



doi:10.5559/di.25.1.02

RAZVOJ I POTEŠKOĆE SUSTAVA SKRBI ZA STARIJE OSOBE U REPUBLICI HRVATSKOJ

Ivana DOBROTIĆ
Pravni fakultet, Zagreb

UDK: 364-22-053.9(497.5)
Pregledni rad

Primljeno: 13. 12. 2015.

Ovaj rad pisan je za znanstveno-istraživački projekt "Socijalna politika i socijalni rad u RH" Pravnoga fakulteta Sveučilišta u Zagrebu.

Rad analizira i sagledava karakter te posljedice reformi na području sustava skrbi za starije osobe u Hrvatskoj, stavljajući reforme u komparativnu perspektivu i prihvaćajući dosadašnje spoznaje o učincima sličnih reformi u europskim zemljama. Analiza počinje sa socijalizmom, u koji sežu počeci razvoja javnopolitičkog okvira, te se nastavlja 1990-ih, godinama koje su obilježene pluralizacijom pružatelja usluga te začecima decentralizacije, te 2000-ih do danas, obilježene godinama koje su sve većom fragmentacijom sustava te profesionalizacijom izvaninstitucionalnih oblika skrbi. Rizik ovisnosti u starijoj dobi ne dobiva potrebnu pozornost donositelja odluka. Reforme u zadnjih dvadesetak godina uglavnom nastoje obuzdati sve veće troškove skrbi za starije osobe te smanjiti ulogu države, a ogledaju se u uvođenju elemenata tržišta u proces pružanja skrbi, rastućoj individualizaciji i profesionalizaciji skrbi. Sustav skrbi za starije osobe neuspješno se nosi sa sve većim potrebama za uslugama dugotrajne skrbi te ostaje rezidualnog karaktera, fragmentiran i organiziran po principima sustava socijalne skrbi. Buduće reforme morat će ozbiljnije promisliti o dugoročnoj održivosti sustava, posebice o održivim rješenjima financiranja dugotrajne skrbi.

Ključne riječi: skrb za starije osobe, individualizacija skrbi, profesionalizacija skrbi, uvođenje elemenata tržišta u pružanje skrbi



Ivana Dobrotić, Pravni fakultet Sveučilišta u Zagrebu,
Studijski centar socijalnog rada, Nazorova 51,
10 000 Zagreb, Hrvatska.
E-mail: ivana.dobrotic@pravo.hr

UVOD

Društvene promjene – poput starenja stanovništva, sve veće zaposlenosti žena, promjena u strukturi i ulozi obitelji, migracija, pomicanja dobi umirovljenja te promijenjenih vrijednosti glede odgovornosti skrbi za starije osobe – vode i većem deficitu skrbi, a izgledno je i da će sve više ljudi trebati dugotrajnu skrb. Projekcije stanovništva upućuju na porast udjela osoba starijih od 65 godina u EU-u sa sadašnjih 18,5% (2014) na 28,1% 2050. godine, a udjela osoba starijih od 80 godina sa 5,1% na 10,9% (Eurostat, 2015). Područje skrbi za starije stoga traži veću državnu intervenciju, što je u raskoraku s aktualnim pritiscima na javne financije te zahtjevima za smanjivanjem socijalnih troškova (npr. da Roit, 2012).

Veća potreba za uslugama dugotrajne skrbi nije jednako prepoznata u svim europskim zemljama (usp. Morel, 2007; Österle, 2010; Bettio i Verashchagina, 2012). Stoga se zemlje razlikuju po načinu organiziranja i pružanja skrbi starijima (Rostgaard, Timonen i Glendinning, 2012) te pribjegavaju raznim rješenjima odgovarajući na sve veći deficit skrbi, koja su odraz specifičnoga javnopolitičkog konteksta te institucionalnog uređenja na području politika skrbi za starije. Unatoč različitostima, kod recentnih reformi nalazimo određene sličnosti, koje se vide u većem kombiniranju novčanih davanja i usluga uz prioritet izvaninstitucionalnih usluga, pluralizmu pružatelja usluga i uvođenju elemenata tržišta u proces pružanja usluga (eng. *marketization of care*), privatizaciji te individualizaciji skrbi (vidi Pavolini i Ranci, 2008; Brennan, Cass, Himmelweit i Szebehely, 2012; da Roit, 2012; Glendinning, 2012; Kröger i Leinonen, 2012; Rostgaard i Zechner, 2012; Szebehely i Trydegård, 2012; Williams i Brennan, 2012).

Analize su se dominantno bavile reformama sustava skrbi za starije u zapadnoeuropskim i/ili južnoeuropskim zemljama te bilježimo rijetke sustavnije analize reformi u postkomunističkim zemljama (npr. Österle, 2010; Bettio i Verashchagina, 2012). Stoga nedostaje i sustavnih analiza reformi u Hrvatskoj, koja s europskim zemljama dijeli slične izazove. Komparativno gledano, Hrvatsku karakterizira rana intervencija države na području skrbi za starije, pa počeci razvoja opsežnijega javnopolitičkog okvira sežu u pedesete godine 20. stoljeća (vidi Tomorad i Galoguža, 1984). Unatoč tomu, sustav skrbi za starije ne dobiva primjereno mjesto kod donositelja odluka (vidi Žganec, Rusac i Laklija, 2008), pa potreba pružanja skrbi starijima postaje jedan od važnijih čimbenika sukoba između obiteljskih obveza i plaćenog rada (Dobrotić i Laklija, 2009). Činjenica da Hrvatsku karakteriziraju izraženi procesi starenja stanovništva te će se do 2080. sa 30,4% osoba starijih od 65 i 13,2% osoba starijih od 80 godina svrstati među

članice EU-a s najstarijim stanovništvom (Eurostat, 2015) zah-tijeva dodatnu pozornost donositelja odluka i u analizama na području socijalne politike, jer je očito da će potrebe za uslu-gama dugotrajne skrbi rasti. Politike skrbi određuju situaciju pružatelja skrbi, starijih osoba i njihovih obitelji (Rostgaard i Zechner, 2012), pa je važno analizirati i sagledati karakter te učinak reformi koje se provode u Hrvatskoj, što je središnje pitanje ovog rada.

Uvodno se daje kratak prikaz trendova te učinaka refor-mi na području politika skrbi za starije u europskim zemlja-ma, koji služi kao konceptualni okvir za detaljnu analizu ra-zvoja sustava skrbi za starije u Hrvatskoj. Reforme se anali-ziraju kroz tri razdoblja koja odgovaraju političkim i društve-nim promjenama te bitnijim reformama unutar sustava. Za-ključno se raspravlja i sagledava karakter te mogući učinak reformi u Hrvatskoj, posebice stavljajući reforme u kompara-tivnu perspektivu i poštujući dosadašnje spoznaje o učincima sličnih reformi u europskim zemljama.

TRENDOVI REFORMI SUSTAVA SKRBI ZA STARIJE U EUROPSKIM ZEMLJAMA

Većina europskih zemalja rizik ovisnosti u starijoj dobi kasno naslovljuje mjerama socijalne politike te dugotrajnu skrb uglavnom organizira unutar obitelji i/ili neformalnih mreža (Österle, 2010). Ovisnost u starijoj dobi prepoznaje se kao socijalni rizik tek unatrag dva desetljeća, kada počinje inten-zivnije razmatranje i provođenje reformi koje vode formalizi-ranju skrbi, odnosno raste javna uključenost u reguliranje, fi-nanciranje, organiziranje i pružanje skrbi starijima (Rostgaard i Zechner, 2012). Veća uloga države ogleda se u sve većem o-buhvatu uslugama dugotrajne skrbi, prepoznavanju prava na skrb kao socijalnoga prava, uvođenju osiguranja za dugo-trajnu skrb i/ili u priznavanju neformalne skrbi (vidi Schut i Van den Berg, 2010; Rostgaard i Zechner, 2012; Le Bihan i Martin, 2012; Ranci i Pavolini, 2013).¹

Priznavanje neformalne skrbi vodi tzv. poluformalizaciji skrbi, jer se obitelj podupire u preuzimanju i/ili zadržavanju socijalne funkcije skrbi (Pfau-Effinger i Geissler, 2005). Pose-bice raste popularnost shema kojima se osigurava naknada za skrb (eng. *cash-for-care*; da Roit, Le Bihan i Österle, 2007; da Roit, 2012; Le Bihan i Martin, 2012), ali i dopusti mogućnost prilagodbe radnoga vremena zbog pružanja dugotrajne skrbi (Le Bihan i Martin, 2012). Poluformalizacija skrbi čini granice između uobičajenih oblika skrbi, formalnih i neformalnih, plaćenih i neplaćenih, nejasnima (Pfau-Effinger i Geissler, 2005), dok u nekim zemljama (npr. Italija, Austrija) pružanje skrbi starijima postaje predmet neformalnih dogovora na tržištu,

čime raste broj neprofesionalnih pružatelja usluga, posebice migranata (Bettio, Simonazzi i Villa, 2006; da Roit i sur., 2007; Le Bihan i Martin, 2012). Rostgaard i Zechner (2012) takav trend nazivaju etnicizacijom skrbi (eng. *ethnisation of care*), ističući kako se on ne veže isključivo uz neregulirano pružanje skrbi od migranata nego je vidljiv i u zemljama s raširenom mrežom (izvan)institucionalnih usluga (npr. nordijske zemlje), gdje se migranti sve više zapošljavaju u formalnom sektoru.

Politike skrbi za starije odražavaju specifičnosti društvenoga i političkoga konteksta zemlje, ponajprije tradicije socijalne države (npr. Ranci i Pavolini, 2013). 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 (Szebehely i Trydegård, 2012; Rostgaard, 2012).² Suprotno, zemlje pripadnice liberalnog režima karakterizira rezidualan sustav s visoko uvjetovanim pristupom uslugama (Comas-Herrera, Wittenberg i Pickard, 2010; Glendinning, 2012).³ U zemljama srednje i južne Europe Bismarkova tradicija priječila je razvoj sveobuhvatnijih sustava skrbi za starije (Ranci i Pavolini, 2013). Stoga te zemlje karakterizira tradicija familizma, odnosno snažne usmjerenosti na obitelj koja zadržava socijalnu funkciju skrbi, što je često poduprto novčanim naknadama⁴ (da Roit i sur., 2007; da Roit, 2012; Le Bihan i Martin, 2012; Theobald, 2012). Usluge su slabije razvijene i često rezidualnoga karaktera (Ranci i Pavolini, 2013), pa obitelji rješenje nerijetko traže u pružanju neformalne skrbi od migranata (Bettio i sur., 2006; da Roit i sur., 2007). 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 (Costa-Font, 2010). 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 (Österle, 2010).

Neovisno o dominantnoj tradiciji skrbi, europske se zemlje suočavaju s istodobnim izazovom povećanih potreba za uslugama dugotrajne skrbi i zahtjeva za kontrolom socijalnih troškova (Bettio i sur., 2006) te pribjegavaju reformama. Teže sličnim rješenjima, poput kombiniranja usluga i novčanih naknada koje podupiru obitelj u pružanju skrbi, uvođenja elemenata kompetitivnosti u proces pružanja usluga te osnaživanja korisnika (Pavolini i Ranci, 2008). Sve se više uvode i ele-

menti tržišta u pružanje usluga te dolazi do personalizacije i individualizacije skrbi (Rostgaard i Zechner, 2012).

Kao što ističu Brennan i sur. (2012, str. 378) "entuzijazam neoliberalnih ideja o kompetitivnosti i slobodi izbora, zajedno sa sve većim pritiscima na javne financije, naveo je mnoge vlade da usvoje politike koje promiču elemente tržišta u pružanju skrbi i podupiru privatne pružatelje usluga". Stoga sve više zemalja bilježi rast privatnih pružatelja usluga, trend iz kojeg nalazimo diskurs osnaživanja korisnika, jer bi pluralizaciju pružatelja usluga trebala pratiti veća sloboda izbora odabira pružatelja skrbi (Rostgaard i Zechner, 2012), ali i argumente kako veća kompetitivnost na tržištu usluga smanjuje cijenu i podiže kvalitetu usluga te čini sustav skrbi učinkovitijim (Brennan i sur., 2012). Reforme takva karaktera zahvaćaju podugovaranje usluga (ne)profitnim pružateljima, novčane potpore kojima se usluge mogu kupiti na tržištu (npr. porezne olakšice, naknade, vaučeri), subvencije i porezne olakšice usmjerene privatnim pružateljima usluga i sl. (Williams i Brennan, 2012; Brennan i sur., 2012). Diskurs slobode izbora usko je povezan s trendom personalizacije skrbi, gdje reforme korisnicima daju veću mogućnost sudjelovanja u procesu oblikovanja i pružanja usluga. Time raste individualna odgovornost, odnosno korisnici i članovi njihovih obitelji stavljaju se u funkciju organizatora, pružatelja te financijera skrbi (Rostgaard i Zechner, 2012).

Dok takve reforme karakteriziraju sustave skrbi za starije većine zemalja, uključujući nordijske zemlje s dugom tradicijom javnih usluga (Szebehely i Trydegård, 2012; Rostgaard, 2012), funkcioniranje tržišta podrazumijeva preduvjete teško ostvarive na tržištu usluga dugotrajne skrbi (npr. jasna informacija o cijeni i kvaliteti usluga, nizak trošak zamjene pružatelja). Naime, zbog manjka vještina i informacija korisnici u praksi teško donose prosudbu o kvaliteti usluga te zbog važnosti kontinuiteta skrbi teško mijenjaju pružatelja usluge. Također, dosadašnja istraživanja nisu potvrdila tezu kako rast kompetitivnosti na tržištu usluga pridonosi povećanoj kvaliteti ili nižoj cijeni usluga. Štoviše, takve reforme vode sve većim nejednakostima među korisnicima i u praksi nemaju svi mogućnost slobode izbora i/ili donošenja informirane odluke o skrbi, što je zbog manjka vještina i financijskih sredstava posebice izraženo kod korisnika nižega socioekonomskog statusa. Tako su osobe nižega socioekonomskog statusa često prisiljene birati usluge lošije kvalitete ili se zbog nepriuštivosti usluga oslanjati na obiteljske resurse.⁵ Štoviše, pristup uslugama može biti dodatno otežan ako pojedini privatni pružatelji postanu dominantni na tržištu usluga, čime im raste monopol u definiranju cijena, a i povećava se rizik od nestabilnosti us-

luga, jer oni mogu prestati djelovati ako se učine neprofitni-
ma (Brennan i sur., 2012). I ulazak privatnih pružatelja na tr-
žište usluga pridonosi snižavanju propisanih standarda uslu-
ga, što nagriza njihovu kvalitetu, ali i prava radnika, pa se
pogoršavaju uvjeti rada i snižavaju plaće u sektoru skrbi (Try-
degård, 2012; Williams i Brennan, 2012). Uvođenje elemenata
novoga javnog menadžmenta (eng. *new public management*),
poput standardiziranja i reguliranja usluga te detaljnoga pro-
pisivanja načina doseganja kriterija kvalitete i vremenskog ok-
vira trajanja pojedine usluge, narušava autonomiju pružate-
lja i mogućnost pružanja usluga u skladu s pravilima struke
(Trydegård, 2012).

Dok uvođenje novčanih naknada za skrb vodi većem for-
maliziranju pružanja skrbi, može dovesti i do prebacivanja
odgovornosti za organiziranje i pružanje skrbi u privatnu
sferu te sve veće važnosti obiteljske skrbi ili neformalnih do-
govora na tržištu (Rostgaard i Zechner, 2012), gdje skrb često
pružaju (ilegalni) migranti (Bettio i sur., 2006; da Roit i sur.,
2007). U takvim se situacijama ponovno postavlja pitanje kva-
litete skrbi, ali i radnih uvjeta pružatelja skrbi na neregulira-
nom tržištu (Theobald, 2012) te općenito stručnosti i radnih
uvjeta zaposlenih u sektoru skrbi (da Roit i sur., 2007).

Konačno, uz dugotrajnu skrb usko se veže proces dein-
stitucionalizacije, pa se izvaninstitucionalne usluge vide finan-
cijski održivijom alternativom rezidencijalnoj skrbi i odgo-
vorom na preferencije korisnika da se zadrže u svojem domu
(da Roit, 2012; Kröger i Leinonen, 2012; Rostgaard i sur., 2012;
Szebehely i Trydegård, 2012). Sadašnje su izvaninstitucio-
nalne usluge također predmet reformi usmjerenih prema kon-
trolli sve većih troškova. Reforme vode standardizaciji i admi-
nistrativnoj kontroli procesa pružanja skrbi (npr. propisiva-
nje točnoga sadržaja te trajanja usluge, detaljno dokumentira-
nje pruženih usluga, standardizacija procjene potreba; da Roit,
2012; Rostgaard, 2012; Vabø, 2012),⁶ uvođenju strožih kriterija
provjere potreba prilikom ostvarivanja prava na skrb (Kröger
i Leinonen, 2012; Szebehely i Trydegård, 2012) te većem (su)
financiranju usluga od korisnika (da Roit, 2012; Szebehely i
Trydegård, 2012). Polazeći od argumenta slobode izbora,
pojedine zemlje uvode novčane naknade ili vaučere, kojima pod-
upiru kupovanje usluga na tržištu (Kröger i Leinonen, 2012;
Szebehely i Trydegård, 2012). Dok širenje obuhvata izvanin-
stitucionalnim uslugama rasterećuje rezidencijalni sektor, opi-
sane reforme izvaninstitucionalnih usluga otežavaju pristup
uslugama,⁷ povećavaju obiteljsku odgovornost u pružanju i
organiziranju skrbi te nezadovoljstvo pružatelja skrbi s rad-
nim uvjetima, posebice kada nemaju dovoljno vremena za
rad s korisnicima, što nagriza kvalitetu skrbi (Vabø, 2012; Krö-
ger i Leinonen, 2012; Szebehely i Trydegård, 2012).

RAZVOJ SUSTAVA SKRBI ZA STARIJE OSOBE U HRVATSKOJ

Razvoj sustava analizira se kroz tri razdoblja koja odgovaraju političkim i društvenim promjenama te bitnijim reformama koje su obilježile sustav. Analiza počinje sa socijalizmom, u koji sežu počeci razvoja javnopolitičkog okvira, a nastavlja se 1990-ih godina, koje su obilježene pluralizacijom pružatelja usluga te začecima decentralizacije, dok od 2000-ih do danas pratimo sve veću fragmentaciju sustava te profesionalizaciju izvaninstitucionalnih oblika skrbi.

Začeci razvoja javnopolitičkog okvira

Razvoj sustava skrbi za starije u počecima se usmjerava na institucionalne usluge, odnosno osnivanje domova za starije. Stoga se 1950-ih osniva fond u kojem se sredstva rabe za izgradnju socijalnih ustanova (Uredba o osnivanju Fonda za socijalne ustanove, NN 76/1951) te se donosi prvi Zakon o socijalnim ustanovama za odrasle osobe. Zakon uređuje osnivanje isključivo javnih ustanova namijenjenih osobama koje trebaju skrb zbog socioekonomskih, zdravstvenih ili drugih razloga te uvodi princip (su)financiranja usluga od korisnika ili članova obitelji, u skladu s dohodovnim statusom (NN 14/1959). Slijedom toga raste broj domova za starije sa 13 1945. godine na 35 1960. godine (850 na 3343 korisnika) (Tomorad i Galoguža, 1984), što pokriva potrebe 1,1% osoba starijih od 65 godina.⁸

Izvaninstitucionalne usluge počinju se zagovarati 1960-ih (Tomorad i Galoguža, 1984) te se prvim Zakonom o socijalnoj zaštiti (NN 19/1969) omogućuje pružanje pomoći i njege u kući, a potkraj 1970-ih osnivaju se centri za dnevni boravak (Zakon o organizacijama udruženog rada ..., NN 16/1978). Iako su se izvaninstitucionalne usluge zagovarale kao kvalitetnije i humanije za korisnike te ekonomičnije za društvo (Grbić, 1988), njihov je razvoj spor, što se pripisivalo financijskim poteškoćama te rijetkom sudjelovanju SIZ-ova mirovinskog i invalidskog osiguranja u njihovu financiranje (Tomorad i Galoguža, 1984; Grbić, 1988). Intenzivniji razvoj izvaninstitucionalnih usluga bilježimo u zadnjem desetljeću socijalizma, kada njihov kapacitet raste sa 2200 (1982.) na 8127 korisnika (1986.). Većina je kapaciteta (90%) dostupna u Zagrebu, pa su izvaninstitucionalne usluge nerazvijene u ruralnim sredinama. Korisnici se najčešće bave klupskim aktivnostima (30,6%), organiziranjem prehrane (25%) te uslugama (polu)dnevnoga boravka (27,3%), dok tek 4,2% dobiva pomoć i njegu u kući (Tomorad, 1988).

Začetke današnjih udomiteljskih obitelji nalazimo 1970-ih, kada se omogućuje smještaj ovisnih odraslih osoba u "druge obitelji". Na početku su smještene osobe ili obveznici uzdrža-

vanja pridonosili troškovima smještaja u skladu s materijalnim mogućnostima (Zakon o socijalnoj zaštiti, NN 50/1974), a 1980-ih propisana je naknada za obitelji koje pružaju smještaj odraslim osobama ("hranitelj"), koja ovisi o dobi, zdravstvenom stanju i potrebama smještene osobe (Zakon o socijalnoj zaštiti, NN 28/1983). U praksi se udomiteljstvo rabi za smještaj djece ili osoba s invaliditetom te rijetko starijih osoba.⁹ Primjerice, 1988. godine 458 starijih osoba smješteno je u "drugim obiteljima", što je 11% ukupnoga broja udomljenih korisnika (Republički zavod za statistiku SRH, 1989).

U istom se razdoblju u sustav socijalne skrbi uvodi novčana naknada namijenjena osobama koje trebaju pomoć i njegu. U začecima se tzv. "posebni dodatak" mogao na temelju diskrecijske ocjene stručnih radnika dodijeliti korisnicima stalne novčane pomoći koji trebaju pomoć i njegu (Zakon o socijalnoj zaštiti, NN 19/1969), a kasnije je postao pravo svakoga korisnika stalne novčane pomoći koji treba pomoć i njegu (Zakon o socijalnoj zaštiti, NN 50/1974). U 1980-ima pravo na doplatu za pomoć i njegu ograničava se na korisnike s invaliditetom (Zakon o socijalnoj zaštiti, NN 28/1983), a od 1990. može se ostvariti i zbog trajnih promjena u zdravstvenom stanju. Novina je da se više ne veže uz stalnu novčanu pomoć, no i dalje ostaje ovisno o dohotku (osim za osobe s težim invaliditetom), a dodjeljuje se ako se njega i pomoć ne može osigurati pružanjem usluga (Zakon o socijalnoj zaštiti, NN 42/1990).

Ovo razdoblje donosi sve veću formalizaciju skrbi za starije, pri čemu država ima dominantnu ulogu. Iako se zagarovara razvijanje izvaninstitucionalnih usluga, a uvođenjem doplatka za pomoć i njegu priznaje neformalna skrb, većina je državnih resursa usmjeravana širenju institucionalnih usluga. Kapaciteti domova posebice su prošireni nakon 1976., kada SIZ-ovi mirovinskog osiguranja počinju izdvajati 4% sredstava na isplaćene mirovine za rješavanje stambenih problema starijih (Tomorad, 1988), pa se sredstvima umirovljeničkoga stambenog fonda grade nove ustanove (Mrzlečki-Paraganlija, 1988). Kapaciteti domova rastu sa 5946 mjesta (29 domova) 1974. godine na 10 214 mjesta (55 domova) 1988. godine te zahvaćaju 1,8% osoba starijih od 65 godina (Republički zavod za statistiku SRH, 1989, vlastita procjena), dok je potkraj 1980-ih država (su)financirala smještaj polovice korisnika (Tomorad, 1988). Unatoč porastu kapaciteta, u kasnim je 1980-ima na listama čekanja bila 2361 osoba, uz izražene regionalne razlike u dostupnosti usluga (Tomorad i Galoguža, 1984; Tomorad, 1988). Tako mnoge osobe i dalje ovise o neformalnim izvorima skrbi, posebice obitelji. Štoviše, iako se potreba skrbi za starije prepoznaje kao socijalni rizik, sustav ostaje rezidualnoga karaktera te polazi od postavke o primarnoj odgovornosti obitelji.

Tomorad i Galoguža (1984) ističu kako je i Ustavom propisana primarna odgovornost djece za starije roditelje, dok pravo na pomoć imaju osobe nesposobne za rad ili bez sredstava za uzdržavanje.

Prema decentralizaciji sustava i pluralizaciji pružatelja usluga

Tranzicija donosi mnoge socijalne i ekonomske probleme, koji se produbljuju u ratnim okolnostima, što opterećuje javne financije (Puljiz, 2001). Glavni naponi idu prema ublažavanju posljedica rata i na djelu je "krizna socijalna država" (Puljiz, 2008, str. 31). Prve reforme 1990-ih zahvaćaju mirovinski i zdravstveni sustav (Stubbs i Zrinščak, 2009), ostavljajući sustav socijalne skrbi po strani, pa izostaju i reforme na području skrbi za starije.¹⁰ Iako se ranih 1990-ih pružanje usluga omogućuje i (ne)profitnim pružateljima, nije usvojeno implementacijsko zakonodavstvo (Franić, 1995) te nadalje dominira javni sektor. Izvaninstitucionalne usluge ostaju rezidualnoga karaktera te je, primjerice, 1994. pomoć i njegu u kući ostvarivalo 279 korisnika.¹¹ U domovima je 1995. godine smješteno 13 254 osobe, a sve veća potražnja nadilazila je mjesta i u prosjeku je 7000 do 9000 osoba na listama čekanja (Balaband, 1996).

Balaband (1996) razloge nedostatnih kapaciteta nalazi u ratnim okolnostima (dio ustanova je uništen, dio izbjeglica i prognanika bio je u potrebi skrbi), financijskim poteškoćama (fond mirovinskog i invalidskog osiguranja, glavni investitor na tom području 1980-ih, nije raspolagao sredstvima za izgradnju novih domova) te nedovoljno raširenoj mreži izvaninstitucionalnih usluga. Kako se zbog uznapredovala starenja stanovništva očekivao rast potreba, 1990-ih se organiziraju javne rasprave o budućim trendovima skrbi za starije. Rješenje deficita skrbi vidi se u pluralizaciji pružatelja te širenju izvaninstitucionalnih usluga (Franić, 1995; Balaband, 1996). Očekivalo se kako će ulazak (ne)profitnih pružatelja na tržište usluga rasteretiti državu od sve većih socijalnih troškova institucionalne skrbi (Balaband, 1997), pa se osnivanje domova usmjerava u privatni sektor (Škara, 1999). Razvijanje izvaninstitucionalnih usluga zagovara se argumentom učinkovitosti, bolje kvalitete skrbi te rasta zaposlenosti (Havelka, 1999; HS, 2001). Ministarstvo odgovor na deficit skrbi traži i u udomiteljstvu, koje se kasnih 1990-ih počinje zagovarati i promicati kao oblik skrbi za starije (Škara, 1999). Intenzivnije se zagovara decentralizacija (Puljiz i sur., 2003),¹² za koju se također očekivalo da će pridonijeti smanjenju socijalnih troškova (Jurčević, 2005).

Opisane okolnosti dovode do nekoliko reformi u drugoj polovici 1990-ih. Prvo, donosi se zakonodavstvo potrebno za djelovanje (ne)profitnih pružatelja usluga (Puljiz, 2001), što pridonosi njihovom naglom rastu. Interes za pružanje usluga starijima posebice je velik kod privatnih pružatelja (Jurčević,

1999) te je u tri godine otvoreno 57 novih domova za starije, 78,7% njih drže privatne osobe (Jurčević, 2005). Drugo, broj osoba na smještaju u udomiteljskim obiteljima ograničuje se na deset (Zakon o socijalnoj skrbi, NN 73/1997), što uzrokuje poteškoće u kvaliteti skrbi (Hrvatski sabor, 2002a). Treće, raste visina doplatka za pomoć i njegu, a nadležnost za to pravo potpuno se prenosi na sustav socijalne skrbi (prije je dijeljena s mirovinskim sustavom). Četvrto, 1998. započinje decentralizacija sustava, koja se nastavlja početkom 2000-ih, kada se osnivačka prava državnih domova za starije te njihovo financiranje prenose na županijsku razinu (Zakon o socijalnoj skrbi, NN 59/2001).¹³

Dakle, glavne reforme vode decentralizaciji, pluralizaciji pružatelja usluga i širenju kapaciteta. Ponajviše rastu institucionalni kapaciteti koje osnivaju uglavnom privatni pružatelji te raste broj starijih u udomiteljskim obiteljima,¹⁴ dok je rast korisnika pomoći i njega u kući bitno sporiji.¹⁵ Novi kapaciteti ne prate potrebe te bujaju liste čekanja za smještaj (Jurčević, 1999, 2005). Sustav se suočava i s drugim problemima djelomice proizašlima iz provedenih reformi. Ponajprije, decentralizaciju prati odluka po kojoj država prenosi dodatna sredstva domovima u vlasništvu županija (Jurčević, 1999), ali ne i domovima drugih pružatelja podugovorenih od strane države. Naime, država definira cijenu usluga u županijskim domovima ispod ekonomske cijene¹⁶ te se prijenosom dodatnih sredstava na županijsku razinu zapravo pokriva razlika između državno definirane i ekonomske cijene usluga. Tako država financira smještaj svakoga korisnika u županijskom domu, neovisno o njegovu dohodovno-imovinskom statusu, čime se zaobilaze propisi sustava socijalne skrbi o uvjetima (su)financiranja smještaja.¹⁷ "Ograničena decentralizacija", odnosno činjenica da decentralizaciju funkcije skrbi za starije ne prati primjerena fiskalna decentralizacija, pridonosi održavanju regionalnih razlika u obuhvatu uslugama, a županije nisu postale aktivni inicijatori promjena na području razvoja i pružanja usluga starijima (vidi Ministarstvo rada i socijalne skrbi RH, 2003a). Javljuju se i poteškoće vezane uz kvalitetu usluga te netransparentnost sustava. Problemi kvalitete usko su povezani s tada niskom razinom propisanih standarda u udomiteljskim obiteljima (npr. visok dopušteni broj korisnika) te spomenutom politikom definiranja cijena domova. Jedinствена metodologija izračuna cijene usluga nije uspostavljena, pa se one prilikom podugovaranja novih pružatelja definiraju netransparentno, često ispod ekonomske cijene, što se ponajprije odražava na kvaliteti usluga.¹⁸ Netransparentan je i sam sustav podugovaranja, koji se odvija bez javnih natječaja predviđanih zakonskim rješenjima.

Rastuća institucionalna fragmentacija

Uz financijsku i stručnu pomoć međunarodnih organizacija, ponajprije Svjetske banke, na početku 2000-ih izrađen je konceptualni okvir reforme sustava socijalne skrbi, koji teži racionalizaciji troškova te smanjenoj ulozi države (Puljiz, 2004) i zagovara uvođenje elemenata tržišta u proces pružanja usluga te individualizaciju skrbi. Decentralizacija, deinstitutionalizacija i pluralizacija pružatelja usluga nadalje ostaju glavna reformska usmjerenja, uz osnaživanje korisnika i veću individualnu odgovornost. Uvođenje standarda kvalitete te organiziranje javnih poziva prilikom podugovaranja pružatelja smatraju se važnim preduvjetima za doseganje ciljeva reforme (Vlada Republike Hrvatske, 2003). Zakonodavne promjene planiraju uvođenje jedinstvene metodologije izračuna cijene usluga, sustava vaučera¹⁹ te definiranje mreže usluga kao osnove za raspisivanje natječaja prilikom podugovaranja pružatelja (Ministarstvo rada i socijalne skrbi RH, 2003b). Pomoć i njega u kući te udomiteljstvo i dalje se zagovaraju kao primjerenije i isplativije usluge (Hrvatski sabor, 2002b), no zbog sve većih potreba za dugotrajnom skrbi predviđaju se i dodatni institucionalni kapaciteti (Ministarstvo rada i socijalne skrbi RH, 2003a).

Nakon parlamentarnih izbora 2003. prijedlog reformi se revidira te se zajam Svjetske banke primarno usmjerava u infrastrukturne projekte, dok promjene u organizaciji i upravljanju socijalnim uslugama ostaju po strani (Žganec, 2008). Iako se glavni ciljevi reforme zadržavaju,²⁰ izostaje primjena te opstaje većina opisanih poteškoća. Manje promjene u zadnjih desetak godina više su rezultat reagiranja na poteškoće funkcioniranja sustava te politizacije rizika ovisnosti u starijoj dobi nego djelom šire strategije.

S jedne strane, reforme vode sve većem formaliziranju skrbi te profesionalizaciji usluga. Odgovor na te probleme s udomiteljskim obiteljima traži se u strožim standardima kvalitete i novoj usluzi, obiteljskim domovima (Zakon o socijalnoj skrbi, NN 103/2003).²¹ Naime, kako udomiteljstvo počinje gubiti primarnu funkciju, posebice jer neke obitelji u udomiteljstvu vide izvor zarade smještajući veći broj osoba nego što je dopušteno (Hrvatski sabor, 2002a; Ministarstvo rada i socijalne skrbi RH, 2003a; Ministarstvo socijalne politike i mladih, 2011), u drugoj polovici 2000-ih raste uključenost države u reguliranje i financiranje udomiteljstva. Primjerice, raste naknada za smještaj korisnika, uvodi se udomiteljska naknada, postroženi su standardi kvalitete, udomitelji se moraju usavršavati i sl. (Zakon o udomiteljstvu, NN 79/2007, 90/2011). Propisuju se i stroži standardi kvalitete u domovima, posebice glede broja stručnjaka i poštivanje specifičnosti skrbi pojedinih

skupina korisnika, poput osoba oboljelih od Alzheimerove bolesti ili u potrebi palijativne skrbi (Zakon o socijalnoj skrbi, NN 103/2003; Pravilnik o vrsti i djelatnosti doma socijalne skrbi ..., NN 64/2009).

S druge strane, paralelizam i institucionalna fragmentacija – karakteristični za hrvatsku socijalnu politiku (vidi Stubbs i Zrinščak, 2012) – obilježavaju i sustav skrbi za starije. Naime, nadležnost za razvoj usluga dijeli se između dva ministarstva koja rukovode paralelnim sustavima bez koordinacije planiranja i razvoja usluga. Tako uz već postojeće usluge unutar sustava socijalne skrbi novouspostavljeno ministarstvo nadležno za međugeneracijsku solidarnost usvaja Program razvoja usluga za starije osobe u sustavu međugeneracijske solidarnosti od 2008. do 2011. godine (Vlada Republike Hrvatske, 2007b), na temelju kojeg se podugovaraju projektno pružane usluge pomoći i njege u kući koje zaobilaze proceduru centara za socijalnu skrb prilikom ostvarivanja prava.²² Štoviše, neki gradovi / općine počinju razvijati i financirati vlastite programe pomoći i njege u kući te multidisciplinarnе gerontološke centre koji pružaju usluge u zajednici (Tomek-Rokсандić, 2007).²³ Tako odsutnost jasne državne politike te koordinacije vodi "zamućenoj" mreži usluga, u kojoj je teško procijeniti stvarne kapacitete, posebice obuhvaćenost izvaninstitucionalnim uslugama.

Nadalje je na djelu pluralizacija pružatelja usluga, gdje nedržavni pružatelji i dalje dobivaju na važnosti. Primjerice, od 2003. godine 78% novih kapaciteta otpada na nedržavne pružatelje, uglavnom privatne (Ministarstvo socijalne politike i mladih, 2015). Obuhvat uslugama ostaje nizak²⁴ te ostaju problemi dugih lista čekanja na institucionalne usluge,²⁵ politike cijena te netransparentnosti sustava. Iako zakonodavstvo predviđa rješenja pojedinih poteškoća (npr. metodologija izračuna cijene usluga, javni natječaji), izostaje primjena, pa možemo govoriti više o politizaciji nego o jasnom planu reformi sustava skrbi za starije. Na to posebice upućuje analiza primjene programa pomoći i njege u kući Kekez Koštro (2014), iz koje se jasno iščitava klijentelistički obrazac ponašanja prilikom ugovaranja pružatelja usluga, ali i neambicioznost nedavno usvojenoga strateškog dokumenta na području skrbi za starije osobe (Ministarstvo socijalne politike i mladih, 2014).

Pogodovano mjerama štednje zbog financijske krize, zakonskim izmjenama 2013. dokida se projektno financiranje programa pomoći i njege u kući te sve usluge koje financira država podliježu kriterijima i proceduri centara (Vlada Republike Hrvatske, 2013b), što rezultira znatnim padom obuhvata programima pomoći i njege u kući unutar sustava socijalne skrbi.²⁶ Time se obveza skrbi prebacuje na krajnjega ko-

risnika i članove obitelji, odnosno dolazi do sve veće individualizacije skrbi. Tome u prilog govore i izneseni podaci o dugim listama čekanja te činjenica da sve više korisnika samostalno financira usluge smještaja.²⁷ Kako država nema namjeru preuzimati tu ulogu, vidi se i iz diskursa iza zadnjih zakonskih izmjena, također planiranih uz financijsku i stručnu pomoć Svjetske banke, koji ističe potrebu poticanja tržišta u skrbi i profitnih pružatelja usluga te veću individualnu i obiteljsku odgovornost u skrbi za starije (Vlada Republike Hrvatske, 2011, 2012, 2013b).

ZAKLJUČNA RASPRAVA

Europske zemlje sve više prepoznaju rizik ovisnosti u starijoj dobi te provode brojne reforme s kompleksnim posljedicama na pojedinca u potrebi skrbi i njegovu obitelj te postojeće prakse skrbi, ali i na uređenje sustava skrbi za starije. Reforme nisu jednoznačne te se u nekim segmentima širi javna odgovornost, a dugotrajna skrb prepoznaje se kao socijalni rizik, dok u drugim segmentima dolazi do povlačenja države, odnosno naglasak se stavlja na individualnu odgovornost (vidi Pavolini i Ranci, 2013).

Hrvatska ne slijedi trendove europskih zemalja koje pridaju važnost riziku dugotrajne skrbi i šire javnu odgovornost na tom području te su reforme u zadnjih dvadesetak godina uglavnom smjerale obuzdavanju sve većih troškova skrbi za starije i povećanju individualne odgovornosti, što je dodatno naglašeno u zadnjoj financijskoj krizi. Sustav skrbi, slično većini postkomunističkih zemalja (vidi Österle, 2010), ostaje rezidualnoga karaktera, organiziran po principima sustava socijalne skrbi, fragmentiran te nedovoljno razvijene infrastrukture. Stoga briga za starije ponajprije pada na obitelj, što dovodi do poteškoća u usklađivanju obiteljskih obveza i plaćenog rada (vidi Dobrotić i Laklija, 2009). Sustav se suočava s nizom netransparentnosti koje vode nejednakom položaju korisnika i pružatelja usluga (npr. definiranje cijene usluga, izostanak javnih natječaja za nove pružatelje te kriterija za prijam u domove). Politika cijena koja počiva na administrativnoj odluci ministarstva te ne odražava sadržaj usluga nagriza njihovu kvalitetu, posebice u nedržavnim domovima, i pogoduje politizaciji samoga sustava. Funkcionalnu decentralizaciju nije pratila primjerena fiskalna decentralizacija, a opstaju i regionalne razlike u dostupnosti usluga.

Stavimo li reforme u europski kontekst, sličnosti se ogleđaju u uvođenju elemenata tržišta u proces pružanja skrbi. Sve veći pluralizam pružatelja usluga, gdje privatni pružatelji dobivaju na važnosti, slično kao i u drugim zemljama (vidi Brennan i sur., 2012; Szebehely i Trydegård, 2012), prati neoli-

beralni diskurs "slobode izbora", kojim se unatrag petnaestak godina zagovara i uvođenje vaučera. Iako ne raspolažemo e-
valuacijom učinaka pluralizacije pružatelja usluga, činjenica je da zbog nedostatnih kapaciteta te poteškoća priuštivosti skrbi korisnici nemaju stvarnu slobodu izbora u odabiru pružatelja, što pokazuju i iskustva drugih zemalja. Štoviše, takve reforme nose i poteškoće vezane uz kvalitetu skrbi, povećane društvene nejednakosti te pogoršanu poziciju pružatelja skrbi na tržištu rada (vidi Trydegård, 2012; Williams i Brennan, 2012).

I u Hrvatskoj se prepoznaju prednosti izvaninstitucionalnih usluga, posebice njihova djelotvornost, no nedovoljno se razvijaju te ne uspijevaju pratiti potrebe i rasteretiti rezidencijalne kapacitete. To vodi individualizaciji skrbi (vidi Rostgaard i Zechner, 2012), čemu dodatno pridonosi činjenica da financiranje skrbi postaje sve više individualna odgovornost. Vidljiva je i tendencija profesionalizacije sustava, odnosno donose se stroži standardi kvalitete, posebice glede traženih kvalifikacija pružatelja usluga te omjera stručnih radnika i korisnika, a sve se više regulira i udomiteljstvo.

Buduće će se reforme morati ozbiljnije baviti netransparentnostima s kojima se sustav suočava, ozbiljnim nedostatkom usluga, ali i posljedicama "nepotpune" decentralizacije. Zbog proturječnih zahtjeva koje pred donositelje odluka stavljaju deficit skrbi, s jedne strane, te potreba za kontrolom javnih financija, s druge strane, morat će se ozbiljnije razmisliti o dugoročnoj održivosti sustava, posebice o dugoročnim rješenjima financiranja dugotrajne skrbi. Pri tome bi trebalo sagledati i raspraviti prednosti i nedostatke uvođenja osiguranja za dugotrajnu skrb, koje su rješenje stručnjaci već predlagali (vidi Ljubičić i sur., 2012).

BILJEŠKE

¹ Iste reforme dovode do različita učinka u pojedinoj zemlji, ovisno o tradiciji socijalne države. Stoga, iako govorimo o općem trendu javne odgovornosti, reforme poput priznavanja neformalne skrbi dovode i do smanjene uloge države, posebice u sustavima koji počivaju na formalnom pružanju usluga, pa reforme takva karaktera odgovornost za organiziranje skrbi prebacuju na pojedinca (vidi Rostgaard i Zechner, 2012).

² Njima se pridružuje Nizozemska, pripadnica konzervativno-korporativnog režima, koja prva uvodi obvezno osiguranje za rizik od dugotrajne skrbi te razvija ekstenzivan sustav usluga (Schut i Van den Berg, 2010).

³ Radi se o manje homogenoj skupini. Primjerice, iako su Australija i Velika Britanija pripadnice liberalnog režima, karakterizira ih različit razvoj sustava. Tako prije uvođenja mehanizama tržišta u pružanje skrbi Australiju karakterizira javno financirana skrb od neprofitnoga sektora, a Veliku Britaniju od lokalne zajednice (Brennan i sur., 2012).

⁴ Dok neke zemlje (npr. Francuska) obvezuju korisnika da naknadu potroši na točno određen paket potrebnih usluga (da Roit i sur., 2007), u drugima (npr. Italija) često služi kao mjera koja poboljšava financijsku situaciju obitelji nižega socioekonomskog statusa (Costa-Font, 2010).

⁵ Primjerice, vrijednost naknada za skrb i/ili vaučera usmjerava korisnike na određene pružatelje, u slučajevima niskih vrijednosti često na migrante i članove obitelji (Brennan i sur., 2012).

⁶ Takve reforme kritiziraju se s aspekta kvalitete skrbi jer ne poštuju individualne potrebe skrbi, dok se osoblje usredotočuje na fragmentirane i predefimirane zadatke i manje je osjetljivo na okruženje te nedovoljno odgovara na stvarne potrebe korisnika (Rostgaard, 2012; Vabø, 2012).

⁷ Posebice osoba nižega socioekonomskog statusa koje se prepuštaju pomoći obitelji (Kröger i Leinonen, 2012; Szebehely i Trydegård, 2012).

⁸ Vlastita procjena na temelju podataka Republičkoga zavoda za statistiku SRH (1989) i Tomorad i Galoguža (1984). Stvarni kapaciteti bili su veći jer je dio osoba na smještaju mlađi, npr. 1981. je 32% korisnika mlađe od 65 godina (Tomorad i Galoguža, 1984).

⁹ Tomorad i Galoguža (1984) ističu kako nije bilo interesa za udomiteljstvo među starijima, a i obitelji nisu bile zainteresirane za prihvrat starijih. Ni jedan sudionik istraživanja ne bi se odlučio na smještaj u drugoj obitelji, dok njih 78,2% tvrdi kako bi se osjećali (jako) loše u drugoj obitelji.

¹⁰ Isticalo se kako treba pričekati reforme mirovinskoga i zdravstvenoga sustava o kojima ovise reforme sustava socijalne skrbi (Balaband, 1996).

¹¹ Radi se o uslugama ostvarenima na temelju odluke centara za socijalnu skrb te ne raspoložemo pokazateljima o stvarnom broju korisnika. Naime, dio korisnika privatno ugovara uslugu, ponekad jedinice lokalne/područne samouprave organiziraju i sufinanciraju usluge, a dio je usluga projektno financiran, što se ne vidi u statistici ministarstva.

¹² Smatralo se da će decentralizacija praćena deinstitucionalizacijom te pluralizmom pružatelja usluga pridonijeti nižim socijalnim troškovima i većoj slobodi izbora (Bežovan i sur., 2001; Puljiz i sur., 2003).

¹³ Županije vide ekonomski i politički interes u decentralizaciji domova za starije (Puljiz i sur., 2003; Jurčević, 1999, 2005), ali ne i domova ostalih korisnika koji nisu decentralizirani, kao što je planirano.

¹⁴ U 2003. udomljeno je 1530 starijih, 27,6% korisnika usluge udomiteljstva (Ministarstvo socijalne politike i mladih, 2015).

¹⁵ Prema podacima centara, 2001. bilo je 499 korisnika pomoći i njege u kući (Puljiz i sur., 2003). Da su te usluge raširenije, govori podatak kako su 2002. djelovala 82 centra za pomoć i njegu u kući (Vlada Republike Hrvatske, 2003).

¹⁶ Prema procjenama cijena usluge koje definira država, ona doseže otprilike 50% ekonomske cijene (Jurčević, 1999).

¹⁷ Stoga korisnici županijskih domova plaćaju uslugu manje nego korisnici domova drugih osnivača podugovorenih od strane države,

čiju cijenu također definira država. Činjenica kako ne postoje kriteriji prijama u domove i korisnici se smještavaju prema raspoloživim kapacitetima u trenutku smještaja čini sustav nepravednim te osjetljivim na klijentelizam.

¹⁸ Ugovorene cijene ovise o uspješnosti pružatelja usluge u pregovorima s ministarstvom te nužno ne odražavaju sadržaj i kvalitetu usluge.

¹⁹ Sustav vaučera zagovaran je kao transparentniji način subencioniranja, koji korisniku daje veću slobodu izbora (HRT, 2003).

²⁰ Strateški dokumenti (Vlada Republike Hrvatske, 2005, 2007a) ističu slične ciljeve: racionalniji i djelotvorniji sustav usmjeren najranjivijim građanima, sloboda izbora i individualizacija usluga (sustav vaučera), deinstitucionalizacija, decentralizacija, pluralizacija pružatelja te davanje prednosti izvaninstitucionalnim uslugama.

²¹ Broj starijih osoba koje se mogu smjestiti u udomiteljsku obitelj prvo je snižen na petero, a zatim na četiri osobe, dok obiteljski domovi mogu primiti do dvadeset osoba (Zakon o socijalnoj skrbi, NN 103/2003; Zakon o udomiteljstvu, NN 79/2007, 90/2011).

²² Usluge podugovorene unutar tih programa pokrivaju 15 550 korisnika (Vlada Republike Hrvatske, 2013a).

²³ Postoje i centri za gerontologiju unutar zdravstvenoga sustava.

²⁴ Kapaciteti domova pokrivaju potrebe 2,5%, a izvaninstitucionalnih usluga 3,5% osoba starijih od 65 godina (Dobrotić i Prpić, 2013; Ministarstvo socijalne politike i mladih, 2015).

²⁵ Liste čekanja za domove imaju 71 374 osobe (Ministarstvo socijalne politike i mladih, 2015). Iako podatak treba čitati s oprezom, jer nema centralne liste čekanja i prijava se može poslati u više domova, broj korisnika doplatka za pomoć i njegu također raste (sa 48 804 u 2003. na 72 408 u 2014.; 52% starijih od 65 godina). Iako to govori o nedostatku usluga, jer naknadu ostvaruju korisnici koji zadovoljavaju imovinski cenzus te nemaju pristup uslugama, potrebe su vjerojatno nešto niže jer analize (Šućur, 2008) naznačuju problematičnu primjenu ovoga prava koje nekima služi kao svojevrсна shema socijalne pomoći.

²⁶ Pri centrima broj korisnika raste sa 1367 u 2013. godini na 2795 u 2014. (Ministarstvo socijalne politike i mladih, 2015), daleko manje od prethodnih 15 500 projektno financiranih korisnika.

²⁷ Udio osoba koje same potpuno financiraju smještaj raste sa 54,5% u 2003. godini na 75% u 2014. (Ministarstvo socijalne politike i mladih, 2015).

LITERATURA

Balaband, A. (1996). *Welfare in the Republic of Croatia: Accent on care for the elderly*. Zagreb: Ministry of Labour and Welfare.

Balaband, A. (1997). Socijalna skrb i nezaposlenost u Republici Hrvatskoj. *Revija za socijalnu politiku*, 4(3), 253–263. doi:10.3935/rsp.v4i3.384

Bettio, F., Simonazzi, A. i Villa, P. (2006). Change in care regimes and female migration: The 'care drain' in the Mediterranean. *Journal of European Social Policy*, 16(3), 271–285. doi:10.1177/0958928706065598

DRUŠ. ISTRAŽ. ZAGREB
GOD. 25 (2016), BR. 1,
STR. 21-42

DOBROTIĆ, I.:
RAZVOJ I POTEŠKOĆE...

Bettio, F. i Verashchagina, A. (2012). *Long-term care for the elderly: Provisions and providers in 33 European countries*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

Brennan, D., Cass, B., Himmelweit, S. i Szebehely, M. (2012). The marketisation of care: Rationales and consequences in Nordic and liberal care regimes. *Journal of European Social Policy*, 22(4), 377–391. doi:10.1177/0958928712449772

Comas-Herrera, A., Wittenberg, R. i Pickard, L. (2010). The long road to universalism? Recent developments in the financing of long-term care in England. *Social Policy & Administration*, 44(4), 375–391. doi:10.1111/j.1467-9515.2010.00719.x

Costa-Font, J. (2010). Devolution, diversity and welfare reform: Long-term care in the 'Latin Rim'. *Social Policy & Administration*, 44(4), 481–494. doi:10.1111/j.1467-9515.2010.00724.x

Da Roit, B. (2012). The Netherlands: The struggle between universalism and cost containment. *Health and Social Care in the Community*, 20(3), 228–237. doi:10.1111/j.1365-2524.2011.01050.x

Da Roit, B., Le Bihan, B. i Österle, A. (2007). Long-term care policies in Italy, Austria and France: Variations in cash-for-care schemes. *Social Policy & Administration*, 41(6), 653–671. doi:10.1111/j.1467-9515.2007.00577.x

Dobrotić, I. i Laklija, M. (2009). Korelati sukoba obiteljskih i radnih obveza u Hrvatskoj. *Revija za socijalnu politiku*, 16(1), 45–63. doi:10.3935/rsp.v16i1.799

Dobrotić, I. i Prpić, I. (2013). *Eldercare trends in Croatia*. Dostupno na <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1024&langId=en&newsId=1903&moreDocuments=yes&tableName=news>

Eurostat (2015). *Projected demographic balances and indicators*. Dostupno na http://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/-/proj_13nbdims

Franić, N. (1995). Prikaz ustrojstva ustanova socijalne skrbi po nacrtu prijedloga zakona o socijalnoj skrbi s posebnim osvrtom na institucionalnu skrb starih ili nemoćnih osoba. U Ministarstvo rada i socijalne skrbi (Ur.), *Starost i starenje: izazov današnjice* (str. 277–283). Zagreb: GIPA.

Glendinning, C. (2012). Home care in England: Markets in the context of under-funding. *Health and Social Care in the Community*, 20(3), 292–299. doi:10.1111/j.1365-2524.2012.01059.x

Grbić, V. (1988). Organizacija vaninstitucionalnih oblika zaštite starijih osoba na području općine Trnje. U A. Matutinović (Ur.), *Starenje, starost i društveni razvoj* (str. 209–216). Zagreb: Gerontološko društvo Hrvatske.

Havelka, M. (1999). Potrebe i mogućnosti uvođenja novih cjelovitih pristupa skrbi o starijim osobama u Hrvatskoj. U M. Pokrajčić, M. Havelka, A. Balaband i V. M. Bužan (Ur.), *Strategije razvoja skrbi za starije osobe u Republici Hrvatskoj* (str. 63–69). Zagreb: GIPA.

HRT (2003, 5. srpnja). *Novi izračun visina socijalnih davanja prema nacionalnoj liniji siromaštva*. Dostupno na <http://www.hrt.hr/arhiv/2003/07/05/HRT0025.html>

DRUŠ. ISTRAŽ. ZAGREB
GOD. 25 (2016), BR. 1,
STR. 21-42

DOBROTIĆ, I.:
RAZVOJ I POTEŠKOĆE...

Hrvatski sabor (2001). *Izvešća Hrvatskog sabora*, br. 298. Dostupno na <http://www.sabor.hr/Default.aspx?sec=1251>

Hrvatski sabor (2002a). *Izvešća Hrvatskog sabora*, br. 347. Dostupno na <http://www.sabor.hr/Default.aspx?sec=1251>

Hrvatski sabor (2002b). *Izvešća Hrvatskog sabora*, br. 336. Dostupno na <http://www.sabor.hr/Default.aspx?sec=1251>

Jurčević, Ž. (1999). Socijalna skrb u Hrvatskoj u 1998. godini. *Revija za socijalnu politiku*, 6(2), 133–146. doi:10.3935/rsp.v6i2.298

Jurčević, Ž. (2005). Socijalna skrb u Hrvatskoj od 2000. do 2004. Analiza pokazatelja stanja i razvoja. *Revija za socijalnu politiku*, 12(3–4), 345–375. doi:10.3935/rsp.v12i3.94

Kekez Koštro, A. (2014). *Political clientelism and the reform of social services implementation in Croatia*. ECPR Joint Sessions of Workshops, Salamanca, Spain.

Kröger, T. i Leinonen, A. (2012). Transformation by stealth: The retargeting of home care services in Finland. *Health and Social Care in the Community*, 20(3), 319–327. doi:10.1111/j.1365-2524.2011.01047.x

Le Bihan, B. i Martin, C. (2012). Diversification of care policy measures supporting older people: Towards greater flexibility for carers? *European Journal of Ageing*, 9(2), 141–150. doi:10.1007/s10433-012-0228-6

Ljubičić, M., Baklaić, Ž., Tomek-Roksandić, S., Šostar, Z., Fortuna, V. i Gjučić, M. (2012). Hrvatski fond za gerijatrijsku zdravstvenu njegu. U S. Tomek-Roksandić, Z. Šostar i V. Fortuna (Ur.), *Četiri stupnja gerijatrijske zdravstvene njege sa sestrinskom dokumentacijom i postupnikom opće/obiteljske medicine u domu za starije osobe* (str. 356–357). Zagreb: Referentni centar Ministarstva zdravlja RH za zaštitu zdravlja starijih osoba.

Morel, N. (2007). From subsidiarity to 'free choice': Child- and elder-care policy reforms in France, Belgium, Germany and the Netherlands. *Social Policy & Administration*, 41(6), 618–637. doi:10.1111/j.1467-9515.2007.00575.x

Ministarstvo rada i socijalne skrbi Republike Hrvatske (2003a). Socijalne usluge u reformiranom sustavu socijalne skrbi Hrvatske. *Revija za socijalnu politiku*, 10(3–4), 335–356. doi:10.3935/rsp.v10i3.109

Ministarstvo rada i socijalne skrbi Republike Hrvatske (2003b). *Reforma sustava socijalne skrbi u Hrvatskoj*. Zagreb: Ministarstvo rada i socijalne skrbi.

Ministarstvo socijalne politike i mladih (2011). *Procjena učinka Zakona o udomiteljstvu*. Dostupno na <http://www.vlada.hr/hr/content/download/219252/3220847/file/Ministarstvo%20soc.%20politike%20i%20mladih%20iskaz.pdf>

Ministarstvo socijalne politike i mladih (2014). *Strategija socijalne skrbi za starije osobe u Republici Hrvatskoj za razdoblje 2014.-2016*. Dostupno na http://www.mspm.hr/djelokrug_aktivnosti/odrasle_osobe/starije_i_nemocne_osobe

Ministarstvo socijalne politike i mladih (2015). *Godišnja statistička izvješća 2003-2014*. Dostupno na http://www.mspm.hr/djelokrug_aktivnosti/socijalna_skrb/statisticka_izvjesca

Mrzlečki-Paraganlija, N. (1988). Pravno ekonomski položaj domova umirovljenika i društveno-ekonomski položaj umirovljenika koji

žive u domovima umirovljenika. U A. Matutinović (Ur.), *Starenje, starost i društveni razvoj* (str. 189–191). Zagreb: Gerontološko društvo Hrvatske.

Österle, A. (2010). Long-term care in Central and South-Eastern Europe: Challenges and perspectives in addressing a 'new' social risk. *Social Policy & Administration*, 44(4), 461–480. doi:10.1111/j.1467-9515.2010.00723.x

Pavolini, E. i Ranci, C. (2008). Restructuring the welfare state: Reforms in long-term care in Western European countries. *Journal of European Social Policy*, 18(3), 246–259. doi:10.1177/0958928708091058

Pfau-Effinger, B. i Geissler, B. (2005). *Care and social integration in European societies*. Bristol: The Policy Press.

Pravilnik o vrsti i djelatnosti doma socijalne skrbi, načinu pružanja skrbi izvan vlastite obitelji, uvjetima prostora, opreme i radnika doma socijalne skrbi, terapijske zajednice, vjerske zajednice, udruge i drugih pravnih osoba te centra za pomoć i njegu u kući. *Narodne novine*, 64/2009.

Puljiz, V. (2001). Reforme sustava socijalne politike u Hrvatskoj. *Revija za socijalnu politiku*, 8(2), 159–180. doi:10.3935/rsp.v8i2.216

Puljiz, V. (2004). Socijalna prava i socijalni razvoj Republike Hrvatske. *Revija za socijalnu politiku*, 11(1), 3–20. doi:10.3935/rsp.v11i1.65

Puljiz, V. (2008). Socijalna politika Hrvatske (povijest, zadanosti, usmjerenja). U V. Puljiz (Ur.), *Socijalna politika Hrvatske* (str. 1–71). Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Pravni fakultet.

Puljiz, V., Kerovec, N., Žganec, N., Bežovan, G., Teodorović, B., Šućur, Z., Zovko, G. i Zrinščak, S. (2001). Pravci budućeg razvitka sustava socijalne pomoći i socijalne skrbi Republike Hrvatske. *Revija za socijalnu politiku*, 8(3–4), 291–299. doi:10.3935/rsp.v8i3.202

Puljiz, V., Bežovan, G., Šućur, Z., Zrinščak, S., Žganec, N. i Balaband, A. (2003). Decentralizacija socijalnih službi. Nacrt modela. *Revija za socijalnu politiku*, 10(1), 69–83. doi:10.3935/rsp.v10i1.140

Ranci, C. i 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.

Republički zavod za statistiku SRH (1989). *Statistički godišnjak SR Hrvatske*. Zagreb: Republički zavod za statistiku SRH.

Rostgaard, T. (2012). Quality reforms in Danish home care – balancing between standardisation and individualisation. *Health and Social Care in the Community*, 20(3), 247–254. doi:10.1111/j.1365-2524.2012.01066.x

Rostgaard, T., Timonen, V. i Glendinning, C. (2012). Guest editorial: Reforming home care in ageing societies. *Health and Social Care in the Community*, 20(3), 225–227. doi:10.1111/j.1365-2524.2012.01071.x

Rostgaard, T. i Zechner, M. (2012). Shifting boundaries of elder care: Changing roles and responsibilities. *European Journal of Ageing* 9(2), 97–99. doi:10.1007/s10433-012-0231-y

Schut, F. T. i Van den Berg, B. (2010). Sustainability of comprehensive universal long-term care insurance in the Netherlands. *Social Policy & Administration*, 44(4), 411–435. doi:10.1111/j.1467-9515.2010.00721.x

DRUŠ. ISTRAŽ. ZAGREB
GOD. 25 (2016), BR. 1,
STR. 21-42

DOBROTIĆ, I.:
RAZVOJ I POTEŠKOĆE...

Stubbs, P i Zrinščak, S. (2009). Croatian social policy: The legacies of war, state-building and late Europeanization. *Social Policy & Administration*, 43(2), 121–135. doi:10.1111/j.1467-9515.2009.00651.x

Stubbs, P i Zrinščak, S. (2012). Europeizacija i socijalna politika: između retorike i stvarnosti. U V. Puljiz, S. Ravlić i V. Visković (Ur.), *Hrvatska u Europskoj uniji: kako dalje?* (str. 265–294). Zagreb: Institut za demokraciju i pravo Miko Tripalo.

Szebehely, M. i 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. doi:10.1111/j.1365-2524.2011.01046.x

Škara, J. (1999). Ministarstvo rada i socijalne skrbi u socijalnoj skrbi za starije: stanje, problemi i razvojne perspektive. U M. Pokrajčić, M. Havelka, A. Balaband i V. M. Bužan (Ur.), *Strategije razvoja skrbi za starije osobe u Republici Hrvatskoj* (str. 7–12). Zagreb: GIPA.

Šućur, Z. (2008). Socijalna sigurnost i kvaliteta života starijih osoba bez mirovinskih primanja u Republici Hrvatskoj. *Revija za socijalnu politiku*, 15(3), 435–454. doi:10.3935/rsp.v15i3.796

Theobald, H. (2012). Home-based care provision within the German welfare mix. *Health and Social Care in the Community*, 20(3), 274–282. doi:10.1111/j.1365-2524.2012.01057.x

Tomek-Roksandić, S. (2007). *Što su Centri za gerontologiju Zavoda za javno zdravstvo a što Gerontološki centri?* Dostupno na <http://www.hcjz.hr/old/clanak.php?id=13249>.

Tomorad, M. (1988). Radne organizacije za starije osobe u SR Hrvatskoj: stanje i razvojna orijentacija. U A. Matutinović (Ur.), *Starenje, starost i društveni razvoj* (str. 167–175). Zagreb: Gerontološko društvo Hrvatske.

Tomorad, M. i Galoguža, A. (1984). Stare i nemoćne osobe. U M. Škrbić, S. Letica, B. Popović, J. Butković i A. Matutinović (Ur.), *Socijalna zaštita u Socijalističkoj Republici Hrvatskoj* (str. 304–310). Zagreb: Jugoslavenska medicinska naklada.

Trydegård, G-B. (2012). Care work in changing welfare states: Nordic care workers' experiences. *European Journal of Ageing*, 9(2), 119–129. doi:10.1007/s10433-012-0219-7

Uredba o osnivanju Fonda za socijalne ustanove. *Narodne novine*, 76/1951.

Vabø, M. (2012). Norwegian home care in transition – heading for accountability, off-loading responsibilities. *Health and Social Care in the Community*, 20(3), 283–291. doi:10.1111/j.1365-2524.2012.01058.x

Vlada Republike Hrvatske (2003). Strategija razvitka Republike Hrvatske "Hrvatska u 21. stoljeću" – Strategija razvitka mirovinskog sustava i sustava socijalne skrbi. *Narodne novine*, 97/2003.

Vlada Republike Hrvatske (2005). Predpristupni ekonomski program 2005-2007. Socijalna politika. *Revija za socijalnu politiku*, 12(1), 67–87. doi:10.3935/rsp.v12i1.21

Vlada Republike Hrvatske (2007a). Zajednički memorandum o socijalnom uključivanju Republike Hrvatske: ključni izazovi, prijedlozi mjera i zaključci. *Revija za socijalnu politiku*, 14(2), 221–260. Dostupno na <http://www.rsp.hr/ojs2/index.php/rsp/article/view/709>

DRUŠ. ISTRAŽ. ZAGREB
GOD. 25 (2016), BR. 1,
STR. 21-42

DOBROTIĆ, I.:
RAZVOJ I POTEŠKOĆE...

Vlada Republike Hrvatske (2007b). Program razvoja usluga za starije osobe u sustavu međugeneracijske solidarnosti od 2008. do 2011. godine. *Narodne novine*, 90/2007.

Vlada Republike Hrvatske (2011). Prijedlog Zakona o socijalnoj skrbi. Dostupno na <https://infodok.sabor.hr/AktiFrm.aspx>

Vlada Republike Hrvatske (2012). *Prijedlog Zakona o socijalnoj skrbi s konačnim prijedlogom zakona*. Dostupno na <https://infodok.sabor.hr/AktiFrm.aspx>

Vlada Republike Hrvatske (2013a). *Izvešće o provedbi zajedničkog memoranduma o socijalnom uključivanju Republike Hrvatske (JIM) u 2012. godini*. Dostupno na http://www.vlada.hr/hr/naslovnica/sjednice_i_odluke_vlade_rh/sjednice_i_odluke_vlade_rh/107_sjednica_vlade_republike_hrvatske

Vlada Republike Hrvatske (2013b). *Prijedlog Zakona o socijalnoj skrbi*. Dostupno na <https://infodok.sabor.hr/AktiFrm.aspx>

Williams, F. i Brennan, D. (2012). Care, markets and migration in a globalising world: Introduction to the Special Issue. *Journal of European Social Policy*, 22(4), 355–362. doi:10.1177/0958928712449777

Zakon o organizacijama udruženog rada u djelatnosti socijalne zaštite. *Narodne novine*, 16/1978.

Zakon o socijalnim ustanovama za odrasle osobe. *Narodne novine*, 14/1959.

Zakon o socijalnoj zaštiti. *Narodne novine*, 19/1969, 50/1974, 28/1983, 42/1990.

Zakon o socijalnoj skrbi. *Narodne novine*, 73/1997, 59/2001, 103/2003.

Zakon o udomiteljstvu. *Narodne novine*, 79/2007, 90/2011.

Žganec, N. (2008). Socijalna skrb u Hrvatskoj – smjerovi razvoja i reformi. *Revija za socijalnu politiku*, 15(3), 379–393. doi:10.3935/rsp.v15i3.778

Žganec, N., Rusac, S. i Laklija, M. (2008). Trendovi u skrbi za osobe starije životne dobi u Republici Hrvatskoj i u zemljama Europske unije. *Revija za socijalnu politiku*, 15(2), 171–188. doi:10.3935/rsp.v15i2.743

Development and Difficulties of the Eldercare System in Croatia

Ivana DOBROTIĆ
Faculty of Law, Zagreb

The paper analyses and considers the character and consequences of reforms in the eldercare system in Croatia, putting reforms in comparative perspective and taking into account the existing knowledge on the effects of similar reforms in European countries. The analysis begins with the period of socialism when the eldercare policy started to develop and continues through the 1990s marked by pluralization of service providers and the beginnings of

DRUŠ. ISTRAŽ. ZAGREB
GOD. 25 (2016), BR. 1,
STR. 21-42

DOBROTIĆ, I.:
RAZVOJ I POTEŠKOĆE...

decentralization, and the period of the 2000s until today marked by growing fragmentation of the system and the professionalization of non-institutional forms of care. The social risk of dependence in older age does not have the necessary attention of policymakers. Reforms of the past twenty years aimed at cost-containment in the eldercare system and the reduced role of the state, and were reflected in marketization, individualisation and professionalization of care. The eldercare system failed to cope with the growing demand for services and remains of residual character, fragmented and characterized by social assistance orientation. Future reforms will have to seriously address the sustainability of the eldercare system, in particular sustainable solutions of financing long-term care.

Keywords: eldercare, individualisation of care,
professionalization of care, marketization of care