

ANALI  
Zavoda za znanstveni i umjetnički rad u Osijeku  
Sv. 28, Str. 115-130, Zagreb – Osijek 2012.  
Primljeno na sjednici Razreda za medicinske znanosti 19. prosinca 2012.

Izlaganje na znanstvenom skupu

UDK: 614Štampar, A.

Josip Buljan\*

## DANAŠNJI PROBLEMI ZDRAVSTVA U SVJETLU POSTAVKI ANDRIJE ŠTAMPARA - POGLED SEOSKOG LIJEČNIKA

(Izlaganje na znanstvenom skupu VI Dani Andrije Štampara,  
Slavonski Brod, 2012)

Analizirano je stanje u hrvatskom zdravstvu danas prema postulatima Andrije Štampara, prema podacima statističkog ljetopisa te prema porukama mailing-liste liječnika opće – obiteljske medicine u Hrvatskoj u razdoblju 2009. - 2012. godine.

Uočeni su problemi u komunikaciji zdravstvena vlast – liječništvo - populacija, te pojava nepovjerenja javnosti u zdravstveni sustav u cjelini, konzumistički odnos populacije prema zdravstvenim uslugama, snažne socioekonomske promjene na koje liječnici nemaju utjecaja te izostaje njihova uloga „socijalnog radnika“. Liječnik nije više financijski neovisan o bolesniku, na razini svijeta postoji udaljavanje od ideje „zdravlje za sve“ i naglašena je uloga novca u zdravstvenim sustavima. Preventivne aktivnosti se smanjeno provode u sve opterećenijem zdravstvenom sustavu. Povećava se omjer liječnika u bolničkoj i primarnoj zdravstvenoj zaštiti (s nekadašnjih 1:1 prije pedeset godina do sadašnjih 2:1). Neposredni rad s pacijentom i dugotrajni učinci tog odnosa ne mogu se prikazati u izvješćima, ipak, liječnik u primarnoj zdravstvenoj zaštiti je i dalje učitelj povjerene mu populacije. Ne postoji mehanizam vrednovanja ekonomskog učinka zdravstvenog sustava, te se zdravstvo tretira isključivo kao potrošač proračuna. Sam utjecaj liječnika u društvu i na društvo sve je skromniji.

**Ključne riječi:** liječništvo, zdravstveni sustav, primarna zdravstvena zaštita, strukovne udruge, reforma zdravstvenog sustava, komunikacija, Andrija Štampar

---

\* Samostalna ordinacija opće medicine. Mr. sc. Josip Buljan, dr. med. Spec. opće medicine, Velika Kopanica, Vladimira Nazora 3 / Tel: 035 477-193, mob: 098 652 200 / E- mail: josip.buljan@sb.t-com.hr

## Uvod

Na drugim Danima Andrije Štampara, održanima u „Zdjelareviću“ 2006. godine, iznio sam prikaz svoga viđenja tadašnjeg stanja liječništva u duhu postulata Andrije Štampara<sup>1</sup>. Prošlo je šest godina: ima li kakvih pomaka?

Problemi liječnika ne mogu se promatrati izvan cjelokupnog zdravstvenog sustava i općih društvenih i ekonomskih prilika koje su bitno lošije u posljednje tri godine zbog svjetske ekonomske (ne samo ekonomske, već i idejne, ideološke i moralne) krize u svijetu. Sva zbivanja i nastojanja da se javni sustavi učine ekonomičnijima i učinkovitijima odražavaju se u provođenju nedomišljenih reformi poput „reformne u hodu“, ili bolje reći „reformne u trku...“ u brojnim državama i sustavima, ne samo kod nas. A kad ste u reformi, niste u formi za optimalne rezultate.

Samo rijetke zemlje uspijevaju se othrvati diktatima interesa kapitala (jutros slušam kako je to učinjeno na Islandu), a većina pokušava te zahtjeve ispuniti („jer tako stoji u ugovorima...“). Narodi zahvaćeni tim promjenama doživljavaju ih kao smanjenje dosegnutog stupnja prava i demokracije, pa se ne radi samo o tome da će se kroz neko vrijeme imati manje, u materijalnom smislu, nego istovremeno prijeti i gubitak slobode, dosadašnjeg načina života i pojava društvenog uređenja koje sličiti na uređeno robovlasništvo.

Što me potaknulo na ovo promišljanje?

U jednome od svojih prvih nastupa novi ministar, prof. dr. Rajko Ostojić (o kome osobno mislim sve dobro), izrekao je jednu statističku floskulu – kako je prije rata na jedan pregled specijalista u specijalističko-konzilijarnoj zaštiti (SKZ) bilo oko tri pregleda u primarnoj zdravstvenoj zaštiti (PZZ), a sada je taj omjer jedan pregled u SKZ-u prema 1,6 u PZZ-u. Odmah mi je palo na pamet kako je 1985. godine, kada sam počeo stažirati u bolnici u Brodu, u brodskoj bolnici bilo dvanaest internista, a prije par godina dobili smo izlist sa šiframa internista brodske bolnice – 43 liječnika u internističkoj službi (internisti i specijalizanti) na popisu. Prema podacima s internetske stranice brodske bolnice, ista služba sada ima 27 specijalista i dvanaest specijalizanata (6). Prije rata bih, kad je bilo potrebno, napisao uputnicu internistu i pregled (ili pretraga) bi sutradan bio obavljen. Sada, izuzev pregleda u općoj internističkoj ambulanti, pregledi i pretrage se čekaju od nekoliko tjedana do nekoliko mjeseci. Nije li za očekivati da tri puta više liječnika učini i veći broj pregleda?

Drugi razlog ovom razmišljanju je nedavni događaj - kada sam predavao godišnje izvješće o radu i morbiditetu u Službu statistike Županijskog zavoda za javno zdravstvo. Odmah mi je upućena primjedba kako imamo više dijagnoza nego pregleda, te da je “u Zagrebu rečeno da treba raditi po načelu „jedan pregled - jedna dijagnoza“. Moj odgovor je bio kako je cijelo izvješće kreirano au-

tomatski iz svih posjeta zabilježenih u protekloj godini, računalnim programom licenciranim od Ministarstva zdravstva. Način rada liječnika opće medicine, ali i bilo kojeg specijalista u bolnici, je takav da promatramo pacijenta – osobu koja je pred nama i ne možemo zahtijevati od njega da dođe sa samo jednim zdravstvenim problemom, radi potreba statistike. Ušao je, na primjer, dijabetičar s očnim komplikacijama, arterijskom hipertenzijom, hiperlipidemijom, trofičkim ulkusom, kroničnom opstruktivnom bolesti pluća, te otečenim i bolnim koljenom. Pacijent iznosi tegobe vezane uz sve te bolesti, pregleda ga se u cijelosti, ordiniraju mu se lijekovi i pretrage vezani uz sve tegobe, a računalo to sve zabilježi. Sve dijagnoze koje se pojave računalo pohrani u statistički izvještaj. I otpusna pisma iz bolnica redovito uz glavnu dijagnozu imaju niz dodatnih dijagnoza. Njihova hijerarhija nije ista u očima liječnika i bolesnika. Čemu takva statistika koja može kvalitetno opisati samo rad koji se bavi jednostavnim akutnim stanjima, a za sve drugo je nedostatna? Ili, kao takva, ima svrhu opisati nečiji „nerad“?

Treći razlog je potreba da se na ovakvom skupu iznese viđenje problema zdravstva kako ih vidi primarna zdravstvena zaštita danas, prvenstveno pri tome mislim na opću/obiteljsku medicinu, a temelji se na vlastitim iskustvima, ali i redovitom praćenju mailing-liste kroz koju liječnici, uglavnom opće/obiteljske medicine razmjenjuju informacije, iskustva, traže rješenja, ali koriste ju i kao svojevrsnu psihoterapiju, a od kojih do sada imam sačuvano oko 10000 (deset tisuća) poruka, a još toliko ih je uklonjeno. Samo liječnik u sličnim problemima može razumjeti drugog liječnika.

## **Materijali i metode**

### Materijal

Materijal na kome se zasniva analiza je mailing-lista s preko 10000 poruka, koje međusobno razmjenjuju liječnici opće-obiteljske medicine u Hrvatskoj od 2009. godine. Sadržajno, poruke se odnose na svakodnevne probleme u radu, bilo s pacijentima bilo s administracijom, odgovore na to kako su slični problemi riješeni u nekim mjestima, novosti iz Ministarstva i HZZO-a te reakcije na njih, obavijesti o stručnim skupovima, aktivnostima Komore i KOHOM-a, te drugih stručnih/strukovnih udruga; reakcije koje imaju karakter psihoterapijske ventilacije (i reakcije na njih, poput rada u Balintovoj grupi). Dio poruka pisan je odmjereno, dio s neskrivenim emocijama, bilo pozitivnim (rjeđe), bilo negativnim (češće). Iz redovitog praćenja liste može se iščitati kako diše dio liječnika primarne zdravstvene zaštite u Hrvatskoj.

## Metode

Prilikom analize današnjih problema zdravstvenog sustava korištene su postavke Andrije Štampara (1,5). Tih deset postavki omogućuje organizaciju kvalitetnog sustava zdravstva i danas, te se problemi mogu interpretirati i kroz način odmaka današnjeg zdravstvenog sustava od Štamparovih postavki.

## Rezultati

**1. Važnije je obavještavanje naroda od zakona.** Za razliku od vremena u kojem je djelovao Andrija Štampar, tu mislim prvenstveno na razdoblje I. svjetskog rata (kada je recepte i otpusnice pisao na papir iz bloka) u kojem je bilo malo tiskovina, nije još bilo radija ni televizije i svaki letak, novina i brošura su se čitali s izvjesnom ozbiljnošću. Danas je problem kako u preobilju informacija u svim medijima, od televizije, interneta, tiskovina, biti zamijećen i poslati poruku do željene ciljne skupine. Promidžbene poruke koje se s najboljim namjerama šalju, iz, na primjer, Ministarstva zdravlja, nemaju veliku šansu biti zamijećene među stotinama drugih, komercijalnih, koje su svojim ponavljanjima i množinom već anestetizirale čula građana. Drugi problem je poljuljano povjerenje u institucije, pa i zdravstveni sustav. Podsjetimo se događaja oko cijepljenja protiv takozvane „svinjske“ gripe, kada je prvo nastala psihoza straha od epidemije, a potom straha od cjepiva, te proturječnih stavova stručnjaka, koji su rezultirali nepovjerenjem prema zdravstvenim vlastima. Javnost je ocijenila kako iza svega stoji materijalni interes koji se poigrava zdravljem ljudi i još to naplaćuje. Do tih događaja bilo je nepovjerenja u pojedince, u dio struktura, naročito one koje financijski prate zdravstveni sustav, ali nikada u zdravstvenu vlast i sustav općenito. To povjerenje nije još uvijek vraćeno, a dodatno je poljuljano nekim kasnijim događajima (afera Medikol, smrti pacijenata tijekom reforme hitne medicinske pomoći...). Za uspješnost bilo koje buduće reforme važno je povratiti vjerodostojnost i povjerenje javnosti, zapravo naroda.

**2. Najvažnije je u nekoj sredini pripremiti teren i pravilno shvaćanje zdravstvenih pitanja.** Svi smo na neki način sudionici „reformе u hodu“ koja još traje. Sadržavala je nekoliko dobrih ideja (elektronski recepti i uputnice, naručivanje koje je trebalo postati jednostavnom informatizacijom, bolja dostupnost nekih usluga pacijentima - na primjer, vađenje krvi u ordinaciji koje je mojim pacijentima znatna pomoć, skraćivanje lista čekanja ...). Nažalost, te ideje nisu bile razrađene do operativno–provedbene razine. Bivši ministar, dr. Milinović, u početku svog mandata napravio je grešku: one koji trebaju iznijeti teret nove reforme nazvao je neradnicima, vjerojatno koristeći se podacima statistike po kojoj pacijent liječniku smije doći samo s jednim zdravstvenim problemom. Ili

je ta tvrdnja trebala biti opravdanje za najavljene promjene u plaćanju ( smanjenje glavarina). Naravno da je protiv sebe okrenuo one koji su mu, po naravi stvari, trebali biti suradnici. Upravo pred te događaje, bio sam na višednevnom seminaru na Koločepu (EU for you), u listopadu 2007., kojeg je vodio prof. dr. Slaven Letica, a vodeći izlagači bili su prof. dr. Andrija Hebrang i sadašnji ministar prof. dr. Rajko Ostojić. U ugodnoj atmosferi babljeg ljeta na moru, prof. Hebrang branio je tezu kako je potrebno uložiti više novca u sustav zdravstva, a prof. Ostojić je rješenje vidio u reorganizaciji. Tada sam upoznao i dr. Galijaševića, koji je imao viziju osnivanja strukovne organizacije (KoHOM), i čijem je računalnom programu za vođenje ordinacije (Lord Primus), iako je po mišljenju kolega bio najbolji program, oduzeta licenca radi primjedbe da se primjena novih zakona (donesenih 31.12.2007.) (8,9) u računalnim programima ne može provesti u tako kratkom roku, i k tomu preko Nove godine. Pravi razlog, čini se, bio je osnivanje KoHOM-a, kroz koji se struka organizirano suprotstavila provođenju reforme u hodu, zbog nedorečenosti i nedomišljenosti. Uslijedila su kažnjavanja liječnika, uskrata dijela glavarina, neplaćanje učinjenih dijagnostičko-terapijskih postupaka (DTP) koja se posebno plaćaju, te se u cijeloj Hrvatskoj razbuktao sukob između ministra i financijskog servisa zdravstva s liječnicima PZZ-a, što je bitno pogoršalo odnose na relacijama ispostave HZZO-a i liječnika. Naša Brodsko-posavska županija je jedna od manje zahvaćenih tim trvenjima. Zadatak koji predstoji sadašnjoj zdravstvenoj vlasti je i uspostava normalnih odnosa s liječnicima u zdravstvenom sustavu. Liječnika i tako nema dovoljno. Treba ih pustiti da svoju energiju troše na liječenje pacijenata, a ne na sukobe s HZZO-om ili ministarstvom. Tek tada se može "pripremiti teren". Medicinu ipak upisuju najbolji maturanti!

**3. Pitanje narodnog zdravlja nije samo monopol liječnika, nego se njime trebaju baviti svi, bez razlike.** U raspravama o zdravlju, pravima pacijenta i pogreškama liječnika sudjeluju mnogi, i na televiziji, i na internetskim forumima, i u kućama, i u kafićima i uz kavu, i uz cigarete i uz alkohol. Međutim, ako se dogodi prometna nesreća, velika većina će se uredno maknuti od povrijeđenih i pozvati hitnu pomoć. U međuvremenu će biti svakakvih komentara kako kasne. Iako obično većina nazočnih ima vozačku dozvolu, a time i položen ispit iz prve pomoći, iako ima zakonsku obvezu pružiti pomoć, radije će po strani pričekati ekipu hitne pomoći. Kao liječnik koji je obavljao pripravnost (proteklih 25 godina) na terenu, često sam morao zbrinjavati rane koje su redovito nepremotane, pregledati djecu u kasnim večernjim satima radi temperature koja je počela tog popodneva, uz dobro opće stanje djeteta. Davno sam postao svjestan kako moram svoje pacijente naučiti što je moj, a što njihov dio u liječenju, a onda sam reorganizacijama pripravnosti dobivao povremeno teren od 20 000 stanovnika. Odnos populacije prema zdravstvu postao je konzumistički. Mislim da je uzrok tome

promjena mentalnog sklopa kod stanovništva, nastala otvaranjem trgovačkih centara koji su u početku radili 24 sata. Pa ako slušalice preko kojih slušam glazbu mogu kupiti iza ponoći, ako mogu otići po kruh ili nešto slično, i iza ponoći, zašto ne bih mogao liječniku otići u doba kad je meni zgodno? Naravno da se tako ne ponaša većina ljudi, ali podsjećam kako 20% pacijenta koji najčešće dolaze, koriste barem 80% zdravstvenih, i ljudskih i materijalnih resursa zdravstva. Troše! Tek nam predstoji odgojiti naš narod za odgovorno i aktivno sudjelovanje u brizi o svome zdravlju.

**4. Liječnik treba biti uglavnom socijalni radnik, individualnom terapijom ne može puno postići – socijalna terapija je sredstvo koje ga može dovesti do pravoga uspjeha.** Prije šest godina napisao sam kako više nemamo ulogu socijalnog radnika kako ga shvaća Štampar. U ovim vremenima krize, kao liječnik koji radi i živi u istom mjestu, koji je uronjen u stvarnost života svojih pacijenata (to su mi i susjedi i prijatelji, neki i kumovi, neki samo znanci ili pacijenti) svakodnevno srećem posljedice krize u životu pacijenata i obitelji koje liječim. Broj zaposlenih smanjio se za četvrtinu, zatim nešto malo porastao, ljudi se boje uzeti bolovanje, jer ih po povratku s njega često čeka radna knjižica, nerijetko se kaže „nemojte me nikuda slati“, jer se nema novca. Velik dio starijih živi sam (80 je starijih od 80 godina, 390 starijih od 65 godina), neke od njih su zanemarila vlastita djeca. Još uvijek funkcionira susjedska pomoć, a tijekom jeseni započeo je jedan dobar projekt pomoći u kući, koji su starije osobe mahom dobro primile, ali je sada prekinut, nadam se privremeno. Izgubljen je dio funkcija obitelji koje je tradicionalna obitelj imala - od ekonomske, zaštitne do odgojne. Društvo još nije dostatno organizirano da preuzme dio tih funkcija. Današnja socioekonomska situacija je sve sličnija onoj iz Štamparevih vremena. Prepoznamo, kao liječnici, odraz krize na zdravlje pučanstva, ali mogućnosti intervencije u smislu socijalne terapije više nisu u našim rukama. Socijalni radnik bio je u mojoj ordinaciji samo 1991., kada je valjalo zbrinuti iločke prognanike.

**5. Liječnik ne smije biti ovisan o bolesniku, jer ga ekonomska ovisnost sprječava u njegovim glavnim zadacima.** Sjećam se kako je jedan kolega (sada je profesor i ravnatelj) rekao da mu je cilj dobro živjeti od osam sati rada dnevno. Nerijetko se u javnosti, ali i drugim situacijama, mogu čuti komentari kako liječnici, a naročito „privatnici“- misli se na nas zakupce, koncesionare, jako dobro zarađuju. Kako sam prešao pedesetu, kao posljedicu prolapsa diska stekao sam peronealnu parezu, a kao dar genetike dijabetes, i sve mi se ispravnijom tezom čini kolegina izjava. Radi obveza u pripravnosti bio bih zauzet četrdesetak vikenda godišnje, nerijetko buđen noću, a subotom sam, nakon dvadesetak intervencija, često iza ponoći još morao u policijsku stanicu pregledati pritvorenika, obično u alkoholiziranom stanju i agresivnog. Ili izići na mrtvozorstvo. Ili skidati obješenika. Ne mislim da je lakše dežurati u bolnici, ali se u njoj ne može tako

neposredno doživjeti siromaštvo i bijeda u kojoj dio ljudi živi. Kada govorimo o ekonomskoj neovisnosti liječnika, onda bih htio istaći koliko je pozitivnu ulogu kao voditelj Hrvatskog liječničkog sindikata, a kasnije i potpredsjednik Hrvatske liječničke komore (HLK) imao pirim. Dr. Josip Jelić, koji se zdušno i znalčki borio za nagrađivanje rada svih liječnika, bolničkih i izvanbolničkih, te koji je razumio kakvi su problem i u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Njegov nasljednik, dr. Babić ne uživa u PZZ takav ugled. Prema komentarima na mailing-listi, zamjera mu se zanemarivanje liječnika u primarnoj zdravstvenoj zaštiti (a „privatnici“ i tako nisu u sindikatu) što je vidljivo iz različitih koeficijenata (specijalist u PZZ 1,85, a u bolnici 2,00) i svih dodataka na plaću koje bolnički liječnici imaju, a primarni liječnici ne. Druga zamjerka mu je što se predsjednica sestrinskog sindikata uspjela u javnosti daleko snažnije nametnuti, gotovo kao „tvorac javnog mnijenja“ (kad se samo sjetimo koliko često smo je mogli vidjeti na televiziji). Liječnici u PZZ-u su sve stariji, u našem dijelu županije prosjek starosti liječnika je 55 godina (8). Ukoliko opet krene smanjenje „glavarina“, rad u PZZ-u, pogotovo općoj/obiteljskoj medicini, postat će neatraktan mladim liječnicima. Evo kako to vidi sadašnji predsjednik KoHOM-a dr. Mario Malnar:

1. Sadašnja vrijednost standardnog tima je u protekle četiri godine (na razini 2008. godine) smanjena za 6-10%.
2. Režijski troškovi narasli su u prosjeku 30-45%.
3. Plaća sestre rasla je (po kolektivnom ugovoru) u prosjeku 0.5% po godini, dakle 2%.
4. Stare sestre po kolektivnom ugovoru imaju znatno višu plaću od deset godina prosječnog staža koliko HZZO plaća.
5. Cijene lijekova i zavojnog materijala porasle su u apsolutnom iznosu, uz viši porez na dodanu vrijednost (PDV).
6. Cijena putnih troškova porasla je zbog porasta cijene goriva.
7. Ne plaćaju se kućne posjete, a cijena im je porasla zbog porasta cijene goriva.
8. PDV je porastao s 22% (2008.) na 25% (2012.).
9. DZ-ovi na režije sada ponovno obračunavaju PDV, dakle još 25%.
10. Dodatni troškovi skladištenja naših arhiva (Zakon o arhivskoj građi).
11. Održavanje informatičke opreme za što su nedostatna sredstva HZZO-a.
12. Ne plaćaju se prekobrojni pacijenti.
13. Neopredijeljeno je oko 15% populacije –za koje HZZO ne plaća nikome.

Na radu doktora se više nema gdje uštedjeti! Mario (poruka na mailing-listi od 22.3.2012.).

**6. U pitanju narodnog zdravlja ne smije se činiti razlika između ekonomski jakih i ekonomski slabih.** Većina liječnika ne pravi razliku u liječenju bogatih i siromašnih. Još uvijek je zdravstveni sustav u Hrvatskoj ustrojen tako da

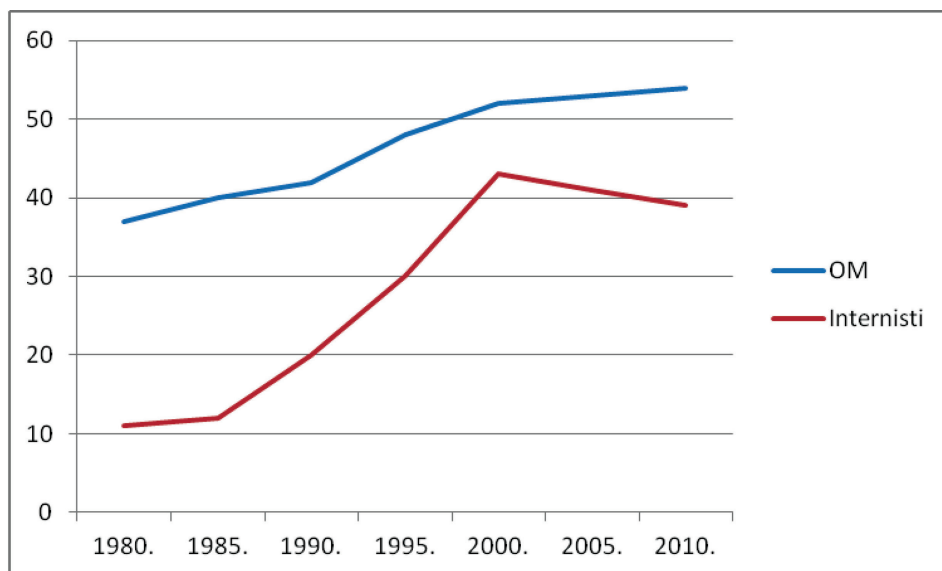


ublažava socijalne tenzije. To dodatno iscrpljuje liječnike, jer često su doplate za lijekove visoke, pogotovo ako se radi o umirovljenicima s malim mirovinama, ali zato s puno bolesti i lijekova za njih pa treba moći izabrati ono što je pacijentu, financijski, prihvatljivo. Jesmo li još na tragu ideje iz Alma-Ate - zdravlje za sve do 2000? U svijetu je poznata raslojenost na bogate, i siromašne, pa tako i raslojenost zdravstvenog sustava na ustanove za bogate i za siromašne. Kod nas postoje naznake tog trenda. Prva je pojava brojnih privatnih poliklinika, bilo u vlasništvu liječnika, ili osiguravajućih kuća, i uglavnom se radi o tržišnim odnosima. No i tu postoje zaobilaznice kako bi se iz javnog zdravstva dio novca prebacio u privatne ustanove. To je sasvim prihvatljivo, ako se isti rad jednako vrednuje u privatnom, kao i u javnom zdravstvu, ali postaje upitno ako su cijene za isti rad različite, a plaća ih isti osiguravatelj. Pažnju privlači i gradnja apartmana u sklopu klinika (proračunskim novcem), koji će biti dostupni samo uz posebna osiguranja, dakle nejednako dostupni. Najviše od svega razliku čini dotrajalost zgrada i opreme u nekim ustanovama, dok se istovremeno drugdje gradi i ulaže u opremu i prostor. To je postalo još očitije otkako lokalna samouprava preuzima na se skrb o objektima. Još jedna najava - da će klinike bez obeštećenja matičnoj ustanovi moći preoteti tek završenog specijalista, a ta ustanova će ostati i bez stručnjaka, i bez novca uloženog u njegovo školovanje - potencirat će razlike između „centara“ i „provincije“.

**7. Potrebno je stvoriti zdravstvenu organizaciju u kojoj će liječnik tražiti bolesnika, a ne bolesnik liječnika, jer samo na taj način možemo obuhvatiti sve veći broj onih čije zdravlje trebamo čuvati.** Kad sam počeo raditi, 1987. godine u Kopanici, tijekom kalendarske godine došlo je u ordinaciju, ili je bilo pregledano u kućnim posjetima, oko dvije trećine pacijenata (prema seminarском radu sa specijalizacije). Prosječna učestalost dolazaka bila je oko četiri po pacijentu godišnje, odnosno oko 2,5620 pregleda po pacijentu godišnje. Tijekom ratne 1995. godine na području Doma zdravlja koji je tada skrbio o 132 000 stanovnika (domicilno, te prognanici i izbjeglice) učinjeno je nešto manje od milijun posjeta – oko 6,15 po stanovniku godišnje (2). Linearni rast dolazaka liječniku u PZZ se nastavlja do 2004., do uvođenja administrativne pristojbe do trideset kuna mjesečno, i od tada se koleba, ali trend blago raste i kreće se između osam i deset posjeta godišnje - 8,01 posjeta po pacijentu za 2011. godinu (prema statističkim izvještajima moje ordinacije). Polovica od toga su pregledi, dakle četiri po pacijentu godišnje. Izdano je 1,1 uputnica za specijalistički pregled, većinom za kontrole ili na zahtjev drugih specijalista. Kada pacijent jednom uđe u SKZ sustav, on se obično dugo „vrtil“ u njemu, kao na fliperu. I kad se sve čini gotovo, netko dodirne tipku kojom pacijent kreće u novi krug sakupljanja bodova (cijena x usluga). Posao se, u općoj medicini gledajući po pacijentu, udvostručio u odnosu na predratno razdoblje. Tijekom kalendarske godine pojavi se u ordinaciji 85% osi-



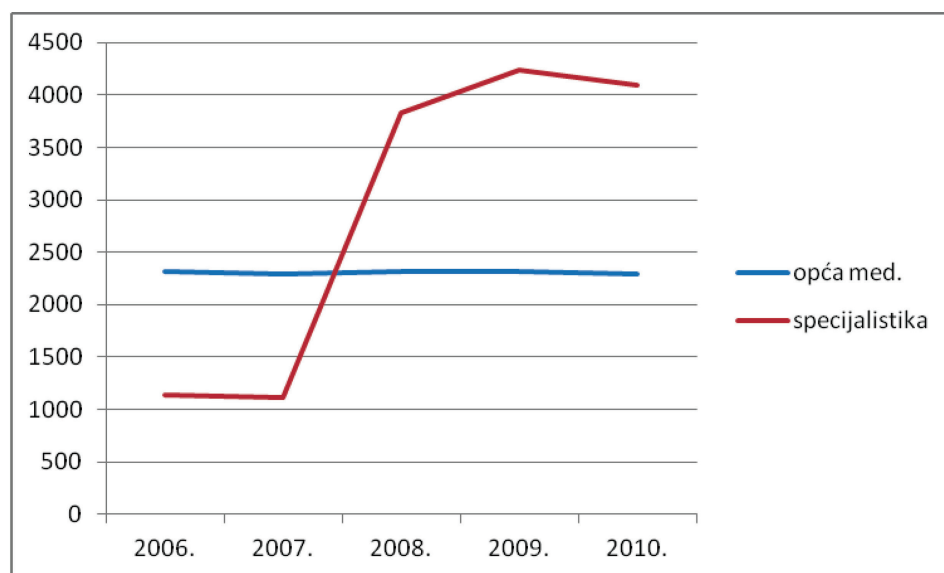
guranih osoba, po podacima moje ordinacije: 1771 od 2080 (podaci iz statističkih izvješća moje ordinacije). Glede gužvi i čekanja u SKZ-u i bolničkoj zdravstvenoj zaštiti treba se samo prisjetiti punih čekaonica pred većinom ambulanti ujutro te listi čekanja na preglede i pretrage. Takav sustav nije sposoban aktivno tražiti pacijenta jer za to nema ni vremena, ni resursa, niti je isplativo, a i ne prepoznaje se zdravstvena korist. U iznimnim slučajevima, pacijente traže epidemiolozi, ali se segment privatnog zdravstva i te kako bori za svakog pacijenta, te sve više preventivnih i periodičnih pregleda obavljaju privatne poliklinike. Nema čekanja, pregledi se obave brzo, pretrage također i ispostavi se račun po tržišnim cijenama, višestruko većim nego u sustavu javnog zdravstva. Sva pronađena patološka stanja u pravilu se usmjeravaju opet u javno zdravstvo, jer se obično otkriju stanja koja su kronična ili ozbiljna, a čije liječenje je dugotrajno i ne uvijek uspješno, a rijetko kada isplativo. Uzrok ovome stanju u kojemu imamo podvojeni sustav (javni - trom i glomazan, privatni – brz i učinkovit, ali samo u dijagnostici) je stihijski razvoj javnog zdravstva, unatoč postojanju strategija razvoja zdravstva. Svi pokušaji ustrojavanja zdravstva, pogotovo bolnica i SKZ-a naišli su na sužestok otpor lokalnih sredina (i kliničko-bolničke centre (KBC) ovdje treba promatrati kao te lokalne sredine). Pojedine struke su se neravnomjerno razvijale, i obično su jače tamo gdje su se pojavile utjecajne osobe koje su oko sebe okupile druge stručnjake, a manje se vodilo računa o potrebama koje su posljedica morbiditetne strukture. I Štampar je imao sličnu situaciju, kada je spočitnuo dr. Dežmanu zbog gradnje bolnice za tuberkulozu na Medvednici - da gradi kuću od krova. Drugi razlog je razvoj dijagnostičke tehnologije, čime je postalo pitanje prestiža imati u svojoj bolnici ili KBC-u na primjer, suvremene *imaging* tehnologije. Kako je i nabava obično išla stihijski, imamo opremu raznih proizvođača, za koju se našlo novca. Ali svaki kvar predstavlja velik izdatak i obično uzrokuje zastoj i produženje liste čekanja. A indikacije za korištenje skupe dijagnostike se umnažaju. Ilustrirat ću anegdotom koju mi je ispričao kolega dr. Faris Gavrankapetanović, dok smo bili u vojsci, kasnije ravnatelj Univerzitetskog kliničkog centra u Sarajevu: „1984. Sarajevo zbog potreba Olimpijskih igara dobiva prvi CT aparat u Jugoslaviji. Pitanje je : kako prepoznati pravog Sarajliju 1986.? Ima kuću na Čiglenici, vozi Golfa na dizel i ima CT mozga.“ Treći razlog je pravilo da se na zdravstvenu potrošnju može utjecati samo djelovanjem na zdravstvenu ponudu, jer je zdravstvena potražnja iracionalno određena. A ponuda je sve veća - počevši od dijagnostičke tehnologije, pa do novih kvalitetnih, „pametnih“ lijekova (zar stari lijekovi nisu „pametni“?). Tehnologija rada u općoj medicini malo se promijenila. Uvedena su računala, puno je više administracije, a postoje velike razlike u načinu rada liječnika, ovisno o znanju i vještini, opremljenosti ordinacije, ali i očekivanjima povjerene populacije (3). Međutim, dijagnostička, ali i operacijska tehnologija, u bolnicama su znatno uznapredovale, postoji cijeli niz novih dija-



DIJAGRAM 1.

*Prikaz kretanja broja internista i liječnika u općoj medicini u Slavonkom Brodu.*

gnostičkih i terapijskih metoda sada dostupnih i na razinama županijskih bolnica. To je dobro, jer te tehnologije više nisu dostupne samo manjem dijelu populacije. Ono što nije dobro je posezanje za tim tehnologijama kod stanja koja se jednako kvalitetno mogu liječiti i bez njih. S jedne strane, razlog tomu može biti nesigurnost liječnika, koji se dodatnim pretragama „osigurava“, s druge može biti inzistiranje pacijenta koji „ima pravo na tu pretragu“. Prema istraživanjima, oko 27% lijekova se propisuje nepotrebno (4). Oko 20% nalaza se ne podiže. Je li uopće trebalo trošiti novac na te pretrage? Sve nove tehnologije povukle su za sobom potrebu većeg broja specijalista. U uvodu je istaknuto kako se u posljednjih 25 godina broj internista u brodskoj bolnici uvećao 3,5 puta (sa 12 na 43) (6). Rast broja zaposlenih liječnika u općoj medicini na brodskom dijelu županije puno je sporiji: 1979. ukupno u općoj medicini (Medicinski centar, Zdravstvena stanica Đuro Đaković, Zdravstvena stanica Doma željezničara) je oko 37 liječnika (7), pokrivajući oko 118 000 stanovnika. Godine 1994., prilikom osnivanja Doma zdravlja Slavonki Brod, u Službi opće medicine je 48 liječnika, te još tri liječnika izvan Doma zdravlja – ukupno 51 liječnik, a skrbili su za otprilike 132 000 stanovnika (2). Sada je u općoj medicini 54 liječnika. Prema podacima Statističkog ljetopisa za 2011. vidljivo je smanjenje broja ordinacija i liječnika u općoj medicini u Hrvatskoj. Godine 2006., bilo je u Hrvatskoj 1962 „privatne“



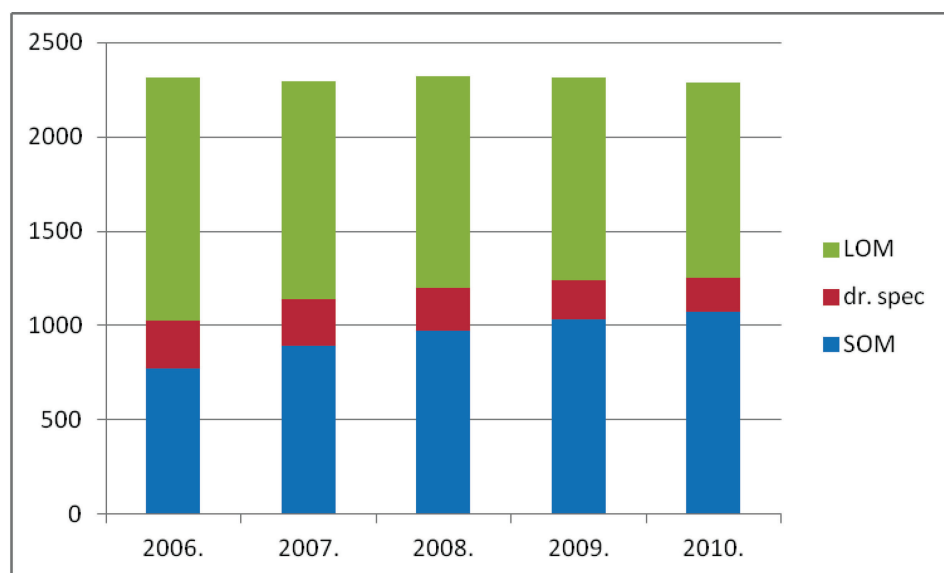
DIJAGRAM 2.

*Prikaz kretanja broja liječnika u obiteljskoj medicini i specijalističko-konzilijarnoj zdravstvenoj zaštiti:*

ordinacije opće medicine, a 2010. – 1848, dakle 112 manje (10). U djelatnosti opće medicine 2006. radilo je 2316 liječnika (776 specijalista opće medicine, 249 specijalista drugih specijalnosti - školska, medicina rada) i 1291 liječnik opće medicine. 2010. godine u djelatnosti opće medicine u Hrvatskoj je zaposleno 2289 liječnika (od toga specijalista opće medicine 1071, ostalih specijalnosti 184, liječnika bez specijalizacije 1031), ukupno 27 manje. Grafički prikazi promjena broja liječnika u Slavonskom Brodu s gravitirajućom okolicom, i u Hrvatskoj podastrijet je u Dijagramu 1.

Iz grafikona je vidljivo približavanje broja liječnika na internom odjelu brodske bolnice broju liječnika opće medicine, naročito u poratno vrijeme, te smanjenje omjera njihova broja: od više od 3:1 ranih osamdesetih do 1,2:1 nakon 2000. godine. Ako se trend nastavi, uskoro će biti više internista nego liječnika u općoj medicini na području nekadašnjeg Medicinskog centra Slavonki Brod.

Podaci Statističkog godišnjaka za 2011. godinu imaju promjenu u kriteriju pa su do 2007. ubrojani samo liječnici s punim radnim vremenom, a nakon 2008. i oni s djelomičnim radnim vremenom u specijalističko-konzilijarnoj zaštiti (10). Može se raspravljati je li to uzrok naglom povećanju broja liječnika u SKZ-u ili se konačno počinje prikazivati stvarno stanje. Recentni podaci pokazuju da je u



DIJAGRAM 3.

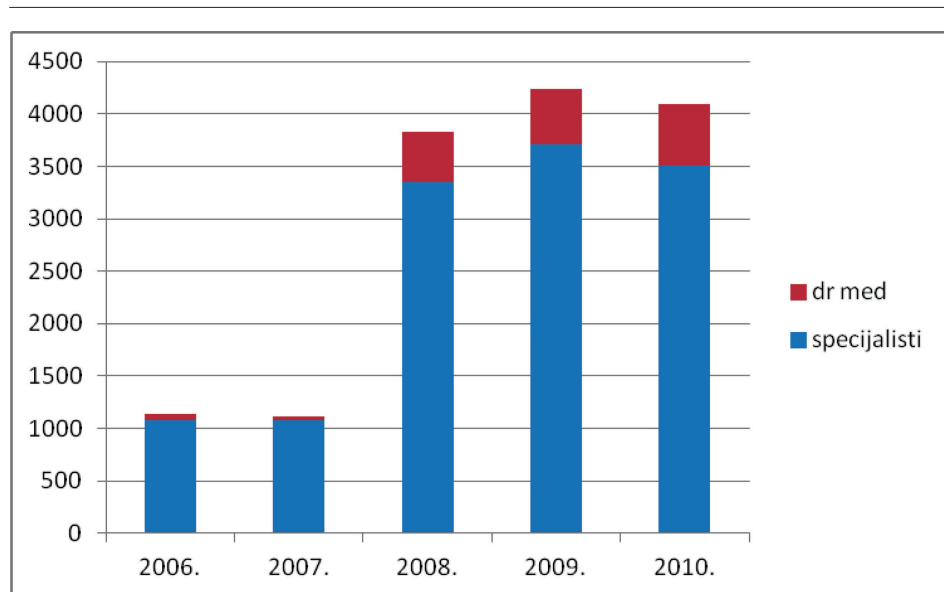
*Prikaz promjena u strukturi i broju liječnika u općoj / obiteljskoj medicini u razdoblju 2006.-2010. u Hrvatskoj*

SKZ-u dvostruko više liječnika nego u općoj/obiteljskoj medicini. To može objasniti zašto je relativno porastao broj specijalističkih usluga u SKZ-u u odnosu na opću medicinu.

Dijagram 3. pokazuje dva trenda, prvi je smanjenje broja liječnika u općoj / obiteljskoj medicini u Hrvatskoj u razdoblju 2006.-2010. godine s 2316 na 2086. Drugi je povećanje relativnog udjela broja specijalista opće/obiteljske medicine, te je 2010. prvi puta broj specijalista opće medicine (SOM) veći od broja liječnika opće medicine (LOM): (2010: SOM 1071, LOM: 1031). Na tu sam činjenicu ponosan, jer sam do sada tri puta bio mentor specijalizantima i sudjelovao u njihovoj edukaciji.

Bez obzira na poteškoće u interpretaciji ovih podataka, dijagram 4. ipak oslikava bijeg mladih kolega u bolnice i specijalizacije (crvena područja - nespecijalisti u specijalistici- sekundarijat, specijalizacija). Pokazuje, zajedno s dijagramom 2., činjenicu da je liječnika u SKZ-u dvostruko više!

Zaključimo ovu postavku: trom i inertan sustav, uglavnom zbijen u bolnice, osvojen na preopterećene i već krhke noge primarne zdravstvene zaštite nije kadar aktivno tražiti bolesnika. Zdravstvena vlast nije kadra percipirati probleme PZZ-a, jer joj to onemogućava glomazna SKZ-bolnička zaštita. A i kakav značaj ima nešto za što se izdvaja 3,6% zdravstvenog proračuna? Prepoznati problemi



Dijagram 4.

*Prikaz promjena broja liječnika u specijalističko-konzilijarnoj zaštiti u razdoblju 2005.-2010. godine u Hrvatskoj*

u populaciji mogu se opet pokušati gasiti nekim posebnim službama i/ili programima (na primjer *screening* raka dojke i *screening* kolorektalnog karcinoma) koji zaobilaze sustav (a posebno su plaćeni), ili nametnuti to sustavu PZZ-a da provede, ali je iluzorno očekivati da se išta može provesti ukoliko se ne ojača temelj zdravstvenog sustava koji je u neposrednom dodiru s populacijom. I priroda i arhitekti poštuju prirodne zakone, pa tako drvo koje raste u visinu ima jače stablo i jednako čvrsto i razgranato korijenje. Arhitekti koji grade Burj Dubai nisu ograničili rast zgrade, nego su za svako novo podizanje u visinu učvrstili zgradu ojačavajući donje katove i temelje. Osoba koja ne vodi računa o zdravlju obično ne raste proporcionalno, kako je normalno, nego se može udebljati do grotesknih razmjera. Zamislite da vas poslužuje konobarica koja je normalne visine, ali ima tristo kilograma. Tako i zdravstveni sustav koji centralno ima naslage masti uz tanke noge pokazuje svoju inertnost. K tomu, od debljine u središnjem dijelu, glava (oči, mozak) nema percepciju onoga što se događa nogama (u bazi). Kao posljedica toga, trbuh je sve bliže tlu ili ga se dotiče. Ostalo zaključite sami.

**8. Liječnik treba biti narodni učitelj.** Za razliku od vremena u kojem je djelovao Štampar, kada su školovani ljudi bili autoritet u pučanstvu (a to su im omogućavala i primanja), danas živimo u vrijeme posvemašnjeg nepoštivanja autoriteta, radilo se o liječnicima, političarima, znanstvenicima, prosvjetarima ili

vjerskim vođama, itd. Razorivši pozitivan odnos prema autoritetima, pučanstvo gubi oslonac, nestaju gabariti i stvorena je prividna sloboda u kojoj ljudi besciljno glavinjaju preživljavajući od danas do sutra. Mediji, naročito internet, daju dojam virtualne slobode i moći. Ali ne realne! Puno umijeća je potrebno kako bi pacijent naše upute slijedio (i to ne zato jer to treba nama, nego jer je potrebno njemu). Nezamjenjiv je osobni kontakt, u svakodnevnom radu u ordinaciji, u kućnim posjetama, pri slučajnim susretima - tu se gradi povjerenje, stiču pozitivna (i negativna) iskustva, izgrađuje terapijski odnos. Nezamjenjiv je rad liječnika u ordinacijama, bilo opće, bilo koje od specijalističkih grana medicine, mada naoko skromnog učinka, vremenom postaje sve značajniji čimbenik uspješnog liječenja. Uz to, ostavlja dublji trag u srcu i pameti naših pacijenta od svih blještavih reklama koje tek u prvom naletu zabljesnu, a potom izgube sjaj. Kad bi zdravstvena vlast bila svjesna snage koju ima u svome „zdravstvenom pješaštvu“, ne bi se prema njemu odnosila kao prema nevažnoj figuri.

**9. Pitanje narodnog zdravlja od većeg je ekonomskog nego humanitarnog značaja.** Dok god se na zdravstveni sustav bude gledalo kao na potrošača proračuna, a ostane, slučajno ili namjerno, prešućivan i skriven ekonomski doprinos zdravstvenih radnika hrvatskom društvu, neće se rad liječnika i drugih zdravstvenih djelatnika kvalitetno (i kvantitetno) vrednovati. Navest ću jedan stariji primjer: prof. dr. Mijo Šućur, kao mladi liječnik radio je u Gračanima. Uočivši da je stopa bolovanja visoka zapravo zbog alkoholizma i stanja koja su posljedica alkoholizma, dao se na rad u kluba alkoholičara, te je nakon dvije godine prepolovio stopu bolovanja. Osim vlastitog stručnog zadovoljstva, druge nagrade, pa ni formalne, nije dobio. Valjalo bi iznaći metode (cost/benefit?) kojima bi se prepoznao ekonomski doprinos našeg rada društvu.

**10. Glavno mjesto liječničkog djelovanja su ljudska naselja, mjesta gdje ljudi žive, a ne laboratoriji i ordinacije.** Važan je rad u našim ordinacijama, u bolnicama, u laboratorijima, ali u svakodnevnom radu valja imati na umu tko su ti ljudi koji su nam povjereni, koja je to populacija o kojoj skrbimo. Nama, zaposlenima u PZZ-u, pogotovo u obiteljskoj medicini, koji još i živimo u mjestu rada, blizak je kontakt s populacijom o kojoj skrbimo, pa nismo samo liječnici opće prakse, nego u punom značenju i liječnici obiteljske medicine, te liječnici u zajednici. Iako je ponekad teško, smatram privilegijom biti liječnik u zajednici, koji pomaže ljudima da što bolje održavaju zdravlje u svojoj životnoj sredini. Zdravstvena vlast vodi brigu na razini države, ili županije, epidemiolozi svojom djelatnošću pokrivaju područja županija, mi u obiteljskoj medicini bavimo se čovjekom i njegovom životnom sredinom - radnom, obiteljskom, školskom... Specijalisti se bave organskim sustavima ili organima, ili načinom liječenja, dijagnostika se bavi tkivima, stanicama, i sastavom tkivnih tekućina... Posao svih

je važan. Ali osobom, njegovom mikrosredinom, onim što je njegovoj percepciji najpoznatije kao njegovo zdravlje bavimo se mi, u općoj/obiteljskoj medicini.

### Zaključak

Medicinu sam završio 1984. godine. Od tada neprekidno radim kao liječnik, od toga 25 godina kao terenski liječnik na selu, gdje i živim. Godine prije rata obilježavala je kriza, zatim je bio rat (1991.-1996.), zatim reorganizacija (formiranje Doma zdravlja Slavonski Brod 1994. gdje sam kao prvi šef Službe opće medicine radio na razvoju mreže opće medicine, uvijek s nedostatkom liječnika), a onda su uslijedile reforme zdravstvenog sustava, s ciljem postizanja ušteda u zdravstvu. Te reforme traju i danas, i svaka nova obično znači više obveza ili manje novaca, a najčešće i jedno i drugo. I bio bih voljan podnijeti još koju reformu, ako bi cilj bio učinkovit zdravstveni sustav u čijem je središtu interesa zdravlje naroda i pacijenata, a ne samo novac (odnosno kako ga uštedjeti). Ili kako je jedna djelatnica u HZZO-u spontano rekla - nema boljitka dok i liječnicima i nama ne bude najvažniji pacijent. Možda tada postane i prepoznat i nagrađen rad nas zaposlenih u zdravstvenom sustavu.

### Literatura:

1. *Buljan, J.*; Liječništvo u Hrvatskoj danas u svjetlu Štamparove ideologije, Hrvatski časopis za javno zdravstvo, 7/2006. Dostupno na URL: <http://www.hcjz.hr/old/clanak.php?id=12888>.
2. *Buljan J.*; *Tečer M.*; Problematika raka u djelatnosti opće medicine u Domu zdravlja Slavonski Brod 1995. godine, u: Treći simpozij obiteljske medicine, HUOM, Bjelovar, 1996. str. 80-92.
3. *Knežević Z.*; Motiviranost liječnika za rad DTP postupaka, (diplomski rad), Zagreb, 2012.
4. *Mort JR.*; *Aparasu RR.*; Prescribing potentialy inappropriate psychotropic medications to the ambulatory elderly, Archives of Internal Medicine, 160/2000. str.2825-31.
5. *Štampar A.*; Pet godina socijalno-medicinskog rada u Kraljevini Srba, Hrvata i Slovenaca, Institut za socijalnu medicinu Ministarstva narodnog zdravlja u Zagrebu, Zagreb, 1925.
6. Bolnica Dr Josip Benčević, Slavonski Brod, dostupno na URL: [http://www.bolnicasb.hr/odjeli\\_i\\_sluzbe01.htm](http://www.bolnicasb.hr/odjeli_i_sluzbe01.htm).
7. Medicinski centar Slavonski Brod, OOOR – primarne zdravstvene djelatnosti, Pravilnik o sistematizaciji poslova i radnih zadataka, Slavonski Brod, siječanj 1979. – veljača 1984.
8. Odluka o izmjeni i dopuni Odluke o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja, Narodne novine RH, 134/2007.
9. Pravilnik o izmjenama i dopunama Pravilnika o načinu propisivanja i izdavanja lijekova na recept, Narodne novine RH, 134/2007.
10. Statistički ljetopis 2011. Dostupno na URL: [http://www.dzs.hr/Hrv/publication/stat\\_year.htm](http://www.dzs.hr/Hrv/publication/stat_year.htm).



## Summary

Josip Buljan

Today's health issues in light of Andrija Štampar's principles  
- the observations of the village doctor

The state of art in Croatian health system was analyzed according to Andrija Štampar's principles (postulates), based on data of Statistical yearbook of the Republic of Croatia and on mailing list of family physicians in Croatia in period 2009-2012.

The problems in communication between health government – medicine professionals (medicine doctors) and population were detected, and the appearance of mistrust of the public in the whole health system; the consumerist relationship of population towards health services; the strong social and economic changes on which the physicians have no influence, therefore the role of physicians as „social worker“ disappears. A physician is no longer was financial independent in relation to the patient. In the global society the distancing from the idea “health for all” is present, and the role of money is constantly being emphasized.

The preventive activities are being reduced in this more and more overloaded health system. The ratio between physicians in hospital part of the health system and in primary health care has risen (from 1:1 before 50 years to 2:1 now). The direct work with patient and long-term effects of this relationship can no longer be presented in (official) reports, but a physician in the primary healthcare kept the role of the educator of his own population. The mechanism of assessment of the economic effects of health system does not exist yet, and the health system is being treated as a consumer (of budget), exclusively. The influence of physicians in society and on society is becoming more and more modest.

**Key words:** Medical profession, healthcare system, primary health care, vocational associations, health system reform, communication, Andrija Štampar