

**"QUO VADIS" HRVATSKA PEDIJARIJA?**

JOSIP GRGURIĆ\*

*Hrvatska pedijatrija se kroz svojih 100 godina razvijala na konceptu jedinstvene pedijatrije integrirane kurativne i preventivne zaštite. Također ona je u sebi sadržavala i snažnu socijalnu notu prilagođavajući svoje djelovanje potrebama djece. Danas na početku novog stoljeća ona se nalazi pred novom dilemom i izazovom. Prihvaćajući Europski program specijalizacije iz pedijatrije dolazi do bifurkacije u drugoj fazi specijalizacije na specijaliste koji će raditi u sekundarnoj i one u primarnoj zdravstvenoj zaštiti djece. Novi zakon o zdravstvenoj zaštiti stanovništva predviđa da poslove zdravstvene zaštite djece na primarnoj razini obavlja pedijatri. Da bi se ta odredba mogla ispuniti potrebno je povećati broj pedijatara koji danas nedostaju u radu primarne zdravstvene zaštite. U radu se daje i kraći prikaz razvoja pedijatrije od struke posvećene liječenju djece do šireg poimanja pedijatrije, koja pored liječenja se zalaže za osiguranje optimalnog rasta i razvoja djece.*

Deskriptori: HRVATSKA PEDIJARIJA, ZAKON O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, PROGRAM SPECIJALIZACIJE

Organizirani oblici pedijatrijske zaštite postoje u svijetu unatrag 200 godina, a u Hrvatskoj od prije 100 godina. Tada je pedijatrija definirana kao struka koja se bavi liječenjem djece (1-4). Izvorno grčki pais paidon znači dijete, a iatrea liječenje. Daljnjim razvojem tijekom 200 godina pedijatrija je evoluirala prema mnogo širem području ne samo bolesti već i zdravlja, pa se prema definiciji UNEPSA-e pedijatrija definira kao zdravstvena briga o ljudskom biću za vrijeme kompletnog rasta i razvoja (5).

Povijesni korijeni današnjeg koncepta zdravstvene zaštite djece

Govoreći danas o tome prema kuda ide hrvatska pedijatrija dobro je utvrditi osnovne crte koje su određivale dosadašnji i današnji njezin razvoj. Da parafraziramo izreku Winstona Churchilla: "Pogled unaprijed zavisi od toga koliko možemo pogledati unatrag". Da bismo mogli naslutiti budućnost, potrebno je

podsjetiti se što se događalo u prošlosti i koje su to glavne točke razvoja pedijatrijske struke. U Hrvatskoj je prvi školovani pedijatar bio Radovan Marković, koji je 1904. godine osnovao prvi dječji odjel u nas u zagrebačkoj Bolnici milosrdnih sestara u Vinogradskoj ulici (6). On se kao narodni zastupnik u Saboru zalaže za novu ulogu liječnika u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, odnosno tada općinskog liječnika, koji po njemu treba djelovati u samom puku i biti mu narodni učitelj i zdravstveni prosvjetitelj.

U analizi prošlosti obično neke događaje vežemo uz ljude, jer konačno ljudi stvaraju povijest, ali valja reći, da je to vrijeme i opće društvene klime u prilog javno zdravstvenog pogleda na bolest i zdravlje te kao posljedica takvog stanja u društvu dolazi do vrlo naprednog reguliranja zdravstvene zaštite naroda, a posebno djece. Tako Zakon o zdravstvu od 25. ožujka 1906. godine, kojeg je predložio tadašnji hrvatski-slavonski-dalmatinski sabor, a potvrdio ga car Franjo Josip I, ima cijeli jedan dio (tzv. odsjek VII., koji sadržava 14 članaka) posvećen čuvanju zdravlja male djece i školske mladeži. Iz njega se vidi jedan izrazito napredan pristup brige zajednice za zdravlje djece s posebnim naglaskom na društvenoj i

socijalnoj dimenziji. Mnogi današnji zakoni o zdravstvenoj zaštiti djece trebali bi prihvatiti taj idejni doseg formuliran na ovim prostorima 100 godina prije.

Izdvajamo posebno 53. članak spomenutog zakona: "O djeci, koja su na dojenju ili koja su predana na othranjivanje i njegovanje, dužna su općinska dotična gradska poglavarstva voditi točan popis i pobrinuti se za češće nadziranje o tom, kako hranitelji djece othranjuju i njeguju, te kakvo je opće zdravlje ove djece, ako općina nema svojeg općinskog liječnika, obavljaju nadzor nad njom djece povjerljivi općinari. O opažanjima prigodom ovog nadziranja valja povremeno izvješćivati nadležnu oblast" (7).

Interesantna je i odrednica članka 50, a koja se odnosi na siromašnu djecu: "Ako su na trošak obvezani siromašni, dužan je općinski liječnik besplatno liječiti oboljelu djecu, dočim trošak za ljekarije nosi nadležna općina, putne pako pristojbe liječnikova zaklada združenih zdravstvenih općina". Veliki značaj u razvoju jedne struke predstavlja formiranje nastavne baze. Tako 1923. godine dolazi do osnivanja Klinike za pedijatriju na Medicinskom fakultetu u Zagrebu,

\*Klinika za dječje bolesti Zagreb

Adresa za dopisivanje:  
Prof. dr. sc. Josip Grgurić  
Klinika za dječje bolesti Zagreb  
10000 Zagreb, Klaićeva 16

a 1908. dolazi do organiziranja izvanbolničke zdravstvene zaštite (Dječji ambulatorij u Zagrebu).

Iza II. Svjetskog rata Hrvatska je imala mali broj pedijatarata i vrlo visoku smrtnost dojenčadi (1949. godine 112%) (8). U takvoj situaciji prihvaća se koncept Svjetske zdravstvene organizacije i UNICEF-a o potrebi za specifičnom zdravstvenom zaštitom majki i djece preko posebno organizirane službe s jednim piramidalnim modelom : dispanzera za primarnu zdravstvenu zaštitu majki i djece, dalje razvijanje intermedijarnih centara koji pružaju i hospitalno zbrinjavanje bolesne djece, ali povezuju i rad primarne zdravstvene zaštite djece, te formiranje Republičkog centra sa zadatkom koordinacije, edukacije kadrova i evaluacije zdravstvene zaštite majki i djece (9, 10). Za takav način rada u dispanzerima provodi se posebna edukacija liječnika opće medicine za rad s djecom, prvo kroz 6 mjesecne tečajevе socijalne pedijatrije, a zatim kroz dvosemestralne poslijediplomske tečajevе za zdravstvenu zaštitu majki i djece. Mnogi od tih tako educiranih liječnika nastavljaju sa daljnjom edukacijom i specijalizacijom iz pedijatrije. Koncept edukacije i rada u dispanzerima temeljio se na dispanzerskoj metodi rada (francuska riječ *dispendere* = širiti), što podrazumijeva aktivni pristup prema populaciji, prije svega preventivno orijentirane službe.

Današnji trenutak hrvatske pedijatrije

Na početku novog stoljeća ponovno je aktualiziran Zakon o zdravstvenoj zaštiti. U prvim reformskim dokumentima i prednacrtima Zakona razmišljanja idu prema tome da pedijatar bude specijalist u sekundarnoj zdravstvenoj zaštiti (11). Treba reći da se Hrvatsko pedijatrijsko društvo takvom konceptu stručno usprotivilo (12).

Hrvatski Sabor izglasao je 2003. godine novi Zakon o zdravstvenoj zaštiti stanovništva Hrvatske (13). Usvojen je prijedlog da pedijatar ostaje u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, ali je isto tako značajno određeno da i specijalist ginekologije brine o primarnoj zdravstvenoj zaštiti žena u svezi trudnoće, te da u timskom radu mogu sudjelovati i drugi stručnjaci, posebno psiholozi, defektolozi i socijalni radnici. Takvo određenje zdravstvene zaštite djece posebno je značajno u nepovoljnim demografskim prilikama u kojima se nalazi Hrvatska, pri čemu je teško očekivati u dogledno vrijeme značajne pozitivne promjene, ali je moguće poboljšati ukupni zdravstveni standard majki i djece ukoliko se i u praksi provede niže navedeni članak 26. Zakona:

čnjaci, posebno psiholozi, defektolozi i socijalni radnici. Takvo određenje zdravstvene zaštite djece posebno je značajno u nepovoljnim demografskim prilikama u kojima se nalazi Hrvatska, pri čemu je teško očekivati u dogledno vrijeme značajne pozitivne promjene, ali je moguće poboljšati ukupni zdravstveni standard majki i djece ukoliko se i u praksi provede niže navedeni članak 26. Zakona:

- "Zdravstvena djelatnost na primarnoj razini provodi se i organizira u timskom radu u kojem sudjeluju najmanje zdravstveni radnik visoke stručne spreme i zdravstveni radnik srednje stručne spreme".
- "Poslove u zdravstvenoj djelatnosti na primarnoj razini obavljaju doktori medicine, specijalisti obiteljske (opće) medicine, medicine rada, školske medicine, epidemiologije, zdravstvene ekologije, javnog zdravstva, doktori stomatologije, magistri farmacije i diplomirani inženjeri medicinske biokemije sa svojim suradnicima".
- "U zdravstvenoj djelatnosti na primarnoj razini poslove zdravstvene zaštite djece obavljaju specijalisti pedijatrije, poslove zdravstvene zaštite žena u svezi s trudnoćom, porođajem, materinstvom, planiranjem obitelji, ranim otkrivanjem malignih bolesti i liječenjem spolno prenosivih i drugih bolesti obavljaju specijalisti ginekologije, a poslove zaštite mentalnog zdravlja obavljaju specijalisti psihijatrije".
- "U provođenju pojedinačnih mjera zdravstvene zaštite u zdravstvenoj djelatnosti na primarnoj razini, a posebno u zdravstvenoj zaštiti radnika, djece predškolskog i školskog uzrasta te zaštiti mentalnog zdravlja sudjeluje i psiholog, logoped i socijalni radnik, odnosno drugi stručnjaci za pojedina specifična pitanja te zaštite".
- "Zdravstveni radnici u zdravstvenoj djelatnosti na primarnoj razini u timskom radu surađuju sa zdravstvenim radnicima drugih specijalnosti u specijalističkoj i bolničkoj zdravstvenoj zaštiti".

Važno je istaći da je svaki Dom zdravlja dužan osigurati zdravstvenu zaštitu djece, što proizlazi iz članka 60. navedenog Zakona: "Dom zdravlja u svom sastavu mora imati obiteljsku (opću) medicinu, stomatološku zdravstvenu zaštitu, zdravstvenu zaštitu žena, dojenčadi i predškolske djece i starijih osoba, zaštitu mentalnog zdravlja i patronažnu zdravstvenu zaštitu". Zakonsko određenje o radu pedijatra u primarnoj zdravstvenoj zaštiti dobra je pretpostavka za daljnje kvalitetno reguliranje zdravstvene zaštite djece. Međutim, dosadašnja praksa je pokazala da se i pozitivno zakonsko određenje često ne provodi zbog otpora promjenama, često iz financijskih razloga i slično. Najveći problem u ovom trenutku nakon donošenja zakona je pitanje osiguravanja daljnjeg školovanja novih pedijatarata.

Prema podacima Hrvatske liječničke komore samo u 3 županije (Primorsko-Goranske, Splitsko-Dalmatinske, Zagrebačke) i u gradu Zagrebu broj pedijatarata u primarnoj zdravstvenoj zaštiti zadovoljava broj osiguranika u predškolskoj dobi (14). U ostalih 17 županija nedostaje pedijatarata i to posebno drastično na područjima Slavonije i Sjeverne Hrvatske. Tako u Brodsko-Posavskoj županiji pedijatrijskom skrbi u primarnoj zdravstvenoj zaštiti pokriveno je svega 33% djece, dok je Vukovarsko-Srijemskoj 43%, u Krapinsko-Zagorskoj 54%, u Osječko-Baranjskoj i Požeško-Slavonskoj 57%, u Varaždinskoj 64%. Prema navedenim izvorima proizlazi da cca 30% predškolske djece je pokriveno primarnom zaštitom sa strane liječnika opće medicine. Grupa autora iz primarne zdravstvene zaštite u posljednjih nekoliko godina prati dobnu strukturu pedijatarata u Hrvatskoj (15). Tako je 2001. godine analizirana dob 265 pedijatarata od ukupnog broja 276 u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, dok je ukupni broj pedijatarata u Hrvatskoj te godine iznosio 602. Od ukupnog broja pedijatarata u primarnoj zdravstvenoj svega 4% bilo je mlađe od 39 godina, a starijih iznad 60 godina bilo je 17%.

Prema podacima iz 2003. godine iz Hrvatske liječničke komore broj pedijatarata bio je 251, što u odnosu na broj prije 2 godine iznosi smanjenje za 9%. Isti autori napravili su i prognozu s obzirom na

odljev pedijatarata imajući u vidu postojeću dobnu strukturu. Prema toj procjeni u Hrvatskoj bi za 5 godina bilo 20% manje pedijatarata, što znači da bi svega 50% djece predškolske dobi bilo u pedijatrijskoj skrbi. Kako se sve donedavno i specijalizacija obiteljskog liječnika nije provodila, to cca 75% djece je u skrbi liječnika opće prakse bez specijalizacije iz obiteljske medicine. Svi ovi pokazatelji rječito govore da je potrebno opet pokrenuti cijelo naše pedijatrijsko društvo u smislu ponovne senzibilizacije javnosti i Vladinih tijela za podršku za otvaranje novih specijalizacija iz pedijatrije za primarnu zdravstvenu zaštitu. Kao što je bilo uspješno mobiliziranje i usmjeravanje aktivnosti u smislu zakonskog određenja položaja pedijatra, očito da takav model senzibilizacije javnosti može dovesti i do drugog koraka otvaranja novih specijalizacija iz pedijatrije.

Budući razvoj Hrvatske pedijatrije

Daljnji razvoj hrvatske pedijatrije omeđen je sa slijedećim odrednicama:

- utjecaj tradicionalnog razvoja;
- današnje potrebe djeteta;
- europski standardi;
- međunarodni standardi (Konvencija o pravima djece).

Upravo na tim temeljima potrebno je educirati budućeg pedijatra i organizirati zdravstvenu zaštitu djece. Nalazimo se u vremenu kad je pred nama vrlo odgovorni posao budućeg programa specijalizacije iz pedijatrije koji treba biti okrenut novim izazovima i potrebama djece. Rekli smo u prijašnjim poglavljima kako se pedijatrija danas definira kao zdravstvena briga o ljudskom biću za vrijeme kompletnog rasta i razvoja. Prema tome, osnovni cilj današnje pedijatrije je osigurati svakom djetetu optimalno zdravlje.

U stvaranju nove paradigme o zdravlju djeteta potrebno je ispunjenje nekih bitnih uvjeta, koji pored nasljedne komponente utječu na zdravlje:

- *Demografski razvoj* - Hrvatska se nalazi u fazi depopulacije, te briga za pozitivnim demografskim trendo-

vima mora dobiti prioritet ne samo u smislu stvaranja optimalnih materijalnih uvjeta za dijete, već i stvaranju odgovarajućeg vrijednosnog sustava (16).

- *Ekološki čimbenik* - narušavanje ekoloških uvjeta nepovoljno djeluje na ljudsko zdravlje, u čemu su posebno ugrožena djeca, kao najvulnerabilniji dio populacije (17).
- *Socijalno blagostanje* - pretpostavka zdravlju - od pojave prvih socijalnih medicinara istaknuta je ta relacija. Posebno je značajna ta komponenta za osiguravanje skladnog rasta i razvoja djece (18).
- *Obitelj* - ne određuje dijete samo genetski, već socijalno, odgojno i kulturalno. Prema tome potrebna je mnogostruka pomoć, posebno rizičnim obiteljima.
- *Razvojna komponenta* - određuje specifičnost i vulnerabilnost djeteta od intra-uterinog, te kasnije postnatalnog razvoja (19).
- *Zdravstvena zaštita* - djece mora biti okrenuta tim širim problemima djece, te biti izgrađena na holističkom i intersektorskom pristupu (20).
- *Zajednica* - u kome će dobrobit djece biti ne samo deklarativni stav, već i indikator općeg standarda življenja, demokracije i dobrog upravljanja (21).

Novo formulirana regionalna strategija SZO-a, koju je usvojio Regionalni komitet za Europu na 48. zasjedanju 1998 godine okrenuta je izazovima novog stoljeća a nazvana "Euro zdravlje 21". U svojih 21 točaka ona je okrenuta promociji zdravlja. Posebno ističemo 3 cilj u kojima se zalaže za zdravlja djece i mladih. Cilj 3 glasi: zdravi start u život, što podrazumijeva da će do 2020. sva novorođenčad, dojenčad, predškolska i školska djeca u regiji imati bolje zdravlje, te osiguran zdravi start u život (22). Problemu ranog razvoja djece i Svjetska banka daje prioritet, kao najrentabilnijoj investiciji u društvu, te preporučuje Vladi da usmjere svoja ulaganja stimulirajući rani razvoj djeteta (23).

Novi program specijalizacije izazov budućnosti

Nalazimo se pred vratima ujedinjene Europe u kojoj se nastoje uskladiti mnoga područja ljudske djelatnosti, uspostaviti bolja komunikacija i izmjena informacija, ideja i kadrova. U medicini se usklađuju curriculumi fakultetske edukacije, ali i specijalizacije iz pedijatrije, koja će omogućiti jednaku kvalitetu zdravstvenog standarda svim ljudima, a taj će jedinstveni standard edukacije omogućiti i bolji protok kadrova. Zbog svega toga važno je da i Hrvatska uskladi svoj sadržaj specijalizacija s Europom.

Europski odbor za pedijatriju (European Board of Paediatrics) izradio je prijedlog programa specijalizacije, koje je usvojila Europska konfederacija specijalista pedijatrije (CESP) (24). Usporedno s Europskim prijedlozima za poboljšanje edukacije budućih pedijatarata, slična razmišljanja postavljaju se i u Sjedinjenim američkim državama (25-27). SAD također imaju u primarnoj zdravstvenoj zaštiti djece pedijatra. Iako je njihova pedijatrija bila dosta kurativno usmjerena u posljednje vrijeme vide značajne promjene u smislu preventivnih mjera. Tako je 1994. godine bilo 20% posjeta pedijatru sa strane djece do 15 godina zbog praćenja zdravlja djece, da bi se 2001. godine broj tih preventivnih posjeta povećao na 30% (28, 29).

Europski prijedlog programa specijalizacije iz pedijatrije predviđa produženje vremena specijalizacije pedijatrije na 5 godina, s time da postoji 3-godišnji zajednički program (temeljna obuka), a iza toga bifurkacija na dvogodišnji program iz sekundarne pedijatrije ili primarne zdravstvene zaštite.

- Specijalizacija iz pedijatrije - temeljna obuka
  - U programu je predviđeno stjecanje temeljnih znanja i iskustva procjeni somatskog, socijalnog, psihološkog i intelektualnog razvoja djece i adolescenata, kao i o etiologiji, patogenezi, patofiziologiji, simptomatologiji, dijagnostici, diferencijalnoj dijagnozi, terapiji, rehabilitaciji i prevenciji poremećaja i bolesti, kongenital-

nih kao i onih koje se javljaju u djetinjstvu i adolescenciji (30).

- Program specijalizacije - sekundarna pedijatrijska zaštita
  - Specijalizacija iz sekundarne pedijatrijske zaštite slijedi nakon temeljne pedijatrijske obuke. Cilj je tog dijela specijalizacije stjecanje šireg znanja i iskustva, diferencijalnoj dijagnozi, terapiji, rehabilitaciji i prevenciji poremećaja i bolesti te svladavanje tehničkih vještina potrebnih za rad u bolničkim i ambulantnim uvjetima rada s djecom i adolescentima. Specijalizacija za sekundarnu pedijatrijsku zaštitu može uključivati i dijelove subspecijalističke edukacije, koja je dio posebnog curriculuma subspecijalizacije iz tercijarne pedijatrijske zaštite. Poželjno je da se taj oblik edukacije, iako je vrijeme ograničavajući čimbenik, provodi u sveučilišnim centrima koji su orijentirani prema tercijarnoj zaštiti.
- Program specijalizacije za primarnu i ambulantnu pedijatrijsku zaštitu
  - Što se tiče programa za primarnu zdravstvenu zaštitu, razinu specijalnosti definira svaka država, ovisno o mreži zdravstvene službe i povezanosti različitih specijalnosti. U Europi postoje različiti modeli primarne zdravstvene zaštite djece. Prema anketi koju je proveo Katz, a obuhvatila je 34 zemlje Europe, pedijatar pokriva primarnu zdravstvenu zaštitu djece u 12 zemalja, u 6 zemalja to čini liječnik opće medicine, dok je u 16 zemalja tzv. kombinirani sustav (pedijatar i liječnik opće medicine) (30).

Naprijed je istaknuto da se Hrvatska zakonom obvezala da će zdravstvenu zaštitu djece na primarnoj razini vršiti pedijatar, pa u skladu s tome treba usmjeriti pedijatrijsku edukaciju. U Europskom prijedlogu specijalizacije za takav opseg djelovanja kaže se da pedijatar u primarnoj ili ambulantnoj zaštiti mora detaljno poznavati široki spektar pedijatrijskih problema. Međutim okolnosti su druga-

čije. Pedijatar u ovoj vrsti prakse neće se susresti s velikim brojem rijetkih stanja i glavni će izazov biti najčešći zdravstveni problemi, odnosno briga o rastu i razvoju djece. Poseban akcent stavlja se i na praćenje i zaštitu djece s kroničnim bolestima. Curriculum treba uključivati stjecanje iskustva za slučaj nezgoda i hitnih stanja, uz mogućnost usavršavanja u brzom prepoznavanju bolesnog djeteta s rijetkim poremećajem, kojeg će poslati pedijatru s većim mogućnostima dijagnostike.

Curriculum specijalizacije primarne pedijatrije, citiramo "ističe dinamiku, ekologiju i obiteljsko okruženje" (30). Specijalistima u tom programu osobito je važno dobro razumijevanje epidemiologije jer općenito određuje uvjete življenja, posebno epidemiologije zaraznih bolesti i promjene epidemioloških pokazatelja kao posljedice cijepljenja i uporabe antibiotika. Odnos pedijatrije i socioekonomskih uvjeta važan je za sve pedijatre, ali osobito za one koji rade u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Važno je istaći da je adekvatnu edukaciju za primarnu zdravstvenu zaštitu moguće provesti na svim mjestima gdje žive i borave djeca, to će reći: u ambulantama ili ordinacijama, kliničkim centrima, sveučilišnim i edukativnim ustanovama, školama i vrtićima uz spremnost na suradnju s drugim ustanovama socijalne i prosvjetne službe itd. Zaključno se može reći da u Hrvatskoj, koja bilježi sve manje djece, potrebno je osigurati novorođenoj djeci što bolje zdravlje te je orijentacija na pedijatra u primarnoj zdravstvenoj zaštiti dobra pretpostavka u osiguranja tog cilja.

#### Zaključak

- Novi zakon o zdravstvenoj zaštiti stanovništva u RH, izrijekom je naglasio, da u zdravstvenoj djelatnosti na primarnoj razini poslove zdravstvene zaštite obavljaju specijalisti pedijatrije.
- Na području Hrvatske u 17 županija prema evidenciji Hrvatske liječničke komore nedostaju pedijatri u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, posebno na području Slavonije i Sjeverne Hrvatske. Zbog toga bi trebalo u narednom

periodu jače senzibilizirati javnost i nadležna društvena tijela za rješavanje tog problema.

- Pored povećanja broja pedijatara u primarnoj zdravstvenoj zaštiti potrebno se izboriti za primjereniji broj djece u pedijatrijskoj skrbi, kako bi se moglo adekvatnije provoditi zdravstveno zbrinjavanje djece predviđeno Programom mjera zdravstvene zaštite.
- Važno je pristupiti i usklađivanju programa specijalizacije za primarnu zdravstvenu zaštitu s Europskim standardom specijalizacije, kojim je predviđeno trajanje specijalizacije od 5 godina i to 3 godine zajedničkog programa, a zatim kroz dvije godine posebnu edukaciju za sekundarnu, odnosno primarnu zdravstvenu zaštitu.

#### LITERATURA

1. Zakon o zdravstvenoj zaštiti. Narodne novine 2003; 121: 4470-96.
2. Ballabriga A. One Century of Pediatrics in Europe. In: Nickols BI, Ballabriga A, Kretchmer N. (eds.) History of Pediatrics. New York: Raven Press. 1991.
3. Manciau M. History of Social Pediatrics in Europe. Proceeding of the European Congress of Social Pediatrics. Lisboa 1991.
4. Rede T, Juretić M. Povijest zdravstvene zaštite djece. U: Juretić M, Balarin L. I sur. Pedijatrija za više medicinske sestre. Split, Klinička bolnica 1995; 1-4.
5. UNEPSA. Pediatrics in Europe 1991; 1.
6. Dugački V, Radovan Marković. Liječničke novine srpanj 2003; 23: 47.
7. Zakon o zdravstvu usvojen po hrvatsko-slavonsko-dalmatinskom saboru i potvrđen u Schonbrunnu od cara Franje Josipa Prvog 25 ožujka 1906 godine.
8. Mujkić A, Rodin U, Šogorić S, Vuletić G. 125 godina dojenačke smrtnosti u Hrvatskoj (1874-1999) Liječ. Vjesnik 2004; 126: 1-6.
9. Grgurić J, Rister Šokčević A, Švel I, Trenc S, Nikpalj B, Vukelić S. Zdravstveno stanje i zdravstvena zaštita majke i djeteta. U: Popović B, Letica S, Škrbić M (ur) Zdravlje i zdravstvena zaštita. ZAGREB. Jumena 1981; 231-51.
10. Grgurić J. Trideset godina rada Zavoda u unapređenju zdravstvene zaštite majki i djece. Arhiv ZMD 1982; 1: 1-7.

11. Grgurić J. Za novu strategiju zdravstvene zaštite djece u Hrvatskoj. Paediatr Croat 2001; 45: 45-6.
12. Reforma zdravstva. Strategije i plan reforme zdravstvenog sustava i zdravstvenog osiguranja Republike Hrvatske. Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske, lipanj 2000.
13. Zakon o zdravstvenoj zaštiti stanovništva. Narodne novine, srpanj 2003.
14. Hrvatska liječnička komora. Odnos broja potrebnih i postojećih ordinacija za predškolsku djecu. www.hlikom.hr.
15. Jovančević M. Wickerhauser-Majer T. Kostinčević A. Pedijatrijska primarna zdravstvena zaštita. Savjetovanje o primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Medicina i tehnika. Zagreb 2003.
16. Wertheimer-Baletić A. Depopulacija i starenje stanovništva temeljni demografski procesi u Hrvatskoj. Druš. Istraž. 2004; 72-73: 631-53.
17. AAP (American Academy of Pediatrics) Ambient Air Pollution: Health Hazards to Children. Pediatrics 2004; 114: 1699-705.
18. Marmot M. Bobak M. Smith G.D. Explanations for Social Inequalities in Health in: Benjamin C. Amick I. (eds) Society and Health. New York Oxford University Press 1995; 172-210.
19. Grgurić J. Oprimalizacija ranog razvoja dječepretpostavka zdravlja odraslih Medix:2004; 10 (supl 2): 15-8.
20. AAP (American Academy of Pediatrics) Classifying Recommendations for Clinical Practice Guidelines. Pediatrics 2004; 114 (3): 874-7.
21. Grgurić J. Zdravlje djece na početku 21 stoljeća. Dijete i društvo 2003; 3-4: 247-55.
22. Euro-Health 21. WHO Copenhagen 1998.
23. Young M.E. From Early Child Development to Human Development Washington The World Bank 2002.
24. Europski program specijalizacije iz pedijatrije. Zagreb. Robi graf, 2002.
25. Cheng T. Primary Care Pediatrics: 2004 and Beyond. Pediatrics 2004; 1802-9.
26. Nichols V, Bianchi D. Prenatal Pediatrics: Traditional Specialty Definition No Longer Apply. Pediatrics 1996; 57 (5): 729-33.
27. Starfield B. On Continuing of Care in Pediatric Training. Pediatrics 2004; 114 (4): 1082-984.
28. Moyer V. Butler M. Gaps in the Evidence for Well-Child Care: A Challenge to Our Profession. Pediatrics 2004; 114 (6): 1511-18.
29. Zuckerman B. Stevens G. Inkelas M. Halton N. Prevalence and Correlates of High-Quality Basic Pediatric Preventive Care. Pediatrics 2004; 114 (6): 1522-8.
30. Katz M., Rubino A., Collier J, Rosen J, Ehrlich JH: Demography of Paediatric Primary Care in Europe: Delivery of Care and Training, Paediatrics 2002; 109: 788-90.

### *Summary*

"QUO VADIS" CROATIAN PEDIATRICS?

*J. Grgurić*

*Croatian pediatrics has been developing, through its 100 years, on a concept of the unique pediatrics integrating curative and preventive care. Also, it has a strong social component by adjusting itself to the needs of the children. Today, on the beginning of the new millennium it faces new dilemmas and challenges. By accepting the new European program of specialization in pediatrics we are going to have a diversity in the second part of the specialization; for pediatricians who are going to work in the secondary and the ones in the primary care. The new Medical Care Law states that primary medical care of the children is within pediatrician's responsibility. In order to fulfill that, it is necessary to increase the number of pediatricians in primary care. In this article, you can read the short review of development of the pediatrics, from the profession devoted to the medical treatment of sick children to the one devoted to ensure all children have optimal conditions for normal growth and development.*

Descriptors: CROATIAN PEDIATRICS, MEDICAL CARE LAW, PROGRAM OF SPECIALIZATION