

ZDRAVSTVENE RAZLIKE U REPUBLICI HRVATSKOJ^{2,3} – PRIKAZ ODABRANIH RANJIVIH SKUPINA

SAŽETAK

Zdravlje se smatra jednim od temeljnih ljudskih prava. Zdravstvena pravednost znači da bi svaka osoba trebala moći postići svoj zdravstveni potencijal u potpunosti i da pripadnici niti jedne skupine ne bi trebao biti u nepovoljnom položaju prilikom postizanja tog potencijala. Nažalost, zdravstvene razlike među različitim društvenim skupinama prisutne su u svim europskim zemljama, uključujući i Republiku Hrvatsku. Zdravstveno ranjivom skupinom smatra se ona koja je zdravstvenim razlikama izložena zbog izostanka resursa i/ili povećane izloženosti socijalnom riziku. U ovom radu izdvojene su neke od zdravstveno ranjivih skupina u Republici Hrvatskoj – osobe slabijeg socioekonomskog statusa, starije osobe, pripadnici etničkih manjina te pripadnici rodnih i seksualnih manjina. Napravljen je pregled dosadašnjih spoznaja (dobi-venih empirijskim istraživanjima) i dostupnih zdravstvenih pokazatelja odabranih skupina. U završnom dijelu iznesene su preporuke za unapređenje prakse i prijedlozi za buduća znanstvena istraživanja, s ciljem povećanja zdravstvene pravednosti i smanjenja zdravstvenih razlika.

- 1 Ivana Tutić Grokša, magistra soc. rada, doktorandica, e-mail: ivanatg@uniri.hr
- 2 Rad je financiran sredstvima Hrvatske zaklade za znanost kroz »Projekt razvoja karijera mladih istraživača – izobrazba novih doktora znanosti« (DOK-01-2020).
- 3 Rad je prvobitno nastao za potrebe kolegija »Socijalni problemi i rizici u životnoj perspektivi« na Poslijediplomskom doktorskom studiju iz socijalnog rada i socijalne politike.

Pregledni članak
Primljeno: siječanj, 2021.
Prihvaćeno: studeni, 2021.
UDK: 364.444:364.65(497.5)
DOI 10.3935/ljsr.v28i2.419

Ivana Tutić Grokša¹
<https://orcid.org/0000-0001-8683-6797>

Sveučilište u Rijeci,
Medicinski fakultet
Katedra za društvene i
humanističke znanosti u
medicini

Ključne riječi:

pravo na zdravlje,
zdravstvena pravednost,
ranjive skupine,
manjinske skupine

UVOD

Zdravlje, odnosno dostizanje najvišeg mogućeg zdravstvenog standarda, smatra se temeljnim ljudskim pravom (Ustav Svjetske zdravstvene organizacije, 1946., prema Svjetska zdravstvena organizacija, 2017.). To je jedno od kolektivnih prava, prava solidarnosti, odnosno ljudskih prava treće generacije (Kregar, 2014., prema Trgovčić, 2018.). Temelj je drugih prava i osnova za dostojanstven život (Trgovčić, 2018.). Zdravstvena pravednost (eng. *health equity*) ili jednakost u zdravlju podrazumijeva da bi svaka osoba trebala imati priliku postići puninu svog zdravstvenog potencijala i da pripadnik niti jedne skupine pritom ne smije biti u nepovoljnijem položaju (Svjetska zdravstvena organizacija, 2020.). Takvo shvaćanje zdravlja obvezuje državu da građanima pruži ne samo pravovremenu, odgovarajuću i pristupačnu zdravstvenu zaštitu, nego i osnovne preduvjete zdravlja kao što su pitka voda, hrana, odgovarajući stambeni uvjeti, javnozdravstvene informacije, obrazovanje i rodna ravnopravnost (Svjetska zdravstvena organizacija, 2017.). Republika Hrvatska svojim Ustavom jamči »pravo na zdrav život« te prepoznaje svoju odgovornost za osiguravanje uvjeta »zdravog okoliša« (1990. – 2014.). Također, svakom se jamči pravo na zdravstvenu zaštitu (sukladno zakonskim propisima) (Ustav, 1990. – 2014.). No, zdravstvene razlike (eng. *health disparities*), odnosno nejednakosti u zdravlju, prisutne su u svim europskim regijama (Mackenbach, 2006.). Čak i kada podaci za određene zemlje ili skupine nisu dostupni, pouzdano se može očekivati da postoje. Zdravstvene razlike među društvenim skupinama odraz su njihovog položaja na društvenoj ljestvici (Mastilica, 1993.).

Izraz ranjiva skupina (eng. *vulnerable group*) nadovezuje se na pojmove zdravstvene nepravednosti i zdravstvenih razlika. Takvom se smatra skupina koja zdravstvene razlike doživljava kao izravnu posljedicu izostanka resursa i/ili povećane izloženosti socijalnom riziku (Abercrombie, 2008.). Do zdravstvene ranjivosti dovode etičke norme, vrijednosti i percepcija individualne odgovornosti za zdravlje te raspodjela i (ne)dostupnost društvenih resursa, ovisno o karakteristikama osobe, užeg društvenog kruga i zajednice (Aday, 1994.). Manjinske skupine (eng. *minority groups*, *minorities*) su društvene skupine brojčano manje od većinskog stanovništva, u nedominantnom položaju, sa osobinama koje ih razlikuju od ostatka stanovništva i ciljem da očuvaju svoj identitet (Capotorti, 1977.; Deschênes, 1985., prema Ujedinjeni narodi, 2011.). Uobičajeno se ovaj pojam koristi za skupine koje se baziraju na etničkom, kulturnom, vjerskom ili jezičnom identitetu (Ujedinjeni narodi, 2020.), no kao manjine prepoznaju se i osobe s invaliditetom, osobe manjinskih seksualnih orijentacija ili rodnih identiteta, osobe koje žive u siromaštvu, itd. Prilikom definiranja pojma manjina potrebno je uzeti u obzir i ukrštavanje (eng. *intersectionality*) različitih obilježja osobe (Lum, 2011., prema Žganec i Miljenović, 2011.), što dovodi do višestrukih rizika.

U ovom radu bit će učinjen kratak osvrt na doprinos životnih uvjeta zdravlju te će biti prikazani dostupni zdravstveni pokazatelji odabranih ranjivih skupina u Republici Hrvatskoj. Na kraju rada iznijet će se prijedlozi za praktična poboljšanja i za daljnja istraživanja.

SOCIJALNE ODREDNICE ZDRAVLJA

Socijalni pristup zdravlje i bolest promatra u odnosu na društvenu sredinu i socijalne životne uvjete (Mastilica, 1994.). Drugim riječima, bolest je i socijalni događaj (Lewis, 1953.; Evang, 1976., prema Mastilica, 1994.). Socioekološki čimbenici povezani s obrazovanjem, zaposlenjem, prihodima, diskriminacijom, spolom, vjedom, seksualnom orijentacijom, zemljopisnim položajem, mentalnim zdravljem i/ili invaliditetom shvaćaju se kao socijalne odrednice zdravlja i dovode do zdravstvenih razlika (Tebb i sur., 2018.). Uobičajena je podjela na distalne i proksimalne odrednice. Među distalne ubrajaju se osnovne strukture društva, kao što su nacionalna ekonomija, politički sustav, obrazovni sustav i sustav socijalne skrbi, a među proksimalne odrednice svakodnevne okolnosti poput dostupnosti hrane, stambenog prostora, rekreacije, kvalitete obiteljskog okruženja i odnosa s vršnjacima (Viner i sur., 2012.).

Koncepti manjinskog stresa, otpornosti, epigenetike i životnog toka relevantni su za razumijevanje zdravstvenih razlika manjinskih/ranjivih skupina (Ng i sur., 2019.). Manjinski stres (eng. *minority stress*) je kronični stres koji proizlazi iz iskustava ili percepcije nepravednog postupanja zbog pripadnosti (stigmatiziranoj) manjinskoj skupini. Percipirana ili doživljena diskriminacija posredno djeluje na tjelesno i mentalno zdravlje kroz emocionalne i fiziološke odgovore i kroz zdravstveno ponašanje (Ng i sur., 2019.). Manjinski stres može biti dodatno naglašen drugim životnim okolnostima (Meyer, 2003.). Prepoznaju se zaštitni (npr. obiteljska povezanost, socijalna podrška, vjerska uključenost) i rizični čimbenici (npr. siromaštvo, nasilje, mentalne bolesti roditelja i dr.) koji ublažavaju, odnosno pogoršavaju učinak životnih okolnosti (Ng i sur., 2019.). U kontekstu zdravstvenih razlika, epigenetički pristup presumira da su zdravstveni ishodi rezultat interakcije bioloških, socijalnih, okolišnih i biheviornalnih faktora (Geronimus, 2013., prema Ng i sur., 2019.). Naposljetku, koncept životnog toka (eng. *life course*) naglašava da su iskustva tijekom različitih životnih faza povezana sa zdravstvenim ishodom u kasnijim periodima života (Braveman i Barclay, 2009., prema Ng i sur., 2019.).

Socioekonomski status kao socijalna odrednica zdravlja

Kroz prethodna istraživanja siromaštvo, kao višedimenzionalan fenomen koji uključuje materijalne, socijalne, kulturne i psihološke aspekte života (Družić Ljubotina

i Kletečki Radović, 2011.), prepoznato je kao jedna od ključnih socijalnih odrednica zdravlja. Zdravstvene razlike ovisne o socioekonomskom statusu počinju od najranije dobi i traju do starije dobi, pa bi se ironično moglo primijetiti da je zdravlje nepravedno raspoređeno »od kolijevke pa do groba« (Mackenbach, 2006.). Naime, djeca iz obitelji koje žive u siromaštvu uobičajeno imaju nižu porođajnu težinu i kongenitalne anomalije, češće su ranije rođena i u većem riziku od smrti, invaliditeta ili razvoja kroničnih i akutnih bolesti (Mackenbach, 2006.; Šućur i sur., 2015.). Također, život u siromaštvu djeluje negativno na djecu i preko roditeljskog ekonomskog stresa (Družić Ljubotina, Sabolić i Kletečki Radović, 2017.). Postoje naznake razlika i kod umirućih pacijenata – lošije obrazovani i nižih prihoda iskazuju veću patnju i bol (Malhotra i sur., 2020.).

Zdravstveni sustav kao socijalna odrednica zdravlja

Zdravstveni sustavi mogu aktivno doprinositi nepravdi i socijalnim podjelama kroz zanemarivanje socijalnih odrednica zdravlja, otuđenje skupina u nepovoljnom položaju zbog kulturno neosjetljivih i antagonističkih zdravstvenih djelatnika, osiromašenje osoba lošijeg socioekonomskog statusa i na druge načine (Svjetska zdravstvena organizacija, 2007.). Prepoznato je šest potencijalnih zapreka povezanih sa stavovima ili ponašanjem zdravstvenih radnika: pristranosti, stereotipi i predrasude, jezične i komunikacijske barijere, kulturni nesporazumi, ograničavanje pristupa (eng. *gate-keeping*), statistička diskriminacija (različit pristup pacijentima iz manjinskih skupina) i izazovi pružanja njege strancima (Drewniak, Kronos i Wild, 2017.). S druge strane, zdravstveni sustav može doprinijeti zdravstvenoj pravednosti kroz fokusiranje na različite životne okolnosti ranjivih skupina (Svjetska zdravstvena organizacija, 2007.). Pristup zdravlju zasnovan na ljudskim pravima zagovara zdravstvenu skrb koja ublažava patnju kada osobe postanu bolesne, ali i koja štiti osobe od razvoja bolesti i pomaže im u održavanju vlastitog zdravlja (Whitehead i Dahlgren, 2007.). Osobine »podržavajućeg« zdravstvenog sustava su međusektorska suradnja, promicanje zdravlje stanovništva, uključivanje dionika koji rade sa socijalno ugroženim skupinama u donošenje odluka, pružanje zdravstvenih usluga cjelokupnom stanovništvu te revitalizacija cjelovitog pristupa primarne zdravstvene zaštite. Ukratko, pravedan zdravstveni sustav onaj je koji omogućuje jednak pristup svima kojima su potrebne zdravstvene usluge, bez geografskih, ekonomskih i kulturnih prepreka (Whitehead i Dahlgren, 2007.). Neophodne u postizanju istog su intervencije socijalnog osnaživanja, gdje je ključna uloga socijalnih radnika, jer ukazuju na strukturne uzroke lošeg zdravlja te potiču ranjive skupine na preuzimanje kontrole nad svojim zdravljem (Svjetska zdravstvena organizacija, 2007.).

ZDRAVSTVENO RANJIVE SKUPINE U REPUBLICI HRVATSKOJ

Procjene zdravlja hrvatskog stanovništva godinama su lošije u usporedbi sa stanovništvom drugih europskih zemalja (Jureša i sur., 2000.). Hrvatska prednjači po broju osoba koje svoje zdravstveno stanje procjenjuju lošim – radi se o čak 39% stanovništva (Kuća ljudskih prava, 2020.). Očekivani životni vijek u Hrvatskoj je 78 godina (prosjek EU-a = 80,9 god.) (OECD, 2019.). Lošijim svoje zdravlje percipiraju niže obrazovani, nezaposleni, osobe lošijeg socioekonomskog statusa i s lošijom socijalnom podrškom, umirovljenici i općenito starije osobe (Ivičević Uhernik i sur., 2019.), a dob i obrazovna razina uočene su kao najvažniji prediktori subjektivnog zdravlja (Čipin i Smolić, 2013.). Benković (2017.) kao rizične faktore spominje socioekonomski status, rasu/etnicitet, spol i dob, područje življenja i pripadnost određenim ranjivim društvenim skupinama (imigranti, Romi, HIV-pozitivni, zatvorenici, jednoroditeljske obitelji, djeca, itd.).

Strategija borbe protiv siromaštva i socijalne isključenosti (Vlada RH, 2014.) kao zdravstveno »najosjetljivije« navodi stanovnike otočnih i ruralnih predjela, osobe s duševnim smetnjama, starije osobe, djecu (posebice zanemarivana i zlostavljana), manjine (Romi), sudionike i stradalnike ratnih zbivanja, a Nacionalna strategija razvoja zdravstva (Ministarstvo zdravstva, 2012.) djecu, mlade, starije, osobe s invaliditetom, branitelje, Rome i stanovništvo ruralnih područja i otoka. Nacionalni plan za borbu protiv diskriminacije za period od 2017. do 2022. godine (Vlada RH, 2017.), pored navedenih, spominje i migrante, strance pod supsidijarnom zaštitom te pripadnike spolnih (seksualnih i rodnih) manjina. Pučka pravobraniteljica (2021.) osvrće se na poteškoće zdravlja i otežan pristup zdravstvenom sustavu beskućnika, stanovnika otočnih i ruralnih područja, onkoloških pacijenata, Roma, migranata, osoba lišenih slobode i osoba s duševnim smetnjama.

Kao odraz ranjivosti može se smatrati i percepcija zdravstvenog sustava. U istraživanju kvalitete života u Hrvatskoj 2006. godine nezadovoljstvo pristupom zdravstvenim uslugama navodile su pretežno žene, stariji, nezaposleni, osobe s nižim stupnjem obrazovanja i nižim prihodima te stanovnici ruralnih područja (UNDP, 2006.; Šućur, 2007., prema Benković, 2017.). No, rezultati istraživanja stavova i zadovoljstva građana hrvatskim zdravstvenim sustavom (Popović, 2017.) na podacima prikupljenim 2011. godine pokazuju da su niže obrazovani, pripadnici manjinskih skupina te oni koji žive u ruralnim dijelovima Hrvatske zadovoljniji zdravstvenim sustavom (Popović, 2017.).

Iz prikazanog se može zaključiti da su u Hrvatskoj u riziku od zdravstvenih nejednakosti mnoge skupine, i to s obzirom na kriterije socioekonomskog statusa, spola/roda, seksualne orijentacije, dobi, etniciteta, područja življenja, lišenja slobode

de, iskustva ratnih zbivanja, zdravstvenog stanja i drugih. Zbog izostanka ili manjeg broja empirijskih istraživanja pojedinih skupina, kao i zbog preklapanja pojedinih obilježja, radi uočavanja zdravstvenih nejednakosti u ovom radu odabrane su osobe lošijeg socioekonomskog statusa, starije osobe, pripadnici nacionalnih manjina te pripadnici seksualnih manjina.

ZDRAVLJE ODABRANIH RANJIVIH SKUPINA U REPUBLICI HRVATSKOJ

Zdravstveni pokazatelji s obzirom na socioekonomski status

Već početkom 1990-ih utvrđeno je da u Hrvatskoj osobe lošijeg socioekonomskog statusa svoje zdravlje doživljavaju lošijim (Mastilica, 1993.). Prema podacima iz 2019. (OECD, 2019.), nije došlo do promjena niti u posljednjih nekoliko desetljeća te tri četvrtine osoba iz kvintila s najvišim prihodima procjenjuje da je dobrog zdravlja, dok isto smatra tek 44% osoba iz kvintila s najnižim dohotkom. Istraživanja na uzorku osoba koje žive u siromaštvu potvrđuju kako osobe nižih prihoda ili bez prihoda procjenjuju svoje zdravlje narušen(ij)im (Galić, Maslić Seršić i Šverko, 2006.; Družić Ljubotina, 2012.; Šućur i sur., 2015.; Družić Ljubotina, Sabolić i Kletečki Radović, 2017.). Pučka pravobraniteljica u Izvješću za 2019. godinu (2020.) navodi kako su respiratorni i kardiovaskularni problemi te reumatoidni artritis samo neki od zdravstvenih problema povezanih s nedovoljno grijanim prostorima te da dugotrajnija izloženost hladnoći u značajnoj mjeri smeta djeci, starijim osobama i osobama s invaliditetom. Kod osoba koje otežano podmiruju troškove stanovanja i režijske troškove prisutan je i dugotrajni stres, koji neposredno djeluje na zdravstvene ishode. Kod pristupa zdravstvenoj zaštiti i zadovoljavanja zdravstvenih potreba također postoje razlike kod osoba nižeg socioekonomskog statusa, niže obrazovanih i starijih osoba (Bobinac, 2017.; OECD, 2019.). Prepreke su troškovi zdravstvenih usluga, geografska udaljenost zdravstvenih ustanova te preduge liste čekanja (Bobinac, 2017.). Također, nezaposlene osobe (i zdrave i one s kardiovaskularnim i metaboličkim bolestima) u Hrvatskoj nesklonije su preventivnim zdravstvenim pregledima u odnosu na zaposlene (Vončina i sur., 2007.).

Narušeno zdravlje rizičan je faktor za beskućništvo, a istovremeno beskućništvo kao oblik ekstremnog siromaštva sa sobom donosi fizičke i mentalne zdravstvene probleme (Gray i sur., 2011.; van Straaten i sur., 2016., prema Družić Ljubotina, Kletečki Radović i Ograsta, 2016.). Otprilike trećina beskućnika uključenih u istraživanje na području Hrvatske procjenjuje svoje zdravlje lošim, više od četvrtine (28,2%) je

u prethodnoj godini bilo hospitalizirano, otprilike trećina boluje od neke kronične fizičke bolesti, a četvrtina ima probleme mentalnog zdravlja (Družić Ljubotina, Kletečki Radović i Ogresta, 2016.).

Zdravstveni pokazatelji žena lošijeg socioekonomskog statusa

Može se nagađati da je položaj žena lošijeg socioekonomskog statusa nepovoljniji od položaja muškaraca istog društvenog statusa. Izvjesna je višestruka diskriminacija žena koje žive u siromaštvu – zbog socioekonomskog statusa i zbog roda (Whitehead i Dahlgren, 2007.). Kod žena su drugačije i socijalne odrednice zdravlja. One su češće njegovateljice, žive duže od muškaraca, češće žive same i u težim materijalnim uvjetima (Šuljić, 2019.). Kod starijih žena, poglavito kućanica, zabilježen je veći rizik od kardiovaskularnih bolesti, hipertenzije i povećanog opsega struka (Džakula i sur., 2009., prema Šuljić, 2019.). Žene nižeg socioekonomskog statusa rjeđe koriste dostupne specijalističke preglede i manje se odazivaju na preventivne preglede (Šuljić, 2019.). Među korisnicama zajamčene minimalne naknade u Hrvatskoj nezadovoljnije su one koje imaju zdravstvene probleme koji ih ograničavaju u svakodnevnom funkcioniranju i koje moraju češće odlaziti liječniku u fizički udaljene domove zdravlja, što dovodi i do povećanih troškova (Šuljić, 2019.).

Zdravstveni pokazatelji s obzirom na (stariju) dob

Osobe starije životne dobi u Republici Hrvatskoj žive kraće, koriste više farmakoterapije i u lošijem su socioekonomskom stanju od svojih vršnjaka iz drugih zemalja Europske unije. Od deset kućanstava s osobama starijim od 50 godina samo tri imaju dovoljno novčanih sredstava za mjesečne troškove (Pučka pravobraniteljica, 2020.). Čak 30% niže obrazovanih osoba ocjenjuje svoje zdravlje lošijim, u usporedbi sa samo 4% visokoobrazovanih žena i 9% muškaraca starijih od 50 godina (Pučka pravobraniteljica, 2020.). Starije osobe imaju otežan pristup zdravstvenoj skrbi, između ostaloga i zbog percepcije da su teret i da nepotrebno troše javna novčana sredstva (Pučka pravobraniteljica, 2020.). Starijim osobama iz ruralnih područja dodatno je otežan pristup zbog udaljenosti zdravstvenih ustanova i neadekvatnog javnog prijevoza (Kuća ljudskih prava, 2020.). Zanimljiv indikator je procjena očekivanih godina zdravog života. Procjena na razini prosjeka Europske unije je 63,4 godine zdravog života za muškarce, odnosno 63,8 godina za žene. Za stanovnike Republike Hrvatske ta procjena je 56,5 godina (74,8% očekivanog životnog vijeka) za muškarce te 58,5 godina (71,8% očekivanog životnog vijeka) za žene (Hrvatski zavod za javno zdravstvo (2020.b).

Na uzorku osoba starijih od 70 godina iz Koprivničko-križevačke, Istarske i Dubrovačko-neretvanske županije utvrđena je visoka prevalencija anksioznih i depresivnih simptoma, a pritom žene češće iskazuju te simptome (Vadla i sur., 2013.). Osobe s graničnom i vjerojatnom anksioznošću češće koriste specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu, a one s graničnom i vjerojatnom depresivnošću te vjerojatnom anksioznošću bile su češće hospitalizirane (Vadla i sur., 2013.). U prethodnim istraživanjima utvrđena je veća pojavnost anksioznih i depresivnih simptoma kod starijih osoba oboljelih od kardiovaskularnih bolesti i onih koji su doživjeli moždani udar (Hackett i sur., 2005.; Haworth i sur., 2005., prema Vadla i sur., 2013.).

Zdravstveni pokazatelji s obzirom na etničku pripadnost

Iako su prava nacionalnih manjina normativno na visokoj razini, njihovo ostvarivanje ne ovisi samo o zakonodavnom okviru, nego i o spremnosti zajednice na uvažavanje tih prava (Pučka pravobraniteljica, 2020.). Diskriminatorni stavovi prisutni su prvenstveno prema pripadnicima srpske i romske nacionalne manjine, a u posljednje vrijeme i prema migrantima iz različitih zemalja (Pučka pravobraniteljica, 2020.). Što se tiče pripadnika srpske nacionalne manjine, ne prate se njihovi zdravstveni pokazatelji pa nije moguća usporedba njihovog zdravlja sa zdravljem opće populacije.

No, skupina za koju postoje podaci je romska nacionalna manjina, koja je u pogledu zdravlja posebice ranjiva skupina. Očekivano trajanje života Roma je oko 10 godina kraće od ostatka populacije (Flecha, 2013.). Materijalna deprivacija, siromaštvo i neadekvatni životni uvjeti socijalne su odrednice njihovog zdravstvenog stanja (Kunac, Klasnić i Lalić, 2018.). Prema istraživanju iz 2014. (Bagić i sur., 2014.), Romi procjenjuju svoje zdravlje kao i većina populacije, ali imaju više problema sa astmom, kroničnim bronhitisom, kroničnom opstruktivnom bolešću pluća i emfizemom, a 2018. godine je više od dvije trećine starijih Roma procjenjivalo svoje zdravlje lošim ili vrlo lošim (Kunac, Klasnić i Lalić, 2018.). 18% pripadnika romske nacionalne manjine boluje od neke kronične bolesti, i to više žena nego muškaraca (Kunac, Klasnić i Lalić, 2018.). Radi se o dvije trećine starijih osoba te čak 40% osoba u radno aktivnoj dobi. 81,8 % žena i 60,9 % muškaraca izjavljuju da ih dugotrajna bolest jako ograničava u obavljanju svakodnevnih aktivnosti. Skoro trećina ispitivanih Roma starijih od 16 nije zatražila liječničku pomoć zbog previsokih troškova, predugog čekanja na pregled, izostanka zdravstvenog osiguranja, nemogućnosti prijevoza do geografski udaljenog liječnika ili očekivanja da će se problem riješiti sam od sebe (Kunac, Klasnić i Lalić, 2018.). Iako su uglavnom vrlo zadovoljni liječnikom opće i obiteljske medicine, 18,6% sudionika navodi neprofesionalnost liječnika ili zdravstvenih djelatnika u odnosu spram njih, a 33,4 % postojanje negativnih iskustava s liječnicima (Kunac, Klasnić i

Lalić, 2018.). Žene Romkinje u većem broju spominju da su jednom ili više puta duže čekale na termin pregleda ili ih liječnik nije htio primiti.

Nacionalna strategija za uključivanje Roma (2013.), odnosno prateći Akcijski plan (2019.) kao ciljeve u kontekstu zdravlja navodi veći obuhvat zdravstvenim osiguranjem, veću dostupnost zdravstvenih usluga, podizanje razine svijesti o odgovornosti za vlastito zdravlje, smanjivanje pobola od bolesti povezanih s niskim higijenskim standardom i bolesti za koje se obavlja cijepljenje, poboljšanje zaštite reproduktivnog zdravlja žena, trudnica i djece, podizanje razine svijesti o štetnosti sredstava ovisnosti te senzibilizaciju zdravstvenih djelatnika. Kao preduvjet za neke od ciljeva Hrvatski zavod za javno zdravstvo (2020.a) provodio je tijekom 2019. i 2020. istraživanje kroz koje su prikupljeni javnozdravstveni i epidemiološki podaci o zdravlju Roma (povezivanjem podataka Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo i podataka Ministarstva unutarnjih poslova). Temeljem prikupljenih podataka istraživači zaključuju da je potrebno usmjeriti pažnju na zdravlje romske djece i žena, prevenciju ovisnosti i poboljšanje kvalitete života osoba s invaliditetom i s kroničnim bolestima (Hrvatski zavod za javno zdravstvo, 2020.a). Naravno, važna je i prevencija zaraznih bolesti i povećanje zdravstvene pismenosti Roma.

Zdravstveni pokazatelji s obzirom na manjinsku seksualnu orijentaciju

Uzroci zdravstvenih nejednakosti LGBTIQ osoba su heteroseksističke društvene norme, homofobija, viktimizacija, diskriminacija, stigma te manjinski stres (Meyer, 2003.). Čak 80,2% lezbijki, 77,7% homoseksualnih muškaraca, 65,3% biseksualnih žena i 64,3% biseksualnih muškaraca u istraživanju Kamenov i suradnika (2016.) doživjelo je neki oblik nasilja ili diskriminacije zbog svoje seksualne orijentacije, rodnog identiteta i/ili izražavanja. Internalizirana homofobija, iskustvo nasilja i predrasude prediktori su depresivnosti i anksioznosti, odnosno pojave stresa i tjelesnih simptoma kod homoseksualnih osoba u Hrvatskoj (Matošević, 2017.). Istraživanje Kamenov i suradnika (2016.) pokazalo je da osobe homo- i biseksualne orijentacije pokazuju umjereno ozbiljnu razinu anksioznosti, blagu do umjerenu razinu depresivnosti te blagu razinu doživljenog stresa. Biseksualnim muškarcima seksualna orijentacija veći je izvor stresa nego ostalima te su u prosjeku anksiozniji od homoseksualnih osoba. Istraživanjem iz 2017. god. (Europski centar za sprečavanje i kontrolu bolesti, 2017.) provedenom na uzorku od 1 015 muškaraca koji imaju spolne odnose s muškarcima kod 10,1% ispitanika utvrđena je prisutnost anksioznosti ili depresivnosti, kod čak 22,2% suicidalne misli te zlouporaba alkohola kod 13,4% ispitanika.

Javnozdravstveni programi rijetko uopće spominju pripadnike seksualnih i rodnih manjina, osim u kontekstu prevencije HIV/ AIDS-a (Zagreb Pride, 2018.). Čak niti u Nacionalnoj strategiji razvoja zdravstva nema spomena seksualne orijentacija i rodnog identiteta ili izražavanja. Prepoznato je da transrodnim osobama nisu osigurane sve potrebne zdravstvene usluge, no položaj i iskustva interseksualnih osoba u zdravstvenom sustavu nisu poznati (Zagreb Pride, 2018.).

ZAKLJUČNA RAZMATRANJA

Praćenje zdravstvenih pokazatelja ranjivih skupina

Usprkos svijesti o povećanom zdravstvenom riziku pojedinih skupina, ne postoji kontinuirano praćenje zdravstvenih pokazatelja ovisno o pripadnosti ranjivoj skupini. Hrvatski zavod za javno zdravstvo kroz Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis (2016., 2017., 2018., 2019., 2020.b) za pojedinu godinu prati podatke o stanovništvu, o zdravstvenim ustanovama, primarnoj i specijalističkoj zdravstvenoj zaštiti te o pojedinim tipovima bolesti. Jedine prepoznate ranjive skupine su starije osobe i hrvatski branitelji. Problematično je i praćenje ciljeva Nacionalne strategije za uključivanje Roma, koji se ne mogu evaluirati budući da se nacionalna pripadnost ne evidentira pri bilježenju zdravstvenih pokazatelja. Pomak se prati jedino empirijskim istraživanjima manjeg obuhvata. Dakle, u sklopu zdravstvenog sustava bilježe se zdravstveni pokazatelji opće populacije, ali ne i pojedinih skupina.

Primjer dobre prakse je praćenje zdravstvenih pokazatelja hrvatskih branitelja. Hrvatski zavod za javno zdravstvo povezo se s Registrom branitelja te od 2016. godine prati korištenje zdravstvene zaštite po spolu i grupi bolesti, hospitalizacije prema tipu kronične bolesti, strukturu uzroka smrti te zdravstvene pokazatelje po županijama (Hrvatski zavod za javno zdravstvo, 2017., 2018., 2019., 2020.b). Ista praksa bila bi nužna i za druge ranjive skupine poput pripadnika nacionalnih manjina, seksualnih i rodnih manjina, osoba koje žive u siromaštvu i drugih, uz mogućnost uključivanja podataka poput očekivanog životnog vijeka i godina zdravog života. Potrebu prikupljanja podataka o etničkoj pripadnosti korisnika javnih službi, između ostaloga i zdravstvenog sustava, naglašava i pučka pravobraniteljica (2021.). Napredak je osnivanje Odjela za praćenje i analizu zaštite zdravlja starijih i ostalih vulnerabilnih skupina pri Hrvatskom zavodu za javno zdravstvo pa se može očekivati usmjeravanje pažnje na određene skupine.

Daljnja empirijska istraživanja zdravstvenih pokazatelja ranjivih skupina

Najistraživanije su razlike u zdravstvenom stanju ovisno o socioekonomskom statusu. Korisno bi bilo istraživački fokus usmjeriti na zdravlje skupina koje su s obzirom na životne okolnosti u većem riziku od narušenog zdravstvenog stanja, kao što su osobe narušene obiteljske dinamike, etničke manjinske skupine, seksualne i rodne manjine, osobe lišene slobode i drugi prethodno prepoznati kao zdravstveno ranjivi. Naglasak bi trebao biti na pojavnosti određenih bolesti koje su očekivanije s obzirom na životne uvjete ili manjinski stres. Također, važno je nastaviti dosadašnju istraživačku praksu ispitivanja zadovoljstva zdravstvenom skrbi (npr. Katić i sur., 2001.; Babić-Banaszak i sur., 2001.; Popović, 2017.) pritom uzimajući u obzir domene komunikacije sa zdravstvenim djelatnicima, dobivanja potrebne njege, brzine zdravstvene usluge, korisničke podrške i koordinacije njege (Collins i sur., 2017.). U kontekstu cjelokupnog životnog funkcioniranja, relevantno je istražiti i utjecaj narušenog zdravstvenog stanja na ostale aspekte života.

Zagovaranje zdravstvene pravednosti i prava manjinskih skupina

U kontekstu zdravstvene pravednosti, neizostavno je prepoznati društvene odnose koji dovode do neravnopravnog položaja pojedinih društvenih skupina (Žganec i Miljenović, 2011.). Također, zdravstveni sustav zasnovan na ljudskim pravima trebao bi kritički sagledavati zdravstvene politike, usmjeravati se na diskriminatorne prakse i nepravedne odnose moći (Svjetska zdravstvena organizacija, 2017.). Važna je i rodna dimenzija budući da uzroci nejednakosti muškaraca i žena nisu isti zbog nejednakog društvenog položaja (Whitehead i Dahlgren, 2007.). Neophodna je edukacija pripadnika manjinskih skupina i zdravstvenih djelatnika, kao i šire javnosti o zdravstvenim razlikama i društvenoj uvjetovanosti. Naime, percepcija (ne)mogućnosti kontrole može kod drugih izazvati ljutnju i nepružanje pomoći ili empatiju i spremnost pružanja pomoći (Weiner, 1992., prema Ajduković, 2008.). Upravo bolesti koje imaju veću pojavnost kod pripadnika ranjivih skupina, kao što su dijabetes, hipertenzija ili bolesti ovisnosti, percipiraju se kao posljedica osobnih izbora pojedinaca, što je implicitna teorija koju treba pobijati.

Integrativna i interdisciplinarna zdravstvena skrb (postavljanje osobe u središte)

U zdravstvenom sustavu uobičajeno je fokusiranje na zdravstveni problem i na uzak spektar simptoma (Tebb i sur., 2018.). Suvremen pristup liječenju podrazumijeva šire shvaćanje zdravlja, odnosno bolesti. Integrativna zdravstvena zaštita (eng. *integrative healthcare*) nastoji povezati tradicionalnu medicinu sa širim shvaćanjem prirode bolesti, ozdravljenja i dobrobiti (Suradničko udruženje za obiteljsko zdravstvo, 2020.). Pacijent se postavlja u središte skrbi, a stručnjak se bavi fizičkim, emocionalnim, mentalnim, socijalnim, duhovnim i okolišnim utjecajima na zdravlje. Interdisciplinarni pristup liječenju, koji uključuje i socijalne radnike, može poboljšati kvalitetu zdravstvene usluge i života korisnika (McGregor, Mercer i Harris, 2018.). Socijalni radnici su, iako zasad nedovoljno prepoznati, vrlo značajni za integrativnu zdravstvenu zaštitu jer sagledavaju ekološki sustav pacijenta (Milić Babić i Laklija, 2019.). Kako bi se poboljšala kvaliteta zdravstvenih usluga, neophodna je suradnja liječnika, drugih stručnjaka i osobe o čijem se zdravlju radi i koja može i mora biti »sama svoj stručnjak«. Pacijentov doživljaj sve se više prepoznaje kao važan pri ocjenjivanju kvalitete zdravstvene skrbi, a za doživljaj je vrlo važna komunikacija liječnika i drugih zdravstvenih djelatnika (Collins i sur., 2017.). Evaluacija u hrvatskom zdravstvenom sustavu može se provoditi kroz već postojeće sustave upravljanja kvalitetom (Ministarstvo zdravstva, 2019.), ali s dodatnim naglaskom na zadovoljstvo pacijenata.

Obilježja pacijenata utječu na njihov doživljaj zdravstvene skrbi, a jedno od značajnih obilježja je i rasa/etnicitet (Collins i sur., 2017.). U kontekstu manjina, potrebno je primjenjivati standarde kulturno orijentirane prakse (NASW, 2007., prema Žganec i Miljenović, 2011.), prvo na razini prepoznavanja utjecaja manjinskog položaja na zdravlje, a zatim i na razini adekvatnog liječenja i općenito kulturno osjetljivijeg pristupa pacijentu. Primjer dobre prakse je projekt »Pro health for Roma« s ciljem poboljšanja pristupa pripadnika romske nacionalne manjine zdravstvenim ustanovama kroz zapošljavanje tri Roma suradnika u zajednici (Pučka pravobraniteljica, 2021.). Tijekom 2020. osmišljeni su edukativni letci na romskom jeziku, pokrenut je mobilni ured i obilježena su romska nasilja te provođene edukativno-informativne aktivnosti. Pučka pravobraniteljica (2021.) predlaže takav model za sve romske zajednice.

Povećanje zdravstvene pismenosti stanovništva

U Republici Hrvatskoj informacije o zdravstvenom sustavu i mogućnostima korištenja zdravstvene zaštite nisu dovoljno dostupne i transparentne (Bobinac, 2017.). Također, upitna je zdravstvena pismenost stanovništva, pogotovo niže obrazovanog.

Zdravstvena pismenost, koja se odnosi na znanja, vještine i motivaciju da bi se pristupilo zdravstvenoj skrbi, vrednovalo i primijenilo informacije s ciljem donošenja odluka o zdravstvenoj skrbi (Sorensen i sur., 2012., prema Bobinac, 2017.), povezuje se s greškama u primjeni uputa zdravstvenih djelatnika, rjeđim korištenjem preventivnih zdravstvenih usluga, većim postotkom hospitalizacija, gorim zdravstvenim ishodima i većim mortalitetom (Omachi i sur., 2013., prema Bobinac, 2017.). Prepoznavanjem faktora koji utječu na zdravstvene razlike, a na koje se može utjecati kroz povećanje zdravstvene pismenosti, može se doprinijeti i zdravstvenoj pravednosti. Prvenstveno je potrebno usmjeriti se na zdravstvena ponašanja kao što su pušenje, konzumacija alkohola i psihoaktivnih sredstava, na adekvatnije nošenje sa stresnim situacijama (koje i dovode do prakticiranja nezdravih navika) te na osvještavanje svojih zdravstvenih tegoba i načina primarne i sekundarne prevencije.

Aktivno uključivanje zajednice i drugih dionika u zdravstvenu skrb

Nova paradigma u (javno)zdravstvenoj skrbi temelji se na aktivnom uključivanju zajednice (Žganec, 2019.), što uključuje prevenciju bolesti, intervencije na razini zajednice te poticanje širih društvenih i okolinskih promjena. Postignuće zdravlja u zajednici moguće je jedino uspješnom suradnjom različitih sektora koji djeluju u toj zajednici. Nažalost, suradnja zdravstvenog sustava s drugim sustavima koji rade s pripadnicima ranjivih skupina problematična je. Stoga bi bilo konstruktivno istraživački fokus usmjeriti na percepciju zdravstvenih djelatnika o socijalnim odrednicama zdravlja, kao i na doživljaj prepreka prilikom suradnje. Također, djelatnike u obrazovnom sustavu, sustavu socijalne skrbi, lokalnoj i regionalnoj samoupravi i u drugim relevantnim dionicima trebalo bi osvještavati o društvenoj uvjetovanosti zdravlja.

LITERATURA

1. Abercrombie, D. D. (2008). Health disparities. *Physician Assistant (Fourth Edition) – Guide to Clinical Practice*, 739–748. <https://doi.org/10.1016/B978-141604485-7.50047-0>
2. Aday, L. A. (1994). Health status of vulnerable populations. *Annual Review of Public Health*, 15, 487–509. <https://doi.org/10.1146/annurev.pu.15.050194.002415>
3. Ajduković, M. (2008). Socijalni problemi, socijalni rizici i suvremeni socijalni rada. *Revija za socijalnu politiku*, 15 (3), 395–414.

4. Babić-Banaszak, A., Kovačić, L., Mastilica, M., Babić, S., D. Ivanković, D. & Budak, A. (2001). The Croatian health survey – Patient’s satisfaction with medical service in primary health care in Croatia. *Collegium Antropologicum*, 25 (2), 449–458.
5. Bagić, D., Burić, I., Dobrotić, I., Potočnik, D. & Zrinščak, S. (2014). *Romska svakodnevnica u Hrvatskoj: Prepreke i mogućnosti za promjenu*. UNDP, UNHCR i UNICEF. Preuzeto s: <https://www.unicef.hr/wp-content/uploads/2015/09/undp-hr-roma-everyday-2015.pdf> (5.11.2020).
6. Benković, V. (2017). *Promjena u razini zdravstvenih nejednakosti 2003. g. i 2010. g.* Doktorska disertacija. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Filozofski fakultet.
7. Bobinac, A. (2017). *Pristup zdravstvenim uslugama u Hrvatskoj – Policy izvještaj*. Preuzeto s: https://www.cms.hr/system/publication/pdf/95/Pristup_zdravstvenim_uslugama_u_Hrvatskoj_.pdf (16.10.2020.).
8. Collins, R. L., Haas, A., Haviland, A. M. & Elliott, M. N. (2017). What matters most to whom: Racial, ethnic, and language differences in the health care experiences most important to patients. *Medical Care*, 55 (11), 940–947. <https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000000804>
9. Čipin, I. & Smolić, Š. (2013). Socio-Economic determinants of health in Croatia: Insights from four cross-sectional surveys. *Croatian Economic Survey*, 15 (1), 25–60.
10. Drewniak, D., Krones, T., & Wild, V. (2017). Do attitudes and behavior of health care professionals exacerbate health care disparities among immigrant and ethnic minority groups? An integrative literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 70, 89–98. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.02.015>
11. Družić Ljubotina, O., Kletečki Radović, M. & Ogresta, J. (2016). *Slika podrške beskućnicima u Hrvatskoj*. Zagreb: Gradski ured za socijalnu zaštitu i osobe s invaliditetom.
12. Družić Ljubotina, O. & Kletečki Radović, M. (2011). Siromaštvo i socijalni rad: Koliko je siromaštvo doista »tema« socijalnog rada? *Ljetopis socijalnog rada*, 18 (1), 5–29.
13. Družić Ljubotina, O., Sabolić, T. & Kletečki Radović, M. (2017). Život obitelji s djecom u uvjetima siromaštva iz perspektive roditelja. *Ljetopis socijalnog rada*, 24 (2), 243–276. <https://doi.org/10.3935/ljrs.v24i2.185>
14. Družić Ljubotina, O. (2012). Subjektivna kvaliteta života ljudi koji žive u siromaštvu i zaposlenih osoba različitog materijalnog statusa. *Ljetopis socijalnog rada*, 19 (1), 5–28.
15. Europski centar za sprečavanje i kontrolu bolesti (European Centre for Disease Prevention and Control) (2017). *EMIS-2017 – The European Men-Who-Have-Sex-With-Men internet survey*. Preuzeto s: <https://www.ecdc.europa.eu/en/pu>

- blications-data/emis-2017-european-men-who-have-sex-men-internet-survey (5.11.2020.).
16. Flecha, A. (2013). Healthier lives for european minority groups: School and health care, lessons from the Roma. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 10, 3089–3111. <https://doi.org/10.3390/ijerph10083089>
 17. Galić, Z., Maslić Seršić, D. & Šverko, B. (2006). Financijske prilike i zdravlje nezaposlenih u Hrvatskoj: Vodi li financijska deprivacija do lošijeg zdravlja? *Revija za socijalnu politiku*, 13 (3-4), 257–269.
 18. Hrvatski zavod za javno zdravstvo (2020a). *Javnozdravstveni pokazatelji zdravlja Roma u Republici Hrvatskoj temeljem podataka javnozdravstvenih baza i registara*. Preuzeto s: https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2021/01/Publikacija_FINAL2_zaWEB_pdf.pdf (16.8.2021.).
 19. Hrvatski zavod za javno zdravstvo (2020b). *Prirodno kretanje u Hrvatskoj u 2019. godini*. Preuzeto s: <https://www.hzjz.hr/hrvatski-zdravstveno-statisticki-ljetopis/izvjesce-prirodno-kretanje-u-hrvatskoj-u-2019-godini/> (21.10.2020.).
 20. Hrvatski zavod za javno zdravstvo (2019). *Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2018. godinu (web izdanje)*. Preuzeto s: <https://www.hzjz.hr/cat/periodicne-publikacije/> (22.10.2020.).
 21. Hrvatski zavod za javno zdravstvo (2018). *Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2017. godinu (web izdanje)*. Preuzeto s: <https://www.hzjz.hr/cat/periodicne-publikacije/> (22.10.2020.).
 22. Hrvatski zavod za javno zdravstvo (2017). *Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2016. godinu (web izdanje)*. Preuzeto s: <https://www.hzjz.hr/cat/periodicne-publikacije/> (22.10.2020.).
 23. Hrvatski zavod za javno zdravstvo (2016). *Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2015. godinu (web izdanje)*. Preuzeto s: <https://www.hzjz.hr/cat/periodicne-publikacije/> (22.10.2020.).
 24. Ivičević-Uhernik, A., Skoko-Poljak, D., Dečković-Vukres, V., Jelavić, M., Mihel, S., Benjak, T., Štefančić, V., Draušnik, Ž. & Stevanović, R. (2019). Association of poor self-perceived health with demographic, socioeconomic and lifestyle factors in the croatian adult population. *Društvena istraživanja*, 28 (2), 229–248. <https://doi.org/10.5559/di.28.2.03>
 25. Jureša, V., Ivanković, D., Vuletić, G., Babić-Banaszak, A., Srček, I., Mastilica, M. & Budak, A. (2000). The Croatian health survey – SF-36: I. General quality of life assessment. *Collegium Antropologicum*, 24 (1), 69–78.
 26. Kamenov, Ž., Jelić, M., Huić, A., Ćosić, A., Fogec, M., Glavaš, I., Gužvica, M., Ilić, M., Ivanković, I. & Jelić, N. (2016). *Problemi i izazovi seksualnih manjina u Hrvatskoj*. Zagreb: FF Press.

27. Katić, M., Budak, A., Ivanković, D., Mastilica, M., Lazić, D., Babić-Banaszak, A. & Matković, V. (2001). Patients' views on the professional behaviour of family physicians. *Family Practice*, 18 (1), 42–47.
28. Kuća ljudskih prava Zagreb (2020). *Ljudska prava u Hrvatskoj: Pregled stanja za 2019*. Zagreb: Kuća ljudskih prava Zagreb.
29. Kunac, S., Klasnić, K. & Lalić, S. (2018). *Uključivanje Roma u hrvatsko društvo: Istraživanje baznih podataka*. Zagreb: Centar za mirovne studije.
30. Mackenbach, J. P. (2006). *Health inequalities: Europe in profile*. Department of Health. United Kingdom. Preuzeto s: https://www.who.int/social_determinants/media/health_inequalities_europe.pdf (15.10.2020.).
31. Malhotra, C., Krishnan, A., Yong, J. R., Teo, I., Ozdemir, S., Ning, X. H., Hapuarachchi, T., Palat, G., Bhatnagar, S., Joad, A. K., Tuong, P. N., Ssu, W. M. & Finkelstein, E. (2020). Socio-economic inequalities in suffering at the end of life among advanced cancer patients: Results from the APPROACH study in five Asian countries. *International Journal for Equity in Health*, 19 (158). <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01274-5>
32. Mastilica, M. (1993). Zdravstvene nejednakosti: Društvena stratifikacija, zdravlje i zdravstvena zaštita (I.). *Revija za sociologiju*, 24 (3-4), 163–181.
33. Matošević, J. (2017). *Prediktori psihičkog zdravlja i tjelesnih simptoma homoseksualnih osoba*. Diplomski rad. Rijeka: Sveučilište u Rijeci, Filozofski fakultet. Preuzeto s: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:186:610987> (26.10.2020.).
34. McGregor, J., Mercer, S. W., & Harris, F. M. (2018). Health benefits of primary care social work for adults with complex health and social needs: A systematic review. *Health and Social Care in the Community*, 26 (1), 1–13. <https://doi.org/10.1111/hsc.12337>
35. Milić Babić, M. & Laklija, M. (2019). Socijalni rad u zdravstvu – Pogled iz kuta socijalnih radnika zaposlenih u bolnicama. *Jahr – European Journal of Bioethics*, 10 (1), 9–32. <https://doi.org/10.21860/j.10.1.1>
36. Ministarstvo zdravstva (2019). *Strateški plan Ministarstva zdravstva za razdoblje 2020.-2022*. Preuzeto s: <https://zdravlje.gov.hr/UserDocsImages/2018%20Financijski%20planovi,%20strateški%20dokumenti%20i%20javna%20nabava/Strateški%20plan%20MZ%202020.-2022.-za%20objavu.pdf> (7.1.2021.)
37. Ministarstvo zdravstva (2012). *Nacionalna strategija razvoja zdravstva za period od 2012. do 2020. god*. Preuzeto s: <https://zdravlje.gov.hr/nacionalne-strategije/1522> (6.10.2020.).
38. Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129 (5), 674–697. <https://di.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>

39. Ng., J.H., Ward., L. M., Shea, M., Hart, L., Guerino, P. & Hudson Scholle, S. (2019). Explaining the relationship between minority group status and health disparities: A review of selected concepts. *Health equity*, 3 (1), 47–60. <https://doi.org/10.1089/heq.2018.0035>
40. OECD Hrvatska (2019). *Pregled stanja zdravlja i zdravstvene zaštite 2019*. Preuzeto s: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019_chp_hr_croatian.pdf (22.10.2020.).
41. Popović, S. (2017). Odrednice stavova i zadovoljstva građana hrvatskim zdravstvenim sustavom. *Medicina fluminensis*, 53 (1), 85–100. https://doi.org/10.21860/medflum2017_173385
42. Pučka pravobraniteljica (2021). *Izvešće pučke pravobraniteljice za 2021. godinu*. Preuzeto s: <https://www.ombudsman.hr/hr/download/izvjesce-pucke-pravobraniteljice-za-2020-godinu/?wpdmdl=10845&refresh=611bc34d51ade1629209421> (17.8.2021.).
43. Pučka pravobraniteljica (2020). *Izvešće pučke pravobraniteljice za 2019. godinu*. Preuzeto s: <https://www.ombudsman.hr/hr/download/izvjesce-pucke-pravobraniteljice-za-2019-godinu/?wpdmdl=7580&refresh=5f8d4dd41d9eb1603096020> (19.10.2020.).
44. Suradničko udruženje za obiteljsko zdravstvo (Collaborative Family Healthcare Association) (2020). *What is integrated care?* Preuzeto s: <https://www.cfha.net/page/IntegratedCare> (16.10.2020.).
45. Šučur, Z., Družić Ljubotina, O., Kletečki Radović, M. & Babić, Z. (2015). *Siromaštvo i dobrobit djece predškolske dobi u Republici Hrvatskoj*. Zagreb: Ured UNICEF-a za Hrvatsku.
46. Šuljić, P. (2019). *Utjecaj socioekonomskih čimbenika i zdravstvenih ponašanja na zadovoljstvo kvalitetom života žena u Republici Hrvatskoj*. Doktorska disertacija. Preuzeto s: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:184:736539> (19.10.2020.).
47. Svjetska zdravstvena organizacija (2007). *Challenging inequity through health systems – Final report*. World Health Organization Commission on the Social Determinants of Health. Preuzeto s: https://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/hskn_final_2007_en.pdf?ua=1 (13.10.2020.).
48. Svjetska zdravstvena organizacija (2020). *Health equity*. World Health Organization. Preuzeto s: https://www.who.int/topics/health_equity/en/ (13.10.2020.).
49. Svjetska zdravstvena organizacija (2017). *Human rights and health*. World Health Organization. Preuzeto s: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health> (13.10.2020.).
50. Tebb, K. P., Pica, G., Twietmeyer, L., Diaz, A. & Brindis, C. D. (2018). Innovative approaches to address social determinants of health among adolescents and young adults. *Health Equity*. 2 (1), 321–328. <https://doi.org/10.1089/heq.2018.0011>

51. Trgovčić, S. (2018). Međunarodna solidarnost i pravo na zdravlje. *Jahr – European Journal of Bioethics*, 9 (1), 69–85. <https://doi.org/10.21860/j.9.1.4>
52. Ujedinjeni narodi (2020). *Who are minorities under international law?* United Nations Human Rights Office of the High Commissioner. Preuzeto s: <https://www.ohchr.org/en/issues/minorities/pages/internationallaw.aspx> (15.10.2020.)
53. Ujedinjeni narodi (2011). *Who are minorities?* United Nations Women. Preuzeto s: <https://www.endvawnow.org/en/articles/977-who-are-minorities.html?next=978> (15.10.2020.).
54. Ured za ljudska prava i prava nacionalnih manjina Vlade Republike Hrvatske (2019). *Akcijski plan za provedbu nacionalne strategije za uključivanje Roma, za razdoblje od 2013. do 2020. godine, za 2019. i 2020. godinu*. Preuzeto s: <https://pravamanjina.gov.hr/UserDocImages/dokumenti/Akcijski%20plan%20za%20provedbu%20Nacionalne%20strategije%20za%20uključivanje%20Roma%20za%20razdoblje%20od%202013.%20do%202020.%20godine,%20za%202019.%20i%202020.%20godinu.pdf> (20.10.2020.).
55. Ured za ljudska prava i prava nacionalnih manjina Vlade Republike Hrvatske (2012). *Nacionalna strategija za uključivanje Roma, za razdoblje od 2013. do 2020. godine*. Preuzeto s: <https://ljudskaprava.gov.hr/UserDocImages/arhiva/Nacionalna%20strategija%20za%20uključivanje%20Roma%20za%20razdoblje%20od%202013.%20-%202020.pdf> (15.10.2020.).
56. Ustav Republike Hrvatske (1990, 1997, 1998, 2000, 2001, 2010, 2014). *Narodne novine*, 56/1990., 135/1997., 08/1998., 113/2000., 124/2000., 28/2001., 41/2001., 55/2001., 76/2010., 85/2010., 05/2014.
57. Vadla, D., Božikov, J., Blažeković- Milaković, S. & Kovačić, L. (2013). Anksioznost i depresivnost u starijih osoba – pojavnost i povezanost s korištenjem zdravstvene zaštite. *Liječnički vjesnik*, 135 (5-6), 134–138.
58. Viner, R. M., Ozer, E. M., Denny, S., Marmot, M., Resnick, M., Fatusi, A. & Currie, C. (2012). Adolescence and the social determinants of health. *Lancet*, 379, 1641–1652, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60149-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60149-4)
59. Vlada Republike Hrvatske (2014). *Strategija borbe protiv siromaštva i socijalne isključenosti u Republici Hrvatskoj (2014.-2020.)*. Preuzeto s: <https://vlada.gov.hr/UserDocImages/ZPPI/Strategije/Strategija%20borbe%20protiv%20siromaštva.pdf> (16.10.2020.).
60. Vlada Republike Hrvatske (2017). Nacionalni plan za borbu protiv diskriminacije za period od 2017. do 2022. godine. Preuzeto s: <https://vlada.gov.hr/UserDocImages//2016/Sjednice/2017/11%20studeni/69%20sjednica%20Vlade%20Republike%20Hrvatske//69%20-%2011.pdf> (16.10.2020.).

61. Vončina, L., Pristaš, I., Mastilica, M., Polašek, O., Šošić, Z. & Stevanović, R. (2007). Use of preventive health care services among unemployed in Croatia. *Croatian Medical Journal*, 48, 667–74.
62. Whitehead, M. & Dahlgren, G. (2007). *Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1*. Copenhagen: World Health Organization.
63. Zagreb Pride (2018). *Rozi MEGAFON: od Zakona o životnom partnerstvu do ponovnog stvaranja nepovoljnog društvenog i političkog okruženja za LGBTIQ osobe – Izvještaj Zagreb Pridea o stanju ljudskih prava LGBTIQ osoba u Republici Hrvatskoj 2014. – 2017*. Zagreb: Zagreb Pride.
64. Žganec, N. & Miljenović, A. (2011). Multikulturalizam u socijalnom radu. *Revija socijalne politike*, 18 (3), 311–330.
65. Žganec, N. (2019). Neke odrednice razvoja zajednice i promocije zdravlja obitelji, djece i mladih. *Radovi Zavoda za znanstveni rad HAZU Varaždin*, 30, 479–508.

Ivana Tutić Grokša

HEALTH DIFFERENCES IN THE REPUBLIC OF CROATIA – OVERVIEW OF SELECTED VULNERABLE GROUPS

SUMMARY

Health is considered one of the fundamental human rights. Health equity means that every person should be able to reach their full health potential and that no member of any group should be at a disadvantage in achieving that potential. Unfortunately, health differences between different social groups are present in all European countries, including the Republic of Croatia. A health vulnerable group is one that is exposed to health disparities due to lack of resources and/or increased exposure to social risk. In this paper, some of the health vulnerable groups in the Republic of Croatia are singled out – persons of lower socioeconomic status, the elderly, members of national minorities, and members of gender and sexual minorities. In the final part, recommendations for the improvement of practice and proposals for future scientific research are presented, aiming to increase health equity and reduce health disparities.

Key words: *the right to health; health justice; vulnerable groups; minority groups*



Međunarodna licenca / International License:

Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0.