

## POSTOJE LI RAZLIKE U ORGANIZACIJI I FUNKCIONIRANJU OBITELJSKE MEDICINE U KRAPINSKO-ZAGORSKOJ ŽUPANIJI U ODNOSU NA REPUBLIKU HRVATSKU?

### *ARE THERE DIFFERENCES IN THE ORGANIZATIONAL STRUCTURE AND FUNCTIONING OF FAMILY PRACTICE BETWEEN KRAPINSKO-ZAGORSKA COUNTY AND REPUBLIC CROATIA?*

Helena Jurina<sup>1</sup>, Gordana Prljević<sup>2</sup>

#### Sažetak

**Cilj:** utvrditi postoje li i kakve su razlike u organiziranju i funkcioniranju obiteljske medicine (OM) u Krapinsko-zagorskoj županiji (KZZ) prema RH i moguće razloge tih razlika.

**Metode.** Korišteni su podaci hrvatskih zdravstveno-statističkih ljetopisa od 1995. do 2014., mreža planiranih i ugovorenih ordinacija OM te popis stanovništva 2011. godine.

**Rezultati:** u KZZ ne nedostaje timova OM, a u RH ih nedostaje 123. Udio specijalista OM u KZZ je cijelim praćenim razdobljem manji od prosjeka RH s najvećom razlikom 2014.godine: u KZZ samo 30,3%, a u RH 48,9%. Prosječan broj pacijenta po timu u KZZ je smanjen s 1818,9 u 1995. na 1665 u 2014. godini a u RH je iznosio 1808,3 odnosno 1832,3. Prosječan broj posjeta po pacijentu je u KZZ porastao za 134,5%, a u RH za 84,7%. Prosječan broj posjeta po timu je u KZZ porastao za 98,1%, a u RH za 84,6%. Prosječan broj pregleda u

OM prema broju posjeta je pao za 28,1% u KZZ i za 42,2% u RH. Udio upućivanja je u KZZ smanjen za 24,0%, a u RH za 34,0%.

**Zaključak.** U promatranom razdoblju prosječan broj pacijenata po timu je manji, a stupanj korištenja OM veći u KZZ nego u RH. No, timovi OM u KZZ su neravnomjerno raspoređeni, s manjim udjelom specijalista OM u odnosu na RH. Rješenje se nalazi u kontinuiranom specijalističkom usavršavanju većeg broja liječnika OM te planiranju mreže OM u skladu s potrebama.

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

#### Summary

**Aim.** To determine the differences in family medicine (FM) organization in Krapinsko-zagorska County (KZC) compared to Croatia and the possible reasons.

<sup>1</sup> Helena Jurina, dr. med., Ordinacija opće medicine; Dom zdravlja Krapinsko-zagorske županije

<sup>2</sup> Mr. sc. Gordana Prljević, dr. med. spec. obit. med., Specijalistička ordinacija obiteljske medicine Krapinske Toplice

**Methods.** The data were collected from the Croatian Health Service Yearbooks 1995-2014, the Croatian network of planned and contracted family practices (FP), and national census 2011.

**Results.** There is no lack of FPs in KZC while in Croatia missing are 123 FPs. Percentage of FM specialists in KZC was always below the Croatian average; the difference was highest in 2014 when there were 30.3% FM specialists in KZC and 48.9% in Croatia. The average number of patients per FP is less in KZC than in Croatia. The number of visits per patient increased by 134.5% in KZC and by 84.7% in Croatia, and the number of visits per FP increased by 98.1% and 84.6%, respectively. The average number of check-ups in FP decreased by 28.1% in KZC and by 42.2% in Croatia, and the referral rate decreased by 24.0% vs. 34.0%.

**Conclusion.** During the study period the average patients' number per FP decreased while the FM usage was higher in KZC than in Croatia. There were more primary care doctors per 10.000 inhabitants and no lack of FPs in KZC. However, these physicians are not properly distributed in KZC and the share of FM specialists is below the Croatian mean. The solution lies in comprehensive, continuous specialist training in FM and in planning of FM network according to the needs.

**Key words:** family medicine, organizational structure and function, Croatia

## Uvod

U proteklih 20 godina zdravstveni sustav Hrvatske (RH) je ili u provođenju reformi i manjih reformskih zahvata ili u njihovim najavama. U početku samostalne RH hrvatsko je zdravstvo ocijenjeno kao skupo, disfunkcionalno i loše organizirano, koje treba potpuno restrukturirati.

Zdravstvenom reformom iz 1993. godine donosi se Zakon o zdravstvenoj zaštiti s naglaskom da će primarna zdravstvena zaštita (PZZ) od tada rješavati 75% i više zdravstvene problematike<sup>2</sup>. Nadalje se

donosi Zakon o zdravstvenom osiguranju i njime osniva Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (HZZO) kao središnja ustanova za financiranje zdravstva i bolju kontrolu troškova u zdravstvu<sup>3</sup>. Iste se godine određuje standardni broj pacijenata po timu od 1700 po uzoru na Veliku Britaniju i Nizozemsku<sup>4</sup>. Tada je donesen i Pravilnik o načinu ostvarivanja prava na slobodan izbor liječnika u PZZ, ne uzimajući u obzir teritorijalnu pripadnost<sup>5,6</sup>. Ista je godina značila i početak privatizacije PZZ-a iako je zakonski bila uvedena već 1990. godine ili bi to bio prosinac 1995. godine kad je podzakonskim aktom omogućen zakup ordinacija u PZZ, odnosno koncesija 2010. godine<sup>7</sup>. S privatizacijom je došao i sustav plaćanja glavarinom uz druge komponente kombiniranog plaćanja koje je imalo svrhu omogućiti liječnicima profesionalni i financijski poticaj za unapređenje kvalitete rada<sup>8</sup>.

Uvođenjem dopunskog zdravstvenog osiguranja 2002. godine povećao se udio privatnog „out of pocket“ plaćanja u zdravstvu s ciljem financijskog rasterćenja sustava koji nije postignut jer i više od 10 godina kasnije 1,9 milijuna osiguranika nema dopunsko osiguranje<sup>9,10</sup>.

Projekt informatizacije primarne zdravstvene zaštite započeo je 2002., a primjena informatičkih aplikacija postala je obvezna 2007. godine. Nastavljanjem sustavnog rada na informatizaciji zdravstva do 01. 01. 2011. stvoreni su uvjeti i započeto e-upućivanje u laboratorije PZZ, primanje nalaza istim putem, e-recepti, automatizirana se administrativna pristojba s ciljem povećanja učinkovitosti i poboljšanja kvalitete rada u zdravstvu<sup>11,12</sup>. Krajem 2012. uvedeno je i e-upućivanje u SKZZ<sup>13</sup>. Posljednju reformu u nizu čini Novi model financiranja koji je uveden 01. 04. 2013. godine<sup>14</sup>.

KZZ je smještena na sjeverozapadu RH s 132.892 stanovnika koji žive u 7 gradova i 25 općina i ubraja se u pretežito ruralna područja<sup>15,16</sup>. Za ordinacije OM u 6 općina vrijede posebni standardi<sup>17</sup>. OM je organizirana u 76 timova od čega su 26 liječnika djelatnici Doma zdravlja KZZ, a 50 je u koncesiji<sup>18</sup>.

U KZZ je 55,2% djece mlađe od 7 godina u skrbi OM, što je karakteristika ruralnih područja za razliku od RH, gdje se samo 14,6% djece do 7 godina nalazi u skrbi OM<sup>19,20</sup>.

Rezultati dosadašnjih istraživanja pokazali su u kojoj su mjeri navedene reforme utjecale na organizaciju i funkcioniranje OM u RH, uz znatne regionalne razlike<sup>21-23</sup>. Potaknuti nedostatkom objavljenih istraživanja, u ovom smo radu željeli istražiti postoje li razlike u organizaciji i funkcioniranju obiteljske medicine u KZZ u odnosu na RH, moguće razloge zbog kojih su te razlike nastale i kretanje razlika na temelju podataka od 1995. do 2014. godine.

## Materijali i metode

U istraživanju su korištene 3 baze podataka, dijelom dostupne na web stranicama institucija koje su ih objavile od 1995. do 2014. godine. Prva baza podataka su Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopisi (HZSLJ) Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo (HZJZ), a odnosi se na obiteljsku medicinu i na specijalističko-konzilijarnu djelatnost. Ti podaci su za razdoblje 2005.-2014. godine dostupni na web stranicama HZJZ-a, a pristup ranijim podacima (1995.-2004. godine) omogućio je HZJZ - Ispostava Zabok<sup>24</sup>. Na temelju ljetopisa prikupljeni su podaci o broju i obrazovnoj strukturi liječnika i medicinskih sestara u djelatnosti OM, izračunati su postotci specijalista OM i ostalih specijalista. Prikupljeni su podaci o broju timova i broju pacijenta koji su koristili OM te izračunat postotak pacijenta koji su koristili OM, kao i podaci o broju pacijenta u skrbi LOM-a te broju posjeta, iz čega je izračunat prosječan broj posjeta po timu i po pacijentu te postotak pregleda u OM u odnosu na ukupan broj posjeta. Također su prikupljeni podaci o broju upućivanja u SKZZ i izračunat prosječan broj upućivanja u SKZZ te stopa upućivanja u SKZZ, kao i odnosi broja upućenih i broja pregledanih u SKZZ. Analizirani su podaci o broju kućnih posjeta te preventivnih

i sistematskih pregleda te su izračunate njihove prosječne vrijednosti po timu.

Drugu bazu podataka čine podaci dostupni na web stranicama HZZO-a, koji se odnose na mrežu ugovaranja timova obiteljske medicine za područje KZZ i RH u 2014. godini, a poslužili su da se ispita broj planiranih i ugovorenih timova OM iz čega je izračunata njihova razlika<sup>25</sup>.

Treću bazu podataka čini Popis stanovništva RH 2011. godine, dostupan na web stranicama Državnog zavoda za statistiku (broj stanovnika u općinama i gradovima u kojima se nalaze ugovorene ordinacije OM)<sup>15</sup>.

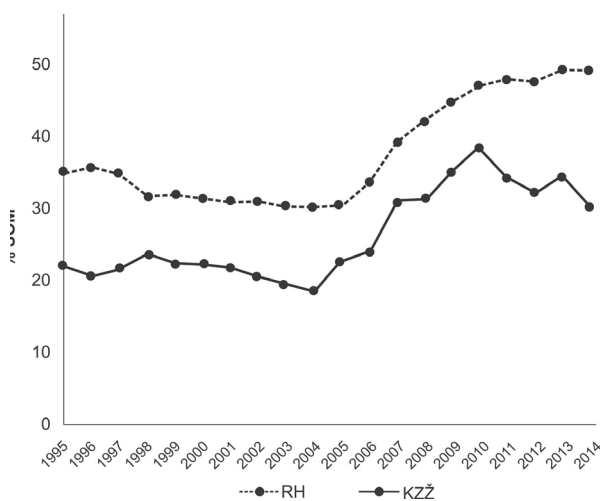
Podaci su obrađeni pomoću Microsoft Office paketa (Excel), a rezultati prikazani u postocima, omjerima i linijskim grafikonima uz napomenu da je postotak specijalista obiteljske medicine (SOM) izračunat iz ukupnog broja liječnika u OM.

## Rezultati

U promatranom 20-godišnjem razdoblju ukupan broj timova OM u RH uglavnom raste. U 1995. zabilježen je najmanji broj timova OM koji je iznosio 2111, a 2001. godine je najvećih 2425; potom broj timova OM pada do 2007. godine. Nakon toga slijede blaže oscilacije te je od 2010. do 2013. broj timova u laganom porastu, a 2014. zabilježen je pad na 2274 tima. Za razliku od RH, u KZZ broj timova je stabilan tijekom cjelokupnog perioda praćenja: 1995. iznosio je 75, a 2014. godine 76 timova. Sukladno mreži broja ugovorenih i potrebnih timova u 2014. u RH su nedostajala 123 tima. U KZZ ih nije nedostajalo, no uočava se njihova nepravilna raspodjela. Primjerice, općina Kraljevec na Sutli nema ugovorenog tima OM iako ima 1723 stanovnika. Općinama Petrovsko i Radoboj nedostaje po 1 tim, dok je u općinama Konjščina, Klanjec te Zlatar-Bistrica ugovoreno po jedan tim više od potrebnog.

U timovima OM u RH i KZZ zaposleni su liječnici bez specijalizacije (LOM) i specijalisti obiteljske

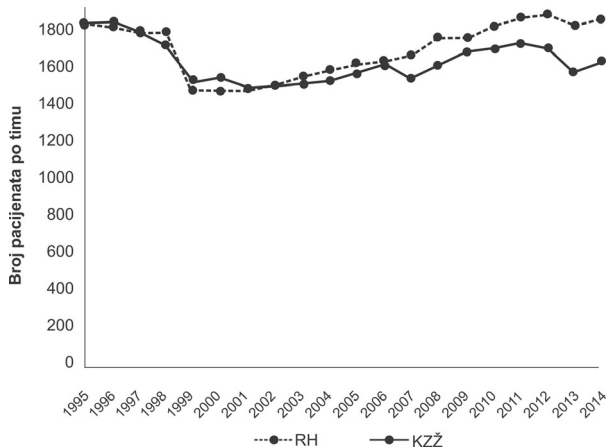
medicine (SOM) te liječnici drugih specijalnosti (većinom specijalisti školske medicine i medicine rada). Udio liječnika drugih specijalnosti se u RH tijekom promatranog perioda smanjivao od 9,2% u 1995. do 6,7 % u 2014. godini, a u KZZ je njihov udio uvijek bio manji. Postotak SOM-a u RH bio je uvijek veći nego u KZZ s trendom pada do 2004. godine. Potom je u RH uslijedio porast udjela SOM-a do 2013., kad je iznosio najvećih 49,3%, uz ponovni pad u 2014. na 48,9%. U KZZ udio SOM-a nakon pada od 1995. do 2004. raste do 2010. kad je iznosio najvećih 38,2%, a potom uglavnom pada (sl. 1).



**Slika 1.** Kretanje postotka SOM u odnosu na sve liječnike zaposlene u OM u RH i u KZZ, 1995.-2014.

**Figure 1.** Percentual share of FM specialists among all FP doctors; Croatia vs. KZC, 1995-2014.

Prosječan broj osiguranika po timu u promatranom razdoblju od 1995. do 2014. pokazuje značajne razlike kako u RH tako i u KZZ. U RH zabilježen je nagli pad prosječnog broja osiguranika po timu, tako da je 1995. iznosio 1808,3, a u 2000. 1546,4; od tada raste pa je u 2014. godini iznosio 1832,8. U KZZ je prosječan broj osiguranika po timu 1995., 1996., 1999. i 2000. godine bio veći od prosjeka za RH u rasponu od 0,5 do 3,4 % (sl. 2).



**Slika 2.** Kretanje prosječnog broja osiguranika po timu obiteljske medicine u RH i u Krapinsko-zagorskoj županiji, 1995. – 2014.

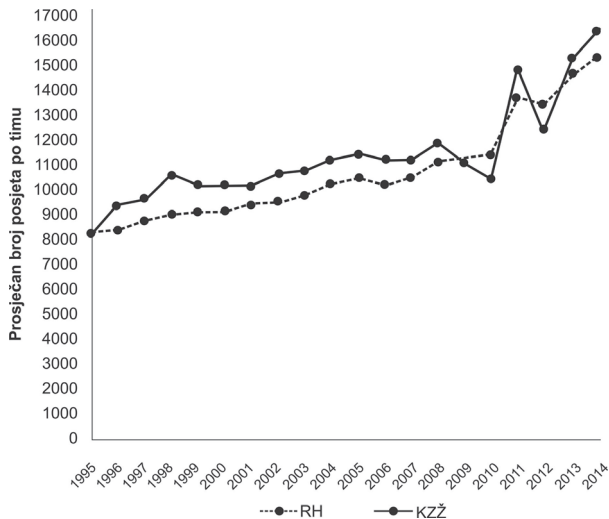
**Figure 2.** Trends in the average number of patients per FP in Croatia and in KZC, 1995-2014.

U promatranom 20-godišnjem razdoblju postotak broja pacijenata koji su koristili OM bilježi manje varijacije i kretao se od 74,9 % do 80,5 % za RH i 76,4 - 82,2% za KZZ. Od 2007., veći broj pacijenta koristi OM u KZZ u odnosu na RH u rasponu od 0,5 do 5,3%. Prosječan broj posjeta po timu je 1995. iznosio 8209,9 u KZZ i 8256,9 u RH, a 2014. je gotovo udvostručen: 16266,1 za KZZ i 15249,9 za RH. Prosječan broj posjeta po timu je u KZZ porastao za 98,1%, a u RH za 84,6% (sl. 3).

Uspoređujući prosječan broj posjeta po pacijentu 1995. i 2014. godine, taj je broj u KZZ porastao za 134,5%, a u RH za 84,7%: svaki pacijent je to u RH 1995. činio godišnje 5,9 puta, a 2014. 10,9 puta, odnosno u KZZ 5,5 puta 1995., a 12,2 puta 2014. godine.

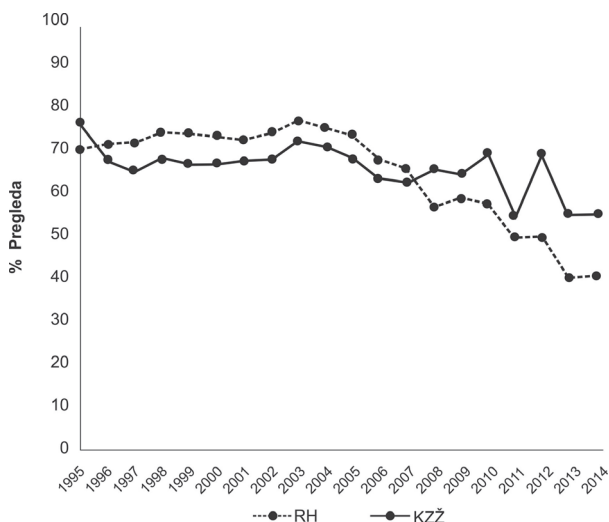
Udio pregleda u ukupnom broju posjeta ordinacijama OM u RH je bio najveći 2003. godine - 76.1% i od tada kontinuirano pada, pa je 2014. iznosio samo 40% (od 5 posjeta samo u 2 je obavljen i liječnički pregled). Postotak pregleda u odnosu na sveukupne posjete OM zabrinjavajuće se smanjio i u RH i u KZZ. Tako je u KZZ udio pregleda u ukupnom broju posjeta OM s najvećih 75,6% 1995.

pao na 54,3% 2014., što bi značilo da danas u KZZ pacijenti tek prilikom svake druge posjete obave i pregled. Drugim riječima, prosječan broj pregleda u OM u odnosu na broj posjeta je pao za 28,1% u KZZ i za 42,2% u RH (sl. 4).



**Slika 3.** Trendovi prosječnog broja posjeta godišnje po jednom liječniku (timu) OM u RH i KZZ, 1995. - 2014.

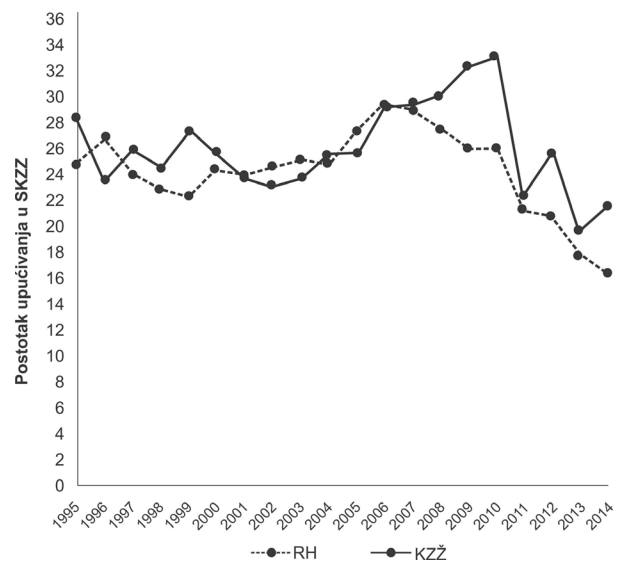
**Figure 3.** Trends in the mean number of visits per FP in Croatia and in KZC, 1995-2014.



**Slika 4.** Kretanje stope pregleda u odnosu na broj posjeta u RH i KZZ, 1995. - 2014.

**Figure 4.** Trends in the check-up rates vs. FM visits in Croatia and in KZC, 1995-2014.

Postotak upućivanja u SKZZ u RH je u kontinuiranom je padu od 2007. te je 2014. iznosio najmanjih 16,3%. KZZ ne prati taj trend. Najveći broj pacijenata upućenih u SKZZ u odnosu na broj koji je posjetio OM je u RH bio 2006. i iznosio je 29,3%, a u KZZ 33,0% 2010. godine, što znači da je svaki treći pacijent iz ordinacije OM upućen dalje u SKZZ. Udio upućivanja smanjen je u KZZ za 24,0%, a u RH za 34,0% (sl. 5).



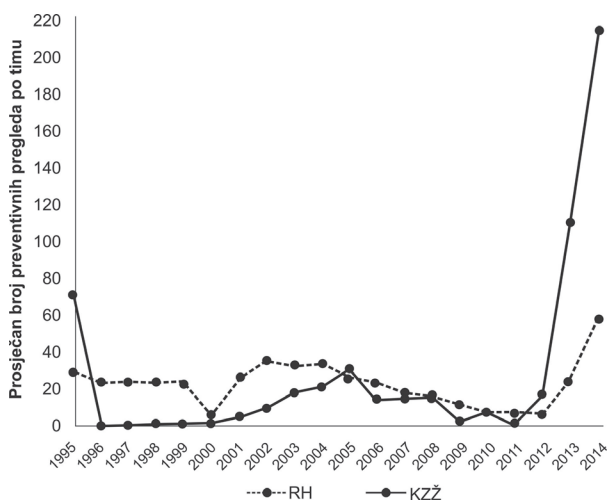
**Slika 5.** Kretanje stope upućivanja u RH i KZZ od 1995. -2014.

**Figure 5.** Specialist referral trends in Croatia and in KZC, 1995-2014.

U RH je kroz 20-godišnje razdoblje broj pregleda u SKZZ uvijek veći od broja upućivanja, a u KZZ je, naprotiv, svih godina osim 2005. broj upućivanja veći od broja pregleda u SKZZ.

Prosječan broj kućnih posjeta po timu u RH se kretao od 140,2 do 177,5; liječnici OM u prosjeku su mjesečno obavljali 11,2 - 14,0 kućnih posjeta u RH. Prosječan broj kućnih posjeta po timu u KZZ se kretao od najmanjih 94,4 u 1995. do najvećih 196,9 u 2010.: liječnici OM su u KZZ u prosjeku obavljali od 7,4 do 15,4 kućnih posjeta mjesečno po timu. Od 2011. do 2014. broj kućnih posjeta po timu je u KZZ gotovo izjednačen s brojem u RH.

U RH je broj preventivnih pregleda odraslih po timu od 1995. do 2012. oscilirao, a 2013. raste na 24,3, da bi se 2014. udvostručio na 58,5. Isti obrazac naglog porasta prosječnog broja preventivnih pregleda slijede i KZZ i RH 2013. i 2014. uz napomenu da je taj broj u KZZ preko 4,5x veći od prosjeka za RH 2013. i 3,6x veći od prosjeka za RH 2014. godinu (sl. 6).



**Slika 6.** Prosječan broj preventivnih pregleda odraslih u RH i KZZ, 1995.-2014.

**Figure 6.** Average number of preventive check-ups in Croatia and in KZZ, 1995-2014.

U KZZ 1995. i 1996. godine nije zabilježen ni jedan sistematski pregled odraslih, a od tada slijedi lagani porast do maksimalnih 7,2 pregleda po timu 2004. godine. Nakon toga broj sistematskih pregleda pada do 2013., kada premašuje prosjek za RH, kao i iduće, 2014. godine. Ipak, radi se o zanemarivo malom broju sistematskih pregleda po timu kroz cijeli 20-godišnji period za RH, a osobito za područje KZZ.

## Rasprava

U RH udio SOM-a u ukupnom broju liječnika u OM uglavnom raste od 1995. i u 2014. godini iznosi gotovo polovicu, a u KZZ trećinu. Najveći udio SOM-a u KZZ bilježi se od 2006. do 2011. jer je tome prethodio period u kojem su natječajni za spe-

cijalizacije iz OM bili učestaliji, s dobrim odazivom, a usavršavanje je bilo kraće<sup>26,27</sup>. Za mali udio SOM-a u KZZ i RH odgovorno je zamiranje specijalizacije iz OM kroz punih 12 godina koja se ponovno oživljava početkom projekta „Usklađivanja djelatnosti OM sa standardima EU“<sup>28</sup>. U KZZ je trenutno u toku 5 specijalizacija iz OM iz DZ čime će udio SOM-a porasti na gotovo 37% što je ispod prosjeka za RH, ali budi nadu.

I u KZZ i u RH u timovima OM prevladavaju LOM i medicinsko osoblje SSS kako je i propisano Pravilnikom o minimalnim uvjetima za obavljanje zdravstvene djelatnosti, što se nije pokazalo dovoljnim da ispuni očekivanja o rješavanju 70% zdravstvene problematike unutar PZZ, čemu dodatno pridonosi nepovoljan omjer 1: 3 liječnika OM i bolničkih specijalista<sup>30</sup>.

Udio pacijenata koji su koristili OM u KZZ je uglavnom viši od prosjeka za RH iz čega proizlazi zaključak da je dostupnost OM u KZZ veća nego u RH. Ta se razlika dijelom objašnjava kasnim ustrojem HMP i udaljenošću velikih bolničkih centara.

U KZZ je broj pacijenta u skrbi manji od prosjeka RH uz velike razlike unutar županije i pojedinih naselja. Primjerice, postoje naselja s više timova (npr. Zlatar-Bistrica, Konjščina, Začretje, Hum na Sutli, Zlatar, Zabok) u kojima istovremeno imamo timove s brojem pacijenata ispod minimuma, ali i one s brojem blizu ili preko maksimalnih 2125. Timovi OM s velikim brojem pacijenta u KZZ većinom su grupirani u naselja u kojima uz OM mogu ostvariti druge oblike zdravstvene zaštite (ljekarnička, dentalna, zdravstvena zaštita žena, djece, laboratorij) što je razlog da naselja poput Radoboja, Hrašćine, Petrovskog i Lobora u svojim ordinacijama OM nemaju ni pola svojih stanovnika ili Mača, Mihovljana i Budinščine koji ih imaju tek nešto više od polovice<sup>31-33</sup>.

U RH i KZZ u 20-godišnjem periodu broj posjeta po timu i po pacijentu je udvostručen. Razlog manjem broju posjeta u OM ranijih godina dijelom

se odnosi na participiranje u većem dijelu usluga, uz izmjenu novčanih iznosa i naziva (participacija, sudjelovanje, administrativna pristojba)<sup>34</sup>. Skok u broju posjeta u OM se u KZZ i RH bilježi od 2011. godine za što bi mogao biti zaslužan nastavak informatizacije.

Sukladno porastu broja posjeta smanjuje se broj pregleda u OM. Smanjen obuhvat osoba oslobođenih od plaćanja dopunskog osiguranja (uključujući nezaposlene) također je dijelom utjecao na smanjenje broja pregleda<sup>35</sup>. U buduću je broj posjeta, uz korištenje ponavljajućih recepata i naručivanje, moguće smanjiti uvođenjem vremenskih normativa u Novi model po uzoru na nekadašnju Plavu knjigu i edukacijom pacijenata putem grupa i savjetovaništa čime bi se smanjile nepotrebne posjete<sup>36</sup>.

Od 2008. godine veći udio pregleda u OM u KZZ od hrvatskog prosjeka rezultirao je i povećanim upućivanjem u SKZZ što je karakteristično za ruralna područja Hrvatske. U RH je postotak upućivanja u SKZZ u padu od 2007., a u KZZ tek od 2010. godine i u suprotnosti je s limitiranjem uputnica po pacijentu. Upućivanje nastavlja rasti do 2008. u RH, a 2010. kad se novčano limitira, u KZZ doseže maksimum<sup>37</sup>. U RH je broj upućivanja u SKZZ uvijek manji od broja pregleda. U KZZ je broj upućivanja podjednak ili ih se upućuje više nego ih se pregleda, što dijelom objašnjava upućivanje u susjedne županije. Na veliki pad omjera upućenih i pregledanih u SKZZ-u, u KZZ 2012. godine dijelom je moglo utjecati smanjivanje prava na povrat putnih troškova<sup>38</sup>.

Kao i većina zemalja EU, RH bilježi porast osoba starijih od 65 godina čiji je udio u ukupnom broju stanovnika u RH 17,7%, a u KZZ 17,6% što znači i povećani udio kroničnih bolesnika i potencijalnih korisnika kućnih posjeta. Istovremeno svjedočimo padu broja kućnih posjeta i u KZZ i RH i mnogim zemljama EU i svijeta. Broj kućnih posjeta u RH i KZZ je već 1995. manji za preko 40 % u odnosu na 1990. pa razlog ne može biti zdravstvena njega u kući, koja počinje s radom nekoliko godina

kasnije<sup>39,40</sup>. Neki od razloga su nebilježenje kućnih posjeta, potreba za poštivanjem zakonski propisanog dijela radnog vremena za njihovo obavljanje, kao i činjenica da su od postojanja RH do 1997. godine pacijenti participirali u troškovima kućne posjete iznosom koji je bio 2x veći od iznosa participacije za pregled u SKZZ<sup>41,42</sup>. Do 2009. godine brojem kućnih posjeta po timu KZZ, iako pretežito ruralna, je ispod prosjeka RH, u suprotnosti s novijim istraživanjima<sup>43</sup>.

Do 2012. godine u KZZ i RH zabilježen broj preventivnih pregleda po timu je zanemariv, što je u neskladu s klasičnim poimanjem statusa i uloge PZZ. Do tada nije bilo moguće zabilježiti svaku preventivnu aktivnost, iako je ona bila i ostala sastavni dio svakog kontakta liječnik-pacijent. Ujedno je i klasifikacija preventivnih aktivnosti bila vrlo manjkava<sup>44,45</sup>. Ni jedna reforma do primjene Novog modela nije imala utjecaja na broj preventivnih pregleda. Od 2013. bilježi se nagli skok preventivnih pregleda u RH, koji je i do 4x veći u KZZ. Razliku objašnjava činjenica da su liječnici u KZZ bili među prvim potpisnicima Novog modela. Broj sistematskih pregleda odraslih u RH i KZZ je tijekom 20-godišnjeg razdoblja neznatan i zbog dokazane neučinkovitosti i ponude drugih zdravstvenih djelatnosti pa nije izgledan njegov porast<sup>46</sup>.

## Zaključak

KZZ, iako pretežno ruralna sredina, ima veći broj liječnika na 10.000 stanovnika od prosjeka RH (5,7: 5,5). Prema mreži HZZO-a, osim KZZ samo još u gradu Zagrebu ne nedostaje timova OM. U prilog većoj dostupnosti OM u KZZ govori i manji prosječan broj pacijenata po timu koji je bliži željenom standardu od 1500 kao i veći stupanj korištenja OM u KZZ u odnosu na RH. Od 2013. godine bilježi se skok u broju preventivnih pregleda, koji je u KZZ višestruko veći od hrvatskog prosjeka. Veća dostupnost OM uz ravnomjernu geografsku raspodjelu timova oznaka je i bolje kvalitete. Uz

nastavak jačanja preventivnih aktivnosti mogli bi se dalekosežno očekivati povoljni učinci na zdravstvene pokazatelje. Udio SOM-a u KZZ je u ispitivanom razdoblju uvijek manji od hrvatskog prosjeka, a najveća razlika bilježi se 2014. godine, kada je iznosio je 48,9% u RH, a 30,3% u KZZ, što izravno utječe na kvalitetu zdravstvene zaštite u KZZ.

## Literatura

1. European Observatory on Health Care Systems (1999). Health care systems in transition; Croatia. Dostupno na: <http://www.euro.who.int/document/e68394.pdf>
2. MZSS. Zakon o zdravstvenoj zaštiti. NN 1993/75.
3. MZSS. Zakon o zdravstvenom osiguranju. NN 1993/75.
4. Turek S. Reform of health insurance in Croatia. *Croat Med J.* 1999;40:143-51.
5. MZSS. Pravilnik o ostvarivanju prava na slobodan izbor liječnika. NN 2014/147.
6. Mazzi B. Položaj obiteljskih doktora u sustavu zdravstva Hrvatske. U Mazzi B, ur. Zbornik IX. Kongresa HDOD, Rovinj 2009:173-82.
7. Zrinščak S. Zdravstvena politika Hrvatske: u vrtlogu reformi i suvremenih društvenih izazova. *Revija za socijalnu politiku u zakon o privatizaciji.* 2007;14:193-220.
8. Katić M, Jurković D, Jureša V i sur. Reforma zdravstva u Hrvatskoj: uvođenje kombiniranog sustava plaćanja u obiteljsku medicinu. Zagreb: HDOD, 2010. Dostupno na [http://www.hdod.net/novosti/Komb\\_sustav\\_pl\\_u\\_OM.pdf](http://www.hdod.net/novosti/Komb_sustav_pl_u_OM.pdf).
9. MZSS. Pravilnik o uvjetima i načinu provođenja dopunskog zdravstvenog osiguranja. NN 2002/28.
10. HZZO. Zdravstvena zaštita. Opis zdravstvenog sustava. Dostupno na <http://www.hzzo.hr/>.
11. Stevanović R. Uspostava i razvoj informacijskog sustava u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. *Medix* 2004; 54/55: 69-73.
12. Jurković D. Informatizacija primarne zdravstvene zaštite – “ordinacija bez papira”. Zagreb: MZSS;2011.
13. HZZO. eListe i eNaručivanje. Dostupno na [http://www.cezih.hr/dokumenti20120828\\_eListe\\_cekanja\\_i\\_eNarucivanje.pdf](http://www.cezih.hr/dokumenti20120828_eListe_cekanja_i_eNarucivanje.pdf).
14. HZZO. Novi model ugovaranja primarne zdravstvene zaštite u ugovornom razdoblju od 2013-2015.godine. Djelatnost opće/obiteljske medicine. Dostupno na: [http://www.cezih.hr/dokumenti/HZZO\\_novimodel\\_ugovaranja\\_PZZ\\_OM12092012.pdf](http://www.cezih.hr/dokumenti/HZZO_novimodel_ugovaranja_PZZ_OM12092012.pdf)
15. Državni zavod za statistiku. Popis stanovništva iz 2011. Dostupno na [www.dzs.hr](http://www.dzs.hr).
16. Model diferencijacije urbanih, ruralnih i prijelaznih naselja u Republici Hrvatskoj. Dostupno na [http://www.dzs.hr/Eng/Publication/metodologije/metod\\_67.pdf](http://www.dzs.hr/Eng/Publication/metodologije/metod_67.pdf)
17. MZSS. Odluka o posebnim standardima i mjerilima njihove primjene u provođenju zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja. NN 2006/26.
18. Jurina Lj. Organizacija primarne zdravstvene zaštite u Krapinsko-zagorskoj županiji. *HČJZ.* 2011;7:26. Dostupno na <http://hcjz.hr/index.php/hcjz>.
19. Anonimno. Mreža pedijatrijskih ordinacija u RH. Dostupno na <http://www.pedijatria.org/index.org/index.php/9-razno/5-mreza-pedijatrijskih-ordinacija-u-rh>
20. Gmajnić R, Petric D, Glavaški M. Obilježja obiteljske medicine u selima i na otocima. U: Katić M, Švab I i sur. *Obiteljska medicina.* Zagreb: Alfa, 2013:471-80.
21. Vončina L, Strizrep T, Bagat M, Pezelj-Duliba D, Pavić N, Polašek O. Croatian health insurance reform: hard choices toward financial sustainability and efficiency. *Croat Med J.* 2012; 53: 66-76.
22. Vrcić Keglević M, Balint I, Cvetković I, Gačina A. Organisational structure of the Croatian family practice: a longitudinal study based on routinely collected data. *Coll Antropol.* 2014;38 (supl 2):11-7.
23. 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.
24. Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopisi. 1995–2014. Zagreb: HZJZ, 2015.
25. HZZO. Mreža javne zdravstvene službe u djelatnosti opće obiteljske medicine u 2014. godini. Dostupno na: <http://www.hzzo.hr>.
26. MZSS. Pravilnik o specijalističkom usavršavanju. NN 2003/43.
27. MZSS. Pravilnik o specijalističkom usavršavanju doktora medicine iz obiteljske medicine. NN 2011/129.



28. Vrcić Keglević M, Tiljak H. Mentori-važna karika u izvođenju programa specijalizacije iz OM. *Med Fam Croat.* 2015;23:40-50.
29. MZSS. Pravilnik o minimalnim uvjetima u pogledu prostora, radnika i medicinsko-tehničke opreme za obavljanje zdravstvene djelatnosti. NN 2004/90.
30. Vrcić Keglević M. Učinkovitost primarne zdravstvene zaštite: u spomen na Barbaru Starfield. *Med Fam Croat.* 2014;22:5-16.
31. HZZO. Popis doktora ugovorenih u djelatnosti zdravstvene zaštite žena. Dostupno na <http://www.hzzo.hr/zdravstveni-sustav-rh>
32. HZZO. Popis doktora ugovorenih u djelatnosti dentalne zdravstvene zaštite. Dostupno na <http://www.hzzo.hr/zdravstveni-sustav-rh>
33. HZZO. Popis ugovorenih ljekarni u RH. Dostupno na <http://www.hzzo.hr/zdravstveni-sustav-rh>
34. MZSS. Odluka o izmjeni Odluke o sudjelovanju osiguranih osoba u pokriću dijela troškova zdravstvene zaštite. NN 1996/71.
35. MZSS. Zakon o izmjenama i dopunama zakona o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju. NN 2008/150.
36. Anonimno. Plava knjiga (Popis dijagnostičkih i terapijskih postupaka u zdravstvenim djelatnostima - vremenski i kadrovski normativi). Dostupno na: [https://hr.wikipedia.org/wiki/Plava\\_knjiga](https://hr.wikipedia.org/wiki/Plava_knjiga)
37. Sorić A, Livaković Z, Martinović-Galijašević S, Vrcić Keglević M. Trends in referrals from Croatian family practice in relation to specialists consultations: a longitudinal observational study from 1995-2012. *Coll Antropol.* 2014;38(supl 2):43-8.
38. HZZO. Putni trošak. Dostupno na: [http://cdn.hzzo.hr/wp-content/uploads/2014/01/PUTNI\\_TROSAK-ISL.pdf](http://cdn.hzzo.hr/wp-content/uploads/2014/01/PUTNI_TROSAK-ISL.pdf)
39. 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.
40. MZSS. Pravilnik o uvjetima i načinu ostvarivanja prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja na zdravstvenu njegu u kući osigurane osobe. NN 2010/88.
41. MZSS. Pravilnik o početku, završetku i rasporedu radnog vremena zdravstvenih ustanova i privatnih zdravstvenih radnika u mreži javne zdravstvene službe. NN 2014/4.
42. MZSS. Zakon o obaveznom zdravstvenom osiguranju. NN 2008/150.
43. Javorić H, Vrcić Keglević M. Postoje li razlike u broju kućnih posjeta u ruralnim i urbanim regijama RH 1995-2014? *Med Fam Croat.* 2015;23:14-20.
44. Katić M, Jureša V, Bergman-Marković B i sur. Proaktivni pristup preventivnom radu u obiteljskoj medicini. *Acta Med Croat.* 2010;64:443-52.
45. Tiljak H. Što je novo u ugovorenom preventivnom programu za obiteljsku medicinu u 2013. godini? Dostupno na [http://www.hdod.net/rad\\_drustva/Novosti\\_u\\_prevent\\_prog\\_OM\\_2013.pdf](http://www.hdod.net/rad_drustva/Novosti_u_prevent_prog_OM_2013.pdf)
46. Nelken-Bestvina D, Kure-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.