

AKTIVNO STARENJE NA HRVATSKIM OTOCIMA: IZAZOVI PRISTUPA ZDRAVSTVENIM USLUGAMA I USLUGAMA DUGOTRAJNE SKRBI

Kollar, Iris

Postgraduate specialist thesis / Završni specijalistički

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:199:095882>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-03-19**



Repository / Repozitorij:

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





Sveučilište u Zagrebu

Pravni Fakultet
Studijski centar socijalnog rada

Iris Kollar

**AKTIVNO STARENJE NA HRVATSKIM
OTOCIMA: IZAZOVI PRISTUPA
ZDRAVSTVENIM USLUGAMA I
USLUGAMA DUGOTRAJNE SKRBI**

SPECIJALISTIČKI RAD

Zagreb, 2024.



Sveučilište u Zagrebu

Pravni Fakultet
Studijski centar socijalnog rada
Poslijediplomski specijalistički studij iz Socijalne politike

Iris Kollar

**AKTIVNO STARENJE NA HRVATSKIM
OTOCIMA: IZAZOVI PRISTUPA
ZDRAVSTVENIM USLUGAMA I
USLUGAMA DUGOTRAJNE SKRBI**

SPECIJALISTIČKI RAD

Mentorica: prof. dr. sc. Ivana Dobrotić

Zagreb, 2024.



University of Zagreb
Faculty of Law
Study Centre for Social Work

Iris Kollar

**ACTIVE AGEING ON THE CROATIAN
ISLANDS: CHALLENGES OF ACCESS TO
HEALTH AND LONG-
TERM CARE SERVICES**

SPECIALIST THESIS

Supervisor: Dr. sc. Ivana Dobrotić, Professor

Zagreb, 2024.

IZJAVA O AUTORSTVU

Ja Iris Kollar izjavljujem da sam autorica (specijalističkog rada) pod nazivom Aktivno starenje na hrvatskim otocima: izazovi pristupa zdravstvenim uslugama i uslugama dugotrajne skrbi.

Potpisom jamčim:

- da je predloženi rad isključivo rezultat mog vlastitog istraživačkog rada
- da su radovi i mišljenja drugih autora/ica, koje koristim, jasno navedeni i označeni u tekstu, te u popisu literature.

U Zagrebu, 15. srpnja 2024.

Potpis autorice: 

SAŽETAK

Rad tematizira politike aktivnog starenja u Hrvatskoj, s posebnim naglaskom na pristup zdravstvenim i socijalnim uslugama na otocima. Otoci se zbog specifičnosti prostorne i prometne povezanosti suočavaju s posebnim izazovima vezanima uz organizaciju i pružanje usluga, a što može imati negativne implikacije na kvalitetu života starijih osoba. Budući da je uravnotežen regionalni razvoj jedna od okosnica razvojne strategije Republike Hrvatske, da bi taj rast bio održiv potrebno je povećati kvalitetu života i zdravlja svih stanovnika, pa tako i starijih stanovnika hrvatskih otoka. Slijedom toga važno je ujednačiti i dostupnost zdravstvenih usluga i usluga dugotrajne skrbi. Polazeći od koncepta aktivnog starenja, uvidom u javnopolitički okvir te u stanje usluga na hrvatskim otocima, ovaj rad doprinijet će boljem razumijevanju izazova s kojima se postojeći sustav nosi, a kako bi se identificirala područja u kojima je potrebno poboljšanje. Poseban je naglasak na preprekama vezanima uz sam pristup uslugama i mobilnost jer aktivno i zdravo starenje, osobito na jadranskim otocima, uvelike ovisi o povezanosti otoka s kopnom, otoka međusobno i mobilnosti unutar samih otoka. Zbog ograničenog pristupa javnom prijevozu, zdravstvene i socijalne usluge mogu postati teško dostupne, a što rezultira izolacijom i većim stupnjem ovisnosti starijih osoba te u konačnici lošijom kvalitetom života.

Ključne riječi: aktivno starenje, zdravstvene usluge, usluge dugotrajne skrbi, hrvatski otoci, prometna povezanost

ABSTRACT

The paper discusses the active aging policy in Croatia, with a special emphasis on access to health and social services on Croatian islands. Due to specifics of spatial and traffic connectivity, the islands face specific challenges related to the organization and provision of services, which can have negative implications for the quality of life of the older people. Given that balanced regional development is one of the backbones of the development strategy of the Republic of Croatia, in order for this growth to be sustainable, it is necessary to increase the quality of life and health of all the residents, including the older residents of the Croatian islands. Consequently, it is important to standardize the availability of health services and long-term care services. Starting from the concept of active aging and looking into the public policy framework and the state of state services on the Croatian islands, this thesis contributes to a better understanding of the challenges faced by the existing system, and identifies areas in which improvements are needed. Special emphasis is put on obstacles related to access to services and mobility, because active and healthy ageing, especially on the Adriatic islands, largely depends on the connection between the islands and the mainland, between islands and mobility within the islands themselves. Due to limited access to public transport, health and social services can become difficult to access, resulting in isolation and a greater degree of dependency of older people and ultimately a poorer quality of life.

Keywords: active ageing, health services, long-term care services, Croatian islands, traffic connectivity

Sadržaj

1.	UVOD	1
	1.1. <i>Cilj, metodologija i struktura rada</i>	3
2.	STARENJE STANOVNIŠTVA	5
	2.1. <i>Uvid u demografski fenomen starenja stanovništva Europe i Hrvatske</i>	5
	2.2. <i>Starenje na hrvatskim otocima</i>	8
3.	POLOŽAJ STARIJIH OSOBA U DRUŠTVU	10
	3.1. <i>Socijalna isključenost i siromaštvo te drugi pokazatelji kvalitete života starijih osoba</i>	10
	3.2. <i>Zaštita prava starijih osoba</i>	13
4.	KONCEPT AKTIVNOG STARENJA I SOCIJALNE POLITIKE	17
5.	PRISTUP ZDRAVSTVENIM USLUGAMA U HRVATSKOJ	22
	5.1. <i>Uređenje zdravstvenog sustava u Hrvatskoj i pristup zdravstvenim uslugama na otocima</i>	25
	5.1.1. <i>Hitna medicinska pomoć na otocima</i>	33
	5.1.2. <i>Telemedicina i otočno stanovništvo</i>	35
6.	PRISTUP USLUGAMA DUGOTRAJNE SKRBI	36
	6.1. <i>Pristup uslugama dugotrajne skrbi na otocima</i>	39
7.	PROMETNA DOSTUPNOST KAO ČIMBENIK PRISTUPA ZDRAVSTVENIM USLUGAMA I USLUGAMA DUGOTRAJNE SKRBI OTOČNOG STANOVNIŠTVA	43
	7.1. <i>Prometna povezanost i pristup zdravstvenim uslugama i uslugama dugotrajne skrbi: primjer otoka Šolte i Visa</i>	46
8.	ZAKLJUČAK	54
	Popis slika	58
	Popis tablica	58
	LITERATURA	59

1. UVOD

Starenje stanovništva, ali i promjene obitelji i obrazaca zaposlenosti te migracijska kretanja vode sve većem deficitu skrbi (Dobrotić, 2016), ali i povećanim zahtjevima prema sustavu zdravstvene skrbi, odnosno rješavanju „pitanja povećanja troškova i nužnosti kontrole trošenja sredstava u zdravstvenom sustavu“ (Puljiz i sur., 2005: 203). Podaci Eurostata za 2023. godinu govore kako je već sada udio starijih osoba u Hrvatskoj 22,7%, s čime se ona smještava u gotovo sam vrh europskih zemalja. Naime, Hrvatska pokazuje iznadprosječne procese starenja stanovništva, nadilazeći prosjek EU-27 od 21,3%, a viši udio osoba starijih od 65 godina ima tek nekoliko zemalja Europske unije (EU), točnije Italija i Portugal (24%), Bugarska (23,5%), Finska (23,3%) i Grčka (23%) (Eurostat, 2024a). Kako će zahtjevi prema zdravstvenom sustavu i sustavu dugotrajne skrbi i dalje rasti jasno ukazuju i projekcije koje govore da će udio starijih osoba u Hrvatskoj porasti na 30,2% do 2050. godine (European Commission, 2021).

Slijedom toga ne iznenađuje da kako područje dugotrajne skrbi, tako i zdravstveni sustav traže pojačanu intervenciju države. Istu promovira i Europska unija (EU) koja u okviru Europskog stupa socijalnih prava, temeljnog dokumenta na području socijalnih politika, unutar temeljnih 20 načela izdvaja upravo pravo na zdravstvenu skrb (načelo br. 16) ukazujući kako svi imaju pravo pravovremenog pristupa priuštivoj i kvalitetnoj preventivnoj i kurativnoj zdravstvenoj skrbi te pravo na dugotrajnu skrb (načelo br. 18) ukazujući kako svi imaju pravo na priuštive i kvalitetne usluge dugotrajne skrbi, a osobito na skrb u vlastitom domu te u zajednici (Europska komisija, 2017). Jedna je od ključnih inicijativa proizašlih iz potonjeg načela i Europska strategija za skrb koja ukazuje na nužnost dodatnih ulaganja u sustav dugotrajne skrbi. Očituje se u povećanju dostupnost različitih oblika profesionalne skrbi, uključujući skrb u vlastitom domu, skrb u zajednici i institucionalnu skrb te u smanjenju regionalnih razlika u pristupu uslugama. Dodatna ulaganja potrebna su i vezano uz utvrđivanje kriterija i standarda kojima će se osigurati viša kvaliteta usluga, a neizostavno je i osiguravanje održivih financija za dugoročno održavanje kvalitetnih usluga dugotrajne skrbi (European Commission, 2022).

Dok se na području zdravstvene skrbi u Hrvatskoj provode brojne reforme unazad zadnja tri desetljeća (vidi Zrinščak, 2018), sustav se i dalje nosi s izazovom pravodobnog pristupa zdravstvenoj skrbi, a s pojačanim migracijama te promjenama koje nosi starenje stanovništva možemo očekivati samo dodatne izazove u tom pogledu. U istom je razdoblju sustav

dugotrajne skrbi bio dosta marginaliziran u reformskim procesima, a s povećanim se zahtjevima za novim kapacitetima dugotrajne skrbi dominantno nosio povećavanjem broja privatnih pružatelja usluga, što ima negativne implikacije na sam pristup priuštivim uslugama dugotrajne skrbi. Osim toga, potrebe za dugotrajnom skrbi ostaju nezadovoljene (vidi Dobrotić, 2016; Dobrotić i Zrinščak, 2023). Kada govorimo o reformama, poseban se naglasak, kako na EU razini, tako i od strane Svjetske zdravstvene organizacije, stavlja na važnost aktivnog starenja i pune uključenosti starijih osoba u zajednicu (Jedvaj i sur., 2014) kao bazično načelo o kojem je potrebno voditi računa. Dok to općenito traži reforme postojećih socijalnih sustava i u tom pogledu primarno pristup bazičnim socijalnim uslugama kao što su zdravstvene usluge te usluge dugotrajne skrbi u zajednici, specifične potrebe sve starijeg otočnog stanovništva u Hrvatskoj zbog prostorne i prometne izoliranosti (Ministarstvo zdravstva, 2021b) zahtijevaju promišljanje i o dodatnim elementima dizajna tih usluga. Potonje se ponajprije odnosi na prometne, tehnološke, medicinske i druge inovacije.

Specijalistički rad „*Aktivno starenje na hrvatskim otocima: izazovi pristupa zdravstvenim uslugama i uslugama dugotrajne skrbi*“ stoga tematizira politike aktivnog starenja u Hrvatskoj, s posebnim naglaskom na pristup zdravstvenim i socijalnim uslugama na otocima. Premda pojam aktivnog starenja obuhvaća različite aspekte života poput fizičke aktivnosti, mentalnog zdravlja, socijalne uključenosti, financijske sigurnost, prilagodbe stambenih uvjeta i slično, u središtu će ovog rada biti pitanje dostupnosti i priuštivosti kvalitetnih zdravstvenih usluga te dugotrajne skrbi, a koje su ključne u poticanju te održavanju što duže samostalnosti starijih osoba. Usluge u okviru ova dva sustava zajedno čine ključne preduvjete i za postizanje veće kvalitete života starijih osoba. Rad posebnu pozornost pridaje otocima koji se zbog slabije prostorne i prometne povezanosti suočavaju s posebnim izazovima vezanima uz organizaciju i pružanje usluga, a što može imati negativne implikacije na kvalitetu života starijih osoba. Budući da je uravnotežen regionalni razvoj jedna od okosnica Nacionalne razvojne strategije Republike Hrvatske do 2030. godine (NN 13/2021), da bi taj rast bio održiv potrebno je povećati kvalitetu života i zdravlja svih stanovnika, pa tako i starijih stanovnika hrvatskih otoka. Slijedom toga važno je ujednačiti i dostupnost te priuštivost zdravstvenih usluga i usluga dugotrajne skrbi. Polazeći od koncepta aktivnog starenja (Zrinščak, 2012), uvidom u javnopolitički okvir te u stanje usluga na hrvatskim otocima, ovaj rad doprinijet će boljem razumijevanju izazova s kojima se postojeći sustav nosi, a kako bi se identificirala područja koja zahtijevaju poboljšanja. Poseban je naglasak na preprekama vezanima uz sam pristup zdravstvenim uslugama te uslugama dugotrajne skrbi, ponajprije

mobilnost, jer aktivno i zdravo starenje, a osobito na jadranskim otocima, uvelike ovisi o povezanosti otoka s kopnom, otoka međusobno i mobilnosti unutar samih otoka. Zbog ograničenog pristupa javnom prijevozu, zdravstvene i socijalne usluge mogu postati teško dostupne što rezultira izolacijom i većim stupnjem ovisnosti starijih osoba te u konačnici lošijom kvalitetom života.

1.1. Cilj, metodologija i struktura rada

Hrvatsko otočje ima 78 otoka, 524 otočića te 642 hridi i grebena (Zakon o otocima, NN 116/18, 73/20, 70/21) od kojih su 53 stalno naseljena. Prema *Registru otoka* (2024) otočno stanovništvo smješteno je u 345 naselja i čini 3,3% ukupnog stanovništva Hrvatske, odnosno svaki trideseti stanovnik živi na nekom od hrvatskih otoka. Svaki naseljeni otok trebao bi imati dostupne priuštive i kvalitetne zdravstvene usluge i usluge dugotrajne skrbi sukladno ravnomjernom regionalnom razvitku te biti dobro prometno povezan kako bi se te usluge ostvarile, a sve u cilju povećanja kvalitete života njegovih stanovnika. Potrebe za ovim uslugama postaju još izraženije kada stanovnici otoka uđu u stariju dob te postaju ključne odrednice kvalitete života budući da ograničenja u ovim segmentima mogu bitno utjecati na njihovo zdravstveno stanje te onemogućiti preduvjete aktivnog i zdravog starenja.

Cilj ovog rada je istražiti dostupnost dviju vrsta socijalnih usluga ključnih u okviru razvoja socijalnih politika koje polaze od koncepta aktivnog starenja – zdravstvenih usluga i usluga dugotrajne skrbi, s posebnim fokusom na hrvatske otoke. Poseban je naglasak na preprekama pristupa uslugama, ponajprije mobilnosti koja na jadranskim otocima ponajprije ovisi o povezanosti otoka s kopnom, otoka međusobno i mobilnosti unutar samih otoka. Ograničeni pristup javnom prijevozu može otežati dostupnost i priuštivost usluga, a što rezultira izolacijom i većim stupnjem ovisnosti starijih osoba te u konačnici lošijom kvalitetom života.

Analiza započinje analizom javno dostupnih statističkih podataka (npr. Eurostat, Državni zavod za statistiku) te istraživanja u Hrvatskoj, a koja se bave demografskim starenjem te općenito kvalitetom života starijih osoba. Potom slijedi analiza stanja i pristupa zdravstvenim uslugama te uslugama dugotrajne skrbi na hrvatskim otocima, koja temelji na analizi javnopolitičkih dokumenata koji reguliraju ta područja u Hrvatskoj i zahvaćaju relevantne zakonske propise, strateške dokumente i planove. Osim toga, koriste se podaci *Registra otoka* Ministarstva regionalnoga razvoja i fondova Europske unije (2024). Prvo se daje kratak pregled stanja analiziranih usluga na svim otocima u Hrvatskoj temeljem podataka Registra,

da bi se zatim, na primjeru dva otoka (Šolta i Vis) dublje sagledao i ilustrirao jedan od ključnih izazova pristupa zdravstvenim uslugama te uslugama dugotrajne skrbi na hrvatskim otocima – izazov slabe prostorne i prometne povezanosti.

Uvid u izabrana dva slučaja – otoke Vis i Šoltu – omogućava detaljniju analizu problema i dublje razumijevanje specifičnosti pristupa uslugama u prostorno i prometno izoliranim sredinama. Analiza u ovom dijelu polazi od glavnih odrednica dostupnosti otočnog prostora kako ih definira Marinković (2018; vidi poglavlje 7), a kako bi se na primjeru dva otoka s različitim stupnjem povezanosti koja administrativno pripadaju istoj županiji ukazalo na važnost prometne povezanosti i geografske udaljenosti za dostupnost i priuštivost kvalitetnih zdravstvenih usluga i usluga dugotrajne skrbi. Osim što izabrana dva otoka administrativno pripadaju istoj županiji (Splitsko-dalmatinskoj), karakteriziraju ih i slični sociodemografski trendovi, ponajprije iznadprosječan udio starijeg stanovništva. Po pitanju pristupa zdravstvenim uslugama te uslugama dugotrajne skrbi, uz iznimku postojanja doma za starije osobe na otoku Visu, usluge su nedovoljno razvijene u obje sredine (detaljnije u poglavlju 7).

Nakon (1) uvida u demografski fenomen starenja stanovnika hrvatskih otoka u hrvatskom i europskom kontekstu, (2) opisa položaja starijih osoba u društvu kroz pokazatelje socijalne isključenosti i siromaštva te druge pokazatelje kvalitete života starijih osoba, kao i zaštite prava starijih osoba, (3) objasniti će se koncept aktivnog starenja i njegova važnost u pogledu pristupa starijih osoba temeljnim (socijalnim) uslugama. Slijedi osvrt na uređenje (4) zdravstvenog sustava i pristupa zdravstvenim uslugama u Hrvatskoj, kao i (5) pristup uslugama dugotrajne skrbi s posebnim osvrtom na otočna područja. Na primjeru hrvatskih otoka zatim će se (6) kritički raspraviti i samo pitanje prometne mobilnosti i povezivost otočnog prostora te identificirati moguće prepreke i izazovi koji dodatno utječu na pristup socijalnim i zdravstvenim uslugama na otočnom području te u konačnici na kvalitetu života starijih osoba. Zaključno će se dati kritički osvrt na izazove trenutno važećih mjera i politika usmjerenih na podršku starijem stanovništvu, posebno na otocima, te praznine u postojećim sustavima podrške i predložiti će se mjere za jačanje socijalne uključenosti stanovnika otoka kroz bolji pristup socijalnim i zdravstvenim uslugama i prometnu dostupnost. Istaknuti će se ključni izazovi i mogućnosti za poboljšanje mobilnosti i socijalne uključenosti starijih osoba na otočnim područjima.

2. STARENJE STANOVNIŠTVA

2.1. Uvid u demografski fenomen starenja stanovništva Europe i Hrvatske

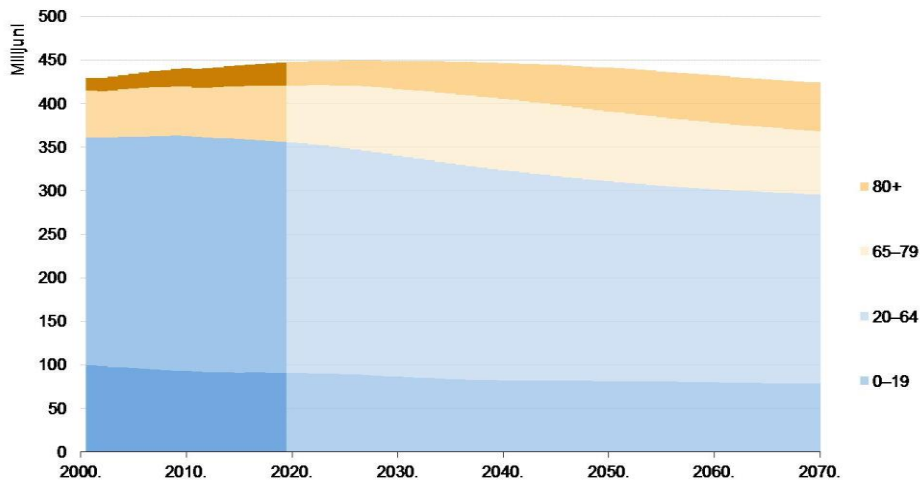
Demografski fenomen starenja stanovništva Europe jedan je od najvećih izazova 21. stoljeća. Ovaj trend vidljiv je u promjenama dobne strukture stanovništva i odražava se u rastućem udjelu starijih osoba zajedno s padom udjela radno aktivnih osoba u ukupnom stanovništvu. Isto tako, povećanjem životnog standarda došlo je produženja životnog vijeka, a time, kao što je već istaknuto ranije, i udjela starijih osoba u cjelokupnoj populaciji. Pod pojmom starenje stanovništva najčešće se razumijeva proces povećavanja stanovništva starog 60 i više ili 65 i više godina u ukupnom stanovništvu (Wertheimer-Baletić, 1999:380). Svjetska zdravstvena organizacija nema određenu definiciju tko su osobe starije životne dobi, osim što napominje da je 65 godina općenito prihvaćena definicija u većini država (WHO, 2010). Sve se više promatra i fenomen duboke starosti i to najčešće kroz udio osoba starijih od 85 godina (Obadić i Smolčić, 2008), a posebice u kontekstu izazova koje on stavlja pred zdravstveni sustav te sustav dugotrajne skrbi.

Rast udjela starijih osoba u ukupnoj populaciji ima značajan utjecaj na različite aspekte društva, od mirovinskog i zdravstvenog sustava, radne snage do stambenog zbrinjavanja, a posljedično se odražava i na ekonomiju i kvalitetu života. Starenje stanovništva dugoročno predstavlja izazov za održivost ovih sektora s čime se Hrvatska, kao i druge EU države, danas suočavaju. Isto tako, i dugotrajno je smanjivanje nataliteta jedna od osnovnih odrednica samog procesa starenja stanovništva (Wertheimer-Baletić, 2004). U kontekstu je ovog rada važno istaknuti i kako se posljedice starenja stanovništva ogledaju u povećanim javnim izdacima za samo zdravstvo, ali i sustav socijalne skrbi (koji u hrvatskom kontekstu pokriva i sektor dugotrajne skrbi) te mirovine (Obadić i Smolić, 2008). Stoga je povećanje broja starijih osoba, ali i produljenje godina zdravog života, poticaj za aktiviranje politika usmjerenih na aktivno starenje. U budućnosti se očekuju inovativne politike i rješenja koja su osmišljena kako bi se iskoristile sve prednosti „dividende dugovječnosti“.

Kao što je već istaknuto uvodno, projekcije ukazuju na daljnji rast udjela starijeg stanovništva u Europi. U EU se očekuje da će se udio osoba starijih od 65 godina povećati sa sadašnjih 20% na gotovo 30% do 2070. godine (Europska komisija, 2020a), a što će uvelike promijeniti dobnu strukturu stanovništva (Slika 1.). Hrvatska će tada, u usporedbi s ostalim EU zemljama biti na sedmom mjestu po starosti stanovništva i to iza Grčke, Portugala, Italije, Litve, Španjolske i Latvije. Poražavajuće je što se Hrvatska suočava s još izraženijim trendom

starenja stanovništva te će već 2050. godine (Eurostat, 2020) imati više od 30% starijeg stanovništva, odnosno 20 godina ranije od EU prosjeka.

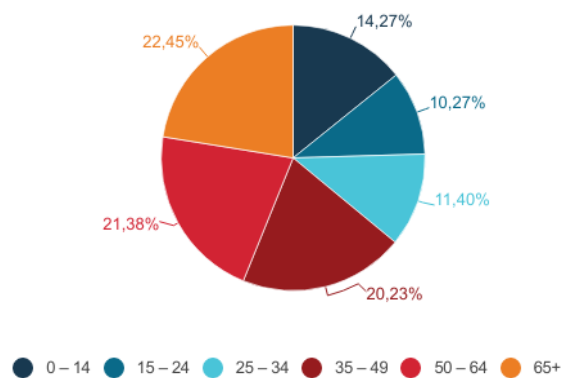
Slika 1. Stanovništvo prema dobnim skupinama, EU-27, 2001.–2070.



Izvor: Eurostat, 2020.

Hrvatska prema Popisu stanovništva 2021. ima 3 871 833 stanovnika. U odnosu na Popis stanovništva 2011. broj stanovnika smanjio se za 413 056 osoba, odnosno 9,64%, što je značajan pad broja stanovnika. Dok se ukupan broj stanovnika smanjuje, udio se starijeg stanovništva u dobi od 65 i više godina u ukupnoj populaciji povećava te iznosi 22,45% (Slika 2.), odnosno udvostručen je u posljednjih 30 godina (1991. iznosio je 11,6%; DZS, 2021).

Slika 2. Stanovništvo Hrvatske prema starosti, Popis stanovništva 2021.



Izvor: DZS, 2021.

Kao što je istaknuto već ranije, sastav stanovništva prema dobi važna je značajka koja ima duboke društvene i gospodarske implikacije. Razumijevanje i praćenje demografskih promjena u tom pogledu ključno je za prilagodbu javnih politika i planiranje, a posebice jer se predviđa da će se broj ljudi u dubokoj starosti (80 i više godina) u ukupnom stanovništvu EU-a više nego udvostručiti, sa 27,1 milijuna u 2022. godini (6,1%) na 64 milijuna (15,3%) 2100. godine (Europska komisija, 2023).

Jedan od osnovnih pokazatelja zdravlja stanovništva i kvalitete života je i očekivano trajanje života pri rođenju. Prema podacima Eurostata očekivano trajanje života u Hrvatskoj u 2021. godini iznosilo je 76,7 godina, što je smanjenje za 13 mjeseci u odnosu na godinu ranije (77,8 godina). To je posljedica porasta stope smrtnosti uzrokovane pandemijom bolesti COVID-19. Na tom pokazatelju Hrvatska zauzima osmo najniže mjesto među državama EU-a, Bugarska je na dnu ljestvice sa 71,4 godine, a najviše očekivano trajanje života pri rođenju je u Španjolskoj i to 83,3 godine (Eurostat, 2024b). Bitan indikator zdravstvenog stanja stanovništva su, osim očekivanog trajanja života, i godine zdravog života budući da pokazuju koliko se može očekivati da osoba živi bez određenih zdravstvenih teškoća. Prema podacima Eurostata, državljani EU-27 u 2022. godini, pri rođenju, mogu očekivati 62,6 zdravih godina života dok je to za Hrvatsku 60,3 godine (Eurostat, 2024c).

Ovi pokazatelji jasno govore o kreiranju dodatnih izazova za same sustave zdravstvene skrbi i dugotrajne skrbi, koji već sada teško odgovaraju na rastuće zahtjeve za uslugama (npr. Dobrotić, 2016; Zrinščak, 2018). Projekcije pokazuju kako će ti zahtjevi samo dodatno rasti (European Commission, 2019a). Potražnja za zdravstvenim proizvodima i uslugama ovisi o broju ljudi kojima je potrebna briga. Također ovisi o zdravstvenom stanju stanovništva, koje je vezano uz dobnu i spolnu strukturu stanovništva, a osobito o udjelu starijih osoba u ukupnom stanovništvu. Stoga je starenje stanovništva jedan od ključnih pokretača povećanja rashoda za zdravstvenu zaštitu i dugotrajnu skrb. Povećana dugovječnost, bez poboljšanja zdravstvenog stanja, dovodi do povećane potražnje i izdataka sustava. Starenjem se povećava i omjer ovisnosti, tj. manji broj doprinositelja za primatelje usluga. Koeficijentu ovisnosti u starijoj dobi predviđa se porast s 36,1% u 2022. godini na 59,1% u 2070. godini (European Commission, 2024).

Stoga možemo reći da je starenje stanovništva globalni demografski trend koji se odnosi na povećanje udjela starije populacije u ukupnom stanovništvu. Kao što je izneseno, prema projekcijama, udio osoba starijih od 65 godina u ukupnom stanovništvu EU-a će se

povećavati, dok će radno sposobnog stanovništva biti sve manje. To između ostalog, ima implikacije na održivost zdravstvenog sustava i sustava dugotrajne skrbi. Starenje stanovništva stavlja i financijski pritisak na gotovo sve države članice EU-a. Osim toga, mijenjanje obiteljskih struktura, povećanje urbanizacije i migracije dovode do smanjenja obiteljske podrške starijim osobama, što zahtijeva primjerenije oblike skrbi za starije stanovništvo.

2.2. Starenje na hrvatskim otocima

Hrvatsko otočje ima 78 otoka, 524 otočića te 642 hridi i grebena (Zakon o otocima, NN 116/18, 73/20, 70/21). Stalno su naseljena 53 otoka, uključujući i poluotok Pelješac (DSZ, 2021). Nakon grčkog, hrvatsko otočje drugo je po veličini u Sredozemlju te čini 5,8% ukupne kopnene površine Hrvatske. Prema Registru otoka (2024.), njegovo stanovništvo živi u 345 naselja i čini 3,3% ukupnog stanovništva, odnosno svaki trideseti stanovnik Hrvatske živi na otoku. Na otocima živi 127 838 stanovnika (DSZ, 2021), dok je 2011. godine na otocima živjelo 132 756 stanovnika. U proteklih 10 godina broj stanovnika otoka smanjio se za 3,7%, što je ohrabrujuće jedino kada ovaj podatak usporedimo s općim hrvatskim prosjekom o smanjenju stanovništva unazad deset godina, a koji iznosi 9,64% (usp. DSZ, 2011, 2021).

Gustoća naseljenosti hrvatskih otoka gotovo je upola manja od gustoće naseljenosti u Hrvatskoj (75,7 stanovnika/km²) te iznosi 40,73 stanovnika/km². Prema posljednjem popisu stanovništva iz 2021. godine (DSZ, 2021) najnaseljeniji su otoci Krk (20 019 stanovnika), Korčula (14 612) te Brač (13 931). Otok Korčula drugi je prema broju stanovnika, ali je u odnosu na popis stanovništva 2011. godine, ostao bez 928 stanovnika (usp. DSZ, 2011). Prema Izvješću o učincima provedbe Zakona o otocima za 2021. godinu (Ministarstvo regionalnoga razvoja i fondova EU, 2022) broj se stanovnika otoka smanjio na 28 otoka. Osim otoka Korčule najveći pad stanovnika imali su otoci Rab (1 060 stanovnika manje) te Pag sa 720 stanovnika manje. Otoci Krk (533), Šolta (275), Koločep (68), Šipan (57) i Vir (45) bilježe rast stanovništva.

Od ukupnog broja otočnog stanovništva, 30% ih živi na otocima Primorsko-goranske županije (39 706 stanovnika) i to na devet otoka. Na osam naseljenih otoka Splitsko-dalmatinske županije živi 36 338 stanovnika (27%), zatim je osam naseljenih otoka Dubrovačko-neretvanske županije s 26 034 stanovnika (20%) i poluotokom Pelješcem. Zadarska županija, koja u svom sastavu ima najviše naseljenih otoka (17), ima samo 15% otočnog stanovništva, dok Šibensko-kninska županija sa sedam naseljenih otoka ima 5% otočnog stanovništva, a

najmanji udio je u Ličko-senjskoj županiji s 3% stanovnika u ukupnom otočnom stanovništvu (Ministarstvo regionalnoga razvoja i fondova EU, 2021).

Činjenica je da su hrvatski otoci demografski i društveno jedno od najugroženijih područja pogođenih starenjem. Stanovništvo hrvatskih otoka prema dobnoj strukturi je natprosječno staro, pa tako, podaci Ministarstva regionalnoga razvoja i fondova EU (prema DSZ, 2021), pokazuju da broj osoba starijih od 65 godina i više na otocima iznosi 29,03%, što je daleko više u odnosu na hrvatski prosjek od 22,45%. S druge strane, udio mladih i osoba srednje dobi je niži od hrvatskog prosjeka. Udio mladih do 14 godina iznosi 12,55% (14,27% u RH), dok je udio osoba srednje dobi (od 15 do 64 godine) 58,42%, što je manje od hrvatskog prosjeka od 63,28%. Razloge današnjoj demografskoj strukturi otočnog stanovništva nalazimo u dugotrajnoj depopulaciji, odnosno kontinuiranom iseljavanju mlađeg i radno aktivnog stanovništva koje je uzrokovano potragom mlađeg stanovništva za boljim životnim uvjetima te dodatno povratkom stanovnika otoka nakon umirovljenja (Bara, 2013). Iseljavanje mlađeg stanovništva s otoka glavni je čimbenik depopulacije; otoci su samo u periodu od 1921. do 1981. godine bilježili pad broja stanovnika za 35,25%, tako da je 1981. godine na otocima živjelo 113 299 stanovnika (Ministarstvo regionalnoga razvoja i fondova Europske unije, 2023).

Hrvatski otoci dugo su u procesu snažne depopulacije, a time i zahvaćeni procesom demografskog starenja. Nepovoljni demografski procesi posljedica su brojnih čimbenika poput ekonomske stagnacije, ograničenih mogućnosti zapošljavanja i migracija mladih u potrazi za boljim životnim uvjetima te smanjenja nataliteta, djelomice i zbog promjena u društvenim vrijednostima i životnom stilu (Nejašmić i Mišetić, 2006), ali i zbog loše prometne dostupnosti. O važnosti prometne dostupnosti otoka govori i Nacionalni plan razvoja otoka 2021.-2027. (Ministarstvo regionalnoga razvoja i fondova EU, 2021) ističući kako su daleko najviše stope rasta broja stanovnika zabilježene na premoštenim otocima čija je prometna povezanost s kopnom jednostavna, neposredna i time višestruko brža zbog postojanja mosta. Prometna dostupnost odražava se i na kvalitetu zdravstvenih usluga te usluga dugotrajne skrbi jer „razina dostupnosti zdravstvene zaštite znatno se razlikuje na otocima ovisno o njihovoj veličini, broju stanovnika, udaljenosti od kopna te gospodarskoj i turističkoj razvijenosti“ (Ministarstvo regionalnoga razvoja i fondova Europske unije, 2021:15), a među razvojnim potrebama ističe se i potreba ujednačavanja pokrivenosti smještajnim kapacitetom domova za starije.

3. POLOŽAJ STARIJIH OSOBA U DRUŠTVU

3.1. Socijalna isključenost i siromaštvo te drugi pokazatelji kvalitete života starijih osoba

Problematika starijih osoba često se veže uz pojam socijalne isključenosti, čije određenje nije jednoznačno i “često predstavlja relativno labav skup ideja koje predočavaju svijet u specifičnim okolnostima, a ne koncept s teorijskim sadržajem i koherentnošću, koji nadilazi nacionalne i političke okvire” (Saraceno, 2001:9). Stoga je neki put teško i odrediti tko su socijalno isključene starije osobe. Walker i sur. (2006) govore kako se fenomen socijalne isključenosti starijih osoba može odnositi na različite aspekte njihovog života, a najčešće uključuje dimenziju socijalnih odnosa, participaciju u kulturnim aktivnostima, pristup službama u lokalnoj zajednici, isključenost iz susjedstva, pristup i redistribuciju financijskih i drugih materijalnih dobara. Također se postavlja pitanje je li pojam socijalne isključenosti istoznačnica pojmu siromaštva. Neki autori (npr. Abrahamson, 1995) smatraju da je socijalna isključenost samo drugi izraz za siromaštvo, posebice jer mnogi političari i vlade ne vole koristiti pojam siromaštva budući da on predstavlja svojevrsan znak neuspješnosti vlasti i modela socijalne države. Slično se može vidjeti i na EU razini. Naime, kao što ukazuje Šućur (2004), iako Povelja Europske unije o temeljnim pravima odvaja pojmove siromaštvo i socijalna isključenost, pojam je socijalne isključenosti postao “zaštitni znak” europske socijalne politike, koji donekle istiskuje iz upotrebe pojam siromaštva. Da su starenje, socijalna isključenost i diskriminacija često povezani pojmovi dokazuje ista Povelja koja, dajući smjernice na području zaštite ljudskih prava, u članku 25. govori o pravima starijih osoba na sljedeći način: „Unija priznaje i poštuje prava starijih osoba na dostojan život i neovisnost te na sudjelovanje u društvenom i kulturnom životu“, dok se u članku 21. između ostalog, zabranjuje bilo kakva diskriminacija na temelju dobi (Službeni list EU, 2016).

Ohrabrujući je podatak da je u Hrvatskoj, gledamo li opću populaciju, u razdoblju od 2013. do 2020. godine došlo do pada udjela osoba u riziku od siromaštva ili socijalne isključenosti i to s 29,9% na 23,2%¹, ali Hrvatska i dalje bilježi iznadprosječni rizik u odnosu na prosjek EU-27 (21,5%). Stopa je rizika od siromaštva i socijalne isključenosti nastavila padati da bi do 2023. godine dosegla 20,7% (DZS, 2024). Dok se ukupan rizik od siromaštva i socijalne isključenosti smanjio, zabrinjavajuće je što je on i dalje izraženiji kod starijih osoba. Tako je 2023. godine 34,8% hrvatskih građana starijih od 65 godina bilo u riziku od siromaštva i

¹ U promatranom razdoblju dolazi do određenih metodoloških izmjena u samom praćenju pokazatelja, čime ovi podaci nisu potpuno usporedivi (DZS, 2024.).

socijalne isključenosti (DZS, 2024), što je daleko iznad prosjeka EU-27 od 19,8% (Eurostat, 2024d). Osim toga, podaci Državnog zavoda za statistiku ukazuju i na činjenicu da je ovakva stopa rizika od siromaštva i socijalne isključenosti kod osoba u dobi od 65 ili više godina (34,8% 2023. godine) iznadprosječna u odnosu na opću populaciju (opća stopa je bila 19,3%). U toj je dobnoj skupini i razlika prema spolu najveća: stopa rizika kod žena iznosila je 38,8%, a muškaraca 29,3% (DSZ, 2024). Sve to ukazuje na potrebu praćenja, jačanja i prilagodbe kako mirovinskog sustava, tako i sustava socijalne skrbi.

Starost kao pojam, osim biološki, jasno je definiran i socijalno i kulturno pa tako pojedinac gubi status odrasle osobe, a time i odgovornost, odlučivanje i aktivno sudjelovanje u kreiranju kako svoga tako i života zajednice. Kada bismo to preveli na jezik pop kulture tada bi film „Nema zemlje za starce“ odražavao stav ostale populacije prema starijim osobama. Film sugerira da starije osobe nemaju što raditi, a niti sudjelovati u današnjem svijetu koji je nepredvidiv i promjenjiv. U filmu je to u liku starog šerifa koji je nostalgičan prema starim vremenima i zakonima, a osim što nema nikakvog utjecaja na radnju filma, njegovi postupci ne znače gotovo ništa. I iz ovog primjera vidimo da je jedan od većih izazova u stoljeću u kojem živimo diskriminacija prema starijim osobama, tzv. *ageizam*. Kod starije populacije često je prisutna socijalna isključenost, koja dovodi do trenda svojevrsnog „društvenog osamljivanja“ (Schaie i Willis, 2001). Istraživanja u hrvatskom kontekstu također sugeriraju određenu diskriminaciju i predrasude koje postoje prema starijima osobama, kao i nepovoljan odnos prema starijim osobama (npr. Rusac i sur., 2013). Žganec i sur. (2008; prema Walker i sur., 2006) navode da je riziku od socijalne isključenosti naročito izložena *baby boom* generacija (rođeni 1945.-1965.) jer je manje vezana za svoju zajednicu od ranijih generacija. Njihova socijalna mreža je siromašnija, nemaju veliku potrebu za pripadanjem susjedstvu, manje su vezani za svoj zavičaj od ranijih generacija i sl. (Žganec i sur., 2008). No, radi se i o vrlo raznolikoj generaciji, pri čemu je potrebno naglasiti da upravo ta generacija sudjeluje u politici, napose u izborima (Henjak, 2018) te na koncu aktivno odlučuje o političkoj budućnosti zemlje.

Stoga je prilikom donošenja budućih strategija i javnih politika jako bitno voditi računa o ovdje iznesenim činjenicama, a posebice onima koje ukazuju na velike društvene nejednakosti u starijoj dobi, pri čemu su riziku od siromaštva i/ili socijalne isključenosti dodatno izložene žene (DZS, 2024). Osim toga, potrebno je promijeniti i sadašnju paradigmu i stav prema starijim osobama. Socijalna isključenost osoba starije životne dobi je ozbiljan problem koji proizlazi i iz stereotipa i predrasuda o starenju. Promjene u društvenim normama i

vrijednostima, kao i podizanje svijesti o važnosti uključivanja i poštovanja starijih osoba u društvu stoga je bina odrednica za buduće aktivnosti.

Prednosti su aktivnog načina života brojne te uključuju bolje fizičko i mentalno zdravlje, više energije i smanjenje stresa (WHO, 2024). Stoga je zabrinjavajuće da su podaci indeksa sreće pokazali da su osobe starije životne dobi u Hrvatskoj najnezadovoljnije kvalitetom života, dok se u razvijenim europskim državama (npr. Finska, Danska, Švedska, Nizozemska) upravo ta populacija smatra najsretnijom (World happiness report, 2024). Stoga ne začuđuju niti podaci Hrvatskoga zavoda za javno zdravstvo (HZJZ) koji govore da Hrvatska bilježi više stope smrtnosti od samoubojstava od EU prosjeka. Tako je za 2017. godinu, za osobe u dobi od 65 i više godina, stopa u Hrvatskoj iznosila 25,8 (stopa je izražena kao broj osoba na 100 000 stanovnika), dok je stopa za zemlje članice EU-a iznosila 15,1. U 2021. godini ista je stopa u Hrvatskoj iznosila 28,8 (HZJZ, 2022). Razloge možemo tražiti u prosječno niskim mirovinama te životu u riziku od siromaštva i socijalne isključenosti. Stoga se politike prema starijim osobama trebaju usmjeriti na kvalitetu njihova života.

Važno je ukazati i kako su nekada kućanstva u Hrvatskoj bila češće višegeneracijska, unutar kojih su članovi kućanstva skrbrili jedni od drugima. Danas, kada je većina kućanstava ograničena na nuklearnu obitelj (Petek, 2004), takvi su se oblici podrške smanjili, a što još više traži državnu intervenciju. Važno je i ukazati kako je, za razliku od stanovnika na kopnu, starije otočno stanovništvo naviklo voditi aktivan život do duboke starosti. Iako više nisu aktivno zaposleni, oni često nastavljaju doprinositi obitelji i društvu svojim uključivanjem u razne aktivnosti (npr. poljoprivreda, ribarstvo, aktivnosti u zajednici; Podgorelec, 2008). Tome ide u prilog i istraživanje indeksa sreće stanovnika hrvatskih otoka (na ukupnoj populaciji) provedeno 2023. godine (Filipić i Starc, 2023) koje je pokazalo da kada se prosječni indeks sreće stanovnika hrvatskih otoka (7,451) uspoređi s hrvatskim prosjekom (6,125), viši je za 21,65% (prosjeak za 137 zemalja svijeta je 5,540; WHR, 2023).² Razloge „sreći“ djelomice možemo pronaći u aktivnom načinu života u skladu s prirodom, a kao što ističe Filipić (2023:17): „... otočna filozofija življenja utkana je u mediteranski ambijent. Više je odrednica življenja na otocima koje u svojoj simbiozi donose unutarnji mir i zadovoljstvo životom“. U usporedbi s prethodnim generacijama današnje starije osobe nastavljaju aktivno živjeti, što traži i promjene socijalnih politika (vidi Dobrotić i Zrinščak,

² Redosljed prvih deset prema WHR 2023 je: Finska 7,804; Danska 7,586; Island 7,530; Izrael 7,473; Nizozemska 7,403; Švedska 7,395; Norveška 7,315; Švicarska 7,240 i Luksemburg 7,228 (WHR, 2023).

2023). Stoga će razina aktivnosti i društvene uključenosti biti ključna za subjektivni osjećaj sreće, dok bi njihova nedostupnost mogla značajno utjecati na kvalitetu života starijih osoba.

3.2. Zaštita prava starijih osoba

Uz siromaštvo i socijalnu isključenost niti zaštita prava i interesa starijih osoba do sada nije u dovoljnoj mjeri i na pravi način prepoznata kako od strane EU politika, tako niti od strane onih u Hrvatskoj. Zaštita je prava i interesa starijih osoba segmentirana i uglavnom se nalazila u vrlo često marginaliziranim sustavima socijalne skrbi ili je bila vezana za ljudska prava. Na razini Vijeća Europe najvažniji dokument koji ulazi u područje prava starijih osoba je *Europska Konvencija za zaštitu ljudskih prava i temeljnih sloboda* (MU 18/97, 6/99, 14/02, 13/03, 9/05, 1/06, 2/10, 13/17), a kojom se izrijekom ne spominju starije osobe, osim u vidu zabrane diskriminacije, kršenja ljudskih prava i sloboda.

Zaštita prava starijih osoba u temeljnim dokumentima dana je i u odredbama *Europske socijalne povelje* (revidirane 1996.) i to u poglavlju „Pravo starijih osoba na socijalnu zaštitu“ koje propisuje da se stranke Povelje obvezuju da će usvojiti ili promicati mjere kojima je svrha omogućiti starijim osobama da što dulje ostanu punopravni članovi društva i to tako da im se osiguraju dovoljna sredstva za dostojan život i aktivno sudjelovanje u javnom, društvenom i kulturnom životu (Vijeće Europe, 1996).³ Posebno je bitno naglasiti da Europska socijalna povelja daje obvezu kojom bi se omogućilo starijim osobama da slobodno izaberu svoj način života i da vode neovisan život u svojoj uobičajenoj sredini i to putem osiguravanja stanova prilagođenih njihovim potrebama i njihovu zdravstvenom stanju ili odgovarajuće pomoći za uređenje stana te osiguravanje zdravstvene njege i usluga, ali i ukazuje na nužnost jamstva odgovarajuće pomoći starijim osobama koje žive u ustanovama, poštujući pritom njihov privatni život i sudjelovanje u odlučivanju o uvjetima života u tim ustanovama. Time se jasno ističe nužnost kreiranja socijalnih politika polazeći od koncepta aktivnog starenja (više u poglavlju 4), čime bi se zemlje trebale uhvatiti u koštac s izazovima s kojima se Europljani suočavaju. Za starije osobe u Hrvatskoj bitne su i odrednice Ustava RH i to članci 58., 64. i 65. kojima je propisana dužnost države da slabim, nemoćnim i drugim osobama, zbog nezaposlenosti ili nesposobnosti za rad te nezbrinutim osobama osigurava pravo na pomoć za podmirenje osnovnih životnih potreba (Ustav RH, NN 56/90, 135/97, 08/98, 113/00, 124/00, 28/01, 41/01, 55/01, 76/10, 85/10, 05/14). Propisana je i dužnost svih

³ Hrvatski sabor, 2002. godine, donio je Zakon o potvrđivanju Europske socijalne povelje, Dodatnog protokola Europskoj socijalnoj povelji, Protokola o izmjenama Europske socijalne povelje i Dodatnog protokola Europskoj socijalnoj povelji kojim se uspostavlja sustav kolektivnih žalbi (NN 15/2002).

da štite djecu i nemoćne osobe te dužnost djece za brigu o starim i nemoćnim roditeljima, a što je dodatno razrađeno člankom 292. Obiteljskog zakona (NN 103/15, 98/19, 47/20, 49/23, 156/23).

U hrvatskom je kontekstu iznimno bitan i javnopolitički okvir EU-a, ponajprije *Europski stup socijalnih prava* (Europska komisija, 2017), koji među temeljnim načelima ističe i načela koja direktno ulaze u različita područja života starijih osoba, počevši od njihova položaja na tržištu rada (načelo 4: aktivna potpora zapošljavanju te neposredno vezano načelo 1: obrazovanje, osposobljavanje i cjeloživotno učenje i sva načela unutar poglavlja pravedni uvjeti rada), preko rodne ravnopravnosti (načelo 2) i jednakih mogućnosti (načelo 3) te socijalne zaštite (načelo 12), pa do dohotka u starosti i mirovina (načelo 15) te već spomenutih načela na području zdravstvene skrbi (načelo 16) i dugotrajne skrbi (načelo 18), a koja traže pristupačne i priuštive usluge. Osim toga, zadnje načelo, načelo 20 ističe dostupnost osnovnih usluga, pri čemu se govori kako „svi imaju pravo pristupa kvalitetnim osnovnim uslugama, uključujući vodu, kanalizaciju, energiju, prijevoz, financijske usluge i digitalnu komunikaciju“ (Europska komisija, 2017.). Potonje je iznimno bitno u kontekstu otočnog stanovništva u Hrvatskoj.

Dvije su ključne inicijative, važne za ovaj rad, proizašle do sada iz Europskog stupa socijalnih prava – Europska strategija za skrb (2022) i Zelena knjiga o starenju (2021). Europska strategija za skrb podupire provedbu načela sadržanih u Europskom stupu socijalnih prava i ističe kao problem nejednakosti u dostupnosti kvalitetnih usluga skrbi koje počinju u ranoj fazi života i protežu se do starije dobi, a imaju i teritorijalnu dimenziju. Cilj je osigurati da osobe kojima je potrebna skrb imaju pristup kvalitetnoj i priuštivoj skrbi u svim fazama života. Isto tako, ističe kako su djelotvorni sustavi dugotrajne skrbi ključni za poboljšanje životnih uvjeta (European Commission, 2022). Dok se Europska strategija za skrb bazira na socijalnoj pravednosti, Zelena knjiga o starenju ističe pojam aktivnog starenja i zdravog načina života, za koje ističe kako izravno pozitivno utječu na tržište rada, stopu zaposlenosti i sustave socijalne zaštite, a time i na rast i produktivnost gospodarstva. Ističe se potencijal manje razvijenih regija jer ako postoji dobra osnovna infrastruktura, prometna povezanost i uvjeti za gospodarsku aktivnost, takva područja mogu biti privlačna i radno sposobnim osobama i starijem stanovništvu. S druge strane, naglašava se kako se zdravstveni sustavi i sustavi dugotrajne skrbi suočavaju, zbog starenja stanovništva, s povećanom potražnjom ovih usluga i analogno tome nizom problema (npr. radna snaga, obuhvat socijalne zaštite, kvaliteta skrbi). Posebna pozornost posvećena je mobilnosti gdje se očekuje da se pružatelji usluga javnog prijevoza prilagode sve većem broju starijih putnika ulaganjem u pametnu prometnu

infrastrukturu te da vode računa o pretežno ženskom starijem stanovništvu, gdje će se mobilnost možda trebati više usmjeriti na specifične potrebe žena u pogledu vremena i svrhe putovanja, relacija i udaljenosti te sigurnosti (Europska komisija, 2021a).

Vratimo li se u hrvatski kontekst, do sada su izrađene dvije strategije socijalne skrbi za starije osobe u Hrvatskoj. Prva Strategija socijalne skrbi za starije osobe u Republici Hrvatskoj je za razdoblje 2014. - 2016. (Ministarstvo socijalne politike i mladih, 2014), a druga za razdoblje od 2017. do 2020. godine (NN 97/2017). U pogledu dugotrajne skrbi, u obje je strategije naglasak bio na socijalnoj skrbi starijih osoba (usp. Dobrotić i Zrinščak, 2023). Prva Strategija doprinijela je senzibilizaciji problema s kojima se susreću starije osobe, dok se druga Strategija usmjerila na prijedloge za izmjene i dopune zakonodavnog okvira (npr. uvođenje nacionalne mirovine, statusa njegovatelja, osiguravanje jednakih uvjeta pristupa mreži socijalnih usluga za korisnike i pružatelje, odnosno ujednačavanje modela financiranja domova za starije osobe). Kada pogledamo Izvješće o provedbi druge Strategije (Ministarstvo rada, mirovinskog sustava, obitelji i socijalne politike, 2021a), osim što je napredak postignut donošenjem Zakona o nacionalnoj naknadi za starije (NN 62/20, 156/23), nisu vidljivi drugi značajni pomaci. Podatak da je u cjelokupnoj populaciji starijih osoba njih manje od deset posto obuhvaćeno pravima i uslugama iz sustava socijalne skrbi (korisnici prava na doplatak za pomoć i njegu, osobne invalidnine, zajamčene minimalne naknade te usluge smještaja, a najmanje je korisnika usluge pomoći u kući) ukazuje da je potreban drugačiji pristup. Isto tako, provedba Zakona o nacionalnoj naknadi za starije (NN 62/20) pokazala je da su se uvjeti za ostvarivanje prava na nacionalnu naknadu u praksi pokazali restriktivnijima nego što je predviđeno, a također i da „iznos nacionalne naknade nije dostatan za zadovoljenje osnovnih životnih potreba, osobito u okolnostima pojačanih inflatornih pritisaka“, kako je to navedeno u Obrascu prethodne procjene za izmjene Zakona o nacionalnoj naknadi za starije osobe.⁴ Stoga je 2023. donesen Zakon o izmjenama i dopunama Zakona o nacionalnoj naknadi za starije (NN 56/23). Isto tako, strategija socijalne skrbi za starije osobe za razdoblje nakon 2020. godine još nije donesena.

Važno je prepoznati i neke specifične potrebe osoba starije životne dobi kako bi im se osigurala odgovarajuća zdravstvena skrb. Zakon o zdravstvenoj zaštiti (NN 100/18, 125/19, 147/20, 119/22, 156/22, 33/23) ističe potrebu provođenja posebnih zdravstvenih mjera

⁴ Obrazac prethodne procjene za izmjene Zakona o nacionalnoj naknadi za starije osobe (2023). Zagreb: Ministarstvo rada, mirovinskog sustava, obitelji i socijalne politike: e-građani; e-savjetovanja. Posjećeno 11.05.2024. na mrežnoj stranici: <https://esavjetovanja.gov.hr/ECon/MainScreen?entityId=21742>

stanovništva starijeg od 65 godina, a posebno ističe potrebu zaštite mentalnog zdravlja i palijativne skrbi. Pojam palijativne skrbi ušao je u odredbe Zakon o zdravstvenoj zaštiti još 2003. godine. Potom je po prvi (za sada i posljednji) put donesen i *Nacionalni program razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj 2017. - 2020.* u kojem se ističe da „palijativna skrb afirmira život, a smrt smatra sastavnim dijelom života, koji dolazi na kraju, ona smrt ne ubrzava niti je odgađa. Ona nastoji očuvati najbolju moguću kvalitetu života sve do smrti“ (Ministarstvo zdravstva, 2017). Svjetska zdravstvena organizacija definira palijativnu skrb kroz pristup poboljšanja kvalitete života pacijenta i njihovih obitelji koji su suočeni s problemima povezanim sa smrtonosnom bolešću, kroz prevenciju i olakšanje patnje te kroz suzbijanje boli i drugih problema kao što su fizičke, psihosocijalne i duhovne. Pri tome ukazuje na neuključenost nacionalnih zdravstvenih politika u ovom segmentu zdravstvene skrbi, kao i na ograničenu ili nepostojeću obuku zdravstvenih djelatnika te neadekvatan pristup stanovništva lijekovima protiv bolova, a što ne ispunjava odredbe međunarodne konvencije o pristupu osnovnim lijekovima (WHO, 2020c). Slično je i u Hrvatskoj, iako Hrvatska od 2008. godine ima i *Zakon o zaštiti prava pacijenata* (NN 169/04, 37/08) kojim se određuju prava pacijenata prilikom korištenja zdravstvene zaštite te način zaštite i promicanja tih prava.

Na međunarodnoj se razini donose i različite inicijative (npr. Međunarodni plan djelovanja na području starenja 1982., Madridska deklaracija, 2002.) kojima se povećava svijest o novim potrebama i poteškoćama s kojima se starije osobe susreću, kao što su socijalna isključenost, predrasude te diskriminacija, koje određuju i ostvarivanje njihovih osnovnih ljudskih prava te samo sudjelovanje u zajednici (Ministarstvo socijalne politike i mladih, 2014). Na sličnom je tragu i aktualni dokument Svjetske zdravstvene organizacije, akcijski plan pod nazivom „Desetljeće zdravog starenja 2021.– 2030.“ (WHO, 2020a). Ovim akcijskim planom Svjetska zdravstvena organizacija prvenstveno poziva vlade, međunarodne agencije, profesionalce, civilno društvo, akademiju, privatni sektor, medije, obitelji i njihove lokalne zajednice na stalnu i usklađenu suradnju radi poboljšanja zdravlja osoba starije životne dobi. Time briga o zdravlju izlazi iz uskog područja samog sustava zdravstvene zaštite te obuhvaća veću uključenost društva u cjelini, a potrebu za time potvrđuju i rezultati istraživanja koji su pokazali da su osobe lošijeg zdravstvenog statusa manje aktivne, više socijalno izolirane čime im je kvaliteta života niža (Yang i sur., 2004). Također, program „EU za zdravlje” 2021.– 2027. – vizija za zdraviju Europsku uniju, koji je odgovor EU-a na pandemiju COVID-19 koja je utjecala na sve aspekte društva, zajedničke izazove vidi u starom stanovništvu, a

ponajprije u kroničnim bolestima koje iziskuju rast potražnje za zdravstvenim uslugama te stvaraju pritisak na financije. Nove tehnologije i skupi lijekovi te nejednaka dostupnost zdravstvenih usluga uz neravnomjerno raspoređenu radnu snagu pojačavaju izazove ovoga sustava (Europska komisija, 2021b).

4. KONCEPT AKTIVNOG STARENJA I SOCIJALNE POLITIKE

Pitanje je starenja stanovništva dugo bilo smatrano izazovom koji se primarno raspravljao u kontekstu socijalnih politika ili područja socijalnog rada (Marshall, 1998). Pojedini su sociološki autori također isticali kako starenje kao društveno regulirani sustav čuva stabilnost u društvu te kako društvo treba omogućiti „povlačenje“ starijih ljudi, a što je izrazito funkcionalističko objašnjenje procesa starenja (Barkan, 2011). Neki autori pitanje starenja usko vezuju s diskriminacijom na temelju dobi, odnosno s tzv. *ageizmom* (Pečjak, 2001), a što znači da se jedna dobna skupina tretira drugačije u odnosu na drugu skupinu na temelju kronološke dobi (Malcom, 2011). Budući da se temelji na predrasudama, diskriminacija najčešće rezultira kršenjem ljudskih prava i odvajanjem, izoliranjem i odbacivanjem diskriminiranih osoba (UNICEF, 2014), a kada govorimo o starijim osobama, ovu dobnu skupinu stavlja u potpuno pasivnu ulogu.

Zasigurno je bilo potrebno promijeniti perspektivu prema starenju i promatrati ga kao složenu interakciju različitih čimbenika: od kvalitetne zdravstvene skrbi preko promjena u društvenoj percepciji, socijalnoj uključenosti pa sve do promjena u javnim politikama i tehnološkim inovacijama koje idu u smjeru veće kvalitete života starijih osoba. U tom je pogledu, ukupno gledajući, koncept aktivnog starenja ključan za postizanje boljeg i pravednijeg društva za sve generacije (WHO, 2002). Sam koncept aktivnog starenja pojavio se krajem 1990-ih godina (Kalache, 1999), pri čemu je uspostavljena veza između aktivnosti s jedne strane i mogućnosti da se bude zdrav u kasnijem životu s druge strane. Definiranje pojma aktivno starenje polazište je za traženjem odgovora na izazove koje donosi starenje stanovništva: „Stariji (i zdraviji) ljudi nisu i ne mogu biti samo teret“ (Zrinščak, 2012:73).

Premda ne postoji konsenzus o značenju samog pojma "aktivno starenje" jer je zbog svoje višeznačnosti ovaj koncept podlozan različitim teorijskim i analitičkim pristupima (sociološkim, psihološkim, biološkim, ekonomskim i mnogim drugim), Svjetska zdravstvena organizacija definira aktivno starenje kao "...proces optimiziranja prilika za zdravlje, sudjelovanje i sigurnost kako bi se poboljšala kvaliteta života u procesu starenja..." (WHO,

2002:12). Radi se dakle o konceptu koji je Svjetska zdravstvena organizacija usvojila kako bi razvila cjelovitiju poruku od zdravog starenja, budući da prepoznaje druge važne čimbenike u procesu starenja koji izlaze izvan okvira zdravlja, kao što su aktivnost i sudjelovanje. To znači uključenost u različite aspekte svakodnevnog života, bez obzira na zdravstveno stanje pojedinca ili druga ograničenja, pri čemu pristup uslugama ima ključnu ulogu. No, zanimljivo je istaknuti i kako je Svjetska zdravstvena organizacija u središte svoga rada za desetogodišnje razdoblje počevši od 2021. godine stavila zdravo starenje (WHO, 2020a) i time zamijenila prethodni fokus na aktivno starenje, politički okvir razvijen 2002. godine. Aktivno starenje obuhvaća širi spektar aktivnosti i ciljeva od pojma zdravog starenja, koji se uglavnom fokusira na očuvanje fizičkog i mentalnog zdravlja kako bi se spriječile bolesti i invaliditet. Aktivno starenje ide korak dalje te polazi od pretpostavke da će starije osobe biti od koristi kako sebi tako i društvu ukoliko nastave biti društveno angažirane (Matić, 2018). I današnji socijalni gerontolozi preferiraju aktivno starenje te su mišljenja da se radi o obostranoj koristi, kako onoj za društvo tako i za pojedinca.

Istraživanja se usmjeravaju na različite aspekte starenja, od autora koji veću pažnju daju psihološkim aspektima vezanima uz samo starenje (Paul, Ribeiro i Teixeira, 2012) do onih koji se fokusiraju na, primjerice, utjecaj aktivnog starenja na zadovoljstvo životom starijih osoba (Marsillas i sur., 2017). Postoji mnoštvo pristupa na mikro i makro razini koje nude različite teorijske i analitičke smjernice u tome kako proučavati aktivno starenje. Iz svega proizlazi da pojam aktivno starenje nije moguće svesti na zdravstveni kriterij, niti ga je moguće svesti na jedno određenje kao, primjerice, poticanje duljeg ostanka na tržištu rada, već treba koristiti raznolike strategije i inicijative koje ulaze u sve sfere života te pospješuju uključenost starijih osoba u društvo, kako na razini cijele EU, tako i svake zemlje članice (vidi npr. Walker i sur., 2006; Dobrotić i Zrinščak, 2023). Zdravo starenje, kao i aktivno starenje, naglašava potrebu za djelovanjem u više sektora i omogućavanje starijim osobama da ostanu resurs za svoju obitelj, zajednicu i gospodarstvo. Aktivno starenje najčešće se u literaturi pojavljuje kao strategija koja je pod utjecajem šest odrednica koje je definirala Svjetska zdravstvena organizacija: fizičko okruženje, zdravstvene i socijalne usluge, društveno okruženje, ekonomske, osobne i bihevioralne odrednice (WHO, 2002).

Slijedom toga danas se polako mijenja i slika i percepcija prema starijim osobama te se polako razbijaju predrasude i stereotipi u percepciji starijih osoba i starosti, poglavito u razvijenim državama svijeta gdje slika pasivne starosti sve više doživljava osudu i prijekor te ponajprije govori o neznanju o starosti i starenju (Tomek-Roksandić i sur., 2015). Jednako

tako polako se mijenja pristup na području socijalnih politika, gdje je ideja o aktivnom starenju u početku bila ponajprije usredotočena na tržište rada donošenjem promjena u mirovinskom sustavu kojim se produžio radni vijek te mogućnost samog rada, a sustav socijalne skrbi zaokupio reformama socijalnih naknada (Dobrotić i Zrinščak, 2023).

Pođemo li od EU razine, Lisabonska ministarska deklaracija (2017) *Održivo društvo za sve dobne skupine: ostvarenje potencijala dužeg životnog vijeka* aktivno starenje stavlja u središte pristupa prema starijim osobama te daje smjernice kako razviti potencijal koji starije osobe imaju i zaslužuju. Osim toga, ova deklaracija navodi kako prepoznaje odnos između starenja stanovništva i ekonomskog te društvenog života, kao i razvoja okoliša (UNECE, 2017). Ona podupire i predanost *Agendi 2030* Ujedinjenih naroda (UN) i ciljevima održivog razvoja, uključujući cilj ukidanja siromaštva u svim njegovim oblicima svugdje, osiguravajući zdrave živote i promicanje dobrobiti u svim godinama (UN, 2023). Naime, UN-ovo *Desetljeće zdravog starenja 2021.–2030.* također zahtijeva odgovor svih vlada i cijelog društva te nastoji „poslovati drugačije“ – prema transformativnim i pozitivnim promjenama za starije ljude, njihove obitelji i zajednicu. Ističe da kako bi se potaknulo zdravo starenje i poboljšao život starijih osoba potrebne su temeljne promjene ne samo u akcijama koje se poduzimaju, već i u načinu na koji razmišljamo o dobi i starenju. Desetljeće se bavi sljedećim područjima djelovanja (WHO, 2020a) :

- zajednica prilagođena starenju (poboljšanje fizičkog i društvenog okruženja);
- borba protiv *ageizma*;
- integrirani model skrbi (usmjeren na kapacitete usluga u zdravstvu);
- dugotrajna skrb.

Time se starijim osobama pruža politički okvir za razvoj njihovog potencijala za dobrobit, što zauzvrat može olakšati dugovječnost. Također, usvojeno je i *Izvješće o starenju Starog kontinenta – mogućnosti i izazovi povezani s politikom starenja poslije 2020.* kojim Europski parlament poziva Europsku komisiju da pruži potporu državama članicama i njihovim regijama u provedbi politika zdravog starenja te da na regionalnoj razini pokrene pilot-projekte za razvoj dostupnih i priuštivih sustava dugotrajne skrbi (Europski parlament, 2021), koje također ukazuje na potrebu za promjenama. Također se potiču države članice da bolje iskoriste fondove EU-a, kao što su Europski socijalni fond plus i Europski fond za regionalni razvoj. Prvi vidljivi rezultat ovog izvješća je ranije istaknuta *Zelena knjiga o starenju - Poticanje međugeneracijske solidarnosti i odgovornosti* koja traži od država članica da

odgovori na izazove i prilike povezane sa starenjem stanovništva, među kojima je, osim promicanja zdravog i aktivnog starenja, potrebno poboljšati otpornost zdravstvenih sustava i sustava dugotrajne skrbi (Europska komisija, 2021a). Time je pokrenuta šira strateška rasprava o izazovima i prilikama povezanim sa starenjem europskog stanovništva, a po tom se pitanju očekuje i rasprava Hrvatskoga sabora,⁵ kao i donošenje mišljenja o tome na koji način nasloviti izazove koje nosi starenje stanovništva. Kada bi Zelena knjiga rezultirala objavljivanjem Bijele knjige, tek bi se onda ovoj temi dao pravi značaj zbog toga što bi zaključci bili iznijeti u formi prijedloga konkretnih aktivnosti europske politike prema starijim osobama.

Jasno je da same politike koje polaze od koncepta aktivnog starenja traže jako široku intervenciju koja ulazi u sve sfere socijalnih politika (vidi Dobrotić i Zrinščak, 2023). Uz same promjene zdravstvenog i mirovinskog sustava potrebno je ulagati i u, primjerice, obrazovanje, zapošljavanje starijih radnika, usluge u zajednici te promicati zdravi i aktivni životni stil. Činjenica je da su do sada, unatoč diskurzivnom opredjeljenju prema konceptu aktivnog starenja, socijalne politike u europskim zemljama te i u Hrvatskoj slabo uvažavale sve aspekte koje taj koncept podrazumijeva i u pravilu su se usmjeravale na politike na tržištu rada te mirovinski sustav, a kako bi stariji ljudi bili što duže aktivni na tržištu rada (Dobrotić i Zrinščak, 2023). Tako su posljednje reforme mirovinskog usmjerene na podizanju dobne granice odlaska u mirovinu (u Hrvatskoj na 65 godina, s mogućnošću ostanka na tržištu rada do 67 godine), penaliziranje odlaska u raniju mirovinu, postupno usklađenje zakonske dobi za odlazak u prijevremenu i redovnu mirovinu te smanjenje premija u III. stupu (Bežovan, 2018), kao i na mogućnost istovremenog umirovljenja i rada (Dobrotić i Zrinščak, 2023).

Kako smo već i ranije naglasili, starenje populacije jedan je od najvećih izazova koji utječe na socijalne, ekonomske, kulturološke, psihološke i druge promjene u društvu. Trendovi skrbi za starije osobe u zemljama EU-a, a jednako tako i u Hrvatskoj, trebaju promovirati zdravo i aktivno starenje kao osnovno polazište za osiguravanje ravnopravne uloge starijih osoba u društvu. Demografske promjene traže provođenje inovativnih politika i rješenja osmišljenih da iskoriste prednosti dividende dugovječnosti. Jedno od njih je i dodatno ulaganje u zdravstvene usluge te usluge dugotrajne skrbi, a kako bi se omogućilo da stariji ljudi što je duže moguće žive zdravije, ali i funkcioniraju u svojoj zajednici. U današnjem je kontekstu za očekivati da će potrebe sve starijeg europskog stanovništva zahtijevati i tehnološke i

⁵ Zelena Knjiga o starenju - Poticanje međugeneracijske solidarnosti i odgovornosti COM (2021) 50 . Posjećeno 22.05.2024. na mrežnoj stranici: <https://www.sabor.hr/hr/node/18798>

medicinske inovacije (Cornet, 2014), posebice u okviru narativa koji traži smanjenje izdataka zdravstvenih, ali i drugih sustava. U tom će pogledu biti nužno staviti veći naglasak i na uključivanje organizacija civilnog društva i lokalne zajednice koje će kroz različite aktivnosti kao što su sportske (rekreacijske), obrazovne (uključivši različite tečajeve), volontiranje ili društvene aktivnosti, primarno djelovati preventivno u cilju održavanja fizičke i mentalne aktivnosti starijih osoba. Činjenica je da su starije osobe danas zdravije nego što su nekada bile, mogu raditi u kasnijoj životnoj dobi i ostvariti aktivnu ulogu u društvu, a zdravstveni troškovi koncentriraju se u posljednjoj životnoj fazi te stoga nisu tolika opasnost za zdravstveni sustav kako se uobičajeno ističe (Christiansen i sur., 2006).

Da bi se pokrenulo rješavanje ovih pitanja, Hrvatska, sukladno europskim trendovima u strateškom dokumentu *Nacionalna razvojna strategija Republike Hrvatske do 2030. godine* kao strateški cilj ističe „Zdrav, aktivan i kvalitetan život“ te kao prioritetna područja javnih politika naglašava kvalitetnu i dostupnu zdravstvenu zaštitu i zdravstvenu skrb, brigu o zdravlju, zdrave prehrabene navike i aktivni život kroz sport te dostojanstveno starenje. Predviđeno je „unaprjeđenje sustava hitne medicinske pomoći i jačanje domova zdravlja i izvanbolničke specijalističke zdravstvene zaštite, ubrzanje i transformacija bolničkog sustava, dostupnost medicinskih usluga na otocima i ruralnim područjima, šira upotreba telemedicinskih usluga, koordinacija sa socijalnom skrbi i cjeloživotni razvoj stručnih kompetencija zdravstvenih radnika“ (NN 13/2021). Naime, Hrvatska se, kao i Europa, zbog povećanja omjera starijeg stanovništva u odnosu na radno sposobno, suočava s rastućom potražnjom za socijalnim i zdravstvenim uslugama. Stoga je hrvatska razvojna strategija usmjerena prema povećanju dostupnosti, kvalitete i učinkovitosti zdravstvene zaštite, posebice primarne. Posebnu pozornost posvećuje osiguranju dostupnosti medicinskih usluga na otocima uz korištenje, između ostaloga, mogućnosti telemedicine odnosno digitalnih tehnologija. Isto tako, razvojna strategija usmjerena je prema osiguranju kontinuiteta i kvalitete dugotrajne skrbi koja će se ostvariti s boljom koordinacijom i integracijom svih dionika u zdravstvu i socijalnoj skrbi (NN 13/2021). Povećanje potražnje za zdravstvenim uslugama i uslugama dugotrajne skrbi zasigurno su dva ključna područja na kojima je veliki pritisak u nadolazećem vremenu, kako u pogledu potražnje za uslugama tako i u pogledu rasta izdataka, koji posljedično utječu na održivost javnih financija.

5. PRISTUP ZDRAVSTVENIM USLUGAMA U HRVATSKOJ

U državama EU-a prioriteti se u znanosti usmjeravaju prema inovacijama u medicini i zdravstvu, a sve u cilju prevencije bolesti, produljenja zdravog života i izbjegavanje bolesti povezanih sa starošću (Butler, 2008). Rezultat toga je da su pritisci u zdravstvenom sustavu „dugoročni i vrlo opasni, jer su povezani sa sve većim mogućnostima i očekivanjima od zdravstvene zaštite te s nepovoljnim demografskim procesima“ (Zrinščak, 2007:217). Produljenje životnog vijeka predstavlja nove izazove u pogledu pristupa zdravstvenim uslugama i uslugama dugotrajne skrbi, a čiji se model financiranja i djelovanja, kao i javnopolitički diskurs nije uspio usmjeriti i prilagoditi demografskim trendovima, ali niti odgovoriti na druge, ranije iznesene, nepovoljne pokazatelje kvalitete života starijih osoba.

U Hrvatskoj, kao i u drugim europskim zemljama, posljedice se starenja stanovništva očituju u povećanim javnim izdacima za zdravstvo, socijalnu skrb i mirovine (Obadić i Smolić, 2008; usp. European Commission, 2021) te i same reforme vrlo često polaze od pretpostavke da je nužno uvesti promjene koje će osigurati održivost javnih financija (vidi Zrinščak, 2018). Činjenica jest da produljenje životnog vijeka ukazuje na povećanje potražnje za zdravstvenim uslugama te traži nužnu prilagodbu zdravstvenih sustava koji u kreiranju politika trebaju uzeti u obzir činjenicu da će se udio starijeg stanovništva povećavati.

Sustav financiranja zdravstvenog sustava zauzima ključnu ulogu u njegovom funkcioniranju. Činjenica je da sredstava za financiranje zdravstvenog sustava uvijek nedostaje te se sve države suočavaju s izazovom kako svim svojim stanovnicima osigurati sve mogućnosti koje moderna medicina pruža (Kovač, 2013). Kada govorimo o oblicima organizacije i financiranja zdravstvenih sustava, najčešće se razlikuju tržišni model, Beveridgeov model nacionalne zdravstvene službe, Bismarckov model obveznoga zdravstvenog osiguranja te mješoviti model (Stišević, 2017). Dok prvi – tržišni – polazi od pretpostavke minimalne intervencije države i traži visoke privatne izdatke za zdravstvene usluge, u okviru se Beveridgeovog modela zdravstvo financira iz poreza koje plaćaju svi građani, dok se u okviru Bismarckovog modela zdravstvo primarno financira doprinosima za zdravstveno osiguranje koji se plaćaju po osnovi rada, a ovaj model funkcionira na načelima solidarnosti i uzajamnosti (Kovač, 2013).

Gledamo li Hrvatsku, financiranje zdravstvenog sustava u najvećoj se mjeri temelji na uplaćenim doprinosima osiguranika, što Hrvatsku ubraja u krug zemalja koje pripadaju Bismarckovom modelu zdravstvenog osiguranja. Osiguranici se primarno osiguravaju kroz

uplaćivanje doprinosa na plaću, po stopi od 16,5 posto (NN 84/08, 152/08, 94/09, 18/11, 22/12, 144/12, 148/13, 41/14, 143/14, 115/16, 106/18, 33/23, 114/23). U Hrvatskoj su tako glavninu prihoda (77,86%) proračuna Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (HZZO) u 2022. godini činili prihodi od doprinosa (HZZO, 2022). Smanjenjem radnog kontingenta, prihodi od doprinosa također se smanjuju. Prema podacima HZZO-a za 2023. godinu, u strukturi osiguranika, aktivni radnici čine 41,98%, umirovljenici 25,16%, poljoprivrednici 0,15%, članovi obitelji 6,99% te ostali osiguranici 25,72% (ibid). Projekcije o povećanju broja umirovljenika, a time i potražnje za zdravstvenim uslugama, u nadolazećim vremenima dodatno bi mogle stvoriti pritisak na zdravstveni sustav.

Prije pandemije bolesti COVID-19, Hrvatska je na zdravstveni sektor trošila 6,9% BDP-a u 2019. godini (European Observatory on Health Systems and Policies, 2022), a sada to iznosi 8,1% BDP-a, što je još uvijek niže od EU prosjeka koji iznosi 11% BDP-a (European Commission, 2023). Provedena istraživanja u Hrvatskoj procjenjuju da bi se do 2050. godine udio javnih sredstava koja se izdvajaju za mirovine i zdravstvenu skrb za starije osobe mogao udvostručiti (Nejašmić, 2011). U tom je kontekstu važno istaknuti da Hrvatsku već sada karakterizira i visok udio izdvajanja za zdravstvo iz osobnog dohotka (eng. *out-of-pocket payments*). Izazovi pred hrvatskim zdravstvenim sustavom su veliki jer se model financiranja nije prilagođavao demografskim i društveno-ekonomskim promjenama. Zdravstvene reforme bile su parcijalne ili nisu provedene, najavljujane su sa svakom novom vladom, no često su bile samo „kozmetičke“ ili „skup lijepih rečenica“ u nekom od nacionalnih planova razvoja zdravstva i strategija ili nejasnih te neprovedenih akcijskih planova (usp. Zrinščak, 2008, 2018). Realnost je da se svake godine zdravstvenim ustanovama raspoređuju dodatna sredstva, tzv. sanacije, radi plaćanja dijela dospjelih dugovanja. Primjerice, samo u 2021. godini bolnicama je putem Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje raspoređeno 300 milijuna kuna, a ljekarnama 600 milijuna kuna, a sveukupno govorimo o oko 22,117 milijardi kuna sanacijskih sredstava od 2000. godine do sredine svibnja 2021. godine (Bušić i sur., 2021). Slijedom toga ne iznenađuje da se stanovništvo, uključivši osobe starije životne dobi, sve više nosi s izazovima pristupa zdravstvenim uslugama. O tome najviše govore podaci koji ukazuju na dugačke liste čekanja za specijalističke preglede te različite zdravstvene intervencije. Naime, iako je po pokazatelju dostupnosti zdravstvene zaštite Hrvatska među vodećima u EU, još uvijek postoje nezadovoljene zdravstvene potrebe (zbog cijene, fizičke udaljenosti ili listi čekanja; Buljan i Šimović, 2022).

S obzirom na to da 4,1% osoba starijih od 65 godina u Hrvatskoj smatra kako njihove zdravstvene potrebe nisu zadovoljene, u odnosu na prosjek EU-a od 2,5% (Europska komisija, 2020b) u prioritetne ciljeve zdravstvene politike treba uključiti poboljšanje dostupnosti i kvalitete zdravstvene skrbi za starije osobe, osigurati adekvatne resurse i stručno osoblje te unaprijediti socijalne i zdravstvene programe podrške za stariju populaciju. Podatak iz 2019. godine prema kojem 0,7% osoba navodi da njihove potrebe za zdravstvenim uslugama nisu zadovoljene zbog udaljenosti, pri čemu je prosjek EU 0,1% (European Commission 2019b), ukazuje na potrebu veće geografske dostupnosti zdravstvenih usluga (te općenito ujednačenost regionalnog razvoja).

Hrvatska je dodatno suočena s izazovima u zdravstvenoj skrbi jer se prema podacima Državnog zavoda za statistiku iseljava mlade radno aktivno stanovništvo (DZS, 2022), koje ima manju potražnju za zdravstvenim uslugama, a što može dodatno opteretiti financijsku održivost zdravstvenog sustava. Dodatan problem je i iseljavanje zdravstvenih radnika i liječnika koji su neophodni za kadrovsko funkcioniranje sustava. Tako je u desetogodišnjem periodu (2013-2023) ukupno 2 099 liječnika zatražilo potvrdu za odlazak iz Hrvatske, od čega je njih 1 206 već napustilo Hrvatsku, dok 893 liječnika ima spremne papire za odlazak na rad u inozemstvo (Hrvatska liječnička komora, 2023). Isto tako, demografska slika reflektira se i na javni zdravstveni sustav na način da raste broj zdravstvenih radnika starijih od 60 godina, a dio njih, premda su stekli uvjete za mirovinu, i dalje ostaju u sustavu. Hrvatska je 2019. godine imala 3,5 liječnika na 1 000 stanovnika u usporedbi s prosjekom EU od 3,9 te 6,8 medicinskih sestara na 1 000 stanovnika u usporedbi s EU prosjekom od 8,4 (OECD, 2021).

Nacionalni plan razvoja zdravstva za razdoblje od 2021. do 2027. rješenja vidi u modernizaciji, dostupnosti, javnozdravstvenim aktivnostima, međusektorskoj suradnji, unaprjeđenju financijske održivosti zdravstvenog sustava te informatizaciji zdravstvenih usluga. Definirane su mjere usmjerene na promociju zdravlja, jačanje zdravih životnih navika kao i podizanju svijesti stanovništva o važnosti sekundarne prevencije odnosno ranom otkrivanju bolesti i ranoj intervenciji. Osvrnemo li se na populaciju starije životne dobi, plan je usmjeren na razvijanje modela za povezivanje sustava zdravstva i socijalne skrbi na području dugotrajne skrbi. Prioriteti su, između ostalog, u modernizaciji zdravstvenih usluga jačanjem skrbi u kući, zajednici te cjelovitim jačanjem primarne zdravstvene zaštite prema potrebama svake lokalne zdravstvene regije. Posebno je istaknut problem geografske dostupnosti, naročito izražen u ruralnim i otočkim područjima u kojima dominira starije stanovništvo slabije mobilnosti, a posebice jer duljina čekanja na liječenje negativno djeluje

na uspjehe liječenja. Kako bi se osigurala dostupnost zdravstvene skrbi na otocima, ističe se, potrebno je intenzivnije koristiti „suvremena prijevozna sredstva i telemedicinska rješenja“ (Ministarstvo zdravstva, 2021a:27).

5.1. Uređenje zdravstvenog sustava u Hrvatskoj i pristup zdravstvenim uslugama na otocima

Trend koji je započeo nakon II. svjetskog rata zbog nagle industrijalizacije intenzivirao je, između ostalog, masovna napuštanja otoka tako da danas oko 60% stanovnika Hrvatske živi u gradovima i to 25% u četiri najveća grada (DSZ, 2021). Situacija u Europi nije mnogo drugačija te tako danas u urbanim područjima EU-a živi više od 70% stanovnika (Hrvatski zavod za prostorni razvoj, 2017). Stoga ne čudi da je pristup zdravstvenim uslugama i uslugama dugotrajne skrbi bolji u gradovima, dok je u „ostatku“ Hrvatske zanemaren, a što pokazuje i pregled ugovorenih zdravstvenih sadržaja u Hrvatskoj (Bobinac, 2017).

Prema Ustavu Republike Hrvatske: „Svatko ima pravo na zdrav život. Svatko je dužan, u sklopu svoje ovlasti i djelatnosti, osobitu skrb posvećivati zaštiti zdravlja ljudi...“ (čl. 70; Ustav RH, NN 56/90, 135/97, 08/98, 113/00, 124/00, 28/01, 41/01, 55/01, 76/10, 85/10, 05/14), čime je zajamčeno pravo na zdravstvenu zaštitu te se obvezuje država, ali i lokalna zajednica da prema odgovarajućim zakonima osigura zdravstvenu zaštitu za sve stanovnike bez obzira gdje žive. Time dolazi do svojevrsne decentralizacije funkcija jer postoji i obveza jedinica lokalne i regionalne samouprave stvoriti uvjete i voditi brigu o zdravstvenim uslugama na svom području.

Zdravstvena zaštita građana definirana je kao „sustav društvenih, skupnih i individualnih mjera, usluga i aktivnosti za očuvanje i unaprjeđenje zdravlja, sprječavanje bolesti, rano otkrivanje bolesti, pravodobno liječenje te zdravstvenu njegu, rehabilitaciju i palijativnu skrb“ u čl. 4. Zakona o zdravstvenoj zaštiti (Zakon o zdravstvenoj zaštiti, NN 100/18, 125/19, 147/20, 119/22, 156/22, 33/23, 36/24). Bitna odrednica ovog Zakona je da se dostupnost zdravstvenih usluga ostvaruje „takvim rasporedom zdravstvenih ustanova, trgovačkih društava koja obavljaju zdravstvenu djelatnost i zdravstvenih radnika na području Republike Hrvatske koji će omogućiti stanovništvu podjednake uvjete zdravstvene zaštite, osobito na primarnoj razini zdravstvene djelatnosti“ (čl. 16.). Njezino provođenje bazira se na načelima sveobuhvatnosti, kontinuiranosti, dostupnosti i cjelovitog pristupa u primarnoj zdravstvenoj zaštiti te specijaliziranog u specijalističko-konzilijarnoj i bolničkoj zdravstvenoj zaštiti.

Na primarnoj razini zdravstvena se zaštita pruža kroz djelatnosti: opća/obiteljska medicina, zdravstvena zaštita predškolske djece, zdravstvena zaštita žena, patronažna zdravstvena zaštita, zdravstvena njega u kući bolesnika, stomatološka zdravstvena zaštita (polivalentnu), higijensko-epidemiološka zdravstvena zaštitu, preventivno-odgojne mjere za zdravstvenu zaštitu školske djece i studenata, laboratorijska dijagnostika, ljekarništvo hitne medicine, sanitetski prijevoz, javno zdravstvo, zdravstvena zaštita mentalnog zdravlja, prevencija i izvanbolničko liječenje ovisnosti, palijativna skrb, zdravstvena ekologija i medicina rada. Zdravstvena djelatnost na sekundarnoj razini obuhvaća specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu i bolničku zdravstvenu zaštitu, dok na tercijarnoj razini obuhvaća obavljanje najsloženijih oblika zdravstvene zaštite iz specijalističko-konzilijarnih i bolničkih djelatnosti (HZZO, 2024)

Zakonom o zdravstvenoj zaštiti (NN 100/18, 125/19, 147/20, 119/22, 156/22, 33/23, 36/24) istaknuto je da pravo na zaštitu ima svaki građanin. Na temelju ovog Zakona ministar zdravstva donosi Plan i program mjera zdravstvene zaštite. Plan za razdoblje 2023.-2026. orijentira se na pet osnovnih ciljeva: (1) unaprjeđenje zdravlja stanovništva u cjelini, (2) povećanje očekivanog trajanja života i smanjenje smrtnosti, (3) povećanje broja godina života bez bolesti i/ili invalidnosti, (4) osiguranje najviše moguće razine fizičkog i psihičkog zdravlja uz brigu za poboljšanje kvalitete života očuvanjem zdravlja i funkcionalnog kapaciteta te (5) jačanje odgovornosti svakog građanina za svoje zdravlje (Odluka o donošenju Plana i programa mjera zdravstvene zaštite 2023. – 2026., NN 127/2023). Planom se impliciraju posebne mjere zdravstvene zaštite stanovništva starijeg od 65 godina života. U tom se pogledu promiču mjere aktivnog zdravog starenja upućivanjem na pozitivno zdravstveno ponašanje tijekom starenja od poticanja tjelesne i psihičke aktivnosti, pravilne prehrane za starije, borbe protiv ovisnosti, kontroliranog uzimanja lijekova, pridržavanja uputa liječenja i održavanja osobne i okolišne higijene do individualnih i grupnih savjeta te raznih edukacija i sl. (ibid). Navedene mjere zasigurno ponajprije ciljaju povećavanje individualne odgovornost starijih osoba koje se potiču na pozitivno zdravstveno ponašanje. Posebno poglavlje posvećeno je mjerama zdravstvene zaštite starijih osoba koje provode županijski zavodi za javno zdravstvo/Hrvatski zavod za javno zdravstvo te su primarno preventivnog karaktera. Mjere su usmjerene prema provođenju ciljanih sistematskih pregleda, raznih savjetovanja, preventivnih mjera, samopomoći i uzajamnoj pomoći, evidenciji i praćenju zdravstvenih potreba svake pojedine starije osobe s naglaskom na procjenu funkcionalne sposobnosti. Također se ističe potreba provođenja preventivnih zdravstvenih

mjera sekundarne i tercijarne prevencije za starijeg osiguranika usmjerene k očuvanju preostale funkcionalne sposobnosti i razvijanju novih sposobnosti pacijenta namijenjene teško pokretnim i polupokretnim pacijentima, mjera preventivne farmakoterapije te mjera reaktivacije i reintegracije starijeg pacijenta (Odluka o donošenju Plana i programa mjera zdravstvene zaštite 2023. – 2026., NN 127/2023). Zasigurno se postavlja pitanje koliko su ove mjere primjerene i ostvarive s obzirom na stvarno stanje zdravstvenog sustava, a naročito otočnog zdravstvenog sustava. Naime, u analizi te planiranju samih aktivnosti nije uzet u obzir niz problema, od vremensko-kadrovskih i drugih normativa, a što je i struka potvrdila prilikom javnog savjetovanja. Svi su ti izazovi dodatno izraženi na otocima, što dodatno dovodi u pitanje samo funkcioniranje zdravstvenog sustava te osiguravanje načela pristupačnih i priuštivih usluga.

Na temelju Plana zdravstvene zaštite utvrđuje se i *Mreža javne zdravstvene službe za područje Republike Hrvatske odnosno jedinica područne (regionalne) samouprave odnosno Grada Zagreba*, koja definira potreban broj zdravstvenih ustanova, kreveta po djelatnostima, najveći mogući broj zdravstvenih timova te privatnih zdravstvenih radnika s kojima Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje sklapa ugovor o provođenju zdravstvene zaštite. Mjerilo kojim se utvrđuje Mreža, između ostalih je, zdravstveno stanje, broj te dobna i socijalna struktura stanovništva, jednaki uvjeti za korištenje zdravstvenih usluga, prometna povezanost, specifičnosti naseljenosti te dostupnosti na demografski ugroženim područjima, a osobito na otocima (Mreža javne zdravstvene službe, NN 49/2024). Utvrđena Mreža ujedno ne znači da su njezine odrednice ispunjene pa je tako prema podacima o popunjenosti mreže na dan 30. rujna 2021. godine u djelatnosti obiteljske medicine ugovoreno 2 337 timova od potrebnih 2 452. Isto tako, u ruralnim i depriviranim područjima, u odnosu na potreban broj timova nedostajala su 134 tima, od čega čak 59 u djelatnosti opće/obiteljske medicine (Ministarstvo zdravstva, 2021b).

Popunjenost mreže primarne zdravstvene zaštite osnova je zaustavljanja nepovoljnih demografskih trendova, a ujedno bitno utječe na kvalitetu života starijih osoba. Manjak ponude zdravstvenih usluga može imati trajne posljedice i za zdravlje stanovnika otoka. Zbog toga je potrebno provesti ciljana istraživanja i analize o potrebama stanovnika na lokalnoj razini, osobito na otocima, a kako bi se osigurao pravedan pristup zdravstvenoj zaštiti. Također, kao što se ističe u nastavku ovog rada, zbog otočnih specifičnosti, potrebno je uspostaviti prilagođene standarde i programe, kao, primjerice, dodatnim mjerama doprinijeti osiguranju zapošljavanja dovoljnog broja zdravstvenih djelatnika na otocima i to na svim

razinama zdravstvene zaštite. Posebno je važno motivirati i zadržati kvalitetan zdravstveni kadar na ovim područjima. Osim broja liječnika koji u primarnoj zdravstvenoj zaštiti nije adekvatan površini koja se pokriva, najčešći problemi vezani su uz nedostatak zdravstvene infrastrukture te poteškoće s logistikom lijekova (Otočni sabor, 2023), što rezultira nejednakom dostupnošću zdravstvene skrbi na otocima u odnosu na ostatak Hrvatske. Također postoje problemi vezani uz dostupnost nekih specifičnih medicinskih postupaka kao što je npr. dijaliza te novinski članak pod naslovom „Dijaliza im je rođendan“ (Večernji list, 2004) najbolje prikazuje svakodnevne borbe pacijenata koji su prisiljeni gotovo na dnevnoj bazi putovati na kopno da bi dobili potrebnu zdravstvenu uslugu.

Neupitno je dakle, da dostupnost zdravstvene zaštite mora biti jednaka za sve stanovnike Hrvatske, kako na udaljenom pučinskom otoku tako i na drugim područjima koja su od posebnog interesa za državu. Činjenica je da je Hrvatska teritorijalno i brojčano mala država i da je – kao što je ukazano ranije – trećina stanovništva smještena u četiri najveća grada te da ima više od 50 naseljenih otoka (Poglavlje 2.), a što donosi brojne prepreke, među kojima je i kvaliteta zdravstvene zaštite. Stoga je jačanje dostupnosti zdravstvene zaštite na otocima, posebno udaljenim i izoliranim, jedan od izazova s kojima se hrvatski zdravstveni sustav suočava. Ovi izazovi predstavljaju prepreku na putu univerzalne zdravstvene pokrivenosti koja je prepoznata kao jedna od sastavnica ciljeva održivog razvoja (Suzana i sur., 2018). To se najbolje moglo uočiti tijekom pandemije bolesti COVID-19, koja je razotkrila nedostatke u različitim zdravstvenim sustavima.

Dostupnost zdravstvenih usluga na otocima u Hrvatskoj znatno se razlikuje (Tablica 1.) te ovisi o njihovoj veličini, broju stanovnika, udaljenosti od kopna te gospodarskoj razvijenosti (Ministarstvo regionalnoga razvoja i fondova Europske unije, 2024). Administrativno, hrvatske otoke teritorijalno obuhvaća sedam županija, s time da se u šest nalaze naseljeni otoci. Stoga ova analiza o zdravstvenim uslugama na otocima ne sadrži Istarsku županiju koja obuhvaća zapadnoistarski otočni niz, jer na njemu ne nalazimo naseljena mjesta. Možemo vidjeti kako je na većim i naseljenijim otocima (Brač, Hvar i Korčula) zdravstvena zaštita dostupnija i to kroz organizaciju rada domova zdravlja ili ispostava obalnih domova zdravlja (ambulanta doma zdravlja – dislocirana jedinica).

Analizirajući dostupnost zdravstvene skrbi na otocima odmah uočavamo da je samo na 26 od 53 naseljena otoka uspostavljen neki vid zdravstvenih usluga, a što prvenstveno ukazuje na upitnost pravovremenosti i kvalitete zdravstvene zaštite. U hrvatskom sustavu zdravstva

krajem 2022. godine bilo je zaposleno ukupno 75 186 zdravstvenih radnika i suradnika, od toga na otocima 1 350. S obzirom na to da na otocima živi 3,3% stanovnika Hrvatske, činjenica da je na njima raspoređeno tek 1,8% zdravstvenih radnika već ukazuje na osjetan kadrovski manjak. Najveći broj zdravstvenih radnika je na otocima Primorsko-goranske županije (449), a najmanje na području Šibensko-kninske - njih 22, od kojih je čak 14 njih na otoku Murteru. Pučinski otok Žirje sa svojih 147 stanovnika ima samo jednog zdravstvenog radnika (Tablica 1.).

Na otocima djeluju tri matična doma zdravlja, dva su na Korčuli i jedan u Novalji (Pag). Ispostava obalnih domova zdravlja, čije je sjedište na kopnu ima ukupno 41. Najviše je takvih domova zdravlja Splitsko-dalmatinske županije na otocima Braču i Hvaru, gdje ih je po pet na svakom otoku dok ih je najmanje na otoku Visu (dvije ispostave), a Čiovo, Drvenik Veli i Šolta imaju po jedan. Otoci Primorsko-goranske županije imaju devet ispostava obalnih domova zdravlja od kojih su četiri na otoku Krku. Otoci u Dubrovačko-neretvanskoj županiji broje sedam ispostava, od kojih su tri na otoku Korčuli, dok je ispostava Doma zdravlja Primorsko-goranske županije devet - najviše ih je četiri i to na otoku Krku (Ministarstvo regionalnoga razvoja i fondova Europske unije, 2024).

Premda hrvatski otoci pripadaju mediteranskoj klimi uz veliki broj sunčanih sati tijekom cijele godine, na otocima djeluju samo tri specijalizirane zdravstvene ustanove (Tablica 1.) i to u različitim županijama. U Veloj Luci na Korčuli tako djeluje specijalna bolnica za medicinsku rehabilitaciju Kalos i primarno je usmjerena liječenju kroničnih reumatskih smetnji. Zatim djeluje Psihijatrijska bolnica na Rabu, usmjerena na nove trendove u psihijatriji. Treća specijalizirana ustanova je na otoku Ugljanu koja provodi zdravstvenu zaštitu psihičkog zdravlja ljudi s kapacitetom od 483 kreveta te tijekom jedne godine liječenjem obuhvaća oko tisuću pacijenata (Psihijatrijska bolnica Ugljan, 2024). Na otocima su i dva lječilišta (Tablica 1.). Lječilište Veli Lošinj na otoku Lošinju specijalizirana je ustanova za liječenje bolesti gornjih i donjih dišnih putova, bolesti kože i bolesti sustava za kretanje te od 1957. djeluje kao medicinska ustanova, dječja bolnica i lječilište. Drugo lječilište nalazi se u Bolu na otoku Braču i novijeg je datuma (otvoreno 2002. godine) te se bavi rehabilitacijom i fizikalnom terapijom. Prema klasifikaciji lječilišta svoje programe zasnivaju na pogodnostima koje čine prirodni uvjeti na ovoj lokaciji, a čega zasigurno ne manjka na većini hrvatskih otoka.

Bitno je reći da niti u jednom domu zdravlja na otocima ne postoji rodilište. Obrazloženje je moguće pronaći u broju i strukturi stanovništva te očekivanom manjem broja poroda, a također i u nepostojanju potrebnih zdravstvenih radnika, prostora te medicinsko-tehničke opremljenosti koju rodilišta moraju ispunjavati i što trenutačno u domovima zdravlja na otocima nije moguće osigurati (rodilište u Supetru na Braču odlukom Ministarstva zdravstva zatvoreno je 2010. godine). No, činjenica jest da se time dovodi u pitanje pravovremenost pružene zdravstvene skrbi u području reproduktivnog zdravlja.

Na otocima je smješteno 108 ordinacija djelatnosti primarne zdravstvene zaštite (Tablica 1.) koje svoju aktivnost usmjeravaju na zaštitu i unapređenje zdravlja te ambulantno i kućno liječenje bolesti i stanja. Specijalističko-konzilijarna djelatnost na otocima obavlja se u 12 ordinacija gdje liječnici raznih specijalnosti obavljaju poslove više razine zdravstvene zaštite, u pravilu na zahtjev liječnika primarne zdravstvene zaštite. Primjetan je nedostatan broj medicinsko-kemijskih laboratorija na otocima. Od ukupno četiri laboratorija dva su na otoku Korčuli, dok Pag i Brač imaju po jedan. Zanimljiv podatak je i da su na hrvatskim otocima smještene 43 ljekarne. Usporedivši ovaj broj s brojem stanovnika otoka proizlazi da djeluje jedna ljekarna na svakih 280 stanovnika, dok je hrvatski prosjek 325 osoba na jednu ljekarnu (Hrvatska ima 1 187 ljekarni; Arbanas, 2020).

Posebno je zabrinjavajući podatak o djelovanju samo dvije poliklinike i to na Korčuli i Krku. Poliklinika Sveti Nikola na Korčuli specijalizirana je za otkrivanje, suzbijanje i liječenje bolesti krvnih žila i srca, dok u Omišlju na Krku djeluje poliklinika „Redial“ kao centar za hemodijalizu koji je formiran za liječenje bolesnika s otoka Krka, ali omogućava i liječenje hemodijalizom bolesnika-turista tijekom njihovog boravka na ovom otoku (Poliklinika Redial, 2024).

Tablica 1. Zdravstvene ustanove na otocima

Županija	Primorsko goranska	Ličko senjska	Zadarska	Šibensko kninska	Splitsko dalmatinska	Dubrovačko neretvanska	Ukupno
Broj stanovnika	38 437	8 339	15 102	5 834	35 336	17 389	120 437
Otoci na kojima postoji neki vid zdravstvenih usluga	Cres, Krk, Lošinj, Prvić, Rab	Pag	Dugi Otok, Molat, Pašman, Ugljan i Vir	Kaprije, Murter, Zlarin i Žirje	Brač, Čiovo, Drvenik Veli, Hvar, Šolta i Vis	Korčula, Lopud, Mljet i Šipan	26
Broj zdravstvenih radnika	449	88	248	22	274	269	1 350
Dom zdravlja	/	1	/	/	/	2	3
Ambulanta doma zdravlja dislocirana jedinica	9	1	5	4	15	7	41
Specijalna bolnica	1	/	1	/	/	1	3
Lječilište	1	/	/	/	1	/	2
Dislocirana jedinica hitne pomoći	4	/	/	/	4	2	10
Ordinacija primarne zdr. zaštite	40	10	10	3	31	14	108
Ordinacija sekundarne zdr. zaštite	6	1	/	/	1	4	12
Ljekarne	13	4	5	2	14	5	43
Depo lijekova	1	/	/	/	/	1	2
Medicinsko kemijski laboratorij	/	1	/	/	1	2	4
Poliklinika	1	/	/	/	/	1	2
Ustanova za zdravstvenu njegu	2	/	1	/	/	/	3
Ustanova za zdravstvenu skrb	/	/	/	/	1	/	1
Privatna praksa zdravstvene njege	/	/	/	/	/	2	2
Zubotehnički laboratorij	2	1	/	/	2	1	6

Izvor: Registar otoka; Ministarstvo regionalnoga razvoja i fondova Europske unije, 2024.

S obzirom na ovdje iznesene podatke, hrvatske otoke karakterizira neravnomjerna raspoređenost i manjak zdravstvenih djelatnika te nejednaka dostupnost zdravstvene zaštite, a što vrlo lako rezultira nejednakošću u zdravstvenim ishodima. Da bi se zdravstveni sustav prilagodio otočnom starijem stanovništvu, a zdravstvena skrb postala djelotvorna, potrebni su dodatni naponi i prilagodbe otočnim specifičnostima. Povijesno gledano, prema Eteroviću (1994) jedno od bitnih obilježja stanovnika hrvatskih otoka su visoki higijenski i zdravstveni standardi koji su bili iznad hrvatskog prosjeka. Otočani su, još u srednjem vijeku, aktivno sudjelovali i u suzbijanju epidemija malarije i kolere. Jedno od „osebujnih“ rješenja, kako i sam autor (Eterović, 1994) kaže, je da korčulanski statut već 1420. godine Korčulanima zabranjuje da plove Neretvom, Bojanom te u predjelu Drača pod prijetnjom kazne gubitka čitave njihove imovine, čime se poduzimaju javno-zdravstvene mjere u procesu zaštite protiv malarije. I drugi otoci imali su neku vrstu zdravstvene zaštite i zdravstvenog osiguranja te je, primjerice, Veliko vijeće Hvara 1444. godine postavilo liječnika kojeg je dijelom plaćao grad, a dijelom su troškove snosili njegovi stanovnici, dok dvadesetak godina kasnije istog plaća samo grad, a liječnik dobiva i stan na korištenje (Eterović, 1994). To jasno ukazuje na važnost ulaganja u pristupačne zdravstvene usluge.

Za razliku od danas, otoci su u svojoj prošlosti, zahvaljujući geografskom i prometnom položaju bili puno više uključeni u ekonomske, kulturne, zdravstvene i druge procese koji su se zbivali u Europi i svijetu. Isto tako, i današnja istraživanja (Podgorelec, 2023) pokazuju kako otočani visoko vrednuju “dobro” zdravlje, jer zdrav način života omogućuje visoku razinu aktivnosti u starijoj dobi. Isto tako, jasno ukazuju na poteškoće pristupa zdravstvenom sustavu budući da među tri najveće mane života na otoku na prvom mjestu uvjerljivo ističu nedostatak zdravstvene zaštite na otoku (39,3%). S obzirom na visok postotak samačkih kućanstava, drugi problem je smanjena mogućnost njege i podrške unutar njihovog doma kada im je potrebna, drugim riječima, neadekvatan pristup uslugama dugotrajne skrbi.

Neravnomjerna raspoređenost liječnika u odnosu na urbana područja veliki je izazov općenito, a posebno za otočno stanovništvo. Osim toga, Hrvatska pokazuje disproporciju između primarne i bolničke zdravstvene zaštite. Posljednjih godina povećao se broj liječnika u bolničkom sustavu, a smanjio se njihov broj u primarnoj i obiteljskoj medicini te je 2019. godine broj liječnika primarne zdravstvene zaštite bio ispod prosjeka EU-a (17% svih doktora medicine u odnosu na 23% doktora medicine u EU; European Commission, 2019b). To predstavlja veliki problem u vremenskoj dostupnosti zdravstvene zaštite, naročito na otocima

gdje je odlazak u bolnicu veliki problem otočnom stanovništvu, a posebice u kontekstu slabije prometne povezanosti koja se detaljnije raspravlja kasnije.

Smanjivanje geografskih prepreka te ulaganje u dostupnost zdravstvenih usluga bi kroz promicanje ravnomjerne zemljopisne raspodjele zdravstvenih radnika i ustanova olakšalo pristup zdravstvenim uslugama, a povećanje broja liječnika pridonijelo bi osiguranju jednakog pristupa zdravstvenoj zaštiti kako na otocima, tako i na razini cijele Hrvatske. U tom pravcu dane su smjernice za ulaganja financirana sredstvima iz kohezijske politike za razdoblje 2021.–2027. za Hrvatsku koje ističu važnost uklanjanja geografskih prepreka, kao ključnih, u pristupu zdravstvenoj skrbi i jačanju radne snage u zdravstvenom sektoru (Ministarstvo zdravstva, 2021b).

5.1.1. Hitna medicinska pomoć na otocima

Hitna medicinska pomoć od izuzetne je važnosti za otočno stanovništvo. Brzo i učinkovito pružanje pomoći u okviru „zlatnog sata” važan je čimbenik u spašavanju ljudskih života. Zbog svojih specifičnih geografskih obilježja otoci su prometno izolirani (vidi Poglavlje 7.) te iziskuju dodatne aktivnosti usmjerene poboljšanju pružanja hitne medicinske skrbi, koja bi u konačnici trebala biti dostupna jednako koliko i ona na kopnu. Osim toga, organizacija hitne medicinske službe na otocima često je jedina pomoć, naročito kod starijeg stanovništva koje često ne raspolaže osobnim vozilom. Organizirana, dostupna te povezana primarna s hitnom medicinskom pomoći važna je i tijekom turističke sezone. Zbog povećanja broja osoba koje u ljetnim mjesecima borave na otoku i prometnih gužvi koje se stvaraju u pomorskim lukama pristup zdravstvenim uslugama dodatno je otežan. Isto tako, u zimskim mjesecima, loši vremenski uvjeti koji stvaraju poteškoće u pomorskom prometu umanjuju dostupnost zdravstvenih usluga. Stanovnici otoka, kao i turisti, trenutačno su u neravnopravnom položaju kada je u pitanju ostvarivanje prava na hitnu medicinsku skrb. Na temelju Zakona o zdravstvenoj zaštiti (NN 100/18, 125/19, 147/20, 119/22, 156/22, 33/23, 36/24), a na prijedlog Hrvatskog zavoda za hitnu medicinu, uz prethodno pribavljeno mišljenje predstavničkih tijela jedinica područne (regionalne) samouprave odnosno Grada Zagreba, ministar zdravstva donosi raspored timova po ispostavama županijskih zavoda za hitnu medicinu te se utvrđuje Mreža hitne medicine (NN 134/2023). U Tablici 2. prikazan je trenutni raspored otočnih timova u Hrvatskoj, gdje možemo vidjeti da su oni dominantno zastupljeni u Splitsko-dalmatinskoj županiji, dok ih nema u Šibensko-kninskoj županiji.

Tablica 2. Ispostave županijskih zavoda za hitnu medicinu na otocima

ŽUPANIJSKE ISPOSTAVE HITNE MEDICINE I SANITETSKOG PRIJEVOZA	ZAVOD ZA HITNU MEDICINU		
	Tim 1 – broj timova	Tim 2 – broj timova	Pripravnost
<i>Ličko-senjska županija</i>	Novalja: 5	/	Novalja: 1
<i>Primorsko-goranska županija</i>	Krk: 5 Mali Lošinj: 5 Rab: 5	Cres: 5 Krk: 5	Cres: 1 Mali Lošinj: 1 Rab: 1
<i>Zadarska županija</i>	Pag: 5 Preko: 5		Božava: 1 otok Ist: 1 Sali/Žman: 1 otok Silba: 1
<i>Šibensko-kninska županija</i>	/	/	/
<i>Splitsko-dalmatinska županija</i>	Hvar: 5 Jelsa: 5 Supetar: 5		Supetar: 1 otok Šolta: 1
<i>Dubrovačko-neretvanska županija</i>	Blato na Korčuli: 5 Korčula: 5		Korčula: 1 Elefati: 1 Lastovo: 1 Mljet: 1 Ston (Pelješac): 1 Vela Luka: 1
UKUPNO	55	10	18

Izvor: Odluka o donošenju Mreže hitne medicine i sanitetskog prijevoza. Narodne novine, br.134/2023

Veliki je izazov za otočno stanovništvo po pitanju pristupa zdravstvenoj zaštiti činjenica da do 2024. godine nije postojala civilna helikopterska hitna medicinska služba, već su hitni medicinski prijevoz obavljali helikopteri Oružanih snaga RH. Baze su bile u Divuljama i na otoku Krku, dok je tijekom turističke sezone u suradnji sa županijom i Ministarstvom unutarnjih poslova organizirana i baza u Dubrovniku (Bošan-Kilibarda, 2016). Uspostavljanje helikopterske hitne medicinske službe (HHMS) bilo je neophodno zbog toga što su letovi vojnih helikoptera sekundarni i ne omogućuju postizanje „zlatnog sata“ za hitne pacijente. Vojni helikopter dolazi tek nakon što zemaljski medicinski tim procijeni potrebu, dok HHMS helikopter stiže odmah po pozivu očevidaca ili sudionika. Također, vojni helikopteri nemaju adekvatnu medicinsku opremu i direktnu komunikaciju sa zemaljskim hitnim timom. Dodatna otegotna okolnost je i što se kod upotrebe vojnih letjelica pojavljuje problem osiguranja budući da vojne letjelice nisu osigurane, a država snosi troškove nesreća, što tereti državni proračun, čak i za prijevoz stranih državljana, a što nije uobičajeno u državama EU-a.

Također, kada su vojni helikopteri zauzeti vojnom operacijom, nisu dostupni za hitni medicinski prijevoz (Ministarstvo zdravstva, 2021b).

Za potrebe otočnog stanovništva HHMS će sada djelovati iz tri baze i to na otocima Krku i Braču te u Splitu, a što će doprinijeti tome da se pacijenti u sklopu tzv. zlatnog sata prevezu u odgovarajuću zdravstvenu ustanovu, gdje će dobiti potrebnu medicinsku pomoć. Ovo je zasigurno pozitivan pomak u dostupnosti zdravstvenih usluga otočnog stanovništva. Dugoročno će utjecati na zadovoljstvo otočana i njihovu zdravstvenu sigurnost koja je osnova za postizanje ciljeva demografske revitalizacije te zaštite života starijih osoba koji žive na otocima. Također, za turiste s ozbiljnim zdravstvenim poteškoćama, osiguravanje hitne helikopterske usluge može biti ključno pri odlučivanju o izboru Hrvatske kao zdravstvene destinacije, a što bi potaknulo još jedan od pravaca razvoja otoka.

Za život stanovnika otoka od izuzetne važnosti je i dostupnost hitne pomorske medicinske službe. Hrvatska ima šest brzih brodica hitne pomorske medicinske službe koji povezuju otoke i obalno područje i koji su stacionirani u lukama: Mali Lošinj, Rab, Zadar, Šibenik, Supetar i Dubrovnik (HZJZ, 2024). Njihov rad se ostvaruje suradnjom Ministarstva zdravstva, Ministarstva mora, prometa i infrastrukture te Hrvatskog zavoda za hitnu medicinu.

5.1.2. Telemedicina i otočno stanovništvo

Kao što je već istaknuto, otoci zbog svoje udaljenosti i niske naseljenosti imaju problem s organizacijom timova primarne zdravstvene zaštite, a jedan od ključnih razloga je problem slabe prometne dostupnosti čime se stvara pritisak na bolničke usluge (Ministarstvo zdravstva, 2021b). Stoga se u današnje vrijeme sve više radi na uspostavi zdravstvene zaštite na daljinu kroz telemedicinska rješenja. Telemedicinu je Zakon o zdravstvenoj zaštiti (NN 100/18, 125/19, 147/20, 119/22, 156/22, 33/23, 36/24) definirao kao „pružanje zdravstvenih usluga na daljinu uporabom informacijsko-komunikacijskih tehnologija, u slučajevima kada se zdravstveni radnik i pacijent ili dva zdravstvena radnika ne nalaze na istoj lokaciji“ (čl. 38.). „Telemedicinska djelatnost obuhvaća konzultativne zdravstvene usluge, preventivnu djelatnost u zdravstvu, dijagnostičke i terapijske postupke temeljene na podacima dostupnim putem informacijsko-komunikacijskog sustava te razmjenu informacija s ciljem kontinuiranog stručnog usavršavanja zdravstvenih radnika“ (čl. 2.; Pravilnik o uvjetima, organizaciji i načinu obavljanja telemedicine, NN 138/2011). Telemedicinske usluge pružaju se na svim razinama te se ponuda telemedicinskih usluga stalno proširuje. Primjerice, na otocima se telemedicina već nekoliko godina primjenjuje u području radiologije i postupku 24-satnog

EKG holtera. Mreža telemedicinskih centara na otocima pokriva sedam zdravstvenih ustanova (od ukupno 152 na razini Hrvatske) i broji 29 aktivnih telemedicinskih centara (Ministarstvo regionalnoga razvoja i fondova Europske unije, 2023). Problem je što ovom mrežom nisu pokriveni otoci Šibensko-kninske i Zadarske županije (Zadarska županija, 2021). S obzirom na prometnu izoliranost otoka, sve veći nedostatak zdravstvenih djelatnika te drugih specifičnosti otoka, potražnja je za ovim načinom pružanja zdravstvenih usluga u porastu (Liječničke novine, 2023:17). Na ovaj način Hrvatski zavod za hitnu medicinu potiče ostanak stanovništva na otocima jer usluge putem telemedicine omogućuju pacijentima dobivanje zdravstvenih usluga u mjestu stanovanja, umjesto putovanja na kopno, što je od velike važnosti za sve, a osobito za starije stanovnike.

Također jedno od potrebnih rješenja za otočno starije stanovništvo je uspostava sustava mobilnih ambulanti na otocima, što ističe i Ministarstvo zdravstva budući da smatra kako bi to doprinijelo bržem oporavku pacijenata i njihovoj lakšoj integraciji u zajednicu, ali i smanjenju stope hospitalizacija, stope invalidnosti te broja psihijatrijskih postelja, kao i potrebe za dugotrajnom stacionarnom skrbi (Ministarstvo zdravstva, 2021b). Potonje se blisko veže i uz dostupnost usluga dugotrajne skrbi koja se detaljnije raspravlja u sljedećem poglavlju.

6. PRISTUP USLUGAMA DUGOTRAJNE SKRBI

Povećanje broja starijih osoba dovodi do veće potražnje za uslugama socijalne skrbi, a posebice za uslugama dugotrajne skrbi, kao što su smještaj u domovima za starije osobe ili pružanje usluga pomoći i njege u kući. Također, starije osobe češće trebaju socijalnu podršku i uključenje u programe društvene integracije, aktivnosti za održavanje mentalnog zdravlja i borbu protiv usamljenosti. Broj osoba kojima bi mogla biti potrebna dugotrajna skrb u Europi povećat će se s 19,5 milijuna 2016. na 30,5 milijuna 2050. godine (Europska komisija, 2021a). Za Hrvatsku je broj osoba u dobi od 65 i više godina kojima bi mogla biti potrebna dugotrajna skrb u 2019. iznosio 240 tisuća, a projekcija za 2050. godinu je 300 tisuća osoba. Osim toga, istaknuto je da je starenje stanovništva Hrvatske do 2050. godine najupečatljiviji sociodemografski trend koji se događa u vremenu intenzivnog iseljavanja radno aktivnih mladih, čime starije osobe sve više ostaju bez izravne obiteljske podrške (ibid.). Dodatni problem je rascjepkanost sustava dugotrajne skrbi koji se smatra najslabije razvijenim dijelom sustava zdravstvene i socijalne skrbi u Hrvatskoj (OECD, 2023). Ovo stavlja pritisak na sustav i zahtjeva veća ulaganja i podršku za pružanjem kvalitetne skrbi, na što ukazuju i iznesene projekcije. Predviđa se da će se javni izdaci EU-a za dugotrajnu skrb povećati za 0,8

postotnih bodova BDP-a, s 1,7% BDP-a u 2022. na 2,6% BDP-a u 2070. godini. Za Hrvatsku je to s 0.5% BDP-a u 2022. na 0.6% u 2070. godini (European Commission, 2024).

Jedna od ključnih usluga unutar sustava socijalne skrbi svakako je institucionalna skrb unutar koje se omogućava smještaj osoba u domove za starije osobe. Od 870 tisuća osoba starijih od 65 godina u Hrvatskoj (DZS, 2021) 2,5% ih je smješteno u domove za starije osobe (Ministarstvo rada, mirovinskog sustava, obitelji i socijalne politike, 2021b). Tako su u 2021. godini djelovala dva državna, 45 decentraliziranih, odnosno gradskih i županijskih te 121 nedržavna doma u kojima je ukupno smješteno 17 811 osoba. Kada se tome pridoda 18 državnih te 10 nedržavnih domova za smještaj odraslih osoba s psihičkim teškoćama (među kojima ima i starijih osoba) dolazi se do ukupne brojke od 21 931 kreveta. Pri tome je važno istaknuti kako smještajni kapaciteti za starije osobe nisu ravnomjerno rasprostranjeni po županijama, a sve obalne županije su ispod hrvatskog prosjeka (Ministarstvo rada, mirovinskog sustava, obitelji i socijalne politike, 2021c).

S ovim kapacitetima institucionalna skrb, kao jedna od ključnih mjera socijalne skrbi za starije osobe u Hrvatskoj, ne pokriva potrebe za smještaj starijih osoba. Izazovi u ovom području očituju se u nedovoljnom broju javnih domova, ali i u visokim cijenama privatnih domova (uključivši netransparentno reguliranje cijena te ulazak privatnih pružatelja u sustav financiranja), dugačkim listama čekanja te nedostatku kvalificiranog osoblja (Dobrotić, 2016.; Dobrotić i Zrinščak, 2023). U EU prosječno oko 5% starijih osoba prima dugotrajnu skrb u institucijama/ustanovama, isključujući zdravstvene ustanove (Žganec i sur., 2008.) te s obzirom na ranije iznesenih 2,5% u Hrvatskoj možemo vidjeti da je Hrvatska daleko od tog prosjeka. Najveći udio starijih osoba smješten u ustanovama za dugotrajnu skrb je u Francuskoj, Belgiji i Nizozemskoj, a najmanji u zemljama središnje i istočne Europe (Bađun, 2016). Za razliku od Hrvatske, koja prilično neuspješno pokriva potražnju za institucionalnom skrbi, europske države sveobuhvatnije potiču različite oblike podrške za starije osobe u njihovim domovima kroz tzv. sustav izvaninstitucionalne skrbi. To uključuje usluge kućne medicinske njege i pomoći te socijalnu podršku i pomoć zajednice u svakodnevnim aktivnostima starijih osoba.

Kod izazova institucionalne i općenito dugotrajne skrbi treba uzeti u obzir da je stopa siromaštva i socijalne isključenosti među starijima osobama u Hrvatskoj među najvišima u EU (vidi Poglavlje 2.). Stoga je važno da su usluge koje se razvijaju priuštive, pri čemu su usluge u zajednici koje omogućavanju starijim osobama da nastave živjeti u svojim

domovima, uz adekvatnu pomoć i podršku, iznimno bitne, a posebice otočnom stanovništvu. O potrebi razvijanja izvaninstitucionalne skrbi dodatno govore ranije izneseni podaci o projekcijama stanovništva, a već je prije petnaestak godina Monnier (2007) ukazao kako će se smještajni kapaciteti i u institucionalnoj skrbi trebati povećati između 60-100 posto.

Kao što je raspravljano ranije, fokus aktivnog starenja je na održavanju zdravlja, nezavisnosti i kvalitete života starijih osoba, a čime se izbjegava i potreba za smještajem u ustanovama za dugotrajnu skrb. Time se promiče sudjelovanje starijih osoba u društvenim, ekonomskim, kulturnim, duhovnim i građanskim aktivnostima. Tome u prilog ide i činjenica da je ekonomski isplativije omogućiti starijim osobama da nastave živjeti u svojim domovima (Havelka, 2001) nego li sama izgradnja institucionalnih kapaciteta, a kojih je potrebno sve više s obzirom na projekcije budućeg povećanja broja starijih osoba, sukladno činjenici da niti sada ne mogu udovoljiti zahtjevima i broju korisnika. Prednost programa u lokalnoj zajednici je što preveniraju institucionalizaciju, a i u mogućnosti su zadovoljiti različite potrebe starijih osoba zbog njihove usmjerenosti na manje područje djelovanja koje se time brže i lakše prilagođava trenutnim potrebama starijih osoba, što ih čini djelotvornijima (Havelka i sur., 2000).

Rezultati istraživanja koje je provedeno 2020. godine (Štambuk i Skokandić, 2022) također pokazuju da razvoj treba usmjeriti prema unapređenju usluga u zajednici, odnosno izvaninstitucionalnih usluga kao što je pomoć u kući, dostava obroka, organizirane dnevne aktivnosti, pratnja na liječničke preglede, dostava lijekova i sl. Premda je u Hrvatskoj prisutna jaka obiteljska solidarnost obitelji prema starijim članovima (Dobrotić, 2016) rezultati istraživanja Štambuk i Skokandić (2020) pokazuju da korisnici sustava socijalne skrbi koji žive sami ili s partnerom trebaju veću pomoć zajednice (države/jedinica lokalne uprave). Stoga promjene, kako u demografskoj tako i u obiteljskoj strukturi zahtijevaju odgovarajuće socijalne politike usmjerene prema razvijanju usluga u zajednici.

Sveukupno gledano, hrvatski sustav dugotrajne skrbi je rascjepkan, a javni sustav usluga pruža nižu pokrivenost nego u mnogim drugim zemljama EU-a. Trenutno Hrvatska nema posebno zakonodavstvo o dugotrajnoj skrbi, a niti sveobuhvatan sustav (više u Dobrotić i Zrinščak, 2023). Na navedeno ukazuje i podatak da je u Hrvatskoj (Europska komisija, 2020b) 2019. godine samo 13% osoba ovisnih o tuđoj pomoći i njezi primalo usluge institucionalne skrbi i 14% pomoć i njegu u kući (daleko ispod prosjeka EU-a od 23% i 31%). Sve to ukazuje na nedostatke sustava u smislu pristupa uslugama, a potencijalno i na rizike

vezane uz samu pravednost u pristupačnosti uslugama te je nužno jačati komponente sustava dugotrajne skrbi. U tom smjeru Europski stup socijalnih prava u članku 18. ističe da „svi imaju pravo na priuštive i kvalitetne usluge dugotrajne skrbi, osobito na usluge skrbi u vlastitom domu i u zajednici“ (Europska komisija, 2017), jer se time omogućava starijim osobama da zadovolje sve svoje potrebe u sredini u kojoj žive i to na način kako oni žele.

6.1. Pristup uslugama dugotrajne skrbi na otocima

Na otocima, zbog geografske izolacije te ograničenih resursa, dostupnost je zdravstvenih usluga i usluga dugotrajne skrbi često ključna za preživljavanje. U tom pogledu iznimno važnu ulogu još uvijek igra solidarnost kao što ističu Podgorelec i Klempić-Bogadi (2013). To potvrđuju dostupnim istraživanjima te naglašavaju da premda na otocima nedostaje strukturirane institucionalne skrbi, ovu prazninu nadoknađuju čvrsti odnosi među stanovnicima i snažna zajednička solidarnost (ibid.). No, činjenica jest da smanjenje nataliteta te broja djece utječe na dosadašnji krug glavnih pružatelja skrbi starijima te će starijim ljudima biti sve teže naći nekoga tko će im pružiti skrb, bilo da je posrijedi emocionalna podrška ili praktična pomoć u kućanstvu te pružanje različitih oblika njege (Podgorelec i Klempić, 2007). Stoga proizlazi da će stariji stanovnici otoka sve više živjeti usamljeno i u nekom stupnju društvene izoliranosti. Zbog smanjenja potencijalnih pružatelja neformalne dugotrajne skrbi koja je do sada najčešće uključivala članove obitelji, rasti će potreba za državnom intervencijom u ovo područje, ponajprije organizirana zdravstvena njega i razni oblici socijalne skrbi (Nejašmić i Toskić, 2013).

Nepovoljne posljedice starenja stanovništva posebice dolaze do punog izražaja u malim otočnim naseljima. Opća je tendencija na otocima, kao i u čitavoj Hrvatskoj, da selo u sve većoj mjeri postaje zajednicom staračkih domaćinstava (Magdalenić i Župančić, 1997). Starost postaje teška i usamljena, a u tom je pogledu posebice teško stanje u malim, prometno slabije dostupnim otočnim naseljima. Usmjerimo li se samo na zdravstveni sustav, Hrvatska je za dugotrajnu skrb u 2019. godini izdvojila 3,03% od sveukupne potrošnje za zdravstvo, u odnosu na prosjek EU-a od 16,11% (Ministarstvo zdravstva, 2021b), dok je sustav socijalne skrbi još više podfinanciran (Babić, 2010). Osim što to čini dugotrajnu skrb financijski marginaliziranom, ona je i nedovoljno razvijena te se teško nosi s deficitom skrbi (vidi Dobrotić, 2016.; Dobrotić i Zrinščak, 2023). Kapaciteti za dugotrajnu skrb su nedostatni, a sustavi zdravstva i socijalne skrbi su slabo integrirani. Kako je rečeno, sve obalne županije imaju smještajne kapacitete za starije osobe ispod prosjeka smještajnih kapaciteta općenito u

Hrvatskoj (Ministarstvo rada, mirovinskog sustava, obitelji i socijalne politike, 2021c). čime se ne osigurava ravnomjerna dostupnost skrbi za starije osobe na cijelom teritoriju Hrvatske. Smještajni kapaciteti domova za starije na otocima uključuju svega 2,14% ukupnog broja osoba starijih od 65 godina na otocima (Ministarstvo regionalnoga razvoja i fondova Europske unija, 2021), što je nešto ispod prosjeka za Hrvatsku.

Osim toga, iz tabličnog prikaza (Tablica 3.) vidljiva je neravnomjernost u pružanju usluga dugotrajne skrbi na otocima. Na otocima Braču i Korčula najveći je broj domova koji pružaju usluge smještaja, a pružaju i usluge pomoći u kući. Otoci Šibensko-kninske županije ne pružaju niti jednu od ovih usluga, dok otoci Zadarske županije nude samo usluge pomoći u kući i to na otoku Ugljanu i Dugom otoku. Isto tako, otok Hvar, kao jedan od naseljenijih hrvatskih otoka ima samo jedan dom za starije osobe. Sve navedeno i prikazano ukazuje da su usluge dugotrajne skrbi na otocima nedostatne ili ih uopće nema u odnosu na potrebe rastućeg starijeg stanovništva otoka.

Tablica 3. Smještaj i pomoć u kući na otocima

ŽUPANIJA	Smještaj	Pomoć u kući
Primorsko-goranska županija	Lošinj Dom za starije osobe Marko A. Stuparić, <u>Veli Lošinj</u>	Lošinj Dom za starije osobe Marko A. Stuparić, <u>Veli Lošinj</u> Gradsko društvo Crvenog Križa, <u>Mali Lošinj</u>
	Rab Gradsko društvo Crvenog Križa, <u>Rab</u>	
	Krk Dom za starije osobe Mali Kartec, <u>Krk</u> Bojan Vučković – obiteljski dom za starije, <u>Malinska</u>	Krk Dom za starije osobe Mali Kartec, <u>Krk</u> Gradsko društvo Crvenog križa, <u>Krk</u>
Ličko-senjska županija	Pag Obiteljski dom predstavnice Natali Dabo (<i>jedini dom koji daje i usluge dnevnog boravka</i>), <u>Novalja</u>	Pag Općina <u>Kolan</u> Udruga za pomoć u kući starijim i nemoćnim osobama "Providenca", <u>Novalja</u>
Zadarska županija		Ugljan Općina <u>Preko</u>
		Dugi Otok Općina <u>Sali</u>
Šibensko-kninska županija	/	/
Splitsko-dalmatinska županija	Čiovo Dom za starije i nemoćne "Veritas", <u>Slatine</u>	
	Brač COR AUREUM, dom za starije osobe, <u>Bol</u> Dom za starije i teško bolesne odrasle osobe Domus Vitae, <u>Supetar</u> Provincija Navještenja Gospodinova-Split Samostan Svetog Vinka, <u>Selca</u> Samostan službenica milosrđa, <u>Nerežišća</u> Samostan Sv. Obitelji, <u>Postira</u> Samostan uznesenja Marijina služavki malog Isusa, <u>Sutivan</u> Služavke malog Isusa, <u>Pučića</u>	Brač Udruga Ruka- skrb o starijim i nemoćnim osobama, <u>Selca</u> Basar d.o.o. za usluge, <u>Supetar</u>
	Hvar Dom za starije i nemoćne osobe, <u>Stari Grad</u>	Dom za starije i nemoćne osobe, <u>Stari Grad</u>
	Vis Dom za starije i nemoćne osobe, <u>Vis</u>	Vis Centar za pomoć u kući, <u>Komiža</u>
Dubrovačko-neretvanska županija	Korčula Dom za starije osobe, <u>Korčula</u> Dom za starije osobe Majka Marija Petković, <u>Blato</u> Dom za starije osobe, <u>Vela Luka</u>	Korčula Dom za starije osobe, <u>Vela Luka</u> Dom za odrasle osobe, <u>Blato</u>
		Lastovo Udruga Val, <u>Lastovo</u>

Izvor: Registar pravnih i fizičkih osoba koje obavljaju djelatnost socijalne skrbi (2024), Ministarstvo rada, mirovinskog sustava, obitelji i socijalne politike

Jedna od mjera pružanja podrške starijim osobama je provođenje Programa 'Zaželi', kojim se projektnim sredstvima popunjavaju nedostatni kapaciteti i koji djeluje i na otocima (kao i u drugim dijelovima Hrvatske, naročito teško dostupnim i slabije naseljenim). Time se

prevenira institucionalizacija skrbi za starije, a ujedno jača tržište rada, budući da program zapošljava teško zapošljive osobe, primarno žene. Program se realizira u suradnji s jedinicama lokalne samouprave, a sufinanciran je bespovratnim sredstvima u iznosu od 85% od strane EU-a, odnosno Europskog socijalnog fonda. Program je u sedmogodišnjem razdoblju (do 2024.) ukupno alocirao 770 milijuna eura (Vlada RH, 2024) te je na tržište rada uključio 33 tisuće žena koje su pružale skrb za 195 000 starijih i nemoćnih osoba na cijelom području Hrvatske.

Od toga su na otocima iz Operativnog programa „Učinkoviti ljudski potencijali“ 2014. - 2020., u okviru poziva „Zaželi – Program zapošljavanja žena“ izvršena ulaganja u četiri projekta ukupne ugovorene vrijednosti 1,6 milijuna eura. Za fazu II i III u 2022. godini izvršena su ulaganja u 17 projekata ukupne ugovorene vrijednosti 1,3 milijuna eura. Kroz program „Zaželi“ na otocima se financira zapošljavanje žena pripadnica ranjivih skupina koje pružaju usluge potpore i podrške za starije u njihovu domu, čime se poboljšava kvaliteta života i izvaninstitucionalna skrb, dok se istovremeno ženama osigurava i dodatno obrazovanje za zanimanja koja su deficitarna u njihovoj lokalnoj zajednici, koje će im, po završetku rada na projektu, omogućiti veću zapošljivost i konkurentnost na tržištu rada. Na ovaj način utječe se na smanjenje siromaštva i socijalne isključenosti te izravno doprinosi revitalizaciji ruralnih i teško dostupnih područja, kao što su otoci (Ministarstvo regionalnoga razvoja i fondova Europske unije, 2023). Ulaskom u IV fazu ovog projekta, 2024. godine, u programu pomoći starijim osobama mogu se zaposliti i muškarci (Hrvatski zavod za zapošljavanje, 2024.), a ne samo žene starije od 50 godina kao što je to bio slučaj u prethodnim fazama. Vlada RH će za ovu četvrtu fazu projekta na cijelu Hrvatsku izdvojiti još 285 milijuna eura, uz sredstva Europskog socijalnog fonda plus (Vlada RH, 2024).

Uz sve poduzete mjere, sadašnji sustav dugotrajne skrbi ne pokazuje otpornost na očekivano povećanje udjela starijih osoba u stanovništvu. Suočava se s brojnim izazovima, uključujući nedostatak financiranja, nedostatak radne snage, prostorno neravnomjernu zastupljenost te neprilagođenost individualnim potrebama korisnika. Potreba za promjenama sustava dugotrajne skrbi izražena je i u dokumentu Nacionalni plan razvoja zdravstva 2021.-2027. u prilogu 3, pod nazivom Nacionalni portfelj ulaganja u zdravstvo i dugotrajnu skrb, koji za jedan od ciljeva ima „osiguravanje prijelaza s institucionalne skrbi na skrb unutar obitelji i zajednice“. Tako se, primjerice, KBC Split, između ostaloga, strateški orijentira prema konceptu „bolnice bez zidova“. Namjera je osnažiti i povezati sustave zdravstva i socijalne skrbi kroz bolnice otvorenog tipa čime bi se ojačali programi skrbi u zajednici i kući što je na

tragu modelima suvremene dugotrajne skrbi (Medix, 2022.: 152). Ova orijentacija koja je usmjerena i na povećanje kvalitete života otočnog starijeg stanovništva, u budućem razdoblju, zasigurno bi mogla postići željene učinke, od zdravstvenih preko socijalnih i društvenih pa sve do održivijih financijskih rezultata. Pružanje dugotrajne skrbi u kući rasteretilo bi i smještajne kapacitete te rezultiralo poboljšanjem zdravstvenih ishoda (Age platform Europe, 2012). Naime, dodatni problem s kojim se suočavaju stanovnici otoka su poteškoće vezane uz otpuštanje starijih otočnih pacijenata iz bolnica kojima je potrebna kućna njega ili dugotrajna skrb.

I preporuke koje su dane nakon analize koju je izradio OECD za potrebe projekta *Formalni i neformalni oblici skrbi* (SRSP- *Structural Reform Support Programme*) za starije osobe u Hrvatskoj pozivaju da se starijim osobama primarno omogući pravo na njegovatelja u vlastitom domu. Tako se tijekom 2020. godine provodilo istraživanje potreba osoba starije životne dobi gdje su rezultati pokazali da starije osobe smatraju da su usluga pomoći u kući i usluga smještaja najpotrebnije socijalne usluge (Ministarstvo rada, mirovinskog sustava, obitelji i socijalne politike, 2021c). Razvijanje ovih usluga u lokalnoj zajednici pridonijelo bi da starije osobe ostanu živjeti u svom kućanstvu.

7. PROMETNA DOSTUPNOST KAO ČIMBENIK PRISTUPA ZDRAVSTVENIM USLUGAMA I USLUGAMA DUGOTRAJNE SKRBI OTOČNOG STANOVNIŠTVA

Zdravo starenje definira se kao “proces razvoja i održavanja funkcionalne sposobnosti koja omogućuje dobrobit u starijoj dobi” (WHO, 2020b). Pod pojmom funkcionalne sposobnosti podrazumijevaju se sposobnosti potrebne za normalno obavljanje svakodnevnih aktivnosti koje su nužne za kvalitetan život, a uključuju biološko, psihološko i socijalno funkcioniranje (Tomek-Roksandić i sur., 1999). Obavljanje svakodnevnih aktivnosti nije moguće bez prometne dostupnosti kao jednog od temeljnih čimbenika za uspješno zadovoljenje osnovnih zdravstvenih i drugih potreba kako stanovnika otoka gdje je to dodatno izraženo zbog geografske specifičnosti, tako i svih drugih stanovnika Hrvatske. Neki autori (Martens i Lucas, 2018) smatraju kako će glavnu ulogu u promicanju socijalne pravednosti imati promet. Kvaliteta života otočnog stanovništva uvelike ovisi o dostupnosti zdravstvenih i drugih usluga, a njihovu dostupnost određuje kvaliteta prometne povezanosti otoka s kopnom, međuotočna povezanost te povezanost otočnih naselja međusobno. Osim toga, prometna dostupnost omogućava ne samo fizički pristup različitim destinacijama, već utječe i na

socijalnu povezanost, gospodarski razvoj i ekološku održivost. Otoci su danas jedna od vrlo aktualnih tema europske kohezijske politike u regionalnoj politici u kojoj otočna politika dobiva poseban položaj (Europski parlament, 2022). Prometna dostupnost ključna je za uspješno funkcioniranje hrvatskih otoka. Oni se, osim prometne izolacije, kao što smo vidjeli, suočavaju i s drugim izazovima poput ovisnosti o kopnu, depopulacije i nedostatka adekvatne zdravstvene skrbi.

Kao što je već istaknuto, područje hrvatskih otoka teritorijalno pripada sedam jedinica područne (regionalne) samouprave (Istarska, Primorsko-goranska, Ličko-senjska, Zadarska, Šibensko-kninska, Splitsko-dalmatinska, Dubrovačko-neretvanska županija), a vodeći računa o posebnosti otoka i ravnomjernom regionalnom razvoju donesen je Zakon o otocima (NN 116/18, 73/20, 70/21) kojem je u cilju potaknuti gospodarski razvoj otoka i poboljšati kvalitetu života otočana. Na temelju ovog Zakona, donesen je Nacionalni plan razvoja otoka (Ministarstvo regionalnoga razvoja i fondova Europske unije, 2021) kao srednjoročni akt strateškog planiranja od nacionalnog značenja koji definira provedbu ciljeva iz Nacionalne razvojne strategije Republike Hrvatske do 2030. godine u području razvoja otoka te postavlja osnovu za kreiranje mjera i aktivnosti vezanih uz otoke u provedbenim programima tijela državne uprave i drugih javnopravnih tijela. Upravljanje otocima, unatoč tome što Hrvatska ima poseban zakon, koji je u svojoj osnovi dobar, nije još dalo optimalne razvojne pokazatelje (od podizanja kvalitete i uvjeta života na otocima, dostupnosti usluga prilagođenih otočnom stanovništvu, demografske revitalizacije, samoodrživosti i samodostatnosti na principima „pametnih otoka“).

To nije samo pitanje hrvatskih otoka, budući da niti Europa sa svojih oko 20 milijuna otočana i 2 400 naseljena otoka još nije uspostavila odgovarajuće politike (Europski parlament, 2022). Zbog toga je Europski parlament 2016. godine donio *Rezoluciju o posebnoj situaciji otoka*. U Rezoluciji se naglašava da je „dostupnost regija i povezanost među otocima ključna“ kako bi otoci bili privlačniji za rad i ulaganja, pri čemu je važno sniziti troškove pomorskog prijevoza za osobe i robu sukladno načelu teritorijalnog kontinuiteta (Službeni list Europske unije, 2018). U istom dokumentu navodi se da je smanjenje regionalnih razlika te policentričan uravnotežen razvoj jedan od glavnih ciljeva kohezijske politike. Otoci su definirani kao posebne regije, što znači da imaju zajednička i trajna posebna obilježja, koja ih jasno razlikuju od kontinentalnih područja. Teže se nose s trendom depopulacije zbog malih dimenzija i udaljenosti od kopna. Europski parlament Rezolucijom (Službeni list Europske unije, 2018)

zahtjeva da se i na EU razini uzmu u obzir otočne razlike i posebnosti te da se ubrzaju programi za europske otoke, a nakon toga usvoji Bijela knjiga koja bi pratila razvoj otoka.

U ovom radu usredotočili smo se na pristup zdravstvenim i uslugama dugotrajne skrbi na hrvatskim otocima, pri čemu smo mogli uočiti kako je jedan od najvažnijih čimbenika otežanog pristupa otočnog stanovništva tim uslugama njihova nedovoljna zastupljenost na samim otocima, a onda situaciju dodatno otežava upravo nedovoljna prometna povezanost otoka. Prijevoz služi kao infrastrukturna dobrobit u društvu koje stari, a zadovoljstvo starijih ljudi prijevozom utječe na njihovo zdravlje (Reinhard i sur., 2019). Starije osobe čine skupinu koja je posebno osjetljiva na probleme koji se javljaju unutar prometnog sustava, jer može rezultirati situacijama onemogućavanja sudjelovanja u svakodnevnim aktivnostima. Kao što ističe Gašparović (2016.: 73) „prometna marginaliziranost označuje pojavu koja može zahvatiti i ljude i prostore, a javlja se ako su mobilnost i dostupnost otežane, ograničene ili onemogućene“, a što u konačnici rezultira društvenom isključenošću.

Iako su hrvatski otoci „stoljećima funkcionirali kao nezavisni i samodostatni ekonomski organizmi oslanjajući se na lokalne resurse, danas su potpuno ovisni o kopnu“ (Podgorelec, 2023.: 1). Otočno se stanovništvo bori s prometnom izoliranošću i ovisno je o kopnu počevši od osnovnih potrepština za život koje stižu s kopna, preko hrane i lijekova do energenata, a ovisno je i o državnim subvencijama putnih karata za brodske linije. Prema *Izvješću o provedbi zakona o otocima za 2022.* u pomorskom prometu državnim je pomorskim linijama povezano 45 otoka i poluotok Pelješac. Osim toga, u sustavu javnog prijevoza određeno je 50 državnih linija (24 trajektne linije, 16 brzobrodskih linija i 10 brodskih linija), a na otocima su izgrađene 83 luke (39 putničkih i 44 trajektne (Ministarstvo regionalnoga razvoja i fondova Europske unije, 2023). U istom izvješću ukazuje se kako su dodatni problemi na malim otocima nepostojanje opreme za hitnu medicinsku pomoć, ljekarne i sl. Otoci se bore s nedostatnim brojem laboratorija, rendgenske i ultrazvučne opreme, a same ambulante su u pravilu skromno opremljene. Osim toga, stomatološka zaštita slabo je organizirana, a problemi se javljaju i u prijevozu hitne medicinske pomoći plovilima. Ustanovljeno je da su, bez obzira na veličinu otoka i brojnost stanovništva, za specijalističko-konzilijarnu i bolničku zdravstvenu zaštitu stanovnici prisiljeni putovati u bolnice na kopnu (ibid). Ovi izazovi slabe prometne povezanosti dodatno se ilustriraju u nastavku teksta na primjeru dva otoka – Šolte i Visa.

7.1. Prometna povezanost i pristup zdravstvenim uslugama i uslugama dugotrajne skrbi: primjer otoka Šolte i Visa

Geografski položaj ima značajnu ulogu u oblikovanju i razvoju prostora (Strategija prostornog razvoja Republike Hrvatske, NN 106/2017). Stoga prometna izoliranost i nepovezanost otoka, međusobna i s kopnom, bitno utječe na kvalitetu života i svakodnevne aktivnosti otočnog stanovništva. Kroz analizu prometne povezanosti otoka Šolte i Visa pokušat će se dodatno identificirati problemi vezani uz dostupnost zdravstvenih usluga i usluga dugotrajne skrbi s kojima se suočavaju stanovnici ovih otoka. Radi se o otocima koji administrativno pripadaju istoj županiji (Splitsko-Dalmatinskoj), karakteriziraju ih slični demografski trendovi, a po pitanju pristupa uslugama možemo uočiti da je zbog unapređenja zdravlja otočnog stanovništva potrebno na oba otoka poboljšati dostupnost i kvalitetu zdravstvenih usluga. Što se tiče institucionalne skrbi za starije potrebno je povećati smještajne kapacitete Doma za starije na otoku Visu (Grad Vis, 2020.), a otok Šolta tek je u fazi pripreme za izgradnju doma za starije kojeg do sada nisu imali na otoku. Bitno je spomenuti da će se graditi u malom mjestu naziva Srednje Selo (koje nije obalno naselje). Također, otoci Šolta i Vis slabo su prometno povezani s drugim otocima.

Gledamo li recentna demografska kretanja, posebnost oba otoka je u tome da se između dva Popisa stanovništva (2011. i 2021.) broj stanovnika na ta dva otoka povećao, iako nešto drugačijim intenzitetom. Tako se ukupan broj šoltanskog stanovništva u posljednjih 10 godina povećao za 18% i to u šest od osam otočnih naselja, dok se stanovništvo otoka Visa povećalo za 6%. Zbog svoje udaljenosti od kopna, povijesnih ili drugih karakteristika otoka, zajedničko ovim otocima je izrazito starije stanovništvo u odnosu na hrvatski prosjek od 22,4%. Šolta ima 42,6% stanovništva starijeg od 65 godina (858 od ukupno 2 011 stanovnika, 2 muška stanovnika više od ženskog), a otok Vis 31,4% (1 045 od ukupno 3 322 stanovnika; DZS, 2021). Gledamo li povijesno, demografski podaci pokazuju da se otoku Visu dogodila snažnija populacijska regresija. Proces je započeo još početkom 20. stoljeća, a nastavljen je nakon II. svjetskog rata. Otok Vis je 1900. godine imao 9 650 stanovnika, dok je Šolta imala 3 687 (Korenčić, 1979). Depopulacija otoka Visa generirana je stagnacijom društveno-gospodarskog razvoja uzrokovanih stoljetnim iseljavanjem. Iseljavanju stanovništva uvelike je doprinijelo to što je zbog svog strateškog položaja nakon završetka II. svjetskog rata otok postao vojna baza i time izoliran od vanjskog svijeta. Sve to odrazilo se i na dobnu strukturu stanovništva otoka Visa, koji pripada demografskom tipu vrlo duboke starosti.

Razumijevanje demografske strukture stanovnika pomaže u prepoznavanju specifičnih potreba i izazova s kojima se suočavaju otočne zajednice. Ujedno zahtjeva dodatnu prilagodbu prometnog sustava kako bi se ostvarila kvalitetna zdravstvena zaštita i bolja dostupnost usluga. Pomorski prometni sustav je najvažniji sustav za otočno stanovništvo jer spaja otok s kopnom, ako izuzmemo intervencije helikopterske hitne medicinske službe (vidi Poglavlje 5.). Zračne luke smještene su na samo tri jadranska otoka i to na Krku, Lošinju i Braču, stoga je pomorska veza za otoke Šolta i Vis s gradom Splitom, koji je ujedno i županijsko sjedište, od presudnog značaja za prometovanje.

Kao što je istaknuto, razumijevanje perifernosti i specifičnih izazova s kojima se suočavaju udaljeni otoci ključno je za formuliranje djelotvornih politika koje mogu unaprijediti zdravstvenu i dugotrajnu skrb, socijalnu uključenost i smanjiti razlike između otoka. Perifernost ovih područja često dovodi do posebnih problema koji zahtijevaju prilagođena rješenja. Glavne odrednice koncepta dostupnosti otočnog prostora (Marinković, 2018:177) tako su: „prometna povezanost, trajanje putovanja, vremenska dostupnost, tip prometne linije te prilagođenost rasporeda plovidbe otočnim potrebama“. Analizom upravo ovih odrednica u pogledu povezanosti samih otoka s kopnom, za otoke Šolta i Vis koji administrativno pripadaju istoj županiji, konkretnije ćemo ukazati na važnost prometne povezanosti i geografske udaljenost za dostupnost kvalitetnih zdravstvenih usluga i usluga dugotrajne skrbi.

- Prometna povezanost i tip prometne linije

Otok Šolta i Vis su srednjedalmatinski otoci koji po površini pripadaju srednjim otocima, odnosno otocima od 51 do 110 km² (Nejašmić, 2013). Šolta ima površinu 58,1 km² (dvanaesti po površini), a Vis 89,7 km² te je deveti po površini otok u hrvatskom dijelu Jadranskog mora (Duplančić-Leder i sur., 2004). Za oba je otoka uspostavljena pomorska veza s gradom Splitom, koji je ujedno i županijsko sjedište. Zajedničko je ovim otocima to što su oba povezana s kopnom iz samo po jednog otočnog naselja (Rogač i Vis), za razliku od drugih otoka Splitsko-dalmatinske županije (primjerice Brača i Hvara, ali su ti otoci i najnaseljeniji). Pri tome je otok Šolta najmanje udaljen od Splita i to 18 milja⁶ (osim otoka Čiovo koji je s kopnom ionako povezan mostom), dok je Vis s 35 milja najudaljeniji naseljeni otok splitskog arhipelaga.

⁶ Split - Rogač (Šolta); Split - Vis (Vis). Distance between cities (km, mi), Driving directions, road. Posjećeno 14.05.2024. na mrežnoj stranici: <https://za.toponavi.com/88382-88504>

Šolta ima frekventnu vezu s kopnom te trajektna linija Split-Rogač tijekom visoke sezone (srpanj i kolovoz) prometuje šest puta dnevno i jednom katamaranom, a u lipnju i rujnu ima pet polazaka trajektom i jedan brzi trajekt dnevno. U ostatku godine u pravilu postoje četiri dnevna polaska (Jadrolinija, 2024). Pomorska linija s gradom Splitom i Visom ostvaruje se kroz manji broj pomorskih linija u usporedbi sa Šoltom. Pomorska veza sa Splitom ostvaruje se katamaranskom brzom vezom i trajektima na liniji Split-Vis tijekom srpnja i kolovoza kroz do četiri polaska dnevno, uključujući i brzi trajekt/katamaran, dok u izvansezonskom periodu na ovoj liniji ima do tri polaska dnevno (Jadrolinija, 2024). Prema istraživanju (Podgorelec, 2023) otočnom stanovništvu manje je važna kvaliteta prijevoznih sredstava (brzina i udobnost katamarana i trajekata), a znatno važniji im je raspored i učestalost brodskih linija.

- Trajanje putovanja i vremenska dostupnost

Vremenska dostupnost korištenja javnog prijevoza važan je pokazatelj funkcionalnog statusa pojedinca. Otočani su prisiljeni putovati na kopno i to najčešće javnim prijevozom – brodom ili trajektom (86,1%; Podgorelec, 2013) i u tom je pogledu iznimno važna njihova stalna vremenska dostupnost. Vožnja trajektom od Splita do Šolte traje oko sat vremena, a katamaranom oko 30 minuta, dok je vožnja od Splita do otoka Visa puno duža, trajektom iznosi oko 2 sata i 30 minuta (katamaranom iznosi od 1,20 sati do 2 sata, ovisno o tome je li linija direktna ili se brod zaustavlja u Milni (Brač) ili u gradu Hvaru. S obzirom na to da dnevne prometne linije nisu učestale kao one na kopnenim područjima, planiranje putovanja bitna je odrednica kretanja stanovnika oba otoka. Jedino tako ostvaruju lakši pristup ostatku zemlje, brže i učinkovitije obave svakodnevne poslove, uključujući i potrebne zdravstvene i druge usluge. Time ujedno optimiziraju korištenje resursa i vrijeme, a na koncu smanjuju stres i nesigurnost povezanu s prijevozom. Stoga je ključno, prilikom planiranja plovidbenih linija, uspostaviti raspored plovidbe koji odgovara njihovim potrebama, posebno starijim stanovnicima otoka.

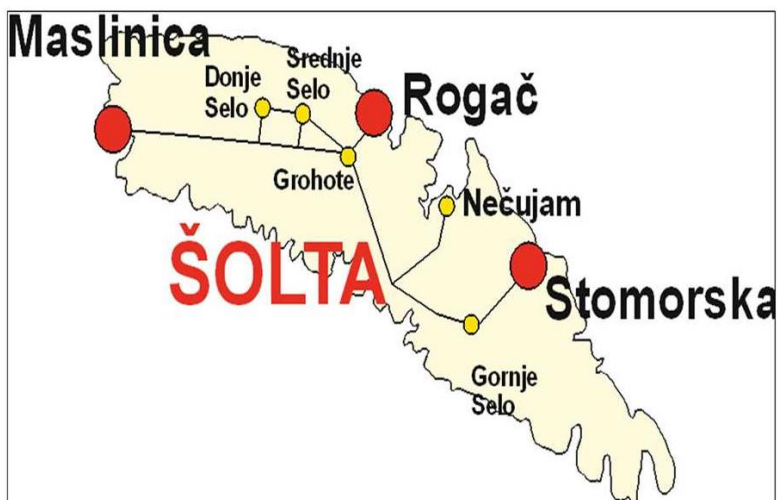
- Prilagođenost rasporeda plovidbe otočnim potrebama

Kada sagledavamo vezu između geografske udaljenosti otoka u odnosu na pristup zdravstvenoj skrbi i uslugama dugotrajne skrbi može se postaviti pitanje u kojoj mjeri javne politike i institucije oblikuju perifernost. Otoke Šoltu i Vis prvenstveno sagledavamo iz perspektive perifernosti gdje “centar predstavlja sjedište vlasti, a periferije ona zemljopisna područja koja su najudaljenija od centra, ali se još uvijek nalaze unutar teritorija koje kontrolira centar” (Rokkan i Urwin, 1983:2). Kada se uzme da u ovom slučaju ponajprije grad Split predstavlja centar, otok Šolta je zbog blizine kopna privilegiran, premda oba otoka

pripadaju istoj županiji, odnosno istoj jedinici područne (regionalne) samouprave u Hrvatskoj čije područje "predstavlja prirodnu, povijesnu, prometnu, gospodarsku, društvenu i samoupravnu cjelinu, a ustrojava se radi obavljanja poslova od područnoga (regionalnog) interesa" (Zakon o lokalnoj i područnoj (regionalnoj) samoupravi, NN 33/01, 60/01, 129/05, 109/07, 125/08, 36/09, 36/09, 150/11, 144/12, 19/13, 137/15, 123/17, 98/19, 144/20). Slijedom toga se otočna područja koja su u manjoj ili većoj mjeri periferna često suočavaju s povećanom razinom socijalne isključenosti zbog ograničenog pristupa uslugama, ali i kao što vidimo, slabije prometne povezanosti s kopnom.

Osim različite prometne povezanosti s kopnom, Otok Šolta ima samo jednu općinu, koja upravlja s osam naselja: Donje Selo, Gornje Selo, Grohote, Maslenica, Nečujam, Rogač, Srednje Selo i Stomorska, a koja povezuje gradska autobusna tvrtka koja obavlja prijevoz na otoku te ima veliki broj dnevnih linija koje imaju autobusno stajalište u svih osam naselja (Slika 3.). Osim toga, cijena putne karte niža je nego na Visu zato što je Šolta jedini otok na kojem prijevoz obavlja gradska tvrtka s djelatnošću organiziranja gradskog i prigradskog prometa, odnosno prijevoza putnika na području grada Splita i splitske aglomeracije. Slijedom toga, zanimljivo je ukazati i na činjenicu kako je posebnost Šolte da se povećao broj stanovnika u dva naselja koja nisu obalna, Donje i Gornje Selo (DZS, 2021).

Slika 3. Mreža autobusnih linija na otoku Šolti



Izvor: Promet d.o.o. Split, Mreža linija – Šolta 2024.

S druge strane, otok Vis karakterizira koncentracija stanovništva na dva obalna središta. U gradovima Visu i Komiži kao centralnim naseljima otoka živi 93% ukupnog stanovništva otoka (premda na otoku postoji još 15 naselja). Javni prijevoz je izravan, od Visa do Komiže

županijskom cestom (na Slici 4. označeno zelenom bojom). Dok autobusna vožnja traje samo 15-tak minuta, problem je što županijska cesta ŽC621, duljine 9,9 kilometara (Odluka o razvrstavanju javnih cesta u državne ceste, županijske ceste i lokalne ceste, NN 122/2008) ne obuhvaća niti jedno drugo naselje na otoku. Iako, postoji i „stara cesta“ (na Slici 4. označeno crvenom bojom) kojom je nekada prometovao autobus koji je imao stajališta duž otočnih naselja u unutrašnjosti otoka. Ukidanjem ove autobusne linije naselja Duboka, Borovik, Dračevo Polje, Marine Zemlje, Plisko Polje, Podhumlje, Podselje, Podstražje, Podšpilje i Žena Glava, ostala su prometno izolirana jer državnom cestom D117 (20,2 km) više ne prometuje javni prijevoz, nego se može putovati samo automobilom (autotaksi vozilom i sl.).

Slika 4. Državna cesta DC117 i županijska cesta ŽC6212 na otoku Visu



Izvor: Hrvatske ceste, Geoportal javnih cesta RH, 2024.

Razvojna strategija grada Visa upravo je kao jednu od slabosti (SWOT analiza) navela „lošu prometnu povezanost lokalnog stanovništva s ostalim naseljima otoka Visa“ (Grad Vis, 2020). To jasno ukazuje da slabija povezanost otočnih naselja na otoku Visu, uspoređi li se sa Šoltom, osim prometne izoliranosti dijela stanovništva, utječe na njihove mogućnosti da zadovolje bazične potrebe, među kojima je i djelotvoran pristup zdravstvenim uslugama i uslugama dugotrajne skrbi, ne samo u županijskom središtu (Splitu), već i na otoku. Naime, sagledamo li ponovno geografski položaj usluga na samom otoku (Poglavlja 5. i 6.),

zdravstvene su usluge te usluge dugotrajne skrbi primarno koncentrirane u samom otočnom središtu, odnosno gradu Visu.

Prometna se udaljenost otoka Visa u određenoj mjeri kompenzira nešto većom ponudom zdravstvenih usluga u odnosu na otok Šolta. Naime, u pogledu zdravstvene skrbi, otoci Šolta i Vis pripadaju Domu zdravlja Splitsko-dalmatinske županije. Glavni pružatelj zdravstvenih usluga u gradu Visu je Dom zdravlja Vis, zdravstvena ustanova čiji je osnivač Splitsko-dalmatinska županija. U gradu Visu svakodnevno, u dva turnusa, djeluje ordinacija obiteljske medicine u sklopu doma zdravlja. Svaka dva tjedna djeluje i specijalistička ginekološka ordinacija u koju liječnici dolaze iz Splita. Otok ima jednog fizioterapeuta, dok liječnik specijalist fizikalne medicine dolazi svaka dva tjedna iz Splita. Hitna medicinska služba organizirana je kao punkt pripravnosti s jednim liječničkim timom u gradu Visu. Tijekom sezone na raspolaganju su dva tima hitne službe. Na otoku djeluju dva stomatologa, po jedan u Visu i Komizi. Jednom tjedno na Vis dolazi radiolog iz Doma zdravlja Splitsko-dalmatinske županije. Komiza ima jednu ambulantu obiteljske medicine i jednog liječnika, RTG pregled obavlja se svaki dan po četiri sata, a očitavanje nalaza je na daljinu, telemedicinski. Dvije su ljekarne na otoku, po jedna u svakom gradu.

Za razliku od otoka Visa, Šolta ima manju ponudu zdravstvenih usluga jer na otoku djeluje samo jedna ambulanta opće/obiteljske medicine, u mjestu Grohote. U istom naselju djeluje ljekarna i stomatolog. Kako izgleda svakodnevni život stanovnika Šolte, po pitanju zdravstvenih usluga, možemo najbolje razumjeti čitajući Zapisnik s 29. sjednice općinskog vijeća Općine Šolta održane dana 18. svibnja 2023. godine u Općinskoj vijećnici, Grohote. Pod točkom 10. funkcioniranje zdravstvene skrbi na otoku rečeno je:

Načelnik, predlagatelj ove teme, iznosi kako bi mogao govoriti o problemima i kao pacijent, ali o tome neće. Želi reći u svezi radnog vremena doktora, a vezano uz stan kojeg Općina plaća za smještaj doktora. Pa navodi da u 7 sati ujutro Hitna odlazi sa otoka i do dolaska doktora iz Splita sa prvim trajektom, 1 sat vremena na Šolti nema nikoga od liječnika. Također, naglašava, doktor odlazi sa otoka poslijepodne u 17:30 ili 18:30, i u svoje radno vrijeme nisu tu, a Općina im plaća stan. Već 3-4 mjeseca nitko nije prespavao u stanu. Sve uvjete smo osigurali, ali problem je ostao. Izvješćuje da je razgovarao sa ravnateljstvom Doma zdravlja, ali ništa se nije promijenilo.

Predsjedatelj predlaže da se donese Zaključak da će Općinsko vijeće uputiti zahtjev Domu zdravlja SDŽ, Zavodu za Hitnu medicinu SDŽ i ostalim subjektima zdravstva o potrebi sastanka sa svima njima radi problema kod pružanja zdravstvene skrbi na Šolti.

Načelnik napominje da se sa Domom zdravlja i Hitnom nije odavno sjelo i razgovaralo kao što je to prije bio običaj. DVD je raskinuo ugovor sa Hitnom za prijevoz pacijenata. Smatra da bi trebalo imati Hitnu medicinu 24 sata. Treba zaštititi stanovnike Šolte i o ovome treba izvijestiti i Župana i Ministarstvo.

...ispred DVD-a kaže da su vozilo vratili, Hitna je imala samo sve više zahtjeva, a zauzvrat ništa nije nadoknađivala. Pitanje je što će biti ako vrate vozilo. Da li se ljetno dežurstvo može produžiti, od 1.6. do 30.09.

Načelnik kaže da se može, ali to jako mnogo košta i do sada.

Predsjedatelj predlaže konačan Zaključak: Općinsko vijeće uputiti će zahtjev, u roku 8 dana, Županu Splitsko-dalmatinske županije da sazove sastanak ravnatelja Domu zdravlja SDŽ, ravnatelja Zavoda za Hitnu medicinu SDŽ i ostalih subjekata zdravstva uključujući i Stomatološku ambulantu, a radi problema kod pružanja zdravstvene skrbi na Šolti (Općina Šolta, 2023).

Što se tiče dugotrajne skrbi u gradu Visu djeluje Dom za starije i nemoćne osobe Vis, kao ustanova socijalne skrbi utemeljen je 1964. godine, kapaciteta za 80 korisnika, dok otok Šolta nema institucionaliziranu skrb za starije osobe (vidi Poglavlje 6.).

Provedena analiza ukazala je kako je starijem stanovništvu otoka Visa zbog slabije unutarotočne cestovne povezanosti i zapravo potpune prometne izoliranosti većeg broja naselja, ali i manje frekventnih pomorskih veza sa Splitom i dužeg vremenskog perioda putovanja dodatno otežana dostupnost zdravstvenim uslugama te uslugama dugotrajne skrbi kojih nedostaje na otoku. Oni, u pravilu ne mogu u jednom danu obaviti potrebne specijalističke preglede, terapije i sl. u Splitu i vratiti se na otok, a u zimskim uvjetima situacija je zbog vremenskih uvjeta još teža jer su nerijetko odsječeni od ostataka županije. U usporedbi s kontinentalnom Hrvatskom, nigdje regionalni centar nije udaljen gotovo tri sata putovanja, uz još pola sata putovanja u slučaju grada Komize. Osim toga, dijelovi su otoka potpuno prometno izolirani.

Analiza je pokazala da naselja koja se nalaze dalje od otočnih luka uvelike ovise o kvaliteti cestovne infrastrukture, odnosno o kvaliteti, dostupnosti i učestalosti javnog prijevoza. Javni prijevoz otoka Visa baziran je na najbržoj cesti koja povezuje dva grada (Vis i Komižu), a pri tome je izostavljeno 10-ak naselja koja se nalaze u unutrašnjosti otoka. Time su stanovnici ovih naselja izolirani i u samoj dostupnosti zdravstvenih i drugih usluga. U budućnosti, ovakav pristup zasigurno će utjecati na daljnju depopulaciju stanovnika tih naselja, gdje je ostalo uglavnom malobrojno starije stanovništvo, i možemo reći da se ona danas nalaze pred demografskim izumiranjem, iako su ta naselja povijesno bila dobro naseljena (postojala je i škola) te je potrebna revitalizacija ovih otočnih naselja. Održavanje nerentabilnih autobusnih linija u budućnosti zasigurno može pridonijeti revitalizaciji ovih područja. S druge strane, unatoč ranije spomenutim izazovima, otok Šolta ima kvalitetnu cestovnu povezanost neobalnih naselja međusobno što je rezultiralo povećanjem broja stanovnika i dostupnošću zdravstvenih usluga na otoku. Osim toga, učestalost brodskih linija s gradom Splitom pridonosi kvaliteti života otočnog starijeg stanovništva jer u jednom danu mogu obaviti potrebne zdravstvene usluge te se vratiti na otok zahvaljujući frekventnom cestovnom i pomorskom prijevozu.

Da bi se unaprijedila dostupnost zdravstvenih i usluga dugotrajne skrbi od izrazite je važnosti omogućiti daljnja ulaganja u prometnu cestovnu infrastrukturu na otocima uz poticanje daljnjeg razvoja pomorskog prometa što je od značaja kako za otoke koji su bliže kopnu, tako i za one najudaljenije. Otočno zdravstvo razlikuje se od ostalih sustava zdravstvene zaštite, posebno po tome što su im dostupni ograničeni resursi. S globalizacijom i klimatskim promjenama, stanovništvo otoka postalo je i sve osjetljivije na prirodne katastrofe i globalne pandemije. Povećanje prometne pristupačnosti preduvjet je za ostvarivanje kvalitetne zdravstvene zaštite svih stanovnika otoka, a posebice starijih osoba. Za njih je iznimno bitna i dobra integracija zdravstvenih usluga s uslugama dugotrajne skrbi. Prema Izvješću o učincima provedbe Zakona o otocima u 2022. godini (Ministarstvo regionalnoga razvoja i fondova Europske unije, 2023) Hrvatska je u razdoblju 2006.-2022. u razvoj otoka ukupno uložila 37,45 milijardi kuna. Od toga je u zdravstvo uloženo 1,1% (384 mil. kuna) te socijalnu skrb 0,3% (112 mil. kuna), što je zasigurno nedovoljno. Smještajni kapaciteti za pružanje dugotrajne skrbi nedostatni su s obzirom na povećanje broja starijeg stanovništva otoka. Također je potrebno uspostaviti bolje mehanizme i kvalitetu izvaninstitucionalne skrbi koja bi pratila stvarne potrebe otočana. Ohrabrujuće je što je u istom periodu u prometnu povezanost i

prometnu infrastrukturu uloženo 43% (16 mlrd. kuna), premda je to najvećim dijelom vezano uz razvoj turističke ponude i sezonskih usluga.

8. ZAKLJUČAK

Hrvatska je suočena s izrazitim trendom starenja stanovništva koji zahtjeva odgovarajuću reakciju (DZS, 2021; European Commission, 2021). Osobe starije životne dobi, posebno koje žive na otocima, često ostaju same, društveno i prometno izolirane, a pristup zdravstvenim uslugama te uslugama dugotrajne skrbi im je značajno otežan. Starenje stanovništva te sve veća potreba za dugotrajnom skrbi općenito gledano zahtjeva dodatne napore države glede prilagodbe zdravstvenog sustava i sustava dugotrajne skrbi te njihovu djelotvorniju organizaciju i funkcioniranje u rješavanju izazova sukladno potrebama sve većeg broja starijeg stanovništva. To je dodatno izraženo, a traži i inovativne pristupe, kada se osvrnemo na izoliranija i prometno slabije povezana područja kao što su otočna područja. Kao što je pokazala ova analiza, osim općenitih izazova s kojima se nose analizirani sustavi zdravstva i dugotrajne skrbi poput, primjerice, nedostatka sredstava, nedovoljnog broja liječnika te drugog osoblja, nedostatka opreme te samih usluga, uključivši njihovu prostorno neravnomjernu zastupljenost te neprilagođenost potrebama korisnika, sama prometna povezanost otoka s kopnom te cestovna povezanost između naselja na otocima bitno određuje pristup uslugama i važan je čimbenik za zdravlje i aktivno starenje otočnog stanovništva. Potonje je postalo sve izraženije i zbog ukidanja linija koje su ranije djelovale na otocima.

Dok su same usluge općenito slabo razvijene i teško dostupne na hrvatskim otocima – posebno specijalizirane usluge te usluge dugotrajne skrbi – detaljnija analiza otoka Šolte i Visa koja već ionako slabo razvijene usluge stavlja u kontekst slabe prostorne i prometne povezanosti ukazuje na dodatne izazove s kojima se otočno stanovništvo nosi, a posebice starije stanovništvo s kroničnim bolestima i u potrebi za intenzivnijom skrbi. Prometna pristupačnost koja je ključna za ostvarivanje pravodobne i kvalitetne zdravstvene zaštite svih stanovnika otoka, a posebice starijih osoba, daleko je od zadovoljavajuće. Slično je i s integracijom zdravstvenih usluga s uslugama dugotrajne skrbi. Osim općenito slabe povezanosti s kopnom oba otoka, posebice zabrinjava potpuna prometna izolacija dijela naselja u unutrašnjosti otoka Visa, koji je i sam po sebi prostorno izoliraniji zbog veće udaljenosti od kopna, a na kojem neka naselja u unutrašnjosti uopće nisu povezana autobusnim – a time i trajektnim – linijama što znatno otežava pristup uslugama. Stoga se radi o čimbeniku o kojem treba više voditi računa pri planiranju socijalnih usluga. Osim toga, kada

govorimo o starijem stanovništvu, slaba prometna povezanost (unutar) otoka vrlo lako doprinosi i socijalnoj isključenosti, koja u kombinaciji s otežanim pristupom uslugama može znatno narušiti kvalitetu života te onemogućiti aktivno starenje.

Slijedom toga nužne su reforme kako zdravstvenog sustava, tako i sustava dugotrajne skrbi, a u cilju poboljšanja dostupnosti, priuštivosti i kvalitete usluga na otocima. Ova analiza jasno ukazuje kako je potrebno staviti naglasak na razvoj skrbi unutar zajednice, jer osim što se time može pružiti bolja kvaliteta usluge, omogućava se i brža i lakša procjena potreba korisnika te pravodobno pružanje specifičnih usluga prilagođenih potrebama stanovništva lokalne zajednice. Usluge moraju biti planirane tako da odgovaraju potrebama regija i njihovim specifičnostima, odozdo prema gore, a ne da slijede jedinstveni model. Pri tome je nužno dobro sagledati i sam model upravljanja tim uslugama, posebice u pogledu potrebne uloge središnje države i lokalnih sredina, kako po pitanju financiranja tako i po pitanju organiziranja samih usluga, a kako bi se regionalne nejednakosti u samom pristupu kvalitetnim i priuštivim uslugama svele na minimum. Naime, postoje razni izazovi u tom pogledu, posebice zbog toga što decentralizacija i davanje veće uloge jedinicama lokalne samouprave u organizaciji zdravstvene zaštite i usluga dugotrajne skrbi može i negativno utjecati na kvalitetu zdravstvene zaštite i samih usluga, a ujedno i povećati cijene te u konačnici može rezultirati daljnjim te novim nejednakostima u zdravlju stanovnika. Slično ukazuju i istraživanja na drugim područjima pružanja usluga (usp. Dobrotić i Matković, 2023). Isto tako, Babić i Šućur (2022) upozoravaju na opće pravilo u kojem razvijeniije jedinice lokalne samouprave više ulažu u programe socijalne skrbi što uzrokuje, osim neravnomyernog gospodarskog razvoja, kompromitiranost osnovnog načela jednakosti u pristupu socijalnoj skrbi. Ne iznenađuju stoga niti u ovom radu izneseni podaci koji pokazuju da su starije osobe u Hrvatskoj izrazile veći stupanj nezadovoljstva u odnosu na prosjek državljana EU po pitanju geografske dostupnosti zdravstvenih usluga.

Iako fokusirana na otoke, ova analiza jasno ukazuje kako javne politike trebaju se usmjeriti prema ujednačavanju regionalnog razvoja kao glavne sastavnice održivog rasta Hrvatske. Zdravlje stanovništva ključno je za postizanje kako društvenog, tako i gospodarskog razvoja. U izradi budućih strategija bitno je voditi računa o geografskim specifičnostima otočnih područja, jer se događa da su neka naselja potpuno prometno izolirana, a usluge ionako slabije razvijene i dostupne. Ujedno, prilikom planiranja mjera za postizanje ravnomyernog regionalnog razvoja, bitno je sagledati razvojne potencijale i specifičnosti svake regije. Budućnost razvoja otoka je osim usmjerenosti na turizam, i u ostvarenju drugih turističkih

potencijala otoka. Povoljna klima hrvatskih otoka, njezine prirodne ljepote te postojanje tradicije specijaliziranih klimatskih lječilišta, daje dobru perspektivu za razvoj zdravstvenog turizma. Isto tako, primjena današnjih digitalnih tehnologija u zdravstvu je u porastu te pruža priliku otocima (kao i drugim udaljenim područjima Hrvatske) da se ostvare kao predvodnik promjena i postanu središta primjena inovacija u zdravstvu. Istodobno treba raditi na privlačenju mladih zdravstvenih radnika jer zbog nedostatka profesionalnih izazova i mogućnosti usavršavanja mogu se i oni osjećati izoliranima na otocima.

Slabosti funkcioniranja usluga dugotrajne skrbi su u njezinoj „nevidljivosti“ unutar sustava socijalne skrbi. Potrebno je poboljšati usluge pomoći i njege u kući te uzeti u obzir potrebe današnjih starijih osoba koje se bitno razlikuju od potreba ranijih generacija, a također pružiti i razvijati psihosocijalnu podršku neformalnim njegovateljima na svakoj razini. Osim državne razine (vlada, ministarstva, zavodi i agencije) bitna je i uključenost lokalne zajednice. Stoga su programi, od kojih je najpoznatiji projekt „Zaželi“, u kojima su krajnji korisnici starije osobe, pozitivan korak prema deinstitutionalizaciji dugotrajne skrbi zbog uključivanja jedinica lokalne i područne (regionalne) samouprave, neprofitnih organizacija i ustanova koje imaju registriranu djelatnost pružanja usluga starijim osobama. Time lokalna zajednica dobiva sve veću ulogu i mogućnost za stvaranje povoljnog okruženja za razvoj civilnog društva i stvaranju preduvjeta za ravnomjeran razvoj svih hrvatskih regija. No, činjenica je da se i uz ovaj program vežu teškoće (npr. pitanje održivosti programa, kvalitete usluga, radnih uvjeta i plaća, vidi Dobrotić i Zrinščak, 2023) te je ključno napraviti i evaluaciju projekata kako bi se osigurala održivost usluge koja je posebno važna za starije osobe, a sve u cilju poboljšanja kvalitete njihova života, zdravstvenih ishoda i socijalne uključenosti. Također, osim transparentne objave natječaja potrebno je na jednom mjestu objaviti popis odobrenih projekata (npr. na stranicama nadležnog ministarstva ne mogu se pronaći podaci o broju dodijeljenih ugovora na pojedinom otoku u okviru projekta „Zaželi“).

Zaključno, razina usluga je ključna za kvalitetu života na otocima, a njezina dostupnost značajno varira ovisno o veličini otoka, broju stanovnika, udaljenosti od kopna te gospodarskoj i turističkoj razvijenosti. Isto tako, prometna povezanost bitno utječe na razvojni potencijal otoka, a ujedno predstavlja velike izazove za pružanje zdravstvenih usluga i usluga dugotrajne skrbi i u konačnici, kvalitetu života starijih stanovnika otoka. Stoga je od ključne važnosti postaviti nove paradigme i krenuti od činjenice da je povećanje životnog vijeka jedno od najvećih dostignuća čovječanstva koji traži nove pristupe u izazovu suvremenog društva. Do sada su europske, kao i nacionalne politike, zakazale na području razumijevanja i

„hvatanja u koštac“ s demografskom stvarnošću, a samim time i prilagodbama zdravstvenih usluga i usluga dugotrajne skrbi te prometne dostupnosti jer je to zahtijevalo promjenu u načinu razmišljanja i ponašanja prema starosti i starenju. Pitanja vezana za starenje stanovništva dugo su bila zapostavljena i na margini europskih i nacionalnih politika, rascjepkana i pojmovno nedorečena, a sada polako dobivaju na sve većoj važnosti od strane donositelja odluka. Hrvatska suočena s izazovima starenja treba raditi na usklađenju politika i smjernica uz primjenu najboljih praksi te razvijati multidisciplinarni pristup u cilju kvalitetnijeg i aktivnog života starijih osoba. Bez promjene sadašnje perspektive u paradigmatu koncepta aktivnog starenja i korištenja svih prednosti „dividende dugovječnosti“ ništa se bitno u budućnosti neće dogoditi.

Popis slika

Slika 1. Stanovništvo prema dobnim skupinama, EU-27, 2001.–2070., str 5

Slika 2. Stanovništvo Hrvatske prema starosti, Popis stanovništva 2021. str 6

Slika 3. Promet d.o.o. Split, Mreža linija – Šolta (2024), str. 49

Slika 4. Državna cesta DC117 i županijska cesta ŽC6212 na otoku Visu, str. 50

Popis tablica

Tablica 1. Zdravstvene ustanove na otocima, str. 31

Tablica 2. Ispostave županijskih zavoda za hitnu medicinu na otocima (2023.), str 34

Tablica 3. Smještaj i pomoć u kući na otocima, str. 41

LITERATURA

1. Abrahamson, P. (1995). Social Exclusion in Europe: Old Wine in New Bottle? *Družboslovne razprave*, 11 (19-20), 119-136.
2. Age platform Europe (2012). *EY2012 for Active Ageing and Solidarity between Generations*. Posjećeno 24.04.2024. na mrežnoj stranici: <https://www.age-platform.eu/european-year-2012/>
3. Arbanas, D. (2020). *Promjene u ljekarništvu u pandemiji COVID-19*. Posjećeno 28.04.2024. na mrežnoj stranici: <https://hrcak.srce.hr/en/file/355105>
4. Babić, Z. (2010). *Izdaci za socijalnu zaštitu u Hrvatskoj – usporedba sa zemljama Europske unije*. <https://hrcak.srce.hr/file/90294>
5. Babić Z., Šimunković G., (2021). *Koncept socijalnih investicija u zdravstvenom sustavu*. Posjećeno 20.03.2024. na mrežnoj stranici: <https://hrcak.srce.hr/file/426948>
6. Babić, Z., Šućur, Z. (2022). The Matthew Effect in Local Welfare Policy in Croatia. *Croatian and Comparative Public Administration*, (22) 1: 159-186.
7. Bađun, M. (2016). *Financiranje domova za starije i nemoćne osobe u Hrvatskoj*. Posjećeno 12.03.2024. na mrežnoj stranici: <http://bib.irb.hr/datoteka/822265.1370-4538-1-PB.pdf>
8. Bara, M. (2013). *Povratne umirovljeničke migracije na hrvatskim otocima*. Posjećeno 12.05.2024. na mrežnoj stranici: <https://hrcak.srce.hr/en/file/165810>
9. Barkan, S. (2016). *Sociology: Understanding and changing the social world*. University of Minnesota Libraries Publishing, 2016.
10. Bežovan, G. (2018). *Evaluacija procesa privatizacije mirovinskog sustava u Hrvatskoj*. Posjećeno 20.03.2024. na mrežnoj stranici: <https://hrcak.srce.hr/file/320253>
11. Bobinac (2017). Pristup zdravstvenim uslugama u Hrvatskoj. *Centar za mirovne studije*, 2017. str. 14.
12. Bošan-Kilibarda, I. (2016). Hitna helikopterska medicinska služba u Dubrovniku je neophodna, potrebna i korisna. *Glasilo HMS*, (7) 04:11.
13. Buchanan J., Ward D., Marrikiyi E., Turner J., Palmer D. (2024). Keeping Old People's Spirit Healthy Through Education. *Social Inclusion. Open Access Journal 2024*. Volume 12. Article 7541.

14. Buljan A., Šimović H. (2022). *Učinkovitost hrvatskog zdravstvenog sustava - usporedba sa zemljama Europske unije*. Posjećeno 12.05.2024. na mrežnoj stranici: <https://hrcak.srce.hr/file/426943>
15. Bušić, M., Jurković, D., Paun, T., Baričević I.-K., Talač, D. (2021). *Prijedlog programa mjera za financijsku stabilizaciju i strukturnu reformu zdravstvenog sustava*. Zagreb: Udruga poslodavaca u zdravstvu.
16. Christiansen, T., et.al. (2006). *Demographic changes and aggregate health-care expenditure in Europe*. ENEPRI research report. Posjećeno 16.03.2024. na mrežnoj stranici: <https://cdn.ceps.eu/wp-content/uploads/2009/08/1423.pdf>
17. Cornet, G. (2014). *Europe's 'Silver Economy': A potential source for economic growth?* Posjećeno 28.05.2024. na mrežnoj stranici: <https://journal.gerontechnology.org/archives/2262-2739-1-SM.pdf>
18. Dobrotić, I. (2016). Razvoj i poteškoće sustava skrbi za starije osobe u Republici Hrvatskoj. *Društvena istraživanja : časopis za opća društvena pitanja*, Vol. 25 No. 1, 2016.
19. Dobrotić, I., Matković, T. (2023). Understanding territorial inequalities in decentralised welfare systems: early childhood education and care system expansion in Croatia. *Public Sector Economics*. (47) 1: 89-110.
20. Dobrotić I., Zrinščak S. (2022). (Active) Ageing, Gender and Social Policy Reforms: The Case of Pension and Eldercare Reforms in Croatia. *Well-Being and Extended Working Life: A Gender Perspective* (str. 194-209). London, New York (NY): Routledge.
21. Dobrotić, I., Zrinščak, S., Stubbs, P. (2023). Ambivalent Europeanization: Work, Family and Nation in Restructuring of Social Welfare in Croatia. In: S. C. Sanchez, P. A. R. Rodriguez (eds.) *La sonrisa de Europa: El Estado del bienestar en el proceso de integración europea*. (str. 99-131). Madrid: Marcial Pons.
22. Duplančić-Leder, T., Ujević, T. i Čala, M. (2004). Coastline lengths and areas of islands in the Croatian part of the Adriatic sea determined from topographic maps at the scale of 1: 25 000. *Geoadria*, (9) 1: 5-32.
23. DZS - Državni zavod za statistiku (2011). *Popis stanovništva 2011*. Posjećeno 18.03.2024. na mrežnoj stranici: <https://dzs.gov.hr/u-fokusu/popis-2021/popis-2011/1514>

24. DZS - Državni zavod za statistiku (2021). *Popis stanovništva 2021*. Posjećeno 16.03.2024. na mrežnoj stranici: <https://dzs.gov.hr/u-fokusu/popis-2021/88>
25. DZS - Državni zavod za statistiku (2022). *Migracija stanovništva Republike Hrvatske u 2021*. Posjećeno 18.04.2024. na mrežnoj stranici: <https://podaci.dzs.hr/2022/hr/29030>
26. DZS - Državni zavod za statistiku (2024). *Pokazatelji siromaštva i socijalne isključenosti u 2023*. Posjećeno 20.03.2024. na mrežnim stranicama: <https://podaci.dzs.hr/2024/hr/77038>
27. Eterović I. (1994). Posebnosti zdravstvene zaštite na otocima. *Društvena istraživanja: časopis za opća društvena pitanja*, Vol. 3 No. 4-5 (12-13), 1994.
28. European Commission (2019a), *Croatia Health Care & Long-Term Care Systems*. Posjećeno 20.03.2024. na mrežnoj stranici: https://economy-finance.ec.europa.eu/document/download/826dcf20-5777-4639-ae51-4cb6a69fbde8_en?filename=joint-report_hr_en.pdf&prefLang=hu
29. European Commission (2019b). *State of Health in the EU Croatia Country Health Profile 2019*. Posjećeno 16.03.2024. na mrežnoj stranici: https://health.ec.europa.eu/document/download/dfea5c74-dc20-4b2f-ad9a-c3ef88b5ff91_pl?filename=2019_chp_hr_english.pdf
30. European Commission (2021). *Economic & Budgetary Projections for the EU Member States (2019-2070)*. The 2021 Ageing Report. Posjećeno 8.05.2024. na mrežnoj stranici: https://economy-finance.ec.europa.eu/system/files/2021-10/ip148_en.pdf
31. European Commission (2022). *Council Recommendation of 8 December 2022 on access to affordable high-quality long-term care*. Posjećeno 12.04.2004. na mrežnoj stranici: [https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:32022H1215\(01\)&from=EN](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:32022H1215(01)&from=EN)
32. European Commission (2023). *State of Health in the EU*. Posjećeno 12.06.2004. na mrežnoj stranici: https://health.ec.europa.eu/system/files/2024-01/2023_chp_hr_croatian.pdf
33. European Commission (2024). *European Economy, Ageing Report. Economic & Budgetary Projections for the EU Member States (2022-2070)*. Posjećeno 20.04.2024. na mrežnoj stranici: https://economy-finance.ec.europa.eu/system/files/2024-04/2024_ee_ar_en.pdf

finance.ec.europa.eu/document/download/971dd209-41c2-425d-94f8-e3c3c3459af9_en?filename=ip279_en.pdf

34. Europska komisija (2017). *Europski stup socijalnih prava*. Posjećeno 21.04.2024. na mrežnoj stranici: <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/ce37482a-d0ca-11e7-a7df-01aa75ed71a1/language-hr/format-PDF/source-62666461>
35. Europska komisija (2020a). *Izvešće Komisije Europskom parlamentu, vijeću, europskom gospodarskom i socijalnom odboru i odboru regija o utjecaju demografskih promjena*. Posjećeno 23.04.2024. na mrežnoj stranici: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/HR/ALL/?uri=CELEX:52020DC0241>
36. Europska komisija (2020b). *Izvešće za Hrvatsku 2020: Ocjena napretka u provedbi strukturnih reformi te sprječavanju i uklanjanju makroekonomskih neravnoteža i rezultati detaljnih preispitivanja u skladu s Uredbom (EU) br. 1176/2011; COM (2020) 150 final*.
37. Europska komisija (2021a). *Zelena knjiga o starenju: Poticanje međugeneracijske solidarnosti i odgovornosti*. Posjećeno 29.03.2024. na mrežnoj stranici: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/HR/TXT/PDF/?uri=CELEX:52021DC0050>
38. Europska komisija (2021b). *Program „EU za zdravlje” 2021.–2027. – vizija za zdraviju Europsku uniju*. Posjećeno 23.04.2024. na mrežnoj stranici: https://health.ec.europa.eu/funding/eu4health-programme-2021-2027-vision-healthier-european-union_hr
39. Europski socijalni fond (2024). *Zaželi – prevencija institucionalizacije*. Posjećeno 30.06.2024. na mrežnoj stranici: <https://esf.hr/esfplus/natjecaji/socijalno-ukljucivanje/zazeli-prevencija-institucionalizacije/>
40. European Observatory on Health Systems and Policies (2022). *Croatian Health system summary*. Posjećeno 10.06.2024. na mrežnoj stranici: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/361153/9789289059060-eng.pdf?sequence=1>
41. Europska Konvencija za zaštitu ljudskih prava i temeljnih sloboda, *Međunarodni ugovori*, 18/97, 6/99, 14/02, 13/03, 9/05, 1/06, 2/10, 13/17.
42. Europska socijalna povelja (1996). *Vijeće Europe*. Posjećeno 21.04.2024. na mrežnoj stranici: <https://rm.coe.int/168047e017>

43. Europski parlament, Picula, T. (2022). Islanders deserve fair living conditions. Posjećeno 21.03.2024. na mrežnoj stranici: <https://toninopicula.com/en/parliament-activities/islanders-deserve-fair-living-conditions/a3491>
44. Eurostat (2020). *Stanovništvo prema dobnim skupinama, EU-27, 2001.–2070.* Posjećeno 18.03.2024. na mrežnim stranicama: <https://ec.europa.eu/eurostat>
45. Eurostat (2021). *EU statistics on income and living conditions.* Posjećeno 30.06.2024. na mrežnoj stranici: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/microdata/european-union-statistics-on-income-and-living-conditions>
46. Eurostat (2023). *Population projections in the EU.* Posjećeno 05.04.2024. na mrežnoj stranici: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population_projections_in_the_EU#Ageing_society
47. Eurostat (2024a). *Proportion of population aged 65 and over.* Posjećeno 24.06.2024. na mrežnoj stranici: <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00028/default/table?lang=en>
48. Eurostat (2024b). *Life expectancy by age and sex.* Posjećeno 21.03.2024. na mrežnoj stranici: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/demo_mlexpec/default/table
49. Eurostat (2024c.). *Healthy life years at birth by sex.* Posjećeno 04.03.2024. na mrežnoj stranici: <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00150/default/table?lang=en>
50. Eurostat (2024d). *Living conditions in Europe - poverty and social exclusion.* Posjećeno 21.03.2024. na mrežnoj stranici: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Living_conditions_in_Europe_-_poverty_and_social_exclusion#Poverty_and_social_exclusion
51. Filipić, P. (1995). Mediteranskih "Deset zapovjedi" za Hrvatsko 21. stoljeće. *Mediteranski koncept gospodarskog razvitka Hrvatske* (35-42). Split: Ekonomski fakultet i Županijska komora.
52. Filipić, P., Starc, N. (2023). Indeks sreće stanovnika hrvatskih otoka u zimu 2022/23. Rad pripremljen za simpozij: „Otok za stolom: Mediteranska prehrana između globalnih procesa i otočnih znanja“ (28-30 rujna 2023), Jelsa.
53. Martens, K., Lucas, K. (2018). Perspectives on transport and social justice. *Handbook on Global Social Justice* (351-370). Edward Elgar publishing.
54. Gašparović, S. (2016). Teorijske postavke prometne marginaliziranosti. *Hrvatski geografski glasnik* (78) 1: 73–95.

55. Godišnje statističko izvješće o domovima i korisnicima socijalne skrbi u Republici Hrvatskoj u 2021. godini (2021b). Zagreb: Vlada Republike Hrvatske, Ministarstvo rada, mirovinskog sustava, obitelji i socijalne politike.
56. Henjak, A. (2028). *Lojalnost, glas ili izlazak: izborna participacija i potpora novim strankama u Hrvatskoj*. Posjećeno 12.04.2024. na mrežnoj stranici: <https://hrcak.srce.hr/file/289882>
57. Havelka, M., Despot-Lučanin, J., Despot, D. (2000). *Potrebe starijih osoba za cjelovitim uslugama skrbi u lokalnoj zajednici*. Posjećeno 12.04.2024. na mrežnoj stranici: <https://hrcak.srce.hr/file/47309>
58. Havelka, M. (2001). *Skrb za starije ljude u Hrvatskoj - potreba uvođenja novih modela*. Posjećeno 25.04.2024. na mrežnoj stranici: <https://hrcak.srce.hr/file/30618>
59. Hrvatski zavod za hitnu medicinu (2024). *Uspostava hitne pomorske medicinske službe brzim brodicama*. Posjećeno 18.04.2024. na mrežnoj stranici: <https://www.hzhm.hr/projekti/uspstava-hitne-pomorske-medicinske-sluzbe-brzim-brodicama>
60. Hrvatski zavod za javno zdravstvo (2022). *Izvršena samoubojstva u Hrvatskoj, 2022*. Posjećeno 25.04.2024. na mrežnoj stranici: <https://www.hzjz.hr/sluzba-epidemiologija-prevenција-nezaraznih-bolesti/izvršena-samoubojstva-u-hrvatskoj-2022/>
61. Hrvatski zavod za zapošljavanje (2024). *Za provedbu projekata u sklopu programa "Zaželi" u Zagrebu uručeni ugovori vrijedni gotovo 36 milijuna eura*. Posjećeno 10.06.2024. na mrežnoj stranici: <https://www.hzz.hr/za-provedbu-projekata-u-sklopu-programa-zazeli-u-zagrebu-uruceni-ugovori-vrijedni-gotovo-36-milijuna-eura/>
62. Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (2024). *Ugovoreni sadržaji zdravstvene zaštite u RH*. Posjećeno 21.05.2024. na mrežnoj stranici: <https://hzzo.hr/zdravstvena-zastita/zdravstvena-zastita-pokrivena-obveznim-zdravstvenim-osiguranjem/ugovoreni>
63. Jadrolinija (2024). Državna trajektna linija br. 636 Rogač (Šolta) - Split i obratno. Red plovidbe za 2024. godinu. Posjećeno 1.06.2024. na mrežnoj stranici: <https://www.jadrolinija.hr/download/a9d5cc07103a591bf850649286d12482>
64. Jadrolinija (2024). Državna trajektna linija br. 602 Split - Vis i obratno. Red plovidbe za 2024. godinu. Posjećeno 1.06.2024. na mrežnoj stranici: <https://www.jadrolinija.hr/download/b649da2dd85c04ee5f6b5904a661bffa>

65. Izvješće o poslovanju HZZO-a za 2022. godinu (2023). Zagreb: Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje.
66. *Izvješće o provedbi „Strategije socijalne skrbi za starije osobe u Republici Hrvatskoj za razdoblje od 2017. do 2020. godine“* (2021a). Zagreb: Vlada Republike Hrvatske, Ministarstvo rada, mirovinskog sustava, obitelji i socijalne politike.
67. *Izvješće o radu hrvatske liječničke komore za 2023. godinu* (2023). Zagreb: Hrvatska liječnička komora.
68. *Izvješće o starenju Starog kontinenta – mogućnosti i izazovi povezani s politikom starenja poslije 2020.* (2021). Bruxelles: Europski parlament.
69. *Izvješće o učincima provedbe Zakona o otocima za 2021. godinu* (2022). Zagreb: Vlada Republike Hrvatske, Ministarstvo regionalnoga razvoja i fondova Europske unije.
70. *Izvješće o učincima provedbe Zakona o otocima za 2022. godinu.* (2023). Zagreb: Vlada Republike Hrvatske, Ministarstvo regionalnoga razvoja i fondova Europske unije.
71. Jedvaj, S., Štambuk, A., Rusac, S. (2014). Demografsko starenje stanovništva i skrb za starije osobe u Hrvatskoj. Posjećeno 11.05.2024. na mrežnoj stranici: <https://hrcak.srce.hr/file/261747>
72. Korenčić M. (1979). Naselja i stanovništvo SR Hrvatske 1857-1971. *Djela JAZU, knj. 54.* (str. 212-218). Zagreb: JAZU
73. Kovač, N. (2013). Financiranje zdravstva – situacija u Hrvatskoj, *Ekonomski vjesnik*, 2: 551-563.
74. Liječničke novine (2023). Kakva je budućnost telemedicine u Hrvatskoj? *Glasilohrvatske liječničke komore*, 220:17.
75. Magdalenić, I., Župančić, M. (1997). *Socijalno-demografske skice šest područja Republike Hrvatske.* Posjećeno 12.05.2024. na mrežnoj stranici: <https://hrcak.srce.hr/clanak/177381>
76. Malcom, S (2011). *Age Discrimination, Ageism in Employment and Service Provision* (Farnham: Gower Publishing Limited, 2011).
77. Marinković, V. (2018). *Hrvatski otoci – uvid u prometno-geografske značajke dostupnosti.* Posjećeno 15.05.2024. na mrežnoj stranici: <https://hrcak.srce.hr/file/321075>

78. Marsillas i sur. (2017). *Does active ageing contribute to life satisfaction for older people? Testing a new model of active ageing*. Posjećeno 05.05.2024. na mrežnoj stranici: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28936139/>
79. Marshall, G. (Ur.) (2009). *A dictionary of sociology*. Oxford: Oxford University Press.
80. Matić, R. (2018). *Odnos hrvatskoga društva prema starijim osobama. Ispit humanosti i vizije budućnosti*. Posjećeno 09.05.2024. na mrežnoj stranici: <https://hrcak.srce.hr/file/312911>
81. Medix (2022). KBC u izvanrednim okolnostima – kako uspješno prebroditi zdravstvenu krizu, *Specijalizirani medicinski mjesečnik*, br. 152.
82. *Registar pravnih i fizičkih osoba koje obavljaju djelatnost socijalne skrbi* (2024). Zagreb: Vlada Republike Hrvatske, Ministarstvo rada, mirovinskog sustava, obitelji i socijalne politike.
83. *Registar otoka* (2024). Zagreb: Vlada Republike Hrvatske, Ministarstvo regionalnoga razvoja i fondova Europske unije.
84. *Otoci*. Zagreb: Vlada Republike Hrvatske, Ministarstvo regionalnoga razvoja i fondova Europske unije. Posjećeno 12.04.2024. na mrežnoj stranici: <https://razvoj.gov.hr/o-ministarstvu/djelokrug-1939/otoci-i-priobalje/3834>
85. Mreža hitne medicine. *Narodne novine*, br. 134/2023.
86. Nacionalna razvojna strategija Republike Hrvatske do 2030. godine. *Narodne novine*, br. 13/2021.
87. *Nacionalni plan razvoja otoka za 2021. - 2027. godine* (2021). Zagreb: Vlada Republike Hrvatske, Ministarstvo regionalnoga razvoja i fondova Europske unije.
88. *Nacionalni plan razvoja socijalnih usluga za razdoblje od 2021. do 2027.* (2021c). Zagreb: Vlada Republike Hrvatske, Ministarstvo rada, mirovinskog sustava, obitelji i socijalne politike.
89. *Nacionalni plan razvoja zdravstva za razdoblje od 2021. do 2027. godine* (2021a). Zagreb: Vlada Republike Hrvatske, Ministarstvo zdravstva.
90. *Nacionalni plan razvoja zdravstva za razdoblje od 2021.-2027.* (2021b). *Prilog 3. Nacionalni portfelj ulaganja u zdravstvo i dugotrajnu skrb*. Zagreb: Vlada Republike Hrvatske, Ministarstvo zdravstva.
91. *Nacionalni program razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj 2017. - 2020.* (2017). Zagreb: Vlada Republike Hrvatske, Ministarstvo zdravstva.

92. Nejašmić, I, Mišetić, R. (2006). *Depopulacija otoka Visa*. Posjećeno 24.05.2024. na mrežnoj stranici: <https://hrcak.srce.hr/file/25256>
93. Nejašmić, I. (2013). Demografsko starenje na hrvatskim otocima. *Migracijske i etničke teme*. 2: 141–168.
94. Nejašmić, I. (2011). Consequences of future demographic changes in Croatia. *Acta Geographica Croatica*, (38) 1: 1-14.
95. Nejašmić I., Toskić A. (2013). *Starenje stanovništva u Hrvatskoj – sadašnje stanje i perspektive*. Posjećeno 14.05.2024. na mrežnoj stranici: <https://hrcak.srce.hr/105890>
96. *Nema zemlje za starce* (2007). No Country for Old Men, film
97. Obadić, A., Smolčić, Š. (2008). *Ekonomске i socijalne posljedice procesa starenja*. Posjećeno 15.03.2024. na mrežnoj stranici: <https://hrcak.srce.hr/en/file/59980>
98. *Obrazac prethodne procjene za izmjene Zakona o nacionalnoj naknadi za starije osobe* (2023). Zagreb: Vlada Republike Hrvatske, Ministarstvo rada, mirovinskoga sustava, obitelji i socijalne politike.
99. Odluka o donošenju mreže hitne medicine i sanitetskog prijevoza, *Narodne novine*, br. 134/2003.
100. Odluka o donošenju Nacionalnog plana razvoja zdravstva za razdoblje od 2021. do 2027. godine i Akcijskog plana razvoja zdravstva za razdoblje od 2021. do 2025. godine, *Narodne novine*, br. 147/2021.
101. Odluka o donošenju Plana i programa mjera zdravstvene zaštite 2023. – 2026. *Narodne novine*, br. 127/2023.
102. Odluka o donošenju Strategije socijalne skrbi za starije osobe u Republici Hrvatskoj za razdoblje od 2017. do 2020. godine, *Narodne novine*, br. 97/2017.
103. Odluka o razvrstavanju javnih cesta u državne ceste, županijske ceste i lokalne ceste, *Narodne novine*, br. 122/2008.
104. OECD (2023). *Improving Long-Term Care in Croatia*. OECD Publishing, Paris.
105. Općina Šolta (2023). *Funkcioniranje zdravstvene skrbi na otoku*. Zapisnik s 29. sjednice općinskog vijeća Općine Šolta održane dana 18.05.2023. godine u Općinskoj vijećnici, Grohote. Posjećeno 11.05.2024. na mrežnoj stranici: <https://www.solta.hr/php/wsCommon/wsGetDocument.php?f=64af9cc08d378.pdf>
106. Otočni Sabor (2023). *Tiskovna u Glini na temu dostupnosti zdravstvene zaštite na ruralnim područjima i otocima*. Posjećeno 11.04.2024. na mrežnoj stranici:

<https://www.otocnisabor.hr/novost/211/tiskovna-u-glini-na-temu-dostupnosti-zdravstvene-za%20Alite-na-ruralnim-podru%20djima-i-otocima>

107. OpenStreetMap (2024). Posjećeno 09.05.2024. na mrežnoj stranici: <https://www.openstreetmap.org/relation/365995/history#map=12/43.0359/16.1537>
108. Paúl C., Ribeiro O., Teixeira L. (2012). *Active Ageing: An Empirical Approach to the WHO Model*. Posjećeno 15.04.2024. na mrežnoj stranici: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23193396/>
109. Petak, A. (2004). *Obitelj u promjenama: Rezultati istraživanja u Hrvatskoj*. Posjećeno 15.04.2024. na mrežnoj stranici: <https://hrcak.srce.hr/en/file/54182>
110. Pečjak, V. (2001). *Psihologija treće životne dobi*. Zagreb: Naklada Prosvjeta.
111. *Plan razvoja otoka Zadarske županije 2021.-2027.* (2021). Zadar: Zadarska županija.
112. Podgorelec, S. (2008). *Ostarjeti na otoku: kvaliteta života starijega stanovništva hrvatskih otoka*. Zagreb: Institut za migracije i narodnosti.
113. Podgorelec, S., Klempić, S. (2007). Starenje i neformalna skrb o starim osobama u Hrvatskoj. *Migracijske i etničke teme*, 23 (1-2): 111-134.
114. Podgorelec, S., Klempić-Bogadi, S. (2013). *Gradovi potopili škoje - promjene u malim otočnim zajednicama*. Zagreb: Institut za migracije i narodnosti.
115. Podgorelec, S. (2014). *Žensko iskustvo migracija i starenja – pogled s otoka*. Posjećeno 16.03.2024. na mrežnoj stranici: <https://hrcak.srce.hr/file/200185>
116. Podgorelec, S. (2023). *Istraživanja kvalitete života otočnih zajednica*. Posjećeno 16.05.2024. na mrežnoj stranici: <https://croris.hr/crosbi/publikacija/prilog-skup/735116>
117. Poliklinika Redial (2024). Posjećeno 13.04.2024. na mrežnoj stranici: <https://www.hemodialysis-krk.com/hr/pocetna/>
118. Povelja Europske unije o temeljnim pravima (2016). *Službeni list Europske unije*, 2016/C 202/02.
119. Pravilnik o uvjetima, organizaciji i načinu obavljanja telemedicine. *Narodne novine*, br. 138/2011; članak 2.
120. Psihijatrijska bolnica Ugljan (2024). Posjećeno 13.04.2024. na mrežnoj stranici: <https://www.pbu.hr/>
121. Puljiz, V., Bežovan, G., Šućur, Z., Zrinščak, S. (2005). *Socijalna politika: povijest, sustavi, pojmovnik* (str. 203). Zagreb: Pravni fakultet

122. Rantala A. i sur. (2024). *Supporting Older Adults' Social Inclusion and Well-Being in Neighbourhoods: The Social Hub Model*. Posjećeno 19.03.2024. na mrežnoj stranici: www.cogitatiopress.com/socialinclusion/article/view/7431
123. *Razvojna strategija Grada Visa 2021.-2027.* (2020). Grad Vis.
124. Rezolucija Europskog parlamenta od 4. veljače 2016. o posebnoj situaciji otoka (2018) *Službeni List Europske unije*, 2018/C 035/14.
125. *Rezolucija Europskog parlamenta od 7. lipnja 2022. o otocima i kohezijskoj politici: trenutačno stanje i budući izazovi* (2022). Posjećeno 10.05.2024. na mrežnoj stranici: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/HR/TXT/?uri=CELEX:52022IP0225>
126. Rizzini C., Maino F., Valeria C., Tommaso D. (2024). *Ageing in Place, Healthy Ageing: Local Community Involvement in the Prevention Approach to Eldercare*. Posjećeno 16.04.2024. na mrežnoj stranici: www.cogitatiopress.com/socialinclusion/article/view/7438
127. Reinhard. E. i sur. (2019). *Public Transportation Use and Cognitive Function in Older Age: A Quasiexperimental Evaluation of the Free Bus Pass Policy in the United Kingdom*, *American Journal of Epidemiology* 2019. Posjećeno 12.04.2024. na mrežnoj stranici: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31251811/>
128. Rokkan. S., Urwin, D. (1983). *Economy, Territory, Identity: Politics of West European Peripheries*. London: Sage Publications.
129. Rusac, S., Štambuk, A., Verić, J. (2013). Dobna diskriminacija: iskustva starijih osoba. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 49 (2013), 96-105.
130. Schaie, W.K. i Willis, S.L. (2001). *Psihologija odrasle dobi i starenja*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
131. Saraceno, C. (2001). *Social Exclusion: Cultural Roots and Diversities of a Popular Concept* (str. 8-9). Posjećeno 14.04.2024. na mrežnoj stranici: <https://citeseerx.ist.psu.edu/document?repid=rep1&type=pdf&doi=df188dc2aa40c01c5976c21933c2ce2629cf0710>
132. Split – Rogač (Šolta); Split – Vis (Vis). *Distance between cities (km, mi), Driving directions, road*. Posjećeno 14.05.2024. na mrežnoj stranici: <https://za.toponavi.com/88382-88504>
133. Suzana M., Walls H., Smith R., Hanefeld J. (2018). *Achieving universal health coverage in small island states: could importing health services provide a solution?* Posjećeno 11.05.2024. na mrežnoj stranici: <https://gh.bmj.com/content/3/1/e000612>

134. Štambuk, A., Skokandić, L. (2022). Potrebe starijih osoba za usluge iz sustava socijalne skrbi u Republici Hrvatskoj. *Revija za socijalnu politiku* 29(2):191-212.
135. Strategija prostornog razvoja Republike Hrvatske, *Narodne novine*, broj 106/2017.
136. *Strategija socijalne skrbi za starije osobe u Republici Hrvatskoj za razdoblje 2014. – 2016.* (2014). Zagreb: Vlada Republike Hrvatske, Ministarstvo socijalne politike i mladih.
137. Šućur, Z. (2004). *Socijalna isključenost: pojam, pristupi i operacionalizacija*. Posjećeno 20.04.2024. na mrežnoj stranici: <https://hrcak.srce.hr/file/22120>
138. Tomek-Roksandić i sur. (1999). *Smjernice za zaštitu zdravlja starijih ljudi 1999*. Zagreb: Akademija medicinskih znanosti Hrvatske.
139. UN (2023). *Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development*. Posjećeno 14.05.2024. na mrežnoj stranici: <https://sdgs.un.org/2030agenda>
140. UNICEF (bez dat.). *Mentalno zdravlje – važni pojmovi. Osnovne informacije o čestim pojmovima iz područja mentalnog zdravlja*. Posjećeno 19.05.2024. na mrežnoj stranici: <https://www.unicef.org/croatia/mentalno-zdravlje-vazni-pojmovi>
141. UNECE (2017). *Održivo društvo za sve dobne skupine. Ministarska deklaracija*. Posjećeno 11.05.2024. na mrežnoj stranici: https://stampar.hr/sites/default/files/ministarska_deklaracija_o_starenju_2017.pdf
142. Večernji list. Dijaliza im je rođendan. 20.11.2004.
143. *Vizije gradova i prostora, međunarodne preporuke za prostorni i urbani razvoj* (2017). Zagreb: Hrvatski zavod za prostorni razvoj/Udruga hrvatskih urbanista.
144. Vlada RH (2024). *Za Zaželi ukupno 770 milijuna eura, na tržištu rada 33.000 žena koje su pružile pomoć za 195 tisuća starih i nemoćnih*. Posjećeno 13.05.2024. na mrežnoj stranici: <https://vlada.gov.hr/vijesti/8>
145. Walker, A., Barnes, M., Cox, L., Lessof, C. (2006). New horizons research programme. Social exclusion of older people: Future trends and policies. London: Department for Communities and Local Government.
146. World happiness report (2024). *Sreća mlađih, starijih i onih između*. Posjećeno 19.05.2024. na mrežnoj stranici: <https://worldhappiness.report/ed/2024/happiness-of-the-younger-the-older-and-those-in-between/#fnref7>
147. World Health Organization (2002). *Active Ageing A Policy Framework*. Posjećeno 11.04.2024. na mrežnoj stranici: <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/wp-content/uploads/2014/06/WHO-Active-Ageing-Framework.pdf>

148. World Health Organization (2010). Posjećeno 19.04.2024. na mrežnoj stranici: <https://www.who.int/>
149. World Health Organization (2020a). *UN Decade of Healthy Ageing: Plan of action 2021-2030*. Posjećeno 19.04.2024. na mrežnoj stranici: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/decade-proposal-final-apr2020-en.pdf?sfvrsn=b4b75ebc_2
150. World Health Organization (2020b). *Healthy ageing and functional ability*. Posjećeno 11.04.2024. na mrežnoj stranici: <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/healthy-ageing-and-functional-ability>
151. World Health Organization (2020c). *Palliative care*. Posjećeno 19.04.2024. na mrežnoj stranici: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
152. World Health Organization (2024). *Physical activity*. Posjećeno 18.05.2024. na mrežnoj stranici: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>
153. Yang, Y., Mortimer, J., Haley, W. (2004). The role of social engagement in life satisfactions: It's significance among older individuals with disease and disability. *Journal of Applied Gerontology*, (9)23: 266-278.
154. Zakon o doprinosima. *Narodne novine*, br. NN 84/08, 152/08, 94/09, 18/11, 22/12, 144/12, 148/13, 41/14, 143/14, 115/16, 106/18, 33/23, 114/23.
155. Zakon o lokalnoj i područnoj (regionalnoj) samoupravi. *Narodne novine*, br. 33/01, 60/01, 129/05, 109/07, 125/08, 36/09, 36/09, 150/11, 144/12, 19/13, 137/15, 123/17, 98/19, 144/20.
156. Zakon o nacionalnoj naknadi za starije. *Narodne novine*, br. 62/20, 156/23
157. Zakon o otocima. *Narodne novine*, br. 116/18, 73/20, 70/21.
158. Zakon o potvrđivanju Europske socijalne povelje, Dodatnog protokola Europskoj socijalnoj povelji, Protokola o izmjenama Europske socijalne povelje i Dodatnog protokola Europskoj socijalnoj povelji kojim se uspostavlja sustav kolektivnih žalbi. *Narodne novine*, br. 15/2002.
159. Zakon o zaštiti prava pacijenata, *Narodne novine*, br. 169/04, 37/08.
160. Zakon o zdravstvenoj zaštiti, *Narodne novine*, br. 100/18, 125/19, 147/20, 119/22, 156/22, 33/23.
161. Zrinščak, S. (2007). *Zdravstvena politika Hrvatske. U vrtlogu reformi i suvremenih društvenih izazova*. Posjećeno 14.05.2024. na mrežnoj stranici: <https://hrcak.srce.hr/en/file/430803>

162. Zrinščak S. (2012). Aktivno starenje, rodna ravnopravnost i socijalna uključenost. *Revija za socijalnu politiku*, (19) 1: 73-81.
163. Žganec, N., Rusac, S. Laklija, M. (2008). Trendovi u skrbi za osobe starije životne dobi u Republici Hrvatskoj i u zemljama Europske unije, *Revija za socijalnu politiku*, (15) 2: 171-188.
164. Wertheimer-Baletić, A. (1999). *Stanovništvo i razvoj*. Zagreb: Mate d.o.o.