

Percepcija studentske populacije o financijskim proizvodima dugotrajne skrbi za starije i nemoćne

Rako, Ružica

Master's thesis / Diplomski rad

2019

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, Faculty of Economics and Business / Sveučilište u Zagrebu, Ekonomski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:148:174520>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-01-13**



Repository / Repozitorij:

[REPEFZG - Digital Repository - Faculty of Economics & Business Zagreb](#)



Sveučilište u Zagrebu

Ekonomski fakultet

Diplomski sveučilišni studij Poslovne ekonomije, Financije

**PERCEPCIJA STUDENTSKE POPULACIJE O
FINANCIJSKIM PROIZVODIMA DUGOTRAJNE SKRBI ZA
STARIJE I NEMOĆNE**

Diplomski rad

Ružica Rako

Zagreb, rujan, 2019.

Sveučilište u Zagrebu

Ekonomski fakultet

Diplomski sveučilišni studij Poslovne ekonomije, Financije

**PERCEPCIJA STUDENTSKE POPULACIJE O
FINANCIJSKIM PROIZVODIMA DUGOTRAJNE SKRBI ZA
STARIJE I NEMOĆNE**

**PERCEPTION OF THE STUDENT POPULATION ABOUT
THE FINANCIAL PRODUCTS RELATED TO LONG – TERM
CARE**

Diplomski rad

Ružica Rako, 0067523731

Mentor: Doc. dr. sc. Jakša Krišto

Zagreb, rujan, 2019.

Sažetak

Dugotrajna skrb za starije i nemoćne jedan je od rastućih problema današnjice s kojim se susreću zdravstveni i socijalni sustavi gotovo svih razvijenih zemalja te posebice oni zemalja u razvoju. Kvaliteta pružene dugotrajne skrbi za starije razlikuje se među zemljama, kao i unutar pojedine države, a često ne zadovoljava potrebe pojedinaca. Dok je broj ljudi starijih od 80 godina u znatnom porastu, izdaci za zdravstvenu zaštitu ljudi u starijoj dobi osjetno su veći nego kada su u pitanju mlađe i srednje generacije. U sjeni nepovoljnih globalnih demografskih trendova, transformacije spolne strukture radno aktivnog stanovništva, izmijenjene uloge obitelji i slabljenja obiteljskih veza te deregulacije i liberalizacije tržišta rada, nedovoljna se pažnja ovom problemu posvećuje od strane mladih. Cilj ovog rada stoga je ispitati percepciju studentske populacije o problemu dugotrajne skrbi za starije i nemoćne i postojanju dostupnih relevantnih financijskih proizvoda. Dodatno, na temelju analize i iznijetih zaključaka pokušat će se dati i mogući prijedlozi za aktualizaciju ove teme. U radu je provedeno primarno istraživanje na uzorku studentske populacije putem anketnog upitnika o percepciji studenata o dugotrajnoj skrbi za starije i nemoćne i stavovima o načinima financiranja takve skrbi.

Ključne riječi: dugotrajna skrb, starenje, troškovi starenja, percepcija studenata

Abstract

Long-term care for the elderly is one of the globally growing problems, facing health and social systems of virtually all developed countries and especially ones of developing countries. The quality of provided services related to long-term care differs among countries, as well as within a particular country and often does not meet the needs of individuals. As the number of people over the age of 80 grows considerably, health care costs in old age are much higher than when it comes to younger and middle-aged people. Considering unfavorable global demographic trends, transformation of the sex-structure of the working population and deregulation and liberalization of the labor market, insufficient attention is paid to this problem by young people. The aim of this paper is, therefore, to examine the student population's awareness of the problem of long-term care and their knowledge about the availability of relevant financial products, as well as to draw possible suggestions for bringing this topic up to date among young people. Primary research on student population sample was conducted through a questionnaire on student perception of the long-term care and their views on how to fund such care.

Key words: long-term care, aging, aging costs, student's perception

Ime i prezime studenta/ice

IZJAVA O AKADEMSKOJ ČESTITOSTI

Izjavljujem i svojim potpisom potvrđujem da je _____

(vrsta rada)

isključivo rezultat mog vlastitog rada koji se temelji na mojim istraživanjima i oslanja se na objavljenu literaturu, a što pokazuju korištene bilješke i bibliografija. Izjavljujem da nijedan dio rada nije napisan na nedozvoljen način, odnosno da je prepisan iz necitiranog rada, te da nijedan dio rada ne krši bilo čija autorska prava. Izjavljujem, također, da nijedan dio rada nije iskorišten za bilo koji drugi rad u bilo kojoj drugoj visokoškolskoj, znanstvenoj ili obrazovnoj ustanovi.

Student/ica:

U Zagrebu, _____

(potpis)

Sadržaj

1. UVOD	1
1.1. Predmet i cilj rada.....	1
1.2. Izvori podataka i metode prikupljanja	1
1.3. Sadržaj i struktura rada	2
2. POJMOVNO ODREĐENJE DUGOTRAJNE SKRBI ZA STARIJE I NEMOĆNE I DEMOGRAFSKI TREND STARENJA.....	3
2.1. Definiranje dugotrajne skrbi za starije i nemoćne	3
2.2. Oblici pružanja dugotrajne skrbi za starije i nemoćne	5
2.2.1. Skrb izvan ustanove	5
2.2.2. Skrb u ustanovi	6
2.3. Institucije i pružatelji dugotrajne skrbi za starije.....	7
2.4. Demografske promjene i rastući troškovi dugotrajne skrbi za starije	10
2.4.1. Demografski trend starenja	10
2.4.2. Troškovi dugotrajne skrbi	12
2.5. Sustav dugotrajne skrbi za starije u Republici Hrvatskoj.....	14
2.5.1. Demografske karakteristike stanovništva Republike Hrvatske i potreba za dugotrajnom skrbi	14
2.5.2. Problemi i izazovi sustava dugotrajne skrbi za starije i nemoćne u Republici Hrvatskoj.....	18
3. OBLICI FINANCIRANJA DUGOTRAJNE SKRBI ZA STARIJE I NEMOĆNE	22
3.1. Uloga sustava socijalne skrbi	22
3.2. Privatni oblici financiranja dugotrajne skrbi za starije i nemoćne	33
3.2.1. Najzastupljeniji oblici privatnih aranžmana dugotrajne skrbi	33
3.2.2. Korisnici privatnog osiguranja dugotrajne skrbi.....	35
3.3. Uloga financijskih institucija u financiranju dugotrajne skrbi za starije	37
3.4. Financiranje dugotrajne skrbi u Republici Hrvatskoj.....	40
3.4.1. Važnost socijalne skrbi u Republici Hrvatskoj	40

3.4.2. Privatno financiranje dugotrajne skrbi u Republici Hrvatskoj.....	41
4. OBILJEŽJA STUDENTSKE POPULACIJE U REPUBLICI HRVATSKOJ I STRUKTURA ISTRAŽIVANJA	45
4.1. Karakteristike studentske populacije u Republici Hrvatskoj.....	45
4.1.1. Institucijske karakteristike studentske populacije.....	45
4.1.2. Socio-demografske karakteristike studentske populacije	45
4.2. Proces istraživanja i opis uzorka	48
4.2.1. Tijek istraživanja.....	48
4.2.2. Instrumenti istraživanja.....	48
4.2.3. Opis uzorka	49
4.3. Hipoteze istraživanja	50
4.4. Metodologija istraživanja	51
5. REZULTATI ISTRAŽIVANJA	53
5.1. Distribucija sudionika po socio-demografskim karakteristikama	53
5.2. Analiza rezultata anketnog upitnika	56
5.3. Ograničenja istraživanja	76
5.4. Prijedlozi za podizanje svjesnosti studenata o problemu dugotrajne skrbi za starije i nemoćne.....	76
6. ZAKLJUČAK	78
Literatura i izvori.....	80
Popis slika	83
Popis tablica	83
Prilozi	85
Prilog 1. Upitnik o dugotrajnoj skrbi za starije i nemoćne (Long Term Care – LTC).....	85

1. UVOD

1.1. Predmet i cilj rada

Dugotrajna skrb za starije i nemoćne jedan je od rastućih problema današnjice s kojim se susreću zdravstveni i socijalni sustavi gotovo svih razvijenih zemalja te posebice sustavi zemalja u razvoju. Pitanje kvalitete dugotrajne skrbi za starije osobe razlikuje se od zemlje do zemlje, kao i unutar pojedine države, a kvaliteta usluga često ne zadovoljava potrebe pojedinaca. Broj ljudi starijih od 80 godina u znatnom je porastu, a izdaci za zdravstvenu zaštitu ljudi u starijoj dobi osjetno su veći nego kada su u pitanju mlađe i srednje generacije. Adekvatno uređen sustav dugotrajne skrbi za starije i nemoćne iziskuje financijske i regulatorne napore države, napore jedinica regionalne i lokalne samouprave ali i samodoprinosa individualnih korisnika. Rastući izdaci samo su jedan od čimbenika koji ovom problemu daje globalnu dimenziju.

U sjeni nepovoljnih globalnih demografskih trendova, transformacije spolne strukture radno aktivnog stanovništva, izmijenjene uloge obitelji i slabljenja obiteljskih veza te deregulacije i liberalizacije tržišta rada, nedovoljna se pažnja ovom problemu posvećuje od strane onih koje će taj problem u budućnosti neminovno dočekati, a to su mladi.

Cilj ovog rada stoga je ispitati percepciju studentske populacije o problemu dugotrajne skrbi za starije i nemoćne, o načinima financiranja i dostupnosti financijskih proizvoda vezanih za problem dugotrajne skrbi te na temelju analize i uvida u njihovu percepciju i stavove o navedenom problemu iznijeti zaključke i moguće prijedloge za aktualizaciju ove teme.

1.2. Izvori podataka i metode prikupljanja

Podaci korišteni za potrebe ovog rada bit će prikupljeni iz referentnih izvora: znanstvenih članaka, knjiga, publikacija Državnog Zavoda za Statistiku, publikacija ministarstava, aktualnih zakona i Vladinih strategija za različita područja. U radu je provedeno primarno istraživanje na uzorku studentske populacije putem anketnog upitnika o stavovima studenata o financijskim proizvodima dugotrajne skrbi za starije i nemoćne. U analizi su korištene metode deskriptivne i inferencijalne statistike. Točnije, deskriptivna statistika korištena je za analizu

socio-demografskih varijabli, dok je provjera hipoteza provedena metodama inferencijalne statistike i to primjenom utvrđivanja razlika između različitih podskupina ispitanika, bilo primjenom t-testa ili primjenom jednosmjerne analize varijance (ANOVA). Korištena je i korelacijska analiza za istraživanje i kvantificiranje povezanosti među varijablama, točnije Pearsonov koeficijent korelacije kojim su utvrđivane povezanosti između određenih varijabli. Primijenjena je i višestruka regresijska analiza.

1.3. Sadržaj i struktura rada

Rad se sastoji od šest cjelina.

Uvodni dio iznosi cjelovitu sliku problema te ciljeve koji se žele postići analizom izabrane teme.

Drugo poglavlje odnosi se na definiranje osnovnih pojmova vezanih za područje dugotrajne skrbi. Opisuje karakteristike takve skrbi, načine pružanja, definira pružatelje te institucije u kojima se spomenuta skrb pruža. Također, daje uvid u dugoročna globalna demografska kretanja, načine na koje ona utječu na rast troškova dugotrajne skrbi za starije i nemoćne te daljnje prijetnje i izazove koji proizlaze iz nepovoljnih projekcija. Konačno, iznosi se pregled stanja u sustavu dugotrajne skrbi za starije i nemoćne u Republici Hrvatskoj.

Treće poglavlje tiče se načina financiranja dugotrajne skrbi. Daje pregled aktualnog stanja i načina financiranja u određenim zemljama te primjere najbolje prakse. Nadalje, pobliže opisuje i relevantne financijske proizvode, dostupne mahom na tržištima razvijenih zemalja. Kraj ovoga poglavlja donosi pregled načina financiranja dugotrajne skrbi u Republici Hrvatskoj.

Četvrto poglavlje pobliže opisuje uzorak i njegove karakteristike, opisuje proces istraživanja, iznosi hipoteze istraživanja i definira korištenu metodologiju.

Peto poglavlje tiče se analize podataka prikupljenih u primarnom istraživanju. Iznose se dobiveni rezultati, donose zaključci i iznosi rasprava o rezultatima istraživanja. Ovo poglavlje uključuje raspravu i prijedloge za podizanje svjesnosti studenata o istraživanom problemu.

U zaključnom dijelu rada sažeto su izneseni cilj rada, analiza problema te doneseni zaključci.

2. POJMOVNO ODREĐENJE DUGOTRAJNE SKRBI ZA STARIJE I NEMOĆNE I DEMOGRAFSKI TREND STARENJA

2.1. Definiranje dugotrajne skrbi za starije i nemoćne

Pod starenjem se podrazumijeva proces tijekom kojeg se događaju promjene u funkciji dobi. Obično se razlikuju tri osnovna vida starenja:

- biološko, odnosno promjene, usporavanje funkcija organizma s vremenom;
- psihološko, odnosno promjene u psihičkim funkcijama i prilagodba ličnosti na starenje;
- socijalno, odnosno promjene u odnosu pojedinca koji stari i društva u kojem živi.¹

Uslijed navedenih bioloških, psiholoških i socijalnih promjena kod starijih ljudi dolazi do potrebe za intenzivnom njegom i pomoći kako bi im se omogućilo nesmetano odvijanje svakodnevnih aktivnosti.

Dugotrajna skrb za starije i nemoćne skup je aktivnosti usmjerenih ka pomoći starijim ljudima smanjenih kognitivnih i fizičkih mogućnosti u obavljanju za život neophodnih radnji.

Pomoć se može odnositi na obavljanje osnovnih svakodnevnih aktivnosti (hranjenje, kupanje, odijevanje, ustajanje iz kreveta, odlazak na WC) i/ili instrumentalnih svakodnevnih aktivnosti (kupovina, pranje odjeće, pospremanje, kuhanje, upravljanje financijama, telefoniranje, itd.)²

Prema OECD 2011., potražnja za dugotrajnom skrbi izrazito ovisi o dobi; u većini je OECD zemalja svaka peta osoba koja prima dugotrajnu skrb mlađa od 65 godina, dok je otprilike polovica korisnika starija od 80 godina.³

Podatke o uslugama dugotrajne skrbi teško je prikupiti i postoje neka poznata ograničenja. Podaci za neke zemlje odnose se samo na osobe koje primaju javno financiranu skrb, dok druge zemlje uključuju i osobe koje samostalno plaćaju za vlastitu skrb. Npr., podaci o stanju sustava dugotrajne skrbi za Francusku i Češku odnose se na broj osoba koje traže naknadu za

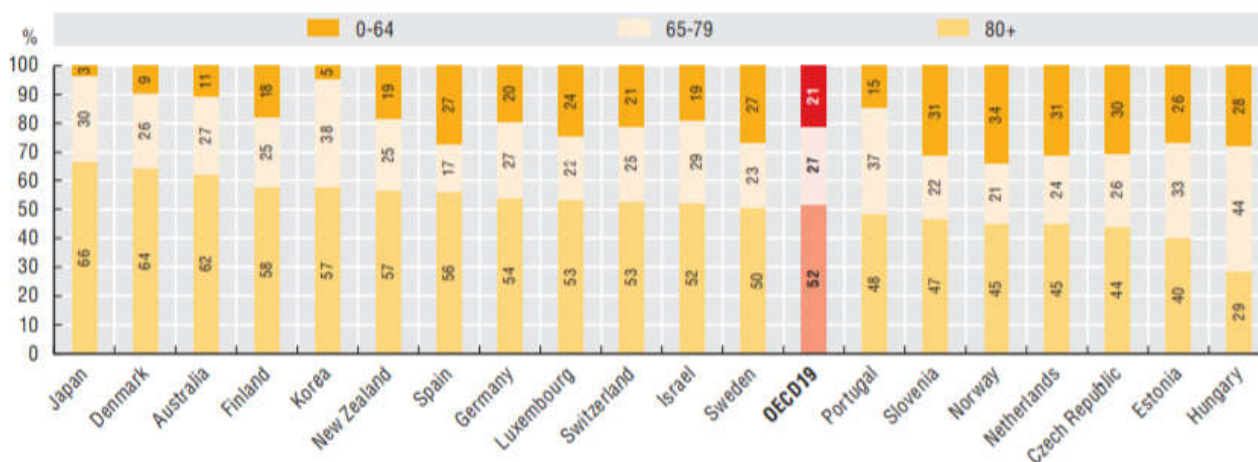
¹ Duraković, Z. i suradnici, (2007) *Gerijatrija: Medicina starije dobi*. Udžbenici Sveučilišta u Zagrebu. Zagreb: C.T. – Poslovne informacije d.o.o., str. 428.

² Bađun, M. (2015) Neformalna dugotrajna skrb za starije i nemoćne osobe, *Newsletter, Povremeno glasilo instituta za javne financije*, (100)

³ OECD (2011) *Help Wanted? Providing and Paying for Long – Term Care*. Pariz: OECD.

njegu, što ne odgovara izravno broju primatelja usluge. Neke zemlje koriste različite dobne kategorije: umjesto da bilježi ljude u dobi od 65 i više godina, Belgija izvješćuje o onima u dobi od 60 godina i starijima, a Island o onima sa 66 i više godina.⁴

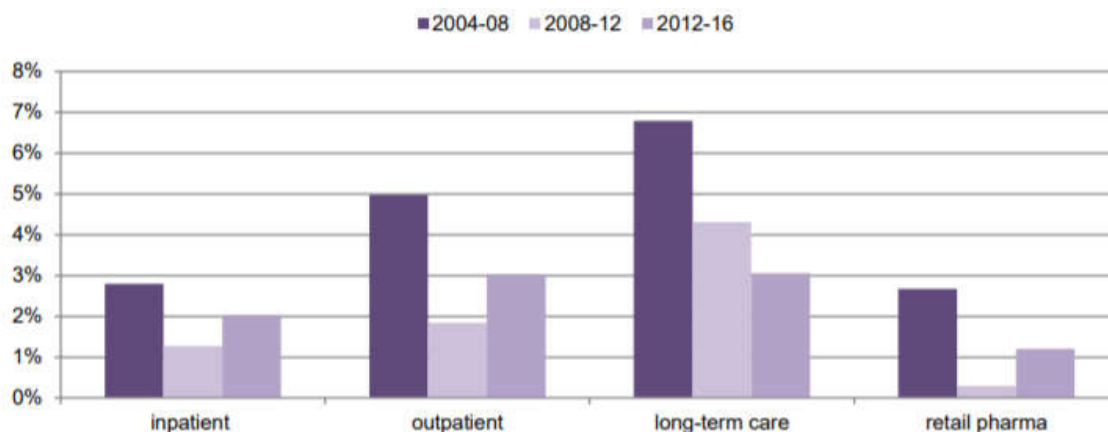
Slika 1 - Udio primatelja dugotrajne skrbi, prema dobi, 2015. (ili najbližoj godini)



Izvor: OECD Health Statistics 2017.

Ubrzano starenje stanovništva nezaobilazan je trend koji će u skoroj budućnosti zasigurno potaknuti lavinu promjena vezanih za temelje dosadašnjeg sustava dugotrajne skrbi u većini zemalja, a to su: većinsko financiranje putem državnog proračuna i opterećenje javnih financija, preveliko oslanjanje na neplaćenu, neformalnu skrb za starije i nemoćne od strane članova obitelji te slabo organizirana i nedovoljna mreža skrbi koja je često razlog da i oni koji bi mogli platiti uslugu ne mogu dobiti željenu uslugu.

Slika 2 - Prosječni godišnji rast odabranih zdravstvenih usluga, prosjek OECD-a, 2004-16



Izvor: OECD Health Statistics 2018.

⁴ OECD (2017) *Health at a glance*. Pariz: OECD.

U pretkriznom razdoblju izdaci za dugotrajnu skrb bili su najbrže rastući dio potrošnje u zdravstvu i dosežali čak do 7% godišnje. Iako se nakon krize rast usporio, svejedno je ostao snažan. Pretkrizne visoke stope rasta mogu se pripisati novim politikama financiranja dugotrajne skrbi za starije i nemoćne implementiranim u nekim zemljama, posebice Koreji i Njemačkoj.⁵

Iz navedenog se može zaključiti kako se razvijene zemlje itekako susreću s ovim problemom te kontinuirano rade na izgradnji pravednijeg i učinkovitijeg sustava dugotrajne skrbi za starije i nemoćne.

Dugotrajna skrb za starije i nemoćne osobe dijeli se na formalnu i neformalnu. Formalna je ona skrb odobrena i poticana od strane države, te najčešće uključuje smještaj nemoćnih u institucije (ustanove) u vlasništvu države (u Hrvatskoj većinom u vlasništvu jedinica regionalne samouprave) i novčane naknade štíćenicima kako bi im se osigurao standard usluga koje su im potrebne. S druge strane, neformalna skrb uglavnom se tiče pomoći pružane od strane članova obitelji, a ne profesionalnog osoblja, koji skrbe o nemoćnoj osobi unutar duljeg vremenskog razdoblja. Specifičnosti društvenog, socijalnog i političkog naslijeđa i konteksta države uvelike utječu na oblikovanje sustava dugotrajne skrbi za starije i nemoćne.

2.2. Oblici pružanja dugotrajne skrbi za starije i nemoćne

2.2.1. Skrb izvan ustanove

Oblici skrbi za starije izvan ustanove usmjereni su jačanju sposobnosti starijeg čovjeka za brigu za sebe i očuvanju njegove neovisnosti. Također teže jačanju uloge obitelji u skrbi o starijoj osobi pružanjem podrške putem razvijenog sustava servisa za pružanje brojnih i raznolikih vrsta pomoći u lokalnoj zajednici. U okviru novih pristupa skrbi o starijima, uloga države, nadležnih ministarstava i lokalnih tijela državne vlasti trebala bi biti uglavnom koordinirajuća, a stvarno provođenje skrbi prepušteno lokalnoj zajednici i planirano sukladno posebnostima koje u pojedinoj lokalnoj zajednici postoje. U tu svrhu, očekuje se uspostavljanje čitave mreže manjih organizacija: privatnih, humanitarnih ili neprofitnih koje bi ponudile pružanje raznolikih usluga starijim osobama koje žive u svojim kućanstvima. Programi skrbi za starije ljude izvan ustanove imaju nekoliko prednosti:

⁵ OECD (2018) *Spending on Health: Latest trends*. Pariz: OECD.

1. Omogućuju zadovoljenje potreba najvećeg broja starijih ljudi.
2. Odvijaju se u prirodnoj obiteljskoj sredini te su prihvatljiviji i dostupniji, kako za same starije ljude tako i za njihove obitelji, a prilagođeni su i velikim pojedinačnim razlikama među starijim ljudima.
3. Potiču korištenje postojećih i razvijaju nove oblike obiteljskih i lokalnih izvora pomoći i podrške.
4. Ne zahtijevaju ulaganje velikih novčanih sredstava jer se dobrim dijelom osnivaju na dragovoljnom radu i podršci članova obitelji, dobrosusjedskoj pomoći i malim privatnim uslužnim servisima u lokalnoj zajednici.⁶

2.2.2. Skrb u ustanovi

U malom broju slučajeva najteže zdravstveno oštećenih i socijalno izoliranih starijih ljudi potpuno ovisnih o tuđoj pomoći (najčešće skupina starijih od 80 godina) sustav lokalne skrbi izvan ustanove nužno se mora oslanjati na jedini preostali način skrbi u stakvim stanjima – na stacionarnu institucijsku skrb. Medicinske ustanove (gerijatrijske bolnice i odjeli) prihvaćaju i liječe akutno i kronično bolesne starije osobe kad medicinska njega u kući više nije dovoljna. Te ustanove ne osiguravaju trajni boravak nego liječenje starijih osoba.⁷

Domovi za starije osobe su ustanove za trajni smještaj i zbrinjavanje. U Hrvatskoj danas postoje domovi za starije i nemoćne osobe u vlasništvu države, ali sve je veći broj privatnih domova za starije i nemoćne koji smještaju manji broj korisnika i pružaju različite stupnjeve skrbi za starije, ovisno o njihovim zdravstvenim i socijalnim potrebama. Postoje i posebne ustanove, državne i privatne za smještaj odraslih osoba s tjelesnim ili mentalnim oštećenjima te duševnih bolesnika. Malo ljudi odlučuje živjeti u domu samo na osnovi vlastite želje. Češći su razlozi loše zdravstveno stanje, ovisnost o pomoći drugih, nemogućnost obitelji da skrbi o nemoćnoj osobi, nepostojanje obitelji, ustupanje vlastitog doma djeci, loši odnosi s obitelji ili osjećaj osamljenosti i odbačenosti povezan sa sve većim funkcijskim ograničenjima koja prate starost.⁸

⁶ Duraković, Z. i suradnici, (2007) *Gerijatrija: Medicina starije dobi*. Udžbenici Sveučilišta u Zagrebu. Zagreb: C.T. – Poslovne informacije d.o.o., str. 443. – 444.

⁷ Duraković, Z. i suradnici, (2007) *Gerijatrija: Medicina starije dobi*. Udžbenici Sveučilišta u Zagrebu. Zagreb: C.T. – Poslovne informacije d.o.o., str. 443. – 444.

⁸ Ibidem

2.3. Institucije i pružatelji dugotrajne skrbi za starije

Usluge dugotrajne skrbi se razlikuju u zemljama članicama EU. Razlike postoje u pokrivenosti stanovništva, obimu usluga kao i u pogledu korištenih organizacijskih shema rada.⁹

Povijesno gledano, koncept dugotrajne skrbi bio je zanemaren kao socijalni rizik. U mnogim zemljama, među kojima je i Hrvatska, dugotrajna skrb je i danas uvelike organizirana, pružena i osnivana prije svega unutar obitelji ili od strane neformalnih mreža. Međutim, u posljednjih nekoliko desetljeća, mnoge europske zemlje, suočavajući se s izazovima starenja stanovništva i promjenama u kontekstu skrbi unutar tradicionalne obitelji, počele su znatno proširivati postojeće programe i provoditi novu shemu socijalne zaštite upravo u području dugotrajne skrbi.¹⁰

Institucije namijenjene skrbi o starijim i nemoćnim osobama jesu medicinske ustanove te domovi za starije i nemoćne koji se, ovisno od zemlje do zemlje, dijele na one domove u privatnom ili državnom vlasništvu (ili vlasništvu jedinica lokalne ili regionalne samouprave).

Što se tiče pružatelja usluga unutar formalne njege starijih i nemoćnih, većinu odgovornosti i obveza snosi razina primarne zdravstvene zaštite (obiteljski liječnici), institucije njege u kući, fizikalne terapije u kući i različite volonterske udruge u jedinicama lokalne samouprave. Takve udruge danas se dobrim dijelom financiraju novcem iz fondova Europske Unije koja nastoji istovremeno povećati i razinu skrbi u smislu osposobljavanja i zapošljavanja gerontodomaćica i gerontonegovateljica što, s druge strane, povećava zasposlenost ugroženih skupina jer se novcem iz spomenutih programa osposobljavaju teško zapošljive skupine (nezaposlene žene sa 50 i više godina) kojima su plaćeni programi osposobljavanja i edukacije, što je i potkrijepljeno u nastavku teksta.

Europski socijalni fond (ESF) je jedan od strukturnih fondova Europske kojemu je osnovni cilj smanjenje razlika u životnom standardu u državama članicama EU i to kroz promicanje ekonomske i socijalne kohezije. ESF je usmjeren na poticanje poduzetništva, pružanje pomoći posloprimcima u pronalaženju boljih radnih mjesta i uspostavi pravednijih mogućnosti za sve građane EU-a prilikom njihovog zapošljavanja. Europska komisija i zemlje članice EU-a

⁹ Jedvaj S., Štambuk A., Rusac S. (2014) Demografsko starenje stanovništva i skrb za starije osobe u Hrvatskoj, *Socijalne teme*, Vol. 1, No. 1, str. 145.

¹⁰ Jedvaj S., Štambuk A., Rusac S. (2014) Demografsko starenje stanovništva i skrb za starije osobe u Hrvatskoj, *Socijalne teme*, Vol. 1, No. 1, str. 145.

zajednički određuju prioritete Europskog socijalnog fonda (ESF) i načine trošenja njegovih financijskih sredstava. U Republici Hrvatskoj prioritetna područja financiranja putem ESF-a su zapošljavanje, obrazovanje, socijalno uključivanje te razvoj civilnog društva.

Osobita se važnost pridaje projektima koji doprinose višoj razini zapošljivosti, te stvaranju boljih uvjeta za zapošljavanje skupina u nepovoljnom položaju, kao i većoj dostupnosti socijalnih usluga.

Ciljevi prioriteta su usmjereni na potporu socijalno osjetljivim skupinama koje se nalaze u nepovoljnom položaju u pristupu zapošljavanju, kao i na razvoj socijalnih usluga u zajednici koje doprinose općoj zapošljivosti. Ovaj prioritet također ima za cilj unaprjeđenje mogućnosti zapošljavanja i promicanje usklađivanja rada i obiteljskog života kroz razvoj novih i poboljšanje kvalitete postojećih socijalnih usluga u zajednici. Vrste aktivnosti: osobe s invaliditetom, osobe s niskim stupnjem obrazovanja, nezaposlene mlade osobe, starije osobe, dugotrajno nezaposlene osobe, žene, korisnici pomoći i usluga socijalne skrbi, pripadnici nacionalnih manjina i ostale socijalno osjetljive skupine društva kroz sudjelovanje u projektnim aktivnostima mogu steći dodatna znanja i vještine, proći programe psihološkog osnaživanja, prekvalifikacije, dokvalifikacije, treninge o životnim vještinama, ojačati motivaciju za sudjelovanje u aktivnostima zajednice i drugo. Kroz projekte vezane uz razvoj socijalnih usluga u zajednici pridonosi se boljem socijalnom uključivanju socijalno osjetljivih skupina, kao i boljem usklađivanju radne i obiteljske uloge onih osoba koje brinu o ovisnom članu obitelji te olakšavanju njihovog pristupa zapošljavanju.¹¹

Kada se u obzir uzme neformalna skrb, pružatelji usluga su članovi obitelji, susjedi, vjerske institucije, a nerijetko dolazi i do zapošljavanja nestručnog kadra za pomoć u kući, najčešće u sivoj zoni.

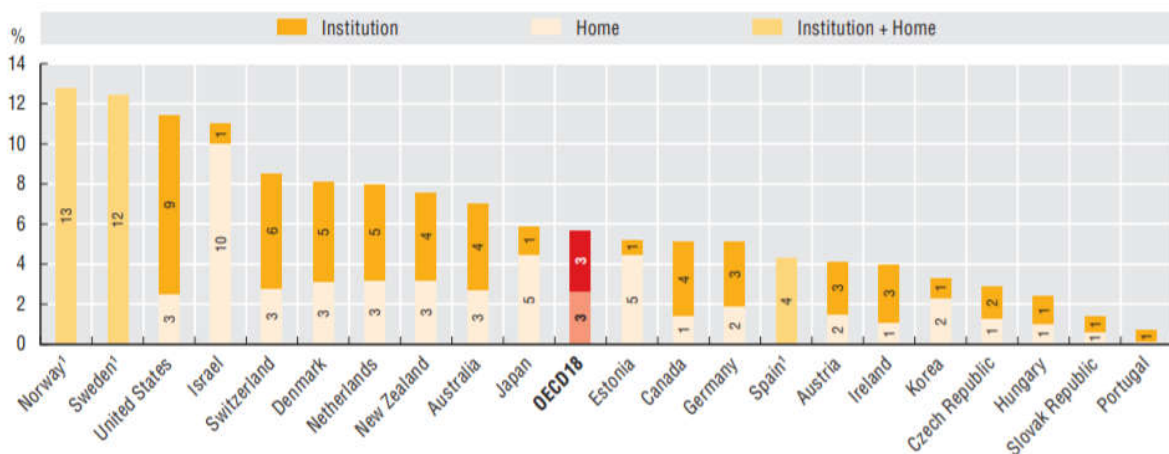
U OECD zemljama, jedna od deset odraslih osoba neformalno (obično neplaćeno) skrbi/njeguje osobe s funkcionalnim ograničenjima. Udio pružatelja neformalne skrbi u ukupnom stanovništvu kreće se od 8 do 16%, a dvije trećine su žene. U više od polovice slučajeva radi se o njezi niskog intenziteta (manje od 10 sati tjedno), kakva njega prevladava u zemljama sjeverne Europe, dok je u južnoj Europi više od 30% neformalne njege intenzivno (preko 20 sati tjedno). U Španjolskoj je, primjerice, udio intenzivne njege oko 50%. Pritom valja napomenuti da mediteranske zemlje imaju općenito nešto veći udio starijih ljudi koji

¹¹ Europski socijalni fond (2019). *Programsko razdoblje 2014.-2020.* [online]. Dostupno na: esf.hr/europski-socijalni-fond/ [25. kolovoza 2019.]

žive s djecom, dok sjeverne članice EU-a imaju najmanji udio. U zemljama OECD-a jedna od pet osoba starijih od 50 godina s nekim oblikom ograničenja dnevnih aktivnosti prima neformalnu skrb, a taj se udio udvostručuje kod osoba s dva ili više ograničenja.¹²

U svijetu se procjenjuje da je 349 milijuna ljudi ovisno o skrbi i to 5%, odnosno 18 milijuna su djeca mlađa od 15 godina, a 29%, odnosno 101 milijun, jesu osobe starije od 60 godina. Ovisnost o njezi nastaje kada je funkcionalna sposobnost pala na to pojedinac više ne može bez pomoći poduzeti osnovne zadatke potrebne za svakodnevni život. Koegzistirajuće kronične bolesti (multimorbidnost) su često povezane s potrebom za zdravljem i socijalnom skrbi za starije osobe. Takvu skrb u većini zemalja pružaju neformalni pružatelji skrbi (npr., supružnik primatelja skrbi, odrasla djeca ili drugi rođaci ili prijatelji), a žene su primarni skrbnici. Skrbnici osoba sa smanjenim kapacitetima izloženi su većem riziku doživljavanja psihološkog stresa i depresije. U mnogim zemljama s niskim i srednjim prihodima, formalni sustav dugotrajne skrbi slabo je razvijen, što rezultira negativnim učincima na njegovatelje i ima dubok utjecaj na fizički, emocionalni i ekonomski status žena i drugih obiteljskih skrbnika.¹³

Slika 3 - Radna snaga u dugotrajnoj skrbi, na 100 osoba, u dobi od 65 i više godina, 2015. (ili najbliža godina)



Izvor: OECD Health Statistics 2017.

¹² Bađun, M. (2015) Neformalna dugotrajna skrb za starije i nemoćne osobe, *Newsletter, Povremeno glasilo instituta za javne financije*, (100)

¹³ World Health Organization (WHO) (2017) *Integrated care for older people, Guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity*. Geneva: WHO.

Što se tiče proizvoda i usluga, usluge dugotrajne skrbi mogu se pružati u naturi (fizička pomoć ili „in kind“ usluge) ili u obliku novčanih naknada, kao dodatak koji se isplaćuje njegovatelju (članu obitelji) ili kao novčana naknada za primatelja skrbi kojom podmiruje potrebne usluge. In-kind usluge (usluge u naturi) mogu biti medicinske ili druge usluge pružene kod kuće, kao što je dnevna skrb, a osim toga može uključivati i pružanje institucionalne skrbi u domu za njegu i palijativnu skrb. Takve pogodnosti mogu zahtijevati od korisnika da samostalno financira dio troškova što obično zahtjeva informiranje o korisnikovu socijalno imovinskom statusu. Većina OECD zemalja pruža i „in-kind“ usluge i novčane naknade, dok nekolicina zemalja prakticira samo pokrivanje prve vrste usluga (Australija, Mađarska, Japan, Novi Zeland, Švedska i Meksiko). U Austriji, Francuskoj i Češkoj, novčane naknade su glavni (ali ne i jedini) oblik pomoći. Neke nordijske zemlje uvele su sheme vouchera za najam usluga osobama kojima je potrebna skrb.¹⁴

Proizvodi i usluge dijele se na one za pomoć u kući i pomoć izvan kuće. Kod neformalne njege, ovisno o stanju štićenika, s pružateljima usluga dogovaraju se aktivnosti koje su mu/joj potrebne, a mogu se ticati pomoći kod osobne higijene, nabavke hrane ili lijekova, kuhanja ili organiziranja prehrane i sl.

Za razliku od neformalne njege, proizvodi i usluge koji se pružaju u ustanovama ili odjelima namijenjenim starijim osobama (u okviru formalne njege) su uvelike standardizirani, a uključuju njegu, medicinsku skrb, pripremu hrane, fizioterapiju, pa čak i kulturno zabavna zbivanja (npr. organizirani izleti za pokretne).

2.4. Demografske promjene i rastući troškovi dugotrajne skrbi za starije

2.4.1. Demografski trend starenja

Nova otkrića u medicini, razvoj tehnologije, samim time i dijagnostike, iskorijenjivanje bolesti koje su u prošlosti rezultirale izuzetno visokim stopama smrtnosti novorođenčadi, poboljšanje higijenskih i drugih uvjeta života, cijepljenje te općenito dostupnost zdravstvene zaštite samo su neki od razloga koji su doveli do produljenja životnog vijeka čovječanstva.

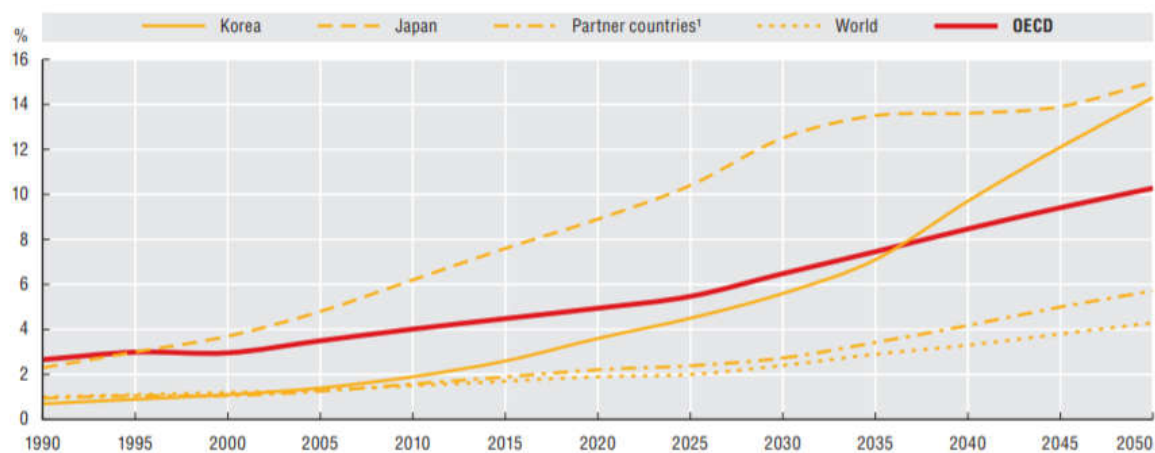
¹⁴ Uređeno prema: OECD (2011) *Help Wanted? Providing and Paying for Long – Term Care*. Pariz: OECD.

Globalni problem današnjice tiče se, ne više produljenja životnog vijeka, nego adekvatnog zbrinjavanja starijih i nemoćnih koji, u kombinaciji sa niskim stopama fertiliteta, zauzimaju sve veći udio u ukupnoj populaciji.

U prosjeku u svim zemljama OECD-a, udio stanovništva starijeg od 65 godina povećao se s manje od 9% u 1960. na 17% u 2015., a očekuje se nastavak povećanja, sa dosezanjem udjela od 28% u 2050. U više od dvije trećine zemalja OECD-a, najmanje jedna četvrtina stanovništva bit će starija od 65 godina 2050. Očekuje se da će taj udio biti posebno velik u Hrvatskoj, Japanu, Španjolskoj, Portugalu, Grčkoj i Koreji, gdje projekcije do 2050. godine pokazuju kako će 40% stanovništva biti starije od 65 godina. Starenje stanovništva će se također brzo pogoršavati u Kini, gdje se očekuje da će se udio stanovništva starijih od 65 godina u razdoblju od 2015. do 2050. utrostručiti. Isto tako, Izrael, Sjedinjene Američke Države i Meksiko bilježit će postupno povećanje udjela starije populacije zbog značajnog priljeva migranata i više stope plodnosti. Rast udjela stanovništva od 80 godina i više će biti još dramatičniji. U prosjeku u svim zemljama OECD-a, gotovo 5% stanovništva imalo je 80 godina i više u 2015., a do 2050. godine postotak će se povećati na više od 10%. U Italiji, Španjolskoj, Portugalu i Njemačkoj, očekuje se da će se udio stanovništva u dobi od preko 80 godina udvostručiti u odnosu na 2015. godinu. Uspon će biti još brži u Koreji, gdje će udio stanovništva starijeg od 80 godina rasti između 3% i 14% u sljedeća četiri desetljeća. Starenje stanovništva fenomen je koji utječe na zemlje širom svijeta, ali brzina procesa varira. Brzina starenja stanovništva osobito je velika u Japanu, gdje se prognozira da će se udio stanovništva u dobi od 80 i više godina povećati s 2% do gotovo 8% u razdoblju od 2015. do 2050. Stanovništvo u Koreji ostaje relativno mlado, ali očekuje se da će brzo rasti u narednim desetljećima, tako da će 2050. godine udio stanovništva starijeg od 80 godina biti gotovo isti kao onaj u Japanu. Tempo starenja stanovništva sporiji je u zemljama koje nisu članice OECD-a, iako se očekuje ubrzanje. U velikim partnerskim zemljama, uključujući Brazil i Kinu, manje od 2% stanovništva bilo je starije od 80 godina u 2015., iako se očekuje da će taj udio doseći brojku od blizu 7% u Brazilu i više od 8% u Kini do 2050. godine.¹⁵

¹⁵ OECD (2018) *Health at a glance*. Pariz: OECD.

Slika 4 - Kretanje udjela stanovništva starijeg od 80 godina, 1990-2050



Izvor: OECD Historical Population Data and Projections Database, 2017.

Slika 4 potvrđuje prethodno navedene tvrdnje o rapidno rastućem udjelu starog stanovništva u ukupnom stanovništvu.

2.4.2. Troškovi dugotrajne skrbi

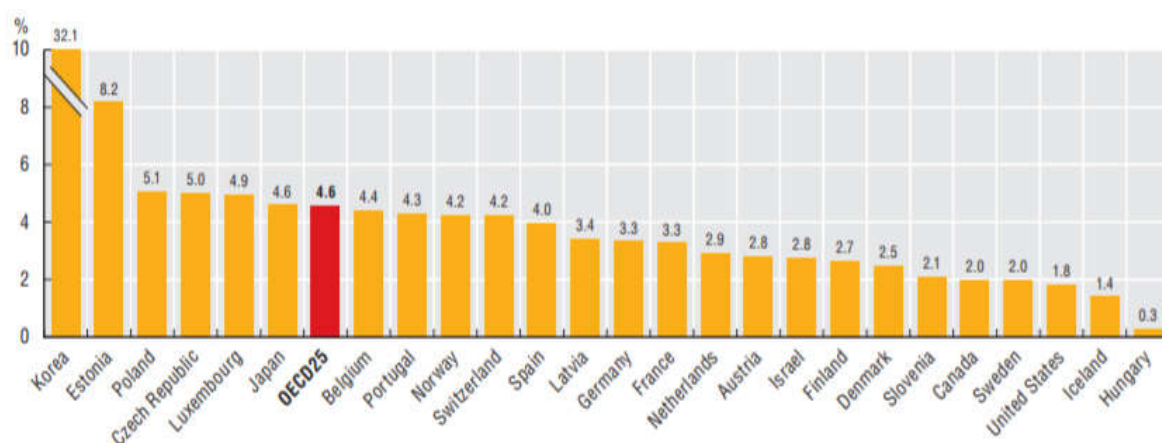
Sa starenjem stanovništva, razumljivo, rastu i zdravstveni troškovi. Izdaci za zdravstvenu zaštitu ljudi u starijoj dobi osjetno su veći nego kada su u pitanju mlađe i srednje generacije. Prema procjenama koje iznose B. Palier i G. Esping-Andersen, stari ljudi u dobi iznad 65 godina na zdravstvenu zaštitu troše 3,2 puta više od druge populacije, dok oni stariji od 75 godina na zdravstvene usluge troše 4,1 puta više od mlađih kontingenata stanovnika.¹⁶

Porast potrošnje za dugotrajnu skrb (LTC) očekuje se narednih godina. Starenje stanovništva dovodi do toga da veći broj osoba treba stalnu zdravstvenu i socijalnu skrb; rastući prihodi povećavaju očekivanja o kvaliteti života u staroj dobi; opskrba neformalne skrbi potencijalno se smanjuje, a povećanje produktivnosti je teško postići u takvom, radno intenzivnom, sektoru. Svi ti faktori stvaraju velike pritiske na potrošnju. Značajan udio usluga dugotrajne skrbi plaćen je iz obveznog zdravstvenog osiguranja. Ukupna državna/obvezna potrošnja na dugotrajnu skrb (uključujući obje komponente - zdravstvene i socijalne skrbi) iznosila je prosječno 1,7% BDP-a u svim zemljama OECD-a u 2015. godini. Sa 3,7% BDP-a, najveći je potrošač bila Nizozemska, gdje su javni izdaci za dugotrajnu skrb bili dvostruko veći od prosjeka OECD-a. Naprotiv, u Mađarskoj, Estoniji, Poljskoj, Izraelu i Latviji iznosili su

¹⁶ Puljiz V. (2016) Starenje stanovništva – izazov socijalne politike; *Rev. soc. polit.*, god. 23, br. 1, str. 92-93.

manje od 0,5% BDP-a. Ova varijacija može djelomično odražavati razlike u strukturi stanovništva, ali i razvoju formalnih sustava dugotrajne skrbi, za razliku od neformalnijih aranžmana koji se uglavnom temelje na njezi koju pružaju neplaćeni članovi obitelji. Unatoč problemima nedovoljnog izvještavanja koji ograničavaju usporedivost, dostupni podaci o pokriću troškova dugotrajne skrbi privatnim fondovima ukazuju na to da u nekim slučajevima to može igrati značajnu ulogu, npr. u Švicarskoj (0,7% BDP-a), Njemačkoj i Velikoj Britaniji (0,6%). Slijedom toga, udio privatne potrošnje u ukupnoj potrošnji na dugotrajnu skrb, viši je od 30% u tim zemljama. Granice između potrošnje zdravstvenog i socijalnog sustava za dugotrajnu skrb još uvijek nisu u potpunosti vidljive u svim zemljama. Javljaju se problemi u izvještavanju o pojedinim komponentama dugotrajne skrbi kod nekih kao dijela zdravstvene zaštite, dok kod drugih kao dijela socijalnih izdataka. Švedska i Norveška troše 2,5% ili više svog BDP-a na zdravstveni dio dugotrajne skrbi koja se financira se iz državnih/obveznih programa, što je dvostruko više od prosjeka OECD-a. Nizozemska pak bilježi najvišu razinu javne potrošnje na socijalni dio dugotrajne skrbi, mnogo više od prosjeka OECD-a od 0,4%. Projekcijski scenariji upućuju na to da će se dodijeljena javna sredstva za dugotrajnu skrb kao udio u BDP-u udvostručiti ili rasti čak i više do 2060. Jedan od glavnih izazova u budućnosti bit će pronalazak ravnoteže između pružanja odgovarajuće socijalne zaštite osobama s dugotrajnim potrebama skrbi i osiguranja da je takva skrb fiskalno održiva.¹⁷

Slika 5 - Godišnja stopa rasta rashoda za dugotrajnu skrb (zdravstvenu i socijalnu) od strane vlade i obvezne sheme osiguranja, 2005-15 (ili najbliža godina)



Izvor: OECD Health Statistics 2017.

¹⁷ Uređeno prema: OECD (2017) *Health at a glance*. Pariz: OECD.

2.5. Sustav dugotrajne skrbi za starije u Republici Hrvatskoj

2.5.1. Demografske karakteristike stanovništva Republike Hrvatske i potreba za dugotrajnom skrbi

Hrvatska populacija u prosjeku je stara 42 godine (muškarci 40, a žene 43,5 godina, ponajprije zato što žene u prosjeku žive dulje, a muškaraca je više u mlađim dobnim skupinama jer se na godinu u prosjeku rađa 5% više dječaka nego djevojčica). Usporedba broja stanovnika Hrvatske u dobi od 65 i više godina u odnosu na broj djece mlađe od 15 godina pokazuje da je broj onih u dobi od 65 i više godina veći za 100.000. Smanjivanje indeksa starenja ispod 100 nije izgledan i ne očekuje se. Unatoč tome što se broj stanovnika Hrvatske iz godine u godinu smanjuje, broj stanovnika u dobi od 65+ stalno se povećava. Oko 2030. u Hrvatskoj će, ako se nastave sadašnji trendovi i ne useli se više ljudi, broj stanovnika pasti ispod 4 milijuna, a broj starijih (65+) dosegnut će milijun (povećanje od oko 250.000 ljudi u odnosu na danas). U milijun starijih iz populacije u dobi od 65+ „najstarijih starih“ (80+) bit će više od 250.000 stanovnika. Životni vijek hrvatske populacije produljuje se jer sve više stanovnika doživi starost i ubraja se u starije dobne skupine. Unatoč tome očekivano je trajanje života u Hrvatskoj u 2011. bilo za otprilike tri godine niže od prosjeka zemalja Europske unije, a u odnosu na zemlje s najduljim životnim vijekom i do šest godina, što je velika razlika na navedene prosječne veličine. Muškarci u dobi od 50 godina mogu očekivati da 60-ak posto preostalih godina života prožive u dobrom zdravlju. Žene u istoj dobi očekuje otprilike pola preostalih godina u dobrom zdravlju do kraja života. Onima u dobi od 65 godina malo više od trećine (žene) odnosno pola (muškarci) preostalih godina života bit će godine proživljene u zdravlju.¹⁸

U popisu stanovništva 2011. prikupljeni su podaci i o stanovništvu s teškoćama u obavljanju svakodnevnih aktivnosti. Ukupno ih je bilo oko 760 tisuća, u dobnoj skupini stanovnika od 65 do 69 godina, 35% imalo je takve poteškoće, dok je u skupini od 80 do 84 godine 59% imalo poteškoće.¹⁹

Pomoć druge osobe u obavljanju svakodnevnih aktivnosti ukupno je trebalo 233 tisuće stanovnika; od toga je oko 150 tisuća starijih od 65 godina. Pomoć druge osobe koristilo je

¹⁸Čipin, I., Smolić, S., (2013). *Ekonomika starenja u Hrvatskoj– Rezultati istraživanja* [online]. Dostupno na: http://www.efzg.unizg.hr/UserDocsImages/MGR/ssmollic/ESTARENJA/ekonomika_starenja_web.pdf [06. lipnja 2019.]

¹⁹ DZS (2013) *Popis stanovništva, kućanstava i stanova 2011. godine*. Zagreb: Državni zavod za statistiku.

202 tisuće ljudi, a među njima je starijih od 65 godina bilo oko 130 tisuća, odnosno oko dvije trećine. Jasno je kako potreba za pomoći druge osobe raste s dobi, a najveći broj osoba kojima treba pomoć i koji primaju pomoć u dobnoj je skupini od 75 do 79 godina. Nakon toga broj opada zbog veće smrtnosti. Među osobama starijim od 65 godina koje trebaju i primaju pomoć, 70% su žene, što je posljedica činjenice da žene žive duže. U svim dobnim skupinama prije 65 godina starosti više je muškaraca koji koriste pomoć nego žena.²⁰

Prema podacima iz upisnika i evidencija o pružateljima socijalnih usluga, koje vodi Ministarstvo za demografiju, obitelj, mlade i socijalnu politiku, na dan 31.12.2015. g, uslugu smještaja kao institucionalnog oblika skrbi u RH pružalo je slijedećih 197 pružatelja:

- državni domovi za stare i nemoćne (3)
- županijski (decentralizirani) domovi za starije i nemoćne (45)
- domovi drugih osnivača (97) i
- druge pravne osobe koje pružaju usluge smještaja bez osnivanja doma (52) osnivači su udruge, vjerske zajednice ili druge pravne osobe i obrtnici.

Prema statističkim podacima Ministarstva za demografiju, obitelj, mlade i socijalnu politiku, stanje na dan 31.12.2015.g., 17.141 osoba stara 65 i više godina smještena je u domove i druge pravne osobe za starije i nemoćne osobe, od čega su temeljem rješenja centra za socijalnu skrb smještene 3.374 osobe stare 65 i više godina.

Prema statističkim podacima Ministarstva za demografiju, obitelj, mlade i socijalnu politiku, stanje na dan 31.12.2015. g., u domovima za starije i nemoćne osobe kojima je osnivač županija, a koji čine 59,08% ukupnih smještajnih kapaciteta u institucionalnom smještaju na smještaj je čekalo 769 osoba kojima je pravo na uslugu smještaja priznato temeljem rješenja centra za socijalnu skrb, od tog broja 387 osoba bilo je zainteresirano za trenutni smještaj. Rješenje centra za socijalnu skrb o smještaju uvijek se donosi za određeni dom pa su podaci točni, međutim podaci o broju osoba koje čekaju na smještaj temeljem ugovora, a njih je prema istom izvoru bilo 72.054 osobe od kojih je 25.992 bilo zainteresirano za smještaj vjerojatno je uvećan iz razloga što se ista osoba može prijaviti u više domova.

²⁰ Bađun, M. (2015) Neformalna dugotrajna skrb za starije i nemoćne osobe, *Newsletter, Povremeno glasilo instituta za javne financije*, (100)

Nadalje, izvaninstitucijski oblik usluge smještaja za starije i nemoćne osobe pružaju obiteljski domovi kojih je prema Evidenciji fizičkih osoba koje samostalno obavljaju socijalnu skrb kao profesionalnu djelatnost na dan 31.12.2015. bilo upisano 336 za starije osobe. Na isti datum bilo je 1240 udomiteljskih obitelji za starije osobe, prema podacima prikupljenim za potrebe Službe za stare i nemoćne osobe, osobe s problemima ovisnosti i azilante (dalje Služba za starije osobe). U udomiteljskoj obitelji mogu biti smještene najviše četiri starije i nemoćne osobe, iznimno moguće je smjestiti i više od četiri osobe ako se radi o odraslom korisniku hitnog ili povremenog udomiteljstva, u udomiteljskoj obitelji koja ispunjava propisane uvjete, uz prethodnu suglasnost centra udomitelja. U obiteljskom domu usluge smještaja mogu se pružati za pet do dvadeset starijih i nemoćnih osoba.

Prema statističkim podacima Ministarstva na dan 31.12.2015. godine, u obiteljskim domovima temeljem rješenja centra za socijalnu skrb bilo je smješteno 291 osoba. Prema podacima Službe za starije osobe na dan 31.12.2015. u 231 obiteljskom domu koji su dostavili podatke bilo je smješteno ukupno (temeljem rješenja centra za socijalnu skrb i temeljem ugovora o smještaju) 2.774 starije i nemoćne osobe. Prema podacima Službe za starije osobe, prikupljenim od centara socijalne skrbi koji utvrđuju uvjete i izdaju rješenja za obavljanje udomiteljstva, na dan 31. 12. 2015. bilo je smješteno 3.279 starijih i nemoćnih osoba.²¹

Tabela 1 donosi novije podatke o broju pružatelja smještaja i pomoći u kući za starije osobe po županijama.

²¹ Ministarstvo za demografiju, obitelj, mlade i socijalnu politiku (2017) *Nacrt Strategije socijalne skrbi za starije osobe u Republici Hrvatskoj za razdoblje od 2017.-2020.* Zagreb: MDOMSP.

Tabela 1 - Pružatelji usluge smještaja te pomoći u kući za starije osobe po županijama (broj pružatelja/kapacitet, stanje na dan 31.12.2016.)

ŽUPANIJA	DRŽAVNI DOM	DECENTRALI -ZIRANI (ŽUPANIJSKI) DOM	DOM DRUGIH OSNIVAČA	DRUGE PRAVNE OSOBE (bez osnivanja doma)	OBITELJSKI DOM	UDOMITELJ-STVO <small>udomitelji za odrasle osobe/kapacitet za odrasle osobe;starije osobe na smještaju</small>	Ukupni kapacitet za smještaj starijih osoba	PRUŽATELJI USLUGE POMOĆ U KUĆI BEZ DOMOVA i DRUGIH PRAVNIH OSOBA (bez osnivanja doma) (broj pružatelja)
Zagrebačka	-	-	15/765	18/530	51/766	305/931/444	2.505	9
Krapinsko-zagorska	-	-	4/411	1/9	12/144	59/164/154	718	10
Sisačko-moslavačka	-	2/428	1/42	10/163	24/309	112/383/344	1.286	12
Karlovačka	-	1/222	2/87	1/22	31/460	92/310/310	1.101	9
Varaždinska	-	1/360	6/550	2/40	18/293	71/187/122	1.365	5
Koprivničko-križevačka	-	1/270	5/277	3/55	15/221	168/499/383	1.206	6
Bjelovarsko-bilogorska	-	1/250	4/329	14/175	23/355	133/429/370	1.479	6
Primorsko-goranska	-	4/768	5/455	5/63	20/340	7/16/16	1.642	13
Ličko-senjska	-	1/354	-	-	2/38	7/23/16	408	11
Virovitičko-podravska	-	-	3/118	-	11/152	67/215/172	442	5
Požeško-slavonska	-	2/312	2/103	3/94	2/19	17/59/55	583	7
Brodsko-posavska	-	1/268	2/91	12/169	17/300	139/426/319	1.147	5
Zadarska	-	1/372	1/134	3/47	18/276	15/54/40	869	8
Osječko-baranjska	-	3/773	7/343	1/20	34/530	168/452/383	2.049	12
Šibensko-kninska	1/86	2/388	1/16	-	3/49	3/7/6	545	9
Vukovarsko-srijemska	-	2/328	4/363	2/104	14/248	70/184/183	1.226	24
Splitsko-dalmatinska	-	4/1.029	14/733	10/126	14/248	21/37/34	2.170	14
Istarska	-	4/520	4/301	4/118	8/122	6/6/6	1.067	3
Dubrovačko-neretvanska	2/85	4/362	1/82	-	3/31	1/1/0	560	5
Medimurska	-	1/282	7/490	-	8/116	38/100/90	978	3
Grad Zagreb	-	10/3.515	24/1.914	6/76	33/532	45/134/31	6.068	6
UKUPNO	3/171	45/10.801	112/7.604	95/1.811	361/5.549	1.544/4.617/3.478	29.414	182

Izvor: MDOMSP: Strategija socijalne skrbi za starije osobe u Republici Hrvatskoj za razdoblje od 2017.-2020. (2018.)

Kao što je navedeno ranije u tekstu, Hrvatska se nalazi među 10 najstarijih zemalja u svijetu. Projekcije budućih trendova svjedoče o činjenici kako Hrvatsku ne čeka svijetla demografska budućnost. Rastom broja starijih i nemoćnih osoba, rastu i njihove potrebe za pomoći u obavljanju svakodnevnih aktivnosti. Najveći obol u rješavanju problema adekvatnog zbrinjavanja starijih i nemoćnih osoba u Hrvatskoj daje sustav socijalne skrbi Repulike Hrvatske, na čelu sa Ministarstvom za demografiju, obitelj, mlade i socijalnu politiku. Sustav socijalne skrbi, po pitanju starijih i nemoćnih svakako je u neraskidivoj suradnji sa zdravstvenim i mirovinskim sustavom. Uz suradnju socijalnog, zdravstvenog i mirovinskog sustava koji predstavljaju formalni dio skrbi za starije i nemoćne, postoji i neformalni dio, koji je neusporedivo manje zastupljen a odnosi se na privatno i vlastito financiranje dugotrajne skrbi.

Načini financiranja sustava dugotrajne skrbi za starije i nemoćne u Republici Hrvatskoj bit će detaljnije opisani u narednom poglavlju.

2.5.2. Problemi i izazovi sustava dugotrajne skrbi za starije i nemoćne u Republici Hrvatskoj

Zaseban, formaliziran, organiziran i jasno strukturiran sustav dugotrajne skrbi u Republici Hrvatskoj ne postoji. On se temelji na suradnji zdravstvenog, socijalnog i mirovinskog sustava i samostalnom angažmanu obitelji i/ili drugih osoba u organizaciji brige za primatelja skrbi. Većina daljnjih izazova u funkcioniranju adekvatno organizirane dugotrajne skrbi proizlazi upravo iz parcelizacije i nepostojanja uređenog sustava.

Problemi funkcioniranja sustava dugotrajne skrbi za starije i nemoćne u Hrvatskoj proizlaze i iz nepovoljnih trendova, kojima se ne nazire rješenje. Prvi od tih trendova jest visoka nezaposlenost i mali udio radno aktivnog stanovništva što rezultira sve manjim uplatama u zdravstveni i mirovinski fond te vodi ka malim mirovinama kojima nije moguće osigurati adekvatnu skrb. Drugi trend je odljev radno aktivnog kontigenta koji je jednoj zemlji prijeko potreban, prvenstveno zbog ranije spomenutih uplata u fondove, a potom i zbog brige o starijim i nemoćnim koja prirodno pada na najbliže članove obitelji, najčešće djecu koja kada napuštaju zemlju prisiljavaju državu da skrbi o njima. Treći nepovoljan trend koji onemogućava postojanje funkcionalnog sustava skrbi za starije i nemoćne jest loša situacija i konstantan deficit zdravstvenog sustava Republike Hrvatske, koji djelomično pati također zbog nedostatka uplata u zdravstveni fond što vodi ka manjku sredstava za uopće održavanje postojećeg standarda zdravstvene zaštite, a pogotovo za ovakav oblik skrbi. Uputno je spomenuti i predstojeću reformu mirovinskog sustava za koju se očekuje da će utjecati na još veće smanjenje mirovina te time i još veći problem ionako neodrživog mirovinskog sustava koji umirovljenicima omogućava minimum egzistencijalnih potreba. Dodatan problem je i duboko ukorijenjeno naslijeđe socijalističkog sistema slijedom kojeg stariji i nemoćni vjeruju kako je država odgovorna za podmirivanje svih njihovih potreba, a privatno financiranje dugotrajne skrbi ne vide kao opciju.

Strategija socijalne skrbi za starije osobe u Republici Hrvatskoj za razdoblje od 2017.-2020. ističe nekoliko temeljnih problema sustava dugotrajne skrbi za starije i nemoćne i donosi mjere za njihovo rješavanje:

Tabela 2 - Problemi sustava dugotrajne skrbi za starije i nemoćne i mjere usmjerene ka rješavanju istih

PROBLEMI SUSTAVA		
ZAKONODAVNI OKVIR	INFORMIRANJE I PODIZANJE RAZINE SVIJESTI O PRAVIMA STARIJIH OSOBA	ŠIRENJE I UNAPREĐENJE USLUGA U ZAJEDNICI
Neujednačeni uvjeti pristupa mreži socijalnih usluga za korisnike i pružatelje odnosno neujednačeni modeli financiranja domova za starije osobe	Slaba informiranost o pravima starijih osoba	Nedovoljna i neravnomjerna dostupnost usluga za starije osobe na cjelokupnom području države
Nedovoljan nadzor rada pružatelja usluga za starije osobe		
Nedovoljna socijalno-ekonomska zaštita starijih osoba-nacionalna mirovina		
Nemogućnost ostvarivanja prava na status njegovatelja za skrb o starijim osobama		
MJERE USMJERENE KA RJEŠAVANJU PROBLEMA		
Reforma načina plaćanja usluge dugotrajnog smještaja za starije osobe koje su smještene u državnim i decentraliziranim domovima	Praćenje kršenja prava starijih osoba	Ujednačavanje dostupnosti kapaciteta za smještaj starijih osoba
Reforma organizacije rada inspekcije	Stvaranje preduvjeta za informiranje i podizanje razine svijesti o pravima starijih osoba	Razvijanje usluga za starije osobe usmjerenih zadržavanju starijih osoba u njihovom domu
Uvođenje nacionalne mirovine		Osiguravanje usluga usmjerenih povećanju kvalitete života starijih osoba
Donošenje propisa kojim će se regulirati pravo na status njegovatelja za skrb o starijim osobama		Primjena „Upitnika o praćenju pokazatelja kvalitete u domovima za starije“ kod pružatelja usluga za starije osobe
		Primjena priručnika “Vodič/14 uputa za aktivno zdravo starenje – hrvatski model”
		Primjena smjernica pravilne prehrane za starije / jelovnici kod pružatelja usluga za starije osobe
		Održavanje regionalnih sastanaka s pružateljima usluga za starije osobe
		Jačanje kompetencija radnika koji skrbe o starijim osobama

Izvor: Izrada autorice prema: Strategija socijalne skrbi za starije osobe u Republici Hrvatskoj za razdoblje od 2017.-2020.

Osim promjena koje se događaju na globalnoj razini a odnose se na osiguranje dugotrajne skrbi (demografsko starenje stanovništva, rastuća potreba za adekvatnim zbrinjavanjem

starijih i nemoćnih) Europu, a naročito Središnju i Istočnu, karakterizira i specifikum velikog odljeva radnog kontigenta koji odlazi u inozemstvo obavljati poslove vezane za skrb o starijima i nemoćnima iako je i u njihovim domicilnim zemljama potražnja za takvim radnicima velika. Naime, ovakav disbalans nastaje zbog činjenice da je Europska Unija omogućila veliku migraciju između zemalja članica te laku zapošljivost van domicila dok se istovremeno životni standardi i visine plaća drastično razlikuju od zemlje do zemlje. Sve to dovodi do pojave da se radnici iz siromašnijih zemalja EU, a to su mahom zemlje Središnje i Istočne Europe (Central and Eastern Europe), zapošljavaju u sektoru skrbi o starijima i nemoćnima u bogatim zemljama EU gdje imaju mogućnost zaraditi i višestruko veće plaće uz povoljnije radne uvjete, ostavljajući za sobom domicilna tržišta deficitarna prijeko potrebnim radnim kontigentom.

Problem se javlja i stoga što današnje generacije starijih osoba žele visoku kvalitetu života, žele ostati neovisne i aktivne bez obzira na svoju dob. S druge strane, brzo starenje popraćeno je drastičnim promjenama obiteljske strukture i njezinih uloga. Urbanizacija, migracija mladih ljudi u gradove u potrazi za radnim mjestom, smanjenje obitelji, sve više radno aktivnih žena ujedno znači smanjenje broja članova obitelji koji su u mogućnosti brinuti za starije osobe. Buduće starije osobe drastično će se razlikovati od današnjih generacija starijih osoba odraslih u doba siromaštva i skromnosti. Današnje osobe zrele životne dobi odrasle su tijekom brzog ekonomskog rasta (1986. – 1991.) tek započinju ulaziti u mirovine. Većina žena iz tih dobnih kohorti sudjelovala je na tržištu rada i imala manji broj djece od svojih prethodnica. Za ovu dobnu skupinu, koja u vrhunac starosti ulazi oko 2030. godine, manje je vjerojatno da će, kao njihovi prethodnici, štedjeti novac za buduće generacije te će ovisiti o pomoći svoje djece. Njihova su djeca tijekom radnog vijeka suočena s recesijom. Predviđanja su da će ti mladi ljudi imati niži životni standard od svojih roditelja te imati još manji broj djece. Brojne razvijene zemlje u kojima su na djelu ovi procesi upravo stoga si ne mogu priuštiti luksuz da starije osobe nisu dio radne snage. Sudjelovanje starijih osoba na tržištu rada tako postaje esencijalno za održavanje društva brojnih europskih zemalja. Upravo stoga u bliskoj budućnosti možemo očekivati korjenite promjene postojećeg društvenog okruženja, ali i sve dominantniju ulogu starijih osoba. Postojeći sustavi ukazuju na jasnu potrebu za reformama, i upravo stoga je proces prilagodbe na novu situaciju težak i zahtijeva potpunu reorganizaciju postojećeg ekonomskog i društvenog okvira. Budući da navedene trendove možemo i dalje očekivati, potrebno je izgraditi promišljen i aktivan koncept socijalne skrbi za starije osobe koji će pružiti djelotvoran odgovor na sadašnju demografsku situaciju i potrebe starijih osoba

za cjelovitim i kontinuiranim oblicima skrbi. Holistički pristup planiranju i pružanju socijalnih usluga ključan je za zadovoljavanje različitih potreba pojedinaca i njihovih obitelji i zahtijeva koordinirane intervencije različitih pružatelja usluga, uključujući socijalne i zdravstvene usluge, obrazovne usluge, službe zapošljavanja i ostale javne usluge dostupne svim građanima.²²

²² Jedvaj S., Štambuk A., Rusac S. (2014) Demografsko starenje stanovništva i skrb za starije osobe u Hrvatskoj, *Socijalne teme*, Vol. 1, No. 1, str. 148.-151.

3. OBLICI FINANCIRANJA DUGOTRAJNE SKRBI ZA STARIJE I NEMOĆNE

3.1. Uloga sustava socijalne skrbi

Izvori financiranja sustava dugotrajne skrbi za starije su:

- a) državni izvori,
- b) proračuni jedinica regionalne i lokalne samouprave,
- c) socijalna pomoć,
- d) privatno osiguranje,
- e) samostalne uplate,
- f) ostali izvori.

Financiranje od strane države odnosi se uglavnom na trošak državnog proračuna. Ovakav način financiranja, uz financiranje putem proračuna jedinica regionalne i lokalne samouprave, tipičan je u zemljama u razvoju i bivšim tranzicijskim zemljama zbog izuzetno niske razine socijalne zaštite izvan obitelji ili drugih neformalnih mreža i izvan socijalne pomoći. Privatno osiguranje i „out of pocket“ način dugoročnog izdvajanja sredstava tijekom radnog vijeka, kao osiguranje potreba u budućnosti, karakterističniji je za bogatije zemlje zbog veće financijske moći stanovništva ali i razlika u načinima funkcioniranja zdravstvenih i mirovinskih sustava.

Tabela 3 - Usporedba značajki sustava dugotrajne skrbi u Europi

Nordijske zemlje	Opsežnija državna intervencija, formalni izvori skrbi, univerzalan, sveobuhvatan i javno financiran sustav unutar kojeg su usluge najčešće javnoprružane i kvalitetne
Srednja i južna Europa	Tradicija familizma, snažna usmjerenost na obitelj koja zadržava socijalnu funkciju skrbi
Južnoeuropske zemlje	Slaba razvijenost usluga, regionalne razlike u obuhvatu uslugama, fragmentacija sustava
Postkomunističke zemlje	Skrb je obiteljska odgovornost, sustavi dominantno organizirani po principima socijalne skrbi, fragmentirani i slabo razvijene infrastrukture

Izvor: Izrada autorice prema: Dobrotić, I. (2016) *Razvoj i poteškoće sustava skrbi za starije osobe u Republici Hrvatskoj, Društvena istraživanja, Vol. 25, No. 1*

Gruba usporedba europskih zemalja pokazuje kako opsežnija državna intervencija karakterizira nordijske zemlje koje počivaju na formalnim izvorima skrbi te su razvile univerzalan, sveobuhvatan i javno financiran sustav unutar kojeg su usluge najčešće javno pružane i kvalitetne.²³ Suprotno, zemlje pripadnice liberalnog režima karakterizira rezidualan sustav s visoko uvjetovanim pristupom uslugama.²⁴ U zemljama srednje i južne Europe Bismarckova tradicija priječila je razvoj sveobuhvatnijih sustava skrbi za starije.²⁵ Stoga te zemlje karakterizira tradicija familizma, odnosno snažne usmjerenosti na obitelj koja zadržava socijalnu funkciju skrbi, što je često poduprto novčanim naknadama. Usluge su slabije razvijene i često rezidualnoga karaktera, pa obitelji rješenje nerijetko traže u pružanju neformalne skrbi od migranata. Problem slabe razvijenosti usluga, koji prate regionalne razlike u obuhvatu uslugama, izraženiji je kod južnoeuropskih zemalja, a pružanje i razvoj usluga dodatno otežava fragmentacija sustava.²⁶ Sličnu situaciju nalazimo u postkomunističkim zemljama, gdje sve veća potreba za uslugama dugotrajne skrbi ne dobiva potrebnu važnost te često ostaje obiteljska odgovornost, dok su sustavi dominantno organizirani po principima socijalne skrbi fragmentirani i slabo razvijene infrastrukture.²⁷

U većini zemalja, dugotrajna skrb za starije osobe nije zasebno područje socijalne politike. Mnogi stručnjaci ukazuju na problem rascjepkanosti odgovornosti i politike sa posljedičnim nedostatkom integracije zdravstvenih i socijalnih aspekata pružanja dugotrajne zaštite. Dugotrajna skrb se obično financira iz različitih izvora i organizirana je na različitim razinama, horizontalno i vertikalno. U većini zemalja, prije svega, postoji horizontalna podjela odgovornosti između sektora zdravstva i socijalne skrbi u smislu regulacije, financiranja i pružanja usluga (npr. AT, BE, BG, CH, CY, CZ, DE, EE, EL, ES, FR, HR, HU, IT, LI, LT, LV, MK, NO, PL, RO, SI, SK, UK (osim Škotske)). Mnogi stručnjaci istaknuli su da ova horizontalna podjela otežava koordinaciju skrbi, a u nekim zemljama fragmentacija čak i koči pružanje usluga, zbog političkog neslaganja oko toga tko bi trebao platiti što (npr. LT). Neke države uspjele su organizirati svoj sustav na relativno integrirani način između

²³ Szebehely, M., Trydegård, G-B. (2012) Home care for older people in Sweden: A universal model in transition, *Health and Social Care in the Community*, 20(3), 300–309.

²⁴ Comas-Herrera, A., Wittenberg, R., Pickard, L. (2010) The long road to universalism? Recent developments in the financing of long-term care in England, *Social Policy & Administration*, 44(4)

²⁵ Ranci, C., Pavolini, E. (2013) Institutional change in long-term care: Actors, mechanisms and impacts. U C. Ranci i E. Pavolini (Ur.), *Reforms in long-term care policies in Europe: Investigating institutional change and social impacts* (str. 269–314). New York: Springer.

²⁶ Costa-Font, J. (2010) Devolution, diversity and welfare reform: Long - term care in the 'Latin Rim', *Social Policy & Administration*, 44(4), 481–494.

²⁷ Dobrotić, I. (2016) Razvoj i poteškoće sustava skrbi za starije osobe u Republici Hrvatskoj, *Društvena istraživanja*, Vol. 25, No. 1, str. 24.

zdravstva i socijalne skrbi (npr. IE, DK, UK/Scotland, PT). Noviji napori za poboljšanje koordinacije između zdravstvenih i društvenih veza dugotrajne skrbi ostvareni su u Norveškoj, ali i u Mađarskoj i Francuskoj. U Norveškoj, uloga (uključujući i financijsku odgovornost) regionalnih i lokalnih vlasti u cjelokupnom sustavu ojačana je u tu svrhu. Zapanjujuće, Nizozemska je od 2015. s ciljem osiguranja financijske održivosti krenula u suprotnom smjeru od EU: od integrirane nacionalne sheme prema shemi koja uključuje različite razine upravljanja i odgovornosti podijeljene između zdravstvene i socijalne skrbi. Ova horizontalna podjela između zdravstvenog i socijalnog sektora u mnogim je zemljama popraćena vertikalnom podjelom odgovornosti, s kompetencijama podijeljenim na različite institucionalne razine: nacionalna, regionalna i lokalna.²⁸

Dugotrajna skrb koju pružaju zdravstveni djelatnici kao što su fizioterapeuti i medicinske sestre i liječnici opće prakse obično se regulira i financira na nacionalnoj razini (npr. BE, CH, CY, CZ, EL, FR, HR, HU, IE, LI, LT, LV, MK, NL, PL, RO, SI, UK), a ponekad i na regionalnoj razini (npr. DK, IT). Socijalna skrb za starije osobe, koja uključuje usluge skrbi kojima je cilj pomoći osobi ovisnoj o skrbi u provođenju svakodnevnih aktivnosti (kao što su kućni poslovi, jelo itd.) regulirana je na nacionalnoj razini (npr. BG, CY, EL, HU, IE, IT, LU, MK, MT, SI), na regionalnoj ili na lokalnoj razini (npr. DK, FI, LV, NO, UK), a često i kao kombinacija između ove tri razine (npr. AT, BE, CH, ES, FR, HR, HU, IS, LI, LT, NL, PL, RO, RS, TR). Osiguranje socijalne pomoći često je odgovornost regionalne (npr. AT, BE, CH, ES, FR, HR, IT, MT, NL, RO) i lokalne jedinice (npr. BG, DK, EE, EL, IT, LT, CY, FI, IS, NL, NO, RO, SI, TR, UK). Kućnu njegu najčešće organiziraju lokalne jedinice. Neke zemlje također imaju stalne usluge dugotrajne skrbi, organizirane na državnoj razini (npr. BG, EL, HR, LV, MT, SI, RS, TR, UK) ili u domovima koje vode mirovinski fondovi (npr. MK). Skrb mogu pružati javni pružatelji usluga/lokalna tijela (općine), neprofitne organizacije, privatni dobavljači i pojedinci, obično ugovorene ili sufinancirane od strane općina (npr. AT, BG, BE, CY, CH, CZ, ES, FI, IS, LV, MT, NL, NO, SI, TR). Pružatelji skrbi također mogu biti angažirani od strane osiguravajućih društava (npr. DE). U nekim zemljama, odgovornosti za dugotrajnu skrb (uključujući i financiranje) decentralizirane su prema regijama (npr. BE, ES, FR, NL) i općinama (npr. NL, RO, UK/Engleska). Stručnjaci ističu da decentralizirane politike čine financiranje nestabilnim i ranjivim (npr. BE, ES, NL, RO). Primjer značajnih izdvajanja iz vlastitog džepa imamo u Velikoj Britaniji i rezultat je smanjenja transfera

²⁸ Uređeno prema: EC (2018) European Social Policy Network (ESPN): *Challenges in long-term care in Europe, A study of national policies*. Brussels: EC.

središnje države lokalnim vlastima. Budžetski motivi često su igrali ulogu u politikama decentralizacije (npr. ES, NL, RO). U mnogim zemljama teret financiranja dugotrajne skrbi od strane lokalnih tijela znatno je povećan (npr. BG, NL). U nekim zemljama decentralizacija kompetencija omogućila je pregrupiranje nekih od prethodno strogo podijeljenih odgovornosti između zdravstvenog i socijalnog sektora (npr. BE, FR) i osiguravanja integriranije skrbi (npr. FR). U mnogim zemljama značajno sudjelovanje regionalnih i lokalnih tijela u financiranju i pružanju skrbi, rezultira značajnim regionalnim/lokalnim razlikama u pruženoj skrbi, kriterijima prihvatljivosti i plaćanjima iz vlastitog džepa (npr. BE, CH, CZ, ES, FI, IT, NL, RO, SE).²⁹

Pored mirovinskog i zdravstvenog sustava, dugotrajna skrb o starima i nemoćnima posljednjih godina zaokuplja sve više pažnje. Uostalom, broj ljudi starijih od 80 godina u znatnom je porastu. Oni imaju potrebu za dugotrajnom skrbi ne samo zbog toga što su mnogi od njih nemoćni, nego i zbog toga što su se tradicionalni obiteljski skrbnici uglavnom zaposlili izvan obitelji. Tako je dugotrajna skrb o starima u velikom dijelu »isporučena« javnoj sferi socijalnog djelovanja. Izdaci za dugotrajnu skrb u Europskoj uniji do 2060. godine će se udvostručiti i doseći 2,5% BDP-a. U pogledu zbrinjavanja starih ljudi postoje značajne razlike među europskim zemljama. U zemljama južne Europe, s tradicionalnim, snažnim obiteljima, o većini starih i nemoćnih pretežno brinu članovi obitelji. O tome posredno svjedoči podatak da oko 30% starih ljudi u Italiji i Španjolskoj danas živi sa svojim potomcima. K tomu, poznato je da dosta imigranata iz drugih zemalja, kako europskih tako i afričkih, radno angažirano, uobičajeno u nelegalnom statusu, upravo na poslovima skrbi o starim i nemoćnim osobama.³⁰ Javne institucije skrbi u južnoeuropskim zemljama relativno su slabo razvijene. S druge strane, na europskom sjeveru, u nordijskim zemljama, kohabitacija starijih i potomaka unutar obitelji praktično je nestala (radi se o tzv. defamilizaciji). U tim je zemljama razvijena javna skrb o starijim i nemoćnim osobama. Zbog toga postoji široka i dostupna mreža javnih institucija koje pružaju besplatne ili relativno jeftine usluge obiteljima, kada su u pitanju djeca, a isto tako i starije osobe. Anglosaksonske europske zemlje, Ujedinjeno Kraljevstvo i Irska, imaju razvijeno i po cijenama dostupno privatno tržište usluga za stare pa je tamo malo zastupljen model zajedničkog života triju generacija, kao i javna skrb o starijima. Konačno, četvrti tip zbrinjavanja starih i nemoćnih nalazimo u zemljama srednje Europe. On se, u

²⁹ Ibidem

³⁰ Puljiz, V. (2014) Migracije i imigracijske politike u Europi. In V. Puljiz, J. Tica & D. Vidović (ur.), Migracije i razvoj Hrvatske, Podloga za hrvatsku migracijsku strategiju. Zagreb: Hrvatska gospodarska komora.

nekim zemljama, temelji na dodatnom socijalnom osiguranju na osnovi uplata posebnih doprinosa. Stari ljudi stoga imaju posebna socijalna davanja, plaćenu pomoć u domicilu ili pak smještaj u javnim institucijama. Ovdje se, u stvari, radi o petoj grani socijalnog osiguranja. U Njemačkoj je 1994. godine uveden doprinos od 1,7% dohotka, kojim se ostvaruje socijalno osiguranje dugotrajne skrbi zvano Pflegeversicherung. Slično tome, u Francuskoj je 1997. godine za stare i nemoćne uvedeno socijalno davanje zvano Allocation personnalisée d'autonomie (APA), koje se financira iz poreznih prihoda, a korisnici na njega stječu pravo nakon provjere dohotka.³¹ Što se tiče Hrvatske, možemo konstatirati da je skrb o starima i nemoćnima u najvećoj mjeri na brizi obitelji te da su u tom pogledu relativno slabo razvijene javne usluge.³²

Zdravstveni sustav obično pokriva usluge dugotrajne skrbi koje pružaju zdravstveni djelatnici, posebice medicinske sestre i fizioterapeuti, i kod kuće i u ustanovama. Kućna njega može uključivati sestrinsku skrb (osobnu njegu, lijekove itd.) i fizioterapiju/rehabilitaciju. U većini zemalja, dugotrajna skrb odvojena je od bolničke skrbi, iako psihijatrijske bolnice mogu pružati skrb starijim pacijentima s problemima mentalnog zdravlja. U nekim zemljama postoje specijalizirane bolnice i odjeli za dugotrajnu njegu (npr. LT, MK, SI). Boravak u tim objektima može biti vremenski ograničen, sve dok pacijent ne bude primljen u specijaliziranu ustanovu za pružanje dugotrajne skrbi (npr. LT, SI). U Portugalu, otpuštanje starijih osoba kojima je potrebna dugotrajna njega iz bolnica pripremaju specijalizirani timovi za skrb pacijenata. Domovi za njegu mogu biti dio zdravstvenog sustava ili mogu primati novčanu naknadu iz zdravstvenog sustava za aktivnosti njege/fizioterapije koje provode (npr. EL, LI). Zdravstvene usluge mogu također uključivati palijativnu skrb i timove koji pružaju skrb za neizlječivo bolesne (npr. EL, CZ, HR, LT, MK, PT) i hospicije (npr. BG, CY, CZ, HR). Pristup zdravstvenim uslugama ovisi o zdravstvenom osiguranju pojedinca i načelno se podobnost temelji na medicinskoj procjeni i uputi (npr. BE, CH, LI, LT, MK, PL, SI). Zdravstvene usluge u mnogim su zemljama besplatne, dok su druge relativno ograničene i mogu se primijeniti plaćanja iz vlastitog džepa kako bi se priskrbile. Raspon socijalnih usluga za starije osobe ovisne o skrbi može se uvelike razlikovati i unutar zemalja u smislu pružene skrbi. Socijalna skrb uključuje kućnu njegu, djelomično institucionalnu i institucionalnu skrb.

³¹ Armingeon, K., Bonoli, G. (2006) *The politics of post-industrial welfare state*. London: Routledge.

³² Puljiz V. (2016) Starenje stanovništva – izazov socijalne politike; *Rev. soc. polit.*, god. 23, br. 1, str. 92-93.

Usluge dugotrajne skrbi često se mogu ispreplitati s uslugama povezanim sa zdravstvenom skrbi.³³

Tabela 4 - Značajke sustava kućne njege u izabranim zemljama Europe

Starije osobe mogu imenovati osobu koja će provoditi zadaću skrbi – često ženske članove obitelji - pod uvjetom da potpišu ugovor o radu s javnim tijelima	BG, FI, RO, SE, DK, u Švedskoj se rijetko primjenjuje takva praksa
Kućna njega uključuje subvencionirane usluge prehrane (dostava jela ili obroci u uslužnom centru)	DK, FI, HU, MT, PT, RS, SI
Sustavi uzbune preko kojih se starije osobe mogu povezati sa službom za pomoć u slučaju potrebe	BE, FI, HU, LV, MT, UK
Njega i tehnička pomagala i uređaji	DE, DK, EE, FI, LV, UK
Podrška za prilagodbu privatnih kuća	DE, DK, FI, FR, RO, UK
Socijalno savjetovanje	EE, FI
Tele-pomoć	ES, FI
Pomoćne usluge	FI, MT
Kućna skrb ima prioritet u odnosu na skrb u domovima	DE, DK, ES, FI, FR, IS, LI, LU, NO, SE, SI
Posebno su nordijske zemlje uložile velike napore da olakšaju ljudima da ostanu što je moguće duže u svojim domovima i da smanje broj osoba koje žive u ustanovama	DK, FI, IS, NL, SE
Kako bi se starijim osobama omogućilo da žive što je dulje moguće i spriječilo potpuno oslanjanje na usluge skrbi, neke zemlje su naglasile važnost prevencije i rehabilitacije	DE, DK, LU, PT, kao i nedavno FR, UK/Engleska i Škotska
Prevencija također uključuje inicijative usmjerene na očuvanje fizičkih, psihičkih i socijalnih aktivnosti starijih osoba i borbu protiv socijalne izolacije	DK, FR, MT, PT, RS, SI

Izvor: Izrada autorice prema: EC (2018) European Social Policy Network (ESPN): Challenges in long-term care in Europe, A study of national policies. Brussels: EC.

Cilj rehabilitacije je spriječiti gubitak funkcionalne sposobnosti i održavanje i poboljšanje trenutnog stanja. Kako bi se osigurala koordinacija usluga kućne njege, u nekim zemljama izrađuje se plan multidisciplinarnе skrbi, uz sudjelovanje svih relevantnih aktera, često

³³ Uređeno prema: EC (2018) European Social Policy Network (ESPN): Challenges in long-term care in Europe, A study of national policies. Brussels: EC.

uključujući i neformalne skrbnike i osobu koja ovisi o njezi (npr. ES, FI, FR, LI i nedavno CY). Socijalne usluge također uključuju informiranje i savjetovanje svih onih koji su uključeni u specifičnu situaciju skrbi (npr. AT, FI, MT).

Djelomično institucionalna skrb je pružena skrb u institucionalnom okruženju za osobe ovisne o skrbi koji nemaju stalno prebivalište u ustanovi. Uključuje centre u kojima se nemoćni stariji ljudi mogu njegovati samo tijekom dana ili tijekom noći. Dnevna njega se pruža u gotovo svim zemljama, a noćna skrb značajno manje (npr. DK, BE, ES, MT). To može olakšati brigu skrbnika tijekom dana (ili noći). Kratki boravci (za ograničen broj dana) u domu za njegu/skrb mogu olakšati skrbnicima i omogućiti im kratke stanke ili dopustiti rehabilitaciju starije osobe, primjerice nakon hospitalizacije (npr. AT, BE, DE, ES, FI, FR, LI, LU). Zaštićeno stanovanje također je obuhvaćeno konceptom djelomično institucionalne skrbi. Ovi objekti uključuju starije osobe koje žive samostalno, ali u relativno zaštićenom okruženju, uz određenu razinu podrške, često usko povezanu s domom za njegu (npr. AT, BE, BG, DK, EL, FI, MK, SI).³⁴

Institucionalna skrb odnosi se na skrb za starije osobe koje žive u specijaliziranoj instituciji sa stalnim osobljem koje za njih brine. To uključuje ustanove za njegu posebno za starije osobe ili ustanove za osobe s invaliditetom. Institucionalna skrb je osigurana u domovima za njegu u gotovo svim zemljama, ali i centrima za socijalnu rehabilitaciju i integraciju (npr. BG, EE) i njegu u udomiteljskim obiteljima (HR, MK), gdje su stariji ljudi smješteni u malim skupinama u obiteljskom okruženju. Neke zemlje imaju snažno razvijen institucionalni sektor dugotrajne skrbi za starije osobe (npr. SI). U mnogim drugim zemljama, ustanove za institucionalnu skrb za starije osobe su povijesno nerazvijene (npr. EL, PL, RO, HR, MK, RS, TR), u drugima je smanjena opskrba rezultat politike usmjerene ka deinstitutionalizaciji. U mnogim zemljama potražnja uvelike premašuje ponudu (npr. CY, EL, HU, LV, MK, MT, PT, RO, RS, TR). To su uglavnom institucije koncentrirane u urbanim područjima. Obično mogu slobodno odrediti svoje cijene i često postoji manji nadzor nad standardima kvalitete pružene skrbi (npr. CY, CZ). Stručnjaci ukazuju na upitne standarde kvalitete u mnogim komercijalnim institucijama.

Prihvatljivost javno financirane usluge dugotrajne skrbi (uključujući i programe zdravstvenog osiguranja, sheme osiguranja dugotrajne skrbi i državnog proračuna) mogu biti promjenjive

³⁴ Uređeno prema: EC (2018) European Social Policy Network (ESPN): *Challenges in long-term care in Europe, A study of national policies*. Brussels: EC.

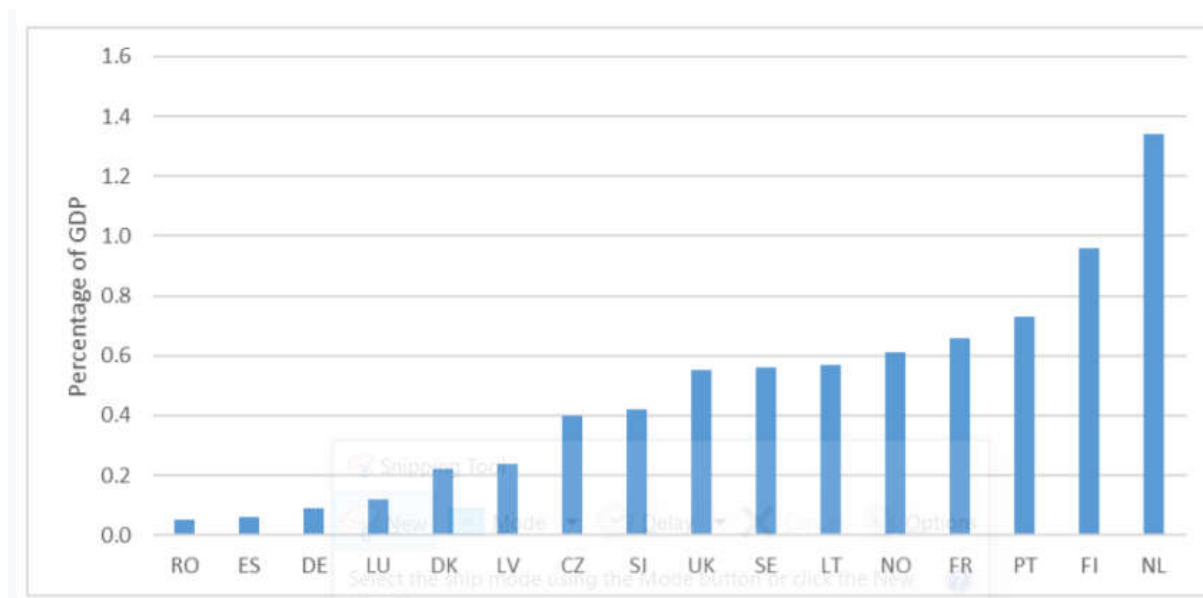
sukladno potrebama skrbi ovisne osobe, njegovim prihodima i imovini te dostupnosti obiteljskih skrbnika. Kako bi se definirale potrebe za njegom, kućne posjete obično provode socijalne službe. Procjena potreba za skrbi sve se više temelji na funkcionalnoj procjeni, koristeći skalu koja definira stupanj ovisnosti o skrbi (npr. AT, BE, DE, ES, HR, HU, MK, LT, LU, LV). U Poljskoj i Nizozemskoj takav se sustav primjenjuje samo na dugotrajnu skrb u vezi sa zdravljem. U Makedoniji, nije definirana nikakva posebna minimalna razina ovisnosti. Standardizirana skala za procjenu potreba za njegom mogla bi spriječiti favoriziranje dodjele skrbi, što bi moglo biti presudno u kontekstu manjka ponude. U nekim zemljama lokalne vlasti provode procjenu potreba, bez uporabe službene klasifikacije (npr. BG, PL, NL). U Velikoj Britaniji, samo oni koji imaju potrebe za značajnom ili kritičnom razinom skrbi imaju pravo na dugogodišnje dugoročno financiranje. Institucionalna skrb često je rezervirana za osobe sa najvećim potrebama za njegom (npr. DK, ES, FI, IS, LU, NO, SE). Odluka o dodjeli najviše razine subvencija može se temeljiti i na prirodi (teških) invaliditeta (mentalnih ili tjelesnih), sljepoća itd. (npr. EL, LV, MK, PL), ponekad u kombinaciji s nižom razinom koristi za osobe koje su manje ovisne o skrbi (npr. MK). Dodjela pomoći u smislu javnog financiranja može biti posljedica testiranja prihvatljivosti kandidata, tj. utvrđivanja potrebe za financijskom pomoći. (npr. CY, HR, MK, TR). U nekim zemljama je pristup javnim uslugama dugotrajne skrbi moguć nakon provjere raspoloživih sredstava i imovine (npr. UK, EL i RS za kućnu njegu), a sredstva mogu biti rezervirana za korisnike koji nemaju obiteljsku podršku (npr. BG, EL, LV, PL, UK, TR) ili premašuju određene godine starosti (npr. za kućnu njegu u EL). U nekim zemljama, prije odlučivanja o pružanju usluge skrbi, (lokalno) tijelo za procjenu prvo traži pojedince ili društvene mreže za preuzimanje odgovornosti u smislu pružanja skrbi (npr. NL, EE). Subvencije mogu biti dostupne za zgrade, infrastrukturu (BE) i održavanje (RS) ili za pokrivanje deficita javnih institucija (HR, LI). Plaće zaposlenicima mogu biti (djelomično) pokrivena (RS). U gotovo svim zemljama može se tražiti plaćanje iz vlastitog džepa za njegu i skrb kod kuće. U nekim zemljama puna cijena se plaća izravno po stanovniku (npr. AT, EE), dok su u drugim usluge kućne njege besplatne (npr. DK, TR i LU) ili su pristojbe vrlo niske (npr. MT, BG, SE, Škotska, Wales i Sjeverna Irska).³⁵

Troškove smještaja (prehrana, stanovanje) u specijaliziranim ustanovama obično snose korisnici (npr. AT, BE, CH, DE, DK, FR, LU, MK, NL, SI). U većini zemalja, u slučaju nedostatka sredstava obitelj korisnika snosi troškove (npr. BE, EL, HU, LV, MK, RO). Može

³⁵ Ibidem

biti navedena gornja granica cijene (npr. HR), na ukupan iznos koji plaća korisnik (npr. DK, SE) ili na iznos kao postotak prihoda (i imovine) koji dopijevaju (npr. AT, HU, IE, IS, LT, LV, MT, NO, NL, RO) u domovima javne skrbi. U mnogim zemljama određeni iznos ili postotak dohotka rezidenata čuva se kao džeparac (npr. AT, IS, LU, LV, MT, UK). Plaćanja iz džepa također mogu ovisiti o dohotku korisnika (npr. HU, IE, IT, LT, LV, MT, NL, NO, PL, RS, SI, UK,) ili dohotku njegove obitelji (npr. MK, RO). U nekim se zemljama novčana naknada može koristiti za (djelomično) pokrivanje troškova formalne usluge, kako za kućnu njegu tako i za njegu u domu (npr. AT). U većini zemalja, općine (npr. AT, BE, DE, LT, LV, NL, RO, SI), država/regija (npr. AT, IE, FR, LU, MK) ili osiguravatelji (npr. CH) pokrivaju troškove onih osoba koje su ovisne o skrbi, a sami ili njihovi srodnici ne mogu platiti troškove skrbi. Troškove smještaja za institucionalnu skrb obično snosi korisnik usluge. Neki stručnjaci ističu nepovoljne poticaje koje stvaraju različiti izvori financiranja. Npr., u Češkoj, znatne razlike u troškovima za korisnike dugotrajne skrbi često rezultiraju hospitalizacijom osoba kojima je potrebna socijalna skrb.³⁶

Slika 6 - Izdaci za dugotrajnu skrb (socijalni sustav) udio u BDP-u, 2015. godina



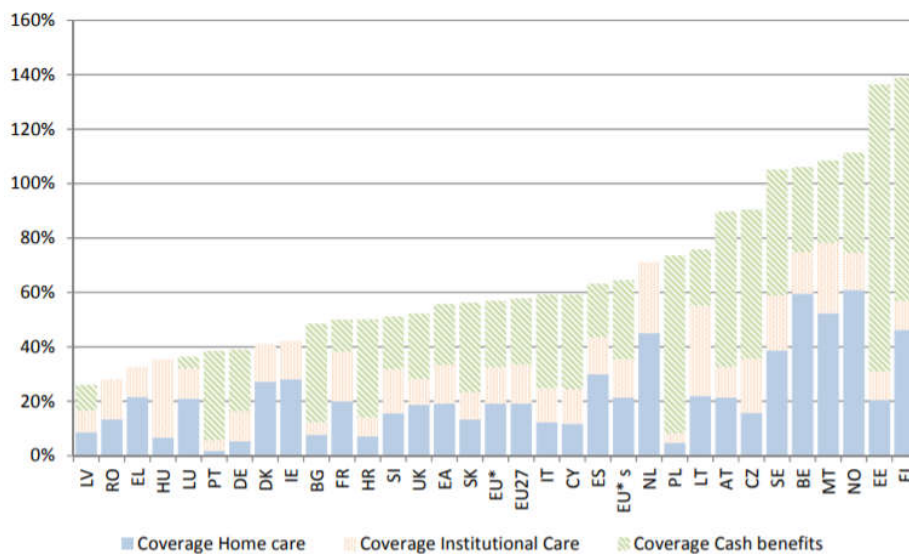
Izvor: Eurostat, Health care expenditure by function (2015)

Očekuje se da će dugoročna potrošnja biti na visokoj razini kod mnogih zemalja. Projekcije pokazuju da će javni rashodi za dugotrajnu skrb u EU porasti s 1,6% na 2,7% BDP-a, tj. doživjeti povećanje od gotovo 70%, uz stalan pritisak na javne financije. Međutim, projekcije

³⁶ Ibidem

se uvelike razlikuju od zemlje do zemlje. Kod Nordijskih i istočnoeuropskih zemalja se očekuju visoki izdaci na dugotrajnu skrb. Prema najnovijim austrijskim projekcijama, javna potrošnja na usluge dugotrajne skrbi, prema različitim scenarijima, povećat će se sa sadašnjih 1,27% BDP-a na 1,42% - 1,85% BDP-a do 2030., a zatim dalje na 1,94% - 3,59% do 2060. godine. U Bugarskoj se procjenjuje da će se populacija u dobi od 65+ povećati sa 20,4% u 2007. godini na 32,7% u 2060. godini, što će izazvati mnogo veću potražnju i potrošnju na dugotrajnu njegu u odnosu na sadašnje razdoblje. Nasuprot tome, u Italiji pitanja financijske održivosti nisu prioritet, s obzirom na relativno ograničenu razinu izdataka za dugotrajnu skrb i činjenicu da projekcije pokazuju ograničen rast izdataka u sljedećih 15 godina. Gledajući na različite izazove s kojima se suočavaju nacionalni sustavi dugotrajne skrbi, financijska održivost može otežati nekoliko pitanja. Slično financijskom izazovu, na održivost može utjecati fragmentacija skrbi: nedostatak koordinacije između zdravstvenih i socijalnih subjekata; nedostatak jasnih financijskih strategija teritorijalnih jedinica odgovornih za dugotrajnu skrb koja također mogu dovesti do nepredvidivosti potrošnje vezane za dugotrajnu skrb. Britanski stručnjaci naglašavaju da je nedostatak dugoročne financijske strategije glavni problem u Engleskoj – tu uključuju i neuspjeh javnog financiranja u skladu s demografskim trendovima; rezove u pogledu državnog financiranja lokalnih vlasti i kratkoročne mjere koje povećavaju ovisnost o (nepravednim) lokalnim izvorima prihoda.³⁷

Slika 7 - Pokrivenost primatelja dugotrajne skrbi u zemljama Europske Unije, kao postotak ukupno ovisne populacije (2016)



Izvor: European Commission, EPC.

³⁷ Uređeno prema: EC (2018) European Social Policy Network (ESPN): *Challenges in long-term care in Europe, A study of national policies*. Brussels: EC.

Vidljivo je kako socijalni sustav velike većine zemalja čini okosnicu dugotrajne skrbi za starije i nemoćne. Njega u kući u većini je zemalja potpomognuta iz sustava socijalne skrbi, institucionalna njega gotovo je u potpunosti pod ingerencijom socijalnog sustava, kao i „cash benefits“ odnosno novčane naknade vezane za različite potrebe (npr. tuđa pomoć i njega, ogrijev i sl.)

Valja istaknuti kako postoje preklapanja različitih pogodnosti u pružanju dugotrajne skrbi u EU - zbrajanje procjene pokrivenosti „u naturi“ (institucionalna i kućna njega) i novčane naknade. To dovodi do rasta procijenjenih stopa pokrivenosti i do 100% u nekim dobnim kategorijama. Ta preklapanja kompliciraju procjenu točnog broja primatelja skrbi i razine rashoda zbog mogućeg dvostrukog brojanja primatelja i rashoda.³⁸

Treba očekivati da će buduće generacije starijih osoba, odrasle u doba prosperiteta i izdašne socijalne politike, imati sve veća očekivanja i zahtjeve prema javnim servisima, te biti jako dobro upoznate sa svojim pravima. Zanimljivo je da europski autori u tom smislu izlaz iz nepovoljne i neodržive gospodarske situacije vide u većoj participaciji starijih osoba u mirovinskim i zdravstvenim troškovima. Brojni umirovljenici u većini zemalja raspolažu dovoljnim prihodima, ako se uzme u obzir da je njihova tekuća potrošnja u starijoj dobi smanjena, a s druge strane raspolažu dovoljnim akumuliranim sredstvima tijekom životnog vijeka. Reforma vođena ovakvim pristupom starijim osobama, kao i većom participacijom u organizaciji skrbi prilagođenoj individualnim potrebama starije osobe potrebna je na području socijalne skrbi, sustavu koji je procesima demografskih promjena najviše ugrožen.³⁹

Dok različite politike nastoje učiniti usluge dugotrajne skrbi više prilagođene individualnim željama i potrebama korisnika (na primjer povećanjem opsega izbora pružatelja usluga), postoji samo nekoliko stvarnih mjera:

- Engleska, Koreja, Njemačka, Portugal i Nizozemska ocjenjuju korisnikovo iskustvo u primanju dugotrajne skrbi.
- Samo polovica zemalja koje se brinu o vremenu čekanja potrebnom za dobivanje usluge prikupljaju relevantne podatke (kao što su broj hospitaliziranih pacijenata koji doživljavaju kašnjenje u prijenosu usluge, kao što su prikupljene u Engleskoj).

³⁸ Uređeno prema: EC (2018) *The 2018 Ageing Report: Economic and budgetary projections for the EU Member States (2016-2070)*. Brussels: EC.

³⁹ Jedvaj S., Štambuk A., Rusac S. (2014) Demografsko starenje stanovništva i skrb za starije osobe u Hrvatskoj, *Socijalne teme*, Vol. 1, No. 1, str. 144.

- Izbjegavanje prijema u bolnicu zbog kroničnih stanja kod starijih osoba (dijabetes, kronične opstruktivne plućne bolesti, astma) ukazuju na to koliko uspješno primarna zaštita i sustavi dugotrajne njege upravljaju ovim sustavom.

Pregled pristupa dugotrajnoj skrbi u zemljama OECD-a i EU pokazuje da bi kombinacija politika za upravljanje kvalitetom sustava dugotrajne skrbi mogla biti najučinkovitija:

- Uvođenje regulatornih standarda, obično usmjerenih na postavljanje minimalnih standarda na ulazne postavke (rad, infrastruktura) i provedba usklađenosti.
- Standardi za normalizaciju prakse skrbi na poželjne načine i praćenje kvalitete pokazateljima koji odgovaraju ciljevima.
- Tržišni poticaji za pružatelje usluga i korisnike, uključujući financijske poticaje i ocjenjivanja uspješnosti pružatelja usluga.⁴⁰

Bitno je napomenuti kako su socijalni, zdravstveni i mirovinski sustav nerazdvojne komponente cjelovitog socijalnog stupa jedne suverene države pa, iako se govori o sustavu socijalne skrbi, postoje preklapanja sa preostala dva sustava.

3.2. Privatni oblici financiranja dugotrajne skrbi za starije i nemoćne

3.2.1. Najzastupljeniji oblici privatnih aranžmana dugotrajne skrbi

Širok spektar instrumenata vezanih za samostalno financiranje usluga dugotrajne skrbi za starije i nemoćne postoji danas u svijetu. Dva osnovna proizvoda su reimbursement policies - „model nadoknade“, dizajniran u skladu s aranžmanom privatnog zdravstvenog osiguranja i indemnity policies - „model naknada“ izrađen u skladu s ugovorima o otplati unaprijed utvrđenih iznosa anuiteta. Dok kod modela nadoknade, osiguranik prima isplatu namijenjenu za pokrivanje troškova dugoročne skrbi, ovisno o tome koliko pokriće nudi uplaćena polica osiguranja, kod modela naknade štete – osiguraniku se isplaćuje fiksni iznos, bez obzira na iznos dugoročnih troškova skrbi osiguranika. Dostupni su i različiti tipovi osiguranja namijenjeni onima isključenim iz redovnog sustava zdravstvenog osiguranja.⁴¹

⁴⁰ Uređeno prema: OECD/EC (2013) *A Good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long-Term Care*, Policy brief. Bruxelles: EC.

⁴¹ Uređeno prema: OECD (2011) *Help Wanted? Providing and Paying for Long – Term Care*. Pariz: OECD.

Standardizirana polica osiguranja dugotrajne skrbi (LTC) ne postoji. Neke su police sveobuhvatne i uključuju brojna pokrića uz osnovni plan - uz naplatu veće premije. One police osiguranja kod kojih se naplaćuju niže premije nude samo osnovno pokriće, dok se doplatom mogu proizvoljno uključiti i dodatna pokrića rizika.

Također, postoji i relativno nov instrument privatnog financiranja dugotrajne skrbi – reverse mortgage ili „obrnuta hipoteka“ kod koje se kredit koji pokriva troškove dugotrajne skrbi naplaćuje iz vrijednosti nekretnine tek nakon dužnikove smrti. Ovim instrumentom mogu se koristiti samo stariji od dobi potrebne za mirovinu, a kreditor se ne može naplatiti iz dužnikove mirovine, bankovne štednje, police životnog osiguranja ili prinosa od ulaganja u investicijske fondove, a ne postoji ni obveza nasljednika za isplatu duga. Obrnuta hipoteka mogla bi za umirovljenike predstavljati revoluciju u smislu pronalaska dodatnih prihoda u starosti koje bi trošili za života, a „vraćali“ nakon smrti, naplatom iz prodaje založene imovine. Radi se o „obrnutom“ kreditnom aranžmanu između banke ili osiguratelja i umirovljenika, gdje financijska institucija umirovljeniku odobrava sredstva koja će nakon njegove smrti vratiti prodajom imovine (nekretnine) koju je umirovljenik založio prilikom odobravanja kredita.

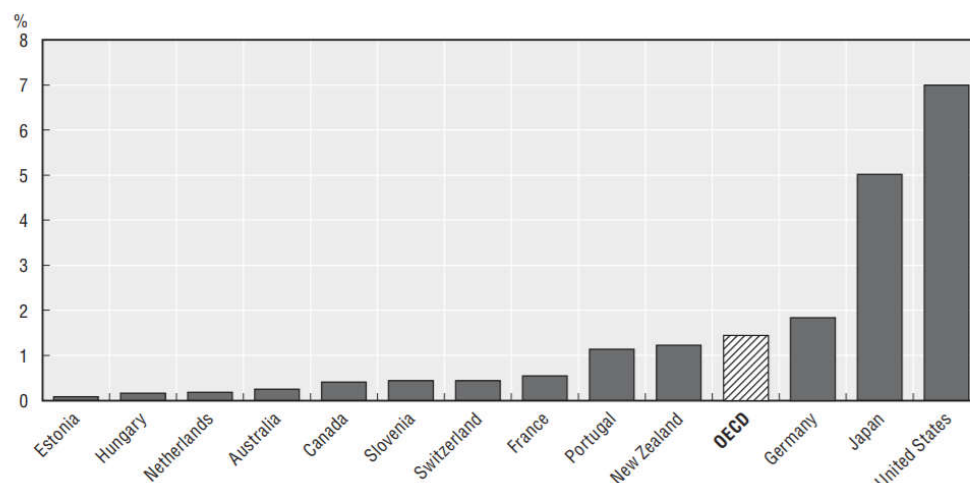
SAD i Francuska danas su lideri prema pokrivenosti tržišta privatnim aranžmanima osiguranja dugotrajne skrbi. Reimbursement policies, opisane ranije u tekstu, temeljni su način privatnog osiguranja u SAD-u te postoje različiti načini ugovaranja polica. Na Francuskom tržištu dominiraju, također ranije definirane, indemnity policies sa brojnim mogućnostima pri izboru police. Sektor privatnog financiranja dugotrajne skrbi u Francuskoj se razvijao dosta sporo ali posljednjih nekoliko godina pokazuje ubrzani rast. Prema zastupljenosti privatnog financiranja ističe se još i Njemačka kao mješoviti sustav plaćanja ovog osiguranja koji uključuje socijalno osiguranje te privatno osiguranje (privatno osiguranje javlja se kao alternativa onima koji iz nekog razloga nisu svrstani u redoviti sustav socijalnog osiguranja ili kao dobrovoljno osiguranje za pokriće mogućih troškova koji nisu obuhvaćeni pokrićem osiguranja dugotrajne skrbi danim od strane redovitog socijalnog osiguranja). S druge strane, u Japanu i Nizozemskoj, zemljama koje su rano prepoznale problem budućeg preopterećenja javnih financija i potrebe razvoja javnog osiguranja dugotrajne skrbi, sva privatna davanja uglavnom se odnose na minimalne participacije i dobrovoljne doprinose za usluge koje nisu pokrivene osiguranjima od strane socijalnog i zdravstvenog sustava.

Australiju karakterizira javno financirana skrb od strane neprofitnog sektora dok u Britaniji takvu skrb financiraju lokalne zajednice.⁴²

3.2.2. Korisnici privatnog osiguranja dugotrajne skrbi

Analize potvrđuju da je ciljna skupina kojoj je privatno osiguranje dugotrajne skrbi za starije i nemoćne namijenjeno još uvijek uska i nedostatna da bi se privatno osiguranje moglo širiti željenim intenzitetom. Takva ciljna skupina obuhvaća mahom visokoobrazovane, materijalno situirane i financijski neovisne ljude kojih je nedovoljno da bi ovakav jedan sustav bio održiv.

Slika 8 - Privatno financiranje dugotrajne skrbi za starije i nemoćne, udio privatnog u ukupnom izdvajanju za LTC, OECD zemlje (2010)



Izvor: OECD System of Health Accounts, 2010; and US Department of Health and Human Services, 2010.

Iako različiti proizvodi privatnog osiguranja dugotrajne skrbi postoje na tržištima razvijenih zemalja, njihov je udio ipak zanemariv u većini zemalja OECD-a. Čak i u Sjedinjenim Državama i Francuskoj, gdje je pokrivenost najšira, manje od 10% stanovništva u dobi od 40 i više godina uplaćuje privatno osiguranje dugotrajne skrbi. S izuzetkom Sjedinjenih Država, Japana i Njemačke, u većini zemalja OECD-a manje od 2% ukupnih izdataka za dugotrajnu skrb financira se privatnim osiguranjem.⁴³

⁴² Uređeno prema: OECD (2011) *Help Wanted? Providing and Paying for Long – Term Care*. Pariz: OECD.

⁴³ Ibidem

Kao mehanizam ujedinjavanja i podjele rizika, privatno osiguranje dugotrajne skrbi ima potencijal pomoći pojedincima i obiteljima učinkovitije upravljati rizikom suočavanja sa značajnim troškovima skrbi koji ih čekaju u budućnosti. Javni sustavi skrbi u zemljama OECD-a zahtijevaju podijelu dijela troškova skrbi, iako na različitim razinama. Još, čak i u zemljama gdje je javna dostupnost ovakvih usluga manjeg intenziteta, ljudi se i dalje oslanjaju pretežito na plaćanja iz džepa ili na obiteljske aranžmane. Navedeno odražava nedostatak svijesti o financijskom riziku povezanom s neizbježnim troškovima dugotrajne njege i skrbi, kao i nerazumijevanje onoga što privatno osiguranje može učiniti za ublažavanje tog rizika. Postoje različite javne inicijative koje se bave pitanjima povećanja kvalitete proizvoda dugotrajne skrbi vezanih za police osiguranja, kao i pokušajima snižavanja cijena polica privatnog osiguranja, povećavajući tako komplementarnost između javnog i privatnog pokrića ili automatskim sustavom privatnog osiguranja s opcijom isključivanja. Do sada, u kontekstu dobrovoljnog udruživanja zajedničkih interesa, javne inicijative uglavnom su imale ograničen uspjeh u širenju pristupa privatnim policama osiguranja dugotrajne skrbi i pokrivenosti tržišta takvim proizvodima. Grupno osiguranje također može predstavljati put za promicanje kontinuirane pretplate tijekom radnog vijeka u okviru privatnog osiguranja. Grupna osiguranja mogu donijeti korist osiguranicima kroz niže premije i pakete bolje kvalitete. Ipak, treba u obzir uzeti i činjenicu da nisu svi radnici uključeni u mrežu legalno zaposlenih. Osim toga, s početkom ovisnosti o uplatama koja obično počinje nakon umirovljenja, grupna osiguranja mogu potaknuti pitanja o prenosivosti i kontinuiranom pristupu pokrivenosti. Značajke prenosivosti (od jedne grupne police do druge ili od grupne do individualne) mogu igrati ulogu u osiguravanju kontinuiranog pristupa pokrivenosti osiguranjem, kao i zadržavanja pogodnosti, koje omogućuju pretplatnicima zadržavanje pokrivenosti po nekim stavkama i uslugama čak i ako osiguranici prestanu plaćati policu nakon umirovljenja. Do danas, istraživanja ukazuju na to da će dobrovoljni privatni aranžmani osiguranja dugotrajne skrbi i njege ostati proizvodi dostupni uglavnom uskoj niši korisnika s relativno većim dohotkom i akumuliranom imovinom. Tržište bi se potencijalno moglo proširiti kako mlađe generacije postaju sve upoznatiije s financijskim rizicima povezanim s troškovima dugotrajne skrbi i njege.⁴⁴

⁴⁴ Uređeno prema: OECD (2011) *Help Wanted? Providing and Paying for Long – Term Care*. Pariz: OECD.

3.3. Uloga financijskih institucija u financiranju dugotrajne skrbi za starije

Sve države članice EU sustave financiranja dugotrajne skrbi temelje na dva osnovna oblika - javna ponuda i/ili financiranje formalne usluge (koju isporučuju pružatelji usluge koji su plaćeni po nekom obliku ugovora o radu), iako se udio pojedine vrste financiranja razlikuje od države do države. S druge strane, veliki udio dugotrajne skrbi u EU jest pružen od strane neformalnih skrbnika kao što su članovi obitelji i prijatelji - uglavnom supružnici i djeca. Neformalna skrb se u načelu ne plaća i ne postoji formalizirani ugovor između korisnika i pružatelja usluge, iako pružatelji neformalne skrbi mogu primati određene transfere najčešće od samog primatelja skrbi. Iako zamjenjuje javno financiranu dugotrajnu skrb, treba napomenuti da postoje oportunitetni troškovi koji proizlaze iz neformalne skrbi. Najvažniji su utjecaj na tržište rada i produktivnost te utjecaj na zdravstveni status njegovatelja. Jasno je kako su postojeći aranžmani za pružanje i financiranje dugotrajne skrbi od strane javnog sektora pod jakim pritiskom u EU. Naročito uzimajući u obzir buduće prognoze o neformalnim skrbnicima koje ukazuju na to kako se njihova sklonost pružanju skrbi smanjuje.⁴⁵

Zdravstveno osiguranje koje se temelji na uplatama poslodavaca neće pokrivati dnevne usluge proširene skrbi u starosti. Npr. Medicare u SAD-u pokriva samo kratki boravak u staračkom domu ili ograničene usluge kućne njege, i to pod vrlo strogim uvjetima. Uzevši u obzir prethodno navedeno, ističe se važnost pronalaska cjelovitog rješenja problema financiranja dugotrajne skrbi za starije i nemoćne, koji bi uključivao odmak od samo formalne i neformalne skrbi te ponudio ljudima inovativnu alternativu. Tu se javlja uloga financijskih institucija koja do danas nije pokazala prevelik značaj, ali itekako ima prostora za pronalazak mogućih alternativnih pravaca u smjeru rješavanja ovog problema. O navedenom svjedoče i brojke.

Peti val SHARE istraživanja pokazuje vrlo raznoliku distribuciju pokrivenosti policama privatnog osiguranja dugotrajne skrbi po zemljama (sudionicama u istraživanju) ovisno o institucionalnom kontekstu. U Izraelu nalazimo najvišu stopu pokrivenosti s više od 32% anketiranih osoba s vlastitom privatnom dopunskom policom osiguranja. Drugi najveći udio nosi Švicarska - 19,37% ispitanika koji posjeduju takve police osiguranja, a Francuska, Nizozemska i Švedska udio ispitanika od 14,67% (NL), 13,95% (SE) i 13,41% (F). Preostale

⁴⁵ Uređeno prema: EC (2018) *The 2018 Ageing Report: Economic and budgetary projections for the EU Member States (2016-2070)*. Brussels: EC.

zemlje pokazuju udio korisnika ovakvih polica osiguranja ispod deset posto. U južnoeuropskim zemljama bilježe se postoci od 4,94% za Španjolsku i 2,63% za Italiju. Najniže stope pokrivenosti zabilježene su u Češkoj (2,28%), Danskoj (1,83%) i Austriji (1,45%).⁴⁶

U SAD-u je industrija osiguranja vezana za dugotrajnu skrb za starije i nemoćne prošla značajnu transformaciju tijekom protekla dva desetljeća. Danas postoji manji broj osiguravatelja koji prodaju police osiguranja na tržištu. Postoji veća tržišna koncentracija, a iskustvo morbiditeta predstavlja izazov za osiguravatelje. S druge strane, više od 7 milijuna polica je trenutno aktivno, a došlo je i do značajnog rasta u prodaji kombiniranih i hibridnih polica. Tabela 5 sažima ključne parametre industrije i bilježi njihove promjene u razdoblju između 2000. i 2014. godine.⁴⁷

⁴⁶ Uređeno prema: Börsch-Supan A., Kneip T., Litwin H., Myck M., Weber G. (2015) Ageing in Europe – Supporting policies for an inclusive society, *Deutsche National bibliografie*, str. 357.

⁴⁷ NAIC (2016) The State of Long-Term Care Insurance: The Market, Challenges and Future Innovations, *CIPR Study Series*, 2016-1

Tabela 5 - Sažetak ključnih parametara industrije: 2000.-2014., SAD (u milijunima \$)

Industry Parameters	2014	2010	2000	Change
Earned Premium	\$11,530	\$10,614	\$5,155	123%
Incurred Claims	\$8,731	\$6,350	\$1,870	366%
Loss Ratio	76%	60%	36%	111%
Actual Losses Incurred to Premiums Earned (%) (cumulative)	48%	42%	34%	41%
Actual Losses Incurred to Expected Losses Incurred (cumulative)	107%	104%	94%	14%
Number of Covered Lives	7,249,783	7,185,760	4,497,120	61%
Industry Concentration: Number of Covered Lives				
Top 5 Insurers	56%	55%	41%	37%
Top 10 Insurers	71%	69%	63%	13%
Top 15 Insurers	80%	78%	74%	8%
Top 20 Insurers	85%	84%	81%	5%
Insurers with Largest Market Share	17%	15%	10%	70%

Izvor: LifePlans, Inc. Analysis of NAIC LTC Experience Exhibit Reports

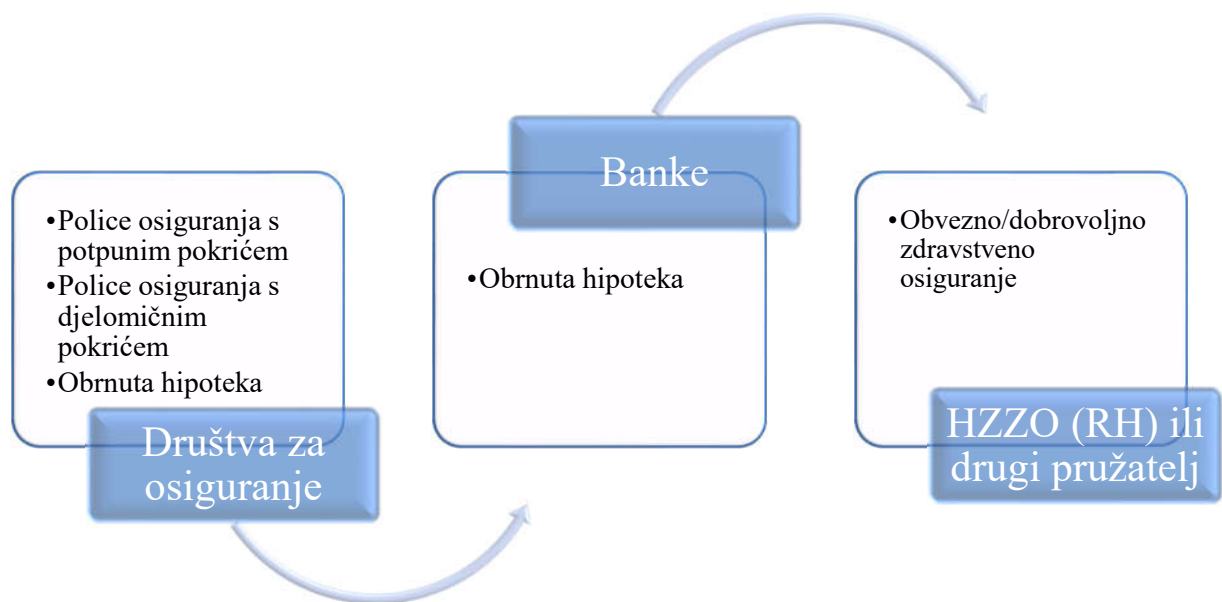
S druge strane, važnost obrnute hipoteke, kao instrumenta koji je godinama bilježio uspjeh u SAD-u, prema Reverse Market Insight, opada. Obrnuti hipotekarni zajmovi pali su za 15,5% u lipnju 2018. u odnosu na prethodni mjesec, dosežući tako najnižu razinu koju industrija nije zabilježila od 2005. godine.⁴⁸ Reverse Mortgage Statistics pokazuju kako u 2017. u SAD-u postoji 55.332 ovakva ugovora, što je u usporedbi s brojem stanovnika i brojem nekretnina poprilično malo.⁴⁹

⁴⁸Reverse Market Insight (2019). Data repository. Dostupno na: <http://rminsight.net/> [06. lipnja 2019.]

⁴⁹ReverseMortgages.com (2017). Reverse Mortgage Statistics. Dostupno na: <https://www.reversemortgages.com/reverse-mortgage-statistics> [06. lipnja 2019.]

Sve navedeno govori u prilog činjenici kako je tržište na globalnoj razini neadekvatno opskrbljeno financijskim proizvodima dugotrajne skrbi za starije i nemoćne te kako se i najrazvijenije zemlje s razvijenim financijskim tržištima bore sa pronalaskom adekvatnog rješenja ovog rastućeg problema. Posljedično, jasno je kako će važnost financijskih institucija u okviru problema dugotrajne skrbi za starije i nemoćne u budućnosti samo rasti.

Slika 9 - Shematski prikaz finacijskih institucija (pružatelja) i proizvoda u okviru šireg definiranja proizvoda dugotrajne skrbi za starije



Izvor: Izrada autorice

3.4. Financiranje dugotrajne skrbi u Republici Hrvatskoj

3.4.1. Važnost socijalne skrbi u Republici Hrvatskoj

Kao što je navedeno u prethodnom poglavlju, zaseban, formaliziran, organiziran i jasno strukturiran sustav dugotrajne skrbi u Republici Hrvatskoj ne postoji. On se temelji na suradnji zdravstvenog, socijalnog i mirovinskog sustava i samostalnom angažmanu obitelji i/ili drugih osoba u organizaciji brige za primatelja skrbi. Sustav je parceliziran te postoje preklapanja nadležnosti između mirovinskog, zdravstvenog i socijalnog sustava. Štoviše, unatoč potpori triju temeljnih sustava suvremene države, najveći obol u rješavanju problema skrbi starijih i nemoćnih i dalje daje obitelj, kako kroz financijsku, tako i kroz fizičku pomoć.

Sustav socijalne skrbi temeljni je stup financiranja dugotrajne skrbi za starije i nemoćne u Republici Hrvatskoj (izuzevši privatna davanja) i iako je iznašao brojne načine za pomoć starijim i nemoćnim u vidu raznih naknada i usluga, te danas čini temelj sigurnosti za starije i nemoćne, valja istaknuti kako još uvijek manjkaju cjelovita rješenja koja bi rasteretila obitelji starijih i oboljelih, kako financijski tako i psiho/fizički. Novčane naknade postoje i isplaćuju se velikom broju starijih i nemoćnih ali su još uvijek nedostatne da bi skinule teret s njihovih premalih mirovina ili plaća njihovih potomaka. Kriteriji za dobivanje pomoći u kući su poprilično rigorozni pa tako najveći dio tereta brige za starije i nemoćne opet pada na njihove obitelji.

U Hrvatskoj država ima skromnu ulogu u skrbi o starijima, a okosnicu sustava dugotrajne skrbi čini obitelj. Prema istraživanju Podgorelec i Klempić (2007), najčešći su pružatelji skrbi bračni partneri (u većem broju supruge nego supruzi), zatim odrasla djeca (češće kćeri), potom drugi članovi obitelji, a tek na kraju prijatelji i susjedi.⁵⁰

Još jedan problem sustava socijalne skrbi je neinformiranost starijih osoba o socijalnim pravima i uslugama, kao i načinu njihova ostvarivanja. Prema najnovijim istraživanjima o pravima starijih osoba u Gradu Zagrebu, 75% starijih osoba općenito nije upoznato s pravima koja mogu ostvariti u sustavu zdravstva i socijalne skrbi te ekonomskim pravima. Nadalje, prema broju upita koje Ministarstvu socijalne politike i mladih upućuju starije osobe ili osobe koje skrbe o njima, također je razvidno da je slaba informiranost šire zajednice o pravima starijih osoba iz sustava socijalne skrbi. Stoga je potrebno osigurati pravodobnu i relevantnu informaciju o pravima i uslugama iz sustava socijalne skrbi za starije osobe.⁵¹

3.4.2. Privatno financiranje dugotrajne skrbi u Republici Hrvatskoj

Privatno financiranje kao oblik financiranja dugotrajne skrbi u Republici Hrvatskoj još je uvijek na niskoj razini zastupljenosti. S aspekta financijskog tržišta i proizvoda, pokrivenost proizvodima osiguranja dugotrajne skrbi izuzetno je loša, pa gotovo i zanemariva u Republici Hrvatskoj. Privatno financiranje uglavnom se tiče individualnih angažmana, najčešće medicinski nestručnog i neobrazovanog kadra, za pomoć u kući (npr. pomoć pri obavljanju

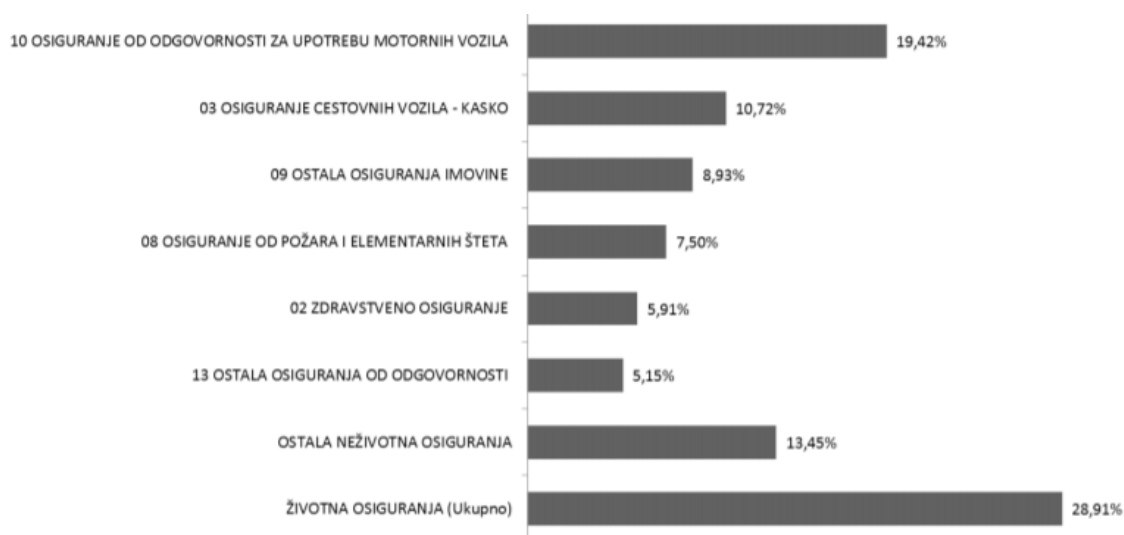
⁵⁰ Bađun, M. (2015) Neformalna dugotrajna skrb za starije i nemoćne osobe, *Newsletter, Povremeno glasilo instituta za javne financije*, (100)

⁵¹ Ministarstvo socijalne politike i mladih (2014) *Strategija socijalne skrbi za starije osobe u Republici Hrvatskoj za razdoblje 2014. - 2016.* Zagreb: MSPM.

osobne higijene, čišćenje, kuhanje i sl.) Drugi način privatnog organiziranja skrbi i pomoći jest smještanje u privatne domove gdje se ukupan trošak zbrinjavanja podmiruje od strane primatelja usluge. S obzirom na ne postojanje formalno uređenog sustava dugotrajne skrbi kao ni primjerenih financijskih proizvoda i potpuno nerazvijenog tržišta, može se očekivati spori razvoj tržišta privatnog financiranja dugotrajne skrbi.

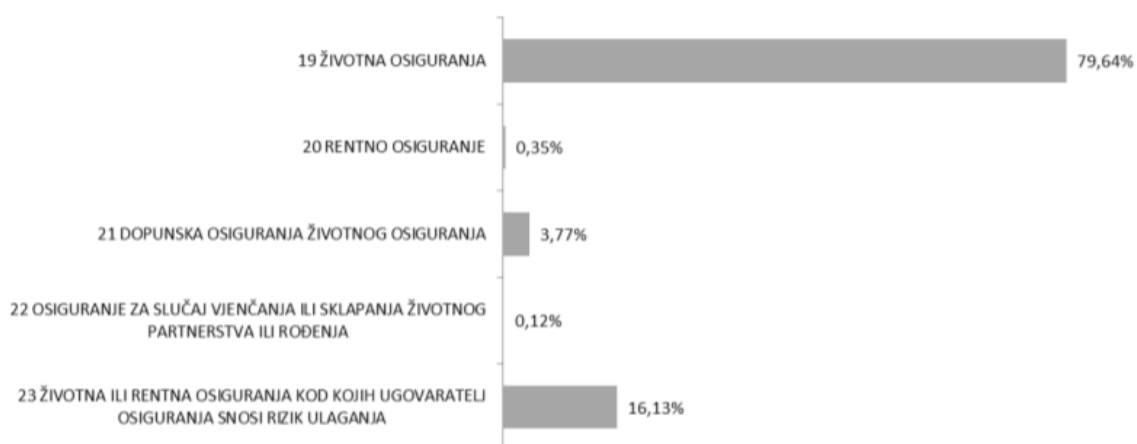
U prilog nepokrivenosti tržišta aranžmanima privatnog osiguranja skrbi govori i struktura ukupne premije i premije životnog osiguranja u 2019. godini u Republici Hrvatskoj (slike 10 i 11) gdje je vidljivo kako ne postoji mogućnost ugovaranja vrste osiguranja koja se izravno tiče dugotrajne skrbi za starije i nemoćne.

Slika 10 - Struktura ukupne premije po vrstama osiguranja; travanj 2019



Izvor: HUU (2019): Tržište osiguranja u RH za travanj 2019.

Slika 11 - Struktura premije životnih osiguranja; travanj 2019



Izvor: HUU (2019): Tržište osiguranja u RH za travanj 2019.

U dom za starije i nemoćne korisnik može biti smješten na vlastiti zahtjev koji se podnosi izravno domu. Uz zahtjev potrebno je priložiti izjavu ovjerenu kod javnog bilježnika o plaćanju smještaja koju daju zakonski ili ugovorni obveznici uzdržavanja ili druga osoba koja se obvezuje podmirivati razliku cijene smještaja u domu ako bude potrebno. Ukratko, troškove smještaja korisnik podmiruje svojim sredstvima (prihodi, imovina, ušteđevina, doprinos obveznika uzdržavanja i slično) ako su dovoljna za podmirivanje cijene smještaja. Kad korisnik sam podmiruje ukupne troškove smještaja u ustanovi, smještaj se može realizirati na temelju ugovora između ustanove i korisnika, bez sudjelovanja centra za socijalnu skrb. Kad korisnik i njegovi obveznici uzdržavanja nemaju dovoljno sredstava za podmirivanje troškova smještaja niti imovinu od koje mogu osigurati potrebna sredstva, rješenje o smještaju i načinu plaćanja donosi centar za socijalnu skrb (CZSS). Rješenje CZSS-a izdaje se i onim osobama koje imaju hitnu potrebu za smještajem neovisno o tome hoće li im uslugu smještaja financirati država ili oni samostalno. Nadalje, osobe s rješenjem CZSS-a mogu se smjestiti kod bilo kojeg pružatelja usluga (državnog ili privatnog) s kojim MSPM ima sklopljen ugovor odnosno sa svima koji se nalaze u mreži pružatelja usluga.⁵²

Sadašnji sustav financiranja domova stvara velike nejednakosti između korisnika smještenih u decentralizirane domove i onih koji su se zbog popunjenosti decentraliziranih domova prisiljeni smjestiti u privatne domove po višim cijenama. U osobito su nepovoljnom položaju osobe kojima je potreban hitan smještaj, posebno zbog nejasnih i neujednačenih kriterija za smještaj u decentralizirane domove. O smještaju odlučuje komisija doma prema Pravilniku o prijamu i otpustu korisnika (donosi ga upravno vijeće doma) u kojem se navode samo uvjeti propisani Zakonom o socijalnoj skrbi, dok o redoslijedu prijama odlučuje navedena komisija.⁵³

Nažalost, velika većina starije i oboljele populacije u Hrvatskoj nema dovoljna primanja koja bi im omogućila ovakav vid zbrinjavanja što dovodi do potrebe za suživotom starijih s djecom ili drugim članovima obitelji ili podnošenjem zahtjeva za smještaj u domove za starije i nemoćne koje subvencionira država preko sustava socijalne skrbi, što rezultira dugim listama čekanja.

⁵²Bađun, M. (2016) Financiranje domova za starije i nemoćne osobe u Hrvatskoj, *Revija za socijalnu politiku*, Vol. 24, No. 1

⁵³Bađun, M. (2018) Financiranje decentraliziranih domova za starije i nemoćne osobe, *Aktualni osvrti*. Zagreb: Institut za javne financije.

Iako bi razvoj osiguravateljskih proizvoda vezanih za dugotrajnu skrb starijih i nemoćnih doveo do rasterećenja javnih financija te omogućio individualizaciju usluga kakvu javna ponuda u obliku formalne skrbi nikada neće zadovoljiti, treba biti svjestan procjena ekonomskih kretanja i činjenice da su takvi proizvodi namijenjeni vrlo uskom krugu ljudi koji si ih mogu priuštiti. Nadalje, razvoj tih financijskih proizvoda iziskuje preustroj i velika ulaganja u današnju, kako institucionalnu tako i izvaninstitucionalnu ponudu dugotrajne skrbi za starije (izobrazba gerontodomačica, njegovatelja, izgradnja novih ustanova i sl.)

Za razliku od razvijenih zemalja Europske Unije, koje se okreću modelima izvan institucionalne skrbi, u Republici Hrvatskoj i dalje jača institucionalni oblik, o čemu svjedoče duge, čak i višegodišnje liste čekanja. Otvaraju se brojni privatni domovi a još uvijek je veliki broj domova u rukama jedinica regionalne samouprave. Značajan oblik institucionalne skrbi jesu tzv. „obiteljski domovi“, tj. pravne osobe koje pružaju usluge smještaja bez osnivanja doma, kojima zakonska regulativa dozvoljava skrb do maksimalno 20 osoba⁵⁴ bez zadovoljavanja standarda koji su neophodni za ostale vrste domova za starije i nemoćne. Država i jedinice lokalne samouprave subvencioniraju isključivo domove u svom vlasništvu te su cijene tih domova niže nego u ostalim domovima, ali su i liste čekanja dulje.

⁵⁴ Obiteljski dom je oblik pružanja smještaja ili boravka do 20 odraslih korisnika, odnosno za 4 do 10 djece koji žive ili borave s obitelji pružatelja usluge.

Narodne novine (2013) *Zakon o socijalnoj skrbi*. Zagreb: Narodne novine d.d., broj 157/13, 152/14, 99/15, 52/16, 16/17 i 130/17

4. OBILJEŽJA STUDENTSKE POPULACIJE U REPUBLICI HRVATSKOJ I STRUKTURA ISTRAŽIVANJA

4.1. Karakteristike studentske populacije u Republici Hrvatskoj

4.1.1. Institucijske karakteristike studentske populacije

U zimskom semestru akademske godine 2017./2018. na visoka učilišta Republike Hrvatske u sve godine studija upisalo se ukupno 159 638 studenata. Studentica je bilo 91 014, što iznosi 57,0%. Od ukupnog broja studenata, u sastavu sveučilišta upisano je 82,0% studenata. Na Sveučilištu u Zagrebu upisano je 39,3% studenata, na Sveučilištu u Splitu 11,8%, na Sveučilištu u Osijeku 10,5%, na Sveučilištu u Rijeci 10,0%, na Sveučilištu u Zadru 3,4%, na Sveučilištu u Puli 2,4%, na Sveučilištu Sjever u Koprivnici 1,8%, na Sveučilištu u Dubrovniku 1,1%, na Libertas međunarodnom sveučilištu, Zagreb 1,0%, a na Hrvatskome katoličkom sveučilištu, Zagreb 0,7%. Izvan sveučilišta upisano je 18,0% studenata. Od ukupnog broja studenata upisanih na visoka učilišta u Republici Hrvatskoj, na fakultete ih je bilo upisano 80,7%, na veleučilišta 13,7%, a na visoke škole 4,2%, dok ih je na umjetničkim akademijama bilo upisano 1,4%. U studentskim domovima u akademskoj godini 2017./2018. bila su smještena 11 163 studenta, dok je broj studenata koji nisu primljeni zbog popunjenoga kapaciteta bio 6 393. Udio studentica korisnica studentskih domova bio je 61,7%.⁵⁵

4.1.2. Socio-demografske karakteristike studentske populacije

Prema podacima DZS-a za 2012./2013. godinu, u Hrvatskoj žene čine većinu studentskog tijela (56%), dok muškarci čine 44% studentskog tijela. Žene su zastupljenije na javnim sveučilišnim studijima te u području društveno-humanističkih znanosti, medicini i zdravstvu, dok su muškarci zastupljeniji u području prirodnih i tehničkih znanosti. Muškarci su zastupljeniji na privatnim stručnim studijima te na visokim školama i veleučilištima (posebice privatnim). Većina studenata u Hrvatskoj upisuje prvi put studij s 18 godina (njih 51%)

⁵⁵ DZS (2019) *Studenti u akademskoj godini 2017./2018.*, Statistička izvješća, 1622., str. 11–14. Zagreb: Državni zavod za statistiku.

odnosno 19 godina (njih 36%), dok tek 8% studenata starijih od 21 godine života upisuje prvi put studij. Stariji studenti češće upisuju stručne studije na javnim i privatnim visokim školama i veleučilištima te većinom studiraju u statusu izvanrednih studenata. Ukupno 3% studenata ima djecu. Studenti roditelji češće upisuju stručne (javne i privatne) studije te visoke škole i veleučilišta, a većinom studiraju u statusu izvanrednih studenata. Većina studenata roditelja (njih 65%) zaposlena je na puno radno vrijeme ili dio radnog vremena. Iako većina studenata navodi kako nema teškoća koje utječu na tijek njihova studija, 14% studenata navodi kako imaju teškoće poput kroničnih bolesti, oštećenja vida i sluha, poremećaje učenja, psihičkih poremećaja, teškoća prilikom kretanja te ostale zdravstvene probleme. Više od četvrtine studenata s teškoćama (njih 27%) smatra da je potpora koja im se pruža izrazito nekvalitetna. Izgledi za pristup visokom obrazovanju povoljniji su za osobe koje dolaze iz obrazovanijih obitelji. Ukupno 46% studenata dolazi iz obitelji gdje je barem jedan roditelj visokoobrazovan, 56% iz obitelji gdje barem jedan roditelj ima završenu srednju školu, a tek 3% iz obitelji gdje je najveći završeni stupanj obrazovanja roditelja osnovna škola. Ovi postoci ne odgovaraju distribuciji u populaciji: kada pogledamo populaciju muškaraca i žena u dobi između 40 i 60 godina, dobnu skupinu kojoj pripada većina roditelja anketiranih studenata, među roditeljima studentske populacije ima značajno manje očeva i majki s nižim obrazovanjem nego što je to slučaj u referentnoj populaciji. Studenti slabije obrazovanih roditelja (čiji roditelji imaju završenu osnovnu ili srednju školu kao najviši obrazovni stupanj) većinom studiraju na javnim stručnim studijima, javnim visokim školama i veleučilištima, dok djeca visokoobrazovanih roditelja većinom studiraju na javnim sveučilišnim studijima.⁵⁶

Kontinuirano slab plasman političkih institucija na ljestvici povjerenja nedvojbeno ukazuje na nezadovoljstvo i funkcioniranjem i personalnim sastavom tih institucija. Upravo to su potvrdili rezultati ispitivanja mišljenja o političarima kojima od devet desetina do dvije trećine studenata upućuje prigovore koji permanentno kolaju u stručnim analizama, medijima i široj javnosti: od neopravdano privilegiranog položaja, nevjerodostojnosti i korumpiranosti, preko lažnih predizbornih obećanja, koncentracije na osobne interese i gubitka povezanosti s građanima, do nedemokratskog i neodgovornog ponašanja. Zaključno se može konstatirati da navedeni istraživački rezultati ukazuju na to da u političkoj kulturi studenata egzistiraju elementi i participativne i podaničke političke kulture što upućuje na pretpostavku da najodgovorniji agensi za političku socijalizaciju mladih nisu zadovoljavajuće obavili svoju

⁵⁶ Šćukanec N., Sinković M., Bilić R., Doolan K., Cvitan M. (2014) Socijalni i ekonomski uvjeti studentskog života u Hrvatskoj, *Nacionalno izvješće istraživanja EUROSTUDENT V za Hrvatsku za 2014.*, str. 8-9.

funkciju. Slobodno vrijeme je zbog svojih emancipacijskih i razvojnih potencijala važan segment svakodnevnog života, osobito kada je riječ o studentima kao elitnoj podskupini mladih iz koje bi se trebala regrutirati i buduća društvena elita u Hrvatskoj. Rezultati istraživanja su pokazali da dvije trećine studenata dnevno raspolaže s više od tri sata slobodnog vremena koje provode slično ostalim mladima. Tako od četiri petine do polovice ispitanih studenata slobodno vrijeme koristi za česta druženja s prijateljima, izlaske u kafiće, gledanje televizije i slušanje rock glazbe, dok je zanemariv broj njih aktivan u političkom, humanitarnom i volonterskom radu. Prilično slabo su zastupljene i intelektualne aktivnosti pa tako, primjerice, svaki sedmi student nikada ne ide a svaki peti često odlazi u kazalište, svaki peti nikada ne čita knjige nasuprot svakom četvrtom koji to često čini te svaki drugi nikada ne ide na izložbe dok ih svaki dvanaesti često posjećuje. Navedeni nalazi indiciraju da se dokolice prvenstveno koristi kao vrijeme rezervirano za aktivnosti hedonističkog i zabavnog karaktera pri čemu su sadržaji koji pridonose kultiviranju i razvoju ličnosti zastupljeni u znatno manjoj mjeri. Među studentima je primjetan pragmatizam i individualizacija na mnogim područjima života što je najupečatljivije u kontekstu ostvarenja životnih ciljeva. U tom se pogledu suvremena generacija studenata primarno oslanja na sebe i još malo više na ekonomski, socijalni i kulturni kapital roditelja, odnosno obitelji. Unatoč razmjerno povlaštenom socijalnom statusu suvremeni hrvatski studenti ostavljaju dojam donekle rezignirane i deziluzionirane generacije koja ima sve manje vjere u društvene institucije i druge ljude, koja relativizira donedavno potpuno neupitne vrijednosti individualnog i društvenog života, koja gubi naglašeno zanimanje za pojave oko sebe i koja s manje entuzijazma participira čak i u aktivnostima dokolice.⁵⁷

Sudeći prema rezultatima istraživanja o sociološkom portretu studenata u Republici Hrvatskoj prema kojima je zanemariv broj studenata aktivan u političkom, humanitarnom i volonterskom radu, a prilično slabo su zastupljene i intelektualne aktivnosti, nije za očekivati da je tema adekvatnog zbrinjavanja starijih i nemoćnih i financiranja dugotrajne skrbi aktualna i sveprisutna među studentima. S obzirom na spomenutu iskazanu individualizaciju i pragmatizam studenata te primarno oslanjanje na sebe, u kontekstu teme dugotrajne skrbi, moguće je zaključiti kako suvremena generacija studenata ne očekuje od drugih da se u njihovoj starosti o njima brinu, kao što ni oni ne ulažu vrijeme u pomoć starijima. Mladi imaju sve manje vjere u društvene institucije i druge ljude, alieniraju se, ne očekuju pomoć ali

⁵⁷ Institut za društvena istraživanja u Zagrebu (2014) *Sociološki portret hrvatskih studenata*, str. 429-437. Zagreb: IDIZ.

je ni ne pružaju. Gube interes za pojave oko sebe dok dokolicu prvenstveno koriste kao vrijeme rezervirano za aktivnosti hedonističkog i zabavnog karaktera. Iz svega navedenog, moglo bi se zaključiti kako problemi starijih i nemoćnih nisu nešto što bi doticalo generaciju današnjih studenata, pobudilo u njima empatiju i potaklo ih na humanitaran ili volonterski rad. S obzirom na činjenicu kako su kod studenata sve manje prisutne i intelektualne aktivnosti, teško je za očekivati da će oni ponuditi prijedloge i rješenja za problem financiranja i organizacije sustava dugotrajne skrbi. Štoviše, za očekivati bi bilo da, unatoč naporima da se ova tema pokuša aktualizirati među mladima, bilo kroz organizirane panel rasprave, diskusije, predavanja i slično, to ne bi pobudilo ni velik interes ni odaziv.

4.2. Proces istraživanja i opis uzorka

4.2.1. Tijek istraživanja

Primarno istraživanje, s ciljem ispitivanja stavova o i upoznatosti studentske populacije s financijskim proizvodima dugotrajne skrbi za starije i nemoćne, provedeno je u razdoblju od 1. svibnja do 15. lipnja 2019. godine. Anketni upitnik (Web anketa), koji je autorica diplomskog rada sama pripremila, oblikovala i prilagodila putem platforme „Google Forms”, objavljen je *on-line*, odnosno, odgovori su prikupljeni elektroničkim putem, uzimajući u obzir sve izraženiju sklonost mladih ka korištenju interneta i društvenih mreža. Podijeljen je (u obliku poveznice: <https://forms.gle/nbwpWhugsntbYKXK9>) u različitim specijaliziranim grupama studenata na društvenim mrežama, također i na platformi „Google Classroom” u virtualnim učionicama nekoliko sastavnica Sveučilišta u Zagrebu. Upitniku su mogli pristupiti redoviti i izvanredni studenti koji trenutno studiraju u Republici Hrvatskoj na preddiplomskoj i diplomskoj razini na javnim i privatnim studijima, a korisnički podaci služili su za pristup upitniku i omogućili jedinstven pristup, tj. onemogućili da ista osoba dva puta pristupi ispunjavanju upitnika.

4.2.2. Instrumenti istraživanja

Strukturu anketnog upitnika čini šest sastavnica i to: *upoznatost s pojmom dugotrajne skrbi za starije i nemoćne, iskustvo LTC, stavovi o odnosu obitelji i LTC, percepcija o vlastitoj LTC,*

stavovi o financiranju i spremnosti na štednju za LTC i osobni podaci. Upitnik je priložen na kraju rada kao *Prilog 1*.

Na početku upitnika navedeno je kako je njegov cilj ispitati upoznatost mladih s problemima s kojima se susreću ljudi treće životne dobi te stavove o tome kako namjeravaju provesti i financirati dugotrajnu skrb u svojoj starosti. Također, navedeno je kako će se zbog jednostavnosti, u nekim pitanjima za dugotrajnu skrb za starije i nemoćne upotrebljavati skraćena LTC kao skraćeni oblik međunarodno uvriježenog termina na engleskom jeziku: Long Term Care. Studenti koji su sudjelovali u istraživanju upozoreni su kako je upitnik anonimn i kako će rezultati biti korišteni za potrebe diplomskog rada, kao i na procijenjeno trajanje ankete od 10 minuta.

4.2.3. Opis uzorka

Uzorak predstavlja podskup osnovnoga statističkog skupa koji se uzima u svrhu ispitivanja obilježja elemenata osnovnog skupa. Da bi tu svrhu uzorak mogao ispuniti, potrebno je da bude reprezentativan i da je izbor jedinica izvršen na slučajnan način.⁵⁸

Usmjeravanjem na objavljivanje upitnika na stranicama specijaliziranim za studente, rješava se problem mogućeg neadekvatnog uzorkovanja i oblikovanja anketnih pitanja usmjerenih krivim skupinama ispitanika. Uzorak ispitanika u ovom je istraživanju prigodnog tipa.

Uzorak ispitanika sastavljen je od približno dvije trećine ispitanica ženskog spola (66,17%), od studenata svih studijskih godina (najviše studenata prve godine, 32,04%), najčešće kronološke dobi između 19 i 23 godine (85,29% od ukupnog uzorka), s najčešće završenom gimnazijom (68,26%), te s najčešćim najvišim stupnjem obrazovanja roditelja/skrbnika od srednje škole (42,51%). Struktura uzorka detaljnije će biti prikazana u narednom poglavlju.

⁵⁸ Rozga, A. (2017) *Statistika za ekonomiste*. Udžbenici Sveučilišta u Splitu. Sveučilište u Splitu – Ekonomski Fakultet, str. 117.

4.3. Hipoteze istraživanja

Na temelju definiranog cilja istraživanja određeni su istraživački zadaci koji predstavljaju temelje za postavljanje i testiranje hipoteza navedenih u nastavku, a kroz koje se utvrdila percepcija i upoznatost studentske populacije sa financijskim proizvodima dugotrajne skrbi za starije i nemoćne.

Ovim istraživanjem željelo se odgovoriti na slijedeća istraživačka pitanja:

1. Pokazuju li studenti koji su iskusili dugotrajnu skrb za starije i nemoćne višu razinu osviještenosti i stavova o tom problemu, što uključuje i koliko je takva skrb skupa?
2. Rezultira li postojanje iskustva dugotrajne skrbi za starije i nemoćne kod studenata formiranjem preferencija o skrbi njih samih u budućnosti?
3. Razmišlja li studentska populacija o troškovima života u trećoj dobi i jesu li upoznati s financijskim proizvodima dugotrajne skrbi?
4. Utječe li veličina obitelji i/ili veličina mjesta gdje su studenti proveli većinu svog života na očekivanja o vlastitom životu u trećoj dobi?
5. Utječe li standard i dostignuti stupanj obrazovanja u obitelji na znanje o financijskim proizvodima dugotrajne skrbi i spremnosti na takav oblik štednje?

Sukladno navedenim pitanjima postavljene su hipoteze:

H1: Stavovi o odnosu obitelji i LTC u ovisnosti su o vlastitom iskustvu s navedenim problemom.

H2: Formiranje percepcije o vlastitoj dugotrajnoj skrbi (preferencija i interesa o skrbi njih samih u budućnosti) ovisi o postojanju iskustva dugotrajne skrbi za starije i nemoćne kod studenata.

H3: Postoji razlika u stavovima o načinu financiranja, spremnosti na štednju za LTC te upoznatosti s financijskim proizvodima dugotrajne skrbi između dijela studentske populacije koji se susreo s navedenim problemom i ostatka studentske populacije.

H4: Postoji razlika u očekivanjima o vlastitom životu u trećoj dobi unutar studentske populacije, ovisno o veličini obitelji i/ili veličini mjesta gdje su proveli većinu svog života.

H5: Postoji razlika u upoznatosti s financijskim proizvodima dugotrajne skrbi i spremnosti na takav oblik štednje unutar studentske populacije, ovisno o standardu i dostignutom stupnju obrazovanja u obitelji.

4.4. Metodologija istraživanja

Svrha svakog istraživanja je prikupljanje statističkih podataka koji opisuju određeni vid funkcioniranja proučavane populacije. Metoda ispitivanja ograničenog dijela populacije putem upitnika omogućuje višestruku operacionalizaciju i kvantifikaciju indikatora. Za potrebe ovog istraživanja odabrana je metoda kvantitativnog istraživanja putem *on-line* upitnika jer podaci uključuju odgovore na pitanja o ponašanju, mišljenju i stavovima, društvenom i fizičkom okruženju, kao i demografska obilježja. Uz to, ova metoda otvara mogućnost kombiniranja različitih strategija operacionalizacije, omogućuje postojanje kvantificiranih postupaka s mogućnošću korelacijskih usporedbi, mogućnost višestruke operacionalizacije koja omogućuje veći broj mjernih modela i nezahjevanih modela mjerenja u kojima se dopušta izvjesni stupanj varijacije okolnih uvjeta.⁵⁹

Još jedan od razloga korištenja ove metodologije proizlazi iz jedne od prednosti *on-line* anketiranja i to one vezane za činjenicu da spomenuti način popunjavanja anketnog upitnika može ujediniti postupke prikupljanja, unošenja, kontrole i ispravljanja podataka. Istraživanje anketom na taj način postaje jednostavno, a što dovodi do racionalizacije, smanjenja troškova i do poboljšanja kvalitete pojedinih postupaka obrade i izračuna konačnih rezultata.⁶⁰

Velika je pažnja pri formiranju upitnika usmjerena na razumljivost i (ne)sugestivnost pitanja čime se htjelo postići brz i fluidan način ispunjavanja upitnika koji će rezultirati iskrenim i nepristranim odgovorima jer jedino takvi odgovori mogu dovesti do realnih zaključaka.

Prilikom provođenja istraživanja koristila se deskriptivna metoda za analizu socio-demografskih karakteristika ispitivanog uzorka zbog jednostavnosti uređivanja, tabličnog i grafičkog prikazivanja podataka, te izračunavanja opisnih statističkih pokazatelja. Izvor podataka jest provedena, već opisana anketa, a instrument za prikupljanje podataka

⁵⁹Rimac, I. *Metodologija društvenih istraživanja - Znanost i znanstvene metode* [online]. Dostupno na: https://www.pravo.unizg.hr/download/repository/Methodologija_drustvenih_istrazivanja.pdf. [15. svibnja 2019.]

⁶⁰ K. Dumičić, B. Žmuk (2009) Karakteristike korisnika interneta u Hrvatskoj i reprezentativnost internetskih anketa, *Zbornik Ekonomskog fakulteta u Zagrebu*, godina 7, br.2., str. 116.

predstavljao je također već opisani *on-line* anketni upitnik namijenjen uzorku prigodnog tipa. Određene skupine pitanja postavljene su u obliku pitanja otvorenog i zatvorenog tipa, dok je najveći broj pitanja postavljen u obliku Likertove ljestvice koja dopušta ispitaniku odabir stupnja slaganja sa tvrdnjom i to u rasponu od „*U potpunosti se ne slažem.*” do „*U potpunosti se slažem.*”.

Daljnji dio istraživanja odnosi se na metode inferencijalne statistike koja pruža statističke postupke koji omogućuju testiranje istraživačkih hipoteza, odnosno zaključivanje, što i čini okosnicu ovog rada. Alat korišten u analizi jest MS Excel te XLSTAT, statistički dodatak MS Excel programa kao i program *Statistica v.13.3*. Provjera hipoteza provedena je primjenom utvrđivanja razlika između različitih podskupina ispitanika, bilo primjenom *t-testa* ili primjenom *jednosmjerne analize varijance (ANOVA)*. Korištena je *korelacijska analiza* za istraživanje i kvantificiranje povezanosti među varijablama, točnije *Pearsonov koeficijent korelacije* kojim su utvrđene povezanosti između varijabli *stavova i percepcije o LTC* sa socio-demografskim varijablama. Primijenjena je *višestruka regresijska analiza* kojom se utvrđuje ukupan doprinos skupa nezavisnih i „prediktorskih“ *socio-demografskih varijabli* na zavisnu varijablu *stavova o financiranju i spremnosti na štednju za LTC*, ali i parcijalan doprinos pojedinih nezavisnih varijabli na zavisnu varijablu izvješća uz istodobno isključivanje utjecaja drugih i s navedenom prediktorskom varijablom moguće međusobno povezanih varijabli. Na kraju, nakon što je utvrđen značajan parcijalan doprinos jedne nezavisne varijable na zavisnu varijablu *stavova o financiranju i spremnosti na štednju za LTC*, dodatno je, još jednom, napravljena *jednosmjerna analiza varijance (ANOVA)* i primjenjen Scheffeov *post-hoc* test razlika za precizno utvrđivanje razlika između pojedinih podskupina ispitanika.⁶¹

⁶¹ Uređeno prema: Šoštić, I. (2004) *Primjenjena statistika*. Zagreb: Školska knjiga.

5. REZULTATI ISTRAŽIVANJA

5.1. Distribucija sudionika po socio-demografskim karakteristikama

On-line anketni upitnik ispunjen je od strane 334 sudionika istraživanja. Od toga 66,2% sudionika je ženskog, a 33,8% muškog roda. Najveći broj ispitanika je na prvoj (32%), zatim petoj (22,5%), drugoj (20,1%), četvrtoj (13,2%) i trećoj (12,3%) godini studija. Prosječna dob ispitanika je 21 godina, a najviše ih je završilo gimnaziju (68,3%) i ekonomsku srednju školu (26,6%), dok ih je tek 5,1% završilo srednju strukovnu školu. Najviši dostignuti stupanj obrazovanja jednog od roditelja/skrbnika je za većinu (41,6%) srednja škola, potom (26%) fakultet, (18,3%) magisterij, (9,9%) viša škola, (3,3%) doktorat, a samo 0,9% osnovna škola.

Tabela 6 - Osnovna socio-demografska obilježja uzorka ispitanika (N_{ukupno} = 334)

SPOL ISPITANIKA				
Kategorija	Frekvencija	Kumulativna frekvencija	Postotak (%)	Kumulativni postotak (%)
Žene	221	221	66,17	66,17
Muški	113	334	33,83	100,00
GODINA STUDIJA				
Kategorija	Frekvencija	Kumulativna frekvencija	Postotak (%)	Kumulativni postotak (%)
1	107	107	32,04	32,04
2	67	174	20,06	52,10
3	41	215	12,28	64,37
4	44	259	13,17	77,54
5	75	334	22,46	100,00
DOB ISPITANIKA				
Kategorija	Frekvencija	Kumulativna frekvencija	Postotak (%)	Kumulativni postotak (%)
18	1	1	0,30	0,30
19	74	75	22,22	22,52
20	74	149	22,22	44,74
21	28	177	8,41	53,15
22	46	223	13,81	66,97
23	62	285	18,62	85,59
24	25	310	7,51	93,09
25	13	323	3,90	97,00
26	6	329	1,80	98,80
28	2	331	0,60	99,40
31	1	332	0,30	99,70
34	1	333	0,30	100,00
ZAVRŠENA SREDNJA ŠKOLA				
Kategorija	Frekvencija	Kumulativna frekvencija	Postotak (%)	Kumulativni postotak (%)
Gimnazija SŠ	228	228	68,26	68,26
Ekonomska SŠ	89	317	26,65	94,91
Strukovna SŠ	17	334	5,09	100,00
NAJVIŠI STUPANJ OBRAZOVANJA RODITELJA/SKRBNIKA				
Kategorija	Frekvencija	Kumulativna frekvencija	Postotak (%)	Kumulativni postotak (%)
Osnovna škola	3	3	0,90	0,90
Srednja škola	139	142	41,62	42,51
Viša škola/BA	33	175	9,88	52,40
Fakultet/MA	87	262	26,05	78,44
Magisterij/MSc	61	323	18,26	96,71
Doktorat/PhD	11	334	3,29	100,00

Legenda: Frekvencija – učestalost neke vrijednosti, broj koji pokazuje koliko se puta ta vrijednost pojavila u nekom skupu podataka. Kumulativna frekvencija – frekvencija dobivena postupnim redosljednim zbrajanjem čestina kojima su se pojavile pojedine subklase (razredi) ili pojedinačni rezultati pri nekom mjerenju.

Izvor: Izrada autorice

Uzorak ispitanika najčešće ima urbano podrijetlo i živi u gradu Zagrebu (44,31%), a po čestini iza njih se nalaze ispitanici koji žive u manjim mjestima (30,24%). Najviše ispitanika živi s roditeljima (63,77%) u primarnoj obiteljskoj zajednici od ukupno 4 člana (37,43%). Pri

tome, ispitanici najčešće procjenjuju ukupan standard svoje obitelji kao osrednji (58,98%). Samo manji broj ispitanika (21,26%) se tijekom svog dosadašnjeg studiranja susreo s pojmom dugotrajne skrbi za starije i nemoćne (LTC) što je bilo i za očekivati jer više od polovice uzorka ispitanika sačinjavaju ispitanici prve i druge godine studija (52,90%). Najčešće navedeni kolegiji na kojima su se studenti upoznali s pojmom LTC su sljedeći: *Javne financije, Upravljanje institucionalnim investitorima i Ekonomika zdravstva.*

Tabela 7 - Ostala socio-demografska obilježja uzorka ispitanika (N_{ukupno} = 334)

MJESTO STANOVANJA				
Kategorija	Frekvencija	Kumulativna frekvencija	Postotak (%)	Kumulativni postotak (%)
Malo	101	101	30,24	30,24
Srednje	66	167	19,76	50,00
Veliko	18	185	5,39	55,39
Grad Zagreb	148	333	44,31	99,70
Drugo	1	334	0,30	100,00
STANUJEM SADA:				
Kategorija	Frekvencija	Kumulativna frekvencija	Postotak (%)	Kumulativni postotak (%)
Živim s roditeljima	213	213	63,77	63,77
Živim sam/a	23	236	6,89	70,66
Živim s cimerom/ partnerom/icom	59	295	17,66	88,32
Živim u studentskom domu	31	326	9,28	97,60
Drugo	8	334	2,40	100,00
BROJ ČLANOVA OBITELJI:				
Kategorija	Frekvencija	Kumulativna frekvencija	Postotak (%)	Kumulativni postotak (%)
1	6	6	1,80	1,80
2	33	39	9,88	11,68
3	53	92	15,87	27,54
4	125	217	37,43	64,97
5	65	282	19,46	84,43
6	31	313	9,28	93,71
7	15	328	4,49	98,20
8 ili više	6	334	1,80	100,00
PROCJENA STANDARDA OBITELJI				
Kategorija	Frekvencija	Kumulativna frekvencija	Postotak (%)	Kumulativni postotak (%)
Vrlo nizak	1	1	0,30	0,30
Nizak	13	14	3,89	4,19
Osrednji	197	211	58,98	63,17
Visok	115	326	34,43	97,60
Izrazito visok	8	334	2,40	100,00
SUSRET S POJMOM LTC TIJEKOM STUDIJA				
Kategorija	Frekvencija	Kumulativna frekvencija	Postotak (%)	Kumulativni postotak (%)
Ne	263	263	78,74	78,74
Da	71	334	21,26	100,00

Izvor: Izrada autorice

5.2. Analiza rezultata anketnog upitnika

Ispitanici navode kako su najčešće *dosta* (39,82%) ili *osrednje* (33,83%) upoznati s pojmom dugotrajne skrbi za starije i nemoćne (LTC). Po njima, starije su osobe tek one iznad *dobi od 70 godina* (53,89%) ili one iznad *dobi od 60 godina* (40,42%). Među najvažnijim uvjetima za pristojan život u starijoj dobi ispitanici navode: *zdravstveni status* (33,08%), *odnos obitelji prema starijoj osobi* (26,34%) i *imovinski status* (16,38%). Među najvećim problemima treće dobi ispitanici navode: *preniske mirovine* (32,46%), *neadekvatna i nedovoljna briga od strane obitelji* (17,97%), *strah od promjene okoline* (16,01%) te *preskupo zdravstveno osiguranje* (10,68%).

Zanimljivo je primjetiti kako veliki postotak ispitanika (njih više od 40%) starijim osobama smatra osobe u dobi iznad 60 godina dok je radno aktivna dob u Republici Hrvatskoj, odnosno prag za pravo na stjecanje starosne mirovine, 65 godina. Posebno je takav rezultat zanimljiv u kontekstu aktualnih zbivanja unutar mirovinskog sustava Republike Hrvatske gdje se novom mirovinskom reformom zahtjeva na produljenju radnog vijeka i oštrijoj penalizaciji prijevremenog umirovljenja.

Uz to, može se primjetiti i kako ispitanici navode da su 3 od 4 prethodno navedena problema ljudi treće životne dobi „društvene” naravi (*preniske mirovine, neadekvatna i nedovoljna briga od strane obitelji i preskupo zdravstveno osiguranje*) dok je samo jedan problem „osobne” naravi (*strah od promjene okoline*).

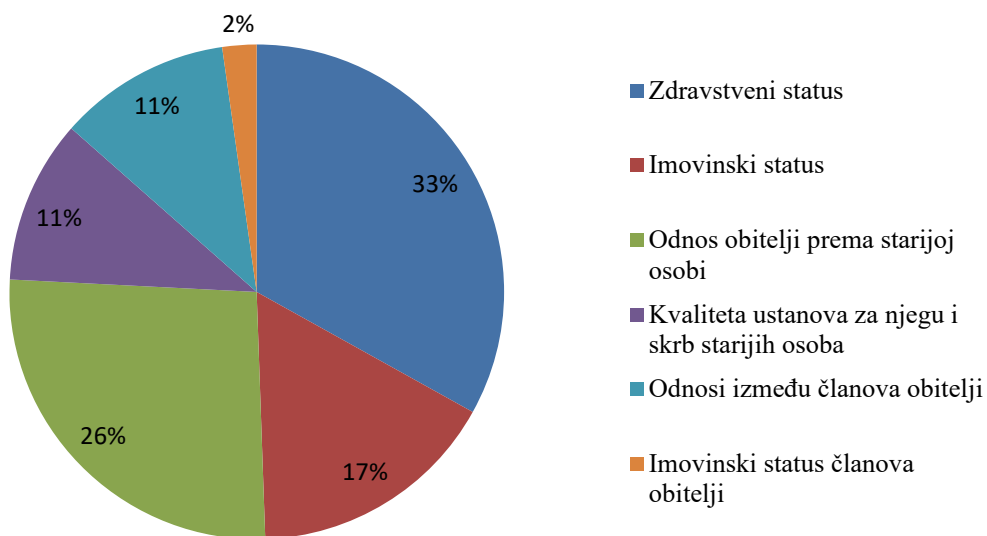
Tabela 8 - Deskriptivna obilježja kategorijskih varijabli (N_{ukupno} = 334)

1.1. Upoznatost s pojmom dugotrajne skrbi za starije i nemoćne				
Kategorija	Frekvencija	Kumulativna frekvencija	Postotak (%)	Kumulativni postotak (%)
Nimalo	3	3	0,90	0,90
Malo	36	39	10,78	11,68
Osrednje	113	152	33,83	45,51
Dosta	133	285	39,82	85,33
Potpuno	49	334	14,67	100,00
1.2. Stara osoba je:				
Kategorija	Frekvencija	Kumulativna frekvencija	Postotak (%)	Kumulativni postotak (%)
Stariji od 50 godina	6	6	1,80	1,80
Stariji od 60 godina	135	141	40,42	42,22
Stariji od 70 godina	180	321	53,89	96,11
Stariji od 80 godina	13	334	3,89	100,00

Izvor: Izrada autorice

Slika 12 - Deskriptivna obilježja kategorijskih varijabli (N_{ukupno} = 334)

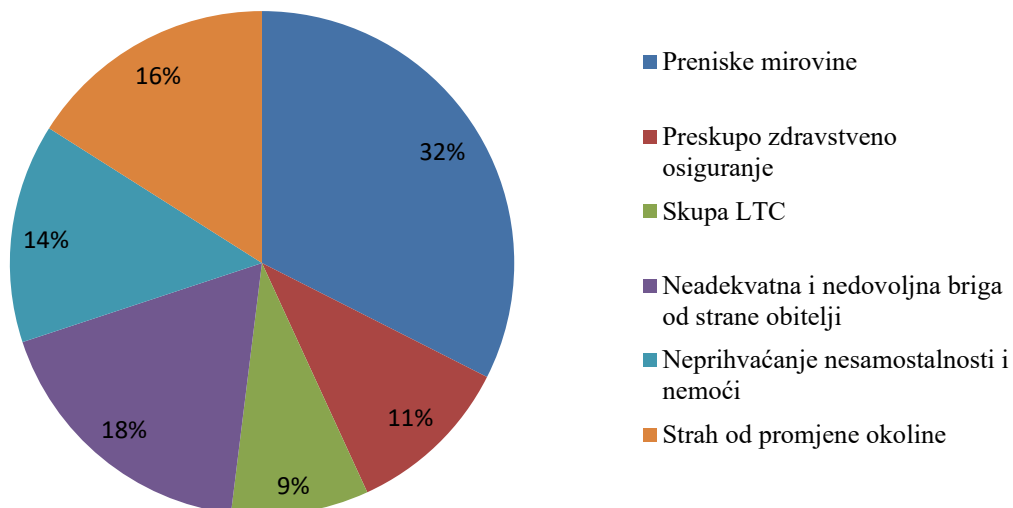
1.3. Najvažnije za pristojan život u starijoj dobi



Izvor: Izrada autorice

Slika 13 - Deskriptivna obilježja kategorijskih varijabli (N_{ukupno} = 334)

1.4. Najveći problemi populacije treće dobi

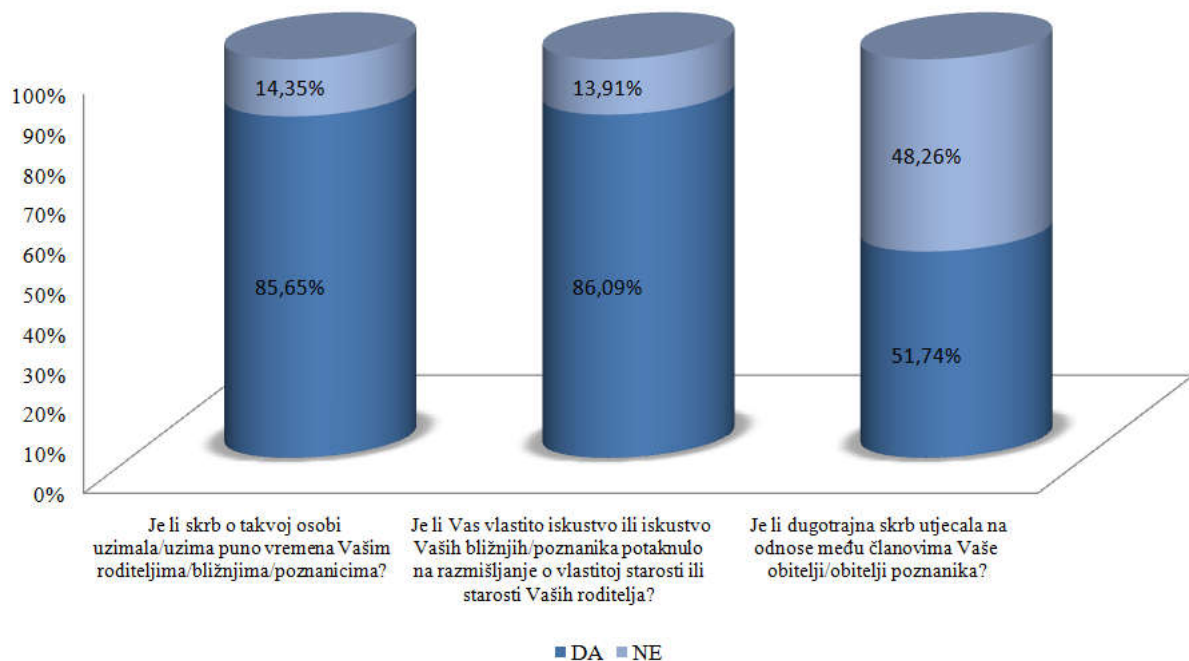


Izvor: Izrada autorice

Za utvrđivanje navoda o osobnom iskustvu ispitanika o dugotrajnoj skrbi za starije i nemoćne (LTC) korišteno je ukupno 10 pitanja od kojih su prva četiri bila „izlučna”. Oni ispitanici koji su na tim pitanjima odgovorili kako nemaju većeg ili osobnog iskustva s LTC, nisu bili usmjereni na ispunjavanje preostalih 6 pitanja, već su nastavili s ispunjavanjem preostalog dijela upitnika. Ispitanici su na prva tri pitanja odgovorili kako: *imaju (ili su imali) u obitelji osobu kojoj je potrebna dugotrajna skrb* (53,89%), *žive ili poznaju nekoga tko živi s osobom kojoj je potrebna dugotrajna skrb* (52,69%) te *kako je netko iz njihove obitelji ili netko koga poznaju smješten u dom za starije i nemoćne* (40,72%). Dakle, otprilike oko polovice ispitanika ima različite oblike *iskustva o LTC* u svojoj obitelji ili u bližem okružju. Na pitanje: „*Smatrate li da život s takvom osobom zahtjeva veliki trud i odricanja?*” preko 90% ispitanika je odgovorilo potvrdno (90,42%). Ovaj iskazani stav pokazuje kako gotovo svi ispitanici procjenjuju da život s osobom kojoj je potrebna LTC iziskuje veliki trud i odricanja, tj., da suživot s osobom koja zahtjeva dugotrajnu skrb značajno utječe i mijenja osobni život uključenih pojedinaca i čitave obitelji.

Na sljedeća pitanja, ispitanici koji imaju iskustva s LTC u svojoj obitelji ili u svom bližem okružju, su većinom odgovorili potvrdno:

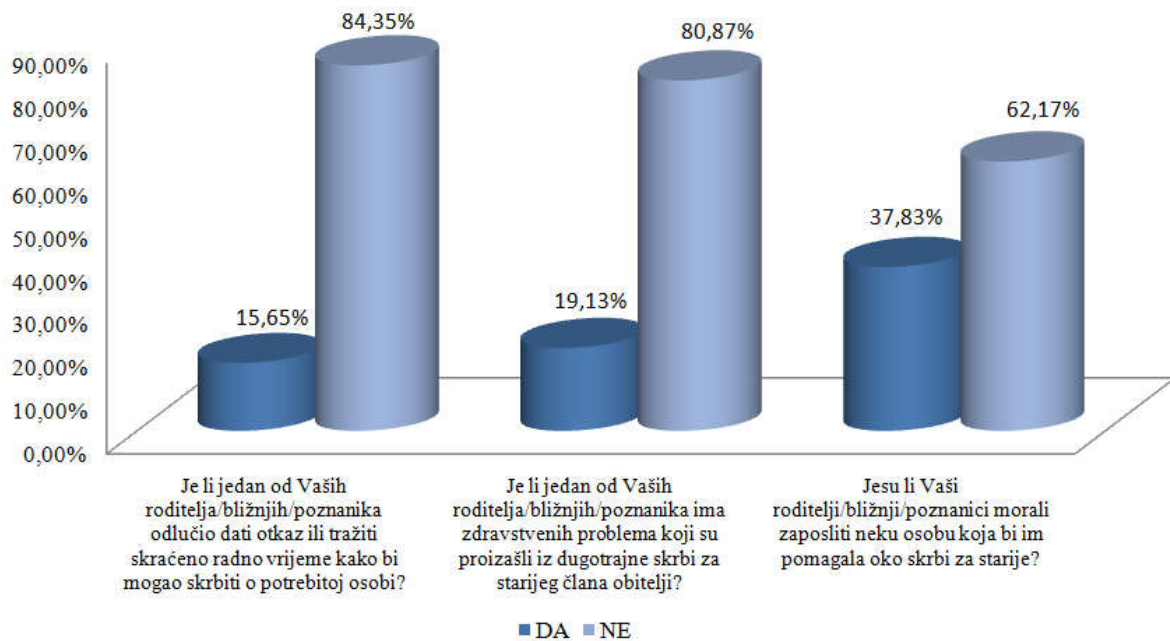
Slika 14 - Prikaz odgovora ispitanika (N_{ukupno} = 334)



Izvor: Izrada autorice

Na sljedeća pitanja, ispitanici koji imaju iskustva s LTC u svojoj obitelji ili u svom bližem okruženju, su većinom odgovorili negativno:

Slika 15 - Prikaz odgovora ispitanika (N_{ukupno} = 334)



Izvor: Izrada autorice

Sukladno navedenim rezultatima, može se zaključiti kako okosnicu sustava dugotrajne skrbi u Republici Hrvatskoj idalje čini obitelj, dok je zajednica ta koja manje sudjeluje u zbrinjavanju starijih i nemoćnih. Iako čak više od 85% ispitanika sa iskustvom dugotrajne skrbi navodi kako ona skrbnicima oduzima puno vremena, može se zaključiti kako, najvjerojatnije, životni standard ipak ne dozvoljava skrbnicima dati otkaz i/ili tražiti skraćeno radno vrijeme i/ili zaposliti osobu koja bi im pomogala oko skrbi za starije i nemoćne, o čemu svjedoče odgovori ispitanika.

Tabela 9 - Iskustvo ispitanika s dugotrajnom skrbi za starije i nemoćne (LTC) (N_{ukupno} = 334)

Imate li (ili ste imali) u obitelji osobu kojoj je potrebna dugotrajna skrb?				
Kategorija	Frekvencija	Kumulativna frekvencija	Postotak (%)	Kumulativni postotak (%)
Ne	154	154	46,11	46,11
Da	180	334	53,89	100,00
Živate li ili poznajete nekoga tko živi s osobom kojoj je potrebna dugotrajna skrb?				
Kategorija	Frekvencija	Kumulativna frekvencija	Postotak (%)	Kumulativni postotak (%)
Ne	158	158	47,31	47,31
Da	176	334	52,69	100,00
Je li netko iz Vaše obitelji ili netko koga poznajete smješten u dom za starije i nemoćne				
Kategorija	Frekvencija	Kumulativna frekvencija	Postotak (%)	Kumulativni postotak (%)
Ne	198	198	59,28	59,28
Da	136	334	40,72	100,00
Smatrate li da život s takvom osobom zahtjeva veliki trud i odricanja?				
Ne	32	32	9,58	9,58
Da	302	334	90,42	100,00
Je li skrb o takvoj osobi uzimala/uzima puno vremena Vašim roditeljima/bližnjima/poznanicima?				
Ne	33	33	14,35	14,35
Da	197	230	85,65	100,00
Je li jedan od Vaših roditelja/bližnjih/poznanika odlučio dati otkaz ili tražiti skraćeno radno vrijeme kako bi mogao skrbiti o potrebitoj osobi?				
Ne	194	194	84,35	84,35
Da	36	230	15,65	100,00
Je li dugotrajna skrb utjecala na odnose među članovima Vaše obitelji/obitelji poznanika?				
Ne	111	111	48,26	48,26
Da	119	230	51,74	100,00
Je li jedan od Vaših roditelja/bližnjih/poznanika ima zdravstvenih problema koji su proizašli iz dugotrajne skrbi za starijeg člana obitelji?				
Ne	186	186	80,87	80,87
Da	44	230	19,13	100,00
Jesu li Vaši roditelji/bližnji/poznanici morali zaposliti neku osobu koja bi im pomagala oko skrbi za starije?				
Ne	143	143	62,17	62,17
Da	87	230	37,83	100,00
Je li Vas vlastito iskustvo ili iskustvo Vaših bližnjih/poznanika potaknulo na razmišljanje o vlastitoj starosti ili starosti Vaših roditelja?				
Ne	32	32	13,91	13,91
Da	198	230	86,09	100,00

Izvor: Izrada autorice

Mjerenje stavova o odnosu obitelji i LTC provedeno je s nekoliko tvrdnji koje su zbrojene u ukupni rezultat ljestvice, korišten kasnije pri provjeri postavljenih hipoteza. Prosjeci odgovora na svim tvrdnjama variraju između najnižih 3,85 (smatram kako su starije i nemoćni prevelik

teret) do 4,60 (*planiram skrbiti za svoje roditelje*). Kako bi se rezultati na pojedinim tvrdnjama mogli međusobno uspoređivati, za sve inverzno okrenute tvrdnje rezultat je okrenut u „pozitivan” smjer pa uvijek viši navedeni rezultat predstavlja poželjniji rezultat. Ovi rezultati pokazuju kako ispitanici visoko pozitivno vrjednuju „obvezu” skrbništva obitelji za starije i nemoćne članove obitelji. Stoga je i prosječan rezultat na ljestvici (21,31 ukupno ili 4,26 prosječno po čestici) visoko izražen. *Prosječni rezultati ljestvice po čestici* su mjere kojom se lako mogu uspoređivati apsolutni rezultati ljestvica s različitim brojem čestica jer se svi nalaze na jedinstvenoj mjernoj ljestvici između minimalno mogućih 1,00 do maksimalno mogućih 5,00, te će biti korišteni u daljnjim analizama.

Tabela 10 - Deskriptivna obilježja ljestvice stavovi o odnosu obitelji i LTC ($N_{\text{ukupno}} = 334$)

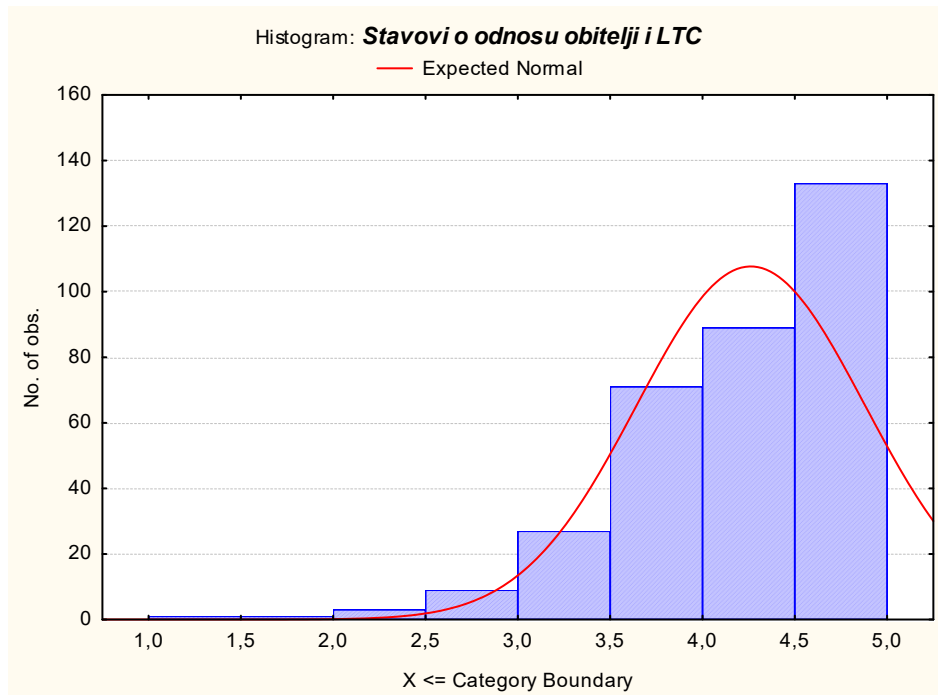
Redni broj	ČESTICA	M	SD	MIN	MAX
3.1.	Članovi obitelji u obvezi su skrbiti o vlastitim roditeljima.	4,39	0,76	1	5
3.2.	Planiram skrbiti za svoje roditelje jednom kada oni neće moći sami obavljati svakodnevne aktivnosti.	4,60	0,68	1	5
3.3.	U životu se uvijek oslanjam na svoju obitelj.	4,37	0,89	1	5
3.4.	Nisam u potpunosti spreman/na učiniti sve potrebno za svoju obitelj jer mislim da to može negativno utjecati na moje zdravlje. (INV)	4,10* (1,90)	1,12	1	5
3.5.	Smatram da su stariji i nemoćni prevelik teret za svoje obitelji. (INV)	3,85* (2,15)	1,01	1	5
UKUPNO		21,31	3,09	7	25
UKUPNO / BROJ ČESTICA		4,26	0,62	1,40	5,00

Legenda: M – aritmetička sredina; SD – standardna devijacija; MIN – minimalni rezultat; MAX – maksimalni rezultat; (INV) – inverzno okrenuta čestica; * – prosječna vrijednost čestice nakon izmjene njenog smjera.

Izvor: Izrada autorice

Distribucija rezultata ljestvice *stavovi o odnosu obitelji i LTC* pokazuje ukupne rezultate postignute na ljestvici koji su redom vrlo visoki. Oko trećine od ukupnog broja ispitanika imaju izrazito visoke ili pak maksimalno moguće rezultate. Samo vrlo mali broj ispitanika (manje od 10%) ima rezultate koji su niži od 3,00, a koji predstavljaju negativan stav o odnosima obitelji spram osoba u potrebi za dugotrajnom njegom.

Slika 16 - Distribucija rezultata ljestvice stavovi o odnosu obitelji i LTC



Izvor: Izrada autorice

Mjerenje *percepcije o vlastitoj LTC* provedeno je sa šest tvrdnji koje su zbrojene u ukupni rezultat na ljestvici, a korišten kasnije pri provjeri postavljenih hipoteza. Prosjeci odgovora na svim tvrdnjama variraju između najnižih 2,88 (*smatram da sam premlad/a za razmišljanje o LTC-u*) do 3,97 (*smatram da je LTC važan problem na koji moramo misliti i dok smo mladi*). Ovi rezultati pokazuju kako ispitanici općenito osrednje procjenjuju svoju *percepciju potrebe LTC*, „nadajući” se kako će ih ona zaobići, te kako se time još uvijek ne bi trebali zamarati. Prosječan rezultat na ljestvici (21,05 ukupno ili 3,51 prosječno po čestici) je srednje izražen.

Tabela 11 - Deskriptivna obilježja ljestvice percepcija o vlastitoj LTC (N_{ukupno} = 334)

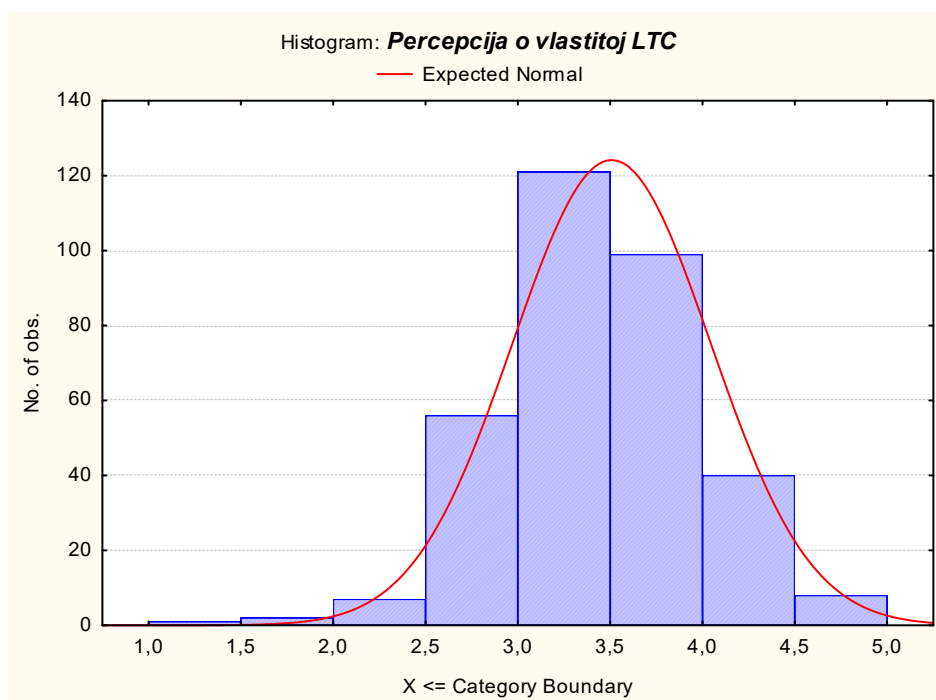
Redni broj	ČESTICA	M	SD	MIN	MAX
4.1.	Smatram da je LTC važan, problem na koji moramo misliti i dok smo mladi.	3,97	0,90	1	5
4.2.	Vjerujem da se u starosti neću naći u situaciji da trebam pomoć. (INV)	3,52* (2,48)	1,11	1	5
4.3.	U slučaju da zatrebam pomoć volio/la bih da mi se pruža profesionalna njega u mom domu.	3,80	1,01	1	5
4.4.	Ukoliko budem imao/la djecu, smatram da bi se oni trebali brinuti za mene ako ne budem samostalan/na.	3,42	1,09	1	5
4.5.	U slučaju da zatrebam pomoć volio/la bih da mi se pruža profesionalna njega u domu za starije i nemoćne.	3,46	1,17	1	5
4.6.	Smatram da sam premlad/a za razmišljanje o LTC-u. (INV)	2,88* (3,12)	1,21	1	5
UKUPNO		21,05	3,22	9	29
UKUPNO / BROJ ČESTICA		3,51	0,54	1,50	4,83

Legenda: M – aritmetička sredina; SD – standardna devijacija; MIN – minimalni rezultat; MAX – maksimalni rezultat; (INV) – inverzno okrenuta čestica; * – prosječna vrijednost čestice nakon izmjene njenog smjera.

Izvor: Izrada autorice

Distribucija rezultata ljestvice *percepcija o vlastitoj LTC* pokazuje kako se ukupni rezultati postignuti na ljestvici normalno grupiraju oko središnjeg rezultata ljestvice (3,51). Oko dvije trećine od ukupnog broja ispitanika imaju rezultate ljestvice oko središnje vrijednosti, a preostali su rezultati normalno distribuirani i padaju prema krajevima distribucije.

Slika 17 - Distribucija rezultata ljestvice percepcija o vlastitoj LTC



Izvor: Izrada autorice

Mjerenje stavova o financiranju i spremnosti na štednju za LTC provedeno je s deset tvrdnji koje su zbrojene u ukupni rezultat na ljestvici, korišten kasnije pri provjeri postavljenih hipoteza. Prosjeci odgovora na svim tvrdnjama variraju između najnižih 2,63 (*sklon/a sam preuzimanju rizika*) do 4,24 (*u budućnosti planiram kupiti vlastitu nekretninu*). Zamjetno je kako između različitih čestica postoje velike razlike u procjenama ispitanika: četiri tvrdnje imaju prosječne rezultate ispod 2,99; tri tvrdnje između 3,00 do 3,49; dvije između 3,50 do 3,99; te samo jedna tvrdnja iznad 4,00. Moguće je kako su ovakvi rezultati „posljedica“ vrlo raznolikih pitanja uključenih u ovu ljestvicu. Prosječan rezultat na ljestvici (32,64 ukupno ili 3,26 prosječno po čestici) je srednje izražen.

Tabela 12 - Deskriptivna obilježja ljestvice stavovi o financiranju i spremnosti za štednju za LTC (N_{ukupno} = 334)

Redni broj	ČESTICA	M	SD	MIN	MAX
5.1.	Vrlo sam štedljiva osoba.	3,33	1,10	1	5
5.2.	Većinu svog dohotka potrošim što prije, bez razmišljanja. (INV)	3,08* (2,92)	1,16	1	5
5.3.	Volim razmišljati unaprijed i planirati svoju budućnost.	3,87	0,97	1	5
5.4.	Sklon/a sam preuzimanju rizika. (INV)	2,63* (3,37)	0,96	1	5
5.5.	Ponekad razmišljam o visini troškova života u starosti.	2,87	1,20	1	5
5.6.	Police osiguranja smatram najboljim izborom za štednju	2,92	0,90	1	5
5.7.	U budućnosti planiram kupiti vlastitu nekretninu.	4,34	0,87	1	5
5.8.	Bio/la bih voljna prodati svoju nekretninu u zamjenu da netko skrbi o meni, kako bih olakšao/la život svojoj djeci.	3,20	1,17	1	5
5.9.	Da na tržištu postoje police osiguranja koje pružaju mogućnost isplate pristojnih mjesečnih iznosa u mirovini, bio/la bih ih spreman/na ugovoriti i uplaćivati tijekom radnog vijeka.	3,99	0,88	1	5
5.10.	Upoznat/a sam sa nekim LTC proizvodom osiguranja (obrnuta hipoteka i sl.).	2,42	1,29	1	5
UKUPNO		32,64	4,33	18	46
UKUPNO / BROJ ČESTICA		3,26	0,43	1,80	4,60

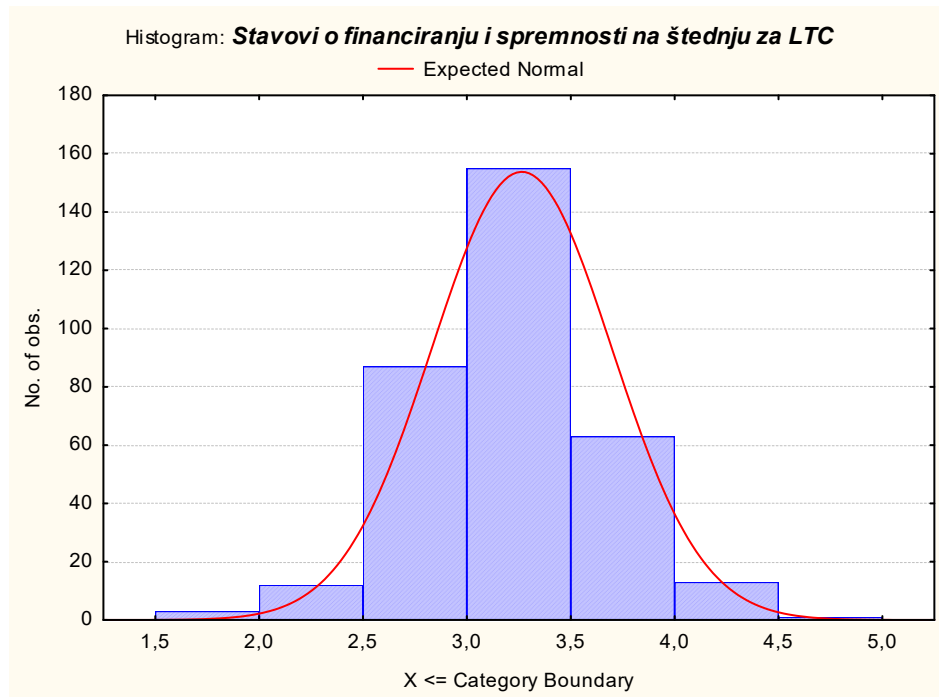
Legenda: M – aritmetička sredina; SD – standardna devijacija; MIN – minimalni rezultat; MAX – maksimalni rezultat; (INV) – inverzno okrenuta čestica; * – prosječna vrijednost čestice nakon izmjene njenog smjera.

Izvor: Izrada autorice

Distribucija rezultata ljestvice stavovi o financiranju i spremnosti na štednju za LTC pokazuju kako se ukupni rezultati postignuti na ljestvici normalno grupiraju oko središnjeg rezultata

ljestvice (3,26). Oko polovine ukupnog broja ispitanika imaju rezultate ljestvice vrlo blizu središnje vrijednosti, a preostali su rezultati normalno distribuirani i padaju prema krajevima distribucije.

Slika 18 - Distribucija rezultata ljestvice stavovi o financiranju i spremnosti na štednju za LTC



Izvor: Izrada autorice

Izračunom *Pearsonova koeficijenta korelacije*, utvrđene su povezanosti varijabli *stavova i percepcije o LTC* sa socio-demografskim varijablama. Utvrđeno je kako socio-demografske varijable nisu povezane sa mjerom *stavova o odnosu obitelji i LTC*. Nadalje, utvrđeno je kako je manji dio socio-demografskih varijabli povezan sa mjerom *percepcije o vlastitoj LTC*: *spol ispitanika* (-0,21); *dob ispitanika* (0,14) i *veličina obitelji* (0,11). Utvrđene su i značajne povezanosti varijabli *godina studija ispitanika* (0,15) i *dobi ispitanika* (0,12) sa varijablom *stavovi o financiranju i spremnosti na štednju za LTC*. Međutim, stupanj tih značajnih povezanosti je vrlo, vrlo nizak jer koeficijenti korelacije objašnjavaju između 1,21% do 4,41% zajedničke varijance varijabli *percepcije o vlastitoj LTC* i *stavova o financiranju i spremnosti na štednju za LTC*.

Tabela 13 - Povezanost socio-demografskih i LTC varijabli

Varijable	<i>Stavovi o odnosu obitelji i LTC</i>	<i>Percepcija o vlastitoj LTC</i>	<i>Stavovi o financiranju i spremnosti na štednju za LTC</i>
Spol ispitanika	-0,06	-0,21**	-0,03
Godina studija	-0,03	0,10	0,15**
Dob ispitanika	-0,01	0,14*	0,12*
Stupanj roditeljskog obrazovanja	-0,02	-0,04	-0,04
Mjesto stanovanja	-0,06	-0,01	0,05
Veličina obitelji (broj članova)	-0,00	-0,11*	-0,07
Procjena standarda obitelji	0,06	-0,04	0,01

LEGENDA: § - prikazani su Pearsonovi koeficijenti korelacije; * – koeficijent je značajan na razini $p < 0,05$; ** – koeficijent je značajan na razini $p < 0,01$.

Izvor: Izrada autorice

Provjera hipoteza provedena je primjenom utvrđivanja razlika između različitih podskupina ispitanika, bilo primjenom *t-testa* ili primjenom *jednosmjerne analize varijance (ANOVA)*. Budući da su rezultati pojedine socio-demografske (primjerice, *veličina obitelji*) ili druge varijable (*iskustvo LTC*) raspršeni u nekoliko brojnih i različitih rezultata (vidljivo u tablicama 6. i 7.), napravljena je njihova dodatna kategorizacija u manji broj podskupina ispitanika. Prije prikaza tih varijabli korištenih u daljnjim statističkim postupcima, za svaku pojedinu varijablu je detaljno opisan način kategorizacije ispitanika u podskupine.

Hipoteza 1

Na temelju prethodno navedenog, u dvije odvojene podskupine su, na temelju odgovora na prva tri pitanja o *osobnom iskustvu LTC* u obitelji ili u bližem okružju, raspoređeni svi ispitanici. U prvu skupinu su raspoređeni oni koji nemaju nikakva osobnog iskustva s LTC (oni koji su na sva tri „iskustvena“ pitanja odgovorili negativno), a u drugu skupinu svi oni koji su barem na jedno od tri postavljena pitanja odgovorili potvrdno, kako imaju određenog iskustva s LTC, bilo u manjem ili u većem obujmu.

Između skupina ispitanika koji nemaju iskustvo s LTC u obitelji i bližem okružju i onih koji imaju takovo iskustvo, nema utvrđene značajne razlike ($t\text{-test}=0,76$, $p=0,45$) u izraženosti *stavova o odnosu obitelji i LTC*. Za pretpostaviti je kako je nepostojanje značajnih razlika dijelom moguće pripisati vrlo visoko pozitivnom stavu koji općenito ova cijela skupina ispitanika iskazuje neovisno o osobnom iskustvu s LTC. Budući da je stav obje podskupine ispitanika vrlo pozitivan, neovisno o kvaliteti osobnog iskustva, također je opravdano

pretpostaviti da je ovaj stav generiran unutar šire društvene zajednice i potom samo jednostavno prihvaćen od skupine studenata.

Tabela 14 - Razlike stavova o odnosu obitelji i LTC po iskustvu ispitanika

Varijabla	ISKUSTVO ISPITANIKA O LTC				t-test koeficijent	p=
	NEMA ISKUSTVA (N=74)		IMA ISKUSTVA (N=260)			
	Aritmetička sredina	Standardna devijacija	Aritmetička sredina	Standardna devijacija		
<i>Stavovi o odnosu obitelji i LTC</i>	4,21	0,60	4,28	0,62	0,76	0,45

LEGENDA: p= – razina statističke značajnosti koeficijenta; * – statistički značajan koeficijent na razini $p < 0,05$.

Izvor: Izrada autorice

Hipoteza 2

Između skupina ispitanika koji nemaju iskustvo s LTC u obitelji i bližem okružju i onih koji imaju takovo iskustvo, nema utvrđene značajne razlike (t-test=1,42, $p=0,16$) u izraženosti *percepcije o vlastitoj LTC*. Moguće objašnjenje rezultata ovoga testa može ležati u činjenici da većina studenata koji su iskusili LTC, ipak najvjerojatnije nisu bili direktni skrbnici o potrebitim osobama nego su tu ulogu preuzeli stariji članovi obitelji ili plaćeni profesionalci, stoga mladi nisu uvidjeli što konkretno LTC uključuje, u smislu operativnih radnji pa niti ne razmišljaju o načinima primanja vlastite dugotrajne njege.

Tabela 15 - Razlike percepcije o vlastitoj LTC po iskustvu ispitanika

Varijabla	ISKUSTVO ISPITANIKA O LTC				t-test koeficijent	p=
	NEMA ISKUSTVA (N=74)		IMA ISKUSTVA (N=260)			
	Aritmetička sredina	Standardna devijacija	Aritmetička sredina	Standardna devijacija		
<i>Percepcija o vlastitoj LTC</i>	3,43	0,53	3,53	0,54	1,42	0,16

LEGENDA: p= – razina statističke značajnosti koeficijenta; * – statistički značajan koeficijent na razini $p < 0,05$.

Izvor: Izrada autorice

Hipoteza 3

Između skupina ispitanika koji nemaju iskustvo s LTC u obitelji i bližem okruženju i onih koji imaju takovo iskustvo, utvrđena je statistički značajna razlika ($t\text{-test}=2,41$, $p=0,017$) u izraženosti stavova o načinu financiranja i spremnosti na štednju za LTC. Pri tome, skupina onih koji imaju osobno iskustvo s LTC pokazuju značajno više rezultate ($3,29\pm 0,45$) od onih iz skupine koji nemaju iskustvo s LTC u obitelji i bližem okruženju ($3,16\pm 0,35$). Skupina onih koji imaju osobno iskustvo s LTC iskazuju znatno višu spremnost na štednju i na financiranje onih proizvoda i usluga kako bi si olakšali ili osigurali lakši život te veću spremnost za moguću potrebu dugotrajne skrbi za starije i nemoćne u svojoj trećoj dobi. Dakle, osobno iskustvo s LTC u obitelji i bližem okruženju je tu podskupinu ispitanika potaklo da više razmišljaju i na taj način razvijaju svoju spremnost za prihvaćanje načina suočavanja s potrebama svoje moguće LTC već za vrijeme svog aktivnog radnog vijeka. Studenti koji žive u obiteljima gdje postoji osoba koja zahtjeva dugotrajnu skrb ili poznaju takve obitelji, očito su svjesniji troškova koje takva skrb iziskuje pa stoga pokazuju i veću osvještenost o visini troškova života u podmladnoj životnoj dobi i veći interes za potencijalne oblike štednje za takvu skrb.

Tabela 16 - Razlike stavova o financiranju i spremnosti na štednju za LTC po iskustvu ispitanika

Varijabla	ISKUSTVO ISPITANIKA O LTC				t-test koeficijent	p=
	NEMA ISKUSTVA (N=74)		IMA ISKUSTVA (N=260)			
	Aritmetička sredina	Standardna devijacija	Aritmetička sredina	Standardna devijacija		
<i>Stavovi o financiranju i spremnosti na štednju za LTC</i>	3,16	0,35	3,29	0,45	2,41*	0,017

LEGENDA: p= – razina statističke značajnosti koeficijenta; * – statistički značajan koeficijent na razini $p<0,05$.

Izvor: Izrada autorice

Hipoteza 4

Na temelju prethodno navedenog, u tri odvojene podskupine su, na temelju odgovora na pitanje o ukupnom broju članova obitelji, raspoređeni svi ispitanici. U prvu skupinu su raspoređeni oni koji u obitelji imaju ukupno 1 - 3 člana obitelji, u drugu skupinu oni koji u

obitelji imaju ukupno 4 - 5 članova obitelji, a u treću skupinu oni koji u obitelji imaju ukupno 6 ili više članova obitelji.

Između skupina ispitanika koji žive u obiteljima s različitim brojem članova nema utvrđene statistički značajne razlike ($F=2,03$, $p=0,13$) u izraženosti *percepcije o vlastitoj LTC*. Međutim, zamjetna je tendencija kako se s povećanjem brojnosti obitelji smanjuje izraženost *percepcije o vlastitoj LTC* (3,59; 3,50; 3,40), jer je utvrđen koeficijent značajan na razini značajnosti od 13% dok je statistički granična razina značajnosti od 5%. Moguće objašnjenje rezultata ovog testa može ležati u činjenici da ispitanici koji žive u većim kućanstvima zbog „difuzije odgovornosti” i preraspodjele zadataka u svezi sa dugotrajnom skrbi nisu u potpunosti svjesni brojnosti i težine zadataka koju takva skrb nosi (naročito ako ju nosi jedna osoba ili manji broj osoba) pa ne uviđaju problem u pružanju LTC skrbi potrebitima, niti potencijalno njima samima u budućnosti.

Tabela 17 - Analiza varijance percepcije o vlastitoj LTC po stupnju veličine obitelji

Varijabla	Kategorije veličine obitelji						F	p=
	1 - 3 člana (N=92)		4 - 5 članova (N=190)		6 ili više članova (N=52)			
	Aritmetička sredina	Standardna devijacija	Aritmetička sredina	Standardna devijacija	Aritmetička sredina	Standardna devijacija		
<i>Percepcija o vlastitoj LTC</i>	3,59	0,49	3,50	0,52	3,40	0,65	2,03	0,13

LEGENDA: N – broj društava; F – koeficijent analize varijance; p= – razina statističke značajnosti koeficijenta; * – statistički značajan koeficijent na razini $p<0,05$.

Izvor: Izrada autorice

Na temelju prethodno navedenog, u tri odvojene podskupine su, na temelju odgovora na pitanje o veličini mjesta stanovanja, raspoređeni svi ispitanici. U prvu su skupinu raspoređeni oni koji stanuju u *malom* mjestu, u drugu skupinu oni koji stanuju u *srednjem* ili u *velikom* mjestu, a u treću skupinu samo oni koji stanuju u gradu Zagrebu.

Između skupina ispitanika koji stanuju u mjestima različite veličine nema utvrđene statistički značajne razlike ($F=0,11$, $p=0,90$) u izraženosti *percepcije o vlastitoj LTC*. Pri interpretaciji rezultata ovog testa u obzir treba uzeti neusporedivo veću stopu zaposlenosti žena (koje su ranije ostajale u domaćinstvima i skrbile o potrebitim starijim i nemoćnim osobama unutar obitelji) u odnosu na relativno blisku prošlost, kako u malim, tako i u velikim sredinama. Stoga je za očekivati kako kod mladih ljudi danas nema prevelike razlike u percepciji

vlastitog života u trećoj dobi i potrebnoj njezi, ovisno o veličini mjesta stanovanja, jer je životni stil poprilično sličan bilo da se radi o malom mjestu ili velikom gradu. Štoviše, prometna povezanost, postojanje interneta, dostupnost informacija i tehnologija sve više briše razlike između malih sredina i većih gradova, utječući tako i na formiranje similarne percepcije mladih o ispitivanom problemu.

Tabela 18 - Analiza varijance percepcije o vlastitoj LTC po stupnju veličine mjesta stanovanja

Varijabla	Veličina mjesta stanovanja						F	p=
	Malo (N=101)		Srednje - Veliko (N=84)		Grad Zagreb (N=148)			
	Aritmetička sredina	Standardna Devijacija	Aritmetička sredina	Standardna devijacija	Aritmetička sredina	Standardna devijacija		
<i>Percepcija o vlastitoj LTC</i>	3,53	0,48	3,49	0,56	3,51	0,56	0,11	0,90

LEGENDA: N – broj društava; F – koeficijent analize varijance; p= – razina statističke značajnosti koeficijenta; * – statistički značajan koeficijent na razini $p < 0,05$.

Izvor: Izrada autorice

Hipoteza 5

Na temelju prethodno navedenog, u tri odvojene podskupine su, na temelju odgovora na pitanje o najvišem stupnju obrazovanja roditelja/skrbnika, raspoređeni svi ispitanici. U prvu skupinu su raspoređeni oni čiji su roditelj/skrbnik najviše završili osnovnu ili srednju školu, u drugu skupinu oni čiji su roditelj/skrbnik najviše završili višu školu ili fakultet, a u treću skupinu oni čiji su roditelj/skrbnik najviše završili poslijediplomski magisterij ili doktorat.

Između skupina ispitanika čiji su roditelji/skrbnici postigli različite najviše stupnjeve obrazovanja nema utvrđene statistički značajne razlike ($F=0,71$, $p=0,49$) u izraženosti stavova o financiranju i spremnosti na štednju za LTC. Objašnjenje vjerojatno leži u lošoj pokrivenosti tržišta aranžmanima privatnog osiguranja i ostalim oblicima štednje/ulaganja za ovakvu skrb, pa unatoč stupnju obrazovanja i mogućem ukazanom interesu, nema dostupnih relevantnih financijskih proizvoda o kojima bi se moglo pokazati znanje.

Tabela 19 - Analiza varijance stavova o financiranju i spremnosti na štednju za LTC po stupnju najvišeg stupnja obrazovanja roditelja/skrbnika

Varijabla	Kategorije najvišeg stupnja obrazovanja roditelja/skrbnika						F	p=
	Osnovna ili srednja škola (N=142)		Viša škola ili fakultet (N=120)		Poslijediplomski magisterij ili doktorat (N=72)			
	Aritmetička sredina	Standardna devijacija	Aritmetička sredina	Standardna devijacija	Aritmetička sredina	Standardna devijacija		
<i>Stavovi o financiranju i spremnosti na štednju za LTC</i>	3,29	0,47	3,23	0,39	3,28	0,42	0,71	0,49

LEGENDA: N – broj društava; F – koeficijent analize varijance; p= – razina statističke značajnosti koeficijenta; * – statistički značajan koeficijent na razini $p < 0,05$.

Izvor: Izrada autorice

Na temelju prethodno navedenog, u tri odvojene podskupine su, na temelju odgovora na pitanje o procjeni standarda svoje obitelji, raspoređeni svi ispitanici. U prvu skupinu su raspoređeni oni koji su procijenili standard svoje obitelji kao *vrlo nizak* ili *nizak*, u drugu skupinu oni koji su procijenili standard svoje obitelji kao *osrednji*, a u treću skupinu oni koji su procijenili standard svoje obitelji kao *visok* ili *vrlo visok*.

Između skupina ispitanika koji su procijenili različite stupnjeve standarda svoje obitelji nema utvrđene statistički značajne razlike ($F=0,26$, $p=0,77$) u izraženosti *stavova o financiranju i spremnosti na štednju za LTC*. Dakle, neovisno u stupnju standarda svoje obitelji, ispitanici imaju sličnu spremnost za financiranje i štednju programa za financiranje očekivanih vlastitih potreba za LTC u trećoj dobi. Isto se može povezati s prethodnim mogućim objašnjenjem o nepostojanju relevantnih financijskih proizvoda na tržištu.

Tabela 20 - Analiza varijance stavova o financiranju i spremnosti na štednju za LTC po stupnju procjene standarda obitelji

Varijabla	Kategorije procjene standarda obitelji						F	p=
	Vrlo nizak ili nizak (N=14)		Osrednji (N=197)		Visok ili izrazito visok (N=123)			
	Aritmetička sredina	Standardna devijacija	Aritmetička sredina	Standardna devijacija	Aritmetička sredina	Standardna devijacija		
<i>Stavovi o financiranju i spremnosti na štednju za LTC</i>	3,31	0,44	3,25	0,44	3,28	0,42	0,26	0,77

LEGENDA: N – broj društava; F – koeficijent analize varijance; p= – razina statističke značajnosti koeficijenta; * – statistički značajan koeficijent na razini $p < 0,05$.

Izvor: Izrada autorice

Na kraju, primijenjena je višestruka regresijska analiza kojom se utvrđuje ukupan doprinos skupa „prediktorskih” i nezavisnih socio-demografskih varijabli na zavisnu varijablu *stavova o financiranju i spremnosti na štednju za LTC*, ali i parcijalan doprinos pojedinih nezavisnih varijabli na zavisnu varijablu izvješća uz istodobno isključivanje utjecaja drugih i s navedenom prediktorskom varijablom moguće međusobno povezanih varijabli.

Nije utvrđen značajan ukupni utjecaj skupa „prediktorskih” i neovisnih varijabli na zavisnu varijablu *stavova o financiranju i spremnosti na štednju za LTC* ($F=1,29$, $p=0,25$). Što se tiče varijabli prediktorskog skupa koje značajno parcijalno doprinose utjecanju na kriterijsku varijablu utvrđena je samo jedna značajna varijabla: *dob ispitanika* ($BETA= 0,13$, $p= 0,02$). Ovo pokazuje kako ovaj model socio-demografske varijable ne može biti značajan prediktor izraženosti *stavova o financiranju i spremnosti na štednju za LTC*. Mjerene socio-demografske varijable (podrijetlo, broj članova obitelji...) nisu povezane s razvijenošću *stavova o financiranju i spremnosti na štednju za LTC*, te ih ne bi trebalo posebno razmatrati pri stvaranju ili razvijanju programa financiranja ili programa štednje za suočavanje s mogućim potrebama LTC u trećoj životnoj dobi.

Tabela 21 - Utjecaj skupa nezavisnih varijabli na izraženost stavova o financiranju i spremnosti na štednju za LTC

Varijabla	Stavovi o financiranju i spremnosti na štednju za LTC		
	BETA	t-statistika	p=
Konstanta (eng. intercept)	-	8,42	0,00
Spol ispitanika	-0,04	-0,74	0,46
Dob ispitanika	0,13	2,30*	0,02
Završena srednja škola	-0,09	-1,47	0,14
Stupanj roditeljskog obrazovanja	-0,05	-0,79	0,43
Stupanj mjesta stanovanja	0,03	0,58	0,56
Stupanj veličine obitelji	-0,02	-0,30	0,77
Stupanj procjene standarda obitelji	0,03	0,57	0,57
R	0,16		
R²	0,03		
Prilagođeni R²	0,01		
SPP	0,43		
F (7,324)	1,29		
p=	0,25		

LEGENDA: BETA – regresijski koeficijent; R – koeficijent višestruke korelacije; R² – koeficijent determinacije; Prilagođeni R² – prilagođeni koeficijent višestruke determinacije; F – koeficijent značajnosti višestruke regresije; p= – razina koeficijenta značajnosti višestruke regresije; SPP – standardna pogreška procjene; * – statistički značajan koeficijent na razini p<0,05.

Izvor: Izrada autorice

Međutim, nakon što je utvrđen parcijalan doprinos varijable *dob ispitanika* na varijablu *stavova o financiranju i spremnosti na štednju za LTC*, napravljena je dodatno jednosmjerna analiza varijance. Prethodno su, u tri odvojene podskupine, na temelju odgovora na pitanje *o dobi ispitanika*, raspoređeni svi ispitanici. U prvu skupinu su raspoređeni oni koji su naveli dob od 18 - 20 navršenih godina, u drugu skupinu oni od 21 - 23 navršenih godina, a u treću skupinu oni od 24 ili više navršenih godina.

Između skupina ispitanika različite kronološke dobi utvrđena je statistički značajna razlika (F=4,70, p=0,01) u izraženosti *stavova o financiranju i spremnosti na štednju za LTC*. Pri tome, naknadom primjenom Scheffeovog *post-hoc* testa razlika između skupina, utvrđeno je kako skupina onih koji su dobi između 21 - 24 pokazuju značajno više rezultate (3,35±0,45) od onih iz skupine najmlađih sa 18 - 20 godina (3,20±0,38). Moguće je da su ispitanici na višim godinama studija imali češći doticaj s pojmom LTC pri čemu su stvorili nešto višu svjesnost o potrebi financiranja i spremnosti na štednju za LTC.

Tabela 22 - Analiza varijance stavova o financiranju i spremnosti na štednju za LTC po stupnju dobi ispitanika

Varijabla	Kategorije stupnja dobi ispitanika						F	p=
	18 - 20 godina (N=149)		21 - 23 godine (N=136)		24 godine ili više (N=48)			
	Aritmetička sredina	Standardna devijacija	Aritmetička sredina	Standardna devijacija	Aritmetička sredina	Standardna devijacija		
<i>Stavovi o financiranju i spremnosti na štednju za LTC</i>	3,20	0,38	3,35	0,45	3,21	0,50	4,70**	0,010

LEGENDA: N – broj društava; F – koeficijent analize varijance; p= – razina statističke značajnosti koeficijenta; * – statistički značajan koeficijent na razini $p < 0,05$; ** – statistički značajan koeficijent na razini $p < 0,01$.

Izvor: Izrada autorice

Zaključci istraživanja i rasprava o rezultatima

Sukladno postavljenim istraživačkim ciljevima, utvrđeno je nekoliko bitnih zaključaka empirijskog istraživanja.

Oko polovice ispitanika ima različite oblike iskustva vezanih za dugotrajnu njegu, bilo u svojoj obitelji ili u bližem okružju. Ispitanici navode kako su najčešće *dosta* ili *osrednje* upoznati s pojmom dugotrajne skrbi za starije i nemoćne. Među najvažnijim uvjetima za pristojan život u starijoj dobi navode *zdravstveni status*, dok među najvećim problemima života ljudi treće dobi navode *preniske mirovine*. Ispitanici visoko pozitivno vrjednuju „obvezu” skrbništva obitelji za starije i nemoćne članove i iskazuju visoko pozitivan stav o istom, neovisno o postojanju ili nepostojanju osobnog iskustva s LTC. Gotovo svi ispitanici procjenjuju da život s osobom kojoj je potrebna LTC iziskuje veliki trud i odricanja, tj. da suživot s takvom osobom značajno utječe i mijenja osobni život uključenih pojedinaca i čitave obitelji. Pokazalo se i kako je dugotrajna skrb kod onih koji su je iskusili uzimala/uzima skrbnicima puno vremena i kako ih je vlastito iskustvo ili iskustvo njihovih bližnjih/poznanika potaknulo na razmišljanje o vlastitoj starosti ili starosti njihovih roditelja. S druge strane, zanemariv je broj onih kod kojih je jedan od roditelja/bližnjih/poznanika odlučio dati otkaz ili tražiti skraćeno radno vrijeme kako bi mogao skrbiti o potrebitoj osobi, kod kojih jedan od roditelja/bližnjih/poznanika ima zdravstvenih problema koji su proizašli iz dugotrajne skrbi za starijeg člana obitelji i onih kod kojih su njihovi roditelji/bližnji/poznanici morali zaposliti neku osobu koja bi im pomagala oko skrbi za starije.

Između skupina ispitanika koji nemaju iskustvo s LTC i onih koji ga imaju, nema utvrđene značajne razlike po pitanju želje za vlastitom skrbi u budućnosti. Također, rezultati pokazuju kako ispitanici općenito osrednje procjenjuju svoju percepciju potrebe LTC, „nadajući” se kako će ih ona zaobići, te kako se time još uvijek ne bi trebali zamarati. Brojnost članova obitelji i veličina mjesta u kojem su proveli veći dio svog života, ne utječe značajno na formiranje preferencija o vlastitoj skrbi u budućnosti, iako je moguće uvidjeti kako se s rastom broja članova kućanstva smanjuje izraženost „zabrinutosti” za vlastitu dugotrajnu skrb u budućnosti. Stupanj obrazovanja roditelja/skrbnika, kao i procjenjeni standard obitelji nisu pokazali značajan utjecaj na upoznatost s financijskim proizvodima dugotrajne skrbi i spremnosti na takav oblik štednje. Dokazano je i da postoji veća osviještenost o troškovima dugotrajne skrbi i upoznatosti s načinima njenoga financiranja kod starijih ispitanika (21 i više godina). Samo manji broj ispitanika (21,26%) se tijekom svog dosadašnjeg studiranja susreo s pojmom dugotrajne skrbi za starije i nemoćne što se možda može povezati s činjenicom da više od polovice uzorka ispitanika sačinjavaju ispitanici prve i druge godine studija, dok je za očekivati kako se ovakvim pitanjima bavi na višim godinama studija.

H1: Hipoteza H1 koja glasi: „Stavovi o odnosu obitelji i LTC u ovisnosti su o vlastitom iskustvu s navedenim problemom.” *se odbacuje.*

H2: Hipoteza H2 koja glasi: „Formiranje percepcije o vlastitoj dugotrajnoj skrbi (preferencija i interesa o skrbi njih samih u budućnosti) ovisi o postojanju iskustva dugotrajne skrbi za starije i nemoćne kod studenata.” *se odbacuje.*

H3: Hipoteza H3 koja glasi: „Postoji razlika u stavovima o načinu financiranja, spremnosti na štednju za LTC te upoznatosti s financijskim proizvodima dugotrajne skrbi između dijela studentske populacije koji se susreo s navedenim problemom i ostatka studentske populacije.” *se prihvaća* pri razini signifikantnosti od 5%.

H4: Hipoteza H4 koja glasi: „Postoji razlika u očekivanjima o vlastitom životu u trećoj dobi unutar studentske populacije, ovisno o veličini obitelji i/ili veličini mjesta gdje su proveli većinu svog života.” *se odbacuje.*

H5: Hipoteza H5 koja glasi: „Postoji razlika u upoznatosti s financijskim proizvodima dugotrajne skrbi i spremnosti na takav oblik štednje unutar studentske populacije, ovisno o standardu i dostignutom stupnju obrazovanja u obitelji.” *se odbacuje.*

5.3. Ograničenja istraživanja

Internetsko sučelje izvrstan je način anketiranja jer omogućuje brz i jednostavan način prikupljanja i obrade podataka, međutim predstavlja i ograničenje jer je temeljni uvjet pristupanja istraživanju pristup Internetu i njegovo korištenje. Ipak, s obzirom na činjenicu kako se istraživanje svodi na anketiranje studentske populacije kojoj je u današnje vrijeme studiranje bez pristupa Internetu, *de facto*, nemoguće, ovo ograničenje istraživanja moguće je zanemariti.

Drugo moguće ograničenje ogleda se u korištenju anketnog upitnika kao osnovnoj metodi prikupljanja podataka, a koja značajno ovisi o oslanjanju na subjektivna mišljenja ispitanika. Navedeno može rezultirati neiskrenim, pristranim i odgovorima manjkave objektivnosti koji najčešće proizlaze iz indiferentnosti ispitanika prema temi i/ili istraživanju. Uz to, podaci u ovom istraživanju prikupljeni su na prigodnom uzorku, odnosno malobrojnom i ograničenom dijelu populacije studenata, koji ne mora kvalitetno predstavljati cijelu populaciju.

5.4. Prijedlozi za podizanje svjesnosti studenata o problemu dugotrajne skrbi za starije i nemoćne

S obzirom na rezultate istraživanja koji govore u prilog činjenici kako su najmlađi studenti najslabije upoznati s troškovima dugotrajne skrbi i upoznatosti s načinima njezina financiranja, predlaže se osvješćivanje studenata o problemu dugotrajne skrbi od samih početaka studijskih programa kroz različite kolegije i seminare, čak i kroz srednjoškolsko obrazovanje.

Također, moguće rješenje je i suradnja obrazovnih institucija, posebice fakulteta sa studijskim programima usko vezanim uz područje dugotrajne njege (npr. fizioterapija, socijalni rad, sestinstvo i sl.) s postojećim pružateljima LTC usluga – domovima za starije i nemoćne, i obiteljskim domovima kako bi studenti mogli uvidjeti što dugotrajna skrb podrazumijeva.

Predlaže se i uvođenje obveze volonterskog rada (u području dugotrajne njege starijih) kroz školovanje, koja postoji u brojnim razvijenim zemljama, a posebice je prisutna u SAD-u. Kroz takve programe mladi bi mogli steći kvalitetan uvid u probleme starije populacije dok ih

se potiče i na razmišljanje o mogućoj vlastitoj LTC. Na kraju, mogli bi tada steći i višu razinu svjesnosti o važnosti adekvatne skrbi.

6. ZAKLJUČAK

Dugotrajna skrb za rapidno rastući broj starijih i nemoćnih kompleksno je pitanje koje zadaje brige socijalnim i zdravstvenim sustavima brojnih država i prerasta u jedan od glavnih globalnih problema današnjice. Visoka nezaposlenost i mali udio radno aktivnog stanovništva koji rezultiraju sve manjim uplatama u zdravstveni i mirovinski fond te vode ka malim mirovinama kojima nije moguće osigurati adekvatnu skrb, odljev radno aktivnog kontigenta koji ostavlja ljude treće dobi na brigu državi, konstantan deficit zdravstvenog sustava i nepostojanje financijskih proizvoda dugotrajne skrbi negativni su trendovi prisutni ne samo na hrvatskom, nego na tržištima brojnih zemalja, naročito zemalja središnje i istočne Europe.

U kontekstu navedenih nepovoljnih trendova, cilj ovog rada bio je ispitati upoznatost studentske populacije s problemom financiranja dugotrajne skrbi za starije i nemoćne, njihovu percepciju o istom i upoznatost s postojanjem relevantnih financijskih proizvoda na tržištu.

Provedeno primarno istraživanje pokazalo je kako oko polovica ispitanika ima različite oblike iskustva vezanih za dugotrajnu njegu, navodeći kako su najčešće *dosta* ili *osrednje* upoznati s ovim problemom. Među najvećim problemima života ljudi treće dobi navode preniske mirovine dok visoko pozitivno vrjednuju „obvezu” skrbništva obitelji za starije i nemoćne članove. Gotovo svi ispitanici procjenjuju da život s osobom kojoj je potrebna LTC iziskuje veliki trud i odricanja, tj. da suživot s takvom osobom značajno utječe i mijenja osobni život uključenih pojedinaca i čitave obitelji. Ispitanici općenito osrednje procjenjuju svoju percepciju potrebe LTC, „nadajući” se kako će ih ona zaobići, te kako se time još uvijek ne bi trebali zamarati. Navedeno se donekle uklapa u navode Sociološkog portreta hrvatskih studenata, gdje je zaključeno kako „suvremeni hrvatski studenti ostavljaju dojam donekle rezignirane i deziluzionirane generacije koja ima sve manje vjere u društvene institucije i druge ljude, koja relativizira donedavno potpuno neupitne vrijednosti individualnog i društvenog života, koja gubi naglašeno zanimanje za pojave oko sebe i koja s manje entuzijazma participira čak i u aktivnostima dokolice”, te ističe kako je zanemariv broj njih aktivan u političkom, humanitarnom i volonterskom radu.⁶² Brojnost članova obitelji i veličina mjesta u kojem su proveli veći dio svog života, ne utječe značajno na formiranje preferencija o vlastitoj skrbi u budućnosti, dok stupanj obrazovanja roditelja/skrbnika, kao i

⁶² Institut za društvena istraživanja u Zagrebu (2014) *Sociološki portret hrvatskih studenata*, str. 429-437. Zagreb: IDIZ.

procijenjeni standard obitelji nisu pokazali značajan utjecaj na upoznatost s financijskim proizvodima dugotrajne skrbi i spremnosti na takav oblik štednje. Dokazano, postoji veća osviještenost o troškovima dugotrajne skrbi i upoznatosti s načinima njenoga financiranja kod starijih ispitanika (21 i više godina), dok se samo manji broj ispitanika tijekom svog dosadašnjeg studiranja susreo s pojmom dugotrajne skrbi za starije i nemoćne na fakultetima.

Na globalnoj se razini ulažu značajni naponi za podizanje svjesnosti mladih, kao potencijalnih kandidata za rad u ovom području, mogućih budućih skrbnika i pružatelja dugotrajne skrbi, o raspoloživim mogućnostima unutar ove uslužne djelatnosti. Sadašnji pružatelji LTC usluga i zdravstveni sustavi trebali bi se orijentirati na privlačenje mladih, zainteresiranih, altruističnih osoba ukazujući im na važnost i humanitarnost ovog posla koji itekako utječe na ljude poboljšavajući kvalitetu njihova života. U svrhu organizacije dugotrajne skrbi na adekvatan način na nacionalnoj razini trebala bi se aktivno uključiti i država kroz moguće poticaje i subvencije u smislu ohrabrivanja malog poduzetništva vezanog za pružanje usluga dugotrajne skrbi. Navedeno bi se moglo ostvariti kroz smanjenje rigoroznih kriterija i standarda prilikom otvaranja domova za starije i nemoćne i/ili kroz financijska rasterećenja poslodavaca poticajima za zapošljavanje mladih u ovom području kako bi ih dočekala sigurna radna mjesta po izlasku na tržište rada.

Najveći poticaj formiranju cjelovitog i uspješnog sustava dugotrajne skrbi pružilo bi otkanjanje stigme prema starijim osobama i njihovim potrebama, osvještavajući, posebice mlade, o njihovom mogućem utjecaju na promjenu i poboljšanje kvalitete života potrebitih osoba pružanjem visoko kvalitetne njege i skrbi.

Ovo istraživanje pruža skroman doprinos aktualizaciji teme problema neadekvatne i skupe, a sve više potrebne dugotrajne skrbi, koja je danas, globalno, itekako prisutna, ali bi moglo poslužiti kao uvertira u buduća cjelovitija istraživanja i iznalaženje potencijalnih rješenja za adekvatno zbrinjavanje starijih i nemoćnih.

Literatura i izvori

1. Armingeon, K., Bonoli, G. (2006) *The politics of post-industrial welfare state*. London: Routledge.
2. Bađun, M. (2015) Neformalna dugotrajna skrb za starije i nemoćne osobe, *Newsletter, Povremeno glasilo instituta za javne financije*, (100)
3. Bađun, M. (2016) Financiranje domova za starije i nemoćne osobe u Hrvatskoj, *Revija za socijalnu politiku*, Vol. 24, No. 1
4. Bađun, M. (2018) Financiranje decentraliziranih domova za starije i nemoćne osobe, *Aktualni osvrti*. Zagreb: Institut za javne financije.
5. Börsch-Supan A., Kneip T., Litwin H., Myck M., Weber G. (2015) Ageing in Europe – Supporting policies for an inclusive society, *Deutsche National bibliografie*
6. Comas-Herrera, A., Wittenberg, R., Pickard, L. (2010) The long road to universalism? Recent developments in the financing of long-term care in England. *Social Policy & Administration*, 44(4)
7. Costa-Font, J. (2010) Devolution, diversity and welfare reform: Long - term care in the 'Latin Rim'. *Social Policy & Administration*, 44(4)
8. Ćipin, I., Smolić, S., (2013). *Ekonomika starenja u Hrvatskoj– Rezultati istraživanja* [online]. Dostupno na: http://www.efzg.unizg.hr/UserDocsImages/MGR/ssmolice/ESTARENJA/ekonomika_starenja_web.pdf [06. lipnja 2019.]
9. Dobrotić, I. (2016) Razvoj i poteškoće sustava skrbi za starije osobe u Republici Hrvatskoj, *Društvena istraživanja*, Vol. 25, No. 1
10. Duraković, Z. i suradnici, (2007) *Gerijatrija: Medicina starije dobi*. Udžbenici Sveučilišta u Zagrebu. Zagreb: C.T. – Poslovne informacije d.o.o.
11. DZS (2013) *Popis stanovništva, kućanstava i stanova 2011. godine*. Zagreb: Državni zavod za statistiku.
12. DZS (2019) *Studenti u akademskoj godini 2017./2018.*, Statistička izvješća, 1622. Zagreb: Državni zavod za statistiku.
13. EC (2018) European Social Policy Network (ESPN): Challenges in long-term care in Europe, *A study of national policies*. Brussels: EC.
14. EC (2018) *The 2018 Ageing Report: Economic and budgetary projections for the EU Member States (2016-2070)*. Brussels: EC.

15. Europski socijalni fond (2019). Programsko razdoblje 2014.-2020. [online]. Dostupno na: esf.hr/europski-socijalni-fond/ [25. kolovoza 2019.]
16. Eurostat (2015). Health care expenditure by function. [online]. Dostupno na: <https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/> [20. lipnja 2019.]
17. HUU (2019) *Tržište osiguranja u RH za travanj 2019*. Zagreb: HUU.
18. Institut za društvena istraživanja u Zagrebu (2014) *Sociološki portret hrvatskih studenata*. Zagreb: IDIZ.
19. Jedvaj S., Štambuk A., Rusac S. (2014) Demografsko starenje stanovništva i skrb za starije osobe u Hrvatskoj, *Socijalne teme*, Vol. 1, No. 1
20. K. Dumičić, B. Žmuk (2009) Karakteristike korisnika interneta u Hrvatskoj i reprezentativnost internetskih anketa, *Zbornik Ekonomskog fakulteta u Zagrebu*, godina 7, br. 2.
21. Ministarstvo socijalne politike i mladih (2014) *Strategija socijalne skrbi za starije osobe u Republici Hrvatskoj za razdoblje 2014. - 2016*. Zagreb: MSPM.
22. Ministarstvo za demografiju, obitelj, mlade i socijalnu politiku (2017) *Nacrt Strategije socijalne skrbi za starije osobe u Republici Hrvatskoj za razdoblje od 2017.-2020*. Zagreb: MDOMSP.
23. NAIC (2016) The State of Long-Term Care Insurance: The Market, Challenges and Future Innovations, *CIPR Study Series*, 2016-1
24. Narodne novine (2013) *Zakon o socijalnoj skrbi*. Zagreb: Narodne novine d.d., broj 157/13, 152/14, 99/15, 52/16, 16/17 i 130/17
25. OECD (2017) *Health at a glance*. Pariz: OECD.
26. OECD (2018) *Health at a glance*. Pariz: OECD.
27. OECD (2018) *Spending on Health: Latest trends*. Pariz: OECD.
28. OECD (2011) *Help Wanted? Providing and Paying for Long – Term Care*. Pariz: OECD.
29. OECD (2017) *Health Statistics*. Pariz: OECD.
30. OECD (2018) *Health Statistics*. Pariz: OECD.
31. OECD (2017) *Historical Population Data and Projections Database*. Pariz: OECD.
32. OECD/EC (2013) *A Good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long-Term Care*, Policy brief. Bruselles: EC.
33. OECD (2010) *System of Health Accounts, 2010; and US Department of Health and Human Services*. Pariz: OECD.

34. Puljiz, V. (2014). Migracije i imigracijske politike u Europi. In V. Puljiz, J. Tica & D. Vidović (ur.), *Migracije i razvoj Hrvatske, Podloga za hrvatsku migracijsku strategiju*. Zagreb: Hrvatska gospodarska komora.
35. Puljiz V. (2016) Starenje stanovništva – izazov socijalne politike; *Rev. soc. polit.*, god. 23, br. 1
36. Ranci, C., Pavolini, E. (2013) Institutional change in long-term care: Actors, mechanisms and impacts. U C. Ranci i E. Pavolini (Ur.), *Reforms in long-term care policies in Europe: Investigating institutional change and social impacts*. New York: Springer.
37. Reverse Market Insight (2019). Data repository. Dostupno na: <http://rminsight.net/> [06. lipnja 2019.]
38. ReverseMortgages.com (2017). Reverse Mortgage Statistics. Dostupno na: <https://www.reversemortgages.com/reverse-mortgage-statistics> [06. lipnja 2019.]
39. Rimac, I. *Metodologija društvenih istraživanja - Znanost i znanstvene metode* [online]. Dostupno na: https://www.pravo.unizg.hr/_download/repository/Metodologija_drustvenih_istrazivanja.pdf. [15. svibnja 2019.]
40. Rozga, A. (2017) *Statistika za ekonomiste*. Udžbenici Sveučilišta u Splitu. Sveučilište u Splitu – Ekonomski Fakultet.
41. Szebehely, M., Trydegård, G-B. (2012) Home care for older people in Sweden: A universal model in transition. *Health and Social Care in the Community*, 20(3)
42. Šćukanec N., Sinković M., Bilić R., Doolan K., Cvitan M. (2014) Socijalni i ekonomski uvjeti studentskog života u Hrvatskoj, *Nacionalno izvješće istraživanja EUROSTUDENT V za Hrvatsku za 2014*.
43. Šošić, I. (2004) *Primjenjena statistika*. Zagreb: Školska knjiga.
44. World Health Organization (WHO) (2017) *Integrated care for older people, Guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity*. Geneva: WHO.

Popis slika

Slika 1 - Udio primatelja dugotrajne skrbi, prema dobi, 2015. (ili najbližoj godini).....	4
Slika 2 - Prosječni godišnji rast odabranih zdravstvenih usluga, prosjek OECD-a, 2004-16....	4
Slika 3 - Radna snaga u dugotrajnoj skrbi, na 100 osoba, u dobi od 65 i više godina, 2015. (ili najbliža godina).....	9
Slika 4 - Kretanje udjela stanovništva starijeg od 80 godina, 1990-2050.....	12
Slika 5 - Godišnja stopa rasta rashoda za dugotrajnu skrb (zdravstvenu i socijalnu) od strane vlade i obvezne sheme osiguranja, 2005-15 (ili najbliža godina).....	13
Slika 6 - Izdaci za dugotrajnu skrb (socijalni sustav) udio u BDP-u, 2015. godina.....	30
Slika 7 - Pokrivenost primatelja dugotrajne skrbi u zemljama Europske Unije, kao postotak ukupno ovisne populacije (2016).....	31
Slika 8 - Privatno financiranje dugotrajne skrbi za starije i nemoćne, udio privatnog u ukupnom izdvajanju za LTC, OECD zemlje (2010).....	35
Slika 9 - Shematski prikaz finacijskih institucija (pružatelja) i proizvoda u okviru šireg definiranja proizvoda dugotrajne skrbi za starije.....	40
Slika 10 - Struktura ukupne premije po vrstama osiguranja; travanj 2019.....	42
Slika 11 - Struktura premije životnih osiguranja; travanj 2019.....	42
Slika 12 - Deskriptivna obilježja kategorijskih varijabli ($N_{\text{ukupno}} = 334$).....	57
Slika 13 - Deskriptivna obilježja kategorijskih varijabli ($N_{\text{ukupno}} = 334$).....	57
Slika 14 - Prikaz odgovora ispitanika ($N_{\text{ukupno}} = 334$).....	58
Slika 15 - Prikaz odgovora ispitanika ($N_{\text{ukupno}} = 334$).....	59
Slika 16 - Distribucija rezultata ljestvice stavovi o odnosu obitelji i LTC.....	62
Slika 17 - Distribucija rezultata ljestvice percepcija o vlastitoj LTC.....	63
Slika 18 - Distribucija rezultata ljestvice stavovi o financiranju i spremnosti na štednju za LTC.....	65

Popis tablica

Tabela 1 - Pružatelji usluge smještaja te pomoći u kući za starije osobe po županijama (broj pružatelja/kapacitet, stanje na dan 31.12.2016.).....	17
--	----

Tabela 2 - Problemi sustava dugotrajne skrbi za starije i nemoćne i mjere usmjerene ka rješavanju istih.....	19
Tabela 3 - Usporedba značajki sustava dugotrajne skrbi u Europi	22
Tabela 4 - Značajke sustava kućne njege u izabranim zemljama Europe.....	27
Tabela 5 - Sažetak ključnih parametara industrije: 2000.-2014., SAD (u milijunima \$).....	39
Tabela 6 - Osnovna socio-demografska obilježja uzorka ispitanika (N _{ukupno} = 334).....	54
Tabela 7 - Ostala socio-demografska obilježja uzorka ispitanika (N _{ukupno} = 334).....	55
Tabela 8 - Deskriptivna obilježja kategorijskih varijabli (N _{ukupno} = 334).....	56
Tabela 9 - Iskustvo ispitanika s dugotrajnom skrbi za starije i nemoćne (LTC) (N _{ukupno} = 334).....	60
Tabela 10 - Deskriptivna obilježja ljestvice stavovi o odnosu obitelji i LTC (N _{ukupno} = 334).	61
Tabela 11 - Deskriptivna obilježja ljestvice percepcija o vlastitoj LTC (N _{ukupno} = 334).....	63
Tabela 12 - Deskriptivna obilježja ljestvice stavovi o financiranju i spremnosti za štednju za LTC (N _{ukupno} = 334).....	64
Tabela 13 - Povezanost socio-demografskih i LTC varijabli.....	66
Tabela 14 - Razlike stavova o odnosu obitelji i LTC po iskustvu ispitanika.....	67
Tabela 15 - Razlike percepcije o vlastitoj LTC po iskustvu ispitanika.....	67
Tabela 16 - Razlike stavova o financiranju i spremnosti na štednju za LTC po iskustvu ispitanika	68
Tabela 17 - Analiza varijance percepcije o vlastitoj LTC po stupnju veličine obitelji.....	69
Tabela 18 - Analiza varijance percepcije o vlastitoj LTC po stupnju veličine mjesta stanovanja	70
Tabela 19 - Analiza varijance stavova o financiranju i spremnosti na štednju za LTC po stupnju najvišeg stupnja obrazovanja roditelja/skrbnika	71
Tabela 20 - Analiza varijance stavova o financiranju i spremnosti na štednju za LTC po stupnju procjene standarda obitelji.....	72
Tabela 21 - Utjecaj skupa nezavisnih varijabli na izraženost stavova o financiranju i spremnosti na štednju za LTC	73
Tabela 22 - Analiza varijance stavova o financiranju i spremnosti na štednju za LTC po stupnju dobi ispitanika	74

Prilozi

Prilog 1. Upitnik o dugotrajnoj skrbi za starije i nemoćne (Long Term Care – LTC)

Upitnik o dugotrajnoj skrbi za starije i nemoćne (Long Term Care – LTC)

Poštovane kolegice i kolege,

pred Vama je anketni upitnik čiji je cilj ispitati upoznatost mladih s problemima s kojima se susreću ljudi treće životne dobi te stavove o tome kako namjeravaju provesti i financirati svoju starost.

Dugotrajna skrb za starije i nemoćne skup je aktivnosti usmjerenih ka pomoći starijim ljudima smanjenih kognitivnih i fizičkih mogućnosti u obavljanju za život neophodnih radnji. Pomoć se može odnositi na obavljanje osnovnih svakodnevnih aktivnosti (hranjenje, kupanje, odijevanje, ustajanje iz kreveta, odlazak na WC) i/ili instrumentalnih svakodnevnih aktivnosti (kupovina, pranje odjeće, pospremanje, kuhanje, upravljanje financijama, telefoniranje, itd.)

Zbog jednostavnosti, u nekim će se pitanjima upotrebljavati abrevijacija LTC (Long Term Care) – dugotrajna skrb za starije i nemoćne.

Upitnik je anonimn, a rezultati će biti korišteni u svrhu izrade diplomskog rada. Procijenjeno trajanje ankete je 10 minuta.

Molim Vas da na pitanja odgovarate iskreno, jer će samo iskreni odgovori dovesti do realnih zaključaka.

Hvala na suradnji!

Ružica Rako

Odaberite jedan od ponuđenih odgovora.

1. Upoznatost s pojmom dugotrajne skrbi za starije i nemoćne

1. U kojoj ste mjeri upoznati s problemima s kojima se susreću starije i nemoćne osobe u obavljanju svakodnevnih aktivnosti?

- a) Slabo
- b) Osrednje
- c) Dobro
- d) Jako dobro

2. Tko se prema Vašem mišljenju smatra starom osobom?

- a) Osoba starija od 50 godina
- b) Osoba starija od 60 godina
- c) Osoba starija od 70 godina
- d) Osoba starija od 80 godina

3. Što od navedenog smatrate najvažnijim za pristojan život u starijoj dobi? (*Višestruki izbor)

- a) Zdravstveni status (pokretnost, samostalnost u obavljanju svakodnevnih aktivnosti i sl.)
- b) Imovinski status
- c) Odnos obitelji prema starijoj osobi
- d) Kvaliteta ustanova za njegu i skrb starijih osoba
- e) Odnosi između članova obitelji
- f) Imovinski status članova obitelji

4. Prema Vašem mišljenju, najveći problemi koji pogađaju populaciju treće dobi jesu: (*Višestruki izbor)

- a) Preniske mirovine
- b) Preskupo zdravstveno osiguranje
- c) Skupa LTC
- d) Neadekvatna i nedovoljna briga od strane obitelji
- e) Neprihvatanje nesamostalnosti i nemoći
- f) Strah od promjene okoline (kod odlaska u dom za starije i nemoćne i sl.)

2. Iskustvo LTC

1. Da li ste u obitelji imali ili trenutno imate osobu kojoj je (bila) potrebna dugotrajna skrb?

- a) DA b) NE

2. Da li živite ili poznajete nekoga tko živi s osobom kojoj je potrebna dugotrajna skrb?

- a) DA b) NE

3. Da li je netko iz Vaše obitelji ili netko koga poznajete smješten u dom za starije i nemoćne?

- a) DA b) NE

4. Smatrate li da život s takvom osobom zahtjeva veliki trud i odricanja?

- a) DA b) NE

5. Da li je skrb o takvoj osobi uzimala/uzima puno vremena Vašim roditeljima/bližnjima/poznanicima?

- a) DA b) NE

6. Da li je jedan od Vaših roditelja/bližnjih/poznanika odlučio dati otkaz ili tražiti skraćeno radno vrijeme kako bi mogao skrbiti o potrebitoj osobi?

- a) DA b) NE

7. Da li je dugotrajna skrb utjecala na odnose među članovima Vaše obitelji/obitelji poznanika?

- a) DA b) NE

8. Da li jedan od Vaših roditelja/bližnjih/poznanika ima zdravstvenih problema koji su proizašli iz dugotrajne skrbi za starijeg člana obitelji?

- a) DA b) NE

9. Da li su Vaši roditelji/bližnji/poznanici morali zaposliti neku osobu koja bi im pomagala oko skrbi za starije?

- a) DA b) NE

10. Da li Vas je vlastito iskustvo ili iskustvo Vaših bližnjih/poznanika potaknulo na razmišljanje o vlastitoj starosti ili starosti Vaših roditelja?

- a) DA b) NE

Ocijenite navedene tvrdnje zaokruživanjem broja na ljestvici od 1 do 5. (1 – „U potpunosti se ne slažem“, 5 – „U potpunosti se slažem“)

3. Stavovi o odnosu obitelji i LTC

	U potpunosti se ne slažem	Djelomično se ne slažem	Niti se slažem niti se ne slažem	Djelomično se slažem	U potpunosti se slažem
Članovi obitelji u obvezi su skrbiti o vlastitim roditeljima.	1	2	3	4	5
Planiram skrbiti za svoje roditelje jednom kada oni neće moći sami obavljati svakodnevne aktivnosti.	1	2	3	4	5
U životu se uvijek oslanjam na svoju obitelj.	1	2	3	4	5
Nisam u potpunosti spreman/na učiniti sve potrebno za svoju obitelj jer mislim da to može negativno utjecati na moje zdravlje.	1	2	3	4	5
Smatram da su stariji i nemoćni prevelik teret za svoje obitelji.	1	2	3	4	5

4. Percepcija o vlastitoj LTC

Smatram da je LTC važan problem na koji moramo misliti i dok smo mladi.	1	2	3	4	5
Vjerujem da se u starosti neću naći u situaciji da trebam pomoć.	1	2	3	4	5
U slučaju da zatrebam pomoć volio/la bih da mi se pruža profesionalna njega u mom domu.	1	2	3	4	5
Ukoliko budem imao/la djecu, smatram da bi se oni trebali brinuti za mene ako ne budem samostalan/na.	1	2	3	4	5
U slučaju da zatrebam pomoć					

volio/la bih da mi se pruža profesionalna njega u domu za starije i nemoćne.	1	2	3	4	5
Smatram da sam premlad/a za razmišljanje o LTC-u.	1	2	3	4	5

5. Stavovi o financiranju i spremnosti na štednju za LTC

	U potpunosti se ne slažem	Djelomično se ne slažem	Niti se slažem niti se ne slažem	Djelomično se slažem	U potpunosti se slažem
Vrlo sam štedljiva osoba.	1	2	3	4	5
Većinu svog dohotka potrošim što prije, bez razmišljanja.	1	2	3	4	5
Volim razmišljati unaprijed i planirati svoju budućnost.	1	2	3	4	5
Sklon/a sam preuzimanju rizika.	1	2	3	4	5
Ponekad razmišljam o visini troškova života u starosti.	1	2	3	4	5
Police osiguranja smatram najboljim izborom za štednju.	1	2	3	4	5
U budućnosti planiram kupiti vlastitu nekretninu.	1	2	3	4	5
Bio/la bih voljna prodati svoju nekretninu u zamjenu da netko skrbi o meni, kako bih olakšao/la život svojoj djeci.	1	2	3	4	5
Da na tržištu postoje police osiguranja koje pružaju mogućnost isplate pristojnih mjesečnih iznosa u mirovini, bio/la bih ih spreman/na ugovoriti i uplaćivati tijekom radnog vijeka.	1	2	3	4	5
Upoznat/a sam sa nekim LTC proizvodom osiguranja (obrnuta hipoteka i sl.)	1	2	3	4	5

U ovom dijelu ankete molimo ostavite Vaše osobne podatke.

1. Spol (zaokružiti): M Ž

2. Godina studija (zaokružiti): 1 2 3 4 5

3. Dob: _____

4. Završena srednja škola: a) Gimnazija b) Ekonomska c) Strukovna

5. Najviši postignuti stupanj obrazovanja jednog od roditelja/skrbnika:

a) Osnovna škola b) Srednja škola c) Viša škola

d) Fakultet e) Magisterij f) Doktorat

6. U kojem ste mjestu proveli najveći dio svog života?

a) Malom (do 10.000 stanovnika) b) Srednjem (od 10.000 do 50.000 stanovnika)

c) Velikom (50.000 do 500.000 stanovnika) d) Grad Zagreb e) Drugo: _____

7. S kime dijelite Vaš stambeni prostor? S kime trenutno živite?

a) Živim s roditeljima b) Živim sam/a c) Živim s cimerom / partnerom/icom

d) Živim u studentskom domu e) Drugo: _____

8. Koliki je ukupan broj članova Vašeg kućanstva, uključujući i Vas? Ukupno: _____

9. Prema Vašoj procjeni, standard Vaše obitelji je:

a) Vrlo nizak b) Nizak c) Osrednji

d) Visok e) Iznimno visok

10. Jeste li se tijekom procesa stjecanja visokog obrazovanja susreli s pojmom dugotrajne skrbi za starije i nemoćne? a) DA b) NE

11. Ukoliko ste na prethodno pitanje odgovorili potvrdno, molimo navedite u sklopu kojeg kolegija:
