



Sustav primarne zdravstvene zaštite u Hrvatskoj-kako ga unaprijediti (jedno promišljanje nastalo 20. 04. 2007. godine)

Nikola Kraljik, Tibor Santo

Zavod za javno zdravstvo Osječko-baranjske županije

Sažetak

Značajno odstupanje od koncepcije štamparovskog doma zdravlja dovelo je do slabljenja pozicije primarne zdravstvene zaštite. Tome je pridonio i desetogodišnji prekid specijalizacija iz opće/obiteljske medicine. Novi liječnici "poduzetnici" (nerijetko su to postali odmah iza obveznog liječničkog staža) ostavljeni su da sami rješavaju mnogobrojne probleme. To je rezultiralo udaljavanjem od proklamiranog cilja da se 80% problematike rješava u PZZ (upućivanje specijalisti je bilo za 44% veće u 2008. godini u odnosu na 1995. godinu). Sustav izobrazbe budućih liječnika treba promijeniti tako da se poveća udio znanja i vještina iz preventivnih struka. Jačanje instituta grupne prakse treba biti osnova vraćanja dobrih tradicija doma zdravlja. Broj osoba u skrbi u pojedinim djelatnostima unutar PZZ treba smanjiti. Informatizacija primarne zdravstvene zaštite treba omogućiti bolju dostupnost iste a ne otežavati komunikaciju između liječnika i pacijenta (nerijetko liječnik više vremena provodi gledajući u ekran svog računala!). Bolja povezanost PZZ sa županijskim zavodima za javno zdravstvo pridonijeti će povećanju udjela preventivnih aktivnosti timova PZZ.

OBJAVLJENO:

ZBORNİK RADOVA XVIII. KONGRESA OBITELJSKE MEDICINE, RIZICI ZA ZDRAVLJA I MALA KIRURGIJA, OSIJEK, SVIBANJ 2011.

Nekada priznati u svijetu

Brojem stanovnika (prema popisu iz 2001. godine 4.437.460) i veličinom teritorija, promatrano u europskim i svjetskim razmjerima Hrvatska je mala zemlja no ipak povijesno gledajući dala je iznimno značajne doprinose u razvitku zdravstva i medicine. Tako je, ne ulazeći u detalje i pojedinosti, Dubrovačka Republika prva u svijetu posjedovala javnu ljekarnu koju su vodili franjevci, a koja i danas funkcionira. Nadalje, Dubrovačka Republika je prva u svijetu osnovala karantenu, u to vrijeme vrlo moćno i učinkovito sredstvo u protuepidemskoj zaštiti.

Ponajviše se svojim doprinosima ističe se prof. Andrija Štampar kojeg s pravom mnogi smatraju najvećim javnozdravstvenim radnikom 20. stoljeća. Bio je suosnivač svjetske zdravstvene organizacije, a prigodom njezine osnivačke skupštine (istu je on i otvorio i dvije godine bio predsjednikom pripremnog odbora za osnivanje) u svom inauguralnom govoru u tri navrata spomenuo kako će se boriti za: zdravlje za svakoga i zdravlje za sve. Te riječi su zadnjih desetljeća prošlog stoljeća prerasle u svjetski poznat slogan – «Zdravlje za sve do 2000. godine» - slogan koji je po mnogima prozvan najplemenitijim geslom i porukom 20. stoljeća.

Prof. Štampar je osnovao prvu institucionalnu formu primarne zdravstvene zaštite još prije 70-ak godina u nas i u svijetu, a što se i danas naziva domovima zdravlja (unatoč brojnim promjenama koje su iste snašle u nas) i koji je u Europi, posebno u Velikoj Britaniji stekao veliki ugled i uvažavanje i na što su oni vrlo ponosni jer su brojne ideje upravo mudro implementirali u svoj sustav zdravstvene zaštite. U Hrvatskoj su kao rezultat djelovanja Andrije Štampara i njegovih učenika osnovane institucije koje u bitnome definiraju zadaće primarne zaštite. Tako je osnovan prvi u Europi suradnički centar primarne zdravstvene zaštite, a Škola narodnog zdravlja «Andrija Štampar» organizirala je prva u svijetu specijalizaciju iz opće medicine te među prvima u svijetu osnovala katedru primarne zdravstvene zaštite.

Što imamo danas

Po svemu izrečenome postavlja se pitanje što se to moralo dogoditi da sve povijesne vrednote i svjetski ugled zanemarimo i zaboravimo i da pod ekonomskim opterećenjem krenemo u reforme i promjene stihijski usuđujem se reći kopirajući tuđa rješenja koja su ipak izgrađena za specifične prostore i da ti pokušaji urode plodom kakav mi danas na žalost imamo, a to je dezintegriranost zdravstvene zaštite pri čemu nema valjane povezanosti na vertikalnom nivou među raznim stupnjevima zdravstvene zaštite (primarna, sekundarna, tercijarna), a isto tako ni horizontalne povezanosti među različitim specijalnostima.

Plod raznih rješenja upravo se namjerno ili slučajno iščitava kroz primarnu zdravstvenu zaštitu i obiteljsku medicinu upravo onaj segment koji treba razrješavati glavninu zdravstvenih problema (70-80% svih zdravstvenih problema populacije), obnašati promotivne i preventivne aktivnosti u neposrednom i neprekinutom kontaktu s osiguranicima koji su se opredijelili za pojedine timove. U takvoj situaciji primarna zdravstvena zaštita je prepuštena samoj sebi kroz privatizaciju i raspuštanje domova zdravlja.

Kod ovog stupnja zdravstvene zaštite dominantni problem je sporo rješavanje institucionalnog statusa primarne zdravstvene zaštite. Sada postoji nekoliko vrsta privatizirane primarne zdravstvene zaštite. Najčešći je oblik zakup odnosno rad liječnika primarne zaštite u zakupljenom prostoru doma zdravlja a liječnik je individualni ugovarač s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje (HZZO). Potom postoje liječnici koji imaju ugovor s HZZO, ali rade u vlastitom prostoru te kao treći oblik liječnici koji rade posve privatno na tržištu zdravstvenih usluga bez ugovora sa HZZO. U takvim okolnostima liječnicima je onemogućeno da u postojećem sustavu financiranja napreduju, odgovarajuće opremaju i da obavljaju onaj opseg poslova koji bi prema općim principima struke i postojećim zakonskim propisima trebali obavljati. Pri postojećem sustavu financiranja tzv. glavarina liječnik nije u mogućnosti odgovarajuće opremiti svoju ordinaciju i održavati opremu tako da mu niti ne preostaje drugo već da šalje osiguranike u poliklinike ili bolnice, a nerijetko ovisno o području svoga djelovanja i u kliničke bolnice čime se gubi svaka mogućnost postizanja racionalne zdravstvene skrbi.

Procesom privatizacije i raspuštanjem domova zdravlja s ciljem racionalizacije troškova u zdravstvenom sustavu dogodio se pad interesa za preventivnim aktivnostima, a centralno mjesto koje je u tome imao dom zdravlja i kroz koje je i bio iščitavan smisao

ove aktivnosti pretvorio se u mali servis građevinsko tehničke operative u zavisnosti od sredine u kojoj egzistira i koji sredstva za svoj opstanak osigurava kroz najam prostora, pružanja određenih dijagnostičkih usluga (rtg, uzv itd.), pružanje hitne medicinske pomoći i dežurstva. Nadalje doima se i kao servis za one liječnike koji su pred odlazak u mirovinu te izlaze iz modela zakupizacije kao i početna stanica za one koji će u isti model ući kao i mehanizam pružanja zdravstvene usluge za one sredine koje nisu brojem osiguranika i atraktivnošću zanimljive liječnicima za model zakupizacije.

Prošlo je više od deset godina kako nije bilo sustavne specijalizacije iz obiteljske medicine, liječnici nisu bili u mogućnosti specijalizirati obiteljsku medicinu i steći nova znanja i vještine. U poratnom razdoblju gotovo nakon završenih fakulteta preuzimali ambulante, ulazili u sustav privatizacije u kojem su nerijetko više vodili brigu za egzistenciju kroz osiguravanje dovoljnog broja osiguranika kako bi u postojećem sustavu glavarine njihove ambulante opstajale na tržištu usluga, nerijetko podilazili zahtjevima pacijenata kako bi iste zadržali i omogućili im veću konzumaciju specijalističko-konzilijarnih usluga (prema podacima Hrvatskog zdravstveno-statističkog ljetopisa 2008. godine zabilježeno je 7,228.804 upućivanja na specijalističke preglede od strane timova opće/obiteljske medicine, što je 44% više nego u 1995. godini (od kada se prat upućivanje na specijalističke preglede). U djelatnosti opće/obiteljske medicine u 2008. godini jedno upućivanje specijalisti dolazi na 2,3 pregleda u ordinaciji) i kroz to gubili povjerenje u vlastitu stručnost i kompetentnost u rješavanju problema. Sve to uzrokovalo je pomalo status kakav danas populacija percipira da je to segment zdravstvene zaštite s epitetom «skretničara».

Kako dalje

Kako bi liječnik primarne zdravstvene zaštite dao ozbiljan doprinos stabilnosti zdravstvenog sustava, osigurao i potvrdio svoju poziciju u sustavu i bio u mogućnosti razrješavati glavnu zdravstvenih problema (70-80% svih zdravstvenih problema populacije), obnašati promotivne i preventivne aktivnosti, intervencijsko-rehabilitacijske postupke, neposredan i neprekinut kontakt s osiguranicima koji su se za njega opredijelili slobodnim izborom moraju se stvoriti znatno bolji uvjeti nego do sada.

Promjene bi trebale uslijediti već u sustavu izobrazbe budućih liječnika kroz dodiplomsku edukaciju, a isto tako i tijekom pripravničkog staža kao i kasnije kroz poslijediplomsku edukaciju liječnike učiniti kompetentnima za rješavanje što većeg opsega zdravstvenih problema.

Kroz sustav specijalizacije iz obiteljske medicine stvarati mogućnosti za suradnjom između različitih specijalnosti i stupnjeva zdravstvene zaštite, što u konačnici znači poboljšati integraciju i povezanost u zdravstvenoj zaštiti. U tom smislu provođenje informatizacije zdravstva i upućivanje timova primarne zdravstvene zaštite u nove tehnologije kao što je telemedicina jedne od rijetkih tehnologija koje uz to što su kvalitetno sredstvo za poboljšanje ekspeditivnosti i same kvalitete medicinskog rada, već pridonosi i u konačnici samom smanjenju troškova zdravstvene zaštite. Kroz navedeno i tješnju suradnju s liječnicima specijalistima u poliklinikama i bolnicama omogućiti liječniku na primarnoj razini zbrinjavanje pacijenata u smislu kućnog liječenja i kućne njege, a koji se ranije otpuštaju iz bolnica kući ili su zbrinuti kroz dnevne bolnice.

Kako bi liječnici u primarnoj zdravstvenoj zaštiti mogli pružati što kvalitetniju zdravstvenu zaštitu potrebno bi bilo i smanjiti broj opredijeljenih osiguranika, tako bi kod liječnika obiteljske medicine taj broj sa sadašnjih 1700 na 1500, u zdravstvenoj zaštiti djece od 1000 na 800 uz stalnu popunu mreže i specijalizaciju, u zdravstvenoj zaštiti žena reproduktivne dobi sa 6000 na 4000, u zubnoj zdravstvenoj zaštiti sa 2200 na 2000 uz smanjivanje udjela prihoda liječnika koji ostvaruju glavarinom uz uvođenje plaćanja određenih procedura mehanizmima cijena puta usluga ili po slučaju te time izbjegnere prebacivanje troškova na druge razine zdravstvene zaštite (s primarne na sekundarnu ili nerijetko na tercijarnu) uz stimuliranje provođenja promotivnih i preventivnih aktivnosti, a koje bi u budućnosti mogle i značajno smanjiti troškove zdravstvene zaštite.

Pri tome stvoriti uvjete kao što su informatizacija i uvođenjem pametnih kartica (smart kartice) koje omogućuju praćenje kako financijskih tako i zdravstvenih pokazatelja po pacijentu i liječniku i omogućavanje transparentnosti poslovanja uz kvalitetnu kontrolu kako bi se izbjegle mogućnosti stvaranja umjetno izazvane potražnje.

Nadalje potrebno je stimulirati sustav stvaranja grupne prakse, osobito u urbanim sredinama, čime bi se dovelo do svrhovitog korištenja nekih uslužnih djelatnosti kao što je npr. računovodstvenih, a ujedno stvorilo mogućnost zamjena i usmjerenosti na određene uže medicinske vještine i znanja i tako uspješno nadomjestiti potrebu za specijalističko-konzilijarnom zaštitom, upravo onim za čime se gotovo u pravilu poseže i što poskupljuje zdravstvenu zaštitu.

Potrebno je ostvarivanje što kvalitetnije i uže suradnje između timova PZZ i županijskih zavoda za javno zdravstvo koji praćenjem stanja stanovništva i rada zdravstvene djelatnosti predstavljaju važan izvor spoznaja i čija istraživanja na lokalnoj razini mogu biti važna pomoć za preventivne aktivnosti timova PZZ s ciljem djelotvornog izbjegavanja rizičnih faktora, ponašanja po uzancama tzv. zdravog načina življenja i uopće zdravstvene pismenosti osoba o čijoj zdravstvenoj zaštiti skrbe, a što u konačnici i dugoročno pridonosi učinkovitijoj i efikasnijoj zdravstvenoj zaštiti.

U konačnici ostaje za definirati status i samu poziciju domova zdravlja. Od nekadašnjeg središnjeg institucionalnog oblika primarne zdravstvene zaštite procesom reformiranja sustava zdravstva pretvoren je u sjedište tehničko-građevinske operative s preostalim službama kao što su služba za održavanje zgrade, računovodstvo i administracija pri čemu se steče dojam kako je to institucija koja će prije ili kasnije nestati. U prilog tome može ići i činjenica kako je malo za vjerovati da bi liječnici nakon privatizacije i osamostaljivanja željeli ponovo u sustav doma zdravlja kakav je bio nekada. Što god da doživjela ova ustanova u budućnosti u ova vremena mora biti osnažena ako ni zbog čega drugoga, a ono zbog omogućavanje sveobuhvatne dostupnosti zdravstvene zaštite uvažavajući lokalne prilike i situacije onih dijelova naše zemlje gdje je upravo dostupnost zdravstvene zaštite lošija. Od izvornosti doma zdravlja opstala je patronažna služba čiju bi aktivnost trebalo značajno osnažiti, a s ciljem poboljšanja zdravstvenog stanja najosjetljivijih kategorija društva kao i u promotivnim i preventivnim aktivnostima kao važnom segmentu aktivnosti i efikasnosti PZZ.

Literatura:

1. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 1995. Zagreb, 1996.
2. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2005. Zagreb, 2006.
3. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2008. Zagreb, 2009.
4. Grmek MD, Budak A. Uvod u medicinu. Nakladni zavod Globus. Zagreb, 1996.
5. Šimunić M, Bartolić A. Primarna zdravstvena zaštita. Školska knjiga, Zagreb 1990.
6. Kraljik N, Santo T, Preventivni pregledi u djelatnosti zdravstvene zaštite žena u Osječko-baranjskoj županiji 2009. godine, Hrvatski časopis za javno zdravstvo, Zagreb, Vol 6, Broj 21, 07.01.2010), dostupno na [URL:http://www.izlog.info/tmp/hcjz/clanak.php?id=14135&rnd=](http://www.izlog.info/tmp/hcjz/clanak.php?id=14135&rnd=).

Kontakt:

Nikola Kraljik, dr. med., spec. javnog zdravstva
Služba za javno zdravstvo
Zavod za javno zdravstvo Osječko-baranjske županije
Franje Krežme 1

31000 Osijek
Tel. +38531225730; fax: +38531206870; gsm: +38598655831
e-mail: nikola.kraljik@os.t-com.hr; nikola.kraljik@hotmail.com