

UTJECAJ ORGANIZACIJE ZDRAVSTVA NA KVALITETU RADA OBITELJSKOG DOKTORA

Bruno Mazzi*

*Prim.mr.sc., spec. opće medicine, predsjednik HDOD-HLZ

SAŽETAK

U članku se na temelju raspoloživih statističkih podataka i stručnih saznanja ukazuje na negativni utjecaj postojeće organizacije zdravstva koja u posljednjih dvadesetak godina sustavno umanjuje učešće obiteljskog liječnika u zdravstvenom sustavu zemlje. Autor iznosi stručna saznanja o osnovnim temeljima zdravstvenog sustava i o postojećim zdravstvenim sustavima u svijetu te o karakteristikama kvalitetnog obiteljskog doktora. Razrađuje zatim položaj obiteljskog liječnika u našem sustavu zdravstva koji direktno organizacijski i načinom financiranja utječe na spektar i kvalitetu rada naše struke.

Obrada statističkih podataka o djelatnosti obiteljske medicine po županijama ukazala je na velike nejednakosti u načinu rada i u opterećenju naših liječnika. A prikazivanje ukupnih podataka za PZZ prikriva realno povećanje prosječnog broja pacijenata po obiteljskom liječniku, koji danas sa prosječnih 1.900 pacijenata više nisu sposobni kvalitetno raditi.

Analiziramo li najčešće uzroke smrti po mortalitetnoj stopi na 100.000 stanovnika po županijama možemo uočiti velike razlike, koje su očito uvjetovane ekološkim faktorima, standardom, lokalnim prehrambenim i životnim navikama i razinom zdravstvene zaštite. Tako se od cirkulatornih bolesti (ishemijske bolesti srca, cerebrovaskularne i insuficijencija srca), najčešće umire u Ličko-senjskoj, Bjelovarsko-bilogorskoj i Sisačko-moslavačkoj županiji, a najmanje u Međimurskoj i gradu Zagrebu. Od malignih neoplazmi (rak bronha, rak debelog crijeva, rak dojke) se najčešće umire u Ličko-senjskoj, Karlovačkoj i Koprivničko-križevačkoj županiji, a najmanje u Požeško-slavonskoj i Osječko-baranjskoj županiji. Od ozljeda i trovanja se najviše umire u Krapinsko-zagorskoj, Virovitičko-podravskoj županiji i Ličko-senjskoj županiji, a najmanje u gradu Zagrebu i Istarskoj županiji. Od bolesti probavnog sustava (kronične bolesti jetre) se najčešće umire u Krapinsko-zagorskoj, Koprivničko-križevačkoj i Varaždinskoj županiji a najmanje u Brodsko-posavskoj i Dubrovačko-neretvanskoj županiji. Od bolesti dišnih organa (KOPB) se pak izrazito najčešće umire u Sisačko-moslavačkoj županiji a najrjeđe u Istarskoj županiji. Po učestalosti zatim slijede dijabetes, ateroskleroza i hipertenzija, te karcinom želuca kod muškaraca.

Jasno je da za visoke stope specifičnog mortaliteta u nekim županijama, moramo najviše okriviti prosvjećenost i standard stanovništva, ali se ne može izuzeti i organizacija i uloga zdravstvenog sustava na tim područjima. U čemu je bitan faktor loša preventivna zdravstvena zaštita. Podaci o dan danas pet puta manje učinjenih preventivnih pregleda u državi, dva puta manje kućnih posjeta, o stalnom porastu konzilijarnih pregleda na koje se u pojedinim županijama šalje već svaki pregledani pacijent i stalnom padu pregleda kod primljenih pacijenata, jasno ukazuju na pad kvalitete rada u obiteljskoj medicini.

Pri tome krivnju ne snosi samo struka, već je kriv odnos postojećeg surogata sustava zdravstva prema njoj. Očita dezorganizacija, privatizacija, loša stimulacija rada, preopterećivanje djelatnika i nepoštivanje radnih i stručnih prava, su osnovni razlozi za takvo stanje. To jasno ukazuje i na realni neuspjeh svih dosad provedenih reformi zdravstva, kojima je osnovni cilj trebao biti poboljšanje zdravstvene zaštite stanovništva, kao rezultat kvalitetnije organizacije i stručnijeg rada zdravstvenog kadra. Nažalost, pacijenti sve duže čekaju na rješenje svog zdravstvenog

problema, pa su sve više prisiljeni na odlazak u privatne poliklinike, što si samo bogatiji dio stanovništva može dozvoliti, dok ostala većina zdravstveno stradava i sve teže zadovoljava svoje zdravstvene potrebe.

Zato se danas moramo kritički osvrnuti na postojeće stanje, jer daljnja privatizacija u sadašnjim uvjetima može samo dovesti do potpunog rasapa sustava PZZ. Nužno je zbog toga obiteljsku medicinu vratiti u zdravstvene ustanove, točno odrediti kompetencije i spektar rada struke, osigurati adekvatnu stimulaciju rada, osigurati zaštitu radnih prava, stvoriti odgovarajuće radne uvjete i radno opterećenje te omogućiti potrebnu kontinuiranu edukaciju i stručni nadzor rada. Bez tih osnovnih postavki nije moguće očekivati poboljšanje kvalitete rada i bolju zdravstvenu zaštitu stanovništva. Zakonodavac mora shvatiti, da u našim uvjetima i materijalnim mogućnostima stanovništva, bez tih elemenata nije danas moguće organizirati PZZ. Privatna medicina koja nosi državni sustav zdravstva je anakronizam, koji ne može u našim uvjetima uroditi kvalitetnom zdravstvenom zaštitom.

UVOD

Organizacija zdravstva se danas u svijetu temelji na sustavu financiranja zdravstva i postojećim oblicima zdravstvenog osiguranja a manje na stručnim saznanjima i raspoloživom zdravstvenom kadru. Ona je politički uvjetovana, ali pri tome veliku ulogu igraju financijske mogućnosti društva, kvaliteta naobrazbe i stručnost zdravstvenog kadra, stupanj razvijenosti informatizacije, stimulativnost radnih mjesta i stručni nadzor, bez kojega niti jedan zdravstveni sustav ne može kvalitetno raditi. Naime, građenje organizacije zdravstva samo na etici, moralu i samoodricanju u svrhu dobrobiti većine i veličanju radišnosti i posvećenosti struci, ostaci su romantičnog pogleda na profesiju. Svakako da su te vrijednosti i danas poželjne, ali sustav zdravstva se na njima više ne može zasnivati, jer je on neodrživ bez pravilne organiziranosti struke i raspodjele posla, pravednog nagrađivanja rada i zaštite radnih i stručnih prava. Rad u zdravstvu spada među najteže i najodgovornije poslove, a da bi ga mogli obavljati, nužna su mnoga odricanja i dugotrajno i vrlo zahtjevno školovanje kroz cijeli radni vijek. Osim toga, nesmijemo zaboraviti da je zdravstveni kadar proizvod društva u kojem je nastao i da u svojim redovima razvija sve elemente i slabosti tog društva. Nekadašnje društveno uvažavanje i povlašteni položaj struke, danas se izgubilo, kao što su nestale i nekadašnje moralne zasade društva, jer se danas nažalost cijeni jedino ekonomska moć pojedinca. Time su i zdravstveni djelatnici dovedeni u dilemu, da li svoje znanje koristiti primarno u korist zajednice ili u vlastitu korist. Taj sukob osobnih interesa, stručnih postavki poziva, zahtjeva zdravstvene administracije i potreba pacijenata često zato prerasta u ponašanje koje je u sukobu sa etikom i zakonom pa ukoliko sustav zdravstva nema razvijene elemente stimuliranja rada, programiranja i nadzora kvalitete rada, neće moći pružiti sveobuhvatnu, pravednu i kvalitetnu zdravstvenu zaštitu stanovništvu. S tim se problemima češće susreću društveni sustavi lošijeg ekonomskog stanja i nepravednog sustava stimulacije rada, ali nisu nepoznati ni u bogatijim društvenim sustavima, jer su materijalne vrijednosti ondje već davno prevladale nad duhovnim. Neostvarenje materijalnih potreba, uz potisnute duhovne vrijednosti,

izazivaju danas kod većine ljudi iracionalne osjećaje neuspješnosti, manje vrijednosti i gubitništva, pa u tim uvjetima i naš superego ili savjest sve manje dolazi do izražaja. Jasno je da u takvim okolnostima samo dobro organizirani sustav zdravstva može uspjeti. On dakle mora stvoriti uvjete za kvalitetan rad zdravstvenog kadra, uz dostupnost i efikasnost i djelovati u svrhu unapređenja zdravlja, na opće zadovoljstvo stanovništva. Takav sustav mora biti sazdan na jednakosti prava i solidarnosti zdravih sa bolesnima i bogatih sa siromašnima. Pravednost takvog sustava treba zato biti sazdana i na učešću prema primanjima i korištenju usluga prema potrebama, a ne prema udjelu u plaćanju. Danas, zato prema takvom socijalnom sustavu teže sve razvijenije zemlje svijeta. (2, 4, 5, 6)

TEMELJNI SUSTAVI ORGANIZACIJE ZDRAVSTVA U SVIJETU

Sustav zdravstvene zaštite je dio društveno-političkog i socijalno-ekonomskog uređenja pojedine zemlje. Zdravstvo neke zemlje može biti organizirano i samo sa pojedinim međusobno neovisnim i nepovezanim zdravstvenim djelatnostima, međutim to ne možemo nazvati zdravstvenim sustavom. Takvo je zdravstvo obično neracionalno, profitno i bez potrebnih socijalnih elemenata te ne može osigurati kvalitetnu zdravstvenu zaštitu stanovništvu već samo imućnijim pojedincima. Zato o sustavu zdravstva govorimo jedino u slučaju međusobno povezanih, međuzavisnih djelatnosti zdravstva, koje djeluju u zajedništvu, svrhovito i planski s ciljem unaprjeđenja zdravlja stanovništva. U sustavu zdravstva zato obično razlikujemo pružatelje zdravstvenih usluga ili zdravstvene djelatnike, korisnike zdravstvenih usluga ili osiguranike-pacijente i financijere te organizatore sustava (državni proračun, osiguravajuće kuće, lokalne zajednice, privreda ili privatni subjekti). U svijetu su danas zastupljena uglavnom osnovna tri načina financiranja:

- 1) Državno iz proračuna - Beveridgeov model (V. Britanija, Kanada, Irska, Island, Švedska, Norveška, Danska i Finska te Italija, Grčka, Španjolska i Portugal).
- 2) Putem osiguravajućih kuća s tzv. socijalno-zdravstvenim osiguranjem ili Bismarckov model (koji danas osim Njemačke imaju Francuska, Benelux, Austrija i Švicarska, Mađarska Slovačka) gdje se sredstva prikupljaju doprinosom iz primanja građana i djelomično dopunjuju iz proračuna. Oba ta dva sustava danas koriste i druge načine subvencioniranja, kao što su participacije za pojedine usluge, sredstva iz lokalne zajednice, privrede, igara na sreću itd.
- 3) Privatno osiguranje kao dobrovoljno ili obvezno ili osobno plaćanje zdravstvenih usluga, nalazimo danas i u zemljama s nacionalnim osiguranjem, kao dopunu sustavu (Njemačka, Britanija, Nizozemska, Austrija, Francuska i kao novost u SAD) ili kao samostalni sustav (Kina, Afrika).

Zato, govorimo li o sustavu zdravstva, uglavnom razlikujemo bez obzira na način financiranja, tri osnovna podsustava koji su više ili manje povezana u provođenju zdravstvene zaštite. Tako, razlikujemo našu **primarnu zdravstvenu zaštitu** sa domovima zdravlja, zdravstvenim

ustanovama i privatnim liječnicima, u kojoj bi se morala rješavati većina jednostavnijih zdravstvenih problema, **sekundarnu z.z.** koja obuhvaća opće i specijalne bolnice, poliklinike i županijske zavode i **tercijarna z.z.** u kojoj djeluju kliničke bolnice, KBC i Nacionalni Zavodi.

U racionalno uređenom zdravstvenom sustavu ulaz u sustav ide uvijek preko PZZ, međutim danas je to sve teže očuvati, jer se u svim zemljama javlja sve više privatnih subjekata, koji pružaju zdravstvene usluge na slobodnom tržištu, pa slobodan ulaz u bilo koju od razina sustava zavisi više od ekonomske moći pacijenta nego od realne zdravstvene potrebe. Tako danas imamo visoko centralizirane zdravstvene sustave sa jedinstvenim standardima usluga, načinom upravljanja i nadzorom, do administrativno decentraliziranih sustava, gdje svaka regija u državi ima svoj sustav zdravstva ili takvog sustava više uopće nema, pa se svatko obraća onome koga smatra kompetentnim. Mnoštvo nepovezanih zdravstvenih subjekata dovodi do nemogućnosti nadzora funkcioniranja i kvalitete rada tih djelatnosti i dovodi u pitanje jednakost u pružanju z.z. stanovništvu. Jasno je da centralizirani sustav daje vladi veliku moć ali i veliku odgovornost, a decentralizirani to spušta na niže razine ali i uz manju mogućnost jednakosti u zdravstvenom sustavu. Međutim, danas se zna da efikasnost pojedinog zdravstvenog sustava ne zavisi samo od njegove razvijenosti, jer i skromno razvijeni sustavi mogu biti visoko učinkoviti i imati najpovoljniji učinak na zdravlje stanovništva, za razliku od visoko centraliziranih razvijenih sustava koji zbog svoje organizacijske rigidnosti i nestimulativnosti to ne uspijevaju. Naime za efikasnost zdravstvenog sustava neke zemlje važnija je **kvaliteta zdravstvenog kadra, njihova kultura i način opfođenja, njihov moral i etičke vrijednosti, ciljevi, motiviranost, informiranost i mogućnost komunikacije u sustavu**, od samog načina financiranja i organizacije. (7, 11, 25)

Ipak, ne smijemo zaboraviti da organizacija zdravstvenog sustava mora biti primjerna razini razvoja i mentalitetu društva u kojem djeluje, jer će jedino na taj način postići svoju punu efikasnost. Zato su uvijek neuspješni pokušaji oponašanja načina organizacije zdravstva iz neke druge države. Ona je taj sustav izgradila na svojim uvjetima, pa je on zato teško primjenjiv u drugoj sredini, naročito ako ona nije na istoj razini društveno-ekonomskog i kulturnog razvoja.

POLOŽAJ OBITELJSKOG DOKTORA U NAŠEM SUSTAVU ZDRAVSTVA

Da bi shvatili problematiku obiteljskih liječnika treba krenuti od definicije naše struke, koja glasi ili bi trebala glasiti:

Specijalist opće/obiteljske medicine je specijalist osposobljen za rad u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. On je stručno osposobljen za prihvatanje svih zdravstvenih potreba svojih pacijenata u svakoj životnoj dobi, koje većinom sam rješava, a po potrebi u suradnji sa konzilijarnim specijalistom ili upućivanjem u bolnicu. On pruža svoje usluge u lokalnoj zajednici, neovisno od vrste bolesti ili osobnih i socijalnih karakteristika pacijenata. Svojim pacijentima omogućuje korištenje prava iz zdravstvenog osiguranja na najbolji mogući način, u skladu sa pozitivnim propisima. U svom radu

se služi potrebnom dijagnostikom, preventivnim aktivnostima, medicinskim zahvatima, palijativnim kurama i lijekovima, koristeći i objedinjujući biomedicinske nauke sa psihologijom i medicinskom sociologijom. Karakteristika njegova rada je vremenska kontinuiranost i mogućnost praćenja razvoja bolesti. On tako može rješavati oko 300 vrsti bolesti što je mnogostruko više od bilo kojeg specijalista druge grane medicine. On je jedini osposobljen za vođenje pacijenta sa više kroničnih bolesti i za snalaženje među različitim simptomima, terapijama i lijekovima te jedino on može prilagoditi liječenje psihofizičkim i socijalnim karakteristikama pacijenta. On osim toga jedini susreće zdrave pacijente i može raditi na prevenciji pojave bolesti, te provoditi kontinuirano kućno liječenje, palijativno liječenje i terminalnu skrb. Nema niti jednog drugog liječnika koji bolje poznaje sve mogućnosti zdravstvene zaštite na svojem području i nema nikoga tko je bolje informiran o obiteljskim, socijalno-ekonomskim prilikama i genetskim predispozicijama svojih pacijenata.

U toj definiciji sažete su sve karakteristike naše struke i iz nje proizlaze i svi problemi s kojima se danas susrećemo. Da bi definicija naše djelatnosti mogla biti provediva, nužna je organizacija zdravstva koja to omogućuje. Dakle, organizacija koja ima kvalitetno razrađenu i popunjenu mrežu ordinacija obiteljske medicine, koja vodi računa o teritorijalnoj pripadnosti pacijenta, koja objedinjuje obitelj kod jednog liječnika, koja vodi računa o ujednačenoj kvaliteti prostora i opreme, koja vodi računa o izvršavanju preventivnih programa i koja radi planski na temelju zdravstvenih pokazatelja i potreba. Zatim, ona koja omogućuje međusobnu organizacijsku i stručnu povezanost obiteljskih liječnika, koja omogućuje potrebnu odsutnost sa rada, koja vodi računa o socijalno ekonomskim i stručnim potrebama liječnika i koja omogućuje kontinuirani stručni nadzor a time i kvalitetnu zdravstvenu zaštitu stanovništva.

Nasuprot tome, naš zdravstveni sustav ako ga tako možemo nazvati, prolazi posljednjih trideset godina kroz kontinuirane reforme s namjerom poboljšanja sustava, od kojih niti jedna nije u potpunosti provedena prema zacrtanim ciljevima i niti jedna nije uspjela pokazati bilo kakve pozitivne rezultate po organizaciju zdravstva, jer je već prije toga nastupila nova reforma sa novim neizvjesnostima. Neoliberalizam je danas i tu uhvatio maha, pa se razaranjem uloge Doma zdravlja, jedine ustanove koja je mogla približiti interese liječnika i pacijenata, krenulo u privatizaciju PZZ. Privatizaciju koja je naročito bila po sustav štetna u obiteljskoj medicini, jer je ukinula preventivnu ulogu obiteljskog liječnika koju bi on trebao imati u zajednici, izdvojilo ga iz potrebnog zajedništva akcije svih zdravstvenih djelatnika na jednom području i ostavilo bez interesa za planiranjem rada.

Suprotnost interesa koja se javila miješanjem javnog i privatnog zdravstva, dovela je do još većeg slabljenja uloge Doma zdravlja, temeljne ustanove PZZ, bez koje nema zdravstvenog sustava, a time je dovela i do disperzije i interesne odvojenosti obiteljskih liječnika. Centralizacija financiranja i nametnuti obvezujući ugovori sa HZZO, administrativno su uveli ista pravila poslovanja u kojima se o kvaliteti rada više nije vodilo računa. Važno je bilo izvršiti nametnute nestručno postavljene administrativne norme, kako bi se osiguralo poslovanje i kontrolirala potrošnja lijekova, broj pregleda i uputnica, a da pritom spektar rada i kvaliteta pruženih usluga ili brzina postavljanja dijagnoze i vrijeme rješavanja problema nije bilo važna. Jasno je da su tako nakaradno postavljeni principi rada doveli do sve manjeg samostalnog rješavanja problema u PZZ i sve većeg upućivanja na konzilijarne preglede, dijagnostiku i bolničko liječenje. Osim toga se i načinom financiranja destimuliralo preventivni rad, medicinske zahvate, kućne posjete i posvećivanje problematici pacijenta. Jasno je da se time razara temeljna djelatnost zdravstvenog sustava i automatski prebacuje veliki dio posla u ostali dio zdravstvenog sustava, sa čime se dovodi

u pitanje i efikasnost i kvaliteta zdravstvene zaštite u cijelom sustavu. Narasle potrebe u sekundarnoj i tercijarnoj zdravstvenoj zaštiti automatski su tu izazvale rast zdravstvenog kadra, a u obiteljskoj su medicini imale suprotni efekt. Privatizacijom se osim toga i većina obiteljskih liječnika dovela u položaj bez sindikalne zaštite radnih prava, pa je to postao naj nezaštićeniji sloj zdravstvenih djelatnika, kojemu nitko nije garantirao trajanje radnog vremena, godišnji odmor, potrebnu zamjenu za vrijeme odsutnosti i ostala prava koje su zaposlenici ustanova imali. Osim toga i primanja su direktno proizlazila iz broja opredijeljenih pacijenata pa je oko 50% tih liječnika ostalo na nižim primanjima nego za vrijeme rada u ustanovi, bez mogućnosti dodatne zarade koja je ugovorom sa HZZO bila zabranjena. Umjesto da se isprave te nepravde, krenulo se sada u pravno još više obvezujuće, ugovore o koncesiji, koja će većinu obiteljskih liječnika dovesti u još nesigurniju stručnu i poslovnu situaciju. Usprkos svemu tome, većina liječnika ne želi ostati u Domu zdravlja jer su u toj ustanovi nesređeni elementi uprave, ali i zato jer nedovoljni nadzor rada u privatnim djelatnostima omogućuje nepoštivanje većine zdravstvenih propisa i daje utisak potpune slobode djelovanja. Zbog stručno i upravno nesređenog Doma zdravlja i njegove poljuljane uloge u primarnoj zdravstvenoj zaštiti stanovništva, cijeli je taj sustav pred rasapom.

Provođenje neoliberalističkih načela bez uvažavanja ustaljenih stručnih pravila i poštivanja zakonskih propisa, sve veći utjecaj farmaceutske industrije na organizaciju zdravstva i medicinsku praksu, kao i ekonomska kriza zbog pada gospodarskog i društvenog standarda, samo su još više pogoršali postojeću situaciju. Da je to upravo tako, najbolje vidimo analizom podataka o našem radu i usporedbom sa ranijim razdobljima (27, 29, 30, 34, 35, 38, 40, 42, 45, 46, 47).

Tablica 1.

Broj osiguranika i korisnika zdravstvene zaštite u godini te broj posjeta ordinaciji, pregleda, kućnih posjeta i konzilijarnih i preventivnih pregleda po županijama, ukupno za djelatnost obiteljske medicine i PZZ predškolske djece 2008. HZZJZ 2009.

Županije	Osiguranici	Korisnici	Posjete	Pregledano	Kućne posjete	Konzilijarni	Prevent. opća
Grad Zagreb	866.770	671.051	5.269.019	52%	0,8%	Svaki 2	1,0%
Zagrebačka	297.562	236.542	1.884.187	48%	0,9%	1,6	3,1 %
Krapinsko-zago.	135.053	109.583	967.798	65%	1,2 %	2,2	1,0%
Sisačko-moslav.	180.540	137.593	1.190.405	57%	1,7%	2,5	0,7 %
Karlovačka	144.054	113.671	921.831	55%	2,1%	2,2	0,6%
Varaždinska	184.361	142.045	1.221.691	63 %	1,3 %	2,9	1,1%
Kopriv.-križev.	119.459	90.986	713.359	48 %	0,8%	1,4	0,9%
Bjelovar-bilogor	137.258	100.270	766.615	62%	0,9 %	2,2	0,8%
Primorsko-gor.	315.054	248.288	2.121.597	50%	1,0 %	1,9	0,2%
Ličko-senjska	51.766	38.450	280.537	55%	1,8 %	1,4	0
Virovit.-podrav.	87.832	65.218	492.653	70 %	0,8 %	2,4	1,2%
Požeško-slavon.	83.225	62.234	481.264	53 %	1,1 %	2,1	0,2%
Brodsko-posav.	167.722	122.519	924.363	50%	0,8%	1,6	2,2%
Zadarska	155.933	128.677	1.095.546	63 %	1,1%	3,4	0,3%

Osječko-baranj.	324.131	258.380	2.007.312	59 %	1.0 %	2,0	0,07%
Šibensko-knins.	107.272	85.397	746.038	77 %	1,8%	2,7	0,06%
Vukov.-srijem.	190.015	139.598	1.095.321	51 %	1,2%	1,5	0,02%
Splitsko-dalm.	441.334	358.657	3.030.856	72%	0,9 %	2,9	0,5%
Istarska	221.683	177.556	1.532.051	56%	1,2 %	2,7	2,7 %
Dubrov.-neret.	126.107	97.502	737.861	62%	1,6 %	2,7	3,6%
Međimurska	113.324	90.713	749.774	57%	1,1%	2,3	0,1%

Prema izvješću HZZJZ za 2009. god., Hrvatska je imala 4.450.455 osiguranika od kojih je te godine zdravstvenu zaštitu koristilo 3.474.840 ili 78%. Broj posjeta ordinaciji obiteljskog liječnika i pedijatra je na nivou Hrvatske iznosio ukupno 28.256.079 na ukupno 2.580 liječnika ili 10.952 godišnje po liječniku za razliku od 1980. kad je ukupan godišnji broj posjeta iznosio 19.892.768 na 2.340 obiteljskih liječnika i pedijatara ili 8.501 posjeta godišnje po liječniku ili 23% manje. Pri tome ne smijemo zaboraviti da je tada Hrvatska imala 4.601.446 stanovnika, dakle oko 150.000 više a čak 260 liječnika manje.

Dakle, očito je da su zdravstvene potrebe stanovništva porasle za više od 30%, što svi mi u svom svakodnevnom radu i primjećujemo. Analiziramo li broj pregledanih pacijenata nailazimo na velike razlike po županijama. Od 48% porasta u Zagrebačkoj i Koprivničko-križevačkoj županiji, do preko 70% u Šibensko-kninskoj, Splitsko-dalmatinskoj i Virovitičko-podravskoj županiji, što ukazuje i na regionalne razlike u kvaliteti rada.

Postotak obavljenih kućnih posjeta je vrlo nizak u usporedbi sa 1980 god. kad je bio dvostruki, a danas je još uvijek za 60% manji od onog iz 1990.god. Proračunamo li ga na broj posjeta on se kreće od 0,8% (ili 6 mjesečno) u Zagrebu, Koprivničko-križevačkoj i Brodsko-posavskoj županiji do 2,1% (ili 17 mjesečno) u Karlovačkoj županiji.

Upućivanje na konzilijarne preglede je u stalnom porastu, nažalost ne možemo ga komparirati sa 80-tim godinama, jer se onda to nije pratilo, ali u zadnjem desetljeću se ono udvostručilo, pa se tako skoro svakog pacijenta upućuje na konzilijarni pregled u Ličko-senjskoj, Koprivničko-križevačkoj, Vukovarsko-srijemskoj i Zagrebačkoj županiji, a svakog trećeg u Zadarskoj, Splitsko-dalmatinskoj i Varaždinskoj županiji.

Preventivni pregledi su također vrlo rijetki i u stalnom su opadanju usporedimo li ih sa 1980 god. kad su na području Istre i Primorsko-goranske županije preventivni pregledi predstavljali 20% ukupnog rada (ukupno 103.960), ali je i tada to predstavljalo 50% svih preventivnih pregleda u Hrvatskoj (211.468), što opet ukazuje na velike regionalne razlike. U usporedbi sa 1990. godinom ima ih 83% manje. Danas se postotak preventivnih pregleda na broj korisnika kreće od 0-0,02 % u Ličko-senjskoj i Vukovarsko-srijemskoj županiji do 2,7-3,6% u Istarskoj, Zagrebačkoj i Dubrovačko-neretvanskoj županiji ili ukupno ih ima samo 42.823 u cijeloj Hrvatskoj. Interesantno je da u Zagrebu čak oko 200.000 osiguranika, u Splitu oko 100.000, a u Rijeci 70.000 osiguranika ne koristi PZZ, što jasno ukazuje na direktan pristup u sekundarnu z.z. i korištenje privatnog zdravstva.

Tablica 2.

Broj timova obiteljske i predškolske z.z. po županijama, prosječan godišnji broj posjeta, prosječni dnevni prosjek i potreban dnevni normativ vremena, prema podacima HZZJZ 2009.

Županije	Broj timova	Prosječno posjeta po timu/god.	Dnevni prosjek u 277 rad. dana	Vremenski normativ	Broj osigur. po doktoru
Grad Zagreb	499	10.663 posjeta	38,5 pacijenata	6,4 sata	1.737
Zagrebačka	160	11.895	42,9	7,2	1.859
Krapinsko-zago.	82	11.907	42,9	7,2	1.646
Sisačko-moslav.	99	12.024	43,4	7,2	1.823
Karlovačka	84	11.207	40,4	6,7	1.714
Varaždinska	95	13.054	47,1	7,8	2.194
Kopriv.-križev.	63	12.320	44,5	7,4	1.896
Bjelovar-bilogor	78	9.951	35,9	5,9	1.759
Primorsko-gor.	210	10.227	36,9	6,2	1.500
Ličko-senjska	34	8.421	30,4	5,0	1.522
Virovit.-podravs.	48	10.369	37,4	6,2	1.829
Požeško-slavon.	41	11.873	42,8	7,1	2.029
Brodsko-posav.	83	11.464	41,4	6,9	2.020
Zadarska	99	11.200	40,4	6,7	1.575
Osječko-baranj.	183	11.089	40,0	6,6	1.771
Šibensko-knins.	68	11.170	40,3	6,7	1.577
Vukovar.-srijem.	97	11.403	41,2	6,8	1.958
Splitsko-dalm.	278	11.041	39,9	6,6	1.587
Istarska	132	11.754	42,4	7,0	1.679
Dubrov.-neretv	83	9.036	32,6	5,4	1.519
Međimurska	60	12.680	45,8	7,6	1.889

Danas, prema podacima HZZJZ za 2009.god., **u PZZ na zdravstvenoj zaštiti obitelji i predškolske djece radi 2.580 liječnika**, od čega 2.551 u punom radnom vremenu, a 29 sa skraćenim radnim vremenom. Od toga ih **2.327 radi u obiteljskoj medicini** (1.124 doktora opće medicine, 971 specijalista obiteljske medicine, 88 školskih liječnika, 112 spec. medicine rada i 23 raznih drugih specijalista, **uz 253 pedijatra u z.z. predškolske djece**. Prema tome, na svakog liječnika u z.z. obitelji i predškolske djece dolazi prosječno 1.724 osiguranika. Međutim, kad se izdvoje pedijatri sa prosječnih 1.000 osiguranika, na obiteljskog liječnika dolazi prosječno 1.902 osiguranika, što predstavlja gornju granicu dopustivog, jer se ne omogućuje kvalitetan rad. Osim toga, zbog loše preraspodjele osiguranika imamo oko 50% timova sa manje od 1.700 pacijenata pa ostali zato imaju preko 2.000 i 2.500 pacijenata. Prema broju posjeta najopterećeniji su liječnici Varaždinske, Sisačko-moslavačke i Međimurske županije sa 12-13.000 posjeta godišnje i prosjekom od 45-48 pacijenata dnevno, za što im treba efektivnih 7-8 sati rada, dok su najmanje opterećeni liječnici Ličko-senjske, Dubrovačko-neretvanske i Bjelovarsko-bilogorske županije sa 8-9.000 posjeta godišnje i 30-32 pacijenta dnevno ili efektivnih 5-6 sati rada dnevno.

Prema tome, realna preopterećenost naših timova je evidentna, jer efektivni rad s pacijentima ne bi smio prelaziti 5 sati dnevno u sedmosatnom radnom vremenu, ukoliko želimo liječniku osigurati potrebno vrijeme za jutarnji sastanak, vrijeme za pauzu, vrijeme za pripremu izvješća o radu, vrijeme za konzultacije i dogovore sa ostalim sudionicima u zdravstvu, rad u lokalnoj zajednici s obiteljima oboljelih ili za kućne posjete. Analiziramo li broj stanovnika po doktoru u pojedinoj županiji, vidjet ćemo da je najmanji broj liječnika ili najviše stanovnika po liječniku u Varaždinskoj županiji (2.194), Požeško-slavonskoj (2.029) i Brodsko-posavskoj županiji (2.020), a najveći broj liječnika ili najmanje stanovnika po liječniku u Primorsko-goranskoj (1.500), Dubrovačko-neretvanskoj (1.519) i Ličko-senjskoj županiji (1.522) te u preostalim dalmatinskim županijama. Razumljiva je koncentracija liječnika na području s kliničkim-bolničkim centrima i manjak u slabije naseljenim i ekonomski slabijim područjima, ali manjak liječnika u ekonomski jakom Varaždinu nema logičnog razloga, osim namjernog reduciranja mreže i povećavanja broja pacijenata u ordinacijama, uvjetovanog načinom financiranja u svrhu osiguranja većih prihoda. (18, 33, 35, 37)

Tablica 3.

Usporedba ustanovljenih najčešćih bolesti u ordinacijama obiteljske medicine 1980,1995 i 2009.

Red.br.	Registrirane bolesti 1980.	1995.	2009.
1	Respiratorne 31,5 %	Respiratorne 23,3 %	Respiratorne 18 %
2	Probavne 12,84 %	Krvožilne 13,6 %	Krvožilne 12,6 %
3	Nervne i osjetila 8,35 %	Nervne i osjetila 9,7 %	Mišićno-košt. 11 %
4	Duševne 7,18 %	Mišićno-koštane 9,5 %	Uro-genit. 6,5 %
5	Krvožilne 6,71 %	Probavne 4,56 %	Duševne 5,6 %

U posljednjih 30 godina očite su i promjene u patologiji u našim ordinacijama. Probavne bolesti su nestale iz skupine najčešćih, a pojavile su se opet duševne bolesti. Smanjila se i ukupna učestalost tih najčešćih bolesti u populaciji, na račun mnogih novih bolesti, a zamjetan je i porast urogenitalnih bolesti.

Mortalitetna statistika je još uvijek najkvalitetniji pokazatelj zdravstvenog stanja stanovništva, pa njenom analizom saznajemo da se kod nas u posljednjih 20 godina najčešće umiralo zbog cirkulacijskih (kardio i cerebrovaskularnih) bolesti, malignih neoplazmi, ozljeda i trovanja te bolesti probavnog i respiratornog sustava. Usporedimo li podatke o najčešćim uzrocima smrti od 1992. do danas (tablica 4.), primjećujemo da su nam cirkulacijske bolesti, još više nego 1992., a bolesti dišnog sustava kao uzrok smrti, napokon su počele opadati, dok su nam neoplazme, bolesti probavnog sustava i ozljede i trovanja u stalnom porastu .

Tablica 4.

Pet najčešćih uzroka smrti u Hrvatskoj u 1992., 2002. i 2008. god.

MKB	1992.	2002.	2008.
IX . I 00-I 99 - Cirkulacijske	525,5 / 100.000	601 / 100.000	591,2/100.000 50,31%
II. C00-D48 - Neoplazme	220 / 100.000	274 / 100.000	299,2/100.000 25,46%
XIX. S00-T98 - Ozljede i trovanja	153 / 100.000*	61 / 100.000	68,3/100.000 5,82%
XI. K00-K93 - Probavne bolesti	34,1 / 100.000	54 / 100.000	54,8/100.000 4,67%
X. J00-J99 - Respiratorne bolesti	70,32 / 100.000	65,24 / 100.000	50,68/100.000 4,31%

*Podatak je posljedica ratnih zbivanja

Tablica 5.

Najčešći uzroci smrti i mortalitetna stopa na 100.000 stanovnika po županijama 2008.

Županije	Cirkulacijske	Neoplazme	Ozljede i tr.	Probavne	Dišne
Grad Zagreb	518,52	311,24	51,85	41,97	50,05
Zagrebačka	552,48	306,43	66,84	65,23	47,14
Krapinsko-zago.	761,77	289,96	99,70	102,51	55,47
Sisačko-moslav.	763,27	305,85	73,36	59,87	106,80
Karlovačka	754,65	332,19	88,16	79,70	59,24
Varaždinska	642,42	300,38	75,77	90,38	64,95
Kopriv.-križev.	726,30	331,81	89,98	91,59	64,27
Bjelovar-bilogor	779,96	282,53	77,39	66,88	59,36
Primorsko-gor.	529,29	325,69	58,59	41,90	41,24
Ličko-senjska	970,62	346,52	91,29	55,89	57,75
Virovit.-podravs.	715,29	308,39	96,37	79,24	49,26
Požeško-slavon.	666,43	263,31	78,06	38,40	67,57
Brodsko-posavs.	569,68	300,40	78,07	31,68	49,78
Zadarska	554,78	275,85	59,24	52,45	40,11
Osječko-baranj.	635,99	269,28	80,48	49,32	42,36
Šibensko-knins.	641,33	306,49	85,04	89,47	66,44
Vukovar.-srijem.	566,01	274,46	64,46	44,44	50,79
Splitsko-dalm.	454,63	282,52	59,74	44,00	47,46
Istarska	545,21	298,05	54,28	44,10	20,35
Dubrov.-neretva	571,34	291,36	59,41	32,55	32,55
Međimurska	490,60	301,45	76,00	57,42	32,09

Analiziramo li najčešće uzroke smrti po mortalitetnoj stopi na 100.000 stanovnika po županijama, možemo uočiti velike razlike koje su očito uvjetovane standardom, ekološkim faktorima, lokalnim prehrambenim i životnim navikama i razinom zdravstvene zaštite. Tako se od

cirkulatornih bolesti (ishemijske bolesti srca, cerebrovaskularne i insuficijencija srca), najčešće umire u Ličko-senjskoj, Bjelovarsko-bilogorskoj i Sisačko-moslavačkoj županiji, a najmanje u Međimurskoj i gradu Zagrebu. Od malignih neoplazmi (rak bronha, rak debelog crijeva, rak dojke) se najčešće umire u Ličko-senjskoj, Karlovačkoj i Koprivničko-križevačkoj županiji, a najmanje u Požeško-slavonskoj i Osječko-baranjskoj županiji. Od ozljeda i trovanja se najviše umire u Krapinsko-zagorskoj, Virovitičko-podravskoj županiji i Ličko-senjskoj županiji, a najmanje u gradu Zagrebu i Istarskoj županiji. Od bolesti probavnog sustava (kronične bolesti jetre) se najčešće umire u Krapinsko-Zagorskoj, Koprivničko-Križevačkoj i Varaždinskoj županiji, a najmanje u Brodsko-posavskoj i Dubrovačko-neretvanskoj županiji. Od bolesti dišnih organa (KOPB) se pak izrazito najčešće umire u Sisačko-moslavačkoj županiji, a najrjeđe u Istarskoj županiji. Po učestalosti zatim slijede dijabetes, ateroskleroza i hipertenzija te karcinom želuca kod muškaraca.

Jasno je da za visoke stope specifičnog mortaliteta u nekim županijama, moramo najviše okriviti prosvjećenost i standard stanovništva, ali se ne može izuzeti i organizacija i uloga zdravstvenog sustava na tim područjima. U čemu je bitan faktor loša preventivna zdravstvena zaštita. (41, 43, 44).

Tablica 6.

Opći mortalitet, dojenački mortalitet i vitalni indeks po županijama za 2008.god.

Županije	Opći mortalitet	Dojenački mortalitet	Vitalni indeks
Grad Zagreb	10,67% ^o	5,2% ^o	100,3
Zagrebačka	11,25% ^o	3,2	97,5
Krapinsko-zagor.	14,06% ^o	2,3	64,1
Sisačko-moslav.	14,18% ^o	2,5	55,7
Karlovačka	14,39 % ^o	1,7	56,9
Varaždinska	12,74% ^o	5,2	73,4
Koprivničko-križ.	14,06% ^o	4,9	70,4
Bjelovarsko-bilo.	13,68% ^o	3,3	65,8
Primorsko-gora.	11,27% ^o	4,3	73,4
Ličko-senjska	17,12% ^o	13,2	45,4
Virovitičko-podra.	13,63% ^o	1,2	67,6
Požeško-slavons.	12,31% ^o	1,1	82,9
Brodsko-posavska	11,69% ^o	5,2	83,6
Zadarska	11,00% ^o	2,2	100,0
Osječko-baranjska	12,01 % ^o	6,7	75,3
Šibensko-kninska	12,99% ^o	6,0	68,0
Vukovarsko-srijem	11,42% ^o	5,5	85,2
Splitsko-dalmat.	10,17% ^o	4 ,5	104,0
Istarska	10,22% ^o	7,7	92,9
Dubrovačko-ner.	10,76% ^o	4,1	110,5
Međimurska	10,74% ^o	5,4	101,1
Ukupno	11,8 % ^o	4,5% ^o	83,9

Iz gornje je tablice vidljiv visoki opći mortalitet u Ličko-senjskoj, Karlovačkoj, Sisačko-moslavačkoj i Krapinsko-zagorskoj županiji, kao i onaj najniži u Splitsko-dalmatinskoj i Istarskoj županiji. Dojenački mortalitet izrazito je najviši u Ličko-senjskoj županiji, a najniži u Požeško-slavonskoj i Virovitičko-podravskoj županiji. Usporedimo li pak vitalni indeks (broj živorođenih na sto umrlih) vidimo da nam je stanovništvo u porastu jedino u Dubrovačko-neretvanskoj, Splitsko-dalmatinskoj, Međimurskoj županiji i gradu Zagrebu, dok su u svim drugim županijama stope negativne pa nam još uvijek na razini države 20% stanovništva više umire nego se rađa.

ZAKLJUČAK

Temeljem navedenih podataka jasno je uočljiv pad kvalitete rada u našoj obiteljskoj medicini, koji je direktno izazvan promjenom organizacije i financiranja P.Z.Z., smanjenjem uloge Doma zdravlja i smanjenjem preventivne zaštite stanovništva. Već 70-tih godina prošlog stoljeća s uvođenjem medicinskih centara u gradove i spajanjem primarne sa sekundarnom zdravstvenom zaštitom, došlo je do početnog urušavanja uloge obiteljskog liječnika. Liječnik opće medicine u gradovima sve je više preuzimao ulogu administratora i servisera specijalističkih i bolničkih službi u centru, a jedino u manjim mjestima sa Domovima zdravlja razvijala se obiteljska medicina. Kako je primarna z.z. postajala sve ne efikasnija krenulo se na ukidanje M.C. i stvaranje velikih, sadržajno nepotpunih i neefikasnih Domova zdravlja po gradovima, umjesto da se i tu uspostavi sustav malih i efikasnih domova zdravlja. Time se naravno nije poboljšala situacija, pa se Zakonom iz 1993. krenulo u privatizaciju, koju je u tranziciji nabujali neoliberalni kapitalizam nametnuo.

Uvođenjem privatizacije u javno zdravstvo i promjenom načina financiranja, došlo je do potpunog rasapa struke i sukoba interesa kod zdravstvenih djelatnika, kojima je zarada i preživljavanje postao osnovni motiv rada. Nije više važna kvaliteta i spektar rada, koju nitko ne nadzire, već količina pregleda i zadovoljavanje administrativnih zahtjeva HZZO-a, koji ne vode računa o kvaliteti i spektru pruženih usluga. Uništeni su tako i oni Domovi zdravlja koji su razvijali obiteljsku medicinu, iz lošeg sustava opredjeljivanja po mjestu rada, školovanja i stanovanja prešlo se u krivo tumačen slobodan izbor liječnika s kojim se potpuno razorio teritorijalni princip opredjeljivanja i onemogućio rad obiteljskih liječnika. Prisilnom privatizacijom je došlo do izdvajanja većine obiteljskih liječnika iz zdravstvenih ustanova. Sustavom plaćanja se zatim direktno utjecalo na pad kvalitete rada. Ukidanjem zajedništva struke u pružanju zdravstvene zaštite na određenom području, kao i organizacionim razaranjem Doma zdravlja sa ukidanjem planiranja i stručnog nadzora rada, došli smo do konačnih loših rezultata, koje već dvadesetak godina uočavamo. Direktna posljedica takvog sustava je sužavanje spektra rada, nestručan rad i pretvaranje struke u čisti administrativni servis konzilijarne i bolničke službe. Takav sustav rada u kojem se sve manje zdravstvenih problema rješavalo u P.Z.Z., rezultirao je povećanjem nezadovoljenih zdravstvenih potreba pacijenata sa posljedičnim sve većim opterećenjem naših ordinacija i bolnica. Na to jasno upućuje podatak o 30% povećanju posjeta ordinacijama od 1980. god. kad je Hrvatska imala 150.000 stanovnika više i 260 obiteljskih liječnika manje.

Podaci o danas pet puta manje učinjenih preventivnih pregleda u državi, dva puta manje kućnih posjeta, o stalnom porastu konzilijarnih pregleda na koje se u pojedinim županijama šalje već svaki pacijent i stalnom padu pregleda kod primljenih pacijenata, jasno ukazuju na pad kvalitete rada u obiteljskoj medicini. Pri tome krivnju ne snosi samo struka, već je kriv odnos postojećeg surogata sustava zdravstva prema njoj. Očita dezorganizacija, privatizacija, loša stimulacija rada, preopterećivanje djelatnika i nepoštivanje radnih i stručnih prava, su osnovni razlozi za takvo stanje. To jasno ukazuje i na realni neuspjeh svih dosad provedenih reformi zdravstva, kojima je osnovni cilj trebao biti poboljšanje zdravstvene zaštite stanovništva, kao rezultat kvalitetnije organizacije i stručnijeg rada zdravstvenog kadra. Nažalost, pacijenti sve duže čekaju na rješenje svog zdravstvenog problema, pa su sve više prisiljeni na odlazak u privatne poliklinike, što si samo bogatiji dio stanovništva može dozvoliti, dok ostala većina zdravstveno stradava i sve teže zadovoljava svoje zdravstvene potrebe.

Zato se danas moramo kritički osvrnuti na postojeće stanje, jer daljnja privatizacija u sadašnjim uvjetima može samo dovesti do potpunog rasapa sustava PZZ. Nužno je zbog toga obiteljsku medicinu vratiti u zdravstvene ustanove, točno odrediti kompetencije i spektar rada struke, osigurati adekvatnu stimulaciju rada, osigurati zaštitu radnih prava, stvoriti odgovarajuće radne uvjete i radno opterećenje te omogućiti potrebnu kontinuiranu edukaciju i stručni nadzor rada. Bez tih osnovnih postavki nije moguće očekivati poboljšanje kvalitete rada i bolju zdravstvenu zaštitu stanovništva. Zakonodavac mora shvatiti, da u našim uvjetima i materijalnim mogućnostima stanovništva, bez tih elemenata nije danas moguće organizirati PZZ. Privatna medicina koja nosi državni sustav zdravstva je anakronizam, koji ne može u našim uvjetima uroditi kvalitetnom zdravstvenom zaštitom. Predložena koncesija se zato može odobriti samo manjem dijelu najkvalitetnijeg kadra, koji je stručno i moralno sposoban izvršiti zadane uvjete i kojeg je županija sposobna stručno nadzirati. Zato taj oblik rada ne bi smio pokrivati više od 20% sustava, ukoliko ne želimo potpuno izgubiti mogućnost nadzora i izazvati daljnji pad kvalitete rada, što smo već zakupom očito izazvali. To je danas već i laiku jasno. Jer bez kvalitetne PZZ nema kvalitetnog zdravstva, a s ovakvom organizacijom možemo samo očekivati daljnje propadanje naše struke, sve veće opterećivanje sekundarne zdravstvene zaštite, sve veće potrebe za profiliranim specijalistima i sve veće potrebe za novim ulaganjima u najskuplje oblike zdravstvene zaštite, što si niti najbogatije zemlje svijeta ne mogu dozvoliti. (1, 3, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 26, 28, 30, 31, 32, 48, 49, 50)

LITERATURA

1. **Jakšić Ž., Materljan E.**, Valovi reformi zdravstva: Što dolazi nakon tržišta?, Zbornik Dani PZZ Labin, ur. dr. **Lino Peršić**, 2000 ; 131-149.
2. **Milosavljević M.**, Socijalna politika, Školska knjiga, Zagreb, 1990.
3. **NN 162/98**, Obiteljski zakon, Zagreb, 1998.
4. **Šošić Z.**, Sustav zdravstvene zaštite. Osnovne karakteristike sustava zdravstvene zaštite. Medicus 1994; 3:89-95.
5. **WHO**, World health report 2000., Health system: improving performance, Geneva, 2000.
6. **WHO**, World health report 2002., Reducing risk, promoting healthy life, 2002.

7. **Kovačić L.**, Organizacija i upravljanje u z. zaštiti, Medicinska naklada, Zagreb, 2004.
8. **Hebrang A., Ljubičić M., Baklaić Ž.**, Izvješće o stanju i razvoju hrvatskog zdravstvenog sustava od 1990-1995., Hrvatski časopis za javno zdravstvo, 1995; 10/3
9. **Lovasić S.**, Liječnik obiteljske medicine i promjene u društvu, Zbornik Hrvatski dani PZZ, Dom zdravlja Labin, ur. dr. **Lino Peršić**, 2003; 223-238.
10. **Katić M., Budak A., Petric D., Mazzi B., Lovasić S., Bakar Ž., Jureša V., Jovančević M., Blažeković Milaković S., Bergman Marković B.**, P.Z.Z. danas - potreba funkcionalnog povezivanja u zajednici, Zbornik Hrvatski Dani PZZ, Dom zdravlja Labin, ur. dr. **Lino Peršić**, 2002., 22-36.
11. **Gorjanski D.**, Je li Hrvatski zdravstveni sustav – sustav? Grafika d.o.o., Osijek, 2009.
12. **ZZZZ SR Hrvatske**, Pokazatelji o stanju i radu u zdravstvu SR Hrvatske u 1979. god., Zagreb, 1980.
13. **HZZJZ**, Izvješće o stanju i radu u zdravstvu Republike Hrvatske u 1994. god. Zagreb, 1995.
14. **HZZJZ**, Hrvatski statistički ljetopis za 2008., Zagreb, 2009.
15. **Mazzi B.**, Zdravstvena samozaštita - preduvjet kvalitetne PZZ na području mjesne zajednice, Materijali: X. Stručni sastanak timova opće medicine SRH, Dubrovnik, 1981.
16. **Mazzi B.**, PZZ na području Istre i problemi sadašnje organizacije u primjeni novog zakona z.z., Materijali: XI Stručni sastanak timova opće medicine SRH, Rovinj, 1982.
17. **Mazzi B.**, Suradnja članova užeg i šireg tima liječnika opće medicine na seoskom području, Opća medicina III/82, ur. **Jakšić Ž.**, Katedra za opću medicinu M.F. u Zagrebu, 1982.
18. **Mazzi B., Mazzi V.**, Naša iskustva i problemi sa konzilijarnim pregledima. Zbornik Dani PZZ Labin, 1985; 365-372.
19. **Mazzi B., et.al.**, Rezultati ankete za provedbu interne kontrole u timovima PZZ i evaluacija rada Lom-e u Istri, Zbornik Dani PZZ, Labin, 1985; 77-82.
20. **Mazzi B.**, Model racionalne organizacije PZZ u Mjesnoj zajednici, M. F. Sveučilišta u Rijeci, Magistarski rad, Rijeka, 1988.
21. **Mazzi B., Mazzi V.**, Suradnja s vlastitom populacijom - osnovni preduvjet kvalitetne PZZ. ur. **Peršić L.**, Zbornik Dani PZZ, Labin, 1990; 116-118.
22. **Mazzi B.**, Obitelj i zdravstvena zaštita, ur. **Peršić L.**, Zbornik Dani PZZ, Labin, 1993; 88-92.
23. **Mazzi B.**, Racionalizacija u PZZ, ur. **Peršić L.**, Zbornik Dani PZZ, Labin, 1994; 43-50
24. **Mazzi B.**, Obiteljski liječnik naša budućnost ili iluzija, Zbornik, Prvi simpozij obiteljske medicine, HUOM-e, Varaždin 1994; 13-17.
25. **Mazzi B.**, Aktualni problemi oko uvođenja ekonomskih principa u PZZ, ur. **Capar M.**, Istarsko zdravstvo 1988-1992, HLZ Istre, 1994; 239-244.
26. **Mazzi B.**, Kompjuterizirani informativni sustav obiteljskog liječnika, ur. **Jakšić Ž.**, Obitelj i zdravlje, Zagreb-Osijek-Rijeka-Split, Škola A. Štampara, M.F. u Zagrebu, M.F. u Rijeci i Hrvatska liga protiv raka, Zagreb, 1995.
27. **Mazzi B.**, Struka u novim uvjetima. Obiteljski liječnik temelj reorganizacije zdravstva. ur. **Peršić L.**, Zbornik Dani PZZ, Labin, 1988; 90-99.
28. **Mazzi B.**, Reafirmacija obiteljskog liječnika i sadašnji problemi u sustavu PZZ, Zbornik VI. Kongresa obiteljske medicine, HUOM-e, Karlovac, 1999; 268-280.
29. **Mazzi B.**, Položaj opće/obiteljske medicine u našem sustavu zdravstvene zaštite, Zbornik Hrvatski dani PZZ, Labin, 2000; 36-47.
30. **Turek S., Čepulić E., Džepina M., Lovasić S., Mazzi B.**, Mjesto i mogućnosti PZZ u procesu privatizacije, Zbornik Hrvatski dani PZZ, Labin, 2000; 36-47.
31. **Mazzi B.**, Problematika i nužne promjene u PZZ u Hrvatskoj, Liječničke Novine HLK, Zagreb, 2000.
32. **Mazzi B.**, Treba se izboriti za staleška prava, stimulativnu i racionalnu organizaciju rada, ur. **Jakšić Ž.**, Ogledi o razvoju opće/obiteljske medicine, Škola N.Z. A. Štampara i HUOM-e, Zagreb, 2001; 209-211.

33. **Mazzi B.**, Dom zdravlja najracionalniji postojeći oblik grupne prakse. Liječničke novine HLK, Zagreb, 2001.
34. **Mazzi B.**, Obiteljski doktor u reformiranom sustavu zdravstva, ur. **Mazzi B.**, Zbornik HDOD-HLZ - drugi simpozij, Umag 2002; 11-28.
35. **Mazzi B.**, O učincima reforme zdravstva i novog zakona o z.z. na organizaciju PZZ i status obiteljskog doktora, sa zaključcima okruglog stola trećeg Kongresa HDOD-HLZ, Rovinj 2003., Medix, Zagreb, 2003.
36. **Mazzi B., Bartolić A.**, O kriterijima kvalitete rada u općoj/obiteljskoj medicini, ur. **Mazzi B.**, Zbornik III. kongresa HDOD-HLZ, Rovinj, 2003.; 63-76.
37. **Mazzi B.**, Nužne promjene u Zakonu o zdravstvenoj zaštiti i organizaciji PZZ, ur. **Mazzi B.**, Zbornik IV. Kongresa HDOD-HLZ, Rovinj, 2004.; 63-76.
38. **Katić M., Petric D., Jureša V., Mazzi B., Bakar Ž., Stevanović R., Soldo D., Katić V.**, Zašto i kako promijeniti način plaćanja službe obiteljske medicine. ur. **Mazzi B.**, IV. Kongres HDOD-HLZ, Rovinj 2004.; 31-42.
39. **Mazzi B.**, O obitelji i obiteljskom doktoru, ur. **Mazzi B.**, Zbornik V. Kongresa HDOD-HLZ, Rovinj 2005.
40. **Sviben D., Mazzi B., et.al.**, Prijedlog strategije razvoja za opću/obiteljsku medicinu u Hrvatskoj, ur. **Mazzi B.**, Zbornik V. Kongresa HDOD-HLZ, Rovinj, 2005.
41. **Mazzi B.**, Program provedbe unutarnjeg nadzora nad radom stručnih jedinica. ur. **Mazzi B.**, Zbornik VI. Kongresa HDOD-HLZ, Rovinj, 2006.
42. **Mazzi B.**, Problemi financiranja obiteljske zdravstvene zaštite u Hrvatskoj, ur. **Mazzi B.**, Zbornik VII. Kongresa HDOD-HLZ, Rovinj, 2007.
43. **Mazzi B.**, Kako kao pacijent izbjeći ili barem umanjiti liječničku pogrešku?, Časopis Pacijent Danas, Udruga pacijenata Rijeka, 2007.; 25.
44. **Mazzi B.**, Kako osigurati kvalitetu rada u PZZ i poboljšati zdravstvenu zaštitu stanovništva?, Časopis Pacijent Danas, 2008.; 29.
45. **Mazzi B.**, Kako uspostaviti sustav racionalne PZZ, ur. **Mazzi B.**, Zbornik VIII. Kongresa HDOD-HLZ, Rovinj, 2008.; 159-168.
46. **Mazzi B.**, Položaj obiteljskih doktora u sustavu zdravstva Hrvatske ur. **Mazzi B.**, Zbornik IX. Kongresa HDOD-HLZ, Rovinj, 2009.; 173-182.
47. **Gorjanski D., Mazzi B.**, Gdje ideš Hrvatska obiteljska medicino? ur. **Mazzi B.**, IX. Kongres HDOD-HLZ, Rovinj, 2009.; 183-194.
48. **Gorjanski D., Mazzi B.**, Koncesija u zdravstvu Hrvatske - neznanje ili smišljeno razaranje zdravstvenog sustava, ur. **Mazzi B.**, Zbornik IX. Kongresa HDOD-HLZ, Rovinj, 2009.; 215-239.
49. **Mazzi B.**, Procjena zdravstvenog stanja i zdravstvenih potreba naših pacijenata, ur. **Mazzi B.**, Zbornik IX. Kongresa HDOD-HLZ, Rovinj, 2009.; 9-20.
50. **Ferlin D., Vrdoljak D., Marković-Bergman B.**, Pogled na položaj obiteljske medicine u sustavu zdravstva R.H., ur. **Mazzi B.**, Zbornik IX. Kongresa HDOD-HLZ, Rovinj, 2009.; 195-204.