

**IZDAVAČ**

HRVATSKA UDRUŽBA OBITELJSKE MEDICINE  
CROATIAN ASSOCIATION OF FAMILY MEDICINE  
Zagreb 10000, Rockefellerova 4

**VIJEĆE ČASOPISA-EDITORIAL COUNCIL  
MEDICINA FAMILIARIS CROATICA**

Zdravko Ebling, Davor Ivanković,  
Želimir Jakšić, Milica Katić, Eris Materljan,  
Mirjana Rumboldt, Mladenka Vrcić-Keglević

**GLAVNI UREDNIK – EDITOR IN CHIEF**

Rajka Šimunović  
10000 Zagreb, Rockefellerova 4 ili  
10001 Zagreb, P.P.509  
tel. +385 (034) 271 494,  
fax. +385 (034) 312 285  
E-mail:branko.simunovic1@po.t-com.hr

**TAJNIK-SECRETARY**

Zlata Ožvačić  
10000 Zagreb, Rockefellerova 4 ili  
10001 Zagreb, P.P.509  
tel. +385 (01) 2902 495, fax. +385 (01) 2902 495

**UREĐIVAČKI ODBOR -  
EDITORIAL BOARD**

Ljiljanka Jurković, Suzana Kumbrija,  
Dragomir Petric, Mirica Rapić, Hrvoje Tiljak,  
Nevenka Vinter Repalust, Davorka Vrdoljak

**GRAFIČKI UREDNIK –  
GRAPHICAL EDITOR**

Alma Šimunec-Jović

**UMJETNIČKI SAVJETNIK –  
ART CONSULTANT**

Hrvoje Vuković

**FOTOGRAFIJA NA NASLOVNICI:**

Vlado Bjelajac

Časopis izlazi 2 puta godišnje. Radovi se šalju na adresu  
Uredništva:

Medicina familiaris Croatica,  
Zagreb, P.P. 509, 10001 Zagreb

Journal is published in two times a year.

Articles for submission should be sent to:  
Medicina familiaris Croatica, P.P. 509, 10001 Zagreb

Godišnja pretplata za časopis iznosi: 150 kuna  
(pojedinačna cijena izdanja 75 kuna)

Broj žiro računa: 2360000-1101478397

Broj deviznog računa kod Zagrebačke banke:  
30101-620-16 2343006959

Godišnja članarina HUOMA (uključivo pretplatu časopisa)  
iznosi: 200 kuna

Matični broj izdavača – HUOM-a: 0179515

web site: www.huom.hr

Rješenjem Ministarstva znanosti i tehnologije. Ur. Broj 533-08-  
96-2/96 časopis je priznat kao znanstvena i stručna publikacija  
na području obiteljske medicine.

**UVODNIK**

Stanje u zdravstvenom sustavu- pogled iz primarne  
zdravstvene zaštite/obiteljske medicine

*Current status of the health system- a view from  
primary health care/family medicine*

Željko Bakar ..... 3

**IZVORNI RADOVI**

Utjecaj etiketa upozorenja na dnevni unos soli i  
arterijski tlak

*Influence of warning labels on daily salt consumption and  
arterial pressure*

Nina Pinjuh Markota, Edita Černi Obrdalj, Amra Zalihić,  
Mirjana Rumboldt ..... 8

Postoje li razlike u broju kućnih posjeta u ruralnim i  
urbanim regijama RH? 1995.-2014.

*Are there differences in the trends of home visits between  
rural and urban regions in Croatia?1995-2014*

Hida Javorić, Mladenka Vrcić Keglević ..... 14

Uzroci loše kontrole hipertenzije u obiteljskoj medicini  
*Causes of poor hypertension control in family medicine*

Nina Janjić Zovko, Mirjana Rumboldt ..... 21

Razlike u organizaciji i funkcioniranju obiteljske medicine  
u Brodsko-posavskoj županiji u odnosu na Republiku  
Hrvatsku?

*Differences in the organizational structure and  
functioning of family practice in Brodsko-posavska County  
and Republic of Croatia*

Mladenka Vrcić Keglević, Danijela Daus- Šebečak ..... 30

**STRUČNI RADOVI**

Profilaksa migrenskih glavobolja lamotriginom i  
topiramatom

*Lamotrigine and topiramate in the prophylaxis of  
migraine headaches*

Irena Gašparić, Mateja Bošković ..... 39

Zbrinjavanje kardiovaskularnih čimbenika rizika u bolesnika s teškim psihičkim bolestima <i>Management of cardiovascular risk factors in patients with severe mental diseases</i>	
Suzana Maltar Zorić .....	48
Projekt specijalizacije iz obiteljske medicine: poslijediplomski specijalistički studij <i>Family medicine specialization project: postgraduate course insights</i>	
Mladenka Vrcić Keglević, Hrvoje Tiljak .....	54
Pokretanje doma za starije i nemoćne u Požeško-slavonskoj županiji <i>Investing in home for elderly and disabled persons in the Požeško-slavonska county</i>	
Ana Asančaić, Olga Plazibat, Ivan Vukoja, Marko Vukoja ....	61
<b>PRIKAZI PACIJENATA</b>	
Uloga rehabilitacije (motivacije) na oporavak pacijenta kod hipoksičnog oštećenja mozga nakon epileptičkog napadaja / <i>The role of rehabilitation (motivation) in patient's recovery after hypoxic cerebral damage caused by epileptic seizure</i>	
Vesna Tabak, Mladenka Vrcić Keglević .....	67
Kontaktni dermatitis / <i>Contact dermatitis</i>	
Tatjana Cikač, Kristina Sambol .....	72
<b>OBNOVIMO ZNANJE</b> .....	76
<b>PRIKAZ KNJIGE</b>	
Obiteljska medicina 2. preuređeno i prošireno izdanje .....	78
<b>IZVJEŠĆA I NAJAVE</b>	
XXII . Kongres HUOM-a Varaždin 2015. ....	80
Wonca World Rural Health Conference-Dubrovnik 2015. ....	81
Izvješće s WONCA EUROPE 2015. ....	83
XXIII. kongres HUOM-a Osijek 2016. ....	84
<b>Upute autorima</b> .....	85



## Stanje u zdravstvenom sustavu - pogled iz primarne zdravstvene zaštite/obiteljske medicine

### *Current status of the health system – a view from primary health care/family medicine*

#### Sažetak

U ovom je osobnom stavu ukazano na neke probleme skupog i neefikasnog zdravstvenog sustava u Republici Hrvatskoj te ukazano na moguća rješenja, s posebnim osvrtom na primarnu zdravstvenu zaštitu i obiteljsku medicinu.

**Ključne riječi:** zdravstveni sustav, ekonomika u zdravstvu, Hrvatska, obiteljska medicina

#### Summary

This personal point of view presents some issues of expensive and ineffective health care system in the Republic of Croatia and offers some solutions with a special emphasis on primary health care and family medicine.

**Key words:** health system, health economics, Croatia, family medicine

Gotovo 40 godina od početka sistematskog rada u obiteljskoj medicini izgleda mi da se nismo makli dalje od početka. Nakon bezbrojnih reformi i pretvorbi stiže se dojam da smo davnih godina radili više, drugačije i uspješnije. Obiteljska medicina (OM) i primarna zdravstvena zaštita (PZZ) i dalje ostaju neatraktivne grane medicine, a uistinu, zbog specijalističkih usitnjavanja medicinskih struka, jedine zaslužuju naziv „kraljice medicine“, jer sveobuhvatno promatraju pojedinca i njegovo okruženje. Na žalost, ni kreatori zdravstvenog sustava niti kliničari, a dijelom ni liječnici OM i PZZ, ne prihvaćaju ovakav stav koji bi omogućio racionalizaciju sustava i podigao ugled, učinkovitost i zadovoljstvo djelatnika u OM.

#### Što opterećuje svaki, a posebno hrvatski zdravstveni sustav?

- 1. Starenje populacije.** Kao i u drugim razvijenim društvima, tako i u nas populacija stari. Rezultat je to, s jedne strane produljenja životnog vijeka, a s druge pada nataliteta zbog više uzroka.
- 2. Razvoj kroničnih nezaraznih masovnih bolesti.** Uz starenje populacije neminovno dolazi do porasta učestalosti kroničnih nezaraznih masovnih bolesti (KNMB), posebno krvožilnih (npr. arterijska hipertenzija), metaboličkih (npr. dijabetes) i degenerativnih (npr. artroza). Ta prevalencija dijelom raste i zbog slabe preventivne aktivnosti u PZZ, jer obiteljski liječnik (LOM) naprosto nema dovoljno vremena da se posveti preventivnim mjerama. Takve mjere su osim toga neatraktivne jer donose promjene/poboljšanje zdravstvenog stanja populacije tek nakon dužeg vremena pa nisu ni odgovarajuće stimulirane.
- 3. Povećanje zdravstvene potražnje.** Ranije navedene činjenice dovode do povećanja zdravstvene potražnje. Dodatnu potražnju potiču i:
  - *zdravstvena neprosvijećenost populacije*, pa se zdravstvena zaštita „troši“ neracionalno na banalna pa i nezdravstvena stanja te na nestručne „želje“. Samopomoć se ne koristi iz neznanja i nepoznavanja funkcioniranja zdravstvenog sustava, njegovih mogućnosti i racionalnog slijeda postupaka;
  - *prevelika populacija u skrbi LOM-a*, koji ne može primjereno prihvatiti i racionalno razvrstati rastuću potražnju, a taj pritisak se

onda prelijeva u sekundarnu specijalističko konzilijarnu zdravstvenu zaštitu (SKZZ) i tercijarnu razinu;

- *nedefinirana podjela rada između PZZ i SKZZ* - nije određeno koja stanja se trebaju u potpunosti rješavati u PZZ, a koja u SKZZ. A upravo bi se ona najčešća (tj. KNMB) trebala većinom rješavati u PZZ;
- *nedefinirana prava na zdravstvenu zaštitu* („što je ZZ dostupnija, to se više rabi i troši“);
- *nedefinirani položaj i ovlasti PZZ*, odnosno LOM-a unutar zdravstvenog sustava;
- *slabo, neodređeno i nestimulativno korištenje znanja i opreme* koji su primjereni PZZ (npr. ekg, ultrazvuk, temeljne laboratorijske pretrage), čije bi odgovarajuće korištenje smanjilo prelijevanje u SKZZ;
- *destimuliranje razvoja PZZ* - plaćanje kroz „glavarinu“ nije dovoljno ni za tekuće održavanje, a pogotovo ne za razvoj one opreme, znanja i vještina koja su primjerena LOM-u. U takvim okolnostima LOM ne rješava 70-80 % zdravstvenih potreba, već tek 50-60%, a ostalo se većim dijelom bespotrebno kanalizira u SKZZ. Ovdje ni SKZZ nije nevin:

zbog tendencije da bude PZZ, a ne njezin „servis“, bespotrebno naručuje potrošače - pacijente na nove kontrolne i dijagnostičke postupke, mimo LOM-a odnosno PZZ,

zbog svega navedenog PZZ ne djeluje kao „čuvar ulaza“ (engl. *gate keeper*) u više razine zdravstvenog sustava i ne može izvršiti svoj osnovni zadatak - rješavanje najčešćih zdravstvenih problema, najjeftinije i najracionalnije.

4. **Ulaz u više razine ZZ** otvoren je i preko neiskusnih djelatnika u hitnoj medicinskoj pomoći (HMP) i u hitnim bolničkim odjelima (HBO), koji usto ne poznaju pacijente i nemaju uvid ni u cjelovitost problema, niti u dosadašnju obradu.

5. **Zbog svega navedenog opterećuje se SKZZ i povećava broj hospitalizacija**, što je vidljivo iz statističkih podataka Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (HZZO).
6. **SKZZ i bolnička zaštita**, zbog deduktivne metode rada, dodatno šire spektar pretraga kroz interne uputnice ili vraćaju pacijenta LOM-u po novu uputnicu za daljnju obradu.
7. **Krug se tako vrti do beskonačnosti**, šire se i indiciraju nove pretrage, gomilaju skupi postupci i liječenje, produžuju liste čekanja, a zdravstveno stanje populacije ne pokazuje pozitivne pomake.
8. **Sve zapravo počinje** od činjenice da se najčešće zdravstvene potrebe, a to se upravo odnosi na KMNB, ne rješavaju na razini PZZ.
9. **Radi se o odljevu rješavanja** tih stanja i potreba iz PZZ u više razine zdravstvenog sustava koji za takvu „navalu“ potražnje trebaju sve veće kadrovske, tehnološke i smještajne kapacitete pa postaju neracionalni i financijski neodrživi.
10. **U isto vrijeme ova bespotrebna potražnja uzima mjesto stvarno potrebnim intervencijama**, pa teška stanja dugo čekaju na rješavanje (npr. „liste čekanja“). To se najbolje vidi iz velikog broja nepodignutih i malog broja patoloških nalaza.

Rezultat je neracionalan sustav, koji je glomazan i vrlo skup, u kojem se vrte nalazi i pretrage, a ništa se ne mijenja u zdravlju populacije. Sustavu nedostaje racionalna i objektivizirana podjela rada unutar pojedinih razina pa se ne koriste najjeftinija i najdjelotvornija rješenja. Primjerice, arterijsku hipertenziju obrađuju i liječe kardiolozi, a jednostavni dijabetes tipa 2 dijabetolozi, pacijenti s artrozom obilaze ortopede i fizijatre, dok gastroezofagusnu refluksnu bolest, čija prevalencija u prosječnoj populaciji iznosi do 80%, gastroskopiraju i liječe gastroenterolozi, bolna leđa liječe fizijatri, ortopedi i neurokirurzi, debele liječe endokrinolozi, a alkoholičare psihijatri, neurolozi, internisti raznih sub-specijalnosti, itd. Sva su ta stanja dobrim dijelom

vezana uz način života i starenje, čiju primarnu prevenciju predstavlja promjena načina života od mladosti, a sekundarnu prevenciju i liječenje treba mahom provoditi u PZZ.

## Što treba učiniti?

### 1. Na razini populacije:

**Edukacija** – podizanje zdravstvene kulture naroda (velika akcija u populaciji i medijima) o rješavanju najbanalnijih zdravstvenih problema, o samoliječenju i samopomoći, o presudnoj ulozi odabranog obiteljskog liječnika, o svrsishodnom korištenju zdravstvene zaštite (prava, vidovi i razine) te o osobnoj odgovornosti za zdravstveno stanje i načinu života. Glede toga valja:

- *razmisliti o odgovornosti za nezdrav život i ponašanje*, te neodgovornost povezati sa sudjelovanjem u dijelu troškova nastalih zbog rizičnog ponašanja;
- *razmisliti o participaciji* koja bi trebala biti takva da s jedne strane odvraća od banalne i nepotrebne zdravstvene potražnje, a s druge da bude dodatni prihod osiromašenim zdravstvenim ustanovama;
- *razmisliti o nekoliko vrsta polica zdravstvenog osiguranja* ovisno o rizicima i mogućnostima, jer je sustav presiromašan za deklarirani opseg prava, nisu svi dužni snositi troškove nezdravog života pojedinca (solidarnost ima granice), nijedno društvo nije tako bogato da visoko sofisticiranom opremom i znanjem rješava banalne prohtjeve u zdravstvenim potrebama („želje“ i nestručne indikacije treba izravno plaćati), prijedloge odluka o korištenju zdravstvenog sustava trebaju donositi visokoobrazovani i odgovorni zdravstveni profesionalci uz obrazloženje i u dogovoru s osiguranicima, svojim bolesnicima.

### 2. Na razini zdravstvenog sustava

- *reafirmirati PZZ i OM* kao najjeftiniji, najracionalniji, sveobuhvatan i najznačajniji vid

zdravstvene zaštite, u kojem se rješava 80% zdravstvenih potreba (široka društvena aktivnost na svim razinama i kroz medije),

- *vratiti PZZ-u ulogu čuvara sustava i voditelja kroz sustav*,
- *promijeniti dosadašnji stav i mišljenje* da su SKZZ i bolnice ne samo vrlo važan, već i presudan dio zdravstvenog sustava (posebno mediji i građanstvo),
- *stručno dogovoriti striktnu podjelu rada* između PZZ i viših razina,
- *taksativno dogovoriti* koja se zdravstvena stanja rješavaju na kojoj razini.

### 3. Na razini PZZ

- LOM pretvoriti u pravog i jedinog čuvara ulaza i vodiča kroz zdravstveni sustav putem:
- *edukacije - specijalizacije* i rad uz iskusne kadrove zdravstvene skrbi, stjecanje vještina i iskustva za samostalnost,
- *smanjenja populacije u skrbi* povećanjem broja ordinacija,
- *stimuliranja svih vrsta preventivnog rada* (programski pristup sredstvima lokalne samouprave),
- *stimuliranja uvođenja novih metoda i tehnologija* primjerenih PZZ,
- *poticanja grupnih i skupnih praksi* te dispanzerskih metoda u PZZ (prema patologiji i afinitetima liječnika i korištenjem prikladnih tehnologija),
- *stimuliranja otvaranja ordinacija* vlastitim sredstvima u manjim sredinama i ustanova za zdravstvenu skrb u OM,
- *poticanja zapošljavanja mladih* kod iskusnih liječnika te rada u i s populacijom u skrbi, a destimuliranje „činovničkog“ stila rada u OM,
- *smanjenja, tj. destimuliranja/zabrane slanje nekompliciranih stanja KMNB u više razine ZZ; PZZ učiniti osnovnom i definitivnom razinom*

za rješavanje većine zdravstvenih potreba (npr. KNMB - I10, E14, J45, M15, M54..) kroz gore navedeno, - sprječavanja da HMP i HBO budu ulaz u zdravstveni sustav „na mala vrata“, - onemogućavanja upućivanja iz PZZ u SKZZ bez prethodne obrade i odgovarajućeg stručnog upita,

- *osiguravanja LOM-u dostupnost naprednim tehnologijama* u skladu s kliničkim smjernicama, a bez bespotrebnih mišljenja SKZZ,
- *poticanja zapošljavanja iskusnih liječnika* u službi hitne pomoći SHP, osobito specijalista OM s multidisciplinarnim znanjem,
- *reafirmiranja i stimuliranja kućnog liječenja* i povećanja prava na kućnu njegu,
- *redefiniranja uloge PZZ i OM* u provedbi nacionalnih programa i palijativne skrbi - veći oslonac i uloga,
- *povećanja udjela zdravstvenog „kolača“* za PZZ sa 13 na 20%, uz omogućavanje razvoja i investicijskog ulaganja,
- *promjene zakona o ZZ - riješiti problem opstanka i razvoja ordinacija u PZZ* (npr. nasljeđivanje, promjena statusa u ustanovu za zdravstvenu skrb),
- *revizije svrsishodnosti koncesija u PZZ* - samo zakup,
- *razmatranja opstanka sadašnjeg doma zdravlja* kao neučinkovite i financijski neodržive institucije prošlosti (koji EU ne poznaje, a PZZ funkcionira) – pretvorbom u grupne prakse ili dijagnostičke centre bliže populaciji.

Težište treba biti na razvoju učinkovitosti PZZ i rješavanju velike većine zdravstvenih potreba u PZZ, koja je za to spremna i osposobljena, a specijalisti OM su jedina medicinska struka educirana za probleme multimorbidnosti i jedina struka koja sveobuhvatno pristupa pacijentu.

#### 4. Na razini SKZ i bolničke zaštite

##### Edukacija:

- o podjeli rada između polikliničko-konzilijarne zaštite (PZZ), PKZ i bolničke zaštite,
- o oslanjanju na PZZ
- o mogućnostima i opsegu rada, položaju i značaju zaštite u PZZ,
- o statusu PKZ kao „servisu“ PZZ, a ne kao službi za praćenje stanja, jer je to u domeni PZZ. Ovo je važno jer liječnici u PKZ nemaju osnovna znanja o opsegu rada i mogućnostima PZZ. Primjerice, ako se pacijent ortopedu požali na grlobolju on zahtijeva ORL pregled umjesto usmjeravanja u PZZ;
- promjena načina rada u smislu navedenoga;

##### Reorganizacija:

- uvjet za kliničku specijalizaciju treba biti rad u PZZ, kako bi takav specijalist imao dobar uvid u metode rada i mogućnosti PZZ,
- obavezan dulji period rada u PZZ tijekom stažiranja,
- u najdužim „listama čekanja“ analizirati racionalnost indikacije za pretragu,
- zabraniti i ukinuti interne uputnice za „kontrolu“ nakon hospitalizacije, već to prepustiti ocjeni PZZ, a interne uputnice koristiti samo kao eventualnu dopunu dijagnostičkog postupka,
- informatizirati sustav u smislu dostupnosti informacija PKZ-u o učinjenom u PZZ i obratno,
- podjela rada između općih bolnica i kliničkih ustanova sa striktnim dogovorom o
- razini usluga i opremanju tehnologijom i kadrovima,
- dio kapaciteta općih bolnica usmjeriti na palijativu i kroničnu socijalnu skrb,

- nijedan „master plan“ neće uspjeti bez reorganizacije i racionalnog funkcioniranja
- svih razina ZZ gdje PZZ mora preuzeti velik dio posla,
- u financiranju razmisliti o ustanovama sa samostalnim financiranjem i s raspodjelom ne prema statusu i položaju zdravstvenih radnika, već prema izvršenju rada (svaka usluga ima definiranu cijenu, a standardi su poznati).

Ne radi se ovdje o smanjenju prava, već o racionalizaciji prava i zdravstvenih resursa u skladu s financijskim mogućnostima. Ovo mora shvatiti kako građanstvo, tako i liječnici i politika jer bi o jednom takvom stavu valjalo postignuti politički konsenzus.

#### **Dodatak**

Zbog velikih rasprava oko HMP i HBO, evo mog stava glede njihove organizacije. Treba spoznati nekoliko osnovnih premisa:

- što je ZZ dostupnija veće je korištenje (pretežno neopravdano);
- populacija nam je zdravstveno neobrazovana;
- PZZ je preopterećena, pa ljudi koriste HBO kao ulaz u zdravstveni sustav na „mala vrata“ i za brzinsko rješavanje akutnih stanja i zaobilaznje OM te neprimjereno traženje „drugog mišljenja“;
- lokalne jedinice HMP opterećene su rješavanjem stanja koja nisu hitna i proizlaze iz lagodnosti korisnika i zaobilaznje LOM, koji zbog nedostatka opreme i pribora lakša akutna stanja

i lakše ozljede ne rješavaju, već služi za prijevoz i upućivanja u HBO;

- liječnici u HBO (pretežno mladi, stažisti ili specijalizanti) nemaju dovoljno uvida u mogućnosti i načinu rada OM, o rješavanju akutnih stanja i o postupcima i metodama održavanja kroničnih bolesnika pod kontrolom;
- HBO nema uvid u već učinjenu obradu kroničnih bolesnika i propisane terapijske postupke, te nepotrebno traži daljnje dijagnostičke procedure, zbunjuju korisnikov pogled na zdravstveno stanje i stvaraju nepotrebne troškove;

#### **Potrebno je:**

- reafirmirati PZZ kao jedini ulaz u zdravstveni sustav (ponekad uz HMP);
- smanjiti veličinu populacije u skrbi PZZ;
- ojačati PZZ prostorom, opremom i kadrovima;
- popularizirati PZZ i OM kao „kraljicu medicine“ i jedinu struku koja može rješavati multimorbiditet i držati KNMB pod kontrolom;
- vratiti povjerenje javnosti u PZZ,
- neracionalno je pri HBO-u otvarati dodatnu ambulantu za akutna stanja kad to može rješavati iskusan specijalist OM (s nekih 10 godina radnog staža) kao voditelj tima HBO u stalnom radnom odnosu.

Sve je to rezultat situacije u zdravstvenom sustavu koji traži veliku, pravu reformu.

*Željko Bakar*