

## Javnozdravstvena važnost bolesti probavnog sustava

### *Impact of Digestive Diseases on Public Health*

**Marko Banić**

Zavod za gastroenterologiju

Klinika za unutarnje bolesti Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu

KB Dubrava

10000 Zagreb, Av. Gojka Šuška 6

**Sažetak** Stanovništvo u Hrvatskoj bilježi trend progresivnog starenja i nalazi se u depopulacijskoj fazi prirodnog kretanja, što za posljedicu ima nepovoljan omjer kategorija osiguranika budući da aktivni osiguranici ne čine ni trećinu osiguranih osoba. Unutar skupine entiteta deset vodećih uzroka smrti u ukupnome pučanstvu bilježe se i bolesti probavnog sustava: zloćudne novotvorine kolona, rektuma i anusa (5. mjesto s 3,14%), kronične bolesti jetre, uključivši fibrozu i cirozu (7. mjesto s 2,52%) te zloćudne novotvorine želuca (10. mjesto s 1,94%). U 2004. godini, za razliku od opće/obiteljske medicine u kojoj bolesti probavnog sustava čine 4,63% u broju zabilježenih bolesti i stanja, u bolničkoj/stacionarnoj djelatnosti ista skupina bolesti čini 9,3% u strukturi hospitalizacija. Ukupni broj hospitaliziranih s bolestima i novotvorinama probavnog sustava pokazuje stalan trend porasta uz posljedicu povećanja korištenja zdravstvenih resursa u dijagnostici, liječenju i rehabilitaciji bolesnika. S obzirom na sve veći utjecaj bolesti probavnog sustava na zdravlje stanovništva nuždan je konsenzus zdravstvenih djelatnika na svim razinama zdravstvene zaštite s ciljem odgovornosti u planiranju i provođenju prevencije, programa ranog otkrivanja te učinkovite dijagnostike i liječenja bolesti i novotvorina probavnog sustava.

**Ključne riječi:** javno zdravstvo, zdravstvena zaštita, pobol, smrtnost, bolesti probavnog sustava, prevencija

**Summary** Croatia is faced with progressive ageing of the population and, consequently, the depopulation phase. This results in the unfavorable ratio of the categories of insureds, with active insureds accounting for less than one third. Digestive diseases belong to the group of ten leading causes of death in Croatia: malignant neoplasms of colon, rectum and anus (ranked 5 with 3.14%); chronic liver diseases, including liver fibrosis and cirrhosis (ranked 7 with 2.52%), and malignant gastric neoplasms (ranked 10 with 1.94%). In 2004, digestive diseases accounted for 4.63% of total number of diagnosed diseases and conditions in general/family medicine. On the other hand, they were responsible for 9.3% of hospitalizations. The total number of hospitalized patients with digestive diseases and neoplasms showed an increasing trend that resulted in the increased use of healthcare resources relating to diagnostics, treatment and rehabilitation. Given an increasing impact of digestive diseases on public health, there is a need for consensus of professionals in primary health care, polyclinic care and inpatient care. The purpose of this consensus is to achieve responsibility for planning and performance of prevention measures, early detection and effective treatment of digestive diseases and neoplasms.

**Key words:** public health, healthcare, morbidity, mortality, digestive diseases, prevention

### **Pučanstvo i zdravlje**

Zdravstvena zaštita obuhvaća sustav društvenih, skupnih i individualnih mjera, usluga i aktivnosti sa svrhom očuvanja i unaprjeđenja zdravlja, sprječavanja bolesti, ranog otkrivanja bolesti, pravodobnog liječenja te zdravstvene njege i rehabilitacije. Svaka osoba, sukladno aktualnom Zakonu o zdravstvenoj zaštiti ima pravo na zdravstvenu zaštitu, dužna je brinuti se za svoje zdravlje i ne smije ugroziti zdravlje drugih. Također, svaka je osoba u hitnim slučajevima dužna pružiti pomoć ozlijeđenoj ili bolesnoj osobi i omogućiti joj pristup do hitne medicinske pomoći (1).

S druge strane, planiranjem i upravljanjem u sustavu zdravstva nužno je osigurati racionalnu raspodjelu zdravst-

venih kapaciteta, ograničenje rasta troškova, financijsku stabilnost sustava te osigurati univerzalni pristup obveznoj zdravstvenoj zaštiti uz povećanje djelatnosti sustava. Sukladno vrijedećim zakonskim i podzakonskim aktima Republike Hrvatske, ponajprije sukladno Zakonu o zdravstvenoj zaštiti, plan zdravstvene zaštite koji određuje osnovnu mrežu zdravstvene djelatnosti, a radi omogućavanja ostvarenja prava na zdravstvenu zaštitu pod jednakim uvjetima za sve građane treba uzeti u obzir:

- broj stanovnika na određenom području, njihovu dobnu i socijalnu strukturu te njihovo zdravstveno stanje,
- karakteristike određenog područja (posebice stupanj urbanizacije, prometnu povezanost, stanje okoliša, specifičnosti naseljenosti i dostupnosti na demografski

- ugroženim područjima – osobito na otocima),
- potreban opseg pojedine zdravstvene djelatnosti,
  - gospodarske mogućnosti (1).

Iz navedenoga se daje zaključiti da zdravstvena zaštita i zdravije stanovništva ne ovise isključivo o djelovanju zdravstvenog sustava i ne mogu se promatrati odvojeno od demografskih, gospodarstvenih i ekoloških pokazatelja te obrazovne strukture stanovništva (1).

Prema rezultatima popisa stanovništva od 31. 3. 2001. godine u Hrvatskoj je u ukupan broj stanovnika uključeno 4,437.460 popisanih osoba (podaci od 15. 6. 2002.). Bitno je naglasiti da je ukupan broj stanovnika Državni zavod za statistiku definirao slijedom međunarodnih preporuka vezanih uz popise i migracije Ekonomske komisije UN-a za Europu i EUROSTAT-a, prema prisutnosti ili odsutnosti osobe jednu godinu ili duže na području Republike Hrvatske, što je važno za uočavanje migracijskih trendova. Prema podacima "Health for All" baze zdravstvenih pokazatelja Svjetske zdravstvene organizacije, u 2003. godini u Hrvatskoj je očekivano trajanje života pri rođenju za oba spola bilo 74,7 godina, samo za žene 78,2 godine, a za muškarce 71,2 godine. Na veličinu ukupnog broja stanovnika utjecalo je dugogodišnje smanjivanje broja rođenih, porast smrtnosti mladih dobnih skupina tijekom rata i negativni migracijski trendovi u prošlom desetljeću. Struktura stanovništva prema Popisu iz 2001. pokazuje da je hrvatsko stanovništvo u trendu progresivnog starenja jer je udio starijih od 65 godina dosegao 15,7%, a udio mladih od 14 godina smanjen je na 17,1% (tablica 1). Dugogodišnje smanjivanje nataliteta, fertiliteta i prirodnog prirasta ubrzano je ratnim zbivanjima te od 1991. godine Hrvatska ulazi u depopulacijsku fazu prirodnog kretanja (2).

Dojenačke smrti su važan pokazatelj ne samo zdravstvene skrbi nego i socijalno-gospodarskog i kulturnog okruženja te ih brojne međunarodne organizacije (primjerice UN, SZO, UNICEF) ubrajaju u osnovne pokazatelje zdravstvenog stanja populacije. U Hrvatskoj je 2004. zabilježena prosječna dojenačka smrtnost od 6,1/1.000 živorođenih, uz velika odstupanja: od 1,6 u Dubrovačko-neretvanskoj do 14,2 u Virovitičko-podravskoj županiji. Prosjek Europske unije prije pristupa 10 novih članica iznosio je 4,6/1.000 živorođenih, a nakon pristupa novih članica iznosi 6,6/1.000 živorođenih, uz velika odstupanja: od 3,2 u Finskoj do 12,4-20,2 u Ruskoj Federaciji i drugim zemljama bivšega Sovjetskog Saveza (isključivši Estoniju, Letoniju i Litvu). U nekim tranzicijskim zemljama možemo

uočiti vrlo nisku dojenačku smrtnost, primjerice u Češkoj (2003. – 3,9/1.000) i Sloveniji (4,0/1.000 živorođenih) (3).

Prema podacima Državnog zavoda za statistiku u 2004. godini umrlo je 49.756 osoba čije je stalno prebivalište ili boravište bilo na području RH. Među njima je 51% muškaraca i 49% žena. Tri četvrtine uzroka smrti u Hrvatskoj predstavljaju skupine kardiovaskularnih bolesti i novotvorine, a u odnosu na entitete i skupine entiteta više od 60% smrti odnosi se na ishemijsku bolest srca, cerebrovaskularne bolesti, srčanu insuficijenciju te rak bronha i pluća (tablica 2). Bitno je izdvojiti da se unutar skupine entiteta vodećih uzroka smrti u ukupnom pučanstvu bilježe i bolesti probavnog sustava: zloćudne novotvorine kolona, rektuma i anusa (5. mjesto s 3,14%), kronične bolesti jetre, uključivši fibrozu i cirozu (7. mjesto s 2,52%) te zloćudne novotvorine želuca (10. mjesto s 1,94%). Promatrajući navedene uzroke smrti, posebice za žene i muškarce, redosljed se za neke značajno razlikuje: kronične bolesti jetre pojavljuju se u muškaraca na 5. mjestu (3,66%), a u žena se ne bilježe unutar deset vodećih uzroka smrti; malignomi želuca nalaze se u muškaraca na 9. mjestu (2,41%), a u žena se također ne bilježe u prvih deset vodećih uzroka smrtnosti; malignomi kolorektuma nalaze se na 6. mjestu vodećih uzroka smrtnosti i u žena (2,72%) i u muškaraca (3,54%) (2).

Važno je istaknuti da se temeljni ciljevi zdravstvene politike ne svode samo na produživanje očekivanog trajanja života, već uključuju i poboljšanje kvalitete života. Stoga ciljevi i napori osim daljnjeg unaprjeđenja i razvoja zdravstvene službe uključuju i promicanje zdravijih načina življenja, smanjenje ili eliminaciju zdravstvenih rizika koji se mogu spriječiti (primjerice borba protiv pušenja, pretilosti, zlorabe alkohola i opojnih droga te oblika rizičnog ponašanja), kao i poboljšanje kvalitete življenja kroničnih bolesnika i osoba s invaliditetom. Tijekom provođenja preventivskih oblika zdravstvene zaštite, uključivši i edukaciju, nužno je uzeti u obzir osobe starije i uznapredovale dobi, osobitosti uporabe lijekova, učinke pridruženih bolesti, utjecaje okoliša te zdravu prehranu i održavanje fizičke aktivnosti.

## Načela i organizacija zdravstvene zaštite i zdravstveni resursi

Uloga, ustroj i funkcija zdravstvenih institucija, oblici i načini osiguranja osoba s pravom na zdravstvenu zaštitu, oblici i načini provođenja zdravstvene zaštite, nadzor nad

Tablica 1. Demografski pokazatelji stanovništva u Hrvatskoj

Godina	Stopa rođenih	Stopa umrlih	Prirodno kretanje	Opći fertilitet	Stopa umrlih (>65 god.)	Očekivano trajanje života (god./oba spola)	Dojenačka smrtnost/1000 živorođenih
1984.	14,0	11,7	2,3	56,5	77,0	71,4	16,8
2004.	9,1	11,2	-2,1	37,8	52,5	74,7	6,1

Tablica 2. Deset vodećih uzroka smrti u Hrvatskoj – 2004. (MKB 10)

MKB 10 ŠIFRA	DIJAGNOZA	BROJ	%
I20-I25	Ishemijske bolesti srca	9.173	18,44
I60-I69	Cerebrovaskularne bolesti	7.962	16,00
I50	Insuficijencija srca	2.956	5,94
C33-C34	Zloćudna novotvorina dušnika, dušnica i pluća	2.635	5,30
C18-C21	Zloćudne novotvorine debelog crijeva	1.564	3,14
J12-J18	Pneumonija	1.504	3,02
K70, K73, K74, K7	Kronične bolesti jetre, fibroza i ciroza	1.253	2,52
J40-J46	Bronhitis, emfizem, astma	1.185	2,38
E10-E14	Dijabetes melitus	973	1,96
C16	Zloćudna novotvorina želuca	967	1,94
<b>PRVIH 10 UZROKA SMRTI</b>		<b>30.172</b>	<b>60,64</b>
<b>UKUPNO</b>		<b>49.756</b>	<b>100,00</b>

provođenjem i izvješća o ostvarenim učincima zdravstvene zaštite regulirani su skupinom od 15 zakona te skupinom podzakonskih akata od tridesetak pravilnika i tridesetak odluka, donesenih od tijela zakonodavne i izvršne vlasti Republike Hrvatske. Osnovnu mrežu zdravstvene djelatnosti, načela i mjere zdravstvene zaštite, prava i dužnosti osoba u ostvarivanju zdravstvene zaštite, uvjete i načine obavljanja zdravstvene djelatnosti te osnivanje i organiziranje zdravstvenih ustanova određuju dva osnovna zakona: Zakon o zdravstvenoj zaštiti i Zakon o zdravstvenom osiguranju. S obzirom na reformu zdravstvenog sustava u tijeku, očekuje se rasprava o novim prijedlozima navedenih dvaju zakona, sa svrhom unaprjeđenja i racionalizacije zdravstvenog sustava u Republici Hrvatskoj (1).

### Zdravstveno osiguranje i osigurane osobe

Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (HZZO) osnovan je radi provođenja osnovnog zdravstvenog osiguranja i obavljanja drugih poslova prema Zakonu o zdravstvenom osiguranju iz 2001. te Zakonu o zdravstvenoj zaštiti iz 1993. godine. Osnovno zdravstveno osiguranje provodi HZZO koji je jedinstvena pravna osoba za područje Republike Hrvatske. Zavod je ustrojen u organizacijske jedinice: Direkciju sa sjedištem u Zagrebu i 20 područnih ureda u županijskim središtima koji imaju određeni broj svojih ispostava, ovisno o veličini područja na koje se proteže njihova nadležnost. U okviru osnovnoga zdravstvenog osiguranja osiguranim osobama HZZO-a osigurava se pravo na zdravstvenu zaštitu koja uključuje i pravo na uporabu lijekova na Listi lijekova HZZO-a te pravo na stomatološko-protetske nadomjeske i ortopedska pomagala i pravo na novčane naknade. HZZO provodi i dopunsko zdravstveno osiguranje prema odredbama Zakona o zdravstvenom osiguranju od siječnja 2002. godine u obliku dobrovoljnoga zdravstvenog osiguranja (slika 1). Tijekom 2002. godine u HZZO-u je prosječno bilo osigurano 4,239.110 osoba s udjelom aktivnih osiguranika od 31,33%, članova

obitelji od 31,11% i umirovljenika od 23,56%. Iz navedenih podataka razvidan je zaključak o nepovoljnom odnosu kategorija osiguranika budući da aktivni osiguranici ne čine ni trećinu osiguranih osoba (1).

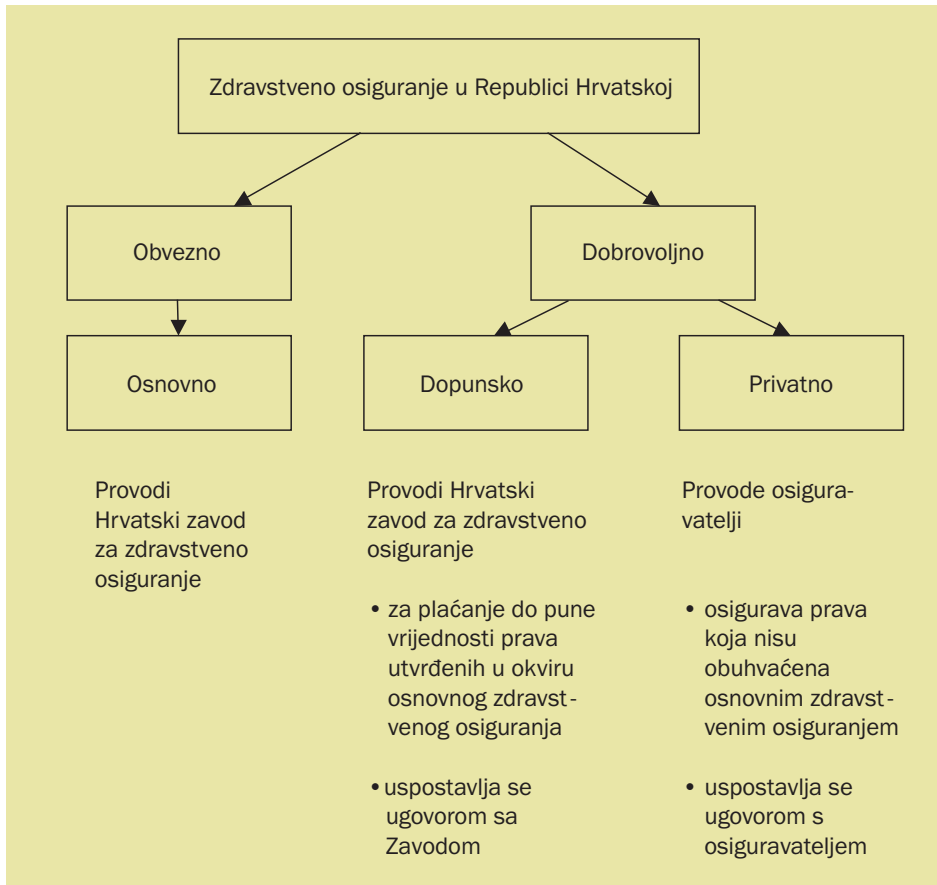
### Razine zdravstvene djelatnosti

Prema Zakonu o zdravstvenoj zaštiti zdravstvena djelatnost obavlja se na primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj razini te na razini zdravstvenih zavoda i u ljekarničkoj djelatnosti. Zdravstvena djelatnost na *primarnoj razini* provodi se u domovima zdravlja, ustanovama za hitnu medicinsku pomoć, ustanovama za zdravstvenu njegu i palijativnu skrb te u ljekarničkim ustanovama, a obuhvaća osnovnu zdravstvenu zaštitu odraslih, specifičnu zdravstvenu zaštitu djece školske i predškolske dobi te specifičnu zdravstvenu zaštitu žena i zdravstvenu zaštitu mentalnog zdravlja (1).

Zdravstvena djelatnost na *sekundarnoj razini* provodi se u specijalističkim poliklinikama i bolnicama, a obuhvaća specijalističko-konzilijarnu djelatnost koja uključuje laboratorijsku i drugu specijalističku dijagnostiku te bolničku djelatnost koja uključuje dijagnosticiranje, liječenje, medicinsku rehabilitaciju, zdravstvenu njegu i boravak i prehranu bolesnika u bolnicama (1).

Zdravstvena djelatnost na *tercijarnoj razini* provodi se u klinikama i kliničkim bolnicama, a osim specijalističko-konzilijarne i bolničke zaštite na sekundarnoj razini obuhvaća i pružanje najsloženijih oblika zdravstvene zaštite (visokosložene dijagnostičke i terapijske postupke) u specijalističko-konzilijarnoj i bolničkoj djelatnosti, znanstvenoistraživački rad te izvođenje nastave, na temelju ugovora za potrebe nastavnih ustanova zdravstvenog usmjerenja (1).

Djelatnost na *razini zdravstvenih zavoda* u jedinicama područne samouprave obuhvaća javnozdravstvenu djelatnost, a u državnim zavodima obuhvaća osim javnozdravst-



Slika 1. Zdravstveno osiguranje u Republici Hrvatskoj u 2002. godini

vene djelatnosti i medicinu rada, transfuzijsku medicinu i zaštitu mentalnog zdravlja. *Ljekarnička djelatnost* je dio zdravstvene djelatnosti na primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj razini i obuhvaća opskrbu stanovništva lijekovima u skladu s posebnim zakonom (1).

Vlasništvo nad ustanovama koje obavljaju zdravstvenu djelatnost regulirano je Zakonom o zdravstvenoj zaštiti: u državnom su vlasništvu klinike, klinički bolnički centri i državni zdravstveni zavodi, u županijskom su vlasništvu domovi zdravlja, poliklinike, opće i specijalne bolnice, ljekarne, ustanove za hitnu medicinsku pomoć i za zdravstvenu njegu u kući te županijski zavodi za javno zdravstvo, u privatnom vlasništvu su poliklinike, lječilišta, specijalne bolnice te ustanove za zdravstvenu njegu i ljekarničke ustanove (1).

U sustavu zdravstva RH krajem 2004. godine bilo je stalno zaposleno 67.525 djelatnika s najvećim udjelom zdravstvenih djelatnika srednje stručne spreme s 37,4% te administrativno-tehničkih djelatnika s 26,9%. Stalno zaposleni doktori medicine (11.093) činili su 16,4% djelatnika u zdravstvu, uz napomenu da je krajem 2004. bilo još 828 liječnika sa zaposlenjem na određeno vrijeme što je činilo sveukupno 11.921 liječnika u sustavu zdravstva. Udio žena među doktorima medicine bio je tada 57,5%, uz trend stalnog porasta još od 1989. godine, a udio specijalista bio je 66,8%. Od ukupnog broja liječnika u sustavu zdravstva 2004. godine u bolnicama je bilo zaposleno 55% (4).

## Javnozdravstveno značenje bolesti probavnog sustava i zdravstvena zaštita

### Javnozdravstveni pokazatelji bolesti probavnog sustava u zdravstvenoj zaštiti u Hrvatskoj

Područni zavodi za javno zdravstvo i Državni zavod za javno zdravstvo prikupljaju podatke iz zdravstvenog sustava pojedinog područja, odnosno podatke iz zdravstvenog sustava cijele Republike Hrvatske. Hrvatski zavod za javno zdravstvo (HZJZ) izdaje godišnju publikaciju "Hrvatski zdravstvenostatistički ljetopis" koji na državnoj razini sjedinjuje podatke koji omogućuju uvid u organizaciju i kadrovsku strukturu u zdravstvenoj zaštiti, rad i iskorištenost zdravstvenih kapaciteta, kao i u određene pokazatelje zdravstvenog stanja stanovništva te neke demografske i društvene značajke Hrvatske. Navedeni podaci omogućuju uvid u distribuciju i broj bolesnika, odnosno korisnika pojedine razine zdravstvene zaštite u odnosu na skupine bolesti te pojedinačne entitete i skupine entiteta. U okviru HZJZ-a djeluje i Registar za rak koji

Tablica 3. Bolesti probavnog sustava utvrđene u djelatnosti opće/obiteljske medicine u Hrvatskoj u 2004. godini

BOLESTI I STANJA	MKB 10 ŠIFRA	0-6 god.	7-19 god.	20-64 god.	65 i više god.	UKUPNO
Bolesti usne šupljine, žlijezda slinovnica i čeljusti	K00-K14	1.993	7.616	28.290	9.444	47.343
Ulkus želuca i duodenuma (gastroduodenalni vrijed)	K25-K27	0	747	46.130	23.153	70.030
Akutna upala crvuljka (apendicitis)	K35	112	1.936	3.407	637	6.092
Preponska kila (ingvinalna hernija)	K40	381	698	8.415	5.560	15.054
Ostale hernije trbušne šupljine	K41-K46	84	118	4.111	3.069	7.382
Bolesti jetre	K70-K77	20	300	21.258	11.005	32.583
Žučni kamenci i upala žučnog mjehura	K80-K81	0	184	25.575	14.788	40.547
Ostale bolesti probavnog sustava	K82 -K93	1.300	9.167	83.126	41.298	134.891
<b>UKUPNO</b>		<b>3.890</b>	<b>20.766</b>	<b>220.312</b>	<b>108.954</b>	<b>353.922</b>

prikuplja, obrađuje i analizira podatke o incidenciji raka u Hrvatskoj. Rak je drugi najvažniji uzrok smrti u Hrvatskoj od kojeg umire svaki peti stanovnik (5, 6).

### Djelatnost opće/obiteljske medicine

U 2004. godini broj posjeta ordinacijama opće/obiteljske medicine bio je za 5% veći u odnosu na 2003. godinu, a također je za 5% porastao i broj zabilježenih bolesti i stanja. Najveći udio u broju zabilježenih bolesti i stanja imaju bolesti dišnog sustava (24% ukupnog morbiditeta), zatim slijede bolesti srca i krvnih žila (12%), bolesti mišićno-koštanog sustava i vezivnog tkiva (10,5%), bolesti mokraćnih i spolnih organa (6,7%) te bolesti oka i adneksa (5,5%). Bolesti usta, čeljusti i probavnog sustava (skupina K00 – K93) čine oko 4,63% u ukupnom broju zabilježenih bolesti i stanja u ordinacijama opće/obiteljske medicine tijekom 2004. godine. Struktura pojedinih skupina i entiteta unutar bolesti usta, čeljusti i probavnog sustava prikazana je na tablici 3. Izuzevši bolesti usta i čeljusti, iz tablice je razvidno da najveći udio u navedenoj skupini bolesti (K00 – K93) imaju gastroduodenalni vrijed (19,78%), žučni kamenci i upala žučnog mjehura (11,45%) te bolesti jetre (9,20%) (7).

### Specijalističko-konzilijarna djelatnost

Specijalističko-konzilijarna djelatnost organizacijski je u pravilu povezana u cjelinu sa stacionarnom zdravstvenom zaštitom i usmjerena je ponajprije na specijalističke preglede i dijagnostiku gdje liječnici specijalisti samostalno obavljaju poslove više razine zdravstvene zaštite, uz sudjelovanje drugih zdravstvenih djelatnika visoke, više i srednje stručne spreme. S obzirom na izuzetnu opterećenost specijalističke poliklinike i dijagnostike koja je posebice izražena u gastroenterološkoj djelatnosti, nužno je istaknuti da je udio specijalističko-konzilijarnih

pregleda/pretraga u odnosu na ukupan broj pregleda u primarnoj zdravstvenoj zaštiti s 30% u 1995. godini porastao na 37% u 2000. godini i zadržao istu razinu od 37% i u 2004. godini. U 2004. godini je u odnosu na 2000. godinu zabilježen porast broja pregleda/pretraga u svim djelatnostima, i za internu medicinu koja u iskazanim podacima sjedinjuje i gastroenterološku djelatnost spomenuti je porast iznosio 135%. Nažalost, ne postoje dostupni podaci koji bi omogućili uvid u strukturu zabilježenih bolesti i stanja u specijalističko-konzilijarnoj zdravstvenoj zaštiti te nije moguće dobiti uvid u učestalost bolesti probavnog sustava kao razloga upućivanja iz opće/obiteljske medicine i rezultate učinjenog pregleda/pretrage u smislu objektivizacije dijagnoze bolesti probavnog sustava (8).

### Djelatnost stacionarne zdravstvene zaštite

U Republici Hrvatskoj bile su u 2004. godini 72 bolničke ustanove i lječilišta, uključivši 2 klinička bolnička centra, 12 kliničkih bolnica i klinika, 22 opće bolnice i 26 specijalnih bolnica. Broj se bolničkih kreveta u Hrvatskoj u razdoblju 1990.-2000. godine smanjio za 24%, a trend smanjenja ukupnog broja bolničkih kreveta zabilježen je i u 2004. godini, uz najveći udio smanjenja u skupini specijalnih i općih bolnica. Posljedično, broj kreveta u svim stacionarnim ustanovama izražen na 1000 stanovnika u 2004. godini iznosio je 5,53 kreveta: 3,63 kreveta za akutno liječenje (1,71 u općim bolnicama te 1,92 u klinikama), a za liječenje kroničnih bolesnika na raspolaganju je bilo 1,90 kreveta/1.000 stanovnika. Specijalnost interne medicine sudjeluje u ukupnom broju kreveta od 5,53/1.000 stanovnika s 0,77 kreveta/1.000 stanovnika. Tijekom prethodnih desetak godina bilježi se trend porasta broja liječenih bolesnika uz smanjenje broja prosječnog dana liječenja po jednom boravku (u KBC-u, klinikama i kliničkim bolnicama od 12,05 u 1990. na 8,83 dana po bolesniku u 2004.) uz porast godišnje zauzetosti (2004. godine 316



dana po krevetu) i ukupne godišnje iskorištenosti kreveta (2004. godine 86,54% uz najveću iskorištenost klinika i kliničkih bolnica – 93,17%).

U ukupnom broju bolničkog pobola i strukturi hospitalizacija (%) u bolnicama u Hrvatskoj vodeće skupine (MKB 10) jesu: novotvorine (14,3%), bolesti cirkulacijskog sustava (13,5%), bolesti probavnog sustava (9,3%), bolesti dišnog sustava (8,3%) i bolesti mokraćnog i spolnog sustava (8,0%). Iz navedenoga je razvidno da novotvorine te bolesti cirkulacijskog i probavnog sustava sudjeluju s udjelom većim od trećine u ukupnom broju od 592.620 liječenih bolesnika u stacionarnim kapacitetima hrvatskog zdravstva, tijekom 2004. godine. Važnost i udio bolesti probavnog sustava u bolničkoj zdravstvenoj zaštiti je i veći s obzirom na spoznaju o značajnoj incidenciji i prevalenciji raka želuca, debelog crijeva i gušterače koji su također razlogom hospitalizacija u skupini novotvorina. U bolničkom liječenju žena (omjer žena i muškaraca u ukupnim hospitalizacijama bio je 1,04:1) najzastupljenija u skupini bolesti probavnog sustava bila je kolelitijaza, a u bolnički liječenih muškaraca najzastupljenija u istoj skupini bolesti bila je preponska kila (9).

U 2004. godini, za razliku od opće/obiteljske medicine u kojoj bolesti probavnog sustava čine 4,63% u broju zabilježenih bolesti i stanja, u bolničkoj/stacionarnoj djelatnosti ista skupina bolesti čini 9,3% u strukturi hospitalizacija. Navedeni podatak nužno je sagledati u svjetlu činjenice o značajno većoj učestalosti bolesti dišnog i koštano-mišićnog sustava u djelatnosti opće/obiteljske medicine, a većina spomenutih bolesti i stanja može se promatrati kao najzastupljenija u skupini ambulantno, odnosno izvanbolnički zbrinutih bolesnika (primjerice bolesnika s akutnim respiratornim infekcijama ili bolesnika s degenerativnim bolestima mišićno-koštanog sustava i kroničnim bolnim sindromima, povezanim sa starijom i uznapredovalom dobi). Nasuprot tomu, u skupini bolesti probavnog sustava postoji značajan broj naglo nastalih bolesti i stanja koji zahtijevaju akutno i/ili intenzivno liječenje u bolničkim uvjetima, odnosno kirurško liječenje (primjerice akutno krvarenje iz probavnog sustava, akutne bolesti žučnog mjehura i žučovoda povezane s kamencima, akutna upala gušterače, akutni abdomen s potrebom kirurškog liječenja). Broju hospitalizacija u skupini bolesti probavnog sustava pridonose i pogoršanja kroničnih i recidivirajućih bolesti – ponajprije kronične bolesti jetre, uključivši i jetrenu cirozu te upalne bolesti crijeva koje unatoč svojoj manjoj zastupljenosti zahtijevaju značajne zdravstvene resurse.

Osobito je interesantan podatak da je u bolničkom liječenju žena najzastupljenija u skupini bolesti probavnog sustava bila kolelitijaza, a u bolnički liječenih muškaraca najzastupljenija u istoj skupini bolesti bila je preponska kila. Obje dijagnoze, kolelitijaza i preponska kila pripadaju u skupinu bolesti i stanja za koja se troškovi obračunavaju u zadanom iznosu prema plaćanju po terapijskom postupku (PPTP). S obzirom na to da su PPTP-i za kolelitijazu i preponsku kila financijski dobro definirani, moguće je pretpostaviti da je način obračuna troškova za dvije spomenute dijagnoze utjecao na njihovu frekvenciju u strukturi hospitalizacija u 2004. godini.

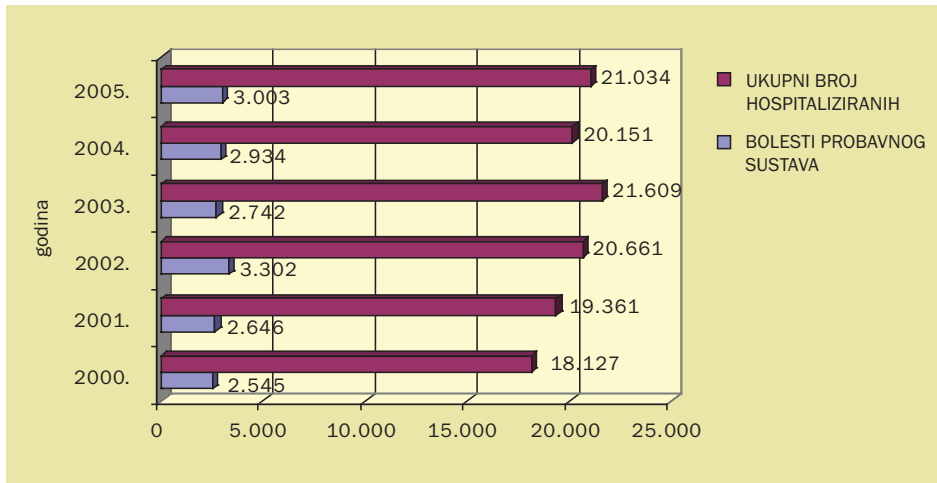
Specijalističko-konzilijarna djelatnost koja je u pravilu organizacijski povezana u cjelinu sa stacionarnom zdravstvenom zaštitom u sebi objedinjuje i laboratorijsku, ultrazvučnu i endoskopsku dijagnostiku bolesti probavnog sustava. Gastroenterološka i kardiovaskularna specijalističko-konzilijarna djelatnost dvije su radno i materijalno-financijski zahtjevne djelatnosti koje nose najviše tereta u skupini internističkih specijalističko-konzilijarnih djelatnosti.

## **Bolesti probavnog sustava u bolničkoj djelatnosti: Klinička bolnica Dubrava 2000. – 2005. godine**

Klinička bolnica Dubrava (KBD) najmlađa je klinička bolnica u skupini kliničkih bolnica u gradu Zagrebu. Prema bolnici gravitira 250.000-300.000 osiguranika i gastroenterološka (internistička i kirurška) djelatnost pruža zdravstvenu zaštitu u svim segmentima dijagnostike i terapije bolesti probavnog sustava, uključivši i složene dijagnostičke i terapijske postupke invazivne i intervencijske gastroenterologije, primjerice složene postupke u vezi s bolestima bilijarno-pankreatičnog kanalikularnog sustava i složenu kirurgiju probavne cijevi i hepato-bilijarno-pankreatičnog sustava. Valja istaknuti da bolnica nema djelatnost onkološkog liječenja solidnih tumora, uključivši i tumore probavnog sustava (10).

Primjena informacijsko-komunikacijske tehnologije u bolnicama pridonosi učinkovitijem kreiranju, obradi i razmjeni općih, administrativnih, financijskih i medicinskih podataka. U KBD-u je do 2003. godine bio u upotrebi MIS – Medicinski informacijski sustav "MCfrontis", a u studenome 2003. započela je implementacija integriranoga bolničkog informacijskog sustava (IBIS, na osnovi tendera Ministarstva zdravstva: kompanija "Ericsson Nikola Tesla" sa svojim partnerima) (11, 12). Sustav omogućuje uvođenjem elektroničkog zapisa o pacijentu transparentno praćenje poslovanja bolnice, brzo i učinkovito fakturiranje bolničkih računa te nadzor nad sveukupnim troškovima, ali na uvedenoj razini, bar za sada, ne omogućuje uvođenje medicinskih podataka o bolesniku, primjerice slikovni zapis pretrage ili strukturirani zapis kliničko-laboratorijskih pretraga (11, 12).

Prije korišteni medicinski informacijski sustav i 2003. godine implementirani IBIS omogućili su praćenje i obradu općih, administrativnih i financijskih podataka u vezi s udjelom osiguranika sa skupinom bolesti probavnog sustava koji su hospitalizirani u KBD-u, u razdoblju od 2000. do 2005. godine (slika 2). Tijekom promatranog razdoblja broj hospitaliziranih bolesnika s bolestima i novotvorinama probavnog sustava u odnosu na ukupni broj hospitaliziranih u jednogodišnjem razdoblju kretao se od 12,7% (2003.) do 14,6% (2004.). Struktura bolesnika prema dijagnozi podskupina gastroenteroloških bolesti (K 20-93) te zloćudnih (C 15-26) i dobroćudnih (D12-13) novotvorina probavnog sustava prikazana je na tablici 4. Ukupni broj hospitaliziranih s bolestima i novotvorinama



Slika 2. Bolesnici s bolestima i novotvorinama probavnog sustava hospitalizirani u Kliničkoj bolnici Dubrava, 2000. – 2005. godine

Tablica 4. Hospitalizirani bolesnici zbog bolesti (K) i zloćudnih (C) te dobroćudnih (D) novotvorina probavnog sustava u Kliničkoj bolnici Dubrava, 2000.-2005. godine (MKB 10)

Skupina Dg.	2000. god.		2001. god.		2002. god.		2003. god.		2004. god.		2005. god.	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
<b>C 15-26</b>	410	(16)	360	(14)	915	(28)	454	(17)	434	(15)	458	(15)
<b>D 12-13</b>	17	(1)	25	(1)	31	(1)	54	(2)	64	(2)	67	(2)
<b>K 20-93</b>	2118	(83)	2261	(85)	2356	(71)	2234	(81)	2436	(83)	2478	(83)
<b>UKUPNO</b>	2545	(100)	2646	(100)	3302	(100)	2742	(100)	2934	(100)	3003	(100)

Tablica 5. Hospitalizirani bolesnici zbog bolesti jednjaka, želuca i dvanaesnika (K 20-31); bolesti jetre (K 70-77) i bolesti žučnog mjehura, žučovoda i gušterače (K 80-87) u Kliničkoj bolnici Dubrava, 2000.-2005. godine (MKB 10)

Skupina Dg.	2000.		2001.		2002.		2003.		2004.		2005.	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
<b>K 20-31</b>	321	(15)	302	(13)	321	(14)	318	(14)	302	(12)	318	(13)
<b>K 70-77</b>	206	(10)	218	(10)	187	(8)	181	(8)	249	(10)	255	(10)
<b>K 80-87</b>	747	(35)	817	(36)	863	(37)	811	(36)	848	(35)	829	(33)
<b>ostale K</b>	844	(40)	924	(41)	985	(41)	924	(42)	1037	(43)	1076	(44)
<b>UKUPNO</b>	2118	(100)	2261	(100)	2356	(100)	2234	(100)	2436	(100)	2478	(100)

probavnog sustava pokazuje stalan trend porasta tijekom promatranog razdoblja i 2005. godine je za 18% veći u odnosu na 2000. godinu. Skupina bolesti probavnog sustava (K), promatrana odvojeno od novotvorina probavnog sustava, također iskazuje trend porasta broja hospitaliziranih bolesnika i 2005. godine je broj hospitaliziranih 12% veći u odnosu na 2000. godinu (tablica 5). Unutar skupine bolesti probavnog sustava (K) podskupina bolesti jednjaka, želuca i dvanaesnika (K 20-31) ne bilježi značajan porast u apsolutnom broju hospitaliziranih. Nasuprot tomu, u podskupini bolesti jetre (K 70-77) i podskupini bolesti žučnog mjehura, žučovoda i gušterače (K 80-87) zabilježen

je trend porasta apsolutnog broja hospitaliziranih tijekom promatranog razdoblja. Iz navedenoga proizlazi zaključak o stalnom trendu povećanja korištenja bolničkih resursa u zdravstvenoj zaštiti osiguranika s bolestima probavnog sustava.

Dodatnu kvalitetu iznesenom prikazu omogućili bi podaci o opetovanim hospitalizacijama, udjelu troškova u ukupnim troškovima za zdravstvenu zaštitu u bolničkoj djelatnosti, prosječnom broju dana i prosječnoj cijeni hospitalizacije za pojedinu podskupinu bolesti te podaci o bolestima probavnog sustava u specijalističko-konzilijarnoj djelatnosti.

## Osvrt i zaključak

Prema podacima o ukupnom pobolu i smrtnosti u Republici Hrvatskoj i sukladno podacima o udjelu bolesti i stanja unutar skupine bolesti probavnog sustava (uključivši i maligne bolesti, posebice želuca i kolorektuma), u djelatnosti opće/obiteljske medicine te u djelatnosti stacionarne zdravstvene zaštite, proizlazi opravdan zaključak o važnosti bolesti probavnog sustava u korištenju zdravstvenih resursa, kao i o njihovom značajnom utjecaju na zdravlje pučanstva. Ukupni broj hospitaliziranih s bolestima i novotvorinama probavnog sustava pokazuje sta-

lan trend porasta uz posljedicu povećanja korištenja zdravstvenih resursa u dijagnostici, liječenju i rehabilitaciji bolesnika. Važno je istaknuti da dijagnostika i liječenje bolesti probavnog sustava sjedinjuju radno i materijalno-financijski zahtjevnu specijalističku djelatnost s potrebom unaprjeđenja planiranja kadrova, organizacije i potrebnih zdravstvenih resursa. S obzirom na sve veći utjecaj bolesti probavnog sustava na zdravlje stanovništva nuždan je konsenzus zdravstvenih djelatnika na svim razinama zdravstvene zaštite s ciljem odgovornosti u planiranju i provođenju prevencije, programa ranog otkrivanja te učinkovite dijagnostike i liječenja bolesti i novotvorina probavnog sustava.

## Literatura

- HRABRIĆ M, JADRO D, KRAMARIĆ D, POLIĆ J, IVANČEVIĆ N, RADIĆ M. Zbirka zdravstvenih zakona s obrazloženjem. Zagreb: Udruga poslodavaca u zdravstvu; 2003.
- RODIN U, ČORIĆ T, MIHEL S, BELIĆ D. Stanovništvo i vitalni događaji. U: Baklajić Ž, Rodin U, Kuzman M, ur. Hrvatski zdravstvenostatistički ljetopis za 2004. godinu. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo; 2005, 27-62.
- RODIN U, ČORIĆ T, MIHEL S. Usporedba zdravstvenih pokazatelja SZO "Zdravlje za sve". U: Baklajić Ž, Rodin U, Kuzman M, ur. Hrvatski zdravstvenostatistički ljetopis za 2004. godinu. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo, 2005, 65-72.
- TROŠELJ M, ĐURĐEVAC P, HUSKIĆ A. Zdravstvene ustanove i djelatnici u zdravstvu. U: Baklajić Ž, Rodin U, Kuzman M, ur. Hrvatski zdravstvenostatistički ljetopis za 2004. godinu. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo; 2005, 73-112.
- ZNAOR A, BUBANOVIĆ LJ, NOVAK P. Registri kroničnih bolesti: Rak u Hrvatskoj. U: Baklajić Ž, Rodin U, Kuzman M, ur. Hrvatski zdravstvenostatistički ljetopis za 2004. godinu. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo, 2005, 283-86.
- ZNAOR A, BUBANOVIĆ LJ, NOVAK P, VUJANIĆ N, ŠELENDIĆ Đ. Incidencija raka u Hrvatskoj 2003. Bilten br. 28. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo - registar za rak; 2005.
- STEVANOVIĆ R, PRISTAŠ I, KOKIĆ M. Primarna zdravstvena zaštita: Djelatnost opće medicine. U: Baklajić Ž, Rodin U, Kuzman M, ur. Hrvatski zdravstvenostatistički ljetopis za 2004. godinu. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo; 2005, 126-34.
- IVIČEVIĆ-UHERNIK A, POKAS-POSILOVIĆ A. Specijalističko-konzilijarna djelatnost. U: Baklajić Ž, Rodin U, Kuzman M, ur. Hrvatski zdravstvenostatistički ljetopis za 2004. godinu. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo, 2005, 205-12.
- TOMIĆ B, IVIČEVIĆ-UHERNIK A, PEROŠ LJ i sur. Stacionarna zdravstvena zaštita. U: Baklajić Ž, Rodin U, Kuzman M, ur. Hrvatski zdravstvenostatistički ljetopis za 2004. godinu. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo; 2005, 239-64.
- Monografija: Klinička bolnica Dubrava 1991. – 2001. Zagreb: Klinička bolnica Dubrava; 2001.
- VARGA S, STEVANOVIĆ R, MAUHER M. Uspostava i razvoj zdravstvenog informacijskog sustava Republike Hrvatske. Acta med Croat 2005; 59: 191-9.
- PETROVEČKI M, RAUNIĆ D, CEJ D, VUKOVIĆ D. Problematika uvođenja integriranog bolničkog informacijskog sustava u postojeću bolničku organizaciju – iskustvo Kliničke bolnice Dubrava u Zagrebu. Acta Med Croat 2005; 59: 219-24.