

KAKO PLANIRATI SVEOBUHVAATNE INTERVENCIJE U REPUBLICI HRVATSKOJ? - PRIKAZ MODELA RAZVOJA JAVNE POLITIKE ULAGANJA U RANI RAZVOJ DJECE

DORJA VOČANEC, SELMA ŠOGORIĆ i MAJA VAJAGIĆ¹

Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet, Škola narodnog zdravlja „Andrija Štampar“ i

¹Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, Zagreb, Hrvatska

Nejednakosti u zdravlju posljedica su nejednakih životnih mogućnosti. Dosadašnja istraživanja pokazuju kako je smanjenje društvenih nejednakosti najuspješniji i najisplativiji put posrednog poboljšanja zdravlja populacije, a najveće mogućnosti otvara upravo ulaganje u rani razvoj djece. Postojeći pokazatelji upućuju na to da su i u Republici Hrvatskoj prisutni čimbenici koji uzrokuju nejednakosti u zdravlju od najranije dobi i posljedično tome lošije zdravstvene ishode. Cilj ovog rada je prikazati metodologiju razvoja javne politike ulaganja u rani razvoj djece u Republici Hrvatskoj. Javna politika čini temelj za daljnje oblikovanje i implementaciju nacionalne strategije u rani razvoj djece. U oblikovanju javne politike korišten je pristup odozdo prema gore. Na taj su način svi zainteresirani dionici dobili priliku iznijeti svoje viđenje problema i predložiti opcije za njegovi rješavanje. U okviru 21. sajma zdravlja u Vinkovcima u travnju 2017. glavna je tema bila „Ulaganje u rani razvoj djece kroz intersektorsku suradnju“. Analizom teksta izlaganja i rasprava prikupljene su informacije za opis postojećeg stanja koje je nadopunjavano u još dva kruga konzultacija sa zainteresiranim dionicima. Dobiveni prikaz sadašnjeg stanja predstavljen je u okviru partnerske konferencije „Ulaganje u rani razvoj djece kroz intersektorsku suradnju“. Tamo su konsenzusom doneseni zaključci prema kojima je kreiran završni dokument – platforma za izradu i implementaciju nacionalne strategije ulaganja u rani razvoj djece. Izazovi koji su prepoznati u pružanju skrbi i usluga ranog razvoja djece vezani su uz manjak vertikalne i horizontalne suradnje nositelja skrbi i usluga. Osim toga, uočene su razlike u dostupnosti, priuštivosti, kvaliteti te pravičnosti raspodjele skrbi i usluga. No, prepoznate su i neke snage, ponajprije u obliku organizacijskih resursa sa zagovaračkom moći, dobrih praksi koje se provode u svim sektorima na lokalnoj razini i postojeće tehnologije usmjerene prevenciji, ranom otkrivanju i liječenju razvojnih odstupanja. Dobiveni rezultati omogućili su definiranje ciljeva i ocrnali jasne pravce djelovanja. Naredni koraci su oblikovanje krovnog i operativnih dokumenata za uvođenje ove javne politike u praksu.

Ključne riječi: rani razvoj djece, rana intervencija, javna politika

Adresa za dopisivanje: Dorja Vočanec, dr. med.
Škola narodnog zdravlja „Andrija Štampar“
Rockefellerova 4
10 000 Zagreb, Hrvatska
E-pošta: dvocanec@snz.hr

UVOD

Već dva desetljeća akademska zajednica podastire dokaze koji ukazuju u prilog tome da su nejednakosti u zdravlju posljedica nejednakih životnih mogućnosti. Društvene odrednice zdravlja ključno su mjesto intervencije kako bi se te nejednakosti smanjile (1). Najveće mogućnosti otvara upravo ulaganje u rani razvoj djece (2). Bez obzira na poneku razliku u terminologiji, nedvojbeno je da je razdoblje života od začeca do školske dobi temelj za uspjeh u odrasloj dobi. To je razdoblje

obilježeno najintenzivnijim tjelesnim, kognitivnim, emocionalnim i društvenim razvojem osobe. U njemu ulogu imaju i genetika i okolina koje zajedno uspostavljaju arhitekturu mozga (3). U užem smislu okolinom se smatraju roditelji te krug obitelji. U širem smislu okolinu čini lokalna, regionalna, državna zajednica sa svojim specifičnim socioekonomskim, geopolitičkim, vjerskim i kulturološkim obilježjima. Upravo ta obilježja, koja čine kontekst u kojem djeca odrastaju, imaju utjecaj na njihov kasniji život u odrasloj dobi. Dokazano je da djeca koja odrastaju u siromašnijem

okruženju imaju veću vjerojatnost da će i sami u odrasloj dobi biti dio siromašnije zajednice (4). Drugim riječima, lošiji uvjeti kojima su djeca izložena od najranije dobi generiraju loše ishode u svim aspektima života. Oni pak utječu na lošije zdravlje te kraće trajanje života. Iz takvog se „začaranog kruga siromaštva“ vrlo teško izvući te se on ponavlja generacijama (2-4).

Analizirajući širi kontekst okruženja u Republici Hrvatskoj je, prema podacima Državnog zavoda za statistiku, stopa rizika od siromaštva u 2016. godini iznosila je 19,5 %, 28,5 % osoba živi u riziku od siromaštva i socijalne isključenosti, a 12,9 % je u teškoj materijalnoj deprivaciji (5). Stopa nezaposlenosti osoba u dobi 15-64 godine od početka 2017. je u padu pa je u trećem tromjesečju iznosila 9,1 % (6). Hrvatska već godinama ima i negativan migracijski saldo (u 2016. godini -22 451). Gledajući unutarnje migracije stanovništvo ima tendenciju preseljenja u razvijene županije s većim gradskim središtima, poput Grada Zagreba, Primorsko-goranske ili Istarske županije (7). O promjenama u strukturi obitelji svjedoči trend smanjenja stopa sklopljenih brakova posljednjih pedesetak godina, povećanje stopa razvedenih brakova, kao i porast broja djece rođene izvan bračne zajednice (8). Bilježe se promjene u rangu rađanja u odnosu na dob roditelje. U 2016. godini porodi postaju najučestaliji u dobi 30-34 godina (88,9/1.000 žena te dobi, a u 2015. godini 86,3/1.000), a zabilježen je i blagi porast broja poroda u dobnim skupinama iznad 35 godina. Zbog nepovoljnih socioekonomskih prilika mladih, ponajviše vezanih uz mogućnost stanovanja i zapošljavanja, sve se manje žena odlučuje za rađanje u biološki optimalnoj dobi (9). Hrvatska već godinama bilježi negativno prirodno kretanje (u 2016. godini iznosi -3,3). Te je godine ukupno rođeno 37 706, od čega je 169 djece mrtvorodeno (10). Stopa umrle dojenčadi iznosila je 4,3, što je povećanje u odnosu na 2015. godinu kada je iznosila 4,1. Istovremeno, prosječna stopa dojenačke smrtnosti u Europskoj uniji iznosila je 3,6. Rana novorođenačka smrtnost u Hrvatskoj u 2016. godini iznosi 2,1/1.000 živorođenih što je nešto više od zadnjeg dostupnog prosjeka računatog za Europsku uniju (u 2014. godini iznosio je 1,9/1.000 živorođenih). Smrtnost u ranom novorođenačkom razdoblju najčešće je uzrokovana prijevremenim porodom iz trudnoća kraćih od 32 navršena tjedna gestacije, s posljedičnom vrlo niskom porodnom težinom i nezrelošću ploda.

Hrvatska ima lošije pokazatelje u odnosu na prosjek Europske unije što je u direktnoj vezi s učinkovitošću i mogućnostima zdravstvenog sustava, ali i socijalno gospodarskim prilikama države (8). Vidljivi su i nedostaci resursa za pružanje zadovoljavajuće zdravstvene zaštite djece. Primjerice, u mreži javne zdravstvene službe u 2016. godini nedostajalo je 48 timova u djelatnosti zdravstvene zaštite predškolske djece te 21

patronažna sestra čija je jedna od dužnosti, iz plana i programa mjera zdravstvene zaštite, zaštita trudnica te kasnije roditelja i djece (11,12). Slična je situacija i u području ranog odgoja i obrazovanja. Obuhvat djece sustavom predškolskog obrazovanja u Hrvatskoj (60 %) je nizak u usporedbi s drugim zemljama Europske unije, a upisna politika često „zatvara vrata“ najranjivijim obiteljima (jednoroditeljske obitelji s nezaposlenim majkama). Prema podacima Ministarstva znanosti i obrazovanja Republike Hrvatske značajno su veće potrebe smještaja djece predškolske dobi u vrtić (uglavnom u većim gradovima) pa svake godine na listama čekanja ostaje oko 5.000 djece predškolske dobi (13). Predškolsko obrazovanje uglavnom sufinanciraju roditelji (u iznosu 30-40 % ukupnog troška) što također može biti zapreka upisu djeteta u vrtić.

Poseban izazov unutar populacije djece predškolske dobi čine djeca s invaliditetom. Prema podacima Hrvatskog registra za osobe s invaliditetom, od ukupnog broja osoba s invaliditetom u 2016. godini, 6,2 % su činila djeca u dobi od 0 do 18 godina. Od 32 101 djeteta, oni u dobnim skupinama od 0 do 4 te od 5 do 9 godina čine 16,6 %. Prema vrsti oštećenja, najveći udio čine višestruka oštećenja (43,1 %), a zatim slijede poremećaji glasovno-govorne komunikacije (37,6 %), oštećenja središnjeg živčanog sustava (18,8 %) te intelektualne teškoće (16,3 %).

Pregledom navedenih pokazatelja može se uočiti da su i u hrvatskom društvu prisutni čimbenici koji generiraju nejednakosti u zdravlju i posljedično tome lošije zdravstvene ishode. No to mora biti prepoznato i važno i donositeljima odluka i kreatorima javnih politika (engl. *policy*) na svim razinama i u svim sektorima, a ne samo onima izravno uključenima u brigu o zdravlju. Štoviše, pokazano je da su zdravstveni ishodi bolji tamo gdje se više ulaže u socijalne usluge i javno zdravstvo nego u samu zdravstvenu zaštitu (14). Uz Svjetsku zdravstvenu organizaciju i UNICEF (kao referentne organizacije kada je u pitanju zdravlje i dobrobit djece) i brojne su države, potaknute dokazima koji upućuju na višestruku društvenu korist od ulaganja u rani razvoj djece (4), ovaj izazov prepoznale kao prioritet te razvile nacionalne politike i strategije ulaganja u rani razvoj djece. Kako Hrvatska nema razrađenu strategiju ulaganja u rani razvoj djece kao ni platformu za izradu politike za ranu intervenciju u djetinjstvu, cilj je ovog rada prikazati metodologiju kojom su prepoznati izazovi, snage i mogućnosti specifične za Republiku Hrvatsku temeljem kojih je, u skladu s prepoznatim prioritetnim područjima djelovanja, realno moguće oblikovati i implementirati nacionalnu strategiju ulaganja u rani razvoj djece.

METODE

U ovom su istraživanju korišteni instrumenti razvoja i oblikovanja javne politike (engl. *policy tools*) (15). Nositelji istraživanja bili su Hrvatska mreža zdravih gradova i Škola narodnog zdravlja „Andrija Štampar“ Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu. Prvi korak u razvoju javne politike ulaganja u rani razvoj djece bilo je mapiranje dionika te njihovo neposredno uključivanje u cjelokupni proces razvoja politike (namjerno korištenje pristupa odozdo prema gore). Tijekom provođenja procesa (budući) su implementatori svojim razumijevanjem sustava bili aktivni sudionici analize (implementacijskog deficita) i kreatori politike koja će smanjiti jaz između željenih rezultata i stvarnosti (15). Razvoj javne politike tekao je od ideje do implementacije u tri faze:

1. Prikupljanje informacija za opis postojećeg stanja

U okviru 21. sajma zdravlja, u Vinkovcima je u travnju 2017. godine, u devet okruglih stolova (panela) obrađivana tema „Ulaganje u rani razvoj djece kroz intersektorsku suradnju“. Cilj je bio da se u tematskim okruglim stolovima, definiranim prema područjima djelovanja, omogući povezivanje i razmjena iskustava između dionika uključenih u sustav podrške i skrbi o mladim obiteljima. Kako je stjecanje uvida u postojeće stanje (resurse i potrebe) prva stuba u razvoju strategije, na okrugle su stolove bili pozvani uvodničari (iz institucija formalnog sektora i nevladinog sektora) te predstavnici resornih ministarstva iz područja zdravstva, socijalne skrbi, obrazovanja, urbanog planiranja, rada i zapošljavanja, sporta i rekreacije te medija. Održano je četrdesetak izlaganja u kojima su istaknuti najvažniji zdravstveni i socijalni problemi te je pružen uvid u prioritete i moguća rješenja za unaprjeđenje zdravlja i kvalitete života u najranijoj dobi iz perspektive okupljenih eksperata. Analizom teksta prezentiranih izlaganja i rasprava prepoznata su postignuća i utvrđeni izazovi te jasno ocrtni obrisi prioriteta područja djelovanja. Zaključci svih okruglih stolova ujedinjeni su i dostavljeni zainteresiranim dionicima (onima koji su osobno sudjelovali na Sajmu zdravlja i onima koji su u tome bili spriječeni) na konzultacije i dopunu.

2. Konzultacije sa zainteresiranom javnošću

U procesu konzultacije sudjelovalo je četrdesetak dionika koji su postojeći tekst nadopunili svojim zapažanjima, spoznajama te osobnim i profesionalnim iskustvom vezanim uz temu. Osim dopune dostavljene nulte verzije teksta, dionici su poslali i opise vlastitih iskustava u obliku prikaza slučaja, modela dobre prakse ili osobnog osvrta na trenutni odnos državnog sustava (ili njegovih pojedinih segmenata) prema ranom

razvoju djece. Nadopunjena i proširena verzija teksta sadržavala je detaljan opis sadašnjeg stanja. Zatim je poslana zainteresiranim dionicima na drugi krug konzultacija. U drugom krugu konzultacija primljeno je još šest nadopuna i primjera dobre prakse. Time je dobiven iscrpan prikaz sadašnjeg stanja (engl. *state of art*) i mogućnosti djelovanja.

3. Partnerska konferencija

Dobiveni dokument predstavljen je u okviru Partnerske konferencije „Ulaganje u rani razvoj djece kroz intersektorsku suradnju“ održane u studenom 2017. u Zagrebu. Dokumentom prikupljene informacije služile su sudionicima Konferencije (osamdesetak sudionika iz različitih sektora i razina uprave) kao smjernice za odabir prioriteta područja javne politike i početak planiranja javnozdravstvene intervencije. Kako bismo izbjegli pristranost te osigurali da se tema raspravlja u okviru šire slike od pojedine struke, razine ili sektora, sudionike Konferencije raspodijelili smo u manje multidisciplinarnih skupine. Svaka je skupina konsenzusom donijela svoje zaključke koji su potom plenarno prikazani. Prema zaključcima napravljen je završni (*policy*) dokument - zajednička platforma za izradu i implementaciju nacionalne strategije ulaganja u rani razvoj djece.

REZULTATI

Četrdesetak izlaganja na Sajmu zdravlja u Vinkovcima održali su predstavnici iz područja primarne, sekundarne, tercijarne i kvartarne razine zdravstva, predškolskog obrazovanja, socijalne skrbi, zapošljavanja, urbanog planiranja, sporta i rekreacije za trudnice i majke s malom djecom, pružatelji usluga rane intervencije za djecu s razvojnim teškoćama te predstavnici medija. Time smo dobili uvide iz svih pozvanih državnih sektora čija organizacija i djelovanje utječu na rani razvoj djece. Uz njih svoj su doprinos u dijelu tema dali i predstavnici iz nevladinih udruga. Prikaz sadašnjeg stanja dobiven analizom teksta izlaganja i nadopunjen u dva kruga konzultacija uključuje sadašnja postignuća u obliku zakona, pravilnika i strategija posredno ili neposredno vezanih uz rani razvoj djece, organizacijska sredstva, tj. postojeću infrastrukturu, tehnologiju povezanu s praćenjem ranog razvoja djece i pravodobnim otkrivanjem poteškoća u razvoju te njezinu dostupnost, domaće i međunarodne modele dobre prakse te, temeljem svega navedenog, prepoznate izazove i prioriteta područja za strategiju ulaganja u rani razvoj djece. Završni (*policy*) dokument, napravljen prema zaključcima partnerske konferencije „Ulaganje u rani razvoj djece kroz intersektorsku suradnju“ sažima opis sadašnjeg stanja temeljem kojeg

je provedena analiza problema, oblikovani su ciljevi i označeni (mapirani) pravci djelovanja, implementacija (mjere i provoditelji) te evaluacija postignuća. Time su stvoreni preduvjeti za razvoj operativnih dokumenata po sektorima vezano uz provedbu intervencija na kojima će zasebno raditi tematske skupine.

Izazovi istaknuti kao vodeći u području ranog razvoja djece vezani su uz djelovanje šireg okruženja i prepoznate prepreke u sustavima. Šire socioekonomsko okruženje u kojem živimo donosi promjene u strukturi obitelji počevši od kasnijeg formiranja obitelji, manjeg broja djece u obitelji, većeg broja jednoroditeljskih obitelji, problema nezaposlenosti ili prezaposlenosti roditelja, preko ekonomske nestabilnosti do povećanja broja obitelji (a time i djece) koji žive u riziku od siromaštva. S druge strane izazovi proizlaze iz loše organizacije i reaktivnog upravljanja sredstvima – infrastrukturnim, ljudskim i financijskim – posljedica su manjka političkog angažmana, kako na nacionalnoj, tako i na lokalnoj razini. Lokalne zajednice očekuju rješenja u nacionalnim sustavima, dok država često prepušta probleme zajednici. Zbog nedostatne i neartikulirane suradnje s medijima važnost teme ranog razvoja djece nije osviještena ni u široj javnosti. Postojeća legislativa je mnogobrojna, ali nedorečena. Nejasno razgraničenje ovlasti posljedično izaziva manjak odgovornosti za rješavanje problema. Velik broj zakona, pravilnika i propisa u praksi rezultira njihovim nepoznavanjem te dovodi do konfuzije i loše informiranosti među roditeljima, ali i među stručnjacima. To dalje oslabljuje povjerenje roditelja u stručnjake te narušava prijeko potrebnu suradnju. Suradnja je narušena ili nije ni postojala unutar i između različitih sektora, institucija i civilnog društva uključenih u neki od segmenata ranog razvoja djece. Skrb i usluge iz područja zdravstva, socijalne skrbi i obrazovanja koje su potrebne svoj djeci, a dodatne naročito djeci u riziku ili s već naznačenim poteškoćama u razvoju (tzv. rana intervencija), nisu koordinirane. Neke od njih se preklapaju, čak i podvostručuju, dok dio potreba ostaje nepokriven. Prisutna je i raznolikost u vrsti, opsegu i kvaliteti skrbi i usluga zbog nepostojanja jasnih smjernica i kriterija pružanja skrbi i usluga. Postojeći tradicionalno sektorski organizirani kapaciteti nisu dostatni za odgovor na potrebe čime se smanjuje dostupnost usluga i pravovremenost intervencije. Svaka propuštena prilika, osim što krši temeljna ustavna načela, povratno je višestruko opterećenje za sustav. Razlika u dostupnosti posebno je dramatična u manjim ruralnim sredinama kao i među ugroženim skupinama poput siromašnih ili nacionalnih manjina. Osim neravnomjerne teritorijalne raspodjele postojećih resursa (i ogromne razlike urbano-ruralno), razlike u dostupnosti proizlaze i iz financijskih mogućnosti države, lokalne zajednice i pojedine obitelji. Trošak javnog sektora koji snosi država, nedostatan je za zadovoljenje potrebe sve djece (i njihovih obite-

lji), civilni sektor je ovisan o nesigurnom projektnom financiranju, a privatni sektor plaćaju isključivo roditelji. Nedovoljno je zastupljen transdisciplinski pristup djetetu. Uglavnom prevladava zdravstveni model skrbi umjesto socijalnog, tj. procjena zdravstvenog stanja umjesto procjene bio-psiho-socijalnih karakteristika, potreba i mogućnosti djeteta (tablica 1).

Tablica 1.
Prikaz prepoznatih izazova u pružanju skrbi i usluga ranog razvoja djece

Razina načela pri pružanju skrbi i usluga		
Manjak ljudskih, infrastrukturnih i financijskih kapaciteta	Dostupnost	Velike razlike urbano-ruralno zbog koncentriranja skrbi i usluga u većim urbanim centrima
	Pravičnost	Do skrbi i usluga lakše i prije dolaze oni boljeg socioekonomskog statusa
	Priuštvost	Nedostatna nacionalna i lokalna izdvajanja, nesigurno projektno financiranje programa nevladinih udruga, privatni sektor pokriva roditelji
	Kvaliteta	Neujednačena, nema postavljenih kriterija i praćenja
Razina suradnje pri pružanju skrbi i usluga		
Ovisna o angažmanu pojedinaca	Nacionalno i lokalno	Nejasno razgraničenje ovlasti, slab politički angažman
	Unutarsektorska	Nedostatak suradnje između primarne, sekundarne i tercijarne razine zdravstvenog sustava
	Međusektorska	Nedostatak suradnje između svih sektora dovodi do preklapanja i podvostručenja usluga
	S roditeljima	Nedostatak suradnje između stručnjaka i roditelja, nema partnerstva

Nasuprot izazovima ili slabostima proces razvoja javne politike ukazao je i na snage, odnosno mogućnosti na koje se može osloniti u odgovoru na izazove. To su postojeći organizacijski resursi u obliku pravobraniteljskih ureda, međunarodnih ureda u Hrvatskoj (UNICEF, SZO EU), Vladinih ministarstava, profesionalnih organizacija, udruga civilnog sektora i sl. koji mogu zagovarati ciljeve javne politike i pratiti izradu i provedbu strategije od kojih su mnogi već u ovoj fazi aktivno sudjelovali. Tijekom procesa izrade strategije prikupljeni su postojeći primjeri dobre prakse, organizirani pretežito na lokalnoj razini kao nadstandardi. Iako je potrebna evaluacija postojećih modela dobre prakse kao i procjena mogućnosti njihovog širenja (engl. *up-scaling*), postojeća iskustva daju solidan temelj za izgradnju sveobuhvatne intervencije. Identificirana je i tehnologija (engl. *know-how*) kojom raspolažemo od ranog otkrivanja razvojnih odstupanja (upitnici MFRD 1, GMCD) do odgovarajućeg liječenja (Hrvatski SCPE registar, HURID-ove tražilice „rani-KLIK“) (tablica 2).

Tablica 2.
Prepoznate snage i mogućnosti u pružanju skrbi i usluga
ranog razvoja djece

Snage	➔	Mogućnosti
Organizacijski resursi	Pravobraniteljskih uredi, međunarodni uredi u Hrvatskoj (UNICEF, SZO, EU), Vladina ministarstva, profesionalne organizacije, udruge civilnog sektora	Zagovaranje ciljeva javne politike
Dobre prakse	Uglavnom na lokalnoj razini, pokrivaju sektor zdravstva, socijalne skrbi i obrazovanja	Proširivanje
Tehnologija	Dostupna i usmjerena prevenciji, ranom otkrivanju i liječenju razvojnih odstupanja	Standardizacija dijagnostičkih i terapijskih postupaka

Prioritetna područja za nacionalnu strategiju kreirana su u skladu s prikupljenim spoznajama. Vežano uz opis postojećeg stanja nužno je provesti daljnja istraživanja kako bi se kvantificirale dimenzije potreba djece i sukladno tome mogla napraviti procjena potrebnih sredstava za njihovo zadovoljavanje. Uz jedinstvenu nacionalnu strategiju važno je razvijati i lokalne strategije, tj. ponuditi moguća alternativna rješenja na različitim razinama (od zakonskih, organizacijskih, stručnih, lokalnih...). Prijeko je potrebno razviti modele komunikacije i suradnje između različitih razina istog sektora te intersektorski u području zdravstva, socijalne skrbi i obrazovanja (transdisciplinski pristup) što će unaprijediti koordinaciju i time doprinijeti povećanju dostupnosti usluga. Prepoznata je i kontinuirana potreba za trajnim (interdisciplinskim) usavršavanjem stručnjaka različitih profila za rad s djecom i obitelji kako bi se unaprijedile njihove kompetencije i ujednačio rad. Uz razvoj mreže suradnika (nacionalno i međunarodno) ključno je stvaranje smislene i usklađene legislative, jasna i nepreklapajuća podjela nadležnosti i osiguranje financijskih sredstava koja bi jamčila održivost programa koji podržavaju rani razvoj djece u Republici Hrvatskoj.

RASPRAVA

Pristup odozdo prema gore, koji je korišten pri izradi ove javne politike, primjeren je upravo za ovakvu problematiku koja se proteže kroz više sektora. Budući da u ranom razvoju djece nema dominantnog sektora ili institucije koji bi uvodili promjene, pristupom odozdo strateški se povezuju različiti dionici koji sinergijski mogu implementirati odabranu strategiju (16). Danas je vidljiva tendencija uključivanja širokog kruga dionika, pa i javnosti u kreiranje javne politike. To povećava transparentnost procesa i jača osjećaj socijalne pravde. S druge strane, prikupljene informacije daju realnu sliku stanja koja se često ne može iščitati iz dostupnih kvantitativnih pokazatelja. Dodatno, jača se partnerstvo između zajednice, istraživača (kreatora javnih politika) i donositelja odluka (17,18).

Rezultati u obliku izazova, snaga i mogućnosti povezanih s ranim razvojem djece, dobiveni ovim istraživanjem, ukazuju na glavne smjerove djelovanja s ciljem unaprjeđenja ulaganja u rani razvoj djece. Iako je javna politika stvorena specifično za Republiku Hrvatsku, dobiveni rezultati usporedivi su s međunarodnim istraživanjima (3,4,19-24). Najbolji način za smanjenje društvenih nejednakosti je izjednačavanje mogućnosti sve djece. Da bi se to postiglo državna mora imati izvrsnu prenatalnu i postnatalnu zdravstvenu skrb i biti svjesna rizika koje nosi siromaštvo, loši radni uvjeti roditelja (posebno roditeljski dopusti) i slabo obrazovanje (19). Za provođenje takve politike potrebna je politička volja na nacionalnoj i lokalnoj razini. Budući da rezultati takvih ulaganja nisu vidljivi odmah već s određenim vremenskim odmakom, jasna je nepopularnost poduzimanja složenih mjera od političara. U mnogim zemljama se pojavljuje problem odvojenog djelovanja i nejasnog razgraničenja ovlasti između različitih ministarstava (zdravstva, socijalne skrbi i obrazovanja). Tek integracijom navedenih sustava povećava se obuhvat i depriviranih obitelji i djece, kojima je skrb najpotrebnija (4). Financijska sredstva ne mogu se alocirati između različitih ministarstava, iako su namijenjena za isto – dječju skrb (20). Za uspješnu provedbu javne politike potreban je jasan smjer djelovanja na nacionalnoj razini uz fleksibilnost prema lokalnim specifičnostima (4). Zabilježena je i važnost nevladinog sektora koji donosi inovativna rješenja. No, kao i u našem istraživanju, njegova aktivnost ne može zamijeniti državnu skrb zbog relativno malog obuhvata djece i nestandardizirane kvalitete usluga. Allen i Kelly navode da je upravo intersektorska suradnja ključan preduvjet za osiguravanje koordinirane i kontinuirane skrbi djece (3). Uz to navode kako je nužna i suradnja s roditeljima kako bi svi uključeni u djetetov razvoj imali ujednačene prakse. Uključivanje roditelja u rano obrazovanje djeteta ima povoljne učinke na djetetove ishode u učenju. Osim na dijete, roditeljski angažman je na korist i samim roditeljima, jer se na taj način razvijaju i unaprjeđuju njihove roditeljske vještine (3,4,21). Posebno je važno osigurati podršku roditeljima djece s razvojnim poremećajima. Njima je potrebna edukacija kako bi mogli pružiti što bolju skrb vlastitom djetetu, ali i emocionalna podrška za njih same (21). Dodatna svrha suradnje je razumijevanje djetetovog cjelovitog razvoja, šireg od segmenta pojedine struke. Da bi se to ostvarilo nužno je uskladiti i edukacijske programe i kompetencije stručnjaka koji su uključeni u rad s djecom i obiteljima (3). Istraživanje u Ujedinjenom Kraljevstvu je pokazalo da kvalifikacija osoblja ima direktni utjecaj na dječje ishode. Pronađene su i razlike u razini kvalitete skrbi i usluga ranog razvoja. U privatnom sektoru su informacije o kvaliteti često nedostupne, a u javnom sektoru su ispunjeni tek minimalni standardi zbog nedostatnog financiranja od države (4). U istraživanju provedenom u Njemačkoj

potvrđena je manja dostupnost skrbi i obrazovanja u razdoblju ranog razvoja djece nižeg socio-ekonomskog statusa. Osim toga, utvrđene su i regionalne razlike u kvaliteti skrbi i usluga. Pokazano je i da djeca nižeg socio-ekonomskog statusa kraće pohađaju vrtiće (22). Slični rezultati dobiveni su i u Australiji. Roditelji nižeg socio-ekonomskog statusa imaju ograničeni izbor usluga, jer ne mogu financirati troškove transporta djece na veće udaljenosti kako bi ostvarili pravo na adekvatnu uslugu (23). Takvi nalazi su u skladu s našima, jer upravo u ruralnim područjima u kojima je niža dostupnost skrbi i usluga žive obitelji nižeg socio-ekonomskog statusa. Naši i međunarodni rezultati upućuju na to da vrijednost intervencija koje će proizaći iz javne politike ulaganja u rani razvoj djece leži u njihovoj nespecifičnosti i sveobuhvatnosti. U skladu s paradigmom 21. stoljeća ova je politika preventivnog karaktera. Umjesto usko medicinskog pristupa pojedincu (nakon što se poremećaj već razvije) ova politika u fokus stavlja zajednicu i šire okruženje te dovodi do izjednačavanja životnih mogućnosti sve djece od samog početka života te time, posredno, dovodi i do boljeg zdravlja. Dugoročno gledano, ulaganje u rani razvoj i ekonomski je najisplativije za društvo koje na jedan uloženi US \$ dobiva povrat od 12 US \$ (24).

ZAKLJUČAK I DALJNI KORACI

Korištenje pristupa odozdo prema gore u oblikovanju javne politike omogućilo je široko uključivanje budućih implementatora. Svojim razumijevanjem i problema i sustava sudionici su u analizi problema bili sposobni otkriti tzv. implementacijski deficit (15). U opisu postojećeg stanja izneseni su izazovi i prikazane mogućnosti. Rad na oblikovanju zajedničke platforme omogućio je definiranje ciljeva (detekciju jaza između željenih rezultata i stvarnosti) i pravca djelovanja (15). Kako bi ova javna politika bila pretočena u praksu (engl. *policy implementation*) potrebno je razviti krovni dokument i operativne dokumente. Krovni bi dokument: a) izložio načine kojima se može doći do usklađivanja djelovanja svih relevantnih sudionika (izvršitelja) s lokalnim i nacionalnim razinama (protokoli o međuresornoj suradnji i iniciranje promjena u zakonodavstvu), b) definirao infrastrukturu potrebnu za provođenje strategije (prepoznavanje potreba djece i obitelji, načina obuhvaćanja i uključivanja u programe, utvrđivanje postojećih usluga i stručnjaka, itd.), c) definirao mrežu pružatelja usluga (aktivnosti i standarde, uključivo i u doedukaciji stručnjaka), d) definirao medijsku strategiju te e) osiguravao izvor financijskih sredstava i f) osiguravao način evaluacije. Operativni će dokumenti biti vezani uz provedbu intervencija pa stoga i razvijani u sektorskim skupinama. Njihovim udruživanjem dobiva se širok, jasan

i fleksibilan okvir za provedbu sveobuhvatne intervencije koja će, profesionalno implementirana, ostvariti pozitivan učinak za zdravstvene ishode budućih generacija.

L I T E R A T U R A

1. Marmot M. Improving the social environment to improve health. *Lancet* 1998; 351(1): 57-60.
2. Health inequalities in the EU — Final report of a consortium. Consortium lead: Sir Michael Marmot. European Commission Directorate-General for Health and Consumers. 2013.
3. Institute of Medicine and National Research Council. Transforming the workforce for children birth through age 8: A unifying foundation. Washington, DC: The National Academies Press [Internet]. 2015. [cited 2018 Feb 12] Available from: https://www.nap.edu/resource/19401/BirthtoEight_brief.pdf
4. Jensen BB, Currie C, Dyson A, Eisenstadt N, Melhuish E. European review of social determinants of health and the health divide in the WHO European Region: Early years, family and education task group report. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe [Internet] 2013. [cited 2018 Feb 12] Available from: <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/early-years,-family-and-education-task-group-report>
5. Državni zavod za statistiku Republike Hrvatske [Internet]. Prvi rezultati: Pokazatelji siromaštva i socijalne isključenosti u 2016. c2006-2015 Republika Hrvatska - Državni zavod za statistiku. [cited 2018 Feb 13]. Available from: <https://www.dzs.hr/>
6. Državni zavod za statistiku Republike Hrvatske [Internet]. Prvi rezultati: Radno sposobno stanovništvo prema aktivnosti i spolu. c2006-2015 Republika Hrvatska - Državni zavod za statistiku. [cited 2018 Feb 13]. Available from: <https://www.dzs.hr/>
7. Državni zavod za statistiku Republike Hrvatske. Migracija stanovništva Republike Hrvatske u 2016. Zagreb: Državni zavod za statistiku Republike Hrvatske, 2017.
8. European Commission. Employment, Social Affairs & Inclusion Eurostat Demography report. Luxembourg: Publications Office of the European Union. 2015.
9. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Izvješće za 2016. godinu Dojenačke smrti u Hrvatskoj. Hrvatski zavod za javno zdravstvo, 2017.
10. Državni zavod za statistiku Republike Hrvatske. Prirodno kretanje stanovništva Republike Hrvatske u 2016. Zagreb: Državni zavod za statistiku Republike Hrvatske, 2017.
11. Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje [Internet]. Mreža javne zdravstvene službe u djelatnosti zdravstvene zaštite predškolske djece. [cited 2018 Feb 12]. Available from: <http://www.hzzo.hr/zdravstveni-sustav-rh/zdravstvena-zastita-pokrivena-obveznim-zdravstvenim-osiguranjem/ugovoreni-sadrzaji-zdravstvene-zastite-u-rh/>

12. Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje [Internet].. Mreža javne zdravstvene službe u djelatnosti patronažne zdravstvene zaštite. [cited 2018 Feb 12] Available from: <http://www.hzzo.hr/zdravstveni-sustav-rh/zdravstvena-zastita-pokrivena-obveznim-zdravstvenim-osiguranjem/ugovoreni-sadrzaji-zdravstvene-zastite-u-rh/>
13. Ministarstvo znanosti i obrazovanja Republike Hrvatske [Internet]. Provedba Državnog pedagoškog standarda predškolskog odgoja i naobrazbe. [cited 2018 Feb 12] Available from: <https://mzo.hr/hr/provedba-drzavnog-pedagogskog-standarda-predskolskog-odgoja-naobrazbe?cat=245>
14. Bradley E, Canavan M, Rogan E i sur. Variation In Health Outcomes: The Role Of Spending On Social services, Public Health And Health Care, 2000–09. *Health Affairs* 2016; 35(5): 760-8.
15. Buse K, Mays N, Walt G. Making Health Policy. London: Open University Press, 2005.
16. Sabatier PA. TopDown and BottomUp Approaches to Implementation Research: a Critical Analysis and Suggested Synthesis. *J Public Pol* 1986; 6(1): 21-48.
17. Loewenskon R, Laurell AC, Hogstedt C, D'Amburoso L, Shroff Z. Participatory action research in health systems: a methods reader. TARSC, AHPSP, WHO, IDRC Canada, EQUINET, Harare. [Internet] 2014. [cited Mar 1 2018] Available from: <http://www.equinetafrica.org/sites/default/files/uploads/documents/PAR%20Methods%20Reader2014%20for%20web.pdf>
18. The SURE Collaboration. SURE Guides for Preparing and Using Evidence-Based Policy Briefs: Informing and engaging stakeholders. Version 2.1 [updated November 2011]. The SURE Collaboration [Internet] 2011. [cited Mar 2 2018] Available from www.evipnet.org/sure
19. Marmot M. Fair society, healthy lives: the Marmot Review: strategic review of health inequalities in England post-2010 [Internet]. 2010. [cited 2018 Feb 23] Available from: <http://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review/fair-society-healthy-lives-full-report-pdf.pdf>
20. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. Reaching and investing in children at the margins: Summary of a joint workshop. Washington, DC: The National Academies Press. [Internet] 2016. [cited 2018 Feb 23] Available from:
21. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. Parenting Matters: Supporting Parents of Children Ages 0-8. Washington, DC: The National Academies Press [Internet] 2016. [cited 2018 Feb 22] Available from: <https://www.nap.edu/catalog/21868/parenting-matters-supporting-parents-of-children-ages-0-8>.
22. Spieß, CK, Berger EM, Groh-Samberg O. Overcoming Disparities and Expanding Access to Early Childhood Services in Germany: Policy Considerations and Funding Options, Innocenti Working Paper 2008-03. Florence. UNICEF Innocenti Research Centre [Internet] 2008. [cited 2018 Feb 23] Available from: https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/iwp_2008_03_eng.pdf.
23. Cloney D, Cleveland G, Hattie J, Tayler C. Variations in the Availability and Quality of Early Childhood Education and Care by Socioeconomic Status of Neighborhoods. *Early Education and Development* 2016; 27(3): 384-401.
24. Cohen L, Chehimi S. Beyond brochures The Imperative for Primary Prevention U: Cohen L, Chavez V, Chehimi S. Prevention is Primary Strategies for Community Well-being. United States: Jossey-Bass, 2007, 3-24.

SUMMARY

HOW TO PLAN COMPREHENSIVE INTERVENTIONS IN THE REPUBLIC OF CROATIA – REVIEW OF THE MODEL OF DEVELOPING PUBLIC POLICY INVESTMENT IN THE EARLY CHILDHOOD DEVELOPMENT

D. VOČANEC, S. ŠOGORIĆ and M. VAJAGIĆ¹

University of Zagreb, School of Medicine, Andrija Štampar School of Public Health and ¹Croatian Institute of Health Insurance, Zagreb, Croatia

Inequity in health is a consequence of unequal life opportunities. Previous researches had shown that reduction of social inequalities is the most successful and cost-effective way in improving the population health, especially through investment in early years. The existing indicators suggest that there are factors in the Republic of Croatia that generate health inequalities from the earliest age and consequently lead to poor health outcomes. The aim of this paper is to present the methodology used in developing a policy for investment in early childhood development in the Republic of Croatia. The policy is the basis for further design and implementation of the national investment strategy for early childhood development. In the formulation of the policy, the bottom-up approach was used. Therefore, all stakeholders were given an opportunity to present their view of the problem and propose options for solving it. Within the 21st Health Fair in Vinkovci in April 2017, the topic Investing in Early Childhood Development through Intersectoral Cooperation was addressed. By analyzing the text of the presentations and discussion, information was collected for description of the current state. The text was supplemented through additional two rounds of consultations with interested stakeholders. The state-of-the-art document was presented and discussed at the partnership conference entitled Investing in Early Childhood Development through Intersectoral Cooperation. The conclusions led to creation of the final document, a platform for development and implementation of the national investment strategy for early childhood development. Challenges were recognized in care provision and development of early childhood services. The lack of vertical and horizontal co-operation between services and care providers was identified as the main problem. In addition, there are differences in the availability, affordability, quality and fairness of the distribution of care and services. However, some strengths were recognized, primarily in the form of organizational resources with advocacy power, good practices implemented in all sectors at the local level, existing technologies directed at prevention, and early detection and treatment of developmental disparities. The results obtained enabled definition of goals and outlined clear directions for action. The next step is designing an umbrella document and operational documents for implementing this policy in practice.

Key words: early childhood development, early intervention, public policy