

PRIMARNA ZDRAVSTVENA ZAŠTITA DJECE U HRVATSKOJ

Jelena Roganović

Klinika za pedijatriju KBC Rijeka

Medicinski fakultet Rijeka

Republika Hrvatska

Povijesni pregled primarne zdravstvene zaštite djece u Hrvatskoj

Organizirani oblici pedijatrijske zaštite postoje u Hrvatskoj stotinjak godina. Prvi školovani hrvatski pedijatar je bio Radovan Marković (1874 – 1920), koji je 1904. godine u zagrebačkoj Bolnici milosrdnih sestara osnovao prvi dječji odjel na Balkanu. Hrvatska pedijatrija se razvijala na konceptu jedinstvene pedijatrije integrirane kurativne i preventivne zaštite. Nakon Drugog Svjetskog rata Hrvatska je imala malo pedijatara i nepovoljno stanje zdravstvene zaštite. Mortalitet dojenčadi je 1951. iznosio 131,2‰, a također su vrlo visoki bili mortalitet žena u porođaju i postotak porođaja bez stručne pomoći. U takvim uvjetima je prihvaćen koncept Svjetske zdravstvene organizacije i UNICEF-a o potrebi za specifičnom zdravstvenom zaštitom majki i djece pomoću posebno organizirane službe s piramidalnim modelom: dispanzera za primarnu zdravstvenu zaštitu majki i djece, intermedijarnih centara koji pružaju hospitalno zbrinjavanje bolesne djece i povezuju rad primarne zdravstvene zaštite djece te formiranje Republičkog centra za koordinaciju, edukaciju kadrova i evaluaciju zdravstvene zaštite majki i djece. Za takav dispanzerski način rada provodila se posebna edukacija liječnika opće medicine za rad s djecom, najprije kroz šestomjesečne tečajevе socijalne pedijatrije, a zatim kroz dvosemestralne poslijediplomske tečajevе za zdravstvenu zaštitu majki i djece. Dio educiranih liječnika nastavio je s daljnjom edukacijom i specijalizacijom iz pedijatrije. Tijekom razvoja pedijatrijske djelatnosti na primarnoj razini, razvijala se i potrebna infrastruktura odnosno prostori prilagođeni potrebama zdravstvene skrbi djece definirani Pravilnikom o minimalnim uvjetima u pogledu prostora, radnika i medicinsko-tehničke opreme za obavljanje zdravstvene djelatnosti (odvojen prostor za savjetovalište za zdravu djecu, izolacija, dodatni sanitarni čvorovi i drugo).

Kao jedna od 196 zemalja potpisnica Konvencije o pravima djeteta, Hrvatska se obvezala na usklađivanje nacionalnog zakonodavstva i prakse sukladno Konvenciji, koja naglašava da zdravstvena zaštita treba biti dostupna svojoj djeci i maksimalno moguća prema najvišim dostupnim standardima svake zemlje. Osim Konvencije, Hrvatska je od 2003. potpisnica Milenijske deklaracije koja se u svom 4. razvojnom cilju posebno zalaže za smanjenje smrtnosti novorođenčadi i djece. Da bi to bilo moguće, u Hrvatskoj su razrađeni podciljevi usmjereni na sigurno majčinstvo s dobrom prenatalnom skrbi, regionalizacijom perinatalne zaštite i osiguranjem potrebnog broja pedijatara u primarnoj zdravstvenoj zaštiti djece. Kroz nekoliko desetljeća hrvatska pedijatrija je bila snažno preventivno i socijalno orijentirana slijedeći napredne svjetske trendove.

Reforma zdravstva u Hrvatskoj je započela 1991. donošenjem novog Zakona o zdravstvenoj zaštiti kojim su otvorena vrata privatizaciji primarne i specijalističko-konzilijarne zdravstvene zaštite te se pacijentima zajamčilo pravo na izbor osobnog liječnika u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Time se nastojalo povećati dostupnost zdravstvene zaštite na primarnoj razini, ali i povećati konkurentnost pruženih usluga po kvaliteti i opsegu. Namjera je bila dio tereta zdravstvene skrbi prenijeti sa sekundarne razine na primarnu uz dodatnu edukaciju liječnika opće prakse uvođenjem specijalizacije iz obiteljske medicine i jačanjem modela „obiteljskog liječnika“, kao dokazano najracionalnijeg sudionika u pružanju primarne zdravstvene zaštite stanovništva. Stoga se veliki val edukacije specijalista pedijatara osamdesetih godina 20. stoljeća polako gasi tijekom devedesetih godina. Tada se bilježi gotovo potpuni prestanak upućivanja na specijalizacije iz pedijatrije za potrebe primarne zdravstvene zaštite i tek je 2004. pokrenuto 16 specijalizacija. Također je bila zabrinjavajuća neravnomjerna distribucija ordinacija za zaštitu zdravlja djece predškolske dobi prema kojoj su veliki gradovi imali zadovoljavajuću popunjenost mreže ordinacija dok su npr. istočna Slavonija i Istra imale svega 50% potrebnih ordinacija.

Model obiteljskog liječnika je trebao biti praćen smanjenjem korištenja usluga u specijalističko-konzilijarnoj zdravstvenoj zaštiti. U praksi se, međutim, pokazalo da korištenje zdravstvenih usluga na primarnoj razini u timu liječnika opće/obiteljske medicine nije bilo kompenzirano zbrinjavanjem tih potreba na primarnoj razini, već se odrazilo na povećano korištenje specijalističkokonzilijarne zaštite, a time i cjelokupne zdravstvene potrošnje. Veća potrošnja, preopterećenje primarne zdravstvene zaštite i oštro protivljenje Hrvatskog pedijatrijskog društva, rezultirali su novim Zakonom o zdravstvenoj zaštiti stanovništva Hrvatske koji je Hrvatski Sabor izglasao 2003. godine. Usvojen je prijedlog da pedijatar ostaje u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, a također je bilo značajno određenje da ginekolog brine o primarnoj

zdravstvenoj zaštiti žena u svezi trudnoće. Prema članku 26. stavka III navedenoga Zakona: Zdravstvena djelatnost na primarnoj razini provodi se i organizira u timskom radu u kojem sudjeluju najmanje zdravstveni radnik visoke stručne spreme i zdravstveni radnik srednje stručne spreme.

Poslove u zdravstvenoj djelatnosti na primarnoj razini obavljaju doktori medicine, specijalisti obiteljske (opće) medicine, medicine rada, školske medicine, epidemiologije, zdravstvene ekologije, javnog zdravstva, doktori stomatologije, magistri farmacije i diplomirani inženjeri medicinske biokemije sa svojim suradnicima. U zdravstvenoj djelatnosti na primarnoj razini poslove zdravstvene zaštite djece obavlja specijalist pedijatrije, poslove zdravstvene zaštite žena u vezi s trudnoćom, porođajem, materinstvom, planiranjem obitelji, ranim otkrivanjem malignih bolesti i liječenjem spolno prenosivih i drugih bolesti obavlja specijalist ginekologije, a poslove zaštite mentalnog zdravlja obavlja specijalist psihijatrije te nezdravstveni radnici visoke stručne spreme koji ispunjavaju uvjete propisane pravilnikom iz članka 23. stavka 2. ovoga Zakona.

U provođenju pojedinačnih mjera zdravstvene zaštite u zdravstvenoj djelatnosti na primarnoj razini, a posebno u zdravstvenoj zaštiti radnika, djece predškolskog i školskog uzrasta te zaštiti mentalnog zdravlja sudjeluje i psiholog, logoped i socijalni radnik, odnosno drugi stručnjaci za pojedina specifična pitanja te zaštite. Zdravstveni radnici u zdravstvenoj djelatnosti na primarnoj razini u timskom radu surađuju sa zdravstvenim radnicima drugih specijalnosti u specijalističko-konzilijarnoj i bolničkoj zdravstvenoj zaštiti“.

Svaki dom zdravlja je dužan osigurati zdravstvenu zaštitu djece (članak 69. stavak IV): „Dom zdravlja u svom sastavu mora imati obiteljsku (opću) medicinu, stomatološku zdravstvenu zaštitu, zdravstvenu zaštitu žena, dojenčadi i predškolske djece i starijih osoba, zaštitu mentalnog zdravlja i patronažnu zdravstvenu zaštitu“.

Zakonsko određenje o radu pedijatra u primarnoj zdravstvenoj zaštiti je bila dobra pretpostavka za daljnje kvalitetno reguliranje zdravstvene zaštite djece. Međutim, praksa je pokazala da se i pozitivno zakonsko određenje nije dosljedno provodilo zbog financijskih razloga, otpora promjenama ili zbog manjka pedijatara.

Osim privatne prakse, tijekom devedesetih godina pojavila se mogućnost zakupa pedijatrijskih (i drugih) ordinacija s ciljem što brže privatizacije, ali i svjesnosti da nije postojala mogućnost kupnje prostora i opreme koju svaka ordinacija treba imati. U Hrvatskoj postoje tri oblika privatne prakse: a) „Čista“ privatna praksa - Liječnik je privatni poduzetnik koji je vlasnik ordinacije i opreme u njoj. On može direktno naplaćivati usluge ili putem ugovora s fondom zdravstvenog osiguranja; b) Privatna praksa u zakupu - Liječnik primarne zdravstvene zaštite zakuplje prostor u domu zdravlja; nije vlasnik prostora i opreme, radi kao privatnik i ima ugovor s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje te se financira glavarinama; c) Privatna praksa izvan radnog vremena.

Primarna zdravstvena zaštita djece predškolske dobi

Današnji rad pedijatrijskih ordinacija sa specijalistom pedijatrom i srednjom medicinskom sestrom je zakonski definiran još 1993. godine kada dolazi i do ukidanja više medicinske sestre u timu. Također se povećao standardni broj osiguranika po timu s 850 na 1200 djece. Posljedično je došlo do udvostručenja obima rada koji je mjerljiv bodovnim i vremenskim normativima.

U razdoblju 1995. - 2010. godine zabilježen je trend pada broja ordinacija u djelatnosti zdravstvene zaštite predškolske djece od 15%; od 296 u 1995. broj ordinacija je smanjen na 254 u 2010. godini. U istom razdoblju je prosječan broj djece predškolske dobi po pedijatrijskom timu narastao za 12%. Za 2012. Se bilježi povećanje prosječnog broja djece po timu na 932 djece dobi od 0 - 7 godina. Budući da su timovi djelomično popunjeni djecom od 7 -18 godina, prosječna popunjenost tima djecom od 0 -14 godina je 1288, a djecom od 0 - 18 godina je 1329 djece. Prijetnja postupnog gašenja primarne pedijatrijske djelatnosti je donekle ublažena mirovinskom politikom kojom je produljen radni vijek, a dijelom prelaskom pedijatara iz bolnica i specijalističko-konzilijarne djelatnosti u primarnu zdravstvenu zaštitu. Bilježi se porast udjela specijalista pedijatara u primarnoj zdravstvenoj zaštiti djece, sa 72% u 1995. na 98% u 2010. godini. Od 2005. započinje upućivanje na specijalizaciju ubrzanim tempom kroz 3 godine. Rezultat toga je popunjavanje mreže pedijatrijskih ordinacija posebno u deficitarnim županijama. Planiranje daljnje specijalističke edukacije treba provoditi u skladu s realnim potrebama lokalnih zajednica, imajući u vidu i kontinuirano smanjivanje nataliteta i udjela djece u ukupnom stanovništvu. Primjerice, u Hrvatskoj je 1991. bilo oko milijun djece 0 – 14 godina (19,4% ukupnog stanovništva), 2001. oko 800.000 (15,2% ukupnog stanovništva), a 2018. godine 720.000 djece. Posljednji pozitivan prirodni prirast je u Hrvatskoj zabilježen 1997. godine. Stopa prirodnog prirasta u 2016. je iznosila -3,4 (-14 005 osobe). Negativno prirodno kretanje pokazao je i vitalni indeks (živorođeni na 100 umrlih), koji je iznosio 72,8. Prema privremenim podacima Državnog zavoda o prirodnom kretanju stanovništva u Hrvatskoj je 2017. bio rekordan negativni prirodni prirast u posljednjih sedam godina sa 17.614 više umrlih nego rođenih (konačni podaci za 2017. bit će objavljeni u srpnju ove godine). Ovim demografskim podacima treba pridodati i iseljavanje stanovništva. Mreža javne zdravstvene službe iz 2009. je dokument kojim se regulira optimalna distribucija pedijatrijskih ordinacija i koji uvažava populacijske, zemljopisne i gospodarske elemente dostupnosti zdravstvene zaštite.

U važećem Zakonu o zdravstvenoj zaštiti koji je na snazi od 01.01.2015. nema promjena u djelatnosti pedijatrije na primarnoj razini u smislu zbrinjavanja dobne skupine predškolske djece. Zakonom je definirano slijedeće:

„Doktor specijalist pedijatar ugovara provođenje zdravstvene zaštite za djecu predškolske dobi od 0 do 7 godina, a iznimno ima pravo ugovoriti provođenje zdravstvene zaštite i za djecu školske dobi do završenog osnovnog školovanja i to kada nije u mogućnosti popuniti tim do standardom propisanog broja djece predškolske dobi. Doktor ugovoren u djelatnosti opće/obiteljske medicine ima pravo ugovoriti provođenje zdravstvene zaštite za osigurane osobe starije od 4 godine. Iznimno, doktor ugovoren u djelatnosti opće/obiteljske medicine ima pravo ugovoriti provođenje zdravstvene zaštite i za djecu dobi od 0 do 4 godina, ako prema mjestu prebivališta, odnosno boravka, djeca navedene dobi nemaju mogućnost izbora doktora specijalista pedijatra“.

Od ukupno osigurane djece predškolske dobi, 85% je u skrbi pedijatar na primarnoj razini (15% u skrbi liječnika opće/obiteljske medicine), a svega jedna trećina djece od 7 do 14 godina.

Publikacija „Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis“ sadrži najvažnije podatke i pokazatelje o radu zdravstvenih službi u sustavu zdravstva kao i pokazatelje o zdravstvenom stanju hrvatske populacije i odabranih populacijskih skupina. Prema podacima ljetopisa za 2016. godinu o zdravstvenoj zaštiti dojenčadi i male djece, dostavljena su izvješća od 278 timova, koji su imali u skrbi 394.490 osiguranika od kojih su 257.295 (65%) djeca predškolske dobi, dok su ostali uglavnom djeca školske dobi. Prema broju doktora i osiguranika u djelatnosti, u prosjeku jedan tim skrbi za 1.419 osiguranika od kojih su 925 djece u dobi 0 - 6 godina.

Timovi su zabilježili 2.566.414 posjeta (prosječno 9.232 po timu). Od ukupnih posjeta, 58,8% se odnosi na preglede (1.508.974 pregleda), te je prosječno 5.428 pregleda po timu. Uz preglede, registrirano je 412.215 upućivanja na specijalističke preglede (1.482 upućivanja po timu, odnosno za svaki 4. pregled je bilo potrebno dodatno specijalističko mišljenje). U 2016. je zabilježeno 299.811 preventivnih pregleda ili 1.078 po timu. Od ukupnih preventivnih pregleda je 150.824 pregleda dojenčadi i 148.987 pregleda male djece. U cjelokupnoj primarnoj zaštiti (u djelatnosti zdravstvene zaštite dojenčadi i male djece i ordinacijama opće/obiteljske medicine koje u skrbi imaju malu djecu) provedeno je ukupno 162.088 preventivnih pregleda dojenčadi i 168.289 pregleda male djece. U djelatnosti za zaštitu zdravlja dojenčadi i male djece prosječno je bilo 5 preventivnih pregleda po dojenčetu, a u općoj/obiteljskoj medicini 4,2 preventivnih pregleda po dojenčetu čime je u potpunosti održan standard određen Programom mjera zdravstvene zaštite. Prosječan broj preventivnih pregleda po malom djetetu je u obje djelatnosti niži od određenog standarda. U djelatnosti za zaštitu zdravlja djece bilo je prosječno 0,72 a u općoj/obiteljskoj medicini prosječno 0,73 preventivnih pregleda po malom djetetu.

Primarna zdravstvena zaštita školske djece, mladeži i studenata

Skrb o bolesnoj djeci školske dobi u primarnoj zdravstvenoj zaštiti provode liječnici opće/obiteljske medicine. Preventivnu i specifičnu zdravstvenu zaštitu provode liječnici školske medicine kao dio djelatnosti zavoda za javno zdravstvo. Jedan tim u sastavu 1 specijalist školske medicine i 1 medicinska sestra prema važećem normativu Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje skrbi za oko 3.600 djece osnovnih i srednjih škola i redovitih studenata. U službama je u školskoj godini 2015./2016. bilo zaposleno 174 liječničkih timova, od toga 134 specijalista školske medicine, 29 liječnika na specijalizaciji i 11 liječnika opće medicine. Prema dostupnim podacima jedan tim školski medicine skrbi za približno 4.100 osiguranika, a u nekim županijama broj djece školske dobi po timu je veći od 5.000.

Aktivnosti se, sukladno Programu mjera zdravstvene zaštite školske djece, dijele na nekoliko osnovnih područja: klasične mjere preventivne zdravstvene zaštite koje obuhvaćaju provedbu obveznih cijepljenja, sistematske te sve ostale preventivne preglede; zdravstveni odgoj i provođenje programa promicanja zdravlja; savjetovani rad i rad s djecom s posebnim potrebama; epidemiološke i aktivnosti u vezi sa zaštitom okoliša. Sistematski pregled prije upisa u prvi razred zakonska je obveza koju timski provode liječnici školske medicine te učitelji i članovi stručne službe škole koju će dijete polaziti. Pregledima je obuhvaćena cijela generacija. Obuhvat sistematskih pregleda drugih generacija učenika je niži (84% u petom razredu osnovne škole, 96% u osmom razredu osnovne škole, 69% u prvom razredu srednje škole).

Hrvatskoj nedostaje pedijatar

Briga za zdravlje i dobrobit djece u Hrvatskoj je sastavnica više nacionalnih strategija, planova i programa. Prema podacima Ministarstva zdravstva, na specijalizaciji iz pedijatrije trenutačno su 122 liječnika, a ove je godine odobreno 18 specijalizacija. Prosječna starosna dob pedijatar je iznad 50 godina. Za popunjavanje mreže u primarnoj zdravstvenoj zaštiti nedostaju 83 pedijatra, dok po analizama Hrvatske liječničke komore u bolnicama nedostaje još 69 pedijatar, što je ukupni manjak više od 150 pedijatar. Prema praćenju proteklih dvadesetak godina može se očekivati povećanje ove brojke za oko 15% zbog prijevremenog umirovljenja (bolest ili drugi razlozi).

Smanjenjem broja osiguranika po timu (pedijatri u primarnoj djelatnosti prosječno skrbe o više od 1.200 djece, a u zemljama Europske unije jedan pedijatrijski tim skrbi za 800 do 850 djece) osiguralo bi se više vremena za preventivni savjetovani rad, kraće čekanje na pregled i smanjila mogućnost stručne pogreške.

Informatizacija primarne zdravstvene zaštite rezultirala je brojnim pogodnostima za pedijatrijske timove i osiguranike, od smanjenja broja papirnatih zapisa do bržeg i efikasnijeg pružanja zdravstvenih usluga zbog informatičke povezanosti s ljekarnama (e-recept) i laboratorijem (e-uputnica, povrat nalaza). Timovima je osigurana povezanost s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje (podaci o osiguranju pacijenta, opredijeljenost za liječnika, pristup određenim bazama) i s drugim sudionicima u procesu liječenja i prevencije bolesti (bolnicama, specijalističko-konzilijarnim djelatnostima, hitnom medicinskom pomoći).

Cilj Hrvatskog pedijatrijskog društva je da zdravstvenu zaštitu djece do 18 godina na primarnoj razini provode pedijatri. Pri tom je važno poboljšati horizontalnu i vertikalnu povezanost struke te povezanost s drugim resorima koji sudjeluju u brizi za djecu (socijalna skrb, odgoj i obrazovanje) na lokalnoj i državnoj razini.

Literatura

1. Državni zavod za statistiku. Prirodno kretanje stanovništva Republike Hrvatske u 2016. Zagreb 2017. Broj 7.1.1. Dostupno na: https://www.dzs.hr/Hrv_Eng/publication/2017/07-01-01_01_2017.htm
2. Grgurić J, Rister Šokčević A, Švel I, Trenc S, Nikpalj B, Vukelić S. Zdravstveno stanje i zdravstvena zaštita majke i djeteta. U: Popović B, Letica S, Škrbić M (ur) Zdravlje i zdravstvena zaštita. Zagreb, Jumena 1981; 231-51.
3. Grgurić J. „Quo Vadis“ Hrvatska pedijatrija? Paediatr Croat 2005; 49 (Supl 1):8-12.
4. Grgurić J. Trideset godina rada Zavoda u unapređenju zdravstvene zaštite majki i djece. Arhiv ZMD 1982; 1: 1-7.
5. Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2016. godinu. Stevanović R, Capak K (ur). Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Zagreb, 2017. Dostupno na: https://www.hjz.hr/wp-content/uploads/2018/01/Ljetopis_2016_IX.pdf
6. Jovančević M, Grgurić J, Knežević M. Organizacija pedijatrijske primarne zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj danas i sutra. Medix 2004; 56/57: 128-132.
7. Kostinčer-Pojić A, Rodin U, Španović Đ. Značaj upravljanja zdravstvenim informacijama u primarnoj zdravstvenoj zaštiti djece. Paediatr Croat 2014; 58 (2): 45-9.
8. Mestrovic J, Bralic I, Simetin IP, Mujkic A, Radonic M, Rodin U, et al. The Child Health Care System of Croatia. J Pediatr 2016; 177S: S48-S55.
9. Pavić Šimetin I, Mayer D. Preventivna i specifična zdravstvena zaštita djece školske dobi i mladih. Hrvatski časopis za javno zdravstvo 2013; 9 (36): 67-75.
10. Rodin U, Kostinčer-Pojić A, Španović Đ, Mujkić A. Dostupnost podataka o preventivnoj zdravstvenoj zaštiti djece predškolske dobi. Paediatr Croat 2016; 60 (Supl 1): 237-242.
11. Španović Đ, Kostinčer-Pojić A, Rodin U, Bralić I, Kolarek-Karakaš M. Budućnost hrvatske primarne pedijatrije. Paediatr Croat 2012; 56 (2): 66-72.
12. Zakon o zdravstvenoj zaštiti. Narodne novine 2003; 121: 4470-96.
13. Zakon o zdravstvenoj zaštiti. Zakon.Hr – pročišćeni tekstovi zakona. Dostupno na: <https://www.zakon.hr/z/190/Zakon-o-zdravstvenoj-zaštiti>