

Trendovi privatizacije i marketizacije osobnih socijalnih usluga

Cvitić, Helena

Master's thesis / Diplomski rad

2022

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:199:421505>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-01-22**



Repository / Repozitorij:

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



SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
PRAVNI FAKULTET
STUDIJSKI CENTAR SOCIJALNOG RADA

Helena Cvitić

**Trendovi privatizacije i marketizacije osobnih socijalnih
usluga**

DIPLOMSKI RAD

Zagreb, 2022 godina.

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU

PRAVNI FAKULTET

STUDIJSKI CENTAR SOCIJALNOG RADA

DIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ SOCIJALNE POLITIKE

Helena Cvitić

**Trendovi privatizacije i marketizacije osobnih socijalnih
usluga**

DIPLOMSKI RAD

Mentor: izv. prof. dr. sc .Jelena Matančević

Zagreb, 2022 godina.

Sadržaj

1. Uvod.....	1
2. Modeli socijalno političkih režima.....	4
3. Dugotrajna skrb za starije i trend starenja.....	7
3.1 Demografski trend starenja.....	7
3.2 Dugotrajna skrb za starije osobe.....	9
4. Njemačka.....	14
4.1. Korporativistički socijalni režim.....	14
4.2. Demografski trend i potreba za skrbi.....	14
4.3. Sustav dugotrajne skrbi za starije.....	16
4.3.1 Financiranje dugotrajne skrbi u Njemačkoj.....	17
5. Ujedinjeno Kraljevstvo.....	20
5.1. Liberalni socijalni režim.....	20
5.2. Demografski trend i potreba za dugotrajnom skrbi.....	20
5.3. Sustav dugotrajne skrbi za starije.....	23
5.3.1 Financiranje dugotrajne skrbi za strije.....	24
6. Švedska.....	25
6.1. Socijaldemokratski socijalni režim.....	25
6.2 Demografski trend i potreba za skrbi.....	26
6. 3. Sustav dugotrajne skrbi.....	28
6.3.1 Financiranje dugotrajne skrbi u Švedskoj.....	30
7. Češka.....	31
7.1. Postkomunistička tradicija.....	31
7.2. Demografski trend i potreba za skrbi.....	32
7.3. Sustav dugotrajne skrbi za starije.....	34
7.3.1 Financiranje dugotrajne skrbi za starije.....	36
8. Diskusija.....	38
9. Zaključak.....	40
Popis tablica.....	42
Popis slika.....	42
9. Literatura.....	43

Trendovi privatizacije i marketizacije osobnih socijalnih usluga

Sažetak

Udio osoba starije životne dobi u ukupnoj populaciji u stalnom je rastu, a starenje je proces koji sa sobom nosi promjene u funkciji dobi (Despot Lučanin, 2022.). S obzirom na to potrebno je imati prilagođen cjelokupni sustav socijalne skrbi za starije osobe. Dugotrajna skrb za starije jedan je od dijelova toga sustava koji čini tu cjelinu, te je trenutno sveprisutni problem s kojim se susreću socijalni sustavi gotovo svih razvijenih zemalja. Sve države nemaju razvijen sustav dugotrajne zaštite na jednak način, te se ona može razlikovati i u različitim regijama pojedine države. Cilj rada je analizirati obilježja sustava dugotrajne skrbi za starije osobe obzirom na različite socijalne režime. U radu se uspoređuju slučajevi Njemačke, Ujedinjenog Kraljevstva, Švedske i Češke kao četiri predstavnice socijalnih režima. Režim socijalne skrbi u socijaldemokratskoj socijalnoj državi Švedskoj orijentiran je na socijalne usluge, dok Njemačka, kao konzervativno-korporativistička socijalna država, ima režim socijalne skrbi temelj na supsidijarnost. U Češkoj, kao postkomunističkoj zemlji, briga često ostaje odgovornost obitelji, a sam sustav je fragmentiran i slabo razvijen. Ujedinjeno Kraljevstvo je liberalan tip socijalne države i ima režim skrbi orijentiran na potrebe. Na temelju iznesenih demografskih trendova i projekcija može se zaključiti da će se navedene države i u budućnosti nastaviti suočavati s demografskim starenjem stanovništva, te s obzirom na taj trend i promjenama koje dolaze sa starošću i ovisnosti o skrbi koju one mogu izazvati, važno je prilagoditi sustav dugotrajne skrbi za starije.

Ključne riječi: dugotrajna skrb, starenje, socijalni režmi, financiranje

Trends in privatization and marketization of personal social services

Abstract:

The share of elderly people in the total population is constantly growing, and aging is a process that brings with it changes in the function of age (Despot Lučanin, 2022.). In view of this, it is necessary to have an adapted overall system of social care for the elderly. Long-term care for the elderly is one of the parts of the system that makes up the whole, and it is a ubiquitous problem faced by the social systems of almost all developed countries. Not all countries have a developed system of long-term protection in the same way, and it can differ in different regions of an individual country. The aim of the paper is to analyze the features of the long-term care system for the elderly with regard to different social regimes. The paper compares the cases of Germany, the United Kingdom, Sweden and the Czech Republic as four representative social regimes. The social welfare regime in the social democratic welfare state of Sweden is oriented towards social services, while Germany, as a conservative-corporatist welfare state, has a social welfare regime based on subsidiarity. In the Czech Republic, as a post-communist country, care often remains the responsibility of the family, and the system itself is fragmented and poorly developed. The UK is a liberal type of welfare state and has a needs-based care regime. Based on the presented demographic trends and projections, it can be concluded that the mentioned countries will continue to face the demographic aging of the population in the future, and considering this trend and the changes that come with old age and the dependence on care that they can cause, it is important to adjust the system of long-term care for the elderly.

Key words: long-term care, aging, welfare regimes, funding

Izjava o izvornosti

Ja, Helena Cvitić pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica diplomskog rada te da u radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova te da se prilikom izrade rada nisam koristio/-la drugim izvorima do onih navedenih u radu.

Ime i prezime: Cvitić Helena

Datum: 28.09.2022

1.Uvod

Definiciju socijalnih usluga koja na odgovarajući način predstavlja različite ponude i organizacijske obrasce u velikoj regiji kao što je Europa je teško definirati. Izraz osobne socijalne usluge koje koristi Vijeće Europe karakterizira osobne socijalne usluge kao one koje se obično pružaju pojedincima na temelju njihovih potreba i okolnosti, te da ih obično koriste starije osobe i njihovi skrbnici, djeca i obitelji, kao i osobe s invaliditetom (Munday, 2010.). Ovisnost u starijoj dobi prepoznaje se kao socijalni rizik tek unatrag dva desetljeća (Rostgaard i Zechner, 2012 prema Dobrotić, 2016.). Naravno, postoje razlike kako je taj rizik utjecao na pojedine zemlje te kako su one reagirale na njega, ovisno o čimbenicima koji su specifični za pojedinu državu. Na primjeru socijalističke ideologije koja je nijekala postojanje društvenih problema kao što su siromaštvo, beskućništvo, starost, te postojanje potreba za skrb za mentalno oboljele, vidimo da su osobne socijalne usluge bile zanemarene odnosno marginalizirane jer ako problemi nisu postojali, usluge nisu bile potrebne (Munday, 2003.). Stalni porast apsolutnog i relativnog broja starijih osoba jedan je od najvidljivijih demografskih trendova te sa time je i rizik ovisnosti u starijoj dobi postao vidljiviji.

Ključni problem je osiguravanje rastuće potražnje za adekvatnim, dostupnim, visokokvalitetnim i troškovno učinkovitim zdravstvenim uslugama i uslugama dugotrajne skrbi. Visoka razina zaštite zdravlja ljudi i osiguravanja kvalitetnog života zahtijeva odgovarajuću infrastrukturu, poput bolnica, domova za dugotrajnu njegu i smještaja prilagođenih i pripremljenih za starije osobe. Za razliku od zdravstvene skrbi, ne pružaju sve države socijalnu zaštitu za dugotrajnu skrb, te se ona razlikuje ovisno o samoj državi, pa čak i unutar države. Formalna dugotrajna skrb je skupa i često je preuzimaju osobe u potrebi ili njihove obitelji, stoga se očekuje da će ovo i dalje predstavljati problem za mnoge jer europsko stanovništvo stari i veličina kućanstava se smanjuje (Europska komisija, 2020.). Prema demografskim trendovima i predviđanjima stanovništvo Europe kao što je spomenuto je sve starije. Već dugi niz godina je prisutan trend prema kojemu raste udio ljudi u starijim dobnim skupinama. Procjenjuje se da će do 2070. godine 30% ljudi u Europi imati

65 i više godina, što je porast s oko 20% obzirom na danas. Od 2019. do 2070. predviđa se da će se udio ljudi u dobi od 80 ili više godina više nego udvostručiti na 13% (Europska komisija, 2020.). Dugotrajna skrb za starije i nemoćne zahtjeva dobro organiziran sustav, za što su potrebni financijski i regulatorni napori države, napori jedinica regionalne i lokalne samouprave, kao i doprinosi samih korisnika. Rastući troškovi samo su jedan od elemenata koji ovom problemu daju globalne razmjere, uz to promijenjena uloga obitelji, odnosno smanjivanje skrbničkih kapaciteta obitelji te stalan rast udjela starijih ljudi dok je prisutno smanjenje broja radno sposobnog stanovništva dio je problema s kojima se države susreću u uspostavljanju funkcionalnog sustava dugotrajne skrbi za starije osobe (Europska komisija, 2020.).

Dugotrajna skrb znači potporu onima koji nisu u stanju samostalno obavljati aktivnosti svakodnevnog života. Dok je pružanje ovog tipa usluga dugo bilo uglavnom odgovornost obitelji i društvenih institucija, čak i nakon što je socijalna sigurnost uvedena u većini industrijaliziranih država, sve je više država počelo preuzimati tu odgovornost posljednjih godina. To je prije svega zato što je sve više ljudi kojima je potrebna podrška, zahtjevaju stručnu pomoć (Becker, 2018.). Prema Wu i sur. (2021). postotak ljudi u dobi od 65 godina ili više koji će trebati dugotrajnu njegu neko vrijeme prije nego što umru je između 50% i 65% . Drugo, sve je manje ljudi, poput članova obitelji i susjeda, koji bi mogli pružiti neprofesionalnu skrb, a sve je manje i izgrađenih čvrstih društvenih mreža koje bi bile primjerene za zadovoljavanje socijalnih potreba ovisnih osoba. U 2019. prosječni životni vijek pri rođenju u zemljama OECD-a iznosio je 81 godinu, više od deset godina više nego 1970. (OECD, 2021.). S jedne strane, to se može smatrati dobrom viješću jer nam se produljuje život. Međutim, sve veći životni vijek ima, s druge strane, i negativnu stranu. Gerontolozi su skloni razlikovati "mlađe" i "starije" starije osobe. "Starije" starije osobe izložene su relativno visokom riziku da postanu ovisni o potpori, a pokazalo se da se taj rizik povećava s biološkom dobi (Becker, 2018.).

Osiguravanje dobrobiti za starije osobe može se ostvariti na različite načine, te se razlikuje među zemljama. Kako se društvo odnosi prema svojim slabijim članovima

pokazatelj je razvijenosti programa socijalne države. U to su nedvojbeno uključeni oni kojima je potrebna skrb i njihove obitelji.

Ovaj se rad u tom smislu usredotočuje na politiku dugotrajne skrbi za starije u četiri države koje su odabrane na temelju njihovih vrlo različitih socijalnih režima. Iako su raspoređene u različitim socijalnim državama i režimima skrbi, sve su četiri zemlje poduzele prilagodbe svojih politika skrbi, što ukazuje na sličan razvojni put. Kao prvo, odabrana je liberalna socijalna država Ujedinjeno Kraljevstvo zato što ima skromnu socijalnu potrošnju, snažan tržišni sektor i niz naknada koje se temelje na provjeri imovinskog stanja. Drugo, na Švedsku se gleda kao na primjer socijaldemokratske socijalne države koju karakteriziraju velikodušne socijalne usluge i nudi velike univerzalne beneficije. Njemačka, treća država u analizi, favorizira konzervativno-korporativistički socijalni režim s naknadama usmjerenim na ekvivalentnost i značajnim supsidijarnim komponentama. Te na kraju Češka koja ima iskustvo komunizma te je tranzicijska zemlja u kojoj zahvaljujući politikama razvijenim tijekom tranzicijskog perioda i dalje ima veliku odgovornost za osiguravanje društvenog prosperiteta, iako su raširenost i kvaliteta njezinih usluga te razina dekomodifikacije manje nego u komunističkom periodu. Stoga i dalje tržište i obitelj imaju ključne uloge u osiguravanju dugotrajne skrbi za starije u postkomunističkom režimu (Koldinská i Štefko, 2018.). Sve četiri države moraju se boriti sa zahtjevima izvan svojih granica, moraju se boriti sa socioekonomskim i demografskim problemima poput starenja stanovništva, porasta broja onih kojima je potrebna njega i sve manjeg potencijala za kućnu njegu.

Primarni cilj ovog rada je analizirati glavne trendove i izazove u nacionalnim politikama dugotrajne skrbi te ispitati kako su sustavi dugotrajne skrbi organizirani, financirani i upravljani u četiri različite zemlje koje predstavljaju određeni socijalni režim. U svrhu ostvarenja tog cilja, najprije se ukratko opisuju socijalni režimi a zatim u drugom dijelu rada dugotrajna skrb i ističu se njezine osnovne karakteristike. U trećem, središnjem, dijelu rada dajem pregled dugotrajne skrbi za starije, sustave financiranja te skrbi i demografske trendove u zemljama koje sam izabrala kao predstavnike socijalnih režima, te na kraju izvodim zaključak na temelju navedenoga.

2. Modeli socijalno političkih režima

U sljedećem poglavlju izdvajam ukratko ključne značajke četiri socijalna režima i predstavnice režima među europskim zemljama. Opis i izrada klasifikacijskih shema najplodnije su komponente istraživanja režima socijalne skrbi. Gøsta Esping-Andersenova je nedvojbeno najpoznatija od svih. On je u svojoj knjizi „Tri svijeta socijalnog kapitalizma“ (eng. *The Three Worlds of Welfare Capitalism*) analizirao okvir socijalne politike razvijenih zemljama zapadne Europe, te ih dijeli u tri idealna režima socijalne skrbi. Esping-Andersen (1990.) razlikuje tri značajno različita tipa režima, svaki sa svojom distinktivnom logikom organizacije, stratifikacije i društvene integracije, koji imaju različite povijesne početke i imaju kvalitativno različite razvojne putanje. Stratifikacija se odnosi na društvene podjele i oblik društvene solidarnosti koji režimi potiču kroz svoje politike, dok se dekomodifikacija odnosi na politike koje svojim građanima pružaju ili ne pružaju podršku izvan uključenosti u tržište rada. (Esping Andersen, 1990.).

Prema ovim kriterijima, tri osnovna socijalna režima koje je definirao Esping Andersen obuhvaćaju socijaldemokratski, konzervativno korporativistički i liberalni tip. Pomoć prema provjeri imovinskog stanja, umjerena univerzalna plaćanja ili skromni sustavi socijalnog osiguranja opisuju liberalne režime socijalne skrbi. Pogodnosti su prvenstveno namijenjene korisnicima s niskim primanjima, koji su obično iz radničke klase i ovisе o državi. Napredak socijalne reforme u ovoj paradigmi čvrsto je ograničen starim, liberalnim normama radne etike. Kao rezultat toga, pravila o pravima su stroga i često povezana sa sramom, dok beneficije ostaju obično minimalne. Zauzvrat, država ili pasivno, osiguravajući samo minimum, ili aktivno, podržavajući privatne socijalne programe, favorizira tržište. Kao rezultat toga, ova vrsta režima ublažava učinke dekomodifikacije, te uspostavlja stratifikacijski poredak. U ovakvom socijalnom režimu uloga države je mala. Umjerena razina dekomodifikacije te koncept supsidijarnosti koji sugerira da će se država uključiti tek kada obitelj izgubi sposobnost skrbi za svoje članove karakterizira konzervativno-korporativistički režim. Ovaj tip režima okuplja nacije zapadne kontinentalne Europe. Ovdje je povijesno korporativističko-etatističko naslijeđe nadograđeno kako bi zadovoljilo novu postindustrijsku klasnu strukturu. U

konzervativno korporativističkim socijalnim režimima, liberalna usredotočenost na tržišnu učinkovitost i komodifikaciju nikada nije bila istaknuta, i kao rezultat toga, raspodjela socijalnih prava vrlo je rijetko ikada bila predmet rasprave. Budući da se održavanje statusnih razlika pokazalo učinkovitim, prava su bila povezana s klasom i statusom, što stvara visoku razinu stratifikacije. Treća, i nedvojbeno najmanja skupina režima sastoji se od onih nacija koje su proširile univerzalističke i dekomodifikacijske ideologije na nove srednje klase. Socijaldemokratski socijalni režim zagovara socijalnu državu koja bi poticala jednakost najviših standarda te je socijaldemokracija bila pokretačka snaga društvenih reformi u tim zemljama. To bi značilo da su usluge i beneficije povećane na razine koje su odgovarale najširem opusu stanovništva. U ovom socijalnom režimu prisutna je visoka razina dekomodifikacije, te velikodušne univerzalne i visoko redistributivne naknade ne ovise ni o kakvim pojedinačnim doprinosima (Esping-Andersen, 1990.). Skandinavske države smatraju se predstavnicama socijaldemokratskog režima, kroz ovaj rad predstavnik ovoga režima je Švedska. Zemlje zapadne kontinentalne Europe smatraju se predstavnicama konzervativno korporativističkog režima, za potrebe ovoga rada to će biti Njemačka, dok se Ujedinjeno Kraljevstvo navodi kao tipična europska predstavnica liberalnog socijalnog režima te je stoga sljedeći odabir. Međutim, bitno je primijetiti da su socijalni režimi na idejnoj razini definirani kao takvi, te da svaka zemlja uključuje elemente brojnih različitih socijalnih režima. (Ebbinghaus, 2012.). Sam Esping-Andersen (1990.) komentira kako iako su skandinavske zemlje uglavnom socijaldemokratske, da one imaju i važna liberalna obilježja, također liberalni režimi također nisu čisti tipovi. A liberalni i socijaldemokratski impulsi bili su prisutni u europskim konzervativnim upravama koje su s godinama postale manje korporativističke i autoritarne. Također Esping-Andersenovu tipologiju određuje tripolarnost te on smatra da postkomunističke države prolaze kroz tranzicijsku fazu te da će s vremenom poprimiti karakteristike jednog od tri izvorna idealna tipa režima blagostanja (Fenger, 2007.). Autori koje spominje Fenger (2007.) i koji su ispitivali socijalnu politiku postkomunističkih zemalja polaze s drugačijeg stajališta i koriste se teorijom ovisnosti o prijednom putu (eng. *path dependency*). Ova metoda promatra tranzicijsko doba kao poseban razvojni put koji je uvelike oblikovan institucionalnim nasljeđem komunizma, a ne kao kratku fazu u

procesu prihvaćanja zapadnih metoda socijalne politike. Zbog iskustva iz komunističke prošlosti, okvir socijalne politike postkomunističkih zemalja razmatra se kao zasebna paradigma. Kako bi poslužio kao primjer i dobro pristajanje ovoj paradigmi, odabrala sam Češku Republiku, koja ima socijalno-korporativistički režim (Fenger, 2007.). U post-komunističkom režimu dostupnosti socijalnih usluga i naknada je raširena, ali unatoč tome ovaj režim pati od brojnih nedostataka u usporedbi s razvijenim socijalnim režimima. Zbog toga je u državama obilježenim ovakvom vrstom režima tipično posezanje stanovništva za alternativnim strategijama stjecanja sigurnosti poput oslanjanja na pomoć obitelji.

3. Dugotrajna skrb za starije i trend starenja

Anttonen i Sipilä (1996.) u svome radu se osvrću na definiciju koju je pružio Samsbury (1977:3.) koji je definirao koncept socijalnih usluga kao 'usluge koje se bave potrebama i poteškoćama koje onemogućuju maksimalno društveno funkcioniranje pojedinca... više prilagođene individualnim ili grupnim razlikama nego na sličnosti među ljudima'. Anttonen i Sipilä (1996.) također koriste tri ključne odrednice pri pokušaju definiranja ovoga tipa usluga, a to bi bile da su to usluge koje se koriste isključivo na dobrovoljnoj osnovi, usluge koje su dostupne svim građanima te stoga isključuju čisto komercijalne pružatelje usluga te neformalnu skrb ne smatraju dijelom ovih usluga. Kasnije priznavanje neformalne skrbi kao legitimnog dijela socijalnih usluga vodi poluformulaciji skrbi, koja sa sobom nosi dodatne poteškoće u definiranju granica ove skrbi jer granice između formalnih i neformalnih te plaćenih i neplaćenih oblika skrbi čini nejasnima (Pfau-Effinger i Geissler, 2005. prema Dobrotić, 2016.). Pružatelji ovih usluga najčešće su državne, osobito lokalne vlasti ili općine, neprofitne, nevladine i komercijalne organizacije (Munday, 2010.). Socijalne usluge obuhvaćaju one usluge za koje se smatra da su od iznimne vrijednosti za društvo u cjelini i u kojima je ključna osobna interakcija pružatelja i korisnika (Evers, 2003. prema Munday, 2010.).

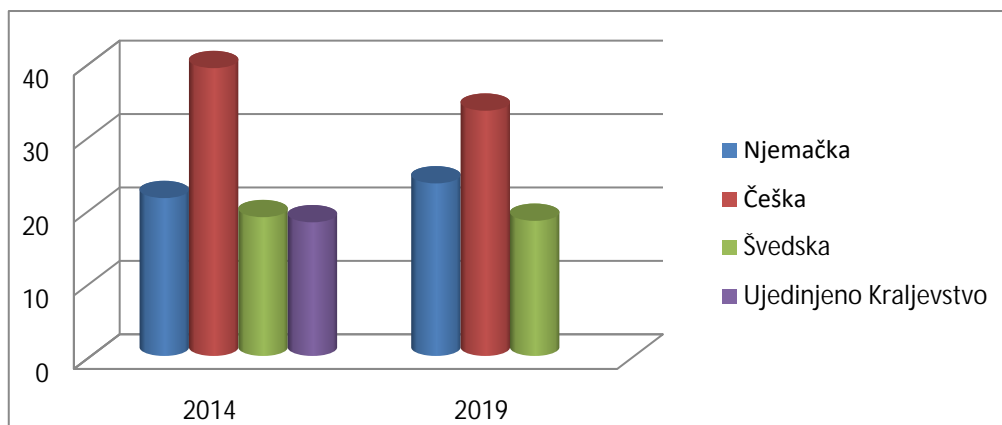
3.1 Demografski trend starenja

Ubrzano starenje stanovništva je neizbježan trend koji će zasigurno pokrenuti lavinu promjena u bliskoj budućnosti vezanih uz temelje sadašnjih sustava dugotrajne skrbi u većini zemalja, poput: najveći dio financiranja bit će kroz nacionalne proračune, te će biti prisutno većinsko oslanjanje na neformalnu skrb za starije, posljedično tome pojaviti će se loše organizirane i neadekvatne mreže skrbi OECD (2018.). Pad stope fertiliteta i duži očekivani životni vijek značili su da stariji ljudi čine sve veći udio stanovništva u zemljama OECD-a. S manje od 9% u 1960. na više od 17% u 2019. povećao se udio ljudi starijih od 65 godina u zemljama OECD-a, što bi značilo da se gotovo udvostručio u posljednjim desetljećima. Štoviše, OECD (2021). predviđa da će se ovaj trend nastaviti, s povećanjem udjela ljudi od 65 godina i starijih u zemljama članicama OECD-a sa 17,3% u 2019. na 26,7% do 2050. Ljudi koji imaju

80 godina i stariji imaju najbrži rast. Postotak stanovništva starijeg od 80 godina povećat će se u prosjeku s 4,6% na 9,8% između 2019. i 2050. godine.

Slika 3.1.

Pristupnost teškoća u obavljajnju aktivnosti kod osoba starije životne dobi u 2014. i 2019. godini u postocima

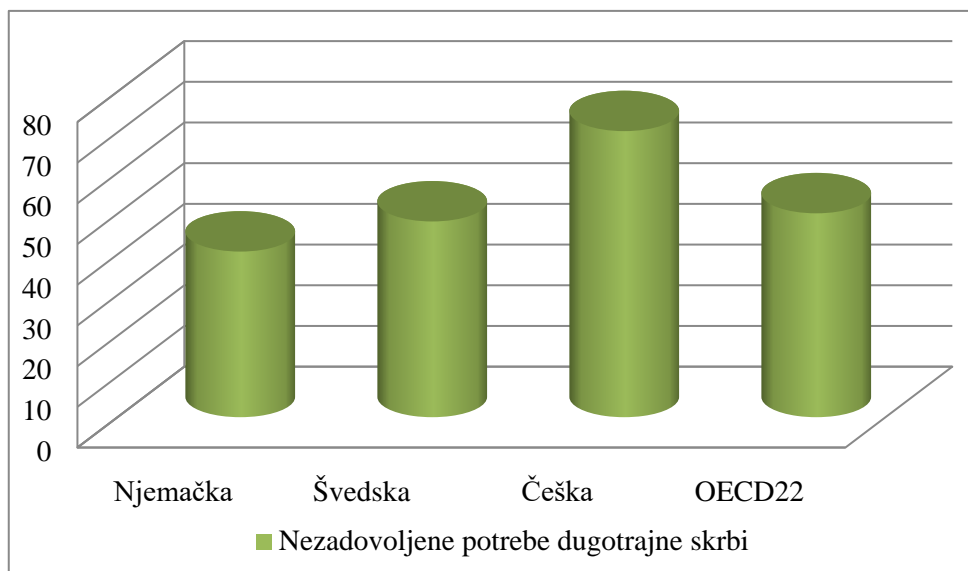


Izvor: Eurostat, 2022.a

Kako bi bilo u korak s trendom koji se nastavlja dugi niz godina, zdravstveni sustavi morat će se prilagoditi potrebama stanovništva koje stari, a koji će rezultirati većom potražnjom za dugotrajnom skrbi. U prilog tome govore podatci sa slike 3.1. prema kojoj u zemljama predstavnicama socijalnih režima vidimo da su ljudi u dobi od 65 i više godina izjavili da postoje barem neka ograničenja u svojim dnevnim aktivnostima: Češka tu prednjači s 39% za 2014., a za 2019. godinu s 33%, dok je u najboljoj situaciji Švedska s 18% u 2019. godini. OECD predviđa da će se broj starijih osoba kojima je potrebna skrb diljem svijeta biti povećan za 100 milijuna između 2015. i 2030. (OECD, 2021.).

Slika 3.2

Nezadovoljene potrebe dugotrajne skrbi među osobama u dobi od 65 i više godina u razdoblju 2019.-2020



Izvor: OECD,2021

Slika 3.2. nam pokazuje da među osobama u dobi od 65 i više godina u 22 europske zemlje. Polovina osoba koji žive kod kuće s barem jednim ograničenjem u zadovoljavanju svakodnevnih životnih potreba, izjavili su da nisu primili dostatnu neformalnu dugotrajnu pomoć ili nisu primili formalnu dugotrajnu podršku. Češka je država kod koje je taj postotak najveći među nama relevantnim zemljama za ovaj rad. Iz navedenog se može zaključiti kako se razvijene zemlje itekako susreću s problemom uspostave sveobuhvatnog i pristupačnog sustava dugotrajne skrbi za starije i nemoćne osobe.

3.2 Dugotrajna skrb za starije osobe

Dugotrajna skrb ključna je za dobrobit starijih ljudi. Najširu definiciju ovog tipa skrbi dala je Organizacija za ekonomsku suradnju i razvoj (OECD), koja je definirala dugotrajnu skrb kao: „skrb za ljude kojima je potrebna podrška u mnogim aspektima života tijekom duljeg vremenskog razdoblja.” (Colombo i sur., 2011: 39.). Pojmovno određenje dugotrajne skrbi za starije i nemoćne se odnosi na skup aktivnosti usmjerenih ka pomoći starijim ljudima smanjenih kognitivnih i fizičkih mogućnosti u

obavljanju za život neophodnih radnji (Bađun, 2015.). Starije osobe najčešće vode brigu o vlastitom zdravlju i znaju kada im je potrebna pomoć zdravstvenih ili socijalnih službi, potreba za pomoći nastaje uslijed bioloških, psiholoških i socijalnih promjena koje obilježavaju taj period života. Problem se pojavljuje kada postoji potreba za dugotrajnom njegom i njegom koju obitelj ili starija osoba ne mogu sami podmiriti (Despot Lučanin, 2022.). Pomoć, prema Bađun (2015.) se može odnositi „na obavljanje osnovnih svakodnevnih aktivnosti poput hranjenja, kupanja, odijevanja, ustajanja iz kreveta, odlazaka na WC ili instrumentalnih svakodnevnih aktivnosti kao što su kupovina, pranje odjeće, pospremanje, kuhanje, upravljanje financijama, telefoniranje“ (Bađun, 2015:1.).

Starenjem osoba postaje u riziku za potrebom dugotrajne skrbi te potražnja za istom izrazito ovisi o dobi (Bađun, 2015.). Prema OECD (2021)., u većini zemalja članica tek svaka peta osoba koja prima dugotrajnu skrb je mlađa od 65 godina, dok je otprilike polovica korisnika starija od 80 godina. Podatke o dugotrajnoj skrbi teško je dobiti i imaju određene poznate nedostatke. Podaci nekih zemalja uključuju samo osobe koje primaju javno financiranu skrb, dok druge uključuju osobe koje same plaćaju svoju skrb. Na primjer, podatci o stanju sustava dugotrajne skrbi za Češku odnose se na broj osoba koje traže naknadu za njegu, što ne odgovara izravno broju primatelja usluge njege, jer se ona može pružati i bez naknade. Također, neke zemlje koriste različite dobne kategorije, različite države koriste razne statističke i podatkovne sustave o potrošnji na dugotrajnu skrb koji ne moraju nužno biti usklađeni s kriterijima utvrđenim za međunarodno izvješćivanje te je to često i ograničeno samo na javni sektor (Batljan, 2007.). Različita društva se razlikuju prema tome koliko odgovornosti za ostvarivanje dobrobiti preuzima tržište, obitelj ili država. U terminima koji se tiču skrbi za starije osobe, to se može opisati kao kako je odgovornost za pružanje skrbi podijeljena između formalnih, neformalnih i privatnih pružatelja usluga (Batljan, 2007.). Osnovni elementi sustava dugotrajne skrbi su filozofija na kojoj se temelji sustav, posebice u smislu tko snosi odgovornost, obitelj ili država, kako država organizira skrb (usluge, novčane naknade ili kombinacija) te financiranje sustava.

Dugotrajna skrb za starije i nemoćne osobe dijeli se na formalnu i neformalnu. Formalna skrb može se pružati izvan i unutar ustanova, odnosno biti institucionalna i izvaninstitucionalna. Institucionalna skrb najčešće uključuje smještaj starijih i nemoćnih osoba u institucije odnosno ustanove poput domova za starije i nemoćne. Izvaninstitucionalna skrb za starije osobe uključuje programe međugeneracijske solidarnosti, udomiteljstva i skrbi u gerontološkim ustanovama, također uključuje i novčane naknade šticećnicima kako bi im se osigurao standard usluga koje su im potrebne (Jedvaj i sur., 2014., Bađun, 2015.). Ovako organizirane usluge imaju prednosti u odnosu na institucionalni smještaj na sljedeće načine:

- omogućuju zadovoljenje potreba većeg broja starijih osoba,
- odvijaju se u prirodnom obiteljskom okruženju,
- prilagođene su individualnim razlikama među starijim osobama,
- potiču korištenje postojećih i razvijaju nove oblike obiteljskih i lokalnih izvora pomoći i podrške,
- te zahtjevaju manje ulaganje novčanih sredstava jer se temelje u izvjesnoj mjeri na dobrovoljnom radu i podršci članova obitelji, dobrosusjedskoj pomoći (Despot Lučanin, 2022.)

Međutim, izvaninstitucionalni oblik skrbi trenutno uslijed kadrovske i financijske ograničenosti i regionalne nepokrivenosti, nerijetko ostaje ograničen na vrlo mali broj socijalno ugroženih starijih osoba (Jedvaj i sur., 2014.). Skrb u ustanovi odnosno institucijska skrb podrazumijeva ustanove za trajni smještaj i zbrinjavanje izvan obitelji, kao što su domovi za starije i nemoćne osobe, te za smještaj odraslih osoba s tjelesnim ili mentalnim oštećenjem. Ovih ustanova ima različitih prema standardima skrbi koju pružaju, a to mogu biti domovi za starije, centri za pružanje usluga u zajednici, putem vjerskih zajednica, udruga, obiteljskih domova, udomiteljskih obitelji i stambenih zajednica (Despot Lučanin, 2022.). S druge strane, neformalnu skrb uglavnom čini pomoć i njega pružana starijim osobama od strane članova obitelji kao što su bračni partner, odraslo dijete, drugi članovi obitelji, susjedi,

prijatelji a ne od strane profesionalnog osoblja, koji skrbe o nemoćnoj osobi unutar duljeg vremenskog razdoblja (Podgorelec i Klempić, 2007.).

Usluge dugotrajne skrbi mogu se pružati u naturi što bi značilo fizičku pomoć (također poznate kao eng. „*in kind*“ usluge) ili u obliku novčanih naknada, kao dodatak koji se isplaćuje njegovatelju (članu obitelji) ili kao novčana naknada za primatelja skrbi kojom podmiruje potrebne usluge. Usluge u naturi također mogu uključivati pružanje institucionalne skrbi u domovima za osobe starije životne dobi, kao i medicinske ili druge usluge koje se pružaju kod kuće, dnevna skrb ili oboje (Rako, 2019.). Većina zemalja OECD-a nudi i usluge u naturi i novčane naknade, iako nekolicina, poput Švedske, pokriva samo prvu kategoriju usluga, odnosno one u naturi. Dok je u Češkoj, primjerice, financijska pomoć primarna, ali ne i jedina vrsta potpore. Neke nordijske zemlje uvele su sheme vouchera za najam usluga osobama kojima je potrebna skrb (OECD,2021.).

3.3 Financiranje dugotrajne skrbi za starije osobe

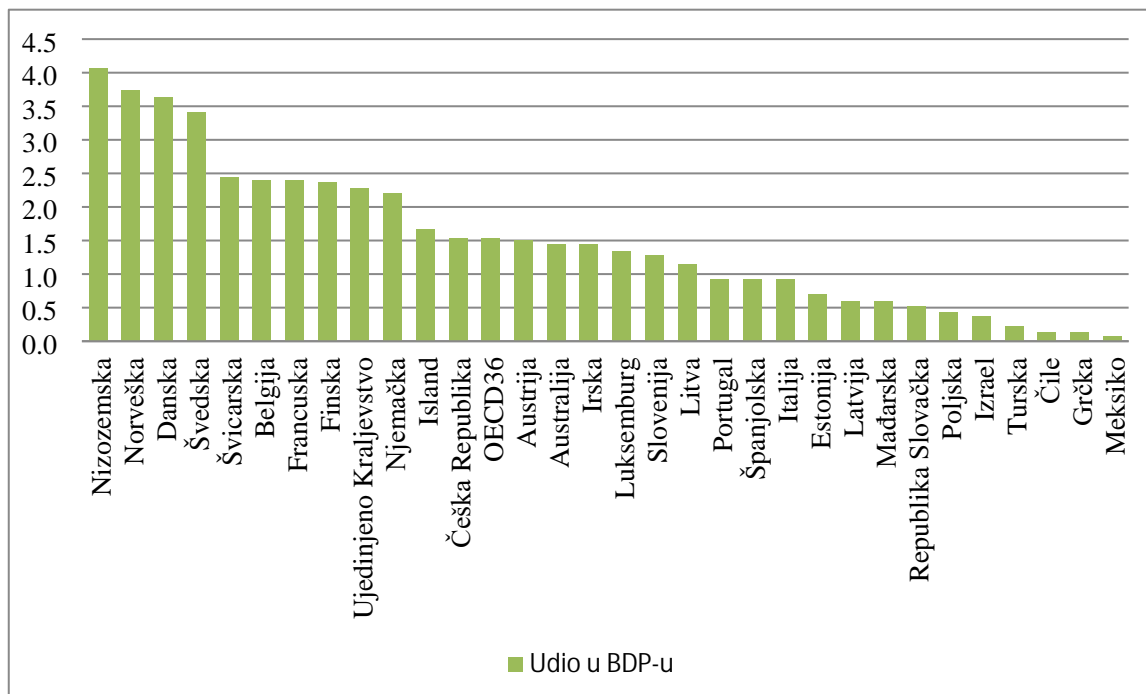
Potražnja za uslugama dugotrajne skrbi povećala se zbog trenda demografskog starenja te izazvala su zabrinutost oko financijske održivosti i dostupnosti istih. Usluge dugotrajne skrbi za starije financiraju se iz različitih izvora. Općenito, dugotrajne usluge mogu se financirati kroz:

1. plaćanje od strane samog korisnika usluge,
2. putem privatnog osiguranje s premijama rizika koje može biti dobrovoljno ili obvezno te sa ili bez javne potpore,
3. putem sustava temeljenog na porezu bez ili s imovinskim cenzusom i
4. putem socijalnog osiguranja s doprinosima na dohodak.

Međutim, mješoviti sustavi su uobičajeni (Wittenberg i sur., 2002.).

Slika 3.3

Ukupna potrošnja za dugotrajnu skrb kao udio u BDP-u(%) u zemljama OECD-a tijekom 2019. godine



Izvor: OECD,2021

Potrošnja za dugotrajnu skrb porasla je bržom stopom od ostalih područja zdravstvene i socijalne skrbi posljednjih godina, a kako stanovništvo stari, sve će više ljudi trebati stalnu medicinsku i socijalnu pomoć. Svi ovi čimbenici vrše pritisak na rast rashoda, u zemljama OECD-a gdje se očekuju velika buduća povećanja potrošnje na dugoročne usluge (OECD, 2021.). Prema slici 3.3 u zemljama članicama OECD-a u 2019. godini 1,5% bruto domaćeg proizvoda bilo je izdvojeno za dugotrajnu skrb, uključujući i zdravstvenu i socijalnu komponentu. S 3,4% BDP-a Švedska je bila među najvećim potrošačima. Na drugom kraju ljestvice, Meksiko, Čile, Grčka i Turska troše samo između 0,1% i 0,2% svog BDP-a na pružanje dugotrajnih usluga. Ova varijacija djelomično odražava razlike u strukturi stanovništva, ali uglavnom odražava stupanj razvoja formalnih sustava dugotrajne zaštite, za razliku od neformalnijih aranžmana koji se uglavnom temelje na skrbi koju pružaju neplaćeni članovi obitelji. Treba naglasiti da postoje zemlje koje ne

prijavljaju potrošnju za dugotrajnu skrb u cijelosti, stoga ta komponenta nedostaje u ukupnoj dugotrajnoj zaštiti (OECD, 2021.)

4. Njemačka

4.1. Korporativistički socijalni režim

Njemačka socijalna država mješavina je raznorodnih utjecaja. Izvorišta suvremene njemačke socijalne politike mogu se pronaći u njezinoj povijesti. Desetljeća političkih borbi upisana su u politike od kojih je sačinjena. Budući da među njegovim elementima funkciju integracije vrši konzervativno načelo, njemački socijalni režim najbliži je korporativističkom tipu (Esping-Andersen, 1990.). Za Bismarckove vladavine javlja sustav socijalnog osiguranja koje obuhvaća zdravstveno osiguranje, osiguranje od posljedica nesreće na poslu te osiguranje za slučaj invalidnosti i starosno osiguranje. Takvo uvedeno socijalno osiguranje postaje prva značajna mjera socijalne politike koje je provela jedna država te s time njemački sustav socijalne sigurnosti počiva na četiri stupa koja pokrivaju glavne socijalne rizike stanovništva (Puljiz, 1997. prema Žganec, 2000.). Kasnije država pod pritiskom novih izazova koji su uslijedili nakon pada Berlinskog zida i ujedinjenja zemlje intenzivira raspravu o novom obliku obveznog osiguranja pod nazivom osiguranje za dugotrajnu njegu (njem. *Pflegeversicherung*) te u siječnju 1995., nakon dugogodišnje javne rasprave Njemačka postaje prva zemlja koja je implementirala sustav dugotrajne skrbi uvođenjem obveznog osiguranja za dugotrajnu njegu, kao petog stupa sustava socijalne sigurnosti (Chen i Xu, 2020.).

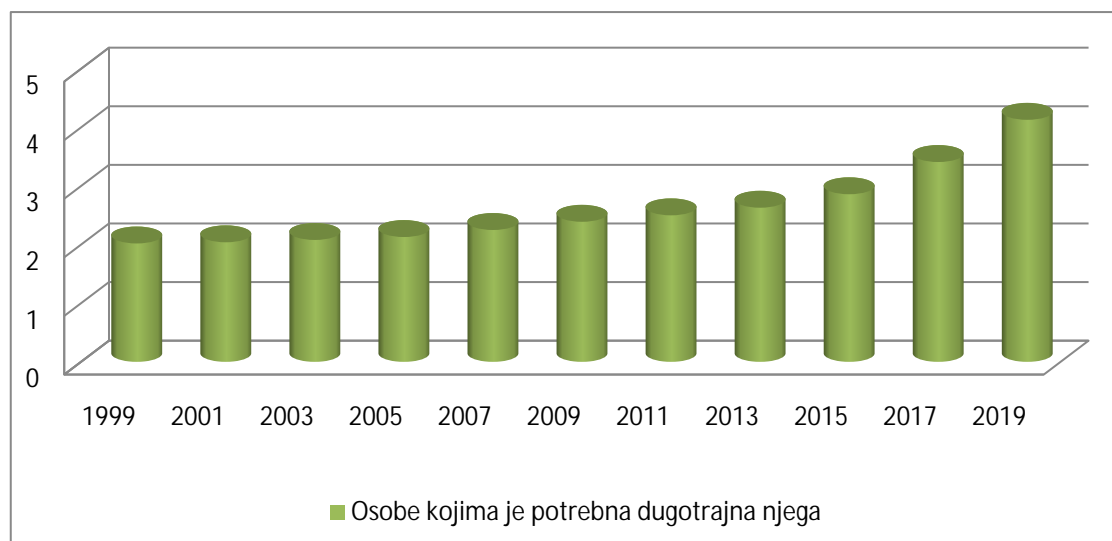
4.2. Demografski trend i potreba za skrbi

Prema posljednjem izvješću Eurostata u 2019. godini bilo je 17 regija diljem EU-a u kojima su starije osobe činile više od jedne četvrtine ukupnog stanovništva, te su se te regije u najvećem broju nalazile u Njemačkoj, a zatim u Italiji. Godine 2021. u Njemačkoj je oko 6 milijuna ljudi imalo 80 i više godina, od toga su 2,2 milijuna bili muškarci i 3,6 milijuna žene (Eurostat, 2020.). Također prognozira da će 2050. godine će populacijska piramida za 2050. produžiti stupac za višu dobnu skupinu u usporedbi s 2019., što ukazuje na to da će veći udio stanovništva doživjeti duboku starost što bi značilo 85 ili više godina. Prema prognozi stanovništva broj stanovnika u Njemačkoj smanjit će se na 74,5 milijuna 2050., dok će udio starijih 65 i više godina porasti s 19,8% na 31,7%, a udio najstarijih onih s 80 i više godina s 4,6% na 14 % (Eurostat, 2022.).

Broj ljudi kojima je potrebna skrb teško je kvantificirati. Službena statistika oslanja se samo na podatke o korisnicima sredstava osiguranja za dugotrajnu njegu. Broj osoba koji primaju naknade iz fondova osiguranja za dugotrajnu njegu te broj osoba koje koriste usluge iz fondova, a koje imaju značajne teškoće u obavljanju svakodnevnih životnih aktivnosti je poznat ali taj broj ne prikazuje cjelokupnu populaciju kojoj je potrebna njega i stoga je potražnja za pružanjem dugotrajne skrbi veća od broja primatelja privatnih i društvenih sredstava osiguranja za dugotrajnu njegu (Schulz, 2010.). Schulz (2010.) u svome radu se osvrće na procjenu budućeg razvoja izdataka za dugotrajnu skrb koju je provela eng. *The Ageing Working Group* Europske komisije, a prema njoj broj ovisnih osoba iznosi 3,2 milijuna u 2007. i porast će na oko 6 milijuna do 2050. Broj ovisnih osoba koje primaju formalnu skrb procjenjuje se na 1,589 milijuna u 2007. i porast će na 3,483 milijuna u 2050. Također prema istom radu procjenjuje se da će broj ovisnih osoba koje primaju samo neformalnu skrb ili nikakvu skrb iznositi 1,612 milijuna i porasti na 2,471 milijuna do 2050. Slika 4.1 na kojoj su prikazani podatci Saveznog zavoda za statistiku Njemačke nam pokazuje stalni rast osoba kojima je potrebna dugotrajna skrb, a ta potreba će samo rast sa ovakvim demografskim trendom koji prati Njemačku.

Slika. 4.1.

Osobe kojima je potrebna dugotrajna skrb u razdoblju od 1999. godine do 2019. godine u Njemačkoj izražena u milijunima



Izvor: Savezni zavod za statistiku Njemačke (njem. Statistisches Bundesamt), 2022a.

4.3. Sustav dugotrajne skrbi za starije

U Njemačkoj prevladava supsidijarni model skrbi, do 1994. dugotrajna skrb uglavnom je bila odgovornost obitelji, a samo oni koji nisu mogli snositi troškove mogli su se prijaviti za naknade prema imovinskom cenzusu iz programa socijalne pomoći. S obzirom na to da je osiguranje za dugotrajnu njegu izravno povezano sa zdravstvenim osiguranjem, svatko tko je osiguran u zdravstvenom osiguranju, javnom ili privatnom, automatski postaje osiguran za dugotrajnu njegu. One osobe koje imaju privatno zdravstveno osiguranje dužni su kupiti privatno obvezno osiguranje za dugotrajnu njegu uz iste pakete pogodnosti (Schulz, 2010.). Osiguranje je obvezno za sve zaposlene, nezaposleni građani su osigurani preko članova obitelji, te time pravo na dugotrajnu pomoć je praktički univerzalno. Ovo pravo mogu ostvariti svi oni koji su u desetogodišnjem razdoblju prije podnošenja zahtjeva plaćali doprinose najmanje dvije godine i koji ispunjavaju zdravstvene uvjete za dugotrajnu njegu, bez obzira na dob i imovinsko stanje (Dragičević, 2020.).

Oblici usluga dugotrajne skrbi koji se nude prema njemačkom zakonodavstvu, a koje pokriva spomenuto osiguranje uključuju usluge vezane za pružanje njege kod kuće u novcu i naturi, u ustanovama za dnevnu ili noćnu njegu i u domovima za starije osobe. Konkretno osiguranje prema Schulz (2010.) uključuje:

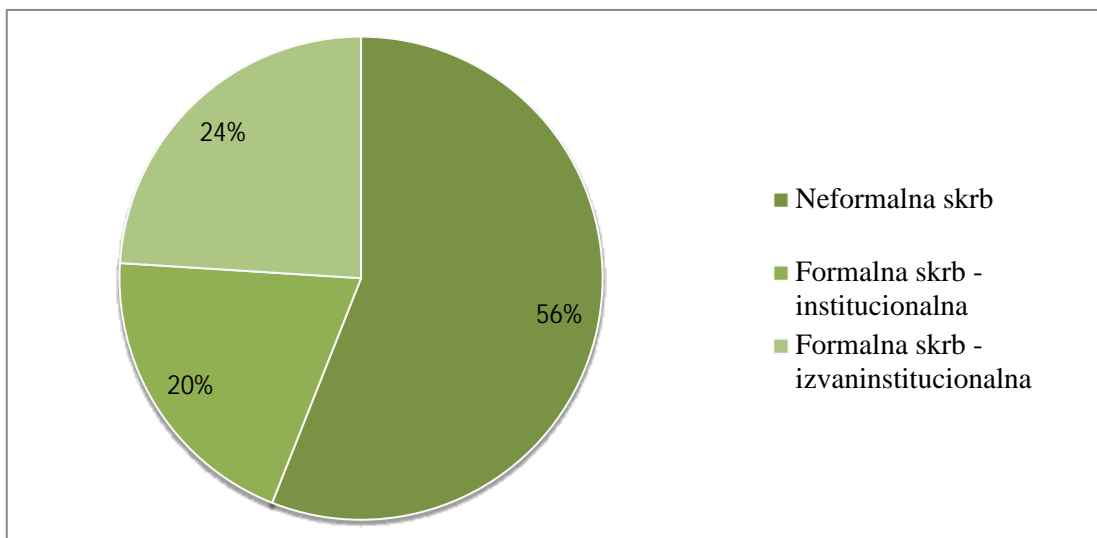
- usluge skrbi u zajednici,
- novčane naknade za neformalnu skrb,
- privremenu njegu kod kuće tijekom godišnjeg odmora ili bolesti neformalnih njegovatelja,
- medicinsku opremu i tehnička pomagala,
- dnevnu i noćnu skrb,
- kratkotrajnu institucionalnu skrb,
- dugotrajnu institucionalnu skrb,
- dugotrajnu skrb u ustanovama za osobe s invaliditetom,
- naknade za socijalnu sigurnost neformalnih njegovatelja,
- naknade za njegovatelje koji koriste dopust za dugotrajnu njegu,
- tečajeve osposobljavanja za njegovatelje obitelji i dobrovoljne njegovatelje,

- dodatne pogodnosti za osobe čija je sposobnost suočavanja sa svakodnevnim životom znatno narušena (Schulz, 2010.).

Ove pogodnosti odnosno usluge su određene zakonom, također iste su dostupne za sve osigurane osobe ovisno o opsegu potrebe za njegom, ali bez obzira na dob, prihode ili imovinsko stanje. Od srpnja 2008. potrebne su dvije godine da se kvalificira za pogodnosti, dok je prije 2008. godine bilo potrebno biti pokriven pet godina osiguranjem kako bi se iste i ostvarile (Schulz, 2010.). Novčani dodatak, dodatak za njegu, smatra se naknadom za neformalnu skrb, dok se usluge i smještajna skrb smatraju formalnom skrbi (Dragičević, 2020.). Prema zadnjim aktualnim podacima koje možemo vidjeti na slici 4.2 najviše osoba je u potrebi za nekim oblikom neformalne skrbi ukupno 56 % , ali ostali oblici su zastupljeni sa 20% institucionalna skrb te 24% izvaninstitucionalna.

Slika 4.2.

Osobe koje su u potrebi za dugotrajnom skrbi tijekom 2019. godini prema obliku skrbi koja im je potrebna u Njemačkoj



Izvor: Savezni zavod za statistiku Njemačke (njem. Statistisches Bundesamt), 2022b.

4.3.1 Financiranje dugotrajne skrbi u Njemačkoj

Njemačka ima mješoviti javno-privatni sustav financiranja, javni obvezni program se financira doprinosima poslodavaca, zaposlenika i umirovljenika (Tong, 2009.). Od uvođenja programa 1996., premije su rijetko mijenjane, ali kako bi osigurala

financijsku održivost ove grane socijalnog osiguranja, Njemačka je postupno povećavala stope socijalnih doprinosa. Kada je uvedeno osiguranje stope doprinosa su postavljene na 1,7 % bruto dohotka i ostale su nepromijenjene do 2008., tada su porasle na 1,95%, a zatim 2015. su porasle na 2,35%; posljednje povećanje bilo je 1. siječnja 2017. na 2,55%. Obrazloženje za povećanje stopa bilo je to što su rashodi premašili prihode u 2002.; kod osnivanja sustava osiguranja financiranje nije bilo problem jer je bilo malo prijava pa se stvarao višak (Nadash i sur., 2018.). Kao što je navedeno prethodno samo uzdržavane osobe su izuzete; roditelji ili supružnici doprinose u njihovo ime.

U slučaju privatnog osiguranja za dugotrajnu skrb ono mora pružati barem onoliko beneficija koliko i javno osiguranje, premije kod takvoga osiguranja općenito se određuju prema dobi u kojoj pojedinac postaje osiguran; međutim, premije ne mogu premašiti razine doprinosa za javno dugoročno osiguranje (Schulz, 2010.). U Njemačkoj postoji razlika u obimu financiranja od strane korisnika dugotrajne skrbi s obzirom na pokrajinu (njem. *Länder*) u kojoj se nalazi. U nekim pokrajinama šticećenici doma za starije osobe moraju platiti cijenu izgradnje i modernizacije ustanova za njegu, što se smatra kapitalnim ulaganjem. Iako se ti kapitalni projekti smatraju obvezom pokrajina, ograničenja iznosa subvencija za takve troškove uvelike se razlikuju među njima, u praksi, ti su se troškovi često prebacuju na korisnike (Schulz, 2010.).

Dok naknade za usluge kućne njege pokrivaju troškove osobne njege i pomoć u praktičnim poslovima prema razini potrebe za njegom, naknade za institucionalnu skrb pokrivaju samo dio ukupnih troškova domova za starije osobe. Osigurani paušalni iznosi za pružanje skrbi u domovima za starije i nemoćne niži su od prosječnih troškova. Sredstva osiguranja za dugotrajnu skrb pokrivaju u prosjeku oko polovicu troškova. Korisnici koji nisu u mogućnosti pokriti dodatne troškove imaju pravo na socijalnu pomoć prema imovinskom cenzusu (Schulz, 2010.). Tijekom 2007. godine 218 tisuća ljudi primalo je socijalnu pomoć za dugotrajnu njegu uz naknade iz fondova osiguranja za dugotrajnu skrb, od kojih je većina njih 209 tisuća, bila smještena u domovima za starije osobe. Ukupno je 2007. na socijalnu pomoć za pomoć za njegu potrošeno oko 3,2 milijarde eura (Schulz, 2010.).

OECD (2021.) navodi kako je 2005. bilo potrošeno ukupno je 1,5% BDP-a potrošeno na dugotrajnu skrb, dok je 2018. godine ta brojka bila 2.1% BDP-a. U 2020. godini rashodi za dugotrajnu skrb su iznosili oko 76 milijuna eura. Najviše je potrošeno na cjelodnevnu institucionalnu skrb, zajedno s cjelodnevnom institucionalnom skrbi za osobe s invaliditetom. Postotak ukupnih izdataka za dugotrajnoj skrbi iznosio je u 2016. godini 16%, otprilike dvije trećine rashoda za dugotrajnu skrb bilo je posvećeno naknadama u naravi, veliki udio toga su bili troškovi povezani sa uslugom smještaja, ostatak rashoda za dugotrajnu skrb bio je za novčane naknade (WHO, 2020.).

5. Ujedinjeno Kraljevstvo

5.1. Liberalni socijalni režim

Idealtipski liberalni socijalni režimi odlikuju se programima pomoći uvjetovanim dohodovnim pragovima koji ograničavaju njihovu dostupnost (tzv. *means-testing*). U ovome se slučaju država sve više povlači iz tradicionalne uloge izravnog pružanja usluga, te se oslanja na pružanje usluga putem privatnoga sektora dok ona usmjerava svoje usluge prema najovisnijim korisnicima i onim osobama s ograničenim prihodima. Individualistička filozofija osobne odgovornosti podupire ovakav sustav (Esping-Andersen, 1990.). Ovome tipu se najviše približavaju anglosaksonske zemlje, kao i Ujedinjeno Kraljevstvo u ranijim povijesnim razdobljima. U razdoblju nakon Drugog svjetskog rata zemlja se kroz reformske cikluse približila drugim europskim sustavima, tako da je danas podudarnost s liberalnim režimom djelomična. Međutim, Ujedinjeno Kraljevstvo ostaje najvjerniji europski predstavnik ovoga režima. Britanski režim skrbi sadrži liberalne elemente, naziva se modelom provjere imovinskog stanja jer samo oni koji su u potrebi imaju slobodan pristup socijalnim uslugama. Sukladno tome, skrb se prvenstveno pruža neformalno kod kuće ili putem privatno financiranih socijalnih službi ili institucija (Auth, 2012.). U ovom modelu, napredak društvene reforme strogo je ograničen tradicionalnim, liberalnim normama radne etike. Uvjeti za stjecanje prava na usluge su strogi i često povezani sa stigmom, dok su naknade koje se pružaju obično skromne (Esping-Andersen, 1990.).

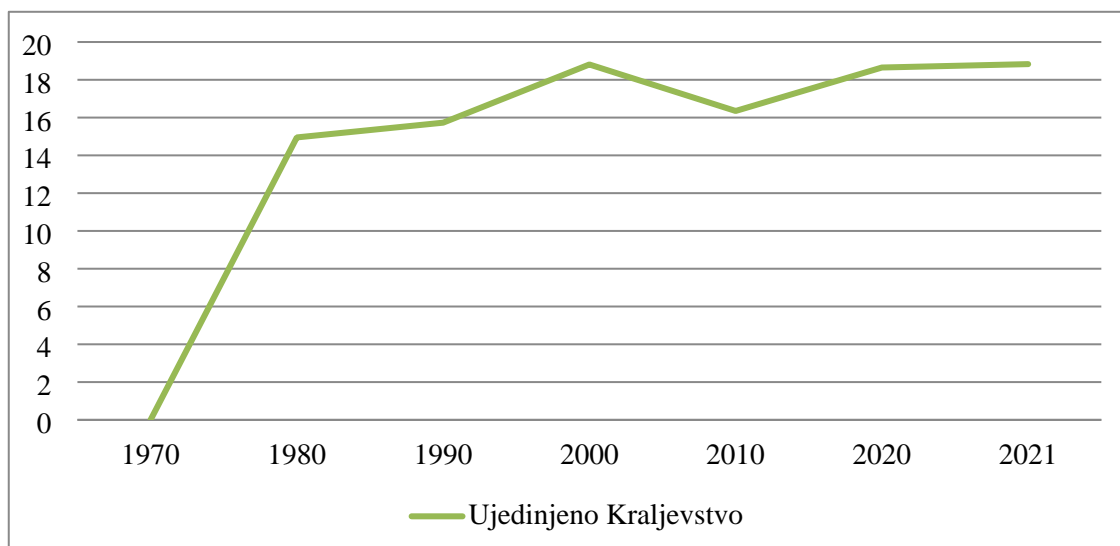
5.2. Demografski trend i potreba za dugotrajnom skrbi

Starenje stanovništva je trend koji nije zaobišao Ujedinjeno Kraljevstvo te je predviđeno povećanje broja starijih osoba u odnosu na aktivno stanovništvo ima velike implikacije na buduću potražnju za socijalnom skrbi. Starije stanovništvo u Ujedinjenom Kraljevstvu definira se kao osobe u dobi od 65 i više godina. Prema slici 5.1 vidimo da je udio starijeg stanovništva na području ove države u porastu već dugi niz godina, te je 2021. godine iznosio 18,83% . Ovi demografski trendovi imaju brojne implikacije na državnu i privatnu potrošnju na mirovine, zdravstvenu skrb i

općenito, na gospodarski rast i socijalnu skrb što uključuje i dugotrajnu skrb za starije.

Slika 5.1

Udio starijeg stanovništva u razdoblju od 1970. godine do 2021.godine u Ujedinjenom Kraljevstvu

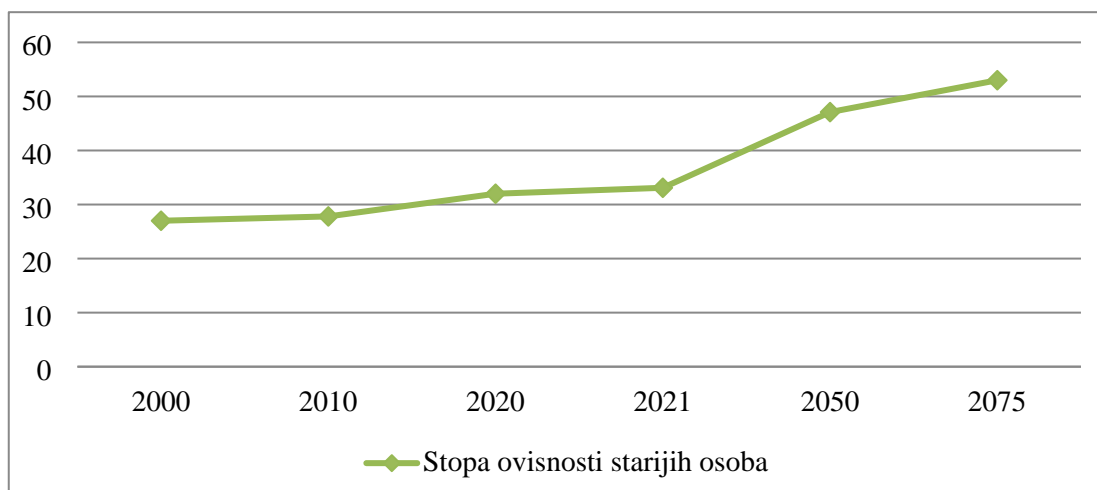


Izvor: OECD, 2022a.

U drugoj polovici dvadesetog stoljeća demografsko starenje doseglo je neviđene razine u Ujedinjenom Kraljevstvu, kao i u drugim industrijaliziranim gospodarstvima. Očekuje se da će se ovaj trend nastaviti u doglednoj budućnosti i predstavlja ključni pokretač budućeg rasta potražnje za uslugama skrbi (Cangiano, 2010.). Demografski trendovi predviđaju povećanje potrebe za dugotrajnim uslugama u Ujedinjenom Kraljevstvu za čak 60% u sljedeća dva desetljeća (Hussein, 2017.). Konkretno, osobe u dobi od 80 i više godina, skupina s najvećom potrebom za njegom, najbrže su rastuća komponenta stanovništva Ujedinjenog Kraljevstva. Prema Eurostat-u (2022.) udio stanovništva u toj dobi iznosio je 5%, dok je za dob 65 i više taj postotak bio 13.4% . To će podići potrebu za uslugama dugotrajne skrbi znatno iznad sadašnjih razina (Cangiano, 2010.).

Slika 5.2

Stopa ovisnosti starijih osoba za razdoblje od 2000. godine do 2075. godine u Ujedinjenom Kraljevstvu



Izvor: OECD,2022b

Stopa ovisnosti starijih osoba definirana je prema OECD (2022.b) kao omjer između starijeg stanovništva i radno sposobnog stanovništva. Demografski omjer starije i radno sposobne definira se kao broj pojedinaca u dobi od 65 i više godina na 100 ljudi u radnoj dobi definiranih kao oni u dobi od 20 do 64 godine. Ujedinjeno Kraljevstvo kao što uočavamo na slici 5.2 obilježava visoki omjer ovisnosti u starijoj dobi, isto se predviđa za buduća razdoblja, 2075. godine se predviđa postotak od 53%. Evolucija omjera starosti prema radnoj dobi ovisi o stopi mortaliteta, stope fertiliteta i migracije. Ovaj podatak samo je još jedan pokazatelj demografskog trenda starenja stanovništva, koji sa sobom povlači i sve veću potrebu za dugotrajnom skrbi.

5.3. Sustav dugotrajne skrbi za starije

Sustav dugotrajne skrbi u Ujedinjenom Kraljevstvu karakterizira se kao "sigurnosna mreža" ili "rezidualni" sustav koji podržava samo pojedince s visoko izraženim potrebama za skrbi i pomoći, a koji nisu u mogućnosti sami platiti troškove. Sustav dugotrajne skrbi u Ujedinjenom Kraljevstvu vrlo je kompleksan i neintegriran, uključujući velike razlike među lokalnim zajednicama (Munday, 2003.). Sustav uključuje različite beneficije poput univerzalnog sustava novčanih naknada i

komplementarnog sustava usluga na lokalnoj razini koji se financiraju samo za one čija su imovina i prihodi ispod određene razine. Zbog vrlo strogog imovinskog kriterija za ostvarivanje prava, velik broj onih kojima je potrebna pomoć ostaje izvan sustava, pa su prisiljeni plaćati visoke troškove dugotrajne skrbi (Comas-Herrera i sur., 2010.). Provjera imovinskog stanja uzima u obzir i dohodak i uštedevinu. Osobe s uštedevinom iznad gornje granice kapitala koja trenutno iznosi 23 250 britanskih funti nemaju pravo na javno financiranu skrb. Dok se štednja ispod donje granice kapitala koja je trenutačno u iznosu 12 250 britanskih funti zanemaruje. U trenutnom sustavu dugotrajne skrbi, pristupačnost može biti glavna prepreka pristupu skrbi, što izaziva zabrinutost zbog socioekonomske nejednakosti u korištenju skrbi (Hu, 2022.).

Dugotrajna skrb za odrasle, koja se još u Ujedinjenom Kraljevstvu naziva i socijalna skrb za odrasle, uključuje širok raspon nemedicinskih usluga koje podržavaju pojedince koji imaju poteškoća s aktivnostima svakodnevnog života kao što su održavanje osobne higijene, hranjenje, kućanski poslovi ili opća mobilnost. Dugotrajna skrb je podrška koja se formalno ili neformalno pruža u privatnim domovima ili ustanovama za skrb onima kojima je potrebna pomoć u obavljanju svakodnevnih zadataka. Obitelj, prijatelji i susjedi mogu ponuditi neformalnu skrb kao skrb koju službeno pružaju kvalificirani stručnjaci (Crawford, 2021.). Formalna skrb se financira putem javnih ili privatna sredstva. U 2015. godini većinu formalne skrbi koju su osobe primile osigurala je država, ali zbog primjene procjene imovinskog stanja i procjene potreba, to se odnosi na pojedince s najozbiljnijim potrebama i oni koji imaju ograničene prihode. Unatoč starenju stanovništva, stalni rezovi u financiranju lokalnih vlasti rezultirali su sve manjim brojem ljudi koji su mogli dobiti skrb između 2010. i 2016. Ti rezovi imaju dalekosežne posljedice, pri čemu se pojedinci sve više oslanjaju na neformalnu skrb kako bi popunili praznine u državnoj skrbi (Curry i sur., 2018.). To je u izravnoj suprotnosti s medicinskom skrbi koja je besplatna za sve stanovnike. Važna značajka sustava dugotrajne skrbi u Ujedinjenom Kraljevstvu jest da je decentraliziran, organizacija i financiranje dugotrajne skrbi odgovornost je 152 lokalne samouprave. Unatoč naporima posljednjih godina da se smanje nejednakosti u količini i kvaliteti dugotrajne skrbi koju primaju stanovnici u različitim lokalnim vlastima, ova organizacijska struktura

rezultira značajnim razlikama u potrošnji po glavi stanovnika na dugotrajnu skrb starijih u njezinim različitim regijama. Ove varijacije proizlaze iz različitih lokalnih preferencija za potrošnju na socijalnu skrb u odnosu na druge ciljeve lokalne samouprave, kao i razna financijska ograničenja s kojima se različite lokalne samouprave suočavaju (Crawford, 2021.). Socijalna skrb u Ujedinjenom Kraljevstvu bori se da zadovolji potrebe sve složenijeg i sve starijeg društva.

5.3.1 Financiranje dugotrajne skrbi za strije

U ovome slučaju naglašena je individualna odgovornost za osiguravanje dugotrajne skrbi osim u posbnim prethodono navedenim iznimkama. Stoga privatni pružatelji usluga imaju sve veće značenje u ovakvome sustavu, a samim time i financiranje od strane samih korisnika (Munday, 2003.). U Ujedinjenom Kraljevstvu je javna potrošnja na dugotrajnu skrb iznosila 2,3% BDP-a u 2019. (OECD, 2021.). Kako bi reformirala sustav dugotrajne skrbi Vlada Ujedinjenog Kraljevstva 2018. godine najavila u da će dugo očekivana Zelena knjiga o socijalnoj skrbi odraslih za starije osobe biti objavljena, a ona sadrži sedam ključnih načela koja treba razmotriti za reformu socijalne skrbi, a koje je iznio državni tajnik za zdravstvo i socijalnu skrb, a to su:

1. kvaliteta i sigurnost pružanja usluga,
2. integrirana skrb za osobu s Nacionalnom zdravstvenom službom (eng. National Health Service) i sustavima socijalne skrbi koji djeluju kao jedan,
3. najveća moguća kontrola dana onima koji primaju potporu,
4. cijenjena radna snaga,
5. bolja praktična podrška obiteljima i skrbnicima,
6. održivi model financiranja za socijalna skrb podržana raznolikim i stabilnim tržištem te
7. veća sigurnost za sve (Curry i sur., 2018.).

U srpnju 2019. godine od strane Udruga lokalne samouprave (eng. *local government association*) objavljen je rad nazvan „Godinu dana kasnije“ u kojem se spominje daljnje odgađanje objavljivanja ovoga dokumenta. Ova načela sugeriraju da će zelena knjiga pokriti više područja od samog modela financiranja i da će uzeti u obzir tržište pružatelja usluga i radnu snagu (Curry i sur., 2018.).

6. Švedska

6.1. Socijaldemokratski socijalni režim

Socijaldemokratski režim socijalne skrbi Švedske izgrađen je na univerzalnoj pokrivenosti svih segmenata stanovništva u rasprostranjenom sustavu koji se temelji na očekivanjima korisnika i postizanju jednakosti. Švedska je arhetip skandinavske socijalne države s visokim razinama javne potrošnje i temelji se na visokoj razini redistribucije financijskih resursa među velikom većinom stanovništva, kao i različitim skupinama stanovništva koje koriste različite usluge tijekom života (Esping-Andersen, 1990.). Švedsku kao socijaldemokratski socijalni režim obilježavaju egalitarnost u distribuciji, izdašnost naknada i preferencija za politiku pune zaposlenosti, o kojoj ovisi opstanak sustava socijalnih prava (Batljan, 2007.).

U Švedskoj se skrb o starijim osobama pruža kao dio univerzalnog i sveobuhvatnog sustava skrbi. Starije osobe imaju pravo na traženje i pristup zdravstvenim i socijalnim uslugama prema Zakonu o socijalnoj skrbi i Zakonu o zdravstvenoj i medicinskoj djelatnosti. U švedskom univerzalnom pristupu dugotrajnoj skrbi, svi stanovnici imaju pristup sveobuhvatnim, javno financiranim i visokokvalitetnim uslugama koje se temelje na potrebama, a ne na mogućnostima plaćanja (Batljan, 2007.). Jedna značajka koja definira švedski režim skrbi je da obitelji nemaju zakonsku odgovornost brinuti se za potrebe skrbi za svoje odrasle članove, iako u praksi obitelji igraju značajnu, u skrbi za starije osobe, rastuću ulogu (Meagher i Szebehely, 2013.).

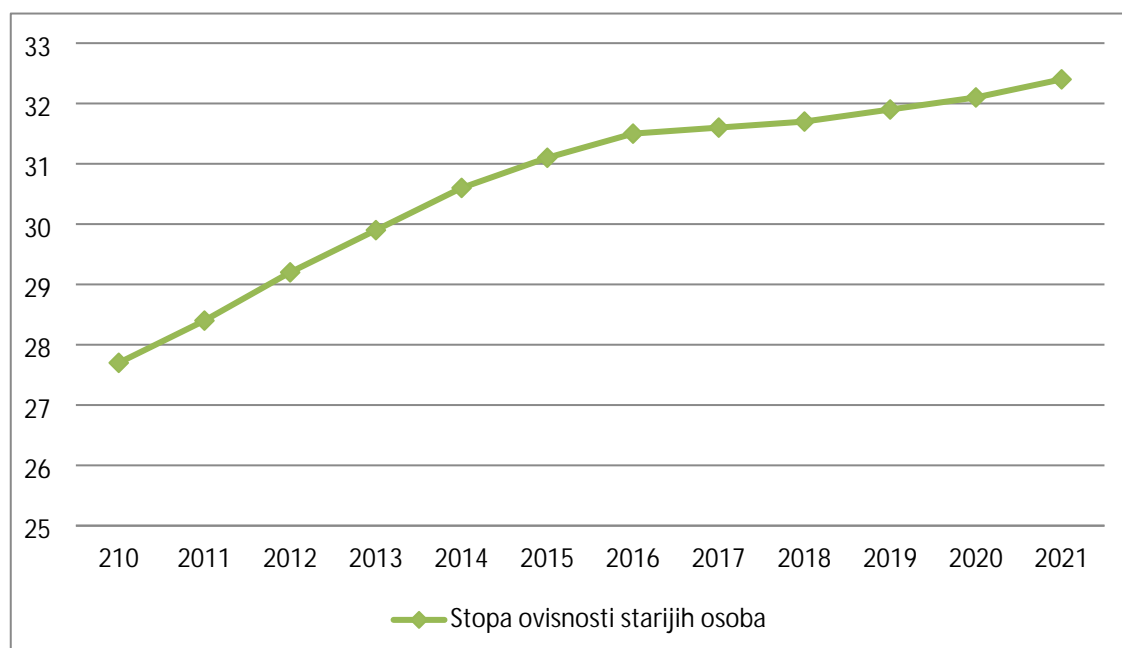
Švedska je prilagodila javne usluge koje se odnose na obiteljski život 1970-ih. Vezujući njihovu ponudu za rodno neutralne kategorije državljanstva i mjesta stanovanja, osigurali su načelo univerzalnosti koje je središnje mjesto u socijaldemokratskom društvenom sustavu. U ovakvom socijalnom režimu kao što je u slučaju Švedske, s obzirom na veličinu preraspodjele unutar socijalne države i njezino spominjanje preraspodjele tijekom cijelog života, mnogi pojedinci vjeruju da je socijalna država odgovorna osigurati da starije osobe kojima je potrebna skrb ili socijalne usluge dobiju visokokvalitetnu pomoć (Svallfors, 2002. prema Batljan, 2007.).

6.2 Demografski trend i potreba za skrbi

U Švedskoj je udio starijih u ukupnom stanovništvu porastao od 1970. godine, kada je stanovništvo u dobi od 65 godina ili više činilo manje od 14 % ukupnoga stanovništva, dok se taj udio u 2020. godini povisio na 20% stanovništva (Eurostat, 2022.). Štoviše, dok su osobe u dobi od 80 ili više godina činile svega 2,4% stanovništva Švedske 1970., u 2021. su činile 5,4%. Prema Eurostat-u (2022.) omjer ovisnosti u starijoj dobi dosegao je rekordno visoku razinu od 32,4 u prosincu 2021. Omjer ovisnosti u starijoj dobi 65 i više godina u Švedskoj porastao je s omjera 23,9 u 1971. na omjer od 32,4 u 2021. (slika 6.1), rastući po prosječnoj godišnjoj stopi od 0,83%.

Slika 6.1.

Stopa ovisnosti starijih osoba za razdoblje od 2010. godine do 2021. godine u Švedskoj



Izvor: Eurostat, 2022.

Godine 2011. oko 162 300 osoba primalo je usluge izvanbolničke skrbi, dok je približno 89 800 osoba koristilo institucionalne oblike skrbi. S tim u vezi, ukupno 14,13% ovog dijela stanovništva dobilo je usluge na temelju utvrđene potrebe za pomoći u svakodnevnim životnim poslovima (Weber, 2018.). Prema tablici 6.1. vidimo da predviđanja u vezi potrebe za dugotrajnom skrbi za starije u konstatnom

su rastu te bi udio osoba u populaciji koje primaju dugotrajnu skrb za starije osobe za dvije godine porasti na 14,8%, dok 2040. godine bi trebao dostići 16,1% .

Tablica 6.1.

Postotak osoba u populaciji koje primaju dugotrajnu skrb za starije osobe 65+ u razdoblju od 2010.–2040. godine u Švedskoj

	Udio osoba u populaciji koje primaju dugotrajnu skrb za starije osobe (%)
2010	15.0
2015	14.0
2020	14.1
2025	14.8
2030	5.7
2035	16.3
2040	16.1

Izvor: Lagergren i sur., 2018.

6. 3. Sustav dugotrajne skrbi

Dugotrajna njega i usluge za starije osobe smatraju se važnim dijelom švedskog sustava socijalne skrbi. Švedska ima dugu povijest pružanja raznih usluga skrbi za starije osobe. Prema Vladinom prijedlogu zakona 1997./1998., glavni cilj švedskog parlamenta u vezi dugotrajne skrbi i socijalnih usluga za starije je bio da starije osobe imaju pristup dobroj zdravstvenoj skrbi i socijalnim uslugama (Batljan, 2007.). U 1970-ima Švedska je već imala decentralizirani sustav dugotrajne skrbi koji se temeljio na porezima. Prema Zakonu o socijalnoj skrbi, svaka općina ima obvezu pružiti pomoć ako se potrebe pojedinca ne mogu zadovoljiti ni na koji drugi način. Međutim, u švedskom zakonu ne postoje pravila za određivanje individualnih potreba. U Švedskoj prilikom utvrđivanja potreba za uslugom uzimaju se u obzir faktori kao što su obiteljsko okruženje i podrška zajednice (Lagergren i sur., 2018.).

Odgovornost za postizanje ovog cilja podijeljena je između tri razine vlasti. Naime, 1992. godine švedska je vlada provela veliku Ädel reformu (*šved. Ädelreform*) dajući općinama glavnu odgovornost za dugotrajnu skrb starijih osoba. Što bi značilo da se dugotrajna skrb za starije osobe podijeljena između nacionalne, regionalne i lokalne

razine (Weber, 2018.). Dok je pravni okvir, odnosno postavljene ciljeve politika i smjernica putem zakona i mjera gospodarskog upravljanja postavljen na nacionalnoj razini, skrb za starije osobe organizirana je unutar decentralizirane političke strukture. Švedski Zakon o socijalnim uslugama okvirni je akt koji, prije svega, formulira ciljeve socijalnih usluga koje nude zajednice. Na regionalnoj razini, pokrajine su ostale nadležne za pružanje zdravstvene skrbi i odgovorne su za stvarno i financijsko pružanje medicinske skrbi i liječenja u užem smislu. Od 1. siječnja 1992. općine imaju zakonsku obvezu i ovlasti ponuditi usluge koje se odnose na socijalne zahtjeve, potrebe vezane za skrbi i smještaj starijih osoba, sa tom obvezom dobile su i ovlast ubirati i prikupljati poreze (Weber, 2018.).

U sklopu Ädel reforme primljeni su privatni pružatelji socijalnih usluga kako bi se forsirao učinkovitiji način rada, ali i kako bi se starijim osobama dalo više mogućnosti izbora. Posljedice spomenute reforme su višestruke. U sklopu Ädel reforme uveden je izbor pružatelja, lokalne vlasti sklapaju dogovore s nizom javnih ili privatnih pružatelja usluga među kojima starije osobe mogu birati. Dolazi do procesa targetiranja, poboljšanja ciljanosti socijalnih usluga, što se s jedne strane pravdalo nedostatkom financijskih sredstava općina zbog recesije, a s druge strane sve većom potrebom za socijalnim uslugama (Auth, 2012.). Također veća je i brža dostupnost zdravstvenih usluga zbog rasterećenja bolnica jer se uvođenjem reforme broj kreveta za njegu starijih osoba u područnim bolnicama značajno smanjio kao rezultat "demedikalizacije" skrbi za starije osobe (Auth, 2012.). Kao rezultat toga, općine mjere skrbi više usmjeravaju na starije i vrlo stare osobe kojima je skrb najviše potrebna te na one koji žive sami. Osim usmjeravanja skrbi na one kojima je najpotrebnija skrb, proces deinstitutionalizacije također je započet na općinskoj razini. Jedna od posljedica ove deinstitutionalizacije i targetiranja je stoga predaja veće odgovornosti za skrb obiteljima. Može se uočiti trend prema ponovnoj familijalizaciji ili privatizaciji odgovornosti za skrb. U vrijeme recesije obiteljska skrb služi kao zamjena za skuplje usluge skrbi, a pokušaji da se socijalne usluge presele privatnim pružateljima nisu uspjeli (Auth, 2012.).

Dostupne usluge dugotrajne skrbi u Švedskoj su poseban smještaj koji je dio institucionalne skrbi, kućna njega u redovnom smještaju koja uključuje osobnu

njegu, kućne medicinske usluge i usluge povezane s liječenjem i rehabilitacijom, programi podrške za obiteljske negovatelje (mogućnosti odmora, potporne i obrazovne grupe za negovatelje i ekonomska potpora za skrb), osiguranje pomagala prema potrebama, ostale usluge kao što su: osobni sigurnosni alarmi odnosno sustavi hitnih poziva instalirani u privatnom kućanstvu, prilagodba doma i usluge prijevoza za starije i osobe s funkcionalnim oštećenjima koje se ne mogu voziti redovnim javnim prijevozom, imaju pravo na uslugu prijevoza, rehabilitacija, dnevne aktivnosti koje uključuju rekreacijske usluge i društvene programe. Osim toga, lokalne vlasti također daju bespovratna sredstva za određene mjere potrebne za osobe s invaliditetom kako bi učinkovito koristile svoje domove, bez obzira na financijsku situaciju podnositelja zahtjeva (Fukushima i sur., 2010.). Lokalne zajednice su dužne odobriti i pružiti odgovarajuću pomoć potrebnu u pojedinom slučaju. Ako ta ista zajednica nema mogućnosti pružiti takve usluge, može osobi u potrebi dodijeliti i odgovarajuću novčanu naknadu, pod uvjetom da će korisnik tako moći organizirati pružanje dotične usluge iz drugih izvora (Weber, 2018.).

6.3.1 Financiranje dugotrajne skrbi u Švedskoj

Financiranje dugotrajne skrbi u Švedskoj se provodi putem tri načina osiguravanja sredstava a to su općinski porez na dohodak, putem državnih subvencija i sudjelovanjem korisnika u plaćanju (Weber, 2018.). Financiranje naknada koje pružaju socijalne usluge uglavnom osiguravaju lokalne zajednice i temelji se na prihodima od poreza na dohodak. Osim toga, tu su i prihodi od kompenzacijskih državnih mehanizama koji trebaju uravnotežiti razlike u prihodima između pojedinih lokalnih zajednica i posebne pritiske na rashode, kao i drugi programi financiranja poput jednokratnih strukturnih mjera potpore (Weber, 2018.).

Općinski porez na dohodak nastao je kao posljedica lokalnog prava na samoodređenje, te je općinama i pokrajinama kao što je navedeno u prethodnom poglavlju prema zakonu dano neovisno pravo prikupljanja poreza i drugih davanja, zbog toga se ti općinski porezi razlikuju od općine do općine. Nacionalni prosjek općinskog poreza je 31,6%, s maksimalnim 34,32% i minimalnim 28,89%. Zbog mogućih općinskih razlika potrebna je intervencija putem financijskih kompenzacijskih mehanizma poput državnih subvencija koja je od posebne važnosti

za općine u pogledu financiranja njihovih socijalnih usluga, pri čemu se kompenzacija odvija između financijski jakih i financijski slabih općina i pokrajina i na strani prihoda i na strani rashoda. Ako je prihod općine ispod nacionalnog prosjeka, dobit će naknadu jednaku razlici po stanovniku. Također ako su porezni prihodi iznad nacionalnog prosjeka, zajednica mora platiti naknadu. U 2008. godini 279 lokalnih zajednica imalo je pravo na naknadu, dok je jedanaest zajednica moralo uplatiti u sustav (Weber, 2018.). Specifični izdaci zbog strukturnih nedostataka također se nadoknađuju od strane države. Ovo se posebno odnosi na troškove općinskih socijalnih službi, koji se mogu uvelike razlikovati ovisno o sastavu stanovništva u dotičnoj općini. Standardni troškovi, primjerice za skrb o starijim osobama, izračunavaju se preko brojnih pojedinačnih komponenti. Općine s višim troškovima dobivaju određenu naknadu, lokalne zajednice s nižim troškovima plaćaju određeni doprinos (Weber, 2018.).

Sudjelovanje korisnika u nastalim troškovima odnosi na naknade za njegu starijih osoba i regulirane su Zakonom o socijalnoj djelatnosti i namijenjene su zaštiti pojedinca od previsokih naknada (Fukushima i sur., 2010.). Svake godine vlada odlučuje o maksimalnoj naknadi koju pružatelj usluge može naplatiti pojedincu. Za usluge koje se odnose na "liječenje" ne može se tražiti financijska participacija. U okviru zakona, svaka općina odlučuje o vlastitom sustavu naknada i naknadama koje plaća pojedinac. Od 2006. približno 19 % korisnika dobiva cjelokupnu uslugu besplatno, jer njihov prihod nije dostatan za financiranje usluge (Fukushima i sur., 2010.). U 2009. godini općine su potrošile ukupni iznos od 158 milijardi švedskih kruna za usluge koje pružaju općinske socijalne službe. U usporedbi s 2008. to je značilo povećanje od 3 milijarde švedskih kruna (Weber, 2018.). Švedska je 2019. godine potrošila 3,4 % svog BDP-a na dugotrajnu zaštitu, što je četvrti najveći u OECD-u (OECD, 2021.). Većina dugotrajne skrbi za starije i nemoćne se financira iz javnih izvora (93,3 %), uglavnom putem lokalnih općinskih poreza (WHO, 2021.).

7. Češka

7.1. Postkomunistička tradicija

Nakon Drugog svjetskog rata, na politički sustav u Češkoj uvelike je utjecalo uvođenje komunističkog režima sovjetskog tipa, kao što je to bilo i u drugim zemljama srednje i istočne Europe. Komunizam u Češkoj je nametnut izvana jer je bio uveden izravno vojnom silom Saveza Sovjetskih Socijalističkih Republika. Nakon Baršunaste revolucije u studenom 1989., koja je rezultirala padom komunističke države, cijela se zemlja suočila s teškim izazovom obnove svojih predkomunističkih tradicija i izgradnje demokratskog političkog sustava (Kinkorová i Topolčan, 2012.). Socijalna država u komunizmu temeljila se na politici pune zaposlenosti i načelu jednakih prava na usluge socijalne države za sve zaposlene, smatraju autori koji smatraju da bivše komunističke države Srednje i Istočne Europe dijele dovoljno sličnosti da bi se svrstale pod jedan socijalni režim. Većina postkomunističkih zemalja u srednjoj i istočnoj Europi odgovorila je na socijalne troškove tranzicije širenjem ciljanje socijalne politike, poput prijevremenog umirovljenja, te je započela proces restrukturiranja socijalne politike pod vodstvom međunarodnih financijskih institucija još u kasnim 1990-ima (Aidukaite, 2010.). Češka je prihvatila sovjetski model socijalnog osiguranja sredinom 20. stoljeća, čineći je tipičnom srednjoeuropskom ili istočnoeuropskom nacijom. Ova je paradigma proizvela javno administriran sustav socijalne dugotrajne skrbi koji je prvenstveno bio usmjeren na pružanje dugotrajne skrbi u institucionalnim ustanovama i na dodjelu socijalnih naknada, posebno u odnosu na osobe koje su ovisne o pomoći (Koldinská i Štefko, 2018.).

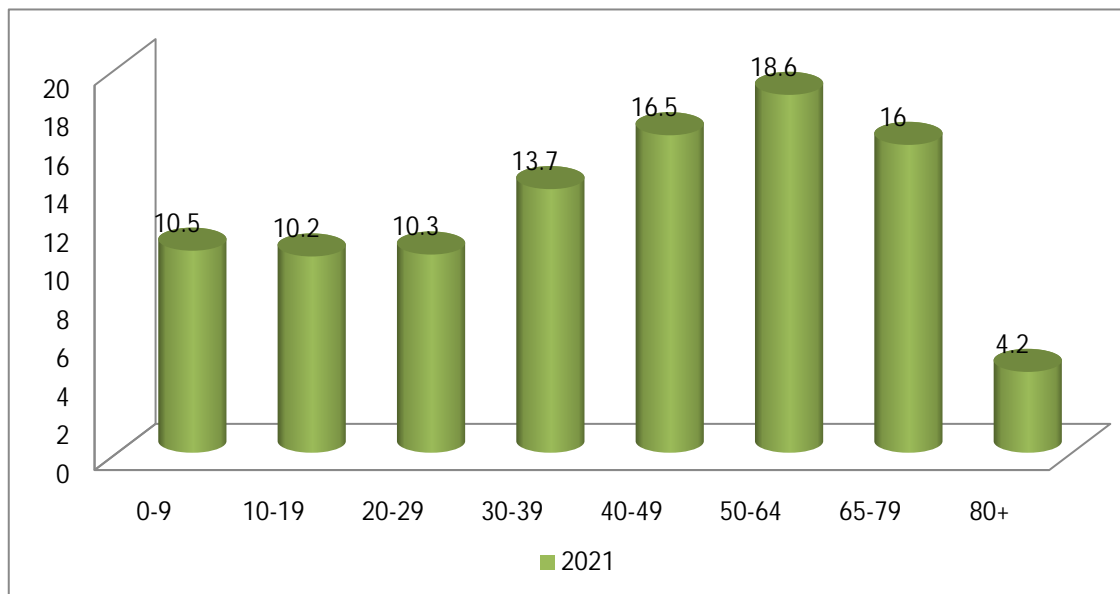
7.2. Demografski trend i potreba za skrbi

Češka je srednjoeuropska država s nešto više od 10 700 000 stanovnika u 2021. godini (Eurostat, 2022.). U 2020. prosječni životni vijek bio je oko 76 godina za muškarce i 82 godinu za žene, smještajući očekivani životni vijek u Češkoj otprilike između zemalja istočne i zapadne Europe. Predviđa se da će godine 2050. očekivano trajanje života pri rođenju za žene u Češkoj biti oko 86 godina, dok za muškarce u prosjeku 81 godina (Eurostat, 2022a.). Češka vlada prepoznala je ovaj trend kao

prijetnju dugoročnom gospodarskom stanju, što uključuje obveze prema zdravstvenoj skrbi i socijalnoj skrbi za starije osobe (Andel, 2014.).

Slika 7.1

Stanovništvo Češke prema dobi u 2021. godini

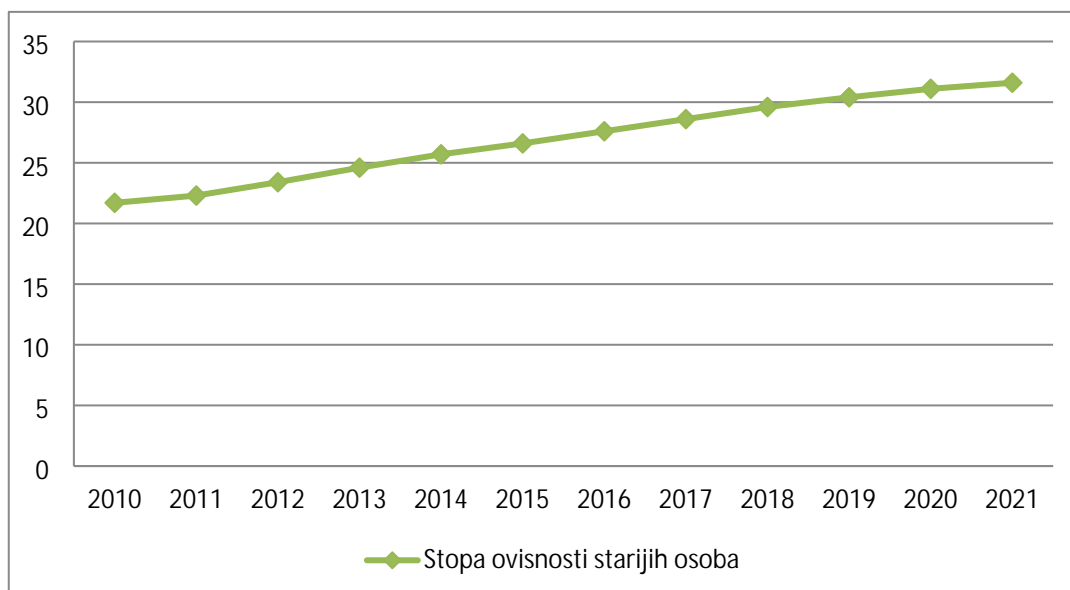


Izvor: Eurostat, 2022.

Prema Slici 7.1 vidimo da su godine 2021. starije osobe iznad 65 godina starosti činile 16% ukupnog stanovništva (Eurostat, 2022.). Predviđa se da će se udio starijih u ukupnom stanovništvu više nego udvostručiti za 50 godina, dok će se udio vrlo starih (80 i više godina) povećati više od 3 puta. Koeficijent starosne ovisnosti koji možemo vidjeti na slici 7.2., značajan je pokazatelj demografskih pritisaka koji odražava buduće mogućnosti financiranja mirovina i dugotrajne skrbi, taj udio je u konstantom rastu od 2010. i iznosio je 31,6 u 2021. godini. Prema procjenama Eurostata (2022)., predviđa se njegov rast do razine od 35,7 do 2030. godine.

Slika 7.2.

Stopa ovisnosti starijih osoba za razdolje od 2010. godine do 2021. godine u Češkoj



Izvor: Eurostat, 2022

7.3. Sustav dugotrajne skrbi za starije

Češka Republika nudi nekoliko vrsta usluga socijalne skrbi starijim odraslim osobama kojima je, zbog starosti ili kronične bolesti, potrebna više ili manje redovita i opsežna pomoć druge osobe. Slično nekim europskim zemljama, u Češkoj ne postoji jedinstveni program dugotrajne skrbi za starije. Umjesto toga, usluge se pružaju unutar medicinskog i socijalnog sektora i nisu regulirane jedinstvenim pravnim uređenjem niti njima upravlja jedna središnja ili regionalna institucija. Pružanje socijalnih i zdravstvenih usluga posebno je regulirano Zakonom o socijalnim uslugama i Zakonom o zdravstvenim uslugama (Andel, 2014.). Prema Ministarstvu rada i socijalne skrbi Češke definicija dugotrajne skrbi je „(...) široki raspon zdravstvenih i društvenih aktivnosti za osobe koje više nisu samodostatne, bilo zbog svoje dobi, invaliditeta ili bilo kojeg drugog ozbiljnog razloga i stoga im je potrebna stalna pomoć u samoposluživanju osobne higijene, kućanskih poslova i povezivanja s društvenim okruženjem” (Sowa, 2010:4.). Filozofija koja stoji iza zacrtanog okvira dugotrajne skrbi za starije je pružanje skrbi unutar obitelji u karakterističnom, kućnom okruženju. Standardi koji stoje iza toga komuniciraju se kao pristupačnost, kvaliteta i fiskalna izdržljivost i izražavaju strategiju EU-a na

tome području (Andel, 2014.). Standardi za koje ćemo u nastavku vidjeti da su upitno provedivi.

U Češkoj Republici općine i regije pružaju većinu usluga socijalne skrbi za starije osobe oko 87%, dok privatne neprofitne organizacije i crkve igraju tek manju ulogu, pružajući oko 10% svih socijalnih usluga. Udio profitnih pružatelja u ovom sektoru još je manji, svega 3% (Kubalčíková i Havlíková, 2016.). Glavne ustanove za pružanje dugotrajne skrbi za starije osobe smatraju se ustanovama rezidencijalne skrbi. One pružaju skrb na razini tipičnih ustanova za uzdržavanje, što uključuje centre za starije osobe, centre za dnevnu skrb za pacijente koji žive s demencijom i skrb u zajednici i domove za starije osobe s punim rasponom zdravstvenih i socijalnih usluga. U ustanovama rezidencijalne skrbi postoje duge liste čekanja te je stoga Vlada je prepoznala dostupnost dugotrajne skrbi kao važno pitanje i nastavila je s pružanjem dugotrajne skrbi putem privatnog sektora (Andel, 2014.). Institucionalna skrb namijenjena je osobama starije životne dobi kod kojih su nastupile nepovratne zdravstvene promjene, onesposobljene za samostalnost i potrebna im je sveobuhvatna skrb, te koje ne mogu svakodnevno živjeti bez pomoći. Što bi značilo osobama čije su mogućnosti ograničene, posebice u području osobne njege i skrbi u kućanstvu i kojima se kućna njega, odnosno neformalna, ne može pružiti ili nije dostatna. Osim smještaja u domovima umirovljenika, sustav socijalne skrbi uključuje dnevne i tjedne boravke (Sowa, 2010.).

Izvaninstitucionalna skrb se odvija putem usluga za njegu u kući koje pokrivaju usluge u naravi i novčane naknade. Usluge u naturi uključuju osobnu pomoć i skrb u zajednici za pojedince čije su sposobnosti ograničene zbog dobi, invaliditeta ili kronične bolesti. Osobna pomoć pruža se korisnicima socijalnih usluga u njihovom kućnom okruženju, a uključuje kupovinu, pripremu obroka, pranje, plaćanje računa, uzimanje lijekova i slično. Usluga se pruža bez vremenskog ograničenja i ovisi o individualnim zahtjevima (Sowa, 2010.).

Osobe s ograničenom sposobnošću brige o sebi koje istodobno primaju formalnu ili neformalnu skrb imaju pravo na doplatak za njegu. Naknade u novcu dodjeljuju se pojedincima kojima je pružena osobna, cjelodnevna njega bliske osobe, obično člana obitelji (Sowa, 2010.). Postoje četiri razine naknade koje odgovaraju različitim

stupnjevima ovisnosti o skrbi. Stupanj potrebe za njegom utvrđuje se procjenom funkcionalnog zdravlja i sposobnosti za obavljanje aktivnosti svakodnevnog života. Doplatak financira država odnosno financira se iz poreza i ne ovisi o imovinskom cenzusu. Primatelji u dobi od 65 i više godina čine više od dvije trećine (68%) svih primatelja ove naknade. Od uvođenja doplatka za njegu 2007. broj primatelja porastao je za 35 700 na gotovo 313 000 u 2012. godini (Wija, 2015.).

Primjenjivost pojma marketizacije u češkom kontekstu je upitna. U svome radu Kubalčíková i Havlíková (2016). se oslanjaju na istraživanja u kojima se pružaju dokazi da su profitni pružatelji usluga socijalne skrbi za starije osobe razvili alternativnu metodu skrbi za starije osobe koja nije podložna Zakonu o socijalnom radu, ali je još uvijek izvediva i legalna jer su otkrili da je cijena pravne regulacije socijalnih usluga u području kvalifikacija osoblja i standarda kvalitete previsoka. Zapravo, samo one osobne usluge koje žele biti licencirane kao "socijalne usluge" regulirane su Zakonom o socijalnim uslugama. Međutim, nije zabranjeno pružanje usluga koje nalikuju uslugama socijalne skrbi, ali se ne nazivaju "socijalnim uslugama". Zaključno, ovi dokazi mogu ukazivati na to da u češkome slučaju svjedočimo svojevrsnom paralelizmu između regularnih i neregularnih usluga. U ovome slučaju prisutan je sustav polulegalnih usluga za starije osobe koji izbjegava potrebu pridržavanja propisa standardima kvalitete i profesionalnom osoblju. U tim neregistriranim ustanovama obično borave najosjetljivije starije osobe, koji imaju najveće naknade za njegu. Kao rezultat toga, okruženja u kojima se ovi pacijenti zbrinjavaju postaju sve više i više neregulirana, s obzirom na standarde skrbi i kvalifikacije njegovatelja. Zbog ovog problema njegovatelji se suočavaju s lošim radnim uvjetima i a korisnici niskom kvalitetom skrbi (Kubalčíková i Havlíková, 2016.).

U slučaju razvoja usluga skrbi za starije osobe, podaci pokazuju potpuno suprotnu putanju od očekivane, s obzirom na nacionalni cilj deinstitucionalizacije. Nadalje, rezultati otkrivaju značajne lokalne razlike u dostupnosti izvaninstitucionalne skrbi u Češkoj, što ukazuje na to da nacionalni prioritet deinstitucionalizacije još nije adekvatno proveden. Nizak i sve manji broj nezadovoljenih zahtjeva za izvaninstitucionalnu skrb je iznenađujući, s obzirom na to da stariji Česi preferiraju

skrb u vlastitom domu. Kao rezultat toga, potražnja za domovima za starije osobe u regiji bila je više od tri puta veća od dostupnosti u 2012. (Kubalčíková i Havlíková, 2016.). Jedno od mogućih objašnjenja za ovakvu promjenu situacije je da je sadašnja generacija starijih osoba najveći dio života provela u drukčijoj društvenoj strukturi, gdje je skrb u domovima bila prioritet. Kao rezultat toga, pojedinci su više upoznati s ovim oblikom usluga skrbi i imaju više povjerenja u njega nego u usluge izvan njih. Posljedično se povećava broj domova za starije osobe i njihovih korisnika. Do ovakvog razvoja događaja došlo je unatoč činjenici da je prosječni mjesečni trošak skrbi koju pruža kućna njega bio manji od jedne dvadesetine troška rezidencijalne skrbi (Kubalčíková i Havlíková, 2016.).

7.3.1 Financiranje dugotrajne skrbi za starije

Glavno tijelo financiranja dugotrajne skrbi u Češkoj je Ministarstvo rada i socijalne skrbi, koje dodjeljuje subvencije za rad i razvoj socijalnih usluga koje pružaju pružatelji usluga, uključujući i profitne pružatelje usluga. Iako bi naglasak trebao biti stavljen na financiranje iz više izvora, državne subvencije obično ostaju osnovni izvor prihoda za mnoge pružatelje socijalnih usluga (Kubalčíková i Havlíková, 2016.). Postoje dvije različite vrste financiranja, jedno za socijalne usluge i jedno za ustanove za dugotrajnu skrb (što uključuje domove za umirovljenike). Sektor socijalnih usluga organizira usluge dugotrajne skrbi, koje se financiraju iz općih poreza, a dalje njima upravljaju socijalni proračuni općina i regija, doprinosima korisnika, tijela teritorijalne samouprave i putem fondova javnog zdravstvenog osiguranja. Nakon što prime državne doprinose za socijalne usluge, regije autonomno odabiru kako će raspodijeliti sredstva, obično odlučujući kako će podijeliti troškove za smještaj i ukupne troškove socijalnih usluga koje se pružaju u domu (Sowa, 2010.). Ukupna potrošnja za dugotrajnu skrb kao udio u BDP-u u Češkoj je tijekom 2019. godine iznosio 1.5% (OECD, 2021.). Glavni izvori financiranja javnih usluga su doprinosi korisnika s 35% ukupnih troškova, zatim državni proračun sa 30% ukupnih troškova, te lokalne samouprave s 25%. Zdravstveno osiguranje ima manju ulogu oko 3%. Pretpostavlja se da financiranje dodijeljeno u nekome državnom obliku predstavlja najvažniji izvor prihoda za pružatelje socijalnih usluga. Korisnici socijalnih usluga dužni su sudjelovati u troškovima usluga u obliku participacije. Ograničenje participacije za usluge kućne

skrbi određeno je Zakonom o socijalnim uslugama iz 2006., koji navodi da iznos participacije ne može premašiti 85% prihoda osobe (Sowa, 2010.).

8.Diskusija

U tablici 9.1 su prikazane ključne značajke sustava dugotrajne skrbi za starije osobne poput kojemu socijalno političkom modelu pripada, na komu je odgovornost za pružanje skrbi, kako se financira, razina na kojoj se organizira skrb, te na kraju ukupna potrošnja za dugotrajnu skrb kao udio u BDP-u.

Tablica 9.1

Usporedba značajki susutava dugotrajne skrbi za starije osobne

	Njemačka	Ujedinjeno Kraljevstvo	Švedska	Češka
Model socijalno političkog režima	Korporativistički socijalni režim	Liberalni socijalni režim	Socijaldemokratski socijalni režim	Postkomunistička tradicija
Odgovornost za pružanje skrbi	Supidijarna uloga države	Individualna odgovornost	Odgovornost države	Obiteljska odgovornost
Izvor financiranja	Doprinosi poslodavaca, zaposlenika i umirovljenika	Plaćanje od strane korisnika, država samo za one u najvećoj potrebi	Općinski porez na dohodak, državne subvencije, sudjelovanje korisnika	Opći porez, sudjelovanje korisnika, tijela teritorijalne samouprave i putem fondova javnog zdravstvenog osiguranja
Razine na kojoj se organizira skrb	Nacionalna	Lokalna	Regionalna	Nacionalna

Udio troškova u ukupnom BPD-u	2.2%	2.3%	3.4%	1.5%
-------------------------------	------	------	------	------

Izvor: Izrada autrice prema nalazima iz rada

Pružanje usluga dugotrajne skrbi u Švedskoj odvija se unutar sustava socijalne skrbi te se temelji na načelu univerzalizma. Dugotrajna skrb za starije osobe podijeljena između nacionalne, regionalne i lokalne razine, ali kao što sam i navela u tablici 9.1. razina na kojoj je najveća odgovornost je regionalna, na toj razini pokrajine su dužne pružiti skrb, ali ovlaštene su ubirati poreze putem kojih se financiraju. Što se tiče ukupne potrošnje za dugotrajnu skrb podatak u tablici se odnosi na 2019. godinu i prema kojemu on iznosi za Švedsku 3.4% što ju plasira među vrh OECD-e zemalja (OECD, 2021.). Kada je u pitanju Ujedinjeno Kraljevstvo njega karakterizira model provjere imovinskog stanja. U ovome slučaju privatno organizirana i financirana .izvaninstitucijska skrb je sveprisutna. Ovdje se država sve više povlači iz tradicionalne uloge izravnog pružanja usluga, sklapa ugovore s pružateljima iz drugih sektora i usmjerava usluge na najovisnije korisnike usluga i osobe s ograničenim prihodima. Stoga što se tiče ostatka stanovništva prisutna je individualna odovornost, te za veliku skupinu ljudi jedine mogućnosti su privatno financiranje skrbi ili pribjegavanje neformalnoj skrbi. U Ujedinjenom Kraljevstvu je naglasak na decetralizaciji te se stoga dugotrajna skrb osigurava na lokalnoj razini. Ukupna potrošnja za dugotrajnu skrb za 2019. godinu prikazana kao udio u BDP-u iznosila je 2.3% (OECD, 2021.). U slučaju Njemačke načelo supsidijarnosti posebno je važno, jer obitelj zadržava svoju snažnu primarnu odgovornost. S obzirom na to da je osiguranje za dugotrajnu njegu izravno povezano sa zdravstvenim osiguranjem, svatko tko je osiguran u zdravstvenom osiguranju, automatski postaje osiguran za dugotrajnu njegu. Osiguranje je obvezno za sve zaposlene, nezaposleni građani su osigurani preko članova obitelji, te time pravo na dugotrajnu pomoć je praktički univerzalno javni obvezni program se financira doprinosima poslodavaca, zaposlenika i umirovljenika. Potrošnja za dugotrajnu skrb iskazana kao udio u BDP-u iznosi 2.2% (OECD, 2021.). Češku karakterizira to što se dugotrajna skrb za starije

osobe pruža unutar dva sektora, medicinskog i socijalnog, što bi značilo da ne postoji jedinstveni program pružanja ovoga tipa skrbi. Odgovornost za osiguravanje dugotrajne skrbi za starije leži na Ministarstvima navedena dva sektora te stoga razina na kojoj se osigurava skrb je nacionalna. Usluge dugotrajne skrbi koje se pružaju u Češkoj se financiraju iz općih poreza koji se nameću kao glavno sredstvo, a dalje njima upravljaju socijalni proračuni općina i regija, doprinosima klijenata, tijela teritorijalne samouprave i putem fondova javnog zdravstvenog osiguranja. Kada se gleda ukupna potrošnja kao udio BDP-a za 2019. godinu Češka se nalazi na začelju navedenih zemalja sa 1.5% (OECD, 2021.).

9. Zaključak

Kao odgovor na starenje stanovništva i sve veću potražnju za dugotrajnom skrbi, većina država je uspostavila sustav dugotrajne skrbi u kojem obučeno osoblje putem formalne skrbi i neformalni njegovatelji odnosno članovi obitelji, prijatelji ili susjedi, rade zajedno kako bi podmirili potrebe starijih osoba za njegom. Karakteristike socioekonomskog, socijalnog i političkog nasljeđa države, kao i njenog okruženja, značajno utječu na oblikovanje sustava dugotrajne skrbi za starije i nemoćne osobe. U ovome radu se osvrćem na politička nasljeđa socijalnih država a to su korporativistički socijalni režim kojemu je predstavnica Njemačka, liberalni socijalni režim koja za predstavnika ima Ujedinjeno Kraljevstvo, socijaldemokratski socijalni režim kojemu je predstavnica Švedska te Češka koja ima postkomunističku tradiciju. Prema brojnim podacima Eurostata i publikacijama OECD-a navedenim u radu uviđamo demografski trend starenja stanovništva te posljedično i povećanje za potrebom dugotrajne skrbi u svim spomenutim zemljama. U svakoj od ovih država dugotrajna skrb za starije se organizira je na poseban način s određenim sličnostima.

U Ujedinjenom Kraljevstvu od 1990-ih godina postoji izbor između različitih usluga skrbi, ali i između neformalne skrbi i usluge skrbi kroz isplatu dodatka za njegu. Međutim, izbori su ograničeni ciljanjem i testom financijskih sredstava ili participacijama. U ostale tri zemlje jačanje slobode izbora potrošača formulirano je kao cilj reformi politike skrbi. Izbori su najizraženiji u Švedskoj, gdje se socijalne usluge obično biraju iz razloga kulture skrbi. U Njemačkoj su mogućnosti, između neformalne i izvanbolničke skrbi te između različitih usluga skrbi, za one kojima je potrebna njega proširene od uvođenja osiguranja za dugotrajnu njegu. Mjere smanjenja troškova usmjerene na učinkovitost institucionalizirane su u sve četiri zemlje. U Ujedinjenom Kraljevstvu i u Švedskoj došlo je do racionalizacije u obliku ciljanja usluga. Pogodnosti su koncentrirane na posebno teške slučajeve potrebe za njegom. Osobe koje su najviše izgubile ovakvim razvojem su lakši slučajevi. Ovdje posebno dolazi do izražaja načelo učinkovitosti u vidu standardizacije usluga i stvaranja konkurencije među pružateljima. Uz postojeću postkomunističku tradiciju, u slučaju Češke postoji problem slabo razvijenih usluga, koje prate regionalne razlike u pokrivenosti uslugama, a pružanje i razvoj istih dodatno je komplicirano

rascjepkanošću sustava, jer ne postoji namjenski sustav dugotrajne skrbi za starije osobe. U ovom slučaju, dugotrajna skrb je često odgovornost obitelji. U Njemačkoj, Švedskoj te Češkoj privatizacija skrbi ne igra važnu ulogu. U sve tri zemlje većina formalne skrbi javno se financira. Privatna kupnja socijalnih usluga prilično je rijetka. Ostatak skrbi u ovim zemljama se pruža se na neformalnijoj osnovi.

Također možemo zaključiti da se dugotrajna skrb za starije pokazala nedostatno vidljivim programom socijalne skrbi iz dva razloga. Prvo, u većini europskih zemalja financiranje i pružanje dugotrajne zaštite uključuje kombinaciju isprepletene zdravstvene i socijalne skrbi. Drugo, dugotrajna skrb uvelike se oslanja na neplaćenu nevidljivu skrb koju pružaju članovi obitelji odnosno neformalnu skrb.

Popis tablica

Tablica 1 Postotak osoba u populaciji koje primaju dugotrajnu skrb za starije osobe 65+ u razdoblju od 2010.–2040. godine u Švedskoj.....27

Tablica 2 Usporedba značajki susutava dugotrajne skrbi za starije osobne.....39

Popis slika

Slika 1 Pristutnost teškoća u obavljajući aktivnosti kod osoba starije životne dobi u 2014 i 2019. godini u postocima.....10

Slika 2 Nezadovoljene potrebe dugotrajne skrbi među osobama u dobi od 65 i više godina u razdoblju 2019.-2020.....11

Slika 3 Ukupna potrošnja za dugotrajnu skrb kao udio u BDP-u u zemljama OECD-a tijekom 2019. godine.....12

Slika 4 Osobe kojima je potrebna dugotrajna skrb u razdoblju od 1999. godine do 2019. godine u Njemačkoj izražena u milijunima.....16

Slika 5 Osobe koje su u potrebi za dugotrajnom skrbi tijekom 2019. godini prema obliku skrbi koja im je potrebna u Njemačkoj.....18

Slika 6 Udio starijeg stanovništva u razdoblju od 1970. godine do 2021.godine u Ujedinjenom Kraljevstvu.....21

Slika 7 Stopa ovisnosti starijih osoba za razdolje od 2000. godine do 2075. godine u Ujedinjenom Kraljevstvu.....22

Slika 8 Stopa ovisnosti starijih osoba za razdolje od 2010. godine do 2021. godine u Švedskoj.....26

Slika 9 Stanovništvo Češke prema dobi u 2021. godini.....32

Slika 10 Stopa ovisnosti starijih osoba za razdolje od 2010. godine do 2021. godine u Češkoj.....33

9. Literatura

1. Andel, R. (2014). Aging in the Czech Republic. *The Gerontologist*, 54(6), 893-900.
2. Anttonen, A., & Sipilä, J. (1996). European social care services: is it possible to identify models?. *Journal of European social policy*, 6(2), 87-100.
3. Auth, D. (2012). Economization of long-term care in Great Britain, Sweden and Germany. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 45(7), 618-623.
4. Babić, Z. (2008). Redistribucijski učinci socijalnih transfera u Republici Hrvatskoj. *Revija za socijalnu politiku*, 15(2), 151-170.
5. Bađun, M. (2015). Neformalna dugotrajna skrb za starije i nemoćne osobe. *Newsletter: povremeno glasilo Instituta za javne financije*, 17(100), 1-9.
6. Batljan, I. (2007). Demographics and future needs for public long term care and services among the elderly in Sweden. *Stockholm: Stockholm University*.
7. Becker, U. (2018). Long Term Care in Europe: An Introduction. In *Long-Term Care in Europe* (pp. 1-18). Springer, Cham Aidukaitė, J. (2010). Welfare reforms in Central and Eastern Europe: a new type of welfare regime?. *Ekonomika*, 89(4), 7-24.
8. Cangiano, A., & Shutes, I. (2010). Ageing, demand for care and the role of migrant care workers in the UK. *Journal of Population Ageing*, 3(1), 39-57.
9. Chen, H. L. (2008). Resources, resources and resources: Long-term care service provision of older people in England, the Netherlands and Taiwan.
10. Chen, L., & Xu, X. (2020). Effect evaluation of the long-term care insurance (LTCI) system on the health care of the elderly: a review. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 13, 863.
11. Crawford, R., Stoye, G., & Zaranko, B. (2021). Long-term care spending and hospital use among the older population in England. *Journal of Health Economics*, 78, 102477.
12. Colombo, F., Llena-Nozal, A., Mercier, J., & Tjadens, F. (2011). Help wanted?. *Ageing and long-term care*, 17(2-3), 3.

13. Comas-Herrera, A., Pickard, L., Wittenberg, R., Malley, J., King, D., (2010). *The English Long-term Care System*, ENEPRI Research Report No. 74, European Network of Economic Policy Research Institutes.
14. Curry, N., Castle-Clarke, S., & Hemmings, N. (2018). What can England learn from the long-term care system in Japan. *London: Nuffield Trust*.
15. Despot Lučanin, J. (2022). Psihologija starenja: izazovi i prilagodba. Naklada Slap.
16. Dobrotić, I. (2016). Razvoj i poteškoće sustava skrbi za starije osobe u Republici Hrvatskoj. *Društvena istraživanja: časopis za opća društvena pitanja*, 25(1), 21-42.
17. Dragičević, M. (2021). Comparative law review of long-term care systems in some european countries. *Facta Universitatis, Series: Law and Politics*, 185-196.
18. Ebbinghaus, B. (2012). Comparing welfare state regimes: Are typologies an ideal or realistic strategy. ESPAN, Edinburg, UK, 1-20.
19. Esping-Andersen, G. (1990) *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Cambridge: *Polity Press*.
20. Europska Komisija. (2020). European Commission report on the impact of demographic change.
21. Eurostat (2020). Ageing Europe : looking at the lives of older people in the EU : 2020 edition, Publications Office.
22. Eurostat (2022a). Population social conditions data: Projected life expectancy by age Posjećeno: 25.7.2022 na mrežnoj stranici Eurostata: <https://ec.europa.eu/eurostat/en/>
23. Eurostat (2022) Population social conditions data: Population structure indicators. Posjećeno: 25.7.2022 na mrežnoj stranici Eurostata: <https://ec.europa.eu/eurostat/en/>
24. Federal Statistical Office of Germany (2022a). Society and environment :People in need of long-term care. Posjećeno: 25.7.2022 na mrežnoj stranici Statistisches Bundesamta: https://www.destatis.de/EN/Home/_node.html
25. Federal Statistical Office of Germany (2022b). Society and environment: People in need of long-term care, by type of care. Posjećeno: 25.7.2022 na

26. Fenger, M. (2007). Welfare regimes in Central and Eastern Europe: Incorporating post-communist countries in a welfare regime typology. *Contemporary issues and ideas in social sciences*, 3(2), 1-30.
27. Fukushima, N., Adami, J., & Palme, M. (2010). The Swedish Long-term Care System. ENEPRI Research Report No. 89
28. Glendinning, C. (2013). Long term care reform in England: A long and unfinished story. In *Reforms in long-term care policies in Europe* (pp. 179-200). Springer, New York
29. Hu, B., Read, S., Wittenberg, R., Brimblecombe, N., Rodrigues, R., Banerjee, S., & Fernandez, J. L. (2022). Socioeconomic inequality of long-term care for older people with and without dementia in England. *Ageing & Society*, 1-21.
30. Hussein, S. (2017). "We don't do it for the money"... The scale and reasons of poverty-pay among frontline long-term care workers in England. *Health & social care in the community*, 25(6), 1817-1826.
31. Jedvaj, S., Štambuk, A., & Rusac, S. (2014). Demografsko starenje stanovništva i skrb za starije osobe u Hrvatskoj. *Socijalne teme: časopis za pitanja socijalnog rada i srodnih znanosti*, 1(1), 135-154.
32. Kinkorová, J., & Topolčan, O. (2012). Overview of healthcare system in the Czech Republic. *EPMA Journal*, 3(1), 1-8.
33. Koldinská, K., & Štefko, M. (2018). The Czech Republic: No Promised Land for Carers and Persons Dependent on Long-Term Care. In *Long-Term Care in Europe* (pp. 57-92). Springer, Cham
34. Kubalčíková, K., & Havlíková, J. (2016). Current developments in social care services for older adults in the Czech Republic: Trends towards deinstitutionalization and marketization. *Journal of Social Service Research*, 42(2), 180-198.
35. Lagergren, M., Kurube, N., & Saito, Y. (2018). Future costs of long-term care in Japan and Sweden. *International Journal of Health Services*, 48(1), 128-147.

36. Local government association (2019). One year on The LGA green paper for adult social care and wellbeing Posjećeno:17 .9.2022 na mrežnoj stranici Local Government Association: <https://futureofadultsocialcare.co.uk/>
37. Meagher, G., & Szebehely, M. (2013). Long-term care in Sweden: Trends, actors, and consequences. In *Reforms in long-term care policies in Europe* (pp. 55-78). Springer, New York, NY.WHO,2021
38. Munday, B. (2003). European social services: A map of characteristics and trends. *Strasbourg, Council of Europe*, 3(1).
39. Munday, B. (2010). Integrirane socijalne usluge u Europi. *Council of Europe Publishing*
40. Nadash, P., Doty, P., & von Schwanenflügel, M. (2018). The German long-term care insurance program: evolution and recent developments. *The Gerontologist*, 58(3), 588-597.
41. OECD (2018). Health Division: Accounting and mapping of long-term care expenditure under sha 2011. Posjećeno: 5.8.2022 na mrežnoj stranici OECD-a: <https://www.oecd.org/>
42. OECD (2021). Health at a Glance 2021. OECD Indicators, *OECD Publishing*, Pariz OECD (2022a), Elderly population (indicator). Posjećeno: 1.8.2022 na mrežnoj stranici OECD-a: <https://www.oecd.org/>
43. OECD (2022b), Old-age dependency ratio (indicator). Posjećeno: 5.8.2022 na mrežnoj stranici OECD-a: <https://www.oecd.org/>
44. Podgorelec, S., & Klempić, S. (2007). Starenje i neformalna skrb o starim osobama u Hrvatskoj. *Migracijske i etničke teme*, 23(1-2), 111-134.
45. Rako,R. (2019). Percepcija studentske populacije o financijskim proizvodima dugotrajne skrbi za straije i nemoćne. Diplomski rad. Zagreb: Ekonomski fakultet
46. Rákosník, J. (2013). Egalitarianism, Welfare Policies and the Legitimation of Political Regimes. The Case of the Czech Republic. *Narodna umjetnost: hrvatski časopis za etnologiju i folkloristiku*, 50(1.), 162-162.
47. Schulz, E. (2010). The long-term care system in Germany. DIW Berlin German Institute for Economic Research

48. Sowa, A. (2010). The System of Long-term Care in the Czech Republic. ENEPRI Research Report No. 72, 28 May 2010.
49. Tong, R. (2009). Long-term care for the elderly worldwide: Whose responsibility is it?. *IJFAB: International Journal of Feminist Approaches to Bioethics*, 2(2), 5-30.
50. Žganec, N. (2000). Njemački sustav socijalnog osiguranja za njegu. *Revija za socijalnu politiku*, 7(1), 55-62.
51. Weber, S. (2018). Long-term care benefits and services in Sweden. In *Long-Term Care in Europe* (pp. 495-530). Springer, Cham.
52. Wija, P. (2015). Formal and informal long-term care and the role of family carers. *European Journal of Mental Health*, 10(2).
53. Wittenberg, R., Sandhu, B., & Knapp, M. (2002). Funding long-term care: the public and private options. Chapter, 10, 226-249.
54. World Health Organization. (2020). *Country case study on the integrated delivery of long-term care: Germany*. World Health Organization. Regional Office for Europe.
55. Wu, S., Bateman, H., Stevens, R., & Thorp, S. (2021). Flexible insurance for informal longterm care: A study of stated preferences. *ARC Centre of Excellence in Population Ageing Research (CEPAR) Working Paper 2021*, 17.