

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-Šebeđak

Sažetak

S promjenama zdravstvenog sustava u Hrvatskoj (RH) u proteklih 20 godina došlo je do promjena u organizaciji i funkcioniranju obiteljske medicine (OM) uz regionalne razlike.

Cilj je opažajnom (povijesno prospektivnom) analizom utvrditi postoje li i kakve su razlike u organizaciji i funkcioniranju OM između Brodsko-posavske županije (BPŽ) i RH.

Izvori podataka su bili Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopisi od 1995. do 2014. godine, Mreža planiranih i ugovorenih ordinacija OM te Popis stanovništva 2011. godine.

Rezultati. Broj LOM-a u RH povećao se u ovih 20 godina za 11,2%, a u BPŽ za 28,4%. U BPŽ je nedostajalo 16 ili 17,4% liječnika u 2013. a u Hrvatskoj 5,5 %. BPŽ ima prosječno više specijalista OM nego RH (52,6% : 49,3%). U BPŽ je broj osiguranika na listi liječnika 2.035, u RH 1.849. Dio pacijenata koji koriste OM u BPŽ je manji od državnoga (44,0%-8,1% : 74,9%-80,5%). U RH godišnji prosječan broj posjeta / LOM je manji nego u BPŽ (8.515-15.283 : 9.063 - 15.483).

Broj kućnih posjeta u BPŽ kreće se od 88 do 180, u RH od 140 do 180.

Zaključak. Nedvojbeno je potreban veći broj LOM-a u BPŽ, posebno u ruralnim područjima radi bolje dostupnosti populaciji i manjeg opterećenja, tj. kvalitetnije zdravstvene zaštite.

Ključne riječi: obiteljska medicina, organizacijska struktura, funkcioniranje, Hrvatska

Summary

Frequent “health care reforms” in the last 20 years led to changes in organization, structure and function of family practice (FP), with regional differences in outcomes. The aim of this study was to investigate the differences in the organization and functioning of FP between a county [Brodsko-posavska County (BPC)] and the Croatian mean. It was an observational, longitudinal study, using the Croatian Health Service Yearbooks, 1995-2014, the Croatian Network of planned and contracted FPs, and national census.

Results. The number of FPs in Croatia increased by 11.2% while in BPC it increased by 28.4%,

¹ Zaklada za razvoj obiteljske medicine, Črešnjevec 32, 10 000 Zagreb, e-mail: mvrcic@snz.hr

² Sveučilišta u Zagrebu, Medicinski fakultet, Škola narodnog zdravlja “Andrija Štampar”, Katedra za obiteljsku medicinu, Rockefellerova 4. Zagreb, e-mail: htiljak@snz.hr

but still 16 family doctors (FDs) are missing there (17.4% in BPC vs. 5.5% in Croatia). However, in BPC there were more FD specialist than in Croatia (52.6 % vs. 49.3 %), and more enlisted patients (2,035 vs 1,849), while the number of annual visits to FP was less (44.0%-78.1% vs. 74.9-80,5%). The annual number of office visits per FD was similar and varied from 8,515 to 15,283 in Croatia vs. 9,063-15,483 in BPC, as well as the number of home visits (140-180 per FD in Croatia vs. 88-180 in BPC).

Conclusion. FPs in BPC are understaffed; the FDs are overburdened by office visits and referrals, performing less home visits and preventive activities, which should be accounted for in any FP service planning, particularly concerning the rural regions.

Key words: family practice, organizational structure, functioning, Croatia

Uvod

Paralelno s društvenim i ekonomskim promjenama započetim osnutkom Republike Hrvatske (RH) početkom 90-ih godina, došlo je i do promjena u organizaciji, funkcioniranju i financiranju zdravstvenog sustava, uključujući i primarnu zdravstvenu zaštitu (PZZ). Jedna od prvih promjena je bilo uvođenje slobodnog izbora liječnika u PZZ u 1993. godini, uključujući i liječnika obiteljske medicine (LOM) kao njezinog najvažnijeg nosioca¹. Zatim je 1996. godine uslijedila privatizacija PZZ. LOM postaje samostalni subjekt s obavezom sklapanja individualnog ugovora s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje (HZZO) za provođenje zdravstvene zaštite osiguranika koji su ih izabrali kao svoje osobne liječnike². Osnova za financiranje je bio broj osiguranika, tzv. lista pacijenata; veći broj je značio veću financijsku težinu ugovora³. Od 2005. godine financijska osnova je nadograđivana sukladno radnim učincima. Najprije je uvedeno plaćanje sistematskih i preventivnih pregleda, od 2010. godine i nekih dijagnostičko-terapijskih postupaka, a od 2013. godine, financiranje je te-

meljeno na tzv. „pentagramu“ koji se sastoji od hladnog pogona, broja osiguranika na listi, ključnih pokazatelja izvedbe, indikatora kvalitete i dijagnostičko-terapijskih postupaka⁴⁻⁶. U 2006. godini je formirana Mreža zdravstvenih ustanova, uključujući i ordinacije obiteljske medicine (OM). Mreža se nekoliko puta mijenjala, ali je pored lokalnih specifičnosti, osnova za formiranje mreže uvijek bio broj stanovnika temeljen na popisu stanovništva na određenom području. Potrebni broj LOM-a se izračunavao na način da je broj stanovnika na određenom području dijeljen sa 1700 pacijenata, broj definiran Standardom o provođenju zdravstvene zaštite⁷. Istovremeno su tekle i druge promjene koje su mogle utjecati na organizaciju i funkcioniranje OM, kao što su: uvođenje informatizacije, restrikcije i kontrole propisivanja lijekova i upućivanja pacijenata u specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu (SKZ), kao i racionalni odnos prema problemu bolovanja, te uvođenje elektronskog propisivanja recepata i uputnica^{8,9}.

Sustavna evaluacija utjecaja ovih promjena na organizacijsku strukturu i funkcioniranje PZZ je napravljena je u 2013. godini¹⁰. Rezultati su pokazali da su promjene utjecale na sve vidove organizacije i funkcioniranja PZZ, uključujući i OM. Međutim, rezultati su također ukazali na postojanja regionalnih razlika unutar RH¹¹⁻¹⁵. Stoga je cilj ovog rada bio istražiti postoje li i kakve su razlike u organizacijskoj strukturi i funkcioniranju OM u BPŽ u odnosu na RH na temelju rutinski prikupljenih podataka, u 20-godišnjem razdoblju, od 1995. do 2014. godine.

Metode

Provedeno je opažajno, tzv. povijesno-prospektivno istraživanje utemeljeno na rutinski prikupljenim podacima. Korištena su tri izvora podataka: Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopisi (ljetopisi) Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo, u periodu od 1995. do 2014.¹⁶, Mreža javne zdravstvene službe u djelatnosti opće-obiteljske medicine iz 2013. godine objavljene na web-stranicama HZZO-a¹⁷, te

Popis stanovništva Državnog zavoda za statistiku iz 2011. godine¹⁸.

Na temelju ljetopisa su prikupljeni podaci o broju i obrazovnoj strukturi liječnika i medicinskih sestara koji rade u djelatnosti OM, i izračunati su postotci specijalista OM i specijalista ostalih specijalnosti. S namjerom da se ispita opterećenost djelatnosti OM, prikupljeni su podaci o broju osiguranika na listama i broju pacijenata koji u toku godine posjete svog izabranog LOM-a, u ljetopisima registrirano pod terminom korisnici. Iz tih podataka je izračunat prosječan broj osiguranika po jednom LOM-u i stupanj korištenja djelatnosti OM, odnosno postotak pacijenata koji su u pojedinoj godini posjetili - koristili zdravstvenu zaštitu u djelatnosti OM. U namjeri da se dodatno rasvijetli opseg rada pojedinog LOM-a, prikupljeni su podaci o broju posjeta pacijenata u ordinacijama OM, o broju posjeta LOM-a u kući bolesnika, o broju upućivanja u SKZ, te o broju preventivnih i sistematskih pregleda. Iz prikupljenih podataka je izračunat prosječan broj posjeta po jednom LOM/ordinaciji OM godišnje, prosječan broj kućnih posjeta i prosječan broj preventivnih i sistematskih pregleda po jednom LOM-u. Također je izračunata stopa upućivanja u SKZ u odnosu na broj posjeta. Podaci su prikupljeni, odvojeno za BPŽ i RH, te po pojedinoj godini praćenja, od 1995. do 2014. godine. Odabran je ovaj period praćenja zbog toga jer su se podaci prikupljali na identičan način tijekom cjelokupnog razdoblja. Podaci su se najčešće i prikazali na istovjetan način; do 2004. godine su detaljno prikazivani po pojedinim općinama i gradovima, a od 2005. samo po županijama, pa su na taj način izneseni i u ovom radu¹⁶.

Podaci Mreže javne zdravstvene službe u djelatnosti OM, objavljeni na web-stanicama HZZO-a iz 2013. poslužili su da se ispita nedostatak ili višak ugovorenih LOM-a. Na temelju tih podataka, izračunate su razlike između planiranih i ugovorenih ordinacija OM, odnosno liječnika koji u njima rade¹⁷. Na temelju Popisa stanovništva Državnog zavoda za statistiku iz 2011. godine, prikupljeni su

podaci o broju stanovnika u općinama i gradovima u kojima se nalaze planirane ordinacije OM¹⁸.

Podaci su obrađeni u Microsoft Excell programu, prikazani apsolutnim brojevima i postotcima, te grafički linijskim dijagramima.

Rezultati

U početku praćenja, broj timova OM u RH je pokazivao sklonost porasta, s 2.047, u 1995. na 2.377 u 2002. godini, nakon čega je počeo opadati, tako da je u 2010. bilo 2.279 timova OM. U 2013. godini je zabilježen porast na 2.306 timova, da bi u 2014. uslijedio pad na 2.274 tima. Bez obzira na oscilacije, broj im je općenito porastao za 11,8%. U BPŽ broj timova OM je u kontinuiranom porastu za 18,4%; 1995. bilo ih je 62, a od 2006. kreće se od 75 do 77. Neovisno o navedenom porastu, u 2013. godini je u BPŽ nedostajalo 16 timova; za 17,4% je manje ugovoreno od planiranih. U RH je nedostajalo 123 tima, odnosno 5,5% je manje ugovoreno.

Najveći broj planiranih timova je nedostajao u seoskim područjima BPŽ, sukladno teritorijalnoj podjeli RH označenim kao općine. Posebno se ističu općine Brodski Stupnik, sa 3.036 stanovnika i Cernik, sa 3.640 stanovnika, u kojima su planirana dva tima OM, a nije ugovoren niti jedan. I u općini Gornji Bogičevci, u kojoj živi 1.975 stanovnika nije ugovoren niti jedan tim. U općini Sibinj, s 6.895 stanovnika, trebala su biti četiri, a ugovorena su samo dva tima, što znači da svaki od njih skrbi za preko 3.000 stanovnika. Takav nedostatak nije zabilježen u gradovima. U Slavonskom Brodu je ugovoren samo jedan tim manje od planiranog, dok su u Novoj Gradiški ugovorena dva tima više od planiranih (tab. 1).

Pored LOM-a, u djelatnosti OM bili su zaposleni i specijalisti drugih specijalnosti, najčešće specijalisti medicine rada i školske medicine. Njihov broj se kretao oko 10%, podjednako u RH i u BPŽ, s trendom opadanja. Broj medicinskih sestara u RH je uvijek odgovarao broju liječnika, dok je u BPŽ, u početku praćenja bio veći, a naknadno se izjednačio

s brojem liječnika. Broj medicinskih sestara s visokom stručnom spremom je uvijek bio mali u RH i u BPŽ, s tendencijom nestajanja tog profila zdravstvenih radnika iz OM.

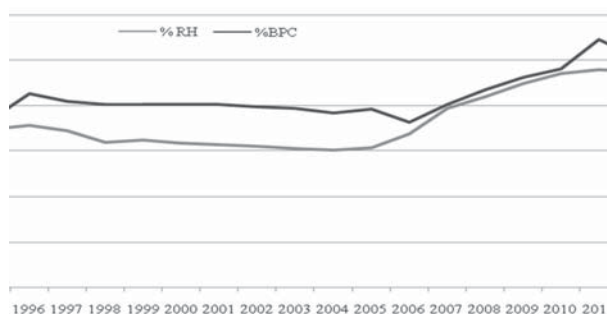
Postotak specijalista OM (SOM) u BPŽ je uvijek bio veći od prosjeka RH, s podjednakim padom do 2004. godine, nakon čega je nastupio porast. u

1995. godini je bilo 34,8% SOM-a u RH, uslijedio je pad na 30,2% u 2004., nakon čega je započeo kontinuirani rast, u 2013. bilo 49,3% specijalista OM u RH (porast za 19,1%), ali je u 2014. došlo do pada na 44,5%. U BPŽ je u početku praćenja je bio 37,1% SOM, a na kraju praćenja, u 2014. godini bilo ih je 59,7% (porast za 22,6%) (sl. 1).

Tablica 1. Općine i gradovi u BPŽ s brojem potrebnih/planiranih i brojem ugovorenih timova OM te brojem stanovnika u tim gradovima/općinama

Table 1. Communities and towns in Brodsko – posavska County with the number of inhabitants and the number of planned and contracted family practices

Općina/grad Community/town	Planirani timovi Planned FPs	Ugovoreni timovi Contracted FPs	Razlika Difference	Broj stanovnika Inhabitants
Brebrina	2	1	-1	3252
Brodski Stupnik	2	0	-2	3036
Bukovlje	1	1	0	3108
Cernik NG	2	0	-2	3640
Davor NG	2	2	0	3015
Donji Andrijevc	2	2	0	3709
Dragalić	0	0	0	1361
Garčin	3	2	-1	4806
Gornja Vrba	1	1	0	2512
Gornji Bogičevci	1	0	-1	1975
Gundinci	1	1	0	2027
Klakar	1	0	-1	2319
Nova Gradiška	9	11	+2	14229
Nova Kapela	3	2	-1	4227
Okučani	3	2	-1	3447
Oprisavci	2	1	-1	2508
Oriovac	4	4	0	5824
Podcrkavlje	1	1	0	2553
Rešetari	3	1	-2	4753
Sibinj	4	2	-2	6895
Sikirevci	1	1	0	2476
Slavonski Brod	34	33	-1	59141
Slavonski Šamac	1	1	0	2169
Stara Gradiška	1	1	0	1363
Staro Petrovo Selo	3	3	0	5186
Velika Kopanica	2	2	0	3308
Vrbje	1	0	-1	2215
Vrpolje	2	1	-1	3521
Ukupno	92	76	-16	158575



Slika 1. Kretanje SOM-a (u %) u RH i BPŽ u razdoblju od 1995. do 2013.

Figure 1. Family medicine specialists (%) in BPC and in Croatia, 1995. – 2013.

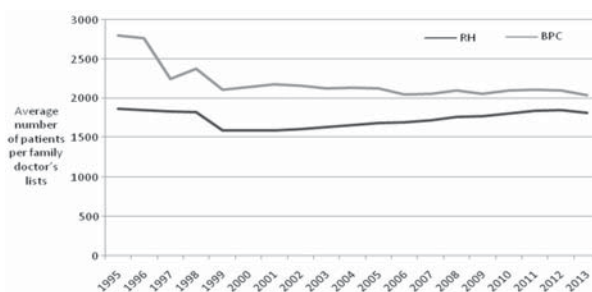
U ispitivanom razdoblju, prosječan broj osigurani-ka po LOM-u u RH je opadao, s prosječno 1.864,8 u 1995. na 1.584,7 u 1999. godini. Nakon toga je taj broj počeo rasti, tako da je u 2014. prosječno iznosio 1.838,8. U BPŽ je prosječan broj pacijenata po jednom LOM-u bio uvijek veći od hrvatskog prosjeka; u 1995. iznosio je 2.799,5, a u 2014. 2.049,6. Ipak, za razliku od Hrvatske, broj pacijenata po jednom LOM-u u BPŽ je bio u stalnom padu (sl. 2).

Međutim, službu nisu koristili svi osiguranici koji su bili na listama LOM-a. U RH se njihov postotak kretao između 74,9% u 1996. kada ih je bilo najmanje i 80% u 2004. godini. Nakon te godine je udio osiguranika koji su koristili djelatnost OM počeo opadati (76,1% u 2014.). U BPŽ je postotak korisnika uvijek bio manji; u 1996. godini je 44,5% pacijenata posjetilo svog LOM, nakon čega je postotak počeo rasti i skoro se izjednačio s hrvatskim (72,4% u 2014.; sl. 3).

Broj posjeta LOM-u u RH se gotovo udvostručio, sa prosječno 8.515 posjete po LOM-u u 1995. na 15.283 u 2014. godini (sl. 4). U BPŽ je prosječan broj posjeta bio iznad republičkog prosjeka, npr. u 1995. je iznosio 10.255 posjeta po timu LOM-a, dok se na kraju promatranog razdoblja približno izjednačio, npr. 15.483 prosječne posjete po jednom LOM-u u 2014. godini.

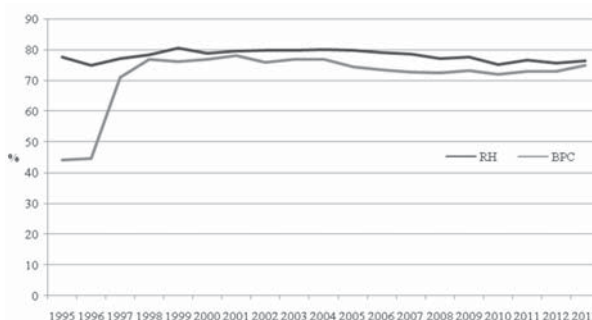
Postotak posjeta koje uključuju i klinički pregled rastao je od 1995. do 2005. godine, sa 69,3% na

72,8%, a najveći je zabilježen u 2003. godini - 76,1%. Od 2005. se broj pregleda počeo smanjivati, s 72,8% u toj godini, na 40,0% u 2014. godini; ukupno smanjenje za 32,8%. U BPŽ je u početku praćenja postotak bio manji od hrvatskog prosjeka (1995. je iznosio 55,3%), rastao je kao i u RH tako da je 2003. bio 75,1%. Nakon toga je počeo opadati, ali nešto manjim tempom nego u RH. U zadnjih tri godine je postotak pacijenata koji su klinički pregledani nešto veći nego u ostatku RH (43,5% u 2014, prema 40,0%). Usprkos ovom rastu, klinički pregledanih pacijenata u BPŽ je u promatranom periodu manje za 31,5% .



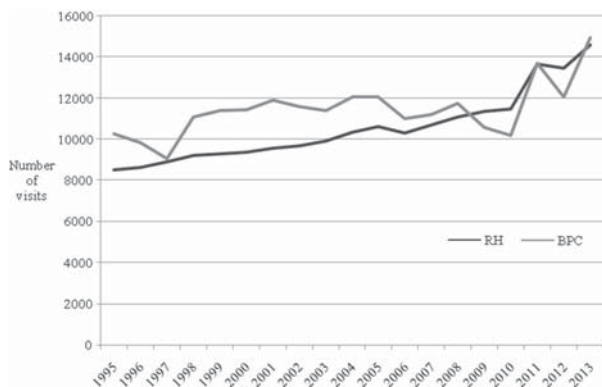
Slika 2. Prosječan broj osiguranika na listi LOM-a u BPŽ i RH od 1995. do 2013.

Figure 2. Average number of patients on FD lists in BPC and in Croatia, 1995– 2013.



Slika 3. Postotno korištenja primarne zdravstvene zaštite u RH i BPŽ od 1995. do 2013.

Figure 3. Annual percentage of patients seeing their FD in BPC and in Croatia, 1995 – 2013.



Slika 4. Prosječni broj posjeta po LOM-u u Hrvatskoj i BPŽ za razdoblje 1995. - 2013.

Figure 4. The average annual number of visits per FD in BPC and in Croatia, 1995 – 2013.

Stope upućivanja, postotak upućenih pacijenata prema broju ambulantnih posjeta je u RH rastao od 1995. godine (24,7% upućenih) do 2006. godine (29,3% upućenih). Nakon te godine stope upućivanja kontinuirano opadaju, tako da je u 2014. godini stopa bila 16,3% upućenih pacijenata u odnosu na posjete. Uz manje oscilacije, u BPŽ je ta stopa upućivanja bila veća; u 1995. godini je iznosila 26,5%, a u 2007. je iznosila 32,9%, nakon čega je počela opadati tako da je u 2014. godini iznosila 18,1% (sl 5).

Prosječan broj kućnih posjeta po jednom LOM-u u RH je bio u blagom porastu do 2004. godine, a od tada je u padu. U 1995. godini bilo je 157, u 2004. 180, a u 2014. godini prosječno 149,3 kućnih posjeta po jednom LOM. U BPŽ broj kućnih posjeta po jednom LOM-u je uglavnom bio niži nego u RH. Najniži prosječan broj kućnih posjeta zabilježen je 1995. godine kada je iznosio 87,5 posjeta, potom je uz oscilacije rastao, a najveći broj kućnih posjeta je zabilježen 2009. i iznosio je 183,1. Nakon 2009. godine i u BPŽ je zamijećen pad prosječnog broja kućnih posjeta po jednom LOM-u. U 2014. godini je zabilježen nagli rast u odnosu na 2013. godinu i premašio je hrvatski prosjek, sa 170,2 kućnih posjeta.



Slika 5. Kretanje stope upućivanja u RH i BPŽ od 1995. do 2013.

Figure 5. Specialist consultation/referral rates in BPC and in Croatia, 1995 – 2013.

Prosječan godišnji broj preventivnih i sistematskih pregleda po jednom LOM-u bio je relativno malen u RH i u BPŽ, s tendencijom opadanja tijekom perioda praćenja. U 1995. godini je u RH zabilježeno prosječno 38,5 pregleda po jednom LOM-u, uz blagi porast do 2002. godine, kada je zabilježeno 43,4 pregleda. Najmanji broj zabilježenih preventivnih i sistematskih pregleda u RH je bio u 2012. godini i iznosio je svega 8 pregleda po jednom LOM-u. U BPŽ je broj pregleda generalno manji od hrvatskog prosjeka, uz velike oscilacije, od nula pregleda u 1995., 1996. i 1998., do prosječno 109,9 pregleda zabilježenih u 1999. godini, dok je 2010. godine zabilježen najmanji broj preventivnih i sistematskih pregleda ukupno, 8,9 po timu. Nakon toga je i u ovoj županiji zabilježen pad preventivnih pregleda, na npr. prosječno 8,9 pregleda u 2010. godini, da bi u 2013. godini porastao na 39,5 pregleda po jednom LOM. U 2014. g. je u BPŽ i u RH zabilježen nagli porast broja preventivnih i sistematskih pregleda po jednom LOM (223,3 u BPŽ, a 59,3 u RH).

Rasprava

Rezultati 20-godišnjeg praćenja nedvojbeno upućuju na razlike u organizaciji i funkcioniranju obiteljske medicine u BPŽ u odnosu na Republiku Hrvatsku. Tijekom cjelokupnog razdoblja praćenja

u BPŽ je kontinuirano nedostajalo obiteljskih liječnika. Sukladno Mreži, u 2013. godini je nedostajalo 16 LOM-a; 17,4% je manje ugovoreno od planiranih, a u RH je 5,5% je manje ugovoreno. Od 16 LOM-a koji su nedostajali, njih 15 je nedostajalo u ruralnim područjima županije, a samo jedan u gradu.

Kao što je bilo za očekivati, zbog nedostatku liječnika je veći prosječan broj pacijenata na listi pojedinog LOM-a tijekom cijelog praćenja i veći je godišnji broj posjeta pacijenata ordinacijama OM u BPŽ. Navedeni pokazatelji upućuju na povećano radno opterećenje LOM-a, ali i na slabiju dostupnost OM u toj županiji. Zbog toga je najvjerojatnije i postotak korištenja OM manja u BPŽ nego u RH. Naime postotak bolesnika koji dolaze u ordinaciju OM godišnje je uvijek manji od prosjeka RH. Za pretpostaviti je da su sukladno tome i elementi koji opisuju funkcioniranje OM nepovoljniji u BPŽ nego u RH. Postotak bolesnika kod kojih je napravljen klinički pregled, te broj kućnih posjeta i broj preventivnih i sistematskih pregleda je manji od republičkog prosjeka, dok je stopa upućivanja u SKZ veća. Jedina razlika je veći postotak specijalista OM u BPŽ nego u RH. Međutim, važno je naglasiti da su razlike u promatranim parametrima između BPŽ i RH postale sve manje u zadnjim godinama praćenja, pretežito zbog toga što su republički parametri postajali nepovoljniji, kao npr. 26 LOM-a manje u 2014. u odnosu na 2013. godinu.

Rezultati brojnih istraživanja su ukazali na činjenice da su, odgovarajući broj liječnika u odnosu na broj stanovnika i njihova ravnomjerna geografska raspodjela, najvažniji elementi kojima se mjeri dostupnost i kvaliteta primarne zdravstvene zaštite¹⁹⁻²¹. Izgleda da su o toj činjenici vodili računa i kreatori Nacionalne strategije razvoja zdravstva u RH, jer su broj od 1500 pacijenata na jednog LOM definirali kao poželjan standard u budućnosti²². Istraživanja su pokazala da mali broj liječnika u PZZ, a u RH su pretežito LOM, i njihova udaljenost od populacije utječu ne samo

na stupanj korištenja i radno opterećenje LOM-a, nego može imati dalekosežnije dugoročne učinke i na zdravstvene pokazatelje²³. Podaci iz SAD-a s početka 90-ih godina pokazuju da savezne države s većim omjerom liječnika u PZZ imaju bolje zdravstvene pokazatelje, poput niže stope općeg i specifičnog mortaliteta, niže smrtnosti dojenčadi, manji broj novorođenčadi s niskom porođajnom težinom i bolje pokazatelje subjektivnog osjećaja zdravlja²⁴⁻²⁵. Vogel i Ackerman su pokazali da je veći broj liječnika PZZ na broj stanovnika bio povezan i s dužim životnim vijekom²⁶. Istraživanje smrtnosti od raka grlića maternice u Floridi pokazalo je da se povećanjem samo za jednog LOM-a na 10 000 stanovnika letalitet smanjuje za 0,65 na 100 000, pa bi povećanje broja LOM-ova za jednu trećinu dovelo do smanjenja te smrtnosti za 20%²⁷. Da je broj liječnika PZZ važan za zdravstvene pokazatelje pokazala su istraživanja i u drugim zemljama. U Engleskoj je standardizirana smrtnost u dobi od 15 do 65 godina bila niža u područjima gdje je broj LOM-a veći. Svako povećanje za jednog liječnika na 10 000 stanovnika (što zapravo znači povećanje broja liječnika za 15-20%) bilo je povezano s padom mortaliteta za oko 6%²⁸.

Naravno, na temelju naših rezultata se ne može zaključiti da su zdravstveni pokazatelji u BPŽ lošiji od republičkog prosjeka ili da su nastali zbog nedovoljnog broja LOM-a jer nam ti podaci nedostaju. Međutim, vidljiv je trajan nedostatak LOM-a uz preopterećenost obimom posla i posljedično slabije korištenje primarne zdravstvene zaštite. Rutinski prikupljeni podaci ukazuju na trendove, ali ne otkrivaju uzroke. Teško je reći je li primarno u pitanju nedostatak prostora gdje bi liječnici radili ili je nedovoljan interes za rad u OM, pa se liječnici ne javljaju na natječaje. U Cerniku se primjerice upravo uređuje novi prostor za dva planirana tima. Teško je prosuditi je li baš nedostatak liječnika i povećano radno opterećenje uzrok nepovoljnih pokazatelja OM u BPŽ, kao što je postotak klinički pregledanih pacijenata, postotak upućivanja ili broj kućnih posjeta. Preuzetno bi

bilo zaključivati o mogućim posljedicama opisanih kretanja i trenutnog stanja. Za to su potrebna dodatna istraživanja, i to na samom terenu BPŽ, na temelji druge vrste i načina prikupljanja podataka. Međutim, neovisno o ograničenjima ovog rada, organizatori zdravstvene zaštite u BPŽ morali bi voditi računa o ustanovljenim činjenicama i o mogućim dugoročnim posljedicama koje se naziru.

Zaključak

Rezultati ovog istraživanja nedvojbeno upućuju na potrebu povećanja broja LOM-a u BPŽ, osobito u ruralnim područjima. To bi bio doprinos boljoj dostupnosti OM populaciji, smanjilo bi preveliko radno opterećenje LOM-a, te doprinijelo boljoj kvaliteti tog segmenta zdravstvene zaštite.

Zahvala

Rad je izrađen uz potporu Zaklade za razvoj obiteljske medicine, a posebnu zahvalu autori upućuju dr. Miru Benčiću za pomoć pri grafičkoj obradi dobivenih rezultata.

Literatura

1. Zakon o zdravstvenoj zaštiti i zdravstvenom osiguranju. NN 1993;(75)
2. Pravilnik o uvjetima za davanje u zakup zdravstvenih ustanova primarne zdravstvene zaštite i lječilišta. NN 1996;(6).
3. Odluka o osnovama za sklapanje ugovora sa zdravstvenim ustanovama i privatnim zdravstvenim radnicima. NN 2006;(54).
4. Odluka o osnovama za sklapanje ugovora s zdravstvenim ustanovama i privatnim djelatnicima. NN 2005;(30), 2006;(19).
5. Odluka o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja. NN 2010;(43).
6. Odluka o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja. NN 2013;(43).
7. Mreža javne zdravstvene službe. NN 2012;(101).
8. Odluka o izmjenama i dopunama Odluke o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja. NN 2009;(158).
9. Pravilnik o rokovima najduljeg trajanja bolovanja. NN 2003;(5).
10. Vrcić Keglević M. Evaluation of the Croatian primary care. Coll Antropol 2014;38 (supl 2):1.
11. Vrcić Keglević M, Balint I, Cvetković I, Gaćina A. Organisational structure of the Croatian family practice: A longitudinal study based on routinely collected data. Coll Antropol 2014;38 (supl 2):3-9.
12. Smolković Lj, Kujundžić-Tiljak M, Tiljak H. Trends in general practitioners/family doctors workload in Croatia in period 1995.-2012. Coll Antropol 2014;38 (supl 2):19-24.
13. Sorić AM, Livaković Z, Martinović-Galijašević S, Vrcić Keglević M. Trends in referrals from Croatian family practice in relation to specialist consultations: A longitudinal observational study from 1995 to 2012. Coll Antropol 2014;38 (supl 2):43-8.
14. Javorić H, Topolovec-Nižetić V, Pavleković G. Home visits in Croatian family practice: a longitudinal study 1995-2012. Coll Antropol 2014;38(supl 2):55-9.
15. Nelken-Bestvina D, Kurc-Bionda A, Vojvodić Ž, Babić I, Pavleković G, Šošić Z. Trends in preventive activities for the adult population in family medicine in Croatia:1995-2012. Coll Antropol 2014;38(supl 2):61-6.
16. Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopisi. 1995–2014. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo; 1996.–2015.
17. Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje. Mreža javne zdravstvene službe u djelatnosti opće obiteljske medicine u 2013.godini. Dostupno na: www.hzzo.hr.
18. Državni zavod za statistiku. Popis stanovništva iz 2011. Dostupno na: www.dzs.hr.
19. Starfield B. Primary care: balancing health needs, services, and technology. New York: Oxford University Press; 1998.
20. WHO. The World Health report 2008: primary health care – now more than ever. Geneva: World Health Organization; 2008.

21. Gérvas J, Pérez Fernández M, Starfield B. Primary care, financing and gatekeeping in Western Europe. *Fam Pract* 1994;11:307-17.
22. Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012 – 2020. NN 2012;(116).
23. Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970–1998. *Health Serv Res* 2003;38:831–65.
24. Shi L. The relationship between primary care and life chances. *J Health Care Poor Underserved* 1992;3:321–35.
25. Shi L. Primary care, specialty care, and life chances. *Int J Health Serv* 1994;24:431–58.
26. Vogel RL, Ackermann RJ. Is primary care physician supply correlated with health outcomes? *Int J Health Serv* 1998;28:183–96.
27. Campbell RJ, Ramirez AM, Perez K, Roetzheim RG. Cervical cancer rates and the supply of primary care physicians in Florida. *Fam Med* 2003;35:60–4.
28. Gulliford MC. Availability of primary care doctors and population health in England. Is there an association? *J Public Health Med* 2002;24:252–4.