

SVEUČILIŠTE U RIJECI
EKONOMSKI FAKULTET RIJEKA

Maja Matanić Vautmans

**SOCIOEKONOMSKE NEJEDNAKOSTI U
KORIŠTENJU DUGOTRAJNE NJEGE
OSOBA STARIJE ŽIVOTNE DOBI**

DOKTORSKI RAD

Rijeka, 2024.

SVEUČILIŠTE U RIJECI
EKONOMSKI FAKULTET RIJEKA

Maja Matanić Vautmans

**SOCIOEKONOMSKE NEJEDNAKOSTI U
KORIŠTENJU DUGOTRAJNE NJEGE
OSOBA STARIJE ŽIVOTNE DOBI**

DOKTORSKI RAD

Mentor: Prof. dr. sc. Saša Drezgić

Komentor: Izv. prof. dr. sc. Šime Smolić

Rijeka, 2024.

UNIVERSITY OF RIJEKA
FACULTY OF ECONOMICS AND BUSINESS

Maja Matanić Vautmans

**Socioeconomic inequalities in the use of
long - term care among elderly people**

DOCTORAL THESIS

Rijeka, 2024.

Mentor rada: Prof. dr. sc. Saša Drezgić

Komentor rada: Izv. prof. dr. sc. Šime Smolić

Doktorski rad obranjen je dana _____ u/na _____
_____, pred povjerenstvom u sastavu:

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

ZAHVALA

Želim se zahvaliti Ekonomskom fakultetu Sveučilišta u Rijeci na svim godinama provedenim na preddiplomskom, diplomskom, poslijediplomskom specijalističkom i poslijediplomskom doktorskom studiju. Hvala na svom pruženom znanju, mogućnosti da upoznam sve divne profesore i drugo osoblje EFRI-ja koji su moj studentski život oplemenili svojim pozitivnim pristupom, vjerom da mogu i nešto više te što su uvijek bili na raspolaganju nama studentima. Svom mentoru, prof. dr. sc. Saši Drezgiću želim zahvaliti što me motivirao za upis ovog studija, što je konstantno postavljao ljestvicu više, a sve u cilju da ovaj rad bude u skladu sa standardima i propisima doktorskog rada. Sretna sam što sam imala prilike surađivati s jednom takvom, posebnom osobom, za koju se nadam da će i dalje biti dijelom mog života, ne samo u akademskom već i u poslovnom i privatnom smislu. Hvala i mom komentoru, izv. prof. dr. sc. Šimi Smoliću koji je pridonio kvaliteti ovog rada i što je uvijek bio vrlo predan u mom napretku sa konstruktivnim savjetima i riječima podrške. Hvala mu od srca. Članovima Povjerenstva želim zahvaliti na svim savjetima i primjedbama kojima su ovaj rad unaprijedili do razine kakav je danas. Posebno bih istaknula i zahvalila izv. prof. dr. sc. Vesni Buterin, doc. dr. sc. Saši Čegar, dr. sc. Marijani Bađun sa Instituta za javne financije u Zagrebu, doc. dr. sc. Ani Bobinac i voditelju doktorskog studija doc. dr. sc. Vinku Zaninoviću.

Želim se zahvaliti svojoj obitelji Matanić (ocu Franji, mami Vesni, bratu Alenu i sestri Kristini) što su uvijek bili uz mene, od samih akademskih koraka pa sve do finalnog izazova, izrade ove disertacije. Hvala dragom Bogu što mi je podario srce lava, da nikad ne odustajem i što me blagoslovio voljenim ljudima koji su bili i ostali neiscrpan izvor moje snage.

Hvala mom suprugu Filipu koji je vjerovao u mene od same prijave na studij i što je preuzeo sve kućanske poslove kako bi izrada ovog rada bila što brža, s jednim jedinim ciljem, da se mogu što prije vratiti u svoju uobičajenu rutinu, i biti samo kćer, supruga i mama u obitelji.

Najveće zasluge, dajem svojoj djevojčici Nikol s kojom sam zajedno učila. Bilo je vrlo izazovno kombinirati gradivo 4., 5. i 6. razreda osnovne škole sa znanstvenom literaturom ovog rada, ali čini se da smo obje uspjele u svom naumu :D. Posebno joj hvala na svim zagrljajima, pusama i pismima koja su bila ohrabrujuća i puna ljubavi.

Veliko hvala mojim šefovima gđi Hildi Bosmans i g. Philippu Verbaetu koji su me uključili u Lindbergh obitelj i koji su svojim djelima velika inspiracija mom svakodnevnom životu. Hvala

im što sam, zahvaljujući njima, imala prilike upoznati socijalni sektor i probleme s kojima se suočavaju osobe treće životne dobi. Zahvaljujem što već više od 8 godina vjeruju u mene.

Hvala i mom drugom šefu, g. Lucu Demeyeru što me u brojnim prilikama poštedito poslovnih obveza kako bih što prije završila ovaj rad.

Hvala mojim prijateljima koji su bili uz mene i što su tolerirali moju odsutnost u mnogim prilikama. Ipak je riječ o višem cilju :D

I za kraj, hvala ti moja Rijeko, Rijeko snova, što si bila moj dom cijelo ovo vrijeme i što me nikad nisi izbacila, već naprotiv, objeručke primila u svoj zagrljaj.

Ovaj rad posvećujem svim starijim osobama u Europi, a posebno svojoj baki Mariji Cindrić koja je svladala tešku kancerogenu bolest i vratila nam se jača no ikad. Ona je za mene heroj i primjer kako i u poodmakloj dobi treba vjerovati u život i ljepotu koju on donosi.

SAŽETAK

Broj i udio starijih osoba u ukupnoj populaciji povećava se, osobito onih starijih od 80 godina. Zbog sve zahtjevnijih korisnika s promijenjenim navikama (želja za smještajem i skrbi u središtima gradova uz sve dostupne sadržaje, viša tehnološka pismenost, potreba za većim uključivanjem u odluke javno - političkog života osoba treće životne dobi, motivacija za radnom aktivnošću i nakon ulaska u mirovinu), dugotrajna njega starijih osoba aktualna je tema europskih socijalnih i zdravstvenih politika. Članice Europske unije (EU) nastoje osigurati dovoljan broj infrastrukturnih objekata skrbi za starije i nemoćne, povećati broj profesionalnog osoblja, razviti alternativne oblike skrbi i decentralizirati postojeću skrb u manje razvijene regije. Nove generacije korisnika iskazuju želju za drugačijim pristupom skrbi, a to je skrb pružena u vlastitom okruženju (*home care* - pomoć u kući) uz konstantan nadzor profesionalno angažiranog osoblja. Osim pritiska na javne financije, države članice EU-a suočavaju se s problemom nedostatne radne snage, posebice u pružanju kućne njege (naročito unutar formalnog tipa), koju kompenziraju migrantima iz trećih zemalja. Međutim, nedovoljna educiranost migranata narušava kvalitetu pruženih formalnih usluga u kućnoj njezi. Organizacija za ekonomsku suradnju i razvoj (OECD, 2021) navodi kako je formalna njega jedini i isključivi oblik kućne njege. Međutim, brojni autori znanstvenih radova uključuju i neformalnu njegu kao oblik kućne njege (Ilinca et al., 2017; Rodrigues et al., 2017). Smatra se da je neformalna njega najrašireniji oblik dugotrajne njege, pa s obzirom na to, zahtjeva i pomno promišljanje distribucije takve usluge starijim korisnicima (OECD, 2021). Dugotrajna njega dijeli se na formalnu i neformalnu. Formalna kućna njega provodi se posredstvom educiranog/obučenog osoblja (češće su to njegovatelji nižeg stupnja obrazovanja ili rjeđe, medicinske sestre). Neformalnu njegu najčešće provode članovi uže obitelji i ona je ujedno najveći izazov dugotrajne njege. Uz veliki pritisak na članove obitelji koji žrtvuju svoje radno vrijeme i zdravlje, neformalna njega često je jedini izbor dostupne njege u mnogim slabije razvijenim dijelovima EU-a. Osim dohotka, koji predstavlja osnovni preduvjet za korištenje kućne njege, kulturološke i zakonske norme determiniraju sklonost prema formalnom ili neformalnom obliku kućne njege. Provođenje kućne njege značajno se razlikuje između zemalja EU-a. U provođenju kućne njege zemlje južne i istočne Europe karakteristične su po tradicionalnom obiteljskom narativu usluge, u kojem se, što zbog zakonske obveze, što zbog običaja, skrb o starijem korisniku kućanstva prenosi na članove obitelji (najčešće ženske osobe – supruge ili djecu). S druge strane, zemlje sjeverne Europe - zbog izdašnih javnih davanja -

imaju veće prilike za korištenje educiranog angažiranog osoblja u provođenju kućne njege, čime se „većinski“ teret skrbi s obitelji prenosi na treću osobu. Vjerojatno „najhumaniji“ pristup u kućnoj njezi predstavlja kombinacija obje vrste njege (formalne i neformalne) koja dominira u zemljama srednje Europe. Međutim, s obzirom na dostupnost formalne i neformalne kućne njege uvjetovane socioekonomskim prilikama (dovoljan broj njegovatelja, mogućnost izbora različitih opcija njege, organizacija sustava formalne skrbi i u ruralnim područjima), postavlja se pitanje pravednog korištenja tih usluga. Pojedini korisnici već su u početku ograničeni u mogućnostima korištenja kućne njege s obzirom na sredinu življenja. Uz to, korištenje svake od usluga kućne njege (formalnog i neformalnog tipa) zahtjeva i učešće privatnog dohotka korisnika, što s obzirom na visinu platežne moći korisnika, o(ne)mogućuje korištenje pojedine usluge. Osim dohotka i sredine življenja (urbana/ruralna sredina) i ostali čimbenici poput zdravstvenog stanja, sastava kućanstva, broja djece i razine obrazovanja mogu se povezati s oblikom usluge kućne njege. Smatra se da bolje obrazovani korisnici imaju veći raspoloživ dohodak i širi spektar dostupnih informacija te već u ranijoj fazi promišljaju o mogućnostima korištenja dugotrajne njege i načinima njihovog financiranja. U disertaciji se stoga identificira zastupljenost formalne i neformalne kućne njege među starijom populacijom te se istražuje postoji li horizontalna nejednakost i vertikalna nepravda u korištenju tih vrsta usluga. Dobivene informacije mogle bi koristiti nositeljima nacionalnih politika u organizaciji pravednog sustava distribucije kućne njege i to putem horizontalnog (osobe jednakog zdravstvenog stanja koriste istu razinu skrbi) i vertikalnog pristupa (osobe različitog zdravstvenog stanja koriste različitu vrstu i razinu skrbi). U radu se upotrebljavaju podaci iz 8. i 9. vala studije SHARE - Istraživanje o zdravlju, starenju i umirovljenju u Europi (*Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe* - SHARE) koji su prikupljeni tijekom 2019./2020. i 2021./2022. godine u 27 europskih zemalja. Radni uzorak obuhvaća osobe koje su u vrijeme provedbe pojedinog vala istraživanja bile u dobi od 65 ili više godina. Rezultati prikazuju zastupljenost formalne i neformalne njege u korist siromašnih korisnika u analiziranim zemljama. Obrazovanje pokazuje da sve zemlje imaju djelomični koncentracijski indeks u smjeru bogatih (*pro-rich*), što se može izraziti da obrazovaniji ljudi doživljavaju manje nejednakosti. Obrazovanje i prihodi su u pozitivnoj korelaciji, što znači da visoko obrazovani ljudi uživaju bolje prihode. Nakon što se uzmu u obzir čimbenici potreba, nejednakosti u formalnoj skrbi nestale su za većinu zemalja, dok su nejednakosti u neformalnoj skrbi ostale u mnogo većem broju za većinu zemalja, uglavnom s orijentacijom za siromašne.

KLJUČNE RIJEČI: dugotrajna njega, formalna njega, neformalna njega, horizontalna nejednakost, vertikalna nepravda, starije osobe, EU

SUMMARY

The number and share of elderly people in the total population is increasing, especially those over 80 years old. Due to increasingly demanding users with changed habits (desire for accommodation and care in city centers with all available facilities, higher technological literacy, need for greater involvement in decisions of the public and political life of people of the third age, motivation for work activity even after entering retirement), long-term care of the elderly is a current topic of European social and health policies. Members of the European Union (EU) strive to ensure a sufficient number of infrastructural care facilities for the elderly and infirm, increase the number of professional staff, develop alternative forms of care and decentralize existing care to less developed regions. New generations of users express a desire for a different approach to care, namely care provided in their own environment (home care) with constant supervision by professionally engaged staff. In addition to the pressure on public finances, EU member states face the problem of insufficient labor force, especially in the provision of home care (mostly within the formal type), which they compensate for migrants from third countries. However, insufficient education of migrants impairs the quality of formal services provided in home care. The Organization for Economic Cooperation and Development (OECD, 2021) states that formal care is the only and exclusive form of home care. However, numerous authors of scientific papers also include informal care as a form of home care (Ilinca et al., 2017; Rodrigues et al., 2017). It is considered that informal care is the most widespread form of long-term care, so with this in mind, careful consideration of the distribution of such services to elderly users is required (OECD, 2021). Long-term care is divided into formal and informal. Formal home care is provided by educated/trained staff (more often than not, low-educated caregivers or, less often, nurses). Informal care is most often carried out by members of the immediate family and is also the biggest challenge of long-term care. With great pressure on family members sacrificing their working hours and health, informal care is often the only choice of care available in many less developed parts of the EU. In addition to income, which is the basic prerequisite for the use of home care, cultural and legal norms determine the preference for formal or informal forms of home care. The implementation of home care varies significantly between EU countries. In the implementation of home care, the countries of Southern and Eastern Europe are characterized by the traditional family narrative of service, in which, partly due to legal obligation, partly due to custom, the care of the elderly user of the

household is transferred to family members (most often women - wives or children). On the other hand, the countries of northern Europe - due to generous public benefits - have greater opportunities to use educated, engaged staff in the implementation of home care, which transfers the "majority" burden of family care to a third person. Probably the most "humane" approach in home care is the combination of both types of care (formal and informal), which dominates in Central European countries. However, considering the availability of formal and informal home care conditioned by socioeconomic circumstances (sufficient number of caregivers, the possibility of choosing different care options, the organization of the formal care system in rural areas), the question of fair use of these services arises. Some users are already limited in the possibilities of using home care, given their living environment. In addition, the use of each of the home care services (formal and informal type) also requires the participation of the user's private income, which, considering the level of payment power of the user, makes it (not) possible to use a particular service. In addition to income and living environment (urban/rural environment), other factors such as health status, household composition, number of children and level of education can be associated with the form of home care service. It is considered that better-educated users have higher disposable income and a wider spectrum of available information, and that they think about the possibilities of using long-term care and ways of financing it at an earlier stage. The dissertation therefore identifies the representation of formal and informal home care among the elderly population and investigates whether there is horizontal inequality and vertical inequity in the use of these types of services. The obtained information could be useful to national policy makers in the organization of a fair distribution system of home care through a horizontal (persons with the same health condition use the same level of care) and vertical approach (persons with a different health condition use a different type and level of care). The paper uses data from the 8th and 9th waves of the SHARE study - Survey of Health, Aging and Retirement in Europe - SHARE, which were collected during 2019/2020. and 2021/2022. in 27 European countries. The working sample includes persons who were aged 65 or older at the time of the individual wave of research. The results show the representation of formal and informal care in favor of poor users in the analyzed countries. Education shows that all countries have a partial concentration index in the direction of the rich (pro-rich), which can be expressed that more educated people experience less inequality. Education and income are positively correlated, meaning that highly educated people enjoy better incomes. After taking into account needs factors, inequalities in formal care disappeared for most countries, while inequalities in informal care remained much larger for most countries, mostly with a pro-poor orientation.

KEY WORDS: long-term care, formal care, informal care, socioeconomic inequality, horizontal inequality, vertical inequity, elderly, EU

Sadržaj

1. Uvod	18
1.1. Problem i predmet istraživanja.....	22
1.2. Svrha i ciljevi istraživanja	23
1.3. Znanstvena hipoteza i pomoćne hipoteze	25
1.4. Znanstvene metode	26
1.5. Struktura rada	29
2. Socioekonomska obilježja dugotrajne njege u Europskoj uniji	31
2.1. Financiranje dugotrajne njege u Europskoj uniji	36
2.2. Omjer radno sposobne i umirovljene populacije	43
2.2.1. Rodne neravnoteže u korištenju i pružanju formalne i neformalne njege	48
2.3. Formalna i neformalna njega u kući.....	53
3. Socioekonomske nejednakosti u korištenju formalne i neformalne njege.....	61
3.1. Obrazovanje kao čimbenik stabilnosti u razmatranju socioekonomske nejednakosti	65
3.1.1. Dohodak kao presudna varijabla za ostvarivanje željene razine njege unutar socioekonomskih grupa.....	68
3.1.2. Geografske okolnosti i razvojna razina infrastrukture	72
3.1.3. Narušeno zdravstveno stanje pojedinca kao povod za informiranje o dostupnoj njezi .	74
3.1.4. Povezanost života u zajednici s prilikama u izboru njege.....	79
3.2. Horizontalna nejednakost i vertikalna nepravda unutar socioekonomske nejednakosti u korištenju formalne i neformalne njege.....	82
3.3. Teorijski zaključci prethodnih istraživanja.....	89
4. Metodologija istraživanja i ekonometrijska analiza	95
4.1. Istraživački model putem koncentracijskog indeksa	96
4.2. Istraživački podatci i model	103
4.3. Ekonometrijski indikatori	111
4.4. Izračun socioekonomske nejednakosti u korištenju dugotrajne njege.....	121
4.4.1. Deskriptivna analiza uzorka.....	127
4.4.2. Rezultati nejednakosti u korištenju formalne i neformalne njege.....	133
4.4.2.1. Nejednakosti u korištenju formalne i neformalne njege.....	134
4.4.2.2. Horizontalna nepravda u korištenju formalne i neformalne njege	139
4.4.2.3. Vertikalna nepravda u korištenju formalne i neformalne njege	141
4.4.2.4. Ukupna nepravda u korištenju formalne i neformalne njege.....	142
4.4.3. Dekompozicija KI nejednakosti i nepravdi u korištenju formalne i neformalne njege	143

4.4.4. Sinteza rezultata istraživanja i usporedba sa pregledom empirijskih istraživanja	165
4.4.5. Razmatranja o veličini uzorka.....	169
4.4.6. Diskusija i doprinosi.....	173
4.4.6.1. Znanstveni doprinos	175
4.4.6.2. Aplikativni doprinos.....	176
5. Dugotrajna njega u Hrvatskoj.....	179
5.1. Zakonodavni okvir dugotrajne njege u Hrvatskoj.....	180
5.1.2. Osvrt na demografske, ekonomske i mirovinske predispozicije	183
5.1.3. Institucijski i organizacijski okvir formalne kućne njege	190
5.2. Pomoć u kući - neformalna njega na području Hrvatske	198
5.3. Ocjena stanja dugotrajne njege u Hrvatskoj.....	206
6. ZAKLJUČAK.....	210
LITERATURA.....	217
ILUSTRACIJE; POPIS TABLICA, GRAFIČKIH PRIKAZA, SLIKA, FOTOGRAFIJA, CRTEŽA, SHEMA, DIJAGRAMA	262
PRIVITCI	265
Dodatak A.....	296
Dodatak B.....	312
Dodatak C.....	320

1. UVOD

Postoji nekoliko definicija dugotrajne njege, a najčešće se koriste definicije Svjetske zdravstvene organizacije i Ujedinjenih naroda. Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji (WHO, 2002) dugotrajna njega uključuje skup svih aktivnosti usmjerenih ka njegovanju (određene medicinske usluge poput previjanja rana, ublažavanja boli, davanja lijekova, itd.) i skrbi korisnika u potrebi, čije psihofizičko stanje zahtjeva dugotrajni tretman. Prema definiciji Ujedinjenih naroda (UN, 2019) starosna dob počinje sa 65 godina i od tada se, prema potrebi, zbog narušenog zdravstvenog stanja, pruža dugotrajna njega. Takav oblik usluga može biti pružen od strane formalnih (educiranog osoblja) i neformalnih njegovatelja (prijatelji, obitelj) ili od strane volontera (primjer Crveni Križ). Formalna njega može biti pružena u okviru organiziranih smještajnih jedinica (domovi za starije, dnevni centri, organizirano stanovanje) ili u vlastitom domu korisnika. Neformalna njega je najčešće pružena u domu korisnika u potrebi, a ponekad „tretmani“ mogu biti osigurani i u domu neformalnog pružatelja usluge. Dugotrajna njega razlikuje se i s obzirom na karakter djelatnosti pa tako razlikujemo institucijsku dugotrajnu skrb (ustanove, domovi za starije i nemoćne, ustanove za oboljele od Alzheimerove bolesti i druge) i izvaninstitucijsku dugotrajnu skrb (cjelodnevni boravak, poludnevni boravak, kućna njega). Dugotrajna se njega u Europi razlikuje s obzirom na: 1.) model opskrbe (javni objekti, privatni objekti, objekti u vlasništvu nevladinih organizacija), 2.) prirodu pružanja usluga (u kući ili instituciji), 3.) financiranje (novčane naknade, naknade u naturi ili privatno plaćanje) i 4.) metodu ostvarivanja resursa (putem poreznih prihoda, obavezna socijalna osiguranja ili volonterska privatna osiguranja). S obzirom na to da se životni vijek produljuje, sa sve većim udjelom osoba starijih od 80 godina (WHO, 2022) u ukupnoj populaciji, u pitanje se dovodi održivost dugotrajne njege u Europi (European Commission, 2018). Problemi koji nastaju većim udjelom starije populacije rezultiraju potrebom promišljanja o ponudi i dostupnosti različitih oblika dugotrajne njege. Zbog nedostatnog kapaciteta u institucijskoj dugotrajnoj skrbi, popularizira se kućna njega kao jedan od oblika decentralizacije sustava. Poticanjem

kućne njege nastoje se smanjiti dugotrajne liste čekanja za institucijske objekte skrbi, a korisnicima u potrebi osigurava se dulji ostanak u vlastitom domu. Nove preferencije korisnika ukazuju na želju za dužim ostanom u vlastitom domu, dok god im to psihofizičko stanje dopušta. Iako su nastojanja nacionalnih i međunarodnih politika usmjerena na osiguranje jednakosti u pristupu (tzv. univerzalan pristup) (WHO, 2021) uz visoku kvalitetu (putem dostupnih medicinskih uređaja i educiranog osoblja), vrlo često, u praksi, zbog značajnih troškova ulaganja u dugotrajnu njegu, a posebice u kućnu njegu koja često biva ignorirana u financijskim projekcijama (neformalna njega), očekivanja nisu u skladu s realnošću. Zbog toga načelo Europske komisije (European Commission, 2008) počiva na temelju da dugotrajna njega treba biti kombinirana s programima prevencije i rehabilitacije te organizirana uz pomoć dostupne tehnologije kako bi se na taj način pravovremeno osvijestila populacija o vođenju zdravijeg načina života i time što duže bila izvan sustava socijalne skrbi. Zbog sve manjeg nataliteta te većih migracija (koje omogućuje slobodno tržište EU) dogodile su se značajne promjene i u transformaciji velikih tradicionalnih obitelji u manje forme (Józwiak, Kotowska, 2008). Uz navedeno, omjer radno aktivnog stanovništva i umirovljene radne snage sve se više približava graničnoj vrijednosti (1:1). Socio-demografski pritisci (sve veći udio starijih u ukupnoj populaciji, rastući broj osoba iznad 80 godina), financijski pritisci (mirovine, balans između javne potpore za dugotrajnu njegu i rastuće potrebe korisnika) te socio-kulturni pritisci (jačanje svijesti o važnosti neformalne kućne njege, uloge obitelji) (Ranci, Pavolini, 2015; Carrieri et al., 2017) upućuju na potrebu izmjene dosadašnjeg sustava dugotrajne njege, u novi moderniji oblik, u skladu s navikama, obrazovanjem i potrebama ljudi. Zbog navedenih izazova, kućna njega postaje omiljeni oblik skrbi jer korisniku omogućuje ostanak u sredini koju poznaje (vlastiti dom), uz podršku članova obitelji, što unaprjeđuje kvalitetu psihičkog zdravlja korisnika i stvara manji organizacijski teret za sustav. Kućna njega može biti pružena formalnim (od strane educiranog/treniranog osoblja) ili neformalnim putem (kada njegu preuzimaju članovi obitelji, prijatelji i volonteri). Najčešće uključuje organiziranje prehrane, kućanske poslove (čišćenje prostora), pomoć pri održavanju osobne higijene, dostavu ogrijeva, uređenje okućnice i drugo, a ovisi o lepezi usluga kućne njege koja je zakonom predviđena u okviru nacionalnih sustava zemalja Unije. U promatranju dostupnosti i korištenja kućne njege mogu

se primijetiti dva teorijska pravca - liberalizam i intervencionizam. Teorija liberalizma razmatra korištenje kućne njege u onom opsegu i vrsti (formalna ili neformalna njega) koju potražuje korisnik, ali na način da korisnik samostalno plaća traženu uslugu, a ne uključuje aktivan angažman države (oblik *laissez-faire*) (Radoilska, 2009). Takav pristup se odnosi na bogatiji sloj društva, koji si, samostalno, bez pomoći države, plaćaju skrb koju potražuju. S druge strane, intervencionizam aktivno podupire uključivanje države u dostupnosti i korištenju kućne njege putem subvencioniranja troška cijene educiranih njegovatelja koji pružaju njegu, novčanih pomoći za korisnike u neformalnoj skrbi i osiguranjem potrebnog kadra u pružanju kućne njege (formalni pristup) (Rodrigo-Baños et al., 2021). S obzirom na male mirovine, intervencionistički pristup obuhvaća najveći dio starosne populacije. Dostupnost kućne njege, kao i svih drugih formi dugotrajne njege (izvaninstitucijske i institucijske) determinirana je platežnom moći korisnika. Iako se većina europskih zemalja za ostvarivanje prava iz sektora dugotrajne njege opredijelila za dohodovni ili imovinski cenzus, socijalna prava najviše su usmjerena na korisnike na rubu egzistencijalnog minimuma, čije su potrebe visokog intenziteta, a najčešće pripadaju obiteljima s većim brojem članova (Theobald, 2003). Budući da pripada sektoru dugotrajne njege, kućna njega također je podložna dohodovnom cenzusu pa tako korisnici najnižeg dohodovnog/imovinskog statusa često koriste socijalni sustav, koji im, s obzirom na nedostatan dohodak, ali teško tjelesno stanje, omogućuje korištenje formalnih oblika kućne njege. Sustav socijalne skrbi pomaže egzistencijalno ugroženim korisnicima, u naturi (formalni njegovatelj) ili u novčanim pomoćima, pri čemu korisnici „uživaju“ izbor željenog oblika kućne njege. Često takvi korisnici koriste novčane pomoći za financiranje ostalih životnih potreba, a uslugu skrbi i njege dobivaju od članova svoje obitelji. Theobald (2012) smatra da takvi korisnici, u pravilu, izbjegavaju dodatna plaćanja („*out of pocket*“) i koriste neformalni izvor skrbi (članove uže ili šire obitelji). Postoje i primjeri korisnika smještenih u istočnoj i južnoj Europi gdje neki oblici kućne njege nisu toliko razvijeni (primjerice formalna njega), pa Spasova et al. (2018) smatraju da su ti korisnici od početka ograničeni u mogućnostima svog izbora. U znanstvenoj literaturi sve se više pojavljuje termin „lutrija poštanskog broja“ (*postal code lottery*) (Ilinca et al., 2017) koji označava prisutnost nejednakosti u dostupnosti ili korištenju kućne njege, a odnosi se na različitu lokalnu

razvijenost regije, s očitim prednostima bolje razvijenih urbanih regija (veći broj formalnih njegovatelja, razvijeni programi kućne pomoći i sl.) u odnosu na ruralne sredine. U ruralnim područjima, 80% osoba s manjim primanjima i većim oboljenjima (npr. demencija) koristi neformalni tip usluge kućne njege (Chuakhamfoo et al., 2020) kao jedini dostupni tip dugotrajne njege. U takvim sredinama žive siromašniji korisnici s težom zdravstvenom slikom i poteškoćama u obavljanju dnevnih aktivnosti (*activities of daily living* - ADL) (Fuchs et al., 2022). To upućuje na neravnomjerno raspoređenu mogućnost korištenja i izbor između osnovnih i alternativnih oblika njege. Time se uočava da socioekonomska nejednakost kao posljedica razlika u dohotku, klasi, sredini življenja, obrazovanju i sastavu kućanstva utječe na izbor i korištenje kućne njege. Posljednje studije ukazuju na povećanje socijalnih nejednakosti u odnosu na prethodne godine, a vidljivost tih razlika očituje se na internacionalnoj i nacionalnoj razini (Eurofound, 2017). Stoga su autori znanstvenih članaka koji su se bavili socioekonomskim nejednakostima u dohotku (Ilinca et al., 2017; Sutton, 2002) detektirali i definirali horizontalnu nejednakost i vertikalnu nepravdu koje su povezane sa socioekonomskom jednakosti. U slučaju kućne njege socioekonomska jednakost predstavlja jednaka prava i usluge za sve korisnike, dok horizontalna jednakost predstavlja normativ jednakog korištenja usluga kućne njege među pojedincima s istim potrebama bez obzira na njihov dohodak ili socioekonomske prilike. Vertikalna pravda u korištenju kućne njege među osobama starije životne dobi definira se kao nejednaka, ali pravedna raspodjela usluga njege među pojedincima s različitim zdravstvenim potrebama. Konstantno praćenje vertikalne (ne)pravde i horizontalne (ne)jednakosti ima ključnu važnost u određivanju i usmjeravanju nacionalnih i međunarodnih politika u kreiranju socijalnog sustava pravednosti i socioekonomske jednakosti za osobe starije životne dobi.

U ovom radu istražuju se socioekonomske nejednakosti starijih osoba u korištenju jednog od oblika dostupne kućne njege (formalna i neformalna njega). Termin briga i skrb odnose se na pružanje asistencije od strane njegovatelja u osobnoj njezi i kućnim poslovima osobama koje su ovisne o tuđoj pomoći (teško pokretne, nepokretne osobe, osobe s mentalnim ili tjelesnim nedostacima), a ne uključuje pravnu, financijsku ili emotivnu podršku.

1.1. Problem i predmet istraživanja

Istraživački problem predstavlja nedostatak razmatranja vertikalne nepravde i ukupne nejednakosti unutar socioekonomske nejednakosti u korištenju kućne njege među osobama starije životne dobi. Navedeno predstavlja problem jer unutar postojećih teorijskih i praktičnih rješenja u socijalnom sektoru nije moguće identificirati uzroke nejednakosti za korištenje dugotajne njege, a time se ne mogu ni razviti primjerene mjere za ublažavanje socioekonomskih nejednakosti koje nastupaju korištenjem kućne njege kod starije populacije.

Slijedom postavljenog problema istraživanja istraživačka pitanja su:

1. Kolika je zastupljenost korištenja formalne i neformalne kućne njege među osobama starije životne dobi (iznad 65 godina starosti) unutar zemalja članica Europske unije?
2. Koji socioekonomski čimbenici, dohodak, obrazovanje, sastav kućanstva, sredina življenja, o(ne)mogućuju korištenje formalne ili neformalne kućne njege?
3. Hoće li razmatranje nejednakosti putem vertikalne nepravde doprinijeti većoj ukupnoj nejednakosti u korištenju kućne njege među osobama starije životne dobi u Europskoj uniji?

Takvi podatci pomogli bi u utvrđivanju socioekonomskih nejednakosti putem horizontalne jednakosti (ista razina potrebe - ista razina njege) i vertikalne pravde (različita razina potrebe - različita razina njege). Za analizu se koriste podatci prikupljeni u 26 zemalja članica Europske unije (EU-26) i Švicarskoj iz 8. i 9. vala studije SHARE (*Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*) koji će se analizirati regresijskom analizom. SHARE predstavlja sekundarni izvor podataka jer se temelji na objavljenim podacima iz intervjua s ispitanicima u dobi od 50 ili više godina iz 28 europskih zemalja i Izraela. Podatci 8. i 9. izdanja prikupljeni su u razdoblju 2019./2020. i 2021./2022. godine. Analiza obuhvaća razdoblje u

kojem je značajan utjecaj na zdravstveni sektor imala pojava bolesti Covid-19¹ tijekom 2019/2020 godine. Ovim radom želi se spoznati jesu li efekti bolesti Covid-19 rezultirali pojačanim korištenjem određenog tipa njege (formalne i neformalne njege) u odnosu na postpandemijsko razdoblje (2021/2022 godina).

S obzirom na istraživački problem, određen je sljedeći predmet istraživanja: istražiti razmjernost i najznačajnije čimbenike socioekonomske nejednakosti u korištenju formalne i neformalne njege osoba treće životne dobi.

1.2. Svrha i ciljevi istraživanja

Na temelju problema i predmeta istraživanja, utvrđena je svrha istraživanja, a to je utvrditi razinu socioekonomske nejednakosti putem mjerenja horizontalne nejednakosti i vertikalne nepravde u korištenju usluga dugotrajne skrbi među starijim korisnicima (iznad 65 godina starosti) na prostoru Europske unije.

Usporednom analizom država članica Europske unije identificirat će se koji korisnici (u bogatijim ili siromašnijim socioekonomskim sredinama) imaju veću mogućnost željene usluge. Uz to, želi se saznati preferencija korisnika u korištenju formalne i neformalne njege uvjetovane dohotkom. Na temelju saznanja, projicirat će se koji korisnici zadovoljavaju svoje potrebe obzirom na različito zdravstveno stanje, dohodovne mogućnosti i ostale socioekonomske pokazatelje i korisnici kojih zemalja su blizu granične vrijednosti socioekonomske jednakosti. S obzirom na to da postojeća literatura ne obuhvaća ukupnu

¹ COVID-19 = bolest izazvana virusom SARS-CoV2 virusom.

<https://en.wikipedia.org/wiki/SARS-CoV-2>

nejednakost u dugotrajnoj njezi (koja je zbroj horizontalne nejednakosti i vertikalne nepravde), što predstavlja istraživački jaz, ciljevi istraživanja doktorskog rada su:

- 1.) Definirati ključne teorijske značajke kućne njege u EU;
- 2.) Kreirati novu empirijsku metodologiju u domeni vertikalnog pristupa ispitivanja ukupne nejednakosti u kućnoj njezi kao dio dugotrajne njege putem vertikalnog indeksa nepravde;
- 3.) Analizirati socioekonomsku nejednakost putem čimbenika utjecaja na korištenje neformalne kućne njege na području EU-a;
- 4.) Analizirati vidljive socioekonomske nejednakosti (putem horizontalnog i vertikalnog pristupa) kada se razlike među članicama Unije kontroliraju putem pojedinačnih čimbenika (dob, zdravstveno stanje korisnika i spol);
- 5.) Utvrditi zastupljenost i korištenje neformalne kućne njege u Republici Hrvatskoj.

Uz navedene ciljeve istraživanja, planira se segmentacija uzorka na određenom skupu odabranih varijabli i koncentracijskih indeksa pa će se tako definirati grupe država sa sličnim karakteristikama. Na osnovu prethodno analizirane literature (Barbieri, Ghibelli, 2018; World Regional Geography, 2016) segmentacija će se zasnivati na podjeli zemalja na:

- 1.) zemlje sjeverne Europe;
- 2.) zemlje zapadne Europe;
- 3.) zemlje južne Europe;
- 4.) zemlje istočne Europe.

Zemljama sjeverne Europe pripadaju: Danska, Švedska, Finska;

Zemljama zapadne Europe: Francuska, Belgija, Luksemburg, Nizozemska, Švicarska, Njemačka i Austrija;

Zemljama južne Europe: Portugal, Španjolska, Italija, Malta, Grčka i Cipar;

Zemljama istočne Europe: Slovenija, Hrvatska, Češka, Poljska, Slovačka, Mađarska, Rumunjska, Bugarska, Latvija, Litva i Estonija.

1.3. Znanstvena hipoteza i pomoćne hipoteze

Sukladno istraživačkim ciljevima postavlja se temeljna hipoteza istraživanja: **utvrđivanjem značaja pojedinačnih čimbenika socioekonomske nejednakosti putem horizontalnog i vertikalnog pristupa moguće je osmisлити posebne mjere i aktivnosti koje će umanjiti socioekonomske nejednakosti u korištenju formalne i neformalne kućne njege te tako osigurati pravednost i jednakost u korištenju oba oblika kućne njege.** Tako postavljena radna hipoteza razrađuje se s četiri pomoćne hipoteze:

P.H.1. Zastupljenost formalne njege najviša je u zemljama sjevera, a najniža u zemljama istočne i južne Europe. U zemljama sjeverne Europe korisnici imaju viši raspoloživ dohodak i obrazovanje te biraju formalnu njegu.

P.H.2. Zastupljenost neformalne njege distribuirana je u populaciji siromašnih korisnika na području EU-a. Varijable zdravlja (vlastita percepcija zdravlja, ADL, IADL i kronične bolesti) doprinose nejednakosti u korištenju neformalne njege u populaciji siromašnih korisnika na području Europe. Uz varijable zdravlja i ostali čimbenici potrebe (*need factors* – dob i spol) pridonose nejednakosti u korištenju neformalne njege u populaciji siromašnih korisnika.

P.H.3. Sredina življenja ne predstavlja važan čimbenik za doprinos nejednakosti u korištenju formalne njege u većini zemalja. Bračni sastav i djeca ne pridonose nejednakosti u korištenju formalne njege.

P.H.4. Nejednakosti u korištenju formalne njege, nakon kontroliranja čimbenika potrebe (dob, spol, zdravstvene varijable), nestaju za većinu promatranih zemalja, dok će u slučaju neformalne njege biti i dalje značajne.

1.4. Znanstvene metode

Analiza se temelji na podacima iz 8. i 9. izdanja sekundarnog izvora podataka SHARE (*Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*) prikupljenih 2019./2020. i 2021./2022. godine u 27 europskih zemalja (EU-26 i Švicarska). Od svog postojanja, od 2004. do danas, SHARE baza obuhvaća oko 530.000 intervjua sa 140.000 ljudi u dobi od 50 ili više godina iz 28 europskih zemalja i Izraela. Stoga je SHARE najveća paneuropska panel studija društvenih znanosti koja pruža međunarodno usporedive longitudinalne mikro podatke koji omogućuju uvide u područja javnog zdravlja i socioekonomskih životnih uvjeta europskih pojedinaca. Uzorak se sastoji od osoba u dobi od 65 ili više godina u vrijeme istraživanja. Odnosi se na sve osobe starije životne dobi unutar zemlje članice Unije. Formalna kućna njega mjerena je sintetičkim pokazateljem korištenja te vrste njege u posljednjih 12 mjeseci, obuhvaća podršku u kući od strane educiranog njegovatelja, a uključuje osobnu njegu, kućanske poslove, druge aktivnosti i „*meals on wheels*“ (dostava hrane u kući). Neformalna kućna njega mjerena je sintetičkim pokazateljem korištenja te vrste njege u posljednjih 12 mjeseci, a uključuje neprofesionalnu podršku izvan kućanstva (prijatelji, volonteri), kao i unutar kućanstva (članovi obitelji). Nastavno na glavnu hipotezu i pomoćne hipoteze, istraživački model definiran je sukladno prethodno analiziranim radovima autora Ilinca et al. (2017); Rodrigues et al. (2017) i Hu et al. (2022) koji navode da su socioekonomske nejednakosti unutar kućne njege posljedica dohodovnih, obrazovnih i spolnih razlika među korisnicima treće životne dobi.

U ovom radu analizirat će se socioekonomska nejednakost u kućnoj njezi putem horizontalnog i vertikalnog pristupa kako bi se spoznala ukupna nejednakost što predstavlja znanstveni doprinos istraživanja. Uz to, planira se segmentacija na određenom skupu odabranih varijabli i koncentracijskih indeksa pa će se tako definirati grupe država sa sličnim karakteristikama što će pružiti dodatan doprinos doktorskog rada.

Metodologija istraživanja

Metodološki pristup u ovom istraživanju odnosi se na prikupljanje podataka pretraživanjem postojećih i relevantnih baza podataka. Pregledom literature, SHARE baza odabrana je kao naprikladnija za ovo istraživanje budući da uključuje dostupne informacije o osobama treće životne dobi kao i njihovom zdravlju, sredini življenja, dohotku i ostalim čimbenicima koji su adekvatni za ovu analizu. Izbor čimbenika prikladnih za analizu socioekonomskih nejednakosti odabran je na temelju analize dosadašnje literature i to izborom referentnih članaka (Ilinca et al., 2017; Rodrigues et al., 2017; Hu et al., 2022). Unutar istih članaka uočen je značaj horizontalnog pristupa socioekonomskoj analizi u korištenju kućne njege kod starijih osoba, međutim autori Sutton (2002) i Mooney (1996) u svoju su analizu uključili i vertikalni dio razmatranja nepravde (i to u području zdravstva) gdje je fokus na različitosti zdravstvenog stanja svakog pojedinca. Iako su Sutton i Mooney napravili raskorak u analizi nejednakosti unutar zdravstvenog sektora, doktorski rad autorice Vallejo Torres (2012) pružio je uvid u sveobuhvatno razmatranje problematike nejednakosti, uključivši na taj način horizontalni i vertikalni pristup unutar zdravstvenog sektora u Engleskoj. U svom radu Vallejo Torres ističe važnost izbora vertikalnog indeksa željene grupe što predstavlja golem doprinos u odnosu na ranije objavljene radove. Sljedeći primjer Vallejo Torres, ovaj rad bazira se na analizi socioekonomskih nejednakosti u socijalnom sektoru (za razliku od zdravstvenog) i uključuje analizu nejednakosti putem horizontalnog i vertikalnog pristupa (uključen vertikalni indeks u razmatranju) kako bi se spoznala ukupna nejednakost koju doživljavaju starije osobe na području Europe u korištenju jednog od oblika kućne njege (formalni i neformalni pristup).

Kada govorimo o podacima riječ je o presječnim (engl. *cross section data*) budući da analiza razmatra dva odvojena vremenska perioda (2019./2020. i 2021./2022. godine) različitog uzorka (broj opažanja nije isti u svim izdanjima). Svako opažanje koje se analizira povezuje se s određenom državom, a rezultati će se prikazivati po zemljama (26 članica EU i Švicarska).

Pristup je sljedeći, posebno za svaku zemlju i svaku zavisnu varijablu (formalna i neformalna kućna njega):

- 1.) izračun koncentracijskog indeksa (KI), logistička regresija za predviđanje korištenja skrbi na osnovi nezavisnih varijabli, izračun korištenja skrbi predviđenog potrebama, izračun horizontalne nejednakosti gdje se ukupan KI umanjuje za KI korištenja predviđenog potrebama
- 2.) logistička regresija za predviđanje korištenja skrbi na osnovi nezavisnih varijabli na ciljnom uzorku (podskup cijelog uzorka), izračun korištenja skrbi prema ciljanim potrebama, izračun vertikalne nepravde kao razlike KI predviđenih potreba i KI ciljanih potreba
- 3.) dekompozicija KI, horizontalne nejednakosti i vertikalne nepravde na kontribucije nezavisnih varijabli. Doprinosi (kontribucije) čimbenika potreba i čimbenika ne - potreba unutar koncentracijskih indeksa temelje se na logističkim regresijama gdje su zavisne varijable formalna i neformalna njega, a nezavisne varijable navedeni čimbenici
- 4.) izračun ukupne nejednakosti kao zbroj horizontalne nejednakosti i vertikalne nepravde
- 5.) segmentacija zemalja sličnih karakteristika.

Koncentracijski indeksi nejednakosti izračunati su s obzirom na mjeru socioekonomskog statusa *Dohodak*. U izračunu se koristila korekcija prema Erreygers (2009). Dekompozicije koncentracijskih indeksa za aktualnu nejednakost te horizontalnu, vertikalnu i ukupnu nepravdu, provedli su se primjenom binarne logističke regresije na zavisnim varijablama formalne i neformalne njege, posebno za svaku zemlju. Koncentracijski indeksi za horizontalnu i vertikalnu nepravdu izračunati su preko metode dekompozicije, uz korekciju za ograđene varijable (Erreygers, 2009). Na svim regresijskim modelima provedene su dijagnostičke metode za utvrđivanje valjanosti pretpostavki modela.

1.5. Struktura rada

Rezultati istraživanja predloženi su u šest međusobno povezanih dijelova.

Uvod je prvi dio u kojem su definirani problem, predmet i objekt istraživanja, postavljena je radna hipoteza i pomoćne hipoteze, određena je svrha i ciljevi istraživanja, navedene su znanstvene metode i metodološki pristup koji je korišten pri istraživanju te je obrazložena struktura rada.

Naslov drugog dijela je **Socioekonomska obilježja dugotrajne njege u Europskoj uniji** gdje su obrađeni osnovni pojmovi kao što su dugotrajna njega u EU, financiranje dugotrajne njege u EU, omjer radno sposobne i umirovljene radne populacije kao i rodne neravnoteže u korištenju i pružanju formalne i neformalne njege. Također obrađuju se značajke formalne i neformalne kućne njege kao dio dugotrajne njege starijih osoba.

U trećem dijelu pod naslovom **Socioekonomske nejednakosti u korištenju formalne i neformalne njege** objašnjeni su osnovni pojmovi koji dovode do nejednakosti u kućnoj njezi za oba tipa usluga. Nakon toga, predloženi su socioekonomski čimbenici (obrazovanje, dohodak, sredina življenja, zdravstveno stanje, suživot s partnerom i/ili djecom) koje mogu utjecati na korištenje formalne i neformalne njege. U trećem dijelu razmatraju se pojmovi horizontalne nejednakosti i vertikalne nepravde u dugotrajnoj njezi. Poglavlje se završava teorijskim zaključcima prethodnih istraživanja koji će biti uporište metodološkom dijelu rada.

U četvrtom dijelu, s naslovom **Metodologija istraživanja i ekonometrijska analiza** predloženi su aktualni podatci prikupljeni iz sekundarnog izvora. Objašnjena je metoda koja će se koristiti u radu kao i zavisne i nezavisne varijable. Daje se i osvrt na ekonomske indikatore koji se koriste u metodološkom dijelu. U dijelu, pod nazivom rezultati nejednakosti u korištenju formalne i neformalne njege predstavljeni su dobiveni rezultati istraživanja. U sekciji diskusija i doprinosi objašnjen je značaj dobivenih rezultata i mogućnost implementacije istih u sektoru socijalne skrbi.

U petom dijelu, pod nazivom **Dugotrajna njega u Hrvatskoj** objašnjen je institucijski i organizacijski okvir socijalne skrbi u Hrvatskoj i zastupljenost, ponuda i potražnja alternativne podrške njege u obliku pomoći u kući te je dana sinteza rezultata s osvrtom na Hrvatsku.

U posljednjem dijelu, **Zaključku**, formulirana je i predstavljena sinteza rezultata istraživanja kojom je potvrđena radna hipoteza.

2. SOCIOEKONOMSKA OBILJEŽJA DUGOTRAJNE NJEGE U EUROPSKOJ UNIJI

Dugotrajna skrb (*Long - term care*) je pojam koji uključuje širok raspon aktivnosti, od pomoći ljudima u aktivnostima svakodnevnog života - ADL (kao što su odlazak na toalet, oblačenje i svlačenje, kupanje ili pranje, pomoć pri kretanju), pomoći u instrumentalnim aktivnostima svakodnevnog života - IADL (kupovina namirnica, pripremanje obroka, uzimanje lijekova), do prava na njegu, rehabilitaciju, podržavanja društvenog sudjelovanja, čišćenja kuće, sigurnosti i dostojanstvenosti osoba (Colombo, Mercier, 2012). Potreba za dugotrajnom njegom pripisuje se korisnicima narušenog zdravlja (traje dulje od šest mjeseci) te zahtjeva dugotrajan nadzor, promatranje i njegu (EU-SILC, 2016). Može biti organizirana i pružena u objektima institucijskog tipa (domovi za starije i nemoćne), u dnevnim centrima (*daily centers*), novo razvijenim formama smještaja (organizirano stanovanje – *assisted living*) ili unutar vlastitog kućanstva (kućna njega – *home care*). Shodno navedenom, pružatelji usluga dugotrajne njege mogu biti angažirani od strane javnog ili privatnog tijela ili volonterskih organizacija. U vezi s time, European Ageing Network (EAN, 2021) navodi kako će utjecaj onih koje pružaju dugotrajnu njegu biti krucijalan u budućim planiranjima i programima ovisno o potrebama korisnika, zahtjevima obitelji, mogućnostima zaposlenih i pravnih osnova zakona socijalne skrbi. Prema posljednjim informacijama Eurostata (2021) udio starijih osoba na području Europske unije iznosio je 20,8% ukupne populacije, što čini 1/5 ljudi svih dobnih skupina, a projekcije navode da će se do 2050. godine taj broj udvostručiti na 2,1 milijardu ljudi (United Nations, 2015). Rapidno povećanje starije populacije očito je u svim zemljama, no u siromašnijim i srednje razvijenim državama taj podatak je uistinu alarmantan. Očekivanja su da će zemlje u kojima je udio mlade populacije još uvijek dominantan svjedočiti velikom povećanju udjela starije populacije u vrlo kratkom vremenu. S druge strane, zemlje u kojima je udio starije populacije već visok neće imati stabilizaciju starosne skupine, već se očekivan maksimum očekuje između 2055. i 2065. godine (Eurostat, 2021). Posebno zabrinjavajući je i efekt dvostrukog starenja („*double*

ageinga“) kada se u ukupnoj populaciji ne povećava samo udio starijih iznad 65 godina već raste i udio vrlo starih, iznad 80 godina starosti u dobnoj skupini starijih iznad 65 godina. Eurostat (2021) predviđa da će broj „starih starijih“ od 2021. do 2100. godine porasti čak dva i pol puta, sa trenutnih 6,0% na 14,6% ukupne europske populacije. Uz to, životni vijek populacije se produljuje, pa Eurostat (2020) navodi da žene starosne dobi iznad 65 godina na području EU-27 mogu očekivati dodatnih 21,6 godina života, dok za muškarce iste dobne kategorije, broj dodatnih godina iznosi 18,1 godina. Rastući udio stare nacije zahtjeva promjenu dosadašnjeg stanja i potrebu promišljanja novih mogućnosti za kvalitetniji, financijski isplativ i održiv sustav skrbi. U vezi s time, provođenje dugotrajne njege treba biti bazirano na tri osnovna parametra predložena od strane Europske komisije (European Commission, 2008):

- 1.) univerzalan (jednak) pristup - pristup uslugama dugotrajne njege treba biti omogućen za sve korisnike u potrebi, bez obzira na njihov dohodak ili imovinu;
- 2.) visoka kvaliteta - cilj je postići višu kvalitetu usluga poštujući pritom prava korisnika;
- 3.) održivost dugotrajne njege - dugotrajna njega treba biti kombinirana sa programima prevencije i rehabilitacije te organizirana uz pomoć dostupne tehnologije.

Obzirom na navedeno, izazov u pružanju dugotrajne njege starijih je i različita raspodjela ovlasti i odgovornosti pojedinih ministarstava (u RH - Ministarstvo zdravstva, Ministarstvo rada, mirovinskog sustava, obitelji i socijalne politike i Ministarstva financija) koje moraju raditi u sinergiji kako bi provođenje dugotrajne njege bilo što učinkovitije (Spasova et al., 2018). U pojedinim zemljama sva pitanja vezana za socijalni sektor, osim pitanja njege starijih osoba, u nadležnosti su jednog ministarstva (*Social Affairs ili Social Assistance Ministries*) dok su u drugim, kao naprimjer u Belgiji, Češkoj, Nizozemskoj pitanje zdravstvenog sektora (Maarse, Jeurissen, 2016). Postoji velika diverzifikacija socijalnog pristupa po pitanju dugotrajne njege među članicama Europske unije. Osnovni bazni parametri svake od politika usmjereni su na socijalne programe pomoći osobama starije životne dobi koje su bez obitelji, vrlo slabog imovinskog stanja ili bez imovine, a njihovo zdravstveno stanje zahtjeva smještaj unutar institucija (najčešće javnog osnivača) ili

osiguranje novčane pomoći (primjerice za formalnu njegu). Bolje organiziranije zemlje članice EU-a, poput Austrije, Belgije, Danske, Španjolske, Francuske, Njemačke i Nizozemske (Cravo, Hashiguchi, 2020) svoju socijalnu politiku provode na način da svatko tko je u potrebi za dugotrajnom njegom može dobiti neku vrstu institucijske ili izvaninstitucijske skrbi. Različite nacionalne programe karakteriziraju i različiti režimi u provođenju dugotrajne njege (Ilinca et al., 2015). Kao nadomjestak nedovoljnom broju smještajnih kapaciteta u institucijskom obliku skrbi (domovi za starije) i velikoj potražnji korisnika u potrebi (evidentiranih na listama čekanja) gotovo sve države Europske unije razvile su tzv. alternativne oblike skrbi (kućna njega; formalna i neformalna njega). Formalna njega u kući odnosi se na pomoć korisniku u potrebi u obavljanju dnevnih aktivnosti, a čije je zdravstveno stanje narušeno i zahtjeva profesionalnu skrb. Formalni oblik uključuje angažman profesionalnog osoblja (najčešće su to osobe niže razine obrazovanja koje su završile obuku za njegovatelja, rjeđe medicinske sestre) od strane javnog tijela (u nadležnosti jedinica lokalne samouprave ili države) ili privatnih pružatelja. Pogodnost ovog tipa je u tome što korisnik dobiva „punu uslugu“ u vlastitom domu, čime svjedoče i nove preferencije korisnika zabilježene u jednoj dugotrajnoj studiji koja je analizirala dugotrajnu njegu u Ohio-u, SAD, između 1995. – 2015. godine. Studija je pokazala promjenu navika korisnika na tržištu sa dominantnim padom broja korisnika institucijskog smještaja i povećanjem broja korisnika kućne njege. Kao uzrok navode se demografske promjene i povećane kronične bolesti (Berish et al., 2019). ESRI (*The Economic & Social Research Institute*) izvješće autora Walsh, Lyons (2021) navodi da je u 2019. oko 18% korisnika koristilo formalnu njegu u kući od strane privatnih pružatelja dok je 10% korisnika u staračkom domu istaknulo da bi radije platilo kućnu njegu nego bili smješteni u staračkom domu.

Drugi tip kućne njege predstavlja neformalni oblik njege u kojem članovi šire ili uže obitelji (ali i susjedi ili volonteri) preuzimaju teret njege o starijem korisniku. Smatra se da je ovaj oblik daleko razvijeniji među zemljama koje manje ulažu u sektor dugotrajne skrbi ili tamo gdje su tradicijski običaji (ili zakonske obveze) takve naravi da je obitelj primarni skrbnik potrebitog člana zajednice. Tablica 1 daje pregled vrste socijalnog programa dugotrajne njege razvijene u pojedinoj zemlji Europske unije u skladu sa pruženom vrstom usluge.

Tablica 1: Vrsta socijalnog programa dugotrajne njege u skladu s vrstom pružene usluge

	Potražnja za njegom	Ponuda neformalne njege	Ponuda formalne njege	Geografski identitet
Standardni tip njege	Velika	Srednja/niska	Srednja	Njemačka, Austrija, Francuska
Univerzalni Nordijski	Srednja	Mala	Velika	Švedska, Danska, Nizozemska, Belgija
Obiteljski orijentiran	Velika	Velika	Mala	Španjolska, Italija, Portugal, Irska, Grčka, Hrvatska
Tranzicija	Srednja	Velika	Srednja/mala	Latvija, Poljska, Mađarska, Rumunjska, Slovačka, Češka, Bugarska

Izvor: izrada doktorandice na temelju Ilinca et al., 2015. From care in homes to care at home: European experiences with (de)institutionalization in long-term care, Policy brief December 2015, European Centre. (http://www.euro.centre.org/data/1449741582_83911)

Standardni tip njege predstavlja kombinaciju oba tipa usluge (formalne i neformalne naravi) uz vrlo izraženu potrebu za njegom. Takav oblik pretežito je zastupljen u zemljama centralne Europe. Univerzalni (nordijski) tip karakterizira srednja potražnja za njegom uz velik naglasak na formalnu njegu, što je i pretežit oblik forme u zemljama sjeverne Europe. Obiteljski orijentiran program dugotrajne njege naglašava tradicijske vrijednosti (razvijen u zemljama južne Europe), prema kojem je član obitelji zakonski ili voljno zadužen za pružanje njege potrebitom članu zajednice. Član obitelji koji pruža njegu postaje neformalni njegovatelj koji pruža uslugu u velikom intenzitetu. Tranzicijski oblik koriste one zemlje koje još nisu u potpunosti razvile infrastrukturne objekte ili programe za razvoj formalne njege unutar kućnog okruženja korisnika. Posljedica je to komunističkih režima prethodnih politika koje su ostavile značajan trag na organizaciju prioriteta u sistemu socijalne skrbi, posebice na Balkanskom poluotoku.

Nastavno na različite forme njege može se zaključiti da je prisutna visoka diverzifikacija usluga dugotrajne njege koje često nisu u skladu s potrebama ljudi, što iziskuje veliku potrebu za izmjenom socijalnog sustava među članicama Europske unije. U pravilu, postoji više razloga za potrebu izmijene dugotrajne njege, a glavni od njih su: socio-demografski pritisci

(sve veći udio starijih u ukupnoj populaciji, rastući broj osoba iznad 80 godina); financijski pritisci (mirovine, balans između javne potpore LTC i rastuće potrebe) i socio-kulturni pritisci (jačanje svijesti o važnosti neformalne njege, uloge obitelji) (Ranci, Pavolini, 2015; Carrieri et al., 2017). Svi ti čimbenici utječu na ponudu i potražnju dugotrajne njege koja, u službi korisnika, traži prilagodbu novom konceptualnom okviru koji će osigurati dostupnost, korištenje, pravednost i jednakost u pružanju tražene i željene usluge dugotrajne njege. Ključni čimbenici koji mogu utjecati na promjenu dosadašnjeg sustava i smanjivanje socioekonomskih nejednakosti u dugotrajnoj njezi su financijska održivost socijalnog sustava, podrška države i učenje iz primjera bolje razvijenijih zemalja članica, potom osobne karakteristike korisnika sa promijenjenim navikama (zdravstveno stanje, obrazovanje, dohodak, sredina življenja, sastav kućanstva) obzirom na njihove preferencije (razvoj alternativnih oblika njege u kući, dostupne usluge i u ruralnim područjima).

Kako bi se ublažile nejednakosti i osigurala održivost sustava socijalne skrbi zemlje članice EU-a financiraju dugotrajnu njegu. Pritom koriste različite izvore financiranja i svoja sredstva koriste ili centraliziranim pristupom ili decentraliziranim oblikom upravljanja ustupanjem prava lokalnim jedinicama. Međutim, osim financiranja dugotrajne njege, koju zbog narušenog zdravstvenog stanja i nemoći, koristi sve veći broj populacije (zbog starenja stanovništva i većeg udjela starijih osoba) problem predstavlja i odnos između radno sposobnog i umirovljenog stanovništva, što se također dovodi u vezu sa financiranjem. Naime, zbog sve manje aktivnog radnog stanovništva države su suočene s velikim izdvajanjima za mirovinski sektor, što također opterećuje državnu blagajnu. Za stariju populaciju mirovine su često jedini izvor primanja, koji odlazi na pokrivanje troškova dugotrajne njege. Iako su, u okviru socijalnog sustava osigurana sredstva za dugotrajnu njegu, korisnik najčešće mora nadoknaditi značajnu razliku tržišne cijene usluge (dio subvencionira država, Ministarstvo ili drugo javno tijelo), a to čini ostvarenom mirovinom. U tom pogledu, postoje značajne razlike između mirovina muškaraca i žena. Žene najčešće imaju manju mirovinu. Osim nižih mjesečnih primanja, žene su i najčešći korisnici dugotrajne njege i najčešći pružatelji usluga njegovanja. Stoga je problem korištenja dugotrajne njege i ostvarivanja prava iz socijalnog sustava duboko ukorijenjen unutar

skromnog financijskog okvira država članica ali i rodnim razlikama koje ne idu u korist ženskog spola.

2.1. Financiranje dugotrajne njege u Europskoj uniji

Sukladno razvijenim uslugama, financiranje dugotrajne skrbi drugo je najizdašnije davanje (poslije mirovina) iz državnog proračuna. Porezni prihodi najčešći su oblik financiranja dugotrajne njege. Austrija, Španjolska, Engleska i Portugal (European Commission, 2020) podmiruju troškove dugotrajne njege direktnim namirenjima iz poreznih prihoda. Druge zemlje, poput Njemačke i Luksemburga (European Commission, 2020) porezne prihode koriste kao nad instrument pomoći ako sredstva iz socijalnog osiguranja nisu dovoljna. U porezne prihode ulaze porezi jedinica lokalne samouprave, države, porez na dohodak, imovinu, potrošnju i posebni porezi. Prema podacima Eurostata za razdoblje od 2020. do 2022. godinu najveće izdvajanje za dugotrajnu njegu među zemljama članicama EU-a imala je Njemačka, dok je Hrvatska izdvajala najmanje. Detaljniji prikaz financijskih izdvajanja za dugotrajnu njegu prikazan je u tablici 2.

Tablica 2: Financijska izdvajanja za dugotrajnu njegu zemalja članica Europske unije od 2020. – 2022. godine, u milijunima eura

Država članica	2020.	2021.	2022.
EU27	234 308.24	255 575.97	-
Belgija	11 282.18	11 906.22	13 398.03
Bugarska	110.15	196.77	283.48
Češka	2 539.46	2 860.99	-
Danska	6 858.76	7 162.54	7 492.36
Njemačka	85 315.00	89 620.00	94 221.00
Estonija	196.99	217.04	251.46

Irska	5 783.42	6 013.59	6 403.18
Grčka	234.51	275.84	296.03
Španjolska	10 842.88	11 569.38	-
Francuska	46 351.21	48 893.98	-
Hrvatska	15.41	16.58	145.76
Italija	16 138.00	16 611.00	17 480.00
Cipar	71.78	76.66	83.07
Latvija	112.77	108.63	124.01
Litva	290.13	297.70	347.95
Luksemburg	689.87	752.93	817.55
Mađarska	407.11	439.64	-
Malta	227.22	263.93	-
Nizozemska	26 103.00	26 810.00	27 541.00
Austrija	6 946.28	6 472.37	6 715.32
Poljska	2 824.17	3 010.33	-
Portugal	1 025.42	1 115.50	1 144.38
Rumunjska	741.69	741.15	788.78
Slovenija	488.92	539.94	-
Slovačka	28.46	30.97	-
Finska	3 821.64	3 960.97	4 288.97
Švedska	14 323.02	15 235.70	15 368.22

Izvor: Eurostat, 2020, dostupno na: <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/TPS00214/bookmark/table?lang=en&bookmarkId=b7e42601-5edd-4620-b05b-082f366d9b46>

Prema podacima iz Eurostata (2020) zemlje članice opredijelile su se na veće financijsko izdvajanje (usporedba 2020. - 2022. godine). Razlog tomu treba potražiti u porastu broja starijih osoba u ukupnoj nacionalnoj strukturi kao i pandemijskom širenju virusa Covid-19, zbog čega su se intenzivirale potrebe za higijenom i potrošnim materijalom (kirurške maske, dezinficijensi, zaštitne rukavice i sl.). Pojedine zemlje poput Belgije, Danske i Nizozemske

intenzivirale su izdvajanja u promatranom razdoblju ali ne značajno. Jedan od mogućih razloga za takvo stanje krije se u kvalitetnijoj i dugotrajnijoj pripremi dugotrajne njege (organizirane unutar socijalnih sustava njihovih zemalja) za izvanredne situacije (poput bolesti Covid-19) ali i u već decentraliziranom sustavu (manje korisnika po objektu ili korisnici žive u vlastitom domu) koji se pokazao kao najbolje rješenje u situaciji u kojoj je održavanje socijalne distance bilo od ključne važnosti. Osim decentraliziranog oblika pružanja dugotrajne njege, pojedine zemlje razvile su i decentralizirano financiranje gdje središnja država daje na mogućnost jedinicama lokalne samoprave financiranje dugotrajne njege na svom području. Na taj način, jedinice lokalne samoprave samostalno financiraju potrebne objekte dugotrajne skrbi, od kojih je ipak najveći broj usmjeren na institucijski smještaj (domovi za starije i nemoćne osobe, centri za pružanje usluga u zajednici). Iako vrlo potreban, institucijski smještaj jedan je od najskupljih oblika dugotrajne skrbi, pa se zbog toga ali i povećane potražnje (sve većeg broja starijih u potrebi) naglašava važnost razvoja alternativnih formi (kućna njega).

Zbog neizvjesnih izazova u budućnosti (primjerice pandemija) i većeg udjela starijih osoba u ukupnoj populaciji i sve zahtjevnijih zdravstvenih i socijalnih potreba, oformljen je Europski socijalni fond plus (ESF+) kao financijski instrument pomoći koji bi u razdoblju 2021. - 2027. trebao olakšati svladavanje socijalnih barijera. On se zapravo naslanja na Europski socijalni fond, a uključuje i razvoj socijalnih inovacija i EU zdravstvenog programa, ukupnog budžeta od 101 milijarde eura.

Radi savladavanja financijskih barijera, još je Joshua (2017) naveo preporuku Svjetske banke koja je predložila tipologiju izvora financira/nja dugotrajne njege: 1.) testiranje (provjera) dohotka i imovine korisnika dugotrajne njege - samo oni korisnici u potrebi koji se nalaze na rubu egzistencijalnog minimuma financiraju se poreznim prihodima; 2.) socijalna osiguranja – dostupna svim korisnicima starosne dobi sa poteškoćama u svakodnevnom životu, financirana putem obveznih doprinosa; 3.) univerzalni pristup – dostupnost dugotrajne njege svim korisnicima po kriteriju poteškoća/starosti, a financirana je putem poreznih prihoda; 4.) hibridni (kombinacija svih prethodnih oblika). U skladu s financiranjem sistema dugotrajne njege ANCIEN (*Assessing Needs of Care in European Nations*) definira 2 tipologije; jednu

usmjerenu na financiranje sustava dugotrajne njege (organizacije) i drugu usmjerenu na korištenje i financiranje dugotrajne njege (Mot, Willemé, 2012). Prvi sustav karakterizira Nizozemsku, Belgiju i Njemačku kao vrlo razvijene sustave dugotrajne njege (LTC - *Long term care*) sa darežljivim javnim davanjima, dok u drugoj tipologiji definira Nizozemsku kao darežljivu, pristupačnu i formaliziranu u okviru dugotrajne njege (visoka javna davanja, kao % BDP-a za LTC, mala privatna izdavanja od strane korisnika i mala iskorištenost neformalne njege usprkos visokoj potpori formalnih njegovatelja). S druge strane Njemačka i Belgija okarakterizirane su kao zemlje usmjerene neformalnim oblicima skrbi, malim udjelom privatnog financiranja, malim javnim davanjima kao % BDP-a za LTC, visokim udjelom neformalnih oblika njege i visokom potporom pri korištenju neformalne njege.

U zemljama sa velikim % izdvajanja iz BDP-a za dugotrajnu njegu, dominantan oblik njege i skrbi starijih pružen je neformalnim putem, od strane matične obitelji navodi Spasova et al. (2018). Javno financirana kućna njega može imati ograničen učinak među osobama starije dobi sa manjim poteškoćama, ali može biti isplativija i korisnija od institucijske skrbi za najmanje pokretljive. Kanadska studija je pokazala da ukupni troškovi kućne njege iznose između 40 i 75% troškova njege u staračkim domovima, a visina troška ovisi o stupnju njege (Hollander, Chappell, 2007). U istraživanju Hussem et al. (2016) prikazano je da troškovi njege o starijim ukućanima Nizozemske dosežu i do 93% ukupnih prihoda korisnika ostvarenih nakon 65 godine, što ukazuje na činjenicu da su troškovi pretežito prepušteni na teret korisnika i obitelji (uz izostanak subvencija).

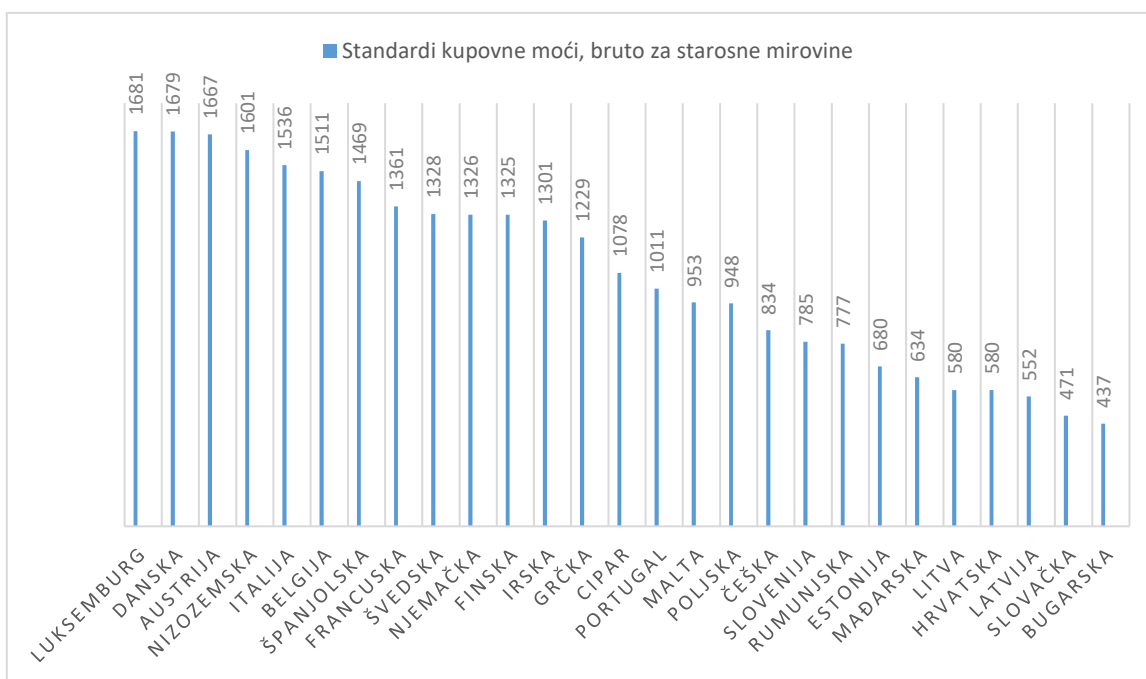
Unatoč pokrivenosti nacionalnog zdravstvenog sistema, socijalne zdravstvene zaštite ili zaštite dugotrajne njege, u mnogim europskim zemljama pristup zdravstvenoj njezi i dugotrajnoj njezi zahtjeva i uključivanje privatnih novčanih davanja (*out of pocket*) kao naknadu za razliku troškova koji nisu pokriveni sveobuhvatnim sistemom na nacionalnom nivou. U Europi se ističu dva modela financiranja zdravstvene i socijalne zaštite: 1.) kroz nacionalni zdravstveni sustav putem poreza; 2.) kroz socijalni sistem razvijen sukladno izdvajanju iz plaće. Neke zemlje imaju razvijenu kombinaciju oba modela. Drugi tip predstavljaju novčane pomoći koje među državama mogu varirati, a visina definirane pomoći utvrđena je sukladno visini dohotka (Španjolska, Velika Britanija), paušalno (Italija) ili varira

sukladno ozbiljnosti zdravstvenog stanja prema poteškoćama u izvršenju ADL (*activities of daily living*) odrednica (Austrija, Njemačka i Španjolska) (European Commission, 2020). Međutim, evidentno je uočiti i treći model; vlastita novčana izdvajanja koja su direktno povezana sa dostupnošću pojedinih zdravstvenih i socijalnih usluga (Scheil-Adlung, Bonnet, 2011). Visoki zdravstveni troškovi, koji premašuju 40% raspoloživog dohotka dovode starije do ruba siromaštva i gladi (Xu et al., 2007). U Grčkoj (Scheil-Adlung, Bonan, 2013) je čak 220,000 starijih blizu financijskog rizika uzrokovanog privatnim izdvajanjem za zdravstvenu njegu, a njih 170,000 kao rezultat izdvajanja za privatne troškove dugotrajne njege. Smatra se da je financijski rizik određen dohotkom, spolom i dobi (Vlachantoni, 2012). Obzirom na prevlast ženskog spola u ukupnoj populaciji, žene su u većoj rizičnosti od financijskog sloma u odnosu na muškarce (Sharma et al., 2016). Uz to, žene izdvajaju veći postotak dohotka za troškove pokriva dugotrajne njege, primjerice u Francuskoj žene izdvajaju 6% dohotka, u odnosu na 0,1% koliko izdvajaju muškarci za LTC (Doty et al., 2015). Nadalje, žene ostvaruju daleko manje dohotke tijekom života, a posljedično i manje mirovine u odnosu na drugi spol (Scheil-Adlung, Bonan, 2012). Također, dvostruko više žena živi u samačkom kućanstvu u starijoj dobi u odnosu na muškarce, pošto ranije postaju udovice (Delbès, Gaymu, 2002). Time se izostavlja mogućnost da neki član kućanstva skrbi i njeguje ženu u potrebi, čime one postaju ovisne o formalnim izvorima njege koja iziskuju i veća privatna izdvajanja.

Posljedica nacionalne orijentacije prema pojedinom smjeru dugotrajne njege (formalnog ili neformalnog karaktera) ima utjecaj na: makro-institucijskoj razini (realokacija nacionalnog budžeta prema dugotrajnoj njezi), meso-institucijskoj (mijenjanje radnih uvjeta u LTC sektoru) i mikro-individualnoj (pristup dugotrajnoj njezi, korištenje neformalne njege od strane članova obitelji, pravo na izbor vrste dugotrajne njege) (Pavolini, Ranci, 2008; Ranci, Pavolini, 2015). Važnu ulogu u odabiru njege na mikro-individualnoj razini ima platežna moć korisnika putem ostvarene mirovine, uštedevine ili imovine. Ponekad je smještaj unutar javnih institucija dugotrajne skrbi sufinanciran od strane javnog pružatelja neovisno o prihodima koje korisnik ostvaruje (OECD, 2011). S druge strane, pojedine zemlje su već uvele prihodovni cenzus po kojem osobe koje imaju dostatna materijalna sredstva za smještaj

unutar javnih institucija, trošak u potpunosti snose sami, bez intervencija javnog osnivača. Tome najbolje svjedoči primjer Rumunjske (Cravo, Hashiguchi, 2020) koja odmah selektira korisnike koji si mogu priuštiti smještaj od onih koji to ne mogu bez pomoći treće osobe. Prema izvješću Europskog instituta za ravnopravnost spolova (EIGE - *European Institute for Gender Equality*, 2020) 52% Europskih kućanstava nije u financijskoj mogućnosti priuštiti si LTC, a prema navodima Favreault, Dey (2016) trošak dugotrajne njege iznosi oko 100.000 dolara po osobi u posljednjoj fazi života. Nastavno, starije osobe raspolažu sa vrlo malim dohotkom (putem mirovina) koje ponekad nisu dostatne za plaćanje smještaja i/ili usluge unutar organiziranih formi dugotrajne njege. Zbog toga, vrlo često, moraju računati na financijsku pomoć drugih osoba (najčešće članova obitelji). Grafikon 1 daje pregled prosječnih mirovinskih izdataka po korisniku na području zemalja članica Europske unije u 2021. godini.

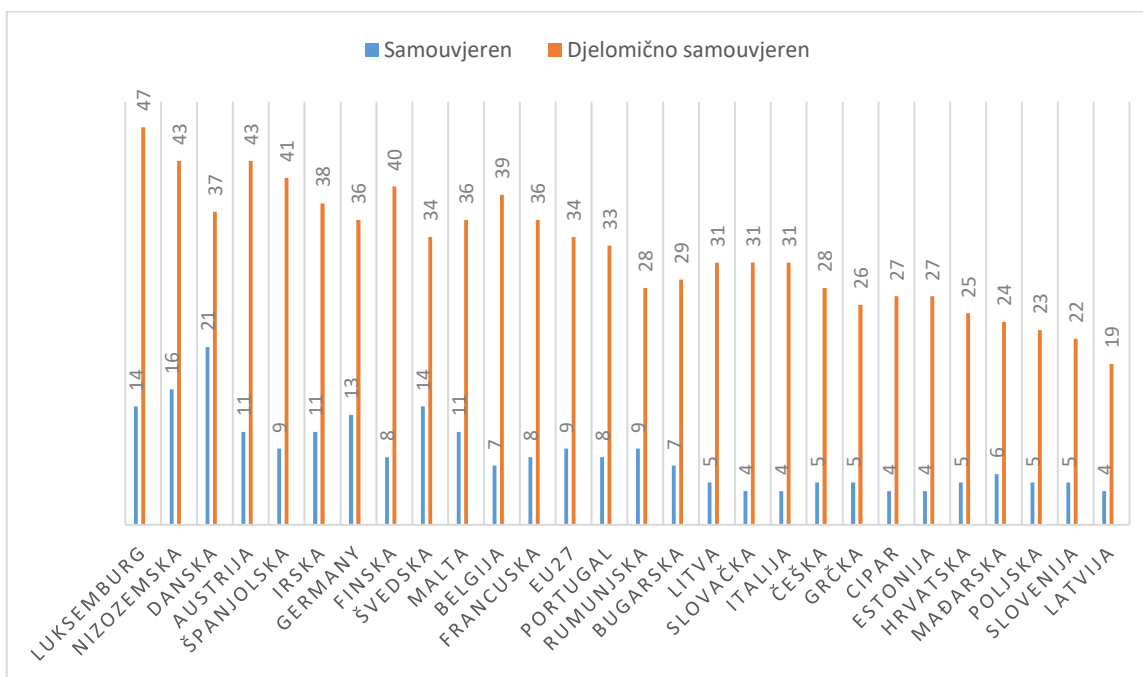
Grafikon 1: Prosječni mirovinski izdaci po korisniku (iskazano prema paritetu kupovne moći), u 2021. godini, na mjesečnoj osnovi



Izvor: Eurostat, <https://www.euronews.com/business/2024/05/31/pensions-in-europe-which-countries-are-best-and-worst-for-retirement>

Na osnovu prezentiranih prosječnih mirovinskih izdataka u Europskoj uniji, najniži standard imaju stanovnici Bugarske, Slovačke, Latvije i Hrvatske. Prednjače Luksemburg, Danska i Austrija. Obzirom na vrlo nizak standard, postoji velika vjerojatnost da će korisnici u Bugarskoj, Slovačkoj, Latviji i Hrvatskoj u potraživanju dugotrajne njege koristiti neformalne izvore usluge, čija je cijena koštanja daleko niža u odnosu na potrebnu formalnu njegu. Korisnici boljeg (višeg) standarda moći će se usmjeriti na željeni izbor njege, bilo da je riječ o formalnoj njezi ili o kombinaciji oba tipa usluga. Zanimljivo je usporediti podatke grafikona 1 sa podacima prezentiranim na grafikonu 2, koji prikazuje financijsku samouvjerenost korisnika u komforan život u mirovini.

Grafikon 2: Financijska samouvjerenost korisnika u komforan život u mirovini, 2023. godina



Izvor: EIOPA's Eurobarometer, <https://www.euronews.com/business/2024/05/31/pensions-in-europe-which-countries-are-best-and-worst-for-retirement>

Podatci grafikona 2 usporedni su sa podacima prosječnih mirovinskih izdataka po korisniku. Naime, u zemljama višeg životnog standarda žive korisnici koji posjeduju veću financijsku samouvjerenost u komforan život prelaskom na mirovine. Međutim, unutar tih zemalja poput Luksemburga, Danske i Austrije pretežit je udio korisnika koji smatraju da njihova

financijska situacija neće omogućiti komforan život. Zastupljenost korisnika koji sumnjaju u svoju financijsku situaciju u mirovini povećava se razmjerno sa lošijim standardom (korisnici Latvije, Slovenije, Poljske, Hrvatske).

Prosječan umirovljenik ima dostatna materijalna sredstva samo za 12 mjeseci unutar institucijske skrbi, asistiranog stanovanja ili kućne njege, pa stoga većina starijih računa na javnu pomoć kao podršku u osiguranju troškova njihovog smještaja i skrbi (Johnson, 2019). Nedavno OECD istraživanje je pokazalo da je trošak dugotrajne njege pružene unutar institucijskih ili izvaninstitucijskih oblika jednak ili veći od medijana raspoloživog dohotka osoba starijih od 65 godina u svakoj zemlji (Muir, 2017). Članice Unije teže ostvarivanju države blagostanja koja se odnosi na pojam raspoloživosti potrebnih infrastrukturnih objekata za dugotrajnu njegu starijih, razvijenu politiku kućne njege, podršku neformalnim njegovateljima i korisnicima te njege i velikodušnim mirovinama. Velikodušne mirovine mogu utjecati na odabir kućne njege posebice formalnog oblika od strane privatnog pružatelja usluge ili javnog (dio usluge je najčešće subvencioniran).

U izazovnom cilju ostvarivanja države blagostanja važnu ulogu imat će planske i ciljane strategije kojima će glavna niša biti dostojanstveno starenje uz programe potpore zaposlenom stanovništvu kako bi se povećao omjer radno aktivnog i umirovljenog stanovništva.

2.2. Omjer radno sposobne i umirovljene populacije

Postojeći financijski instrumenti više neće biti dostatni za financiranje dugotrajne njege zbog smanjenog udjela radne snage u ukupnoj populaciji (European Commission, 2013). Starenje stanovništva utjecalo je i na promjenu odnosa između radno aktivnih i radno neaktivnih osoba. Prema projekcijama Eurostata (2020) omjer ovisnosti u starijoj dobi bit će 57% u 2100. godini, što je skoro dvostruko više od posljednje analize u 2019. godini kada je taj omjer bio 31%. U praksi to znači da će na svaku stariju osobu iznad 65 godina starosti biti

manje od 2 radno aktivne osobe. Zbog zabrinjavajućih podataka, brojne zemlje članice Unije populariziraju mogućnost zapošljavanja starijih osoba dobrog zdravlja. U vezi s time, proporcija starijih ljudi u aktivnom radnom odnosu se povećava, osobe u dobi između 55 - 64 godine zauzimale su 36% radne populacije 1997. godine, dok je 2012. godine njihova zastupljenost bila 49% (Gullo, 2015). Razlog se vjerojatno krije u nacionalnim politikama koje su promovirale aktivno radno učešće starijih, potičući na taj način održivost mirovinskog sustava. Özdemir et al. (2015) navodi da je više od polovice starijih između 65 - 69 godina starosti u EU (koji primaju starosnu mirovinu) nastavilo raditi kako bi poboljšali svoju financijsku situaciju, što je posebno vidljivo kod slabije razvijenih socioekonomskih regija i područja gdje je razina javne podrške za dugotrajnu njegu reducirana.

S druge strane, privlačno tržište slobodne razmjene dobara i usluga (tržište EU-a) omogućilo je i povećane migracije s istoka i juga Europe u zemlje zapada. Najviše migriraju visokoobrazovne osobe prvenstveno iz zdravstvenog sektora koji imaju snažan utjecaj na socijalni sektor. U vezi s time, mijenja se ekonomska pozicija zemalja izvorišta i odredišta migracija. Zemlje iz kojih visokokvalificirane osobe odlaze ostaju bez potrebnog ljudskog resursa, koji se potom koristi u zemljama razvijenih članica kao ključan faktor unutar oba sektora (zdravstvenog i socijalnog). Socijalni sektor zapošljava preko 6,3 milijuna ljudi na području dugotrajne njege od kojih 1/3 zaposlenika ima radni staž dulji od 10 godina. Smatra se najvećim kreatorom novih poslova u Europi. Neformalnu njegu svojim rođacima i prijateljima pruža čak 44 milijuna ljudi (Eurofound, 2020). Socijalni sektor zajedno sa zdravstvenim sustavom obuhvaća 7% ekonomskog outputa u zemljama članicama EU-28 (Social Employers, 2018). Tablica 3 daje pregled osoba zaposlenih u sektoru dugotrajne njege.

Tablica 3: Zaposlenici u sektoru dugotrajne njege u omjeru 1:100 korisnika starije životne dobi, 2011. i 2019. godina

Geografski identitet	2019.	2011.
Švedska	12,0	13,0
Nizozemska	8,0	11,0
Finska	8,0	8,0

Danska	8,0	9,0
Luksemburg	7,0	7,0
Belgija	6,0	-
Estonija	5,0	7,0
Njemačka	5,0	5,0
Španjolska	5,0	4,0
Austrija	4,0	4,0
Irska	4,0	5,0
Češka	4,0	3,0
Italija	4,0	3,0
Francuska	2,0	-
Slovenija	2,0	3,0
Mađarska	2,0	2,0
Slovačka	1,0	2,0
Latvija	1,0	1,0
Litva	1,0	-
Portugal	1,0	1,0
Poljska	1,0	1,0
Grčka	0	1,0

Izvor: OECD Health Statistics (<https://www.oecd.org/els/health-systems/Table-of-Content-Metadata-OECD-Health-Statistics-2019>) i EU-LFS (<https://ec.europa.eu/eurostat/web/microdata/european-union-labour-force-survey>)

Bilješka: Za Belgiju, Francusku i Litvu nema dostupnih informacija za 2011. godinu.

Na 100 korisnika dugotrajne njege najviše zaposlenih imaju Švedska i Nizozemska. Takav podatak zapravo i ne čudi s obzirom na politike potpore dugotrajnoj njezi i programima privlačnosti (u vidu većeg broja slobodnih dana zaposlenima i većeg dohotka) (Spasova et al., 2018). Posebno zabrinjava činjenica u Slovačkoj, Latviji, Litvi, Portugalu, Poljskoj i Grčkoj gdje radi 1 stručna (profesionalna) osoba na 100 korisnika dugotrajne njege. Tome u prilog ide i ranije navedena informacija o „odljevu mozgova“ (odlazak visokokvalificirane

radne snage) iz manje prosperitetnih u bogatije i razvijenije zemlje članice Unije. Vrlo interesantno je usporediti podatke o financijskim izdvajanjima za dugotrajnu njegu prezentirane na tablice 2 i podatke iz tablice 3 o broju zaposlenih u sektoru dugotrajne njege. U državama viših financijskih izdvajanja poput Švedske, Nizozemske, Danske evidentiran je veći broj zaposlenih osoba u sektoru dugotrajne njege, tako da možemo zaključiti da financijska ulaganja pridonose i većem broju zaposlenih osoba u socijalnom sektoru. Međutim, takvi podatci ne moraju se nužno povezati sa boljom ocjenom kvalitete pružene dugotrajne njege. Kako navodi Spasova et al. (2018) u zemljama sa visokim udjelom izvajanja iz BDP-a za dugotrajnu njegu, dominantan oblik njege pružen je neformalnim putem. Stoga važno je naglasiti da se podatci iz tablice 3 odnose na službeno registrirane osobe zaposlene u socijalnom sektoru. Ono što je problematično je i visok udio sive ekonomije (u vidu neregistriranih zaposlenika), koja je također prisutna u sektoru dugotrajne njege. Tablica 4 prikazuje udio registriranih i neregistriranih zaposlenika ovog sektora.

Tablica 4: Udio registriranih i neregistriranih zaposlenika u sektoru dugotrajne njege, u EU, 2021. godine

Geografski identitet	Udio registriranih zaposlenika	Udio neregistriranih zaposlenika
Austrija	8,1%	5,2%
Belgija	11,6%	17,5%
Bugarska	6,1%	10%
Cipar	5,2%	-
Češka	4,6%	12%
Njemačka	6,8%	22%
Danska	15,2%	13,0%
Estonija	13,4%	7,7%
Grčka	6,7%	34,0%
Španjolska	11,5%	20,4%
Finska	12,0%	12,6%
Francuska	14,1%	19,6%
Hrvatska	6,4%	13%

Mađarska	8,3%	7%
Irska	9,4%	8%
Italija	14,0%	26,5%
Litva	8,3%	8,2%
Luksemburg	6,2%	13,9%
Latvija	7,3%	13,8%
Nizozemska	36,7%	-
Poljska	10,2%	18,3%
Portugal	12,3%	-
Rumunjska	2,3%	8%
Slovenija	10,7%	10,4%
Slovačka	7,9%	-
Švedska	22,0%	-
Malta	9,2%	14,0%

Izvor: Eurocarers, 2021. Dostupno na: <https://eurocarers.org/about-carers/>

Unatoč nedostatnom broju profesionalnog osoblja, velik je udio neregistriranih zaposlenika u sektoru dugotrajne njege. Većina zemalja navedena u tablici 4 ima više nelegalnih pružatelja usluge od onih koji su registrirani u sektoru. Čak i u zemljama sa visokim financijskim izdvajanjima za dugotrajnu njegu uočavamo visok udio zaposlenika na „crno“. Razlog su vjerojatno visoki porezni nameti koje moraju platiti i poslodavac i zaposlenik. Jedini način da se poražavajuća statistika promjeni je smanjivanje ili eliminiranje poreza koje plaćaju osobe zaposlene u socijalnom sektoru.

Zaključno, izdvajanja za dugotrajnu njegu još uvijek predstavljaju mali udio bruto domaćeg proizvoda svih zemalja EU-a, međutim pretežiti dio javne potpore usmjeren je na institucijsku njegu. Problem se možda krije u gledištu na koji javni sektor prepoznaje dugotrajnu njegu. Iako bi dugotrajna njega trebala biti javno dobro, provođenje i korištenje usluga njege (koje su povezane sa zdravstvenim stanjem starijih korisnika) nije u jednakoj mjeri dostupno za sve. Ostavlja se dojam da je dugotrajna njega „uvjetovana“. Uvjetovana je

osobnim karakteristikama pojedinca (zdravstvenim stanjem, dohotkom, sredinom življenja), financijskim mogućnostima države za razvoj i podršku socijalnom sektoru, ali i dostupnoj radnoj snazi. Isto tako, popularizira se značaj i podrška institucijskom tipu usluge (primjerice o izdvajanjima za formalnu kućnu njegu znamo nedovoljno) čime se korisnici direktno usmjeravaju izdabrati onaj „prinuđeni“ oblik dugotrajne njege razvijen u njihovoj sredini. Obzirom na jačanje neformalnog oblika njege, smatra se da bi se javna podrška trebala usmjeriti na alternativne oblike (njegu u kući). Dok se takav sustav ne organizira, obitelji i prijatelji ostaju glavni oslonac u troškovima korištenja bilo kojeg tipa njege. Osim javne podrške u financijskom smislu, za provođenje njege, važan dio su mirovine korisnika i kvalitetan zdravstveni sustav koji su također determinirani odrednicama demografije. Pravovremeno planiranje troškova njege i skrbi (i prije nego li se zdravstveno stanje naruši), uz moguć angažman dobrovoljnog osiguranja za dugotrajnu njegu (za vrijeme radno aktivnog odnosa) može smanjiti financijsko breme koje nose korisnici starije životne dobi. Možda najveće financijsko opterećenje nose osobe ženskog spola koje su zbog svoje dobi (često ostaju bez supružnika) ali i uz teško zdravstveno stanje primorane potražiti formalni oblik njege (uz educiranog pružatelja usluge). Uz manje mirovine (u usporedbi sa muškarcima) vrlo često, bez pomoći društva (javnog sektora) ili članova obitelji nisu u mogućnosti dobiti željeni i potrebni oblik njege.

2.2.1. Rodne neravnoteže u korištenju i pružanju formalne i neformalne njege

Zbog dugovječnijeg života koji je posljedica socijalnih, fizičkih i psihičkih razlika, žene starije od 65 godina u većoj su potrebi za njegom (Carvalho et al., 2019) u odnosu na muške pripadnike iste dobne skupine. Žene žive duže u odnosu na muškarce (posebno vidljivo u dobnoj skupini iznad 80 godina starosti) (Eurostat, 2020), imaju slabije zdravlje u starijoj dobi u odnosu na suprotan spol (žene su najčešći korisnici institucijskog tipa skrbi) (Qian et al., 2017), a često i zbog životnih prilika (ostaju udovice) imaju potrebu za formalnijom

dugotrajnom njegom. Izvori iz Nizozemske studije (Portrait et al., 2000) navode da su žene manje sklonije tranziciji u rezidencijalne oblike skrbi, ali su u odnosu na muškarce sklonije odabiru formalne kućne njege u odnosu na obiteljsku kućnu njegu. Razlog tome valja potražiti u činjenici da u odnosu na muškarce imaju veći postotak oboljenja zbog potencijalnih faktora iz okruženja (veća izloženost stresnim situacijama usred rođenja djeteta, vođenja kućanstva i brige o članovima obitelji) ali i samoj percepciji zdravlja i ispunjenosti životom. Jiménez-Martín, Prieto (2012) navode tri razloga zašto je korištenje formalne njege zastupljenije kod žena: 1.) žene u prosjeku žive dulje od muškaraca; 2.) žene su najčešći njegovatelji u kućanstvu, nakon čega i same postaju osobe u potrebi, a zbog starije dobi intenzitet potrebe je veći; 3.) zbog toga što žive dulje od muškaraca, vrlo često ostaju bez supružnika kao potencijalnog njegovatelja u kućanstvu, te su primorane koristiti formalnu njegu u zadovoljavanju svojih potreba. Zbog života u samačkim kućanstvima žene su u većem riziku od siromaštva, a Europa evidentira jednu trećinu takvih kućanstava (Munoz Boudet et al., 2018). Time se izostavlja mogućnost da neki član kućanstva skrbi i njeguje ženu u potrebi, čime one postaju ovisne o formalnim izvorima njege koji iziskuju i veća privatna izdvajanja. Smatra se da će se u budućnosti ujednačiti udio muškaraca i žena u starijoj dobi (Tan et al., 2019). To će omogućiti promjenu perspektive socijalne skrbi za starije, jer će omogućiti dulji suživot muškaraca i žena a time i otvoriti mogućnost duljeg korištenja neformalne njege i smanjiti većinsku prevlast žena u institucijama.

Čini se da osjećaj sreće ima visok utjecaj na ocjenu zdravstvenog stanja. Analiza Maniecka-Bryla et al. (2013) pokazala je da su sretnije osobe sklonije tvrditi da je njihovo zdravlje dobro. Žene vrlo kritički razmišljaju o ocjeni vlastite sreće kao i o svojim mogućnostima, te su zbog toga, u odnosu na muški spol često, najrušenijeg zdravlja sa težim oboljenjima. Tome svjedoči i studija Centralnog odjela u Poljskoj koja navodi da muškarci češće poimaju svoje zdravlje dobrim u odnosu na žene (Health in the Polish population, 2007). Osim činjenice da su najčešći korisnici formalnih usluga (zbog najruševnijeg zdravlja), žene su i najčešći neformalni njegovatelji (Zygouri et al., 2021) i to u proširenim obiteljima, sa manjim primanjima i sa ograničenim radnim aktivnostima. Tablica 5 u nastavku prikazuje sveobuhvatnu zastupljenost žena u sektoru dugotrajne njege. Obzirom na dostupne

informacije OECD-a iz 2016., smatra se da je 60% žena starijih od 50 godina u funkciji neformalnih njegovateljica.

Tablica 5: Zastupljenost žena u sektoru dugotrajne njege u odnosu na muškarce, u %, 2016. godina

Geografski identitet	% zastupljenosti žena u sektoru dugotrajne njege
Estonija	100
Poljska	97,0
Grčka	95,8
Portugal	95,8
Danska	94,7
Nizozemska	94,3
Češka	94,0
Slovenija	94,0
Belgija	93,6
Slovačka	93,3
Rumunjska	93,3
Luksemburg	92,2
Francuska	91,2
Finska	89,7
Mađarska	88,9
Austrija	88,2
Bugarska	87,7
Hrvatska	87,4
Irska	87,3
Njemačka	86,8
Švedska	85,9
Malta	85,1
Italija	83,5
Španjolska	80,3

Izvor: <https://www.oecd.org/gender/data/women-are-well-represented-in-health-and-long-term-care-professions-but-often-in-jobs-with-poor-working-conditions.htm>

Tablica 5 prikazuje dominantan udio žena u odnosu na muškarce u sektoru dugotrajne njege. U Estoniji je čak 100% zastupljenost žena u sektoru dugotrajne njege, pretežiti broj zemalja ima između 80 i ≥ 95 %, dok je u Španjolskoj taj disbalans nešto blaži u odnosu na ostale zemlje OECD-a, iako vrlo visok (80,3%). Čak i u ranoj starosti (od 50 do 64 godine) većinski njegovateljici unutar obitelji su žene, primjerice u Španjolskoj svaka peta žena je neformalni

njegovatelj, dok je to slučaj kod svakog desetog muškarca (European Institute for Gender Equality, 2019). Rodrigues et al. (2013) smatra da su supruge i djeca najvažniji izvor neformalne njege. U Europskoj uniji, svaka treća nezaposlena žena (32%) u dobi od 20 - 64 godine u usporedbi sa 5% muškaraca iste dobi nije u plaćenom radnom odnosu zbog obaveza koje iziskuje njegovanje (Zigante, 2018). Za usporedbu, u Njemačkoj, taj je odnos 35% u korist žena u odnosu na 16% muškaraca (Rothgang et al., 2012) dok je u Finskoj taj odnos daleko veći, i to 59% za žene i 39% za muškarce (Martikainen et al., 2014). 62% ukupnih neformalnih njegovatelja su žene u zemljama OECD-a (2019), a Španjolska, Grčka i Portugal imaju najveći spolni disbalans (čak 70% njegovatelja su žene) (OECD, 2019). Povod razvoja takve situacije možemo pronaći u „*male breadwinner* modelu“, koji je nastao nakon Drugog svjetskog rata, kada su u većini socijalnih država muškarci bili „zaduženi“ za ostvarivanje dohotka putem ugovornih radnih odnosa, dok je skrb o djeci, starijima i nemoćnima pripala ženama (Knijn, Kremer, 1997). U familijariziranim sustavima očita je veća zastupljenost žena u provođenju usluga njege, stoga možemo zaključiti da ovakav sustav diskriminira žene u radnom odnosu, dok je u defamilijariziranom sustavu prisutna spolna pravednost, budući da njega nije na „leđima“ članova obitelji (od kojih su najčešći njegovatelji žene). Postoje tri forme prisutne spolne diskriminacije (Leitner, 2001): 1.) biološke karakteristike (primjerice financijska podrška ženskim njegovateljima isključuje sve muške njegovatelje u dobivanju novčanih transfera), 2.) rodna podjela rada (gdje su najčešće muškarci zastupljeni u javnom, a žene u privatnom sektoru), 3.) podjela prema seksualnosti (u familijariziranim sustavima razmatraju se heteroseksualne obitelji, odnosno isključuju se svi drugi oblici kao npr. homoseksualne zajednice). Tradicionalni rodni familijaristički modeli razmatraju obiteljsku odgovornost da se njega o potrebitom korisniku prepusti ženama, koje žrtvuju svoje radno mjesto i fokusirane su na heteroseksualne obitelji. U nerodnom familijarističkom modelu nacionalne politike nisu usmjerene na biološke razlike, njeguju značaj obitelji, omogućuju financijsku neovisnost njegovatelja te daju opciju između različitih izbora njege i omogućuju različite nacionalne pomoći svim vrstama životnih zajednica (homoseksualci, heteroseksualci i ostalo).

Uz velike troškove liječenja, teža zdravstvena oboljenja, ženski negovatelji imaju velika ograničenja. Često države, u svojim programima, zanemaruju novčane pomoći negovateljima, što ima poseban učinak na žene. Žene su u pravilu slabije vezane za posao (primjerice porodiljni dopust) ili čak sklonije raditi na pola radnog vremena duži vremenski period kako bi kombinirale pružanje potrebne njege starijem članu obitelji. Haberkern et al. (2015) ukazuje kako novčane pomoći za njegovanje samo povećaju spolnu nejednakost u korist žena u pružanju neformalne njege. Muškarci su neskloniji napustiti svoja radna mjesta kako bi pružali njegu obzirom da su muškarci bolje plaćeni i imaju bolje radne uvjete (Becker et al., 2019). Zbog neplaćenog njegovanja (u velikom broju zemalja), žene prolaze velike izazove kombinirajući poslovne dužnosti i brigu o starijem članu obitelji. Uz to, takva skrb uključuje i brojne neplanirane troškove (pelene, lijekovi i sl.). Iz tog razloga nameće se potreba usklađivanja prava negovatelja da održe raditi vlastiti posao izvan kućanstva (uz njegovanje) ili da budu plaćeni za ulogu negovatelja (u punom iznosu) kako njihova egzistencija ne bi bila ugrožena (Korfhage, 2019; Brimblecombe et al., 2018; Pickard et al., 2018). S druge strane, Dautzenberg et al. (2000), Evandrou, Glaser (2004), Scharlach et al. (2007) navode da bi angažiranost žena u punom radnom odnosu smanjilo dostupnost neformalne i povećalo udio formalne njege za starije. Projekcije su da će se prevladavajući udio žena u dobi iznad 65 godina starosti u budućnosti smanjiti i da će budućnost donijeti proporcionalan odnos između oba spola u pružanju njege (European Commission, 2021). S druge strane, neki autori tvrde da se u poodmakloj dobi (iznad 75 godina starosti) mijenja uloga žena i muškaraca te da muškarci postaju najčešći neformalni negovatelji (Sharma et al., 2016) unutar obitelji jer su žene obično narušenog zdravlja. Uzrok tome treba potražiti u činjenici da muškarci za razliku od žena žive sa svojim roditeljima ili suprugama u starijoj dobi, a roditelji i supruge brinu jedni o drugima (Sharma et al., 2016).

Vrlo je nezahvalno raditi projekcije o spolnom identitetu korisnika i pružatelja dugotrajne njege. Izvjesno je da će budućnost donijeti promijene (veća primjena tehnologije u pružanju i korištenju njege – *telecare*) međutim ostaje vidjeti koliko će novih izazova iz okruženja (bolesti, pojačan stres) utjecati na zdravstveno stanje i korisnika i negovatelja i tko će se bolje adaptirati (muškarci ili žene) na novonastale okolnosti. Takve okolnosti uključuju i

adaptaciju na nove potrebe i želje korisnika, razvojem novih formi dugotrajne njege od kojih je jedna svakako kućna njega.

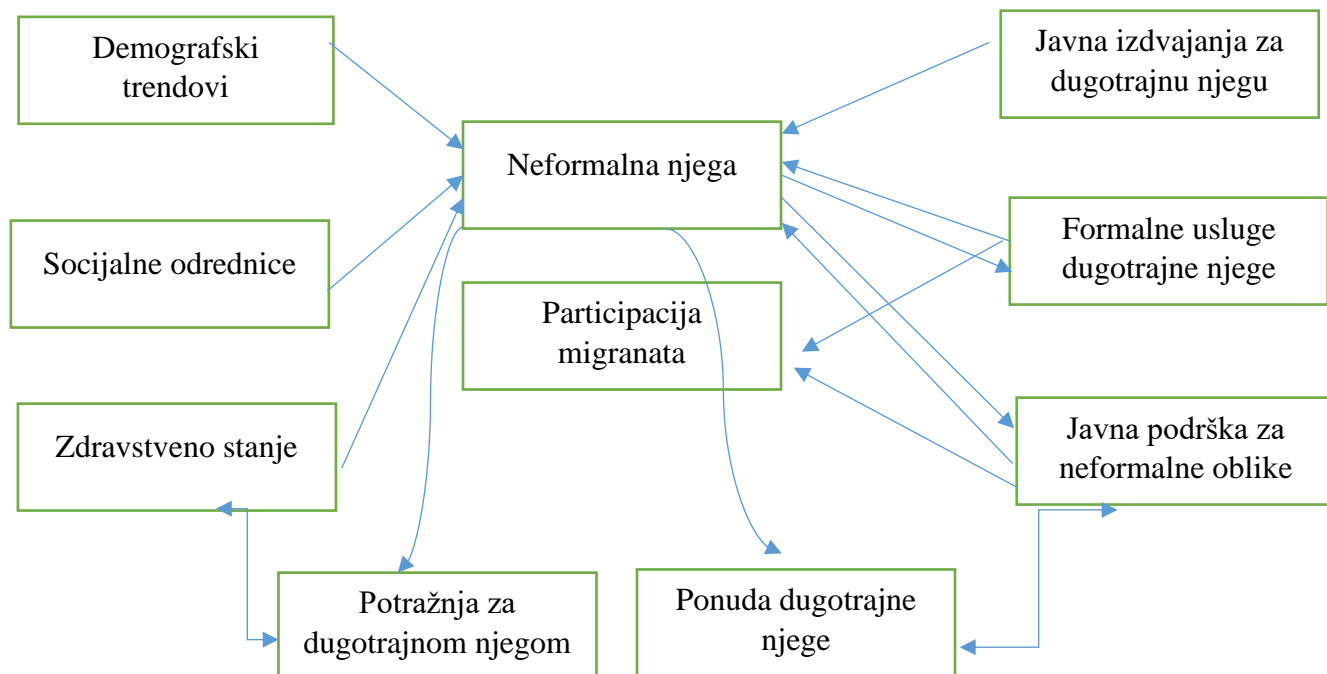
2.3. Formalna i neformalna njega u kući

Smatra se da je budućnost dugotrajne njege determinirana demografijom (porastom udjela starijih u ukupnoj populaciji); infrastrukturom (dostupnim institucijskim oblicima skrbi, brojem formalnih i neformalnih njegovatelja) i zdravstvenim stanjem nacije (Spillman, 2004; European Commission, 2007; Manton et al., 2007; Jiménez -Martin, Prieto, 2012). Zemlje zapadne Europe već sada svjedoče o povećanom udjelu starijih osoba, posebice onih iznad 80 godina starosti (Eurostat, 2021), a obzirom na njihovo rapidno povećanje posljednjih godina, projekcije su da će njihov udio biti sve veći. Takav rast utjecat će i na povećanje potražnje za formalnom dugotrajnom njegom, budući da su ti korisnici uglavnom lošijeg zdravstvenog i mentalnog stanja. Posljednjih godina uočena su dva trenda u promatranju dugotrajne njege; 1.) proces defamilizacije - prelazak s neformalne njege (od člana obitelji) na formalnu njegu pruženu od educiranog osoblja, 2.) proces refamilizacije – članovi obitelji preuzimaju obvezu provođenja njege od strane formalnog provoditelja usluge organiziranog najčešće od države, jedinice lokalne samouprave ili privatnog pružatelja. Još je 1990. godine Esping-Andersen, objavio reviziju svoje ideologije socijalnih država u djelu *“Three worlds of welfare capitalism“* (Esping-Andersen, 1990). Jedna od novina bilo je razmatranje socijalne države u okviru familijarizma. U okviru svoje teorije, razmatrao je pojam familijariziranih i defamilijariziranih socijalnih država, ovisno u kojem obujmu obitelj ima značaj za zdravstveno stanje korisnika. Međutim, kako je utvrdio, svaka država provodi drugačiji socijalni program baziran na istim ili sličnim osnovama. U tom okviru, neke se države oslanjaju na veliku ulogu obitelji, druge podupiru pružanje njege putem novčanih pomoći dok treće preuzimaju njegu o potrebitim korisnicima u potpunosti, u okviru javnog

sektora. Nastavno na Esping-Andersenovu ideologu, Leitner (2003) razlikuje četiri oblika odnosa u socijalnim državama: 1.) eksplicitno familijariziran socijalni sustav; 2.) optimalno familijariziran socijalni sustav; 3.) implicitno familijariziran socijalni sustav i 4.) defamilijariziran sustav socijalne države. Eksplicitni familijarizam ohrabruje obitelj kao jedinu opciju njegovatelja člana u potrebi te ne pruža mogućnost izbora drugih alternativnih opcija (javnih ili privatnih pružatelja usluge) osim obitelji. Pruža različite familijarističke oblike podrške njegovateljima obitelji (novčane transfere, skraćeno radno vrijeme i sl). Optimalni familijarizam uz obitelj, otvara mogućnost i drugim izvorima podrške za njegu. Iako daje važnost obitelji, pruža opcije dodatne njege od strane tržišno orijentiranih pružatelja usluga (primjerice privatni sektor). U tom sistemu, uloga obitelji u skrbi ne gleda se kao zakonska obveza (za razliku od implicitnog) već kao pravo ili mogućnost. Leitner terminologija (eksplicitne ili implicitne obitelji) definira razliku u odgovornosti prilikom pristupanju njege, pri čemu defamilijarizacija predstavlja slabljenje utjecaja obitelji pri provođenju njege, kao posljedica manjih obitelji, većeg učešća žena na tržištu rada ili dislociranosti u odnosu na članove obitelji, dok optimalna familijarizacija predstavlja provođenje njege unutar obitelji bez karaktera obveze (Leitner, 2003). Implicitni ne nudi defamilijarizaciju niti država aktivno podupire obitelj kroz modele podrške (oblik *laissez-faire*). Obitelj je jedini i primarni skrbnik potrebitog člana. Defamilijarizacija predstavlja sustav u kojem se obitelj ne smatra obveznom, ni pravno, ni moralno brinuti o starijem i potrebitom članu obitelji, već država, odnosno socijalni sustav, preuzima odgovornost njege u okviru razvijenih usluga. Mogli bismo zaključiti da i optimalni familijarizam predstavlja oblik defamilijarizacije zbog toga što nudi mogućnost izbora, gdje obitelj može koristiti formalne usluge razvijene na tržištu u zadovoljavanju traženih potreba. Ovakvi oblici socijalne države mogu biti mjerljivi putem dostupnih novčanih transfera (jak ili slab familijariziran sustav), dok se defamilijarizacija može očitati kao postotak osoba u potrebi koji su smješteni u institucijskom obliku smještaja (iako se takva usluga može razmatrati i kao postotak starijih osoba koji primaju formalnu njegu u kući).

Osim značaja forme njege (pružene formalnim ili neformalnim putem), socijalnih odrednica (postojanje obitelji) i javne podrške, na izbor njege utječu i ostale odrednice. Shema 1 u nastavku prikazuje odrednice koje utječu na izbor formalne i neformalne njege.

Shema 1: Odrednice koje utječu na proces zdravog starenja



Izvor: izrada doktorandice na temelju Rodrigues et al., 2012.

Potražnja za dugotrajnom njegom određena je demografskim trendovima (porast broja starijih u ukupnoj populaciji), socijalnim odrednicama (visina raspoloživog dohotka; mirovine, članovi obitelji kao alternativni njegovatelji) i težinom zdravstvene ozbiljnosti korisnika (shema 1). Ako je zdravstveno stanje korisnika vrlo narušeno, formalna njega bit će logičan izbor zbog zahtjevnosti njege (McMillan et al., 2005). Preduvjet korištenja neformalne njege određena je visinom novčane podrške nacionalnog sistema koju prima korisnik i razvijenim opcijama dugotrajne njege (formalne usluge) u neposrednoj blizini. Često uslugu neformalne skrbi provode migranti, iz susjednih siromašnijih članica Europske

unije, koji onda u potpunosti preuzimaju „obvezu obitelji“. U skladu sa shematskim izrazom nekoliko je koraka potrebno ispitati prilikom izbora vrste njege: 1.) dostupnost neformalnog njegovatelja unutar kućanstva (usklađivanje stila života sukladno novonastalim izazovima njege o potrebitom korisniku); 2.) angažman medicinskog ili obučenog/treniranog (formalnog) njegovatelja od strane članova obitelji, direktno od korisnika ili putem socijalnog programa (hoće li plaćanje iziskivati potpuno privatno učešće ili će biti subvencionirano i u kojem obimu); 3.) razvijenost usluga njege za starije osobe u neposrednom okruženju (dostupnost kućne njege, dnevni centri, *telecare* - pružanje usluga skrbi posredstvom monitora, virtualni pristup). Arber, Ginn, (1991) u svom nastojanju pri definiranju odrednica koji utječu na izbor između formalne i neformalne njege utvrdili su da je najpoželjniji produkt odrednica (materijalnih, neformalnih njegovatelja i zdravstvenog stanja) blagostanje i neovisnost korisnika. Međutim, i u korištenju formalne kućne njege, korisnici pokazuju sklonost izbora prema njezi organiziranoj posredstvom javnih pružatelja u odnosu na privatne. To je potvrdilo i istraživanje (Genet et al., 2011) koji navode da je u zemljama gdje su pružatelji formalne kućne njege iz javnog sektora (Danska, Francuska, Nizozemska) korisnici pretežito koriste formalne usluge, za razliku od zemalja gdje je prevlast privatnih pružatelja formalne kućne njege (Njemačka, Italija). Kombinacija formalne i neformalne njege najčešće je prisutna u zemljama koje imaju pravno utemeljenje da djeca brinu o svojim starijim roditeljima, kod kojih je veća dostupnost kućne njege, koje imaju veliku potporu za neformalnu skrb i više mirovine (Heger, Korfhage, 2018). Veće mirovine i šira potpora za neformalnu njegu u pozitivnoj su korelaciji sa korištenjem formalne njege pri većim zdravstvenim poteškoćama. U Skandinavskim zemljama, također i u Nizozemskoj i Belgiji, uobičajena je prevlast formalne kućne njege koja je ponekad kombinirana i sa neformalnom (Genet et al., 2012). Mediteranske zemlje, poput Španjolske i Italije dugotrajnu njegu pružaju prvenstveno neformalnim putem, zbog naglašenih familijarnih odnosa i tradicije (Zigante, 2018). Zemlje poput Austrije i Francuske podjednako njeguju opciju izbora formalne i neformalne njege koja je vrlo često kombinirana (Zigante, 2018). Studije koje proučavaju međugeneracijsku solidarnost (Igel et al., 2009; Dykstra, 2018) u Europi su pokazale da socijalne karakteristike kao što su tradicijske vrijednosti i nacionalna politika socijalnog sustava predstavljaju vrlo važan čimbenik pri definiranju

odnosa pomoći između djece i starijih. U zemljama u kojima je obiteljska povezanost vrlo važna, stariji ljudi primaju više neformalne pomoći od vlastite djece (Haberkern, Syzdlík, 2010; Kalmijn, Saracerno, 2008). U državama blagostanja (nacionalna politika koja velikodušno podupire pružanje dugotrajne njege) manja je relativna ovisnost o neformalnoj njezi (zbog ograničenja uzrokovanih fizičkim ili mentalnim nesposobnostima) pruženoj od strane djece, već je naglašena potreba za obavezama u kućanstvu ili administracije (Brandt et al., 2009; Haberkern, Syzdlík, 2010). Neke studije koje se bave proučavanjem ukupnog broja sati pružene kućne njege navode da jačanje jedne od vrsta kućne njege (primjerice neformalne) isključuje ili smanjuje drugu (formalnu) (Econ et al., 2007; van Houtven, Norton, 2004), dok druge navode da veća potreba za njegom može uključiti kombinaciju više opcija, te da jedna vrsta usluge ne mora isključiti drugu (Bonsang, 2009; Broese van Groenou et al., 2006; Lowenstein et al., 2009; Motel-Klingebiel et al., 2005). Prema preferencijama i mogućnosti odabira određenog tipa njege u literaturi pronalazimo nekoliko teorija koje govore o neformalnoj, formalnoj i kombiniranoj njezi.

- 1.) Hijerarhijski kompenzacijski model razvio je Cantor (1979), a govori o rangu raspoloživih neformalnih njegovatelja koji su povezani sa starijom osobom. Budući da se radi o rangu ili hijerarhiji, kao prvi izbor njegovatelja predlaže se suprug(a), potom djeca, ostala obitelj, prijatelji i susjedi, a kao posljednja opcija, ako nedostaje članova uže društvene mreže, predlaže se formalna institucijska njega.
- 2.) Supstitucijski model, kojeg promiče Greene (1983) predstavlja mogućnost zamjene jednog oblika njege drugim, tj. jedan tip njege u potpunosti isključuje drugi, primjerice neformalnu njegu moguće je u potpunosti supstituirati formalnom.
- 3.) Model koegzistencije otvara mogućnost kombiniranja jedne vrste s drugom. Primjerice, korisnici će potraživati formalnu njegu ako je njihovo zdravstveno stanje ozbiljnije narušeno, a posebno kada neformalni njegovatelji nisu u mogućnosti pružiti dovoljan obim njege i veći broj sati njegovanja (pobornici tog modela su Stoller, Pugliesi, 1988). Unutar tog modela razvio se pod model nazvan model dualne specijalizacije koji sugerira mogućnost korištenja kombiniranog tipa, međutim navodi da su određene razine skrbi privrženije određenom tipu njege (primjerice

korisnici sa ADL ograničenjima preferiraju korištenje neformalnih obiteljskih njegovatelja).

- 4.) Komplementarni model uključuje hijerarhijski kompenzacijski model i supstitucijski model u korištenju formalne njege. Chappell, Blandford (1991) smatraju da se neformalna njega zamjenjuje formalnom u trenutku kada uvjeti i resursi koje pruža neformalni njegovatelj nisu dovoljni ili kada količina zahtjevnosti sugerira prelazak na formalni oblik.

Postojeća ekonomska teorija nastoji objasniti i odnos između formalne i neformalne njege, razmatrajući pritom može li formalna njega putem kompenzacije, supstitucije, nadopune ili nadjačavanja nadomjestiti neformalni oblik pružen od strane obitelji i prijatelji. Odnos kompenzacije zamjenjuje jedan oblik skrbi drugim, pritom poštujući prioritnost dostupnosti neformalne njege. Ako su svi oblici te vrste njege iscrpljeni, u potpunosti se zamjenjuju formalnom njegovom (Chappell, 1991; Penning, Chappell, 1990). Unutar kompenzacijskog modela razvio se i pod model specifičnog zadatka (*task-specific model*) pri kojem se naglašava da se neformalna njega (najčešće pružena od ženskog člana obitelji) odnosi na zadatke poput pranja, oblačenja, hranjenja dok je formalna njega usmjerena na korištenje medicinskih i tehnoloških „alata“. Stoga je na korisniku izbor kojim „zadacima“ više pretendira. Penning, Chappell (1990) podržavali su model specifičnog zadatka kao onaj koji može vrlo dobro objasniti vezu formalne i neformalne njege. S druge strane, supstitucijski oblik služi kao nadomjestak postojećoj baznoj njezi, primjerice kada se formalna njega kombinira s neformalnom radi boljeg zdravstvenog stanja, što je i potvrdio Viitanen (2007) koji je u svojoj analizi 12 Europskih zemalja zaključio da formalna njega zamjenjuje neformalnu pruženu od njegovatelja izvan kućanstva (prijatelji, volonteri) ali ne zamjenjuje neformalnu njegu pruženu od članova vlastitog kućanstva. Kao sveobuhvatni model, predstavljen je model nadopune koji sadržava elemente kompenzacijskog i supstitucijskog modela u toj mjeri da kada se iscrpi mogućnost njege neformalnim putem (zbog specifičnosti liječenja, potrebite medicinske skrbi), formalna njega pružit će potrebitu nadopunu (Noelker, Bass, 1989; Denton, 1997).

No, usprkos ponuđenim oblicima koji opisuju simbiozu formalne i neformalne njege, nedostatna javna podrška predstavlja najveću barijeru pri korištenju zdravstvenih i socijalnih usluga u situaciji odsustva ili smanjenog obima financijske pomoći (European Commission, 2017). Neformalna njega, iako je najčešće provođena od strane člana obitelji, nije besplatna ni za korisnika ni za državu. S obzirom na rastuće potrebe korisnika, provođenje neformalne njege utječe na brojne sfere života kao što su zapošljavanje, zdravlje i dobrobit pojedinca čime direktno uzrokuje posljedice i na lokalnoj i nacionalnoj razini (nezaposlenost, porast broja korisnika u potrebi, veći rizik od siromaštva i sl). U vezi s time, Pickard, King (2012) predviđaju povećanu potražnju za njegovateljima, koja će prevladati ponudu do 2060. godine što će uzrokovati deficit neformalnih njegovatelja za otprilike 20,000 u Nizozemskoj, 400,000 u Njemačkoj i preko milijun njegovatelja u Španjolskoj. Ovako visoke brojke, posebice u Njemačkoj i Španjolskoj upućuju na visoku razinu ovisnosti o neformalnoj skrbi u tim zemljama. Takav jaz između ponude i potražnje za neformalnom njegom posljedica je demografskih promjena, porasta broja starijih osoba, a osobito starih starijih koje premašuju broj mlađe generacije (Pickard, 2015).

U Europi je između 50 i 70% njege pruženo u okviru zajednica s velikom diverzifikacijom u obujmu, načinu i financiranju iste (Colombo et al., 2011). Belgija, Njemačka i Finska imaju visoko razvijen sustav neformalne njege sa velikim udjelom javne potpore za neformalne njegovatelje (Mot et al., 2012). Nizozemsku očituje visoka stopa novčane podrške za neformalne njegovatelje i mali udio zastupljenosti neformalne njege. U Italiji neformalna njega je razvijena i često se koristi sa vrlo malom javnom podrškom njegovateljima (Caputo et al., 2022). Njemačka i Italija imaju veliku ovisnost starijih o drugoj osobi i mali % korisnika koji primaju dugotrajnu njegu kod kuće (European Commission, 2021). Također, navedene zemlje (Njemačka i Italija) očituju i male javne podrške za njegu pruženu u kući (Mot et al., 2012).

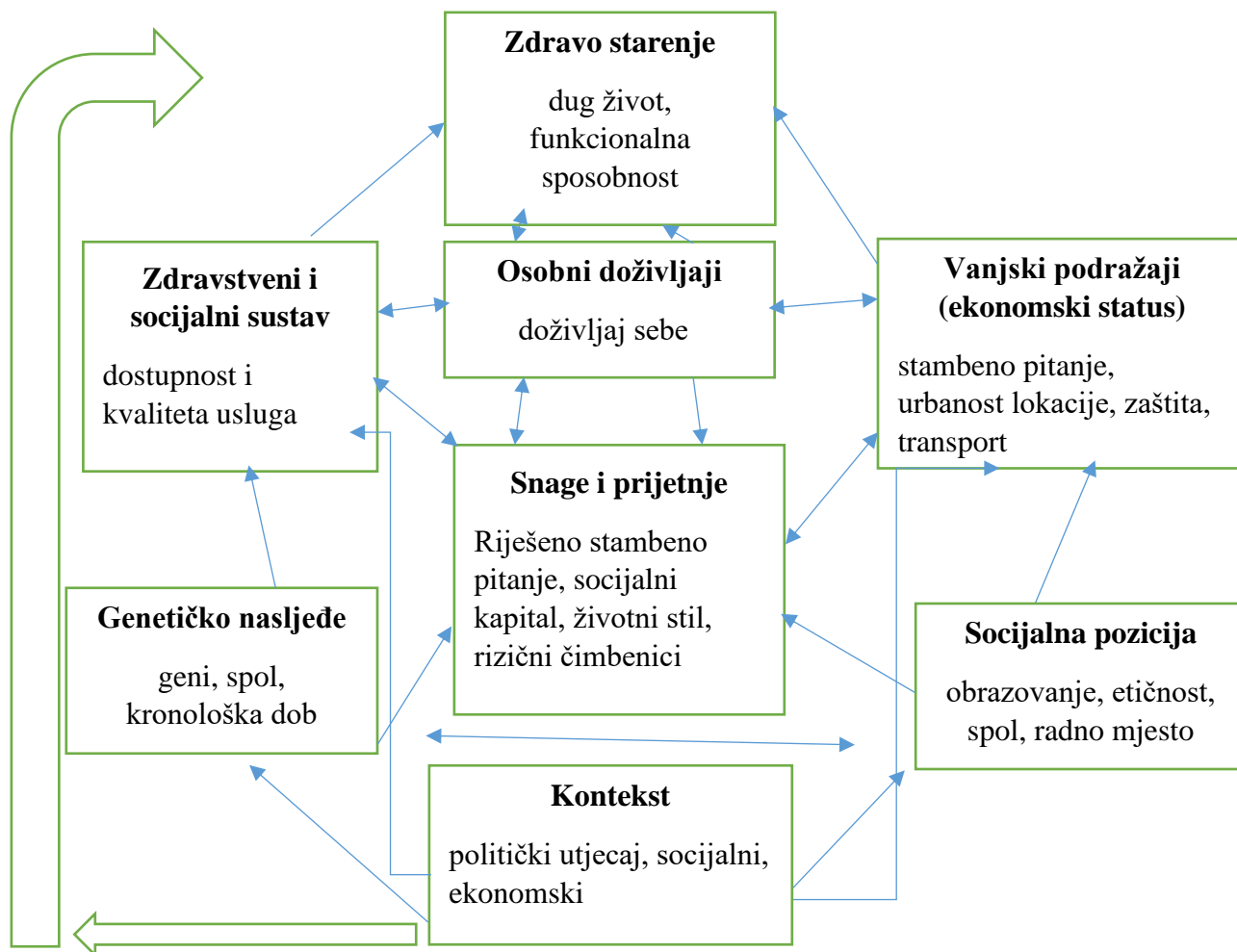
Nastavno na navedeno, novčane podrške korisnicima (za angažman njegovatelja) i njegovateljima (direktan transfer javnih sredstava, bez učešća korisnika) predstavljaju neophodan resurs za korištenje njege. Osim njih veliku važnost imaju i osobni čimbenici

(zdravstveno stanje, dohodak, obrazovanje, sastav kućanstva i sredina življenja) koji doprinose nejednakosti u korištenju kućne njege.

3. SOCIOEKONOMSKE NEJEDNAKOSTI U KORIŠTENJU FORMALNE I NEFORMALNE NJEGE

Socioekonomska nejednakost predstavlja razliku u dohotku, društvenoj klasi, pristupu radu i obrazovanju (Gao et al., 2021). Socioekonomska nejednakost u ranijoj fazi života može utjecati na negativne posljedice u starijoj dobi koje se povezuju sa smrtnošću, kroničnim bolestima i ovisnosti o drugoj osobi (Chittleborough et al., 2006). Socioekonomske prilike, s druge strane, određuju individue koji žive u jednoj sredini, a koji su promatrani u okviru četiri domene: 1.) zdravstveno ponašanje; 2.) mentalno stanje; 3.) socijalna i društvena uključenost; 4.) pogled na budućnost (Singh-Manoux, Marmot 2005). U vezi s time, genetičke, socijalne i vanjske odrednice najvažniji su čimbenici utjecaja na dobrobit, zdravlje i dug život. Wallance (2014) je odredio nekoliko poveznica koje utječu na životni ciklus starijih osoba: 1.) socioekonomske prilike u prenatalnoj dobi i djetinjstvu; 2.) zdravstveno stanje koje utječe na socijalno - ekonomske prilike ili ograničenja; 3.) podjela društva u različite kategorije s obzirom na dobne predispozicije; 4.) nasljeđe zdravstvenih ograničenja iz starije u noviju generaciju uvjetovano rođenjem. Shema 2 u nastavku prikazuje čimbenike koji direktno i indirektno utječu na distribuciju zdravlja starije populacije.

Shema 2: Čimbenici utjecaja na distribuciju zdravlja među starijom populacijom

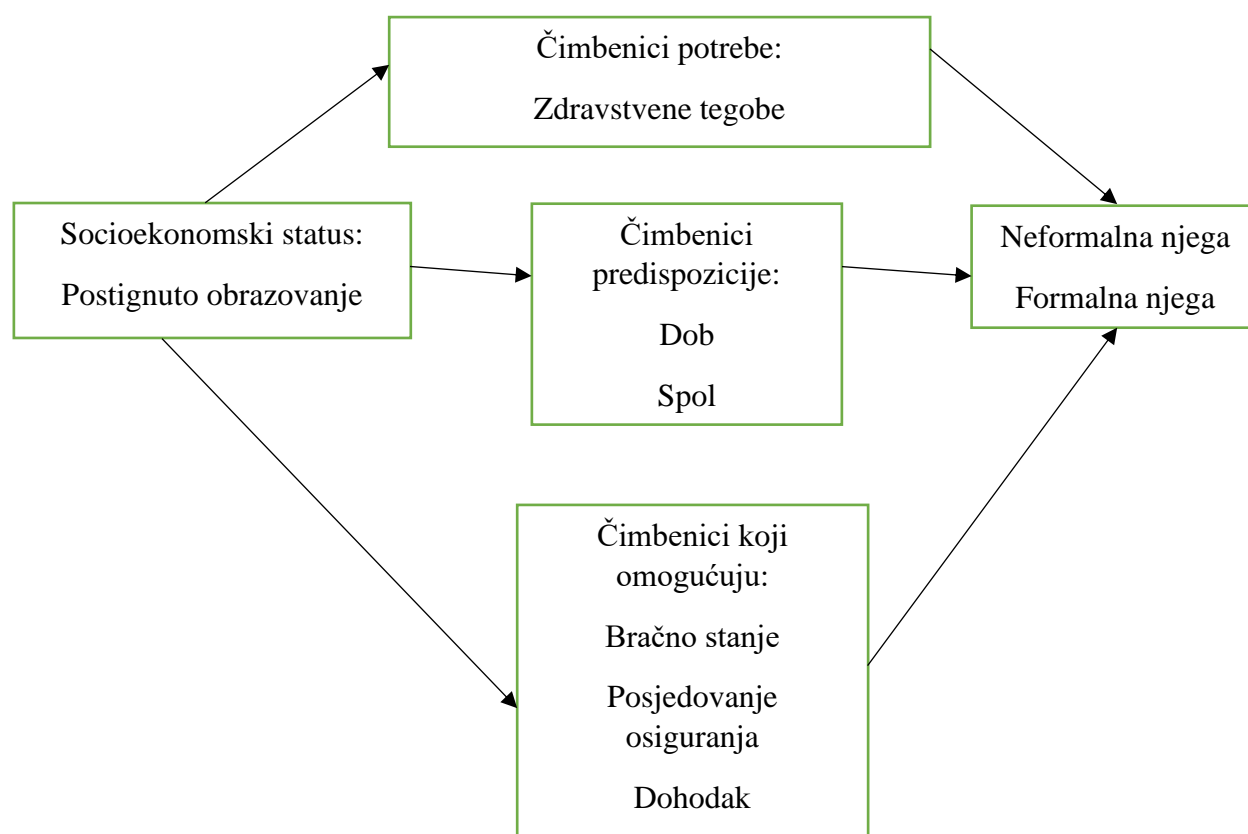


Izvor: Prilagodila doktorandica prema Solar, Irwin, 2007; WHO, 2008.

Pokazatelji u shemi 2 predstavljaju individualne i vanjske podražaje koji mogu utjecati na nejednakost u pružanju i korištenju dugotrajne njege. Pod individualnim podražajima može se razmatrati percepcija vlastitog poimanja (osobni doživljaj sebe), genetičke predispozicije (dob, spol, geni) koje utječu i na održavanje zdravstvenog stanja (zdravo starenje, funkcionalna sposobnost) uz važnu ulogu radno - obrazovanih kvalifikacija stečenih tijekom života (socijalna pozicija). Vanjski podražaji uključuju sve indirektno čimbenike pojedinca, kao što su gospodarsko - ekonomski status (razvijenost regije, postojanje infrastrukture), koncept zdravstvenog i socijalnog programa (novčane pomoći, dostupni specijalistički

pregledi) i nacionalnog konteksta (politički, ekonomski, socijalni izazovi). Unutar SWOT analize u kontekstu predstavljenih čimbenika, kombinacija individualno - vanjskih podražaja (riješeno stambeno pitanje, socijalni kapital, životni stil, rizični čimbenici) imaju značaj u razvoju socioekonomskih nejednakosti. Stoga su Andersen i Newman (1973) razvili okvir međusobne povezanosti između socioekonomskih čimbenika i korištenja formalne i neformalne njege što je prezentirano u nastavku (shema 3).

Shema 3: Međusobna povezanost socioekonomskih čimbenika na korištenje formalne i



Izvor: izrada doktorandice na temelju Andersen i Newman (1973)

Prema Andersen i Newman (1973) individualne potrebe za njegom posljedica su *čimbenika predispozicije* (spol i dob) kao i *čimbenika koji omogućuju* (bračno stanje, posjedovanje osiguranja, dohodak) (shema 3). Može se zaključiti da je posljedica socioekonomskih razlika u korištenju njege posljedica *čimbenika potrebe* koji su iskazani narušenim zdravstvenim

stanjem, potom *čimbenika predispozicije* u kojima su najčešće žene degradirane u odnosu na muškarce u korištenju njege i *čimbenika koji omogućuju* (primjerice viši dohodak daje i veću raspoloživost u izboru njege). Uz to, Meer (1998) ukazuje na važnost *čimbenika nacionalnog sistema* (koji zbog velikodušnosti sistema može dovesti do razlika u korištenju određenog tipa njege) i *kulturoloških normi* (kao posljedica uvriježenih stavova kako su članovi obitelji prvi nosioci skrbi starijeg korisnika).

Postoji nekoliko teorija koje razmatraju utjecaj socioekonomskih prilika na životni ciklus. Razlikujemo kumulativnu teoriju (Dannefer et al., 1987; Ross, Wu, 1996) koja zagovara da utjecaj socioekonomskih čimbenika na zdravlje kroz godine raste obzirom na akumulirane resurse i rizike kroz život koje mogu dovesti do ukupnih prednosti ili ograničenja u pristupu zdravstvenih usluga. Pobornici teorije „godine kao nivelir“ (*ageing as leveler*) navode da socioekonomski utjecaj opada u starijoj životnoj dobi za razliku od utjecaja u srednjoj životnoj dobi, obzirom na čimbenike utjecaja. Navode kako bi ulazak u mirovinu trebao smanjiti nepovoljne prilike u radnom odnosu, a socijalne politike bi mogle dovesti do manjih nejednakosti u starijoj dobi. Smatraju da se biološka slabost može objasniti i ubrzanim opadanjem zdravlja i u višim socioekonomskim grupama što dovodi do konvergencije statusnih grupa (Herd, 2006). Uz to selektivno preživljavanje (eliminiranje nepotrebnih rizika) može umanjiti socioekonomske razlike u pristupu zdravstvenoj njezi u starijoj dobi (Lynch, 2003). Posljednja teorija nazvana kontinuirana (O’Rand, Henretta, 1999) navodi da životni stil u mlađoj dobi utječe na aktivnosti i socioekonomske karakteristike i u starijoj dobi, tj. da se kontinuirano nastavlja.

Spomenuti čimbenici utjecaja kao i socioekonomske teorije razradit će se u nastavku.

3.1. Obrazovanje kao čimbenik stabilnosti u razmatranju socioekonomske nejednakosti

U promicanju zdravog načina života ključnu ulogu ima obrazovanje. Selivanova, Cramm, (2014) i WHO (2015) navode da su osobe nižeg obrazovanja (primarno, sekundarno) manje sklonije fizičkoj aktivnosti u odnosu na osobe višeg obrazovanja (tercijarno). Činjenica je da 1 od 5 osoba starije dobi sa nižim obrazovanjem boluje od Alzheimerove bolesti (Norton et al., 2014). Posljedica je to naglašenije svijesti o prevenciji i promicanju zdravijeg načina života osoba sa višim stupnjem obrazovanja. Znanstveno je dokazano da educiranije skupine ljudi pretežito koriste formalnu njegu ili kombinaciju formalne i neformalne njege (Kemper, 1992). Ne samo da je razina obrazovanja jedan od uzroka nejednakosti u pružanju dugotrajne njege jer je povezana i s platežnom mogućnosti, već dopušta pojedincu prednost u zahtjevima za ostvarenje prava za njegom. Veća je vjerojatnost da će korisnici sa višim stupnjem obrazovanja preferirati formalne oblike dugotrajne njege. Grupe nižeg socioekonomskog statusa sa najnižim obrazovanjem najčešće provode neformalnu dugotrajnu njegu čak i nakon uzimanja u obzir razlika u zdravstvenom statusu između socioekonomskih skupina i drugih karakteristika štićenika (Bonsang, 2009; Broese van Groenou et al., 2006). Istraživanja provedena u Švicarskoj (Tough et al., 2019) i Japanu (Saito et al., 2018; Tokunaga, Hashimoto, 2017) ukazuju da čimbenici okruženja utječu i na njegovatelje na način da pripadnici socioekonomskih grupa sa nižim dohotkom i obrazovanjem, pružaju intenzivniju njegu korisnicima vlastitog kućanstva i imaju brojne poteškoće u provođenju istih, za razliku od njegovatelja u socioekonomskim grupama sa višim dohotkom i boljim obrazovanjem. Osobe nižeg socijalnog statusa, manjeg dohotka i nižeg stupnja obrazovanja imaju veći limit u dostupnosti dugotrajne njege u odnosu na generalnu populaciju (Kickbusch et al., 2013). Razloge treba potražiti u nekoliko smjerova: educiraniji pojedinci često imaju i educirane potomke kojima je velik oportunitetni trošak (zbog boljeg posla) skrbiti o potrebitom članu obitelji (zbog toga koriste formalnu njegu). Uz to, obrazovani stariji nastoje rješavati svoje zdravstvene probleme samostalno, bez angažmana djece. Treće, dostupnost pravih informacija o korištenju i mogućnosti provođenja pojedine vrste njege lakše je razumljiva

osobama boljeg edukacijskog ranga. U studiji koja je promatrala dugotrajne učinke za zdravlje, obrazovanje je detektirano kao jedan od čimbenika koji direktno utječe na prednosti i nedostatke zdravstvenog stanja (Mirowsky, Ross, 2005). Postoji velika vjerojatnost da educiranije osobe tijekom života steknu bolje životne uvjete, navike i ponašanja, a imaju i lakšu sposobnost adaptacije na trenutne negativne ishode (gubitak posla, gubitak voljene osobe, financijski slom). Postoje dva uvriježena pravca razmatranja kako obrazovanje utječe na zdravlje tijekom života. Prvi navodi da obrazovni rang utječe na razlike u zdravlju posebice tijekom mladosti i zrele faze života i kontinuirano se nastavlja u starosti (Aneshensel et al., 1984). To je gledište biološkog smjera u kojem se stanje uma i tijela pogoršava tijekom vremena. Socioekonomski nedostaci stečeni tijekom života (kao što su nehumani uvjeti rada i življenja, visoka razina negativnog stresa) nastavljaju se i u starijoj dobi i uzrokuju zdravstvene nejednakosti (Ross, Wu, 1996). Drugi pravac ističe da su posljedice različite obrazovne spremne na zdravlje vidljive tijekom mladosti i zrele faze života, nakon čega počinju opadati i postaju sve manje uočljive (Beckett, 2000; House et al., 1990). Tom pravcu pripada i najveći broj studija, koje svjedoče da se zdravstvene nejednakosti smanjuju nakon 60-godine života (*godine kao nivelir* teorija). Jedan od razloga opadanja zdravstvenih nejednakosti u starijoj životnoj dobi je i činjenica da su pripadnici slabijih socioekonomskih grupa najčešće sustavno zdravstveno potkrijepljeni. Osobe najnižeg dohotka (koji su najčešće i najnižeg obrazovanja) unutar socijalnog sustava imaju osiguranu adekvatnu skrb i njegu, te su na taj način izjednačeni u „prilikama“ koje koriste pripadnici bogatijih i obrazovnijih socioekonomskih grupa (Herd, 2006). Uz to obrazovne razlike manje obrazovnijih, koje bi mogle utjecati na različito zdravstveno stanje u starijoj dobi se smanjuju obzirom na velikodušnost države (socijalna osjetljivost za najsiromašnije) i prelaskom na mirovine.

Obrazovanje je egzogena varijabla koja je stabilna tijekom vremena i određuje druge pokazatelje kao naprimjer vrstu zaposlenja i dohodak. Postoji velika vjerojatnost da osoba višeg obrazovanja ima bolju radnu poziciju i viši raspoloživi dohodak. Uz to, obrazovanje utječe i na status unutar socioekonomske grupe budući da su bolje obrazovnije osobe najčešće pripadnici boljih socioekonomskih grupa u razvijenijim sredinama. Također,

obrazovanje je konstantan i stabilan pokazatelj, stečen u ranoj mladenačkoj fazi i nepromjenjiv na okolnosti za razliku od primjerice dohotka koji može varirati promjenom radnog mjesta. Obrazovanje također može utjecati na zdravstvene prilike. Primjerice, bolje obrazovan pojedinac iznenada promijeni radno mjesto koje mu donosi manji raspoloživ dohodak od prethodnog. Nezadovoljstvo, tj. negativan stres imat će za posljedicu narušavanje zdravstvenog stanja. Međutim, obrazovaniji pojedinac će se lakše adaptirati na novu situaciju i shodno informacijama s kojima raspolaže, potražiti alternativne prilike u okruženju.

Unutar kumulativne teorije, koju je u znanstvenoj literaturi prvi predstavio Merton (1968) obrazovanje utječe na definiciju radnog odnosa, životnu okolinu, raspoloživ dohodak, štednju, zdravlje i mirovinu te na taj način utječe na dohodovne nejednakosti koje se povećavaju s godinama (Mehdizadeh, Luzadis, 1994; O'Rand, 1994). Obrazovanje kao stabilna varijabla i u apsolutnom i relativnom značenju pripada kontinuiranoj teoriji zbog toga što obrazovanje oblikuje životnu pozadinu pojedinca uključivanjem različitih prilika i aktivnosti koje su prisutne i u kasnijoj životnoj dobi. Iako u današnje vrijeme raste stopa obrazovanih, ova varijabla u razmatranju često ide u korist najobrazovanijih. Osobe viših razina obrazovanja posjeduju određene vještine kojima se lakše suočavaju sa rizicima i lošim posljedicama u obitelji, poslu, socijalnom okruženju u odnosu na niže obrazovane osobe koje nemaju saznanja kako se suočiti sa novonastalim problemima. Obrazovanje utječe na ekonomske čimbenike (razina dohotka kućanstva, mirovine), socijalne (socijalna podrška) i osobne (životni stil, navike - primjerice spoznaja o negativnim posljedicama ovisnosti) (Ross, Wu, 1995; Williams, 1990). Obrazovaniji korisnici sa većim financijskim resursima susreću manje barijere u korištenju usluga dugotrajne njege za razliku od korisnika nižih obrazovno - dohodovnih grupa.

Neravnomjerna distribucija dugotrajne njege (LTC - *Long term care*) među regijama, pogodovanje bogatijim i obrazovanim korisnicima u smislu kvalitetnije i modernije usluge (primjerice smještaj u bolje opremljenim domovima za starije) kao i način brige prema zdravlju osobi iz boljeg socioekonomskog položaja/statusa (veći broj sati posvećenog medicinskog osoblja) pridonosi velikoj razlici u korištenju usluga (i pomoći kao i outputu na zdravlje) u odnosu na siromašnije i manje educirane korisnike.

3.1.1. Dohodak kao presudna varijabla za ostvarivanje željene razine njege unutar socioekonomskih grupa

Uz obrazovanje i dohodak ima vrlo velik utjecaj na socioekonomsku poziciju pojedinca. Dok je obrazovanje jednostavno mjerljiva varijabla, vrlo stabilna, stečena u ranijoj odrasloj dobi, dohodak predstavlja varijabilnu (promjenjivu) varijablu koja se kroz život može mijenjati ovisno o rizicima i okolnostima uvjetovanim starenjem (mirovine). Unatoč tvrdnji da je smanjeni dohodak pozitivno koreliran sa neformalnom kućnom njegom, autori Brackley, Penning (2009) navode da su korištenje i intenzitet neformalne kućne njege obrnuto proporcionalni dohotku, tj. da će bogatiji pojedinci koristiti neformalnu kućnu njegu u većem broju sati. To opovrgava Bonsang (2009) koji tvrdi kako dohodak ima vrlo važnu ulogu pri odabiru formalne usluge dugotrajne njege, a zajedno sa višim stupnjem obrazovanja ima i pozitivan utjecaj na broj sati potrebne njege. Bogatiji ljudi imaju bolji pristup zdravstvenoj njezi i ostvaruju bolje rezultate u poboljšanju vlastitog zdravlja korištenjem tih usluga (Van Deurzen, 2014; Rehnberg, Fritzel, 2016). Preferencije bogatijih korisnika ukazuju na odabir korištenja formalne njege, što je potvrdilo i istraživanje Tenand et al. (2020) da je sklonost odabiru između profesionalne/trenirane njege u kući ili njege pružene neformalnim putem uvjetovana dohotkom. Što je dohodak veći, veća je dostupnost formalne usluge. Dostatan dohodak omogućuje pojedincima konzumiranje zdravijeg životnog stila, uz smanjene negativne čimbenike (ovisnosti, stres) u boljoj zdravstvenoj i psihološkoj okolini u kojoj pojedinac živi. Na taj način, uz viši dohodak postaju i pripadnici boljih socioekonomskih sredina u kojima uživaju navike i ponašanja koja unaprjeđuju ili održavaju njihovo zdravlje na višoj razini u odnosu na pripadnike lošijih socioekonomskih grupa. S druge strane, Ricardo et al. (2017) navodi da su siromašnije osobe većinski korisnici neformalnih oblika njege (obitelj, prijatelji), a kao uzrok navode da imaju ograničen pristup formalnoj njezi koja je uvjetovana visokim financijskim resursima s kojima ne raspolažu siromašni kao i količinom pravih informacija o njezi općenito (Albertini, Pavolini, 2017; Ilinca et al., 2017). U vezi s time, Međunarodna socijalna prava usmjerena su prvenstveno na osobe sa manjim dohotkom, koje najčešće žive u višečlanoj obitelji i izbjegavaju plaćanja za dugotrajnu njegu

(neformalni oblik) (Theobald, 2012). Smatra se da siromašnije grupe korisnika imaju i težu zdravstvenu sliku, veće poteškoće u provođenju dnevnih aktivnosti ali i nedovoljnu količinu informacija o mogućnostima dostupnih oblika njege. Pripadnici siromašnijih socioekonomskih skupina imaju veći rizik za dugotrajno obolijevanje (Pongiglione et al., 2015), nižu stopu zaposlenosti što posljedično utječe na vrlo malu mogućnost pristupa educiranoj usluzi njegovatelja (formalan tip) (Broese van Groenou et al., 2006). Korisnici iz slabijih socioekonomskih grupa nisu u mogućnosti samostalno financirati korištenje formalne njege zbog velikih dodatnih izdvajanja, a socijalni sistemi pomoći mnogih nacionalnih država testirani su sukladno zdravstvenim potrebama, pa se korisnicima slabijih dohodovnih mogućnosti i lošijeg zdravlja otvara mogućnost korištenja formalne njege putem različitih intervencija socijalne pomoći. U istraživanju Broese van Groenou et al. (2006) navode da osobe slabijih socioekonomskih grupa imaju veće šanse primiti formalnu njegu od korisnika viših grupa (bogatiji i obrazovaniji), što je vjerojatno rezultat korištenja financijske pomoći socijalnog programa. Tome svjedoči i izvješće OECD-a, WHO (2003) u kojem se navodi da su potrebe neravnomjerno raspoređene među populacijom u korist korisnika sa manjim prihodom. Autori Caminada et al. (2017) tvrde da nejednakost u dohotku nema prevelik utjecaj na starije osobe u Europi, dok drugi (Been et al., 2017) tvrde da povećanje nejednakosti u dohotku utječe na promjene u efikasnosti, velikodušnosti i pokrivenosti socijalnog sustava (posebice mirovinskog sustava) i potencijalan rast u nejednakostima u pružanju dugotrajne njege među starijim osobama (Raitano, 2016). U siromašnijim socioekonomskim regijama, novčane pomoći pružene za skrb potrebitom korisniku korištene su kao nadomjestak nedostatnog dohotka za pokrivanje troškova života. Zbog takvog stanja, članovi obitelji nemaju „višak“ novčanih sredstava za plaćanje educiranog njegovatelja i time tu ulogu preuzimaju sami (primjerice u Italiji) (Hiel et al., 2015). U zemljama gdje je dostupnost formalne njege ograničena ili iziskuje velik nadomjestak iz vlastitih izvora, članovi obitelji također postaju neformalni njegovatelji, kombinirajući na taj način formalnu i neformalnu njegu (slučaj u Grčkoj i Češkoj) (Suanet et al., 2012).

Autori Albertini, Pavolini (2017) smatraju da bi samo razmatranje dohotka prilikom evaluacije količine javne podrške moglo dovesti do pogrešnih zaključaka, jer korisnik može imati i imovinu koja onda čini veće bogatstvo u odnosu na korisnika koji imovinu nema. Zbog toga je potrebno sagledati akumulirano bogatstvo, iako takav stav može dovesti do diskriminirajućeg položaja (zbog nemogućnosti korištenja potrebne njege uzrokovane manjkom dohotka ali posjedovanjem imovine). Iako se dohodak pojedinca smanjuje ulaskom u mirovinu, autori Allin et al. (2011) smatraju kako bi akumulirano bogatstvo (dohodak, imovina, štednja) tijekom godina moglo pridonijeti odabiru željene vrste usluge dugotrajne njege. Vlasništvo nad kućom moglo bi stvoriti dodatnu obiteljsku povezanost i time prevagnuti u korist neformalne njege. Financijske zalihe, ukupno bogatstvo i posjedovanje nekretnina može utjecati na bolji socioekonomski položaj korisnika u društvu. U vezi s time, osoba koja posjeduje neku vrstu štednje ili imovine ima veće šanse koristiti profesionalnije zdravstvene usluge i izbjeći ugrožavanje vlastite egzistencije.

Smatra se da je akumulirano bogatstvo posljedica životnog stila tijekom godina, stoga se može zaključiti da nejednakosti nastupaju kao zbroj svih rizičnih čimbenika od djetinjstva pa do starije dobi (Arcaya et al., 2015). Allin et al. (2011) smatraju da je akumulirano bogatstvo pravi čimbenik za mjerenje socioekonomskih nejednakosti, pošto dohodak i status u društvu gube svoj značaj kad osoba nije radno aktivna (primjerice ode u mirovinu). S druge strane, ukupno bogatstvo daje prednost u zadovoljenju potreba (primjerice osoba koja ima vlastitu kuću ne treba plaćati najam već taj iznos distribuira za zdravstvenu njegu). Stupanj obrazovanja je u značajnoj mjeri povezan sa ukupnim bogatstvom budući da se pretpostavlja da će educiranija osoba imati veće šanse akumulirati svoja sredstva tijekom života. Međutim, uzimanje dohotka kao jednog od parametara pri određivanju socioekonomskih nejednakosti u korištenju dugotrajne njege može dovesti i do pogrešnih zaključaka u korist siromašnih i prevlasti neformalne njege zbog zanemarivanja šire slike pojedinca koji može biti dohodovno siromašan, ali imovinski bogat. Autori Rodrigues et al. (2018) smatraju da bi uključivanje imovine u sadržaj razmatranja socioekonomskih nejednakosti (posebice unutar varijable neformalne njege) dovelo do različitih rezultata u korist bogatih, a time i do pogrešnih zaključaka o ravnomjernoj kombinaciji oba tipa usluga (formalne i neformalne njege). Takvo razmišljanje podupiru i drugi autori (Tenand et al., 2020) koji detektiraju tri razloga zašto je

dohodak kućanstva najbolji izbor kriterija za mjerenje socioekonomskih nejednakosti: 1.) dohodak je rangirajuća varijabla, lako mjerljiva; 2.) dohodak uključuje i mirovine - glavni izbor prihoda u starijoj dobi, dok primjerice bogatstvo (kao ukupan pojam) ne uključuje socijalno osiguranje bogatstva; 3.) dohodak predstavlja najčešće korištenu varijablu za mjerenje socioekonomskih nejednakosti pri nacionalnim i lokalnim razinama.

Freedman et al. (2004) razmatranjem dohotka i imovine pojedinca (s obzirom na zdravstveno stanje i demografske promjene okoline) ustanovili su da će pojedinci koji se nalaze u posljednjoj i najsiromašnijoj socioekonomskoj kategoriji imati 50% veće šanse u dostupnosti kućne njege u odnosu na pojedince u najbogatijim socioekonomskim kategorijama. Uzrok tome vjerojatno leži u većoj javnoj podršci koja je pružena pojedincima na pragu egzistencijskog minimuma. S druge strane, veći dohodak pojedinca povezan je s većom vjerojatnosti zadovoljenja potreba za njegom. Osobe boljih socioekonomskih uvjeta imaju veće šanse koristiti profesionalne zdravstvene usluge za razliku od osoba koje su slabijih socioekonomskih mogućnosti poglavito u zemljama gdje je izraženiji privatni zdravstveni sistem (kada korisnik mora izdvajati značajna novčana sredstva) u odnosu na zemlje gdje je zdravstvena i socijalna skrb osigurana u okviru univerzalnog zakona (Lera et al., 2020). Isto tako, zemlje koje populariziraju kriterije ekonomskih izvora (dohodak, imovina) isključuju bogati dio populacije u korištenju kućnih usluga pruženih od strane javnog tijela, pa su stoga bogatiji korisnici „primorani“ potražiti alternativni izvor (privatne organizacije) (European Commission, Long-term care report, 2021). Međutim, slabiji dohodak ograničava pristup profesionalnim zdravstvenim uslugama pojedincima sa „oskudnim“ dohotkom ako su privatna plaćanja zahtijevana radi korištenja potrebne njege (Cho, 2005).

U tako šarolikom sistemu socijalnih programa među zemljama članicama EU-a, važan čimbenik je i geografska pozicija unutar države, s obzirom na brojnije pogodnosti korisnika urbanih krajeva koji, možda, ne nužno bogatiji (od ruralnih korisnika), uživaju više opcija u izboru njege zbog razvijenije infrastrukture i jače podrške lokalne zajednice (izdašnije novčane pomoći).

3.1.2. Geografske okolnosti i razvojna razina infrastrukture

Različitosti u dohotku uzrokuju nejednakosti u dostupnosti usluga, a uvjetovane su infrastrukturnim izazovima (dislociranost institucija, blizina neformalnih njegovatelja), ekonomskim ograničenjima (viša izdvajanja za formalnu njegu u odnosu na neformalnu) i kulturološkim uvriježenostima (supružnici brinu jedni o drugima dok god je moguće) (Lera et al., 2020). Velik infrastrukturni izazov predstavlja i geografska pozicija korisnika obzirom na urbanost regije. Razvijenije regije su najčešće centralizirane te u startu imaju veću lepezu dostupnih usluga dugotrajne njege (Spasova et al., 2018). U ruralnim područjima, 80% osoba sa manjim primanjima i većim oboljenjima (demencija) koristi neformalni tip usluga (Chuakhamfoo et al., 2020). Smatra se da starije osobe u manje socioekonomski razvijenim regijama imaju veću podložnost razviti zdravstvene tegobe zbog socijalnih nejednakosti u pristupu njege među regijama (Espelt et al, 2008; Lantz et al., 2001; Lynch et al., 1997), što potvrđuje i istraživanje Fernandez, Forder (2015) koji tvrde da su bolje razvijene sredine (JLRS) razvile veći broj dostupnih usluga u pružanju dugotrajne njege.

Korisnici koji žive u urbanijim sredinama najčešće biraju formalni oblik njege, s obzirom na to da je u tim sredinama i veća dostupnost formalnog oblika, bilo da je riječ o pružanju takve usluge u kući ili instituciji, s tim da su formalne usluge manje razvijene u zemljama istočne i južne Europe (Spasova et al., 2018). Život u urbanim sredinama pruža mnoge mogućnosti za starije, što otvara i pretpostavku da će gradski korisnici imati veće opcije u izboru korištenja različitih vrsta usluga. Međutim studija Paraponaris et al. (2012) pokazuje da se život u urbanoj sredini ne mora nužno povezati sa korištenjem formalne njege. U vezi s time, život u ruralnim sredinama očituje se boljom socijalnom i familijarnom vezom koja pogoduje razvoju neformalnog oblika skrbi (L'heureux et al., 2022), dok život u boljim socioekonomskim sredinama daje mogućnost unaprijeđenja zdravlja korištenjem boljih prilika unutar zajednice (Srivarathan et al., 2019). Čak i osoba lošijih socioekonomskih mogućnosti unutar bolje socioekonomske zajednice može unaprijediti svoje zdravlje zbog „susjedskih benefita“. Naime, ako je osoba lošijih dohodovnih mogućnosti i kao takva u

lošijoj poziciji u korištenju zdravstvenih usluga, zbog susjedskih okolnosti, tj. pripadnosti određenoj socioekonomskoj zajednici, zanemarit će osobne nemogućnosti korištenjem benefita zajednice (zajednički dom zdravlja) (Spini et al., 2019). Spini et al. (2019) u svom istraživanju navode da socijalna podrška, međuljudsko povjerenje i društvena kohezija mogu pozitivno utjecati na smanjenje nejednakosti u zdravlju. Osim direktnih učinaka „susjedske“ socioekonomske pozicije, pripadnost osobe određenoj socioekonomskoj sredini (SES) može imati i pozitivne rezultate na psihološke, socijalne i ostale društvene karakteristike koji u znatnoj mjeri mogu unaprijediti zdravlje (Browning et al., 2020).

Još je 1990. godine Esping-Andersen klasificirao države blagostanja na temelju nacionalne podrške u provođenju dugotrajne njege. Iako je takva klasifikacija na državnom nivou, također odražava različitosti u regijama. Zemlje veće nacionalne velikodušnosti (razvijenije regije) direktno i indirektno usmjeravaju korisnike na odabir formalne njege (obzirom na infrastrukturna ulaganja, novčane pomoći) (Fernandez, Forder, 2015). Prema Esping-Andersenu (1990), skandinavske/zemlje sjeverne Europe imaju socijalno - demografski režim sa viskom razinom javne podrške u provođenju dugotrajne njege, jedinstven koncept koji sve potrebite jednako tretira. Konzervativnu grupu/zemlje kontinentalne Europe karakterizira status quo, socijalna prava se ostvaruju sukladno poslovnom doprinosu. Espinova karakterizacija uključuje i Italiju u konzervativnu grupu zemalja. U zemljama južne Europe, primjerice u Španjolskoj, nacionalna potpora za neformalne njegovatelje koji pružaju dugotrajnu njegu je vrlo oskudna, unatoč dominirajućem udjelu u ukupnom broju njegovatelja. Zemlje Centralne Europe (Austrija, Njemačka) imaju vrlo heterogen sistem podrške uz socijalna osiguranja kao jedan od instrumenata, međutim neformalna njega nije toliko popularan izbor njege.

U vezi s time, osobe starije životne dobi koje boluju od kroničnih ili težih zdravstvenih tegoba (zbog kojih je otežana poslovna aktivnost), a žive u sredini koja ne pruža mogućnost neformalnih njegovatelja ali ima izdašniju podršku nacionalnog sustava, sklonije su koristiti usluge ponuđene od strane države nego od obitelji (Mair et al., 2016). Ako se u sustavima sa snažnom novčanom podrškom dugotrajnoj njezi pokaže preferencija za neformalnim oblikom skrbi, takva reakcija može indicirati nezadovoljstvo postojećom infrastrukturom ili

oblicima njege organiziranoj od strane države ili jedinice lokalne samouprave (Mair et al., 2016). Veće nejednakosti u korištenju neprofesionalne (neformalne) pomoći primijećene su u južnoj Europi gdje su javna davanja za dugotrajnu njegu manja (Spasova et al., 2018) u odnosu na kontinentalnu Europu koje imaju kombinaciju privatnog i javnog financiranja (Hlebec et al., 2019). Nisu primijećene nejednakosti u korištenju formalne njege u sjevernoj Europi koju karakteriziraju visoka javna davanja za dugotrajnu njegu (Carrieri et al., 2017). U zemljama Mediterana količina javne podrške i novčanih pomoći za neformalnu njegu su vrlo niska za razliku od zemalja sjeverne Europe koje izdvajaju velik udio BDP-a za sve oblike njege (neformalnu i formalnu njegu) (Rodrigues et al., 2014). Korisnici Centralne (središnje) Europe primaju širok opus raznovrsnih javnih potpora i pomoći koje su regionalno diferencirane, međutim poticanje neformalne njege nije toliko naglašeno (Kraus et al., 2010; Mot, Bíró, 2012). U analizi Bien'1 et al. (2013) između korisnika 6 Europskih zemalja primijećena je veća razina nezadovoljenih potreba kada je razina javne podrške manja. Veća razina javne potpore ima pozitivnu korelaciju sa povećanjem zadovoljenih potreba za dugotrajnu njegu (European Commission, 2021). Autori Jiménez-Martín, Prieto (2012) uočili su da u visoko razvijenim društvima udio neformalne njege opada, tj. kombinira se s formalnom njegom. Takav suodnos predstavlja i najbolji pristup dugotrajnoj njezi koje nastoje integrirati brojne europske zemlje unutar vlastitih socijalnih sustava na decentraliziranim lokacijama.

3.1.3. Narušeno zdravstveno stanje pojedinca kao povod za informiranje o dostupnoj njezi

Autori Jiménez-Martín, Prieto (2012) uočili su povećanje formalne njege među kućanstvima sa lošijim dohotkom i u manje razvijenim regijama. Tome razlog valja potražiti u ozbiljnosti zdravstvenog stanja korisnika i nemogućnosti neformalnog njegovatelja da pruži adekvatnu njegu u obimu koje iziskuje zahtjevniji stadij bolesti. Shodno tome, uzrok nejednakosti u

zdravlju može biti posljedica raznovrsnosti u: 1.) pristupu zdravstvenih usluga; 2.) u načinu provođenja tih usluga (efikasnost usluga) i 2.) brizi o vlastitom zdravlju (WHO, 2019). Sva tri pristupa zahtijevaju posebnu pozornost, budući da su međusobno ovisna, jer iako se eliminiraju u jednom od tri navedena uzroka, nejednakosti mogu nastati u drugom. Briga o vlastitom zdravlju zahtjeva i horizontalno i vertikalno razmatranje ponuđenih i korištenih zdravstvenih usluga u skladu sa mogućnosti nacionalnog sistema (briga socijalne države) ili privatno. U državama koje izdvajaju veće financijske resurse za podršku dugotrajnoj njezi, posebice u sustavima sa sveobuhvatnom podrškom (primjerice Nizozemska) (Rodrigues et al., 2014), korisnici imaju veću sklonost formalnom odabiru skrbi od strane javnog pružatelja. Korisnici takvog sustava imaju veću svjesnost o radnoj potrebi članova svoje obitelji, stoga biraju formalne oblike umjesto neformalnih kako ne bi ugrozili financijsku stabilnost i karijeru članova obitelji (Sperber et al., 2014). Tome u prilog ide i analiza Jiménez-Martín, Prieto (2012), koji su uočili maksimalno korištenje formalne njege u najsiromašnijim i najbogatijim kućanstvima, međutim ukazuju na različit izvor pružanja te iste njege. Opravdanje takve situacije vjerojatno proizlazi u činjenici da je najsiromašnijim građanima formalna njega „dodijeljena“ unutar socijalnog sistema, dok su korisnici bogatih primanja samostalno izabrali najbolji i najkvalitetniji oblik njege (formalne) sukladno vlastitim interesima i u intenzitetu kojeg žele. Nacionalna politika i velikodušnost socijalnog sustava kao samostalne varijable mogu imati utjecaj na zdravstveno stanje populacije ali ne presudan. Primjerice, u Italiji i Španjolskoj politika novčanih pomoći unutar socijalnih sistema nije toliko izdašna kao u zemljama sjeverne Europe (Esping-Andersen, 1990; Ferrera, 1996), no unatoč tomu, bilježe manje nejednakosti u smrtnosti. Kulturološke vrijednosti, mediteranska ishrana bazirana na plodovima mora, zdraviji način života i ugodnija klima jedno su od mogućih objašnjenja (Mackenbach et al., 2000; B Knoop et al., 2004).

Znanstvene studije detektirale su 6 varijabli koje povezuju socioekonomske pozicije i zdravlje: 1.) socio-demografske; 2.) ekonomske; 3.) utjecaj okoline; 4.) vlastito ponašanje; 5.) mentalno i fizičko zdravlje; 6.) zdravstveni ishodi (Andreson, Armstead, 1995). Dakle

socioekonomske nejednakosti definirane su individualnim kontekstom i samim uređenjem sustava (dakle, regulatorni-institucionalni sustav dugotrajne njege u pojedinoj državi).

Nastavno na zdravstvene ishode, važnu ulogu u održavanju zdravlja ima i životni stil i čimbenici (pušenje, alkohol, tjelovježba, pretilost, različite dijete, manjak sna) (Svedberg et al., 2006). Pušenje, konzumiranje alkohola u većim količinama i manjak samokontrole imaju direktan utjecaj na zdravstveno stanje, što je vjerojatno posljedica povećanog rizika smrtnosti u pojedinim zemljama. Ovisnost i upotreba opijata najčešće su rezultat nezadovoljstva u vlastito životno postignuće ili u političke i socijalne sisteme, a time utječu i na kvalitetu i samoprocjenu vlastitog zdravlja. U zemljama istočne Europe ispijanje velikih količina alkohola značajno utječe na visoke stope smrtnosti (Britton, McKee, 2000; Powles et al., 2005.). U lošijim socioekonomskim sredinama, pripadnici muškog spola, konzumiraju veće količine alkohola u odnosu na istu spolnu kategoriju u boljoj sredini (Mackenbach et al., 2008). U razmatranju socioekonomskih čimbenika na zdravlje teorije se oslanjaju na jednu od tri grupe mehanizama (Smith et al., 1998; Marmot, Theorell, 1988; Blaxter, 1991): 1.) materijalistički pristup (navodi da osobe višeg dohotka imaju bolje uvjete za život a time i dostupnost zdravstvenih usluga); 2.) pristup ponašanja / navike (pušenje, alkohol i sl.); 3.) psihosocijalni pristup (socijalni status, pripadnost društvu).

Među starijom populacijom, zdravstveno stanje određene grupe može se razmatrati stopom smrtnosti. Stopa smrtnosti je veća u grupama s manjim dohotkom, u odnosu na korisnike koje pripadaju grupi sa visokim dohotkom (Huisman et al., 2004). Uz to, primijećene su socioekonomske razlike u stopama mortaliteta među starijom populacijom, koje sa starosti opadaju (Schollgen et al., 2010; Kröger et al., 2016). Takvi su rezultati značajno manje evidentirani u starijoj dobi nego u ranijim godinama (50 - 64 godine) (Kröger et al., 2016), zbog toga što se nejednakosti u mlađoj dobi i narušeno zdravlje mogu shvatiti kao „životna upozorenja“, koja se mogu unaprijediti promjenom životnog stila u starijoj dobi. Manje nejednakosti u stopi smrtnosti zabilježene su u zemljama južne Europe u odnosu na više stope prisutne u zemljama istočne Europe i Baltika (Huisman et al., 2004). Bolji životni stil, kvalitetnija hrana i opušteniji način života vjerojatno su razlog manjih nejednakosti u smrtnosti u južnoj Europi. Tenand et al. (2020) smatraju da nepravednost u dostupnosti

dugotrajne njege može nastupiti u jednoj od tri faze: 1.) u odluci savjetovanja sa pružateljem zdravstvene usluge; 2.) dijagnozi ili receptu tretmana od strane pružatelja usluga; 3.) načinu provođenja potrebne njege korisniku u potrebi. Vrlo često se 2.) i 3.) faza ne mogu odvojiti i međusobno ovise o osobi koja provodi dijagnozu stanja korisnika i sukladno tome utječe na odabir i način provođenja njege. Zbog toga su u mnogim europskim zemljama angažirani agenti koji nisu u sustavu dugotrajne njege kako bi objektivno donijeli sud o zdravstvenom stanju korisnika i potrebnoj razini njege (Spasova et al., 2018). Jedna od vodećih polemika unutar zemalja članica Unije je i dostupnost specijalističkog pregleda. Bogatiji i obrazovaniji pojedinci imaju veće šanse pristupiti i koristiti usluge specijalista, za razliku od manje obrazovanih i siromašnih starijih osoba (Browning et al., 2020). Veće šanse imaju i korisnici nacionalnog sistema (koji uključuje privatna osiguranja koja pokrivaju željenu uslugu) ili usluga privatnih ponuđača na tržištu koji su u mogućnosti provoditi takvu uslugu (Barber et al., 2019). S druge strane, u svim europskim zemljama ponuda i korištenje primarne skrbi (doktora opće prakse) ide u korist siromašnih (van Doorslaer et al., 2004). Razlog tome vjerojatno treba potražiti i u načelima Europskih socijalnih država koje nalažu da primarna zdravstvena skrb bude omogućena svima u potrebi. Starije osobe u lošijim socioekonomskim grupama imaju narušenije zdravlje, uz veći broj kroničnih oboljenja koje zahtijevaju intenzivniju skrb i njegu no zbog slabije dohodovne moći nisu u stanju koristiti najpoželjniji oblik skrbi (formalnu njegu u kući) (Schmidt, 2017). Narušenije zdravlje može biti i posljedica vlastite percepcije zdravlja, jer prema istraživanju Mackenbach et al. (2008) lošiji dojam vlastitog zdravlja povećava šanse za smrtnost. Smatra se da su starije osobe u južnoj Europi daleko sretnije vlastitim životom, zbog ugodnije klime, bolje ishrane i ležernijeg načina života. Prema Mackenbach, Bakker (2001) postoje dva načina unaprjeđenja osjećaja pravednosti i sreće lošijih socioekonomskih grupa i pojedinaca koje čine tu grupu – uzvodno i nizvodno. Uzvodno poboljšanje odnosi se na bolje opće životne uvjete siromašnijih socioekonomskih grupa poput dostatnih radnih mjesta što u globalu povećava i dohodak. Pojam nizvodnog poboljšanja tretira se kao stvaranje novih mjesta za fizičku rekreaciju ili organizaciju novih programa koji potiču brigu o svom zdravlju. Različite perspektive su i opisu zdravlja kao varijable. Liang (1986) navodi tri različita aspekta gledišta: 1.) fizički (odsustvo bolesti); 2.) funkcionalni (sposobnost izvršenja zadatka) i 3.) subjektivni (vlastito

poimanje zdravlja kao psihološki aspekt). Različito sagledavanje zdravlja kao varijable promatranja može utjecati i na različite rezultate budući da analize uključuju jednu od dvije perspektive. Zdravlje se može sagledavati kroz dvije perspektive – individualno i javno dobro. Osjećaj sreće, zadovoljstva, sadržava individualnu komponentu, dok dostupnost zdravstvene infrastrukture, medicinskog kadra i opreme predstavlja jednu od najznačajnijih uloga javnog sektora (Mackenbach et al., 2007). Nejednakosti u javnom smislu, mogu se odnositi na manju radnu angažiranost u zdravstvenom ili socijalnom sektoru stoga se ulaganje u ta dva sektora mora sagledavati na način ekonomskog boljitka a ne gubitka (WHO, n.d.).

Najveći nedostatak potrebne njege očituje se u slabije razvijenim socioekonomskim grupama, s velikim brojem potrebitih u ranijoj starosnoj fazi života (usprkos rastu životnih godina) s pretežitim kroničnim oboljenjima (Huisman et al., 2004). Iako se životni vijek povećava i u manje razvijenim nacijama, zbog nedostupnosti adekvatne njege oboljenja nastupaju u ranijim starosnim fazama života (Spasova et al., 2018). Nejednakosti u zdravlju, skrbi i dohotku nikada neće u potpunosti nestati. Mogle bi se umanjiti pravovremenom prevencijom i rehabilitacijom, većom edukacijom o štetnosti stresa i opijuma, boljom fizičkom aktivnosti, programima podrške s ciljem veće uključenosti starijih u društvo, boljom informiranosti starijih o pravima i mogućnostima, većim i ravnomjernije distribuiranim dohotkom, razvijenijom infrastrukturom za dugotrajnu skrb te promicanjem popularnosti zanimanja njegovatelja (zbog sve manjeg broja profesionalnih njegovatelja). Nejednakosti u zdravlju koje su usko povezane s nejednakostima i u dugotrajnoj njezi izazov su javnih financija. Kao potencijalan scenarij za rješavanje nejednakosti mogao bi biti fokus na lošije socioekonomske grupe u kojima su nejednakosti najviše izražene, što bi, osim javnog zdravstva i socijalnog sustava, značio i angažman drugih grana, kao naprimjer obrazovanog, radnog i mirovinskog, lokalnih politika i slično. Studije koje se bave relativnim nejednakostima u zdravlju ukazuju da se tijekom godina smanjuju razlike između boljih i lošijih socioekonomskih grupa (Spini et al., 2019), dok razmatranje apsolutne nejednakosti ukazuje da se one tijekom godina povećavaju posebice u starijoj dobi, što ima drugačiji utjecaj na kreiranje dugotrajne njege (Spini et al., 2019). Postoji mnogo studija koje se bave

nejednakostima u korištenju zdravstvenih usluga (Bago d'Uva et al., 2009; Hernández-Quevedo et al., 2010), dok o tim istim temama u dugotrajnoj njezi starijih osoba znamo vrlo malo, što je poražavajuće obzirom da su upravo stariji korisnici dugotrajne njege najčešći korisnici zdravstvenih usluga.

Osobna percepcija zdravlja, ograničenja u dnevnim aktivnostima i dugotrajne bolesti nakon 60 godine života smanjuju nejednakosti i u apsolutnom i relativnom pojmu ali ostaju značajne sve do 7 dekade života (Tan et al., 2019). Nakon toga zbog smanjenja radne sposobnosti, ulaska u mirovinu, gubitka uloge u društvu nastaju različitosti koje stvaraju nove nejednakosti u dostupnosti i korištenju usluga, položaja i imovine.

3.1.4. Povezanost života u zajednici s prilikama u izboru njege

Kulturološke vrijednosti poput sastava kućanstva i broja djece mogu imati direktan utjecaj na izbor dugotrajne njege. Sastav kućanstva može utjecati na izbor oblika njege obzirom na dostupne subvencije između formalne i neformalne kućne njege (Motel-Klingebiel et al., 2005). U zemljama istočne Europe još uvijek dominira oblik višečlane obitelji s najmanje dvoje djece u dobi iznad 65 godina starosti, dok je u nordijskim zemljama takav sastav kućanstva iznimno rijedak i polako odumire (Europäische Kommission Statistisches Amt., 2019). Razlog tomu valja primijetiti i u tradicijskim običajima zemalja istočne Europe ali i Mediterana koji su skloni živjeti zajedno u multi generacijskim zajednicama. Bračni status, životna zajednica ili dostupnost partnera pozitivno su korelirani sa boljom ocjenom zdravstvenog stanja (Brown, Kawamura, 2020). Osobe bez partnera su povezane sa depresijom, lošijom fizičkom aktivnošću, manjim socijalnim kontaktom što posljedično utječe na lošiju ocjenu zdravlja (Galán-Arroyo et al., 2022). Jedna takva studija, koja je ispitala poimanje osobnog zdravlja, ističe kako osobe u životnoj zajednici (s partnerom) imaju bolju percepciju vlastitog zdravlja. Studija je provedena u Hrvatskoj, 2009. godine i

dokazala čvrstu povezanost partnerstva na zdravlje u odnosu na samački život (Brajković et al., 2011). U Austriji i Francuskoj 63% starijih iznad 60 godina su u braku, dok je u Nizozemskoj, Španjolskoj i Italiji taj broj daleko veći, čak 80% (Zimmer, 2003). Struktura kućanstva (bračno stanje, broj djece, kontakti sa djecom) utječu na pristup korištenju neformalne dugotrajne njege, jer se ponekad članovi obitelji ponašaju kao advokati kod odabira usluga (Thomas et al., 2017). Znanstvena istraživanja navode da kućanstvo u boljoj socioekonomskoj sredini ima pozitivnu korelaciju sa većim kućanstvom i bližom udaljenosti od djece što utječe na prednost odabira neformalnih usluga u kućanstvima sa višim dohotkom (Albertini et al., 2007; Bonsang, 2009). Studije koje su se bavile analizom socioekonomskih nejednakosti u korištenju njege unutar samo jedne zemlje, uočile su negativnu povezanost između socioekonomskih čimbenika i neformalne njege od strane obitelji i pozitivnu povezanost sa plaćenom kućnom njegom (van Broese Groenou, van Tilburg, 2003.; Larsson, Silverstein, 2004), dok druge koje su proučavale međunacionalne odnose nisu pronašle značajnije indikatore nejednakosti u korištenju formalne i neformalne njege uvjetovane sastavom kućanstva (Motel-Klingebiel et al. 2005; Shea et al. 2003). Pozicija osobe u kućanstvu (nositelj kućanstva) zajedno sa dužnostima te pozicije utječe na zdravstveno stanje starije osobe, s tim da je taj utjecaj drugačiji između bolje razvijenih i manje razvijenih socioekonomskih regija (Artazcoz et al., 2001). Obiteljski orijentirana društva (poput zemlja Mediterana) (Szinovác, Davey, 2008) imaju sklonost zajedničkog suživota (djeca ostaju živjeti s roditeljima do osnivanja samostalne obitelji) ili ostaju živjeti u bližoj geografskoj sredini (kako bi sukladno potrebi, preuzeli svoju kulturološki uvriježenu, brigu o starijim roditeljima). Zemlje sjevera njeguju individualistički pristup u kojem djeca žive dalje od svojih roditelja te u značajnijoj mjeri koriste plaćene ili volonterske pomoći u uvjetima potrebe (European Commission, Long-term care report, 2021).

Nekoliko studija (Albertini et al., 2007; Bonsang, 2009; Brandt, 2009; Ogg, Renaut, 2006) je pokazalo razliku u međugeneracijskoj solidarnosti između osoba starije dobi i njihove starije djece u zemljama sjeverne i južne Europe. Pokazalo se da veći broj starije djece na sjeveru Europe pruža neformalno njegovanje u odnosu na jug Europe, što iznenađuje, obzirom da većina znanstvene literature podupire drugačiji stav (Szinovác, Davey, 2008;

Artazcoz et al., 2001; Bonsang, 2009). Uz to, brojne studije navode da su kćeri pretežiti njegovatelji bolesnih roditelja u odnosu na sinove (Horowitz, 1985) iako je potencijal sinova njegovatelja podcijenjen u modernim društvima (Carmichael, Charles, 2003; Romoren, 2003). Takav podatak ne čudi, obzirom na već analizirane podatke u kojima se uočava dominirajuća uloga žena u procesu njegovanja.

Greenwell, Bengston (1997) zaključuju da korisnici slabijih socioekonomskih grupa najčešće žive u većim kućanstvima (s djecom) ili njihovi potomci žive u neposrednoj blizini. Takav stav vjerojatno proizlazi iz dubljih obiteljskih odnosa i kulturološki uvriježenih normi u kojima je zakonska ili etička obveza skrb o bolesnom roditelju. Evidentna je i razlika u intenzitetu njege, gdje je veći broj sati (više od 12 sati tjedno) pružen od strane djece u zemljama južne Europe u odnosu na sjevernu (Verbakel, 2017). Što se tiče osobne njege poput hranjenja, oblačenja, kupanja, djeca južne Europe pokazala su veću sklonost u obavljanju tih zadataka u odnosu na one sa sjevera, zbog privrženijih familijarnih odnosa, želje ili moralne obveze (Pinquart, Sörensen, 2011). Socijalno uvriježene norme imaju veliku ulogu pri oblikovanju ponašanja članova obitelji posebice po pitanju skrbi o starijima u obitelji. U zemljama gdje je jaka povezanost među obiteljima, okolina može utjecati na sklonost prihvaćanja odgovornosti o skrbi potrebite osobe, unatoč tome što se možda osobno mišljenje u potpunosti razlikuje od mišljenja društva ili zajednice (Thomas et al., 2017).

Zbog sve većih razvoda, veće dislociranosti od djece koja traže posao u boljim sredinama, narušio se odnos između starijih i mlađih generacija, na način da stariji sve značajnije gube svoju ulogu modela, a mladi više nisu spremni žrtvovati svoje vrijeme, novac i podršku u pružanju boljeg položaja starijoj osobi. Jedan od uzroka trenutne situacije je i dohodovna nestabilnost mladih generacija u uvjetima neizvjesnosti u kojima resursi nisu dovoljni ni za pokrivanje vlastitih troškova a kamoli za financijsku podršku i skrb o starijem članu obitelji. Burges (1960) navodi kako su u prošlosti djeca imala pravnu, moralnu obvezu, drugačije kulturološke i religiozne vrijednosti o skrbi starijih osoba, dok danas te vrijednosti nestaju, posebice u urbanijim sredinama. Briga o starijim osobama danas se razmatra kroz prizmu vlastite volje i emotivne privrženosti. Kao posljedica napuštanja života sa starijim članovima obitelji, uočava se trend veće individualnosti, tj. brige o samome sebi. Ozbiljnija izoliranost,

kao posljedica nedovoljno zadovoljenih potreba za njegom zastupljenija je u zemljama centralne Europe u odnosu na zemlje južne i istočne Europe (Spasova et al., 2018). Ova tvrdnja vrijedi za korisnike sa nižom razinom potreba. Razlog možda leži u tome da je u južnoj i istočnoj Europi naglašena obiteljska pripadnost koja umanjuje nezadovoljstvo u pružanju usluge, a i činjenici da postoji pozitivna korelacija između odluke o preseljenju djece u sredinu gdje žive stariji roditelji ako se njihovo zdravstveno stanje pogorša (Charles, Sevak, 2005).

Život u kućanstvu sa supružnikom ili djecom može umanjiti osjećaj nejednakosti koju mogu osjećati starije osobe pri korištenju usluga dugotrajne njege. Osjećaji i ljubav bližnjih mogu potaknuti smanjivanje negativnih pitanja o dostupnosti i korištenju njege kao i zanemarivanje vidljivih nedostataka (manjak profesionalnog pristupa), a starijoj osobi pružiti osjećaj sigurnosti i značaj da ima svoje mjesto unutar obitelji.

3.2. Horizontalna nejednakost i vertikalna nepravda unutar socioekonomske nejednakosti u korištenju formalne i neformalne njege

Socioekonomska jednakost predstavlja normativ jednakog korištenja usluga dugotrajne njege među pojedincima sa istim potrebama bez obzira na njihov dohodak ili socioekonomske prilike. Pojedine studije navode horizontalnu nejednakost u korist bogatijih u korištenju plaćene kućne njege (formalni pristup) u južnoj Europi i horizontalnu jednakost u korištenju istih usluga u zemljama sjeverne Europe (Rodrigues et al., 2014; Tenand et al., 2020). Iz tog razloga, brojne organizacije uputile su apel za smanjivanje nejednakosti u sektoru zdravstvene i dugotrajne skrbi. Jednaka dostupnost i pravo na prevenciju i korištenje usluga zdravstvene njege jedna je od zadaća Svjetske zdravstvene organizacije u agendi „*Health for all*“ (WHO, 1991). Unatoč trudu međunarodnih organizacija, prevencija je determinirana dohotkom, kao najvažnijim parametrom u većini zemalja Europske unije (Carrieri, Bilger, 2013). Van Doorslaer, Koolman (2004) utvrdili su postojanje značajnih razlika u

zdravstvenoj i dugotrajnoj njezi u korist bogatijih u svim zemljama, ali osobito u Portugalu, Velikoj Britaniji i Danskoj. S druge strane, malu nejednakost zabilježili su u Nizozemskoj, Njemačkoj, Italiji, Belgiji, Španjolskoj, Austriji i Irskoj. Još je Le Grand (1978) u svojoj analizi jednakosti u dostupnosti zdravstvene njege predstavio 2 tipa kalkulacija. U prvoj je izračunao trošak nacionalne zdravstvene usluge po osobi prema oboljenju u svakoj socioekonomskoj grupi. U drugoj je izračunao udio troška svake socioekonomske grupe i usporedio ju s udjelom oboljelih u toj grupi. Zamjerke njegovoj studiji su što jednakosti nisu tretirane jednako i što njegova prezentacija horizontalne jednakosti ide u prilog bogatih. Također njegovi izračuni se odnose samo na krajnje vrijednosti (najbogatiji i najsiromašniji) ne uzimajući u obzir relativne vrijednosti (srednja klasa). Le Grandova analiza pokazuje nejednakost u korist bogatih čak i savršenim uvjetima (jednakosti). Uz to, njegova teorija počiva na uvjerenju da su svi bolesni u jednakom stadiju oboljenja i da imaju jednake potrebe za zdravstvenom skrbi i njegovom. Le Grand je smatrao da njegovi rezultati mogu proizaći i iz različitosti temeljenim na dobi i spolu sastava grupe. Glavni nedostaci te teorije su: 1.) zdravi ne mogu biti korisnici zdravstvene skrbi kao i bolesni; 2.) nedostatak različitog obima zdravstvene njege za akutne i kronične bolesnike; 3.) korištenje neprihvatljive procedure za standardiziranje demografskih pokazatelja. Standardiziranje demografskih pokazatelja (zbog većeg udjela starijih u populaciji) može se postići sveobuhvatnom nacionalnom podrškom. Međutim, horizontalna jednakost neće biti postignuta ni u uvjetima sveobuhvatnog sistema podrške, ako trošak dugotrajne njege (kao % BDP) nije visok i ako novčana davanja i subvencije nisu mjerljive raspoloživim dohotkom (Bakx et al., 2015).

Najčešće razmatranje jednakosti je u korištenju zdravstvene njege i njihova povezanost sa socioekonomskim čimbenicima, koji uzimaju u obzir grupe koje se nalaze na samom dnu dohodovne skale (*pro-poor*) i najvišoj razini (*pro-rich*). Gakidou et al. (2000) predlažu razmatranje jednakosti komponiranjem i drugih čimbenika na razini ukupne nejednakosti. Postoji nacionalni interes svih zemalja u razmatranju pojma jednakosti u dostupnosti i korištenju zdravstvenih usluga, međutim, gledište takvih politika počiva na pojmu objektivnosti, uzevši u obzir potrebe i mogućnost financiranja takvih potreba (Wagstaff, van Doorslaer, 2000). U okviru nejednakosti u pristupu i korištenju usluga dugotrajne njege

razlikujemo nejednakosti detektirane unutar sektora zdravstvene i dugotrajne njege: horizontalnu nejednakost i vertikalnu nepravdu. Horizontalna nejednakost može se razmatrati kao nejednaka raspodjela usluge dugotrajne njege prema pojedincima sa istim potrebama zbog pripadnosti različitim socioekonomskim grupama. Vertikalna nepravda očituje se kroz pružanje iste vrste usluga dugotrajne njege pojedincima sa različitim potrebama. Vertikalna pravda predstavlja nejednaku ali pravednu distribuciju individualnih tretmana sa različitim potrebama (Mooney, 1996). Većina znanstvenih teorija zanemaruje vertikalnu pravdu u razmatranju nejednakosti u distribuciji i korištenju zdravstvene njege, a u sustavu dugotrajne njege nije istražena. Vertikalna pravda u dostupnosti zdravstvene njege predstavlja teoriju u kojoj ljudi različitih potreba potražuju različitu vrstu njege. Ignoriranje vertikalne (ne)pravde može dovesti do pogrešnih zaključaka ako se kao osnovni parametar pravde uzima horizontalna jednakost (jednaki ljudi imaju jednake potrebe) primjerice u razmatranju nacionalnih socijalnih programa. Tablica 6 u nastavku daje pregled horizontalne (ne)jednakosti i vertikalne (ne)pravde u korištenju usluga dugotrajne skrbi.

Tablica 6: Prikaz horizontalne (ne)jednakosti i vertikalne (ne)pravde u korištenju usluga dugotrajne njege definirane prema broju dolazaka profesionalnog njegovatelja (formalni tip njege)

Osoba	Zdravstveno stanje	Broj dolazaka formalnog njegovatelja	Broj dolazaka formalnog njegovatelja	Broj dolazaka formalnog njegovatelja	Broj dolazaka formalnog njegovatelja
		A	B	C	D
1	Dobro	5	5	5	5
2	Dobro	10	5	10	5
3	Loše	5	10	15	5
4	Loše	10	10	20	5
HI*		Nejednakost	Jednakost	Nejednakost	Jednakost
VI**		Nepravda	Pravda	Pravda	Nepravda

Izvor: izrada doktorandice na osnovu Vallejo-Torres, L. (2013). An economic analysis of vertical equity in the delivery of health care in England.

Bilješka: HI* i VI** prikazuju horizontalnu jednakost i vertikalnu pravdu

Načelo horizontalne jednakosti proizlazi iz jednakih usluga za dugotrajnu njegu za jednako potrebite. Na osnovu toga, osobe dobrog (označene brojem 1 i 2) i lošeg zdravlja (označene brojem 3 i 4) primaju jednaku vrstu i obim usluge. Vertikalna pravda polazi od načela da

osobe koje su u različitoj potrebi za uslugama dugotrajne njege koriste i različit obim tih usluga. Prethodna, tablica 6 prikazuje horizontalnu nejednakost i vertikalnu nepravdu u korištenju usluga dugotrajne njege definirane po broju dolazaka profesionalnog njegovatelja (formalna njega). Iz navedenog se može zaključiti da je potpuna jednakost (i po horizontalnom i vertikalnom obliku) ostvarena jedino u situaciji B, gdje su osobe boljeg zdravlja koristile manji broj profesionalne njege u odnosu na osobe lošijeg zdravstvenog stanja, čime je zadovoljen kriterij vertikalne pravde. Horizontalna jednakost u situaciji B postignuta je na način da su osobe u slučaju 1 i 2 (boljeg zdravlja) dobile jednak broj dolazaka formalnog njegovatelja kao i osobe u slučaju 3 i 4 koje su lošijeg zdravlja. Dakle, jedino situacija B označava ukupnu jednakost koja je definirana sumom vertikalne pravde i horizontalne jednakosti, a primjenjiva je u ovoj situaciji.

Le Grandova teorija iz 1982. godine počiva na dva uvjerenja pravednosti: 1.) bolesni ne primaju zdravstvenu skrb i njegu - vertikalna prosudba pravde; 2.) ne postoji razlika između muškaraca i žena i mladih i starijih osoba u razmatranju pravednosti - horizontalna prosudba jednakosti. Le Grand je pretpostavio da postoje samo dvije skupine ljudi: bolesni i zdravi i da zdravi nemaju potrebu za korištenjem zdravstvenih usluga (Le Grand, 1978). Time je direktno isključio različite potrebe pojedinaca za različitom vrstom njege te tako naglasio prisutnost vertikalne nepravde. Pretpostavka je da ljudi sa istim zdravstvenim statusom imaju iste potrebe dok osobe sa različitim zdravstvenim tegobama imaju potrebe za različitom vrstom njege. Problem ovog gledišta je i činjenica da individualna potreba za njegom ovisi o dostupnim resursima za poboljšanje zdravstvenog stanja (tehnologija). Ako na tržištu nema potrebne infrastrukture, osoba potražuje zdravlje, a ne zdravstvenu uslugu, jer potražnja za zdravstvenom uslugom može biti realizirana samo ako postoji način i alat njezine primjene (Culyer, Wagstaff, 1993). Shodno gledištu iz zdravstvenog sektora, moguće je detektirati tri opcije primjenjive u dugotrajnoj njezi: a) osoba je zdrava i koristi usluge dugotrajne njege (preventivni karakter, pokretne osobe), b) osoba je bolesna i ne koristi usluge dugotrajne njege zbog nedostajućih resursa u pružanju dugotrajne usluge (kod specifičnih bolesti, poput Alzheimerovih bolesnika) i c) osoba je bolesna i koristi usluge dugotrajne njege. Autori Rice, Smith (2001) navode da vertikalna pravda u razmatranju vodi računa o produktu zdravstvenih

usluga (dakle zdravstvenom stanju nakon korištenja usluga) dok horizontalna jednakost polazi isključivo od jednakog pristupa uslugama. Hauck et al. (2002) smatraju da je zdravstveno stanje svakog pojedinca zastupljeno samo unutar vertikalnog pristupa. U vezi s time, Mooney (2008) smatra da korištenje horizontalnog pristupa u razmatranju korištenja zdravstvenih usluga i usluga dugotrajne njege nije dovoljno ako se radi od pojedincima sa različitim ili specifičnim potrebama. Nedostatak znanstvene literature o vertikalnoj pravdi u polju dugotrajne njege starijih osoba posljedica je iziskivanja dublje procjene o potrebnoj (željenoj) njezi sukladno različitim zdravstvenim stanjima pojedinaca (trenutno zdravstveno stanje). Smatra se da se za korištenje dugotrajne njege moraju uzeti u obzir i vanjski i unutarnji čimbenici koji omogućuju ili onemogućuju tu namjenu. Sutton (2002) je predložio razmatranje vertikalne pravde u korištenju zdravstvenih usluga uključivanjem socioekonomskih čimbenika. U vezi s time, postoji nekoliko pristupa u razmatranju vertikalne nepravde u korištenju zdravstvenih usluga uvjetovanih socioekonomskim čimbenicima prema Vallejo-Torres (2012), a mogu se primijeniti i u području dugotrajne njege starijih osoba:

- 1.) Pristup - *veza socioekonomskog statusa i dostupnosti zdravstvene njege* - polazi od načela da osobe slabije socioekonomske pozicije trebaju imati veću dostupnost zdravstvenim uslugama. Brownell et al. (2001) smatraju da osobe slabijih socioekonomskih mogućnosti, kao najranjivija grupa u društvu, trebaju imati najveći pristup dostupnim zdravstvenim uslugama. Vončina et al. (2007) razmatraju vertikalnu nepravdu u pristupu zdravstvenih usluga nezaposlenih osoba i dolaze do zaključka da su nezaposlene osobe primile više zdravstvenih usluga od ostalih promatranih kategorija. Manjak ovog pristupa proizlazi iz činjenice teškog razdvajanja horizontalne nejednakosti i vertikalne nepravde, budući da je teško odrediti da li su pojedinci primili različitu vrstu zdravstvene usluge zbog potreba ili različitog socioekonomskog statusa.
- 2.) Pristup – *rangiranje potreba u odnosu na pruženu zdravstvenu njegu*. Ovaj pristup razvili su Rocha et al. (2004) razmatrajući stupanj vertikalne nepravde u troškovima za zdravstvenu njegu prema regijama. Ovakav pristup ima manjkavosti u gledištu,

zbog toga što razlika u zdravstvenim troškovima po korisniku u različitim sredinama nije dovoljna za razmatranje vertikalne nepravde.

- 3.) Pristup - *veza između čimbenika zdravlja i stupnja pruženih zdravstvenih usluga*, razmatra utjecaj čimbenika zdravlja na korištenje zdravstvenih usluga u skladu sa *non need* (čimbenici ne-potrebe) varijablama. *Non need* varijable predstavljaju sve one koje nemaju direktan utjecaj na korištenje usluga, za razliku od *need* (čimbenici potrebe) varijabli. Polazi od gledišta da osobe s više zdravstvenih teškoća primaju više usluga. Jedni od autora, primjerice Abásolo et al. (2001) razmatrali su vertikalnu nepravdu u dostupnosti usluga doktora opće prakse u Španjolskoj, a Gravelle et al. (2006) utjecaj zdravstvenih čimbenika na mogućnost konzultacija s doktorom opće prakse, jednodnevnim pregledom. Njihova zapažanja svjedoče da su osobe slabijeg zdravlja povezane sa većim korištenjem navedenih usluga. Manjak pristupa je taj što ne određuje željeni cilj *need* varijable, koji bi trebao biti istaknut u razmatranju vertikalne nepravde. Na ovaj način se ne može razmatrati razlika između trenutnih (postojećih) utjecaja *need* varijable i željenih utjecaja.
- 4.) Pristup - *utjecaj socioekonomskih čimbenika na zdravstvenu njegu na temelju različitih potreba*. Polazište pristupa je razmatranje vertikalne nepravde kod *non need* varijabli koje utječu na korištenje zdravstvenih usluga na različitim razinama zdravlja uključivanjem *need* i *non need* varijabli. Efekt zdravstvenog stanja na dostupnost zdravstvenih usluga ne varira u različitim socioekonomskim grupama. Taj pristup razmatra da bolesni i zdravi imaju različit pristup u korištenju zdravstvenih usluga zbog različitih socioekonomskih obilježja. Začetnik takvog pristupa je Raine (2002).
- 5.) Pristup - *različiti zdravstveni ishodi posljedica su različitih tretmana među non need čimbenicima (čimbenicima ne-potrebe)*. Ovaj pristup razmatra vezu između posljedica na zdravlje korištenjem različitih zdravstvenih usluga i zdravstvenih usluga među različitim grupama, što je ujedno i manjkavost pristupa jer pri razmatranju vertikalne nepravde uzima u obzir samo socijalne karakteristike od interesa, te time zanemaruje potpunu širinu nejednakosti.
- 6.) Pristup – *razmatra trenutni efekt need varijabli (varijable potrebe) pri korištenju zdravstvenih usluga u odnosu sa ciljanim (target) efektom na need varijable*

(*čimbenici potrebe*). Pristup usmjeren na traženje aktualnih *need* varijabli, na način da osobe sa različitim potrebama primaju različite usluge. Ovakav pristup prvi uočava važnost odabranog cilja u usporedbi sa trenutnim, i time predstavlja osnovu vertikalnog pristupa u razmatranju nejednakosti. Ono u čemu ne uspijeva je kvantificiranje, odnosno mogućnost mjerljivog izraza ovakvog pristupa, što je jedno od osnovnih limitacija pristupa.

- 7.) Pristup - *jaz u zdravstvenoj njezi između stvarnih i ciljanih zdravstvenih potreba*. Pristup razmatra udaljenost između stvarnih i željenih potreba, a najčešće je vidljiv u kreiranju nacionalnih politika u zadovoljenju minimalnih zdravstvenih potreba. Nedostatak pristupa je očita u polazištu jer opisuje zdravstvenu nejednakost u odnosu na *target* grupu, bez stvarnog razdvajanja horizontalnog i vertikalnog pristupa, jer bi udaljenost između dvije grupe bila podložna efektima i horizontalne i vertikalne nepravde.
- 8.) Pristup - *razlika između ciljane i očekivane dostupnosti zdravstvenih usluga unutar socioekonomskih sredina*. Najčešći pristup u razmatranju horizontalne nejednakosti je korištenjem koncentracijskog indeksa. Usmjeren je na mjerenje *target* (očekivanih) učinaka na *need* varijable (*čimbenika potrebe*) i mjerenjem razlike između *target* i očekivane zdravstvene njege unutar različitih socioekonomskih grupa. Uključuje korištenje koncentracijskog indeksa između očekivane i željene zdravstvene njege unutar SES, a vertikalna nepravda mjerljiva je kao razlika između oba koncentracijska indeksa.

Shodno navedenim pristupima u izražavanju vertikalne nepravde daje se zaključiti, da ako su svi korisnici zdravstvenih usluga tretirani u skladu s maksimalnim zdravstvenim mogućnostima, ali posljedice na zdravlje nisu u skladu s očekivanim rezultatom, tada je potrebna realokacija zdravstvenih usluga prema osobama u višoj potrebi (vertikalna pravda) (Raine et al., 2016). Hauck et al. (2002) smatraju da ako se realociraju zdravstvena sredstva osobama u višoj potrebi, utoliko se nejednakosti u zdravlju neće iskorijeniti. Često se smatra da unutar vertikalne pravde, zdraviji primaju manji broj zdravstvenih usluga zbog boljeg psihofizičkog stanja, a teže oboljeli uz to što primaju veći broj, primaju i specijalizirane

tretmane koji su najčešće troškovno izdašniji (Mooney, 2008). Hauck et al. (2002) smatraju da bi redukcijom zdravstvenih tretmana zdravijim korisnicima, u cilju postizanja vertikalne pravde, mogli naštetiti rezultatima njihovog zdravstvenog stanja. Zbog toga se već sada trebaju razvijati programi podrške promicanja jednakosti u uslugama socijalnog sektora, čiji bi se prvi učinci mogli primijetiti u bližoj budućnosti. Postoji potreba za reformama koje uključuju cijeli životni ciklus: prevencija nejednakosti prije nego što nastanu, detektiranje nejednakosti među mlađom i starijom populacijom i praćenje nejednakosti među starijima (OECD, 2017). Na taj način mogla bi se umanjiti negativna statistika nezadovoljenih potreba sukladno zdravstvenom stanju starijih osoba.

3.3. Teorijski zaključci prethodnih istraživanja

Dosadašnji radovi potvrđuju prisutnost socioekonomske nejednakosti unutar dugotrajne njege. U svojim istraživanjima mnogi su se autori (Ilinca et al., 2017; Rodrigues et al., 2018; Tenand et al., 2020; García-Gómez et al., 2015) orijentirali na istraživanje formalne i neformalne njege u kući. Rezultati pokazuju da su žene zbog duljeg života i težih oboljenja uslijed negovanja, primorane češće koristiti formalni oblik njege (Jiménez-Martín, Prieto, 2012; Portrait et al., 2000). Zbog samačkog načina života u većem su riziku od siromaštva za razliku od suprotnog spola (Munoz Boudet et al., 2018). Žene su i najčešći njegovatelji starijih članova svoje obitelji (OECD, 2016) što se objašnjava familijariziranim pristupom u kojem su, žene imale ulogu skrbi obitelji dok su muškarci bili zaduženi za ostvarivanje dohotka i zaštitu porodice. Osim spolnih razlika, dob je također jedan od bitnih pokazatelja. Prema definiciji Ujedinjenih Naroda (UN, 2019) starosna dob počinje sa 65 godina i od tada se, zbog narušenog zdravlja, pruža dugotrajna njega. Dugotrajna njega se razlikuje između članica EU-a, jer je u zemljama istoka i juga naglašen neformalni pristup zbog obiteljskih običaja i tradicije ali i manjih dohodaka, dok se u zemljama sjevera i zapada više kombinira

formalni pristup zbog sve manjih obiteljskih struktura. Manje obiteljske strukture uključuju najčešće dva člana obitelji i zastupljenije su na sjeveru Europe, na geografskoj udaljenosti od djece koja bi potencijalno mogla biti njegovatelj. Također, razina javne podrške socijalnom sektoru veća je na sjeveru Europe (Švedska, Danska, Nizozemska) gdje se obično izdvaja više od 2% BDP za podršku i razvoj ovog sektora. Veća razina javne podrške omogućuje i prednost u ostvarenju pojedine vrste njege. U tim zemljama je i veći broj registriranih njegovatelja koji provode formalnu njegu. Osim nacionalne podrške koja je ključna za razvoj dostupnih programa podrške, veliku važnost imaju i individualne karakteristike pojedinca (dob, spol) u korištenju jednog od oblika kućne njege. Uz individualne karakteristike, korisnike određuju i socioekonomski čimbenici kao što su dohodak, obrazovanje, sredina življenja, zdravstveno stanje, sastav kućanstva. Dohodak se očituje kao presudna varijabla za ostvarivanje i formalne i neformalne njege. Formalna njega podložna je dohodovnom testiranju, u kojem barem jednim dijelom država sufinancira trošak u pružanju njege. Iznimno, ako korisnik nema dostatna sredstva za život, formalna njega može biti pružena u okviru socijalne pomoći. Međutim, ni neformalna njega nije besplatna. Uključuje aktivan angažman njegovatelja (člana obitelji) koji žrtvuje svoje radno vrijeme kako bi pružao uslugu za koju najčešće nije educiran. Osim dohotka i obrazovanje je čimbenik koji može umanjiti nejednakost u korištenju pojedinog tipa njege. Obrazovanije osobe su sklonije prakticirati zdraviji način života, a i u slučaju potrebe posjeduju više informacija o dostupnoj njezi općenito. Također, obrazovaniji ljudi se unaprijed pripremaju za starosnu dob, pa mnogi posežu i za financijskim planiranjem kako bi u budućnosti, mogli koristiti njegu koju žele. Obrazovaniji ljudi češće žive u urbanijim sredinama koje nude veću raznolikost u ponudi njege. Smatra se da osobe u manje razvijenim lokalnim sredinama češće koriste neformalni oblik njege o čemu svjedoči i pojam „lutrija poštanskog broja“ (Ilinca et al., 2017) koja se povezuje sa infrastrukturnim razvojem pojedine zajednice. Unutar lošije razvijenih zajednica žive i starije osobe sa težim oboljenjima poput Alzheimerove bolesti ali i drugim ograničenjima u svakodnevnim aktivnostima (ADL i IADL).

Socioekonomske nejednakosti u korištenju dugotrajne njege mogu nastupiti u bilo kojem trenutku u starosnoj dobi. Važno je na vrijeme uočiti čimbenike koje mogu dovesti do

nezadovoljstva i neispunjenja očekivanih usluga. Analize koje se bave ovom temom mogu uvelike pomoći i osvijestiti populaciju o važnosti rada na sebi (bolje obrazovanje – veći dohodak) i svom zdravlju (individualni čimbenici) ali i potaknuti veće rasprave u javnosti za financijsku podršku ovom sektoru. Autori Hu et al. (2022) analiziraju nejednakosti u korištenju dugotrajne njege na starijim ispitanicima u Engleskoj podijeljenima u dvije grupe: sa i bez demencije. Rezultati su pokazali da je dementnim osobama potrebniji veći broj sati pružene njege ali i da takve osobe žive u slabijim socioekonomskim sredinama. Također su ustanovili prisutnost korištenja formalne i neformalne njege u korist siromašnih. Kada se kontroliraju čimbenici potreba, nejednakosti nestaju u formalnoj i neformalnoj njezi među osobama oboljelima od demencije, međutim ostaju značajne za korisnike bez demencije i to u korist bogatih za formalnu njegu. U svojoj analizi koristili su koncentracijski indeks (KI), te su varijable podijelili na čimbenike potrebe i čimbenike ne potrebe. U čimbenike potrebe uvrstili su percepciju vlastitog zdravlja, ograničenja u aktivnostima svakodnevnog života (ADL) i ograničenja u instrumentalnim aktivnostima svakodnevnog života (IADL). Kao čimbenike ne potrebe koristili su bračno stanje, suživot sa djecom, razinu obrazovanja, prosječni dohodak i ukupno bogatstvo. Garcia et al. (2015) uočili su veliku prisutnost nejednakosti u korist osoba sa manjim dohotkom u Španjolskoj. Nakon kontroliranja čimbenika potrebe, formalna njega bila je zastupljenija među korisnicima višeg dohotka, a neformalna među siromašnim korisnicima. Isto je utvrdila i studija u Sjedinjenim Američkim Državama koja je pokazala da je manji dohodak povezan sa većom razinom nezadovoljenih potreba za njegom (Black et al., 2013, 2019). Analizom formalne njege u kući i institucijske njege u Nizozemskoj, autori Tenand et al. (2020) su prikazali zastupljenost obiju formi njege u korist siromašnih osoba, čak i nakon kontroliranja čimbenika potrebe. Pojedine studije radile su međunarodnu usporedbu socioekonomskih nejednakosti u korištenju dugotrajne njege. Ističe se rad autora Rodrigues et al. (2018) u 14 zemalja EU u distribuciji formalne i neformalne njege. Analiza je pokazala prisutnost nejednakosti u distribuciji formalne i neformalne njege u korist siromašnih. Nakon kontroliranja čimbenika potrebe, nejednakosti su nestale za većinu zemalja ali ostale su značajne u Estoniji i Danskoj u smjeru siromašnih i u Španjolskoj i Italiji u smjeru bogatih. Carrieri et al. (2017) su napravili segmentaciju zemalja i to podijelom na zemlje sjevera, zemlje juga i kontinentalne Europe, ispitavši tako

prisutnost tradicijskih običaja i značajnosti obitelji u donošenju odluka za korištenje formalne i neformalne njege. Ustanovili su prisutnost nejednakosti u formalnoj i neformalnoj njezi među bogatima u južnoj i kontinentalnoj Europi dok u zemljama sjevera nisu zabilježili nejednakosti ni za jednu od proučavanih oblika njege. Lera et al. (2021) koristili su podatke SHARE baze iz 2017. godine za ispitivanje socioekonomskog statusa na dugotrajnu njegu. Ciljani uzorak bile su osobe starije od 50 godina u 28 zemalja. Varijable su se odnosile na dob, spol, bračno stanje, sastav kućanstva, veličinu kućanstva, socioekonomski status, udaljenost članova obitelji od korisnika, sredinu življenja, percepciju vlastitog zdravlja, ADL i kronične bolesti. Rezultati su pokazali da je neformalna njega zastupljena među domaćinstvima nižeg dohotka, dok suprotno, formalna njega se pokazala značajna među bogatim kućanstvima. Horizontalni indeks pokazao je smjer u korist bogatih i za formalnu i neformalnu njegu. Isto tako, korisnici u kućanstvima sa većim brojem članova pokazali su značajnije korištenje neformalne njege. Obrazovaniji korisnici radije su koristili formalnu njegu, za razliku od osoba nižeg obrazovanja gdje je primijećen veći udio neformalne njege. Socioekonomski status (dohodak) pokazao se kao čimbenik utjecaja za razvoj nejednakosti u korist formalne njege. Podatke SHARE baze koristili su i autori Rodrigues et al. (2014) u analizi nejednakosti i nepravde u korištenju dugotrajne njege (formalna i neformalna njega) u Europi u razdoblju između 2006. – 2007. godine. Ustanovili su da su glavni razlozi nejednakosti u korištenju njege čimbenici potrebe. U ispitivanju horizontalne nepravde (kada se kontroliraju čimbenici potreba) njihovi rezultati pokazuju da je socioekonomski status (dohodak) najvažniji pokazatelj u korištenju neformalne njege. Isto je potvrdila i analiza rada autora Matanić Vautmans et al. (2023) u razmatranju socioekonomske nejednakosti u formalnoj i neformalnoj njezi koristeći 8. val SHARE baze. Na osnovu rezultata u 27 članica Europske unije (EU-27) autori su došli do zaključka da je neformalna njega nejednako raspoređena u korist siromašnih korisnika, te da su kontroliranjem čimbenika potrebe nejednakosti u formalnoj njezi nestale za većinu promatranih zemalja. Autori su pritom koristili horizontalni pristup u analizi, zanemarujući važnost vertikalnog sagledavanja nepravde.

Slijedeći teorijsku osnovu, ovaj rad koristi podatke SHARE baze iz dva vremenska perioda, 2019./2020. i 2021./2022. godine, i to za socioekonomsku usporedbu između 27 europskih zemalja. Riječ je o posljednjim izdanjima SHARE baze podataka (8. i 9. val) koji, prema mojim saznanjima, zajedno, još nisu bili korišteni u drugim analizama. Kako bi se postigla segmentacija podataka, zemlje će se podijeliti na 4 kategorije (za razliku od ranije spomenih triju autora Carrieri et al. (2017) (koji u svojoj analizi ne upotrebljava ovdje predloženu segmentaciju) i to na zemlje sjeverne, južne, istočne i zapadne Europe. Segmentacija se dijeli na 4 kategorije kako bi se unutar analize obuhvatile sve zemlje članice EU-a, u kojoj prema podijeli pripadaju i zemlje istočne Europe. Budući da se analiza odnosi na razmatranje socioekonomske nejednakosti i to u kućnoj njezi, zavisne varijable su formalna i neformalna njega, dok su nezavisne dob, spol, sredina življenja, obrazovanje, dohodak, bračno stanje, djeca, zdravstveno stanje, ADL, IADL i kronične bolesti. Ove varijable ne predstavljaju odmak od ranije korištenih u analizama drugih autora (Lera et al., 2021), ali za razliku od Hu et al. (2022) u ovoj analizi se ne upotrebljava akumulirano bogatstvo korisnika već dohodak što podupire najveći broj autora (Rodrigues et al., 2018; Tenand et al., 2020). Analiza se temelji na aplikaciji koncentracijskog indeksa (Carrieri, Wuebker, 2013; Ilinca et al., 2017; Carrieri et al., 2017; Rodrigues et al., 2018; Lera et al., 2021) putem horizontalnog i vertikalnog pristupa. Horizontalni indeks korišten je u analizama nejednakosti u dugotrajnoj njezi (Lera et al., 2021; Rodrigues et al., 2018), ali uključivanje vertikalnog indeksa do sada je bilo vidljivo samo unutar zdravstvenog sektora (Vallejo Tores, 2012; Albert et al., 1997; Vončina et al., 2007; Sutton, 2002; Abasolo et al., 2001) a u području socijalnog sektora nije bio upotrebljen. Nakon analize vertikalne nepravde moći će se doći do spoznaje ukupne nejednakosti, vodeći se primjerom autorice Vallejo Torres (2012) koja je ispitala nejednakost unutar zdravstvenog sektora u Engleskoj. Navedena autorica koristi čimbenike zdravstvenih usluga, dob, spol, zdravlje, percepciju vlastitog zdravlja, ograničavajuće dugotrajne bolesti, akutna oboljenja u posljednjih 14 dana, dugotrajne bolesti, broj dugotrajnih bolesti, GHQ-12, dohodak, obrazovanje, ekonomsku aktivnost, etničku grupu, bračno stanje, broj djece od 0-1 godine, broj djece od 2-16 godina, regiju urbanosti, varijable ponude (udaljenost liječnika opće prakse, broj liječnika opće prakse na 1000 stanovnika, broj medicinskih sestara na 1000 pacijenata). U svom radu koristi OLS model za varijablu

zdravlja i socioekonomske varijable. Dohodak i sastava kućanstva analizira intervalnom regresijom. Uključuje probit modele za korištenje usluga zdravstvenih djelatnika (liječnika opće prakse, medicinskih sestara). Za razliku od navedenog rada, u ovom radu se ne upotrebljavaju isti čimbenici kao pokazatelji socioekonomske nejednakosti (dob, spol, zdravstvene varijable – percepcija vlastitog zdravlja, (I)ADL, kronične bolesti, dohodak, obrazovanje, sastav kućanstva, broj djece, sredina življenja) u korištenju dugotrajne njege pri ispitivanju ukupne nejednakosti kao zbroj horizontalne nejednakosti i vertikalne nepravde što će biti objašnjeno u nastavku. Isto tako, ovaj rad ne uključuje OLS model za varijablu zdravlja i socioekonomske čimbenika. Ne uključuje probit modele za korištenje usluga zdravstvenih djelatnika kao ni njegovatelja unutar formalnog i neformalnog tipa dugotrajne njege. U ovom radu se koristi logistička regresija za predviđanje korištenja skrbi na osnovi nezavisnih varijabli na ciljnom uzorku (podskup cijelog uzorka). Nakon toga se logističkom regresijom izražava korištenje skrbi prema ciljanim potrebama. Takva analiza prethodi izračunu vertikalne nepravde kao razlike koncentracijskog indeksa predviđenih potreba i koncentracijskog indeksa ciljanih potreba. Primjenom binarne logističke regresije na zavisnim varijablama (formalna i neformalna njega) provesti će se dekompozicije koncentracijskih indeksa za aktualnu nejednakost te horizontalnu, vertikalnu i ukupnu nepravdu.

4. METODOLOGIJA ISTRAŽIVANJA I EKONOMETRIJSKA ANALIZA

Sukladno navedenoj teorijskoj osnovi prema kojoj osim individualnih čimbenika (dob, spol) važnu ulogu imaju i socioekonomski pokazatelji (dohodak, obrazovanje, sredina življenja, sastav kućanstva, zdravstveno stanje) moguće je utvrditi nejednakosti koje nastupaju korištenjem kućne njege – formalnog i neformalnog tipa. Svrha istraživanja je utvrditi razinu socioekonomske nejednakosti putem mjerenja horizontalne nejednakosti i vertikalne nepravde u korištenju usluga dugotrajne skrbi među starijim korisnicima (iznad 65 godina starosti) na prostoru Europske unije. Cilj je utvrditi postoje li razlike između zemalja članica EU-a u korištenju formalne i neformalne njege i koji socioekonomski čimbenici dovode do nejednakosti u korištenju istih. Očekuje se da će ova analiza poduprijeti prethodno objavljene radove o prisutnosti nejednakosti u korist siromašnih (Ilinca et al., 2017; Rodrigues et al., 2018; Tenand et al., 2020; García-Gómez et al., 2015; Hu et al., 2022; Wang et al., 2022). Međutim, napraviti će se i korak dalje i utvrditi, putem vertikalnog indeksa ciljane grupe, dolazi li do nepravde u dugotrajnoj njezi ako se kontroliraju čimbenici potrebe. Zaključno, predstaviti će se ukupna nejednakost kao zbroj horizontalnog i vertikalnog pristupa u analizi i utvrditi da li je došlo do promijene u odnosu na dosadašnja istraživanja. Dosadašnja istraživanja u dugotrajnoj njezi davala su važnost horizontalnom pristupu, stoga će jedino ukupna nejednakost dati pregled stvarnog stanja. Ukupna nejednakost mogla bi pružiti drugačije rezultate u odnosu na prethodne radove na ovu temu iz razloga što će se zbrojem horizontalnog i vertikalnog pristupa uočiti i nejednakosti koje su bile granične u pojedinim zemljama. Uočavanjem takvih rezultata, zemlje koje graniče s nejednakosti moći će poduzeti preventivne korake osvrtno na čimbenike koje su dovele do takvog stanja.

Metoda prikupljanja podataka je kvalitativna metoda (intervjui), a metoda analize je kvantitativna metoda (*survey*). Koristit će se miješana metoda istraživačkog sekvencijalnog dizajna (*Exploratory sequential design*) putem deskriptivne statistike. Istraživanje koristi bazu podataka SHARE (*Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*) koja predstavlja

istraživačku infrastrukturu za proučavanje učinaka zdravstvenih, društvenih, ekonomskih i ekoloških politika na život građana Europe i Izraela. Od 2004. do danas obavljeno je 530.000 intervjua sa 140.000 ljudi u dobi od 50 ili više godina u 28 europskih zemalja i Izraelu. SHARE je i najveća europska panel studija društvenih znanosti koja pruža međunarodno usporedive longitudinalne mikro podatke koji omogućuju uvide u područja javnog zdravlja i socioekonomskih životnih uvjeta europskih pojedinaca.

Riječ je o presječnim podacima (*cross section data*) budući da analiza razmatra dva vremenska perioda, ali svaki za sebe (2019./2020. i 2021./2022. godine) različitog uzorka (broj opažanja nije isti u svim izdanjima). Svako opažanje koje se analizira povezuje se s određenom članicom Unije, a rezultati će se prikazivati po zemljama (njih 26 i Švicarska).

Uzorak ²se sastoji od osoba u dobi od 65 ili više godina u vrijeme istraživanja. Formalna njega dugotrajne skrbi mjerena je sintetičkim pokazateljem korištenja te vrste njege u posljednjih 12 mjeseci, a obuhvaća profesionalnu podršku uključujući osobnu njegu, kućanske poslove, druge aktivnosti i obroke za osobe s invaliditetom („*meals on wheels*“). Neformalna njega dugotrajne skrbi mjerena je sintetičkim pokazateljem korištenja te vrste njege u posljednjih 12 mjeseci, a uključuje neprofesionalnu podršku izvan kućanstva kao i unutar kućanstva.

4.1. Istraživački model putem koncentracijskog indeksa

Koncentracijska linija i koncentracijski indeks (KI) imaju mjesto najzastupljenijih indikatora u zdravstveno ekonomskoj literaturi (Fleurbaey, Schokkaert, 2009). Interesantno je da KI mjeri socioekonomske nejednakosti u zdravlju uzimajući u obzir individualne karakteristike zdravlja i svakog ranga socioekonomske nejednakosti. Studije o socioekonomskoj nejednakosti u dostupnosti zdravstvenih usluga temelje se na međugrupnim usporedbama

² Struktura uzoraka u dodatku A, tablica 11.

(Le Grand, 1978; Collins, Klein, 1980) ili regresijskoj analizi (Puffer, 1986). Kao alternativa Le Grandovom pristupu, Collins-Klein (1980) naglašava pojam ekološke zablude koja je središnja slabost Le Grandovog pristupa. Collins i Klein (1980) podijelili su postojeći uzorak u nekoliko kategorija – zdravi, akutno bolesni i kronični bolesnici zajedno sa informacijama svake socioekonomske grupe kojima su detektirali zdravstvena stanja svake kategorije. Zdravi primaju medicinsku skrb, a akutno bolesni i kronični bolesnici imaju različite kategorije njege, čime je njihov pristup vjerodostojniji od Le Grandovog. Problem Collins-Klein pristupa je što ne dopušta kvantificiranje dohodovne nejednakosti. Potom regresijski model Puffera (1986) predstavlja jednadžbu koja povezuje trošak medicinske skrbi sa zdravstvenim stanjem, dohotkom, dobi, spolom i interakcijskom vezom dohotka sa ostalim varijablama. Niti regresijski model Puffera ne omogućava kvantificiranje nejednakosti. Tek Wagstaff et al. (1989) pristup naglašava situaciju u kojoj ako nema nejednakosti, svaki dohodovni standardizirani trošak dijeli jednak udio u populaciji. S druge strane, ako je uočena nejednakost u korist bogatih, standardizirani trošak bogatijih prevladava u udjelu ukupne populacije dok se standardizirani trošak siromašnijih smanjuje u udjelu ukupne populacije. Njihova teorija naglašava konstruiranje udjela standardiziranog rashoda, tako da je udio rashoda svake dohodovne grupe jednak udjelu stanovništva i da se u pravednom sustavu zdravstvene skrbi koristi indeks koncentracije koji odgovara udjelima rashoda standardiziranog života nejednakosti.

Wagstaff et al. (1991) predlaže koncentracijski indeks kao zamjenu dosadašnjim alatima istraživanja zbog toga što koncentracijski indeks uočava socioekonomske nejednakosti dok prethodni pristupi to ne odražavaju. Također KI odražava stanje cijele populacije, a ne samo one koji se nalaze na vrhu i na dnu socioekonomske ljestvice (primjerice indeks različitosti zanemaruje srednju klasu). Uz to, KI odražava promijene unutar socioekonomske grupe, dok indeks različitosti ne mari za veličinu grupe u promatranom uzorku. Nejednakosti mogu biti u korist bogatih ili siromašnih korisnika uzorka. U slučaju izražene koristi za bogate, linija indeksa koncentracije leži ispod linije jednakosti, dok u obrnutom slučaju leži iznad linije jednakosti i predstavlja korist za siromašne. Ako je linija indeksa koncentracije jednaka liniji jednakosti, izražena je potpuna jednakost u korištenju usluga. Za razliku od Lorenzove

krivulje koja je po svojoj definiciji uvijek konveksna i rastuća, linija koncentracijskog indeksa može imati utjecajne točne (bodove) koji se onda monotono povećavaju. Koncentracijske krivulje mjere relativnu nejednakost uključujući stvarne promjene imovine i zdravlja na socioekonomske okolnosti. Krivulja koncentracijskog indeksa jednaka je dvostrukom području između linije koncentracije i dijagonale (horizontalne jednakosti) i ukazuje na nejednakosti u različitim dijelovima u slučaju da koncentracijska linija pređe horizontalnu. Wagstaff et al. (1991) pomoću direktne standardizacije proučavali su distribuciju zdravstvenog troška, dok su Wagstaff et al. (1991) i Van Doorslaer et al. (1993) koristili regresijski model standardizacije *need* varijabli (čimbenika potrebe). Karakteristika prve skupine pristupa je da se svaka promjenjivost u korištenju zdravstvenih usluga putem socioekonomskih grupa ili dohotka, ne može objasniti potrebom, spolom ili dobi, te se kao uzrok takvih promjena navode socioekonomske nejednakosti u korištenju zdravstvenih usluga. Smatra se da je ovaj pristup prikladan za istraživanje horizontalne pravde (detektiranje i mjerenje) kao i javnih troškova za provođenje pravednosti u korištenju zdravstvenih usluga. Upravo zbog toga, smatra se neprikladan za mjerenje vertikalne pravde. Drugi pristup Wagstaff et al. (1991) i Van Doorslaer et al. (1993) snažnije sagledava vezu između korištenja zdravstvenih usluga i različitih socioekonomskih čimbenika. Autori smatraju da postoji dublja povezanost između korištenja zdravstvenih usluga i socioekonomskih čimbenika.

Wagstaff et al. (1991) razmotrili su šest dostupnih alata za mjerenje nejednakosti u zdravlju obzirom na socioekonomske indikatore. To su: raspon, Gini koeficijent, pseudo Gini koeficijent, indeks različitosti, indeks nagiba nejednakosti i koncentracijski indeks. S obzirom na pouzdanost podataka i fokus na zdravstvene nejednakosti uzrokovane socioekonomskim čimbenicima koncentracijski indeks i indeks nagiba nejednakosti mogu opravdati svoju svrhu. Svi ostali mjerljivi indikatori imaju brojne nedostatke, (raspon mjeri samo ekstremne vrijednosti pokazatelja - najbogatije i najsiromašnije grupe u populaciji i ne uzima u obzir veličine promatranih uzoraka; Gini koeficijent zajedno sa Lorenzovom krivuljom razmatra cijelu populaciju, ne samo granične grupe, ali ne odražava dimenziju socioekonomskih nejednakosti u zdravlju; Pseudo Gini koeficijent - uzima u obzir grupu a

ne pojedinca kao što to uzima u obzir standardni Gini koeficijent, međutim razmatra grupe definirane kroz društvenu klasu, a ne kroz zdravstveno stanje što ga čini irelevantnim za mjerenje nejednakosti u zdravlju uvjetovanih socioekonomskim čimbenicima. Indeks različitosti po svojoj teoriji mjeri zdravstveni status socioekonomske grupe u usporedbi sa ukupnim stanovništvom i kao takav zanemaruje nejednakosti u zdravlju među različitim socioekonomskim grupama. Indeks nagiba nejednakosti uzima u obzir socioekonomske nejednakosti u zdravlju na način da uzima u obzir prosječnu vrijednost zdravstvenog stanja socioekonomskih grupa koje potom rangira sukladno socioekonomskom statusu. Koncentracijski indeks mjeri raspon zdravstvenih nejednakosti uzrokovanih socioekonomskim prilikama i tako opravdava svoju svrhu.

Pereira (1998) i Wagstaff (2002) predložili su korekciju koncentracijskog indeksa, dopuštajući različite stavove o nejednakosti generaliziranjem pondera duž koncentracijske linije korištenjem proširenog Gini koeficijenta. Erreygers et al. (2010) predložili su simetrički indeks za različite stavove o nejednakosti koji će uvijek biti jednak nuli ako su socioekonomske nejednakosti simetrično raspoređene između bogatih i siromašnih. Značajna analiza je i od strane Wagstaff i van Doorslaera (2004) koji su analizirali razliku između koncentracijskog indeksa koji ukazuje na socioekonomske nejednakosti u zdravlju i Gini indeksa koji mjeri ukupnu razinu nejednakosti u zdravlju. Van Ourti et al. (2009) razvijaju dekompoziciju koncentracijskog indeksa za nelinearne veze između dohotka i zdravlja.

Dostupna literatura bazirana je na nejednakosti u zdravlju, zdravstvenoj njezi ili izdacima za zdravstvenu njegu. Zbog vrlo sličnog karaktera zdravstvenog i socijalnog sektora koji uzimaju u obzir zdravstveno stanje korisnika, u sljedećoj tablici 7 prikazan je pregled literature za testiranje i mjerenje nejednakosti unutar zdravstvenog i socijalnog sektora. Pregled literature za testiranje i mjerenje socioekonomskih nejednakosti unutar zdravstvenog i socijalnog sektora na području Europe nalazi se na kraju rada u prilogima.

Tablica 7: Pregled literature za testiranje i mjerenje nejednakosti unutar zdravstvenog i socijalnog sektora na području Europe (horizontalni pristup)

Studija	Sektor	Zemlje	Godina provođenja istraživanja	Indeksi	Dobna skupina
Carrieri i Wuebker, 2013	Zdravstveni	13 europskih zemalja	2009.	Koncentracijski indeks korišten u mjeranju dohodovnih nejednakosti u preventivnoj njezi.	Korisnici (žene) 50 - 69 (za analizu tumora dojke)
Ilinca et al., 2017	Socijalni	SHARE (9 zemalja Europe)	2013., <i>cross- national study</i>	Rad baziran na koncentracijskom indeksu (KI), dekompoziciji koncentracijskog indeksa	Korisnici 60 + godina
Carrieri et al., 2017	Socijalni	10 europskih zemalja	2006. – 2007.	Korišten koncentracijski indeks i dekompozicija u korištenju formalne i neformalne njege	Korisnici 65 i više godina
Rodrigues et al., 2018	Socijalni	14 europskih zemalja	2013.	Korišten horizontalni indeks (HI)	Korisnici 60 + godina
Lera et al., 2021	Socijalni	10 europskih zemalja	2017.	Korišten indeks horizontalne nejednakosti (HI)	Korisnici 50 + godina

Izvor: izrada doktorandice

U tablici 7 uočavamo da je za izražavanje nejednakosti najčešće korišten koncentracijski indeks, dok je u horizontalnom pristupu korišten indeks horizontalne nejednakosti.

Wagstaff et al. (1991) istraživali su modele za mjerenje nejednakosti u zdravlju i zaključili da je indeks koncentracije najbolja mjera socioekonomskih nejednakosti u zdravlju. Indeks koncentracije razmatra nejednakosti jedne varijable (npr. zdravlje) u odnosu na drugu varijablu (npr. prihod, obrazovanje). Indeks koncentracije mjeri razinu ukupnog zdravlja pojedinaca u različitim dohodovnim razredima. Glavna je prednost što pruža mjeru socioekonomskih odrednica zdravstvene nejednakosti, koja uzima u obzir cjelokupnu raspodjelu dohotka (ne samo najbogatije ili najsiromašnije). Ova je metodologija korištena u izračunu horizontalne jednakosti u dugotrajnoj skrbi (Ilinca et al., 2017; Rodrigues et al., 2017) s različitim dobnim skupinama i pri određivanju horizontalne nejednakosti u zdravlju (Bago d' Uva et al ., 2009; Carrieri, Wuebker, 2013; Van Doorslaer et al., 2004). S obzirom da je preduvjet za korištenje formalne ili neformalne njege narušeno zdravstveno stanje, metodologija kojom se izračunava horizontalna nejednakost u zdravstvenoj skrbi smatra se relevantnom i za definiranje nejednakosti u dugotrajnoj skrbi. Tablica 8 u nastavku daje pregled literature koja se bavila vertikalnim pristupom u ispitivanju nepravde. S obzirom da u socijalnom sektoru, do sada, prema dostupnoj literaturi, ne postoji ispitivanje vertikalne nepravde, tablica objedinjuje samo zdravstveni sektor.

Tablica 8: Pregled literature za testiranje i mjerenje vertikalne nepravde unutar zdravstvenog sektora na području Europe

Studija	Sektor	Zemlje	Godina provođenja istraživanja	Indeksi i modeli	Dobna skupina
Alberts et al., 1997	Zdravstveni	Nizozemska	1993. - 1994. godine	Neprilagođeni koeficijenti (<i>odd ratios</i>) i koeficijenti	Korisnici 18 + godina

				obrazovanja na mogućnost i opseg korištenja zdravstvenih usluga	
Abasolo et al., 2001	Zdravstveni	Španjolska	1993. godine	Regresijska analiza	Korisnici 16 + godina
Sutton, 2002	Zdravstveni	Škotska	1995. - 1998.	Korištena metoda najmanjih kvadrata (<i>OLS regression</i>) u vertikalom i horizontalnom pristupu.	16 - 74 godine starosti
Vončina et al., 2007	Zdravstveni	Hrvatska	2003. godina	Binarna logistička regresija korištena je za analizu.	Osobe odrasle dobi, 18+
Vallejo – Torres, 2012	Zdravstveni	Engleska	2003., 2006.	Korišten OLS model. Horizontalna jednakost izražena s KI. Vertikalna nepravda pomoću vertikalnog indeksa (<i>VI need</i> varijable	Korisnici 16+ godina

Izvor: izrada doktorandice

Tablica 8 daje pregled dosadašnjih istraživanja na temu nejednakosti u zdravstvenom sektoru po vertikalnom pristupu. Zbog detaljne i izazovne metodologije, vrlo mali broj radova bavi se vertikalnom nepravdom u razmatranju. Štoviše, jedino rad autorice Vallejo-Tores (2012) koristi vertikalni indeks u razmatranju u zdravstvu.

4.2. Istraživački podatci i model

U nastavku je prikazan pregled odabranih zavisnih i nezavisnih varijabli koje će se koristiti u radu. Istražuju se paralelno formalna i neformalna njega, gdje je neformalna njega također zavisna varijabla, a ne nezavisna varijabla u modelu formalne njege. Formalna i neformalna njega ne razmatraju se kao supstituti, tj. ne korištenje jedne vrste kućne njege (npr. formalna njega) ne znači kompenzaciju potrebne njege drugom vrstom (npr. neformalna njega). Takav pristup u razmatranju imali su i drugi autori (Hu et al., 2022; Ilinca et al., 2017; Rodrigues et al., 2017; Rodrigues et al., 2018; Bakx et al., 2015; Barbieri, Ghibelli, 2018; Broese van Groenou et al., 2006) koji su htjeli prikazati zastupljenost i korištenje svakog pojedinog oblika kućne njege (formalni i neformalni oblik) i detektirati koji čimbenici utjecaja imaju presudnu ulogu u odabiru korištene kućne njege. Rezultati svih zemalja se promatraju za obje zavisne varijable.

Tablica 9: Pregled zavisnih i nezavisnih varijabli za ispitivanje nejednakosti u korištenju kućne njege

ZAVISNE VARIJABLE	Formalna njega, neformalna njega
	Formalna kućna njega mjerena je sintetičkim pokazateljem korištenja te vrste njege u posljednjih 12 mjeseci, a obuhvaća podršku u kući pruženu od strane educiranog njegovatelja, a uključuje osobnu njegu, kućanske poslove, druge aktivnosti i „meals on wheels“ (obroke za osobe s invaliditetom). Neformalna kućna njega mjerena je sintetičkim pokazateljem korištenja te vrste njege u posljednjih 12 mjeseci, a uključuje neprofesionalnu podršku izvan kućanstva (prijatelji,

	volonteri), kao i unutar kućanstva (članovi obitelji - djeca, supružnici). Oba indikatora su binarne varijable s vrijednostima “Ne” i “Da”.
NEZAVISNE VARIJABLE	Dob, spol, sredina življenja (ruralna/urbana sredina), obrazovanje, dohodak kućanstva, bračno stanje, djeca, zdravstveno stanje, aktivnosti svakodnevnog života (ADL), instrumentalne aktivnosti svakodnevnog života (IADL), kronične bolesti

Izvor: izrada doktorandice

Tablica 10 u nastavku daje dodatna objašnjenja nezavisnih varijabli koje će se koristiti u radu.

Tablica 10: Objašnjenja nezavisnih varijabli koje će se koristiti u ispitivanju nejednakosti i nepravde u kućnoj njezi

NEZAVISNE VARIJABLE	Objašnjenja
Dob	Pretpostavlja se da će stariji korisnici biti skloniji korištenju formalne njege budući da često ostaju sami (bez supružnika ili djece u neposrednoj sredini), a i njihovo zdravstveno stanje s godinama postaje sve kompliciranije, što zahtjeva profesionalnu skrb. Dob je kvantitativna varijabla koja mjeri dob ispitanika u trenutku provođenja istraživanja.
Spol	Žene su u većoj šansi postati udovice za razliku od muškaraca. S obzirom da je njihov životni vijek duži i tijekom života

	njeguju svog supružnika, posljedično i same postaju ovisne o tuđoj pomoći. Budući da se s godinama kompleksnost zdravstvenog stanja narušava, pretpostavka je da koriste formalnu njegu. Spol je binarna varijabla, koja indicira je li ispitanik ženskog spola.
Obrazovanje	Viši stupanj obrazovanja povezan je s većom dostupnošću informacija, višim dohotkom i sklonosti odabiru formalne njege. Obrazovanje je kvantitativna varijabla koja mjeri ukupan broj završenih godina formalnog obrazovanja ispitanika.
Dohodak	Viši dohodak pruža veće mogućnosti i veće korištenje formalne njege. Dohodak kućanstva ovisi o ukupnom prosječnom dohotku svih članova obitelji. Kako dohodak ima asimetričnu distribuciju s većinom ispitanika s nižim vrijednostima i manjim brojem ispitanika s velikim i vrlo velikim vrijednostima, varijabla će se prije uključivanja u analize transformirati prirodnim logaritmom. Ova kvantitativna varijabla u radu je označena kao Dohodak.
Bračno stanje	Osobe u bračnoj zajednici sklonije su neformalnom izboru njege, budući da jedan od supružnika može preuzeti ulogu neformalnog njegovatelja. Varijabla bračno stanje je binarna varijabla, gdje prva kategorija obuhvaća originalne kategorije:

	<p>“nikad oženjeni”, “razvedeni”, “udovice/udovci”; a druga kategorije: “oženjeni, žive sa supružnikom”, “registrirano partnerstvo” i “oženjeni, ne žive sa supružnikom”.</p>
Djeca	<p>Osobe koje žive u obitelji s djecom imaju veće mogućnosti koristiti neformalnu njegu od osoba koje nemaju potomke. Varijabla djeca je kvantitativna varijabla broja djece ispitanika.</p>
Sredina življenja	<p>Sredina je binarna varijabla mjesta življenja ispitanika, gdje je originalna varijabla imala 5 kategorija koje su združene u dvije: urbana i ruralna sredina.</p>
Zdravstveno stanje	<p>Temeljeno na vlastitoj procjeni korisnika (<i>self-perceived health</i>) studije istraživanja sa skalom od 1 - odlično do 5 - loše, te s obzirom da poprima 5 različitih vrijednosti s približno simetričnom distribucijom, u analizama se koristi kao kvantitativna varijabla s numeričkim vrijednostima od 1 do 5.</p>
Kronična oboljenja	<p>Zdravstvena oboljenja koja traju dulje od 3 mjeseca. Kronična oboljenja bilježi broj kroničnih bolesti s kojima ispitanik živi te je također tretirana kao kvantitativna varijabla.</p>
ADL	<p>ADL (ograničenja u aktivnostima svakodnevnog života - <i>activities of daily living limitations</i>) se odnosi na šest</p>

	<p>parametara putem Katz indeksa kako bi se evidentiralo zdravstveno stanje osobe, a odnosi se na: 1. hodanje duž sobe; 2. oblačenje; 3. kupanje ili tuširanje; 4. objedovanje; 5. ulazak/silazak na/s kreveta; 6. upotreba toaleta. ADL je mjerena na skali od 0 do 6.</p>
IADL	<p>IADL (ograničenja u instrumentalnim aktivnostima svakodnevnog života - <i>instrumental activities of daily living limitations</i>) se odnose na 8 parametara pomoću Lawsonovog indeksa radi ispitivanja samostalnog funkcioniranja u svakodnevnom životu. Odnose se na: 1. pripremanje objeda; 2. kupnju namirnica; 3. obavljanje telefonskih poziva; 4. uzimanje lijekova; 5. sposobnost vođenja financija, 6. korištenje transporta; 7. kućanske aktivnosti i 8. odijevanje i pranje rublja. IADL je mjerena na skali od 0 do 9 (pranje rublja zasebna kategorija 9).</p>

Izvor: izrada doktorandice

Korelacijskom analizom je utvrđeno da su ADL i IADL visoko korelirane te se može reći da mjere vrlo slične konstrukte. Kako bi se u analizama izbjegao potencijalni problem multikolinearnosti, uključivanjem obje varijable kreirat će se sintetička varijabla (I)ADL kao prosjek vrijednosti ove dvije varijable koja će se uključiti u daljnje analize. Pošto su skale ovih varijabli različite, prije izračuna prosjeka varijabla IADL će se pomnožiti s brojem 6/9 kako bi se izjednačili rasponi dviju varijabli. Na taj način su i srednje vrijednosti te standardne devijacije ovih varijable približno izjednačene pa je izračun sintetičke varijable

dobro utemeljen. Varijabla (I)ADL tretirana je kao kvantitativna varijabla. Analiza nejednakosti zahtjeva i razmatranje čimbenika potrebe (svi oni koji direktno utječu na korištenje kućne njege) i čimbenika ne-potrebe (oni koji imaju indirektan utjecaj na korištenje kućne njege). U dekompozicijama i izračunima horizontalne i vertikalne nepravde čimbenici potrebe tretiraju se kao opravdani i legitimni čimbenici koji utječu na razinu korištenja njege, dok se čimbenici ne-potrebe promatraju kao nelegitimni utjecaji na korištenje njege koji dovode do nepravdnosti u distribuciji njege. Tablica 11 daje pregled tih čimbenika.

Tablica 11: Pregled čimbenika potrebe i čimbenika ne-potrebe u korištenju kućne njege

<i>Need factors</i> (čimbenici potrebe)	Dob (komorbiditeti vezani za dugotrajnu njegu nastupaju nakon 65. godine starosti), zdravstveno stanje korisnika (vlastita percepcija zdravlja, ADL, IADL, kronične bolesti) i spol.
<i>Non need factors</i> (čimbenici ne-potrebe)	Svi oni koji su u nekoj mjeri povezani s korištenjem njege i koji mogu utjecati na konačan sud pri izboru njege. To su dohodak kućanstva, sastav kućanstva, bračni status, broj djece, život u urbanoj ili ruralnoj sredini i obrazovanje.

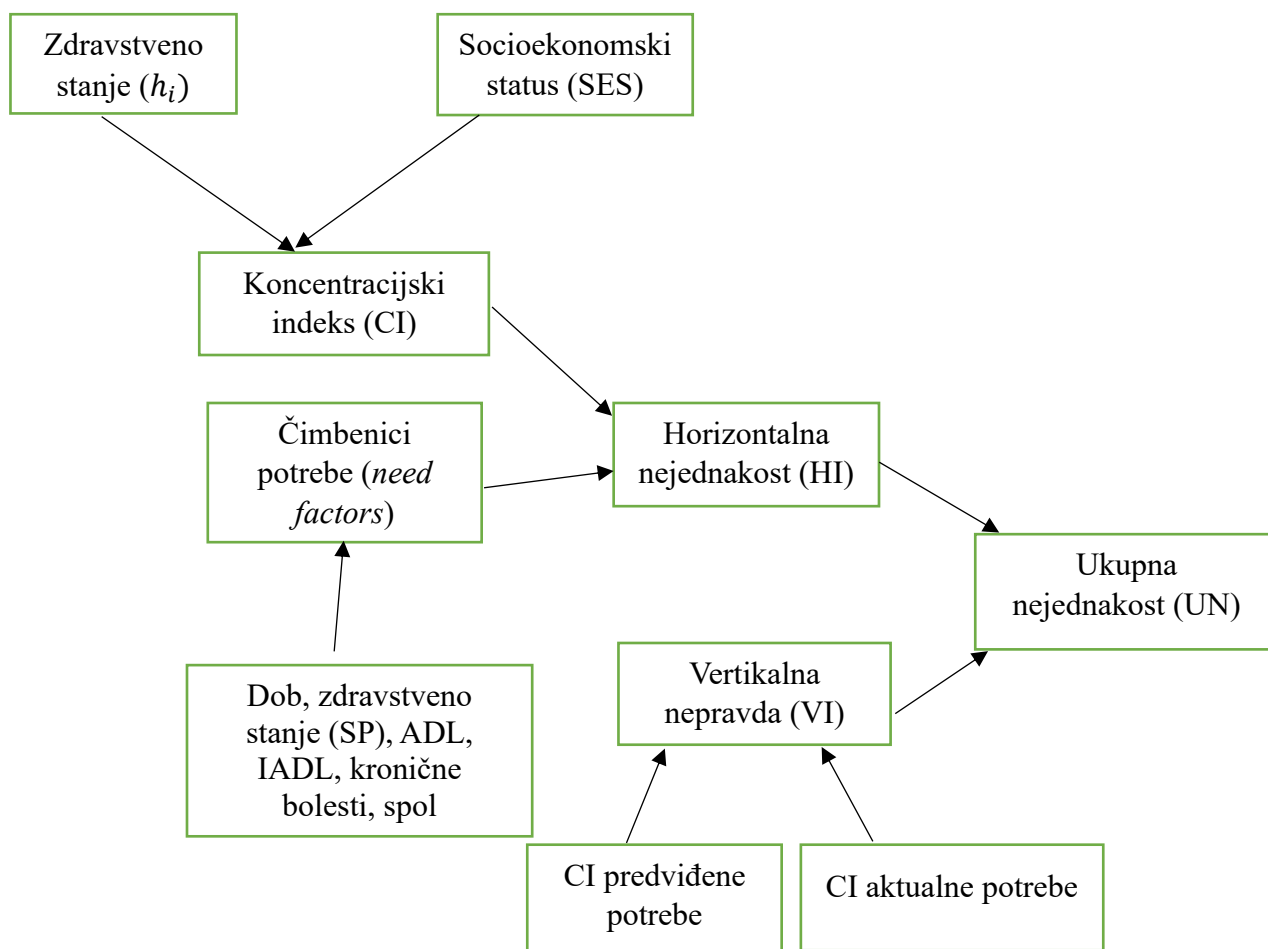
Izvor: izrada doktorandice

Korištenje formalnog i neformalnog oblika nije uvjetovano samo socioekonomskim obilježjima (dohodak, obrazovanje, sredina življenja, sastav kućanstva, broj djece) te se stoga ta obilježja (čimbenici) „kontroliraju“ primjenom horizontalnog ispitivanja nejednakosti. Na taj način se prilikom analize može utvrditi i jasno prikazati koji legitimni čimbenici mogu pridonijeti nejednakosti (dob, spol, zdravstvene varijable). Dekompozicijom horizontalne

nejednakosti (tj. horizontalne nepravde³³) može se naknadno utvrditi značaj socioekonomskih čimbenika za svaku od korištenih vrsta njege.

Radi lakšeg razumijevanja metodološkog modela u nastavku je prikazana shema sukladno kojoj će se izvršiti analiza zavisnih i nezavisnih varijabli prema definiranim ciljevima istraživanja.

Shema 2: Grafički prikaz koncepta



Izvor: izrada doktorandice

³³ Termin koji se koristi kada se putem horizontalnog pristupa, dekompozicijom indeksa, želi utvrditi koji nelegitimni čimbenici (socioekonomski čimbenici - dohodak, obrazovanje, sredina življenja, broj djece, sastav kućanstva) uzrokuju nejednakost koju nazivamo nepravdom

Pristup je sljedeći, posebno za svaku zemlju i svaku zavisnu varijablu (formalna i neformalna kućna njega):

- 1.) izračun koncentracijskog indeksa (KI), logistička regresija za predviđanje korištenja skrbi na osnovi nezavisnih varijabli, izračun korištenja skrbi predviđenog potrebama, izračun horizontalne nejednakosti gdje se ukupan KI umanjuje za KI korištenja predviđenog potrebama
- 2.) logistička regresija za predviđanje korištenja skrbi na osnovi nezavisnih varijabli na ciljnom uzorku (podskup cijelog uzorka), izračun korištenja skrbi prema ciljanim potrebama, izračun vertikalne nepravde kao razlike KI predviđenih potreba i KI ciljanih potreba
- 3.) dekompozicija KI, horizontalne nejednakosti i vertikalne nepravde na kontribucije nezavisnih varijabli. Doprinosi (kontribucije) čimbenika potreba i čimbenika ne-potreba unutar koncentracijskih indeksa temelje se na logističkim regresijama gdje su zavisne varijable formalna i neformalna njega, a nezavisne varijable navedeni čimbenici
- 4.) izračun ukupne nejednakosti kao zbroj horizontalne nejednakosti i vertikalne nepravde
- 5.) segmentacija zemalja sličnih karakteristika.

Koncentracijski indeksi nejednakosti izračunati su s obzirom na mjeru socioekonomskog statusa (SES-a) Dohodak. U izračunu se koristi korekcija prema Erreygers (2009). Koncentracijski indeks (KI) najčešće se koristi kao pokazatelj socioekonomske nejednakosti u zdravlju. Obzirom da je Erreygers (2009) uočio slabosti izvornog KI a to su: ovisnost o srednjoj varijabli zdravlja, različita rangiranja kada se razmatraju nejednakosti u lošem zdravlju u odnosu na opće zdravlje i proizvoljne vrijednosti za kvalitativne varijable zdravlja, predložio je drugačiji pristup. Erreygers poboljšava KI na način da ispravljeni indeks koncentracije postaje mjera ovisna o rangu, što znači da uzima u obzir distribuciju zdravstvenih ishoda na temelju pojedinačnih rangova. Takav pristup omogućava nastavak analize jer ispravljeni indeks koncentracije pruža robustan okvir za procjenu socioekonomskih razlika u zdravlju, rješavajući nekoliko ograničenja izvornog indeksa. Dekompozicije koncentracijskih indeksa za aktualnu nejednakost te horizontalnu, vertikalnu i ukupnu nepravdu, provedene su primjenom binarne logističke regresije na zavisnim

varijablama formalne i neformalne njege, posebno za svaku zemlju. Koncentracijski indeksi za horizontalnu i vertikalnu nepravdu izračunati su preko metode dekompozicije, uz korekciju za ograđene varijable (Erreygers, 2009). Na svim regresijskim modelima provedene su dijagnostičke metode za utvrđivanje valjanosti pretpostavki modela.

U nastavku se jasnije predstavlja model istraživanja uz indikatore koji će se koristiti u ovom doktorskom radu.

4.3. Ekonometrijski indikatori

U ovom istraživanju proučavaju se socioekonomske nejednakosti u korištenju formalne i neformalne dugotrajne njege kod starijih osoba. U istraživanjima socioekonomske nejednakosti u zdravstvu primjenjivane su različite empirijske metode.

Koncentracijski indeks

Wagstaff et al. (1991) je predložio koncentracijski indeks (KI) kao optimalnu mjeru za ovakav tip istraživanja. KI je sintetička mjera koja se izvodi iz odgovarajućih koncentracijskih krivulja, gdje x- os predstavlja rangiranu varijablu socioekonomskog statusa (SES), a y - os kumulativni udio promatrane zdravstvene varijable poredane prema SES varijabli. Prema O'Donnell et al. (2007), KI se može izračunati na sljedeći način:

$$C = \frac{2}{n\mu} \sum_{i=1}^n h_i r_i - 1 - \frac{1}{n}, \quad (1)$$

gdje je h_i zdravstvena varijabla, μ njena srednja vrijednost, a $r_i = \frac{i}{n}$ udjelni rang ispitanika i u SES distribuciji, gdje $i = 1$ označava najsiromašnijeg, a $i = n$ najbogatijeg ispitanika. Ekvivalentna formula za KI koristi kovarijancu:

$$C = \frac{2}{\mu} \text{cov}(h, r) \quad (2)$$

KI poprima vrijednosti između -1 i 1, gdje negativne vrijednosti impliciraju da je zdravstvena varijabla disproporcionalno zastupljenija među siromašnima u odnosu na bogate, dok pozitivne vrijednosti upućuju na veću zastupljenost njege među bogatima. Standardne greške KI mogu se izračunati pomoću delta metode, ali je preporučljivo izračunati *bootstrap* procjene standardnih grešaka. Prednost ovog pristupa je što izbjegava potencijalne probleme s izračunima temeljenim na kompleksnim analitičkim izrazima koji imaju asimptotska svojstva, ali i upitnu konzistentnost, posebno na manjim uzorcima. Kod kompleksnijih mjera, kao što je horizontalna nejednakost i vertikalna nepravda, navedeni problemi mogu još više doći do izražaja.

KI za varijable ogradaene između dvije fiksne vrijednosti ovisi o srednjoj vrijednosti dotične varijable, stoga su bilo kakve usporedbe KI između različitih populacija (npr. između zemalja) problematične. Erreygers (2009) je dao korigiranu verziju KI za ogradaene varijable koja ne ovisi o srednjoj vrijednosti varijable:

$$CC = \frac{4\mu}{a-b} C \quad (3)$$

gdje su a i b minimum i maksimum vrijednosti zdravstvene varijable. Varijable formalne i neformalne njege su binarne, te je za njih $a = 0$ i $b = 1$.

Dekompozicija koncentracijskog indeksa

Pomoću prethodno navedenih metoda mogu se kvantificirati nejednakosti u korištenju dugotrajne njege. Također se mogu uspoređivati mjere nejednakosti između različitih zemalja. Ipak, svođenjem cjelokupne nejednakosti na jedan broj ne mogu se otkriti sve karakteristike te nejednakosti, kao ni čimbenika koji na nju utječu. Koncentracijski indeks ima svojstvo da se može raščlaniti na doprinose različitih čimbenika, koji se također mogu kvantificirati, odnosno, može se provesti dekompozicija KI. Metoda dekompozicije KI koristi regresijske modele kako bi raščlanila doprinose čimbenika. U najosnovnijem obliku, gdje je zdravstvena varijabla kvantitativna (kontinuirana), prikladan je model linearne regresije:

$$h_i = \alpha + \sum_k \beta_k x_{ki} + \varepsilon_i, \quad (4)$$

gdje su x_k individualni pokazatelj, ε_i slučajna greška, a α i β_k koeficijenti regresije. Na osnovu ovog modela, može se raspisati izraz za koncentracijski indeks:

$$C = \sum_k \frac{\beta_k \bar{x}_k}{\mu} C_k + \frac{GC_\varepsilon}{\mu}, \quad (5)$$

gdje je \bar{x}_k srednja vrijednost od x_k , C_k (parcijalni) koncentracijski indeks varijable x_k s obzirom na mjeru SES-a, a GC_ε generalizirani koncentracijski indeks slučajne greške. Dakle, koncentracijski indeks jednak je težinskoj sumi parcijalnih koncentracijskih indeksa nezavisnih varijabli, gdje se težine elastičnost h s obzirom na x_k . Generalizirani koncentracijski indeks slučajne greške (rezidual) predstavlja nejednakost koja nije objašnjena varijacijom čimbenika. Elementi gornje sume nazivaju se kontribucije ili doprinosi čimbenika. Svaki čimbenik, kao što vrijedi i za sami KI, može biti negativan, u

kojem slučaju doprinosi većoj zastupljenosti varijable h među siromašnima, ili pozitivan, što znači da doprinosi većoj zastupljenosti među bogatima. U svakom doprinosu elastičnost mjeri osjetljivost varijable h na varijaciju u dotičnom čimbeniku, a parcijalni KI mjeri nejednakost u distribuciji čimbenika s obzirom na SES. Prema dekompoziciji, samo čimbenici kojima su i elastičnost i parcijalni KI različiti od nule će imati pozitivan ili negativan doprinos. Predznaci elastičnosti i parcijalnog KI određuju predznak doprinosa, gdje isti predznaci (++) ili (- -) daju pozitivan, a suprotni predznaci (+- ili -+) negativan doprinos. Među nezavisnim varijablama u dekompoziciji je uključena i SES varijabla na osnovu koje su izvedeni udjelni rangovi SES distribucije.

Metoda dekompozicije može se primijeniti i na korigiranom koncentracijskom indeksu (Erreygers, 2009) pa vrijedi:

$$CC = 4(\sum_k \beta_k \bar{x}_k C_k + GC_\varepsilon) \quad (6)$$

Horizontalna nepravda

Prethodno opisanim koncentracijskim indeksom može se mjeriti razina i smjer nejednakosti u korištenju određene zdravstvene usluge. Pitanje na koje nije odgovoreno tim indeksom jest: u kojoj mjeri na razinu korištenja utječe nužna potreba za tom uslugom? S tom svrhom u istraživanjima se provodi i analiza nepravde, gdje je jedna od mjera horizontalna nepravda (HN). Empirijska istraživanja o pravednosti u korištenju zdravstvenih usluga utvrđuju postoji li horizontalna pravda koja je definirana kao jednaki tretman za jednake potrebe, bez obzira na druge karakteristike, kao što su dohodak, mjesto prebivanja, obrazovanje i dr. Prema toj definiciji, varijacije u korištenju njege koje ovise o takvim karakteristikama nisu legitimne. U praksi se tretman mjeri razinom korištenja usluge, a potreba legitimnim zdravstvenim i demografskim indikatorima. Horizontalna nepravda identificira se devijacijom stvarne distribucije korištenja usluge od one koja bi bila predviđena nužnim potrebama. Drugim riječima, analiza pravde temelji se na principu da ljudi s jednakim razinama potrebe za

uslugom trebaju dobiti jednaku razinu usluge, neovisno od bilo kojih drugih čimbenika (Van de Poel et al., 2012). Pozitivne ili negativne vrijednosti indiciraju nejednaki tretman za jednake potrebe. Postoji više pristupa izračunu horizontalne nepravde, a najprirodniji način je indirektna metoda (O'Donnell et al., 2007; Van de Poel et al., 2012). U slučaju da je zdravstvena varijabla kvantitativna (kontinuirana), procjenjuje se linearna regresija koja predstavlja jednadžbu korištenja njege:

$$h_i = \alpha + \sum_j \beta_j x_{ji} + \sum_k \gamma_k z_{ki} + \varepsilon_i, \quad (7)$$

gdje su α, β i γ vektori parametara, x_j su varijable nužne potrebe za koje želimo standardizirati zdravstvenu varijablu (indikator zdravlja, dob, spol...), a z_k ne-nužne varijable koje ne želimo standardizirati, već kontrolirati predikciju s obzirom na njih. Za varijable nužne potrebe se očekuje da utječu na korištenje njege, dok ne-nužne varijable ne bi trebale utjecati na razinu korištenja ako je zadovoljena horizontalna pravda. Ako su procjene parametara $\hat{\alpha}, \hat{\beta}$ i $\hat{\gamma}$, tada se može izračunati korištenje njege predviđeno nužnim potrebama:

$$\hat{h}_i = \hat{\alpha} + \sum_j \hat{\beta}_j x_{ji} + \sum_k \hat{\gamma}_k \bar{z}_k + \varepsilon_i, \quad (8)$$

gdje su \bar{z}_k uzoračke srednje vrijednosti ne-nužnih varijabli, čiji se efekt na ovaj način neutralizira. U slučaju da zavisna zdravstvena varijabla nije kvantitativna (kao što je slučaj u ovom istraživanju, gdje je varijabla binarna kvalitativna), tada je umjesto navedene linearne regresije prikladna neka vrsta nelinearnog regresijskog modela (logistička za binarne varijable). Tada nije moguće jednoznačno neutralizirati utjecaj ne-nužnih varijabli fiksiranjem njihovih vrijednosti (npr. na srednje vrijednosti), već će odabir fiksiranih

vrijednosti utjecati na predviđanja. Ipak, prihvaćanjem te činjenice može se izračunati korištenje njege predviđeno nužnim potrebama:

$$\hat{h}_i = G(\hat{\alpha} + \sum_j \hat{\beta}_j x_{ji} + \sum_k \hat{\gamma}_k \bar{z}_k + \varepsilon_i), \quad (9)$$

gdje je G funkcija koja povezuje linearni model s nelinearnom predikcijom, kao što je *logit* u slučaju binarne zdravstvene varijable.

Horizontalna nepravda može se izračunati kao razlika između koncentracijskog indeksa aktualnog korištenja njega i koncentracijskog indeksa korištenja njege predviđenog nužnim potrebama, odnosno:

$$C_{HN} = C - C_{\hat{h}} \quad (10)$$

Interpretacija vrijednosti KI za horizontalnu nepravdu je analogna onoj za aktualni KI.

Dekompozicija horizontalne nepravde

Analogno dekompoziciji koncentracijskog indeksa (KI) aktualnog korištenja njege, može se provesti i dekompozicija KI horizontalne nejednakosti. Prvo je potrebno provesti dekompoziciju aktualnog KI. Kako je zavisna varijabla binarna, regresijski model je nelinearan (logistička regresija), što znači da je potrebno napraviti određenu linearnu aproksimaciju nelinearnog modela.

Jedan pristup je pomoću marginalnih efekata (Doorslaer et al., 2004), gdje se model korištenja njege može napisati kao:

$$h_i = G(\alpha + \sum_j \beta_j x_{ji} + \sum_k \gamma_k z_{ki} + \varepsilon_i) = \alpha^m + \sum_j \beta_j^m x_{ji} + \sum_k \gamma_k^m z_{ki} + u_i, \quad (11)$$

gdje su α^m, β^m i γ^m marginalni efekti izračunati na fiksnim vrijednostima kao što su srednje vrijednosti uzorka. Odabir ovih fiksnih vrijednosti kod nelinearnih modela utječe na rezultate dekompozicije. Alternativni pristup za izračun marginalnih efekata, koji izbjegava problem odabira fiksnih vrijednosti, je izračunati marginalne efekte za svaku opservaciju u uzorku (sa stvarnim vrijednostima nezavisnih varijabli) te uzeti srednju vrijednost dobivenih marginalnih efekata. Dekompozicija se onda može napisati kao:

$$C = \sum_j \frac{\beta_k^m \bar{x}_j}{\mu} C_j + \sum_k \frac{\gamma_k^m \bar{z}_k}{\mu} C_k + \frac{G C_u}{\mu} \quad (12)$$

Doorslaer et al. (2004) su pokazali da je u slučaju linearnog modela koncentracijski indeks horizontalne nepravde dobiven pomoću koncentracijskog indeksa korištenja njege predviđenog nužnim potrebama jednak onom koji se dobije kada se od aktualnog KI oduzmu svi doprinosi čimbenika nužnih potreba dobiveni iz dekompozicije. U slučaju nelinearnih modela, ovi rezultati neće biti identični, ali će u većini slučajeva biti vrlo slični. Korištenjem dekompozicijske metode dobije se izraz za KI horizontalne nepravde:

$$C_{HN} = C - \sum_j \frac{\beta_k^m \bar{x}_j}{\mu} C_j \quad (13)$$

Prednost ovog pristupa u odnosu na metodu koja koristi njegu predviđenu nužnim potrebama jest što nema proizvoljnosti u odabiru fiksnih vrijednosti nezavisnih varijabli. Također, u jednom potezu se osim horizontalne nepravde dobije i dekompozicija iste. Dekompozicija horizontalne nepravde sastoji se od doprinosa ne-nužnih varijabli i reziduala, koji su ostali

nakon oduzimanja doprinosa varijabli nužnih potreba. Analogno prijašnjim razmatranjima i ovdje je primjenjiva korekcija KI (Erreygers, 2009).

Vertikalna nepravda

Glavno ograničenje pristupa horizontalne nepravde jest što ne uzima u obzir mogućnost da utvrđeni različiti tretman kojeg dobivaju osobe s različitim potrebama nije prikladan, što je domena vertikalne nepravde. Princip vertikalne pravde u zdravstvenoj njezi zahtjeva da osobe s nejednakim potrebama dobiju primjereno nejednak tretman (Vallejo-Torres, Morris, 2014). Sutton (2002) je istraživao postojanje vertikalne nepravde u kontaktima pacijenata s doktorima opće prakse u Škotskoj te njegov pristup koristimo kao temelj i u ovom radu. U svom radu, Sutton je pokazao da se pomoću koncentracijskih indeksa može istraživati i mjeriti vertikalna nepravda s obzirom na socioekonomske čimbenike. Kako bi se izračunala vertikalna nepravda, Sutton je predložio uspoređivanje koncentracijskog indeksa korištenja njege predviđenog potrebama i koncentracijskog indeksa temeljenog na ciljanom korištenju njege. Ciljano korištenje njege izvodi se iz predviđenih vrijednosti varijable njege, gdje varijable potrebe imaju optimalan efekt na razinu korištenja njege.

Ciljano korištenje njege može se izračunati tako da se jednadžba korištenja njege primijeni na ciljanoj pod-populaciji, za koju možemo reći da ima optimalne efekte varijabla potrebe na korištenje njege:

$$h_i = G(\alpha + \sum_j \beta_j x_{ji} + \sum_k \gamma_k z_{ki} + \varepsilon_i) \quad (14)$$

Ako s α^c i β^c označimo procjene parametara α i β na ciljanoj skupini, tada se ciljano korištenje njege može napisati kao:

$$h_i^C = G(\alpha^C + \sum_j \beta_j^C x_{ji} + \sum_k \widehat{\gamma}_k \overline{z}_k + \varepsilon_i) \quad (15)$$

gdje su $\widehat{\gamma}_k$ koeficijenti ne-nužnih varijabli iz jednadžbe korištenja njege primijenjene na cijeloj populaciji. Tada se koncentracijski indeks vertikalne nepravde može izračunati kao razlika KI korištenja njege predviđenog potrebama \widehat{h}_i i KI temeljenog na ciljanom korištenju njege h_i^C :

$$C_{VN} = C_{\widehat{h}} - C_{h^C} \quad (16)$$

Interpretacija vrijednosti KI za vertikalnu nepravdu je analogna onoj za aktualni KI i horizontalnu nepravdu. Ciljana skupina može se definirati na više načina. U ovom radu primijenit će se dva pristupa ovom problemu. Prva ciljana skupina bit će polovica populacije s višim dohotkom, odnosno oni ispitanici čiji je udjelni rang dohotka iznad 1/2. Druga ciljana skupina bit će polovica populacije s većim brojem završenih godina formalnog obrazovanja, odnosno oni ispitanici koji su u gornjoj polovici rangiranih godina obrazovanja. Na ovaj način moći će se razmotriti i razlike u dobivenim mjerama vertikalne nepravde, ovisno o odabiru ciljane skupine.

Dekompozicija vertikalne nepravde

U skladu s već opisanom metodama, za vertikalnu nepravdu se također može provesti dekompozicija na čimbenike doprinosa. Pomoću ove metode može se izračunati i sami KI vertikalne nepravde:

$$C_{VN} = \sum_k (\widehat{\beta}_k - \beta_k^C) \frac{\overline{x}_k}{\mu} C_k \quad (17)$$

I u ovom slučaju se može primijeniti korekcija KI (Erreygers, 2009) zbog ovisnosti o srednjoj vrijednosti varijable zdravlja.

Ukupna nepravda

Ukupna nepravda definirana je kao razlika između KI aktualnog i ciljanog korištenja njege, što je jednako zbroju horizontalne i vertikalne nepravde:

$$C_{UN} = C - C_{hc} = (C - C_{\hat{h}}) + (C_{\hat{h}} - C_{hc}) = C_{HN} + C_{VN} \quad (18)$$

Ukupna nepravda je tako razložena na nepravdu koja proizlazi iz efekata ne-nužnih varijabli na korištenje njege (horizontalna nepravda) i na nepravdu koja proizlazi iz neprimjerenih efekata varijabli nužne potrebe na korištenje njege (vertikalna nepravda). Interpretacija vrijednosti KI za ukupnu nepravdu je analogna svim prethodno opisanim KI.

Socioekonomski status

Socioekonomski status (SES) posredno je mjereno pomoću ekvivaliziranog neto dohotka kućanstva, korištenjem skale drugog korijena (Rainwater, Smeeding, 1996; O'Donnell et al., 2007) i prilagođenog prema paritetu kupovne moći (*PPP - purchasing power parity*) pojedine zemlje, prema formuli:

$$D_e = D_k / \sqrt{N_k} \times EX / PPP \quad (19)$$

gdje je D_e ekvivalizirani dohodak kućanstva, D_e ukupni dohodak kućanstva, N_k broj članova kućanstva, EX devizni tečaj lokalne valute (*exchange rate*), a PPP paritet kupovne moći.

Uzorak

Važno razmatranje u KI analizi, kao i u kasnijim analizama, je pitanje veličine uzorka. Kako bi se dobili pouzdani zaključci, svaka bi država trebala imati dovoljno podataka za izračune. Budući da su u ovoj studiji veličine uzorka po zemlji određene *a priori* uzorkom SHARE i ne mogu se povećavati dodatnim prikupljanjem podataka, ovdje razmatramo samo veličine uzorka *post hoc*. Osnovna formula za veličinu uzorka je:

$$n = z^2(p(1 - p))/d^2(4) \quad (20)$$

gdje je $z=1,96$ (gornji kvantil normalne distribucije na razini značajnosti od 95%), p je razina formalne/neformalne njege u određenoj zemlji, a d je preciznost KI, tj. +- rub odgovarajući interval pouzdanosti. Postavljanje d na određenu vrijednost znači da se procjene KI čija je apsolutna vrijednost veća od d smatraju značajno različitima od nule.

4.4. Izračun socioekonomske nejednakosti u korištenju dugotrajne njege

Analiza je provedena na mikropodacima dobivenim iz istraživanja o zdravlju, starenju i umirovljenju u Europi (SHARE - *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*). Podaci obuhvaćaju 8. i 9. val istraživanja. Određeni dio podataka je imao nedostajuće vrijednosti, te su gdje je to bilo moguće, umjesto njih iskorištene imputirane vrijednosti

pripremljene od strane SHARE-a, čiji se model imputiranja sastoji od dvije faze. U prvoj fazi pomoću *hot deck* metode imputiraju se manje zahtjevne varijable te one s malim udjelom nedostajućih vrijednosti. Kod ove metode nedostajuće vrijednosti varijable za pojedinog ispitanika (“primatelja”) se imputiraju s vrijednostima te varijable kod drugog ispitanika (“davatelja”) koji je vrlo sličan primatelju prema određenoj metrici, u prvom redu s obzirom na zemlju, spol, dob i sl. U drugoj fazi FCS (“*fully conditional specification*”) metodom se imputiraju zahtjevnije varijable kao što su razne monetarne varijable, uključujući dohodak. Ova metoda koristi Gibbs-ov algoritam uzorkovanja koji imputira zajednički više varijabli, tako da iterativno provodi regresijske modele koji za svaku varijablu predviđaju nedostajuće vrijednosti na osnovu postojećih vrijednosti drugih varijabli, a proces se ponavlja veći broj puta dok algoritam ne konvergira.

Uzorak uključuje ispitanike koji su bili stariji od 65 godina u vrijeme provođenja istraživanja, a obuhvaća 26 zemalja EU-a i Švicarsku. Izrael nije bio predmet ovog istraživanja jer nije dio EU-a. Za Irsku nisu bili dostupni podaci u promatranim valovima, pa također nije dio ovog istraživanja. Od ostalih zemalja, Portugal nije sudjelovao u 8. valu, no bili su raspoloživi podaci za 9. val. Od inicijalnih 53 692 za 8. val, odnosno 69 445 za 9. val, zbog navedenih restrikcija i nedostajućih vrijednosti koje su preostale nakon iskorištavanja imputiranih vrijednosti pripremljenih od strane SHARE-a, za analizu je preostalo 33641 ispitanika za 8. val, a za 9. val 44380. Od 20 051 / 25 065 isključenih zapisa za 8., odnosno za 9. val, 1418 / 744 su se odnosili na Izrael, 16 341 / 21 634 su bili mlađi od 65 godina, a 2292 / 2687 su imali nedostajuće vrijednosti. Najviše nedostajućih vrijednosti zabilježeno je za varijablu *Sredina* (1586 / 1774), od čega je Češka imala najveći broj (181 ili 7.4 %) za 8. val, a Estonija (201 ili 6.7 %) za 9. val, dok je Slovačka imala najveći udio nedostajućih vrijednosti (10.5%) kod oba vala. Preostale nedostajuće vrijednosti (706 / 913) zabilježene su za varijable *Formalna njega* (547 / 649, najviše kod Belgije: 59 / 106 ili 4.2 % / 3.8 %) i *Neformalna njega* (102 / 170, u 8. valu najviše kod Italije: 16 ili 1.1%, a u 9. valu kod Slovenije: 28 ili 1.1 %), a kod zdravstvenih varijabli zabilježeno je preostalih 57 / 94 nedostajućih vrijednosti.

Zbog postojanja nedostajućih vrijednosti istražena je njihova struktura kako bi se utvrdilo da li nedostajanje pojedine vrijednosti ovisi o podacima ili podaci nedostaju slučajno. Ako podaci nedostaju potpuno slučajno (engl. *missing completely at random*), nedostajanje pojedine vrijednosti ne ovisi o vrijednostima koje poprimaju ostale varijable, te kod takvih podataka možemo isključiti sve slučajeve s nedostajućim vrijednostima i preostali uzorak će i dalje biti reprezentativan. Ako podaci nedostaju slučajno (engl. *missing at random*), što se može nazvati i uvjetno slučajno, nedostajanje vrijednosti ovisi o vrijednostima koje poprimaju ostale varijable, pa isključivanjem slučajeva s nedostajućim vrijednostima nećemo dobiti uzorak koji je i dalje reprezentativan, te je uputno koristiti alternativne metode kao što je višestruka imputacija (engl. *multiple imputation*) kod analize podataka.

Struktura nedostajućih vrijednosti bila je slična između 8. i 9. vala. Analizom nedostajućih vrijednosti utvrđeno je da se najveći broj nedostajućih vrijednosti, a to se odnosi na varijable *Sredina*, *Formalna njega* i *Neformalna njega*, pojavljuje samo kod dotične varijable bez nedostajućih vrijednosti kod drugih varijabli. Samo 60 slučajeva kod 8. vala, odnosno 44 kod 9. vala, su imali nedostajuće vrijednosti za sve promatrane varijable. Korelacije između nedostajućih vrijednosti svih varijabli kodiranih kao 1 ako vrijednost nedostaje i 0 inače, pokazale su da često zajedno nedostaju vrijednosti za varijable zdravlja, a sa njima umjereno nedostaju vrijednosti neformalne njege. Varijable *Sredina* i *Formalna njega*, na koje otpada većina nedostajućih vrijednosti, imale su niske korelacije s nedostajućim vrijednostima drugih varijabli. Naposljetku, provjerene su korelacije nedostajućih vrijednosti kodirane na prethodno opisan način sa stvarnim vrijednostima preostalih varijabli, kako bi se utvrdilo da li nedostajanje ovisi o drugim varijablama. Korelacije su bile vrlo niske te nisu utvrđene bitne povezanosti. Najveću povezanost je imala *Formalna njega* sa varijablom (*I*)*ADL*, no i tu je korelacija bila slaba. Na osnovu ovoga može se zaključiti da podaci nedostaju potpuno slučajno (*missing completely at random*), pa je uz činjenicu da je relativno mali broj vrijednosti nedostajući, opravdano nastaviti analizu nakon isključivanja svih slučajeva s nedostajućim vrijednostima.

Proučavane zemlje su segmentirane s obzirom na regionalnu podjelu (World Regional Geography, 2016): sjeverna Europa: Švedska, Danska i Finska; zapadna Europa: Austrija,

Njemačka, Nizozemska, Francuska, Švicarska, Belgija i Luksemburg; južna Europa: Španjolska, Italija, Grčka, Portugal, Cipar i Malta; istočna Europa: Češka, Poljska, Mađarska, Slovenija, Estonija, Hrvatska, Litva, Bugarska, Latvija, Rumunjska i Slovačka.

Zavisne varijable

Formalna dugotrajna njega mjerena je pomoću sintetičkog indikatora korištenja njege u proteklih 12 mjeseci, a koji bilježi profesionalnu pomoć, uključujući osobnu njegu, kućanske poslove, dostavu hrane te ostale aktivnosti. Za izračun sintetičke varijable korištene su varijable iz SHARE upitnika hc127d1, hc127d2, hc127d3 i hc127d4, gdje je postojanje pozitivnog odgovora na bilo koje od četiri odgovarajuća pitanja iz upitnika kodirano kao prisutnost korištenja formalne njege. Neformalna dugotrajna njega također je mjerena pomoću sintetskog indikatora korištenja njege u proteklih 12 mjeseci, a koji uključuje neprofesionalnu pomoć koja dolazi izvan kućanstva, kao i iz samog kućanstva. Ovdje su za izračun korištene varijable sp002 i sp020. Pozitivan odgovor kod varijable sp002 je kodiran kao prisutnost korištenja neformalne njege, a od preostalih slučajeva tako su kodirani i oni kod kojih je varijabla sp020 imala pozitivan odgovor. Oba indikatora su binarne varijable sa vrijednostima “Ne” i “Da”.

Dohodak - Socioekonomski status

Kako dohodak ima asimetričnu distribuciju s većinom ispitanika s nižim vrijednostima i manjim brojem ispitanika s velikim i vrlo velikim vrijednostima, varijabla je prije uključivanja u analize transformirana prirodnim logaritmom. Ova kvantitativna varijabla u radu je označena kao Dohodak.

Nezavisne varijable

Nezavisne varijable podijeljene su na čimbenike nužne potrebe: *Zdravstveno stanje, ADL, IADL, Kronične bolesti, Dob, Spol*; te na ne-nužne čimbenike: *Sredina, Oženjeni (bračno stanje), Djeca (broj djece), Dohodak (kućanstva) i Obrazovanje*. U dekompozicijama i izračunima horizontalne i vertikalne nepravde čimbenici (nužne) potrebe tretiraju se kao opravdani i legitimni čimbenici koji utječu na razinu korištenja njege, dok se (ne-nužni) čimbenici ne potrebe promatraju kao nelegitimni utjecaji na korištenje njege koji dovode do nepravde u distribuciji njege. *Zdravstveno stanje* temeljeno je na samo - procjeni ispitanika, sa skalom od 1 - odlično do 5 - loše, te pošto poprima 5 različitih vrijednosti s približno simetričnom distribucijom, u analizama se koristi kao kvantitativna varijabla s numeričkim vrijednostima od 1 do 5. *ADL* (ograničenja u aktivnostima svakodnevnog života - *activities of daily living limitations*) mjerena je na skali od 0 do 6, dok je *IADL* (ograničenja u instrumentalnim aktivnostima svakodnevnog života - *instrumental activities of daily living limitations*) mjerena na skali od 0 do 9. Varijabla (*I*)*ADL* tretirana je kao kvantitativna varijabla. Varijabla *Kronične bolesti* bilježi broj kroničnih bolesti s kojima ispitanik živi, te je također tretirana kao kvantitativna varijabla. *Dob* je kvantitativna varijabla koja mjeri dob ispitanika u trenutku provođenja istraživanja. *Spol* je binarna varijabla, koja indicira da li je ispitanik ženskog spola. *Sredina* je binarna varijabla mjesta življenja ispitanika, gdje je originalna varijabla imala 5 kategorija koje su združene u dvije: urbana i ruralna sredina. Varijabla *Oženjeni* je binarna varijabla, gdje prva kategorija obuhvaća originalne kategorije: “nikad oženjeni”, “razvedeni”, “udovice/udovci”; a druga kategorije: “oženjeni, žive sa supružnikom”, “registrirano partnerstvo” i “oženjeni, ne žive sa supružnikom”. Varijabla *Djeca* je kvantitativna varijabla broja djece ispitanika. *Obrazovanje* je kvantitativna varijabla koja mjeri ukupan broj završenih godina formalnog obrazovanja ispitanika.

Analiza

Linearnost između kvantitativnih nezavisnih varijabli i logit vrijednosti predviđanja utvrđena je dijagramima raspršenja, te nisu zabilježena veća odstupanja ni za jednu varijablu. Iako je dob ispitanika u sličnim istraživanjima imala kvadratnu ili čak kubnu vezu s logitom, kod tih istraživanja bio je uključen cijeli raspon ispitanika od djece do starijih. S ograničenjem istraživanja na one starije od 65, pokazalo se da je linearna veza dovoljno dobra aproksimacija stvarnog odnosa. Analizirane su i vrijednosti reziduala, te nisu pronađena veća odstupanja, odnosno ekstremne vrijednosti. Također je utvrđena i razina multikolinearnosti za svaki model pomoću VIF vrijednosti, gdje su VIF vrijednosti za sve analizirane modele bile znatno ispod vrijednosti 5, pa nije bilo indikacija multikolinearnosti. Kod primjene logističke regresije na ciljanim populacijama u svrhu izračuna vertikalne nepravde, iz logističkih regresija su izostavljene sve ne-nužne varijable osim *Dohotka*. Razlog jest taj što su za dotične regresije veličine uzoraka bile upola manje od originalnih, što je dovodilo do problema premalog uzorka s obzirom na broj nezavisnih varijabli. Varijabla *Dohodak* je ostavljena u modelima kako bi se kontrolirao njen utjecaj, s obzirom da igra ulogu SES varijable kod izračuna KI.

Standardne greške i intervali pouzdanosti za sve razmatrane parametre izračunati su pomoću *bootstrap* tehnike sa 1000 replikacija. Svi prikazani intervali pouzdanosti definirani su s razinom pouzdanosti 95%, što odgovara razini značajnosti od 0.05. Cjelokupna analiza i obrada podataka provedena je u programskom okruženju “R: *A Language and Environment for Statistical Computing*”, verzija 4.2.2, uz korištenje niza open-source R paketa. Kod izračuna koncentracijskih indeksa i dekompozicije istih korišten je paket *rineq* (Devleeschauwer et al., 2017), koji je baziran na paketu *decomp* (Speybroeck et al., 2010), a velik dio potrebnih procedura razvijen je posebno za ovaj rad. Kao prvo, prilagođena je procedura za dekompoziciju KI iz postojećih paketa tako da računa aproksimaciju nelinearnog modela (u ovom slučaju logističke regresije) pomoću marginalnih efekata preko njihovih srednjih vrijednosti. Razvijene su procedure za izračun horizontalne i vertikalne nepravde, kao i njihovih dekompozicija. Također su implementirane korekcije KI za sve

mjere, procedura za izračun *bootstrap* intervala pouzdanosti i standardnih devijacija za sve mjere, te procedure za analizu i prezentiranje podataka kroz grafičke i tablične prikaze. Uz to su razvijene i procedure za ekstrakciju podataka iz SHARE baze kao i procedure za transformaciju dotičnih podataka u oblik pogodan za analize.

4.4.1. Deskriptivna analiza uzorka

U tablici 12 (dodatak A) prikazane su opisne (deskriptivne) statistike svih zavisnih i nezavisnih varijabli za neponderirane vrijednosti, posebno za svaku proučavanu zemlju i val. Kod svih zemalja Europe razlika u korištenju formalne dugotrajne njege između 8. i 9. vala bila je unutar dva postotna poena. Zemlje istočne Europe zabilježili su najmanje udjele korištenja formalne njege, od kojih je Češka imala najviše vrijednosti (oko 10 %). Zemlje sjeverne Europe imale su udjele korištenja od 8.6 % u Finskoj do 12.5 % u Danskoj. Većina zemalja zapadne Europe imala je više udjele korištenja, uglavnom između 13 % i 18 %, s iznimkom Švicarske i Luksemburga s manjim udjelima, te Belgije gdje je zabilježeno najviše korištenje formalne njege od svih zemalja Europe. Zemlje južne Europe imale su velik raspon udjela, od 5.8 % (Malta) do 25.8 % (Cipar). Španjolska je imala znatno veće korištenje formalne njege od Italije, sa Portugalom negdje u sredini, dok je Grčka imala dosta niže razine bliske Malti. Za istaknuti je da su većina zemalja zapadne Europe imale više udjele korištenja od zemalja sjeverne Europe, dok su Cipar i Španjolska imali vrijednosti više i od većine zapadnih zemalja.

Neformalna dugotrajna njega je u zemljama sjeverne Europe imala visoke razine korištenja, gdje je Švedska imala najskromnije udjele. Zemlje zapadne Europe imale su udjele između 24 % i 30 %, izuzev Luksemburga (oko 19 %) i Austrije (oko 39 %). Većina zemalja južne Europe zabilježili su niže udjele korištenja neformalne njege u rasponu od 18.5 % do 24 %, izuzev Grčke s višim vrijednostima, te Malte i Cipra s nižima. Zemlje istočne Europe imale

su udjele pretežno u rasponu od 20 % do 30 %, izuzev Češke i Estonije koje su imale veće udjele, te Poljske, Slovačke, Mađarske i Latvije s najnižim razinama korištenja. Razlika između dva vala bila je za većinu zemalja unutar 3 postotna poena, osim za Cipar, Mađarsku i Rumunjsku koje su imale veći pad, te Grčku koja je imala veći rast. Uspoređujući sa formalnom njegom, zemlje istočne Europe imale su višestruko više razine korištenja neformalne njege, kao i zemlje sjeverne Europe. Kod zemalja zapadne Europe također su razine korištenja neformalne njege bile više od formalnih, ali je razlika bila manja, dok je najmanje razlika u korištenju bilo kod zemalja južne Europe.

Zdravstvene varijable sumirane su u tablici 12 sa srednjim vrijednostima. Kod varijable zdravstvenog stanja najlošije vrijednosti u prosjeku su zabilježene za zemlje istočne Europe, uključujući Portugal, s nešto boljim vrijednostima u Češkoj i Slovačkoj. Slijedile su zemlje južne Europe, a bolje vrijednosti imale su zemlje zapadne i sjeverne Europe. Slično je bilo i sa varijablom (I)ADL. Najviše kroničnih bolesti zabilježeno je u zemljama istočne i južne Europe, te Luksemburgu, Njemačkoj i Finskoj, dok su najmanje razine imale ostale zemlje zapadne i sjeverne Europe, uz Maltu, Italiju i Slovačku. Za sve zdravstvene varijable zabilježene su vrlo male promjene u vrijednostima između 8. i 9. vala.

Srednja vrijednost dobi ispitanika varirala je od 71.7 za Slovačku do 77.3 za Španjolsku. Najmanje žena među ispitanicima bilo je u Njemačkoj (51 %), a najviše u Latviji (66 %) i Litvi (65), što može upućivati na veću smrtnost muške populacije. Sredina prebivanja ispitanika bila je kod 8. vala u najmanjoj mjeri ruralna u Švedskoj (16.7 %), Grčkoj, Belgiji, Nizozemskoj, Španjolskoj, Cipru, Danskoj i Malti (24.2 %), a najviše ruralne zemlje bile su Rumunjska (74.7 %), Slovačka, Švicarska, Bugarska, Poljska, Francuska, Finska i Luksemburg (45.1 %). U 9. valu udjeli ruralnog stanovništva su se promijenili za određene zemlje: Španjolska (7.3 %), Malta (9 %), Švedska (34.3 %) i Hrvatska (42.6 %). Najmanje oženjenih bilo je u Latviji (49.4 %), Litvi, Estoniji, Bugarskoj i Mađarskoj (57.7 %), a najviše u Malti (81 %), Nizozemskoj, Italiji, Luksemburgu, Hrvatskoj, Sloveniji i Njemačkoj (72.7 %). Najmanje djece u prosjeku su imali ispitanici iz glavnine zemalja istočne Europe te Luksemburga i Grčke, a najviše iz ostalih zemalja južne Europe, zemalja sjeverne Europe,

Poljske, Rumunjske, Češke, Nizozemske i Francuske. Za dob, spol, bračno stanje i broj djece nije bilo većih varijacija u vrijednostima između dva vala.

Na osnovu dosadašnjih rezultata možemo zaključiti da zbog lošijeg zdravlja u istočnoj i južnoj Europi, korisnici najčešće koriste neformalnu njegu, što je vjerojatno posljedica manjeg financijskog ulaganja u socijalni sektor (nedostatan razvoj formalnih usluga za dugotrajnu njegu), što je u skladu sa radom autora Peña-Longobardo et al. (2021). Oni su ustanovili prisutnost neformalne njege i visokih oportunitetnih troškova od 4 do 5% BDP-a u Turskoj, Irskoj, Španjolskoj, Italiji i zemljama istočne Europe gdje su izdvajanja za dugoročnu njegu između 0,5 do 1% BDP-a.

U zemljama južne Europe zabilježen je najmanji udio neformalne njege, a također su zabilježene i najmanje razlike u korištenju formalne i neformalne njege za razliku od ostalih proučavanih grupa zemalja. Zbog velike popularnosti institucijskog smještaja, zemlje južne Europe nisu još u potpunosti prepoznale značaj kućne njege (formalni i neformalni tip). Zbog nepromijenjenih reformi, a zbog rastućeg broja korisnika, povećava se broj kreveta u institucijskoj formi (domovi za starije), međutim, neke reforme su u pripremi, kojima se želi smanjiti institucionalizacija, posebice u Španjolskoj, što je predstavljeno u radu autora León, Pavolini (2014). Zanimljivo, evidentiran je najmanji broj djece u istočnoj Europi, što nije u skladu sa ranijim istraživanjem Rodrigues et al. (2013) koji smatra da su supruge i djeca najvažniji izvor neformalne njege, posebice u zemljama istočne i južne Europe. Jedno od objašnjenja takve situacije može biti i činjenica da i u tim dijelovima Europe stariji ne žele opterećivati svoju djecu težim aktivnostima koje zahtjeva narušeno zdravlje ili pak s druge strane, mlađa populacija ne želi toliko žrtvovati svoje vrijeme u pružanju zahtjevnije skrbi. Isto je potvrđeno u radu autora McCullough et al. (1993) koji smatraju da je potencijal neformalnih njegovatelja u dugoročnoj skrbi neiskorišten upravo iz ranije navedenog razloga.

Promatrajući prosječni ekvivalizirani neto dohotka kućanstva, prilagođen prema paritetu kupovne moći, najniži dohodak zabilježen je u Bugarskoj (637), Rumunjskoj, Mađarskoj, Estoniji, Hrvatskoj, Litvi i Latviji, a najviši na Cipru (6278 / 9026), Švicarskoj,

Luksemburgu, Finskoj, Danskoj, Austriji, Francuskoj, Malti i Njemačkoj (2235). Najveći rast dohotka zabilježen je kod Cipra, Malte i Francuske, a najveći pad kod Švicarske, Grčke, Finske, Slovačke i Luksemburga. Zanimljivo je da Cipar ima najviši dohodak, a sljedeća je Švicarska sa znatno manjim dohotkom. Distribucije dohotka su jako asimetrične, s većinom vrijednosti u donjem kraju distribucije. Usporedbom distribucija dohotka za Cipar i Švicarsku pokazalo se da Cipar ima puno više vrijednosti pri gornjem kraju distribucije, tj. na Cipru ima puno više disproporcionalno bogatih kućanstava. Gledajući medijan dohotka, obje zemlje imaju približno iste vrijednosti. Još jedan razlog je i korekcija dohotka za paritet kupovne moći, koji je bio dvostruko veći u Švicarskoj u odnosu na Cipar, što je bitno uvećalo dohodak Cipra. Kako je Cipar poznata destinacija bogatih umirovljenika, mahom i Ujedinjenog Kraljevstva⁴, njihov dohodak je znatno iznad onoga kojeg imaju rođeni Ciprani. Na ovom primjeru može se vidjeti i zašto je varijabla dohotka transformirana prirodnim logaritmom. Ako se pogledaju srednje vrijednosti transformirane varijable, vidljivo je da su ove ekstremne vrijednosti nestale. Ipak, nakon transformacije zadržani su opći odnosi zemalja s najvišim, odnosno najnižim dohotkom. Niži dohodak u zemljama istočne i južne Europe onemogućuje značajnije korištenje formalne njege budući da je za istu potrebno i učešće iz vlastitih sredstava. Ono što je primjetno je da u zemljama nižeg dohotka prevladava korištenje neformalne njege koju provode posredstvom članova obitelji. Međutim, usprkos višim dohotcima u zemljama sjevera korištenje neformalne njege zauzima visok udio. Razlog leži u informacijama Europske komisije (European Commission, Long-term care report, 2021) koja u svom izvješću navodi da bogati dio populacije pronalazi alternativne izvore u zadovoljavanju svojih potreba (privatne organizacije) budući da većina zemalja popularizira kriterije ekonomskih izvora (dohodak, imovina) i time isključuje osobe višeg dohotka u ponudi i korištenju različitih vrsta njege organizirane od strane javnog ponuditelja usluge (formalna njega).

Najmanje godina formalnog obrazovanja imali su ispitanici iz zemalja južne Europe, Švicarske, Rumunjske i Austrije, a najviše iz zemalja sjeverne i zapadne Europe, uz Češku.

⁴ <https://www.news.cyprus-property-buyers.com/2008/01/27/cyprus-attracts-retired-britons/id=00287>

Najveći rast u broju godina formalnog obrazovanja među ispitanicima imali su Litva, Luksemburg, Rumunjska, Italija, Finska i Grčka, a pad Španjolska i Austrija.

Zanimljivo je usporediti neke zemlje po prethodno navedenim mjerama. Na primjer, naizgled slične zemlje poput Španjolske i Italije imaju znatne razlike u razini korištenja formalne njege, dok je korištenje neformalne njege slično. Ovo bi se moglo povezati s razlikama u zdravlju, gdje posebno varijable (I)ADL i kronične bolesti imaju znatno lošije vrijednosti u Španjolskoj nego u Italiji, što potencijalno vodi većoj potrebi za formalnom njegom. Razlika u korištenju formalne njege još je veća kod usporedbe susjeda Nizozemske i Belgije, gdje su također zabilježene razlike u razini zdravlja. Naravno, drugi važni razlozi mogu utjecati na ovakve razlike, kao što je državna potrošnja za dugotrajnu njegu i druge socio - kulturalne karakteristike dotičnih zemalja.

U tablici 13 dana je korelacijska matrica Pearsonovih korelacijskih koeficijenata između svih parova varijabli (zavisnih i nezavisnih) za združene podatke svih zemalja i valova. Formalna i neformalna njega imale su najvišu (pozitivnu) korelaciju s varijablom (I)ADL, a ostale dvije varijable zdravlja imale su malo manju korelaciju, također pozitivnu, s tim da su korelacije bile nešto više kod neformalne njege.

Tablica 13: Korelacijska matrica Pearsonovih korelacijskih koeficijenata

	Formalna njega	Neformalna njega	Zdrav. Stanje	(I)ADL	Kronične bol.	Dob	Spol	Oženjeni	Djeca	Sredina	Dohodak	Obrazovanje
Formalna njega	1.00	0.24	0.17	0.32	0.17	0.28	0.07	-0.14	-0.01	-0.04	0.04	-0.04
Neformalna njega	0.24	1.00	0.22	0.36	0.23	0.25	0.09	-0.18	0.01	0.03	-0.04	-0.07
Zdrav. stanje	0.17	0.22	1.00	0.38	0.45	0.23	0.05	-0.10	-0.01	0.05	-0.21	-0.20

	Formalna njega	Neformalna njega	Zdrav. Stanje	(I)ADL	Kronične bol.	Dob	Spol	Oženjeni	Djeca	Sredina	Dohodak	Obrazovanje
(I)ADL	0.32	0.36	0.38	1.00	0.31	0.32	0.05	-0.11	0.02	0.03	-0.09	-0.16
Kronične bol.	0.17	0.23	0.45	0.31	1.00	0.19	0.07	-0.08	0.02	0.00	-0.09	-0.11
Dob	0.28	0.25	0.23	0.32	0.19	1.00	0.03	-0.22	0.01	-0.03	-0.07	-0.20
Spol	0.07	0.09	0.05	0.05	0.07	0.03	1.00	-0.26	-0.01	-0.02	-0.08	-0.10
Oženjeni	-0.14	-0.18	-0.10	-0.11	-0.08	-0.22	-0.26	1.00	0.10	0.02	0.12	0.08
Djeca	-0.01	0.01	-0.01	0.02	0.02	0.01	-0.01	0.10	1.00	0.09	-0.02	-0.08
Sredina	-0.04	0.03	0.05	0.03	0.00	-0.03	-0.02	0.02	0.09	1.00	-0.07	-0.14
Dohodak	0.04	-0.04	-0.21	-0.09	-0.09	-0.07	-0.08	0.12	-0.02	-0.07	1.00	0.24
Obrazovanje	-0.04	-0.07	-0.20	-0.16	-0.11	-0.20	-0.10	0.08	-0.08	-0.14	0.24	1.00

Od ostalih varijabli, zavisne varijable su imale najvišu (pozitivnu) korelaciju sa dobi ispitanika, odmah iza (I)ADL, a još je jedino s udjelom oženjenih korelacija bila iznad 0.1. u apsolutu (ali negativna). Korelacija između formalne i neformalne njege je bila 0.24. Korelacije između varijabli zdravlja su bile pozitivne, od 0.3 do 0.45, a bile su i pozitivno korelirane s *Dobi*, dok je od ostalih varijabli jedino *Zdravstveno stanje* imalo veće (negativne) korelacije s *Dohotkom* (-0.21) i *Obrazovanjem* (-0.20). *Dob* je još imala veće korelacije s varijablom *Oženjeni* (-0.22) i *Obrazovanje* (-0.20). *Spol* je jedinu veću korelaciju imao s varijablom *Oženjeni* (-0.26), vjerojatno jer žene u prosjeku žive duže od muškaraca pa nakon smrti supružnika ulaze u kategoriju neoženjenih. Varijabla *Djeca* nije imala

korelacija viših od 0.1, dok je *Sredina* imala negativnu korelaciju s *Obrazovanjem* (-0.14). Još su *Dohodak* i *Obrazovanje* imali veću međusobnu korelaciju (0.24).

Zaključno, varijabla obrazovanja pokazuje da je najveći broj formalnog obrazovanja zastupljen u zemljama sjeverne i zapadne Europe. Obzirom da su obrazovanje i dohodak međusobno povezane varijable, u tim zemljama prisutan je i najveći dohodak koji omogućuje prednosti pri korištenju njege i izbor željenog oblika. Obrazovaniji korisnici imaju i bolje zdravlje jer se lakše adaptiraju na stresne situacije (gubitak posla, voljene osobe), vode zdraviji način života (što je primjetno obzirom na manji broj kroničnih bolesti i ADL-a u zemljama sjeverne i zapadne Europe) ali i posjeduju veći spektar informacija o dostupnim i razvijenim uslugama njege. To potvrđuje i istraživanje Kickbusch et al. (2013) koji navodi da osobe nižeg socijalnog statusa, manjeg dohotka i nižeg stupnja obrazovanja imaju veći limit u dostupnosti dugotrajne njege u odnosu na generalnu populaciju.

4.4.2. Rezultati nejednakosti u korištenju formalne i neformalne njege

Deskriptivnom analizom uzorka na starijoj populaciji (iznad 65 godina starosti) na području Europske unije utvrdili smo udjele korištenja pojedine njege (formalnog i neformalnog tipa) kao i razmjere udjela pojedinih čimbenika (broj godina formalnog obrazovanja, dohodak, broj djece, dob, broj kroničnih bolesti, zdravstveno stanje) i njihovu međusobnu povezanost. S obzirom na to da se analiza rada odnosi na socioekonomske nejednakosti u korištenju dugotrajne njege potrebno je prvo izračunati koncentracijski indeks koji izražava u kojoj je mjeri varijabla zdravlja koncentrirana među populacijom (između bogatih ili siromašnih korisnika).

4.4.2.1. Nejednakosti u korištenju formalne i neformalne njege

Na slikama 1, 2 i 3 prikazani su koncentracijski indeksi (KI) aktualnog korištenja njege, horizontalne, vertikalne i ukupne nejednakosti, zajedno s 95% intervalima pouzdanosti. Mjere čiji intervali ne presjecaju 0 (nulu) su značajni pri razini značajnosti 0.05.

Aktualni KI kao mjera nejednakosti bio je negativan za većinu zemalja kod obje vrste njege, što znači da je nejednakost u korištenju njege bila nesrazmjerno koncentrirana među siromašnijim osobama. Jedino su Portugal (9. val), Italija (8. val) i Grčka (8. val) imale značajan pozitivni KI kod formalne njege, gdje je Portugal imao najveći KI (0.15). Pozitivne, ali ne-značajne KI imali su Malta i Cipar za formalnu njegu u 8. valu, te Slovačka u 9. valu, a za neformalnu njegu Malta i Slovačka u 8. valu. U svim ostalim slučajevima nejednakost je bila u smjeru siromašnih, iako kod nekih zemalja bez postizanja razine značajnosti. Švicarska i Malta nisu u ni jednom valu imale značajni KI za formalnu niti za neformalnu njegu.

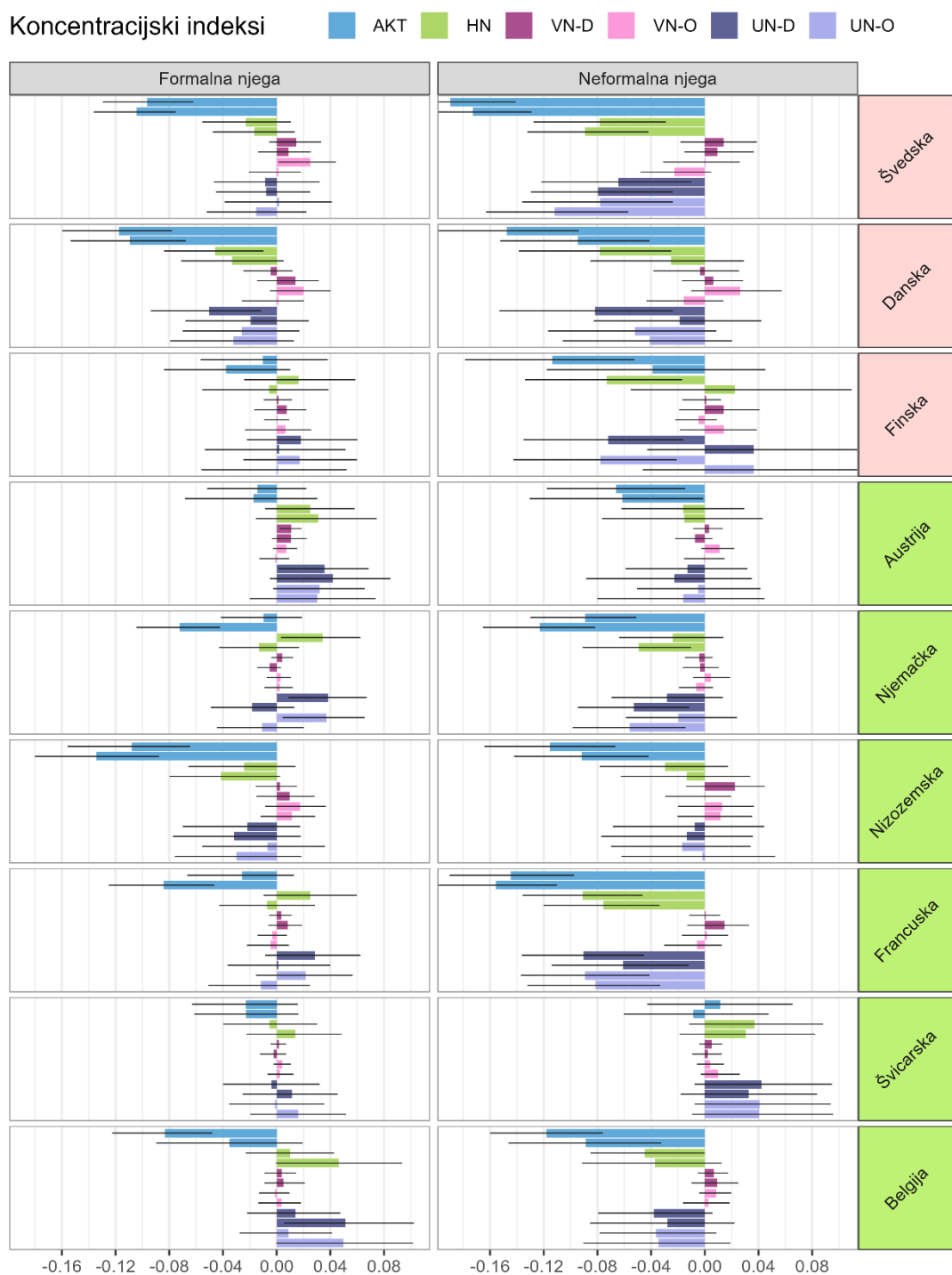
U 8. valu neki od rezultata su bili sljedeći. Finska i Slovačka nisu imale značajni KI za formalnu niti za neformalnu njegu. Austrija, Belgija, Cipar, Češka, Poljska, Slovenija, Litva i Rumunjska imale su značajne KI u smjeru siromašnih samo za neformalnu njegu, a za formalnu njegu nije zabilježena značajna nejednakost. Sve ostale zemlje imale su značajne nejednakosti u smjeru siromašnih za obje vrste njege. Kod većine zemalja korištenje neformalne njege je bilježilo veću nejednakost u smjeru siromašnih od formalne njege. Najveću nejednakost u smjeru siromašnih imale su Švedska, Danska, Nizozemska, Francuska, Luksemburg, Mađarska i Španjolska za formalnu njegu, a za neformalnu njegu Švedska, Danska, Francuska, Njemačka, Španjolska, Italija, Mađarska, Češka, Hrvatska, Slovenija, Rumunjska, Bugarska i Estonija. Hrvatska se po nejednakosti korištenja formalne njege nalazila otprilike u sredini svih zemalja, sa umjerenom ali značajnom nejednakosti u korist siromašnih, dok je kod neformalne njege imala drugu najveću nejednakost u korist

siromašnih, odmah iza Švedske, no kao što ćemo vidjeti prilikom dekompozicije, u pitanju su drugačiji glavni čimbenici.

U 9. valu došlo je do određenih promjena u odnosu na 8. val. Pomak koncentracije formalne njege u smjeru siromašnih zabilježili su Belgija, Španjolska, Italija, Grčka, Cipar, Malta, Poljska i Bugarska. Italije i Grčke više nisu imale značajan pozitivan KI, a Belgija i Poljska su dosegli razinu značajnosti u smjeru siromašnih. Bitan pomak KI formalne njege u pozitivnom smjeru zabilježen je kod Finske, Njemačke, Nizozemske, Francuske, Luksemburga i Latvije, od kojih su Njemačka, Francuska, Luksemburg i Latvija izgubile prijašnju značajnost. Kod neformalne njege pomak u smjeru siromašnih zabilježen je za Dansku, Finsku, Nizozemsku, Belgiju, Grčku, Maltu, Litvu, Latviju i Slovačku, od kojih su Finska i Slovačka dosegule razinu značajnosti. Pomak u smjeru bogatih imale su Italija, Cipar i Rumunjska, čiji KI više nisu bili značajno u smjeru siromašnih, te Njemačka koja je ostala značajna. U Hrvatskoj se nejednakost u korištenju formalne njege za malo smanjila, a kod neformalne njege dodatno povećala.

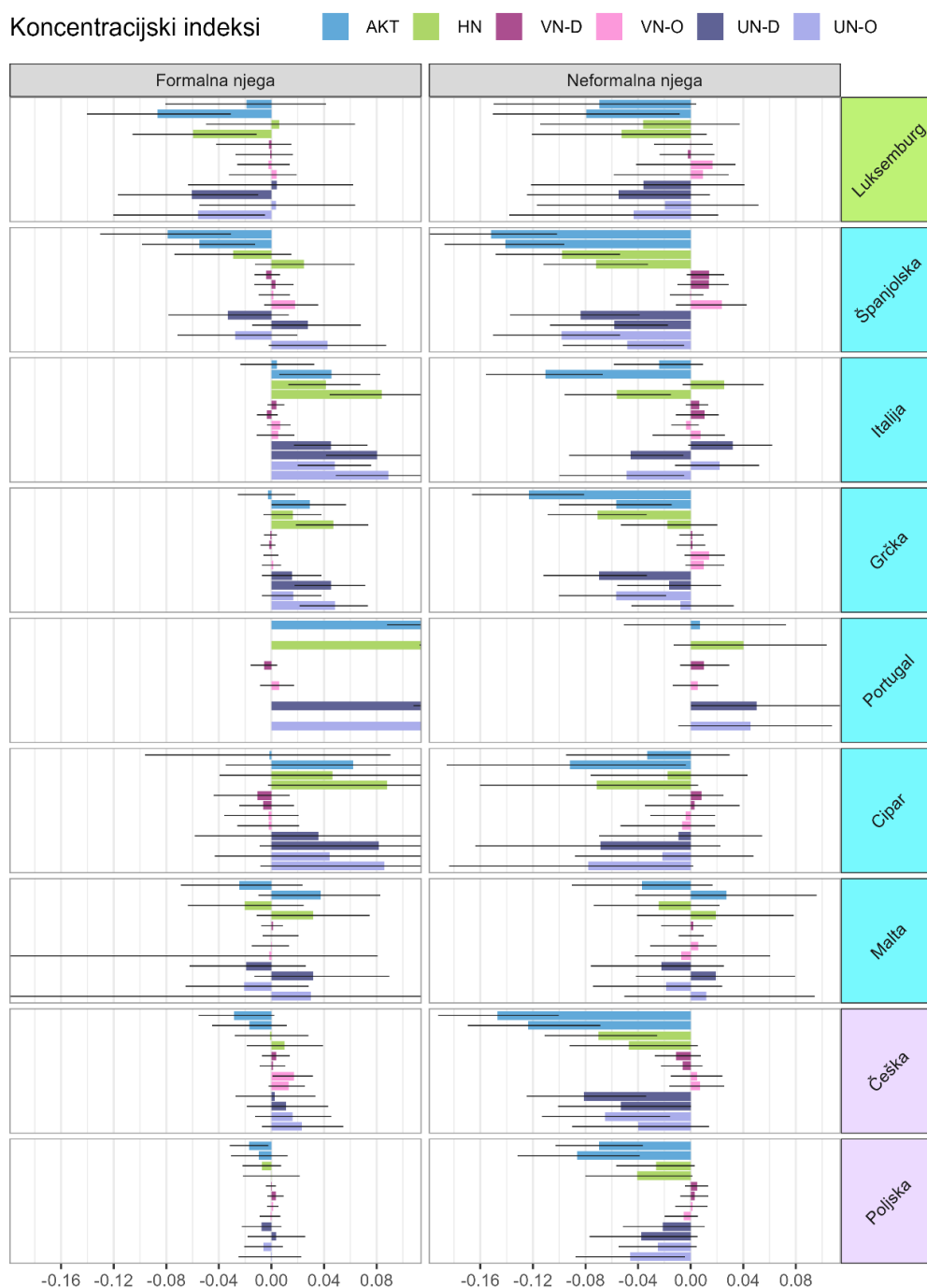
Ukupno gledajući, zastupljenost nejednakosti za korištenje formalne i neformalne njege bile su u korist siromašnih. Zbog visokih fiskalnih izdavanja za podršku kućne njege u nekim zemljama, korisnici su suočeni s problemom nadomještanja razlike u plaćanju za njegu, što može dovesti do visokih privatnih izdvajanja i smanjiti mogućnost korištenja njege pojedincima u siromašnijim socioekonomskim grupama. Osobe s najvećim potrebama zbog dohodovne barijere nisu u mogućnosti platiti dio tražene razlike i često ostaju uskraćene za potrebnu skrb (Hall et al., 2008). Čak i u zemljama koje pružaju velikodušnu podršku u korištenju javnih usluga dugoročne njege, velik dio troška skrbi pada na leđa korisnika u potrebi ili njegove obitelji. Takav razlog mogao bi biti jedan od objašnjenja nejednakosti koju doživljavaju siromašniji korisnici u korištenju dugotrajne njege.

Slika 1: Aktualni koncentracijski indeks, horizontalna / vertikalna / ukupna nepravda



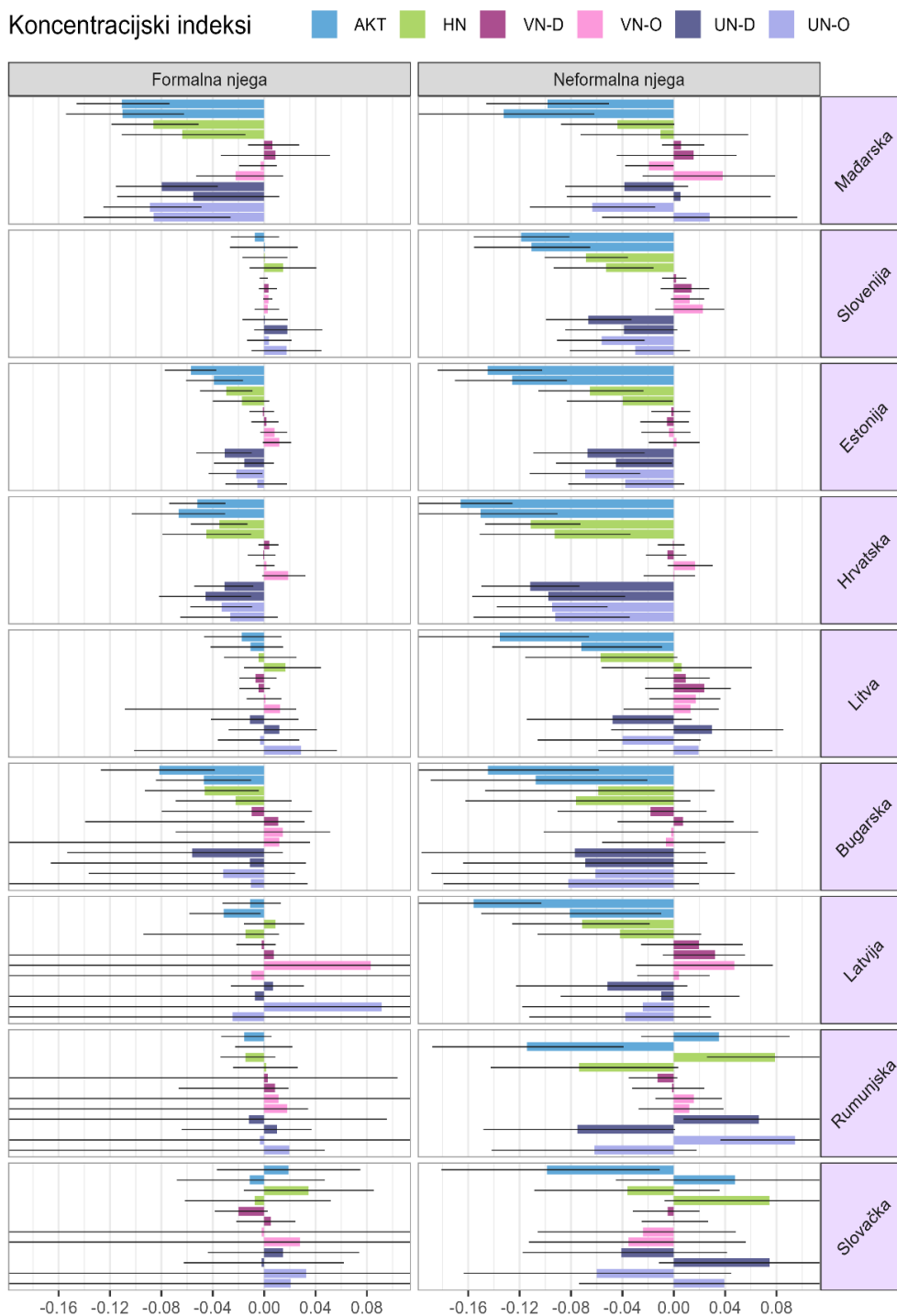
Koncentracijski indeksi: AKT - aktualni, HN - horizontalna nepravdnost, VN - vertikalna nepravdnost, UN - ukupna nepravdnost, D - dohodak, O - obrazovanje.
 Za svaku mjeru (boju) donji stupac predstavlja 8. val a gornji stupac 9. val.
 Nazivi zemalja su obojeni ovisno o regiji: Sjeverna Europa (crveno), Zapadna Europa (zeleno), Južna Europa (plavo) i Istočna Europa (ljubičasto).

Slika 2: Aktualni koncentracijski indeks, horizontalna / vertikalna / ukupna nepravda



Koncentracijski indeksi: AKT - aktualni, HN - horizontalna nepravda, VN - vertikalna nepravda, UN - ukupna nepravda, D - dohodak, O - obrazovanje.
 Za svaku mjeru (boju) donji stupac predstavlja 8. val a gornji stupac 9. val.
 Nazivi zemalja su obojeni ovisno o regiji: Sjeverna Europa (crveno), Zapadna Europa (zeleno), Južna Europa (plavo) i Istočna Europa (ljubičasto).

Slika 3: Aktualni koncentracijski indeks, horizontalna / vertikalna / ukupna nepravda



Koncentracijski indeksi: AKT - aktualni, HN - horizontalna nepravdnost, VN - vertikalna nepravdnost, UN - ukupna nepravdnost, D - dohodak, O - obrazovanje.
 Za svaku mjeru (boju) donji stupac predstavlja 8. val a gornji stupac 9. val.
 Nazivi zemalja su obojani ovisno o regiji: Sjeverna Europa (crveno), Zapadna Europa (zeleno), Južna Europa (plavo) i Istočna Europa (ljubičasto).

Iz ovih rezultata može se zaključiti da je za veliku većinu zemalja korištenje dugotrajne njege nesrazmjerno koncentrirano među siromašnim dijelovima populacija. Neformalna njega je još izraženije zastupljena među siromašnom populacijom, s mogućim objašnjenjem da je siromašnima neformalni oblik njege dostupniji od formalnoga.

4.4.2.2. Horizontalna nepravda u korištenju formalne i neformalne njege

Horizontalna nepravda (HN) dobivena je eliminiranjem efekata varijabli nužnih potreba iz prethodno opisanih nejednakosti. Efekte nužnih varijabli se promatra kao legitimne, opravdane izvore nejednakosti koji nisu izvor nepravde. Na slikama 1, 2 i 3 prikazana je horizontalna nepravda za formalnu i neformalnu njegu. Kod svih zemalja (osim Malte u 8. valu) horizontalna nepravda je imala KI pomaknut u pozitivnom smjeru u odnosu na aktualnu nejednakost. Tako je velik broj prethodno značajnih negativnih nejednakosti postao neznačajan, a neke nejednakosti su prešle u pozitivan predznak i čak postigle značajnost u smjeru bogatih.

U 8. valu značajnu HN u smjeru bogatih imali su za formalnu njegu Italija i Grčka, granično značajnu Belgija i Cipar, a Slovačka granično značajnu za neformalnu njegu. Značajnu HN u smjeru siromašnih su imali Luksemburg, Hrvatska i Mađarska (Nizozemska granično) za formalnu njegu, a Švedska, Njemačka, Francuska, Španjolska, Italija, Slovenija, Estonija i Hrvatska za neformalnu njegu (Cipar, Češka, Poljska i Rumunjska granično).

Nakon uzimanja u obzir efekata čimbenika nužnih potreba, nejednakosti u korištenju formalne njege su iščezle za većinu zemalja, dok su kod neformalne njege nejednakosti ostale značajno koncentrirane među siromašnima za velik dio zemalja. Implikacija je da siromašnije osobe, u nedostatku formalne njege, nerazmjerno više posežu za neformalnim oblicima njege, čak i kada se izuzmu legitimni čimbenici njihovih većih potreba na korištenjem njege.

Kod zemalja kao što su Grčka, a posebno Italija, pokazalo se da (ne-nužni) čimbenici ne potrebe, uključujući *Dohodak*, doprinose nepravdi koja ide u prilog bogatih. Ipak, za većinu zemalja formalna njega je prema ovoj analizi bila bliska pravednoj raspodjeli korištenja. Samo su Luksemburg, Hrvatska i Mađarska imale nepravednu raspodjelu na strani siromašnih, što se može objasniti time da su (ne-nužni) čimbenici ne potrebe bili glavni pokretač nejednakosti u tim i sličnim zemljama, pa su i nakon eliminiranja efekata nužnih potreba nejednakosti ostale značajne. Hrvatska je imala najveću horizontalnu nepravdu u korištenju neformalne njege od svih zemalja, i to u korist siromašnih.

U odnosu na 8. val, u 9. valu pomak koncentracije formalne njege u smjeru siromašnih zabilježili su Danska, Belgija, Španjolska, Italija, Grčka, Cipar, Malta, Mađarska i Bugarska, od kojih su Danska i Bugarska dosegule značajnost u smjeru siromašnih, dok je Grčka izgubila pozitivnu značajnost. Pomak u smjeru bogatih za formalnu njegu imali su Njemačka, Nizozemska, Francuska i Luksemburg, od kojih je Njemačka HN postala značajno koncentrirana među bogatima. Portugal je imao značajno pozitivnu HN od čak 0.173. Kod neformalne njege bitne negativne pomake zabilježili su Danska, Finska, Grčka, Malta, Češka, Mađarska, Litva i Slovačka, od kojih su Danska, Finska i Grčka postale značajne, dok su se u pozitivnom smjeru pomakli Njemačka, Italija, Cipar, Poljska i Rumunjska, gdje su Njemačka i Italija izgubile značajnost u smjeru siromašnih, a Rumunjska je postigla u smjeru bogatih. Portugal nije imao značajnu HN. Hrvatska je imala analogne promjene u vrijednostima horizontalne nepravde kao i kod nejednakosti, gdje je kod formalne njege nepravda postala malo manje izražena, a kod neformalne više.

4.4.2.3. Vertikalna nepravda u korištenju formalne i neformalne njege

Vertikalna nepravda (VN) jest odstupanje efekata čimbenika nužnih potreba od optimalnih efekata dobivenih na osnovu ciljanih skupina. Kako bi se u obzir uzeo i utjecaj odabira ciljane skupine na krajnje rezultate, na slikama 1, 2 i 3 prikazani su KI vertikalne nepravde s obzirom na ciljane skupine definirane prema dohotku i obrazovanju. Izuzev Švedske i Češke u 9. valu, gdje je kod formalne njege zabilježena značajna VN s obzirom na obrazovanje u smjeru bogatih, sve ostale mjere VN nisu bile značajno različite od 0 (nule). Magnitude VN su bile male u odnosu na ostale KI mjere, a kod nekih zemalja intervali pouzdanosti su bili široki, odnosno snaga testova je bila niska, o čemu će biti riječi kod razmatranja veličina uzoraka. Na osnovu ovih rezultata, ne može se govoriti o bitnom utjecaju VN na nepravdu. Tamo gdje je efekt VN bio veći, uglavnom se radi o zemljama sa manjim uzorcima i ne preciznijim procjenama VN, pa su ti izraženiji efekti upitni. Iako su veličine efekata VN same za sebe bile relativno male, u kombinaciji s HN one mogu dovesti do promjena u razini nepravde kod nekih zemalja, što se može vidjeti promatranjem ukupne nepravde. Zamjetna vertikalna nepravda zabilježena je kod Švedske, Danske, Nizozemske, Španjolske (neform.), Mađarske, Slovenije (neform.), Litve (neform.), Latvije (neform.). Kod većine zemalja vertikalna nepravda je bila orijentirana u korist bogatih. Hrvatska je imala izraženiju VN samo s obzirom na obrazovanje, i to u 8. valu za formalnu njegu, a u 9. valu za neformalnu njegu. Kriteriji za ciljane grupu su korisnici višeg dohotka i većih godina formalnog obrazovanja. Očekivano, vertikalna nepravda značajnije je bila koncentrirana u korist bogatih posebice kod neformalne njege. Nastavno na izvješće Europske komisije (European Commission, 2021) i ovdje vrijedi takvo objašnjenje gdje bogati pronalaze alternativne načine za zadovoljavanje svojih potreba za njegom (neformalnog karaktera), najčešće izvan javnog sektora.

4.4.2.4. Ukupna nepravda u korištenju formalne i neformalne njege

U odnosu na horizontalnu nepravdu, ukupna nepravdu (UN), koja uključuje i vertikalnu komponentu, se nije znatno promijenila. Ipak je kod nekih zemalja, posebno onih gdje je HN bio na granici značajnosti ili neznačajnosti, ubrajanje vertikalne komponente dovelo do drugačijih zaključaka. Nepravda za formalnu njegu je postala značajna u smjeru bogatih kod Austrije (9. val) i Belgije (8. val), a nepravda u smjeru siromašnih je nestala kod Mađarske (8. val, prema dohotku) i Hrvatske (8. val, prema obrazovanju). Što se tiče neformalne njege, Danska (9. val, prema obrazovanju), Slovenija (8. val) i Latvija (9. val) više nisu bili značajno koncentrirani među siromašnima, Portugal (prema dohotku) je postao značajno pozitivan, a Poljska (8. val, prema obraz.) i Mađarska (9. val, prema obraz.) su dosegli značajan rezultat u smjeru siromašnih. Ukupno gledajući, izuzev ovih nekoliko izuzetaka, većina zaključaka je ostala ista kao i za horizontalnu nepravdu.

Prije dekompozicije nejednakosti i nepravde na doprinose čimbenika potrebe i ne potrebe, osvrtno na rezultate analize daje se zaključiti da je prisutnost ukupne nepravde evidentirana u korištenju neformalne njege s koncentracijom među siromašnim korisnicima. Iste rezultate pokazuje i analiza Vallejo Torres (2012) u svojoj disertaciji u kojoj navodi da je nejednakost u zdravnom sektoru u Engleskoj evidentirana u korist siromašnih. Radovi Ilinca et al. (2017), Rodrigues, Ilinca, Schmidt (2017) i Hu et al. (2022) potvrđuju nejednakost neformalne njege u korist siromašnih, a nakon kontroliranja čimbenika potrebe, nejednakosti u formalnoj njezi također su nestali. Osim toga, ova analiza pokazuje zastupljenost ukupne nepravde u formalnoj njezi u korist bogatih u zemljama južne Europe (posebice Španjolska, Cipar), što se može objasniti činjenicom da je za formalnu njegu potreban velik nadomjestak vlastitih izvora sredstava, koje obzirom na dohodak, mogu nadomjestiti jedino bogati korisnici (Suanet et al., 2012).

4.4.3. Dekompozicija KI nejednakosti i nepravdi u korištenju formalne i neformalne njege

Doprinosi (kontribucije) čimbenika nužnih potreba i ne-nužnih čimbenika koncentracijskim indeksima temelje se na logističkim regresijama gdje su zavisne varijable formalna i neformalna njega, a nezavisne varijable navedeni pokazatelji. Rezultati logističkih regresija dani su u tablicama 13 i 14 u dodatku A.

Varijabla (*IADL*) je imala pozitivan i značajan efekt na korištenje njege u svim zemljama. *Zdravstveno stanje* je imalo pozitivan i značajan, ili granično značajan efekt u barem jednom valu za formalnu njegu u većini zemalja, osim kod Španjolske, Portugala, Litve, Malte, Rumunjske i Slovačke, dok za neformalnu njegu nije bilo značajnog efekta kod Cipra, Malte, Estonije i Latvije. *Kronične bolesti* su imale pozitivan i značajan efekt kod Austrije, Njemačke, Švedske, Španjolske, Italije, Belgije i Malte. Samo neformalna njega je bila značajna kod Nizozemske, Francuske, Danske, Grčke, Češke, Poljske, Slovenije, Estonije, Litve, Malte, Rumunjske, Hrvatske i Slovačke. Očekivano su sve varijable zdravlja, porastom svojih vrijednosti (pogoršanje zdravlja), utjecale na porast korištenja oba oblika dugotrajne njege. To potvrđuje ubrajanje tih varijabli u čimbenike nužnih potreba, gdje je opravdano veće korištenje njege za one s većim potrebama, odnosno lošijim zdravljem. (*IADL*) je imao dosta veće efekte za neformalnu njegu u odnosu na formalnu, što upućuje na to da su ograničenja u svakodnevnim aktivnostima u većoj mjeri utjecala na traženje neformalnih oblika njege. S druge strane, *Zdravstveno stanje* je imalo veće efekte kod formalne njege, pa se može reći da je lošije opće zdravstveno stanje više utjecalo na traženje formalnih oblika njege.

Dob je imala uniformno pozitivne efekte, te je kod gotovo svih zemalja bila značajna, izuzev Rumunjske, Slovačke i Malte (neformalna). Slično kao i kod varijabli zdravlja, veća dob ispitanika dovođila je do značajnog porasta u korištenju oba oblika njege. Veličine efekata za neformalnu njegu su bile upola manje od onih za formalnu, što znači da je starost ispitanika

imala bitno veći utjecaj na razinu korištenja formalne njege. Razlog bi mogao biti u drugačijem mehanizmu biranja vrste njege, kao i dostupnosti njege, gdje starenje dovodi do većeg korištenje formalne njege, što ne vrijedi u istoj mjeri i za neformalnu njegu. Varijabla *Spol* je gotovo svugdje imala pozitivne efekte izuzev značajnog negativnog efekta kod formalne njege za Sloveniju (8. val) i Litve (9. val). Oko polovice koeficijenata za ovu varijablu je bilo značajno, nešto više za formalnu nego za neformalnu njegu. Efekti za varijablu *Spol* bili su znatno manji za neformalnu njegu u odnosu na formalnu. Dakle, žene su u prosjeku više koristile dugotrajnu njegu, što je bilo izraženije kod formalne njege, a neformalna njega je imala manje razlike u korištenju između muškaraca i žena. Navedeni pozitivni efekti potvrđuju, pored varijabli zdravlja, i uključivanje varijabli *Dob* i *Spol* u čimbenike nužnih potreba.

Varijabla *Oženjeni* imala je uglavnom negativne efekte, gdje je većina zemalja postigla značajnost. To znači da su oženjeni imali u prosjeku manje potrebe za traženjem dugotrajne njege izvan kućanstva, pošto je supružnik mogao pokriti dio tih potreba. Varijabla *Djeca* je imala manji broj značajnih rezultata koji su uglavnom bili negativni, uz nekoliko pozitivnih efekata za neformalnu njegu. Slično kao i kod varijable *Oženjeni*, i tu se može zaključiti da djeca mogu pomoći u pokrivanju potreba za njegom. Za varijablu *Sredina* zabilježen je manji broj značajnih efekata, a uglavnom su efekti bili pozitivniji za neformalnu njegu u odnosu na formalnu, što znači da su ispitanici u ruralnim krajevima bilježili veće povećanje u korištenju neformalne njege u odnosu na one iz urbanih područja. *Dohodak* je imao i pozitivnih i negativnih efekata, od kojih je manji broj bio značajan, a slično je bilo i sa *Obrazovanjem*. Neznačajni efekti upućuju na to da *Dohodak* i *Obrazovanje* nisu kod većine zemalja značajno utjecali na razinu korištenja dugotrajne njege, te su drugi čimbenici, u prvom redu čimbenici nužnih potreba, uglavnom imali veći utjecaj.

Zaključno, varijable zdravlja imale su značajan efekt za većinu promatranih zemalja za formalnu njegu. U trenutku nastupanja ozbiljnijih zdravstvenih komplikacija, korisnici koriste formalnu njegu. Pinqart, Sörensen (2002) istražili su da stariji korisnici preferiraju formalnu skrb (domovi za starije, asistirano stanovanje, profesionalna pomoć u kući) ili kombinaciju oba oblika (formalna i neformalna skrb) za razliku od neformalne skrbi (obitelj,

prijatelji, volonteri) u Americi i Njemačkoj. U svom istraživanju Wielink, Huijsman, McDonnell (1997) dokazali su sklonost formalnom tipu dugotrajne skrbi u odnosu na neformalnu među starijim korisnicima u Nizozemskoj. Osim zdravstvenih potreba, naklonost i korištenje formalne njege može biti rezultat većeg učešća države u novčanim pomoćima korisniku. Iako su pojedini socijalni sistemi u podršci i pružanju potpore dugotrajnom liječenju slični (primjer Njemačke i Nizozemske) postoje brojne derivacije u obuhvatu koji uključuju. Na osnovu istraživanja Bakx et al. (2015) primijećena je veća rasprostranjenost formalne njege u Nizozemskoj za razliku od iste u Njemačkoj, prvenstveno zbog razlika u efektima prirode pomoći nacionalnih sistema. Sukladno navedenom, zastupljenost određene vrste njege ovisi (među ostalom) i o karakteristikama nacionalnog sistema, stupnju pokrivenosti troškova javnim financiranjem i preferencijama korisnika u određenoj sredini.

Zemlje južne Europe nisu imale značajnije korištenje formalne njege. Ugodnija klima, mediteranska ishrana, manje stresnih okruženja rezultiraju i boljim zdravstvenim stanjem korisnika gdje formalni tip njege nije nužno najpoželjniji. Takav stav podupiru i autori Mackenbach et al. (2000), Knoops et al. (2004) navodeći da je smrtnost u zemljama Mediterana manja zbog lagodnijeg načina života, a veliku ulogu ima povoljnija klima, ishrana bazirana na morskim plodovima i opušteni način života. Osim boljih uvjeta života, zemlje južne Europe karakterizira obiteljski narativ njege, kulturološke vrijednosti i tradicija u kojem mlađi članovi obitelji njegu starije, što bi moglo biti dodatno objašnjenje manje konzumacije formalne njege. Zigante (2018) navodi da Mediteranske zemlje, poput Španjolske i Italije dugotrajnu njegu pružaju prvenstveno neformalnim putem, zbog naglašenih familijarnih odnosa i tradicije.

Razmjerno povećanju dobi korisnika zdravstveno stanje se narušava što zahtjeva kvalitetniju i educiraniju njegu. Porastom godina korisnika povećavalo se i korištenje formalne njege. U znanstvenoj literaturi moguće je uočiti preferenciju teže oboljelih osoba formalnom obliku skrbi za razliku od neformalnog oblika njege (Pinquart, Sörensen, 2002; Wielink, Huijsman, McDonnell, 1997). Kod dugoročne njege starije osobe pristranije su koristiti samo formalnu njegu budući da su njihove potrebne zahtjevnije, a time i predstavljaju veliku prepreku da takve potrebe zadovoljavaju neformalni njegovatelji. Mair et al. (2016) navode da će osobe

starije životne dobi sa kroničnim oboljenjima preferirati formalni izbor u odnosu na obiteljsku njegu, a svoju analizu je proveo u 14 Europskih zemalja.

Rezultati ove analize su pokazali da žene u pravilu koriste više formalnu njegu, za što objašnjenje daju Jiménez-Martín, Prieto (2012) koji tvrde da žene dulje žive od muškaraca, a u poodmakloj dobi njeguju supružnike čime narušavaju zdravlje (Delbès, Gaymu, 2002). Zbog nepostojanja partnera (često ostaju udovice) primorane su koristiti formalni oblik njege u zadovoljavanju svojih potreba. Postojanje supružnika i djece otvara mogućnost da netko od članova obitelji preuzme njegovanje starijeg korisnika. Rodrigues et al. (2013) smatra da su supruge i djeca najvažniji izvor neformalne njege, što je pokazalo i ovo istraživanje u kojem su čimbenici *Oženjeni* i *Djeca* imali ulogu za značajnije korištenje neformalne njege. Takvo stanje je posebno razvidno u zemljama južne Europe (Szinovác, Davey, 2008), gdje poučeni obiteljskim i tradicijskim vrijednostima, djeca ostaju uz roditelje i time po potrebi preuzimaju ulogu neformalnog njegovatelja.

Varijabla *Sredina* pokazala je pozitivan efekt za korištenje neformalne njege u ruralnim područjima. U tim sredinama, najčešće, nisu razvijeni svi oblici dugotrajne njege zbog infrastrukturnih ograničenja o čemu svjedoče i istraživanja Spasova et al. (2018) i Ilinca et al. (2017). Takav podatak podupiru i Muramatsu, Campbell (2002) koji u svojoj analizi navode da je Švedska postupno smanjila broj rezidualnih institucijskih objekata dugoročne njege, orijentacijom na kućnu njegu u vlastitom domu (formalni i neformalni pristup), s naglaskom na izraženiji neformalni pristup kod manje educiranih korisnika koji žive u ruralnim sredinama s manjim dohotkom.

Varijable *Dohodak* i *Obrazovanje* nisu značajnije utjecale na korištenje ni jednog od oblika (formalni i neformalni tip) njege. Za očekivati je da će u zemljama juga i istoka Europe ove varijable presuditi u korist neformalne njege, budući da su stupanj obrazovanja i visina dohotka niži u odnosu na zemlje zapadne i sjeverne Europe. Takvo stajalište zauzima i Bonsang (2009) koji smatra kako su i obrazovanje i dohodak ključni čimbenici za odabir željene njege. Van Deurzen, (2014), Rehnberg, Fritzel, (2016) u svojim člancima ističu da će bogatiji i obrazovaniji korisnici birati formalnu njegu i time unaprijediti svoje zdravlje, za razliku od siromašnih korisnika s manjim brojem godina formalnog obrazovanja. Takve

preferencije je potvrdilo i istraživanje Tenand et al. (2020) koji zaključuju sklonost izbora formalne njege za korisnike viših dohodaka. Jedino logično objašnjenje za neutralizaciju efekata varijable *Dohodak* i *Obrazovanje* bila bi jaka podrška nacionalnog sistema. Međutim, nije realno zaključiti da će razina javne potpore formalnoj i neformalnoj njezi biti jednaka u svim zemljama Europe. Kada se kontroliraju čimbenici potrebe i čimbenici ne potrebe ostaje za vidjeti u kojim zemljama dolazi do nejednakosti i kojim socioekonomskim čimbenicima je ona uvjetovana.

Na slikama 4 i 5 prikazani su doprinosi (kontribucije) pojedinih čimbenika koncentracijskim indeksima za 8. i 9. val istraživanja, dok su kontribucije istih čimbenika s odgovarajućim z - vrijednostima dane u numeričkom obliku u tablici u Dodatku B.

Slika 4: Formalna njega - dekompozicija koncentracijskog indeksa



Za svaku varijablu (boju) lijevi stupac predstavlja 8. val a desni stupac 9. val.
 Nazivi zemalja su obojani ovisno o regiji: Sjeverna Europa (crveno), Zapadna Europa (zeleno),
 Južna Europa (plavo) i Istočna Europa (ljubičasto).

Slika 5: Neformalna njega - dekompozicija koncentracijskog indeksa



Za svaku varijablu (boju) lijevi stupac predstavlja 8. val a desni stupac 9. val.
 Nazivi zemalja su obojani ovisno o regiji: Sjeverna Europa (crveno), Zapadna Europa (zeleno),
 Južna Europa (plavo) i Istočna Europa (ljubičasto).

Na slikama 6, 7, 8 i 9 prikazani su odgovarajući dijagrami elastičnosti i parcijalnih KI dotičnih kontribucija. Negativne vrijednosti označavaju kontribucije u smjeru siromašnih, a pozitivne u smjeru bogatih. Na slikama 6, 7, 8 i 9 su kvadranti obojani različitim bojama, gdje svijetlo-plava označava pozitivne kontribucije (isti predznak elastičnosti i parcijalnog KI), a svijetlo-zelena negativne kontribucije (suprotni predznaci).

Varijable zdravlja uniformno doprinose nejednakosti u smjeru siromašnih, s relativno većim kontribucijama zabilježenim za neformalnu njegu. Najveće kontribucije varijabli zdravlja zabilježene su za zemlje sjeverne i zapadne Europe, te Španjolsku, Cipar i Mađarsku, dok su kod neformalne njege osim navedenih i zemlje istočne Europe imale velike kontribucije. *Zdravstveno stanje* i *(I)ADL* su bilježili najveće kontribucije među varijablama zdravlja, gdje je *(I)ADL* više doprinio kod neformalne njege, a *Kronične bolesti* su imale skromnije kontribucije, te je samo za neformalnu njegu bilo zamjetnih kontribucija kod manjeg broja zemalja, najviše kod Hrvatske. Na slikama 6 i 8 vidi se da sve tri varijable zdravlja imaju gotovo isključivo pozitivnu elastičnost, što znači da veće vrijednosti čimbenika predviđaju veću razinu korištenja njege, dok su parcijalni KI pretežno negativni, odnosno osobe s većim zdravstvenim potrebama su disproporcionalno zastupljeniji među siromašnom populacijom. Dakle kontribucija je, kao umnožak elastičnosti i parcijalnog KI, u smjeru siromašnih.

Kod formalne njege zemlje istočne Europe imaju generalno manju elastičnost, a one u zapadnoj Europi veću, dok su zemlje južne Europe raspoređene preko cijelog raspona vrijednosti. Neformalna njega pokazuje veću heterogenost zemalja s obzirom na te vrijednosti. U razdoblju između dva vala kod formalne njege su se kontribucije varijabli zdravlja uglavnom blago smanjile, osim kod Belgije i Cipra. Kod neformalne njege promjene u kontribucijama su dosta varirale od zemlje do zemlje, gdje je u dosta slučajeva smanjenje jedne od varijabli popraćeno povećanjem druge, što nije bitno mijenjalo ukupne doprinose varijabli zdravlja. Smanjene kontribucije zabilježene su kod Finske, Francuske, Španjolske i Mađarske, a povećale su se kod Belgije, Grčke, Latvije i Slovačke. Hrvatska nije imala zamjetne kontribucije varijabli zdravlja kod formalne njege, a relativno najviše je doprinosilo *Zdravstveno stanje*. Kod neformalne njege varijable zdravlja su bile drugi najveći kontributor nejednakosti, a Hrvatska se ističe najvećom elastičnosti, pa onda i doprinosom, varijable

Kronične bolesti od svih zemalja. To znači da starije osobe u Hrvatskoj u slučaju razvoja kroničnih bolesti najviše koriste neformalnu njegu i to poglavito u siromašnim socioekonomskim sredinama.

Osim varijabli zdravlja, među čimbenike nužnih potreba još se ubrajaju *Dob* i *Spol*. *Dob* kod više zemalja uvelike doprinosi nejednakosti u smjeru siromašnih za formalnu njegu. To su u prvom redu Švedska, Danska, Nizozemska, Belgija i Španjolska. Za neformalnu njegu najveći doprinosi zabilježeni su za Švedsku, Dansku, Nizozemsku, Belgiju, Litvu, Češku i Estoniju. Dijagrami elastičnosti i parcijalnih KI pokazuju da je elastičnost uniformno pozitivna za dob, odnosno starije osobe koriste u prosjeku više njege. Također, parcijalni KI su negativni, tj. stariji ljudi su u prosjeku i siromašniji. Zemlje istočne Europe imale su najmanju elastičnost kod formalne njege, a zemlje zapadne Europe uz neke zemlje južne Europe najveću. Kod neformalne njege su, slično kao i kod varijabli zdravlja, zemlje dosta izmješane s obzirom na elastičnost. Ističu se Švedska i Danska koje su imale najveće kontribuciju dobi zahvaljujući tome što je distribucija dobi najviše koncentrirana među siromašnima od svih zemalja, a također imaju i relativno visoku elastičnost. Ovo bi se moglo objasniti jakom podrškom starijih osoba od strane države, koji iako imaju znatno niži dohodak, dobivaju visoke razine dugotrajne njege. Druge zemlje s visokom kontribucijom dobi kao što su Nizozemska, Belgija i Španjolska imaju, za razliku od spomenutih, veće zabilježene elastičnosti a manje parcijalne KI. Od promjena između dva vala, za formalnu njegu ističe se smanjena kontribucija u korist siromašnih kod Švedske i Španjolske, a za neformalnu njegu kontribucije su se povećale kod Švedske, Bugarske i Latvije. U Hrvatskoj je doprinos dobi nejednakosti bio minimalan za formalnu njegu, a te malo veći za neformalnu njegu.

Spol nije bitno doprinosio ukupnoj nejednakosti ni u jednoj zemlji. U većini zemalja žene su u prosjeku siromašnije od muškaraca, pa je parcijalni KI bio negativan, dok u isto vrijeme koriste više dugotrajne njege. Za neformalnu njegu najveće kontribucije varijable *Spol* bile su u Češkoj, a kod formalne njege nije bilo većih kontribucija.

Zaključno, varijable zdravlja doprinose nejednakosti u smjeru siromašnih aludirajući na veći broj zdravstvenih oboljenja kod osoba s nižim dogotkom. Nedostatna financijska sredstva

ograničavaju korištenje formalne njege, pa korisnici tih socioekonomskih čimbenika više koriste neformalnu njegu. To je posebno razvidno u zemljama istočne Europe u kojem živi velik udio starije populacije sa većim zdravstvenim poteškoćama, manjim dohotkom i većim ograničenjima u korištenju formalne njege. Od varijabli zdravlja (*Zdravstveno stanje, (I)ADL i Kronične bolesti*) *Kronične bolesti* nisu imale zamjetnih kontribucija, tj. prevladavale su kontribucije individualne percepcije korisnika (vlastita percepcija zdravlja) što može varirati u samokritičkom opisu i ocjeni zdravstvenog stanja. Što se tiče drugih čimbenika potrebe (dob i spol), dob uvelike pridonosi nejednakosti u smjeru siromašnijih korisnika i to najviše za formalnu njegu, a posebice u zemljama istočne i južne Europe, što implicira da siromašni korisnici tih zemalja imaju ograničenja u korištenju formalnog tipa njege. Iako manje no u zemljama juga i istoka, korisnici sjeverne i zapadne Europe također doživljavaju nejednakosti posebice za formalni tip njege. Analiza varijable *Spol* nije doprinjela povećanju ukupne nejednakosti. Žene koriste više dugotrajne njege, a obzirom na manji dohodak nastoje pronaći druge načine za kompenzaciju nedostatnog dohotka za korištenje njege (žene najčešće koriste formalni tip u slučaju pogoršanja zdravlja). Kao jedno od mogućih pretpostavki je da više koriste novčane pomoći u okviru socijalnog programa.

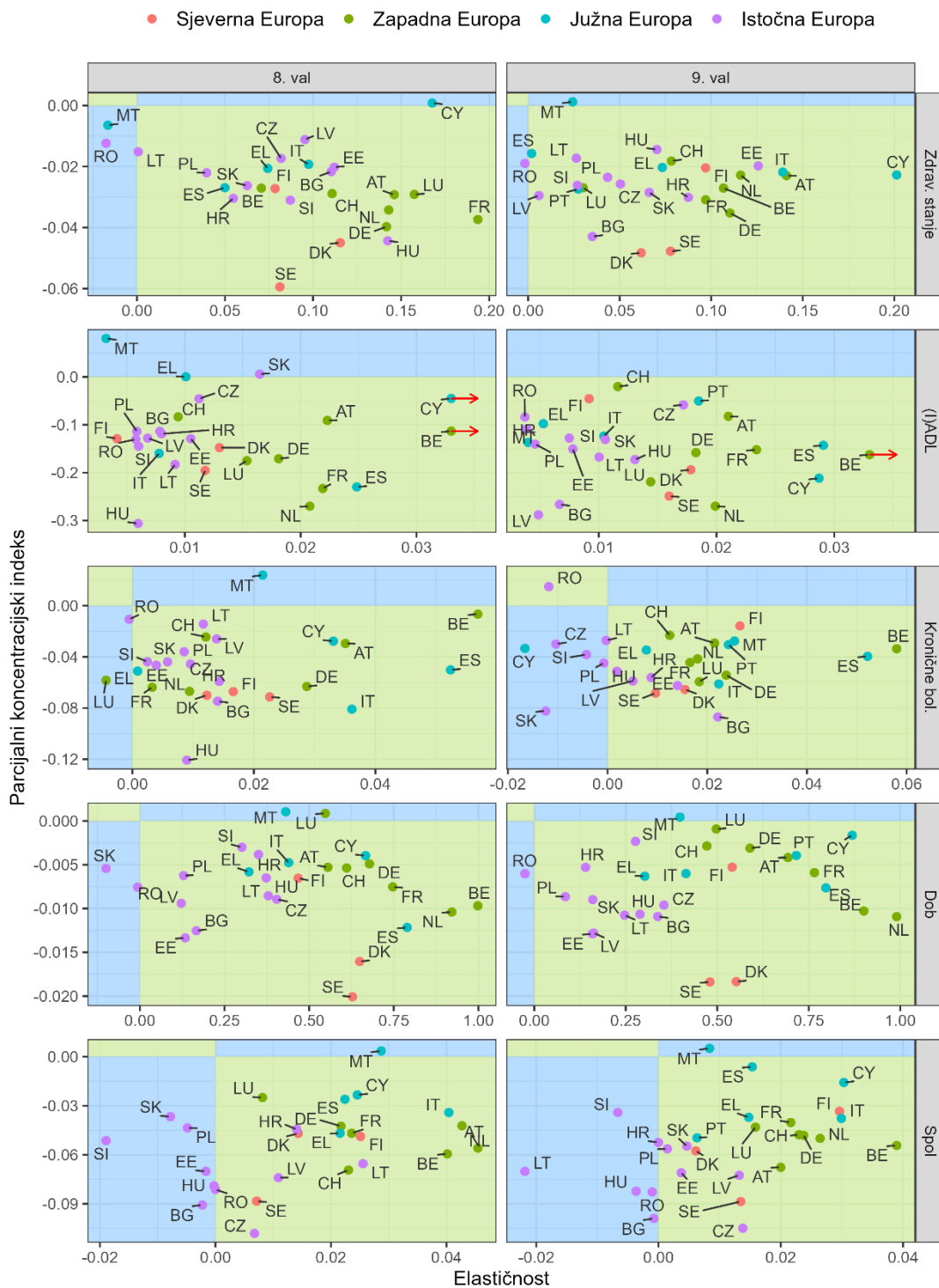
Ovakva situacija upućuje na činjenicu da starije osobe (posebice žene) sa narušenim zdravljem doživljavaju nejednakosti bez obzira kojoj geografskoj regiji pripadaju. Smanjivanju nejednakosti u korištenju formalne i/ili neformalne njege mogu pomoći ostali čimbenici, koji su po svojoj kategoriji svrstani u čimbenike ne potrebe (dohodak, obrazovanje, sredina življenja, sastav kućanstva, broj djece), o čemu će biti riječi u nastavku rada.

Napomena: na dijagramima elastičnosti i parcijalnih KI (slike 6, 7, 8 i 9) oznake zemalja su sljedeće:

Belgija - BE, Bugarska - BG, Danska - DK, Njemačka - DE, Estonija - EE, Grčka - EL, Španjolska - ES, Francuska - FR, Hrvatska - HR, Italija - IT, Cipar - CY, Latvija - LV, Litva - LT, Luksemburg - LU, Mađarska - HU, Malta - MT, Nizozemska - NL, Austrija - AT, Poljska - PL, Portugal - PT, Rumunjska - RO, Slovenija - SI, Slovačka - SK, Finska - FI, Švedska - SE, Švicarska - CH, Češka - CZ.

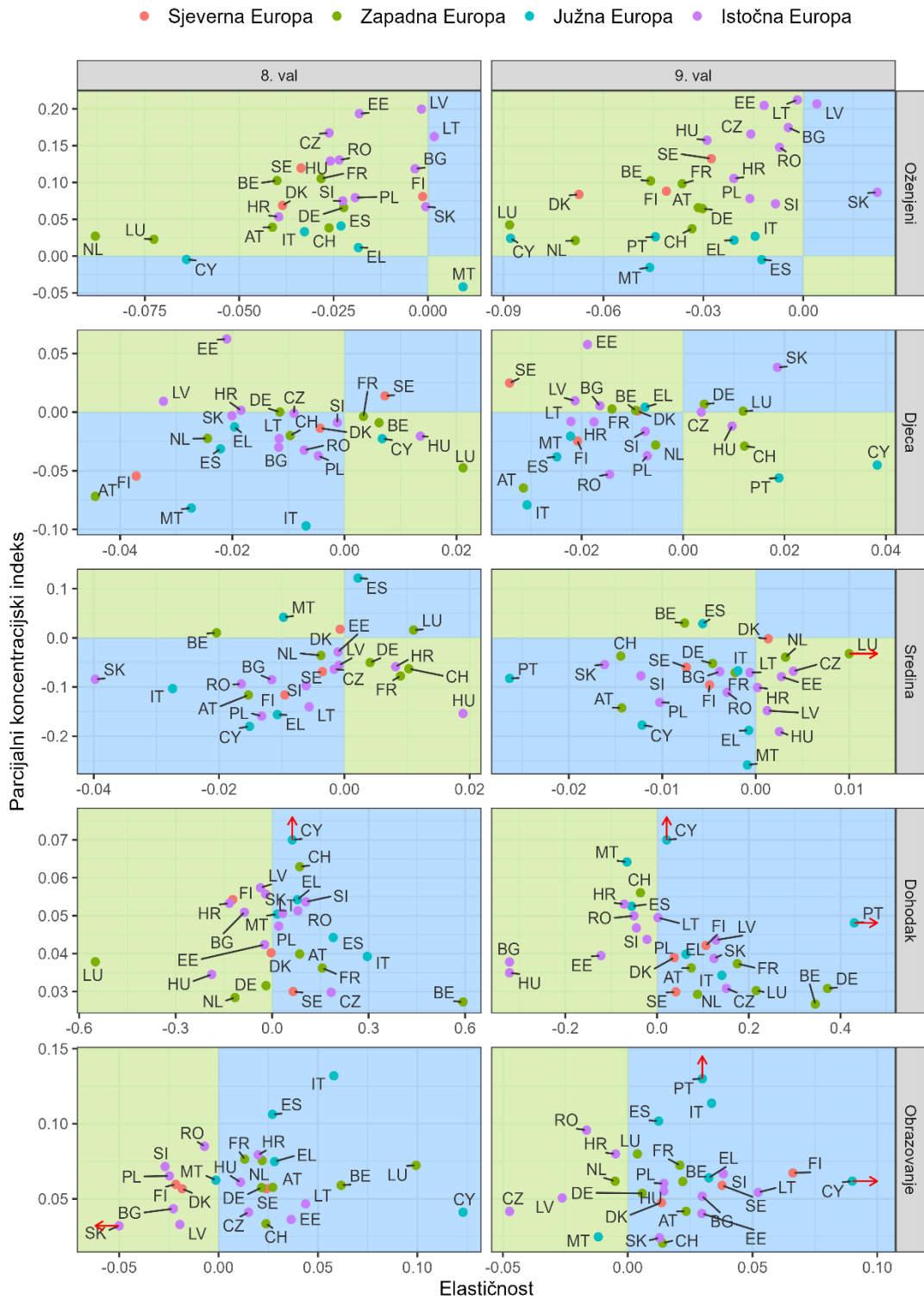
Na istim dijagramima neke točke su označene crvenom strelicom. To su točke koje imaju ekstremne vrijednosti te izlaze iz raspona vrijednosti na dijagramu. Strelica označava smjer u kojem se nalazi prava pozicija dotične točke na dijagramu, bilo da se radi o ekstremnoj vrijednosti elastičnosti (lijevo / desno), ili parcijalnog KI (gore / dolje).

Slika 6: Formalna njega - elastičnost i parcijalni KI



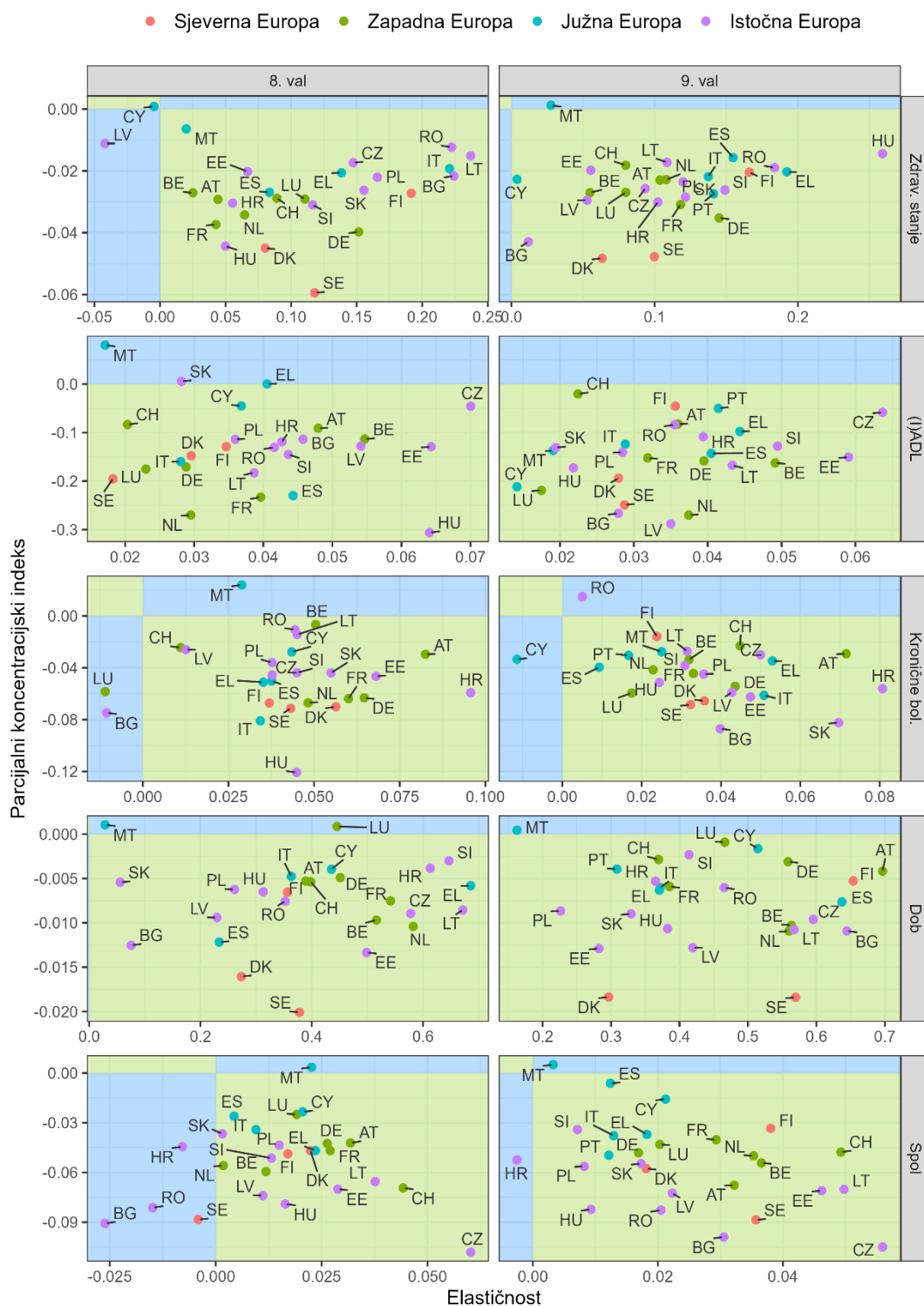
Točke sa crvenim strelicama imale su ekstremnije vrijednosti u smjeru strelice od onih prikazanih na dijagramu, te su približene ostalim točkama zbog preglednosti.

Slika 7: Formalna njega - elastičnost i parcijalni KI

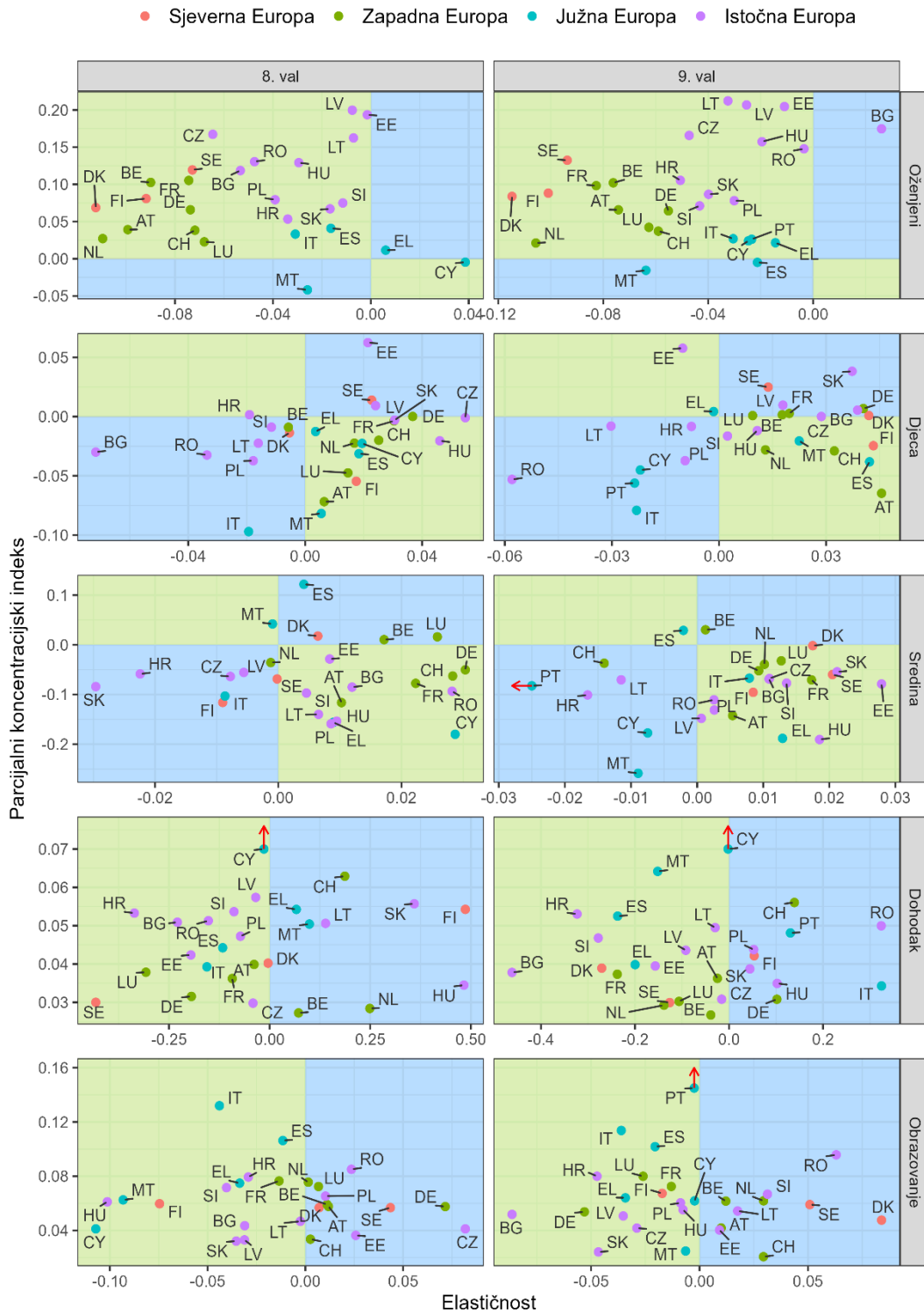


Točke sa crvenim strelicama imale su ekstremnije vrijednosti u smjeru strelice od onih prikazanih na dijagramu, te su približene ostalim točkama zbog preglednosti.

Slika 8: Neformalna njega - elastičnost i parcijalni KI



Slika 9: Neformalna njega - elastičnost i parcijalni KI



Točke sa crvenim strelicama imale su ekstremnije vrijednosti u smjeru strelice od onih prikazanih na dijagramu, te su približene ostalim točkama zbog preglednosti.

Od ne-nužnih čimbenika, najveće kontribucije imao je *Dohodak*, a slijedili su *Obrazovanje*, *Oženjeni* i *Sredina*. Prema definiciji, dohodak ima pozitivan parcijalni KI (viši dohodak je koncentriraniji među bogatim osobama), pa predznak kontribucije ovisi o predznaku elastičnosti, odnosno koeficijenta logističke regresije. Što se tiče formalne njege, većina zemalja je imala pozitivnu elastičnost, odnosno bogatiji su koristili više formalne njege, iz čega slijede pozitivne kontribucije u smjeru bogatih, pa u ovim zemljama bogatije osobe koriste više formalne njege. Zemlje zapadne Europe su pretežno imale pozitivne kontribucije, izuzev Nizozemske i Luksemburga (8. val), kao i zemlje južne Europe, izuzev Španjolske (9. val) i Malte. Finska je imala znatnu kontribuciju, i to negativnu u 8. valu, a pozitivnu u 9. Od zemalja istočne Europe s kontribucijama u korist siromašnih isticale su se Mađarska, Bugarska i Hrvatska, a pozitivnima Češka, Slovenija i Rumunjska (obje 8. val), Latvija i Slovačka (obje 9. val). Zemlje istočne Europe imale su elastičete bliske nuli koji su bili simetrično raspoređeni. U zemljama s negativnim kontribucijama viši dohodak povezan je s nižim korištenjem formalne njege, što može biti zbog toga što su siromašnije osobe favorizirane u državnoj potpori, dok bogatiji nalaze druge načine za zadovoljenje svojih potreba. Promjene doprinosa dohotka u smjeru siromašnih između dva vala zabilježene su kod Švicarske, Belgije, Španjolske, Italije, Mađarske, Slovenije i Bugarske, što je doprinijelo pomaku horizontalne nepravde u tim zemljama u smjeru siromašnih, a kod Bugarske je postignuta i razina značajnosti. Pomake kontribucija u smjeru bogatih zabilježene su za Finsku, Njemačku, Luksemburg, Hrvatsku, Latviju i Slovačku, te je horizontalna nepravda zahvaljujući tim promjenama u Njemačkoj postala značajno u korist bogatih, a kod Luksemburga je izgubila prethodnu značajnost u korist siromašnih. Kod Hrvatske je nejednakosti najviše doprinosio dohodak, iako s relativno umjerenim vrijednostima.

Kod neformalne njege više zemalja je imalo negativne elastičete, pa stoga i negativne kontribucije. Zemlje sa znatnim kontribucijama u smjeru siromašnih bile su Švedska, Danska, Francuska, Njemačka (8. val), Luksemburg, Španjolska, Italija (8. val), Grčka i Malta (obje za 9. val), Hrvatska (oko -0.07 za oba vala), Bugarska, Slovenija i Estonija. Pozitivne kontribucije zabilježene su u Finskoj (0.125, 8. val), Nizozemskoj (8. val), Švicarskoj, Portugalu, Italiji (9. val), Slovačkoj (0.08, 8. val), Mađarskoj (0.07, 8. val),

Rumunjskoj (0.06, 9. val) i Litvi (8. val). Bilo je promjena u doprinosima između dva vala, pa čak i promjena predznaka, kod dosta zemalja. Najveće pomake u smjeru siromašnih imali su Danska, Finska, Nizozemska, Francuska, Španjolska, Grčka, Malta, Mađarska, Slovenija, Bugarska i Slovačka. U ovim zemljama komparativno više siromašnih je koristilo neformalnu njegu u 9. valu u odnosu na 8. val, te je dohodak bio važan čimbenik u pomicanju horizontalne nepravde u korist siromašnih, a kod Danske, Finske i Grčke je postignuta i razina značajnosti. Pomake u smjeru bogatih zabilježili su Švedska, Njemačka, Luksemburg, Italija i Rumunjska, te je dohodak bio glavni čimbenik da nekim zemljama horizontalna nepravda postane neznačajna, a kod Rumunjske i značajno u korist bogatih. Hrvatska je imala stabilan i velik doprinos kod oba vala koji je dominirao nad ostalim čimbenicima.

Obrazovanje je imalo sličnu situaciju oko elastičnosti i parcijalnih KI kao i dohodak. Sve zemlje su imale parcijalni KI u smjeru bogatih, pa je predznak elastičnosti definirao predznak kontribucije. Obrazovanje je imalo manje kontribucije od dohotka kod većine zemalja. Kod formalne njege kontribucije u smjeru bogatih zabilježene su za Finsku (9. val), Luksemburg (8. val), Belgiju, Italiju, Portugal, Grčku i Cipar, a u smjeru siromašnih za Slovačku (8. val). Promjene između dva vala u smjeru bogatih zabilježene su kod Finske i Cipra, a u smjeru siromašnih kod Luksemburg i Italija. Kod neformalne njege elastičnost je negativna za veći broj zemalja, pa je i veći broj kontribucija u smjeru siromašnih. Njemačka, Švedska, Danska, Češka i Rumunjska imale su zamjetne pozitivne kontribucije, dok su negativne kontribucije zabilježene u Finskoj, Italiji, Malti, Grčkoj, Mađarskoj, Sloveniji, Hrvatskoj i Bugarskoj. Pomaci u kontribuciji između dva vala za neformalnu njegu u pozitivnom smjeru zabilježeni su za Dansku, Finsku, Maltu, Mađarsku, Sloveniju i Rumunjsku, a u negativnom smjeru za Bugarsku. Hrvatska je imala mali i stabilan doprinos u korist siromašnih.

Varijabla *Oženjeni* bila je kod neformalne njege bitan kontributor za neke zemlje, dok su kod formalne njege kontribucije bile puno skromnije. Kod formalne njege najveće kontribucije bile su za zemlje sjeverne Europe, Belgiju, Francusku, Češku i Mađarsku, sve u smjeru siromašnih. Kod neformalne njege najveće kontribucije u smjeru siromašnih zabilježene su za zemlje sjeverne i zapadne Europe, posebno Francuske i Belgije, zatim Češke, te u manjoj mjeri za ostale zemlje istočne Europe. Kontribucije su uglavnom u smjeru siromašnih jer je

parcijalni KI bio pozitivan za gotovo sve zemlje (oženjeni su u prosjeku bogatiji od neoženjenih), a elastičnost uglavnom negativna (oženjeni koriste manje, ili trebaju manje dugotrajne njege), kako za formalnu tako i neformalnu njegu. Kod formalne njege samo je Danska imala zamjetniji pomak između dva vala, i to u smjeru siromašnih. Kod neformalne njege pomak u korist siromašnih zabilježen je za zemlje sjeverne Europe, te Hrvatsku i Litvu, a u smjeru bogatih za Češku, Bugarsku i Rumunjsku. Varijabla *Djeca* nije znatno doprinosila nejednakosti u korištenju dugotrajne njege. Male pozitivne kontribucije su zabilježene u Finskoj, Austriji, Italiji i Malti za formalnu njegu. Za neformalnu njegu male pozitivne kontribucije bile su u Italiji, Bugarskoj (8. val) i Rumunjskoj, a negativne u Austriji (9. val).

Sredina nije bila važan kontributor, sa malim ili nepostojećim efektima. Kod formalne njege najveće pozitivne kontribucije imali su Austrija, Italija (9. val), Cipar, Portugal i Slovačka, a negativne Mađarska (9. val). Kod neformalne njege su zabilježene uglavnom negativne kontribucije, zamjetnije u Cipru (8. val) i Mađarskoj, a pozitivna u Portugalu. Zanimljivo je da je kod neformalne njege većina zemalja imala pozitivnu elastičnost, odnosno osobe iz ruralnih krajeva su više koristile neformalnu njegu, s iznimkom Hrvatske, Slovačke (8. val), Švicarske (9. val) i Portugala gdje je razina korištenja znatno niža u ruralnim krajevima.

Pri izračunu horizontalne nepravde od aktualnog koncentracijskog indeksa nejednakosti oduzmu se sve kontribucije čimbenike nužne potrebe, dakle tri varijable zdravlja, *Dob* i *Spol*. Promatrajući dekompozicijske dijagrame može se vidjeti kod kojih zemalja će oduzimanje tih kontribucija znatno promijeniti KI, te u kojem smjeru. Kod praktički svih zemalja kontribucije ovih čimbenika bile su negativne, odnosno u smjeru siromašnih, pa je KI za horizontalnu nepravdu uglavnom išao u pozitivnom smjeru. Dekompozicijski rezultati ne-nužnih čimbenika, *Oženjeni*, *Djeca*, *Sredina*, *Dohodak* i *Obrazovanje*, zapravo predstavljaju dekompoziciju horizontalne nepravde, odnosno onih čimbenika koji preostanu kada se oduzmu čimbenici potrebe.

Zaključno, veći raspoloživi dohodak omogućuje i veće korištenje formalne njege, što je potvrđeno i ovim istraživanjem budući da je bogati dio populacije u prednosti za korištenje željenog tipa njege. *Dohodak* se pokazao kao čimbenik najvećeg utjecaja prilikom analize horizontalne nepravde. Horizontalna pravda bila bi zadovoljena kada bi korisnici istog

zdravstvenog stanja mogli dobiti istu vrstu dugotrajne njege. U analizi se pokazuje da upravo dohodak čini razliku, stoga je jasno da će siromašniji korisnici istog zdravstvenog stanja biti primorani koristiti neformalni tip njege. Sličan karakter kao i *Dohodak* pokazalo je *Obrazovanje*. Kao jedan od značajnih čimbenika, obrazovanje pokazuje da osobe višeg formalnog obrazovanja ostvaruju prednost u zahtjevima za njegom. Kako su dohodak i obrazovanje međusobno povezane varijable za očekivati je da će obrazovaniji korisnici imati i veći dohodak. Osim financijskih prednosti, obrazovanje daje i širi svjetonazor u promišljanju u pogledu dostupnih opcija na tržištu, a saznanje informacija omogućuje i bolju pripremu i prilagodbu korisnika na spoznaju o potrebnoj njezi. Za korisnike niže platežne moći, život u partnerstvu (varijabla *Oženjeni*) daje prednost neformalnoj njezi. Zemlje istoka i juga Europe tradicionalno njeguju veće obiteljske sastave i gaje takve kulturološke vrijednosti u kojima je obitelj prvi i aktivni oslonac i provoditelj njege. Međutim, evidentno je da korisnici u braku, posebno u sjevernim i zapadnim zemljama Europe, raspolažu s većim dohotkom zbog manjih obiteljskih dimenzija (najčešće dva člana). Usprkos većem dohotku korisnika u sjevernoj i zapadnoj Europi i ti korisnici radije koriste neformalnu njegu što implicira da i u tim zemljama partneri brinu jedan o drugome i postaju neformalni njegovatelji ako zdravstveno stanje zahtjeva njegu. Za korisnike ruralnih područja karakteristična je veća iskoristivost neformalna njege zbog manjeg dohotka, većeg sastava kućanstva (članovi obitelji mogu postati neformalni njegovatelji) ali i nerazvijenih usluga na tom području (formalna njega, institucijska skrb).

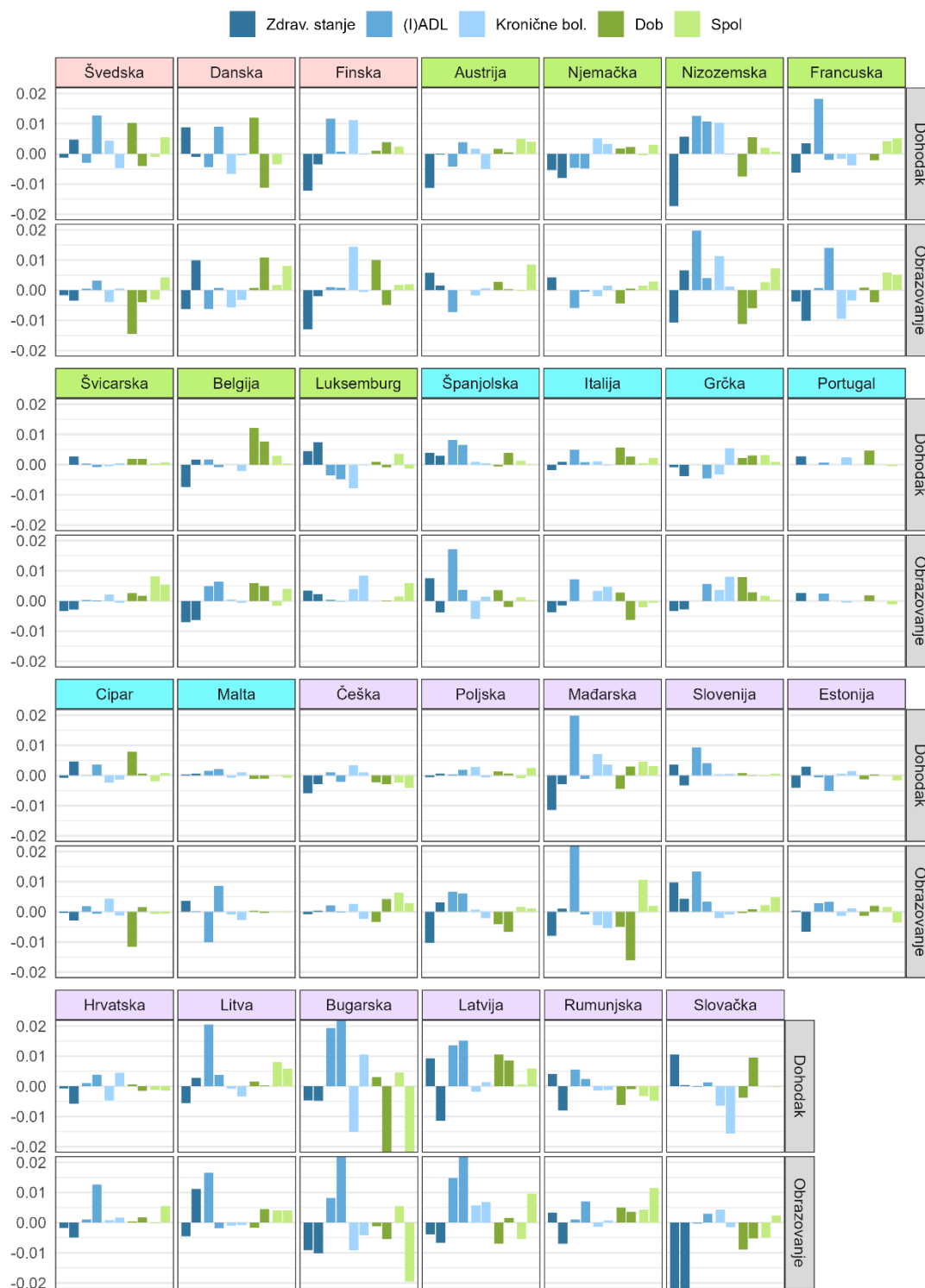
Posljednji dio dekompozicije odnosi se na vertikalnu nepravdu. Na slikama 10 i 11 prikazani su doprinosi (kontribucije) čimbenika nužne potrebe vertikalnoj nepravdi, dok su iste kontribucije s odgovarajućim z - vrijednostima dane u numeričkom obliku u tablici u Dodatku C.

Slika 10: Formalna njega - dekompozicija vertikalne nepravde



Za svaku varijablu (boju) lijevi stupac predstavlja 8. val a desni stupac 9. val.
 Nazivi zemalja su obojani ovisno o regiji: Sjeverna Europa (crveno), Zapadna Europa (zeleno),
 Južna Europa (plavo) i Istočna Europa (ljubičasto).

Slika 11: Neformalna njega - dekompozicija vertikalne nepravde



Za svaku varijablu (boju) lijevi stupac predstavlja 8. val a desni stupac 9. val.
 Nazivi zemalja su obojani ovisno o regiji: Sjeverna Europa (crveno), Zapadna Europa (zeleno),
 Južna Europa (plavo) i Istočna Europa (ljubičasto).

Kod formalne njege najveće kontribucije u smjeru siromašnih imala je Mađarska sa (*I*)*ADL* odnosno *Zdravstvenim stanjem* u 8. valu, ovisno o ciljanoj skupini, Bugarska sa *Kronične bolesti* (9. val), Cipar (9. val) i Luksemburg sa *Zdravstvenim stanjem*. Veće kontribucije varijabli zdravlja u smjeru bogatih su zabilježene za Švedsku, Dansku, Nizozemsku, Slovačku i Hrvatsku (8. val), a ostale zemlje su imale manje kontribucije varijabli zdravlja. *Dob* je doprinosila uglavnom u smjeru bogatih, najviše kod Danske, Švedske, Mađarske, Latvije i Slovačke (prema obrazovanju), a kod Estonije i Slovačke u smjeru siromašnih (prema dohotku). *Spol* je imao veće doprinose kod Latvije prema obrazovanju (8. val u negativnom, a 9. val u pozitivnom smjeru), Češke (prema obrazovanju), Austrije (prema dohotku), Danske (prema obraz.), Nizozemske i Mađarske (prema dohotku). Hrvatska nije imala većih kontribucija, osim zdravstvenog stanja u 8. valu prema obrazovanju.

Što se tiče neformalne njege, *Zdrav. stanje* je pretežno imalo negativnu kontribuciju (najveće kod Slovačke prema obraz.), dok je (*I*)*ADL* imao pozitivnu kontribuciju koja je bila velika u Mađarskoj (8. val), Litvi (8. val), Bugarskoj, Latviji, Francuskoj, Nizozemskoj i Španjolskoj. *Dob* je imala i pozitivnih i negativnih kontribucija, često suprotnog predznaka u istoj zemlji, ovisno o ciljnoj skupini i valu. Najveće kontribucije neovisno o predznaku su zabilježene u Bugarskoj, Švedskoj, Danskoj, Finskoj, Nizozemskoj, Belgiji, Cipru, Mađarskoj, Latviji i Slovačkoj. *Spol* je bio znatno slabiji kontributor u odnosu na druge čimbenike, izuzev Bugarske u 9. valu.

Iz prethodno opisanog može se vidjeti da su kontribucije vertikalnoj nepravdi bile prilično nestabilne, posebno kada se pogledaju neke zemlje gdje kontribucije za isti čimbenik idu u suprotnim smjerovima ovisno o ciljanoj skupini. Ipak, može se uočiti da su kontribucije, izuzev nekoliko iznimki, manje kod formalne njege. Glavni kontributori bili su (*I*)*ADL* i *Dob*, slijedi *Zdrav. stanje*, a može se također primijetiti da se kod većine zemalja koje imaju veće kontribucije, one uglavnom poništavaju, što rezultira vertikalnom nepravdom blizu 0 (nule). Kako se vertikalna nepravda nije pokazala kao bitan dio ukupne nepravde, ova dekompozicija ne daje previše uvida u čimbenike koji utječu na nepravdu. Ako samo vertikalnu nepravdu uzmemo u razmatranje (bez horizontalnog pristupa) analiza bi pokazala ovisnost čimbenika potrebe na čimbenike target grupe (dohodak i obrazovanje), što ne bi bilo

ispravno obzirom da je predmet rada socioekonomska nejednakost gdje i čimbenici ne potrebe mogu dovesti do različitih zaključaka što je prikazano i u ovaj analizi.

Nakon odabira ciljane (*target*) grupe (najbogatiji i najobrazovaniji) rezultati su pokazali da varijable zdravlja (*Zdravstveno stanje* i (*IADL*) i *Dob* imaju značajne kontribucije što upućuje na to da su pri analizi vertikalne nepravde čimbenici potrebe imali najznačajniju ulogu. Ako razmotrimo pojam vertikalne pravde koja se u samoj srži odnosi na pojedinačno razmatranje (individualno) zdravstvenog stanja, prema kojima bi korisnik sa težim oboljenjima trebao dobiti višu razinu njege (s većim brojem sati posvećenih njegovanju) u odnosu na korisnika boljeg zdravstvenog stanja, zaključuje se da su za razmatranje ukupne nejednakosti podjednako važni čimbenici potrebe (vertikalna nepravda) i ne potrebe (horizontalna nepravda). U vezi s time, osim osobnih karakteristika pojedinca (dob, zdravstveno stanje) važno je uključiti i socioekonomske činitelje nejednakosti (poglavito dohodak i obrazovanje). Shodno rezultatima istraživanja korisnici sa prebivalištem u bogatijim (zemlje sjevera i zapada) i siromašnijim (zemlje istoka i juga) imaju ista ograničenja. Dakle, neovisno o financijskoj podršci socijalnog sustava (koja svakako može pomoći najsiromašnijim korisnicima i unaprijediti sustav), do nejednakosti u korištenju oba tipa razmatrane dugotrajne njege dolazi zbog individualnih značajki na koje svaki pojedinac ponaosob može utjecati (barem dijelom).

4.4.4. Sinteza rezultata istraživanja i usporedba sa pregledom empirijskih istraživanja

Ovi rezultati potvrđuju rad autora Hu et al. (2022) gdje se navodi da osobe težih zdravstvenih oboljenja žive u siromašnijim socioekonomskim sredinama. U radu Hu et al. (2022) dementne osobe su zastupljenije u siromašnim sredinama najčešće ruralnog karaktera što je usporedno s ovom analizom u kojoj osobe sa kroničnim bolestima i ograničenjima u aktivnostima svakodnevnog života (*IADL*) žive u nerazvijenim regijama Europe. Iako rad

ranije navedenih autora koristi čimbenike ADL i IADL u ispitivanju nejednakosti, u ovom radu formirana je zasebna varijabla (I)ADL zbog visoke korelacije varijabli ADL i (I)ADL koje mjere vrlo slična ograničenja svakodnevnih aktivnosti. Također u razmatranju, autori Hu et al. (2022) u čimbenike potrebe koriste ukupno bogatstvo. Za razliku od ukupnog bogatstva, ovaj rad uključuje dohodak kao mjeru socioekonomskog statusa. Izbor dohotka umjesto ukupnog bogatstva potvrđuju i autori Rodrigues et al. (2018) koji smatraju da bi uključivanje ukupnog bogatstva (imovine) u sadržaj razmatranja socioekonomskih nejednakosti (posebice unutar varijable neformalne njege) dovelo do nerealnih rezultata u korist bogatijih korisnika i promijenilo ukupne rezultate prilikom analize obje vrste dugotrajne njege (formalna i neformalna njega). Autori Tenand et al. (2020) analizirali su prednosti i mane razmatranja socioekonomskih nejednakosti putem ukupnog bogatstva u odnosu na dohodak. Zaključili su da je dohodak bolja varijabla za mjerenje socioekonomskih nejednakosti zbog svoje mjerljivosti, realnosti (dohodak uključuje mirovine – često jedini izvor prihoda za korisnike treće životne dobi) i učestalosti (najčešće korištena varijabla u nacionalnim i međunarodnim analizama).

Prisutnost nejednakosti u korist siromašnih za formalnu njegu pokazuje istraživanje Garcia et al. (2015) na analizi starijih korisnika u Španjolskoj, što je u skladu s ovim radom koji pokazuje veću zastupljenost nejednakosti među siromašnim korisnicima na prostoru južne Europe. Različitost u odnosu na ovaj rad je zastupljenost formalne njege u korist bogatih nakon kontroliranja čimbenika potrebe. Naime, u ovom radu nakon kontroliranja varijabli *Dob, Zdravstveno stanje, (I)ADL, Kronične bolesti i Spol* nejednakosti ostaju vidljive samo u neformalnoj njezi u korist siromašnih korisnika. Razlog je uključivanje vertikalnog indeksa u razmatranju ukupne nejednakosti (zbroj horizontalnog i vertikalnog pristupa) što je dovelo do drugačijih rezultata. Studija u Sjedinjenim Američkim Državama (Black et al., 2013, 2019) pokazuje visoku razinu nezadovoljstva zbog neispunjenih potreba za njegom za siromašnije korisnike, što potvrđuje i ova analiza ako promatramo varijablu *Zdravstveno stanje* koja predstavlja subjektivnu ocjenu stanja učesnika studije istraživanja. Korisnici su bili slobodni izraziti ocjenu svog stanja prema skali od 1 (odlično) do 5 (loše). Dohodovno slabiji korisnici izrazili su lošije ocjene svog stanja, što je vjerojatno rezultat neostvarenih

očekivanja vezanih uz pruženu njegu, ali naravno i slabijih životnih mogućnosti (više stresa) koji su ostavili traga na zdravstveno stanje.

Analiza autora Tenand et al. (2020) uključivala je institucijsku njegu, koja nije bila predmet ovog istraživanja. Ovim istraživanjem željelo se skrenuti pozornost na kućnu njegu koju koristi sve više korisnika. Institucijski oblik njege najčešće karakteriziraju dugotrajne liste čekanja i visoka cijena smještaja. Isto tako, institucijski oblik (primjerice domovi za starije) omeđeni su gabaritima (infrastrukturni objekti) ali i visokim ulaganjima (renovacije, unaprjeđenje). Kućna njega omogućuje ostanak unutar vlastitog poznatog okruženja, a putem formalnog pristupa osigurava potrebnu kvalitetu usluge.

U cross-section analizi 14 zemalja Europske unije autori Rodrigues et al. (2018) došli su do sličnih spoznaja kao što je prezentirano u ovom istraživanju (prisutnost nejednakosti u distribuciji formalne i neformalne njege u korist siromašnih). Kontroliranjem čimbenika potrebe nejednakosti za formalnu njegu su nestale ili bile bez signifikantnosti, što je prikazano i ovim radom. Međutim, autori su zanemarili analizu ukupne nejednakosti koja uključuje i vertikalnu komponentu. Segmentaciju zemalja na zemlje sjevera, juga i kontinentalne Europe predstavili su autori Carrieri et al., isključivši tako zemlje istočne Europe (što je obuhvaćeno ovim radom) u kojima žive korisnici koji doživljavaju veće nejednakosti u odnosu na ostale što je potvrđeno ovom analizom. Rad autora Lera et al. (2021) dijeli podudarnosti u zaključcima sa ovim radom. Osim slične ciljane skupine (Lera et al. uključuje osobe starije od 50 godina u istraživanje, u ovom istraživanju korisnici iznad 65 godina starosti), varijabli i baze podataka (SHARE) rezultati su utvrdili veću zastupljenost korištenja formalne njege kod bogatijih domaćinstava i obrnuto, neformalne njege kod siromašnih kućanstva. Korisnici u većim obiteljskim sastavima koristili su više neformalne njege zbog dostupnosti članova obitelji u funkciji njegovatelja. Također, važni čimbenici u istraživanju Lera et al. su bili obrazovanje i dohodak. Pokazalo se da obrazovanije i dohodovno bogatije osobe više koriste formalnu njegu. Dohodak je bio glavni čimbenik socioekonomske nejednakosti u korištenju njege, što je usporedno i sa ovim radom koji također dokazuje utjecaj dohotka na socioekonomsku nejednakost u korištenju formalne i neformalne njege. Uz Lera et al., autori Rodrigues et al. (2014) imaju zaključke koji se mogu povezati sa ovim radom. Kao glavni uzrok nejednakosti unutar korištenja formalne i

neformalne njege autori navode čimbenike potrebe, što je i dokazano i ovim radom u kojem su dob, spol i varijable zdravlja bile uzrokom nejednakosti. Ipak, kada se kontroliraju čimbenici potreba putem horizontalnog pristupa, Rodrigues et al. navode da dohodak predstavlja najvažniji čimbenik socioekonomske nejednakosti u korištenju njege. Iako u svom radu nisu uključili vertikalnu nepravdu, zaključci se mogu potvrditi ovim radom.

Analiza autora Matanić Vautmans et al. (2023) bavi se problematikom socioekonomske nejednakosti u korištenju formalne i neformalne njege među korisnicima starije životne dobi u 27 zemlja Europske unije. Analiza je pokazala prisutnost nejednakosti u formalnoj i neformalnoj njezi u korist siromašnih, no nakon kontroliranja čimbenika potrebe nejednakosti za formalnu njegu su nestale, ali su ostale značajne za neformalnu. Iako koristi iste varijable u razmatranju, autori se nisu bavili ukupnom nejednakosti što je prednost ovog rada. Uz to, autori uključuju podatke 8. vala SHARE baze, no ovaj rad osim 8. uključuje i 9. val kako bi se spoznala razlika između rezultata.

Vertikalnim razmatranjem nejednakosti bavili su se autori Albert et al. (1997); Vončina et al. (2007); Sutton (2002); Abasolo et al. (2001) unutar zdravstvenog sektora. Pritom su u potpunosti zanemarili horizontalni pristup. Tek Vallejo Torres (2012) u svojoj doktorskoj disertaciji predlaže razmatranje horizontalnog i vertikalnog pristupa u socioekonomskoj nejednakosti unutar zdravstvenog sektora u Engleskoj. Prva uvodi vertikalni indeks target grupe, što ovaj rad čini nastavkom njezine analize. Međutim, za razliku od Vallejo Torres, ovaj rad se bavi socioekonomskom nejednakosti u dugotrajnoj njezi, što predstavlja prvi rad sa cjelovitom ukupnom nejednakosti u socijalnom sektoru. Isto tako, Vallejo Torres u svom radu uključuje samo populaciju iz Engleske, za razliku od ovog rada koji se bavi analizom stanja 27 europskih zemalja. Vallejo Torres ne navodi važnost čimbenika potrebe kao temeljnih za nejednakost u korištenju zdravstvenih usluga (u ovom radu dugotrajne njege), a socioekonomskom analizom čimbenika ne potrebe, uz dohodak ne naglašava obrazovanje kao jedan od primarnih uzroka nejednakosti.

4.4.5. Razmatranja o veličini uzorka

Kod analize koncentracijskih indeksa nameće se pitanje prikladnosti uzoraka, posebno veličine uzoraka, kod donošenja statističkih zaključaka o promatranim parametrima. To je vrlo važno kako bi se provjerila robusnost/validnost empirijskog istraživanja. U ovom radu svi izračuni i analize provedeni su posebno za svaku zemlju, te je važno imati dovoljno podataka na razini zemlje kako bi rezultati bili pouzdani. Kako su u ovom istraživanju veličine uzoraka za svaku zemlju predodređene prikupljenim podacima u sklopu SHARE istraživanja, te prikupljanje dodatnih podataka nije bilo moguće, ovdje razmatramo veličine uzoraka samo u smislu post-hoc analize.

Za preciznost procjene parametra može se reći da je obrnuto proporcionalna margini d odgovarajućeg intervala pouzdanosti, koja mjeri koliko je rub intervala udaljen od točkovne procjene parametra. Pod pretpostavkom asimptotske normalnosti procjenitelja, formula za marginu jest:

$$d(\hat{\theta}) = z \times sd(\hat{\theta}), \quad (21)$$

gdje je $\hat{\theta}$ procjena parametra, $sd(\hat{\theta})$ standardna devijacija procjene, a z gornji kvantil normalne distribucije pri razini pouzdanosti 95 %, što je približno jednako 1.96. Kada je d jednak određenoj vrijednosti, procjene parametra s apsolutnom vrijednosti većom od d biti će statistički značajno različite od 0 (nule).

Ako se ovaj pristup primijeni na koncentracijske indekse iz prethodnih analiza, može se dobiti slika o adekvatnosti veličina uzoraka. Kod koncentracijskog indeksa izračunatog na aktualnim podacima varijabli dugotrajne njege i rangiranog dohotka, standardna devijacija takvog indeksa je proporcionalna $\sqrt{p(1-p)}$, gdje je p proporcija osoba koje koriste dotičnu njegu. To znači da kako p raste od 0 do 0.5, tako raste i standardna devijacija procjene

indeksa, odnosno smanjuje se preciznost procjene. Proporcije korištenja neformalne njege su veće od onih za formalnu njegu, pa će pri istoj veličini uzorka d biti veći za neformalnu njegu, ili obratno, za postizanje iste preciznosti potrebna je veća veličina uzorka. Kako su procjene KI za neformalnu njegu bile uniformno veće od onih za formalnu u apsolutu, mogu se postaviti različite minimalne margine d za dvije vrste njege, i to: $d = 0.05$ za formalnu, i $d = 0.08$ za neformalnu njegu. Iako se standardne devijacije procjena mogu izračunati i analitički, zbog promatranja kompleksnijih mjera kao što su različite vrste nepravde, ovdje se koriste standardne devijacije dobivene pomoću bootstrap metode, pošto one daju realniju sliku s obzirom na stvarno korištene podatke. Uz ovakve postavke, kod formalne njege zadanu razinu preciznosti nisu postigli (odgovarajući d u zagradama): Cipar (0.101 / 0.092, oba vala), Portugal (0.062, 9. Val), Luksemburg (0.054 / 0.061 oba vala), Slovačka (0.060 / 0.055, oba vala) i Belgija (0.055, 8. Val). Među ovim zemljama samo su Portugal i Luksemburg (8. Val) postigli razinu značajnosti. Belgija sa uzorkom od 1356 ispitanika u 8. Valu nije zadovoljila razinu preciznosti, dok je niz zemalja sa znatno manjim uzorcima zadovoljio. Razlog tome je što je Belgija imala najvišu proporciju korištenja formalne njege od svih zemalja, pa zato i manju preciznost. Kod neformalne njege zadanu preciznost nisu postigli: Slovačka (0.094 / 0.085 za oba vala), Cipar (0.091, 8. val), Finska (0.08, 8. val) i Bugarska (0.085 / 0.084 za oba vala). Od navedenih zemalja, Slovačka (9. val), Cipar i Bugarska su postigli razinu značajnosti.

Ako isti postupak primijenimo na indekse horizontalne nepravde, kod formalne njege zadanu razinu preciznosti nisu postigli: Cipar (0.083 / 0.085 za oba vala), Slovačka (0.059 / 0.050 za oba vala), Portugal (0.059, 9. val) i Luksemburg (0.054, 9. val) od kojih je Portugal postigao značajnost. Kod neformalne njege lista je: Bugarska (0.085 / 0.089 za oba vala), Cipar (0.083, 8. val) i Slovačka (0.081, 8. val), od kojih ni jedna zemlja nije postigla razinu značajnosti.

Pošto su veličine indeksa vertikalne nepravde bile male za sve zemlje i nisu postigle razine značajnosti, bolje je odmah prijeći na ukupnu nepravdu, koja uključuje i komponentu vertikalne nepravde. Sa ciljanom skupinom dobivenom prema dohotku, znatno veći broj zemalja nije zadovoljio zadanu razinu preciznosti kod formalne njege: Latvija (∞ , 8. val), Slovačka (∞ / 0.058), Rumunjska (0.425 / 0.563), Bugarska (0.253 / 0.180), Cipar (0.086 /

0.091), Mađarska (0.063, 8. val), Luksemburg (0.057 / 0.061), Portugal (0.060), Malta (0.057, 8. val) i Finska (0.053, 8. val). Ako se promatra ciljane skupine prema obrazovanju, dobije se ista lista zemalja, uz dodatak Litve (0.073, 8. val) i Belgije (0.052, 8. val). Kod neformalne njege, sa ciljanom skupinom dobivenom prema dohotku, lista zemalja koje nisu zadovoljile preciznost bila je: Bugarska (0.092 / 0.108), Cipar (0.090, 8. val), Finska (0.085, 8. val) i Slovačka (0.083, 8. val). Ako se gleda ciljane skupine prema obrazovanju, ovim zemljama treba dodati Slovačka (1.49 / 0.131), Malta (0.190, 8. val) i Luksemburg (0.086, 9. val). Odmah je uočljivo da je kod ukupne nepravde formalna njega imala znatnije smanjenje preciznosti od neformalne, dok bismo očekivali obratno s obzirom na manje proporcije korištenja formalne njege. Razlog se nalazi u izračunu indeksa nepravde, gdje se komponente koje doprinose nepravdi dobivaju iz odgovarajućih koeficijenata logističke regresije.

Kod logističke regresije preciznost koeficijenata također ovisi o proporciji korištenja njege, ali za razliku od slučaja sa KI, ovdje manje proporcije daju manju preciznost, odnosno veće standardne devijacije. To znači da je pri manjim proporcijama korištenja njege potreban veći uzorak kako bi se postigla ista razina preciznosti. Pitanje veličine uzorka koja je potrebna kako bi rezultati logističke regresije bili pouzdani je kompleksno i ovisi o specifičnim karakteristikama analiziranih podataka. Niz istraživanja je predlagao razna heuristička pravila za određivanje potrebne veličine uzorka. Jedno od takvih pravila se bazira na broju događaja po nezavisnoj varijabli. Broj događaja je u ovom slučaju broj ispitanika koji su koristili određenu vrstu njege. U Peduzzi et al. (1996) definiraju pravilo prema kojem je potrebno barem 10 događaja za svaku nezavisnu varijablu uključenu u model. Prema tome, formula za veličinu uzorka N glasi:

$$N = \frac{10k}{p}, \quad (22)$$

gdje je k broj nezavisnih varijabli, a p proporcija osoba koje su koristile njegu. Kod dekompozicije aktualnog KI i izračuna horizontalne nepravde u logističkim modelima je bilo

uključeno 10 nezavisnih varijabli, pa bi prema ovoj formuli za zemlju sa proporcijom zastupljenosti korištenja 0.1 (10 %) bila potrebna veličina uzorka 1000, a za zemlju s proporcijom 0.2 (20 %) bila bi potrebna veličina uzorka 500. To npr. znači da bi gotovo sve logističke regresije za neformalnu njegu imale dovoljno velik uzorak, izuzev Malte (potrebno 957), Slovačke (554) i Cipra (759). Što se tiče formalne njege, tu su proporcije znatno manje kod niza zemalja, pa su potrebni veći uzorci. Dodatan problem je što većina zemalja s manjim veličinama uzorka imaju ujedno i manje proporcije korištenja formalne njege. Tako bi npr. za Rumunjsku sa samo 1.9 % zastupljenosti formalne njege u 9. valu potrebna veličina uzorka bila 5256, nasuprot 946 koliko je zapravo bilo na raspolaganju. Ostale zemlje koje bi prema ovom pravilu imale premale uzorke za dobivanje pouzdanih rezultata logističke regresije kod formalne njege su: Latvija (potrebno 3582, 9. val), Rumunjska (5256, 9. val), Litva (2531, 9. val), Bugarska (1782, 8. val), Malta (1710, 8. val), Poljska (3504, 9. val), Hrvatska (1360, 8. val), Slovačka (1330, 8. val), Finska (1163, 8. val), Luksemburg (886, 9. val), Cipar (416, 8. val) i Mađarska (1283, 9. val). Prema drugom istraživanju, broj događaja po varijabli može se u nekim slučajevima spustiti do 5 (Vittinghoff and McCulloch 2007), odnosno vrijedilo bi:

$$N = \frac{5k}{p}. \quad (23)$$

Uz ovakvo pravilo, gore navedene potrebne veličine uzoraka prepolovile bi se, pa bi Finska, Luksemburg, Cipar, Poljska, Hrvatska i Mađarska zadovoljile tražene veličine, a ostale zemlje bi bile puno bliže tom cilju. Treba uzeti u obzir da su u slučajevima malih proporcija premale veličine uzoraka donekle balansirane s većom preciznosti koncentracijskih indeksa, što može dodatno smanjiti potrebnu veličinu uzoraka. Naposljetku, promatranjem intervala pouzdanosti na slikama 1, 2 i 3 može se lako uočiti kod kojih zemalja i za koje mjere su intervali veliki, što potencijalno znači da su uzorci premali za precizne izračune dotičnih mjera. U svakom slučaju, kod interpretacije rezultata treba uzeti u obzir i ova razmatranja o veličinama uzoraka.

Posebno se treba promatrati rezultate vertikalne nepravde, gdje su logističke regresije provedene na uzorcima koji su bili upola manji od originalnih cjelovitih uzoraka. Zbog ograničenih veličina uzoraka u ovim regresijama nisu bile uključene ne-nužne varijable, osim *Dohotka*. Na taj način je omjer veličine uzorka (odnosno broja događaja) i broja varijabli ostao približno isti. Ipak, kod zemalja s malim uzorcima, prepolovljavanje istih je ostavilo potencijalno premale uzorke za dobivanje pouzdanih rezultata (npr. kod Slovačke u 8. valu manje od 200). Zato je kod vertikalne nepravde potreban poseban oprez kod interpretacije nekih rezultata, posebno kod zemalja s najmanjim uzorcima.

4.4.6. Diskusija i doprinosi

Ova studija daje pregled horizontalne i vertikalne nejednakosti dohotka u dostupnosti kućne njege u 27 zemalja Europe promatrana kroz dva vremenska perioda. Uz korištenje podataka 8. i 9. vala SHARE baze, ova je studija uključila, prema mom saznanju, najveći broj zemalja analiziranih korištenjem tradicionalno razvijenih metoda za horizontalnu nejednakost. Problemom nejednakosti već su se bavili autori Ilinca et al, 2017; Rodrigues, Ilinca i Schmidt, 2017. koristeći podatke iz prethodnih izdanja SHARE-a i s manjim brojem promatranih zemalja u Europi. Ovi rezultati potvrđuju nalaze navedenih autora da u većini zemalja EU-a prevladava raspodjela dugotrajne skrbi u korist siromašnih. Osim toga, zbog velikog obujma zemalja uključenih u istraživanje i nedostatka relevantne literature koja se bavi horizontalnom i vertikalnom nejednakošću u dugotrajnoj skrbi za starije osobe, vjerujem da će ova studija dati veliki doprinos razmatranju dostatne jednakosti u korištenju njege za korisnike EU. Također, najnoviji podaci 9. vala daju jasan pregled trenutnog stanja korištenja formalne i neformalne skrbi u Europskoj uniji, što je od ključne važnosti u planiranju politika skrbi za starije osobe. Formalni oblik je alternativni oblik dugotrajne skrbi (u usporedbi sa institucijskom njegom) za većinu korisnika zbog manje nacionalne izdašnosti (manje potpore) i većeg oslanjanja na financijsku potporu obitelji.

Na temelju analize nejednakosti, u većini promatranih zemalja naznačena je distribucija dugotrajne nejednakosti u korist siromašnih, što je u skladu s prethodnim istraživanjem (Ilinca et al., 2017). Zdravstvene varijable u različitim zemljama pridonose nejednakosti u korištenju dugotrajne skrbi za siromašne, uglavnom za neformalnu skrb. Osobe s većim zdravstvenim potrebama nerazmjerno su zastupljenije među siromašnom populacijom. Dob uvelike doprinosi nejednakosti u korist siromašnih u nekoliko zemalja, kako za formalnu tako i za neformalnu skrb. Varijabla Spol nije puno pridonijela ukupnom KI. Žene su u većini zemalja nerazmjerno zastupljene u siromašnijoj populaciji, dok u većini zemalja žene koriste više dugotrajne njege, što je u skladu s drugim istraživanjima na tu temu (Forma et al., 2007). Što se tiče formalne skrbi, većina zemalja ima doprinose u korist siromašnih, no iznenađujuće je za neke zemlje viši dohodak povezan s nižim razinama korištenja formalne skrbi, što bi mogao biti rezultat toga što su pojedinci s nižim dohotkom favorizirani u državnoj potpori, dok pojedinci s višim dohotkom nalaze druge načine zadovoljavanja njihovih potreba. Varijabla Obrazovanje pokazuje da sve zemlje imaju djelomični KI za bogate, što se može objasniti da obrazovaniji ljudi imaju manje nejednakosti. Obrazovanje i prihodi su u pozitivnoj korelaciji, tj. visoko obrazovani ljudi uživaju bolje prihode. Većina doprinosa varijable *Lokacija* bila je u korist bogatih (*pro-rich*), jer većina zemalja ima siromašnija ruralna područja i manje koristi formalnu njegu u takvim područjima, vjerojatno zato što većina zemalja ima centralizirane sustave njege smještene u bolje razvijenim urbanim područjima. Nakon što se uzmu u obzir čimbenici potreba, formalne nejednakosti u njezi nestale su za većinu zemalja, dok su neformalne nejednakosti ostale u puno većem broju za većinu zemalja, uglavnom s orijentacijom prema siromašnima.

U ovom istraživanju utvrđeno je da starije osobe nižeg dohotka imaju lošije zdravlje kao i veću potrebu za korištenjem usluga formalne njege, koju zamjenjuju neformalnom njegom. To potvrđuju i rezultati Ilinca et al., 2017; Rodrigues et al., 2018; Tenand et al., 2020; García-Gómez et al., 2015. Također, prevlast nejednakosti u korist siromašnih potvrđuje i istraživanje Wang et al. (2022) u analizi socioekonomske nejednakosti u dugotrajnoj njezi u Kini, a autori dolaze do zaključka da je neformalna njega zastupljenija među siromašnijim pojedincima, budući da je formalna njega teže dostupnija korisnicima manjih dohodaka.

Analiza Carrieri et al. (2017) pokazala je prisutnost nejednakosti u korištenju formalne kućne njege u zemljama južne i kontinentalne Europe, dok u zemljama sjeverne Europe nije primijećena značajnija nejednakost. Takve podatke pokazuje i ova analiza koja utvrđuje da je nejednakost u korištenju dugotrajne njege zastupljenija među zemljama južne i istočne Europe, dok u odnosu na sjevernu Europu nije toliko prisutna. Istraživanje Rodrigues et al. (2018) koji su se bavili socioekonomskom nejednakosti u dugotrajnoj njezi u 14 Europskih zemalja ukazuje da je nejednakost oba oblika kućne njege (formalnog i neformalnog tipa) zastupljenija među siromašnim korisnicima, što je u skladu s analizom ovog rada.

4.4.6.1. Znanstveni doprinos

Što se tiče teorijskog doprinosa ovog rada, on se prvenstveno odnosi na razmatranje pojma ukupne nejednakosti u dugotrajnoj njezi (horizontalna nejednakost + vertikalna nepravda) s naglaskom na kućnu njegu koja kao takva do sada nije bila istražena. Razvijanjem nove metodologije koja obuhvaća vertikalni pristup u razmatranju nejednakosti u kućnoj njezi, ovaj rad dat će bazu za daljnja istraživanja na temu nejednakosti u dugotrajnoj njezi, primjerice institucijskog tipa, čija je analiza također potrebna kako bi se stvorila jasnija slika stvarnog stanja nejednakosti u dostupnosti dugotrajne njege starijih osoba u EU. Sukladno ranije navedenom, ovo istraživanje predstavlja prvu studiju koja se bavi proučavanjem socioekonomske nejednakosti pristupom horizontalne nejednakosti i vertikalne nepravde u kućnoj njezi osoba starije životne dobi, što je do sada predstavljalo istraživački jaz. Autori ranijih radova pretežito su proučavali horizontalni pristup u socioekonomskim nejednakostima u zdravstvu (vrlo malo u dugotrajnoj njezi) uz mali broj znanstvenih publikacija na osnovu vertikalnog pregleda nepravde u području zdravstva (u području dugotrajne njege vertikalni pristup nije istražen). Razmatranje ukupne nejednakosti putem vertikalnog pristupa u dugotrajnoj skrbi starijih osoba još nije istraženo i samim time ovaj rad pružit će izvorni doprinos znanosti. Radovi na temu socioekonomske nejednakosti

(horizontalni pristup) u području dugotrajne njege uključivali su različite dobne razrede, čak i one koje ne ulaze u starosnu kategoriju (od 50 godina starosti - zrelo stanovništvo), međutim, ovaj rad uključio je analizu korisnika od 65 godina i više, što je i međunarodno priznat početak starosne dobi. Ova studija uključuje najveći broj analiziranih zemalja, njih čak 27 na području Europe (EU-26 + Švicarska) koje su dodatno segmentirane na određenom skupu odabranih varijabli i koncentracijskih indeksa što je svakako još jedan dodatan doprinos znanosti. Za ovu studiju korišteni su podaci iz 8. i 9. SHARE izdanja, koji, prema mojim saznanjima i pregledom postojeće literature, zajedno nisu zajedno korišteni ni u jednoj znanstvenoj publikaciji.

4.4.6.2. Aplikativni doprinos

Ovi rezultati imat će značajnu važnost nositeljima javnih politika u sektoru dugotrajne njege s osvrtnom na korištenje kućne njege (*evidence based*). Shodno novim informacijama, nositelji javnih politika moći će detektirati slabosti koje uzrokuju nejednakosti u korištenju kućne njege sukladno čimbenicima utjecaja. Evidentno je da velik utjecaj na nejednakosti imaju čimbenici potrebe (dob, zdravstveno stanje, spol) i socioekonomski čimbenici (dohodak, obrazovanje). Pravilnim usmjeravanjem i fokusom na uklanjanje i smanjivanje utjecaja ovih čimbenika može se postići jednakost i zadovoljstvo u korištenju formalnog i neformalnog tipa. Primjenom saznanja ovog rada, a i zbog povećanja udjela starije populacije u ukupnoj, nositelji političke vlasti mogli bi oformiti Silver fond koji bi imao za funkciju akumulaciju određenih sredstava iz poreza na dodanu vrijednost za nepredvidive okolnosti unutar socijalnog sektora u budućnosti. Silver fond bi služio kao nadinstrument pomoći u slučaju kolapsa socijalnog sektora, u situaciji kada bi primjerice odnos radno sposobne i umirovljene populacije bio 1:1., što je za očekivati u nadolazećim dekadama zbog sve duljeg životnog vijeka, manjeg nataliteta i sve veće zastupljenosti starijih osoba u populaciji. Osim navedene mjere, države članice Europske unije mogle bi zakonski obvezati djecu korisnika

u potrebi da sudjeluju u financijskim izdacima za potrebnu njegu svojih roditelja, budući da su često starije osobe prepuštene „same sebi“ ili pomoći države. U sredinama koje nemaju razvijene programe formalne njege u kući, država bi trebala sudjelovati u trošku smještaja korisnika u institucijski objekt skrbi, ne samo javnog već i privatnog pružatelja. Sufinanciranje smještaja korisnika moglo bi se odvijati po principu subvencije troška smještaja djece u vrtić, u kojem se trošak cijene sufinancira za sve korisnike privatnih i javnih objekata. Također, potrebno je ukinuti porezne namete u socijalnom sektoru i omogućiti i privatnim pružateljima usluge razvoj i implementaciju programa u sredini u kojoj nema razvijenih usluga dugotrajne njege. Nakon ukidanja ili smanjenja poreznih nameta, za očekivati je da će se na tržištu pojaviti veći broj privatnih pružatelja njege što bi moglo zadovoljiti potrebu onih korisnika koji žele koristiti formalni pristup. Uz to, potrebno je staviti naglasak na obrazovanje i promovirati važnost ljudskog kadra unutar socijalnog sektora. Ponuditi stipendije studentima medicinske struke, koji bi nakon završenog obrazovanja htjeli pružati formalnu njegu. Neformalnim njegovateljima u obitelji izjednačiti uvjete rada sa formalnim njegovateljima (ugovor o radu). Omogućiti edukaciju članovima obitelji dolaskom formalnog njegovatelja i prezentacijom načina rada. Potaknuti i stimulirati mlade osobe da nastave svoje školovanje, putem zakonskih dodataka na plaću nakon završenog stupnja obrazovanja (nakon svake razine tercijarnog obrazovanja). Usmjeriti se na razvoj *telecare* usluge gdje će korisnici (lakšeg zdravstvenog stanja) urbanih i ruralnih sredina moći pratiti savjete formalnih njegovatelja online i tako prevenirati razvoj bolesti. Organizirati vanjske aktivnosti (javna događanja, radionice, fitness sprave za starije) gdje bi starije osobe bile aktivni dio društva, što će sigurno utjecati na poboljšanje ocjene zdravstvenog stanja i potaknuti osjećaj sreće.

OGRANIČENJA

Iz analiziranog uzorka isključena su dva kriterija: osobe mlađe od 65 godina i osobe koje imaju stalni boravak u ustanovama za dugotrajnu skrb. Institucionalna skrb podrazumijeva

skrb o starijoj osobi u domovima za starije osobe ili u bilo kojoj drugoj ustanovi formalne prirode (domovi za starije, dnevni boravak) bez boravka u vlastitom domu. Za osobe koje su institucionalizirane karakteristična je visoka stopa morbiditeta i ozbiljno narušeno zdravlje, što može utjecati na podcjenjivanje povezanosti pojedinih varijabli s konačnim ishodom. Pri razmatranju uzorka nije uključena stopa mortaliteta (ljudi nižeg standarda koji žive u ruralnim područjima imaju kraći životni vijek) što može utjecati na ishod rezultata.

Sljedeća vrsta ograničenja je mali reprezentativni uzorak, koji može utjecati na rezultate studije. Što se tiče veličine uzorka u odnosu na HN, većina istih zaključaka danih za KI vrijedi i ovdje. Bootstrapped intervali pouzdanosti za HN usporedivi su s onima za KI, tako da probleme s veličinom uzorka istaknute u odjeljku KI ovdje također treba uzeti u obzir.

Također, uzorci 8. i 9. vala su različiti pa to treba uzeti u obzir prilikom interpretacije rezultata; 8. val je bio specifičan jer je prekinut uslijed pandemije i moguće je da sudionici SHARE istraživanja nisu dobro obuhvatili populaciju 65+ u nekim zemljama.

Osim toga, kada govorimo o zdravstvenom stanju korisnika, treba imati na umu da se radi o subjektivnoj percepciji sudionika dugotrajne studije SHARE. U studiji je korišten ukupni dohodak kućanstva kao mjera ukupnog dohotka, za razliku od ekvivalentnog dohotka ili dohotka po glavi stanovnika, koji se koriste u pojedinim znanstvenim studijama. Iako neki autori neto vrijednost navode kao adekvatniju, dohodak zbog svoje mjerljivosti, varijabilnosti (prijelaz s radnog dohotka na mirovinu) i učestalosti (najčešći mjerljivi podatak pri iskazivanju socioekonomskih nejednakosti) predstavlja bolji izbor za mjerenje dostupnih prihoda za dugotrajnu njegu starijih osoba.

5. DUGOTRAJNA NJEGA U HRVATSKOJ

Hrvatsko stanovništvo ubrzano stari, čak i brže od prosjeka EU-a. Pretpostavlja se da će do 2050. godine trećina stanovnika Hrvatske biti starija od 65 godina (OECD, 2021). Smatra se da 32% ukupne starije populacije (65+) ima ograničenja u obavljanju aktivnosti svakodnevnog života (ADL)⁵ i instrumentalnih aktivnosti (IADL)⁶. Potrebe za njegom evidentnije su među starijim osobama ženskog spola u lošijem socioekonomskom okruženju, nižeg stupnja obrazovanja i koje žive u samostalnom kućanstvu. Statistički gledano, prema informacijama OECD-a iz 2021. godine, u Hrvatskoj 40% žena starije dobi potražuje njegu, za razliku od 23% muškaraca istog dobnog kontingenta. 35% osoba u samačkom kućanstvu ima barem jednu od ADL i IADL poteškoća, što je značajno više od osoba koje žive u zajedničkom domu sa supružnicima (25%). Što se tiče socioekonomskog okruženja i dohotka, razlike su primijećene između sjeverno - istočne i zapadne Hrvatske. Potrebe za njegom naglašenije su u slabije razvijenoj sjeveroistočnoj Hrvatskoj (40%) u odnosu na zapadni dio Hrvatske u kojem je 20% populacije (OECD, 2021) starije dobi u potrebi za istom. Isto tako, 40% najsiromašnijih Hrvata iskazuje želju za njegom u odnosu na 27% najbogatijih (OECD, 2021), čime se uočava da su dohodak i sredina u kojoj starija osoba živi značajne odrednice koje utječu na kvalitete zdravlja, dostupnost njege i životnih prilika općenito.

Neformalni negovatelji u Hrvatskoj su prvenstveno žene (75% ukupnih neformalnih negovatelja) starije dobi (medijan 62 godine) koje njeguju svoje roditelje ili supružnike. 60%

⁵ ADL se odnosi na šest parametara putem Katz indeksa kako bi se evidentiralo zdravstveno stanje osobe, a odnose se na: 1. hodanje duž sobe; 2. oblačenje; 3. kupanje ili tuširanje; 4. objedovanje; 5. ulazak/silazak na/s krevet; 6. upotreba toaleta.

⁶ IADL se odnose na 8 parametara pomoću Lawson-ovog indeksa radi ispitivanja samostalnog funkcioniranja u svakodnevnom životu. Odnose se na: 1. pripremanje objeda; 2. kupnja namirnica; 3. obavljanje telefonskih poziva; 4. uzimanje lijekova; 5. sposobnost vođenja financija, 6. korištenje transporta; 7. kućanske aktivnosti i 8. odijevanje i pranje rublja.

njih pruža osobnu njegu i pomoć u obavljanju kućanskih poslova najčešće na dnevnoj ili tjednoj bazi (OECD, 2021). Prema informacijama objavljenima u OECD-om izvješću za Dugotrajnu njegu u Hrvatskoj (OECD, 2021) položaj neformalnih negovatelja i sveobuhvatnost sustava dugotrajne njege može se unaprijediti putem nekoliko kanala: 1.) plaćanje rada neformalnim negovateljima; 2.) poboljšanje formalne njege putem povećanja broja sati pružene njege i rada u timovima; 3.) koordinirani pristup kućnoj njezi koji uključuje angažman svih dionika; 4.) veća dostupnost pomoći (u naturi ili novcu) i 5.) pružanje dnevne njege. Radi boljeg razumijevanja, u nastavku se obrađuje zakonodavni okvir dugotrajne njege u Hrvatskoj s naglaskom na kućnu njegu.

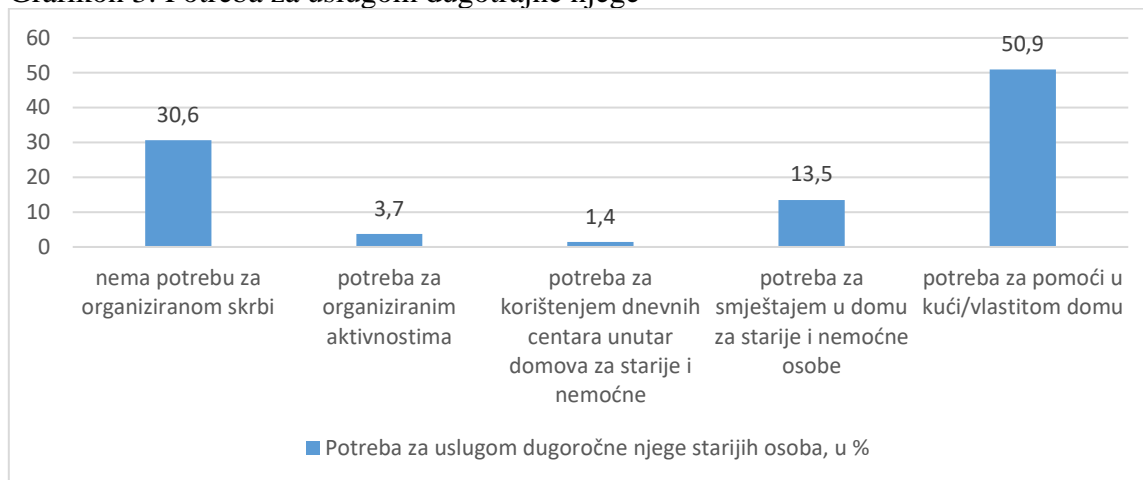
5.1. Zakonodavni okvir dugotrajne njege u Hrvatskoj

Dugotrajna njega u Republici Hrvatskoj definirana je Zakonom o socijalnoj skrbi (NN 18/22, 46/22, 119/22) i Pravilnikom o mjerilima za pružanje socijalnih usluga (NN 110/2022), a pripada sektoru socijalne skrbi koji uključuje djelatnost prevencije, savjetovanja i pomoći osobama ili obiteljima koje su socijalno ugrožene u cilju njihove integracije u društvo i poboljšavanja kvalitete njihova života. Djelatnost socijalne skrbi prema članku 162. Zakona o socijalnoj skrbi (NN 18/22, 46/22, 119/22) obavljaju: 1.) ustanove socijalne skrbi (u okviru zavoda, obiteljskih centara, domova socijalne skrbi i centara za pomoć u kući); 2.) jedinice lokalne i područne (regionalne) samouprave odnosno Grad Zagreb; 3.) udruge, vjerska zajednica i druga pravna osoba; 4.) fizička osoba kao profesionalnu djelatnost ili kao obrtnik i 5.) udomiteljska obitelj. Kako bi uspješno i sukladno zakonskim odredbama ispunjavali uvjete, svaki od navedenih pružatelja mora osigurati kriterije za opremanje prostora, opreme i potrebnog ljudskog kadra ovisno o sadržaju i načinu provedbe usluge dugotrajne skrbi. Ovisno o karakteru usluge razlikuju se institucijske (organizirane unutar objekata socijalne skrbi) i izvaninstitucijske usluge (usluge na terenu, najčešće u domu korisnika). Institucijske usluge odnose se na one u kojima korisnik posredstvom ustanove (organizirane od javnog ili privatnog pružatelja usluge) prima uslugu skrbi i njege u punom obimu, tj. 24 sata na dan. U

pravilu u institucijskim objektima smješteni su korisnici najtežeg zdravstvenog stanja, koji zahtijevaju neophodnu intervenciju medicinskog osoblja. Jedan od primjera institucijske njege su domovi za starije i nemoćne u kojima su smješteni pokretni (I. kategorija njege), polupokretni (II. kategorija njege), nepokretni (III. kategorija njege) te Alzheimerovi i palijativni bolesnici (IV. kategorija njege). Unutar takvih institucijskih objekata skrb i njegu o potrebitim korisnicima vode osobe medicinske struke sukladno propisanim kriterijima unutar Pravilnika o mjerilima za pružanje socijalnih usluga (NN, 110/2022). Što se tiče izvaninstitucijskih usluga, to su usluge pružene na terenu, čija djelatnost može biti pružena od strane javno organiziranih tijela (primjer Crveni Križ) ili privatnih entiteta. Kao najbolji primjer izvaninstitucijskih usluga ističe se pomoć u kući koja može biti pružena od strane profesionalno obučениh osoba (medicinske sestre, njegovateljice i drugo) ili neformalnim putem (od strane članova uže ili šire obitelji, prijatelja, volontera).

Sukladno prijedlogu Nacionalnog plana razvoja socijalnih usluga za razdoblje od 2021. do 2027. godine, Ministarstvo rada, mirovinskog sustava, obitelji i socijalne politike provelo je anketu na temelju 3001 ispitanika životne dobi od 65 godina i više na području 21 županije u Republici Hrvatskoj s ciljem saznanja za kojom vrstom institucijske i izvaninstitucijske usluge postoji najveća potreba. Grafikon 3 u nastavku prikazuje potrebu za dugotrajnom njegom na području RH.

Grafikon 3: Potreba za uslugom dugotrajne njege



Izvor: Rezultati ankete Nacionalnog plana razvoja socijalnih usluga za razdoblje od 2021. do 2027. godine, Ministarstvo rada, mirovinskog sustava, obitelji i socijalne politike

Prema rezultatima ankete najveći broj osoba starije životne dobi potražuje uslugu pomoći u kući, njih 50,9% od ukupno 3001 anketiranih. Tome u prilog idu i promijenjene navike korisnika usluge, s naglaskom na što duži ostanak unutar vlastitog poznatog okruženja (u vlastitom domu) uz članove obitelji, ali i tradicijske norme i pravila ponašanja u Hrvatskoj koja daju prednost ovakvom načinu njegovanja starijih osoba. Povezano s time, pomoć u kući kao najpopularniji izbor starijih osoba koji potražuju njegu, zahtjeva posebnu pozornost i veću disperziju te vrste usluge na čitavom teritoriju RH. Uz to, ova usluga mora imati rastući obim zbog sve većeg udjela starije populacije u Hrvatskoj, veće životne dobi i sve intenzivnije njege koji zahtijevaju i traže starije osobe. Kao olakotna okolnost su smanjena ili nedostatna financijska sredstva, koja, ako korisnik nije u 100% sufinanciranju središnje države, onemogućavaju korištenje željene vrste usluge. Nastojanja Republike Hrvatske idu u smjeru popularizacije ove vrste usluge putem deinstitucionaliziranog programa napuštanja institucijskog smještaja (u mjeri u kojoj je to moguće) ali nažalost, zbog neusklađenih infrastrukturnih mjera, programi nisu u skladu sa realnom slikom dugotrajnih potreba osoba treće životne dobi. Upravo s ciljem unaprjeđenja infrastrukturnih mjera, širenja mreže decentraliziranih usluga i građenja novih objekata za teško pokretne i Alzheimerove korisnike, otvoren je poziv za gradnju centara za pružanje institucijskih i izvaninstitucijskih

usluga na području Hrvatske. Prvotni plan, predviđen pozivom Nacionalnog plana oporavka i otpornosti bila je gradnja i opremanje 8 centara za pružanje institucijskih i izvaninstitucijskih usluga kako bi se Republika Hrvatska u broju pruženih usluga korisnicima izjednačila sa prosjekom EU-a od 3,86%. Nakon završetka poziva Vlada RH zajedno sa Ministarstvom rada, mirovinskog sustava, obitelji i socijalne politike objavila je vijest o potpisanim ugovorima za gradnju i opremanje čak 18 centara za starije osobe ukupne vrijednosti 159 milijuna eura za više od 1800 korisnika institucijske i 4500 korisnika izvaninstitucijske skrbi (Vlada RH, 2023). Upravo ovakvi programi podrške socijalnom sustavu potrebni su na razini cijele države obzirom na demografske, ekonomske i mirovinske predispozicije građana Hrvatske.

5.1.2. Osvrt na demografske, ekonomske i mirovinske predispozicije

Obzirom na negativnu demografsku sliku, koja ne ide u prilog rekuperaciji nacije, Hrvatska se, kao i ostatak članica EU-a, suočava s rastućim brojem starije populacije u ukupnoj populaciji. Prema posljednjim informacijama Državnog zavoda za statistiku, 2021. godine u Republici Hrvatskoj živjelo je ukupno 3.871.833 osoba, od čega su 869.239 starije od 65 godina. Analizom općih demografskih tijekova u Republici Hrvatskoj razvidno je kako raste udio osoba treće životne dobi, a posljednjih nekoliko godina posebno osoba najstarijeg dobnog kontingenta (75 i više godina). Tablica u nastavku pokazuje broj stanovnika starije dobi (65+) u razdoblju od 2011. do 2022. godine u Hrvatskoj.

Tablica 16: Demografsko kretanje osoba starije životne dobi u razdoblju od 2011. do 2022. godine, u tisućama

DOB	2011.	2012.	2013.	2014.	2015.	2016.	2017.	2018.	2019.	2020.	2021.	2022.

65 – 69	200,8	205,3	209,4	219,8	236,0	251,8	253,0	261,2	264,5	269,8	278,3	281,0
70 – 74	212,3	209,0	204,9	199,3	188,0	177,9	182,1	186,1	195,7	210,9	228,8	229,2
75 i više	346,5	354,8	363,3	370,1	375,2	380,5	383,1	385,3	384,7	382,0	360,1	362,0

Izvor: Državni zavod za statistiku, dostupno na : <https://podaci.dzs.hr/hr/statistika-u-nizu/>

Iz tablice 16 može se zaključiti kako dominira najstarije stanovništvo u ukupnom starosnom stanovništvu. Isto tako, dinamika porasta broja osoba 75 i više godina u stalnom je porastu, stoga je za očekivati da će u budućnosti stariji građani Hrvatske vršiti velik pritisak na socijalni sustav budući da su osobe starije od 75 godina u velikoj podložnosti razviti psihofizičke komplikacije koje zahtijevaju skrb i njegu. S obzirom na naglašenu dinamiku pogoršanja demografske strukture, može se očekivati daljnje apsolutno i relativno povećanje broja stanovnika starijih od 65 godina te, sukladno tome, dodatan pritisak na povećanje kapaciteta i usluga skrbi i njege za starije i nemoćne. U skladu sa povećanjem životnog vijeka populacije u posljednjoj dekadi povećala se i prosječna starost stanovništva. Tablica 17 prikazuje porast prosječne starosti sa 41,8 godina 2011. godine na 46,0 godine 2022. godine, što čini povećanje od 4,2 godine u promatranom razdoblju od 11 godina.

Tablica 17: Prosječna starost stanovništva i očekivano trajanje života

	2011.	2012.	2013.	2014.	2015.	2016.	2017.	2018.	2019.	2020.	2021.	2022.
Prosječna starost stanovništva (u godinama)	41,8	42,0	42,2	42,4	42,6	42,8	43,1	43,4	43,6	43,8	44,3	46,0
Očekivano trajanje života (u godinama)	76,9	77,0	77,2	77,6	77,4	78,1	77,9	78,2	78,5	77,8	76,5	80,7

Izvor: Državni zavod za statistiku, dostupno na : <https://podaci.dzs.hr/hr/statistika-u-nizu/>

Tablica 17 također prikazuje povećanje očekivanog trajanja života, pa tako od 2011. do 2020. godine uočavamo da se životni vijek produljio za 0,9 godina dok je 2021. zabilježen pad od 1,3 godine što je vjerojatno manifestirano pandemijskim virusom Covid 19 koji je rezultirao velikom smrtnošću i slabljenjem imunološkog sustava posebice kod starije populacije. Završetkom pandemije, u 2022. godine očekivano trajanje života se produljilo na 80,7 godina, što čini porast od 4,2 godine.

Osim zdravstvenog stanja nacije, vrlo važnu informaciju predstavljaju i mirovine koje čine najvažniji (a većinom i jedini) dohodak starijih osoba. Kako bi se saznale informacije o mogućnostima korištenja usluge pomoći u kući važno je razmotriti kojom platežnom moći raspoložu osobe starije od 65 godina starosti i mogu li sudjelovati u dodatnim plaćanjima („*out of the pocket*“) koje iziskuje plaćanje potrebne njege (osim ako nisu u potpunosti pokriveni sveobuhvatnim nacionalnim sistemom).

Tablica 18: Korisnici mirovina koji su pravo na mirovinu ostvarili prema Zakonu o mirovinskom osiguranju, prvi kvartal 2024. godine

Razredi neto mirovina u eurima	Broj korisnika	Prosječna mirovina
Do 70,00	78601	34,04
70,01 – 140,00	49730	104,36
140,01 - 200,00	56705	175,59
200,01 – 270,00	82782	235,78
270,01 – 340,00	118607	308,55
340,01 – 400,00	126098	372,41
400,01 – 470,00	133441	433,12
470,01 – 540,00	132207	504,87
540,01 – 600,00	81742	569,65
600,01 – 670,00	75629	632,74
670,01 – 800,00	91717	728,93
800,01 – 930,00	51757	860,69

930,01 – 1070,00	22820	991,66
Veće od 1070,00	28458	1.329,50
UKUPNO	1130294	452,74

Izvor: Hrvatski zavod za mirovinsko osiguranje, dostupno na: <https://www.mirovinsko.hr/UserDocsImages/statistika/statisticke-informacije/2023/12/Statisticke-informacije-HZMO-a-12-2023-sijecanj-2024.pdf?vel=16208315>

Prema podacima Hrvatskog zavoda za mirovinsko osiguranje, u prvom kvartalu 2024. godine bilo je 1130294 osiguranika mirovinskog osiguranja. Što se tiče mirovina koje ostvaruju, najveći broj, njih 133441 ostvarivalo je prosječnu mirovinu od 433,12 eura. Vrlo zabrinjavajući je i broj korisnika ispod najviše zastupljene prosječne mirovine, njih ukupno 267818 korisnika čije prosječne mirovine idu u rasponu od 34,04 do 235,78 eura. S druge strane, pravo na najveću prosječnu mirovinu (1.329,50 eura) ostvarilo je 28458 građana. Uz to, vrlo je interesantna mirovinska distribucija prema spolu. Tablica 19 u nastavku prikazuje korisnike mirovina prema spolu koji su pravo na mirovinu ostvarili prema Zakonu o mirovinskom osiguranju u prvom kvartalu 2023. godine.

Tablica 19: Korisnici mirovina koji su pravo na mirovinu ostvarili prema Zakonu o mirovinskom osiguranju, prema spolu, prvi kvartal 2024. godine

Razredi svota neto mirovina u eurima	Broj korisnika muškarci	Prosječna mirovina muškarci	Broj korisnika žene	Prosječna mirovina žene
Do 70,00	135	49,74	637	47,13
70,01 – 140,00	433	117,49	1890	123,19
140,01 - 200,00	5462	183,10	10492	182,24
200,01 – 270,00	14803	236,74	21583	236,14
270,01 – 340,00	14818	306,64	29635	308,03
340,01 – 400,00	12799	371,56	20995	370,07
400,01 – 470,00	13041	433,17	20171	435,26
470.01 – 540,00	23365	507,23	18236	503,34

540,01 – 600,00	15336	570,25	18236	507,38
600,01 – 670,00	16406	633,79	28059	730,79
670,01 – 800,00	15462	726,81	25764	724,13
800,01 – 930,00	8871	857,93	10506	857,15
930,01 – 1070,00	8933	95,72	5769	980,44
Veće od 1070,00	8725	1.298,77	4392	1.265,17
UKUPNO	391609	485,53	557173	404,37

Izvor: Hrvatski zavod za mirovinsko osiguranje, dostupno na: <https://www.mirovinsko.hr/hr/aktualna-statistika-za-veljacu-2021-isplata-u-ozujku-2021/148>

Prema informacijama u tablici 19 vidljivo je da je ženski spol brojčano dominantniji u ostvarivanju prava na mirovinu, međutim uz niže prosječne isplate u eurima. Isto tako, daje se primijetiti da je broj ženskih korisnika mirovina veći u nižim dohodovnim razredima, dok je broj muških korisnika veći u višim dohodovnim/mirovinskim razredima. Slična je situacija i u cijeloj EU gdje ženski spol uobičajeno prihoduje niži dohodak/mirovine.

Obzirom da je vrlo velik udio starije populacije s vrlo malim mirovinama, postavlja se pitanje koliki broj korisnika usluga pomoći u kući može izdvojiti financijska sredstva koja su neophodna za ostvarivanje usluge njegovanja. U vezi s time, evidentno je uočiti da su starije osobe u velikom riziku od siromaštva.

Tablica 20: Osobe u riziku od siromaštva ili socijalne isključenosti prema dobi i spolu

Dobne skupine	2018.	2019.	2020.	2021.
Ukupno	24,8	23,3	23,2	20,9
Muški	23,6	22,1	22,2	18,6
Ženski	25,9	24,3	24,2	23,0
0 – 17 godina				
Ukupno	23,7	20,7	20,2	18,6
Muški	24,2	21,2	21,7	17,4

Ženski	23,2	20,0	18,5	19,8
6 – 11 godina				
Ukupno	23,6	20,7	19,6	18,4
Muški	23,7	21,3	23,8	17,3
Ženski	23,5	20,0	15,3	19,5
12 – 17 godina				
Ukupno	26,9	24,0	23,9	22,2
Muški	27,2	24,8	25,2	19,8
Ženski	26,7	23,2	22,3	24,9
18 – 24 godine				
Ukupno	22,1	18,9	17,8	16,8
Muški	21,5	18,5	17,0	15,0
Ženski	22,8	19,2	18,8	18,7
25 – 54 godine				
Ukupno	20,5	18,5	18,5	15,0
Muški	21,1	19,7	19,7	15,5
Ženski	19,9	17,2	17,1	14,4
55 – 64 godine				
Ukupno	29,7	27,6	27,9	24,1
Muški	27,2	25,1	25,0	21,3
Ženski	32,0	29,9	30,6	26,6
65 ili više godina				
Ukupno	32,0	33,6	33,8	33,3
Muški	27,3	28,3	28,8	26,6
Ženski	35,2	37,3	37,3	38,1

Izvor: Državni zavod za statistiku, dostupno na: <https://podaci.dzs.hr/hr/statistika-u-nizu/>

Iako se rizik od siromaštva i socijalne isključenosti u promatranom razdoblju između 2018. i 2021. godine smanjivao na ukupnoj razini (svi dobni kontingenti zajedno), ostaje za uočiti da se takvo stanje ne odnosi na populaciju 65 i više godina starosti. U toj dobnoj kategoriji

primjećuje se da se rizici povećavaju sve do 2021. (posebice za muški spol), zatim lagano opadaju, ali i dalje rastu za ženski spol koji je i onako dohodovno narušen, tj. ostvaruju prava na niže mirovine. Žene u pravilu imaju niže plaće, ostvaruju niže mirovine, a time i posjeduju veći rizik od siromaštva i socijalne isključenosti. U odnosu na muškarce imaju 11,5% veće šanse biti na rubu siromaštva (2021.godine), a rast rizika se iz godine u godinu povećava (sa 7,9% 2018. godine na 11,5% 2021. godine).

Socijalnu isključenost i rizik od siromaštva može umanjiti intervencionistička politika države usmjerena povećanju socijalne zaštite najstarijeg stanovništva. Socijalna zaštita države može se realizirati putem novčanih davanja ili davanja u naturi. Pregled ukupnih izdataka socijalne zaštite dan je u tablici u nastavku.

Tablica 21: Ukupni izdaci socijalne zaštite te izdaci za naknade socijalne zaštite prema funkcijama socijalne zaštite, u milijunima eura

	2018.	2019.	2020.	2021.
Ukupni izdaci socijalne zaštite	11.038,53	11.614,41	12.188,20	12.974,04
Ukupni izdaci za socijalne naknade prema funkcijama	10.847,63	11.410,65	11.976,86	12.751,51
Bolest/zdravstvena skrb	3.620,66	3.847,62	3.970,61	4.525,25
Invaliditet	1.124,86	1.141,09	1.137,64	1.145,57
Starost	3.697,13	3.943,20	4.151,48	4.360,43
Preživjeli uzdržavani članovi	922,17	941,74	954,90	978,14
Obitelj/djeca	992,15	1.049,30	1.102,85	1.165,51
Nezaposlenost	321,26	316,46	498,31	361,03
Stanovanje	8,52	10,14	2,51	2,51
Socijalna isključenost koja nije drugdje klasificirana	160,90	161,08	158,57	213,08

Izvor: Državni zavod za statistiku, dostupno na: <https://podaci.dzs.hr/hr/statistika-u-nizu/>

Izdaci socijalne zaštite u razdoblju između 2018. i 2021. godine povećali su se za 1.935,51 milijuna eura. Što se tiče osoba starije dobi, 2021. godine evidentirano je 4.360,43 milijuna eura fiskalnog izdvajanja središnje države, a razmjerno povećanju broja starijih

osoba u ukupnoj populaciji taj se iznos s godinama povećava. Osim mirovinskog sektora, socijalni sektor predstavlja najizdašniji trošak središnje države. No, unatoč velikom financijskom rashodu središnje države usmjerenom ka osiguravanju dostupnosti i pravednosti na korištenje socijalnih usluga i dalje je velik broj korisnika koji si ne može osigurati osnovne životne potrebe, što uključuje i potrebu za njegom.

5.1.3. Institucijski i organizacijski okvir formalne kućne njege

Prema Zakonu o socijalnoj skrbi (NN 18/22, 46/22, 119/22) i Pravilniku o mjerilima za pružanje socijalnih usluga (NN 110/2022) djelatnost pomoći u kući odnosi se na uslugu koja se pruža korisniku u potrebi za zadovoljenje svakodnevnih životnih potreba, a koji tu uslugu ne može izvršiti samostalno ili uz pomoć obitelji. Uključuje organiziranje prehrane (po principu dostave gotovih obroka ili njegovu pripremu), kućanske poslove (čišćenje prostora), pomoć pri održavanju osobne higijene, dostavu ogrijeva, uređenje okućnice i drugo. Uslugu pomoći u kući mogu pružati domovi u sustavu socijalne skrbi, centar za pomoć u kući, udruge, vjerske organizacije, fizičke i pravne osobe koje po svojoj djelatnosti pripadaju sustavu socijalne skrbi čije je poslovanje regulirano Zakonom (NN 18/22, 46/22, 119/22). Odobravanje usluge pomoći u kući može se odobriti korisniku koji spada u a) kategoriju starije osobe kojoj je prijeko potrebna pomoć druge osobe i b) osobi koja zbog svog fizičkog, mentalnog, intelektualnih ili bilo kojeg drugog oštećenja nije u stanju samostalno funkcionirati, a čije bi se stanje moglo unaprijediti uz pomoć druge osobe. Uz unaprijed navedeno, usluga pomoć u kući može se u 100% iznosu sufinancirati osobi koja a) nema mogućnost korištenja neformalnog njegovatelja unutar obitelji (supružnici, roditelji, djeca); b) osobi koja posjeduje samo stan ili kuću u kojoj živi, te nema druge imovine kojom bi mogla financirati uslugu pomoći u kući; c) korisniku koji nema sklopljen ugovor o doživotnom ili dosmrtnom uzdržavanju; d) čiji prosječan mjesečni prihod ili prihod svih članova kućanstva u protekla tri mjeseca ne prelazi 300% osnovice tj. 199,08 eura. Tada

vrijednost usluge pomoći u kući u potpunosti pada na teret Ministarstva rada, mirovinskoga sustava, obitelji i socijalne politike. Način plaćanja usluge između korisnika i Ministarstva propisuje ministar sukladno odluci Zakona. Ako korisnik premašuje iznos prosječnog mjesečnog prihoda po ovoj razini, a ne prelazi 265,45 eura, tada mu se odobrava pravo na 50% sufinanciranje troškova usluge pomoći u kući. Do sada su evaluaciju korisnika po uvjetima definiranim Zakonom provodili centri za socijalnu skrb, sukladno geografskoj ingerenciji kojoj pripadaju korisnici, a od 1. siječnja 2023. tu ulogu, tj. postupak ocijene korisnika (prema zdravstvenom stanju i dohodovno/imovinskom statusu) provodi Hrvatski zavod za socijalni rad. Sukladno katalogu socijalnih usluga u Pravilniku o mjerilima za pružanje socijalnih usluga (NN 110/2022) jasno su kvantitativno navedene jedinice usluge koje pružatelj usluge (formalni njegovatelj) može imati unutar godine dana.

Tablica 22: Katalog socijalnih usluga za djelatnost pomoći u kući

Organiziranje prehrane	Obavljanje kućnih poslova	Održavanje osobne higijene	Zadovoljavanje drugih svakodnevnih potreba
1 radnik za 7260 jedinica usluge godišnje	1 radnik za 1430 jedinica usluge godišnje	1 radnik za 1430 jedinica usluge godišnje	1 radnik za 1430 jedinica usluge godišnje

Izvor: Pravilnik o mjerilima za pružanje socijalnih usluga (NN 110/2022), dostupno na: https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2022_09_110_1624.html

Prema informacijama u tablici 22 koja prezentira vrste socijalnih usluga unutar kategorije pomoć u kući, razvidno je da tijekom godine dana formalni njegovatelj najintenzivnije pruža uslugu organiziranja prehrane, što je možda razlog pristupačnije cijena u odnosu na ostale usluge u okviru djelatnosti pomoći u kući. Ako je pružatelj usluge pomoći u kući osnovan od strane Republike Hrvatske ili drugih javnih tijela (jedinice lokalne i regionalne samouprave) cijenu socijalnih usluga u mreži utvrđuje Ministar i javno se objavljuje na stranicama Ministarstva rada, mirovinskoga sustava, obitelji i socijalne politike. Tablica u nastavku prikazuje intervale cijena za uslugu pomoć u kući.

Tablica 23: Intervali cijena socijalnih usluga - pomoć u kući

Organiziranje prehrane - priprema gotovih obroka	Organiziranje prehrane – nabava gotovih obroka i dostava	Obavljanje kućnih poslova	Održavanje osobne higijene	Zadovoljavanje drugih svakodnevnih potreba
1 sat pružene usluge	15 min pružene usluge	1 sat pružene usluge	1 sat pružene usluge	1 sat pružene usluge
1,89 eura po jedinici pružene usluge	1,47 eura po jedinici pružene usluge	6,57 eura po jedinici pružene njege	8,84 eura po jedinici pružene njege	9,27 eura po jedinici pružene njege
4,35 eura po korisniku na mjesec	2,20 eura po korisniku na mjesec	9,75 eura po korisniku na mjesec	12,10 eura po korisniku na mjesec	12,64 eura po korisniku na mjesec

Izvor: Ministarstvo rada, mirovinskoga sustava, obitelji i socijalne politike, dostupno na: <https://mrosp.gov.hr/>

Tablica 23 prikazuje da je u okviru cijena koja je unaprijed definirana za javnog pružatelja usluge pomoći u kući, najskuplja opcija je zadovoljavanje drugih potreba korisnika. Pod tom uslugom razmatra se dostava lijekova, dostava ogrijeva, kupnja namirnica i drugo.

U kategoriji izdataka materijalnih oblika za pomoć u kući koja obuhvaća kućanske poslove (čišćenje prostora), pomoć pri održavanju osobne higijene, zadovoljavanje drugih svakodnevnih potreba daje se primijetiti da su izdaci središnje države rasli u periodu između 2019. i 2020. godine, što može biti i zbog pandemije Corona virusa kada je bilo neophodno koristiti kirurške maske, dezinficijense i zaštitne maske u pružanju njege starijim osobama. 2021. izdaci za pomoć u kući su umanjeni za 574.487 HRK što vjerojatno leži u činjenici ublažavanja epidemijskih uvjeta. Tablica 24 prikazuje izdatke za materijalne oblike socijalne skrbi.

Tablica 24: Izdaci za materijalne oblike (prava) socijalne skrbi - pomoć u kući, za razdoblje 2021. godine

Vrsta prava - Pomoć u kući	2019.	2020.	2021.
Pomoć u kući	33.212.935	34.283.950	33.709.463
Organiziranje prehrane	21.254.935	22.336.875	24.156.140

Izvor: Ministarstvo rada, mirovinskoga sustava, obitelji i socijalne politike, Godišnje statističko izvješće o primijenjenim pravima socijalne skrbi, pravnoj zaštiti djece, mladeži, braka, obitelji i osoba lišenih poslovne sposobnosti, te zaštiti tjelesno ili mentalno oštećenih osoba u Republici Hrvatskoj u 2021. godini dostupno na: <https://mrosp.gov.hr/>

U odnosu na pomoć u kući, usluga organiziranja prehrane (po principu dostave gotovih obroka ili njegovu pripremu) u promatranom razdoblju je rasla, što je možda zbog povećanja broja starijih osoba ili nemogućnosti održavanja kontakata (Corona virus) sa članovima obitelji koji su pomagali u pripremi i dostavi obroka u tom periodu kada se i povećala potreba za organiziranom prehranom.

Svakako važna činjenica za korisnike socijalne zaštite je i iznos raspoloživih novčanih pomoći koje ponaosob temeljem Zakona o socijalnoj skrbi mogu ostvariti. Tablica 25 u nastavku prikazuje da je tijekom 2021. godine doplatka za pomoć i njegu koristilo je ukupno 36.525 osoba. Najveći broj odnosio se na dobni kontingent između 65 - 69 godina, kada nastupa prestanak radnog odnosa i ulazak u mirovinu, s najčešće nižim raspoloživim financijskim sredstvima (u odnosu na radno aktivni period života).

Tablica 25: Doplatka za pomoć i njegu za razdoblje 2021. godine

Broj korisnika prema dobi na dan 31.12.2021.	Osobe ženskog spola	Osobe ženskog i muškog spola
Od 65-69 godina	5.232	10.013
Od 70-74 godine	4.558	8.552
Od 75-79 godina	3.913	7.119
Od 80-84 godine	3.438	5.913
Od 85- 89 godina	2.123	3.435

Od 90-94 godine	828	1.214
Od 95-99 godina	199	255
Od 100 i više godina	20	24
UKUPNO	20.311	36.525

Izvor: Ministarstvo rada, mirovinskoga sustava, obitelji i socijalne politike, Godišnje statističko izvješće o primijenjenim pravima socijalne skrbi, pravnoj zaštiti djece, mladeži, braka, obitelji i osoba lišenih poslovne sposobnosti, te zaštiti tjelesno ili mentalno oštećenih osoba u Republici Hrvatskoj u 2021. godini dostupno na: <https://mrosp.gov.hr/>

Također, tablica 25 prikazuje da je u odnosu između spolova izvjesna dominacija ženskih osoba u korištenju doplatka za uslugu pomoć i njegu, koje su zbog evidentiranih manjih mirovina i težih zdravstvenih prilika, u većem potraživanju za novčane pomoći.

Što se tiče prava koja ostvaruju korisnici usluge pomoći u kući, najveći broj usluge pružen je od strane Centra za pomoć u kući, čija je djelatnost u ingerenciji jedinica lokalne ili područne (regionalne) samouprave. Značajan je i broj korisnika koji „pokriva“ druga pravna osoba koja obavlja djelatnost socijalne skrbi. Riječ je najčešće o volonterskim ili vjerskim organizacijama i udrugama koje u svom poslovanju imaju organiziranu suradnju s drugim javnim tijelima i ostvaruju relativno mali prihod u poslovanju. Tablica 26 prikazuje prava u socijalnoj skrbi u okviru usluge pomoć u kući u 2021. godini.

Tablica 26: Prava u socijalnoj skrbi - pomoć u kući, u 2021. godini

Socijalna usluga pomoć u kući	Broj korisnika (osoba)	Broj prava u razdoblju od 1.1. do 31.12.2021.
Centar za pomoć u kući		7.007
Dom socijalne skrbi		1.689
Centar za pružanje usluga u zajednici		3.093
Druga pravna osoba koja obavlja djelatnost socijalne skrbi		4.619
Fizička osoba koja obavlja djelatnost socijalne skrbi		53
POMOĆ U KUĆI UKUPNO	5.416	16.461

Izvor: Ministarstvo rada, mirovinskoga sustava, obitelji i socijalne politike, Godišnje statističko izvješće o primijenjenim pravima socijalne skrbi, pravnoj zaštiti djece, mladeži, braka, obitelji i osoba lišenih poslovne sposobnosti, te zaštiti tjelesno ili mentalno oštećenih osoba u Republici Hrvatskoj u 2021. godini dostupno na: <https://mrosp.gov.hr/>

Bilješka: ukupan broj korisnika i realiziranih prava odnosi se na a) stariju osobu, b) osobu s tjelesnim, mentalnim, intelektualnim ili osjetilnim oštećenjima ili trajnim promjenama u zdravstvenim stanjima i c) osobu s privremenim promjenama u zdravstvenom stanju

U vezi s time, cijena usluge pomoći u kući je najprihvatljivija ako je organizirana i pružena od strane javnih pružatelja. Razmjerno tome, fizičke osobe koje u sustavu socijalne skrbi pružaju uslugu pomoći u kući, definiraju cijenu svoje usluge na drugačiji način, sa uključenim poslovnim rizicima, ulaganjima i sa željom ostvarivanja profita, stoga je njihova cijena veća od one s kojom „izlazi“ javni pružatelj usluge. Prema podacima u tablici 27 primjećuje se da je najmanji broj usluge pružen od strane privatnog pružatelja, a kao razlog tomu, može se navesti veća cijena usluge i manjak povjerenja u privatne pružatelje.

Tablica 27: Socijalna usluga - pomoć u kući - osobe starije životne dobi, za razdoblje 2021. godine

Socijalna usluga pomoć u kući – osobe starije životne dobi	Broj korisnika (osoba)	Broj prava u razdoblju od 1.1. do 31.12.2021.
Centar za pomoć u kući		6.139
Dom socijalne skrbi		1.156
Centar za pružanje usluga u zajednici		1.571
Druga pravna osoba koja obavlja djelatnost socijalne skrbi		3.386
Fizička osoba koja obavlja djelatnost socijalne skrbi		20
POMOĆ U KUĆI – STARIJE OSOBE – UKUPNO	3.777	12.272

Izvor: Ministarstvo rada, mirovinskoga sustava, obitelji i socijalne politike, Godišnje statističko izvješće o primijenjenim pravima socijalne skrbi, pravnoj zaštiti djece, mladeži, braka, obitelji i osoba lišenih poslovne sposobnosti, te zaštiti tjelesno ili mentalno oštećenih osoba u Republici Hrvatskoj u 2021. godini dostupno na: <https://mrosp.gov.hr/>

Tablica 27 prikazuje da ako bismo razmatrali samo korisnike starije životne dobi koji primaju uslugu pomoći u kući tada bi podatci za 2021. godinu bili nešto drugačiji, međutim i dalje u korist javnih pružatelja usluge koji zadovoljavaju 50,02% svih ukupnih potreba za pomoći u kući evidentiranih od strane Ministarstva.

U 2021. godini uslugu pomoći u kući potraživalo je 3.777 osoba na području Republike Hrvatske, što u usporedbi sa ukupnim brojem starijih osoba evidentiranih u Državnom zavodu za statistiku u 2021. godini (867.200) čini samo 0,43% usluga socijalne skrbi. Takav podatak i ne čudi obzirom da Hrvatska u svojoj kulturi ima uvriježen stav o brizi o starijim osobama od strane članova kućanstva, tako da u većini slučajeva uslugu pomoći u kući preuzimaju članovi obitelji kao neformalni njegovatelji. Uz to, treba nadodati da se korisnike ozbiljnijeg i najruševnijeg zdravstvenog stanja upućuje u institucijski oblik skrbi, gdje uslugu njege može primati 24 sata na dan. Tablica u nastavku prikazuje broj korisnika usluge pomoć u kući prema spolnim i dobnim predispozicijama.

Tablica 28: Broj korisnika pomoći u kući prema dobnim i spolnim kategorijama, 2021. godina

Broj korisnika prema dobnim skupinama	Osobe ženskog spola	Osobe ženskog i muškog spola
Od 65-69 godina	401	796
Od 70-74 godine	450	890
Od 75-79 godina	465	834
Od 80-84 godine	433	667
Od 85- 89 godina	278	428
Od 90-94 godine	92	146
Od 95-99 godina	14	14
Od 100 i više godina	2	2
UKUPNO	2.135	3.777

Izvor: Ministarstvo rada, mirovinskoga sustava, obitelji i socijalne politike, Godišnje statističko izvješće o primijenjenim pravima socijalne skrbi, pravnoj zaštiti djece, mladeži, braka, obitelji i osoba lišenih poslovne sposobnosti, te zaštiti tjelesno ili mentalno oštećenih osoba u Republici Hrvatskoj u 2021. godini dostupno na: <https://mrosp.gov.hr/>

Tablica 28 prikazuje da osim što dulje žive, češće ostaju udovice, žene u pravilu imaju i veći broj oboljenja sa težim posljedicama. Uslugu skrbi potražuju od strane formalnog pružatelja usluge, a ista je situacija i u Hrvatskog gdje su žene najčešći korisnici formalne skrbi i u odnosu na ukupno pruženu uslugu, primaju čak 56% usluge pomoći u kući od strane formalnog njegovatelja. U vezi s time, žene se najčešće odlučuju za uslugu obavljanja kućanskih poslova, međutim po jedinici korištenja usluga. Tablica u nastavku prikazuje broj korisnika prema vrstama pomoći u kući.

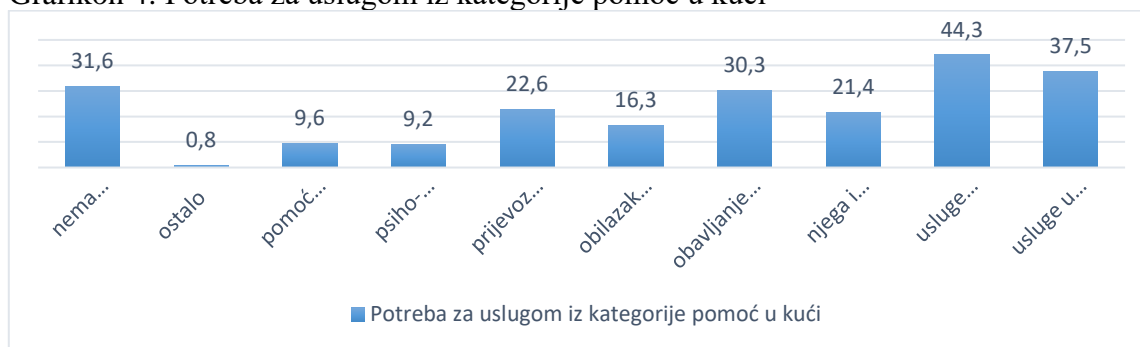
Tablica 29: Broj korisnika prema vrstama pomoći u kući, po jedinici korištene usluge, 2021. godina

Broj korisnika prema vrstama pomoći	Osobe ženskog spola	Osobe ženskog i muškog spola
Organiziranje prehrane	1.481	4.532
Obavljanje kućanskih poslova	1.696	6.520
Održavanje osobne higijene	729	1.343
Zadovoljavanje drugih svakodnevnih potreba	1.422	4.066
UKUPNO	5.328	16.461

Izvor: Ministarstvo rada, mirovinskoga sustava, obitelji i socijalne politike, Godišnje statističko izvješće o primijenjenim pravima socijalne skrbi, pravnoj zaštiti djece, mladeži, braka, obitelji i osoba lišenih poslovne sposobnosti, te zaštiti tjelesno ili mentalno oštećenih osoba u Republici Hrvatskoj u 2021. godini dostupno na: <https://mrosp.gov.hr/>

Tablica 29 prikazuje da u usporedbi sa uslugom koja se pruža i muškarcima i ženama najveći broj usluga odnosi se na održavanje osobne higijene. Ovakve rezultate potvrđuje i anketa Ministarstva rada, mirovinskog sustava, obitelji i socijalne politike. Grafikon u nastavku prikazuje potrebu za uslugom iz kategorije pomoć u kući.

Grafikon 4: Potreba za uslugom iz kategorije pomoć u kući



Izvor: Rezultati ankete Nacionalnog plana razvoja socijalnih usluga za razdoblje od 2021. do 2027. godine, Ministarstvo rada, mirovinskog sustava, obitelji i socijalne politike

Prema podacima u grafikonu daje se zaključiti da je najveća potreba za pomoći u obavljanju kućanskih poslova unutar djelatnosti pomoć u kući

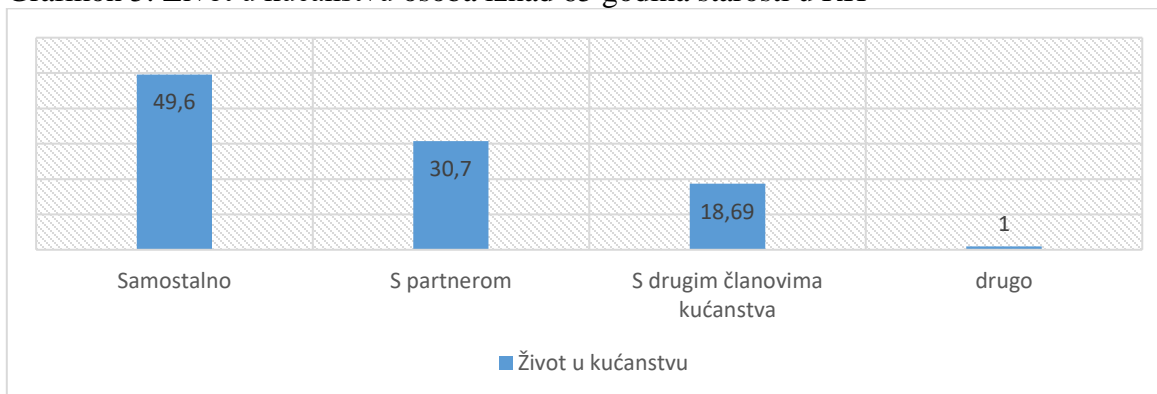
Obzirom na navedeno, daje se zaključiti da je najveća potreba korisnika starije životne dobi za uslugom pomoći u kući koja nije dovoljno distribuirana na području Hrvatske, čime su korisnici primorani koristiti alternativni oblik podrške - neformalnu njegu pruženu od strane vlastite obitelji.

5.2. Pomoć u kući - neformalna njega na području Hrvatske

Republika Hrvatska, kao i većina zemalja u okruženju sličnih geografskih i kulturološko uvriježenih stavova (Italija, Španjolska, Grčka) najčešće provodi neformalni oblik kućne njege, u kojoj skrb o starijem korisniku provode članovi uže ili šire obitelji. Briga o starijoj osobi prepuštena je članovima obitelji a temelji se na međusobnoj solidarnosti i obvezama (Dobrotić, 2016). Kao jedna od prepreka u provođenju neformalne njege je geografska dislociranost pružatelja njege (primjerice djece) koji žive u urbanijim područjima, za razliku od korisnika koji njegu potražuju u slabije povezanim, ruralnim područjima. Iako prema rezultatima ankete Nacionalnog plana razvoja socijalnih usluga za razdoblje od 2021. do

2027. godine, Ministarstvo rada, mirovinskog sustava, obitelji i socijalne politike većina korisnika starije životne dobi živi u samostalnom kućanstvu, u slučaju nastupanja potrebe računa na emocionalnu, financijsku i osobnu podršku i skrb obitelji. Grafikon u nastavku prikazuje život u kućanstvu osoba iznad 65 godina starosti na području Hrvatske.

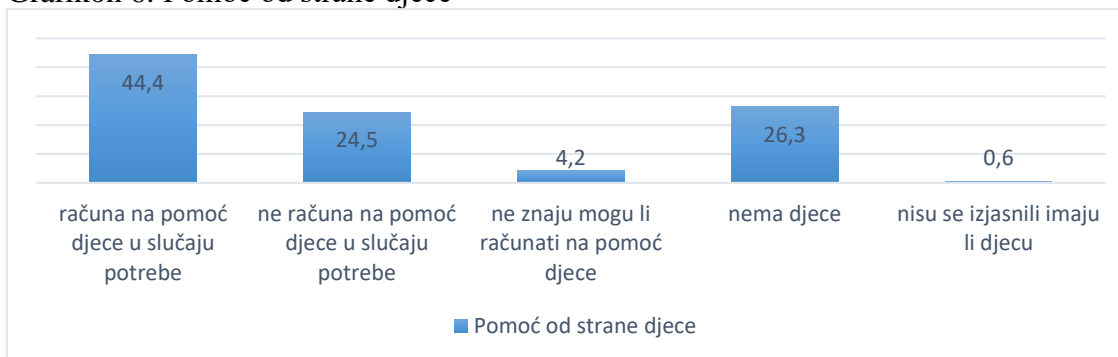
Grafikon 5: Život u kućanstvu osoba iznad 65 godina starosti u RH



Izvor: Rezultati ankete Nacionalnog plana razvoja socijalnih usluga za razdoblje od 2021. do 2027. godine, Ministarstvo rada, mirovinskog sustava, obitelji i socijalne politike

Prema grafikonu 5 najveći broj korisnika starijeg kontingenta živi samostalno i to njih skoro 50% što je vjerojatno posljedica smrti supružnika/ce. S partnerom i drugim članovima obitelji živi 49,39% populacije iznad 65 godina starosti, koji će u slučaju nastupanja potrebe potencijalno pružiti njegu i tako postati neformalni njegovatelji korisniku u potrebi. Grafikon u nastavku prikazuje rezultate ankete na pitanje koliko starijih računa na pomoć djece u trenutku nastupanja potrebe.

Grafikon 6: Pomoć od strane djece



Izvor: Rezultati ankete Nacionalnog plana razvoja socijalnih usluga za razdoblje od 2021. do 2027. godine, Ministarstvo rada, mirovinskog sustava, obitelji i socijalne politike

Grafikon prikazuje da iako 18,69% starijih živi sa drugim članovima kućanstva, na pomoć od strane djece računa njih 44,4% što daje zaključak da i oni korisnici koji ne žive u zajedničkom kućanstvu s obitelji računaju na pomoć od djece u slučaju potrebe.

Starija osoba težeg psihofizičkog stanja, koja ima registriran status invalidnosti (treći i drugi stupanj težine invaliditeta – oštećenja funkcionalnih sposobnosti), može u slučaju potrebe ostvariti doplatka za pomoć i njegu u iznosu od 20 % osnovice za puni iznos doplatka za pomoć i njegu i 84 % osnovice za smanjeni iznos doplatka za pomoć i njegu radi organiziranja prehrane, pripreme i uzimanja obroka, nabave namirnica, čišćenja i pospremanja stanja, oblačenja i svlačenja, održavanju osobne higijene i drugih osnovnih životnih potreba. Pravo na doplatka za pomoć i njegu ne priznaje se osobi (Zakon o socijalnoj skrbi (NN 018/2022)):

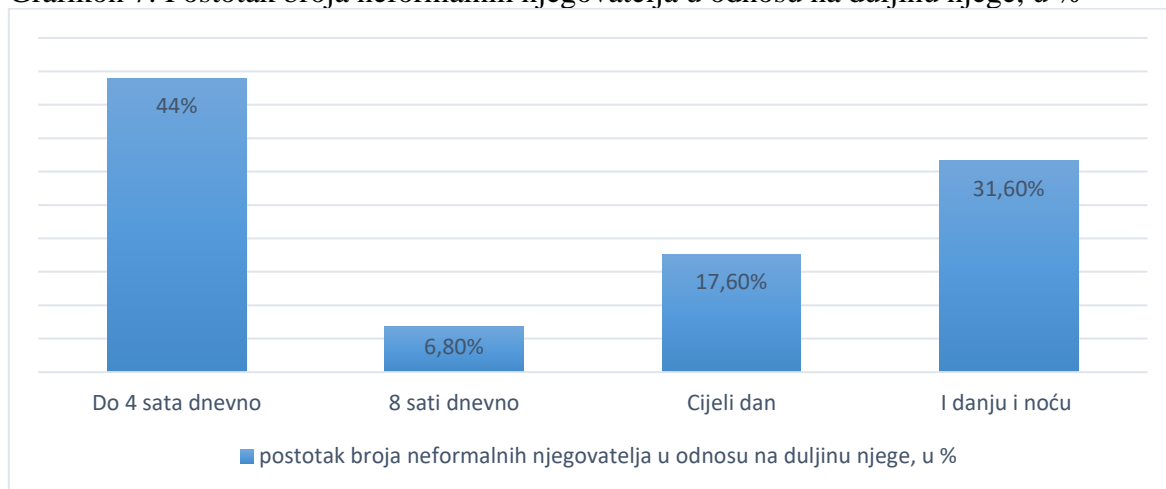
- a) koja ima u vlasništvu drugi stan ili kuću, osim stana ili kuće koju koristi za stanovanje, a koji može otuđiti ili iznajmiti i time osigurati sredstva za pomoć i njegu;
- b) koja ima u vlasništvu poslovni prostor koji ne koristi za obavljanje registrirane djelatnosti;
- c) kojoj je osiguran smještaj u ustanovi socijalne skrbi i kod drugih pružatelja socijalnih usluga, u zdravstvenoj ili u drugoj ustanovi odnosno organizirano stanovanje, sukladno odredbama ovog Zakona ili drugih propisa;
- d) koja je sklopila ugovor o doživotnom ili dosmrtnom uzdržavanju, osim u slučaju pokretanja postupka za raskid, utvrđenje ništetnosti ili poništaj ugovora;
- e) koja doplatka za pomoć i njegu ostvaruje prema drugim propisima;
- f) koja osobnu invalidninu ostvaruje prema ovom Zakonu ili drugim propisima.

Sukladno Zakonu o socijalnoj skrbi (NN 018/2022) pravo na njegovatelja mogu ostvariti oni korisnici koji su potpuno ovisni o pomoći i njezi druge osobe, u potpunosti nepokretni ili imaju više vrsta oštećenja četvrtog stupnja (tjelesnih, mentalnih, intelektualnih ili osjetilnih) zbog kojih su potpuno ovisni o pomoći i njezi druge osobe pri zadovoljavanju osnovnih životnih potreba. Isto tako, ako je njegovatelj osoba starije životne dobi, a pruža uslugu

korisniku starije dobi sa invaliditetom tada ostvaruje pravo na novčanu naknadu od 530,89 eura (4.000 HRK, 800% osnovnice) i na priznavanje statusa kao zaposlena osoba prema posebnim propisima. Naknada za njegovatelja može iznositi 597,25 EUR (4.500 kuna) mjesečno (900 % osnovice) ako se osoba s invaliditetom zbog zdravstvenog stanja ne može uključiti u programe i usluge u zajednici ili 796,34 EUR (6.000 kuna) mjesečno (1200 % osnovice) (Zakon o izmjeni i dopuni Zakona o socijalnoj skrbi (NN 046/2022; Zakon o socijalnoj skrbi (NN 018/2022)).

Hrvatska, do danas, nije razvila jedinstveni registar neformalnih njegovatelja, koji bi omogućio aktivno praćenje broja pružatelja usluga, njihove osobine, izloženost stresu i vrijeme provođenja usluga (nekoliko puta na dan, dnevno, tjedno, mjesečno). Zbog oskudnih i zanemarivih istraživanja u pogledu neformalnih pružatelja usluga kućne njege u Republici Hrvatskoj, ističe se istraživanje Štambuk, et al. (2018) koje su na uzorku od 342 neformalna njegovatelja na području grada Zagreba analizirale profil neformalnih njegovatelja i korisnika neformalne njege. Prema njihovim rezultatima žene (83%) zrele dobi najčešće pružaju neformalnu njegu, od čega kćeri zauzimaju najdominantniju titulu njegovateljice (41,3%). Uz to, zabrinjavajući podaci tiču se socioekonomskih karakteristika i to da su neformalni njegovatelji tj. njegovateljice osobe u braku, u punom radnom odnosu i srednjoškolskog obrazovanja. Tek 15,8% ispitanika ostvaruje doplatak za pomoć i njegu i 2,6% socijalne naknade, dok preostali 81,6% njegovatelja njegu korisnika (tj. starije osobe) potpomaže posredstvom vlastite plaće ili mirovine. Uz financijsko opterećenje, njegovateljice žrtvuju i svoje zdravlje (mentalno i fizičko) budući da njegu pružaju u visokom intenzitetu. Grafikon u nastavku pokazuje udio neformalnih njegovatelja u odnosu na duljinu njege koju pružaju.

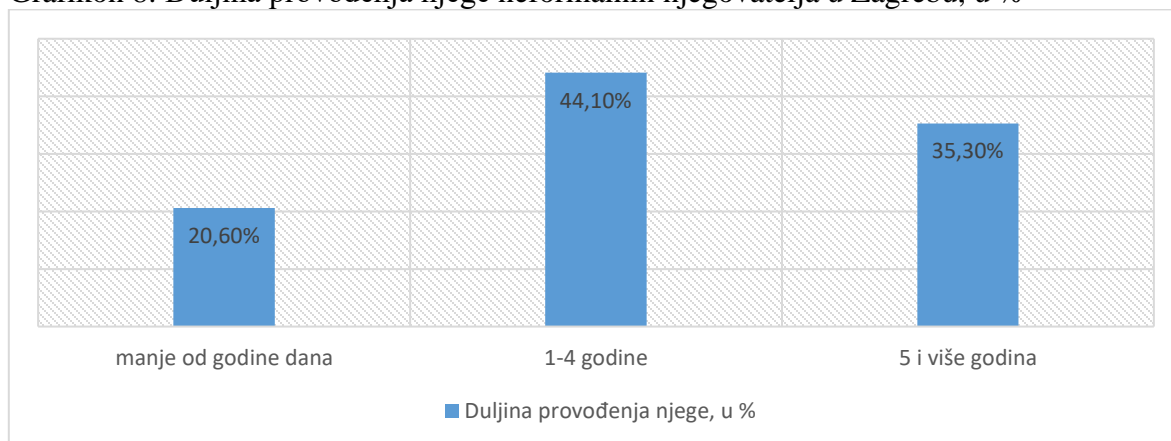
Grafikon 7: Postotak broja neformalnih negovatelja u odnosu na duljinu njege, u %



Izvor: izrada doktorandice prema Štambuk et al., 2018

Grafikon 7 prikazuje da uz negovatelji u Zagrebu u najvećoj mjeri pružaju negovanje do 4 sata na dan, ali značajan je podatak onih negovatelja koji negu pružaju i danju i noću. Uz broj sati negovanja dnevno, važno je razmotriti duljinu trajanja provođenja negovanja (grafikon u nastavku).

Grafikon 8: Duljina provođenja njege neformalnih negovatelja u Zagrebu, u %

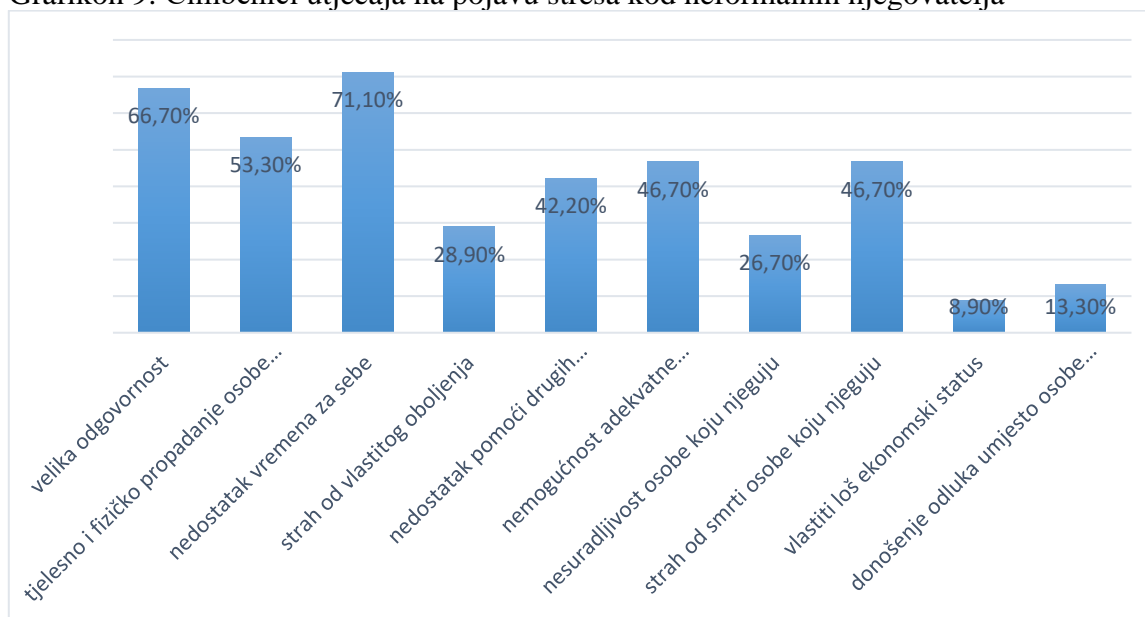


Izvor: izrada doktorandice prema Štambuk et al., 2018.

Rezultati grafikona 8 svjedoče o činjenici da najveći broj negovatelja pruža negovanje u dužem vremenskom periodu i to između 1 - 4 godine njih 44,10% dok 5 i više godina negovanje provodi čak 35,30% negovatelja. Ovakvi podatci ukazuju na prisutnost ozbiljnih

problema s kojima se suočavaju neformalni negovatelji na području grada Zagreba ali i Hrvatske, a to su: nedostatak pažnje na vlastito zdravlje, potpuna reorganizacija životno radne okoline, socijalna isključenost, nedostatak podrške sustava, nerazumijevanje okoline i članova obitelji. O posljedicama takvog načina života u kojem svoj život, rad i zdravlje neformalni negovatelji podređuju starijem članu obitelji govori i istraživanje Tilinger, Štambuk (2018) koje su na uzorku od 10 neformalnih negovatelja u Zagrebu ispitivale probleme s kojima se suočavaju negovatelji pri negovanju dementne osobe. Rezultati su pokazali da je negovanje dodatan teret za negovatelje zbog novih zadataka i uloga za koje negovatelji prvenstveno nisu obučeni ni educirani. Uz to, za negovatelje se pojavljuju duple obveze (održavanje vlastitog i tuđeg kućanstva, administracija), otežano komuniciraju sa oboljelom osobom, osjećaju nedostatak senzibiliteta kao i nedovoljnu osvještenost okoline. Zbog takvih, moralno nametnutih obveza negovatelji u RH nemaju vremena za slobodne aktivnosti, prijatelje i obitelj što rezultira socijalnom izolacijom koje posjedično doprinosi depresiji, sagorijevanju i narušenom tjelesnom zdravlju. Većina neformalnih negovatelja zbog obveza koje iziskuje negovanje (najčešće teže pokretljive i oboljele starije osobe) vodi stresan život. Prema istraživanju Toplek (2021) koja se bavila analizom neformalnih negovatelja na području Međimurske i Varždinske županije, na uzorku od 64 osobe, pretežito ženskog spola (93,8%) većina neformalnih negovatelja izjasnila se da je pod velikim stresom (njih 70,3%). Kao najčešći razlozi pojave stresa su velika odgovornost, tjelesno i psihičko propadanje osobe o kojoj brinu i nedostatak vremena za sebe. Sljedeći grafikon prikazuje sve razloge koji utječu na pojavu stresa kod neformalnih negovatelja.

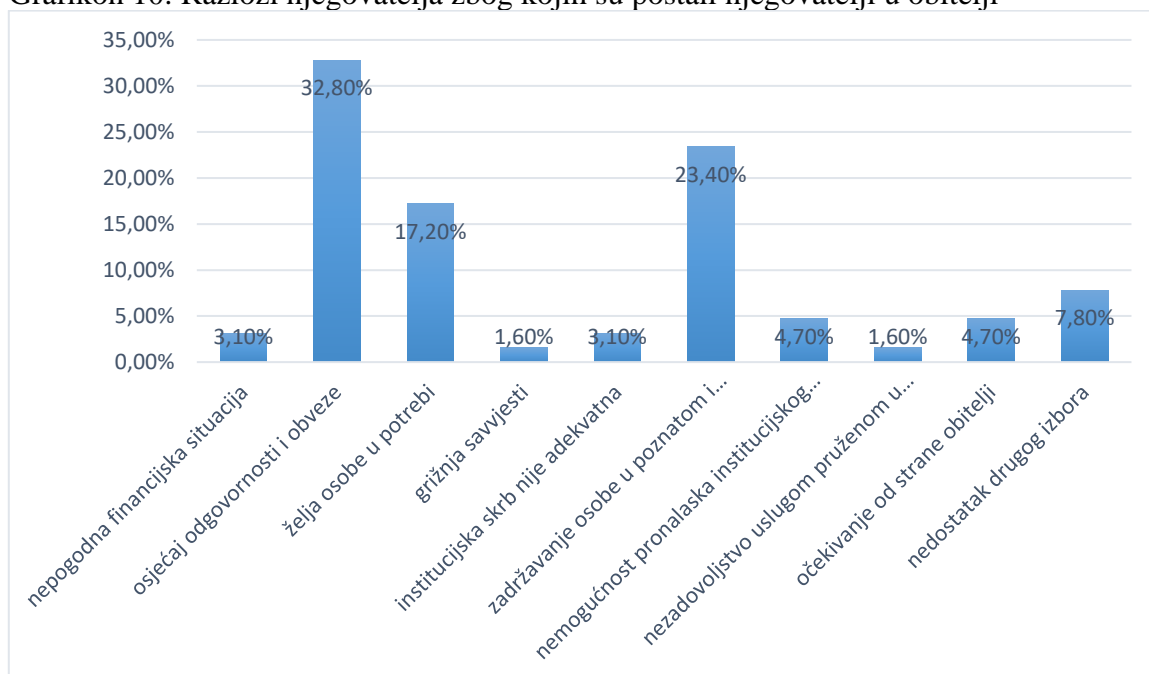
Grafikon 9: Čimbenici utjecaja na pojavu stresa kod neformalnih negovatelja



Izvor: izrada doktorandice prema Toplek, 2021.

Grafikon 9 prikazuje kako je najveći broj neformalnih negovatelja nezadovoljan zbog manjka vremena za sebe, koje moraju aktivno provesti skrbeći za drugu osobu. Povod takvog nezadovoljstva treba potražiti i u razlozima radi kojih su preuzeli ulogu negovanja. Kao najučestaliji odgovor ispitanika osjećaj odgovornosti i obveze koje su posljedica kulturološke i moralne svijesti da skrb o bolesnoj i starijoj osobi trebaju preuzeti članovi kućanstva. Grafikon u nastavku pokazuje razloge negovatelja zbog kojeg pružaju uslugu negovanja.

Grafikon 10: Razlozi njegovatelja zbog kojih su postali njegovatelji u obitelji



Izvor: izrada doktorandice prema Toplek, 2021.

Grafikon 10 pokazuje da uz osjećaj odgovornosti i obveze kao vodeći razlog pružanja njege valja istaknuti i razlog zadržavanja osobe u poznatom i bliskom okruženju, što naglašava i prisutnost emotivnog aspekta.

Prisutnost emotivnog aspekta posebno je izražena među zemljama južne i istočne Europe, među kojima se nalazi i Hrvatska, vjerojatno zbog zakonskih i kulturoloških normi ili pripadnosti većoj obiteljskoj strukturi u kojoj se još uvijek može prepoznati ljubav i želja za brigom o starijoj osobi kućanstva.

5.3. Ocjena stanja dugotrajne njege u Hrvatskoj

Jedan od osnovnih problema u HR je manjak financiranja s razine središnje države. Hrvatska izdvaja vrlo mali % BDP-a na dugotrajnu njegu, od čega je najveći udio usmjeren na podršku javno organiziranih domova za starije. Decentraliziranjem organizacije upravljanja institucijskih objekata na županije, Hrvatska se suočila sa problemom financiranja već izgrađenih i starih objekata (poput domova za starije). Osim što su županije odgovorne za gradnju takvih objekata, financiraju i značajan udio smještaja svakog korisnika. U izražavanju ukupne cijene smještaja za korisnika ne uključuju trošak izgradnje samog objekta već samo “tekuće održavanje”. Time se omogućila tržišno prihvatljiva cijena za korisnike koji institucijski oblik smještaja smatraju najpoželjnijom opcijom. O tome svjedoči i velika lista čekanja. S druge strane, tržišno prihvatljiva cijena smještaja u javnim objektima dugotrajne njege, utjecala je na negativan “imidž” cijene privatnih pružatelja usluge. Unutar ukupne cijene smještaja, privatni pružatelji usluga ne mogu samo ignorirati kapitalno ulaganje (kao što je to slučaj sa javno organiziranim objektima institucijske njege). Cijena smještaja korisnika u takvim objektima zapravo predstavlja stvarnu cijenu koja bi bila iskazana i u javnim objektima da nije financijske pomoći javnog pružitelja. Zbog toga su na tržištu često privatni domovi potkapacitirani u odnosu na javne objekte. Bez značajnog financijskog izdvajanja korisnik si ne može pružiti smještaj kod privatnog pružatelja usluge, tako da nadomjestak razlike između mirovine i cijene smještaja najčešće nadoknađuje obitelj. Značajan problem predstavlja i profil korisnika smještenim u objektima javnog pružatelja. Neovisno o dohodovnim mogućnostima korisnika (ili ukupnom bogatstvu – imovina) smještaj u institucijskim objektima uglavnom je organiziran po kriteriju zdravstvene ozbiljnosti. Međutim ono što izaziva nelagodu je da su i korisnici bolje dohodovne i imovinske situacije sufinancirani u ukupnoj cijeni od strane javnog pružatelja. Taj dio javnog resursa mogao bi biti iskorišten za druge svrhe, primjerice financiranje programa kućne njege. U Hrvatskoj bi se također trebala uvesti dohodovna selekciju korisnika prilikom smještaja istih unutar institucijskih objekata kojima je javni osnivač. S druge strane, ako se

sufinanciraju korisnici u takvim objektima, diskriminiraju se korisnici smješteni kod privatnih pružatelja. Takvo stanje moglo bi se urediti tako da se ili pruži cjelovita subvencija korisnicima smještenih kod privatnih i javnih pružatelja (princip dječjih vrtića, u kojima javni sektor nadoknađuje cijenu troška djeteta, a roditelji plaćaju razliku i kod javnih i kod privatnih vrtića) ili uvede dohodovno/imovinsko/zdravstveni cenzus prema kojem bi korisnici najmanjih primanja, bez imovine i teškog zdravlja bili smješteni unutar institucijskih objekata (primjerice domovi za starije), a ostalim korisnicima omogućio drugi alternativni način u zadovoljavanju svojih potreba. Zbog nedostatka institucijskih objekata, otvorila se mogućnost jedinicama lokalne (regionalne) samouprave da kroz Nacionalni plan oporavka i otpornosti (NPOO) izgrade centre za pružanje institucijskih i izvaninstitucijskih usluga u zajednici. Ti centri će svakako pomoći u smanjivanju liste čekanja, međutim jedinice lokalne (regionalne) samouprave će morati samostalno financirati više od 50% gradnje objekta (jedan dio financiranja omogućen je kroz program NPOO) i 100% tekuće poslovanje. Obzirom na značajna ulaganja, za pretpostaviti je da će javni pružatelji biti primorani izražavati stvarnu cijenu (cijena gradnje + tekuće održavanje) što će dovesti do više cijene koju će platiti krajni korisnici. Samo korisnici većeg dohotka moći će zadovoljiti svoje potrebe za institucijskom njegom. Ako javni pružatelj ipak odluči sufinancirati cijenu smještaja (kao što je to bila praksa do sada) takvi centri će se brzo popuniti svim kategorijama korisnika. Upravo situacija, u kojoj se financiraju svi objekti javnog pružatelja (i pritom ignoriraju kapitalna ulaganja istih tj. ne naplaćuju se krajnjem korisniku) i sufinancira cijena smještaja korisnika, onemogućuje financiranje i razvoj ostalih oblika dugotrajne njege, primjerice kućne njege. Provođenje formalne njege u Hrvatskoj je organizirano posredstvom Crvenog križa ili unutar još aktivnog programa Zaželi gdje se korisnicima lošijeg zdravstvenog stanja pruža njegovanje dolaskom formalnog njegovatelja u dom korisnika. Pritom se uočava manjak educiranih njegovatelja prvenstveno zbog nepopularne profesije sa malim primanjima i teškim fizičkim radom. Takvi njegovatelji u pravilu moraju obilaziti korisnike na geografski udaljenim mjestima, a zbog male financijske podrške javnog tijela, često nemaju ni dostatne radne uvjete (vozilo za transport). Zbog toga, ovo nepopularno zanimanje najčešće provode članovi obitelji, žene ili djeca.

Unutar analize ovog rada Hrvatska se ističe sa kao jedna od zemalja sa visokom nejednakosti u korištenju formalne njege u korist siromašnih. Neformalna njega također je nesrazmjerno raspoređena među siromašnim korisnicima. Obzirom da Hrvatska dijeli karakteristike zemalja istočne (slabije razvijeni programi formalne njege) i južne Europe (tradicionalni obiteljski narativ usluge njege) naglašena je ista problematika u usporedbi sa zemljama u regiji. Kada su se kontrolirali čimbenici potreba (dob, spol, zdravstvene varijable) nejednakosti su i ostale prisutne u formalnoj njezi (manjim dijelom) no znatne u korištenju neformalne njege. Kronične bolesti evidentirane su kao čimbenik kontribucije korištenja neformalne njege, što je iznenađujuće, jer bi se očekivalo da će korisnik težih oboljenja (time i kronični bolesnici) radije koristiti formalnu njegu. Prema teorijskom dijelu u razradi poglavlja pomoći u kući, spoznaje se da su stariji korisnici privrženi navici da će o njima, u slučaju pogoršanja zdravlja, brinuti članovi obitelji. Stoga, i u situaciji ozbiljnijih zdravstvenih komplikacija korisnici ostaju odani ideji da će njegu zadovoljiti neformalnim putem (članovi obitelji). Uz kronične bolesti, obrazovanje kao pokazatelj nejednakosti u korištenju njege utjecao je na prisutnost vertikalne nepravde i za formalnu i neformalnu njegu. To bi značilo da bez obzira na broj formalnih godina obrazovanja, starije osobe doživljavaju nejednakosti u korištenju oba tipa njege. Kada takvu informaciju usporedimo sa čimbenikom dohodak, spoznajemo da je Hrvatskoj korištenje određenog tipa njege determinirana dohotkom ali sa specifičnim obilježjima. Ako usporedimo dohodak i obrazovanje sa kroničnim bolestima, uočavamo da stariji korisnici imaju svojevrsnu averziju prema formalnim oblicima njege. Moguće objašnjenje možemo pronaći unutar kulturoloških normi unutar Hrvatske, gdje se korištenje formalnih izvora njege (formalna njega u kući, institucijska njega) smatra kao najmanje željena opcija njege koja ujedno predstavlja i zadnju životnu etapu korisnika (suočavanje sa smrtnim ishodom). Vođeni takvim stavom, formalnu njegu koristit će korisnici samo najtežih zdravstvenih stanja (nepokretni korisnici, Alzheimerovi korisnici) kojima neformalni oblik njege nije dovoljan, već je potreban kvalitetniji i profesionalniji pristup kojeg mogu ostvariti putem formalnih izvora. U prilog tome ide i podatak evidentiran u analizi rada da su osobe iz ruralnih krajeva u Hrvatskoj koristile više formalne njege, a iz teorijskih zaključaka prethodnih istraživanja znamo da u ruralnim područjima žive korisnici sa težim zdravstvenim oboljenjima. Ovakvo promišljanje

potvrđuje mišljenje da će korisnici koristiti formalnu njegu u slučaju težih oboljenja, a u suprotnom, svoje potrebe će nastojati zadovoljiti unutar vlastitog okruženja neformalnim putem dok god je moguće.

Uz ranije navedeno, ono što svakako ne bi trebalo biti predmet ignoriranosti je činjenica da je Hrvatska mlada država koja je tek relativno nedavno počela ostvarivati značajna unapređenja na svim poljima gospodarstva. Ulaskom u Europsku uniju, Hrvatskoj su se otvorile mogućnosti financijske podrške u gotovo svim sektorima, pa tako i u socijalnom. Sljedeći primjer razvijenijih i dohodovno moćnijih zemalja članica unija, Hrvatska može putem europskog financiranja unaprijediti institucijski oblik njege, ali se i usmjeriti na razvoj deinstitutionalnih programa poput kućne njege. U tome će veliku ulogu imati osposobljavanje njegovatelja (primjerice gerontodomaćica) različitim edukacijskim programima i prezentacija (promocija) formalnih izvora dugotrajne njege (kućna njega, institucijska njega) kao opcije za unapređenje zdravlja u onoj životnoj fazi koje se može nazvati silver (srebrno) razdoblje života.

6. ZAKLJUČAK

Dugotrajna njega uključuje sve one aktivnosti usmjerene ka skrbi i njegovanju korisnika u potrebi. Korisnici dugotrajne njege su osobe starije životne dobi, iznad 65. godina života narušenog zdravstvenog stanja. Obzirom na različite načine pružanja njege, dugotrajna njega može se provoditi u institucijskom objektu (domovi za starije i nemoćne, centri za pružanje institucijske skrbi), unutar vlastitog doma korisnika (kućna njega) ili u objektima organiziranim posredstvom javnog ili privatnog provoditelja (dnevni boravak, asistirano stanovanje) koji ne moraju nužno biti vezani uz objekt institucijske forme. Korisniku njegu može pružiti medicinsko osoblje (unutar institucija), educirani njegovatelji (formalni pristup), članovi obitelji, prijatelji ili volonteri (neformalan pristup). Formalni pristup osim u institucijskom obliku može se provoditi i unutar doma korisnika, pri čemu su takve usluge usmjerene njegovanju osobe lošijeg zdravstvenog stanja. Osim formalnog pristupa, kućna njega u domu korisnika (ili njegovatelja) može biti organizirana od članova obitelji (najčešće ženskog spola) ali i susjeda i volontera, koji za pruženu uslugu ne dobivaju novčanu naknadu. Novčana naknada (ugovori o radu) i razina educiranosti (treninzi, usavršavanja) o načinu provođenja njege predstavljaju osnovne kriterije razlikovanja formalne i neformalne njege. Obzirom da su objekti institucijske skrbi prekapacitirani (postoje liste čekanja), osobe starije dobi odlučuju se za kućnu njegu. Uz mogućnost ostanka u okruženju kojeg poznaju, takvi korisnici ne doživljaju stresne situacije vezane za promjenu životnog okruženja (blizina obitelji, prijatelja). Međutim, kućna njega često nije prvi izbor za osobe najtežeg zdravstvenog stanja (koji zahtijevaju nadzor i skrb u potpunom obliku – unutar institucije), ali predstavlja vrlo popularan i raširen oblik skrbi za osobe koje su još uvijek fizički i mentalno aktivne. Zdravstveno stanje starije osobe zapravo je prvi preduvjet korištenja bilo kojeg oblika dugotrajne njege, te ovisno o zdravstvenom “kartonu”, korisnik bira opciju njege koju potražuje. Osjećaj sreće i vlastito zadovoljstvo imaju važnu ulogu o poimanju vlastitog zdravlja.

No, osim zdravstvenog stanja, dohodak korisnika predstavlja osnovni i često eliminirajući čimbenik izbora njege. Angažman pojedine vrste njege ovisi i o platežnoj moći korisnika,

budući da će korisnik samostalno (ili uz pomoć druge osobe, najčešće obitelji) morati platiti razliku u cijeni usluge. Smatra se da je najjeftiniji oblik (za javno tijelo) neformalna njega, koja pada na teret obitelji i predstavlja financijsko opterećenje za njegovatelja koji ju provodi. Formalna njega, s druge strane, kao i institucijska, zahtjeva financijski nadomjestak iz vlastitih izvora, te je iz tog razloga „nemoguć“ izbor brojnim korisnicima koji takvu njegu potražuju. Kako bi osigurale pravednost u socijalnom pristupu, zemlje članice EU-a osiguravaju razliku u cijeni angažmana usluge koju korisnik potražuje, ali za one koji se nalaze na rubu egzistencijskog minimuma. Usluge formalne naravi (formalna njega u kući ili instituciji) podložne su dohodovnom testu u kojem eliminirajuću ulogu ima visok dohodak. Tako brojni korisnici visokog dohotka bivaju diskriminirani u novčanim pomoćima za nadoknadu razlike u cijeni pojedine usluge dugotrajne njege. Socijalno ugroženim korisnicima, s druge strane, novčane pomoći od centralne države ili nadležnog ministarstva omogućuju korištenje onog oblika njege koji bi mogao unaprijediti njihovo psihofizičko zdravlje. Međutim, ponekad korisnici primatelji novčane pomoći iste koriste za pokrivanje troškova vlastitog života, a uslugu njege potražuju od članova obitelji. Potrebna je bolja kontrola novčane pomoći, tj. nadzor da se ti oblici potpore koriste samo u svrhu dugotrajne njege. Pomno promišljanje o potrebi i izboru dugotrajne njege pripisuje se obrazovanim korisnicima, budući da ranije razmišljaju o starenju i zdravstvenim izazovima osoba treće životne dobi. Obrazovanije osobe su i one koje su najčešće boljeg dohotka (mirovine) koje su stekli zbog boljih radnih pozicija tijekom radno aktivnog vremena. Osobe nižeg stupnja obrazovanja suočene su s velikim problemima u pronalasku adekvatnih informacija o njezi, a često izbor njege preuzimaju članovi obitelji kao advokati u odabiru njege. Raširena obitelj (obitelj sa minimalno 2 člana i jednim starijim ukućanom) dominantnija je u siromašnijim sredinama koje još tradicionalno njeguju višestruke forme obitelji. No i u takvim sredinama primjećuje se smanjena uloga i ovlasti starije osobe, koja je nekoć bila glava kuće. Broj članova obitelji razlikuje se ovisno o sredini u kojoj pojedinac živi. Razvijenije, urbane sredine karakteristične su po manjem narativu obitelji, sa samo dva člana, što je u potpunom kontrastu od ruralnih sredina. Smatra se, da se, osim po sastavu obitelji, ovakve sredine razlikuju i po infrastrukturnoj razvijenosti i raširenosti pojedinih usluga dugotrajne skrbi. Tako su, urbane sredine poznatije po široj lepezi usluga formalnog i neformalnog tipa u

kojima uživaju gradski korisnici, za razliku od ruralnih gdje je neformalna njega, često jedini izbor dostupne skrbi. Svakako, uz geografsku predispoziciju korisnika, postojanje supruga/e i djece može determinirati izbor i korištenje formalnog ili neformalnog tipa. Osobe koje žive u zajednici imaju više šansi koristiti jednog od člana obitelji kao njegovatelja u provođenju neformalne skrbi. Takvu ulogu najčešće provode žene starije dobi (od 50 do 64 godine) koje zbog intenziteta njege (posebice ako je riječ o brizi u širem vremenskom rasponu) narušavaju svoje zdravlje i posljedično postaju korisnici usluga dugotrajne njege. Nekadašnje mišljenje da će djeca skrbiti o roditeljima u potrebi polako odumire, najviše zbog nedostatnih financijskih resursa zbog kojih su djeca primorana potražiti svoju bolju budućnost u razvijenijim sredinama, udaljenim od kućanstva starijeg roditelja. No, osim želje za boljim radnim i životnim uvjetima, na djecu kao potencijalne njegovatelje mogu utjecati tradicija i zakonske obveze koje nalažu brigu o starijim roditeljima. Tako u zemljama, gdje su tradicijski običaji takvi da se briga o starijim korisnicima smatra društvenom normom, djeca ostaju uz roditelje koje njeguju i skrbe. Nedostupnost formalne njege ne utječe samo na kvalitetu života korisnika u potrebi, već i cijele obitelji koja mora žrtvovati veći broj sati u pružanju njege i tako zanemariti vlastite želje, čime se narušava kvaliteta života cijelog kućanstva.

Osobe s manjim dohotkom, nižim stupnjem obrazovanja i žene su u većem riziku od nedostupnosti formalne njege. Stoga su kućanstva primorana organizirati neformalnu njegu unutar obitelji, što u nekim slučajevima znaju kombinirati sa korištenjem vanjskih neformalnih njegovatelja koji su najčešće migranti. Procjene ukazuju da je veći postotak neformalnih njegovatelja u odnosu na formalne u institucijama, a uočava se i veći broj stranih radnika koji predstavljaju sve veći udio u ukupno raspoloživoj radnoj snazi u području zdravstva i socijalnog sustava.

Rezultati ovog rada daju značajnu važnost postojećem znanstvenom opusu dugotrajne njege s naglaskom na kućnu njegu. Razlike u korištenju kućne njege pokazuju da postoji raznolikost između 27 država Europe i da je korištenje kućne njege određeno zbrojem čimbenika potrebe i ne-potrebe u regiji koji mogu utjecati na izbor njege koja se koristi. Osim toga, utvrđene su razlike među dohodovnim skupinama unutar EU-26 članica (+ Švicarska) i unutar samih zemalja, čak i kada se kontroliraju čimbenici potreba. Tako je bilo moguće

utvrditi koji čimbenici uzrokuju nejednakost između socioekonomskih skupina u kućnoj njezi. Neki rezultati u analizi su bili neočekivani, poput naizgled sličnih zemljama Španjolske i Italije koje imaju znatne razlike u razini korištenja formalne njege, dok je korištenje neformalne njege slično. Ovo bi se moglo povezati s razlikama u zdravlju, gdje posebno varijable (*IADL* i *Kronične bolesti*) imaju znatno lošije vrijednosti u Španjolskoj nego u Italiji, što potencijalno vodi do veće potrebe za formalnom njegom. Također, usporedbom distribucija dohotka za Cipar i Švicarsku pokazalo se da Cipar ima puno više vrijednosti pri gornjem kraju distribucije, tj. na Cipru ima puno više disproporcionalno bogatih kućanstava. Sve ostale grupe zemalja (južne, istočne, sjeverne i zapadne Europe) su uglavnom homogene, osim ranije navedenih anomalija. Uz to, utvrđivanjem značaja pojedinačnih čimbenika socioekonomske nejednakosti putem horizontalnog i vertikalnog pristupa moguće je osmisliti posebne mjere i aktivnosti koje će umanjiti socioekonomske nejednakosti u korištenju formalne i neformalne kućne njege te tako osigurati pravednost i jednakost u korištenju oba oblika kućne njege, čime se potvrđuje početna hipoteza ovog doktorskog rada. Posebno valja istaknuti čimbenik obrazovanja koji uz dohodak predstavlja najvažniji čimbenik socioekonomske nejednakosti u kućnoj njezi. Obrazovanje je varijabla koja značajno razlikuje zemlje sjeverne/zapadne sa istočnom/južnom Europom. Vjerojatno razloge treba pronaći u boljoj pismenosti starijih osoba sa većim godinama formalnog obrazovanja na sjeveru i zapadu Europe koji su na vrijeme počeli razmišljati o potrebi za dugotrajnom njegom (pritom i planirali budžet za tu namjenu), većoj svjesnosti obrazovanih o nužnosti rada svakog člana obitelji (time ne zahtijevaju neformalnu njegu od strane svojih ukućana) ali i vođenju zdravijeg i aktivnijeg načina života (zdraviji ljudi lakše podnose stres - lakše se adaptiraju na novonastale okolnosti i svjesniji su štetnosti alkohola i drugih opijata). Iako u praksi postoje određene razlike između muškaraca i žena u kontekstu njihovih potreba za korištenjem dugotrajne njege (dulji životni vijek žena, ranije ostaju udovice, zbog duljeg životnog vijeka imaju veći broj bolesti) unutar analize varijabla *Spol* nije rezultirala značajnijim doprinosom ukupnoj nejednakosti. Moguće objašnjenje je veća involviranost nove generacije starijih osoba gdje su i muškarci i žene izjednačeni u životnim prilikama (životni vijek muškaraca se produljuje) i obvezama (stresne situacije također doživljavaju i muškarci koji podjednako sudjeluju u odgoju djece, vode kućanstvo). Početna hipoteza

potvrđuje se i pomoćnim hipotezama jer je u zemljama sjevera uočen veći udio formalne njege kod korisnika višeg stupanja obrazovanja i višeg dohotka. Isto tako, kod neformalne njege varijable zdravlja su bile drugi najveći kontributor nejednakosti, i to značajnije u populaciji siromašnih korisnika. Varijabla *Sredina življenja* ne predstavlja važan čimbenik za doprinos nejednakosti u korištenju formalne njege u većini zemalja. Međutim, sredina življenja može dovesti do značajnih nejednakosti u korištenju kućne njege a heterogenost utjecaja ovog čimbenika se može primijetiti između europskih zemalja. Evidentno je da zemlje sjeverne i zapadne Europe imaju decentralizirane sustave dugotrajne njege, gdje je dostupnost formalne i neformalne njege zastupljena i u ruralnim područjima, za razliku od centraliziranih sistema istočne i južne Europe gdje je uočena manjkavost i ponuda obiju formi (formalne i neformalne njege) samo unutar urbanih sredina što utječe na socioekonomsku nejednakost i nepravdu. *Djeca* ne pridonose nejednakosti u korištenju formalne njege. Varijabla *Oženjeni* imala je uglavnom negativne efekte, gdje je u većini zemalja postigla značajnost. Nakon uzimanja u obzir efekata čimbenika nužnih potreba, nejednakosti u korištenju formalne njege su iščezle za većinu zemalja, dok su kod neformalne njege nejednakosti ostale značajno koncentrirane među siromašnima za velik dio zemalja. Osim potvrđene glavne hipoteze i pomoćnih hipoteza, ostvareni su i ciljevi istraživanja ovog doktorskog rada. Važno je pojasniti i razliku u postotnim poenima u korištenju oba oblika njege između 8. i 9. vala. Kako su SHARE ispitanici radili ispitivanje starijih Europljana tijekom 2019. i 2020. godine za vrijeme početka Covid 19 pandemije što je prezentirano u 8. valu, ovim radom željela se napraviti usporedba sa post Covid efektima (9. val) na zdravlje (povećanje korištenja formalne i neformalne njege). Iz rezultata je vidljivo da su efekti za korištenjem formalne i neformalne njege između valova jako mali, stoga se ne može zaključiti da je pandemija rezultirala većim korištenjem pojedinog oblika njege.

Cijela Europa je suočena s vrlo sličnim izazovima a to su nedostatak podrške za neformalne njegovatelje (koji su također najčešće starije osobe), nepostojanje tečaja ili treninga za formalne njegovatelje, nedovoljno razvijen pristup za osobe s demencijom, negativna slika starenja i socijalne izolacije (kao jedne od posljedica starenja) te iskorištavanje starijih osoba. Dostupnost njege u budućnosti će ovisiti o individualnom zdravstvenom stanju korisnika, oblicima ponude njege u okolini, količini podrške koju korisnik može ostvariti i različitim

socioekonomskim prilikama tijekom života. Kao jedno od mogućih rješenja unapređenja razvijenosti i dostupnosti tražene usluge dugotrajne njege javlja se tehnološka opcija „*telesupport at home*“ virtualne podrške na način da su osobe starije dobi povezane sa call centrom koji ih savjetuje o prevenciji, rehabilitaciji i omogućava direktnu liniju sa hitnom službom. Uz navedeno, trebalo bi osnažiti značaj udomiteljskih obitelji koje mogu biti značajan suplement formalnoj njezi, tako da omogućavaju korisniku duži ostanak u poznatoj okolini prije prelaska u institucijski tip skrbi. Potom pružateljima neformalne njege treba pružiti dodatnu edukaciju, pomoć, prava u pružanju i provođenju usluga kućne njege. Uz to, bolje zdravstveno stanje nacije može se osigurati promicanjem aktivne tjelovježbe, programa prevencije i širenjem svijesti o štetnosti koje uzrokuju ovisnosti (pušenje, alkohol i droga). Osiguravanje dostatnih elemenata kvalitete i brige za starije i promicanje zdravog života može uspješno kompenzirati nedostatke tjelesnih i mentalnih poteškoća za brojne korisnike. Promovirati razvijanje „*community care*“ zajednica u kojima jačanje susjedskih veza može utjecati na osnaživanje pomoći starijim osobama u zajednici. Prednost takvih zajednica je troškovno isplativiji pristup (u odnosu na primjerice institucijsku njegu) te razvoj pozitivnog psihološkog aspekta u korisnika s ciljem pripadnosti zajednici kao važnog člana društva. Uz navedeno, budućnost donosi i drugačiji profil starijih osoba, koji će biti tehnološki pismeniji, kulturološki osvješteniji sa različitim potrebama u zajednici. Stoga bi bilo poželjno razviti individualistički pristup prema korisnicima koji bi uzimao u obzir preferencije korisnika, različitosti, kulturu i navike starije osobe. Poželjno bi bilo promovirati obrazovanje starijih osoba putem sveučilišta (kao npr. u Poljskoj) kako bi se na vrijeme mogla razviti svijest o nužnosti planskog pristupa u odabiru potrebne njege. Iako dugoročna mjera, poticanje obrazovanja može se provesti i putem tehnološki dostupnih uređaja (učenje na daljinu- online pristup). Uz to, nacionalna vlast i nadležna ministarstva socijalnog sektora trebala bi osigurati dostatne kapacitete za osobe u potrebi za njegom, na geografski prihvatljivim mjestima i sa kvalitetnim profesionalnim osobljem koje će unaprijediti kvalitetu njihovog zdravlja i života općenito. Također, trebali bi uključivati starije osobe u razvijanje i donošenje prijedloga za unaprjeđenje dugoročne njege na način da svi dionici sustava budu međusobno povezani u „*age-friendly*“ zajednice. Svjesnost o preferencijama i potrebi korisnika dugoročne njege i

dobroj informiranosti pružatelja te njege može smanjiti jaz između zadovoljenih i nezadovoljenih potreba korisnika i pridonijeti boljoj organizaciji sustava dugotrajne njege.

LITERATURA

1. Abasolo, I., Manning, R., & Jones, A. M. (2001). Equity in utilization of and access to public-sector GPs in Spain. *Applied Economics*, 33(3), 349–364. <https://doi.org/10.1080/00036840122511>
2. Albertini, M., Kohli, M., & Vogel, C. (2007). Intergenerational transfers of time and money in European families: Common patterns - Different regimes? *Journal of European Social Policy*, 17(4), 319–334. <https://doi.org/10.1177/0958928707081068>
3. Albertini, M., & Pavolini, E. (2017). Unequal inequalities: The stratification of the use of formal care among older Europeans. *Journals of Gerontology - Series B Psychological Sciences and Social Sciences*, 72(3), 510–521. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbv038>
4. Alberts, J. F., Sanderman, R., Marietta, J., & Van, W. J. A. (1997). Socioeconomic inequity in health care: a study of services utilization in Curaçao. In *Soc. Sci. Med* (Vol. 45, Issue 2). doi:10.1016/s0277-9536(96)00338-3
5. Allaire, B. T., Brown, D. S., & Wiener, J. M. (2016). Who Wants Long-Term Care Insurance? A Stated Preference Survey of Attitudes, Beliefs, and Characteristics. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 53, 1–8. <https://doi.org/10.1177/0046958016663728>
6. Allin, S., Masseria, C., & Mossialos, E. (2011). Equity in health care use among older people in the UK: An analysis of panel data. *Applied Economics*, 43(18), 2229–2239. <https://doi.org/10.1080/00036840903196621>
7. Andersen, R. and Newman, J.F. (1973). *Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States*. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 51, 95-124. doi:10.1111/j.1468-0009.2005.00428.x
8. Anderson, N. B., & Armstead, C. A. (1995). *Toward Understanding the Association of Socioeconomic Status and Health: A New Challenge for the Biopsychosocial Approach*. *Psychosomatic Medicine*, 57(3), 213–225. doi:10.1097/00006842-199505000-00003

9. Aneshensel, C. S., Frerichs, R. R., & Huba, G. J. (1984). Depression and Physical Illness: A Multiwave, Nonrecursive Causal Model. In *Journal of Health and Social Behavior*, 25(4), 350. doi:10.2307/2136376
10. Arber, S., & Cooper, H. (1999). Gender differences in health in later life: the new paradox? *Social Science & Medicine*, 48(1), 61–76. doi:10.1016/s0277-9536(98)00289-5
11. Arber, S., & Ginn, J. (1991). The invisibility of age: gender and class in later life. *The Sociological Review*, 39(2), 260–291. <https://doi.org/10.1111/j.1467-954X.1991.tb02981.x>
12. Arcaya, M. C., Arcaya, A. L., & Subramanian, S. v. (2015). Inequalities in health: Definitions, concepts, and theories. *Global Health Action*, 8(1). <https://doi.org/10.3402/gha.v8.27106>
13. Arno, P. S., Levine, C., & Memmott, M. M. (1999). The economic value of informal caregiving. *Health Affairs*, 18(2), 182–188. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.18.2.182>
14. Arntz, M. ;, Thomsen, S. L., Arntz, M., & Thomsen, S. (2010). *The Social Long-term Care Insurance: A Frail Pillar of the German Social Insurance System*. <http://hdl.handle.net/10419/166997>
15. Artazcoz, L., Borrell, C., Benach, J., & Artazcoz, D. (2001). Gender inequalities in health among workers: the relation with family demands. *J Epidemiol Community Health*, 55, 639–647. <https://doi.org/10.1136/jech.55.9.639>
16. Bago d’Uva, T., Jones, A. M., & van Doorslaer, E. (2009). Measurement of horizontal inequity in health care utilization using European panel data. *Journal of Health Economics*, 28(2), 280–289. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2008.09.008>
17. Bakx, P., de Meijer, C., Schut, F., & van Doorslaer, E. (2015). Going formal or informal, who cares? the influence of public long-term care insurance. *Health Economics (United Kingdom)*, 24(6), 631–643. <https://doi.org/10.1002/hec.3050>
18. Barber, S. L., Lorenzoni, L., & Ong, P. (2019). *Price setting and price regulation in health care Lessons for advancing Universal Health Coverage*.

19. Barber, S. L., van Gool, K., Wise, S., Woods, M., Or, Z., Penneau, A., Milstein, R., Ikegami, N., Kwon, S., Bakx, P., Schut, E., Wouterse, B., Flores, M., & Lorenzoni, L. (2021). *Pricing long-term care for older persons*.
20. Barbieri, D., Ghibelli, P. (2018). Formal Versus Informal Long-term Care: Economic and Social Impacts. Zenodo. <https://doi.org/10.5281/zenodo.1410379>
21. Barikova, J. (2011). Long-term Care in the Czech Republic. On the Threshold of Reform. In: Osterle, A. (eds.): *Long-term Care in Central and South Eastern Europe*, Frankfurt a.M. (u.a): Peter Lang, pp. 81-105.
22. Barr, N. (2010). Long-term care: A suitable case for social insurance. *Social Policy and Administration*, 44(4), 359–374. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9515.2010.00718.x>
23. Becker, S. O., Fernandes, A., & Weichselbaumer, D. (2019). Discrimination in hiring based on potential and realized fertility: Evidence from a large-scale field experiment. *Labour Economics*, 59, 139–152. <https://doi.org/10.1016/j.labeco.2019.04.009>
24. Beckett, M. K., & Elliott, M. N. (2001). Mortality and Sample Selection: Reply to Noymer. In *Source: Journal of Health and Social Behavior* (Vol. 42, Issue 3). <http://www.jstor.orgURL:http://www.jstor.org/stable/3090219>
25. Been, J., Caminada, K., Goudswaard, K., & van Vliet, O. (2017). Public/Private Pension Mix, Income Inequality and Poverty among the Elderly in Europe: An Empirical Analysis Using New and Revised OECD Data. *Social Policy and Administration*, 51(7), 1079–1100. <https://doi.org/10.1111/spol.12282>
26. Berglee, R. (2016). *World Regional Geography*. University of Minnesota. Dostupno na: <https://doi.org/10.24926/8668.2701>, posjećeno 06.11.2023.
27. Berish, D., Nelson, I., Mehdizadeh, S., & Applebaum, R. (2019). Is There a Woodwork Effect? Addressing a 200-Year Debate on the Impacts of Expanding Community-Based Services. *Journal of Aging and Social Policy*, 31(1), 85–98. <https://doi.org/10.1080/08959420.2018.1528115>
28. Bettio, F., & Plantenga, J. (2004). Comparing Care Regimes in Europe. In *Feminist Economics* (Vol. 10, Issue 1). Routledge. <https://doi.org/10.1080/1354570042000198245>

29. Bettio, F., Simonazzi, A., & 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. <https://doi.org/10.1177/0958928706065598>
30. Bien'1, B., Bien'1, B., Mckee, K. J., Dö Hner, H., Triantafillou, J., Lamura, G., Doroszkiewicz, H., Krevers, B., Kofahl, C., Bien', B., & Bien', B. (2013). Disabled older people's use of health and social care services and their unmet care needs in six European countries. *European Journal of Public Health*, 23(6), 1032–1038. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cks190>
31. Blaxter, M. (1991). Fifty years on - Inequalities in Health. *Population Studies*, 45(sup1), 69–94. <https://doi.org/10.1080/14774747.1991.11878505>
32. Bonsang, E. (2009). Does informal care from children to their elderly parents substitute for formal care in Europe? *Journal of Health Economics*, 28(1), 143–154. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2008.09.002>
33. Brackley, M. E., & Penning, M. J. (2009). Home-care utilization within the year of death: Trends, predictors and changes in access equity during a period of health policy reform in British Columbia, Canada. *Health and Social Care in the Community*, 17(3), 283–294. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2008.00830.x>
34. Brajković, L., Gregurek, R., Kušević, Z., Strahinja Ratković, A., Braš, M. i Đorđević, V. (2011). Life Satisfaction in Persons of the Third Age after Retirement. *Collegium antropologicum*, 35 (3), 665-671. Preuzeto s <https://hrcak.srce.hr/72153>
35. Brandt, M., Haberkern, K., & Szydlik, M. (2009). Intergenerational help and care in Europe. *European Sociological Review*, 25(5), 585–601. <https://doi.org/10.1093/esr/jcn076>
36. Brandt, M., Kaschowitz, J., & Quashie, N. T. (2022). Socioeconomic inequalities in the wellbeing of informal caregivers across Europe. *Aging and Mental Health*, 26(8), 1589–1596. <https://doi.org/10.1080/13607863.2021.1926425>
37. Brenna, E., & di Novi, C. (2016). Is caring for older parents detrimental to women's mental health? The role of the European North–South gradient. *Review of Economics of the Household*, 14(4), 745–778. <https://doi.org/10.1007/s11150-015-9296-7>

38. Britton, A., & Mckee, M. (2000). The relation between alcohol and cardiovascular disease in Eastern Europe: explaining the paradox. *J Epidemiol Community Health*, 54, 328–332. <https://doi.org/10.1136/jech.54.5.328>
39. Broese van Groenou, M. I., & de Boer, A. (2016). Providing informal care in a changing society. In *European Journal of Ageing* (Vol. 13, Issue 3, pp. 271–279). Springer Verlag. <https://doi.org/10.1007/s10433-016-0370-7>
40. Brown, J. R., & Finkelstein, A. (2009). The Private Market for Long-Term Care Insurance in the United States: A Review of the Evidence. *The Journal of Risk and Insurance*, 76(1), 5–29. doi:10.1111/j.1539-6975.2009.01286.x
41. Brown, J. R., Goda, G. S., & McGarry, K. (2012). Long-term care insurance demand limited by beliefs about needs, concerns about insurers, and care available from family. *Health Affairs*, 31(6), 1294–1302. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2011.1307>
42. Brown, S. L., & Kawamura, S. (2010). *Relationship quality among cohabitators and marrieds in older adulthood* ☆. <https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2010.04.010>
43. Browning, C. J., Thomas, S. A., Gong, C. H., Mcmaughan, D. J., Oloruntoba, O., & Smith, M. L. (2020). Socioeconomic Status and Access to Healthcare: Interrelated Drivers for Healthy Aging. *Frontiers in Public Health | Www.Frontiersin.Org*, 1, 231. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.00231>
44. Brownell, M. D., Roos, N. P., & Roos, L. L. (2001). Monitoring health reform: a report card approach. In *Social Science and Medicine* (Vol. 52). 657–670. doi:10.1016/s0277-9536(00)00168-4
45. Brimblecombe, N., Fernandez, J.-L., Knapp, M., Rehill, A., & Wittenberg, R. (n.d.). *Review of the international evidence on support for unpaid carers*. <https://doi.org/10.21953/lse.ffq4txr2nftf>
46. Broese van Groenou, M. I., & de Boer, A. (2016). Providing informal care in a changing society. In *European Journal of Ageing* (Vol. 13, Issue 3, pp. 271–279). Springer Verlag. <https://doi.org/10.1007/s10433-016-0370-7>
47. Broese van Groenou, M., Glaser, K., Tomassini, C., & Jacobs, T. (2006). Socio-economic status differences in older people’s use of informal and formal help: A

- comparison of four European countries. *Ageing and Society*, 26(5), 745–766.
<https://doi.org/10.1017/S0144686X06005241>
48. Burgess, E. W. (Ed.). (1960). *Aging in western societies*. Chicago Univer. Press.
49. Caminada, K., Wang, J., Goudswaard, K. P., Wang, C. (2017) Income inequality and fiscal redistribution in 47 LIS-countries, 1967-2014 (LIS Working Paper Series No. 724). Luxembourg Income Study (LIS). <http://hdl.handle.net/10419/203011>
50. Cantor, M. H. (1979). Neighbors and Friends. *Research on Aging*, 1(4), 434–463.
<https://doi.org/10.1177/016402757914002>
51. Caputo, F., Gagliardi, C., Piccinini, F., Lamura, G., Casanova, G., Fabbietti, P., & Soggi, M. (2022). *The Burden of Caring for Dependent Older People and the Resultant Risk of Depression in Family Primary Caregivers in Italy*.
<https://doi.org/10.3390/su14063375>
52. Carmichael, F., & Charles, S. (2003). The opportunity costs of informal care: Does gender matter? *Journal of Health Economics*, 22(5), 781–803.
[https://doi.org/10.1016/S0167-6296\(03\)00044-4](https://doi.org/10.1016/S0167-6296(03)00044-4)
53. Carrieri, V., & Wuebker, A. (2013). Assessing inequalities in preventive care use in Europe. *Health Policy*, 113(3), 247–257.
<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.09.014>
54. Carrieri, V., & Bilger, M. (2013). Preventive care: Underused even when free. Is there something else at work? *Applied Economics*, 45(2), 239–253.
<https://doi.org/10.1080/00036846.2011.597729>
55. Carrieri, V., di Novi, C., & Orso, C. E. (2017). Home Sweet Home? Public Financing and Inequalities in the Use of Home Care Services in Europe. *Fiscal Studies*, 38(3), 445–468. <https://doi.org/10.1111/j.1475-5890.2017.12138>
56. Carvalho, N., Meylan, L., Blanco, J. M., Fustinoni, S., Abolhassani, N., & Santos-Eggimann, B. (2019). Gender differences regarding opinions on long-term care arrangements: A study of community-dwelling older adults. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 83, 195–203. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2019.03.018>
57. Casanova, G., Lamura, G., & Principi, A. (2017). Valuing and Integrating Informal Care as a Core Component of Long-Term Care for Older People: A Comparison of

- Recent Developments in Italy and Spain. *Journal of Aging and Social Policy*, 29(3), 201–217. <https://doi.org/10.1080/08959420.2016.1236640>
58. Centre for Ageing Research and Development in Ireland, 2012. Summary: understanding socio-economic inequalities affecting older people, <https://www.communityni.org/organisation/centre-ageing-research-and-development-ireland-cardi>, pristupljeno 5.11.2023.
59. Chappell, N., & Blandford, A. (1991). Informal and formal care: Exploring the complementarity. *Ageing and Society*, 11(3), 299–317. <https://doi.org/10.1017/S0144686X00004189>
60. Charles, K. K., & Sevak, P. (2005). Can family caregiving substitute for nursing home care? *Journal of Health Economics*, 24(6), 1174–1190. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2005.05.001>
61. Chetty, R., Stepner, M., Abraham, S., Lin, S., Scuderi, B., Turner, N., Bergeron, A., & Cutler, D. (2016). The association between income and life expectancy in the United States, 2001-2014. *JAMA - Journal of the American Medical Association*, 315(16), 1750–1766. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.4226>
62. Chittleborough, C. R., Baum, F. E., Taylor, A. W., & Hiller, J. E. (2006). A life-course approach to measuring socioeconomic position in population health surveillance systems. In *Journal of Epidemiology and Community Health* (Vol. 60, Issue 11, pp. 981–992). <https://doi.org/10.1136/jech.2006.048694>
63. Cho, S.-H. (2005). *Older people's willingness to use home care nursing services*. *Journal of Advanced Nursing*, 51(2), 166–173. doi:10.1111/j.1365-2648.2005.03482.x
64. Chuakhamfoo, N. N., Phanthunane, P., Chansirikarn, S., & Pannarunothai, S. (2020). Health and long-term care of the elderly with dementia in rural Thailand: A cross-sectional survey through their caregivers. *BMJ Open*, 10(3). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-032637>
65. Cohen, M. A., Miller, J., & Weinrobe, M. (1987). Patterns of Informal and Formal Caregiving Among Elders With Private Long-Term Care Insurance. In *The*

Gerontologist (Vol. 41, Issue 2). Wiener.
<https://academic.oup.com/gerontologist/article/41/2/180/648317>

66. Cohen, S. A., Messina, A., Amati, R., Albanese, E., & Fiordelli, M. (2022). Help-Seeking in Informal Family Caregivers of People with Dementia: A Qualitative Study with iSupport as a Case in Point. *Public Health, 19*, 7504. <https://doi.org/10.3390/ijerph19127504>
67. Colombo, F., & Mercier, J. (2012). Help wanted? Fair and sustainable financing of long-term care services. *Applied Economic Perspectives and Policy, 34*(2), 316–332. <https://doi.org/10.1093/aep/pps005>
68. Collins, E., & Klein, R. (1980). Equity And The NHS: Self-Reported Morbidity, Access, And Primary Care. *The British Medical Journal, 281*(6248), 1111–1115. <http://www.jstor.org/stable/25441835>
69. Comas-Herrera, A. (2020) Building on Hope or Tracking Fear? Policy Responses to the Growing Costs of Alzheimer’s Disease and Other Dementias (July 30, 2020). Wharton Pension Research Council Working Paper No. 2020-19, Available at SSRN: <https://ssrn.com/abstract=3666351> or <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3666351>
70. Committee on Family Caregiving for Older Adults; Board on Health Care Services; Health and Medicine Division; National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine; Schulz R, Eden J, editors. Families Caring for an Aging America. Washington (DC): National Academies Press (US); 2016 Nov 8. 3, Family Caregiving Roles and Impacts. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK396398/>
71. Costa-Font, J., Courbage, C., & Swartz, K. (2015). Financing long-term care: Ex ante, ex post or both? *Health Economics (United Kingdom), 24*(S1), 45–57. <https://doi.org/10.1002/hec.3152>
72. Cravo, T., & Hashiguchi, O. (2020). The effectiveness of social protection for long-term care in old age: Is social protection reducing the risk of poverty associated with care needs? *OECD Health Working Papers, 117*. <https://doi.org/10.1787/2592f06e-en>

73. Cullati, S. (2015). Socioeconomic inequalities in health trajectories in Switzerland: Are trajectories diverging as people age? *Sociology of Health and Illness*, 37(5), 745–764. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12232>
74. Culyer, A. J., & Wagstaff, A. (1993). Equity and equality in health and health care*. In *Journal of Health Economics* (Vol. 12). 431–457. doi:10.1016/0167-6296(93)90004-x
75. da Roit, B. (2012). The Netherlands: The struggle between universalism and cost containment. *Health and Social Care in the Community*, 20(3), 228–237. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2011.01050.x>
76. Dannefer, D. (1987). Aging as Intracohort Differentiation: Accentuation, the Matthew Effect, and the Life Course. *Sociological Forum*, 2(2), 211–236. <http://www.jstor.org/stable/684472>
77. Dautzenberg, M. G. H., Diederiks, J. P. M., Philipsen, H., Stevens, F. C. J., Tan, F. E. S., & Vernooij-Dassen, M. J. F. J. (2000). The Competing Demands of Paid Work and Parent Care Middle-Aged Daughters Providing Assistance to Elderly Parents. In *RESEARCH ON AGING* (Vol. 22, Issue 2).
78. Delbès, C., & Gaymu, J. (2002). *The Shock of Widowhood on the Eve of Old Age: Male and Female Experiences* (Vol. 57, Issue 6). <http://www.jstor.org>URL:<http://www.jstor.org/stable/3246620>
79. del Pozo-Rubio, R., Moya-Martínez, P., Ortega-Ortega, M., & Oliva-Moreno, J. (2020). Shadow and extended shadow cost sharing associated to informal long-term care: The case of Spain. *Health Economics Review*, 10(1). <https://doi.org/10.1186/s13561-020-00272-1>
80. de Jong, L., Schmidt, T., Theodor Stahmeyer, J., Eberhard, S., Zeidler, J., & Damm, K. (2022). *Willingness to provide informal care to older adults in Germany: a discrete choice experiment*. 1, 3. <https://doi.org/10.1007/s10198-022-01483-5>
81. Denton, M. (1992). The Linkages between Informal and Formal Care of the Elderly*. In Canadian Sociology and Anthropology Association Meetings. PEI.
82. Devleeschauwer, Brecht, Saveria Willims, Carine Van Malderen, Peter Konings, and Niko Speybroeck. (2017.) “Rineq: Statistical Analysis of Health Inequalities.”

83. Diehr, P., Johnson, L. L., Patrick, D. L., & Psaty, B. (2005). Methods for incorporating death into health-related variables in longitudinal studies. *Journal of Clinical Epidemiology*, 58(11), 1115–1124. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2005.05.002>
84. Dykstra, P. A. (2018). *Cross-national Differences in Intergenerational Family Relations: The Influence of Public Policy Arrangements*. <https://doi.org/10.1093/geroni/igx032>
85. Dobrotić, I. (2016). Razvoj i poteškoće sustava skrbi za starije osobe u Republici Hrvatskoj. *Društvena istraživanja*, 25(1), 21-42. <https://doi.org/10.5559/di.25.1.02>
86. Doorslaer, Eddy van, Xander Koolman, and Andrew M. Jones. 2004. “Explaining Income-Related Inequalities in Doctor Utilisation in Europe.” *Health Economics* 13 (7): 629–47. <https://doi.org/10.1002/hec.919>.
87. Doty, P., & Shipley, S. (2012). Long-term care insurance research brief (pp.15). U.S. Department of Health and Human Services. Retrieved from <http://aspe.hhs.gov/daltcp/reports/2012/ltcin-sRB.shtml>.
88. Doty, P., Nadash, P., & Racco, N. (2015). Long-term care financing: Lessons from France. *Milbank Quarterly*, 93(2), 359–391. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12125>
89. Državni zavod za statistiku, dostupno na : <https://podaci.dzs.hr/hr/statistika-u-nizu/>, pristupljeno 14.04.2023.
90. Econ, H., Bolin, K., Lindgren, B., & Lundborg, P. (2007). *HEALTH ECONOMICS INFORMAL AND FORMAL CARE AMONG SINGLE-LIVING ELDERLY IN EUROPE*. <https://doi.org/10.1002/hec.1275>
91. Erreygers, G. (2009). Correcting the Concentration Index. *Journal of Health Economics*, 28(2), 504–515. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2008.02.003>
92. Erreygers, G., Clarke, P., Van Ourti, T. (2010). Mirror, mirror, on the wall, who in this land is fairest of all? Revisiting the extended concentration index. Research paper no.2010-015, Faculty of Applied Economics, University of Antwerp, Antwerp.
93. Espelt, A., Font-Ribera, L., Rodriguez-Sanz, M., Artazcoz, L., Ferrando, J., Plaza, A., & Borrell, C. (2010). Disability among older people in a southern european city

- in 2006: Trends in gender and socioeconomic inequalities. *Journal of Women's Health*, 19(5), 927–933. <https://doi.org/10.1089/jwh.2009.1608>
94. Espelt, A., Borrell, C., Rodríguez-Sanz, M., Muntaner, C., Pasarín, M. I., Benach, J., Schaap, M., Kunst, A. E., & Navarro, V. (2008). Inequalities in health by social class dimensions in European countries of different political traditions. *International Journal of Epidemiology*, 37, 1095–1105. <https://doi.org/10.1093/ije/dyn051>
 95. Esping-Andersen, G. (1990). The Three Worlds of Welfare Capitalism.
 96. Eurocarers. (2021). European Association Working for Carers, dostupno na: <https://eurocarers.org/about-carers/>, pristupljeno 2.11.2023.
 97. Eurofound. (2017). Income inequalities and employment patterns in Europe before and after the Great Recession. Publications Office of the European Union. https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_publication/field_ef_document/ef1663en.pdf.
 98. Eurofound. (2020), Long-term care workforce: Employment and working conditions, Publications Office of the European Union, Luxembourg
 99. Europäische Kommission Statistisches Amt. (2019). *Ageing Europe looking at the lives of older people in the EU*.
 100. European Ageing Network – EAN. (2021). dostupno na: <https://www.ean.care/en>, pristupljeno 2.8.2023.
 101. European Commission. (2007). Healthy ageing: keystone for a sustainable Europe Healthy ageing: keystone for a sustainable Europe-EU health policy in the context of demographic change “Healthy ageing, a keystone for a Sustainable Europe” EU Health Policy in the Context of Demographic Change Draft working paper of the Services of DG SANCO, DG ECFIN and DG EMPL 1.
 102. European Commission. (2008). Long term care in the European Union. Employment, Social Affairs and Equal Opportunities DG (<http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=2781&langId=en>)
 103. European Commission. (2013). Long-term Care in Ageing Societies – Challenges and Policy Options. Commission Staff Working Document (2013) 41.

- Brussels: European Commission, dostupno na: [EUR-Lex - 52013SC0041 - EN - EUR-Lex \(europa.eu\)](#), pristupljeno 27.07.2023.
104. European Commission. (2013). The indirect costs of long-term care. Employment, Social Affairs & Inclusion. Research note 8/2013. http://www.share-project.org/uploads/tx_sharepublications/long_term_care_final.pdf
105. European Commission. (2017). VulnerABLE: Pilot project related to development of evidence-based strategies to improve the health of isolated and vulnerable persons. Luxembourg: Publication Office of the European Union; 2017, dostupno na: <https://euagenda.eu/publications/vulnerable-pilot-project-related-to-the-development-of-evidence-based-strategies-to-improve-the-health-of-isolated-and-vulnerable-persons>, pristupljeno 10.10.2023.
106. European Commission. (2020). *Peer Review on “Financing Long-term Care” DG Employment, Social Affairs and Inclusion*. Dostupno na: <http://ec.europa.eu/social/mlp>, pristupljeno 16.05.2023.
107. European Commission. Directorate-General for Economic and Financial Affairs. (2021). *The 2021 ageing report : economic and budgetary projections for the EU Member States (2019-2070)*, dostupno na: <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/8b1015a6-ead6-11eb-93a8-01aa75ed71a1/language-en>, pristupljeno 2.07.2023.
108. European Commission, Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion. (2021). Long-term care report : trends, challenges and opportunities in an ageing society. Volume II, Country profiles, Publications Office, dostupno na: <https://data.europa.eu/doi/10.2767/183997>, pristupljeno 04.04.2023.
109. European Commission. (2021). Long-term care report. *Trends, challenges and opportunities in an ageing society Long-term care report 2021 Joint report prepared by the Social Protection Committee (SPC) and the European Commission (DG EMPL)*, dostupno na: <https://doi.org/10.2767/677726>, pristupljeno 10.10.2023.
110. European Institute for Gender Equality. (2019). Gender Equality Index 2019. Work-life balance, dostupno na: <https://eige.europa.eu/publications/gender-equality->

[index-2019-report/informal-care-older-people-people-disabilities-and-long-term-care-services](#), pristupljeno 07.07.2023.

111. European Institute for Gender Equality (EIGE). (2020). Gender Equality and Long-Term Care at home, dostupno na: <https://eige.europa.eu/publications/gender-equality-and-long-term-care-home>, pristupljeno 16.06.2023.
112. European Observatory on Health Systems and Policies, Spasova, S., Baeten, R., Coster, S., Ghailani, D., Peña-Casas, R., & Vanhercke, B. (2018). Challenges in long-term care in Europe. *Eurohealth*, 24 (4), 7 - 12. World Health Organization. Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332533>
113. Eurostat. (2018). Dostupno na : https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Ageing_Europe_-_statistics_on_health_and_disability&oldid=539294, pristupljeno 04.04.2023.
114. Eurostat. (2020). dostupno na: <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/TPS00214/bookmark/table?lang=en&bookmarkId=b7e42601-5edd-4620-b05b-082f366d9b46>, pristupljeno 02.04.2023.
115. Eurostat. (2020). https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Ageing_Europe_-_statistics_on_population_developments, pristupljeno: 02.11.2023.
116. Eurostat. (2021). Population structure and ageing. Dostupno na: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population_structure_and_ageing, pristupljeno 04.04.2023.
117. Eurostat. (2022). dostupno na: <https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do>, pristupljeno 05.09.2023.
118. Eurostat Database. (2021). dostupno na: <https://ec.europa.eu/eurostat/fr/web/income-and-living-conditions/methodology>, pristupljeno: 13.06.2023.

119. Evandrou, M., & Glaser, K. (2004). Family, work and quality of life: Changing economic and social roles through the life course. *Ageing and Society*, 24(5), 771–791. <https://doi.org/10.1017/S0144686X04002545>
120. Favreault, M., Dey, J., (2016). Long-Term Services and Supports for Older Americans: Risks and Financing, Research Brief, ASPE Issue Briefs (U.S. DHHS, February 2016), <https://aspe.hhs.gov/system/files/pdf/106211/ElderLTCrb-rev.pdf>, p. 5.
121. Fernandez, J. L., & Forder, J. (2015). Local variability in long-term care services: Local autonomy, exogenous influences and policy spillovers. *Health Economics (United Kingdom)*, 24(S1), 146–157. <https://doi.org/10.1002/hec.3151>
122. Ferrera, M. (1996). The “southern model” of welfare in social Europe. *Journal of European Social Policy*, 6(1), 17–37. <https://doi.org/10.1177/095892879600600102>
123. Fleurbaey, M., & Schokkaert, E. (2009). Unfair inequalities in health and health care. *Journal of Health Economics*, 28(1), 73–90. doi:10.1016/j.jhealeco.2008.07.016
124. Floridi, G., Carrino, L., & Glaser, K. (2021). Socioeconomic inequalities in home-care use across regional long-term care systems in Europe. *Journals of Gerontology - Series B Psychological Sciences and Social Sciences*, 76(1), 121–132. <https://doi.org/10.1093/GERONB/GBAA139>
125. Fong, V. C., & Iarocci, G. (2020). *Child and Family Outcomes Following Pandemics: A Systematic Review and Recommendations on COVID-19 Policies*. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsaa092>
126. Freedman, V. A. (1996). Family Structure and the Risk of Nursing Home Admission. In *Journal of Gerontology: SOCIAL SCIENCES* (Vol. 51). <https://academic.oup.com/psychsocgerontology/article/51B/2/S61/546659>
127. Freedman, V. A., Rogowski, J., Wickstrom, S. L., Adams, J., Marainen, J., & Escarce, J. (2004). *Socioeconomic Disparities in the Use of Home Health Services in a Medicare Managed Care Population*. *Health Services Research*, 39(5), 1277–1298. doi:10.1111/j.1475-6773.2004.00290.x

128. Gahwi, L., Walton-Roberts, M. (2022). Migrant Care Labour, Covid-19, and the Long-Term Care Crisis: Achieving Solidarity for Care Providers and Recipients. In: Triandafyllidou, A. (eds) Migration and Pandemics. IMISCOE Research Series. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-81210-2_6
129. Gakidou, E. E., Murray, C. J. & Frenk, J. (2000). Defining and measuring health inequality: an approach based on the distribution of health expectancy.. *Bulletin of the World Health Organization*, 78 (1), 42 - 54. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/267982>
130. Galán-Arroyo, C., Pereira-Payo, D., Ángel Hernández-Mocholí, M., Merellano-Navarro, E., Pérez-Gómez, J., Rojo-Ramos, J., & Adsuar, J. C. (2022). *Depression and Exercise in Older Adults: Exercise Looks after You Program, User Profile*. <https://doi.org/10.3390/healthcare10020181>
131. Gao, Q., Prina, A. M., Ma, Y., Aceituno, D., & Mayston, R. (2021). *Inequalities in Older age and Primary Health Care Utilization in Low-and Middle-Income Countries: A Systematic Review*. <https://doi.org/10.1177/00207314211041234>
132. García-Gómez, P., Hernández-Quevedo, C., Jiménez-Rubio, D., & Oliva-Moreno, J. (2015). Inequity in long-term care use and unmet need: Two sides of the same coin. *Journal of Health Economics*, 39, 147–158. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2014.11.004>
133. Genet, N., Gw Boerma, W., Kringos, D. S., Bouman, A., Francke, A. L., Fagerström, C., Melchiorre, M. G., Greco, C., & Devillé, W. (2011). *Home care in Europe: a systematic literature review*. *BMC Health Services Research*, 11. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-207>
134. Genet, N., Boerma, W., Kroneman, M., Hutchinson, A., & Saltman, R. B. (2012). *Current structure and future challenges Observatory Studies Series No. 27 Observatory Studies Series*.
135. Geraedts, M., Heller, G. V., & Harrington, C. A. (2000). Germany's Long-Term-Care Insurance: Putting a Social Insurance Model into Practice. *The Milbank Quarterly*, 78(3), 375–401. <http://www.jstor.org/stable/3350599>

136. Gravelle, H., Morris, S., Sutton, M. (2006). Economic Studies of equity in the consumption of health care. In A. M. Jones (Ed.), *Elgar Companion to Health Economics* (pp. 193-204). Edward Elgar Publishing.
137. Greene, V. L. (1983). Substitution Between Formally and Informally Provided Care for the Impaired Elderly in the Community. *Medical Care*, 21(6), 609–619. doi:10.1097/00005650-198306000-00003
138. Greenwell, L., & Bengtson, V. L. (1997). Geographic Distance and Contact Between Middle-aged Children and Their Parents: The Effects of Social Class Over 20 Years. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 52B(1), S13–S26. doi:10.1093/geronb/52b.1.s13
139. Grundy, E., Glaser, K. (2000). Socio-demographic differences in the onset and progression of disability in early old age: A longitudinal study. *Age Ageing* 2000;29:149-157. doi:10.1093/ageing/29.2.149
140. Gullo J. (2015). Europe catches up: older-worker employment in the EU and USA. Washington (DC): AARP Public Policy Institute; 2015.
141. Haberkern, K., & Szydlik, M. (2010). State care provision, societal opinion and children's care of older parents in 11 European countries. *Ageing and Society*, 30(2), 299–323. <https://doi.org/10.1017/S0144686X09990316>
142. Haberkern, K., Schmid, T., & Szydlik, M. (2015). Gender differences in intergenerational care in European welfare states. *Ageing and Society*, 35(2), 298–320. <https://doi.org/10.1017/S0144686X13000639>
143. Hayes, K. et al., „Financing Long-Term Services and Supports“, pp.12 (employer autoenrollment), 13-14 (use of tax-privileged savings and presenting LTCI among side MA/Medigao plans).
144. Hauck, K., Shaw, R., & Smith, P. C. (2002). Reducing avoidable inequalities in health: A new criterion for setting health care capitation payments. *Health Economics*, 11(8), 667–677. <https://doi.org/10.1002/hec.692>
145. Health in the Polish population in 2004. (2007). Main Statistical Office (pp. 18-29). Warsaw

146. Heger, D., & Korfhage, T. (2018). Care choices in Europe: To Each According to His or Her Needs? *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 55, 1–16. <https://doi.org/10.1177/0046958018780848>
147. Hellinger, F. J. (1989). Expected utility theory and risky choices with health outcomes. *Medical Care*, 27(3), 273–279. <https://doi.org/10.1097/00005650-198903000-00005>
148. Herd, P. (2006). Do functional health inequalities decrease in old age? Educational status and functional decline among the 1931-1941 birth cohort. *Research on Aging*, 28(3), 375–392. <https://doi.org/10.1177/0164027505285845>
149. Hernández-Quevedo, Cristina, Masseria, Cristina and Mossialos, Elias (2010) *Methodological issues in the analysis of the socioeconomic determinants of health using EU-SILC data*. Eurostat methodologies and working papers. European Union, Luxembourg. ISBN 9789279167539
150. Hernes, H. M. (1987). *Welfare state and woman power: Essays in state feminism*. Oslo: Norwegian University Press.
151. Hiel, L., Beenackers, M. A., Renders, C. M., Robroek, S. J. W., Burdorf, A., & Croezen, S. (2015). Providing personal informal care to older European adults: Should we care about the caregivers' health? *Preventive Medicine*, 70, 64–68. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2014.10.028>
152. Hlebec, V., Srakar, A., & Majcen, B. (2019). Long-term care determinants of care arrangements for older people in Europe: Evidence from SHARE. *Revija Za Socijalnu Politiku*, 26(2), 135–152. <https://doi.org/10.3935/rsp.v26i2.1604>
153. Hoebel, J., Rommel, A., Schröder, S. L., Fuchs, J., Nowossadeck, E., & Lampert, T. (2017). Socioeconomic inequalities in health and perceived unmet needs for healthcare among the elderly in Germany. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(10). <https://doi.org/10.3390/ijerph14101127>
154. Hoffmann, F., & Rodrigues, R. (2010). Informal careers: who takes care of them? POLICY BRIEF APRIL 2010 European Centre for Social Welfare Policy and Research, Vienna.

155. Hoogendijk, E. O., Heymans, M. W., Deeg, D. J. H., & Huisman, M. (2018). Socioeconomic Inequalities in Frailty among Older Adults: Results from a 10-Year Longitudinal Study in the Netherlands. *Gerontology*, 64(2), 157–164. <https://doi.org/10.1159/000481943>
156. Holdenrieder, S., Stieber, P., Peterfi, A., Nagel, D., Steinle, A., & Salih, H. R. (2006). Soluble MICA in malignant diseases. *International Journal of Cancer*, 118(3), 684–687. <https://doi.org/10.1002/ijc.21382>
157. Hollander, M. J., & Chappell, N. L. (2007). A Comparative Analysis of Costs to Government for Home Care and Long-term Residential Care Services, Standardized for Client Care Needs*. *Canadian Journal on Aging / La Revue Canadienne Du Vieillissement*, 26(1), 149. <https://doi.org/10.3138/cja.26.suppl>
158. Horowitz, A. (1985). Family Caregiving to the Frail Elderly. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 5, 194 - 246.
159. House, J. S., Kessler, R. C., & Regula Herzog, A. (1990). Age, Socioeconomic Status, and Health. In *The Milbank Quarterly* (Vol. 68, Issue 3). doi:10.2307/3350111
160. Hoyer, S., & Reich, N. (n.d.). *Leave and financial support for family caregivers in EU member states Report*
161. Hrvatski zavod za mirovinsko osiguranje, dostupno na: <https://www.mirovinsko.hr/hr/aktualna-statistika-za-veljacu-2021-isplata-u-ozujku-.2021/148>, pregledano 17.04.2023.
162. Hu, B., Read, S., Wittenberg, R., Brimblecombe, N., Rodrigues, R., Banerjee, S., Dixon, J., Robinson, L., Rehill, A., & Fernandez, J.-L. (2022). Socioeconomic inequality of long-term care for older people with and without dementia in England. *Ageing and Society*, 1–21. <https://doi.org/10.1017/s0144686x22000885>
163. Huisman, M., Kunst, A. E., Andersen, O., Bopp, M., Borgan, J. K., Borrell, C., Costa, G., Deboosere, P., Desplanques, G., Donkin, A., Gadeyne, S., Minder, C., Regidor, E., Spadea, T., Valkonen, T., & Mackenbach, J. P. (2004). Socioeconomic inequalities in mortality among elderly people in 11 European populations. *Journal*

- of Epidemiology and Community Health*, 58(6), 468–475.
<https://doi.org/10.1136/jech.2003.010496>
164. Hussem, A., van Ewijk, C., ter Rele, H., Wong, A. (2016) The Ability to Pay for Long-Term Care in Netherlands: A Life-cycle Perspective. *De Economist* 164, 209-234 (2016). <https://doi.org/10.1007/s10645-016-9270-7>.
165. Igel, C., Brandt, M., Haberkern, K., & Szydlik, M. (2009). Specialization between Family and State Intergenerational Time Transfers in Western Europe. *Journal of Comparative Family Studies*, 40(2), 203–226. <http://www.jstor.org/stable/41604275>
166. Ilinca, S., Leichsenring, K., Rodrigues, R. (2015). From care in homes to care at home: European experiences with (de)institutionalization in long-term care, Policy brief December 2015, European Centre. (http://www.euro.centre.org/data/1449741582_83911.pdf)
167. Ilinca, S., Rodrigues, R., Schmidt, A. E., Darmann-Finck, I., Rothgang, H., & Zeeb, H. (2017). *Fairness and Eligibility to Long-Term Care: An Analysis of the Factors Driving Inequality and Inequity in the Use of Home Care for Older Europeans*. <https://doi.org/10.3390/ijerph14101224>
168. Itao, K., & Kaneko, K. (2021). Evolution of family systems and resultant socio-economic structures. *Humanities and Social Sciences Communications*, 8(1). <https://doi.org/10.1057/s41599-021-00919-2>
169. Jiménez-Martín, S., & Prieto, C. V. (2012). The trade-off between formal and informal care in Spain. *European Journal of Health Economics*, 13(4), 461–490. <https://doi.org/10.1007/s10198-011-0317-z>
170. Johnson, R. W. (2019). What is the Lifetime Risk of Needing and Receiving Long-Term Services and Supports?, Research Brief, ASPE Issue Briefs (U.S. DHHS, April 2019), <https://aspe.hhs.gov/system/files/pdf/261036/LifetimeRisk.pdf>
171. Jongen, W. (2017). The impact of the long-term care reform in the Netherlands: an accompanying analysis of an ‘ongoing’ reform. [Doctoral Thesis, Maastricht University]. Datayse / Universitaire Pers Maastricht. <https://doi.org/10.26481/dis.20170223wj>

172. Joshua, L.C. (2017). Aging and long-term care systems: a review of finance and governance arrangement sin Europe, North America and Asia-Pacific. The World Bank. Available <http://documents.worldbank.org/curated/en/61221511952743424/Aging-and-long-term-care-systems-a-review-of-finance-and-governance-arrangements-in-Europe-North-America-and-Asia-Pacific>
173. Kahneman, D., & Tversky, A. (1979). Prospect Theory: An Analysis of Decision under Risk. *Econometrica*, 47(2), 263–291. <https://doi.org/10.2307/1914185>
174. Kalmijn, M., & Saraceno, C. (2008). A comparative perspective on intergenerational support: Responsiveness to parental needs in individualistic and familialistic countries. *European Societies*, 10(3), 479–508. <https://doi.org/10.1080/14616690701744364>
175. Kemper, P. (1992). *Articles The Use of Formal and Informal Home Care by the Disabled Elderly*. *Health Serv Res*. 1992 Oct;27(4):421-51. PMID: 1399651; PMCID: PMC1069888.
176. Kickbusch, I., Pelikan, J. M., Apfel, F., Tsouros, A. D., editors. (2013). *Health literacy: the solid facts*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013 (<https://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/health-literacy-the-solid-facts>).
177. Knijn, T., & Kremer, M. (1997). Gender and the Caring Dimension of Welfare States: Toward Inclusive Citizenship. *Social Politics: International Studies in Gender, State & Society*, 4(3), 328–361. doi:10.1093/oxfordjournals.sp.a034270
178. Knoop, K. T. B., de Groot, L. C. P. G. M., Kromhout, D., Perrin, A.-E., Moreiras-Varela, O., Menotti, A., & van Staveren, W. A. (2004). Mediterranean Diet, Lifestyle Factors, and 10-Year Mortality in Elderly European Men and Women. *JAMA*, 292(12), 1433. doi:10.1001/jama.292.12.1433
179. Kobylarek, A. (2018). The University of the Third Age in Poland. A Democratic and Holistic Approach to the Education of the Elderly. *e-mentor*, 5(77), 60-66. DOI: <https://doi.org/10.15219/em77.1390>

180. Korfhage, T. (2019). Long-run consequences of informal elderly care and implications of public long-term care insurance. *Ruhr Economic Papers*, 813. Retrieved from <https://ideas.repec.org/p/zbw/rwirep/813.html>
181. Korpi, W. (2000). Social Politics: International Studies in Gender, State & Society, Volume 7, Issue 2, Summer 2000, Pages 127–191, <https://doi.org/10.1093/sp/7.2.127>
182. Kraus, M., Riedel, M., Mot, E. S., Willemé, P., & Röhring, G. (2011). *A typology of long-term care systems in Europe*. ENEPRI.
183. Kraus, M., Czypionka, T., Riedel, M., Mot, E., & Willemé, P. (2012). How European Nations Care for Their Elderly: A New Typology of Long-Term Care Systems. *SSRN Electronic Journal*. <https://doi.org/10.2139/ssrn.2005018>
184. Kreisky, E. (1994). Aspekte der Dialektik von Politik und Geschlecht, in E. Appelt and G. Neyer (eds) *Feministische Politikwissenschaft*, Wien: Verlag für Gesellschaftskritik: 13-35.
185. Kreisky, E. (1995). Ansätze feministischer Staatskritik und feministischer Staatserklärung, in E. Kreisky and B. Sauer (eds) *Feministische Standpunkte in der Politikwissenschaft: Eine Einführung*, Frankfurt/Mein and New York: Campus: 203-222.
186. Křížová, E., Janečková, H., & Běláček, J. (2016). FAMILY CARERS' PERSPECTIVES ON INTEGRATED COMMUNITY CARE IN THE CZECH REPUBLIC. *Cent Eur J Public Health*, 24(4), 289–296. <https://doi.org/10.21101/cejph.a4463>
187. Kröger, H., Fritzell, J., & Hoffmann, R. (2016). The association of levels of and decline in grip strength in old age with trajectories of life course occupational position. *PLoS ONE*, 11(5). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0155954>
188. Lambert, P. (2001) *The Distribution and Redistribution of Income*. 3rd Edition. Manchester University Press, Manchester.
189. Lantz, P. M., Lynch, J. W., House, J. S., Lepkowski, J. M., Mero, R. P., Musick, M. A., & Williams, D. R. (2001). Socioeconomic disparities in health change

- in a longitudinal study of US adults: the role of health-risk behaviors. *Social Science & Medicine*, 53(1), 29–40. doi:10.1016/s0277-9536(00)00319-1
190. Lapré, F. A. L., Stevenson, Dale., Leser, Markus., Horecký, J., Kaserer, Beatrix., & Mattersberger, Markus. (2019). *Long-term care 2030*.
191. Laplante, M. P., Harrington, C., & Kang, T. (2002). *Research Briefs Estimating Paid and Unpaid Hours of Personal Assistance Services in Activities of Daily Living Provided to Adults Living at Home*. *Health Services Research*, 37(2), 397–415. doi:10.1111/1475-6773.029
192. Larsson, K., & Silverstein, M. (2004). The effects of marital and parental status on informal support and service utilization: A study of older Swedes living alone. *Journal of Aging Studies*, 18(2), 231–244. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2004.01.001>
193. Laxton, C. E., Nace, D. A., & Nazir, A. (2020). Solving the COVID-19 Crisis in Post-Acute and Long-Term Care. *Journal of the American Medical Directors Association*, 21(7), 885–887. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.06.017>
194. Le Grand, J., 1978, The distribution of public expenditure: The case of health care, *Economica* 45, 15-142
195. Leitner, S. (2001). Implementing the Philosophical Differentiation between Gender and Sex. A Gainful Feminist Approach towards Structural Analyses of Social Policy. Paper presented at the International and Interdisciplinary Conference „Gender and Market in the Reconstruction of European Welfare States“, 8-10 July 1999, University of Bremen
196. Leitner, S. (2003). Varieties of familialism: The caring function of the family in comparative perspective. *European Societies*, 5(4), 353–375. <https://doi.org/10.1080/1461669032000127642>
197. León, M. and Pavolini, E. (2014) ‘‘Social Investment’ or Back to ‘Familism’’: The Impact of the Economic Crisis on Family and Care Policies in Italy and Spain’, *South European Society and Politics*, 19(3), pp. 353–369. doi: 10.1080/13608746.2014.948603.

198. Lera, J., Pascual-Sáez, M., & Cantarero-Prieto, D. (2020). Socioeconomic Inequality in the Use of Long-Term Care among European Older Adults: An Empirical Approach Using the SHARE Survey. *International Journal of Environmental Research and Public Health Article*. <https://doi.org/10.3390/ijerph18010020>
199. Lewis, J. (1992). Gender and the Development of Welfare Regimes. *Journal of European Social Policy*, 2(3), 159–173. <https://doi.org/10.1177/095892879200200301>
200. Lewis, J. and Ostner, I. (1994). Gender and the evolution of European social policies, Arbeitspapier 4/94, Bremen: Zentrum für Sozialpolitik
201. L'heureux, T., Parmar, J., Dobbs, B., Charles, L., George, P., Tian, J., Sacrey, L.-A., & Anderson, S. (2022). *Rural Family Caregiving: A Closer Look at the Impacts of Health, Care Work, Financial Distress, and Social Loneliness on Anxiety*. <https://doi.org/10.3390/healthcare10071155>
202. Liang, J. (1986). Self-Reported Physical Health Among Aged Adults. In *Journal of Gerontology* (Vol. 41, Issue 2). 248–260. doi:10.1093/geronj/41.2.248
- Long-Term Care and Health Care Insurance in OECD and Other Countries*. (2020). www.oecd.org/fin/insurance/Long-Term-Care-Health-Care-Insurance-in-OECD-and-Other-Countries.htm
203. Lowenstein, A., Katz, R. and Gur-Yaish, N. (2009). Cross-national variation in elder care: antecedents and outcomes. In Szinovacz, M. E. and Davey, A. (eds), *Care Giving Contexts, Cultural, Familial and Societal Implications*. Springer, New York, 93-112.
204. Lynch, J. W., Kaplan, G. A., & Salonen, J. T. (1997). *Why do poor people behave poorly? Variation in adult health behavior's and psychosocial characteristics by stages of the socioeconomic life course*. *Social Science & Medicine*, 44(6), 809–819. doi:10.1016/s0277-9536(96)00191-8
205. Lynch, S. M. (Scott M. (2003). Cohort and Life-Course Patterns in the Relationship Between Education and Health: A Hierarchical Approach. *Demography*, 40(2), 309–331. doi:10.1353/dem.2003.0016

206. Maarse, J. A. M. H., & Jeurissen, P. P. P. (2016). The policy and politics of the 2015 long-term care reform in the Netherlands. *Health Policy, 120*(3), 241–245. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.01.014>
207. Mackenbach, J. P., Cavelaars, A. E. J. M., Kunst, A. E., Groenhouf, F., Andersen, O., Borgan, J. K., Costa, G., Crialesi, R., Desplanques, G., Faggiano, F., Geurts, J. J. M., Grötvedt, L., Harding, S., Helmert, U., Junker, C., Lahelma, E., Lundberg, O., Matikainen, P., Matheson, J., ... Valkonen, T. (2000). Socioeconomic inequalities in cardiovascular disease mortality. An international study. *European Heart Journal, 21*(14), 1141–1151. <https://doi.org/10.1053/euhj.1999.1990>
208. Mackenbach, J. P., Meerding, W. Jan., Kunst, Anton., & European Commission. Directorate-General for Health and Consumer Protection. (2007). *Economic implications of socio-economic inequalities in health in the European Union*. European Commission.
209. Mackenbach, J. P., Stirbu, I., Roskam, A.-J. R., Schaap, M. M., Menvielle, G., Leinsalu, M., & Kunst, A. E. (2008). Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries. *New England Journal of Medicine, 358*(23), 2468–2481. doi:10.1056/nejmsa0707519
210. Mackenbach, J. P., Looman, C. W. N., Artnik, B., Bopp, M., Deboosere, P., Dibben, C., Kalediene, R., Kovacs, K., Martikainen, P., Regidor, E., Rychta, J., & de Gelder, R. (2017). “Fundamental causes” of inequalities in mortality: an empirical test of the theory in 20 European populations. *Sociology of Health & Illness, 39*(7), 1117–1133. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12562>
211. Mair, C. A., Quiñones, A. R., & Pasha, M. A. (2016). Care preferences among middle-aged and older adults with chronic disease in Europe: Individual health care needs and national health care infrastructure. *Gerontologist, 56*(4), 687–701. <https://doi.org/10.1093/geront/gnu119>
212. Maniecka-Bryła, I., Gajewska, O., Burzyńska, M., & Bryła, M. (2013). Factors associated with self-rated health (SRH) of a University of the Third Age (U3A) class participants. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 57*(2), 156–161. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2013.03.006>

213. Manton, K. G., Lamb, V. L., & Gu, X. L. (2007). Medicare cost effects of recent U.S. disability trends in the elderly: Future implications. *Journal of Aging and Health*, 19(3), 359–381. <https://doi.org/10.1177/0898264307300186>
214. Marmot, M., & Theorell, T. (1988). Social class and cardiovascular disease: The contribution of work. *International Journal of Health Services*, 18(4), 659–674. <https://doi.org/10.2190/KTC1-N5LK-J1PM-9GRQ>
215. Marmot, M. G., Wilkinson, R. G. (2006). *Social Determinants of Health*; Oxford University Press: Oxford, UK, 2006.
216. Martikainen, P., Moustgaard, H., Einiö, E., & Murphy, M. (2013). Life expectancy in long-term institutional care by marital status: Multistate life table estimates for older Finnish men and women. *Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 69(2), 303–310. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbt131>
217. Martinez-Lacoba, R., Pardo-Garcia, I., & Escribano-Sotos, F. (2021). Systematic Review or Meta-Analysis Aging, Dependence, and Long-Term Care: A Systematic Review of Employment Creation. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 58, 1–17. <https://doi.org/10.1177/00469580211062426>
218. McCullough, L. B., Wilson, N. L., Teasdale, T. A., Kolpakchi, A. L., & Skelly, J. R. (1993). *Mapping Personal, Familial, and Professional Values in Long-term Care Decisions*. *The Gerontologist*, 33(3), 324–332. doi:10.1093/geront/33.3.324
219. McMillan, S. C., Small, B. J., Weitzner, M., Schonwetter, R., Tittle, M., Moody, L., Haley, W. E., Leggatt, M., Sisler, L., Holzheimer, A., Ruvo, P., Davis, K., Diaz, B., & Young, F. (2005). *Impact of Coping Skills Intervention with Family Caregivers of Hospice Patients with Cancer A Randomized Clinical Trial BACKGROUND. Family caregivers for cancer patients experience high levels of stress*. <https://doi.org/10.1002/cncr.21567>

220. McNeil, Barbara J.; Weichselbaum, Ralph; Pauker, Stephen G. (1978). *Fallacy of the Five-Year Survival in Lung Cancer*. *New England Journal of Medicine*, 299(25), 1397–1401. doi:10.1056/nejm197812212992506
221. Meer, J. B. W. van der (Joost B. W., & Thesis Publishers). (1998). *Equal care, equal cure? : socioeconomic differences in the use of health services and the course of health problems*. [s.n.].
222. Mehdizadeh, S. A., & Luzadis, R. A. (1994). The Effect of Job Mobility on Pension Wealth. *The Gerontologist* (Vol. 34, Issue 2). 173–179. doi:10.1093/geront/34.2.173
223. Merton, R. K. (1968). The Matthew Effect in Science. *Science*, vol. 159, no. 3810, 1968, pp. 56–63. JSTOR, <http://www.jstor.org/stable/1723414>.
224. Mirowsky, J., Ross, C. E. (2005). Education, cumulative advantage, and health. *Ageing International* 30, 27–62. <https://doi.org/10.1007/BF02681006>
225. Ministarstvo rada, mirovinskoga sustava, obitelji i socijalne politike, Godišnje statističko izvješće o primijenjenim pravima socijalne skrbi, pravnoj zaštiti djece, mladeži, braka, obitelji i osoba lišenih poslovne sposobnosti, te zaštiti tjelesno ili mentalno oštećenih osoba u Republici Hrvatskoj u 2021. godini. (2021). dostupno na: <https://mrosp.gov.hr/>, pristupljeno 08.09.2023.
226. Mooney, G. (1996). And now for vertical equity? Some concerns arising from Aboriginal health in Australia. *Health Economics*, 5(2), 99–103. doi:10.1002/(sici)1099-1050(199603)5:2<99:aid-hec193>3.0.co;2-n
227. Mooney, G. (2008). Closing the 17-year gap means opening not just the Treasury coffers but our hearts. In *Australian and New Zealand Journal of Public Health* (Vol. 32, Issue 3, pp. 205–206). <https://doi.org/10.1111/j.1753-6405.2008.00217.x>
228. Morris, S., Sutton, M., & Gravelle, H. (2005). Inequity and inequality in the use of health care in England: An empirical investigation. *Social Science and Medicine*, 60(6), 1251–1266. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.07.016>

229. Mot, E., & Bíró, A. (2012). *European Network of Economic Policy Research Institutes Assessing Needs of Care in European Nations PERFORMANCE OF LONG-TERM CARE SYSTEMS IN EUROPE*. www.ceps.eu
230. Mot, E., & Willemé, P. (2012). European Network of Economic Policy Research Institutes Assessing Needs of Care in European Nations ASSESSING NEEDS OF CARE IN EUROPEAN NATIONS. www.ceps.eu
231. Mot, E., Faber, R., Geerts, J., Willemé, P. (2012). Assessing Needs of Care in European Nations (ANCIEN) Performance on Long-term Care System in Europe. European Network of Economic Policy Research Institutes, 2012, Report NO: FP7 HEALTH-2007-3.2-2, ENEPRI POLICY BRIEF NO.13.
232. Motel-Klingebiel, A., Tesch-Roemer, C., & von Kondratowitz, H. J. (2005). Welfare states do not crowd out the family: Evidence for mixed responsibility from comparative analyses. *Ageing and Society*, 25(6), 863–882. <https://doi.org/10.1017/S0144686X05003971>
233. Muir, T. (2017). Measuring social protection for long-term care. OECD Working Papers. Retrieved from http://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/measuring-social-protection-for-long-term-care_a411500a-en#page1
234. Munoz Boudet, A. M., Buitrago, P., Leroy De La Briere, B., Newhouse, D., Matulevich, E. R., Scott, K., & Suarez-Becerra, P. (2018). *Gender Differences in Poverty and Household Composition through the Lifecycle A Global Perspective*. <http://econ.worldbank.org>.
235. Muramatsu, N., & Campbell, R.T. (2002). State expenditures on home and community based services and use of formal and informal personal assistance: a multilevel analysis. *Journal of health and social behavior*, 43 1, 107-24 .
236. Nacionalnog plana razvoja socijalnih usluga za razdoblje od 2021. do 2027. godine, Ministarstvo rada, mirovinskog sustava, obitelji i socijalne politike, dostupno na: <https://mrosp.gov.hr/>, pregledano 20.04.2023.
237. National Research Council (US) Committee on the Role of Human Factors in Home Health Care. *The Role of Human Factors in Home Health Care: Workshop*

- Summary. Washington (DC): National Academies Press (US); 2010. 7, Informal Caregivers in the United States: Prevalence, Caregiver Characteristics, and Ability to Provide Care. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK210048/>
238. Naumann Murtagh, K., & Hubert, H. B. (2004). Gender Differences in Physical Disability Among an Elderly Cohort. *American Journal of Public Health, 94*(8), 1406–1411. doi:10.2105/ajph.94.8.1406
239. Newman, S. J., Struyk, R., Wright, P., & Rice, M. (1990). Overwhelming Odds: Caregiving and the Risk of Institutionalization. *Journal of Gerontology, 45*(5), S173–S183. doi:10.1093/geronj/45.5.s173
240. Noelker, L. S., & Bass, D. M. (1989). Home Care for Elderly Persons: Linkages Between Formal and Informal Caregivers. *Journal of Gerontology, 44*(2), S63–S70. doi:10.1093/geronj/44.2.s63
241. Norton, S., Matthews, F. E., Barnes, D. E., Yaffe, K., & Brayne, C. (2014). Potential for primary prevention of Alzheimer’s disease: An analysis of population-based data. *The Lancet Neurology, 13*(8), 788–794. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(14\)70136-X](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(14)70136-X)
242. O’Donnell, O., van Doorslaer, E., Wagstaff, A., (2012). Decomposition of Inequalities in health and health care. In *The Elgar companion to health economics*, second edition. Edward Elgar Publishing Limited edn. Economics 2012. Andrew Jones. pp. 179-191.
243. O’Donnell, Owen, Eddy van Doorslaer, Adam Wagstaff, and Magnus Lindelow., (2007). Analyzing Health Equity Using Household Survey Data. The World Bank. <https://doi.org/10.1596/978-0-8213-6933-3>.
244. OECD. (2019). Dostupno na: <https://www.oecd.org/gender/data/women-are-well-represented-in-health-and-long-term-care-professions-but-often-in-jobs-with-poor-working-conditions.htm>, pogledano 15.03.2023.
245. OECD & WHO. (2003). Poverty and Health – DAC Guidelines and Reference Series, Paris: OECD, dostupno na: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/9789264100206->

[en.pdf?expires=1664178316&id=id&accname=guest&checksum=37F2A87C64535FA6B9A2749D44CCC5EF](https://doi.org/10.1787/9789264097759-en), pogledano 11.11.2023.

246. OECD. (2011). Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care Public Long-term Care Financing Arrangements in OECD Countries. <https://doi.org/10.1787/9789264097759-en>
247. OECD. (2017). Preventing Ageing Unequally, Paris: OECD, dostupno na: <https://doi.org/10.1787/9789264279087-en>, pregledano 07.04.2023.
248. OECD Health Statistic. (2019). Dostupno na: <https://www.oecd.org/els/health-systems/Table-of-Content-Metadata-OECD-Health-Statistics-2019>, pregledano 03.08.2023.
249. OECD. (2020), Long-term Care and Health Care Insurance in OECD and Other Countries, www.oecd.org/fin/insurance/Long-Term-Care-Health-Care-Insurance-in-OECD-and-Other-Countries.htm
250. OECD (2021). LONG-TERM CARE IN CROATIA: IMPROVING HOME CARE FOR THE ELDERLY Long-term care in Croatia: Improving home care for the elderly technical support to the Ministry of Labor, Pension System, Family and Social Policy of Croatia PUBE 2. LONG-TERM CARE IN CROATIA: IMPROVING HOME CARE FOR THE ELDERLY. <https://doi.org/10.6103/SHARE.w1.710>, pregledano 15.03.2023.
251. Ogg, J., & Renaut, S. (2006). The support of parents in old age by those born during 1945-1954: A European perspective. *Ageing and Society*, 26(5), 723–743. <https://doi.org/10.1017/S0144686X06004922>
252. Oliva-Moreno, J., María Peña-Longobardoid, L., García-Mochó N, L., Del, M., Lozano, R., Metcalfe, I. M., & del Mar García-Calvente, M. (2019). *The economic value of time of informal care and its determinants (The CUIDARSE Study)*. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0217016>
253. O'rand, A. M. (1996). The Precious and the Precocious: Understanding Cumulative Disadvantage and Cumulative Advantage Over the Life Course. *The Gerontologist*, 36(2), 230–238. doi:10.1093/geront/36.2.230

254. O'Rand, A.M., & Henretta, J.C. (1999). *Age and Inequality: Diverse Pathways Through Later Life* (1st ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780429502446>
255. Orloff, A. S. (1993). Gender and the social rights of citizenship: the comparative analysis of gender relations and welfare states. *American Sociological Review*, 58(3), 303-328. <https://doi.org/10.2307/2095903>
256. Österle, A., & Bauer, G. (2012). Home care in Austria: The interplay of family orientation, cash-for-care and migrant care. *Health and Social Care in the Community*, 20(3), 265–273. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2011.01049.x>
257. Ourti, T. van. (2003). Socio-economic inequality in ill-health amongst the elderly. Should one use current or permanent income? In *Journal of Health Economics* (Vol. 22).
258. Özdemir, E., Ward, T., Fuchs, M., Ilinca, S., Lelkes, O., Rodrigues, R., & Zolyomi, E. (2016). *Employment of older workers*. European Commission. Research Note no. 5/2015
259. Pappa, E., Kontodimopoulos, N., Papadopoulos, A. A., & Niakas, D. (2009). Assessing the socio-economic and demographic impact on health-related quality of life: Evidence from Greece. *International Journal of Public Health*, 54(4), 241–249. <https://doi.org/10.1007/s00038-009-8057-x>
260. Paraponaris, A., Davin, B., & Verger, P. (2012). Formal and informal care for disabled elderly living in the community: An appraisal of French care composition and costs. *European Journal of Health Economics*, 13(3), 327–336. <https://doi.org/10.1007/s10198-011-0305-3>
261. Pavolini, E., & 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. <https://doi.org/10.1177/0958928708091058>
262. Penning, M. J., & Chappell, N. L. (1990). Self-care in relation to informal and formal care. *Ageing and Society*, 10(1), 41–59. <https://doi.org/10.1017/S0144686X00007844>

263. Penning, M. J., Cloutier, D. S., Nuernberger, K., MacDonald, S. W. S., & Taylor, D. (2018). Long-term care trajectories in Canadian context: Patterns and predictors of publicly funded care. *Journals of Gerontology - Series B Psychological Sciences and Social Sciences*, 73(6), 1077–1087. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbw104>
264. Peña-Longobardo, L. M., & Oliva-Moreno, J. (2021). The Economic Value of Non-professional Care: A Europe-Wide Analysis. *International Journal of Health Policy and Management*. <https://doi.org/10.34172/ijhpm.2021.149>
265. Pezzin, L. E., & Schone, B. S. (1999). *Intergenerational Household Formation, Female Labor Supply and Informal Caregiving: A Bargaining Approach*. *The Journal of Human Resources*, 34(3), 475. doi:10.2307/146377
266. Pickard, L. (2015). *A growing care gap? The supply of unpaid care for older people by their adult children in England to 2032*. *Ageing and Society*, 35: 96-123. <https://doi.org/10.1017/S0144686X13000512>
267. Pickard, L., King, D., Brimblecombe, N. and Knapp, M. (2015). The Effectiveness of Paid Services in Supporting Unpaid Careers, Employment in England. *Journal of Social Policy*, 44(3): 567-590. doi:10.1017/s0047279415000069
268. Pickard, L, King, D, Brimblecombe, N, Knapp, M. (2018) Public expenditure costs of careers leaving employment in England, 2015/2016. *Health Soc Care Community*; 26:e132-e142. <https://doi.org/10.1111/hsc.12486>
269. Pinquart, M., & Sörensen, S. (2002). OLDER ADULTS' PREFERENCES FOR INFORMAL, FORMAL, AND MIXED SUPPORT FOR FUTURE CARE NEEDS: A COMPARISON OF GERMANY AND THE UNITED STATES*. In *AGING AND HUMAN DEVELOPMENT* (Vol. 54, Issue 4).
270. Pinquart, M., & Sörensen, S. (2011). Spouses, Adult Children, and Children-in-Law as Caregivers of Older Adults: A Meta-Analytic Comparison. *Psychology and Aging*, 26(1), 1–14. <https://doi.org/10.1037/a0021863>

271. Pirani, E., & Salvini, S. (2012). Place of living and health inequality: A study for elderly Italians. *Statistical Methods and Applications*, 21(2), 211–226. <https://doi.org/10.1007/s10260-012-0188-1>
272. Pongiglione, B., de Stavola, B. L., & Ploubidis, G. B. (2015). A Systematic Literature Review of Studies Analyzing Inequalities in Health Expectancy among the Older Population. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0130747>
273. Portrait, F., Lindeboom, M., Deeg, D. (2000). The use of long-term care services by the Dutch elderly. *Health Economics*, 9(6), 513–531. doi:10.1002/1099-1050(200009)9:6<513:aid-hec534>3.0.co;2-r
274. Powles, J. W., Zatonski, W., Hoorn, S. vander, & Ezzati, M. (2005). *The contribution of leading diseases and risk factors to excess losses of healthy life in eastern Europe: burden of disease study*. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-5-116>
275. Pereira, J. A. (1998). Inequality in infant mortality in Portugal 1971-1991. in P. Zweifel (ed.), *Health, the Medical Profession, and Regulation: Developments in Health Economics and Public policy*, Vol 6. New York: Springer-Verlag, 75-93.
276. Prokop, D. (2023, January 27). *von Neumann–Morgenstern utility function*. *Encyclopedia Britannica*. <https://www.britannica.com/topic/von-Neumann-Morgenstern-utility-function>
277. Puffer, F. (1986). Access to Primary Health Care: A Comparison of the US and the UK. *Journal of Social Policy*, 15(3), 293-313. doi:10.1017/S0047279400015178
278. Qian, Y., Chu, J., Ge, D., Zhang, L., Sun, L., & Zhou, C. (2017). *Gender difference in utilization willingness of institutional care among the single seniors: evidence from rural Shandong, China*. <https://doi.org/10.1186/s12939-017-0577-z>
279. Raine, R. (2002). Bias measuring bias. In *Journal of Health Services Research & Policy* (Vol. 7, Issue 1). 65–67. doi:10.1258/1355819021927584
280. Raine, R., Fitzpatrick, R., Barratt, H., Bevan, G., Black, N., Boaden, R., Bower, P., Campbell, M., Denis, J.-L., Devers, K., Dixon-Woods, M., Fallowfield, L., Forder, J., Foy, R., Freemantle, N., Fulop, N. J., Gibbons, E., Gillies, C., Goulding, L., ... Zwarenstein, M. (2016). *HEALTH SERVICES AND DELIVERY RESEARCH*

- Challenges, solutions and future directions in the evaluation of service innovations in health care and public health.* 4. <https://doi.org/10.3310/hsdr04160>
281. Rainwater, L., Smeeding, T. (1996). Income Distribution in European Countries. In, 41–63. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/cbo9780511559396.004>.
282. Raitano, M. (2016). Income Inequality in Europe Since the Crisis. *Intereconomics*, 51(2), 67–72. <https://doi.org/10.1007/s10272-016-0579-x>
283. Ranci, C., & Pavolini, E., eds. (2013). Reforms in Long-Term Care Policies in Europe: Investigating Institutional Change and Social Impacts. New York: Springer-Verlag
284. Ranci, C., & Pavolini, E. (2015). Not all that glitters is gold: Long-term care reforms in the last two decades in Europe. *Journal of European Social Policy*, 25(3), 270–285. <https://doi.org/10.1177/0958928715588704>
285. Rehnberg, J., & Fritzell, J. (2016). *The shape of the association between income and mortality in old age: A longitudinal Swedish national register study.* *SSM - Population Health*, 2, 750–756. doi:10.1016/j.ssmph.2016.10.005
286. Rice, N., & Smith, P. C. (2001). Ethics and geographical equity in health care. *Journal of Medical Ethics*, 27(4), 256–261. doi:10.1136/jme.27.4.256
287. Riedel, M., & Kraus, M. (2016). Differences and similarities in monetary benefits for informal care in old and new EU member states. *International Journal of Social Welfare*, 25(1), 7–17. <https://doi.org/10.1111/ijsw.12157>
288. Rocha, G. M. N., Martínez, A. M. S., Ríos, E. V., & Elizondo, M. E. G. (2004). Resource allocation equity in northeastern Mexico. *Health Policy*, 70(3), 271–279. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2004.04.007>
289. Rodrigues, R., Huber, M. & Lamura, G. (Eds.) (2012). Facts and Figures on Healthy Ageing and Long-term Care. Europe and North America, Occasional Reports Series 8. Vienna: European Centre.
290. Rodrigues, R., Ilinca, S., & Schmidt, A. (2014). *Analyzing equity in the use of long-term care in Europe.* European Commission. Research Note 9/2014.

291. Rodrigues, R., Ilinca, S., & Schmidt, A. E. (2017). *INEQUALITY AND INEQUITY IN THE USE OF LONG-TERM CARE SERVICES IN EUROPE: IS THERE REASON FOR CONCERN?* (Vol. 23, Issue 4).
292. Rodrigues, R., Ilinca, S., & Schmidt, A. E. (2018). Income-rich and wealth-poor? The impact of measures of socio-economic status in the analysis of the distribution of long-term care use among older people. *Health Economics (United Kingdom)*, 27(3), 637–646. <https://doi.org/10.1002/hec.3607>
293. Rodrigues, R., Schulmann, K., Schmidt, A., Kalavrezou, N. & Matsaganis, M. (2013). The indirect costs of long-term care, Social Situation Monitor Research Note 8/2013. Dostupno na: <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=11780&landId=en>
294. Romoren, T. I. (2003). The career careers of son and daughter primary careers of their very old parents in Norway. *Ageing and Society*, 23(4), 471–485. <https://doi.org/10.1017/S0144686X03001247>
295. Ross, C. E., & Wu, C.-L. (1995). The Links between Education and Health. *American Sociological Review*, 60, 719-745. <https://doi.org/10.2307/2096319>
296. Ross, C. E., & Wu, C.-L. (1996). Education, Age, and the Cumulative Advantage in Health. *Journal of Health and Social Behavior*, 37(1), 104–120. <https://doi.org/10.2307/2137234>
297. Rothgang, H., Gierspiepen, K., Muller, R., Unger, R. (2012). Lifetime prevalence for need of long-term care – results from a German longitudinal study. Proceedings of the 2nd International Conference on Evidence-based Policy in Long-term Care; 2012 Sep 5-8; London, UK. International Long-term care Policy Network (ILPN).
298. Ruigómez, A., Alonso, J., & María Antó, J. (1991). Salud percibida y capacidad funcional de la población anciana no institucionalizada de Barcelona. *Gaceta Sanitaria*, 5(24), 117–124. [https://doi.org/10.1016/S0213-9111\(91\)71057-1](https://doi.org/10.1016/S0213-9111(91)71057-1)
299. Saito, T., Kondo, N., Shiba, K., Murata, C., & Kondo, K. (2018). Income-based inequalities in caregiving time and depressive symptoms among older family

- caregivers under the Japanese long-term care insurance system: A cross-sectional analysis. *PLoS ONE*, 13(3). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194919>
300. Sánchez-Moreno, E., Gallardo-Peralta, L. P. (2021). Income inequalities, social support and depressive symptoms among older adults in Europe: a multilevel cross-sectional study. *European Journal of Ageing*. <https://doi.org/10.1007/s10433-021-00670-2>
301. Scharlach, A. E., Gustavson, K., & Dal Santo, T. S. (2007). *Assistance Received by Employed Caregivers and Their Care Recipients: Who Helps Care Recipients When Caregivers Work Full Time?* (Vol. 47, Issue 6). <https://academic.oup.com/gerontologist/article/47/6/752/626203>
302. Scheil-Adlung, Xenia., & International Labor Office. Social Security Department. (2012). *Can the European elderly afford the financial burden of health and long-term care : assessing impacts and policy implications*. ESS Paper Series No. 31. ILO.
303. Scheil-Adlung, X., & Bonan, J. (2013). Gaps in social protection for health care and long-term care in Europe: Are the elderly faced with financial ruin? *International Social Security Review*, 66(1), 25–48. doi:10.1111/issr.12001
304. Scheil-Adlung, X., & Bonnet, F. (2011). *Beyond legal coverage: Assessing the performance of social health protection*. *International Social Security Review*, 64(3), 21–38. doi:10.1111/j.1468-246x.2011.01400.x
305. Schmidt, A. E. (2017). Analyzing the importance of older people’s resources for the use of home care in a cash-for-care scheme: evidence from Vienna. *Health and Social Care in the Community*, 25(2), 514–526. <https://doi.org/10.1111/hsc.12334>
306. Schöllgen, I., Huxhold, O., & Tesch-Römer, C. (2010). Socioeconomic status and health in the second half of life: Findings from the German Ageing Survey. *European Journal of Ageing*, 7(1), 17–28. <https://doi.org/10.1007/s10433-010-0140-x>

307. Selivanova, A., & Cramm, J. M. (2014). The relationship between healthy behaviors and health outcomes among older adults in Russia. *BMC Public Health*, *14*. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-1183>
308. Sharma, N., Chakrabarti, S., Grover Nidhi Sharma, S., & Grover, S. (2016). *Gender differences in caregiving among family-caregivers of people with mental illnesses*. *6*(1), 7–17. <https://doi.org/10.5498/wjp.v6.i1.7>
309. Shea, D., Davey, A., Femia, E. E., Zarit, S. H., Sundströ, G., Berg, S., & Smyer, M. A. (2003). *Exploring Assistance in Sweden and the United States*. *The Gerontologist*, *43*(5), 712–721. doi:10.1093/geront/43.5.712
310. Singh-Manoux, A., & Marmot, M. (2005). Role of socialization in explaining social inequalities in health. *Social Science and Medicine*, *60*(9), 2129–2133. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.08.070>
311. Sicilijani, L. (2013), „The Economics of Long-Term Care“, *The BE Journal of Economic Analysis and Policy*, *14*(2):m343-375
312. Smith, G. D., Hart, C., Hole, D., Mackinnon, P., Gillis, C., Watt, G., Blane, D., & Hawthorne, V. (1998). Education and occupational social class: which is the more important indicator of mortality risk? *J Epidemiol Community Health*, *52*, 153–160. <https://doi.org/10.1136/jech.52.3.153>
313. Social Employers. (2018). Dostupno na: <http://socialemployers.eu/en/>, pregledano 16.05.2023.
314. Social Protection Committee and the European Commission (2014). Adequate social protection for long-term care needs in an ageing society, European Union Publications (<http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=12808&langId=en>)
315. Solar, O., & Irwin, A. (2007). Towards a conceptual framework for analysis and action on the Social Determinants of Health. WHO Discussion Paper for the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, Switzerland: World Health Organization. Retrieved from http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_framework_action_05_07.pdf

316. Solé-Auró, A., & Crimmins, E. M. (2014). Who cares? A comparison of informal and formal care provision in Spain, England and the USA. *Ageing and Society*, 34(3), 495–517. <https://doi.org/10.1017/S0144686X12001134>
317. Speybroeck, N., Konings, P., Lynch, J., Harper, S., Berkvens, D., Lorant, V., Geckova, A., Reza Hosseinpoor, A. (2010). Decomposing Socioeconomic Health Inequalities. *International Journal of Public Health* 55 (4): 347–51. <https://doi.org/10.1007/s00038-009-0105-z>.
318. Sperber, N. R., Voils, C. I., Coe, N. B., Konetzka, R. T., Boles, J., van Houtven, C. H., & Bowers, B. J. (2017). How can adult children influence parents' long-term care insurance purchase decisions? *Gerontologist*, 57(2), 292–299. <https://doi.org/10.1093/geront/gnu082>
319. Spillman, B. C. (2004). Changes in Elderly Disability Rates and the Implications for Health Care Utilization and Cost. *The Milbank Quarterly*, 82(1), 157–194. <http://www.jstor.org/stable/4149079>
320. Spini, D., Cullati, S., Baumann, I., Zhang, C.-Q., Chung, P.-K., Zhang, R., & Schüz, B. (2019). Socioeconomic Inequalities in Older Adults' Health: The Roles of Neighborhood and Individual-Level Psychosocial and Behavioral Resources. *Frontiers in Public Health* | [Www.Frontiersin.Org](http://www.frontiersin.org), 7, 318. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2019.00318>
321. Srivarathan, A., Jensen, A. N., & Kristiansen, M. (2019). Community-based interventions to enhance healthy aging in disadvantaged areas: Perceptions of older adults and health care professionals 11 *Medical and Health Sciences* 1117 *Public Health and Health Services* 17 *Psychology and Cognitive Sciences* 1701 *Psychology*. *BMC Health Services Research*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3855-6>
322. Stegeman, I., Otte-Trojel, T., Costongs, C. (2012). *Considine J. healthy and active ageing*. Brussels: EuroHealthNet; 2012, dostupno na : <https://www.healthyageing.eu/sites/www.healthyageing.eu/files/resources/Healthy%20and%20Active%20Ageing>
323. Stoller, E. P., & Pugliesi, K. L. (1988). Informal Networks of Community-Based Elderly. *Research on Aging*, 10(4), 499–516. doi:10.1177/0164027588104004

324. Suanet, B., van Groenou, M. B., & van Tilburg, T. (2012). Informal and formal home-care use among older adults in Europe: Can cross-national differences be explained by societal context and composition? *Ageing and Society*, 32(3), 491–515. <https://doi.org/10.1017/S0144686X11000390>
325. Sundström, Gerdt; Malmberg, Bo; Sancho Castiello, Mayte; del Barrio, Élena; Castejon, Penélope; Tortosa, Maria Ángeles & Johansson, Lennarth.: Family Care for Elders in Europe: Policies and Practices, in *Caregiving Contexts. Cultural, Familial, and Societal implications*. New York: Springer. Eds. M. Szinovacz. & A. Davey. 2008 ISBN 978-0826 10287-4
326. Susan Marquis, M., & Holmer, M. R. (1996). Alternative Models of Choice Under Uncertainty and Demand for Health Insurance. In *Source: The Review of Economics and Statistics* (Vol. 78, Issue 3).
327. Sutton, M. (2002). Vertical and horizontal aspects of socio-economic inequity in general practitioner contacts in Scotland. *Health Economics*, 11(6), 537–549. <https://doi.org/10.1002/hec.752>
328. Svedberg, P., Bardage, C., Sandin, S., & Pedersen, N. L. (2006). A prospective study of health, lifestyle and psychosocial predictors of self-rated health. *European Journal of Epidemiology*, 21(10), 767–776. <https://doi.org/10.1007/s10654-006-9064-3>
329. Szinovácz, Maximiliane., & Davey, Adam. (2008). *Caregiving contexts : cultural, familial, and societal implications*. Springer Pub.
330. Štambuk, A., Rusac, S., & Skokandić, L. (2019). The profile of informal caregivers of older people in the city of Zagreb. *Revija Za Socijalnu Politiku*, 26(2), 189–206. <https://doi.org/10.3935/rsp.v26i2.1579>
331. Tan, M. P., Pasqualetti, G., Liu, Y., & Carmel, S. (2019). Health and Well-Being in Late Life: Gender Differences Worldwide. *Frontiers in Medicine / Www.Frontiersin.Org*, 6, 218. <https://doi.org/10.3389/fmed.2019.00218>
332. Tenand, M., Bakx, P., & van Doorslaer, Eddy. (2020) (a). *Equal long-term care for equal needs with universal and comprehensive coverage? An assessment using Dutch administrative data*. <https://doi.org/10.1002/hec.3994>

333. Tenand, M., Bakx, P., & van Doorslaer, E. (2020) (b). Eligibility or use? Disentangling the sources of horizontal inequity in home care receipt in the Netherlands. *Health Economics (United Kingdom)*, 29(10), 1161–1179. <https://doi.org/10.1002/hec.4126>
334. Theobald, H. (2003). Care for the elderly: Welfare system, professionalisation and the question of inequality. *International Journal of Sociology and Social Policy*, 23(4–5), 159–185. <https://doi.org/10.1108/01443330310790561>
335. Theobald, H. (2012). Home-based care provision within the German welfare mix. *Health and Social Care in the Community*, 20(3), 274–282. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2012.01057.x>
336. Tilinger, A., Štambuk, A. (2019). Problemi neformalnih (obiteljskih) njegovatelja u skrbi za osobe s demencijom-kvalitativni pristup. *Hrvatska Revija za Rehabilitacijska Istraživanja*, 54(2), 59-70. doi :10.31299/hrri.54.2.6
337. Thomas, P. A., Liu, H., & Umberson, D. (2017). Family Relationships and Well-Being. *Innovation in Aging*, 1(3). <https://doi.org/10.1093/geroni/igx025>
338. Tokunaga, M., & Hashimoto, H. (2017). The socioeconomic within-gender gap in informal caregiving among middle-aged women: Evidence from a Japanese nationwide survey. *Social Science and Medicine*, 173, 48–53. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.11.037>
339. Toplek, A. (2015). *Neformalni njegovatelji osoba starije životne dobi u Međimurskoj i Varaždinskoj županiji*. <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:122:441731>
340. Tough, H., Brinkhof, M. W. G., Siegrist, J., & Fekete, C. (2019). Social inequalities in the burden of care: A dyadic analysis in the caregiving partners of persons with a physical disability. *International Journal for Equity in Health*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12939-019-1112-1>
341. Triandafyllidou, A., Bartolini, L. (2020). Irregular Migration and Irregular Work: A Chicken and Egg Dilemma. In: Spencer, S., Triandafyllidou, A. (eds) *Migrants with Irregular Status in Europe*. IMISCOE Research Series. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-34324-8_8

342. Tur-Sinai, A., Teti, A., Rommel, A., Hlebec, V., & Lamura, G. (2020). *How Many Older Informal Caregivers Are There in Europe? Comparison of Estimates of Their Prevalence from Three European Surveys*. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(24), 9531. <https://doi.org/10.3390/ijerph17249531>
343. United Nations Organization. (1982). *International Plan of Action on Ageing*. Dostupno na: [http:// www.un.org/esa/socdev/ageing/ageipaa.htm](http://www.un.org/esa/socdev/ageing/ageipaa.htm), pregledano 11.09.2023.
344. United Nations. (2015). *World population prospects: The 2015 revision, key findings and advance tables*. Working Paper No. ESA/P/WP.241 New York: UN DESA.
345. United States Senate Commission on Long-Term Care. *Commission on Long-Term Care: Report to the Congress*, book, September 30, 2013; Washington, DC. (<https://digital.library.unt.edu/ark:/67531/metadc307520/>: pristupljeno: 5.11. 2023)
346. Urdiola, S. S., Billingsley, S., & Fabra, U. P. (2008). *DemoSoc Working Paper Personal and household care giving from adult children to parents and social stratification*. <http://www.upf.edu/dcpis/>
347. Vallejo-Torres, L. (n.d.). *An economic analysis of vertical equity in the delivery of health care in England*.
348. Vallejo-Torres, L., Morris, S. (2014). *Measuring Vertical Inequity in the Delivery of Healthcare*. In, 247–54. Elsevier. <https://doi.org/10.1016/b978-0-12-375678-7.00207-8>.
349. Valkonen, T. (1993). *Problems in the measurement and international comparison of socio-economic differences in mortality*. *Social Science & Medicine*, 36(4), 409–418. doi:10.1016/0277-9536(93)90403-q
350. van Broese Groenou, M. I., & van Tilburg, T. (2003). *Network size and support in old age: Differentials by socio-economic status in childhood and adulthood*. *Ageing and Society*, 23(5), 625–645. <https://doi.org/10.1017/S0144686X0300134X>

351. van de Poel, E., van Doorslaer, E., & O'Donnell, O. (2012). Measurement of inequity in health care with heterogeneous response of use to need. *Journal of Health Economics*, 31(4), 676–689. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2012.05.005>
352. van Deurzen, I., van Oorschot, W., & van Ingen, E. (2014). *The Link between Inequality and Population Health in Low and Middle Income Countries: Policy Myth or Social Reality?* <https://doi.org/10.1371/journal.pone>
353. van Doorslaer, E., & Koolman, X. (2004). Explaining the differences in income-related health inequalities across European countries. *Health Economics*, 13(7), 609–628. <https://doi.org/10.1002/hec.918>
354. van Doorslaer, E., & Jones, A. M. (2004). Income-related inequality in health and health care in the European Union. In *Health Economics* (Vol. 13, Issue 7, pp. 605–608). <https://doi.org/10.1002/hec.917>
355. van Doorslaer, E., Koolman, X., & Jones, A. M. (2004). Explaining income-related inequalities in doctor utilisation in Europe. *Health Economics*, 13(7), 629–647. <https://doi.org/10.1002/hec.919>
356. van Doorslaer, E., O'Donnell, O., Rannan-Eliya, R. P., Somanathan, A., Adhikari, S. R., Garg, C. C., Harbianto, D., Herrin, A. N., Huq, M. N., Ibragimova, S., Karan, A., Lee, T. J., Leung, G. M., Lu, J. F. R., Ng, C. W., Pande, B. R., Racelis, R., Tao, S., Tin, K., ... Zhao, Y. (2007). Catastrophic payments for health care in Asia. *Health Economics*, 16(11), 1159–1184. <https://doi.org/10.1002/hec.1209>
357. van Doorslaer, E., & van Ourti, T. (2012). Measuring inequality and Inequity in Health and Health Care. In *The Oxford Handbook of Health Economics* (Vol. 9780199238828). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199238828.013.0035>
358. van Houtven, C. H., & Norton, E. C. (2004). Informal care and health care use of older adults. *Journal of Health Economics*, 23(6), 1159–1180. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2004.04.008>
359. Verbakel, E. (2014). Informal caregiving and well-being in Europe: What can ease the negative consequences for caregivers? *Journal of European Social Policy*, 24(5), 424–441. <https://doi.org/10.1177/0958928714543902>

360. Viitanen, T.K. (2007) Informal and formal care in Europe. Working Paper. Department of Economics, University of Sheffield ISSN 1749-8368
361. Vlachantoni, A. (2012). Financial inequality and gender in older people. In *Maturitas* (Vol. 72, Issue 2, pp. 104–107). <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2012.02.015>
362. Vlada RH (2023). <https://vlada.gov.hr/vijesti/uruceni-ugovori-za-izgradnju-i-opremanje-18-centara-za-starije-osobe-vrijedni-159-milijuna-eura/39113>
363. Vončina, L., Pristaš, I., Mastilica, M., Polašek, O., Šošić, Z. i Stevanović, R. (2007). Use of Preventive Health Care Services among Unemployed in Croatia. *Croatian Medical Journal*, 48. (5), 0-0. Preuzeto s <https://hrcak.srce.hr/20931>
364. Wagner, M., & Brandt, M. (2018). Long-term Care Provision and the Well-Being of Spousal Caregivers: An Analysis of 138 European Regions. *Journals of Gerontology - Series B Psychological Sciences and Social Sciences*, 73(4), e24–e34. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbx133>
365. Wagstaff, A. (2002). Inequality aversion, health inequalities and health achievement. In *Journal of Health Economics* (Vol. 21).
366. Wagstaff, A., van Doorslaer, E., & Paci, P. (1991). On the measurement of horizontal inequity in the delivery of health care. *Journal of Health Economics*, 10(2), 169-205. doi:10.1016/0167-6296(91)90003-6
367. Wagstaff, A., van Doorslaer, E., & Paci, P. (1989). Equity in the finance and delivery of health care: some tentative cross-country comparisons. *Oxford Review of Economic Policy*, 5(1), 89–112. <http://www.jstor.org/stable/23606200>
368. Wagstaff, A., van Doorslaer, E., van der Burg, H., Calonge, S., Christiansen, T., Citoni, G., Gerdtham, U.-G., Gerfin, M., Gross, L., Hakinen, U., Johnson, P., John, J., Klavus, J., Lachaud, C., Lauritsen, J., Leu, R., Nolan, B., Peran, E., Pereira, J., ... Winkelhake, O. (1999). Equity in the finance of health care: some further international comparisons 1990–1995. In *Journal of Health Economics* (Vol. 18).
369. Wagstaff, A., & van Doorslaer, E. (2000). The Board of Regents of the University of Wisconsin System Measuring and Testing for Inequity in the Delivery

- of Health Care Measuring and Testing for Inequity in the Delivery of Health Care. In Source: *The Journal of Human Resources* (Vol. 35, Issue 4).
370. Wagstaff, A., & van Doorslaer, E. (2004). Overall versus-socioeconomic health inequality: A measurement framework and two empirical illustrations. *Health Economics*, 13(3), 297–301. <https://doi.org/10.1002/hec.822>
371. Waitzberg, R., Schmidt, A. E., Blümel, M., Penneau, A., Farmakas, A., Ljungvall, Å., Barbabella, F., Augusto, G. F., Marchildon, G. P., Saunes, I. S., Vočanec, D., Miloš, I., Contel, J. C., Murauskiene, L., Kroneman, M., Tambor, M., Hroboň, P., Wittenberg, R., Allin, S., & Or, Z. (2020). Mapping variability in allocation of Long-Term Care funds across payer agencies in OECD countries. In *Health Policy* (Vol. 124, Issue 5, pp. 491–500). Elsevier Ireland Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.02.013>
372. Wagstaff, A., & Watanabe, N. (2003). What difference does the choice of SES make in health inequality measurement? *Health Economics*, 12(10), 885–890. <https://doi.org/10.1002/hec.805>
373. Wagstaff, A., Paci, P., van Doorslaer, E. (1991). On the Measurement of Inequalities in Health. *Social Science & Medicine* 33 (5): 545–57. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(91\)90212-u](https://doi.org/10.1016/0277-9536(91)90212-u)
374. Wallace, S. P. (2014). Equity and Social Determinants of Health Among Older Adults. *Generations: Journal of the American Society on Aging*, 38(4), 6–11. <https://www.jstor.org/stable/26556070>
375. Walsh, B., & Lyons, S. (2020). *Demand for the Statutory Home Care Scheme*. <https://doi.org/10.26504/rs122>
376. Wielink, G., Huijsman, R., McDonnell, J., (1997). Preferences for care: A study of elders living independently in the Netherlands. *Research on Aging*, 19, 174–198. doi:10.1177/0164027597192002
377. Wilkinson, R. G. (1986). Socioeconomic differences in mortality: interpreting on data on their size and trends. In *Class and Health: Research and Longitudinal Data*, Wilkinson R. G. (ed). Tavistock, London.

378. World Health Organization. (2002). Long-term Care Team, WHO Cross-Cluster Initiative on Long-Term Care & WHO Collaborating Center for Research on Health of the Elderly. Dostupno na: <http://www.who.int/iris/handle/10665/67275>, pregledano 16.08.2023.
379. WHO. (2008). Commission on social determinants of Health Final Report. Geneva, Switzerland: World Health Organization. Dostupno na: http://www.who.int/social_determinants/the-commission/finalreport/en/index, pristupljeno 08.08.2023.
380. WHO. (2015). Global strategy on diet, physical activity and health. Dostupno na: http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_olderadults/en/, pregledano: 16.08.2023
381. World Health Organization. (2021). Ageing and health. Dostupno na: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>, pregledano 09.09.2023.
382. WHO. (2019). Reducing inequities in health across the life-course Later life and healthy ageing A publication of the European Health Equity Status Report initiative. Dostupno na: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2019-3531-43290-60672>, pregledano 05.11.2023.
383. Wija, P. (2015). Formal and informal long-term care and the role of family careers: Czech Republic. *European Journal of Mental Health*, 10(2), 233–244. <https://doi.org/10.5708/EJMH.10.2015.2.9>
384. Williams, D. R. (1990). Socioeconomic Differentials in Health: A Review and Redirection. In *Source: Social Psychology Quarterly* (Vol. 53, Issue 2). doi: 10.2307/2786672
385. World Health Organization. Regional Office for Europe. (1993). Health for all targets: the health policy for Europe. World Health Organization. Regional Office for Europe. <https://iris.who.int/handle/10665/341920>
386. World Health Organization. (2002). Long-term Care Team, WHO Cross-Cluster Initiative on Long-Term Care & WHO Collaborating Center for Research on

Health of the Elderly. Dostupno na: <http://www.who.int/iris/handle/10665/67275>, pregledano 02.05.2023.

387. World Health Organization. (2013). *The economics of social determinants of health and health inequalities: a resource book*. Dostupno na: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241548625>
388. Xu, K., Evans, D. B., Carrin, G., Aguilar-Rivera, A. M., Musgrove, P., & Evans, T. (2007). Protecting households from catastrophic health spending. *Health Affairs*, 26(4), 972–983. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.26.4.972>
389. Zigante, V. (2018). *Written by Informal care in Europe Exploring Formalization, Availability and Quality*. European Commission, Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion, Brussels. <https://data.europa.eu/doi/10.2767/78836>
390. Zimmer, Z. (2003). A further discussion on revisiting the classification of household composition among elderly people. In *Journal of Cross-Cultural Gerontology* (Vol. 18). 247–250. doi: 10.1023/b:jccg.0000003092.80353.fb
391. Zygouri, I., Cowdell, F., Ploumis, A., Gouva, M., & Mantzoukas, S. (2021). Gendered experiences of providing informal care for older people: a systematic review and thematic synthesis. *BMC Health Services Research*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06736-2>

This paper uses data from SHARE Waves 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 and 9 (DOIs: [10.6103/SHARE.w1.900](https://doi.org/10.6103/SHARE.w1.900), [10.6103/SHARE.w2.900](https://doi.org/10.6103/SHARE.w2.900), [10.6103/SHARE.w3.900](https://doi.org/10.6103/SHARE.w3.900), [10.6103/SHARE.w4.900](https://doi.org/10.6103/SHARE.w4.900), [10.6103/SHARE.w5.900](https://doi.org/10.6103/SHARE.w5.900), [10.6103/SHARE.w6.900](https://doi.org/10.6103/SHARE.w6.900), [10.6103/SHARE.w7.900](https://doi.org/10.6103/SHARE.w7.900), [10.6103/SHARE.w8.900](https://doi.org/10.6103/SHARE.w8.900), [10.6103/SHARE.w8ca.900](https://doi.org/10.6103/SHARE.w8ca.900), [10.6103/SHARE.w9.900](https://doi.org/10.6103/SHARE.w9.900), [10.6103/SHARE.w9ca900](https://doi.org/10.6103/SHARE.w9ca900)) see Börsch-Supan et al. (2013) for methodological details.(1) The SHARE data collection has been funded by the European Commission, DG RTD through FP5 (QLK6-CT-2001-00360), FP6 (SHARE-I3: RII-CT-2006-062193, COMPARE: CIT5-CT-2005-028857, SHARELIFE: CIT4-CT-2006-028812), FP7 (SHARE-PREP: GA N°211909, SHARE-LEAP: GA N°227822, SHARE M4: GA N°261982, DASISH: GA N°283646) and Horizon 2020 (SHARE-DEV3: GA N°676536, SHARE-COHESION: GA N°870628, SERISS: GA N°654221, SSHOC: GA N°823782, SHARE-COVID19: GA N°101015924) and by DG Employment, Social Affairs & Inclusion through VS 2015/0195, VS 2016/0135, VS 2018/0285, VS 2019/0332, VS 2020/0313 and SHARE-EUCOV: GA N°101052589 and EUCOVII: GA N°101102412. Additional funding from the German Ministry of Education and Research, the Max Planck

Society for the Advancement of Science, the U.S. National Institute on Aging (U01_AG09740-13S2, P01_AG005842, P01_AG08291, P30_AG12815, R21_AG025169, Y1-AG-4553-01, IAG_BSR06-11, OGHA_04-064, BSR12-04, R01_AG052527-02, HHSN271201300071C, RAG052527A) and from various national funding sources is gratefully acknowledged (see www.share-eric.eu).

ILUSTRACIJE; POPIS TABLICA, GRAFIČKIH PRIKAZA, SLIKA, FOTOGRAFIJA, CRTEŽA, SHEMA, DIJAGRAMA

POPIS TABLICA

Tablica 1: Vrsta socijalnog programa dugotrajne skrbi u skladu s vrstom pružene usluge	33
Tablica 2: Financijska izdvajanja za dugotrajnu njegu zemalja članica Europske unije od 2020. – 2022. godine.....	35
Tablica 3: Zaposlenici u sektoru dugotrajne njege u omjeru 1:100 korisnika starije životne dobi, 2011. i 2019. godina.....	43
Tablica 4: Udio registriranih i neregistriranih zaposlenika u sektoru dugotrajne njege, u EU, 2021. godine.....	44
Tablica 5: Zastupljenost žena u sektoru dugotrajne njege u odnosu na muškarce, u %, 2016. godina	48
Tablica 6 : Prikaz horizontalne (ne)jednakosti i vertikalne (ne)pravde u korištenju usluga dugotrajne skrbi definirana prema broju dolazaka profesionalnog njegovatelja (formalni tip njege)	81
Tablica 7: Pregled literature za testiranje i mjerenje nejednakosti unutar zdravstvenog i socijalnog sektora na području Europe (horizontalni pristup).....	95
Tablica 8: Pregled literature za testiranje i mjerenje vertikalne nepravde unutar zdravstvenog sektora na području Europe.....	97
Tablica 9: Pregled zavisnih i nezavisnih varijabli za ispitivanje nejednakosti u korištenju kućne njege	99
Tablica 10: Objašnjenja nezavisnih varijabli koje će se koristiti u ispitivanju nejednakosti i nepravde u kućnoj njezi.....	100
Tablica 11: Pregled čimbenika potrebe i čimbenika ne-potrebe u korištenju kućne njege	103
Tablica 12: Deskriptivna statistika svih varijabli (neponderirane vrijednosti).....	278
Tablica 13: Korelacijska matrica Pearsonovih korelacijskih koeficijanata.....	127
Tablica 14: Logistička regresija za formalnu njegu	282
Tablica 15: Logistička regresija za neformalnu njegu	289
Tablica 16: Demografsko kretanje osoba starije životne dobi u razdoblju od 2011. do 2022. godine, u tisućama.....	172
Tablica 17: Prosječna starost stanovništva i očekivano trajanje života.....	173
Tablica 18: Korisnici mirovina koji su pravo na mirovinu ostvarili prema Zakonu o mirovinskom osiguranju, prvi kvartal 2024. godine	174

Tablica 19: Korisnici mirovina koji su pravo na mirovinu ostvarili prema Zakonu o mirovinskom osiguranju prema spolu, prvi kvartal 2024. godine.....	175
Tablica 20: Osobe u riziku od siromaštva ili socijalne isključenosti prema dobi i spolu.....	176
Tablica 21: Ukupni izdaci socijalne zaštite te izdaci za naknade socijalne zaštite prema funkciji socijalne zaštite, u milijunima eura.....	177
Tablica 22: Katalog socijalnih usluga za djelatnost pomoć u kući.....	180
Tablica 23: Intervali cijena socijalnih usluga - pomoć u kući.....	180
Tablica 24: Izdaci za materijalne oblike (prava) socijalne skrbi - pomoć u kući, za razdoblje 2021. godine.....	181
Tablica 25: Doplatak za pomoć i njegu za razdoblje 2021. godine.....	182
Tablica 26: Prava u socijalnoj skrbi - pomoć u kući, u 2021. godini.....	183
Tablica 27: Socijalna usluga - pomoć u kući - osobe starije životne dobi, za razdoblje 2021. godine.....	184
Tablica 28: Broj korisnika pomoći u kući prema dobnim i spolnim kategorijama, 2021. godine.....	185
Tablica 29: Broj korisnika prema vrstama pomoći u kući, po jedinici korištene usluge, 2021. godina.....	186
Tablica 30: Pregled literature za testiranje i mjerenje nejednakosti unutar zdravstvenog i socijalnog sektora na području Europe (horizontalni pristup).....	248
Tablica 31: Pregled literature za testiranje i mjerenje socioekonomske nejednakosti unutar zdravstvenog i socijalnog sektora na području Europe.....	263
Tablica 32: Pregled literature za testiranje i mjerenje vertikalne nepravde unutar zdravstvenog sektora na području Europe.....	275
Tablica 33: Kontribucije KI za formalnu njegu (sa z vrijednostima).....	294
Tablica 34: Kontribucije KI za neformalnu njegu (sa z vrijednostima).....	298
Tablica 35: Kontribucije vertikalnom KI za formalnu njegu (sa z vrijednostima).....	302
Tablica 36: Kontribucije vertikalnom KI za neformalnu njegu (sa z vrijednostima).....	303

POPIS SLIKA

Slika 1: Aktualni koncentracijski indeks/horizontalna/vertikalna/ukupna nepravda	132
Slika 2: Aktualni koncentracijski indeks/horizontalna/vertikalna/ukupna nepravda	133
Slika 3: Aktualni koncentracijski indeks/horizontalna/vertikalna/ukupna nepravda	134
Slika 4: Formalna njega - dekompozicija koncentracijskog indeksa	143
Slika 5: Neformalna njega – dekompozicija koncentracijskog indeksa.....	144
Slika 6: Formalna njega - elastičnost i parcijalni KI.....	149
Slika 7: Formalna njega – elastičnost i parcijalni K.....	150
Slika 8: Neformalna njega – elastičnost i parcijalni KI.....	151
Slika 9: Neformalna njega - elastičnost i parcijalni KI.....	152
Slika 10: Formalna njega - dekompozicija vertikalne nepravde.....	155
Slika 11: Neformalna njega - dekompozicija vertikalne nepravde.....	156

POPIS SHEMA

Shema 1: Odrednice koje utječu na proces zdravog starenja	53
Shema 2: Čimbenici utjecaja na distribuciju zdravlja među starijom populacijom	59
Shema 3: Povezanost socioekonomskih čimbenika sa korištenjem formalne i neformalne njege....	60
Shema 4: Grafički prikaz koncepta	105

POPIS GRAFIČKIH PRIKAZA

Grafikon 1: Prosječni mirovinski izdaci po korisniku (iskazano prema paritetu kupovne moći), u 2021. godini	40
Grafikon 2: Grafikon 3: Financijska samouvjerenost korisnika u komforan život u mirovini, 2023. godina.....	41
Grafikon 3: Potreba za uslugom dugotrajne njege.....	170
Grafikon 4: Potreba za uslugom iz kategorije pomoć u kući.....	186
Grafikon 5: Život u kućanstvu osoba iznad 65 godina starosti u RH.....	188
Grafikon 6: Pomoć od strane djece.....	188
Grafikon 7: Postotak broja neformalnih negovatelja u odnosu na duljinu njege, u %.....	190
Grafikon 8: Duljina provođenja njege neformalnih negovatelja u Zagrebu, u %.....	191
Grafikon 9: Čimbenici utjecaja na pojavu stresa kod neformalnih negovatelja.....	193
Grafikon 10: Razlozi negovatelja zbog kojih su postali negovatelji u obitelji.....	205

PRIVITCI

Tablica 30: Pregled literature za testiranje i mjerenje nejednakosti unutar zdravstvenog i socijalnog sektora na području Europe (horizontalni pristup)

Br.	Studija	Sektor	Zemlje	Razdoblje	Varijable	Model	Dobna skupina
1.	Ilinca et al., 2017	Socijalni	Korisnici SHARE studije u 9 zemalja Europe	2013., <i>cross-national study</i>	Dob, spol, percepcija vlastitog zdravlja, ADL ograničenja, broj kroničnih bolesti, dugotrajne bolesti, zdravstveno stanje, mentalno zdravlje, kognitivni poremećaj, krhko stanje zdravlja, razina obrazovanja, ruralna i urbana regija, broj članova kućanstva, broj djece, bračni status, korištenje kućne njege	Gini koeficijent za dohodak kućanstva. Model baziran na koncentracijskom indeksu (CI), dekompoziciji koncentracijskog indeksa i regresijskoj analizi predloženoj od strane Wagstaff et al., 2003., za izračun socioekonomskih nejednakosti u zdravlju	Korisnici 60 i više godina
2.	Bago d' Uva et al., 2009	Zdravstveni	Španjolska, Irska, Italija, Belgija, Grčka, Danska, Nizozemska, Austrija,	8 izdanja <i>European Community Household Panel User Database</i>	Dob, spol, percepcija zdravstvenog stanja, fizičke ili mentalne bolesti, invalidnost, dohodak, razina	Koncentracijski indeks (CI) za mjerenje dohodovne nejednakosti u korištenju doktora opće prakse i specijalista. <i>Latent class hurdle</i>	

			Portugal, Finska	(ECHP- UDB)	obrazovanja, bračno stanje, status zaposlenja,	model (LCH) predložen od strane Bago d' Uva, 2006., korišten kao alternativni model za heterogenost u razmatranju panel podataka. Koristi se za predviđanje zdravstveni usluga	
3.	Rodrigues et al., 2018	Socijalni	14 Europskih zemalja (Austrija, Njemačka, Švedska, Nizozemska, Španjolska, Italija, Francuska, Danska, Švicarska, Belgija, Češka, Luksemburg, Slovenija, Estonija	SHARE baza, 2013 godina	Formalna njega, neformalna njega, dohodak kućanstva, ukupno bogatstvo kućanstva, zdravstveno stanje, ADL, kronične bolesti, dugotrajne bolesti, mentalno zdravlje, kognitivne poteškoće, obrazovanje, broj članova kućanstva, vlasništvo nad kućom, broj djece, život sa partnerom u kućanstvu	Socioekonomska nejednakost mjerena putem koncentracijskom indeksa (CI) i dekompozicijom CI. Zbog odnosa varijable bogatstva i dohotka korišten alternativni pristup CI (Wagstaff, Watanabe, 2003). Korišten horizontalni indeks (HI) za za mjerenje jednakosti unutar sociokonomskih čimbenika	Korisnici 60 + godina
4.	Lera et al., 2021	Socijalni	Danska, Švedska, Grčka, Italija,	SHARE baza, 2017. godina	Formalna njega, neformalna njega, dob, spol, bračni	Korišten logit model za vjerojatnost korištenja dugotrajne njege.	Korisnici 50-65; 66- 80 i stariji

			Španjolska, Austrija, Belgija, Francuska, Njemačka, Češka		status, sastav kućanstva, veličina kućanstva, život sa djecom, broj članova kućanstva, obrazovanje, ruralna ili urbana regija, percepcija osobnog zdravlja, ADL, kronične bolesti, geografska regija življenja, ukupan dohodak kućanstva, ukupno bogatstvo kućanstva	Utjecaj drugih čimbenika na LTC ispitan logističkom metodom. Za ispitivanje nejednakosti unutar korištenja formalne i neformalne njege korišten indeks koncentracije (CI). Izvršena dekompozicija CI zbog binarnih varijabli. Korišten indeks horizontalne nepravde (HI) u ispitivanju nejednakosti kontrolom čimbenika potrebe i ne-potrebe.	od 80 godina
5.	Tenand et al., 2020 (a)	Socijalni	Nizozemska	2012.godina		Indirektna standardna metoda (O' Donell et al., 2012)	Korisnici 65 i više godina
6.	Tenand et al., 2020 (b)	Socijalni	Nizozemska	2012. godina	Dob, spol, umrli u 2012., Nizozemski državljanin, živući supružnik, broj djece, udaljenost od djece, regija življenja, obrazovanje, dohodak, bogatstvo,	Korištena metoda horizontalnog indeksa u ispitivanju nejednakosti u korištenju kućne njege unutar različitih socioekonomskih grupa. Potom korišten horizontalni indeks za pravo na kućnu njegu i	Korisnici 65 i više godina

					<p>podobnost za kućnu njegu, korištenje kućne njege, funkcionalna ograničenja, senzorna ograničenja, kronične bolesti, percepcija vlastitog zdravlja, trošak zdravstvene skrbi i lijekova</p>	<p>u trećem dijelu individualne podobnosti za kućnu njegu i mjere nejednakosti u odnosu na stvarnu upotrebu njege.</p>	
7.	Carrieri et al., 2017	Socijalni	<p>SHARE podatci, 10 Europskih zemalja (Austrija, Belgija, Danska, Francuska, Njemačka, Grčka, Italija, Nizozemska, Španjolska, Švedska)</p>	<p>Razdoblje 2006 – 2007 godine</p>	<p>Formalna njega, neformalna njega, dob, spol, zdravstveno stanje, percepcija zdravstvenog stanja, broj simptoma od 11 navedenih, broj funkcionalnih ograničenja, ekvivalentni prihod, umirovljenje, ruralna regija, podrška nacionalnog sistema</p>	<p>Korišten koncentracijski indeks i dekompozicija u korištenju formalne i neformalne njege (Erreygers, 2009). Ekvivalentni prihod uzima u obzir dohodak kućanstva u odnosu na sastav kućanstva (broj odraslih i djece)</p>	<p>Korisnici 65+ godina</p>

8.	Rodrigues et al., 2017	Socijalni	Austrija, Belgija, Češka, Danska, Estonija, Francuska, Njemačka, Italija, Luksemburg, Nizozemska, Slovenija, Španjolska, Švedska, Švicarska	SHARE podatci, 2013. godine	Formalna njega u kući, neformalna njega od njegovatelja izvan ili unutar kućanstva, zdravstveno stanje, razina neovisnosti, dob, spol, sastav kućanstva, bračno stanje, broj djece, dohodak, obrazovanje	Nejednakosti mjerene korištenjem koncentracijskog indeksa (CI) koji omogućuje mjerenje nejednakosti u zdravlju i zdravstvenim uslugama među zemljama. Socioekonomski status je proksiran dohotkom. Rezultati prezentirani horizontalnim indeksom jednakosti	Korisnici 60 i više godina
9.	Carrieri, Wuebker, 2013	Zdravstveni	13 Europskih zemalja (Italija, Poljska, Njemačka, Španjolska, Francuska, Nizozemska, Belgija, Grčka, Švicarska, Austrija, Švedska, Češka, Danska)	SHARE podatci, 2009 godine	Mamografski pregled, pregled krvi (svake dvije godine), čimbenici rizika za tumor, dob, spol, pojačani zdravstveni rizici, dohodak, povijest bolesti, percepcija zdravstvenog stanja, generalno zdravstveno stanje, obrazovanje, radni status, život u ruralnoj regiji	Koncentracijski indeks korišten u mjerenju dohodovnih nejednakosti u preventivnoj njezi. Korekcijska metoda putem dekompozicije CI. Ekvivalentni dohodak prilagođen za sastav kućanstva – broj članova dijeljen sa metrom kvadratnim.	Korisnici (žene) 50-69 (za analizu tumora dojke)
10.	Van Doorslaer	Zdravstveni	12 članica EU (Austrija,	1996. godina	Dob, spol, dohodak,	Korišten koncentracijski indeks	Korisnici 30+ godina

et al., 2004		Belgija, Danska, Njemačka, Grčka, Irska, Italija, Luksemburg, Nizozemska, Portugal, Španjolska, Velika Britanija)		zdravstveno stanje, obrazovanje, zdravstvene poteškoće, radni status, bračno stanje, regija življenja	za mjerenje nejednakosti uvjetovane dohotkom. Dekompozicija CI (mjerenje potražne elastičnosti i nejednake distribucije unutar dohotka). Non linearna regresija korištena pri izračunu horizontalne jednakosti (HI)	(muškarci); 16+ (žene)
-----------------	--	---	--	---	---	---------------------------

Tablica 31: Pregled literature za testiranje i mjerenje socioekonomskih nejednakosti unutar zdravstvenog i socijalnog sektora na području Europe

Br	Studija	Sektor	Zemlje	Razdoblje	Varijable	Model	Dobna skupina
1.	Herd, 2006	Zdravstveni	Korisnici <i>Health and Retirement Study</i>	1992. - 2002.	Dob, spol, rasa, obrazovanje, funkcionalna ograničenja, geografska sredina, regija življenja /urbana ili ruralna	Model krivulje rasta slučajnog koeficijenta (<i>The Random Coefficient Growth Curve Model</i> , Lynch, 2003)	Korisnici 50-tih, 60-tih i 70-tih godina
2.	Ilinca et al., 2017	Socijalni	Korisnici SHARE studije u 9	2013., <i>cross-</i>	Dob, spol, percepcija vlastitog	Gini koeficijent za dohodak kućanstva.	Korisnici 60 i više godina

			zemalja Europe	<i>national study</i>	zdravlja, ADL ograničenja, broj kroničnih bolesti, dugotrajne bolesti, zdravstveno stanje, mentalno zdravlje, kognitivni poremećaj, krhko stanje zdravlja, razina obrazovanja, ruralna i urbana regija, broj članova kućanstva, broj djece, bračni status, korištenje kućne njege	Model baziran na koncentracijskom indeksu (CI), dekompoziciji koncentracijskog indeksa i regresijskoj analizi predloženoj od strane Wagstaff et al., 2003 za izračun socioekonomskih nejednakosti u zdravlju	
3.	Machenbach et al., 2008	Zdravstveni	22 zemlje Europe	1990. - 2000. godine	Dob, spol, uzrok smrti, percepcija vlastitog zdravlja, indeks tjelesne mase i socioekonomski i indikatori	Dvije analize - jedna uzrok smrtnosti a druga usmjerena na učestale uzroke smrtnosti. Korišten	Korisnici starosti od 30 do 69 godine

					(obrazovanje, radno mjesto, dohodak) smrtnosti	relativni indeks nejednakosti pomoću <i>Poisson</i> regresijske analize	
4.	García-Gómez et al., 2015	Socijalni	Španjolska	2008. godina	Formalna njega na razini zajednice, korištenje formalne njege, korištenje neformalne njege, korištenje intenzivne neformalne njege, zadovoljstvo pruženim formalnim uslugama u zajednici, zadovoljstvo formalnim i neformalnim uslugama u kući, dob, spol, ADL, IADL, zdravstveni problemi, percepcija	Korišten koncentracijski indeks (Wagstaff, van Doorslaer, 2000) za mjerenje socijalne nejednakosti. Dekompozicija koncentracijskog indeksa (Erreygers, 2009). Uključen konvencionalni pristup mjerenju horizontalne jednakosti (Van de Poel et al., 2012).	Korisnici od 16 godina starosti života do smrti

					osobnog zdravlja, dohodak, bračno stanje, obrazovanje, radna okupacija, regija življenja		
5.	Pirani, Salvini, 2012	Zdravstveni	Italija	2004 -2005	Dob, spol, invalidnost, kronične bolesti, fizička aktivnost, indeks tjelesne mase, obrazovanje, zadovoljstvo financijskim primanjima, uvjeti u kućanstvu, sastav kućanstva, dostupnost pomoći druge osobe, regija življenja, pomoći prijatelja i rodbine, osobe u regiji sa	Model višestruke regresije, korištenje OR za percepciju vlastitog zdravlja i individualnih i regionalnih karakteristika. Model slučajnog uzorka (<i>random effect model</i>) korišten za promatranje pojedinaca unutar iste kategorizacije regija (NUTS 2)	Korisnici starosti 65 i više godina

					pozitivnom evaluacijom na zdravstveni sustav, osobe u regiji sa pozitivnom evaluacijom financijskih sredstava, sloboda		
6.	Pappa et al., 2009	Zdravstveni	Grčka	Korisnici 18+ godina	2003. godina	Dob, spol, bračni status, obrazovanje, dohodak kućanstva	Model višestruke regresijske analize korišten za kvantificiranje utjecaja neovisnih demografskih i socioekonomskih varijabli
7.	Hoogendijk et al., 2018	Socijalni	Nizozemska	1995 – 1996; 1998 -1999; 2001 - 2002; 2005 – 2006 godine	Obrazovanje, dohodak kućanstva, fizička aktivnost, nutritivna funkcionalnost, kognitivna funkcionalnost, indeks tjelesne	Linearni miješani model (<i>linear mixed models</i>) – za analizu detekciju korisnika koji su sudjelovali u svim razdobljima ispitivanja.	Korisnici starosti 65 i više godina

					mase, problemi vida i sluha	Potom korištena mjera krhkosti predložena id Diehr et al., 2005., za korisnike koji su umrli tijekom studije. Treći pristup predstavlja teorijsku analizu socioekonomskih utjecaja ako smrtnost ne bi nastupila	
8.	Hoebel et al., 2017	Zdravstveno/socijalni	Njemačka	2014/2015 godina	Dob, spol, socioekonomski status, percipirane nezadovoljene potrebe, regija življenja, urbanost, status imigranata, tip zdravstvenog osiguranja	Logistička regresija i linearni modeli vjerojatnosti	Korisnici od 50-85 godina
9.	Huisman et al., 2004	Socijalni	11 regija Europe – Finska, Norveška, Danska,	1990 godina	Dob, spol, regija življenja, obrazovanje, posjedovanje stana/kuće	Korišten omjer stope mortaliteta, relativni indeksi	Korisnici od 30 do 90+ godina

			Engleska i Wales, Belgija, Francuska, Austrija, Švicarska, Barcelona, Madrid i Turin			nejednakosti (RII)	
10.	Floridi et al., 2021	Socijalni	12 Europskih zemalja (Austrija, Belgija, Hrvatska, Češka, Estonija, Francuska, Njemačka, Italija, Poljska, Španjolska, Švedska i Švicarska	2015 godina	Dob, spol, ADL, IADL, stopa smrtnosti, kronične bolesti, percepcija osobnog zdravlja, kognitivne funkcije, obrazovanje, bračni status, suživot sa supružnikom ili djecom, posjedovanje kuće/stana, pristup osobnom vozilu, regija življenja, raspoloživost	Multinomialni višerazinski model (Multinomial multilevel model). Dohodak i bogatstvo mjereni paritetom kupovne moći. Ekstremne vrijednosti (najbogatiji i najsiriromašniji) ublažene hiperboličkom sinusnom transformacijom za normalnu distribuciju	Korisnici 65+ godina

					ležaja unutar LTC objekata		
11.	Bago d' Uva et al., 2009	Zdravstveni	Španjolska, Irska, Italija, Belgija, Grčka, Danska, Nizozemska, Austrija, Portugal, Finska	8 izdanja <i>European Community Household Panel User Database</i> (ECHP- UDB)	Dob, spol, percepcija zdravstvenog stanja, fizičke ili mentalne bolesti, invalidnost, dohodak, razina obrazovanja, bračno stanje, status zaposlenja,	Koncentracijski indeks (CI) za mjerenje dohodovne nejednakosti u korištenju doktora opće prakse i specijalista. <i>Latent class hurdle</i> model (LCH) predložen od strane Bago d' Uva, 2006. korišten kao alternativni model za heterogenost u razmatranju panel podataka. Koristi se za predviđanje zdravstveni usluga	
12.	Rodrigues et al., 2018	Socijalni	14 Europskih zemalja (Austrija,	SHARE baza, 2013 godina	Formalna njega, neformalna njega, dohodak	Socioekonomsk a nejednakost mjerena putem koncentracijsko	Korisnici 60 + godina

			Njemačka, Švedska, Nizozemska, Španjolska, Italija, Francuska, Danska, Švicarska, Belgija, Češka, Luksemburg, Slovenija, Estonija		kućanstva, ukupno bogatstvo kućanstva, zdravstveno stanje, ADL, kronične bolesti, dugotrajne bolesti, mentalno zdravlje, kognitivne poteškoće, obrazovanje, broj članova kućanstva, vlasništvo nad kućom, broj djece, život sa partnerom u kućanstvu	m indeksa (CI) i dekompozicijom CI. Zbog odnosa varijable bogatstva i dohotka korišten alternativni pristup CI (Wagstaff, Watanabe, 2003). Korišten horizontalni indeks (HI) za mjerenje jednakosti unutar sociokonomskih čimbenika	
13.	Lera et al., 2021	Socijalni	Danska, Švedska, Grčka, Italija, Španjolska, Austrija, Belgija, Francuska,	SHARE baza, 2017. godina	Formalna njega, neformalna njega, dob, spol, bračni status, sastav kućanstva, veličina kućanstva,	Korišten logit model za vjerojatnost korištenja dugotrajne njege. Utjecaj drugih čimbenika na LTC ispitan	Korisnici 50-65; 66-80 i stariji od 80 godina

			Njemačka, Češka		život sa djecom, broj članova kućanstva, obrazovanje, ruralna ili urbana regija, percepcija osobnog zdravlja, ADL, kronične bolesti, geografska regija življenja, ukupan dohodak kućanstva, ukupno bogatstvo kućanstva	logističkom metodom. Za ispitivanje nejednakosti unutar korištenja formalne i neformalne njege korišten indeks koncentracije (CI). Izvršena dekompozicija CI zbog binarnih varijabli. Korišten indeks horizontalne nepravde (HI) u ispitivanju nejednakosti kontrolom čimbenika potrebe i nepotrebe.	
14.	Tenand et al., 2020 (a)	Socijalni	Nizozemska	2012.godina		Indirektna standardna metoda (O' Donnell et al., 2012)	Korisnici 65 i više godina
15.	Tenand et al., 2020 (b)	Socijalni	Nizozemska	2012. godina	Dob, spol, umrli u 2012., Nizozemski	Korištena metoda horizontalnog	Korisnici 65 i više godina

					državljanin, živući supružnik, broj djece, udaljenost od djece, regija življenja, obrazovanje, dohodak, bogatstvo, podobnost za kućnu njegu, korištenje kućne njege, funkcionalna ograničenja, senzorna ograničenja, kronične bolesti, percepcija vlastitog zdravlja, trošak zdravstvene skrbi i lijekova	indeksa u ispitivanju nejednakosti u korištenju kućne njege unutar različitih socioekonomskih grupa. Potom korišten horizontalni indeks za pravo na kućnu njegu i u trećem dijelu individualne podobnosti za kućnu njegu i mjere nejednakosti u odnosu na stvarnu upotrebu njege.	
16.	Carrieri et al., 2017	Socijalni	SHARE podatci, 10 Europskih zemalja (Austrija, Belgija,	Razdoblje 2006 – 2007 godine	Formalna njega, neformalna njega, dob, spol, zdravstveno	Korišten koncentracijski indeks i dekompozicija u korištenju formalne i	Korisnici 65+ godina

			Danska, Francuska, Njemačka, Grčka, Italija, Nizozemska, Španjolska, Švedska)		stanje, percepcija zdravstvenog stanja, broj simptoma od 11 navedenih, broj funkcionalnih ograničenja, ekvivalentni prihod, umirovljenje, ruralna regija, podrška nacionalnog sistema	neformalne njege (Erreygers, 2009). Ekvivalentni prihod uzima u obzir dohodak kućanstva u odnosu na sastav kućanstva (broj odraslih i djece)	
17.	Rodrigues et al., 2017	Socijalni	Austrija, Belgija, Češka, Danska, Estonija, Francuska, Njemačka, Italija, Luksemburg, Nizozemska, Slovenija, Španjolska, Švedska, Švicarska	SHARE podatci, 2013. godine	Formalna njega u kući, neformalna njega od njegovatelja izvan ili unutar kućanstva, zdravstveno stanje, razina neovisnosti, dob, spol, sastav kućanstva, bračno stanje, broj djece,	Nejednakosti mjerene korištenjem koncentracijskog indeksa (CI) koji omogućuje mjerenje nejednakosti u zdravlju i zdravstvenim uslugama među zemljama. Socioekonomski status je proksiran dohotkom.	Korisnici 60 i više godina

					dohodak, obrazovanje	Rezultati prezentirani horizontalnim indeksom jednakosti	
18.	Carrieri, Wuebker, 2013	Zdravstveni	13 Europskih zemalja (Italija, Poljska, Njemačka, Španjolska, Francuska, Nizozemska, Belgija, Grčka, Švicarska, Austrija, Švedska, Češka, Danska)	SHARE podatci, 2009 godine	Mamografski pregled, pregled krvi (svake dvije godine), čimbenici rizika za tumor, dob, spol, pojačani zdravstveni rizici, dohodak, povijest bolesti, percepcija zdravstvenog stanja, generalno zdravstveno stanje, obrazovanje, radni status, život u ruralnoj regiji	Koncentracijski indeks korišten u mjerenju dohodovnih nejednakosti u preventivnoj njezi. Korekcijska metoda putem dekompozicije CI. Ekvivalentni dohodak prilagođen za sastav kućanstva – broj članova dijeljen sa metrom kvadratnim.	Korisnici (žene) 50-69 (za analizu tumora dojke)
19.	Espelt et al., 2010	Zdravstveni/socijalni	Španjolska (Barcelona)	Podatci iz 1992, 2000 i 2006 godine	Dob, spol, ADL, obrazovanje	Lognormal regresijska analiza, Poisson	Korisnici 65 i više godina

						regresijski model	
20.	Cullati, 2015	Zdravstveni	Švicarska	Podaci 2004 – 2011 godine	Dob, obrazovanje, radni status, dohodak, percepcija osobnog zdravlja, indeks tjelesne mase, depresija, upotreba lijekova, bračni status	Model višestruke regresije	Korisnici od 25 godina života nadalje
21.	Abasolo et al., 2001	Zdravstveni	Španjolska	Podatci iz 1993. godine	Dob, spol, socioekonomsk a pozadina (obrazovanje, zaposlenje i okupacija), vrijeme putovanja. vrijeme čekanja, regija življenja, karakteristike kućanstva, privatno zdravstveno obrazovanje, percepcija	Regresijski koeficijent	Korisnici stariji od 16 godina

					zdravlja, kronične bolesti, indeks tjelesne mase, bračni status, broj djece.		
22.	Schöllgen et al., 2010	Zdravstveni	Njemačka	Podatci iz 2002. godine	Dob, spol, regija življenja, život s partnerom, obrazovanje, dohodak, financijsko bogatstvo, psihičko zdravlje, fizičko zdravlje, subjektivno zdravlje	Logistička regresija	Korisnici od 40 - 85 godina
23.	Allin et al., 2009	Zdravstveni	11 zemalja Europe (Austrija, Belgija, Danska, Francuska, Njemačka, Grčka, Italija, Nizozemska ,	Podatci iz 2004. godine	Dob, spol, zdravstveno stanje, percepcija zdravstvenog stanja, ograničenja u dnevnim aktivnostima, , kronična oboljenja, radni	Model logističke regresije – za mogućnost barem jednog posjeta liječniku i zubaru. Potom negativna binomalna regresija – za broj dolazaka liječnika opće	Korisnici iznad 50 godina starosti

			Španjolska, Švedska, Švicarska) + SAD		status, uporaba cigareta, obrazovanje, volontersko privatno zdravstveno osiguranje, dohodak, ukupno bogatstvo, Posjete doktoru opće prakse, posjete zubaru	prakse. Horizontalna nejednakost mjerena koncentracijskom krivuljom (zasebno za dohodak, zasebno za bogatstvo). Korišten koncentracijski indeks (za korištenje usluge liječnika povezane sa dohotkom i bogatstvom) i prilagođeni koncentracijski indeks (stvarna potreba za liječnikom)	
24.	Albertini, Pavolini, 2015	Socijalni	Danska, Njemačka, Francuska i Italija	Podatci od 2004.-2007. godine	Dob, spol, obrazovanje, Samostalan život, Broj djece unutar kućanstva i izvan, ADL, IADL,	Logit model prosječne populacije na mogućnost primanja formalne njege	Korisnici od 65 godine starosti

					posjeduje imovinu (kuću), koristi formalnu njegu, prima neformalnu njegu od osobe izvan kućanstva, prima neformalnu pomoć pri papirologiji, prima neformalnu pomoć od osobe unutar kućanstva, regija življenja, ekvivalentni dohodak kućanstva, financijsko bogatstvo po članu obitelji		
25.	Van Ourti, 2003	Zdravstveno/Socijalni	Belgija	1994.-1998. godine	Dob, spol, dohodak od rada, regija življenja, broj djece, mogućnost	Korištena ECuity metodologija. Koncentracijski indeks, OLS regresija	Korisnici 65+ godina

					štednje, obrazovanje, stručna sprema, radna pozicija		
26.	Van Doorslaer et al., 2004	Zdravstveni	12 članica EU (Austrija, Belgija, Danska, Njemačka, Grčka, Irska, Italija, Luksemburg, Nizozemska, Portugal, Španjolska, Velika Britanija)	1996. godina	Dob, spol, dohodak, zdravstveno stanje, obrazovanje, zdravstvene poteškoće, radni status, bračno stanje, regija življenja	Korišten koncentracijski indeks za mjerenje nejednakosti uvjetovane dohotkom. Dekompozicija CI (mjerenje potražne elastičnosti i nejednake distribucije unutar dohotka). Non linearna regresija korištena pri izračunu horizontalne jednakosti (HI)	Korisnici 30+ godina (muškarci); 16+ (žene)
27.	Sánchez-Moreno, Gallardo-Peralta, 2021	Socijalni	24 Europske zemlje (Austrija, Bugarska, Češka, Njemačka, Danska,	2014 – 2015 godina osim Austrija i UK (2013)	Dob, spol, samački život, GALI, ADL, obrazovanje, dohodak, socijalna potpora, Gini	Gini koeficijent uključen kao mjera socioekonomske nejednakosti (mjeri distribuciju	Korisnici 65 + godina

			Estonija, Grčka, Finska, Francuska, Mađarska, Irska, Italija, Litva, Luksemburg, Latvija, Norveška, Poljska, Portugal, Rumunjska, Švedska, Slovenija, Slovačka, UK, Island		koeficijent, razina ovisnosti o drugoj osobi, trošak za zdravstvene usluge (kao % BDP-a), depresija	dohotka unutar zemalja na savršeno jednake proporcije). Linearna regresijska analiza za analizu utjecaja varijabli na različitim razinama	
28.	Floridi et al., 2020	Socijalni	12 Europskih zemalja (Austrija, Belgija, Hrvatska, Češka, Estonija, Francuska, Njemačka, Italija, Poljska, Španjolska,	Podatci iz SHARE baze za 2015. godinu uz podatke iz Eurostata (2019) za indikatore LTC po regijama	Dob, spol, formalna njega, neformalna njega, miješana njega, dohodak, ukupno bogatstvo, ADL, IADL, ograničenja u kretanju, kronične bolesti, percepcija vlastitog	Korišten multinominalni višerazinski kodel	Korisnici 65+ godina

			Švedska, Švicarska)		zdravlja, obrazovanje, bračni status, broj djece, posjedovanje kuće, posjedovanje automobila, broj LTC kreveta na 1000 stanovnika, paritet kupovne moći, regija življenja		
29.	Brandt et al., 2022	Socijalni	17 Europskih zemalja (Danska, Švedska, Austrija, Belgija, Nizozemska , Francuska, Njemačka, Švicarska, Luksembur g, Portugal, Španjolska, Italija, Grčka, Češka,	Razdoblje 2006-2015)	Dob, spol, regija življenja, sastav kućanstva, ukupno bogatstvo, IADL, 1+ ograničenja,	OLS model i regresijski model fiksnog učinka za razmatranje posljedica neformalne skrbi na njegovatelja i njegovo zadovoljstvo životom	Korisnici 50+ godina

			Poljska, Slovenija, Estonija)				
30.	Morris et al., 2005	Zdravstveni	Engleska	1998 - 2000	Korištenje zdravstvenih usluga, dob, spol, percepcija osobnog zdravlja, ograničenja zbog dugotrajne bolesti, zdravstvene varijable na razini odjela, dugotrajne bolesti, broj dugotrajnih bolesti, dohodak, radna pozicija glave kuće, ekonomske aktivnosti, obrazovanje, etničke grupe, dodatne varijable ponude	Korišten linearan regresijski model u ispitivanju horizontalne jednakosti. Ispitivanje pozitivnog utjecaja <i>need</i> varijabli na korištenje usluge	Korisnici 2+ godine

					(udaljenost od pružatelja usluga, broj pružatelja usluga na 1000 stanovnika), GHQ-12, indikatori regije (standardni omjer smrtnosti, standardni omjer bolesti)		
--	--	--	--	--	--	--	--

Tablica 32: Pregled literature za testiranje i mjerenje vertikalne nepravde unutar zdravstvenog sektora na području Europe

Br.	Studija	Sektor	Zemlje	Razdoblje	Varijable	Model	Dobna skupina
1.	Sutton, 2002	Zdravstveni	Škotska	1995. - 1998.	Dob, spol, psihološko zdravlje, težina, respiratorni problemi, simptomi angine, dugotrajne bolesti, broj dana u kojem u normalne aktivnosti bile ograničene u posljednjih 14 dana, ograničuju li dugotrajne bolesti dnevne aktivnosti, regija življenja, broj dolazaka liječniku opće prakse, percepcija vlastitog zdravlja, status ovisnosti pušenja i broj cigareta na dan.	Korišten kompozitni indeks deprivacije sukladno regiji življenja. Za individualni socioekonomski status korišten vektor varijabli kućanstva, socioekonomskih prilika u sredini življenja na temelju indeksa uskraćenosti (<i>deprivation indeks</i>). Korištena metoda najmanjih kvadrata (<i>OLS regression</i>) u vertikalom i horizontalnom pristupu.	16 -74 godine starosti
2.	Abasolo et al., 2001	Zdravstveni	Španjolska	Podatci iz 1993. godine	Dob, spol, socioekonomska pozadina (obrazovanje, zaposlenje i okupacija), vrijeme putovanja, vrijeme čekanja, regija življenja, karakteristike kućanstva, privatno zdravstveno obrazovanje, percepcija zdravlja, kronične bolesti,	Regresijski koeficijent	Korisnici stariji od 16 godina

					indeks tjelesne mase, bračni status, broj djece.		
3.	Alberts et al., 1997	Zdravstveni	Curaçao, Nizozemska	1993 - 1994	Varijable korištenja (doktor opće prakse, bolnica, specijalisti, zubar, psihoterapeut), dohodak, status zdravlja (broj kroničnih bolesti, broj kratkoročnih oboljenja, fizička sposobnost, percepcija vlastitog zdravlja)	Neprilagođeni koeficijenti (<i>odd ratios</i>) i koeficijenti obrazovanja na mogućnost i opseg korištenja zdravstvenih usluga	Korisnici 18+ godina
4.	Vončina et al., 2007	Zdravstveni	Hrvatska	2003. godina	Dob, regija življenja, bračni status, obrazovanje, ekonomski status, otežavajući učinak korištenja zdravstvenih usluga, indeks tjelesne mase, potreba za sekundarnom prevencijom, status zaposlenja	Binarna logistička regresija korištena je za analizu. Omjeri koeficijenata procijenjeni su za povezanost radnog statusa i preventivnih zdravstvenih usluga (kontrolirani za varijable dob, spol, regiju, bračni status, razinu obrazovanja, zanimanje i udaljenost od liječnika opće prakse	Osobe odrasle dobi, 18+
5.	Vallejo – Torres, 2012	Zdravstveni	Engleska	2003, 2006	Korištenje zdravstvenih usluga, dob, spol, zdravlje, percepcija vlastitog zdravlja, ograničavajuće dugotrajne bolesti, akutna	Korišten OLS model za varijablu zdravlja i socioekonomske varijable. Intervalna regresijska analiza dohotka i sastava kućanstva. Probit modeli	Korisnici 16 + godina

				<p>oboljenja u posljednjih 14 dana, dugotrajne bolesti, broj dugotrajnih bolesti, GHQ-12, dohodak, obrazovanje, ekonomska aktivnost, etnička grupa, bračno stanje, broj djece od 0-1 godine, broj djece od 2-16 godina, regija urbanosti, varijable ponude (udaljenost od liječnika opće prakse, broj liječnika opće prakse na 1000 stanovnika, broj medicinskih sestara na 1000 pacijenata)</p>	<p>za korištenje usluga zdravstvenih djelatnika (liječnika opće prakse, medicinskih sestara). Horizontalna jednakost izražena koncentracijskim indeksom. Vertikalna pravda pomoću vertikalnog indeksa (VI) <i>need</i> varijable</p>	
--	--	--	--	--	--	--

Dodatak A

Tablica 12: Deskriptivne statistike svih varijabli (neponderirane vrijednosti)

Zemlja	Broj ispitanika		Formalna njega (%)		Neformalna njega (%)		Zdrav. Stanje	
	8. val	9. val	8. val	9. val	8. val	9. val	8. val	9. val
Švedska	1927	1903	196 (10.2)	196 (10.3)	471 (24.4)	499 (26.2)	2.9 (1.1)	2.9 (1.1)
Danska	1443	1497	180 (12.5)	187 (12.5)	503 (34.9)	504 (33.7)	2.7 (1.1)	2.7 (1.1)
Finska	721	1160	62 (8.6)	116 (10.0)	219 (30.4)	382 (32.9)	3.3 (0.9)	3.3 (0.9)
Austrija	1246	2050	203 (16.3)	314 (15.3)	482 (38.7)	823 (40.1)	3.2 (1.0)	3.2 (1.0)
Njemačka	2363	2659	343 (14.5)	344 (12.9)	701 (29.7)	809 (30.4)	3.3 (1.0)	3.3 (0.9)
Nizozemska	1484	1691	247 (16.6)	302 (17.9)	357 (24.1)	454 (26.8)	3.0 (1.0)	2.9 (1.0)
Francuska	2011	2004	328 (16.3)	332 (16.6)	572 (28.4)	546 (27.2)	3.3 (1.0)	3.2 (1.0)
Švicarska	1404	1377	172 (12.3)	148 (10.7)	371 (26.4)	349 (25.3)	2.8 (0.9)	2.8 (0.9)
Belgija	1356	2643	379 (27.9)	699 (26.4)	393 (29.0)	755 (28.6)	3.1 (0.9)	3.1 (0.9)
Luksemburg	581	558	70 (12.0)	63 (11.3)	109 (18.8)	104 (18.6)	3.3 (0.9)	3.2 (0.9)
Španjolska	1618	1360	303 (18.7)	258 (19.0)	314 (19.4)	301 (22.1)	3.4 (1.0)	3.5 (1.0)
Italija	1462	2627	165 (11.3)	277 (10.5)	277 (18.9)	487 (18.5)	3.5 (0.9)	3.5 (0.9)
Grčka	2042	2330	150 (7.3)	145 (6.2)	493 (24.1)	688 (29.5)	3.3 (1.0)	3.3 (0.9)
Portugal	0	856	-	127 (14.8)	-	165 (19.3)	-	3.9 (0.9)
Cipar	404	531	97 (24.0)	137 (25.8)	88 (21.8)	70 (13.2)	3.4 (1.0)	3.3 (0.9)
Malta	496	603	29 (5.8)	47 (7.8)	55 (11.1)	63 (10.4)	3.3 (0.9)	3.4 (0.9)
Češka	2214	2442	211 (9.5)	248 (10.2)	911 (41.1)	1060 (43.4)	3.2 (0.8)	3.2 (0.8)
Poljska	1694	2978	64 (3.8)	85 (2.9)	327 (19.3)	489 (16.4)	3.7 (0.9)	3.6 (0.9)
Mađarska	733	1180	65 (8.9)	92 (7.8)	170 (23.2)	198 (16.8)	3.5 (0.9)	3.3 (0.9)
Slovenija	1917	2624	106 (5.5)	113 (4.3)	462 (24.1)	623 (23.7)	3.4 (1.0)	3.3 (0.9)
Estonija	2128	2710	107 (5.0)	168 (6.2)	742 (34.9)	959 (35.4)	4.0 (0.8)	3.9 (0.8)
Hrvatska	1129	2687	83 (7.4)	150 (5.6)	333 (29.5)	793 (29.5)	3.6 (1.0)	3.5 (1.1)

Zemlja	Broj ispitanika		Formalna njega (%)		Neformalna njega (%)		Zdrav. Stanje	
	8. val	9. val	8. val	9. val	8. val	9. val	8. val	9. val
Litva	837	886	40 (4.8)	35 (4.0)	179 (21.4)	189 (21.3)	3.8 (0.7)	3.7 (0.8)
Bugarska	588	547	33 (5.6)	38 (6.9)	170 (28.9)	154 (28.2)	3.6 (1.0)	3.5 (1.0)
Latvija	708	1003	24 (3.4)	28 (2.8)	144 (20.3)	178 (17.7)	4.0 (0.7)	3.9 (0.7)
Rumunjska	736	946	19 (2.6)	18 (1.9)	216 (29.3)	193 (20.4)	3.8 (1.0)	3.6 (0.9)
Slovačka	399	528	30 (7.5)	41 (7.8)	72 (18.0)	105 (19.9)	3.2 (1.0)	3.1 (1.0)

Zemlja	(I)ADL		Kronične bol.		Dob		Spol - žensko (%)	
	8. val	9. val	8. val	9. val	8. val	9. val	8. val	9. val
Švedska	0.2 (0.7)	0.2 (0.6)	1.8 (1.5)	1.9 (1.5)	76.0 (7.0)	76.4 (6.8)	1025 (53.2)	1031 (54.2)
Danska	0.2 (0.6)	0.2 (0.6)	1.9 (1.5)	1.9 (1.5)	74.6 (7.0)	74.4 (7.0)	771 (53.4)	815 (54.4)
Finska	0.2 (0.7)	0.3 (0.8)	2.3 (1.6)	2.4 (1.7)	74.7 (6.6)	74.8 (6.7)	382 (53.0)	617 (53.2)
Austrija	0.4 (1.0)	0.4 (0.9)	2.1 (1.7)	2.1 (1.7)	75.9 (7.1)	76.2 (7.3)	739 (59.3)	1214 (59.2)
Njemačka	0.4 (1.0)	0.3 (0.9)	2.4 (1.8)	2.4 (1.8)	74.7 (6.9)	74.9 (6.9)	1195 (50.6)	1374 (51.7)
Nizozemska	0.2 (0.6)	0.2 (0.6)	1.6 (1.4)	1.6 (1.4)	74.3 (6.6)	74.6 (6.7)	764 (51.5)	895 (52.9)
Francuska	0.3 (0.8)	0.3 (0.8)	2.1 (1.6)	2.0 (1.6)	75.2 (7.7)	75.2 (7.3)	1141 (56.7)	1129 (56.3)
Švicarska	0.2 (0.5)	0.1 (0.5)	1.5 (1.4)	1.5 (1.5)	75.2 (7.4)	75.5 (7.3)	750 (53.4)	755 (54.8)
Belgija	0.4 (0.8)	0.4 (0.8)	2.2 (1.6)	2.2 (1.7)	74.8 (7.4)	74.8 (7.2)	728 (53.7)	1447 (54.7)
Luksemburg	0.3 (0.9)	0.2 (0.6)	2.6 (2.1)	2.1 (1.7)	73.5 (6.6)	73.3 (6.4)	301 (51.8)	291 (52.2)
Španjolska	0.7 (1.5)	0.8 (1.5)	2.3 (1.7)	2.3 (1.7)	77.1 (8.1)	77.3 (8.1)	899 (55.6)	774 (56.9)
Italija	0.4 (1.1)	0.4 (1.1)	1.9 (1.5)	1.9 (1.4)	75.6 (7.1)	75.7 (7.1)	783 (53.6)	1450 (55.2)
Grčka	0.4 (0.9)	0.4 (1.0)	2.4 (1.6)	2.5 (1.6)	75.2 (7.3)	75.4 (7.1)	1080 (52.9)	1269 (54.5)
Portugal	-	0.5 (1.2)	-	2.7 (1.8)	-	74.7 (6.8)	-	465 (54.3)
Cipar	0.6 (1.4)	0.5 (1.2)	2.5 (1.7)	2.5 (1.7)	76.9 (7.3)	76.3 (7.0)	241 (59.7)	299 (56.3)
Malta	0.2 (0.8)	0.2 (0.7)	1.7 (1.3)	1.8 (1.4)	73.6 (6.3)	73.8 (6.4)	262 (52.8)	323 (53.6)
Češka	0.4 (0.9)	0.4 (0.9)	2.4 (1.7)	2.5 (1.7)	74.7 (6.5)	74.7 (6.3)	1309 (59.1)	1495 (61.2)
Poljska	0.5 (1.2)	0.4 (1.1)	2.8 (2.0)	2.5 (2.0)	73.9 (7.2)	73.7 (6.9)	923 (54.5)	1661 (55.8)

Zemlja	(I)ADL		Kronične bol.		Dob		Spol - žensko (%)	
	8. val	9. val	8. val	9. val	8. val	9. val	8. val	9. val
Mađarska	0.4 (0.9)	0.4 (0.9)	2.2 (1.5)	2.2 (1.6)	73.3 (6.6)	73.4 (6.2)	428 (58.4)	681 (57.7)
Slovenija	0.5 (1.2)	0.4 (1.1)	2.1 (1.7)	2.0 (1.6)	75.1 (7.4)	75.0 (7.3)	1091 (56.9)	1498 (57.1)
Estonija	0.5 (1.1)	0.4 (1.0)	2.2 (1.7)	2.2 (1.6)	76.4 (7.4)	76.4 (7.4)	1363 (64.1)	1749 (64.5)
Hrvatska	0.4 (1.0)	0.4 (1.1)	2.4 (1.7)	2.3 (1.6)	73.8 (6.7)	73.9 (6.8)	611 (54.1)	1472 (54.8)
Litva	0.6 (1.3)	0.6 (1.2)	2.4 (1.8)	2.6 (1.7)	76.0 (7.4)	75.7 (7.9)	535 (63.9)	578 (65.2)
Bugarska	0.5 (1.0)	0.4 (0.9)	2.1 (1.4)	2.0 (1.5)	74.3 (6.7)	74.4 (6.6)	357 (60.7)	326 (59.6)
Latvija	0.4 (0.8)	0.3 (0.8)	2.1 (1.4)	2.1 (1.4)	75.2 (7.1)	74.9 (7.1)	468 (66.1)	640 (63.8)
Rumunjska	0.6 (1.3)	0.5 (1.3)	1.9 (1.5)	2.0 (1.6)	73.7 (7.0)	73.6 (7.0)	410 (55.7)	524 (55.4)
Slovačka	0.3 (0.8)	0.3 (0.7)	1.6 (1.6)	1.8 (1.6)	71.7 (5.8)	72.0 (5.8)	210 (52.6)	276 (52.3)

Zemlja	Oženjeni (%)		Djeca		Sredina - ruralna (%)	
	8. val	9. val	8. val	9. val	8. val	9. val
Švedska	1337 (69.4)	1273 (66.9)	2.3 (1.2)	2.3 (1.3)	323 (16.8)	653 (34.3)
Danska	981 (68.0)	989 (66.1)	2.3 (1.2)	2.3 (1.2)	337 (23.4)	338 (22.6)
Finska	513 (71.2)	765 (65.9)	2.2 (1.6)	2.2 (1.4)	346 (48.0)	492 (42.4)
Austrija	762 (61.2)	1233 (60.1)	2.2 (1.4)	2.2 (1.4)	508 (40.8)	942 (46.0)
Njemačka	1718 (72.7)	1885 (70.9)	2.0 (1.2)	1.9 (1.1)	864 (36.6)	970 (36.5)
Nizozemska	1168 (78.7)	1275 (75.4)	2.3 (1.3)	2.4 (1.4)	293 (19.7)	344 (20.3)
Francuska	1229 (61.1)	1197 (59.7)	2.2 (1.3)	2.2 (1.3)	967 (48.1)	960 (47.9)
Švicarska	935 (66.6)	899 (65.3)	2.1 (1.4)	2.2 (1.4)	757 (53.9)	725 (52.7)
Belgija	879 (64.8)	1701 (64.4)	2.1 (1.3)	2.1 (1.3)	271 (20.0)	552 (20.9)
Luksemburg	436 (75.0)	426 (76.3)	1.9 (1.2)	1.9 (1.1)	262 (45.1)	286 (51.3)
Španjolska	1159 (71.6)	952 (70.0)	2.4 (1.5)	2.5 (1.5)	370 (22.9)	99 (7.3)
Italija	1124 (76.9)	1969 (75.0)	2.1 (1.3)	2.0 (1.2)	513 (35.1)	798 (30.4)
Grčka	1461 (71.5)	1659 (71.2)	1.9 (1.0)	1.9 (1.1)	365 (17.9)	359 (15.4)
Portugal	-	661 (77.2)	-	2.2 (1.4)	-	310 (36.2)

Zemlja	Oženjeni (%)		Djeca		Sredina - ruralna (%)	
	8. val	9. val	8. val	9. val	8. val	9. val
Cipar	286 (70.8)	410 (77.2)	2.5 (1.3)	2.5 (1.2)	93 (23.0)	141 (26.6)
Malta	402 (81.0)	480 (79.6)	2.4 (1.4)	2.4 (1.3)	120 (24.2)	54 (9.0)
Češka	1388 (62.7)	1412 (57.8)	2.2 (1.0)	2.2 (1.1)	601 (27.1)	557 (22.8)
Poljska	1204 (71.1)	2023 (67.9)	2.4 (1.5)	2.4 (1.4)	799 (47.2)	1405 (47.2)
Mađarska	423 (57.7)	710 (60.2)	1.8 (1.0)	1.8 (1.1)	234 (31.9)	325 (27.5)
Slovenija	1347 (70.3)	1867 (71.2)	2.0 (1.0)	2.0 (0.9)	736 (38.4)	1120 (42.7)
Estonija	1145 (53.8)	1436 (53.0)	2.0 (1.2)	2.0 (1.2)	708 (33.3)	786 (29.0)
Hrvatska	806 (71.4)	1834 (68.3)	1.9 (1.0)	2.0 (1.1)	404 (35.8)	1146 (42.6)
Litva	427 (51.0)	450 (50.8)	2.1 (1.2)	2.1 (1.2)	252 (30.1)	231 (26.1)
Bugarska	333 (56.6)	300 (54.8)	1.9 (0.8)	1.9 (0.7)	292 (49.7)	258 (47.2)
Latvija	350 (49.4)	539 (53.7)	1.7 (1.2)	1.7 (1.1)	253 (35.7)	393 (39.2)
Rumunjska	480 (65.2)	615 (65.0)	2.3 (1.5)	2.4 (1.5)	550 (74.7)	688 (72.7)
Slovačka	283 (70.9)	373 (70.6)	2.0 (1.1)	2.0 (1.2)	230 (57.6)	271 (51.3)

Zemlja	Dohodak originalni		Dohodak log		Obrazovanje	
	8. val	9. val	8. val	9. val	8. val	9. val
Švedska	1677.0 (769.5)	1800.4 (824.4)	7.3 (0.4)	7.4 (0.4)	12.0 (4.0)	12.1 (4.0)
Danska	2613.7 (3637.9)	2785.4 (4217.4)	7.6 (0.6)	7.6 (0.6)	13.3 (3.5)	13.7 (3.3)
Finska	3054.1 (5144.2)	2659.7 (3789.5)	7.5 (0.8)	7.6 (0.6)	11.2 (3.7)	11.7 (3.9)
Austrija	2365.8 (3025.6)	2444.6 (3048.0)	7.5 (0.6)	7.6 (0.5)	9.6 (4.8)	9.4 (4.6)
Njemačka	2107.5 (968.7)	2235.3 (992.8)	7.6 (0.4)	7.6 (0.4)	12.9 (3.6)	12.9 (3.6)
Nizozemska	1911.5 (821.4)	2094.6 (1119.6)	7.5 (0.4)	7.6 (0.4)	12.1 (3.9)	12.4 (3.8)
Francuska	2195.0 (1903.2)	2636.0 (3040.6)	7.5 (0.5)	7.7 (0.6)	12.0 (3.8)	12.3 (3.8)
Švicarska	4088.7 (6900.4)	3187.2 (4360.6)	7.7 (0.9)	7.7 (0.8)	8.8 (5.4)	8.8 (5.5)
Belgija	1806.2 (720.5)	1936.0 (762.0)	7.4 (0.4)	7.5 (0.4)	12.5 (3.7)	12.7 (3.8)
Luksemburg	3432.6 (3813.1)	3170.7 (2214.6)	7.9 (0.6)	8.0 (0.4)	11.9 (4.4)	12.6 (4.3)

Zemlja	Dohodak originalni		Dohodak log		Obrazovanje	
	8. val	9. val	8. val	9. val	8. val	9. val
Španjolska	1456.4 (1498.5)	1609.3 (2553.8)	7.1 (0.6)	7.0 (0.7)	8.3 (5.0)	7.6 (4.9)
Italija	1357.4 (925.9)	1392.4 (590.0)	7.1 (0.5)	7.1 (0.4)	8.3 (4.4)	8.9 (4.4)
Grčka	1685.3 (2597.8)	1264.3 (1403.8)	7.0 (0.8)	6.9 (0.5)	9.0 (4.3)	9.4 (4.3)
Portugal	-	1158.8 (823.9)	-	6.9 (0.6)	-	6.3 (4.1)
Cipar	6277.6 (7620.2)	9026.3 (11307.8)	7.7 (2.0)	7.9 (2.2)	8.6 (4.4)	8.9 (4.3)
Malta	1605.1 (2507.7)	2548.0 (3431.1)	6.9 (0.7)	7.3 (0.9)	9.2 (3.7)	9.4 (3.6)
Češka	1215.2 (1101.9)	1391.5 (1413.3)	7.0 (0.4)	7.1 (0.5)	12.4 (3.2)	12.5 (3.3)
Poljska	1384.9 (1711.9)	1368.4 (1366.7)	6.9 (0.6)	7.0 (0.6)	10.3 (3.4)	10.7 (3.2)
Mađarska	900.7 (645.6)	875.0 (449.7)	6.7 (0.4)	6.7 (0.4)	11.0 (2.8)	11.1 (2.7)
Slovenija	1893.0 (2772.4)	1847.3 (2496.8)	7.1 (0.8)	7.2 (0.7)	10.5 (3.3)	10.7 (3.3)
Estonija	987.8 (896.8)	1139.1 (1271.9)	6.7 (0.6)	6.8 (0.5)	11.7 (3.5)	12.0 (3.4)
Hrvatska	1102.3 (1248.2)	1187.1 (1401.2)	6.7 (0.7)	6.8 (0.7)	10.3 (3.9)	10.3 (3.8)
Litva	1109.7 (1465.0)	1233.2 (1639.4)	6.7 (0.7)	6.8 (0.7)	10.9 (4.1)	11.5 (3.9)
Bugarska	662.4 (785.3)	636.7 (295.9)	6.2 (0.6)	6.4 (0.4)	10.2 (3.3)	10.5 (3.3)
Latvija	948.7 (1361.7)	725.9 (426.4)	6.5 (0.7)	6.5 (0.5)	11.3 (3.3)	11.7 (3.1)
Rumunjska	691.5 (371.2)	800.6 (422.4)	6.4 (0.6)	6.5 (0.6)	8.9 (3.7)	9.4 (3.6)
Slovačka	1799.7 (2891.3)	1328.7 (2129.0)	7.0 (0.8)	6.8 (0.6)	11.6 (2.1)	11.6 (2.3)

Stupci s oznakom (%) navode broj sa postotkom u zagradi (kvalitativne varijable), dok ostali stupci navode srednju vrijednost sa standardnom devijacijom u zagradi (kvantitativne varijable).

Tablica 14: Logistička regresija za formalnu njegu

Zemlja	Slob. Član		(I)ADL		Zdrav. Stanje	
	8. val	9. val	8. val	9. val	8. val	9. val
Švedska	-	-	0.87	1.08	0.45	0.39
	15.92	11.65	(0.11)	(0.13)	(0.10)	(0.10)
	(2.60)	(2.51)	***	***	***	***
	***	***				
Danska	-	-	0.89	1.18	0.63	0.31
	13.57	11.41	(0.14)	(0.16)	(0.11)	(0.10)
			***	***	***	**

Zemlja	Slob. Član		(I)ADL		Zdrav. Stanje	
	8. val	9. val	8. val	9. val	8. val	9. val
	(1.90)	(1.84)				
	***	***				
Finska	-8.58	-	0.27	0.52	0.34	0.42
	(2.45)	14.56	(0.16)	(0.11)	(0.19)	(0.15)
	***	(1.96)	○	***	○	**

Austrija	-	-	0.63	0.63	0.51	0.50
	11.24	12.65	(0.10)	(0.08)	(0.12)	(0.09)
	(1.71)	(1.48)	***	***	***	***
	***	***				
Njemačka	-	-	0.52	0.65	0.47	0.40
	11.74	15.75	(0.05)	(0.07)	(0.09)	(0.09)
	(1.59)	(1.58)	***	***	***	***
	***	***				
Nizozemska	-	-	1.09	0.96	0.54	0.39
	12.77	13.68	(0.16)	(0.13)	(0.11)	(0.09)
	(2.34)	(1.95)	***	***	***	***
	***	***				
Francuska	-	-	0.71	0.85	0.65	0.31
	14.86	13.15	(0.09)	(0.10)	(0.10)	(0.09)
	(1.48)	(1.36)	***	***	***	***
	***	***				
Švicarska	-	-	0.76	1.15	0.48	0.40
	12.88	10.68	(0.17)	(0.19)	(0.12)	(0.13)
	(1.45)	(1.58)	***	***	***	**
	***	***				
Belgija	-	-	0.95	0.88	0.16	0.25
	14.16	11.77	(0.11)	(0.08)	(0.09)	(0.06)
	(1.93)	(1.40)	***	***	○	***
	***	***				
Luksemburg	-6.11	-	0.83	1.05	0.69	0.13
	(3.13)	13.11	(0.17)	(0.22)	(0.22)	(0.22)
	○	(3.45)	***	***	**	

Španjolska	-	-8.98	0.33	0.34	0.13	0.00
	11.83	(1.33)	(0.05)	(0.06)	(0.09)	(0.10)
	(1.35)	***	***	***		

Italija	-	-	0.21	0.34	0.34	0.52
	13.42	12.29	(0.07)	(0.05)	(0.13)	(0.10)
	(1.94)	(1.63)	**	***	*	***
	***	***				
Grčka	-	-	0.53	0.27	0.43	0.45
	12.62	13.00	(0.08)	(0.07)	(0.15)	(0.14)
	(1.53)	(1.80)	***	***	**	**
	***	***				

Zemlja	Slob. Član		(I)ADL		Zdrav. Stanje	
	8. val	9. val	8. val	9. val	8. val	9. val
Portugal		- 17.42 (2.27) ***		0.35 (0.08) ***		0.07 (0.14)
Cipar	- 11.03 (2.58) ***	-9.67 (1.74) ***	0.85 (0.17) ***	0.41 (0.10) ***	0.45 (0.19) *	0.40 (0.16) **
Malta	- 12.86 (3.61) ***	-8.00 (2.63) **	0.34 (0.16) *	0.38 (0.16) *	-0.10 (0.29)	0.12 (0.22)
Češka	- 11.94 (1.62) ***	-9.26 (1.52) ***	0.42 (0.07) ***	0.60 (0.07) ***	0.35 (0.11) **	0.20 (0.11) ○
Poljska	-8.61 (2.33) ***	-8.05 (2.06) ***	0.38 (0.08) ***	0.43 (0.07) ***	0.35 (0.21) ○	0.48 (0.17) **
Mađarska	-8.13 (3.23) *	-3.86 (2.54)	0.21 (0.13) ○	0.56 (0.11) ***	0.59 (0.21) **	0.36 (0.15) *
Slovenija	- 13.71 (1.81) ***	- 12.66 (1.95) ***	0.29 (0.06) ***	0.57 (0.07) ***	0.61 (0.15) ***	0.26 (0.14) ○
Estonija	-9.32 (2.18) ***	-6.91 (1.82) ***	0.51 (0.08) ***	0.37 (0.06) ***	0.69 (0.21) **	0.62 (0.15) ***
Hrvatska	-8.42 (2.24) ***	-5.97 (1.51) ***	0.35 (0.09) ***	0.19 (0.06) **	0.28 (0.18)	0.53 (0.12) ***
Litva	- 16.41 (3.36) ***	- 12.66 (3.11) ***	0.41 (0.11) ***	0.53 (0.12) ***	0.01 (0.29)	0.21 (0.30)
Bugarska	-7.07 (3.94) ○	-4.49 (3.98)	0.36 (0.13) **	0.28 (0.15) ○	0.68 (0.29) *	0.17 (0.24)
Latvija	- 11.98 (4.95) *	- 16.82 (5.25) **	0.76 (0.20) ***	0.72 (0.17) ***	0.99 (0.55) ○	0.07 (0.33)
Rumunjska	-4.49 (4.68)	2.70 (4.06)	0.43 (0.14) **	0.39 (0.16) *	-0.20 (0.32)	-0.03 (0.32)

Zemlja	Slob. Član		(I)ADL		Zdrav. Stanje	
	8. val	9. val	8. val	9. val	8. val	9. val
Slovačka	1.40 (4.14)	-8.85 (3.39) **	1.02 (0.24) ***	0.65 (0.20) **	0.39 (0.31)	0.34 (0.24)
Zemlja	Kronične bol.		Dob		Spol	
	8. val	9. val	8. val	9. val	8. val	9. val
Švedska	0.20 (0.06) **	0.07 (0.06)	0.13 (0.01) ***	0.09 (0.01) ***	0.21 (0.19)	0.36 (0.19) ○
Danska	0.10 (0.07)	0.11 (0.07) ○	0.13 (0.02) ***	0.10 (0.01) ***	0.39 (0.21) ○	0.15 (0.20)
Finska	0.10 (0.09)	0.16 (0.06) *	0.09 (0.02) ***	0.10 (0.02) ***	0.68 (0.31) *	0.80 (0.25) **
Austrija	0.19 (0.06) **	0.11 (0.04) *	0.08 (0.01) ***	0.10 (0.01) ***	0.79 (0.23) ***	0.38 (0.17) *
Njemačka	0.13 (0.04) ***	0.12 (0.04) **	0.10 (0.01) ***	0.09 (0.01) ***	0.47 (0.15) **	0.55 (0.14) ***
Nizozemska	0.07 (0.07)	0.11 (0.06) ○	0.14 (0.01) ***	0.13 (0.01) ***	0.99 (0.19) ***	0.49 (0.16) **
Francuska	0.02 (0.05)	0.08 (0.05) ○	0.11 (0.01) ***	0.11 (0.01) ***	0.46 (0.16) **	0.40 (0.15) *
Švicarska	0.10 (0.07)	0.12 (0.07) ○	0.10 (0.01) ***	0.09 (0.01) ***	0.53 (0.20) **	0.61 (0.23) **
Belgija	0.18 (0.05) ***	0.19 (0.03) ***	0.10 (0.01) ***	0.09 (0.01) ***	0.53 (0.15) ***	0.51 (0.11) ***
Luksemburg	-0.02 (0.08)	0.12 (0.10)	0.11 (0.02) ***	0.09 (0.02) ***	0.22 (0.33)	0.42 (0.35)
Španjolska	0.20 (0.05) ***	0.20 (0.05) ***	0.09 (0.01) ***	0.09 (0.01) ***	0.36 (0.16) *	0.24 (0.17)
Italija	0.23 (0.06) ***	0.15 (0.05) **	0.07 (0.01) ***	0.07 (0.01) ***	0.90 (0.20) ***	0.70 (0.16) ***
Grčka	0.01 (0.07)	0.06 (0.07)	0.08 (0.01) ***	0.08 (0.02) ***	0.78 (0.24) **	0.56 (0.23) *
Portugal		0.09 (0.07)		0.10 (0.02) ***		0.12 (0.24)

Zemlja	Slob. Član		(I)ADL		Zdrav. Stanje	
	8. val	9. val	8. val	9. val	8. val	9. val
Cipar	0.12 (0.10)	-0.04 (0.07)	0.08 (0.03) **	0.08 (0.02) ***	0.37 (0.36)	0.36 (0.25)
Malta	0.26 (0.16) ○	0.22 (0.11) *	0.12 (0.03) ***	0.09 (0.03) ***	1.13 (0.50) *	0.25 (0.38)
Češka	0.05 (0.05)	-0.05 (0.05)	0.07 (0.01) ***	0.06 (0.01) ***	0.16 (0.18)	0.29 (0.17) ○
Poljska	0.10 (0.07)	-0.01 (0.06)	0.06 (0.02) **	0.05 (0.02) **	-0.29 (0.30)	0.11 (0.26)
Mađarska	0.06 (0.10)	0.01 (0.08)	0.07 (0.02) ***	0.07 (0.02) ***	-0.01 (0.33)	-0.11 (0.28)
Slovenija	0.03 (0.06)	-0.07 (0.07)	0.09 (0.02) ***	0.12 (0.02) ***	-0.78 (0.26) **	-0.37 (0.25)
Estonija	0.04 (0.06)	0.12 (0.05) *	0.04 (0.02) **	0.04 (0.01) ***	-0.06 (0.26)	0.11 (0.20)
Hrvatska	0.11 (0.08)	0.08 (0.05)	0.09 (0.02) ***	0.04 (0.01) **	0.48 (0.32)	-0.00 (0.20)
Litva	0.12 (0.09)	-0.00 (0.11)	0.13 (0.03) ***	0.10 (0.03) ***	1.03 (0.52) *	-1.00 (0.45) *
Bugarska	0.15 (0.14)	0.19 (0.13)	0.05 (0.03)	0.08 (0.03) **	-0.08 (0.46)	-0.02 (0.41)
Latvija	0.27 (0.17)	0.11 (0.14)	0.07 (0.04) ○	0.10 (0.03) **	0.69 (0.84)	0.92 (0.59)
Rumunjska	-0.01 (0.18)	-0.33 (0.19) ○	-0.00 (0.04)	-0.02 (0.04)	0.00 (0.57)	-0.10 (0.56)
Slovačka	0.07 (0.16)	-0.11 (0.14)	-0.03 (0.04)	0.03 (0.03)	-0.30 (0.52)	0.14 (0.37)

Zemlja	Oženjeni		Djeca		Sredina	
	8. val	9. val	8. val	9. val	8. val	9. val
Švedska	-0.77 (0.19) ***	-0.60 (0.19) **	0.05 (0.07)	-0.22 (0.07) **	-0.33 (0.29)	-0.32 (0.20)
Danska	-0.82 (0.21) ***	-1.41 (0.21) ***	-0.03 (0.08)	-0.05 (0.08)	-0.04 (0.25)	0.08 (0.24)

Zemlja	Oženjeni		Djeca		Sredina	
	8. val	9. val	8. val	9. val	8. val	9. val
Finska	-0.03 (0.31)	-0.90 (0.24) ***	-0.24 (0.12) *	-0.14 (0.08)	-0.28 (0.30)	-0.17 (0.24)
Austrija	-0.74 (0.20) ***	-0.59 (0.16) ***	-0.22 (0.07) **	-0.16 (0.06) **	-0.41 (0.21) *	-0.35 (0.16) *
Njemačka	-0.34 (0.15) *	-0.51 (0.14) ***	-0.06 (0.05)	0.03 (0.06)	0.12 (0.14)	-0.15 (0.14)
Nizozemska	-1.26 (0.18) ***	-0.89 (0.16) ***	-0.12 (0.07) ○	-0.02 (0.06)	-0.21 (0.23)	0.15 (0.19)
Francuska	-0.51 (0.16) **	-0.63 (0.15) ***	0.02 (0.05)	-0.07 (0.05)	0.21 (0.15)	-0.05 (0.15)
Švicarska	-0.48 (0.20) *	-0.75 (0.22) ***	-0.06 (0.07)	0.08 (0.08)	0.23 (0.19)	-0.40 (0.21) ○
Belgija	-0.44 (0.16) **	-0.51 (0.11) ***	0.02 (0.06)	-0.03 (0.04)	-0.73 (0.20) ***	-0.26 (0.13) *
Luksemburg	-1.37 (0.33) ***	-1.60 (0.34) ***	0.16 (0.11)	0.09 (0.15)	0.35 (0.32)	0.87 (0.33) **
Španjolska	-0.29 (0.16) ○	-0.16 (0.18)	-0.08 (0.05) ○	-0.09 (0.05)	0.09 (0.18)	-0.69 (0.34) *
Italija	-0.51 (0.20) *	-0.25 (0.16)	-0.04 (0.07)	-0.20 (0.06) **	-0.93 (0.22) ***	-0.08 (0.16)
Grčka	-0.49 (0.22) *	-0.60 (0.22) **	-0.20 (0.09) *	-0.08 (0.09)	-1.14 (0.34) ***	-0.10 (0.27)
Portugal		-0.59 (0.25) *		0.09 (0.07)		-0.74 (0.27) **
Cipar	-0.82 (0.36) *	-0.75 (0.28) **	0.02 (0.14)	0.10 (0.10)	-0.59 (0.39)	-0.30 (0.28)
Malta	0.24 (0.54)	-0.94 (0.40) *	-0.23 (0.16)	-0.15 (0.13)	-0.83 (0.62)	-0.16 (0.58)
Češka	-0.57 (0.17) ***	-0.35 (0.16) *	-0.06 (0.08)	0.02 (0.07)	-0.08 (0.18)	0.23 (0.17)
Poljska	-0.89 (0.32) **	-0.96 (0.27) ***	-0.06 (0.10)	-0.12 (0.09)	-0.92 (0.32) **	-0.88 (0.28) **
Mađarska	-0.65 (0.32) *	-0.81 (0.28) **	0.11 (0.13)	0.09 (0.11)	0.86 (0.30) **	0.16 (0.27)
Slovenija	-0.75 (0.26) **	-0.37 (0.25)	-0.01 (0.11)	-0.12 (0.13)	-0.37 (0.24)	-0.92 (0.27) ***
Estonija	-0.82 (0.26) **	-0.43 (0.20) *	-0.26 (0.10) **	-0.19 (0.08) *	-0.07 (0.24)	0.18 (0.20)
Hrvatska	-1.02 (0.30) ***	-0.64 (0.21) **	-0.18 (0.12)	-0.19 (0.09) *	0.42 (0.28)	0.01 (0.19)
Litva	0.08 (0.42)	-0.10 (0.46)	-0.14 (0.18)	-0.32 (0.18) ○	-0.48 (0.47)	-0.07 (0.44)
Bugarska	-0.13 (0.47)	-0.14 (0.45)	-0.13 (0.26)	-0.15 (0.24)	-0.51 (0.43)	-0.14 (0.37)
Latvija	-0.14 (0.68)	0.34 (0.53)	-0.78 (0.31) *	-0.55 (0.24) *	-0.10 (0.62)	0.14 (0.47)
Rumunjska	-1.52 (0.60) *	-0.61 (0.60)	-0.13 (0.19)	-0.34 (0.21)	-0.93 (0.53) ○	-0.24 (0.57)

Zemlja	Oženjeni		Djeca		Sredina	
	8. val	9. val	8. val	9. val	8. val	9. val
Slovačka	-0.02 (0.54)	0.49 (0.45)	-0.20 (0.20)	0.15 (0.14)	-1.39 (0.51)	-0.49 (0.37)
					**	

Zemlja	Dohodak		Obrazovanje		Uzorak	
	8. val	9. val	8. val	9. val	8. val	9. val
Švedska	0.14 (0.29)	0.08 (0.28)	0.03 (0.02)	0.05 (0.02)	1927	1903
				*		
Danska	-0.01 (0.16)	0.07 (0.16)	-0.02 (0.03)	0.01 (0.03)	1443	1497
Finska	-0.23 (0.20)	0.20 (0.15)	-0.03 (0.05)	0.08 (0.03)	721	1160
				**		
Austrija	0.13 (0.15)	0.11 (0.14)	0.03 (0.02)	0.03 (0.02)	1246	2050
				○		
Njemačka	-0.03 (0.18)	0.58 (0.17)	0.02 (0.02)	0.01 (0.02)	2363	2659

Nizozemska	-0.17 (0.26)	0.11 (0.20)	0.02 (0.03)	-0.00 (0.02)	1484	1691
Francuska	0.23 (0.15)	0.24 (0.13)	0.01 (0.02)	0.02 (0.02)	2011	2004
		○				
Švicarska	0.14 (0.10)	-0.07 (0.12)	0.03 (0.02)	0.02 (0.02)	1404	1377
			○			
Belgija	0.57 (0.22)	0.33 (0.16)	0.04 (0.02)	0.01 (0.01)	1356	2643
	*	*				
Luksemburg	-0.99 (0.35)	0.38 (0.37)	0.12 (0.04)	0.00 (0.04)	581	558
	**		**			
Španjolska	0.24 (0.12)	-0.07 (0.12)	0.03 (0.02)	0.01 (0.02)	1618	1360
	○		○			
Italija	0.50 (0.20)	0.26 (0.19)	0.08 (0.02)	0.05 (0.02)	1462	2627
	*		***	**		
Grčka	0.21 (0.11)	0.19 (0.17)	0.06 (0.03)	0.07 (0.02)	2042	2330
	○		*	**		
Portugal		1.06 (0.22)		0.05 (0.03)		856
		***		○		
Cipar	0.07 (0.08)	0.02 (0.05)	0.13 (0.04)	0.15 (0.03)	404	531
			**	***		
Malta	0.05 (0.27)	-0.14 (0.20)	-0.00 (0.06)	-0.02 (0.05)	496	603
Češka	0.36 (0.15)	0.28 (0.14)	0.02 (0.03)	-0.05 (0.02)	2214	2442
	*	*		*		
Poljska	0.10 (0.21)	-0.13 (0.20)	-0.08 (0.05)	0.06 (0.04)	1694	2978
Mađarska	-0.41 (0.41)	-0.82 (0.32)	0.01 (0.06)	0.02 (0.05)	733	1180
		**				
Slovenija	0.34 (0.13)	-0.20 (0.18)	-0.06 (0.04)	0.11 (0.04)	1917	2624
	**		○	**		
Estonija	-0.09 (0.22)	-0.35 (0.20)	0.08 (0.03)	0.05 (0.03)	2128	2710
		○	*	○		

Zemlja	Dohodak		Obrazovanje		Uzorak	
	8. val	9. val	8. val	9. val	8. val	9. val
Hrvatska	-0.36 (0.20) ○	-0.22 (0.15)	0.04 (0.04)	-0.01 (0.03)	1129	2687
Litva	0.12 (0.28)	0.01 (0.28)	0.10 (0.04) *	0.14 (0.05) **	837	886
Bugarska	-0.30 (0.38)	-0.88 (0.51) ○	-0.05 (0.06)	0.05 (0.06)	588	547
Latvija	-0.24 (0.32)	0.88 (0.56)	-0.07 (0.08)	-0.10 (0.07)	708	1003
Rumunjska	0.53 (0.50)	-0.43 (0.43)	-0.03 (0.08)	-0.10 (0.09)	736	946
Slovačka	-0.06 (0.29)	0.28 (0.25)	-0.22 (0.12) ○	0.02 (0.08)	399	528

Navedeni su koeficijenti logističke regresije sa standardnim devijacijama u zagradama.

Razine značajnosti koeficijenata označene su simbolima: *** < 0.001, ** < 0.01, * < 0.05, ○ < 0.10.

Tablica 15: Logistička regresija za neformalnu njegu

Zemlja	Slob. Član		(I)ADL		Zdrav. stanje	
	8. val	9. val	8. val	9. val	8. val	9. val
Švedska	-1.99 (1.61)	-5.12 (1.61) **	0.53 (0.09) ***	0.83 (0.12) ***	0.26 (0.06) ***	0.21 (0.06) ***
Danska	-2.47 (1.13) *	-1.77 (1.18)	0.71 (0.13) ***	0.69 (0.13) ***	0.15 (0.06) *	0.12 (0.06) ○
Finska	-6.32 (1.54) ***	-5.76 (1.26) ***	0.87 (0.20) ***	0.78 (0.14) ***	0.32 (0.12) **	0.27 (0.09) **
Austrija	-2.99 (1.19) *	-4.95 (0.97) ***	0.63 (0.11) ***	0.49 (0.08) ***	0.07 (0.08)	0.16 (0.06) **
Njemačka	-4.40 (1.13) ***	-5.77 (1.06) ***	0.43 (0.05) ***	0.67 (0.07) ***	0.26 (0.06) ***	0.25 (0.06) ***
Nizozemska	-7.21 (1.76) ***	-4.80 (1.56) **	0.92 (0.14) ***	1.17 (0.16) ***	0.15 (0.08) ○	0.24 (0.07) ***
Francuska	-4.67 (1.09) ***	-2.98 (1.04) **	0.72 (0.09) ***	0.69 (0.09) ***	0.08 (0.07)	0.23 (0.07) ***
Švicarska	-5.40 (0.96) ***	-5.53 (1.03) ***	0.79 (0.16) ***	0.95 (0.18) ***	0.18 (0.08) *	0.18 (0.08) *
Belgija	-5.18 (1.73) **	-5.08 (1.27) ***	0.86 (0.10) ***	0.84 (0.08) ***	0.05 (0.08)	0.11 (0.06) ○
Luksemburg	-3.73 (2.21) ○	-4.89 (2.64) ○	0.70 (0.15) ***	0.70 (0.18) ***	0.27 (0.16) ○	0.19 (0.16)
Španjolska	-4.52 (1.37) ***	-7.09 (1.34) ***	0.65 (0.06) ***	0.47 (0.06) ***	0.24 (0.10) *	0.39 (0.10) ***
Italija	-5.67 (1.70) ***	-9.50 (1.38) ***	0.61 (0.08) ***	0.65 (0.06) ***	0.61 (0.12) ***	0.36 (0.08) ***
Grčka	-8.95 (1.05) ***	-3.79 (1.03) ***	0.87 (0.10) ***	0.69 (0.09) ***	0.32 (0.09) ***	0.37 (0.08) ***

Zemlja	Slob. Član		(I)ADL		Zdrav. stanje	
	8. val	9. val	8. val	9. val	8. val	9. val
Portugal		-6.52 (1.93) ***		0.65 (0.08) ***		0.31 (0.14) *
Cipar	-5.69 (2.29) *	-6.81 (2.06) ***	0.53 (0.12) ***	0.30 (0.10) **	-0.01 (0.18)	0.01 (0.18)
Malta	-3.85 (2.93)	-3.22 (2.61)	1.20 (0.31) ***	1.82 (0.33) ***	0.08 (0.23)	0.14 (0.21)
Češka	-4.90 (1.11) ***	-4.09 (1.01) ***	0.95 (0.11) ***	0.83 (0.09) ***	0.23 (0.07) **	0.14 (0.07) *
Poljska	-5.34 (1.27) ***	-6.13 (1.07) ***	0.63 (0.07) ***	0.64 (0.05) ***	0.40 (0.10) ***	0.32 (0.08) ***
Mađarska	-8.76 (2.24) ***	-9.36 (2.04) ***	1.29 (0.17) ***	0.51 (0.10) ***	0.12 (0.15)	0.71 (0.12) ***
Slovenija	-7.03 (1.02) ***	-4.39 (0.93) ***	0.71 (0.08) ***	0.94 (0.08) ***	0.27 (0.08) ***	0.36 (0.07) ***
Estonija	-3.78 (0.99) ***	-2.40 (0.84) **	0.68 (0.07) ***	0.73 (0.07) ***	0.09 (0.08)	0.07 (0.07)
Hrvatska	-3.20 (1.27) *	-1.86 (0.82) *	0.63 (0.09) ***	0.57 (0.06) ***	0.10 (0.09)	0.18 (0.06) **
Litva	-11.92 (1.91) ***	-8.02 (1.69) ***	0.59 (0.09) ***	0.68 (0.09) ***	0.56 (0.18) **	0.26 (0.16)
Bugarska	-0.63 (1.96)	-2.61 (2.28)	0.56 (0.12) ***	0.38 (0.13) **	0.36 (0.13) **	0.02 (0.13)
Latvija	-3.22 (1.82) ○	-5.92 (2.07) **	1.16 (0.16) ***	1.07 (0.15) ***	-0.08 (0.17)	0.12 (0.17)
Rumunjska	-3.80 (1.69) *	-9.89 (1.81) ***	0.44 (0.08) ***	0.52 (0.08) ***	0.35 (0.12) **	0.40 (0.12) ***
Slovačka	-7.87 (2.94) **	-6.95 (2.62) **	0.85 (0.24) ***	0.68 (0.22) **	0.48 (0.22) *	0.36 (0.19) ○

Zemlja	Kronične bol.		Dob		Spol	
	8. val	9. val	8. val	9. val	8. val	9. val
Švedska	0.15 (0.04) ***	0.11 (0.04) **	0.03 (0.01) ***	0.05 (0.01) ***	-0.05 (0.12)	0.41 (0.12) ***
Danska	0.15 (0.04) ***	0.10 (0.04) *	0.02 (0.01) *	0.02 (0.01) *	0.21 (0.12) ○	0.17 (0.12)
Finska	0.09 (0.06)	0.05 (0.04)	0.03 (0.01) ○	0.05 (0.01) ***	0.18 (0.18)	0.39 (0.14) **
Austrija	0.20 (0.05) ***	0.17 (0.03) ***	0.03 (0.01) **	0.05 (0.01) ***	0.28 (0.14) *	0.27 (0.11) *
Njemačka	0.16 (0.03) ***	0.10 (0.03) ***	0.03 (0.01) ***	0.04 (0.01) ***	0.30 (0.10) **	0.19 (0.10) ○
Nizozemska	0.20 (0.05) ***	0.09 (0.05) ○	0.05 (0.01) ***	0.05 (0.01) ***	0.02 (0.14)	0.43 (0.13) ***
Francuska	0.18 (0.04) ***	0.10 (0.04) **	0.04 (0.01) ***	0.03 (0.01) ***	0.30 (0.12) *	0.32 (0.12) **
Švicarska	0.04 (0.05)	0.18 (0.05) ***	0.03 (0.01) ***	0.03 (0.01) **	0.48 (0.14) ***	0.56 (0.14) ***

Zemlja	Kronične bol.		Dob		Spol	
	8. val	9. val	8. val	9. val	8. val	9. val
Belgija	0.14 (0.04) **	0.09 (0.03) **	0.04 (0.01) ***	0.05 (0.01) ***	0.14 (0.14)	0.41 (0.10) ***
Luksemburg	-0.03 (0.06)	0.06 (0.08)	0.05 (0.02) **	0.05 (0.02) **	0.29 (0.25)	0.30 (0.25)
Španjolska	0.16 (0.05) **	0.04 (0.06)	0.03 (0.01) **	0.07 (0.01) ***	0.08 (0.16)	0.19 (0.17)
Italija	0.17 (0.06) **	0.24 (0.04) ***	0.05 (0.01) ***	0.04 (0.01) ***	0.17 (0.17)	0.21 (0.13) ○
Grčka	0.12 (0.05) *	0.14 (0.04) **	0.07 (0.01) ***	0.03 (0.01) ***	0.34 (0.14) *	0.21 (0.11) ○
Portugal		0.05 (0.06)		0.04 (0.02) *		0.19 (0.22)
Cipar	0.14 (0.09)	-0.04 (0.09)	0.05 (0.02) ○	0.07 (0.02) **	0.28 (0.32)	0.37 (0.31)
Malta	0.23 (0.13) ○	0.22 (0.12) ○	0.01 (0.03)	0.04 (0.03)	0.58 (0.37)	0.10 (0.38)
Češka	0.08 (0.03) *	0.09 (0.03) **	0.04 (0.01) ***	0.04 (0.01) ***	0.51 (0.11) ***	0.44 (0.10) ***
Poljska	0.12 (0.04) **	0.14 (0.03) ***	0.03 (0.01) **	0.03 (0.01) ***	0.24 (0.15)	0.14 (0.12)
Mađarska	0.17 (0.08) *	0.10 (0.06) ○	0.03 (0.02) *	0.05 (0.01) ***	0.23 (0.23)	0.15 (0.19)
Slovenija	0.16 (0.04) ***	0.12 (0.04) **	0.07 (0.01) ***	0.04 (0.01) ***	0.18 (0.14)	0.10 (0.12)
Estonija	0.16 (0.03) ***	0.11 (0.03) ***	0.03 (0.01) ***	0.02 (0.01) **	0.24 (0.11) *	0.36 (0.10) ***
Hrvatska	0.25 (0.05) ***	0.22 (0.03) ***	0.05 (0.01) ***	0.03 (0.01) ***	-0.09 (0.16)	-0.03 (0.10)
Litva	0.16 (0.06) **	0.11 (0.06) ○	0.08 (0.02) ***	0.07 (0.01) ***	0.52 (0.25) *	0.67 (0.25) **
Bugarska	-0.03 (0.08)	0.11 (0.08)	0.01 (0.02)	0.05 (0.02) **	-0.25 (0.23)	0.29 (0.23)
Latvija	0.05 (0.08)	0.19 (0.07) *	0.02 (0.02)	0.05 (0.01) ***	0.13 (0.25)	0.32 (0.24)
Rumunjska	0.14 (0.07) *	0.02 (0.06)	0.03 (0.02) ○	0.05 (0.02) ***	-0.16 (0.21)	0.29 (0.21)
Slovačka	0.34 (0.12) **	0.36 (0.10) ***	0.01 (0.03)	0.04 (0.02) ○	0.03 (0.36)	0.30 (0.29)

Zemlja	Oženjeni		Djeca		Sredina	
	8. val	9. val	8. val	9. val	8. val	9. val
Švedska	-0.66 (0.12) ***	-0.87 (0.12) ***	0.06 (0.04)	0.04 (0.05)	-0.01 (0.16)	0.37 (0.12) **
Danska	-0.84 (0.13) ***	-0.89 (0.12) ***	-0.01 (0.05)	0.10 (0.05) *	0.14 (0.14)	0.40 (0.14) **
Finska	-0.72 (0.20) ***	-0.84 (0.15) ***	0.04 (0.06)	0.11 (0.05) *	-0.11 (0.19)	0.11 (0.14)

Zemlja	Oženjeni		Djeca		Sredina	
	8. val	9. val	8. val	9. val	8. val	9. val
Austrija	-0.84 (0.14) ***	-0.62 (0.11) ***	0.02 (0.05)	0.10 (0.04) **	0.13 (0.14)	0.06 (0.10)
Njemačka	-0.58 (0.11) ***	-0.45 (0.10) ***	0.11 (0.04) **	0.12 (0.04) **	0.48 (0.10) ***	0.15 (0.10)
Nizozemska	-0.93 (0.15) ***	-0.90 (0.14) ***	0.05 (0.05)	0.04 (0.05)	-0.04 (0.17)	0.32 (0.15) *
Francuska	-0.75 (0.12) ***	-0.86 (0.12) ***	0.09 (0.04) *	0.06 (0.04)	0.29 (0.11) *	0.22 (0.11) *
Švicarska	-0.63 (0.14) ***	-0.56 (0.14) ***	0.07 (0.05)	0.09 (0.05) ○	0.31 (0.13) *	-0.17 (0.14)
Belgija	-0.87 (0.15) ***	-0.73 (0.10) ***	-0.02 (0.05)	0.05 (0.04)	0.54 (0.16) **	0.04 (0.12)
Luksemburg	-0.72 (0.25) **	-0.62 (0.27) *	0.06 (0.09)	0.04 (0.11)	0.46 (0.24) ○	0.19 (0.24)
Španjolska	-0.22 (0.17)	-0.27 (0.18)	0.08 (0.05)	0.15 (0.05) **	0.18 (0.19)	-0.25 (0.31)
Italija	-0.38 (0.19) *	-0.37 (0.13) **	-0.09 (0.06)	-0.11 (0.05) *	-0.23 (0.17)	0.24 (0.13) ○
Grčka	0.07 (0.15)	-0.13 (0.13)	0.01 (0.06)	-0.01 (0.05)	0.39 (0.15) *	0.53 (0.14) ***
Portugal		-0.26 (0.24)		-0.09 (0.07)		-0.95 (0.24) ***
Cipar	0.44 (0.37)	-0.31 (0.33)	0.06 (0.12)	-0.09 (0.12)	1.02 (0.31) **	-0.27 (0.34)
Malta	-0.43 (0.42)	-1.32 (0.40) ***	0.03 (0.12)	0.16 (0.13)	-0.05 (0.41)	-1.64 (1.03)
Češka	-0.52 (0.10) ***	-0.39 (0.10) ***	0.13 (0.05) *	0.06 (0.04)	-0.14 (0.11)	0.23 (0.11) *
Poljska	-0.49 (0.16) **	-0.43 (0.13) ***	-0.07 (0.05)	-0.04 (0.04)	0.16 (0.16)	0.05 (0.12)
Mađarska	-0.42 (0.23) ○	-0.30 (0.20)	0.21 (0.11) *	0.05 (0.08)	0.24 (0.23)	0.62 (0.20) **
Slovenija	-0.13 (0.15)	-0.49 (0.13) ***	-0.05 (0.07)	0.01 (0.06)	0.09 (0.14)	0.25 (0.12) *
Estonija	-0.01 (0.11)	-0.11 (0.09)	0.06 (0.04)	-0.03 (0.04)	0.13 (0.11)	0.49 (0.10) ***
Hrvatska	-0.29 (0.18) ○	-0.46 (0.11) ***	-0.06 (0.07)	-0.02 (0.04)	-0.39 (0.17) *	-0.24 (0.10) *
Litva	-0.12 (0.23)	-0.56 (0.24) *	-0.07 (0.09)	-0.13 (0.09)	0.19 (0.24)	-0.39 (0.26)
Bugarska	-0.54 (0.23) *	0.26 (0.24)	-0.21 (0.13)	0.11 (0.14)	0.14 (0.21)	0.13 (0.21)
Latvija	-0.12 (0.25)	-0.44 (0.23) ○	0.11 (0.10)	0.10 (0.08)	-0.13 (0.24)	0.02 (0.21)
Rumunjska	-0.44 (0.21) *	-0.04 (0.23)	-0.09 (0.06)	-0.19 (0.08) *	0.23 (0.23)	0.03 (0.22)
Slovačka	-0.23 (0.36)	-0.51 (0.29) ○	0.15 (0.15)	0.17 (0.11)	-0.50 (0.33)	0.37 (0.28)

Zemlja	Dohodak		Obrazovanje		Velič. Uzorka	
	8. val	9. val	8. val	9. val	8. val	9. val
Švedska	-0.37 (0.17) *	-0.11 (0.17)	0.02 (0.02)	0.03 (0.02) ○	1927	1903
Danska	-0.00 (0.10)	-0.18 (0.10) ○	0.00 (0.02)	0.03 (0.02) ○	1443	1497
Finska	0.36 (0.11) **	0.04 (0.11)	-0.04 (0.03)	-0.01 (0.02)	721	1160
Austrija	-0.03 (0.11)	-0.02 (0.09)	0.01 (0.01)	0.01 (0.01)	1246	2050
Njemačka	-0.15 (0.13)	0.08 (0.12)	0.03 (0.02) *	-0.02 (0.01) ○	2363	2659
Nizozemska	0.22 (0.20)	-0.12 (0.17)	0.00 (0.02)	0.02 (0.02)	1484	1691
Francuska	-0.08 (0.12)	-0.19 (0.11) ○	-0.01 (0.02)	-0.01 (0.02)	2011	2004
Švicarska	0.14 (0.07) *	0.11 (0.08)	0.00 (0.01)	0.02 (0.01) ○	1404	1377
Belgija	0.06 (0.21)	-0.03 (0.15)	0.01 (0.02)	0.01 (0.01)	1356	2643
Luksemburg	-0.31 (0.23)	-0.10 (0.30)	0.00 (0.03)	-0.02 (0.03)	581	558
Španjolska	-0.16 (0.14)	-0.30 (0.12) *	-0.01 (0.02)	-0.02 (0.02)	1618	1360
Italija	-0.21 (0.19)	0.41 (0.16) **	-0.05 (0.02) *	-0.04 (0.02) *	1462	2627
Grčka	0.07 (0.08)	-0.18 (0.10) ○	-0.03 (0.02) ○	-0.02 (0.01) ○	2042	2330
Portugal		0.16 (0.21)		-0.00 (0.03)		856
Cipar	-0.01 (0.07)	-0.00 (0.06)	-0.10 (0.04) *	-0.00 (0.04)	404	531
Malta	0.19 (0.23)	-0.34 (0.21)	-0.14 (0.06) *	-0.01 (0.05)	496	603
Češka	-0.03 (0.12)	-0.01 (0.10)	0.03 (0.02) *	-0.01 (0.01)	2214	2442
Poljska	-0.09 (0.12)	0.07 (0.10)	0.01 (0.03)	-0.01 (0.02)	1694	2978
Mađarska	0.59 (0.25) *	0.14 (0.24)	-0.08 (0.04) ○	-0.01 (0.04)	733	1180
Slovenija	-0.10 (0.09)	-0.31 (0.09) ***	-0.03 (0.02)	0.02 (0.02)	1917	2624
Estonija	-0.16 (0.10)	-0.12 (0.08)	0.01 (0.02)	0.00 (0.01)	2128	2710
Hrvatska	-0.31 (0.12) **	-0.29 (0.08) ***	-0.02 (0.02)	-0.03 (0.02) ○	1129	2687
Litva	0.18 (0.16)	-0.04 (0.16)	-0.00 (0.03)	0.01 (0.03)	837	886

Zemlja	Dohodak		Obrazovanje		Velič. Uzorka	
	8. val	9. val	8. val	9. val	8. val	9. val
Bugarska	-0.21 (0.18)	-0.40 (0.27)	-0.02 (0.03)	-0.05 (0.03)	588	547
Latvija	-0.04 (0.15)	-0.13 (0.23)	-0.02 (0.03)	-0.03 (0.03)	708	1003
Rumunjska	-0.14 (0.17)	0.39 (0.20) *	0.02 (0.03)	0.05 (0.03) ○	736	946
Slovačka	0.51 (0.17) **	0.06 (0.21)	-0.03 (0.08)	-0.04 (0.06)	399	528

Navedeni su koeficijenti logističke regresije sa standardnim devijacijama u zagradama.

Razine značajnosti koeficijenata označene su simbolima: *** < 0.001, ** < 0.01, * < 0.05, ○ < 0.10.

Dodatak B

Tablica 33: Kontribucije KI za formalnu njegu (sa z vrijednostima)

Zemlja	Zdrav. stanje		(I)ADL		Kronične bol.		Dob	
	8. val	9. val	8. val	9. val	8. val	9. val	8. val	9. val
Švedska	-0.0193 (-3.87)	-0.0149 (-3.73)	-0.0092 (-3.43)	-0.0159 (-4.78)	-0.0064 (-2.83)	-0.0026 (-1.23)	-0.0504 (-8.14)	-0.0353 (-5.93)
Danska	-0.0208 (-4.25)	-0.0119 (-2.58)	-0.0077 (-2.61)	-0.0138 (-3.71)	-0.0034 (-1.42)	-0.0041 (-1.63)	-0.0417 (-6.60)	-0.0405 (-6.36)
Finska	-0.0085 (-1.40)	-0.0079 (-2.02)	-0.0021 (-1.28)	-0.0017 (-0.81)	-0.0045 (-1.09)	-0.0017 (-1.07)	-0.0122 (-2.44)	-0.0114 (-2.77)
Austrija	-0.0171 (-3.28)	-0.0130 (-3.79)	-0.0081 (-2.13)	-0.0069 (-2.22)	-0.0041 (-1.92)	-0.0025 (-1.87)	-0.0117 (-2.79)	-0.0116 (-3.06)
Njemačka	-0.0225 (-4.39)	-0.0155 (-3.62)	-0.0124 (-4.25)	-0.0116 (-4.65)	-0.0073 (-2.93)	-0.0052 (-2.58)	-0.0133 (-4.07)	-0.0073 (-2.93)
Nizozemska	-0.0196 (-3.90)	-0.0106 (-3.06)	-0.0225 (-4.36)	-0.0215 (-3.69)	-0.0025 (-0.94)	-0.0030 (-1.63)	-0.0383 (-6.12)	-0.0433 (-6.48)
Francuska	-0.0289 (-5.70)	-0.0120 (-3.17)	-0.0204 (-5.21)	-0.0142 (-3.53)	-0.0008 (-0.34)	-0.0029 (-1.51)	-0.0225 (-4.88)	-0.0181 (-4.30)
Švicarska	-0.0128 (-3.14)	-0.0057 (-2.42)	-0.0031 (-1.52)	-0.0009 (-0.39)	-0.0012 (-0.97)	-0.0012 (-1.05)	-0.0131 (-3.12)	-0.0054 (-1.74)
Belgija	-0.0077 (-1.71)	-0.0115 (-3.36)	-0.0240 (-3.26)	-0.0287 (-5.48)	-0.0015 (-0.55)	-0.0078 (-3.32)	-0.0387 (-5.14)	-0.0370 (-7.36)
Luksemburg	-0.0183 (-2.44)	-0.0032 (-0.52)	-0.0108 (-1.93)	-0.0126 (-2.03)	0.0010 (0.27)	-0.0044 (-1.03)	0.0019 (0.39)	-0.0018 (-0.45)
Španjolska	-0.0054 (-1.42)	-0.0001 (-0.05)	-0.0228 (-4.99)	-0.0166 (-3.72)	-0.0105 (-3.26)	-0.0083 (-2.60)	-0.0384 (-6.01)	-0.0243 (-3.88)
Italija	-0.0075 (-2.19)	-0.0122 (-4.27)	-0.0050 (-2.28)	-0.0052 (-3.30)	-0.0117 (-3.09)	-0.0055 (-2.59)	-0.0084 (-2.78)	-0.0100 (-4.10)

Zemlja	Zdrav. stanje		(I)ADL		Kronične bol.		Dob	
	8. val	9. val	8. val	9. val	8. val	9. val	8. val	9. val
Grčka	-0.0061 (-2.68)	-0.0060 (-2.79)	0.0000 (0.00)	-0.0021 (-2.30)	-0.0002 (-0.10)	-0.0011 (-0.93)	-0.0075 (-3.40)	-0.0076 (-3.61)
Portugal	NA (NA)	-0.0030 (-0.53)	NA (NA)	-0.0037 (-1.09)	NA (NA)	-0.0030 (-1.16)	NA (NA)	-0.0113 (-1.88)
Cipar	0.0006 (0.09)	-0.0183 (-2.18)	-0.0096 (-0.54)	-0.0243 (-2.43)	-0.0037 (-0.72)	0.0022 (0.52)	-0.0106 (-1.20)	-0.0057 (-0.63)
Malta	0.0004 (0.21)	0.0001 (0.09)	0.0010 (0.60)	-0.0022 (-1.21)	0.0021 (0.84)	-0.0028 (-1.09)	0.0018 (0.44)	0.0007 (0.21)
Češka	-0.0057 (-2.42)	-0.0052 (-1.86)	-0.0021 (-1.40)	-0.0040 (-1.81)	-0.0017 (-1.05)	0.0012 (1.08)	-0.0145 (-4.62)	-0.0136 (-4.45)
Poljska	-0.0035 (-1.40)	-0.0041 (-2.52)	-0.0027 (-2.81)	-0.0026 (-3.55)	-0.0012 (-1.28)	0.0001 (0.21)	-0.0032 (-2.24)	-0.0029 (-2.57)
Mađarska	-0.0253 (-2.35)	-0.0041 (-1.71)	-0.0073 (-1.44)	-0.0090 (-3.30)	-0.0043 (-0.53)	-0.0004 (-0.16)	-0.0097 (-2.40)	-0.0123 (-3.11)
Slovenija	-0.0108 (-3.22)	-0.0028 (-1.69)	-0.0035 (-3.08)	-0.0038 (-3.65)	-0.0004 (-0.39)	0.0006 (0.87)	-0.0036 (-2.12)	-0.0026 (-2.00)
Estonija	-0.0091 (-2.40)	-0.0099 (-3.38)	-0.0054 (-3.98)	-0.0047 (-4.00)	-0.0007 (-0.65)	-0.0035 (-2.50)	-0.0072 (-2.42)	-0.0082 (-2.96)
Hrvatska	-0.0067 (-1.31)	-0.0105 (-3.62)	-0.0038 (-2.26)	-0.0017 (-2.22)	-0.0034 (-1.34)	-0.0020 (-1.44)	-0.0054 (-1.92)	-0.0030 (-2.35)
Litva	-0.0000 (-0.02)	-0.0018 (-0.74)	-0.0067 (-2.49)	-0.0067 (-2.68)	-0.0007 (-0.67)	0.0000 (0.03)	-0.0130 (-2.88)	-0.0106 (-2.71)
Bugarska	-0.0096 (-1.96)	-0.0060 (-0.53)	-0.0036 (-1.71)	-0.0071 (-1.53)	-0.0042 (-0.97)	-0.0077 (-1.25)	-0.0084 (-1.59)	-0.0147 (-2.18)
Latvija	-0.0043 (-0.77)	-0.0007 (-0.20)	-0.0035 (-1.79)	-0.0056 (-3.23)	-0.0014 (-1.01)	-0.0012 (-0.69)	-0.0046 (-1.33)	-0.0083 (-2.25)
Rumunjska	0.0009 (0.46)	0.0001 (0.11)	-0.0030 (-1.74)	-0.0013 (-1.36)	0.0000 (0.03)	-0.0007 (-0.75)	0.0002 (0.08)	0.0006 (0.45)
Slovačka	-0.0066 (-1.06)	-0.0075 (-1.38)	0.0004 (0.07)	-0.0055 (-1.47)	-0.0010 (-0.28)	0.0041 (0.77)	0.0022 (0.57)	-0.0057 (-0.91)

Zemlja	Spol		Oženjeni		Djeca		Sredina	
	8. val	9. val	8. val	9. val	8. val	9. val	8. val	9. val
Švedska	-0.0025 (-1.05)	-0.0048 (-1.85)	-0.0161 (-3.71)	-0.0146 (-2.88)	0.0004 (0.56)	-0.0034 (-2.14)	0.0010 (0.89)	0.0018 (1.40)
Danska	-0.0027 (-1.52)	-0.0014 (-0.75)	-0.0106 (-3.19)	-0.0226 (-5.23)	0.0002 (0.29)	-0.0000 (-0.06)	-0.0000 (-0.08)	-0.0000 (-0.02)
Finska	-0.0049 (-1.49)	-0.0040 (-1.61)	-0.0005 (-0.09)	-0.0145 (-3.12)	0.0081 (1.73)	0.0020 (1.32)	0.0044 (0.89)	0.0019 (0.72)
Austrija	-0.0072 (-2.14)	-0.0054 (-1.98)	-0.0065 (-2.10)	-0.0083 (-2.99)	0.0128 (2.51)	0.0081 (2.41)	0.0071 (1.86)	0.0082 (1.94)
Njemačka	-0.0037 (-2.27)	-0.0046 (-2.80)	-0.0059 (-2.18)	-0.0078 (-3.18)	-0.0000 (-0.01)	0.0001 (0.32)	-0.0008 (-0.77)	0.0010 (0.97)
Nizozemska	-0.0102 (-3.04)	-0.0053 (-2.34)	-0.0095 (-3.10)	-0.0058 (-2.44)	0.0022 (1.34)	0.0006 (0.34)	0.0005 (0.63)	-0.0005 (-0.60)

Zemlja	Spol		Oženjeni		Djeca		Sredina	
	8. val	9. val	8. val	9. val	8. val	9. val	8. val	9. val
Francuska	-0.0044 (-2.27)	-0.0035 (-2.06)	-0.0119 (-3.12)	-0.0143 (-3.82)	-0.0000 (-0.12)	-0.0001 (-0.24)	-0.0028 (-1.30)	0.0006 (0.32)
Švicarska	-0.0064 (-2.15)	-0.0044 (-1.80)	-0.0040 (-1.80)	-0.0050 (-2.22)	0.0008 (0.68)	-0.0014 (-0.90)	-0.0026 (-1.11)	0.0021 (1.46)
Belgija	-0.0095 (-2.49)	-0.0085 (-3.34)	-0.0164 (-2.67)	-0.0187 (-4.36)	-0.0002 (-0.23)	-0.0001 (-0.13)	-0.0008 (-0.29)	-0.0009 (-1.02)
Luksemburg	-0.0008 (-0.41)	-0.0027 (-0.93)	-0.0066 (-1.57)	-0.0149 (-2.52)	-0.0040 (-1.35)	0.0000 (0.03)	0.0007 (0.37)	-0.0041 (-1.11)
Španjolska	-0.0023 (-1.43)	-0.0004 (-0.34)	-0.0038 (-1.47)	0.0002 (0.27)	0.0028 (1.36)	0.0038 (1.51)	0.0011 (0.48)	-0.0007 (-0.45)
Italija	-0.0055 (-2.11)	-0.0045 (-2.95)	-0.0043 (-2.07)	-0.0016 (-1.41)	0.0027 (0.51)	0.0097 (3.10)	0.0113 (3.19)	0.0005 (0.49)
Grčka	-0.0040 (-2.30)	-0.0022 (-1.75)	-0.0008 (-1.15)	-0.0018 (-1.84)	0.0010 (1.14)	-0.0001 (-0.37)	0.0067 (2.60)	0.0006 (0.36)
Portugal	NA (NA)	-0.0012 (-0.45)	NA (NA)	-0.0046 (-1.51)	NA (NA)	-0.0042 (-1.22)	NA (NA)	0.0087 (2.15)
Cipar	-0.0023 (-0.52)	-0.0019 (-0.51)	0.0012 (0.21)	-0.0085 (-1.39)	-0.0006 (-0.14)	-0.0069 (-0.98)	0.0109 (1.29)	0.0086 (0.98)
Malta	0.0004 (0.13)	0.0002 (0.12)	-0.0016 (-0.37)	0.0029 (1.08)	0.0089 (1.41)	0.0018 (0.74)	-0.0016 (-0.36)	0.0009 (0.12)
Češka	-0.0029 (-0.83)	-0.0058 (-1.55)	-0.0175 (-3.06)	-0.0104 (-2.05)	0.0000 (0.09)	0.0000 (0.00)	0.0004 (0.40)	-0.0011 (-1.19)
Poljska	0.0008 (0.79)	-0.0003 (-0.37)	-0.0061 (-2.23)	-0.0050 (-3.30)	0.0007 (0.47)	0.0010 (1.16)	0.0084 (2.59)	0.0054 (2.85)
Mađarska	0.0001 (0.02)	0.0012 (0.38)	-0.0134 (-1.85)	-0.0182 (-2.61)	-0.0011 (-0.60)	-0.0005 (-0.63)	-0.0116 (-2.28)	-0.0019 (-0.57)
Slovenija	0.0039 (2.33)	0.0009 (1.22)	-0.0068 (-2.45)	-0.0024 (-1.30)	0.0000 (0.10)	0.0005 (0.83)	0.0024 (1.42)	0.0038 (2.72)
Estonija	0.0005 (0.22)	-0.0011 (-0.51)	-0.0141 (-2.98)	-0.0096 (-2.12)	-0.0052 (-1.72)	-0.0044 (-2.05)	0.0001 (0.27)	-0.0009 (-0.90)
Hrvatska	-0.0025 (-1.25)	0.0000 (0.00)	-0.0084 (-2.51)	-0.0088 (-2.82)	-0.0001 (-0.13)	0.0006 (1.05)	-0.0019 (-1.23)	-0.0001 (-0.05)
Litva	-0.0067 (-1.37)	0.0061 (2.11)	0.0011 (0.19)	-0.0015 (-0.22)	0.0010 (0.59)	0.0007 (0.63)	0.0031 (0.89)	0.0002 (0.13)
Bugarska	0.0008 (0.14)	0.0003 (0.05)	-0.0016 (-0.23)	-0.0031 (-0.28)	0.0014 (0.44)	-0.0004 (-0.29)	0.0040 (1.00)	0.0011 (0.34)
Latvija	-0.0032 (-0.15)	-0.0038 (-0.63)	-0.0014 (-0.07)	0.0034 (0.56)	-0.0012 (-0.67)	-0.0008 (-0.57)	0.0002 (0.12)	-0.0007 (-0.28)
Rumunjska	-0.0000 (-0.00)	0.0003 (0.16)	-0.0123 (-1.95)	-0.0042 (-0.65)	0.0009 (0.73)	0.0031 (1.79)	0.0061 (1.73)	0.0014 (0.18)
Slovačka	0.0011 (0.37)	-0.0010 (-0.37)	-0.0002 (-0.02)	0.0077 (0.99)	0.0002 (0.11)	0.0028 (0.88)	0.0134 (2.07)	0.0035 (0.97)

Zemlja	Dohodak		Obrazovanje		Rezidual	
	8. val	9. val	8. val	9. val	8. val	9. val
Švedska	0.0078 (0.45)	0.0049 (0.25)	0.0054 (1.26)	0.0089 (1.86)	-0.0134 (-2.09)	-0.0158 (-2.94)
Danska	-0.0005 (-0.04)	0.0058 (0.43)	-0.0042 (-0.61)	0.0026 (0.45)	-0.0187 (-2.34)	-0.0245 (-3.52)
Finska	-0.0266 (-1.24)	0.0180 (1.19)	-0.0051 (-0.57)	0.0178 (2.54)	-0.0016 (-0.27)	0.0041 (0.56)
Austrija	0.0136 (0.85)	0.0108 (0.82)	0.0063 (1.36)	0.0039 (1.58)	-0.0065 (-0.99)	-0.0052 (-1.07)
Njemačka	-0.0024 (-0.15)	0.0458 (3.18)	0.0050 (0.82)	0.0013 (0.26)	-0.0155 (-3.51)	-0.0076 (-2.01)
Nizozemska	-0.0131 (-0.58)	0.0103 (0.54)	0.0066 (0.85)	-0.0012 (-0.17)	-0.0248 (-3.68)	-0.0212 (-3.87)
Francuska	0.0226 (1.49)	0.0261 (1.90)	0.0040 (0.57)	0.0061 (0.83)	-0.0259 (-4.23)	-0.0163 (-3.34)
Švicarska	0.0216 (1.50)	-0.0081 (-0.58)	0.0032 (1.51)	0.0012 (0.99)	-0.0074 (-1.41)	0.0006 (0.11)
Belgija	0.0647 (2.58)	0.0368 (2.14)	0.0146 (1.59)	0.0054 (0.82)	-0.0119 (-2.44)	-0.0121 (-3.87)
Luksemburg	-0.0833 (-2.80)	0.0261 (1.02)	0.0288 (2.91)	0.0012 (0.10)	-0.0090 (-0.67)	-0.0131 (-1.20)
Španjolska	0.0336 (1.96)	-0.0116 (-0.52)	0.0115 (1.69)	0.0051 (0.74)	-0.0228 (-4.53)	-0.0148 (-2.67)
Italija	0.0465 (2.29)	0.0194 (1.35)	0.0306 (3.47)	0.0153 (2.60)	-0.0091 (-1.95)	-0.0050 (-1.49)
Grčka	0.0171 (1.87)	0.0100 (1.14)	0.0084 (2.23)	0.0083 (2.59)	0.0083 (1.57)	-0.0037 (-1.16)
Portugal	NA (NA)	0.1373 (4.37)	NA (NA)	0.0233 (1.60)	NA (NA)	0.0149 (1.84)
Cipar	0.0321 (0.70)	0.0112 (0.31)	0.0202 (1.80)	0.0494 (3.91)	-0.0049 (-0.36)	-0.0080 (-1.14)
Malta	0.0032 (0.19)	-0.0168 (-0.71)	-0.0003 (-0.05)	-0.0012 (-0.36)	0.0048 (0.55)	-0.0049 (-0.53)
Češka	0.0219 (2.31)	0.0186 (1.83)	0.0025 (0.76)	-0.0079 (-2.21)	0.0026 (0.68)	0.0021 (0.54)
Poljska	0.0038 (0.51)	-0.0038 (-0.62)	-0.0065 (-1.27)	0.0035 (1.37)	-0.0038 (-1.12)	-0.0048 (-2.04)
Mađarska	-0.0259 (-1.05)	-0.0449 (-2.73)	0.0027 (0.22)	0.0032 (0.45)	-0.0114 (-1.52)	-0.0173 (-3.10)
Slovenija	0.0225 (2.44)	-0.0084 (-1.10)	-0.0077 (-1.57)	0.0102 (2.82)	-0.0011 (-0.25)	-0.0039 (-1.11)
Estonija	-0.0040 (-0.38)	-0.0193 (-1.68)	0.0053 (2.42)	0.0048 (1.76)	0.0031 (0.90)	0.0008 (0.22)
Hrvatska	-0.0283 (-1.71)	-0.0152 (-1.23)	0.0063 (0.76)	-0.0016 (-0.32)	-0.0139 (-2.54)	-0.0012 (-0.55)
Litva	0.0066 (0.35)	0.0003 (0.02)	0.0082 (2.30)	0.0114 (2.34)	-0.0040 (-0.53)	-0.0039 (-0.75)
Bugarska	-0.0176 (-0.82)	-0.0486 (-1.88)	-0.0040 (-0.71)	0.0062 (0.93)	0.0014 (0.17)	0.0020 (0.24)

Zemlja	Dohodak		Obrazovanje		Rezidual	
	8. val	9. val	8. val	9. val	8. val	9. val
Latvija	-0.0084 (-0.58)	0.0223 (1.45)	-0.0026 (-0.71)	-0.0053 (-1.75)	-0.0028 (-0.10)	-0.0123 (-1.56)
Rumunjska	0.0163 (1.19)	-0.0101 (-0.88)	-0.0024 (-0.38)	-0.0063 (-0.97)	-0.0059 (-1.04)	-0.0008 (-0.09)
Slovačka	-0.0046 (-0.17)	0.0192 (1.22)	-0.0162 (-1.47)	0.0012 (0.20)	0.0101 (0.72)	-0.0015 (-0.19)

Navedene su kontribucije nezavisnih varijabli, te reziduala, koncentracijskim indeksima, sa z - vrijednostima u zgradama.

Tablica 34: Kontribucije KI za neformalnu njegu (sa z vrijednostima)

Zemlja	Zdrav. stanje		(I)ADL		Kronične bol.		Dob	
	8. val	9. val	8. val	9. val	8. val	9. val	8. val	9. val
Švedska	-0.0193 (-3.87)	-0.0149 (-3.73)	-0.0092 (-3.43)	-0.0159 (-4.78)	-0.0064 (-2.83)	-0.0026 (-1.23)	-0.0504 (-8.14)	-0.0353 (-5.93)
Danska	-0.0208 (-4.25)	-0.0119 (-2.58)	-0.0077 (-2.61)	-0.0138 (-3.71)	-0.0034 (-1.42)	-0.0041 (-1.63)	-0.0417 (-6.60)	-0.0405 (-6.36)
Finska	-0.0085 (-1.40)	-0.0079 (-2.02)	-0.0021 (-1.28)	-0.0017 (-0.81)	-0.0045 (-1.09)	-0.0017 (-1.07)	-0.0122 (-2.44)	-0.0114 (-2.77)
Austrija	-0.0171 (-3.28)	-0.0130 (-3.79)	-0.0081 (-2.13)	-0.0069 (-2.22)	-0.0041 (-1.92)	-0.0025 (-1.87)	-0.0117 (-2.79)	-0.0116 (-3.06)
Njemačka	-0.0225 (-4.39)	-0.0155 (-3.62)	-0.0124 (-4.25)	-0.0116 (-4.65)	-0.0073 (-2.93)	-0.0052 (-2.58)	-0.0133 (-4.07)	-0.0073 (-2.93)
Nizozemska	-0.0196 (-3.90)	-0.0106 (-3.06)	-0.0225 (-4.36)	-0.0215 (-3.69)	-0.0025 (-0.94)	-0.0030 (-1.63)	-0.0383 (-6.12)	-0.0433 (-6.48)
Francuska	-0.0289 (-5.70)	-0.0120 (-3.17)	-0.0204 (-5.21)	-0.0142 (-3.53)	-0.0008 (-0.34)	-0.0029 (-1.51)	-0.0225 (-4.88)	-0.0181 (-4.30)
Švicarska	-0.0128 (-3.14)	-0.0057 (-2.42)	-0.0031 (-1.52)	-0.0009 (-0.39)	-0.0012 (-0.97)	-0.0012 (-1.05)	-0.0131 (-3.12)	-0.0054 (-1.74)
Belgija	-0.0077 (-1.71)	-0.0115 (-3.36)	-0.0240 (-3.26)	-0.0287 (-5.48)	-0.0015 (-0.55)	-0.0078 (-3.32)	-0.0387 (-5.14)	-0.0370 (-7.36)
Luksemburg	-0.0183 (-2.44)	-0.0032 (-0.52)	-0.0108 (-1.93)	-0.0126 (-2.03)	0.0010 (0.27)	-0.0044 (-1.03)	0.0019 (0.39)	-0.0018 (-0.45)
Španjolska	-0.0054 (-1.42)	-0.0001 (-0.05)	-0.0228 (-4.99)	-0.0166 (-3.72)	-0.0105 (-3.26)	-0.0083 (-2.60)	-0.0384 (-6.01)	-0.0243 (-3.88)
Italija	-0.0075 (-2.19)	-0.0122 (-4.27)	-0.0050 (-2.28)	-0.0052 (-3.30)	-0.0117 (-3.09)	-0.0055 (-2.59)	-0.0084 (-2.78)	-0.0100 (-4.10)
Grčka	-0.0061 (-2.68)	-0.0060 (-2.79)	0.0000 (0.00)	-0.0021 (-2.30)	-0.0002 (-0.10)	-0.0011 (-0.93)	-0.0075 (-3.40)	-0.0076 (-3.61)
Portugal	NA (NA)	-0.0030 (-0.53)	NA (NA)	-0.0037 (-1.09)	NA (NA)	-0.0030 (-1.16)	NA (NA)	-0.0113 (-1.88)
Cipar	0.0006 (0.09)	-0.0183 (-2.18)	-0.0096 (-0.54)	-0.0243 (-2.43)	-0.0037 (-0.72)	0.0022 (0.52)	-0.0106 (-1.20)	-0.0057 (-0.63)
Malta	0.0004 (0.21)	0.0001 (0.09)	0.0010 (0.60)	-0.0022 (-1.21)	0.0021 (0.84)	-0.0028 (-1.09)	0.0018 (0.44)	0.0007 (0.21)
Češka	-0.0057 (-2.42)	-0.0052 (-1.86)	-0.0021 (-1.40)	-0.0040 (-1.81)	-0.0017 (-1.05)	0.0012 (1.08)	-0.0145 (-4.62)	-0.0136 (-4.45)

Zemlja	Zdrav. stanje		(I)ADL		Kronične bol.		Dob	
	8. val	9. val	8. val	9. val	8. val	9. val	8. val	9. val
Poljska	-0.0035 (-1.40)	-0.0041 (-2.52)	-0.0027 (-2.81)	-0.0026 (-3.55)	-0.0012 (-1.28)	0.0001 (0.21)	-0.0032 (-2.24)	-0.0029 (-2.57)
Mađarska	-0.0253 (-2.35)	-0.0041 (-1.71)	-0.0073 (-1.44)	-0.0090 (-3.30)	-0.0043 (-0.53)	-0.0004 (-0.16)	-0.0097 (-2.40)	-0.0123 (-3.11)
Slovenija	-0.0108 (-3.22)	-0.0028 (-1.69)	-0.0035 (-3.08)	-0.0038 (-3.65)	-0.0004 (-0.39)	0.0006 (0.87)	-0.0036 (-2.12)	-0.0026 (-2.00)
Estonija	-0.0091 (-2.40)	-0.0099 (-3.38)	-0.0054 (-3.98)	-0.0047 (-4.00)	-0.0007 (-0.65)	-0.0035 (-2.50)	-0.0072 (-2.42)	-0.0082 (-2.96)
Hrvatska	-0.0067 (-1.31)	-0.0105 (-3.62)	-0.0038 (-2.26)	-0.0017 (-2.22)	-0.0034 (-1.34)	-0.0020 (-1.44)	-0.0054 (-1.92)	-0.0030 (-2.35)
Litva	-0.0000 (-0.02)	-0.0018 (-0.74)	-0.0067 (-2.49)	-0.0067 (-2.68)	-0.0007 (-0.67)	0.0000 (0.03)	-0.0130 (-2.88)	-0.0106 (-2.71)
Bugarska	-0.0096 (-1.96)	-0.0060 (-0.53)	-0.0036 (-1.71)	-0.0071 (-1.53)	-0.0042 (-0.97)	-0.0077 (-1.25)	-0.0084 (-1.59)	-0.0147 (-2.18)
Latvija	-0.0043 (-0.77)	-0.0007 (-0.20)	-0.0035 (-1.79)	-0.0056 (-3.23)	-0.0014 (-1.01)	-0.0012 (-0.69)	-0.0046 (-1.33)	-0.0083 (-2.25)
Rumunjska	0.0009 (0.46)	0.0001 (0.11)	-0.0030 (-1.74)	-0.0013 (-1.36)	0.0000 (0.03)	-0.0007 (-0.75)	0.0002 (0.08)	0.0006 (0.45)
Slovačka	-0.0066 (-1.06)	-0.0075 (-1.38)	0.0004 (0.07)	-0.0055 (-1.47)	-0.0010 (-0.28)	0.0041 (0.77)	0.0022 (0.57)	-0.0057 (-0.91)

Zemlja	Spol		Ožljeni		Djeca		Sredina	
	8. val	9. val	8. val	9. val	8. val	9. val	8. val	9. val
Švedska	-0.0025 (-1.05)	-0.0048 (-1.85)	-0.0161 (-3.71)	-0.0146 (-2.88)	0.0004 (0.56)	-0.0034 (-2.14)	0.0010 (0.89)	0.0018 (1.40)
Danska	-0.0027 (-1.52)	-0.0014 (-0.75)	-0.0106 (-3.19)	-0.0226 (-5.23)	0.0002 (0.29)	-0.0000 (-0.06)	-0.0000 (-0.08)	-0.0000 (-0.02)
Finska	-0.0049 (-1.49)	-0.0040 (-1.61)	-0.0005 (-0.09)	-0.0145 (-3.12)	0.0081 (1.73)	0.0020 (1.32)	0.0044 (0.89)	0.0019 (0.72)
Austrija	-0.0072 (-2.14)	-0.0054 (-1.98)	-0.0065 (-2.10)	-0.0083 (-2.99)	0.0128 (2.51)	0.0081 (2.41)	0.0071 (1.86)	0.0082 (1.94)
Njemačka	-0.0037 (-2.27)	-0.0046 (-2.80)	-0.0059 (-2.18)	-0.0078 (-3.18)	-0.0000 (-0.01)	0.0001 (0.32)	-0.0008 (-0.77)	0.0010 (0.97)
Nizozemska	-0.0102 (-3.04)	-0.0053 (-2.34)	-0.0095 (-3.10)	-0.0058 (-2.44)	0.0022 (1.34)	0.0006 (0.34)	0.0005 (0.63)	-0.0005 (-0.60)
Francuska	-0.0044 (-2.27)	-0.0035 (-2.06)	-0.0119 (-3.12)	-0.0143 (-3.82)	-0.0000 (-0.12)	-0.0001 (-0.24)	-0.0028 (-1.30)	0.0006 (0.32)
Švicarska	-0.0064 (-2.15)	-0.0044 (-1.80)	-0.0040 (-1.80)	-0.0050 (-2.22)	0.0008 (0.68)	-0.0014 (-0.90)	-0.0026 (-1.11)	0.0021 (1.46)
Belgija	-0.0095 (-2.49)	-0.0085 (-3.34)	-0.0164 (-2.67)	-0.0187 (-4.36)	-0.0002 (-0.23)	-0.0001 (-0.13)	-0.0008 (-0.29)	-0.0009 (-1.02)
Luksemburg	-0.0008 (-0.41)	-0.0027 (-0.93)	-0.0066 (-1.57)	-0.0149 (-2.52)	-0.0040 (-1.35)	0.0000 (0.03)	0.0007 (0.37)	-0.0041 (-1.11)
Španjolska	-0.0023 (-1.43)	-0.0004 (-0.34)	-0.0038 (-1.47)	0.0002 (0.27)	0.0028 (1.36)	0.0038 (1.51)	0.0011 (0.48)	-0.0007 (-0.45)

Zemlja	Spol		Oženjeni		Djeca		Sredina	
	8. val	9. val	8. val	9. val	8. val	9. val	8. val	9. val
Italija	-0.0055 (-2.11)	-0.0045 (-2.95)	-0.0043 (-2.07)	-0.0016 (-1.41)	0.0027 (0.51)	0.0097 (3.10)	0.0113 (3.19)	0.0005 (0.49)
Grčka	-0.0040 (-2.30)	-0.0022 (-1.75)	-0.0008 (-1.15)	-0.0018 (-1.84)	0.0010 (1.14)	-0.0001 (-0.37)	0.0067 (2.60)	0.0006 (0.36)
Portugal	NA (NA)	-0.0012 (-0.45)	NA (NA)	-0.0046 (-1.51)	NA (NA)	-0.0042 (-1.22)	NA (NA)	0.0087 (2.15)
Cipar	-0.0023 (-0.52)	-0.0019 (-0.51)	0.0012 (0.21)	-0.0085 (-1.39)	-0.0006 (-0.14)	-0.0069 (-0.98)	0.0109 (1.29)	0.0086 (0.98)
Malta	0.0004 (0.13)	0.0002 (0.12)	-0.0016 (-0.37)	0.0029 (1.08)	0.0089 (1.41)	0.0018 (0.74)	-0.0016 (-0.36)	0.0009 (0.12)
Češka	-0.0029 (-0.83)	-0.0058 (-1.55)	-0.0175 (-3.06)	-0.0104 (-2.05)	0.0000 (0.09)	0.0000 (0.00)	0.0004 (0.40)	-0.0011 (-1.19)
Poljska	0.0008 (0.79)	-0.0003 (-0.37)	-0.0061 (-2.23)	-0.0050 (-3.30)	0.0007 (0.47)	0.0010 (1.16)	0.0084 (2.59)	0.0054 (2.85)
Mađarska	0.0001 (0.02)	0.0012 (0.38)	-0.0134 (-1.85)	-0.0182 (-2.61)	-0.0011 (-0.60)	-0.0005 (-0.63)	-0.0116 (-2.28)	-0.0019 (-0.57)
Slovenija	0.0039 (2.33)	0.0009 (1.22)	-0.0068 (-2.45)	-0.0024 (-1.30)	0.0000 (0.10)	0.0005 (0.83)	0.0024 (1.42)	0.0038 (2.72)
Estonija	0.0005 (0.22)	-0.0011 (-0.51)	-0.0141 (-2.98)	-0.0096 (-2.12)	-0.0052 (-1.72)	-0.0044 (-2.05)	0.0001 (0.27)	-0.0009 (-0.90)
Hrvatska	-0.0025 (-1.25)	0.0000 (0.00)	-0.0084 (-2.51)	-0.0088 (-2.82)	-0.0001 (-0.13)	0.0006 (1.05)	-0.0019 (-1.23)	-0.0001 (-0.05)
Litva	-0.0067 (-1.37)	0.0061 (2.11)	0.0011 (0.19)	-0.0015 (-0.22)	0.0010 (0.59)	0.0007 (0.63)	0.0031 (0.89)	0.0002 (0.13)
Bugarska	0.0008 (0.14)	0.0003 (0.05)	-0.0016 (-0.23)	-0.0031 (-0.28)	0.0014 (0.44)	-0.0004 (-0.29)	0.0040 (1.00)	0.0011 (0.34)
Latvija	-0.0032 (-0.15)	-0.0038 (-0.63)	-0.0014 (-0.07)	0.0034 (0.56)	-0.0012 (-0.67)	-0.0008 (-0.57)	0.0002 (0.12)	-0.0007 (-0.28)
Rumunjska	-0.0000 (-0.00)	0.0003 (0.16)	-0.0123 (-1.95)	-0.0042 (-0.65)	0.0009 (0.73)	0.0031 (1.79)	0.0061 (1.73)	0.0014 (0.18)
Slovačka	0.0011 (0.37)	-0.0010 (-0.37)	-0.0002 (-0.02)	0.0077 (0.99)	0.0002 (0.11)	0.0028 (0.88)	0.0134 (2.07)	0.0035 (0.97)

Zemlja	Dohodak		Obrazovanje		Rezidual	
	8. val	9. val	8. val	9. val	8. val	9. val
Švedska	0.0078 (0.45)	0.0049 (0.25)	0.0054 (1.26)	0.0089 (1.86)	-0.0134 (-2.09)	-0.0158 (-2.94)
Danska	-0.0005 (-0.04)	0.0058 (0.43)	-0.0042 (-0.61)	0.0026 (0.45)	-0.0187 (-2.34)	-0.0245 (-3.52)
Finska	-0.0266 (-1.24)	0.0180 (1.19)	-0.0051 (-0.57)	0.0178 (2.54)	-0.0016 (-0.27)	0.0041 (0.56)
Austrija	0.0136 (0.85)	0.0108 (0.82)	0.0063 (1.36)	0.0039 (1.58)	-0.0065 (-0.99)	-0.0052 (-1.07)
Njemačka	-0.0024 (-0.15)	0.0458 (3.18)	0.0050 (0.82)	0.0013 (0.26)	-0.0155 (-3.51)	-0.0076 (-2.01)

Zemlja	Dohodak		Obrazovanje		Rezidual	
	8. val	9. val	8. val	9. val	8. val	9. val
Nizozemska	-0.0131 (-0.58)	0.0103 (0.54)	0.0066 (0.85)	-0.0012 (-0.17)	-0.0248 (-3.68)	-0.0212 (-3.87)
Francuska	0.0226 (1.49)	0.0261 (1.90)	0.0040 (0.57)	0.0061 (0.83)	-0.0259 (-4.23)	-0.0163 (-3.34)
Švicarska	0.0216 (1.50)	-0.0081 (-0.58)	0.0032 (1.51)	0.0012 (0.99)	-0.0074 (-1.41)	0.0006 (0.11)
Belgija	0.0647 (2.58)	0.0368 (2.14)	0.0146 (1.59)	0.0054 (0.82)	-0.0119 (-2.44)	-0.0121 (-3.87)
Luksemburg	-0.0833 (-2.80)	0.0261 (1.02)	0.0288 (2.91)	0.0012 (0.10)	-0.0090 (-0.67)	-0.0131 (-1.20)
Španjolska	0.0336 (1.96)	-0.0116 (-0.52)	0.0115 (1.69)	0.0051 (0.74)	-0.0228 (-4.53)	-0.0148 (-2.67)
Italija	0.0465 (2.29)	0.0194 (1.35)	0.0306 (3.47)	0.0153 (2.60)	-0.0091 (-1.95)	-0.0050 (-1.49)
Grčka	0.0171 (1.87)	0.0100 (1.14)	0.0084 (2.23)	0.0083 (2.59)	0.0083 (1.57)	-0.0037 (-1.16)
Portugal	NA (NA)	0.1373 (4.37)	NA (NA)	0.0233 (1.60)	NA (NA)	0.0149 (1.84)
Cipar	0.0321 (0.70)	0.0112 (0.31)	0.0202 (1.80)	0.0494 (3.91)	-0.0049 (-0.36)	-0.0080 (-1.14)
Malta	0.0032 (0.19)	-0.0168 (-0.71)	-0.0003 (-0.05)	-0.0012 (-0.36)	0.0048 (0.55)	-0.0049 (-0.53)
Češka	0.0219 (2.31)	0.0186 (1.83)	0.0025 (0.76)	-0.0079 (-2.21)	0.0026 (0.68)	0.0021 (0.54)
Poljska	0.0038 (0.51)	-0.0038 (-0.62)	-0.0065 (-1.27)	0.0035 (1.37)	-0.0038 (-1.12)	-0.0048 (-2.04)
Mađarska	-0.0259 (-1.05)	-0.0449 (-2.73)	0.0027 (0.22)	0.0032 (0.45)	-0.0114 (-1.52)	-0.0173 (-3.10)
Slovenija	0.0225 (2.44)	-0.0084 (-1.10)	-0.0077 (-1.57)	0.0102 (2.82)	-0.0011 (-0.25)	-0.0039 (-1.11)
Estonija	-0.0040 (-0.38)	-0.0193 (-1.68)	0.0053 (2.42)	0.0048 (1.76)	0.0031 (0.90)	0.0008 (0.22)
Hrvatska	-0.0283 (-1.71)	-0.0152 (-1.23)	0.0063 (0.76)	-0.0016 (-0.32)	-0.0139 (-2.54)	-0.0012 (-0.55)
Litva	0.0066 (0.35)	0.0003 (0.02)	0.0082 (2.30)	0.0114 (2.34)	-0.0040 (-0.53)	-0.0039 (-0.75)
Bugarska	-0.0176 (-0.82)	-0.0486 (-1.88)	-0.0040 (-0.71)	0.0062 (0.93)	0.0014 (0.17)	0.0020 (0.24)
Latvija	-0.0084 (-0.58)	0.0223 (1.45)	-0.0026 (-0.71)	-0.0053 (-1.75)	-0.0028 (-0.10)	-0.0123 (-1.56)
Rumunjska	0.0163 (1.19)	-0.0101 (-0.88)	-0.0024 (-0.38)	-0.0063 (-0.97)	-0.0059 (-1.04)	-0.0008 (-0.09)
Slovačka	-0.0046 (-0.17)	0.0192 (1.22)	-0.0162 (-1.47)	0.0012 (0.20)	0.0101 (0.72)	-0.0015 (-0.19)

Navedene su kontribucije nezavisnih varijabli, te reziduala, koncentracijskim indeksima, sa z - vrijednostima u zagradama.

Dodatak C

Tablica 35: Kontribucije vertikalnom KI za formalnu njegu (sa z vrijednostima)

Zemlja	Prema dohotku				Prema obrazovanju			
	Zdrav. stanje		(I)ADL		Zdrav. stanje		(I)ADL	
	8. val	9. val	8. val	9. val	8. val	9. val	8. val	9. val
Švedska	-0.0047 (-0.75)	0.0083 (1.56)	-0.0020 (-1.21)	0.0014 (0.32)	-0.0038 (-0.56)	0.0095 (1.93)	0.0002 (0.06)	0.0029 (0.82)
Danska	-0.0019 (-0.33)	-0.0066 (-1.09)	0.0007 (0.20)	0.0116 (1.93)	-0.0076 (-1.19)	-0.0000 (-0.01)	0.0029 (0.66)	-0.0032 (-0.70)
Finska	0.0016 (0.21)	0.0036 (0.91)	0.0004 (0.13)	-0.0007 (-0.72)	0.0035 (0.36)	0.0048 (1.28)	-0.0003 (-0.06)	-0.0010 (-0.71)
Austrija	0.0037 (0.74)	-0.0004 (-0.17)	-0.0011 (-0.45)	-0.0004 (-0.35)	0.0011 (0.27)	0.0021 (0.82)	-0.0004 (-0.19)	-0.0012 (-0.85)
Njemačka	-0.0052 (-1.20)	-0.0049 (-1.33)	-0.0030 (-1.72)	-0.0011 (-0.73)	0.0001 (0.02)	-0.0010 (-0.21)	-0.0002 (-0.08)	0.0008 (0.29)
Nizozemska	-0.0086 (-1.71)	-0.0007 (-0.21)	0.0080 (1.11)	-0.0077 (-1.56)	0.0019 (0.36)	0.0031 (0.77)	-0.0033 (-0.57)	0.0081 (1.06)
Francuska	-0.0033 (-0.73)	0.0028 (0.79)	0.0009 (0.18)	-0.0033 (-1.37)	-0.0041 (-0.76)	-0.0036 (-0.75)	-0.0102 (-2.01)	-0.0036 (-1.21)
Švicarska	-0.0038 (-0.88)	0.0004 (0.18)	0.0012 (0.77)	-0.0000 (-0.04)	0.0016 (0.40)	0.0007 (0.37)	0.0007 (0.50)	-0.0000 (-0.08)
Belgija	0.0011 (0.25)	0.0034 (1.05)	0.0002 (0.06)	-0.0001 (-0.01)	0.0048 (1.05)	-0.0018 (-0.60)	0.0025 (0.52)	0.0033 (0.72)
Luksemburg	-0.0080 (-0.95)	-0.0141 (-1.44)	0.0046 (0.50)	0.0061 (0.38)	0.0014 (0.18)	-0.0083 (-0.99)	-0.0010 (-0.09)	-0.0051 (-0.73)
Španjolska	0.0023 (0.58)	0.0073 (2.04)	-0.0024 (-0.47)	-0.0021 (-0.59)	0.0037 (0.78)	0.0053 (1.21)	0.0019 (0.25)	0.0040 (0.79)
Italija	-0.0012 (-0.50)	0.0015 (0.60)	0.0010 (0.54)	0.0000 (0.05)	-0.0054 (-1.39)	0.0012 (0.34)	0.0023 (0.48)	0.0015 (0.83)
Grčka	0.0024 (1.24)	-0.0009 (-0.40)	0.0000 (0.00)	0.0004 (0.56)	-0.0022 (-0.74)	-0.0049 (-1.67)	-0.0000 (-0.00)	0.0022 (1.59)
Portugal	NA (NA)	-0.0081 (-1.77)	NA (NA)	0.0002 (0.15)	NA (NA)	0.0022 (0.47)	NA (NA)	0.0004 (0.25)
Cipar	0.0002 (0.06)	-0.0131 (-1.90)	-0.0024 (-0.41)	-0.0019 (-0.17)	0.0001 (0.04)	0.0001 (0.01)	-0.0021 (-0.22)	-0.0041 (-0.30)
Malta	-0.0003 (-0.15)	0.0001 (0.04)	0.0002 (0.01)	0.0008 (0.36)	-0.0011 (-0.02)	0.0000 (0.01)	-0.0014 (-0.01)	0.0019 (0.24)
Češka	0.0013 (0.57)	0.0021 (0.66)	-0.0001 (-0.24)	0.0004 (0.52)	0.0008 (0.31)	0.0021 (0.53)	0.0004 (0.43)	0.0002 (0.23)
Poljska	-0.0028 (-0.84)	-0.0007 (-0.37)	0.0009 (0.90)	-0.0000 (-0.01)	-0.0045 (-0.95)	-0.0014 (-0.73)	0.0021 (1.19)	0.0011 (1.12)
Mađarska	0.0063 (0.39)	-0.0015 (-0.48)	-0.0232 (-1.59)	0.0020 (0.50)	-0.0243 (-1.74)	-0.0007 (-0.25)	-0.0043 (-0.34)	0.0004 (0.11)
Slovenija	0.0007 (0.21)	-0.0008 (-0.49)	0.0010 (0.96)	-0.0004 (-0.64)	0.0043 (0.94)	-0.0007 (-0.43)	0.0006 (0.44)	0.0005 (0.70)

Zemlja	Prema dohotku				Prema obrazovanju			
	Zdrav. stanje		(I)ADL		Zdrav. stanje		(I)ADL	
	8. val	9. val	8. val	9. val	8. val	9. val	8. val	9. val
Estonija	0.0069 (1.11)	0.0007 (0.17)	0.0003 (0.26)	-0.0000 (-0.01)	0.0034 (0.76)	-0.0006 (-0.17)	-0.0003 (-0.23)	0.0019 (1.27)
Hrvatska	-0.0011 (-0.18)	0.0033 (0.86)	0.0005 (0.32)	0.0002 (0.23)	0.0116 (1.42)	-0.0052 (-1.69)	-0.0002 (-0.10)	-0.0006 (-0.41)
Litva	-0.0028 (-0.78)	0.0002 (0.05)	0.0014 (0.51)	-0.0006 (-0.27)	-0.0027 (-0.85)	0.0001 (0.03)	0.0043 (1.27)	0.0031 (0.93)
Bugarska	0.0015 (0.03)	0.0104 (0.07)	0.0006 (0.05)	-0.0072 (-0.08)	0.0058 (0.04)	0.0248 (0.01)	-0.0016 (-0.06)	0.0144 (0.01)
Latvija	-0.0000 (-0.00)	-0.0032 (-0.53)	-0.0006 (-0.00)	0.0056 (0.57)	-0.0053 (-0.00)	-0.0016 (-0.00)	0.0024 (0.00)	0.0051 (0.00)
Rumunjska	0.0005 (0.01)	-0.0005 (-0.00)	0.0007 (0.02)	0.0014 (0.00)	0.0045 (0.01)	0.0030 (0.04)	-0.0003 (-0.00)	0.0016 (0.03)
Slovačka	0.0016 (0.00)	-0.0092 (-1.63)	0.0000 (0.00)	0.0038 (0.76)	-0.0078 (-0.00)	-0.0064 (-0.00)	-0.0001 (-0.00)	0.0089 (0.00)

Zemlja	Prema dohotku				Prema obrazovanju			
	Kronične bol.		Dob		Kronične bol.		Dob	
	8. val	9. val	8. val	9. val	8. val	9. val	8. val	9. val
Švedska	0.0029 (0.79)	-0.0005 (-0.17)	0.0098 (1.25)	0.0017 (0.23)	-0.0029 (-0.78)	-0.0004 (-0.15)	0.0062 (0.77)	0.0074 (0.96)
Danska	-0.0030 (-0.77)	-0.0051 (-1.47)	0.0177 (2.10)	-0.0056 (-0.71)	-0.0020 (-0.45)	-0.0013 (-0.38)	0.0044 (0.52)	0.0163 (1.82)
Finska	0.0029 (0.52)	-0.0001 (-0.14)	0.0045 (1.02)	-0.0009 (-0.34)	0.0054 (0.81)	-0.0003 (-0.26)	0.0000 (0.00)	-0.0003 (-0.11)
Austrija	0.0008 (0.47)	0.0015 (1.24)	0.0015 (0.58)	0.0019 (1.20)	-0.0017 (-0.98)	0.0009 (0.74)	-0.0011 (-0.48)	0.0014 (0.80)
Njemačka	-0.0003 (-0.12)	0.0025 (1.17)	0.0010 (0.65)	0.0028 (2.14)	0.0004 (0.15)	-0.0003 (-0.13)	-0.0005 (-0.28)	0.0014 (1.20)
Nizozemska	-0.0002 (-0.05)	0.0012 (0.60)	0.0049 (0.88)	0.0051 (0.97)	0.0025 (0.76)	-0.0031 (-1.05)	0.0049 (0.94)	0.0033 (0.48)
Francuska	0.0060 (1.94)	-0.0015 (-0.84)	0.0017 (0.64)	0.0025 (1.20)	0.0030 (0.93)	-0.0018 (-0.73)	0.0041 (1.23)	0.0053 (1.80)
Švicarska	-0.0001 (-0.06)	0.0001 (0.15)	0.0001 (0.02)	0.0002 (0.22)	-0.0007 (-0.61)	-0.0005 (-0.51)	-0.0010 (-0.48)	0.0008 (0.73)
Belgija	0.0001 (0.16)	0.0009 (0.55)	0.0022 (0.44)	-0.0035 (-0.89)	-0.0003 (-0.25)	0.0013 (0.84)	-0.0045 (-0.97)	-0.0051 (-1.39)
Luksemburg	-0.0010 (-0.12)	0.0063 (1.14)	0.0007 (0.28)	0.0001 (0.06)	0.0014 (0.21)	0.0090 (1.29)	0.0003 (0.13)	0.0002 (0.12)
Španjolska	0.0035 (1.10)	-0.0018 (-0.59)	-0.0024 (-0.44)	-0.0079 (-2.04)	0.0047 (1.24)	-0.0053 (-1.51)	0.0054 (0.74)	-0.0027 (-0.63)
Italija	-0.0011 (-0.28)	0.0055 (2.38)	-0.0023 (-1.23)	-0.0036 (-1.88)	0.0020 (0.33)	0.0013 (0.43)	0.0022 (0.85)	0.0004 (0.19)
Grčka	-0.0031 (-1.72)	0.0013 (0.97)	-0.0017 (-1.05)	-0.0014 (-0.87)	-0.0001 (-0.05)	-0.0005 (-0.28)	0.0020 (0.98)	0.0018 (0.90)

Zemlja	Prema dohotku				Prema obrazovanju			
	Kronične bol.		Dob		Kronične bol.		Dob	
	8. val	9. val	8. val	9. val	8. val	9. val	8. val	9. val
Portugal	NA (NA)	0.0013 (0.58)	NA (NA)	0.0000 (0.01)	NA (NA)	-0.0035 (-1.24)	NA (NA)	0.0016 (0.70)
Cipar	-0.0013 (-0.38)	0.0052 (0.99)	-0.0028 (-0.67)	-0.0008 (-0.24)	0.0000 (0.00)	-0.0001 (-0.02)	-0.0016 (-0.31)	0.0006 (0.22)
Malta	-0.0001 (-0.07)	0.0001 (0.03)	0.0003 (0.19)	0.0002 (0.10)	0.0000 (0.00)	-0.0016 (-0.50)	0.0005 (0.01)	-0.0005 (-0.16)
Češka	0.0006 (0.29)	-0.0020 (-1.19)	-0.0006 (-0.20)	0.0018 (0.58)	0.0015 (0.59)	0.0003 (0.18)	0.0006 (0.18)	0.0034 (0.90)
Poljska	0.0011 (0.87)	-0.0005 (-0.50)	0.0023 (1.23)	-0.0000 (-0.03)	-0.0020 (-0.83)	-0.0002 (-0.23)	0.0012 (0.44)	0.0010 (0.73)
Mađarska	0.0123 (0.79)	-0.0086 (-1.46)	0.0086 (1.31)	0.0096 (1.37)	-0.0012 (-0.08)	-0.0065 (-1.36)	0.0042 (0.85)	0.0042 (0.81)
Slovenija	-0.0014 (-1.05)	0.0004 (0.59)	0.0016 (1.41)	0.0002 (0.39)	-0.0031 (-1.32)	0.0015 (1.39)	0.0016 (1.20)	0.0004 (0.73)
Estonija	-0.0004 (-0.24)	-0.0037 (-1.72)	-0.0090 (-1.83)	0.0010 (0.28)	-0.0013 (-0.86)	-0.0025 (-1.17)	0.0047 (1.29)	0.0033 (0.91)
Hrvatska	-0.0008 (-0.21)	0.0003 (0.18)	0.0000 (0.00)	0.0008 (0.42)	0.0023 (0.57)	0.0008 (0.37)	0.0035 (1.13)	0.0049 (2.22)
Litva	-0.0005 (-0.43)	0.0012 (0.55)	-0.0019 (-0.58)	-0.0087 (-1.52)	0.0002 (0.27)	-0.0011 (-0.50)	0.0019 (0.52)	-0.0004 (-0.09)
Bugarska	-0.0014 (-0.02)	-0.0066 (-0.04)	0.0052 (0.20)	-0.0092 (-0.10)	-0.0089 (-0.13)	-0.0244 (-0.06)	0.0080 (0.12)	0.0026 (0.00)
Latvija	-0.0007 (-0.00)	-0.0034 (-1.28)	0.0068 (0.00)	0.0003 (0.07)	0.0005 (0.00)	-0.0011 (-0.00)	0.0049 (0.00)	0.0110 (0.00)
Rumunjska	0.0002 (0.01)	0.0004 (0.00)	0.0034 (0.06)	0.0006 (0.00)	0.0002 (0.00)	0.0019 (0.05)	0.0087 (0.00)	0.0013 (0.00)
Slovačka	-0.0033 (-0.00)	0.0083 (1.08)	0.0042 (0.00)	-0.0179 (-1.60)	0.0112 (0.00)	0.0031 (0.00)	0.0160 (0.00)	-0.0048 (-0.00)

Tablica 36: Kontribucije vertikalnom KI za neformalnu njegu (sa z vrijednostima)

Zemlja	Prema dohotku				Prema obrazovanju			
	Zdrav. stanje		(I)ADL		Zdrav. stanje		(I)ADL	
	8. val	9. val	8. val	9. val	8. val	9. val	8. val	9. val
Švedska	-0.0013 (-0.16)	0.0047 (0.66)	-0.0029 (-0.84)	0.0127 (1.31)	-0.0016 (-0.21)	-0.0035 (-0.53)	0.0005 (0.10)	0.0032 (0.39)
Danska	0.0088 (1.31)	-0.0010 (-0.14)	-0.0044 (-0.98)	0.0091 (0.89)	-0.0063 (-0.80)	0.0099 (1.17)	-0.0062 (-1.31)	0.0008 (0.07)
Finska	-0.0121 (-1.15)	-0.0034 (-0.70)	0.0116 (1.10)	0.0008 (0.20)	-0.0129 (-1.23)	-0.0020 (-0.40)	0.0010 (0.13)	0.0008 (0.22)
Austrija	-0.0113 (-1.91)	-0.0002 (-0.06)	-0.0043 (-0.98)	0.0039 (0.97)	0.0058 (1.05)	0.0016 (0.45)	-0.0073 (-1.48)	0.0000 (0.01)
Njemačka	-0.0054 (-0.89)	-0.0080 (-1.61)	-0.0046 (-1.46)	-0.0048 (-1.31)	0.0042 (0.68)	0.0000 (0.00)	-0.0059 (-1.90)	-0.0005 (-0.10)
Nizozemska	-0.0173 (-2.75)	0.0057 (1.53)	0.0126 (1.03)	0.0107 (0.81)	-0.0108 (-1.78)	0.0066 (1.47)	0.0197 (1.41)	0.0040 (0.37)

Zemlja	Prema dohotku				Prema obrazovanju			
	Zdrav. stanje		(I)ADL		Zdrav. stanje		(I)ADL	
	8. val	9. val	8. val	9. val	8. val	9. val	8. val	9. val
Francuska	-0.0062 (-1.05)	0.0035 (0.70)	0.0182 (1.48)	-0.0019 (-0.52)	-0.0038 (-0.54)	-0.0101 (-1.68)	0.0007 (0.07)	0.0141 (1.78)
Švicarska	0.0000 (0.00)	0.0028 (0.95)	0.0003 (0.16)	-0.0008 (-0.36)	-0.0033 (-0.69)	-0.0029 (-0.97)	0.0003 (0.13)	0.0002 (0.11)
Belgija	-0.0074 (-1.40)	0.0017 (0.45)	0.0017 (0.30)	-0.0009 (-0.22)	-0.0070 (-1.27)	-0.0064 (-1.74)	0.0049 (0.74)	0.0064 (1.22)
Luksemburg	0.0045 (0.62)	0.0075 (0.84)	-0.0035 (-0.47)	-0.0049 (-0.47)	0.0034 (0.38)	0.0023 (0.25)	0.0004 (0.02)	-0.0002 (-0.01)
Španjolska	0.0040 (0.84)	0.0030 (0.82)	0.0082 (0.93)	0.0066 (1.01)	0.0076 (1.30)	-0.0038 (-0.87)	0.0172 (1.23)	0.0037 (0.58)
Italija	-0.0017 (-0.36)	0.0009 (0.27)	0.0049 (0.80)	0.0008 (0.33)	-0.0037 (-0.51)	-0.0015 (-0.35)	0.0072 (0.55)	-0.0000 (-0.00)
Grčka	-0.0009 (-0.25)	-0.0038 (-1.09)	-0.0000 (-0.00)	-0.0045 (-1.42)	-0.0034 (-0.69)	-0.0028 (-0.61)	-0.0000 (-0.00)	0.0056 (0.88)
Portugal	NA (NA)	0.0028 (0.33)	NA (NA)	0.0007 (0.24)	NA (NA)	0.0026 (0.32)	NA (NA)	0.0025 (0.53)
Cipar	-0.0008 (-0.07)	0.0047 (0.61)	0.0001 (0.01)	0.0036 (0.51)	-0.0004 (-0.06)	-0.0028 (-0.30)	0.0018 (0.12)	-0.0007 (-0.06)
Malta	0.0003 (0.18)	0.0006 (0.19)	0.0015 (0.63)	0.0021 (0.32)	0.0036 (0.05)	0.0002 (0.06)	-0.0101 (-0.22)	0.0086 (0.12)
Češka	-0.0059 (-1.68)	-0.0029 (-0.57)	0.0010 (0.39)	-0.0021 (-0.89)	-0.0008 (-0.20)	0.0004 (0.06)	0.0022 (0.48)	-0.0002 (-0.07)
Poljska	-0.0005 (-0.11)	0.0006 (0.18)	0.0003 (0.11)	0.0019 (0.85)	-0.0103 (-2.00)	0.0031 (0.74)	0.0067 (1.22)	0.0061 (1.44)
Mađarska	-0.0115 (-0.79)	-0.0029 (-0.78)	0.0198 (0.89)	-0.0011 (-0.26)	-0.0080 (-0.43)	0.0010 (0.26)	0.0450 (2.00)	-0.0009 (-0.20)
Slovenija	0.0036 (0.70)	-0.0033 (-0.86)	0.0093 (0.96)	0.0040 (0.92)	0.0097 (1.54)	0.0043 (0.88)	0.0133 (0.99)	0.0033 (0.60)
Estonija	-0.0041 (-0.69)	0.0029 (0.66)	-0.0006 (-0.13)	-0.0051 (-1.23)	0.0003 (0.07)	-0.0066 (-1.33)	0.0029 (0.41)	0.0033 (0.37)
Hrvatska	-0.0008 (-0.11)	-0.0058 (-1.33)	0.0011 (0.23)	0.0039 (1.17)	-0.0018 (-0.20)	-0.0050 (-1.02)	0.0011 (0.17)	0.0126 (1.54)
Litva	-0.0056 (-0.95)	0.0028 (0.41)	0.0204 (1.33)	0.0038 (0.47)	-0.0045 (-0.78)	0.0112 (1.40)	0.0165 (0.79)	-0.0018 (-0.20)
Bugarska	-0.0047 (-0.52)	-0.0048 (-0.28)	0.0194 (1.17)	0.0314 (1.41)	-0.0091 (-0.80)	-0.0102 (-0.44)	0.0082 (0.64)	0.0372 (1.07)
Latvija	0.0092 (1.40)	-0.0114 (-0.89)	0.0136 (1.14)	0.0152 (1.03)	-0.0039 (-0.68)	-0.0068 (-0.51)	0.0148 (1.25)	0.0361 (1.54)
Rumunjska	0.0041 (0.85)	-0.0080 (-1.90)	0.0055 (0.58)	0.0024 (0.46)	0.0033 (0.76)	-0.0070 (-1.55)	0.0010 (0.07)	0.0070 (0.74)
Slovačka	0.0105 (1.08)	0.0004 (0.05)	-0.0003 (-0.05)	0.0013 (0.18)	-0.0253 (-0.00)	-0.0224 (-0.86)	-0.0003 (-0.00)	0.0029 (0.06)

Zemlja	Prema dohotku				Prema obrazovanju			
	Kronične bol.		Dob		Kronične bol.		Dob	
	8. val	9. val	8. val	9. val	8. val	9. val	8. val	9. val
Švedska	0.0044 (0.92)	-0.0047 (-1.04)	0.0103 (0.97)	-0.0041 (-0.40)	-0.0039 (-0.83)	0.0006 (0.13)	-0.0145 (-1.25)	-0.0040 (-0.39)
Danska	-0.0066 (-1.23)	-0.0005 (-0.09)	0.0120 (1.24)	-0.0111 (-0.86)	-0.0057 (-0.90)	-0.0033 (-0.60)	0.0007 (0.06)	0.0109 (0.80)
Finska	0.0112 (1.17)	-0.0002 (-0.09)	0.0011 (0.16)	0.0039 (0.88)	0.0144 (1.50)	-0.0006 (-0.31)	0.0101 (1.30)	-0.0049 (-1.03)
Austrija	0.0017 (0.66)	-0.0049 (-1.99)	0.0017 (0.48)	0.0005 (0.24)	-0.0018 (-0.71)	0.0006 (0.31)	0.0028 (0.83)	0.0004 (0.17)
Njemačka	0.0051 (1.27)	0.0033 (0.98)	0.0018 (0.78)	0.0023 (1.56)	-0.0019 (-0.50)	0.0014 (0.39)	-0.0044 (-1.88)	0.0005 (0.34)
Nizozemska	0.0104 (2.14)	-0.0002 (-0.09)	-0.0075 (-1.24)	0.0055 (0.88)	0.0113 (2.35)	0.0012 (0.37)	-0.0112 (-1.58)	-0.0060 (-0.74)
Francuska	-0.0017 (-0.40)	-0.0038 (-1.32)	0.0001 (0.02)	-0.0021 (-0.73)	-0.0095 (-1.82)	-0.0034 (-1.00)	0.0009 (0.19)	-0.0040 (-1.00)
Švicarska	-0.0005 (-0.35)	0.0005 (0.37)	0.0020 (0.72)	0.0020 (1.13)	0.0021 (1.11)	-0.0006 (-0.47)	0.0026 (0.75)	0.0017 (0.92)
Belgija	-0.0001 (-0.09)	-0.0021 (-1.12)	0.0122 (2.27)	0.0076 (1.82)	0.0005 (0.36)	-0.0006 (-0.35)	0.0059 (1.10)	0.0050 (1.20)
Luksemburg	-0.0078 (-1.05)	-0.0002 (-0.03)	0.0009 (0.32)	-0.0009 (-0.36)	0.0039 (0.38)	0.0085 (1.18)	0.0000 (0.00)	0.0001 (0.05)
Španjolska	0.0010 (0.29)	0.0005 (0.14)	-0.0006 (-0.11)	0.0039 (0.89)	-0.0059 (-1.38)	0.0014 (0.37)	0.0036 (0.56)	-0.0020 (-0.44)
Italija	0.0011 (0.18)	-0.0002 (-0.08)	0.0057 (1.75)	0.0027 (1.17)	0.0033 (0.39)	0.0048 (1.35)	0.0028 (0.68)	-0.0062 (-2.02)
Grčka	-0.0032 (-0.88)	0.0055 (1.89)	0.0022 (0.79)	0.0030 (1.03)	0.0037 (0.74)	0.0080 (2.11)	0.0079 (2.17)	0.0028 (0.73)
Portugal	NA (NA)	0.0024 (0.86)	NA (NA)	0.0047 (1.30)	NA (NA)	-0.0005 (-0.15)	NA (NA)	0.0019 (0.67)
Cipar	-0.0023 (-0.27)	-0.0014 (-0.32)	0.0079 (0.87)	0.0006 (0.17)	0.0043 (0.56)	-0.0012 (-0.23)	-0.0116 (-1.03)	0.0015 (0.45)
Malta	-0.0007 (-0.38)	0.0010 (0.37)	-0.0011 (-0.36)	-0.0010 (-0.22)	-0.0009 (-0.08)	-0.0027 (-0.59)	0.0004 (0.01)	-0.0004 (-0.05)
Češka	0.0034 (1.09)	0.0010 (0.43)	-0.0023 (-0.51)	-0.0029 (-0.57)	0.0027 (0.69)	-0.0023 (-0.98)	-0.0033 (-0.64)	0.0042 (0.80)
Poljska	0.0028 (1.17)	-0.0007 (-0.34)	0.0013 (0.45)	0.0007 (0.22)	0.0007 (0.29)	-0.0020 (-0.80)	-0.0041 (-1.04)	-0.0067 (-1.65)
Mađarska	0.0071 (0.49)	0.0036 (0.87)	-0.0045 (-0.90)	0.0030 (0.51)	-0.0045 (-0.25)	-0.0054 (-1.19)	-0.0050 (-0.69)	-0.0161 (-2.18)
Slovenija	0.0004 (0.19)	0.0005 (0.31)	0.0008 (0.52)	-0.0001 (-0.06)	-0.0021 (-0.59)	-0.0009 (-0.38)	-0.0005 (-0.24)	0.0008 (0.68)
Estonija	0.0006 (0.18)	0.0015 (0.38)	-0.0013 (-0.18)	0.0004 (0.07)	-0.0014 (-0.38)	0.0012 (0.27)	-0.0013 (-0.20)	0.0020 (0.30)
Hrvatska	-0.0047 (-0.87)	0.0045 (1.27)	0.0006 (0.25)	-0.0015 (-0.56)	0.0009 (0.12)	0.0017 (0.38)	0.0004 (0.11)	0.0017 (0.53)
Litva	-0.0008 (-0.48)	-0.0034 (-0.99)	0.0016 (0.28)	0.0002 (0.03)	-0.0011 (-0.56)	-0.0008 (-0.30)	-0.0018 (-0.28)	0.0044 (0.67)
Bugarska	-0.0151 (-1.13)	0.0106 (0.75)	0.0031 (0.21)	-0.0285 (-1.92)	-0.0092 (-0.61)	-0.0042 (-0.20)	-0.0013 (-0.08)	-0.0054 (-0.35)
Latvija	-0.0018 (-0.46)	0.0014 (0.21)	0.0105 (1.29)	0.0086 (0.97)	0.0057 (1.12)	0.0068 (0.96)	-0.0070 (-0.84)	0.0015 (0.16)

Zemlja	Prema dohotku				Prema obrazovanju			
	Kronične bol.		Dob		Kronične bol.		Dob	
	8. val	9. val	8. val	9. val	8. val	9. val	8. val	9. val
Rumunjska	-0.0014 (-0.51)	-0.0013 (-0.66)	-0.0062 (-0.75)	-0.0009 (-0.21)	-0.0013 (-0.46)	0.0007 (0.36)	0.0050 (0.56)	0.0036 (0.73)
Slovačka	-0.0064 (-0.87)	-0.0157 (-1.48)	-0.0038 (-0.64)	0.0095 (0.91)	0.0043 (0.00)	-0.0015 (-0.08)	-0.0089 (-0.00)	-0.0053 (-0.22)

Zemlja	Prema dohotku		Prema obrazovanju	
	Spol			
	8. val	9. val	8. val	9. val
Švedska	-0.0010 (-0.25)	0.0055 (1.20)	-0.0031 (-0.73)	0.0042 (0.90)
Danska	-0.0034 (-1.29)	0.0001 (0.03)	0.0017 (0.53)	0.0081 (2.02)
Finska	0.0024 (0.60)	0.0001 (0.03)	0.0018 (0.40)	0.0019 (0.76)
Austrija	0.0049 (1.61)	0.0040 (1.25)	-0.0002 (-0.06)	0.0086 (2.25)
Njemačka	-0.0004 (-0.24)	0.0030 (1.61)	0.0015 (0.86)	0.0029 (1.27)
Nizozemska	0.0021 (0.75)	0.0007 (0.29)	0.0027 (0.84)	0.0072 (1.99)
Francuska	0.0043 (1.73)	0.0051 (2.19)	0.0059 (1.91)	0.0051 (1.74)
Švicarska	0.0004 (0.13)	0.0008 (0.35)	0.0082 (1.89)	0.0054 (1.66)
Belgija	0.0029 (0.89)	0.0004 (0.17)	-0.0016 (-0.47)	0.0040 (1.75)
Luksemburg	0.0036 (0.93)	-0.0013 (-0.38)	0.0015 (0.48)	0.0059 (1.18)
Španjolska	0.0013 (0.88)	0.0001 (0.11)	0.0013 (0.75)	0.0003 (0.25)
Italija	0.0005 (0.30)	0.0022 (1.65)	-0.0021 (-0.69)	-0.0006 (-0.33)
Grčka	0.0032 (1.41)	0.0009 (0.57)	0.0017 (0.71)	0.0003 (0.17)
Portugal	NA (NA)	-0.0005 (-0.15)	NA (NA)	-0.0012 (-0.36)
Cipar	-0.0020 (-0.40)	0.0008 (0.26)	-0.0007 (-0.15)	-0.0006 (-0.24)
Malta	-0.0000 (-0.04)	-0.0008 (-0.21)	-0.0000 (-0.00)	0.0001 (0.00)
Češka	-0.0024 (-0.50)	-0.0041 (-0.84)	0.0064 (1.01)	0.0029 (0.49)
Poljska	-0.0009 (-0.45)	0.0025 (1.33)	0.0017 (0.77)	0.0011 (0.48)

Zemlja	Prema dohotku		Prema obrazovanju	
	Spol			
	8. val	9. val	8. val	9. val
Mađarska	0.0045 (0.71)	0.0031 (0.67)	0.0105 (1.08)	0.0020 (0.40)
Slovenija	-0.0002 (-0.10)	0.0006 (0.46)	0.0022 (0.75)	0.0048 (2.28)
Estonija	0.0001 (0.02)	-0.0016 (-0.49)	0.0016 (0.35)	-0.0035 (-0.81)
Hrvatska	-0.0012 (-0.44)	-0.0015 (-0.71)	-0.0002 (-0.05)	0.0055 (2.00)
Litva	0.0081 (1.39)	0.0059 (0.94)	0.0040 (0.64)	0.0041 (0.55)
Bugarska	0.0046 (0.54)	-0.0268 (-2.26)	0.0054 (0.44)	-0.0195 (-1.23)
Latvija	0.0006 (0.09)	0.0059 (0.98)	-0.0054 (-0.64)	0.0096 (1.08)
Rumunjska	-0.0033 (-0.51)	-0.0047 (-1.02)	0.0042 (0.66)	0.0115 (2.00)
Slovačka	0.0000 (0.01)	-0.0002 (-0.06)	-0.0050 (-0.00)	0.0024 (0.21)

ŽIVOTOPIS AUTORA S POPISOM OBJAVLJENIH RADOVA

Maja Matanić Vautmans, univ.spec.oec. rođena je 13.08.1989. u Karlovcu. Nakon završene srednje škole (Opće Gimnazije u Karlovcu), 2008. godine upisala je Ekonomski fakultet u Rijeci, smjer Marketing te u lipnju 2011. godine stekla zvanje sveučilišne prvostupnice poslovne ekonomije. Nakon toga, upisuje diplomski studij, smjer Gospodarstvo EU na Ekonomskom fakultetu u Rijeci te u srpnju 2014. godine steče zvanje magistra ekonomije.

U srpnju 2011. godine zapošljava se na Trend televiziji gdje u početku obavlja razne poslove marketinga, vodi informativni, dječji i zabavni program, a kasnije i preuzima i vodi marketing odjel Trend televizije i Trend radija.

U travnju 2017. godine postaje direktorica belgijske kompanije Lindbergh Care za Hrvatsku, gdje vodi poslove investiranja i gradnje domova za starije i nemoćne u Hrvatskoj.

Na jesen 2020. godine upisuje poslijediplomski specijalistički studij Menadžment u javnom sektoru na Ekonomskom fakultetu u Rijeci, te ga završava u srpnju 2021. godine obranom teme *Mogućnosti financiranja izgradnje domova za starije i nemoćne u Republici Hrvatskoj*. U ožujku 2022. upisala je Poslijediplomski doktorski studij na Ekonomskom fakultetu u Rijeci.

U siječnju 2023. postaje regionalna direktorica tvrtke Earth Balkan bvba koja se bavi obnovljivim izvorima energije.

Govori i piše aktivno engleski te pasivno talijanski i njemački jezik.

Popis objavljenih radova (od upisa na poslijediplomski doktorski studij):

Prezentacija znanstvenog rada na međunarodnom znanstvenom skupu;

1. Matanić Vautmans, M., Oreb, M., Matanić, A. (2022). Long Term Care (LTC) in Croatia: New challenges in the private sector, EDT DIGITOMICS 2022 konferencija Ekonomskog fakulteta Sveučilišta u Rijeci, Opatija 23.-25. lipnja 2022. godine.

2. Matanić Vautmans, M. Oreb, M., Drezgić, S. (2022). Socioeconomic inequality in the provision of long-term care for the elderly in Europe, Public Sector Economics Conference - Ageing and Long-Term Care, 21.listopada 2022.godine, online. Dostupno na: <http://pse-conference.ijf.hr/en/program/>

Objava znanstvenog rada u časopisu:

1. Matanić Vautmans, M., Oreb, M. i Drezgić, S. (2023). Socioeconomic inequality in the use of long-term care for the elderly in Europe. Public Sector Economics, 47 (2), 149-176. <https://doi.org/10.3326/pse.47.2.1>

IZJAVA

kojom ja, Maja Matanić Vautmans, broj indeksa: 000299 doktorandica Ekonomskog fakulteta Sveučilišta u Rijeci, kao autorica doktorske disertacije s naslovom: Socioekonomske nejednakosti u korištenju dugotrajne njege osoba starije životne dobi:

1. Izjavljujem da sam doktorsku disertaciju izradila samostalno pod mentorstvom prof. dr. sc. Saše Drezgića i komentorstvom izv. prof. dr. sc. Šime Smolića. U radu sam primijenila metodologiju znanstvenoistraživačkog rada i koristila literaturu koja je navedena na kraju rada. Tuđe spoznaje, stavove, zaključke, teorije i zakonitosti koje sam izravno ili parafrazirajući navela u radu citirala sam i povezala s korištenim bibliografskim jedinicama sukladno odredbama Pravilnika o izradi i opremanju doktorskih radova Sveučilišta u Rijeci, Ekonomskog fakulteta u Rijeci. Rad je pisan u duhu hrvatskog jezika.

2. Dajem odobrenje da se, bez naknade, trajno pohrani moj rad u javno dostupnom digitalnom repozitoriju ustanove i Sveučilišta te u javnoj internetskoj bazi radova Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu, sukladno obvezi iz odredbe članka 83. stavka 11. Zakona o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju (NN 123/03, 198/03, 105/04, 174/04, 02/07, 46/07, 45/09, 63/11, 94/13, 139/13, 101/14, 60/15).

Potvrđujem da je za pohranu dostavljena završna verzija obranjene i dovršene doktorske disertacije. Ovom izjavom, kao autor dajem odobrenje i da se moj rad, bez naknade, trajno javno objavi i besplatno učini dostupnim studentima i djelatnicima ustanove.

Maja Matanić Vautmans