

Poboljšanje procjene preostale radne sposobnosti osoba s invaliditetom u svrhu njihova uključivanja na tržište rada

Aktivnost 1.3.

Izvješće o procjeni radne sposobnosti u Hrvatskoj



Poboljšanje procjene preostale radne sposobnosti osoba s invaliditetom u svrhu njihova uključivanja na tržište rada

Aktivnost 1.3 Izvješće o procjeni radne sposobnosti u Hrvatskoj

Ovo analitičko izvješće daje pregled upravljanja i metodologija procjena invaliditeta i radne sposobnosti koje su trenutno na snazi u Hrvatskoj za različite institucije (npr. mirovinsko osiguranje, zdravstveno osiguranje, socijalna skrb). To je učinjeno u kontekstu šire rasprave o položaju osoba s invaliditetom te ulozi i izazovima politike prema osobama s invaliditetom u Hrvatskoj. Izvješće se temelji na dostupnim dokazima, raspravama s ključnim dionicima i podacima koje su dostavila nacionalna tijela. Također uključuje novu empirijsku analizu i dublje razmatra implikacije i situaciju osoba kojesu na dugotrajnom bolovanju ili dugotrajno nezaposlene ili imaju djelomični invaliditet, odnosno osoba koje mogu imati značajan neiskorišteni radni potencijal.

Sadržaj

1 Politika invaliditeta i osobe s invaliditetom u Hrvatskoj	3
2 Procjena (vještačenje) invaliditeta i radne sposobnosti u Hrvatskoj	11
3 Izvan okvira procjene radne sposobnosti	27
4 Zaključci	36
Reference	39

BROJKE

Slika 1.1. Stope siromaštva u Hrvatskoj su visoke za osobe s invaliditetom i kontinuirano rastu u posljednjem desetljeću	4
Slika 1.2. Trajno niske stope zaposlenosti osoba s invaliditetom u Hrvatskoj ključni su uzrokovisoke i rastuće razina siromaštva	5
Slika 1.3. Stope zaposlenosti u Hrvatskoj su istovrlo niske za osobe koje primaju naknade s osnove invaliditeta	6
Slika 1.4. Za razliku od drugih europskih zemalja, u Hrvatskoj se udio osoba s invaliditetom snajmanje srednjoškaskim obrazovanjem nije promijenio	7
Slika 1.5. Jaz u zaposlenosti između osoba s invaliditetom i osoba bez invaliditeta u Hrvatskoj je vrlo velik	8
Slika 1.6. Nakon prilagodbe razinama prevalencije invaliditeta, Hrvatska se i dalje ističe kao zemlja sizrazito nepovoljnim položajem u zapošljavanju uzrokovanim invaliditetom	9
Slika 2.1. Broj procjena za HZSR i ukupnih procjena se naglo povećao od 2022. godine	16
Slika 2.2. Udio procjena za HZSR značajno se povećao posljednjih godina	16
Slika 2.3. Neriješeni zahtjevi za procjenu invaliditeta ili radne sposobnosti i dalje se povećavaju	18
Slika 2.4. Sve više korisnika mora čekati na procjenu nekoliko mjeseci	18
Slika 2.5. Vrijeme čekanja na procjenu povećalo se za sve zahtjeve, a posebno za zahtjeve za invalidsku mirovinu od HZMO-a	18
Slika 2.6. ZOSI nastoji zaposliti dovoljan brojvještaka	20
Slika 2.7. Radno opterećenje vještaka stalno raste	20
Slika 2.8. Velik udio ponovnih procjena dodatno povećava radno opterećenje ZOSI-ja	21
Slika 2.9. Stanje mentalnog zdravlja jedno je od najčešćih stanja za procjenu	23
Slika 2.10. Veći udio mladih podnositelja zahtjeva za naknadu s osnove invaliditeta prijavilo je probleme s mentalnim zdravljem	24
Slika 2.11. Razlike u definicijama radne sposobnosti mogu objasniti razlike u ishodima ocjenjivanja, barem djelomično	25
Slika 3.1. Dulja razdoblja bolovanja smanjuju vjerojatnost povratka na posao i povećavaju vjerojatnost prelaska na naknadu s osnove invaliditeta	28

TABLICE

Tablica 3.1. Većina osobase uključuje u usluge profesionalne rehabilitacijske usluge putem uputniceposlodavca ili na vlastiti zahtjev	33
---	----

1 Politika prema osobama s invaliditetom i osobe s invaliditetom u Hrvatskoj

1.1. Socijalna uključenost osoba s invaliditetom i uključenost osoba s invaliditetom na tržište rada

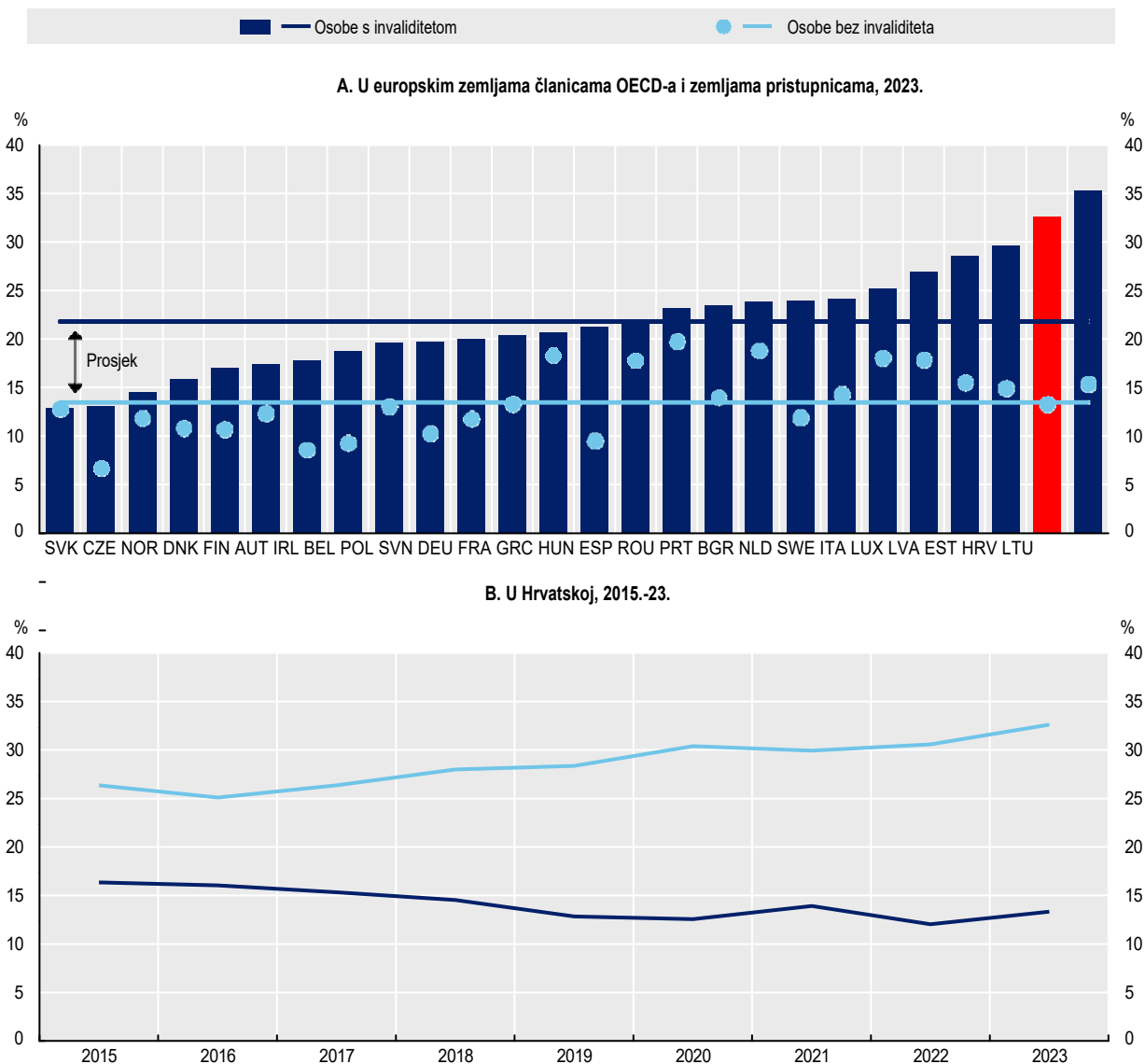
Vlada Republike Hrvatske nastoji poboljšati utvrđivanje preostale radne sposobnosti osoba s invaliditetom te uskladiti proces procjene za različite institucije, s krajnjim ciljem poboljšanja socijalne uključenosti i uključenosti na tržište rada ove skupine stanovništva. Komparativna analiza temeljena na podacima iz statistike Europske unije o dohotku i životnim uvjetima (EU-SILC) doista sugerira da Hrvatska zaostaje u nizu aspekata i da je pred Hrvatskom dug put da prevlada diskriminaciju osoba s invaliditetom i postigne bolju uključenost osoba s invaliditetom.

Pokazatelji siromaštva dobra su mjera ukupne uključenosti segmenta stanovništva u nepovoljnom položaju. Na slici 1.1. relativna stopa siromaštva definira se kao udio stanovništva koje živi s ekvivalentnim dohotkom kućanstva po stanovniku ispod 60% prosjeka stanovništva – mjera siromaštva koja se obično koristi u većini analiza OECD-a. Prema toj definiciji, otprilike svaka treća osoba s invaliditetom u Hrvatskoj živi u siromašnom kućanstvu ili kućanstvu s niskim primanjima, što je drugi najveći udio u Europskoj uniji (nakon Litve) i znatno iznad europskog prosjeka od 22%. Naprotiv, stopa siromaštva osoba bez invaliditeta u Hrvatskoj vrlo je slična europskom prosjeku od 13,5% za ovu skupinu (Slika 1.1, Panel A). Uz to, stanje se u Hrvatskoj pogoršalo od 2016., uz kontinuirani porast udjela osoba s invaliditetom koje žive u kućanstvima s niskim dohotkom, s 25 % na 33 %, dok se udio osoba bez invaliditeta blago smanjio (Slika 1.1., Panel B).

Koji su razlozi visoke i rastuće razine siromaštva osoba s invaliditetom u Hrvatskoj? Iz komparativnih studija o invaliditetu dobro je poznato da je veća zaposlenost jedini učinkovit odgovor na borbu protiv siromaštva svih skupina stanovništva, uključujući osoba s invaliditetom (OECD, 2010., OECD, 2022.). Na slici 1.2. prikazan je ključni čimbenik objašnjenja visoke razine siromaštva: stopa zaposlenosti osoba s invaliditetom u Hrvatskoj iznimno je niska i iznosi 23,4 % u 2023. To je treća najniža stopa u Europskoj uniji (nakon Bugarske i Rumunjske), znatno ispod prosjeka od 40,9% i znatno ispod stope od preko 50% u nekim vodećim zemljama (slika 1.2, panel A). Stopa zaposlenosti osoba s invaliditetom u Hrvatskoj također je upola manja od susjedne Slovenije, unatoč zajedničkoj prošlosti ove dvije zemlje. Trendovi u stopama zaposlenosti tijekom vremena također objašnjavaju velik dio kretanja stopa siromaštva. Iako su stope zaposlenosti osoba bez invaliditeta u Hrvatskoj kontinuirano rasle od 2016., s oko 55% na oko 65%, stopa zaposlenosti osoba s invaliditetom ostala je nepromijenjena i vrlo niska, na razini od oko 25% do 2021., a čak je pala u posljednje dvije godine (Slika 1.2., Panel B).

Slika 1.1. Stope siromaštva u Hrvatskoj visoke su za osobe s invaliditetom i kontinuirano rastu u posljednjem desetljeću

Udio osoba s invaliditetom i bez invaliditeta s prihodima ispod praga siromaštva među zemljama i tijekom vremena

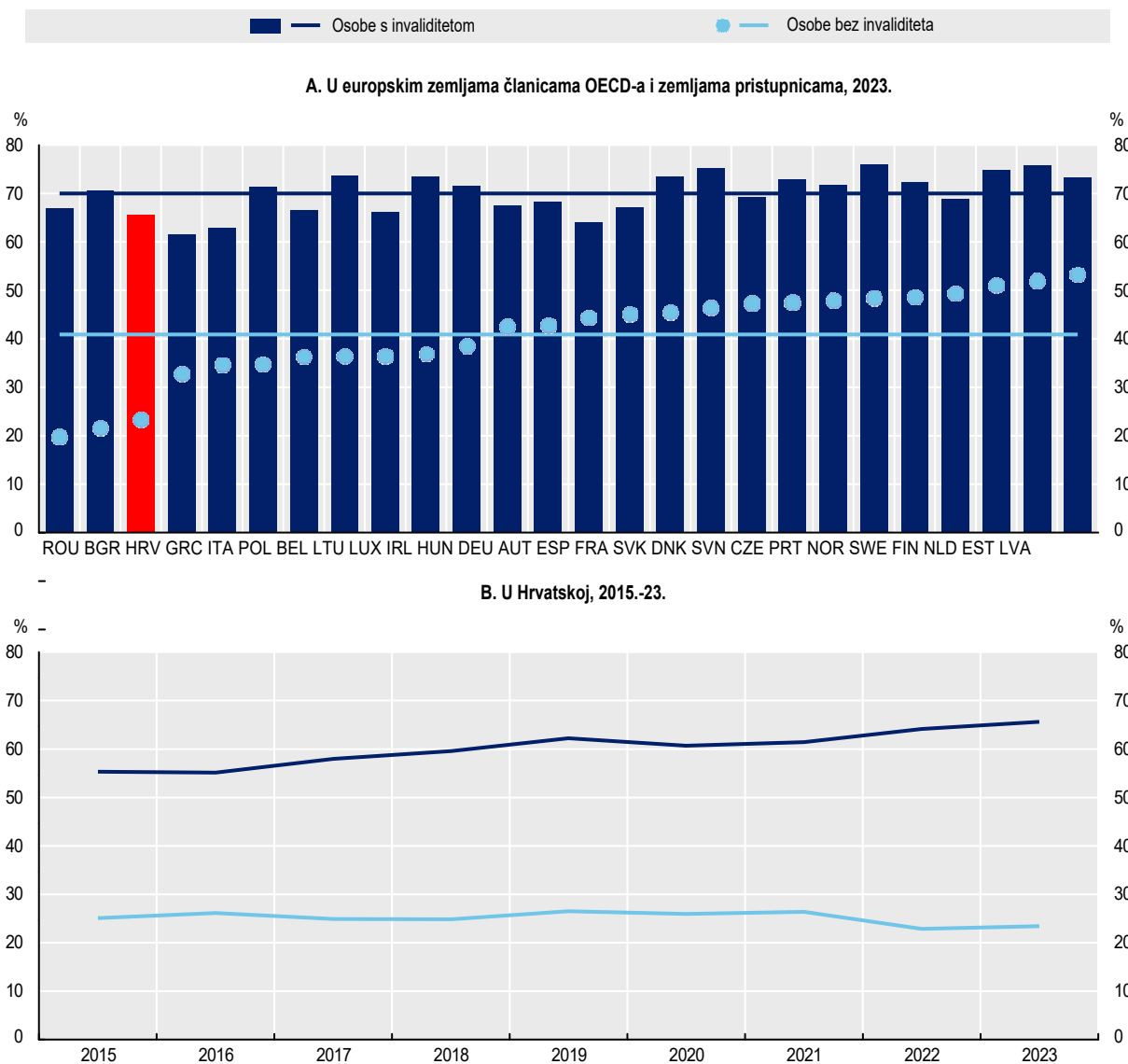


Napomena: Obuhvaćene su sve zemlje članice OECD-a i zemlje pristupnice. Linije na panelu A predstavljaju neponderirani prosjek 26 prikazanih zemalja. Prag siromaštva odgovara 60 % prosječnog dohotka kućanstva po stanovniku prilagođenog veličini kućanstva.

Izvor: izračuni OECD-a na temelju Ankete o dohotku i životnim uvjetima (EU-SILC), 2015.-23.

Slika 1.2. Trajno niske stope zaposlenosti osoba s invaliditetom u Hrvatskoj ključni su uzrok uočene visoke i rastuće razine siromaštva

Udio osoba s invaliditetom i bez invaliditeta koje su zaposlene u različitim zemljama i tijekom vremena



Napomena: Obuhvaćene su sve zemlje članice OECD-a i zemlje pristupnice. Linije na panelu A predstavljaju neponderirani prosjek 26 prikazanih zemalja.

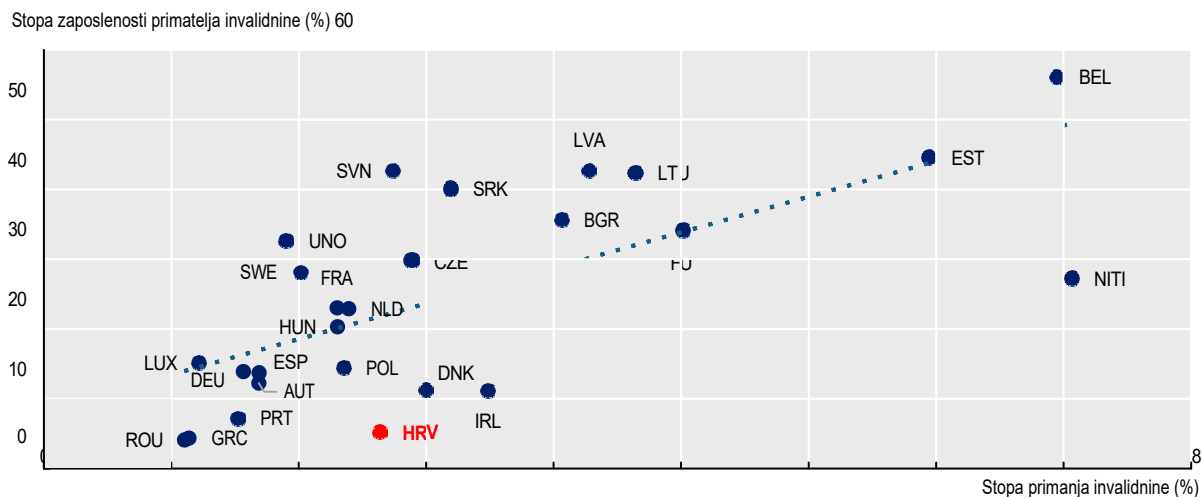
Izvor: izračuni OECD-a na temelju Ankete o dohotku i životnim uvjetima (EU-SILC), 2015.–23.

Dodatni podaci za osobe koje primaju naknadu s osnove invaliditeta pokazuju da su stope zaposlenosti u Hrvatskoj također posebno niske za ovu skupinu. Samo otprilike jedna od dvadeset osoba koja prima invalidninu tvrdi da ima i neko zaposlenje (slika 1.3). To je u usporedbi s prosjekom u svim zemljama od gotovo 25% i blizu 50% u nekoliko drugih zemalja. Udio od 5% u Hrvatskoj također je vrlo nizak u odnosu na udio osoba koje primaju invalidninu, tzv. stopu primanja invalidnine. Prema podacima EU-SILC-a, oko 5,7% radno sposobnog stanovništva u Hrvatskoj prima invalidninu – udio koji je vrlo blizu europskog prosjeka. Slika 1.3. također pokazuje da postoji snažna korelacija među zemljama između udjela koji primaju invalidninu i udjela među njima koji su zaposleni:

Što je veća stopa primatelja invalidnine, veća je vjerojatnost da su neki od njih zaposleni, s koeficijentom korelacije od 0,68. Drugim riječima, stope zaposlenosti primatelja naknada u Hrvatskoj vrlo su niske u odnosu na stopu primatelja, što dodatno pokazuje nedostatke ove skupine stanovništva na tržištu rada.

Slika 1.3. Stope zaposlenosti u Hrvatskoj također su vrlo niske za osobe koje primaju invalidninu

Udio stanovništva koje prima invalidninu u odnosu na udio primatelja naknada s osnove zaposlenosti, 2023.



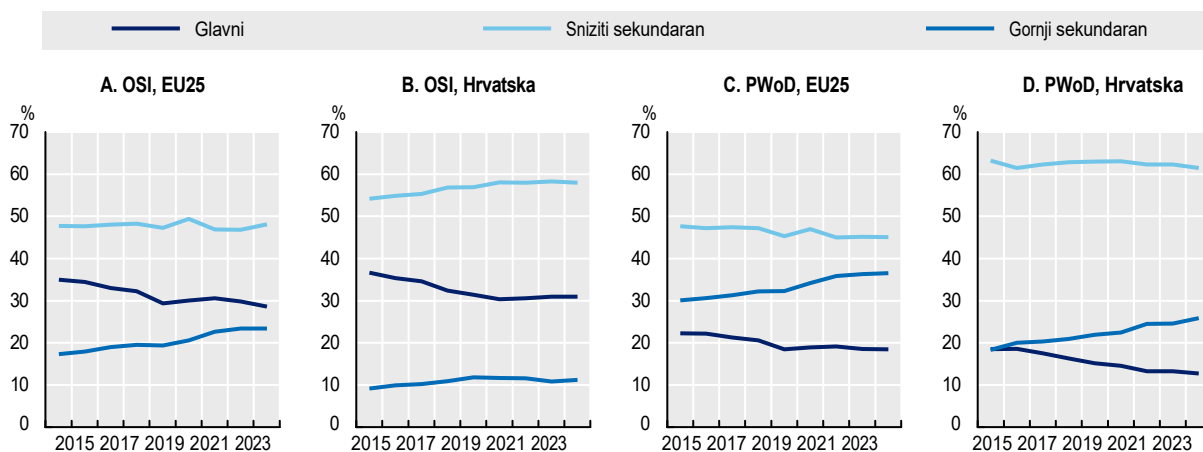
Napomena: Obuhvaćene su sve zemlje članice OECD-a i zemlje pristupnice.

Izvor: izračuni OECD-a na temelju Ankete o dohotku i životnim uvjetima (EU-SILC), 2023.

Tvrđoglavo niske stope zaposlenosti osoba s invaliditetom u Hrvatskoj mogu biti povezane s razočaravajućim trendovima u razini obrazovanja, a time i sa slabom uključenosti stanovništva s invaliditetom u redovno školovanje. Na slici 1.4 prikazan je razvoj od 2015. do 2023. godine u raspodjeli stanovništva prema najvišem stupnju obrazovanja, uspoređujući osobe s invaliditetom i bez invaliditeta te uspoređujući Hrvatsku s prosjekom 25 europskih zemalja. Vidljiva su dva upečatljiva aspekta. Prvo, samo jedna od deset osoba s invaliditetom u Hrvatskoj završi srednjoškolsko obrazovanje ili više; to je samo polovica prosječnog udjela ostvarenog u 25 zemalja. Drugo, taj se udio u Hrvatskoj nije promijenio od 2015. godine, dok se promijenio za osobe s invaliditetom u drugim zemljama i za osobe bez invaliditeta posvuda, pa tako i u Hrvatskoj. Iako se jaz u obrazovanju osoba s invaliditetom smanjuje u mnogim zemljama ili barem ostaje stabilan jer se razine obrazovanja i za osobe bez invaliditeta i dalje poboljšavaju, u Hrvatskoj se razlika s vremenom i dalje povećava, počevši od već visoke razine. Vrijedi napomenuti da udio osoba s osnovnoškolskim obrazovanjem nije veći u Hrvatskoj nego u drugim zemljama; za Hrvate s invaliditetom mnogo je manja vjerojatnost da će prijeći iz nižeg sekundarnog u više sekundarno obrazovanje.

Slika 1.4. Za razliku od drugih europskih zemalja, u Hrvatskoj se nije promijenio udio osoba s invaliditetom koje su stekle barem srednjoškolsko obrazovanje

Udio radno sposobnog stanovništva prema najvišoj razini obrazovanja i statusu invaliditeta, 2015.–2023.



Napomena: OSI: osobe s invaliditetom; PVoD: osobe bez invaliditeta. EU25 odnosi se na zemlje članice EU27, isključujući Cipar i Maltu.

Izvor: Izračuni OECD-a na temelju Anketi o dohotku i životnim uvjetima (EU-SILC), 2015.–23.

Niska razina obrazovanja, a time i niska razina zaposlenosti osoba s invaliditetom u Hrvatskoj ima ogroman utjecaj na jaz u zaposlenosti osoba s invaliditetom, odnosno razliku u stopama zaposlenosti između osoba s invaliditetom i osoba bez invaliditeta. Slika 1.5 pokazuje da se tri europske zemlje ističu kao zemlje s razlikom u zaposlenosti osoba s invaliditetom između 40 i 50 postotnih bodova, uključujući Hrvatsku. Samo Bugarska (49 postotnih bodova) i Rumunjska (47 postotnih bodova) suočavaju se s razlikama u zaposlenosti koje su čak i veće nego u Hrvatskoj (42 postotna boda). Prosjek svih ostalih europskih zemalja iznosi "samo" oko 29 postotnih bodova, što je prosjek koji također ostaje uglavnom nepromijenjen kada se uključe neeuropske zemlje OECD-a (OECD, 2022.).

Podaci na slici 1.5, kao i svi drugi podaci uspoređeni u ovom odjeljku, izvedeni su iz ankete koja je usmjerena na dohodak i materijalne životne uvjete u europskim zemljama, a ne na invaliditet. Status invaliditeta u ovom istraživanju izveden je iz relativno jednostavnog alata za zaslon, GALI instrumenta, koji se temelji na samo dva pitanja. Ispitanici se pitaju imaju li kronično ili dugotrajno zdravstveno stanje ili invaliditet i, ako da, ometaju li ih njihovo stanje ili invaliditet u svakodnevnim aktivnostima. Iako je to vrijedan dodatak koji se sve više koristi u svim europskim istraživanjima, nije iznenađujuće da takva pojednostavljena mjera dolazi s relativno velikom volatilnošću u odgovorima. Usporedivost rezultata na temelju takve mjere invaliditeta, među zemljama, ali i unutar zemalja tijekom vremena, često je kritizirana.

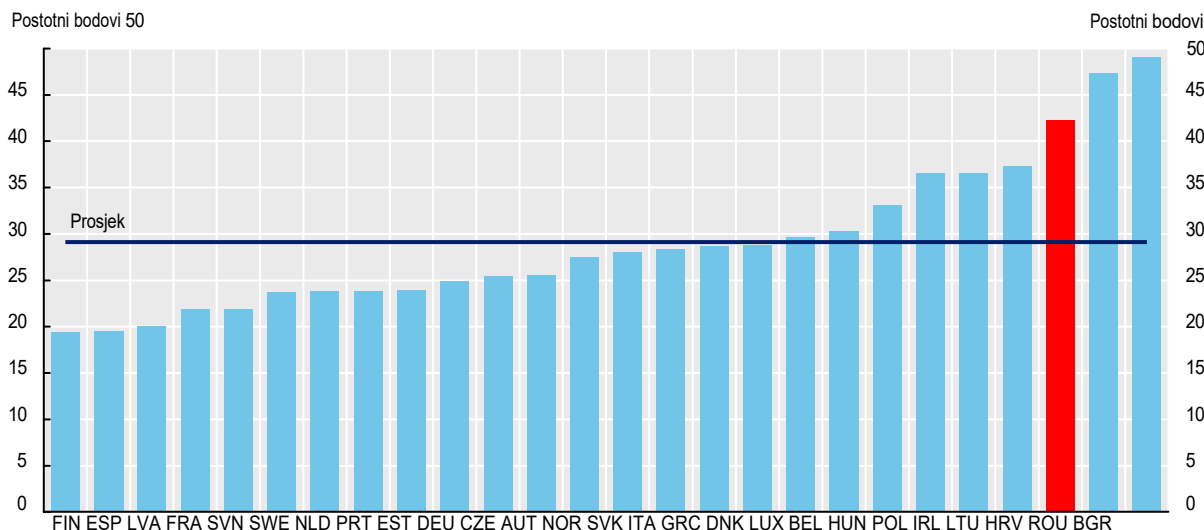
Procjene prevalencije invaliditeta temeljene na instrumentu GALI doista pokazuju znatne razlike među zemljama, što je teško objasniti. Udio osoba koje prijavljuju kronična zdravstvena stanja ili invaliditet koji utječu na njihov svakodnevni život kreće se od 7 % radno sposobnog stanovništva u Bugarskoj i Italiji do gotovo 25 % u Norveškoj i Latviji (slika 1.6., panel A). Takve velike razlike ne mogu se objasniti stvarnim zdravstvenim razlikama i vjerojatno odražavaju značajne razlike u svijesti o invaliditetu i stigmati. Očigledan je problem bilo kakvih usporedbi socijalne uključenosti ili uključenosti u zapošljavanje na temelju tako velikih razlika u prevalenciji invaliditeta. Zemlje s visokom prevalencijom vjerojatno će uključivati više osoba s manje ozbiljnim problemima, a time i boljim potencijalom zapošljavanja u skupini osoba s invaliditetom.

Jednostavan način prilagodbe jaza u zaposlenosti osoba s invaliditetom razlikama u prevalenciji invaliditeta, koji se koristi i u OECD-u (2022.), jest množenje jaza s prevalencijom invaliditeta. Ovo je zgodno rješenje jer se rezultirajući novi pokazatelj može tumačiti kao udio radno sposobnog stanovništva koji je

"lišen" rada zbog invaliditeta. Visok udio može biti posljedica posebno velikog jaza u stopi zaposlenosti ili posebno visokog udjela koji prijavljuje invaliditet ili oboje.

Slika 1.5. Razlika u zaposlenosti između osoba s invaliditetom i osoba bez invaliditeta u Hrvatskoj je vrlo velika

Razlike u zaposlenosti osoba s invaliditetom, 2023.



Napomena: Razlika u zaposlenosti osoba s invaliditetom definira se kao stopa zaposlenosti osoba bez invaliditeta minus osoba s invaliditetom. Pokrivene zemlje su sve europske članice OECD-a i zemlje pristupnice. Linija predstavlja neponderirani prosjek 26 prikazanih zemalja. Izvor: izračuni OECD-a na temelju Ankete o dohotku i životnim uvjetima (EU-SILC), 2023.

Slika 1.6, Panel B prikazuje rezultirajući prilagođeni jaz u zaposlenosti, odnosno udio ljudi u svakoj zemlji koji nisu zaposleni zbog invaliditeta. U svim zemljama u prosjeku 5% stanovništva spada u ovu skupinu. Slijed zemalja značajno se razlikuje od redoslijeda prema gore prikazanom tradicionalnom jazu u zaposlenosti. Međutim, Hrvatska se ističe kao jedina zemlja koja je na vrhu ljestvice po oba pokazatelja razlike u zaposlenosti osoba s invaliditetom: 6,7% stanovništva ne radi zbog invaliditeta. Samo dvije druge zemlje imaju jednako visoke udjele, Danska i Norveška, što se u oba slučaja djelomično objašnjava mnogo većom prevalencijom invaliditeta u te dvije zemlje. Rumunjska i Bugarska pale su na znatno niže udjele zbog relativno niske prijavljene prevalencije invaliditeta u obje zemlje.

Zanimljivo je primijetiti da je prevalencija invaliditeta u Hrvatskoj, kako je utvrđena u EU-SILC-u, zapravo vrlo slična udjelu stanovništva koji je službeno registriran u registrima osoba s invaliditetom u zemlji. To je neuobičajeno jer bi u drugim zemljama EU-SILC obično imao mnogo veći udio od bilo kojeg nacionalnog registra. To se objašnjava činjenicom da se u Hrvatskoj znatno veći udio osoba nego u drugim zemljama registrira kao osobe s invaliditetom, kako bi ostvarili pravo na različite vrste potpore.

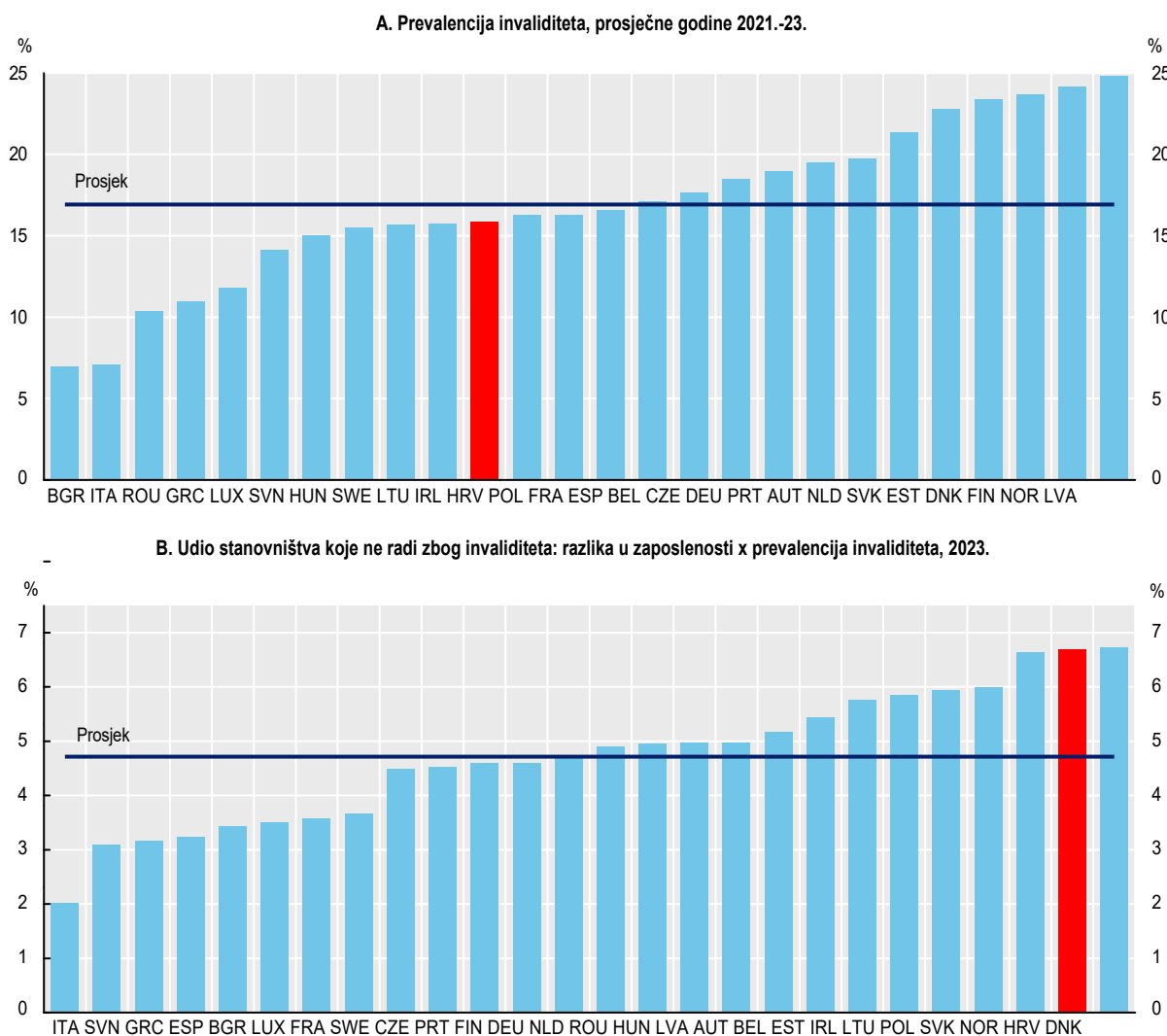
Zaključno, osobe s invaliditetom u Hrvatskoj suočavaju se s mnogo većim nepovoljnim položajem nego drugdje, vjerojatno dijelom povezanim s većom stigmom prema invaliditetu. Njihov nedostatak ogleda se u vrlo velikim razlikama u obrazovanju, zaposlenosti i siromaštvu, mnogo većim nego u većini drugih europskih zemalja. Osim toga, relativni položaj osoba s invaliditetom u Hrvatskoj značajno se pogoršao tijekom posljednjeg desetljeća, bilo zbog pada njihove razine uključenosti (npr. u slučaju zapošljavanja) ili zbog bržeg poboljšanja situacije za osobe bez invaliditeta (npr. u slučaju obrazovanja).

Za poboljšanje socijalne uključenosti osoba s invaliditetom i uključenosti osoba s invaliditetom na tržište rada bit će potrebna znatna promjena u politikama, uz promjene u stavovima prema invaliditetu, uključujući stavove poslodavaca i samih osoba te svih uključenih dionika. Poboljšanje i usklađivanje procjene radne sposobnosti

može biti jedan od elemenata veće reforme invaliditeta; reforme koja bi morala uzeti u obzir odgovornosti i poticaje svih uključenih dionika te promicati prevenciju i rano utvrđivanje problema, nakon čega slijedi rana intervencija. Sama promjena procjene invaliditeta, bez uključivanja u širi program reformi, vjerojatno neće u znatnoj mjeri poboljšati uključenost na tržište rada.

Slika 1.6. Nakon prilagodbe razinama prevalencije invaliditeta, Hrvatska se i dalje ističe kao zemlja s velikim nepovoljnim položajem u zapošljavanju uzrokovanim invaliditetom

Prevalencija invaliditeta u radno sposobnom stanovništvu i udio stanovništva koje ne radi zbog invaliditeta



Napomena: Udio stanovništva koje ne radi zbog invaliditeta, koji se naziva i prilagođeni jaz u zaposlenosti osoba s invaliditetom, definira se kao umnožak neprilagođenog jaza u zaposlenosti osoba s invaliditetom prikazanog na slici 1.5. i prevalencije invaliditeta prikazane na Panelu A na slici 1.6. Pokrivene zemlje su sve europske članice OECD-a i zemlje pristupnice. Linije predstavljaju neponderirani prosjek 26 prikazanih zemalja. Izvor: izračuni OECD-a na temelju istraživanja o dohotku i životnim uvjetima (EU-SILC), 2021.-23.

1.2. Promjene u politici prema osobama s invaliditetom posljednjih godina

Politika invaliditeta u Hrvatskoj je tradicionalno bila usmjerena na pružanje naknada osobama koje imaju (dugotrajna) zdravstvena stanja ili invaliditet, pod pretpostavkom da su nesposobne za rad. Tijekom proteklih dvadeset godina Hrvatska je posvetila sve veću pozornost i pokazala duboku predanost poboljšanju tržišta rada i socijalnoj uključenosti osoba s invaliditetom. Hrvatska je 2007. ratificirala Konvenciju Ujedinjenih naroda o pravima osoba s invaliditetom (CRPD) kojom se promiču i štite prava osoba s invaliditetom, uključujući, ali ne ograničavajući se na njihovo pravo na rad. Konvencija o pravima osoba s invaliditetom značajno je utjecala na procjenu statusa osobe s invaliditetom u posljednjih gotovo 20 godina diljem svijeta. Prema konvenciji, osobe s invaliditetom su "one koje imaju dugotrajna fizička, mentalna, intelektualna ili osjetilna oštećenja koja u interakciji s različitim preprekama mogu ometati njihovo puno i učinkovito sudjelovanje u društvu na ravnopravnoj osnovi s drugima". Konvencija razlikuje osobe s oštećenjima (tj. problemima na tjelesnoj razini) i prepreke s kojima se osobe suočavaju u interakciji s vlastitom okolinom (tj. problemi u obavljanju aktivnosti zbog temeljnih zdravstvenih stanja) i naglašava potonje kao osobe s invaliditetom.

Nakon ratifikacije Konvencije o pravima osoba s invaliditetom, Hrvatska je donijela različite zakone za poboljšanje integracije osoba s invaliditetom na tržište rada. Promjene politika uvedene tijekom posljednjeg desetljeća bile su usmjerene na unapređenje usluga profesionalne rehabilitacije i uključivanje poslodavaca kako bi se olakšalo uključivanje osoba s invaliditetom na tržište rada. Te promjene politika obuhvaćale su, primjerice, osnivanje četiri centra za profesionalnu rehabilitaciju i kontinuirano poboljšanje usluga koje pružaju, kao i olakšavanje uvjeta za uključivanje osoba s invaliditetom u profesionalnu rehabilitaciju povećanjem maksimalne dobi s 53 na 55 godina, povećanjem naknade plaće koja se isplaćuje tijekom profesionalne rehabilitacije na iznos minimalne plaće, te omogućavanje izravnog upućivanja nezaposlenih osoba s invaliditetom u usluge profesionalne rehabilitacije (vidjeti više o profesionalnoj rehabilitaciji u odjeljku 3.3.1.). Osim toga, uvedeni su različiti poticaji i obveze za poslodavce, uključujući obveznu kvotu za zapošljavanje osoba s invaliditetom za veća poduzeća, procjenu i odgovarajuće financiranje prilagodbe na radnom mjestu za osobe s invaliditetom, povrat doprinosa za zdravstveno osiguranje za zaposlenu osobu s invaliditetom te potporu održivosti samozapošljavanja (Vlada Republike Hrvatske, 2017.^[1]; Vlada Republike Hrvatske, 2021.^[2]). Novije promjene uključuju uvođenje novog Zakona o socijalnoj skrbi u veljači 2022., kojim je ukinuta provjera imovinskog stanja za socijalne naknade te uvođenje Zakona o osobnoj asistenciji u srpnju 2023. i Zakona o inkluzivnom dodatku u siječnju 2024., koji je povećao financijske naknade za osobe s oštećenjem zdravlja.

Još jedna vrlo važna promjena uvedena posljednjih godina bila je uspostava jedinstvenog tijela vještačenja, *Zavoda za vještačenje, profesionalnu rehabilitaciju i zapošljavanje osoba s invaliditetom* (ZOSI) 2015. godine. To je bio ključni korak u smjeru jedinstvenog procesa procjene invaliditeta i radne sposobnosti, ali potrebne su daljnje promjene usklađivanjem različitih procjena invaliditeta i osiguravanjem njihove usklađenosti s načelima CRPD-a.

2. Procjena invaliditeta i radne sposobnosti u Hrvatskoj

2.1. Upravljanje i metodologija procjene invaliditeta

Okvir 2.1. Razlika između procjene invaliditeta i procjene radne sposobnosti

Procjena invaliditeta i procjena radne sposobnosti ponekad se koriste naizmjenično u svakodnevnom životu. Međutim, u stvarnosti se te dvije procjene razlikuju po pristupu i svrsi. Za potrebe ovog izvješća važno je definirati ove dvije vrste procjena i istaknuti neke ključne razlike.

Svrha procjene **radne sposobnosti** je utvrditi sposobnost pojedinca za obavljanje radnih zadataka kako bi se procijenilo bi li pojedinac mogao započeti ili se vratiti na posao te razumne prilagodbe i profesionalnu rehabilitaciju koji bi mu za to mogli biti potrebni te potencijalno pravo na naknade povezane s radom, kao što je invalidska mirovina.

Nasuprot tome, **procjene invaliditeta** usredotočene su na funkcionalna ograničenja koja pojedinac može iskusiti u različitim domenama svakodnevnog života, na primjer u mobilnosti, brizi o sebi ili komunikaciji. Takve se procjene obično koriste za utvrđivanje prihvatljivosti za različite novčane naknade koje nisu povezane sa radnim statusom osobe i različite vrste socijalnih i invalidskih usluga.

U ovom izvješću koristimo ova dva pojma u navedenom značenju. Procjene radne sposobnosti najvažnije su za utvrđivanje prava na invalidsku mirovinu, dok su procjene invaliditeta dominantan uvjet prihvatljivosti za sve ostale svrhe i prava.

Odgovarajuća procjena radne sposobnosti osobe važan je korak prema boljoj integraciji osoba s invaliditetom na tržište rada jer se njome utvrđuje prihvatljivost za različite usluge i naknade koje osoba može dobiti, što pak može izravno utjecati na vjerojatnost (ponovnog) ulaska na tržište rada. Naknade s osnove invaliditeta poboljšavaju socijalnu uključenost, ali mogu potaknuti ili odvratiti ljude od zapošljavanja. Usluge profesionalne rehabilitacije imaju važnu ulogu u prekvalifikaciji i usavršavanju, a razumna prilagodba uvjeta rada i radnih mjesta omogućuje osobama s invaliditetom obavljanje posla koji inače ne bi mogle. Stoga je razvoj dobre metodologije i postupka procjene invaliditeta i radne sposobnosti ključan kako bi se osiguralo da svi dobiju potrebnu potporu za pravodobno ponovno uključivanje na tržište rada. U tom je kontekstu ključno uključiti sve dionike koji provode procjene invaliditeta i radne sposobnosti ili pružaju bilo kakva prava osobama s invaliditetom te osigurati nesmetanu komunikaciju među njima. Razvoj usklađenije metodologije procjene je ključan kako bi se osiguralo da se svi procjenjuju na isti način i na jednakoj osnovi za različita prava dostupna u različitim javnim institucijama te kako bi se stvorio sustav upravljanja koji dobro funkcionira.

Trenutno je upravljanje procjenama invaliditeta i povezanim pravima prilično rascjepkano, pri čemu se za različita prava koja pružaju različite institucije zahtijevaju različite procjene invaliditeta ili radne sposobnosti.

ZOSI, kao jedinstveno tijelo vještačenja, ima ključnu ulogu u ovom području i u uključivanju osoba s invaliditetom na tržište rada općenito promicanjem zapošljavanja osoba s invaliditetom kroz niz aktivnosti, uključujući suradnju i osiguravanje poticaja poslodavcima, nadzorkvotnog sustava zapošljavanja, nadzor centara za profesionalnu rehabilitaciju i provođenje svih različitih procjena invaliditeta koje su trenutno na snazi u Hrvatskoj.

Procjenu invaliditeta i radne sposobnosti provode ovlašteni stručnjaci zaposleni u ZOSI-ju koji pregledavaju medicinsku i drugu dokumentaciju te izdaju tzv. "nalaz i mišljenje" s rezultatima procjene. Svaki slučaj moraju pregledati najmanje dva stručnjaka, najmanje jedan liječnik i barem još jedan specijalist koji može biti psiholog, socijalni radnik ili stručnjak u području edukacijske rehabilitacije, uključujući logopede, edukacijske rehabilitatore, pedagoge i socijalne pedagoge. Svaki nalaz i mišljenje koje izdaje ZOSI sadrži opći dio koji uključuje generičke podatke o podnositelju zahtjeva i poseban dio koji se razlikuje za svaku vrstu procjene i uključuje informacije specifične za vrstu zahtjeva i pravo koje se traži.

Procjene invaliditeta i radne sposobnosti imaju niz svrha, uključujući utvrđivanje

(i) fizičkog, intelektualnog, osjetilnog i/ili mentalnog oštećenja, (ii) funkcionalne sposobnosti, (iii) potrebne razine podrške i (iv) preostale radna sposobnost. Ipak, sve se procjene uvelike oslanjaju na medicinsku dokumentaciju i subjektivno mišljenje vještaka. U većini slučajeva podnositelji zahtjeva ne procjenjuju se izravno, a njihova razina funkcioniranja, potrebna podrška ili radna sposobnost zaključuje se iz njihovog zdravstvenog stanja i zdravstvene dokumentacije. Za neke procjene potrebno je koristiti jednu od sljedećih lista:

1) lista I – lista oštećenja organizma, 2) lista II – lista vrste i težine invaliditeta – oštećenja funkcionalnih sposobnosti, i 3) lista III – lista postotka oštećenja organizma. Ove liste imaju snažan medicinski fokus. Lista I i III određuju postotke tjelesnog oštećenja na temelju zdravstvenog stanja ili stanja ako ih je više od jednog, dok lista II određuje težinu invaliditeta na temelju razine funkcioniranja koja se uglavnom izvodi iz zdravstvenog stanja.

ZOSI zaprima zahtjeve za procjenu invaliditeta ili radne sposobnosti od nekoliko dionika radi ostvarivanja različitih prava. Prije osnivanja ZOSI-ja procjene su provodili sami ti dionici. Ključne institucije - naručitelji vještačenja su sljedeće.

Hrvatski zavod za mirovinsko osiguranje (HZMO, n.d. [3]). koji je odgovoran za provedbu politika u području mirovinskog osiguranja. HZMO može zatražiti procjenu radne sposobnosti od ZOSI-ja za zaposlene osobe s invaliditetom. Liječnici opće prakse imaju važnu ulogu u ovom procesu jer upravo oni upućuju pacijente HZMO-u ako, prema subjektivnom mišljenju liječnika opće prakse, zdravstveno stanje pacijenta to opravdava ili ako je pacijent bio na bolovanju u trajanju od 12 mjeseci. Kada liječnik opće prakse uputi pacijenta HZMO-u, HZMO traži procjenu radne sposobnosti od ZOSI-ja. ZOSI zatim provodi procjenu radne sposobnosti i izdaje prvostupanjski nalaz i mišljenje.

U sklopu procjene radne sposobnosti, vještaci pregledavaju medicinsku i drugu dokumentaciju, uključujući obrazac koji ispunjava liječnik opće prakse u kojem se detaljno opisuje zdravstveno stanje podnositelja zahtjeva i obrazac koji ispunjava poslodavac u kojem se opisuje njegov posao, uključujući razinu obrazovanja, uvjete na radnom mjestu i potrebne fizičke i osjetilne sposobnosti za rad. Na temelju tih dokumenata vještaci odlučuju postoji li trajna promjena radne sposobnosti osobe ili ne, te o opsegu smanjenja radne sposobnosti ako je primjenjivo. Sukladno Zakonu o mirovinskom osiguranju, vještaci mogu zaključiti da:

1. nema smanjenja radne sposobnosti, ako smanjenje radne sposobnosti nije trajno, ili osoba i dalje može obavljati svoj posao unatoč oštećenju organizma, ili ako je smanjenje radne sposobnosti manje od 50% u usporedbi s drugima s istom razinom obrazovanja,
2. postoji smanjenje radne sposobnosti, ako postoji trajno smanjenje radne sposobnosti za više od 50% za osobu mlađu od 55 godina, ali se osoba može osposobiti kroz profesionalnu rehabilitaciju za rad na drugim poslovima koje su odredili vještaci,

3. postoji djelomični gubitak radne sposobnosti, ako dođe do trajnog smanjenja radne sposobnosti za više od 50% i osoba se ne može profesionalnom rehabilitacijom osposobiti za rad na drugim poslovima, ali može raditi najmanje 70% na prilagođenim poslovima koje su odredili vještaci,
4. postoji potpuni gubitak radne sposobnosti, ako dođe do trajnog smanjenja radne sposobnosti za više od 50% bez preostale radne sposobnosti,
5. postoji neposredna opasnost od smanjenja radne sposobnosti, ako radni uvjeti na trenutnom radnom mjestu osobe zahtijevaju hitan prelazak na drugo radno mjesto kako bi se spriječilo smanjenje njezine radne sposobnosti.

Važno je napomenuti da se radna sposobnost uvijek procjenjuje u odnosu na trenutno radno mjesto i razinu obrazovanja korisnika. U nalazu i mišljenju vještaci moraju navesti popis poslova koje osoba može obavljati, ako je primjenjivo. Vještaci se oslanjaju na pravilnik o poslovima s posebnim uvjetima kako bi svakom korisniku predložili odgovarajuća radna mjesta na istoj ili sličnoj razini obrazovanja.

Nakon izdavanja nalaza i mišljenja, ZOSI upućuje predmet, zajedno sa svom medicinskom i drugom dokumentacijom, na reviziju revizijskom vijeću **Ministarstva rada, mirovinskoga sustava, obitelji i socijalne politike (MRMSOSP)**. Revizija preispituje nalaz i mišljenje koje je izdao ZOSI te ga potvrđuje ili ne potvrđuje. U potonjem slučaju revizija ZOSI-ju dostavlja primjedbe i upute, a ZOSI mora izmijeniti nalaz i mišljenje u skladu s tim uputama. Nakon finalizacije, nalaz i mišljenje vraća se HZMO-u radi dovršetka upravnog postupka.

Sličan postupak provodi se i u slučaju hrvatskih branitelja iz Domovinskog rata. Jedina razlika između postupaka je u tome što se za branitelje spis predmeta te nalaz i mišljenje podnose na reviziju posebnom Povjerenstvu za reviziju pri **Ministarstvu hrvatskih branitelja (MHB)** koje utvrđuje postotak invaliditeta u prvom stupnju koji je uzrokovan bolešću ili ozljedom nastalom zbog sudjelovanja u Domovinskom ratu.

Revizijska vijeća MRMSOSP-a i MHB-a također su odgovorna za određivanje vremena sljedeće ponovne procjene, kako bi se procijenilo ispunjava li osoba i dalje uvjete za ostvarivanje prava. Ponovne procjene obično se moraju obaviti između šest mjeseci i tri godine. Postupak ponovne procjene identičan je postupku inicijalne procjene.

Osim procjene radne sposobnosti, HZMO može od ZOSI-ja zatražiti i procjene za potrebe utvrđivanja postotka tjelesnog oštećenja, staža osiguranja s povećanim trajanje, te prava na obiteljsku mirovinu. Utvrđivanje postotka tjelesnog oštećenja se temelji na Listi I (Listi oštećenja organizma), koja se primjenjuje na sve korisnike osim hrvatskih branitelja na koje se primjenjuje Lista III (Lista postotka oštećenja organizma).

Hrvatski zavod za socijalni rad (HZSR) može od ZOSI-ja zatražiti vještačenje pojedinaca u svrhu ostvarivanja prava propisanih Zakonom o inkluzivnom dodatku i Zakonom o osobnoj asistenciji, koja su uvjetovana oštećenjem zdravlja, te Zakona o socijalnoj skrbi koji predviđa veću naknadu u slučaju nesposobnosti za rad. U sklopu vještačenja temeljem zahtjeva HZSR-a, lista II (lista težine i vrste invaliditeta – oštećenja funkcionalnih sposobnosti) se koristi za utvrđivanje težine invaliditeta podnositelja zahtjeva i izdavanje odgovarajućeg nalaza i mišljenja. Lista sadrži četiri kategorije/težine za različite vrste invaliditeta na temelju oštećenja funkcionalnih sposobnosti. Važno je napomenuti da se funkcionalno oštećenje temelji na težini zdravstvenog stanja, koje se utvrđuje procjenom tjelesnih funkcija i tjelesnih struktura na visokoj razini na temelju dostupne medicinske dokumentacije bez izravnog pregleda osobe. Za svaku vrstu stanja, lista sugerira medicinsku dokumentaciju koju se može podnijeti, a koja obično uključuje document kojim se ocjenjuje funkcioniranje podnositelja zahtjeva, npr. Barthelov indeks za tjelesno oštećenje. Međutim, podnošenje takvog dokumenta nije obvezno i ne postoji jedinstvena metoda ili obrazac koji se koristi za procjenu funkcioniranja za sva stanja. U vještačenju za HZSR spominje se i radna

sposobnost osobe, ali za razliku od postupka za HZMO, u slučaju HZSR-a potpuni i djelomični gubitak radne sposobnosti osobe nije detaljno definiran, a smanjenje može biti i samo privremeno. Procjene za HZSR ne zahtijevaju preispitivanje i odluku Povjerenstva za reviziju. Prava socijalne skrbi dodjeljuju se na unaprijed određeno razdoblje, nakon čega korisnici moraju proći ponovnu procjenu ZOSI-ja kako bi se procijenilo ispunjavaju li i dalje uvjete za prvobitno dodijeljena prava.

Jedinice područne (regionalne) samouprave (županije) putem svojih Upravnih odjela za zdravstvo i socijalnu skrb traže od ZOSI-ja procjenu prava na zdravstvenu zaštitu za neosigurane osobe koje su “nesposobne za samostalan život i rad” i ne mogu ostvariti to pravo na drugoj osnovi. Nadalje, roditelji mogu putem županijskih upravnih odjela za obrazovanje zatražiti vještačenje djece radi privremenog oslobađanja od upisa u prvi razred osnovne škole, i to u slučaju teškog zdravstvenog stanja koje onemogućuje djetetu nastavak osnovnog obrazovanja u osnovnoj školi, zdravstvenoj ili rehabilitacijskoj ustanovi ili kod kuće. Izuzeće se može odobriti na najviše godinu dana (Vlada Republike Hrvatske,^[4]). Ocjena je slična onoj za zahtjeve HZSR-a, te se koristi isti obrazac za nalaz i mišljenje. Vještaci koriste Listu težine i vrsta invaliditeta – oštećenje funkcionalnih sposobnosti (Listu II); nema revizijskog postupka; a prava se mogu dodijeliti čak i u slučaju privremene nesposobnosti. Županije također mogu zatražiti vještačenje u svrhu ostvarivanja prava vojnih i civilnih žrtava rata, pojedinaca koji su ranjeni u bivšoj državi Jugoslaviji u razdoblju od 1945. do 1991. godine. Za takve zahtjeve ZOSI vještači postotak tjelesnog oštećenja, stupanj potrebe za njegom i pomoći druge osobe, stupanj ortopedskog dodatka, nemogućnost privređivanja i potrebu za dodatkom za pripomoć u kući.

Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (HZZO) podnosi zahtjev ZOSI-ju za vještačenje u svrhu ostvarivanja prava roditelja djece s teškoćama u razvoju koja ne mogu samostalno obavljati aktivnosti primjerene njihovoj dobi i ovise o pomoći druge osobe u obavljanju svakodnevnih aktivnosti. Vještačenje uključuje pregled medicinske dokumentacije te izdavanje nalaza i mišljenja. Na temelju rezultata nalaza i mišljenja, roditelju se može priznati pravo na dopust i primanje novčane naknade nakon roditeljskog dopusta do 8. godine života djeteta te pravo na rad u nepunom radnom vremenu i primanje novčane naknade bez dobne granice za dijete (HZZO,^[5]). Osim toga, HZZO može zahtijevati i vještačenje radi prijenosa prava na drugog roditelja zbog teške bolesti jednog od roditelja koja ga značajno ograničava ili onemogućuje dugotrajno obavljanje roditeljske skrbi, odnosno za ostvarivanje prava oba roditelja za dvoje ili više djece s teškoćama u razvoju.

Za sve vrste procjene invaliditeta i radne sposobnosti, stranke koje nisu suglasne s nalazom i mišljenjem vještaka mogu podnijeti žalbu koja dovodi do ponovnog pregleda cjelokupne medicinske i druge dokumentacije od strane ZOSI-ja, te rezultira drugostupanjskom odlukom i novim nalazom i mišljenjem. Nakon toga žalba više nije moguća, ali stranke mogu osporiti odluku tužbom, što dovodi do sudskog postupka i odluke kojom se utvrđuje jesu li rezultati vještačenja točni ili ne.

Hrvatski zavod za zapošljavanje (HZZ) odgovoran je za integraciju nezaposlenih osoba na tržište rada, uključujući osobe sa zdravstvenim problemima i invaliditetom. HZZ ne može uputiti pojedince na procjenu radne sposobnosti u ZOSI, ali ih može uputiti izravno u jedan od četiri centra za profesionalnu rehabilitaciju (više u odjeljku 3.3.1). HZZ vodi i Registar nezaposlenih osoba s invaliditetom (Okvir 2.2.).

Okvir 2.2. Tri različita registra za osobe s invaliditetom u Hrvatskoj

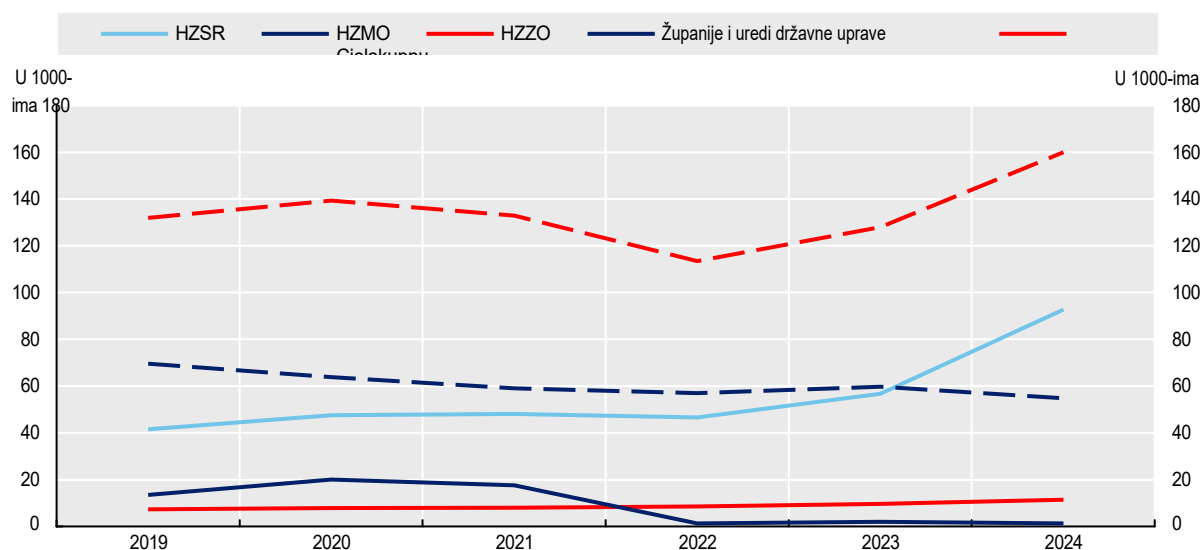
Hrvatska ima tri različita registra za osobe s invaliditetom:

1. Nacionalnim registrom osoba s invaliditetom upravlja **Hrvatski zavod za javno zdravstvo (HZJZ)** i istim su obuhvaćene sve osobe za koje je (i) tijekom vještačenja utvrđeno najmanje jedno oštećenje iz Liste oštećenja organizma (Lista I) i najmanje 1. stupanj iz Liste težine i vrste invaliditeta – oštećenja funkcionalnih sposobnosti (Lista II), dijete s teškoćama u razvoju kojem je utvrđen invaliditet prema propisima kojima se uređuje obrazovanje i prava iz socijalne skrbi, osoba koja je stekla status prema propisima kojima se uređuje staž osiguranja s povećanim trajanjem i osoba kojoj je utvrđen invaliditet prema propisima o hrvatskim braniteljima iz Domovinskog rata, propisima o civilnim stradalnicima Domovinskog rata i propisima o zaštiti vojnih i civilnih ratnih invalida ili (ii) dobili pozitivan ishod nakon što su odradili uslugu 1.1, kraću verziju rehabilitacijske procjene razine radne sposobnosti (vidi više u 3.3.1), u jednom od četiri profesionalna rehabilitacijska centra. Osobe s invaliditetom moraju biti upisane u Nacionalni registar kako bi se kvalificirale za neke usluge profesionalne rehabilitacije i kako bi bile priznate u kvotnu obvezu (kako je objašnjeno u odjeljcima 3.3.1. i 3.2.2.),
2. Registar zaposlenih osoba s invaliditetom vodi HZMO, a uključuje osobe iz Nacionalnog registra koje su zaposlene u sklopu kvotnog sustava zapošljavanja. Poslodavci su odgovorni da upišu svoje zaposlenike u ovaj registar kako bi “signalizirali” svoj doprinos ispunjenju kvote. Taj se registar upotrebljava za praćenje kvotnog sustava zapošljavanja i za statističko praćenje stope zaposlenosti osoba s invaliditetom.
3. Registar nezaposlenih osoba s invaliditetom vodi HZZ i koristi se u svrhu statističkog praćenja.

Kao što je prikazano na slici 2.1 i slici 2.2, velika većina procjena invaliditeta koje provodi ZOSI odnosi se na HZSR i HZMO, dok drugi slučajevi, poput onih za HZZO i za županije, čine mnogo manji udio svih procjena. Broj procjena za HZMO se posljednjih godina blago smanjio, dok se broj procjena za HZSR značajno povećao tijekom vremena, a posebno u posljednje dvije godine, što objašnjava ukupni porast, te sada čini gotovo dvije trećine svih završenih procjena.

Slika 2.1. Broj procjena za HZSR i ukupnih procjena naglo se povećao od 2022. godine

Godišnji broj završenih procjena/vještačenja po institucijama, 2019.–24.

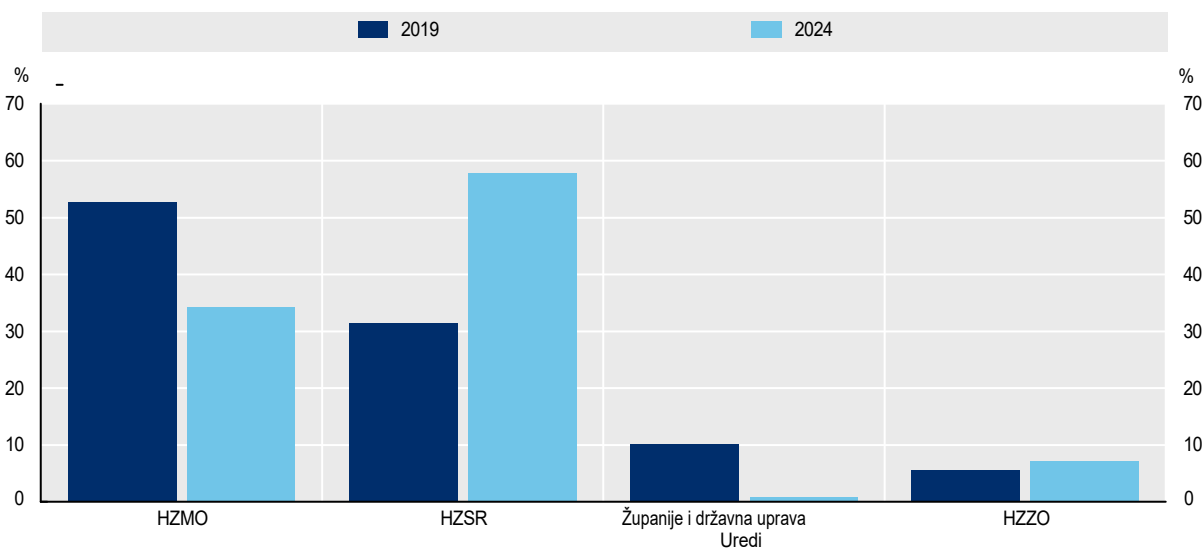


Napomena: HZSR: Hrvatski zavod za socijalni rad; HZMO: Hrvatski zavod za mirovinsko osiguranje, HZZO: Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje.

Izvor: izračuni OECD-a na temelju podataka koje je pripremilo Ultima d.o.o.

Slika 2.2. Udio procjena za HZSR značajno se povećao posljednjih godina

Udio završenih procjena po institucijama, 2019. i 2024.



Napomena: HZSR: Hrvatski zavod za socijalni rad; HZMO: Hrvatski zavod za mirovinsko osiguranje, HZZO: Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje.

Izvor: izračuni OECD-a na temelju podataka koje je pripremilo Ultima d.o.o.

2.2. Izazovi s trenutnim postupkom procjene invaliditeta

Procjena invaliditeta i radne sposobnosti važna je poluga politike kako bi se osiguralo da osobe s dugotrajnim zdravstvenim problemima ili invaliditetom imaju pristup odgovarajućoj financijskoj potpori i uslugama, uključujući posebno usluge profesionalne rehabilitacije koje olakšavaju njihovu integraciju ili povratak na tržište rada. Međutim, trenutna metodologija i postupak procjene/vještačenja suočavaju se s nekoliko izazova koje je potrebno riješiti kako bi se poboljšala uključenost osoba s invaliditetom na tržište rada. Većina tih izazova podijeljena je među različitim vrstama procjena, što upućuje na to da bi njihovo rješavanje moglo biti ključan korak prema usklađenijem sustavu i pristupu.

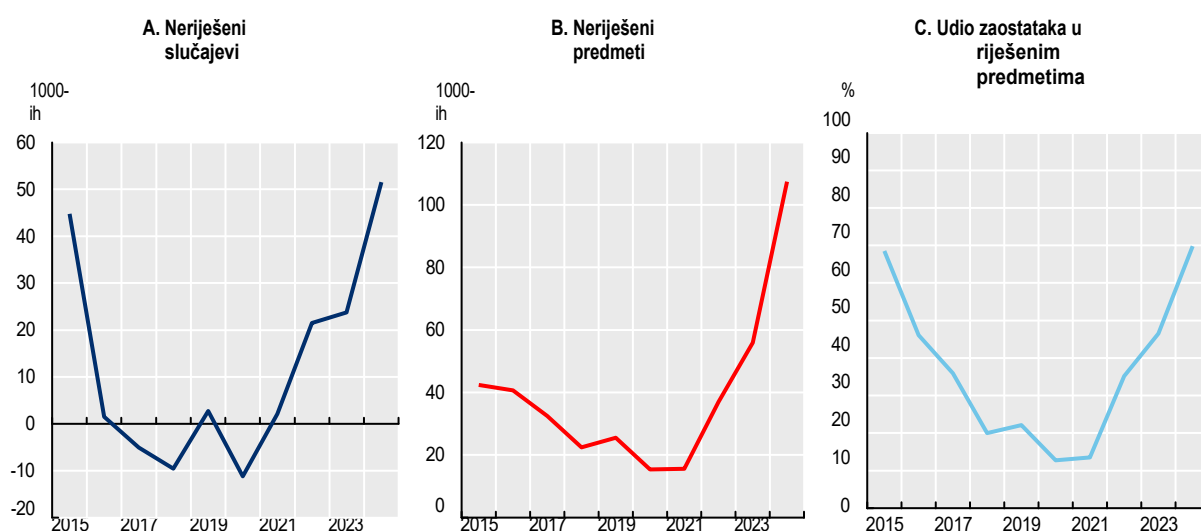
2.2.1. Procjene invaliditeta i radne sposobnosti suočavaju se s nizom zajedničkih izazova

Postupak procjene je predug što ugrožava povratak na tržište rada

Nedavne zakonske promjene glede ostvarivanju prava na određena davanja i povećanje novčanih iznosa, u okviru nadležnosti HZSR-a, uzrokovale su veliki porast broja zahtjeva za vještačenje u ZOSI-u. Iako se posljednjih godina povećao i ukupan broj dovršenih predmeta, to povećanje nije bilo dovoljno da se pokrije kontinuirani porast zahtjeva tijekom posljednjih nekoliko godina, što je dovelo do velikog i kontinuirano rastućeg broja neriješenih predmeta, kako je prikazano na slici 2.3. Veliki zaostaci također su za većinu korisnika doveli do povećanja razdoblja čekanja na nalaz i mišljenje (vidjeti sliku 2.4.). Iako je zaostatak uzrokovan povećanjem zahtjeva za prava iz nadležnosti HZSR-a, vrijeme čekanja povećalo se i za vještačenje u drugim područjima, čak i nešto više za slučajeve HZMO-a nego za HZSR, kako je to i prikazano na slici 2.5. Dugotrajan postupak vještačenja problematičan je jer podnosiitelji zahtjeva sve duže čekaju na potrebne usluge i financijsku potporu, što ugrožava njihovu egzistenciju i vjerojatnost rehabilitacije i povratka na tržište rada.

Slika 2.3. Broj neriješenih zahtjeva za procjenu invaliditeta ili radne sposobnosti i dalje se povećava

Neriješeni predmeti i kumulativni neriješeni predmeti, 2015.-24.

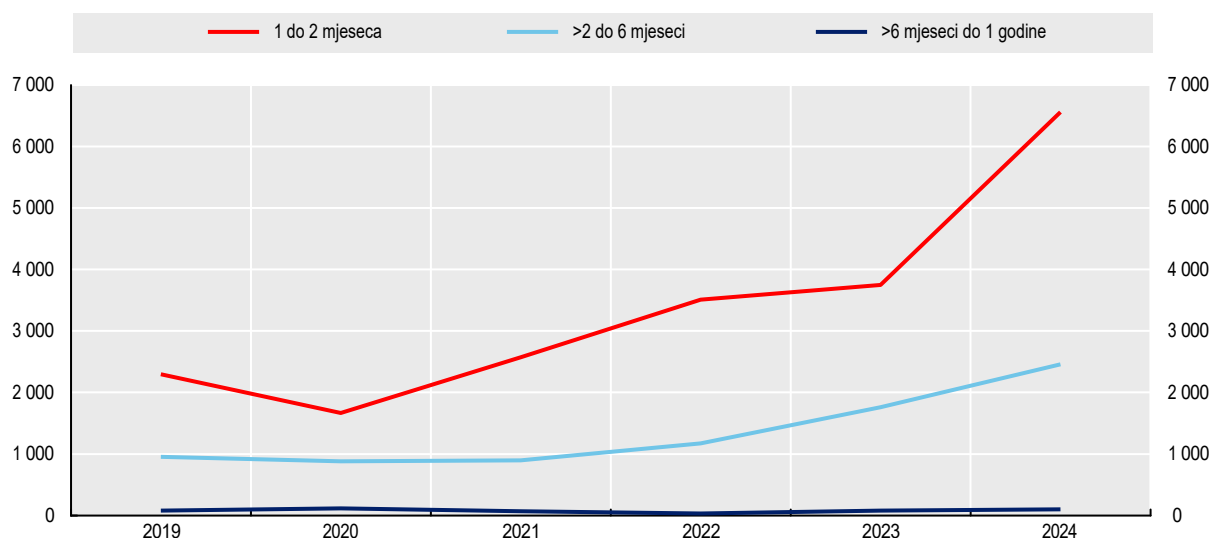


Napomena: Broj neriješenih predmeta izračunava se kao broj zaprimljenih predmeta umanjeno za broj riješenih predmeta u određenoj godini. Broj je u nekim godinama negativan jer je tih godina više slučajeva završeno nego primljeno, što znači da se zaostatak smanjio za sljedeću godinu.

Izvor: izračuni OECD-a na temelju podataka Zavoda za vještačenje, profesionalnu rehabilitaciju i zapošljavanje osoba s invaliditetom.

Slika 2.4. Sve više ljudi mora čekati na odluku o procjeni nekoliko mjeseci

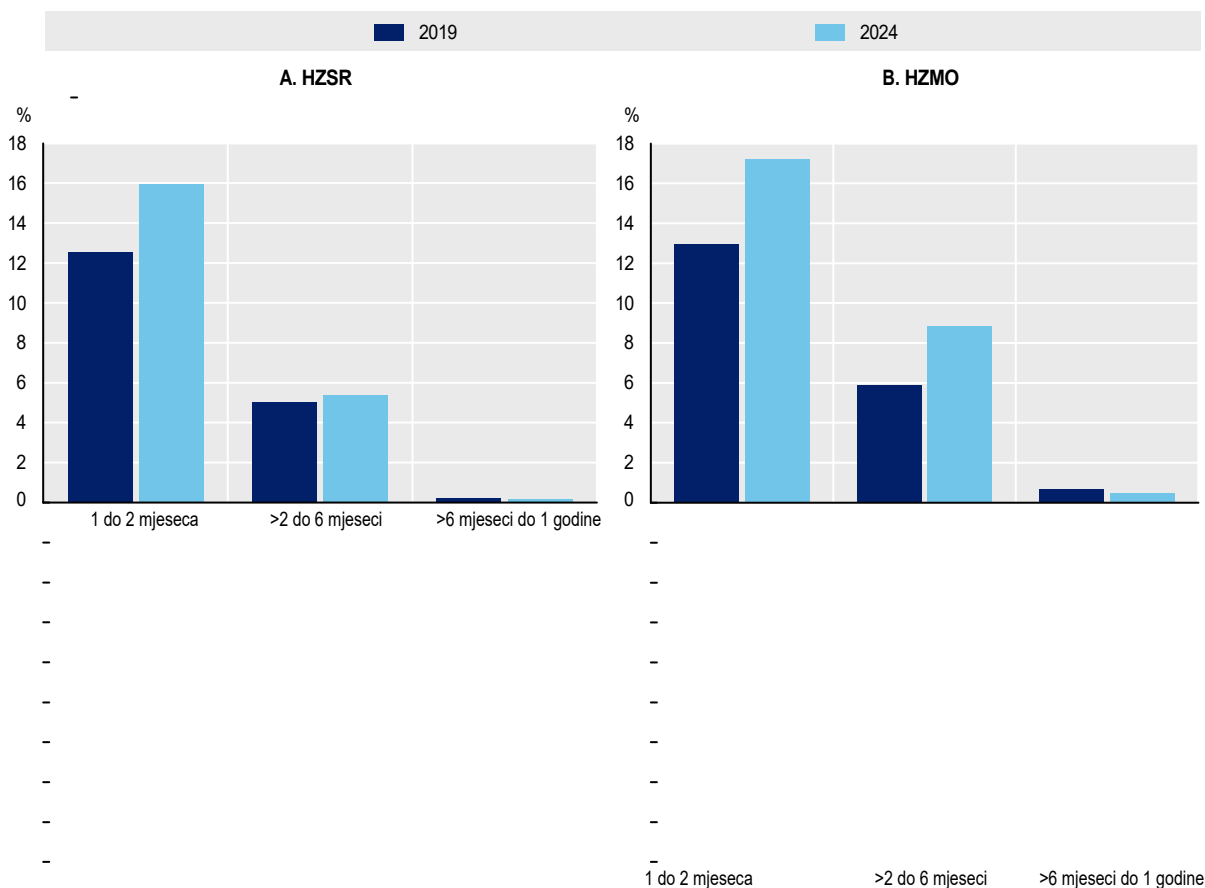
Završene procjene invaliditeta i radne sposobnosti prema trajanju, 2019.-24.



Izvor: izračuni OECD-a na temelju podataka koje je pripremlilo Ultima d.o.o.

Slika 2.5. Vrijeme čekanja na odluku o procjeni povećalo se za sve zahtjeve, a posebno za zahtjeve za invalidsku mirovinu od HZMO-a

Procjene prema trajanju i instituciji, 2019. i 2024.



Napomena: HZSR: Hrvatski zavod za socijalni rad; HZMO: Hrvatski zavod za mirovinsko osiguranje.

Izvor: izračuni OECD-a na temelju podataka koje je pripremlilo Ultima d.o.o.

Glavni razlog duljine postupka procjene invaliditeta je rascjepkano upravljanje. ZOSI je odgovoran za nalaz i mišljenje za mnoge različite institucije kako je gore opisano, međutim, različiti obrasci ocjenjivanja koji se koriste u postupku imaju mnogo preklapajućih dijelova koji dodaju nepotrebno administrativno opterećenje za ZOSI i vještake te produljuju postupak i vrijeme čekanja za podnositelje zahtjeva. Osim toga, uključivanje različitih dionika i upotreba tih različitih

Nalaza i mišljenja dovode do poteškoća u komunikaciji. Na primjer, svaki dionik prima rezultate nalaza i mišljenja samo za svoju instituciju, a da pritom ne mora nužno imati pristup rezultatima nalaza i mišljenja za druge institucije za istu osobu, čak i ako bi te informacije mogle biti korisne za potpunu sliku o podnositelju zahtjeva, njegovim uvjetima i sposobnostima te njegovim potrebama za potencijalnim uslugama.

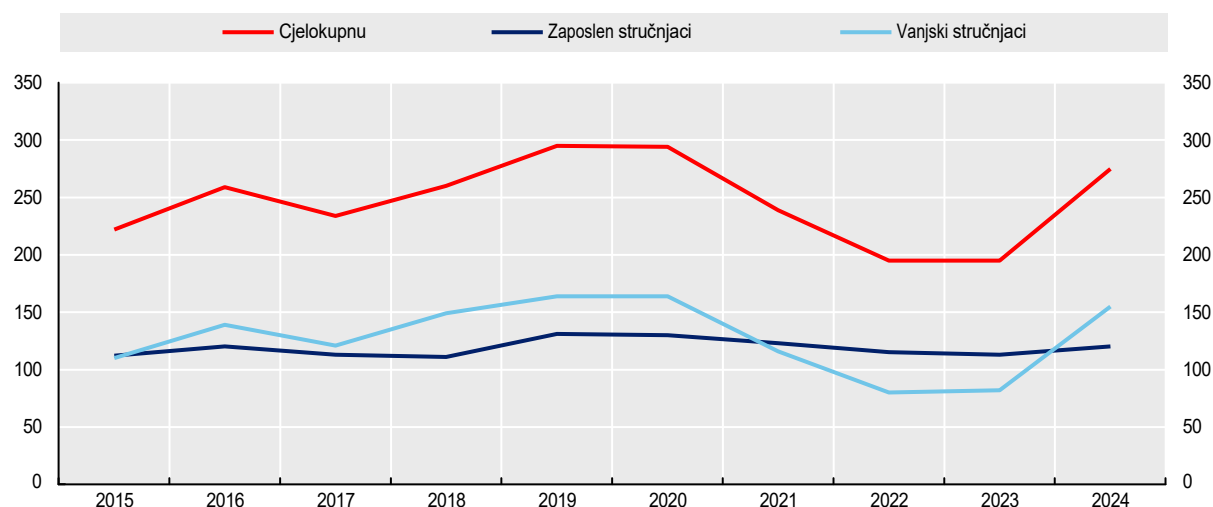
ZOSI trenutno nastoji riješiti ovo pitanje predlažući uvođenje "jedinstvenog nalaza i mišljenja" za sve dionike. Predloženim novim pristupom pojedinci bi i dalje podnosili zahtjev za različite naknade/prava, potencijalno i u različito vrijeme, ali bi sve informacije bile pohranjene u jednom nalazu i mišljenju i mogle bi se dijeliti između različitih institucija i u okviru različitih postupaka. Time bi se ubrzao proces i izbjeglo nepotrebno dupliranje posla. Pristup informacijama i komunikacija među dionicima bili bi lakši, čime bi se smanjilo administrativno opterećenje ZOSI-ja i skratilo vrijeme čekanja korisnicima.

Uvođenje jedinstvenog nalaza i mišljenja moglo bi biti važan korak prema ubrzanju procesa procjene invaliditeta i usklađivanju različitih pristupa, smanjenju radnog opterećenja ZOSI-ja i postizanju veće ujednačenosti. Međutim, prijelaz na jedinstveni nalaz i mišljenje sam po sebi neće riješiti sve probleme s kojima se Hrvatska suočava. Postoje i druge prepreke u usklađivanju procjena, kako je opisano u nastavku, kao i drugi razlozi koji uzrokuju dugotrajnost postupka procjene, uključujući nedostatak liječnika i velik broj ponovnih procjena.

Važećim propisom o vještačenju (Vlada Republike Hrvatske, 2023.^[6]) određeno je da vijeće vještaka čine najmanje dvije osobe, od kojih je najmanje jedna liječnik, a najmanje jedna socijalni radnik, psiholog ili drugi stručnjak. Nedostatak liječnika u Hrvatskoj otežava pronalaženje vještaka. Iako je broj stručnjaka zaposlenih u ZOSI-ju ostao relativno stabilan tijekom posljednjeg desetljeća, to nije dovoljno za pokrivanje svih slučajeva. Kako bi se to riješilo, ZOSI je angažirao vanjske stručnjake, a njihov broj varira iz godine u godinu, što je dovelo do problema sa kapacitetima ZOSI-ja, vidi sliku 2.6. Međutim, čak i uz kombiniranje zaposlenih i vanjskih stručnjaka, ZOSI se bori da dovrši sve zaprimljene slučajeve, iako se radno opterećenje vještaka više nego udvostručilo u desetljeću, kao što je prikazano na slici 2.7. Osim toga, populacija liječnika stari, što sugerira da će to biti još veći problem u budućnosti, ubrzavajući nedostatak osoblja i time dodatno povećavajući ionako znatan zaostatak. Potencijalno rješenje ovog izazova moglo bi biti uvođenje procjene invaliditeta koja ne zahtijeva nužno sudjelovanje liječnika.

Slika 2.6. ZOSI se “bori” sa zapošljavanjem dovoljnog broja vještaka

Broj vještaka zaposlenih i vanjskih suradnika u ZOSI-ju, 2015.-24.

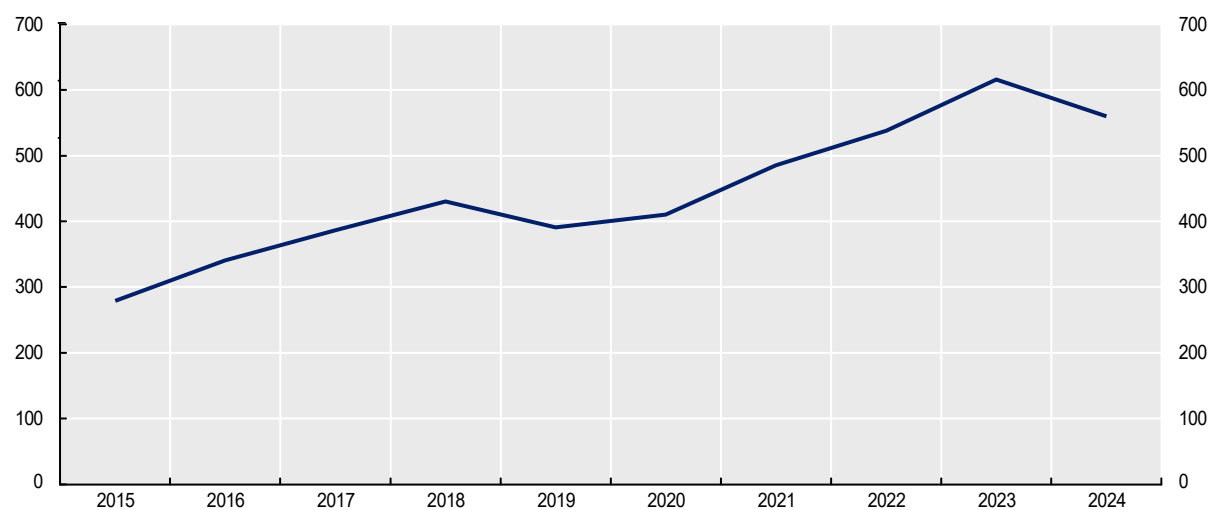


Napomena: ZOSI: Zavod za vještačenje, Zavod za vještačenje, profesionalnu rehabilitaciju i zapošljavanje osoba s invaliditetom).

Izvor: izračuni OECD-a na temelju podataka ZOSI.

Slika 2.7. Radno opterećenje vještaka stalno raste

Predmeti po vještaku, 2015.-24.



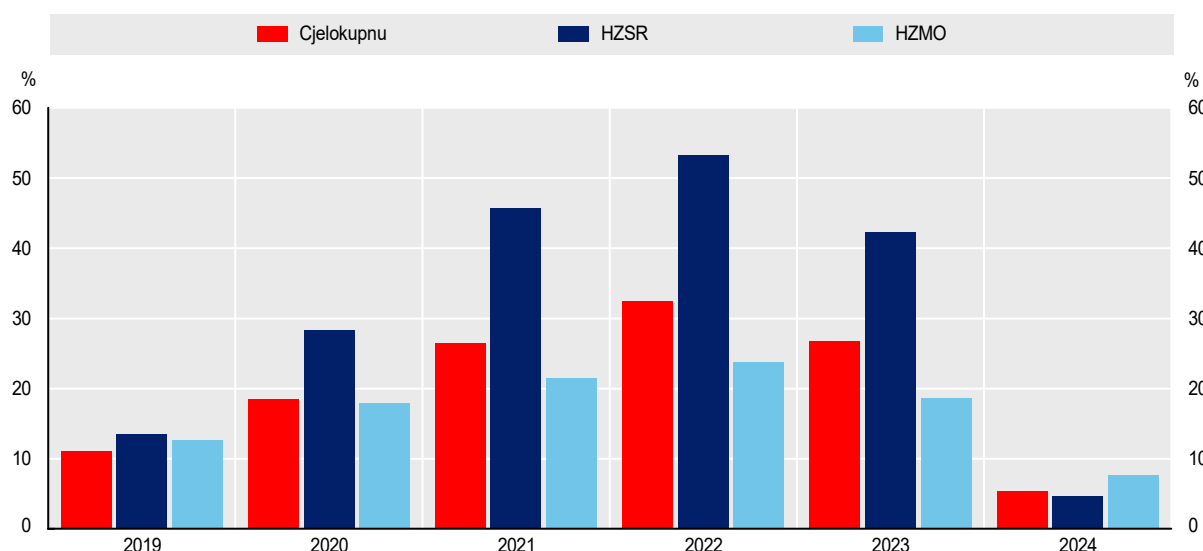
Izvor: izračuni OECD-a na temelju podataka ZOSI.

Vrlo velik broj ponovnih procjena, neuobičajeno velik u međunarodnoj usporedbi, također pridonosi velikom broju neriješenih predmeta te velikom i sve većem radnom opterećenju ZOSI-ja. Broj ponovnih procjena kao udio prvostupanjskih procjena visok je u svim institucijama, a posebno velik u području socijalne skrbi (slika 2.8.). Razlog velikog broja ponovnih procjena leži u uredbi prema kojoj se svaki slučaj mora preispitivati u redovitim intervalima, kako je odredilo revizijsko vijeće za HZMO

procjene radne sposobnosti ili na kraju prvobitno odobrenog razdoblja za naknade HZSR-a. Iako to može biti korisno kako bi se osiguralo da svi i dalje imaju pravo na uslugu ili naknadu koju primaju, u mnogim slučajevima to može biti nepotrebno jer se neki invaliditeti i nedostaci vjerojatno neće promijeniti tijekom vremena. Boljim usmjeravanjem redovitih ponovnih procjena na uvjete s velikom vjerojatnošću poboljšanja mogao bi se znatno smanjiti broj ponovnih procjena koje ZOSI-i treba provesti, bez većih posljedica u suprotnom, posebno ako je trajna nesposobnost utvrđena već u početnoj ili prethodnoj procjeni. To bi moglo olakšati radno opterećenje ZOSI-ja, kao i smanjiti opterećenje osoba s invaliditetom koje moraju opetovano prolaziti kroz često nepotrebne ponovne procjene. Zanimljivo je da je broj ponovnih procjena blago smanjen u 2023. i vrlo naglo u 2024., bez ikakvih promjena u zakonskim propisima. Najvjerojatnije je to posljedica ograničenja kapaciteta, pri čemu su prvostupanjski predmeti imali prednost zbog sve većeg zaostatka (slika 2.8.). Međutim, nije jasno je li to zbog odgađanja ponovnih procjena ili provođenja manjeg broja ponovnih procjena.

Slika 2.8. Velik udio ponovnih procjena dodatno povećava znatno radno opterećenje ZOSI-a

Udio ponovljenih procjena u prvostupanjskim procjenama po institucijama, 2019.–24.



Napomena: HZSR: Hrvatski zavod za socijalni rad; HZMO: Hrvatski zavod za mirovinsko osiguranje.

Izvor: izračuni OECD-a na temelju podataka koje je pripremio Ultima d.o.o.

Procjene imaju zastarjeli medicinski pristup

Iako je Hrvatska prije gotovo dvadeset godina ratificirala Konvenciju o pravima osoba s invaliditetom kojom se promiče funkcionalan pristup procjeni invaliditeta, procjene invaliditeta i radne sposobnosti koje se danas koriste u Hrvatskoj još uvijek imaju pretjerano medicinski fokus. Iako je većina dionika napravila mentalni prelazak prema jačem fokusu na sudjelovanje i uspješnost, dvije glavne karakteristike funkcioniranja, ta se promjena ne odražava dovoljno u načinu na koji se invaliditet procjenjuje. Korištenje medicinskog pristupa ne samo da je zastarjelo, već ne uzima u obzir individualne razlike zanemarujući ono što je osoba sposobna učiniti u svom svakodnevnom životu. To također nije način da se izmjeri stvarna razina invaliditeta i iskustva osobe, koja se uglavnom izvodi iz zdravstvenog stanja bez dovoljne pažnje na stvarnu situaciju osobe, a samim tim i nije dobra mjera stvarnih potreba osobe.

Trenutna procjena invaliditeta i radne sposobnosti u Hrvatskoj stavlja snažan naglasak na pregled medicinske dokumentacije, kao i na korištenje tablica u kojima se postoci invaliditeta pripisuju zdravstvenom stanju i

utvrđivanju ili bolje rečeno zaključivanju o težini invaliditeta na temelju tog zdravstvenog stanja. Postoji nekoliko nedostataka ovog pristupa. Prvo, medicinski pristup dodjeljuje fiksnu težinu i postotak invaliditeta na temelju zdravstvenog stanja, bez obzira na stvarno iskustvo invaliditeta pojedinaca s istim zdravstvenim stanjem, npr. zbog društvenih i okolišnih čimbenika kao što su dob, podrška koja im je dostupna i osobna prilagodba. Drugo, medicinski pristup ne uzima u obzir funkcionalne učinke i stoga može podcijeniti ili precijeniti rezultirajuću radnu sposobnost, društveno sudjelovanje i sposobnost obavljanja svakodnevnih aktivnosti. Treće, medicinski pristup također ima tendenciju da bude nefleksibilan i nije prilagođen složenim ili komorbidnim stanjima i fluktuirajućim bolestima. Konačno, procjena samo s medicinskim fokusom možda neće dovoljno uzeti u obzir medicinski napredak i zanemariti će činjenicu da neka zdravstvena stanja koja su u prošlosti možda bila ozbiljno "onesposobljavajuća", možda više neće biti zbog boljeg liječenja i rehabilitacije.

Najsuvremeniji modeli procjene invaliditeta temeljeni na Međunarodnoj klasifikaciji funkcioniranja, invaliditeta i zdravlja (ICF) promiču funkcionalni pristup uzimajući u obzir fizičke, psihološke i socijalne čimbenike, ali i socijalno i fizičko okruženje osobe i povezane potrebne prilagodbe, kao i utjecaj njezina stanja na svakodnevne aktivnosti i zadatke. U Hrvatskoj je već uspostavljen pristup temeljen na ICF-u za procjenu profesionalne rehabilitacije (vidi više o tome u 3.3.1.), međutim, takav se pristup trenutno ne koristi za procjenu invaliditeta i radne sposobnosti. Iako procjena za HZSR uzima u obzir aspekte funkcioniranja, oni se još uvijek snažno zaključuju iz zdravstvenog stanja ili iz tjelesnih funkcija i tjelesnih struktura, te nije obavezno dostaviti nikakve informacije o funkcioniranju. Prelazak s medicinskog pristupa na funkcionalan pristup bio bi ključan za usklađivanje hrvatskog pristupa s Konvencijom o pravima osoba s invaliditetom i osiguralo da osobe s invaliditetom dobiju usluge i beneficije koje su im stvarno potrebne.

Okretanje prema najsuvremenijem pristupu procjeni invaliditeta zahtijevalo bi ukidanje Lista I., II. i III. jer one utjelovljuju sve nedostatke koje medicinski pristup podrazumijeva. Nekoliko zemalja OECD-a, poput Danske ili Nizozemske, odmaklo se od dodjeljivanja postotaka invaliditeta na temelju zdravstvenog stanja, a mnoge druge, poput Latvije i Italije, kreću se u tom smjeru. Ako se ukidanje ovih lista trenutno ne čini izvedivim, liste I i III mogle bi se barem spojiti, jer obje dodjeljuju postotke invaliditeta na temelju zdravstvenog stanja; nema razloga zašto bi se ti postoci razlikovali između ratnih veterana i opće populacije. Osim toga, prelaskom na funkcionalan pristup moglo bi se smanjiti sudjelovanje liječnika u procesu vještačenja davanjem veće uloge socijalnim radnicima koji mogu dobro procijeniti životne situacije i iskustva s invaliditetom te provoditi upitnik kojim se ispituje funkcioniranje osoba s invaliditetom u svim životnim domenama.

Čini se da trenutne procjene ne uzimaju u obzir mentalno zdravlje u dovoljnoj mjeri

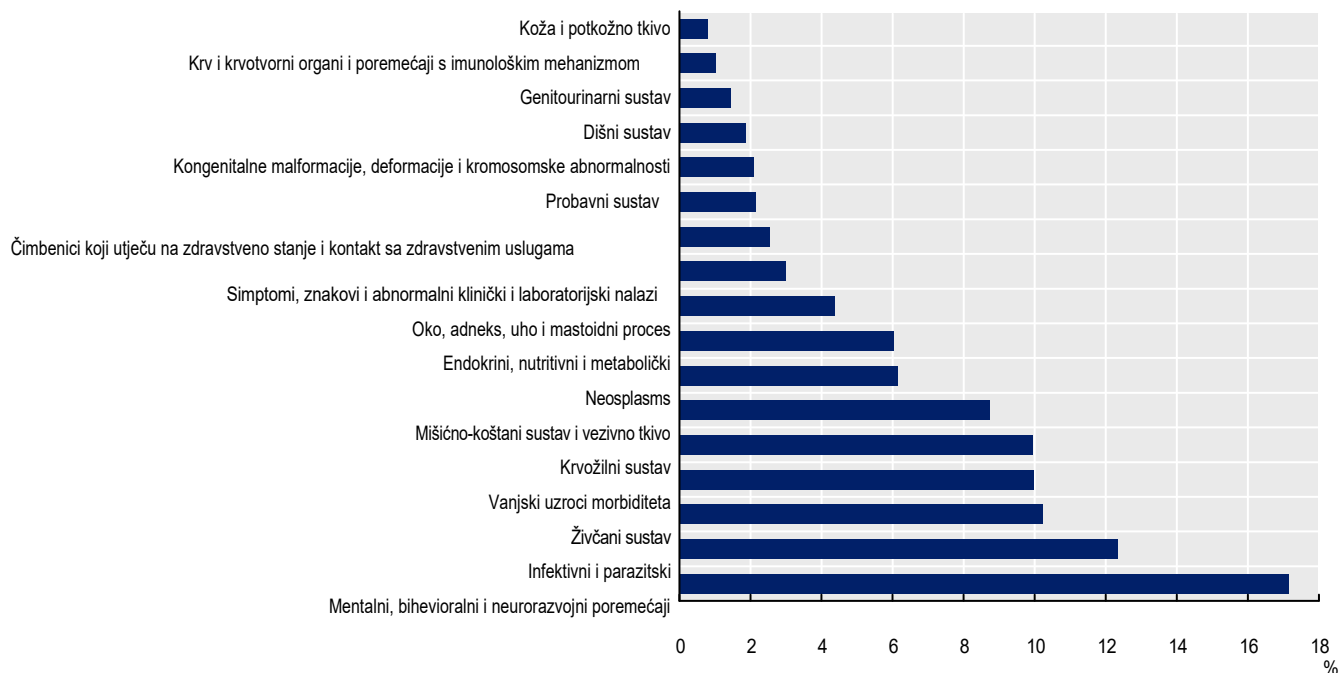
Mentalna zdravstvena stanja često su vrlo raširena, iako su još uvijek vrlo stigmatizirana u zemljama OECD-a. U Hrvatskoj su mentalna zdravstvena stanja jedno od najčešćih stanja među podnositeljima zahtjeva za invalidske naknade sukladno dostupnim podacima, te čine veći udio od drugih tradicionalno čestih bolesti među podnositeljima zahtjeva, kao što su bolesti živčanog i krvožilnog sustava te bolesti mišićno-koštanog sustava, kako je prikazano na slici 2.9. Stoga bi bilo ključno da procjena invaliditeta bude primjerena mentalnim zdravstvenim stanjima, no to trenutno nije slučaj u Hrvatskoj.

Primjena pretjerano medicinskog pristupa procjeni invaliditeta i radne sposobnosti te korištenje postotnih tablica za određivanje ili zaključivanje stupnja invaliditeta podcjenjuje utjecaj stanja koja su danas sve važnija za utvrđivanje invaliditeta, posebno stanja mentalnog zdravlja. Na primjer, tablice koje se trenutno koriste kao dio Liste I i Liste III za određivanje oštećenja organizma, daju oko 20-40% invaliditeta stanjima mentalnog zdravlja kao što su posttraumatski stresni poremećaj (PTSP) ili anksioznost, iako ta stanja mogu biti vrlo "onesposobljavajuća". To je potencijalno važno i za poseban sustav za ratne veterane, koji se danas mora baviti problemima mentalnog zdravlja koji se mogu pojaviti

tek sada, desetljećima nakon rata za neovisnost, ali još uvijek mogu biti u značajnoj mjeri dugoročna posljedica rata.

Slika 2.9. Stanja mentalnog zdravlja jedno su od najčešćih stanja za procjenu

Udio opažanja prema ICD10 kodu, 2024.



Napomena: ICD10: Međunarodna klasifikacija bolesti, deseta revizija. Opažanja s ICD 10 kodom S i T (ozljeda, trovanje i određene druge posljedice vanjskih uzroka) nisu uključena u izračun udjela.

Izvor: izračuni OECD-a na temelju podataka koje je pripremilo Ultima d.o.o.

Osim toga, u sklopu trenutne procjene radne sposobnosti za HZMO, djelomično ili potpuno smanjena radna sposobnost i pravo na profesionalnu rehabilitaciju odobrava se samo ako se smanjenje radne sposobnosti može smatrati trajnim. Opet, to je posebno problematično u slučaju mnogih stanja mentalnog zdravlja koja su često privremena, ali se ponavljaju u različitoj mjeri. ZOSI daje trajni status određenim mentalnim stanjima ako se može dokazati da su teška i da su u prošlosti više puta zahtijevala hospitalizaciju. Međutim, osobe koje ne ispunjavaju ove kriterije i dalje imati vrlo "onesposobljavajuće" mentalno zdravlje što može dovesti do nestabilne povijesti zapošljavanja i konačnog izlaska s tržišta rada. Na primjer, PTSP, koji često doživljavaju veterani, ali ne samo oni, možda neće stalno onesposobljavati pojedince, ali ih može privremeno onesposobiti pod određenim uvjetima. Konačno, stanje završenog liječenja, potrebnog za procjenu radne sposobnosti, teško je utvrditi u slučaju mnogih stanja mentalnog zdravlja.

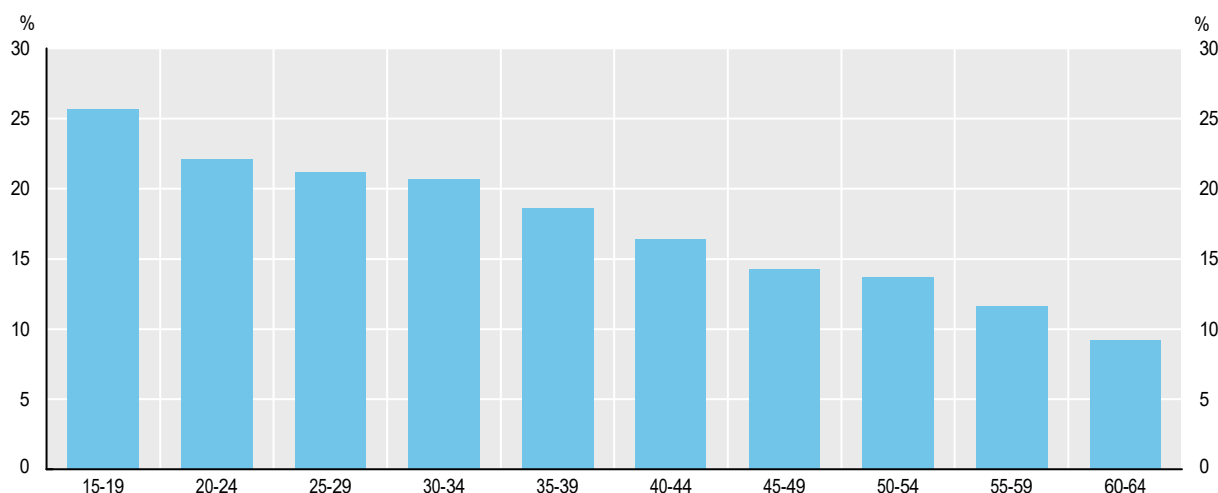
Zahtjevi za trajnost stanja i završetak liječenja za procjenu radne sposobnosti HZMO-a i medicinski pristup koji se koristi u svim procjenama čine sustav previše krutim da bi obuhvatio fluktuacije stanja mentalnog zdravlja i posljedično stupnja invaliditeta pojedinca. Uvođenje procjene koja se bavi stvarnim iskustvom invaliditeta u životu osobe bilo bi ključno za stanja mentalnog zdravlja i moglo bi posebno koristiti određenim skupinama, kao što su mladi ljudi i ratni veterani koji imaju tendenciju da imaju višu razinu određenih mentalnih zdravstvenih stanja od ostatka populacije.

Kao što je prikazano na slici 2.10, mladi ljudi koji se vještače u ZOSI-ju češće imaju problema s mentalnim zdravljem od starijih osoba. U usporedbi s drugim zemljama, udjeli prikazani na ovoj slici

su relativno niski, što upućuje na to da podaci vjerojatno značajno podcjenjuju stvarni broj osoba s mentalnim problemima jer su takva stanja u Hrvatskoj snažno stigmatizirana. U nizu zemalja OECD-a broj zahtjeva za invalidske naknade zbog problema s mentalnim zdravljem povećao se posljednjih godina jer su ta stanja postala manje stigmatizirana, posebno je došlo do promjene za starije osobe koje se češće prijavljuju zbog stanja mentalnog zdravlja, a ne drugih stanja koja su tradicionalno prevladavala u starijim dobnim skupinama, kao što su bolesti mišićno-koštanog sustava. To se još ne događa u Hrvatskoj, ali vjerojatno će se dogoditi u budućnosti, što dodatno naglašava važnost korištenja procesa procjene koji je prikladan za stanja mentalnog zdravlja kako bi se dobro pripremili za takav porast.

Slika 2.10. Veći udio mladih podnositelja zahtjeva za invalidske naknade prijavio je da ima problema s mentalnim zdravljem

Udio opažanja mentalnih, bihevioralnih i neurorazvojnih poremećaja (ICD10 kod F) prema dobi, 2024.



Napomena: ICD10: Međunarodna klasifikacija bolesti, deseta revizija. Izvor: izračuni OECD-a na temelju podataka koje je pripremio Ultima d.o.o.

2.2.2. Procjene radne sposobnosti suočavaju se s nekim dodatnim izazovima

Primjena različitih definicija radne sposobnosti u različitim institucijama

U postojećem sustavu radna sposobnost procjenjuje se za ostvarivanje prava u HZMO-u i HZSR-u. Međutim, radna sposobnost značajno se razlikuje za ta dva sustava.

Uvjeti za ostvarivanje invalidske mirovine od HZMO-a utvrđeni su Zakonom o mirovinskom osiguranju iz 2023. godine koji zahtijeva smanjenje radne sposobnosti za više od polovice u odnosu na zdravu osobu s istom ili sličnom razinom obrazovanja koja je trajna i nepovratna liječenjem (Vlada Republike Hrvatske, 2023.^[7]). Sposobnost za rad procjenjuje se u odnosu na poslove koji su mentalno i fizički primjereni osobi i koji su slični njenom prethodnom poslu. Ova procjena radne sposobnosti donekle se oslanja na subjektivno ocjenu vještaka, ali manje od one HZSR-a, jer je definicija radne sposobnosti sveobuhvatnija i uzima u obzir različite aspekte kao što su trenutačno radno mjesto i razina obrazovanja podnositelja zahtjeva, kao i trajnost i nepovratnost nesposobnosti.

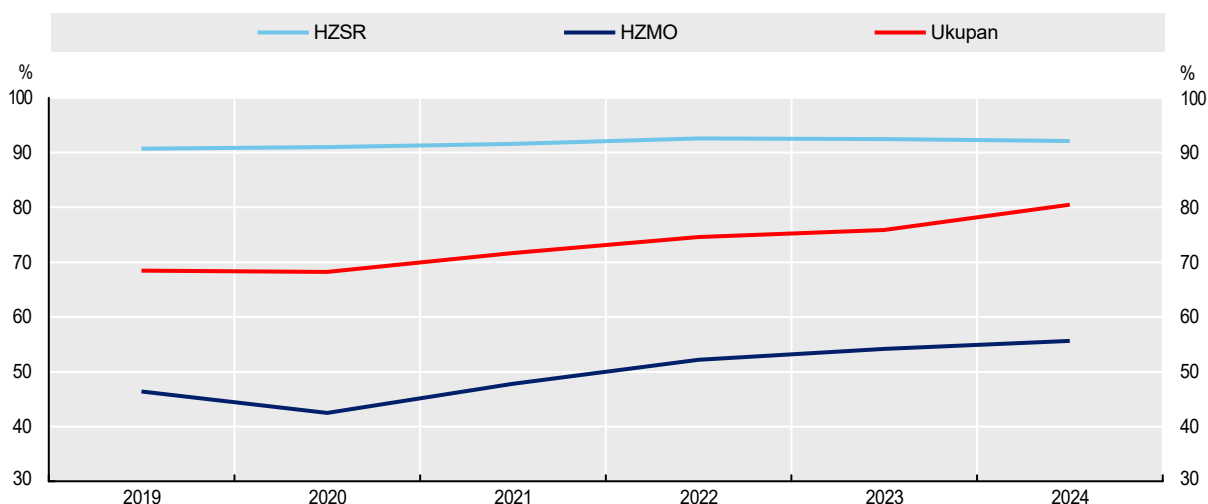
Značenje i procjena radne sposobnosti za potrebe HZSR-a je vrlo različita. Prava iz nadležnosti HZSR-a dodjeljuju se na temelju Zakona o socijalnoj skrbi iz 2024. godine, koji ne daje detaljnu definiciju djelomičnog ili potpunog gubitka radne sposobnosti, već umjesto toga definira osobu s djelomičnom radnom sposobnošću kao osobu koja je takvu ocjenu dobila tijekom postupka vještačenja (Vlada Republike Hrvatske

Hrvatska, 2024.^[8]). Gubitak radne sposobnosti može biti trajan ili privremen prema Zakonu o socijalnoj skrbi. To upućuje na zaključak da se ono što se smatra smanjenom radnom sposobnošću za prava iz nadležnosti HZSR-a uvelike oslanja na subjektivno mišljenje i iskustvo ZOSI-jevih vještaka.

Korištenje dviju različitih definicija smanjene radne sposobnosti znači da ista osoba može imati različite ocjene radne sposobnosti od dvaju sustava, što je zbunjujuće za osobu i komplicira situaciju za vještake. Velika razlika u definicijama ogleda se i u razlici u udjelu pozitivnih nalaza i mišljenja izdanih za dvije procjene radne sposobnosti. Procjene radne sposobnosti HZSR-a gotovo uvijek rezultiraju pozitivnom odlukom, dok samo otprilike jedan od dva slučaja dobije pozitivan nalaz i mišljenje za HZMO (Slika 2.11). Čini se indikativnim usklađivanje definicije i utvrđivanja radne sposobnosti. Međutim, budući da te dvije procjene nemaju istu svrhu, Hrvatska bi mogla razmotriti preispitivanje kako svaka procjena odgovara svojoj svrsi i prilagoditi je u skladu s tim. Cilj procjene HZMO-a je utvrditi ispunjavanje uvjeta osobe za invalidsku mirovinu i profesionalnu rehabilitaciju; za to je potrebna dobro definirana i sveobuhvatna procjena radne sposobnosti. Procjena za HZSR ima naglasak na sposobnosti osobe da funkcionira u životu; stoga bi procjena kojom se mjeri razina funkcioniranja, uključujući na radnom mjestu, mogla biti najprikladnija.

Slika 2.11. Razlike u definicijama radne sposobnosti mogu barem djelomično objasniti razlike u ishodima vještačenja

Udio prvostupanjskih vještačenja s pozitivnim ishodom, 2019.–24.



Napomēna: HZSR: Hrvatski zavod za socijalni rad; HZMO: Hrvatski zavod za mirovinsko osiguranje.

Izvor: izračuni OECD-a na temelju podataka koje je pripremilo Ultima d.o.o.

Procjena radne sposobnosti HZMO-a ima preuzak fokus na poslu

U sklopu trenutne procjene ZOSI-ja za HZMO, radna sposobnost procjenjuje se u odnosu na trenutno radno mjesto osobe. ZOSI gleda na svakog pojedinca kroz njegove specifične poslove. To vrijedi i u slučaju više stanja, ZOSI utvrđuje glavno stanje i procjenjuje radnu sposobnost osobe u odnosu na to stanje. To znači da bi se dvije osobe s istim zdravstvenim stanjem mogle naći s vrlo različitim ishodima procjene radne sposobnosti, ovisno o njihovim poslovima. Iako je važno uzeti u obzir razlike među pojedincima, snažan naglasak na *trenutnom* poslu podrazumijeva da netko tko nije u mogućnosti obavljati svoj trenutni posao ili slične poslove, ali je sposoban obavljati drugi posao, možda i u

različitoj razini obrazovanja, ovisno o radnom okruženju i potrebnom fizičkom stanju, klasificirao bi se kao potpuno nesposoban za rad.

Ako se utvrdi da netko ima preostalu radnu sposobnost, ali manje od 50%, tada ZOSI daje popis poslova koje je osoba sposobna obavljati. U tu svrhu, vještaci se oslanjaju na pravilnik o radnim mjestima s posebnim uvjetima rada kako bi svakom korisniku predložili odgovarajuća radna mjesta na istoj ili sličnoj razini obrazovanja. Postojeći pravilnik obuhvaća 56 vrsta poslova za koje je opisana minimalna dob i potrebno zdravstveno stanje. Postoji niz problema s korištenjem takvog pravilnika: prvo, pravilnik ne pokriva sva zanimanja u Hrvatskoj, već samo dio njih. Drugo, zanemaruju se važni uvjeti na radnom mjestu, kao što su prilagodljivost radnog mjesta ili je li posao podložan radu na daljinu, što su važni čimbenici za vjerojatnost da će osobe s invaliditetom moći raditi. Kao treće, ni na koji način ne uzima u obzir stvarnu dostupnost poslova koje bi podnositelj zahtjeva mogao obavljati, čime se stvaraju nerealna očekivanja od posla.

Hrvatska nadležna tijela možda će htjeti proširiti fokus procjene s trenutnog restriktivnog stajališta o radnom mjestu osobe kako bi se osiguralo da osobe s invaliditetom mogu u potpunosti iskoristiti svoju preostalu radnu sposobnost. Jedna od potencijalno zanimljivih praksi u ovom području je nizozemski pristup, prema kojem se preostala sposobnost zarade (umjesto radne sposobnosti) procjenjuje u odnosu na sva radna mjesta koja bi kandidati još uvijek mogli obavljati s obzirom na njihove medicinske, profesionalne i individualne karakteristike, pod uvjetom da u trenutku procjene u gospodarstvu moraju postojati najmanje tri takva radna mjesta.

3 Izvan okvira procjene radne sposobnosti

Iako je razvoj pouzdanih procjena invaliditeta i radne sposobnosti važan korak prema integraciji osoba s invaliditetom na tržište rada, bolja procjena sama po sebi neće znatno poboljšati ishode osoba s invaliditetom na tržištu rada. Kao i u mnogim drugim zemljama OECD-a, i u Hrvatskoj se sveobuhvatna procjena i profesionalna rehabilitacija, ako je indicirana, u pravilu nude osobama u vrijeme kada su odustali od bilo kakvih težnji na tržištu rada. Rana identifikacija problema i rana intervencija pokazali su se najvažnijim elementom učinkovite politike prema osobama s invaliditetom. Stoga su ključni aspekti za bolju integraciju osoba s invaliditetom, podrška i usluge koje osobe s invaliditetom ili zdravstvenim problemima dobivaju u fazi bolesti ili nezaposlenosti, a u cilju njihovog povratka ili prvog ulaska na tržište rada.

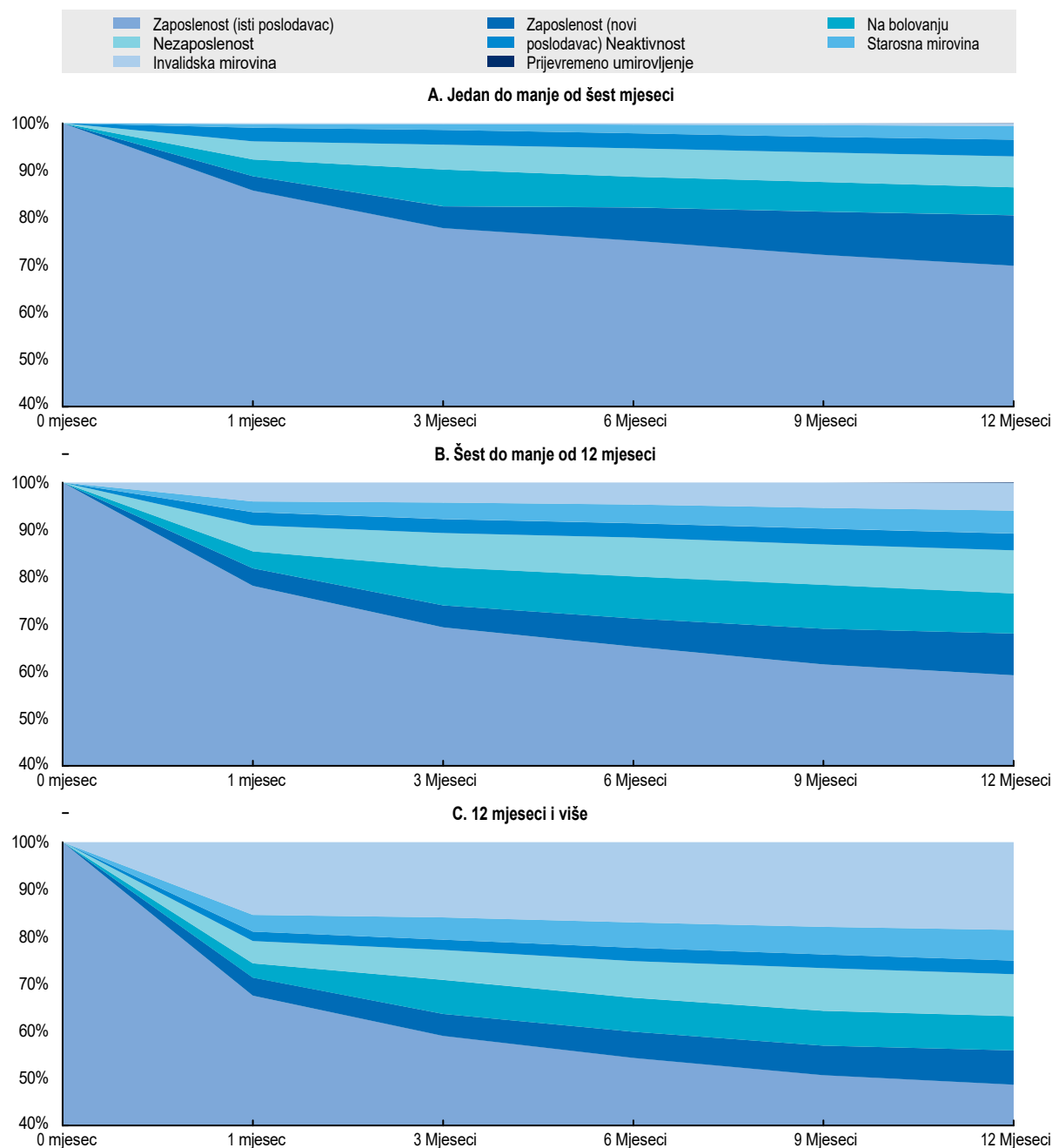
3.1. Podrška radnicima tijekom dugotrajnog bolovanja

Osobe koje steknu invaliditet tijekom odrasle dobi i imaju posao obično prelaze u sustav invaliditeta putem bolovanja. To je slučaj i u Hrvatskoj. Podrška tim osobama već tijekom faze bolovanja ključna je kako bi se osigurao brz povratak na posao i, ako je potrebno, brzo upućivanje na procjenu radne sposobnosti i profesionalnu rehabilitaciju kako bi se spriječilo njihovo potencijalno napuštanje tržišta rada. Rana intervencija za zaposlene osobe koje se suočavaju sa značajnijim, ponavljajućim ili kroničnim zdravstvenim problemima znači razvoj učinkovitog pristupa i procesa upravljanja bolovanjem koji podupire njihov povratak na posao s bolovanja što je brže moguće, u potpunosti ili postupno, u idealnom slučaju mnogo prije nego što zatraže invalidsku naknadu.

Sustav naknada za bolovanje u Hrvatskoj ima neiskorišten potencijal za potporu ranoj intervenciji. Kao što je gore spomenuto, liječnici opće prakse imaju obvezu uputiti radnike na procjenu radne sposobnosti najkasnije nakon 12 mjeseci. Zakon im dopušta da ranije upućuju pacijente ako smatraju da je radna sposobnost trajno smanjena, ali to se rijetko događa u praksi. To može biti problematično iz nekoliko razloga. Prvo zadržavanje na naknadama za bolovanje, a time i nezaposlenost do 12 mjeseci, znatno smanjuje vjerojatnost održivog povratka na tržište rada. To je zabilježeno u nizu zemalja OECD-a, uključujući na primjer Sloveniju, koja ima sustav naknada za bolovanje sličan Hrvatskoj: u Sloveniji su prijelazi sa zdravstvenog na invalidsko osiguranje rijetki nakon kratkih razdoblja bolovanja, ali prilično česti za one koji su bili odsutni s posla najmanje godinu dana. Istodobno, vjerojatnost povratka na posao, bilo istom ili novom poslodavcu, značajno se smanjuje s vremenom provedenim na bolovanju (slika 3.1.). To pokazuje da bi intervencija bila ključna u ranoj fazi bolesti kako bi se osigurao pristup uslugama povratka na posao i povećala vjerojatnost povratka na posao. Drugo, prepuštanje odluke o upućivanju radnika na ZOSI, a time i potencijalno i na profesionalnu rehabilitaciju, liječnicima (u većini slučajeva liječniku opće prakse), znači prepuštanje odluke profesiji koja nije osposobljena za pitanja rada i povratka na posao, što će vjerojatno ograničiti korištenje usluga povratka na posao.

Slika 3.1. Dulja razdoblja bolovanja smanjuju vjerojatnost povratka na posao i povećavaju vjerojatnost prelaska na invalidninu

Izlasci i iz zdravstvenog osiguranja u Sloveniji prema trajanju bolovanja, prosjek godina 2013.-17.



Napomena: U 0. mjesecu otkazuju se zahtjevi za bolovanje, a svi zaposlenici su i dalje zaposleni (radni odnos je preduvjet za primanje naknade). Putanje prate bivše podnositelje zahtjeva 12 mjeseci nakon završetka bolovanja. Uključuju bolovanja zbog mentalnog zdravlja, kardiovaskularnih bolesti, ozljeda na radu i dijabetesa (oko 10% svih slučajeva); indikativne su, ali nisu reprezentativne.

Izvor: OECD (2022.), *Invaliditet, rad i uključenost u Sloveniji: prema ranoj intervenciji za bolesne radnike*, OECD Publishing, Pariz, <https://doi.org/10.1787/50e655b3-en>, slika 2.10.

U prošlosti su liječnici opće prakse u Hrvatskoj bili dužni uputiti radnike na bolovanju u ZOSI ranije, već nakon šest mjeseci, što je bilo vrlo korisno (barem u teoriji) sa stajališta povratka na posao. Međutim

budući da je završetak medicinske rehabilitacije obavezan prije bilo kakve procjene invaliditeta, razdoblje je produljeno na godinu dana, kako bi se osiguralo da osobe mogu završiti medicinsku rehabilitaciju, kako bi se smanjilo učestalo kretanje radnika između ZOSI-ja i zdravstvenog osiguranja, ali i kako bi se olakšalo radno opterećenje ZOSI-ja. Zahtijevanje završetka medicinske rehabilitacije prije procjene invaliditeta dodatno administrativno opterećuje rad ZOSI-ja i, što je još važnije, često rezultira odgađanjem profesionalne rehabilitacije iako bi osiguranik u mnogim slučajevima imao koristi od ranije profesionalne rehabilitacije. Posebno osobe s mentalnim zdravstvenim stanjima mogu imati koristi od ranije profesionalne rehabilitacije. U sadašnjem sustavu pojedinci se mogu suočiti sa znatnim vremenom čekanja na liječenje, procjenu invaliditeta od strane ZOSI-ja, a na kraju i na bilo kakvu profesionalnu rehabilitaciju, što otežava eventualni povratak na posao. Omogućavanje osobama da se podvrgnu procjeni invaliditeta i započinu profesionalnu rehabilitaciju usporedno s medicinskom rehabilitacijom moglo bi skratiti vrijeme čekanja i povećati vjerojatnost povratka na posao.

Osim toga, postojeći sustav bolovanja ne pruža dovoljne poticaje radnicima da se (žele) vratiti na tržište rada. Hrvatska ima vrlo velikodušan sustav koji osigurava naknade za bolovanje na neodređeno vrijeme za radnike koji su plaćali doprinose za socijalno osiguranje najmanje devet uzastopnih mjeseci (Boundless, n.d.^[9]). U zemljama OECD-a vrlo je neuobičajeno osigurati plaćeno bolovanje bez vremenskog ograničenja; to čine samo Novi Zeland, Portugal, Slovenija, Švedska i Turska. U većini zemalja OECD-a maksimalno trajanje plaćenog bolovanja je između šest i dvanaest mjeseci. Za vrijeme bolovanja u Hrvatskoj radnici primaju najmanje 70% plaće, iako mogu dobiti i veći iznos ovisno o kolektivnim ugovorima ili ugovorima o radu, a ako je bolest posljedica nesreće na radu ili Domovinskog rata, radnici primaju 100% plaće. Nakon 18 mjeseci neprekidnog bolovanja zbog iste dijagnoze, isplata se smanjuje za pola (Boundless, n.d.^[9]), čime se radnicima daje poticaj da se odmaknu od bolovanja. Međutim, ovaj vrlo značajan poticaj doći će prekasno za većinu radnika, koji će u ovom trenutku vjerojatnije nastojati prijeći na druge naknade, posebno invalidske, umjesto da se žele vratiti na tržište rada. Osim toga, neke osobe mogu imati zdravstvene probleme koji rezultiraju povremenim bolovanjem, ali nikada neprekidno tijekom toliko dugog razdoblja da bi ih liječnik opće prakse uputio u ZOSI na procjenu ili da bi im se naknada za bolovanje ikada smanjila, što zauzvrat implicira da mogu više puta primati naknade za bolovanje.

Iako sustav omogućuje neograničeno bolovanje, HZZO redovito prati radnike na bolovanju kako bi spriječio zlouporabu sustava. Općenito, slučajevi se odabiru nasumično za kontrolu, ali poslodavci također mogu zatražiti kontrolu ako smatraju da je to potrebno. Ako je netko redovito na bolovanju, vjerojatnije je da će biti odabran za kontrolu. U sklopu ovih kontrola, liječnici HZZO-a pregledavaju medicinsku dokumentaciju kako bi procijenili postoji li indikacija za privremenu nesposobnost; ako ne pronađu takve indikacije, mogu poništiti odluku liječnika opće prakse i prekinuti bolovanje. Kontrole su učinkovit način praćenja koriste li radnici s pravom bolovanje. Ipak, HZZO bi mogao preuzeti aktivniju ulogu u povratku na posao i profesionalnoj rehabilitaciji osoba na bolovanju. HZZO bi mogao koristiti kontrole za promicanje rane intervencije, među ostalim poticanjem mjera za povratak na posao i omogućavanjem liječnicima da preporuče promjenu privremene nesposobnosti u trajnu nesposobnost ako smatraju prikladnim (kako bi se omogućila rana profesionalna rehabilitacija) ili da radnike izravno upućuju na profesionalnu rehabilitaciju.

Naposljetku, financijski poticaji za poslodavce jednako su važni za ranu intervenciju kao i sustav naknada i posljedični poticaji za radnike. Hrvatski sustav nudi određeni potencijal u tom pogledu jer su poslodavci suočeni sa zakonskim rokom kontinuirane isplate plaće od četrdeset i dva dana za svako razdoblje bolovanja, nakon čega HZZO postaje odgovoran za naknade za bolovanje. Duljina razdoblja isplate plaća znatno se razlikuje među zemljama OECD-a, a Hrvatska se nalazi u sredini. Neke zemlje, poput nordijskih zemalja, osiguravaju kontinuiranu isplatu plaće od strane poslodavca samo za oko dva tjedna bolovanja. Druge zemlje, poput Austrije, Njemačke, Italije i Švicarske, osiguravaju kontinuiranu isplatu plaća nekoliko mjeseci, a Nizozemska čak dvije godine, stvarajući tako vrlo značajne financijske poticaje za poslodavce da spriječe bolovanje. Iako obveza isplate plaće nudi poticaj

poslodavcima za promicanje rane intervencije, u praksi se čini da poslodavci u Hrvatskoj nisu dovoljno uključeni. Prema zakonu, ne mogu otpustiti radnike koji su na bolovanju ili prolaze procjenu radne sposobnosti, a ako se procijeni da je netko imao smanjenje ili djelomični gubitak radne sposobnosti, moraju osigurati razumnu prilagodbu ili ponuditi odgovarajući posao ako je to moguće. U slučaju da trebaju osigurati razumnu prilagodbu na radnom mjestu, mogu zatražiti i financijsku potporu iz namjenskog fonda, što je opet dobar poticaj za poslodavce. Međutim, anegdotski dokazi upućuju na to da nakon procjene radne sposobnosti većina radnika na kraju napusti posao nakon što se dogovore sa svojim poslodavcem, posebno u slučaju manjih poduzeća.

3.2. Podrška (dugotrajno) nezaposlenima

Rana intervencija ključna je i za nezaposlene osobe jer neke od njih nikada nisu radile, dok su druge možda završile u nezaposlenosti zbog nedostatka (rane) intervencije tijekom razdoblja dugotrajnog bolovanja. To je posebno ranjiva skupina koja često pati od neprepoznatog invaliditeta i promjenjivih zdravstvenih stanja, često mentalnih zdravstvenih stanja, što otežava pronalaženje i zadržavanje zaposlenja. Nezaposlene osobe sa zdravstvenim problemima često su u teškoj situaciji od zaposlenih osoba sa zdravstvenim problemima jer ne primaju iste beneficije i podršku. Lakše im je "propasti" kroz pukotine sustava jer ne potpadaju pod isti nadzor kao zaposleni na bolovanju, npr. HZZO ih ne prati dok su bolesni, a liječnik opće prakse nije ih dužan uputiti na procjenu radne sposobnosti ako su bolesni i do 12 mjeseci. Ključno je razviti sustav koji može rano identificirati te osobe i omogućiti im pristup pravim uslugama kako bi se osigurao njihov pravovremeni povratak ili ulazak na tržište rada.

3.2.1. Ključna uloga Hrvatskog zavoda za zapošljavanje

Osobe sa zdravstvenim problemima i potencijalno nepriznatim invaliditetom koje nemaju koristi od zdravstvenog osiguranja neće moći koristiti mjere rane intervencije koje se pružaju tijekom plaćenog bolovanja. Za ovu skupinu druge institucije igraju važniju ulogu. Kao i mnoge druge zemlje OECD-a, poput Austrije, Kanade, Nizozemske i Norveške, primatelji socijalne pomoći moraju se prijaviti Hrvatskom zavodu za zapošljavanje, što mu daje ključnu ulogu u identificiranju (potencijalnih) osoba s invaliditetom. Stoga je HZZ u dobrom položaju da identificira i podrži one tražitelje posla sa zdravstvenim preprekama u zapošljavanju, a koji mogu na kraju završiti na invalidskim naknadama ako se brzo ne aktiviraju. HZZ također ima važnu ulogu u pružanju podrške osobama koje već imaju priznati status invaliditeta i potencijalno smanjenje radne sposobnosti.

HZZ aktivno radi na podršci nezaposlenim osobama sa zdravstvenim problemima i invaliditetom koje mogu sudjelovati u istim mjerama kao i svaka druga (dugotrajno) nezaposlena osoba, a kroz razgovor provjeravaju i osobe koje nemaju službeni status osobe s invaliditetom. Ako utvrdi da netko možda ima invaliditet, može ga izravno uputiti u jedan od centara za profesionalnu rehabilitaciju kako bi se podvrgnuo procjeni invaliditeta i sudjelovao u drugim uslugama (vidjeti odjeljak 3.3.1.). U skladu s dobrom praksom javnih službi za zapošljavanje u zemljama OECD-a, HZZ pruža različite usluge osobama s invaliditetom, uključujući sudjelovanje u aktivnim politikama tržišta rada, profesionalnom usmjeravanju, vaučerima za obrazovanje, potporama za zapošljavanje u razdoblju od 24 mjeseca (za razliku od potpora u trajanju od 12 mjeseci za osobe bez invaliditeta) te upućivanje u usluge centara za profesionalnu rehabilitaciju. HZZ također izrađuje individualizirani plan traženja posla za svakog korisnika na temelju njegove motivacije i interesa, vještina i obrazovanja, radnog iskustva, invaliditeta (ako je primjenjivo) i stanja na tržištu rada. Ako je ZOSI procijenio da netko ima smanjenu radnu sposobnost, HZZ uzima u obzir i nalaz i mišljenje te prijedloge ZOSI-ja o tome što osoba može, a što ne može raditi.

Ključno je osigurati da HZZ dopre do osoba koje bi mogle imati najviše koristi od njihovih usluga. U tu svrhu treba ukloniti sve prepreke koje onemogućuju osobama koje primaju naknade zbog privremeno ili trajno smanjene radne sposobnosti da se prijave u HZZ. Primjerice, u sadašnjem sustavu kada se u sustavu mirovinskog osiguranja donese odluka o radnoj nesposobnosti, osoba se briše iz evidencije HZZ-a. Osim toga, osobe za koje se procijeni da imaju djelomičnu preostalu radnu sposobnost mogu, ali nisu obvezne, prijaviti se HZZ-u. Slično kao i u drugim zemljama OECD-a, to rezultira niskim stopama sudjelovanja za ovu skupinu. HZZ bi mogao proaktivno doprijeti do svih osoba s invaliditetom, uključujući i onih koji primaju naknadu zbog smanjene radne sposobnosti. Hrvatska bi čak mogla razmotriti uvođenje obaveznog sudjelovanja u aktivnim politikama tržišta rada za određene skupine koje primaju naknade za smanjenu radnu sposobnost, kao što su mlade osobe, kao i pojedinci koji primaju invalidninu ili koji steknu invaliditet i imaju znatnu preostalu radnu sposobnost.

3.2.2. Inicijative za potporu pronalaženju zaposlenja za osobe s invaliditetom

Hrvatska ima uspostavljen sustav kvota za zapošljavanje osoba s invaliditetom. Svaki poslodavac koji ima najmanje 20 radnika mora zaposliti najmanje 3% osoba s invaliditetom u odnosu na ukupan broj zaposlenih. Poslodavci tu obvezu mogu ispuniti i korištenjem zamjenske kvote, na primjer dodjelom stipendija studentima s invaliditetom ili sklapanjem ugovora o poslovnoj suradnji sa samozaposlenom osobom s invaliditetom ili zaštitnom ili integrativnom radionicom. Ako poslodavac ne ispuni obvezu kvote na jedan od ovih načina, mora platiti naknadu u vrijednosti od 20% minimalne plaće. Iako su kvote za zapošljavanje osoba s invaliditetom instrument politike kojim se koriste mnoge zemlje OECD-a i opravdano su sredstvo za podizanje svijesti među poslodavcima, one obično imaju zanemariv utjecaj na razinu uključenosti osoba s invaliditetom na zapošljavanje. Da bi naknada za neispunjenje kvote bila učinkovita, morala bi biti višestruka. Stoga je najveća dobit od takve obveze, dodatna sredstva uplaćena od strane poslodavaca, budući da su ta sredstva obično namijenjena za intervencije s ciljem zapošljavanja osoba s invaliditetom.

Hrvatska ima nekoliko integrativnih i zaštitnih radionica (ZIR) za podršku zapošljavanju osoba s invaliditetom. Integrativne radionice osnivaju se za zapošljavanje osoba s invaliditetom koje se ne mogu zaposliti na otvorenom tržištu rada, a moraju zapošljavati najmanje 40% osoba s invaliditetom u odnosu na ukupan broj zaposlenih. Zaštitne radionice osnivaju se za zapošljavanje osoba s nižom radnom sposobnošću koje se ne mogu zaposliti na otvorenom tržištu rada ili u integrativnim radionicama. Zaštitne radionice moraju zapošljavati najmanje 51% osoba s invaliditetom u odnosu na ukupan broj zaposlenih. ZOSI redovito organizira edukacije za zaposlenike ZIR-a kako bi ih upoznali s podrškom u zapošljavanju osoba s invaliditetom. I opet, integrativne i zaštitne radionice imaju određenu ulogu za osobe s težim invaliditetom kojima je teško uključiti se na otvoreno tržište rada. Međutim, nastavak zaštitnog zapošljavanja u bilo kojem obliku proturječi Konvenciji – koja od potpisnika zahtijeva da dugoročno ukinu svaki oblik posebnog obrazovanja ili posebnog zapošljavanja – i neće imati stvarnog utjecaja na nisku razinu uključenosti osoba s invaliditetom na tržište rada u Hrvatskoj.

ZOSI i HZZ, zajedno s drugim partnerskim institucijama, nadziru i dvije inicijative za podršku osobama s invaliditetom u pronalaženju zaposlenja. Jedna od inicijativa je pilot-projekt razvoja i uspostave usluge osobne asistencije za osobe s invaliditetom na radnom mjestu. Cilj projekta je pružiti uslugu na radnom mjestu osobama s invaliditetom za koje je jedan od centara za profesionalnu rehabilitaciju utvrdio da im je potrebna osobna asistencija na radu, uključujući identifikaciju radnih zadataka i aktivnosti u kojima je zaposleniku potrebna pomoć druge osobe. Međutim, u 2023. godini usluge osobne asistencije na radnom mjestu organizirane su za samo pet osoba. Druga inicijativa je program obuke za osobe s invaliditetom na zaštitnim radnim mjestima unutar ZIR-a. Cilj projekta bio je provesti odgovarajuće i prilagođene programe osposobljavanja na zaštitnim radnim mjestima u ZIR-ovima, s ciljem povećanja zapošljivosti i olakšavanja prijelaza na otvoreno tržište rada. Sudionicima je ponuđeno dvogodišnje osposobljavanje za obavljanje poslova na određenom zaštitnom radnom mjestu i dodatni tečajevi koji su bili usmjereni na

razvoj i usvajanje socijalnih kompetencija kako bi im se pomoglo u sudjelovanju na tržištu rada i u svakodnevnom životu. U razdoblju od 2019. do 2023. godine u projekt je uključeno ukupno 55 osoba s invaliditetom, od kojih je 26 zaposleno (od toga 22 pod posebnim uvjetima, a ostale četiri na otvorenom tržištu rada).

3.3. Profesionalna rehabilitacija

Ako je netko, bez obzira na to je li zaposlen ili nezaposlen, već dosegao točku u kojoj se njegova radna sposobnost smanjila, profesionalna rehabilitacija može biti učinkovit način da se procijeni kako bi se njegova preostala radna sposobnost mogla najbolje iskoristiti i pomoći mu da ostvari svoj puni potencijal osposobljavanjem ili prekvalifikacijom, prema potrebi. To može biti ključan korak prema povratku na tržište rada, a još više ako osoba s invaliditetom prvi put ulazi na tržište rada.

3.3.1. Hrvatska ima snažan i sveobuhvatan sustav profesionalne rehabilitacije

Profesionalna rehabilitacija u Hrvatskoj provodi se u četiri regionalna centra za profesionalnu rehabilitaciju u Zagrebu, Rijeci, Splitu i Osijeku koji su osnovani 2015. godine. Centri funkcioniraju na načelima individualnosti, interdisciplinarnosti, povjerljivosti i osiguravanja aktivnog sudjelovanja i uključenosti pojedinaca. Svaki centar pruža istih 12 usluga, od kojih su neke namijenjene osobama s invaliditetom, a neke mogu zatražiti poslodavci osoba s invaliditetom. Centri primaju korisnike iz četiri izvora: 1) ZOSI može uputiti osobe koje su na procjeni radne sposobnosti, 2) HZZ može uputiti nezaposlene osobe s (potencijalnim) invaliditetom, 3) poslodavci mogu uputiti svoje zaposlenike s invaliditetom i 4) osobe koje traže profesionalnu rehabilitaciju mogu se prijaviti izravno.

Utvrđeno je da korisnici upućeni od strane ZOSI-ja kroz procjenu radne sposobnosti za HZMO imaju smanjenu ili djelomični gubitak radne sposobnosti. Korisnici upućeni od strane HZZ-a često su dugotrajno nezaposleni ili imaju nestabilnu radnu povijest. Pojedinci koje šalju ZOSI i HZZ prvo prolaze sveobuhvatnu procjenu radne sposobnosti, znanja, vještina i profesionalnih interesa temeljenu na ICF-u tijekom koje interdisciplinarni tim stručnjaka procjenjuje može li se osoba rehabilitirati ili ne i ako da, koje usluge osoba treba dobiti. Multidisciplinarni tim sastoji se od socijalnog radnika, rehabilitatora, psihologa, pedagoga, radnog terapeuta i liječnika. Po potrebi mogu biti uključeni i stručnjaci, na primjer psihijatar u slučaju korisnika s mentalnim zdravstvenim problemom. Liječnik utvrđuje zdravstveno stanje, psiholog provodi klinički intervju procjenjujući osobnost i profesionalni interes, socijalni radnik procjenjuje socijalnu situaciju, a rehabilitator prikuplja informacije o formalnom i neformalnom obrazovanju osobe, prošlom radnom iskustvu i svim poteškoćama koje može imati na poslu. U sklopu procesa, testira se korisnikova motivacija, pokretljivost i sposobnost funkcioniranja, kao i osnovno znanje hrvatskog jezika, matematike, pismenosti i korištenja računala što pomaže stručnjacima da utvrde koje daljnje usavršavanje može biti potrebno. Na temelju rezultata tih procjena, nakon interdisciplinarne rasprave, korisniku se preporučuje individualizirani plan profesionalne rehabilitacije i po potrebi može sudjelovati u uslugama Centra, uključujući npr. osposobljavanje na različitim razinama vještina ili osposobljavanje na radnom mjestu.

Kada poslodavac uputi zaposlenika u centar, on može sudjelovati u dvije usluge, procjeni radnog učinka i procjeni radnog okruženja. Potonji uključuje procjenu arhitektonske, organizacijske i razumne prilagodbe koja može biti potrebna kako bi se osiguralo da zaposlenik može obavljati svoj posao. Ove procjene su također važne jer poslodavci mogu zatražiti financijsku pomoć od ZOSI-ja kako bi zaposleniku s invaliditetom osigurali potrebnu prilagodbu na radnom mjestu. Veće tvrtke često mogu lakše prilagoditi radno mjesto ili pronaći drugi odgovarajući posao unutar svoje tvrtke kako bi zadržale svoje zaposlenike s invaliditetom. Zahtjevi za razumnom prilagodbom radnog mjesta općenito rastu posljednjih godina, iako je razlog tome nejasan.

Kada se netko izravno obrati centru, može sudjelovati u usluzi 1.1. – Procjena invaliditeta u odnosu na rad (kratka procjena). Sudjelovanjem u ovoj usluzi i pozitivnim ishodom osoba dobiva pravo na upis u Nacionalni registar osoba s invaliditetom i/ili Registar zaposlenih osoba s invaliditetom (vidi okvir 2.2. za više informacija o različitim registrima osoba s invaliditetom dostupnima u Hrvatskoj). To je posebno važno za pojedince koji ta prava ne mogu ostvariti putem bilo kojeg drugog sustava, na primjer, ovaj put često koriste osobe s mentalnim zdravstvenim problemima.

Sve usluge centara su besplatne, a u profesionalnoj rehabilitaciji mogu sudjelovati svi u dobi od 15 do 55 godina, koji su završili medicinsku rehabilitaciju i završili (najmanje) osnovno obrazovanje. Samo za neke usluge osoba također mora biti u Registru osoba s invaliditetom. U proteklih pet godina više od polovice korisnika centra Zagreb upućeno je od poslodavca, 15% od HZZ-a, 10% od ZOSI-ja, a 20% izravno se obratilo za usluge profesionalne rehabilitacije (Tablica 3.1). Iako ti udjeli s vremenom variraju, čini se da se udio osoba upućenih od ZOSI-ja s vremenom smanjivao, nauštrb blagog povećanja udjela osoba upućenih od HZZ-a i većeg povećanja udjela izravnih zahtjeva.

Tablica 3.1. Većina osoba uključuje se u usluge profesionalne rehabilitacije putem uputnice poslodavca ili na vlastiti zahtjev

Broj osoba u rehabilitacijskim uslugama i raspodjela prema vrsti upućivanja, 2020.-24.

	2020	2021	2022	2023	2024
Ukupno (broj ljudi)	355	421	456	509	534
Od čega (u % tota):					
Na zahtjev poslodavca	50.1%	67.9%	48.0%	57.2%	47.9%
Na vlastiti zahtjev	14.7%	13.5%	19.1%	17.1%	28.5%
Na zahtjev HZZ	12.7%	11.2%	19.7%	14.7%	15.7%
Na zahtjev ZOSI	22.3%	6.9%	13.2%	10.6%	7.9%

Izvor: izračuni OECD-a na temelju podataka ZOSI.

3.3.2. Ishodi profesionalne rehabilitacije mogli bi se dodatno poboljšati

Iako je sustav profesionalne rehabilitacije sveobuhvatan i snažan, a broj sudionika posljednjih se godina donekle povećava (vidi tablicu 3.1.), sudjelovanje je i dalje vrlo nisko u usporedbi s brojem osoba koje bi mogli imati koristi od profesionalne rehabilitacije. Sustav i postupci koji ga okružuju mogli bi se poboljšati na mnogo načina kako bi se olakšao i potaknuo pristup rehabilitacijskim uslugama.

Profesionalna rehabilitacija možda neće doprijeti do ljudi koji bi mogli imati najviše koristi

Kao što je prikazano na slici 2., oko polovice zahtjeva za procjenu radne sposobnosti HZMO-a (tj. s ciljem primanja invalidske mirovine) se odbija. Iskustva iz drugih zemalja OECD-a pokazuju da su osobe kojima je odbijen zahtjev za invalidsku mirovinu vrlo ranjiva skupina koja se rijetko vraća na tržište rada, ali zemlje, uključujući Hrvatsku, uglavnom ne pružaju veliku potporu toj skupini. Bilo bi važno spriječiti da te osobe napuste tržište rada i umjesto toga padnu u dugotrajnu nezaposlenost, čime bi na kraju ionako mogli završiti na profesionalnoj rehabilitaciji, ali tek puno, možda čak i nekoliko godina, kasnije kada im se zdravstveno stanje pogorša, a profesionalna rehabilitacija postane teža i manje je vjerojatno da će uspjeti. To je posebno važno za osobe koje su odbijene jer je utvrđeno da im je radna sposobnost smanjena za manje od 50%,

a čije se pogoršanje radne sposobnosti zbog pogoršanja zdravlja moglo spriječiti profesionalnom rehabilitacijom u ranijoj fazi.

Nadalje, očita razlika u Hrvatskoj između pretežno medicinski vođenog pristupa procjeni radne sposobnosti i mnogo cjelovitijeg pristupa profesionalnoj rehabilitaciji mogla bi značiti da osobe kojima je potrebna profesionalna rehabilitacija možda neće biti identificirane. Na primjer, osobe s mentalnim zdravstvenim problemima možda neće biti upućene jer ne ispunjavaju potrebne uvjete ozbiljnosti ili trajnosti, iako bi mogle imati koristi od profesionalne rehabilitacije. Usklađivanjem pristupa uvođenjem cjelovitije procjene radne sposobnosti, kao što je predloženo i u 2.2.1., moglo bi se osigurati da profesionalna rehabilitacija dopre do prave skupine ljudi u pravo vrijeme.

Konačno, trenutna dobna granica za uključivanje u profesionalnu rehabilitaciju je 55 godina, deset godina ispod zakonske dobi za umirovljenje od 65 godina, što mnoge ljude sprječava da potencijalno rade još mnogo godina. Kako stanovništvo stari, potreba za duljim zadržavanjem zaposlenja raste u svim zemljama OECD-a. Stopa zaposlenosti u Hrvatskoj za osobe u dobi od 55 do 64 godine bila je jedna od najnižih u cijeloj Europskoj uniji u 2023. i iznosila je 51,6 % u usporedbi s prosjekom EU-a od 63,9 % (Eurostat, 2025^[10]). To upućuje na to da bi Hrvatska mogla imati koristi i od politika usmjerenih na povećanje stope zaposlenosti starijih radnika. Podizanjem dobne granice za profesionalnu rehabilitaciju Hrvatska bi mogla značajno doprinijeti tržištu rada. Promjene posla i karijere obično su teže za radnike u starijoj dobi, stoga bi profesionalna rehabilitacija i prekvalifikacija bili ključni kako bi se osiguralo da stariji radnici sa zdravstvenim problemima ili invaliditetom imaju vještine za uspješan povratak na tržište rada ili ostanak na njemu. Osiguravanje da stariji radnici s kroničnim zdravstvenim problemima s vremenom ne budu izostavljeni iz profesionalne rehabilitacije postat će još važnije jer će starenje stanovništva rezultirati stalnim povećanjem broja osoba s invaliditetom, potaknuto snažnim gradijentom dobi i invaliditeta.

Profesionalna rehabilitacija često dolazi prekasno

Većina korisnika bila je nezaposlena ili na bolovanju jako dugo prije nego što su upućeni u centre. Slabo uključivanje u profesionalnu rehabilitaciju, koja je u potpunosti dobrovoljna, također odražava ograničen interes za zapošljavanje u ovoj fazi, kada je vjerojatnije da će osobe prijeći na trajnu invalidsku mirovinu. Međutim, čak i ako se netko odluči uključiti u profesionalnu rehabilitaciju, manja je vjerojatnost da će to dovesti do uspješnog i održivog povratka na posao ako je netko dulje vrijeme izvan radne snage, kako je opisano u točki 3.1. Obveza čekanja sa profesionalnom rehabilitacijom do završetka svih tretmana i medicinske rehabilitacije pridonosi kasnoj intervenciji i dodatno produljuje proces. Ublažavanje ovog zahtjeva i omogućavanje istodobne, isprepletene medicinske i profesionalne rehabilitacije moglo bi biti korisno za nekoliko zdravstvenih stanja, posebno stanja mentalnog zdravlja, ali i mnoga druga kronična zdravstvena stanja.

Financijska stabilnost mogla bi poboljšati motivaciju, a time i stope uključenosti u rehabilitaciju

Budući da je aktivno sudjelovanje korisnika ključni dio uspješne profesionalne rehabilitacije, nedostatak motivacije može biti važna prepreka uključivanju u rehabilitaciju. Osobito u slučaju korisnika upućenih iz ZOSI-ja, mnogi nisu motivirani za profesionalnu rehabilitaciju jer je doživljavaju kao dugotrajan proces s neizvjesnim ishodima i financijskom nestabilnošću te bi radije odabrali financijsku stabilnost invalidske mirovine. To znači da bi se mogla izgubiti znatna potencijalna radna snaga. Osiguranje financijskih poticaja može pomoći u povećanju motivacije. To bi se moglo postići, na primjer, osiguranjem naknade u visini invalidske mirovine dok je netko uključen u usluge profesionalne rehabilitacije. Općenito, ključno je učiniti financijsku potporu propusnijom i fleksibilnijom kako bi se osobama s invaliditetom omogućio prijelaz na tržište rada dok primaju naknade i povratak na naknade u slučaju neuspjeha u integraciji na tržište rada. Naposljetku, prava na invalidsku naknadu mogla bi se uvjetovati i sudjelovanjem u osposobljavanju ili naukovanju, u skladu sa sposobnošću pojedinca, kako bi se povećale stope sudjelovanja u profesionalnoj rehabilitaciji.

Osposobljavanje bi se moglo proširiti na veći broj vještina

Globalni megatrendovi, uključujući zelenu i digitalnu tranziciju te starenje stanovništva, mijenjaju potrebe za vještinama i uzrokuju strukturne promjene na tržištima rada diljem OECD-a. Suočavanje s tim izazovima zahtijeva prekvalifikaciju, ali i usavršavanje kako bi se osiguralo da radnici imaju odgovarajuće vještine za pronalaženje posla. Međutim, trenutno je osposobljavanje u sklopu profesionalne rehabilitacije moguće samo na istoj ili nižoj razini početnog obrazovanja koju je netko stekao. Iskorištavanje punog potencijala osoba s invaliditetom često će zahtijevati mogućnost osposobljavanja i na višoj razini obrazovanja. To bi imalo dvostruki pozitivan učinak jer viša razina obrazovanja smanjuje rizik za osobe s invaliditetom da napuste radnu snagu i povećava stopu zapošljavanja (OECD, 2022.^[11]). Radnici s nižim razinama obrazovanja vjerojatnije će raditi na fizički zahtjevnim poslovima u kojima je teže napraviti razumne prilagodbe za osobe s invaliditetom. Veća je vjerojatnost da će radnici s visokom razinom obrazovanja raditi i na uredskim poslovima na kojima je prilagodba radnog mjesta izvedivija i na poslovima koji su podložniji radu na daljinu.

4 Zaključci

4.1. Poboljšanje uključenosti osoba s invaliditetom

Hrvatska se suočava sa značajnim izazovima politike prema osobama s invaliditetom. Razina uključenosti osoba s invaliditetom užasno je loša i mnogo lošija nego u svim zemljama OECD-a. Osobe s invaliditetom u Hrvatskoj, koje čine oko 15% radno sposobnog stanovništva, imaju 2,5 puta veću vjerojatnost da će živjeti u kućanstvu s niskim primanjima od osoba bez invaliditeta, a stopa zaposlenosti od 23,4% u 2023. iznosi samo jednu trećinu stope zaposlenosti osoba bez invaliditeta. Ove velike razlike u invaliditetu djelomično su potaknute iznimno velikim jazom u ishodima obrazovanja. Osim toga, u razdoblju 2015. – 2023. svi pokazatelji uključivanja osoba s invaliditetom upućuju na daljnje pogoršanje socijalne situacije i situacije osoba s invaliditetom na tržištu rada.

Nedavne promjene politika, 2023. i 2024., kojima su prava na invalidske naknade iz sustava socijalne skrbi proširena na veću skupinu i višu razinu, također su bile odgovor na ovu situaciju – naizgled nužan odgovor s obzirom na visoke udjele siromaštva među osobama s invaliditetom. Međutim, reforma je dodatno povećala dilemu s kojom se suočava politika invaliditeta: veće naknade smanjuju poticaje za zapošljavanje, a time i stope zaposlenosti, čime se često pogoršava, a ne poboljšava dohodovna situacija. Podaci za Hrvatsku za 2024., koji još nisu dostupni, morat će pokazati je li ovim reformama postignuto poboljšanje stanja dohotka. Podaci iz cijelog područja OECD-a u više su navrata pokazali da je bolja uključenost u zapošljavanje jedini način za smanjenje dohodovnog siromaštva.

Niska stopa zaposlenosti osoba s invaliditetom u Hrvatskoj upućuje na to da osobe koje steknu kronično zdravstveno stanje ili invaliditet ne mogu pristupiti tržištu rada ili ne mogu zadržati zaposlenje i vjerojatno će napustiti tržište rada. Nemogućnost zapošljavanja osoba s invaliditetom u Hrvatskoj ogleda se i u vrlo niskoj stopi zaposlenosti, koja iznosi manje od 10%, za osobe koje primaju invalidninu – opet, taj je udio (puno) niži nego u gotovo svim zemljama OECD-a. Iako su stope zaposlenosti osoba bez invaliditeta u Hrvatskoj usporedive s onima u drugim zemljama OECD-a, taj paritet tek treba postići za osobe s invaliditetom. Za postizanje tog cilja bit će potreban sveobuhvatan paket reformi, uključujući mjere podizanja svijesti i znatne promjene u postupcima i politikama.

4.2. Reforma procjene invaliditeta i radne sposobnosti

Procjena invaliditeta i radne sposobnosti jedna je od mnogih ključnih poluga politike. To je ključna poluga jer je osnova za utvrđivanje podobnosti i prava na niz beneficija i usluga te oblikovanje očekivanja osoba s invaliditetom i svih ostalih dionika, uključujući poslodavce. Visok udio radno sposobnih osoba u Hrvatskoj službeno upisanih u jedan od registara osoba s invaliditetom (gotovo 15 % i, stoga, za razliku od drugih zemalja OECD-a, udio sličan udjelima koje su sami prijavili u istraživanjima stanovništva) odražava trenutnu situaciju. Veća svijest u Hrvatskoj do sada je dovela do toga da više ljudi traži formalni status invaliditeta – status koji, s obzirom na značajan nepovoljan položaj i diskriminaciju s kojom se osobe s invaliditetom suočavaju u obrazovanju i zapošljavanju, nije pretjerano poželjan.

Situacija je pogoršana i povezana s činjenicom da su procjene u Hrvatskoj općenito snažno medicinski motivirane. Hrvatska je prije dugo vremena usvojila Konvenciju UN-a o pravima osoba s invaliditetom

i jezik invaliditeta također se promijenio u skladu s ICF-om, sa sve većim razumijevanjem invaliditeta kao rezultata funkcioniranja ljudi u svim aspektima života u društvenom i fizičkom okruženju u kojem žive. Alati i postupci procjene, međutim, zapravo se nisu promijenili.

Hrvatska ima veliki potencijal u području procjene invaliditeta koji proizlazi iz osnivanja ZOSI-ja prije desetak godina, jedinstvenog tijela odgovornog za sve vrste procjena koje traže različite institucije. Potencijal te jedinstvene strukture zasad ostaje neiskorišten jer se same procjene nisu promijenile i nisu ni na koji način usklađene. ZOSI samo provodi različite procjene u ime različitih institucija, bez ikakvog povećanja učinkovitosti, uključujući višestruke procjene jer ljudi često traže prava od različitih institucija (ZOSI provodi oko 1,4-1,5 procjena po osobi koja se procjenjuje u bilo kojoj godini). Kao rezultat značajnog širenja prava osoba s invaliditetom u sektoru socijalne skrbi, posebno u 2023. i 2024., ZOSI se iznenada suočava s naglim porastom ionako sve većeg zaostatka. To je neposredan i vrlo stvaran izazov za ZOSI, koji nije uspio zaposliti ili ugovoriti dovoljan broj vještaka kako bi smanjio zaostatke ili barem zaustavio daljnji rast. Predloženi jedinstveni obrazac vještačenja koji uključuje ključne elemente različitih obrazaca pomogao bi u rješavanju ove situacije jer bi se njime smanjilo učestalo udvostručavanje posla koje je bolno za ZOSI i podnositelje zahtjeva.

Međutim, postoji nekoliko drugih izazova u vezi s procjenama koje se trenutno provode u Hrvatskoj, a za čije bi rješavanje bile potrebne dalekosežnije promjene. Izazovi uključuju sljedeće:

- *Povećanje vremena čekanja.* Veliki i sve veći zaostaci izravno se pretvaraju u dulje vrijeme čekanja za osobe koji traže podršku. To je dvostruko problematično jer (i) znači da osobe moraju dulje čekati na beneficije i usluge na koje imaju pravo i (ii) ometa ranu intervenciju.
- *Veliki broj ponovnih procjena.* Hrvatsko zakonodavstvo zahtijeva redovitu ponovnu procjenu postojećih prava, koja obvezuje kapacitete ZOSI-ja s ograničenim učinkom. Ponovne procjene u mnogim slučajevima mogu biti gubljenje vremena jer će osobe i dalje ispunjavati uvjete za svoja prava.
- *Dominantna uloga medicinske dokumentacije.* Snažno oslanjanje u vještačenju na medicinsku dokumentaciju i dijagnozu osobe implicira da se ograničena pažnja posvećuje stvarnom iskustvu osobe s invaliditetom. U skladu s tim, medicinski fokus ne uspijeva identificirati stvarne potrebe ljudi.
- *Ograničena pažnja na stanja mentalnog zdravlja.* Liste koje se trenutno koriste za izvođenje težine invaliditeta iz dijagnoze osobe imaju tendenciju podcjenjivanja "onesposobljujućeg" utjecaja stanja mentalnog zdravlja. Zahtjev trajnosti stanja i završetka liječenja, posebno za procjenu radne sposobnosti, također čine vjerojatnim da su stanja mentalnog zdravlja i dalje nedovoljno zastupljena.
- *Nedosljednosti između različitih vrsta procjena.* Različite institucije koriste različite načine procjene invaliditeta ili radne sposobnosti osobe. To može dovesti do zbunjujućih situacija u kojima se smatra da osoba nema radnu sposobnost u jednom sustavu, ali ne i u drugom sustavu.
- *Uski fokus u procjeni radne sposobnosti.* Pravo na invalidsku mirovinu procjenjuje se strogo u odnosu na trenutno radno mjesto osobe. To dovodi do nejednakosti među skupinama stanovništva i ometa usavršavanje koje bi bilo važno na današnjim tržištima rada koja se brzo mijenjaju.

4.3. Jačanje rane intervencije

U konačnici, svaka reforma procjene invaliditeta i radne sposobnosti mogla bi rezultirati značajnim promjenama u broju osoba koje imaju pravo na određene beneficije ili usluge, s pobjednicima i gubitnicima ovisno o tome kako se promjene reguliraju i provode. Međutim, te promjene nikako neće biti dovoljne za znatno poboljšanje socijalne uključenosti i uključenosti osoba s invaliditetom na tržište rada. Analiza politika u mnogim zemljama OECD-a pokazala je da je najvažniji aspekt politike za osobe s invaliditetom rano prepoznavanje problema i rana intervencija. Time se fokus politike prebacuje s posebnih politika na glavne politike. Posebno su važne dvije poluge politike: bolovanje i nezaposlenost.

Česta, ponavljajuća i dugotrajna bolovanja snažan su pokazatelj znatnih zdravstvenih problema i problema na tržištu rada. Podaci iz nekoliko zemalja OECD-a pokazuju da se nakon razdoblja bolovanja od 4 do 6 mjeseci vjerojatnost povratka na posao naglo smanjuje, a nakon otprilike 6 – 9 mjeseci vjerojatniji je trajni izlazak s tržišta rada nego povratak na posao. To implicira da postoji prilično mali prozor za učinkovitu ranu intervenciju. Hrvatsko tijelo nadležno za zdravstveno osiguranje obično prati i ponovno provjerava bolovanja, ali malo je toga u obliku rane podrške i nema prakse ranog upućivanja u centre za profesionalnu rehabilitaciju ili javnu službu za zapošljavanje. Ovo je pitanje posebno važno za zemlju poput Hrvatske u kojoj se naknada za bolovanje može primati neograničeno vrijeme.

Javna služba za zapošljavanje ima još važniju ulogu za nezaposlene osobe sa zdravstvenim problemima, često u kombinaciji s drugim preprekama na tržištu rada, a posebno za dugotrajno nezaposlene. Kronični zdravstveni problemi često su glavni uzrok dugotrajne nezaposlenosti, a u isto vrijeme dugotrajna nezaposlenost također pogoršava (mentalno) zdravlje ljudi. Stoga je ključna sposobnost službi za zapošljavanje da pruže učinkovite usluge tražiteljima zaposlenja s kroničnim bolestima ili invaliditetom i da upute osobe na, primjerice, profesionalnu rehabilitaciju. U Hrvatskoj zavod za zapošljavanje u načelu može uputiti tražitelje zaposlenja na profesionalnu rehabilitaciju, ali u praksi se to rijetko događa.

Profesionalna rehabilitacija, koja je uvedena u Hrvatsku prije desetak godina i od tada se postupno širila, još je jedno područje u kojem Hrvatska ima značajan potencijal koji je, međutim, u velikoj mjeri neiskorišten. Kapacitet četiri rehabilitacijska centra diljem zemlje je premali, ne dopuštajući pružanje usluga svim osobama koje bi mogle imati koristi, poput mnogih onih koje su dugotrajno bolesne ili dugotrajno nezaposlene ili koji su odbijeni jer su podnijeli zahtjev za invalidsku mirovinu. Te bi skupine mogle imati znatne koristi od različitih usluga koje nude centri za profesionalnu rehabilitaciju, a koje uključuju vrlo sveobuhvatnu i multidisciplinarnu procjenu njihovih kapaciteta. Jedna od velikih prepreka bržem rast profesionalne rehabilitacije u Hrvatskoj je zahtjev da svi medicinski tretmani i medicinska rehabilitacija moraju biti završeni. To je zastarjeli preduvjet koji de facto isključuje većinu ljudi s kroničnim zdravstvenim problemima ili mentalnim zdravstvenim problemima.

4.4. Razvoj baze dokaza

Naposljetku, postoji još jedno kritično pitanje za Hrvatsku, koje predstavlja značajnu prepreku boljem oblikovanju politika i uvođenju učinkovitijih i djelotvornijih intervencija i pristupa: nepostojanje snažne baze dokaza. Mnoge zemlje OECD-a postupno prelaze na češću evaluaciju učinkovitosti socijalnih programa i politika te programa i politika tržišta rada. Hrvatska tek treba krenuti tim putem. Prvi korak u tom smjeru je prikupljanje pouzdanih podataka i pokazatelja. Ovo izvješće uključuje neke od dostupnih podataka, ali također pokazuje ograničenja trenutne baze dokaza. Aplikacija MIA u kojoj se pohranjuju sve informacije o procjeni invaliditeta i radne sposobnosti vrlo je obećavajuća polazna točka. U budućnosti bi se ta baza podataka mogla upotrebljavati za redovitu izradu skupa pouzdanih pokazatelja koji bi se zatim mogli povezati s podacima drugih dionika, kao što su Hrvatski zavod za mirovinsko osiguranje, Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, Hrvatski zavod za socijalni rad i Hrvatski zavod za zapošljavanje.

Reference

- Boundless (n.d.), *Pravo na dopust zaposlenika u Hrvatskoj*, <https://boundlesshq.com/guides/croatia/leave/> (pristupljeno 21. ožujka 2025.). [9]
- Eurostat (2025.), *Stopa zaposlenosti starijih radnika, dobna skupina od 55 do 64 godine*, <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tesem050/default/table> (posljednji pristup 21. ožujka 2025.). [10]
- Vlada Republike Hrvatske (2024.), *Zakon o socijalnoj skrbi*, <https://www.zakon.hr/z/222/Zakon-o-socijalnoj-skrbi> (pristupljeno 21. ožujka 2025.). [8]
- Vlada Republike Hrvatske (2023.), *Zakon o mirovinskom osiguranju*, <https://www.zakon.hr/z/91/Zakon-o-mirovinskom-osiguranju> (pristupljeno 21. ožujka 2025.). [7]
- Vlada Republike Hrvatske (2023.), "Uredba o metodologijama vještačenja", *Nacionalne novine* 96, str. 1-58. [6]
- Vlada Republike Hrvatske (n.d.), *Upis u prvi razred*, <https://gov.hr/en/enrolment-in-the-first-grade/1006> (pristupljeno 21. ožujka 2025.). [4]
- HZMO (n.d.), *Aktivnosti i organizacija*, <https://www.mirovinsko.hr/en/activities-and-organisation/36> (posljednji pristup 21. ožujka 2025.). [3]
- HZZO (n.d.), *Rodiljne i roditeljske potpore*, <https://hzzo.hr/rodiljne-i-roditeljske-potpore> (pristupljeno 21. ožujka 2025.). [5]
- OECD (2022.), *Invaliditet, rad i uključenost: uključivanje u sve politike i prakse*, <https://doi.org/10.1787/1eaa5e9c-en> (pristupljeno 18. prosinca 2023.). [11]
- Vlada Republike Hrvatske (2021.), "Nacionalna strategija izjednačavanja mogućnosti za osobe s invaliditetom 2021. – 2027.". [2]
- Vlada Republike Hrvatske (2017.), *Nacionalna strategija izjednačavanja mogućnosti za osobe s invaliditetom 2017. – 2020.* [1]