

Trendovi u skrbi za osobe starije životne dobi u Republici Hrvatskoj i u zemljama Europske unije

NINO ŽGANEC*
SILVIA RUSAC
MAJA LAKLIJA

Studijski centar socijalnog rada
Pravni fakultet Sveučilišta u Zagrebu
Zagreb, Hrvatska

Pregledni znanstveni rad
UDK:364.65-053.9(497.5)
Primljeno: studeni 2007.

Polazeći od osnovnih demografskih trendova, Hrvatska s udjelom osoba starijih od 65 godina od 15,7% prati prosjek zemalja Europske unije. Budući da starenje populacije predstavlja jedan od najvećih izazova s kojim se svijet suočava, položaj starih ljudi u društvu, kvaliteta života u starijoj dobi i trendovi u politici skrbi za stare predmet su interesa kako političkih tako i stručnih i znanstveno-istraživačkih krugova najvećeg broja razvijenih zemalja u svijetu. Analiza trendova u skrbi za starije osobe u zemljama EU-a, a jednako tako i u RH, ukazuje na promoviranje zdravog i aktivnog starenja na koje se gleda kao na ključ za osiguravanje ravnopravne uloge osoba treće životne dobi u društvu. Zajednička strategija za većinu politika skrbi za stare europskih zemalja podrazumijeva jačanje skrbi zajednice, pod vidom razvijanja izvaninstitucionalnih oblika skrbi. Naime, za razliku od europskih zemalja u kojima se politika skrbi u europskim zemljama sve više usmjerava prema pružanju pomoći u kući, nastojeći starije osobe zadržati u njihovom domu, trendovi u skrbi za stare u RH samo jednim dijelom prate one na razini zemalja EU-a zbog nerazvijenosti lokalnih oblika upravljanja sustavima skrbi za stare, neadekvatne mreže institucionalnih oblika skrbi, nerazvijenih i nedovoljno jasnih sustava financiranja itd. Starenje mijenja društvo u važnim i temeljnim elementima njegovog funkcioniranja i zahtijeva složenu procjenu i reorganizaciju ekonomskog i društveno političkog okvira.

Ključne riječi: starenje, demografska kretanja, kvaliteta života, položaj starih u društvu, skrb za starije osobe, Hrvatska, Europska unija.

* Nino Žganec, Pravni fakultet/Faculty of Law, Nazorova 51, 10 000 Zagreb, Hrvatska/Croatia, nrganec@pravo.hr

UVOD

Općenito o problematici starenja

Starenje stanovništva postalo je jedno od najvažnijih pitanja budućeg društvenog razvoja velikog broja zemalja. Utjecaji i posljedice relativno brzih povećanja udjela stare populacije u društvu očituju se u najvažnijim sektorima kao što su gospodarstvo, zdravstvo, socijalna skrb i brojnim drugim. Iako se starosti kao fenomenu u politici skrbi često prilazi na individualnoj razini, nastojeći pronaći odgovore na specifičnosti potreba starije osobe, ipak se danas razvijena društva izrazito trude da fenomenima starosti i starenja pristupe s aspekta šire društvene razine. Takav pristup svoje utemeljenje ima i u činjenici da prilagodba na starost ne ovisi samo o biološkim i psihološkim činiteljima već i o vanjskim činiteljima, kao što su socijalna okolina, obiteljske prilike, stambeni uvjeti i sustavi podrške koji u nekoj sredini postoje, a usmjereni su na pomoć starijim osobama (Bouillet, 2003.). Podaci o demografskim kretanjima u većini razvijenih zemalja ukazuju na potrebu novih znanstvenih, ali i političkih pristupa u budućem oblikovanju strategija skrbi za stare osobe. Za razliku od razvijenih zemalja, europske zemlje u razvoju još su uvijek usmjerene nastojanju da tek razviju suvremeni sustav cjelovite skrbi o starijim osobama, koji objedinjuje i državni i nevladin, privatni, profitni i neprofitni sektor skrbi (Havelka, Despot Lučanin i Lučanin, 2000.).

Pod pojmom starosti obično se podrazumijeva period nakon 65. godine života no **starosna struktura** populacije starih, definirana umirovljenjem ili starosnom granicom više od 60 ili više od 65 godina se promijenila, a s njome i slika starog čovjeka. Čitavu kategoriju možemo podijeliti na najmanje dva razdoblja (do 75 i više od 75 godina), a time i sve stare na »mlađe« i »starije« (Mesec, 2000.). Definiranje

starosti ipak nije isključivo pitanje nečije kronološke dobi i funkcionalnih sposobnosti već i odnos kvalitete nečijeg života, sustava vrijednosti i obilježja sredine u kojoj neka osoba živi (Bouillet, 2003.). Stariji ljudi nisu homogena skupina i ne doživljavaju sebe kao odvojenu populacijsku skupinu nego su integralni dio zajednice u kojoj aktivnim uključivanjem žive, rade i stvaraju. Starost je vrijeme kad život dobiva nove duhovne dimenzije i prednosti kojih nije bilo u mladosti. Otvaraju se šanse razvoja i mogućnosti ostvarenja preorijentacije radnih aktivnosti. Aktivno, zdravo starenje uključuje prilagodbu novim okolnostima, spoznajama te stalno učenje i otkrivanje prednosti starenja i starosti.

Promjene koje donosi proces starenja, kao što su odlazak u mirovinu, funkcionalna nesposobnost, povećani rizici od bolesti i invalidnosti, financijska ovisnost, socijalna isključenost, gubitak bliskih osoba i sl. rezultiraju potrebom starih ljudi za potporom obitelji, zajednice, ali i organizirane mjere lokalne i šire društvene zajednice, odnosno razvijenost mreža i oblika pristupanja brizi i skrbi o starijim i nemoćnim osobama. Zbog toga se u ovom radu ukazuje na neke trendove ovako šire shvaćenog koncepta »skrbi«, tj. različitih društvenih mjera i akcija koje se poduzimaju s ciljem očuvanja ili podizanja kvalitete života starih ljudi.

Demografska kretanja i udjel starije populacije u Republici Hrvatskoj i zemljama Europske unije

Prema popisu stanovništva u 2001. godini u Hrvatskoj je živjelo 4 437 460 stanovnika, a udio starijih od 65 godina u ukupnom stanovništvu iznosio je 693 540 i dosegao razinu od 15,7%. Neki noviji podaci pokazuju da se taj postotak 2004. godine popeo na 16,5% (tablica 1.). Time je Hrvatska dosegla prosjek zemalja Eu-

ropske unije i smatra se »populacijski starim društvom«.¹ Podaci vezani uz udjele pojedinih starosnih skupina u Hrvatskoj ukazuju na izraziti trend starenja stanovništva, o čemu najbolje svjedoči podatak da je 2004. godine izjednačen udio mladog (od 0 do 14 godina) i starog stanovništva (iznad 65 godina). U tom je pogledu Hrvatska također slična većini europskih zemalja. Najbrže rastuća svjetska starija populacija jesu stariji od 85 i više godina, koja će se prema nekim projekcijama do 2025. godine povećati čak 12 puta (Tomek-Roksandić, 2006.). Što se Hrvatske tiče, udio »najstarijih starih«, prema

Iako su podaci vezani uz udio starog stanovništva ponešto različiti, ipak se i u razvijenim zemljama izvan kruga EU-a može pratiti izraziti trend starenja stanovništva. Tako npr. podaci pokazuju da u SAD živi 12,4%, a u Japanu 17,6% starih. S druge strane podaci iz manje razvijenih ili nerazvijenih zemalja ukazuju na znatno manje udjele starog stanovništva. Uspoređujući kontinente, Afrika ima najmanje starog stanovništva (3,3%), a Europa najviše (16,5%). Što se tiče podataka na globalnoj razini, oni pokazuju da je 1950. godine udio starog stanovništva iznosio 5,2%, a 2000. godine 6,9%.

Tablica 1.

Udio osoba starijih od 65 godina u odabranim zemljama od 1994. do 2005. godine

Postotak stanovništva starijeg 65 godina (% u ukupnoj populaciji)	1994.	1995.	1996.	1997.	1998.	1999.	2000.	2001.	2002.	2003.	2004.	2005.
EU (25 zemalja)	14,6	14,8	15,0	15,2	:	:	:	:	:	:	16,5	:
EU (15 zemalja)	15,2	15,4	15,6	15,8	:	:	:	:	:	:	17,0	:
Njemačka	15,2	15,4	15,6	15,7	15,8	15,9	16,2	16,6	17,1	17,5	18,0	18,6
Švedska	17,6	17,5	17,5	17,4	17,4	17,4	17,3	17,2	17,2	17,2	17,2	17,2
Ujedinjeno Kraljevstvo	15,8	15,8	15,9	15,9	15,9	15,8	15,8	15,8	15,9	15,9	16,0	:
Hrvatska	11,8*	:	:	:	:	:	12,4	15,7	15,9	16,3	16,5	:

Izvor: Eurostat (2007).

* Podaci prema popisu stanovništva za 1991. godinu.

popisu iz 2001. godine, iznosi 6,14%. Istovremeno udio osoba mlađih od 14 godina prema popisu stanovništva iz 2001. smanjen je na 17,1%, u odnosu na 19,4% iz 1991. godine.

Prema izvješću i projekcijama Europske unije za očekivati je da će se između 2005. i 2050. godine sve više smanjivati udio populacije mladih dok će se povećavati udio populacije starog stanovništva (tablica 2.).

¹ Društvo je »staro« kad je postotak starog stanovništva viši od 7% (10, 12 – različiti autori navode različite kriterije) (Mesec, 2000.).

Tablica 2.

Projekcije promjena u populaciji prema dobnim skupinama od 2005. do 2050.

EU-25	2005.-2050.	2005.-2010.	2010.-2030.	2030.-2050.
Ukupna populacija	-2,1%	+1,2%	+1,1%	-4,3%
Djeca (0-14)	-19,4%	-3,2%	-8,9%	-8,6%
Mladi (15-24)	-25,8%	-4,3%	-12,3%	-10,6%
Odrasli (25-39)	-25,8%	-4,1%	-16,0%	-8,0%
Odrasli (40-54)	-19,5%	+4,2%	-10,0%	-14,1%
Odrasli (55-64)	+8,7%	+9,6%:	+15,5%:	-14,1%
Odrasli (65-79)	+44,1%	+3,4%	+37,4%	+1,5%
Odrasli (80+)	+180,5%	+17,1%	+57,1%	+52,4%

Izvor: EC (2004.), Green Paper »Confronting demographic change: a new solidarity between the generations« COM(2005) 94 final.

Kako ističe Schoenmaeckers (2005., prema Puljiz, 2005.), na starenje stanovništva, kako europskog tako i hrvatskog, utječu četiri ključna čimbenika:

- stopa fertiliteta koja je svugdje u Europi niža od proste reprodukcije stanovništva, a koja će se, po svemu sudeći, održati i u narednom razdoblju
- dobná struktura stanovništva koja će presudno utjecati na brojnost budućih naraštaja roditelja, dakle i na stopu nataliteta
- porast očekivanog trajanja života koji utječe na povećanje broja starih i vrlo starih ljudi očekivano trajanje života za muškarce iznosi 72 godine, a za žene 79 godina. To je nešto niže od prosjeka zemalja EU-a. Za EU-25 ono iznosi 74,9 za muškarce i 81,3 za žene, a za EU-15 75,9 za muškarce i 81,8 za žene (2003. godina). Podaci za EU-15 pokazuju da se poboljšanje kvalitete zdravstvenog sustava te sveopćeg blagostanja ogleda kako u povećanju očekivanog trajanja života, tako i u smanjenju razlike između muškaraca i žena – u Hrvatskoj ta razlika iznosi 7 godina, u EU-25 6,4 godina
- imigracija, koja, prema relevantnim istraživanjima, ima ograničeni utjecaj

na usporavanje starenja stanovništva i demografski rast.

Demografske projekcije za Hrvatsku govore da će se starenje stanovništva nastaviti pri čemu bi 2031. godine udio starijih osoba mogao iznositi od 21,8% (temeljem najpovoljnijih pretpostavki) do čak 25,4% (temeljem najnepovoljnijeg scenarija) (Mrđen, 2005.).

STAROST KAO FENOMEN

Kvaliteta života

Pored brojnih socio-ekonomskih implikacija koje proces povećavanja udjela starog stanovništva nosi sa sobom, starenje se smatra i demografskim prediktorom smanjenja kvalitete života. Razvoj medicine i tehnologije, kvalitetnija zdravstvena zaštita i mnogi drugi čimbenici doveli su do toga da se ljudski vijek produžio i da se taj trend nastavlja. No kronološko produžavanje trajanja života znači da sve više ljudi treba pomoć u starijoj životnoj dobi, bilo da bi zadovoljili svoje primarne potrebe, bilo da bi i u starosti mogli aktivno doprinosti vlastitoj dobrobiti, svojoj obitelji ili široj lokalnoj zajednici. Postavlja se pitanje kako unaprijediti životni položaj starih ljudi i kako im pomoći da ostanu

što dulje samostalni i aktivni. Pristupanje fenomenu starosti zbog toga je usko vezano uz pojam kvalitete života. Iako se istraživači razlikuju u poimanju kvalitete života kao koncepta te ga neujednačeno definiraju unutar različitih disciplina (Leutar, Štambuk i Rusac, 2007.), ipak se mnogi slažu da se koncept kvalitete života sastoji od objektivnog i subjektivnog aspekta (Lawton i sur., 1995.). Slično navodi i Penezić (2002.) smatrajući da na kvalitetu života utječu vanjski (socijalni, ekonomski i dr.) i unutarnji (biološki i psihološki) čimbenici. Pored različitih subjektivnih indikatora, koji prema mišljenju Hagabera i sur. (2002.) ovise o osobinama ličnosti pojedinca, istraživanja kvalitete života koriste objektivne koncepte kao što su materijalne prilike, stambeni uvjeti, organizacija zdravstvene zaštite i socijalne skrbi, stopa smrtnosti itd. Hellstrom i sur. (2004., prema Leutar, Štambuk i Rusac, 2007.) ispitivali su kvalitetu života kod osoba starijih od 75 godina koje žive u kućanstvima. Nesposobnost življenja u kućanstvu bez tuđe pomoći, život u samačkom domaćinstvu i iscrpljenost povezani su sa smanjenom kvalitetom života kod starijih koji primaju pomoć, dok se kod starijih koji ne primaju pomoć češće javljaju problemi sa spavanjem i sniženo raspoloženje. Povezanost između uključenosti u aktivnosti i kvalitete života osoba smještenih u ustanove ispitivao je McGuinin (2000.). Rezultati su pokazali da su osobe koje su inicirale aktivnosti koje uključuju druženje s ostalim korisnicima zadovoljnije životom u ustanovi od onih osoba koje nisu na taj način aktivne. Također, rezultati upućuju da broj aktivnosti u koje je osoba uključena kao i godine starosti nemaju utjecaj na kvalitetu života u ustanovama. Ispitivanje razlike u kvaliteti života između više i manje aktivnih umirovljenika koje je ispitivala Hašpl Jurišić (2007.) pokazalo je da razina aktiviteta utječe na kvalitetu života sudionika, ali i na razinu usamljenosti. S druge strane, razina

aktiviteta ne utječe na razinu optimizma/pesimizma kod starijih osoba. Umirovljenici koji imaju kvalitetniji kontakt sa svojom socijalnom mrežom (djeca, unuci, srodnici, prijatelji) aktivniji su i zadovoljniji tim odnosima, više su uključeni u život zajednice (npr. kino, kazalište, organizirani sadržaji) i samim time zadovoljniji su položajem u društvu, provođenjem slobodnog vremena, dosadašnjim životom te usporedbom svojega života sa životima prijatelja. Rezultati istraživanja zadovoljstva kod starijih udovica pokazuju da je najveći izvor zadovoljstva, a time i kvalitete života, zapravo osjećaj korisnosti, odnosno mogućnost davanja resursa koje starija osoba posjeduje, ali i mogućnost da im život bude zanimljiv (Porter, 2005.). Nadalje, nalazi istraživanja koje su proveli Yang i sur. (2004.) pokazali su da su osobe lošijeg zdravstvenog statusa manje aktivne, više socijalno izolirane čime im je kvaliteta života niža. Mesec (2000.) smatra da se kvaliteta života osigurava, prije svega, sustavima mirovinsko-invalidskog i zdravstvenog osiguranja te mjerama socijalne zaštite pod pretpostavkom gospodarske uspješnosti države kao cjeline. Može se reći kako se skrb za kvalitetu života starih i sprečavanje diskriminacije na osnovi starosti i invaliditeta nalazi u središtu napora usmjerenih k zaštiti i promociji ljudskih prava u starosti.

Kvaliteta života starih ljudi bit će viša u onim sredinama u kojima postoje dostatni i dostupni oblici financijske, institucionalne, izvaninstitucionalne, profesionalne i volonterske pomoći, bilo centralizirane ili organizirane na razini lokalne zajednice. Viši stupanj kvalitete života bit će proporcionalan i razini očuvanosti obiteljskih odnosa te općenito odgovornosti odrasle djece za skrb prema roditeljima.

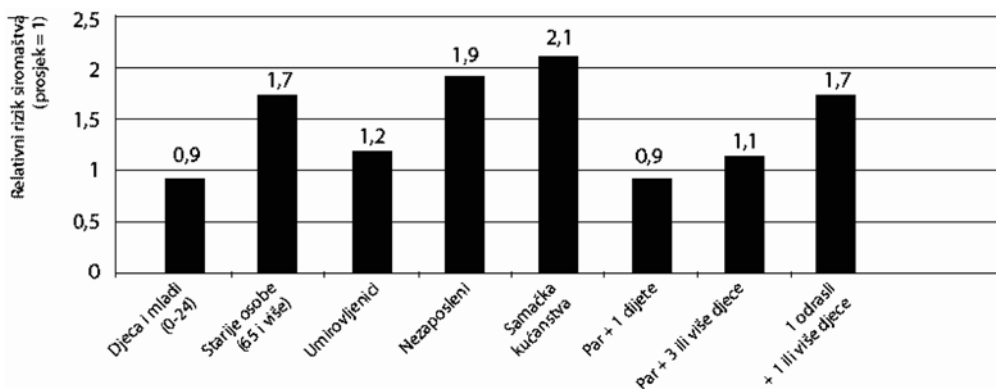
Položaj starijih osoba u društvu

Populaciju starih osoba često se smatra visoko vulnerabilnom po različitim kriteriji-

ma. Stare osobe nerijetko su marginalizirane u pogledu svojeg društvenog utjecaja, ekonomski su slabije od mlađih dobni skupina, zdravstveno su ugroženije itd. Unutar populacije starih naročito je težak položaj žena koje žive duže od muškaraca i koje u odnosu na njih obično na raspolaganju imaju manje sredstava potrebnih za život. Starost je čest prediktor siromaštva. Istraživanja provedena u Hrvatskoj pokazuju da je siromaštvo u velikoj mjeri vezano uz starija i samačka

kućanstva. Tipične skupine koje u Hrvatskoj imaju najveći **rizik od siromaštva** su starije osobe, umirovljenici/e, nezaposlene osobe, osobe s nižim stupnjevima obrazovanja, jednočlana kućanstva i jednoroditeljske obitelji (UNDP, 2006.) (grafikon 1.). Što se tiče starih osoba, u rizičnu skupinu naročito spadaju umirovljenici ili osobe koje nemaju nikakvih mirovinskih primanja, a pri tome nemaju niti financijsku potporu izvanobiteljskih mreža.

Grafikon 1.
Relativni rizik siromaštva za određene skupine



Izvor: UNDP (2006.).

Rezultati ankete o potrošnji kućanstava iz 2003. godine pokazali su da je samac stariji od 65 godina izložen dvostruko većem

riziku od siromaštva (Državni zavod za statistiku, 2004.). Slična je situacija i u drugim europskim zemljama (tablica 3.).

Tablica 3.
Stopa rizika siromaštva za dobnu skupinu 65+ u različitim zemljama EU i RH od 1995. do 2005. godine

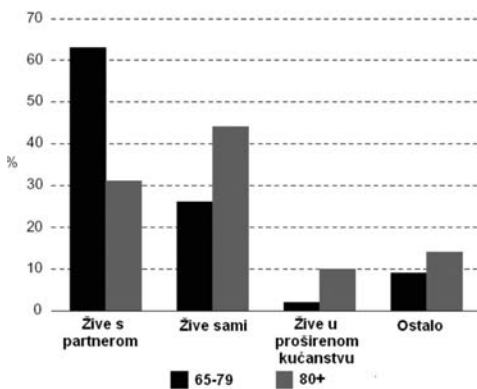
Stopa rizika siromaštva za dobnu skupinu 65+ %*	1995.	1996.	1997.	1998.	1999.	2000.	2001.	2002.	2003.	2004.	2005.
EU (25 zemalja)	:	:	:	18	17	17	16	:	17	18	19
EU (15 zemalja)	21	20	18	18	17	17	18	:	19	19	20
Njemačka	15	17	12	12	11	10	12	:	:	:	15
Švedska	:	:	:	:	:	:	16	15	:	14	11
Ujedinjeno Kraljevstvo	32	28	25	25	21	24	27	26	24	:	26
Hrvatska	:	:	:	:	:	:	:	:	31	:	:

Izvor: Central Bureau of Statistics (2004.).

* Udio osoba koje raspolazu približno jednakim dohotkom (prije socijalnih transfera) ispod praga rizika siromaštva koji je postavljen na 60% nacionalnog medijana dohotka (nakon socijalnih transfera). Mirovine su promatrane kao dohodak prije socijalnih transfera, a ne kao socijalni transfer.

Pri tome je posebno zabrinjavajuća činjenica da se u mnogim zapadnim zemljama povećava broj **samačkih kućanstva** (OECD, 2005.) (grafikon 2.). Važno je istaknuti da je u posljednjih četrdeset godina u gotovo cijelom svijetu došlo do opadanja udjela starijih osoba koje žive zajedno s djecom (Sundstrom, 1994., prema Schaie i Willis, 2001.). Ovim se trendovima uspiju opirati tek neke zemlje poput Japana gdje se to može povezati sa specifičnim društvenim i kulturnim kontekstom.

Grafikon 2.
Udio populacije starih ljudi prema strukturi kućanstva i starosnoj dobi u EU-15



Izvor: European Communities (2004.).

Ovakve zabrinjavajuće trendove ublažava podatak prema kojem je oko 20% ljudi starijih od 65 godina u EU-u obuhvaćeno nekim neformalnim oblikom skrbi unutar obitelji ili šire srodničke skupine, a kada je riječ o osobama starijim od 75 godina, taj udio se kreće između 30% i 60%, ovisno o tome kako je takav oblik skrbi u pojedinoj zemlji definiran (European Commission, 2006.; AGE – the European Older People's Platform, 2007.). Nešto veći udio starih koji žive u kohabitaciji sa svojom djecom prisutan je među mediteranskim zemljama EU-a, dok je najmanje zastupljen među sjevernim članicama. Za očekivati je da

će se i nadalje povećavati broj starih ljudi koji žive sami. Tome pridonose brojni faktori kao što su sve veće zapošljavanje žena, procesi transformacije, promjene na tržištu rada i brojni drugi. Larsson (2007.) navodi da je porast samačkih staračkih kućanstava uvjetovan željom starijih osoba da ostanu u vlastitom domu, ali i njihovim financijskim mogućnostima da si osiguraju skrb kod kuće upravo kroz različite izvaninstitucionalne oblike i usluge. No, rastući broj samačkih kućanstava potiče trend svojevrsnog »društvenog osamljivanja« (Schaie i Willis, 2001.). Hrvatska još uvijek ne slijedi trend razvijenih zemalja da se starije umirovljeno stanovništvo seli iz velikih gradova u manja mjesta gdje je život jeftiniji i kvalitetniji. Stari ljudi nisu pripravnici na seljenje iz urbanih sredina poput Zagreba kako bi na drugom mjestu stanovali jeftinije i kvalitetnije, a nisu spremni založiti ili prodati imovinu – stan kako bi imali pristojnu kvalitetu života (Bežovan, 2005.).

Jedan od ključnih problema prisutnih kod starije populacije vezan je uz njihovu socijalnu isključenost. Fenomen **socijalne isključenosti** starih ljudi može se odnositi na različite aspekte njihovog života, a obično uključuje: dimenziju socijalnih odnosa, participaciju u kulturnim aktivnostima, pristup službama u lokalnoj zajednici, isključenost iz susjedstva, pristup i redistribuciju financijskih i drugih materijalnih dobara (Walker i sur., 2006.). Rezultati suvremenih istraživanja pokazuju da je generacija *baby-boomers*-a (osobe rođene između 1945. i 1965. godine) manje vezana za svoju zajednicu, od ranijih generacija, te je zbog toga u većem riziku da postane socijalno isključena (Huber i Skidmore, 2003., prema Walker i sur., 2006.). Njihova je socijalna mreža kvalitetom i kvantitetom siromašnija, stoga su i socijalni kontakti površni te pokazuju manje interesa i potreba za pripadanjem susjedstvu, a i manje su vezani za svoj zavičaj od ranijih generacija.

Sukladno tome danas se u svijetu predlažu različite mjere za ublažavanje siromaštva populacije starih iznad 65 godina. Prema Izvješću o siromaštvu, nezaposlenosti i socijalnoj isključenosti (UNDP, 2006.) takve mjere mogu uključivati: razvoj i jačanje partnerstva države i organizacija civilnog društva (OCD) u sprečavanju i ublažavanju siromaštva i socijalne isključenosti, organiziranje centara za socijalnu skrb kao *firststop shop* institucija s koncentriranim informacijama, usklađivanje naknada socijalne pomoći s rastom troškova života i inflacijom te uvođenje instituta socijalne (državne) mirovine. Pri izradi nacionalnih strategija važno je voditi računa da je tzv. *baby boom* generacija, sljedeća koja ulazi u dobnu skupinu starih, s obzirom na svoje životno iskustvo heterogenija i zahtjevnija po pitanju individualnih aspiracija vezanih za život u starijoj životnoj dobi. Prema projekcijama u narednim godinama, vodeći računa o dobi ove generacije, smještajni kapaciteti u institucionalnoj skrbi trebat će se povećati između 60%-100% (Monnier, 2007.). Takve projekcije potvrđuje i poznata činjenica da je porast životne dobi u pozitivnoj korelaciji s porastom ovisnosti o tuđoj pomoći i njezi, što zahtijeva društvenu mobilizaciju u cilju prilagodbe i izgradnje potrebne infrastrukture i »arhitekture socijalnih prava« starih.

TRENDOVI U SKRBI ZA STARIJE OSOBE

Skrb za stare tradicionalno se promatra kroz sustave socijalne sigurnosti, kroz troškove mirovina i drugih davanja, ekonomiju i zapošljavanje, troškove zdravstvenog sustava i sustava socijalne skrbi, kroz institut ljudskih prava, te stambenu politiku i skrb u zajednici. Nacionalne vlade zemalja članica EU-a suočene s problemom starenja i depopulacije stanovništva razvijaju nacionalne strategije i mjere kroz nove, multidisciplinarne pristupe ovom fenomenu,

uzimajući u obzir zakonske okvire i politiku EU-a (*Lisabon Strategy, Green Paper on Demographic Change*, ciljevima zacrtanim u *EU Cohesion policy* i sl.). Regionalne strategije zemalja EU-a u pristupanju skrbi za stare uglavnom se fokusiraju na ekonomski rast, socijalnu inkluziju i održivi razvoj, stanovanje, komunalno planiranje i sl., te na promicanje aktivnog starenja i cjeloživotnog obrazovanja, vodeći računa o nacionalnim trendovima i indikatorima demografskih promjena, regionalnim ekonomskim mogućnostima, regionalnom razvoju, infrastrukturi i dr.

Glavne smjernice u politici skrbi za starije u zemljama Europske unije

Posljednjih nešto više od dvadeset godina značajan doprinos globalnom definiranju politike skrbi za osobe starije životne dobi pruža Organizacija Ujedinjenih naroda svojim zalaganjem za provođenje širokih rasprava s političkom elitom, nositeljima lokalne vlasti i civilnim društvom o politički relevantnim pitanjima i preporukama vezanim za skrb o starima (United Nations, 2006.). Dokumenti UN-a čine važan oslonac u definiranju politike skrbi za stare u zemljama EU-a. Prva Svjetska skupština UN-a o starenju održana je u Beču 1982. godine, te je donesen Međunarodni plan djelovanja na području starenja. Opća skupština UN-a 1991. godine donosi Načela Ujedinjenih naroda za starije ljude, a iste godine je 1. listopada određen Međunarodnim danom starijih osoba. Načela Ujedinjenih naroda za starije osobe usvojena su s ciljem dodatne zaštite i osiguravanja veće uključenosti starijih u društvenu zajednicu. Istaknuto je 18 načela na pet područja i to: neovisnost, sudjelovanje, skrb, samoispunjenje i dostojanstvo, koja zapravo nadopunjuju općeprihvaćena ljudska prava za sve osobe uključivši i starije. Druga skupština o starenju održana je 2002. godine u Madridu kada je donesena Madridska deklaracija

i Madridski internacionalni plan aktivnosti 2002., a Ekonomska komisija UN-a za Europu (UNECE) donijela je Regionalnu strategiju za implementaciju Madridskog internacionalnog plana aktivnosti o starenju 2002. (United Nations, 2006.; United Nations Programme on Ageing, 2005.).

Europska je komisija 1993. godine usvojila tzv. Zeleni papir (*Green paper*) o europskoj socijalnoj politici, koji za cilj ima usklađivanje nacionalnih socijalnih politika, kroz prihvaćanje zajedničkih ciljeva u području socijalne politike, te time i skrbi za stare. Također, u posljednjih nekoliko godina, posebno nakon summita u Lisabonu 2000. godine, Europska unija nastoji izgraditi europski model mirovina, koji bi poslužio kao orijentir za nacionalne mirovinske reforme. Istodobno upozorava se na problem starenja populacije, te se pozivaju zemlje članice da svoju socijalnu politiku prilagode potrebama i skrbi o starijim osobama. Na sastanku Europskog vijeća u Laekenu 2001. godine usvojen je dokument koji sadrži ciljeve europske mi-

donio je 2004. godine Pregled aktivnosti o starenju u Europi. Građanska, politička, socijalna i ekonomska prava u zemljama EU-a zaštićena su dvama temeljnim instrumentima Vijeća Europe: Europskom konvencijom o pravima čovjeka i Europskom socijalnom poveljom (Revidiranom europskom socijalnom poveljom), a glavne smjernice socijalne politike u Europi sadržane su u Revidiranoj strategiji socijalne kohezije iz 2004. godine. Osnovna vizija je europsko društvo za sve dobi u kojem osobe uživaju jednaka prava obzirom na uvjete življenja, ekonomsku situaciju, participaciju kao građana te njihov pristup fundamentalnim dobrima i službama. No i pored ovih zajedničkih dokumenata u zemljama EU-a postoji i nadalje relativna neujednačenost u smislu struktura socijalnih usluga kao i sustava njihovog financiranja (tablica 4.). Sukladno tome, neke projekcije predviđaju porast javnih troškova vezano za starenje stanovništva u EU 25 na 3,4% GDP do 2050. godine prema sadašnjoj politici (EC-FIN/EPC, 2006.).

Tablica 4.
Troškovi skrbi za starije u % od BDP-a

Izdaci za skrb o starima u % BDP-a	1993.	1994.	1995.	1996.	1997.	1998.	1999.	2000.	2001.	2002.	2003.	2004.
EU (25)	:	:	:	:	:	:	:	0,4	0,4	0,4	0,5	0,5
EU (15)	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,5	0,6
Njemačka	0,4	0,4	0,5	0,5	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,3	0,3	0,3
Švedska	2,7	2,5	2,3	2,6	2,5	2,5	2,5	2,4	2,5	2,6	2,6	2,6
Velika Britanija	0,3	0,3	0,4	0,4	0,4	0,4	0,8	0,9	0,9	0,9	0,9	1

Izvor: Eurostat (2006.).

rovinske strategije. Taj dokument između ostalog navodi sljedeće ciljeve: prevenirati socijalnu isključenost starih, održavati primjereni životni standard umirovljenika, promicati solidarnost među generacijama i produžiti aktivnu životnu dob. Europski odbor za socijalnu koheziju Vijeća Europe

Neke zemlje kao što su Austrija, Finska i Nizozemska uvele su sustav osiguranja za njegu dok su u nekim zemljama kao što su Belgija i Francuska neki elementi osiguranja za njegu uključeni u obvezno zdravstveno osiguranje. U Njemačkoj osiguranje za njegu kao 5. stup socijalne sigur-

nosti je formalno zaseban vid osiguranja i u ideji i provedbi jasno je razgraničen od zdravstvenog osiguranja (Žganec, 2000.). Danska, Norveška, Švedska, Finska i Švicarska su uvele decentralizirani model pružanja svih javnih usluga za pojedince i obitelji, vjerujući da takav sustav ima za posljedicu visoku razinu zadovoljstva među građanima, visoku kvalitetu, te fleksibilne metode pružanja javnih usluga.

Podaci pokazuju da ukupan broj starijih od 65 godina koji primaju dugotrajnu skrb u institucijama/ustanovama (isključujući zdravstvene ustanove) varira od zemlje do zemlje te da u prosjeku ukupan broj starih smještenih u institucije iznosi 5,1% (European Commission, 2003.). U Švedskoj je 3% starijih smješteno u instituciju. Nadalje, podaci za Englesku pokazuju da broj starijih od 65 godina smještenih u domove za stare (*residential care*) iznosi 3,1%, broj starih smještenih u zdravstvene/medicinske ustanove iznosi 1,7%, a u bolnicama 0,3%. U Italiji se institucionalna skrb razvila prije izvaninstitucionalnih oblika skrbi u zajednici. Velika Britanija, Švedska i Njemačka imaju različite oblike stanovanja za starije. Tako u Velikoj Britaniji glede razine ovisnosti postoje različite razine podrške i brige za stare. Obiteljske zgrade ili apartmani s visokom razinom neovisnosti (*self-contained bungalows or villas, apartments*) i stanovi s odvojenim stambenim prostorom, sa zajedničkim prostorima boravka i druženja te blagovanja (*residential care homes*), koji podrazumijevaju povremenu brigu socijalnih službi, i to: osiguravanje servisa i usluga obavljanja određenih kućanskih poslova, nabavke namirnica, prijateljskog posjećivanja i sl. Domovi za stare ili grupe stambenih zgrada (*retirement homes*) i grupe stanova ili pojedinačni apartmani (*nursing care homes, sheltered housing*) za malo veću razinu ovisnosti, pa prema tome i veću skrb. Posebna ili pojačana briga primjenjuje se kod onih osoba koje zahtijevaju stalnu

brigu od 0 do 24 sata (hranjenje, osobna higijena, odijevanje i sl.) (Koružnjak, 2003.). Njemačka je također razvila vrlo raznovrsne oblike zbrinjavanja starih osoba. Postoje dvije osnovne tipološke grupe stanovanja starih: stanovanje u stanovima (kao vlasnici ili kao stanari) koje podrazumijeva ekonomsku, socijalnu i medicinsku skrb kroz pomoć u pokretljivosti-mobilnosti, organizaciju susreta starih (kroz klubove, dnevna okupljališta i sl.), dnevne fizičke aktivnosti, servise, rehabilitaciju i edukaciju starih putem univerziteta, treće životne dobi i sl. te stanovanje u domovima za stare, gdje se može razlučiti nekoliko grupa domova, ovisno o opremljenosti i načinu te stupnju pružanja usluga.

Što se tiče financiranja institucionalne skrbi iskustva pokazuju da se primjerice u Engleskoj nekretnine uzimaju u obzir kod staračke samačke obitelji kao jamstvo pokrivanja troškova smještaja u instituciju, a sve veći su zahtjevi i u skandinavskim zemljama da se korisnici i njihova djeca obvežu na pokrivanje dijela troškova (Bežovan, 2000.).

Važan element politike skrbi za osobe treće životne dobi EU-a čini osiguravanje dostupnosti zdravstvene skrbi, njezine kvalitete te financijske održivosti. Tako se primjerice u dokumentu SZO iz 2002. godine »*Active ageing: a policy framework*« naglašava prevencija bolesti i promocija zdravlja s ciljem postizanja najbolje moguće kvalitete življenja što je moguće dulje i za što veći broj osoba. Naglasak je na interdisciplinarnim i intersektorskim inicijativama, osobito u zemljama u kojima je došlo do povećanja broja starih. Nadalje, *The European Older People's Platform*, europska mreža koja uključuje oko 150 organizacija osoba starijih od 50 godina, kroz direktno predstavljanje preko 25 milijuna starijih u EU-u nastoji povećati uključenost u društvo starijih osoba koje su pogođene siromaštvom i socijalnom isključenošću.

Iskustva i smjernice politike skrbi za starije osobe u zemljama EU-a pokazuju da tijekom posljednjih nekoliko desetljeća dolazi do naglašenog interesa javnosti i političkih struktura za položaj ove populacije u društvu. Pri tome se trendovi poput ubrzanog starenja stanovništva i općenito nepovoljnih demografskih kretanja povezanih sa sve većim javnim troškovima za skrb mogu vidjeti kao neki od glavnih razloga takvog pojačanog interesa. S druge strane tome pridonosi podizanje društvene svijesti o potrebi poštivanja visoke razine ljudskih, građanskih i socijalnih prava starijih osoba na što utječu i relevantne znanstvene spoznaje. U opisu trendova skrbi za starije osobe treba napomenuti nastojanja koja vode k »europeizaciji socijalnog modela« dio kojeg je i skrb za starije osobe. Specifičnosti trendova u skrbi za stare na razini EU-a jasno se očituju u zagovaranju inkluzivnog društva, dostupnosti socijalnih prava, visoke kvalitete života, intergeneracijske solidarnosti, preveniranja nepovoljnih okolinskih utjecaja, interdisciplinarnosti i intersektorske suradnje te financijske održivosti. Tome valja pridodati trendove k sve većoj diverzifikaciji i daljnjoj decentralizaciji službi i usluga namijenjenih starijim osobama.

Strateški, zakonski i organizacijski aspekti u skrbi za starije osobe u Republici Hrvatskoj

Republika Hrvatska kao zemlja kandidatkinja za punopravno članstvo u Europskoj uniji prolazi proces usklađivanja svojeg zakonodavstva s pravnom stečevinom EU-a (Ministarstvo vanjskih poslova i europskih integracija RH, 2007.). U ožujku 2007. godine predstavnici Republike Hrvatske i Europske Komisije potpisali su Zajednički memorandum o socijalnom uključivanju (JIM) kojim su definirani **prioriteti u borbi protiv siromaštva i socijalne isključenosti** u Republici Hrvatskoj. Među utvrđenim

prioritetima je i širenje mreže socijalnih usluga za starije osobe koje su prepoznate kao skupina izložena visokom riziku od siromaštva i socijalne isključenosti. Veću pozornost problemu starenja i njegovim posljedicama Hrvatska je posvetila 1999. godine u sklopu obilježavanja Međunarodne godine starijih osoba (proglašene od strane UN-a). Sustav usluga skrbi u Hrvatskoj obilježava prilično **visok stupanj centralizacije**. Počeci decentralizacije javne uprave općenito, pa i nekih posebnih dijelova sustava javne skrbi za starije osobe, počinju zakonskim izmjenama 2001. godine. Prije toga, točnije krajem 90-ih godina, država je zakonom omogućila početak **privatizacije** nekih dijelova sustava socijalne skrbi (primjerice pružanje usluga skrbi za starije i nemoćne), a još prije toga i privatizaciju u sustavu zdravstva. Hrvatska kao socijalna država u članku 57. Ustava propisuje da »slabim, nemoćnima i drugim, zbog nezaposlenosti ili nesposobnosti za rad, nezbri nutim građanima, država osigurava pravo na pomoć za podmirenje osnovnih životnih potreba« (NN 41/2001). Nadalje, u stavku 4. članka 63. Ustava RH propisuje dužnost djece da brinu o starim i nemoćnim roditeljima, a članak 64. navodi dužnost svih da štite djecu i nemoćne osobe. Ovakve Ustavne odredbe svoju primjenu nalaze kroz čitav niz zakona kao što su npr. Obiteljski zakon (NN 73/97, 27/00, 51/00, 82/01, 103/03), Zakon o socijalnoj skrbi (NN 73/97, 27/00, 51/00, 82/01, 103/03), Zakon o zdravstvenoj zaštiti (NN 121/03) i dr. **Obiteljski zakon** uređuje obiteljske odnose na načelima koja podrazumijevaju uzajamno poštovanje i pomaganje svih članova obitelji (čl. 2.). Članak 89. propisuje da je dijete dužno poštovati svoje roditelje i pomagati im, te biti obzirno prema članovima obitelji, a članak 210. definira uzdržavanje kao »dužnost i pravo roditelja i djece, bračnih i izvanbračnih drugova i srodnika u ravnoj lozi, kada je to predviđeno ovim Zakonom«, pri čemu »osobe iz čl. 210.

ovoga Zakona međusobnom uzdržavanju pridonose prema svojim mogućnostima i potrebama uzdržavane osobe» (čl. 211. Obiteljskog zakona). Prema **Zakonu o zdravstvenoj zaštiti** (NN 121/03) zdravstvena zaštita obuhvaća sustav društvenih, skupnih i individualnih mjera, usluga i aktivnosti za očuvanje i unapređenje zdravlja, sprečavanje bolesti, rano otkrivanje i pravodobno liječenje te zdravstvenu njegu i rehabilitaciju. Zakon predviđa primjenu obveznog preventivnog minimuma za starije, a što osigurava aktivna primarna zdravstvena zaštita. Prema članku 16. u mjere zdravstvene zaštite spadaju i posebne mjere zdravstvene zaštite stanovništva starijeg od 65 godina života; dok primjerice članak 25., između ostalog, navodi da zdravstvena zaštita na primarnoj razini obuhvaća i patronažne posjete, zdravstvenu njegu i liječenje u kući.

Jedno od osnovnih obilježja **Zakona o socijalnoj skrbi** (NN 73/97, 27/00, 51/00, 82/01, 103/03) jest nužnost osobne odgovornosti pojedinca za svoju i socijalnu sigurnost članova svoje obitelji uz naglašenu dimenziju obiteljske solidarnosti te odgovornost društva da pomaže osobama koje ne mogu same ili uz pomoć obveznika uzdržavanja osigurati život dostojan čovjeka. Putem sustava socijalne skrbi provode se intervencije usmjerene osiguravanju osnovnih egzistencijalnih potreba dijelu populacije koji ispunjava propisane uvjete, kao i čitav niz usluga namijenjenih korisnicima koji trebaju različite oblike trajnog ili privremenog smještaja, odnosno nekih drugih usluga socijalnih službi. Osobe treće životne dobi mogu temeljem Zakona o socijalnoj skrbi ostvariti različita prava iz sustava socijalne skrbi kao što su pomoć za uzdržavanje, jednokratna pomoć, doplatka za pomoć i njegu, pomoć i njega u kući i dr. Ovaj Zakon regulira i pitanja vezana uz smještaj starih i nemoćnih osoba u institucionalne oblike skrbi tzv. domove za stare i nemoćne te u obiteljske

oblike skrbi kao što su obiteljski domovi i obitelji udomitelja. Zakonom o socijalnoj skrbi formirani su centri za socijalnu skrb kao središnja tijela za provođenje mjera i aktivnosti iz domene socijalne skrbi, a pored njih Zakon predviđa osnivanje domova socijalne skrbi te centara za pomoć i njegu. Domovi socijalne skrbi za obavljanje institucionalnog zbrinjavanja odraslih osoba dijele se na domove za odrasle tjelesno ili mentalno oštećene osobe, domove za starije i nemoćne osobe i domove za psihički bolesne odrasle osobe. U Hrvatskoj djeluje 46 domova za starije i nemoćne čiji su osnivači jedinice regionalne samouprave te oko 70 domova čiji su osnivači privatne osobe, nevladine ili religijske organizacije ili domaće i strane pravne osobe. Podaci pokazuju da je u domovima za starije i nemoćne smješteno tek oko 2% populacije starije od 65 godina čemu uvelike pridonosi manjak kapaciteta u domovima kao i relativno visoka cijena domova koji djeluju na tržištu (Usporedni podaci iz većine zapadnoeuropskih zemalja pokazuju viši stupanj institucionalnog smještaja starih i nemoćnih koji se u nekim zemljama penje i do 5%. Tržište socijalnih usluga u Hrvatskoj još uvijek je nedovoljno razvijeno, a pokrivenost socijalnim uslugama smještajnog tipa dugogodišnji je problem Hrvatske. Posljednjih desetak godina rast broja zahtjeva za smještaj nije praćen adekvatnim otvaranjem novih smještajnih kapaciteta. Iako podaci mogu zavaravati s obzirom da se neke starije osobe prijavljuju za smještaj bez stvarne namjere da ga ikad i realiziraju, ipak je indikativno da je krajem 2004. godine broj zahtjeva za smještaj u domove za starije i nemoćne iznosio oko 18 tisuća, a istovremeno je razvijeni kapacitet iznosio oko 13 tisuća mjesta (tablica 6.). Ovi podaci ukazuju s jedne strane na potrebu otvaranja novih smještajnih kapaciteta, ali s druge strane i na nužnost organiziranja izvaninstitucionalnih oblika skrbi i usluga na razini lokalne zajednice uz omogućavanje

starim ljudima da što duže ostanu živjeti u vlastitom domu. Pri tome treba upozoriti da u Hrvatskoj još uvijek postoji znatna zakonska i provedbena odvojenost zdravstvenoga i socijalnog sustava skrbi koji su regulirani po različitim zakonskim osnovama i financirani na različite načine te time otežavaju provođenje lokalnih pristupa i bolju koordinaciju stručnih djelatnika iz ovih sustava u provođenju cjelovite lokalne brige za starije (Havelka, Despot Lučanin i Lučanin, 2000.).

noj, obiteljskoj sredini i na taj način pridonijeti što većoj kvaliteti njezinog života. Da bi se to postiglo, u gerontološkim centrima su organizirani dnevni boravak za starije, zdravstveno, psihološko, socijalno i pravno savjetovanje, preventivne zdravstvene mjere, programi tjelesne aktivnosti, fizikalne terapije, rekreacijske, kulturno-zabavne i okupacijske aktivnosti, osiguranje obroka, pomoći i njege u kući, posudionica ortopedskih pomagala i razne usluge tzv. gerontoservisa.

Tablica 6.

Broj korisnika starijih od 65 godina smještenih u domove socijalne skrbi u Hrvatskoj prema pokretnosti

	2000.		2001.		2002.		2003.		2004.		2005.	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Pokretni	4 546	49,5	4 904	47,9	5 260	45,5	5 475	44,8	5 686	44,1	5 880	44,2
Teže pokretni	2 184	23,7	2 623	25,7	3 107	26,9	3 356	27,5	3 547	27,5	3 636	27,3
Nepokretni	2 462	26,8	2 693	26,4	3 186	27,6	3 386	27,7	3 667	28,4	3 791	28,5
Ukupno	9 192	100	10 220	100	11 553	100	12 217	100	12 900	100	13 307	100

Izvor: Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi (2007).

Napomena: Zbog tadašnje odvojenosti zdravstvenog sustava i sustava socijalne skrbi u 2000. i 2001. godini nisu uključeni domovi za psihički bolesne odrasle osobe.

Iako je cilj **izvaninstitucionalnih oblika skrbi** da se starijim osobama omogući da žive u svojim domovima, to nikako ne znači njihovu socijalnu izolaciju i osiromašenje sadržaja života. U razdoblju do 2006. g. osnovano je 29 gerontoloških centara koji su lokacijski povezani s domovima za starije osobe ili djeluju samostalno (Tomek-Roksandić, 2006.). Ovi centri provode program praćenja, proučavanja, evaluiranja, izvješćivanja, nadzora te planiranja zdravstvenih potreba i funkcionalne sposobnosti starijih osoba. Njihov normativni populacijski obuhvat je 30 000 osoba starijih od 65 godina. Gerontološki centri su ustanove neposredne i integralne multidisciplinarne izvaninstitucijske skrbi za starije ljude u lokalnoj zajednici. Osnovni im je cilj zadržati stariju osobu što je duže moguće u primar-

Izvaninstitucionalni oblik skrbi za stare reguliran je i **Zakonom o udomiteljstvu** (NN 79/07) koji propisuje uvjete i način smještaja u udomiteljsku obitelj. Temeljem odredbi Zakona udomiteljstvo se definira kao oblik skrbi izvan vlastite obitelji kojim se korisniku osigurava stanovanje, prehrana, čuvanje, odgoj, briga o zdravlju i obrazovanju te njegove druge potrebe. Navedene potrebe osigurava udomiteljska obitelj koja mora ispunjavati zakonom propisane uvjete (socijalne, stambene, zdravstvene i druge) koji će smještenoj osobi osigurati primjerenu skrb. Uvjete ocjenjuje Centar za socijalnu skrb prema mjestu prebivališta udomiteljske obitelji, a u obradi potencijalnih udomitelja sudjeluje stručni tim koji čine socijalni radnik, psiholog, pravnik, kao i liječnik za osobe s teškoćama, a po potrebi

i drugi stručnjaci. Udomiteljskoj se obitelji za zadovoljavanje potreba smještene starije osobe isplaćuje naknada. Podaci pokazuju da broj osoba starijih od 65 godina smještenih u udomiteljske obitelji u Hrvatskoj iz godine u godinu raste (tablica 7.).

Tablica 7.

Broj osoba stariji od 65 godina smještenih u udomiteljsku obitelj

	Ukupno	65 +
2000.	4 489	1 945
2001.	4 658	2 304
2002.	5 175	2 682
2003.	5 500	3 066
2004.	5 788	3 457

Izvor: Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi (2007.).

Što se tiče **mirovinskog sustava u RH**, može se reći kako je on osobito posljednjih 10-15 godina obilježen visokim postotkom populacije koju obuhvaća te veoma nepovoljnim omjerom umirovljenika i radno aktivnog stanovništva (tablica 8.). Zbog toga je provedena mirovinska reforma početkom 2000-ih trebala utjecati na popravljavanje materijalnog položaja budućih, ali i aktualnih umirovljenika te osigurati dugoročnu održivost mi-

rovinskog sustava. Iako materijalni položaj umirovljenika još uvijek nije zadovoljavajuć (grafikon 3.), ipak dosadašnja iskustva pokazuju relativno dobre rezultate provedene reforme, ali i potrebu za daljnjim reformama. Najvažnije funkcije mirovinskog sustava su raspoređivanje dohotka pojedinaca i obitelji tijekom cijelog životnog vijeka, te održavanje socijalne kohezije, prevencija ili ublažavanje siromaštva za vrijeme starosti i radne neaktivnosti. Upravo su visina mirovine i visina prihoda kućanstva najsnažnije socijalne odrednice umirovljenika. Ekonomske prilike, koje su velikim dijelom određene mirovinama, od velike su važnosti za kvalitetu života umirovljenika.

Tablica 8.

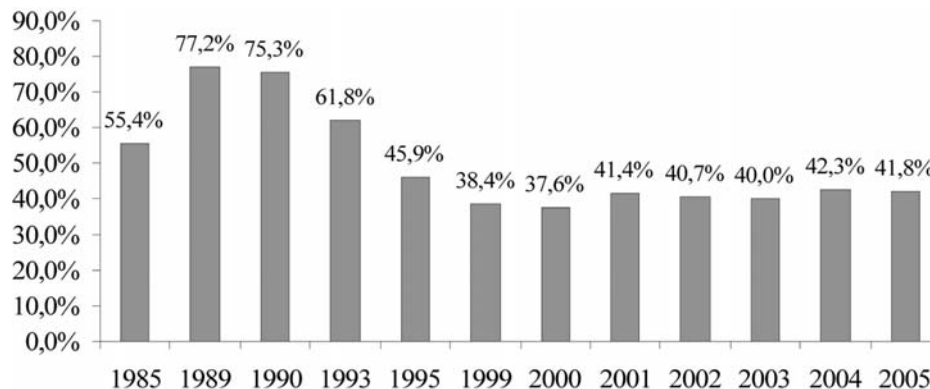
Broj umirovljenika i njihov odnos prema broju osiguranika u Hrvatskoj (2004.-2006.)

	2004.	2005.	2006.
Broj osiguranika	1 460 105	1 498 877	1 538 170
Broj korisnika mirovine	1 065 655	1 080 571	1 100 086
Omjer broja umirovljenika i osiguranika	1 : 1,37	1 : 1,39	1 : 1,40

Izvor: Hrvatski zavod za mirovinsko osiguranje (2007.).

Grafikon 3.

Udio prosječne mirovine u prosječnoj plaći (1985.-2005.)



Izvor: Hrvatski zavod za mirovinsko osiguranje (2007.).

Posljednjih godina u Hrvatskoj dolazi do određene **diverzifikacije usluga** skrbi za starije osobe i to kako u smislu nositelja tako i u smislu vrste usluga. Otvaranje dnevnih centara za stare, tzv. gerontoloških centara, organiziranje službi pomoći i njege u kući itd. tome uvelike pridonosi. Što se tiče oblika trajnog institucionalnog smještaja za osobe starije životne dobi, prevladavaju domovi za stare i nemoćne, slijede domovi za psihički bolesne odrasle osobe te neke specijalne bolnice. Posljednjih nekoliko godina broj privatnih i drugih nedržavnih osnivača ustanova za smještaj starih i nemoćnih u velikom je porastu i nadmašio je broj državnih (županijskih) ustanova. Na taj se način na planu nositelja skrbi za stare polako otvara i proces šire decentralizacije politike skrbi. To je osobito važno zbog poznatih nedostataka dosadašnjih centraliziranih sustava skrbi za starije ljude koji se očituju u dominantnoj usmjerenosti na akutne socijalne i zdravstvene potrebe starijih s vrlo malom pozornošću k prevenciji. Posljedično, takva se praksa izravno odražavala na preranu pojavu kroničnih bolesti, a time i pojavu ovisnosti o tuđoj pomoći (Boyd i Treas, 1994., prema Havelka, Despot Lučanin i Lučanin, 2000.). Republiku Hrvatsku u politici skrbi za stare sasvim sigurno očekuje rasprava o potrebi uvođenja sustava **osiguranja za njegu** (*long-term care insurance*), a kroz daljnje reformiranje mirovinskog sustava i rasprava o uvođenju nekog oblika socijalne (nacionalne) mirovine. Započete trendove izvaninstitucionalne skrbi za stare bit će moguće razvijati jedino uz uvjet znatno šire fiskalne decentralizacije koja će lokalnim zajednicama omogućiti financijsku održivost na planu organiziranja i provođenja lokalnih programa skrbi za stare. No i pored očekivane daljnje decentralizacije, sve veći udio starog stanovništva u društvu značit će i potrebu veće stope izdvajanja iz državnog proračuna za sustave socijalne skrbi i zdravstva kako bi se osigurala njihova dugoročna financijska

održivost. Demografska kretanja predstavljaju za Hrvatsku velik izazov u politici skrbi za stare i bit će otegotni faktor u naporima da se kvaliteta života starijih osoba dovede na razinu standarda koje jamče programi i dokumenti zemalja EU-a. Zbog toga pozitivne trendove koji su u različitim segmentima skrbi za stare već zaživjeli u Hrvatskoj treba dodatno razvijati, a ono što se na tom planu pokazuje problematičnim valja kontinuirano kritički valorizirati.

ZAKLJUČAK

Položaj starih ljudi u društvu i trendovi u politici skrbi za stare predmet su interesa kako političkih tako i stručnih i znanstveno-istraživačkih krugova najvećeg broja razvijenih zemalja u svijetu. Zemlje EU-a kao i one koje su u procesu pridruživanja, poput RH, suočavaju se s pitanjem kako na primjereni način odgovoriti nepovoljnim demografskim trendovima koji za posljedicu imaju starenje i sve nepovoljnije omjere između radno aktivnog i radno neaktivnog stanovništva. Tijekom posljednjih nekoliko desetljeća zamjetan je trend sustavnog prilaženja u definiranju politike skrbi za stare unutar kojeg su izrađeni i prihvaćeni brojni dokumenti i stručne platforme usmjerenu poboljšavanju položaja starih u društvu. To osobito važi za nadnacionalne organizacije poput UN-a i EU-a. Starenje populacije jedan je od najvećih izazova s kojim će svijet biti suočen u ovom stoljeću. Neminovno je da će utjecati na socijalne, ekonomske, kulturološke, psihološke i duhovne promjene u društvu. Starenje mijenja društvo u važnim i temeljnim elementima njegovog funkcioniranja i zahtijeva složenu procjenu i reorganizaciju ekonomskog i društveno političkog okvira. Trendovi u skrbi za stare u zemljama EU-a, a jednako tako i u RH, nastoje promovirati zdravo i aktivno starenje na koje se gleda kao na ključ za osiguravanje ravnopravne uloge osoba treće životne dobi u društvu. U ranijim pristupima, u kojima je

starijem čovjeku namijenjena uloga »primaoca usluga«, a ne aktivno sudjelovanje u donošenju i provođenju odluka bitnih za njegov život, preventivni pristup nije imao primarno značenje već je temeljno pitanje bilo kako staroj osobi omogućiti koliko-toliko dostojanstven ostatak života. Suvremeni trendovi koji su preventivno usmjereni teže poticanju samoaktivnosti starijeg čovjeka i zastupaju stajalište prema kojem je zadovoljavanje novih zahtjeva starijih ljudi moguće jedino njihovom većom društvenom aktivnošću u cjelini, a posebice uključenošću u donošenje za njih važnih odluka na razini lokalne zajednice. Uvođenje lokalnih izvaninstitucionalnih oblika skrbi u kojima će sam stariji čovjek, njegova obitelj i uža socijalna sredina imati aktivnu i važnu ulogu, jedan je od načina omogućavanja starijima da sami odlučuju o svojoj sudbini i prevladavanja osnovnih pogrešaka centraliziranog državnog planiranja (Walker i Maltby, 1997., prema Havelka, Despot Lučanin i Lučanin, 2000.). Zbog toga se politika skrbi u europskim zemljama sve više usmjerava k pružanju pomoći u kući, nastojeći starije osobe zadržati u njihovom domu te odgađajući, koliko je to moguće, smještaj u institucije. Zajednička strategija za većinu politika skrbi za stare europskih zemalja podrazumijeva jačanje skrbi zajednice. To međutim ne znači redukciju smještajnih kapaciteta već naprotiv osiguravanje dovoljnog broja smještajnih jedinica za one kojima je rezidencijalni ili stacionarni smještaj jedino rješenje te vođenje računa o tome da broj institucionalno smještenih osoba ne prelazi razumnu brojku (obično je to stopa do 5% starijih od 65 godina). Trendovi u skrbi za stare u RH samo jednim dijelom prate one na razini zemalja EU-a. Nerazvijenost lokalnih oblika upravljanja sustavima skrbi za stare, neadekvatna mreža institucionalnih oblika skrbi, nerazvijeni i nedovoljno jasni sustavi financiranja spojeni s visokim stopama rizika od siromaštva i socijalne

isključenosti predstavljaju »kronične bolesti« hrvatskog društva na planu skrbi za stare. Proces pridruživanja zemljama EU zbog toga će za RH značiti priliku i obavezu da u narednoj fazi izrade odgovarajućih politika skrbi za stare pažljivo prati trendove koji su se u ovom području jasno definirali osobito tijekom posljednja dva desetljeća.

LITERATURA

- AGE – the European Older People's Platform (2007). Bruxelles: AGE/inc Project: give a voice to older people in poverty and social exclusion!
- Bežovan, G. (2005). Procjena standarda stanovanja u Zagrebu kao razvojnog resursa. *Revija za socijalnu politiku*, 12 (1):23-44.
- Bežovan, G. (2000). Caring for children and old people. A comparison of European policies and practices (Tine Rostgaard. Torben Fridberg The Danish National Institute of Social Research. 1998.). *Revija za socijalnu politiku*, 7(2):212-215.
- Bouillet, D. (2003). Mogućnosti izvaninstitucionalnih oblika skrbi o starijim osobama. *Revija za socijalnu politiku*, 10(3):321-333.
- Central Bureau of Statistics (2004). *First release - Poverty indicators 2001 – 2003*. Central Bureau of Statistics. Zagreb, 13.2.2/1.
- Council of Europe (2001). *Recent demographic developments in Europe 2001*. Strasbourg: Council of Europe Publishing.
- Državni zavod za statistiku (2001). *Popis stanovništva 2001*. Posjećeno 11.10.2007 godine na mrežnoj stranici Državnog zavoda za statistiku: <http://dzss.hr>.
- Državni zavod za statistiku (2004). *Anketa o potrošnji kućanstva*. Posjećeno 11.10.2007 godine na mrežnoj stranici Državnog zavoda za statistiku: http://www.dzs.hr/Hrv/Publication/2006/14-1-1_1h2006.htm.
- ECFIN/EPC (2006). *Impact of ageing populations on public spending on pensions, health and long term care, education and employment benefits for the elderly*. Summary report. REP/238 final.
- EC (2004). *Green Paper, »Confronting demographic change: a new solidarity between the generations*. COM(2005) 94 final.
- European Commission (2006). *The social situation in the European Union 2005-2006: The Balance between generations in an ageing Europe*. European Commission. Directorate-General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities, Eurostat.

- European Commission (2003). *European Study of Long - Term Care Expenditure*. Retrieved July 12, 2007, from the European Commission Web site: http://ec.europa.eu/employment_social/social_situation/docs/european_study_long_term_care_en.pdf.
- European Communities (2004). *Living conditions in Europe statistical pocketbook*. Luxembourg.
- Hagberg (2002). *The significance of personality factors for various dimensions of life quality among older people*. Retrieved July 12, 2007, from the National Center for Biotechnology Information Web site: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>.
- Hašpl Jurišić, H. (2007). *Aktivno starenje umirovljenika*. Disertacija. Zagreb: Pravni fakultet, Studijski centar socijalnog rada.
- Hrvatski zavod za mirovinsko osiguranje (2007). *Statističke informacije* [datoteka s podacima]. Dostupno na mrežnim stranicama Hrvatskog zavoda za mirovinsko osiguranje: <http://www.mirovinsko.hr/default.asp?id=723>.
- Havelka, M., Despot Lučanin, J., Lučanin, D. (2000). Potrebe starijih osoba za cjelovitim uslugama skrbi u lokalnoj zajednici. *Revija za socijalnu politiku*, 7(1): 19-27.
- Koružnjak, B. (2003). Stanovanje za starije osobe- Interdisciplinirani pristup u formiranju općeg modela stanovanja za starije osobe. *Prostor*, 11(1):1-10.
- Larsson, K. (2007). The social situation of older people (Chapter 8). *International Journal of Social Welfare*, 16: S203-S218.
- Lawton, M. P., Moss, M., Duhamel, L. M. (1995). The quality of daily life among elderly care receivers. *The Journal of Applied Gerontology*, 14(2):150-171.
- Leutar, Z., Štambuk, A., Ruscak, S. (2007). Socijalna politika i kvaliteta života starijih osoba s tjelesnim invaliditetom. *Revija za socijalnu politiku*, 14(3-4):327-346.
- Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi (2007). Godišnje izvješće Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi za razdoblje od 2000. do 2005. (datoteka s podacima) Dostupno na mrežnim stranicama Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi: <http://www.mzss.hr>.
- Mesec, B. (2000). Stariji ljudi u Sloveniji. *Revija za socijalnu politiku*, 7(1):43-51.
- Monnier, A. (2007). Baby boomers: towards the end of an era. *Population and Societies*, 431:1-4.
- Mrđen, S. (2005). Projekcije stanovništva Hrvatske do 2031. godine. U: Živić, D., Pokos, N., Mišetić, A. (ur.), *Stanovništvo Hrvatske – dosadašnji razvoj i perspektive*. Zagreb: Institut društvenih znanosti Ivo Pilar.
- Obiteljski zakon. *Narodne novine*, br. 116/03.
- OECD (2005). *The OECD Health Project. Long-term care for older people*. Paris, OECD.
- Penezić, Z. (2002). *Skala optimizma-pesimizma*. Zbirka psihologijskih skala i upitnika:15-17.
- Porter, J. E. (2005). A phenomenological perspective on older widows satisfaction with their lives. *Research on Aging*, 27(1):80-115.
- Puljiz, V. (2005). Socijalna kohezija pred demografskim izazovima. Europska konferencija o stanovništvu 2005. Vijeće Europe. Strasbourg. 7-8 travanj. 2005. *Revija za socijalnu politiku*, 12(2):257-261.
- Schaie, K. W., Willis, S. L. (2001). *Psihologija starenja i odrasle dobi*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Tomek-Roksandić, S. (2006). Zdravlje i stariji. *Hrvatski časopis za javno zdravstvo*, 2(8).
- United Nations (2006). *Guidelines for review and appraisal of the Madrid international plan of action on ageing bottom-up participatory approach*. Department of Economic and Social Affairs New York.
- United Nations Programme on Ageing (2005). *Inter-regional consultation on the review and appraisal of the Madrid international plan of action on ageing 26-28 September 2005, Geneva*. Department of Economic and Social Affairs, Division for Social Policy and Development Social Integration Branch, New York.
- UNDP (2006). *Izvyješće o siromaštvu, nezaposlenosti i socijalnoj isključenosti*. Zagreb: Program Ujedinjenih naroda za razvoj .
- Ustav. *Narodne novine*, br. 41/2001.
- Walker, A., Barnes, M., Cox, L., Lessof, C. (2006). *New horizons research programme. Social exclusion of older people: Future trends and policies. Think piece*. London: Department for Communities and Local Government.
- Yang, Y. et al. (2004). The role of social engagement in life satisfactions: It's significance among older individuals with disease and disability. *Journal of Applied Gerontology*, 9(23):266-278.
- Zakon o socijalnoj skrbi. *Narodne novine*, br. 73/97, 27/00, 51/00, 82/01, 103/03.
- Zakon o zdravstvenoj zaštiti. *Narodne novine*, br. 121/03.
- Zakon o udomiteljstvu. *Narodne novine*, br. 79/07.
- Žganec, N. (2000). Njemački sustav socijalnog osiguranja za njegu. *Revija za socijalnu politiku*, 7(1):55-62.

Summary

TRENDS IN THE CARE FOR THE ELDERLY IN THE REPUBLIC OF CROATIA AND IN THE EU MEMBER STATES

Nino Žganec, Silvia Rusac, Maja Laklija

*Department of Social Work, Faculty of Law, University of Zagreb
Zagreb, Croatia*

Starting from the basic demographic trends, with the share of persons older than 65 years of age of 15.7%, Croatia matches the average of the EU member states. Since ageing of the population represents one of the greatest challenges that the world is faced with, the position of the elderly in society, quality of life in the older age and trends in the policy of care for the elderly are the matter of interest of political, professional and scientific-research circles of the largest number of the developed countries in the world. The analysis of the trends in the care for the elderly in EU member states, as well as in the Republic of Croatia, indicates the promotion of healthy and active ageing, which is regarded as the key for ensuring an equal role of the persons of the third age in society. A common strategy for most policies of care for the elderly in European countries includes strengthening of the community care, in the sense of developing non-institutional forms of care. Namely, unlike the trends in European countries, where the policy of care for the elderly is increasingly focused on provision of help in their homes, in an attempt to keep elderly persons in their own homes, the trends in the care for the elderly in the Republic of Croatia only partly follow the ones on the level of the EU due to insufficient development of local forms of management of systems of the care for the elderly, inadequate network of the institutional forms of care, underdeveloped and insufficiently clear systems of financing and so on. Ageing changes society in important and fundamental elements of its functioning, and demands a complex assessment and reorganisation of the economic and social political framework.

Key words: ageing, demographic trends, quality of life, position of the elderly in society, care for the elderly, Croatia, European Union.