changing, and the involvement of women in the labor market is increasing, which is why the need to organize a care system, especially for the elderly, is becoming more pronounced. Each EU member state, in accordance with the traditions of its own welfare state and contemporary societal trends, strives to adequately respond to the needs of its citizens and establish a financially and organizationally sustainable long-term care system through various measures and reforms. This paper describes the long-term care systems of Germany, Sweden, the United Kingdom, and Croatia, each representing one of the welfare state models. According to the typology, these systems correspond to the conservative-corporatist, socialdemocratic, liberal, and post-communist models, with an emphasis on the specifics of organization, financing, and provision of care in the mentioned countries.*

Key words: long-term care, elderly people, welfare state models

## **Izjava o izvornosti**

Ja, **Ivona Grgurić** pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključiva autorica diplomskog rada te da u radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova te da se prilikom izrade rada nisam koristila drugim izvorima do onih navedenih u radu.

Ime i prezime: Ivona Grgurić

Datum: 02.09.2024.



## 1. Uvod

Demografske promjene u suvremenom društvu već duži niz godina stavljaju pred pojedince i obitelji, lokalnu zajednicu, odnosno društvo u cjelini brojne izazove na koje se nastoji odgovoriti razvojem strategija i politika na nacionalnoj, ali i međunarodnoj razini. Trend starenja stanovništva, produljenje životnog vijeka, smanjena stopa natalitet, promjene u strukturi i ulozi obitelji, veća zaposlenost žena, promjene vrijednosti glede brige o starijima, migracije te pomicanje dobi odlaska u mirovinu odražavaju se u rastućoj potrebi za dugotrajnom skrbi (Dobrotić, 2016). Navedeni pokazatelji temelj su za dublje razumijevanje te prepoznavanje potreba i izazova u sustavu dugotrajne skrbi, formirajući tako i način na koji društvo percipira i pristupa brizi za svoje starije i nemoćne članove.

Ranije navedeno i pred sustav socijalne skrbi stavlja nove zahtjeve i izazove ukazujući na potrebu za prilagodbom i inoviranjem socijalnih usluga kako bi se građanima pružila adekvatna podrška. Na razini Europe teško je ponuditi jednoznačnu definiciju pojma socijalne usluge, a koja bi obuhvatila sve raznolike usluge i njihove organizacijske obrasce na tako širokom prostoru. Stoga Vijeće Europe i druge organizacije u tom području koriste izraz „osobne socijalne usluge“ koji obuhvaća one usluge koje se obično pružaju pojedincima vezano uz njihove specifične potrebe i okolnosti, a uglavnom ih koriste starije osobe i njihovi skrbnici, djeca i obitelji te osobe s invaliditetom (Munday, 2010). Zakonom o socijalnoj skrbi Republike Hrvatske (čl. 70, NN 156/23) socijalne usluge definirane su kao aktivnosti namijenjene prepoznavanju, sprječavanju i rješavanju problema i poteškoća pojedinaca i obitelji te poboljšanju kvalitete njihova života u zajednici. Njihovom primjenom cilj je društva osigurati dostojanstven život svim svojim članovima smanjujući nejednakost te potičući socijalnu koheziju.

Starenje je progresivan i neizbježan proces opadanja funkcionalnih sposobnosti, koje kada se jednom „izgube“, više nije moguće vratiti na prijašnju razinu (Carvalho i Martins, 2016). On sa sobom nosi brojne fizičke, psihičke i društvene promjene koje se na različite načine manifestiraju kod svakog ponaosob. Fizičke promjene obuhvaćaju smanjenje produktivne sposobnosti organskih sustava i regeneracije

tkiva, te povećanje rizika od pojave različitih akutnih i kroničnih stanja/bolesti što za posljedicu ima narušavanje općeg stanja organizma, ograničenje fizičkih sposobnosti i smanjenje autonomije u obavljanju svakodnevnih aktivnosti. Psihološke promjene očituju se kognitivnim promjenama, poput smanjenja kognitivnih funkcija, problema s pažnjom, smanjenje jezičnih sposobnosti, sposobnosti učenja i drugih, ali i emocionalnim promjenama koje se uglavnom manifestiraju kroz sposobnost psihološke prilagodbe na izazove, gubitke, strategije suočavanja sa stresom te podložnost problemima mentalnog zdravlja. Društveni aspekt starenja povezan je s promjenama u socijalnim ulogama pojedinca, kao što su prestanak radnog odnosa i umirovljenje, promjene u obiteljskim ulogama te promjene u socijalnoj mreži, gubici bliskih prijatelja ili članova obitelji.

Loše zdravstvene navike predstavljaju rizični faktor za nastanak raznih kroničnih bolesti u starosti, neke od kojih su kardiovaskularne bolesti, dijabetes, plućne bolesti, artritis i druge, a istraživanja su pokazala kako bi neke od spomenutih bolesti mogle biti povezane i s opadanjem kognitivnih sposobnosti kod starijih osoba (Despot Lučanin, 2008). Iako tjelesno zdravlje i funkcioniranje može biti narušeno kod starijih osoba, kvalitetu života obično se procjenjuje uzimajući u obzir mogućnosti zadovoljenja temeljnih potreba osobe, primjerice, funkcionalne sposobnosti, socijalne podrške, dostupnost usluga zdravstvene i socijalne skrbi i slično te procjene psiholoških i socijalnih faktora, poput zadovoljstva životom, psihičkog stanja, samoprocjene zdravlja i drugih (Despot Lučanin, 2008).

Kao socijalni rizik, ovisnost u starosti prepoznata je tek unatrag dva desetljeća, te od tad europske zemlje počinju intenzivnije razmatrati i implementirati reforme regulacije, organizacije, financiranja i pružanja dugotrajne skrbi starijim osobama (Rostgaard i Zechner, 2012; prema Dobrotić, 2016). Države članice na različite načine, u okviru postojećih sustava socijalne zaštite, nastoje odgovoriti na potrebe svojih starijih građana te riješiti problem rastuće potrebe za dugotrajnom skrbi, no može se primijetiti kako im je svima zajedničko kombiniranje novčanih davanja i usluga s naglaskom na izvaninstitucionalne usluge, pluralizam pružatelja usluga, uvođenje elemenata tržišta u proces pružanja usluga te privatizacija i individualizacija skrbi (Pavolini i Ranci, 2008; Brennan i sur., 2012; da Roit, 2012;

Glendinning, 2012; Kröger i Leinonen, 2012; Rostgaard i Zechner, 2012; Szebehely i Trydegård, 2012; Williams i Brennan, 2012; svi prema Dobrotić, 2016).

Organizacija samog sustava skrbi za starije i usluga koje nudi ovisi o tradiciji socijalne države u svakoj od zemalja. Način na koji države organiziraju i provode socijalne politike ovisi o nizu međusobno povezanih faktora, neki od kojih su povijesni razvoj, značajni događaji i kulturne norme, ekonomski uvjeti koji direktno utječu na mogućnost države da financira socijalne programe, kao i na kvalitetu i opseg usluga koje nudi svojim građanima, te politički sustav i dominantne ideologije.

Iako postoje razne teorije grupiranja zemalja prema raznovrsnim obilježjima sustava socijalne sigurnosti, najpoznatija je ona Esping-Andresena (1989) koju čine 3 tipa socijalne države, a to su: konzervativno-korporativistički, socijaldemokratski i liberalni. Neki autori kritiziraju ovu podjelu i pozivaju na dodatak 4. kategorije, južnog (mediteranskog) tipa (Ferrera, 1996.; Bonoli, 1997.; Castles i Obinger, 2008.; svi prema Kammer i sur., 2012), a krajem 20. stoljeća pod utjecajem globalizacije na razvoj socijalne države i raspada socijalizma, javili su se pokušaji za dopunjavanje tipologije posebnom skupinom za zemlje Srednje i Istočne Europe. Merkel (2010; prema Stambolieva, 2011) navodi kako je ovo širok i raznolik skup zemalja koji obuhvaća države bivšeg Sovjetskog Saveza i bivše Jugoslavije, koje unatoč sličnom iskustvu tranzicije, ipak ne čine jednu homogenu skupinu. Fenger (2007; prema Stambolieva, 2011) ovu skupinu naziva "postkomunističkim europskim tipom", a Castles i Obinger (2008; prema Stambolieva, 2011) spominju posebnu „postkomunističku obitelj naroda“ u EU.

Stoga je cilj ovog rada sagledati glavna obilježja postojeće sustave dugotrajne skrbi u četiri odabrane europske zemlje, predstavnice pojedinog modela socijalne države. U tu svrhu, analizirat će se kako različiti modeli socijalne države utječu na organizaciju, financiranje i kvalitetu usluge dugotrajne skrbi, koji su pri tom izazovi identificirani kao ključni u nacionalnim politikama dugotrajne skrbi te ih evaluirati.

## 2. Dugotrajna skrb

Prema Izvješću o dugotrajnoj skrbi (European Commission, 2021), u Europskoj uniji 2008. godine stanovalo je 75,7 milijuna osoba starijih od 65 godina, 2021. godine taj je broj porastao na 90,5 milijuna, a projekcije za 2030. godinu prikazuju kako bi taj broj mogao doseći 108,5 milijuna. Nadalje, projekcije Eurostata (2023; prema Knežević i sur., 2023) predviđaju kako će se populacija osoba starijih od 65 godina do 2050. godine povećati na 129,8 milijuna te da će se istovremeno broj stanovnika dobi od 65 do 74 godine povećati za 16,6 %, dok će se broj stanovnika u dobi od 75 do 84 godine povećati za 56,1 %.

Prateći ranije spomenute trendove, uključujući rast udjela starijih osoba u ukupnom stanovništvu, potrebno je razvijati i nove koncepte socijalnih usluga koje bi osigurale pružanje dugotrajne skrbi osobama u potrebi zadajući si pritom ciljeve kreiranja šireg izbora prava i usluga, ne samo starijim osobama, već svim osobama ovisnima o tuđoj pomoći, kao i kućanstvima koja o njima brinu te omogućavanje korisnicima da vode samostalan i ispunjen život tako što će im biti ponuđeno odlučivati o količini i tipu usluga koje žele primati (Jedvaj i sur., 2014).

Dugotrajnu skrb sastoji se od niza usluga usmjerenih na osobe smanjenih funkcionalnih mogućnosti, ovisnih o tuđoj pomoći u obavljanju osnovnih i drugih svakodnevnih aktivnosti tijekom dužeg razdoblja (Bađun, 2015). Ovaj oblik skrbi pruža se nemoćnim starim osobama, obično starijima od 80 godina, i drugim osobama s fizičkim ili mentalnim poteškoćama kojima je potrebna pomoć i podrška (Jedvaj i sur., 2014). Österle i suradnici (2011; prema Jedvaj i sur., 2014) ističu kako je dugotrajna skrb pristup skrbi o starijima temeljen na solidarnosti, namijenjen osobama u potrebi s ciljem da se osigura zaštita njihovih prava i uključenost u život zajednice. Skrb može biti organizirana formalno, te ju obavljaju stručni radnici i multidisciplinarni timovi institucionalno ili izvaninstitucionalno; odnosno može biti neformalna, najčešće pružena od strane članova obitelji i drugih bliskih osoba.

2019. godine u Europskoj Uniji, broj osoba u potrebi za dugotrajnom skrbi iznosio je 30,8 milijuna, a očekuje se kako bi se taj broj kroz godine, prateći aktualne

demografske trendove, mogao povećati te bi 2030. iznosio 33,7 milijuna, a 2050. godine 38,1 milijuna, što bi odgovaralo povećanju od 23,5 % (European Commission i Economic Policy Committee, 2021; prema European Commission, 2022).

Očekuje se i značajan porast javnih rashoda za dugotrajnu skrb, s projekcijama da će se povećati s 1,7 % BDP-a u 2019. na 2,5 % BDP-a do 2050., uz velike razlike među državama članicama (European Commission i Economic Policy Committee, 2021; prema European Commission, 2022). Važan je i doprinos neformalnih njegovatelja, koji se trenutno procjenjuje na 2,4 % BDP-a EU, iako se u narednom razdoblju očekuje njegovo smanjenje zbog promjena obiteljskih struktura i veće uključenosti žena na tržištu rada (Van der Ende i sur., 2021; prema European Commission, 2022).

U većini država dugotrajna skrb često je organizirana neformalno, odnosno obitelj je ta koja skrbi o ovisnom članu, a procjenjuje se kako vrijednost neplaćenog obiteljskog rada iznosi između 20 % i 37 % europskog BDP-a (Gianelli i sur., 2010; prema Bađun, 2015).

Ljudi preferiraju da se o njima brinu članovi obitelji ili druge bliske osobe jer se tako osjećaju ugodnije i sigurnije u okruženju koje poznaju i s osobama kojima vjeruju, a može doprinijeti boljoj emocionalnoj podršci i povećati kvalitetu života primatelja skrbi. Također, razlozi mogu biti financijski, odnosno formalna skrb može biti skupa, pogotovo kada zdravstveni i socijalni sustavi ne pokrivaju troškove skrbi, a tu su i razlozi organiziranja i (ne)dostupnosti formalnih usluga skrbi te nedostatak informiranosti i povjerenja u formalne usluge od strane potencijalnih korisnika i njihovih obitelji.

Neformalni njegovatelj je osoba koja pruža skrb, u principu neplaćenu, starijoj i nemoćnoj osobi o kojoj brine, ali ne na profesionalnoj osnovi već općenito s tom osobom ima društveni odnos (Spasova i sur., 2018). Prema Verbakel (2018), prosječni pružatelj neformalne skrbi, u pravilu je žena u dobi od 50 do 59 godina, često visoko obrazovana i religiozna te koja ima partnera i vlastitu obitelj.

Udio pružatelja neformalne skrbi u općoj populaciji kreće se između 8 % i 16 %, te oni uglavnom pružaju skrb niskog intenziteta (do 11 sati tjedno), što je ujedno

karakteristično za zemlje sjeverne Europe, dok je u južnoj Europi češća intenzivna skrb, čiji fond iznosi preko 20 sati tjedno (Bađun, 2015). Ovaj trend možemo objasniti činjenicom da su u ovim krajevima Europe izražene različite obiteljske vrijednosti te da u zemljama sjeverne Europe odrasla djeca često žive u kućanstvima odvojenim od svojih starih roditelja, dok su u zemljama južne Europe i dalje u većem broju prisutna višegeneracijska kućanstva.

Većina država zagovara upravo pružanje kućne njege od strane obitelji, argumentirajući je poboljšanjem kvalitete života korisnika skrbi te zaštitom temeljnih ljudskih prava (Ilinca i sur., 2015; prema Nagode i Lebar, 2019). Pružanjem usluge skrbi u domu korisnika, osim što im se omogućava ostati u vlastitom domu, istovremeno nudi mogućnost ostvarivanja potrebne pomoć i očuvanja svog integriteta i dostojanstva, te ostanka aktivnim članom svoje zajednice (Mihić i sur., 2014; prema Kordić i Višić, 2023).

Skrb o starijima često je stresna i zahtjevna, a odrasla djeca uslijed sumnje u vlastite sposobnosti adekvatnog odgovora na zahtjeve skrbničke uloge, zabrinutosti za blagostanje roditelja i predviđanje gubitka, proživljavaju stanje filijalne anksioznosti (Cicirelli, 1993; prema Banov i Smojver-Ažić, 2019). Uz to, pružatelji neformalne skrbi susreću se i s drugim rizicima. Prema Bađun (2015) pružatelji skrbi imaju manju vjerojatnost zaposlenosti, češće rade nepuno radno vrijeme, u prosjeku 2 sata kraće od osoba koje ne pružaju skrb; zbog nezaposlenosti, kraćeg radnog vremena i smanjenih prihoda u kombinaciji s povećanim rashodima kućanstva (pružatelji skrbi često i financijski potpomažu osobu koju njeguju) povećan je i rizik od siromaštva; zbog zahtjevnosti i stresa uzrokovanog pružanjem skrbi, naročito kada je ona intenzivna, česta je pojava problema psihičkog i fizičkog zdravlja pružatelja skrbi.

Skrbnički stres u kombinaciji s drugim obiteljskim obavezama i ulogama negativno se odražava i na radno okruženje osobe. Iako u nekim situacijama pružanja skrbi (npr. za djecu s teškoćama u razvoju), pružatelji skrbi/roditelji imaju mogućnost raditi u nepunom radnom vremenu, to kad je u pitanju skrb za starije često nije opcija pa skrbnici ostaju nezaposleni, a ako zadovoljavaju uvjete, ranije se umirovljuju ili njih čak 56 % ipak radi u punom radnom vremenu, u prosjeku 35 sati tjedno

(National Alliance for Caregiving i AARP, 2015; prema Martsolf i sur., 2019). Također, kada se pred pružatelja skrbi stavi izbor između pružanja skrbi i zaposlenja, istraživanje je pokazalo da radije odabiru biti nezaposleni, raditi manji broj sati ili odustati od zaposlenja nego odustati od pružanja skrbi (Martsolf i sur., 2019).

Razvidno je da trend starenja stanovništva povećava potražnju za dugotrajnom skrbi, pri čemu postojeće formalne usluge nisu dostatne za zadovoljenje rastućih potreba. Neformalna skrb postaje nužna, ali je često stresna i teško ju je uskladiti s ostalim obiteljskim i radnim ulogama i obvezama, posebno bez adekvatne podrške sustava.

Uzurbani tempo života, preopterećenost radnim i obiteljskim ulogama, migracije i sve češći odvojeni život odrasle djece i ostarjelih roditelja, uzimajući u obzir trendove smanjenja nataliteta i porasta broja samačkih kućanstava, sugeriraju kako odrasla djeca imaju sve manje vremena koje bi mogla posvetiti skrbi o svojim starim roditeljima, a da ona ne ometa njihove druge uloge, a i starije osobe u sve manjim obiteljima, imaju manji izbor članova koji bi o njima mogli skrbiti. Tako su starije osobe ostavljene brinuti same o sebi i svome partneru, ovišeći o pomoći drugih članova obitelji i/ili susjeda.

Nemoć i bolesti, osobito u dubokoj starosti, u kombinaciji s usamljenošću i nemogućnošću brige o samom sebi i/ili o svome partneru glavni su razlozi povećanog broja predanih zahtjeva za smještaj u instituciju (Štambuk i sur., 2014). Stariji u domu često ostaju do kraja svog života, a s pogoršanjem njihovog zdravstvenog stanja i opadanja funkcionalnih sposobnosti potrebno im je osigurati adekvatnu njegu kako bi dostojanstveno i, koliko je to moguće, ugodno proveli ostatak svog života.

Starije osobe, čak i kada je izvjesno da im je potrebna tuđa pomoć, radije biraju ostati u svome domu nego potražiti smještaj u instituciji. Tako je prema nekim podacima u zemljama OECD-a za 2011. godinu, 8,7 % osoba starijih od 65 godina primalo skrb u svom domu, a samo 4,1 % bilo je smješteno u instituciji (Health at a Glance, 2013; prema Hlebec i sur., 2019). U situaciji kada je realiziran smještaj u instituciju kod starijih je u 80 % slučajeva ustanovljen neki od oblika invaliditeta, bili su ovisni o tuđoj pomoći u ostvarivanju većine svakodnevnih aktivnosti, a uočena je i

prisutnost kognitivnih oštećenja (kod 2/3 sudionika SHELTER istraživanja, a kod 30 % sudionika bilo je riječ o teškim oštećenjima); te su i tjelesna i kognitivna oštećenja bila teža kod osoba smještenih u institucijama u odnosu na osobe u kućnoj njezi (Onder i sur., 2012). Kod osoba smještenih u domove za starije viša je i prevalencija urinarne inkontinencije (kod 73,5 %), boli (36 %), depresije (32 %), bihevioralnih poremećaja (27,5 %), češći su padovi (18,6 %) te dekubitusi (10,4 %) (Onder i sur., 2012). U usporedbi s osobama u neformalnoj skrbi, korisnici smješteni u institucije češće su žene te su u prosjeku starije od skupine osoba u neformalnoj skrbi (Kaye i sur., 2010).

Sudionici SUPORT istraživanja, smatraju kako bi im trajnim smještajem u dom za starije i nemoćne kvaliteta života bila ozbiljno narušena (Kane, 2001). U prilog tome govore i istraživanja naučene bespomoćnosti koja ukazuju na činjenicu da režimi u takvim institucijama mogu destruktivno utjecati na ljudski duh, dovesti do bezvoljnosti, depresije i gubitka volje da se ponovno uspostavi kontrola nad vlastitim životom (Avorn i Langer, 1982; Langer i Rodin, 1976; svi prema Kane, 2001).

U formalnoj skrbi ključan izazov je zadovoljavanje kvalitete usluge koja nerijetko ovisi i o kvaliteti rada u sektoru na koji se negativno odražava nedostatak radne snage, loši uvjeti rada, niske plaće, širok opseg posla, visoke razine stresa te nedostatak edukacije u području skrbi (Spasova i sur., 2018). Zaposleni u području dugotrajne skrbi često su suočeni, uz ranije pobrojane, i s nestandardnim rasporedom rada, promjenjivim radnim vremenom, velikim fizičkim i/ili psihičkim naporima, a niska je i pokrivenost radnika kolektivnim ugovorima (European Commission, 2022).

### **3. Strateški dokumenti u području dugotrajne skrbi**

O temi starenja, pružanju zdravstvene zaštite i usluga iz sustava socijalne skrbi, na međunarodnoj i europskoj razini doneseni su brojni dokumenti koji pružaju smjernice za oblikovanje politika i prakse u ovim područjima, a s ciljem poboljšanja kvalitete pružene skrbi starijim i nemoćnim osobama. U njima su istaknuta



prioritetna područja i ciljevi, često navodeći i konkretne akcijske korake, potrebne resurse te su predloženi i mehanizmi nadzora i evaluacije provedenih politika, mjera i programa. Nadalje, ti dokumenti ističu važnost suradnje ključnih dionika, kao što su vlada, zdravstveni sustav i sustav socijalne skrbi, organizacije civilnog društva pa i privatnog sektora kako bi zajedničkim naporima doprinijeli uspostavi održivog sustava koji će osigurati dostojanstveno starenje i pružiti kvalitetnu uslugu skrbi svima kojima je ona potrebna.

Kada je riječ o strateškim dokumentima u području dugotrajne skrbi na nacionalnoj razini, valja naglasiti kako oni nisu doneseni u svim državama članicama Europske unije, analiza čijih sustava dugotrajne skrbi će biti prezentirana u idućim poglavljima. Uz to, dokumenti na ovoj razini sadržajno se razlikuju ovisno o specifičnim potrebama i izazovima u sustavu skrbi, a temelje se na analizi demografskih trendova, socioekonomskih i zdravstvenih pokazatelja, postojeće infrastrukture, ljudskih i financijskih resursa u sustavu socijalne skrbi i sustavu dugotrajne skrbi za starije osobe.

### *3.1. Europska strategija skrbi*

U rujnu 2022. godine Europska Komisija predočila je preporuke za unaprjeđenje i razvoj sustava dugotrajne skrbi u državama članicama, s ciljem harmonizacije sustava te osiguravanja kvalitetne, pristupačne i održive usluge skrbi dostupne svim svojim građanima.

Važnost kreiranja strategije skrbi vidimo prvenstveno u činjenici da dugotrajna skrb pridonosi osiguravanju bolje kvalitete života, dostojanstva i dobrobiti osobama u potrebi za skrbi; zaštiti njihovih temeljnih prava, a uz to smanjuju se nejednakosti, jačajući socijalnu pravednost i međugeneracijsku solidarnost (European Commission, 2022). Investiranjem u dugotrajnu skrb stvaraju se radna mjesta i resursi za druge sektore kako bi se smanjio teret obiteljske skrbi (European Commission, 2022).

S obzirom na suvremene trendove starenja stanovništva, potražnja za dugotrajnom skrbi sve je veća; istovremeno opada broj neformalnih pružatelja skrbi zbog sve veće zaposlenosti žena i njihovog kasnijeg odlaska u mirovinu (European Commission, 2022). Demografsko starenje vodi smanjenju radno sposobne populacije, što uz povećanu potražnju za radnom snagom u raznim gospodarskim sektorima, može smanjiti i ponudu službenih njegovatelja zbog njihovog prelaska u druge sektore (European Commission, 2022).

Sustavi dugotrajne skrbi u državama članicama Europske unije variraju, ali zajednički su im izazovi vezani uz dostupnost, priuštivost, pristupačnost i kvalitetu usluge skrbi, a uz to su i ranije spomenuti nedostatak radne snage, pritisci na javne financije i složeno upravljanje (European Commission, 2022).

Financijski razlozi i nedostatna socijalna zaštita otežavaju pristup dugotrajnoj skrbi. Rizik vezan uz potrebu za skrbi, za razliku od ostalih rizika, nedostavno je pokriven postojećim socijalnim sustavima (European Commission, 2022). Procjenjuje se da čak i uz potporu, gotovo polovica starijih osoba egzistira ispod granice siromaštva nakon što vlastitim sredstvima podmire troškove kućne njege (European Commission i Social Protection Committee, 2021; prema European Commission, 2022).

Pristup i raznolikost opcija dugotrajne skrbi su nedovoljni, tradicionalne usluge ograničene su na neformalnu skrb i smještaj u instituciji, i premda se diljem Europske Unije razvijaju alternativne usluge usmjerene na pojedinca, poput kućne njege i skrbi u zajednici, njihova dostupnost je nejednaka (KPMG for the European Commission, 2022; prema European Commission, 2022). S problemom pristupačnosti češće se suočavaju osobe s invaliditetom i starije osobe s nižim primanjima, a standard kvalitete pružene usluge skrbi uglavnom je ograničen na zadovoljenje osnovnih potreba poput prehrane i higijene (European Commission, 2022).

Kao izazove vezane uz radnu snagu u području dugotrajne skrbi Europska komisija (2022) navodi prvenstveno njen nedostatak te nestandardne oblike zapošljavanja u ovom području. U većini država članica predviđa se ili izvješćuje o velikom broju nepopunjenih radnih mjesta, posebno njegovatelja i medicinskih

tehničara, a koje je teško privući i zadržati u području skrbi za starije zbog loših uvjeta rada, niskih plaća, velikog fizičkog i psihičkog napora (European Commission, 2022). Posebni izazov predstavljaju neformalni pružatelji skrbi, najčešće migranti, koji su posebno ranjiva skupina zaposlenika, naročito ako rade na crno (Eurofound, 2020; prema European Commission, 2022). Oni često primaju vrlo niske naknade za svoj rad, a raspoređi radnog vremena, razdoblja odmora i drugi radni uvjeti mogu biti nejasni (Rogalewski i Florek, 2020; prema European Commission, 2022) pa čak i nezakoniti.

U mnogim državama članicama, pružanje dugotrajne skrbi rascjepkano je između sustava zdravstva i socijalne skrbi, s različitim razinama odgovornosti (nacionalnom, regionalnom, lokalnom), što rezultira razlikama u dostupnosti i kvaliteti usluga te smanjuje financijsku održivost sustava (European Commission, 2022).

Predloženom preporukom Europske strategije za skrb Vijeće namjerava podržati države članice u razvoju sustava pristupačne i visokokvalitetne skrbi pružajući im smjernice za pokretanje reformi kojima bi se odgovorilo na zajedničke izazove kao što su priuštivost, dostupnost, kvaliteta usluge, radna snaga te smjernice za dobro upravljane politikama dugotrajne skrbi (European Commission, 2022).

Razvoj politika i izazovi dugotrajne skrbi prate se u sklopu Europskog semestra, u sklopu čega su posljednjih nekoliko godina pojedine države članice dobile preporuke o pojedinim aspektima dugotrajne skrbi, povećanju zaposlenosti žena i održivosti sustava (European Commission, 2022). U tim smjernicama posebno je naglašen pravovremen i jednak pristup uslugama skrbi i zdravstvenim uslugama, prevenciju i promicanje zdravlja, posebno nakon krize uzrokovane pandemijom COVID-19 i sve starijeg stanovništva (European Commission, 2022). U kontekstu Europskog semestra, predlaže se da Komisija u suradnji s Odborom za socijalnu zaštitu i Odborom za zapošljavanje, prati provedbu i ove preporuke (European Commission, 2022). Praćenje bi se trebalo odvijati na temelju nacionalnih akcijskih planova koje države članice trebaju dostaviti Komisiji u roku od godine dana od usvajanja preporuke te naknadnih izvješća o napretku (European Commission, 2022).

Prijedlogom ove strategije nadograđuju se postojeće politike socijalne zaštite, a u okviru otvorene metode socijalne koordinacije, države su dogovorile zajedničke

ciljeve za dugotrajnu skrb koji glase: (1) osiguranje pristupa zdravstvenoj i dugotrajnoj skrbi, prevencija siromaštva i financijske ovisnosti zbog potrebe za skrbi te smanjenje nejednakosti u pristupu uslugama skrbi i zdravstvenim ishodima; (2) unaprjeđenje kvalitete zdravstvene i dugotrajne skrbi uz prilagodbu skrbi potrebama pojedinaca i društva, uspostava međunarodnog standarda kvalitete te jačanjem odgovornosti zdravstvenih radnika i primatelja skrbi; (3) uspostavljanje pristupačne, održive i kvalitetne dugotrajne skrbi promicanjem zdravih i aktivnih stilova života, osiguranje kvalitetnih ljudskih resursa u sektoru skrbi te racionalno korištenje resursa uz kvalitetnu međuresornu suradnju (European Commission, 2022).

Sredstva dostupna na razini Europske Unije za potporu ulaganja u dostupnu, pristupačnu i kvalitetnu dugotrajnu skrb, naročito neformalnu skrb i skrb u zajednici, za starije osobe, osobe s invaliditetom i geografski udaljeno stanovništvo, uključuju Europski fond za regionalni razvoj, Europski socijalni fond plus, Europski poljoprivredni fond za ruralni razvoj, Fond za pravednu tranziciju, Horizon Europe, Program za digitalnu Europu te Mehanizam za oporavak i otpornost (European Commission, 2022).

U daljnjem dijelu strategije, uz ranije navedene razloge njenog predlaganja, usluga dugotrajne skrbi organizirana od strane javnih tijela, na nacionalnoj, regionalnoj ili lokalnoj razini, smatra se društvenom uslugom od općeg interesa jer se njome potiče socijalna uključenost, nadopunjuje i podržava ulogu obitelji u skrbi za najstarije članove zajednice te pruža pomoć osobama u privremenoj ili trajnoj potrebi za njegom (European Commission, 2022). Inicijativa o dugotrajnoj skrbi pokrenuta je kako bi se postavio pravni okvir za reformu politika razvoja održivog sustava dugotrajne skrbi te kako bi se države članice potaknulo na ulaganja u radnu snagu u području zdravstva i skrbi, poboljšanje uvjeta rada i omogućavanje pohađanja edukacija za stjecanje potrebnih znanja, vještina i kompetencija za rad (European Commission, 2022).

Unatoč negativnim posljedicama koje je pandemija COVID-19 ostavila na sustave dugotrajne skrbi, ističući njegove postojeće slabosti, ukazala je i na potrebu za žurnim poduzimanjem mjera jačanja otpornosti sustava, kao i na potrebu za

poduzimanjem koraka u jačanju autonomije pojedinca i olakšavanje neovisnog života osobama starije životne dobi (European Commission, 2022).

Ovom Preporukom državama članicama ukazuje se na potrebu poboljšanja primjerenosti socijalne zaštite za dugotrajnu skrb, posebno osiguravajući da je skrb: (1) pravodobna, pružajući osobama skrb čim se ukaže potreba i u mjeri u kojoj je ona potrebna; (2) sveobuhvatna, pokriva sve potrebe koje proizlaze iz mentalnog i/ili fizičkog pada funkcionalne sposobnosti, a koje se procjenjuju na temelju jasnih i objektivnih kriterija; i (3) pristupačna, osiguravajući osobama u potrebi za dugotrajnom skrbi da održe pristojan životni standard i da ih se zaštiti od siromaštva uslijed potrebe za dugotrajnom skrbi (European Commission, 2022).

Zatim, državama članicama određuje se povećanje ponude usluga dugotrajne skrbi, istovremeno pružajući više kombinacija usluga kako bi se zadovoljile različite potrebe za skrbi i osigurala sloboda izbora korisnicima, a to uključuje: (1) razvoj i/ili poboljšanje kućne njege i skrbi u zajednici; (2) uklanjanje teritorijalnih razlika u dostupnosti dugotrajne skrbi, posebno u ruralnim područjima i područjima s višim stopama iseljavanja stanovništva; (3) uvođenje inovativnih tehnologija i digitalnih rješenja za pristupačnost uslugama skrbi i potporu samostalnom životu; i (4) osiguravanje pristupačnosti usluga i objekata dugotrajne skrbi osobama s invaliditetom, poštujući njihovo pravo na autonoman život u zajednici (European Commission, 2022).

Također, države članice trebaju uspostaviti kriterije i standard visoke kvalitete za sve ustanove dugotrajne skrbi, prilagođene njihovim karakteristikama i dosljedno primjenjive na sve pružatelje usluga dugotrajne skrbi bez obzira na njihov pravni status, te osigurati poštene radne uvjete svim zaposlenima u sustavu dugotrajne skrbi (European Commission, 2022).

Potiče se i suradnja država članica s relevantnim socijalnim partnerima, pružateljima dugotrajne skrbi i drugim relevantnim dionicima kako bi zajedničkim snagama: (1) osmislili i unaprijedili obrazovanje i osposobljavanje za sadašnje i buduće radnike u području dugotrajne skrbi; (2) omogućili izgradnju karijere u sektoru dugotrajne skrbi kroz usavršavanja, prekvalifikaciju, vrednovanje vještina te usluge informiranja i usmjeravanja; (3) uspostavili načine za ostvarivanje redovnog

radnog statusa za neprijavljene radnike koji pružaju dugotrajnu skrb; (4) istražili puteve legalne migracije za radnike koji rade u dugotrajnoj skrbi; (5) razvijali profesionalne standarde, nudeći atraktivni profesionalni status i izgled za razvoj karijere njegovateljima, uključujući i one bez ili s niskim kvalifikacijama; i (6) provodili mjere otklanjanja rodni stereotipa i rodne segregacije kako bi profesija dugotrajne skrbi bila privlačna i muškarcima i ženama (European Commission, 2022).

Države članice trebale bi uspostaviti i jasne postupke za identifikaciju neformalnih njegovatelja i pružiti podršku u njihovim aktivnostima skrbi: (1) olakšati im suradnju s djelatnicima dugotrajne skrbi; (2) omogućiti im pristup potrebnom osposobljavanju, savjetovanju, zdravstvenoj skrbi, psihološkoj pomoći i usluzi privremene njege; i (3) pružiti odgovarajuću financijsku potporu, vodeći računa o tome da takve mjere ne dovode do isključivanja s tržišta rada (European Commission, 2022).

Kako bi se osiguralo dobro upravljanje politikama dugotrajne skrbi i mehanizmi koordinacije za kreiranje i provedbu mjera i ulaganja u ovom području, države članice trebale bi: (1) imenovati nacionalne koordinate za dugotrajnu skrb, koji bi tijekom svog mandata omogućio učinkovitu koordinaciju i praćenje provedbe Preporuke na nacionalnoj razini i komunicirao s tijelima Unije; (2) na nacionalnoj, regionalnoj i lokalnoj razini, uključiti sve relevantne dionike u pripremu, provedbu, praćenje i evaluaciju politika dugotrajne skrbi i uskladiti ih s drugim relevantnim politikama, uključujući zdravstvenu skrb, zapošljavanje, obrazovanje, socijalnu skrb, ravnopravnost spolova, socijalnu uključenost i prava osoba s invaliditetom; (3) razviti nacionalni okvir za prikupljanje podataka i evaluaciju, obrazložene relevantnim pokazateljima, dokazima, uključujući i nedostatke i nejednakosti u pružanju dugotrajne skrbi, primjerima dobre prakse te povratnim informacijama od korisnika skrbi i drugih dionika; (4) razviti mehanizme predviđanja potreba za skrbi na nacionalnoj, regionalnoj i lokalnoj razini te njihovo implementiranje u planove pružanja dugotrajne skrbi; (5) unaprijediti planiranje i kapacitete za osiguravanje kontinuiteta pružanja skrbi u nepredviđenim okolnostima; (6) poduzeti mjere osvještavanja, potaknuti na korištenje postojećih usluga dugotrajne skrbi i podrške

korisnicima dugotrajne skrbi, njihovim obiteljima, radnicima u sustavu dugotrajne skrbi i neformalnim njegovateljima; i (7) pokrenuti korištenje učinkovitog i održivog sustava financiranja dugotrajne skrbi, uključujući korištenje fondova i instrumenata Unije te provođenje politika koje vode ukupnoj održivosti javnih financija (European Commission, 2022).

Državama članicama predlaže se da u roku od godine dana od usvajanja ove Preporuke, Komisiji podnesu nacionalni akcijski plan kojim predstavljaju mjere za na njenu provedbu, uzimajući u obzir nacionalne, regionalne i lokalne potrebe, a potom i izvješća o napretku (European Commission, 2022).

### *3.2. Akcijski plan za provedbu Europskog stupa socijalnih prava*

Europski Parlament, Vijeće i Komisija, u studenom su 2017. godine, proglasili Europski stup socijalnih prava (engl. *European Pillar of Social Rights*), postavljajući 20 načela za potporu dobro funkcionirajućeg i pravednog tržišta rada i sustava socijalne skrbi (European Commission, 2022). Kako bi se ostvarili ciljevi Europske unije, promicala dobrobit ljudi, postigao uravnotežen gospodarski razvoj te osnažila socijalna prava njenih građana, ovaj dokument pruža smjernice za učinkovito odgovaranje na sadašnje i buduće izazove u području zadovoljenja osnovnih ljudskih potreba te osiguranje kvalitetnije provedbe socijalnih prava (Bežovan i Baturina, 2019). Europski stup socijalnih prava sastoji se od ukupno 20 načela podijeljenih u 3 tematske cjeline, a one su: (1) Jednake mogućnosti i pristup tržištu rada; (2) Pravedni uvjeti rada i (3) Socijalna zaštita i uključenost (Bežovan i Baturina, 2019).

Za područje skrbi važna su sljedeća načela: 18. načelo dugotrajne skrbi ističući pravo svakog pojedinca na pristupačnu uslugu dugotrajne skrbi visoke kvalitete, posebno kućne njege i skrbi u zajednici; 9. načelo promovira ravnotežu privatnog i poslovnog života pružatelja skrbi; te 17. načelo koje priznaje pravo osoba s invaliditetom na socijalnu uključenost, posebno uslugama koje im omogućavaju participaciju na tržištu rada i društvu (European Commission, 2022).

Otkad je u Göteborgu 2017. proglašen Europski stupa socijalnih prava, donesene su važne mjere na razini EU-a, a uz potporu iz fondova Europske Unije, tehničku potporu i smjernice tijekom Europskog semestra i preporuke za jačanje socijalne dimenzije EU-a i na nacionalnim, regionalnim i lokalnim razinama (Europska Komisija, 2021).

Prema Europskoj Komisiji (2021), neka od načela Europskog stupa socijalnih prava potvrđuju postojeća prava u pravnoj stečevini Europske Unije, dok su ostalim načelima postavljeni jasni ciljevi za budućnost imajući u vidu društvena, tehnološka i gospodarska kretanja. Ovim Akcijskim planom navodi se niz mjera koje će Komisija poduzeti tijekom ovog mandata, a koje se temelje na već poduzetim mjerama od proglašenja europskog stupa socijalnih prava (Europska Komisija, 2021).

Njime se utvrđuju i tri cilja na razini Europske Unije koje je potrebno ostvariti do 2030. godine, a koja će pomoći usmjeravanje nacionalnih politika i reformi (Europska Komisija, 2021). Predloženi ciljevi odnose se na postizanje visokih razina zaposlenosti, usvajanju odgovarajućih vještina i zapošljivosti te na uspostavu stabilnih sustava socijalne zaštite, a koja su u skladu s UN-ovim ciljevima održivog razvoja (Ujedinjeni narodi, 2015; prema Europska Komisija, 2021). Konkretniji ciljevi su sljedeći: (1) postizanje najmanje 78 % stope zaposlenosti osoba u dobi od 20 do 64 godine; (2) osigurati da svake godine najmanje 60 % odraslih osoba sudjeluje u programima osposobljavanja; te (3) smanjiti broj osoba u riziku od siromaštva i socijalne isključenosti za barem 15 milijuna (Europska Komisija, 2021).

Socijalnim ciljevima dopunjuju se ciljevi politika EU-a za zelenu i digitalnu tranziciju te služe usmjeravanju politika na postizanje rezultata i stvaraju poticaj za reforme i ulaganja država članica, a mogu poslužiti i kao temelj nacionalnih planova za oporavak i otpornost u okviru Mehanizma za oporavak i otpornost u skladu s relevantnim preporukama za pojedine članice (Europska Komisija, 2021).

Kako bi se osigurala otpornost, pristupačnost i djelotvornost zdravstvenog sustava, Komisija predlaže mjere koje imaju za cilj poboljšati sposobnost država članica da se pripreme i spremno odgovore na buduće zdravstvene krize te da se osigura dostupnost, cjenovna pristupačnost i inovativnost medicinske opreme (Europska Komisija, 2021). S obzirom na demografske trendove očekivan je porast



potražnje za uslugama dugotrajne skrbi pa Komisija ima zadatak razviti mjere kojima bi se u državama članicama izjednačio standard kvalitete usluga skrbi te osigurala jednaka dostupnost dugotrajne skrbi, naročito u ruralnim područjima (Europska Komisija, 2021).

Uz navedeno, postavljanje standarda kvalitete i osiguravanja dostupnosti usluga skrbi, cilj je raditi na razvoju održivih modela financiranja sustava dugotrajne skrbi, pružiti podršku i pomoć neformalnim njegovateljima te promicati uporabu digitalnih rješenja i inovativnih tehnologija u pružanje usluga (Europska Komisija, 2021). Realizacijom ovih ciljeva poboljšao bi se životni standard korisnika usluga skrbi, smanjio pritisak na obitelj i neformalne njegovatelje te osigurao pravedna pristup skrbi u cijeloj Europskoj Uniji (Europska Komisija, 2021). Zbog toga je iznimno važna suradnja između država članica, ali i relevantnih dionika te javnih i privatnih pružatelja usluga dugotrajne skrbi.

### *3.3. Direktiva (EU) 2019/1158 o ravnoteži između poslovnog i privatnog života roditelja i pružatelja skrbi*

Politikama za postizanje ravnoteže poslovnog i privatnog života cilj je unaprijediti rodnu ravnopravnost promicanjem sudjelovanja žena na tržištu rada, ravnopravne podjele obveza skrbi između muškaraca i žena te smanjenje rodno uvjetovanih razlika u zaradi i plaćama (Europski parlament i Vijeće EU, 2019). Načela rodne ravnopravnosti i ravnoteže između poslovnog i privatnog života potvrđena su europskim stupom socijalnih prava iz 2017. godine, međutim, ravnoteža i dalje predstavlja problem za mnoge roditelje i radnike s obvezama skrbi zbog produljenog radnog vremena i promjena rasporeda, što negativno utječe na zaposlenost žena (Europski parlament i Vijeće EU, 2019). Kada je riječ o skrbi za bolesnog ili funkcionalno ovisnog člana obitelji, ona se negativno odražava na zaposlenost žena, a u nekim slučajevima dovodi do njihovog potpunog isključenja s tržišta rada (Europski parlament i Vijeće EU, 2019).

Trenutni pravni okvir Unije predviđa tek ograničene poticaje za muškarce kako bi preuzeli jednak dio obaveza skrbi, što uz neujednačene politike postizanja ravnoteže poslovnog i privatnog života za žene i muškarce jača rodne stereotipe i razlike rada i skrbi (Europski parlament i Vijeće EU, 2019). Politikama jednakog postupanja cilj bi trebao biti rješavanje pitanja stereotipa o muškim i ženskim zanimanjima i ulogama, kao i poticanje socijalnih partnera na sudjelovanje u informiranju radnika i poslodavaca te podizanja svijesti o suzbijanju diskriminacije (Europski parlament i Vijeće EU, 2019).

Primjenom ove Direktive, države članice trebale bi u obzir uzeti činjenicu da jednako korištenje dopusta zbog obiteljskih razloga između muškaraca i žena ovisi i o drugim primjerenim mjerama, primjerice, postojanjem, dostupnosti i cjenovnoj pristupačnosti usluga dugotrajne skrbi što je skrbnicima ključno za ulazak, ostanak ili povratak na tržište rada (Europski parlament i Vijeće EU, 2019). Uklanjanjem ekonomskih poteškoća, osobe koje ostvaruju drugi prihod u kućanstvu, uglavnom žene, potiče se veće sudjelovanje na tržištu rada (Europski parlament i Vijeće EU, 2019).

Ovom Direktivom postavljeni su minimalni zahtjevi za postizanje ravnopravnosti muškaraca i žena na tržištu rada i postupanja prema njima na radnom mjestu, olakšavajući usklađivanje poslovnog i obiteljskog života radnicima koji su roditelji ili skrbnici (Europski parlament i Vijeće EU, 2019). U tu svrhu Direktivom su predviđena prava na: (1) očinski dopust, roditeljski dopust i dopust za pružatelje skrbi; te (2) fleksibilne radne uvjete za radnike koji su roditelji ili pružatelje skrbi (Europski parlament i Vijeće EU, 2019).

Ova Direktiva primjenjiva je na sve radnike i radnice čiji je radni odnos reguliran ugovorom o radu, kolektivnim ugovorima, pravom i/ili praksom na snazi u svakoj od država članica (Europski parlament i Vijeće EU, 2019).

U pogledu dopusta za pružatelje skrbi, države članice trebale bi provesti mjere kojima bi se osiguralo da svaki radnik ima pravo na pet dana dopusta za pružatelje skrbi godišnje, uz mogućnost definiranja dodatnih pojedinosti o opsegu i uvjetima korištenja ovog dopusta, u skladu s nacionalnim pravom (Europski parlament i Vijeće EU, 2019). Dopust se može odrediti na temelju referentnog razdoblja koje nije

razdoblje od jedne godine po osobi kojoj je potrebna skrb ili potpora ili po slučaju (Europski parlament i Vijeće EU, 2019). Kako bi radnici s obvezama skrbi imali veće mogućnosti ostati na tržištu rada, trebali bi imati pravo na minimalno pet dana godišnje, a države članice mogu odrediti razdoblja njegova korištenja, od jednog ili više dana (Europski parlament i Vijeće EU, 2019). Zbog starenja stanovništva i povećanjem potrebe za skrbi, potiče se omogućavanje dopusta za skrb o drugim članovima obitelji poput djedova i baka, braće i sestara, uz mogućnost zahtijevanja liječničkog dokaza o postojanju potrebe za skrbi (Europski parlament i Vijeće EU, 2019). Uz pravo na dopust predviđeno ovom Direktivom, radnici bi trebali zadržati i pravo na odsutnost s posla, a da time ne izgube prava koja su stečena ili koja su u postupku stjecanja na temelju ugovora o radu, na osnovu hitnih obiteljskih razloga, kao što su bolesti ili nesreće kada je potrebna trenutačna nazočnost zaposlenog (Europski parlament i Vijeće EU, 2019).

Kako bi se roditelje i pružatelje skrbi potaknulo na ostanak na tržištu rada, potrebno im je omogućiti prilagodbu radnog rasporeda osobnim potrebama, mjerama kao što su rad na daljinu, fleksibilno radno vrijeme ili smanjenje radnih sati (Europski parlament i Vijeće EU, 2019). Rad na nepuno radno vrijeme može pomoći ženama da ostanu na tržištu rada nakon rođenja djeteta ili skrbi za članove obitelji, ali dugi periodi takvog rada mogu se negativno odraziti na socijalne doprinose i prava na mirovinu (Europski parlament i Vijeće EU, 2019).

Države članice trebaju, radnicima s djecom do navršene osme godine života i pružateljima skrbi, osigurati pravo na zahtijevanje fleksibilnih radnih uvjeta zbog pružanja skrbi, uz moguće razumne vremenske okvire (Europski parlament i Vijeće EU, 2019). Takve zahtjeve poslodavci bi trebali u razumnom roku razmotriti, uzimajući u obzir i svoje kapacitete i resurse, te na zahtjeve odgovoriti, uz navođenje dodatnog objašnjenja u slučaju odbijanja ili odgađanja (Europski parlament i Vijeće EU, 2019). Ako su fleksibilni radni uvjeti vremenski ograničeni, radnik se ima pravo vratiti na prvobitni raspored po isteku tog roka ili ranije, u slučaju promjene okolnosti pod kojima je to pravo ostvarivao (Europski parlament i Vijeće EU, 2019).

Zemlje članice trebaju implementirati mjere zaštite radnika, uključujući i predstavnike zaposlenika, od nepovoljnih postupaka poslodavca, posljedica pritužbi

ili pravnih postupaka vezanih uz ovu Direktivu (Europski parlament i Vijeće EU, 2019). Također promiče se socijalni dijalog s relevantnim dionicima kao što su nevladine organizacije, tijela lokalne i regionalne samouprave te pružatelji usluga, kako bi se poboljšala ravnoteža između poslovnog i privatnog života, uključujući mjere dobrovoljnog certificiranja, strukovnog osposobljavanja, podizanja svijesti i informativnih kampanja (Europski parlament i Vijeće EU, 2019).

#### **4. Dugotrajna skrb u Njemačkoj**

##### *4.1. Konzervativno korporativistički model*

Kontinentalni model socijalne države, poznat i kao konzervativno-korporativistički model, predstavlja specifičan oblik organizacije sustava socijalne sigurnosti temeljen na tradicionalnim vrijednostima, obiteljskim strukturama i društvenoj hijerarhiji. Korijeni ovog modela proizlaze iz katoličke socijalne doktrine i Bismarckovih socijalnih reformi u Njemačkoj krajem 19. stoljeća, a fokusiran je na očuvanju društvene stabilnosti kroz koordinaciju države, Crkve, sindikata i obitelji.

Korporativistička država blagostanja, prema Esping-Andersenu (1989), tržišnu učinkovitost ne smatra prioritetom već spremno preuzima ulogu glavnog pružatelja osiguranja, čime privatno osiguranje ostaje marginalizirano. Model uključuje državnu politiku koja održava klasne nejednakosti i oslanja se na visoko produktivnu industrijsku ekonomiju za financiranje sve većeg broja umirovljenika i neaktivnog stanovništva, čiji rastući troškovi predstavljaju sve veći izazov (Esping-Andersen 1990; prema Taylor-Gooby, 1991). Socijalne politike kreirane su tako da održe društvenu stabilnost i red, s naglaskom na poštivanju tradicionalnih vrijednosti i autoriteta.

Programi socijalnog osiguranja usmjereni su na različite društveno-političke skupine, a financirani su doprinosima za osiguranje od rizika što ograničava političku podršku opsežnoj međuklasnoj redistribuciji transfera (Moene i Wallerstein, 2001; prema Kammer i sur., 2012). Sustav održava postojeće društvene i ekonomske

strukture, kroz složene birokratske mehanizme. Socijalna prava strogo su povezana s radnim statusom, a korištenje usluga i visina naknada razmjerne su uplaćenim doprinosima.

Usluge namijenjene obiteljima i njenim članovima, poput skrbi za starije, slabo su razvijene, a država ih pruža prema načelu supsidijarnosti, odnosno tek kada obitelj iscrpi svoje kapacitet te više ne može pružiti podršku, pri čemu do izražaja dolazi ranije spomenuti utjecaj Crkve i promocija tradicionalnih obiteljskih vrijednosti (Esping-Andersen, 1989).

#### *4.2. Demografski trendovi*

Prema podacima Eurostata (2024b), Njemačka bilježi blagi porast broja stanovnika čiji je broj 2020. godine iznosio 83,2 milijuna, do 2024. godine kada on iznosi 83,4 milijuna. Ovaj trend rasta ukupnog broja stanovnika možemo prvenstveno objasniti imigracijom strane radne snage iz država članica EU i drugih država svijeta, pošto Njemačka duži niz godina bilježi negativan prirodni priraštaj.

Unatoč rastu broja stanovnika, prema podacima Eurostata (2019; prema European Commission, 2021), njemačko stanovništvo jedno je od najstarijih u Europskoj Uniji. 2019. godine, 17,9 milijuna ljudi bilo je starije od 65 godina, što iznosi 21,5 % (naspram 20,3 % u Europskoj Uniji) ukupne populacije koja je 2019. bila 83 milijuna (European Commission, 2021). Projekcije predviđaju da će se trend starenja stanovništva u narednim desetljećima nastaviti, a ukupna populacija ostat će konstantna, na oko 83,5 milijuna do 2030. godine nakon čega se predviđa blagi pad pa bi u 2050. godini iznosila oko 82,7 milijuna (European Commission, 2021).

Očekuje se da će broj osoba starijih od 65 godina porasti na 21,2 milijuna u 2030. godini (25,4 % ukupne populacije), a 2050. godine na 23,2 milijuna (28 % ukupne populacije), dok će se postotak starijih od 75 godina u ukupnoj populaciji s 11,4 % u 2019. godini, povećati na 12,1 % u 2030. te na 16,9 % u 2050. godini (European Commission, 2021).

Projekcije Njemačkog saveznog zavoda za statistiku predviđaju brzi rast broja i udjela osoba starijih od 80 godina između 2030. i 2050. godine te procjenjuju kako bi on mogao iznositi između 8,9 i 10,5 milijuna (Statistisches Bundesamt, 2019; prema European Commission, 2021). Može se očekivati kako će rasti i broj osoba u potrebi za uslugama dugotrajne skrbi, s trenutnih 5,8 milijuna osoba na 6,6 milijuna do 2050. godine (European Commission, 2021).

#### *4.3. Sustav dugotrajne skrbi za starije*

U Njemačkoj starosne mirovine povezane su s radnim statusom, a potrebe dugotrajne skrbi njenih građana pokrivene su obveznim javnim ili privatnim osiguranjem (Filipović Hrast i sur., 2018). Dugotrajna skrb pruža se u sklopu programa osiguranja za dugotrajnu skrb (njem. *Pflege-Versicherungsgesetz*), oformljenog 1995. godine, a jedno je od najdugovječnijih javnih programa pružanja univerzalne potpore za pružanje dugotrajne skrbi u svijetu (Nadash i sur., 2017). Glavni cilj ovog programa bio je smanjiti sve veći pritisak na pokrajine koje upravljaju socijalnim osiguranjem temeljenom na provjeri imovinskog stanja (Cuellar i Wiener, 2000; Götze i Rothgang, 2015b; svi prema Nadash i sur., 2017).

Od 2009. godine obvezno je za svakog građanina i vezano uz zdravstveno osiguranje pa su tako osiguranici obveznog zdravstvenog osiguranja osigurani u socijalnom sustavu, a osiguranici s privatnim zdravstvenim osiguranjem u privatnom sektoru (Gerlinger, 2018). Socijalnim program pokriva oko 89 % njemačkog stanovništva, dok preostalih 11 % stanovnika treba kupiti privatnu policu osiguranja, čime je osigurana potpuna pokrivenost (Verband der Privaten Krankenversicherung, 2015; prema Nadash i sur., 2017). Krajem 2018. godine, oko 3,9 milijuna ljudi koristilo je usluge dugotrajne skrbi, a Savezno ministarstvo zdravlja Republike Njemačke predviđa kako će broj korisnika u 2030. godini narasti na 4,6 milijuna (samo korisnika socijalnog programa), a 2050. na 5,8 milijuna korisnika (Bundesministerium für Gesundheit; prema European Commission, 2021).

Usluge za skrb ne razlikuju se između regija i nisu vremenski ograničene, a pravo na skrb imaju svi kojima su potrebne pomoć i njega, no samo je dio troškova skrbi pokriven osiguranjem, dok preostale troškove podmiruje korisnik, njegova obitelj ili, ako to nisu u mogućnosti, socijalna pomoć (Gerlinger, 2018). Premda program pokriva osobe svih dobi, većina korisnika koji ispunjavaju uvjete za ostvarivanje prava imaju 60 ili više godina, odnosno samo je 17 % korisnika mlađe 60 godina, 28 % korisnika ima između 65 i 80 godina, a 55 % ima 80 ili više godina (Nadash i sur., 2017).

Naknade za dugotrajnu skrb, do 2016. godine, dodjeljivane su na temelju razine potrebne skrbi, podijeljene u tri stupnja s obzirom na fiziološke nedostatke i očekivano vrijeme potrebno za skrb (Gerlinger, 2018). Temelj za isplatu naknada, od 2017. godine, je procjena stupnja, kojih nakon reforme ima pet i u obzir uzimaju ne samo fizičke nedostatke, već i psihičke čime se skupina potencijalnih korisnika proširuje i na osobe s demencijom (Nadash i sur., 2017; Gerlinger, 2018). Nadash i suradnici (2017), navode kako su naknade paušalne te kako se ne temelje na visini prihoda ili imovine, već variraju ovisno o stupnju invaliditeta, mjestu i načinu na koji se korisniku pruža usluge njege.

Osiguranje je financirano iz doprinosa vezanih uz dohodak koji plaćaju jednako poslodavac i zaposlenik, po stopi od 3,05 % bruto dohotka, na koju osobe bez djece plaćaju dodatnih 0,25 % (European Commission, 2021).

Primatelji skrbi mogu birati između tri različita aranžmana: (1) doplatka za njegu, koji je novčana potpora za neformalnu skrb; (2) kućne njege, usluge koju pruža profesionalni pružatelj skrbi u domu korisnika; te (3) smještaja, boravak u domu za starije i nemoćne pri čemu su pokriveni troškovi osnovne njege, socijalne potpore i pomagala (Gerlinger, 2018). Programom su predviđena i dodatna prava poput zamjene za pružatelja skrbi u trajanju do najviše 6 tjedana godišnje, kada ne može pružiti njegu; povremene institucionalne skrbi u ustanovama koje pružaju dnevnu ili noćnu skrb; kratkotrajne skrbi u ustanovama za osobe kojima je skrb potrebna samo tijekom određenog razdoblja; te pomagala za njegu i naknade za plaćanje troškova preinake doma kako bi se zadovoljile potrebe za njegu, edukacije za neformalne

pružatelje skrbi te savjetovanje i podrška korisnicima i pružateljima skrbi (Gerlinger, 2018; European Commission, 2021).

Većina korisnika skrbi prima dodatak za njegu, kojim je, 2016. godine bilo obuhvaćeno 46,6 % svih korisnika, odnosno 60 % ako pribrojimo i korisnike kombiniranih usluga. Skrb u domovima za starije najskuplji je oblik skrbi te čini gotovo 40 % ukupnih troškova, pa broj osoba smještenih u domove za starije raste nešto sporije od broja korisnika usluga kućne njege (Gerlinger, 2018).

Fondovi osiguranja za dugotrajnu skrb sklapaju ugovore s pružateljima institucionalne i izvaninstitucionalne skrbi (Gerlinger, 2018). U 2015. godini radilo je 13 600 domova za starije, od toga je 41 % bilo privatno, 54 % privatno neprofitno i 6 % javno; dok je od 13 300 pružatelja kućne njege, bilo 63 % privatnih pružatelja, 36 % neprofitnih i samo 1 % javnih (Statistisches Bundesamt, 2017; prema Gerlinger, 2018).

Prema Gerlinger (2018), oko 355 000 osoba zaposleno je u izvaninstitucionalnoj skrbi, dok zaposlenih u institucionalnoj skrbi ima oko 730 000, od kojih su većina žene zaposlene na nepuno radno vrijeme (čak 71,8 %). Troškovi dugotrajne skrbi, u 2014. godini, iznosili su 17,1 milijardu eura, što čini 36,6 % ukupnih troškova, a u svibnju 2017. godine korisnici su u prosjeku, smještaj u domovima plaćali 1 691 euro mjesečno (Rothgang i sur., 2016; Rothgang i sur., 2017; svi prema Gerlinger, 2018). Naknade za skrb nisu pratile rast troškova života i usluga pa se znatno smanjila kupovna moć korisnika, što predstavlja značajan financijski teret za pojedince, ali i njihovu obitelj.

Kako bi lakše uskladili svoje skrbničke i radne uloge, zaposlenici imaju zakonsko pravo smanjiti radno vrijeme na najmanje 15 sati tjedno za razdoblje do najviše 24 mjeseca, uključujući do 6 mjeseci izostanka s posla (European Commission, 2021). Po isteku tog razdoblja, zaposlenici imaju pravo povratka na puno radno vrijeme, a mogu ostvariti i pravo na do 10 dana neplaćenog dopusta za skrb o članu obitelji, pri čemu se naknadama plaće nadoknađuje 90 % izgubljene zarade (European Commission, 2021).



Kućna njega ekonomičnija je od formalne usluge, preferirana od strane korisnika i njihove obitelji te predstavlja jedan od bitnih elemenata dugotrajne skrbi pomažući u rješavanju manjka stručnih radnika u ovom sektoru (European Commission, 2021). U 2016. godini, od 2,9 milijuna ljudi u potrebi za dugotrajnom skrbi, njih 2,1 milijun (71,9 %) primalo je neformalnu skrb, a oko 800 000 osoba (28,1 %) bilo je smješteno u instituciju (BMG, 2017; prema Gerlinger, 2018). Do kraja 2019. godine, od ukupno 4,1 milijun osoba u potrebi za dugotrajnom skrbi, njih gotovo 3,3 milijuna (80 %) uslugu skrbi primalo je u vlastitom domu, o 2,1 milijun korisnika iz ove skupine brinula je obitelj, a o 980 000 osoba u skrbi je uz obitelj sudjelovala i tim izvaninstitucionalne skrbi; preostalih 820 000 osoba (20 %) u potrebi za skrbi bilo je smješteno u domovima za starije (Statistisches Bundesamt 2020; prema European Commission, 2021).

Pod određenim uvjetima i neformalni njegovatelji stječu pravo na mirovinu ako brinu o jednoj ili više osoba osiguranih u sustavu javnog ili privatnog osiguranja, a fond za dugotrajnu skrb pokriva njihove mirovinske doprinose (Gerlinger, 2018).

Tržište skrbi nije transparentno u pogledu kvantitete i kvalitete usluga, a njihov razvoj bio je neplanski i nekoordiniran (Hackmann i sur., 2016; Ehrentraut i sur., 2015; prema Gerlinger, 2018). Nedostatak usluga dugotrajne skrbi, posebno je uočljivo u regijama s lošom infrastrukturom i slabijim gospodarskim rezultatima (Gerlinger, 2018). Situacija se razlikuje s obzirom na regiju te bi, u rješavanju ovog problema, u obzir trebalo uzeti specifične regionalne karakteristike, društvene promjene i poboljšanje uvjete rada (Gerlinger, 2018).

Prema izvješću Odbora za liječničku reviziju, Nacionalne udruge državnih fondova za zdravstveno osiguranje, iz 2016. godine, iako su mnogi domovi i ambulantne usluge zadovoljavali standarde skrbi i dalje su zabilježeni ozbiljni nedostaci poput neadekvatnog tretmana boli i saniranja rana te loše organizirane 24-satne skrbi i savjetovanje o skrbi u izvaninstitucionalnoj njezi (MDS, 2017; prema Gerlinger, 2018). Ključni uzroci niske kvalitete skrbi su nedostatak stručnog osoblja i loši radni uvjeti, a zabrinutost izaziva i skrbi koju pružaju neformalni njegovatelji zbog čega su organizacije dugotrajne skrbi, od 2008. godine obvezne ponuditi besplatne tečajeve osposobljavanja za skrb članovima obitelji i neplaćenim

njegovateljima, a korisnici neformalne skrbi obvezne su koristiti usluge savjetovanja koje nude ovlaštene ustanove ili savjetovališta (Gerlinger, 2018).

Porast stope zaposlenosti žena, posebno starijih, stvara potrebu za boljim usklađivanjem rada i obiteljske skrbi kako bi se izbjeglo smještanje starijih u institucije kada bi, uz odgovarajuću skrb, mogli ostati kod kuće (Kesselheim i sur., 2013; Geyer i Schulz, 2014; svi prema Gerlinger, 2018).

Postizanje financijske održivosti njemačkog sustava dugotrajne skrbi povezano je s razdvajanjem javnog i privatnog osiguranja jer takav dvostruki sustav omogućuje osobama s višim prihodima i manjim potrebama da ne sudjeluju u financiranju javnog osiguranja (Gerlinger, 2018). Uvođenje jedinstvenog sustava osiguranja za dugotrajnu skrb moglo bi smanjiti doprinose poslodavaca i zaposlenika, osobito ako bi se ukinuo ili podigao prag prihoda za procjenu doprinosa (Rothgang i Domhoff, 2017; prema Gerlinger, 2018).

Nedavne reforme sustava bile su usmjerene na proširenje prava na usluge i naknade, omogućavanje veće fleksibilnosti u kombiniranju naknada, jačanje uloge općina u planiranju skrbi te povećanje atraktivnosti zanimanja u području dugotrajne skrbi (Gerlinger, 2017; prema Gerlinger, 2018). Kako bi se uspješno odgovorilo na navedene izazove, preporuke za daljnji razvoj politike dugotrajne skrbi glase: (1) ulagati u povećanje atraktivnosti dugotrajne skrbi kao područja zapošljavanja, raditi na poboljšanju uvjeta rada i značajnom povećanju plaća; (2) javno i privatno osiguranje treba spojiti u jedinstveni socijalni sustav osiguranja dugotrajne skrbi temeljen na načelu solidarnosti te ukinuti dohodovni cenzus za procjenu doprinosa; (3) naknade treba povećavati u skladu s povećanjem troškova skrbi, kako bi se rasteretilo korisnike i smanjila njihova ovisnost o naknadama iz sustava socijalne skrbi; te (4) poboljšati prava zaposlenika na usklađivanje radne i skrbničke uloge (Gerlinger, 2018).

## 5. Dugotrajna skrb u Švedskoj

### 5.1. Socijaldemokratski model

Ovaj model čini skupina zemalja u kojima su načela univerzalizma i dekomodifikacije proširena i na novu srednju klasu, a naziv „socijaldemokratski“, dobio je zbog jasno vidljivih utjecaja socijaldemokracije na društvene reforme ove skupine zemalja (Esping-Andersen, 1989). Tipičan primjer ovog modela su skandinavske zemlje, a ključna obilježja su kombiniranje socijalne sigurnosti, ekonomske stabilnosti i demokratskih vrijednosti s ciljem postizanja društvene pravde i jednakosti.

Prema Taylor-Gooby (1991), država se fokusira na osiguravanje pune zaposlenosti kroz pružanje univerzalnih usluga koje zadovoljavaju potrebe i radničke i srednje klase, ali zahtjeva i visoku državnu potrošnju što nameće potrebu za kućanstvima s dva hranitelja kako bi se nosila s poreznim opterećenjem. Država aktivno sudjeluje u regulaciji tržišta kako bi spriječila njegove negativne utjecaje, poput siromaštva i nezaposlenosti te nastoji povećati zaposlenost mjerama aktivne politike zapošljavanja i programima cjeloživotnog učenja kako bi se radnike prilagodilo promjenjivim zahtjevima tržišta.

Ovaj model umanjuje ulogu tržišta, stvarajući univerzalne socijalne usluge kako bi se osiguralo da svi građani imaju pristup osnovnim resursima potrebnima za dostojanstven život te da su ponuđene usluge visokog standarda. Esping-Andersen (1989) navodi kako je cilj ovog sustava osnaživanje pojedinaca kroz socijalne usluge smanjujući ovisnost o obitelji i omogućavanje ženama participaciju na tržištu rada. Također spominje i kako od ovog tipa socijalnog osiguranja svi imaju koristi, svi osjećaju obavezu i svi doprinose, no visoki su i troškovi održavanja ovog sustava pa je potrebno raditi na minimalizaciji socijalnih problema i maksimalizaciji prihoda (Esping–Andersen, 1989).

U financiranju i planiranju distribucije usluga socijalne skrbi, u skandinavskim zemljama, lokalne vlasti imaju ključnu ulogu, ali su u provedbu programa uključene su i neprofitne organizacije i neformalni skrbnici (Anttonen i Sipilä, 1996). Iako su

neprofitne organizacije uključene u provedbu programa, socijaldemokratski model i izdašni izdaci države za socijalno osiguranje, stavljaju ih na marginu percipirajući ih više kao medij komuniciranja političkih, socijalnih i drugih interesa nego organizacije pružatelja usluga (Bežovan, 1996).

Kao slabu točku socijaldemokratskog sustava, Taylor-Gooby (1991) vidi oslanjanje na solidarnost između različitih društvenih klasa i različitih sektora gospodarstva, objašnjavajući to sve većim sukobom interesa radnika u privatnom sektoru s interesima radnika u rastućem državnom sektoru, kojeg će radnici u privatnom sektoru vjerojatno vidjeti kao parazitski.

## *5.2. Demografski trendovi*

Kao i druge europske zemlje, Švedska se također suočava s izazovima vezanim uz starenje stanovništva. Iako je prirodni prirast stanovnika, u usporedbi s drugim državama članicama, relativno visok i prema podacima Eurostata (2024b) za 2023. godinu iznosi +5 666 stanovnika, ključnu ulogu u porastu ukupnog broja stanovnika ima imigracija.

2019. godine ukupan broj stanovnika u Švedskoj iznosio je 10,2 milijuna, od kojih je 2 milijuna bilo starije od 65 godine, što čini udio od gotovo 20 %, a udio starijih od 75 godina iznosio je 9 % (European Commission, 2021). Podaci za 2023. godinu pokazuju kako se ukupan broj stanovništva povisio na 10,5 milijuna, a broj stanovnika starijih od 65 godina iznosi 2,1 milijun (Eurostat, 2024a). Prema tome udio osoba starijih od 65 godina u ukupnoj populaciji za 2023. godinu iznosi 20,4 %, starijih od 75 godina 10,3 %, a starijih od 85 godina 2,6 % (Eurostat, 2024a).

Projekcije predviđaju povećanje tog udjela pa bi u 2030. godini on iznosio 21,3 % za osobe starije od 65 godina i 11,3 % za osobe starije od 75 godina, a za 2050. godinu predviđa se kako će ti udjeli doseći 23,5 % i 13,3 % (European Commission, 2021).

Broj ljudi u potrebi za dugotrajnom skrbi za 2019. godinu iznosio je 412 600, što odgovara 4 % ukupnog stanovništva Švedske, a predviđanja pokazuju kako će se taj broj povećati na 487 600 osoba (4,4 %) u 2030. godini i na 570 200 osoba (4,6 %) u 2050. godini (European Commission, 2021). Nadalje, usluge dugotrajne skrbi uglavnom koriste osobe starije od 80 godina koji čime više od polovice ukupnog broja korisnika (Hashiguchi i Llena-Nozal, 2020; prema European Commission, 2021). Stoga je jedan od načina predviđanja budućih potreba za dugotrajnom skrbi usporedba udjela starijih od 80 godina koji primaju formalnu skrb, kod kuće ili u instituciji, što je u 2019. godini iznosilo 36 %, odnosno oko 193 000 ljudi (European Commission, 2021). Ako potrebe i dostupnost usluge ostanu isti, predviđa se kako bi broj korisnika u 2030. godini mogao biti oko 291 000, što odgovara povećanju od preko 50 % u jednom desetljeću (NBHW, 2020; prema European Commission, 2021).

### *5.3. Sustav dugotrajne skrbi za starije osobe*

Skandinavske zemlje već duže vrijeme rade na defamilijarizaciji skrbi za starije nudeći sofisticirane usluge i programe skrbi te mjere potpora (Kalmijn i Saraceno, 2008; Haberkern i Szydlik, 2010; Österle, 2010; svi prema Filipovič Hrast i sur., 2018).

Švedska ima razvijen javni i univerzalni sustav dugotrajne skrbi, unutar kojeg su proširili gradske smještajne kapacitete te ponudili uslugu kućne njege (OECD, 2005; prema Da Roit i Le Bihan, 2010). Sustav je decentraliziran, a institucionalna skrb poput domova za starije i nemoćne, stambenih ustanova i domova za osobe s demencijom te usluga u kući, organizirana je i upravljana na lokalnoj razini (Schön i Heap, 2018). Prema švedskom Zakonu o socijalnoj skrbi, svatko tko ne može samostalno zadovoljiti svoje potrebe ima pravo na pomoć, bilo da se radi o financijskoj potpori ili o drugim oblicima podrške (European Commission, 2021). Zakon spominje, kako pravo na pomoć u kući i izvan nje, imaju osobe s fizičkim ili

psihičkim poteškoćama, ali i starije osobe, ne specificirajući pri tom dobne granice ove skupine (European Commission, 2021).

Pravo na pristup uslugama skrbi temelji se na procjeni potreba, a ne na imovinskom stanju, no kriteriji za njegovo ostvarivanje i razina usluga nisu nacionalno regulirani (Schön i Heap, 2018). Općenito, socijalni programi naglašavaju osobnu autonomiju zasnovanu na vrijednosti slobode izbora, bez obveze obiteljskog angažmana (Schön i Heap, 2018). Stoga u Švedskoj ne postoji zakonska obveza odrasle djece i drugih članova obitelji da brinu o svojim starijima, ali onima koji se odluče preuzeti obvezu skrbi nad nemoćnim članom, pruža se podrška u obavljanju njege. Tako se, prema Sundström i suradnicima (2002; prema Da Roit i Le Bihan, 2010), pridajući važnost neformalnoj, obiteljskoj skrbi, sustav rasterećuje uključujući u formalnu skrb samo visoko ovisne starije s ograničenom obiteljskom podrškom.

Na nacionalnoj razini, parlament i vlada postavljaju ciljeve i smjernice putem zakonodavstva i ekonomskih mjera, dok se prioritete određuju na lokalnoj razini (European Commission, 2021). Dugotrajnom skrbi upravlja se na lokalnoj razini, svaka općina u skladu sa svojom veličinom i financijskom održivosti, a zdravstvena i medicinska skrb organizirane su na regionalnoj razini (European Commission, 2021). Unatoč podjeli odgovornosti, regionalne i lokalne jedinice moraju surađivati kako bi osigurale da pružena skrb bude na zadovoljavajućoj razini (European Commission, 2021). Švedska ima visoke javne izdatke za dugotrajnu skrb, koji su u 2019. godini iznosili oko 3,3 % BDP-a (European Commission, 2021). Zdravstvene i socijalne usluge uglavnom su financirane iz poreza, pri čemu regije i općine pokrivaju 90 % troškova (Schön i Heap, 2018). Korisnici snose tek mali dio troškova, 4-5 %, a od 2017. godine određen je i maksimalni iznos koji se može naplatiti za uslugu skrbi, bilo u ustanovi ili kod kuće (Schön i Heap, 2018).

U Švedskoj postoji *cash-for-care* sustav koji je fleksibilan, a naknade su namijenjene ostvarivanja dodatnog izvora prihoda ili se od njih mogu unajmiti pružatelja skrbi ili platiti člana obitelji za njegov rad (Da Roit i Le Bihan, 2010). Odnosno, postoje dvije vrste novčanih naknada za njegovatelje, a svaka općina odlučuje hoće li provoditi ovaj program, određuje kriterije za ostvarivanje prava na

naknadu te iznos naknada (Schön i Heap, 2018). Jedna od tih naknada je dodatak za njegu (šved. *hemvårdsbidrag*), koji se isplaćuje uz usluge korisniku skrbi, a služi plaćanju pomoći od člana obitelji (Schön i Heap, 2018). Druga je naknada za njegovatelja (šved. *anhöriganställning*), koja zapravo i nije naknada već općina zapošljava člana obitelji kao njegovatelja, a naknada se oporezuje, donosi plaću i socijalnu zaštitu sličnu onoj koju dobivaju općinski pomoćnici u kući te nije dostupna osobama starijim od 65 godina (Schön i Heap, 2018).

Politika *'ageing in place'*, dovela je do postupnog smanjenja institucionalnih kapaciteta pa je tako Švedska, 2014. godine imala najmanju stopu bolničkih kreveta po glavi stanovnika u Europskoj uniji, 2,5 kreveta na 1000 stanovnika, dok je prosjek EU-a bio 5,2 kreveta na 1000 osoba (OECD, 2016; prema Schön i Heap, 2018). Početkom 2000-tih, u skladu sa spomenutom politikom, započelo je smanjenje broja institucijskih kapaciteta (npr. domova za starije, stambenih objekata za skrb i domova za osobe s demencijom) te je od tada zatvoreno 30 % tih kapaciteta, pa sve više ljudi prima usluge pomoći u kući (Schön i Heap, 2018). U 2017. godini, 22 % osoba starijih od 80 godina primalo je pomoć u kući, dok je samo 12,2 % bilo smješteno u institucijama (Schön i Heap, 2018).

Sve je snažniji i trend marketizacije usluga, čime se naglasak stavlja na konkurenciju, slobodu izbora i raznolikost usluga (Schön i Heap, 2018). Privatnim pružateljima omogućeno je da otvore klinike gdje žele, a račune za pružene usluge šalju županijskim skupštinama, koje ne mogu odlučivati o lokacijama klinika čak ni ako je potreba za uslugama skrbi veća u određenim područjima (Burstrom, 2015; prema Schön i Heap, 2018). Također, kao i u drugim europskim zemljama, događa se fragmentacija sustava dugotrajne skrbi, ali specijalističke službe nisu dobro prilagođene pružanju skrbi pacijentima s višestrukim zdravstvenim problemima i društvenim potrebama (Schön i Heap, 2018).

Izazovi u švedskom sustavu dugotrajne skrbi, na lokalnoj razini uglavnom su vezani uz financiranje, zapošljavanje osoblja i manjak usluga institucionalne skrbi, dok na državnoj razini, vlada nastoji promjenama zakonodavnog okvira i ekonomskim mjerama promaći rješenje za spomenute izazove (Schön i Heap, 2018). Prema OECD-u (2013; prema Schön i Heap, 2018), švedski sustav dugotrajne skrbi

nudi dobru pokrivenost i širok raspon usluga pa nije neobično što je skuplji od europskog prosjeka.

Kako je ranije navedeno, smanjenje smještajnih kapaciteta u institucionalnoj skrbi ograničilo je pristup ovom tipu usluga samo za najovisnije starije, ostavljajući mnoge starije osobe ovisnima o kućnoj njezi pri čemu, trend smanjenja kapaciteta nije bio popraćen povećanjem usluga ovog tipa, što je stvorilo veći teret pojedincima i njihovim obiteljima (Nacionalni odbor za zdravlje i socijalnu skrb, 2016, 2017; Schön i sur., 2016; svi prema Schön i Heap, 2018).

U Nacionalnom planu za kvalitetu u zdravstvu i socijalnoj skrbi za starije osobe konstatiran je nedostatak znanja o učincima politika na podršku neformalnim njegovateljima, odnosno podaci nisu ažurirani pa je nepoznato kako se podrška pruža, koliko su informacije dostupne njegovateljima ili kako oni ocjenjuju primljenu podršku (SOU, 2017; prema Schön i Heap, 2018). Ranije je spomenuto kako postoje značajne razlike među općinama u pogledu intenziteta, sadržaja i kvalitete usluga dugotrajne skrbi pa se preporučuje da Nacionalni odbor za zdravstvo i socijalnu skrb te razlike mapira i analizira njihove uzroke (SOU, 2017; prema Schön i Heap, 2018).

Švedski univerzalni sustav socijalne skrbi, prema analizama OECD-a (2013, 2016; prema Schön i Heap, 2018), u međunarodnoj usporedbi dobro funkcionira, iako ima nekoliko nedostataka poput slabe koordinacije primarne zdravstvene zaštite i fragmentiranih baza podataka među općinama, županijama i neovisnim pružateljima skrbi, što otežava učinkovito dijeljenje informacija i može ugroziti skrb. Nedostaju i pouzdani pokazatelji kvalitete za poboljšanje primarne zdravstvene zaštite i dugotrajne skrbi (OECD, 2016; prema Schön i Heap, 2018).

Također, radni uvjeti u području dugotrajne skrbi za starije osobe, prema istraživanju Szebehely i suradnika (2017; prema Schön i Heap, 2018), pogoršali su se između 2005. i 2015. godine, porastao je broj korisnika po radniku, smanjene su autonomija skrbnika i mogućnost dobivanja podrške od kolega i nadređenih (Schön i Heap, 2018). Radnici u institucionalnoj skrbi suočavaju se s povećanim mentalnim i fizičkim naporima te većim vremenskim pritiskom nego ranije, što dovodi do rasta broja onih koji razmišljaju o napuštanju posla (Schön i Heap, 2018).



Kako bi se u budućnosti poboljšala kvaliteta dugotrajne skrbi, Nacionalnim planom utvrđeno je šest prioriternih ciljeva na kojima treba raditi, a to su: (1) poboljšanje kvalitete i učinkovitosti sustava dugotrajne skrbi; (2) promicanje zdravlja i rehabilitacije; (3) zapošljavanje i zadržavanje stručnog osoblja; (4) revizija institucionalne skrbi za starije; (5) razvoj fleksibilnijih oblika procjene potreba; te (6) korištenje tehnologija u skrbi za starije (Schön i Heap, 2018).

Visoka stopa zaposlenosti žena u Švedskoj zahtijeva snažan formalni sustav skrbi za starije, uz minimalan ekonomski pritisak na korisnike usluga (Schön i Johansson, 2016; prema Schön i Heap, 2018).

Da bi se poboljšala skrb za starije osobe, potrebno je razvijati i metode prepoznavanja starijih osoba u riziku kako bi im se, već u ranoj fazi, pružila adekvatna skrb te poboljšati usluge kućne njege i podršku obiteljima (Gerontološki istraživački centar u Stockholmu, 2014; prema Schön i Heap, 2018).

Zakonodavni ciljevi za poboljšanje skrbi su skraćivanje prijelaza između otpusta iz bolničke skrbi i općinske dugotrajne skrbi te definiranje oblika suradnje između nadležnih tijela (Johansson i Schön, 2017; prema Schön i Heap, 2018). Cilj nacionalne politike je integrirana skrb kako bi se izbjegla fragmentacija i, kroz koordinirane usluge, poboljšala učinkovitost pružanja dugotrajne skrbi (Schön i Heap, 2018).

## 6. Dugotrajna skrb u Ujedinjenom Kraljevstvu

### 6.1. Liberalni model

Ovaj model socijalne države razvijen je na tradicionalnim načelima radne etike, koja naglašavaju individualnu odgovornost i važnost tržišta. Ujedinjeno Kraljevstvo tipičan je primjer liberalnog socijalnog modela u kojem si pojedinci vlastitim sredstvima ili privatnim osiguranjem osiguravaju pristup uslugama, primjerice, zdravstva i obrazovanja, kao i mirovinskom osiguranju te dugotrajnoj skrbi (Filipović Hrast i sur., 2018). Kako navodi Taylor-Gooby (1991), država izbjegava obvezu osiguravanja jednakih mogućnosti zapošljavanja građana ili reguliranja socijalne zaštite temeljene na zanimanjima te umjesto toga nudi građanima da pristup pravima ostvare kroz pravni sustav, odražavajući tako ideal minimalne uloge države.

Država osigurava osnovnu socijalnu mrežu, socijalni transferi su niski, temeljeni na imovinskom cenzusu (engl. *means-test*), namijenjeni samo onim najugroženijim pojedincima ili kućanstvima, koji nisu sposobni sudjelovati na tržištu rada (Esping-Andersen, 1989). Prema Anttonen i Sipilä (1996), time država preuzima odgovornost za pružanje usluga socijalne skrbi, istovremeno tražeći umanjene odgovornosti i količine javnih usluga. Uz to, korištenje naknada i usluga, koje su niske i oskudne, predstavlja stigmatu prema korisnicima jer se u društvu percipiraju kao posljednje sredstvo, a ne univerzalno pravo. Prema Bežovanu (1996) upravo niski socijalni izdaci doprinose važnijoj ulozi neprofitnih organizacija u distribuciji socijalnih usluga. Neprofitne organizacije popunjavaju praznine u socijalnim uslugama, pružajući podršku onim osobama koje nisu pokrivene državnim programom, sposobne su brže odgovoriti na specifične potrebe zajednice te promoviraju društvene promjene i zagovaraju prava marginaliziranih skupina.

Ovaj pristup ima za cilj smanjiti ovisnost građana o državi i potaknuti ih na sudjelovanje na tržištu rada, pružajući socijalnu pomoć samo osobama u krajnjoj nuždi, što zapravo često vodi većim socijalnim nejednakostima i ograničenom pristupu kvalitetnim socijalnim uslugama onim pojedincima koji su materijalno deprivirani.

## 6.2. Demografski trendovi

Podaci pokazuju kako, u Ujedinjenom Kraljevstvu, od oko ukupno 67 milijuna stanovnika, skoro 12 milijuna čine osobe starije od 65 godina, pri čemu je njih 5,4 milijuna starije od 75 godina, a 1,6 milijuna starije od 85 godina (Age UK, 2019; prema Glendinning, 2021). Kao i u drugim europskim zemljama, primjetan je trend starenja stanovništva, što pokazuje i udio osoba starijih od 65 godina života u ukupnom stanovništvu koji je 2016. godine, u Ujedinjenom Kraljevstvu iznosio 17,9 %, 2019. povisio se na 18,4 %, a projekcije predviđaju kako će on i dalje rasti pa bi u 2030. godini mogao iznositi 21,8 % (Eurostat, 2024a; Glendinning, 2021).

Starije osobe većinom nastanjuju ruralna i obalna područja pa tako najveći postotak stanovništva starijeg od 65 godina ima obalna regija jugozapadne Engleske (21,6 %), dok šira okolica Londona ima najmanji postotak starijeg stanovništva (11,6 %) (Glendinning, 2021).

Očekuje se da će buduća potražnja za dugotrajnom skrbi i dalje rasti te da bi u Engleskoj povećanje, između 2005. i 2041. godine, moglo iznositi 108 % (s 2,4 milijuna odraslih osoba na 4,95 milijuna) za osobe kojima je potrebna pomoć u obavljanju jedne ili više aktivnosti svakodnevnog života, odnosno 122 % (s oko 950 000 odraslih osoba na 2,1 milijuna) za osobe kojima je potrebna pomoć u obavljanju jedne ili više aktivnosti osobne njege (Glendinning, 2021).

## 6.3. Sustav dugotrajne skrbi za starije osobe

Odgovornost za kreiranje politika, organiziranje i rad sustava dugotrajne skrbi prenesene su na vlade Engleske, Škotske, Walesa i Sjeverne Irske. Odjel za rad i mirovine (engl. *The Department for Work and Pensions*), koji djeluje diljem Ujedinjenog Kraljevstva, odgovoran je za priznavanje prava i distribuciju novčanih naknada koje pokrivaju troškove invaliditeta i njege (Glendinning, 2021). Lokalne vlasti u svakoj zemlji odgovorne su za procjenu individualnih potreba, financiranje i

organiziranje skrbi institucionalno i izvaninstitucionalno, a usluge uglavnom provode privatne (profitne i neprofitne) organizacije (Glendinning, 2021).

U Engleskoj je upravljanje sustavom dugotrajne skrbi rascjepkano između različitih ministarstava i Državnog zavoda za zdravstvo, dok su u Škotskoj usluge dugotrajne skrbi koordinirane zajedničkim odborima za zdravstvo i skrb, s besplatnom osobnom njegom, koja je od 2019. godine proširena s osoba starijih od 65 godina i na mlađe, radno aktivno stanovništvo (Glendinning, 2021). U Walesu pristup pružanju usluga skrbi razlikuje se među lokalnim jedinicama, uz određen maksimalni tjedni trošak za dugotrajnu skrb (Age UK, 2019; prema Glendinning, 2021). Zdravstvene i socijalne usluge u Sjevernoj Irskoj su strukturno integrirane, no politička nestabilnost ometala je provedbu reformi i pogoršala financijsku krizu u oba sektora (Griffin, 2019; prema Glendinning, 2021).

U Ujedinjenom Kraljevstvu, potrošnja na dugotrajnu skrb za razdoblje 2017./2018. godinu iznosila je 22,7 milijardi funti, što iznosi samo 1,1 % BDP-a u usporedbi s potrošenih 7,1 % za zdravstvo (Health Foundation, 2019; prema Glendinning, 2021). Dugotrajna skrb uglavnom se financira iz lokalnih proračuna, koji od 2016. godine ovise o lokalno prikupljenim prihodima i porezima, što nije namijenjeno samo dugotrajnoj skrbi već lokalne vlasti imaju slobodu sredstva raspodijeliti prema uočenim lokalnim potrebama i prioritetima (Glendinning, 2021). Vladina politika štednje od 2010. godine značajno je smanjila sredstva financiranja lokalnim vlastima, koje su u periodu do 2018. godine pretrpjele pad proračunskih sredstava od 49,1 %, što odgovara 28,6 % smanjenja kupovne moći ograničivši tako i njihovu sposobnost osiguranja adekvatne dugotrajne skrbi (NAO, 2018; prema Glendinning, 2021).

Unatoč upozoravanjima na rastuću krizu u sustavu dugotrajne skrbi, sve četiri države Ujedinjenog Kraljevstva bile su njome pogođene, a situacija je bila osobito teška u Engleskoj gdje je potrošnja po stanovniku na skrb, 2017. godine bila 43 % niža nego u Škotskoj (Health Foundation, 2019; prema Glendinning, 2021). Dom lordova je nedostatak sredstava za dugotrajnu skrb u Engleskoj kasnije nazvao "nacionalnim skandalom" te procijenio kako je potrebno dodatnih 8 milijardi funti

godišnje kako bi se kvaliteta i dostupnost skrbi vratila na zadovoljavajuću razinu (Glendinning, 2021).

Pristup javno financiranoj dugotrajnoj skrbi strogo je ograničen imovinskim cenzusom i procjenom potreba za skrbi zbog čega mnogi stariji moraju, iz vlastitih sredstava, izdvajati za visoke troškove skrbi (Glendinning, 2021). Procjenjuje se da otprilike polovicu svih smještajnih kapaciteta u ustanovama skrbi, starije osobe financiraju potpuno samostalno (Glendinning, 2021).

Dodatne mjere socijalne zaštite uključuju naknadu za ublažavanje troškova invaliditeta i njege (za odrasle u radnoj dobi); *Attendance Allowance* (za starije od 65 godina) i *Carers Allowance* (financijska potpora neformalnim njegovateljima s minimalnim prihodom koji pružaju najmanje 35 sati njege tjedno) (Glendinning, 2021).

Vladine politike 1980-ih i 1990-ih transformirale su javne usluge u kvazitržišta pa se usluge dugotrajne formalne skrbi, uključujući i kućnu njegu, kupuju od privatnih pružatelja usluga. U 2019. godini, u Ujedinjenom Kraljevstvu je 84 % smještaja bilo je u vlasništvu privatnog sektora, 13 % pružale su neprofitne organizacije, a samo 3 % smještaja bilo je javno (IPPR, 2019; prema Glendinning, 2021). Dugotrajna skrb kod kuće također prati ove trendove, pa je 1992. godine privatni sektor pružao samo 2 % kućne njege, a od 2018. godine taj se udio povećao na 97,5 % (Glendinning, 2021). Preostale javne usluge, poput intenzivne njege nakon bolničkog otpusta, uglavnom su visoko specijalizirane ili neprivlačne privatnom sektoru (Glendinning i sur., 2010; prema Glendinning, 2021). Pored toga, neki stariji primaju novčane naknade za zapošljavanje osobnih asistenata umjesto korištenja standardnih usluga (Glendinning, 2021). Njegovatelji imaju pravo na fleksibilne radne aranžmane i razumno odsustvo kako bi se nosili s kriznim situacijama koje nosi skrb o starijoj osobi (Glendinning, 2021).

Podaci pokazuju kako rastu nezadovoljene potrebe za dugotrajnom skrbi, naročito u Engleskoj gdje su, proračunski pritisci i stroži kriteriji za ostvarivanje prava, doveli do smanjenja broja starijih osoba koje primaju javno financiranu skrb za 5,7 % (Age UK, 2019; prema Glendinning, 2021).

Procjenjuje se da broj starijih osoba s nezadovoljenim potrebama prelazi 1,5 milijuna te da 51 % zahtjeva za dugotrajnu skrb završava bez pružanja usluga ili preusmjeravanjem na univerzalne usluge (Age UK, 2019; prema Glendinning, 2021).

Financijska održivost institucionalne skrbi ovisi o udjelu korisnika koje financiraju lokalne vlasti, pri čemu su domovi s preko 75 % takvih korisnika u najvećem riziku od propasti (CMA, 2017; prema Glendinning, 2021). Dodatno, oko 11 % korisnika ili njihovih obitelji plaćaju dodatke, ponekad za konkretne pogodnosti poput prostranije sobe, a ponekad za osnovne potrebe poput opreme za inkontinenciju (Age UK, 2019; prema Glendinning, 2021).

Svi pružatelji usluga dugotrajne skrbi moraju biti registrirani kod nacionalnog regulatornog tijela za skrb u svojoj zemlji, koje provodi redovite provjere kvalitete, bez obzira na to tko financira ili pruža usluge (Glendinning, 2021). U Engleskoj, svi se pružatelji skrbi registriraju kod Komisije za kvalitetu skrbi, a kako bi to učinili moraju zadovoljiti određene uvjete koji uključuju dokaz o financijskoj stabilnosti i podobnost za rad s ranjivim odraslim osobama (Glendinning, 2021). Komisiju se mora obavijestiti o značajnim događajima ili promjenama, poput smrti korisnika, ozljeda, optužbi za zlostavljanje i incidenata u koji je bila uključena policija (Glendinning, 2021). Redovito se provode nadzori (najavljeni i nenajavljeni), unutar 30 mjeseci od posljednje inspekcije za usluge koje su ocijenjene kao kvalitetne, dok se one s lošijim ocjenama kontrolira unutar 6 mjeseci (Glendinning, 2021). Tako je u 2019. godini, 80 % usluga dugotrajne skrbi bilo ocijenjeno kao kvalitetno, iako je 24 % domova za starije bilo ocijenjeno neadekvatnim ili je zatraženo unaprjeđenje usluge (CQC, 2019; prema Glendinning, 2021). Dok propisi o standardu kvalitete za formalne usluge skrbi postoje, oni nisu primjenjivi na neformalne njegovatelje koji su često potplaćeni i nisko kvalificirani.

Od 2009. godine, broj radnih mjesta u dugotrajnoj skrbi u Engleskoj porastao je za 22 %, no on ne uspijeva prati trend starenje stanovništva, čemu u prilog govori i podatak da je između 2011. i 2016. godine omjer zaposlenih u dugotrajnoj skrbi na 100 osoba starijih od 65 godina značajno opao (OECD, 2019; prema Glendinning, 2021). Polovica radnika u ovom području nema relevantne kvalifikacije za rad u sustavu socijalne skrbi (Glendinning, 2021). Radnici se često žale na niske plaće,

stresne radne uvjete te općenito nisko vrednovanje dugotrajne skrbi u društvu (Glendinning, 2021).

Za razdoblje 2018./2019., 84 % radne snage u dugotrajne skrbi u Engleskoj činile su osobe rođene u Britaniji, 8 % državljani zemalja članica EU-a, a 9 % državljani zemalja izvan EU-a (Glendinning, 2021).

Za osposobljavanje obiteljskih ili neformalnih negovatelja ne postoje posebne mjere, kao ni za radnike koje starije osobe privatno zapošljavaju (Glendinning, 2021). Većina negovatelja smatra kako njihove potrebe nisu uzete u obzir, a jedan od osam izjavilo ih je kako su oni i/ili osoba o kojoj su skrbili iskusili smanjenje podrške u prethodnoj godini (Glendinning, 2021). Od 5,4 milijuna negovatelja u Engleskoj, samo 700 000 prima *Carers Allowance*, dok 300 000 prima potporu od lokalnih vlasti (NAO, 2018; prema Glendinning, 2021). Gotovo dvije petine negovatelja navodi da se suočava s financijskim poteškoćama, a ne postoji ni pravo na redoviti odmor od njege (Glendinning, 2021).

Postojeći sustav dugotrajne skrbi u Ujedinjenom Kraljevstvu, naročito u Engleskoj, nije održiv, a brojna izvješća spominju i krizu sustava (House of Commons Health and Social Care and Housing, Communities and Local Government Committees, 2018; House of Lords Economic Affairs Committee, 2019; svi prema Glendinning, 2021).

Nedostatak javnih sredstava sve više pogađa dugotrajnu skrb, posebno pružatelje usluga koji se oslanjaju na lokalne vlasti kao najveće kupce, zbog smanjenja financiranja i povećanja troškova, a situaciju otežava i nedostatak radne snage. Neuspjehu tržišta doprinosi i način financiranja većih pružatelja dugotrajne skrbi koji ostvaruju značajne profite kroz dividende ili otplate kredita investitorima te posluju s visokim rizikom (Glendinning, 2021). Ovi pružatelji često nude manje mogućnosti obuke zaposlenicima, imaju veću fluktuaciju osoblja i niže plaće, što se sve negativno odražava na kvalitetu skrbi (IPPR, 2019; prema Glendinning, 2021).

Stariji od 65 godina čine najveću demografsku skupinu u potrebi za dugotrajnom skrbi, ali ne dobivaju proporcionalan udio javnih sredstava ili usluga već su izdaci gotovo ravnomjerno raspodijeljeni između starijih i radno sposobnih osoba što

ukazuje na nejednakost u pristupu i podršci (House of Lords Economic Affairs Committee, 2019; prema Glendinning, 2021).

Mjere štednje dovele su do smanjenja lokalnih proračuna i smanjile njihove mogućnosti financiranja pa sve veći broj starijih osoba ne ispunjava uvjete za javno financiranu skrb, a samo najsiromašniji i osobe s teškim oblicima invaliditeta imaju pristup socijalnoj zaštiti (Glendinning, 2021). Kako bi se smanjile nejednakosti i osigurao pošten pristup skrbi, potrebno je provesti radikalne reforme kojima bi se uravnotežila odgovornosti između pojedinaca, obitelji i države te stabiliziralo pružatelje usluga i ograničilo privatni profit (Glendinning, 2021).

Prijedlozi reforme financiranja sustava dugotrajne skrbi uključivali su mogućnost financiranja kroz opće poreze s posebnim doprinosima za dugotrajnu skrb, integrirani proračun za zdravstvo i socijalnu skrb, povećanje poreza na nasljedstvo, te unaprijed financirani fond za buduću njegu (House of Commons Health and Social Care and Housing, Communities and Local Government Committees, 2018; House of Lords Economic Affairs Committee, 2019; svi prema Glendinning, 2021). Prioriteti reforme su, uz financijsku održivost sustava, vratiti razinu i kvalitetu usluga na stanje iz 2010./2011., prilagoditi plaće radnicima u dugotrajnoj skrbi (Health Foundation, 2019; prema Glendinning, 2021). Iako su postojale prilike za dugoročne reforme, one nisu iskorištene, a Brexit i pandemija COVID-19 dodatno su pogoršali situaciju (Glendinning, 2021).



## **7. Dugotrajna skrb u Hrvatskoj**

### *7.1. Postkomunistički model*

Kao što je spomenuto u uvodu, skupina autora smatra kako je zemlje istočne Europe potrebno izdvojiti u posebnu skupinu režima koji ne spadaju u Esping-Andersenovu trilogiju (Aidukaite, 2004; Kaariainen i Lehtonen, 2006; van Oorschots i Arts, 2005; Wehner i sur., 2004; svi prema Aidukaite, 2009). Naziv ove skupine, prema Aidukaite (2009), glasio bi istočnoeuropski ili postkomunistički model, a zajednička obilježja država koje su njime obuhvaćene jesu: visoka stopa korištenja socijalnog osiguranja s relativno niskim naknadama, identifikacija sustava socijalne politike sa socijalističkom prošlošću te niska razina povjerenja građana u državne institucije.

Nakon pada komunizma u srednjoj i istočnoj Europi, države dijele i iskustvo tranzicije iz socijalističkog, sovjetskog tipa države blagostanja u kapitalistički "zapadni" sustav (Aidukaite, 2009). Brojni autori prepoznaju pritisak međunarodnih organizacija, poput Svjetske banke i Međunarodnog monetarnog fonda na društveni razvoj i reformu politika u tranzicijskim zemljama (Deacon, 1992, 1997, 2000; Chandler, 2001; Muller, 2001; Casey, 2004; svi prema Aidukaite, 2009). Tijekom tog perioda dogodila se brza liberalizacija tržišta, privatizacija državnih poduzeća i uključivanje u tržišta globalne ekonomije, a te procese često su pratile mjere štednje i smanjenja javne potrošnje.

Uz to, primjetan je i trend europeizacije, no ne toliko izražen s obzirom na to da Europska Unija državama članicama ne nameće odredbe "tvrđog" prava u socijalnoj politici (Rys, 2001; prema Aidukaite, 2009), već prakticira otvoren način koordinacije gradeći veću suradnju između zemalja članica s ciljem pomoći u razvoju vlastitih socijalnih politika kroz proces učenja iz primjera dobrih praksi (Aidukaite, 2009).

S obzirom na to da je tranzicija dovela do znatnijeg povećanja pojave socijalnih rizika i nejednakosti u društvu, unatoč tome što su neki slojevi društva profitirali privatizacijom i ekonomskom liberalizacijom, države su provele reforme socijalnih

sustava s ciljem njegove modernizacije i prilagodbe novonastaloj ekonomskoj situaciji pri čemu su neke uspjele zadržati visok standard socijalne zaštite i smanjile nejednakosti, dok su druge, zbog neujednačenih reformi, kojima nisu uspjele riješiti probleme poput siromaštva i nejednakosti, doživjele socijalne i ekonomske krize.

Sposobnost države da učinkovito provodi socijalne politike ograničili su slabljenje državnih institucija uzrokovanog korupcijom, političke nestabilnosti i nedostatak resursa.

## *7.2. Demografski trendovi*

U Izvješću o starenju, Europske Komisije iz 2018. godine, Hrvatska se nalazi u skupini država članica za koje projekcije predviđaju najveći pad populacije do 2050. godine (Bežovan i sur., 2020). U 2019. godini broj stanovnika iznosio je 4,1 milijuna, prema popisu stanovništva iz 2021. godine broj je pao na 3,9 milijuna, a projekcije najavljuju kako bi se trend opadanja broja stanovnika mogao nastaviti pa bi u 2030. godini Hrvatska, prema prognozama, mogla imati 3,8 milijuna stanovnika, a 2050. njih 3,4 milijuna (European Commission, 2021).

Prema podacima Državnog zavoda za statistiku (2022), u Republici Hrvatskoj živi 871 870 stanovnika starijih od 65 godina, koji čine 22,42 % ukupnog stanovništva. Projekcije za 2080. godinu ukazuju kako će se udio osoba starijih od 65 godina povisiti na 30,4 %, dok će njih 13,2 % biti starije od 80 godina, čime će Hrvatska postati jedna od država članica EU s najstarijim stanovništvom (Dobrotić, 2016).

Udio stanovništva starijeg od 65 godina kojem je potrebna dugotrajna skrb, zbog najmanje jedne ozbiljne poteškoće u obavljanju osobne njege ili kućanskih aktivnosti značajno je porastao, s 29,7 % u 2014. godini na 38,5 % u 2019. (Bežovan i sur., 2020). 2013. godine Hrvatska je, prema podacima Europske komisije (2015; prema Bađun, 2015) imala 274 000 funkcionalno ovisnih osoba, od kojih je 241 000 primala neformalnu skrb; 2019. godine broj potencijalno uzdržavanih starijih osoba iznosio je 239 600 osoba, a projekcije očekuju kako bi taj broj mogao doseći 272

000 sobe u 2030. godini, a 2050. i 300 300 osoba (Bežovan i sur., 2020). Prema Godišnjem statističkom izvješće o domovima i korisnicima socijalne skrbi u Republici Hrvatskoj za 2020. godinu u domovima za starije i nemoćne ukupno je bilo smješteno 16 555 osoba, pri čemu korisnici najčešće imaju 85 i više godina starosti (Ministarstvo rada, mirovinskog sustava, obitelji i socijalne politike, 2021a).

Starenje stanovništva, u kombinaciji s recentnim iseljavanjem mladih radno sposobnih ljudi, rezultira time da mnogi stariji, posebno u ruralnim i slabije razvijenim područjima, ostaju bez obiteljske podrške te imaju ograničen pristup resursima za zadovoljenje vlastitih potreba (Bežovan i sur., 2020).

### *7.3. Sustav dugotrajne skrbi za starije osobe*

Sustav dugotrajne skrbi u Hrvatskoj fragmentiran je i nerazvijen, a pojam dugotrajne skrbi službeno se niti ne koristi (European Commission, 2021). Većina naknada i usluga proizlazi iz sustava socijalne skrbi, dok je koordinacija s drugim sustavima manjkava (Bežovan i sur., 2020). Ministarstvo rada, mirovinskog sustava, obitelji i socijalne politike nadležno je za socijalnu skrb, za socijalnu zaštitu hrvatskih branitelja i stradalnika Domovinskog rata nadležno je Ministarstvo hrvatskih branitelja, a Ministarstvo zdravstva pokriva zdravstvenu zaštitu i palijativnu skrb.

U Hrvatskoj skrb za starije većim se dijelom oslanja na obitelj, a manji dio su na sebe preuzele institucije, lokalne zajednice, državne i privatne ustanove, vjerske organizacije te neprofitne udruge (Jedvaj i sur., 2014). Dugotrajna skrb primarno se odvija u domovima za starije i nemoćne (Tomasović, 2005) unutra kojih postoje i organizirane jedinice za pojačanu njegu ili stacionari čije timove uglavnom čine medicinske sestre i njegovatelji (Štambuk i sur., 2014). Javni domovi su u vlasništvu županija i države, usluge skrbi u zajednici su nerazvijene, a zbog manjka mjesta u javnim domovima, raste privatni sektor (Bežovan i sur., 2020). Formalna skrb za starije organizirana je i kroz udomiteljske obitelji, obiteljske domove i organizirano stanovanje (Bežovan i sur., 2020).

Na dugotrajnu skrb Hrvatska troši vrlo mali dio BDP-a, što je među najnižima u EU i značajno ispod europskog prosjeka (Bežovan i sur., 2020). Iako nisu dostupni podaci o privatnoj potrošnji, može se pretpostaviti da se dugotrajna skrb financira iz državnog proračuna i privatnih izvora (Bađun, 2017; prema Bežovan i sur., 2020). Država pokriva troškove subvencija za korisnike u javnim domovima, te pune troškove smještaja za ranjive skupine korisnika prema odlukama Hrvatskog zavoda za socijalni rad u privatnim i javnim domovima, a korisnici u privatnim domovima plaćaju tržišne cijene (Bežovan i sur., 2020).

Upravljačka struktura u području dugotrajne skrbi je netransparentna, bez jasnih kriterija za dodjelu mjesta u javnim domovima, koji su najpoželjniji zbog pristupačnijih cijena (Bežovan i sur., 2020). U slabije razvijenim dijelovima zemlje obitelj je glavni pružatelj skrbi, u dvije županije uopće nema javnih domova za starije osobe, a slaba je i pokrivenost palijativnom skrbi (Bežovan i sur., 2020).

Prava značajna za osobe starije životne dobi koja mogu ostvarivati su, od novčanih naknada: zajamčena minimalna naknada, naknada za troškove stanovanja, naknada za ugroženog kupca energenata, naknada za osobne potrebe korisnika smještaja, jednokratna naknada i inkluzivni dodatak te od socijalnih usluga: uslugu smještaja i uslugu pomoći u kući. Potrebno je unaprijediti kapacitete i praksu procjene potreba za dugotrajnom skrbi i drugim socijalnim uslugama te razvijati naknade i usluge za pružatelje neformalne skrbi za starije koje, trenutno, u Hrvatskoj ne postoje (Bežovan i sur., 2020).

Problemi u sustavu skrbi za starije osobe adresirani su Strategijom socijalne skrbi za starije osobe u Republici Hrvatskoj za razdoblje 2017.-2020. godine kojom su postavljeni ciljevi unaprjeđenja zakonodavnog okvira, informiranja i osviještenosti o pravima starijih osoba te razvoj i unaprjeđenje usluga u zajednici (Vlada Republike Hrvatske, 2017).

Krajem 2020. godine, prema podacima, djelovala su 3 državna doma za starije i nemoćne osobe, 45 županijskih domova i 121 nedržavnih domova (Ministarstvo rada, mirovinskog sustava, obitelji i socijalne politike, 2021a) te je, u 2023. godini, djelovalo i 378 obiteljskih domova, od kojih su se 32 brisala iz evidencije (Pučka pravobraniteljica, 2024). U svim domovima za starije osobe bilo je ukupno 6690

zaposlenih (Ministarstvo rada, mirovinskog sustava, obitelji i socijalne politike, 2021b). To je, prema podacima Eurostata i OECD-a, vrlo nizak broj radnika u sektoru dugotrajne skrbi, s omjerom zaposlenih na 100 osoba starijih od 65 godina 1,7, dok prosjek Europske Unije iznosi 3,8 (OECD, 2019; prema Bežovan i sur., 2020).

Prema izvješćima o provedenim nadzorima u domovima za starije i nemoćne utvrđeno je, kod većine nedostatak medicinskog osoblja, njegovatelja i socijalnih radnika, da dio zaposlenih nema odobrenje za samostalan rad, njegovatelji nemaju položene tečajeve za njegu te da se „na crno“ zapošljava medicinsko osoblje iz susjednih zemalja ili se ono uopće ne zapošljava (Pučka pravobraniteljica, 2022). Također je utvrđeno kako je prostor neprilagođen, a broj korisnika, u odnosu na kapacitete, prekomjeren (Pučka pravobraniteljica, 2022).

Glavni izazov dugotrajne skrbi u Hrvatskoj je rastuća potražnja za pristupačnom uslugom institucionalne skrbi, koja premašuje ponudu, posebno u javnim ustanovama, koji su znatno povoljniji od privatnih domova. Privatni sektor nudi fleksibilniju ponudu, no znatno više cijene u odnosu na javne domove, smanjuju dostupnost skrbi mnogim starijim osobama s niskim mirovinama i ograničenim obiteljskim приходima (Babić, 2018; prema Bežovan i sur., 2020). Problemu pridonosi i Vladina kontinuirana provedba 'politika štednje' u sustavu socijalne skrbi, čime se ozbiljno ugrožava priuštivost i dostupnost usluga dugotrajne skrbi (Bežovan i sur., 2020). Sve su izraženije i nejednakosti u pristupu socijalnim uslugama, pri čemu neki korisnici uspiju pronaći smještaj u javnim domovima, iako su liste čekanja duge, zahvaljujući netransparentnim kriterijima, dok su drugi prisiljeni birati skuplje privatne domove zbog nedostatka kapaciteta u javnim ustanovama (Bežovan i sur., 2020). Postoji i skupina korisnika „između“, oni koji si ne mogu priuštiti privatni smještaj, ali ne zadovoljavaju ni uvjete za smještaj u ustanovu prema rješenju Zavoda za socijalni rad, pa ovise o vlastitim resursima, rodbini ili lokalnim mrežama solidarnosti jer skrb u zajednici i kod kuće nije dovoljno razvijena (Bežovan i sur., 2020).

Od 2017. godine, od sredstava europskih fondova provodi se program „Zaželi-Program zapošljavanja žena“ koji je prvenstveno namijenjen zapošljavanju žena u

nepovoljnom položaju na tržištu rada, posebno žena starijih od 50 godina, na pružanju podrške i skrbi starijim osobama i osobama u nepovoljnom položaju (Bežovan i sur., 2020).

Iako se radi na smanjenju rizika od siromaštva starijih osoba, on je i dalje povećan kod starijih u potrebi za dugotrajnom skrbi, pogotovo onih s niskim primanjima, koji prema podacima OECD-a (2019; prema Bežovan i sur., 2020), moraju izdvojiti više od pola svojih prihoda za skrb, dok manji dio ostaje za zadovoljenje osnovnih troškova života.

Kvaliteta usluga dugotrajne skrbi u Hrvatskoj regulirana je Pravilnikom o standardu kvalitete socijalnih usluga, koji je obvezan za sve pružatelje socijalnih usluga, osim udomiteljskih obitelji (Bežovan i sur., 2020). Zakonom o kvaliteti zdravstvene zaštite uređuje se kvalitativni okvir dugotrajne skrbi u zdravstvenim ustanovama, a Ministarstvo zdravstva objavilo je i Pravilnik o akreditacijskim standardima za bolničke zdravstvene ustanove (Bežovan i sur., 2020). Problem osnivanja ovakvih ustanova uključuje niske standarde kvalitete i nedovoljnu kontrolu od strane nadležnih tijela (Bežovan i sur., 2020).

Trend starenja stanovništva utjecat će na daljnje povećanje potrebe za dugotrajnom skrbi, no u obzir treba uzeti i druge rizične skupine, poput djece s teškoćama u razvoju i osobe s invaliditetom (Bežovan i sur., 2020). Glavni cilj razvoja usluga za osobe s invaliditetom je deinstitucionalizacija, no manjak financijskih sredstava otežava taj proces (Bežovan i sur., 2020). Strateški dokumenti ključni za područje dugotrajne skrbi za razdoblje 2017. do 2020. godine su Strategija socijalne skrbi za starije osobe u Republici Hrvatskoj, Nacionalni program razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj i Nacionalna strategija izjednačavanja mogućnosti za osobe s invaliditetom, nijednim od kojih nije predviđen značajniji napredak (Bežovan i sur., 2020).

Ukratko, dugotrajna skrb u Hrvatskoj slabo je razvijena i istražena, bez jasne vizije za budućnost (Bežovan i sur., 2020). Kako bi se unaprijedio sustav dugotrajne skrbi u Hrvatskoj, Europska Komisija preporučuje: (1) uspostaviti zakonodavni okvir kojim bi se jasno definirale nadležnosti državnih tijela za dugotrajnu skrb te integrirale zdravstvene i socijalne usluge; (2) utvrditi potrebnu visinu participacije

korisnika u troškovima skrbi; (3) pružiti odgovarajuću razinu skrbi onima kojima je potrebna; (4) promicati izvaninstitucionalnu formalnu skrb; (5) definirati kriterije prijema u domove; (6) osigurati odgovarajući broj zaposlenih u formalnoj skrbi; (7) neformalnim njegovateljima omogućiti fleksibilne radne uvjete i pružiti im financijsku pomoć, (8) rasteretiti bolnički sustav i pronaći druga odgovarajuća rješenja za pružanje skrbi; te (9) poticati zdravo starenje i prevenciju bolesti (Bađun, 2019).

## 8. Rasprava

Proučavanjem literature vidljivo je kako uloga države u organiziranju i financiranju sustava dugotrajne skrbi varira ovisno o modelu socijalne države, reflektirajući tako i različite uvjete povijesnog, političkog i društvenog razvoja države. U nastavku, istaknut ćemo obilježja sustava dugotrajne skrbi zemalja predstavnica konzervativno-korporativističkog, socijaldemokratskog, liberalnog i postkomunističkog modela socijalne države kako bi bolje razumjeli razlike među njima te ocijenili koji od modela najprikladnije odgovara suvremenim izazovima.

U Njemačkoj, predstavnici konzervativno-korporativističkog modela, dugotrajna skrb jedan je od oblika socijalnog osiguranja, a financira se doprinosima radnika i poslodavaca u javne ili privatne fondove. Uloga države je supsidijarna, odnosno primarna odgovornost za skrb je na obitelji. Pružanje usluga skrbi organizirano je na nacionalnoj razini, u suradnji s privatnim sektorom. Prednost ovog modela su društvena solidarnost te relativno visoka dostupnost i kvaliteta skrbi, dok kao njegove nedostatke možemo istaknuti administrativne prepreke i nejednakosti u pristupu skrbi različitih društvenih skupina.

Univerzalizam i odgovornost države ključna su obilježja švedskog sustava dugotrajne skrbi. Sustav je porezno financiran, usluge dostupne svim građanima u potrebi, neovisno o njihovim financijskim mogućnostima te visoko subvencionirane ili besplatne. Model promovira jednakost te smanjuje rizik od siromaštva, no dugoročno, izazov može predstavljati financiranje sustava, čija održivost zahtijeva visoke porezne stope.

U liberalnom modelu, poput onog u Ujedinjenom Kraljevstvu, sustav dugotrajne skrbi tržišno je orijentiran, s minimalnom odgovornošću države za pomoć samo najranjivijim skupinama građana. Sustav je decentraliziran pa je dugotrajna skrb organizirana na lokalnoj razini. Pristup uslugama skrbi ovisi prvenstveno o financijskim mogućnostima pojedinca što dovodi do značajnih nejednakosti u dostupnosti i kvalitete skrbi, dok oni koji si skupe privatne usluge ne mogu priuštiti često ostaju bez adekvatne njege.



Hrvatska ima centraliziran sustav, u kojem država ima ulogu glavnog pružatelja socijalnih usluga sa sve većim utjecajem privatnog sektora. Država sufinancira uslugu smještaja u javne domove, smještaj na temelju rješenja Zavoda za socijalni rad se ne plaća, a osobe smještene u privatne domove same snose troškove smještaja. Sustav pati od nedovoljnog financiranja, loše infrastrukture i fragmentacije usluga što negativno utječe na pružanje adekvatne usluge skrbi.

## **9. Zaključak**

Izvjesho je kako će starenje stanovništva i u narednom razdoblju utjecati na povećanu potražnju za dugotrajnom skrbi. Razvojem usluga i različiti načini na koje se skrb nastoji organizirati u institucionalnom i izvaninstitucionalnom okruženju, osobama u potrebi za skrbi omogućuje se njena individualizacija i kombiniranje usluga u skladu s potrebama, no ponuda ipak nije dostatna za pokriće svih potreba.

Iz analize izvješća o sustavima dugotrajne skrbi u Njemačkoj, Švedskoj, Ujedinjenom Kraljevstvu i Hrvatskoj, vidljivo je kako se svaka od navedenih država suočava s nekim izazovima specifično vezanima za tradiciju socijalne države te način financiranja, upravljanja sustavom i načinom pružanja usluga, ali kako postoje problemi poput obrazovanja i zapošljavanja radne snage te uspostave standarda kvalitetne usluge dugotrajne skrbi za čije je rješavanje potrebno razvijati suradnju i međunarodnim dokumentima, poput onih opisanih ranije, donositi planove, mjere i preporuke čiji je cilj ujednačavanje standarda kvalitete skrbi, pristupa i pokrivenosti uslugama skrbi.

Također je važno analizirati stanje palijativne skrbi, kao dijela dugotrajne skrbi, koja ima značajan utjecaj na kvalitetu života osoba s kroničnim i terminalnim bolestima, kojima je također potrebna pomoć i podrška. Mjesta za napredak, kako palijativne, tako i dugotrajne skrbi ima; benefiti za korisnike kojima se one pružaju kao i za njihove obitelji su mnogostruki. Premda se Carvalho i Martins (2016), u svome radu, osvrću na potrebe profesionalnih njegovatelja u palijativnoj skrbi, kroz pregled literature i izjava djelatnika u području dugotrajne skrbi može se zaključiti

kako su obrazovanje i dodatna obuka ključni za stručan i kvalitetan rad, kako bi djelatnici bili sposobni u radu održati svoj fizički integritet, emocionalnu stabilnost te steći tehničke, moralne i etičke vještine.

Rasprave o dugotrajnoj skrbi ne bi trebale biti tek teorijske, s obzirom na to da ima ma direktan utjecaj na kvalitetu života milijuna starijih osoba i osoba s invaliditetom, kao i na održivost socijalnih sustava u suočavanju s izazovima koje nosi starenja stanovništva. Razumijevanje različitih modela upravljanja socijalnim sustavima omogućava uvid u prednosti i nedostatke svakog od njih te može poslužiti kao temelj budućih reformi.

Daljnja implementacija individualiziranog pristupa i kontinuirano usavršavanje pružatelja usluga mogu značajno doprinijeti poboljšanju skrbi te ishoda za korisnike i njihove obitelji. Važno je prepoznati i pridati značaj ulozi neformalnih njegovatelja i osigurati im pomoć i podršku u brizi o starijem i nemoćnom članu. Kao društvo suočavamo se s brojnim demografskim promjenama, stoga je od iznimne važnosti raditi na razvoju učinkovitih strategija kojima bi osigurali dostojanstvenu i kvalitetnu skrb osobama u potrebi.

## 10. Literatura

1. Aidukaite, J. (2009). Old welfare state theories and new welfare regimes in Eastern Europe: Challenges and implications. *Communist and post-communist studies*, 42(1), 23-39.
2. Anttonen, A., & Sipilä, J. (1996). European social care services: is it possible to identify models?. *Journal of European social policy*, 6(2), 87-100.
3. Bađun, M. (2015). Neformalna dugotrajna skrb za starije i nemoćne osobe. *Newsletter: povremeno glasilo Instituta za javne financije*, 17(100), 1-9.
4. Bađun, M. (2019). Dugotrajna skrb u Hrvatskoj iz perspektive Europske komisije. *Aktualni osvrti*, 12(106), 1-2.
5. Bežovan, G. (1996). Privatni neprofitni sektor i razvoj socijalnog režima u Hrvatskoj. *Revija za socijalnu politiku*, 3(3), 299-311.
6. Banov, K., i Smojver-Ažić, S. (2019). Očekivanja o filijalnoj brizi u starijoj dobi iz perspektive odrasle djece i roditelja. *Ljetopis socijalnog rada*, 26(2), 257-279.
7. Bežovan, G. i Baturina, D. (2019). Europski stup socijalnih prava. *Revija za socijalnu politiku*, 26 (1), 115-122.
8. Bežovan, G., Šućur, Z., & Babić, Z. (2020). *ESPN Thematic Report: Contribution to the 2021 SPC-COM report on long-term care for older people in the EU- Croatia*. European Commission. <https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=19841&langId=en>
9. Carvalho, M. S., & Martins, J. C. A. (2016). Palliative care for institutionalized elderly persons: experience of caregivers. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 19, 745-758.
10. Da Roit, B., & Le Bihan, B. (2010). Similar and yet so different: cash-for-care in six European countries' long-term care policies. *The Milbank Quarterly*, 88(3), 286-309.
11. Despot Lučanin, J. (2008). Zdravstvena psihologija starenja - prikaz područja i pregled istraživanja u Hrvatskoj. *Klinička psihologija*, 1(1-2), 59-76.

12. Dobrotić, I. (2016). Razvoj i poteškoće sustava skrbi za starije osobe u Republici Hrvatskoj. *Društvena istraživanja: časopis za opća društvena pitanja*, 25(1), 21-42.
13. Državni zavod za statistiku (2022). *Procjena stanovništva Republike Hrvatske u 2021*. [priopćenja] <https://podaci.dzs.hr/2022/hr/29032>
14. Esping-Andersen, G. (1989). The three political economies of the welfare state. *Canadian Review of Sociology/Revue canadienne de sociologie*, 26(1), 10-36.
15. European Commission (2021). *Long-term care report: Trends, challenges and opportunities in an ageing society*. [dokument] <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=738&langId=en&pubId=8396>
16. European Commission. (2022). *Proposal for a Council Recommendation on access to affordable high-quality long-term care*. <https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=26016&langId=en>
17. Europska Komisija. (2021). *Akcijski plan za provedbu europskog stupa socijalnih prava*. <https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=23749&langId=hr>
18. Europski parlament, i Vijeće Europske unije. (2019). *Direktiva (EU) 2019/1158 Europskog parlamenta i Vijeća o ravnoteži između poslovnog i privatnog života roditelja i pružatelja skrbi*. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/HR/TXT/PDF/?uri=CELEX:32019L1158>
19. Eurostat (2024a). Population and social conditions: Population structure indicators at national level. Posjećeno 6.8.2024. na mrežnoj stranici Eurostata: <https://ec.europa.eu/eurostat>
20. Eurostat (2024b). Population change - Demographic balance and crude rates at national level. Posjećeno 6.8.2024. na mrežnoj stranici Eurostata: <https://ec.europa.eu/eurostat>
21. Filipović Hrast, M., Schoyen, M. A., & Rakar, T. (2019). A Comparative Analysis of People's Views on Future Policies for the Elderly. *Revija za socijalnu politiku*, 26(2), 153-169.

22. Gerlinger, T. (2018). *ESPN Thematic Report on Challenges in Long-Term Care-Germany*. European Commission. <https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=19848&langId=en>
23. Glendinning, C. (2021). *ESPN Thematic Report on long-term care for older people-UK*. European Commission. <https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=24036&langId=en>
24. Hlebec, V., Srakar, A., & Majcen, B. (2019). Long-term care determinants of care arrangements for older people in Europe: evidence from SHARE. *Revija za socijalnu politiku*, 26(2), 135-152.
25. Jedvaj, S., Štambuk, A., i Rusac, S. (2014). Demografsko starenje stanovništva i skrb za starije osobe u Hrvatskoj. *Socijalne teme: Časopis za pitanja socijalnog rada i srodnih znanosti*, 1(1), 135-154.
26. Kammer, A., Niehues, J., & Peichl, A. (2012). Welfare regimes and welfare state outcomes in Europe. *Journal of European Social Policy*, 22(5), 455-471.
27. Kane, R. A. (2001). Long-term care and a good quality of life: Bringing them closer together. *The gerontologist*, 41(3), 293-304.
28. Kaye, H. S., Harrington, C., & LaPlante, M. P. (2010). Long-term care: who gets it, who provides it, who pays, and how much?. *Health affairs*, 29(1), 11-21.
29. Knežević, D., Has, M., i Miličević, V. (2023). Dostupnost socijalnih usluga za starije osobe u Republici Hrvatskoj: analiza po županijama i regijama. *Kontinentalna Hrvatska: povijesni kontekst, aktualnosti i perspektive u budućnosti* (1), 156-169.
30. Kordić, L., i Višić, J. (2023). Promjena relativne efikasnosti sustava dugotrajne skrbi u odabranim zemljama OECD-a. *Ekonomski misao i praksa*, 32(1), 3-18.
31. Martsolf, G. R., Kandrak, R., Rodakowski, J., Friedman, E. M., Beach, S., Folb, B., & James III, A. E. (2020). Work performance among informal caregivers: a review of the literature. *Journal of aging and health*, 32(9), 1017-1028.
32. Ministarstvo rada, mirovinskog sustava, obitelji i socijalne politike (2021a). *Godišnje statističko izvješće o domovima i korisnicima socijalne skrbi u Republici Hrvatskoj za 2020. godinu*. [datoteka s podacima] <https://mrosp.gov.hr/UserDocsImages/dokumenti/Socijalna%20politika/Odluke/>

[Godi%C5%A1nje%20statisti%C4%8Dko%20izvješće%20o%20domovima%20i%20korisnicima%20socijalne%20skrbi%20za%202020.%20godinu.pdf](#)

33. Ministarstvo rada, mirovinskog sustava, obitelji i socijalne politike (2021b). *Godišnje statističko izvješće o zaposlenicima u ustanovama socijalne skrbi u Republici Hrvatskoj u 2020. godini.* [datoteka s podacima] <https://mrosp.gov.hr/UserDocsImages/dokumenti/Socijalna%20politika/Odluke/Godi%C5%A1nje%20statisti%C4%8Dko%20izvješće%20o%20zaposlenicima%20u%20ustanovama%20socijalne%20skrbi%20u%20RH%20za%202020.%20godinu.pdf>
34. Munday, B. (2010). Integrirane socijalne usluge u Europi. *Council of Europe Publishing.* [https://www.udruga-pragma.hr/wp-content/uploads/2015/10/INTEGRIRANE\\_SOCIJALNE\\_USLUGE\\_U\\_EUROPI.pdf](https://www.udruga-pragma.hr/wp-content/uploads/2015/10/INTEGRIRANE_SOCIJALNE_USLUGE_U_EUROPI.pdf)
35. Nadash, P., Doty, P., von Schwanenflügel, M., & Eur, L. L. M. (2017). The German Long-Term Care Insurance Program: Evolution and Recent Developments. *The Gerontologist*, 57(5), 1-10.
36. Nagode, M., & Lebar, L. (2019). Trends and challenges in long-term care in Europe. *Revija za socijalnu politiku*, 26(2), 255-262.
37. Onder, G., Carpenter, I., Finne-Soveri, H., Gindin, J., Frijters, D., Henrard, J. C., Thorsten Nikolaus, T., Topinkova, E., Tosato, M., Liperoti, R., Landi, F., Bernabei, R. & SHELTER project. (2012). Assessment of nursing home residents in Europe: the Services and Health for Elderly in Long TERM care (SHELTER) study. *BMC health services research*, 12, 1-10.
38. Pučka pravobraniteljica (2022). *Izvješće pučke pravobraniteljice za 2021. godinu.* <https://www.ombudsman.hr/wp-content/uploads/2022/05/Izvjesce-pucke-pravobraniteljice-za-2021-1.pdf>
39. Pučka pravobraniteljica (2024). *Izvješće pučke pravobraniteljice za 2023. godinu.* [https://www.ombudsman.hr/hr/download/izvjesce\\_pucke\\_pravobraniteljice\\_za\\_2023\\_godinu/?wpdmdl=18399&refresh=665d76648ee941717401188](https://www.ombudsman.hr/hr/download/izvjesce_pucke_pravobraniteljice_za_2023_godinu/?wpdmdl=18399&refresh=665d76648ee941717401188)

40. Schön, P., & Heap, J. (2018). *ESPN Thematic Report on Challenges in long-term care- Sweden. European Commission.*  
<https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=19870&langId=en>
41. Spasova, S., Baeten, R., & Vanhercke, B. (2018). Challenges in long-term care in Europe. *Eurohealth*, 24(4), 7-12.
42. Stambolieva, M. (2011). The post-Yugoslav welfare states: From legacies to actor shaped transformations. *Welfare states in transition*, 20, 345-363.
43. Štambuk, A., Sučić, M., i Vrh, S. (2014). Socijalni rad u domu za starije i nemoćne osobe—izazovi i poteškoće. *Revija za socijalnu politiku*, 21(2), 185-200.
44. Taylor-Gooby, P. (1991). Welfare state regimes and welfare citizenship. *Journal of European social policy*, 1(2), 93-105.
45. Tomasović, N. (2005). Geriatric-palliative care units model for improvement of elderly care. *Collegium antropologicum*, 29(1), 277-282.
46. Verbakel, E. (2018). How to understand informal caregiving patterns in Europe? The role of formal long-term care provisions and family care norms. *Scandinavian journal of public health*, 46(4), 436-447.
47. Vlada Republike Hrvatske (2017). *Strategija socijalne skrbi za starije osobe u Republici Hrvatskoj za razdoblje od 2017. do 2020. godine.*  
<https://mrosp.gov.hr/UserDocsImages/dokumenti/MDOMSP%20dokumenti/Strategija%20socijalne%20skrbi%20za%20starije%20osobe%20u%20RH%20za%20razdoblje%20od%202017.-2020.%20g.pdf>
48. Zakon o socijalnoj skrbi. *Narodne novine*, 18/2022, 46/2022, 119/2022, 71/2023, 156/2023