

Quo vadis, medicina familiaris Croatica
ili
Gdje ideš obiteljska medicino Hrvatske?

Dražen Gorjanski*, Bruno Mazzi*

UVOD

Raspravljati o obiteljskoj medicini, danas se čini važnije no ikad. Duboka recesija i sigurno smanjivanje sredstava kojima će naše zdravstvo raspolagati, navodi na promišljanje o optimalnom načinu trošenja novca, štednji gdje god je to moguće, kao i načinima zadovoljenja sve većih zdravstvenih potraživanja stanovništva. Iako se ne možemo pohvaliti vlastitim iskustvom, inozemni sustavi koji su ustrojeni po trokrazinskom ili piramidnom modelu s obiteljskom medicinom kao temeljem sustava, pokazuju kako je upravo to obrazac koji bi mogao biti odgovor na zahtjeve djelovanja u nepovoljnim, recesijskim uvjetima. U tim se sustavima ako dobro funkcioniraju najveći dio zdravstvenih potreba stanovništva (80 – 90%) zadovoljava na razini obiteljskog liječnika. Te su usluge, u odnosu na usluge bolničkih liječnika znatno jeftinije, brže i trenutno dostupne cijelom stanovništvu. S obzirom na veliku učestalost korištenja obiteljske medicine u odnosu na sekundarnu zaštitu, postaje i razumljiv izrazito povoljan omjer pružanja zdravstvenih usluga na toj razini u odnosu na bolničku razinu (3-5:1).

Dobar rad obiteljskih liječnika kao svojevrsnog čuvara ili nadglednika ulaza u zdravstveni sustav omogućava i dobar rad ostalih dijelova sustava (sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite), čineći tako i njih optimalno iskoristivim uz jednostavnu i brzu dostupnost.

No, kako smo rekli to su uglavnom inozemna iskustva. Gdje je naša obiteljske medicina, kako je tu dospjela i kamo će dalje, pitanja su na koja ćemo pokušati odgovoriti u ovom članku.

"Uzalud trčimo – na krivom smo putu!"

Temeljna su načela obiteljske medicine potkopana reformom 1993. kada su, prema riječima autora reforme, u obiteljsku medicinu uvedeni "ograničeni tržišni odnosi".¹ Tom su reformom liječnici poticani na zakup ambulanti (kao vid privatizacije) te ih se počelo plaćati glavarinom (kao oblik tržišnih odnosa), a što je sve imalo za posljedicu znatno slabljenje Domova zdravlja. Da su autori reforme znali malo više povijesti svoje struke ili bar čitali knjige o zdravstvu (koje su čak bile i obvezne na fakultetu - Škrbić M. Uvod u ekonomiku zdravstva. Zagreb: Jumena; 1978.) znali bi kako klize u krivom smjeru. Naime, još je Andrija Štampar davne 1926. utvrdio kako je za dobar rad obiteljskog liječnika nužna njegova *neovisnost o pacijentu* ("*Liječnik ne smije biti ekonomski ovisan o bolesniku, jer ga ekonomska ovisnost sprječava u glavnim njegovim zadacima. U pitanju narodnog zdravlja ne smije se činiti razlika između ekonomski jakih i slabih*"), pa će bilo kakvo pretvaranje bolesnika u izvor zarade dovesti do novčana ovisnost liječnika i onemogućavanje njegovog stručnog rada.

Je li previđanje postojećeg znanja bila omaška ili su autori namjerno uništili najstarije tekovine obiteljske medicine na svijetu, ostaje za istražiti budućim povjesničarima.

Sagledajmo kakve je rezultate polučila reforma iz 1993.?

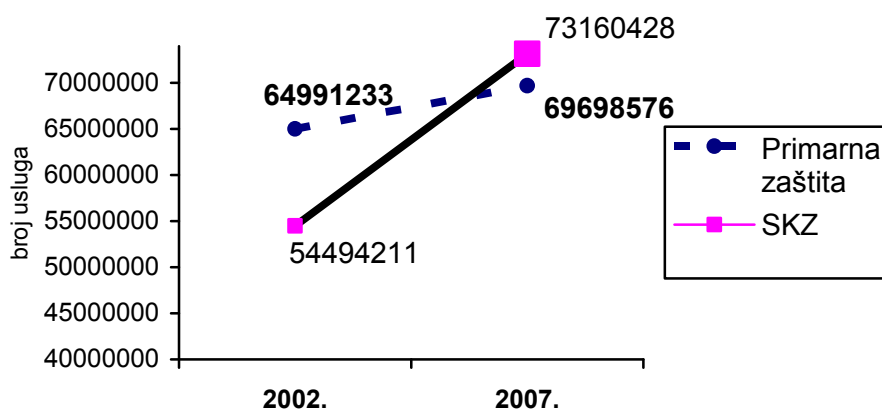
Jedan je od prvih "*rezultata*" bio **zabrana stručnog usavršavanja obiteljskih liječnika**.

Koliko su autori reforme bili ozbiljni, možda najviše govori podatak kako su već sljedeće, 1994. godine donijeli *Pravilnik o specijalističkom usavršavanju zdravstvenih djelatnika*,² kojim se specijalizacija *onemogućava* svim liječnicima koji su otišli u zakup, odnosno postali privatnici. Tako je svim obiteljskim liječnicima koji su se odlučili na privatizaciju zabranjena specijalizacija temeljnog zanimanja! Iako je odredba u Pravilniku ukinuta deset godina kasnije, cijena neznanja o tome koja je uloga obiteljske medicine u zdravstvenom sustavu, bila je previsoka: od predratnih 50%, broj je obiteljskih liječnika sa specijalizacijom u 2003. sveden na svega 20%.³

Natjecanju za pacijente tijekom privatizacije prečesto se odveć ozbiljno shvaćalo. Brojne krađe zdravstvenih kartona, nagovaranje pacijenata, "nabavljanje" jedinstvenih matičnih brojeva iz MUP-a ili sličnih ustanova i njihovo uvrštavanje na svoj popis (čime bi neki pacijenti bili uredno prijavljeni i kod 3 – 4 liječnika), pa sve do fizičkih obračuna između liječnika, znatno su pogoršali odnose između kolega. Činilo se kako je neman pohlepe puštena iz boce i kako poslije toga više ništa neće biti isto.

Boreći se za što veći broj pacijenata, mnoge su kolege odstupile od struke i pretvorili se u **ispunitelje želja svojih pacijenata**. S obzirom da je u nas razvijen stav kako su bolnički specijalisti stručniji od specijalista obiteljske medicine, sve je više rastao pritisak za upućivanje bolničkim specijalistima. Budući da je reformom predviđeno tržišno poslovanje bolnica, a kako one oko 40-45% svojih "prihoda"¹ ostvaruju kroz SKZ usluge, bolnice su dodatno stvarale što veći broj SKZ pregleda (nepotrebnim traženjem pretraga i nepotrebnim naručivanjem na kontrole). Sinergija obje sile (udovoljavanje pacijentima i pritisak bolnica) dovela je do toga da su **bolnički liječnici gotovo preuzeli posao obiteljskih liječnika**. Tako je broj SKZ usluga i usluga obiteljskih liječnika dosegao omjer 1:1 (bilo bi normalno 1:3), a pojedinih je godina bio veći broj SKZ usluga od usluga obiteljskih liječnika! (Grafikon 1.)²

Grafikon 1. Odnos broja SKZ usluga u primarnoj i SKZ zaštiti 2002. i 2007. (Izvor: Godišnje izvješće HZZO-a za 2007.)



Nedjelotvornost obiteljske medicine kao središnjeg dijela zdravstvenog sustava te njen gubitak jedne od važnih zadaća "*čuvara ulaza*" doveo je do takvog preopterećenja **SKZ službe te je ona konačno pokleknula** i više nije mogla u razumnom roku obaviti tražene pretrage. Objava ministra iz listopada 2008. kojom Ministarstvo plaća privatnim ustanovama kako bi obavljale usluge društvenog zdravstvenog sustava⁴, zorni je slom postojeće koncepcije obiteljske medicine.

Osim **nestanka zamisli o obiteljskoj medicini kao "čuvara ulaza"**, reforma je (uz prešutnu suglasnost obiteljskih liječnika) postupno razgrađivala i same temelje obiteljske medicine. Tako su polako nestajali:

¹ prihodi su stavljeni pod navodnike jer nije riječ o pravim prihodima. Bolnica, naime, neovisno o tome koliko "zaradi" na SKZ ili bolničkih uslugama uvijek dobije predviđeni "limit" – dogovorenu sumu za tu godinu.

² Tako je 2007. broj usluga u SKZ bio 73.160.428, a u obiteljskoj medicini 69.698.576

- kućno liječenje (koje se preuzele ustanove za kućnu njegu)
- preventivne djelatnosti (koje je preuzelo Ministarstvo)³
- određivanje privremene spriječenost za rad (bolovanje je nakon kratkog razdoblja potpune ovlasti obiteljskih liječnika, ponovo prešlo u ruke liječničkih povjerenstava HZZO-a)

Ono što je preostalo (i znatno nabujalo) su administrativni poslovi – propisivanje uputnica, receptata i doznaka (koje u nekim zemljama rade sestre) i nespecifična, opća skrb za pacijente za koju se nekim istraživanjima pokazalo da je jednako (ili čak bolje) rade sestre nego liječnici.

Dodamo li navedenom i **manjak ovlasti** koje obiteljski liječnici nisu nikada imali, ali im po prirodi posla pripadaju (upućivanje u toplice, određivanje kućne njege i fizikalne terapije u kući, pravo na pojačanu majčinu njegu, ortopedska pomagala), vidimo kako se obiteljska medicina vrlo sustavno obespravljivala.

Uz sve navedeno, nekada homogene cjeline unutar pojedinih mjesta i domova zdravlja reformom su raslojene na one liječnike koji su otišli u zakup (a oni ponovo na one koji su imali svoj prostor i one koji su bili zakupci u domu zdravlja) i one koji su ostali u domu zdravlja. Razlika je interesa, težnji i mogućnosti zarade te dvije skupine **trajno razdijelio obiteljske liječnike**.

Različitim načinom plaćanja bolnica i obiteljske medicine (bolničke liječnike stalnom plaćom, a obiteljske već ovisno o zakupu – glavarinom, ili radom u domu zdravlja – stalnom plaćom) reforma je također **trajno i nepovratno udaljila obiteljske liječnike od njihovih kolega u bolnicama**. Tako su bolnički liječnici tijekom svog štrajka ostali usamljeni, odnosno nisu imali potporu obiteljskih liječnika. Da se to dogodilo, da su obiteljski liječnici bili solidarni s bolničkim liječnicima to bi bilo višestruko korisno: obnovilo bi se zajedništvo liječnika u Hrvatskoj, upozorilo bi se političare kako se u bilo kojoj reformi zdravstva mora uvažavati mišljenje struke, porastao bi ugled obiteljskih liječnika i među pacijentima i među kolegama u bolnici, a uz sve navedeno i sam bi štrajk znatno kraće trajao. No, ne shvaćajući kako pripadaju istom sustavu, obiteljski su se liječnici udaljili od svojih kolega, proigravajući time prigodu za izgradnju čvrstog liječničkog lobija koji će biti važan činitelj u pregovorima o bilo kojim budućim događanjima u hrvatskom zdravstvu.

Zbrojimo li sve navedeno, možemo reći kako je reforma obiteljske medicine (započeta 1993.), uz manju ili veću prešutnu suglasnost obiteljskih liječnika, dovela do toga da *su utvrđivanje bolesti i liječenje preuzeli bolnički liječnici, kućne posjete i kućno liječenje sestre iz kućnih njega, bolovanja, toplice, ortopedska pomagala i upravna prava liječnička povjerenstva, a preventivne preglede ministarstvo*. Pribrojimo li svemu tome i ugovor s HZZO-om u kojemu postoji 28 točaka kao temelj za kažnjavanje obiteljskih liječnika, a niti jedna za nagrađivanje, možemo reći kako je **reformom 1993. obiteljskoj medicini potpuno oduzeto zajedništvo, samostalnost, povezanost sa svojim kolegama, stručnost, moć, prava i ugled**.

³ Sam predsjednik HDOD-a, Bruno Mazzi priznaje: "Danas radimo 70% manje preventivne zaštite nego smo to radili 80-ih godina prošlog stoljeća" – Bruno Mazzi i suradnici u *Mišljenje o našem radu – element u procjeni kvalitete*. Zbornik radova Šestog kongresa Hrvatskog društva obiteljskih doktora. Rovinj. 2006. str. 118

Kakva je budućnost obiteljske medicine?

Poigramo li se daljnjim razvojem događanja u obiteljskoj medicini i uzimajući u obzir stalno rastući nedostatak liječnika, ali i stalno rastuće troškove zdravstva, pred obiteljskom su medicinom dvije moguće budućnosti. Jedna, koja nam govori za *nestanak obiteljske medicine* (koja je vjerojatnija), i druga koja govori za njeno "*vraćanje u velikom stilu*" (koja je gotovo nevjerojatna).

Koji su razlozi za takva promišljanja?

Kada govorimo o najvjerojatnijem **ukidanju obiteljske medicine** kao mogućoj budućnosti, za takvo promišljanje nalazimo prilično razumnih razloga.

1. U tehničkom smislu, obiteljska je medicina specijalizacija **bez koje se može** u zdravstvenom sustavu. Naime, obiteljska medicina ne obavlja niti jedan visokospecijalizirani posao koji ne rade i drugi liječnici. I dok je posao drugih specijalizacija jedinstven, osobit, koji ne znaju raditi niti rade drugi liječnici (operacije na srcu ne radi, niti zna raditi nitko drugi osim kardiokirurga, liječenjem se shizofrenije ili drugih teških poremećaja ne bavi nitko osim psihijatar, liječenje malignih bolesti ne provodi nitko osim onkologa, operacije na očima ne izvodi nitko osim oftalmologa), posao obiteljske medicine rade svi drugi liječnici: internisti liječe hipertenziju i dijabetes, fizijatri i ortopedi bolne sindrome kralježnice, urolozi urološke tegobe, psihijatri psihičke smetnje – nabrojimo samo one najučestalije. Uostalom, stanje u kojemu je broj usluga u SKZ-u izjednačen s brojem usluga u obiteljskoj medicini najbolji je dokaz navedenom. Zašto obiteljska medicina odbija imati svoj "feud", svoje područje liječenja u kojemu je najbolja i jedinstvena u sustavu nije sasvim razumljivo. Bilo bi za očekivati kako u liječenju prvih desetak najučestalijih bolesti i stanja iz svoje ambulante obiteljski liječnici tehnički, stručno i iskustveno znatno nadmašuju bolničke liječnike – dijelom stoga što im je to svakodnevni posao, a dijelom i stoga što bi takvi pacijenti (zbog potpunog zbrinjavanja na razini obiteljskog liječnika) rijetko ili nikako dolazili u SKZ službu pa bi bolnički specijalisti s takvim stanjima imali rijetke kontakte i mala iskustava.
2. **Kakva je sada, obiteljska je medicina preskupa za zdravstveni sustav.** Plaćati 2400 liječnika da bi obavljali nespecifičan posao upućivanja specijalistima, ispisivanja recepata i doznake odveć je skupo za svaki zdravstveni sustav. Uštede koje bi se dobile otvaranjem mogućnosti izravnog pristupa specijalistima (što postoji u nekim zemljama), osobito ako bi ti specijalisti bili svjesni svoje odgovornosti za potrošnju u sustavu, tek bi valjao istražiti, ali nije isključeno kako bi ukupni pokazatelji govorili kako bi bilo isplativo ukinuti (takvu kakva je sada) obiteljsku medicinu.
3. Zbog nedostatka liječnika sve se više razmišlja da dio nespecifičnih i manje zahtjevnih poslova u medicini (a takvi su upravo poslovi obiteljskih liječnika) **obavljaju medicinske sestre**. Dapače, neki radovi upućuju kako zamjena liječnika medicinskim sestrama ne pokazuje "bitne razlike između liječnika i sestara kada su se usporedili zdravstveni ishodi pacijenata, proces skrbi i troškovi".⁵ S obzirom da su naveden studije rađene u stranim zemljama (čija obiteljska medicina ima sasvim drugi postotak zbrinjavanja pacijenata), bilo bi vrlo zanimljivo vidjeti što bi one pokazale kada bi se izvele u našoj zemlji. Uostalom, u nekim zemljama (Češka i Slovačka) sestre već propisuju recepte i obavljaju značajan dio administrativnog posla.⁶
4. Ukoliko već nedostaje liječnika u sustavu, **razumnije ih je obučiti za visokospecijalizirane poslove** koje ne mogu obavljati medicinske sestre, nego ih obučavati za opće i nespecifične poslove. Nedostatka liječnika postaje opći problem svih zdravstvenih sustava, pa će, ako se taj trend nastavi, biti nužno ono malo liječnika

obučavati za poslove u kojima ih nitko drugi ne može zamijeniti. Drugim riječima, u budućnosti će vjerojatno doći do promjena specijalizacija na način da će se neke specijalizacije proširivati te obuhvaćati i druge (koje će nestajati), a neke će se u cijelosti ukidati. Nastavi li obiteljska medicina raditi na način kao do sada, ima velike izgleda nestati s popisa specijalizacija.

5. **Političari koji trenutno vode zdravstvo vode ga ka privatizaciji i rasprodaji** (što će vjerojatno obaviti kroz koncesije primarne, a potom i ostalih dijelova sustava), a ne uspostavljanu jedinstvenog sustava s primarnom, sekundarnom i tercijarnom zaštitom. Bude li se obiteljska medicina koncesionirala, nastati će tri vrste liječnika obiteljske medicine: pravi privatnici, koncesionari i liječnici koji rade u domu zdravlja. Tako razjedinjena obiteljska medicina (koja će zbog nedostatka liječnika biti i znatnije prorijeđena), neće biti, ni uz najbolju volju, sposoban obavljati svoju zadaću. Dio će stanovništva imati svoga izabranog liječnika, dio neće, nastati će značajna nejednakost u pravima osiguranika što bi mogao biti uvod u potpuno ukidanje obiteljske medicine i dozvoljavanju izravnog pristupa SKZ službi.

Mogućnost povratka važnosti i značaja obiteljske medicine u sustavu sve je manja. Mogla bi nastupiti u sljedećim uvjetima:

1. Kao posljedica **dubokog zaokreta u zdravstvenoj politici**. Budući su se na hrvatskoj političkoj sceni izmijenile obje opcije (i desna i lijeva) koje su jednako vodile zdravstveni sustav, takva mogućnost gotovo da ne postoji. Ne samo stoga što nema volje, nego nema ni dovoljno znanja ni hrabrosti učiniti tako snažan zaokret. Naše je zdravstvo toliko premreženo moćnim interesnim skupinama koje su čvrsto povezane s vodećim političarima, i koje svoje bogatstvo crpu iz sadašnjeg kaotičnog stanja, stanja u kojemu je obiteljska medicina tek servis bolničkog sustava, da bi sukob s njima bio krajnje neizvjestan. No, najvjerojatnije je kako ministar koji bi imao takve radikalne prijedloge (uspostave reda u sustavu) nikada ne bi bio ni postavljen.
2. **Složnog i jedinstvenog nastupa obiteljskih liječnika** koji bi zahtijevali vraćanje važnosti obiteljskoj medicini, svojih prirodnih ovlasti, utjecaja u sustavu i svoga ugleda, nastupa koji bi bio toliko ozbiljan da promijeni smjer trenutne zdravstvene politike. Jedna će od posljednjih prigoda za takav nastup biti predstojeća koncesija. Provede li se koncesija na predviđeni način, obiteljske će medicina ostati tek u tragovima pa će daljnja borba biti i fizički nemoguća. Činjenica da trenutno postoje čak tri udruge obiteljske medicine: HDOD, HUOM i KoHOM (uz vjerojatni nastanka još nekoliko nakon koncesije) te uz pasivnu i nezainteresiranu većinu okrenutu samo sebi i svojim problemima, govori o maloj vjerojatnosti takvog razvoja događaja.
3. **Snažne reakcije građana i/ili nevladinih udruga za očuvanje obiteljske medicine**. U zemlji u kojoj se tradicionalno "pravim" liječnicima doživljavaju samo bolnički specijalisti (jer se zbog bilo koje ozbiljnije teškoće i tako uvijek odlazi k njima) teško je očekivati kako će građanstvo shvatiti važnost obiteljske medicine, a još manje reagirati na njezin nestanak.
4. **Jake recesije i dramatičnog osiromašenja stanovništva** koja će natjerati političare na pridavanje primjerene važnosti obiteljskoj medicini. To bi podrazumijevalo radikalni zaokret od dosadašnje politike vođenja zdravstvenog sustava; upitno je imaju li sadašnji političari dovoljno znanja i sposobnosti učiniti takvo što. Takva bi promjena značila oslobađanje obiteljske medicine profitnog poslovanja, novu, pravednu i izjednačenu raspodjelu pacijenata, sigurne, stalne i jednake plaće cijeloj obiteljskoj medicini (uvažavajući osobitost rada na otocima i u mjestima do posebne državne skrbi). No, kako je zdravstvo sustav, to bi značilo nužne promjene i u cijelom zdravstvu (osobito u bolničkom dijelu kojega bi također bilo nužno rasteretiti profitnog poslovanja), a koje se

mogu sažeti u sljedeće: *neprofitno poslovanje i društveno vlasništvo nad sustavom*. Kako vidimo po najavljenom koncesiji, naše se zdravstvo kreće upravo u suprotnom smjeru.

Pri raspravi o mogućim uvjetima koji će dovesti do vraćanja važnosti obiteljske medicine, ostaje još jedno, osobito važno pitanje, a ono glasi: *ukoliko bi splet okolnosti i pružio priliku za vraćanje obiteljske medicine njenom primjerenom mjestu u sustavu, je li sadašnja hrvatska obiteljska medicina sposobna za povratak?* Imaju li obiteljski liječnici dovoljno znanja, volje, samopouzdanja, želje i spremnosti na suradnju za takav odmak od dosadašnjeg načina rada?

Umjesto zaključka

I što reći za kraj? Je li preispitivanje o tome koliko su obiteljski liječnici samo krivi za položaj u kojemu su se našli, a koliko je njihovo stanje odraz nesposobnosti (ili možda namjernih postupaka) vodećih političara, sad još uopće važno? Bilo bi svakako korisno makar znati što je, gdje i kada krivo učinjeno, kako se takve pogreške ne bi ponavljale. Jer, kako kaže jedna poslovice – *Tko ne uči iz povijesti, osuđen je na njeno ponavljanje*.

Ipak, čini se kako se nad obiteljsku medicinu nadvilo mnogo važnije pitanje – hoće li još imati priliku za bilo kakvo ponavljanje?

¹ Hebrang A, Ljubičić M, Baklajić Ž. Izvješće o stanju i razvoju hrvatskog zdravstvenog sustava od 1990. do 1995. godine. U: Hrvatski časopis za javno zdravstvo. 2007;3(10). dostupno na: <http://www.hcjz.hr/clanak.php?id=13328&rnd=>. datum pristupa 03. 09. 2008.

² NN 33/94.

³ Petric D. Zdravstveni sustav u Hrvatskoj: trenutno stanje i mogućnosti razvoja. Zbornik Hrvatski dani primarne zaštite. Labin: Dom zdravlja dr. Lino Peršić; 2000. str. 20-26.

⁴ <http://www.057info.hr/vijesti/pacijenti-ce-na-mr-i-ct-pretrage-ici-kod-privatnika>, datum pristupa: 01. 12. 2008.

⁵ Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B. Substitution of doctors by nurses in primary care, dostupno na: <http://mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsystev/articles/CD001271/frame.html>, datum pristupa 09.08.2009.

⁶ <http://www.hlk.hr/default.asp?ru=191&gl=200810070000017&sid=&jezik=1>, datum pristupa 14. 11. 2008.