

PRISTUP ZDRAVSTVENIM USLUGAMA DJECE U RIZIKU OD SIROMAŠTVA I SOCIJALNE ISKLJUČENOSTI: ULOGA EUROPSKOG JAMSTVA ZA DJECU

Vuletić, Sanja

Postgraduate specialist thesis / Završni specijalistički

2024

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, Faculty of Law / Sveučilište u Zagrebu, Pravni fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:199:823167>

Rights / Prava: [In copyright](#) / [Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2025-03-21**



Repository / Repozitorij:

[Repository Faculty of Law University of Zagreb](#)





Sveučilište u Zagrebu

Pravni Fakultet

Studijski centar socijalnog rada

Sanja Vuletić

**PRISTUP ZDRAVSTVENIM USLUGAMA
DJECE U RIZIKU OD SIROMAŠTVA I
SOCIJALNE ISKLJUČENOSTI: ULOGA
EUROPSKOG JAMSTVA ZA DJECU**

SPECIJALISTIČKI RAD

Zagreb, 2024



Sveučilište u Zagrebu

Pravni Fakultet

Studijski centar socijalnog rada

Sanja Vuletić

**PRISTUP ZDRAVSTVENIM USLUGAMA
DJECE U RIZIKU OD SIROMAŠTVA I
SOCIJALNE ISKLJUČENOSTI: ULOGA
EUROPSKOG JAMSTVA ZA DJECU**

SPECIJALISTIČKI RAD

Mentorica: prof. dr. sc. Ivana Dobrotić

Zagreb, 2024



Sveučilište u Zagrebu

Faculty of Law

Study Centre for Social Work

Sanja Vuletić

**ACCESS TO HEALTHCARE SERVICES
FOR CHILDREN AT RISK OF POVERTY
AND SOCIAL EXCLUSION: THE ROLE OF
THE EUROPEAN CHILD GUARANTEE**

SPECIALIST THESIS

Supervisor: Prof. Ivana Dobrotić, Ph. D.

Zagreb, 2024

IZJAVA O AUTORSTVU

Ja Sanja Vuletić izjavljujem da sam autorica specijalističkog rada pod nazivom_“Pristup zdravstvenim uslugama djece u riziku od siromaštva i socijalne isključenosti: uloga Europskog jamstva za djecu“.

Potpisom jamčim:

- da je predloženi rad isključivo rezultat mog vlastitog istraživačkog rada
- da su radovi i mišljenja drugih autora/ica, koje koristim, jasno navedeni i označeni u tekstu, te u popisu literature.

U Zagrebu, 22. srpnja 2024.

Potpis autorice: _____



SAŽETAK

Rad tematizira pristup zdravstvenim uslugama djece u riziku od siromaštva i socijalne isključenosti u zemljama članicama EU-a, s detaljnijim osvrtom na situaciju u Republici Hrvatskoj (RH) te moguće dosege novijih EU inicijativa na pristup kvalitetnim i priuštivim zdravstvenim uslugama djece, posebice u kontekstu novog mehanizma EU-a – Europskog jamstva za djecu. Iako zemlje članice EU-a, kao i RH imaju u načelu besplatan pristup zdravstvenim uslugama i zaštiti zdravlja djece, u većini zemalja postoje nezadovoljene zdravstvene potrebe, pri čemu ponajprije djeca u riziku imaju otežan pristup zdravstvenim uslugama. Stoga postoji potreba ujednačavanja i unapređenja zdravstvenih sustava, posebice u pogledu osiguravanja jednakog pristupa zdravstvenim uslugama za svu djecu, a posebice za djecu u riziku od siromaštva i socijalne isključenosti. Slijedom toga, usvojena je Preporuka Vijeća (EU) 2021/1004 o uspostavi Europskog jamstva za djecu (2021.) koja bi trebala potaknuti zemlje članice da poboljšaju nacionalne politike i programe na području zdravstva kako bi se svoj djeci osigurao besplatan i djelotvoran pristup zdravstvenim uslugama. Polazeći od pristupa prava djece, ovaj rad sagledava preporuku EU-a o uspostavi Europskog jamstva za djecu te daje komparativni uvid u pristup zdravstvenim uslugama djece u riziku od siromaštva u zemljama članicama EU-a, s dubljim osvrtom na situaciju u RH te potencijalne izazove i koristi na pristup kvalitetnim zdravstvenim uslugama za svu djecu. Poseban je naglasak na preprekama pristupa zdravstvenim uslugama, produbljujući spoznaje o brojnim barijerama s kojima se djeca u riziku nose te moguće mehanizme njihova nadilaženja, a kako bi se svoj djeci u RH zajamčio djelotvoran i besplatan pristup zdravstvenim uslugama.

ABSTRACT

This paper discusses the access to healthcare services for children at risk of poverty and social exclusion in EU member states, with a more detailed focus on the situation in the Republic of Croatia and the potential impacts of recent EU initiatives on access to quality and affordable healthcare services for children, particularly in the context of the EU's new mechanism – the European Child Guarantee. Despite EU member states, including the Republic of Croatia, generally having free access to healthcare services and health protection of children, some healthcare needs remain unmet in most countries, wherein children at risk have particularly difficult access to healthcare services. Therefore, there is a need to standardize and improve healthcare systems, especially in terms of ensuring equal access to healthcare services for all children, particularly those at risk of poverty and social exclusion. Consequently, a Council Recommendation (EU) 2021/1004 establishing a European Child Guarantee (2021) was adopted, with the goal of encouraging member states to improve their national health policies and programs in order to ensure free and effective access to healthcare services for all children. Considering the children's rights approach, this paper examines the EU recommendation establishing a European Child Guarantee and provides a comparative insight into the access to healthcare services for children at risk of poverty in EU member states, with a more comprehensive focus on the situation in Croatia, along with potential challenges and benefits on access to quality healthcare services for all children. Special attention is given to obstacles preventing access to healthcare services, which allows for a more profound understanding of numerous obstacles faced by children at risk as well as potential mechanisms for overcoming such barriers in order to ensure effective and free access to healthcare services for all children in the Republic of Croatia.

SADRŽAJ

1. UVOD	1
2. PRAVO DJECE NA ZDRAVSTVENU SKRB I NEJEDNAKOSTI U PRISTUPU ZDRAVSTVENIM USLUGAMA.....	3
3. POKAZATELJI SIROMAŠTVA I SOCIJALNE ISKLJUČENOSTI DJECE TE PRISTUPA ZDRAVSTVENIM USLUGAMA DJECE U RIZIKU OD SIROMAŠTVA U EUROPSKOJ UNIJI	6
4. POLITIKE SUZBIJANJA SIROMAŠTVA I SOCIJALNE ISKLJUČENOSTI DJECE I PRISTUP ZDRAVSTVENIM USLUGAMA	12
4.1. Javnopolitički okvir Europske unije na području suzbijanja siromaštva i socijalne isključenosti djece	13
4.2. Javnopolitički okvir Europske unije na području zdravstva i pristup djece u riziku od siromaštva i socijalne isključenosti zdravstvenim uslugama	15
5. KOMPARATIVNI UVID U PRISTUP ZDRAVSTVENIM USLUGAMA DJECE U RIZIKU OD SIROMAŠTVA I SOCIJALNE ISKLJUČENOSTI U ZEMLJAMA ČLANICAMA EUROPSKE UNIJE	19
6. PRISTUP ZDRAVSTVENIM USLUGAMA DJECE U RIZIKU OD SIROMAŠTVA I SOCIJALNE ISKLJUČENOSTI U HRVATSKOJ	28
6.1. Zdravstveni sustav u Hrvatskoj i usluge usmjerene djeci: stanje i izazovi mreže javne zdravstvene službe za djecu.....	28
6.2. Prepreke pristupa zdravstvenim uslugama djece u riziku od siromaštva i socijalne isključenosti.....	36
6.3. Ciljevi i mjere predviđeni Nacionalnim akcijskim planom za provedbu Europskog jamstva za djecu u Hrvatskoj	42
7. MOGUĆNOSTI UNAPRJEĐENJA PRISTUPA ZDRAVSTVENIM USLUGAMA DJECE U RIZIKU OD SIROMAŠTVA I SOCIJALNE ISKLJUČENOSTI U HRVATSKOJ POD UTJECAJEM EU INICIJATIVE EUROPSKO JAMSTVO ZA DJECU	48
8.ZAKLJUČAK.....	56

POPIS SLIKA	57
POPIS TABLICA.....	57
LITERATURA	58

POPIS KRATICA

KRATICA	ZNAČENJE
AROEPE	Rizik od siromaštva i socijalne isključenosti
AT	Austrija
BE	Belgija
BG	Bugarska
CEZIH	Centralni zdravstveni informacijski sustav Republike Hrvatske
CY	Cipar
CZ	Češka
DE	Njemačka
DK	Danska
EE	Estonija
EHIS	Europska zdravstvena anketa
EL	Grčka
ES	Španjolska
ECG	Europsko jamstvo za djecu (European Child Guarantee)
ESF+	Europski socijalni fond plus
ESSP	Europski stup socijalnih prava
EU	Europska unija
FI	Finska
FR	Francuska
HR	Hrvatska
HU	Mađarska
HLK	Hrvatska liječnička komora
HZJZ	Hrvatski zavod za javno zdravstvo
HZZO	Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje
IE	Irska
IT	Italija
LT	Litva
LU	Luksemburg

LV	Latvija
MT	Malta
NL	Nizozemska
NPPO	Nacionalni plan oporavka i otpornosti.
PL	Poljska
PT	Portugal
RO	Rumunjska
SE	Švedska
SI	Slovenija
SK	Slovačka
SZO (WHO)	Svjetska zdravstvena organizacija (<i>engl. World Health Organization</i>)
UN	Ujedinjeni narodi
UNICEF	Međunarodni dječji fond (<i>eng. United Nations International Children's Emergency Fund</i>)
UNCRC	Konvenciju UN-a o pravima djeteta
ZMN	Zajamčena minimalna naknada

1. UVOD

Pristup zdravstvenim uslugama temeljno je ljudsko pravo, a njihova dostupnost trebala bi biti prioritet svih naroda (World Health Organization, 1948.). Sve države članice Ujedinjenih naroda (UN-a) kao i Svjetska zdravstvena organizacija (SZO, *engl. WHO – World Health Organization*) usuglasile su se oko cilja sukladno kojem bi trebalo postići „univerzalnu pokrivenost zdravstvenom zaštitom“ do 2030. godine, a kako bi se pridonijelo boljem zdravlju svake nacije. Kada govorimo o djeci, isto je ujedno definirano i Konvencijom UN-a o pravima djeteta (članak 24.; UN, 1989.). Nažalost, postoje različiti čimbenici koji ograničavaju pristup zdravstvenim uslugama nekim članovima društva, a posebice djeci u riziku od siromaštva prema kojoj trebamo biti posebno osjetljivi (UNICEF, 2021.). Zbog toga se donosi nova inicijativa na razini Europske unije (EU) koja se oslanja na preporuku Vijeća Europe „Ulaganje u djecu – suzbijanje kruga deprivacije“ te Europski stup socijalnih prava – Europsko jamstvo za djecu, a koje bi trebalo omogućiti snažnije nacionalne politike za zaštitu djece i mladih u pogledu pristupa temeljnim socijalnim uslugama, uključivši zdravstvene usluge, pogotovo za djecu u riziku od siromaštva i socijalne isključenosti (Europska komisija, 2024.). Ova bi inicijativa trebala doprinijeti i postizanju djelotvornijih socijalnih država koje štite svoje cjelokupno stanovništvo, a pogotovo one najranjivije.

Slijedom iznesenih i dostupnih podataka rad tematizira pristup zdravstvenim uslugama djece u riziku od siromaštva i socijalne isključenosti u zemljama članicama EU-a, s detaljnijim osvrtom na situaciju u Republici Hrvatskoj (RH) te moguće dosege najnovije inicijative EU-a – Europskog jamstva za djecu – na pristup kvalitetnim i priuštivim zdravstvenim uslugama djece. Iako zemlje članice EU-a, kao i RH imaju u načelu besplatan pristup zdravstvenim uslugama i zaštiti zdravlja djece, u većini zemalja postoje nezadovoljene zdravstvene potrebe, pri čemu ponajprije djeca u riziku imaju otežan pristup zdravstvenim uslugama (Lebano et al., 2020.; Dobrotić i sur., 2021.; Baptista i sur., 2023.). Stoga postoji potreba ujednačavanja i unapređenja zdravstvenih sustava, posebice u pogledu osiguravanja jednakog pristupa zdravstvenim uslugama za svu djecu, a posebice za djecu u riziku od siromaštva i socijalne isključenosti. Kolike su barijere s kojima se djeca u riziku i njihove obitelji nose kada žele pristupiti zdravstvenim uslugama, kakvi su mogući mehanizmi njihova

nadilaženja te kako se i može li se svoj djeci u HR jamčiti djelotvoran i besplatan pristup zdravstvenim uslugama pitanja su koja će se sagledati u ovom radu.

Nakon kratkog uvida u (1) prava djece na zdravstvenu skrb te istraživanja koja govore o nejednakostima te implikacijama nejednakosti pristupa zdravstvenim uslugama daje se (2) uvid u bazične zdravstvene pokazatelje djece, s posebnim osvrtom na djecu u riziku od siromaštva i socijalne isključenosti. Potom se uvažavajući pristup prava djece (European Commission, 2021b), ali i polazeći od važnosti europeizacije na području politika usmjerenih prema djeci u riziku od siromaštva i socijalne isključenosti u Hrvatskoj (Stubbs i sur., 2017), (3) sagledavaju EU politike usmjerene djeci u riziku od siromaštva i socijalne isključenosti, a posebice preporuka EU-a o uspostavi Europskog jamstva za djecu i njezin zahtjev da se svoj djeci u riziku omogući besplatan i djelotvoran pristup zdravstvenim uslugama (European Commission, 2021a). Zatim se daje (4) komparativni uvid u pristup zdravstvenim uslugama djece u riziku od siromaštva u zemljama članicama EU-a s (5) dubljim osvrtom na situaciju u RH, posebice prepreke pristupa zdravstvenim uslugama i mogućnosti njihova nadilaženja te mjere sadržane u Nacionalnom akcijskom planu za provedbu preporuke Vijeća Europske unije o uspostavi europskog jamstva za djecu (Ministarstvo rada, mirovinskoga sustava, obitelji i socijalne politike, 2023.) kojima se iste planiraju nadići. Situacija u RH se dodatno kritički raspravlja u svijetlu mogućnost utjecaja EU instrumenta, a posebice Europskog jamstva za djecu na njezinu zdravstvenu politiku, ponajprije potencijalnih izazova i koristi u poboljšanju pristupa kvalitetnim i priuštivim zdravstvenim uslugama djece u riziku od siromaštva i socijalne isključenosti. Zaključno se (6) sažimaju glavni nalazi te mogućnosti unaprjeđenja pristupa zdravstvenim uslugama djece u riziku od siromaštva i socijalne isključenosti u Hrvatskoj pod utjecajem EU inicijative Europsko jamstvo za djecu (ECG).

2. PRAVO DJECE NA ZDRAVSTVENU SKRB I NEJEDNAKOSTI U PRISTUPU ZDRAVSTVENIM USLUGAMA

Pravo svakog djeteta na zdravstvene usluge uspostavljeno je kao temeljno pravo kroz Konvenciju UN-a o pravima djeteta (u nastavku teksta: UNCRC) još 1989. godine (Opća skupština ujedinenih naroda 20. studenoga 1989.; UN, 1989.). Ovo pravo sadržano je u članku 24. UNCRC-a kao programsko pravo, obvezujući države članice njegovoj postupnoj provedbi, uvažavajući njihove raspoložive resurse (članak 24.; Palm, 2017.). Konvencija nažalost ne precizira konkretne zdravstvene usluge kojima bi djeca trebala imati pristup, već traži od država potpisnica osiguranje pružanja potrebne zdravstvene skrbi i medicinske pomoći. Doduše, naglašavaju potrebu razvoja primarne zdravstvene zaštite te vide pravo na zdravlje kao inkluzivno pravo u skladu s Ustavom Svjetske zdravstvene organizacije (World Health Organization, 1948.). Prema Ustavu Svjetske zdravstvene organizacije djeci bi trebalo omogućiti rast i razvoj usklađen s njihovim potrebama te ostvarenje punog potencijala i života u uvjetima najvećeg standarda zdravlja (članak 2., stavak I, Ustav SZO-a). UNCRC također ističe i važnost mentalnog zdravlja djece i potrebu davanja posebne zaštite djeci u riziku zbog njihovog obiteljskog/društvenog okruženja, kao i djeci u kriznim humanitarnim situacijama. Od vlada zemalja potpisnica se očekuje i obveza osiguranja zdravlja djece, a koje ne smije biti narušeno bilo kakvom diskriminacijom (UN, 1989.).

UNCRC su ratificirale sve države članice EU-a te imaju obvezu težiti njezinoj postupnoj provedbi u skladu s raspoloživim resursima. Dječja prava su također uključena u temeljna prava EU-a, stoga ih trebaju jamčiti kako institucije EU-a, tako i države članice. UNCRC naglašava i da je – iako su roditelji ti koji prije svih imaju odgovornost za razvoj djeteta u skladu s njegovim najboljim interesom – pravo djeteta da njegovi roditelji dobiju odgovarajuću pomoć države u ispunjavanju svojih roditeljskih odgovornosti (Palm, 2017.; Rigby, 2020.; Churchill i sur., 2021.). S tim u vezi, na području zdravlja djece, sve države trebaju u provedbi ovog prava poduzimati odgovarajuće mjere za smanjenje smrtnosti dojenčadi i djece, osigurati pružanje potrebne medicinske pomoći i zdravstvene zaštite, s naglaskom na razvoj primarne zdravstvene zaštite i razvoj preventivne skrbi. Iako EU nije potpisala UNCRC kao zasebna stranka, dječja prava su izravno uključena u Povelju o temeljnim pravima EU-a, što obvezuje institucije EU-a, ali i države članice, prilikom provedbe EU zakonodavstva (UN, 1989.; Palm, 2017.; Rigby, 2020.). Radi zaštite prava i dobiti

djece u riziku od siromaštva i socijalne isključenosti te smanjivanja nejednakosti i osiguravanja jednakih mogućnosti na europskoj razini, EU snažno zagovara zdravstvene politike i programe koji omogućuju redovnu, besplatnu i kontinuiranu zdravstvenu zaštitu i liječenje svakom djetetu (EC, 2020.; ECG, 2021a).

Unatoč tome, provedena istraživanja najčešće ukazuju kako sva djeca nemaju jednak pristup zdravstvenim uslugama (Rigby, 2020.) pri čemu su u posebno nepovoljnom položaju djeca koja odrastaju u riziku od siromaštva i socijalne isključenosti. Tako rezultati istraživačkog tima Michaela J. Rigbya iz 2020. godine procjenjuju da oko 3 milijuna djece u EU nema zadovoljene potrebe za zdravstvenom skrbi (medicinska i stomatološka skrb). Iako u ovom istraživanju postoje neke slabosti zbog nedovoljnih podataka i "nevidljivosti" djece u ranijim podatkovnim sustavima, procjenjuje se da od tri milijuna djece s nezadovoljenom zdravstvenom skrbi, jedan milijun djece nema zadovoljenu potrebu za medicinskom, a oko 2 milijuna djece za stomatološkom skrbi. U pogledu zdravstvene skrbi analize tako pokazuju da se, unatoč načelnoj univerzalnosti zdravstvenih sustava, djeca u Europi još uvijek nose s brojnim poteškoćama pristupa zdravstvenim uslugama pri čemu je njihov migrantski status u zemlji često najveća prepreka pristupa (Woodward i sur., 2014.; Palm, 2017.). Sa sličnim preprekama kao i djeca migrantskog podrijetla, susreću se i djeca romske nacionalne manjine. Kod njih se, kao i kod djece migrantskog podrijetla, kao glavne prepreke pristupa ističu administrativne prepreke, problem nepoznavanja jezika te nedovoljna inkluzivnost usluga u pogledu kulturalnih specifičnosti, ali i samo siromaštvo i nedostatak sredstava da se pokriju pojedini aspekti usluga (Rechel i sur., 2009.). Samo odrastanje u siromaštvu ističe se kao sveopća prepreka i za svu djecu, budući da upravo tu djecu i njihove obitelji najviše pogađa sama te nepriuštivost zdravstvenih usluga, posebice jer u mnogim zemljama članicama EU-a roditelji moraju sudjelovati u (su)plaćanju pojedinih usluga, a posebice lijekova, a često ističu i nemogućnost da se dijete odvede liječniku zbog nedostatka sredstava da pokriju troškove prijevoza do same usluge i sl. (Rigby, 2020.).

Siromaštvom, koje se obično definira kao nedostatak materijalnih resursa potrebnih za osnovne životne potrebe kao što su hrana, smještaj, odjeća i pristup zdravstvenoj skrbi, obrazovanju i drugim osnovnim uslugama (Šućur, 2001.) mogu biti pogođene sve skupine neovisno o dobi, obrazovanju, etničkoj i religijskoj pripadnosti i sl. No, djeca su posebno ranjiva u tom pogledu budući da odrastanje u okolnostima

siromaštva može imati nepovoljne učinke na njihove prilike i mogućnosti (Kletečki Radović i sur., 2017.). Djeca koja su iskusila siromaštvo, osobito tijekom ranog života ili tijekom duljeg razdoblja, izložena su nizu nepovoljnih zdravstvenih i razvojnih ishoda tijekom svog života. Siromaštvo i socijalna isključenost djece veliki su društveni izazov jer djeca koja dio svog djetinjstva provedu u siromaštvu i socijalnoj isključenosti, u akademskom smislu slabije napreduju i vjerojatnije je da će kada odrastu i sama biti izložena riziku od siromaštva (Stubbs i sur., 2017.). Osim što postoji manja vjerojatnost da će djeca koja odrastaju u riziku od siromaštva i socijalne isključenosti biti uspješna u školi, manje je vjerojatno i da će biti dobrog zdravlja, a u odnosu na njihove vršnjake koji su u povoljnijem položaju. Kod istih je prisutan i veći rizik od ranog napuštanja školovanja, a kada odrastu, velika je vjerojatnost da će biti nezaposleni i to najčešće dugotrajno te da će se dalje suočavati sa siromaštvom zbog smanjenih mogućnosti zapošljavanja, rada i zarade (Kletečki Radović i sur., 2017.; Stubbs i sur., 2017.). Za djecu je odrastanje u siromaštvu stoga dodatni rizik i zbog mogućnosti izostanka primjerene zdravstvene skrbi, kao i stigmatizacije. S obzirom na njihovu ranjivost, siromaštvo djece je i širi društveni problem, koji je između ostalog, u RH, kako su pokazale ranije analize, bio do sada najčešće zanemaran (Ajduković i sur., 2017a). Dok sve to govori o izrazitoj važnosti nesmetanog pristupa djece zdravstvenim uslugama, istraživanja i u hrvatskom kontekstu dalje pokazuju kako djeca često imaju loš i nedovoljan pristup zdravstvenim uslugama, programima za prevenciju bolesti i promicanje zdravlja (Dobrotić i sur., 2021.; UNICEF, 2022.).

Za napredak društva i održivi razvoj također je ključno sprječavanje i suzbijanje siromaštva i socijalne isključenosti djece, koje, vidjeli smo, nepovoljno utječe na njihove sadašnje i buduće životne prilike te na njihovu mogućnost da pridonese društvu. Lošije obrazovanje i zdravlje imaju veliki utjecaj na gospodarstvo i tržište rada s obzirom na to da mogu nepovoljno djelovati na rast zaposlenosti i dovesti do manje produktivne, ali i manje kvalificirane radne snage (Bežovan i sur., 2019.). Djeca koja započinju život u nepovoljnom položaju, odnosno koja odrastaju u siromaštvu, češće se suočavaju s preprekama bazičnim socijalnim uslugama, od pristupa ranom i predškolskom odgoju i obrazovanju pa do zdravstvene skrbi, što je i tema ovog rada i o čemu će se više govoriti u nastavku (vidi poglavlje 6.2.). No, prije toga iznose se bazični pokazatelji na području siromaštva i socijalne isključenosti te zdravlja djece u EU.

3. POKAZATELJI SIROMAŠTVA I SOCIJALNE ISKLJUČENOSTI DJECE TE PRISTUPA ZDRAVSTVENIM USLUGAMA DJECE U RIZIKU OD SIROMAŠTVA U EUROPSKOJ UNIJI

Premda se broj djece koja odrastaju u riziku od siromaštva i socijalne isključenosti u Hrvatskoj smanjio u posljednjim godinama (tablica 3.1.), nejednakosti su i dalje ostale izražene, a posebice na EU razini. Prema podacima prikazanim u tablici 3.1., u 2022. godini u EU-27 je bilo 20 milijuna djece izloženo riziku od siromaštva ili socijalne isključenosti (AROE), odnosno njih 24,7%, a što predstavlja jednu četvrtinu sve djece u EU-u. Vidljivo je da na razini EU-a posljednjih nekoliko godina kontinuirano raste broj djece koja su u riziku od siromaštva ili socijalne isključenosti. Hrvatska sa 18,1% pokazuje ispodprosječnu stopu rizika od siromaštva i socijalne isključenosti djece u odnosu na EU-27 te se nalazi u skupini zemalja koje bilježe niže stope siromaštva i socijalne isključenost djece u odnosu na opću populaciju. Osim toga, za razliku općeg kretanja na razini EU-27, u Hrvatskoj se u odnosu na 2021. AROPE stopa i djece i opće populacije smanjila. Preciznije, kada govorimo o djeci, s 18,6% 2021. godine na 18,1% 2022. godine, a što čini smanjenje s 127 na 119 milijuna djece. Najbolja situacija je u Sloveniji gdje AROPE stopa za djecu iznosi 10,3%, dok je najveća stopa rizika u Rumunjskoj i iznosi 41,5%.

Osvrnemo li se na samu stopu rizika od siromaštva djece, ona je u Hrvatskoj također nešto niža od stope rizika od siromaštva opće populacije. Podaci Državnog zavoda za statistiku govore da je stopa rizika od siromaštva opće populacije u 2022. godini iznosila 18%, a djece 16%. Iznadprosječne stope siromaštva imaju kućanstva jednoroditeljskih obitelji (24,9%) te obitelji s troje ili više djece (23,3%; DZS, 2023.). Dohodovne su nejednakosti stoga i dalje izražene te ne iznenađuju niti razlike u zdravstvenim pokazateljima djece, a posebice u odnosu na djecu u riziku od siromaštva (slike 3.1., 3.2., 3.3., 3.4.). Tome je tako unatoč ranije istaknutim obavezama zemalja članica EU-a u smjeru poticanja jednakih mogućnosti za svu djecu u EU i potrebi osiguranja jednakog pristupa ključnim uslugama. Kroz Europsko jamstvo za djecu EU stoga pokazuje kako je svjesna da je potreban integrirani pristup ispunjavanju potreba u svim fazama života i uklanjanje temeljnih uzroka siromaštva i socijalne isključenosti s naglaskom ulaganja u djecu (više u poglavlju 4), čime se sprječava i međugeneracijski ciklus odrastanja u nepovoljnim uvjetima.

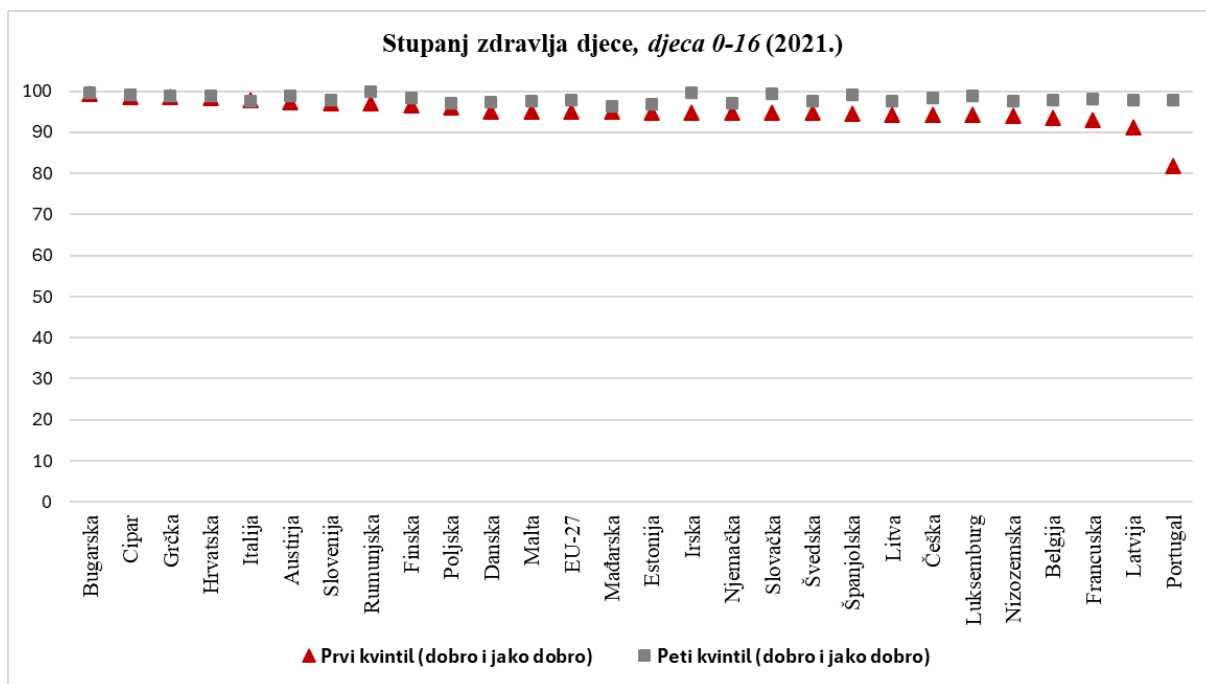
Tablica 3.1.: Rizik od siromaštva i socijalne isključenosti (AROPE) opće populacije i djece u EU-27 (2020. – 2022.)

	2020			2021			2022		
	AROPE (%)	AROPE djeca (%)	AROPE djeca (mil.)	AROPE (%)	AROPE djeca (%)	AROPE djeca (mil.)	AROPE (%)	AROPE djeca (%)	AROPE djeca (mil.)
EU27	21.6	24.0	19,425	21.7	24.4	19,671	21.6	24.7	20,012
Belgija (BE)	20.3	22.0	534	18.8	20.5	502	18.7	19.6	478
Bugarska (BG)	33.5	35.5	432	31.7	33.0	400	32.2	33.9	411
Češka (CZ)	11.5	12.9	264	10.7	13.3	271	11.8	13.4	270
Danska (DK)	16.8	13.4	152	17.3	14.0	158	17.1	13.8	156
Njemačka (DE)	20.4	22.3	3,144	21.0	23.7	3,357	21.1	24.4	3,549
Estonija (EE)	22.8	17.4	44	22.2	17.4	45	25.2	16.6	43
Irska (IE)	20.1	23.5	289	20.0	22.8	276	20.7	22.7	279
Grčka (EL)	27.4	30.8	559	28.3	32.0	577	26.3	28.1	491
Španjolska (ES)	27.0	31.6	2,608	27.8	33.4	2,750	26.0	32.2	2,604
Francuska (FR)	19.3	23.9	3,182	19.2	22.8	2,962	21.0	27.5	3,756
Hrvatska (HR)	20.5	18.4	126	20.9	18.6	127	19.9	18.1	119
Italija (IT)	24.9	28.9	2,797	25.2	29.7	2,851	24.4	28.5	2,660
Cipar (CY)	17.6	19.0	33	17.3	19.2	33	16.7	18.1	31
Latvija (LV)	25.1	19.7	72	26.1	20.1	75	26.0	19.8	73
Litva (LT)	24.5	23.1	115	23.5	21.6	108	24.6	22.4	110
Luxemburg(LU)	19.9	24.2	30	21.1	29.4	36	19.4	24.0	31
Mađarska (HU)	19.4	21.7	360	19.4	23.3	399	18.4	18.1	310
Malta (MT)	19.9	22.3	18	20.3	23.2	19	20.1	23.1	19
Nizozemska(NL)	16.0	15.8	526	16.6	14.9	493	16.5	13.9	459
Austrija (AT)	16.7	21.9	345	17.3	22.8	368	17.5	21.6	353
Poljska (PL)	17.0	16.1	1,098	16.8	16.5	1,140	15.9	16.7	1,138
Portugal (PT)	20.0	21.9	378	22.4	22.9	388	20.1	20.7	339
Rumunjska (RO)	35.6	40.7	1,483	34.4	41.5	1,508	34.4	41.5	1,496
Slovenija (SI)	14.3	12.1	47	13.2	11.0	43	13.3	10.3	41
Slovačka (SK)	13.8	18.4	183	15.6	19.7	202	16.5	24.7	252
Finska (FI)	14.9	14.5	152	14.2	13.2	138	16.3	14.9	155
Švedska (SE)	17.7	20.2	453	17.2	19.7	437	18.6	19.9	441

Izvor: Eurostat (2024.)

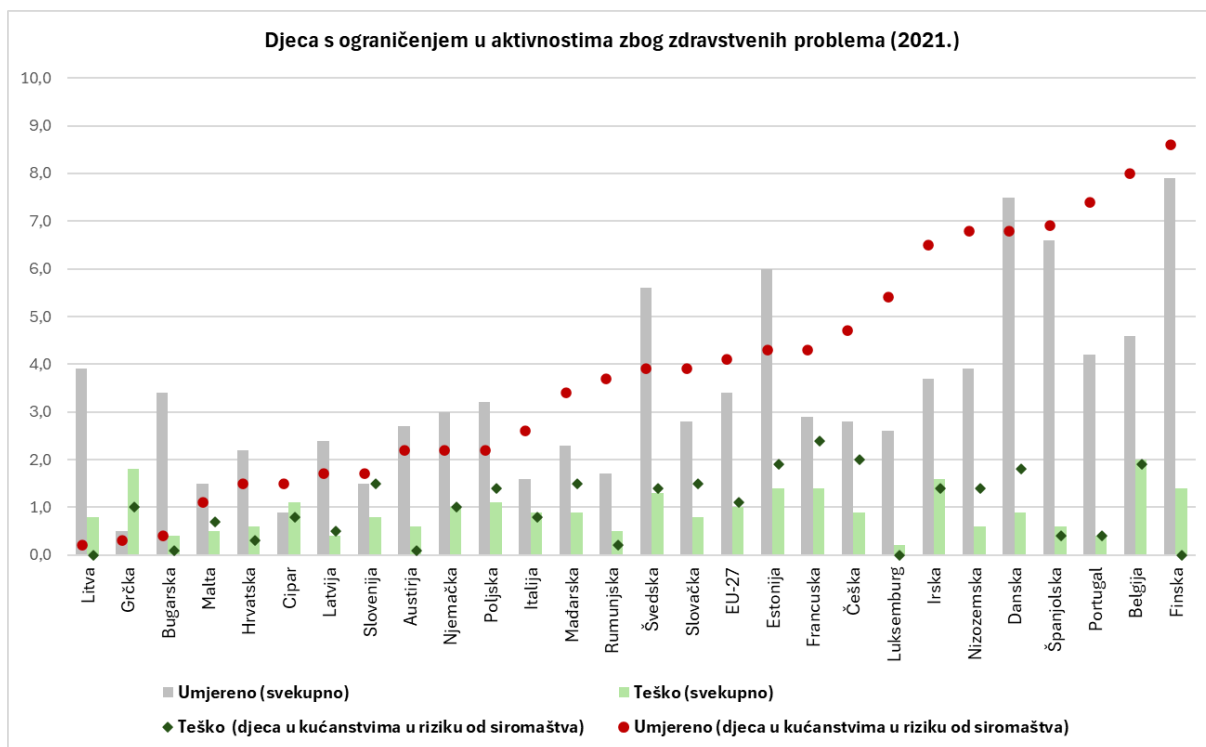
Prepoznavanje teškoća s kojima se nose djeca u riziku od siromaštva i socijalne isključenosti te utvrđivanje razloga njihova nepovoljna položaja ključ su uspjeha u rješavanju tih pitanja, a posebice jer je siromaštvo djece još uvijek vrlo raširena pojava u EU, a kao što govore ranije izneseni podaci o gotovo svakom četvrtom djetetu koje je i dalje izloženo riziku od siromaštva ili socijalne isključenosti. S tim u vezi, a i uvažavajući saznanja ranije iznesenih istraživanja kako je upravo odrastanje u siromaštvu jedan od važnih čimbenika otežanog pristupa zdravstvenim uslugama (Rigby, 2020.; Dobrotić i sur., 2021.; UNICEF, 2022.), nesporno je da veliki broj djece ne može pristupiti ključnim uslugama, uključivši one u području zdravstva.

Zbog ujednačavanja ovih razlika i na području zdravstva, neophodna je i analiza zdravlja i zdravstvene zaštite u EU, koja pokazuje stanje zdravlja u EU te ujedno ističe posebnosti i probleme svake zemlje u pogledu pristupa bazičnim zdravstvenim uslugama. Potonje je nužno sa svrhom omogućavanja kreatorima i donositeljima politika uzajamnog učenja, razmjene iskustava i primjene dobrih praksi, a sve sa svrhom smanjivanja ranije spomenutih nejednakosti. Slika 3.1. prikazuje stanje općega zdravlja djece u državama članicama EU-a i to prema razinama prihoda kućanstva. Možemo vidjeti kako pokazatelj općeg zdravstvenog stanje djece (dob do 16 godina) za 2021.godinu ukazuje na visoku percipiranu razinu zdravlja djece – u EU-27 u 97% slučajeva zdravlje je djece ocijenjeno vrlo dobrim ili dobrim (Eurostat, 2024a), pri čemu Hrvatska zauzima relativno visoku poziciju. Usmjerimo li se na isti pokazatelj po dohodovnim razlikama kućanstva, možemo vidjeti da su najmanje razlike u percipiranom zdravlju djece između prvog i petog kvintila evidentirane u Bugarskoj gdje je najviši udio djece ocijenjene s vrlo dobrim zdravljem (99,3% u prvom i 99,7% u petom kvintilu), dok je zemlja s najvećom razlikom između prvog i petog kvintila Portugal. Drugim riječima postoji jasno percipirana razlika općeg zdravstvenog stanja djece, pri čemu je ono za djecu iz kućanstava nižih primanja ocijenjeno daleko lošijim (81,8% prvi kvartil i 97,9% za peti kvartil). Iz prikaza je također vidljivo da u Hrvatskoj ne postoje velike razlike između prvog kvintila (najsromašniji) i petog kvintila (najbogatiji).



Izvor: Eurostat (2024a)

Slika 3.1.: Stupanj općeg zdravlja djece (2021.)



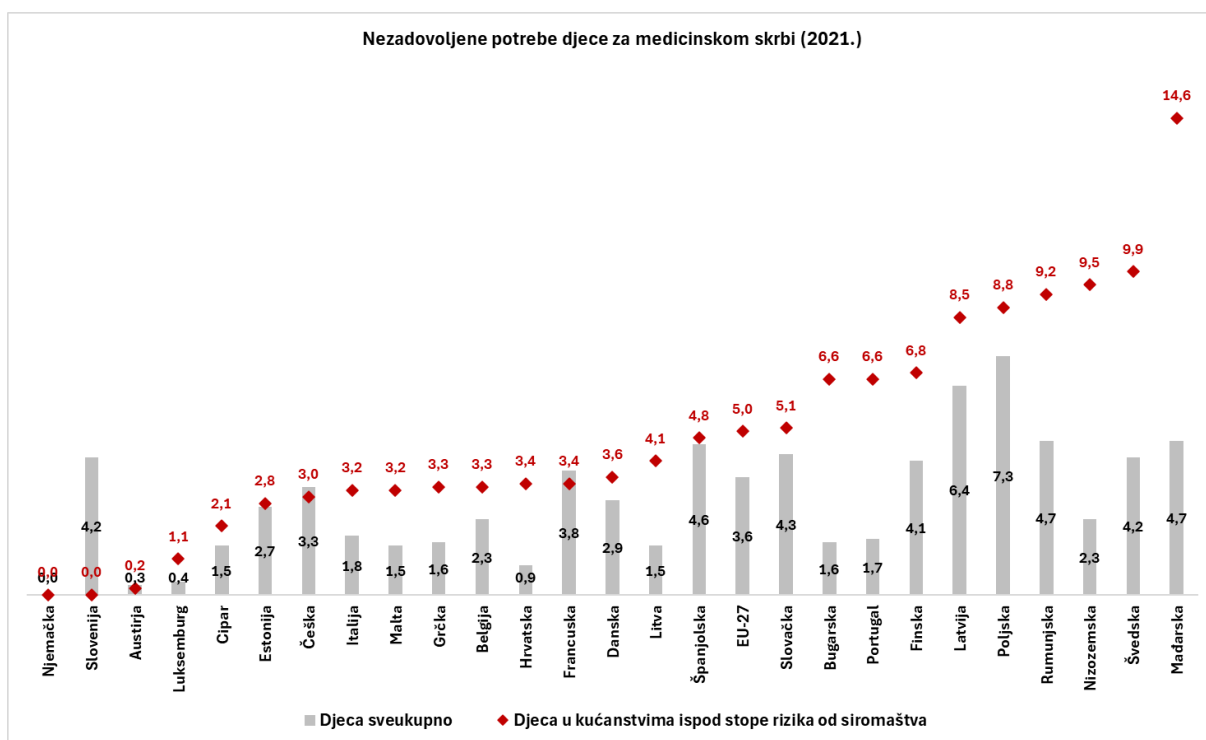
Izvor: Eurostat (2024b)

Slika 3.2.: Djeca s ograničenjima u aktivnostima zbog zdravstvenih problema

Usmjerimo li se samo na djecu s ograničenjima u aktivnostima zbog zdravstvenih problema, možemo vidjeti kako dohodak obitelji također igra važnu ulogu te je u velikom broju EU zemalja, pa tako i u nešto manjoj mjeri i u Hrvatskoj, situacija lošija za djecu koja odrastaju u kućanstvima u riziku od siromaštva (slika 3.2.). Najviše djece s teškim ograničenjem u aktivnostima zbog zdravstvenih problema prisutno je u Belgiji (2%), zatim u Grčkoj (1,8%), Irskoj (1,6%), dok je taj broj najniži u Luksemburgu (0,2%). Hrvatska se nalazi negdje oko sredine s 0,6%.

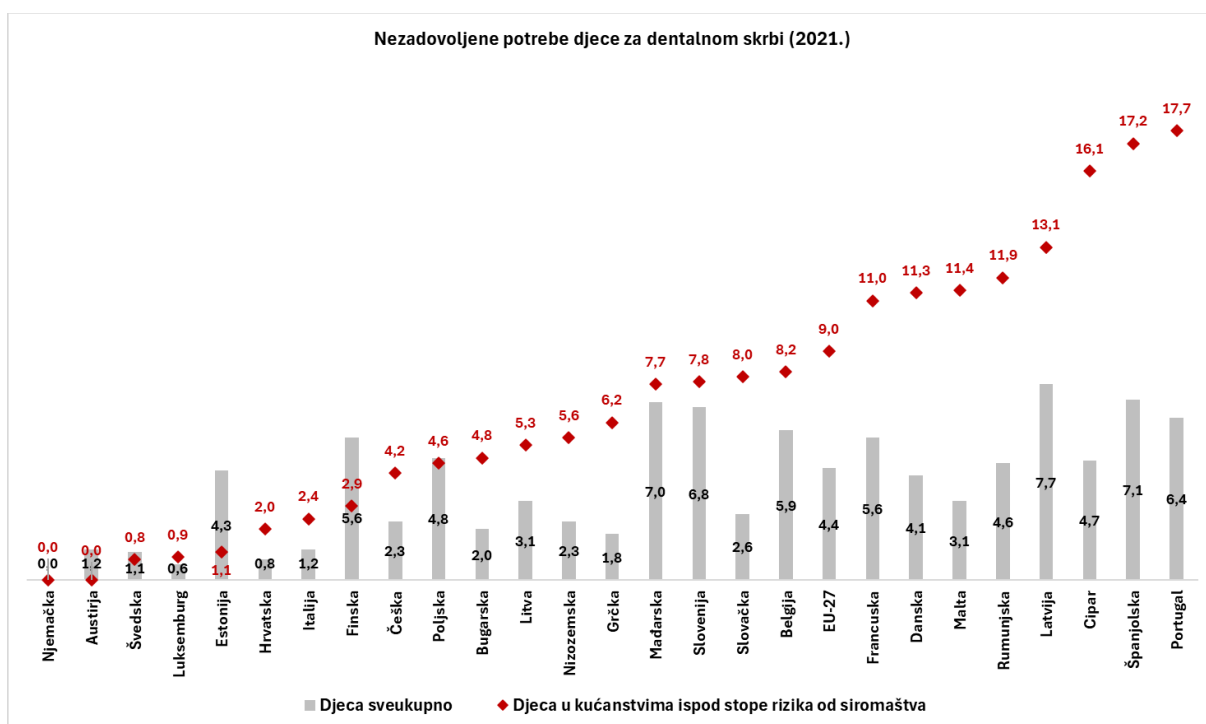
Konačno, što se tiče nezadovoljenih zdravstvenih potreba u zemljama članicama EU-a u 2021. godini, prema podacima Eurostata 3,6 % djece mlađe od 16 godina imalo je nezadovoljene zdravstvene potrebe. Podaci su prikupljeni intervjuiranjem kućanstva koje uključuje najmanje jedno dijete mlađe od 16 godina, a potrebe mogu biti nezadovoljene zbog više razloga: financijskih, duge liste čekanja, geografske udaljenosti (bez prijevoznog sredstva), nedostatak vremena zbog posla ili brige o članovima obitelji ili drugima i slično. Najveći udio djece s nezadovoljenim medicinskim potrebama zabilježen je u Poljskoj (7,3%) i Latviji (6,4%), a slijede Mađarska i Rumunjska (s po 4,7%) i Španjolska (4,6%). Najmanji udjeli nezadovoljenih zdravstvenih potreba zabilježeni su u Austriji (0,3%), Luksemburgu (0,4%), Hrvatskoj (0,9%) zatim na Malti, Litvi i Cipru (po 1,5%; slika 3.3).

Prema podacima Eurostata, pokazatelji nezadovoljene stomatološke skrbi djece u EU u 2021. godinu su nešto gori, jer govore o 4,4% djece koja nisu dobila potrebnu stomatološku skrb, što je u odnosu na 2017. godinu porast od 1,8 postotna boda (Eurostat, 2024c). Najveći udio djece s nezadovoljenim stomatološkim potrebama zabilježen je u Latviji (7,7%), zatim u Španjolskoj (7,1%), Mađarskoj (7,0%), Sloveniji (6,8%) i Portugalu (6,4%), a najmanji postotak nezadovoljenih stomatoloških potreba zabilježen je u Luksemburgu (0,6%), Hrvatskoj (0,8%), Švedskoj (1,1%) te Austriji i Italiji (po 1,2%; slika 3.4).



Izvor: Eurostat (2024c)

Slika 3.3.: Djeca s nezadovoljenim potrebama za medicinskom skrbi



Izvor: Eurostat (2024c)

Slika 3.4.: Djeca s nezadovoljenim potrebama za dentalnom skrbi

4. POLITIKE SUZBIJANJA SIROMAŠTVA I SOCIJALNE ISKLJUČENOSTI DJECE I PRISTUP ZDRAVSTVENIM USLUGAMA

Ulogu EU-a na području socijalnih i zdravstvenih prava moramo promatrati u širem smislu, imajući u vidu da je EU nadnacionalna organizacija koja predstavlja svoje države članice u međunarodnoj areni, pri čemu je jedna od temeljnih vrijednosti od koje polazi poticanje socijalne uključenosti i suzbijanje siromaštva. Iako u EU odgovornost za socijalnu sigurnost i zdravstvo ponajprije snose vlade pojedinačnih država članica, a sama EU u većini slučajeva tek nadopunjuje nacionalne politike u okviru načela supsidijarnosti, EU ipak pruža značajnu potporu aktivnostima država članica u postizanju zajedničkih ciljeva na području siromaštva, kako davanjem smjernica djelovanja kroz različite preporuke i inicijative, tako i kroz financijsku podršku stavljanjem na raspolaganje sredstva EU fondova (Europska komisija, 2021.). Kada govorimo o temeljnim načelima po kojima djeluje EU, u kontekstu je socijalne politike važno istaknuti dva načela: *načelo supsidijarnosti* koje govori kako EU djeluje samo u onim slučajevima kada je to učinkovitije od samog djelovanja na (sub)nacionalnim razinama (čl. 5. Ugovora o Europskoj uniji), dok *načelo proporcionalnosti* ističe kako djelovanje EU-a ne smije izlaziti van onoga što je nužno za postizanje ciljeva iz samih ugovora, odnosno granica nadležnosti (EUR-Lex, 2024.).

Slijedom toga, u ovom se poglavlju ukazuje na glavne inicijative EU-a usmjerene suzbijanju siromaštva i socijalne isključenosti djece, s posebnim naglaskom na one koje se blisko naslanjaju na područje zdravstva i pristupa zdravstvenim uslugama djece u riziku od siromaštva i socijalne isključenosti, a služe kao podloga za kreiranje nacionalnih politika i pristupa u tom području u zemljama članicama, pa tako i u Hrvatskoj. Naime, polazeći od koncepta europeizacije, kao novog tipa europskog, višerazinskog upravljanja, u kojem se isprepliće djelovanje okomitih i vodoravnih aktera javnih politika te stvaranja politika koje se očituje u kombinaciji međudržavnog pregovaranja, oblikovanja i provođenja javnih politika i učenja od drugih (Radaelli, 2008.), možemo pretpostaviti da EU inicijative i na području zdravstvene politike mogu imati određeni utjecaj na hrvatsku zdravstvenu politiku te poboljšati pristup zdravstvenim uslugama djece u riziku od siromaštva. Konkretnije, raspravlja se Europski stup socijalnih prava kao temeljni dokument na koji se trenutno oslanjaju zemlje članice po pitanju osiguranja jednakih mogućnosti, socijalne zaštite i uključenosti, pa tako i boljeg pristupa zdravstvenim uslugama, posebno za djecu u

siromaštvu, kao i ključni implementacijski dokumenti koji iz njega proizlaze poput *Akcijskog plana provedbe Europskog stupa socijalnih prava, Europskog jamstva za djecu* te *Programa EU za zdravlje 2021.-2027.* (Europska komisija, 2021.).

4.1. Javopolitički okvir Europske unije na području suzbijanja siromaštva i socijalne isključenosti djece

EU se područjem siromaštva i socijalne isključenosti djece počela intenzivnije baviti s donošenjem Lisabonske agende 2000. godine te na području promicanja dobrobiti djece i suzbijanja siromaštva djece zagovara, uz opće mjere, i specifične intervencije. EU na tom području ima komplementarnu nadležnost, a što znači da može dopunjavati djelovanje država članica te u tom pogledu unazad dva desetljeća nailazimo na dvije ključne inicijative. Prvo, na preporuku Europske komisije na području siromaštva djece *Ulaganje u djecu – suzbijanje kruga deprivacije* koja ukazuje na nužnost razvijanja preventivnih politika usmjerenih suzbijanju siromaštva djece poput potpore roditeljima da se uključe na tržište rada kroz razvijanje usluga na području ranog i predškolskog odgoja i obrazovanja, ali i na pristup kvalitetnim zdravstvenim, obrazovnim i socijalnim uslugama i stanovanju (Ajduković i sur., 2017b). Drugo, nailazimo na *Europsko jamstvo za djecu*, inicijativu koja se naslanja na trenutno jedan od ključnih dokumenata na području socijalne politike gledamo li EU razinu, Europski stup socijalnih prava (u daljnjem tekstu: ESSP), a koji su Europski parlament, Vijeće i Komisija proglasili 2017. godine.

ESSP iznosi dvadeset temeljnih načela razvrstanih u tri kategorije – jednake mogućnosti i pristup tržištu rada, pravedni radni uvjeti i socijalna zaštita i uključenost – s ciljem osiguravanja novih i djelotvornijih prava građana. Od 20 se načela jedno direktno odnosi na pristup zdravstvenoj skrbi, točnije, načelo 16. koje kaže kako „svi imaju pravo pravovremenog pristupa priušljivoj i kvalitetnoj preventivnoj i kurativnoj zdravstvenoj skrbi“, dok se načelo 11. dotiče prava djece te, između ostaloga, ističe: „djeca imaju pravo na zaštitu od siromaštva. Djeca u nepovoljnom položaju imaju pravo na posebne mjere za ostvarivanje jednakih mogućnosti“ (European Commission, 2017.). S obzirom na pravnu prirodu ESSP-a ta načela i prava nisu izravno primjenjiva, već ih je radi provedbe potrebno na odgovarajućoj razini prenijeti. Provedba ovih načela i prava zajednička je obaveza institucija EU-a, država članica, socijalnih partnera i drugih dionika. Slijedom toga Europska komisija pomaže u uspostavljanju

pravnog okvira i usmjeravanju provedbe, potpuno poštujući nadležnost država članica. Naime, ESSP obuhvaća područja koja su u nadležnosti EU-a, ali i područja za koja postoji zajednička nadležnost EU-a i država članica uz poštovanje načela supsidijarnosti i proporcionalnosti. Kod predlaganja aktivnosti se stoga polazi od činjenice da se zaposlenost i socijalni uvjeti znatno razlikuju u državama članicama EU-a (Europska komisija, 2016.) te Europska komisija primarno putem političkih smjernica, uključujući različite preporuke, podupire države članice u jačanju socijalnih politika. Isto tako, daje smjernice za ulaganje u, u ovom slučaju, socijalne (odnosno zdravstvene) usluge te korištenje sredstava EU-a.

EU je u ožujku 2021. godine iznijela i *Akcijski plan za provedbu Europskog stupa socijalnih prava* kojim se kao jedan od tri glavna cilja koja EU treba ostvariti do 2030. godine ističe i cilj koji govori da bi barem 15 milijuna osoba manje (u usporedbi s 2019.) trebalo biti u riziku od siromaštva ili socijalne isključenosti, od čega barem pet milijuna djece. Druga se dva cilja odnose na zaposlenost i cjeloživotno obrazovanje i to na postizanje zaposlenosti osoba u dobi od 20 do 64 godina od barem 78% te na dosezanje udjela od barem 60% svih odraslih koji svake godine pohađaju neki oblik osposobljavanja (Europska komisija, 2021.). Slijedom je cilja, koji se usko veže uz područje siromaštva, EU predstavila nekoliko inicijativa, a za sam je pristup zdravstvenim uslugama djece u riziku od socijalne isključenosti ključna inicijativa *Europsko jamstvo za djecu* koja se donosi zajedno sa Strategijom EU-a o pravima djeteta, koja traži da zemlje članice razviju sveobuhvatan javnopolitički okvir koji će štiti prava djece te im osigurati pristup temeljnim pravima i uslugama (Europska komisija, 2021.).

Unutar se samog *Europskog jamstva za djecu* ističe kako je jedan od bazičnih ciljeva donošenja ovog dokumenta prekidanje međugeneracijskog kruga siromaštva i socijalne isključenosti te osiguranje implementacije dječjih prava u Europi (European Commission, 2021a). Inicijativom se traži da se ojača i jamči pristup ključnim uslugama za djecu u riziku i to u području besplatnog ranog i predškolskog odgoja i obrazovanja, besplatnog obrazovanja (uključujući aktivnosti u školi i barem jedan zdravi obrok svaki školski dan), besplatnog zdravstva, zdrave prehrane i adekvatnog stanovanja. Ističe se kako je za osiguravanje jednakih mogućnosti na ovim područjima za svu djecu, a posebno onu koja su u riziku od siromaštva ili socijalne isključenost, nužan uključiv i istinski univerzalan pristup (European Commission, 2021.).

Države članice preporuke sadržane u Europskom jamstvu za djecu moraju implementirati kroz usvajanje vlastitih akcijskih planova, dok je EU ukazala na važnost korištenja financijskih mehanizama EU-a u samoj implementaciji, posebice Europskog socijalnog fonda plus (ESF+) unutar kojeg je istaknuto kako zemlje članice čija je stopa siromaštva i socijalne isključenosti djece bila viša od EU prosjeka u razdoblju od 2017.-2019. godine moraju barem 5% sredstava usmjeriti upravo prema cilju suzbijanja siromaštva i socijalne isključenosti djece (Dobrotić i sur., 2021.). Sveukupno gledano, najmanje 25% sredstava iz ESF+ države bi trebale uložiti u programe usmjerene suzbijanju siromaštva i socijalne isključenosti (Europska komisija, 2020.). S proračunom od gotovo 99,3 milijarde eura za razdoblje 2021.–2027. (Europska komisija, 2020.), fond ESF+ tako ima potencijal doprinosti i zdravstvenim politikama, a posebice uklanjanju nejednakosti u pristupu zdravstvenim uslugama o čemu se detaljnije raspravlja u sljedećoj sekciji.

4.2. Javopolitički okvir Europske unije na području zdravstva i pristup djece u riziku od siromaštva i socijalne isključenosti zdravstvenim uslugama

Zdravstvena politika EU-a prvenstveno je usmjerena prema poboljšanju javnog zdravlja, sprečavanju tjelesnih i duševnih bolesti i oboljenja te uklanjanju izvora opasnosti za zdravlje ljudi (Povelja Europske unije o temeljnim pravima, Službeni list EU C 202/389). U području zdravlja EU, uz preporuke, donosi i direktive, ali one se, primjerice, primarno odnose na zdravstvene proizvode i prava pacijenata (Direktiva 2011/24/EU Europskog parlamenta i Vijeća od 9. ožujka 2011. o primjeni prava pacijenata u prekograničnoj zdravstvenoj skrbi, Službeni list EU, SL L 88, p. 45-65.). Među državama članicama postoje evidentne razlike i iz niza EU dokumenata proizlazi kako svaka država članica može sama odlučivati o zdravstvenoj politici koja najbolje odgovara njenom nacionalnom kontekstu te su nadležnosti EU-a bitno ograničene. Međutim, moguće je uočiti i procese kojima se nadležnost EU-a za područje zdravstva s vremenom povećava. Tako i analiza Zrinščaka (2019.) pokazuje kako, što se tiče politike zdravstva EU-a, na početku nije postojala jasna definiranost te jasna pravna osnova, a što je vidljivo već u temeljnim ugovorima po kojima funkcionira EU. Iako je Ugovorom iz Maastrichta (1992.) javno zdravlje uvršteno u osnivačke ugovore, djelokrug je bio prilično ograničen. Pet godina nakon toga, Ugovorom iz Amsterdama (1997.), učvršćene su odredbe te je uloga EU-a postala važnija, iako su države članice

i dalje imale primarnu nadležnost za pitanja iz područja zdravstva. EU je sad mogla donositi konkretne mjere (a ne samo „doprinositi” njihovu eventualnom donošenju kao što je to bilo prije). Države članice mogle su surađivati u vezi sa svim uzrocima opasnosti za ljudsko zdravlje (ibid.). Dakle, EU na početku u planu nema ujednačavanje zdravstvenih sustava, a njezin interes odnosio se samo na dva područja zdravstva: zdravlje i sigurnost na radu (Europski parlament, 2024.).

Iako je EU primarno stavljala fokus na pitanja povezana uz tržište rada (npr. sigurnost na radnom mjestu) te mobilnost radne snage unutar jedinstvenog europskog tržišta (Direktiva 96/71/EZ Europskog parlamenta i Vijeća od 16. prosinca 1996. o upućivanju radnika u okviru pružanja usluga. Službeni list EU, SL L 18, p. 1–6.), od 2017. godine prema ranije istaknutom načelu ESSP-a fokus se stavlja i na samu zdravstvenu skrb ističući kako svatko ima pravo na pravovremeni pristup priuštivoj i kvalitetnoj zdravstvenoj skrbi (načelo 16; Europski stup socijalnih prava; European Commission, 2017.). Posljednjih se godina tako dešavaju bitne promjene, a što je naglašeno i člankom 152 Ugovora EU-a posvećenog javnom zdravlju, koji govori o tome da visoki stupanj zaštite ljudskog zdravlja mora biti zastupljen u politikama i aktivnostima EU-a (Zrinščak, 2019.).

Slijedom toga, u novije vrijeme, EU pomaže u poboljšanju javnog zdravlja i financijskim sredstvima i zakonodavstvom o suzbijanju prekograničnih prijetnji zdravlju, lijekovima, pravima pacijenata u prekograničnoj zdravstvenoj skrbi, prevenciji bolesti i promicanju dobrog zdravlja. Pojačanoj je aktivnosti na EU razini svakako doprinijela i pandemija bolesti COVID-19, koja je ukazala na brojne teškoće nacionalnih zdravstvenih sustava te je uspostavljen i program „EU za zdravlje” (uspostavljen Uredbom (EU) 2021/522). Radi se o jednom od glavnih instrumenata za izgradnju europske zdravstvene unije i programu čiji je prioritet javno zdravlje i svojevrsan je odgovor na pandemiju, ali i inicijativa usmjerena jačanju pripravnosti zdravstvenih sustava na buduće zdravstvene krize. Programom se također podupiru aktivnosti za smanjenje nejednakosti u pružanju zdravstvene skrbi, pogotovo u ruralnim i zabačenim područjima, jačanje zdravstvenih sustava i pruža dodatna zaštita osobama u osjetljivim situacijama, uključujući osobe koje pate od mentalnih bolesti. Osim toga, EU je donijela i proračun od 5,3 milijarde eura za razdoblje 2021.–2027. te time pružila dosad najveću financijsku potporu EU-a u području zdravstva (European Commission, 2023.).

Po pitanju zdravlja djece, do sada nije bilo vidljivijih inicijativa na EU razini te se Europskim jamstvom za djecu po prvi puta iznosi preporuka koja eksplicitnije ulazi i u pitanje pružanja zdravstvenih usluga u zemljama članicama i koja traži djelotvoran i besplatan pristup kvalitetnoj zdravstvenoj skrbi djece u riziku, konkretno:

„Kako bi se zajamčio djelotvoran i besplatan pristup kvalitetnoj zdravstvenoj skrbi za djecu u riziku, državama članicama preporučuje se da:

- olakšaju rano otkrivanje i liječenje bolesti i poteškoća u razvoju, uključujući one povezane s mentalnim zdravljem,
- osiguraju pristup periodičnim zdravstvenim pregledima, uključujući stomatološke i oftalmološke preglede, i programima sistematskih pregleda;
- osiguraju pravodobnu kurativnu i rehabilitacijsku skrb, uključujući pristup lijekovima, liječenju i pomagalima te pristup programima cijepljenja;
- osiguraju pristup ciljanim uslugama rehabilitacije i habilitacije za djecu s invaliditetom
- provode pristupačne programe promicanja zdravlja i prevencije bolesti usmjerene na djecu kojoj je potrebna pomoć i njihove obitelji te stručnjake koji rade s djecom.“ (točka 8 Europskog jamstva za djecu; European Commission, 2021a).

Pritom je važno ukazati kako djelotvoran pristup i priuštivost zdravstvenih usluga za djecu u riziku podrazumijeva osiguranje financijske podrške, bolju teritorijalnu dostupnost, veći broj liječnika (pogotovo za mentalno zdravlje), pojednostavljenje administrativnih postupaka te osiguranje primjerenog smještaja i dostupnost tretmana za djecu s teškoćama u razvoju.

U kontekstu Europskog jamstva za djecu u Hrvatskoj, djecom u riziku smatraju se djeca kojoj je potrebna posebna podrška zbog nepovoljnog socioekonomskog statusa obitelji (djeca nezaposlenih roditelja ili jednoroditeljskih obitelji), djeca koja odrastaju u slabije razvijenim ili ruralnim područjima, djeca korisnici zajamčene minimalne naknade, djeca korisnici doplatka za djecu, djeca s invaliditetom, poteškoćama s mentalnim zdravljem ili teškoćama u razvoju, djeca migranti ili djeca romske nacionalne manjine i djeca u alternativnoj skrbi (Ministarstvo rada, mirovinskog sustava, obitelji i socijalne politike, 2023.).

Naglasak na pristup zdravstvenim uslugama, posebice za djecu u riziku, svakako ukazuje na iskorak budući da se po prvi puta ukazuje na potrebu provođenja dodatnih aktivnosti u zemljama članicama, a kako bi svako dijete imalo pristup temeljnim uslugama u području zdravstva, ali i na nužnost integracije politike usmjerene pravima djece, ponajprije suzbijanju siromaštva i socijalne isključenosti djece i zdravstvene politike (Dobrotić i sur., 2021.) kao jednog iznimno važnog područja za dobrobit djece. Osiguravanje djelotvornog i besplatnog pristupa zdravstvenim uslugama predstavlja za države članice obvezu, ali i izazov, da u skladu s nacionalnim okolnostima i pristupom, organiziraju i pružaju usluge ili odgovarajuće naknade koje će roditeljima ili skrbnicima djece kojoj je potrebna podrška unutar zdravstvenog sustava omogućiti nesmetan pristup uslugama, a ukoliko postoje financijske barijere pristupa, omogućiti im da podmire troškove tih usluga (Dobrotić i sur., 2021.). Tim više, jer je čak 20 milijuna djece u EU-u izloženo riziku od siromaštva ili socijalne isključenosti (Tablica 3.1.), a jedna od glavnih odrednica socijalne isključenosti djece jest nejednak pristup ključnim uslugama koje su presudne za dobrobit i razvoj socijalnih, kognitivnih i emocionalnih vještina (UNICEF, 2021.).

Možemo stoga vidjeti kako je djelovanje EU-a u području siromaštva i socijalne isključenosti, kao višedimenzionalnog problema (Šućur, 2006.) složeno i uključuje integraciju različitih politika i sustava te time i suradnju između različitih institucija EU-a, država članica, regionalnih i lokalnih vlasti, ali i organizacija civilnog društva, a sve kako bi se postigli zajednički ciljevi u suzbijanju i poboljšanju socijalne uključenosti svih, a posebice djece. Slijedom izrazite kompleksnosti samih zdravstvenih sustava te općenito izazova s njihovom financijskom održivošću (vidi Zrinščak, 2019.), a u hrvatskom kontekstu i njegove slabe međuresorne suradnje s drugim sustavima poput sustava socijalne skrbi (vidi Dobrotić i sur., 2021.), opravdano se postavlja pitanje može li Europsko jamstvo za djecu dovesti do promjena unutar zdravstvenog te s njim povezanih sustava i staviti pitanje pristupa zdravstvenim uslugama djece u riziku na listu prioriteta donositelja odluka te time unaprijediti njihove prilike. U potrazi za ovim odgovorom prvo se daje komparativni uvid u pristup i prepreke pristupa zdravstvenim uslugama djece u riziku od siromaštva i socijalne isključenosti u zemljama članicama EU-a, nakon čega slijedi detaljnija analiza situacije u Hrvatskoj.

5. KOMPARATIVNI UVID U PRISTUP ZDRAVSTVENIM USLUGAMA DJECE U RIZIKU OD SIROMAŠTVA I SOCIJALNE ISKLJUČENOSTI U ZEMLJAMA ČLANICAMA EUROPSKE UNIJE

U Izvješću o statusu EU-a iz 2017. godine (Palm i sur., 2017.) Hrvatska je, uz Cipar, Italiju i Španjolsku, istaknuta kao zemlja koja je u svoje zakonodavstvo unijela posebnu pravnu odredbu kojom se utvrđuje univerzalno i bezuvjetno pravo na zdravstvenu zaštitu za svu djecu koja žive na njezinom teritoriju, neovisno o njihovom pravnom statusu (državljeni, djeca s državljanstvom EU/Europskog gospodarskog prostora i trećih zemalja, djeca sa statusom tražitelja azila i djeca s nereguliranim boravišnim statusom). U sedam drugih zemalja (Francuska, Grčka, Malta, Poljska, Portugal, Rumunjska i Švedska), ukoliko pristup zdravstvenoj skrbi za sve navedene skupine djece nije osiguran kroz redovno zakonodavstvo, on je osiguran kroz posebne programe kreirane za određene skupine djece. U ostalih sedamnaest država članica određene kategorije djece nisu dovoljno obuhvaćene ili nisu uopće obuhvaćene zakonodavnim okvirom u području zdravstva, odnosno, te zemlje osiguravaju ograničenu pokrivenost djece smanjenim skupom zdravstvenih usluga.

Osim toga, u istom je izvješću uočeno kako u zemljama čiji se sustavi zdravstvenog osiguranja temelje na profesionalnom statusu roditelja, odnosno njihovoj zaposlenosti te plaćanju doprinosa ili premija osiguranja, određene kategorije djece mogu vrlo lako "ispasti" iz zdravstvenog sustava i ostati nepokrivena zdravstvenim osiguranjem. S druge strane, u zemljama u kojima se zakonska pokrivenost temelji na statusu boravka/prebivališta, definicija stalnog boravka može značajno varirati, što ponovno nosi određene rizike. Tako, dok neke zemlje primjenjuju fleksibilnije određenje boravka/prebivališta, druge su strože te traže stalni boravak za dobivanje zakonskog zdravstvenog osiguranja. To znači i da neke zemlje mogu zahtijevati od migranata da dostave dokaze da imaju dovoljno sredstava za uzdržavanje sebe i članova svoje obitelji. Ovo nije slučaj samo za državljane trećih zemalja, već i za ekonomski neaktivne građane EU/Europskog gospodarskog prostora, a koji borave u drugoj državi članici dulje od tri mjeseca. Posebno su u tom pogledu ranjiva djeca migranata koja dolaze u zemlju s nereguliranim boravišnim statusom. Događa se da je status migranata često važniji od statusa djeteta te su njihova prava često ograničena na određeni skup usluga hitne medicinske pomoći. Iako, u tom pogledu postoje i prakse gdje su djeca s nereguliranim boravišnim statusom bolje zaštićena od

odraslih; primjerice u Francuskoj su djeca odmah po dolasku pokrivena posebnom državnom shemom osiguranja (Palm i sur., 2017.; Palm, 2017.).

Situacija se nije bitno promijenila niti danas te još uvijek postoje velike varijacije među zemljama članicama EU-a po pitanju pristupa djece zdravstvenim uslugama (Tablice 5.1. i 5.2.). Iako je pravo na zdravstvene usluge svakom djetetu uspostavljeno kao temeljno pravo, za određene skupine djece ono još uvijek nije definirano ili jasno utvrđeno. To jasno prikazuje i zadnja analiza Europske mreže za analizu socijalne politike – *European Social Policy Analysis Network*, ESPAN (Baptista i sur., 2023.) za 2023. godinu, koja govori da velika većina država članica EU-a ima mehanizme koji osiguravaju djeci, pogotovo djeci u obiteljima s niskim primanjima, pristup uslugama koje pokriva Europsko jamstvo za djecu, pa tako i uslugama u području zdravstva. Međutim, postoje velike razlike u njihovu doseg (vidi Baptista i sur., 2023.).

Oslanjajući se na nacionalna izvješća zemalja članica (27 država) koja su priredili stručnjaci ESPAN-a, objedinjeno je izvješće stavilo naglasak na poteškoće pristupa uslugama djece koja žive u obiteljima s niskim prihodima. U području zdravstva usredotočili su se na šest područja pokazatelja pristupa zdravstvenim uslugama, proučavajući dosege i besplatnost usluga na području: (1) skrbi liječnika opće prakse; (2) dostupnosti medicinskih sestara za dojenčad; (3) cijepljenja; (4) specijalističke skrbi; (5) dentalne medicine (bez ortodontije) i (6) dostupnosti propisanih lijekova. Potrebno je naglasiti da je analiza usmjerena tek na kućanstva s niskim primanjima te nisu analizirani specifični zdravstveni problemi povezani s invaliditetom ili kroničnim bolestima (ibid.), a koji su izrazito bitni za djecu s teškoćama zdravlja ili teškoćama u razvoju, kao niti poteškoće pristupa koje se vežu uz druge skupine djece u riziku poput djece migrantskog statusa ili u alternativnoj skrbi.

Prema preporuci o uspostavi Europskog jamstva za djecu sve države članice trebale bi zajamčiti besplatan i djelotvoran pristup djece zdravstvenoj skrbi (European Commission, 2021a), a što često nije tako bilo da se radi o programima za prevenciju bolesti ili programima za promicanje zdravlja. Tako možemo vidjeti kako, sagledamo li svih šest zdravstvenih usluga za koje je rađena analiza (Tablice 5.1. i 5.2.), samo jedanaest EU zemalja pruža besplatan pristup svim uslugama djeci u kućanstvima s niskim prihodima: Njemačka, Španjolska, Francuska, Finska, Hrvatska, Mađarska, Litva, Luxemburg, Nizozemska, Švedska i Slovenija, dok samo osam njih pruža

besplatan pristup svim uslugama bez obzira na prihode kućanstva u kojem dijete odrasta: Njemačka, Španjolska, Hrvatska, Litva, Luxemburg, Nizozemska, Švedska i Slovenija. Hrvatska se dakle izdvaja među zemlje članice s uređenijim pristupom zdravstvenim uslugama, budući da su one dostupne svoj djeci, što ne iznenađuje budući da su sva djeca s prebivalištem/stalnim boravkom u Hrvatskoj zdravstveno osigurana i imaju besplatan pristup zdravstvenim uslugama (vidi Dobrotić i sur., 2021.)

Sagledamo li detaljnije svih šest područja pokazatelja možemo vidjeti da je besplatan pristup liječniku opće prakse, programima cijepljenja i uslugama medicinskih sestara za dojenčad besplatno i dostupno gotovo svoj djeci u svim zemljama EU-a, a ne samo djeci iz kućanstava s niskim prihodima (Tablica 5.1.). U 25 od 27 EU zemalja zdravstvene usluge regulirane su prije svega na nacionalnoj razini, dok u Italiji i Španjolskoj imamo puno širu podnacionalnu nadležnost. Šest država članica (Austrija, Belgija, Cipar, Francuska, Irska i Portugal) ukazalo je na različite vrste ograničenja u pristupu potpuno besplatnim uslugama u ova tri područja. Tako, primjerice, u Austriji fondovi javnog osiguranja imaju kataloge usluga i tretmana pokrivenih osiguranjem sukladno kojima ne priznaju neke dijagnostičke postupke i tretmane u liječenju bolesti, dok su u Belgiji cijepljenje i medicinske sestre za dojenčad besplatni, ali usluge liječnika opće prakse se plaćaju, osim u situacijama kada su roditelji prijavljeni u istom domu zdravlja. Međutim, sustav u Belgiji uključuje i dodatne mehanizme kao što su uvećane naknade, maksimalni računi i mjere trećeg obveznika koje poboljšavaju pristup zdravstvenim uslugama za djecu koja odrastaju u kućanstvima s niskim prihodima (Baptista i sur., 2023.; usp. Fink, 2023.; Van Lancker, 2023.). Dok na Cipru postoji univerzalna pokrivenost zdravstvenim sustavom uvedena 2019. godine bez obzira na prihode kućanstva, uplate doprinosa ili nacionalnost, pristup specijalističkoj i stomatološkoj skrbi, lijekovima, kao i njezi dojenčadi u praksi zapravo nije besplatan pošto podliježe participaciji (Kantaris i sur., 2023.). Situacija u Češkoj ukazuje na besplatan pristup na pet od šest analiziranih usluga, ali niti za jednu skupinu djece nije osiguran besplatan pristup propisanim lijekovima (Baptista i sur., 2023.).

U Francuskoj je također prisutna univerzalna pokrivenost zdravstvenim osiguranjem bez obzira na visinu prihoda kućanstva i starost, međutim pokrivanje zdravstvenih troškova od strane sustava osiguranja razlikuje se ovisno o prirodi izdataka: za osobe s niskim prihodima (uključujući i djecu) takozvana „solidarnost komplementarnog zdravstvenog plana“ puža komplementarnu naknadu za potpuno

pokrivanje usluga koje utvrđuje sustav zdravstvenog osiguranja te djeca koja odrastaju u kućanstvima s niskim prihodima imaju besplatan pristup specijalistima (usp. Chevalier i sur., 2023.; Baptista i sur., 2023.). U Irskoj je pristup liječniku opće prakse dostupan za svu djecu mlađu od šest godina te stariju djecu iz kućanstva s niskim prihodima. Također su i skrb za dojenčad, cijepljenje te skrb medicinskih sestara za dojenčad, kao i specijalistička skrb, besplatni i dostupni za svu djecu, dok je, što se tiče djece koja žive u obiteljima s niskim prihodima, i njima dostupna većina usluga i proizvoda koji se odnose na stomatološku skrb i propisane lijekove. Za njih su besplatni i posjeti liječnicima opće prakse, a pokrivenost svih navedenih prava dostupna je predočenjem određene medicinske iskaznice izdane nakon provjere imovinskog stanja (Reilly i sur., 2023.; usp. Baptista i sur., 2023.).

Sagledamo li sve promatrane usluge, najlošija je situacija po pitanju besplatnog pristupa propisanim lijekovima za svu djecu, a što omogućuje samo osam država članica i to: Njemačka, Španjolska, Hrvatska, Luksemburg, Nizozemska, Švedska, Slovenija, a Slovačka samo za djecu do šeste godine (usp. Tablica 5.1. i 5.2.). U Austriji, Grčkoj, Finskoj, Francuskoj, Mađarskoj, Italiji i Litvi samo djeca s niskim primanjima imaju pravo na besplatne lijekove na recept, dok je u Danskoj, Irskoj, Malti i Rumunjskoj većina propisanih lijekova besplatna samo za djecu s niskim primanjima. U ostalim zemljama postoje značajne razlike u dostupnosti propisanih lijekova te tako, na primjer, u Bugarskoj nema besplatnih propisanih lijekova kao niti naknada za pokrivanje takvih troškova, dok u Češkoj, iako ne postoji besplatan pristup propisanim lijekovima, postoji razlika u cijeni koja je pet puta niža za djecu do osamnaest godina (Baptista i sur., 2023.). Ovdje je važno naglasiti kako se primarno govori o lijekovima koji se propisuju na recept, dok se djeci često preporučaju i lijekovi koje roditelji moraju sami podmiriti. Primjerice, gledamo li Hrvatsku, lijekovi za snižavanje temperature i sl. ne izdaju se na recept te ih roditelji moraju platiti (detaljnije u poglavlju 6.).

Tablica 5.1.: Pristup zdravstvenim uslugama/proizvodima (liječnici opće prakse, medicinske sestre i cijepljenje) za djecu diljem EU-a

	AT	BE	BG	CY	CZ	DE	DK	EE	EL	ES	FI	FR	HR	HU	IE	IT	LT	LU	LV	MT	NL	PL	PT	RO	SE	SI	SK	
LIJEČNIK OPĆE PRAKSE (IZVANBOLNIČKA SKRB)																												
Pristup besplatan za SVU djecu	-	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-	+	+	+ ^a	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Pristup besplatan SAMO za djecu S NISKIM PRIHODIMA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	+ ^a	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Pristup VEĆINI usluga/proizvoda je besplatan za djecu S NISKIM PRIHODIMA	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Pristup većini usluga/proizvoda NIJE besplatan za djecu S NISKIM PRIHODIMA	-	+ ^b	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
MEDICINSKE SESTRE ZA DOJENČAD																												
Pristup besplatan za SVU djecu	-	+	+	-	+	+	+	+	+	+	+	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Pristup besplatan SAMO za djecu S NISKIM PRIHODIMA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Pristup VEĆINI usluga/proizvoda je besplatan za djecu S NISKIM PRIHODIMA	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Pristup većini usluga/proizvoda NIJE besplatan za djecu S NISKIM PRIHODIMA	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CIJEPLJENJE																												
Pristup besplatan za SVU djecu	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-	+	+	+	+ ^c
Pristup besplatan SAMO za djecu S NISKIM PRIHODIMA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Pristup VEĆINI usluga/proizvoda je besplatan za djecu S NISKIM PRIHODIMA	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-
Pristup većini usluga/proizvoda NIJE besplatan za djecu S NISKIM PRIHODIMA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Napomena: a) pristup je besplatan za svu djecu do 6 godina, dok je za djecu stariju od 6 godina besplatan samo za djecu s niskim primanjima; b) osim za djecu upisanu u domove zdravlja; c) pristup samo obveznom cijepljenju je besplatan za svu djecu.

Izvor: Baptista i sur., 2023.

Slijedom iznesenih podataka možemo stoga zaključiti da iako sve države članice EU-a imaju nacionalne politike kojima je cilj osigurati da djeca iz obitelji s niskim prihodima imaju besplatan pristup većini zdravstvenih usluga i proizvoda, pristup je u pravilu besplatan ambulantnoj skrbi i liječnicima opće prakse, uslugama medicinskih sestara za dojenčad i programima cijepljenja te vrlo široko osiguran u većini zemalja članica EU-a neovisno o primanjima obitelji. No, iako nadalje naširoko rasprostranjena, nešto je manje dostupna specijalistička i stomatološka skrb, dok je najlošija situacija po pitanju pristupa lijekovima na recept, koji uvelike ovise o dohodovnoj situaciji djetetove obitelji.

Analiza Baptiste i sur. (2023.) ukazuje i na brojne nefinancijske prepreke pristupa zdravstvenim uslugama, iako su one u načelu relativno univerzalno osigurane. Tako se u mnogim zemljama glavne nefinancijske prepreke (kao što je slučaj i u Hrvatskoj) odnose na manjak zdravstvenog kadra i nedovoljne ljudske resurse unutar zdravstvenog sustava, a kada govorimo o djeci one se pogotovo ogledaju u nedostatku stručnjaka pedijataru, stručnjaka koji brinu o mentalnom zdravlju djece te stručnjaka u kliničkoj psihologiji. Tako čak osamnaest država članica EU-a ukazuje na manjak zdravstvenog kadra (Tablica 5.3.) u kontekstu osiguranja zdravstvene zaštite djece. Taj je problem prisutan i u Hrvatskoj, pa tako prema podacima Hrvatske liječničke komore i Hrvatske komore medicinskih sestara za 2022. godinu (HLK, 2023.) možemo govoriti o nedostatku od oko 2.000 liječnika i 4.000 medicinskih sestara i tehničara. Pogotovo su deficitarni upravo specijalisti pedijatri. Posebno zabrinjava podatak i da će do 2025. godine 93 specijalista pedijatra u primarnoj zdravstvenoj zaštiti steći uvjete za mirovinu (Digitalni atlas hrvatskog liječništva, 2020.; više o tome u poglavlju 6).

S ovim problemom suočeni su i u Austriji gdje je također veliki broj liječnika koji su blizu starosti za odlazak u mirovinu. Mađarska je također jedna od zemalja koja je istaknula ovaj problem smatrajući ga najvećom preprekom djelotvornom i besplatnom pristupu zdravstvenoj skrbi za djecu. Kako navode njihovi nacionalni stručnjaci, u 2020. godini više od sto tisuća djece nije imalo pristup pedijatrijskoj skrbi, što je dijelom uzrokovano i teritorijalno nerazmjernom distribucijom usluga. Pojedine zemlje ukazuju i na izazove manjka stručnjaka do kojih dolazi zbog loših plaća u zdravstvenom sektoru. Primjerice, Irska gdje dolazi do drastičnog pada broja stomatologa u javnom zdravstvu što dovodi do smanjenja broja stomatoloških pregleda, odnosno dužih čekanja na preglede. Stručnjaci u Njemačkoj, ukazuju i na poteškoće javno-privatnog

miksa u zdravstvenom sustavu budući da liječnici u izvanbolničkoj skrbi primaju veće naknade za liječenje privatno osiguranih pacijenata, što se negativno reflektira na obitelji s niskim prihodima, a samim time posebno pogađa djecu koja žive u tim obiteljima (Baptista i sur., 2023.).

Tablica 5.3.: Nefinancijske prepreke pristupa zdravstvenim uslugama djece u riziku u zemljama članicama EU-a

Vrsta prepreke	Zemlje u kojima je prisutna
Nedostatak osoblja	AT, DE, EL, ES, FI, FR, HR , HU, IE, IT, LT, LV, MT, NL, PL, PT, RO, SI
Duge liste čekanja	CY, EL, ES, FI, HR , HU, IE, LT, LV, MT, NL, PT, RO, SI
Organizacijske i administrativne barijere	BE, EL, ES, HU, IE, LU, NL, RO
Regionalne (teritorijalne) nejednakosti	AT, BG, CZ, DE, EL, ES, FI, FR, HR , HU, IE, LT, LV, PL, PT, RO, SE, SK
Kulturne i društvene barijere	CY, CZ, DE, DK, FI, FR, EL, HU, IE, LT, LU, SI, SK
Niska zdravstvena pismenost	BE, BG, CY, CZ, LT, MT, NL, SK
Ostalo	IE, LV, SE

Izvor: Baptista i sur., 2023.

Kadrovske poteškoće najčešće rezultiraju dugim listama čekanja koje ometaju djelotvoran pristup zdravstvenoj skrbi te ne iznenađuje da se upravo duge liste čekanja ističu kao drugi veliki izazov u pogledu osiguravanja pristupa zdravstvenim uslugama djeci i na njega ukazuje 14 zemalja članica EU-a (Tablica 5.3.). Duge liste čekanja na određene preglede i dijagnostičke postupke dodatno je pogoršala pandemija COVID-19 koja je dodatno produžila liste čekanja, pogotovo na specijalističke preglede. Jedna od zemalja koja se bori s ovim problemom je i Hrvatska gdje su duge liste čekanja najveća boljka hrvatskog zdravstva. Na neke preglede čeka se i više od godine dana, a prosječan rok čekanja iznosi 270 dana. Zanimljivo je istaknuti kako slovenski nacionalni stručnjaci posebno ističu vrijeme čekanja na dječje psihologe, kao i kliničke psihologe, pa tako navode da se na psihologa u redovnoj razini hitnosti čeka i do 22 mjeseca te 51 mjesec za kliničkog psihologa (Baptista i sur., 2023).

Veliki su izazov i regionalne razlike u dostupnosti zdravstvenih usluga na koje ukazuje više od dvije trećine zemalja članica, posebno ukazujući na razlike između urbanih i ruralnih sredina, ali i otočnih područja. U tom su pogledu udaljenost od pružatelja zdravstvenih usluga, kao i troškovi prijevoza do njih također bitan čimbenik nejednakosti pristupa zdravstvenim uslugama. Hrvatska je također istaknula ovaj problem, navodeći kako su udaljenost i troškovi prijevoza često važne prepreke

djelotvornom pristupu zdravstvenim uslugama, pogotovo na otocima (usp. Dobrotić i sur., 2021.; UNICEF, 2022.). U nekim državama članicama ograničeni pristup zdravstvenoj skrbi prisutan je i zbog pravnih ili nekih drugih ograničenja u praksi, pogađajući najčešće tražitelje azila, migrante bez dokumenata, romsku djecu i djecu migrantskog podrijetla. Kulturne i društvene barijere, niska zdravstvena pismenost, diskriminacija i stigma drugi su navedeni primjeri nefinancijskih prepreka koje sprječavaju djelotvoran pristup zdravstvenim uslugama (Tablica 5.3.).

6. PRISTUP ZDRAVSTVENIM USLUGAMA DJECE U RIZIKU OD SIROMAŠTVA I SOCIJALNE ISKLJUČENOSTI U HRVATSKOJ

6.1. Zdravstveni sustav u Hrvatskoj i usluge usmjerene djeci: stanje i izazovi mreže javne zdravstvene službe za djecu

Zdravstvena zaštita u Hrvatskoj regulirana je Zakonom o zdravstvenoj zaštiti (NN 100/18, 125/19, 147/20, 119/22, 156/22, 33/23, 36/24) te nizom podzakonskih akata i strateških dokumenata. Zakonom o obveznom zdravstvenom osiguranju (NN 80/13, 137/13, 98/19, 33/23) uređeno je obvezno zdravstveno osiguranje, a odredbama Zakona o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju (NN 85/6, 150/08, 71/10, 53/20, 120/21, 23/23) se, između ostaloga, uređuje i ostvarivanje prava na policu dopunskog zdravstvenog osiguranja čija se premija plaća iz Državnog proračuna osobama s utvrđenim minimalnim iznosom primanja (tzv. prihodovnim cenzusom), na koji način se pruža potpora osobama (pa tako i obiteljima s djecom) slabijeg socioekonomskog statusa. Pritom se misli na osigurane osobe čiji ukupni prihod u prethodnoj kalendarskoj godini, iskazan po članu obitelji, mjesečno nije veći od 379,49 eura. Također, pravo na plaćanje premije iz državnog proračuna ostvaruju i redovni učenici i studenti stariji od 18 godina. Stoga se mora istaknuti kako je univerzalan sustav zdravstvene zaštite u Hrvatskoj značajan mehanizam za ostvarivanje pokrivenosti zdravstvenim uslugama i u očuvanju zdravlja ljudi i djece, a pogotovo djece u riziku. No, to i dalje ne znači, kao što smo vidjeli u prethodnom poglavlju, da se djeca u riziku ne nose s poteškoćama pristupa pojedinim zdravstvenim uslugama.

Naime, raspoloživi podaci EU-SILC ad-hoc modula iz 2017. godine (Dobrotić i sur. 2021.), pokazali su da 0,4% djece u RH nije bilo u mogućnosti zadovoljiti potrebu za liječenjem, kao ni potrebu za dentalnom skrbi (u EU27 1,5% djece potrebu za liječenjem i 3,6% potrebu za dentalnom skrbi), a slična je situacija i 2021. godine (vidi poglavlje 3). U manjim gradovima HR rizik je bio izraženiji (0,6% kod potrebe za liječenjem, 0,9 % kod dentalne skrbi), a najviše kod djece u riziku od siromaštva u manjim gradovima (1,8% djece nije moglo zadovoljiti potrebu za liječenjem, 2,4% za dentalnom skrbi). Što se procijepljenosti djece tiče, jednog od ključnog indikatora razine preventivne zdravstvene zaštite, još uvijek nije postignut zakonom propisan minimum od 95 posto niti s jednim cijepljenjem (osim BCG c i cijepljenja protiv hepatitisa B), međutim, iz istraživanja o aspektima zdravlja djece predškolske dobi koja

odrastaju u siromaštvu vidljivo je da su gotovo sva djeca rođena u rodilištu zdravstveno osigurana i najvećim dijelom redovito cijepljena (97%), a značajan udio neprocjepljene djece otpada na djecu romske nacionalne manjine (Dobrotić i sur., 2021.).

Na probleme zaštite zdravlja djece romske nacionalne manjine ukazala je i provedena Dubinska analiza politika, programa, usluga, izvora financiranja te mehanizama usmjerenih suzbijanju siromaštva i socijalne isključenosti djece u Hrvatskoj (Dobrotić i sur., 2021.; UNICEF, 2022.), iako je prema subjektivnoj procjeni njihovo opće zdravstveno stanje dobro ili jako dobro. Međutim, poznato je da djeca romske nacionalne manjine češće žive u lošim i nehigijenskim stambenim uvjetima i rjeđe posjeduju higijenske potrepštine (četkice za zube, šampon, kreme za tijelo, vlažne maramice i dr.) te češće obolijevaju od prehlada i respiratornih bolesti, kao uostalom i sva djeca koja žive u siromaštvu (UNICEF, 2015.). Također, kod djece romske nacionalne manjine, zbog loših i nehigijenskih uvjeta prisutne su i bolesti povezane s probavom (dijareje), uzrokovane bakterijama, virusima ili parazitima (infekcije) ili trovanjem hranom. Sada je stanje nešto bolje, međutim podaci iz 2014. i 2018. godine ukazivali su također i na poteškoće pristupa zdravstvenom osiguranju romske populacije, kada su podaci istraživanja govorili o neobuhvaćenosti od 7,2-17,5% zdravstvenim osiguranjem ove populacije (Zrinščak, 2014.; Kunac i sur., 2018.).

U riziku od siromaštva i socijalne isključenosti su i djeca korisnici zajamčene minimalne naknade i djeca s teškoćama u razvoju (gotovo njih 45%), jer se u pravilu uz njih veže i niži dohodovni status obitelji te su njihovi su roditelji ujedno i manje zadovoljni zdravljem svog djeteta. Nažalost, za pojedine skupine djece u riziku (npr. djeca azilanti, djeca u alternativnoj skrbi) ne postoje procjene obuhvaćenosti uslugama, a niti analize prepreka s kojima se nose. Iako, dijete bez pratnje ostvaruje pravo na zdravstvenu zaštitu u istom opsegu kao osigurana osoba iz obveznog zdravstvenog osiguranja, a cijepljenje provode liječnici u domovima zdravlja ili liječnici u privatnoj ugovornoj ordinaciji, odnosno liječnici školske medicine. Također, stranci pod supsidijarnom zaštitom i azilanti ostvaruju sva prava iz Zakona o socijalnoj skrbi i Zakona o doplatku za djecu, uključujući i pravo na zajamčenu minimalnu naknadu i doplatu za djecu (UNICEF, 2022.).

Da bismo razumjeli funkcioniranje današnjeg zdravstvenog sustava i teškoće s kojima se on nosi u pogledu zdravstvene zaštite djece, bitno se osvrnuti na sam

kontekst razvoja dosadašnje zdravstvene politike u Hrvatskoj, uključivši tranziciju iz socijalističkog sustava i teško nošenje sa socioekonomskim implikacijama iste, sporu europeizaciju te globalizaciju, kao i brojne bezuspješne reforme te veliki problem situiranja zdravstvenog sustava, što je izazov s kojim se nose i druge bivše socijalističke države (Zrinščak, 2019.). S tim u vezi, sustav zdravstvene zaštite u Hrvatskoj je prošao kroz različite reforme kojima je primarni cilj bio uskladiti opseg zdravstvenih usluga s financijskim mogućnostima hrvatskoga društva (Kovač, 2013.) te je od početka devedesetih godina doživio velike promjene; od decentraliziranog sustava samoupravnih interesnih zajednica u zdravstvu (nekadašnji SIZ-ovi) do preobrazbe u centraliziraniji sustav, u kojemu uz javni, sve više djeluje i privatni sektor. Bilo kako bilo, većina dosadašnjih reformi usredotočila se na ograničavanje rasta troškova, pri čemu je Hrvatska „lutala“ u nejasnoj koncepciji toga kakav mi to zdravstveni sustav želimo. Primjerice, malo se uvodila participacija, pa se ukidala, zatim se ona malo povećavala pa malo smanjivala, da bi se nazvala administrativnom pristojbom. Sveukupno gledano, svi su reformski pokušaji u tom smjeru do sada bili opterećeni nizom proturječja i problema (npr. centralizacija i privatizacija) te su se stoga pokazali neuspješnima (Zrinščak, 2019.), a analize financijskog stanja zdravstvenog sustava dosadašnjih reformi uglavnom pokazuju da je hrvatski zdravstveni sustav, unatoč svim pokušajima, u financijskim poteškoćama. Problem financiranja zdravstvenog sustava i kontrola njegovih troškova bili su uglavnom glavni pokretači zdravstvenih reformi koje do sada nisu uspijevale učinkovito zaustaviti rast troškova i popularno su se nazivale „vatrogasnim mjerama“ (ibid.).

Svjetska banka je u velikoj mjeri utjecala na smjer zdravstvenih reformi u Hrvatskoj. Tako je, primjerice, Svjetska banka 1999. godine objavila studiju o zdravstvenom sustavu ocijenivši da se on nalazi u vrlo nestabilnom stanju, kako je suočen s nedostatnim financijskim sredstvima i neodgovarajućim sustavom usluga (Ministarstvo zdravstva RH i Svjetska banka, 2000.). Paralelno s time, u procesu pristupanja EU-u kada je Hrvatska u središte trebala staviti i mjere usmjerene suzbijanju siromaštva i socijalne isključenosti – posebice prilikom izrade Zajedničkog memoranduma o socijalnom uključivanju (tzv. JIM-a) u okviru kojeg se po prvi puta radi temeljna analiza stanja i definiraju strateški ciljevi na području suzbijanja siromaštva – jedno je od strateških područja djelovanja trebalo biti i zdravstvo. No, dok je analiza provedena za potrebu izrade JIM-a jasno ukazala na teškoće ujednačenog

pristupa zdravstvenim uslugama i potrebu da se o tome vodi računa u budućim reformama (Vlada Republike Hrvatske, 2007.), izostala je implementacija predviđenih mjera poput smanjivanja regionalnih nejednakosti u pristupu zdravstvenim uslugama, osiguravanja dovoljnog broja specijalizacija te smanjivanja listi čekanja i sl. (usp. Vlada Republike Hrvatske, 2007.; Stubbs i Zrinščak, 2012.).

Slična je situacija bila i s ostalim nacionalnim strateškim dokumentima koji su tražili djelovanje u smjeru smanjenja siromaštva i socijalne isključenosti djece, ali i unaprjeđenje usluga usmjerenih djeci (npr. Nacionalni plan za prava djece, Ministarstvo rada, mirovinskoga sustava, obitelji i socijalne politike, 2022a; vidi Ajduković i sur., 2017b). Stoga, iako je siromaštvo djece identificirano jednim od raširenih socijalnih rizika u Hrvatskoj, izostaje mu primjeren pristup (Stubbs i Zrinščak, 2014.). U Hrvatskoj je izostajala sustavna politika usmjerena pravima djece općenito, ali i politika koja bi povezala različite sustave, primjerice sustav zdravstva i socijalne skrbi u cilju kreiranja boljih politika usmjerenih djeci u siromaštvu, pa tako i onih koje će se baviti suzbijanjem prepreka pristupa zdravstvenim uslugama (npr. nemogućnosti financiranja bazičnih lijekova, poput sirupa za snižavanje temperature djece). Ovakav pristup općenito, uz nedovoljnu umreženost i koordinaciju, i dalje egzistira u fragmentiranom sustavu nedovoljne povezanosti zdravstvenog i socijalnog (ali i drugih) sustava, a što je dodatno otežano s teritorijalnim ustrojem kojeg čini 556 općina i gradova različitih fiskalnih mogućnosti (Dobrotić i sur., 2021.).

Kako onda funkcionira zdravstvena zaštita djece i mladih u Hrvatskoj? U zdravstvenom sustavu Hrvatske specijalisti pedijatri, doktori medicine i doktori obiteljske medicine obavljaju zdravstvenu djelatnost na razini primarne zdravstvene zaštite za djecu do 18 godina, a preventivnu zdravstvenu skrb djece osiguravaju i specijalisti školske medicine. Sva djeca do navršene 18. godine s prebivalištem tj. stalnim boravkom imaju pravo na obvezno zdravstveno osiguranje, a ona koja pohađaju redovno obrazovanje ne plaćaju participaciju za medicinske usluge i imaju besplatne specijalističke preglede i boravak u bolnicama, kao i redovne preventivne preglede. Preventivni pregledi uključuju preglede općeg zdravlja dojenčadi i djece od 1. do 6. godine starosti, kao i obvezne kontrole vida za djecu od četiri godine starosti (Nacionalni preventivni programi ranog otkrivanja slabovidnosti 2018.– 2028.), dok pregled sluha nije uključen u obavezni program preventivnih pregleda (Dobrotić i sur.,

2021.). Nacionalnim programom „Zubna putovnica“ osigurana je i kontrola stanja zdravlja zubi djece u dobi od 6 i 12 godina (ibid.).

Iako sve izgleda idealno, osvrnemo li se na samu rasprostranjenost usluga, posebice onih usmjerenih djeci, prema podacima Ministarstva zdravstva za 2022. godinu (Ministarstvo zdravstva, 2023.) u području djelatnosti zdravstvene zaštite predškolske djece nedostaje 47 timova za područje cijele Hrvatske. Naime, Mrežom javne zdravstvene službe definiran je broj timova u djelatnosti zdravstvene zaštite predškolske djece te je istom predviđeno ukupno 330 timova, međutim, dana 28. veljače 2022., bila su ugovorena 283 tima (Tablica 6.1.). Prema podacima Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (veljača 2022.) u Hrvatskoj je oko 260.000 djece mlađe od 7 godina, od čega je za ugovorne pedijatrijske timove opredijeljeno oko 230.000 djece (iste dobne skupine). Osim toga, za istu je uslugu opredijeljeno i oko 116.000 djece starije od 7 godina te 13.800 djece starije od 14 godina, a kadrovski normativ za jedan tim u djelatnosti zdravstvene zaštite predškolske djece je 950 djece do 7. godina starosti (HZJZ, 2023.) Najveći je nedostatak timova u ruralnim krajevima, uz preopterećenje timova u gradskim sredinama, što predstavlja svakako neadekvatnu raspoređenost, a time ujedno i nedostupnost, što je prisutno zadnjih godina (HZJZ, 2022.).

Iz toga je vidljivo da u Hrvatskoj već sada, u odnosu na planiranu mrežu HZZO-a, nedostaje 75 pedijatara u primarnoj zdravstvenoj zaštiti (23% od planirane mreže HZZO-a), odnosno, toliki je zbroj ugovorenih timova bez stalno zaposlenog liječnika nositelja tima i mjesta gdje uopće nisu ugovoreni timovi (HZJZ, 2022.). Tako ispada da je svako deseto predškolsko dijete bez skrbi primarnog pedijatra, s obzirom da nedostaje 47 timova (Tablica 6.1.), a još je 28 ugovorenih timova bez nositelja tima. Najlošija situacija je u Gradu Zagrebu, gdje nedostaje pet timova, a zatim slijede Brodsko-posavska županija, Međimurska, Osječko-baranjska, Varaždinska, Vukovarsko-srijemska i Zadarska u kojima nedostaje po četiri tima.

Uz postojeći manjak liječnika u primarnoj pedijatriji dodatno zabrinjava činjenica da je čak 14% pedijatara koji trenutno rade u primarnoj zdravstvenoj zaštiti starijih od 65 godina, odnosno ispunjavaju punu starosnu dob za odlazak u mirovinu. Prema projekciji iz Digitalnog atlasa liječništva HLK-a, razvidno je da će u sljedećih pet godina Hrvatska imati gubitak od još najmanje 40 primarnih pedijatara (HLK, 2022.). S obzirom

na to da interes za zapošljavanje pedijatara u primarnoj zdravstvenoj zaštiti nije velik, postavlja se pitanje kadrovske održivosti ovog sustava ako se žurno ne krene rješavati ovaj problem. Stoga je hitno potrebno osigurati financiranje specijalizacija u deficitarnim djelatnostima, što se također nadovezuje na potrebu povećanja dostupnosti i povećanja kvalitete opsega zdravstvenih usluga na primarnoj razini općenito, dakle, ne samo u pedijatrijskoj skrbi. U ovom području do sada nije bila zanemariva pomoć iz fondova EU-a koju je Hrvatska dobila u 2018. godini, pa su tako iz EU fondova osigurana financijska sredstva za specijalističko usavršavanja u iznosu od oko 186.000.000,00 kuna (24.800.000 eura). U okviru ovog Poziva obuhvaćena je 51 zdravstvena ustanova na primarnoj razini zdravstvene zaštite za financiranje 212 specijalizanata u 19 hrvatskih županija za 5 deficitarnih specijalizacija: obiteljska medicina, pedijatrija, ginekologija i opstetricija, klinička radiologija i hitna medicina. U sklopu Operativnog programa Učinkoviti ljudski potencijali 2014. – 2020. godine u provedbi je ukupno 35 specijalizacija iz područja pedijatrije, a vrijeme provedbe navedenog projekta je pet godina (Ministarstvo zdravstva, 2020.). S obzirom na ranije iznesene podatke, možemo vidjeti kako su potrebe daleko veće te će to riješiti tek dio teškoća koje se vežu uz nedostatak zdravstvenog osoblja, a još jedan od razloga nedostatka zdravstvenog osoblja je i nezainteresiranost mladog zdravstvenog kadra za radna mjesta u manjim ruralnim sredinama i otocima.

U cilju djelotvornijeg planiranja ljudskih resursa donesen je i Nacionalni plan specijalističkog usavršavanja zdravstvenih radnika za petogodišnje razdoblje (2020.–2024.). Isti se temelji na potrebi razvoja zdravstvene djelatnosti na primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj razini, uvažavajući potrebu zdravstvenog sustava za odgovarajućim specijalnostima zdravstvenih radnika, broju, rasporedu i dobnoj strukturi zdravstvenih radnika. Tako je utvrđena potreba za 244 specijalizacije iz pedijatrije, od čega je za potrebe primarne zdravstvene zaštite 81 specijalizacija (Ministarstvo zdravstva, 2020.). Međutim, za potrebe primarne zdravstvene zaštite u 2020. godini izdano je samo pet rješenja, dok su u 2021. godini izdana samo četiri rješenja za specijalističko usavršavanje iz pedijatrije (Ministarstvo zdravstva, 2020.), što svakako nije dovoljno. Nade se polažu u *Nacionalni plan oporavka i otpornosti 2021-2026.* gdje je u Mjeri C5.1.R3-I1 Centralno financiranje specijalizacija, kao cilj navedeno omogućavanje specijalističkog usavršavanja doktora medicine na temeljnoj primarnoj razini zdravstvene zaštite, što uključuje i specijalizacije iz pedijatrije. Ovom

mjerom dodatno bi se trebala omogućiti ravnomjerna i dostatna popunjenost mreže javne zdravstvene službe, poboljšati dostupnost zdravstvene zaštite, pokriti manjak liječnika zbog odlaska u mirovinu te utjecati na nedovoljan interes za prihvaćanjem posla u ruralnim/depriviranim sredinama, uključujući i otoke (Ministarstvo zdravstva, 2020.). Međutim, opravdano se postavlja pitanje ima li za isto dovoljno vremena s obzirom na postojeću situaciju s ugovorenim timovima te na samu dužinu trajanja specijalizacije.

Od početka pandemije COVID-19 na površinu su isplivali također i ranije prisutni i sve izraženiji problemi zaštite mentalnog zdravlja djece i nedovoljne razvijenosti i regionalne rasprostranjenosti usluga podrške mentalnom zdravlju (Dobrotić i sur., 2021.). Mreža dječje i adolescentne psihijatrije je apsolutno nedostatna i neadekvatna. U prilog tomu govori i činjenica da na ovom području radi 56 dječjih psihijatara, a potrebno ih je 120. Također, kapaciteti u stacionarnom liječenju apsolutno su nedostatni: ima samo oko 60 kreveta u djelatnosti, a potrebno ih je barem 120 (Večernji list, 2023.).

Tablica 6.1.: Stanje mreže javne zdravstvene službe po županijama/Gradu Zagrebu na dan 28. veljače 2022.

ŽUPANIJA/GRAD ZAGREB	Potreban broj timova	Broj osiguranih osoba < 7 g	Ugovor eni broj timova	Broj opredijeljenih osiguranih osoba < 7 g	Razlika između ugovorenog i potrebnog broja timova	Broj opredijeljenih osiguranih osoba u dobi od 7-14	Broj opredijeljenih osiguranih osoba starijih od 14	Nedostaje timova
BJELOVARSKO-BILOGORSKA	8	6.664	8	6.353	0	3.219	381	0
BRODSKO-POSAVSKA	11	8.231	7	6.195	-4	4.126	367	-4
DUBROVAČKO-NERETVANSKA	12	8.451	11	7.531	-1	5.114	694	-1
GRAD ZAGREB	68	57.358	63	55.871	-5	22.653	1.827	-7
ISTARSKA	15	12.244	12	10.714	-3	3.460	316	-3
KARLOVAČKA	8	6.481	8	6.235	0	3.168	330	0
KOPRIVNIČKO-KRIŽEVAČKA	8	6.766	6	6.221	-2	887	31	-2
KRAPINSKO-ZAGORSKA	8	7.387	5	3.912	-3	2.173	115	-3
LIČKO-SENJSKA	5	2.624	3	2.142	-2	1.274	142	-2
MEĐIMURSKA	9	8.093	5	4.674	-4	2.816	306	-4
OSJEČKO-BARANJSKA	23	16.226	19	14.272	-4	7.456	743	-4
POŽEŠKO-SLAVONSKA	6	4.126	4	3.469	-2	1.725	196	-2
PRIMORSKO-GORANSKA	22	15.578	23	14.559	1	12.861	1.752	0
SISAČKO-MOSLAVAČKA	12	8.320	12	7.742	0	4.561	613	0
SPLITSKO-DALMATINSKA	36	29.211	33	28.088	-3	17.692	2.876	-3
SPLITSKO-DALMATINSKA	33	26.997	31	26.136	-2	17.156	2.738	-2
VARAŽDINSKA	13	9.841	9	7.970	-4	3.280	308	-4
VIROVITIČKO-PODRAVSKA	6	4.504	5	4.065	-1	2.381	206	-1
VUKOVARSKO-SRIJEMSKA	14	9.183	10	7.797	-4	3.051	281	-4
ZADARSKA	14	11.012	10	10.309	-4	2.443	225	-4
ZAGREBAČKA	25	19.926	23	19.088	-2	7.906	467	-3
SVEUKUPNO RH	330	257.837	283	232.599	-47	116.174	12.862	-51

Izvor: HZJZ, 2022.

6.2. Prepreke pristupa zdravstvenim uslugama djece u riziku od siromaštva i socijalne isključenosti

Kako u dubinskoj analizi koja mu je prethodila (Dobrotić i sur., 2021; UNICEF, 2022.) tako i u Nacionalnom akcijskom planu za provedbu preporuke Vijeća EU o uspostavi Europskog jamstva za djecu identificirana su djeca u riziku u Hrvatskoj i to u sljedećim skupinama: djeca u riziku od siromaštva, djeca romske nacionalne manjine, djeca korisnici zajamčene minimalne naknade (ZMN-a), djeca u slabije razvijenim, posebno ruralnim područjima, djeca s teškoćama u razvoju, djeca migranti (djeca bez pratnje, tražitelji, azilanti, stranci pod supsidijarnom i privremenom zaštitom mlađi od 18 godina), djeca u alternativnoj skrbi, djeca iz Ukrajine i sva ostala raseljena djeca i djeca čiji su roditelji u zatvoru (Vlada RH, 2023.). Radi se o skupinama djece za koju su identificirane različite prepreke s kojima se ona susreću u pristupu temeljnim uslugama, uključivši i zdravstvene usluge.

Iako, kao što smo vidjeli u prethodnom poglavlju, hrvatski sustav počiva na obveznom zdravstvenom osiguranju te skoro svi imaju pristup primarnoj zdravstvenoj zaštiti i sva su djeca obuhvaćena sustavom, mnoga djeca ipak nailaze na brojne prepreke samog pristupa zdravstvenim uslugama, pa tako ponajprije djeca u riziku od siromaštva i socijalne isključenosti. Za mnogu djecu zdravstvena zaštita nije jednako dostupna prije svega zbog teritorijalne nepokrivenosti uslugama te zbog nedostatka liječnika iz primarne zdravstvene zaštite, kao i stručnjaka specijalista u zdravstvenoj zaštiti djece (Dobrotić i sur., 2021.; UNICEF, 2022.; vidi i Poglavlje 6.1). Stoga se poteškoće i prepreke pristupa u Hrvatskoj ponajprije očituju u nejednakoj regionalnoj dostupnosti usluga gdje su one ponajprije nedostupne u slabije razvijenim općinama i gradovima, a posebno na otocima (Eterović, 1994.). Osim što nedostaje pedijatar te drugih stručnjaka, iskazuje se zabrinutost i zbog neadekvatnog javnog prijevoza, što ograničava dostupnost zdravstvenih usluga upravo u tim područjima, a prije svega za djecu u siromaštvu jer njihove obitelji rijetko imaju osobni automobil i puno više ovise o javnom prijevozu (Šućur i sur. 2015.; Grgurić i Pećnik, 2013. prema Dobrotić i sur., 2021.).

Za djecu koja odrastaju u siromaštvu, regionalne se nejednakosti dodatno isprepliću s financijskim teškoćama. Naime, upravo djeci u siromaštvu i njihovim obiteljima veliko ograničenje pristupa zdravstvenim uslugama predstavljaju financijske

prepreke, a ponajprije „skriveni“ troškovi povezani sa zdravljem kao što su, primjerice, plaćanje lijekova/pripravaka koji se ne propisuju na recept ili samog troška puta na, primjerice, specijalistički pregled, kao i boravka s djetetom u bolnici (Stubbs i Zrinščak, 2018.; Dobrotić i sur., 2021.; UNICEF, 2022.). Potonji je rizik posebice izražen kod djece korisnika ZMN-a, a i sve te prepreke dodatno utječu na obitelji s djecom s teškoćama u razvoju koje imaju značajno veće potrebe za uslugama, medicinskom rehabilitacijom i liječenjem te time i izdacima za tu svrhu, a pritom je prisutan i nedostatak standardiziranih instrumenata za procjenu i prepoznavanje razvojnih odstupanja djece, odnosno nedostatak rane intervencije, što je vrlo značajno (Dobrotić i sur., 2021.; UNICEF, 2022.). Osim toga, djeca se romske nacionalne manjine češće susreću s preprekama u samom pristupu zdravstvenom osiguranju te kod njih nalazimo i veći udio neprocijepljene djece, dok se djeca migrantskog podrijetla susreću sa složenim administrativnim postupcima prilikom pristupanja temeljnim zdravstvenim uslugama (UNICEF, 2022.).

Prepreka su i duge liste čekanja na određene specijalističke preglede i tretmane, što je i inače stalno prisutan problem zdravstvenog sustava u Hrvatskoj (Stubbs i Zrinščak, 2018.). Doduše, u sklopu NPPO 2021.- 2026. kao reformska mjera C5.1. R1 za područje zdravstva, uvedena je, uz unapređenje učinkovitosti, kvalitete i dostupnosti zdravstvenog sustava, reformska mjera do kraja 2023. godine smanjenja čekanja na dijagnostičke preglede od 270 dana za sve dijagnostičke postupke unutar bolničke zdravstvene zaštite. No, o istome bi se trebali pitati pacijenti, s obzirom na to da liste čekanja na stranicama HZZO-a nisu ažurirane. Iako, HZZO je 14.06.2024. objavio natječaj za sklapanje ugovora o provođenju dijagnostičko-terapijskih postupaka radi smanjenja liste čekanja (HZZO, objavljeno 14.06.2024.).

Ovdje se ponovno vraćamo na jedan od ključnih razloga takvom stanju, a to je kronični nedostatak medicinskog i stručnog kadra i sveprisutan odljev mladih liječnika iz Hrvatske, na što stalno ukazuju stručna medicinska i liječnička društva. Studija hrvatskog liječništva Hrvatske liječničke komore iz 2022. godine (HLK, 2020.) ukazuje kako u Hrvatskoj nedostaje 257 obiteljskih liječnika, 110 ginekologa i 90 pedijatara u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Uzevši u obzir da u pedijatriji već sada nedostaje 90 nositelja timova, kao i da je 84 od 236 specijalista pedijatrije starije od 60 godina, a čak njih 30 starijih od 65 godina (dakle, s ostvarenim uvjetima za mirovinu) te da pedijatriju trenutno specijalizira samo 87 liječnika, jasno je da ova situacija, bez dubinskih

promjena, vodi daljnjem urušavanju pedijatrijske zdravstvene skrbi za djecu. Posebno je teška situacija u Brodsko-posavskoj, Međimurskoj, Osječko-Baranjskoj te Vukovarskoj županiji gdje nedostaje više od 1/5 obiteljskih liječnika (ibid.).

U tom je pogledu važno istaknuti da dok je u skladu s preporukama EU-a u području zdravlja djece, Hrvatska već i u Nacionalnoj strategiji za prava djece u RH za razdoblje od 2014. do 2020. godine (2014.), između ostaloga, definirala i nužnost uspostave zdravstvenog sustava prilagođenog djeci te potrebu osiguranja dostupnosti i raspoloživosti zdravstvenih usluga za djecu u ruralnim, otočkim i rijetko naseljenim područjima kroz mrežu pedijatrijskih timova/timova opće/obiteljske medicine (Ministarstvo socijalne politike i mladih, 2014.), nejasno je zbog čega nije u Nacionalnom planu za prava djece u RH za razdoblje od 2022. do 2026. godine (Ministarstvo rada, mirovinskoga sustava, obitelji i socijalne politike, 2022.) detaljnije obrađeno područje zdravstvene politike. Doduše, istaknuta je važnost međuresornog pristupa u području mentalnog zdravlja djece kao i jačanja dostupnosti usluga za zaštitu mentalnog zdravlja djece, čime bi se povećala njihova psihološka otpornost. Na ovaj problem također godinama ukazuje i Pravobraniteljica za djecu (Izvešće o radu pravobraniteljice za djecu 2020., 2021., 2022. prema Dobrotić i sur., 2021.), kao i stručnjaci dječje i adolescentne psihijatrije (Begovac i sur., 2021.).

Općenito gledajući, roditelji djece koja odrastaju u uvjetima siromaštva nisu zadovoljni zdravljem svog djeteta. Unatoč univerzalnom zdravstvenom sustavu i u načelu besplatnoj zdravstvenoj zaštiti djece u Hrvatskoj, njihova se djeca u praksi suočavaju s brojnim barijerama u pristupu zdravstvenim uslugama. Istraživanja pokazuju da najlošijim zdravstveno stanje djeteta procjenjuju roditelji djece s teškoćama u razvoju, a koji žive u uvjetima siromaštva (gotovo njih 45%); dok djeca romske nacionalne manjine i ona koja žive na selu češće obolijevaju od prehlada, a sva djeca koja žive u siromaštvu od respiratornih bolesti (Šućur i sur., 2015. prema Dobrotić i sur., 2021.). Poteškoće, kao što je i ranije istaknuto, se najviše očituju zbog teže dostupnosti ili izoliranosti, pogotovo na otocima, ali i zbog nedostatka pedijatar i liječnika. Roditelji se susreću i s financijskim preprekama prilikom ostvarivanja zdravstvenih usluga. Istraživanje Šućura i sur. (2015.) provedeno u Hrvatskoj pokazuje da za djecu koja odrastaju u siromaštvu (njih čak 50%) nije dostupno sedam usluga iz područja zdravstvene skrbi: defektolog-rehabilitator, fizijatar, fizioterapeut, dječji psiholog, dječji psihijatar, logoped i okulist u njihovoj sredini. Tako se na primjer, na

logopedski tretman ili pregled okuliste čeka i do godinu dana, na što ukazuju njihova stručna društva, gdje se ponovno vraćamo na nedostatak liječnika, odnosno zdravstvenog kadra. Broj specijalista koji sudjeluju u liječenju i skrbi za populaciju djece može se vidjeti u Tablici 6.2.

Tablica 6.2.: Broj specijalista i ostalih stručnjaka koji sudjeluju u liječenju i skrbi za djecu i adolescente s teškoćama u razvoju u dobnoj skupini 0-21 godina

Liječnici specijalisti u zdravstvu	Broj
Pedijatrija	702
Psijatrija	548
Dječja i adolescentna psijatrija (7) i subspecijalisti dječje i adolescentne psijatrije (35)	42
Neurologija	349
Fizikalna medicina i rehabilitacija	364
Školska i adolescentna medicina	173
Gastroenterologija	192
Ostali odabrani stručnjaci u zdravstvu	Broj
Psiholozi	390
Logopedi	295
Edukacijski rehabilitatori	17
Defektolozi	45
Socijalni pedagozi	18
Fizioterapeuti	3968
Radni terapeuti	229

Izvor: Registar zdravstvenih djelatnika u RH, HZJZ (2023).

Također, Državni zavod za reviziju (2023.) donio je Izvješće o obavljenoj reviziji učinkovitosti, u kojemu je ocijenio učinkovitost dostupnosti obiteljske (opće) medicine, zaštite zdravlja žena i predškolske djece u javnom zdravstvu (Državni zavod za reviziju, 2023., str. 134-141). Državni zavod za reviziju (2023.) ocijenio je kako je obiteljska (opća) medicina slabo dostupna, a zaštita zdravlja žena i predškolske djece djelomično učinkovita. Kao veliki problem ističe se i pad broja liječnika u obiteljskoj medicini, o čemu se i prethodno govorilo, ali i na području zdravstvene zaštite žena i predškolske djece. Također, a što je predviđeno još 2019. godine Zakonom o zdravstvenoj zaštiti (NN 100/18., 125/19., 147/20.), utvrđena je nužnost donošenja Mreže javne zdravstvene službe kojom se određuje potreban broj zdravstvenih

ustanova i timova, kao i privatnih zdravstvenih radnika s kojima HZZO može sklapati ugovore o provođenju zdravstvene zaštite u Hrvatskoj (donesena tek u travnju 2024.). Osim toga, ukazuje se i kako se trenutno u zdravstvenom sustavu ne prikuplja, obrađuje i analizira dovoljno podataka u odnosu na ostale zemlje EU-a, a što otežava praćenje pokazatelja koji omogućavaju praćenje djelotvornost sustava, uključujući i pokazatelje zdravstvenih ishoda (Državni zavod za reviziju, 2023.).

Prisutni su problemi i u samom mapiranju potreba, planiranju, koordiniranosti i oblikovanju učinkovitog i svima dostupnog modela pružanja usluga. Problem predstavljaju i nedovoljno raščlanjeni podaci (npr. broj djece s teškoćama u razvoju korisnici naknada i socijalnih usluga po dobi, spolu ili županijama). Isti problemi izraženi su i među djecom romske nacionalne manjine gdje su prisutne, uz veći udio neprocjepljenje djece, i poteškoće pristupa zdravstvenom osiguranju za svu djecu romske nacionalne manjine. Ovi problemi detektirani su i u Dubinskoj analizi politika, programa, usluga, izvora financiranja te mehanizama usmjerenih suzbijanju siromaštva i socijalne isključenosti djece u Hrvatskoj (UNICEF, 2022.), gdje su izdvojena i djeca migrantskog podrijetla, za koje također ne postoje zasebni podaci o zdravstvenom stanju i pristupu uslugama.

U posljednjih nekoliko godina situaciju po pitanju mentalnog zdravlja djece možemo pratiti i prema podacima CEZIH-a i to prema dijagnozama ili izdanom broju uputnica iz primarne zdravstvene zaštite, odnosno djelatnosti obiteljske (opće) medicine. U zdravstvenoj zaštiti predškolske djece tijekom 2020. godine (pandemijska godina) s dijagnozama iz skupine mentalnih poremećaja i poremećaja u ponašanju (MKB-10: F00-F99), u odnosu na 2019. godinu, bilo je zabilježeno 10,1% manje djece (do navršanih 18. godina). Međutim, već u 2021. godini bilježi se porast broja zabilježene djece s navedenim dijagnozama. Bilježi se i porast broja upućivanja djece na prve i konzilijarne preglede kod psihijataru, odnosno psihologa u 2021. godini (Tablica 6.2.1.).

Tablica 6.2.1. Broj djece kod koje su zabilježene mentalne poteškoće i broj izdanih uputnica djeci za konzilijarne preglede (prve i kontrolne)

	2019.	2020.	2021.
Broj djece kod kojih je zabilježena dijagnoza iz MKB-10 skupine F00-F99 (mentalne poteškoće, primarna zdravstvena zaštita)	47.625	42.822	52.519
Broj upućivanja psihijatru	9.117	7.784	11.925
Broj upućivanja psihologu	5.172	4.249	5.951

Izvor podataka: Centralni zdravstveni informacijski sustav Republike Hrvatske (CEZIH)

Ovdje je potrebno napomenuti da je iz tablica vidljivo samo korištenje zdravstvene zaštite zbog navedenih stanja/teškoća, što može biti određen pokazatelj zdravstvenog stanja promatrane populacije, međutim navedene dijagnoze su zabilježene prilikom kontakta sa zdravstvenom zaštitom, bilo kao glavne, bilo kao dodatne dijagnoze (ili na receptima) te svaka zabilježena dijagnoza nije nužno potvrđena i zbog toga nije moguće jednoznačno odrediti pojavnost navedenih bolesti i stanja. Slijedom toga, važno je ukazati i na poteškoće nepostojanja adekvatnog praćenja brojnih pokazatelja u sustavu zdravstva, gdje se ističu i oni koji se tiču zdravlja djece u riziku od siromaštva i socijalne isključenosti, na što također ukazuje dubinska analiza izrađena za potrebe Europskog jamstva za djecu (UNICEF, 2022.). Tako se ukazuje kako se u sagledavanju pokazatelja zdravstvene zaštite i cjelokupnog područja zdravstvene politike mora istaknuti da se dostupne analize susreću s mnogim preprekama i manjkavošću podataka, budući da naše baze podataka vrlo često u fokusu nemaju dijete, već neku pojavu ili djelatnost pojedinog sustava. U analizi cjelokupnog područja politike na području zdravstva u Hrvatskoj usmjerene prema djeci u riziku od siromaštva, kao i u EU, prije svega možemo identificirati manjak dostupnih istraživanja, domaće i strane znanstvene literature i znanstvenih članaka te radova novijeg datuma, odnosno, manjak informacija o navedenoj temi. S tim u vezi, na pojedine aspekte zdravlja djece u riziku od siromaštva i socijalne isključenosti ukazuju nam tek nacionalna istraživanja (ibid).

Zadnjih godina u Hrvatskoj, u analizi ovog područja, Hrvatski zavod za javno zdravstvo (HZJZ) u tom smislu upućuje na standardiziranu Europsku zdravstvenu anketu (EHIS), koja se provodi redovito, svake pete (do 2019. godine), odnosno šeste godine (od 2020. godine nadalje) u svim zemljama članicama EU-a. Zadnji objavljeni rezultati su

iz provedenog 3. vala istraživanja tijekom 2019. godine, a slijedeći val istraživanja provest će se tijekom 2025. godine. Međutim, ciljana populacija u provedenim istraživanjima, prema metodologiji EUROSTAT-a, bile su sve osobe u dobi 15 i više godina, tako da istraživanjem nisu obuhvaćena djeca mlađa od 15 godina. Udio najmlađih ispitanika 15-24 godine u istraživanju je manji u odnosu na druge dobne skupine te je analiza podataka napravljena prema većim dobnim skupinama 15-24 ili čak 15-34 zbog niske pouzdanosti podataka (HZJZ, 2019.). Zbog navedenog, u rezultatima nije bilo moguće analizirati djecu i mlade zasebno, primjerice do 18 godina.

Sam HZJZ iz svojih redovitih baza i registara analizom po dobi može pratiti korištenje zdravstvene zaštite od strane djece te se godišnje objavljuje posebna publikacija koja prikazuje podatke o korištenju zdravstvene zaštite iz četiri djelatnosti na razini primarne zdravstvene zaštite: djelatnost obiteljske (opće) medicine, zdravstvene zaštite predškolske djece, zdravstvene zaštite žena i dentalne zdravstvene zaštite (polivalentne), putem Centralnog zdravstvenog informacijskog sustava Republike Hrvatske (CEZIH-a), središnjeg sustava pohrane zdravstvenih podataka i informacija. Međutim, analize se odnose (samo) na brojeve korisnika i kontakata u djelatnosti zdravstvene zaštite predškolske djece u Hrvatskoj u 2022. godini, broj evidentiranih pregleda i savjetovanja, broj i vrsta izdanih uputnica i recepata te broj zabilježenih dijagnoza. Ovakvi sumarni podaci ne mogu se raščlaniti niti za jednostavnije analize kojima bi se kasnije provjeravala potreba djece ili povezanost s nekim sociodemografskim obilježjima, a izostaje i sustavno praćenje podataka o zdravstvenoj zaštiti pojedinih skupina djece poput migranata i izbjeglica (HZJZ, 2023.)

6.3. Ciljevi i mjere predviđeni Nacionalnim akcijskim planom za provedbu Europskog jamstva za djecu u Hrvatskoj

Polazeći od iznesenih podataka, Hrvatska je svojim Nacionalnim akcijskim planom za provedbu Europskog jamstva za djecu predvidjela dva strateška cilja usmjerena poboljšanju i otklanjanje nedostataka unutar zdravstvenog sustava (Tablica 6.3.). U području zdravstva, akcijski plan predviđa dva strateška cilja: (1) potrebu osiguranja sigurnog pristupa zdravstvenim uslugama djeci u riziku od siromaštva i socijalne isključenosti i (2) podršku zaštiti mentalnog zdravlja djece u riziku od siromaštva i socijalne isključenosti. Prvi cilj ističe nužnost kreiranja nacionalnog okvira i zdravstvenih politika, kao i provedbenih instrumenata s kojima će se djeci u riziku od

siromaštva i socijalne isključenosti osigurati: redovni zdravstveni pregledi tijekom prve godine života djeteta, praćenje zdravlja djece putem sistematskih pregleda, osigurati besplatni postnatalni pregledi, kućne posjete patronažnih zdravstvenih djelatnika, kontrola vida i sluha i stomatološka skrb.

Kao posebne ciljeve Hrvatska je istaknula i nužnost uspostave objedinjenog sustava rane intervencije te uspostavu nacionalnog sustava praćenja i ranog probira (eng. *screening*) djece na razvojna odstupanja (0-5 godine), a također se obvezala uspostaviti za djecu s teškoćama u razvoju ili u riziku za razvojna odstupanja (0-5 godine), sustav rane intervencije te im osigurati dostupnost potrebnih usluga u lokalnoj zajednici (Ministarstvo rada, mirovinskoga sustava, obitelji i socijalne politike, 2023.). Prema preporukama EU-a Hrvatska mora unaprijediti kompletan sustav primarne zdravstvene zaštite kako bi mogla odgovoriti na zahtjeve i izazove, pogotovo za obitelji i djecu u riziku od siromaštva i socijalne isključenosti koja žive u udaljenim ruralnim, slabo razvijenim područjima ili na otocima, a kako bi im zdravstvene usluge bile dostupne i u kući tj. lokalnoj zajednici. Na iste probleme referirala se i Pravobraniteljica za djecu u svojim preporukama (Preporuke pravobraniteljice za djecu u 2021. godini, 2022.). Hrvatska se mora posebno usmjeriti na djecu koja su identificirana kao posebno ranjiva i s najviše prepreka u ostvarivanju svojih prava na zdravstvenu zaštitu, za što je također potrebno provesti sveobuhvatnu analizu prepreka i skrivenih troškova (prostornih i financijskih), a djeca koja se u ostvarivanju svojih prava na zdravstvenu zaštitu suočavaju s najviše prepreka su djeca korisnika ZMN-a, djeca romske nacionalne manjine, djeca s teškoćama u razvoju i djeca migrantskog podrijetla. Za sve njih nužno je razviti okvir za vertikalnu i horizontalnu suradnju, kako bi im se u obitelji i zajednici mogle pružiti i biti dostupne univerzalne, selektivne i indicirane - integrirane socijalne usluge. Nacionalnim akcijskim planom za provedbu Europskog jamstva za djecu predviđeno je također provođenje kontinuirane edukacije o reproduktivnom zdravlju, pogotovo za djecu i roditelje romske nacionalne manjine, radi prevencije maloljetničkih trudnoća i dječjih brakova, a također i sustavno raditi na, u svrhu unaprjeđenja zdravstvenih ishoda i smanjenja nejednakosti, unaprjeđenju njihovog zdravstvenog stanja i navika (Ministarstvo rada, mirovinskoga sustava, obitelji i socijalne politike, 2023.).

Tablica 6.3.: Strateški ciljevi u području zdravstva

Cilj	Mjere predviđene unutar cilja
(1) Osigurana dostupnost zdravstvenih usluga djeci u riziku od siromaštva i socijalne isključenosti	<ul style="list-style-type: none"> – Uspostava nacionalnog sustava praćenja i ranog probira (engl. <i>screening</i>) djece na razvojna odstupanja (0-5 godine), za pet razvojnih područja: komunikacija, fina motorika, gruba motorika, rješavanje problema te osobno-društveni razvoj. – Uspostava integriranog sustava rane intervencije za djecu s teškoćama u razvoju ili u riziku za razvojna odstupanja (0-5 godine) i njihove obitelji. Unaprjeđenje sustava primarne zdravstvene zaštite pogotovo za djecu koja žive u udaljenim (otoci), ruralnim i slabo razvijenim područjima. – Provođenje kontinuirane edukacije o reproduktivnom zdravlju, (posebno za djecu i roditelje romske nacionalne manjine). – Unaprjeđenje praćenja zdravstvenog stanja i navika kao i odrednica zdravlja djece romske nacionalne manjine (HZJZ, HBSC, ESPAD, CroCOSI) te redovito ažurirati nalaze. – Provođenje sveobuhvatne analize prepreka (prostornih i financijskih te kvalitete pružanih usluga) kako bi se doprinijelo boljem dizajniranju programa i intervencija uzimajući u obzir potrebu prilagodbe postojeće i nove infrastrukture djeci s teškoćama u razvoju.
(2) Osigurana podrška zaštiti mentalnog zdravlja djece u riziku od siromaštva i socijalne isključenosti	<ul style="list-style-type: none"> – Donošenje Akcijskog plana za zaštitu mentalnog zdravlja djece i mladih u okviru kojeg će posebna pažnja biti usmjerena na djecu u riziku od siromaštva i socijalne isključenosti i prevenciju nasilja među djecom i mladima. – Uspostava postelja za dječju i adolescentnu psihijatriju u mreži javne zdravstvene službe i povećanje kapaciteta ambulantnog liječenja i dostupnosti usluga stručnjaka mentalnog zdravlja sa ciljem povećanja kvalitete u liječenju djece s problemima mentalnog zdravlja.

Izvor: Republika Hrvatska, Ministarstvo rada, mirovinskoga sustava, obitelji i socijalne politike, 2023.

U okviru drugog cilja, na području zaštite mentalnog zdravlja djece, pogotovo djece u riziku od siromaštva i socijalne isključenosti, predviđa se cjelovito uređenje ovog područja. Naime, djeca s poteškoćama mentalnog zdravlja predstavljaju najranjiviju skupinu našeg društva koju smo dužni posebno zaštititi, a činjenica je da se liječenjem u ranoj fazi preveniraju psihičke smetnje u odrasloj dobi (Begovac i sur., 2021.), još više naglašava potrebu sustavnog rješavanja. Pogotovo stoga jer se, kao što je navedeno i u Strateškom okviru razvoja mentalnog zdravlja do 2030., temelj kvalitetnog mentalnog zdravlja oblikuje u znatnoj mjeri u djetinjstvu i adolescenciji, a

omogućivanje sigurnog i poticajnog okoliša za razvoj, jedan je od prioriteta unaprjeđenja mentalnog zdravlja. Tome u prilog govore i dostupni znanstveni podatci koji navode da svako peto dijete ili 100.000 djece i adolescenata u Hrvatskoj, u nekom trenutku svog života mogu imati teškoće s mentalnim zdravljem, dok se 75% težih mentalnih poremećaja prvi put pojavljuje prije 24. godine života (Strateški okvir razvoja mentalnog zdravlja do 2030., Ministarstvo zdravstva 2022.).

Postojanje problema i potrebu unaprjeđenja zaštite mentalnog zdravlja djece u našoj zemlji prepoznao je i Odbor za prava djeteta UN-a, koji je još u rujnu 2014. godine Hrvatskoj preporučio da poduzme sve potrebne mjere kako bi se osigurala odgovarajuća potpora djeci kojoj je potrebna zdravstvena zaštita mentalnog zdravlja (UN, 2014.). U cilju unaprjeđenja tog dijela zdravstvenog sustava u 2023. godini donesen je Provedbeni program razvoja dječje i adolescentne psihijatrije u bolničkoj zdravstvenoj zaštiti u Republici Hrvatskoj za razdoblje 2023.-2024., koji definira mjere za provedbu ciljeva definiranih u Nacionalnom planu razvoja zdravstva za razdoblje do 2027. godine i Strateškom okviru razvoja mentalnog zdravlja do 2030. godine. Provedba mjera ovog Provedbenog programa trebala bi doprinijeti ispunjenju cilja „Očuvanje i unaprjeđenje mentalnog zdravlja“ i to za dobno specifičnu ranjivu populaciju kao što su djeca i adolescenti. Njime bi se ujedno trebao potaknuti daljnji razvoj dječje i adolescentne psihijatrije i osigurati uravnotežena mreža bolničke zdravstvene zaštite kroz koju bi se djeci i mladima pružila ravnomjerno dostupna bolnička skrb pružena u primjerenim uvjetima, a s ciljem osiguranja djelotvornijeg modela bolničke zdravstvene skrbi u djelatnosti dječje i adolescentne psihijatrije. Osim potrebe za stručnim djelatnicima koji bi trebali biti dostupni svakom djetetu, bez obzira u kojem dijelu Hrvatske žive, neophodna je i potreba povećanja stacionarnih bolničkih kapaciteta te uspostava stručnih timova koji bi mogli obuhvatiti više škola (Ministarstvo zdravstva, 2023.). Na potrebu za stacionarnim liječenjem pokazuju i zabrinjavajući podaci o pokušaju suicida djece: 2022. godine je 160 djece do 18 godina pokušalo suicid (MUP, 2022.), a prisutno je i samoozljeđivanje djece i sve teži oblici poremećaja kod djece vezano uz prehranu (HZJZ, 2022.). Stoga je u Izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti (NN 33/2023) donesenim 2023. godini, predviđena prioritarna potreba povećanja kapaciteta institucionalnog i ambulantnog liječenja kao i dostupnost usluga stručnjaka mentalnog zdravlja. Isto je predviđeno u Mreži javno zdravstvene službe za 2024. godinu (predviđeno povećanje kapaciteta ambulantnog

liječenja i dostupnost stručnjaka za mentalno zdravlje na razini lokalne zajednice: dispanzeri za mentalno zdravlje pri domovima zdravlja s psihološkim savjetovaništem i mobilni timovi za mentalno zdravlje u zajednici), čiju implementaciju i rezultate ćemo moći pratiti tek u narednom periodu (od 2025. na dalje).

Činjenica je da u Hrvatskoj općenito nije integrirano pružanje usluga među sustavima zdravstva, obrazovanja i socijalne skrbi te postoji potreba njihovog povezivanja kako bi se ujednačilo ostvarivanje prava i mogućnosti svih korisnika, pogotovo ranjive populacije, a naročito djece u riziku od siromaštva i socijalne isključenosti. Krajnji cilj bi se trebao ogledati u dostupnosti svih usluga: socijalnih, obrazovnih i zdravstvenih, pogotovo u lokalnoj zajednici. Inače, nedovoljna dostupnost usluga, pa tako i zdravstvenih usluga, stručnjaka i nedostatnost smještajnih kapaciteta u bolnicama za liječenje i medicinsku rehabilitaciju u lokalnoj zajednici, posebno pogađa djecu s teškoćama u razvoju na što godinama upozorava i Pravobraniteljica za djecu (2020.; UNICEF, 2022.).

Slijedom toga možemo vidjeti da je primarni problem sam nedostatak podataka o zdravstvenom stanju djece općenito, a tim više o zdravstvenom stanju djece u riziku, a koji su nužni za adekvatno planiranje javnih politika usmjerenih suzbijanju teškoća s kojima se ona unutar sustava, a i u pogledu samog pristupa sustavu nose. Osim toga, djeca u riziku od siromaštva i socijalne isključenosti, iako je sustav u načelu univerzalan i dostupan svima, nose se s brojnim teškoćama pristupa počevši od dugih lista čekanja, preko teritorijalno neujednačene dostupnosti pojedinih usluga do „skrivenih“ financijskih barijera (lijekovi koji ne idu na recept, troškovi prijevoza), nedostatka pedijataru i liječnika specijalista, nedostatnih smještajnih kapaciteta u bolnicama za liječenje i medicinsku rehabilitaciju, nedovoljnom razvijenošću usluga zaštite mentalnog zdravlja.

Nacionalnim Akcijskim planom za provedbu europskog jamstva za djecu u Hrvatskoj (2023.) predviđen je i jedan od općih ciljeva koji se odnosi na prikupljanje novih indikatora praćenja stanja zdravlja djece. Ovaj cilj bi omogućio, kroz praćenje sociodemografskih obilježja, kreiranje mjera u pristupu zdravstvenim uslugama također i na individualnoj razini, a što bi omogućilo pravovremenu, ranu intervenciju. Također, tome bi trebalo doprinijeti i uvođenje novih djelatnosti u području logopedske i psihološke djelatnosti te radne i fizikalne terapije, kao osnove za dispanzersku

djelatnost rane intervencije i savjetovališta u domovima zdravlja, što je predviđeno u izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti (NN 100/18, 125/19, 147/20, 119/22, 156/22, 33/23, 36/24).

7. MOGUĆNOSTI UNAPRJEĐENJA PRISTUPA ZDRAVSTVENIM USLUGAMA DJECE U RIZIKU OD SIROMAŠTVA I SOCIJALNE ISKLJUČENOSTI U HRVATSKOJ POD UTJECajem EU INICIJATIVE EUROPSKO JAMSTVO ZA DJECU

Mogli smo vidjeti kako je u ranijim fazama razvoja zdravstvena politika EU-a prvenstveno bila usmjerena prema poboljšanju javnog zdravlja, sprečavanju tjelesnih i duševnih bolesti i oboljenja te uklanjanju izvora opasnosti za zdravlje ljudi. Dok su se u području zdravlja donosile preporuke i direktive, one su se primarno odnosile samo na zdravstvene proizvode i prava pacijenata iz čega je vidljivo da djeca nisu bila u fokusu EU politika pa tako i zdravstvene politike te će tek kasnije u tom smjeru biti potrebna dodatna promišljanja, posebice u kontekstu ranije iznesenih barijera s kojima se djeca u riziku od siromaštva i socijalne isključenosti nose (vidi poglavlje 6). Međutim, moguće je uočiti procese kojima se nadležnost EU-a za područje zdravstva s vremenom povećava. Naime, posljednjih se godina dešavaju bitne promjene, a što je naglašeno člankom 152 Ugovora EU-a posvećenog javnom zdravlju, koji govori o tome da visok stupanj zaštite ljudskog zdravlja mora biti zastupljen u politikama i aktivnostima EU-a (Zrinščak, 2019.). U novije vrijeme EU pomaže u poboljšanju javnog zdravlja i financijskim sredstvima i zakonodavstvom o suzbijanju prekograničnih prijetnji zdravlju, lijekovima, pravima pacijenata u prekograničnoj zdravstvenoj skrbi, prevenciji bolesti i promicanju dobrog zdravlja, a čemu je svakako doprinijela pandemija COVID-19 (European Commission, 2023.). Po prvi puta, kao što smo vidjeli, donosi se i zasebna inicijativa na području pristupa socijalnim uslugama djece – Europsko jamstvo za djecu, a koja pokriva i područje zdravstvene politike te zapravo naglašava potrebu integracije zdravstvene politike te politika suzbijanja siromaštva i socijalne isključenosti djece, a s ciljem promicanja prava djece.

Kako je Hrvatska članica EU-a, dužna je slijediti nove inicijative koje se donose na području zdravstva, a na raspolaganju su joj i sredstva iz EU fondova koja se preusmjeravaju u znatne investicije u primarnu zdravstvenu zaštitu i bolnice, a što je konstatirano i Nacionalnim planom razvoja zdravstva za razdoblje od 2021. do 2027. (Ministarstvo zdravstva, 2021.). To je nužno kako bi Hrvatska otklonila i specifične preporuke koje su joj usmjerene unutar modela otvorene koordinacije, odnosno, Europskog semestra na području zdravstva, a koje se odnose na unapređenje i pristup zdravstvenim uslugama. Naime, već sam Zajednički memorandum o socijalnom

uključivanju Republike Hrvatske (2007.) JIM, prvi dokument na području siromaštva i socijalne isključenosti izrađen tijekom pregovora s EU, upozorava na poteškoće pristupa zdravstvenim uslugama (Vlada RH, 2007.), a na što se dalje kontinuirano ukazuje i u preporukama u okviru Europskog semestra koje govore kako su zbog udaljenosti – nejednaka regionalna rasprostranjenost zdravstvenih usluga – nezadovoljene zdravstvene potrebe u Hrvatskoj među najvećima u EU (Dobrotić i sur., 2021.). Shodno ovim preporukama, Vlada RH je Nacionalnim planom razvoja zdravstva za razdoblje od 2021. do 2027. (Ministarstvo zdravstva, 2021.) predvidjela u srednjoročnoj viziji razvoja da će zdravstveni sustav do 2027. godine postati učinkovitiji, kvalitetniji i održiviji te će osigurati izvrsnu dostupnost skrbi svim stanovnicima bez obzira gdje žive. Također, u dokumentu se planira kontinuirano unapređenje kliničke pedijatrijske skrbi u Hrvatskoj te uspostava bolnice koja bi objedinila sadašnje kapacitete pojedinih bolnica i odjela/klinika pedijatrijskih kapaciteta u Zagrebu, kao i cjelokupne zdravstvene zaštite na području reproduktivnog zdravlja. Posebna pozornost trebala bi se posvetiti poboljšanju oralnog zdravlja i zdravstvenog ponašanja predškolske i školske djece s ciljem prevencije i ranog otkrivanja karijesa te prevencije prekomjerne tjelesne mase i debljine, u čemu bi posebnu ulogu trebala imati opća obiteljska medicina.

Doduše, ciljevi i vizija određeni Nacionalnim planom razvoja zdravstva za razdoblje 2021. do 2027., koji je komplementarno upotpunjen strateškim planovima Nacionalnog plana oporavka i otpornosti od 2021. do 2026. te nova zdravstvena reforma započeta u prošloj godini, trebali bi rezultirati određenim pomacima i poboljšanjima te otkloniti nedostatke i smanjiti dugove (Ministarstvo zdravstva, 2022.), no njihova implementacija tek predstoji. Kao neophodni korak tu se naglašava i potreba jačanja primarne zdravstvene zaštite i ljekarničke skrbi, a u cilju postizanja veće dostupnosti usluga na cijelom području Hrvatske, posebno u ruralnim i izoliranim mjestima. Traži se i jačanje kapaciteta timova u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, što se posebno ističe i u kontekstu zdravstvene zaštite djece (Ministarstvo rada, mirovinskoga sustava, obitelji i socijalne politike, 2023.). Osim toga, Hrvatska bi trebala posebno poraditi na u zaštiti i unaprjeđenju zdravlja, rasta i razvoja djece te prevencije bolesti.

Možemo vidjeti da se posredstvom procesa na europskoj razini planiraju određene promjene, no u analizi cjelokupnog područja zdravstva nailazimo zapravo

na sraz u mogućnostima i realnom stanju. Iako sustav počiva na obveznom zdravstvenom osiguranju (Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju, NN 80/13, 137/13, 98/19, 33/23) i predstavlja univerzalan sustav te skoro svi imaju pristup primarnoj zdravstvenoj zaštiti i sva su djeca obuhvaćena sustavom i imaju pristup besplatnim uslugama, vidjeli smo kako nailazimo na brojne prepreke samog pristupa uslugama i to upravo kod djece u riziku od siromaštva i socijalne isključenosti (poglavlje 5). Kao što smo imali prilike vidjeti za mnogu djecu ona nije jednako dostupna prije svega zbog teritorijalne nepokrivenosti te zbog nedostatka liječnika iz primarne zdravstvene zaštite i stručnjaka specijalista u zdravstvenoj zaštiti djece, ali i zbog brojnih skrivenih troškova sustava kao što je plaćanje pojedinih lijekova koje pedijatri/liječnici propisuju djeci, a ne izdaju se na recept ili pak samog troška dolaska u zdravstvenu ustanovu koji si obitelji u siromaštvu ne mogu prigušiti (UNICEF, 2022.).

Činjenica je da u Hrvatskoj općenito nije dovoljno integrirano pružanje usluga među sustavima zdravstva, obrazovanja i socijalne skrbi te postoji potreba njihovog povezivanja (Marković, N., 2021.) kako bi se ujednačilo ostvarivanje prava i mogućnosti svih korisnika i kako bi im se pružile potrebne visokokvalitetne integrirane usluge, naročito djeci u riziku od siromaštva i socijalne isključenosti. Na jednom mjestu trebale bi se integrirati sve nacionalne strategije i planovi različitih resora (zdravstva, socijalne skrbi, obrazovanja, pravosuđa) i osigurati resursi i sredstva za provedbu ključnih mjera i aktivnosti. Krajnji cilj trebao bi se ogledati u dostupnosti svih usluga: socijalnih, obrazovnih i zdravstvenih pogotovo u lokalnoj zajednici, s naglaskom na zajedničko međuresorno djelovanje, što je i predviđeno Nacionalnim akcijskim planom za provedbu preporuke Vijeća Europske unije o uspostavi Europskog jamstva za djecu. Tim više, jer suzbijanje siromaštva i socijalne isključenosti prelazi okvire jednog resora i podrazumijeva integrirani pristup i koordinaciju međuresornih tijela odgovornih za njihovu provedbu. Hrvatska bi trebala u skladu s preporukama EU stoga osigurati pristup ključnim uslugama u svim područjima, ulagati u infrastrukturu usluga i radnu snagu te poboljšati djelotvornost povezanih politika.

Unatoč svim opisanim teškoćama i izazovima, čini se ipak da je Hrvatska dobila dodatnu priliku kroz Europsko jamstvo za djecu te da ima mogućnost razviti integrirani skup mjera i politika usmjerenih djeci i ukloniti brojne izvore nejednakosti među njima. Posebice ima priliku povući sredstva EU-a te raditi na međuresornoj suradnji sa drugim sustavima, poput obrazovanja i sustava socijalne skrbi, kako zbog provođenja

prevencijskih aktivnosti, tako i zbog prevladavanja prepreka pristupa zdravstvenim uslugama za djecu koja odrastaju u siromaštvu. U tom je pogledu posebice bitno raditi i na integriranim uslugama (vidi Dobrotić i sur., 2021; UNICEF, 2022) koje bi trebale biti dostupne na razini lokalne zajednice, od onih univerzalnih i ponuđenih svakom djetetu, odnosno roditelju djeteta, zatim selektivnih, tj. ciljanih i namijenjenih djeci i roditeljima u specifičnim okolnostima, do indiciranih programa koji su namijenjeni djeci i roditeljima s izraženijim psihosocijalnim teškoćama. Tako bi primjerice, jačanje podrške logopeda unutar odgojno-obrazovnih sustava omogućilo djelotvornije pružanje podrške djeci s teškoćama u razvoju. U okviru socijalnog, zdravstvenog i obrazovnog sustava nužno je općenito unaprijediti sustav ranog otkrivanja najranjivije djece, a kako bi ih se kasnije moglo uputiti u primjerne oblike preventivnih univerzalnih programa (npr. prevencija maloljetničkih trudnoća) te povećati ponudu programa podrške u svrhu unaprjeđenja zdravstvenih ishoda i smanjenja nejednakosti (pogotovo za djecu romske nacionalnosti). Za roditelje u riziku od siromaštva i socijalne isključenosti i korisnike socijalne skrbi (djecu iz obitelji korisnika ZMN-a, djecu s problemima u ponašanju ili npr. djecu roditelja kojima su izrečene mjere obiteljsko-pravne zaštite) treba također povećati ponudu programa ciljane i indicirane podrške, uključujući pripadnike romske nacionalne manjine, djecu azilante i djecu u alternativnoj skrbi. Na području zaštite mentalnog zdravlja djece, pogotovo djece u riziku od siromaštva i socijalne isključenosti, potrebno je na ovom području osigurati im veću podršku, prije svega donošenjem Akcijskog plana za zaštitu mentalnog zdravlja djece i mladih te povećanjem kapaciteta (ambulantnog i stacionarnog liječenja) te osigurati dovoljan broj stručnjaka za njihovo liječenje.

Za sagledavanje cjelokupnog područja potreba, ali i manjkavosti, od velike je pomoći već i sama provedena dubinska analiza (Dobrotić i sur., 2021.; UNICEF, 2022.), koja je predstavljala podlogu za razvoj Nacionalnog akcijskog plana za provedbu preporuke Vijeća Europske unije o uspostavi europskog jamstva za djecu, ali i za područja drugih javnih politika važnih za dosezanje ciljeva Europskog jamstva za djecu usmjerenih prema djeci usmjerenih suzbijanju siromaštva i socijalne isključenosti djece u Hrvatskoj. Jedno od važnih područja zasigurno je područje zdravstva i zdravstvene skrbi u Hrvatskoj koje je ocijenjeno općenito dobrim (načelo univerzalnosti), a epidemija COVID-19 svakako je bila, kao uostalom i u drugim zemljama EU, test svojevrsne otpornosti zdravstvenog sustava. Detektirani izazovi

zdravstvenog sustava za djecu u riziku od siromaštva i socijalne isključenosti mogu se u konačnici sažeti na: potrebu jačanja primarne zdravstvene zaštite i ljekarničke skrbi, bolju dostupnost usluga na cijelom teritoriju RH, jačanje kapaciteta liječničkih timova, smanjenje lista čekanja za specijalističke preglede i tretmane, povećanje nedostatnih smještajnih kapaciteta u bolnicama za liječenje i medicinsku rehabilitaciju, potreba bolje razvijenosti usluga zaštite mentalnog zdravlja, bolje priuštivosti zdravstvenih usluga i lijekova zbog "skrivenih troškova" te potreba uspostave sustava rane detekcije razvojnih odstupanja kod djece rane dobi (probir) uz korištenje standardiziranih instrumenta. Svi nedostaci ugrađeni su u reforme obuhvaćene Nacionalnim planom razvoja zdravstva za razdoblje 2021. do 2027. i upotpunjeni strateškim planovima Nacionalnog plana oporavka i otpornosti od 2021. do 2026. (Vlada Republike Hrvatske, 2021.). Paralelno sa zakonodavnim aktivnostima, u Ministarstvu zdravstva i Ministarstvu rada, mirovinskoga sustava, obitelji i socijalne politike osnivaju se i rade radne skupine zadužene za rješavanje detektiranih problema na određenim područjima. Tako je, primjerice, pri Ministarstvu zdravstva osnivana i sastavljena Izvršna radna skupina za ranu intervenciju u djetinjstvu, koja radi na izradi stručne podloge Nacionalnog strateškog okvira i plana za ranu intervenciju u djetinjstvu.

Isto tako, nije zanemariva ni financijska pomoć iz EU fondova, osigurana za specijalističko usavršavanje u iznosu od oko 217 000 000,00 kuna (28 933 333,3 eura), kojom je obuhvaćena 51 zdravstvena ustanova na primarnoj razini zdravstvene zaštite. Planirano je financiranje 212 specijalizacija u 19 županija za pet deficitarnih specijalizacija iz obiteljske medicine, pedijatrije, ginekologije i opstetricije, kliničke radiologije i hitne medicine. Nacionalnim planom specijalističkog usavršavanja zdravstvenih radnika za petogodišnje razdoblje (2020. – 2024.), temeljenog na potrebi razvoja zdravstvene djelatnosti na svim razinama: primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj, kao i potrebi zdravstvenog sustava za odgovarajućim specijalnostima zdravstvenih radnika te broju, rasporedu i dobnoj strukturi, utvrđena je potreba za 244 specijalizacije iz pedijatrije, od čega za potrebe primarne zdravstvene zaštite 81 specijalizacija, a u postupku je donošenje dopuna plana s još 54 specijalizacije iz pedijatrije. Otvoren je Poziv za centralno financiranje specijalizacija u okviru NPOO-a, kroz koji se planira financirati 51 specijalizacija iz pedijatrije za primarnu zdravstvenu zaštitu, a planirani broj specijalizacija iz ESF+ u za financijsko razdoblje od 2021.-2027. je 45 specijalizacija iz pedijatrije za primarnu zdravstvenu zaštitu. Slijedom navedenog,

Ministarstvo zdravstva je predvidjelo i osiguralo financiranje za ukupno 131 specijalizaciju iz pedijatrije za primarnu zdravstvenu zaštitu do 2027. godine, čime bi trebala biti osigurana dostupnija zdravstvena zaštita i djeci u riziku od siromaštva i socijalne isključenosti (Ministarstvo zdravstva, 2020.).

U području mentalnog zdravlja djece i mladih, odnosno u djelatnosti dječje i adolescentne psihijatrije, kao jednom od najkritičnijeg detektiranog područja od strane stručnjaka ECG-a, u Hrvatskoj su uvedene promjene u Mreži javno zdravstvene službe koje bi također trebale pridonijeti boljom pokrivenošću i dostupnošću ove grane medicine. Tako je predviđeno jačanje mentalnog zdravlja na razini lokalne zajednice osnivanjem dispanzera za mentalno zdravlje pri domovima zdravlja s psihološkim savjetovalištem, kao i organiziranjem mobilnih timova za mentalno zdravlje u zajednici (Ministarstvo zdravstva, 2020.). Doduše, nova Mreža javno zdravstvene službe donesena je tek u travnju ove godine (2024.), tako da se još treba pričekati s vidljivošću rezultata. Istovremeno, još uvijek nije donesen dugo očekivan i najavljivan Akcijski plan iz područja dječje i adolescentne psihoterapije (u skladu s nacionalnim Strateškim okvirom za razvoj mentalnog zdravlja do 2030.), s jasno određenim rokovima provedbe.

Iako, vidljivo je, kako na razini EU, tako i u Hrvatskoj, da dolazi do određenih strateških pomaka u promišljanju na koji način unaprijediti pristup zdravstvenim uslugama djece u riziku, ali i u ulaganjima u tom smjeru, posebice posredstvom EU fondova. Prilika je, uz ranije spomenute fondove, svakako i Kohezijski fond, koji promiče rast i zapošljavanje u svim zemljama EU, pogotovo onima koje zaostaju u razvoju. Kao investicijska politika EU, prilika je također i za poboljšanje zdravstvene skrbi u svim zemljama članicama EU, jer osim što predstavlja dugoročno ulaganje u radnu snagu i infrastrukturu, pa tako i u zdravstveni kadar, predstavlja rješenje za povezivanje ruralnih područja, najudaljenijih regija i otoka kako stanovnici ne bi više nailazili na prepreke pri jednakom pristupu zdravstvenoj skrbi. U tu svrhu, za smanjivanje razlika među državama članicama namijenjeno je oko trećine proračuna EU, što je pojedinim zemljama članicama potrebnije nego ikada prije.

8. ZAKLJUČAK

Siromaštvo i politika prevladavanja siromaštva, pogotovo dječjeg siromaštva i socijalne isključenosti, u središtu su ciljeva socijalne politike EU-a i država članica. U zadnjih nekoliko godina EU nastoji podupiranjem država članica poboljšati uključivost i koheziju društva i svima omogućiti jednak pristup raspoloživim resursima i prilikama. Međutim, kao što ovaj rad pokazuje, premda se rizik siromaštva i socijalne isključenosti u Hrvatskoj u manjoj mjeri smanjio posljednjih godina, nejednakosti su i dalje ostale izražene. Dohodovne nejednakosti opstaju, a pandemija Covid-19 samo ih je produbila te ujedno i pokazala nedostatke u obuhvatu socijalne zaštite među državama članicama, posebice u obuhvatu zdravstvenom zaštitom, kao i razlike u obuhvatu zdravstvenom zaštitom djece, a pogotovo djece u riziku od siromaštva.

Kako bi se potakle jednake mogućnosti za svu djecu u EU i osigurao jednak pristup ključnim uslugama, gledao na javnopolitičkoj razini EU je svjesna da je potreban integrirani pristup ispunjavanju potreba u svim fazama života i uklanjanje temeljnih uzroka siromaštva i socijalne isključenosti s naglaskom na ulaganja u djecu. Prepoznavanje izazova s kojima se nose djeca te utvrđivanje razloga njihova nepovoljna položaja ključ su uspjeha u rješavanju tog pitanja, s obzirom na to da je, kao što smo vidjeli, gotovo svako četvrto dijete u EU i dalje izloženo riziku od siromaštva ili socijalne isključenosti. Isto tako, analiza je ukazala kako postoji veza između siromaštva i socijalne isključenosti djece i nemogućnosti pristupa ključnim zdravstvenim uslugama.

Provedena dubinska analiza (UNICEF, 2022.) i nacionalna istraživanja u zemljama članicama – pa tako i u Hrvatskoj, ukazala su na specifične i nezadovoljene potrebe djece u području zdravstva i otežan pristup zdravstvenim uslugama. Prije svega su ukazale na nepovoljan položaj djece u riziku od siromaštva te njihov nedovoljan pristup zdravstvenom sustavu, kao i programima za prevenciju bolesti i promicanju zdravlja (Baptista i sur., 2023.). U Hrvatskoj, unatoč univerzalnom zdravstvenom sustavu i u načelu besplatnoj zdravstvenoj zaštiti djece, poteškoće se prije svega ogledaju u geografski nejednako dostupnosti zdravstvene zaštite, s čime se, zbog teže dostupnosti ili izoliranosti, ali i zbog nedostatka stručnjaka (najčešće pedijatar), najčešće suočavaju djeca na otocima i slabije razvijenim područjima. Izostaje i sustavno praćenje podataka zdravstvene zaštite djece romske nacionalne

manjine, migranata i izbjeglica, a nedovoljna dostupnost primjerenih zdravstvenih usluga posebno pogađa djecu s teškoćama u razvoju ili djecu koja žive u lošijim imovinskim obiteljskim prilikama. Liste čekanja na dijagnostičke postupke i preglede i dalje su veliki problem, a problemi u zaštiti mentalnog zdravlja djece koji također postoje od ranije samo se pogoršavaju. U Hrvatskoj izostaju integrirane i sveobuhvatne politike usmjerene djeci, a posebice one koje bi u prvi plan stavile preventivan pristup siromaštvu, kao i jednakost u pristupu svim uslugama za djecu (usp. Ajduković i sur., 2017b; Stubbs i sur., 2017.; Dobrotić i sur., 2021.).

Usvojena preporuka o uspostavi Europskog jamstva za djecu (European Commission, 2021a) predstavlja nam stoga na ovom području dodatnu priliku, jer bi trebala potaknuti zemlje članice da poboljšaju nacionalne politike i programe i na području zdravstva, a kako bi se svoj djeci osigurao besplatan i djelotvoran pristup zdravstvenim uslugama. ECG traži od država članica, pa tako i od Hrvatske, da na području zdravstva spriječe svaku vrstu diskriminacije pri pristupanju besplatnoj i kvalitetnoj zdravstvenoj skrbi, u svrhu primjene mjerodavnog prava EU-a i nacionalnog zakonodavstva o suzbijanju diskriminacije. Od država članica traži da podupru razvoj i jačanje univerzalnih javnih usluga zdravstvene skrbi s visokim standardima kvalitete.

Zbog ovih zahtjeva, Hrvatska je svojim Nacionalnim akcijskim planom za provedbu preporuke Vijeća Europske unije o uspostavi Europskog jamstva za djecu predvidjela poboljšanja i otklanjanje nedostataka na svim područjima zdravstva, prije svega u pogledu poboljšanja djelotvornosti sustava i potrebe osiguranja bolje dostupnosti, pogotovo na području zaštite mentalnog zdravlja djece, gdje se predviđa cjelovito uređenje ovog područja. Mada, kao jednu od osnovnih zamjerki Akcijskom planu, mogli bismo istaknuti njegovu generaliziranost i nedostatak detaljnije razrađenih pojedinih problema i područja, s konkretnim rokovima i rješenjima. S tim u vezi, zdravstveni sustav trebao bi bolje prepoznati potrebe jedne od najranjivijih skupina pacijenata – djece, a posebice djece koja odrastaju u siromaštvu te bi trebao bolje urediti i riješiti neke specifične probleme kao, primjerice, učiniti dostupnijim usluge logopeda, okuliste, defektologa-rehabilitatora, fizijatara, psihijatara i drugih, omogućiti potrebu smještaja roditelja uz dijete na bolničkom liječenju te povećati odgovarajuće smještajne kapacitete pogotovo u specijalnim zdravstvenim ustanovama za medicinsku rehabilitaciju, pojednostaviti proceduru propisivanja i stavljanja na listu novijih, suvremenijih ortopedskih i drugih pomagala usklađenih s individualnim

potrebama koje prate ubrzan dječji rast i razvoj, bolje urediti pitanje novčanih naknada kao što su naknade plaće na ime privremene spriječenosti za rad zbog njege djeteta i za vrijeme dok je dijete u bolnici, odnosno poboljšati proceduru nabavke posebno skupih lijekova i omogućiti naknadu troškova za pojedine lijekove (npr. Lupocet za snižavanje povišene tjelesne temperature, koji si roditelji djece koja odrastaju u siromaštvu teško mogu priuštiti).

Nacionalnim planom razvoja zdravstva za razdoblje 2021. do 2027. i Nacionalnim planom oporavka i otpornosti 2021.-2026. implementiranim u reformske ciljeve i operativne planove zdravstvenog sustava, usmjeravaju se sve aktivnosti i resursi kako bi se otklonili detektirani problemi i sve snage usmjerile na rješavanje izazova: omogućiti svim građanima i svojoj djeci sve zdravstvene usluge na jednak način. Zdravstvena reforma koja je u tijeku, pokazat će nam u narednom periodu jesu li reformske mjere i zadani ciljevi spremni obuhvatiti sve detektirane izazove i probleme i usmjeriti sve aktivnosti, snage i resurse na njihovo otklanjanje ili pak se radi ponovno o jednoj od reformi u nizu koja nije implementirana usred nedostatka sredstava i ljudskih resursa (usp. Zrinščak, 2019.). Ujedno, trebat će pokazati svoju spremnost na potrebne promjene u zdravstvenom sustavu koje bi mogle biti pozitivne za sve, a pogotovo za djecu u riziku od siromaštva i socijalne isključenosti. S obzirom na izdašna sredstva EU fondova na raspolaganju, uključivši i ona u okviru Europskog jamstva za djecu, bila bi šteta da i ovaj strateški okvir postane tek jedna u nizu „vatrogasnih mjera“. Naime, nisu zanemarive financijske potpore koje EU daje državama članicama iz svojih Europskih strukturnih i investicijskih fondova (ESI fondova), gdje su tri fonda posebno važna za zdravlje; kao npr. Europski fond za regionalni razvoj (ERDF), Europski socijalni fond (ESF) i Kohezijski fond te Program „EU za zdravlje“ 2021.-2027., jer je EU također svjesna potrebe pružanja dodatne financijske pomoći pojedinim državama članicama, koje su im neophodne uz ciljne nacionalne mjere i ulaganja u iskorjenjivanje siromaštva i uklanjanje nejednakosti i socijalne isključenosti djece, pa tako i na području zdravstva.

POPIS SLIKA

Slika 3.1.: Stupanj općeg zdravlja djece (2021.).....	9
Slika 3.2.: Djeca s ograničenjima u aktivnostima zbog zdravstvenih problema	9
Slika 3.3.: Djeca s nezadovoljenim potrebama za medicinskom skrbi	11
Slika 3.4.: Djeca s nezadovoljenim potrebama za dentalnom skrbi	11

POPIS TABLICA

Tablica 3.1.: Rizik od siromaštva i socijalne isključenosti (AROE) opće populacije i djece u EU-27 (2020. – 2022.).....	7
Tablica 5.1.: Pristup zdravstvenim uslugama/proizvodima (liječnici opće prakse, medicinske sestre i cijepljenje) za djecu diljem EU-a	23
Tablica 5.2.: Pristup zdravstvenim uslugama/proizvodima (specijalističkoj skrbi, stomatološkoj skrbi i propisanim lijekovima) za djecu diljem EU-a	24
Tablica 5.3.: Nefinancijske prepreke pristupa zdravstvenim uslugama djece u riziku u zemljama članicama EU-a.....	26
Tablica 6.1.: Stanje mreže javne zdravstvene službe po županijama/Gradu Zagrebu na dan 28. veljače 2022.....	35
Tablica 6.2.: Broj specijalista i ostalih stručnjaka koji sudjeluju u liječenju i skrbi za djecu i adolescente s teškoćama u razvoju u dobnoj skupini 0-21 godina.....	39
Tablica 6.2.1.: Broj djece kod koje su zabilježene mentalne poteškoće i broj izdanih uputnica djeci za konzilijarne preglede (prve i kontrolne).....	42
Tablica 6.3.: Strateški ciljevi u području zdravstva	44

LITERATURA

1. Ajduković, M., Dobrotić, I. i Matančević, J. (2017). Mogućnosti unapređenja socijalne politike u smanjivanju siromaštva djece: perspektiva ključnih dionika. *Ljetopis socijalnog rada*, 24(2): 309-356.
2. Ajduković, M., Matančević, J. i Rimac, I. (2017). Siromaštvo djece iz perspektive stručnjaka: učinci i mogućnosti djelovanja. *Ljetopis socijalnog rada*, 24(2): 277-308.
3. Baptista, I., Guio, A.C., Marlier., E. i Perista, P. (2023). Access for children in need to the key services covered by the European child guarantee: An analysis of policies in the 27 EU Member States. Brussels: European Social Policy Analysis Network, European Commission.
4. Begovac, I. i suradnici (2021). *Dječja i adolescentna psihijatrija*. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu.
5. Bežovan, G., Puljiz, V., Šućur, Z., Babić, Z., Dobrotić, I., Matković, T. i Zrinščak, S. (2019). *Socijalna politika Hrvatske, drugo izdanje*. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu
6. Bežovan, G., Šućur, Z. i Babić, Z. (2023). Access for children in need to the key services covered by the European Child Guarantee – Croatia. Brussels: European Social Policy Analysis Network, European Commission.
7. Chevalier, T., Legros, M. i Martin, C. (2023). Access for children in need to the key services covered by the European Child Guarantee – France. Brussels: European Social Policy Analysis Network, European Commission.
8. Churchill, H., Sandbæk, M., Jackson, A., Jerinić, J., Arsić, J., Dobrotić, I., Rybinska, A., i Ruggiero, R. (2021). The conceptualisation and delivery of family support in Europe: A review of international and European policy frameworks and standards. EurofamNet.
9. Direktiva 2011/24/EU Europskog parlamenta i Vijeća od 9. ožujka 2011. o primjeni prava pacijenata u prekograničnoj zdravstvenoj skrbi. *Službeni list Europske unije*, SL L 88, 4.4.2011, p. 45-65.
10. Direktiva 96/71/EZ Europskog parlamenta i Vijeća od 16. prosinca 1996. o upućivanju radnika u okviru pružanja usluga. *Službeni list Europske unije*, SL L 18, 21.1.1997, p. 1–6.
11. Dobrotić, I. i Blum, S. (2020). Inclusiveness of Parental – Leave Benefits in Twenty-One European Countries: Measuring Social and Gender Inequalities in Leave

- Eligibility. *Social Politics: International Studies in Gender, State & Society*, 27(3): 588–614.
12. Dobrotić, I., Družić Ljubotina, O., Kletečki Radović, M. i Buković, N. (2021). Provedba dubinske analize politika, programa, usluga, izvora financiranja te mehanizama usmjerenih suzbijanju siromaštva i socijalne isključenosti djece u Hrvatskoj: Pregled literature. Zagreb: UNICEF.
 13. Drauškin, Ž., Stevanović, R., Fuštin, D., Cerovečki, I., Radman, A. i Ivanko, P. (2023). Korištenje zdravstvene zaštite u djelatnosti zdravstvene zaštite predškolske djece u Hrvatskoj u 2022. godini. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo.
 14. Eterović I. (1994). Posebnosti zdravstvene zaštite na otocima. *Društvena istraživanja Zagreb*, 4-5: 467-484.
 15. Europska komisija (2016). Nacrt Zajedničkog izvješća Komisije i Vijeća o zapošljavanju uz Komunikaciju Komisije o Godišnjem pregledu rasta za 2017. Brussels: Europska komisija.
 16. Europska komisija (2021). Akcijski plan za provedbu Europskog stupa socijalnih prava. Bruxelles: Europska komisija.
 17. Europska komisija (2021). The EU Strategy on the Rights of the Child. Luxemburg: European Union.
 18. Europska komisija (2021). European Child Guarantee, Brussels: European Commission.
 19. Europska komisija (2021). Study on the economic implementing framework of a possible EU Child Guarantee Scheme including its financial foundation: Final Report. Brussels: European Commission.
 20. Europska komisija (2023). Program „EU za zdravlje” 2021.–2027. – vizija za zdravlje Europsku uniju (2023) Posjećeno 01.05.2024. na mrežnoj stranici Europska komisija: https://health.ec.europa.eu/funding/eu4health-programme-2021-2027-vision-healthier-european-union_hr
 21. Europska komisija (2024). Strategija EU-a o pravima djeteta i europsko jamstvo za djecu. Posjećeno 19.05.2024. na mrežnoj stranici: https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/policies/justice-and-fundamental-rights/rights-child/eu-strategy-rights-child-and-european-child-guarantee_hr

22. Europski parlament (2024). Mjere EU-a za poboljšanje zdravstva. Brussels: Glavna uprava za komunikacije (COMM).
23. Fink, M., (2023.), Access for children in need to the key services covered by the European Child Guarantee - Austria. Brussels: European Social Policy Analysis Network, European Commission.
24. Kantaris, M., Andreou, S.N., Chrysostomou, S. i Lalioti, V., (2023.), Access for children in need to the key services covered by the European Child Guarantee – Cyprus. Brussels: European Social Policy Analysis Network, European Commission.
25. Kletečki Radović i sur., (2017). <https://hrcak.srce.hr/en/file/284373>
26. Kovač, N. (2013). Financiranje zdravstva – situacija u Hrvatskoj. *Ekonomski vjesnik*. God. XXVI, BR. 2/2013. str. 551-563.
27. Kunac, S., Klasnić, K., Lalić, S. (2018), Uključivanje Roma u hrvatsko društvo: istraživanje baznih podataka, https://library.foi.hr/pdf/web/viewere.php?fil=https://www.cms.hr/system/publication/pdf/108/Uklju_ivanje_Roma_u_hrvatsko_dru_tvo_istra_ivanje_baznih_podataka.pdf
28. Lebano, A., Hamed, S., Bradby, H. i sur. (2020) Migrants' and refugees' health status and healthcare in Europe: a scoping literature review. *BMC Public Health* 20, 1039 (2020).
29. Marković, N., (2021). <https://hrcak.srce.hr/file/378613>
30. Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske; Svjetska banka (2000). *Revija za socijalnu politiku* Vol. 7, br. 3.
31. Palm, V. (2017). Children's universal right to health care in the eu, Compliance with the UNCRC. *Eurohealth*, 23(4): 3-6.
32. Palm, W., Hernandez-Quevedo, C., Klasa, K. i van Ginneken, E. (2017.). Implementation of the right to health care under the UN Convention on the Rights of the Child: Status report for the European Union. Brussels: European Union.
33. Povelja Europske unije o temeljnim pravima, Službeni list EU C 202/389. Posjećeno 7.4.2024. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/HR/TXT/PDF/?uri=CELEX:12016P/TXT&from=RO>
34. Preporuka Vijeća (EU) 2021/1004 od 14. lipnja 2021. o uspostavi europskog jamstva za djecu. *Službeni list Europske unije*, SL L 223, 22.6.2021, p. 14–23.

35. Preporuka Vijeća o Nacionalnom programu reformi Hrvatske za 2020. i davanje mišljenja Vijeća o Programu konvergencije Hrvatske za 2020. *Službeni list Europske unije*, 2020/C 282/11.
36. Radaelli, C.M. (2008) Europeanization, Policy Learning, and New Modes of Governance. *Journal of Comparative Policy Analysis* (10) 3: 239-254.
37. Rechel, B., M Blackburn, C., J Spencer, N. Rechel, B. (2009). Access to health care for Roma children in Central and Eastern Europe: findings from a qualitative study in Bulgaria *International Journal for Equity in Health* 2009, 8 (24): 1-10; doi:10.1186/1475-9276-8-
38. Reilly, L., Pierce, M. i Norris, M. (2023.) Access for children in need to the key services covered by the European Child Guarantee – Ireland. Brussels: European Social Policy Analysis Network, European Commission.
39. Republika Hrvatska, Državni zavod za reviziju (2023). Izvješće o obavljenoj reviziji učinkovitosti Dostupnost obiteljske (opće) medicine, zaštite zdravlja žena i predškolske djece u javnom zdravstvu. Zagreb: Državni zavod za reviziju.
40. Republika Hrvatska, Ministarstvo rada, mirovinskoga sustava, obitelji i socijalne politike (2022). Nacionalni plan za prava djece u Republici Hrvatskoj za razdoblje od 2022.do 2026. godine. Zagreb: MROSP.
41. Republika Hrvatska, Ministarstvo rada, mirovinskoga sustava, obitelji i socijalne politike (2022). Akcijski plan za prava djece u Republici Hrvatskoj za razdoblje od 2022.do 2024. godine. Zagreb: MROSP.
42. Republika Hrvatska, Ministarstvo rada, mirovinskoga sustava, obitelji i socijalne politike (2021). Nacionalni plan borbe protiv siromaštva i socijalne isključenosti za razdoblje od 2021. do 2027. godine. Zagreb: MROSP.
43. Republika Hrvatska, Ministarstvo rada, mirovinskoga sustava, obitelji i socijalne politike (2023). Nacionalni akcijski plan za provedbu preporuke Vijeća Europske unije o uspostavi europskog jamstva za djecu. Zagreb: MROSP
44. Republika Hrvatska, Ministarstvo socijalne politike i mladih (2014). Nacionalna strategija za prava djece u Republici Hrvatskoj za razdoblje od 2014. do 2020. godine. Zagreb: MSPM.
45. Republika Hrvatska, Ministarstvo zdravlja (2013). Nacionalne smjernice za prehranu učenika u osnovnim školama. Zagreb: MZ.

46. Republika Hrvatska, Ministarstvo zdravstva (2020). Nacionalni plan oporavka i otpornosti 2021.-2026., Zagreb: MZ
47. Republika Hrvatska, Ministarstvo zdravstva (2020). Nacionalni plan specijalističkog usavršavanja zdravstvenih radnika za petogodišnje razdoblje (2020.-2024.), Zagreb: MZ
48. Republika Hrvatska, Ministarstvo zdravstva (2021). Nacionalni plan razvoja zdravstva za razdoblje od 2021. do 2027. godine. Zagreb: MZ
49. Republika Hrvatska, Ministarstvo zdravstva (2022). Strateški okvir razvoja mentalnog zdravlja do 2030. Zagreb: MZ.
50. Republika Hrvatska, Ministarstvo zdravstva (2023). Provedbeni program razvoja dječje i adolescentne psihijatrije u bolničkoj zdravstvenoj zaštiti u Republici Hrvatskoj za razdoblje 2023.-2024. Zagreb: MZ.
51. Republika Hrvatska, Pravobraniteljica za djecu (2020). *Preporuke Pravobraniteljice za djecu (2020)*. Zagreb: Pravobranitelj za djecu.
52. Republika Hrvatska, Pravobraniteljica za djecu (2021). *Izvešće o radu pravobraniteljice za djecu 2020*. Zagreb: Pravobranitelj za djecu.
53. Rigby, M.J. (2020). Potentially over 3 million children in EU Europe believed not to be receiving needed medical and dental treatment—and parents' reasons why. *Child: Care, Health and Development*,46(3): 390-396.
54. Stubbs, P., & Zrinščak, S. (2014). Ulaganje u djecu – kako nadvladati zamku deprivacije. Zagreb: Europska komisija.
55. Stubbs, P., & Zrinščak, S. (2015). ESPN – Flash report: Government's "Fresh Start" Agreement for Indebted Citizens. Bruxelles: European Commission.
56. Stubbs, P., & Zrinščak, S. (2018). ESPN – Thematic Report on Inequalities in access to healthcare. Bruxelles: European Commission- Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion
57. Stubbs, P.; Ledić, M., Rubil, I. i Zrinščak, S. (2017). Dječje siromaštvo i strategije nošenja sa siromaštvom kućanstava u Hrvatskoj: policy brief. Zagreb: Ekonomski institut, Zagreb
58. Stubbs, P., Zrinščak, S., (2012). Europeizacija i socijalna politika: između retorike i stvarnost // Hrvatska u EU: kako dalje / Puljiz, Valdo ; Ravlić, Slaven ; Visković, Velimir (ur.). Zagreb: Centar za demokraciju i pravo Miko Tripalo, str. 265-294

59. Studija hrvatskog liječništva 2022., Zagreb: Hrvatska liječnička komora. Posjećeno 19.05.2024. na mrežnoj stranici: <https://www.hlk.hr/hlk-predstavila-novi-projekt-studija-hrvatskog-lijecnistva-2022.aspx>
60. Šućur, Z. (2001). Siromaštvo: teorije, koncepti i pokazatelji. Zagreb: Pravni fakultet
61. Šućur, Z. (2006). Siromaštvo, višedimenzionalna deprivacija i socijalna isključenost u Hrvatskoj. Revija za sociologiju, Vol XXXVII. (2006), No 3–4: 131–147
62. UJEDINJENI NARODI (UN), Odbor za prava djeteta (2014). Zaključne primjedbe o kombiniranom trećem i četvrtom periodičnom izvješću Hrvatske. Posjećeno 2.5. 2024. na mrežnoj stranici: <https://dijete.hr/hr/izvjesca/odbor-za-prava-djeteta-un-a/>
63. UJEDINJENI NARODI (UN) (1989). *Convention on the Rights of the Child (n.d.)*. Posjećeno 01.05.2024. na mrežnoj stranici United Nations: <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-child>
64. UNICEF (2015). Siromaštvo i dobrobit djece predškolske dobi u Republici Hrvatskoj, Zagreb, UNICEF
65. UNICEF (2021). Provedba dubinske analize politika, programa, usluga, izvora financiranja te mehanizama usmjerenih suzbijanju siromaštva i socijalne isključenosti djece u Hrvatskoj: Pregled literature (produkt br. 2). Zagreb: UNICEF
66. UNICEF (2022). Dubinska analiza politika, programa, usluga, izvora financiranja te mehanizama usmjerenih suzbijanju siromaštva i socijalne isključenosti djece u Hrvatskoj, Podloga za razvoj Nacionalnog akcijskog plana za provedbu Europskog jamstva za djecu u Hrvatskoj: Pregled ključnih analiza i preporuka. Zagreb: UNICEF.
67. Van Lancker, A. (2023). Access for children in need to the key services covered by the European Child Guarantee – Belgium. Brussels: European Social Policy Analysis Network, European Commission.
68. Večernji list. (2023). Dramatično pogoršanje mentalnog zdravlja djece i mladih: 'Stigma i sram je imati psihičke poteškoće', 12.03.2023.: <https://www.vecernji.hr/vijesti/samo-30-djece-s-mentalnim-teskocama-dospije-strucnjacima-1663264>
69. Vlada Republike Hrvatske (2007). Zajednički memorandum o socijalnom uključivanju Republike Hrvatske: ključni izazovi, prijedlozi mjera i zaključci. Zagreb: Vlada Republike Hrvatske

70. Vlada Republike Hrvatske (2023). Nacionalni akcijski plan za provedbu preporuke Vijeća EU o uspostavi europskog jamstva za djecu. Zagreb: Vlada Republike Hrvatske
71. Woodward, A., Howard, N., Wolffers, I. (2014). Health and access to care for undocumented migrants living in the European Union: a scoping review. *Health Policy and Planning* 2014;29:818–830, doi:10.1093/heapol/czt061
72. World Health Organization (1948). Preamble to the constitution of the world health organization as adopted by the international health conference. New York: WHO.
73. Zakon o izmjenama Zakona o porezu na dodanu vrijednost. *Narodne novine*, br. 33/2023
74. Zakon o zdravstvenoj zaštiti. *Narodne novine*, br. 100/18, 125/19, 147/20, 119/22, 156/22, 33/23, 36/24
75. Zakon o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju. *Narodne novine*, br. 85/6, 150/08, 71/10, 53/20, 120/21, 23/23
76. Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju. *Narodne novine*, br. NN 80/13, 137/13, 98/19, 33/23
77. Zrinščak S. (2019). Zdravstvena politika, u Bežovan, G., *Socijalna politika Hrvatske* 2. izdanje (159-194). Zagreb: Pravni fakultet
78. Zrinščak, S. (2014), *Zdravlje u Romska svakodnevnica u Hrvatskoj: prepreke i mogućnosti za promjenu*: Zagreb: UNDP, UNICEF, UNHCR.
79. Zrinščak, S. (2019). *Feasibility Study for a Child Guarantee- Country report Croatia*, 2019.

Mrežni izvori

80. Eurostat (2024). Posjećeno 10.04.2024. na mrežnoj stranici: <https://ec.europa.eu/eurostat/en/web/main/data/database>
81. Eurostat (2024a). Children by level of general health, household composition, quantile and age (2023). Posjećeno 12.06.2024. na mrežnoj stranici Eurostata: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/ilc_hch12_custom_11838663/default/table?lang=en
82. Eurostat (2024b). Children with limitation in activities due to health problems, by income group, household composition and age (2023). Posjećeno 02.06.2024. na mrežnoj stranici Eurostata:

https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/ilc_hch13_custom_11838759/default/table?lang=en&page=time:2021

83. Eurostat (2024c). Children with unmet needs for medical examination or treatment by specific reason (2023). Posjećeno 23.05.2024. na mrežnoj stranici Eurostata: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/ilc_hch15/default/table?lang=en
84. EUR-Lex (2024). Načelo supsidijarnosti. Posjećeno 02.06.2024. na mrežnoj stranici EUR-Lex: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/HR/TXT/?uri=LEGISSUM:subsidiarity>
85. European Commission (2017). Employment, Social Affairs & Inclusion: The European Pillar of Social Rights in 20 principles. Posjećeno 15.05.2024. na mrežnoj stranici European Commission: <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1606&langId=en>
86. Institucije EU (n.d.). Posjećeno 05.06.2024. na mrežnoj stranici Health Inequalities portal: <https://health-inequalities.eu/hr/eu-beyond/european-union-institutions/>
87. Digitalni atlas hrvatskog liječništva, (2020). Posjećeno 22.3.2024. na mrežnoj stranici: <https://atlas.hlk.hr/atlas/>
88. DZS - Državni zavod za statistiku (2023). Pokazatelji siromaštva i socijalne isključenosti u 2022. Posjećeno 23.5.2024. na mrežnoj stranici: <https://podaci.dzs.hr/2023/hr/58287>
89. Convention on the Rights of the Child (n.d.). Posjećeno 01.05.2024. na mrežnoj stranici United Nations: <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-child>
90. Children by level of general health, household composition, quantile and age (2023). Posjećeno 12.06.2024. na mrežnoj stranici eurostat: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/ilc_hch12_custom_11838663/default/table?lang=en
91. Children with limitation in activities due to health problems, by income group, household composition and age (2023). Posjećeno 02.06.2024. na mrežnoj stranici eurostat: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/ilc_hch13_custom_11838759/default/table?lang=en&page=time:2021

92. Children with unmet needs for medical examination or treatment by specific reason (2023). Posjećeno 23.05.2024. na mrežnoj stranici eurostat:
https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/ilc_hch15/default/table?lang=en
93. European Commission (2020). ESF+ i partnerstvo. Posjećeno 14.04.2024. na mrežnoj stranici <https://european-social-fund-plus.ec.europa.eu/hr/esf-i-partnerstvo>
94. European Commission (2023). Program „EU za zdravlje” 2021.–2027. – vizija za zdraviju Europsku uniju (2023) Posjećeno 01.05.2024. na mrežnoj stranici Europska komisija: https://health.ec.europa.eu/funding/eu4health-programme-2021-2027-vision-healthier-european-union_hr
95. Europski stup socijalnih prava (2017). Posjećeno 23.01.2024. na mrežnoj stranici:
<https://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-13129-2017-INIT/hr/pdf>
<https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1226&langId=en>
96. Europska zdravstvena anketa u Hrvatskoj 2019., European Health Interview Survey (EHIS), Osnovni pokazatelji (2019). Posjećeno 13.3.2024. na mrežnoj stranici: <https://www.hzjz.hr/medunarodna-istrazivanja/europska-zdravstvena-anketa-ehis-u-hrvatskoj-2019-osnovni-pokazatelji/>
97. Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2022. godinu (2023). Posjećeno 11.4.2024. na mrežnoj stranici HZJZ-a:
https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2024/05/HZSLj_2022_12-2023.pdf
98. Korištenje zdravstvene zaštite u djelatnosti zdravstvene zaštite predškolske djece u Hrvatskoj u 2022. godini (2023). Posjećeno 11.4.2024. na mrežnoj stranici HZJZ-a:
<https://www.hzjz.hr/periodicne-publikacije/izvjesce-koristenje-zdravstvene-zastite-u-djelatnosti-zdravstvene-zastite-predskolske-djece-u-hrvatskoj-u-2022-godini/>
99. Načelo supsidijarnosti (n.d.). Posjećeno 02.06.2024. na mrežnoj stranici EUR-Lex:
<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/HR/TXT/?uri=LEGISSUM:subsidiarity>
100. Employment, Social Affairs & Inclusion: The European Pillar of Social Rights in 20 principles (n.d.). Posjećeno 15.05.2024. na mrežnoj stranici European Commission: <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1606&langId=en>
101. Program „EU za zdravlje” 2021.–2027. – vizija za zdraviju Europsku uniju (2023) Posjećeno 01.05.2024. na mrežnoj stranici Europska komisija:

https://health.ec.europa.eu/funding/eu4health-programme-2021-2027-vision-healthier-european-union_hr

102. Nacionalni registar pružatelja zdravstvene zaštite (2024). Posjećeno 13.4.2024. na mrežnim stranicama HZJZ-a:

<https://www.hzjz.hr/sluzba-javno-zdravstvo/odjel-za-ljudske-i-materijalne-resurse-u-zdravstvu/nacionalni-registar-pruzatelja-zdravstvene-zastite/>

103. Operativni program Učinkoviti ljudski potencijali 2014. - 2020. (2020). Posjećeno 20.3.2024. na mrežnoj stranici Ministarstva zdravstva:

<https://mzom.gov.hr/istaknute-teme/eu-fondovi/operativni-program-ucinkoviti-ljudski-potencijali-2014-2020/224>

104. Povelja Europske unije o temeljnim pravima, Službeni list EU C 202/389. Posjećeno 17.6.2024.

<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/HR/TXT/PDF/?uri=CELEX:12016P/TXT&from=RO>

105. Statistički pregled temeljnih sigurnosnih pokazatelja i rezultata rada u 2022. godini (2022). Posjećeno 17.3.2024. na mrežnoj stranici Ministarstva unutarnjih poslova:

<https://mup.gov.hr/pristup-informacijama-16/statistika-228/statistika-mup-a-i-bilteni-o-sigurnosti-cestovnog-prometa/283233>