

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 Javorić¹, Mladenka Vrcić Keglević²

Sažetak

Uvod. U europskim zemljama kao i u Hrvatskoj kućne posjete (KP) i liječenje su u djelokrugu obiteljske medicine (OM). Istraživanja pokazuju da je broj KP relativno nizak, sustavno opada od 2004. i različit je između županija.

Cilj je bio istražiti postoje li razlike u trendovima broja KP između ruralnih i urbanih sredina RH u razdoblju od 1995. do 2014. godine.

Metode. Istraživanje je opservacijsko (povijesno – prospektivno), temeljeno na rutinski prikupljenim podacima Hrvatskih zdravstveno-statističkih ljetopisa od 1995. do 2014.: o broju liječnika OM (LOM), pacijenata koji su dolazili/koristili OM i KP u RH i po županijama. Grupirani su u 3 regije: pretežito ruralne, značajno ruralne i urbane. Izračunat je prosječan broj KP, broj posjeta po pacijentu i po LOM -u.

Rezultati. Prosječan broj KP/pacijent bio je veći (0,16-0,12) u pretežito i značajno ruralnoj, nego u urbanoj regiji (0,11-0,06). U ruralnim regijama broj KP/LOM kretao se od 136,6 do 181,6, znatno više nego u pretežno ruralnim (129,2-189,2) ili urbanim (88,0-144,5).

Zaključak. LOM-i u ruralnim regijama obavljaju više KP od kolega u urbanim. Da bi se zadovoljile potrebe populacije i zadržalo liječnike, ovo treba imati na umu pri planiranju i financiranju tih područja.

Ključne riječi: kućne posjete, ruralno, urbano, obiteljska medicina, Hrvatska

Summary

Introduction and aims: Home visits are within the scope of family practice (FP) in Croatia as well as it is in other countries. The aim of the study was to determine the overall trends in home visits (HV) in Croatian FM. We investigated whether there were any differences in the trends of HV between Croatian rural and urban regions.

Methods: This was perspective study, from 1995 to 2014. Data were collected from the Croatian Health Service Yearbooks. The number of family doctors and the number of home visits were collected for each study year in relation to regions; Croatia was divided in three regions: rural, semi-rural and urban.

Results. Significantly higher number of home visits was found in rural regions than in semi-rural

¹ Ordinacija obiteljske medicine, Remetinečki gaj 14, 10 345 Zagreb

² Zaklada za razvoj obiteljske medicine, Črešnjevec 32, 10 000 Zagreb, e-mail: mvrcic@snz.hr

and urban ones. In 2000 the average number of home visits was higher in rural - 0.16 per patient - than in semi-rural (0.14) and urban (0.10) regions. In the same year, each family doctor in rural areas performed 189 home visits, in comparison to 178 in semi-rural and 120 in urban regions. The differences in trends were not found, the number of home visits increased until the year 2000 and then decreased in all regions.

Conclusion. A higher number of home visits was found in Croatian rural regions than in semi-rural and urban ones. These results should be taken in consideration in FP delivery planning.

Key words: home visits, family practice, rural/urban differences, Croatia

Uvod

Liječenja bolesnika u kući je osnovna karakteristika obiteljske medicine (OM) koja je razlikuje od drugih djelatnosti u primarnoj zdravstvenoj zaštiti (PZZ). Kućne posjete i kućno liječenje su termini koji se najčešće koriste zajedno, jer je teško razlikovati prvu posjetu na poziv bolesnika zbog akutno nastale bolesti od onih koje se planirano provode u liječenju i praćenju kroničnih bolesnika. Taj oblik liječenja u kući je najčešće planiran, a uključuje i patronažne sestre, te medicinske sestre koje kod nas pripadaju posebnoj djelatnosti kućne njege¹. Pored osnovnog cilja da se bolesnika liječi u njegovom obiteljskom i socijalnom okruženju, te smanjivanja troškova bolničkog liječenja koji su uvijek i svugdje najskuplji dio zdravstvenog sustava, je važna svrha kućnih posjeta i kućnog liječenja^{1,2}.

Kućne posjete i kućno liječenje u Europskim zemljama je u djelokrugu OM, ali je na različite načine organizirano i financirano, stoga se i broj kućnih posjeta znatno razlikuje. Npr. 5% svih kontakata između liječnika obiteljske medicine (LOM) i bolesnika u Švicarskoj otpada na kućne posjete, za razliku od Belgije u kojem je taj broj iznosio i do 50%³. Kućne posjete i kućno liječenje u Hrvatskoj je oduvijek bilo u djelokrugu rada

LOM, koji je do 1993. godine bio „rajonski“ liječnik odgovoran za populaciju određenog područja, a kućne posjete su bile posebno plaćane ovisno o njihovom broju. Prema istraživanjima Šućura u Hrvatskoj je 1985. godine na jednog LOM-a prosječno dnevno otpadalo od 0,45 kućnih posjeta (KP) u Zajednici općina Osijek, do 1,72 u Gradu Zagrebu⁴. Prema istraživanju Oreškovića i suradnika broj kućnih posjeta nakon 1990-te se počeo naglo smanjivati⁵. Nakon toga nije bilo sustavnih istraživanja problema KP u RH ako se izuzme nekoliko diplomskih radova u kojima se problem razmatrao s aspekta jedne ili dvije ordinacije OM. Istovremeno, provedene su znatne promjene u organizaciji, funkcioniranju i financiranju cjelokupne PZZ, pa i OM. Zakonom o zdravstvenoj zaštiti i zdravstvenom osiguranju iz 1991., a još jasnije onoga iz 2003. godine, uvedeno je pravo slobodnog izbora liječnika^{6,7}. Sukladno Zakonu, LOM-a je mogao izabrati i pacijent koji je po mjestu stanovanja znatno udaljen od ordinacije izabranog LOM-a, drugih dijelova grada ili okolnih sela⁶. Zakonom o Zdravstvenoj zaštiti iz 1993. godine također je omogućeno otvaranje Ustanova za zdravstvenu njegu u kući koje provode zdravstvenu njegu i rehabilitaciju bolesnika u njihovim kućama po uputama i stručnim nadzorom LOM-a⁷. Nadalje, sukladno Pravilniku o uvjetima za davanje u zakup zdravstvenih ustanova PZZ i liječilišta⁸, LOM-i su kao i drugi liječnici iz PZZ postajali zakupci uz obvezu sklapanja individualnog ugovora s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje (HZZO). Njihova ugovorna obveza je provođenje zdravstvene zaštite iz djelokruga OM sukladno Programu mjera zdravstvene zaštite iz osnovnog zdravstvenog osiguranja i za pacijenta koji su ih odabrali. Ugovorni liječnici, zakupci, od 2010. i koncesionari, su dobili i prava raspolaganja s financijskim sredstvima koja su proizlazila iz ugovornog odnosa, postali su na neki način „privatnici“. Međutim, dio LOM i dalje su ostali uposlenici domova zdravlja, ali s istim ugovornim obvezama i pravima kao i LOM, koncesionari. Sukladno Ugovoru s HZZOom, KP su ulazile u

opseg glavarine i nisu se posebno plaćale⁹. Od 2013. KP su zasebno plaćene u okviru tzv „dijagnostički terapijskih postupaka“¹⁰. Osim toga, Pravilnikom o standardima i normativima o provođenju zdravstvene zaštite iz 2006. godine definiran je i standard za KP na način da je svaki pacijent imao pravo na jednu KP ili kućno liječenje, svake četiri godine, odnosno 0,25 KP godišnje¹¹. Taj se standard djelomično ostvarivao kroz djelatnost kućne njege, a patronažne sestre su obvezane na jednu posjetu mjesečno svakom bolesniku za kojeg je potrebna kućna njega.

Ovaj rad je nastavak istraživanja¹², u kojem smo ispitali povezanost navedenih promjena i broja KP u OM. Cilj ovog rada je bio istražiti postoje li razlike u trendovima kretanja broja KP u djelatnosti OM u ruralnim i urbanim regijama RH u razdoblju od 1995. do 2014. godine. Budući da su uvjeti rada LOM-a, uključujući i uvjete pod kojima se obavljaju KP, u ruralnim područjima znatno drugačiji nego u urbanim, svrha rada je ukazati na potrebu posebnog vrednovanja ovog specifičnog djelokruga rada LOM u ruralnim područjima.

Metoda rada

Radi se o retrospektivnom, opservacijskom (povijesno-prospektivnom) istraživanju, temeljenom na rutinski prikupljenim podacima (Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopisi Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo za razdoblje od 1995. do 2014. godine o djelatnosti OM¹³; broj pacijenata koji su dolazili/koristili OM i broj KP za razdoblje od 1995. do 2014. godine, u RH i po županijama).

Podatci prikupljeni po županijama su obrađeni sukladno ruralno – urbanoj podjeli RH, tj. grupirani su u tri regije: pretežito ruralne, značajno ruralne i urbane. Prema Strategiji ruralnog razvoja RH od 2008. do 2013. godine, RH je, sukladno kriterijima Organization for economic Co-operation and Development (OECD), (OECD), podijeljena na 3 regije: pretežito ruralne, značajno ruralne i urbane. Pretežito ruralne županije su: Bjelovarsko-

bilogorska, Brodsko-posavska, Krapinsko-zagorska, Karlovačka, Koprivničko-križevačka, Ličko-senjska, Požeško-slavonska, Sisačkomoslavačka, Šibensko-kninska, Varaždinska, Virovitičko-podravska, Vukovarsko-srijemska, Zadarska i Zagrebačka. Značajne ruralne su: Primorsko-goranska, Osječko-baranjska, Splitsko-dalmatinska, Istarska, Dubrovačko-neretvanska i Međimurska županija. Jedina urbana županija je Grad Zagreb.

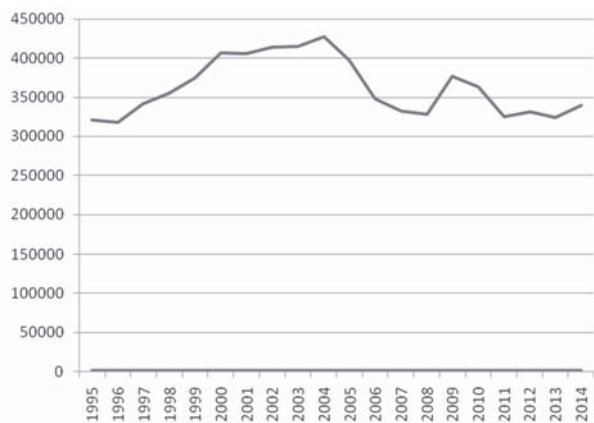
Budući da je broj pacijenata i broj LOM-a u pojedinim regijama različit, zbog potreba standardizacije je izračunat prosječan broja kućnih posjeta po jednom pacijentu koji je dolazio/koristio OM i po jednom LOM-u, za pojedine godine i za 3 navedene regije.

Prikupljeni podatci su obrađeni korištenjem Microsoft Office paketa (Excell). Rezultati obrade su prikazani kao tablice frekvencija, postotci i linijski grafikoni.

Rezultati

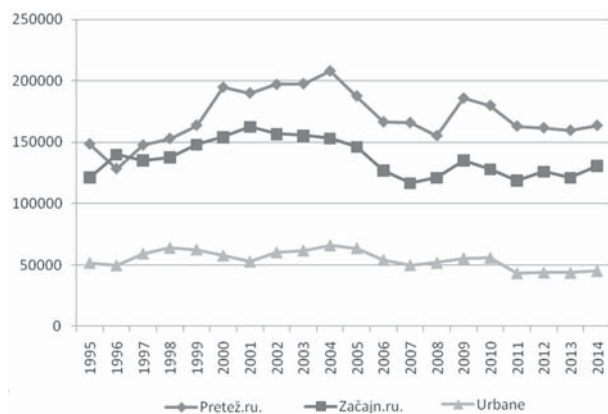
Iako je broj pacijenata koji su koristili OM, uz manje oscilacije, u blagom porastu (2,958.640 pacijenata u 1995., a 3,178.550 u 2014. godini), broj KP koje su obavili LOM-i u RH je pokazivao uzlazni trend do 2004. godine, nakon čega je, uz blage oscilacije, kontinuirano opadao. U 1996. godini je obavljeno 318.150 KP, u 2004., kad ih je bilo najviše, 427.316 KP, dok je u 2014. je obavljeno svega 339.548 KP, ili prosječno između 0,1 i 0,14 KP po jednom pacijentu koji je koristio službu OM u pojedinim godinama (sl. 1).

Na sl. 2 prikazane su razlike u broju KP u odnosu na ruralno/urbane regije u RH. U pretežno ruralnim regijama obavljen je najveći broj KP, nešto manji u značajno ruralnim, a najmanji u urbanim. Tako npr. u pretežito ruralnim regijama taj se broj kreće od 128.409 do 208.005, a u urbanoj od 43 314 do 66 154. Međutim, kretanje broja kućnih posjeta u svim regijama slijedi kretanja zamijećena u RH, koje je u opadanju je od 2004. godine (sl. 2).



Slika 1. Kretanje broja kućnih posjeta u RH obavljenih u obiteljskoj medicini od 1995. do 2014.

Figure 1. Trends in the average number of home visits in Croatian family practice, 1995-2014.

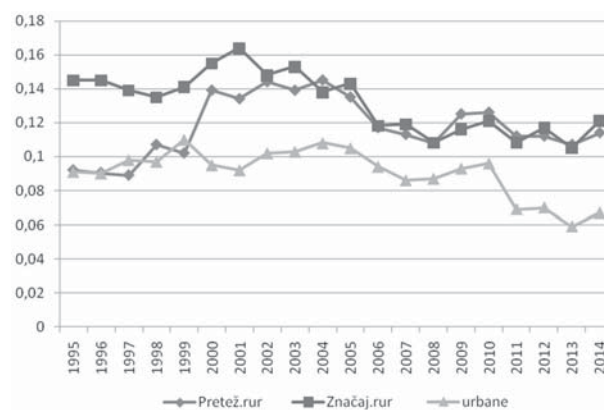


Slika 2. Kretanje prosječnog broja kućnih posjeta po regijama od 1995. do 2014.

Figure 2. Trends in the average numbers of home visits performed in family practice regarding rural, semirural and urban regions in Croatia, 1995-2014.

Budući da je broj pacijenata koji su dolazili/koristili OM u pojedinim regijama različit, napravljen je izračun prosječnog broja KP po pacijentu/korisniku i po jednom LOM u pojedinim godinama (sl. 3 i 4). U ovom slučaju je prosječan broj KP po pacijentu/korisniku bio najveći u značajno ruralnim, da bi nakon 2008. godine nešto veći broj KP bio obavljen u pretežito ruralnim regijama. U urbanoj regiji, Gradu Zagrebu, je taj broj najmanji tijekom

cijelog razdoblja, pa se tako prosječan broj KP po pacijentu-korisniku kretao od 0,11 u 1999. do 0,06 u 2013. godini, dok se u pretežito i značajno ruralnim regijama kretao od 0,16 u 2001. do 0,12 u 2013. godini (sl. 3).



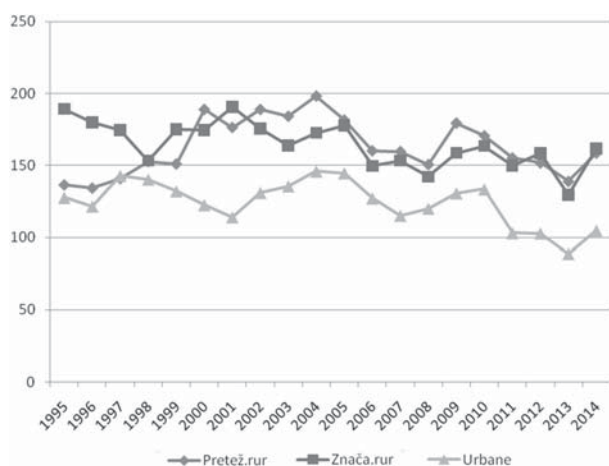
Slika 3. Kretanje prosječnog broja kućnih posjeta po jednom pacijentu u OM po regijama RH 1995.-2014.

Figure 3. Average number of home visits per patient performed in family practice according to rural, semirural or urban regions in Croatia, 1995-2014.

U početku praćenja, najveći broj KP po jednom LOM-u je obavljen u značajno ruralnim regijama, da bi nakon 2000. godine najveći broj bio napravljen u pretežito ruralnim regijama RH. Veći broj KP po jednom LOM u pretežito ruralnim regijama prisutan je do kraja praćenja. U urbanoj regiji je napravljen najmanji broj KP po LOM-u. U pretežno ruralnim regijama najviše KP po LOM-u obavljeno je 2005., prosječno 181,6 KP, a najmanje u 1995. godini, 136,6. U značajno ruralnim regijama najviše KP po timu LOM-a obavljeno je 1995., prosječno 189,2, sa silaznim trendom sve do 2013. godine kada je obavljeno svega 129,2. U urbanoj regiji, Gradu Zagrebu obavljeno je najviše kućnih posjeta u 2005., prosječno 144,5, a najmanje u 2013. godini, prosječno 88 KP po LOM-u (sl. 4).

Iako je kretanje broja pacijenata koji su koristili OM, uz manje oscilacije, u blagom porastu, sveukupan broj kućnih posjeta koje su obavili LOM-i u RH je relativno malen, kako po ukupnom broju posjeta po pacijentu, tako i po jednom LOM-u. Nakon

početnog uspona, broj KP je u postupnom padu od 2005. godine i ne odgovara standardu; sukladno Pravilniku o standardima i normativima, svaki pacijent ima pravo na 0,25 kućnih posjeta godišnje, a ostvareno ih je samo 0,1, što je 2,5 puta manje¹¹. U usporedbi s rezultatima o kojima izvještava Šučur, to je 5-10 puta manje u odnosu na 1985. godinu⁴. Međutim, taj broj je nešto veći u odnosu na podatke Oreškovića i suradnika⁵. Najbliži našima su podatci iz Slovenije. I njihovi LOM-i obave u prosjeku 2,5 KP tjedno, ili oko 130 KP godišnje¹⁴. U drugim zemljama broj KP je značajno veći. Tako je u Nizozemskoj 14 % kontakta pacijent-doktor obavljeno je 1987. u kući bolesnika s padom na 7-7,5 % u 2001.¹⁵ U Njemačkoj LOM obavi prosječno 6,5 KP tjedno¹⁶. I u tim zemljama opada broj KP, koje izgleda postaju zanemareni dio rada LOM-a¹⁷⁻¹⁹.



Slika 4. Kretanje prosječnog broja kućnih posjeta po jednom LOM-u u RH po regijama, 1995.-2014. godine.

Figure 4. Average number of home visits per family doctor regarding the rural, semirural and urban regions of Croatia, 1995-2014.

Pored općeg smanjenja broja KP uočene su i regionalne razlike. Njihov broj je veći u pretežito ruralnim nego u urbanoj regiji RH i to tijekom cijelog 20-godišnjeg razdoblja. Međutim, i u ruralnim sredinama broj KP je manji od propisanog standarda. Dobiveni podatci su usporedivi s onima iz literature. Tako npr. po Jurković i sur.

u pet ruralnih ordinacija OM je u jednoj godini napravljeno od 261 do 639 KP²⁰. Medić (ruralna ordinacija Dubravica kod Zaprešića), izvještava da je u 2010. godini obavio 566 KP, od čega ih je 63% bilo namijenjeno pacijentima s mjestom stanovanja koje je više od 10 km udaljeno od ordinacije, a 49% nepokretnim pacijentima²¹. Prema našim rezultatima, obavljeno je značajno manje KP nego u navedenim istraživanjima; u pretežito ruralnim regijama obavljeno je prosječno od 140 do 190 KP godišnje, a u značajno ruralnim još i manje. I u Sloveniji, u kojoj je organizacija i funkcioniranje OM najbliži našoj, su LOM koji rade u ruralnim sredinama obavljali veći broj KP nego oni koji rade u urbanim centrima^{14,22}.

Izgleda da je pojava većeg broja KP u ruralnim sredinama sveopće prisutna i u drugim zemljama¹⁸⁻²⁵. Čini se da su lokalne prilike, uključujući i veću udaljenost ordinacije OM od mjesta stanovanja pacijenata u ruralnim sredinama, važna odrednica djelokruga rada LOM-a, uključujući i broj kućnih posjeta. LOM-i najčešće i žive u ruralnim sredinama kroz duži vremenski period, postaju sastavni dio tih sredina i bolje poznaju i potrebe ljudi¹⁴. Osim toga, i odnos liječnika i bolesnika u takvim sredinama je čvršći i „ljudskiji“ i nije jednostavno odbiti zahtjev takvog bolesnika, pa kad su i KP u pitanju²⁶. Međutim i uvjeti življenja su drugačiji i najvjerojatnije imaju utjecaja. Teža dostupnost, ne samo OM nego i drugih oblika zaštite, lošija prometna infrastruktura, te dominantno starije stanovništvo, osobito prisutno u našim selima, su sigurno razlozi povećanog broja KP u ruralnim sredinama^{3,15,22-25}.

Istraživanje je temeljeno na rutinski prikupljenim podacima što može predstavljati prednost, ali i ograničenje. Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopisi Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo su službeni podaci na kojima se temelji nacionalna zdravstvena statistika i planiranje. Podatci se prikupljaju na standardizirani način što omogućuje kontinuitet praćenja i usporedivost, osobito nakon 2008. kada je uvedena informatizacija u PZZ

i automatsko prikupljanje podataka. Međutim, uočeni su i problemi s nepreciznošću pojedinih podataka, što bi moglo utjecati na rezultate, ali najvjerojatnije ne i na trendove 20-godišnjeg praćenja. U ovu kategoriju bi se mogle svrstati i nedovoljno evidentirane KP, kao uostalom i drugih oblika rada u OM što je dokazano u istraživanjima²⁶. Za KP je to osobito prisutno, jer je evidentiranje nepraktično. Nakon obavljene KP trebalo bi se vratiti u ordinaciju i upisati KP u kompjutorski program, što se možda ne čini redovito. Ako je ova pojava u pitanju, ona bi predstavljala sustavnu pogrešku prisutnu u cijelom praćenju i ne bi smjela utjecati na kretanja koja su praćena u ovom istraživanju.

Usprkos nedostacima, rezultati istraživanja ukazuju na potrebu ozbiljnog promišljanja o načinima rješavanja problema malog broja kućnih posjeta u OM općenito, osobito kada se svugdje u svijetu traže mogućnosti zamjene skupe bolničke zaštite s liječenjem u kući bolesnika. Rastući broj kroničnih bolesnika, starenje populacije, te sve veće potrebe za palijativnom zaštitom također treba uzeti u razmatranje, a posebno činjenicu da bolesnici visoko vrednuju KP i kućno liječenje, osobito ono koje izvode njihovi odabrani LOM-ovi²⁷⁻³². Što se tiče KP koje obave LOM-ovi u ruralnim sredinama, one će najvjerojatnije uvijek biti u prosjeku brojnije, pa zaslužuju posebnu pažnju planera i financijera zdravstvene zaštite. To se odnosi na bolje opskrbljenosti tih ordinacija opremom, uključujući i automobil, te pravednom nadoknadom troškova korištenja osobnog automobila ili rada liječnika. Naime, vrijeme potrebno za obavljanje KP na seoskim područjima je zbog udaljenosti u pravilu duže od onog u gradskim sredinama i trebalo bi biti pravednije vrednovano što nije slučaj sa sadašnjim stanjem u kojem je cijena KP jednaka, neovisno gdje se obavlja³³. Odlazak LOM-A iz seoskih sredina, prisutan svugdje u svijetu pa i kod nas, možda bi bio manji ako se, između ostalog, riješi i pravedno vrednovanje KP.

Zaključci

LOM-i koji rade u ruralnim sredinama obavljaju veći broj KP od njihovih kolega koji rade u urbanim sredinama, najvjerojatnije kao posljedica specifičnih potreba te populacije i uvjeta rada, čimbenika koje bi trebalo dodatno istražiti. Međutim, neovisno o razlozima, ova se činjenica treba uzeti u obzir pri planiranju, vrednovanju i financiranju OM u ruralnim sredinama, kako bi se zadovoljile potrebe ruralne populacije, a liječnike zadržalo u tim sredinama.

Zahvala

Rad je izrađen uz podršku Zaklade za razvoj obiteljske medicine, međutim sva mišljenja i stavovi navedeni u radu su osobna mišljenja i stavovi autora rada.

Literatura

1. Genet N, Boerma WG, Kringos DS, Bouman A, Francke AL, Fagerstrom C i sur. Home care in Europe: a systematic literature review. *BMC Health Serv Res.* 2011;11:207.
2. Stall N, Nowaczynski M, Sinha SK. Back to the future: home-based primary care for older homebound Canadians. *Can Fam Physician.* 2013;59:237-40.
3. Genet N, Boerma W, Kroneman K, Hutchinson A, Saltman RB. Home care across Europe. Current structure and future challenges. *The European Observatory on Health Systems and Policies. Observatory Studies Series No 27.* Copenhagen: WHO EURO; 2012. Dostupno na: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/181799/e96757.pdf
4. Šućur M, Šućur Ž. Kućni posjeti, kućno liječenje, rehabilitacija, njega i pomoć u kući. U: Budak A, ur. Organizacija rada i iskustva iz prakse opće medicine. Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu; 1990:19-36.
5. Orešković S, Kuzman M, Budak A, Vrcić-Keglević M, Ivanković A. Doctor in the house: Trends in GPs home visiting in Croatia 1990-1995 compared to current trend in USA and UK. *Coll Antropol.* 1997;21:595-608.
6. Zakon o zdravstvenoj zaštiti i zdravstvenom osiguranju (pročišćeni tekst). NN (12);1991.

7. Zakon o zdravstvenoj zaštiti. NN (75);1993.
8. Pravilnik o uvjetima za davanje u zakup zdravstvenih ustanova primarne zdravstvene zaštite i lječilišta. NN (6);1996.
9. Odluka o osnovama za sklapanje ugovora sa zdravstvenim ustanovama i privatnim zdravstvenim djelatnicima. NN (52);2000.
10. Opći uvjeti ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja. NN (34);2013.
11. Pravilnik o standardima i normativima prava na zdravstvenu zaštitu iz osnovnog zdravstvenog osiguranja za 2006. godinu. NN (155);2005.
12. Javorić H, Topolovec-Nižetić V, Pavleković G. Home visits in Croatian family practice: a longitudinal study: 1995–2012. Coll Antropol. 2014;38(suppl 2):55-60.
13. Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis 1995-2014. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo; 1996-2015.
14. Švab I, Kravos A, Vidmar G. Factors influencing home visits in Slovenian general practice Fam Pract. 2003;20:58-60.
15. Wienke GW, Boerma P, Groenewegen P. GP home visiting in 18 European countries Adding the role of health system features. Eur J Gen Pract. 2001;7:132-7.
16. Snijder EA, Kersting M, Thelle G, Kruschinski C, Hummers-Pradier E, Junius-Walker U. Home visits in German general practice: findings from routinely collected computer data of 158 000 patients. Gesundheitswesen. 2007;69:679-85.
17. van den Berg MJ, Cardol M, Bongers FJM, de Bakker DH. Changing patterns of home visiting in general practice: an analysis of electronic medical records. BMC Fam Pract 2006;7:58.
18. Peterson LE, Landers SH, Bazemore A. Trends in physician house calls to Medicare beneficiaries. J Am Board Fam Med. 2012;25:682-6.
19. Sullivan CO, Omar RZ, Forrest CB, Majeed A. Adjusting for case mix and social class in examining variation in home visits between practices. Fam Pract. 2004;21:355-63.
20. Jurkovic LJ, Lazic Đ, Dodig Ž, Madunic-Majnaric I, Đanic N, Kralj D, Barišic-Marčac Z. Udio, značajke i opravdanost kućnih posjeta u radu liječnika obiteljske medicine koji zbrinjavaju stanovništvo seoskog područja Hrvatske. Med Jad. 2008;38:99-106.
21. Medić B. Number and structure of home visits in rural family practice Dubravica in 2010. U: WONCA Rural Congress Abstracts. Dubrovnik: WONCA, 2015.
22. Kersnik J. Observational study of home visits in Slovene general practice: patient characteristics, practice characteristics and health care utilization. Fam Pract. 2000;17:389-93.
23. Voigt K, Taché S, Klement A, Fankhaenel T, Bojanowski S, Bergmann A. Gaining information about home visits in primary care: methodological issues from a feasibility study. BMC Fam Pract. 2014;15:87.
24. Huibers L, Moth G, Andersen M, van Grunsven P, Giesen P, Christensen MB, Olesen F. Consumption in out-of-hours health care: Danes double Dutch? Scand J Prim Health Care. 2014;32:44-50.
25. Zimmermann T, Kaduszkiewicz H, vd Bussche H, Schön G, Wegscheider K, Werle J i sur. Reliability of morbidity data reported by GPs. Results of a longitudinal study in primary care. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2012;55:260-9.
26. Thelle G, Kruschinski C, Buck M, Muller CA, Hummers-Pradier E. Home visits – central to primary care, tradition or obligation? A qualitative study. BMC Fam Pract. 2011;12:24-9.
27. Stewart M, Sangster JF, Ryan BL, Hoch JH, Cohen I, McWilliam CL i sur. Integrating physician services in the home: evaluation of an innovative program. Can Fam Physician. 2010;56:1166-74.
28. Rytter L, Jakobsen HN, Rønholt F, Hammer AV, Andreasen AH, Nissen A, Kjellberg J.
29. Comprehensive discharge follow-up in patients' homes by GPs and district nurses of elderly patients. Scand J Prim Health Care. 2010;28:146-53.
30. Brogaard T, Jensen AB, Sokolowski I, Olesen F, Neergaard MA. Who is the key worker in palliative home care? Scand J Prim Health Care. 2011;29:150-6.
31. Pereles L. Home visits. An access to care issue for the 21st century. Can Fam Physician. 2010;46:2044-8.
32. Carr-Bains S, Nightingale AL, Ballard KD. Patients' experiences and satisfaction with out-of-hours GP home visiting provided by a GP cooperative. Fam Pract. 2011; 28 88-92.
33. HZZO vodič kroz dijagnostičko terapijske postupke u PZZ OM. Dostupno na: http://cdn.hzzo.hr/wp-content/uploads/2014/01/HZZO_Vodic_kroz_DTP_za_OM_04032013.pdf