

Odrednice invalidskih mirovina u Hrvatskoj: uloga institucija

Bađun, Marijana

Source / Izvornik: **Odabrani prijevodi, 2017, 8, 1 - 18**

Journal article, Published version

Rad u časopisu, Objavljena verzija rada (izdavačev PDF)

<https://doi.org/10.3326/op.46>

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:242:556145>

Rights / Prava: [Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International/Imenovanje-Nekomercijalno-Bez prerada 4.0 međunarodna](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-08-16**



Repository / Repozitorij:

[Institute of Public Finance Repository](#)



ODREDNICE INVALIDSKIH MIROVINA U HRVATSKOJ: ULOGA INSTITUCIJA

DR. SC. MARIJANA BAĐUN*

ČLANAK**

JEL: H0

doi.org.10.3326/op.46

SAŽETAK

Cilj je ovoga rada istražiti zašto Hrvatska ima velik broj korisnika invalidskih mirovina. Otprilike jedna četvrtina hrvatske umirovljeničke populacije prima mirovinu koja se temelji na invalidnosti. Nakon navođenja najvažnijih činjenica i podataka, u radu se istražuje sljedeće odrednice invalidskih mirovina u Hrvatskoj: zdravstveni status, uvjeti rada, socioekonomski status, rat i institucije. Jednostavne usporedbe stanja prije i nakon reformi dovode do zaključka da su institucionalne promjene imale snažan utjecaj na broj korisnika invalidskih mirovina. Nadalje, dodjeljivanje invalidskih mirovina obilježeno je korupcijom, što pokazuje važnost neformalnih institucija. U budućim bi istraživanjima fokus trebao biti na mikro-podacima kako bi se pronašle specifične mjere socijalne i zdravstvene politike koje bi umanjile učinak socioekonomskih i zdravstvenih čimbenika na učestalost invalidnosti.

Ključne riječi: invalidske mirovine, Hrvatska, korupcija, rat, institucije

* Autorica zahvaljuje Ljiljani Marušić (Hrvatski zavod za mirovinsko osiguranje) na dragocjenim komentarima tijekom istraživanja i Gordani Živec Šašić (Hrvatski zavod za mirovinsko osiguranje) na pružanju podataka. Autorica je također zahvalna sudionicima okruglih stolova u organizaciji Instituta za javne financije i časopisa *Banka* u sklopu projekta "Analiza mirovinskog sustava" te sudionicima *Public Sector Economics* konferencije. Konačno, hvala i anonimnim recenzentima na korisnim komentarima i prijedlozima.

** Primljeno: 19. listopada 2016.
Prihvaćeno: 15. prosinca 2016.

Ranija verzija ovog rada predstavljena je na konferenciji *Public Sector Economics* koju su organizirali Institut za javne financije i Friedrich-Ebert-Stiftung u Zagrebu 14.-15. listopada 2016.

1. Uvod

Opće je prihvaćeno da su institucije važne. "Institucije čine strukturu poticaja u društvu, a političke i ekonomske institucije posljedično su temeljne odrednice ekonomske uspješnosti" (North, 1994.). Sastoje se od formalnih ograničenja (npr. propisa, zakona, ustava), neformalnih ograničenja (npr. društvenih normi, samonametnutih kodeksa ponašanja, običaja) i njihovih provedbenih karakteristika. Mirovinski sustav također je uokviren institucijama, a invalidske mirovine nisu iznimka iako se čini očitim da ponajprije ovise o zdravlju.

Krokstad i Westin (2004.) proučavali su medicinske i nemedicinske uzroke invalidskih mirovina u Norveškoj i otkrili da medicinske odrednice same ne mogu objasniti povećanu učestalost invalidskih mirovina u promatrana dva desetljeća. Pronašli su geografski obrazac raširenosti invalidskih mirovina na razini općina, što upućuje na to da su strukturni i kulturni čimbenici također važni kod razine invalidnosti u društvu. Studija invalidskih mirovina među doseljenicima u Švedskoj (Österberg i Gustafsson, 2006.) pokazuje da osobe rođene u inozemstvu imaju veću vjerojatnost da budu korisnici invalidskih mirovina nego one rođene u Švedskoj. Naime, najviše stope primanja invalidske mirovine zabilježene su za osobe rođene u Grčkoj, Jugoslaviji (Hrvatska je jedna od zemalja nasljednica Jugoslavije) i Turskoj. Autori svrstavaju te zemlje u istočni Mediteran. Nisu istražili uzroke veće pojavnosti invalidskih mirovina. Zanimljivo, Börsch-Supan, Brugiavini i Croda (2009.) otkrili su da južne zemlje u njihovom uzorku imaju veću učestalost prijevremenog umirovljenja. Geografska različitost upućuje na moguću važnost neformalnih institucija.

2

Istraživanje koje su proveli Börsch-Supan, Brugiavini i Croda (2009.) također dovodi do zaključka da zdravlje i demografija igraju samo malu ulogu u nacionalnim razlikama u radu i odlasku u mirovinu, čak i kada su u pitanju naknade za invalidnost. Međunarodne razlike u stopama korištenja tih naknada mogu se u velikoj mjeri objasniti institucionalnim čimbenicima. Kao institucionalne čimbenike autori su koristili skup OECD-ovih (2003.) varijabli o velikodušnosti sustava naknada za invalidnost u svakoj od 11 zemalja obuhvaćenih SHARE (*Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*) istraživanjem. Te varijable odnose se na obuhvat, najmanju razinu invalidnosti potrebnu za naknade u punom iznosu, medicinsko vještačenje, izdašnost naknada, ocjenjivanje radne sposobnosti i velikodušnost naknada za nezaposlenost. Najvažnija institucionalna varijabla, koja objašnjava 60% međunarodnih razlika, je minimalna razina invalidnosti potrebna za dobivanje punih naknada. Zdravlje je značajna odrednica ranijeg odlaska u mirovinu u svakoj pojedinačnoj zemlji.

Hanel (2012.) također ističe da naknade za invalidnost mogu poslužiti kao izlaz prema prijevremenom umirovljenju i potaknuti pojedince da ranije napuste radnu snagu. U svojoj studiji o institucionalnoj reformi invalidskih mirovina u Njemačkoj 2001. došla je do zaključka da pojedinci čije je zdravstveno stanje jako loše ne reagiraju na financijske poticaje jer ne mogu ostvariti dohodak na tržištu rada. Obrnuto vrijedi za ljude koji su relativno dobrog zdravlja. Njihova odluka da odu u invalidsku mirovinu ovisi o poreznim stopama na daljnji rad, odnosno dodatnim prihodima od nastavka rada. Istraživanje o Danskoj potvrđuje da ljudi koji odu u mirovinu zbog akutnog zdravstvenog šoka ne reagiraju na razne socijalne programe i institucije raspoložive starijim radnicima (Datta Gupta i Larsen, 2007.). Veza između institucija i invaliditeta pronađena je i za Austriju; Staubly (2011.) je pokazao da stroži uvjeti ostvarivanja imaju snažan utjecaj na

korištenje naknada za invalidnost. Strogost vještačenja također je važna; De Jong, Lindeboom i Van der Klaauw (2011.) koristili su kontrolirani eksperiment u kojem su neki regionalni uredi invalidskog osiguranja u Nizozemskoj bili obaviješteni da strože provjeravaju podnositelje zahtjeva. Autori su pronašli veliki pad prijave za invalidsko osiguranje u područjima sa strožim probirom.

Osim zdravstvenog stanja i institucija, socioekonomski status također je važan: nizak stupanj obrazovanja, nizak dohodak, primanje socijalnih naknada i nezaposlenost povećavaju vjerojatnost ulaska u invalidsku mirovinu (Gjesdal i sur., 2004.; Karlsson i sur., 2008.; Krokstad i Westin, 2004.; Upmark i sur., 2001.). Nepovoljni uvjeti rada još su jedan faktor rizika za invalidske mirovine (Falkstedt i sur., 2016.; Robroek i sur., 2013.). Gravseth i sur. (2007.) pokazali su važnost bioloških i socijalnih čimbenika iz djetinjstva (majčin bračni status, invaliditet roditelja, porođajna težina ispod prosjeka, kronične bolesti u djetinjstvu, neuspješnost u obrazovanju) za primanje invalidske mirovine. Nadalje se pokazalo da relativno siromašnije općine imaju veću incidenciju invalidskih mirovina (Krokstad i sur., 2004.). Većina radova o odrednicama invalidskih mirovina odnosi se na Dansku i Norvešku.

Jedna od značajki hrvatskog mirovinskog sustava je velik broj korisnika invalidskih mirovina. Otprilike jedna četvrtina korisnika mirovina prima invalidsku mirovinu. Taj udio uključuje invalidske mirovine koje su po Zakonu o mirovinskom osiguranju (ZOMO), počevši od 2015. godine, transformirane u starosne mirovine za korisnike starije od 65 godina. Za usporedbu, prema posljednjim dostupnim podacima Eurostata (2016a), 2013. je udio invalidskih mirovina u ukupnim mirovinama u Europskoj uniji iznosio 14% (prosjeak bez Belgije, Grčke, Mađarske i Poljske zbog nedostupnih podataka). U istoj je godini udio izdataka za invalidske mirovine u BDP-u u Hrvatskoj iznosio 3%, dok je prosjeak EU-a (bez Grčke i Poljske) bio 1%. Logično objašnjenje za visok udio osoba koje primaju invalidske mirovine u Hrvatskoj u usporedbi s drugim zemljama jest rat. Međutim, čak i bez hrvatskih ratnih vojnih invalida iz Domovinskog rata (HRVI), udio invalidskih mirovina u ukupnim mirovinama u Hrvatskoj je oko pet postotnih bodova veći od prosjeka EU-a.

Svi prethodno navedeni radovi uzimaju u obzir samo formalne institucije. Prema saznanjima autorice, veza između neformalnih institucija i invalidskih mirovina još nije istražena. Budući da je teško u potpunosti sagledati invalidnost, teško je utvrditi jesu li podnositelji zahtjeva za invalidsku mirovinu doista nesposobni za rad. Postupak vještačenja trebao bi ograničiti potencijalni moralni hazard, budući da podnositelji zahtjeva za invalidsku mirovinu mogu preuveličati svoje zdravstvene probleme. Međutim, u literaturi je zanemaren jedan važan čimbenik: korupcija. Pojedinci koji žele dobiti invalidsku mirovinu mogu podmititi ljude koji su zaduženi za odobravanje zahtjeva.

Cilj je ovog rada pružiti deskriptivnu analizu o tome kako različiti faktori, a posebno institucije, utječu na invalidske mirovine u Hrvatskoj. Rad je strukturiran na sljedeći način. U drugom poglavlju opisuje se invalidske mirovine u Hrvatskoj kroz osnovne činjenice i podatke. U trećem poglavlju analizira se veza između institucija, formalnih i neformalnih, i invalidskih mirovina u Hrvatskoj. Također se istražuje druge moguće čimbenike koji utječu na vjerojatnost primanja invalidske mirovine. Na kraju rada je zaključak. Jednostavne usporedbe stanja prije i nakon zakonskih izmjena sugeriraju da su institucionalne reforme imale jak utjecaj na broj korisnika invalidske mirovine.

2. INVALIDSKE MIROVINE U HRVATSKOJ: ČINJENICE I PODACI

Glavni trend u hrvatskom mirovinskom sustavu je pogoršanje omjera osiguranika i korisnika mirovina. Prema podacima Hrvatskog zavoda za mirovinsko osiguranje (HZMO, 2016a), na kraju 2015. odnos je bio 1,15, dok je 1990. iznosio 3. Hrvatska ima 1,2 milijuna korisnika mirovina, što je 28% ukupnog stanovništva. Prosječna neto mirovina iznosi oko 2.400 kuna, a udio rashoda za mirovine u BDP-u je oko 11%. Samo 55% rashoda za mirovine pokriveno je prihodima od doprinosa za mirovinsko osiguranje trenutno zaposlenih, dok preostalih 45% dolazi iz državnog proračuna. Zakonska starosna dob za umirovljenje za muškarce je 65, a za žene 61,5 godina, ali se postupno povećava do 2030. godine kada će također biti 65 godina. Međutim, otprilike jedna petina korisnika starosnih mirovina nalazi se u prijevremenoj mirovini.

Put do ranijeg umirovljenja je i invalidska mirovina. Krajem 2015. oko 207.300 ljudi u Hrvatskoj primalo je invalidsku mirovinu, ali taj broj ne uključuje oko 87.200 korisnika invalidskih mirovina koje su počevši od 2015. pri navršeni 65 godina starosti po zakonu transformirane u starosne mirovine (HZMO, 2016b). Dakle, ukupno je bilo oko 294.500 korisnika mirovina temeljem invaliditeta. Većina njih ostvarila je mirovinu prema ZOMO-u (75%), a druga skupina po veličini su HRVI, odnosno hrvatski branitelji (20%). Slijede ih pripadnici Hrvatske vojske (3%) i članovi Hrvatskog vijeća obrane - HVO (2%). Za posljednje tri skupine vrijede posebni zakoni, od kojih je najvažniji Zakon o pravima hrvatskih branitelja iz Domovinskog rata i članova njihovih obitelji – ZOPHBDR. U ukupnom broju korisnika mirovina invalidske mirovine čine 18%, odnosno 24% kada se invalidske mirovine prethodno spomenute tri skupine doda korisnicima invalidskih mirovina prema ZOMO-u.

Grafikon 1 prikazuje kretanje broja korisnika invalidskih mirovina od 1995. do 2015. Najveći porast dogodio se 1999. jer je donesen novi Zakon o mirovinskom osiguranju. Tom prilikom su dotadašnji invalidi rada, koji su primali novčanu naknadu zbog invalidnosti, “prevedeni” u invalidsku mirovinu. Naime, Zakonom o mirovinskom osiguranju definicija invalidnosti prilagođena je promjenama u području rada, te je, u odnosu na definiciju invalidnosti do 1998., restriktivnija. Otad je broj korisnika invalidskih mirovina prema ZOMO-u relativno stabilan, s tim da se od 2005. do 2010. povećao za 8%. Počevši od 2010. broj korisnika invalidskih mirovina počeo je padati. Najveći pad dogodio se od 2014. do 2015. (41%) zbog već spomenute transformacije invalidskih u starosne mirovine kada korisnik navrš 65 godina starosti i ako je osnovni uzrok invalidnosti bolest.¹ Ostali mogući uzroci su ozljede, profesionalne bolesti i ozljede na radu. Nadalje, 2015. je počelo s radom Jedininstveno tijelo vještačenja, što znači da Hrvatski zavod za mirovinsko osiguranje (HZMO) više nije zadužen za donošenje odluke o ispunjavanju medicinskih uvjeta za invalidsku mirovinu. Broj korisnika braniteljskih (HRVI) mirovina prema ZOPHBDR-u porastao je gotovo tri puta u razdoblju od 2003. do 2012.² Podaci prije 2003. nisu dostupni. Najveći je porast

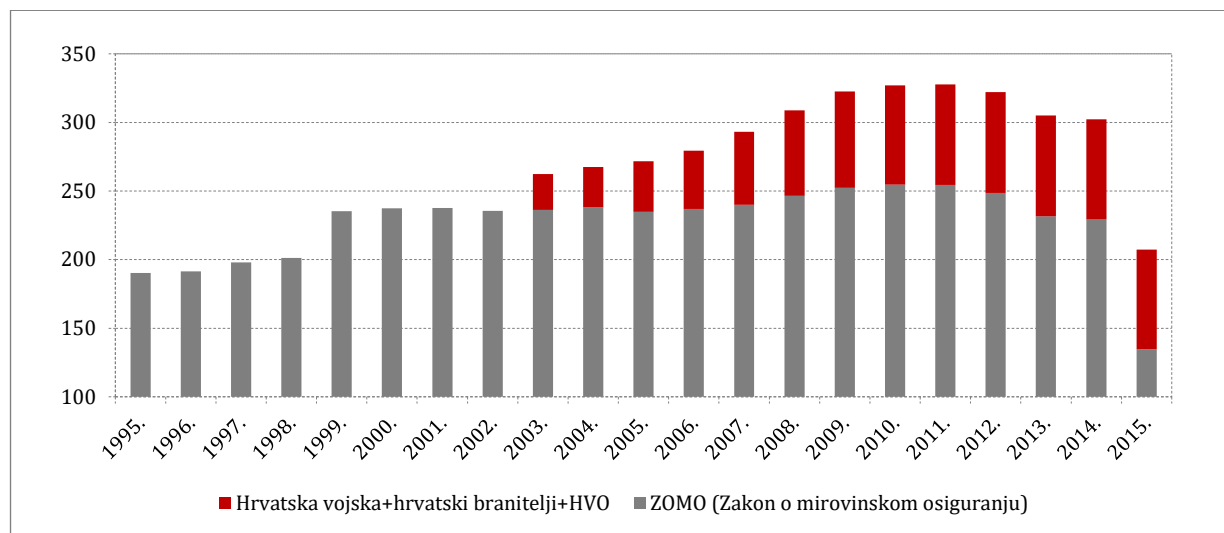
¹ Transformacija invalidskih u starosne mirovine nije neuobičajena. To je primjerice slučaj i u Češkoj, Finskoj, Latviji, Poljskoj, Španjolskoj i Švedskoj.

² Prema ZOPHBDR-u, hrvatski ratni invalid iz Domovinskog rata je hrvatski branitelj kojem je organizam oštećen najmanje 20% zbog rane ili ozljede koju je zadobio u obrani suvereniteta Republike Hrvatske, odnosno kao zatočenik u zatvoru ili neprijateljskom logoru. Smatra se da je oštećenje organizma zatočenika u neprijateljskom logoru na toj osnovi najmanje 20% trajno. HRVI iz Domovinskog rata je i hrvatski branitelj kojem je organizam oštećen najmanje 20% zbog bolesti, a bolest, pogoršanje bolesti, odnosno pojava bolesti, neposredna je posljedica sudjelovanja u obrani suvereniteta RH u Domovinskom ratu. Prava HRVI ostvaruje i osoba (medicinsko osoblje, ratni izvjestitelji, pripadnici vatrogasnih postrojbi, pomorci, članovi posade brodova trgovačke mornarice i druga osoba) kojoj je organizam oštećen za najmanje 20% zbog rane ili ozljede koju je zadobila pri obavljanju vojnih ili drugih dužnosti po nalogu nadležnih tijela državne vlasti RH u obrani suvereniteta RH u Domovinskom ratu ili kao zatočenik u neprijateljskom logoru u Domovinskom ratu.

zabilježen 2007. jer je tada 5.500 branitelja, koji su primali naknadu za profesionalnu nesposobnost, “prevedeno” u invalidsku mirovinu. Od 2012. godine broj se smanjuje.

GRAFIKON 1.

Kretanje broja korisnika invalidskih mirovina (u tis.)

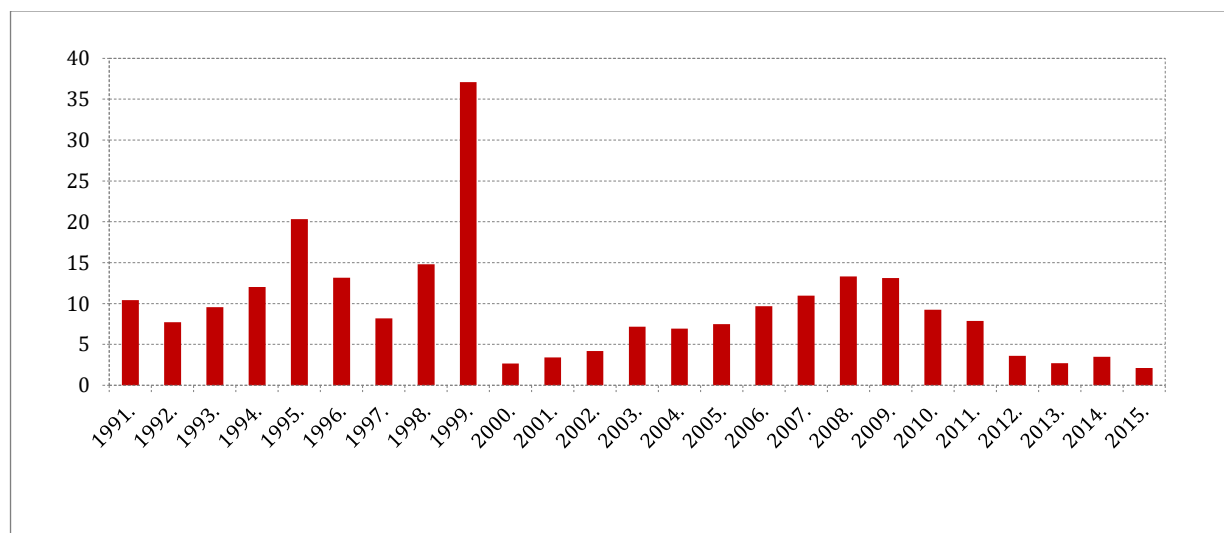


Napomena: U publikacijama HZMO-a nisu dostupni podaci za Hrvatsku vojsku i branitelje prije 2003., a HVO mirovine ostvaruju se od 2008.

Izvor: HZMO.

GRAFIKON 2.

Kretanje broja novih korisnika invalidskih mirovina prema ZOMO-u (u tis.)



Izvor: HZMO.

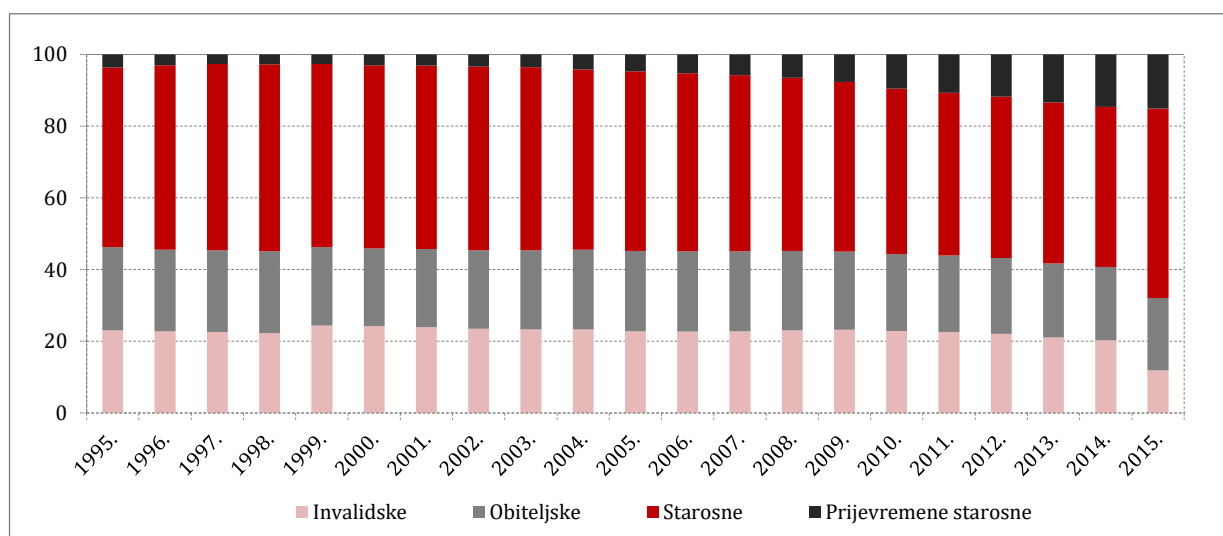
Promatranjem kretanja broja samo novih korisnika invalidskih mirovina prema ZOMO-u (grafikon 2), još je uočljiviji nagli porast 1999. od 37.112 novih korisnika, što je bilo 45% ukupnih novih korisnika te godine. Ističe se i 1995., zbog rata, a primjetni su i veći porasti 1998. te 2008. i 2009. Ekonomska kriza utjecala je na porast broja korisnika invalidskih mirovina, ali još više na povećanje broja korisnika prijevremenih starosnih mirovina (grafikon 3). Odrednice prijevremenih mirovina trebalo bi posebno analizirati (vidjeti Vukorepa (2015.) za zakonske

izmjene), ali odlazak u prijevremenu mirovinu često je bio način da se pronade financijska sigurnost unutar mirovinskog sustava za osobe koje su nezaposlene ili imaju visok rizik da postanu nezaposlene.

Na grafikonu 3 prikazani su udjeli pojedinih kategorija u ukupnom broju korisnika mirovina prema ZOMO-u (podaci ne uključuju Hrvatsku vojsku, HVO i branitelje prema ZOPHBDR-u). Udio obiteljskih i invalidskih mirovina nije se vremenom znatno mijenjao (osim u 2015.), ali je zato uočljiv porast udjela prijevremenih starosnih mirovina: 2000. bilo ih je 3%, a 2015. čak 15%. Krajem 2015. uz 15% prijevremenih starosnih mirovina, bilo je 53% korisnika starosnih mirovina, 12% invalidskih i 20% obiteljskih (HZMO, 2016b). Iako ZOMO destimulira prijevremeno umirovljenje, ipak je u porastu.

GRAFIKON 3.

Udjeli pojedinih kategorija u ukupnom broju korisnika mirovina prema ZOMO-u (u %)



Izvor: HZMO, izračun autorice.

Prema ZOMO-u, osoba može ostvariti pravo na invalidsku mirovinu ako postoji potpuni ili djelomični gubitak radne sposobnosti i ako je zadovoljen uvjet staža. Prvo se smatra općom, a drugo profesionalnom nesposobnošću za rad. 2015. uvedena je privremena invalidska mirovina za osobe sa smanjenom radnom sposobnošću koje su nakon završene profesionalne rehabilitacije nezaposlene najmanje pet godina, pod uvjetom da je nezaposlenost trajala do 58. godine života (Vukorepa, 2015.). Krajem 2015. godine 43% korisnika mirovina bilo je u potpunosti nesposobno za rad, a krajem 2014. 66%. Očito je opća nesposobnost bila više raširena među korisnicima čije su invalidske mirovine “prevedene” u starosne u 2015. Krajem te godine, invalidska mirovina zbog potpunog gubitka sposobnosti za rad bila je oko 300 kn veća od one za djelomični gubitak radne sposobnosti.

Korisnici invalidskih mirovina imaju specifična obilježja u odnosu na druge korisnike mirovina, a razlikuju se i unutar skupine. Prosječna dob korisnika starosne mirovine ostvarene prema ZOMO-u 2014. bila je 71 godina, a korisnika invalidske mirovine 64 godine (HZMO, 2015.). Korisnici invalidskih mirovina ranije odlaze u mirovinu od korisnika starosnih mirovina: za prve je prosječna dob pri umirovljenju 53 godine, a druge 62 godine (podaci za nove korisnike u 2015.). Također imaju kraći radni staž: 23 godine u usporedbi s 34 godine. Unatoč tome što ranije odlaze u mirovinu,

korisnici invalidskih mirovina primaju mirovinu u prosjeku samo godinu dana duže (20,5 godina) od korisnika starosnih mirovina (19,5 godina) – podatci za korisnike koji su umrli 2014. Iz toga se može zaključiti da zdravstveni problemi korisnika invalidskih mirovina znatno skraćuju njihov životni vijek.

Sljedeće je obilježje prosječna visina mirovina. Prosječna invalidska mirovina ostvarena prema ZOMO-u isplaćena u prosincu 2015. iznosila je 1.842 kn, a starosna 2.413 kn (HZMO, 2016b). Međutim, korisnici invalidske mirovine koji su pravo na mirovinu ostvarili prije 1999. dobili su prosječno 2.378 kn, a nakon 1999. 1.742 kn. Ovdje su u obzir uzete samo “prave” invalidske mirovine, a ne i one koje su transformirane u starosne, ali iznosi su slični. Prosječna HRVI (braniteljska) mirovina iznosila je 4.850 kn.³

Nažalost, HZMO ne objavljuje evidenciju korisnika invalidskih mirovina prema grupama bolesti. U EU-u je struktura sljedeća (Marušić, 2011.): mentalne bolesti (27,6%), koštano-mišićne bolesti (21,7%), bolesti cirkulatornog sustava (11,8%), neoplazme (10,5%), kongenitalne bolesti (0,8%) i ostale bolesti (27,6%). Međutim, Hrvatski zavod za javno zdravstvo (HZJZ) objavljuje najčešće dijagnoze uzroka invaliditeta osoba koje svoja invalidska prava ostvaruju preko HZMO-a. Osim invalidske mirovine, prava koja se ostvaruju preko HZMO-a su naknada za tjelesno oštećenje (71.710 korisnika krajem 2015.) i doplatka za pomoć i njegu (7.919 korisnika). Počevši od 1999. doplatka se ostvaruje u sustavu socijalne skrbi. U travnju 2016. 313.847 osoba ostvarivalo je invalidska prava preko HZMO-a, što ne uključuje branitelje (HZJZ, 2016a). HZJZ dobiva informacije o braniteljima od Ministarstva hrvatskih branitelja.

TABLICA 1.

Najčešće dijagnoze uzroka invaliditeta osoba koje svoja invalidska prava ostvaruju preko HZMO-a (2016.)

Dijagnoze	Broj osoba
Koštano-mišićne bolesti	57.594
Afektivni poremećaji*	22.899
Neurotski, vezani uz stres i somatiformni poremećaji*	20.209
Hipertenzivne bolesti	13.977
Atropatije	13.287
Shizofrenije, shizotipni i sumanutni poremećaji*	8.337
Cerebrovaskularne bolesti	7.329
Organski duševni poremećaji*	6.870
Dijabetes melitus	6.240
Duševni poremećaji uzrokovani psihoaktivnim tvarima*	5.095

**Mentalne bolesti i poremećaji.*

Izvor: HZJZ (2016a).

Iz tablice 1 može se zaključiti – nakon što se zbroje svi oblici mentalnih bolesti i poremećaja – da je struktura korisnika invalidskih prava po skupinama bolesti slična onoj za korisnike invalidskih mirovina u EU-u. Dominiraju mentalne bolesti i poremećaji, nakon toga koštano-mišićne bolesti i

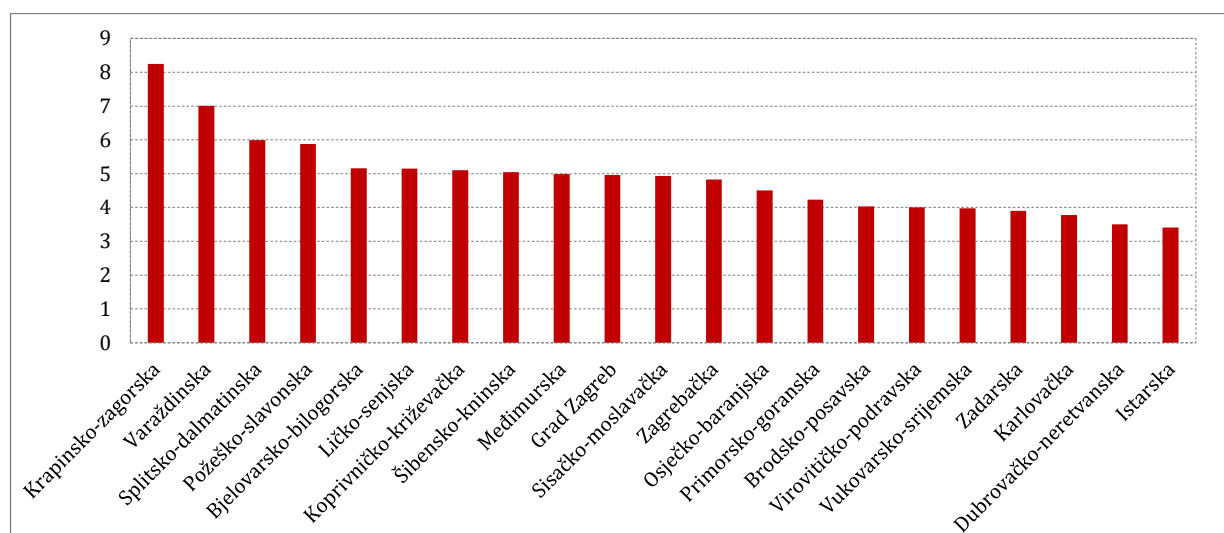
³ HRVI ostvaruju pravo na invalidsku mirovinu prema ZOPHBDR-u. Kod izračuna njihove mirovine koristi se opća mirovinska formula, ali vrijednosni bodovi ovise o osnovici za čin i ustrojbeno mjesto, propisan je poseban polazni faktor povoljniji nego prema općim propisima o mirovinskom osiguranju, osobni bod uvećan je za 45%, a računa im se staž od najmanje 40 godina.

zatim bolesti cirkulatornog sustava. HZJZ također vodi evidenciju najčešćih uzroka tjelesnih oštećenja osoba koje svoja invalidska prava ostvaruju preko HZMO-a, ali postotak tjelesnog oštećenja određen je za oko 40% osoba. Dominira “potpuni gubitak jednog segmenta cervikalne regije nakon prijeloma trupa kralješka”, a zatim slijede “potpuni gubitak funkcije jednog segmenta lumbalne regije” i “ograničena pokretljivost zgloba kuka”. Od osoba koje su ostvarivale invalidska prava preko HZMO-a u travnju 2016. 49% je u radno aktivnoj dobi, od čega su 59% muškarci, a 41% žene.

Najveći udio korisnika invalidskih mirovina u ukupnom stanovništvu krajem 2014. (HZMO, 2015.) bio je u Krapinsko-zagorskoj županiji (8,2%), a slijedile su je Varaždinska (7%) i Splitsko-dalmatinska županija (6%). Najniži je udio bio u Istarskoj (3,4%) i Dubrovačko-neretvanskoj županiji (3,5%). Poredak je vrlo sličan kad se promatra udio korisnika invalidskih mirovina u ukupnom broju korisnika mirovina. Ne postoji jasna podijeljenost kontinentalne i jadranske Hrvatske jer Splitsko-dalmatinska županija ima jedan od najvećih udjela invalidskih mirovina, a Karlovačka jedan od najmanjih. Razlike među županijama potrebno je dodatno istražiti.

GRAFIKON 4.

Udio korisnika invalidskih mirovina u ukupnom stanovništvu po županijama (% , 2014.)



Izvor: HZMO i izračun autorice.

3. ODREDNICE INVALIDSKIH MIROVINA U HRVATSKOJ

Izbor čimbenika koji utječu na broj korisnika invalidskih mirovina u ovom se tekstu temelji na ranijim znanstvenim istraživanjima (pretežito za skandinavske zemlje) u kojima je naglašena uloga zdravstvenih pokazatelja, uvjeta rada i socioekonomskog statusa. Preostala dva čimbenika (rat i institucije) proizašla su iz proučavanja podataka za Hrvatsku, odnosno njenih specifičnosti.

3.1. ZDRAVSTVENI POKAZATELJI

Kao što je spomenuto u uvodu, osobe koje pate od dugotrajnih bolesti i koje su općenito lošeg zdravstvenog stanja imaju veću vjerojatnost postati korisnicima invalidskih mirovina. Stoga se ovdje navode određeni zdravstveni pokazatelji kao i faktori rizika. Na početku je najvažnije istaknuti očekivani broj zdravih godina života pri rođenju. Prosjek za EU15 zemlje za 2015. iznosio

je 71,8 godina, a za Hrvatsku 69,4 godine, što je za Hrvatsku tri godine duže nego 2000. (WHO, 2016.). Međutim, razlika između EU28 zemalja i Hrvatske u broju zdravih godina života u dobi od 50 godina starosti iznosi otprilike tri godine (Eurostat, 2016b). Zatim, 2010. samo se 48% osoba u Hrvatskoj smatralo dobrog ili vrlo dobrog zdravlja (Eurostat, 2016b). To je najgori rezultat među zemljama EU-a, uz Latviju. U skandinavskim je zemljama, primjerice, taj broj iznad 70%. Međutim, samoprocijenjeno zdravlje u Hrvatskoj se poboljšava; 2014. je 58% ljudi smatralo da su dobrog ili vrlo dobrog zdravlja, dok je prosjek EU28 bio 67%.

Ranije je navedeno da među korisnicima invalidskih prava visoki postotak imaju srčani bolesnici. Dobno standardizirana stopa smrtnosti za sve dobi na 100.000 stanovnika za ishemijske bolesti srca za muškarce u Hrvatskoj 2013. iznosila je 188, a za žene 114. U EU15 zemljama prosjek za muškarce bio je 78, a žene 36 (WHO, 2016.). Kad je riječ o stopi smrtnosti za mentalne poremećaje i bolesti živčanog sustava, vrijednosti su bolje u Hrvatskoj nego u zemljama EU15: 19 naspram 41. Dobno standardizirana stopa smrtnosti za sve dobi na 100.000 stanovnika za maligne neoplazme u Hrvatskoj je 2013. bila 210 (drugi najgori rezultat nakon Mađarske), a u EU15 156. Poboljšanje je moguće ostvariti kako vlastitom brigom o zdravlju tako i preventivnim pregledima. Prema podacima za 2014., u Hrvatskoj je 59% stanovništva u dobi starijoj od 18 pretilo, što odgovara EU15 prosjeku. Nadalje, udio pušača u stanovništvu starijem od 15 godina u Hrvatskoj bio je 27,5%, a u EU15 22%. Hrvatska ima i veću godišnju potrošnju alkohola po broju stanovnika: 12 litara u odnosu na 10 litara u zemljama EU15.

TABLICA 2.

Vrste oštećenja kod osoba s invaliditetom (2015.)

Vrsta oštećenja	% od ukupnog broja osoba s invaliditetom*	Prevalencija/10.000 stanovnika
Oštećenje lokomotornog sustava	29,5	351
Duševni poremećaji	25,2	301
Oštećenje drugih organa	23,1	275
Oštećenje središnjeg živčanog sustava	18,2	217
Intelektualne teškoće	4,8	57
Poteškoće u učenju	4,4	53
Oštećenje vida	3,4	41
Oštećenje sluha	2,6	31
Oštećenje perifernog živčanog sustava	2,4	29
Prirođene anomalije i kromosopatije	2,0	24
Pervazivni razvojni poremećaji	0,4	4
Višestruka oštećenja	29,5	352

*Ukupni zbroj dijagnoza veći je od broja osoba s invaliditetom zbog postojanja višestrukih oštećenja.

Izvor: HZJZ (2016a).

Od 2002. HZJZ vodi Hrvatski registar o osobama s invaliditetom, ali su prvi podaci raspoloživi za 2009. zbog vremena potrebnog za organizaciju Registra i prikupljanje podataka.⁴ U travnju 2016. u Registru je bilo 511.121 osoba s invaliditetom, od čega su 60% muškarci i 40% žene (HZJZ,

⁴ Prema Zakonu o Hrvatskom registru o osobama s invaliditetom, invaliditet je trajno ograničenje, smanjenje ili gubitak sposobnosti (koje proizlazi iz oštećenja zdravlja) obavljanja neke fizičke aktivnosti ili psihičke funkcije primjerene životnoj dobi osobe i odnosi se na sposobnosti, u obliku složenih aktivnosti i ponašanja, koje su općenito prihvaćene kao bitni sastojci svakodnevnog života.

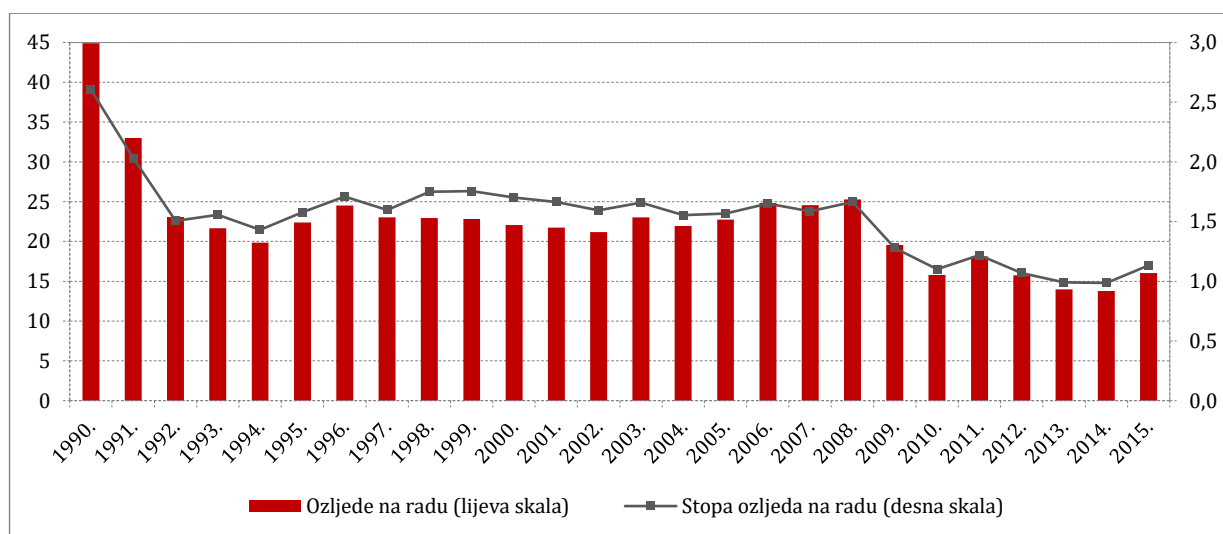
2016a). Prema tome, prevalencija (raširenost) invaliditeta u Hrvatskoj iznosi 11,9%. U tablici 2 nalaze se podaci iz Registra prema vrsti oštećenja. Među osobama s invaliditetom dominiraju oštećenja lokomotornog sustava i višestruka oštećenja, a prate ih duševni poremećaji i oštećenja drugih organa.

3.2. UVJETI RADA I SOCIOEKONOMSKI STATUS

Uvjeti rada također utječu na vjerojatnost da će netko postati korisnikom invalidske mirovine. Iz grafikona 5 vidljivo je da se najveći pad broja ozljeda na radu dogodio između 1990. i 1992. te 2008. i 2014. kao posljedica ekonomske krize (Bađun, 2016.). Najveći se broj ozljeda na radu dogodio 1990. (44.900), a najmanji 2014. (13.785), dok ih je 2015. bilo 16.015 (HZJZ, 2016a).

GRAFIKON 5.

Ozljede na radu (u tis.) i stopa ozljeda na radu na 100.000 aktivnih osiguranika u Hrvatskoj (u tis.)



Izvor: HZJZ.

Prosjek EU-a 2014. bio je 1.536 ozljeda (bez ozljeda sa smrtnim ishodom) na 100.000 zaposlenih (Eurostat, 2016c). Hrvatska je imala manji broj ozljeda od prosjeka EU-a: 870 na 100.000 zaposlenih. Važno je istaknuti statističke probleme kod ozljeda na radu: (1) nepotpuno prijavljivanje; (2) pitanje točnosti podataka o broju zaposlenih po djelatnostima (o čemu ovisi stopa učestalosti ozljeda); (3) različito definirani obveznici prijavljivanja po zemljama (Bađun, 2016.). Kod prvog problema radi se ili o neupućenosti poslodavaca ili strahu od financijske štete za tvrtku zbog potrebnog većeg ulaganja u zaštitu na radu. Dodatan je problem siva ekonomija. U 2014. u EU-u su se dogodile ukupno 3.739 ozljede sa smrtnim ishodom. Hrvatska je imala 2,1 ozljedu na radu sa smrtnim ishodom na 100.000 zaposlenih, a prosjek EU-a bio je 1,8. Ozljede sa smrtnim ishodom uvijek se prijavljuje pa je ta statistika točnija. Zanimljivo je napomenuti da samo 3,8% korisnika invalidskih mirovina u Hrvatskoj prima mirovinu zbog ozljede na radu ili profesionalne bolesti (podaci za ožujak 2016. dobiveni temeljem Zahtjeva za pristup informacijama).

Osobe s nižim obrazovanjem vjerojatniji su korisnici invalidske mirovine. Prema podacima iz Hrvatskog registra o osobama s invaliditetom, 63% osoba s invaliditetom nema završenu osnovnu školu ili ima samo osnovnu školu, 28% ih ima srednju stručnu spremu, a samo 3% višu i visoku (HZJZ, 2016b). Hrvatska općenito ima lošu obrazovnu strukturu; prema popisu stanovništva iz

2011. godine, 31% stanovnika starijih od 15 godina ima samo osnovnu školu, nezavršenu osnovnu školu ili je bez obrazovanja (DZS, 2015.). Nažalost, podaci u obrazovnoj strukturi korisnika invalidskih mirovina nisu dostupni. Nezaposlenost također utječe na veću vjerojatnost odlaska u invalidsku mirovinu, a u Hrvatskoj je nezaposlenost jedan od najvećih gospodarskih problema. Stopa nezaposlenosti 2015. bila je 16,3% (HNB, 2016.).

3.3. RAT

Domovinski rat, ali i Drugi svjetski rat, povećali su broj korisnika invalidskih mirovina u Hrvatskoj. U Hrvatskom registru o osobama s invaliditetom krajem 2015. bilo je 60.053 branitelja s invaliditetom, od kojih je 57.566 primalo mirovinu. 87% umirovljenih HRVI prima invalidsku mirovinu zbog opće radne nesposobnosti. Registar raspoložuje podacima o najčešćim dijagnozama branitelja s invaliditetom, ali ne i o brojčanoj strukturi branitelja po dijagnozama. Pet najčešćih dijagnoza su: (a) posttraumatski stresni poremećaj (PTSP) kao posljedica zarobljavanja ili ratne traume; (b) veće ozljede mišića s funkcionalnim smetnjama; (c) klinički utvrđene neuroze i psihoze; (d) oštećenje živaca donjih ekstremiteta; (e) hernija diska nakon traume (HZJZ, 2016a).

Međutim, dostupni su podaci o braniteljima s invaliditetom po postotku oštećenja organizma (tablica 3). Oko 80% branitelja s invaliditetom ima 20-40% oštećenje organizma, dok 1,4% ima 100% oštećenje organizma. Preciznije, 851 HRVI ima 100% oštećenje, pri čemu su najčešći uzroci invaliditeta: fraktura kralježnice, amputacija jedne ili obje natkoljenice, teža oštećenja vida, amputacija jedne ili obje potkoljenice i posljedice oštećenja živaca donjih ekstremiteta.

U tablici 3 vidljiva je usporedba branitelja s invaliditetom i korisnika invalidskih prava preko HZMO-a po postotku oštećenja organizma. Dok kod branitelja s invaliditetom ima najviše korisnika s 20% oštećenjem, kod korisnika invalidskih prava preko HZMO-a dominiraju oni sa 70% oštećenja. Prema Pravilniku o utvrđivanju postotka oštećenja organizma HRVI iz Domovinskog rata, PTSP predstavlja manje od 20, 20, 30 ili 40% oštećenja organizma, pa se može pretpostaviti da većina branitelja s invaliditetom ima "samo" PTSP ili PTSP uz dodatnu dijagnozu koja predstavlja relativno malo oštećenje organizma. Prema Vladinom izvješću (Vlada RH, 2014:38) PTSP je glavni uzrok invaliditeta među HRVI. Oko 56% korisnika HRVI mirovina u dobi je između 40 i 55 godina, dok za korisnike invalidskih mirovina prema ZOMO-u dobna struktura nije objavljena. Prosječan staž korisnika HRVI mirovina 2015. bio je 20 godina i 5 mjeseci dok je kod korisnika invalidskih mirovina prema ZOMO-u (uključujući mirovine pretvorene u starosne) 3 godine duži (HZMO, 2016b).

Usprkos dužem radnom stažu i prosječno većem stupnju oštećenja organizma kod korisnika invalidskih mirovina prema ZOMO-u, njihova prosječna mirovina je oko 2,5 puta manja od HRVI mirovine. Ovdje valja još jednom napomenuti da – nažalost – nisu dostupni podaci o tjelesnom oštećenju korisnika invalidskih mirovina nego invalidskih prava, ali većina korisnika invalidskih prava prima upravo mirovinu. Isto tako, važno je ponoviti da je postotak tjelesnog oštećenja određen za samo 40% osoba koje svoja invalidska prava ostvaruju preko HZMO-a, dok je kod branitelja s invaliditetom postotak tjelesnog oštećenja određen za sve.

TABLICA 3.

Postotak oštećenja organizma branitelja s invaliditetom i osoba koje ostvaruju svoja invalidska prava preko HZMO-a (u %)

Postotak tjelesnog oštećenja	Udio u ukupnom broju branitelja s invaliditetom	Udio u broju korisnika koji svoja invalidska prava ostvaruju preko HZMO-a
100	1,4	8,9
90	0,7	0,4
80	1,5	0,7
70	2,5	37,1
60	4,6	2,8
50	7,8	5,1
40	17,4	15,3
30	25,3	29,7
20	38,8	0,0
Ukupno	100,0	100,0

Napomena: Postotak tjelesnog oštećenja određen je za samo 40% osoba koje svoja invalidska prava ostvaruju preko HZMO-a (bez branitelja).

Izvor: HZJZ (2016a).

U travnju 2016. Hrvatska je imala i 7.684 ratnih vojnih invalida 2. svjetskog rata te civilnih invalida rata i poraća (HZJZ, 2016a). Oko 55% ih je bilo starije od 75 godina, s tim da je najviše osoba sa 60% oštećenja organizma, ali je otprilike jednak udio i osoba s 30% oštećenja. Najčešće dijagnoze su: veće ozljede mišića, oštećenje vida, deformiteti glave i vrata i ožiljci koji ometaju funkciju organa. Nesporno je da rat utječe i na civile, a ne samo vojnike, ali HZMO ne vodi evidenciju civilnih invalida kao korisnika invalidskih mirovina. Državni zavod za statistiku objavljuje podatke o rashodima za prava civilnih invalida rata i članova njihovih obitelji, ali mirovine nisu uključene. U 2014. invalidska prava (osobna invalidnina, ortopedski dodatak, doplatak za pomoć i njegu, pomoć u kući) iznosila su 20,7 mil. kn (DZS, 2016.). Broj korisnika nije objavljen.

Prema Žiliću (2015.), tijekom rata u Hrvatskoj 1991.-1995. više od pola milijuna stanovnika svih narodnosti bilo je raseljeno. Raseljavanje je imalo negativan učinak na samoprocijenjeno zdravlje, na vjerojatnost sistoličke i dijastoličke hipertenzije, kao i na mentalno zdravlje. Međutim, prognaništvo i izbjeglištvo nije uzrokovalo promjenu u ponašanjima vezanim uz zdravlje već se negativni učinak kanalizirao kroz nepovoljne ekonomske uvjete s kojima su bili suočeni raseljeni pojedinci.

3.4. INSTITUCIJE

Zakonsko uređenje i provedba mirovinskog osiguranja imaju velik utjecaj na broj korisnika mirovina, a time i na razlike u izdacima za invalidske mirovine među zemljama (Marušić, 2011.). Konkretnije, zemlje mogu imati: (a) različite definicije invalidnosti i uvjete za ostvarivanje prava; (b) različito definirani minimalni stupanj smanjenja radne sposobnosti koji osigurava pravo na invalidsku mirovinu; (c) različito uređeno medicinsko vještačenje; (d) razlike u profesionalnoj rehabilitaciji; (e) različitu mirovinsku formulu; (f) razlike u tome osigurava li se mirovina samo osiguranicima u mirovinskom sustavu ili i drugim skupinama, itd.

Analiza institucionalnih razlika među zemljama nadilazi okvire ovog rada. Kad je riječ o formalnim institucijama u Hrvatskoj, valja podsjetiti na nagli skok broja korisnika mirovina prema ZOMO-u 1999., kao i na povećanje broja korisnika HRVI mirovina 2007. te smanjenje broja korisnika prema ZOMO-u 2015. U svim se navedenim slučajevima radilo o promjenama propisa. Te su promjene bile administrativne prirode, odnosno uglavnom nisu mijenjale motivaciju za traženje invalidske mirovine, već su stvorile statistički kaos. Međutim, definicije invaliditeta također su mijenjanje 1999. i 2015. (Rismondo, 2000.; Vukorepa, 2015.). Kod pretvaranja invalidskih mirovina u starosne problematično je što se starosne mirovine računaju na temelju stvarnog radnog staža (plaćenih doprinosa) dok invalidske uključuju i prirodani staž koji nije pokriven doprinosima, a sada su te mirovine svrstane zajedno (Vukorepa, 2015:294). Ta izmjena odnosi se samo na korisnike prema ZOMO-u, ne i korisnike prema posebnim propisima.

Kako bi se smanjili rashodi za invalidske mirovine uvedene su strože kontrole za ostvarivanje prava na invalidsku mirovinu, što je kao posljedicu imalo manji broj novih korisnika invalidskih mirovina počevši od 2010. (MSPM, 2014:25). Izmjenama ZOMO-a 2015. uvedena je mogućnost ad hoc kontrolnih pregleda, a obavezni liječnički pregled korisnika invalidskih mirovina obavlja se svake tri godine (ranije je bilo četiri). Nadalje, 2015. je uspostavljeno Jedinствeno tijelo vještačenja kako bi se ujednačenim ocjenama invaliditeta smanjilo zloporabe. Svaki pozitivni nalaz o smanjenju radne sposobnosti podliježe obaveznoj reviziji koja se provodi u Samostalnom sektoru za reviziju i nadzor medicinskog vještačenja u sklopu Ministarstvu rada i mirovinskoga sustava. Vještačenje u dva stupnja zapravo je uvedeno 2013., ali prije osnutka Jedinственог tijela vještačenja prvi je stupanj provodio HZMO. 2015. usvojena je Strategija za suzbijanje pogrešaka, zloporabe i korupcije na području socijalne zaštite u Republici Hrvatskoj (MSPM, 2015.). Prema tom dokumentu, 2013. je Samostalni sektor za reviziju odbio 27% novih zahtjeva za invalidsku mirovinu, a 2014. 23%. Osim toga, Samostalni sektor za reviziju provjerio je gotovo tisuću ranije ostvarenih invalidskih prava na temelju anonimnih ili neanonimnih prijava. U 40% od skoro 600 slučajeva koji se odnose na tjelesno oštećenje, mirovinska su prava smanjena ili ukinuta.

Prema Indeksu percepcije korupcije za 2015. (Transparency International, 2015.), Hrvatska je jedna od najlošije rangiranih zemalja EU-a. Osim toga, 2015. je Hrvatska bila na 121. mjestu od 142. zemlje prema indeksu socijalnog kapitala (komponenta Legatum Prosperity indeksa), što ju je svrstalo među pretežito afričke zemlje (Legatum Institute, 2015.). Indeks socijalnog kapitala mjeri uspješnost zemlje u dva područja: socijalna kohezija i angažman te društvene i obiteljske mreže. U Hrvatskoj se mnogo priča o korupciji vezano uz invalidske mirovina, ali dokaza je malo (osobito za 1990.-e).

Temeljem USKOK-ovih akcija Dijagnoza I u Splitu i Dijagnoza II u Osijeku tijekom 2008. i 2009. podnesene su optužnice protiv 18 osoba (USKOK, 2011.). U oba slučaja radilo se o nelegalnom stjecanju HRVI statusa. U Splitu je iznos mita bio od 4.200 do 6.500 eura; najveći su dio uzimali liječnik – vještak HZMO-a i liječnik – vještak u Povjerenstvu za reviziju ocjene invalidnosti pri Ministarstvu branitelja RH. U Osijeku mito je iznosilo od 5.000 do 8.000 eura, pri čemu je procijenjena šteta za proračun iznosila 3,2 mil. kuna. Sudske parnice još nisu završile, a neki su od optuženih u međuvremenu umrli. Najveći korupcijski skandal vezan uz invalidske mirovine dogodio se 2012. kad je 69 osoba optuženo za primanje i davanje mita u svrhu stjecanja invalidske mirovine. Glavni optuženik bio je voditelj odjela za medicinsko vještačenje u HZMO-u koji je odmah

priznao krivnju i dobio dvogodišnju kaznu zatvora.⁵ 58 optuženih pristalo je na nagodbu, a 10 ušlo u sudske procese. Svi su osuđeni 2015.; neki su dobili zatvorsku kaznu, a drugi uvjetnu (uglavnom davatelji mita).

Kao što je ranije navedeno, PTSP je glavna dijagnoza hrvatskih branitelja. Budući da se većina dijagnostike PTSP-a temelji na osobnom navođenju poteškoća, PTSP nije teško simulirati. Anegdotalne analize slučajeva i medicinska istraživanja pokazala su kako pojedinci falsificiraju svoj angažman u borbi i različite traume s ciljem ostvarivanja novčane koristi (Hall i Hall, 2006.). Za zdravstveno je osoblje izazov identificirati pojedince s istinskim PTSP-om i razlikovati ih od onih koji samo simuliraju. U isto vrijeme, tu postoji plodno tlo za korupciju. U radu čiji je cilj bio objasniti zašto veterani rata u Iraku i Afganistanu u velikoj mjeri traže naknade za invalidnost po osnovi PTSP-a, simuliranje je prepoznato kao jedno od najvažnijih mogućih objašnjenja (McNally i Frueh, 2013.). Drugi vrlo važan razlog su financijske potrebe, posebno među veteranima čije neodgovarajuće strukovne vještine smanjuju njihovu mogućnost dobrog zarađivanja (Angrist, Chen i Frandsen, 2010.)

Propisi (tj. ZOPHBDR) određuju način izračuna mirovine kod HRVI. Visina mirovine sigurno je motivirala branitelje koji su zadovoljavali uvjete za invalidsku mirovinu da se umirove i na taj način riješe svoj egzistencijalni status umjesto da ostanu na tržištu rada – ako im je oštećenje organizma relativno malo. Campolieti (2002.) je otkrila da je povećana izdašnost naknada za invalidnost u mirovinskom planu Kanade/Quebeca u velikoj mjeri odgovorna za porast incidencije mišićno-koštanih bolesti kod korisnika, a njih je teško dijagnosticirati. Osim toga, strože medicinsko vještačenje dovelo je do smanjenja incidencije mišićno-koštanih bolesti kod korisnika naknada za invalidnost. Zanimljivo je napomenuti da je od gotovo 600.000 veterana u SAD-u koji su primali naknadu za invalidnost krajem 2012. njih 7% imalo dijagnozu PTSP-a. Točan postotak za Hrvatsku nije dostupan, ali može se pretpostaviti da je veći jer je PTSP dominantna dijagnoza (u SAD-u je na trećem mjestu).

4. ZAKLJUČAK I PREPORUKE

Mirovinski sustav na neki je način odraz Hrvatske u ogledalu, što je osobito izraženo kod invalidskih mirovina. Preciznije, većina vodećih problema s kojima je Hrvatska suočena, odražava se na mirovinski sustav. Nedovoljno promišljen zakonski okvir, posljedice rata, loša obrazovna struktura, visoka nezaposlenost, nedovoljno dobri uvjeti rada, nejednakosti u pravima, relativno loše zdravstveno stanje građana i nedovoljna briga o vlastitom zdravlju te raširena korupcija utjecali su na činjenicu da Hrvatska ima velik broj korisnika invalidskih mirovina. Iz analize problema proizlaze i određene preporuke: (a) bolje promišljanje zakonskih promjena, jer je teško naknadno ispraviti pogreške; (b) poboljšanje uvjeta rada i zdravstvenog statusa, osobito brige pojedinaca za vlastito zdravlje; (c) poboljšanje obrazovne strukture i smanjivanje nezaposlenosti; (d) veći naglasak na profesionalnoj rehabilitaciji; (e) suzbijanje korupcije; (f) izjednačavanje u pravima po osnovi invalidnosti. Konačno, potrebno je poboljšati baze podataka, što se ponajprije odnosi na vođenje statistike o invalidskim mirovinama po skupinama bolesti.

⁵ K tome je morao vratiti državi 79.000 eura i jedan od svojih stanova vrijedan 200.000 eura. Izašao je iz zatvora nakon 1,5 godinu.

Treba proći određeno vrijeme kako bi se vidjelo konačne rezultate pozitivnih zakonskih promjena poput poboljšanja postupka medicinskog vještačenja i češćih provjera zdravstvenog stanja. Međutim, čini se da institucionalne promjene već djeluju jer je vodeći put do ranijeg umirovljenja prijevremena starosna mirovina. U budućim bi istraživanjima fokus trebao biti na mikro-podacima (npr. SHARE podaci koji će uskoro biti dostupni za Hrvatsku) kako bi se pronašlo specifične mjere zdravstvene i socijalne politike koje bi umanjile učinak socioekonomskih i zdravstvenih čimbenika na raširenost invaliditeta. Zdravlje je trenutno važna odrednica invalidskih mirovina, ali nakon što se institucionalni okvir u potpunosti dovede u red, zdravlje bi trebalo imati još veću ulogu.

REFERENCE

1. Angrist, J. D., Chen, S. H. i Frandsen, B. R., 2010. Did Vietnam veterans get sicker in the 1990s? The complicated effects of military service on self-reported health. *Journal of Public Economics*, 94(11-12), str. 824-837. doi: [10.1016/j.jpubeco.2010.06.001](https://doi.org/10.1016/j.jpubeco.2010.06.001)
2. Bađun, M., 2016. Doprinos za zaštitu zdravlja na radu. Newsletter, br. 106, str. 1-13. doi: [10.3326/nlh.2016.106](https://doi.org/10.3326/nlh.2016.106)
3. Börsch-Supan, A., Brugiavini, A. i Croda, E., 2009. The role of institutions and health in European patterns of work and retirement. *Journal of European Social Policy*, 19(4), str. 341-358. doi: [10.1177/1350506809341515](https://doi.org/10.1177/1350506809341515)
4. Campolieti, M., 2002. Moral hazard and disability insurance: On the incidence of hard-to-diagnose medical conditions in the Canada/Quebec Pension Plan disability program. *Canadian Public Policy*, 28(3), str. 419-442. doi: [10.2307/3552230](https://doi.org/10.2307/3552230)
5. Datta Gupta, N. i Larsen, M., 2007. Health shocks and retirement: the role of welfare state institutions. *European Journal of Aging*, 4(3), str. 183-190. doi: [10.1007/s10433-007-0062-4](https://doi.org/10.1007/s10433-007-0062-4)
6. De Jong, P., Lindeboom, M. i Van der Klaauw, B., 2011. Screening disability insurance applications. *Journal of the European Economic Association*, 9(1), str. 106-129. doi: [10.1111/j.1542-4774.2010.01002.x](https://doi.org/10.1111/j.1542-4774.2010.01002.x)
7. DZS, 2011. *Popis stanovništva, kućanstava i stanova 2011. godine* [online]. Dostupno na: <http://www.dzs.hr/Hrv/censuses/census2011/results/censustabshtm.htm>.
8. DZS, 2016. Socijalna zaštita u Republici Hrvatskoj u 2014. *Priopćenje*, 27. svibnja 2016., Zagreb: Državni ured za statistiku.
9. Eurostat, 2016a. *Social protection* [online]. Dostupno na: <http://ec.europa.eu/eurostat/web/social-protection/data/database>.
10. Eurostat, 2016b. *Health status and determinants* [online]. Dostupno na: <http://ec.europa.eu/eurostat/web/health/health-status-determinants/data/database>.
11. Eurostat, 2016c. *Health and safety at work* [online]. Dostupno na: <http://ec.europa.eu/eurostat/web/health/health-safety-work>.
12. Falkstedt, D. [i sur.], 2016. Do working conditions explain the increased risks of disability pension among men and women with low education? A follow-up of Swedish cohorts. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 40(5), str. 483-492. doi: [10.5271/sjweh.3441](https://doi.org/10.5271/sjweh.3441)
13. Gjesdal, S. [i sur.], 2004. Predictors of disability pension in long-term sickness absence: results from a population-based and prospective study in Norway 1994-1999. *European Journal of Public Health*, 14(4), str. 398-405. doi: [10.1093/eurpub/14.4.398](https://doi.org/10.1093/eurpub/14.4.398)
14. Gravseth, H. M. [i sur.], 2007. Life course determinants for early disability pension: a follow-up of Norwegian men and women born 1967-1976. *European Journal of Epidemiology*, 22(8), str. 533-543. doi: [10.1007/s10654-007-9139-9](https://doi.org/10.1007/s10654-007-9139-9)
15. Hall, R. C. W. i Hall, R. C. W., 2006. Malingering of PTSD: forensic and diagnostic considerations, characteristics of malingerers and clinical presentations. *General Hospital Psychiatry*, 28(6), str. 525-535. doi: [10.1016/j.genhosppsych.2006.08.011](https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2006.08.011)
16. Hanel, B., 2012. The effect of disability pension incentives on early retirement decisions. *Labour Economics*, 19(4), str. 595-607. doi: [10.1016/j.labeco.2012.05.011](https://doi.org/10.1016/j.labeco.2012.05.011)
17. HNB, 2016. *Glavni makroekonomski indikatori* [online]. Dostupno na: <http://www.hnb.hr/statistika/glavni-makroekonomski-indikatori>.
18. HZJZ, 2016a. *Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2015. godinu*. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo.
19. HZJZ, 2016b. *Izveštje o osobama s invaliditetom u Republici Hrvatskoj*. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo.
20. HZMO, 2015. *Statističke informacije*. Zagreb: Hrvatski zavod za mirovinsko osiguranje.

21. HZMO, 2016a. *Izvešće o radu i poslovanju Hrvatskog zavoda za mirovinsko osiguranje za 2015.* Zagreb: Hrvatski zavod za mirovinsko osiguranje.
22. HZMO, 2016b. *Statističke informacije.* Zagreb: Hrvatski zavod za mirovinsko osiguranje.
23. Karlsson, N. E. [i sur.], 2008. Risk factors for disability pension in a population-based cohort of men and women on long-term sick leave in Sweden. *European Journal of Public Health*, 18(3), str. 224-231. doi: [10.1093/eurpub/ckm128](https://doi.org/10.1093/eurpub/ckm128)
24. Krokstad, S. [i sur.], 2004. The importance of social characteristics of communities for the medically based disability pension. *European Journal of Public Health*, 14(4), str. 406-412. doi: [10.1093/eurpub/14.4.406](https://doi.org/10.1093/eurpub/14.4.406)
25. Krokstad, S. i Westin, S. 2004. Disability in society – medical and non-medical determinants for disability pension in a Norwegian total country population study. *Social Science and Medicine*, 58(10), str. 1837-1848. doi: [10.1016/S0277-9536\(03\)00409-X](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(03)00409-X)
26. Legatum Institute, 2015. *2015 Legatum Prosperity Index* [online]. Dostupno na: <http://www.li.com/activities/publications/2015-legatum-prosperity-index>.
27. Marušić, Lj., 2011. *Institut invalidnosti u mirovinskom osiguranju* [online]. Dostupno na: <http://www.ijf.hr/upload/files/file/AMS/zbornik.pdf>.
28. McNally, R.J. i Frueh, B.C., 2013. Why are Iraq and Afghanistan War veterans seeking PTSD disability compensation at unprecedented rates?. *Journal of Anxiety Disorders*, 27(5), str. 520-526. doi: [10.1016/j.janxdis.2013.07.002](https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.07.002)
29. MSPM, 2014. *Nacionalno socijalno izvješće 2014.* Zagreb: Ministarstvo socijalne politike i mladih.
30. MSPM, 2015. *Strategija za suzbijanje pogrešaka, zlouporabe i korupcije na području socijalne zaštite u Republici Hrvatskoj za razdoblje od 2015. do 2020. godine.* Zagreb: Ministarstvo socijalne politike i mladih.
31. North, D. C., 1994. Economic Performance Through Time. *The American Economic Review*, 84(3), str. 359-368.
32. OECD, 2003. *Transforming Disability into Ability.* Paris: OECD.
33. Österberg, T. i Gustafsson, B., 2006. Disability pension among immigrants in Sweden. *Social Science and Medicine*, 63(3), str. 805-816. doi: [10.1016/j.socscimed.2006.02.009](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.02.009)
34. Rismondo, M., 2000. Definicija invalidnosti i njezin razvoj u hrvatskom mirovinskom osiguranju. *Revija za socijalnu politiku*, 7(3), str. 299-309. doi: [10.3935/rsp.v7i3.243](https://doi.org/10.3935/rsp.v7i3.243)
35. Robroek, S. J. [i sur.], 2013. Poor health, unhealthy behaviors, and unfavorable work characteristics influence pathways of exit from paid employment among older workers in Europe: a four year follow-up study. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 39(2), str. 125-133. doi: [10.5271/sjweh.3319](https://doi.org/10.5271/sjweh.3319)
36. Staubli, S., 2011. The impact of stricter criteria for disability insurance on labor force participation. *Journal of Public Economics*, 95(9-10), str. 1223-1235. doi: [10.1016/j.jpubeco.2011.05.008](https://doi.org/10.1016/j.jpubeco.2011.05.008)
37. Transparency International, 2015. *Corruption Perceptions Index 2015* [online]. Dostupno na: <http://www.transparency.org/cpi2015>.
38. Upmark, M. [i sur.], 2001. Conditions during childhood and adolescence as explanations of social class differences in disability pension among young men. *Scandinavian Journal of Public Health*, 29(2), str. 96-103. doi: [10.1177/14034948010290020601](https://doi.org/10.1177/14034948010290020601)
39. USKOK, 2008. *Priopćenja.* Zagreb: Ured za suzbijanje korupcije i organiziranog kriminaliteta.
40. Vlada RH, 2014. *Izvešće o provedbi Zakona o pravima hrvatskih branitelja iz Domovinskog rata i članova njihovih obitelji za 2013. godinu.* Zagreb: Vlada Republike Hrvatske.
41. Vukorepa, I., 2015. Lost between Sustainability and Adequacy: Critical Analysis of the Croatian Pension System's Parametric Reform. *Revija za socijalnu politiku*, 22(3), str. 279-308. doi: [10.3935/rsp.v22i3.1307](https://doi.org/10.3935/rsp.v22i3.1307)

42. WHO, 2016. *European Health for All Database (HFA-DB)* [online]. Dostupno na: <http://data.euro.who.int/hfad/>.
43. Zakon o mirovinskom osiguranju, NN 02/98, 127/00, 109/01, 147/02, 117/03, 30/04, 177/04, 92/05, 43/07, 79/07, 35/08, 40/10, 121/10, 157/13, 151/14, 33/15, 93/15. Zagreb: Narodne novine.
44. Zakon o pravima hrvatskih branitelja iz Domovinskog rata i članova njihovih obitelji, NN 174/04, 92/05, 02/07, 107/07, 65/09, 137/09, 146/10, 55/11, 140/12, 19/13, 33/13, 148/13, 92/14. Zagreb: Narodne novine.
45. Žilić, I., 2015. Effect of forced displacement on health. *EIZ Working Papers*, br. EIZ-WP-1503.