

Aktivno starenje i promjene socijalne države: Zdravstveni sustav, mirovinski sustav i sustav socijalne skrbi u Hrvatskoj

Roglić, Marin

Undergraduate thesis / Završni rad

2024

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

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:199:680841>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-11-29**



Repository / Repozitorij:

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



SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
PRAVNI FAKULTET
STUDIJSKI CENTAR SOCIJALNOG RADA

Marin Roglić

**AKTIVNO STARENJE I PROMJENE SOCIJALNE DRŽAVE:
ZDRAVSTVENI SUSTAV, MIROVINSKI SUSTAV I SUSTAV
SOCIJALNE SKRBI U HRVATSKOJ**

ZAVRŠNI RAD

Zagreb, 2024.

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
PRAVNI FAKULTET
STUDIJSKI CENTAR SOCIJALNOG RADA

Marin Roglić

**AKTIVNO STARENJE I PROMJENE SOCIJALNE DRŽAVE:
ZDRAVSTVENI SUSTAV, MIROVINSKI SUSTAV I SUSTAV
SOCIJALNE SKRBI U HRVATSKOJ**

ZAVRŠNI RAD

Mentorica: prof.dr.sc. Ivana Dobrotić

Zagreb, 2024.

Sadržaj

1. Uvod	1
2. Koncept aktivnog starenja, socijalne politike i nejednakosti.....	4
3. Aktivno starenje, zdravlje i pristup zdravstvenim uslugama	6
<i>3.1. Konzumacija hrane, alkohola i cigareta</i>	<i>6</i>
<i>3.2. Zdravstveni sustav u Hrvatskoj i pristup starijih osoba zdravstvenim uslugama</i>	<i>8</i>
4. Aktivno starenje i mirovinski sustav	15
<i>4.1. Mirovinski sustav u Hrvatskoj</i>	<i>15</i>
5. Aktivno starenje i sustav socijalne skrbi u Hrvatskoj.....	22
6. Zaključak	26
7. Literatura	30

Aktivno starenje i promjene socijalne države: Zdravstveni sustav, mirovinski sustav i sustav socijalne skrbi u Hrvatskoj

Sažetak: Aktivno starenje obuhvaća fizičku, psihičku i radnu aktivnost te sudjelovanje u društvenim, kulturnim i gospodarskim aktivnostima, s ciljem produženja zdravog životnog vijeka i poboljšanja kvalitete života starijih osoba. Sam koncept aktivnog starenja traži prilagodbe različitih sustava, pa tako i socijalne države. Slijedom toga, ovaj pregledni rad, polazeći od bazičnih ideja unutar samog koncepta aktivnog starenja, sagledava izazove tri ključna sustava koja oblikuju iskustvo starenja u Hrvatskoj – zdravstveni sustav, mirovinski sustav te sustav socijalne skrbi (uključivši dugotrajnu skrb). Rad ukazuje na brojne izazove s kojima se ti sustavi u Hrvatskoj nose, a pri čemu posebnu pažnju posvećuje i pitanjima rodnih i širih društvenih nejednakosti koje uvelike oblikuju iskustvo starenja. Neki od ključnih izazova koje ovaj rad identificira su neadekvatan pristup zdravstvenoj skrbi i uslugama, osobito u ruralnim područjima i na otocima, nedovoljno razvijene usluge koje bi vodile računa o socijalnoj isključenosti i mentalnom zdravlju starijih osoba, neadekvatne mirovine te posljedično visok rizik od siromaštva i socijalne isključenosti (posebice žena) s kojim se sustav socijalne skrbi neadekvatno nosi, kao i nedovoljno razvijene i često nepriuštive usluge dugotrajne skrbi. Zaključuje se da su potrebne sveobuhvatne reforme kako bi se osiguralo da sustavi podrže dostojanstveno i aktivno starenje, uključujući poboljšanje pristupa zdravstvenim uslugama, prilagodbu mirovinskog sustava negativnim demografskim trendovima i jačanje sustava socijalne skrbi kako bi se smanjila socijalna isključenost i siromaštvo starijih osoba.

Ključne riječi: aktivno starenje, mirovinski sustav, zdravstveni sustav, sustav socijalne skrbi, Hrvatska, društvene nejednakosti

Active ageing and welfare state changes: healthcare system, pension system, and social welfare system in Croatia

Abstract: Active ageing encompasses physical, mental, and work-related activities, as well as participation in social, cultural, and economic activities, with the goal of extending a healthy lifespan and improving the quality of life for older adults. The concept of active ageing requires adjustments of various systems, including the welfare state. Consequently, this review paper, following the basic ideas within the concept of active ageing, examines the challenges of three key systems that shape the experience of ageing in Croatia - the healthcare system, the pension system, and the social welfare system (including long-term care). This review paper highlights numerous challenges faced by these systems in Croatia, with special attention to issues of gender and broader social inequalities that greatly influence the experience of ageing. Some of the key challenges identified in this work include inadequate access to healthcare services, especially in rural areas and on islands, insufficiently developed services that address social exclusion and the mental health of older adults, inadequate pensions and the consequently high risk of poverty and social exclusion, particularly among women, which the social welfare system inadequately addresses, as well as underdeveloped and often unaffordable long-term care services. The review paper concludes that comprehensive reforms are necessary to ensure that these systems support dignified and active ageing, including improving access to healthcare services, adapting the pension system to negative demographic trends, and strengthening the social welfare system to reduce social exclusion and poverty among older adults.

Key words: active ageing, pension system, healthcare system, social welfare system, Croatia, social inequalities

Izjava o izvornosti

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

Ime i prezime: Marin Roglić

Datum: 12.09.2024.

1. Uvod

Aktivno starenje uključuje različite aspekte poput tjelesne, psihičke i radne aktivnosti, ali i sudjelovanje u društvenim, kulturnim, gospodarskim i drugim zajedničkim aktivnostima (World Health Organisation, 2014.). Ovaj pristup usmjeren je na osiguravanje da stariji ljudi ne budu samo pasivni korisnici pomoći, već da i dalje aktivno doprinose društvu. Svrha aktivnog starenja je kroz poticanje tjelesne, mentalne i društvene aktivnosti starijih osoba produžiti očekivani zdravi životni vijek i poboljšati kvalitetu života starijih osoba, uključujući one koje su slabijeg zdravlja te trebaju skrb i njegu (World Health Organisation, 2014.). Jedan od važnih aspekata aktivnog starenja pozitivno je zdravstveno ponašanje tijekom starenja koje može dovesti do toga da osoba od 70 godina ima istu sposobnost obavljanja funkcionalnih zadataka kao osoba od 55 godina (NZJZ, 2015.), a važnu ulogu imaju i same politike aktivnog starenja.

Politike aktivnog starenja usko su povezane s mirovinskim i zdravstvenim sustavom te sustavom socijalne skrbi. U kontekstu mirovinskog sustava, aktivno starenje podrazumijeva poticanje starijih osoba da ostanu na tržištu rada duže, čime se smanjuje pritisak na mirovinske fondove (Europska komisija, 2012.). Naknade i potpore također se usklađuju kako bi podržale dostojanstveno starenje, osiguravajući da starije osobe ne budu financijski isključene (Europska komisija, 2012.). Zdravstveni sustav, s druge strane, igra ključnu ulogu kroz promociju preventivnih mjera i održavanje zdravlja starijih osoba, što smanjuje zdravstvene troškove i poboljšava kvalitetu života (World Health Organisation, 2021.). Sustav socijalne skrbi se prilagođava kako bi bolje odgovorio na specifične potrebe starijih osoba, potičući njihovo sudjelovanje u zajednici i omogućavajući im pristup potrebnim uslugama, poput pomoći u kući, socijalnih aktivnosti i podrške. Aktivno starenje zahtijeva da se sustav socijalne skrbi usmjeri na prevenciju socijalne isključenosti, osiguravajući da starije osobe ostanu uključene i da im se pruži podrška koja je usklađena s njihovim individualnim potrebama (Župan, 2019.). Gledano na sustavnoj razini, politike aktivnog starenja često se isključivo fokusiraju na ekonomske aspekte (Walker i Maltby, 2012; O'Brien, 2017; prema Dobrotić i Zrinščak, 2022.). Međutim, ograničavanje ovih politika isključivo na ekonomske aspekte može rezultirati nedostatkom holističkog pristupa te zanemarivanjem važnih aspekata kao što su socijalna uključenost, zdravlje i kvaliteta života starijih osoba (Dobrotić i Zrinščak, 2022.), posebice u kontekstu novijih socio-demografskih promjena.

Beard i Bloom (2015.). navode da je provođenje politika aktivnog starenja ključno za suočavanje s izazovima starije populacije, osobito u zemljama gdje se očekuje značajan porast broja starijih osoba u nadolazećim desetljećima te gdje su učestale migracije iz ruralnih u urbana područja. Prema najnovijim podacima iz 2023. godine, u zemljama članicama Europske unije (EU) živi 90.5 milijuna osoba starije dobi (65 godina ili više), što predstavlja 21.3% ukupne populacije (Eurostat, 2024.a). Predviđa se da će do 2070. godine taj postotak porasti na 30%. Udio ljudi starijih od 80 godina također je porastao, s više od 3% u 2001. godini na 6% u 2021. godine, a očekuje se da će do 2070. godine dosegnuti 13% (Europska komisija, 2023.a). Na području Hrvatske, taj udio je 2023. godine veći od europskog prosjeka, dosežući 22.7% (Eurostat, 2024.a). Međutim, bitno je istaknuti da je očekivano trajanje života starijih osoba u Hrvatskoj niže od europskog prosjeka (80.3 godine), te iznosi 77.7 godina (Eurostat, 2024.a). Podaci Državnog zavoda za statistiku (2022.) pokazuju da je 2021. godine prosječna starost stanovništva Hrvatske bila 44.3 godine, pri čemu su muškarci prosječno imali 42.5, a žene 45.9 godina. Ovi podaci svrstavaju Hrvatsku među najstarije nacije u Europi.

Migracije dodatno naglašavaju ranjivost starijih osoba i pojačavaju rizik od socijalne isključenosti. Migracije mogu doprinijeti socijalnoj isključenosti starijih osoba naročito kada mladi odlaze iz ruralnih područja ili manjih gradova u potrazi za boljim mogućnostima u urbanim centrima ili inozemstvu. Ovaj proces može ostaviti starije osobe bez podrške i socijalnih mreža, što dodatno pogoršava njihovu izolaciju (Akdede i Giovanis, 2022.). S druge strane kada stariji ljudi napuštaju svoje dugogodišnje zajednice i sele se u gradska područja, često se suočavaju s nizom izazova koji mogu dovesti do njihovog marginaliziranja. U urbanim sredinama, gdje se susreću s novim, često ubrzanim načinom života i nepoznatim društvenim strukturama, starije osobe mogu osjećati izolaciju, gubitak društvenih mreža i nedostatak podrške. Odsutnost tradicionalnih oblika podrške poput obitelji i susjeda te slabija povezanost s novom zajednicom mogu također rezultirati osjećajem usamljenosti i socijalne isključenosti (Akdede i Giovanis, 2022.).

Starenje stanovništva, migracije iz ruralnih u urbana područja te promjene obitelji stavljaju dodatni pritisak pred mirovinski i zdravstveni sustav, a smanjili su i dostupnost neformalnih pružatelja skrbi za starije osobe. Kao rezultat, skrb za starije osobe više ne može biti osigurana unutar obitelji ili putem neformalnih oblika, već je potreban veći angažman šireg društva kako bi se osigurala adekvatna podrška starijima (Štambuk i sur., 2022.). U tom

kontekstu ponajprije su potrebne prilagodbe socijalnih politika i programa, a kako bi se podržalo aktivno i zdravo starenje. Starije osobe u većini zemalja EU-a često imaju bolji pristup zdravstvenim uslugama, socijalnim mrežama te mogućnostima obrazovanja i zapošljavanja u usporedbi s Hrvatskom. Razlike između Hrvatske i zemalja članica EU-a se očituju i u mirovinskim programima te sustavu socijalne skrbi (McMaughan i sur., 2022.). Osim toga, razlike u socioekonomskom statusu i razvoju među zemljama EU-a također utječu na raznolikost iskustava starenja (Europska komisija, 2023.a). Kako rod, razina obrazovanja, mjesto stanovanja, socioekonomski status i etnička pripadnost također mogu značajno oblikovati iskustvo starenja (Gil-Salmerón i sur., 2021.), pri razvoju je samih politika aktivnog starenja ova obilježja također važno uzeti u obzir, a kako bi se osigurala pravičnost i jednake mogućnosti za sve starije osobe.

Mirovinski sustav, zdravstveni sustav i sustav socijalne skrbi i promjene koje se događaju u njima ključni su za dobrobit starije populacije jer utječu na financijsku sigurnost, pristup zdravstvenoj te dugotrajnoj skrbi i socijalnoj podršci koja im omogućava očuvanje kvalitete života i sudjelovanje u društvu. Ovi sustavi svojim razvojem pomažu starijim osobama da ostanu samostalne, zdrave i društveno uključene čime se promiče njihova dobrobit i doprinos zajednici. Također, važno je uzeti u obzir i nejednakosti koje proizlaze iz sustava, a kako bi se osigurala pravičnost i jednake mogućnosti za sve. Stoga, ovaj pregledni rad ima za cilj identificirati specifične izazove aktivnog starenja u Hrvatskoj s posebnim fokusom na zdravstveni sustav, mirovinski sustav i sustav socijalne skrbi te nejednakosti koje postoje unutar tih sustava i pružiti preporuke za poboljšanje politika aktivnog starenja. Pregledni rad započinje s kratkim osvrtom na sam koncept aktivnog starenja i njegovu važnost za socijalnu politiku, s posebnim fokusom na rodne i socijalne nejednakosti. Potom se pruža pregled zdravstvenih rizika u kontekstu starijih osoba, a zatim se pruža uvid u zdravstveni sustav u Hrvatskoj, njegovu prilagođenost starijim osobama i pristup starijih osoba zdravstvenim uslugama. Također, rad se osvrće na mirovinski sustav u Hrvatskoj u kontekstu aktivnog starenja te ukazuje na izazove mirovinskog sustava. Nadalje, rad pruža uvid u odnos sustava socijalne skrbi u Hrvatskoj prema starijim osobama te naglašava izazove koji postoje u sustavu. Zaključno, rad sažima ključne nalaze, pruža uvid u izazove s kojima se ljudi nose u procesu starenja unutar tri navedena sustava te pruža preporuke za poboljšanje sustava i smanjivanje postojećih nejednakosti.

2. Koncept aktivnog starenja, socijalne politike i nejednakosti

Definicija aktivnog starenja prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji (World Health Organisation, 2014.) odnosi se na proces starenja koji omogućava pojedincima da ostanu aktivni u obavljanju svakodnevnih zadataka aktivnosti s ciljem unapređivanja zdravlja, participacije i sigurnosti, kako bi se poboljšala kvaliteta života u starijoj dobi. Važnost socijalnih politika usmjerenih aktivnom starenju je neizmjerena. Demografski trendovi obilježeni starenjem stanovništva i produženjem životnog vijeka ne pogađa samo mirovinski sustav u Hrvatskoj u pogledu malog omjera osiguranika i umirovljenika (Puljiz, 2019.), nego i zdravstveni sustav u pogledu sve veće potrebe za zdravstvenim uslugama i skrbi (Zrinščak, 2019.). Također, sustav socijalne skrbi u Hrvatskoj suočava se s mnogim izazovima prouzrokovanim sve većom potrebom za socijalnim uslugama (Šućur, 2019.). Nadalje, u sva tri sustava se očituju nejednakosti koje sprječavaju pravičnost u osiguravanju dobrobiti i jednakih mogućnosti starijih osoba. S obzirom na navedeno, jasna je važnost usmjeravanja socijalne politike prema starijoj populaciji i aktivnom starenju kao zalogu za osiguravanje kvalitete života cjelokupnog stanovništva u Hrvatskoj.

U okviru koncepta aktivnog starenja, a i općenito starenja stanovništva, sve se više govori o nejednakostima. Rodne razlike predstavljaju jedan od važnijih aspekata u tom pogledu budući da oblikuju različita iskustva i potrebe muškaraca i žena u procesu aktivnog starenja. Tradicionalno, društvene uloge muškaraca i žena bile su strogo definirane, pri čemu su muškarci često preuzimali ulogu hranitelja obitelji, dok su žene bile nositeljice brige o kućanstvu i djeci. Ove uloge oblikovale su njihov životni tijek, ekonomske mogućnosti, pristup obrazovanju i zdravlju, što je posljedično utjecalo na njihovu kvalitetu života u starijoj dobi (Mahoney i sur., 2003.). Unatoč promjenama u današnjem društvu, rodne nejednakosti još uvijek postoje i mogu imati ozbiljne posljedice za aktivno starenje. Stoga, promjene u rodnim ulogama i emancipacija žena zahtijevaju prilagodbu politika aktivnog starenja kako bi se učinkovito odgovorilo na specifične potrebe oba spola.

Kada govorimo o aktivnom starenju, žene se suočavaju s većim preprekama, prvenstveno zbog učestalije financijske nesigurnosti, nižih mirovina i veće vjerojatnosti samostalnog života u starijoj dobi. Rudnicka i suradnici (2020.) naglašavaju da, iako žene čine većinski dio populacije starije dobi, često su u nepovoljnijem položaju glede zdravlja i općeg blagostanja. Ova situacija djelomično proizlazi iz cjeloživotnih nejednakosti u obrazovanju, zapošljavanju i prihodima, koje se kumulativno odražavaju na ekonomsku stabilnost u starosti (Rudnicka i

sur., 2020.). S druge strane, muškarci često teže prihvaćaju završetak radnog vijeka i gubitak profesionalnog identiteta, što može imati negativne posljedice na njihovo mentalno zdravlje i društvenu uključenost (Hank i Stuck, 2008.). Pojava je posebno izražena u kulturama gdje se muški identitet snažno veže uz profesionalnu ulogu. Istraživanja ukazuju da muškarci često doživljavaju intenzivniji stres tijekom prijelaza u mirovinu, što može rezultirati povećanim rizikom od depresije i drugih mentalnih poteškoća (Hank i Stuck, 2008.).

Istraživanja pokazuju i da su starije žene manje vjerojatno zaposlene od muškaraca iste dobi, a što može rezultirati ekonomskim nejednakostima. Osim toga, kada rade, žene su češće zaposlene na nepuno radno vrijeme (Ilinca i sur., 2016.). Ilinca i suradnici (2016.) također ističu da žene češće od muškaraca pružaju skrb za članove obitelji, a što može imati negativan utjecaj na njihovu ekonomsku i socijalnu dobrobit jer ih to može ograničiti u mogućnostima sudjelovanja na tržištu rada ili u društvenim aktivnostima. Potonje je posebno izraženo kod žena s nižim prihodima. Slijedom toga ne iznenađuje da starije žene u državama članicama EU u prosjeku imaju nižu mirovinu nego stariji muškarci (Ilinca i sur., 2016.). Rodne razlike u mirovinama također su povezane s različitim životnim iskustvima muškaraca i žena. Roditeljstvo i prekid karijere radi obiteljskih obveza može rezultirati manjim mirovinama žena (Broese van Groenou i Deeg, 2010.). Slijedom toga ne iznenađuje da postoje i značajne rodne razlike u stopama rizika od siromaštva i socijalne isključenosti, a što se detaljnije i raspravlja u ovom radu. Postoje značajne razlike u ekonomskom statusu starijih muškaraca i žena. Starije žene češće žive u jednočlanim kućanstvima i primaju niže mirovine, što povećava njihovu izloženost riziku od siromaštva i društvene izolacije (Državni zavod za statistiku, 2021.). Razumijevanje ovih razlika ključno je za oblikovanje politika i programa koji promiču aktivno starenje i osiguravaju financijsku sigurnost i dobrobit starijih muškaraca i žena u društvu.

Prepoznavanje i suočavanje s rodno uvjetovanim razlikama u načinu na koji starimo ključno je za izradu sveobuhvatnih i učinkovitih planova za aktivno starenje. Cilj je omogućiti muškarcima i ženama da aktivno sudjeluju i doprinose zajednici tijekom svog života, uzimajući u obzir njihove jedinstvene potrebe i izazove (Rudnicka i sur., 2020.). Prema Foster i Walker (2013.) koncept aktivnog starenja trebao bi uzeti u obzir rodne nejednakosti kako bi se osiguralo da politike i programi podjednako koriste i muškarcima i ženama. To uključuje prilagođene pristupe zdravstvenoj skrbi, socijalnoj zaštiti i cjeloživotnom obrazovanju koji uvažavaju specifične potrebe i izazove s kojima se suočavaju stariji muškarci i žene (Foster i

Walker, 2013.). Nadalje, politike za promicanje aktivnog starenja trebale bi biti usmjerene na strukturne razlike koje utječu na varijacije u susretima sa starenjem (Hank i Stuck, 2008.). Napori bi trebali uključivati mjere za smanjenje rodno uvjetovanih razlika u mirovinama, poticanje jednakosti u skrbi za starije osobe i stvaranje mogućnosti društvenog angažmana koje su jednako privlačne i dostupne svim spolovima (Hank i Stuck, 2008.).

S obzirom na sve veći udio starijeg stanovništva i složene izazove koje demografske promjene donose, važno je sagledati specifične aspekte aktivnog starenja u Hrvatskoj. Pri tome, osim na rodne, važno se usmjeriti i na druge aspekte nejednakosti u procesu aktivnog starenja kao što su socioekonomske te regionalne nejednakosti, odnosno uključivši razlike između ruralnih i urbanih područja. Ovi čimbenici, osim što djeluju svaki za sebe, također se isprepliću s rodnim razlikama i dodatno oblikuju iskustva starijih osoba u različitim dijelovima zemlje i utječu na njihov pristup zdravstvenoj skrbi i uslugama, mirovinskom sustavu te sustavu socijalne skrbi.

3. Aktivno starenje, zdravlje i pristup zdravstvenim uslugama

Zdravstveni su sustavi, a posebice pristup kvalitetnim i priuštivim zdravstvenim uslugama jedna od ključnih odrednica aktivnog starenja. To je posebice bitno u hrvatskom kontekstu budući da, primjerice, osobe starije životne dobi u Hrvatskoj češće prijavljuju prisutnost zdravstvenih poteškoća u odnosu na starije osobe u većini drugih država članica EU (Europska komisija, 2022.a). Općenito gledano, nedostatak tjelesne aktivnosti i nezdrava prehrana, uključujući visoki unos kalorične hrane s niskim nutritivnim vrijednostima, identificirani su kao glavni čimbenici koji doprinose smanjenju funkcionalnih sposobnosti starijih osoba. Ovi su čimbenici povezani s razvojem nezaraznih kroničnih bolesti poput dijabetesa, pretilosti i bolesti srca (Matos i sur., 2021.). Konzumacija alkohola i cigareta u starijoj dobi značajno povećava rizik od kroničnih bolesti poput srčanih oboljenja, raka, bolesti jetre i pluća te doprinosi pogoršanju već postojećih zdravstvenih stanja, što može značajno smanjiti kvalitetu života i skratiti životni vijek (World Health Organisation, 2021.). Stoga se – prije detaljnijeg uvida u same izazove zdravstvenih sustava i pristupa zdravstvenim uslugama u procesu aktivnog starenja – daje kratak uvid upravo u ove čimbenike.

3.1. Konzumacija hrane, alkohola i cigareta

Pretilost se može smatrati socijalnim rizikom jer je povezana s različitim socijalnim i ekonomskim čimbenicima kao što su dostupnost zdrave hrane, tjelesna aktivnost, obrazovanje

i prihodi. Pored toga, pretilost može dovesti do socijalne stigmatizacije i diskriminacije, što dodatno utječe na mentalno i fizičko zdravlje pojedinca (Europska komisija, 2022.a). Matos i suradnici (2021.) navode kako je već sama razina tjelesne aktivnosti među starijim osobama u EU niska, što rezultira povećanim rizikom od pretilosti i nizom drugih zdravstvenih problema. Prema podacima Eurostata (2021.a) oko 23% osoba starijih od 65 godina u EU je pretilo, a u tu skupinu spadaju osobe kojima je indeks tjelesne mase jednak ili veći od 25. U Hrvatskoj, prema Eurostatu (2021.a) čak 65% starijih osoba je pretilo, što znači da više nego svaka druga starija osoba u Hrvatskoj ima problem s prekomjernom tjelesnom težinom, čime se Hrvatska svrstava među zemlje s najvećom pojavnošću pretilosti među starijom populacijom u EU (58% žena starije dobi je pretilo i 73% muškaraca). Tomek Roksandić i suradnici (2010.) ističu da prehrambene navike starijih osoba u EU često nisu zadovoljavajuće, pri čemu je primjetna nedovoljna konzumacija voća i povrća. U Hrvatskoj, prema istom istraživanju (Tomek Roksandić i sur., 2010.) manje od polovice starijih osoba unosi dovoljno voća i povrća. Stoga je ključno educirati starije osobe o važnosti redovite tjelesne aktivnosti i zdrave prehrane te im omogućiti pristup kvalitetnoj hrani i programima vježbanja, uz jasno definirane smjernice (NIA, 2023.a).

Alkohol predstavlja značajan javnozdravstveni izazov u EU, pridonoseći preko 7% svih bolesti i preuranjenih smrtnih slučajeva. Čak i umjerena konzumacija alkohola može povećati dugoročne rizike za bolesti srca, jetre i određene vrste raka, dok redovito pijenje velikih količina može rezultirati ovisnošću. Štetna uporaba alkohola određena je ne samo količinom, već i učestalošću konzumacije. Količina unesenog alkohola i obrazac pijenja utječu i na zdravstvene i na društvene ishode. Posebno je zabrinjavajuće opijanje u kratkom vremenskom razdoblju (*binge drinking*) jer ima negativne posljedice na individualno zdravlje, kao i na socijalno i mentalno ponašanje pojedinca (Eurostat, 2019.). Prema podacima Eurostata (2019.) u EU 8.4% odrasle populacije konzumira alkohol svakodnevno, dok 28.8% konzumira alkohol tjedno, a 22.8% mjesečno. Najveći postotak dnevne konzumacije alkohola zabilježen je u Portugalu (20.7%), dok su Latvija i Litva na suprotnom kraju spektra s oko 1%. U kontekstu ovog rada bitno je napomenuti da najviše posto konzumacije alkohola na razini EU pokazuje dobna skupina 75+ godina, a slijedi ju dobna skupina 65-74 godina. Prema istim podacima u Hrvatskoj 10.2% odrasle populacije konzumira alkohol svakodnevno, 17.9% tjedno, a 21% mjesečno (Eurostat, 2019.) Najveći udio osoba koje nisu konzumirale alkohol (bilo u 12 mjeseci prije istraživanja ili nikada) zabilježen je u Hrvatskoj (38.3%) i Italiji (34.8

%), dok su najniži udjeli zabilježeni u Danskoj (9.4 %), Češkoj (15.2 %) i Luksemburgu (17.2 %) (Eurostat, 2019.).

Konzumacija duhana predstavlja najveći izbjegliki zdravstveni rizik i vodeći je uzrok prerane smrti u EU, odgovoran za gotovo 700.000 smrtnih slučajeva godišnje. Otprilike 50% pušača umire prerano, u prosjeku 14 godina ranije nego nepušači. Iako je posljednjih godina postignut značajan napredak, broj pušača u EU i dalje je visok – 26% ukupne populacije i 29% mladih Europljana u dobi od 15 do 24 godine puši (Europska komisija, 2020.). U Hrvatskoj otprilike 36% populacije starije od 15 godina konzumira duhanske proizvode bilo na dnevnoj, bilo na povremenoj osnovi. Zanimljivo je da se predviđa rast konzumacije duhanskih proizvoda među ženama do 2030. godine. Naime, u 2022. godini oko 36% žena u Hrvatskoj koristilo je duhanske proizvode, dok se očekuje da će se taj postotak povećati na oko 40% do 2030. godine. Suprotno tome, kod muškaraca se očekuje smanjenje; dok je u 2022. godini 36% muškaraca u Hrvatskoj konzumiralo duhanske proizvode, predviđa se da će taj postotak pasti na oko 35% do 2030. godine (World Health Organisation, 2023.). Ovaj trend ukazuje na promjene u obrascima pušenja između muškaraca i žena u Hrvatskoj i naglašava potrebu za ciljanim javnozdravstvenim mjerama kako bi se smanjila ukupna prevalencija pušenja. Kako bi se riješila ova situacija, EU i nacionalne vlade poduzele su različite mjere kontrole duhana kroz zakonodavstvo, preporuke i informativne kampanje (Europska komisija, 2020.).

Ovo stanje ukazuje na hitnu potrebu za implementacijom mjera koje će promicati zdrave životne navike, poboljšati prehranu i potaknuti fizičku aktivnost među starijom populacijom kako bi se smanjio rizik od zdravstvenih komplikacija povezanih s pretilošću, konzumacijom alkohola i pušenjem. Uz već ranije spomenute javnozdravstvene mjere usmjerene prevenciji konzumacije alkohola i pušenja, Svjetska zdravstvena organizacija i druge zdravstvene institucije preporučuju niz mjera za smanjenje pretilosti, uključujući povećanje dostupnosti zdravih prehrambenih opcija, smanjenje unosa šećera, soli i nezdravih masti te poticanje redovite fizičke aktivnosti među starijim osobama. Ove strategije su ključne za smanjenje rizika od kroničnih bolesti povezanih s pretilošću (HINA, 2023.).

3.2. Zdravstveni sustav u Hrvatskoj i pristup starijih osoba zdravstvenim uslugama

Zdravstvene politike i pristup zdravstvenim uslugama – posebice preventivnim – igraju ključnu ulogu u oblikovanju iskustva starenja. Zdravstveni sustavi zemalja članica EU, pa tako i Hrvatske, dijele brojne sličnosti, ali i određene razlike u pristupu zdravstvenim

uslugama i prevenciji, posebice kada je riječ o starijoj populaciji. Prema istraživanju koje su proveli Džakula i suradnici (2021.) hrvatski zdravstveni sustav dijeli mnoge karakteristike s drugim europskim zemljama, uključujući gotovo univerzalno zdravstveno osiguranje i naglasak na primarnu zdravstvenu zaštitu. Prema OECD (2023.) zdravstvena potrošnja u Hrvatskoj povećala se 2020. godine, ali ostaje niska u usporedbi s drugim zemljama članicama EU-a; u 2021. godini izdaci za zdravstvo činili su 8.1% BDP-a, dok je prosjek EU-a iznosio 11.0%. Također, iako je u razdoblju od 2020. do 2021. godine zabilježen rast tekuće potrošnje za zdravstvo od 18% zbog mjera za suzbijanje pandemije COVID-19, Hrvatska i dalje troši manje na zdravstvo po stanovniku nego većina drugih članica EU-a, s iznosom od 1.787 EUR po stanovniku (prilagođeno za razlike u kupovnoj moći; OECD, 2023.). Također, Hrvatska izdvaja veći postotak javnih sredstava za zdravstvo u usporedbi s drugim zemljama slične potrošnje, što je 2021. godine iznosilo 85.5%, a udio izravnih plaćanja u zdravstvenoj potrošnji bio je 9%, ispod prosjeka EU-a od 15%. Udio je dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja bio nešto viši od prosjeka EU-a, dosegnuvši 5.1% u 2021. godini (OECD, 2023.).

Usmjerimo li se na pristup specijaliziranim zdravstvenim uslugama i preventivnim programima, Vončina i Rubil (2018.) ukazuju da, iako Hrvatska ima dobro razvijenu mrežu primarne zdravstvene zaštite, postoje izazovi u pristupu specijalističkoj skrbi, posebice u ruralnim područjima. To je u skladu s trendom koji se primjećuje i u mnogim zemljama EU, gdje ruralna područja često imaju ograničen pristup specijaliziranim zdravstvenim uslugama (Eurostat, 2021.b). Kada je riječ o pristupu zdravstvenim uslugama za stariju populaciju, Hrvatska se suočava s izazovima sličnima onima u drugim zemljama članicama EU. Istraživanje Soulis i suradnika (2021.) tako pokazuje da starije osobe u Hrvatskoj često imaju poteškoće u pristupu specijaliziranoj gerijatrijskoj skrbi, što je problem koji se primjećuje i u drugim europskim zemljama. Hrvatska se suočava i s određenim specifičnostima u pristupu mentalnom zdravlju starijih osoba. Pristup uslugama mentalnog zdravlja za starije osobe u Hrvatskoj suočava se s ozbiljnim izazovima koji značajno utječu na kvalitetu i dostupnost skrbi. Ograničen broj gerijatrijskih psihijatara, terapeuta i specijaliziranih centara često dovodi do dugih čekanja i nedostatka adekvatne skrbi. Dodatno, stigma povezana s mentalnim zdravljem sprječava mnoge starije osobe da potraže pomoć, osobito u ruralnim i udaljenim područjima gdje su takve usluge rijetke ili nedostupne (Junaković i sur., 2024.). Financijski troškovi povezani s dodatnim uslugama, poput privatne terapije ili putovanja do specijaliziranih centara, također predstavljaju značajan problem, posebno za osobe s nižim prihodima (Ivezić i sur., 2009.).

Polazimo li od koncepta aktivnog starenja, preventivne zdravstvene mjere općenito, a posebice one za stariju populaciju od iznimnog su značaja. Redoviti preventivni pregledi neophodni su za rano otkrivanje bolesti kao što su kardiovaskularne bolesti, dijabetes i rak (National Institutes of Health, 2021.). U Hrvatskoj su takvi preventivni pregledi dio pilot projekta koji se provodi u odabranim županijama, s planovima za šire širenje nakon evaluacije (Vlada Republike Hrvatske, 2023.). Projekt ima za cilj rano prepoznavanje zdravstvenih problema i osiguranje odgovarajućeg praćenja kod specijalista (Vlada Republike Hrvatske, 2023.). Rezultati su pokazali da više od dvije trećine pregledanih građana imaju različite zdravstvene probleme, uključujući visoki krvni tlak, povišene razine kolesterola i šećera u krvi, prekomjernu tjelesnu težinu, te negativne posljedice pušenja i konzumacije alkohola na njihovo zdravlje (Vlada Republike Hrvatske, 2023.). Međutim, nisu jasni dugoročni planovi ovog projekta. Ograničenje projekta na nekoliko županija govori u prilog i regionalnim nejednakostima pristupa zdravstvenim uslugama. Također, činjenica da je riječ o pilot projektu, a ne o nacionalnom programu, ukazuje na moguće nedostatke u financijskoj podršci ili političkoj volji za širu implementaciju. Ako su već utvrđeni ozbiljni zdravstveni problemi kod više od dvije trećine pregledanih građana, postavlja se pitanje zašto ovakav program nije proširen na cijelu Hrvatsku, čime bi se osigurala sveobuhvatna prevencija i skrb za sve građane.

Programi cijepljenja također su ključna komponenta preventivne zdravstvene zaštite za starije osobe, uključujući cjepiva protiv bolesti poput gripe i pneumokoknih infekcija. Osvrnemo li se na Hrvatsku, ovi programi dio su šireg nacionalnog plana cijepljenja s ciljem smanjenja učestalosti bolesti koje se mogu spriječiti među rizičnim populacijama (Ministarstvo zdravstva, 2024.).

Osim sustavnih poteškoća u pristupu uslugama do kojih dolazi zbog same nerazvijenosti pojedinih programa, postoje i razlike u samom korištenju zdravstvenih usluga koje se vežu uz obilježja poput obrazovanja, socioekonomskog statusa ili pak uz samo mjesto stanovanja – čimbenike koji značajno utječu na zdravstveni status i pristup zdravstvenim resursima općenito, pa tako i starijih osoba stvarajući često izražene disparitete (NIA, 2023.b). Problematika je vidljiva u kontekstu Hrvatske, kao i drugih zemalja članica EU. Tako u Hrvatskoj starije osobe s višim stupnjem obrazovanja imaju bolji pristup zdravstvenim informacijama i uslugama, što rezultira boljim zdravstvenim ishodima. Tako istraživanje Bobinac (2023.) pokazuje da je zdravstvena pismenost, koja obuhvaća sposobnost dobivanja,

razumijevanja i djelotvorne upotrebe zdravstvenih informacija, snažno povezana s obrazovnim postignućima. Oni s višom razinom obrazovanja imaju veću zdravstvenu pismenost, što im omogućuje bolje snalaženje u zdravstvenom sustavu i donošenje informiranih odluka o zdravlju. Nalazi su u skladu s europskim trendovima gdje se obrazovanje povezuje s većom zdravstvenom pismenošću, a i boljim korištenjem preventivnih zdravstvenih usluga (Eurostat, 2021.b). Istraživanja pokazuju i da ljudi s višim obrazovanjem imaju veće šanse za sudjelovanje u preventivnim zdravstvenim pregledima i programima, a koji su ključni u samom procesu aktivnog starenja i uz to povezane brige o zdravlju. Na primjer, osobe s višim stupnjem obrazovanja redovito sudjeluju u preventivnim zdravstvenim pregledima kao što su rutinski zdravstveni pregledi i specijalistički pregledi, što doprinosi boljem ukupnom zdravlju i smanjenju rizika od kroničnih bolesti (Zhang i sur., 2022.). Ova razlika može biti rezultat boljeg razumijevanja važnosti preventivne skrbi i zdravih životnih navika među visoko obrazovanim osobama, kao i većih financijskih mogućnosti da se pristupi dodatnim zdravstvenim uslugama koje nisu pokrivene osnovnim zdravstvenim osiguranjem (Lee i sur., 2023.).

Socioekonomski status, koji je često povezan s razinom obrazovanja, također utječe na pristup zdravstvenim resursima. McMaughan i suradnici (2020.) ističu da starije osobe nižeg socioekonomskog statusa u Hrvatskoj često imaju ograničen pristup dodatnim zdravstvenim uslugama koje nisu pokrivene osnovnim zdravstvenim osiguranjem, poput usluga stomatološke skrbi ili određenih specijalističkih pregleda. Na primjer, siromašnije starije osobe često odgađaju ili potpuno izbjegavaju stomatološke preglede zbog financijskih ograničenja, što dovodi do lošijeg oralnog zdravlja i drugih povezanih zdravstvenih problema. Osim toga, socioekonomske nejednakosti u pristupu zdravstvenoj skrbi utječu i na opću kvalitetu života starijih osoba. Osobe s nižim prihodima općenito gledano često imaju lošije zdravstvene ishode zbog nedostatka resursa za odlazak na preventivne i specijalističke preglede, što povećava njihovu stopu morbiditeta i mortaliteta (Nunes i sur., 2014.).

Istraživanja pokazuju i da postoji značajan raskorak u dostupnosti zdravstvenih resursa između urbanih i ruralnih područja Hrvatske (Vončina i Rubil, 2018.). Starije osobe u ruralnim područjima često se suočavaju s ograničenim pristupom javnim uslugama – pa tako i manjkom zdravstvenih usluga – što može utjecati na njihovu mogućnost aktivnog sudjelovanja (Bobinac, 2017.). Starije osobe u ruralnim područjima često se suočavaju s poteškoćama u pristupu specijalističkoj zdravstvenoj skrbi i dugotrajnijoj skrbi jer su

prisiljene putovati na velike udaljenosti kako bi došle do potrebnih usluga (Vončina i Rubil, 2018.). Ovo neproporcionalno utječe na starije žene, koje češće žive u ruralnim sredinama i imaju ograničenu mobilnost (Eurostat, 2021.b). Problemi se također očituju i na otocima. Prema podacima iznesenima u Nacionalnom planu razvoja otoka (2021.-2027.) osobe starije od 65 godina predstavljaju 30% stanovništva na otocima, što je više od državnog prosjeka od 17.7% (Ministarstvo regionalnoga razvoja i fondova Europske unije, 2021.). Ukupno gledajući, stanovništvo na hrvatskim otocima je iznadprosječno staro, a najizraženije odstupanje u dobnom sastavu prisutno je na otocima koji su najudaljeniji od kopna. Nadalje,

U smislu mjesta stanovanja, i World Health Organisation (2017.) ističe da urbana područja u Hrvatskoj općenito imaju bolju infrastrukturu od ruralnih za aktivno starenje, uključujući više mogućnosti za fizičku aktivnost i socijalnu interakciju, što indirektno utječe na zdravlje starijih osoba. S druge strane, ruralna područja često nude prednosti poput čisteg zraka i manje stresnog okruženja, ali uz ograničen pristup specijaliziranim zdravstvenim uslugama. Politike aktivnog starenja trebale bi stoga uključivati mjere za poboljšanje dostupnosti zdravstvenih usluga, posebice u ruralnim i udaljenim područjima. To može uključivati razvoj telemedicine, mobilnih zdravstvenih jedinica i programa kućne njege koji su posebno važni za starije osobe s ograničenom mobilnošću (NCSL, 2020.).

Dispariteti u pristupu zdravstvenim resursima također su izraženi kada se radi o mentalnom zdravlju. Europska komisija (2023.b) navodi da je dostupnost usluga mentalnog zdravlja za starije osobe značajno manja u ruralnim područjima, nego u urbanim. To je posebno zabrinjavajuće s obzirom na povećan rizik od socijalne izolacije i depresije među starijim osobama upravo u ruralnim sredinama (Europska komisija, 2023.b). Posebno je važno i u kontekstu rodni razlika u mentalnom zdravlju, gdje stariji muškarci pokazuju veći rizik od socijalne izolacije i suicida, dok su žene sklonije depresiji i anksioznosti (Fokkema i Naderi, 2013.), o čemu je također potrebno voditi računa pri kreiranju politika aktivnog starenja.

To nas dovodi i do rodni razlika kao bitnog čimbenika zdravlja i korištenja zdravstvenih usluga. Naime, u mnogim europskim zemljama, uključujući Hrvatsku, primjećuje se da žene češće koriste zdravstvene usluge, posebice primarnu zdravstvenu zaštitu (Državni zavod za statistiku, 2021.). Međutim, ova veća učestalost korištenja usluga ne znači nužno i bolje zdravstvene ishode. Istraživanje Börsch-Supan i suradnika (2015.) pokazuje da, unatoč češćim posjetima liječniku, starije žene često izvještavaju o lošijem zdravstvenom stanju u usporedbi s muškarcima iste dobi. S druge strane, muškarci su skloniji odgađanju traženja medicinske

pomoći, što može dovesti do kasnijeg otkrivanja i liječenja ozbiljnih zdravstvenih stanja. Ovo ponašanje često je povezano s tradicionalnim maskulinim normama i može rezultirati lošijim zdravstvenim ishodima u kasnijoj životnoj dobi (Springer i Mouzon, 2011.). Također, žene su sklonije razvoju kroničnih stanja poput osteoporoze, artritisa i demencije, dok su muškarci izloženi riziku od kardiovaskularnih bolesti i određenih vrsta karcinoma (Ostan i sur., 2016.). Ove razlike u zdravstvenim profilima zahtijevaju prilagođene strategije prevencije i liječenja u starijoj životnoj dobi (Ostan i sur., 2016.). Istraživanja sugeriraju da postoje primjetne rodne nejednakosti u funkcionalnim sposobnostima starijih osoba (Majerova i sur., 2018.). Također, u prosjeku žene pokazuju manju funkcionalnost u odnosu na muškarce, posebno u područjima kretanja i obavljanja svakodnevnih aktivnosti (Majerova i sur., 2018.). Razlike u funkcionalnim sposobnostima starijih muškaraca i žena mogu korelirati s raznim čimbenicima kao što su hormonalna ravnoteža, genetika, tjelesna građa nauštrb starijih ženskih osoba (Lee i sur., 2015.). Slijedom toga, kao što ističe i World Health Organisation (2021.), rodno osjetljive zdravstvene politike ključne su za postizanje pravičnosti u zdravlju starijih osoba. Implementacija rodno osjetljivih zdravstvenih politika i osiguravanje jednakog pristupa zdravstvenim uslugama ključni su koraci i u promicanju aktivnog i zdravog starenja, doprinoseći tako većoj kvaliteti života u starijoj dobi.

Možemo vidjeti kako u pristupu zdravstvenim uslugama općenito, a posebice starijih osoba, kao i u pristupu prevenciji za stariju populaciju u Hrvatskoj i dalje postoje područja koja zahtijevaju dodatno unapređenje. Iako hrvatski zdravstveni sustav omogućuje pristup širokom rasponu usluga, vidimo kako usluge nisu dostupne svima podjednako. Osim toga, analize ukazuju kako je primarna zdravstvena zaštita fragmentirana i čini se da se koristi manje u usporedbi s bolničkom skrbi i skrbi koju pružaju bolnički ambulantni odjeli. Prije pandemije, u Hrvatskoj je bilo manje neispunjenih potreba za medicinskom skrbi nego što je to prosjek u EU, ali su razlike među dohodovnim skupinama u pristupu zdravstvenim uslugama u Hrvatskoj bile značajne, ukazujući na moguće probleme s dostupnošću. Osim toga, neispunjene potrebe zbog geografske udaljenosti bile su nešto veće u Hrvatskoj nego u bilo kojoj drugoj članici EU-a, pri čemu su neispunjene potrebe bile češće među starijom populacijom (Europska komisija, 2021.).

Kako bi se nadišli izazovi pristupa uslugama, preporuke se prvenstveno odnose na poboljšanje pristupa specijaliziranim uslugama u ruralnim područjima, ali i na povećanje dostupnosti preventivnih programa te poboljšanje odaziva na iste. Također, ključno je bolje integrirati

usluge mentalnog zdravlja u cjelokupni zdravstveni sustav, što znači da bi mentalna skrb trebala biti sastavni dio sveukupne zdravstvene skrbi, omogućujući starijim osobama pristup sveobuhvatnoj skrbi koja uključuje i tjelesno i mentalno zdravlje. Trenutno aktualna Nacionalna razvojna strategija Republike Hrvatske do 2030. godine (2021.) naglašava potrebu za uravnoteženim regionalnim razvojem kako bi se smanjile razlike između urbanih i ruralnih područja. Ključni ciljevi uključuju poboljšanje prometne infrastrukture, jačanje zdravstvenih i obrazovnih institucija te poticanje ravnomjernog ekonomskog razvoja (Nacionalna razvojna strategija Republike Hrvatske do 2030. godine, 2021.). Također kroz Nacionalni plan razvoja socijalnih usluga u Hrvatskoj za razdoblje od 2021. do 2027. godine, Europska unija je osigurala oko 9 milijardi EUR za ekonomski, socijalni i teritorijalni razvoj Hrvatske (Europska komisija, 2022.b). Dio tih sredstava namijenjen je poboljšanju zdravstvenih usluga, posebno u manje razvijenim i ruralnim područjima, kako bi se smanjile regionalne razlike i povećala dostupnost kvalitetne zdravstvene skrbi (Europska komisija, 2022.b). Ova ulaganja obuhvaćaju modernizaciju zdravstvene infrastrukture, uključujući nabavu medicinske opreme i unapređenje telemedicinskih usluga, što je posebno važno za otoke i ruralna područja gdje pristup specijalističkim uslugama može biti otežan (Europski strukturni i investicijski fond, 2021.). Prema Europskom strukturnom i investicijskom fondu (ESIF) (2021.) cilj je i osigurati ravnomjernu raspodjelu zdravstvenih resursa i omogućiti stanovnicima ruralnih područja jednak pristup zdravstvenoj skrbi kao i onima u urbanim centrima.

Nadalje, Nacionalni plan razvoja zdravstva za razdoblje od 2021. do 2027. godine u Hrvatskoj ključan je za poboljšanje zdravstvene skrbi za starije osobe (Ministarstvo zdravstva, 2022.). Plan se fokusira na povećanje dostupnosti i kvalitete zdravstvenih usluga u ruralnim i urbanim područjima, što je posebno važno za starije osobe s ograničenom mobilnošću (Ministarstvo zdravstva, 2022.). Također spominje formiranje Međuresorne radne skupine kako bi unaprijedila integracija zdravstvene zaštite sa socijalnom skrbi u području dugotrajne skrbi te priuštivost usluga na svim razinama skrbi (od kućne njege do tercijarne zdravstvene zaštite (Ministarstvo zdravstva, 2022.)). Ova skupina okuplja predstavnike Ministarstva zdravstva, Ministarstva rada, mirovinskog sustava, obitelji i socijalne politike te druge relevantne dionike iz sustava zdravstva i socijalne politike (Ministarstvo zdravstva, 2022.). Osim toga, plan promovira preventivne programe i ranu dijagnostiku za bolesti koje najčešće pogađaju starije osobe, poput kardiovaskularnih bolesti, dijabetesa i raka. Edukacija starijih osoba o zdravim životnim navikama i važnosti redovitih pregleda također je ključna komponenta

plana (Ministarstvo zdravstva, 2021.). Ove mjere su osmišljene kako bi se osigurala bolja skrb i kvaliteta života starijih osoba, poboljšavajući zdravstvene ishode i ukupnu dobrobit.

Također, Nacionalna razvojna strategija Republike Hrvatske do 2030. godine naglašava siromaštvo starijih osoba kao jedan od ključnih izazova s kojima se društvo mora suočiti (Zakon o sustavu strateškog planiranja i upravljanja razvojem Republike Hrvatske, 13/21.). Strategija prepoznaje da starije osobe, posebno žene, nose veći rizik od siromaštva u usporedbi s ostatkom populacije, zbog čega je potrebno osigurati adekvatnu socijalnu zaštitu i priuštivost osnovnih usluga. Također se prema strategiji ističe važnost jačanja socijalnih usluga, uključujući pristupačne i kvalitetne usluge skrbi, kako bi se smanjio rizik od socijalne isključenosti među starijima s naglaskom na izvaninstitucionalne usluge. Strategija predviđa mjere usmjerene na poboljšanje dostupnosti i priuštivosti tih usluga, posebno u kontekstu smanjenja nejednakosti i zaštite ranjivih skupina, uključujući starije osobe u ruralnim krajevima i na otocima. Zbog toga se planira ulaganje u povećanje kapaciteta i razvoj potrebne infrastrukture, uz istovremeno pružanje izvaninstitucionalne podrške u domovima korisnika (Zakon o sustavu strateškog planiranja i upravljanja razvojem Republike Hrvatske, 13/21.).

4. Aktivno starenje i mirovinski sustav

Mirovinski sustav te novčane naknade predstavljaju ključne aspekte kvalitete života starijih osoba, s izraženim rodnim razlikama (Vezmar-Barlek, 2008.). U Hrvatskoj, kao i u mnogim zemljama članicama EU, ova problematika dobiva sve veću pozornost zbog demografskog starenja stanovništva i potrebe za održivim socijalnim sustavima. Stoga se u nastavku teksta prvo raspravljaju obilježja te izazovi mirovinskog sustava u Hrvatskoj koji je ključan za starije osobe, a potom i sustava socijalne skrbi.

4.1. Mirovinski sustav u Hrvatskoj

U Hrvatskoj osiguranik stječe pravo na starosnu mirovinu kada navršši 65 godina života i ima najmanje 15 godina mirovinskog staža (Zakon o mirovinskom osiguranju, NN 119/22.). Tijekom prijelaznog razdoblja od 2020. do 2029. godine žene ostvaruju pravo na starosnu mirovinu prema povoljnijim uvjetima, s nižom starosnom dobi (u 2024. godini je to 63 godine i 6 mjeseci) (Zakon o mirovinskom osiguranju, NN 119/22.). Od 2030. godine, uvjeti za stjecanje prava na starosnu mirovinu izjednačavaju se za muškarce i žene (Zakon o mirovinskom osiguranju, NN 119/22.). Prema Hrvatskom zavodu za mirovinsko osiguranje

(2024.) prosječna mjesečna starosna mirovina za 520.585 korisnika koji su ostvarili pravo na mirovinu prema Zakonu o mirovinskom osiguranju, bez uključivanja međunarodnih ugovora, iznosi 585.88 EUR. Ova mirovina predstavlja 44.25% prosječne neto plaće za svibanj 2024. godine (HZMO, 2024.a). Iz ovog možemo zaključiti da je zamjenska stopa mirovina niska te predstavlja veliki rizik za ekonomsku neovisnost starijih osoba u Hrvatskoj te njihovu aktivnu participaciju u društvu. Prema navedenom, ne čudi da u Hrvatskoj postoji visok udio starijih osoba u riziku od siromaštva. Postotak rizika od siromaštva za žene starije dobi 2018. godine, prema podacima Eurostata (2020; prema Dobrotić i Zrinščak, 2022.), iznosio je 33.6%, u usporedbi s 24.9% kod muškaraca. Prema podacima Eurostata (2024.b) za 2023. godinu ova brojka je porasla. Istraživanje Eurostata (2024.b) tako ističe da je stopa rizika od siromaštva za osobe starije od 65 godina u Hrvatskoj značajno viša od europskog prosjeka, pri čemu su žene u nepovoljnijem položaju: 2023. godine, čak je 35.8% starijeg stanovništva u Hrvatskoj bilo u riziku od siromaštva i socijalne isključenosti (29.3% muškaraca i 38.8% žena). To znači da je svaka treća žena u toj dobnoj skupini u Hrvatskoj izložena riziku od siromaštva i socijalne isključenosti. Za razliku od Hrvatske, znatno manji udio u populaciji EU čine starije osobe koje su u riziku od siromaštva i socijalne isključenosti, njih 19.8% u 2023. godini (Eurostat, 2024.b). Ovi podaci pozicioniraju Hrvatsku na drugo mjesto među zemljama članicama EU po udjelu starije populacije u riziku od siromaštva i socijalne isključenosti, odmah iza Litve (Eurostat, 2024.b). Nadalje, potvrđuju i da postoje značajne rodne nejednakosti u mirovinskom sustavu Hrvatske, što može imati ozbiljne posljedice za financijsku sigurnost i dobrobit starijih žena u društvu (Dobrotić i Zrinščak, 2022.). Žene, koje često imaju dulji životni vijek u usporedbi s muškarcima, suočavaju se s različitim ekonomskim izazovima već kroz životni vijek, uglavnom zbog prekida karijere radi obitelji i pružanja skrbi, a to posljedično nosi i manje plaće te mirovine u starijoj dobi (NCPSSM, 2021.).

Hrvatska je od 1. siječnja 2023. godine uvela novi model obiteljskih mirovina koji pomaže starijim osobama kojima je partner preminuo u vidu veće mirovinske naknade (HZMO, 2023.). Pravo na isplatu dijela obiteljske mirovine u Hrvatskoj odnosi se na članove obitelji preminulog osiguranika koji ispunjavaju određene uvjete propisane Zakonom o mirovinskom osiguranju. (HZMO, 2023.). Prema HZMO (2023.), članovi obitelji imaju pravo na obiteljsku mirovinu ako je preminuli osiguranik imao najmanje pet godina mirovinskog staža ili je ispunjavao uvjete za starosnu ili invalidsku mirovinu u trenutku smrti. Ovaj sustav pokušava

osigurati financijsku sigurnost članovima obitelji koji su izgubili osiguranika, a potencijalno može smanjiti i rodnu nejednakost u visini mirovina.

Neke skupine osiguranika ostvaruju prava iz mirovinskog osiguranja prema posebnim zakonima, koji im omogućuju povoljnije uvjete za stjecanje tih prava ili povoljnije kriterije za izračun mirovina u odnosu na opće zakonske propise, tzv. „povlaštene mirovine“ (HZMO, 2022.). Mirovine prema posebnim propisima isplaćuju se određenim kategorijama umirovljenika, uključujući djelatne vojne osobe, policijske službenike, branitelje iz Domovinskog rata, zastupnike u Saboru, članove Vlade i druge (HZMO, 2024.a). Mirovine po posebnim propisima su relativno visoke i ukupno ih prima 186.212 korisnika, a zastupnici u Saboru, članovi Vlade, suci Ustavnog suda i glavni državni revizor primaju najviše mirovine, koje iznose 1.864.42 EUR mjesečno (Mirovina.hr, 2024.a). Također, 2010. godine, mirovine umirovljenicima koji primaju mirovinu po posebnim propisima u iznosu preko 464.53 EUR su smanjene za 10%, što je početkom 2024. ukinuto i što je utjecalo na porast njihovih mirovinskih primanja. (Mirovina.hr, 2024.a). U javnosti se vodi rasprava o pravičnosti takvih beneficija, tj. „povlaštenih“ mirovina.

Nacionalna naknada za starije osobe, uvedena 2020.godine godine, predstavlja svojevrsan korak naprijed u zaštiti najugroženijih skupina, ali se upozorava da obuhvat starijih ljudi ovim pravom još uvijek nije dovoljan za značajnije smanjenje siromaštva starije populacije (Svjetska banka, 2020.). Osim toga, nacionalna naknada za starije osobe osigurava mjesečni iznos od svega 150 EUR za građane starije od 65 godina koji nemaju pravo na mirovinu i koji su u nepovoljnom financijskom položaju (Zakon o nacionalnoj naknadi za starije osobe, NN 156/23.). Nacionalnu naknadu za starije osobe u veljači 2024. godine koristilo je 9.803 korisnika, od čega je 71.87% žena i 28.13% muškaraca. Za isplatu ove naknade, iz Državnog proračuna osigurano je ukupno 1.294.610 EUR (HZMO, 2024.b). U omjeru broja muškaraca i žena korisnika nacionalne naknade za starije možemo iščitati jasne rodne nejednakosti. Žene su tradicionalno manje sudjelovale u plaćenom radu izvan kuće u odnosu na muškarce zbog ukorijenjenih društvenih i kulturnih normi koje su im pripisivale primarnu ulogu u obavljanju kućanskih poslova i brizi o djeci (Goldin, 2006.). Rodna nejednakost u mirovinama posljedica je tog, kao i niza povezanih čimbenika uključujući niže plaće žena tijekom radnog vijeka, dulje razdoblje nezaposlenosti i češće prekide karijere zbog brige o obitelji (Svjetska banka, 2021.). Prema Dobrotić (2019.) žene češće napuštaju tržište rada u fazi ranog roditeljstva, a rodni jaz u zaposlenosti povećava se s brojem djece. Iako Hrvatska ima relativno niske rodne

razlike u stopama zaposlenosti roditelja u EU, svako sljedeće dijete značajno povećava vjerojatnost da će žena biti nezaposlena ili neaktivna, posebno među ženama s nižim obrazovanjem (Dobrotić, 2019.). Ove tvrdnje potvrđuje i ranije iznesen omjer korisnika nacionalne naknade za starije osobe gdje žene predstavljaju gotovo tri četvrtine korisnika. Uspoređujući strukturu mirovinskih sustava, Hrvatska, za razliku od mnogih zapadnoeuropskih zemalja, ima manje razvijen sustav dobrovoljnog mirovinskog osiguranja. Mirovinski sustav u Hrvatskoj temelji, odnosno razvija se na Bismarckovim načelima. Iako prvi mirovinski fondovi potječu iz druge polovice 18. stoljeća (Puljiz, 2019.), sustav je u potpunosti razvijen u socijalističkom razdoblju kada su svi radnici, uključujući poljoprivrednike i obrtnike, bili obuhvaćeni mirovinskim osiguranjem (Puljiz, 2012; prema Dobrotić, 2020.). Tek se „velikom“ mirovinskom reformom iz 2002. na radikalniji način mijenja hrvatski mirovinski sustav jer se uz prvi stup međugeneracijske solidarnosti u koji se od sad uplaćuje 75% doprinosa, uvodi i drugi, obvezni stup kapitalizirane mirovinske štednje u koji se uplaćuje 25% doprinosa te treći dobrovoljni mirovinski stup i iznos osnovne mirovine (Puljiz 2019.). Ostale su reforme unutar mirovinskog sustava često težile tome da se poveća starosna dob umirovljenja, a od kasnih 2010-ih uvode se i mehanizmi kojima se nešto aktivnije potiče kasniji odlazak u mirovinu, kao i mogućnost istovremenog rada i umirovljenja (izjednačavanje dobi odlaska u mirovinu za muškarce i žene te daljnje produljenje dobi odlaska u mirovinu za oba spola uz bonifikaciju kasnijeg, a penalizaciju ranijeg umirovljenja; Puljiz, 2019.).

Danas se tako hrvatski mirovinski sustav temelji na tri stupa. Prvi stup je javni, obvezni i bazira se na međugeneracijskoj solidarnosti, što znači da trenutni radnici financiraju mirovine umirovljenika. Drugi stup je također obavezan, ali individualan, gdje svaki radnik uplaćuje dio svoje plaće na osobni mirovinski račun kod odabranog mirovinskog fonda. Treći stup je dobrovoljan i omogućava dodatnu štednju za mirovinu uz poticaje države (Puljiz, 2019.). Usporedimo li ga sa sustavom u, na primjer, Nizozemskoj, drugi stup mirovinskog sustava koji se temelji se na shemi definirane kontribucije, s naglaskom na kolektivnu raspodjelu rizika i fleksibilne kontribucijske sheme, omogućuje veću stabilnost i potencijal za više mirovine zahvaljujući raznovrsnim investicijama i većem stupnju solidarnosti među generacijama (Mercer, 2022.). Danska ima sličan višestupanjski sustav u kojem je drugi stup također obavezan za većinu zaposlenika (APG, 2021.). Doprinosi uplaćuju poslodavci i zaposlenici, a sredstva se investiraju kako bi se osiguralo što veće prinose. Ovaj sustav

omogućuje visok stupanj zamjene dohotka u mirovini, što znači da su mirovine veće u odnosu na prethodne plaće (APG, 2021.).

4.1.1. Izazovi mirovinskog sustava u Hrvatskoj

Nakon provođenja reformi mnogobrojni izazovi u mirovinskom sustav ostaju, dok su neki od njih i porasli. Istraživanje o demografskim trendovima i održivosti mirovinskog sustava u Hrvatskoj upozorava na dugoročne izazove uzrokovane starenjem stanovništva i nepovoljnim omjerom aktivnih osiguranika i umirovljenika. Negativni demografski trendovi, poput smanjenja broja mladih ljudi koji ulaze na tržište rada i povećanja broja starijih osoba, ozbiljno ugrožavaju održivost mirovinskog sustava (Balića, 2023.). Na primjer, analiza pokazuje da se omjer osiguranika i umirovljenika smanjio s 4.04:1 u 1980. godini na 1.28:1 u 2021. godini. Također, omjer prosječne mirovine u odnosu na prosječnu mjesečnu neto plaću iznosi samo 36.4%, što je znatno niže od optimalnog omjera zamjene od 70%, povećavajući rizik od siromaštva u starosti (Buterin i sur., 2022.). Ovi pokazatelji naglašavaju potrebu za hitnim reformama kako bi se osigurala dugoročna održivost mirovinskog sustava. Preporučuju se mjere poput poticanja dužeg ostanka na tržištu rada, diversifikacije izvora prihoda u starosti, te usvajanje populacijskih politika koje bi mogle ublažiti nepovoljne demografske trendove (Bejaković, 2019.). U Hrvatskoj postoje i podvojena mišljenja o pitanju ostanka u drugom mirovinskom stupu kapitalizirane štednje. Prema Puljizu (2019.) u razdoblju koje je prethodilo reformama nije bilo rasprava na kvalitetnoj razini ni kritičkog razmišljanja kapitalizacije mirovina koje je predvodila Svjetska banka. Upozoreno je da se na demografske trendove ne može utjecati te da se ne može spriječiti njihov negativni učinak na mirovinski sustav. Nadalje, dobit kapitaliziranih fondova u većini istočnoeuropskih zemalja bila je ispod rasta BDP-a, što je navelo mnoge zemlje na provedbu reverzibilne mirovinske reforme (Puljiz, 2019.). No, u tom pogledu i dalje izostaje nužno potrebna sustavna evaluacija reforme i njezinih učinaka, kao i javna rasprava sa svim relevantnim dionicima koji mogu pomoći u donošenju odluke te na temelju sveobuhvatnog pristupa i kritičkog promišljanja donijeti adekvatne odluke.

Jedan su od većih izazova i niske mirovine, posebice novijih umirovljenika. Naime, nakon „male“ mirovinske reforme 1998. godine koja je promijenila način usklađivanja mirovina i uspostavila novu formulu za izračun mirovina, pojavio se problem „novih“ mirovina, koje su znatno zaostajale za starima te je vlada naknadno intervenirala i uvela Zakon o dodatku na mirovinu (Puljiz, 2019.). Prema zakonu, dodatak na mirovinu se od 1999. do 2010 povećava s

početnih 4% na konačnih 27%. No i nadalje mirovinski sustav u Hrvatskoj karakteriziraju relativno niske mirovine u odnosu na prosječnu plaću, što posebno pogađa žene. Rodni jaz u mirovinama, koji je dosegnuo 29.7% u 2018. godini, pokazuje razliku između prosječne mirovine koju primaju muškarci i žene. To znači da su žene u prosjeku primale 29.7% manje mirovine od muškaraca (Eurostat, 2020.; prema Dobrotić i Zrinščak, 2022.). Prema novijim podacima žene u prosjeku mjesečno primaju 522.29 EUR mirovine te im je prosječan staž 30 godina i 8 mjeseci, dok muškarci u prosjeku primaju 606.06 EUR mirovine, a prosječan staž im je 33 godine i 2 mjeseca (HZMO, 2024.a). Medijalna mirovina za svibanj 2024. godine iznosila je 517.24 EUR, a 104.000 umirovljenika prima mirovinu manju od 270 EUR (HZMO, 2024.a). Niska razina mirovina je zabrinjavajuća jer velik broj ljudi nije u mogućnosti osigurati ni egzistencijalni minimum vlastitim mirovinama.

Kao što je već naznačeno ranije, izazov čini i omjer umirovljenika i osiguranika. Prema HZMO (2024.a) omjer osiguranika i umirovljenika iznosi 1.42:1 što čini veliko opterećenje na mirovinski sustav. Od neovisnosti, velik broj osoba je otišao u invalidske i prijevremene mirovine s ciljem racionalizacije i prilagodbe kriznoj situaciji, što je dovelo do preopterećenja sustava masovnim priljevom umirovljenika (Puljiz, 2019.). Također je i značajna kategorija osoba koje su ostvarile mirovine po posebnim propisima, kao što je prethodno navedeno. Financiranje mirovinskog sustava također predstavlja veliki izazov. Udio mirovinskih troškova u BDP-u, primjerice, iznosio 10.6% 2016. godine, pri čemu se tek 55% sredstava prikupljalo iz doprinosa, dok je ostalo pokrivaio državni proračun. Problem financiranja uzrokuje ponajprije nizak omjer osiguranika i umirovljenika te negativni demografski trendovi, što državu obvezuje da sve više sredstava iz državnog proračuna preusmjerava u mirovinski fond (Puljiz, 2019.).

Pavković (2022.) također u svojoj analizi ističe da je hrvatski mirovinski sustav, unatoč reformama, i dalje opterećen niskim stopama zamjene i visokim rizikom od siromaštva za umirovljenike. Uspoređujući Hrvatsku situaciju sa zemljama članicama EU Hirose (2011.) ističe da većina zemalja srednje i istočne Europe, među kojima je i Hrvatska, ima nižu stopu zamjene (odnos mirovine prema plaći) u usporedbi sa zapadnoeuropskim zemljama. Pavković (2022.) također navodi da je omjer prosječne mirovine i prosječne plaće u Hrvatskoj među najnižima u EU, što dovodi u pitanje adekvatnost mirovina za održavanje životnog standarda. Naglašava se potreba za reformama koje bi osigurale adekvatnost mirovina i smanjile rizik od siromaštva u starosti. Da bi se poboljšala održivost sustava, stručnjaci i vlada naglašavaju

potrebu za dubljim strukturnim reformama. Ove reforme uključuju poticanje dužeg ostanka na tržištu rada – a što ponovno traži i snažne preventivne zdravstvene politike kako bi stanovništvo što više godina živjelo u zdravlju – te razvoj dodatnih izvora financiranja mirovina. Primjerice, jedna od mjera koja je implementirana i predstavlja korak naprijed je omogućavanje umirovljenicima da rade bez umanjenja mirovina, što bi moglo pomoći u povećanju broja aktivnih osiguranika (Vlada Republike Hrvatske, 2022.).

U smislu pravednosti, problem prijevremenog umirovljenja u Hrvatskoj također se analizira kroz postojeće sustave penalizacije za koje se smatra kako nisu dovoljno restriktivni, a što stvara dodatni pritisak na održivost mirovinskog sustava. Trenutni sustav penalizacije za prijevremeni odlazak u mirovinu omogućava korisnicima da odu u mirovinu s minimalnim financijskim gubicima. Na primjer, penalizacija za prijevremeno umirovljenje smanjena je s 0.34% na 0.15% u 2007. godini, što je rezultiralo time da su prijevremene mirovine samo 9% niže od redovnih mirovina, u usporedbi s 20.4% razlike prije reforme (Zrinščak i sur., 2020.). Ovakve neadekvatne penalizacije potiču veći broj prijevremenih umirovljenja, a što dodatno opterećuje hrvatski mirovinski sustav jer se smanjuje broj aktivnih osiguranika koji doprinose sustavu, dok se povećava broj korisnika mirovina. To je posebno problematično u kontekstu demografskog starenja stanovništva i već spomenutog niskog omjera aktivnih osiguranika i umirovljenika (Bejaković, 2019.). Kako bi se poboljšala održivost mirovinskog sustava, uvedene su veće kazne za prijevremeni odlazak u mirovinu, a također su implementirani elementi koji potiču kasniji odlazak u mirovinu, poput mogućnosti istovremenog rada na pola radnog vremena i primanja mirovine (Dobrotić i Zrinščak 2022.). Nagrađuje se kasniji odlazak u mirovinu u vidu 0.34% svaki mjesec kasnijeg odlaska, što čini 20.4% za 5 godina, a raniji odlazak u mirovinu se penalizira preko linearnog umanjenja od 0.3% za svaki mjesec prijevremenog umirovljenja, što čini 18% za 5 godina ranijeg odlaska u mirovinu (Ministarstvo rada, mirovinskog sustava, obitelji i socijalne politike 2023.).

Sve ovo ukazuje na potrebu za daljnjim reformama mirovinskog sustava u Hrvatskoj, a koje bi doprinijele održivosti sustava te povećale pravednost i adekvatnost mirovina. Iskustva drugih zemalja EU u tom pogledu mogu poslužiti kao vrijedan izvor informacija za kreiranje politika koje će osigurati dostojanstveno i sigurno starenje za sve građane. Pitanje mirovina u Hrvatskoj zahtijeva sveobuhvatan pristup koji uzima u obzir različite čimbenike. Potrebne su ciljane politike koje će osigurati adekvatan životni standard u starosti, smanjiti rizik od siromaštva i socijalne isključenosti te promovirati aktivno i dostojanstveno starenje za sve

građane. Prema Puljizu (2019.), buduće mirovinske reforme će ovisiti o zapošljavanju i gospodarskom rastu.

5. Aktivno starenje i sustav socijalne skrbi u Hrvatskoj

Sustav socijalne skrbi u Hrvatskoj od svojih je temelja u socijalističkom razdoblju doživio mnoge promjene (više u Šućur, 2019.). Te su promjene utjecale na cjelokupno stanovništvo, pa tako i na starije osobe. Sustav se danas financira iz sredstava proračuna Republike Hrvatske, jedinica lokalne i regionalne samouprave odnosno Grada Zagreba, prihodima ostvarenim sudjelovanjem korisnika i njihovih obveznika uzdržavanja u plaćanju troškova socijalnih usluga te vlastitih prihoda, donacija i pomoći te ostalih namjenskih prihoda (Šućur, 2019.). Troškovi na socijalnu pomoć i skrb u BDP-u su relativno stabilni posljednjih godina te iznose od 0.8 do 1.1% (Šućur, 2019.), a 2022. su iznosili 1% ukupnih troškova u BDP-u (Ministarstvo financija, 2023.). Programi u sustavu socijalne skrbi se dijele na programe opće i kategorijalne pomoći pri čemu su programi opće pomoći namijenjeni svim građanima Hrvatske s obzirom na prihode ispod određenog standarda, a programi kategorijalne pomoći su namijenjeni specifičnim skupinama kao što su npr. roditelji njegovatelji (Šućur, 2019.). Novi zakon socijalne skrbi koji je donesen 2022. godine zajedno sa svojim izmjenama i dopunama osvrnuo se i na starije osobe kao tradicionalno visoko zastupljenu skupinu u sustavu socijalne pomoći i skrbi.

Prema Zakonu o socijalnoj skrbi (NN 156/23.), starije osobe imaju pravo na niz socijalnih usluga i socijalnih naknada kako bi se osigurala njihova socijalna sigurnost i podrška u svakodnevnom životu. Usluge uključuju pomoć u kući, uslugu dnevnog boravka, koja im omogućava sudjelovanje u društvenim i rehabilitacijskim aktivnostima u specijaliziranim centrima. Starije osobe koje trebaju privremeni smještaj zbog oporavka ili nemogućnosti obitelji da se brine o njima mogu koristiti uslugu privremenog smještaja. Savjetovanje i pomoć također su dostupni starijim osobama kako bi im se pomoglo u rješavanju osobnih problema i ostvarivanju prava. Financijska pomoć uključuje, između ostalog, zajamčenu minimalnu naknadu i naknadu za troškove stanovanja za one koje ispunjavaju određene kriterije. Prema Zakonu o socijalnoj skrbi (NN 156/23.), zajamčena minimalna naknada se priznaje samcu ili kućanstvu s nedovoljno sredstava za podmirenje osnovnih životnih potreba koji ih nisu u mogućnosti zadovoljiti iz vlastitih prihoda, prihoda kućanstva ili obveznika uzdržavanja te nisu u vlasništvu kuće, stana, nekretnine, pokretnine ili druge imovine koja im ne služi za život u njoj ili podmirenje osnovnih životnih potreba. Također, važno je naglasiti

da se uz minimalnu naknadu veže i naknada za troškove stanovanja. Drugim riječima, samo se korisniku zajamčene minimalne naknade priznaje naknada za troškove stanovanja od strane jedinice lokalne samouprave u vrijednosti od minimalno 30% zajamčene minimalne naknade (mogu se osigurati i iz državnog proračuna za sredine koje su prema indeksu razvijenosti razvrstane u I i II skupinu; Šućur, 2019.).

Zajamčenu minimalnu naknadu u travnju 2024. godine primalo je 45.916 osoba s prosjekom starosti od 45 godina (Mirovina.hr, 2024.b). Najveći problem zajamčene minimalne naknade je dugo razdoblje primanja pomoći i niska razina naknada. Prema Šućuru (2019.) 80% osoba prima zajamčenu minimalnu naknadu više od jedne godine, a gotovo 40% korisnika duže od pet godina, a što se tiče iznosa naknade osnovnicu određuje ministarstvo nadležno za socijalnu skrb prema vlastitom nahođenju i ona nije vezana uz apsolutnu ili relativnu liniju siromaštva i podložna je inflaciji. Prema Zakonu o socijalnoj skrbi (NN 156/23) osnovica za određivanje iznosa zajamčene minimalne naknade za 2024. godinu iznosi 150 EUR (130 % osnovice za stariju osobu i osobu potpuno nesposobnu za rad = 195 EUR), što objektivno gledajući nije dovoljno ni za zadovoljavanje egzistencijalnog minimuma u vidu potrebe za hranom, dok zadovoljenje osnovnih životnih potreba ostaje na razini nemogućeg. Trebalo bi razmisliti o uspostavljanju kriterija za ostvarivanje prava koji su relevantni za korištenje istih u socijalnoj pomoći i skrbi kako bi se starijim osobama i ostaloj ranjivoj populaciji omogućila dostojna starost. Naime, i Stubbs i Zrinščak (2018.) analizirajući djelotvornost sustava socijalne skrbi u Hrvatskoj ističu da, unatoč postojanju različitih socijalnih naknada, njihov učinak na smanjenje siromaštva među starijim osobama nije zadovoljavajući.

Također, starije osobe mogu ostvariti pravo na besplatne ili subvencionirane usluge javnog prijevoza, što im olakšava obavljanje svakodnevnih aktivnosti i posjete medicinskim ustanovama (Zakon o socijalnoj skrbi, NN 156/23.). Ove usluge i prava pružaju zavodi za socijalni rad, specijalizirane ustanove i organizacije, te jedinice lokalne samouprave koje mogu osigurati dodatnu podršku starijim osobama.

Osvrnemo li se na usluge skrbi, a posebice dugotrajne skrbi koje su temeljne kada govorimo o starijim osobama i aktivnom starenju, reformama u posljednjih dvadesetak godina naglasak se stavljao na kontroliranje rastućih troškova skrbi za starije osobe kroz povećanje privatizacije, odnosno individualne odgovornosti, što je posebno izraženo tijekom zadnje financijske krize (Dobrotić 2016.). Diversifikacija pružatelja usluga, posebno uključivanje nedržavnih pružatelja, smatrana je načinom na koji će se doći do bržeg i isplativijeg odgovora na rastuće

potrebe za uslugama. U Hrvatskoj je ovaj pristup doveo do značajnog porasta profitnih pružatelja, osobito u brzom širenju privatnih ustanova. Primjerice, dvije trećine stambenih kapaciteta osnovanih 2000-ih godina osnovali su nedržavni pružatelji, uglavnom profitni (Dobrotić i Prpić 2013.). Ove reforme, iako se smatralo kako su usmjerene ka većoj djelotvornosti usluga, dovele su do povećane odgovornosti za skrb pojedinca i obitelj, što je dodatno pojačano u uvjetima financijske krize te do fragmentacije i netransparentnosti u sustavu (Dobrotić 2016.).

Također, od 2000-ih, reforme su ojačale regulatornu i financijsku ulogu države u „alternativnim“ oblicima skrbi. Ove promjene uključuju strože standarde kvalitete u udomiteljstvu za odrasle, povećane naknade za smještaj, novo uvedene naknade za same udomiteljske obitelji te obvezu njihovog sudjelovanja u obrazovanju i obuci, kao i stroži nadzor kvalitete skrbi (Dobrotić, 2016.). Usluge u zajednici sporo se razvijaju. Do 2013. godine, 15.550 novih korisnika dodano je u sustav pomoći i njege; međutim, uglavnom kroz "paralelni", projektno zasnovan sustav, koji je u velikoj mjeri ovisio o volji vlade da ga financira i koji je povučen tijekom velike recesije (Dobrotić, 2016; prema Dobrotić i Zrinščak, 2022.). Iako su ove usluge ponovno uspostavljene 2017. godine i od tada se financiraju isključivo iz EU fondova kroz program "Zaželi", što je značajno povećalo broj starijih osoba koje dobivaju podršku (29.707 u razdoblju 2017.-2020., posebno u ruralnim područjima) (Europski socijalni fond, 2020.), još uvijek ne postoje jasni planovi za integraciju ovih usluga u koherentan sustav dugotrajne skrbi kako bi se osigurala njihova održivost (Dobrotić i Zrinščak 2022; prema Dobrotić i Plasova 2024.).

Program "Zaželi" je inicijativa financirana iz Europskog socijalnog fonda koja ima za cilj zapošljavanje teško zapošljivih žena i pružanje pomoći starijim osobama i osobama s invaliditetom u Hrvatskoj. Ovaj program se provodi kroz lokalne zajednice i nevladine organizacije, pružajući podršku i skrb za starije osobe u njihovim domovima (ESF+, 2024.). Važnost programa "Zaželi" za starije osobe je višestruka. Prvo, omogućava starijim osobama da dobiju potrebnu pomoć u svakodnevnim aktivnostima kao što su čišćenje, kuhanje, nabava lijekova i osobna higijena, čime se značajno poboljšava njihova kvaliteta života i omogućava im duži ostanak u vlastitim domovima umjesto u institucijama (Mirovina.hr, 2024.c). Drugo, program doprinosi socijalnoj uključenosti starijih osoba smanjujući njihovu izoliranost i pružajući im priliku za društvenu interakciju s njegovateljima (Mirovina.hr, 2024.d). Međutim, ovaj program imao je nedostatke kada se promatra iz rodne perspektive i s aspekta

dugoročne održivosti usluga; bio je osmišljen s ciljevima usmjerenima na zapošljavanje, posebno ciljajući dugotrajno nezaposlene (starije) žene s nižom razinom obrazovanja kao njegovateljice, dok su dugotrajno nezaposleni muškarci bili isključeni iz ovih uloga (Dobrotić i Zrinščak 2022.). Prema Dobrotić i Zrinščak (2022.), kao rezultat toga, program ne samo da je bio nesvjestan rodnih pitanja, već je i produbio rodne nejednakosti na tržištu rada usmjeravajući dugotrajno nezaposlene žene isključivo u nesiguran i podcijenjen sektor skrbi.

Bitan politički dokument vezan za starije osobe činila je i Strategija socijalne skrbi za starije osobe u Republici Hrvatskoj za razdoblje od 2017. do 2020. godine (2017.). Ova strategija je bila usmjerena na suzbijanje socijalne isključenosti i pružanje kvalitetnih socijalnih usluga, uz korištenje sredstava iz europskih fondova za razvoj novih oblika skrbi u lokalnoj zajednici (Ministarstvo rada, mirovinskoga sustava, obitelji i socijalne politike, 2017.). Nadalje, nacionalni plan razvoja socijalnih usluga u Hrvatskoj za razdoblje od 2021. do 2027. godine osmišljen je s ciljem unapređenja i modernizacije sustava socijalnih usluga te poboljšanja kvalitete života korisnika tih usluga (Ministarstvo rada, mirovinskog sustava, obitelji i socijalne politike, 2021.). Plan se temelji na nekoliko ključnih prioriteta i mjera koje uključuju unapređenje kvalitete socijalnih usluga, bolja integracija ranjivih skupina kao što su starije osobe, osobe s invaliditetom, djeca bez roditeljske skrbi u društvo te digitalizacija sustava pri čemu se treba istaknuti važnost korištenja sredstava iz EU fondova.

U rizičnu populaciju koja se suočava s izazovima dugotrajne skrbi ubraja se i otočna populacija. Nacionalni plan razvoja otoka (2021.-2027.) navodi da je većina pružatelja socijalnih usluga na otocima fokusirana na brigu o starijim osobama, što je potkrijepljeno činjenicom da je prema podacima Ministarstva unutarnjih poslova (2019.) 2019. godine na otocima živjelo 39.514 osoba starijih od 65 godina, što je činilo 30% ukupnog otočnog stanovništva. Na otocima djeluje 27 pružatelja socijalnih usluga za starije osobe, od kojih se 19 bavi smještajem u domovima za starije, dok osam pruža pomoć u kući, a poražavajući podatak je i da kapaciteti domova za starije na otocima pokrivaju samo 2.14% osoba starijih od 65 godina (Ministarstvo regionalnoga razvoja i fondova Europske unije, 2021.). Prostorna raspodjela ovih domova pokazuje neujednačenu dostupnost usluga, s najvećim brojem na Braču (šest), Korčuli (tri) i Lošinju (dva), dok su pojedini domovi smješteni na Čiovu, Krku, Pagu, Visu, Murteru, Hvaru te u Salima na Dugom otoku i Preku na Ugljanu (Ministarstvo unutarnjih poslova 2019.). Nadalje, plan naglašava i izazov nedostatka medicinskog osoblja (medicinskih sestara i liječnika) čiji broj se smanjuje iz godine u godinu, ali ne pruža nikakav

plan ili ideju rješavanja navedenog izazova. Problem nedostatka osoblja najviše dolazi do izražaja ljeti, kada je na otocima prisutan velik broj turista koji posjećuju otoke (natječajni su stalno otvoreni, ali bez odaziva) (Nacionalni plan razvoja otoka, 2021.). Također jedan od većih izazova na otocima predstavlja pružanje hitne medicinske pomoći. Prema Nacionalnom planu razvoja otoka (2021.-2027.), jedan od dijelova primarne zdravstvene zaštite, hitna medicinska zaštita, prisutna je na devet otoka što predstavlja nedostatan broj s obzirom na potrebe cjelokupnog stanovništva, a posebno ranjivih skupina kao što su starije osobe.

Osim toga, ovdje je važno istaknuti kako se sustavi socijalne politike u Hrvatskoj, pa tako i sustav socijalne skrbi, suočavaju se s problemom fragmentiranosti, a što može otežati pristup pravima starijim osobama koje nisu upoznate sa svim svojim pravima ili imaju poteškoće u navigaciji kroz administrativne procedure (Dobrotić, 2016.). Fragmentiranost sustava i složeni administrativni procesi mogu predstavljati značajnu prepreku za mnoge korisnike, posebno za starije osobe koje možda nemaju potrebne resurse ili podršku za učinkovito ostvarivanje svojih prava (Dobrotić, 2016.). Ovi izazovi dodatno su pogoršani nedostatkom djelatnika i velikim brojem ovlasti zavoda za socijalni rad, što može dovesti do sporijeg priznavanja prava na socijalne naknade (Pučka pravobraniteljica, 2021.). Dugotrajni postupci vještačenja u procesu ostvarivanja prava iz socijalne skrbi za starije osobe često predstavljaju značajan izazov. Prema preporuci pučke pravobraniteljice (2023.), u zavodima za socijalni rad se naglašava potreba za ubrzavanjem postupaka odobravanja i isplate novčanih naknada kako bi se osigurala pravovremena pomoć onima kojima je najpotrebnija. Postupci vještačenja, koji su neophodni za priznavanje prava na socijalne usluge ili naknade, mogu biti dugotrajni i složeni. Na primjer, za priznavanje prava na status njegovatelja ili ostvarivanja prava na doplatak za pomoć i njegu, osobe moraju proći kroz proces vještačenja koji uključuje prikupljanje opsežne medicinske dokumentacije i procjenu sposobnosti pružatelja skrbi (mirovina.hr, 2022.). Zbog sporosti i složenosti ovih postupaka, starije osobe i njihove obitelji često se suočavaju s dugim čekanjima na rješavanje svojih zahtjeva (Pučka pravobraniteljica, 2023.).

6. Zaključak

Starenje stanovništva, uz sociodemografske promjene, smanjenje neformalne skrbi i migracije, predstavlja značajan izazov za društvo. Ovi izazovi imaju direktan utjecaj i na socijalnu državu, a posebice na tri sustava koja su bila u središtu ovog rada – sustav zdravstvene skrbi, mirovinski sustav te sustav dugotrajne skrbi, koji u hrvatskom kontekstu

uključuje i sustav dugotrajne skrbi. Radi se o tri sustava koja su pod najvećim pritiskom procesa koje sa sobom nosi starenje stanovništva, ali i paradigma aktivnog starenja te su i u međusobnoj interakciji pri oblikovanju iskustva starenja i od vitalnog značaja za kvalitetu života starijih osoba.

Kao što ukazuje ovaj rad, zdravstvene teškoće starijih osoba u Hrvatskoj su značajne, osobito kada je riječ o posljedicama pretilosti te nezdrave prehrane, konzumacije alkohola i pušenja. Ovi čimbenici uvelike doprinose razvoju kroničnih bolesti koje smanjuju kvalitetu života starijih osoba i povećavaju opterećenje zdravstvenog sustava. Pristup zdravstvenim uslugama u Hrvatskoj nije ravnomjerno raspoređen, a posebno su pogođene starije osobe u ruralnim područjima gdje je pristup specijaliziranoj skrbi često otežan ili nedostatan (Tomek-Roksandić i sur., 2010.; Eurostat, 2021; Vončina i Rubil, 2018.). Potrebno je jačanje preventivnih mjera unutar zdravstvenog sustava, uključujući redovite zdravstvene preglede i promociju zdravog načina života s posebnim naglaskom na pravilnu prehranu i tjelesnu aktivnost. Ove mjere igraju ključnu ulogu u očuvanju zdravlja starijih osoba, smanjenju incidencije kroničnih bolesti i poboljšanju ukupne kvalitete života. Poseban fokus treba biti na poboljšanju pristupa zdravstvenim uslugama u ruralnim područjima, gdje su starije osobe često suočene s ograničenom dostupnošću zdravstvene skrbi. U tom kontekstu, razvoj telemedicine i mobilnih zdravstvenih jedinica može predstavljati nužan korak kako bi se osigurao jednak pristup kvalitetnim zdravstvenim uslugama bez obzira na geografski položaj, što je posebno važno u zemljama s disperziranom populacijom poput Hrvatske (Vlada RH, 2023.). Također, preporučuje se širenje dostupnosti usluga mentalnog zdravlja kroz edukaciju, povećanje broja stručnjaka i razvoj programa koji će biti pristupačni u ruralnim područjima (Junaković i sur., 2024.; Ivezić i sur., 2009.).

Osim zdravstvenog sustava i mirovinski sustav u Hrvatskoj se suočava s ozbiljnim izazovima održivosti, koji su dodatno naglašeni demografskim promjenama, poput starenja stanovništva i nepovoljnog omjera između osiguranika i umirovljenika. Niska primanja koja dobiva veliki udio umirovljenika, osobito žena, povećavaju rizik od siromaštva i socijalne isključenosti. To ukazuje na potrebu za reformama koje bi osigurale pravedniji i održiviji sustav mirovina, a prije svega adekvatne mirovine (Pavković, 2022.). Polazimo li od paradigme aktivnog starenja, u okviru mirovinskog sustava ključno je poticati dulji ostanak starijih osoba na tržištu rada kroz fleksibilne i odgovarajuće radne uvjete. Ova mjera ne samo da doprinosi smanjenju pritiska na mirovinske fondove već i omogućava starijim osobama da zadrže

ekonomski aktivnu ulogu u društvu, čime se osigurava njihova financijska sigurnost i smanjuje rizik od siromaštva u starosti. Nadalje, tu se očitava i važnost prevencije koja će se starijim osobama osigurati kroz kvalitetan pristup zdravstvenim uslugama i zdravstvenoj skrbi kako bi starije osobe što duže ostale funkcionalne, a samim tim i sposobne za dulji ostanak na tržištu rada. Potrebno je razmotriti i mjere koje će smanjiti rodne razlike u mirovinama, poput povećanja svijesti o financijskoj sigurnosti u starosti te uzeti u obzir utjecaj rodne raspodjele obiteljskih obveza i kućanskih poslova na položaj žena na tržištu rada. (Foster i Walker, 2013.; Rudnicka i sur., 2020.). Sustav mora biti osmišljen tako da osigurava dostojanstvenu starost svim građanima, neovisno o njihovom rodu, povijesti zaposlenja ili socijalnom statusu, čime se osigurava socijalna pravda i ekonomska sigurnost za sve (Europska komisija, 2012.).

Sustav socijalne skrbi također se suočava s izazovima u pružanju adekvatne podrške starijim osobama, posebno onima u ruralnim i izoliranim područjima. Migracije mladih u urbana središta dodatno doprinose socijalnoj izolaciji starijih osoba, što smanjuje njihovu socijalnu uključenost i pristup potrebnim uslugama. Ove demografske promjene zahtijevaju prilagodbu i jačanje sustava socijalne skrbi kako bi se osigurala učinkovita podrška i smanjila socijalna isključenost starijih osoba, posebice kada govorimo o dugotrajnoj skrbi (Dobrotić 2016; Štambuk i sur., 2022.). Sustav socijalne skrbi mora biti prilagođen specifičnim potrebama starijih osoba, pri čemu je smanjenje socijalne isključenosti i povećanje dostupnosti usluga u zajednici od presudne važnosti. S obzirom na povećanje udjela starijih osoba u populaciji, potrebno je prilagoditi infrastrukturu, javni prijevoz i stambene uvjete njihovim potrebama. Gradovi i ruralna područja trebaju postati "prijateljski" za starije osobe, s lako dostupnim javnim uslugama, sigurnim pješačkim zonama, prilagođenim javnim prijevozom i društvenim sadržajima (World Health Organization, 2017; Matos i sur., 2021.). Potrebno je razviti programe koji podržavaju socijalnu uključenost starijih osoba, omogućujući im da ostanu aktivni i uključeni u zajednicu. Pružanje pomoći u kući i organiziranje zajedničkih aktivnosti predstavljaju ključne elemente u stvaranju okruženja koje potiče socijalnu integraciju i pruža starijim osobama potrebnu podršku (Dobrotić, 2016.). Takav sustav socijalne skrbi ne samo da poboljšava kvalitetu života starijih osoba već i doprinosi njihovoj ukupnoj dobrobiti, smanjujući rizik od socijalne izolacije i osamljenosti (Župan, 2019.).

Starenje populacije predstavlja kompleksan izazov koji zahtijeva prilagodbu i reformu postojećih sustava. Aktivno starenje može biti ključ za rješavanje ovih izazova kroz promociju zdravog načina života, smanjenje socijalne isključenosti i poboljšanje pristupa

zdravstvenim i socijalnim uslugama. Kako bi se osigurala održivost zdravstvenog, mirovinskog i socijalnog sustava, nužno je provesti reforme koje će biti usmjerene na povećanje kvalitete života starijih osoba, smanjenje nejednakosti i osiguranje jednakog pristupa uslugama za sve starije osobe, bez obzira na njihovu lokaciju, rod ili socioekonomski status.

7. Literatura

1. Akdede, S.H. i Giovanis, E. (2022): The Impact of Migration Flows on Well-Being of Elderly Natives and Migrants: Evidence from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe. *Soc Indic Res* 160, 935–967. <https://doi.org/10.1007/s11205-020-02503-8>
2. APG (2021). *In Denmark, they stack pensions on top of pensions*. Posjećeno 25.6.2024. na mrežnoj: <https://apg.nl/en/publication/in-denmark-they-stack-pensions-on-top-of-pensions/>
3. Balija, M. (2023). Suvremeni demografski procesi kao uvjetnica (ne)održivosti mirovinskoga sustava Republike Hrvatske. *Kroatologija*, 14(1), 105-123. <https://doi.org/10.59323/k.14.1.5>
4. Beard, J. R. i Bloom, D. E. (2015). Towards a comprehensive public health response to population ageing. *The Lancet*, 385(9968), 658–661. doi:10.1016/s0140-6736(14)61461-6
5. Bejaković, P. (2019). The Croatian Pension System and Challenges of Pension Policy. U: Petak, Z., Kotarski, K. (Ur) Policy-Making at the European Periphery. New Perspectives on South-East Europe. Palgrave Macmillan, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-73582-5_12
6. Bobinac, A. (2017). Pristup zdravstvenim uslugama u Hrvatskoj. Centar za mirovne studije, Zagreb.
7. Bobinac, A. (2023). Access to healthcare and health literacy in Croatia: Empirical investigation. *Healthcare*, 11(13), 1955. <https://doi.org/10.3390/healthcare11131955>
8. Börsch-Supan, A., Kneip, T., Litwin, H., Myck, M. i Weber, G. (2015). Ageing in Europe - Supporting Policies for an Inclusive Society. Berlin: De Gruyter.
9. Broese van Groenou, M. i Deeg, D. J. H. (2010) Formal and informal social participation of the ‘young and old’ in The Netherlands in 1992 and 2002. *Ageing and Society*, 30(3), 445-465.
10. Buterin, D., Olgic Draženović, B. i Buterin, V. (2022). Demographic Changes and Pension System in Croatia. U International Symposium SymOrg (str. 464-478). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-031-18645-5_29
11. Correia, F. (2021). Social isolation, physical inactivity and inadequate diet among European middle-aged and older adults. *BMC public health*, 21(1), 924.

- <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10956-w> Delerue Matos, A., Barbosa, F., Cunha, C., Voss, G. i Delerue Matos, A., Barbosa, F., Cunha, C., Voss, G. i Correia, F. (2021). Social isolation, physical inactivity and inadequate diet among European middle-aged and older adults. *BMC public health*, 21(1), 924. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10956-w>
12. Dobrotić, I. i Prpić, I. (2013). Dignity first—priorities in reform of care services (Sweden, 26-27 September 2013).
 13. Dobrotić, I. (2016). Razvoj i poteškoće sustava skrbi za starije osobe u Republici Hrvatskoj. *Društvena Istraživanja*, 25(1), 21-42. <https://doi.org/10.5559/di.25.1.02>
 14. Dobrotić, I. (2019), “Obiteljska politika“ u Bežovan, G. (Ur.), *Socijalna politika Hrvatske*, Pravni fakultet, Zagreb,
 15. Dobrotić, I. i Zrinščak, S. (2022). (Active) Ageing, Gender and Social Policy Reforms: The Case of Pension and Eldercare Reforms in Croatia. In *Well-Being and Extended Working Life* (str. 194-209). Routledge.
 16. Dobrotić, I. i Plasova, B. (2024). Transformation of care regimes in Central Eastern Europe: The case of Croatia and the Czech Republic
 17. Državni zavod za statistiku (2021). *Žene i muškarci u Hrvatskoj*. Dostupno na mrežnoj stranici https://podaci.dzs.hr/media/zoyp1kuq/men_and_women_2021.pdf
 18. Džakula, A., Vočanec, D., Banadinovic, M., Vajagic, M., Lončarek, K., Lukačević Lovrenčić, I., ... i Rechel, B. (2021). Croatia: Health System Review. *Health systems in transition*, 23(2), 1-146.
 19. ESF+ (2024). *ESF+ učinkoviti ljudski potencijali 2024*. Posjećeno 9.7. 2024. na mrežnoj stranici: <https://esf.hr/esfplus/natjecaji/socijalno-ukljucivanje/zazeli-prevenција-institucionalizacije/>
 20. ESIF (2021). *Cohesion Policy 2021-2027 legislative package*. Posjećeno 8.7. 2024. na mrežnoj stranici: <https://strukturnifondovi.hr/en/eu-fondovi/eu-fondovi-2021-2027/zakonodavni-paket-za-kohezijsku-politiku-za-razdoblje-2021-2027/>
 21. Europska komisija. (2012). *White Paper: An Agenda for Adequate, Safe and Sustainable Pensions*. Publications Office of the European Union. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX:52012DC0055>
 22. Europska Komisija (2020). *Tobacco: Overview*. Health - European Commission. Posjećeno 28.08. 2024. na mrežnoj stranici: https://health.ec.europa.eu/tobacco/overview_en

23. Europska komisija (2021). *State of health in the EU: Companion report 2021*. Posjećeno 28.08.2024. na mrežnoj stranici: https://health.ec.europa.eu/document/download/48f15df9-adfa-46f7-bd99-6532aa5cd934_en?filename=2021_companion_en.pdf
24. Europska komisija (2022b). *Hrvatska - Pregled stanja zdravlja i zdravstvene zaštite 2021*. Posjećeno 28.6. 2024. na mrežnoj stranici: https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-01/2021_chp_hr_croatian.pdf
25. Europska komisija (2022a). *EU Cohesion Policy: €9 billion for Croatia's economic, social, and territorial cohesion, green and digital transition in 2021-2027*. Posjećeno 28.6. 2024. na mrežnoj stranici https://ec.europa.eu/regional_policy/en/newsroom/news/2022/08/24-08-2022-eu-cohesion-policy-eur9-billion-for-croatia-s-economic-social-and-territorial-cohesion-green-and-digital-transition-in-2021-2027
26. Europska komisija (2023a). *Demografija: Europsko stanovništvo se mijenja, a s njim i Europa*. Posjećeno 31.5.2024. na mrežnoj stranici: https://croatia.representation.ec.europa.eu/demografija_hr
27. Europska komisija (2023b). *KOMUNIKACIJA KOMISIJE EUROPSKOM PARLAMENTU, VIJEĆU, EUROPSKOM GOSPODARSKOM I SOCIJALNOM ODBORU I ODBORU REGIJA o sveobuhvatnom pristupu mentalnom zdravlju*. Posjećeno 31.5.2024. na mrežnoj stranici: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/HR/TXT/HTML/?uri=CELEX%3A52023DC0298>
28. Eurostat (2019). *Alcohol consumption statistics*. Dostupno na mrežnoj stranici: https://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php?title=Alcohol_consumption_statistics#Frequency_of_alcohol_consumption
29. Eurostat (2020). *Closing the gender pension gap?* Dostupno na mrežnoj stranici: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/DDN-20200207-1>
30. Eurostat (2021b). *Ageing Europe - Looking at the lives of older people in the EU*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
31. Eurostat (2021a). *Over half adults in EU are overweight*. Dostupno na mrežnoj stranici: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/ddn-20210721-2>
32. Eurostat (2024a). *Proportion of population aged 65 and over*. Dostupno na mrežnoj stranici: <https://doi.org/10.2908/TPS00028>

33. Eurostat (2024b). *Persons at risk of poverty or social exclusion by age and sex*. Dostupno na mrežnoj stranici: https://doi.org/10.2908/ILC_PEPS01N
34. Fokkema, T. i Naderi, R. (2013). Differences in late-life loneliness: a comparison between Turkish and native-born older adults in Germany. *European Journal of Ageing*, 10(4), 289-300.
35. Foster, L. i Walker, A. (2013). Gender and active ageing in Europe. *European Journal of Ageing*, 10(1), 3-10.
36. Gil-Salmerón, A., Katsas, K., Riza, E., Karnaki, P. i Linos, A. (2021). Access to healthcare for migrant patients in Europe: healthcare discrimination and translation services. *International journal of environmental research and public health*, 18(15), 7901.
37. Goldin, C. (2006). "The Quiet Revolution That Transformed Women's Employment, Education, and Family." *American Economic Review*, 96(2), 1-21.
38. Hank, K. i Stuck, S. (2008). Volunteer work, informal help, and care among the 50+ in Europe: Further evidence for 'linked' productive activities at older ages. *Social Science Research*, 37(4), 1280-1291.
39. HINA (2023.). *OZBILJNO UPOZORENJE: PRETILOST MOŽE SKRATITI ŽIVOT DJECI!*. Posjećeno 10.4.2024. na mrežnoj stranici: <https://zdravlje.hina.hr/nutricionizam/ozbiljno-upozorenje-pretilost-moze-skratiti-zivot-djeci/>
40. Hirose, K. (2011). Pension reform in central and eastern europe. *ILO*, 2(1).
41. *Nacionalna razvojna strategija Republike Hrvatske do 2030. godine* (2021). Zagreb: Narodne novine
42. HZMO (2022). *Mirovine prema posebnim propisima*. Posjećeno 29.08.2024. na mrežnoj stranici: <https://www.mirovinsko.hr/hr/mirovine-prema-posebnim-propisima/286>
43. HZMO (2023). *Novi model obiteljskih mirovina od 1. siječnja 2023. - pravo na isplatu dijela obiteljske mirovine*. Posjećeno 1.5.2024. na mrežnoj stranici: <https://www.mirovinsko.hr/hr/novi-model-obiteljskih-mirovina-od-1-sijecnja-2023-pravo-na-isplatu-dijela-obiteljske-mirovine-2659/2659>
44. HZMO (2024a). *Aktualna statistika*. Posjećeno 1.8.2024. na mrežnoj stranici: <https://www.mirovinsko.hr/hr/aktualna-statistika-za-svibanj-2024-isplata-u-lipnju-2024/148>

45. HZMO (2024b). *Isplata nacionalne naknade za starije osobe za siječanj 2024. kreće 16. veljače*. Posjećeno 1.5.2024. na mrežnoj stranici: <https://www.mirovinsko.hr/hr/isplata-nacionalne-naknade-za-starije-osobe-za-sijecanj-2024-krece-16-veljace/3285>
46. Ilinca, S., Rodrigues, R., Schmidt, A. i Zólymi, E. (2016). Gender and social class inequalities in active ageing: policy meets theory. *Vienna: European Centre for Social Welfare Policy and Research*.
47. Ivezic, S. S., Kuzman, M. R. i Radic, M. S. (2009). Mental health services in Croatia. *International psychiatry : bulletin of the Board of International Affairs of the Royal College of Psychiatrists*, 6(4), 91–93.
48. Junaković, I. T., Nekić, M. i Šimić, N. (2024). Lifestyle factors, psychosocial resources, and mental health in older people. *GeroPsych: The Journal of Gerontopsychology and Geriatric Psychiatry*, 37(3), 147–157. <https://doi.org/10.1024/1662-9647/a000330>
49. Lee, J., Jang, Sn. i Kim, CS. (2023). Predictors of participation in community health promotion programs among older adults in South Korea. *J Public Health*. <https://doi.org/10.1007/s10389-023-02067-0>
50. Lee, M., Youn, Y. N., Choi, H. J., Yang, J. H. i Park, K. H. (2015). Factors influencing functional decline in the elderly after surgical procedures. *Journal of Korean Medical Science*, 30(8), 1143-1147.
51. Mahoney, A. R., Calasanti, T. M. i Slevin, K. F. (2003). Gender, Social Inequalities, and Aging. *Contemporary Sociology*, 32(2), 165. doi:10.2307/3089569
52. Majerova, J., Blabolil, V., Svoboda, Z. i Horak, J. (2018). Differences in functional capacity of men and women aged 75 years and older. *Activitas Nervosa Superior Rediviva*, 60(1), 16-21.
53. McMaughan, D. J., Oloruntoba, O. i Smith, M. L. (2020). Socioeconomic Status and Access to Healthcare: Interrelated Drivers for Healthy Aging. *Frontiers in public health*, 8, 231. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.00231>
54. Mercer (2022). *The Netherlands: Second pillar pension reforms advance*. Posjećeno 10.5.2024. na mrežnoj stranici: <https://www.mercer.com/insights/law-and-policy/the-netherlands-second-pillar-pension-reforms-advance/>

55. Ministarstvo rada, mirovinskog sustava, obitelji i socijalne politike (2017). *Starije osobe* Posjećeno 15.5.2024. na mrežnoj stranici: <https://mrosp.gov.hr/istaknute teme/obitelj-i-socijalna-politika/socijalna-politika-11977/starije-osobe-11991/11991>
56. Ministarstvo rada, mirovinskog sustava, obitelji i socijalne politike (2023). *Koji su uvjeti za stjecanje prava na starosnu mirovinu, a koji za prijevremenu starosnu mirovinu?* Posjećeno 28.08.2024. na mrežnoj stranici: <https://mrosp.gov.hr/pristup-informacijama-7193/najcesca-pitanja-i-odgovori-7348/zakon-o-mirovinskom-osiguranju-7427/koji-su-uvjeti-za-stjecanje-prava-na-starosnu-mirovinu-a-koji-za-prijevremenu-starosnu-mirovinu-7434/7434?big=0>
57. Ministarstvo rada, mirovinskog sustava, obitelji i socijalne politike (2024). *Nacionalni planovi*. Posjećeno 15.5.2024. na mrežnoj stranici: <https://mrosp.gov.hr/pristup-informacijama-16/strategije-planovi-programi-izvjesca-statistika/nacionalni-planovi/12135?impaired=1>
58. Ministarstvo regionalnoga razvoja i fondova Europske unije (2021). *Nacionalni plan razvoja otoka 2021-2027*. Posjećeno 28.08.2024. na mrežnoj stranici: <https://razvoj.gov.hr/o-ministarstvu/djelokrug-1939/otoci/nacionalni-plan-razvoja-otoka-2021-2027/4473>
59. Ministarstvo zdravstva (2022). *Nacionalni plan razvoja zdravstva 2021.-2027..* Posjećeno 29.08.2024 na mrežnoj stranici: <https://zdravlje.gov.hr/UserDocsImages/2022%20Objave/Nacionalni%20plan%20razvoja%20zdravstva%202021.-2027..pdf>
60. Ministarstvo zdravstva (2024). *Programi cijepljenja*. Posjećeno 16.7.2024. na mrežnoj stranici: <https://zdravstvo.gov.hr/programi-cijepljenja/2505>
61. Mirovina.hr (2022). *Koje su najaktualnije socijalne usluge i prava za starije?* Posjećeno 29.8.2024. na mrežnoj stranici: <https://www.mirovina.hr/novosti/koje-su-najaktualnije-socijalne-usluge-i-prava-za-starije/>
62. Mirovina.hr (2024a). *Mirovine prema posebnim propisima i dalje su izuzetno visoke, a uskoro će biti i veće*. Posjećeno 29.8.2024. na mrežnoj stranici: <https://www.mirovina.hr/mirovine/mirovine-prema-posebnim-propisima-i-dalje-su-izuzetno-visoke-a-uskoro-ce-biti-i-vece/>

63. Mirovina.hr (2024b). *Socijalnu pomoć prima najviše korisnika u Zagrebu, a iznos se određuje jednom godišnje*. Posjećeno 28.8.2024. na mrežnoj stranici: <https://www.mirovina.hr/novosti/socijalnu-pomoc-prima-najvise-korisnika-u-zagrebu-a-iznos-se-odreduje-jednom-godisnje/>
64. Mirovina.hr (2024c). *Zazeli: Uručeni novi ugovori za pomoć u kući starijim i nemoćnim osobama*. Posjećeno 16.7.2024. na mrežnoj stranici: <https://www.mirovina.hr/novosti/zazeli-uruceni-novi-ugovori-za-pomoc-u-kuci-starijim-i-nemocnim-osobama/>
65. Mirovina.hr (2024d). *Novih 111 ugovora u programu zazeli posao za 2000 gradana koji ce brinuti o 12600 starijih i nemocnih*. Posjećeno 16.7.2024. na mrežnoj stranici: <https://www.mirovina.hr/novosti/novih-111-ugovora-u-programu-zazeli-posao-za-2-000-gradana-koji-ce-brinuti-o-12-600-starijih-i-nemocnih/>
66. National Institutes of Health. (2021). *Importance of regular health check-ups for the early detection of diseases*. Posjećeno 29.08.2024. na mrežnoj stranici: <https://medlineplus.gov/healthscreening.html>
67. NCPSSM (2021). *Women and Retirement: The Gender Gap Persists*. Posjećeno 1.5.2024. na mrežnoj stranici: <https://www.ncpssm.org/documents/issue-briefs/women-and-retirement-the-gender-gap-persists/>
68. NCSL (2020). *Improving Rural Health: State Policy Options for Increasing Access to Care*. Posjećeno 11.7.2024. na mrežnoj stranici: <https://www.ncsl.org/health/improving-rural-health>
69. NIA (2023a). *Diet and Exercise: Choices Today for a Healthier Tomorrow*. Posjećeno 4.6.2024. na mrežnoj stranici: <https://www.nia.nih.gov/health/healthy-eating-nutrition-and-diet/diet-and-exercise-choices-today-healthier-tomorrow>
70. NIA (2023b). *Providing Care to a Diverse Older Adult Population*. Posjećeno 4.6.2024. na mrežnoj stranici: <https://www.nia.nih.gov/health/health-care-professionals-information/providing-care-diverse-older-adult-population>
71. Nunes, B. P., Thumé, E., Tomasi, E., Duro, S. M. i Facchini, L. A. (2014). Socioeconomic inequalities in the access to and quality of health care services. *Revista de saude publica*, 48(6), 968–976. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048005388>

72. NZJZ (2015). *Vodič – 14 uputa za aktivno zdravo, produktivno starenje, hrvatski model*. Posjećeno 13.3.2024. na mrežnoj stranici: <https://stampar.hr/hr/vodic-14-uputa-za-aktivno-zdravo-produktivno-starenje-hrvatski-model>
73. *Odluka o donošenju Strategije socijalne skrbi za starije osobe u Republici Hrvatskoj za razdoblje od 2017. do 2020. godine* (2017). Zagreb: Narodne novine.
74. OECD (2023). *Hrvatska: Pregled stanja zdravlja i zdravstvene zaštite 2023*. Posjećeno 28.08.2024. na mrežnoj stranici: https://www.oecd.org/hr/publications/hrvatska-pregled-stanja-zdravlja-i-zdravstvene-zastite-2023_e5483d30-hr.html
75. Ostan, R., Monti, D., Guerresi, P., Bussolotto, M., Franceschi, C. i Baggio, G. (2016). Gender, aging and longevity in humans: an update of an intriguing/neglected scenario paving the way to a gender-specific medicine. *Clinical Science*, 130(19), 1711-1725.
76. Pavković, A. (2022). PRIMJERENOST MIROVINA U REPUBLICI HRVATSKOJ. *Ekonomski Misao i Praksa*, 31(1), 327-346. <https://doi.org/10.17818/EMIP/2022/1.15>
77. Pučka pravobraniteljica (2021). *Građani trebaju imati jednaku dostupnost usluga i prava iz socijalne skrbi, bez obzira u kojem dijelu Hrvatske žive*. Posjećeno 11.4.2024. na mrežnoj stranici: <https://www.ombudsman.hr/hr/gradani-trebaju-imati-jednaku-dostupnost-usluga-i-prava-iz-socijalne-skrbi-bez-obzira-u-kojem-dijelu-hrvatske-zive/>
78. Pučka pravobraniteljica (2023). *Socijalna skrb: Siromaštvo i ljudska prava* Posjećeno 28.8.2024. na mrežnoj stranici: <https://www.ombudsman.hr/hr/socijalna-skrb-siromastvo-i-ljudska-prava-2023/>
79. Puljiz, V. (2012). Kriza, reforme i perspektive mirovinskih sustava u europskim zemljama iu Hrvatskoj. *Privredna Kretanja i Ekonomska Politika*, 21(129), 27.
80. Puljiz, V. (2019). Mirovinski sustav. U G. Bežovan (Ur.), *Socijalna politika Hrvatske* (str. 109–158). Pravni fakultet Sveučilišta u Zagrebu.
81. Rudnicka, E., Napierała, P., Podfigurna, A., Męczekalski, B., Smolarczyk, R. i Grymowicz, M. (2020). The World Health Organization (WHO) approach to healthy ageing. *Maturitas*, 139, 6–11. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2020.05.018>
82. Soulis, G., Kotovskaya, Y., Bahat, G., Duque, S., Gouiaa, R., Ekdahl, A. W., Sieber, C., Petrovic, M. i Benetos, A. (2021). Geriatric care in European countries where geriatric medicine is still emerging. *European geriatric medicine*, 12(1), 205–211. <https://doi.org/10.1007/s41999-020-00419-7>

83. Springer, K. W. i Mouzon, D. M. (2011). "Macho Men" and Preventive Health Care: Implications for Older Men in Different Social Classes. *Journal of Health and Social Behavior*, 52(2), 212-227.
84. Stubbs, P. i Zrinščak, S. (2018). ESPN Thematic Report on Inequalities in access to healthcare: Croatia. European Commission, Brussels.
85. Svjetska banka (2020). *Tackling Poverty and Inequality in Croatia: The Way Forward* Posjećeno 20.4.2024. na mrežnoj stranici: <https://thedocs.worldbank.org/en/doc/134701604347162541-0080022020/original/17CroatiaPovertyNote.pdf#:~:text=URL%3A%20https%3A%2F%2Fpubdocs.worldbank.org%2Fen%2F134701604347162541%2F17>
86. Svjetska banka (2021). *Gender (In)Equality: The Pandemic has Impacted Women in Croatia on More Levels than Men*. Posjećeno 20.4.2024. na mrežnoj stranici: <https://www.worldbank.org/en/news/opinion/2021/03/05/gender-inequality-the-pandemic-has-hit-women-at-more-levels-than-men>
87. Štambuk, A., Skokandić, L. i Penava Šimac, M. (2022). Potrebe starijih osoba za uslugama iz sustava socijalne skrbi u Republici Hrvatskoj. *Revija za socijalnu politiku*, 29 (2), 191-211. <https://doi.org/10.3935/rsp.v29i2.1918>
88. Šučur, Z. (2019). Socijalna pomoć i usluge socijalne skrbi. U Bežovan, G., Puljiz, V., Šučur, Z., Babić, Z., Dobrotić, I., Matković, 287-335.
89. Tomek-Roksandić, S. P. O. M. E. N. K. A., Tomasović Mrčela, N., Kovačić, L. U. K. A. i Šostar, Z. (2010). Kardiovaskularno zdravlje, prehrana i prehrambeni unos soli kod starijih osoba. *Acta Med Croatica*, 64(2), 151-157.
90. Vezmar Barlek, I. (2008). The Implementation of Gender Equality Principle in Social Security Insurance. *Hrvatska i komparativna javna uprava: časopis za teoriju i praksu javne uprave*, 8(1), 47-60.
91. Vlada Republike Hrvatske (2022). *U ovim izrazito izazovnim vremenima poduzimamo sve kako bi umirovljenicima omogućili dostojanstvenu starost* Posjećeno 15.5.2024. na mrežnoj stranici: <https://vlada.gov.hr/vijesti/u-ovim-izrazito-izazovnim-vremenima-poduzimamo-sve-kako-bi-umirovljenicima-omogucili-dostojanstvenu-starost/35565>

92. Vlada Republike Hrvatske (2023). *Preventivnim zdravstvenim pregledima unaprjeđujemo zdravlje nacije*. Posjećeno 15.5.2024. na mrežnoj stranici: <https://vlada.gov.hr/vijesti/preventivnim-zdravstvenim-pregledima-unaprjedjujemo-zdravlje-nacije/39421>
93. Vončina, L. i Rubil, I.(2018). Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Croatia. World Health Organization. Regional Office for Europe. <https://iris.who.int/handle/10665/329441>
94. World Health Organization (2014). *Active ageing: A policy framework*. Posjećeno 13.3.2024. na mrežnoj stranici: <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/active-ageing-a-policy-framework/>
95. World Health Organization (2017). *Age-friendly environments in Europe*. Posjećeno 27.4.2024. na mrežnoj stranici: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/334251/9789289052887-eng.pdf>
96. World Health Organization (2021). *Ageing and health*. Posjećeno 15.5.2024. na mrežnoj stranici: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
97. World Health Organization. (2023). *WHO report on Croatia - Tobacco*. Posjećeno 28.8.2024. na mrežnoj stranici: <https://www.who.int/countries/hrv/>
98. Zakon o mirovinskom osiguranju, *Narodne novine*, br. 157/13, 151/14, 33/15, 93/15, 120/16, 18/18, 62/18, 115/18, 102/19, 84/21, 119/22
99. Zakon o nacionalnoj naknadi za starije osobe, *Narodne novine*, br. 62/20, 156/23
100. Zakon o socijalnoj skrbi, *Narodne novine*, br. 18/22, 46/22, 119/22, 71/23, 156/23
101. Zakon o sustavu strateškog planiranja i upravljanja razvojem Republike Hrvatske, *Narodne novine*, br. 13/2021
102. Zhang, K., Kan, C., Luo, Y., Song, H., Tian, Z., Ding, W., Xu, L., Han, F. i Hou, N. (2022). The promotion of active aging through older adult education in the context of population aging. *Frontiers in public health*, 10, 998710. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.998710>
103. Zrinščak, S., Vehovec, M. i Čengić, D. (2020). Croatia. *Extended Working Life Policies: International Gender and Health Perspectives*, 195-204. https://doi.org/10.1007/978-3-030-40985-2_13

104. Župan, A. (2019). Socijalna skrb u zajednici za starije osobe u socijalnom riziku – pregledni rad. *Journal of Applied Health Sciences = Časopis za primijenjene zdravstvene znanosti*, 5 (1), 97-103. <https://doi.org/10.24141/1/5/1/9>