

Izlaganje sa skupa

Primljeno: 25. IV. 2019.

Prihvaćeno: 11. XI. 2019.

UDK
614.2(497.5)(091)
614-05(497.5)“20“<https://doi.org/10.33604/sl.13.25.7>

Štamparova ostavština: osvrt na narodno zdravlje i zdravstvo danas

Josip Buljan

Dom zdravlja Velika Kopanica

josip.buljan@sbt-com.hr

SAŽETAK: Rad se bavi djelovanjem suvremenoga zdravstvenoga sustava u Hrvatskoj koji je, kao i u Štamparovo doba, neodvojiv od politike, gospodarske snage i organizacije društva. Osvrćući se na socijalno-medicinske probleme današnjice, upozorava se na nedostatak ljudskih i materijalnih resursa u zdravstvu.

Ključne riječi: *zdravstveni sustav u Republici Hrvatskoj; socijalno-medicinski problemi*

1. Uvod

Iznenaduje činjenica da neki od liječnika površno poznaju Štamparove misli i smatraju da njegove ideje i djela pripadaju prošlom stoljeću te da su daleko od potreba današnjega zdravstva. Drugi pak vlastitu ogorčenost projiciraju na Štampara, tumačeći vlastite probleme kao posljedicu »njegovih domova zdravlja«. Vrijedno bi bilo provesti anketu među liječnicima, najbolje anonimnu, ili s reprezentativnim uzorkom, kojom bi se ispitali stavovi i odnos liječnika prema Štamparovoj ideji i djelu.

1.1. Štampar – sukobi, proročki lik

Na dosadašnjim *Danima Andrije Štampara* imali smo priliku uvjeriti se da je bio velikan, kojem je na pameti, srcu i djelovanju bilo zdravlje naroda, bez obzira u koje ga ideološke grupacije stavljali. U atriju Škole narodnoga zdravlja, gdje je postavljena stalna izložba o Andriji Štamparu, s mnoštvom ilustriranih priloga, provode se pauze i organiziraju domjenci prilikom događanja i proslava u Školi narodnoga zdravlja.

O Štamparu je, zahvaljujući i ovim skupovima, napisano i dosta recentnih oglada¹. U nekima od njih oslikana je osobina Andrije Štampara koja se može nazvati dosljednošću, pa i tvrdokornošću u stavovima, zbog koje je i dolazio u sukobe. Prvi se dogodio tijekom Prvoga svjetskog rata, kada je mladića oslobodio vojne obveze, zbog čega je po kazni premješten u zarobljenički logor u Mauthausenu, gdje je ostao do kraja rata². Drugi važan sukob posljedica je »socijalizacije medicine« koju je promovio kao načelnik Odjeljenja za rasnu, javnu i socijalnu higijenu pri Ministarstvu narodnoga zdravlja u Beogradu (od 1919). Suprotstavili su mu se Zbor liječnika Hrvatske, Slavonije i Međimurja te Liječnička komora u Zagrebu radi ugroze staleskih interesa i novih obveza nametnutih liječnicima (obvezna zdravstveno-prosvjetna predavanja pučanstvu, uz izvještavanje). Optužen je za revolucionarnost i komunistička načela zdravstvene politike³. Ipak, 1924., na glavnoj skupštini Liječničke komore L. Thaller stao je u obranu Štamparove zdravstvene politike: »Svaki čovjek imade pravo na liječničku pomoć«⁴. Treći je sukob izazvan izgradnjom Škole narodnoga zdravlja (1926–27) u Zagrebu, što je izazvalo reakciju u Srbiji⁴, a za posljedicu imalo pokušaje diskreditiranja Štampara pred čelnicima Rockefellerove fundacije⁵. Na sreću, ti su pokušaji propali. Četvrti je sukob bio osobni, s kraljem Aleksandrom, kad je Štampar odbio ući u njegovu vladu kao ministar unutarnjih poslova⁶. Zbog toga je prerano umirovljen 20. svibnja 1931., čime mu je onemogućeno djelovanje u zemlji, ali je započelo intenzivno međunarodno djelovanje. U Beogradu je do 1939. ostao dr. Ivo Kuhn, Štamparov suradnik i prijatelj, koji je sa Štamparom ostao u kontaktu i nastavio suradnju s Rockefellerovom fundacijom⁷. Po osnutku NDH, 17. trav-

¹ V. Božikov, »Okolnosti u kojima je djelovao Andrija Štampar u Kraljevini SHS i monarhističkoj Jugoslaviji«, u: I. Balen, L. Kovačić (ur.), *Radovi sa znanstvenih skupova Dani Andrije Štampara u Slavanskom Brodu*, Slavonski Brod 2009., str. 21–36; I. Balen, M. Jandrić-Balen, »Andrija Štampar i trajna borba za afirmaciju preventivne medicine, socijalne medicine i higijene i prava na zdravlje«, u: I. Balen, L. Kovačić (ur.), *Radovi sa znanstvenih skupova Dani Andrije Štampara u Slavanskom Brodu*, Slavonski Brod 2009., str. 5–8.

² V. Božikov, »Okolnosti u kojima je djelovao Andrija Štampar u Kraljevini SHS i monarhističkoj Jugoslaviji«, u: I. Balen, L. Kovačić (ur.), *Radovi sa znanstvenih skupova Dani Andrije Štampara u Slavanskom Brodu*, Slavonski Brod 2009., str. 21–36.

³ Isto. Vidi i: Ž. Dugec, »Andrija Štampar i javnozdravstvena politika Kraljevine Srba Hrvata i Slovenaca – Jugoslavije«, u: I. Balen, L. Kovačić (ur.), *Radovi sa znanstvenih skupova Dani Andrije Štampara u Slavanskom Brodu*, Slavonski Brod 2009., str. 5–8.

⁴ Isto.

⁵ Isto.

⁶ V. Božikov, »Okolnosti u kojima je djelovao Andrija Štampar u Kraljevini SHS i monarhističkoj Jugoslaviji«, u: I. Balen, L. Kovačić (ur.), *Radovi sa znanstvenih skupova Dani Andrije Štampara u Slavanskom Brodu*, Slavonski Brod 2009., str. 21–36.

⁷ J. Buljan, »Dr. Ivo Kuhn – bliski suradnik Andrije Štampara«, *Anali Zavoda za znanstveni i umjetnički rad u Osijeku*, Zagreb–Osijek 2012., 28, str. 131–135.

nja 1941. Štampara je uhitila ustaška policija. Pušten je na slobodu, no ubrzo ga je ponovno zatvorila njemačka policija te 14. lipnja 1941. sprovela u Graz, gdje je prvo bio u zatvoru, a potom u internaciji do kraja rata⁸.

Važno je naglasiti da se Štampar nije borio za osobni probitak, za bolje radno mjesto, napredovanje ili materijalnu korist. Borio se za svoju ideju, nastojeći iskoristiti tekovine suvremene medicine za boljitak svakoga čovjeka, bez obzira na rasu, naciju, vjeru, socijalni položaj i ekonomski status. Borio se za ideju »zdravlje za sve«, utjelovljenu u Deklaraciji iz Alma-Ate 1978⁹. Zbog svoje ustrajnosti, jasne vizije, osjećaja da je u pravu, bunta protiv nepravde i indolencije te nekonformizma sâm osobno stradava, što je i ilustrirao u pismu koje je iz Kine 1935. pisao budućoj supruzi Desanki Ristović:

... oni misle da su bakterije najglavnije pitanje; a meni onda dođe da razbijem sve laboratorije; eto ja sam po mojoj duševnoj konstituciji sasvim nepodesan da posmatram ove tražečije i moralno rasulo: na moju nesreću uvijek gledam dalje od mikroskopa.¹⁰

Poput starozavjetnih proroka, i Štampar je ostao vjeran svom poslanju. I među svecima i revolucionarima mnoštvo je onih koji su ustrajali u svojim idejama. No revolucije jedu svoju djecu, a u novije vrijeme i revolucionari »pojedju svoju revoluciju«. Štampar nije bio takav »revolucionar«; imao je uvid u stvarne probleme naroda, a desetak godina i sredstva za njihovo rješavanje, sukladno svojoj socijalno-medicinskoj ideji¹¹.

2. Socijalno-medicinski problemi danas

2.1. Izumiranje Hrvatske

Najveći problem Hrvatske, koji ima jake socijalno-medicinske refleksije, jest demografsko izumiranje. Broj stanovnika pada od 1991., uz kolebanja devedesetih godina

⁸ V. Božikov, »Okolnosti u kojima je djelovao Andrija Štampar u Kraljevini SHS i monarhističkoj Jugoslaviji«, u: I. Balen, L. Kovačić (ur.), *Radovi sa znanstvenih skupova Dani Andrije Štampara u Slavanskom Brodu*, Slavonski Brod 2009., str. 21–36.

⁹ http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf (pristupljeno 13. III. 2018).

¹⁰ M. Lučić, »Rukopisna ostavština Andrije Štampara u Hrvatskom državnom arhivu«, u: I. Balen, L. Kovačić (ur.), *Radovi sa znanstvenih skupova Dani Andrije Štampara u Slavanskom Brodu*, Slavonski Brod 2009., str. 119–125.

¹¹ V. Božikov, »Okolnosti u kojima je djelovao Andrija Štampar u Kraljevini SHS i monarhističkoj Jugoslaviji«, u: I. Balen, L. Kovačić (ur.), *Radovi sa znanstvenih skupova Dani Andrije Štampara u Slavanskom Brodu*, Slavonski Brod 2009., str. 21–36; Ž. Dugec, »Andrija Štampar i javnozdravstvena politika Kraljevine Srba Hrvata i Slovenaca – Jugoslavije«, u: I. Balen, L. Kovačić (ur.), *Radovi sa znanstvenih skupova Dani Andrije Štampara u Slavanskom Brodu*, Slavonski Brod 2009., str. 5–8.

(4 760 344 stanovnika 1991; 4 337 460 stanovnika 2001; 4 284 889 stanovnika 2011; 4 174 349 stanovnika 2016)¹². Razlozi demografskom slomu Hrvatske su višestruki:

1. Demografska tranzicija u Hrvatskoj događa se na prijelomu tisućljeća, oko 2000. godine, od kada je mortalitet veći od nataliteta¹³.
2. Hrvatsko stanovništvo je među najstarijima u Europi: u 2016. nastavlja se kontinuirano starenje stanovništva. Prosječna starost ukupnoga stanovništva Republike Hrvatske iznosila je 42,8 godina (muškarci 41,0; žene 44,5).¹⁴
3. Procesu starenja stanovništva uvelike pridonosi višegodišnje opadanje udjela mladih (0–19 godina) u ukupnom stanovništvu. Spomenuti udio na razini države u 2016. iznosio je 20,1%, dok je na razini županija najmanji u Primorsko-goranskoj županiji (16,8%), a najveći u Brodsko-posavskoj županiji (22,3%).¹⁵
4. Najviše stanovnika u dobi od 65 i više godina u odnosu na ukupno stanovništvo živi u Ličko-senjskoj županiji (24,6%), a najmanje u Međimurskoj (17,2%).¹⁶
5. Udio fertilnoga kontingenta u ukupnome ženskom stanovništvu kontinuirano opada te je u 2016. iznosio 42,4%.¹⁷
6. Iseljavanje, u pravilu mladih, radno sposobnih u Europu (Njemačku, Austriju, Irsku), ali i u Kanadu i druge zemlje. (Zbog iseljavanja nakon ulaska Hrvatske u EU ostao sam bez 10% pacijenata. Iz mjesne osnovne škole, koja je prije rata imala 700 đaka, 1970-ih i do 900, a 2019. godine 292, ispisan je od ulaska u EU 51 učenik radi odlaska s roditeljima u inozemstvo. Broj starijih pacijenata nije se smanjio – 410 ih je starijih od 65 godina, a od toga 115 starijih od 80 godina).¹⁸
7. Iseljavanju iz Hrvatske pridonose osjećaj nesigurnosti za radno mjesto i drugi oblici nesigurnosti zbog neučinkovitosti pravosuđa, te nedostatna potpora države.

¹² https://hr.wikipedia.org/wiki/Stanovni%C5%Altvo_Hrvatske (pristupljeno 13. III. 2018).

Priopćenje. Državni zavod za statistiku 14.9.2017. broj: 71.3 Dostupno na: https://www.dzs.hr/Hrv_Eng/publication/2017/07-01-03_01_2017.htm (pristupljeno 13. III. 2018).

¹³ J. Buljan, »Promjene vitalne statistike u općini Velika Kopanica u razdoblju 1952.-2013. godine, kao osnova za planiranje primarne zdravstvene zaštite«, *Med Jad* 45 (3–4) 2016, str. 105–114.

¹⁴ Priopćenje. Državni zavod za statistiku 14.9.2017. broj: 71.3 Dostupno na: https://www.dzs.hr/Hrv_Eng/publication/2017/07-01-03_01_2017.htm (pristupljeno 13. III. 2018).

¹⁵ Isto.

¹⁶ Isto.

¹⁷ Isto.

¹⁸ B. Podgornik, »Ubrzava se iseljavanje iz Lijepe naše: u dvije godine iz Hrvatske iselilo 138 tisuća ljudi«, *Novi list*. Dostupno na: <http://www.novolist.hr/Vijesti/Hrvatska/UBRZAVA-SE-ISELJAVA-NJE-IZ-LIJEPE-NASE-U-dvije-godine-iz-Hrvatske-odselilo-138-tisuca-ljudi> (pristupljeno 15. III. 2018).

8. Nimalo restriktivan zakon o pobačaju iz 1978., preuzet iz Jugoslavije, pridonio je tomu da je u četrdesetgodišnjem razdoblju u Hrvatskoj obavljeno oko 1 700 000 pobačaja. Podatci koje iznosi Hlača govore o trendu smanjivanja broja (legalnih) pobačaja: 1990. godine bilo je gotovo 40 000 (38 644) legalno induciranih pobačaja, u 2006. godini 4733, a u 2007. godini 4573¹⁹. Službeni podatci *Zdravstveno-gostatiškog ljetopisa* iznose znatno veće brojke namjernih pobačaja: 1990. godine 46 679 pobačaja, 2006. godine 10 224, 2007. godine 10 609, a 2016. godine 6904 pobačaja²⁰.
9. Nezadovoljstvo životom u Hrvatskoj, u kojoj su se nakon Domovinskoga rata, umjesto demokracije i blagostanja, već koncem devedesetih, pojavile podjele, sve je izraženija nejednakost, a u javno mnijenje uvlači se nezadovoljstvo, kriti-zerstvo, argumentirano i neargumentirano napadanje političke vlasti i javnoga sektora, uključujući zdravstvo. Posljedica toga nezadovoljstva povećana je potrošnja psihotropnih lijekova, često u nejasnim psihološkim otklonima koje je teško precizno dijagnosticirati (najčešće poremećaji prilagodbe, stresna stanja). (Od 2000. do 2014. potrošnja lijekova u mojoj se ordinaciji udvostručila, a potrošnja psihofarmaka utrostručila, te iznosi do 200 000 kuna godišnje.)

2.2. Nedostatni ljudski i materijalni resursi u zdravstvu

Novca i liječnika u hrvatskom zdravstvu oduvijek je nedostajalo. Što se novca tiče, to je postalo sve očitije nakon ulaska HZZO-a u Državnu riznicu 1998. i to iz dvaju razloga: prvo, zbog nerazvijenoga gospodarstva koje nije moglo izdvojiti više novca, a drugo, zbog neuplaćivanja sredstava prikupljenih namjenski za zdravstvo²¹. Medicina se razvija, proširuju se dijagnostičke i terapijske mogućnosti, a za njih treba više novca i zdravstvenih kadrova. Zabrinjavajući je sve veći nedostatak liječnika. Na Prvom saboru hrvatskog liječništva 2018. predstavljen je Demografski atlas hrvatskog liječništva Hrvatske liječničke komore²². Kratak rezime dokumenta od 400 stranica:

Činjenice i statistike s početka 2017. godine govore kako je od ulaska u EU iz Hrvatske otišlo 525 liječnika, a iz inozemstva ih je stiglo 30. Povećan je trend feminizacije u zdravstvu, jer muških doktora ima samo 37% u odnosu na kolegice, i u prosjeku su od njih stariji.

¹⁹ N. Hlača, »Zakon o 'pobačaju' Republike Hrvatske 1978. – 2008.«, *Med Flum* 2009, 45(2), str. 142–147.

²⁰ <https://www.hzjz.hr/periodicne-publikacije/hrvatski-zdravstveno-statisticki-ljetopis-za-2016-tablicni-podaci/> (pristupljeno 16. III. 2018).

²¹ T. Goluža, »HZZO z riznice, HZZO v riznicu«, *Liječničke novine*, Uvodnik, srpanj 2017.

²² Dostupno na: <https://www.hlk.hr/predstavljen-demografski-atlas-hrvatskog-lijecnistva-na-1-saboru-hrvatskog-lijecnistva.aspx> (pristupljeno 16. III. 2018).

Trenutačno u Hrvatskoj radi 14 394 liječnika, no važno je istaknuti kako će u sljedećih 10 godina u Hrvatskoj biti umirovljen najveći broj liječnika do sada, najmanje njih 4000, no s time paralelno će na medicinskim fakultetima diplomirati i najveći broj doktora medicine do sada. Uz to se očekuje i neprekidan rast umirovljeničke populacije, kao i nastavak trenda odlaska mladih liječnika u inozemstvo.

Zaključak je Demografskoga atlasa, stoga, da je krajnje vrijeme za izradu srednjoročnih planova i strategija kojima će se zaustaviti odlazak liječnika i ravnomjerno popuniti mjesta onih koji odlaze u mirovinu te zadovoljiti zdravstvene potrebe populacije koja će biti sve starija. A razlozi za odlazak liječnika nisu samo nedovoljno visoka plaća, nego i uvjeti rada.²³

Danas, nakon godinu dana, stanje je još teže. U broskoj bolnici, domu zdravlja i hitnoj medicinskoj pomoći nedostaje nekoliko desetaka liječnika, neki odjeli su ostali samo s jednim ili dva liječnika (pulmologija, citologija, nefrologija), liječnici su opterećeni čestim dežurstvima, liste čekanja se produljuju. Uprava bolnice inzistira na nekakvoj hitnoj ili dežurnoj ambulanti obiteljske medicine, koju treba kao pomoć Objedinjenom hitnom bolničkom prijmu. Prema normativima HZZO-a to je nadstandard koji treba financirati lokalna zajednica, koja za to nije predvidjela sredstva, a cijena usluge u toj ambulanti koju nudi HZZO pokriva samo bruto plaću medicinske sestre. Primarna zdravstvena zaštita nema liječnika koje može rasporediti i cijeli je sustav pred pucanjem. Nije to samo problem Slavonskoga Broda. Slično je u Građišci, Bjelovaru i drugim mjestima.

Fenomen feminizacije zdravstva još je izraženiji u obiteljskoj medicini. Godine 1996. u obiteljskoj medicini u Hrvatskoj omjer žena i muškaraca iznosio je 60% : 40%, a 2015. godine 80% : 20%. No kada javnost napada liječnike, zamišlja mladoga muškarca, recimo u dobi 35–40 godina, stručnoga, ali i bezobzirnoga, i kojem je na prvom mjestu zarada, a tek onda zdravlje povjerenih mu pacijenata, a obično mu se kao dohodak uračuna ukupni primitak sredstava za cjelokupni rad ordinacije, uključujući i plaće drugih zaposlenika. Međutim, prosječan doktor u općoj medicini je žena, u dobi od približno 53 godine, koja još ima djecu na školovanju, moguće već i unuke²⁴. Premda takav stereotip nije prikladan ni društveno prihvatljiv kao objekt agresije, istina je da su kolegice najviše izložene agresiji pacijenata, obitelji i svih koji si uzimaju za pravo da svoje nezadovoljstvo istresu pred odnosno na liječnika/liječnicu.

U Hrvatskoj nedostaje 2500 liječnika, broj prekovremenih sati liječnika penje se na dva i pol milijuna godišnje²⁵. U primarnoj zdravstvenoj zaštiti podjednak je broj

²³ Isto.

²⁴ Z. Knežević, *Motiviranost liječnika za rad DTP postupaka* (diplomski rad), Zagreb 2011.

²⁵ <https://www.hlk.hr/u-hrvatskoj-trenutno-nedostaje-2500-lijecnika-a-zaposleni-odradjuju-vise-od-25-milijuna-godisnje.aspx>. (pristupljeno 16. III. 2018).

timova, zanimljivo je da primarni ginekolozi nisu prikazani zajedno s ostalim primarnom liječnicima, kao ni timovi hitne medicine, što se vidi iz tablice 1.²⁶

Tablica 1. Timovi u primarnoj zdravstvenoj zaštiti

God.	8h	4h	Liječnici opće medicine	Specijalisti opće medicine	Pedijatri	Školska medicina	Medicina rada	Ostali
2008.	2551	29	1124	971	253	88	112	23
2016.	2570	14	1043	1115	282	52	60	25

Timova ne nedostaje, ali ih ima sve više nositelja, a domovi zdravlja ugovaraju ih zbog nedostatka liječnika. U Domu zdravlja Slavonski Brod po njegovu osnutku 1. IV. 1994. to je bio način da se premosti nedostatak pedijataru i ginekologa, pa su posao pedijataru odrađivali pedijatri i obiteljski liječnici iz Doma zdravlja, a djelatnost ginekologije ginekolozi iz brodske bolnice. Povremeno je trebalo pokrivati i ordinacije obiteljske medicine (zbog specijalizacija, porodijskih dopusta i bolovanja), ali se nisu ugovarale ordinacije obiteljske medicine bez nositelja.

2.3. Zarazne bolesti

Najbrojnije prijavljene zarazne bolesti u 2016. bile su gripa (48 242 oboljela), vodene kozice (22 340 oboljelih), streptokokne bolesti (18 488 oboljelih) i enterokolitis (1259 oboljelih). Među bolestima protiv kojih je obvezno cijepljenje prijavljivane su pertusis (122), parotitis (34), ospice (4) i rubeola (2)²⁷. Problem predstavlja sve raširenija pojava odbijanja cijepljenja od strane roditelja, koji informacije dobivaju s interneta i podršku na društvenim mrežama. Stope obuhvata cijepljenjem nešto su ispod potrebnih limita, a najniže su u županijama i gradovima koji imaju medicinske fakultete²⁸.

2.4. Ovisnosti

Tijekom 2016. godine u zdravstvenim ustanovama Republike Hrvatske registrirano je 7106 osoba liječenih zbog ovisnosti o psihoaktivnim drogama, od kojih je 771 osoba prvi put bila na liječenju (10,8%). Zbog zlouporabe opijata tijekom 2016. godine na

²⁶ <https://www.hzjz.hr/periodicne-publikacije/hrvatski-zdravstveno-statisticki-ljetopis-za-2016-tablicni-podaci/> (pristupljeno 16. III. 2018); https://hzjz.hr/wp-content/uploads/2013/11/Ljetopis_2008.pdf (pristupljeno 16. III. 2018).

²⁷ R. Stevanović, K. Capak (ur.), *Hrvatski zdravstveno statistički ljetopis 2016*. Dostupno na: https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2018/01/Ljetopis_2016_IX.pdf (pristupljeno 16. III. 2018).

²⁸ Isto.

liječenju su bile 5953 osobe, od kojih je 178 bilo liječeno prvi put (3,0%). Nastavlja se trend smanjenja broja novoliječenih zbog uzimanja opijata. Isto tako i ukupno je među novim zahtjevima za liječenje manji udio neopijata (16,2%), dok je opijatskih ovisnika (heroin, metadon i drugi opijati) 83,8%. Praćenjem u Registru razvidno je da djelovanje sustava za prevenciju i izvanbolničko liječenje ovisnika uspijeva ovisnike zadržati dulje u tretmanu²⁹.

Druge ovisnosti, napose alkoholizam i pušenje ne prijavljuju se sustavno, one su u široj zajednici društveno prihvatljive i to je glavna zapreka učinkovitoj borbi protiv njih. Štampar bi nas ovdje pokušao osvijestiti Narodnom čitankom o alkoholu i nizom tekstova³⁰.

Pojava novih ovisnosti, o kladenju, internetu i mobitelima, poprimila je epidemijske razmjere. Broj kladionica podjednak je broju ordinacija obiteljske medicine, i dok je za razvoj potonjih trebalo 80 i više godina, kladionice su otvorene u svega nekoliko godina. Djeca, mladež, ali i odrasli sate provode pred zaslonima televizora, računala ili mobitela, što u nezanemarivom broju osoba onemogućuje svakodnevno obavljanje radnih, školskih i obiteljskih obveza. A to je najčešće glavni kriterij za produbnu duševnoga poremećaja ili ovisnosti³¹.

2.5. Duševne bolesti

Stopa hospitalne incidencije shizofrenije i shizoafektivnih poremećaja (dobno standardizirana u promilima za 15+ godina) varirala je između 0,20% i 0,30% u razdoblju 1970–2005., a od tada pada na 0,17% u 2012. i stalno je nešto viša u muškaraca nego žena³². Prevalencija shizofrenije iznosi oko 4%, u svim stadijima bolesti³³. Prema podacima moje ordinacije nema bitne razlike u pojavnosti duševnih poremećaja; morbiditetna struktura nema značajnijih promjena. Ipak, propisivanje psihotropnih lijekova je u trostrukom porastu u razdoblju 2000–14.³⁴

²⁹ Isto.

³⁰ A. Štampar, *Narodna čitanka o alkoholu*, Zagreb 1931; A. Štampar, »Alkohol. Materinska riječ. (Brod n/S), 1908«, u: I. Balen, S. Vukovac, *Andrija Štampar*, knj. I. Mladost Andrije Štampara. Slavonski Brod 2006. str. 153.

³¹ A. Frances (ur). *Diagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje: DSM – IV*, hrvatsko izdanje. Jastrebarsko, Naklada Slap, 1996.

³² V. Folnegović-Šmalc, Z. Folnegović, »Epidemiologija duševnih bolesti«, *Medicus*, 1998, 7, str. 15–18.

³³ Lj. Hotujac, »Poremećaji raspoloženja«, *Medicus*, 1998, 7, str. 59–69.

³⁴ J. Buljan, *The Changes of Prescribing Psychotropic Drugs in Family Medicine*. 4th Conference of Association of Genreal Practice/Family Medicine in South-Eastern Europe. Abstract book. Ljubljana 2015, str. 24.

Vrlo je važan problem suicida, koji se regrutira prvenstveno među oboljelima od depresije i posttraumatskoga stresnog sindroma. Od 1999. godine prisutan je trend pada samoubojstava. Godine 1985. počinjeno je 1050 samoubojstava (stopa 21,5), a 1990. godine 1142 samoubojstva (stopa 23,9). U razdoblju od 1991. do 2016. godine najviše samoubojstava bilo je 1992. godine (1156; stopa 24,2), ali je podjednak broj samoubojstava bio zabilježen i 1987. godine (1153; stopa 24,1). Najmanje izvršenih samoubojstava zabilježeno je 1995. godine (930; stopa 19,4) te u razdoblju od 2000. do 2016. godine: 2000. godine 926 slučajeva (stopa 20,9), a 2016. godine 683 slučaja (stopa 16,4). S obzirom na spol, u istom razdoblju omjer samoubojstava u muškaraca i žena kretao se u rasponu od 2,2 do 3,7:1³⁵.

Depresija se tijekom života javlja u oko 20% žena i 10% muškaraca, a bipolarni poremećaj u oko 1% u oba spola³⁶. Tako velik broj oboljelih od depresije, problem s kojim se svakodnevno susrećemo, predstavlja populaciju iz koje se regrutiraju samoubojice. Odgovornost društva postoji barem za onaj dio koji je u takvo stanje dospio zbog izvanjskih okolnosti ili nepravičnosti društva (otkazi, ovrhe, otplata tuđih dugova...).

Posttraumatski stresni sindrom podcijenjen je socijalno-medicinski problem. U Hrvatskoj je oko 2 milijuna ljudi za vrijeme rata i poraća prošlo kroz stresove koji su »izvan uobičajenog ljudskog iskustva« i koji mogu dovesti do PTSP-a³⁷. Prema procjenama da oko 20% izloženih ljudi u takvim situacijama može razviti PTSP, za očekivati je da u Hrvatskoj imamo, što među braniteljima, što među civilima, oko 400 000 oboljelih (u različitom stupnju) od PTSP-a. Mnogo je onih koji su na neki način nadvladali ili kompenzirali svoj prolazni PTSP, dio ih je među onima koji su stalno i svime nezadovoljni, kod dijela, uglavnom braniteljske populacije stanje je kronificirano, a najteže su prošli oni koji su digli ruku na sebe. (Suicid je dosad izvršilo čak oko tri tisuće hrvatskih branitelja³⁸).

2.6. Maligne bolesti

Rak se redovito prijavljuje, kako iz bolnica tako i iz primarne zdravstvene zaštite. Stope incidencije raka postupno rastu, od 290 na 100 000 stanovnika u 1982., do 350 na 100 000 stanovnika u 1998., kada se događa nagli skok (unaprijedeno prijavljivanje malignih bolesti) i u 1999. iznose 480/100 000 st. Od tada blago rastu do 2014., kada

³⁵ R. Stevanović, K. Capak (ur.), *Hrvatski zdravstveno statistički ljetopis 2016*. Dostupno na: https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2018/01/Ljetopis_2016_IX.pdf (pristupljeno 16. III. 2018).

³⁶ Lj. Hotujac, »Poremećaji raspoloženja«, *Medicus*, 1998, 7, str. 59–69.

³⁷ V. Jukić, »Posttraumatski stresni poremećaj«, *Medicus*, 1998, 7, str. 19–26.

³⁸ M. Pavković, *Samoubojstva branitelja* (<http://portal.braniteljski-forum.com/vijesti/samoubojstva-branitelja>; 17. III. 2018).

iznose 500,2/100 000 st²⁰. Kod muškaraca su maligne bolesti stalno za oko petinu više (2014: muški 551,2/100 000 st., žene 452,8/100 000 st.). Stope smrtnosti od raka imaju gotovo linearan trend rasta od 1982 (190/100 000 st.) do 2014 (376,9/100 000 st.). Razlika u smrtnosti od raka još je veća od razlike u incidenciji (2014: muški 401,9/100 000 st., žene 276,3/100 000 st.)³⁹. Sustavni probir obavlja se za karcinom dojke i grlića maternice za žene, te kolorektalni karcinom za cjelokupnu populaciju. Problem je u slabom odazivu, koji je najslabiji upravo za program ranoga otkrivanja kolorektalnoga karcinoma. Prilikom uvođenja programa, premda navedeni kao suradnici u projektu, obiteljski su liječnici zaobidjeni.

4. listopada 2007. godine Vlada Republike Hrvatske usvojila je Nacionalni program ranog otkrivanja raka debelog crijeva. Njegova provedba u Dubrovačko-neretvanskoj županiji započela je u siječnju 2008. godine. Partneri u provođenju ovog programa su uz Ministarstvo zdravstva, Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (HZZO), Hrvatski i županijski zavodi za javno zdravstvo, Zavod za javno zdravstvo Grada Zagreba, timovi obiteljske medicine, patronažni timovi, zdravstvene ustanove (u kojima kolonoskopske preglede provode specijalisti gastroenterolozi i kirurzi) i ljekarne.

*Troškove slanja pozivnih pisama i kolonoskopskih pregleda snose Ministarstvo zdravstva i HZZO. Ciljna skupina ovog programa su zdrave osobe oba spola u dobi 50–74 godine s uobičajenim rizikom za razvoj raka debelog crijeva.*⁴⁰

Odaziv je bio slab, za što istraživači navode niz čimbenika:

*Odaziv je iznosio 22,816 osoba (23,9%). Najveći razlog neodaziva je nepoznatog uzroka, tj. da osoba nije poznata na adresi ili je odselila. Veći broj neodazvanih osoba je iz skupine muškaraca od 70 do 74 god. života. Drugu skupinu neodazvanih čine osobe koje su poslale uzorke, ali se nisu javile na kolonoskopski pregled. Najveći broj takvih osoba je iz skupine muškaraca u dobnj skupini od 50 do 59 godina života. Zaključak: S obzirom na multifaktorijalnost razloga neodaziva nameće se potreba djelovanja na više razine kako bi se povećao ciljani postotak odazvanih koji iznosi 65%. Djelovanje na više faktora (migracije, neupućenost, manjak informacija, predrasude i dr.) rezultirao bi povećanjem postotka i ostvarenjem zadanog cilja a sve u sklopu poboljšanja zdravstvenog stanja populacije te posljedično smanjenja financijskog opterećenja zdravstvenog sustava. Nadalje bilo bi omogućeno preusmjeravanje financijskih sredstava na daljnju prevenciju i zdravstvenu edukaciju populacije.*⁴¹

³⁹ R. Stevanović, K. Capak (ur.), *Hrvatski zdravstveno statistički ljetopis 2016*. Dostupno na: https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2018/01/Ljetopis_2016_IX.pdf (pristupljeno 16. III. 2018).

⁴⁰ <http://www.zzjzdnz.hr/hr/projekti/27> (pristupljeno 17. III. 2018).

⁴¹ R. Vrselja, *Nacionalni program ranog otkrivanja raka debelog crijeva u Osječko-baranjskoj županiji – analiza odaziva*. Dostupno na: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:152:575504> (pristupljeno 17. III. 2018).

Za druge oblike raka u obiteljskoj medicini primjenjujemo oportunistički screening. Bez obzira zbog čega je pacijent došao, ako se nalazi u rizičnoj dobi ili rizičnoj skupini zbog drugih razloga, ili ima nekakav simptom koji upućuje na moguću malignu bolest, pokrećemo dijagnostički proces. Zahvaljujući probiru prilikom rutinskoga vađenja krvi, kod muškaraca starijih od 50 godina odredi se i PSA (prošle godine operirano je pet mojih pacijenata zbog raka prostate). Od specijalističko konzilijarnih službi očekujemo da prioritetno obrade osobe koje upućujemo sa sumnjom na rak.

2.7. Kronične bolesti

Kronične bolesti u Hrvatskoj danas imaju naglašenu socijalno-medicinsku dimenziju. Hipertenzija, dijabetes i bolesti lokomotornoga sustava imaju u svojoj etiologiji, uz genetske čimbenike, i čimbenike koji proizlaze iz načina života i štetnih navika: pušenja, prehrane bogate koncentriranim ugljikohidratima, mastima i soli, nedostatne tjelesne aktivnosti, sjedilačkoga načina života (na poslu, u automobilu, pred televizorom i sl.). Za posljedicu imaju velik broj osoba s tjelesnim oštećenjima i invalidnošću (stanja nakon srčanoga i moždanoga udara, zatajenje rada bubrega i dr.). Rak je uzrok četvrtine svih smrti u Hrvatskoj, ali kardiovaskularne bolesti odnose polovicu života, nerijetko prerano i neočekivano.

Od 50 839 umrlih tijekom 2014. godine, 47,43% (24 112 osoba) umrlo je od kardiovaskularnih bolesti, 27,94% (14 203 osobe) od raka, a na trećem mjestu uzroka smrti su ozljede – 5,41% (2750 osoba). Slijede bolesti dišnoga (2227 umrlih; 4,38%) i probavnoga sustava (2149 umrlih; 4,23%), potom endokrine, pa duševne bolesti⁴². S obzirom na to da na mnoge čimbenike rizika liječnik može utjecati uglavnom samo savjetom, potrebno je osmišljeno dugoročno djelovanje zajednice s ciljem usvajanja zdravoga načina života, što je sukladno Štamparovu aksiomu da »*pitanje narodnog zdravlja i rad na njegovom unapređenju nije monopol liječnika, nego se s njim treba da bave svi bez razlike. Samo ovom zajedničkom suradnjom može se unaprijediti narodno zdravlje*«⁴³.

2.8. Invalidnost

*Prema procjenama UN problem invalidnosti je mnogo rašireniji nego što se inače misli: Od deset stanovnika svake zemlje bar je jedan u izvjesnoj mjeri osoba s invaliditetom.*⁴⁴ U

⁴² T. Ćorić, A. Miler-Knežević, *Izvjешće o umrlim osobama u Hrvatskoj u 2014. godini*. Dostupno na: https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2013/11/umrli_2014I.pdf (pristupljeno 16. III. 2018).

⁴³ A. Štampar, *Pet godina socijalno – medicinskog rada u Kraljevini Srba, Hrvata i Slovenaca*, Institut za socijalnu medicinu Ministarstva narodnog zdravlja u Zagrebu, Zagreb 1925.

⁴⁴ R. Stevanović, K. Capak (ur.), *Hrvatski zdravstveno statistički ljetopis 2016*. Dostupno na: https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2018/01/Ljetopis_2016_IX.pdf (pristupljeno 16. III. 2018).

Hrvatskom registru osoba s invaliditetom registrirane su 511 883 osobe: 307 944 muškaraca i 203 939 žena. Stopa invalidnosti raste od najmlađe dobi (0–4godine, 0,1%), sve do dobne skupine 60–64 godine (14,2%), a potom pada te u najstarijoj dobnoj skupini >85 godina iznosi 7,4%. Najviše je oštećenja lokomotornoga sustava (150 990 osoba – 29,5%), zatim duševnih poremećaja (129 289 osoba – 25,3%), potom oštećenja središnjega živčanog sustava (118 163 osobe – 23,1%) i intelektualnih teškoća (93 291 osoba – 18,2%). Slijede poteškoće u učenju, oštećenja vida, sluha i perifernoga živčanog sustava, prirođenje anomalije i pervazivni razvojni poremećaji. Višestruka oštećenja ima 151 551 osoba (29,6%)⁴⁵.

3. Mogu li Štamparove ideje uputiti na rješenja?

Socijalno-medicinski problemi u Štamparovo doba bili su posljedica materijalne oskudice, društvene i ekonomske neravnopravnosti te nedostupnosti medicinske skrbi. Današnji vodeći problemi su bolesti preobilja (debljina, kronične bolesti, ovisnosti), ali su i dalje prisutni, iako u manjoj mjeri, društvena i ekonomska neravnopravnost te nedostupnost nekih dijelova medicinske skrbi (npr. preduge liste čekanja).

1. Važnije je obavještavanje naroda od zakona. Premda su danas informacije dostupne, svakodnevno se susrećem s pacijentima koji su po pitanju zdravlja neuki. Velik dio mojih pacijenta služi se internetom, ima vlastite profile na društvenim mrežama i često traže informacije na internetu, ali je njihovo razumijevanje medicinske problematike vrlo površno pa dobivena informacija uzrokuje strahove da se radi o teškim, rijetkim i neizlječivim bolestima. Stoga nerijetko moram objašnjavati o čemu se radi. Rješenje vidim u sustavnom zdravstvenom odgoju kojemu je mjesto u obveznom obrazovanju. Kako su nas učili o važnosti higijene tijela, pranja ruku i zubi, tako bi danas bilo potrebno od dječje dobi učiti o zdravoj prehrani, potrebi vježbanja, štetnosti alkohola, pušenja i droga jer je rana tinejdžerska dob najprijemčljivija je upravo za nezdrave navike⁴⁶.

2. Najvažnije je u nekoj sredini pripremiti teren i pravilno shvaćanje zdravstvenih pitanja. Primjer nepripremljenosti terena je provođenje Nacionalnoga programa ranoga otkrivanja raka crijeva koji je u Osječko baranjskoj županiji imao odaziv od 23,9%, premda su na tom području već ranije provedene akcije

⁴⁵ Isto.

⁴⁶ S. Mrkić, J. Buljan, »Pušenje – štetna navika koju nosimo od kuće ili stječemo pod utjecajem društva«, Med Fam Croat, 2011, 2, str. 23–32.

ranog otkrivanja kolorektalnoga karcinoma⁴⁷. Iako je program najavljen, liječnike obiteljske medicine se »zaobišlo« pa sam prve informacije o programu saznao od pacijenata koji su dolazili s upitima. Kako nisam imao službene informacije o Programu, objasnio sam pacijentima što trebaju izbjegavati u prehrani prije slanja uzorka i poticao ih da uzorke stolice svakako pošalju. Za ostale informacije rekao sam neka se obrate onome tko je im je materijale poslao. Moji su kolege slično reagirali. Slično je bilo i s registrom dijabetičara, Cro diab, te s registrom osoba s invaliditetom³⁵. Liječnicima je nametnuto ispunjavanje obrazaca za prijavu u oba registra, što im je oduzimalo dosta vremena, a kako nisu vidjeli ni korist od povratnih informacija, odaziv je bio preslab. Njihovu funkciju preuzeo je CEZIH, koji prikuplja sve relevantne podatke iz dnevnih izvješća i panela (preventivnih i za kronične bolesti), a za ispunjavanje panela predviđa vrijeme i naknadu, te stimulaciju za dosegnuti obuhvat populacije⁴⁸.

3. Pitanje narodnoga zdravlja nije samo monopol liječnika nego se njime trebaju baviti svi, bez razlike. Odnos pučanstva, barem onoga dijela koji često koristi usluge zdravstvenoga sustava, postao je konzumistički, iz čega proizlazi krivi stav dijela pacijenata da je »pacijent uvijek u pravu«. Taj stav ima za posljedicu agresivan nastup prema zdravstvenim djelatnicima, što ponekad rezultira i fizičkim napadom. Štamparov princip na razini pojedinačnoga kontakta s pacijentom treba se odražavati u partnerskom odnosu: na liječniku je da nakon pregleda i obrade predloži pacijentu najbolje dostupne mogućnosti liječenja, a na pacijentu je da odluči što je od toga njemu prihvatljivo (i dostupno – često pacijent nema sredstva za nadoplatu lijeka). Na razini planiranja »održivoga zdravstva« surađivati bi trebali liječnici, zdravstvena vlast i financijeri zdravstvene zaštite. Prostor za uštedu postoji; npr. četvrtina lijekova i u bolnici i u primarnoj zdravstvenoj zaštiti propisuje se bez prave indikacije⁴⁹. O olako indiciranim skupim pretragama i nepodignutim nalazima postoji niz analiza. Kod polovice liječnika postoji sklonost postupanju po načelima defanzivne medicine⁵⁰. Razlozi tomu su strah od tužbe (35%), nesigurnost u standarde *evidence based medicine* (23,5%), nesigurnost u pravne propise (25,6%) i komoditet (17,6%)³⁸. Strategija bi

⁴⁷ Z. Ebling, »Suzbijanje raka debelog crijeva. Iskustvo osječkog programa zaštite«, Med Vjesn, 2007, 39(1–4), str. 145–149; Z. Ebling, M. Strnad, M. Šamija, »Nacionalni program prevencije i ranoga otkrivanja raka u Hrvatskoj«, Med Vjesn, 2007, 39(1–4), str. 19–29.

⁴⁸ HZZO. Pokazatelji provedbe novog modela ugovaranja zdravstvene zaštite – djelatnost opće/obiteljske medicine. Listopad 2014. http://www.hdod.net/novosti/HZZO_novi_model_2014.pdf (pristupljeno 20. III. 2018)

⁴⁹ R. K. Schwartz, S. B. Soumerai, J. Avron, »Physician motivations for nonscientific drug prescribing«, Soc Sci Med, 1989, 28, str. 577–582.

⁵⁰ L. Zibar, »Defanzivna medicina u liječnika u Hrvatskoj – rezultati ankete«, Liječničke novine, ožujak 2018, 168, str. 48–52.

stoga trebala počivati na smanjenju neiskorištenoga dijela, a ne na eliminaciji. Samo na lijekovima moglo bi se uštedjeti do pola milijarde kuna, bez da ikome bude uskraćen potreban lijek, a na racionalnoj dijagnostici i više.

4. Liječnik treba biti uglavnom socijalni radnik, individualnom terapijom ne može se puno postići – socijalna terapija je sredstvo koje ga može dovesti do pravoga uspjeha. Danas liječnik nema ulogu socijalnoga radnika kao prije, za to postoje posebne službe, počevši od ministarstva i centara za socijalni rad, ustanova za pomoć u kući i medicinsku njegu u kući, Crvenoga križa i župskih caritasa. Starenje populacije i iseljavanje mladih u inozemstvo promijenili su uvjete u kojima se danas nalaze stari i bolesni u svojim domovima⁵¹. Većina starijih živi sama ili u staračkom kućanstvu. Danas u kućnom posjetu, nakon pregleda bolesnika, nemam kome reći što treba učiniti. Zaštitnu ulogu starijih umjesto članova obitelji preuzimaju institucije, ali u nedostatnoj mjeri, pa je najjednostavniji način smještaj starijih u domove za umirovljenike⁵². Uz navedenu, zorna je i druga refleksija demografskih promjena na zdravstvenu djelatnost – medicalizacija starosti, zbog čega je ukupna potrošnja lijekova udvostručena⁵³. Rješenje ovoga problema vidi se u dubokim promjenama društva koje bi trebale potaknuti mlade na ostanak i povratak u Hrvatsku te u afirmaciji obitelji kao stanici društva. Društvo kao organizam, ideja kojom se vodio Štampar, može opstati samo ako vodi brigu i pruža što je potrebno njegovim organima, tkivima i stanicama (strukturama društva, lokalnoj zajednici, obitelji, pojedincu...)⁵⁴

5. Liječnik ne smije biti ovisan o bolesniku jer ga ekonomska ovisnost sprječava u njegovim glavnim zadatcima. U primarnoj zdravstvenoj zaštiti ovaj je princip u izvjesnoj mjeri usvojen, barem kod liječnika u koncesiji. Za razliku od prvih ugovora s HZZO-om, koji su se temeljili na broju opredijeljenih osiguranika × glavarina, postupno se došlo do složenoga načina plaćanja koji je uključivao tzv. hladni pogon (režije i bruto plaću medicinske sestre/tehničara), glavarinu (broj opredijeljenih osoba × glavarina), provođenje DTP-a (dijagnostičko-terapijskih postupaka) 1., 2. i 3. razine, te QI (indeks kvalitete) i KPI (pokazatelj

⁵¹ J. Buljan, »Današnji problemi zdravstva u svjetlu postavki Andrije Štampara – pogled seoskog liječnika«, *Analiz Zavoda za znanstveni i umjetnički rad u Osijeku*, Zagreb–Osijek 2012, 28, str. 115–130.

⁵² J. Buljan, »Promjene vitalne statistike u općini Velika Kopanica u razdoblju 1952.-2013. godine, kao osnova za planiranje primarne zdravstvene zaštite«, *Med Jad* 45 (3–4) 2016, str. 105–114.

⁵³ J. Buljan, *The Changes of Prescribing Psychotropic Drugs in Family Medicine*. 4th Conference of Association of Genreal Practice/Family Medicine in South-Eastern Europe. Abstract book. Ljubljana 2015, str. 24.

⁵⁴ S. Fatović-Ferenčić, »Društvo kao organizam: metafora kao polazište Štamparovoj zdravstvenoj ideologiji«, *Cro Med Jour*, 2008, 49, str. 709–719.

učinkovitosti)⁵⁵, čime je stimuliran rad i usvajanje novih vještina i postupaka koje HZZO plaća s ciljem podizanja kvalitete i obima rada u obiteljskoj medicini⁵⁶. Iako je na isti način vrednovan i rad liječnika u domovima zdravlja od strane HZZO-a, postoje velike razlike u provođenju DTP-a⁵⁷. Liječnici u domovima zdravlja, kao i oni u bolnici i zavodima za javno zdravstvo, plaćeni su prema stručnosti, položaju, specijalizaciji, tituli i uvjetima rada – ukratko prema kolektivnom ugovoru. Stoga izostaje motivacija da se radi više ili bolje, osim one koja je inherentna većini liječnika – ljubav prema liječničkom pozivu i osjećaj obveze prema pacijentu. Smatram da su te liječničke osobine često zloupotrijebljavane kada se odlučuje o liječnicima i njihovim primanjima,⁵⁸ što za posljedicu ima iseljavanje liječnika, a naglašava se kako nije samo plaća problem, nego i uvjeti rada i odnos uprava i vlasti prema liječnicima⁵⁹. Stoga je logičan daljnji egzodus liječnika.⁶⁰ Uz to, liječnički je korpus u Hrvatskoj podijeljen, što je prepreka zajedničkom nastupu. Najstarija liječnička udruga, Hrvatski liječnički zbor (HLZ), svoje aktivnosti odvija kroz stručna društva te podružnice. Brodska je podružnica prije 15-ak godina bila vrlo aktivna, organizirajući česta predavanja te uredivši svoj prostor u potkrovlju neurologije. Organizaciju predavanja od tada preuzimaju farmaceutske tvrtke, često za ciljanu medicinsku publiku, i po različitim, manje-više atraktivnim lokacijama, što je dovelo do toga da se mi, liječnici s područja nekadašnje Brodske općine, više ne susrećemo i ne poznajemo. Hrvatski liječnički sindikat (HLS), osnovan 1990., radio je nakon Domovinskoga rata na poboljšanju materijalnoga i društvenoga položaja liječnika, predvođen prim. dr. Josipom Jelićem⁶¹. Posljednjih godina njegova je uloga sve slabija, a i formalno je onemogućen u zastupanju staleških interesa liječnika⁶².

⁵⁵ HZZO. *Pokazatelji provedbe novog modela ugovaranja zdravstvene zaštite – djelatnost opće/obiteljske medicine*. Listopad 2014. http://www.hdod.net/novosti/HZZO_novi_model_2014.pdf (pristupljeno 20. III. 2018).

⁵⁶ Isto.

⁵⁷ Z. Knežević, *Motiviranost liječnika za rad DTP postupaka* (diplomski rad), Zagreb 2011; HZZO. *Pokazatelji provedbe novog modela ugovaranja zdravstvene zaštite – djelatnost opće/obiteljske medicine*. Listopad 2014. http://www.hdod.net/novosti/HZZO_novi_model_2014.pdf (pristupljeno 20. III. 2018).

⁵⁸ S. Škugor-Hrnčević, »O pravima liječnika i dalje pregovaraju drugi«, *Liječničke novine*, ožujak 2018, 167, str. 14–19.

⁵⁹ Dostupno na: <https://www.hlk.hr/predstavljen-demografski-atlas-hrvatskog-lijecnistva-na-1-saboru-hrvatskog-lijecnistva.aspx> (pristupljeno 15. III. 2018).

⁶⁰ Isto.

⁶¹ <http://www.hls.hr/hr/o-nama> (pristupljeno 21. III. 2018).

⁶² S. Škugor-Hrnčević, »O pravima liječnika i dalje pregovaraju drugi«, *Liječničke novine*, ožujak 2018, 167, str. 14–19.

Hrvatsko katoličko liječničko društvo (HKLD), osnovano 1991. s ciljem promicanja kršćanskih načela u radu liječnika i srodnih profesija, radi preko podružnica i sekcija te izdaje svoj *Glasnik*⁶³. Hrvatska udružba obiteljske medicine (HUOM), osnovana 1992. na poticaj nastavnika Katedre obiteljske medicine, s ciljem afirmacije obiteljske medicine kao struke i znanstvene discipline, radila je preko podružnica i sekcija, organizirajući kongrese obiteljske medicine, uz koje su izdavani zbornici, a uz to je izdavač časopisa *Medicina familiaris Croatica*⁶⁴. Nakon prvih uspjeha, aktivnost HUOM-a kao strukovne organizacije počeo je slabiti; skromno pridonosi unaprjeđenju staleških interesa liječnika, ali zato znatno stručno pridonosi. Hrvatska liječnička komora (HLK), osnovana 1995. kao slijednica Liječničke komore osnovane 1923,⁶⁵ umjesto suglasnosti daje samo mišljenje na ugovore zdravstvenih ustanova s HZZO-om i vlastima. Njezina je prvotna funkcija bila izdavanje i obnavljanje licenci liječnicima. Važna mjesta u njoj dobili su predstavnici primarne zdravstvene zaštite, zahvaljujući organiziranom djelovanju KoHOM-a (Koordinacija hrvatske obiteljske medicine), kada je predsjednik postao prim. dr. Hrvoje Minigo, a dopredsjednik dr. Mario Malnar. Na izborima za tijela HLK-a 2015. istom se strategijom poslužio HUBOL (Hrvatska udruga bolničkih liječnika) pa je predsjednik HLK-a postao dr. sc. Trpimir Goluža, koji je pokrenuo mnoštvo aktivnosti; uspostavljeno je cjelodnevno radno vrijeme ureda, redovito se obilaze županijske podružnice, a znatno je porasla prisutnost HKL-a i u medijima. Smatram da je tek sada HLK postao prepoznatljiv u javnosti te da se zauzima za staleške interese liječnika. Razlozi stvaranja KoHOM-a, udruge nastale 2008., bili su staleški interesi liječnika obiteljske medicine koju u to vrijeme ne zastupa na adekvatan i učinkovit način ni jedna strukovna organizacija. Pojava KoHOM-a unijela je nemir i živost nekonvencionalnim metodama borbe za staleška pitanja i izazvala oštre, pa i neprimjerene reakcije. Kao buntovna organizacija obiteljskih liječnika bila je inspiracija bolničkim liječnicima da se krajem 2013. organiziraju u HUBOL,⁶⁶ snažnu udruhu bolničkih liječnika, često i politički aktivnih, koji se bore za svoja prava, preuzevši vodeća mjesta na izborima za tijela HLK-a 2015. Proteklo razdoblje obilježavaju međusobni sukobi i nesuradnja među liječničkim organizacijama. Unutar korpusa obiteljskih liječnika djeluju još i spomenuti HDOD (Hrvatsko društvo obiteljskih doktora) kao stručno društvo HLZ-a, te Društvo nastavnika opće/obiteljske medicine koje se bavi stručnim pitanjima, nastavom

⁶³ <http://www.hls.hr/hr/o-nama> (pristupljeno 21. III. 2018).

⁶⁴ *Kršćanska načela kroz znanost* (<http://www.hkld.hr/o-drustvu/opcenito>; pristupljeno 21. III. 2018).

⁶⁵ M. Vrca Botica, »Riječ urednika, uz prvi broj časopisa«, *Med fam Cro*, 1993, 1(1), str. 1.

⁶⁶ <https://www.hubol.hr/o-hubol-u/>; pristupljeno 21. III. 2018.

te organizacijom kongresa i tečajeva kao i međunarodnom suradnjom⁶⁷. Sve te mnogobrojne liječničke udruge trebale bi definirati zajedničke interese liječnika i za njih se složno boriti, a za one posebne interese pojedinih skupina biti jedni drugima potpora.

6. U pitanjima narodnoga zdravlja ne smije se činiti razlika između ekonomski jakih i slabih. U vrijeme kada Štampar započinje svoje reforme, liječnik je bio dostupan malom dijelu stanovništva, a zdravstveno osiguranje imalo je oko 5% stanovništva⁶⁸. Danas su razlike u dostupnosti medicinske skrbi sve izraženije. Posljedica je to dijelom neravnomjerne distribucije liječnika, još od razdoblja prije Prvoga svjetskog rata. I danas veliki gradovi, naročito Zagreb, imaju u proporciji višestruko više liječnika nego Slavonija ili Lika. Iseljavanjem liječnika dostupnost medicinske skrbi je sve slabija, što se najzornije očituje u produljenjima listi čekanja. Drugi razlog je tehnološki razvoj medicine, koji se koncentrira ponajprije u velikim (kliničkim) centrima, a u provinciju dolazi (ako dolazi) s odmakom od nekoliko godina. To se napose odnosi na dijagnostičke metode (CT, MR, PET CT, laboratorijske metode za specifična područja medicine), ali i na načine liječenja (napredne kirurške metode, interventna radiologija i kardiologija, onkološko liječenje). Iako deklarativno svi imaju jednaka prava, put do ostvarivanja tih prava različito je dug i težak. Razlike u dostupnosti medicinske skrbi će se povećavati. Za rješavanje toga problema treba definirati minimum koji je dostupan svima osiguranima. »Zdravstveni luksuz« (npr. apartman u bolnici umjesto zajedničke sobe) može se prebaciti na dodatna osiguranja. Uz to, potrebno je zdravstvu uplatiti pripadajući mu novac te ga namjenski trošiti⁶⁹.

7. Potrebno je stvoriti zdravstvenu organizaciju u kojoj će liječnik tražiti bolesnika, a ne bolesnik liječnika jer samo na taj način možemo obuhvatiti veći broj onih čije zdravlje trebamo čuvati. U vrijeme početka Štamparevih reformi liječničke usluge koristilo je oko 20% stanovništva⁷⁰. Danas u godini dana zdravstvenu uslugu zatraži 84,80% stanovništva⁷¹. Odnos liječnika prema bolesniku trebao bi biti aktivan. Liječnik ne smije samo rješavati akutni problem, već utvrditi postoji li kod pacijenta rizik od pojave ili razvoja neke ozbiljne bolesti, te

⁶⁷ <http://www.dnoom.org/index.php/foto-galerija/56-o-nama>; pristupljeno 21. III. 2018.

⁶⁸ A. Štampar, »Deset godina unapređivanja narodnog zdravlja«, u: *Deset godina unapređivanja narodnog zdravlja*, Zaklada Tiskare Narodnih Novina, Zagreb 1934., str. 15–29.

⁶⁹ L. Zibar, »Defanzivna medicina u liječnika u Hrvatskoj – rezultati ankete«, *Liječničke novine*, ožujak 2018, 168, str. 48–52.

⁷⁰ A. Štampar, »Deset godina unapređivanja narodnog zdravlja«, u: *Deset godina unapređivanja narodnog zdravlja*, Zaklada Tiskare Narodnih Novina, Zagreb 1934., str. 15–29.

⁷¹ J. Buljan, »Promjene vitalne statistike u općini Velika Kopanica u razdoblju 1952.-2013. godine, kao osnova za planiranje primarne zdravstvene zaštite«, *Med Jad* 45 (3–4) 2016, str. 105–114.

nakon pregleda učiniti planove za buduću obradu, provesti oportunistički screening (maligne bolesti, hipertenzija, dijabetes) kod pacijenta rizičnih skupina, kao i zdravstveno-odgojnu edukaciju (o pušenju, hipertenziji, debljini, tjelesnoj aktivnosti i prehrani), čime se integriraju kurativa i primarna te sekundarna prevencija. Da bi se ovaj pristup mogao kvalitetno provesti, potrebno je smanjiti standard tima obiteljske medicine (sa sadašnjih 1700) koji, prema sadašnjim normativima, ima tek nešto više od 1 sat po osiguraniku godišnje. Uz dnevnu učestalost posjeta u ordinaciji, koja nerijetko prelazi stotinu pacijenata dnevno, nije moguće djelovati na način integrirane medicine. Dio pacijenta se stoga prelijeva u skuplju specijalističko-konzilijarnu zaštitu, a dio u privatni zdravstveni sektor. Zdravstveni bi sustav trebao biti mobilniji i prilagodljiviji potrebama pučanstva, a za neke zdravstvene probleme potrebno je osnovati posebne ustanove ili centre. Za provođenje programa nacionalnoga značenja treba samo osnažiti zdravstveni sustav (kadrovski, opremom i financijski) te redefinirati planove.

8. Liječnik treba biti narodni učitelj. U svakodnevnom kontaktu s bolesnicima u ordinaciji i njihovim domovima velik dio liječnikova posla je poučavanje, bilo bolesnika, bilo ukućana, bilo roditelja. Dobro bi bilo da točne informacije stanovništvo dobije i u školama, u okviru zdravstvenoga odgoja, televizijskim emisijama, javnim glasilima te na internetskim portalima. Držati predavanja, kako je to uveo Štampar za pučanstvo, vrijedilo bi i danas.

9. Pitanje narodnoga zdravlja ima više ekonomsko nego humanitarno značenje. Zdravstveni sustav je svojim ukupnim djelovanjem znatno povećao ukupni broj radno aktivnih godina u Hrvatskoj. Podatci govore o produljenju životne dobi i očekivanoga trajanja života (u Hrvatskoj je životna dob danas 78,00 godina, u Europskoj uniji 80,87, a u europskoj regiji 77,51 godina)⁷². Udio umrlih u radno aktivnoj dobi (do 65 godina) smanjuje se od 50% u 1960-ima na manje od 18% nakon 2010.⁷³ To je kapital koji se očito nedostatan vrednuje ali i polazište za promjenu paradigme u kojoj je zdravstveni sustav potrošač u paradigmatu u kojoj se zdravstvo smatra proizvođačem radnoga kapaciteta populacije, što jača ekonomsku osnovicu društva.

10. Glavno mjesto liječničkoga djelovanja su naselja, a ne laboratoriji i ordinacije. Iskustvo rada i stanovanja u istom mjestu, na selu, dalo mi je iskusiti što znači biti liječnik u zajednici. Bio u ordinaciji ili ne, u radno vrijeme ili izvan njega, sumješteni mi prilaze i pitaju za savjet. Medicinsku skrb u primarnoj zdravstvenoj za-

⁷² R. Stevanović, K. Capak (ur.), *Hrvatski zdravstveno statistički ljetopis 2016*. Dostupno na: https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2018/01/Ljetopis_2016_IX.pdf (pristupljeno 16. III. 2018).

⁷³ J. Buljan, »Promjene vitalne statistike u općini Velika Kopanica u razdoblju 1952.-2013. godine, kao osnova za planiranje primarne zdravstvene zaštite«, *Med Jad* 45 (3–4) 2016, str. 105–114.

štiti provodim u sredini u kojoj ljudi žive, i sve sam svjesniji da uspjeh liječenja ovisi jednako i o nemedicinskoj skrbi za ugrožene pojedince i skupine, a koja pada na teret zajednice. Uz to, medicinska struka posjeduje znanje i metodologiju kojom može definirati zdravstveno stanje populacije i odrediti zdravstvene potrebe, te može biti kvalitetan partner prilikom izrade planova zdravstvene zaštite te projekata koji imaju socijalno-medicinsku važnost (skrb o starijima, komunalni planovi – vodovod, kanalizacija, briga o okolišu, školska prehrana).

Zaključak

Djelovanje zdravstvenoga sustava i danas je, kao i u doba Andrije Štampara, neodvojivo od politike, gospodarske snage i organizacije društva. Prioritete najčešće ne određuje zdravstvena struka, nego u pravilu vlast, oslanjajući se na dostupne resurse, ali i na utjecaje međunarodnih čimbenika (Svjetska banka, MMF, EU itd.). Hrvatski liječnički korpus sa svojim organizacijama i četiri medicinska fakulteta posjeduje znanje i metodologiju kojom se u planiranju zdravstvene zaštite mogu optimizirati ishodi. Zdravstveni je sustav pridonio jačanju ekonomske baze društva produljenjem životne dobi, znatno smanjujući stope smrtnosti u radno aktivnoj dobi. Negativni demografski trendovi, naročito iseljavanje mladih, mogu se okrenuti, no za to je potreban društveni konsenzus i odluka da se život i rad u Hrvatskoj učine atraktivnima. Demokratičnost i pravednost društva odražava se u dostupnosti zdravstvene skrbi svakom pojedincu. Solidarnost i pravičnost temelje se na načelu da ono što smatramo vlastitim pravom, priznajemo i drugima. A to se pravo nalazi u srži Štamparovih postulata i potrebno ga je promovirati i ostvarivati u životu društvene zajednice.

ŠTAMPAR'S LEGACY: A REVIEW OF PUBLIC HEALTH AND HEALTHCARE TODAY

Josip Buljan

Velika Kopanica Health Center
josip.buljan@sb.t-com.hr

ABSTRACT: The topic of this paper is the functioning of the healthcare system in Croatia today. Like in Štampar's time, the healthcare system cannot be separated from politics, economic strength, and social organisation. Referring to the socio-medical issues of today, the paper warns about the lack of human and material resources in modern healthcare.

Keywords: *healthcare system in Croatia; socio-medical issues*



Članci su dostupni pod licencijom Creative Commons: Imenovanje-Nekomercijalno (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>). Sadržaj smijete umnožavati, distribuirati, priopćavati javnosti i prerađivati ga, uz obvezno navođenje autorstva, te ga koristiti samo u nekomercijalne svrhe.