

## VAŽNOST PLANIRANJA I ORGANIZIRANJA RADA U OBITELJSKOJ MEDICINI

The importance of planing and organizing in family medicine

**Bruno Mazzi\***

\*Prim.mr.sc., specijalist opće medine, predsjednik HDOD-HLZ

## SAŽETAK

Govoreći o važnosti planiranja i organiziranja rada u obiteljskoj medicini, ustanovili smo da sadašnje stanje u obiteljskoj medicini Hrvatske ne zadovoljava i da su rezultati rada sve lošiji. To nas je potaknulo da na temelju statističkih podataka HZZJZ, izvršimo analizu postojećeg stanja u djelatnosti obiteljske medicine po županijama i ukupno u cijeloj državi. Analizirani su podaci o broju timova obiteljske medicine i njihovoj stručnoj spremi, broju osiguranika i broju korisnika zdravstvene zaštite, kao i oni o obavljenom radu tih timova, putem broja posjeta, pregleda u ordinaciji i kući, preventivnih pregleda i konzilijarnih pregleda. Rezultati analize su ukazali na neprovođenje zadanog plana i programa mjera zdravstvene zaštite i na sve veći porast opredijeljenog broja osiguranika po liječniku. Ustanovljen je porast broja posjeta na račun smanjenja broja pregleda pacijenata i mali broj pregleda u kući. Vrlo su rijetki sistematski pregledi uz stalni porast broja polikliničko-konzilijarnih konzultacija. Analizom je ustanovljeno da broj opredijeljenih pacijenata po liječniku i veliki broj pruženih usluga onemogućuju poštivanje potrebnih standarda i normativa, pa je to razlog stalnog opadanja kvalitete rada. Evidentna je nužnost uvođenja 450 novih timova obiteljske medicine da bi se postigao potreban standard od 1.500 pacijenata po timu, koji jedini omogućuje potrebno planiranje i programiranje rada i vraćanje uloge obiteljskog liječnika. Osim toga postojeći sukob interesa kod privatnih liječnika onemogućuje provedbu preventivnih programa i potrebnu preventivnu orijentaciju obiteljske medicine, a nepostojanje stručnog i radnog nadzora sprječavaju izjednačavanje uvjeta rada i potrebnog spektra rada. Zbog svega toga je danas planiranje i programiranje rada u obiteljskoj medicini nemoguće i hitno je potrebna organizacijska i stručna reforma da bi se vratila uloga obiteljskog liječnika i spriječilo kontinuirano propadanje cijelog zdravstvenog sustava.

Ključne riječi: planiranje i programiranje rada, analiza rezultata.

## SUMMARY

Discussing the importance of planning and proper work organisation in family medicine, we have reached the conclusion that the current situation in Croatian family medicine is unsatisfactory and that work results are deteriorating. This has motivated us to do a county and state wide analysis of the current situation in family medicine, based on HZZJZ's statistical data. The analysis includes the number of family medicine teams and their qualifications, the number of people insured, the number of health care recipients, as well as data about work done by those teams through the number of visits, preventive and consiliary examinations and the number of examinations done in dispensaries and during home visits. The analysis results show that the set health care plans and programs are not carried out and that the number of insured per physician is ever growing. An increase in the number of visits at the expense of examinations and home visits has been identified. Physical exams are quite rare, while there is a steady increase in polyclinic-consiliary consultations. The analysis show that the number of patients per physician and the vast number of provided services prevent doctors from complying with standards and norms, resulting in a continuous deterioration of the quality of work. At least 450 new family medicine teams are needed to achieve the necessary standard of 1.500 patients per team, which is the prerequisite for restoring family physicians' role and enabling necessary work planning and programming. Besides that, private physicians' existing conflict of interests precludes from implementing preventive programs and voids the preventive orientation of family medicine. The absence of professional and work oversight impedes the equalisation of working conditions and the field of work. All considered, work planning and programming in family medicine today is impossible. An organisational and professional reform is urgently needed to restore family physicians' role and avert the continuous decline of the entire health system.

Key words: planning and programming, analysis of results.

## UVOD

Planiranjem i organiziranjem rada u zdravstvu se predviđaju i sprječavaju nepovoljne okolnosti u budućnosti s namjerom razvijanja najpovoljnijeg i najefikasnijeg sustava organizacije i procesa rada, kojeg u danim društveno političkim okolnostima možemo razviti. Planira se dugoročno za slijedećih 10-15 godina(planiranje organizacije sustava), srednjoročno za 2-6 godina(program specijalizacija, modeli osiguranja, prostorni uvjeti itd.) i kratkoročno za 1-2 godine(planovi rada, nabave, opremanja itd.). Planiranje se uglavnom odnosi na državno zdravstvo, no i privatni subjekti moraju planirati ukoliko žele ostvariti bolje uvjete rada, kvalitetu rada i bolju zaradu.

**Proces planiranja obično uključuje:** Ocjenu zdravstvenih potreba stanovništva ili naših pacijenata, analizu materijalnih mogućnosti i razvoja društva, oblik i stupanj solidarnosti u zadovoljavanju zdravstvenih potreba, izbor kadra, načina i postupaka donošenja odluka, uvjeta prostora, opreme i spektra rada, usklađivanje horizontalne i vertikalne suradnje u zdravstvu i zadovoljavanje materijalnih i psihofizičkih potreba zdravstvenog kadra. Govoreći o obiteljskoj medicini i planiranju rada, ono se kod nas provodi zbog preventivne djelatnosti i zbog olakšavanja rada, upravljanja svojim radom, podizanja kvalitete rada te ispravljanja eventualnih pogrešaka i preveniranja štetnih događaja u budućnosti. Najefikasnije je takvo planiranje provoditi za slijedeću godinu, na temelju podataka koje smo sakupili u tekućoj godini.

Da bi krenuli u planiranje i poboljšanje organizacije svoga rada moramo dakle prethodno razviti sustav praćenja izvršenja u protekloj godini (izvješća za HZZO i HZZJZ ), **analize izvršenja i vlastitih uvjeta rada** (godišnja analiza izvješća, interni stručni nadzor, kontrola inventurnih lista i plan potrebnih nabava), **kao i zadovoljstva naših pacijenata sa pruženim zdravstvenim uslugama** (godišnja anketa o zadovoljstvu pacijenata s našim radom, knjiga utisaka). (4,10)

## OSNOVNI PREDUVJETI ZA KVALITETNO PLANIRANJE RADA

1. Organiziranje prakse sa najviše 1.500 pacijenata ili oko 400 obitelji u skrbi
2. Opremanje prakse sa predviđenom opremom i poštivanje propisanih uvjeta rada
3. Rasporedom radnog vremena i dostupnošću, omogućavanje nesmetanog odvijanja procesa rada
4. Poštivanje i pridržavanje predviđenih standarda i normativa rada
5. Pravilno evidentiranje svakodnevnog izvršenja i popunjavanje potrebnih izvješća
6. Izbjegavanje neplaniranih odsustva i prekida radnog procesa uz osiguranje zamjene
7. Evidentiranje svih kurativnih i preventivnih zahvata (broj pregleda, posjeta, zahvata, sistematskih, preventivnih i kontrolnih pregleda, kućnih posjeta, kućnog liječenja)
8. Statistička obrada vlastite populacije (broj stanovnika po spolu, dobi i stručnoj spremi, broj obitelji, samačkih domaćinstava, samohranih roditelja, socijalno ugroženih, umirovljenih, zaposlenih i nezaposlenih) i kontinuirano praćenje svih statističkih podataka (mortalitet, natalitet, doseljavanje i odseljavanje, morbiditet, broj novorođenčadi, dojenčadi, predškolske, školske djece i studenata)
9. Vođenje registra kronično oboljelih (dijabetičara, hipertoničara, malignih bolesti, duševnih poremećaja, cerebrovaskularnih bolesti, kroničnih respiratornih bolesti, invalidnih osoba i nepokretnih osoba)
10. Uspostavljanje veze sa svim medicinskim i društvenim ustanovama koje su nam bitne u procesu rada na primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj razini, socijalnom službom, HZZO, HZZJZ, Ministarstvom, Općinskim i Gradskim rukovodstvima, Mirovinsko-invalidskim službama, karitativnim službama, policijom i vatrogascima te raznim udruženjima građana itd.

Kod nas je osnovni program rada zadan „**Planom i programom mjera zdravstvene zaštite iz osnovnog zdravstvenog osiguranja**“ koji je objavilo Ministarstvo zdravstva 2002.god. Njime su obuhvaćene sve potrebne aktivnosti obiteljskog liječnika, a prema njemu bi u obiteljskoj medicini bili dužni provoditi:

#### **A) MJERE PROMOCIJE ZDRAVLJA I PREVENCIJE BOLESTI**

- 1. Promicanje zdravlja** (zdravstveni odgoj, prosvjeđivanje, podizanje razine zdravstvene kulture),
- 2. Skrb o osobama s povećanim rizikom za zdravlje** (evidentiranje kroničara, ovisnika, adipoznih, profesionalno i socijalno ugroženih, provođenje preventivno-zdravstvenih mjera, planirani preventivni rad i sistematski pregledi),
- 3. Prevencija kroničnih nezaraznih bolesti** (utvrđivanje rizika, rano otkrivanje, poticanje samo zaštitnih i su zaštitnih aktivnosti, kontrola uspješnosti liječenja i rehabilitacije, kućno liječenje),
- 4. Prevencija malignih bolesti** (pregledi pojedinaca i skupina s povećanim rizikom s planom specifičnih mjera zdravstvene skrbi u odnosu na potrebe lokalne populacije, rano otkrivanje, zdravstveni nadzor i kontinuirana skrb),
- 5. Prevencija ozljeda** (edukacija u svrhu otklanjanja rizika, otkrivanje rizika, poticanje samozaštite),
- 6. Skrb o osobama starijim od 65 godina** (procjenjivanje zdravstvenog stanja, sistematski pregled u 45. i 65. godini starosti ili prije umirovljenja, preventivno cijepljenje protiv gripe i tetanusa),
- 7. Prevencija i liječenje zaraznih bolesti** (protuepidemijske mjere u suradnji sa HZZZZ),
- 8. Planiranje obitelji** (edukacija o načelima, kontracepciji, pomoć neplodnim parovima, kod usvajanja djece itd.).

## **B) DIJAGNOSTIKU, LIJEČENJE I REHABILITACIJU**

- 1. Dijagnostiku i liječenje** (u ordinaciji i kući prema medicinskoj indikaciji i u suradnji sa patronažom i službom kućne zdravstvene njege, u suradnji sa ustanovama za predškolski i školski odgoj, poslodavcima, domovima umirovljenika, soc.službom, Caritasom itd.),
- 2. Aktivna suradnja sa specijalističko konzilijarnom službom i bolnicama** (upućivanje, konzultacije, konzilijarni pregledi, dijagnostika, rehabilitacija, terapija),
- 3. Kućne posjete i kućno liječenje** (na poziv ili programirano),
- 4. Rehabilitacija** (prema procjeni ili mišljenju konzultanta uz odobrenje HZZO, u ambulanti, u kući ili ustanovi),
- 5. Pružanje hitne medicinske pomoći** (prema potrebi u ambulanti ili na mjestu događaja do preuzimanja pacijenta od strane nadležnih službi).

## **C) ADMINISTRATIVNE I OSTALE MJERE**

- 1. Ocjena privremene nesposobnosti za rad,**
- 2. Pregled i ispunjavanje prijedloga za upućivanje na LK ili IK,**
- 3. Suradnja na razini PZZ** (razmjena informacija s drugim timovima obiteljske medicine, z.z. predškolske i školske djece, medicinom rada, hitnom službom, patronažom i kućnim liječenjem),
- 4. Suradnja na promicanju zdravlja s ostalim sudionicima u zdravstvenoj zaštiti** (sa HZZJZ, prosvjetom, socijalnom zaštitom, HZZO, Caritasom i Crvenim križem, komunalnim djelatnostima, konzilijarnom službom, bolnicama i lječilištima),
- 5. Registriranje, evidentiranje, izvještavanje i evaluacija rada** (registri bolesti, dobne skupine, godišnja evidencija korisnika po dijagnozama i pruženim uslugama, izvješća o zaraznim bolestima, malignim neoplazmama, ozljedama na radu i evaluacija provedenih mjera zdravstvene zaštite).
- 6. Izvještavanje i evaluacija provedbe mjera zdravstvene zaštite i povremene analize HZZJZ.** (uz rutinsko izvještavanje moramo provoditi i stalnu evaluaciju provedbe uz povremenu analizu županijskog i državnog HZZJZ). (1,2,3,5)

## CIJ I STRAŽIVANJA

Svrha ovog rada je bila ustanoviti potrebu planiranja i programiranja vlastitog rada i na temelju raspoloživih statističkih pokazatelja ustanoviti sadašnje stanje u djelatnosti obiteljske medicine. Zato smo izvršili analizu djelatnosti po županijama, po broju timova, stručnoj spremi liječnika, broju osiguranika i broju korisnika z.z. Osim toga analizirali smo rad tih timova putem broja posjeta, pregleda u ordinaciji i kući, broja preventivnih pregleda i broja specijalističkih uputnica. Analizom tih podataka i rezultata međusobnih odnosa željeli smo ukazati na nužnost planiranja i organiziranja vlastitog rada, kao i na potrebne promjene u našoj djelatnosti u svrhu podizanja kvalitete rada i bolje z.z. stanovništva.

## ANALIZA POSTOJEĆEG STANJA

Na temelju ugovorenog općeg PLANA I PROGRAMA MJERA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE dužni bi bili prema osnovnim podacima o svojoj populaciji, razraditi svoj okvirni plan rada, prema čijem izvršenju bi mogli kasnije procjenjivati i kvalitetu svoga rada. Uz postojeću kompjuterizaciju to planiranje i programiranje je uvelike olakšano, jer su nam svi podaci o populaciji i događajima u našoj ordinaciji lakše dostupni, naročito ako ih pravilno evidentiramo i kontroliramo. Usprkos tome, kod nas se niti nakon 10 godina taj opći program ne provodi iz jednostavnog razloga jer kao i u drugim djelatnostima nisu uspostavljeni potrebni preduvjeti, kao što su potreban broj kadrova, raspoloživo vrijeme, funkcionalnost organizacije sustava primarnog zdravstva, organizacija rada i radni i stručni nadzor. Osim toga plan nije razrađen niti na temelju potrebnog standarda i normativa vremena za izvršenje pojedine usluge. Preveliki je broj pacijenata po timu, ne postoji sustav naručivanja pacijenata, postoji preopterećenje sa neplaniranim administrativnim uslugama, kao i posljedično sužavanje spektra rada u preventivnim i kurativnim uslugama, uz nedovoljno pridržavanje radnog vremena, zbog manjka radnog i stručnog nadzora.



**Prema obrađenim statističkim podacima iz Zdravstvenog ljetopisa H.Z.Z.J.Z. za 2010. godinu danas raspoložemo sa slijedećim podacima o našoj djelatnosti:**

Tablica 1.

Timovi, edukacija liječnika, broj osiguranika, (prosječan broj po timu) i broj korisnika u obiteljskoj medicini po Županijama i ukupno u R.H.2010.god.

ŽUPANIJA	BROJ TIMOVA	LOM	SOM	DRUGI SPECIJALISTI	BROJ OSIGURANIKA	BROJ KORISNIKA
ZAGREB	420	152	209	59	786.510(1.872)	578.243(73,5%)
ZAGREBAČKA	146	64	79	3	299.278(2.049)	219.869(73,4%)
KRAPINSKO-ZAGORSKA	76	42	29	5	129.951(1.709)	103.871(79,9%)
SISAČKO-MOSLAVAČKA	90	49	31	10	163.404(1.815)	121.096(74,1%)
KARLOVAČKA	76	42	30	4	128.291(1.688)	94.502(73,6%)
VARAŽDINSKA	87	29	53	5	167.092(1.920)	128.631(76,9%)
KOPRIVNIČKO-KRIŽEVAČKA	55	28	23	4	108.075(1.965)	78.328(72,5%)
BJELOVARSKO-BILOGORSKA	69	38	28	3	120.577(1.747)	87.191(72,3%)
PRIMORSKO-GORANSKA	190	69	104	17	294.590(1.550)	224.687(76,2%)
LIČKO-SENJSKA	30	20	7	3	47.083(1.569)	32.120(68,2%)
VIROVITIČKO-PODRAVSKA	45	22	20	3	84.889(1.886)	62.120(73,1%)
POŽEŠKO-SLAVONSKA	38	10	26	2	76.280 (2.007)	53.087(69,6%)
BRODSKO-POSAVSKA	77	35	37	5	161.117(2.092)	115.889(72,0%)
ZADARSKA	94	59	29	6	148.956(1.584)	117.354(79,0%)
OSJEČKO-BARANJSKA	162	65	89	8	296.719(1.831)	231.171(85,7%)
ŠIBENSKO-KNINSKA	60	20	37	3	98.062(1.634)	76.725(78,2%)
VUKOVARSKO-SRIJEMSKA	90	43	38	9	177.586(1.973)	129.315(72,8%)
SPLITSKO-DALMATINSKA	234	127	94	13	401.189(1.714)	307.839(76,7%)
ISTARSKA	115	54	52	11	206.639 (1.796)	163.239(79,1%)
DUBROVAČKO-NERETVANSKA	75	40	29	6	112.692(1.502)	85.593(75,9%)
MEĐIMURSKA	54	23	27	4	107.582 (1.992)	82.879(77,0%)
<b>R.H. UKUPNO</b>	<b>2.286</b>	<b>1.031</b>	<b>1.071</b>	<b>184</b>	<b>4.116.562(1.800)</b>	<b>3.093.749(75,1%)</b>

\*podaci HZZJZ-a za 2010. god.

Posljednjim popisom stanovništva i obradom podataka od 30.06.2011, R.H. ima 4.456.096 popisanih osoba, a 4.290.612 stanovnika s vidljivim posljedicama negativnog prirodnog priraštaja u posljednjih dvadesetak godina. Obiteljska medicina ima u skrbi 4.116.562 osiguranika, pa ukoliko tome pridodamo osiguranike predškolske dobi u skrbi pedijataru, možemo zaključiti da je cijelo stanovništvo RH obuhvaćeno zdravstvenim osiguranjem. Zanimljivo je da je samo 3.093.749 osiguranika u ovoj godini koristilo zdravstvenu zaštitu, što je za oko 700.000 manje nego pred deset godina i što je jasna posljedica sadašnjeg smanjenja dostupnosti i obuhvata.

U obiteljskoj medicini danas još uvijek radi 184 raznih drugih specijalista (6-pedijataru, 71-školski liječnik, 88-medicine rada i 19 drugih specijalnosti) što se već desetak godina povlači uz neprovođenje preporuke o obveznoj do edukaciji. Jasno je da te stručne razlike uz još nešto manje od polovice liječnika koji nisu specijalizirani, također utječu na kvalitetu rada u obiteljskoj medicini. Osim toga imamo velike razlike u opterećenju liječnika po pojedinim županijama. Tako se **prosječan broj opredijeljenih osiguranika po liječniku**, kreće od 2.092 u Brodsko-posavskoj županiji (72% korisnika), 2.050 u Zagrebačkoj županiji (73% korisnika) i 2.007 u Požeško-slavonskoj županiji (69% korisnika), do onog od 1.502 osiguranika u Dubrovačkoj (76% korisnika), 1.550 u Primorsko-goranskoj (76% korisnika) i 1.584 u Zadarskoj županiji (79% korisnika). Pri tome je očita i razlika u obuhvatu populacije, jer kod manjeg broja osiguranika imamo bolji obuhvat. Naime i sva stručna saznanja ukazuju na to da broj osiguranika ne bi smio biti veći od 1.500 po timu, ukoliko ponovo želimo uvesti planiranje, programiranje i kvalitetan rad u našu struku, a on je danas u Hrvatskoj na prosječnim preko 1.800 po timu.(2,3,8,9,13)

Tablica 2.

Broj posjeta, kurativnih i preventivnih pregleda, broj specijalističkih uputnica i broj pregleda u kući godišnje u RH po županijama, prosječno ukupno i (po timu).

ŽUPANIJA	broj posjeta ukupno i po timu	Broj pregleda ukupno i po timu	Broj preventivnih pregleda	Broj uputnica specijalisti	Broj pregleda u kući
ZAGREB	5.339.875(12.714)	2.540.538(6.048)	3.470 (8)	1.523.398( <b>3.627</b> )	50.705(121)
ZAGREBAČKA	1.584.357(11.616)	990.775(6.786)	6.380 (44)	435.255(3.002)	23.413(161)
KRAPINSKO- ZAGORSKA	789.341(10.386)	541.297(7.122)	655 (9)	260.384( <b>3.426</b> )	12.927(170)
SISAČKO- MOSLAVAČKA	1.168.747(12.986)	569.202(6.324)	578 (6)	238.458(2.649)	10.756(120)
KARLOVAČKA	712.109(9.369)	459.093(6.040)	12 (0,15)	221.363(2.912)	15.572(205)
VARAŽDINSKA	1.098.705(12.628)	667.686(7.674)	3.053 (35)	236.338(2.716)	17.513(201)
KOPRIVNIČKO- KRIŽEVAČKA	591.332(10.751)	363.214(6.604)	501 (9)	202.798( <b>3.687</b> )	5.774(105)
BJELOVARSKO- BILOGORSKA	693.281(10.048)	386.498(5.601)	60 (0,9)	195.283(2.830)	8.219(119)
PRIMORSKO- GORANSKA	1.916.298(10.248)	1.050.016(5.615)	536 (3)	470.084(2.514)	27.924(149)
LIČKO-SENJSKA	195.905(6.530)	157.627(5.254)	10 (0,3)	64.347(2.145)	4.944(165)
VIROVITIČKO- PODRAVSKA	562.760(12.505)	354.378(7.875)	72 (1,6)	128.842(2.863)	6.198(137)
POŽEŠKO- SLAVONSKA	337.392(8.878)	185.887(4.892)	280 (7)	71.911(1.892)	4.048(107)
BRODSKO- POSAVSKA	784.366(10.187)	467.747(6.075)	686 (9)	218.488(2.837)	13.757(179)
ZADARSKA	995.985(10.596)	652.125((6.937)	219 (2)	231.372(2.461)	15.352(163)
OSJEČKO- BARANJSKA	1.901.262(11.736)	909.077(5.612)	47 (0,3)	557.417( <b>3.441</b> )	16.235(100)
ŠIBENSKO- KNINSKA	736.094(12.268)	484.096(8.068)	60 (1)	186.287( <b>3.105</b> )	16.306(272)
VUKOVARSKO SRIJEMSKA	1.021.656(11.351)	661.397(7.348)	73 (0,8)	267.632(2.974)	15.263(170)
SPLITSKO- DALMATINSKA	2.946.097(12.590)	2.014.640(8.610)	137 (0,6)	649.631(2.776)	30.714(131)
ISTARSKA	1.328.140(11.549)	733.143(6.375)	1.459 (9)	281.204(2.445)	13.513(117)
DUBROVAČKO- NERETVANSKA	699.744(9.329)	364.713(4.863)	1.300 (17)	151.124(2.015)	9.288(124)
MEĐIMURSKA	708.113(13.113)	341.465(6.323)	16 (0,3)	170.679( <b>3.160</b> )	12.818(237)
<b>R.H. UKUPNO</b>	<b>26.111.559</b> (11.422)	<b>14.894.614</b> (6.515)	<b>19.604</b> (8,6)	<b>6.762.195</b> (2958)	<b>331.339</b> (144)

\*Podaci HZZJZ-a za 2010.godinu.

## RASPRAVA

Analizirajući prikupljene statističke podatke, kod broja posjeta uočljiva je njihova brojnost od čak preko 11.000 godišnje po timu (ili čak prosječno 45 dnevno) osim u Ličko Senjskoj, Karlovačkoj i Požeško-slavonskoj županiji. **Odnos je broja posjeta na broj pregleda tako skoro dvostruk** u većini županija (osim Ličko-Senjske, Splitsko-Dalmatinske i Vukovarsko-Srijemske), a u roku od 3 godine broj posjeta u Hrvatskoj se povećao za 2 milijuna godišnje, a broj pregleda je opao za preko milijun godišnje (podaci HZZJZ 2007-2010). To jasno ukazuje na sve veću površnost u svakodnevnom radu, jer se dolasci pacijenata sve više svode na jednostavno podizanje receptata bez ikakvog pregleda i uvida u njihovo zdravstveno stanje. Po broju evidentiranih posjeta i pregleda najopterećenije su Splitsko-Dalmatinska, Šibensko-Kninska, Virovitičko-Podravska i Varaždinska županija.

**Preventivni se pregledi i dalje vrlo rijetko vrše**, pa je njihov broj osim u Zagrebačkoj, Varaždinskoj i Dubrovačkoj županiji prisutan sa samo nekoliko pregleda godišnje po liječniku ili ih uopće nema. Zanimljivo je da se najmanje preventivnih pregleda vrši u županijama sa najmanjim opterećenjem, pa je očito da razlog nije manjak vremena. **Pregledi u kući su također rijetki (oko 10 mjesečno)**, pa oni jedino u Međimurskoj, Karlovačkoj i Varaždinskoj županiji prelaze 200 po timu godišnje, što je na donjoj granici očekivanog broja. **Na broj pregleda imamo sve veći broj specijalističkih konzultacija, pa na 2,25 pregleda dolazi jedna uputnica**, što predstavlja lagani trend porasta u usporedbi sa ranijim godinama, uvjetovan padom broja pregleda (oko 800.000 manje). Primjetno je i smanjenje od 240.000 pregleda na uputnicu godišnje, u usporedbi sa 2007. god. Međutim **broj specijalistički pregledanih pacijenata bez uputnica stalno raste**, pa danas iznosi oko milijun godišnje (upućenih je bilo 6.762.195 a pregledanih 7.747.116) osim toga je još 602.591 pregled izvršen u privatnim ordinacijama. To sve jasno ukazuje na nedovoljan nadzor specijalističko-konzilijarne službe kao i na vjerojatno fabriciranje usluga u tim djelatnostima.

Pokušamo li analizirati vremensko opterećenje naših liječnika prema evidentiranim posjetima i pregledima utvrđujemo da nam npr. U Splitsko Dalmatinskoj županiji za prosječno prijavljenih 12.590 posjeta (po 5 minuta) treba 1.049 radnih sati, a za 8.610 pregleda (po 10 minuta) treba 1.435 sati, dok za 137 preventivnih pregleda (po 20 min.) treba još 46 sati. Za to izvršenje treba dakle 2.621 radni sat, a radna godina ima prosječno 2.032 sata ili 254 radna dana, bez godišnjeg odmora. Jasno je da je to u raspoloživim radnim danima u godini neizvedivo. Takav se broj usluga može evidentirati samo ako se maksimalno reducira broj potrebnih radnih minuta po usluzi, ako se sve posjete zadržavaju na prijemu, gdje ih rješava medicinska sestra i ako se ne izvršavaju programom predviđene usluge. Zato danas i imamo obiteljsku medicinu svedenu na puko administriranje s maksimalno suženim spektrom rada i sa očitim padom kvalitete rada, što sve rezultira neizvršavanjem potrebnog programa rada i ugovorenih obveza.

Naš HZZO je svjestan postojeće situacije, ali zbog potrebnih radikalnih organizacijskih promjena ne želeći stresove u sustavu, zadržava postojeće stanje, u kojem sve više jača skuplju specijalističko-konzilijarnu i bolničku zdravstvenu zaštitu na račun jeftinije, potencijalno racionalnije i efikasnije, te preventivno orijentirane primarne zdravstvene zaštite. Jasno je da se time kriza sve više produbljuje i da nas u budućnosti očekuju sve veći problemi i kompletan krah ovakvog neorganiziranog sustava zdravstva, na štetu obiteljskih liječnika i naših pacijenata. (11,12,14,15,16).

## ZAKLJUČAK

Da bi izbjegli pogoršanje sadašnjeg stanja nužna je hitna reforma primarne zdravstvene zaštite uz osnovni preduvjet smanjenja broja osiguranika po timu na prosječnih 1.500 pacijenata. Za to je potrebno uvesti novih 450 timova i izdvojiti dodatnih oko 166.500.000 kuna iz proračuna, jer to je jedini način da se spriječi sadašnji kontinuirani pad kvalitete zdravstvene zaštite. Samo sa regulacijom standarda i potrebnog normativa usluga, odvajanjem državnog od privatnog zdravstva, stručnim i radnim nadzorom, poštivanjem radnih uvjeta i pravilnom stimulacijom, kao i planiranjem i programiranjem rada, možemo doći do potrebne transformacije sustava P.Z.Z. Time bi se zaustavio današnji stalni porast potrebnih financijskih sredstava za skuplje oblike z.z., koji se sve više koriste. Izbjeglo bi se stalno zapošljavanje novog kadra u polikliničkoj i bolničkoj z.z. i smanjenje broja obiteljskih doktora, kao i preusmjeravanje pacijenata na skuplje-kurativne oblike z.z., a da se pri tome zdravstveni pokazatelji zdravlja nacije, ne poboljšavaju već čak bivaju i lošiji. Preventivna se z.z. u potpunosti zapustila i prepustila alternativnom privatnom poduzetništvu, koje na račun neukosti stanovništva ostvaruje sve veće profite. Dovoljno je posjetiti naše ljekarne, koje su se iz zdravstvenih djelatnosti, nakon privatizacije pretvorile u drogerije i biljne apoteke s mnoštvom sumnjivih pripravaka nedokazane učinkovitosti. Današnja nemogućnost izvršenja zadanih programa zdravstvene zaštite, uz nedovoljan stručni i radni nadzor, nakon nasilno provedene privatizacije u obiteljskoj medicini, dovodi do stalnog smanjenja kvalitete rada u obiteljskoj medicini i preusmjeravanja z.z. pacijenata prema poliklinici i bolnici. To se u posljednjih dvadesetak godina, nikakvim administrativnim mjerama nije uspjelo zaustaviti jer se postojeće stanje može riješiti samo ponovnim jačanjem i potrebnim preustrojem obiteljske medicine. Uvjereni smo da se jedino u sklopu državnog zdravstva može razviti preventivna medicina, isključiti postojeći sukob interesa i provoditi nužne zdravstvene programe u svrhu poboljšanja zdravstvenih pokazatelja i zdravlja stanovništva. Nužno je zbog toga prekinuti sa postojećom dezorganizacijom primarne zdravstvene zaštite i smanjivanjem uloge obiteljskog liječnika, koja je masovnom koncesijskom privatizacijom potpuno razorena. Zato je danas neumjesno uopće govoriti o nekom planiranju i programiranju zdravstvene zaštite u našim ordinacijama, kad niti jedan preduvjet takvog načina rada nije proveden i omogućen.

## LITERATURA

1. Odluka o izmjenama i dopunama Odluke o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja. NN 61/2011.HZZO, Zagreb 2011.
2. Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2010. godinu, HZZJZ, Zagreb 2011.
3. Hrvatski zdravstveno statistički ljetopis za 2007. godinu, HZZJZ, Zagreb 2008.
4. Kovačić L. Organizacija i upravljanje u zdravstvenoj zaštiti. Medicinska naklada, Zagreb 2003.
5. Plan i program mjera zdravstvene zaštite iz osnovnog zdravstvenog osiguranja. NN 94/01, Zagreb 2001.
6. Gorjanski D. Obnova zdravstva. Fond Hipokrat-Zaklada Slagalica, Osijek 2011.
7. Mazzi B. Struka u novim uvjetima. Obiteljski liječnik temelj reorganizacije zdravstva; U: Peršić L.ur.Zbornik, Dani PZZ, Labin 1988; 90-99.
8. Mazzi B. Treba se izboriti za staleška prava, stimulativnu i racionalnu organizaciju rada; U:Jakšić Ž. Ogleđi o razvoju opće-obiteljske medicine; 209-211. Škola A.Štampara i HUOM, Zagreb 2001.
9. Mazzi B. Dom zdravlja-najracionalniji postojeći oblik grupne prakse. Liječničke Novine HLK, Zagreb 2001.
10. Mazzi B. Kako osigurati kvalitetu rada u PZZ i poboljšati zdravstvenu zaštitu stanovništva? Časopis Pacijent Danas, 2008:29. Udruga pacijent danas. Rijeka 2008.
11. Mazzi B. Kako uspostaviti sustav racionalne PZZ U:Mazzi B.ur. Zbornik VIII Kongresa HDOD-HLZ, Rovinj 2008.
12. Mazzi B. Položaj obiteljskih doktora u sustavu zdravstva Hrvatske. U:Mazzi B.ur.Zbornik IX Kongresa HDOD-HLZ, Rovinj 2009.
13. Gorjanski D, Mazzi B. Quo vadi medicina familiaris croatica ili gdje ideš obiteljska medicino Hrvatske. U: Mazzi.B.ur. Zbornik IX Kongresa HDOD-HLZ, Rovinj 2009.
14. Mazzi B. Utjecaj organizacije zdravstva na kvalitetu rada obiteljskog doktora. U:Mazzi.B.ur.Zbornik X. Kongresa HDOD-HLZ, Rovinj 2010.
15. Mazzi B. Što nas motivira na kvalitetan rad? U:Mazzi B.ur. Zbornik XI. Kongresa HDOD-HLZ, Rovinj 2011.
16. [www.dzs.hr/Hrv/censuses/census2011/htm/h11\\_RH.html](http://www.dzs.hr/Hrv/censuses/census2011/htm/h11_RH.html) –Popisane osobe, kućanstva i stambene jedinice, prvi rezultati popisa 2011. Državni zavod za statistiku, Zagreb 2012.