Izvorni znanstveni rad
Prihvaćeno: 24. rujna 2026.
https://doi.org/10.20901/pm.63.3.07

Sustavne prepreke implementaciji zdravstvenih politika: analiza politika prevencije kardiovaskularnih bolesti u Hrvatskoj

DAGMAR RADIN, LOVRE KLARIN
Sveučilište u Zagrebu, Fakultet političkih znanosti

Sažetak

Ovaj rad istražuje razloge zbog kojih hrvatske zdravstvene politike nisu uspješne u prevenciji i smanjenju incidencije kardiovaskularnih bolesti, vodećeg uzroka smrti u Hrvatskoj. Kvalitativno istraživanje uključuje tematsku analizu strateških i normativnih dokumenata od 2012. do 2025. godine te polustrukturirane intervjue s kreatorima politika i "uličnim birokratima", akterima koji su neposredno uključeni u provedbu preventivnih mjera. Rezultati pokazuju da su ključne prepreke uspješnoj implementaciji nedostatak političke podrške, ograničeni institucionalni i financijski kapaciteti, slaba unutarsektorska i međusektorska koordinacija te izostanak sustavne evaluacije učinaka postojećih politika. Posebno se naglašava nesklad između formalno definiranih strateških ciljeva i njihove provedbe na terenu, što dovodi do fragmentiranih i neodrživih preventivnih intervencija. Rad zaključuje da unapređenje politika prevencije kardiovaskularnih bolesti zahtijeva jačanje kapaciteta uličnih birokrata, jasnije mehanizme vertikalne komunikacije između razina vlasti te razvoj institucionalizirane međusektorske suradnje i evaluacijskih mehanizama. Integriran i koordiniran pristup može dugoročno smanjiti smrtnost i poboljšati zdravstvene ishode prema današnjim standardima razvijenijih europskih zemalja.

Ključne riječi: kardiovaskularne bolesti, zdravstvene politike, prevencija, implementacija politika, institucije, međusektorska suradnja, ulični birokrati

1. Uvod

Tijekom prošlog stoljeća svijet je ostvario izniman napredak u razumijevanju, dijagnostici i liječenju kardiovaskularnih bolesti te danas postoji opsežno znanstveno znanje o njihovim uzrocima, rizičnim faktorima i mogućnostima prevencije. Poznato je da značajan dio kardiovaskularnog opterećenja proizlazi iz promjenjivih čimbeni-

ka poput pušenja, pretilosti, nepravilne prehrane, tjelesne neaktivnosti, hipertenzije i dijabetesa (Payne, 2012, str. 396–398) kao i da se velik dio prijevremenih smrti može izbjeći pravodobnim preventivnim intervencijama i učinkovitim javnozdravstvenim politikama (OECD, 2023, str. 12). Međutim, kardiovaskularne bolesti i dalje su vodeći uzrok smrti u gotovo svim europskim zemljama te su odgovorne za približno 18 milijuna smrti godišnje na globalnoj razini (WHR, 2023, str. 7–9).

Taj paradoks otvara jedno od temeljnih pitanja suvremenog javnog zdravstva: zašto bolesti koje su u velikoj mjeri preventabilne uzrokuju tako velik broj smrti? Odgovor na to pitanje nije moguće pronaći isključivo u biologiji bolesti, ponašanju pojedinaca ili razini medicinskog razvoja. Naime, sve veći broj istraživanja ukazuje kako zdravstveni ishodi nisu rezultat samo individualnih odluka i kliničke skrbi, već i sposobnosti institucija da oblikuju, koordiniraju i provode javne politike usmjerene na zaštitu zdravlja stanovništva. Drugim riječima, uspjeh prevencije ne ovisi samo o tome što država planira učiniti, nego prvenstveno o tome što je sposobna provesti (Solar i Irwin, 2010; Kickbusch i Gleicher, 2012; Mensah *et al*., 2017; Greer *et al*., 2022).

Prevencija kardiovaskularnih bolesti pritom nije ograničena na zdravstveni sustav. Na rizične faktore djeluju i politike iz drugih područja, primjerice porezna politika, zakonska regulacija duhanskih i prehrambenih proizvoda, obrazovna politika, urbanističko i prometno planiranje te različiti sustavi zabrana, subvencija i drugih regulatornih instrumenata kojima država raspolaže. Ovo istraživanje, međutim, ne analizira cjelokupan skup takvih javnih politika, nego je njegov neposredni predmet zdravstveni sustav, odnosno zdravstvene ustanove, zdravstveni radnici i institucije odgovorne za oblikovanje i provedbu preventivnih zdravstvenih politika. Politike drugih sektora razmatraju se samo u mjeri u kojoj njihova provedba zahtijeva izravnu koordinaciju sa zdravstvenim sustavom ili utječe na sposobnost zdravstvenih institucija da ostvaruju ciljeve prevencije kardiovaskularnih bolesti.

U okviru tako definiranog područja istraživanja, središnji je fokus rada primarna prevencija kardiovaskularnih bolesti unutar zdravstvenog sustava. Potrebno ju je razlikovati od primordijalne prevencije, koja je usmjerena na prevenciju rizičnih faktora i očuvanje povoljnog kardiovaskularnog profila prije razvoja hipertenzije, pretilosti, dislipidemije, dijabetesa i drugih čimbenika koji povećavaju rizik od kardiovaskularnih bolesti. Nasuprot tome, primarna prevencija nastoji spriječiti razvoj klinički manifestne bolesti kod osoba kod kojih su takvi čimbenici već prisutni (Claas i Arnett, 2016; Gupta i Wood, 2019). Uz primordijalnu i primarnu razlikujemo i sekundarnu, tercijarnu i kvartarnu prevenciju. Sekundarna prevencija odnosi se na rano otkrivanje bolesti i pravodobno liječenje s ciljem sprječavanja njezina daljnjeg razvoja i komplikacija, tercijarna prevencija usmjerena je na osobe s već razvijenom bolešću te nastoji smanjiti posljedice bolesti, spriječiti ponovne kardio-

vaskularne događaje i očuvati funkcionalnu sposobnost i kvalitetu života, a kvartarna prevencija usmjerena je na sprječavanje nepotrebnih medicinskih intervencija, prekomjerne dijagnostike i liječenja te na zaštitu bolesnika od mogućih štetnih posljedica zdravstvene skrbi (*ibid*.).

U ovom se radu naglasak stavlja na implementaciju primarne prevencije kroz zdravstvene ustanove i djelovanje zdravstvenih radnika, uključujući prepoznavanje i procjenu kardiovaskularnog rizika te djelovanje na promjenjive čimbenike koji ga povećavaju poput arterijske hipertenzije, dijabetesa, pretilosti, pušenja, tjelesne neaktivnosti i nepravilne prehrane. Primordijalne i šire populacijske intervencije poput fiskalnih i regulatornih mjera te intervencija u području obrazovanja i urbanizma predstavljaju širi javnopolitički kontekst rada i razmatraju se prvenstveno kroz vizuru međusektorske suradnje.

Upravo se unutar tako definiranog područja istraživanja očituje jedan od središnjih problema hrvatskog zdravstvenog sustava: usprkos brojnim strategijama, akcijskim planovima, nacionalnim programima i javnozdravstvenim inicijativama usmjerenima na prevenciju kroničnih nezaraznih bolesti, kardiovaskularne bolesti i dalje su vodeći pojedinačni uzrok smrti te su odgovorne za približno 37% svih smrti u zemlji (Eurostat, 2025a). Hrvatska istodobno bilježi visoke stope pretilosti, hipertenzije, dijabetesa i pušenja, dok prema pokazateljima preventabilne smrtnosti zaostaje za većinom razvijenih europskih država, što upućuje na raskorak između deklariranih političkih ciljeva i stvarnih zdravstvenih ishoda (Kern *et al*., 2005; Carević *et al*., 2007; Cherla *et al*., 2024).

Dosadašnja istraživanja kardiovaskularnih bolesti uglavnom su bila usmjerena na epidemiološke trendove, kliničke intervencije i individualne rizične faktore. Nasuprot tome, znatno manje pozornosti posvećivalo se pitanju kako institucije, organizacijske strukture i procesi implementacije oblikuju uspješnost preventivnih politika. Prema tome, nedovoljno je istraženo zbog čega politike koje na normativnoj razini djeluju logično, stručno utemeljeno i društveno opravdano često ne uspijevaju proizvesti očekivane rezultate u praksi. Polazeći od tog istraživačkog jaza, u ovom istraživanju se kardiovaskularne bolesti promatraju ne samo kao zdravstveni nego i kao javnopolitički problem. Temeljna pretpostavka istraživanja jest da se ograničena uspješnost hrvatskih politika prevencije kardiovaskularnih bolesti ne može objasniti isključivo ponašanjem građana ili nedostatkom stručnog znanja, već prvenstveno institucionalnim i provedbenim preprekama koje nastaju tijekom implementacije javnih politika. Dakle, pitanje nije znamo li kako spriječiti kardiovaskularne bolesti, nego zašto postojeće politike ne uspijevaju pretvoriti to znanje u održive zdravstvene ishode.

Kako bi odgovorilo na temeljno istraživačko pitanje koje su institucionalne i provedbene prepreke uzroci ograničene implementacije politika primarne preven-

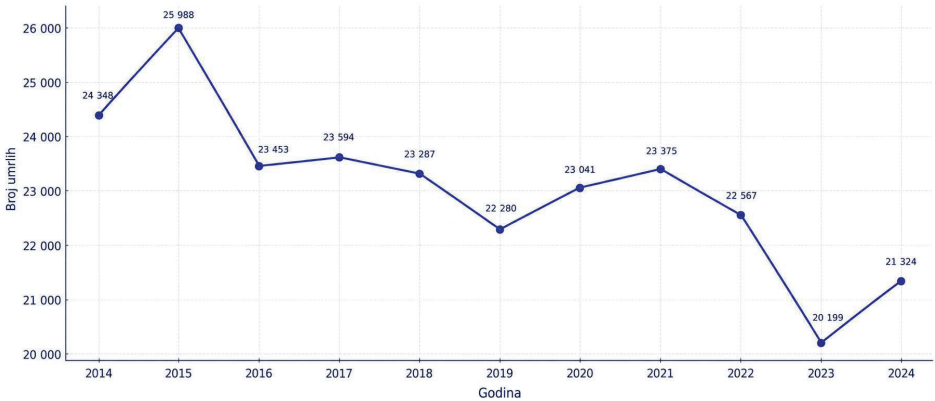
cije kardiovaskularnih bolesti unutar hrvatskog zdravstvenog sustava, ovo istraživanje analizira ključne institucionalne čimbenike koji ograničavaju učinkovitost hrvatskih zdravstvenih politika usmjerenih na prevenciju kardiovaskularnih bolesti. Odgovor na istraživačko pitanje tražimo kroz teorijsku prizmu implementacije javnih politika, koncept ulične birokracije te pristupe koji naglašavaju važnost međusektorske suradnje u rješavanju kompleksnih društvenih problema. U središtu analize je teza da uspjeh javnih politika ne ovisi isključivo o njihovu formalnom sadržaju, nego i o kapacitetu institucija da koordiniraju aktere, mobiliziraju resurse i osiguraju dosljednu provedbu mjera na svim razinama sustava.

Važnost istraživanja dodatno naglašavaju buduće projekcije, jer bi do 2050. godine prevalencija kardiovaskularnih bolesti u Europi mogla porasti za gotovo 90% zbog starenja stanovništva i sve veće prisutnosti rizičnih faktora (OECD, 2025, str. 17). Posljedično se može očekivati da će rasti i zdravstveni izdaci, gubici produktivnosti te ukupni društveni troškovi bolesti. U takvim okolnostima pitanje učinkovitosti preventivnih politika nije više isključivo zdravstveno pitanje, već postaje pitanje dugoročne održivosti zdravstvenog sustava, gospodarskog razvoja i društvenog blagostanja. Upravo stoga razumijevanje institucionalnih razloga zbog kojih postojeće politike ne ostvaruju očekivane rezultate predstavlja važan znanstveni i praktični preduvjet za oblikovanje učinkovitijih javnih intervencija u budućnosti.

2. Epidemiologija i posljedice kardiovaskularnih bolesti u Hrvatskoj

Kardiovaskularne bolesti su vodeći uzrok smrti i u Hrvatskoj i u većini zemalja Europske unije. Prisutnost tih bolesti ne ogleda se samo u visokom broju smrtnih ishoda, nego i u značajnom teretu kroničnog morbiditeta, smanjenju kvalitete života te značajnim troškovima zdravstvenog sustava. Posebno zabrinjava činjenica da kardiovaskularne bolesti sve češće zahvaćaju mlađe generacije, čime dodatno utječu na ekonomiju i društvo (Sun *et al*., 2023, str. 5). Analiza mortaliteta od kardiovaskularnih bolesti u Hrvatskoj od 2014. do 2024. godine (Grafikon 1.) pokazuje blag silazni trend: broj umrlih smanjio se s 24 348 na 21 324, bez izraženijeg epidemiološkog pomaka. Pritom je važno razlikovati apsolutni broj umrlih od grube i dobno standardizirane stope smrtnosti. Gruba stopa stavlja broj umrlih u odnos prema veličini stanovništva, a dobno standardizirana stopa dodatno uzima u obzir razlike u dobnoj strukturi stanovništva te je prikladnija za usporedbe kroz vrijeme i među populacijama. Budući da Grafikon 1. prikazuje apsolutni broj umrlih, uočeno smanjenje ne može se izravno tumačiti kao jednako smanjenje rizika od smrti od kardiovaskularnih bolesti. Na prikazane vrijednosti mogu utjecati promjene u veličini i dobnoj strukturi stanovništva, smrtnost od drugih uzroka te kvaliteta, potpunost i način evidentiranja uzroka smrti.

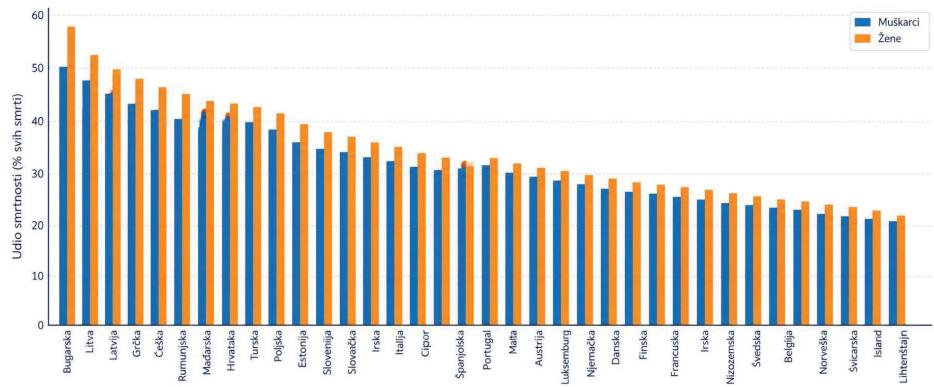
Grafikon 1. Broj umrlih od bolesti cirkulacijskog sustava (I00-I99) u Hrvatskoj od 2014. do 2024.



Izvor: izradili autori prema Eurostat (2025a).

Kardiovaskularne bolesti uzrokuju 36,8% ukupne smrtnosti u Hrvatskoj, što je iznad europskog prosjeka od 32,4% i svrstava Hrvatsku među države Europske unije s izraženijim mortalitetnim opterećenjem; stope su niže nego u Rumunjskoj, Bugarskoj i Latviji, a više nego u zapadnoeuropskim zemljama poput Francuske, Belgije i Danske (Grafikon 2.). U Hrvatskoj se udio smrti od kardiovaskularnih

Grafikon 2. Udio umrlih od kardiovaskularnih bolesti prema spolu u europskim zemljama (2022.)



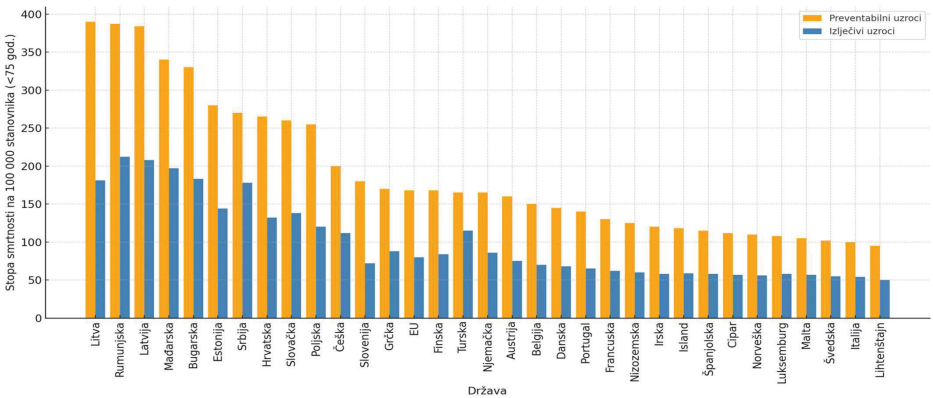
Izvor: izradili autori prema Eurostat (2022b).

bolesti u ukupnoj smrtnosti razlikuje i prema spolu (41,7% među ženama i 27,7% među muškarcima). Razlike je potrebno tumačiti uzimajući u obzir dobnu strukturu stanovništva, strukturu uzroka smrti i druge demografske i zdravstvene čimbenike. Iako literatura prepoznaje i određene spolno specifične čimbenike kardiovaskularnog rizika, iz prikazanih podataka nije moguće procijeniti njihov zaseban doprinos uočenim razlikama između žena i muškaraca (Garcia *et al*., 2016, str. 1278–1285).

Promatrajući stope smrtnosti od preventivnih i izlječivih uzroka smrti prikazane u Grafikonu 3., vidljivo je da je Hrvatska sa stopom preventabilne smrtnosti od približno 400 na 100 000 stanovnika znatno iznad prosjeka Europske unije (približno 280 na 100 000 stanovnika). Visoka stopa izlječive smrtnosti od približno 260 na 100 000 stanovnika također upućuje na značajan prostor za unaprjeđenje zdravstvenih ishoda. Dok povišena stopa preventabilne smrtnosti može ukazivati na potrebu za snažnijim javnozdravstvenim djelovanjem usmjerenim na smanjenje izloženosti promjenjivim rizičnim faktorima, visoka stopa izlječive smrtnosti može upućivati na to da ima prostora za poboljšanje pravodobnosti i učinkovitosti zdravstvene skrbi. Ipak, navedene pokazatelje potrebno je tumačiti s oprezom jer sami po sebi ne omogućuju utvrđivanje konkretnih uzroka nepovoljnih ishoda niti opravdavaju izravno povezivanje viših stopa sa zakašnjelom dijagnostikom, slabijom dostupnošću zdravstvene zaštite ili neujednačenom pokrivenošću specijalističkom skrbi. Za takve zaključke bila bi potrebna dodatna analiza organizacijskih, demografskih, kliničkih i drugih obilježja zdravstvenog sustava (OECD, 2023, str. 12).

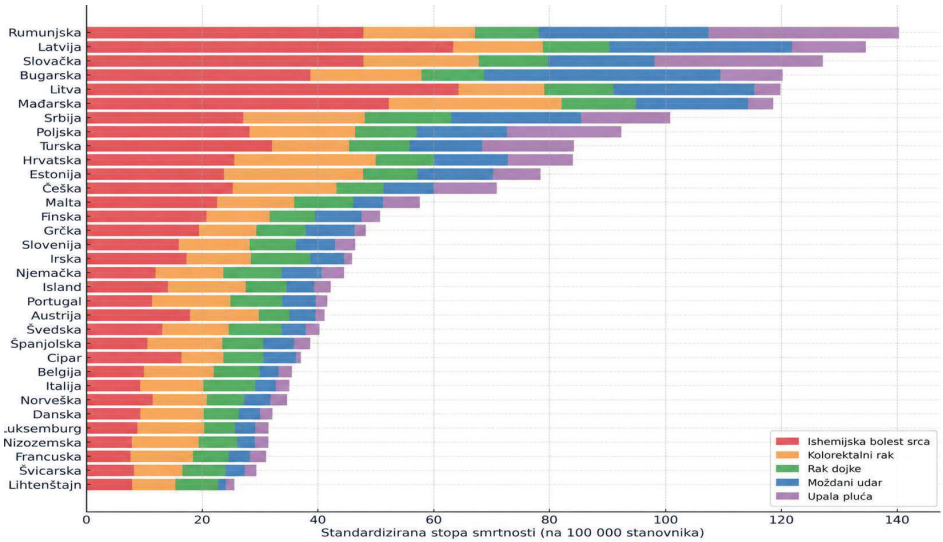
Ishemijska bolest srca u Hrvatskoj je vodeći izlječivi uzrok smrti (Grafikon 4.), sa stopom od oko 80 smrti na 100 000 stanovnika, što je približno dvostruko više

Grafikon 3. Stope smrtnosti od preventabilnih i izlječivih uzroka u Europi (2022.)



Izvor: izradili autori prema Eurostat (2022a).

Grafikon 4. Pet vodećih izlječivih uzročnika smrti kod osoba mlađih od 75 godina u Europi (2022.)

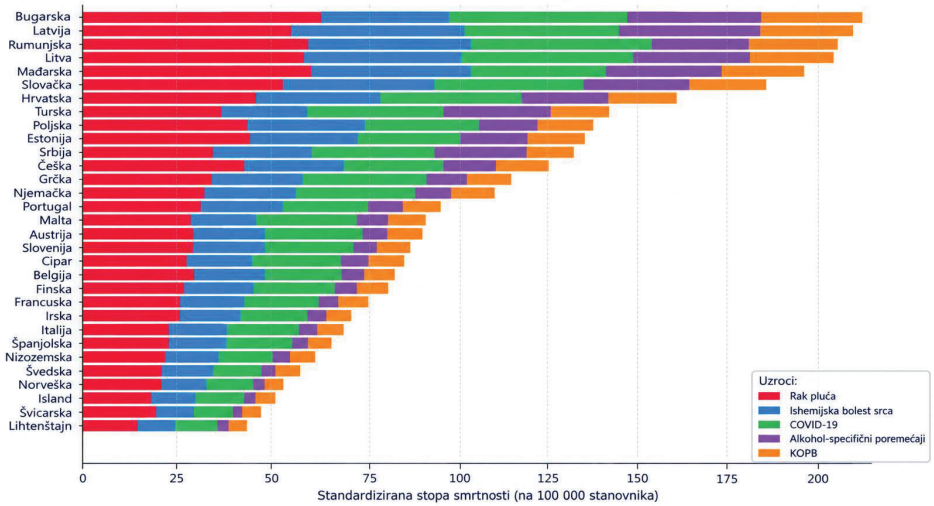


Izvor: izradili autori prema Eurostat (2024b).

u odnosu na zemlje s najnižim stopama poput Švicarske, Francuske i Lihtenštajna (Eurostat, 2025a). U kategoriji preventabilnih uzroka smrti (Grafikon 5.) Hrvatska zauzima još nepovoljniji položaj, sa stopom od približno 140 smrti na 100 000 stanovnika, pri čemu je vodeći uzrok rak pluća, a slijede ishemijska bolest srca, poremećaji povezani s konzumacijom alkohola i drugi. Istodobna prisutnost ishemijske bolesti srca među vodećim uzrocima i izlječive i preventabilne smrtnosti ukazuje na neostvareni zdravstveni potencijal s obzirom na to da se njezina incidencija i smrtnost mogu značajno smanjiti učinkovitim preventivnim mjerama, pravodobnom dijagnostikom i adekvatnim liječenjem **(**Cherla *et al*., 2024).

Kardiovaskularne bolesti bit će jedan od najvećih javnozdravstvenih i ekonomskih tereta u narednim desetljećima, a projekcije pokazuju da bi se između 2025. i 2050. godine prevalencija kardiovaskularnih bolesti u Europi mogla povećati za čak 90% (OECD, 2025, str. 182). Glavni pokretač tog trenda je ubrzano starenje stanovništva te će, prema projekcijama, udio osoba starijih od 65 godina porasti s 20% u 2024. godini na gotovo 30% 2050. godine (*ibid*., str. 37). Očekuje se značajan porast broja hospitalizacija, potrebe za dugotrajnom skrbi te potrošnje zdravstvenih resursa, a posebno zabrinjava rast prevalencije pretilosti, dijabetesa i metaboličkog sindroma (*ibid*., str. 17).

Grafikon 5. Pet vodećih preventabilnih uzročnika smrti kod osoba mlađih od 75 godina u Europi (2022.)



Izvor: izradili autori prema Eurostat (2024a).

Sve veća opterećenost kardiovaskularnim bolestima imat će značajne posljedice i za gospodarstvo. Već danas ukupni ekonomski trošak kardiovaskularnih bolesti u Europskoj uniji iznosi približno 282 milijarde eura godišnje (*ibid*., str. 103–104). Budućnost borbe protiv kardiovaskularnih bolesti neće ovisiti isključivo o napretku medicinskih tehnologija, već prvenstveno o sposobnosti država da preventivnim politikama, međusektorskom suradnjom i ranim otkrivanjem bolesti smanje izloženost stanovništva rizičnim faktorima te ublaže očekivani rast opterećenja tim bolestima (*ibid*., str. 3, 17–18).

3. Oblikovanje i implementacija javnih politika: teorijski okvir i uloga provedbenih aktera

3.1. Teorija javnih politika

S obzirom na razmjere i posljedice kardiovaskularnih bolesti za pojedince i društvo, javne politike su temeljni instrument sustavnog djelovanja države usmjerenog na zaštitu i unapređenje zdravlja stanovništva (Birkland, 2016, str. 8–12). Proces oblikovanja javnih politika složen je i višefazan, a jedan od najutjecajnijih analitičkih okvira predstavlja fazni model, koji je izvorno razvio Lasswell (1956), a kasnije je pojednostavljen u pet temeljnih faza: postavljanje agende, formulaciju

politika, političko odlučivanje, implementaciju i evaluaciju (Jann i Wegrich, 2007, str. 41–43).

Ciklus javnih politika započinje definiranjem društvenog problema i njegovim postavljanjem na političku agendu, jer država može intervenirati tek kad se određeni problem prepozna kao društveno relevantan i kad privuče pozornost političkih aktera (*ibid*., str. 47–48). Jedno od najutjecajnijih teorijskih objašnjenja procesa dolaska pitanja na političku agendu je Kingdonova teorija višestrukih tokova, izvorno razvijena 1984. godine, koja se nadovezuje na model "kante za smeće" Cohena, Marcha i Olsena (1972), razvijen radi objašnjenja procesa odlučivanja u uvjetima organizirane anarhije. Polazeći od tog konceptualnog okvira, Kingdon razlikuje tri relativno neovisna toka: tok problema, tok politika i tok politike, čije se privremeno podudaranje očituje u otvaranju "prozora prilike", odnosno u prigodi za donošenje javne politike (Kingdon, 2014, str. 82–88).

Nakon postavljanja problema na političku agendu slijede formulacija politika i političko odlučivanje, tijekom kojih različiti akteri pregovaranjem i usklađivanjem interesa oblikuju mjere i osiguravaju njihovu formalnu legitimaciju (Jann i Wegrich, 2007, str. 48–49; Sabatier, 1999, str. 15). Međutim, usvajanje političkih odluka i strateških dokumenata ne jamči njihovu uspješnu provedbu ni ostvarivanje željenih društvenih učinaka. U literaturi javnih politika ističe se postojanje provedbenog jaza između formuliranih ciljeva i stvarnih rezultata, pa tako uspješnost politike ovisi o institucionalnim kapacitetima, koordinacijskim mehanizmima i djelovanju provedbenih aktera tijekom implementacije (Pressman i Wildavsky, 1973, str. 146–147; Hupe *et al*., 2014, str. 14–18). Stoga je donošenje politika u području prevencije kardiovaskularnih bolesti nužan, ali ne i dovoljan preduvjet za ostvarivanje željenih zdravstvenih ishoda.

Zbog toga je implementacija najvažnija i najosjetljivija faza: u njoj se donesene odluke prevode u konkretne aktivnosti. Ona nije mehanički prijenos odluka s vrha prema nižim razinama upravljanja, već složen proces koordinacije različitih institucija, razina vlasti i aktera uključenih u provedbu politike (Pressman i Wildavsky, 1973, str. 84–86) te obuhvaća sve što se događa između političke odluke i njezinih učinaka u stvarnom svijetu (Sabatier i Mazmanian, 1980, str. 541–544). Morala bi obuhvaćati definiranje programa i odgovornosti, raspodjelu resursa te donošenje operativnih odluka na terenu. Tek su istraživanja 1970-ih godina, osobito analiza programa zapošljavanja manjina u Oaklandu, pokazala da usvajanje zakona ne znači automatski i uspješnu provedbu politike (Pressman i Wildavsky, 1973; Sabatier i Mazmanian, 1980, str. 552–556). Neuspjesi implementacije često proizlaze iz pogrešnih pretpostavki ugrađenih u dizajn politike (Pressman i Wildavsky, 1973, str. 92). U tom se kontekstu razvija pristup "odozdo prema gore", koji naglašava ulogu uličnih birokrata u oblikovanju stvarnih ishoda politika (Lipsky, 2010, str. 12–15).

Na uspješnost provedbe utječu brojni čimbenici, uključujući jasnoću i konzistentnost ciljeva politike, raspoloživost financijskih i ljudskih resursa, kvalitetu međuinstitucionalne koordinacije te stupanj političke potpore tijekom vremena (Sabatier i Mazmanian, 1980, str. 540–541). Složenost provedbe dodatno raste kada politika uključuje velik broj organizacija i višestruke "točke odlučivanja", a svaka razina upravljanja može usporiti, izmijeniti ili djelomično preoblikovati prvotne političke namjere (Pressman i Wildavsky, 1973, str. 93–96). U takvim okolnostima provedbeni akteri ne djeluju isključivo kao pasivni izvršitelji odluka, već do određenog stupnja prilagođavaju mjere konkretnim okolnostima, potrebama korisnika i vlastitim organizacijskim kapacitetima (Lipsky, 2010, str. 13–18). Stoga se konačni ishodi javnih politika često razlikuju od početno postavljenih ciljeva, što implementaciju čini ne samo administrativnom već i političkom i interpretativnom fazom procesa javnih politika (Hupe *et al*., 2014, str. 164–166).

Posljednja faza je evaluacija, odnosno sustavna procjena instrumenata, aktivnosti i ostvarenih rezultata javne politike (Wollmann, 2003, str. 388–389). Ona služi prepoznavanju neplaniranih posljedica, nedostataka i mogućnosti unapređenja politike te bi trebala biti prisutna tijekom cijelog procesa odlučivanja, kako *ex ante* tako i *ex post* (Peters, 2015, str. 142). Unatoč tome, ukidanje postojećih politika relativno je rijetko jer politički akteri često imaju snažnije poticaje za pokretanje novih programa nego za priznanje neuspjeha postojećih politika (Bauer i Knill, 2014, str. 217–221).

Upravo iz spoznaje da se javne politike tijekom provedbe neizbježno prilagođavaju specifičnim institucionalnim i društvenim okolnostima proizlazi povećani interes za aktere koji djeluju na razini neposrednog pružanja javnih usluga, a to su tzv. ulični birokrati. Njihova pozicija između formalno definiranih političkih ciljeva i konkretnih potreba korisnika čini ih ključnim posrednicima u procesu implementacije, te se stoga u literaturi javnih politika tom konceptu posvećuje sve veća pozornost (Pülzl i Treib, 2007, str. 92–93). Kako se često nalaze u situacijama koje zahtijevaju visoku razinu fleksibilnosti i adaptacije, osobito u uvjetima ograničenih resursa, možemo ih smatrati i kreatorima politika (Davidovitz i Cohen, 2022, str. 284–288).

U području preventivnih zdravstvenih politika izazovi implementacije osobito dolaze do izražaja zbog njihove dugoročne prirode, potrebe za kontinuiranim međusektorskim djelovanjem te ovisnosti o kapacitetima provedbenih aktera. U uvjetima ograničenih organizacijskih, financijskih i kadrovskih resursa, kao i nedostatka operativnih smjernica prilagođenih lokalnim okolnostima i dugoročne političke podrške, preventivne intervencije nerijetko su fragmentirane i diskontinuirane, pri čemu se naglasak premješta s ostvarivanja javnozdravstvenih ishoda na zadovoljavanje formalnih provedbenih zahtjeva. Empirijski nalazi na razini primarne zdrav-

stvene zaštite često percipiraju preventivne aktivnosti kao dodatni zahtjev unutar već opterećenih radnih procesa, zbog čega njihova provedba u značajnoj mjeri ovisi o individualnom entuzijazmu i sposobnosti prilagodbe specifičnostima lokalnog konteksta (George *et al*., 2016; Ndejjo *et al*., 2020). Njihova učinkovitost uvjetovana je vertikalnim odnosima odgovornosti prema hijerarhijski nadređenim strukturama te horizontalnim obrascima suradnje s drugim organizacijama, stručnim zajednicama i lokalnim dionicima. Slijedom toga, uspješnost implementacije uvelike ovisi o razini institucionalne koordinacije, kvaliteti komunikacijskih mehanizama i stupnju međusobnog povjerenja kreatora i provoditelja politika (Hupe i Hill, 2007, str. 280–288).

Međutim, činjenica da ulični birokrati raspolažu značajnim stupnjem diskrecije te istodobno djeluju unutar složenih vertikalnih i horizontalnih institucionalnih mreža otvara pitanje načina na koji se njihov rad usmjerava, koordinira i vrednuje. Iako u konačnici oni određuju kako će se javne politike manifestirati u svakodnevnoj praksi, njihove se odluke ne donose u institucionalnom vakuumu, već ih oblikuju organizacijske strukture, upravljačke prakse, sustavi odgovornosti i dostupni resursi. Stoga se analitički fokus, uz samu ulogu provedbenih aktera, proširuje i na mehanizme upravljanja kojima se nastoji osigurati dosljedna, učinkovita i na ciljeve usmjerena provedba javnih politika. U tom kontekstu, u literaturi iz područja javnih politika i javnog menadžmenta sve se veća pozornost posvećuje konceptima uličnog liderstva i menadžmenta u javnim službama, koji nastoje objasniti na koji način organizacijsko okruženje, stilovi rukovođenja i sustavi odgovornosti oblikuju ponašanje provedbenih aktera i posljedično utječu na ishode implementacije.

3.2. Ulično liderstvo i menadžment u javnim službama

Tradicionalni modeli upravljanja javnim sektorom uglavnom se temelje na hijerarhijskoj kontroli, centraliziranom donošenju odluka i instrumentima nadzora usmjerenima na mjerenje učinkovitosti i performansi, ali se u kontekstu ulične birokracije takav pristup pokazuje nedostatnim jer zanemaruje složenost i specifične izazove svakodnevnog rada uličnih birokrata (Brodkin, 2008, str. 322–326). Brodkin razvija koncept "uličnog pristupa odgovornosti", koji stavlja naglasak na razumijevanje načina na koji se politike stvarno provode, a ne isključivo na formalne pokazatelje uspješnosti, što omogućuje menadžerima da prepoznaju čimbenike koji oblikuju diskreciju uličnih birokrata te da razviju mehanizme odgovornosti koji ne ugrožavaju profesionalnu prosudbu i prilagodbu lokalnim okolnostima (*ibid*., str. 326–332). Brodkin ističe da su ulične organizacije operativna jezgra države jer upravo kroz njih građani doživljavaju javne politike (*ibid*., str. 322–332). Ulični birokrati u svakodnevnom su radu suočeni s nejasnim smjernicama, ograničenim resursima, vremenskim pritiscima i emocionalno zahtjevnim situacijama. Takvi uvjeti ra-

da mogu izazvati značajan profesionalni stres i emocionalno iscrpljivanje, što utječe na kvalitetu pruženih usluga (Møller i Grøn, 2024, str. 552–554).

Kao odgovor na te izazove razvija se koncept uličnog liderstva, koji se temelji na relacijskom pristupu, aktiviranju profesionalnog znanja i stvaranju zajednica koje pružaju potporu. Relacijski pristup podrazumijeva da menadžeri ne djeluju isključivo kao nadzornici, nego aktivno sudjeluju u procesima donošenja odluka pružajući profesionalnu i emocionalnu podršku zaposlenicima. Aktiviranje profesionalnog znanja temelji se na pretpostavci da upravo ulični birokrati, zahvaljujući neposrednom kontaktu s korisnicima, najbolje razumiju njihove potrebe i specifičnosti lokalnog konteksta, zbog čega njihovu stručnost treba uključiti u procese odlučivanja (*ibid*., str. 555–558). Treća komponenta, stvaranje zajednica koje pružaju potporu, odnosi se na jačanje suradnje i socijalnih mreža među zaposlenicima i menadžerima kako bi se omogućila razmjena znanja, resursa i emocionalne podrške, čime se smanjuje stres i povećava zadovoljstvo na poslu (*ibid*., str. 558–559).

Empirijska istraživanja u području obrazovanja i socijalnih politika pokazuju da primjena modela uličnog liderstva dovodi do veće motivacije zaposlenika te smanjenja sindroma profesionalnog sagorijevanja i fluktuacije radne snage. Veća razina podrške i razumijevanja nadređenih pozitivno utječe na angažman i kvalitetu donošenja odluka, što dugoročno povećava učinkovitost i kvalitetu javnih usluga (*ibid*., str. 559–560). Sličan pristup razvijaju i Gassner i Gofen na temelju koncepta "uličnog menadžmenta", kojim naglašavaju specifičnu ulogu ravnatelja škola, voditelja socijalnih službi i drugih rukovoditelja uličnih organizacija. Definiraju četiri ključne funkcije uličnog menadžmenta: operacionalizaciju formalnih političkih odluka u svakodnevnu praksu, prilagodbu lokalnom kontekstu, mobilizaciju resursa i priopćivanje potreba korisnika višim razinama vlasti (Gassner i Gofen, 2018, str. 554–563). Pregled literature pokazuje da učinkovito upravljanje javnom birokracijom zahtijeva integriran pristup koji istodobno uzima u obzir ulogu formalnih menadžera, uličnih birokrata i samih korisnika usluga.

4. Implementacija javnih politika u prevenciji kardiovaskularnih bolesti

4.1. Konceptualni dizajn politika i multisektorska koordinacija

Budući da su kardiovaskularne bolesti rezultat kompleksnog međudjelovanja bioloških, bihevioralnih, socijalnih i ekonomskih čimbenika, njihova učinkovita prevencija ne može se prepustiti isključivo zdravstvenom sektoru, već zahtijeva integraciju različitih javnih politika koje oblikuju životne uvjete i zdravstveno ponašanje stanovništva (Damen *et al*., 2016, str. 4–5; Schultz *et al*., 2018, str. 2174–2177). Uspješna implementacija u tom segmentu polazi od operativnog pristupa "Zdravlje u svim politikama" (Health in All Policies – HiAP), čiji je temeljni cilj

uključivanje zdravstvene perspektive u procese oblikovanja i provedbe svih sektorskih politika kako bi se unaprijedilo zdravlje populacije i smanjile zdravstvene nejednakosti (Rudolph *et al*., 2013, str. 8–13). Primjena HiAP-a u praksi izrazito je velik koordinacijski izazov jer zahtijeva snažnu političku podršku, formalnu institucionalnu koordinaciju i dugoročnu stratešku usmjerenost radi nadilaženja resorne rascjepkanosti (Kickbusch i Buckett, 2010, str. 3–5).

Operativnu nadopunu tom dizajnu politike čine integrirane strategije prevencije koje horizontalnom koordinacijom obuhvaćaju regulatorne, fiskalne i preventivne intervencije usmjerene na smanjenje izloženosti rizičnim faktorima (Nugent *et al*., 2018, str. 5–7). U takvom strukturiranom dizajnu fiskalne mjere poput povećanja trošarina na duhanske proizvode izravno koreliraju sa smanjenjem njihove potrošnje (Watkins *et al*., 2018), dok mađarski porez na visokokalorične proizvode uspješno stimulira industrijsku preformulaciju artikala i smanjenje njihove konzumacije (WHO, 2015, str. 12–14). S druge strane, britanski "Soft Drinks Industry Levy" predstavlja primjer regulatorne intervencije u kojem je zakonskim penaliziranjem ostvareno značajno smanjenje sadržaja šećera u bezalkoholnim pićima (Scarborough *et al*., 2020, str. 5–7). S gledišta teorije javnih politika, opravdanost takvih državnih intervencija i alokacije javnih resursa objašnjava se konceptom meritornih dobara, jer pojedinci često podcjenjuju dugoročne zdravstvene rizike, pa država intervenira kako bi osigurala dostupnost preventivnih aktivnosti, čime prevencija istodobno postaje instrument socijalne pravednosti i mehanizam racionalnog upravljanja resursima (Hsiao, 1995, str. 1049-1051; Arrow, 1963, str. 946–948).

4.2. Uloga uličnih birokrata i upravljanje zdravstvenim resursima

Zdravstveni sustav je temeljna institucionalna struktura u kojoj se preventivne politike pretvaraju u konkretne ishode usklađivanjem načela jednakosti i učinkovitosti, odnosno osiguravanjem dostupnosti zaštite uz racionalno korištenje ograničenih resursa (Hsiao, 2003, str. 5–9). U ovom kontekstu, liječnici, medicinske sestre i javnozdravstveni djelatnici djeluju kao ključni ulični birokrati koji posjeduju diskrecijsko pravo i čije izravno postupanje određuje stvarnu narav implementacije formalnih smjernica na terenu. Uspjeh njihova djelovanja inherentno ovisi o zdravstvenoj pismenosti populacije, s obzirom na to da niska razina takve pismenosti izravno limitira uključenost građana u preventivne programe (Nutbeam, 2000, str. 262; Berkman *et al*., 2011, str. 101–102), a sustavno zdravstveno obrazovanje, prema iskustvima iz Finske, olakšava rad praktičara na terenu i dokazano smanjuje prevalenciju rizičnih čimbenika (WHO, 2018, str. 13–16).

Da bi ulični birokrati mogli optimalno alocirati resurse, dizajn preventivnih programa mora se temeljiti na egzaktnim analizama troškovne učinkovitosti (O'Keefe *et al*., 2009, str. 741–751). Hrvatska studija ciljanog probira žena starijih

od 45 godina pomoću biomarkera visokoosjetljivog troponina I (hsTnI) zoran je primjer ekonomski evaluiranog dizajna koji je rezultirao smanjenjem smrtnosti od kardiovaskularnih bolesti za približno 40% uz povećanje kvalitete života za 15,8 QALY na 1000 ispitanica, što se pokazalo visoko isplativim unutar standardnog praga spremnosti na plaćanje od 45.000 €/QALY (Krstačić *et al*., 2024, str. 2–5). Dodatno, model Crossana i suradnika (2017, str. 72–76) pruža važnu smjernicu za rad uličnih birokrata dokazujući da usmjeravanje preventivnih pregleda isključivo na 8% populacije s najvišim rizikom omogućuje ostvarenje gotovo 90% ukupnih zdravstvenih koristi univerzalnog programa, čime se potvrđuje prednost precizno ciljanog dizajna nad masovnim obuhvatom.

Nasuprot tome, neadekvatno balansiranje faza prevencije vodi do neučinkovitosti. Dok sekundarna prevencija pokazuje visoku financijsku opravdanost kod visokorizičnih populacija s ICER-om[1] od 29.093 €/QALY (Kotseva *et al*., 2016, str. 642–646), tercijarna prevencija, koja se fokusira na rehabilitaciju i zbrinjavanje već razvijenih komplikacija, drastično opterećuje proračun i troši resurse koji su se mogli učinkovitije iskoristiti u ranijim fazama (Zelić Baričević *et al*., 2014). Konačno, uloga kvartarne prevencije u modernoj praksi postaje ključni korektivni mehanizam koji onemogućuje prekomjernu dijagnostiku i nepotrebne medicinske intervencije uličnih birokrata, jamčeći za to da se liječenje provodi isključivo na temelju jasnih i opravdanih medicinskih indikacija (*ibid*.).

4.3. Povijesna i empirijska iskustva koordinacije

Empirijski podaci iz uspješnih međunarodnih modela potvrđuju da značajan pad smrtnosti od kardiovaskularnih bolesti tijekom druge polovice 20. stoljeća nije bio primarno rezultat izoliranih kliničkih dostignuća, već plod uspješno koordiniranih i sustavno provođenih javnih politika (CDC, 1999). Nalazi modela IMPACT primijenjenog u više od 15 zemalja pokazuju da se gotovo polovica smanjenja smrtnosti od koronarne bolesti srca između 1980. i 2000. godine može pripisati poboljšanjima u liječenju (47%), a gotovo jednak doprinos ostvaren je izvanbolničkim mjerama, odnosno smanjenjem izloženosti rizičnim čimbenicima (44%) (Mensah *et al*., 2017, str. 367–369).

U tom kontekstu, finski projekt "Sjeverna Karelia" iz 1972. godine paradigmatski je primjer uspješne dugoročne implementacije: intenzivnim kampanjama, izmjenom prehrambenih navika u suradnji s industrijom te ranim otkrivanjem hipertenzije, smrtnost od kardiovaskularnih bolesti među muškarcima radne dobi smanjena je za više od 80%, što je poslužilo kao osnova za vertikalnu replikaciju

[1] Inkrementalni omjer troškovne učinkovitosti koji pokazuje koliki je dodatni trošak potreban za ostvarenje dodatne zdravstvene koristi u usporedbi s drugom intervencijom.

programa na nacionalnu razinu (Puska *et al*., 2016, str. 174–177; Mensah *et al*., 2017, str. 378–379). Sličan model hibridne intervencije primijenjen je u Švedskoj kroz programe Norsjö i Västerbotten Intervention Programme (VIP), koji su integrirani u Northern Sweden Health and Disease Study (NSHDS) kao jedno od najvećih longitudinalnih istraživanja u Europi (Späth *et al*., 2025, str. 3–7). Prema modelu IMPACT, čak 75% smanjenja smrtnosti od koronarne bolesti srca u Švedskoj između 1986. i 2002. godine objašnjava se upravo tim povoljnim promjenama, potaknutima restriktivnim prehrambenim politikama i javnozdravstvenim intervencijama (Mensah *et al*., 2017, str. 369–370).

U konačnici, ta komparativna iskustva pružaju empirijsku podlogu za teorijsku sintezu rada, demonstrirajući da održivi javnozdravstveni rezultati nisu stihijski, već su izravna funkcija stabilnog konceptualnog dizajna politika, adekvatno usmjerenog djelovanja uličnih birokrata na operativnoj razini te kontinuirane horizontalne i vertikalne koordinacije ekonomskih, regulatornih i zdravstvenih aktera.

5. Kardiovaskularne bolesti u hrvatskom zdravstvenom sustavu: organizacija i izazovi

Zdravstveni sustav Republike Hrvatske organiziran je kao univerzalni sustav obveznog zdravstvenog osiguranja kojim upravlja Ministarstvo zdravstva kao središnji regulator i nositelj zdravstvene politike (OECD, 2023, str. 3–5). Unatoč formalno visokoj razini dostupnosti zdravstvene zaštite, sustav je opterećen strukturnim izazovima koji ograničavaju njegovu sposobnost učinkovitog odgovora na sve veću opterećenost kardiovaskularnim bolestima. Među najizraženijima su neravnomjerna geografska raspodjela zdravstvenih resursa, neujednačena dostupnost preventivnih i specijalističkih usluga, što za posljedicu ima regionalne razlike u zdravstvenim ishodima, zbog čega stanovništvo različitih dijelova države nema jednake mogućnosti pravodobnog otkrivanja i kontrole rizičnih faktora (MZ, 2021, str. 8).

Dodatan izazov je institucionalna fragmentiranost sustava javnog zdravstva. Iako Hrvatski zavod za javno zdravstvo ima središnju stručnu ulogu, preventivne aktivnosti provode županijski zavodi za javno zdravstvo, čiji su osnivači županije. Visoka razina njihove autonomije, uz nedostatak učinkovitih mehanizama koordinacije i nadzora na središnjoj razini, pridonosi neujednačenoj provedbi preventivnih programa među županijama (*ibid*.). Posljedično, dostupnost i kontinuitet preventivnih aktivnosti često ovise o lokalnim kapacitetima i prioritetima umjesto o dosljednoj provedbi nacionalnih standarda (World Bank, 2020, str. 22–30).

Ograničeni kapaciteti zdravstvene administracije u području ekonomike zdravstva, praćenja ishoda i upravljanja ljudskim resursima dodatno otežavaju racionalno planiranje i provedbu reformskih mjera (Vlada RH, 2012, str. 8). Ti se problemi osobito odražavaju na primarnu zdravstvenu zaštitu, koja je u praksi preopterećena

administrativnim obvezama, nedostatkom kadrova i teritorijalnim nejednakostima (*ibid*., str. 45–47; MZ, 2021, str. 12). Istodobno, unatoč razvijenoj mreži interventne kardiologije, bolnički sustav i dalje obilježavaju duge liste čekanja i regionalne razlike u dostupnosti suvremenih dijagnostičkih i terapijskih postupaka (OECD, 2019, str. 12–15).

Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012.–2020. i Nacionalni plan razvoja zdravstva 2021.–2027. prepoznaju kardiovaskularne bolesti kao jedan od prioriteta zdravstvene politike, no OECD upozorava da je provedba strateških dokumenata često parcijalna i nedovoljno koordinirana (OECD, 2023, str. 3–5). To upućuje na zaključak da ključni izazov hrvatskog zdravstvenog sustava nije nedostatak formalnih politika, već ograničena sposobnost institucija da osiguraju njihovu dosljednu provedbu, učinkovitu međuinstitucionalnu suradnju i održivost preventivnih aktivnosti, što upućuje na postojanje značajnog provedbenog jaza između postavljenih ciljeva i ostvarenih ishoda.

6. Teorijska sinteza

Kako bi se zaokružio teorijski okvir istraživanja, Shema 1. prikazuje ključne institucionalne pretpostavke uspješne implementacije politika usmjerenih na prevenciju kardiovaskularnih bolesti i njihovih rizičnih čimbenika. Polazeći od spoznaja literature o implementaciji javnih politika, teorije ulične birokracije i koncepta međusektorske suradnje, uspješnost preventivnih politika može se promatrati kao rezultat međudjelovanja triju međusobno povezanih dimenzija: provedbenih kapaciteta institucija, djelovanja provedbenih aktera na prvoj liniji sustava te razine horizontalne i vertikalne koordinacije među dionicima. Implementacija javnih politika nije mehanički prijenos političkih odluka prema provedbenim strukturama, već složen i dinamičan proces u kojem često dolazi do odstupanja između normativno definiranih ciljeva i ostvarenih rezultata (Pressman i Wildavsky, 1973, str. 146–147). Stoga se implementacija može smatrati najzahtjevnijom fazom ciklusa javnih politika, pri čemu uspješnost uvelike ovisi o jasno definiranim odgovornostima, dostupnosti resursa, institucionalnim kapacitetima i učinkovitosti koordinacijskih mehanizama (Sabatier i Mazmanian, 1980, str. 540–543).

Posebnu važnost u području prevencije kardiovaskularnih bolesti imaju akteri ulične birokracije, ponajprije liječnici obiteljske medicine, djelatnici zavoda za javno zdravstvo i drugi zdravstveni djelatnici koji ostvaruju neposredan kontakt sa stanovništvom. Prema Lipskyju (2010, str. 15), upravo službenici na prvoj liniji provedbe svojim svakodnevnim odlukama, diskrecijskim ovlastima i prilagodbama lokalnim okolnostima u značajnoj mjeri oblikuju način na koji javne politike funkcioniraju u praksi. Nedostatak ljudskih i financijskih resursa, administrativno opterećenje i nejasne provedbene smjernice mogu dovesti do razvoja neformalnih

rutina i odstupanja od izvorno postavljenih ciljeva politike (*ibid*., str. 89; Tummers i Bekkers, 2014, str. 540), čime se produbljuje provedbeni jaz između političkog dizajna "odozgo" i operativnih mogućnosti "odozdo" (Brodkin, 2011, str. 255; Hupe i Buffat, 2014, str. 555).

Istodobno, učinkovita prevencija kardiovaskularnih bolesti zahtijeva koordinirano djelovanje različitih sektora i razina upravljanja. Brojni rizični faktori proizlaze iz šireg društvenog i okolišnog konteksta, zbog čega intervencije u području zdravstva same po sebi nisu dovoljne za postizanje održivih učinaka (Solar i Irwin, 2010, str. 5). Koncept "Zdravlje u svim politikama" naglašava potrebu integriranja zdravstvene perspektive u procese odlučivanja u sektorima poput obrazovanja, urbanizma, prometa, poljoprivrede i financija, uz razvoj formalnih mehanizama suradnje i koordinacije institucija (Kickbusch, 2010, str. 263; Kickbusch i Gleicher, 2012, str. 37).

U tom kontekstu, primarna je prevencija, u medicinskom i ekonomskom smislu, najučinkovitiji pristup smanjenju opterećenosti kardiovaskularnim bolestima, jer smanjuje potrebu za skupim medicinskim intervencijama, hospitalizacijama i dugotrajnom skrbi (Ngalesoni *et al*., 2016). Međutim, njezina učinkovitost uvelike ovisi o postojanju adekvatnih provedbenih kapaciteta, kontinuiranoj institucionalnoj podršci i uspostavi koordiniranog sustava djelovanja nacionalnih, regionalnih i lokalnih aktera. Sukladno tome, institucionalni neuspjesi u prevenciji kardiovaskularnih bolesti mogu se prvenstveno promatrati kao posljedica slabosti implementacije, nedostatne međusektorske koordinacije i neusklađenosti između politički definiranih ciljeva i njihove praktične operacionalizacije (Pressman i Wildavsky, 1973, str. 132–143; WHO, 2018, str. 12).

Shema 1. Teorijska podloga istraživanja

Faza implementacije javnih politika		
Izvori: Brodkin (2011); Hill i Hupe (2002; 2009); Lipsky (1980); Sabatier i Mazmanian (1983); Pressman i Wildavsky (1973)		
Element / mehanizam	**Obrazloženje**	**Poveznica / ishod**
Kompleksnost implementacijskog procesa	Kompleksnost implementacijskog procesa povećava rizik od odstupanja u realizaciji ciljeva, osobito kada postoje institucionalne neusklađenosti i lokalne prepreke. Implementacija se time često pretvara u fragmentiranu praksu koja ne odražava izvorne namjere i ciljeve.	**Implementacija nije mehanički prijenos odluka "s vrha"**

Faza implementacije kao ključna faza ciklusa	Faza implementacije kao najzahtjevnija i ključna faza ciklusa javnih politika u kojoj se normativni ciljevi suočavaju s operativnim ograničenjima, što čini implementaciju nepredvidivom, sklonom devijacijama i ključnom za (ne)uspjeh javne politike.	**Implementacija kao ključna faza ciklusa javnih politika**
Izostanak sustavne evaluacije	Izostanak sustavne evaluacije onemogućuje prepoznavanje nedostataka u provedbi, čime se gubi prilika za korekciju i poboljšanje budućih intervencija. Sustav ne uči iz prethodnih pogrešaka, što dovodi do ponavljanja grešaka u oblikovanju novih politika.	**Nema sustavnog mehanizma za praćenje i evaluaciju provedbe politika**
Središnji zaključak	Ograničeni kapaciteti uličnih birokrata u provedbi preventivnih mjera smanjuju učinkovitost implementiranih preventivnih javnih politika, što dovodi do neostvarenja postavljenih ciljeva.	

Teorija ulične birokracije		
Izvori: Brodkin (2008); Davidovitz i Cohen (2022); Hupe i Hill (2007); Møller i Grøn (2024); Noleto *et al*. (2020); Pülzl i Treib (2007)		
Element / mehanizam	**Obrazloženje**	**Poveznica / ishod**
Parcijalna i formalna provedba	Provedba politika ostaje parcijalna i formalna, bez stvarnog utjecaja na javnozdravstvene ishode.	**Diskrepancija između strateških ciljeva i operativnih kapaciteta**
Vertikalna komunikacija	Nedostatna vertikalna komunikacija između donositelja odluka i izvršitelja politike dovodi do operativnih odstupanja, nedosljedne provedbe i smanjenja učinkovitosti preventivnih mjera.	**Odsustvo jasne komunikacije i podrške kroz institucionalne strukture**
Hijerarhijski modeli javne uprave	Modeli javne uprave koji se temelje na strogoj vertikalnoj hijerarhiji i formalnoj kontroli, gdje se odluke donose “odozgo”, a ulični birokrati se tretiraju kao pasivni provoditelji.	**Nezadovoljavajuća razina vertikalne i horizontalne komunikacije**
Središnji zaključak	Nezadovoljavajuća vertikalna komunikacija između uličnih birokrata i kreatora politika rezultira lošijom implementacijom preventivnih javnih politika, uz smanjenje njihove efikasnosti i koordinacije na terenu.	

Međusektorska koordinacija i suradnja		
Izvori: An (2013); Kickbusch i Buckett (2010); Rudolph *et al*. (2013); Schultz *et al*. (2018); WHO (2013; 2015; 2016; 2018)		
Element / mehanizam	**Obrazloženje**	**Poveznica / ishod**
Institucionalna struktura	Bez jasno definirane i funkcionalne institucionalne strukture, međusektorski pristupi ostaju deklarativni i neoperativni, što rezultira fragmentiranom i nekoordiniranom provedbom.	**Institucionalizirana međusektorska koordinacija**
Integracija zdravstvenih ciljeva	Učinkovita prevencija KVB-a nije moguća bez integracije zdravstvenih ciljeva u sve sektorske odluke koje utječu na bihevioralne i okolišne čimbenike rizika.	**Zdravlje kao zajednički politički cilj svih sektora**
Lokalna kontekstualizacija i participacija	Samo lokalno kontekstualizirane mjere, uz participaciju više sektora i razina vlasti, mogu osigurati održivost i stvarni javnozdravstveni učinak.	**Lokalna operativna integracija i participacija svih razina vlasti**
Središnji zaključak	Odsutnost strukturirane i institucionalizirane međusektorske suradnje zdravstvenog i obrazovnog sustava, regulatornih institucija, Ministarstva financija i jedinica lokalne samouprave značajno umanjuje kapacitet politika za učinkovitu implementaciju preventivnih mjera, čime se onemogućuje sustavan i integriran odgovor na visoku incidenciju KVB-a.	

Izvor: izradio autor prema navedenoj literaturi.

7. Metodologija

Istraživanje je provedeno kao studija slučaja s ciljem analize implementacije javnih politika usmjerenih na prevenciju kardiovaskularnih bolesti i povezanih rizičnih čimbenika na temelju iskustva i percepcije zaposlenika u zdravstvenom sustavu. Kvalitativna metodologija omogućuje dubinsko razumijevanje složenih društvenih procesa, institucionalnih odnosa i prepreka u provedbi politika (Buljan, 2021, str. 52–55). Fokus istraživanja usmjeren je na proces implementacije, međusektorsku koordinaciju i odnose između različitih razina zdravstvenog sustava, od nacionalnih donositelja odluka do lokalnih provoditelja mjera. Takav pristup omogućuje povezivanje empirijskih nalaza s teorijskim konceptima implementacije javnih politika, teorijom uličnе birokracije i konceptom međusektorske koordinacije.

Glavna metoda prikupljanja podataka bili su polustrukturirani intervjui, koji kombiniraju unaprijed definirani tematski okvir s fleksibilnošću prilagodbe tijeku

razgovora i odgovorima ispitanika (DeJonckheere i Vaughn, 2019, str. 307–310). Takav pristup omogućio je prikupljanje detaljnih i raznolikih informacija o iskustvima, problemima i percepcijama sudionika povezanima s provedbom preventivnih politika.

Uz intervjue provedena je i analiza relevantnih strateških i akcijskih dokumenata vezanih uz prevenciju kardiovaskularnih bolesti i rizičnih čimbenika. Ti su dokumenti: Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012.–2020. (Vlada RH, 2012), Nacionalni plan "Živjeti zdravo" (MZ, 2015c), Nacionalni program zdravstvene zaštite osoba oboljelih od šećerne bolesti 2015.–2020. (MZ, 2015b), Nacionalni program probira i ranog otkrivanja porodične hiperkolesterolemije do 2026. godine (MZ, 2024a), Nacionalni plan razvoja zdravstva 2021.–2027. (MZ, 2021), Akcijski plan za prevenciju debljine 2024.–2027. (MZ, 2024b), Akcijski plan djelovanja na području ovisnosti do 2026. godine (MZ, 2024c), Akcijski plan za prevenciju i kontrolu kroničnih nezaraznih bolesti 2015.–2020. (MZ, 2015a) te Akcijski plan za prevenciju i nadzor nad kroničnim nezaraznim bolestima 2020.–2026. (MZ, 2020). Analizirani su dijelovi dokumenata koji se odnose na kardiovaskularne bolesti i njihove rizične čimbenike.

Ispitanici su odabrani metodom namjernog uzorkovanja, odnosno selekcijom aktera za koje se pretpostavlja da posjeduju najrelevantnija znanja i iskustva povezana s kreiranjem, provedbom i evaluacijom javnozdravstvenih politika (Palinkas *et al*., 2015, str. 539–541). Istraživanje je obuhvatilo predstavnike Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo kao aktere uključene u oblikovanje i koordinaciju javnozdravstvenih politika, liječnika obiteljske medicine, liječnika sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite te lokalne provoditelje mjera iz nastavnih i županijskih zavoda za javno zdravstvo. Pod lokalnim provoditeljima mjera u ovom se istraživanju podrazumijevaju stručnjaci nastavnih i županijskih zavoda za javno zdravstvo, pretežno epidemiolozi, koji na regionalnoj i lokalnoj razini neposredno sudjeluju u provedbi preventivnih aktivnosti i programa.

Takav sastav uzorka omogućio je uključivanje različitih perspektiva unutar zdravstvenog sustava, od nacionalne razine oblikovanja i koordinacije politika do njihove neposredne provedbe u lokalnom kontekstu. Ukupno je provedeno devet polustrukturiranih intervjua s doktorima različitih specijalizacija, uključujući pet lokalnih provoditelja, pretežno epidemiologa zaposlenih u nastavnim i županijskim zavodima za javno zdravstvo, dva predstavnika HZJZ-a, jednog liječnika obiteljske medicine i jednog specijalista kardiokirurgije. Cilj istraživanja nije bio postići statističku reprezentativnost, nego detaljnom analizom iskustava i perspektiva aktera neposredno uključenih u oblikovanje ili implementaciju preventivnih politika identificirati koji se obrasci, institucionalne prepreke i mehanizmi provedbe ponavljaju (Guest *et al*., 2006, str. 68).

Iako odabrani ispitanici posjeduju relevantna tehnička i iskustvena znanja o izazovima provedbe politika prevencije kardiovaskularnih bolesti, uzorak je relativno malen i nije obuhvatio sve relevantne aktere zdravstvenog sustava, poput donositelja odluka na političkoj razini, predstavnika financijera zdravstvene zaštite i pacijenata. Stoga rezultate treba interpretirati u kontekstu perspektiva uključenih profesionalnih aktera, pri čemu se njihova generalizacija na cjelokupni zdravstveni sustav mora provoditi s oprezom.

Intervjui su provedeni individualno, uživo ili putem mrežnih komunikacijskih platformi u razdoblju od 20. lipnja do 3. kolovoza 2025. godine, uz prethodni pristanak sudionika i odobrenje Etičkog povjerenstva Fakulteta političkih znanosti Sveučilišta u Zagrebu. Svi su ispitanici prije početka razgovora upoznati sa svrhom istraživanja i načinom postupanja s prikupljenim podacima te su dali suglasnost za audiosnimanje intervjua. Razgovori su snimani diktafonom na mobilnom telefonu, a audiosnimke potom su pohranjene na vanjskom USB uređaju. Svi su intervjui ručno transkribirani, potom su transkripti dodatno provjereni usporedbom s izvornim audiosnimkama kako bi se smanjila mogućnost pogrešaka u prijepisu i osigurala što veća vjernost izvornim iskazima sudionika. Analizu i kodiranje svih intervjua proveo je samo jedan autor istraživanja, Lovre Klarin.

Analiza je provedena primjenom induktivnog pristupa tematskoj analizi, pri čemu analitičke kategorije nisu bile unaprijed zadane u cijelosti, nego su se postupno razvijale tijekom višekratnog iščitavanja transkripata i usporedbe iskaza sudionika. Postupak kodiranja započeo je detaljnim upoznavanjem s cjelokupnim korpusom podataka na temelju višekratnog čitanja svakog transkripta, nakon čega su izdvajani dijelovi iskaza relevantni za istraživačko pitanje i dodjeljivani su im inicijalni kodovi. U sljedećoj fazi kodovi su međusobno uspoređivani, sadržajno srodni kodovi objedinjavani su u potkodove i šire analitičke kategorije, a vraćanjem izvornim transkriptima provjeravano je odgovaraju li formirane kategorije značenju i kontekstu iskaza sudionika. Iz tako organiziranih kodova i potkodova postupno su izvedene šire tematske cjeline koje predstavljaju ponavljajuće obrasce relevantne za razumijevanje institucionalnih i provedbenih prepreka u prevenciji kardiovaskularnih bolesti, što je u skladu s iterativnom logikom tematske analize, prema kojoj se teme razvijaju kroz sustavno kodiranje, uspoređivanje i grupiranje značenjski povezanih dijelova podataka (Braun i Clarke, 2006).

Kodiranje i sistematizacija podataka provedeni su u programu Microsoft Excel, u kojem su organizirani relevantni segmenti transkripata, pripadajući inicijalni kodovi, potkodovi, šire kategorije i konačne teme. Ni u jednom dijelu rada nisu korišteni alati umjetne inteligencije, dakle ni u postupku transkripcije, sažimanja, kodiranja, kategorizacije i interpretacije intervjua. Cjelokupnu obradu kvalitativnih podataka i sve analitičke postupke proveo je autor istraživanja Klarin.

Vjerodostojnost i analitička utemeljenost nalaza dodatno su osnažene triangulacijom izvora podataka. Nalazi dobiveni intervjuima sustavno su uspoređivani s analiziranim nacionalnim strategijama, programima i akcijskim planovima te s relevantnom znanstvenom literaturom i institucionalnim izvješćima korištenima u radu. Triangulacija se nije sastojala samo od korištenja više vrsta izvora, nego i od njihove međusobne usporedbe: provjeravalo se pojavljuju li se institucionalne prepreke, problemi koordinacije, nedostatak provedbenih kapaciteta, ograničenja u evaluaciji i drugi identificirani obrasci istodobno u iskustvima različitih skupina ispitanika, formalnim strateškim dokumentima i postojećim empirijskim i institucionalnim nalazima. Detaljno su uspoređivani formalno definirani ciljevi, odgovornosti i provedbeni mehanizmi iz strateških dokumenata s iskustvima aktera odgovornih za njihovu provedbu, te je zahvaljujući tome bilo moguće identificirati područja podudaranja, ali i raskorake između normativno definiranih politika i njihove praktične implementacije. Ponavljanje sličnih obrazaca među različitim skupinama sudionika i u različitim vrstama izvora korišteno je kao dodatan pokazatelj vjerodostojnosti identificiranih tema i postojanja širih strukturnih problema u implementaciji politika (Patton, 2014, str. 661; Tracy, 2020, str. 272).

8. Rezultati istraživanja i rasprava

Kvalitativna analiza intervjua i dokumenata identificirala je niz tematskih područja koja objašnjavaju ograničenu učinkovitost javnih politika prevencije kardiovaskularnih bolesti u Hrvatskoj. Na temelju kvalitativne analize dolazimo do četiri glavne tematske kategorije: 1. Politička podrška (prioriteti i vremenska dimenzija prevencije kardiovaskularnih bolesti), 2. Međusektorska koordinacija, 3. Operativna ograničenja i 4. Evaluacija. Svaki glavni kod obuhvaća više potkodova, specifičnih tema istaknutih kroz obrasce koji se ponavljaju u iskazima sudionika. U Tablici 1. prikazana je strukturirana tablica kodova s glavnim kodovima, pripadajućim potkodovima i reprezentativnim citatima iz intervjua ili dokumenata za svaki potkod.

Tablica 1. Prikaz glavnih kodova, potkodova i reprezentativnih primjera iskaza sudionika istraživanja i relevantnih dokumenata

Glavni kod	Potkod	Primjeri iskaza
1. Politička podrška (prioriteti i vremenska dimenzija prevencije)	*Politička podrška i prioriteti*	1) *Za podizanje odaziva i svijesti u programu ranog otkrivanja raka dojke trebalo nam je gotovo 20 godina da dođemo do današnje razine.* – Ispitanik 8 2) *Političarima je najbitnije da opet dođu na vlast, a to što će zdravstvo biti za 10–15 godina njih ne brine.* – Ispitanik 3 3) *Političari se vole hvaliti onim rezultatima koji se vide odmah. U prevenciji, nažalost, nemate rezultate "preko noći".* – Ispitanik 4

	Lobi i međuresorni kompromisi	1) *Teško je potaknuti druge resore – gospodarstvo, financije – da podrže mjere prevencije... uvijek su bili potrebni kompromisi, jer drugi resori neće prihvatiti sve.* – Ispitanica 2 2) *U izradi strateških dokumenata..., kada dokument dođe k njima, oni preskoče zdravstvenu situaciju i gledaju samo mjere svog resora: "ovo ne može, ono ne može"... na kraju se sve što ste predložili za druge resore – prekriži.* – Ispitanik 8 3) *Političari nam neslužbeno kažu da ima previše lobija da bi se uključili drugi sektori, kao i da nema interesa ostalih aktera, i da nema motivacije – u prijevodu da se uopće ne shvaća važnost prevencije.* – Ispitanik 8
2. Međusektorska koordinacija	*Entuzijazam nasuprot institucionalnosti*	1) *Ma sve je to na nama, ovisi samo o dobroj volji i našem zalaganju. Samo naši napori.* – Ispitanik 4 2) *Javljaju nam se vrtići i škole sve više, ali to sve ovisi o ravnatelju vrtića ili škole, ništa to ne ide po nekoj proceduri službenoj...* – Ispitanica 2
	Nerazvijeni mehanizmi koordinacije i difuzna institucionalna odgovornost	1) *Akcijski planovi su jako loše postavljeni; nema nas u procijenjenom trošku – samo HZJZ... Mi smo kao neki sunositelji, ali ne znamo što to točno znači...; Nije razrađeno s kojim kadrom bi to trebalo raditi. To su popisi želja – mi se u tome ne možemo snaći niti možemo provesti kako treba.* – Ispitanica 2 2) *Nikom nije jasno što, kada i zašto bi trebao raditi* (za prevenciju)*, sve je to na individualnoj volji ljudi na Zavodima* (ZJZZ)*, ništa sustavno, samo stihijski.* – Ispitanik 3
3. Operativni izazovi	*Nedostatak kadrova*	1) *Nema ni stručnjaka u zdravstvu koji bi radili takve analize.* – Ispitanica 9 2) *Većina ordinacija obiteljske medicine opterećena je administrativnim i kurativnim radom, što ostavlja malo prostora za proaktivnu prevenciju.* – Ispitanica 9 3) *Ne možemo mi sve, sestra treba previti, cijepiti, javljat se na telefon, pričati na šalteru. Nas smo dvije ovdje na više od 2000 ljudi.* – Ispitanica 9
	Lokalna neprilagođenost	1) *Najveći problem naše županije je što je vrlo velika, s mnogo ruralnih područja i otoka, pretežno starije stanovništvo – a ta specifičnost se ne prepoznaje u nacionalnim programima. Nacionalni programi se rade kao da su uvjeti svugdje jednaki.* – Ispitanik 1 2) *Imamo 4 auta, tko će time obići sav teren... Mi sada ne možemo sve točke mora, restorane, kafiće, mikrobiološki obraditi makar da Zavod radi 24/7, i dalje ne bi stigli...* – Ispitanik 8
	Financijske prepreke	1) *Prevencija se uvijek mora boriti za proračunski prostor s ostalim zdravstvenim prioritetima.* – Ispitanik 4 2) *Kad se raspodjeljuju sredstva, preventiva je obično na dnu liste.* – Ispitanik 3 3) *Nedostatak sredstava i neravnomjerna raspodjela financijskih resursa smanjuje doseg programa prevencije kardiovaskularnih bolesti.* – Vlada RH, 2012, str. 34

4. Evaluacija	*Neprovođenje evaluacija*	1) *... ma ništa, ne radi se evaluacija sustavno. Ako evaluacije i ima, to je nešto malo, u ladici sve.* – Ispitanik 1 2) *Počele su se raditi, ali još je to sve vrlo marginalno, nema to tko raditi, ali ljudi to ni ne znaju raditi.* – Ispitanik 1

Izvor: izradio autor prema rezultatima istraživanja.

Dobiveni kvalitativni nalazi ukazuju na četiri ključna problema u provedbi preventivnih politika: *Nedostatni institucionalni kapaciteti i nejasna odgovornost*; *Nedostatak resursa i preopterećenost provedbenih aktera*; *Slaba koordinacija i fragmentiranost provedbe*; te *Nedostatak kontinuiranog praćenja, evaluacije i učenja*.

8.1. Slabi kapaciteti zdravstvenog sustava i nejasna provedbena odgovornost

Kreiranje javnih politika često polazi od normativnih pretpostavki o dostatnim kapacitetima zdravstvenog sustava, dostupnosti resursa i predvidivosti ponašanja provedbenih aktera, ali literatura već dugo upozorava da donošenje strateških dokumenata samo po sebi ne osigurava učinkovitu provedbu na terenu (Pressman i Wildavsky, 1973; Pülzl i Treib, 2007). Istraživanje potvrđuje kako se preventivne politike usmjerene na smanjenje smrtnosti od kardiovaskularnih bolesti u Hrvatskoj često provode tek djelomično zbog kombinacije slabosti zdravstvenog sustava, ograničenih resursa i nedostatka koordinacijskih mehanizama unutar sustava.

Jedan od temeljnih izazova jest činjenica da učinci preventivnih intervencija postaju vidljivi tek nakon višegodišnje, a često i višedesetljetne provedbe. Upravo je zbog takve vremenske odgode prevencija unutar zdravstvenog sustava nerijetko podređena kratkoročnim političkim prioritetima i logici izbornog ciklusa. Važnost dugoročne institucionalne stabilnosti sustava potvrđuje primjer projekta Sjeverna Karelia u Finskoj gdje je sustavna provedba integriranih mjera, uključujući promjenu načina života, regulatorne intervencije, edukaciju te suradnju s prehrambenom i duhanskom industrijom, tijekom 25 godina rezultirala smanjenjem smrtnosti od kardiovaskularnih bolesti za više od 80% (Puska i Jaini, 2020, str. 497–499). Taj primjer potvrđuje da uspješnost preventivnih politika ovisi o kontinuitetu političke podrške, koordinaciji unutar sustava i dugoročnoj međusektorskoj suradnji.

Rezultati pokazuju da se hrvatski zdravstveni sustav suočava upravo s problemom diskrepancije između dugoročnih ciljeva javnog zdravstva i kratkoročnih političkih interesa. Sudionici istraživanja ističu kako politički akteri preferiraju politike koje donose brze i vidljive rezultate, a koristi prevencije ostvaruju se izvan trajanja političkog mandata. Tako jedan ispitanik navodi kako je političarima "... samo važno da ostanu na vlasti" (Ispitanica 2), drugi pak ističe da ih "... ne brine što će biti za 10–15 godina" (Ispitanik 3). Takva politička kratkovidnost (*political*

myopia) dovodi do nedovoljnog ulaganja u primarnu prevenciju unutar sustava, iako primjerice Nacionalni plan razvoja zdravstva 2021.–2027. naglašava da se bolji zdravstveni ishodi mogu postići jedino "... koordiniranim, odvažnim i ambicioznim mjerama..." (MZ, 2021, str. 2). Posljedica zanemarivanja preventivnih mjera jest veće oslanjanje zdravstvenog sustava na sekundarnu i tercijarnu skrb, što dovodi do povećanja troškova liječenja, produljenja lista čekanja te održavanja visoke smrtnosti od kardiovaskularnih bolesti (*ibid*., str. 34–35; OECD, 2019, str. 15).

Dodatni je problem izostanak kontinuiteta javnozdravstvenih politika u zdravstvenom sustavu. Umjesto postupnog unapređivanja postojećih mjera, politički akteri često pokreću nove programe koji generiraju veći politički kapital i smanjuju potrebu suočavanja s ograničenjima prethodnih politika (Bauer i Knill, 2014, str. 217–221). Prioriteti unutar sustava često ovise o individualnim preferencijama političkog vodstva, pa jedan ispitanik ironično navodi: "... ako dođe ministar gastroenterologije, prvo ćemo raditi prevenciju raka debelog crijeva..." (Ispitanik 3). Time preventivne politike postaju ovisne o pojedinačnim zagovarateljima umjesto o stabilnim mehanizmima zdravstvenog sustava (Kingdon, 2014, str. 165–170).

8.2. Preopterećenost zdravstvenih djelatnika i nedostatak resursa

Jedan od najuočljivijih problema identificiranih u istraživanju odnosi se na kronično preopterećenje primarne zdravstvene zaštite. Iako strateški dokumenti predviđaju aktivnu ulogu liječnika obiteljske medicine u probiru, edukaciji i praćenju rizičnih pacijenata (Vlada RH, 2012, str. 8), svakodnevna praksa pokazuje da administrativno i kurativno opterećenje značajno ograničava mogućnost provođenja preventivnih aktivnosti. Jedna liječnica obiteljske medicine navodi: "... ja imam 2150 pacijenata, kada i kako da ja nekoga educiram" (Ispitanica 7), a radne uvjete dodatno opisuje riječima: "Radnim danom ja ne idem na WC za vrijeme smjene..." (Ispitanica 7). Takvi iskazi ukazuju na ozbiljan problem disproporcije između očekivanja zdravstvenog sustava i stvarnih kapaciteta provedbenih aktera.

Navedeni nalazi potvrđuju šire strukturne probleme hrvatskog zdravstvenog sustava, uključujući kroničan nedostatak kadrova, nepovoljnu dobnu strukturu zdravstvenih djelatnika i odljev radnika iz sustava (*ibid*., str. 374; MZ, 2021, str. 9). Posljedice takvog stanja očituju se u smanjenoj dostupnosti preventivnih aktivnosti, povećanom profesionalnom sagorijevanju zdravstvenih djelatnika, većoj opasnosti od dijagnostičkih pogrešaka i dodatnom opterećenju sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite (Hoff *et al*., 2024; Pilvar i Watt, 2025, str. 824–834).

Kroz gotovo sve teme istraživanja provlači se problem nedostatnih financijskih i kadrovskih resursa zdravstvenog sustava. Sudionici izravno navode: "Nedostatak financijskih sredstava i kadrova glavni su razlozi za slabiju provedbu preventivnih programa" (Ispitanik 5). Financijska nestabilnost posebno pogađa zavode za jav-

no zdravstvo, te jedna sugovornica opisuje situaciju riječima: "Mi imamo dug veći od milijun i pol eura... svaki mjesec kod pročelnika molit novac..." (Ispitanica 9). OECD navodi kako među najvažnije prepreke razvoju integrirane skrbi spadaju nedostatni financijski poticaji za suradnju te ograničeni kapaciteti zdravstvenog sustava za koordinaciju (OECD, 2025, str. 410).

Dodatnu prepreku predstavlja nedostatak multidisciplinarnih timova unutar zdravstvenog sustava nužnih za učinkovitu prevenciju kardiovaskularnih bolesti. Premda strateški dokumenti predviđaju razvoj multidisciplinarnih oblika skrbi (MZ, 2021, str. 25), preventivne aktivnosti u praksi često provodi mali broj pojedinaca bez sustavne podrške nutricionista, psihologa, kineziologa i drugih stručnjaka. Jedna ispitanica opisuje kako je zbog nedostatka formalne edukacije samoinicijativno završila višegodišnju edukaciju iz kognitivno-bihevioralne terapije te ističe da je "... osjećala da mi jedan dio edukacije fali..." (Ispitanica 2).

8.3. Slaba unutrašnja koordinacija i fragmentiranost sustava

Empirijski nalazi ukazuju na izrazit raskorak između ambiciozno definiranih strateških ciljeva i provedbenih kapaciteta zdravstvenog sustava. Jedan ispitanik taj problem sažima riječima: "Imamo dobre nacionalne programe, imamo dobre strategije, imamo dobre akcijske planove. Sve je to super i sve to lijepo piše, ali onda u izvedbi imamo – kako će se to izvesti" (Ispitanik 1). Politike se u uvjetima nedovoljno operacionaliziranih procedura unutar sustava nužno prilagođavaju lokalnim okolnostima, pri čemu provedba postaje fragmentirana i neujednačena (Ndejjo *et al*., 2020; George *et al*., 2016). Posljedica je teritorijalna neujednačenost: "Pristup programima prevencije ovisi o regiji – u nekim krajevima se provode intenzivno, a u drugima gotovo nikako" (Ispitanica 2). U tom kontekstu dolazi do izražaja koncept ulične birokracije Michaela Lipskyja (2010), prema kojem provedbeni akteri svojim diskrecijskim odlukama uvelike određuju stvarni sadržaj politike. Provedba često ovisi o individualnom entuzijazmu umjesto o mehanizmima podrške unutar sustava, što ilustrira i ovaj iskaz o opremljenosti školske infrastrukture: "... jedna škola ima kuhinju, druga nema" (Ispitanica 2).

Dominantan dojam sudionika istraživanja jest da zdravstvenom sustavu nedostaju jasni mehanizmi koordinacije i podjele odgovornosti. To potvrđuje i izjava: "Nikom nije jasno što, kada i zašto bi trebao raditi za prevenciju..." (Ispitanik 4). Poseban je problem nedostatna operacionalizacija međusektorske suradnje (pristup HiAP). Iako se u dokumentima zagovara povezivanje sektora, u praksi je to pretežno deklarativno: "... nedostaje povezanosti svih sustava i neke vizije i zajedničkog cilja..." (Ispitanik 8), odnosno "... je to super bilo zamišljeno, suradnja, potpora, ali u realnosti nije bilo ništa od toga" (Ispitanik 3). Druga ministarstva često odbacuju zdravstvene prijedloge uz obrazloženje da "to ne može" (Ispitanik 3; Ispitanica

7), što potvrđuje slabe horizontalne komunikacijske kapacitete. Strukturne probleme dodatno produbljuju geografske i demografske specifičnosti Hrvatske (ruralna i otočna područja), gdje su zavodi za javno zdravstvo prisiljeni razvijati improvizirane oblike rada poput mobilnih timova (Vlada RH, 2012, str. 380; MZ, 2021, str. 13–14).

8.4. Izostanak sustavnog praćenja, evaluacije i učenja

Značajan problem predstavlja i izostanak kontinuirane evaluacije unutar zdravstvenog sustava. Nacionalni plan razvoja zdravstva 2021.–2027. predviđa "... kontinuiranu evaluaciju provedbe zacrtanih mjera i praćenje zdravstvenih ishoda..." (MZ, 2021, str. 2) te razvoj kapaciteta za evaluaciju i implementaciju (*ibid*., str. 6), no nalazi pokazuju da takvi mehanizmi do trenutka provedbe istraživanja nisu značajnije operacionalizirani. Zbog toga sustav ostaje bez povratnih mehanizama koji bi omogućili prilagodbu politika na temelju empirijskih rezultata.

Rezultati pokazuju i da su slabosti zdravstvenog sustava povezane s nedovoljnim uključivanjem stručnih aktera u procese oblikovanja i evaluacije politika. Iako strategije predviđaju uvažavanje prijedloga pružatelja zaštite (Vlada RH, 2012, str. 382), sudionici ističu da iskustva provoditelja imaju ograničen utjecaj na donošenje odluka (Ispitanici 3, 4 i 5). Jedna ispitanica upozorava kako je "... vrlo važno da su na mjestima gdje se odlučuje ljudi koji znaju o čemu je riječ..." (Ispitanica 2).

Nalazi se podudaraju i s međunarodnim analizama. OECD-ova analiza integrirane kardiovaskularne skrbi pokazuje da za Hrvatsku nisu bili dostupni podaci u promatranim upravljačkim kategorijama, što upućuje na ograničeno razvijene mehanizme praćenja, evaluacije i koordinacije unutar zdravstvenog sustava (OECD, 2025, str. 407). Nadalje, politički sustav izbjegava donošenje regulatornih mjera poput potpune zabrane pušenja u zatvorenim prostorima ili povećanja trošarina (MZ, 2020, str. 32), prema stajalištu ispitanika, pod utjecajem komercijalnih i industrijskih lobija. Jedna ispitanica ilustrira taj pritisak riječima: "Rekli su da sam fašist jer sam rekla da sok koji ima 5 žličica šećera ne smije biti reklamiran stalno djeci..." (Ispitanica 2).

9. Rasprava i zaključak

Nalazi ovog istraživanja potvrđuju da ograničena učinkovitost preventivnih politika usmjerenih na smanjenje smrtnosti od kardiovaskularnih bolesti u Hrvatskoj proizlazi prvenstveno iz duboko ukorijenjenih prepreka unutar samog zdravstvenog sustava, a ne iz nedostatka strateških dokumenata. Iako su nacionalne strategije sadržajno usklađene s međunarodnim preporukama, ključna uska grla nastaju u fazi provedbe, gdje sustav zakazuje zbog operativnih, strukturnih i evaluacijskih nedostataka. Analiza iskaza ispitanika jasno izdvaja četiri ključne skupine prepreka koje generiraju implementacijski jaz.

Prva i najizraženija prepreka odnosi se na resursni deficit i preopterećenost zdravstvenih djelatnika. Provedba strateških ciljeva u praksi je nedostatna zbog ograničenih financijskih i kadrovskih kapaciteta na operativnoj razini. U skladu s klasičnim tezama implementacijske literature (Pressman i Wildavsky, 1973, str. 93–95), i najkvalitetnije oblikovane javnozdravstvene politike zakazuju ako zdravstvene institucije nemaju dostatne operativne kapacitete za njihovu realizaciju. Nadovezujući se na Lipskyjevu (2010, str. 27–28) teoriju ulične birokracije, provoditelji na terenu suočeni s oskudnim resursima prisiljeni su koristiti se diskrecijskim pravom i prilagođavati mjere lokalnim okolnostima. U uvjetima u kojima institucionalna podrška nije dovoljno razvijena, preventivne aktivnosti pretežno ovise o individualnoj inicijativi i entuzijazmu pojedinih provedbenih aktera, što stvara izrazite regionalne nejednakosti u kvaliteti i dostupnosti programa.

Druga sustavna prepreka očituje se u disfunkcionalnosti vertikalne i horizontalne koordinacije. Unutar same zdravstvene hijerarhije prisutna je slaba vertikalna komunikacija i nejasna podjela odgovornosti između lokalnih izvođača i središnjih institucija, što kreatorima politika onemogućuje prikupljanje povratnih informacija s terena, a provoditelji ostaju bez jasnih provedbenih smjernica (Hupe i Hill, 2007, str. 280–283; Sabatier i Mazmanian, 1980, str. 551–555). Na horizontalnoj razini prisutna je izoliranost zdravstvenog sektora; iako strategije deklarativno zagovaraju pristup HiAP, suradnja zdravstvenog sustava, obrazovanja, gospodarstva i lokalne samouprave nije institucionalizirana, već ovisi o neformalnim osobnim kontaktima (Kickbusch i Buckett, 2010, str. 3–5; Rudolph *et al*., 2013, str. 9–11).

Treća ključna prepreka jest ograničena institucionalizacija praćenja, evaluacije i učenja. Bez uspostavljenih indikatora uspješnosti i kontinuiranog praćenja rezultata donositelji odluka gube mogućnost empirijski utemeljene prilagodbe mjera, a provedbeni akteri ostaju bez povratnih informacija i osjećaja da pridonose postizanju dugoročnih ciljeva (Jann i Wegrich, 2007; Wollmann, 2003).

Četvrto, politike prevencije dodatno su podređene logici izbornih ciklusa i političkoj kratkovidnosti, čime se zanemaruju dugoročni javnozdravstveni ciljevi u korist mjera s brzim političkim učinkom. Nasuprot tim sustavnim ograničenjima, međunarodna iskustva potvrđuju da je radikalno smanjenje smrtnosti od kardiovaskularnih bolesti moguće jedino uz dugoročnu političku podršku i stabilnu koordinaciju na svim razinama (Puska *et al*., 2016, str. 175–177). Ne bi li se takvo stanje premostilo, Hrvatska mora ukloniti navedene prepreke jačanjem provedbenih kapaciteta, ulaganjem u ljudske resurse i razvoj multidisciplinarnih timova, institucionalizacijom međusektorske suradnje te uvođenjem instrumenata poput procjene utjecaja na zdravlje (Harris-Roxas *et al*., 2012; Cole i Fielding, 2007).

Trenutačna visoka medijska vidljivost i opterećenost sustava kardiovaskularnim bolestima stvaraju pogodan okvir za promjene. Promatrano kroz Kingdonovu

teoriju triju tokova, preklapanjem problemskog toka, političkog interesa i razvoja preventivnih instrumenata otvara se "prozor prilike" za reformu.

Znanstveni i analitički doprinos ove studije ne temelji se na statističkoj reprezentativnosti provedenih intervjua niti na procjeni učinkovitosti politika na razini cjelokupnog sustava, već na koherentnom i triangulacijskom povezivanju kvalitativnih nalaza s detaljnom analizom strateških dokumenata i relevantne literature. Valja istaknuti i metodološka ograničenja istraživanja: obuhvaćen je razmjerno mali i specifičan uzorak ispitanika, zbog čega dobiveni nalazi prvenstveno odražavaju subjektivne perspektive i iskustva uključenih dionika, pa je njihova poopćivost ograničena. Također, istraživanje ne obuhvaća sve međusektorske sudionike u širem okruženju oblikovanja i provedbe zdravstvenih politika. Unatoč tim ograničenjima, provedena kvalitativna integracija omogućuje identificiranje, interpretaciju i dubinsko razumijevanje konteksta, mehanizama i strukturnih uzroka zastoja u provedbi preventivnih politika. U konačnici, prevencija kardiovaskularnih bolesti primarno je upravljački izazov. Nalazi pružaju objašnjenje načinâ na koje se strateški ciljevi otežano prevode u provedbenu praksu, čime daju vrijedan kvalitativni uvid u implementacijski jaz i čine čvrstu analitičku osnovu za preusmjeravanje sustava s individualne inicijative na snažne institucije, jasne linije odgovornosti i trajnu međusektorsku suradnju.

LITERATURA

An, R. (2013) "Effectiveness of subsidies in promoting healthy food purchases and consumption: a review of field experiments", *Public Health Nutr.*, (Jul), 16 (7), str. 1215–1228. Epub 2012, Nov 5. PMID: 23122423; PMCID: PMC3898771. https://doi.org/10.1017/S1368980012004715

Arrow, K. J. (1963) "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care", *American Economic Review*, 53 (5), str. 941–973.

Bauer, M. W. i Knill, C. (2014) "A Conceptual Framework for the Comparative Analysis of Policy Change: Measurement, Explanation and Strategies of Policy Dismantling", *Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice*, 16 (1), str. 28–44. https://doi.org/10.1080/13876988.2014.885186

Bays, H. E. *et al*. (2022) "Ten things to know about ten cardiovascular disease risk factors – 2022", *American Journal of Preventive Cardiology*, 10, 100342.

Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J. i Crotty, K. (2011) "Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review", *Annals of Internal Medicine*, 155 (2), str. 97–107.

Birkland, T. A. (2016) "Policy process theory and natural hazards" u *Oxford Research Encyclopedia of Natural Hazard Science*. New York: Oxford University Press. https://doi.org/10.1093/acrefore/9780199389407.013.75

Braun, V. i Clarke, V. (2006) "Using thematic analysis in psychology", *Qualitative Research in Psychology*, 3 (2), str. 77–101. https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa

Brodkin, E. Z. (2008) "Accountability in street-level organizations", *Intl Journal of Public Administration*, 31, str. 317–336.

Brodkin, E. Z. (2011) "Policy Work: Street-Level Organizations Under New Managerialism", *Journal of Public Administration Research and Theory*, 21 (suppl 2), i253–i277.

Buljan, I. (2021) "Izvještavanje o rezultatima kvalitativnih istraživanja", *Zdravstveni glasnik*, 7 (2), str. 49–58. https://doi.org/10.47960/2303-8616.2021.14.49

Carević, V. *et al*. (2007) "Coronary heart disease risk factors in Croatia and worldwide", *Acta Medica Croatica*. PMID: 17629106.

Centers for Disease Control and Prevention (1999) "Achievements in public health, 1900–1999: Decline in deaths from heart disease and stroke – United States, 1900–1999", *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 48 (30), str. 649–656.

Cherla, A., Kyriopoulos, I., Pearcy, P., Tsangalidou, Z., Hajrulahović, H., Theodorakis, P., Andersson, C. E., Mehra, M. R. i Mossialos, E. (2024) "Trends in avoidable mortality from cardiovascular diseases in the European Union, 1995–2020: a retrospective secondary data analysis", *The Lancet Regional Health – Europe*, 47, 101079. PMID: 39397877. https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2024.101079

Claas, S. A. i Arnett, D. K. (2016) "The role of healthy lifestyle in the primordial prevention of cardiovascular disease", *Current Cardiology Reports*, 18 (6), članak 56. https://doi.org/10.1007/s11886-016-0728-7

Cohen, M. D., March, J. G. i Olsen, J. P. (1972) "A Garbage Can Model of Organizational Choice", *Administrative Science Quarterly*, 17 (1), str. 1–25.

Cole, B. L. i Fielding, J. E. (2007) "Health impact assessment: a tool to help policy makers understand health beyond health care", *Annual Review of Public Health*, 28 (1), str. 393–412.

Crossan, C., Lord, J., Ryan, R., Nherera, L. i Marshall, T. (2017) "Cost effectiveness of case-finding strategies for primary prevention of cardiovascular disease: a modelling study", *The British Journal of General Practice*, 67 (654), e67–e77. https://doi.org/10.3399/bjgp16X687973

Damen, J. A., Hooft, L., Schuit, E., Debray, T. P., Collins, G. S., Tzoulaki, I., ... i Moons, K. G. (2016) "Prediction models for cardiovascular disease risk in the general population: systematic review", *BMJ* (Clinical research ed.), 353, i2416. https://doi.org/10.1136/bmj.i2416

Davidovitz, M. i Cohen, N. (2022) "Playing defence: The impact of trust on the coping mechanisms of street-level bureaucrats", *Public Management Review*, 24 (2), str. 279–300.

DeJonckheere, M. i Vaughn, L. M. (2019) "Semistructured interviewing in primary care research: a balance of relationship and rigour", *Family Medicine and Community Health*, 7 (2), e000057.

Eurostat (2019) "Share of population reporting high blood pressure" [Dataset]. Dostupno na: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/HLTH_EHIS_CD1E__custom_17418700/default/table?lang=en (pristupljeno: 14. srpnja 2025.).

Eurostat (2022a) "Bavljenje tjelesnom aktivnošću nevezanom uz posao prema spolu, dobi i stupnju obrazovanja" [Skup podataka hlth_ehis_pe3e]. Dostupno na: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_ehis_pe3e/default/table?lang=en (pristupljeno: 15. srpnja 2025.).

Eurostat (2022b) "Causes of death – standardised death rate, cardiovascular diseases, by sex" [Dataset]. Dostupno na: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_cd_aro/default/table?lang=en (pristupljeno: 12. srpnja 2025.).

Eurostat (2022c) "Daily smokers of cigarettes by sex, age and educational attainment" [Dataset]. Dostupno na: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_ehis_sk3e/default/table?lang=en (pristupljeno: 14. srpnja 2025.).

Eurostat (2022d) "Dnevna konzumacija voća i povrća prema spolu, dobi i stupnju obrazovanja" [Skup podataka hlth_ehis_fv3e]. Dostupno na: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/HLTH_EHIS_FV3E__custom_1588514/default/table?lang=en (pristupljeno: 15. srpnja 2025.).

Eurostat (2022e) "Person distribution by body mass index, educational attainment level, sex and age" [Dataset]. Dostupno na: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/HLTH_EHIS_CD1E__custom_17418700/default/table?lang=en (pristupljeno: 14. srpnja 2025.).

Eurostat (2024a) "Population in the EU down by 800,000 in 2023". Dostupno na: https://ec.europa.eu/eurostat/fr/web/products-eurostat-news/w/ddn-20250321-2 (pristupljeno: 13. srpnja 2025.).

Eurostat (2024b) "Preventable and treatable mortality statistics" [Dataset]. Dostupno na: https://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php?title=Preventable_and_treatable_mortality_statistics (pristupljeno: 13. srpnja 2025.).

Eurostat (2025a) "Causes of death – diseases of the circulatory system (I00–I99)". Dostupno na: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_cd_aro__custom_17870962/default/table?lang=en (pristupljeno: 26. kolovoza 2025.).

Eurostat (2025b) "Treatable and preventable mortality of residents by cause and sex" [Dataset]. Dostupno na: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_cd_apr/default/table?lang=en (pristupljeno: 25. kolovoza 2025.).

Garcia, M., Mulvagh, S. L., Merz, C. N., Buring, J. E. i Manson, J. E. (2016) "Cardiovascular Disease in Women: Clinical Perspectives", *Circulation research*, 118 (8), str. 1273–1293. https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.116.307547

Gassner, D. i Gofen, A. (2018) "Street-level management: A clientele-agent perspective on implementation", *Journal of Public Administration Research and Theory*, 28 (4), str. 551–568.

George, C. E., Ramadas, D., Norman, G., Mukherjee, D. i Rao, T. (2016) "Barriers to cardiovascular disease risk reduction: Does physicians' perspective matter?", *Indian Heart Journal*, 68 (3), str. 278–285.

Greer, S. L., Falkenbach, M., Siciliani, L., McKee, M., Wismar, M. i Figueras, J. (2022) "From health in all policies to health for all policies", *The Lancet Public Health*, 7 (8), e718–e720.

Guest, G., Bunce, A. i Johnson, L. (2006) "How many interviews are enough?", *Field Methods*, 18 (1), str. 59–82.

Gupta, R. i Wood, D. A. (2019) "Primary prevention of ischaemic heart disease: Populations, individuals, and health professionals", *The Lancet*, 394 (10199), str. 685–696. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31893-8

Harris-Roxas, B., Viliani, F., Bond, A., Cave, B., Divall, M., Furu, P., ... i Winkler, M. (2012) "Health impact assessment: the state of the art", *Impact assessment and project appraisal*, 30 (1), str. 43–52.

Hoff, T., Trovato, K. i Kitsakos, A. (2024) "Burnout among family physicians in the United States: A review of the literature", *Quality Management in Health Care*, 33 (1), str. 1–11. https://doi.org/10.1097/QMH.0000000000000439

Hrvatski zavod za javno zdravstvo (2025, 17. travnja) Raspored održavanja javnozdravstvenih stručnih sastanaka u Hrvatskom zavodu za javno zdravstvo 2025. Dostupno na: https://www.hzjz.hr/zavod/ (pristupljeno: 2. srpnja 2025.).

Hsiao, W. (2003) "What is a Health System? Why Should We Care?". Harvard School of Public Health.

Hsiao, W. C. (1995) "The Chinese Health Care System: Lessons for Other Nations", *Social Science & Medicine*, 41 (8), str. 1047–1055.

Hupe, P. i Buffat, A. (2014) "A public service gap: Capturing contexts in a comparative approach of street-level bureaucracy", *Public Management Review*, 16 (4), str. 548–569.

Hupe, P. i Hill, M. (2007) "Street-Level Bureaucracy and Public Accountability", *Public Administration*, 85 (2), str. 279–299.

Hupe, P., Hill, M. i Nangia, M. (2014) "Studying implementation beyond deficit analysis: The top-down view reconsidered", *Public Policy and Administration*, 29 (2), str. 145–163.

International Diabetes Federation (IDF) (2025) *IDF Diabetes Atlas* (11. izd.). Bruxelles: International Diabetes Federation. Dostupno na: https://diabetesatlas.org/resources/idf-diabetes-atlas-2025/ (pristupljeno: 15. srpnja 2025.).

Jann, W. i Wegrich, K. (2007) "Teorije političkog ciklusa", *Priručnik za analizu javnih politika: Teorija, politika i metode*, 125, str. 43–62.

Kern, J., Strnad, M., Ćorić, T. i Vuletić, S. (2005) "Cardiovascular risk factors in Croatia: struggling to provide the evidence for developing policy recommendations", *BMJ*, 331 (7510), str. 208–210. PMID: 16037458. https://doi.org/10.1136/bmj.331.7510.208

Kickbusch, I. (2010) "Health in All Policies: Where to from Here?", *Health Promotion International*, 25 (3), str. 261–264.

Kickbusch, I. i Buckett, K. (ur.) (2010) *Implementing Health in All Policies: Adelaide 2010*. Adelaide: Government of South Australia.

Kickbusch, I. i Gleicher, D. (2012) *Governance for Health in the 21st Century*. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe.

Kingdon, J. W. (2014) *Agendas, alternatives, and public policies* (2. izd.). Harlow: Pearson Education Limited.

Kotseva, K., Wood, D., De Bacquer, D., De Backer, G., Rydén, L., Jennings, C., ... i EUROASPIRE Investigators (2016) "EUROASPIRE IV: A European Society of Cardiology survey on the lifestyle, risk factor and therapeutic management of coronary patients from 24 European countries", *European Journal of Preventive Cardiology*, 23 (6), str. 636–648. https://doi.org/10.1177/2047487315569401

Krstačić, G., Jülicher, P., Krstačić, A. i Varounis, C. (2024) "A cost-effectiveness evaluation of a high-sensitivity troponin I guided voluntary cardiovascular risk assessment program for asymptomatic women in Croatia", *International Journal of Cardiology. Cardiovascular Risk and Prevention*, 20, 200244. https://doi.org/10.1016/j.ijcrp.2024.200244

Lipsky, M. (2010) *Street-level bureaucracy: Dilemmas of the individual in public service*. New York: Russell Sage Foundation.

Mensah, G. A., Wei, G. S., Sorlie, P. D., Fine, L. J., Rosenberg, Y., Kaufmann, P. G., ... i Gordon, D. (2017) "Decline in cardiovascular mortality: possible causes and implications", *Circulation research*, 120 (2), str. 366–380.

Ministarstvo zdravlja Republike Hrvatske (2015a) Akcijski plan za prevenciju i kontrolu kroničnih nezaraznih bolesti 2015.–2020. Zagreb: Ministarstvo zdravlja Republike Hrvatske.

Ministarstvo zdravlja Republike Hrvatske (2015b) Nacionalni program zdravstvene zaštite osoba oboljelih od šećerne bolesti 2015.–2020. Zagreb: Ministarstvo zdravlja Republike Hrvatske. Dostupno na: https://zdravlje.gov.hr/UserDocsImages/2015/Nacionalni%20program%20zdravstvene%20za%C5%A1tite%20osoba%20obo-

ljelih%20od%20%C5%A1e%C4%87erne%20bolesti%202015.-2020..pdf (pristupljeno: 26. svibnja 2025.).

Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske i Hrvatski zavod za javno zdravstvo (2015c) Nacionalni program "Živjeti zdravo". Zagreb: Ministarstvo zdravstva RH i HZJZ. Dostupno na: https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2013/11/Zivjeti-zdravo-program.pdf (pristupljeno: 25. svibnja 2025.).

Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske (2020) Akcijski plan za prevenciju i nadzor nad kroničnim nezaraznim bolestima 2020.–2026. Zagreb: Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske. Dostupno na: https://zdravlje.gov.hr/UserDocs Images/2020%20dokumenti/Akcijski%20plan%20KNB%202020-2026.pdf (pristupljeno: 26. svibnja 2025.).

Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske (2021) Nacionalni plan razvoja zdravstva 2021.–2027. Zagreb: Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske. Dostupno na: https://zdravlje.gov.hr/UserDocsImages//2021%20dokumenti/NPRZ%202021-2027.pdf (pristupljeno: 26. svibnja 2025.).

Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske (2024a) Nacionalni program probira i ranog otkrivanja porodične hiperkolesterolemije do 2026. Zagreb: Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske. Dostupno na: ttps://zdravlje.gov.hr/UserDocs Images/2021%20dokumenti/hiperkolesterolemija-nacionalni-program.pdf (pristupljeno: 25. svibnja 2025.).

Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske (2024b) Akcijski plan za prevenciju debljine 2024.–2027. Zagreb: Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske. Dostupno na: https://zdravlje.gov.hr/UserDocsImages/2024%20dokumenti/Akcijski%20plan%20za%20prevenciju%20debljine%202024-2027.pdf (pristupljeno: 25. svibnja 2025.).

Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske (2024c) Akcijski plan djelovanja na području ovisnosti za razdoblje do 2026. godine. Zagreb: Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske. Dostupno na: https://zdravlje.gov.hr/UserDocsImages/2023%20dokumenti/AP%20ovisnosti%202023-2026.pdf (pristupljeno: 25. svibnja 2025.).

Møller, A. M. i Grøn, C. H. (2024) "Street-level leadership: Re-conceptualizing the role of the manager", *Review of Public Personnel Administration*, 44 (3), str. 544–565.

Ndejjo, R. *et al*. (2020) "Barriers and facilitators of implementation of a community cardiovascular disease prevention programme", *Implementation Science*, 15 (1), str. 1–10. https://doi.org/10.1186/s13012-020-01065-0

Ngalesoni, F. N., Ruhago, G. M., Mori, A. T. *et al*. (2016) "Cost-effectiveness of medical primary prevention strategies to reduce absolute risk of cardiovascular disease in Tanzania: a Markov modelling study", *BMC Health Services Research*, 16, članak 185. https://doi.org/10.1186/s12913-016-1409-3

Nugent, R. *et al*. (2018) "Investing in non-communicable disease prevention and management to advance the Sustainable Development Goals", *The Lancet*, 391.10134, str. 2029–2035.

Nutbeam, D. (2000) "Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century", *Health Promotion International*, 15 (3), str. 259–267.

O'Keefe, J. H., Carter, M. D. i Lavie, C. J. (2009, kolovoz) "Primary and secondary prevention of cardiovascular diseases: a practical evidence-based approach", *Mayo Clinic Proceedings*, 84 (8), str. 741–757.

OECD / European Observatory on Health Systems and Policies (2019) State of Health in the EU: Croatia – Country Health Profile 2019. Pariz: OECD Publishing.

OECD / European Observatory on Health Systems and Policies (2023) Croatia: Country Health Profile 2023, State of Health in the EU. Pariz: OECD Publishing. https://doi.org/10.1787/8a7eadc9-en

OECD (2025) The State of Cardiovascular Health in the European Union. Pariz: OECD Publishing. https://doi.org/10.1787/ea7a15f4-en

Palinkas, L. A., Horwitz, S. M., Green, C. A., Wisdom, J. P., Duan, N. i Hoagwood, K. (2015) "Purposeful sampling for qualitative data collection and analysis in mixed method implementation research", *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 42 (5), str. 533–544.

Patton, M. Q. (2014) *Qualitative research & evaluation methods: Integrating theory and practice*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.

Payne, R. A. (2012) "Cardiovascular risk", *British Journal of Clinical Pharmacology*, 74 (3), str. 396–410. https://doi.org/10.1111/j.1365-2125.2012.04219.x

Peters, B. G. (2015) *Advanced Introduction to Public Policy*. Cheltenham: Edward Elgar Publishing.

Pilvar, H. i Watt, T. (2025) "The effect of workload on primary care doctors on referral rates and prescription patterns: Evidence from English NHS", *European Journal of Health Economics*, 26 (5), str. 817–837. https://doi.org/10.1007/s10198-024-01742-7

Pressman, J. L. i Wildavsky, A. (1973) *Implementation: How Great Expectations in Washington Are Dashed in Oakland*. Berkeley: University of California Press.

Pülzl, H. i Treib, O. (2007) "Implementing Public Policy" u Fischer, F., Miller, G. J. i Sidney, M. S. (ur.) *Handbook of Public Policy Analysis*. Boca Raton, FL: CRC Press, str. 89–107.

Puska, P. i Jaini, P. (2020) "The North Karelia Project: Prevention of Cardiovascular Disease in Finland Through Population-Based Lifestyle Interventions", *American Journal of Lifestyle Medicine*, 14 (5), str. 495–499.

Puska, P., Vartiainen, E., Nissinen, A., Laatikainen, T. i Jousilahti, P. (2016) "Background, Principles, Implementation, and General Experiences of the North Karelia Project", *Global Heart*, 11 (2), str. 173–178. https://doi.org/10.1016/j.gheart.2016.04.010

Rudolph, L., Caplan, J., Ben-Moshe, K. i Dillon, L. (2013) "Health in All Policies: Improving Health Through Intersectoral Collaboration", *NAM Perspectives*. Discussion Paper, National Academy of Medicine, Washington, DC. https://doi.org/10.31478/201309a

Sabatier, P. A. (1999) *Theories of the Policy Process*. Boulder, CO: Westview Press.

Sabatier, P. i Mazmanian, D. (1980) "The implementation of public policy: A framework of analysis", *Policy Studies Journal*, 8 (4), str. 538–560.

Scarborough, P., Adhikari, V., Harrington, R. A., Elhussein, A., Briggs, A., Rayner, M. i Adams, J. (2020) "Impact of the announcement and implementation of the UK Soft Drinks Industry Levy on sugar content, price, product size and number of available soft drinks in the UK, 2015–19: A controlled interrupted time series analysis", *PLoS Medicine*, 17 (2), e1003025.

Schultz, W. M., Kelli, H. M., Lisko, J. C., Varghese, T., Shen, J., Sandesara, P., ... i Sperling, L. S. (2018) "Socioeconomic Status and Cardiovascular Outcomes: Challenges and Interventions", *Circulation*, 137 (20), str. 2166–2178. https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.117.029652

Sierra, C., Coca, A. i Schiffrin, E. L. (2011) "Vascular mechanisms in the pathogenesis of stroke", *Current Hypertension Reports*, 13 (3), str. 200–207. https://doi.org/10.1007/s11906-011-0195-x

Solar, O. i Irwin, A. (2010) *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health*. Geneva: World Health Organization.

Späth, F., Wennberg, P., Johansson, R., Weinehall, L., Norberg, M., Rosén, A., ... i Van Guelpen, B. (2025) "Cohort Profile: The Northern Sweden Health and Disease Study (NSHDS)", *International Journal of Epidemiology*, 54 (1), dyaf004. https://doi.org/10.1093/ije/dyaf004

Sun, J., Qiao, Y., Zhao, M., Magnussen, C. G. i Xi, B. (2023) "Global, regional, and national burden of cardiovascular diseases in youths and young adults aged 15–39 years in 204 countries/territories, 1990–2019: a systematic analysis of Global Burden of Disease Study 2019", *BMC Medicine*, 21 (1), članak 222. https://doi.org/10.1186/s12916-023-02925-4

Tracy, S. J. (2020) *Qualitative Research Methods: Collecting Evidence, Crafting Analysis, Communicating Impact* (2. izd.). Hoboken: Wiley-Blackwell.

Tummers, L. i Bekkers, V. (2014) "Policy Implementation, Street-Level Bureaucracy, and the Importance of Discretion", *Public Management Review*, 16 (4), str. 527–547.

Vlada Republike Hrvatske (2012) Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012.–2020. Zagreb: Vlada Republike Hrvatske. Dostupno na: https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2012_10_116_2496.html (pristupljeno: 24. svibnja 2025.).

Watkins, D. A., Olson, Z. D., Verguet, S., Nugent, R. A. i Jamison, D. T. (2018) "Cardiovascular disease and impoverishment: A health and macroeconomic perspective", *The Lancet Global Health*, 6 (2), e128–e129.

Wollmann, H. (ur.) (2003) *Evaluation in Public – Sector Reform: Concepts and Practice in International Perspective*. Cheltenham: Edward Elgar Publishing.

World Bank (2020) Croatia – Improving Quality and Efficiency of Health Services Project (Project Appraisal Document No. PAD3862). Washington, DC: World Bank. Dostupno na: https://documents1.worldbank.org/curated/en/548561605538619135/pdf/Croatia-Improving-Quality-and-Efficiency-of-Health-Services-Project.pdf (pristupljeno: 22. srpnja 2025.).

World Cancer Research Fund (2025) MOVING physical activity policy benchmarking tool. Dostupno na: https://www.wcrf.org/research-policy/physical-activity-policy/moving-physical-activity-policy-index/ (pristupljeno 14. lipnja 2025.).

World Health Organization (2015) Assessment of the impact of a public health product tax. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

World Health Organization (2018) Noncommunicable Diseases Country Profiles 2018. Geneva: WHO.

World Heart Federation (2020) Roadmap for Secondary Prevention of Cardiovascular Disease. Geneva: WHF.

World Heart Federation (2023) World heart report 2023: Confronting the world's number one killer. Dostupno na: https://world-heart-federation.org/wp-content/uploads/World-Heart-Report-2023.pdf (pristupljeno: 12. travnja 2025.).

Zelić Baričević, I., Vrca Botica, M. i Pavlić Renar, I. (2014) "Kvartarna prevencija kao temelj racionalnog pristupa pacijentu u obiteljskoj medicini", *Liječnički vjesnik*, 136 (5–6), str. 152–155. Dostupno na: https://hrcak.srce.hr/172609 (pristupljeno: 25. lipnja 2025.).

Zupan.hr (2023, 27. prosinca) "Od sljedeće godine bolnicama će opet upravljati država: Dio župana već se izjasnio protiv centraliziranog sustava". Dostupno na: https://zupan.hr/vijesti/aktualno/od-sljedece-godine-bolnicama-ce-opet-upravljati-drzava-dio-zupana-vec-se-izjasnio-protiv-centraliziranog-sustava/ (pristupljeno: 10. srpnja 2025.).

Dagmar Radin, Lovre Klarin

SYSTEMIC BARRIERS TO HEALTH POLICY IMPLEMENTATION: AN ANALYSIS OF CARDIOVASCULAR DISEASE PREVENTION POLICIES IN CROATIA

Summary

This study investigates the causes of failure of Croatian health policies in preventing and reducing the incidence of cardiovascular diseases, which remain the leading cause of mortality in Croatia. The qualitative research comprises

a thematic analysis of strategic and regulatory documents published between 2012 and 2025, as well as semi-structured interviews with policymakers and street-level bureaucrats, namely actors directly involved in the implementation of preventive measures. The findings indicate that the main barriers to successful policy implementation include a lack of political support, limited institutional and financial capacities, weak intra- and intersectoral coordination and collaboration, and the absence of systematic evaluation of existing policy outcomes. Emphasis is placed on the discrepancy between formally defined strategic objectives and their actual implementation in practice, resulting in fragmented and unsustainable preventive interventions. The study concludes that improving health policies in the field of cardiovascular disease prevention and the reduction of associated risk factors require strengthening the capacities of street-level bureaucrats, establishing clearer mechanisms of vertical communication between different levels of government, and developing institutionalized intersectoral collaboration and evaluation mechanisms. Only an integrated and coordinated approach can contribute in the long term to reducing mortality and improving health outcomes in line with the standards achieved by more developed European countries.

Keywords: Cardiovascular Diseases, Health Policies, Prevention, Policy Implementation, Institutions, Intersectoral Collaboration, Street-level Bureaucrats

Dagmar Radin, redovita profesorica, Sveučilište u Zagrebu, Fakultet političkih znanosti. *E-mail*: dagmar.radin@fpzg.hr

Lovre Klarin, diplomirani politolog, Ured gradonačelnika grada Zagreba. *E-mail*: klarinlovre@gmail.com

Politička misao je časopis s otvorenim pristupom licenciran međunarodnom licencom Creative Commons CC BY-NC-ND. Autorima se ne naplaćuju naknade ni u jednoj fazi izdavačkog procesa.